

Τ.Ε.Ι ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
Σχολή: Σ.Ε.Υ.Π
Τμήμα: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα: « *Η Αντίληψη του Θανάτου στο χώρο επαγγελματιών υγείας* »



Σπουδάστριες: *Τσαουσιδου Δέσποινα*
Χρήστου Μαρία
Μιχελουδάκη Χρυσή

Υπεύθυνος Καθηγητής: *Μόσχοβος Θεόδωρος*

Ηράκλειο 15 – Μάρτη - 2004

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

«Αργά ή γρήγορα, επειδή μεγαλώνουμε, ερχόμαστε αντιμέτωποι με την ιδέα του θανάτου. Έπειτα, μεγαλώνοντας πολλαπλασιάζονται οι θάνατοι, οι απώλειες των φίλων. Ήμουν ανάμεσα σ' αυτούς που βρήκαν πεθαμένο το πρωί στο ξενοδοχείο, τον Gian-Maria Volonte. Όταν στο ξενοδοχείο της Φλώρινας τον άγγιξα, η κρυάδα του θανάτου έγινε ταραχή. Έγινε ερώτημα για μένα και για την ανθρώπινη ύπαρξη. Το όριο, το τέλος ανάμεσα στη ζωή και στο θάνατο, τα σύνορα ζωής και θανάτου. Τα όρια ανάμεσα στον έρωτα, στις ανθρώπινες σχέσεις, στην επικοινωνία. Αυτή η έννοια του ορίου, του τέλους ανάμεσα στη ζωή και το θάνατο, μπαίνει σαν θέμα των συνόρων με την ευρύτερη έννοια, όχι μόνο τη γεωγραφική αλλά και της ζωής και του θανάτου.»

Θ. Αγγελόπουλος

Η ύπαρξη των έμβιων όντων στο πλανήτη χαρακτηρίζεται από διάφορες φάσεις. Ξεκινώντας από την διαδικασία της Γέννησης, αναπτύσσονται και καταλήγουν μετά από μια διαδικασία μακρόχρονης εξέλιξης, στην φυσική και αναμενόμενη φθορά τους, τον Θάνατο, ο οποίος όσο και αν φαίνεται παράλογο είναι άμεσα συνδεδεμένος με τη Ζωή. Αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ανθρώπινης ύπαρξης, ανάπτυξης και εξέλιξης.

Ο Μιχαήλ Άγγελος έλεγε: *«Δεν υπάρχει μέσα μου στοχασμός που να μην τον χάραξε με την σμίλη του ο Θάνατος»*. Στη Φιλοσοφία, τη Λογοτεχνία και την Τέχνη, ο θάνατος στάθηκε μεγάλος εμπνευστής. Από τους αρχαίους πολιτισμούς των Αιγυπτίων, των Ετρούσκων και των Ελλήνων ως το σύγχρονο σουρεαλισμό, ο ρόλος του θανάτου παραμένει σταθερός. Οι φιλόσοφοι από την στιγμή που έθεσαν ως βάση του προβληματισμού τους τον άνθρωπο ασχολήθηκαν με την ύπαρξη του θανάτου δίνοντάς του μεταφυσικές διαστάσεις. Τα πρώτα τραγούδια ήταν πένθιμες ελεγείες και η μουσική των Bach, Mozart, Beethoven, Schubert, Mahler, Liszt και νεότερων συνθετών έχει, συχνά, σαν κυριαρχικό μοτίβο τον θάνατο. Ωστόσο ο θάνατος δεν είναι μόνο ο εμπνευστής καλλιτεχνικής φαντασίας. Έχει επηρεάσει αποφασιστικά και την ηθική συμπεριφορά των ανθρώπινων όντων.

Είναι γνωστό πως η κοινωνία μας είναι σταθερά προσανατολισμένη προς το νέο την πρόοδο τα νιάτα και κατά κανόνα αρνείται, αγνοεί και απωθεί κάθε παλιό παρακμασμένο και ιδιαίτερα την οριστική έκφραση του φθαρτού τον θάνατο. Ωστόσο είναι αναπόφευκτος -όλοι μας θα

πεθάνουμε ως φυσική εξέλιξη μας- πράγμα που δεν είναι παρά ζήτημα χρόνου.

Για όσους προσπαθούν να κατανοήσουν το φαινόμενο, ο θάνατος αποτελεί μια πολύ δημιουργική δύναμη. Οι ανώτερες πνευματικές αξίες της ζωής απορρέουν από την σκέψη και την μελέτη του θανάτου. Οι διάφορες θρησκείες και ιδιαίτερα η χριστιανική, προσπαθούν να προσεγγίσουν το φαινόμενο από την δική τους σκοπιά η κάθε μια, αναλύοντας τον περισσότερο με ένα μεταφυσικό τρόπο συνδέοντάς τον άμεσα με την προσπάθεια κατάκτησης της Αθανασίας σε ένα άλλο κόσμο (μετά θάνατον ζωή). Βέβαια άλλες κοινωνίες έμαθαν να αντιμετωπίζουν το θάνατο καλύτερα από μας. Φυσικά δεν υπάρχει ανθρώπινη ομάδα που να καλοδέχεται το τέλος της ζωής, υπάρχουν όμως, μερικοί που αφομοίωσαν την προσδοκία του θανάτου μέσα από το νόημα που δίνουν στη ζωή. Έτσι όσο κι αν η Επιστήμη αναφέρεται στο θάνατο ως φυσική εξέλιξη των έμβιων όντων, παρόλα αυτά οι άνθρωποι σαφώς επηρεασμένοι από την θρησκευτικο-κοινωνική κουλτούρα που διαμορφώνεται αιώνες τώρα προτιμά να αντιμετωπίζει τον θάνατο με την ελπίδα πως κάποια στιγμή «κάπου» θα υπάρξει εκ νέου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

***«Η ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ
ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ»***

Μια από τις ελάχιστες βεβαιότητες στη ζωή των ανθρώπων αποτελεί ο ερχομός του Θανάτου. Το πρόβλημα του θανάτου αποτελεί παγκόσμιο ερώτημα. Μα η απάντηση ποικίλει ανάμεσα στις διάφορες κουλτούρες. Και πέρα από τους διάφορους τρόπους αντιμετώπισης των ετοιμοθάνατων κατά τόπους, υπάρχουν ποικίλες ερμηνείες που οι διάφορες κοινωνίες αποδίδουν στο φαινόμενο του θανάτου και στη σημασία του για την ύπαρξη του ανθρώπου. Φαινόμενο που οι άνθρωποι κατανοούν από την έναρξη του βίου τους πως θα επέλθει, ανεξάρτητα από το γεγονός ότι ανέκαθεν οι άνθρωποι προτιμούσαν την εκδοχή αυτή να την απωθούν από την σκέψη τους και να την «ξορκίζουν» αναλόγως της γενικότερης κοινωνικής και θρησκευτικής τους κουλτούρας. Συγκρίνοντας τις διάφορες απόψεις που θα εκτεθούν με τις δικές μας, που αποτελούν αντανάκλαση του πολιτισμικού μας περιβάλλοντος, ο τρόπος που μια κοινωνία εξηγεί το θάνατο διαμορφώνει και τη φιλοσοφία των μελών της, καθώς και τη σχετική πείρα ζωής.

Ο Θάνατος αναμφίβολα αποτελεί στοιχείο της εξέλιξης των ανθρώπινων κοινωνιών και κάθε προσπάθεια για ανατροπή του συσχετισμού μεταξύ της έναρξης και της λήξης της ανθρώπινης ζωής, θα αποτελούσε σημαντικότερη και βίαιη ανατροπή, συνολικά, του οικοσυστήματος.

Παρά τις προσεγγίσεις των φιλοσόφων από αρχαιοτάτων χρόνων ως σήμερα, πάνω στο θέμα του θανάτου, ποτέ οι άνθρωποι δεν μπόρεσαν να αντιληφθούν το φαινόμενο ως κομβικό σημείο της εξέλιξης του είδους πάνω στο πλανήτη. Η συλλογική τους αντίληψη, η οποία προερχόταν κυρίως από της θρησκευτικές τους πεποιθήσεις, αντιλαμβανόταν το θέμα ως μια αέναη αναμέτρηση με μια ανώτερη δύναμη, από την οποία έβγαιναν πάντα χαμένοι, ενώ το συναίσθημα που βασικά επικρατούσε σε κάθε περίπτωση ήταν αυτό του **Φόβου** μπροστά στο άγνωστο. Σαφώς υπήρξαν κοινωνίες και ίσως και σήμερα ακόμα θα μπορούσαμε να βρούμε, που έμαθαν να αντιμετωπίζουν πιο ορθολογικά την απώλεια της ζωής. Αυτό θα μπορούσε να φανεί αν ανατρέξουμε στα ήθη και στα έθιμα με τα οποία κατά ιστορικές περιόδους στις διάφορες κοινωνίες οι άνθρωποι έκαναν τις ταφές των οικείων τους. Ανεξάρτητα από τον ειδικό τρόπο που μια κουλτούρα επιλέγει να απαντήσει στα σχετικά με το θάνατο ερωτήματα, αυτά φαίνεται να είναι παντού και πάντα περίπου τα ίδια. Ποια είναι η σημασία του θανάτου για την ανθρώπινη ύπαρξη; Γιατί πεθαίνουμε και τι μας συμβαίνει μετά το θάνατό μας; Τι σχέση υπάρχει, αν υπάρχει, ανάμεσα στην επίγεια ζωή μας και το θάνατό μας; Υπάρχει ζωή μετά θάνατο και, αν ναι, τι λογής ζωή; Υπάρχουν τρόποι να ζήσουμε τη ζωή μας έτσι που να προπαρασκευαστούμε καλύτερα για το θάνατο και

για την πιθανότητα μιας άλλης ζωής ή μήπως αυτή είναι η μόνη ζωή που μπορούμε να έχουμε; Ποιο είναι το νόημα της ανθρώπινης ύπαρξης; Πως μπορούμε να νιώθουμε ευτυχισμένοι, σε ειρήνη και πως θα το μπορούσαμε σε περίπτωση που δεν αποδεχόμαστε την μετά θάνατο ζωή; Θα ξανάρθουμε, μετά το θάνατο, σ' αυτή τη γη για να ζήσουμε μια άλλη ζωή; Κι αν ναι, σχετίζεται καθόλου ο τρόπος ζωής μας, τα προβλήματά μας και οι χαρές μας με ότι έχουμε ζήσει στη προγενέστερη ζωή μας; Ή σαν πεθάνουμε, είμαστε προορισμένοι να χαθούμε και να γίνουμε ένα με τη γη; Ποια είναι η μοίρα μας;

Όλα αυτά τα ερωτήματα, που κατά καιρούς, μέσα στους αιώνες έχουν τεθεί από φιλόσοφους, θεολόγους και ανθρώπους απλούς, μπορούν να απαντηθούν μόνο θεωρητικά. Μια σωστή προσέγγιση θα μπορούσε να γίνει μ' ένα διαλεκτικό τρόπο, και άρα ορθολογικό, στη βάση του διαλεκτικού υλισμού. [Υπάρχει ότι μπορούμε να αντιληφθούμε με τις αισθήσεις μας μέσα στο φυσικό κόσμο μας και οτιδήποτε συμβαίνει κάθε στιγμή γύρω μας ερμηνεύεται άμεσα μέσα από την σχέση αιτίου – αιτιατού] Έτσι λοιπόν απορρίπτοντας κάθε τι μεταφυσικό και αντιλαμβανόμενοι την υλική υπόσταση του κόσμου, θεωρούμε πως ο θάνατος, έχοντας την δική του δυναμική στην εξέλιξη, εντάσσεται στην φυσιολογική ροή των πραγμάτων. Σημασία λοιπόν έχει η δράση των υποκειμένων μέσα στις κοινωνίες που συγκροτούν καθ' όλη την διάρκεια της ζωής τους και ο τρόπος που μπορούν να παρέμβουν στην εξέλιξη των κοινωνιών αυτών. Κατά την διάρκεια αυτή, το ζητούμενο είναι αν μπορεί μέσα από την συλλογική δράση των ανθρώπων να επιτευχθεί η ατομική και κοινωνική ευδαιμονία. Πέραν τούτου ουδέν. Η δυναμική που αναπτύσσεται από την ενέργεια των ατόμων μεταβιβάζεται στις επόμενες γενιές, διαμορφώνοντας το κοινωνικό πλαίσιο, χωρίς οι προηγούμενες να παίζουν πλέον κανένα αντικειμενικό ρόλο, παρά μόνο διδακτικό, ούτε στον κόσμο αυτό ούτε σε κάποιον άλλο φανταστικό. Έτσι τα άτομα ορίζουν μόνα τους την εξέλιξη της δικής τους ζωής μέσα από τα ίδια τους τα πεπραγμένα, διεκδικώντας οτιδήποτε μπορεί να συντελέσει στην ατομική και συλλογική τους ευτυχία κατά την διάρκεια της ζωής τους και μόνο. Έτσι δεν μπαίνουν στη λογική να αναζητούν ευκαιρίες για μια πιο ευτυχισμένη και ολοκληρωμένη ζωή, σε μια ζωή που θα έρθει μετά θάνατο.

Σήμερα σε ένα διαφορετικό επίπεδο, αυτό της επιστήμης, παρόλο που η αντίληψη του θανάτου μεταξύ των επιστημόνων, είναι σαφώς ορθολογική, δεν λείπουν εν' τούτοις οι προσπάθειες ξεπεράσματος του φαινομένου αυτού, που παραμένουν σημαντικές και ένας αρκετά σημαντικός αριθμός επιστημόνων (βιολόγων, γιατρών, γενετιστών) ασχολείται όχι μόνο με την επιμήκυνση της ανθρώπινης ζωής, αλλά και με το ενδεχόμενο ξεπεράσματος της διαδικασίας της γήρανσης που οδηγεί στη φθορά και στο θάνατο (Κρυονική, κλωνοποίηση). Το ποσό της δαπάνης δε, για τις έρευνες αυτές είναι θεωρείται εξωπραγματικό και σε

καμία περίπτωση δεν ανταποκρίνεται στις σημερινές ανάγκες της κοινωνίας. Η παντοτινή νεότητα αποτελούσε ανέκαθεν φιλόδοξο στόχο της επιστήμης μετατρέποντας σοβαρούς επιστήμονες σε σύγχρονους Αλχημιστές. Εξάλλου αναπόφευκτα προκύπτουν σημαντικά ηθικά διλήμματα στην εφαρμογή των όποιων ανακαλύψεων προκύπτουν και στο τρόπο που αυτές θα βρουν μαζική εφαρμογή.

Ωστόσο αν κοιτάξουμε το θάνατο από μια διαφορετική γωνία, θα μπορέσουμε να δούμε πως είναι η υπόσχεση του θανάτου κι η εμπειρία του θνήσκειν, που περισσότερο από κάθε τι άλλο στη ζωή, προάγουν τον άνθρωπο προς την ωρίμανση. Όλοι μας, κι αυτοί ακόμα που διάλεξαν τη δίχως έγνοιες κι ευθύνες ζωή, νιώθουν βαθιά μέσα τους, πως είμαστε προορισμένοι σ' αυτή τη ζωή για κάτι περισσότερο από το φαγητό, τον ύπνο, την τηλεόραση και την πενήμερη εργασία. Αυτό το κάτι άλλο, που οι πολλοί δεν μπορούν να καθορίσουν είναι η εξέλιξη, η ωρίμανση – δηλαδή, το να γίνεται ο καθένας αυτό που αληθινά είναι και, την ίδια ώρα, πληρέστερα ανθρώπινος.

Όσο παράξενο κι αν φαίνεται, ένας από τους παραγωγικότερους τρόπους εξέλιξης περνάει μέσα από την μελέτη και την εμπειρία του θανάτου. Μπορεί ο θάνατος να μας θυμίζει πως ο χρόνος μας είναι περιορισμένος και πως γι' αυτό είναι καλύτερα να πραγματοποιούμε τους σκοπούς μας εδώ στη γη, προτού έρθει το αδιαμφισβήτητο τέλος. Οι σκοποί και οι ανθρώπινες αξίες αποκτούν άλλο νόημα. Άνθρωποι που έμειναν γνωστοί στην ιστορία για την προσφορά τους και τους αγώνες τους, είχαν εκλογικεύσει και έθεσαν στην σωστή του διάσταση το φαινόμενο του θανάτου, οδηγούμενοι έτσι στην απομάκρυνση του φόβου. Η παγκόσμια ιστορία είναι γεμάτη από παραδείγματα ανθρώπων που ξεπερνώντας την προκατάληψη του θανάτου θυσίασαν τις ζωές τους, αναζητώντας πολλές φορές το θάνατο, στο βωμό της υπεράσπισης ιδεών και στάσεων ζωής. Χαρακτηριστικά ο *Θεόφιλος Καΐρης*¹ έλεγε «*Το μαρτύριον ουδέποτε είνε άγονον. Το δε υπερ τινος ιδέας μαρτύριον είναι ο υψηλότερος τύπος, δι' ου το ανθρώπινον εγώ εκδηλοί την αποστολήν του*»

1.Θεόφιλος Καΐρης: (1784-1853) Κληρικός και φιλόσοφος, μέλος της Φιλικής Εταιρείας, εκπρόσωπος του ελληνικού Διαφωτισμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

*«ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΗ - ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΗ
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ»*

ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΦΑΙΝΟΜΕΝΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑ ΘΑΝΑΤΟΝ ΖΩΗΣ

Χριστιανισμός

Οι όψεις του χριστιανισμού της μετά θάνατον ζωής, της αθανασίας, και της ψυχής απεικονίζουν την επιρροή των πολιτισμών στους οποίους δημιουργήθηκε και διέδωσε κατά την διάρκεια των πρώτων αιώνων του στη μεσογειακή λεκάνη. Παραδείγματος χάριν, η ιδέα της αναζωογόνησης, εισήχθη στο χριστιανισμό από αποκαλυπτικό Judaism. Η ιδέα της αναζωογόνησης ανέπτυξε με ένα αποκαλυπτικό όραμα της ιστορίας που συνεπάγεται το τέλος του κόσμου δεδομένου ότι το ξέρουμε και που θα οδηγήσει στην ήττα του θανάτου και του κακού.

Ο πρόωρος χριστιανισμός προέκυψε ως εβραϊκό τμήμα κατά τη διάρκεια της αποκαλυπτικής περιόδου. Οι Χριστιανοί του πρώτου αιώνα πίστευαν έντονα στον επικείμενο δεύτερο ερχομού Χριστού ο οποίος θα συνοδευόταν από την αναζωογόνηση των νεκρών, μιας ημέρας κρίσης, και του τέλους αυτού του κόσμου. Η αναζωογόνηση Χριστού ήρθε να εμφανιστεί ως νίκη πέρα από τον θάνατο, ο οποίος, ως αντίθεση του θεού δημιουργός είναι ο τελευταίος εχθρός. Αν και η ιδέα της αναζωογόνησης είναι εβραϊκή στην προέλευση, η πεποίθηση στην αθανασία της ψυχής προήλθε από τον ελληνικό πολιτισμό.

Η νέα διαθήκη που είναι αποτελούμενη 27 βιβλίων, απεικονίζει την ευρεία σειρά των όψεων σχετικά με τη σωτηρία και τη μετά θάνατον ζωή από τις παραδόσεις τόσο διαφορετικές όσο και αποκαλυπτικό Judaism στο θρησκευτικό πολιτισμό Hellenistic. Ενώ το εβραϊκό apocalypticism προέβλεψε τη σωτηρία ως ένωση της ψυχής και σώμα στην αναζωογόνηση, για το Gnostics, η σωτηρία σήμανε το αντίθετο τον αιώνιο χωρισμό των δύο. Αντί της αναζωογόνησης, αγκάλιασαν το δόγμα της μετενσάρκωσης. Παρά τις αντιφατικές εκφάνσεις τους, η εβραϊκή έννοια της αναζωογόνησης και η ιδέα Gnostic της αιώνιας ζωής της ψυχής συγχώνευσαν τη χριστιανική έννοια της μετά θάνατον ζωή, στην οποία η αιώνια ψυχή επανασυνδέεται με ένα μετασηματισμένο φυσικό σώμα στο τέλος του χρόνου.

Ο ουρανός στην παλαιά διαθήκη συλλήφθηκε ως φυσικός ουρανός όπου ο θεός κατοίκησε ενώ η αρχική ιδέα της κόλασης αναπτύχθηκε ως σφαίρα του πόνου στον πρόωρο χριστιανισμό, στην αντίθεση στο πανευτυχές κράτος του ουρανού. Στις μέσες ηλικίες, ο ουρανός και η κόλαση έγιναν μέρος της δημοφιλούς φανταστικής ευσέβειας μέσω της

γραφικής απεικόνισης της θείας κωμωδίας του "Dante Alighieri. Ο Dante απεικόνισε τον ουρανό και την κόλαση ως σε σειρά διάταξης των πολλαπλάσιων ομόκεντρων σφαιρικών ουρανών και οι πολυστρωματικές υπόγειες κολάσεις, διαίρεσαν σε επίπεδα στα οποία οι καλοί άνθρωποι και οι αμαρτωλοί ανταμείφθηκαν ή τιμωρήθηκαν σύμφωνα με το βαθμό ευγενών πράξεων ή αμαρτιών τους.

Zoroastrianism

Η θρησκεία Zoroaster είναι καλύτερα γνωστή για το αγαθό της εναντίον του κακού δυϊσμού. Ο θεός του φωτός, ο ανώτερος κόσμος και οι άγγελοι του είναι κλειδωμένοι σε μια κοσμική προσπάθεια με το Θεό του σκοταδιού και του χαμηλότερου κόσμου και των δαιμόνων του. Τα μεμονωμένα ανθρώπινα όντα ωθούνται για να ευθυγραμμιστούν με τις δυνάμεις του φωτός και κρίνονται σύμφωνα με την υπεροχή των καλών ή κακών πράξεών τους.

Για την μετά θάνατον ζωή, διδάσκει ότι για τρεις ημέρες μετά από τον θάνατο η ψυχή παραμένει στο ύψος πίεσης του προηγούμενου σώματός της. Οι καλές και κακές πράξεις όλου του ατόμου εισάγονται στο καθολικό κάποιου λογιστή, που καταγράφει τις κακές ενέργειες ως χρεώσεις και τις καλές ενέργειες ως πιστώσεις. Η ψυχή επιβιβάζεται έπειτα σε ένα ταξίδι στην κρίση, περπατώντας έξω επάνω στη γέφυρα Chinvat. Στη μέση της γέφυρας, υπάρχει μια αιχμηρή άκρη που στέκεται όπως ένα ξίφος, και η κόλαση είναι κάτω από τη γέφυρα. Εάν η ψυχή είναι δίκαια, το ξίφος παρουσιάζει την ευρεία πλευρά του. Εάν η ψυχή είναι κακή, εκείνο το ξίφος συνεχίζει να στέκεται πλαγίως, και δεν δίνει την άδεια για μετάβαση. Με τρία βήματα πού η ψυχή παίρνει προς τα εμπρός -που είναι οι κακές σκέψεις, οι λέξεις, και οι πράξεις που έχει εκτελέσει- περικόβεται από το ύψος πίεσης της γέφυρας, και πέφτει απερίσκεπτη στην κόλαση. Όταν ζυγίζονται οι κακές πράξεις ενάντια των καλών, οι χρεώσεις ξεπερνούν τις πιστώσεις σε βάρος, ακόμα κι αν η διαφορά είναι μόνο τρεις μικροσκοπικές πράξεις των αδικιών, πραγματοποιούνται οι πτώσεις αμαρτωλών από την γέφυρα και στην κόλαση. Η κόλαση είναι μια μελαγχολική σφαίρα του βασανιστηρίου, όπου καταδικασμένη μπορεί να καταναλώσει μόνο τα πιο αποκρουστικά τρόφιμα για την τροφοδότηση. Εάν οι χρεώσεις και οι πιστώσεις ακυρώσουν η μια την άλλη έξω, η ψυχή τοποθετείται σε Hammistagan, μια μεταβατική σφαίρα στην οποία οι ψυχές δεν είναι ούτε ευτυχείς ούτε περίλυπες και στην οποία θα τηρήσουν μέχρι την τελική αποκάλυψη.

Μετά από την τελική μάχη μεταξύ καλού και κακού, θα υπάρξει μια γενική κρίση στην οποία η καθεμιά θα τεθεί μέσω μιας δοκιμασίας της πυρκαγιάς τα καλά άτομα θα κάψουν τη σκωρία τους μακριά και οι κακοί άνθρωποι θα καταναλωθούν. Κατά συνέπεια, οι ψυχές καταδικασμένες θα

κάνουν εμπόριο το τρέχον βασανιστήριό τους στην κόλαση για μια επίπονη εκμηδένιση.

Η έννοια της αναζωογόνησης όπως διατυπώνεται σε Zoroastrianism αντιπροσωπεύει μια από τις πρόωρες προσπάθειες να συλλάβει την αθανασία. Είναι μέρος ενός αισιόδοξου οράματος του τέλους του κόσμου, για τον οποίο οι δυνάμεις του φωτός υπερνικούν του σκοτάδι και όλη η ανθρωπότητα χαίρεται με την ανανέωση της δημιουργίας.

Essenes

Το Essenes ήταν ένα αποκαλυπτικό εβραϊκό τμήμα που κατέβηκαν από τους θρησκόληπτους Μακκαβαίους της εποχής. Απεσύρθησαν από την κοινωνία και καθιέρωσαν ένα μοναστήρι στη μέση του δεύτερου αιώνα.

Είναι πράγματι η πεποίθησή τους ότι τα σώματα είναι φθαρτά και το υλικό που τα συνθέτει παροδικό, ενώ οι ψυχές παραμένουν αθάνατες για πάντα. Προερχόμενες εμπρός από το rarefied αιθέρα, είναι παγιδευμένες στο σπίτι φυλακών του σώματος σαν συρμένες κάτω από μια από τις περιόδους της φύσης αλλά μια φορά ελευθερωμένες από τους δεσμούς της σάρκας, σαν μετά από τα έτη σκλαβιάς, χαίρονται και πετούν στα ύψη ψηλά.

Sadducees

Οι Σαδδουκαίοι είναι μια ισχυρή φατρία, που περιέλαβαν πολλούς ιερείς. Απέρριψαν την εισροή των νέων ιδεών που αναδιαμόρφωνε δημοφιλές Judaism, όπως οι πεποιθήσεις σε μια τελική κρίση και η πεποίθηση στην αναζωογόνηση. Και σαν ιστορικό Josephus και νέο μάρτυρα διαθηκών, το Sadducees απέρριψε έντονα την έννοια μιας μετά θάνατον ζωής και όπως οι αρχαίοι Εβραίοι, υπογράμμισαν το παρόν. Ως αριστοκρατία, το Sadducees ήταν άνετο με την αρχαία εβραϊκή ιδέα ότι οι ανταμοιβές και οι τιμωρίες του Θεού ήταν έξω στην παρούσα ζωή.

Gnosticism

Οι διδασκαλίες πυρήνων της ήταν τα προϊόντα μιας κακής θεότητας-ο δημιουργός- που είχε παγιδέψει τις ανθρώπινες ψυχές στο φυσικό κόσμο. Αντίθετα από το χριστιανισμό, στον οποίο κάποιος σώζεται από την πίστη, σε αυτό το σχολείο της σκέψης κάποιος σώζεται από την κατάλληλη διανοητική διορατικότητα, ή το "gnosis". Παρά το επιθυμητό για την αθανασία σε αυτή τη ζωή, το Gnostics εμφάνισε τη διαβίωση σε

αυτό τον κόσμο ως είδος κόλασης. Τα ανθρώπινα όντα παγιδεύονται σε ένα κύκλο μετενσάρκωσης και θεωρημένος ότι ακόμη και η αυτοκτονία δεν θα μπορούσε να εκδώσει μια από τη δουλεία στη σάρκα.

Το Cathars θεώρησε ότι ο κόσμος αποτελείται από τη συνυπάρχοντας σφαίρα δύο: το βασίλειο του καλού θεού, ο οποίος είναι πνευματικός και υπερλογικός και που δημιούργησε τον αόρατο ουρανό, τα πνεύματά του, και τα τέσσερα στοιχεία και το βασίλειο του κακού Θεού, Satan, ο οποίος δημιούργησε τον υλικό κόσμο και που, όντας ανίκανος να κάνει την ανθρώπινη ψυχή, τον συνέλαβε από τον ουρανό και τον φυλάκισε στο υλικό σώμα. Κατά συνέπεια, ο θεμελιώδης στόχος της θρησκευτικής πρακτικής τους ήταν να εκδοθεί η ψυχή από το σώμα από την απελευθέρωση της από την ισχύ Satan και την βοήθειά της για να επιστρέψει στην αρχική θέση του στον ουρανό.

Τα άτομα θα μπορούσαν να έρθουν να αναγνωρίσουν το κακό μέσω σε σειρά διάταξης των μετενσάρκωσεων, και θα μπορούσαν τελικά να ελευθερώσουν τις ψυχές τους από το Satan και με αυτόν τον τρόπο γίνονται τέλεια. Σύμφωνα με Catharism, στο τέλος του χρόνου όλες οι ψυχές θα σωθούν ή θα καταδικαστούν.

Manichaeism

Ο Μανιχαϊσμός ήταν μια θρησκευτική μετακίνηση, που προέκυψε στον τρίτο αιώνα και διαδόθηκε πέρα από το μεσογειακό κόσμο. Η κεντρική διδασκαλία της ήταν ένας αυστηρός δυϊσμός μεταξύ του πνεύματος και του θέματος, της ψυχής και του σώματος. Η ψυχή ήταν ένας πεσμένος θείος σπινθήρας από τη σφαίρα του φωτός, ενώ το σώμα ήταν η δημιουργία του κακού Θεού και των συνεταίρων του, τους άρχοντες. Επίσης, πρέσβευε ότι τα ανθρώπινα όντα παγιδεύονται σε ένα κύκλο της μετενσάρκωσης.

Bahai

Οι υποστηρικτές Bahai θεωρούν ότι ο φυσικός κόσμος είναι μια αντανάκλαση του κόσμου του πνεύματος και, επιπλέον, η θεμελιώδης πραγματικότητα κάθε ατόμου είναι η ψυχή, της οποίας η εκπαίδευση αντιπροσωπεύει το βασικό σκοπό της φυσικής δημιουργίας. Η πνευματική πρόοδος που είναι εξίσου διαθέσιμη σε όλα, και αυτή η διαδικασία της ανάπτυξης συνεχίζουν μετά από το διαχωρισμό της ψυχής από το φυσικό σώμα στο θάνατο, και εμφανίζεται εν τη παρουσία του Θεού σε ένα αιώνιο και πιο επεκτατικό στάδιο εκπαίδευσης.

Επίσης, στη μετά θάνατο ζωή δεν υπάρχει καμία οπισθοδρόμηση παρά μόνο πρόοδος.

Πνευματισμός

Ο πνευματισμός είναι μια θρησκευτική μετακίνηση που υπογραμμίζει την πεποίθηση στην επιβίωση μετά από το θάνατο, στην επιστημονική απόδειξη και την επικοινωνία με τις επιζώντες προσωπικότητες των αποθανόντων ανθρώπινων όντων με τη βοήθεια του mediumship.

Η συνοχή της προσωπικότητας, μετά από το θάνατο μέσω μιας νέας γέννησης σε ένα πνευματικό σώμα είναι μια κεντρική αρχή του πνευματισμού. Σύμφωνα με τους Spiritualists, στο θάνατο η ψυχή, που είναι αποτελούμενη κάποιου λεπτού θέματος, αποσύρεται και παραμένει κοντά στο γήινο αεροπλάνο για μια χρονική περίοδο. Μετά από αυτό, προωθεί στη γνώση και τις ηθικές ποιότητες και προχωρά στα υψηλότερα αεροπλάνα, έως ότου φθάνει τελικά στη σφαίρα του καθαρού πνεύματος. Η ταχύτητα στην οποία οι πρόοδοι ψυχής είναι ευθέως ανάλογα με τις διανοητικές και ηθικές ικανότητες που αποκτιούνται στη γήινη ζωή. Spiritualists που συλλαμβάνεται αρχικά των αεροπλάνων ως σφαίρες που περικυκλώνουν τη γη, μια επάνω από άλλη, ενώ τώρα είναι συχνότερα υποτιθέμενοι για να αλληλοδιαπερνάσουν ο ένας τον άλλον και για να συνυπάρξουν στα διαφορετικά ποσοστά δόνησης. Η ευδαιμονία, η κόλαση και η αιώνια καταδίκη δεν είναι μέρος της πεποίθησης των Spiritualists, ούτε είναι μια τελευταία κρίση και αναζωογόνηση του φυσικού σώματος. Η επικοινωνία με τους νεκρούς, μέσω της αντιπροσωπείας των μέσων, είναι η δεύτερη κεντρική πεποίθηση του πνευματισμού.

Αμερικανός Ινδός

Προκαλώντας το στερεότυπο Anglo της αμερικανικής ινδικής μετά θάνατον ζωής ως "ευτυχές έδαφος κυνηγιού", πολλές παραδοσιακές ινδικές κοινωνίες πεδιάδων φαντάστηκαν τους αποθανόντες σαν να υπάρχουν κυλώντας σε ένα λιβάδι με βούβαλους, με επιτυχημένο κυνήγι, να διαβιούν στα tipis, γιορτάζοντας και να χορεύοντας. Σε άλλες εγγενείς αμερικανικές κοινωνίες, η μετά θάνατον ζωή είναι μια χλωμή, θλιβερή σφαίρα. Ακόμα άλλοι παραδοσιακοί βορειοαμερικανικοί πολιτισμοί, όπως οι Εσκιμώοι, αποδέχονται την έννοια της μετενσάρκωσης ως αρχική έννοια αυτού που τους εμφανίζεται μετά από τον θάνατο.

