



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ:

ΣΤΑΦΥΛΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΣΤΡΑΓΚΑ ΔΙΟΝΥΣΙΑ

ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Πάτρα, Οκτώβριος 2016

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής εργασίας συνέβαλλαν πολλοί και διαφορετικοί άνθρωποι, ο καθένας με το δικό του ξεχωριστό τρόπο. Αρχικά, θα θέλαμε να εκφράσουμε την ευγνωμοσύνη μας στις οικογένειες μας για τη συμπαράσταση και την ηθική υποστήριξη που μας προσέφεραν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μας.

Ιδιαίτερα, όμως, ευχαριστίες θα θέλαμε να απονείμουμε στον επιβλέποντα καθηγητή μας, τόσο για την υπομονή και την υποστήριξη, όσο και για τις εποικοδομητικές υποδείξεις, που μας έδειξε στην προσπάθεια μας αυτή. Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε και όλους τους καθηγητές μας για τις γνώσεις που μας μετέδωσαν όλα αυτά τα χρόνια.

Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	Σελ. --
1 --	
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	Σελ. -2-
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	Σελ. 1
SUMMARY.....	Σελ. 2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	Σελ. 3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	
ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΑΡΧΗ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ.....	Σελ. 5
1.1 Πολιτισμός – Θάνατος – Πένθος.....	Σελ. 5
1.2 Θάνατος και θρησκείες.....	Σελ. 7
1.3 Θάνατος και επιστήμη.....	Σελ. 188
1.4 Ελληνική πραγματικότητα.....	Σελ. 199
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	
Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	Σελ. 20
2.1 Σχέσεις νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών στα του βιοϊατρικού και βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου υγείας.....	Σελ. 20
2.2 Αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων.....	Σελ. 21
2.2.1 Χρόνια φάση.....	Σελ. 222
2.2.2 Τελική φάση.....	Σελ. 23
2.3 Η οικογένεια του ασθενή που πεθαίνει.....	Σελ. 25
2.3.1 Τα στάδια του πένθους.....	Σελ. 28
2.4 Φροντίδα του αρρώστου που πεθαίνει.....	Σελ. 29

2.4.1 Φροντίδα σε ψυχολογικό επίπεδο.....	Σελ. 31
2.4.2 Φροντίδα σε πνευματικό επίπεδο.....	Σελ. 35
2.4.3 Φροντίδα σε κοινωνικό επίπεδο.....	Σελ. 37
2.4.4 Αυτοέλεγχος – αυτοεκτίμηση – αξιοπρέπεια.....	Σελ. 38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΑΣΗΣ.....

Σελ. 42

3.1 Αντιμετώπιση ασθενούς που πάσχει από ανίατη ασθένεια από το νοσηλευτικό προσωπικό

Σελ. 42

3.2 Η ψυχολογική αντιμετώπιση της οικογένειας με ασθενή που πάσχει από ανίατη ασθένεια από το νοσηλευτικό προσωπικό.....

Σελ. 43

3.2.1 Περίοδος διάγνωσης.....

Σελ. 44

3.2.2 Περίοδος θεραπείας.....

Σελ. 45

3.2.3 Γενικότερα προβλήματα.....

Σελ. 45

3.2.4 Η κρίση της υποτροπής.....

Σελ. 46

3.2.5 Η κρίση της αποθεραπείας.....

Σελ. 46

3.2.6 Περίοδος κοντά στον θάνατο.....

Σελ. 48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΣΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....

Σελ. 49

4.1 Νοσηλευτική προσέγγιση του θανάτου.....

Σελ. 49

4.2 Ο νοσηλευτής ως προσωπικότητα αντιμετωπίζει τον θάνατο.....

Σελ. 49

4.2.1 Η επίδραση του θανάτου στον νοσηλευτή.....

Σελ. 50

4.3 Προετοιμασία του ασθενή για αναχώρηση.....

Σελ. 52

4.4 Μεταθανάτια νοσηλευτική φροντίδα

Σελ. 54

4.5 Διεργασία του πένθους.....

Σελ. 56

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....

Σελ. 59

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....

Σελ. 60

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 2.1: Νοσηλευτικό προσωπικό επικοινωνεί με ασθενήΣελ. 41

Εικόνα 3.1: Νοσηλευτικό προσωπικό προχωράει σε ανθρώπινη κίνηση ως μορφή επικοινωνίαςΣελ. 48

Εικόνα 4.1 : Νοσηλεύτρια αντιμέτωπη με την απώλεια ασθενήΣελ. 58

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι να πραγματοποιηθεί ενδελεχής βιβλιογραφική ανασκόπηση για την διαχείριση του πένθους στη νοσηλευτική επιστήμη. Πιο συγκεκριμένα απαρτίζεται από τέσσερα (4) κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αφορά το πένθος ως απαρχή του πολιτισμού. Σε αυτό το κεφάλαιο αναπτύσσονται ο θάνατος και οι θρησκείες, η σχέση του θανάτου με την επιστήμη καθώς και η ελληνική πραγματικότητα. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η ψυχολογία στον χώρο της υγείας. Ουσιαστικά, αναφέρονται οι σχέσεις νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών στα στάδια του βιοϊατρικού και βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου υγείας, η αναγνώριση καθώς και η έκφραση των συναισθημάτων στην χρόνια καθώς και στην τελική φάση των ασθενών, η ψυχολογία της οικογένειας του ασθενή που βρίσκεται στο τελικό στάδια της ασθένειας του, καθώς και η φροντίδα του ασθενή που πεθαίνει. Το τρίτο κεφάλαιο αναπτύσσεται η δυναμική ισορροπία ψυχοκοινωνικής και σωματικής υπόστασης. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το πένθος στο επάγγελμα του νοσηλευτή. Τέλος, παρατίθενται συμπεράσματα.

Λέξεις κλειδιά: πένθος, πολιτισμός, νοσηλευτική επιστήμη, νοσηλευτής, θάνατος, θρησκείες.

SUMMARY

The purpose of this thesis is to undertake a thorough bibliographic review on grief management in nursing science. This paper consists of four (4) chapters. The first chapter concerns the mourning as the beginning of civilization. In this chapter, death and religion, the death related to science and the Greek reality. In the second chapter the psychology in the health field. Essentially, are the relations nurses and patients in stages of biomedical and biopsychosocial health model, the recognition and expression of emotions in years and in the final phase of the patients, the psychology of the patient's family is in the final stages of the disease and the care of the patient dies. The third chapter develops dynamic balance psychosocial and physical status. In the fourth chapter mourning presented to the profession of nurse. Finally, conclusions are given.

Keywords: *bereavement, culture, science nursing, nurse, death, religions.*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το πένθος αναφέρεται σε μια διεργασία η οποία δεν περιορίζεται μόνο στις οξείες αντιδράσεις θρήνου σε οποιαδήποτε μορφή της εκάστοτε απώλειας. Ουσιαστικά, αφορά στις συνειδητές και μη συνειδητές διεργασίες λύσης των *ψυχολογικών δεσμών* με το νεκρό άτομο, κατά τις οποίες καταβάλλεται προσπάθεια από τον πενθούντα να προσαρμοστεί στην νέα πραγματικότητα η οποία προκύπτει από το θάνατο ενός σημαντικού ατόμου και όχι από κάποιου άλλου είδους απώλεια (Μακρυνιώτη, 2008).

Στις σύγχρονες κοινωνίες, ο θάνατος συμβαίνει έξω από το σπίτι, στο νοσοκομείο, όπου και ιατροκοιμείται. Η οικογένεια αναμιγνύεται ελάχιστα έως καθόλου και τα άτομα αποστασιοποιούνται από το θάνατο. Η εμπειρία του θανάτου δεν βιώνεται με τα μάτια ή την ψυχή, αλλά με το μυαλό. Ουσιαστικά, στις μέρες μας ο θάνατος έγινε ένα ιατρικό πρόβλημα. Οι γιατροί, οι νοσηλευτές, το διοικητικό προσωπικό και τα μηχανήματα αντικατέστησαν τους ιερείς και τις προσευχές της οικογένειας (Maier-Lorentz, 2008). Σε άλλες κουλτούρες όπως για παράδειγμα στην Ινδία ο θάνατος δεν είναι ταμπού, είναι ένα θέμα για το οποίο μιλάνε ελεύθερα, αποδεχόμενοι την θνησιμότητα του ανθρώπου, ενώ συμβαίνει στο σπίτι μέσα στην οικογένεια (Kagawa-Singer, 1998)

Στις περισσότερες κοινωνίες, ο θάνατος δεν είναι μετάβαση στο μηδέν, στο τίποτα αλλά σε ένα άλλο επίπεδο. Τα άτομα τα οποία πενθούν κάνουν διάφορες τελετές για κάθε μετάβαση του αποθανόντα σε ένα πιο μακρινό, πιο υψηλό και ολοκληρωμένο νεκρό στάδιο, που μπορεί να διαρκούν μέρες, μήνες ή χρόνια και ταυτόχρονα βοηθούν και τα άτομα που πενθούν να αποχωριστούν σταδιακά από το νεκρό. Οι Δυτικοί κάνουν αντίθετα μια μοναδική επικήδεια τελετή. Σε κάποιες κουλτούρες η μετάβαση σημαίνει ανύψωση σε διαδοχικά υψηλότερα πνευματικά επίπεδα. Υφίστανται κουλτούρες στις οποίες οι άνθρωποι πιστεύουν ότι τα πνεύματα των νεκρών συνεχίζουν να επικοινωνούν και να επηρεάζουν τους ζωντανούς. Αυτή είναι μια άποψη όχι εντελώς άγνωστη στους σύγχρονους ανθρώπους οι οποίοι συζητούν πολλές φορές για μια *αίσθηση παρουσίας* των νεκρών (Kagawa-Singer, 1998).

Είναι ευρέως γνωστό το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι αναγκαίο να αναπτύξουν πνεύμα ανοχής και σεβασμού στις πεποιθήσεις, τις αξίες και τις πρακτικές από άλλες κουλτούρες καθώς και προθυμία να μάθουν από αυτές. Για παράδειγμα, όταν η τελική τελετή γίνεται μήνες ή χρόνια μετά την αρχική κηδεία, το

γεγονός αυτό μπορεί να προλαμβάνει τον ατέλειωτο έντονο θρήνο. Οι κουλτούρες, που απαιτούν τα άτομα που πενθούν να δέχονται τη βοήθεια των συνανθρώπων τους στη καθημερινή ζωή, δίνουν παράδειγμα και έναυσμα σε κάποιον που πενθεί να ζητήσει βοήθεια από τους άλλους. Οι γνώσεις αυτές είναι βέβαιο ότι θα βοηθήσουν τον επαγγελματία υγείας ακόμα και αν δεν ασχοληθεί ποτέ με πενθούντες από άλλες κουλτούρες επειδή θα επηρεάσουν τόσο τον ίδιο όσο και τα άτομα, που ως επαγγελματίας υγείας, θα κληθεί να βοηθήσει στο να ανακαλύψουν εναλλακτικές λύσεις σε συνηθισμένα προβλήματα πένθους και να βρουν νέα μονοπάτια σκέψης για το πώς να αντιμετωπίσουν μια απώλεια (Maier-Lorentz, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΑΠΑΡΧΗ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ

1.1 Πολιτισμός – Θάνατος – Πένθος

Το πένθος αφορά την αντίδραση στην απώλεια, στην αιτία θανάτου. Πένθος ορίζεται το συναίσθημα λύπης και θλίψης που νοιώθει κάποιος όταν του συμβεί κάποια μεγάλη συμφορά, συνήθως όταν χάσει κάποιο αγαπημένο του πρόσωπο, αλλά και τα έθιμα που ακολουθούνται για χρονικό διάστημα μετά την απώλεια του προσώπου. Είναι ο τρόπος που αντιδρούμε στο θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου. Πρόκειται για μια επίπονη συναισθηματική διαδικασία, στην οποία μπαίνουμε ύστερα από μια σημαντική απώλεια. Όταν καλούμαστε, δηλαδή, να αποχωριστούμε από εκείνον που πέθανε και να προσαρμοστούμε σε έναν κόσμο από τον οποίον εκείνος θα λείπει (Vernant, 2012).

Οι άνθρωποι γνωρίζουν ότι πρέπει να πεθάνουν και είθισται να θεωρούν αυτή τη «γνώση», μαζί με τη γλώσσα, τη σκέψη και το γέλιο, ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της ανθρωπότητας. Παρ' όλα αυτά δεν είναι τόσο σίγουρο ότι τα ζώα δεν προαισθάνονται με κάποιον τρόπο το θάνατο τους και πως ότι βιώνουν δεν έχει μέσα από ένα δρόμο άγνωστο στην ανθρωπότητα ουσιαστική σχέση με το δικό τους θάνατο. Όμως αυτό που είναι βέβαιο, είναι ότι το τέλος που συνίσταται στο θάνατο παρουσιάζεται αφότου υπάρχει σκέψη, δηλαδή αναπαράσταση, ως ένα θέμα προνομιακό για κείνη, σε σημείο που να μπορεί κανείς να υποστηρίξει ότι η ανθρωπότητα δε φτάνει στη συνείδηση του εαυτού της παρά μόνο δια μέσου της αντιμετώπισης του θανάτου (Βασιλειάδη, 2013).

Από ανθρωπολογική σκοπιά, η θέληση αυτή να μην υποκύψουμε παθητικά στη φύση των πραγμάτων εξηγεί αναμφίβολα τη σημασία των πένθιμων τελετών. Αρχικά, θα ορίσουμε τον άνθρωπο ξεκινώντας από την εξωτερική του συμπεριφορά κατά το πένθος, παρά από μια γνώση του θνητού εαυτού που παραμένει πολύ εσωτερική. Αυτή η συμπεριφορά κατά το πένθος θα πρέπει άλλωστε να θεωρηθεί με μια ευρύτερη οπτική και θα έπρεπε να συμπεριλάβει όχι μόνον τα ποικίλα νεκρικά έθιμα που βρίσκουμε σε διάφορους πολιτισμούς (όπως για παράδειγμα η ταφή, η

μουμιοποίηση, ο ενταφιασμός, η αποτέφρωση καθώς και η έκθεση των νεκρών σε προσκύνημα, εφ' όσον αυτή γίνεται σύμφωνα με ένα ιδιαίτερα εκλεπτυσμένο τυπικό) αλλά και άλλες πολιτισμικές συμπεριφορές, κυρίως όλες όσες έχουν ως λειτουργία τη συγκρότηση συλλογικής μνήμης (Vernant, 2012).

Είναι ευρέως αποδεκτό το γεγονός ότι η φροντίδα του σώματος του νεκρού καθ' εαυτή θεωρείται συχνά ως μια διαδικασία, που δεν μπορεί παρά να είναι μοίρα όσων ανήκουν σε μια ομάδα αποκλεισμένη από την κοινωνία των ζωντανών, καθώς το πτώμα καταλαμβάνει μια ανησυχητική ενδιάμεση θέση, ανάμεσα στο πράγμα και τον άνθρωπο και θεωρείται πηγή μόλυνσης εξ αιτίας της φθαρτότητας του. Όμως η σχέση του νεκρού με τους οικείους του πολύ γρήγορα «πνευματικοποιείται», ενώ το πένθος συνίσταται ακριβώς σε μια διαδικασία εσωτερίκευσης του τεθνεώτος, ορατό απλώς ενδιάμεσο στάδιο που αποτελεί η πένθιμη τελετή (Μακρυγιάννη, 2008).

Ο άνθρωπος είναι ζώο πολιτικό, σύμφωνα με το φημισμένο ορισμό του Αριστοτέλη, όχι για άλλο λόγο παρά επειδή ζει σε κοινωνία όχι μόνο με τους «συγχρόνους» του αλλά επίσης, ίσως μάλιστα περισσότερο, με κείνους που προϋπήρξαν. Η ίδρυση της πόλης ενέγραψε την κοινωνία αυτή στα βάθη ενός μυθικού παρελθόντος που προσδίδει σε κάθε πολιτική πράξη ένα ιστορικό βάρος, το οποίο ξεπερνά κατά πολύ το άτομο που την επιτελεί. Το να είναι η ζωή του ανθρώπου ζωή «μαζί» με τους νεκρούς, ίσως αυτό καθιστά ουσιαστική τη διάκριση ανάμεσα στην ανθρώπινη ύπαρξη και τον αμιγώς ζωώδη βίο, όπως λέει ο Ηράκλειτος σε ένα από τα συχνά αναφερόμενα αποσπάσματα του, σύμφωνα με το οποίο «ο χαρακτήρας του ανθρώπου είναι ο δαίμονάς του», αφού η ελληνική πίστη σε έναν προσωπικό δαίμονα που συνοδεύει κάθε άνθρωπο κατά τη διάρκεια της ζωής του εκφράζει απλά την κοινότητα βίου με το πνεύμα των προγόνων, που είναι το ενωτικό θεμέλιο όλων των πολιτισμών (Βασιλειάδη, 2013).

Ουσιαστικά, ο πολιτισμός δεν υπάρχει παρά μόνον όταν εξασφαλίζεται μια κάποια κυριαρχία επί της αμετάτρεπτης ροής του χρόνου, πράγμα που συνεπάγεται την εφαρμογή ενός πλήθους τεχνικών που προορίζονται να απαλύνουν την απουσία και η κατ' εξοχήν απουσία είναι εκείνη του θανάτου, που δεν εξαφανίζει στιγμιαία αλλά απόλυτα και κατά κάποιο τρόπο αναντικατάστατο. Συνεπακόλουθα, είναι θεμιτό να διακρίνουμε στο πένθος, με την ευρεία έννοια της παραδοχής της απουσίας, τη ρίζα του ίδιου του πολιτισμού (Vernant, 2012).

Εάν ο εκάστοτε πολιτισμός είναι, κατά μια ευρεία έννοια, πολιτισμός του θανάτου, πράγμα που φανερώνεται τόσο από τις πένθιμες τελετές όσο και από τη διατήρηση του προφορικού λόγου στη γραφή, τη λατρεία των προγόνων αλλά και τις μυθολογικές αφηγήσεις και τη λογοτεχνία γενικά, αυτό συμβαίνει ακριβώς επειδή η ριζική τομή που είναι ο θάνατος πρέπει να γίνει παραδεκτή, που σημαίνει να γίνει ταυτόχρονα αντικείμενο αποδοχής και άρνησης (Αλεξιάς, 2010).

Μια ιστορική ανθρωπολογία του θανάτου δείχνει ότι οι άνθρωποι των αρχαϊκών κοινωνιών αποστρέφονται την ιδέα μιας οριστικής κι ολοκληρωτικής εξαφάνισης και θεωρούν ότι οι νεκροί συνεχίζουν να διάγουν πλάι μας έναν αόρατο βίο και δε σταματούν να παρεμβαίνουν στην πορεία της ύπαρξης εκείνων που αυτοαποκαλούνται ζωντανοί (Αλεξιάς, 2010).

1.2 Θάνατος και θρησκείες

▼ Αρχαία Ελλάδα:

Οι Αρχαίοι Έλληνες είχαν την πίστη ότι ο άνθρωπος αποτελείται από το σώμα, την ψυχή και το είδωλο. Το τελευταίο ήταν ένα είδος φαντάσματος που ακολουθούσε το σώμα και διατηρούσε το σχήμα και τα χαρακτηριστικά του σε μια πιο λεπτή όμως μορφή και για αυτό το αποκαλούσαν και «φάσμα» ή «σκιά». Με το θάνατο, τα τρία αυτά στοιχεία αποχωρίζονταν, αλλά δεν ήταν ξεκάθαρη η τύχη και η πορεία τους. Για παράδειγμα, το «είδωλο» του Ηρακλή βρέθηκε στον Άδη, η ψυχή του στον Ουρανό, ενώ το σώμα του είχε ήδη καεί στην Οίτη (Bowker, 2006).

Όσον αφορά τις ιδιότητες του ειδώλου, πίστευαν ότι, όταν με το θάνατο, αποχωριζόταν απ' το σώμα, δεν διατηρούσε καμιά ζωτική ενέργεια, ήταν στερημένο από νοητικές λειτουργίες κι ακόμα ότι δεν είχε φωνή. Μπορούσε όμως να αποκτήσει πρόσκαιρα κάποιες ή και όλες τις παλιές του ικανότητες αν του πρόσφεραν και έπινε αίμα (Bowker, 2006).

Οι νεκροί, μετά το θάνατο τους, έπαιρναν σαν ψυχοπομπό που τους οδηγούσε στον Άδη, τον Ερμή. Περνούσαν τον καταχθόνιο ποταμό Αχέροντα με το Ακάτιο του Χάροντα για να φτάσουν στον Άδη. Ο Άδης που είχε πάρει το όνομα του από τον Αιδωνέα, είχε τέσσερα ξεχωριστά βασίλεια. Το Κριτήριο, το Καθατήριο, τον

Τάρταρο και τα Ηλύσια Πεδία. Στην είσοδο του, βρισκόταν φύλακας ακοίμητος ο Κέρβερος (Παπαγαρουφάλη, 2002).

Το Κριτήριο βρισκόταν σε ένα τόπο που έμοιαζε πολύ με τον επάνω κόσμο. Μάλιστα σε αυτόν βρίσκονταν και τα ανάκτορα του Πλούτωνα και των άλλων θεοτήτων του Άδη. Περιβαλλόταν από ένα λειμώνα με ασφοδέλους, όπου οι ψυχές παράμεναν χωρίς σκιά και χωρίς μνήμη, σε μια ενδιάμεση κατάσταση αναμονής. Όταν έφτανε η ώρα τους, οι νεκροί αντιμετώπιζαν εκεί τους Δικαστές τους, το Μίνωα, το Ραδάμανθυ και τον Αιακό. Τους Δικαστές περιστοίχιζαν οι Ερινύες, οι Ποινές, οι Αλάστορες και τα άλλα Τέρατα που τιμωρούσαν τους αμαρτωλούς. Ανάλογα με την απόφαση των Δικαστών που ζύγιζαν τις πράξεις της επίγειας ζωής, ο νεκρός όδευε σε ένα από τα δυο επόμενα Διαμερίσματα, το Καθατήριο ή τον Τάρταρο. Στο Καθατήριο πορευόταν ο νεκρός μόνο αν δεν είχε περιπέσει σε βαριά αμαρτήματα. Εκεί έπρεπε να μείνει για ένα διάστημα απροσδιόριστο και έτσι του δινόταν η ευκαιρία να εξαγισθεί (Παπαγαρουφάλη, 2002).

Αντίθετα στα Τάρταρα, έπρεπε να οδηγηθούν υποχρεωτικά οι μεγάλοι αμαρτωλοί όπου εκεί τους φυλάκιζαν και τους τιμωρούσαν. Αλλά και στα Τάρταρα ακόμα, η παραμονή τους δεν ήταν απεριόριστη. Αιώνια έμεναν εκεί όσοι είχαν τιμωρηθεί αιώνια, όπως οι Γίγαντες, οι Τιτάνες, οι Δαναΐδες, ο Τάνταλος. Καμιά φορά στα Τάρταρα έμπαιναν και οι ίδιοι οι Θεοί. Για 9.000 χρόνια π.χ. φυλακίζονταν εκεί οι αθάνατοι, αν παράβαιναν τους όρκους που έπαιρναν στο όνομα των υδάτων της λίμνης του Άδη, της Στυγός (Παπαγαρουφάλη, 2002).

Τα Ηλύσια Πεδία ήταν ο τόπος που προοριζόταν για τους λίγους και τους εκλεκτούς: Τους Ήρωες, τους Ημίθεους, τους Δίκαιους. Κυριαρχούσαν σε αυτά ιδανικά ανθρώπινα και γήινα που εκφράζονταν όμως με μια μονότονη σχεδόν επανάληψη. Λειμώνες γεμάτοι ρόδα, δένδρα αειθαλή, ζέφυροι, μουσική, αιώνια άνοιξη. Το έδαφος καρποφορούσε τρεις φορές το χρόνο, τα αστέρια ήταν λαμπερά και την ημέρα και ένας ήλιος με ζωηρό δικό του φως κυριαρχούσε. Επικρατούσε γενικά αυτό που ονομάστηκε Χρυσός Αιώνας και που κάποτε για λίγο τον απόλαυσε πάνω στη γη το γένος των ανθρώπων (Παπαγαρουφάλη, 2002).

Αυτός ήταν περίπου ο μεταθανάτιος κόσμος των Αρχαίων Ελλήνων, ένας κόσμος απροσδιόριστος, ωχρός, σχεδόν σκιώδης. Έτσι ο μέσος άνθρωπος δεν είχε λόγο τελικά να δείχνει κάποιο ενδιαφέρον για αυτόν και συνειδητά σχεδόν τον αγνοούσε. Τη συμπεριφορά του πάνω στη γη, ρύθμιζαν αρχές που συνδέονταν περισσότερο με

την ιδιότητα του σαν πολίτη και λιγότερο ο φόβος μιας μεταθανάτιας τιμωρίας (Παπαγαρουφάλη, 2002).

Δε συνέβαινε όμως το ίδιο και με εκείνους που επεδίωκαν και είχαν καταστεί μέλη και κοινωνοί των Μυστηρίων. Στα Αρχαία Μυστήρια, οι υποψήφιοι επεδίωκαν επίμονα μια ταύτιση μέσω της μύησης τους με την κυριαρχούσα σ' αυτά θεότητα κι έτσι τους προσφερόταν μια λυτρωτική προσδοκία και παράλληλα βίωναν μια δυναμική εμπειρία που τους επέτρεπε να ελπίζουν στην υπέρβαση των φαινομένων του θανάτου. Τα μέλη των Μυστηρίων, αντίθετα με τους κοινούς θνητούς, είχαν εντονότατα συγκεντρώσει τη σκέψη τους και φορτίσει την καθημερινότητα τους με τη ζωή πέρα από τον τάφο. Από το πλούσιο αυτό κι αναξιοποίητο για μας υλικό, μεταφέρονται εδώ ψήγματα μόνο από τη μεταφυσική των Ορφικών (Bowker, 2006).

Η Ορφική εσχατολογία βρίσκεται κατά περίεργο τρόπο πολύ κοντά στη Θιβητιανή παράδοση όπως θα δούμε στη συνέχεια. Ο Ορφισμός ήταν μια μυστηριακή θρησκεία με πίστη στο επέκεινα. Πίστευε ότι η ανθρώπινη φυλή συνδυάζει μια γήινη (Τιτάνια) καταγωγή που εκφράζεται με το σώμα και μια ουράνια (Διονυσιακή) που εκδηλώνεται με την ύπαρξη της ψυχής που μετέχει της Θείας Ουσίας. Αυτή η αντίληψη συνδυαζόταν με την πίστη στη μετενσάρκωση, στην αντίληψη δηλαδή ότι η ίδια ψυχή μπορεί να εγκλωβιστεί όχι μια, αλλά άπειρες μέσα σε ένα γήινο σώμα και όχι ανθρώπου, αλλά ανάλογα με τα κρίματα της και σε σώμα κατώτερων μορφών (Bowker, 2006).

Έτσι για τους Ορφικούς το ανθρώπινο σώμα δεν ήταν τίποτε άλλο από τον τόπο φυλάκισης ενός θεού, ο οποίος και μπορούσε να απελευθερωθεί μόνο με τη λύση αυτού του δεσμού μέσω της δοκιμασίας του θανάτου. Ο βίος ήταν τιμωρία, κοιλάδα κλαυθμών και οδυρμών και τόπος μετάνοιας. Είχε σαν αιτία αποκλειστικά τις προηγούμενες αμαρτίες στις οποίες είχε περιπέσει η ψυχή. Στην οδό για τη σωτηρία μπορούσε να βοηθηθεί κανείς με εξαγνισμούς, λύσεις και μύσεις. Ο μνημένος έπρεπε να διάγει μετά τη μύηση του βίο αγνό, να απέχει από τη βρώση κρεάτων και άλλων βεβαρημένων τροφών (κουκιά, αυγά κλπ), να μην κάνει χρήση μάλλινων υφασμάτων και να μετέχει ενεργά στις τελετές για να καταστεί μέσω του θανάτου αθάνατος κι ελεύθερος (Μελέτη, 2013).

Ότι γήινο χαρακτηριζόταν έτσι ακάθαρμο και η ψυχή μετά από κάθε τέτοια επιμιξία της βάραινε περισσότερο κι έπρεπε να υποστεί πια ανάλογες ποινές για να εξαγνισθεί. Αυτός ήταν ο λόγος που οι Ορφικοί συνόδευαν τους νεκρούς με ιαχές χαράς και

υποδέχονταν με θρήνους τα νεογέννητα. Έτσι για να απαλλαγεί κανείς από αυτό το φαύλο κύκλο των γεννήσεων και των θανάτων ήταν αναγκαία μια αντίστροφη πορεία, η καθαρτήρια διαδικασία της ψυχής. Αυτή ήταν κατορθωτή μόνο με τη μύηση στα Ορφικά Μυστήρια. Αλλά έπρεπε ο Μύστης μετά από αυτή, όχι μόνο να παραμείνει αγνός όσο ζούσε, αλλά να καταστεί ικανός και μετά το θάνατο να αποδείξει ότι είναι «καθαρός». Η δοκιμασία γινόταν μπροστά στις Πύλες του Άδη, όπου ο νεκρός έπρεπε να προφέρει ορθά και καθαρά τον «τύπο» της κάθαρσης, που προερχόταν από το πιο απόκρυφο μέρος της μύησης του (Μελέτη, 2013).

Ο τύπος αυτός ήταν μια μυστική φράση που απαγορευόταν να ανακοινωθεί εν ζωή. Ήταν έτσι στην ουσία ένα σύνθημα διελεύσεως, ικανό να παραβιάσει τις Πύλες του θανάτου. Το σύνθημα αυτό μάλιστα για μεγαλύτερη ασφάλεια το τοποθετούσαν με ορισμένες τελετές οι άλλοι μύστες πάνω στο σώμα του νεκρού. Ένας τέτοιος «τύπος» - ερωταπόκριση που έχει περισωθεί, αναφέρει απλά και συμπυκνωμένα την υπαρξιακή δομή του μύστη: «Ποιος είσαι και από πού έρχεσαι; Είμαι τέκνο της γης και του έναστρου Ουρανού». Για πρώτη φορά παρατηρείται εδώ μια εντολή εγρήγορσης και ενεργητικής στάσης της ψυχής «μετά θάνατον», όμοια με αυτή των Αρχαίων Αιγυπτίων (Μελέτη, 2013).

Ο μύστης έβλεπε έτσι και κατά την ώρα του θανάτου του πέρα από αυτόν και συγκέντρωνε τη θέληση του στη δυνατότητα ελέγχου και καθοδήγησης της επόμενης φάσης της ύπαρξής του, σε μια δηλαδή συνειδητή και υπεύθυνη πορεία και μετά θάνατον. Αυτή ακριβώς η οδηγία μοιάζει ποιοτικά αφάνταστα με τις οδηγίες της Θιβετιανής Βίβλου των Νεκρών (Μελέτη, 2013).

Οι Ορφικοί κυριολεκτικά αγνόησαν την Ελληνική εντολή να θυμούνται ότι είναι θνητοί και να μην προκαλούν τους θεούς. Γιατί κάθε προσπάθεια υπέρβασης του ορίου ανάμεσα στους θεούς και τους ανθρώπους είχε χαρακτηριστεί από τους προγόνους μας σαν ύβρις και Προμηθεϊκή αλαζονεία. Έτσι τελικά οι Ορφικοί, κατόρθωσαν να χρωματίσουν, να ζωογονήσουν κυριολεκτικά τον άχρωμο και σκιώδη κόσμο του Άδη και να προσφέρουν μια προσωπική πλέον στάση στους Αρχαίους Έλληνες, τόσο απέναντι στη ζωή όσο και απέναντι στο θάνατο (Bowker, 2006).

▼ Βουδισμός:

Ο Βουδισμός, γνωστός από μια και μοναδική πηγή, τη ζωή του Γκαουτάμα, ο οποίος με τη φώτιση του ονομάστηκε Βούδας (ο Φωτισμένος) έλαβε άπειρες διαφορετικές μορφές έκφρασης. Από τη Σρι Λάνκα και τη νοτιοανατολική Ασία (ο Βουδισμός της Θεραβάδα) μέχρι το Θιβέτ, την Κορέα, την Κίνα και την Ιαπωνία (ο Βουδισμός της Μαχαγιάνα) (Beck, 2001).

Η Βουδιστική αντίληψη για το θάνατο ξεκινά με τη γνωστή ιστορία των παιδικών χρόνων και της εφηβείας του Γκαουτάμα. Ο Γκαουτάμα γεννήθηκε σε ένα παλάτι προφυλαγμένος από κάθε τι ενοχλητικό και απειλητικό κατά τον πατέρα του, ο οποίος τον κρατούσε έγκλειστο στο παλάτι, μέσα στην ομορφιά και την ευδαιμονία (Beck, 2001).

Μια μέρα, όμως, ο Γκαουτάμα διέταξε έναν αμαξά να τον βγάλει στην εξοχή. Στη διαδρομή είδε έναν άρρωστο στο δρόμο και για πρώτη φορά ταραχτηκε. Έτσι, ζήτησε την άμαξα άλλες δυο φορές: τη δεύτερη είδε ένα γέρο και την τρίτη ένα νεκρό έτοιμο για την πυρά. Σκέφτηκε ότι όλα αυτά θα μπορούσαν να συμβούν και στον ίδιο. Πάνω στην απόγνωσή του να βρει κάποια θεραπεία ή να προβάλλει κάποια αντίσταση στην αρρώστια και στο θάνατο, βγήκε έξω για τέταρτη φορά. Αυτή τη φορά είδε έναν ασκητή, έναν από κείνους που αναμένουν το θάνατο ζώντας απεξαρτημένοι από όλες τις επίγειες δεσμεύσεις. Ο Γκαουτάμα άφησε αμέσως τα παλάτια του, εγκατέλειψε τη γυναίκα του και το γιο του κι επιδόθηκε σε έναν τρόπο ζωής με εγκράτεια κι αδιάλειπτη προσήλωση σε αυτόν τον τρόπο φυγής (Beck, 2001).

Επιπλέον, στην προσπάθειά του να απελευθερώσει κάποια απόλυτη αλήθεια μέσα του που δε θα την άγγιζε η φθορά και ο θάνατος, έφτασε σε ακραίες πρακτικές ανοχής. Στο τέλος συνειδητοποίησε ότι καμιά από αυτές δε θα μπορούσε να τον γλιτώσει ή να τον οδηγήσει σε μια κατάσταση απρόσβλητη από το θάνατο, αλλά μόνο να τον «αναβάλει» (Beck, 2001).

Η αλήθεια που συνειδητοποίησε ο Βούδας είναι αυτή της υποτέλειας όλων των πραγμάτων στην αλλαγή και τη μη μονιμότητα και της οδύνης που αναπόφευκτα συνοδεύει αυτή την κατάσταση (ντούκα). Συνεπώς, η ανθρώπινη εικόνα αφορά μια σύνθεση από ποικίλες μορφές και λειτουργίες (κάντας), από τις οποίες η σημαντικότερη είναι η ικανότητα να κινεί κανείς τη σκέψη του ή τη συνείδησή του

(σιτά) στον κόσμο της καθαρής μορφής (ρουπαντάτου), όπου δεν υπάρχει η έννοια του «εγώ» είμαι. Κάποια στιγμή που τα κάντας διαλύονται, έρχεται ο θάνατος κι εφόσον τίποτα άλλο δεν υπάρχει πέρα από τα κάντας, δεν υπάρχει εαυτός που μπορεί να ξαναγεννηθεί (Beck, 2001).

Σύμφωνα με τον Βούδα, υπάρχει συνέχεια της καρμικής συνέπειας κι εκδήλωσης, όπου κάθε σχηματισμός δίνει τη σκυτάλη στον επόμενο, διαγράφοντας μεγάλες διαδρομές μέσα από τη διαδικασία του θανάτου (Bowker, 2006).

Η στιγμή του θανάτου είναι υπερβολικά σημαντική, όπως και στον Ινδουισμό, γιατί τότε μπαίνει στη συνείδηση του ατόμου που πεθαίνει κάποια ένδειξη για το πώς θα είναι η επόμενη έκβαση, μετά το θάνατο (Bowker, 2006).

✓ Οι Αρχαίοι Αιγύπτιοι:

Κανένας άλλος λαός δεν πίστεψε τόσο πολύ στη μεταθανάτια επιβίωση και δεν αφιέρωσε τόσο χρόνο και τόσο πλούτο για την προετοιμασία αυτής της μεταθανάτιας, όσο ο Αιγυπτιακός. Οι τάφοι κατασκευάζονταν με μεγαλύτερη φροντίδα από ότι τα σπίτια τους, γιατί πίστευαν ότι η πιο ζωτική διάσταση της ύπαρξής τους συνέχιζε και μετά το θάνατο να «ζει» σε μια κατάσταση ανάλογη με εκείνη της επίγειας ζωής τους. Για αυτό, όλα τα αντικείμενα που εξυπηρετούσαν τις καθημερινές τους ανάγκες, τους συνόδευαν πραγματικά ή συμβολικά στον τάφο. Οι τάφοι σχεδιάζονταν έτσι που να έχουν ακόμα και κήπους, τουαλέτες και είδη ψυχαγωγίας (Παπαγαρουφάλη, 2002).

Τη δυνατότητα της επίγειας υπόστασης τους να καταξιωθεί παρά τις αντιξοότητες της και να νικήσει το θάνατο, εξέφραζε και η θρησκευτική τους παράδοση (Bowker, 2006).

Η επιφανέστερη εκδήλωση του Ηλιολατρικού Μονοθεϊσμού των Αιγυπτίων, ήταν ο ακαταμάχητος θεός Ρα. Ο θεός Ήλιος. Ισόθεος του όμως αναδείχτηκε ο Όσιρις, ο Θεός της Αναστάσεως, ο οποίος καθώς μαρτύρησε στην ανθρώπινη υπόσταση του και υπέστη το θάνατο και το διαμελισμό, καταπάτησε το θάνατο, ανέστη εκ νεκρών για να καταστεί έτσι «Βασιλεύς του επόμενου κόσμου» (η χώρα του δύνοντος ηλίου) και να επανέλθει σαν κριτής των νεκρών (Παπαγαρουφάλη, 2002).

Τα αθάνατα μέρη της ανθρώπινης υπόστασης μετά το θάνατο, εκφραζόταν σε πολλά επίπεδα, είχαν πολλές διαστάσεις και έφεραν διάφορα ονόματα όπως: KA = Είδωλο, BA = Ψυχή, KHAIBIT = Σκιά, KU = Φωτεινότητα, SEKHEM = Ζωτική ενέργεια, REN = Όνομα (Παπαγαρουφάλη, 2002).

Ο νεκρός περνούσε με το θάνατο του ένα τρομερό βάσανο κρίσης. Αλλά αν είχε ζήσει ενάρετα και μπορούσε στον Άδη να απαγγείλει όπως έπρεπε τους τύπους, τις προσευχές και τις εξομολογήσεις, θα περνούσε στις απολαύσεις της άλλης ζωής (Παπαγαρουφάλη, 2002).

Η ανάσταση του λάβαινε χώρα μπροστά στο θρόνο του Κριτή Όσιρι, του ανθρώπου που όπως προελέχθη έγινε θεάνθρωπος. Ο νεκρός έπρεπε να εξομολογηθεί με ταπεινότητα, η καρδιά του ζυγίζόταν στο ζυγό της δικαιοσύνης και αν η απόφαση ήταν ευνοϊκή, του την ξανάδιναν έτσι ώστε με την παλιά του μορφή να γίνει πια ένα νέο και αθάνατο και αυτός όν (Παπαγαρουφάλη, 2002).

Κοσμολογικά ο άνθρωπος της κοιλάδας του Νείλου επαναλάμβανε, ζούσε σε ένα κύκλο ολόκληρης ζωής αυτός, το καθημερινό δράμα του δύοντος ηλίου, ο οποίος μετά τη νυχτερινή του περιπέτεια και το βύθισμα του στο σκότος, ξαναγεννιόταν, προβάλλοντας σε όλη του τη μεγαλοπρέπεια από την ανατολή μαζί με το Θεό Ρα, για να λάμψει και να κυριαρχήσει και πάλι στο στερέωμα της εκδήλωσης των κόσμων (Bowker, 2006).

▼ Χριστιανισμός:

Δυτική Εκκλησία

Η Δυτική Εκκλησία υιοθετώντας σχεδόν τις δοξασίες των αρχαίων, αλλά με ένα άκαμπτο κυριολεκτικά τρόπο, κατατάσσει τις ψυχές μετά το θάνατο σε τρεις κατηγορίες: Στις αγαθές ψυχές που εισέρχονται στη Βασιλεία των Ουρανών. Στις ψυχές των αμαρτωλών που δεν εξομολογήθηκαν και πηγαίνουν κατευθείαν στην κόλαση. Και στις ψυχές εκείνες που δεν πρόλαβαν μετά την εξομολόγηση να αποτίσουν τις ποινές που τους επέβαλε οι εκκλησία για να εξαλειφθούν έτσι οι αμαρτίες τους, που μεταβαίνουν προσωρινά στο καθαρτήριο για μπορέσουν για εξαγνισθούν και να οδεύσουν αργότερα στον Παράδεισο (Μελέτη, 2013).

Ορθόδοξη Εκκλησία

Η ύπαρξη Άδη και αιώνιας κόλασης είναι θεμελιακές αναφορές και της Ορθόδοξης Χριστιανικής εσχατολογίας. (Το καθαρτήριο είναι αποκλειστικά ορολογία και έννοια της Δυτικής Εκκλησίας) (Μακρυγιώτη, 2008).

Αλλά πέρα από τη λαϊκή αντίληψη για τις κολάσεις, τους δαίμονες και τα περιπτωσιολογικά βασανιστήρια, η εσωτερική μας Θεολογία είναι περισσότερο ρέουσα παρά δογματικά επιγραμματική. Δηλαδή, ο Άδης δεν είναι τίποτε άλλο, κατά τον εσωτερικό Ορθόδοξο Χριστιανισμό, από την παγιδευμένη εκείνη κατάσταση του πνεύματος όπου όχι η Θεία Δικαιοσύνη, αλλά η ίδια η αμαρτωλή ψυχή τιμωρεί τον εαυτό της. Αυτό που αποκαλείται τιμωρία δεν είναι τίποτε άλλο, από τη στέρηση βασικά μου επέβαλε εκείνη στον εαυτό της με τρόπο πεισματικό και σύμφωνο με τις αμετάκλητες πια ροπές της, την αποστροφή δηλαδή της Θέας και της Αγάπης του Θεού.

Και βέβαια η τιμωρία στην κόλαση είναι πάντα ανάλογη με το βάρος και τον αριθμό των παραπτωμάτων, δεν παύει πάντων να είναι εξοντωτική, αφού είναι ατελεύτητη, διαρκεί δηλαδή εις τον αιώνα τον άπαντα (Μακρυγιώτη, 2008).