Αιγύπτιοι

Αντίθετα από τους περισσότερους άλλους αρχαίους πολιτισμούς, η Αίγυπτος αντιπροσωπεύει μια σημαντική μετατόπιση στις έννοιες της μετά θάνατον ζωής.

Ο τάφος ήταν η φυσική θέση του “khaibit”, ένας σκιερός, σκελετικός αριθμός. Το ‘akh’ ήταν ένα φάντασμα ή ένα φωτισμένο πνεύμα και θα μπορούσε να ζήσει είτε μεταξύ των ανθρώπων, συνήθως κοντά στον τάφο, είτε στον επόμενο κόσμο. Το ‘Ka’ ήταν το πνεύμα φυλάκων ή η δύναμη ζωής και κοίταζε ακριβώς όπως το πρόσωπο. Αυτό το πνευματικό διπλάσιο έτεινε να αιωρηθεί γύρω από τον τάφο. Το ‘BA’ ήταν η αναπνοή ή η ψυχή, η αρχή ζωντανεύοντας το πρόσωπο, και φυσικά και ψυχικά, και απεικονίστηκε ως ανθρώπινο - πουλί. Το BA ήταν σε θέση να εκτελέσει όλες τις σωματικές λειτουργίες, αλλά μοιράστηκε με το akh τη δυνατότητα να υπάρξει επίσης μεταξύ των Θεών.

Η θέση της μετά θάνατον ζωής περιγράφηκε συνήθως ως θέση όχι αντίθετα από την κοιλάδα του Νείλου, πλήρης με τα κανάλια, τις βλασφημίες και τα αγροκτήματα. Φθάνοντας, ο αποθανών είναι σε θέση να χρησιμοποιήσει όλα τα αντικείμενα που αφήνονται για τη χρήση τους *egypt*, όπως τα τρόφιμα, τα κρεβάτια, οι καρέκλες, και τα εργαλεία. Ο αποθανών θα μπορούσε να μετασχηματιστεί σε ένα πουλί και να ζήσει εκείνο το είδος της ζωής, ή να ζήσει όπως στη μέση ενός σπορώνα, με τα εύγεστα φρούτα της ατέρμονης παραγωγής.

Αζτέκοι

Ο Αζτέκος έθεσε ως αίτημα τέσσερις διαφορετικές σφαίρες, που αντιστοιχούν στις τέσσερις κατευθύνσεις, στις οποίες η ψυχή θα μπορούσε να πάει μετά το θάνατο. Οι πολεμιστές που πέθαναν στη μάχη, τα θυσιαστικά θύματα, και τους εμπόρους που πέθαναν κατά τη διάρκεια των ταξιδιών τους που αποτεφρώθηκαν, συμβάδισαν με το ανατολικό παράδεισο, και γίνονται σύντροφοι των γυναικών ήλιων που πέθαναν στο τοκετό γίνονται επίσης σύντροφοι του ήλιου, αν και συμβάδισαν με τη δύση.

Οι άνθρωποι που πέθαναν από την αστραπή, πνίξιμο και πυρετοί έλους(όλοι πρέπει να κάνουν μα ύδωρ ή τη βροχή)θάφτηκαν και πήγαν στο νότιο παράδεισο Tlaloc. Αυτή η σφαίρα ειπώθηκε για να είναι ελεύθερη της θλίψης και οι ψυχές απόλαυσαν εκεί ένα πολυτελή τροπικό κήπο. Αν και δεν υπήρξε προφανώς καμία έννοια μιας τιμωρίας μετά θάνατον ζωής, Mictlan, του βόρειου εδάφους των νεκρών και του τελευταίου πεπρωμένου της πλειοψηφίας των ανθρώπων, ήταν ευδιάκριτα δυσάρεστος. Ο αποθανών διάρκεσε τέσσερα έτη για να διαπεράσει εννέα επεμβαίνοντας υπόγειες σφαίρες που περιέχουν τα βουνά, τα άγρια κτήνη και τους αέρηδες κατάψυξης. Όλοι οι νεκροί θάφτηκαν με τα φυλακτά και

αποτέφρωσαν τα σκυλιά για να τους βοηθήσουν κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους.

Βουντού

Ο Βουντού είναι μια καραϊβική θρησκεία που συνδυάζεται από τις παραδοσιακές αφρικανικές θρησκείες και τον καθολικό χριστιανισμό. Ο Βουντού θέτει ως αίτημα ένα σύνθετο και εκτενές πάνθεο των θεοτήτων.

Όταν κάποιος πεθαίνει, σύμφωνα με την πεποίθηση βουντού, η ψυχή παραμένει κοντά στο πτώμα για μια βδομάδα. Κατά τη διάρκεια επτά ημερών, το σώμα είναι τρωτό και μπορεί να συλληφθεί και να γίνει zombie από έναν μάγο. Η ψυχή, η οποία έχει δραπετεύσει από το σώμα, μπορεί να ζήσει στα σκοτεινά ύδατα για ένα έτος και μια μέρα.

Βουδιστικές πεποιθήσεις μετά θάνατον ζωής

Ο Βούδας αποδέχθηκε τα βασικά ινδά δόγματα της μετενσάρκωσης και του karma, καθώς επίσης και την έννοια ότι ο τελευταίος στόχος της θρησκευτικής ζωής είναι να δραπετεύει ο κύκλος του θανάτου και της αναγέννησης. Ως εκ τούτου, ο στόχος από την ρόδα ferris της μετενσάρκωσης περιλαμβάνει απαραίτητως την απελευθέρωση από την επιθυμία. Το νιρβάνα είναι ο βουδιστικός όρος για την απελευθέρωση. Το νιρβάνα σημαίνει κυριολεκτικά την εξάλειψη, και αναφέρεται στην εξάλειψη όλου του πόθου.

Αντί των αιώνιων ψυχών, τα άτομα αποτελούνται από μια "δέσμη" των συνηθειών: μνήμες, αισθήσεις, επιθυμίες, και ούτω καθ' εξής, οι οποίες εξαπατούν τη σκέψη. Στο βουδισμό, καθώς επίσης και στον Ινδουισμό, η ζωή σε ένα υλικό σώμα εμφανίζεται αρνητικά, ως πηγή όλου του βασάνου. Ως εκ τούτου, ο στόχος είναι να ληφθεί η έκδοση. Στο βουδισμό, αυτό σημαίνει την ψεύτικη αίσθηση μοναξιάς έτσι ώστε η δέσμη των μνημών και των ωθήσεων να αποσυνθέτει, μην αφήνοντας τίποτα στην μετενσάρκωση και ως εκ τούτου τίποτα για να δοκιμάσει τον πόνο.

Μετά από το θάνατο, σύμφωνα με το θιβετιανό βουδισμό, το πνεύμα αναχωρεί, πηγαίνοντας μέσω μιας διαδικασίας που διαρκεί 49 ημέρες που είναι διαιρεμένη σε τρία στάδια αποκαλούμενα 'bardos'. Στο συμπέρασμα του bardo, το πρόσωπο είτε εισάγει το νιρβάνα είτε επιστρέφει στη γη για την αναγέννηση.

Είναι επιτακτικό ότι πεθαίνοντας το άτομο παραμένει πλήρως ενήμερο για όσο το δυνατό περισσότερο επειδή οι σκέψεις που έχει επηρεάζουν βαριά τη φύση και την εμπειρία μετά από τον θάνατο και εάν

το ένα αποτυγχάνει να επιτύχει το νιρβάνα, του κράτους της επόμενης ενσάρκωσης κάποιου.

Το στάδιο ένα από το bardo αρχίζει στο θάνατο και επεκτείνει από μισή ημέρα σε τέσσερις ημέρες. Αυτή είναι η περίοδος χρόνου απαραίτητη για το αναχωρημένο πνεύμα για να πραγματοποιήσει ότι έχουν ρίξει στο σώμα. Η συνείδηση αναχωρημένη έχει μια εκστατική εμπειρία του αρχικού "σαφούς φωτός" στη στιγμή θανάτου. Ο καθένας παίρνει τουλάχιστον μια εφήμερη αναλαμπή του φωτός. Πιο πνευματικά αναπτυγμένη τον βλέπει περισσότερο, και είναι σε θέση να πάει σε ένα υψηλότερο επίπεδο πραγματικότητας. Το μέσο πρόσωπο, εντούτοις, πέφτει στο μικρότερο κράτος του δευτεροβάθμιου "σαφούς φωτός".

Στο στάδιο δύο, το πνεύμα αναχωρημένο αντιμετωπίζει τις παραισθήσεις ως αποτέλεσμα του karma που δημιουργείται κατά τη διάρκεια της ζωής. Εκτός αν ιδιαίτερα αναπτυγμένο, το άτομο θα θεωρήσει ότι συμφωνούν ακόμα με το σώμα. Αναχωρημένη αντιμετωπίζει έπειτα τις διάφορες εμφανίσεις, τις ειρηνικές και οργισμένες θεότητες, οι οποίες είναι πραγματικά προσωποποιήσεις των ανθρώπινων συναισθημάτων και που, για να επιτύχει επιτυχώς το νιρβάνα, ο αποθανών πρέπει να τις αντιμετωπίσει χωρίς να δειλιάσει. Μόνο τα εξελιγμένα άτομα μπορούν να πηδήσουν την εμπειρία bardo συνολικά και τη διέλευση άμεσα σε μια σφαίρα παραδείσου.

Ινδές πεποιθήσεις μετά θάνατον ζωή

Αντίθετα από τις δυτικές επεξεργασίες της μετενσάρκωσης, που τείνουν να κάνουν την ιδέα της επιστροφής στο σώμα, μετά από το σώμα, όπου φαίνεται εξωτικός, επιθυμητός, και ακόμα και ρομαντικός, ο Ινδουισμός, ο Βουδισμός και άλλες νότιες ασιατικές θρησκείες που απεικονίζουν τη samsara (κύκλος του θανάτου και της αναγέννησης) διαδικασία ως μια ζωή δυστυχισμένη.

Αυτό που μας κρατά παγιδευμένους στο samsaric κύκλο είναι ο νόμος του karma. Στην απλούστερη μορφή του, αυτός ο νόμος λειτουργεί απρόσωπα όπως ένας φυσικός νόμος, που εξασφαλίζει ότι κάθε καλή ή κακή πράξη επιστρέφει τελικά στο άτομο υπό μορφή ανταμοιβής ή τιμωρίας ισόμετρης με την αρχική πράξη. Είναι η ανάγκη το karma κάποιου που αναγκάζει τα ανθρώπινα όντα για να πάρει την αναγέννηση στη διαδοχική διάρκεια ζωής. Με άλλα λόγια, εάν κάποιος πεθαίνει πριν συγκεντρώσει τα αποτελέσματα των ενεργειών κάποιου (όπως οι περισσότεροι άνθρωποι), οι καρμικές ζητήσεις διαδικασίας ότι το ένα επιστρέφει σε μια μελλοντική ζωή. Η επιστροφή σε μια άλλη διάρκεια ζωής επιτρέπει επίσης στις καρμικές δυνάμεις για να ανταμείψει ή να τιμωρήσει μια μέσω των περιστάσεων στις οποίες κάποια είναι γεννημένη. Ως εκ τούτου, παραδείγματος χάριν, ένα άτομο που ήταν

γενναιόδωρο σε μια διάρκεια ζωής να είναι ξαναγεννημένο ως πλούσιο πρόσωπο στην επόμενη ενσάρκωση.

“Moksha” είναι ο παραδοσιακός σανσκριτικός όρος για την έκδοση ή απελευθέρωση από την ατελείωτη αλυσίδα των θανάτων και των αναγεννήσεων. Στη νότια ασιατική θρησκευτική παράδοση, αντιπροσωπεύει τον ανώτατο στόχο των ανθρώπινων προσπαθειών.

Μουσουλμανικές πεποιθήσεις μετά θάνατον ζωή

Σύμφωνα με τις αρχές της μουσουλμανικής πίστης, ο θάνατος είναι το πλήρες τέλος της φυσικής ζωής και η αρχή μιας περιόδου υπολοιπίου μέχρι την ημέρα της αναζωογόνησης όταν κρίνει ο Αλλάχ τη διαβίωση και τους νεκρούς.

Πολλοί μουσουλμάνοι θεωρούν ότι ο δίκαιος είναι σε θέση να δει τα οράματα του Θεού μετά από το θάνατο και ότι ο κακός βλέπει τα οράματα της κόλασης. Εκτός από αυτά τα πιθανά οράματα του ουρανού ή της κόλασης, οι μουσουλμάνοι θεωρούν ότι η ψυχή παραμένει σε ένα είδος “ύπνου ψυχής” μέχρι την ημέρα της κρίσης. Όταν η ημέρα της κρίσης φθάνει, ο καθένας κρίνεται σύμφωνα με τις πράξεις τους στη ζωή. Πολλοί μουσουλμάνοι θεωρούν ότι μη – μουσουλμάνοι μπορούν να πετύχουν τον ουρανό μόνο μετά από μια περίοδο καθαρισμού στις πυρκαγιές του καθαρτηρίου.

Οι έννοιες της αναζωογόνησης, του ουρανού, και της κόλασης είναι μέρος του Ισλάμ από το χρόνο του Mohammed. Και το Κοράνι και το Hadith (τα ρητά του προφήτη Mohammed) αναφέρονται στη μετά θάνατο ζωή.

Ο άνθρωπος που είναι, δημιουργημένος στην εικόνα του Θεού, είναι αποτελούμενος ενός σώματος, το εξωτερικό κοχύλι του οποίου δημιουργήθηκε στον άργιλο, και της πνευματικής αναπνοής, το οποίο μπορούν να επικοινωνήσουν με το Θεό και που βρίσκεται στο κέντρο του σώματος. Αυτό είναι η μικροκοσμική αντανάκλαση του ισλαμικού μακρόκοσμου, ο οποίος εμφανίζεται ως σφαίρα των άπειρων διαστάσεων των οποίων το κέντρο είναι πλήρες του φωτός, ο καθαρότερος των δημιουργών του Θεού. Το εξωτερικό κοχύλι του γίνεται του αργίλου, ο οποίος αντιπροσωπεύει το σκοτάδι. Η ανθρώπινη ψυχή κατοικεί μέσα στον άνθρωπο κάπου μεταξύ αυτών των δύο αντίθετων αρχών- φως και σκοτάδι – και είναι ένα μίγμα των δύο, μοναδικό σε κάθε άτομο, ενώ το πνεύμα που κατοικεί στο κέντρο είναι το ίδιο πράγμα για καθένα.

Όταν τα ανθρώπινα όντα πεθαίνουν, παραμένουν σε μια σφαίρα που βρίσκεται πιο κοντά στο φωτεινό κοσμικό κέντρο, μέχρι την ημέρα της αναζωογόνησης. Αυτή η σφαίρα που κάπως μοιάζει με να ονειρευτεί η ψυχή των αποθανόντων, που ελευθερώνεται σε αυτό το από τα σωματικά στρώματα της, μπορεί να ξυπνήσει και να γίνει ενήμερη για την αληθινή

φύση της. Η περίοδος αυτή είναι σημαντική να προετοιμαστεί για την ημέρα της αναζωογόνησης, η οποία εμφανίζεται στο τέλος του χρόνου, δηλαδή όταν εξαντληθούν οι ανθρώπινες δυνατότητες. Η ημέρα της αναζωογόνησης που αποτελεί μια από τις ουσιαστικές πεποιθήσεις της ισλαμικής πίστης, θεωρείται από μερικές για να διαρκέσουν οι χιλιάδες των ετών, αυτήν την ημέρα στις ψυχές, που επανασυνδέονται με τα σώματά τους, θα ανατεθεί η αιώνια ζωή είτε στον παράδεισο είτε στην κόλαση, ανάλογα με τις αξίες τους.

Πεποιθήσεις μετά θάνατον ζωής Ιουδαϊσμού

Η μετά θάνατον ζωή είναι λιγότερο ουσιαστική για τον Ιουδαϊσμό από ότι για άλλες παγκόσμιες θρησκείες. Οι αρχαίοι Εβραίοι υπογράμμισαν τη σημασία της παρούσας ζωής πέρα από τη μετά θάνατον ζωή. Όπως και με τους αρχαίους Έλληνες, η μετά θάνατον ζωή, συλλήφθηκε ως χλωμή σκιά της γήινης ζωής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

**«ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΡΜΗΝΕΙΑ
ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ»**

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ

Είναι γνωστό από τους αρχαίους χρόνους ότι μετά την παύση της αναπνοής και της καρδιακής λειτουργίας η ζωή σταματά να υπάρχει ύστερα από λίγα λεπτά.

Έτσι η καρδιά θεωρούνταν ως το κεντρικό όργανο του οργανισμού και η παύση της λειτουργίας της σήμαινε θάνατο. Έχει επίσης αναγνωριστεί από πολλούς ότι μετά από οξεία παύση της αναπνοής, πχ μετά από στραγγαλισμό, πνιγμό ή μηχανική αιτία, η αναπνοή μπορεί να αποκατασταθεί και η ζωή να συνεχιστεί εφόσον η καρδιά εξακολουθεί να λειτουργεί.

Η εξέλιξη της αναπνευστικής και της καρδιακής ανάνηψης στα μέσα του 20^{ου} αιώνα μπορεί να αποκαταστήσει τη λειτουργία τους και να ξαναδώσει «ζωή» στα όργανα αυτά. Όμως αυτή η ανάνηψη μπορεί να αφήσει άλλα όργανα πολύ πιο ευαίσθητα, όπως ο εγκέφαλος, σε μια κατάσταση λειτουργικής ανενεργείας. Έτσι στην εποχή μας ένα άτομο, που δεν αναπνέει, και βρίσκεται σε κωματώδη κατάσταση, μπορεί με τη βοήθεια ενός μηχανικού αναπνευστήρα, να εξακολουθεί να αναπνέει, να έχει καρδιακή λειτουργία, αρτηριακή πίεση που να συγκρατείται στα φυσιολογικά όρια με διάφορα φάρμακα, ενώ συνεχίζει να μην αντιδρά στα εξωτερικά ερεθίσματα. Το άτομο όμως αυτό με όλα αυτά τα παραπάνω χαρακτηριστικά *είναι εν ζωή;*

Η ερώτηση αυτή προκαλεί σωρεία άλλων ερωτημάτων, ηθικής τάξεως, δεοντολογίας, θρησκευτικών, νομικών και ψυχολογικών προβλημάτων (περιβάλλον: οικείο, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό).

Εάν δηλαδή αυτά τα άτομα χωρίς αναπνοή, που βρίσκονται σε κωματώδη κατάσταση, αντιμετωπίζουν έπ' άπειρον με τα σύγχρονα μέσα που διαθέτει η ιατρική στις μονάδες εντατικής παρακολούθησης και θεραπείας, χωρίς να υπάρχει ελπίδα σωτηρίας και επαναφοράς τους στην προτεραία τους ζωή μπορούν ή όχι να θεωρηθούν νεκρά;

Για τους λόγους αυτούς η σύγχρονη ιατρική εισήγαγε τον όρο του *εγκεφαλικού θανάτου*. Στην κατάσταση αυτή ο εγκέφαλος έχει χάσει δια παντός και ανεπιστρεπτί τη λειτουργικότητά του.

Πιο συγκεκριμένα, σε διακοπή της καρδιακής λειτουργίας (ανακοπή) από έμφραγμα του μυοκαρδίου, από μεγάλο φόβο, από έντονο πόνο, κτλ, το άτομο δίνει την εντύπωση του νεκρού (κλινικός θάνατος), διότι δεν χτυπά η καρδιά του, δεν αναπνέει και χάνει τις αισθήσεις του. Σε περίπτωση που αυτομάτως ή, πιο συχνά με ιατρική βοήθεια (μαλάξεις, ηλεκτρική απινίδωση, ενδοκάρδια έγχυση αδρεναλίνης κτλ) αποκατασταθεί η καρδιακή λειτουργία εντός 4 λεπτών, ο ασθενής

συνέρχεται χωρίς κανένα αξιόλογο κλινικό κατάλοιπο εγκεφαλικής βλάβης (διότι μέχρι 4 λεπτά μπορεί χωρίς οξυγόνο ο φλοιός των εγκεφαλικών ημισφαιρίων να διατηρήσει τη λειτουργία του, χωρίς να πάθει μη αναστρέψιμες αλλοιώσεις, αν και αυτό δεν είναι απόλυτο. Μερικές καταστάσεις όπως η υποθερμία, πυρετός, μπορεί για λίγο να αυξήσουν ή να μειώσουν αυτό το χρονικό διάστημα. Στον φλοιό του εγκεφάλου βρίσκονται τα κέντρα μνήμης, κρίσης και γενικά οι ανώτερες εγκεφαλικές λειτουργίες). Εάν αποκατασταθεί η καρδιακή λειτουργία μετά το πέρας του διαστήματος αυτού, ο ασθενής επανέρχεται μεν, υπό την έννοια ότι μπορεί να αναπνέει και πάλι από μόνος του, αλλά με κατεστραμμένο τον φλοιό του εγκεφάλου και επομένως χωρίς συνείδηση (**φλοιώδης θάνατος ή φυτό**).

Εάν δεν επιτευχθεί η επάνοδος της καρδιακής λειτουργίας μέσα στο ανώτερο χρονικό διάστημα, τότε καταστρέφεται ολόκληρος ο εγκέφαλος (εγκεφαλικά ημισφαίρια, εγκεφαλικό στέλεχος και παρεγκεφαλίδα) και οι γιατροί εγκαταλείπουν κάθε περαιτέρω προσπάθεια ανάνηψης, διότι το άτομο είναι πλέον οριστικά και αμετάκλητα νεκρό (εγκεφαλικός θάνατος). Αμέσως μετά τον εγκεφαλικό θάνατο ακολουθεί, λόγω μη οξυγόνωσης, και η νέκρωση των υπόλοιπων οργάνων του σώματος, με την εξής σειρά λόγω διαφορετικής ευαισθησίας τους στην έλλειψη οξυγόνου: καρδιά, νεφροί, πνεύμονες, ήπαρ, υπόλοιπα όργανα και τελικά το δέρμα (βιολογικός θάνατος). Σε αυτήν την περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου και πολύ περισσότερο επί βιολογικού θανάτου, που επήλθε από προηγηθείσα διακοπή της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας δεν μπορεί να γίνει μεταμόσχευση ζωτικών (συμπαγών) οργάνων (καρδιά, πνεύμονες, ήπαρ). Για τον κλινικά νεκρό και το φυτό δεν τίθεται θέμα προς συζήτηση, αφού είναι εν ζωή.

Ο εγκεφαλικός θάνατός δεν ταυτίζεται ούτε προσεγγίζει την έννοια της μη συνειδητής ζωής, όπως αυτή υφίσταται στο μη αναστρέψιμο κώμα ή την μετάπτωση του ατόμου σε μόνιμη φυτική κατάσταση, δεδομένου ότι μη συνειδητή ζωή είναι δυνατόν να υπάρξει για πολλά έτη, όταν διατηρείται ακέραια η εσωτερική ομοιόσταση του ατόμου, επί περιγεγραμμένων βλαβών των σχηματισμών της μέσης γραμμής του εγκεφαλικού στελέχους, περιγεγραμμένων βλαβών και των δυο θαλάμων και λειτουργικής ή μορφολογικής αλλοιώσεως του εγκεφαλικού φλοιού, που είναι συνέπεια υποξίας, παρατεταμένης φαρμακολογικής δράσης, επίδρασης τοξικών παραγόντων και αμετάκλητης συναπτικής ή νευροδιαβιβαστικής διαταραχής, χωρίς εξαιτίας του να μεταβάλλεται η βιωσιμότητα του εγκεφάλου και να εμποδίζονται οι φυτικές και ομοιοστατικές λειτουργίες του.

Αποτέλεσμα αυτού είναι μεν να επέλθει η οριστική και αμετάκλητη κατάργηση των ομοιοστατικών λειτουργιών, που αναφέρονται τόσο στην εξωτερική όσο και εσωτερική ομοιόστασή του, σε εγκεφαλικό θάνατο δε το σώμα καθίσταται απλώς σε ένα σύνολο οργάνων, τα οποία

αναγκαστικά διατηρούν τις βιολογικές διεργασίες τους με την βοήθεια της μηχανικής οξυγόνωσης και της φαρμακευτικής διατήρησης της καρδιαγγειακής λειτουργίας εγκεφάλου.

Έτσι η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου έχει ευρύτερες διαστάσεις και από την έννοια του υπερβεβηκότος κώματος την οποία εισήγαγαν το 1959 οι Mollaret και Goulon.

Μάλιστα τα παλιά καρδιοαναπνευστικά κριτήρια του θανάτου ήταν έμμεσες ενδείξεις απώλειας της εγκεφαλικής λειτουργίας, η παύση της αναπνοής και της καρδιακής λειτουργίας είχε ως αποτέλεσμα και την παύση της λειτουργίας του εγκεφάλου. Στην αρχή, αυτή η νέα βάση διαπίστωσης του θανάτου ήταν πρόκληση στο πνεύμα των ιατρών, θεολόγων, δικαστικών και λαϊκών. Σταδιακά όμως με νομοθετικές διατάξεις και νόμους, αυτά τα κριτήρια έγιναν αποδεκτά ως βάση για την πιστοποίηση του θανάτου σε ορισμένες περιπτώσεις.

Παρόλα αυτά πολύς κόσμος δυσπιστεί στη διαπίστωση του εγκεφαλικού θανάτου, η οποία δεν βασίζεται στα κλασικά κριτήρια της παύσης της καρδιακής ή αναπνευστικής λειτουργίας. Για αυτούς τους ανθρώπους, μια καρδιά που χτυπά και μια αναπνευστική λειτουργία που εξακολουθεί, έστω και μόνο χάρη στα μηχανήματα, είναι ασυμβίβαστη με την έννοια του θανάτου. Η δυσκολία στη μετάβαση από την έννοια του «καρδιακού θανάτου» στην έννοια του «εγκεφαλικού θανάτου» οφείλεται επίσης στο γεγονός ότι ορισμένοι είχαν δυσκολίες να καταλάβουν τα απαραίτητα κριτήρια που απαιτούνται για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου. Από την άλλη μεριά η ανάγκη μεταμοσχεύσεων οργάνων του ανθρωπίνου σώματος, εισήγαγε ηθικά και νομικά προβλήματα σχετικά με τη διακοπή ανάνηψης. Η διασημότητα που δόθηκε συντέλεσε στη σύγχυση του κοινού γύρω από αυτό το θέμα. Μερικοί φιλόσοφοι συζητούν μάλιστα εάν η απώλεια της εγκεφαλικής λειτουργίας ή η καταστροφή αυτής της ουσίας είναι τα βασικά στοιχεία για τη διάγνωση του θανάτου. Για να σταματήσει αυτή η σύγχυση, καταρτίστηκαν επιτροπές απαρτιζόμενες από ιατρούς και δικαστικούς οι οποίοι κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο θάνατος βασίζεται είτε σε μη αναστρέψιμη πάθηση της κυκλοφορίας της καρδιάς και της αναπνοής, είτε σε μη αναστρέψιμη πάθηση όλων των λειτουργιών του συνόλου του εγκεφάλου, όπως καθορίζεται από αυστηρά ιατρικά δεδομένα.

Τα τελευταία σαράντα χρόνια οι διάφοροι λαοί παρά τις επιμέρους φιλοσοφίες τους, τις θρησκευτικές τους δοξασίες, το επίπεδο πολιτισμού κλπ, δέχθηκαν τη νέα έννοια του εγκεφαλικού θανάτου. Η διαπίστωση του εγκεφαλικού θανάτου είναι ένα πρόβλημα ιατρικό με επιπτώσεις νομικές, κοινωνικοοικονομικές, θρησκευτικές και μερικές φορές πολιτικές. Ο όρος θάνατος είναι ένα επεισόδιο της ζωής, δεν πρέπει να θεωρείται ως ένα στιγμιαίο επεισόδιο, αλλά ως εξέλιξη σειράς φαινομένων. Ο θάνατος μπορεί να προκληθεί με δυο τρόπους:

- ❖ Στις περισσότερες περιπτώσεις ένα βασικό όργανο υπολειτουργεί σε τέτοιο βαθμό που ακολουθείται από το θάνατο του εγκεφάλου και αυτό είναι το σημείο της μη επιστροφής στη ζωή.
- ❖ Σε μερικές περιπτώσεις ο θάνατος δεν είναι αποτέλεσμα κακής λειτουργίας οργάνων ή συστημάτων, αλλά οφείλεται σε άμεση βλάβη του ίδιου του εγκεφάλου. Σε αυτήν την περίπτωση ο τρόπος που επέρχεται ο θάνατος είναι αντίθετος με την πρώτη. Ο εγκέφαλος αποθνήσκει ύστερα από παύση της αναπνοής που ακολουθείται σε μερικά λεπτά και από την παύση της κυκλοφορίας. Εάν όμως η αυτόματη αναπνοή υποκατασταθεί με μηχανήματα (αναπνευστήρες), η καρδιακή παύση μπορεί να επέλθει ύστερα από μέρες ή βδομάδες.

Με την πρόοδο των μεταμοσχεύσεων των διαφόρων οργάνων (νεφροί, κερατοειδείς, οστά, καρδιά, πνεύμονες, ήπαρ) είναι απαραίτητο σήμερα να οριστούν τα κριτήρια επακριβώς και η ώρα του εγκεφαλικού θανάτου. πολλοί δημόσιοι οργανισμοί όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, νομομαθείς, φιλόσοφοι ή εκπρόσωποι εκκλησιών ασχολήθηκαν με αυτό το θέμα. Τέλος στη χώρα μας υπάρχει ειδική νομοθεσία η οποία διέπει τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου βασιζόμενη σε επιστημονικά ιατρικά κριτήρια που μπορεί να οδηγήσει σε ανάπτυξη των πτωματικών μεταμοσχεύσεων. Ο νόμος αυτός είναι ο 1383/83 άρθρο 7 που αναγνωρίζει την πρόοδο που έχει σημειωθεί λέγοντας ότι «η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου αποσαφηνίστηκε τα τελευταία χρόνια μετά την ανάπτυξη των μονάδων εντατικής θεραπείας, όπου είναι δυνατή η συντήρηση με τεχνητά μέσα ατόμων που έχουν υποστεί ανεπανόρθωτη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους». Επίσης αναγνωρίστηκε ότι ο ορισμός του εγκεφαλικού θανάτου είναι θέμα που πρέπει να ορίζεται με επιστημονικά ιατρικά κριτήρια και όχι με νομικές διατάξεις. Οι εξελίξεις αυτές οδήγησαν στην ανάπτυξη των πτωματικών μεταμοσχεύσεων, εφόσον είναι δυνατή η αφαίρεση οργάνων από δότη που είναι εγκεφαλικά νεκρός. Με την επέλευση του εγκεφαλικού θανάτου η αφαίρεση ιστών και οργάνων μπορεί να γίνει και όταν οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων, εκτός από τον εγκέφαλο, διατηρούνται με τεχνητά μέσα.

Ο εγκεφαλικός θάνατος πιστοποιείται από τον υπεύθυνο για τον άρρωστο γιατρό ή τον αντικαταστάτη του, ένα νευροχειρουργό ή νευρολόγο και έναν αναισθησιολόγο. Στην πιστοποίηση του εγκεφαλικού θανάτου δεν συμμετέχει γιατρός που ανήκει σε μεταμοσχευτική ομάδα. Είναι σαφές ότι οι διατάξεις αυτές αναφέρουν την ευθύνη πιστοποίησης του εγκεφαλικού θανάτου στους ιατρούς με βάση επιστημονικά κριτήρια, ενώ παράλληλα κατοχυρώνουν την πιστοποίηση αυτή με τη συμμετοχή τριών ιατρών στη διαδικασία.

Το κεντρικό συμβούλιο υγείας, αφού κατάρτισε μια ομάδα εργασίας, παραθέτει τους παρακάτω κανόνες ως κώδικα οδηγό για τους ιατρούς για την πιστοποίηση του εγκεφαλικού θανάτου.

Η ανάπτυξη των μονάδων εντατικής θεραπείας και γενικά η πρόοδος της ιατρικής τεχνολογίας τις τελευταίες δεκαετίες, είχαν ως αποτέλεσμα την επιτυχή καρδιοαναπνευστική υποστήριξη, για μακρύ χρονικό διάστημα, ατόμων με βαριές και ανεπανόρθωτες εγκεφαλικές βλάβες. Αυτή όμως η μακροχρόνια συντήρηση ατόμων που «η αναπνοή και η κυκλοφορία τους λειτουργούσαν με τη βοήθεια μόνο μηχανικών μέσων», δημιούργησε ένα μεγάλο πρόβλημα σχετικά με το εάν ένα τέτοιο άτομο είναι νεκρό ή όχι. Μέχρι τότε η διάγνωση του θανάτου του ανθρώπινου σώματος διαπιστωνόταν εύκολα με το σταμάτημα της λειτουργίας της καρδιάς και της αναπνοής. Η απώλεια αυτών των λειτουργιών που προκαλεί τελικά το θάνατο του εγκεφάλου, αποτελούσε μια επαρκή και εύκολη πιστοποίηση του θανάτου.

Η διατήρηση όμως της αναπνοής με μηχανικούς αναπνευστήρες και υποστήριξη της κυκλοφορίας, ενώ είχαν καταργηθεί οι εγκεφαλικές λειτουργίες, δημιούργησε το εάν ο μέχρι τότε αποδεκτός ορισμός του θανάτου ήταν σαφής και ακριβής. Οι αμφιβολίες αυτές προκάλεσαν την αναθεώρηση και επανεξέταση της έννοιας του θανάτου και οδήγησαν στην νέα αντίληψη του *εγκεφαλικού θανάτου* με προεκτάσεις όχι μόνο ιατρικές αλλά και πολιτιστικές, φιλοσοφικές, ηθικές, νομικές και θρησκευτικές.