Η χριστιανική ιστορία είναι κατά κόρον γεμάτη από διαφωνίες: για τη φύση της αιώνιας απώλειας ή κατά πόσον μια τέτοια απώλεια μπορεί να είναι αιώνια. Ή αν μετά θάνατον υφίσταται μια εκτεταμένη κάθαρση κάποιων ανθρώπινων ψυχών πριν αυτές ετοιμαστούν για να εισέλθουν στο τελικό όραμα του Θεού, ή ακόμα για τη φύση του ανθρώπινου εαυτού και της ψυχής. Η Καινή Διαθήκη διατυπώνει μια εξονυχιστική βιβλική ανθρωπολογία, το κάνει όμως στη γλώσσα μας, τα ελληνικά. Όροι όπως ψυχή και πνεύμα επιτρέπουν τη διατύπωση μιας πιο φιλοσοφικής ανθρωπολογίας, με πλατωνικές επιρροές όσον αφορά τη χριστιανική πνευματικότητα και με αριστοτελικές επιρροές ως προς τη διαβεβαίωση ότι ο χαρακτηρισμένος εαυτός, το υποκείμενο της εμπειρίας του κι ο φορέας της δράσης του, δεν ταυτίζεται με τον εγκέφαλο ή το σώμα (Beck, 2001).

Ο Χριστιανισμός διαβεβαιώνει ότι θα επιβιώσει, μόνο και μόνο επειδή βρίσκεται ήδη εν ζωή στην ανάσταση του Χριστού (Μελέτη, 2013).

▼ Ιουδαϊσμός:

Ο Ιουδαϊσμός συγκροτείται από μια εντολή που δόθηκε στο λαό του Ισραήλ. Επικράτησε η πίστη ότι αυτή η ιδιαίτερη πρόθεση ως προς το συγκεκριμένο λαό έφτανε πίσω στην πρώτη πράξη της ίδιας της δημιουργίας: αρχικά η αρμονία, η προοδευτική αποσύνθεση που ακολουθεί τις πρώτες πράξεις της ανυπακοής, οι οποίες και εισάγουν στο θάνατο. Κι αφού ο θάνατος βρίσκεται υπό τον έλεγχο του Θεού και στη διάθεσή του, ο Θεός αποφασίζει να καταστήσει απόλυτη την ποινή του θανάτου. Και καθώς το κείμενο προχωρεί, η Γένεσις, μαζί με την υπόλοιπη Γραφή, αποτελεί την εξιστόρηση του έργου του Θεού για επανόρθωση κι αποκατάσταση, μέσα απ' τις διαθήκες, από το Νώε, έπειτα το Δαβίδ και τους απογόνους του, τον Έσδρα και τον Νεεμία (Bowker, 2006).

Το βιβλίο με το Νόμο του Θεού, η Τώρα είναι ένας τρόπος κατάφασης στο Θεό και στ' όνειρο της αποκατάστασης του Παραδείσου, εδώ επί της γης. Δε βρίσκουμε καμία ελπίδα για την ακύρωση ή την αναστολή της πραγματικότητας του θανάτου ακόμα κι αν αναστρέψουν την ανυπακοή του Αδάμ και της Εύας. Παραμένουν «μπένε Αδάμ», δηλαδή γιοι του Αδάμ, αυτοί που ζουν σε μια διαδοχή γενεών. Η κατάσταση «μπένε Αδάμ», του να υπόκειται, δηλαδή, ο άνθρωπος στην ποινή του θανάτου και να ζει έτσι σε μια διαδοχή από γενεές, δε διαγράφεται. Κι οι υποσχέσεις αφορούν το μέλλον του ανθρώπινου είδους κι όχι την ατομική επιβίωση (Bowker, 2006).

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των ίδιων των Εβραίων, δε θα υπήρχε το Ισραήλ χωρίς την πρόνοια και την ισχύ του Θεού που κάλεσε το λαό του να αφήσει την Αίγυπτο για να ζήσει με τη δέσμευση συμβολαίου, έχοντας πίστη σε Εκείνον και μεταξύ τους. Όμως η απορρέουσα εμπιστοσύνη στο Θεό δε γίνεται χάριν ανταμοιβής μετά θάνατον. Τίποτα δεν προσφέρεται στον άνθρωπο ως υπόσχεση ή αποζημίωση, ότι θ' απολαύσει μια ευτυχισμένη ζωή μετά θάνατον. Αυτό που δίνεται είναι η Σεόλ, μια επικράτεια κάτω από τη γη, που δεν πρέπει να εξομοιώνεται με την κόλαση, σαν ένας τόπος μαρτυρίου (Beck, 2001).

Τίποτα το σημαντικό ή το ασήμαντο δεν επιζεί. Εξάλλου, τι θα μπορούσε να επιζήσει; Η βασική ανθρωπολογία της βίβλου είναι η σκόνη που ζωντανεύει με την πνοή που της εμφυσά ο Θεός. Κατά το θάνατο, το σώμα επιστρέφει στο χώμα ενώ η πνοή

(ρουά) επιστρέφει ή στον αέρα ή στο Θεό. Μάλλον λοιπόν υπάρχει μια συνεχής ταύτιση ανάμεσα στο άτομο και την ψυχή, έτσι ώστε ότι παίρνει πίσω ο Θεός με το θάνατο να μη χάνεται ούτε να καταστρέφεται (ύστερος Ιουδαϊσμός) (Beck, 2001).

Υπάρχει η αυστηρά ρεαλιστική αποδοχή πως τίποτα δεν υπάρχει πέρα από το θάνατο – τίποτα τουλάχιστον που να συγκρίνεται μ' εκείνη την ποιότητα της σχέσης με το Θεό που έδωσε τη δυνατότητα στους μεταγενέστερους να την περιγράψουν, στην περίπτωση του Αβραάμ, ως «φιλία» (Bowker, 2006).

Κατά τη βιβλική περίοδο, η πραγματικότητα κι η αναγκαιότητα του θανάτου αναγνωριζόταν μέσω της θυσίας. Το αίμα αποτελεί την επιτομή της ζωής, ακριβώς όπως η αιματοχυσία αποτελεί την επιτομή του θανάτου. Κεφαλαιώδης η απαγόρευση της αιματοχυσίας ή του να τρώει κανείς κρέας που έχει ακόμα μέσα του αίμα. (Πολύ αργότερα επιτρέπεται η κατανάλωση κρέατος) (Bowker, 2006).

Η Σεόλ μετατρέπεται πια σε ένα είδος στρατοπέδου διερχομένων για τους ενάρετους κι ιδιαιτέρως για όσους πιστούς Εβραίους αρνούνται να παραβούν τις εντολές της Τόρα. Ο πιστός Εβραίος δε θα πρέπει να φοβάται ποτέ το θάνατο, αφού ο θάνατος οδηγεί στη ζωή – πράγματι οδηγεί στη ζωή για τους άλλους, εφόσον ο θάνατος των πιστών (ως μαρτύρων) είναι θυσιαστήριος (Beck, 2001).

Πριν κι αμέσως μετά από την εμφάνιση του Χριστού εκφράζεται η πεποίθηση για την ύπαρξη της μεταθανάτιας ζωής με το Θεό, η οποία απορρέει από την αναμφισβήτητη επενέργεια του Θεού στην επίγεια ζωή, μια εμπειρία που γεννά πίστη κι υποταγή, ώστε να μη διστάζει να πεθάνει κανείς, προκειμένου να τις ομολογήσει (Beck, 2001).

Από εδώ και στο εξής η πίστη στην ανάσταση αποτελεί μια από τις βασικές αρχές του Ιουδαϊσμού. Η πίστη στην ανάσταση δεν χωρούσε αμφισβήτηση, αφού η ίδια η Γραφή (Torah Shebeal PeH = η Τόρα που μεταδίδεται με τον προφορικό λόγο) την επιτρέπει κι απαιτεί απ' τους Εβραίους να πιστεύουν σε αυτήν (Beck, 2001).

✓ Ισλαμισμός:

Η ιστορία ξεκινάει με την προσπάθεια του Μωάμεθ, να βρει την απόλυτη αλήθεια του Θεού μέσα από τις πολλές αντιμαχόμενες δοξασίες που συναντούσε σχετικά με

τη φύση του Θεού. Μέσα σε μια σπηλιά τον κατέκλυσε η αίσθηση αυτής της αλήθειας κι απαίτησε από αυτόν να μιλήσει με λόγια που δεν προέρχονταν από τον ίδιο, αλλά που του τα επέβαλε ο Θεός (Beck, 2001).

Ο σκοπός του θανάτου είναι να θέσει μια προθεσμία ή ένα όριο σε αυτήν την περίοδο χάριτος, κατά τη διάρκεια της οποίας τα άτομα είναι ελεύθερα (μέσα στα πλαίσια που καθορίζει κι επιτρέπει η δημιουργική επιθυμία του Θεού) να κατευθύνουν τη ζωή τους πάνω στη σιράτ ουλ Μουστακίμ, την ευθεία οδό που τους επαναφέρει στο Θεό, ή να πάνε στους καφιρούν, τους άπιστους που απορρίπτουν κι αποκηρύσσουν το Θεό. Αυτή η περίοδος αποτελεί περίοδο δοκιμασίας ή δίκης. Ο θάνατος λοιπόν αυτός καθ' αυτός δεν αποτελεί τιμωρία: οδηγεί στο τέλος του ένα ιδιαίτερο στάδιο μιας πολύ μεγαλύτερης διαδικασίας που κορυφώνεται με την μέρα της ανάστασης και της τελικής κρίσης. Οι Μουσουλμάνοι βλέπουν το θάνατο σα μια πόρτα, μια είσοδο που από τη στιγμή που την περάσουν δεν υπάρχει γυρισμός, συνεπώς δεν υπάρχει περίπτωση να επιστρέψει κανείς και να ξαναδοκιμάσει (Beck, 2001).

Οι Ημέρες της Ανάστασης και της Κρίσης περιγράφονται συχνά στο Κοράνιο: πτώματα ξεχώνονται από τους τάφους σαν ακρίδες, εξορμούν σαν βιαστικοί δρομείς προς τη νίκη, τελικά ξεπροβάλλουν όλα μαζί σαν τρικυμία. Κατόπιν η σάλπιγγα, οι ουρανοί ανοίγουν, τα βουνά ισοπεδώνονται όπως σκορπίζεται και κυλάει η άμμος. Και να και οι άγγελοι... Την Ημέρα της Κρίσης όλοι θα ανταμειφθούν σύμφωνα με ένα σαφή και συγκεκριμένο υπολογισμό: πόσες καλές και πόσες κακές πράξεις. Αυτή είναι η ημέρα της Διάκρισης κατά την οποία θα γίνει ανταλλαγή (για τους ενάρετους) των κακών αυτού του κόσμου με τα καλά του επόμενου. Θα ληφθεί απόφαση για όλες τις διαμάχες στη γη, όπως λόγου χάρη διαμάχες Εβραίων – Χριστιανών (Beck, 2001).

Ο Ισλαμισμός φαίνεται να διαφεύδει το ότι οι Θρησκείες στο ξεκίνημα τους ερεύνησαν την έννοια και τη σημασία του θανάτου πολύ περισσότερο μέσω της θυσίας απ' ότι μέσω των συλλογισμών για τη μετά θάνατο ζωή. Και αυτό γιατί ο Ισλαμισμός είναι μεταγενέστερη και όχι πρώτη, μορφή θρησκευτικής παράδοσης (της Ιουδαιο-Χριστιανικής). Βασίζεται σε αντίθεση με τις υπόλοιπες μεγάλες θρησκείες, σε μια κυριολεκτική και αλάνθαστη εικόνα της τελικής κατάληξης της ανθρώπινης ζωής πέρα από το θάνατο, με μια ακραία μορφή τυποποίησης. Εντελώς διαφορετική είναι η θρησκευτική αντίληψη του Ινδουισμού (Bowker, 2006).

▼ Ινδουισμός:

Στον Ινδουισμό φαίνεται να υπάρχει μια ατελείωτη επανάληψη θανάτων, καθώς το τζίβα (η προσωρινή προβολή του αληθινού εαυτού, του άτμαν) προχωρά από τη μια γέννηση στην άλλη κι η μορφή της επόμενης γέννησης είναι η αμερόληπτη κρίση για αυτά που προηγήθηκαν-στο βαθμό που η λέξη κρίση είναι η σωστή: στην πραγματικότητα είναι η απρόσωπη εκδήλωση της συνέπειας. Η πεποίθηση ότι ο άφθαρτος εαυτός έχει ήδη φύγει, κυριολεκτικά, όταν ένας άνθρωπος πεθαίνει (ή αποτεφρώνεται), αντικατοπτρίζεται στο γεγονός ότι οι Ινδουιστές δεν επιμένουν στο πένθος ή τη θλίψη τους, μπορούν όμως να βοηθήσουν την ψυχή να κάνει το ταξίδι της με τις κατάλληλες τελετές και προσευχές (Bowker, 2006).

Ο αληθινός σύνδεσμος μεταξύ της Βεδικής και της μεταγενέστερης αντίληψης για το θάνατο έγκειται στην ιεροτελεστία και τη θυσία, τόσο κυριολεκτικά όσο και θεωρητικά, γιατί ο θάνατος συνεχίζει να κατανοείται ως αναγκαίος κι αναπόφευκτος όρος της ζωής. Ο θάνατος έχει αναγκαστικά θυσιαστικό χαρακτήρα, γιατί χωρίς αυτόν δεν μπορεί να προκύψει καμιά ζωή. Οι τρεις σημαντικότεροι εκπρόσωποι του θανάτου είναι ο Γιάμα, η Κάλι κι ο Σίβα. Ο Γιάμα ήταν ο αρχηγός των προγόνων (αφού πέθανε πρώτος) και οδηγούσε τους νεκρούς στο βασίλειό τους με τα δύο του σκυλιά με τα τέσσερα μάτια που επόπτευαν το μονοπάτι των νεκρών.

1.3 Θάνατος και επιστήμη

Αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινής ζωής, αποτελεί και ο θάνατος, μια αναπόφευκτη πραγματικότητα που ο εκάστοτε άνθρωπος θα αντιμετωπίσει σε κάποια δεδομένη στιγμή. Η πλειοψηφία των θανάτων οφείλεται σήμερα σε μια χρόνια και απειλητική για τη ζωή ασθένεια (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 2009).

Όλοι οι θάνατοι που συμβαίνουν δεν προκαλούν ίδιας έντασης ψυχική συμμετοχή εκ μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού. Ο θάνατος ενός ηλικιωμένου μετά από μακροχρόνια αρρώστια είναι ευκολότερα αποδεκτός από εκείνον ενός νέου που πεθαίνει από τροχαίο ατύχημα. Στην πρώτη περίπτωση, εκτός από την ηλικία, η μακροχρόνια νοσηλεία επιτρέπει την ψυχική προετοιμασία. Το πένθος αρχίζει από τη στιγμή που ο άρρωστος περνάει στη θέση του ετοιμοθάνατου. Αυτή η πορεία είναι

βαθμιαία και στηρίζεται στις κλινικές, στις παρακλινικές εξετάσεις, στη φαρμακευτική φροντίδα, αλλά και στην πείρα του νοσηλευτικού προσωπικού (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 2009).

1.4 Ελληνική πραγματικότητα

Ο θάνατος εννοιολογείται ως διαδοχική και τελεσίδικη εκδοχή πολλών προθύστερων, μικρών ή μεγαλύτερων, χτυπημάτων, που οι αρρώστιες επιφέρουν στην πεπερασμένη ανθρώπινη ύπαρξη. Ο θάνατος, πλήττει, τελικά, καίρια και ανεπίστροφα το ανθρώπινο σώμα και κατανοείται, πρωτίστως, ως ασθένεια (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 2009).

Προβάλλεται ως υπέρτατη μορφή και καταληκτική, δηλαδή σχεδόν αποθεωτική, εκδοχή της ασθένειας και εισβάλλει στο πεδίο του κοινωνικού. Με αυτόν τον τρόπο, το διαφοροποιεί ριζικά, και ενίοτε δραματικά, ή ειδικότερα στις μέρες μας, θεαματικά και ενίοτε μονοδιάστατα φαντασμαγορικά, ενισχύοντας τη μετάβαση από τη «βιο» στη «θανατοπολιτική» (Μακρυνιώτη, 2008: 39). Ο θάνατος αποκτά μια προεξάρχουσα θέση στις σύγχρονες κοινωνίες και ασκεί μια «σκοτεινή» και σαγηνευτική - ακόμα και ως αντικείμενο φόβου και απώθησης - γοητεία στην εξατομικευμένη δική μας ζωή (Beck, 2001:126). Η ιατρική επιστήμη, επικουρούμενη από άλλες γνωστικές πειθαρχίες (νομική, δημογραφία, βιολογία, στατιστική κτλ), σε συνδυασμό με μια σειρά από τεχνολογικά επιτεύγματα και εργαλεία, ευρέως γνωστά και ως ιατρικά «υλικά», έχει επικρατήσει στη ζωή μας σε εξαιρετικά μεγάλο βαθμό. Ταυτόχρονα, επηρεάζει ριζικά τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε τις σχέσεις μας με τους άλλους, ώστε η ιδέα της εξάλειψης του «αναπόφευκτου του θανάτου» να φαντάζει τελικά, οριακά, πιθανή (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Σχέσεις νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών στα του βιοϊατρικού και βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου υγείας

Η σχέση η οποία αναπτύσσεται ανάμεσα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τον άρρωστο εξαρτάται και ταυτόχρονα επηρεάζεται από το μοντέλο θεώρησης και προσέγγισης το οποίο υιοθετούν οι πρώτοι στα θέματα υγείας. Όταν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί την αρρώστια ως μια οργανική δυσλειτουργία, αντιλαμβάνεται και τον άρρωστο ως βιολογικό περιστατικό. Ο βασικός στόχος οποιασδήποτε παρέμβασης είναι η διάγνωση, η θεραπεία και η αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου. Οι γνώσεις των ειδικών είναι πάντα ορθολογικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και βασίζονται στις αντικειμενικές πληροφορίες που παρέχουν τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα, ενώ αγνοείται η συναισθηματική, οικογενειακή και κοινωνική κατάσταση του αρρώστου. Αν και το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται σε διαρκή και άμεση επαφή με τον άρρωστο, αποκτώντας με αυτό τον τρόπο βαθύτερη γνώση της ψυχικής του κατάστασης, ωστόσο δεν μπορεί να αξιοποιήσει αυτή τη γνώση εποικοδομητικά (Παπαγιάννη, 2003).

Αντίθετα, στα πλαίσια της βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ενθαρρύνει τον άρρωστο να συνειδητοποιήσει ότι η συμπεριφορά του μπορεί να επηρεάσει την υγεία του. Αναθεωρώντας τον τρόπο ζωής που έχει επιλέξει, ο ασθενής μπορεί να μάθει να αντιμετωπίζει αποτελεσματικότερα το καθημερινό στρες, να περιορίζει ορισμένες επιβλαβείς συνήθειες όπως για παράδειγμα το κάπνισμα, η υπερβολική χρήση καφεΐνης ή οινοπνεύματος κ.λπ., και παράλληλα να υιοθετεί νέες συμπεριφορές που προωθούν και διατηρούν την υγεία του (Παπαγιάννη, 2003).

Στα πλαίσια του μοντέλου αυτού, η σχέση ανάμεσα στον άρρωστο και στο προσωπικό υγείας δεν χαρακτηρίζεται από την επιβολή μιας άκαμπτης ιεραρχίας, αλλά διακρίνεται από διάθεση ουσιαστικής συνεργασίας. Αυτή η συνεργασία

αποβλέπει στη βαθύτερη κατανόηση των οργανικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων που συνέβαλαν στην ανάπτυξη της αρρώστιας και επηρεάζουν την εξέλιξη της υγείας του αρρώστου (De Ridder, & Schreurs, 2001).

2.2 Αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων

Κάθε άτομο αντιδρά με το δικό του μοναδικό τρόπο στη γνωστοποίηση της διάγνωσης. Οι αντιδράσεις ποικίλλουν ανάλογα με την έκφραση και την ένταση τους. Άλλοτε έχουν εποικοδομητικές και άλλοτε αρνητικές επιπτώσεις στην οργανική και ψυχική υγεία του ατόμου και στις σχέσεις του με τους άλλους (Baum, & Poslunzy, 1999).

Στην περίπτωση αυτή, το προσωπικό υγείας κατέχει σημαντικό ρόλο, ενθαρρύνοντας τον άρρωστο να μοιραστεί τον τρόπο που βιώνει τη διάγνωση και το πρόβλημα της υγείας 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 πως θα τρελαθεί. Οι αντιδράσεις αυτές είναι απόλυτα φυσιολογικές, παρόμοιες με εκείνες που βιώνουν όλοι οι ασθενείς που έρχονται αντιμέτωποι με τη διάγνωση μιας χρόνιας ή απειλητικής για τη ζωή τους αρρώστιας (Παπαγιάννη, 2003).