Η αντίληψη αυτή που διαμορφώθηκε και επικρατεί τα τελευταία χρόνια βασίζεται στον ορισμό του θανάτου: «ως την ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας της συνείδησης σε συνδυασμό με την ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας για αυτόματη αναπνοή», που αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη διατήρηση αυτόνομης καρδιακής λειτουργίας. Οι λειτουργίες της αναπνοής και της κυκλοφορίας που χαρακτηρίζουν μια ανθρώπινη ύπαρξη ως αυτόνομη και ανεξάρτητη βιολογική μονάδα, είναι οι λειτουργίες που ξεκινούν από το εγκεφαλικό στέλεχος. Εφόσον υπάρχει ανεπανόρθωτη βλάβη και νέκρωση του στελέχους η δραστηριότητα των ημισφαιρίων δεν μπορεί να ολοκληρωθεί με συνέπεια να μην είναι δυνατή η γνωστική ή συναισθηματική ζωή. Το άτομο του οποίου ο εγκέφαλος έχει χάσει τη δυνατότητα και την ικανότητα των λειτουργιών αυτών είναι νεκρό. Επομένως ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους είναι συνθήκη επαρκής και αναγκαία για να χαρακτηριστεί ολόκληρος ο εγκέφαλος νεκρός. Κατ' ακολουθία η διάγνωση του θανάτου του ανθρώπινου σώματος ταυτίζεται με τη διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους. Τα κριτήρια για τη διάγνωση αυτή είναι ιατρικά και καθορίζονται με τις μέχρι σήμερα αναγνωρισμένες ιατρικές τεχνικές.

Πρέπει να διευκρινιστεί ότι ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους δεν πρέπει να συγχέεται με την απώλεια «υψηλότερων εγκεφαλικών λειτουργιών» από μαζική καταστροφή των εγκεφαλικών ημισφαιρίων, που ονομάζεται «φυτική κατάσταση». Τα άτομα που βρίσκονται σε αυτήν την κατάσταση δεν θεωρούνται νεκρά γιατί το εγκεφαλικό τους στέλεχος λειτουργεί και συντηρεί την αναπνοή και την κυκλοφορία.

Ιστορική αναδρομή

Η πρώτη κλινική περιγραφή του εγκεφαλικού θανάτου που δημοσιεύτηκε στη Γαλλία το 1959 ονομάστηκε «coma depasse», που σημαίνει κατάσταση πέρα από το κώμα χωρίς να θεωρηθεί όμως ισότιμη με το θάνατο. Σύμφωνα με τη δημοσίευση αυτή, για να θεωρηθεί ένα άτομο νεκρό, έπρεπε να βρίσκεται σε απνοϊκό κώμα, να μην παρουσιάζει αντανακλαστικά στα άκρα και να μην διαπιστώνεται οποιαδήποτε κινητική δραστηριότητα, δηλαδή να βρίσκεται σε κατάσταση όπου αναγνωρίζεται ως νεκρός όχι μόνο ο εγκέφαλος, αλλά και ο νωτιαίος μυελός.

Το 1968 ομάδα ιατρών, θεολόγων και νομικών απ' το πανεπιστήμιο του Harvard, δημοσίευσε ένα άρθρο που έδειχνε καθαρά ότι εάν ο εγκέφαλος είναι νεκρός το άτομο πρέπει να θεωρηθεί νεκρό. Τα κριτήρια που προτάθηκαν για τη διάγνωση του θανάτου απαιτούσαν: α) έλλειψη ικανότητας του ατόμου να προσλάβει ερεθίσματα και να ανταποκριθεί σε αυτά,

β) απουσία κινήσεων για διάστημα τουλάχιστον μιας ώρας,
γ) απουσία αναπνοής για τρία λεπτά μετά την αποσύνδεση από τον αναπνευστήρα, δ)
έλλειψη προκλητών αντανακλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους και ε)
ισοηλεκτρικό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα.

Η ίδια ομάδα ένα χρόνο αργότερα συμφώνησε ότι το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα δεν είναι απαραίτητο για τη διάγνωση του «ανεπανόρθωτου κώματος», όπως αποκάλεσε αυτή την κατάσταση, γεγονός που οδήγησε στη μείωση της μέχρι τότε έμφασης στη διαγνωστική αξία του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος στον εγκεφαλικό θάνατο. Το 1968 επίσης η Ελβετική Ιατρική Εταιρία καθιέρωσε τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου.

Το 1971 η Φιλανδία δέχτηκε νομικώς τον όρο του εγκεφαλικού θανάτου, πρώτη χώρα στον κόσμο.

Το 1971 από τη Μινεσότα των Ηνωμένων Πολιτειών υποστηρίχθηκε για πρώτη φορά η άποψη ότι το σημείο της μη επιστροφής στη ζωή, είναι η μη αναστρέψιμη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους και ότι η διάγνωση αυτή μπορεί να γίνει κλινικά. Το 1976 το συνέδριο των δυο Ιατρικών Κολεγίων της Αγγλίας δημοσίευσε κριτήρια για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου και για πρώτη φορά έγινε αναφορά σε απαραίτητες

προϋποθέσεις και δοκιμασίες ενώ θεωρήθηκε ότι το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα δεν είναι απαραίτητο για την διάγνωση. Τα κριτήρια αυτά βελτιώθηκαν ακόμα περισσότερο το 1979 και 1981. το 1981 στις Ηνωμένες Πολιτείες δημοσιεύτηκε εισήγηση της συσταθείσας από τον πρόεδρο των Ηνωμένων Πολιτειών επιτροπής για τον καθορισμό του θανάτου από ιατρική, νομικής και δεοντολογικής πλευράς. Για μια ακόμα φορά τονίστηκε ότι η κλινική διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους αποτελεί ασφαλή και επαρκή διάγνωση του θανάτου του ανθρώπινου σώματος.

Όλες σχεδόν οι χώρες αποδέχονται σήμερα ότι ο εγκεφαλικός θάνατος ταυτίζεται με το θάνατο του ατόμου, παρά τη διάφορη τοποθέτηση τους ως προς την επίσημη αναγνώριση του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους. Το θέμα αυτό καλύπτεται είτε με ιατρικούς κώδικες είτε με σχετική νομοθεσία. Άλλες διαφορές αφορούν στην χρησιμοποίηση στοιχείων και εργαστηριακών τεχνικών για την επιβεβαίωση της κλινικής διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου.

Διάγνωση θανάτου εγκεφαλικού στελέχους

Ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους ταυτίζεται με το θάνατο του ανθρώπινου σώματος γιατί καταργείται η αυτόματη αναπνοή και σε δεύτερο στάδιο η κυκλοφορία, ανεξάρτητα από τεχνητή υποστήριξη της αναπνοής με συνέπεια το θάνατο όλων των κυττάρων του οργανισμού. Για τη διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους πρέπει να ακολουθηθεί με μεγάλη σχολαστικότητα καθορισμένη διαδικασία που αποτελείται από δυο στάδια:

1. Την ύπαρξη ορισμένων προϋποθέσεων και συνθηκών μαζί με τον αποκλεισμό πιθανών αναστρέψιμης καταστολής του εγκεφαλικού στελέχους
2. Την εκτέλεση δοκιμασιών για τον έλεγχο της απώλειας της λειτουργικότητας του εγκεφαλικού στελέχους.

Το πρώτο στάδιο πρέπει πάντα να προηγείται του δευτέρου για να αποκλειστεί η εκτέλεση των δοκιμασιών ελέγχου του εγκεφαλικού στελέχους σε άτομα με δυνητικά αναστρέψιμες βλάβες.

1. Βασικές συνθήκες

- 1.1. Διαπίστωση ότι ο άρρωστος είναι σε απνοϊκό κόμα και η αναπνευστική του λειτουργία εξαρτάται από τον αναπνευστήρα. Πρέπει να τονιστεί ότι εάν δεν υπάρχει

άπνοια δεν πρέπει να τίθεται θέμα βλάβης του εγκεφαλικού στελέχους.

- 1.2. καθορισμός της αιτίας του κώματος για τη διαπίστωση δυνητικά μη αναστρέψιμης βλάβης. Η διαπίστωση απουσίας λειτουργικότητας του εγκεφαλικού στελέχους είναι χωρίς αξία, εάν δεν βρεθεί αδιαφιλονίκητη αιτία που να μπορεί να την ερμηνεύει. Περιπτώσεις στις οποίες δεν έχει διευκρινιστεί η αιτία του κώματος δεν συμπεριλαμβάνονται στη διαδικασία διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου. οι συνηθέστερες αιτίες μόνιμης βλάβης του εγκεφαλικού στελέχους είναι: βαριές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, ενδοκρανιακή αιμορραγία, χωροκατακτητικές βλάβες του εγκεφάλου, εγκεφαλική ανοξία, πνιγμός κτλ
- 1.3. αποκλεισμός πιθανά αναστρέψιμης καταστολής του εγκεφαλικού στελέχους. Από κατασταλτικά φάρμακα του κεντρικού νευρικού συστήματος, φάρμακα που προκαλούν αποκλεισμό της νευρομυκικής σύναψης, μεταβολικές και ενδοκρινικές διαταραχές και βαριά υποθερμία .

Δυσκολίες μπορεί να παρουσιαστούν σε περιπτώσεις όπου μπορούν να συνυπάρχουν περισσότερο από ένα αίτιο απνοϊκό κώματος πχ. Προηγούμενη λήψη αλκοόλης ή κατασταλτικών φαρμάκων σε συνδυασμό με βαριά κρανιοεγκεφαλική κάκωση. Στις περιπτώσεις αυτές ο χρόνος που πρέπει να μεσολαβεί μέχρι το δεύτερο στάδιο είναι μακρύτερος(περισσότερο από ένα 24ωρο).

Για να διαπιστωθούν ή αποκλειστούν οι παραπάνω καταστάσεις απαιτείται: λεπτομερές ιστορικό και οι πληροφορίες για την ασθενή να είναι σαφείς και πειστικές, δηλαδή :

- ❖ νοσήματα από τα οποία έπασχε
- ❖ κατάσταση στην αμέσως προ του κώματος χρονική περίοδο
- ❖ συνήθειες όπως: λήψη αλκοόλης, ψυχοφαρμάκων ή άλλων ουσιών
- ❖ περιγραφή του τρόπου και καθορισμός του χρόνου παρουσίασης του κώματος.
- ❖ Σε περίπτωση ατυχήματος ή κακώσεων λεπτομερής αναζήτηση και αξιολόγησή τους.

2.Κλινική εξέταση που έχει κύριο σκοπό:

- 2.1. Τη συσχέτιση και αξιολόγηση κάθε ευρήματος με το κώμα: παραδείγματος χάριν σε εγκεφαλική βλάβη με

παράλληλα διαπίστωση κολποκοιλιακού αποκλεισμού, θα πιθανολογηθεί βαριά εγκεφαλική ανοξία μετά από επεισόδιο Adams- Stokes.

- 2.2. Τη διαπίστωση του είδους και της σοβαρότητας της βλάβης που θα καθορίσει ή όχι μη αναστρεψιμότητα, όπως παραδείγματος χάριν σε βαρύτατη κρανιοεγκεφαλική κάκωση.
- 2.3. Καθοριστική σημασία έχει επίσης ο χρόνος που μεσολαβεί από τότε που εμφανίστηκε το κώμα, όπως σε μια κρανιοεγκεφαλική κάκωση ή ανοξαιμικό οίδημα, του εγκεφάλου όταν παρά τη θεραπευτική υποστήριξη η κατάσταση του αρρώστου δεν μεταβάλλεται. Ο χρόνος αυτός δεν είναι δυνατόν να καθοριστεί με σαφήνεια και εξαρτάται από το είδος της βλάβης και την εκτίμηση του θεράποντος ιατρού.
- 2.4. Την αναζήτηση σημείων που αποκλείουν το θάνατο του εγκεφαλικού στελέχους όπως οι επιληπτικοί σπασμοί, γενικευμένοι ή εστιακοί, οι παθολογικές τάσεις αποφλοίωσης ή απεγκεφαλισμού. Η ύπαρξη των σημείων αυτών σημαίνει ότι διέρχονται εγκεφαλικά ερεθίσματα δια του εγκεφαλικού στελέχους. Αντίθετα αυτόνομες κινήσεις προερχόμενες από το νωτιαίο μυελό δεν αποκλείουν θάνατο του εγκεφαλικού στελέχους.

3. Παρακλινικός έλεγχος

Αυτός γίνεται για την διερεύνηση σημαντικών διαταραχών της οξεοβασικής και της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας ή ενδοκρινικής και μεταβολικής λειτουργίας. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να απαιτηθούν ειδικές εξετάσεις όπως αξονική τομογραφία του εγκεφάλου ή διενέργεια τοξικολογικών εξετάσεων. Για την αξιολόγηση των τελευταίων σημασία έχει όχι μόνο ο ποιοτικός αλλά και ο ποσοτικός προσδιορισμός μιας ουσίας στον οργανισμό. Αφού ολοκληρωθούν οι παραπάνω ενέργειες πρέπει να εξαντληθεί κάθε θεραπευτική προσπάθεια και δυνατότητα για την αποκατάσταση κάθε επανορθώσιμης διαταραχής της λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους. Εάν υπάρχει η παραμικρή αμφιβολία σχετικά με την αναστρεψιμότητα ή όχι του κώματος ο θεράπων ιατρός δεν πρέπει να προχωρήσει στην εκτέλεση των δοκιμασιών ελέγχου του εγκεφαλικού στελέχους αλλά να αναμείνει και να επανεκτιμήσει την όλη κατάσταση.

4. Έλεγχος εγκεφαλικού στελέχους

Το δεύτερο στάδιο στη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου είναι ο έλεγχος της λειτουργικότητας του εγκεφαλικού στελέχους, που επιτυγχάνεται με κλινικές δοκιμασίες οι οποίες αντιστοιχούν στη λεπτομερή διερεύνηση του, οι διάφορες εργαστηριακές εξετάσεις που κατά καιρούς έχουν προταθεί δεν θεωρούνται πια κατά κοινή παραδοχή πρωταρχικής σημασίας.

5. Κλινικές δοκιμασίες

Οι κλινικές δοκιμασίες έχουν σκοπό να αποδείξουν την οριστική κατάργηση των αντανακλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους και την ύπαρξη άπνοιας. Η λειτουργική σιγή του στελέχους θεωρείται μη αναστρέψιμη εφόσον έχουν τηρηθεί με σχολαστικότητα και αυστηρότητα οι αναγκαίες προϋποθέσεις και έχουν αποκλειστεί οι αναστρέψιμες καταστάσεις κώματος. Τα αποτελέσματα των κλινικών δοκιμασιών είναι σαφή και κατηγορηματικά για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, γιατί αναφέρονται στην παρουσία ή απουσία αντιδράσεων και όχι σε διαβαθμίσεις που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε αμφίβολες εκτιμήσεις.

5.1. Αντανακλαστικά εγκεφαλικού στελέχους

Αφού διαπιστωθεί ότι ο άρρωστος είναι σε κώμα, η αναπνοή του ελέγχεται από τον αναπνευστήρα, δεν παρουσιάζει παθολογικές τάσεις αποφλοίωσης, απεγκεφαλισμού και επιληπτικούς σπασμούς, τότε μόνο εκτελούνται οι δοκιμασίες των αντανακλαστικών που εξαρτώνται από το εγκεφαλικό στέλεχος.

Τα αντανακλαστικά που πρέπει να ελεγχθούν και πρέπει να είναι καταργημένα για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου είναι τα ακόλουθα:

Α. Το *οφθαλμοκεφαλικό αντανακλαστικό* (κινήσεις οφθαλμών κούκλας-έλεγχος 3^{ης} και 4^{ης} εγκεφαλικής λειτουργίας). Ο έλεγχος αυτού του αντανακλαστικού γίνεται ως εξής: ο εξετάζων τοποθετείται στην κορυφή του κρεβατιού πάνω από την κεφαλή του εξεταζόμενου και τον αποσυνδέει από τον αναπνευστήρα για μερικά δευτερόλεπτα. Κρατά την κεφαλή του στα χέρια του, ανασηκώνει τα βλέφαρα και ενώ παρατηρεί

τους οφθαλμούς, γυρίζει την κεφαλή για τρία ως τέσσερα δευτερόλεπτα πρώτα στη μια πλευρά και μετά κατά 180° στην άλλη πλευρά. Σε περίπτωση που το εγκεφαλικό στέλεχος είναι νεκρό, οι οφθαλμοί κινούνται ταυτόχρονα με την κεφαλή προς την ίδια κατεύθυνση. Σε βλάβη των εγκεφαλικών ημισφαιρίων αλλά με υγιές το στέλεχος οι οφθαλμοί αποκλίνουν για ένα ή δυο δευτερόλεπτα προς την αντίθετη κατεύθυνση από την κίνηση της κεφαλής και αμέσως μετά ευθυγραμμίζονται με την κεφαλή. Σε άτομα που έχουν πλήρη συνείδηση οι οφθαλμοί ακολουθούν σε κλάσματα δευτερολέπτου την κατεύθυνση της κεφαλής. Είναι φανερό ότι η δοκιμασία αυτή δεν πρέπει να εκτελείται σε περιπτώσεις καταγμάτων της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Εάν το αντανακλαστικό αυτό δεν δείξει βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους διακόπτεται η περαιτέρω δοκιμασία εκτέλεσης των υπολοίπων αντανακλαστικών και στελέχους.

Β. Το *αντανακλαστικό της κόρης στο φως* (φωτοκινητικό- έλεγχος 2^{ης} και 3^{ης} εγκεφαλικής συζυγίας). Σε βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους δεν έχει σημασία το μέγεθος της κόρης αλλά και η απουσία κάθε αντίδρασης της κόρης σε έντονο φως. Πριν από τον έλεγχο αυτού του αντανακλαστικού πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η τυχόν χορήγηση φαρμάκων με ατροπινική δράση, η πιθανή ύπαρξη οφθαλμικών ή νευρολογικών παθήσεων, οι τοπικές βλάβες των βολβών ή των νεύρων των οφθαλμών. Για την εκτέλεση αυτής της δοκιμασίας πρέπει να χρησιμοποιείται ισχυρή δέσμη φωτός σε σκοτεινό δωμάτιο. Πηγές φωτός από οφθαλμοσκόπια, ωτοσκόπια, λαρυγγοσκόπια δεν είναι επαρκής.

Γ. Το *αντανακλαστικό του κερατοειδούς* (έλεγχος της 5^{ης} και 6^{ης} εγκεφαλικής συζυγίας). Για τον έλεγχο αυτού του αντανακλαστικού απαιτείται έντονο ερέθισμα (όπως πχ στυλεός με βαμβάκι) που εφαρμόζεται με πίεση μεγαλύτερη από εκείνη που χρησιμοποιείται σε μη κωματώδεις αρρώστους.

Δ. Το *αιθουσο-οφθαλμικό αντανακλαστικό* (έλεγχος της 3^{ης}, 6^{ης} και 7^{ης} εγκεφαλικής συζυγίας). Πριν από την εκτέλεση αυτής της δοκιμασίας πρέπει να αποκλειστεί με τη βοήθεια ωτοσκοπίου μηχανικό κώλυμα του έξω ακουστικού πόρου, προϋπάρχουσες παθήσεις του ακουστικού οργάνου και δράση φαρμάκων (τοξική από αμινογλυκοσίδες ή κατασταλτική από αντιχολινεργικά, ηρεμιστικά, αντισπασμωδικά και τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά). Ο έλεγχος αυτού του αντανακλαστικού γίνεται με τον ερεθισμό της τυμπανικής μεμβράνης από έγχυση 20ml παγωμένου νερού. Όταν το εγκεφαλικό στέλεχος είναι κατεστραμμένο αυτό το ερέθισμα δεν πρέπει να προκαλεί κινήσεις των οφθαλμών. Οποιαδήποτε απόκλιση έστω και του ενός οφθαλμού σημαίνει ότι ένα μέρος του εγκεφαλικού στελέχους λειτουργεί.

Ε. *Αντανακλαστικές κινήσεις των μυών του προσώπου* στον ισχυρό ερεθισμό οποιαδήποτε σημείο του σώματος (έλεγχος 5^{ης} και 7^{ης}

εγκεφαλικής συζυγίας). Το αντανακλαστικό αυτό απουσιάζει όταν δεν προκαλούνται μορφασμοί πόνου μετά από επώδυνο ερέθισμα στην περιοχή του τριδύμου ή στα άκρα. Πριν από την εκτέλεση του θα πρέπει να έχουν αποκλειστεί καταστάσεις από φάρμακα ή παθήσεις που προκαλούν νευρομυϊκό αποκλεισμό.

ΣΤ. Φαρυγγολαρυγγικά αντανακλαστικά. Όταν το εγκεφαλικό στέλεχος παύει να λειτουργεί, η είσοδος στην τραχεία (μέσα από το ενδοτραχειακό σωλήνα) ενός καθετήρα αναρρόφησης, δεν προκαλεί καταποτικές κινήσεις ή βήχα στο βρογχικό ερεθισμό.

Για την διάγνωση της καταστροφής του εγκεφαλικού στελέχους όλα τα παραπάνω αντανακλαστικά πρέπει να έχουν καταργηθεί. Παρουσία έστω και ενός, αποκλείει τη διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους.

5.2. Δοκιμασία της άπνοιας

Η δοκιμασία αυτή είναι τελικά το τελικό βήμα για την επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου μετά από τη διαπίστωση της κατάργησης όλων των αντανακλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους. Η ανεπανόρθωτη κατάργηση της ικανότητας για αυτόματη αναπνοή αποδεικνύεται με την πλήρη έλλειψη αυτόματων αναπνευστικών κινήσεων μετά από την αποσύνδεση από τον αναπνευστήρα, για χρονικό διάστημα ικανό να αυξήσει την μερική πίεση του διοξειδίου του άνθρακα σε επίπεδο επαρκή για τη διέγερση των αναπνευστικών κέντρων. Το επίπεδο του διοξειδίου που απαιτείται για το σκοπό αυτό πρέπει να είναι ίσο ή μεγαλύτερο από 50mg. Κατά τη δοκιμασία της άπνοιας πρέπει:

5.2.α. Να αποφευχθεί η υποξαιμία κατά το διάστημα της αποσύνδεσης από τον αναπνευστήρα.

5.2.β. Να διορθωθεί πιθανή υποκαπνία, έτσι ώστε αυτή να είναι τη στιγμή της αποσύνθεσης τουλάχιστον 40mmHg.

5.2.γ. Να έχει περάσει αρκετός χρόνος πάνω από 18 ώρες(από τυχόν διαπίστωση και διόρθωση μεταβολικής διαταραχής του αρτηριακού Ph έτσι ώστε να προφτάσει να γίνει εξισορρόπηση του Ph του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, που έχει καθοριστική σημασία για την διέγερση των αναπνευστικών κέντρων. Οι τιμές του αρτηριακού Ph πριν από την αποσύνδεση πρέπει να είναι 7,36-7,44 περίπου.

Η ιεράρχηση των απαραίτητων ενεργειών είναι επομένως η ακόλουθη:
α. έλεγχος των αερίων του αίματος και ανάλογη προσαρμογή του πνευμονικού αερισμού για την επίτευξη «ευκαπνίας» β. αερισμός του

αρρώστου με 100% οξυγόνο τουλάχιστον για δέκα λεπτά πριν αποσυνδεθεί από τον αναπνευστήρα.

5.2.δ. Αποσύνδεση από τον αναπνευστήρα για δέκα λεπτά και χορήγηση τουλάχιστον έξι λίτρων ανά λεπτό αμιγούς οξυγόνου με καθετήρα τοποθετημένου μέσα στον ενδοτραχειακό σωλήνα μέχρι πάνω από την τρόπιδα.

Έχει υπολογιστεί ότι κατά την αποϊκή οξυγόνωση το PaCO₂ αυξάνει βαθμιαία με ρυθμό τουλάχιστον 2mmHg ώστε στα δέκα λεπτά της αποσύνδεσης να έχει φτάσει σε επίπεδο ικανό να διεγείρει τα αναπνευστικά κέντρα. Η κατάργηση της αυτόματης αναπνοής είναι οριστική, εφόσον δεν παρατηρηθούν αυτόματες αναπνευστικές κινήσεις στο διάστημα αυτό. Ασθενείς με χρόνια πνευμονοπάθεια πρέπει να εξαιρούνται από αυτή τη δοκιμασία.

5.3. Εργαστηριακός έλεγχος

Πέρα από τον κλινικό έλεγχο του εγκεφαλικού στελέχους έχουν μέχρι σήμερα αναζητηθεί και εργαστηριακές εξετάσεις για την επιβεβαίωση της κλινικής διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου. η χρησιμότητα του εργαστηριακού έλεγχου στη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου αποτελεί ακόμη το κυριότερο θέμα διαφωνίας μεταξύ των επιστημόνων των διαφόρων χωρών. Οι μέθοδοι που έχουν μέχρι σήμερα προταθεί αφορούν:

1. στην εκτίμηση της αιματικής ροής του εγκεφάλου και
2. στον ηλεκτροφυσιολογικό έλεγχο του εγκεφάλου με το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και τα προκλητά δυναμικά του εγκεφαλικού στελέχους.

5.3.1. Εκτίμηση αιματικής ροής εγκεφάλου

Η μέθοδος αυτή έχει σκοπό να δείξει την απουσία εγκεφαλικής αιμάτωσης για χρονικό διάστημα ικανό να προκαλέσει το θάνατο των εγκεφαλικών κυττάρων. Η αιματική ροή μπορεί να διαπιστωθεί με δυο τρόπους:

Για την αγγειογραφική μελέτη απαιτείται αμφοτερόπλευρος καθετηριασμός όχι μόνο των καρωτίδων αλλά και των σπονδυλικών αρτηριών. Η αξία αυτής της αρτηριακής εξέτασης περιορίζεται από διάφορα προβλήματα, όπως την πιθανότητα έντονης σκιαγράφησης του

δικτύου της έξω καρωτίδας της οποίας η αιμάτωση μπορεί να είναι αυξημένη σε περιπτώσεις εγκεφαλικού θανάτου, με αποτέλεσμα να δώσει ψευδή εντύπωση ότι υπάρχει ενδοκράνια αιματική ροή. Η μέθοδος έχει επίσης σημαντικές τεχνικές δυσκολίες (πχ. Μεταφορά αρρώστου συνδεδεμένου με αναπνευστήρα) και είναι επικίνδυνη. Πρόσφατα χρησιμοποιήθηκαν αναίμακτες μέθοδοι με ενδοφλέβια χορήγηση ραδιενεργών ισοτόπων που όμως αποδείχτηκαν χωρίς αξία γιατί δεν απεικονίζουν ροή στον οπίσθιο κρανιακό βόθρο.

5.3.2. Ηλεκτροφυσιολογικές μέθοδοι

A. *Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα.* Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα έχει χρησιμοποιηθεί ευρύτατα στη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου γιατί πιστευόταν ότι σε περίπτωση ηλεκτρικής σιγής του εγκεφάλου και εφόσον είχαν αποκλειστεί αναστρέψιμες καταστάσεις κώματος όλος ο εγκέφαλος ήταν νεκρός. Είναι γνωστό όμως ότι η καταγραφή του ΗΕΓ όπως συνήθως γίνεται απεικονίζει την ηλεκτρική δραστηριότητα του φλοιού και όχι του εγκεφαλικού στελέχους. Η δραστηριότητα του οποίου είναι καθοριστική για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου. εξάλλου με το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα δεν μπορεί να γίνει διάκριση μεταξύ λειτουργικής καταστολής και οργανικής βλάβης. Έτσι διάφορα κατασταλτικά φάρμακα είναι δυνατόν να προκαλέσουν ηλεκτροεγκεφαλική σιγή χωρίς το εγκεφαλικό στέλεχος να είναι νεκρό. Αντίθετα έχει παρατηρηθεί υπολειπόμενη δραστηριότητα του φλοιού σε περιπτώσεις μη αναστρέψιμης οργανικής βλάβης του εγκεφαλικού στελέχους. Αξίζει να σημειωθεί ότι η καταγραφή του ΗΕΓ επηρεάζεται από διάφορα παρασιτικά δυναμικά, όπως συνυπάρχουσες ηλεκτρικές πηγές, μικρή δραστηριότητα κλπ, με αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η αξιόπιστη περιγραφή τους.

B. *Προκλητά δυναμικά του εγκεφαλικού στελέχους.* Με τα προκλητά δυναμικά του εγκεφαλικού στελέχους μπορεί να ελεγχθούν οι αισθητικές οδοί που διέρχονται από το στέλεχος. Οι Ηλεκτροφυσιολογικές αυτές μέθοδοι βρίσκονται ακόμη στο στάδιο της αξιολόγησης και είναι αμφίβολο εάν προσθέτουν κάτι περισσότερο στη κλινική διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου. τα προκλητά δυναμικά που έχουν ευρύτατα χρησιμοποιηθεί είναι τα ακουστικά δυναμικά, που θεωρούνται ότι βοηθούν στην αξιολόγηση των ασθενών στους οποίους έχει τεθεί θέμα εγκεφαλικού θανάτου, χωρίς όμως να υπάρχει σαφές ιστορικό πχ λήψη φαρμάκων.

Συμπερασματικά με τα σημερινά δεδομένα οι κλινικές δοκιμασίες αποτελούν αξιόπιστα και επαρκή κριτήρια διάγνωσης της ανεπανόρθωτης

απόλειας της λειτουργικότητας του εγκεφαλικού στελέχους. *Η αξιοπιστία των κλινικών κριτηρίων κατοχυρώνεται με:*

1. την αυστηρή τήρηση των αναγκαίων προϋποθέσεων
2. την εκτέλεση σειράς δοκιμασιών
3. τη συμμετοχή τριών έμπειρων ιατρών στη δοκιμασία της διάγνωσης
4. την επανάληψη και επανεκτίμηση των κλινικών δοκιμασιών

Αντίθετα οι εργαστηριακές εξετάσεις ελέγχου του εγκεφαλικού στελέχους δεν προσφέρουν ουσιαστική βοήθεια.

6. Τυπική διαδικασία διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου

6.1. Ποιοι γιατροί πρέπει να διαγνώσουν;

Για να γίνει η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου απαιτείται η συμμετοχή τριών έμπειρων σε αυτό το θέμα ιατρών που δεν πρέπει να έχουν ιεραρχική σχέση μεταξύ τους. Ο ένας πρέπει να είναι ο υπεύθυνος για τον άρρωστο ιατρός ή ο αντικαταστάτης του (ανεξάρτητα με την ειδικότητα που έχει). Ο δεύτερος πρέπει να είναι νευροχειρουργός ή νευρολόγος και ο τρίτος αναισθησιολόγος. Οι ιατροί αυτοί θα πρέπει να έχουν προϋπηρεσία τουλάχιστον δυο χρόνων από τη λήψη της ειδικότητας τους. κανένας από τους ιατρούς δεν θα πρέπει να ανήκει στην μεταμοσχευτική ομάδα. Σε περίπτωση διαφωνίας μεταξύ των εξεταζόντων δεν τίθεται θέμα διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου. εάν με τις κλινικές δοκιμασίες τεθεί διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου απαιτείται η επανάληψή τους για την επιβεβαίωσή του.

6.2. Χρόνος επανάληψης δοκιμασιών

Οι κλινικές δοκιμασίες πρέπει να γίνονται δύο φορές για να αποφευχθεί η πιθανότητα λάθους. Το διάστημα μεταξύ των δυο κλινικών ελέγχων εξαρτάται βασικά από το είδος της αρχικής βλάβης και την κλινική πορεία του ατόμου. Ο χρόνος που απαιτείται για να εκπληρωθούν ότι βασικές συνθήκες από την έναρξη του κώματος και μέχρις ότου αρχίσει η διαδικασία εκτέλεσης των δοκιμασιών πρέπει να είναι τουλάχιστον 24 ώρες. Το χρονικό διάστημα μεταξύ των δύο ελέγχων δεν πρέπει να είναι μικρότερο των 8 ωρών. Τα διαστήματα αυτά μπορεί να γίνουν βραχύτερα σε περιπτώσεις που υπάρχει έκδηλη καταστροφή του εγκεφάλου.

Τα αποτελέσματα της εκτέλεσης των κλινικών δοκιμασιών και από τους τρεις ιατρούς πρέπει να καταχωρούνται σε ειδικό φύλλο διάγνωσης

του εγκεφαλικού θανάτου, που θα πρέπει να περιλαμβάνεται στο φάκελο του αρρώστου. Εφόσον τεθεί διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους, το άτομο πρέπει να θεωρείται νεκρό και η παραπέρα θεραπευτική υποστήριξη είναι άσκοπη, εκτός εάν πρόκειται να γίνει δωρεά οργάνων για μεταμόσχευση.

Ενώ τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου για τον ενήλικα έχουν γίνει αποδεκτά από όλες τις χώρες του κόσμου και είναι σχεδόν ομοιογενή, υπάρχει μια μεγάλη διχογνωμία σε ότι αφορά στα βρέφη και στα μικρά παιδιά. Σε αυτές τις περιπτώσεις υπάρχουν ορισμένα κοινά κριτήρια τα οποία μπορούν να βοηθήσουν σε μια τέτοια διάγνωση. Αυτά είναι:

1. το κώμα και η άπνοια
2. η απώλεια λειτουργίας του στελέχους
3. η υποθερμία και η υπόταση
4. η ελάττωση και η απώλεια του τόνου και
5. τα αποτελέσματα των εξετάσεων αυτών πρέπει να παραμένουν σταθερά μετά από επαναλαμβανόμενες εξετάσεις

Ανάλογα με την ηλικία του ατόμου γενικά και εργαστηριακά κριτήρια διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία. Έτσι για βρέφη από 7 ημερών έως 2 μηνών επιβάλλονται δύο επανεξετάσεις και δύο ηλεκτροεγκεφαλογραφήματα μέσα στις πρώτες 48 ώρες.