Η ομάδα του προσωπικού υγείας χειρίζεται τις συναισθηματικές αντιδράσεις του αρρώστου και των συγγενών με τον ίδιο περίπου τρόπο που αντιμετωπίζει και τις συναισθηματικές αντιδράσεις των μελών της ίδιας ομάδας. Όταν δεν επιτρέπει στα μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού να εκφράζουν τα οδυνηρά συναισθήματα τους και να επεξεργάζονται τις εμπειρίες που βιώνουν καθημερινά στο χώρο εργασίας, όταν δηλαδή η θεραπευτική ομάδα δεν «αντέχει» τον ψυχικό πόνο που ίδια βιώνει, τότε «απαγορεύει» στον άρρωστο και στο περιβάλλον του να εκφράσουν την οδύνη τους, καθώς απειλείται από αυτή. Έτσι, τα μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού χρησιμοποιούν φραγμούς επικοινωνίας (λόγου χάρη, άδικα ανησυχείτε, όλα θα πάνε καλά) που ωθούν τον άρρωστο σε συναισθηματική απομόνωση (Παπαγιάννη, 2003).

2.2.1 Χρόνια φάση

Η χρόνια φάση ορίζεται ως η περίοδος που έπεται της διάγνωσης και εκτείνεται μέχρι την τελική έκβαση της ασθένειας που είναι η ίαση ή και 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 μια αργή, προοδευτική επιδείνωση της υγείας νόσος του Alzheimer. Άλλες σημαδεύονται από αλλεπάλληλες 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 οικογένεια 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 συνοδεύεται από χρόνιο άγχος. Παρ' όλα 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 (Baum, & Poslunzy, 1999).

Κάποιες από τις σημαντικότερες προκλήσεις ή έργα που καλείται να αντιμετωπίσει ο άρρωστος περιλαμβάνουν (Derrickson, 1996):

- α) Εξασφάλιση ενός «φυσιολογικού» ρυθμού και «ποιότητα ζωής».
- β) Τήρηση ιατρονοσηλευτικών οδηγιών.
- γ) Ενεργοποίηση του υποστηρικτικού δικτύου και περιορισμός της κοινωνικής απομόνωσης.
- δ) Κατανόηση της εξέλιξης της υγείας και της προτεινόμενης θεραπευτικής αγωγής.
- ε) Αναγνώριση και έκφραση των συναισθημάτων και ανησυχιών.
- στ) Αναγνώριση των επιπτώσεων της χρόνιας αρρώστιας στην αντίληψη της ζωής του ασθενή.

2.2.2 Τελική φάση

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 και στην ανακουφιστική φροντίδα του αρρώστου εν όψει του προκείμενου θανάτου. Η διάρκεια και πορεία της τελικής φάσης ποικίλλουν και συχνά εξαρτώνται από τη φύση και εξέλιξη της αρρώστιας, από τις παρεμβάσεις του προσωπικού υγείας και τον ίδιο τον ασθενή και το άμεσο περιβάλλον του. Σε αυτή τη φάση οι προκλήσεις είναι πολλαπλές και συχνά επηρεάζουν βαθιά όσους συμμετέχουν στη φροντίδα του αρρώστου στο τελικό στάδιο της ζωής του (Γιαβασοπουλος, & Γουρνη, 2008).

Ο Philippe Aries (1988) σε μια κοινωνικό-ιστορική μελέτη, επισημαίνει ότι η αντίληψη ενός «καλού» θανάτου στη σύγχρονη εποχή είναι διαφορετική από εκείνη που επικρατούσε το Μεσαίωνα. Στο Μεσαίωνα ο ξαφνικός, απροσδόκητος θάνατος θεωρείτο «κακός» και ανεπιθύμητος γιατί το άτομο δεν είχε τη δυνατότητα μιας ψυχικής προετοιμασίας. Ο πόνος στην επίγεια ζωή συνέβαλλε στην εξιλέωση των αμαρτιών και μείωνε το χρόνο παραμονής στην κόλαση. Κατά συνέπεια, ένας αργός θάνατος, όπου το άτομο πεθαίνει «όρθιο», διατηρώντας την αξιοπρέπεια του, χωρίς να υποφέρει και να φθείρεται οργανικά. Δεν υπάρχει ένα πλαίσιο που να συμβάλει στην κατανόηση και απόδοση νοήματος στον ενδεχόμενο ψυχικό πνευματικό, και οργανικό πόνο που βιώνει ο άρρωστος που πεθαίνει (Παπαγιάννη, 2003).

Η τελική φάση ολοκληρώνεται με την ανακοίνωση του θανάτου. Στο τέλος αυτής της φάσης αποτελεί την αρχή μιας άλλης φάσης θρήνου που βιώνεται με διαφορετικό τρόπο από την οικογένεια τους, τους φίλους, τα μέλη του προσωπικού υγείας και όσους έχουν επηρεαστεί από τη ζωή και το θάνατο του συγκεκριμένου ατόμου (Γιαβασοπουλος, & Γουρνη, 2008).

Υπάρχουν άρρωστοι που αρνούνται να συνειδητοποιήσουν ότι πεθαίνουν. Σε αυτή την περίπτωση είναι σημαντικό να διακρίνει κανείς αν αυτή η άρνηση αποτελεί έναν μηχανισμό αυτοπροστασίας μπροστά στην απειλή του θανάτου ή αν αποτελεί μια προσποίηση που χρησιμοποιεί το άτομο για να προστατεύσει αγαπημένα του πρόσωπα από τον ψυχικό πόνο που θα τους προκαλούσε η γνώση ότι ο ίδιος ξέρει τη σοβαρότητα της κατάστασής του (Γιαβασοπουλος, & Γουρνη, 2008).

Όταν προσποιείται, αναπόφευκτα οδηγείται σε μια συναισθηματική απομόνωση χωρίς ουσιαστική υποστήριξη από το περιβάλλον του και μάλιστα σε στιγμές που τη χρειάζεται περισσότερο. Για αυτό είναι πολύ σημαντικό να διατηρούμε μια ανοιχτή επικοινωνία με τον άρρωστο χωρίς να του κρύβουμε τα γεγονότα αλλά ούτε και να του επιβάλλουμε την πληροφόρηση που αφορά την κατάστασή του (Γιαβασόπουλος, & Γουρνη, 2008).

Στην ουσία οι περισσότεροι ασθενείς γνωρίζουν την αλήθεια αλλά αρνούνται την αποδοχή της σε μικρό ή σε μεγαλύτερο βαθμό. Καθένας τους έχει το δικό του ρυθμό που αφομοιώνει και συνειδητοποιεί την πραγματικότητα κι είναι σημαντικό να σεβόμαστε τον τρόπο που κάθε άτομο διαλέγει για να αντιμετωπίσει το θάνατό του (Μαρίνος, 2005).

Σε αυτήν την τελική φάση της ζωής πρέπει να αφήνουμε τον άρρωστο να μας καθοδηγεί και να είμαστε έτοιμοι να ανταποκριθούμε στις ανάγκες του, ενθαρρύνοντας έναν ανοιχτό διάλογο μαζί του. Αυτός ο διάλογος προϋποθέτει ότι είμαστε σε θέση να συζητήσουμε θέματα σχετικά με το θάνατό του όταν το άτομο αναζητήσει κάποιον που είναι πρόθυμος να ακούσει τις σκέψεις ή τους φόβους του, χωρίς να του προσφέρει συμβουλές και λύσεις, αλλά που με το ενδιαφέρον και την κατανόηση του, του παρέχει μια συναισθηματική στήριξη. Μέσα στα πλαίσια μιας ανοιχτής επικοινωνίας ο άρρωστος διευκολύνεται στην ολοκλήρωση των στόχων του, στην τακτοποίηση εκκρεμών υποθέσεων και στην ανάπτυξη μιας βαθιάς συναισθηματικής και ουσιαστικής επαφής με αγαπημένα του πρόσωπα, ανάμεσα στα οποία συχνά συμπεριλαμβάνονται και μέλη του προσωπικού (Μαρίνος, 2005).

Η τελική φάση της ζωής του μπορεί να αποτελέσει μια εμπειρία ολοκλήρωσης κι αποδοχής τόσο για τον άρρωστο όσο και για το περιβάλλον του που παρ' όλο τον ψυχικό πόνο αποχωρίζονται σε ένα κλίμα σεβασμού κι αξιοπρέπειας. Μέσα σε αυτό το κλίμα δίνεται έμμεσα στον ασθενή το μήνυμα ότι «μπορεί... είναι φυσικό να πεθάνει» χωρίς να παραμένει στη ζωή μόνο και μόνο επειδή το περιβάλλον του δυσκολεύεται να τον αποχωριστεί ή αρνείται το θάνατό του (Σαπουντζή - Κρέπια, 2004).

Δυστυχώς όμως κάθε θάνατος δεν ολοκληρώνεται μέσα σε παρόμοιες συνθήκες. Μπορεί μάλιστα να είναι δύσκολος, επίπονος, άσχημος ο αποχωρισμός όταν ο άρρωστος υποφέρει οργανικά και ψυχικά, ή όταν βρίσκεται φοβισμένος,

εγκαταλειμμένος και συναισθηματικά απομονωμένος μέσα σ' ένα εξίσου τρομαγμένο ή πανικόβλητο περιβάλλον (Μαρίνος, 2005).

Βασικά η σημαντικότερη προσφορά που μπορούμε στον άρρωστο στηρίζεται στην αποδοχή της κατάστασής του και στη συμφιλίωσή μας με την ιδέα του θανάτου. Η δική μας αποδοχή τον διευκολύνει να δεχτεί τον εαυτό του και το θάνατο (Παπαγιάννη, 2003).

Κι αυτή δεν εκφράζεται τόσο με λόγια όσο με πράξεις. Για παράδειγμα μπορεί να βασίζεται στη συμπαράσταση και διακριτική μας παρουσία κοντά του μέχρι την τελευταία στιγμή. Μερικές φορές ένα χάδι, μια σιωπηλή ματιά, ένας φιλικός λόγος αρκούν να μας στηρίζουν ακόμα και τον άρρωστο που βρίσκεται σε κώμα, που όπως πιστεύεται διατηρεί επαφή μαζί μας, ίσως μέσω της ακοής, που είναι η τελευταία από όλες τις αισθήσεις που χάνει ο άνθρωπος. Η αποδοχή εκφράζεται επίσης με τη διαβεβαίωση ότι δε θα τον εγκαταλείψουμε και με την αναγνώριση ότι δεν αποτελεί για μας απλώς ένα σώμα που καταρρέει και καθημερινά αλλάζει, αλλά κάτι πολύ περισσότερο από αυτό. (Παπαγιάννη, 2003).

Πράγματι υπάρχουν ασθενείς που δεν ταυτίζουν το «εγώ» τους με την οργανική τους κατάσταση, τους ρόλους που απέκτησαν στη ζωή, τα έργα και τις πράξεις τους. Αντιμετωπίζουν την αρρώστια τους σαν μια ευκαιρία για μια πνευματική εξέλιξη που τους βοηθά να ζήσουν ίσως περισσότερο από ποτέ «συνειδητά» κι «ολοκληρωμένα» το χρονικό διάστημα που τους απομένει. (Μαρίνος, 2005).

2.3 Η οικογένεια του ασθενή που πεθαίνει

Κάθε οικογένεια αποτελεί ένα «σύνολο». Αυτό σημαίνει ότι το κάθε γεγονός ή εμπειρία 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 (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 2009).

Όταν ο άρρωστος πεθαίνει, μαζί του πεθαίνει σε συμβολικό επίπεδο κι η οικογένεια όπως την ήξεραν τα μέλη της στο σύνολό της. Το πένθος είναι διπλό. Απαιτείται μια νέα κατανομή ρόλων κι ευθυνών ανάμεσα στα μέλη της «νέας» οικογένειας που

σχηματίζεται και που δε θα είναι ποτέ η ίδια με εκείνη που ήταν κάποτε (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 2009).

Στην τελευταία φάση της ζωής του αρρώστου τα μέλη της οικογένειας βρίσκονται σε «κρίση» καθώς αντιμετωπίζουν τον επικείμενο θάνατο του αγαπημένου τους. Η συμπεριφορά κι οι αντιδράσεις των συγγενών που προετοιμάζονται ψυχολογικά να δεχτούν τον αναπόφευκτο θάνατο, αποτελούν μέρος μιας ψυχολογικής διεργασίας που ονομάζεται «προπαρασκευαστικός θρήνος». Τα κυριότερα χαρακτηριστικά αυτής της διεργασίας που έχουν συχνά περιγραφεί, είναι (Σαπουντζή - Κρέπια, 2004):

- § κατάθλιψη,
- § προβληματισμός και συνεχής απασχόληση με τον άρρωστο που πεθαίνει,
- § σκέψεις κι άγχος που αφορούν γενικότερα το θάνατο,
- § προβληματισμός σχετικά με τη μελλοντική πορεία της οικογένειας και προγραμματισμός για την προσαρμογή στις αναμενόμενες συνθήκες που θα προκύψουν αφού θα πεθάνει το άτομο.

Αυτή η διεργασία του προπαρασκευαστικού θρήνου επιτρέπει στα μέλη της οικογένειας να αφομοιώσουν και να αποδεχτούν την πραγματικότητα, ενώ παράλληλα τους δίνεται η ευκαιρία να αποκαταστήσουν μια ουσιαστική σχέση με τον άρρωστο πριν πεθάνει, ολοκληρώνοντας τις συναισθηματικές «εκκρεμότητες» που μπορεί να τους χώριζαν στο παρελθόν (Σαπουντζή - Κρέπια, 2004).

Καθώς η κατάσταση του αγαπημένου τους χειροτερεύει, οι ελπίδες των συγγενών μειώνονται και παίρνουν μια νέα μορφή. Δεν ελπίζουν πια ότι ο άρρωστος θα σωθεί, αλλά εύχονται να μην υποφέρει τις τελευταίες μέρες της ζωής του. Οι στόχοι τους γίνονται βραχυπρόθεσμοι, ελπίζουν παραδείγματος χάριν, να προλάβουν να χαρούν μια οικογενειακή γιορτή, ή συγκέντρωση, εκδρομή μαζί του, ενώ παράλληλα μαθαίνουν να ζουν «μέρα τη μέρα» (Σαπουντζή - Κρέπια, 2004).

Στην αρχή της διεργασίας του προπαρασκευαστικού θρήνου, ο πόνος κι η θλίψη τους μοιάζουν αβάσταχτοι και μερικές φορές εκδηλώνονται μέσα από σωματικά συμπτώματα, όπως πόνος στο στήθος, στο στομάχι, ζαλάδες, μουδιάσματα. Σιγά - σιγά όμως ο έντονος αυτός ψυχικός πόνος μετατρέπεται σε μια μελαγχολία και σταδιακή συμφιλίωση με τη σκέψη ότι ο άρρωστος θα πεθάνει. Συχνά απομακρύνονται

συναισθηματικά από τον άρρωστο, χωρίς απαραίτητα να στερούν την παρουσία τους από κοντά του. Ουσιαστικά εγκαταλείπουν τα όνειρα που είχαν για το άτομο και τη ζωή τους μαζί του, ενώ οι σκέψεις τους επικεντρώνονται στον τρόπο με τον οποίο θέλουν να τον θυμούνται όταν δεν θα υπάρχει πια. Φαντάζονται τη ζωή τους χωρίς αυτόν και κάνουν σχέδια για την προσαρμογή τους στις νέες συνθήκες διαβίωσης που θα ακολουθήσουν μετά το θάνατό του (Σαπουντζή - Κρέπια, 2004).

Αυτές όλες οι σκέψεις και αντιδράσεις των συγγενών συχνά δημιουργούν ενοχές. Για αυτό και είναι πολύ σημαντικό να τους ενθαρρύνουμε να εκφράζονται ανοιχτά, ώστε να τους καθησυχάζουμε ότι είναι απόλυτα φυσιολογικές οι αντιδράσεις στην προσπάθεια τους να προετοιμαστούν ψυχολογικά ότι θα τον χάσουν. Κι ενώ μέσα στα πλαίσια της διεργασίας του προπαρασκευαστικού θρήνου τα μέλη της οικογένειας οδηγούνται σε μια συναισθηματική απομάκρυνση από τον άρρωστο, δεν καταλήγουν απαραίτητα και στην εγκατάλειψή του. Για μερικούς μάλιστα συγγενείς η προσέγγιση με τον άρρωστο εντείνεται καθώς συνειδητοποιούν την κρισιμότητα της κατάστασής του (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 2009).

Ερευνητικά συμπεράσματα τονίζουν ότι η διεργασία του προπαρασκευαστικού θρήνου μειώνει την ένταση των συναισθηματικών αντιδράσεων όταν έρχεται η στιγμή που ο άρρωστος πεθαίνει. Πολλοί μάλιστα πιστεύουν ότι αυτή η ψυχολογική διεργασία συμβάλλει θετικά στη μετέπειτα προσαρμογή των ατόμων, ενώ άλλοι ισχυρίζονται ότι η προσαρμογή τους είναι ανεξάρτητη από την παρουσία προπαρασκευαστικού θρήνου (Μαρίνος, 2005).

Υπάρχουν όμως και ορισμένες συνθήκες όπου τα αποτελέσματα της διεργασίας αυτής μπορεί να είναι αρνητικά. Αυτό συμβαίνει όταν ο προπαρασκευαστικός θρήνος αρχίζει πρώιμα ή όταν εκδηλώνεται με μεγάλη ένταση και φόρτιση. Και στις δύο περιπτώσεις υπάρχει το ενδεχόμενο οι συγγενείς να απομακρυνθούν από τον άρρωστο, ή απορροφημένοι από τα δικά τους συναισθήματα να μην είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις ανάγκες του (Μαρίνος, 2005).

Υπάρχουν κι εκείνες οι περιπτώσεις, όπου ενώ αναμένεται ο θάνατος του αρρώστου, εκείνος συνέρχεται και συνεχίζει να ζει (Σύνδρομο του Λαζάρου). Τότε οι ψυχολογικά προετοιμασμένοι συγγενείς νιώθουν ανίκανοι να επανασυνδεθούν συναισθηματικά μαζί του και συχνά προσπαθούν να «υπεραναπληρώσουν» ασχολούμενοι υπερβολικά με τη φροντίδα του αρρώστου (Μαρίνος, 2005).

Άλλες φορές πάλι η έλλειψη μιας διεργασίας προπαρασκευαστικού μπορεί να δημιουργήσει σοβαρές δυσκολίες προσαρμογής για μερικά άτομα που χάνουν τον αγαπημένο τους. Αυτό συνήθως συμβαίνει όταν, ακόμα και στην τελική φάση της ζωής του αρρώστου, αρνούνται τον επικείμενο θάνατό του και αναζητούν με άσκοπα ταξίδια και μη καθιερωμένες θεραπευτικές μεθόδους να «τον σώσουν». Στην προσπάθειά τους να ξεπεράσουν τη δική τους αίσθηση αδυναμίας ή ενοχών, ανταποκρίνονται μεν στις δικές τους ανάγκες, όμως παράλληλα αγνοούν ή παραβλέπουν τις ανάγκες του αρρώστου (Μαρίνος, 2005).

Άλλοτε πάλι μερικοί συγγενείς θέλοντας να προστατεύσουν ορισμένα μέλη της οικογένειας από την πραγματικότητα (και ιδιαίτερα τα παιδιά) δεν τα ενημερώνουν σχετικά με τον επικείμενο θάνατο. Μ' αυτόν τον τρόπο τα στερούν από τη δυνατότητα μιας ψυχολογικής προετοιμασίας και μιας ευκαιρίας να αποχαιρετήσουν τον αγαπημένο τους ή να νιώσουν ότι συνέβαλαν με οποιονδήποτε τρόπο στη φροντίδα του (Μαρίνος, 2005).

Η ψυχολογική φροντίδα που παρέχουν συγγενείς και προσωπικό στον άρρωστο είναι ανεκτίμητης αξίας, όταν τον ενθαρρύνουν να ζήσει «ολοκληρωμένα» μια ποιότητα στις σχέσεις του με τους ανθρώπους που αγαπά μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του. Όταν μάλιστα, παρ' όλο τον ψυχικό τους πόνο, αποδέχονται αυτόν τον οριστικό χωρισμό διευκολύνουν τον άρρωστο να πεθάνει ήρεμα (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2009).

2.3.1 Τα στάδια του πένθους

Η ψυχίατρος Kubler-Ross το 1969 παρουσίασε για πρώτη φορά «τα 5 στάδια του πένθους». Τα στάδια αυτά αποτελούν υγιείς ψυχικές αντιδράσεις από τα μέλη της οικογένειας, των συγγενών ή των φίλων που προσπαθούν να νοηματοδοτήσουν την απώλεια.

Τα 5 στάδια είναι:

1. **Άρνηση**, μούδιασμα και σοκ: «Δε μπορεί να συμβαίνει αυτό σε μένα». Στο στάδιο αυτό το άτομο αναρωτιέται με ποιον τρόπο θα μπορέσει να συνεχίσει την ζωή του νιώθοντας μούδιασμένο και χάνοντας το νόημα της ζωής. Καθώς αποδέχεται σταδιακά την πραγματικότητα της απώλειας, αρχίζει να μπαίνει στην θεραπευτική διαδικασία όπου ο άνθρωπος δυναμώνει ψυχικά και η άρνηση εξαφανίζεται.