Για βρέφη μεταξύ 2 μηνών και ενός έτους η επανεξέταση επαναλαμβάνεται δύο φορές και τα δύο ηλεκτροεγκεφαλογραφήματα μέσα στις πρώτες 24 ώρες. Το ΗΕΓ δεν είναι απαραίτητο να επαναληφθεί όταν υπάρχει μελέτη κυκλοφορίας των ισοτόπων με αγγειογραφική μέθοδο. Για άτομα πάνω του ενός έτους εργαστηριακές δοκιμασίες δεν είναι απαραίτητες όταν η περίοδος παρακολούθησης του ασθενή είναι τουλάχιστον 12 ώρες. Εν πάση περιπτώσει πρέπει κανείς να είναι προσεκτικός στα βρέφη σε περιπτώσεις υποθερμίας, σε περιπτώσεις υπόνοιας λήψεως βαρβιτουρικών και διαφόρων άλλων φαρμάκων.

Συμπεράσματα

Ο ορισμός του θανάτου του ανθρωπίνου σώματος έχει αναθεωρηθεί από ιατρικής σκοπιάς τα τελευταία χρόνια και ταυτίζεται με τον εγκεφαλικό θάνατο. Το τμήμα εκείνο του εγκεφάλου από το οποίο εξαρτώνται οι βασικές λειτουργίες της ζωής- αναπνοή, κυκλοφορία και ικανότητα για συνείδηση- είναι το εγκεφαλικό στέλεχος. Κατά ακολουθία η ανεπανόρθωτη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους ισοδυναμεί με τον εγκεφαλικό θάνατο και το θάνατο του ανθρώπου. Η διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους γίνεται με βεβαιότητα και ασφάλεια με κλινικά κριτήρια, εφόσον εκπληρωθούν ορισμένες βασικές συνθήκες,

οι οποίες θα αποκλείσουν αναστρέψιμες βλάβες του εγκεφαλικού στελέχους. Οι εργαστηριακές εξετάσεις ΗΕΓ, αγγειογραφία κλπ δεν είναι απαραίτητες και δεν προσθέτουν τίποτα επάνω στην κλινική διάγνωση. Από τη στιγμή που διαπιστωθεί θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους, το άτομο θεωρείται νεκρό και οι οποιοσδήποτε θεραπευτικές ενέργειες είναι άσκοπες.

Παθογένεια εγκεφαλικού θανάτου

Αδιάκριτα με την πρωτογενή αιτία, που οδήγησε στον εγκεφαλικό θάνατο και αποτέλεσε το κύριο αιτιολογικό υπόβαθρο της σειράς των διεργασιών, οι οποίες κατέληξαν στην πρόκληση των αμετακλήτων βλαβών του εγκεφάλου, η πλήρης νέκρωση της εγκεφαλικής ουσίας είναι το αποτέλεσμα της πλήρους και οριστικής διακοπής της αιματικής κυκλοφορίας σε όλα τα αγγεία του εγκεφάλου. Η οριστική αυτή διακοπή της κυκλοφορίας του αίματος στον εγκέφαλο με σκοπό τη διατήρηση της καρδιακής λειτουργίας και της κυκλοφορίας στα ζωτικά όργανα, αποτελεί κύρια επίπτωση της μεγάλης αύξησης της ενδοκράνιας πίεσης.

Ως γνωστόν, για τη διατήρηση της κυκλοφορίας στον εγκέφαλο θα πρέπει να υπάρχει διαφορά μεταξύ της μέσης συστηματικής πίεσης(μΣΑΠ) και της μέσης ενδοκράνιας πίεσης(μΕΠ). Η διαφορά αυτή καθορίζει την μέση πίεση διάχυσης ή αιμάτωσης του εγκεφάλου κατά την σχέση $\mu\Sigma\text{ΑΠ} - \mu\text{ΕΠ} = \mu\text{ΠΔ}$.

Όταν οι δυο πιέσεις εξισωθούν διακόπτεται η κυκλοφορία στα τριχοειδή του εγκεφάλου και επέρχεται ο εγκεφαλικός θάνατος.

Κατά την αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης, αναπτύσσονται αντιροπιστικοί μηχανισμοί προς αποφυγή της διαταραχής της εγκεφαλικής κυκλοφορίας. Έτσι κατά την αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης και προσέγγισης αυτής προς τη μέση αρτηριακή πίεση, αυξάνεται αντιροπιστικά η συστηματική πίεση κατά την προσπάθεια διατήρησης διαφοράς της τάξης των 10-15mmHg μεταξύ αυτής και της ενδοκράνιας πίεσης, σε σημείο ώστε να διατηρείται η κυκλοφορία στα τριχοειδή του εγκεφάλου.

Όταν η αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης υπερβεί τις τιμές της μέσης πίεσης και προσεγγίσει τα επίπεδα της συστολικής συστηματικής πίεσης, τότε αδυνατεί πλέον να αυξηθεί περισσότερο η συστηματική πίεση και επέρχεται διακοπή της εγκεφαλικής κυκλοφορίας, που προκαλεί την ισχαιμική νέκρωση της εγκεφαλικής ουσίας. Στο στάδιο αυτό η συστηματική πίεση παραμένει υψηλή για 5', επιβραδύνεται ο καρδιακός ρυθμός, ο οποίος καθίσταται κατά κανόνα άρρυθμος και στη συνέχεια ελαττώνεται η αρτηριακή πίεση, επιτείνεται η βραδυκαρδία, επέρχεται

εισπνευστική άπνοια και η επιβίωση του πάσχοντα καθίσταται αδύνατη, χωρίς την εφαρμογή των μεθόδων της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης.

Μετά τη διακοπή της κυκλοφορίας του αίματος επέρχεται ισχαιμική νέκρωση της εγκεφαλικής ουσίας, η οποία αρχίζει κατά κανόνα από τους φλοιικούς νευρώνες και επεκτείνεται ταχέα μέσα σε λίγα λεπτά στους σχηματισμούς του εγκεφαλικού στελέχους και την λευκή ουσία του εγκεφάλου. Το προηγηθέν εγκεφαλικό οίδημα έχει προκαλέσει χωροτακτικές ανακατατάξεις στον ενδοκράνιο χώρο οι οποίες συνίστανται κυρίως(α) στην πρόπτωση της αγκιστρωτής έλικας του κροταφικού λοβού μέσω του ελεύθερου χείλους του σκηνιδίου της παρεγκεφαλίδας, προς τον οπίσθιο κρανιακό βόθρο και κυρίως (β) στην πρόπτωση των αμυγδαλών της παραγκεφαλίδος μέσω του ινιακού τμήματος.

Νευροπαθολογικές αλλοιώσεις του εγκεφάλου σε εγκεφαλικό θάνατο

Μετά τη διακοπή της αιματικής κυκλοφορίας στον εγκέφαλο επέρχεται διακοπή της οξειδωτικής φωσφορυλίωσης και κατ' επέκταση διακοπή της δράσης της Καλιο-Νατρικής ATP-άσης, η οποία λειτουργεί ως αντλία νατρίου, η οποία εξάγει το νάτριο από τους κυτταρικούς σχηματισμούς, με αποτέλεσμα την ταχεία επέλευση κυτταρικού οιδήματος, τόσο στα νευρικά όσο και στα νευρογλοιακά κύτταρα του εγκεφάλου.

Μάλιστα η διακοπή της λειτουργίας της ασβεστιο-μαγνησιακής ATP-άσης, η οποία εξάγει, ως αντλία ασβεστίου, το ασβέστιο από τα κύτταρα, επέρχεται αθρόα είσοδος ασβεστίου στους κυτταρικούς μηχανισμούς με αποτέλεσμα την ενεργοποίηση των πρωτεασών, των λιπασών και των νουκλεασών, μέσω των οποίων επέρχεται κατάτμηση του κυτταροσκελετικού συστήματος, διάνοιξη των δεξαμενών του λείου ενδοπλασματικού δικτύου και περαιτέρω απελευθέρωση από αυτές ιόντων ασβεστίου, με αποτέλεσμα την ολοκλήρωση της καταστροφής των μεμβρανικών συστημάτων του κυττάρου.

Οι παραπάνω αλλοιώσεις, σε συνδυασμό με τη γαλακτική οξέωση και την αθρόα απελευθέρωση των διεγερόντων αμινοξέων, γλουταμινικού και ασπαρτικού, από τα νευρογλοιακά κύτταρα και τους προσυναπτικούς νευρώνες, οδηγούν στην ταχεία αυτόλυση των νευρικών και νευρογλοιακών κυττάρων εντός λίγων ωρών.

Μετά από λίγες μέρες από την επέλευση του εγκεφαλικού θανάτου επέρχεται ρευστοποίηση του εγκεφάλου, εξαιτίας της οποίας δεν καθίστανται πλέον αντιληπτές οι χωροτακτικές μεταβολές, οι οποίες είχαν

επέλθει εξαιτίας του εγκεφαλικού οιδήματος, ούτε πλέον διακρίνονται οι φλοιικές και οι υποφλοιώδεις τομές του. Η ιστολογική μελέτη του εγκεφαλικού παρεγχύματος με το οπτικό μικροσκόπιο δείχνει τη νέκρωση των νευρικών κυττάρων και την ομογενοποίηση της εγκεφαλικής ουσίας.

Ευρήματα υπό το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο

Από τη μελέτη των νευρικών κυττάρων μέσα από το μικροσκόπιο, λίγες ώρες μετά τη διακοπή της αιματικής κυκλοφορίας, διαπιστώνεται οίδημα των μιτοχονδρίων και καταστροφή των μιτοχονδριακών ακρολοφιών, κατάτμηση των μεμβρανικών στοιχείων, τα οποία συγκροτούν τις δεξαμενές της συσκευής Golgi, ευρεία διάταση και καταστροφή των δεξαμενών του λείου ενδοπλασματικού δικτύου και σε επίπεδο συνάψεων διάταση των συναπτικών κυστιδίων και ρήξη της μετασυναπτικής μεμβράνης των μετασυναπτικών σχηματισμών και κυρίως των δενδριτικών ακάνθων.

Σε ισχαιμική πρόκληση πειραματικού εγκεφαλικού θανάτου σε σκύλους παρατηρείται, κατά το στάδιο του εγκεφαλικού οιδήματος, αύξηση των κοκκίων του γλυκογόνου και στη συνέχεια εγκαθίσταται ευρύ οίδημα των ενδοθηλιακών κυττάρων των τριχοειδών του εγκεφάλου, επέρχεται ευρεία καταστροφή του αιματοεγκεφαλικού φραγμού και επίταση του αναπτυσσόμενου οιδήματος. Η λευκή ουσία παρουσιάζει κατάτμηση του ελύτρου της μυελίνης στις εμύελες ίνες και ευρύ οίδημα των νευραξόνων, παράλληλα με την καταστροφή των στοιχείων του κυτταροσκελετικού συστήματος.

Στο επίπεδο της ηλεκτρονικής μικροσκόπησης, σε πειραματικό ισχαιμικό εγκεφαλικό θάνατο, λίγες ώρες μετά την εγκατάσταση της διακοπής της αιματικής κυκλοφορίας παρατηρείται οίδημα των μιτοχονδρίων, καταστροφή της συσκευής Golgi και των δεξαμενών του λείου ενδοπλασματικού δικτύου, πλήρης λύση των στοιχείων του κυτταροσκελετικού συστήματος, δηλαδή των μικροσωληναρίων και των διαμέσων νευρικών ινιδίων και καταστροφή των συναπτικών κυστιδίων στο επίπεδο των νευρωνικών συνάψεων. Η πλήρης ρευστοποίηση του εγκεφάλου επέρχεται τρεις μέρες από την ισχαιμική πρόκληση του εγκεφαλικού θανάτου.

Ο εγκεφαλικός θάνατος στον χώρο της Ιατρικής Ηθικής

Αναμφισβήτητα δεν θα ετίθετο το θέμα του εγκεφαλικού θανάτου ως αντικείμενο συζήτησης στον χώρο της ιατρικής ηθικής, εάν ο εγκεφαλικός θάνατος σήμαινε την ταχεία νέκρωση των ζωτικών οργάνων, όπως συμβαίνει στον καρδιακό θάνατο. Η παρεχόμενη όμως υποστήριξη και η συνέχιση της λειτουργίας των ζωτικών οργάνων στο εγκεφαλικά νεκρό

σώμα, παρέχει το παράδοξο φαινόμενο αφ' ενός της επέλευσης του βιολογικού θανάτου του ατόμου ως προσώπου, με την οντολογική και υπαρξιακή έννοια του, αφ' ετέρου την διατήρηση της λειτουργίας κάποιων οργάνων, όπου το καθένα μόνο του δεν συνθέτει την έννοια της ζωής, αλλά στο σύνολό τους επιτρέπουν την επιβίωση του ατόμου, διατηρώντας στη ζωή τον εγκέφαλο, ο οποίος αποτελεί και τον κύριο εκφραστή της συνειδητής ύπαρξης του ανθρώπου και της ψυχοσωματικής ενότητας του, ο οποίος στην προκειμένη περίπτωση έχει ήδη νεκρωθεί.

Είναι γνωστό, ότι η έννοια της ζωής ταυτίζεται με την άρρηκτη ψυχοσωματική ενότητα του ατόμου και την αρμονική έκφραση της ψυχής, μέσω του ανθρώπινου σώματος. Είναι αντιληπτό, ότι παρά τις αριστοτελικές και καρτεσιανές απόψεις, η κίνηση δεν ταυτίζεται με τη ζωή, ούτε αποτελεί την οντολογική έκφραση της ζωής, η οποία συνίσταται στην λειτουργική έκφραση του υπαρξιακού Είναι του ανθρώπου. Σε εγκεφαλικά νεκρό σώμα παρατηρείται κίνηση των ζωτικών οργάνων, με την έννοια της συνέχισης των βιολογικών διεργασιών, με τις οποίες καθίσταται εφικτή η συστολή του καρδιακού μυός και των λείων μυϊκών ινών των κοίλων σπλάχνων, χωρίς να εκφράζεται μέσω αυτών η ψυχική λειτουργικότητα του ατόμου και η οντολογική υπόστασή του.

Παρατηρείται δυσχέρεια αποδοχής του εγκεφαλικού θανάτου ως θανάτου κυρίως στο χώρο της ισλαμικής ιατρικής ηθικής, σύμφωνα με την οποία ο θάνατος ταυτίζεται με το χωρισμό της ψυχής από το σώμα, ο οποίος πρέπει να είναι ολοσχερής σε σημείο ώστε η ψυχή η ψυχή να μην υπάρχει σε κανένα όργανο και κατ' επέκταση να υφίσταται η βιωσιμότητά του. Μάλιστα και στην Ιουδαϊκή ιατρική ηθική υφίσταται ικανή διαφωνία στην αποδοχή του εγκεφαλικού θανάτου ως θανάτου, ενώ για την κοινωνία τους, τόσο ο εγκεφαλικός θάνατος όσο και η μεταμόσχευση των οργάνων αποτελούν έννοιες απροσπέλαστες.

Η τεκμηριωμένη με βάση νευροπαθολογικά ευρήματα, ταύτιση του εγκεφαλικού θανάτου με το βιολογικό θάνατο του ανθρώπου, μεταβάλλει τον θάνατο σε ελπίδα ζωής και έμπρακτη έκφραση της αγάπης προς τον πλησίον, η οποία υπερβαίνει τα όρια της νέκρωσης και της φθοράς, με τη μεταμόσχευση των ζωτικών οργάνων του εγκεφαλικά νεκρού σώματος στον κατάλληλο δέκτη.

Συμπεράσματα και κοινωνικές προεκτάσεις του εγκεφαλικού θανάτου

Οι νευροπαθολογικές μελέτες για τον εγκεφαλικό θάνατο και οι παρατηρήσεις όσον αφορά στην πειραματική πρόκληση του επισφραγίζουν απόλυτα την έννοια της ταύτισης του εγκεφαλικού

θανάτου προς τον θάνατο του ατόμου. Συνέπεια της πλήρους νέκρωσης και της ρευστοποίησης του εγκεφάλου στη συνέχεια, τα ζωτικά όργανα, τα οποία παραμένουν σε λειτουργία, εκφυλίζονται σταδιακά εξαιτίας της κατάρτησης των ομοιοστατικών μηχανισμών του οργανισμού, που καθορίζονται από το εγκεφαλικό στέλεχος και τον διεγκέφαλο. Με την εκφύλιση των ζωτικών οργάνων επέρχεται σταδιακά πλήρης νέκρωση των ιστών του σώματος και στη συνέχεια η αυτόλυσή τους.

Μετά τη διαπίστωση του εγκεφαλικού θανάτου, το σώμα του θανόντος θα μπορούσε, σύμφωνα με την επιθυμία του προτού πεθάνει, να αποτελέσει το υπόβαθρο για τη στήριξη της ζωής άλλων ασθενών, οι οποίοι πάσχουν από ανεπάρκεια ενός ή περισσότερων ζωτικών οργάνων και που η περαιτέρω επιβίωσή τους εξαρτάται από τη μεταμόσχευση υγιούς οργάνου από τον κατάλληλο δότη.

Η ζωή και η λειτουργικότητα ενός ή περισσότερων ασθενών θα εξαρτηθεί από την έγκαιρη λήψη και μεταμόσχευση των ζωτικών οργάνων του εγκεφαλικά νεκρού αρρώστου. Είναι τραγική η διαπίστωση ότι ανάμεσα σε χιλιάδες εγκεφαλικά νεκρά άτομα, ελάχιστοι μόνο μεταλαμπαδεύουν την ελπίδα και τη ζωή στον πλησίον άρρωστο, εξαιτίας της αδυναμίας συνειδητοποίησης ότι ο εγκεφαλικός θάνατος σημαίνει θάνατος.

Από τα παραπάνω συμπεραίνεται ότι επιβάλλεται η πλήρης και ακριβής ενημέρωση για τον εγκεφαλικό θάνατο, όχι μόνο του ιατρικού και νοσηλευτικού χώρου, αλλά και του ευρύτερου κοινωνικού χώρου, σε σημείο ώστε να αποδειχθεί ότι η προσφορά των ζωτικών οργάνων από το εγκεφαλικά νεκρό άτομο, γεγονός που θα αποτελεί επιθυμία του ατόμου όταν βρισκόταν ακόμη σε συνειδησιακή αρτιότητα και ενέργεια, αποτελεί έκφραση αγάπης προς τον πλησίον.

Μάλιστα η έγκαιρη λήψη και η κατάλληλη μεταμόσχευση των ζωτικών οργάνων του εγκεφαλικά νεκρού ατόμου απαιτεί:

α) τη συγκρότηση ομάδας ιατρών απόλυτα υπεύθυνων για την διαπίστωση και τεκμηρίωση του εγκεφαλικού θανάτου, με βάση κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα και

β) την κατάλληλη επιστημονική και τεχνολογική υποδομή, με την οποία γίνεται υπό άριστες συνθήκες η λήψη οργάνων του δότη και η μεταμόσχευση σε κατάλληλους δότες.

Με την δυνατότητα μεταμόσχευσης ζωτικών οργάνων από το σώμα του εγκεφαλικά νεκρού ατόμου, αυτό υπερβαίνει τα όρια του βιολογικού θανάτου και μέσω της ήδη εκφρασμένης βούλησης του ατόμου, καθίσταται πηγή ελπίδας και εκφραστής της έμπρακτης αγάπης προς τον πλησίον.

Ο εγκεφαλικός θάνατος: διεθνώς ομόφωνα αποδεκτή ιατρική πρακτική

Τα τελευταία χρόνια είδαν το φως της δημοσιότητας άρθρα σε ελληνικά περιοδικά τα οποία θέτουν σε αμφισβήτηση τον εγκεφαλικό θάνατο. Οι δημοσιεύσεις αυτές από μη ειδικούς επί του θέματος παρερμηνεύοντας δεδομένα οδηγούνται σε ασαφή αστήρικτα συμπεράσματα συγχέοντας πολλές φορές τον εγκεφαλικό θάνατο με τη «φυτική κατάσταση», οδηγούν σε κλονισμό της εμπιστοσύνης στην ιατρική θεραπευτική και δυσφημούν το δύσκολο έργο των εντατικολόγων. Επίσης ιατροί των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας ως άμεσα αρμόδιοι του θέματος επιστήμονες δηλώνουν τα εξής:

1. Η παγκόσμια ιατρική κοινότητα, οι εταιρίες νευρολογίας και όλες οι επιτροπές νευροηθικής δέχονται ότι ο εγκεφαλικός θάνατος ταυτίζεται με το βιολογικό θάνατο του ανθρώπου.
2. Η νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους και του φλοιού σηματοδοτούν τη μόνιμη παύση της εγκεφαλικής λειτουργίας, δηλαδή την απουσία των ανώτερων λειτουργιών, της αντιληπτικής ικανότητας και των αισθητικών ερεθισμάτων.
3. Τα εγκεφαλικά νεκρά άτομα μοιάζουν με αποκεφαλισμένα άτομα των οποίων συντηρούνται μηχανικά οι υπόλοιπες λειτουργίες.
4. Η διαδικασία διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου είναι απόλυτα αξιόπιστη και παγκοσμίως αποδεκτή.
5. Δεν υπάρχει κανένα περιστατικό στη διεθνή βιβλιογραφία και με διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου που να επανήλθε στη ζωή.
6. Η παρουσία νωτιαίων αντανεκλαστικών δεν αποκλείει τον εγκεφαλικό θάνατο. Τα νωτιαία αντανεκλαστικά μπορεί να εκδηλώνονται και χωρίς εγκέφαλο.
7. Ο διαχωρισμός μεταξύ εγκεφαλικού θανάτου και βαθέως παρατεταμένου κώματος ή «φυτικής κατάστασης» είναι επιστημονικά σαφής και δεν μπορεί και δεν πρέπει τα δυο να συγχέονται.
8. Ορισμένοι ιατροί όντας μη ειδικοί ή εργαστηριακοί και χωρίς καμία εμπειρία βαρέως πάσχοντα, συγχέουν έννοιες και περιγραφές άλλων εργασιών και τις παρερμηνεύουν απομονώνοντας φράσεις. Εργασίες που στο σύνολό τους στηρίζουν την έννοια του εγκεφαλικού θανάτου παρερμηνεύονται και χρησιμοποιούνται για να στηρίξουν το αντίθετο.
9. Αφήνουν να εννοηθεί ότι υπάρχουν περιπτώσεις με διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου που επέζησαν ενώ είναι σαφέστατο ότι κάτι τέτοιο δεν συνέβη.

10. Η εμφάνιση των αναρμόδιων ιατρών στην αμφισβήτηση του εγκεφαλικού θανάτου και στη δημόσια παρουσίαση της θέσης αυτής ως επιστημονική θέση οδηγεί σε σύγχυση την κοινή γνώμη, αμφισβήτηση της επιστημονικής κατάρτισης, των προθέσεων, του ήθους και της δεοντολογίας των εντατικολόγων, επίσης διαταράσσει τις σχέσεις εντατικολόγων και συγγενών, είναι αντιδεοντολογική και προσβάλλει το σύνολο των αρμοδίων ιατρών με σοβαρή επίπτωση στις σχέσεις του κοινωνικού συνόλου και των θεράποντων ιατρών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

**«ΑΠΩΛΕΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ»**

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ BURN-OUT

Ο όρος burnout, αποδίδεται συνήθως στα ελληνικά με τις λέξεις «εξαντλημένος/η» ή «εξουθενωμένος/η» και εκφράζει την ψυχοσωματική καταπόνηση του εργαζόμενου και την εξάντληση όλων των προσωπικών ψυχικών του αποθεμάτων κατά την προσπάθεια προσαρμογής του στις καθημερινές δυσκολίες που σχετίζονται με την επαγγελματική του δραστηριότητα.

Επιπλέον, ο όρος burnout περιγράφει την καθημερινή δυσφορία και ευερεθιστότητα, την καταβολή δυνάμεων, το αίσθημα «κενού», την αίσθηση απογοήτευσης και ανικανότητας πολλών εργαζόμενων και ιδιαίτερα εκείνων που απασχολούνται στις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας (helping professions).

Το σύνδρομο του burnout χαρακτηρίζεται από:

- **συναισθηματική εξάντληση**, που αναφέρεται στην αίσθηση συνεχούς έντασης και συναισθηματικής αποξένωσης στις διαπροσωπικές σχέσεις των εργαζόμενων,
- **αποπροσωποποίηση**, που ταυτίζεται με την αρνητική και αγενή πολλές φορές συμπεριφορά κατά τη συναναστροφή με άτομα που ζητούν και αποδέχονται τις επαγγελματικές τους υπηρεσίες και φροντίδες και τέλος,
- **αίσθημα μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων**, που εκδηλώνεται κατά τη συνεργασία με άλλους με την πεποίθηση ότι η ικανότητα και η επιθυμία τους για επιτυχία μειώνονται συνεχώς.

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης μελετήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής σε ανθρώπους που ασκούσαν διαφορετικά επαγγέλματα βοήθειας: ιατρούς, νοσηλευτές, εκπαιδευτικούς, κοινωνικούς λειτουργούς, αστυνομικούς, λειτουργούς ψυχιατρικών νοσοκομείων, ανθρώπους που εργάζονται με μικρά παιδιά, κ.α.

Χρειάζεται πάντως να διευκρινιστεί πως το burnout δεν προσβάλλει μόνο άτομα που απασχολούνται σε τέτοιες επαγγελματικές θέσεις, αλλά μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι τα helping professions αντιπροσωπεύουν την πιο τυπική περίπτωση, το κατ' εξοχήν παράδειγμα μιας εργασίας η οποία χαρακτηρίζεται από έντονο διαπροσωπικό στρες.

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης έχει βρεθεί ότι συχνά συνδέεται με σειρά αρνητικών επιπτώσεων τόσο στη σωματική όσο και ψυχική υγεία του εργαζόμενου. Οι διαπροσωπικές σχέσεις – είτε εντός ή εκτός εργασίας – επιδεινώνονται. Αυτές οι αρνητικές συνέπειες δεν εκπορεύονται αποκλειστικά από το burnout, καθώς συνδέονται και με

άλλες μορφές στρες. Το γεγονός όμως ότι εκφράζονται με το συγκεκριμένο σύνδρομο ενισχύει την υπόθεση πως το burnout αποτελεί ένα πολύ πιο σοβαρό πρόβλημα απ' ό,τι εθεωρείτο στο παρελθόν.

Το burnout δε συνδέεται άμεσα με συγκεκριμένα τραυματικά συμβάντα που παραδοσιακά βρίσκονταν στο επίκεντρο των ερευνών για το στρες, αλλά με το χρόνιο καθημερινό στρες που βιώνει κανείς στην εργασία.

ΠΩΣ ΕΚΔΗΛΩΝΕΤΑΙ ΤΟ BURNOUT

Το burnout παρουσιάζει ένα συμπτωματολογικό πλαίσιο με μεγάλη ευρύτητα στην κλινική του έκφραση. Μπορεί πάντως να θεωρηθεί ως «ιάσιμο και αναστρέψιμο». Δεν έχει αιφνίδια έναρξη: ξεκινά με τις πρώτες ήττες, συνεχίζει με μια μακρά σειρά ματαιωμένων προσδοκιών, αποτυχημένων σχεδίων, έλλειψης αναγνώρισης και – εφόσον δεν υπεισέλθουν για να το «εμποδίσουν» εσωτερικές ή εξωτερικές αλλαγές – οδεύει προς τα επόμενα στάδια.

Οι κυριότεροι μελετητές που ασχολήθηκαν με το burnout συμφωνούν στη σπουδαιότητα και την ανάγκη να το θεωρήσουν περισσότερο ως μια «διαδικασία» παρά ως μεμονωμένο «συμβάν»:

Διαδραστικό Μοντέλο του C . Cherniss

1. Φάση του «εργασιακού στρες»: Διατάραξη της ισορροπίας μεταξύ διαθέσιμων και απαιτούμενων πόρων. Το εργασιακό στρες ορίζεται ως η διατάραξη της ισορροπίας που δημιουργείται μεταξύ των διαθέσιμων πόρων και των απαιτήσεων που προέρχονται από το εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον. Η διατάραξη της ισορροπίας δημιουργείται όταν οι διαθέσιμοι πόροι δεν είναι επαρκείς για να ικανοποιήσουν με κατάλληλο τρόπο τους προσωπικούς στόχους και τα αιτήματα που προέρχονται από την οργανωτική δομή ή τον ίδιο τον πελάτη. Αυτή η διατάραξη της ισορροπίας μπορεί να συμβεί σε οποιοδήποτε επάγγελμα, χωρίς αυτό να οδηγήσει στο burnout, επιπλέον δεν υφίσταται ένας άμεσος συσχετισμός μεταξύ στρες και burnout: το στρες δεν οδηγεί αναγκαστικά σε αυτό.

2. Φάση «εξάντλησης» : συγκινησιακή ανταπόκριση σε αυτή τη διατάραξη της ισορροπίας η οποία εκδηλώνεται με τη μορφή συναισθηματικής έντασης, άγχους, ευερεθιστότητας, κόπωσης, ανίας, έλλειψης ενδιαφέροντος, και απάθειας. Το εργασιακό περιβάλλον βιώνεται ως φθοροποιό, η προσοχή στρέφεται προς περισσότερο τεχνικές και γραφειοκρατικές πλευρές παρά σε κλινικές παραμέτρους: ο εργαζόμενος βρίσκεται σε κατάσταση συναγερμού και συνεχούς έντασης που, αν δεν τη διαχειριστεί με κατάλληλο τρόπο, μπορεί να οδηγηθεί στην απογοήτευση και τον κατακερματισμό των προσωπικών επαγγελματικών

ιδανικών, και κατά συνέπεια σε αδυναμία επαναπρογραμματισμού της δραστηριότητας βάσει των διαθέσιμων πόρων.

3. Φάση «αμυντικής κατάληξης»: Αλλαγές στη στάση όπως συναισθηματική αποεπένδυση, ακαμψία στη συμπεριφορά και κυνισμός. Οι αλλαγές αυτές στη συμπεριφορά συμβάλλουν στον περιορισμό, όσο αυτό είναι δυνατό, των σωματικών και ψυχικών συνεπειών που αναπόφευκτα επέρχονται, με την ελπίδα να επιτευχθεί η επαγγελματική επιβίωση.

Μοντέλο των Edelwick και Brodsky (1980):

1) Στάδιο ιδεαλισμού-ενθουσιασμού: οι εργαζόμενοι επενδύουν όλο τους το δυναμικό, πολύ χρόνο καθώς και τους διαθέσιμους πόρους τους στην εργασία.

2) Στάδιο αδράνειας-απάθειας: ο εργαζόμενος αντιλαμβάνεται ότι η εργασία δεν ικανοποιεί πλήρως τις προσδοκίες και τις ανάγκες του. Έτσι αρχίζει προοδευτικά να αποστασιοποιείται και παράλληλα προβάλλει διάφορα θέματα όπως οι οικονομικές απολαβές, η σταδιοδρομία και τα εργασιακά ωράρια ως μείζονα προβλήματα.

3) Στάδιο ματαίωσης: το άτομο αναρωτιέται αν αξίζει τον κόπο να διεκπεραιώνει τα καθήκοντά του υπό συνθήκες πίεσης και χωρίς την αναγνώριση εκ μέρους των άλλων. Ουσιαστικά, αυτό το στάδιο είναι μεταβατικό επειδή γενικά οι εργαζόμενοι αποφασίζουν αν θα συνεχίσουν να εργάζονται τροποποιώντας τη συμπεριφορά τους και τις συνθήκες εργασίας που προκαλούν στρες, ή θα αποστασιοποιηθούν από τη θέση εργασίας υιοθετώντας μια στάση αδιαφορίας ή αποξένωσης.

4) Στάδιο απάθειας: κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου οι εργαζόμενοι επενδύουν λίγη ενέργεια και αποφεύγουν τις ευθύνες, μεταβάλλοντας τις ίδιες τους τις προσδοκίες από τη θέση εργασίας.

ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ BURNOUT

I. Κατά Cherniss (1980)

Έντονη αντίσταση στην αναχώρηση από την οικία για το χώρο εργασίας σε καθημερινό επίπεδο	Αίσθηση αποτυχίας
Οργή και μνησικακία	Αίσθημα ενοχής και χαμηλή αυτοεκτίμηση
Αρνητισμός	Απομόνωση και απόσυρση
Αίσθηση κόπωσης και εξάντλησης κατά τη διάρκεια της ημέρα	Αξιοσημείωτη κούραση μετά την εργασία
Συχνό κοίταγμα του ρολογιού	Απώλεια θετικών συναισθημάτων προς τους πελάτες
Αλλαγές στο χρόνο επαφών με τους πελάτες	Υιοθεσία ενός στερεότυπου μοντέλου με τους πελάτες
Αδυναμία συγκέντρωσης και ακρόασης	Αίσθηση ακινησίας
Κυνισμός προς τους πελάτες	Εφαρμογή άκαμπτων διαδικασιών
Αϋπνίες	Αποφυγή συζητήσεων με συναδέλφους στην εργασία
Ανησυχία για τον εαυτό	Πιο εύκολη υιοθεσία χρήσης μέτρων ελέγχου της συμπεριφοράς, όπως είναι τα φάρμακα
Συχνά συνάχια, γρίπη, πονοκέφαλοι, γαστρεντερικές διαταραχές	Ακαμψία σκέψης και αντίσταση στην αλλαγή
Καχυποψία και παράνοια	Συχνή χρήση φαρμάκων
Οικογενειακές συγκρούσεις	Μεγάλος αριθμός απουσιών από την εργασία

2. Κατά Burish (1991)

Πρόδρομα συμπτώματα	Αυξημένη δέσμευση προς τους στόχους ακολουθούμενη από κατάσταση εξάντλησης των πόρων
Μείωση της απασχόλησης	Συνολική μείωση της δέσμευσης προς τους πελάτες, μαθητές, εργασία και αύξηση των στάσεων διεκδίκησης προς άλλους ακόμη και προς την οικογένεια
Συναισθηματικές αντιδράσεις και ενοχοποίηση	Μείωση του συναισθηματικού τόνου μέχρι την εμφάνιση εικόνας κατάθλιψης και αυξημένη επιθετικότητα προς τους άλλους και το σύστημα
Παρακμή	Απώλεια κινήτρου για το επάγγελμα, έλλειψη συγκέντρωσης και δημιουργικότητας, απάθεια και αδιαφορία
Παραίτηση	Προοδευτική παραίτηση της συναισθηματικής και κοινωνικής ζωής, «κλείσιμο» στον εαυτό
Ψυχοσωματικές αντιδράσεις	Κεφαλαλγίες, υπέρταση, γαστρεντερικές διαταραχές, μεγαλύτερη κατανάλωση καφεΐνης, αλκοόλ, καπνού και ψυχοφαρμάκων
Απελπισία	Απώλεια κάθε ελπίδας αναφορικά με την ικανότητα αλλαγής της κατάστασης

ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΑΙΤΙΕΣ ΤΟΥ BURNOUT

Σε κάθε μορφή εργασίας ενυπάρχουν πιθανές πηγές στρες. Υπό παρόμοιες συνθήκες εργασίας και οργάνωσης, υπάρχουν άτομα που παρουσιάζουν μεγαλύτερη ευπάθεια στο εργασιακό στρες και / ή πιο ισχυρή τάση προς τη ματαίωση. Η αλληλεπίδραση του κάθε ατόμου με την ιδιαιτερότητα του περιβάλλοντος καθορίζει μια περισσότερο ή λιγότερο θετική αντίδραση σε όρους προσαρμογής, σε ένα συνεχές (προσαρμοστικό φάσμα) που οδηγεί από μια κατάσταση τέλειας προσαρμογής (eustress) σε μια κατάσταση προβληματικής συμπεριφοράς (distress) ή στο σύνδρομο burnout.