2. **Θυμός:** «Γιατί να συμβαίνει αυτό σε μένα;». Ο θυμός αποτελεί απαραίτητο στάδιο της θεραπευτικής διαδικασίας. Συχνά ο θυμός εκφράζει τον πόνο της απώλειας και δείχνει την ένταση της αγάπης. Το άτομο που σε αυτή την φάση νιώθει αδύναμο και εγκαταλελειμμένο, μπορεί να στρέψει τον θυμό του απέναντι στην οικογένεια, στους φίλους, στον γιατρό ακόμα και σε ανώτερες δυνάμεις, όπως είναι ο Θεός.
3. **Διαπραγμάτευση:** Το στάδιο αυτό περιλαμβάνει σκέψεις που κάνει το άτομο για όλα όσα θα μπορούσαν να έχουν γίνει διαφορετικά έτσι ώστε να αποφευχθεί η απώλεια. Οι σκέψεις αυτές δημιουργούν ενοχές και τύψεις στο άτομο για αυτά που θα μπορούσε να κάνει διαφορετικά στο παρελθόν και δεν έκανε.
4. **Κατάθλιψη:** «Δεν έχω όρεξη να κάνω τίποτα». Το στάδιο αυτό επέρχεται όταν το άτομο συνειδητοποιήσει την οριστικότητα και το πραγματικό μέγεθος της απώλειας. Αποσύρεται από τις αγαπημένες του δραστηριότητες ενώ είναι δυνατόν να εμφανίσει διαταραχές στον ύπνο (αϋπνία- υπερυπνία), διαταραχές της όρεξης και προβλήματα συγκέντρωσης και μνήμης. Η κατάθλιψη αποτελεί φυσιολογική αντίδραση στη συνειδητοποίηση ότι το αντικείμενο της απώλειας χάθηκε οριστικά.
5. **Αποδοχή:** «Έχω αποδεχτεί αυτό που συμβαίνει». Στο τελευταίο στάδιο, το άτομο πλέον μαθαίνει να ζει χωρίς το αντικείμενο της απώλειας, αποδεχόμενος την νέα πραγματικότητα. Αντιλαμβάνεται ότι πρέπει να συνεχίσει την ζωή του φτιάχνοντας καινούριες φιλίες και επενδύοντας σε νέες σχέσεις. Πολλές φορές μπορεί να αισθάνεται πως προδίδει το άτομο που χάθηκε απολαμβάνοντας την ζωή, όμως το παρελθόν δεν μπορεί να αλλάξει (www.iatronet.gr).

2.4 Φροντίδα του αρρώστου που πεθαίνει

Ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που φροντίζει το άτομο που πεθαίνει είναι πρωταρχικά υποστηρικτικός. Συνοδεύει τον άρρωστο στην πορεία του και συχνά, με την παρουσία και τη διαθεσιμότητά του, μπορεί να παρέχει τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του την απαραίτητη ασφάλεια που χρειάζονται σε αυτές τις δύσκολες στιγμές. Δυστυχώς, μερικές φορές, επικρατεί η λανθασμένη πεποίθηση ότι ο ρόλος του προσωπικού υγείας συνίσταται στο να προστατεύσει τον άρρωστο από τη συνειδητοποίηση του επικείμενου θανάτου του. Άλλοτε πάλι, ενισχύεται η πεποίθηση ότι ρόλος του είναι να οδηγήσει τον άρρωστο σε αποδοχή και συμφιλίωση με την πραγματικότητα ή να τον «βοηθήσει να πεθάνει» (Παπαγιάννη, 2003).

Στην ουσία όμως, το σημαντικότερο που μπορεί να προσφέρει το προσωπικό υγείας είναι «να βοηθήσει τον ασθενή να ζήσει μέχρι να πεθάνει», εξασφαλίζοντας το

απαραίτητο κλίμα αξιοπρέπειας και την ποιότητα στις συνθήκες διαβίωσής του. Κανείς δεν μπορεί να «πιέσει τον άρρωστο να αποδεχθεί το θάνατό του όταν τον αρνείται, ούτε να τον αρνηθεί όταν συνειδητοποιεί κι επιθυμεί να συζητήσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του σχετικά με τον επικείμενο θάνατο. Στην πραγματικότητα, οι περισσότεροι ασθενείς που βρίσκονται στην τελική φάση της ζωής τους αντιλαμβάνονται τη σοβαρότητα της κατάστασής τους, αλλά συχνά απωθούν κι αρνούνται-σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό-το γεγονός ότι σύντομα θα πεθάνουν (Σαπουντζή - Κρέπια, 2004).

Για μερικούς αρρώστους ο θάνατος είναι καλοδεχούμενος και γίνεται αντιληπτός ως «λύτρωση», ιδιαίτερα όταν έχουν υποφέρει για μεγάλο χρονικό διάστημα. Για άλλους πάλι η συνειδητοποίηση ότι «...ήρθε ο καιρός πια...» συνοδεύεται από έντονο άγχος, φόβο, θυμό, κατάθλιψη και μια πληθώρα συναισθημάτων που συχνά αποτελούν μέρος μιας ευρύτερης διεργασίας θρήνου εν όψει του επικείμενου θανάτου (De Ridder & Schreurs, 2001).

Το προσωπικό υγείας παρέχει ουσιαστική στήριξη, όταν αποδέχεται τόσο την οργανική και ψυχική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής σε μια δεδομένη στιγμή, όσο και το θάνατο γενικότερα. Την αποδοχή του την εκφράζει όταν προσφέρεται να συνοδεύσει τον επαγγελματία της υγείας. Με τη διακριτική του παρουσία, το προσωπικό υγείας εκπέμπει το μήνυμα ότι δεν τον εγκαταλείπει, ακόμα κι όταν δε διαθέτει τα μέσα για να τον θεραπεύσει. Η αποδοχή της πραγματικότητας ότι ο άρρωστος πεθαίνει προϋποθέτει αυτογνωσία και προσωπική επεξεργασία των συναισθημάτων και αντιλήψεων που έχει ο επαγγελματίας της υγείας γύρω από το θάνατο καθώς και των στόχων που θέτει στα πλαίσια της φροντίδας που παρέχει στο τελικό στάδιο της ζωής του ασθενή (De Ridder, & Schreurs, 2001).

Δυστυχώς όμως στα πλαίσια του επικρατούντος βιοϊατρικού μοντέλου υγείας, ο θάνατος απωθείται και συχνά ιατροκοποιείται, καθώς το προσωπικό υγείας επιδιώκει μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του ατόμου να παρέμβει για να το «σώσει». Τα τελευταία χρόνια έχει αναπτυχθεί μια νέα προσέγγιση – γνωστή ως hospice approach – που αναγνωρίζει κι ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες ανάγκες των αρρώστων που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους. Στην πραγματικότητα, ο όρος «hospice» αναφέρεται (De Ridder, & Schreurs, 2001):

- σε μια φιλοσοφία που διέπει τη φροντίδα που παρέχεται στα τελικά στάδια ζωής και

- σε ένα οργανωμένο σύστημα υπηρεσιών που επιδιώκει να εφαρμόσει τις αρχές αυτής της φιλοσοφίας.

Βασικό χαρακτηριστικό αυτής της προσέγγισης είναι η επικύρωση της ζωής κι όχι του θανάτου. Αναγνωρίζει τις ιδιαίτερες ανάγκες του ατόμου που πεθαίνει και προωθεί εκείνες τις συνθήκες που θα του εξασφαλίσουν, στο μέγιστο δυνατό βαθμό, άνεση, αξιοπρέπεια και ποιότητα ζωής. Οι υπηρεσίες απευθύνονται τόσο στον ασθενή, όσο και στα μέλη της οικογένειάς του, ενώ υποστήριξη εξακολουθεί να παρέχεται στην οικογένεια και κατά την περίοδο του πένθους. Η φροντίδα στα τελικά στάδια της ζωής προϋποθέτει τη διεπιστημονική συνεργασία ανάμεσα σε ειδικούς που διαθέτουν εξειδικευμένες γνώσεις αλλά κι «ανθρωπιά». Στα πλαίσια αυτής της προσέγγισης, ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην υποστήριξη του προσωπικού υγείας που επενδύει και συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα του άρρωστου και της οικογένειάς του (De Ridder, & Schreurs, 2001).

Όταν στόχος κάθε παρέμβασης δεν είναι πλέον η «θεραπεία» του αρρώστου, αλλά η επιδίωξη ανακούφισης και μέγιστης δυνατής άνεσης, τότε οι υπηρεσίες υγείας ανταποκρίνονται στις ιδιαίτερες ανάγκες του ατόμου που εκδηλώνονται στο οργανικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο (Παπαγιάννη, 2003).

2.4.1 Φροντίδα σε ψυχολογικό επίπεδο

Συχνά ο ψυχικός πόνος του αρρώστου φέρνει σε αμηχανία το προσωπικό υγείας που δε γνωρίζει πως να ανταποκριθεί σε αυτόν. Αισθήματα θυμού, θλίψης, άγχους, κατάθλιψης είναι απόλυτα φυσιολογικά κι αποτελούν μέρος μιας ευρύτερης ψυχικής διεργασίας θρήνου που στη βιβλιογραφία αναφέρεται ως «διεργασία προπαρασκευαστικού θρήνου» (process of anticipatory grief). Ο όρος όμως αυτός έχει συχνά αμφισβητηθεί, καθώς δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα που είναι πολύπλοκότερη. Το άτομο δε θρηνεί μονάχα «προπαρασκευαστικά» τις απώλειες που επίκεινται στο άμεσο μέλλον (όπως για παράδειγμα την επιδείνωση της υγείας του, τον αποχωρισμό από αγαπημένα πρόσωπα κλπ.), αλλά θρηνεί απώλειες που βιώνει μέσα στο παρόν (για παράδειγμα την αυξανόμενη αδυναμία του, την απομάκρυνση του προσωπικού ή άλλου ατόμου κλπ.), καθώς κι απώλειες που αναφέρονται στο

παρελθόν του (όπως για παράδειγμα ένα όνειρο που δεν πρόλαβε ποτέ να υλοποιήσει κ.λπ.) (Culliford, 2002).

Αυτή η διεργασία θρήνου είναι ιδιαίτερα χρήσιμη και σημαντική, επειδή επιτρέπει στο άτομο να προετοιμαστεί ψυχικά για τον επικείμενο θάνατό του (Derrickson, 1996).

Τα μέλη του προσωπικού υγείας παρέχουν ουσιαστική στήριξη στον άνθρωπο που πεθαίνει, όταν αναγνωρίζουν τη διεργασία θρήνου κι ενθαρρύνουν την έκφραση των συχνά οδυνηρών συναισθημάτων, σκέψεων και προβληματισμών που ενδεχόμενα τη συνοδεύουν, χωρίς να κρίνουν, να συμβουλεύουν ή να επιβάλουν τις προσωπικές τους απόψεις. Πολλές φορές επικρατεί η εσφαλμένη αντίληψη ότι κάθε συζήτηση ή οποία φέρνει στην επιφάνεια το άγχος, την κατάθλιψη, την οργή ή άλλα συναισθήματα είναι ανεπιθύμητη κι αρνητική για τον ασθενή. Στην περίπτωση αυτή γίνεται μια συστηματική προσπάθεια να αποφευχθούν παρόμοιες συζητήσεις και να απωθηθούν τα συναισθήματα του αρρώστου. Κάτω από παρόμοιες συνθήκες, το προσωπικό υγείας δεν εξυπηρετεί τον άρρωστο, αλλά προστατεύει τον εαυτό του απ' την προσωπική δυσφορία που του προκαλεί η ψυχική κατάσταση του ασθενή. Στην πραγματικότητα, ο μόνος τρόπος για να μπορέσει ο άρρωστος να ανακουφιστεί απ' το ψυχικό πόνο που βιώνει είναι να αναγνωρίσει και να συμφιλιωθεί με τα συναισθήματά του, εκφράζοντάς τα σε κάποιον που είναι πρόθυμος να τον ακούσει κι ενδιαφέρεται να τον καταλάβει (Vernant, 2012).

Στο τελικό στάδιο, το άγχος κι 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. Το προσωπικό υγείας μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο να εντοπίσει, να εκφράσει, να επεξεργαστεί και να αποδεχθεί τους φόβους του, ώστε να μπορέσει να τους ελέγξει αποτελεσματικότερα (Culliford, 2002).

Πολλοί επιστήμονες έχουν επιδιώξει να ταξινομήσουν αυτούς τους φόβους. Μεταξύ αυτών, οι Leming και Dickinson (1985) διακρίνουν δυο κατηγορίες φόβων: στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται οι φόβοι που είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την περίοδο που οδηγεί στο θάνατο (process of dying), ενώ στη δεύτερη κατηγορία οι φόβοι αφορούν κυρίως το γεγονός του θανάτου και την κατάσταση του νεκρού (state of being dead) (Derrickson, 1996).

Ο φόβος της ταπείνωσης και της απώλειας της αξιοπρέπειας χαρακτηρίζουν το άτομο που ανησυχεί μήπως παραμορφωθεί ή μήπως υποστεί πρόσθετες αναπηρίες που θα επηρεάσουν την λειτουργικότητα του και κυρίως την εικόνα που έχει για τον εαυτό του, την αυτοεκτίμηση και τον αυτοσεβασμό του (Vernant, 2012).

Ο φόβος της εξάρτησης είναι ιδιαίτερα έντονος για το άτομο που έχει μάθει να είναι αυτόνομο και αυτόρκες 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 (Vernant, 2012).

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 (Vernant, 2012).

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 (Vernant, 2012).

Ο φόβος του αποχωρισμού 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 (Vernant, 2012).

Ο φόβος για τη μετά θάνατο 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, άλλοι μπορεί να φοβούνται πνεύματα ή μεταφυσικές δυνάμεις κι ορισμένοι να πανικοβάλλονται στη σκέψη ότι μετά το θάνατο δεν υπάρχει τίποτα (Vernant, 2012).

Ο φόβος μπροστά στην οριστικότητα του θανάτου συνοδεύεται από υπαρξιακά προβλήματα και ανησυχίες: «τι θα απογίνουν όλα τα ανεκπλήρωτα σχέδια κι οι στόχοι που έχω βάλει στη ζωή μου», «θα χάσω τη ταυτότητα μου;», «υπάρχει ζωή μετά το θάνατο;», «κι όλα τα αγαπημένα μου πρόσωπα δεν θα τα ξαναδώ ποτέ;» (Vernant, 2012).

Ο φόβος για τη τύχη του σώματος, η ταφή και η αποσύνθεση του, η εικόνα του φέρετρου κάτω από το χόμα, είναι ζητήματα που προκαλούν έντονο φόβο σε μερικά άτομα (Vernant, 2012).

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 μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό, στις διάφορες φάσεις της αρρώστιας του. Συνήθως οι προβληματισμοί και οι ανησυχίες του επικεντρώνονται περισσότερο στο «πώς» θα πεθάνει, γεγονός που επιτρέπει στο ευαισθητοποιημένο προσωπικό υγείας να συμβάλει στην απομυθοποίηση ή μείωση των φόβων που συνδέονται με την πορεία του αρρώστου προς το θάνατο (Vernant, 2012).

Η ψυχολογική φροντίδα που παρέχεται στον άρρωστο είναι επίσης σημαντικό να ανταποκρίνεται στις βασικές ανάγκες του για ασφάλεια, αυτονομία και αυτοέλεγχο, μέσα από τις οποίες μπορεί να διατηρήσει μια θετική εικόνα για τον εαυτό του και αξιοπρέπεια εν όψει του επικείμενου θανάτου (Baum, & Poslunzy, 1999).

Η αίσθηση ασφάλειας καλλιεργείται όταν το προσωπικό υγείας βρίσκεται στη διάθεση του αρρώστου όχι μόνο με τη φυσική του παρουσία, αλλά και με το ουσιαστικό ενδιαφέρον και την εξατομικευμένη φροντίδα τόσο στον ίδιο όσο και στο άμεσό του περιβάλλον. Παράλληλα θεωρείται αναγκαίο να προγραμματίζει τις δραστηριότητες της καθημερινής ρουτίνας, έτσι ώστε να υπάρχει μια σταθερότητα στη διαδοχή των γεγονότων. Με αυτό τον τρόπο δίνεται στον άρρωστο η δυνατότητα να προβλέψει όλα όσα πρόκειται να του συμβούν και να προσαρμοστεί σε συνθήκες που προϋποθέτουν μειωμένες απαιτήσεις (Derrickson, 1996).

Η καλλιέργεια της αυτονομίας και του αυτοέλεγχου επιτυγχάνεται με πολλαπλούς τρόπους μεταξύ των οποίων είναι:

- α) η ενημέρωση του αρρώστου που επιθυμεί να γνωρίζει την κατάσταση και εξέλιξη της υγείας του και την αγωγή που του παρέχεται
- β) η προετοιμασία του για ενδεχόμενες αλλαγές ή άλλες ιατρονοσηλευτικές διαδικασίες που πρόκειται να υποστεί,
- γ) την προώθηση της αυτοφροντίδας στο μέτρο που είναι εφικτό (όπως για παράδειγμα διατροφή, καθαριότητα, υγεία κλπ.) και της ενασχόλησης του αρρώστου με πράγματα που τον ενδιαφέρουν

δ) η δυνατότητα του να αποφασίζει για θέματα που αφορούν την υγεία του και τη φροντίδα που δέχεται αλλά και τις συνθήκες μέσα στις οποίες επιθυμεί να ζήσει τις τελευταίες μέρες της ζωής του (Culliford, 2002).

2.4.2 Φροντίδα σε πνευματικό επίπεδο

Όταν ο άρρωστος συνειδητοποιεί ότι πεθαίνει, συχνά βιώνει μια βαθιά υπαρξιακή κρίση. Στη προσπάθεια του να επιλύσει την κρίση και να μειώσει το έντονο άγχος που του προκαλεί, επιδιώκει να δώσει νόημα στη ζωή και το θάνατο του. Αντιμέτωπος με μια πραγματικότητα που μοιάζει παράλογη, άδικη ή δύσκολη, αναρωτιέται διαρκώς γιατί (όπως για παράδειγμα γιατί εγώ, γιατί τώρα γιατί να πεθάνω) (Culliford, 2002).

Σύμφωνα με τον Kauffman (1994), κάθε «γιατί» αποτελεί έκφραση ενός βαθύτερου εσωτερικού τραύματος, καθώς θέτει σε αμφισβήτηση ολόκληρο το σύστημα των πεποιθήσεων του ατόμου και το νόημα της ύπαρξης του. Ανακινεί μια ψυχική διεργασία θρήνου, παρόμοια με εκείνη που βιώνει κανείς όταν χάνει κάποιο αγαπημένο του πρόσωπο. Όμως στην προκειμένη περίπτωση ο άρρωστος θρηνεί διότι νιώθει ότι χάνει τον ίδιο του τον εαυτό, το σκοπό και το νόημα της ζωής του. Ο Stephenson (1994) ονομάζει αυτόν το θρήνο «υπαρξιακό θρήνο» που πηγάζει από την αναγνώριση του ατόμου ότι είναι ευάλωτο, τρωτό και θνητό. Ταυτόχρονα όμως με τη συνειδητοποίηση ότι η ζωή του φτάνει σε ένα τέλος, αναζητά τρόπους για να υπερβεί αυτό το τέλος. Αυτή την υπέρβαση επιδιώκει μέσα από την ικανοποίηση τριών αναγκών που βιώνει στο τελικό στάδιο της ζωής του. Αυτές είναι οι ακόλουθες (Culliford, 2002):

1. Ανάγκη να δώσει νόημα στη ζωή του. Στην ανάγκη αυτό το άτομο ανταποκρίνεται ολοκληρώνοντας την ανασκόπηση της ζωής του. Σ' ένα συμβολικό επίπεδο «ξαναγράφει» την ιστορία της ζωής του, ερμηνεύοντας το παρελθόν υπό το πρίσμα μιας νέας οπτικής, όπου θετικές κι ιδιαίτερα αρνητικές εμπειρίες αποκτούν νέο νόημα. Η ανασκόπηση ζωής του επιτρέπει να νιώσει ότι ήταν «σημαντικός», ότι η ζωή του είχε «αξία» κι ότι συνέβαλε σε ένα ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, υπερβαίνοντας τα όρια της ατομικής του ύπαρξης. Ταυτόχρονα του επιτρέπει να αντλήσει δύναμη από μια προσωπική κοσμοθεωρία, απ' την πίστη του στη

θηρσκειά, από κοινωνικοπολιτισμικές επιρροές κλπ. Είναι λοιπόν ιδιαίτερα σημαντικό το προσωπικό υγείας να στηρίζει τον άρρωστο στην πνευματική αυτή διεργασία, χωρίς να του επιβάλλει θεωρίες, απόψεις ή προσωπικές πεποιθήσεις.

Η διεργασία της απόδοσης νοήματος είναι δυνατό να αποτελέσει πολύ κρίσιμη εμπειρία για μερικούς ασθενείς που βρίσκουν, στα πλαίσιά της, μια αίσθηση πληρότητας κι εσωτερικής ηρεμίας εν όψει του επικείμενου θανάτου. Μελέτες επισημαίνουν ότι ο άρρωστος που αποδίδει νόημα και σκοπό στη ζωή του βιώνει λιγότερο άγχος θανάτου.

Άλλοτε πάλι η ανασκόπηση ζωής φέρνει στην επιφάνεια πίκρα, θυμό, ενοχές για ορισμένες αποφάσεις και πράξεις, απογοήτευση για τις χαμένες ευκαιρίες και τους στόχους που δεν ολοκληρώθηκαν ή για τις συγκρούσεις που παρέμειναν άλυτες. Όταν το άτομο δεν είναι σε θέση ν' αποδεχθεί αυτές τις εμπειρίες δίνοντάς τους μια νέα ερμηνεία, τότε μπορεί να οδηγηθεί στο συμπέρασμα ότι όλα ήταν μάταια και η ζωή του δεν είχε νόημα, με αποτέλεσμα να βιώνει έντονη κατάθλιψη κι απελπισία.