Επιπλέον, μπορεί να ισχυρισθεί ότι το στρες και το burnout προκύπτουν ως συνέπειες της αλληλεπίδρασης μεταξύ:

- της προσωπικότητας του εργαζόμενου, των κινήτρων και των ενδιαφερόντων του
- της οργανωτικής δομής και της ιεραρχικής διαστρωμάτωσης
- του είδους της δραστηριότητας που ασκείται (πρόσθετοι ψυχοπιεστικοί παράγοντες).

α) Προσωπικότητα του ατόμου

Συνήθως όσοι πλήττονται από burnout είναι άτομα ιδιαίτερα σχολαστικά, που έχουν ανάγκη να αποδεικνύουν στον εαυτό τους και στους άλλους ότι είναι ικανά και καλοπροαίρετα αφού πιστεύουν ότι μόνο κατ' αυτόν τον τρόπο είναι δυνατόν να απολαμβάνουν την επιδοκιμασία, την εκτίμηση και την αγάπη των συνανθρώπων τους.

Αλλά δεν είναι τα μόνα που προσβάλλονται από το συγκεκριμένο σύνδρομο.

Σε ατομικό επίπεδο, το burnout βιώνεται κυρίως από ειδικές κατηγορίες εργαζόμενων. Όπως άλλωστε απαιτείται και από τις ανάγκες του ρόλου που καλούνται να επιτελέσουν, είναι άτομα με υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης, πρόθυμα, αφοσιωμένα και εμφορούνται από ανθρωπιστικά ιδεώδη. Επιπλέον, τα άτομα αυτά κατά το πλείστον εμφανίζονται ως αγχώδη, εσωστρεφή, ψυχαναγκαστικά, σε υπερβολικό βαθμό ενθουσιώδη και με τάση ταύτισης προς τον πάσχοντα συνάνθρωπό τους.

Στη συνέχεια, ακολουθούν κατηγορίες σκέψεων και μη ορθολογικών πεποιθήσεων αναγνωρισμένες από ψυχολόγους που επιτρέπουν την εκδήλωση της ψυχικής δυσφορίας, του στρες καθώς και του burnout.

Υπερβολική αφοσίωση στην εργασία	Αγχώδης προσωπικότητα, νευρωτικός χαρακτήρας
Τελειομανία, ιδεαλισμός	Παρορμητικότητα, επιθετικότητα
Υπερβολική προσκόλληση στις απαιτήσεις που προέρχονται από το ίδιο το άτομο, τους πελάτες, τους προϊσταμένους	Εξάρτηση από τους άλλους
Χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης στην συμπεριφορά της προσωπικής ζωής	Υπερβολική εσωστρέφεια ή εξωστρέφεια
Αυταρχισμός, ανάγκη ελέγχου των πάντων	Μη ρεαλιστικές προσωπικές προσδοκίες
Εξιδανίκευση του επαγγέλματος που μπορεί να οδηγήσει σε μη ρεαλιστικές προσδοκίες και απογοητεύσεις	Ακατάλληλο σύστημα κινήτρων
Έντονη ανάγκη προσφοράς βοήθειας (μυστικισμός του ιεραποστόλου) και επιθυμία αλλαγής του κόσμου	Ανισότητα γνωσιακής αξιολόγησης
Υπερβολική φιλοδοξία	Υπερβολικός ενθουσιασμός, υπερβολική ευσυνειδησία, ζήλος
Λογική της εξουσίας (στάση μεγάλης μητέρας ή παντοδύναμου πατέρα)	Αίσθημα ανεπάρκειας και ανικανότητα διεξαγωγής της εργασίας (μαθημένη ανικανότητα)
Εξωτερικό locus of control	Ψυχαναγκαστική παράρρηση επίτευξης ενός στόχου
Προσωπικότητα Τύπου Α	Υπερβολική επαγγελματική αφοσίωση προς την ικανοποίηση που έχει επιτευχθεί
Χαμηλή αυτοεκτίμηση και αίσθημα ακαταλληλότητας	Παθητικότητα
Κοινωνικό άγχος	Απομόνωση από τους άλλους

Στη συνέχεια, ακολουθούν κατηγορίες σκέψεων και μη ορθολογικών πεποιθήσεων αναγνωρισμένες από ψυχολόγους που επιτρέπουν την εκδήλωση της ψυχικής δυσφορίας, του στρες καθώς και του burnout.

<u>Μη ορθολογικές ιδέες και πεποιθήσεις</u>	<u>Συνεπαγόμενες ψυχικές καταστάσεις</u>
ΠΡΕΠΕΙ να είμαι καλός και να τυγχάνω της επιδοκίμασias των άλλων, αλλιώς δεν αξίζω τίποτε και δεν πρέπει να με λαμβάνουν υπόψη	Κατάθλιψη, άγχος, αίσθημα αναξιοπρέπειας, φόβος λάθους
Οι άλλοι ΠΡΕΠΕΙ να μου συμπεριφέρονται καλά, αλλιώς δεν αξίζει να τους λαμβάνω υπόψη	Εχθρότητα, οργή, μνησικακία, επιθετικότητα προς τους άλλους
Τα πράγματα ΠΡΕΠΕΙ να γίνονται όπως νομίζω ΕΓΩ αλλιώς η κοινωνία θα πηγαίνει συνεχώς προς το χειρότερο	Χαμηλή ανοχή της ματαιώσης, τάση οίκτου προς εαυτό

β) Οργανωσιακή δομή

Μεταξύ των διαφόρων περιβαλλοντικών παραγόντων που μπορεί να επιτρέψουν την εκδήλωση του burnout, συναντάμε ορισμένους που, λόγω της πολυπλοκότητάς τους, δύσκολα τροποποιούνται από ένα άτομο ενώ απαιτούν ειδικές παρεμβάσεις και οργανωτικές στρατηγικές:

Διάρκεια του χρόνου εργασίας, πιθανές συνθήκες απομόνωσης, χαρακτηριστικό γνώρισμα του πελάτη η ανάγκη για βοήθεια, μη

αναγνώριση της επαγγελματικής αξίας εκ μέρους του κοινού, ανεπαρκείς πόροι, έλλειψη κριτηρίων για την αξιολόγηση των παρεμβάσεων, υπερβολικά αιτήματα σε σχέση με την παραγωγικότητα, ανεπαρκής εκπαίδευση, αδιαφορία ή μη ενδεδειγμένες παρεμβάσεις στην εργασία εκ μέρους των προϊσταμένων, κ.α.

Οι αιτίες του οργανωσιακού στρες όπως έχουν εντοπιστεί σε διάφορες μελέτες είναι:

- Η εργασία σε μη κατάλληλα διαχειριζόμενες διοικητικές δομές: υπερβολικός φόρτος εργασίας, ελλιπής ανταμοιβή και απουσία συγκεκριμένων επαγγελματικών κινήτρων,
- Άσκηση επαγγέλματος σε τομείς ή κλάδους πέραν των προσωπικών ενδιαφερόντων και ικανοτήτων, εξαιτίας μη κατάλληλης διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού
- Περιορισμένη ευαισθησία και στάση των επιχειρήσεων όσον αφορά την κατάρτιση του προσωπικού.

Ιεραρχική δομή της οργάνωσης που δε λαμβάνει υπόψη την αλλαγή των κανόνων, με συνεπαγόμενη αδυναμία το σχεδιασμό / οργάνωση της προσωπικής εργασίας.

Οι παράγοντες που συντελούν στην εκδήλωση του burnout, (κοινοί στα διάφορα επαγγέλματα), συμπύχθηκαν πρόσφατα από τη Maslach στις παρακάτω έξι βασικές κατηγορίες:

1. Φόρτος εργασίας
2. Έλλειψη ελέγχου
3. Ανεπαρκής ενθάρρυνση
4. Έλλειψη ισότητας
5. Απουσία αίσθησης του «ανήκει»
6. Σύγκρουση αξιών

γ) Τυπολογία της δραστηριότητας (πρόσθετοι ψυχοπιεστικοί παράγοντες)

Ορισμένες κατηγορίες επαγγελματιών αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν από ό,τι άλλες επειδή οι εργασιακές τους θέσεις:

- α) απαιτούν μεγαλύτερη κατανάλωση ενέργειας,
- β) παρουσιάζουν περισσότερους κινδύνους και
- γ) η επαφή με τους πελάτες είναι περισσότερο συναισθηματικά φορτισμένη και μάλιστα με τρόπο που να καθιστά δύσκολη τη διαχείρισή τους. Έχει αποδειχθεί ότι οι γιατροί που εργάζονται σε νοσοκομείο βιώνουν υψηλότερα επίπεδα burnout συγκριτικά με εκείνους οι οποίοι εξασκούν ιδιωτικά το επάγγελμα, εργάζονται σε ερευνητικά ιδρύματα, πανεπιστήμια, δημόσιους φορείς και οργανισμούς. Επιπλέον, οι γιατροί που εργάζονται στον ψυχιατρικό τομέα, στα ογκολογικά και πνευμονολογικά τμήματα, μαζί με εκείνους που απασχολούνται σε τμήματα με χρόνιες, ανίατες και καταληκτικές νόσους και προγνώσεις για κακοήθεια, εκδηλώνουν πολύ υψηλότερα επίπεδα burnout από εκείνα των

συναδέλφων τους άλλων τμημάτων (όπως ΩΡΛ, γυναικολογία και οφθαλμολογία).

ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ BURNOUT ΣΤΙΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ

Οι εργαζόμενοι σε ψυχιατρικές μονάδες συμπεριλαμβάνονται στο γενικότερο πλαίσιο των λεγόμενων «επαγγελματιών φροντίδας και περίθαλψης». Όσοι παρέχουν αρωγή «κατ' επάγγελμα» έχουν το καθήκον να ενισχύουν εκείνους τους πόρους των πελατών που φορούν στην ψυχική και κοινωνική ανάπτυξη, μια ανάπτυξη η οποία έχει διακοπεί ή υποστεί βλάβη λόγω της εμφάνισης της ασθένειας.

Η «σχέση φροντίδας» αναπτύσσεται στο πεδίο της επικοινωνίας και της διαπροσωπικής επαφής ανάμεσα στο λειτουργό ή τις ομάδες λειτουργών και τον «πελάτη», σε μια διαδικασία κατά την οποία συνυπάρχουν ποικίλες διαστάσεις που απαιτούν διαφορετικές ικανότητες και στάσεις, όπως:

- «εργαλειακές» (επίλυση μιας ανάγκης ή ενός προβλήματος)
- ορθολογικές (έκθεση επιχειρημάτων– κατανόηση – αποδεικτικές διαδικασίες)
- λειτουργικές (σύνταξη εγγράφων, σχεδίων, καλλιέργεια επαφών)
- επικοινωνιακές (κατανόηση, δέσμευση) συναισθηματικές (αποδοχή και επίδειξη εμπιστοσύνης)
- συμβολικές (ταύτιση)
- λιβιδινικές (αρέσκεια)

Το σύνολο των διαστάσεων αυτών ενυπάρχουν στη συναισθηματική εξάντληση, στην αποπροσωποποίηση και στα μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα που χαρακτηρίζουν το σύνδρομο burnout. Κατά συνέπεια, το burnout είναι δυνατόν να αμβλύνει τις παρεμβάσεις που εφαρμόζονται στους ασθενείς, κατά τέτοιο τρόπο ώστε να προκύπτουν περιορισμένα αποτελέσματα και, σε ακραίες περιπτώσεις, να ευθύνεται για την αποτυχία των θεραπευτικών και αποκαταστασιακών σχεδίων.

Έτσι, το γεγονός αυτό οδηγεί στην επιδείνωση της κακής κατάστασης του ασθενούς και κατ' επέκταση στην αύξηση του σχετιζόμενου με τη νόσο κοινωνικού και ανθρώπινου κόστους.

Επιπλέον, στις σχέσεις φροντίδας παρατηρούνται ορισμένες συγκρούσεις αξίας ή «διλήμματα» που ο επαγγελματίας βιώνει αναφορικά με:

- Την αναγκαιότητα να διατυπώσει πραγματοποιήσει υποκειμενικές εκτιμήσεις και να υιοθετήσει μια κριτική στάση έναντι αυτών.

- Η υποχρέωση να συμπεριφέρεται με συνέπεια ως προς το προσωπικό του σύστημα αξιών και ταυτόχρονα να σέβεται εκείνο του πελάτη του.

- Την ανάγκη να επιτυγχάνει μια «βασισμένη στην ενημέρωση» συναίνεση του πελάτη, αν και γνωρίζει ότι ο τελευταίος δεν είναι πάντα σε θέση να προβλέπει και να κατανοεί όλες τις συνέπειες των παρεμβάσεων που έχουν επιλεγεί.

Είναι λοιπόν σημαντική, για τον κάθε επαγγελματία, η αίσθηση ότι είναι μέλος μιας ομάδας με την οποία μπορεί να μοιραστεί τις αξίες και την κουλτούρα που οδηγούν τις λειτουργικές επιλογές του. Αλλά ο βαθμός αποχώρησης των έκτακτων υπαλλήλων, που οφείλεται στις ελλείψεις προσωπικού από τη μια και την αδυναμία πραγματοποίησης προσλήψεων από την άλλη, απορυθμίζει τη χαρακτηριστική σταθερότητα των μελών των επαγγελματικών (θεραπευτικών και αποκαταστασιακών) ομάδων και τις μεταμορφώνει συχνά σε «κενούς περιέκτες» γύρω από τις οποίες αγωνιούν αγχωμένοι επαγγελματίες.

Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, που συχνά υποχρεώνει σε μια δράση η οποία δεν είναι επαρκώς τεκμηριωμένη από κριτικό συλλογισμό, καθιστά την επαγγελματική ομάδα ανίκανη να διαφυλάξει τους χώρους σύγκρισης που γεμίζουν με περιεχόμενο την ίδια τους την υπόσταση.

Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι επαγγελματικές ομάδες υποκαθίστανται από άτυπες συγκεντρώσεις (αυθόρμητες και καθόλου σταθερές), επαγγελματιών που είναι σε αναζήτηση κάποιου που θα μοιραστούν την αγωνία τους μαζί του. Αναζητούν επίσης ερεθίσματα συναινετικών καταστροφικών δυναμικών στην υπηρεσία τα οποία θα οδηγήσουν στην παράλυση και την ανικανότητα.

TO BURNOUT ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΜΙΑ ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Το burnout είναι αρνητική κατάσταση για:

- 1) Τον εργαζόμενο, εξαιτίας των ποικίλων ψυχικών και σωματικών συμπτωμάτων.
- 2) Τους οικείους του, εξαιτίας της μεταφοράς των συμπτωμάτων του στην οικογένεια.
- 3) Τους χρήστες των υπηρεσιών, εξαιτίας της χαμηλής ποιότητας των υπηρεσιών που απολαμβάνουν.
- 4) Τους φορείς παροχής υπηρεσιών, οι οποίοι καθίστανται μάρτυρες της ποιοτικής υποβάθμισης των υπηρεσιών αυτών, υφιστάμενοι μια αύξηση του κόστους το οποίο οφείλεται στη διατήρηση της κακής κατάστασης του πελάτη ο οποίος με τη σειρά του ανακυκλώνει τα αιτήματά του στις υπηρεσίες. Μια τέτοια αύξηση μπορεί να προέρχεται επίσης από το κόστος του προσωπικού το οποίο, σε συνθήκες burnout, αντί να βελτιώνει με την πάροδο των ετών (λόγω, όπως θα ήταν λογικό, της αποκτηθείσας εμπειρίας) την απόδοσή του, αντιθέτως την επιδεινώνει. Με τη σειρά της, αυτή η κατάσταση θα μπορούσε να προκαλέσει αισθήματα μνησικακίας στο νεώτερο προσωπικό, που εργάζεται καλύτερα από το πιο έμπειρο

προσωπικό αν και πληρώνεται λιγότερο. Για το λόγο αυτό, βιώνει μια μορφή έλλειψης ισότητας που τροφοδοτεί το σύνδρομο, περιπλέκοντας ακόμη περισσότερο τον τόσο δαπανηρό φαύλο κύκλο.

Η συνειδητοποίηση αυτών των επιπτώσεων δημιουργεί, επιπλέον, το εσωτερικό του οργανισμού, ένα βασανιστικό αίσθημα ενοχής και προκαλεί την κινητοποίηση πολύ δαπανηρών αμυνών που δεν κάνουν τίποτε άλλο από το να τροφοδοτούν το φαύλο κύκλο του burnout.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ ΤΟ BURNOUT;

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προτείνει μερικές προληπτικές στρατηγικές που αφορούν στην εμφάνιση του burnout:

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΕΠΙΚΕΝΤΡΩΜΕΝΕΣ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

- Μείωση του επιπέδου των δεσμεύσεων που οι επαγγελματίες αναλαμβάνουν και ενθάρρυνσή τους για την υιοθεσία πιο ρεαλιστικών στόχων οι οποίοι να προσφέρουν ικανοποίηση.
- Παροχή βοήθειας στους εργαζόμενους με σκοπό την επεξεργασία και χρησιμοποίηση μηχανισμών επαλήθευσης και ανάδρασης που να είναι σε θέση να αναδεικνύουν τη βραχυπρόθεσμη πρόοδο.
- Συχνή παροχή ευκαιριών εσωτερικής κατάρτισης ώστε να αυξηθεί η επάρκεια του καθένα στο ρόλο του.
- Εκπαίδευση σε στρατηγικές διαχείρισης, όπως για παράδειγμα διαχείριση χρόνου.
- Καθοδήγηση των νέων εργαζόμενων μέσω της χορήγησης φυλλαδίου στο οποίο να περιγράφονται με ρεαλιστικό τρόπο οι ματαιώσεις και οι συνήθεις δυσκολίες της εργασίας τους.
- Χορήγηση δελτίων «Ελέγχου του burnout» σε όλο το προσωπικό.
- Παροχή υπηρεσιών συμβουλευτικής ή αξιολόγησης προσανατολισμένων την εργασία για τους επαγγελματίες που υποβάλλονται σε περιόδους ιδιαίτερα έντονες εργασιακού στρες.
- Ενθάρρυνση της ανάπτυξης ομάδων στήριξης και δικτύων ανταλλαγής πόρων.
- Διαχείριση του στρες.

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΕΠΙΚΕΝΤΡΩΜΕΝΕΣ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

- Δημιουργία προγραμμάτων διοικητικής κατάρτισης και ανάπτυξης ανάλογων ικανοτήτων για τους προϊσταμένους που ήδη καταλαμβάνουν τέτοιες θέσεις και για εκείνους που θα γίνουν, προσδίδοντας ιδιαίτερη έμφαση σε εκείνες τις πτυχές του ρόλου που προκαλούν μεγαλύτερες δυσκολίες στους επαγγελματίες.
- Δημιουργία συστημάτων επικύρωσης των προϊσταμένων, όπως για παράδειγμα έρευνες του προσωπικού, και παροχή στους προϊστάμενους δελτίου feedback επί των πεπραγμένων τους.
- Διερεύνηση του βαθμού «κόπωσης εκ του ρόλου» ανάμεσα στους προϊστάμενους και παρέμβαση όταν η πίεση αυτή καθίσταται εξαιρετικά υψηλή.
- Εκπαίδευση των προϊσταμένων.

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΕΠΙΚΕΝΤΡΩΜΕΝΕΣ ΣΤΗ ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ

- Μείωση του αριθμού των πελατών για τους οποίους το προσωπικό είναι υπεύθυνο, με περιορισμένο διαθέσιμο χρόνο.
- Κατανομή του φόρτου της πιο δύσκολης και λιγότερο ικανοποιητικής εργασίας μεταξύ όλων των εργαζομένων, έτσι ώστε το βάρος να μην πέφτει σ' ένα άτομο ή σε μια ομάδα και όλοι να μαθαίνουν να αποδίδουν σε διάφορους ρόλους και να εργάζονται σε διαφορετικά προγράμματα.
- Οργάνωση των καθημερινών εργασιακών δραστηριοτήτων με τρόπο που να εναλλάσσονται ασχολίες με μεγάλο, μέσο και ελάχιστο βαθμό ικανοποίησης.
- Δυνατότητα, αφιέρωσης ορισμένου χρόνου σε δραστηριότητες που μπορούν να βοηθήσουν το προσωπικό στη διεκπεραίωση της εργασίας του ώστε να αισθάνεται χαλαρωμένο και γεμάτο ενέργεια.
- Οργάνωση των διαφόρων ρόλων κατά τρόπο ώστε να επιτρέπει στο προσωπικό να χρησιμοποιεί στιγμές ανάπαυσης.
- Ενθάρρυνση των εργαζομένων ώστε να κάνουν συχνά διακοπές, με σύντομη προειδοποίηση εφόσον είναι αναγκαίο.
- Περιορισμός των ωρών εργασίας.
- Ενθάρρυνση της μερικής απασχόλησης, που θα επιτρέπει στους εργαζόμενους ένα πιο ευέλικτο ωράριο.
- Παροχή σε κάθε εργαζόμενο της δυνατότητας να προτείνει νέες δραστηριότητες που να τροφοδοτούν τον αυθορμητισμό, τη δημιουργικότητα και να περιορίζουν την αίσθηση της ανίας.
- Δημιουργία κατάλληλων προϋποθέσεων σταδιοδρομίας για όλο το προσωπικό.

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΕΠΙΚΕΝΤΡΩΜΕΝΕΣ ΣΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ

Πολιτική δράση και στόχοι:

- Επεξεργασία στόχων που να είναι απόλυτα σαφείς και να έχουν συνάφεια μεταξύ τους.
- Επεξεργασία μιας ξεκάθαρης φιλοσοφίας στην οποία να βασίζεται η εργασία.
- Ανάδειξη της θεμελιώδους σημασίας της εκπαίδευσης και της ερευνητικής δραστηριότητας.
- Κατανομή των ευθυνών φροντίδας και θεραπευτικής αγωγής με τρόπο τέτοιο που να συμπεριλαμβάνει τον ασθενή, την οικογένειά του και την κοινότητα.

Επίλυση προβλημάτων και διαδικασία λήψης αποφάσεων :

- Δημιουργία τυπικών μηχανισμών για την επίλυση των προβλημάτων και την επεξεργασία / υπέρβαση των συγκρούσεων σε επίπεδο ομάδας και μηχανισμού.
- Παροχή σε όλο το προσωπικό μιας ειδικής εκπαίδευσης για την επεξεργασία / υπέρβαση των συγκρούσεων και την επίλυση των προβλημάτων της ομάδας.
- Αύξηση της αυτονομίας του προσωπικού και της συμμετοχής του στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων.

ΠΙΘΑΝΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΟΥ BURNOUT ΣΤΙΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΙΑΚΕΣ ΔΟΜΕΣ

Το burnout στις ψυχιατρικές θεραπευτικές και αποκαταστασιακές δομές μπορεί να προληφθεί με κατάλληλη οργάνωση και κατανομή της εργασίας, μαζί με μια επαγγελματική εκπαίδευση που θα αναγνωρίζει το δικαίωμα των εργαζόμενων να αντιμετωπίζουν τα δικά τους όρια, θα εντάσσει στην καθημερινή ρουτίνα δραστηριότητες έρευνας πεδίου, θα ανακατανέμει την εργασία με τέτοιο τρόπο ώστε να προσφέρει χρόνο για περισυλλογή, και ευκαιρίες ανταλλαγής εμπειριών, τόσο στο εσωτερικό του οργανισμού που ανήκει κάποιος εργαζόμενος όσο και σε εθνικά και διεθνή δίκτυα (όπου και ικανοποίηση λαμβάνει κάποιος και μπορεί, να διασκεδάσει επίσης).

Το μοντέλο αυτό εκπαίδευσης περιλαμβάνει:

- Την εκμάθηση των ικανοτήτων που είναι απαραίτητες για τη λήψη αυτόνομων αποφάσεων εντός ενός πλαισίου σχεδίων που είναι συμφωνημένα από όλους και αξιολογήσιμα.

- Την εκπαίδευση στην επεξεργασία «ενοχλητικών» συναισθημάτων που μπορεί να προέρχονται από τη σχέση με τους πελάτες, με τέτοιο τρόπο που να διατηρεί ο καθένας την προσωπική και επαγγελματική του ταυτότητα ακόμη και υπό συνθήκες έντονου συγκινησιακού στρες.

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΕΝΟΧΛΗΤΙΚΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να προσβάλει οποιονδήποτε εκτίθεται σε μορφές σχεσιακής και διαπροσωπικής πίεσης, ιδιαίτερα τους επαγγελματίες που εμπλέκονται προσφέροντας βοήθεια σε αυτούς τους ασθενείς.

Στη σχέση με τον ψυχιατρικό ασθενή, μια τυπική σχέση παροχής βοήθειας, πρέπει να ληφθεί υπόψη το επιπρόσθετο στρες που προκύπτει από τα συναισθήματα που συνδέονται με την εκάστοτε παθολογία των ασθενών.

Συνεπώς, στις ψυχιατρικές δραστηριότητες θεραπευτικού-αποκαταστασιακού τύπου, μια αποτελεσματική σχέση βοήθειας μπορεί να θεμελιωθεί μόνο εάν είμαστε σε θέση να αναγνωρίσουμε και να διαχειριστούμε με κατάλληλο τρόπο τα συναισθήματα που βιώνουμε.

Οι συναισθηματικές αντιδράσεις του επαγγελματία προέρχονται όχι μόνο από την σχέση με αυτόν τον συγκεκριμένο ασθενή αλλά επίσης από την προσωπική και οικογενειακή του ιστορία και από γεγονότα που μπορεί να έχουν συμβεί σε σημαντικά άτομα του περιβάλλοντός του.

Πέραν τούτου, οι συναισθηματικές αυτές αντιδράσεις αλλάζουν σε σχέση με τις διαφορετικές στιγμές της ζωής του.

Κάθε επαγγελματίας έχει ένα δικό του προσωπικό τρόπο να αντιδρά, παρ' όλα αυτά οι συναισθηματικές αντιδράσεις είναι, σε γενικές γραμμές, παρόμοιες σε σχέση με τον τύπο της ασθένειας από την οποία πάσχει ο ασθενής.

Η αντιμετώπιση των πιο έντονων συναισθηματικών αντιδράσεων και της σημασίας τους χωρίς να αισθάνεται κανείς ιδιαίτερα απειλούμενος, σημαίνει να εκτελεί το καθήκον του στη θεραπευτική σχέση, με περισσότερη αποτελεσματικότητα.

Είναι χρήσιμο, για την κατανόηση του δυναμικού των συναισθηματικών αντιδράσεων, να κάνει ο επαγγελματίας ένα βήμα πίσω, να ρίξει ένα βλέμμα στο πλαίσιο μέσα στο οποίο κινείται στην προσωπική του ζωή, ενώ δουλεύει με τον ασθενή, ακόμη κι αν πρόκειται για καταθλιπτικό, παρανοϊκό, επικίνδυνο ή ασθενή που δεν παρουσιάζει βελτίωση.

Θα εξετάσουμε λοιπόν τα συναισθήματα που αναδύονται στις εκάστοτε καταστάσεις, και τις πιθανές διαδρομές για την αναγνώριση και διαχείρισή τους.

ΕΝΟΧΛΗΤΙΚΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Η κατάθλιψη, περισσότερο από άλλες ψυχιατρικές παθολογίες, είναι αυτή που γίνεται περισσότερο κατανοητή, όταν δεν είναι ιδιαίτερα σοβαρή, και κυρίως όταν εμφανίζεται ως επακόλουθο κάποιων βιωμάτων απώλειας. Στις σοβαρότερες μορφές της, η κατάθλιψη παρουσιάζεται κάποιες φορές εξαιρετικά ακατανόητη, χωρίς κανένα νόημα, και διακινεί άγχος και ψυχικό πόνο στον ίδιο τον επαγγελματία, ο οποίος καταλήγει να αισθάνεται ότι «μολύνθηκε» από την κατάθλιψη, ότι δοκιμάζει ο ίδιος μια σειρά από συναισθήματα, τα οποία αν δεν γίνουν κατανοητά και δεν αποκωδικοποιηθούν, οδηγούν σε συμπεριφορές εν δυνάμει επιζήμιες για τον ίδιο τον επαγγελματία (κίνδυνος για burnout), αλλά και για την θεραπευτική αποκαταστασιακή διαδικασία.

Αντιθέτως, αυτά τα ίδια τα συναισθήματα μπορούν να αποτελέσουν έναν πόρο για τη θεραπευτική εργασία και την προσωπική ανάπτυξη του επαγγελματία, εάν μπορέσει να τα κατανοήσει και διαχειριστεί με τον κατάλληλο τρόπο. Ο εργασιακός χώρος αποτελεί πάντα το τρίγωνο, που ορίζεται από τον επαγγελματία με την ιστορία του, την οικογένειά του και τον χρήστη ασθενή με το δικό του πλαίσιο. Τα συναισθήματα που πιο συχνά βιώνει ο επαγγελματίας στη σχέση με τον καταθλιπτικό ασθενή:

ΑΙΣΘΗΣΗ ΕΝΟΧΗΣ,
ΑΙΣΘΗΣΗ ΑΔΥΝΑΜΙΑΣ,
ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΑΠΟΤΥΧΙΑ,
ΜΑΤΑΙΩΣΗ,
ΑΙΣΘΗΜΑ ΘΛΙΨΗΣ,
ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΦΥΓΗΣ,
ΑΙΣΘΗΣΗ ΜΗ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ,
ΘΥΜΟΣ,
ΑΓΧΟΣ.

Ο επαγγελματίας που βιώνει αυτά τα συναισθήματα είναι ανίκανος να επιτελέσει το ρόλο του και καταλήγει με το να επιβεβαιώνει και να αμβλύνει την κατάθλιψη του ασθενή.

ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΚΑΤΑΛΛΗΛΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ΠΙΘΑΝΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

- 1) Η ακρόαση των συναισθημάτων του ασθενή
- 2) Η ακρόαση των προσωπικών βιωμάτων
- 3) Η διαφοροποίηση των προσωπικών συναισθημάτων από αυτά του ασθενή
- 4) Η διατήρηση του επαγγελματικού ρόλου: η υπενθύμιση ότι ο επαγγελματίας είναι ακριβώς ένας επαγγελματίας και όχι ο σωτήρας του ασθενή, και ότι υπεύθυνη για την κατάθλιψη είναι η ίδια η αρρώστια και όχι ο ασθενής.
- 5) Η υπενθύμιση ότι ο κίνδυνος της αυτοκτονίας, στο σοβαρά καταθλιπτικό ασθενή, είναι κάποιες φορές αναπόφευκτος αλλά βέβαια τις περισσότερες φορές προβλέψιμος, γι' αυτό πρέπει να δίνεται μεγάλη προσοχή στα μηνύματα που εκπέμπει ο ασθενής.

Αυτή η διαδικασία αποτρέπει αντιδράσεις που δημιουργούν ένα φαύλο κύκλο και την ανταπόκριση στα παθολογικά βιώματα του ασθενή αποφεύγοντας στάσεις απόρριψης και απομάκρυνσης. Επίσης, καταφέρνουμε να μην βιώνουμε κατάθλιψη και έτσι δεν υιοθετούμε την ιδέα του καταθλιπτικού ασθενή ότι «δεν υπάρχει ελπίδα».

Το αίσθημα αδυναμίας του επαγγελματία γίνεται ακινησία, παραίτηση από τη λειτουργία του, και επιβεβαίωση του αισθήματος μοναξιάς του ασθενή. Εάν ο ίδιος ο επαγγελματίας νοιώθει καταθλιπτικός και μόνος, όπως ο ασθενής του, ποιος τότε μπορεί να τον βοηθήσει;

ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΚΑΤΑΛΛΗΛΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ΠΙΘΑΝΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

- 1) Να διατηρεί σε κάθε περίπτωση μια αυστηρά επαγγελματική στάση.
- 2) Να μην αντιδρά μπαίνοντας σε φαύλο κύκλο και να μην δίνει απαντήσεις τις οποίες δεν έχει πρώτα σκεφθεί
- 3) Να σκέφτεται και να μετρά μέχρι το 10 πριν απαντήσει (σε λεκτικό και μη λεκτικό επίπεδο)
- 4) Να επαγρυπνεί στις συζητήσεις, τις στάσεις και τις συμπεριφορές που μεταφράζονται πάντα από τον παρανοϊκό («τι θα σκεφθεί ο ασθενής αν πω ή κάνω αυτό ή εκείνο;»), να αναγνωρίζει το μη ρεαλιστικό περιεχόμενο των φαντασιών του ασθενή.
- 5) Να αποφεύγει να επέκταση των συζητήσεων που αφορούν τα προσωπικά προβλήματα του ασθενή.
- 6) Να μην αντιτίθεται στις πρωτοβουλίες του ασθενή, όσο παράλογες και παράξενες αν είναι. Παρ' όλα αυτά ο επαγγελματίας πρέπει να καθιστά σαφή, ξεκάθαρα και σταθερά, τα δικαιώματα και το σεβασμό προς τους άλλους.
- 7) Να θυμάται ότι ο παρανοϊκός είναι ευαίσθητος στα θέματα ιεραρχίας και νοιώθει την ανάγκη να υπάρξει.

8) Να αρνείται – με διακριτικότητα και σταθερότητα - τις προσπάθειες του ασθενή να μεταμορφώσει την επαγγελματική σε μια πιο προσωπική σχέση (με τον παρανοϊκό δεν μπορούμε να πάμε να πιούμε μαζί καφέ, δεν αποδεχόμαστε κανένα δώρο, δεν ξεχνάμε ποτέ τον επαγγελματικό μας ρόλο, ούτε στην πραγματικότητα ούτε συμβολικά).

ΕΝΟΧΛΗΤΙΚΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ: Ο ΨΥΧΩΤΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΟΥ ΔΕ ΒΕΛΤΙΩΝΕΤΑΙ

Αναφερόμαστε σε εκείνο τον ασθενή που, παρ' όλο που έχει υποβληθεί σε κατάλληλη θεραπευτική–αποκαταστασιακή φροντίδα, δεν φτάνει σ' ένα επαρκές επίπεδο προσωπικής αυτονομίας και παραμένει υπό την ευθύνη της υπηρεσίας ψυχικής υγείας ή των δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για όλη του τη ζωή, παραποιεί την πραγματικότητα και παρουσιάζει σοβαρά ελλείμματα στην προσωπική, οικογενειακή, κοινωνική και εργασιακή του λειτουργικότητα.

Η σχέση με αυτόν τον ασθενή προκαλεί στον επαγγελματία τα παρακάτω συναισθήματα:

ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΣΗ
ΑΠΟΘΑΡΡΥΝΣΗ
ΘΛΙΨΗ
ΑΔΥΝΑΜΙΑ
ΑΙΣΘΗΜΑ ΑΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ
ΑΙΣΘΗΜΑ ΕΝΟΧΗΣ

Αυτά τα συναισθήματα, μη επεξεργασμένα, μεταλλάσσονται σε αντιθεραπευτικές συμπεριφορές; η απογοήτευση, η αποθάρρυνση, η θλίψη μεταλλάσσονται σε αδράνεια, ακινητοποίηση, επανάπαυση και συμπεριφορές μετάθεσης των ευθυνών: «Είναι ανώφελο να κάνω οτιδήποτε, δεν υπάρχει ελπίδα», έτσι που ακόμη και αν υπάρχουν πραγματικές πρόοδοι δεν αναγνωρίζονται και δεν αξιοποιούνται.

Τα αισθήματα ενοχής και ακαταλληλότητας οδηγούν σε μια υπερδραστηριότητα: παρέχονται στον ασθενή ερεθίσματα συνεχώς πιο ισχυρά για να προάγουν τη βελτίωση, με αποτέλεσμα να μην αναγνωρίζονται οι πραγματικές ικανότητες και τα αποθέματα του συγκεκριμένου ασθενή και καταλήγει έτσι να διατηρεί μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Συχνά ο ασθενής, φορτωμένος με ερεθίσματα, επιδεινώνεται: δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος που τροφοδοτεί ένα σπείραμα αρνητικών συναισθημάτων – ακατάλληλες και μη ρεαλιστικές συμπεριφορές.

ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΚΑΤΑΛΛΗΛΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ΠΙΘΑΝΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

- 1) Να διακρίνουμε με σαφήνεια και ακρίβεια τα αποθέματα του ασθενή.
- 2) Να θέτουμε ρεαλιστικούς στόχους και σχέδια φροντίδας.
- 3) Να μετράμε τα αποτελέσματα με ευαίσθητες κλίμακες που να εκτιμούν ακόμη και τις μικρές αλλαγές
- 4) Να επαναπροσδιορίζουμε συχνά το σχέδιο φροντίδας σε συνάρτηση με τα αποτελέσματα που έχουν πραγματικά επιτευχθεί.
- 5) Να θυμόμαστε ότι ο στόχος δεν είναι η ίαση, αλλά η όσο το δυνατό καλύτερη λειτουργικότητα του ασθενή στο συγκεκριμένο πλαίσιο
- 6) Να θυμόμαστε πάντα ότι η χρονιότητα εξαιρεί, εξ ορισμού, την πιθανότητα μιας πλήρους ίασης.

ΕΝΟΧΛΗΤΙΚΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ: Ο ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΣ ΚΑΙ ΒΙΑΙΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ

Η βίαη συμπεριφορά είναι βεβαίως εκείνη που προκαλεί στον επαγγελματία τα πιο ενοχλητικά συναισθήματα. Η έκθεση σε συμπεριφορές βίας και επιθετικότητας είναι δυνατόν να οδηγήσει την εκδήλωση των παρακάτω συναισθημάτων, όπως:

ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΤΗΤΑ

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ,

ΟΡΓΗ,

ΑΓΧΟΣ,

ΑΜΗΧΑΝΙΑ,

ΑΥΤΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ,

ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ,

ΠΑΡΑΙΤΗΣΗ,

ΦΟΒΟ.

Ο φόβος μπορεί να εξελιχθεί σε ένα συναίσθημα που βιώνεται συνεχώς μπροστά στον ασθενή ο οποίος έχει ήδη εκδηλώσει την βίαη και επιθετική συμπεριφορά. Σε κάθε περίπτωση, ο φόβος του επαγγελματία διεγείρει την επιθετικότητα του ασθενή, εκεί όπου η ηρεμία καταπραΰνει την επιθετικότητα και μειώνει τον κίνδυνο μιας βίαης στάσης.

Προκειμένου να αποφευχθούν παρόμοια επεισόδια εξαιτίας του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, χρειάζεται - σε αυτή τη συνθήκη, περισσότερο απ' ό,τι σε οποιαδήποτε άλλη - να έχουμε συνηθίσει και να έχουμε γίνει αποτελεσματικοί στη διαχείριση των συναισθημάτων μας.

ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΚΑΤΑΛΛΗΛΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΚΑΙ

ΟΙ ΠΙΘΑΝΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

- 1) Αναγνώριση των προειδοποιητικών σημείων μιας επερχόμενης βίαιης συμπεριφοράς,
- 2) Υιοθέτηση κατευθυντήριων γραμμών και συγκεκριμένων πρωτοκόλλων,
- 3) Εκπαίδευση σε τεχνικές αποκλιμάκωσης (talk down).

Συμπερασματικά, σε αυτές τις περιπτώσεις, ο στόχος είναι να μάθουμε να ανεχόμαστε το φόβο και να τον χρησιμοποιούμε ως εργαλείο κατανόησης και συμμαχίας με τον ασθενή, αποφεύγοντας αντιδράσεις τύπου φαύλου κύκλου και προσφέροντας στον ασθενή, όπου είναι δυνατό, ένα περιβάλλον το οποίο θα είναι ικανό να του «επιστρέψει» τις επιθετικές του ενορμήσεις απαλλαγμένες από τα καταστροφικά τους στοιχεία και μεταμορφωμένες σε πιο κατάλληλους τρόπους συναισθηματικής επικοινωνίας.

Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΜΕ ΤΟΥΣ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟΥΣ

Μεγάλο μέρος του οργανωσιακού στρες που οδηγεί στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης συνδέεται με τα μοντέλα σχέσεων που υιοθετούνται για τη διεξαγωγή των παραγωγικών διαδικασιών. Έτσι λοιπόν, πιστεύουμε ότι οι διευθύνοντες μπορούν να επιτελέσουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη του burnout.

Οι διευθύνοντες παίζουν ένα ρόλο ενδιάμεσου μεταξύ των υφιστάμενων τους και των προσώπων ή των φορέων για τους οποίους εργάζονται, συνεπώς υποβάλλονται σε πιέσεις οι οποίες προέρχονται τόσο από το εσωτερικό της ομάδας εργασίας όσο και από το εξωτερικό. Στο εσωτερικό αυτής της κατάστασης, η ιεραρχική σχέση μεταξύ των επαγγελματιών εξαρτάται:

- Από τον τρόπο με τον οποίο ο διευθύνων ερμηνεύει το ρόλο ευθύνης του,
- Από τον τρόπο με τον οποίο ο υφιστάμενος μεταφράζει το δικό του εργασιακό ρόλο.
- Από τους κανόνες της αλληλεπίδρασης μεταξύ προϊστάμενου και υφιστάμενου.

Εάν ο ρόλος του διευθύνοντα είναι σαφής και καθορισμένος, μπορεί ο ίδιος εύκολα να περιγράψει τα όρια ευθύνης του, να αποδώσει καθήκοντα και να καθορίσει κατάλληλα κανάλια επικοινωνίας.

Αντίθετα, η έλλειψη σαφήνειας στον καθορισμό των ρόλων και των ορίων δημιουργεί εργασιακό στρες τόσο για τους διευθύνοντες όσο και για τους υφιστάμενους.

Κάθε διευθύνων πρέπει να αναλαμβάνει διάφορους σύμπλοκους ρόλους σχετικούς με διαφορετικές πτυχές και ανάγκες της ομάδας εργασίας.

Οι πτυχές και οι ανάγκες μιας ομάδας εργασίας μπορεί να είναι εκτεταμένες και σύμπλοκες. Επιπλέον, είναι πολύ σημαντικό ο διευθύνων να μπορεί να ανταποκρίνεται στο σύνολο των απαραίτητων ηγετικών διαδικασιών για την καλή λειτουργία του ιδίου. Επίσης είναι σημαντικό τα μέλη της ομάδας εργασίας να είναι σε θέση να αναπτύσσουν καλύτερα τις δυνατότητές τους και να μπορούν να επιλέγουν αυτόνομα σημεία αναφοράς και /ή τρόπους ρύθμισης της λειτουργικότητάς τους σε σχέση με την ομάδα. Ωστόσο ο διευθύνων δεν πρέπει να υπερτονίζει, να συγκεντρώνει πάνω του όλες τις αρχηγικές λειτουργίες οι οποίες είναι απαραίτητες για την επιβίωση και την ανάπτυξη της ομάδας εργασίας. Αντίθετα, πρέπει να αξιολογεί εκείνες που ταιριάζουν περισσότερο με τις ικανότητές του και να διακρίνει, μεταξύ των μελών της ομάδας, τα άτομα που μπορούν να ασκήσουν αρχηγικές λειτουργίες, που ο ίδιος δεν είναι σε θέση να επιτελέσει με τον καλύτερο τρόπο.

Ο τρόπος άσκησης της ηγεσίας που αποδεικνύεται πιο αποτελεσματικός, σε αυτή την κατεύθυνση, είναι εκείνος του ανοιχτού τύπου:

1. Ενθαρρύνει τη συμμετοχή και την επικοινωνία,
2. Διατηρεί διαδικασίες αποφάσεων ισότιμες και διαφανείς.

Ο διευθύνων που υιοθετεί το «δημοκρατικό», διαφανή τρόπο χρησιμοποιεί την πειθώ και τη συμμετοχή για να αντιμετωπίσει τα καθήκοντα που ενδιαφέρουν την ομάδα εργασίας και τις ενδεχόμενες αντίστοιχες διαπροσωπικές συγκρούσεις.

Μια κομβική πτυχή αυτού του τρόπου άσκησης της ηγεσίας είναι η ευελιξία, δηλαδή η ικανότητα να χρησιμοποιεί, ανάλογα με τις ανάγκες, ένα στυλ «τυπικό» ή «συνεργατικό».

Θεωρούμε ότι οι ακόλουθοι κανόνες μπορούν να αποδειχθούν αποτελεσματικοί στη μείωση του στρες κατά την αλληλεπίδραση με τους υφιστάμενους:

- Να πληροφορούν και να συμβουλεύονται τους υφιστάμενους σχετικά με τις αποφάσεις που τους αφορούν,
- Να συμβουλεύουν και να ενθαρρύνουν τους υφιστάμενους, βοηθώντας τους να ασκούν τις αρμοδιότητες και να ενισχύουν τις ικανότητές τους, σεβόμενοι και ανταμείβοντας τη δουλειά τους,
- Να αναθέτουν εργασιακά καθήκοντα ισότιμα (επιτρέποντας ακόμη και το rotation του προσωπικού), με διαφανή τρόπο και εντός των χρόνων /ορίων που είναι αναγκαίοι για τον προγραμματισμό τους.
- Να δείχνουν κατανόηση για τα προσωπικά τους προβλήματα,
- Να υπερασπίζονται τα συμφέροντα των υφιστάμενων,
- Να δείχνουν σεβασμό για την ιδιωτική τους ζωή,
- Να αποφεύγουν τα κουτσομπολιά,

- Να ενημερώνουν για την πρόθεσή τους να τους επισκεφθούν,
- Να βρίσκουν τρόπους έτσι ώστε το εργασιακό περιβάλλον να είναι αξιοπρεπές και ευχάριστο,
- Να σέβονται τις ηθικές τους αξίες χωρίς να τους ζητούν να τις παραβιάζουν.

ΠΩΣ ΝΑ ΒΟΗΘΑΜΕ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΒΛΑΠΤΟΥΜΕ ΤΟΥΣ ΕΑΥΤΟΥΣ ΜΑΣ: ΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ BURNOUT

Η καθημερινή τριβή με την ψυχική ασθένεια μπορεί εύκολα να αφήσει ίχνη, μερικές φορές πολύ έντονα, στην τυπική συμπεριφορά της καθημερινής ζωής των εργαζόμενων.

Είναι σημαντικό λοιπόν, να μάθουν οι επαγγελματίες να προστατεύουν τους εαυτούς τους. Για να προστατέψει κανείς τον εαυτό του πρέπει να είναι διεκδικητικός (assertive).

Το να είναι κανείς διεκδικητικός σημαίνει:

- Να διαχειρίζεται κάθε κατηγορία διαπροσωπικών σχέσεων χωρίς να κατακλύζεται από τα συναισθήματα που αυτές διακινούν,
- Να υποστηρίζει την άποψή του ακόμη και αν είναι αντίθετη με εκείνη του συνομιλητή του, διατηρώντας ταυτόχρονα μια καλή σχέση μαζί του,
- Να είναι σε θέση να επικοινωνεί χωρίς φόβους και νοητικές αναστολές,
- Να μην καταβάλλεται από αισθήματα κατωτερότητας ούτε να καυχείται ναρκισσιστικά για τον εαυτό του,
- Να βιώνει με θετικό τρόπο τη σχέση του με τους άλλους.

Οι δεξιότητες που συνδέονται με τη διεκδικητικότητα μπορούν να βελτιώνονται.

ΟΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΑΚΡΟΑΣΗΣ, ΔΙΑΛΟΓΟΥ, ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΜΥΝΑΣ

Οι δεξιότητες ακρόασης:

Η ακρόαση είναι μια σημαντική δεξιότητα.

Μπορούμε να διακρίνουμε τρία διαφορετικά επίπεδα ακρόασης:

- **ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΚΡΟΑΣΗΣ 1:** Μπορούμε να πούμε ότι ο συνομιλητής μας παρουσιάζει το επίπεδο ακρόασης 1 όταν δεν μας κοιτάζει καταπρόσωπο, δείχνει απορροφημένος με άλλα πράγματα ενώ μιλά μαζί μας: με ένα τέτοιο επίπεδο ακρόασης δεν μπορούμε να επιτύχουμε την προσοχή που θα θέλαμε από αυτόν. Είναι

προτιμότερο να αναβάλουμε τη συζήτηση ή το αίτημα για κάποια άλλη στιγμή.

- **ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΚΡΟΑΣΗΣ 2:** Μιλάμε για το επίπεδο ακρόασης 2 όταν υπάρχει επαφή με το βλέμμα, αλλά η στάση και η έκφραση του προσώπου δείχνουν μειωμένο ενδιαφέρον. Ένα τέτοιο επίπεδο ακρόασης από την πλευρά του συνομιλητή, αν και καλύτερο από το προηγούμενο, δεν είναι ακόμη επαρκές για την επίτευξη των προκαθορισμένων στόχων.
- **ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΚΡΟΑΣΗΣ 3:** Όταν ο συνομιλητής μας μάς κοιτάζει στο πρόσωπο και παρουσιάζει μια γενική έκφραση ενδιαφέροντος (όπως για παράδειγμα κάποια κίνηση του κεφαλιού ενώ εμείς μιλάμε) έχουμε να κάνουμε με ένα **ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟ** και **ΣΥΜΜΕΤΟΧΙΚΟ** επίπεδο ακρόασης. Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι τα θέματα στα οποία αναφερόμαστε λαμβάνονται σοβαρά υπόψη.

Μπορεί να φανεί πολύ χρήσιμο το να εξασκηθούμε παρατηρώντας τις στάσεις αυτές στους άλλους. Κατά τον τρόπο αυτό, εξασκούμε τις ικανότητες κατανόησης της μη λεκτικής συμπεριφοράς και αυξάνεται η πιθανότητα να πετύχει η συζήτηση τους προκαθορισμένους στόχους της.

Οι δεξιότητες προστασίας και άμυνας:

Τρόποι διαχείρισης της κριτικής των άλλων:

Όταν κάποιος ασκεί κριτική στο έργο μας είναι πολύ χρήσιμο να είμαστε σε θέση να διακρίνουμε μεταξύ μιας εποικοδομητικής και μιας χειριστικής κριτικής.

Εάν αυτός που ασκεί κριτική το κάνει με υπεροπτικό τρόπο, εκφράζει θυμό, προσβάλλει και γενικεύει, είναι πολύ πιθανό να επιχειρεί μια επιθετική κριτική.

Οποιοδήποτε και αν είναι το υπολανθάνον κίνητρο για αυτή την επιθετική κριτική, ο συνομιλητής δεν έχει την απαραίτητη ψυχολογική ετοιμότητα για να ακούσει τα επιχειρήματα του άλλου.

Σε αυτή την περίπτωση συμφέρει να χρησιμοποιεί κανείς την τεχνική του να κατευθύνει τη συζήτηση αλλού. Η τεχνική αυτή χρησιμεύει στο να καταπραΰνει την επιθετικότητα του άλλου και να μεταθέτει τη συζήτηση σε μια επόμενη στιγμή.

Εάν αυτός που ασκεί κριτική δεν εξασκεί πολεμική αλλά προβαίνει σε υποδείξεις για να επιτευχθεί κάτι καλύτερο, εάν το κάνει χωρίς να γίνεται επικριτικός ούτε προσβλητικός αλλά περιγράφοντας τα γεγονότα, αυτό θα πει ότι επιχειρεί μια δημιουργική κριτική.

Μπροστά σε μια εποικοδομητική κριτική αυτό το οποίο ωφελεί είναι να προσπαθήσουμε να κατανοήσουμε το μήνυμα που ο άλλος επιχειρεί να μας στείλει και για αυτό το λόγο συμφέρει να υιοθετήσουμε την τεχνική της Αρνητικής Διερεύνησης. Ρωτώντας το συνομιλητή σχετικά με τη

κριτική του στάση, μπορεί κανείς να εμπλουτιστεί από τις παρατηρήσεις χωρίς να αισθάνεται επικρινόμενος.

Είναι καλύτερο να προβαίνει κανείς σε εποικοδομητικές κριτικές προσπαθώντας να μην υποβιβάζει τους συνομιλητές του, ούτε να γενικολογεί και να γίνεται χειριστικός.

Είναι πολύ χρήσιμο, κατά τη διάρκεια της συζήτησης, οι συνομιλητές να έχουν επαφή με το βλέμμα, να υπάρχει η ικανότητα ακρόασης και να προτάσσονται τα διάφορα θέματα στη σωστή στιγμή.

Το άτομο που διαθέτει καλές κοινωνικές δεξιότητες ξέρει να:

- Επικοινωνεί με αποτελεσματικό και λειτουργικό τρόπο,
- Να σέβεται τα προσωπικά του δικαιώματα, τα δικαιώματα του συνομιλητή, και τους κανόνες της ομάδας,
- Να υιοθετεί συμπεριφορές οι οποίες αρμόζουν στο κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο αλληλεπιδρά.

Αυτά που ακολουθούν είναι σχήματα τα οποία συνοψίζουν τους τρόπους διεκδικητικής συμπεριφοράς.

ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΑΜΥΝΑΣ

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΤΥΠΟΣ ΚΡΙΤΙΚΗΣ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ
ΚΡΙΤΙΚΗ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΜΕΝΗ	ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΕΠΙΜΟΝΗ
	ΑΝΑΙΤΙΑ	ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

ΣΧΗΜΑ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΕΠΙΜΟΝΗΣ	
ΦΑΣΕΙΣ	ΤΥΠΟΙ
1) Αποδοχή του φταιξίματος	Ναι, είναι αλήθεια, εγώ ήμουν. Είναι δικό μου το φταίξιμο Εγώ είμαι υπεύθυνος
2) Δήλωση μη πρόθεσης	Λυπάμαι, δεν είχα την πρόθεση.
3) Δήλωση της διαθεσιμότητας για επανόρθωση	Μπορώ να επανορθώσω με κάποιο τρόπο;

ΣΧΗΜΑ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ	
ΦΑΣΕΙΣ	ΤΥΠΟΙ
1) Υποθετική αποδοχή του λάθους	Ίσως είναι έτσι..... Θα μπορούσα να είχα κάνει διαφορετικά..... Θα μπορούσε να φανεί ότι.....
2) Διερεύνηση με ερωτήσεις οι οποίες αντανakλούν στη γνώμη του υποκινητή	Τι με συμβουλεύεις; Μπορείς να μου εξηγήσεις καλύτερα; Πού νομίζεις ότι έκανα λάθος; Τι θα είχες κάνει στη θέση μου;
3) Δήλωση διαθεσιμότητας για επανόρθωση	

ΛΕΞΙΟΤΗΤΑ ΕΠΙΜΟΝΗΣ

ΕΡΕΘΙΣΜΑ	ΤΥΠΟΣ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ
Χειριστής	Ξένος	ΔΙΑΚΟΠΤΟΜΕΝΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ
	Γνωστός	ΔΙΑΣΠΩΜΕΝΗ ΠΡΟΣΟΧΗ

ΣΧΗΜΑ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΤΟΜΕΝΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	
ΦΑΣΕΙΣ	ΤΥΠΟΙ
1) Αποδοχή της επαφής με στάση μερικής ευθύνης	Παρακαλώ; Πέστε μου. Τι θα επιθυμούσατε; Καθίστε.
2) Ανταμοιβή	Σε άλλες συνθήκες θα με ενδιέφερε. Δεν αμφιβάλω ότι άλλοι θα σας ικανοποιήσουν περισσότερο.
3) Άρνηση (ΕΠΙΜΟΝΗ)	Δεν ενδιαφέρομαι. Όχι, ευχαριστώ. Μου είναι αδύνατο.

ΣΧΗΜΑ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΔΙΑΣΠΩΜΕΝΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ	
ΦΑΣΕΙΣ	ΤΥΠΟΙ
1) Επίσημανση της αδιακρισίας	Δεν επιθυμώ να μιλήσω για αυτό. Ας αφήσουμε αυτό το θέμα. Αυτές οι ερωτήσεις μου προκαλούν αμηχανία.
2) Ασύνδετες και παράλογες απαντήσεις (ΕΠΙΜΟΝΗ)	Δεν είναι σωστό να επιμένετε. Ωραίος καιρός! Έχετε δίκιο (διάφορες κοινοτυπίες)

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ: ΣΕ ΠΟΙΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΧΡΗΣΙΜΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ BURNOUT.

Τα οργανωτικά μοντέλα μπορούν να παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του burnout. Πρέπει λοιπόν να δίνουμε ιδιαίτερη προσοχή στους τρόπους με τους οποίους δομούνται οι παραγωγικές διαδικασίες.

Τα οργανωτικά μοντέλα πρέπει να αποσκοπούν στην επίτευξη της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας, της οικονομίας, της ποιότητας, της ισοτιμίας και της καταλληλότητας στα αποτελέσματα του οργανισμού. Μια ανάπτυξη με αυτή τη λογική απαιτεί, κατά συνέπεια, τη σαφή διάκριση ανάμεσα στις λειτουργίες της διοίκησης και καθοδήγησης, που έχουν να κάνουν με την Ανώτατη Διοίκηση, και τις λειτουργίες της διαχείρισης, που αφορούν στους διευθυντές.

Η οργάνωση ενός οργανισμού που βασίζει τις παραγωγικές της διαδικασίες σε κατάλληλα οργανωτικά μοντέλα πρέπει λοιπόν να συμμορφώνεται στις ακόλουθες αρχές:

- Τον ορισμό του πεδίου αυτονομιών και ευθυνών,
- Τη σαφήνεια και ευκρίνεια των δεσμεύσεων που έχουν αναληφθεί αναφορικά με τους χρήστες,
- Τη συμμετοχή των εργαζομένων στις διαδικασίες και τις αποφάσεις του οργανισμού,
- Τη διάκριση των ευθυνών που αφορούν στις παραγγελίες από εκείνες που αφορούν στην παραγωγή των παροχών,
- Την αποκέντρωση των διαδικασιών λήψης αποφάσεων,
- Τον μη πλεονασμό.

Για το σεβασμό αυτών των αξιών, και προκειμένου ν' αποκτήσουν συγκεκριμένο περιεχόμενο, ένα καλό οργανωτικό μοντέλο θα πρέπει να θέτει τους ακόλουθους στόχους:

- Να είναι ανοικτό και να αναπτύσσει συνεχώς περισσότερο την ικανότητα αλληλεπίδρασης και σύνδεσης με το περιβάλλον του,
- Ν' αποκτήσει την ικανότητα να θέτει τις απαιτήσεις των χρηστών πάντα στο επίκεντρο κάθε απόφασης, προστατεύοντας ταυτόχρονα την υγεία και τα δικαιώματα των εργαζόμενων,
- Να επενδύει τόσο στις επαγγελματικές ικανότητες όσο και στη δομική και τεχνολογική καινοτομία,
- Να είναι εφοδιασμένο με συστήματα διαχείρισης ικανά να ενισχύουν τη διοικητική λειτουργία του προγραμματισμού, της επαλήθευσης και του ελέγχου,
- Να προσπαθεί να διατηρεί ένα όσο το δυνατό καλό κλίμα σχέσεων μεταξύ των εργαζομένων.

Οι αξίες που βρίσκονται στη βάση αυτής της θεώρησης δομούνται σε κατευθυντήριες αρχές οι οποίες, ως σημεία αναφοράς, καθορίζουν την υγειονομική – κοινωνική οργάνωση η οποία με αυτόν τον τρόπο λαμβάνει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Θέτει σε πρώτο επίπεδο τον σκοπό «υγεία» στον οποίο προτίθεται να συνεισφέρει, εγγυούμενη την ιδιαιτερότητα της ανάγκης για φροντίδα της οποίας φορέας είναι το άτομο όπου απευθύνονται οι υπηρεσίες, διασφαλίζοντας την καταλληλότητα και αποτελεσματικότητά τους, επιτυγχάνοντας την επιχειρησιακή επάρκειά των πόρων καθώς και την απόδοσή τους,
- Ευνοεί την πλήρη συνεργία με τις υπηρεσίες και τους πόρους του κοινωνικού περιβάλλοντος στο οποίο λειτουργεί,
- Εκλαμβάνει ως ειδικό και χαρακτηριστικό δεδομένο το ότι κα.) οι οποίοι συνεργάζονται μεταξύ τους για την επίτευξη του σκοπού «υγεία»,
- Έχουν συνείδηση, κάθε ένα από τα συστατικά του, του ηθικού σθένους και της συνεισφοράς που το έργο το οποίο παράγεται από τον κάθε ξεχωριστό επαγγελματία προσφέρει ή μπορεί να προσφέρει στην πλήρη

ικανοποίηση των αναγκών των χρηστών και ότι για αυτό το σκοπό είναι αναγκαίο να παρακινείται και να αναγνωρίζεται ενεργά αυτή η συνεισφορά,

- Εγγυάται τα αναγκαία μέσα για να μπορούν οι εργαζόμενοι να παράγουν έργο και να συμμετέχουν συνειδητά στην κλινική εργασία και τις διαδικασίες λήψης αντίστοιχων αποφάσεων, σε ένα πλαίσιο διεπαγγελματικής συνεργασίας,

- Θεμελιώνεται επί της αρχής της συνεργατικότητας και της συμμαχίας με το σύνολο των εξωτερικών και εσωτερικών υποκειμένων τα οποία μπορούν να συνεισφέρουν στην επίτευξη των στόχων της βελτίωσης της υγείας και της ευημερίας των χρηστών και της βελτίωσης της ποιότητας των παροχών και των υπηρεσιών,

- Φροντίζει για την επαγγελματική κατάρτιση και την ενημέρωση των εργαζομένων κατά τρόπο που να εγγυάται σε αυτούς ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης και σταδιοδρομίας ευνοώντας την ανάπτυξη των ικανοτήτων τους,

- Προάγει, και μέσω θετικών δράσεων, την ισότητα των δύο φύλων στην εργασία, ευνοώντας την ισορροπία μεταξύ επαγγελματικών και οικογενειακών ευθυνών,

- Είναι ανοικτή στην αντιπαράθεση επί των αποφάσεών της, τη δυναμική λειτουργίας της και τα αποτελέσματά της,

- Προάγει τη γνώση της λειτουργίας και της δραστηριότητας του οργανισμού σε μια οπτική διαδομένης υπευθυνοποίησης,

- Υποκινεί την ενεργό και συνειδητή συμμετοχή στις οργανωτικές συμπεριφορές και τα στιλ ζωής που είναι αναγκαία για την πρόληψή της του υπερβολικού φόρτου εργασίας και του burnout.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

«ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΑΝΑΤΟΣ»

Η νοσηλευτική χαρακτηρίζεται ως στρεσογόνος επιστήμη, καθώς οι νοσηλευτές καθημερινά αντιμετωπίζουν τον πόνο, τη λύπη, το θάνατο όσο λίγοι άλλοι επιστήμονες. Οι διαπροσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς, τις οικογένειές τους καθώς και με το λοιπό υγειονομικό προσωπικό, αποτελούν άλλη πηγή stress που πιθανόν να οδηγήσει τους νοσηλευτές στην επαγγελματική κόπωση, το γνωστό burn out.

Ο όρος burn out έχει περιγραφεί από πολλούς συγγραφείς. Κατά τους Firth και συνεργάτες, το burn out περιγράφει τη ψυχολογική ανταπόκριση στο stress των ανθρώπων οι οποίοι εργάζονται με άτομα που χρειάζονται φροντίδα. Ο Maslach υποστηρίζει ότι το burn out είναι ένα σύνδρομο συναισθηματικής εξουθένωσης, μείωσης της προσωπικότητας και μείωσης της προσωπικής ικανοποίησης που μπορεί να επηρεάσει τους ασκούντες εργασία με ανθρώπους (people work). Συναισθηματική εξουθένωση αναφέρεται στην αίσθηση ότι κάποιος δεν έχει τίποτα να προσφέρει στους άλλους σε ψυχολογικό επίπεδο, μείωση της προσωπικότητας είναι η ανάπτυξη αρνητικής στάσης της προσωπικής ικανοποίησης που αφορά την αρνητική αυτοεκτίμηση. Κατά τους Pines και τους συνεργάτες του, το burn out είναι αποτέλεσμα επαναλαμβανόμενης συναισθηματικής πίεσης που αφορά εκείνους που καλούνται να φροντίσουν άλλους ανθρώπους. Για να κατανοήσουμε την έννοια του burn out θα πρέπει να γνωρίσουμε τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του burn out στους νοσηλευτές.

Στόχος αυτού του άρθρου είναι να περιγράψει πως το νοσηλευτικό θεωρητικό μοντέλο της Betty Newman συμβάλλει στην αξιολόγηση του νοσηλευτικού burn out. Το μοντέλο στηρίζεται στην συνεχή αλληλεπίδραση του ατόμου με τους παράγοντες «stress» του περιβάλλοντός του τόσο σε καταστάσεις υγείας όσο και ασθένειας. Στο πρώτο μέρος αναφέρεται η εννοιολογική βάση του μοντέλου και στο δεύτερο περιγράφεται η εφαρμογή του μοντέλου στην εκτίμηση του burn out των νοσηλευτών.