2. Ανάγκη να έχει έναν «καλό» θάνατο. «καλός» είναι εκείνος ο θάνατος τον οποίο ορίζει ο ίδιος ο ασθενής. Θεωρεί «καλό» ή «κατάλληλο» το θάνατο, 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 συμβαίνει στο χώρο του νοσοκομείου, για ορισμένους όταν περιβάλλονται από συγκεκριμένα αγαπημένα πρόσωπα κλπ. Κι ενώ πολλοί επιστήμονες επισημαίνουν πόσο σημαντικό είναι το κάθε άτομο να επιλέγει πώς θα ζήσει τις τελευταίες μέρες της ζωής του, ο Nulad (1994) υποστηρίζει ότι πολλές φορές οι επιλογές και οι 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.
3. Ανάγκη για ελπίδα... πέρα από το θάνατο σημαντική πνευματική ανάγκη κάθε αρρώστου που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του είναι να βρει ή να διατηρήσει ζωντανή την ελπίδα ότι υπάρχει ζωή μετά το θάνατο ή ακόμα κι όταν δεν πιστεύει σε αυτήν ότι αφήνει κάτι πίσω του που θα εξακολουθεί να υπάρχει όταν εκείνος δεν θα ζει (π.χ. απογόνους, έργα, επιτεύγματα, αντικείμενα κλπ.). Για πολλούς ασθενείς η πίστη στο Θεό και στη μετά θάνατον ζωή αποτελεί πηγή ανακούφισης, καθώς μειώνει το άγχος τους σχετικά με το θάνατο και παρέχει μια

αίσθηση ασφάλειας μπροστά στο μεγάλο «άγνωστο» που είναι ο θάνατος. Η ανάγκη όμως για ελπίδα είναι εξίσου έντονη και στους ασθενείς που δεν πιστεύουν στη μετά θάνατο ζωή. Την ελπίδα αυτή αντλούν από την ίδια τη ζωή τους, από τα έργα και τις πράξεις τους. Έτσι διατηρούν ένα αίσθημα «κοινωνικής αθανασίας». Για άλλους πάλι ασθενείς, η συμμετοχή σε πειραματικά θεραπευτικά πρωτόκολλα συμβολίζει ένα είδος «ιατρικής αθανασίας», καθώς συμβάλει στη προώθηση της ιατρικής γνώσης και της προσφοράς στους συνανθρώπους τους.

2.4.3 Φροντίδα σε κοινωνικό επίπεδο

Έχει παρατηρηθεί ότι όταν το άτομο πλησιάζει προς το θάνατο, αρχίζει να αποσύρεται συναισθηματικά και να αποδεσμεύεται σταδιακά από τις σχέσεις του με αγαπημένα πρόσωπα. Κι ενώ έχει ανάγκη να νιώθει τους άλλους γύρω του, μειώνει την επικοινωνία μαζί τους, κοιμάται περισσότερο, δε μιλάει πολύ και περιορίζει την επαφή του διατηρώντας μονάχα ελάχιστες στενές σχέσεις. Συχνά οι συγγενείς παρερμηνεύουν αυτή την εσωστρέφεια και νομίζουν ότι δεν τους θέλει, δεν τους αγαπά πλέον ή τους απορρίπτει (Dimatteo, 2004).

Σύμφωνα με την Kubler-Ross (1969), αυτή η προοδευτική συναισθηματική και κοινωνική απόσυρση αποτελεί φυσιολογική αντίδραση του αρρώστου που συνειδητοποιεί το γεγονός ότι πρόκειται να πεθάνει και προετοιμάζεται γι' αυτό, ενώ ταυτόχρονα μειώνει τον ψυχικό πόνο που του προκαλεί ο επικείμενος αποχωρισμός από πολλά πρόσωπα που έπαιξαν σημαντικό ρόλο στη ζωή του. Αυτή η απόσυρση όμως δε φτάνει απαραίτητα στην πλήρη διακοπή της επικοινωνίας του αρρώστου με το περιβάλλον (Dimatteo, 2004).

Σύμφωνα με τον Levine (1982), άτομα που πραγματικά αποδέχονται το θάνατό τους περιορίζουν μεν τις σχέσεις τους, αλλά επιδιώκουν παράλληλα μια βαθιά επικοινωνία με λίγα αγαπημένα πρόσωπα. Συγχρόνως εκπέμπουν μια εσωτερική ηρεμία, δεν διατηρούν ψεύτικες ελπίδες και επικεντρώνονται στο παρόν, αντί να τους απασχολεί το μέλλον. Η ανάγκη της συναισθηματικής απόσυρσης συνυπάρχει με την ανάγκη κάθε αρρώστου να ανήκει σε ένα περιβάλλον που τον αποδέχεται μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του (Dimatteo, 2004).

Παρ' όλα αυτά μερικές φορές ο άρρωστος ωθείται σε κοινωνική απομόνωση, καθώς δεν υπάρχει κανείς στο περιβάλλον να τον ακούσει ή να επικοινωνήσει μαζί του με ειλικρίνεια, ή όλοι προσποιούνται ότι το πρόβλημα της υγείας του δεν είναι σοβαρό. Σε αυτή την περίπτωση νιώθει εγκαταλελειμμένος από τους συγγενείς και τα μέλη του προσωπικού υγείας που αποσύρονται επειδή η κατάσταση του αρρώστου τους δημιουργεί έντονο άγχος. Μέσα σε αυτές τις συνθήκες ο ασθενής που πεθαίνει βιώνει έναν «κοινωνικό θάνατο» ο οποίος μερικές φορές είναι οδυνηρότερος από τον επικείμενο βιολογικό (Dimatteo, 2004).

Δυστυχώς, το σύστημα υγείας αλλά και ευρύτερα η σύγχρονη κοινωνία συχνά αντιμετωπίζουν τον άρρωστο που πεθαίνει με φόβο, αποστροφή, περιθωριοποιώντας τον μέσα στον ίδιο το χώρο που τον νοσηλεύει (Dimatteo, 2004).

Παράλληλα, οι πόρτες των Μονάδων Εντατικής Νοσηλείας παραμένουν τις περισσότερες φορές κλειστές στους συγγενείς, με αποτέλεσμα ο άρρωστος να νιώθει ότι εγκαταλείπεται τις τελευταίες ημέρες ή ώρες της ζωής του στα χέρια εξειδικευμένου προσωπικού που τον γνωρίζει ελάχιστα ή καθόλου (Dimatteo, 2004).

Άλλες βασικές κοινωνικές ανάγκες του ασθενή που πεθαίνει περιλαμβάνουν τη διευθέτηση εκκρεμών υποθέσεων οι οποίες πηγάζουν από τον ρόλο και τη θέση του στην οικογένεια, στο χώρο εργασίας και στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Η συζήτηση γύρω από προβληματισμούς του σχετικά με το πώς θα τα βγάλει πέρα η οικογένεια μετά το θάνατο του, πώς θα ολοκληρωθεί ένα σημαντικό έργο που έχει αρχίσει, ποιος θα αναλάβει την επιχείρηση κλπ. μπορεί να αποβεί ουσιαστική, όταν του παρέχει τη στήριξη και τη δυνατότητα να υλοποιήσει μερικές επιθυμίες του. Τα μέλη του προσωπικού υγείας μπορούν να διαμορφώσουν το κατάλληλο κλίμα που θα επιτρέψει στον άρρωστο να εκφράσει τις αγωνίες του, ενώ ταυτόχρονα μεσολαβούν ή λειτουργούν εκ' μέρους του ώστε να καλυφθούν μερικές από τις κοινωνικές του ανάγκες (Dimatteo, 2004).

2.4.4 Αυτοέλεγχος – αυτοεκτίμηση – αξιοπρέπεια

Για πολλούς αρρώστους η ανάγκη να διατηρήσουν κάποιον έλεγχο μπροστά στις «απώλειες» που βιώνουν καθώς πλησιάζει το τέλος της ζωής τους είναι πολύ σημαντική. Συνήθως αυτές οι «απώλειες» για τις οποίες θρηνεί ο ασθενής

αναφέρονται στο παρελθόν, στο παρόν και στο άμεσο μέλλον. Θυμάται με νοσταλγία εμπειρίες και γεγονότα που έζησε ή παρέλειψε να ζήσει, ενώ παράλληλα προβληματίζεται για τις δραστηριότητες και τους ρόλους εκείνους από τους οποίους ενδεχομένως πρέπει να παραιτηθεί. Ο θρήνος του συνήθως αφορά την απώλεια ανεξαρτησίας, τους περιορισμούς στις κοινωνικές σχέσεις και στην κοινωνική του δράση, καθώς και την έλλειψη αυτοελέγχου που βιώνει σαν αποτέλεσμα της αδυναμίας του να ολοκληρώσει προγραμματισμένα σχέδια, όνειρα ή προσδοκίες. Παράλληλα καθώς η κατάσταση της υγείας του επιδεινώνεται, αντιμετωπίζει καθημερινά απώλειες που σχετίζονται με τη σωματική του ακεραιότητα, όπως για παράδειγμα ενδεχόμενες αναπηρίες, παραμορφώσεις ή διαταραχές λειτουργικότητας οργάνων, που έχουν επιπτώσεις στην αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθησή του (Παπαδάτου, & Αναγνωστόπουλος, 2009).

Αντιμέτωπος λοιπόν με πολλαπλές απώλειες ο άρρωστος προσπαθεί να διατηρήσει κάποιον έλεγχο. Όμως πολύ συχνά έρχεται σε επαφή με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τους συγγενείς οι οποίοι επηρεασμένοι από τον επικείμενο θάνατο νιώθουν και αυτοί την ανάγκη να διατηρήσουν τον έλεγχο των πραγμάτων, πολλές φορές μάλιστα σε βάρος του αρρώστου. Αποφεύγοντας να έρθουν αντιμέτωποι με τα δικά τους συναισθήματα ανικανότητας να επηρεάσουν την πορεία και αδυναμίας απέναντι στο θάνατο, επιδιώκουν να διατηρήσουν το «πάνω χέρι» και μέσα από «ηρωϊκές προσπάθειες» να κρατήσουν τον άρρωστο στη ζωή. Άλλες πάλι φορές, τον υπερπροστατεύουν στερώντας του κάθε ευκαιρία να νιώσει αυτοπεποίθηση και αυτοκυριαρχία μπροστά στις δυσκολίες που αντιμετωπίζει (Μαρίνος, 2005).

Έτσι ο ασθενής βιώνει ακόμα μεγαλύτερη κατάθλιψη, άγχος και μια έντονη αίσθηση απελπισίας κι αδυναμίας που τον υποβιβάζει και τον μειώνει (Παπαδάτου, & Αναγνωστόπουλος, 2009).

Ο ρόλος λοιπόν του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι πολύ ουσιαστικός όταν ανταποκρίνεται στην ανάγκη κάθε αρρώστου να αναπτύσσεται και να διατηρεί μια αίσθηση αυτοελέγχου, αυτοεκτίμησης κι αξιοπρέπειας που εξασφαλίζεται όταν (Σαπουντζή - Κρέπια, 2004):

- Ενημερώνει τον άρρωστο που ζητά πληροφορίες σχετικά με την κατάστασή του κι όταν τον προετοιμάζει για τις ενδεχόμενες θεραπευτικές διαδικασίες ή σωματικές αλλαγές που πρόκειται να αντιμετωπίσει. Με αυτόν τον τρόπο ο ασθενής

αναπτύσσει έναν «πνευματικό έλεγχο» πάνω στα γεγονότα που μειώνει τους φόβους του κι αμβλύνει την αδυναμία και σύγχυση που συχνά προκαλεί η άγνοια

- Προσφέρει στον άρρωστο δυνατότητες επιλογής ή αποφάσεων που αφορούν την ιατρική του φροντίδα και καθημερινή του δραστηριότητα. Στην αρχή οι αποφάσεις για τη ζωή που του απομένει μπορεί να είναι πιο πλατειές, όπως για παράδειγμα αν θα συνεχίσει να δουλεύει ή αν θα πάει ένα ταξίδι. Όσο όμως πλησιάζει προς το θάνατο, παρ' όλο που οι επιλογές κι οι αποφάσεις περιορίζονται, εντούτοις είναι σημαντικό να νιώθει ότι έχει κάποιο περιθώριο να ορίζει τη ζωή του. Για παράδειγμα μπορεί να διαλέξει – ανάλογα με τις συνθήκες – τι θα φάει, τότε θα πάρει καταπραϋντικά, τότε κι αν δεχτεί επισκέψεις, ποιους θα έχει στο πλευρό του.
- Ενθαρρύνει τον άρρωστο να φροντίσει τον εαυτό του. Η φροντίδα αυτή αφορά τις δραστηριότητες της καθημερινής ρουτίνας: διατροφή, καθαριότητα, κλπ. αλλά και την ενασχόληση με πράγματα που τον ενδιαφέρουν.
- Οργανώνει το πρόγραμμα του αρρώστου ώστε να υπάρχει κάποια σταθερότητα, ένας σχεδιασμός, μια δυνατότητα να προβλέψει ορισμένα γεγονότα στην κάθε μέρα που περνά. Με τον τρόπο αυτό βρίσκεται αντιμέτωπος με μειωμένες απαιτήσεις προσαρμογής στο περιβάλλον του κι έτσι ενισχύεται η αίσθηση κυριαρχίας κι αυτοελέγχου.

Είναι πολύ σημαντικό, κάθε άρρωστος να αντιμετωπίζεται μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του σαν ένα άτομο που ζει. Ένα άτομο που ζει την προσωπική του διεργασία και πορεία προς το θάνατο, σε καμία περίπτωση δε βρίσκεται στο περιθώριο της ζωής επειδή πεθαίνει. Εξακολουθεί να είναι ένας άνθρωπος ανάμεσά μας που με το θάνατό του μπορεί να μας φέρει πιο κοντά στην καρδιά και το νόημα της ζωής (Baum, & Poslunzy, 1999).



2.1 Νοσηλευτικό προσωπικό επικοινωνεί με ασθενή

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΑΣΗΣ

3.1 Αντιμετώπιση ασθενούς που πάσχει από ανίατη ασθένεια από το νοσηλευτικό προσωπικό

Κάθε μέλος του προσωπικού υγείας στην προσπάθειά του να ελέγξει και να μειώσει το άγχος που δημιουργεί ο θάνατος, ενεργοποιεί ορισμένους φυσιολογικούς μηχανισμούς άμυνας. Το φάσμα των αμυντικών μηχανισμών ποικίλλει αναλόγως με το άτομο. Παρακάτω αναφέρονται μερικοί από αυτούς τους μηχανισμούς (Σαπουντζή - Κρέπια, 2004):

- ∅ Ο μηχανισμός της άρνησης συνίσταται στην αδυναμία του ατόμου να αναγνωρίσει την πραγματικότητα και μέσα από την άρνηση μειώνει το άγχος του και αποφεύγει την κατάθλιψη. Μπορεί για παράδειγμα, να αργοπορεί να ανταποκριθεί στο κάλεσμα του ασθενή, γιατί δεν αξιολογεί ως κρίσιμη την κατάσταση του, ή ασχολείται με τις τεχνικές λεπτομέρειες που αφορούν τη φροντίδα.
- ∅ Ο μηχανισμός της εκλογίκευσης επιτρέπει στον επαγγελματία υγείας να απωθήσει τα οδυνηρά του συναισθήματα αναλύοντας λογικά την παρούσα κατάσταση. Μπορεί για παράδειγμα, ο γιατρός ή ο νοσηλευτής να αποφεύγει να επισκεφτεί τον άρρωστο προβάλλοντας λογικά επιχειρήματα: «έτσι κι αλλιώς δεν καταλαβαίνει...», «δεν μπορώ να του προσφέρω τίποτα άλλο...».
- ∅ Ο μηχανισμός της προβολής αφορά την απόδοση προσωπικών οδυνηρών συναισθημάτων, σκέψεων ή προθέσεων σε άλλα άτομα ή καταστάσεις. Ο νοσηλευτής, για παράδειγμα, μπορεί να προβάλλει τα αισθήματά του στον άρρωστο, αντί να τα αναγνωρίσει ως δικά του και έτσι τον αποφεύγει, ισχυριζόμενος ότι ο ασθενής δεν επιθυμεί να του μιλούν, να τον ενοχλούν ή να τον επισκέπτονται.

Ø Ο μηχανισμός της μετάθεσης επιτρέπει στον επαγγελματία υγείας να μεταβιβάσει τα συναισθήματα που του προκαλεί ένα συγκεκριμένο γεγονός ή κατάσταση σε κάποιο άλλο πρόσωπο, αντικείμενο ή κατάσταση. Για παράδειγμα, ο γιατρός ή ο νοσηλευτής που νιώθει θυμό για το άδικο της υποτροπής ενός ασθενή, με τον οποίο είναι συνδεδεμένος, μεταθέτει την οργή του και «εκτονώνεται» πάνω στους συναδέλφους ή και στα μέλη της οικογένειας του.

Το χιούμορ είναι μια άλλη κοινή αντίδραση που χρησιμοποιείται ως μέθοδος εκτόνωσης. Μπορεί να μειώσει την ένταση και το άγχος που νιώθει ο εργαζόμενος από μια συγκεκριμένη κατάσταση (Kumbler Ross, 2009).

Η διαρκής υπερδραστηριότητα και η ακατάπαυστη ομιλία του προσωπικού υγείας αποτελούν ακόμη μια αμυντική συμπεριφορά η οποία δεν επιτρέπει στον ασθενή να αναπτύξει τις προσωπικές σκέψεις και τα συναισθήματά του, ενώ ταυτόχρονα προστατεύουν τα μέλη του προσωπικού υγείας από την άμεση επαφή με τα δικά τους συναισθήματα (Παπαγιάννη, 2003).

3.2 Η ψυχολογική αντιμετώπιση της οικογένειας με ασθενή που πάσχει από ανίατη ασθένεια από το νοσηλευτικό προσωπικό

Τα μέλη του προσωπικού υγείας βιώνουν πολλές και σημαντικές απώλειες όταν φροντίζουν άτομα που πάσχουν από χρόνια ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια. Συχνά εμφανίζουν συμπτώματα παρόμοια με εκείνα που βιώνει το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον του ασθενή. Με αφορμή την επιδείνωση της υγείας ενός ασθενή ή ακόμη και το θάνατο του, μπορεί να αισθανθούν θλίψη, θυμό, ενοχές, άγχος, δυσκολεύονται να αυτοσυγκεντρωθούν και αδυναμία να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις τις δουλειάς τους (Kumbler Ross, 2009).

Ένα σημαντικό σημείο που διαφοροποιεί το θρήνο του προσωπικού υγείας από εκείνον των συγγενών είναι ότι ο θρήνος του προσωπικού υγείας πρέπει να είναι διαφορετικός. Προσωπικές ανάγκες, αντιδράσεις και συναισθήματα πρέπει να είναι ελεγχόμενα. Πρέπει να αντέχει στο πόνο, στην αρρώστια, το θάνατο και να διατηρεί τις αποστάσεις του, ώστε να μην επηρεάζεται από αυτές τις καταστάσεις. Αν

επηρεαστεί, πρέπει να είναι σε θέση να ελέγχει τα συναισθήματά του για να μην εκτεθεί στα μάτια των συναδέλφων ή και στα δικά του. Οι προσδοκίες αυτές δυσχεραίνουν την αναγνώριση και την αποδοχή του θρήνου που βιώνουν οι επαγγελματίες της υγείας, καθώς στερούνται της υποστήριξης που συχνά έχουν ανάγκη όταν έρχονται αντιμέτωποι με τη σοβαρή αρρώστια το πόνο και τον θάνατο ασθενών (Παπαγιάννη, 2003).

3.2.1 Περίοδος διάγνωσης

Η διάγνωση κάποιας ανίατης ασθένειας δημιουργεί μεγάλη «κρίση» και δοκιμασία στη δομή της οικογένειας. Στη διάρκεια των πρώτων έξι εβδομάδων από τη διάγνωση, ο ασθενής καθώς και η ευρύτερη οικογένεια ψάχνουν να βρουν μια νέα ισορροπία μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον, που θα τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν τη νέα πραγματικότητα (Μαρίνος, 2005).

Σε μια μακροχρόνια έρευνα ο Kaplan και οι συνεργάτες του μελέτησαν τη συναισθηματική και κοινωνική προσαρμογή των μελών της οικογένειας που ζει με ένα παιδί που έχει λευχαιμία. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής έδειξαν ότι το 87% των οικογενειών είχαν σοβαρές δυσκολίες να προσαρμοστούν και να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις ιατρικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της αρρώστιας. Η έρευνα αυτή συνεχίστηκε και μετά το θάνατο του παιδιού. Οι οικογένειες που στην αρχική περίοδο της διάγνωσης δεν προσαρμόστηκαν αποτελεσματικά είχαν μέλη με περισσότερα και σοβαρότερα ψυχολογικά και ψυχοσωματικά προβλήματα, τόσο πριν όσο και μετά το θάνατο του παιδιού. Αντίθετα, η συχνότητα των προβλημάτων αυτών ήταν σημαντικά μειωμένη στις οικογένειες που τα μέλη τους είχαν υιοθετήσει αποτελεσματικότερους τρόπους αντιμετώπισης της αρρώστιας και των συνθηκών της μακροχρόνιας θεραπείας (Kumblor Ross, 2009).

Το σημαντικότερο συμπέρασμα της έρευνας αυτής τονίζει τη σημασία που έχει η αρχική αντιμετώπιση της οικογένειας μπροστά στη διάγνωση του καρκίνου, που καθορίζει και τη μακροχρόνια προσαρμογή στην εμπειρία της αρρώστιας και στις καταστάσεις που απορρέουν από αυτήν. Κατά συνέπεια η έγκαιρη, η κατάλληλη υποστήριξη και η καθοδήγηση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, μπορεί να

βοηθήσει ουσιαστικά την οικογένεια να δεχτεί τη νέα πραγματικότητα και να προσαρμοστεί αποτελεσματικά (Kumbler Ross, 2009).

3.2.2 Περίοδος θεραπείας

Εφόσον περάσει η αρχική εμπειρία της διάγνωσης και ο ασθενής που βρίσκεται σε ύφεση επιστρέφει στο σπίτι του, η οικογένεια αρχίζει τη διαδικασία προσαρμογής της σε ένα νέο ρυθμό ζωής. Τα προβλήματα τα οποία θα αντιμετωπίσει στη διάρκεια της μακροχρόνιας θεραπείας είναι συχνά σύνθετα και πολλαπλά. Παρ' όλα αυτά, δύο γεγονότα που ξεχωρίζουν, τη φέρνουν και πάλι σε κρίση που απαιτεί νέους μηχανισμούς προσαρμογής. Τα γεγονότα αυτά είναι η ενδεχόμενη υποτροπή της αρρώστιας και η πιθανότητα αποθεραπείας του ασθενή (Μαρίνος, 2005).

3.2.3 Γενικότερα προβλήματα

Προβλήματα που είναι άμεσα συνδεδεμένα με τη θεραπεία αποδίδονται συχνά στις παρενέργειες των φαρμάκων. Παράλληλα η πιθανότητα επανεισαγωγής στο νοσοκομείο λόγω λοίμωξης ή επιπλοκής στη θεραπεία προκαλεί νέα ψυχική αναστάτωση στην οικογένεια (Σαπουντζή - Κρέπια, 2004).

Προβλήματα επίσης παρουσιάζονται όταν η οικογένεια έρχεται αντιμέτωπη με την προκατάληψη, τον οίκτο ή την απόρριψη του κοινωνικού συνόλου, που δεν της προσφέρει την υποστήριξη που έχει τόσο ανάγκη (Μαρίνος, 2005). Επιπρόσθετο άγχος προκαλούν και οι οικονομικές επιβαρύνσεις που προκύπτουν από συχνές μετακινήσεις λόγω θεραπείας ή από αλλαγή κατοικίας της οικογένειας για να βρίσκεται κοντά σε θεραπευτικό κέντρο (Kumbler Ross, 2009).

3.2.4 Η κρίση της υποτροπής

Η πρώτη υποτροπή της αρρώστιας του ασθενή φέρνει την οικογένεια και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αντιμέτωπους με μια κρίση που τις περισσότερες φορές είναι εντονότερη από την αρχική κρίση της διάγνωσης. Αυτό συμβαίνει γιατί στην περίοδο της ύφεσης η οικογένεια έχει την ευκαιρία να προσαρμοστεί σε ένα νέο «φυσιολογικό» ρυθμό ζωής και να «ξεχάσει» ότι ο ασθενής πάσχει από μια σοβαρή και συχνά ανίατη αρρώστια. Παράλληλα, και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ενθαρρύνεται και αισιοδοξεί επειδή συνειδητοποιεί ότι οι θεραπευτικές του φροντίδες έχουν ένα θετικό αποτέλεσμα στην εξέλιξη της αρρώστιας του ασθενή (Kumbler Ross, 2009).

Όταν η υποτροπή εμφανίζεται στο στάδιο της αποθεραπείας, το σοκ είναι μεγάλο και η εμπειρία πολύ τραυματική. Ο ασθενής, η οικογένεια του και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό περνούν έντονη φάση αποθάρρυνσης και κατάθλιψης. Τη στιγμή που ο μακρύς αγώνας, όπως π.χ ο αγώνας ενάντια στον καρκίνο, μοιάζει να οδηγεί με επιτυχία σε ένα τέλος, η υποτροπή αναγκαστικά περιορίζει και πάλι τις ελπίδες και τα όνειρα που είχαν δημιουργηθεί και συγχρόνως προκαλεί ένα αίσθημα ματαιότητας, αδικίας, πικρίας, θυμού και ανασφάλειας (Σαπουντζή - Κρέπια, 2004).

Έτσι μια «νέα αρχή» γίνεται ακόμη πιο δύσκολη. Σε αυτή την περίοδο η υποστήριξη προς την οικογένεια πρέπει να παρέχεται σε συνεχόμενη και μακροχρόνια βάση. Όταν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίσει την ίδια συναισθηματική φόρτιση και αποθάρρυνση, είναι προτιμότερο η οικογένεια να παραπέμπεται σε εξειδικευμένο εξωτερικό ψυχολόγο (Σαπουντζή - Κρέπια, 2004).

3.2.5 Η κρίση της αποθεραπείας

Η χρόνια νόσος αποτελεί μια προσωπική δοκιμασία για τον κάθε ασθενή η οποία προκαλεί διαφορετικού βαθμού ψυχολογική αντίδραση στον καθένα. Το είδος και η ένταση των αντιδράσεων του ασθενούς στην χρόνια ασθένεια του εξαρτάται από πολλούς και ποικίλους παράγοντες (Σαπουντζή - Κρέπια, 2004).

Η ηλικία του ασθενούς είναι ένας ισχυρός παράγοντας στη διαμόρφωση της ψυχολογικής αντίδρασης στην ασθένεια. Στην παιδική ηλικία οι γνωστικές λειτουργίες και οι ψυχολογικοί αμυντικοί μηχανισμοί δεν έχουν αναπτυχθεί επαρκώς με αποτέλεσμα μεγαλύτερη πιθανότητα συναισθηματικής παλινδρόμησης (Μαρίνος, 2005).

Το φύλο του ασθενούς έχει άμεση σχέση με την ψυχολογική αντίδραση στην ασθένεια. Οι γυναίκες αντιδρούν εντονότερα σε νόσους, κακώσεις ή επεμβάσεις που συνεπάγονται αισθητικές αλλοιώσεις, ενώ οι άνδρες σε χρόνια νοσήματα που έχουν σαν επίπτωση σοβαρό λειτουργικό περιορισμό που συνεπάγεται αυξημένη εξάρτηση από τους άλλους (Μαρίνος, 2005).

Η προσωπικότητα του ασθενούς είναι ένας από τους ισχυρούς καθοριστικούς παράγοντες για την εμφάνιση της ψυχολογικής αντίδρασης στην ασθένεια. Άτομα ανεξάρτητα, με ενεργητικότητα και δυναμισμό δυσκολεύονται να «παίξουν» το ρόλο του καλού ασθενή, δηλαδή αυτού που συμμορφώνεται αμέσως προς τις ιατρικές εντολές, δεν παραπονείται για την υγεία του ή δεν κριτικάρει τις ενέργειες του γιατρού ή του νοσηλευτή. Ασθενείς με υστερική δομή προσωπικότητας είναι πιο πιθανό να αντιδράσουν με εντονότερη συναισθηματική παλινδρόμηση, αυξημένες ανάγκες περιποιήσεων και φροντίδας και σωματοποίηση του άγχους τους. Ασθενείς με παρανοειδή προνοσηρή προσωπικότητα είναι πιθανότερο να κινητοποιήσουν τον ψυχολογικό αμυντικό μηχανισμό της προβολής και να γίνουν οξύθυμοι, επιθετικοί ή ακόμα και διεκδικητικοί. Τέτοιοι ασθενείς συνεργάζονται δύσκολα στη θεραπεία και συνήθως την εγκαταλείπουν πρόωρα. Ασθενείς με ψυχαναγκαστική προνοσηρή προσωπικότητα κινητοποιούν πιο εύκολα τους μηχανισμούς της καταπίεσης, της μόνωσης και της διανοητικοποίησης. Ενδιαφέρονται πάρα πολύ για την ασθένεια τους, ενημερώνονται από βιβλία για αυτή και παρακολουθούν τις εξελίξεις της, χωρίς όμως να συμμετέχουν συναισθηματικά (Kumbler Ross, 2009).

Η σοβαρότητα και η βαρύτητα της νόσου είναι οι πιο καθοριστικοί παράγοντες για την διαμόρφωση των ψυχολογικών αντιδράσεων. Η σοβαρότερη ασθένεια ή και η βαρύτερη νόσηση είναι αυτονόητο ότι θα προκαλέσουν εντονότερες ψυχολογικές αντιδράσεις. Η βαθμιαία έναρξη μιας ασθένειας αφήνει περισσότερα περιθώρια για την ανάπτυξη των ψυχολογικών αμυντικών μηχανισμών (Μαρίνος, 2005).

3.2.6 Περίοδος κοντά στον θάνατο

Η διαδικασία πένθους διαρκεί πολύ και το άτομο μπορεί να παλινδρομεί μεταξύ αισθημάτων αδυναμίας, απελπισίας, εξάρτησης καθώς συνεχώς βιώνει περιορισμούς στην καθημερινή ζωή του. Κάθε επιδείνωση της κατάστασης σημαίνει την έναρξη ενός νέου κύκλου πένθους και αυτός ο φαύλος κύκλος μπορεί να οδηγήσει σε χρόνιο πένθος και η κατάσταση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη (Kubler Ross, 2009).

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να γνωρίζουν αυτά τα στάδια και να τα αναγνωρίζουν όταν επεμβαίνουν θεραπευτικά στον ασθενή και την οικογένεια για να έχουν αποτελεσματικότερη παρέμβαση και να μπορέσουν να βοηθήσουν ουσιαστικά. Η μεγάλη διάρκεια της χρόνιας ασθένειας απαιτεί συμβιβασμούς και στρατηγικές αντιμετώπισης, τόσο από τον ασθενή όσο και από την οικογένεια του. Η μελέτη και η κατανόηση του πώς διάφοροι παράγοντες παρεμβαίνουν και επηρεάζουν την πορεία της υγείας και την ποιότητα ζωής ασθενούς και οικογένειας βοηθά στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας, ανοίγει νέες οπτικές στη θεώρηση της φροντίδας και συμβάλλει στην καλύτερη αντιμετώπιση ασθενών και οικογενειών από τους επαγγελματίες υγείας (Σαπουντζή - Κρέπια, 2004).



3.1 Νοσηλευτικό προσωπικό προχωρεί σε ανθρώπινη κίνηση ως μορφή επικοινωνίας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΣΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

4.1 Νοσηλευτική προσέγγιση του θανάτου

Η μετάβαση από τη ζωή στο θάνατο έχει ανυπολόγιστη αξία για την ανθρώπινη υπόσταση. Η συναισθηματική φόρτιση, που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας στο χώρο εργασίας, υπερβαίνει συχνά τα αποθέματα τους, κάνοντάς τους πολλές φορές να συγκρούονται με τα «πιστεύω» και τις αντιλήψεις τους. Η διεργασία του θανάτου, η απώλεια της ανθρώπινης ζωής και το μεσοδιάστημα μεταξύ ζωής και θανάτου αποτελούν ίσως τη μεγαλύτερη πρόκληση που έχουν να αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες υγείας κατά την άσκηση των καθηκόντων τους. Σήμερα που τα διάφορα επιστημονικά και κοινωνικά δεδομένα αλλάζουν, νέοι προβληματισμοί εμφανίζονται να απασχολούν τη Νοσηλευτική (Παπαδάτου, & Αναγνωστόπουλος, 2009). Η πνευματική διάσταση της φροντίδας είναι εξαιρετικά δύσκολη και απαιτητική για όλους όσους εμπλέκονται στη φροντίδα ασθενών. Η επαγγελματική κατάρτιση, η εμπειρία και η ιδιοσυγκρασία του νοσηλευτή συνθέτουν το επαγγελματικό του προφίλ, μέσα στο οποίο θα κινηθεί προκειμένου να παρέχει υψηλού επιπέδου νοσηλευτική φροντίδα. Αντιμέτωποι με την ανθρώπινη υπόσταση να μεταβαίνει από τη ζωή προς το θάνατο, χιλιάδες ερωτήματα γεννιούνται και όλο και περισσότεροι προβληματισμοί έρχονται στην επιφάνεια, προκειμένου να προσεγγίσουν τη διάσταση του θανάτου (Maier-Lorentz, 2008).

4.2 Ο νοσηλευτής ως προσωπικότητα αντιμετωπίζει τον θάνατο

Ο σκοπός του εκάστοτε νοσηλευτή είναι να παρέχει ποιοτική - ολιστική νοσηλευτική φροντίδα σε κάθε άνθρωπο που αντικρίζει το τελικό κομμάτι της ζωής του, σεβόμενος πάντα την αξία της ανθρώπινης υπόστασης (Eues, 2007).

4.2.1 Η επίδραση του θανάτου στον νοσηλευτή

Τα μέλη του προσωπικού υγείας βιώνουν πολλές και σημαντικές απώλειες όταν φροντίζουν άτομα η ζωή των οποίων απειλείται από μία σοβαρή ασθένεια. Όταν μάλιστα δένονται με τον άρρωστο συναισθηματικά, συχνά εμφανίζουν συμπτώματα όμοια με εκείνα που βιώνουν οι συγγενείς και φίλοι που θρηνούν. Έτσι, με αφορμή την επιδείνωση της υγείας ενός ασθενή ή το θάνατο του, μπορεί να αισθανθούν την ανάγκη να κλάψουν, νιώθουν θλίψη, δυσκολεύονται να αυτοσυγκεντρωθούν, βιώνουν θυμό, ενοχές, άγχος, γενική κούραση ή αδυναμία να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις τις δουλειάς τους, έχουν πονοκεφάλους, αϋπνίες κ.λπ. (Eues, 2007).

Παρ' όλα αυτά, ένα σημαντικό σημείο που διαφοροποιεί το θρήνο του προσωπικού υγείας από εκείνον των συγγενών είναι ότι ο θρήνος του προσωπικού υγείας πρέπει να είναι διαφορετικός, προσωπικές ανάγκες αντιδράσεις και συναισθήματα πρέπει να είναι ελεγχόμενα. Πρέπει να αντέχει στο πόνο στην αρρώστια και το θάνατο και να διατηρεί τις αποστάσεις του ώστε να μην επηρεάζεται από τις καταστάσεις αυτές. Αλλά ακόμα κι αν επηρεαστεί επιβάλλεται να ελέγχει τα συναισθήματα του για να μην εκτεθεί στα μάτια των συναδέλφων ή και στα δικά του. Όλες αυτές οι παράλογες προσδοκίες δυσχεραίνουν την αναγνώριση και την αποδοχή του θρήνου που βιώνουν οι επαγγελματίες της υγείας, καθώς στερούνται της υποστήριξης που συχνά έχουν ανάγκη όταν έρχονται αντιμέτωποι με τη σοβαρή αρρώστια το πόνο και τον θάνατο αρρώστων (Maier-Lorentz, 2008).

Σύμφωνα με σύγχρονες έρευνες, ο θάνατος των αρρώστων επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο το ιατρικό από το νοσηλευτικό προσωπικό συνήθως περισσότεροι γιατροί επιδιώκουν στόχους προσανατολισμένοι στη θεραπεία του αρρώστου, με αποτέλεσμα να βιώνουν το θάνατο ως προσωπική αποτυχία και ήττα. Απορροφημένοι από την πρόκληση της ίασης, αναλώνονται συχνά σε άσκοπες παρεμβάσεις που παρατείνουν τη ζωή του αρρώστου που πεθαίνει, χωρίς να παρέχουν ποιότητα σε αυτήν. Όταν συνειδητοποιούν ότι δεν έχουν πλέον τίποτα να προσφέρουν, απομακρύνονται από τον ασθενή, καθώς νιώθουν ότι αμφισβητείται η παντοδυναμία τους, ενώ ταυτόχρονα δοκιμάζουν αισθήματα αδυναμίας, ενοχών, οργής, ματαίωσης ή και κατάθλιψης (Παπαδάτου, & Αναγνωστόπουλος, 2009).

Οι νοσηλευτές από την άλλη πλευρά, είναι περισσότερο προσανατολισμένοι στη γενικότερη φροντίδα του αρρώστου και βρίσκονται κοντά του στις διάφορες φάσεις της πορείας του, με αποτέλεσμα να τον γνωρίζουν καλύτερα, να συνδέονται μαζί του και να επηρεάζονται από την εξέλιξη της κατάστασής του. Η επιδείνωση της υγείας του αρρώστου ανακινεί στο νοσηλευτή μια εσωτερική σύγκρουση που εκδηλώνεται μέσα από την τάση του να προσεγγίσει τον ασθενή. Ο κάθε θάνατος οδηγεί σε σκέψεις και φαντασιώσεις ενός προσωπικού θανάτου και προκαλεί την αναβίωση παλαιότερων εμπειριών – άμεσα συνδεδεμένων με την απώλεια, το θάνατο και το πένθος (Παπαδάτου, & Αναγνωστόπουλος, 2009).

Πολλοί από τους αμυντικούς μηχανισμούς που αναπτύσσει το προσωπικό υγείας και έχουν αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο, χρησιμοποιούνται και σε συλλογικό επίπεδο από τα μέλη μιας μονάδας που επιδιώκει να προστατευτεί από το άγχος που προκαλούν οι συχνοί θάνατοι ασθενών. Έτσι, μερικές φορές, τα μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού δένονται μεταξύ τους και αλληλοϋποστηρίζονται. Άλλες φορές, συσπειρώνονται για να εκφράσουν το θυμό, την απελπισία και την επιθετικότητα 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 αποφορτίζουν τα έντονα συναισθήματα 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 (Derrickson, 1996).

Μια πρόσθετη συνήθης αντίδραση αφορά το «παιχνίδι των πιθανοτήτων». Τα μέλη του προσωπικού υγείας βάζουν στοιχήματα όσον αφορά τη διάγνωση, θεραπεία, πρόγνωση και πιθανότητα επιβίωσης του αρρώστου. Αυτές οι αντιδράσεις συχνά εκδηλώνουν το βαθύτερο άγχος τους μπροστά στην αβεβαιότητα που προκαλεί η κατάσταση της υγείας του αρρώστου ή ο επικείμενος θάνατος του (Maier-Lorentz, 2008).

Όλοι οι θάνατοι που συμβαίνουν μέσα σε ένα τμήμα δεν προκαλούν την ίδια ψυχική ένταση στα μέλη του προσωπικού υγείας. Κάθε άρρωστος επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο το προσωπικό. Όταν προϋπάρχει μια μακρόχρονη και στενή σχέση και όταν η ταύτιση με τον άρρωστο είναι έντονη (λόγο ηλικίας, χαρακτηριστικών ή τρόπου

ζωής), τότε η διεργασία θρήνου που βιώνει ο επαγγελματίας είναι ιδιαίτερα οδυνηρή. Επίσης, όταν οι θάνατοι είναι συχνοί και αλληπάλληλοι, τότε το προσωπικό υγείας βιώνει μια *υπερφόρτιση πένθους* που συμβάλλει στην επαγγελματική εξουθένωση. Αντιμέτωπο με πολλαπλές απώλειες, χωρίς να έχει το χρόνο ούτε τη δυνατότητα να αφομοιώσει και να αποδεχθεί καθεμιά χωριστά, απωθεί μαζικά τα συναισθήματα του, με αποτέλεσμα να δυσκολεύεται όλο και περισσότερο να βιώσει και να επεξεργαστεί ένα σύνολο οδυνηρών εμπειριών (Eues, 2007).

Κατ' επέκταση, είναι ιδιαίτερα σημαντικό το νοσοκομειακό πλαίσιο να παρέχει μια σημαντική και οργανωμένη υποστήριξη στα μέλη του προσωπικού υγείας (μέσα από ομάδες ή και εποπτεία με την καθοδήγηση ψυχολόγου ή ψυχίατρου), ώστε να επεξεργάζονται τις εμπειρίες που βιώνουν στην καθημερινή κλινική πράξη. Εξίσου σημαντική είναι και η παροχή συνεχιζόμενης γνώσεως, είναι σημαντικό να αναθεωρούνται στόχοι και να διαμορφώνεται μια φιλοσοφία που να διέπει τη φροντίδα ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους και των οικογενειών τους (Eues, 2007).

4.3 Προετοιμασία του ασθενή για αναχώρηση

Οι μεσαιωνικές ιστορίες σχετικά με εκείνους οι οποίοι είχαν το προνόμιο να αντικρίζουν την αιωνιότητα, προκάλεσε ένα ενδιαφέρον για τους τρόπους τους οποίους κάποιος θα μπορούσε να προετοιμαστεί για αυτό το μεγάλο ταξίδι (Παπαγαρουφάλη, 2002).

Τώρα πια είναι σχεδόν ξεχασμένο, αλλά ο δυτικός Χριστιανισμός είχε στο Μεσαίωνα το δικό του αντίστοιχο της Θιβετιανής Βίβλου των Νεκρών, μια συλλογή έργων γνωστή σαν *Ars Moriendis* ή «Τέχνη του Θανάτου» (Παπαγαρουφάλη, 2002).

Εκείνη την εποχή ο θάνατος αποτελούσε οικογενειακό ζήτημα και πολλές φορές αφορούσε ολόκληρη την κοινότητα. Ορδές ανθρώπων στις φτωχότερες συνοικίες των φεουδαρχικών πόλεων ακολουθούσαν σαν τις μύγες τον ιερέα που τριγυρνούσε από σπίτι σε σπίτι για να μεταλάβει τους ετοιμοθάνατους και έφταναν μέχρι σημείου να σφηνώνονται σε όποιο κενό υπήρχε διαθέσιμο γύρω από το νεκροκρέβατο (Παπαγαρουφάλη, 2002).