Το θεωρητικό μοντέλο της Betty Newman

Το θεωρητικό μοντέλο της Betty Newman βασίζεται σε δύο κύρια μέρη: το stress και την ανταπόκριση του ατόμου στο stress. Κατά την Betty Newman η ανθρώπινη ύπαρξη περιγράφεται από μια σειρά ομόκεντρων κύκλων. Το κέντρο της (πυρήνας) περιβάλλεται από τριών ειδών περιφέρειες: την τριπλή γραμμή της αντίστασης (lines of resistance), την φυσιολογική γραμμή άμυνας (normal line of deface) και την ελαστική γραμμή της άμυνας (flexible line of deface), **όπως απεικονίζεται χαρακτηριστικά στο σχήμα 1**. Η κατασκευή του πυρήνα αντιπροσωπεύει τη βασική κατασκευή του ατόμου, δηλαδή τους παράγοντες επιβίωσης όπως γενετικοί χαρακτήρες καθώς και τα ασθενή ή

ισχυρά χαρακτηριστικά του κάθε ανθρώπου. Η τριπλή γραμμή αντίστασης προστατεύει την ακεραιότητα του πυρήνα από την επίδραση εξωτερικών στρεσογόνων παραγόντων. Η φυσιολογική γραμμή άμυνας αντιπροσωπεύει το συνηθισμένο για κάθε άνθρωπο επίπεδο ευεξίας. Κάθε άτομο σε κάποια χρονική στιγμή έχει αναπτύξει μία «φυσιολογική» αντίδραση στο περιβάλλον, η οποία αποτελεί την φυσιολογικά γραμμή άμυνας ή το σύνηθες επίπεδο ευεξίας. Η ελαστική γραμμή άμυνας προστατεύει την φυσιολογική κατάσταση του ατόμου και μοιάζει με ακορντεόν στην λειτουργία: όσο απομακρύνεται από την φυσιολογική γραμμή άμυνας τόσο μεγαλύτερη προστασία παρέχεται, ενώ όσο πλησιάζει λιγότερη προστασία παρέχεται. Πολλαπλές επιδράσεις στρεσογόνων παραγόντων πιθανόν να μειώνουν την αποτελεσματική δράση προστασίας της ελαστικής γραμμής άμυνας και να επιτρέψουν την προσβολή της φυσιολογικής γραμμής άμυνας. Όταν η φυσιολογική γραμμή άμυνας διατρυπάτε από έναν ή περισσότερους παράγοντες, τότε το άτομο παρουσιάζει σημεία νόσου. Όταν οι γραμμές αντίστασης αδυνατούν να ανατρέψουν τα συμπτώματα της νόσου τότε ο πυρήνας προσβάλλεται με πιθανό αποτέλεσμα την πλήρη απώλεια ενέργειας του ατόμου. Στόχος της λειτουργίας του συστήματος είναι η επίτευξη και διατήρηση σταθερού του επιπέδου ευεξίας του ατόμου, όταν επιδρούν στρεσογόνοι παράγοντες.

Παράγοντες που οδηγούν τους νοσηλευτές σε burn out.

Η έννοια του stress στην νοσηλευτική περιγράφεται από το 1959. Από την βιβλιογραφία προκύπτει ότι οι κυριότεροι στρεσογόνοι παράγοντες που ευθύνονται για το burn out των νοσηλευτών είναι: **ο θάνατος των νοσηλευομένων**, ο φόρτος εργασίας, οι διαπροσωπικές σχέσεις με τους συναδέλφους, οι σχέσεις με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, η έλλειψη προσωπικού και μη σαφείς εργασιακοί ρόλοι. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε ενδογενείς, διαπροσωπικούς και εξωγενείς χρησιμοποιώντας την ορολογία του θεωρητικού μοντέλου της B.Newman. Στη συνέχεια φαίνονται οι παράγοντες που οδηγούν τους νοσηλευτές στο burn out, όπως αυτοί περιγράφονται στη σχετική βιβλιογραφία.

Παράγοντες stress που οδηγούν τους νοσηλευτές στο burn out

1. Ενδογενείς

Ασθενείς που πεθαίνουν

Ασθενείς με φτωχή πρόγνωση επιβίωσης

Βαρύτητα ασθενών
Ανασφάλεια
Συναισθηματική φόρτιση από τους ασθενείς και τους συγγενείς τους
Προσωπικά προβλήματα

2. Διαπροσωπικοί

Σχέσεις με τους συναδέλφους
Εντάσεις στην ομάδα εργασίας
Όχι διασαφηνισμένοι ρόλοι
Έλλειψη επικοινωνίας
Έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης
Έλλειψη αναγνώρισης έργου από τους προϊσταμένους
Εργασία με μη έμπειρο νοσηλευτικό προσωπικό
Διαπληκτισμοί με επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων
Φόβος σε εμπλοκή νομικών πράξεων

3. Εξωγενείς

Εργασία με αναβαθμισμένο τεχνολογικά εξοπλισμό
Φόρτος εργασίας
Επίπεδα θορύβου στον όροφο
Γραφειοκρατία
Θέση εργασίας

Γίνεται αντιληπτό ότι οι περισσότεροι παράγοντες κατατάσσονται στους διαπροσωπικούς. Η σημασία της θέσης εργασίας έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών ερευνών. Αρκετές ερευνητικές εργασίες έχουν εκπονηθεί με θέμα το stress που βιώνουν οι νοσηλευτές στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Κοινό εύρημα των ερευνών είναι: ο φόρτος εργασίας, η σοβαρότητα των περιστατικών που νοσηλεύονται στις Μ.Ε.Θ. οι σχέσεις με το ιατρικό προσωπικό, ο τεχνολογικός εξοπλισμός, η έλλειψη προσωπικού. Στο χώρο της ψυχιατρικής νοσηλευτικής, έρευνες έχουν καταδείξει ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται με ψυχιατρικούς ασθενείς αντιμετωπίζουν στρεσογόνες καταστάσεις κυρίως στις σχέσεις τους με την διοίκηση. *Οι νοσηλευτές των ογκολογικών τμημάτων-κλινικών είναι εκείνοι οι οποίοι βιώνουν συχνότερα καταστάσεις burn out, μια και αντιμετωπίζουν πολύ συχνά ασθενείς που καταλήγουν.* Σε μια συγκριτική μελέτη η Foxal και οι συνεργάτες της εξέτασαν τη συχνότητα και τους παράγοντες που προκαλούν stress σε 35 νοσηλευτές μονάδος εντατικής θεραπείας, 73 νοσηλευτές χειρουργικών και παθολογικών κλινικών και 30 νοσηλευτών εργαζόμενων σε γηροκομείο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι παράγοντες stress για τους νοσηλευτές που εργάζονταν στη Μ.Ε.Θ. και το γηροκομείο ήταν η συχνότητα των θανάτων, ενώ για τους νοσηλευτές

των χειρουργικών και παθολογικών τμημάτων ξεχώρισαν παράγοντες σχετικοί με τον φόρτο εργασίας και την έλλειψη προσωπικού.

Τα συνήθη σημεία και συμπτώματα του burn out διακρίνονται σε φυσικά / σωματικά και ψυχολογικά / συναισθηματικά. Αναλυτικότερα περιλαμβάνουν :

Φυσικά / Σωματικά	Ψυχολογικά / Συναισθηματικά
Εξάντληση	Αίσθημα απόρριψης
Αλλαγές σωματικού βάρους	Αίσθημα ενοχής
Υπνηλία	Ανησυχία, άγχος
Γαστρεντερικές διαταραχές	Διαρκής λύπη
Επιρρέπεια στις νόσους	Αίσθημα ανυπαρξίας
Πονοκέφαλοι	Κατάθλιψη
Δερματολογικά προβλήματα	Κυνική συμπεριφορά
	Ευσυγκινησία
	Αρνητική συμπεριφορά

Εξετάζοντας τους παράγοντες του burn out υπό το πρίσμα του θεωρητικού μοντέλου της Betty Newman μπορούμε να κατανοήσουμε τη διαδικασία εμφάνισης των σημείων και συμπτωμάτων στους νοσηλευτές. Σύμφωνα με τη Newman περισσότεροι από έναν στρεσογόνοι παράγοντες μπορούν να επιδρούν στο άτομο (για το παρόν άρθρο είναι ο/η νοσηλεύτης/τρια) σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή. Η χρονική στιγμή επίδρασης, προηγούμενη και παρούσα κατάσταση του νοσηλευτή, η φύση του στρεσογόνου παράγοντα καθώς και το επίπεδο αντοχής του νοσηλευτή αποτελούν σημαντικά σημεία για την εμφάνιση του burn out. Εάν ένας στρεσογόνος παράγοντας διαρρήξει την ελαστική γραμμή άμυνας και έλθει σε επαφή με τη φυσιολογική γραμμή άμυνας, τότε το σύστημα θα αντιδράσει. Διαταράσσεται η σταθερότητα του συστήματος και ο νοσηλευτής εμφανίζει συμπτώματα «ασθένειας». Εάν ο στρεσογόνος παράγοντας συνεχίσει να δρα τότε οι γραμμές αντίστασης ενεργούν ως προστάτες της βασικής κατασκευής. Εάν όμως οι γραμμές αντίστασης δεν μπορούν να παρέχουν προστασία, τότε επέρχεται θάνατος στο σύστημα. Σύμφωνα με το θεωρητικό μοντέλο της B.Newman, οι στρεσογόνοι παράγοντες είναι το ερέθισμα που προκαλεί ένταση και καταστροφή της ισορροπίας που φυσιολογικά υπάρχει μεταξύ νοσηλευτή και περιβάλλοντος. **Σχηματικά οι επιδράσεις των στρεσογόνων παραγόντων στο νοσηλευτή περιγράφονται στο σχήμα 2.**

Τα αποτελέσματα της επίδρασης των στρεσογόνων παραγόντων αναγνωρίζονται εύκολα από τα συμπτώματα του burn out που εμφανίζει ο νοσηλευτής. Πρέπει να σημειωθεί ότι δεν παρουσιάζουν όλοι οι

νοσηλευτές τα ίδια σημεία και συμπτώματα του burn out. Η προσωπικότητα του νοσηλευτή καθώς και η ικανότητα προσαρμογής του στις στρεσογόνες καταστάσεις αποτελούν κύριους παράγοντες προστασίας του burn out. Ως προσωπικότητα ορίζεται το σύνολο των πνευματικών, συναισθηματικών και κοινωνικών αξιών του ατόμου ενώ η προσαρμογή αφορά στο σύνολο των ενεργειών με τις οποίες το άτομο προσπαθεί να ελέγξει τις τυχόν απαιτήσεις ή δυσκολίες του περιβάλλοντός του.

Κατά την B.Newman η προσωπικότητα και η προσαρμογή αποτελούν την ελαστική γραμμή άμυνας η οποία λειτουργεί ως προστατευτικό περίγραμμα του συστήματος από τους στρεσογόνους παράγοντες.

Οι τεχνικές που συνήθως εφαρμόζουν οι νοσηλευτές για να προσαρμόζονται στο εργασιακό stress, αποτελούν επίσης προστασία από το burn out. Η Ceslowitz εξέτασε τις τεχνικές που χρησιμοποιούσαν 150 νοσηλευτές τεσσάρων γενικών νοσοκομείων, σε σχέση με την εμφάνιση του burn out. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι συνηθέστερες τεχνικές ήταν :

- α. σχεδιασμένοι επίλυση των προβλημάτων που παρουσιάζονταν στην εργασία
- β. θετική αντιμετώπιση δυσκολιών
- γ. υποστήριξη από κοινωνικές υπηρεσίες και
- δ. αποδοχή της εργασίας όπως είναι χωρίς να είναι σε βάρος του νοσηλευτή.

Γίνεται λοιπόν εμφανές ότι είναι αναγκαίο να γνωρίζουμε τους στρεσογόνους παράγοντες που ευθύνονται για την εκδήλωση του burn out στους νοσηλευτές, καθώς και τους μηχανισμούς άμυνας που αναπτύσσουν οι νοσηλευτές έναντι του burn out. Το νοσηλευτικό θεωρητικό μοντέλο της Betty Newman μας βοηθά να κατανοήσουμε την διαδικασία δράσης των παραγόντων αυτών στους νοσηλευτές καθώς και τη σημασία των μηχανισμών προστασίας από τους παράγοντες αυτούς καθώς και όπως υποστηρίζουν οι Cronnin-Syltubbs & Rooks :

«Η ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα μπορεί να αποδοθεί από νοσηλευτές οι οποίοι είναι σε πολύ καλή φυσική και ψυχολογική κατάσταση και όχι από εκείνους που είναι εξουθενωμένοι, χωρίς κίνητρα και απαθείς για το έργο που προσφέρουν».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

***«Ολιστική προσέγγιση ασθενούς
σε τελικό στάδιο»***

Κατά τον πατέρα της Ιατρικής, *Ιπποκράτη*, ο θάνατος είναι ένα ολέθριο, απρόβλεπτο, απροσδόκητο γεγονός – ο εχθρός που έρχεται αιφνιδιαστικά. Ανάμεσα στην έννοια και στο πραγματικό γεγονός υπάρχει μια αντινομία. Ο θάνατος είναι μια αργή διαδικασία, μια «χρονολογία», όπως λέει ο Bichat, όχι ένα γεγονός «χωρίς διάρκεια». Η ανατομική παθολογία εγγυάται μια και μόνη βεβαιότητα: Ο θάνατος αποτελεί μια φυσιολογική καταστροφή. Ο φυσιολογικός οργανισμός και τα νευροψυχικά δίκτυα που ίσαμε τώρα εξασφάλιζαν το σωματικό έρεισμα της συνείδησης και, ακριβέστερα, πρόσφεραν τα συγκεκριμένα μέσα για την επαλήθευση της υπόστασης του ατόμου, αυτά τώρα αποσυνθέτονται. Η συνείδηση κατέχει, κατευθύνει, κυβερνά το σώμα σε μεγάλο βαθμό. Ωστόσο, δεν μπορεί να ενεργοποιηθεί, άρα να υπάρχει χωρίς αυτό: Ο άνθρωπος είναι το σώμα του. Μακριά από αυτό, χάνει την υποστασιακή του ακεραιότητα. Σώμα και συνείδηση μοιάζουν άρρηκτα συνδεδεμένα ως την στιγμή της αποδιάρθρωσης του βιοφυσιολογικού οργανισμού. Το Γαλλικό όπως και το αμερικανικό δίκαιο, ορίζεται η στιγμή του θανάτου ως ζήτημα “de facto” και όχι ως ζήτημα “de jure”. Έτσι λοιπόν ο γιατρός προσδιορίζει το θάνατο, τον τρόπο με τον οποίο επήλθε, καθώς και τα αίτια που τον προκάλεσαν, εκτελώντας μια βαθύτατα κοινωνική πράξη, την στιγμή που ο ίδιος ο νεκρός, δεν μπορεί να τον επικυρώσει εφόσον έχει απολέσει την συνείδησή του.

Στη σύγχρονη τεχνολογική κοινωνία μας, ο μεγαλύτερος αριθμός θανάτων συμβαίνει στα νοσοκομεία, πολλές φορές έπειτα από μακρά παραμονή σ’ αυτά, τα οποία είναι ιδρύματα που δημιουργήθηκαν από την κοινωνία για εξυπηρέτηση θεραπευτικών σκοπών. Για να είμαστε, όμως πιο κοντά στην ιστορική αλήθεια, οφείλουμε να πούμε πως ο σχετικός θεσμός, στις πρώτες φάσεις της ανάπτυξής του, προοριζόταν κυρίως για τους φτωχούς κι ανήμπορους ή για τους ετοιμοθάνατους. Καθώς η επιστήμη και η τεχνολογία της ιατρικής και των άλλων υγειονομικών κλάδων εμπλουτιζόταν από την δραματική εξέλιξη και ανάπτυξη που χαρακτηρίζει το θέμα της υγείας στον αιώνα μας, ολόκληρη η ατμόσφαιρα, η αίσθηση, ο τρόπος και η κοινωνική οργάνωση του νοσοκομείου τη μετέβαλαν από ίδρυμα φιλανθρωπίας και μελλοθανάτων σε ίδρυμα που βασικό προορισμό έχει τη φροντίδα, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και όλη την διαδικασία ανάρρωσης των ασθενών.

Σε μια διαφοροποιημένη κοινωνία, όπως η δική μας, όπου τα πάντα είναι πολύπλοκα, τείνουμε να αποδίδουμε στους ανθρώπου και τα ιδρύματα κάποιο κοινωνικό ρόλο, αποστολή που δίνει νόημα στο σκοπό τους, στη λειτουργία τους και τις αξίες τους. Οι σημερινοί ρόλοι των υγειονομικών επαγγελματιών έχουν αναδυθεί μέσα από τις ίδιες επιτεύξεις του, και μέσα από την εξέλιξη των κοινωνικών προσδοκιών. Με την σύγχρονη τεχνολογική έμφαση επάνω στην ιστορία των θεραπευτικών επιτυχιών, ο ασθενής, που η αρρώστιά του δεν μπορεί να θεραπευτεί και ο ετοιμοθάνατος συνιστούν για τα υγειονομικά επαγγέλματα αποτυχία

σκληρή που προκαλεί τον προκαθορισμένο ρόλο τόσο των επαγγελματιών, όσο και των ιδρυμάτων. Η οργανική σημασία του θανάτου στα νοσοκομεία είναι η θεσμική απάντηση σ' ένα γεγονός που σήμερα επισημαίνεται σαν αποτυχία και που μας είναι συνεχής υπόμνηση των ορίων της ιατρικής γνώσης και των ιατρικών ικανοτήτων.

Μια δεύτερη, πιο λεπτή διάσταση της οργανικής σημασίας του θανάτου είναι ο διαφορετικός στόχος που προσδιορίζεται από τις ανάγκες ενός ετοιμοθάνατου σε σύγκριση με τις ανάγκες του ασθενούς, που η αρρώστια του πάει για αποθεραπεία. Ο άνθρωπος που συμβαίνει να είναι άρρωστος είναι, πράγματι, αναπόσπαστο κομμάτι της όλης διαδικασίας της αρρώστιας και οι αντιδράσεις του είναι καίριας σημασίας για την θεραπευτική, την φροντίδα και την μελλοντική του ζωή. Στην περίπτωση των ετοιμοθάντων, οι σημερινοί τρόποι του νοσοκομείου, που δίνουν έμφαση στη διαδικασία της αρρώστιας και στο αρρωστημένο όργανο, δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους. Το θνήσκειν είναι μια ολοκληρωτική κι απόλυτη εμπειρία και στο σύνορο του θανάτου, το αρρωστημένο όργανο παύει να έχει την πρωταρχική σημασία.

Τα Νοσοκομεία σήμερα έχουν καταλήξει να είναι απρόσωπα ιδρύματα όπου πολλές φορές είναι δύσκολο να πεθάνει κανείς με αξιοπρέπεια. Δεν υπάρχει στις περισσότερες περιπτώσεις ούτε χρόνος ούτε χώρος, μέσα στη συνηθισμένη ρουτίνα, για να καταγίνεται ολοκληρωμένα με τις ανθρώπινες ανάγκες των αρρώστων. Τα νοσοκομεία μέσα από το πατερναλιστικό ρόλο που το σύστημα δίνει στην σύγχρονη ιατρική, επιδιώκουν να ασχολούνται με την νοσηλεία και την θεραπευτική, με ένα στείρο και περιορισμένο τρόπο, αποφεύγοντας να αντιμετωπίσουν τους ασθενείς ως βιο-ψυχο-κοινωνικές οντότητες. Οι επαγγελματίες στα νοσοκομεία (γιατροί – νοσηλευτές) έχουν προσδιορίσει το ρόλο τους, τις προσδοκίες τους και τη ρουτίνα της δουλειάς τους, που απλούστατα δεν έχει να κάνει τίποτα με τους ετοιμοθάνατους. Το αντίθετο θα ήταν απειλή για τον ρόλο των επαγγελματιών υγείας και ιδιαίτερα για τους γιατρούς, αφού θα προκαλούσε σε βάρος τους εντυπώσεις ανεπάρκειας και ασυνέπειας ανάμεσα σε όλους όσους τους βλέπουν ως θεραπευτές. Επιπλέον μέσα στην γενικότερη συμπεριφορά τους, εμφανίζουν κάποια αίσθηση ανησυχίας, αλλά και ενοχής, σαν αντιμετωπίζουν ανθρώπους που παραδόθηκαν με εμπιστοσύνη στη φροντίδα τους και που, παρ' όλες τις προσπάθειες, η ζωή τους τερματίζεται. Και υποβάλλει την ανάγκη της έρευνας για να διαπιστωθεί αν έγινε ότι έπρεπε, αν υπήρχαν κι άλλες δυνατότητες, αν χρησιμοποιήθηκαν όλα τα διαγνωστικά και θεραπευτικά μέσα. Ένα κοινό ερώτημα που τίθεται συνήθως είναι: *Υπάρχει άραγε κάποιο κέντρο πουθενά στον κόσμο που να μπορούσε να κάνει κάτι άλλο;* Μια άλλη συνηθισμένη σκέψη είναι να αναρωτιόμαστε αν έχουμε διαπράξει κάποιο λάθος που να μπορεί να προκάλεσε τον θάνατο. Και κάπου μέσα στο κλίμα του νοσοκομείου αιωρείται η υποψία πως, ενώ

όλοι οι άλλοι άνθρωποι έχουν δικαίωμα να κάνουν λάθη και να διαπράττουν σφάλματα, οι γιατροί και οι νοσηλευτές δεν το δικαιούνται.

Για να κατανοήσουμε πως ένας ασθενής εντάσσεται στο όλο σύστημα του νοσοκομείου πρέπει να αναγνωρίσουμε πως το νοσοκομείο αντιπροσωπεύει ένα θεσμό που, κάποτε παρεξηγημένα και κάποτε με κακή πρακτική, έχει τυποποιήσει τις υπηρεσίες που προσφέρει στους ασθενείς για τις διάφορες ατομικές τους ανάγκες. Ο ετοιμοθάνατος ασθενής όμως, παρουσιάζει μια σειρά ανθρωπίνων καταστάσεων που εμφανίζουν τις ανάγκες του ανέκτιστες να χωρέσουν στη ρουτίνα και σε τύπους. Και είναι μ' αυτή την θεμελιακή έννοια που ο ετοιμοθάνατος αποβαίνει απειλή για το νοσοκομείο και το προσωπικό. Οι προκαθορισμένες ενέργειες και οι τυποποιημένες οδηγίες, σαν εφαρμόζονται στην περίπτωση του ετοιμοθάνατου παύουν να έχουν σημασία και πάνω απ' όλα, παύουν να προσφέρουν ικανοποίηση είτε στους φορείς είτε στους αποδέκτες τους.

Παρ' όλα αυτά εξετάζοντας την συμπεριφορά των νοσηλευτών κι όχι μόνο, απέναντι σε ετοιμοθάνατους ασθενείς, βλέπουμε πως πέρα από το βιοιατρικό μοντέλο ανάπτυξης των νοσοκομείων προβάλλει ως εναλλακτική λύση η ολιστική προσέγγιση ασθενών σε τελικό στάδιο.

Σύμφωνα λοιπόν με την θεωρία αυτή, κάθε ασθενής δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μονοδιάστατη ύπαρξη, που έχει ανάγκη συγκεκριμένης ιατρικής κάλυψης, αλλά ως πολυδιάστατη προσωπικότητα (οργανικά, πνευματικά, κοινωνικά) που έχει ανάγκη εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα που να απαντά σε όλες του τις ανάγκες που θα προκύψουν κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο. Ο σεβασμός στην ιδιαίτερη προσωπικότητα του κάθε ασθενούς δεν σταματά ακόμα και την στιγμή που πεθαίνει. Συνήθως οι ασθενείς ιδιαίτερα στα ελληνικά νοσοκομεία ακολουθούνται από τους συγγενείς που αποτελούν πολύτιμο στήριγμα κατά την παραμονή τους σε αυτά. Πολλές φορές συμβαίνει όμως ασθενείς να εγκαταλείπονται, ιδιαίτερα μετά από μακροχρόνια παραμονή στο νοσοκομείο, να μένουν πολλές ώρες μόνοι τους ή ακόμα να μην υπάρχει κανείς από το οικείο περιβάλλον τους (*staff patients*). Καθήκον του νοσηλευτή είναι τόσο να μην αφήνεται ασθενής να νιώσει το συναίσθημα της μοναξιάς ή να το απαλύνουν όσο το δυνατόν γίνεται, καθώς και η στήριξη του οικείου περιβάλλοντος. Ο ετοιμοθάνατος δεν πρέπει να βιώσει το αίσθημα της εγκατάλειψης και να νιώθει σίγουρος πως μετά το θάνατό του θα αντιμετωπιστεί με αξιοπρέπεια. Σημαντικό επίσης είναι να γνωρίζουν οι νοσηλευτές τα στάδια που θα περάσουν οι ασθενείς καθώς οδηγούνται στο τέλος.

- Άρνηση: «Όχι, όχι εγώ» Τυπική αντίδραση ασθενούς που μαθαίνει πως η ασθένειά του είναι αθεράπευτη και σύντομα καταλήγει.
- Οργή και Θυμός: «Γιατί εγώ;» Ο ασθενής δυσφορεί με το γεγονός πως άλλοι γύρω του παραμένουν υγιείς και ζωντανοί.

- Διαπραγμάτευση: «Ναι, εγώ, μα...» Οι ασθενείς διαπραγματεύονται για περισσότερο χρόνο
- Κατάθλιψη: «Καλά, εγώ» Στην αρχή λυπάται για πράγματα που δεν έκανε, για λάθη που διέπραξε. Στη συνέχεια μπαίνει στη φάση της προπαρασκευαστικής θλίψης, κι έπειτα ετοιμάζεται για τον ερχομό του θανάτου. Εδώ ο ασθενής δεν αναζητά οικεία πρόσωπα.
- Αποδοχή: «Η ώρα μου πλησίασε, εντάξει» Στάδιο άδειο από συναισθήματα.

Σε όλα τα στάδια αυτά ο νοσηλευτής θα πρέπει να σταθεί κοντά στον άρρωστο, να πετύχει να τον προσεγγίσει, να αποσπάσει την εμπιστοσύνη του και να απαντήσει σε όλα τα ερωτήματα που θα προβάλλουν χωρίς προσπάθεια συγκάλυψης της πραγματικότητας. Απώτερος σκοπός του είναι να φτάσει στο στάδιο της αποδοχής με ηρεμία και εσωτερική ειρήνη. Στις στιγμές αυτές οι ετοιμοθάνατοι έχουν περισσότερο ανάγκη ψυχολογική υποστήριξη, που τόσο έχει παρεξηγηθεί, παρά εξεζητημένης νοσηλευτικής φροντίδας κενής περιεχομένου εφόσον το αποτέλεσμα είναι μη αναστρέψιμο.

Πολλές φορές τόσο οι γιατροί όσο και οι νοσηλευτές δεν έχουν την δυνατότητα να απαντήσουν σε κάθε πτυχή της προσωπικότητας των ετοιμοθάντων. Εδώ προβάλλει η αναγκαιότητα ύπαρξης της διεπαγγελματικής ομάδας. Ψυχολόγοι αν υπάρχουν στο νοσοκομείο θα μπορούσαν να βοηθήσουν να περάσει ο ετοιμοθάνατος με μεγαλύτερη ευκολία τα στάδια, φτάνοντας στην αποδοχή. Σημαντικός επίσης είναι και ο ρόλος του κλήρου. Μπορεί να μας φαίνεται αστείο, μα αξίζει να σημειωθεί πως η υπηρεσία του κλήρου περιέχει μια ασφαλιστική δικλείδα, που μπορεί να βοηθήσει τον ετοιμοθάνατο να νιώσει πως θα επιτελέσουν σωστά το έργο τους μέχρι την στιγμή που ο ασθενής θα καταλήξει. Ιερείς από όλα τα δόγματα θεωρούνται εκπρόσωποι μια ανώτερης δύναμης και η παρουσία τους απαντάει στα μεταφυσικά ερωτήματα που θέτει ο ετοιμοθάνατος αναλόγως της κουλτούρας του.

Κλείνοντας το κεφάλαιο αυτό θα θέλαμε να τονίσουμε πως τα νοσοκομεία μας, και οι επαγγελματίες υγείας άνοιξαν μεγάλους δρόμους όπου οι αρρώστιες αναλύονται και σε μεγάλο βαθμό είναι ικανοποιητικά αντιμετωπίσιμες. Ωστόσο, η φροντίδα του ετοιμοθάντου αποτελεί ακραίο παράδειγμα που η επαγγελματική πρόκληση απαιτεί να εγκαταλείψουμε τον μονόδρομο της διαρκώς εξελισσόμενης βιοιατρικής τεχνολογίας και να τολμήσουμε να κινηθούμε στους στενούς παράδρομους που μας προσγειώνουν στις ειδικές ανάγκες και τις ανθρώπινες διαδικασίες του αρρώστου που έχει εμπιστευθεί τον εαυτό του στη φροντίδα ανθρώπων που θα μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν αποτελεσματικά τους εαυτούς τους σαν όργανα βοήθειας και ελπίδας ακόμα και στην ύστατη στιγμή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

«ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ»

ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ.

Η δυνατότητα αντικατάστασης ζωτικών οργάνων που εμφανίζουν τελικό στάδιο νόσου, με άλλα υγιή, αποτελεί την μεγαλύτερη κατάκτηση του αιώνα μας. Η ιστορία των μεταμοσχεύσεων ακολουθεί παράλληλα την ιατρική αντίληψη για την θεραπευτική αντιμετώπιση των διαφόρων νόσων, όπως αυτή εξελίχθηκε από την εποχή του Ιπποκράτη μέχρι την Αναγέννηση, που η επούλωση των τραυμάτων μπορούσε να θεωρηθεί μαγικό φίλτρο μάλλον, παρά ιατρικό φαινόμενο.

Από χειρουργική άποψη, η μεταμόσχευση δεν είναι παρά επιτυχής επαναγγείωση οργάνου ή ιστών και επομένως, ουσιαστικά, μεταμόσχευση σημαίνει επιτυχής επανασυρραφή αγγείων. Με αυτή την έννοια, δίκαια ο δεύτερος και τελευταίος χειρουργός που τιμήθηκε με το βραβείο Nobel, Alexis Carrel, δήλωνε το 1916, κατά την διάρκεια της τιμητικής διάλεξης κατά την βράβευση του, ότι, «από χειρουργικής απόψεως, το πρόβλημα των μεταμοσχεύσεων έχει λυθεί». Είχε μόλις πετύχει την πρώτη επιτυχή αυτομεταμόσχευση νεφρού σε σκύλο, με απευθείας συρραφή των νεφρικών αγγείων.

Με το επίτευγμα αυτό του Carrel, φαινόταν πραγματοποιήσιμο το όραμα των Ελλήνων να υπάρξουν βιολογικά εξιδανικευμένα όντα αρμονικού συνόλου και υγείας, όπως εκείνοι πρώτοι τα παρουσίασαν με σύμβολα διάφορα μυθικά τέρατα όπως η Χίμαιρα, οι Κένταυροι, και οι Τιτάνες, παραβλέποντας το αφύσικο της συνύπαρξης γενετικά διαφόρων ιστών, στο ίδιο άτομο.

Τις πρώτες όμως θετικές προσπάθειες για μεταμόσχευση συναντάμε κατά την εποχή της Αναγέννησης. Είναι η εποχή που μπαίνουν οι βάσεις της επιστημονικής θεραπευτικής και την θέση των φαντασιώσεων, που παίρνουν οι συνειδητές προσπάθειες για την διατήρηση της ακεραιότητας του σώματος. Ο Σικελός Branca το 1503, επιχειρεί για πρώτη φορά μεταφορά δέρματος από ένα άτομο σε άλλο, αποτυγχάνει όμως για άγνωστες αιτίες. Μ' αυτό το δεδομένο, οι αναφορές αυτής της περιόδου στην μεταμόσχευση οργάνων και καρδιάς από τους Κινέζους Pien Ch' Iao και Hua T' O, μπορούν να θεωρηθούν ιατρική μυθολογία. Ακόμα, την ίδια εποχή η μεταμόσχευση άκρου που επιτυγχάνεται από τους Αγίους Κοσμά και Δαμιανό, σε πιστό που δέχτηκε σαν μόσχευμα το κάτω άκρο πρόσφατα θανόντος Μαυριτανού, μπορεί να χαρακτηριστεί θρησκευτικό θαύμα μάλλον, παρά ιατρική πράξη.

Επιτυχής επιστημονικές πράξεις την εποχή εκείνη θεωρούνται οι εγχειρήσεις του Tagliacozzi και την Bologna, που στο τέλος του 16^{ου} αιώνα καθιέρωσε τα δερματικά μισχωτά μοσχεύματα, με προοπτική πάντα να πετύχει τη συμπλήρωση ελλειμμάτων ή δυσμορφιών στο ανθρώπινο σώμα. Ο ίδιος πίστευε ότι γρήγορα θα κατάφερνε την επούλωση ελεύθερων μοσχευμάτων είτε από δέρμα ή οστίτη ιστό και χόνδρο ή ακόμα και από αδένες. Όμως τα επόμενα χρόνια και μέχρι το τέλος του 18^{ου} αιώνα, το ενδιαφέρον συγκεντρώνεται στις περιγραφές του Sir William Hunter σχετικά με την τύχη αλλομοσχευμάτων μεταξύ ζώων και ανθρώπων ακόμα, που πράγματι περιέχουν ανεξήγητες επιτυχίες, όχι όμως απαραίτητα μυθολογικές. Κατά την διάρκεια του 19^{ου} αιώνα που γενικά θεωρείται σαν η αφετηρία της σύγχρονης ιατρικής, εμφανίζονται σποραδικές ανακοινώσεις όσον αφορά τις μεταμοσχεύσεις, οι οποίες όμως παίρνουν περισσότερο την μορφή μεταφοράς ιστών, παρά την μορφή αντικατάστασης οργάνων. Οι πιο αξιόλογες είναι του Von Walther το 1820 στην Βόννη και του Bonger στο Αμβούργο, που μεταφέρουν για πρώτη φορά λεπτούς δερματικούς κρημνούς από τον μηρό στο πρόσωπο. Το 1869, ο Reverdin εισάγει στην χειρουργική τον λεπτό δερματικό κρημνό για ρινικό μόσχευμα με καταπληκτική επιτυχία και ο Albert στην Βιέννη διατείνεται ότι έχει το πρώτο λειτουργικό αυτομόσχευμα από νευρικό ιστό.