Σκοπός της λογοτεχνίας γύρω από την «Τέχνη του Θανάτου» ήταν να πείσει τόσο τους ετοιμοθάνατους όσο και τους παρευρισκόμενους να αποδεχθούν το θάνατο σαν ένα γεγονός φυσιολογικό, αναγκαίο και παγκόσμιο. «Ο θάνατος δεν είναι τίποτε άλλο παρά η απόδραση από μια φυλακή και το τέλος μιας εξορίας» λέει η εισαγωγή ενός τέτοιου εγχειριδίου. «Μια απαλλαγή από ένα βαρύ φορτίο, δηλαδή το σώμα. Το τέλος κάθε αναπηρίας. Διαφυγή από κάθε κίνδυνο. Καταστροφή κάθε κακού. Σπάσιμο όλων των δεσμών. Επιστροφή στον τόπο της μακαριότητας και της χαράς» (Παπαγαρουφάλη, 2002).

Στον σύγχρονο κόσμο, ο «αξιοπρεπής θάνατος» είναι ένας αγώνας που διαφέρει κατά πολύ από εκείνον του Μεσαίωνα. Αυτές οι λέξεις μας φέρνουν πλέον και στο μυαλό σύρματα, σωληνάκια, ψηφιακές ενδείξεις και μηχανήματα ικανά να εκτελούν κάθε «ζωτική» λειτουργία πέρα από εκείνη του εγκεφάλου. Όσοι αντιμετωπίζουν με τρόπο αυτές τις σκέψεις μιας παρατεταμένης ύπαρξης με τη μορφή «φυτού», στο δυτικό κόσμο φροντίζουν να δηλώσουν ρητά και με ένα είδος «διαθήκης εν ζωή» πως επιθυμούν να μην τους παρασχεθεί κανένα υπερβολικό μέσο παράτασης της ζωής αν οι ίδιοι δεν βρίσκονται σε θέση να εκφράσουν άμεσα την επιθυμία τους (Κουμαριανού, 2008).

Τέτοιου είδους έγγραφα, τα οποία θα πρέπει να είναι συμβολαιογραφικά, μπορούν να απαριθμούν και άλλες επιθυμίες, όπως τη μη χορήγηση περισσότερων φαρμάκων από όσα είναι απαραίτητα για να ανακουφίσουν από τον πόνο ή τη μεταφορά τους στο σπίτι για να περάσουν εκεί τις τελευταίες ημέρες της ζωής τους, αν κάτι τέτοιο είναι καθ' οιονδήποτε τρόπο δυνατόν (Κουμαριανού, 2008).

Η σχεδόν απεριόριστη δυνατότητα της σύγχρονης νοσοκομειακής τεχνολογίας να διατηρεί τη ζωή, έχει συντελέσει άμεσα στη δημιουργία ενός κινήματος υπέρ του «φυσικού» θανάτου, το οποίο θα μπορούσε να συγκριθεί με το κίνημα υπέρ του «φυσικού τοκετού» το οποίο εμφανίστηκε πριν από μερικές δεκαετίες (Κουμαριανού, 2008).

Οι περισσότερες μεγάλες πόλεις Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής διαθέτουν στις μέρες μας οργανώσεις οι οποίες έχουν σκοπό να βοηθούν όσους θέλουν να μάθουν σχετικά με τις «διαθήκες εν ζωή» ή όσους επιθυμούν οι ίδιοι ή κάποια αγαπημένα τους πρόσωπα να πεθάνουν στο σπίτι τους και όχι στο θάλαμο ενός νοσοκομείου.

Αργά αλλά σταθερά, ο θάνατος παύει να προφέρεται μονάχα ψιθυριστά (Κουμαριανού, 2008).

Πολύ πιο αμφισβητήσιμο είναι το ερώτημα αν ένας ασθενής ο οποίος δεν μπορεί πλέον να περιμένει από τη ζωή του τίποτα περισσότερο από αφόρητους πόνους, έχει το δικαίωμα (μόνος ή με τη βοήθεια τρίτων) να τερματίζει τη ζωή του. Αν γνωρίζουμε πως πρόκειται να πεθάνουμε και αισθανόμαστε ψυχολογικά και πνευματικά έτοιμοι να πετάξουμε ένα ανίατα άρρωστο σώμα για να συναντήσουμε ότι μας περιμένει μετά το θάνατο, δεν πρέπει να έχουμε το δικαίωμα να συντομεύσουμε αυτή μας την αναχώρηση; Ένα ακόμα πιο αμφισβητήσιμο ζήτημα, είναι αν μπορούμε να δώσουμε τέλος στη ζωή μας όταν γνωρίζουμε πως πάσχουμε από μια ασθένεια η οποία κάποια στιγμή θα μας αφήσει σωματικά ή πνευματικά ανάπηρους (Κουμαριανού, 2008).

4.4 Μεταθανάτια νοσηλευτική φροντίδα

Ως «μεταθανάτια» νοσηλευτική φροντίδα ορίζεται η φροντίδα του ανθρώπου που μόλις έχει πεθάνει, καθώς και οι πράξεις που γίνονται για την προετοιμασία του νεκρού σώματος για την παράδοση του προς ταφή ή νεκροψία, μέσα στα υπάρχοντα νομικά και πολιτισμικά πλαίσια.

Η εφαρμογή του παρόντος πρωτοκόλλου βοηθάει τους νοσηλευτές έτσι ώστε να προσφέρουν την μέγιστα δυνατή και κατάλληλη φροντίδα σε νεκρό σώμα, πάντα σεβόμενοι τις πιθανές ιδιαιτερότητες σε θέματα θρησκείας, κουλτούρας και πεποιθήσεων τόσο του αποθανόντος όσο και του συγγενικού του περιβάλλοντος.

Απαραίτητο υλικό

- Προσωπικός Προστατευτικός Εξοπλισμός (γάντια μη αποστειρωμένα, μάσκα προσώπου, πλαστική ποδιά μιας χρήσης)
- Καθαρά σεντόνια (2)
- Λεκάνη με νερό και πανάκι ή σφουγγάρι
- Βραχιόλι αναγνώρισης νεκρού (πιστοποιητικό ταυτότητας νεκρού)
- Σάκους απόρριψης υλικού (κίτρινες σακούλες).

- Σάκους υδατοδιαλυτούς για τον ιματισμό (εφόσον κρίνεται αναγκαίο)
- Πετσέτα
- Αυτοκόλλητα επιθέματα (μέγεθος και αριθμός κατά περίπτωση).
- Αυτοκόλλητη ταινία
- Ψαλίδι.

Εφαρμογή Πρωτοκόλλου

- 1) Εξακρίβωση του θανάτου και ειδοποίηση του γιατρού
- 2) Επιβεβαίωση της ταυτότητας του θανόντος
- 3) Ενημέρωση των συγγενών για τη διαδικασία και εξασφάλιση πληροφορημένης συναίνεσης για την φροντίδα
- 4) Εξασφάλιση μοναχικότητας και ιδιωτικότητας με κλείσιμο της πόρτας, τοποθέτηση παραβάν ή τράβηγμα κουρτινών
- 5) Οργάνωση του υλικού
- 6) Εφαρμογή προσωπικού προστατευτικού εξοπλισμού
- 7) Αφαίρεση κουβερτών και πανωσέντονων και τοποθέτηση τους σε σάκο
- 8) Τοποθέτηση σώματος σε ύπτια θέση με ένα μαξιλάρι για την υποστήριξη του κεφαλιού
- 9) Ασφάλιση των ματιών με ελαφριά πίεση για 30 δευτερόλεπτα. Εάν αυτό δεν είναι αρκετό τοποθετείται γάζα με ύπια αυτοκόλλητη ταινία
- 10) Κλείσιμο του στόματος και σταθεροποίηση της κάτω γνάθου
- 11) Αφαίρεση καθετήρων, παροχετεύσεων και οποιουδήποτε ξένου σώματος από το νεκρό
- 12) Για την αποφυγή εκροής υγρών ή αίματος του σώματος καλύπτουμε με γάζες φυσικά ή τεχνητά ανοίγματα στερεώνοντας τις με ελαστικούς επιδέσμους ή αυτοκόλλητα επιθέματα
- 13) Αφαίρεση τιμαλφών και φύλαξη τους ώστε να παραδοθούν στους συγγενείς
- 14) Εφόσον γνωρίζουμε ότι ο νεκρός είναι χριστιανός ορθόδοξος κρατάμε το χέρι του εκλιπόντος και κάνουμε τον «σταυρό» τρεις φορές. Έπειτα τοποθετούμε τα χέρια σταυροειδώς στην κοιλιά και τα στερεώνουμε δεμένα με γάζα
- 15) Το ίδιο γίνεται και με τα πόδια δένοντας τα ελαφρά στις ποδοκνημικές αρθρώσεις με επίδεσμο σε ευθεία θέση

- 16) Τοποθέτηση κάρτας στα χέρια με το ονοματεπώνυμο, την ηλικία, την κλινική και την ημερομηνία θανάτου
- 17) Κάλυψη του νεκρού με καθαρό λευκό σεντόνι
- 18) Στερέωση πάνω στο σεντόνι ειδικής κάρτας με τα στοιχεία του νεκρού
- 19) Αφαίρεση και απόρριψη προσωπικού προστατευτικού εξοπλισμού
- 20) Απομάκρυνση του νεκρού με ήρεμο και αθόρυβο τρόπο ενημερώνοντας το εντεταλμένο προσωπικό για την μεταφορά του στο νεκροθάλαμο
- 21) Ενημέρωση των συγγενών για θέματα όπως την παραλαβή του πιστοποιητικού θανάτου από τον γιατρό κλπ
- 22) Ενημέρωση του «βιβλίου νεκρών» και υπογραφή του από τον εφημερεύοντα νοσηλευτή
- 23) Μέριμνα για τον καθαρισμό και την απολύμανση της κλίνης και του δωματίου μετά την απομάκρυνση του νεκρού (www.4type.gr).

4.5 Διεργασία του πένθους

Σύμφωνα με την ιπποκρατική παράδοση, οι γιατροί κι οι νοσηλευτές είχαν υποχρέωση να αποκαθιστούν την ισορροπία του οργανισμού του ασθενούς τους, αλλά απαγορευόταν να χρησιμοποιούν τις ικανότητές τους για να αντιμετωπίσουν το θάνατο. Έπρεπε να περιμένουν τη φύση για να λύσει το θεραπευτικό συμβόλαιο που υπήρχε ανάμεσα στον ασθενή και την ομάδα υγείας (Μαρίνος, 2005).

Όταν οι ιπποκρατικές ενδείξεις άφηναν το γιατρό και τους νοσηλευτές να καταλάβουν ότι ο ασθενής είχε περάσει στην επιθανάτια αγωνία, όφειλαν να αποσυρθούν από αυτό που ήταν πλέον μια νεκρική κλίνη. Το πρώτο σκίρτημα που σήμαινε τον προσωπικό αγώνα του ανθρώπου που πεθαίνει, καθόριζε τα όρια ανάμεσα στα οποία ένα άτομο μπορούσε να δεχτεί ιατρική περίθαλψη (Παπαδάτου, & Αναγνωστόπουλος, 2009).

Στην σύγχρονη εποχή, αυτά τα όρια έχουν εξαλειφθεί. Από τις αρχές του εικοστού αιώνα, ο γιατρός και ο νοσηλευτής θεωρούνται οι διορισμένοι από την κοινωνία επόπτες οποιουδήποτε ανθρώπου, ο οποίος, έχοντας το ρόλο του ασθενούς, έχανε την ευθύνη για τον εαυτό του (Παπαδάτου, & Αναγνωστόπουλος, 2009).

Στις μέρες μας, ο γιατρός κι ο νοσηλευτής διδάσκονται να θεωρούν τους εαυτούς τους υπεύθυνους για τη ζωή από τη στιγμή της γονιμοποίησης του ωαρίου ως την

ώρα που θα γίνει η αφαίρεση οργάνων για μεταμόσχευση. Έχουν γίνει οι κοινωνικά υπεύθυνοι επαγγελματίες - διαχειριστές όχι του ασθενούς, αλλά της ζωής από την πρώτη στιγμή ως την τελευταία (Maier-Lorentz, 2008).

Η παροχή ολιστικής και εξατομικευμένης φροντίδας στους ασθενείς αποτελεί μεγάλη πρόκληση για τους νοσηλευτές και γενικότερα για τους επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα σε κοινωνίες που η σύνθεση του πληθυσμού διαφοροποιείται σε πολιτισμικό, γλωσσικό, θρησκευτικό και εθνικό επίπεδο. Το φαινόμενο αυτό έχει μεγάλη σημασία για τους τομείς της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, πολιτικής και έρευνας ώστε να είναι σε θέση οι νοσηλευτές να ασκούν τα καθήκοντά τους σε πολυπολιτισμικά περιβάλλοντα και να ικανοποιούν τις ανάγκες των ασθενών από διαφορετικές κουλτούρες (Eues, 2007).

Η ανάγκη για διαπολιτισμική νοσηλευτική θα συνεχίσει να είναι μια σημαντική πτυχή στην παροχή φροντίδας υγείας. Οι νοσηλευτές πρέπει να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες ώστε να αναγνωρίζουν και να εκτιμούν τις διαπολιτισμικές διαφορές σχετικά με τις αξίες, τις πεποιθήσεις, τα έθιμα και τις τελετουργίες κάθε πολιτισμικής ομάδας. Η γνώση των τελετών και των τελετουργιών που έχουν τις ρίζες τους στην πολιτισμική κληρονομιά κάθε λαού προκειμένου να τιμήσει και να πενήθει τους νεκρούς του και διευκολύνουν τη διαδικασία έκφρασης των συναισθημάτων του θρήνου και επούλωσης θα προωθήσει τη σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στους ασθενείς, τις οικογένειές τους και τους επαγγελματίες υγείας, θα ευαισθητοποιήσει τους επαγγελματίες υγείας, θα προάγει την ενσυναίσθηση και θα βελτιώσει την ποιότητα παροχής υπηρεσιών καθώς και την αποτελεσματικότητά τους. Όταν ένα άτομο έχει την ανάγκη να επικοινωνήσει με έναν επαγγελματία για θέματα υγείας, είναι φυσικό να απευθύνεται σε επαγγελματίες με τους οποίους μοιράζεται κοινή κουλτούρα, γλώσσα και ιστορία προκειμένου να αναπτυχθεί σχέση εμπιστοσύνης και ασφάλειας και να έχει καλύτερη επικοινωνία, μεγαλύτερη κατανόηση και υποστήριξη. Οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα να «ζήσουν καλά», να «πεθάνουν καλά», να «θρηνησουν καλά και να προσαρμοστούν στην απώλεια» μόνο αν γνωρίζουν τις πολιτισμικές τους ιδιαιτερότητες και το ρόλο που παίζει η κουλτούρα στην πορεία του κάθε ανθρώπου (Παπαδάτου, & Αναγνωστόπουλος, 2009).



4.1 Νοσηλευτρια αντιμετώπιση με την απώλεια

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Πληθώρα παραγόντων, όπως για παράδειγμα η ηλικία, οι οικογενειακές σχέσεις, η κοινωνικοοικονομική θέση καθώς και οι πολιτισμικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις, επηρεάζουν την αντίδραση του ατόμου και την έκφραση του πένθους και, όπως συμβαίνει με τα στάδια της αντίδρασης στο πένθος, διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Στόχος των επαγγελματιών υγείας, είναι ο σεβασμός και η αποδοχή των ιδιαιτεροτήτων του ατόμου που κατά συνέπεια οδηγούν και στην κατανόηση των διαφορετικών και εξατομικευμένων αναγκών του ασθενή

Τόσο η θρησκεία όσο και οι θρησκευτικές πρακτικές παίζουν σημαντικό ρόλο στην έκφραση του θρήνου και παρέχουν άνεση και παρηγοριά στο άτομο που βιώνει την απώλεια. Πολλοί άνθρωποι που έχουν παραμελήσει τα πνευματικά θέματα θεώρησαν το θάνατο ερέθισμα για την επιστροφή στις προηγούμενες θρησκευτικές πρακτικές. Παράλληλα, άλλοι πιθανόν να κατηγορούν το Θεό για το θάνατο του αγαπημένου τους και να απομακρυνθούν από αυτόν.

Η ολιστική φροντίδα του εκάστοτε ασθενούς που πεθαίνει και της οικογένειάς του, περιλαμβάνει σχεδόν πάντα κάποια προσωπική συναισθηματική επένδυση λόγω του γεγονότος ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έχει πρόσβαση σε συναισθηματικά φορτισμένες στιγμές των ασθενών τους. Είναι μη ρεαλιστικό και άδικο να θεωρείται ότι οι νοσηλευτές χειρίζονται τις καταστάσεις που περιβάλλουν το θάνατο χωρίς συναισθήματα. Η καλύτερη πολιτική φαίνεται να είναι η αφιέρωση χρόνου για τη διερεύνηση των προσωπικών συναισθημάτων και την έκφρασή τους. Ο νοσηλευτής που αμελεί να ασχοληθεί με τα προσωπικά του συναισθήματα για τη ζωή και το θάνατο μάλλον δεν μπορεί να λάβει υπόψη τις ανάγκες των ασθενών που αντιμετωπίζουν το θάνατο. Για τον λόγο αυτό, τα αισθήματα του νοσηλευτή διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον τρόπο που φροντίζει τους ασθενείς στο τελευταίο στάδιο της ζωής τους.

Ο νοσηλευτής ο οποίος φροντίζει έναν ασθενή για μεγάλη χρονική περίοδο θα υποστεί την αντίδραση του θρήνου όταν αυτός πεθάνει. Ο θρήνος μετά τον θάνατο ενός ασθενούς είναι φυσιολογικός και ο νοσηλευτής πρέπει να επιτρέψει στον εαυτό του να περάσει τη διεργασία του θρήνου παρά να τη σταματήσει.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α. Ελληνική

Αλεξιάς Γ., (2010). *Λόγος Περί Ζωής και Θανάτου*, Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Βασιλειάδη Ν., (2013). *Το μυστήριο του θανάτου*, Εκδόσεις: Σωτήρ, Αθήνα.

Γιαβασοπουλος Ε., & Γουρνη Π., (2008). Ψυχολογικές αλληλεπιδράσεις στη χρόνια ασθένεια. Εκπαίδευση – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στους χρονίως πάσχοντες ασθενείς, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 7(1): 12 – 39.

Κουμαριανού Μ.Κ., (2008). *Το Φαντασιακό του Θανάτου στη Σύγχρονη Ελλάδα*, Εκδόσεις: Δωδώνη, Αθήνα.

Μακρυνιώτη Δ., (2008). *Περί Θανάτου: Η Πολιτική Διαχείριση της Θνητότητας*, Εκδόσεις: Νήσος, Αθήνα.

Μαρίνος Θ., (2005). Ο ασθενής απέναντι στο θάνατο, *Ιατρικά Θέματα*, (38): 26 – 29.

Μελέτη Γ., (2013). *Τι γίνεται μετά το θάνατο; Ανάσταση, Μετανάστευση, Πνευματισμός, Ευθανασία*, Εκδόσεις: Σωτήρ, Αθήνα.

Παπαγαρουφάλη Ε., (2002). *Δώρα Ζωής Μετά Θάνατον. Πολιτισμικές Εμπειρίες*, Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Παπαγιάννη Α., (2003). *Μιλώντας με τον Άρρωστο: Εισαγωγή στην Κλινική Επικοινωνία*, Εκδόσεις: University Press, Θεσσαλονίκη.

Παπαδάτου Δ., & Αναγνωστόπουλος Φ., (2009). *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*, Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Σαπουντζή - Κρέπια Δ., (2004). *Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα: μια ολιστική προσέγγιση*, Εκδόσεις: Έλλην, Θεσσαλονίκη.

Β. Ξενογλώσση – Μεταφρασμένη

Baum A., & Poslunzy D.M., (1999). Health Psychology: Mapping Biobehavioral contributions to health and illness, *Annual Review of Psychology*, (50): 138 - 160.

Beck U., (2001). *Μια Ζωή Δική μας. Περιηγήσεις στην Άγνωστη Κοινωνία που Ζούμε*, Εκδόσεις: Νήσος, Αθήνα.

Bowker J., (2006). *Ο θάνατος και οι θρησκείες*, Εκδόσεις: Παπαδήμα, Αθήνα.

Culliford L., (2002). Spirituality and clinical care, *BMJ*, (325): 1434 – 1435.

De Ridder D., & Schreurs K., (2001). Developing interventions for chronically ill patients: Is coping a helpful concept? *Clinical Psychology Review*, (21): 205 - 240.

Derrickson B.S., (1996). The spiritual work of the dying, *Hosp J*, (11): 11 - 30.

Dimatteo M.R., (2004). Social support and patient adherence to medical recommendations: A Meta-analysis, *Health psychology*, (23): 207 - 218.

Eues S.K., (2007). End-of-life Care Improving Quality of Life at the End of life, *Professional Case Management*, 12 (6): 339 – 344.

Kagawa-Singer M., (1998). The cultural context of death rituals and mourning practices, *Oncol Nurs Forum.*, 25(10): 1752 - 1756.

Kubler Ross E., (2009). *Θάνατος το τελικό στάδιο της εξέλιξης*, Εκδόσεις: Δίοδος, Αθήνα.

Maier-Lorentz M.M., (2008). Transcultural nursing: its importance in nursing practice, *J Cult Divers.*, 15(1): 37 - 43.

Vernant J.P., (2012). *Το βλέμμα του θανάτου*, Εκδόσεις: Αλεξάνδρεια, Αθήνα.

Γ. Βιβλιογραφία Διαδικτύου

www.iatronet.gr (Πρόσβαση στις 27/09/2016)

www.4ype.gr (Πρόσβαση στις 29/09/2016)