Μέχρι το τέλος του προηγούμενου αιώνα, εκτός του Von Hippel που πετυχαίνει πρώτος μεταμόσχευση κερατοειδούς και του Kocher που πειραματίζεται στην μεταμόσχευση θυρεοειδούς, όλες οι άλλες αναφορές, απλά περιγράφουν βελτιωμένες εγχειρήσεις τεχνικές που δεν ξεπερνούν το όριο του δέρματος και του οστίτη ή χόνδρινου ιστού. Οι μεταμοσχεύσεις οργάνων, με την έννοια που δίνουμε σήμερα, είναι επίτευγμα του αιώνα μας. Από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα, είχε γίνει σαφές, ότι την επιβίωση του μοσχεύματος επηρέαζαν άγνωστοι παράγοντες, που η διερεύνηση τους απαιτούσε την συνεργασία περισσότερων ειδικών επιστημόνων εκτός του χειρουργού.

ΕΙΔΙΚΟΙ ΟΡΟΙ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΕΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ ΣΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ.

Θεωρούμε απαραίτητο να διευκρινίσουμε μερικούς όρους της ανοσοβιολογίας που δεν χρησιμοποιούνται στην καθημερινή ιατρική γλώσσα.

Χιμαιρισμός ή κατάσταση Χίμαιρας: Αποτελεί τον ιδανικό στόχο μιας μεταμόσχευσης και ονομάζεται η βιολογική κατάσταση κατά την οποία συνυπάρχουν στο ίδιο άτομο (άνθρωπο ή ζώο) κύτταρα ή ιστοί διαφορετικού γενετικού τύπου, χωρίς να προκαλείται καμία αντίδραση. Η κατάσταση αυτή προκαλείται τεχνητά σε ορισμένα είδη ζώων για πειραματικούς σκοπούς. Στον άνθρωπο συμβαίνει φυσιολογικά μόνο στην εγκυμοσύνη, που η μητέρα δεν αντιδρά στα αντιγονικά στοιχεία του πατέρα που έρχονται στην κυκλοφορία της, από την κυκλοφορία του εμβρύου(η παλιά αντίληψη ότι ο πλακούντας παίζει το ρόλο ενός είδους φίλτρου, δεν ισχύει σήμερα). Τεχνητή χίμαιρα θεωρείται και ο μεταμοσχευμένος άνθρωπος που ζει με μόσχευμα σε καλή λειτουργία. Ακόμα ένας τύπος χίμαιρας είναι και ο καρκινοπαθής σε οποιοδήποτε στάδιο της νόσου του, με σπάνιες εξαιρέσεις τις περιπτώσεις που το ανοσοποιητικό σύστημα του ατόμου αντιδρά στα καρκινικά αντιγόνα και αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τη νόσο (την εξέλιξη της όγκου).

Αντιγόνο είναι κάθε χημική ή βιολογική ένωση που είναι ικανή να προκαλέσει ανοσοβιολογική αντίδραση. Η ένταση της αντίδρασης συνδέεται με την αντιγονικότητα του αντιγόνου, που και αυτή εξαρτάται από το μέγεθος του αντιγονικού μορίου. Το δραστικό τμήμα του αντιγόνου, που μπορεί να αποτελεί τμήμα μακρομοριακής ένωσης ή να μεταφέρεται στην κυτταρική μεμβράνη, ονομάζεται αντιγονικός καθοριστής και είναι υπεύθυνος για την εξειδίκευση των κυτταρικών στοιχείων ή των ειδικών αντισωμάτων που παράγονται στην ανοσοαντίδραση.

Αντισωματική ανοσία:Είναι η αντίδραση του ανοσοποιητικού συστήματος συμβατότητας σε κάποιο αντιγονικό ερέθισμα που εκδηλώνεται με παραγωγή αντισωμάτων για το αντιγόνο που προκάλεσε την αντίδραση.

Κυτταρική ανοσία:Είναι η αντίδραση του ανοσοποιητικού συστήματος σε κάποιο αντιγονικό ερέθισμα, που εκδηλώνεται με ειδικούς κλώνους λεμφοκυττάρων, ικανών να αντιδράσουν και να εξουδετερώσουν το αντιγόνο που την αντίδραση.

Ανοσοδραστικότητα: Είναι η ικανότητα ενός αντιγονικού στοιχείου να προκαλέσει ανοσοβιολογική αντίδραση.

Ανοσοδυναμισμός: Είναι η ικανότητα ενός ατόμου (ανθρώπου ή ζώου) ή μιας ομάδας κυττάρων να αντιδράσουν ανοσοβιολογικά μετά από ερεθισμό σε κάποιο αντιγόνο. Προϋποθέτει βέβαια ένα ώριμο και ακέραιο ανοσοποιητικό σύστημα.

Ιστοσυμβατότητα: Ονομάζεται η σχέση (ομοιότητα ή διαφορά) των αντιγόνων που ενδιαφέρουν τις μεταμοσχεύσεις, μεταξύ του δότη ενός μοσχεύματος και του λήπτη. Υπενθυμίζεται ότι αντογονική «φυσιογνωμία» κάθε ατόμου είναι γενετικά προκαθορισμένη με συγκεκριμένα γονίδια, σε συγκεκριμένες θέσεις ενός χρωμοσώματος.

Αυτομόσχευμα (παλαιότερα αυτόλογο μόσχευμα): Είναι το μόσχευμα που μεταφέρεται από μια θέση του σώματος σε άλλη, στο ίδιο άτομο. Ευνόητο είναι ότι δεν υπάρχουν φαινόμενα απόρριψης.

Ισομόσχευμα (παλαιότερα ισόλογο ή συγγενικό μόσχευμα): Είναι το μόσχευμα που ανταλλάσσεται μεταξύ γενετικά ταυτόσημων ατόμων και βιολογικά συμπεριφέρεται σαν αυτομόσχευμα.

Αλλομόσχευμα (παλαιότερα ομοιομόσχευμα ή ομόλογο ή αλλογονικό μόσχευμα): Είναι το μόσχευμα που ανταλλάσσεται μεταξύ γενετικά διάφορων ατόμων, αλλά ανήκουν στο ίδιο είδος (π.χ. από άνθρωπο σε άνθρωπο, με εξαίρεση μόνο τους διδύμους, από σκύλο σε σκύλο, από ποντίκι σε ποντίκι, με την προϋπόθεση ότι δεν είναι καθαρόαιμα γενετικά. Είναι ο κοινότερος τύπος κλινικών και πειραματικών μοσχευμάτων και προκαλεί πλήρη εκδήλωση της ανόσιας των μοσχευμάτων.

Ξενομόσχευμα (παλαιότερα ετερομόσχευμα ή ετερόλογο ή ξενογονικό μόσχευμα): Είναι το μόσχευμα που ανταλλάσσεται μεταξύ ατόμων διαφορετικού είδους (π.χ. από χοίρο σε άνθρωπο, από πίθηκο σε άνθρωπο κλπ). Τα φαινόμενα απόρριψης είναι τα πιο έντονα που παρατηρούνται στις μεταμοσχεύσεις.

Ανοσία των μεταμοσχεύσεων: Είναι το σύνολο των αντιδράσεων του ανοσοποιητικού συστήματος του λήπτη, σε άλλο- ή ξενομόσχευμα, που προκαλείται από τη διαφορά στα αντιγόνα ιστοσυμβατότητας (που ονομάζονται και αντιγόνα των μεταμοσχεύσεων ή ιστικά αντιγόνα) και εκδηλώνεται σε τρεις φάσεις, την προϊούσα ή αναγνωριστική, την κεντρική ή φάση της

διεύρυνσης και την επιούσα ή καταστροφική. Προϋποθέτει ανοσοδυναμικό ανοσοποιητικό σύστημα του λήπτη και ανοσοδραστικό μόσχευμα.

Ανοσοκαταστολή: Ονομάζεται η τροποποίηση μέχρι του σημείου τέλειας κατάργησης της ανοσίας των μεταμοσχεύσεων, με οποιοδήποτε τρόπο φυσικό, χημικό, βιολογικό ή φαρμακευτικό.

Απόρριψη: Ονομάζεται η σταδιακή μέχρι τέλειας κατάργησης της λειτουργίας ενός μοσχεύματος και συμβαίνει σαν αποτέλεσμα της ανοσίας των μεταμοσχεύσεων. Στην ουσία αποτελεί την ανατομική και λειτουργική καταστροφή του μοσχεύματος από την επιούσα φάση της ανοσοαντίδρασης (αντισωματική και κυτταρική).

Η ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΣΑΝ ΑΝΟΣΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ.

Όπως αναφέρθηκε, κάθε μεταμόσχευση προκαλεί την ανοσοαντίδραση του λήπτη. Η αντίδραση αυτή εμφανίζει τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά :

- > Είναι απόλυτα εξειδικευμένη για τα αντιγόνα του μοσχεύματος,
- > Παρουσιάζει μεγάλη πολυμορφία στα κύτταρα που συμμετέχουν,
- > Απαιτεί τη συμμετοχή ολόκληρου του λεμφοποιητικού συστήματος και επαναλαμβάνεται ακριβώς η ίδια, και μάλιστα σε εντονότερο βαθμό, αν προκληθεί και πάλι από τα ίδια αντιγόνα που την προκάλεσαν αρχικά.

Η εξειδίκευση της ανοσοαντίδρασης είναι μια λεπτότατη ικανότητα του ανοσοβιολογικού συστήματος να αντιδρά εκλεκτικά και μόνο στα ξένα αντιγονικά στοιχεία που προκάλεσαν την αντίδραση, και μάλιστα με γενετικά προκαθορισμένες σειρές κυττάρων του λεμφοποιητικού ιστού. Μπορεί δηλαδή το ανοσοποιητικό σύστημα ενός ατόμου να αναγνωρίζει το ξένο για τον οργανισμό αντιγόνο και να το «θυμάται» σε περίπτωση που το ίδιο αντιγόνο εμφανισθεί και πάλι στο ανοσοποιητικό σύστημα. Η λειτουργία αυτή αποτελεί την βάση της ανοσίας των μεταμοσχεύσεων.

Βιολογικά, διακρίνονται αντιγόνα ενός είδους ζώου από άλλο (εξειδίκευση του είδους) ή ενός ατόμου από άλλο άτομο

(εξειδίκευση ατόμου) ή ακόμα ενός οργάνου από άλλο (εξειδίκευση οργάνου).

Η πολυμορφία της αντίδρασης οφείλεται στην τεράστια ποικιλία των ανοσοκυττάρων που δημιουργούνται στις διάφορες φάσεις της. Υπενθυμίζεται, ότι τα κύτταρα που θα αναγνωρίσουν το ξένο αντιγόνο και θα προκαλέσουν γενίκευση της αντίδρασης, πάρα την πολυμορφία τους, είναι γενετικά προκαθορισμένα. Στην ιδιότητα αυτή ακριβώς έγκειται και η διαφορά της ανοσοαντίδρασης από την φαγοκύττωση, που εκδηλώνεται μεν κάθε φορά με σχηματισμό ετερόμορφων κυττάρων ανάλογα με το αντιγόνο, αλλά πάντοτε αποτελεί τυποποιημένη αντίδραση άμυνας του οργανισμού και εξελίσσεται με τον ίδιο τύπο κυττάρων, που δεν έχουν καμία σχέση με τις γενετικές καταβολές του ατόμου.

Η φυσιολογική εξέλιξη της ανοσοαντίδρασης απαιτεί και προϋποθέτει πλήρη ανάπτυξη, καθώς και ανατομική και λειτουργική ακεραιότητα του λεμφοποιητικού ιστού.

Ο λεμφαδενικός ιστός, δηλαδή τα λεμφοζίδια του γαστρεντερικού συστήματος, ο σπλήν, ο θύμος και τα έμμορφα στοιχεία του αίματος της λεμφοποιητικής σειράς, πρέπει να βρίσκονται σε απόλυτα φυσιολογική λειτουργία.

Το σημαντικότερο χαρακτηριστικό της ανοσοαντίδρασης είναι το γεγονός ότι αν εκδηλωθεί μια φορά διατηρείται στη « μνήμη » του οργανισμού για την υπόλοιπη ζωή του, όπως ακριβώς ένα πρόγραμμα σε κομπιούτερ. Στην ιδιότητα αυτής της μνήμης στηρίζεται και το φαινόμενο της εντονότερης αντίδρασης του ανοσοποιητικού συστήματος, σε περίπτωση επανάληψης του αντιγονικού ερεθισμού, που ονομάζεται « δευτερογενής ανοσοαντίδραση ».

Η ανοσοαντίδραση των μεταμοσχεύσεων αποτελεί τυπική ανοσοβιολογική αντίδραση του λήπτη στα αντιγόνα ιστοσυμβατότητας που μεταφέρονται με το μόσχευμα και χωρίζεται σε τρεις φάσεις που εκφράζουν την έναρξη, τη ρύθμιση και το αποτέλεσμα της αντίδρασης.

1. Προϊούσα φάση ή φάση της αναγνώρισης (του ξένου αντιγόνου): Τα αντιγόνα του μοσχεύματος μπαίνουν στην κυκλοφορία του λήπτη όπου θα συναντηθούν με τα κατάλληλα λεμφοκύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος από διάφορους δρόμους. Στην περίπτωση δερματικών μοσχευμάτων, το δρόμο εισόδου των αντιγόνων αποτελούν τα λεμφαγγεία της περιοχής που πρέπει να είναι ακέραια. Στην περίπτωση μοσχευμάτων με αγγειακό μίσχο, η είσοδος των αντιγόνων θα γίνει με την αιματική κυκλοφορία. Αλλά

από τους ίδιους δρόμους θα κυκλοφορήσουν στο μόσχευμα και τα αντιγόνα του λήπτη, και μάλιστα σε πολύ μεγαλύτερα ποσά. Έτσι, μετά την αποκατάσταση της κυκλοφορίας στο μόσχευμα, μακροφάγα κύτταρα αρχίζουν την λειτουργία της φαγοκύτωσης των αντιγόνων του μοσχεύματος, που μόνο έτσι γίνονται δραστικά για να ερεθίσουν τον λήπτη για . Αυτό θα γίνει αφού τα τροποποιημένα αντιγόνα από τη φαγοκυττάρωση παραληφθούν από ομάδα T λεμφοκυττάρων και μεταφερθούν σ' ολόκληρο το ανοσοποιητικό σύστημα, μέσα από τα επιχώρια λεμφογάγγλια. Η αναγνώριση των ξένων αντιγόνων γίνεται από γενετικά προκαθορισμένα λεμφοκύτταρα, που έχουν στην επιφάνεια τους κατάλληλους υποδοχείς για τη σύνδεση με το συγκεκριμένο αντιγόνο. Η συμμετοχή των B - λεμφοκυττάρων ή μακροφάγων στη μεταφορά των αντιγόνων του μοσχεύματος αποτελεί ακόμα αντικείμενο συζητήσεων. Σίγουρο όμως είναι ότι μερικές ώρες μετά την μεταμόσχευση, ευαισθητοποιημένα λεμφοκύτταρα του λήπτη και ελεύθερα αντιγόνα του μοσχεύματος μπορούν να ανιχνευθούν στη φλεβική κυκλοφορία κάθε μισχωτού μοσχεύματος (κυρίως νεφρικών και ηπατικών μοσχευμάτων). Στα μισχωτά μοσχεύματα έχει διαπιστωθεί η μεταφορά στην κυκλοφορία του λήπτη λεμφοκυττάρων του δότη, που μεταφέρθηκαν με το μόσχευμα και μπορούν να προκαλέσουν αντίδραση και στα ποιο απόμακρα σημεία του οργανισμού.

- 2. Κεντρική φάση:** Στην αρχή εκδηλώνεται στα επιχώρια λεμφογάγγλια και αργότερα στο υπόλοιπο λεμφοποιητικό σύστημα. Βασικά, αποτελεί τη φάση της επίτασης και επέκτασης της αντίδρασης (ειδική ευαισθητοποίηση). Όπως και η προηγούμενη φάση εκδηλώνεται με την προϋπόθεση ότι υπάρχουν ανοσοδραστικά κύτταρα και το ανοσοβιολογικό σύστημα του λήπτη είναι ανοσοδυναμικό . Η κεντρική φάση της αντίδρασης αρχίζει με την εγκατάσταση των μικρών λεμφοκυττάρων, που έχουν ευαισθητοποιηθεί στην προηγούμενη φάση, στους λεμφαδένες. Η εγκατάσταση αυτή γίνεται σε τμήματα των λεμφαδένων που ελέγχονται από το θύμο αδένι. Στη θέση αυτή τα μικρά λεμφοκύτταρα μεταμορφώνονται σε μεγάλα.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

Οι μεταμοσχεύσεις οργάνων είναι ο χώρος της ιατρικής όπου οι εξελίξεις και τα θεαματικά επιτεύγματα του αμιλλώνται την δημιουργία νέων ηθικών προβληματισμών. Δεν υπάρχει άλλος τομέας (εκτός ίσως της γενετικής) όπου κάθε πρόοδος και κάθε ιατρικό επίτευγμα δημιουργεί αμέσως πληθώρα διλημμάτων, και προβληματισμών τα οποία απασχολούν τόσο τους εξειδικευμένους και επαίοντες αλλά και τον απλό άνθρωπο. Και τούτο έχει μια εξήγηση γιατί Μεταμόσχευση σημαίνει προσφορά οργάνων και προσφορά οργάνου σημαίνει θάνατο ενός συνανθρώπου μας για την σωτηρία ενός άλλου. Επομένως οι μεταμοσχεύσεις οργάνων συναντώνται κινούμενες στα όρια που η ζωή και ο θάνατος συναντώνται δικαιολογημένα συγκινούν και προβληματίζουν την κοινή γνώμη.

Και πρώτα - πρώτα ο εγκεφαλικός θάνατος που καίτοι έχει γίνει αποδεκτός από το σύνολο του παγκόσμιου ιατρικού χώρου, εντούτοις ακόμη προκαλεί ερωτηματικά.

Η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου, μπήκε στο λεξιλόγιο όλων μας τις τελευταίες δεκαετίες απ' την στιγμή που με την μεγάλη ανάπτυξη της Ιατρικής Τεχνολογίας, είμαστε σε θέση να διατηρούμε στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας άτομα που έχασαν την ικανότητα για αναπνοή. Επειδή όμως οι λειτουργίες της αναπνοής και της κυκλοφορίας που χαρακτηρίζουν έναν άνθρωπο με ανεξάρτητη και αυτόνομη ύπαρξη είναι λειτουργίες που ξεκινούν από το ΣΤΕΛΕΧΟΣ του εγκεφάλου, κάθε ανεπανόρθωτη βλάβη και νέκρωση του στελέχους οδηγεί σε παύση της αναπνευστικής και καρδιακής λειτουργίας.

Επίσης με την ανεπανόρθωτη βλάβη του στελέχους, η δραστηριότητα των εγκεφαλικών ημισφαιρίων δεν μπορεί να ολοκληρωθεί με συνέπεια να μην είναι δυνατή η γνωστική ή συναισθηματική ζωή.

Το άτομο του οποίου ο εγκέφαλος έχει χάσει την ικανότητα των λειτουργιών αυτών είναι νεκρό. Επομένως ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους είναι συνθήκη επαρκής και αναγκαία για να χαρακτηριστεί ολόκληρος ο εγκέφαλος νεκρός και κατ' ακολουθία η διάγνωση του θανάτου του ανθρώπινου σώματος, ταυτίζεται με την διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους.

Η κατάσταση αυτή δεν έχει ουδεμία σχέση με άλλες κακώσεις όπου έχουμε κάκωση και απώλεια λειτουργιών υψηλότερων εγκεφαλικών ημισφαιρίων αυτό που καλείται φυσική κατάσταση. Τα άτομα αυτά δεν θεωρούνται και δεν είναι νεκρά γιατί το στέλεχος είναι ζωντανό άρα έχουν την ικανότητα να αναπνέουν και μπορούν να παραμείνουν σε αυτή την κατάσταση για ολόκληρους μήνες ή χρόνια. **Άλλο λοιπόν εγκεφαλικός θάνατος και άλλο εγκεφαλικό κώμα ή φυτικές καταστάσεις.**

Σχεδόν όλες οι χώρες του κόσμου (μεταξύ των οποίων και η δική μας) αποδέχονται ότι ο θάνατος του ατόμου ταυτίζεται με τον εγκεφαλικό θάνατο. Τα κριτήρια για την διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου περιγράφονται στην απόφαση του Κ.Ε.Σ.Υ. αριθ. 9 της 21^{ης} ολομέλειας. Αθήνα 20/03/1989. Και από τον νόμο 1383/83 περί Αφαιρέσεως και Μεταμοσχεύσεως Ανθρωπίνων Ιστών και οργάνων Φ.Ε.Κ. τεύχος πρώτο, αριθ. Φύλλου 106 Αθήνα 1983.

Συνέχεια του προηγούμενου προβλήματος , αποτελεί τα τελευταία χρόνια, και η ύπαρξη ζώντων συγγενών δοτών (συνήθως γονιών) που προσφέρουν του ήπατος τους ή του παγκρέατος για να μεταμοσχευτούν στα παιδιά τους που πάσχουν από παθήσεις ήπατος ή παγκρέατος,

Οι επεμβάσεις αυτές ηπατεκτομές ή παγκρεατεκτομές επί του ζώντος δότη είναι βαριές, με εξαιρετικά υψηλούς κινδύνους θνητότητας και νοσηρότητας για τον δότη. Η έλλειψη όμως μοσχευμάτων έχει επιτρέψει την ύπαρξη διεθνώς τέτοιων προγραμμάτων (αφαιρέσεως τμημάτων ήπατος και παγκρέατος) από ζώντα δότη.

Η Διεθνής Μεταμοσχευτική Κοινότητα παρακολουθεί με προσοχή την εξέλιξη των προγραμμάτων αυτών περιμένοντας τα αποτελέσματα για την δικαίωση τους.

Ένας άλλος προβληματισμός ιδιαίτερα για τις μεταμοσχεύσεις ήπατος, αποτελεί η ένταξη στην ομάδα των υποψήφιων ληπτών , ασθενών που πάσχουν από αλκοολική κίρρωση.

Πριν από λίγα μόλις χρόνια η αλκοολική κίρρωση ήταν αντένδειξη για μεταμόσχευση ήπατος, δεδομένου ότι οι λήπτες μετά την επιτυχημένη μεταμόσχευση επανέρχονταν στην συνήθεια του αλκοολισμού.

Έτσι πολλοί μεταμοσχευτές δεδομένης της ελλείψεως μοσχευμάτων δεν προχωρούσαν σε μεταμόσχευση σε αλκοολικούς, προσφέροντας το όργανο σε άλλους λήπτες που χρειάζονται το ηπατικό μόσχευμα.

Τελευταία πολλοί πιστεύουν ότι οι αλκοολικοί έχουν κι αυτοί ίδια δικαιώματα με τους άλλους υποψηφίους λήπτες για μεταμόσχευση ήπατος.

Ο προβληματισμός παραμένει.

Μεγάλο κεφάλαιο αποτελεί ο τρόπος διαθέσεως των μοσχευμάτων, με άλλα λόγια ποιος προηγείται στην απόκτηση ενός μοσχεύματος. Όσο τα κριτήρια παραμένουν αυστηρά ιατρικά όπου δηλαδή η ύπαρξη καλύτερης ιστοσυμβατότητας μεταξύ δότη και λήπτου δίδει και την απάντηση για την ανεύρεση του « καλύτερου » λήπτου τα πράγματα είναι σχετικά απλά. Τα προβλήματα αρχίζουν όταν επί ίδιας συμβατότητας, μεταξύ δότη και λήπτου υπεισέρχονται και

κοινωνικά κριτήρια. Π.χ. προηγείται ο έγγαμος με τρία παιδιά, ή ο νεαρός άγαμος.

Προηγείται αυτός που έχει ήδη κάνει μια μεταμόσχευση και έχει αποτύχει ή αυτός που δεν έχει κάνει καμία. Η απάντηση είναι δύσκολη.

Η ευθύνη είναι μεγάλη και προστασία προς τους λήπτες παρέχει

η τήρηση όσο το δυνατόν μόνο ιατρικών κριτηρίων από το σύνολο των Ιατρών που πραγματοποιούν την μεταμόσχευση (Νεφρολόγων, Ηπατολόγων, Διαβητολόγων, Ανοσολόγων, Χειρουργών, Αναισθησιολόγων)

Τέλος η τεράστια έλλειψη μοσχευμάτων, ανάγκασε την Ιατρική Έρευνα σε αναζήτηση μοσχευμάτων από το Ζωικό Βασίλειο.

Είναι γνωστές οι δύο πρωτοπόρες μεταμοσχεύσεις ήπατος από μπαμπούνους σε άνθρωπο από την ομάδα του πρωτοπόρου των μεταμοσχεύσεων καθηγητή T. Starzi.

Καίτοι και οι δύο λήπτες ανέχθηκαν ικανοποιητικά την εγχείρηση και κατέληξαν αρκετούς μήνες μετά την μεταμόσχευση, εντούτοις οι προσπάθειες σε όλα τα ερευνητικά κέντρα του κόσμου συνεχίζονται.

Οι φιλοζωικές οργανώσεις εξεγείρονται, τα δε Ηθικά προβλήματα πολλαπλασιάζονται.

Δεν γνωρίζουμε τι μάς επιφυλάσσει το μέλλον των μεταμοσχεύσεων. Το σίγουρο είναι ότι οι προβληματισμοί θα υπάρχουν μια και όπως είπαμε η ίδια η φύση της Μεταμόσχευσης άπτεται των ορίων της ζωής και του θανάτου.

Το ζητούμενο είναι η ύπαρξη ισορροπίας μεταξύ προόδου και ηθικού προβληματισμού, με κριτήριο την εμμονή στις αρχές της Ιπποκράτειου Ιατρικής και του βαθύτατου σεβασμού προς την εικόνα του Ανθρώπου.

ΤΟ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΣΩΜΑ

Το τελευταίο μισό του 20^{ου} αιώνα χαρακτηρίζεται από πολλές ανακαλύψεις στο χώρο των βιολογικών επιστημών στην Ιατρική.

Ο σύγχρονος άνθρωπος έχει να απευθύνει πολλές ερωτήσεις σχετικά με το ποια θα είναι η κατάσταση της υγείας στο μέλλον. Θα μπορέσει να νικήσει τον καρκίνο, το AIDS, τα μικρόβια και τους ιούς; Θα λύσει το πρόβλημα των μεταμοσχεύσεων.

Θα επιμηκυνθεί ο χρόνος ζωής του; Θα καλυτερέψει η ποιότητα ζωής του και θα απαλλαγεί από τον πόνο; Οι προβλέψεις, σε αντίθεση με άλλους τομείς, είναι αισιόδοξες. Για να επιβεβαιώσουμε αυτή την αισιοδοξία, εκτός από την τυποποιημένη έρευνα στα μονοπάτια του

Διαδικτύου, απευθυνθήκαμε και σε κορυφαίους Έλληνες ερευνητές στον τομέα της Ανοσολογίας και της Βιοϊατρικής έρευνας, ζητώντας τους να μας παρουσιάσουν τα τελευταία επιτεύγματα και τις εκτιμήσεις τους για το μέλλον.

« Μήπως Θα θέλατε να αυξήσετε λίγο το IQ σας; Μήπως χρειάζεστε ένα καινούργιο όργανο ή θέλετε να αναπλάσετε κάποιο χαμένο άκρο σας; Εμπιστευτείτε τα βιονικά εμφυτεύματα της εταιρείας μας!» Είναι πολύ πιθανόν, αν όχι βέβαιο, ότι τέτοιου είδους διαφημίσεις θα αποτελούν καθημερινή πραγματικότητα στον αιώνα.

Το νέο αυτό αιώνα ή μάλλον χιλιετία που θα ξεκινήσει σε έναν περίπου μήνα περιμένει ολόκληρος ο πλανήτης με ιδιαίτερη ανυπομονησία. Οι λόγοι δεν είναι μόνο η αλλαγή του πρώτου ψηφίου στα ημερολόγια αλλά και οι προοπτικές Βιολογίας, που σύμφωνα με τους ειδικούς θα βρουν εφαρμογές τις οποίες δεν μπορεί εύκολα να φανταστεί ο μέσος άνθρωπος. Βέβαια, στην αρχή του 20^{ου} αιώνα δεν ήταν πολλοί αυτοί που φαντάστηκαν ότι στα επόμενα 100 χρόνια ο άνθρωπος θα άνοιγε τα φτερά του, για να κατακτήσει τους αιθέρες όχι μόνο της Γης και της Σελήνης αλλά και άλλων, περισσότερο απομακρυσμένων πλανητών του ηλιακού συστήματος, ότι θα κατάφερνε να διασπάσει τον πυρήνα του ατόμου, ότι θα έβρισκε και θα μελετούσε την ίδια την ουσία της ζωής, το DNA, και ότι θα έφτιαχνε στο εργαστήριο ζώα που θα γεννιούνται από το ίδιο τους τον εαυτό, όπως το διάσημο πλέον πρόβατο Dolly, αλλά και πολλά άλλα. Άραγε εμείς, οι σύγχρονοι άνθρωποι, που βρισκόμαστε στο κατώφλι του 21^{ου} αιώνα, έχουμε συνειδητοποιήσει ότι στα χρόνια που έρχονται η φαντασία και η πραγματικότητα θα αποτελούν κατά κάποιο τρόπο τις δύο όψεις του ίδιου νομίσματος. Οι μεταμοσχεύσεις όλων των οργάνων ακόμα και του ποιο πολύπλοκου, του εγκεφάλου, θα αποτελούν επεμβάσεις ρουτίνας. Θα μειωθούν σε πολύ μικρά ποσοστά ή ακόμα και θα εξαλειφθούν με τη γονιδιακή θεραπεία σοβαρές ασθένειες που σήμερα ταλαιπωρούν εκατομμύρια ανθρώπους σε ολόκληρο τον πλανήτη. Ο πόνος θα αποτελεί πικρή ανάμνηση του προηγούμενου αιώνα και οι γονείς όχι μόνο θα επιλέγουν το φύλλο του παιδιού τους, αλλά θα γνωρίζουν από τα αρχικά στάδια της κύησης τις ασθένειες από τις οποίες κινδυνεύει αυτό να προσβληθεί.

Μεταμοσχεύσεις

Η μεταμόσχευση οργάνων έχει γίνει εφικτή από τα μέσα του 20^{ου} αιώνα με την πρώτη μεταμόσχευση νεφρού να λαμβάνει χώρα το 1954 στη Βοστώνη μεταξύ δύο μονοωικών διδύμων. Ωστόσο, το βασικό πρόβλημα είναι ότι καθημερινά πολλές χιλιάδες άνθρωποι έχουν ανάγκη μεταμόσχευσης ζωτικών οργάνων (π.χ. πνεύμονες ήπαρ, νεφρά, δέρμα, κ.α.), αλλά οι δότες είναι πολύ λίγοι.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν τα αποτελέσματα της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρείας για το έτος 1997, σύμφωνα με τα

οποία από τους 40.000 ασθενείς που χρειάστηκαν μεταμόσχευση καρδιάς, μόνο οι 2.300 κατάφεραν να εξασφαλίσουν το μόσχευμα, ποσοστό που ανέρχεται στο 5,75%.

Οι σύγχρονες μέθοδοι της Εμβιομηχανικής υπόσχονται την δημιουργία καινούργιων οργάνων ή ιστών που θα « παράγονται» στο εργαστήριο από συνθετικά πολυμερή ή συγκεκριμένες σειρές αρχέγονων κυττάρων, που θα υφίστανται την επίδραση συγκεκριμένων βιοχημικών παραγόντων, για να προκύψει το τελικό όργανο ή ο ιστός που επιθυμούμε. Έχει πρόσφατα βρεθεί ότι τα εμβρυϊκά γενναρχικά κύτταρα που προέρχονται από ανθρώπινα έμβρυα, τα οποία βρίσκονται σε αρχικό στάδιο ανάπτυξης (βλαστοκύστη σε στάδιο 100 περίπου κυττάρων), εμφανίζουν πλήρη δυναμικότητα. Αυτό θεωρητικά σημαίνει ότι από τα συγκεκριμένα κύτταρα, και μάλιστα από την στιβάδα των εξωτερικών κυττάρων της βλαστοκύστης, μπορούν να προκύψουν όλοι οι κυτταρικοί τύποι που υπάρχουν στο πλήρως αναπτυγμένο άτομο και δημιουργούν τα διάφορα όργανα.

Επιπλέον, στα χρόνια που έρχονται είναι σχεδόν βέβαιο ότι θα πραγματοποιηθεί αυτό που μέχρι σήμερα ήταν πραγματικά αδιανόητο: η μεταμόσχευση εγκεφάλου. Ήδη έχει βρεθεί ότι συγκεκριμένα κύτταρα του νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) έχουν την ικανότητα να αναγεννιούνται και να αντικαθίστανται. Η παρατήρηση αυτή θα χρησιμοποιηθεί, προκειμένου να βρεθούν τρόποι, έτσι ώστε ο ανθρώπινος εγκέφαλος να είναι σε θέση να επιδιορθώνει τις βλάβες που υφίσταται. Έτσι, νευρικά μοσχεύματα ή μάλλον θεραπείες αντικατάστασης νευρικών κυττάρων θα χρησιμοποιηθούν για την ίαση νευροαποδιατακτικών και θανατηφόρων ασθενειών, όπως η νόσος του Parkinson, του Alzheimer, η χορεία Huntington, η σκλήρυνση κατά πλάκας. Επίσης, οι ερευνητικές ομάδες πιστεύουν ότι θα γίνει εφικτή και η μεταμόσχευση ολόκληρου εγκεφάλου σε άλλο « ξένο » σώμα. Στον 21^ο αιώνα, λοιπόν, ασθενείς που υποφέρουν από σοβαρές βλάβες του νωτιαίου μυελού θα μπορέσουν να ανακτήσουν τις κινητικές ικανότητες, αφού ο εγκέφαλος τους δεν θα μεταμοσχευτεί σε άλλο σώμα.

Η εφευρετικότητα των επιστημών δεν περιορίζεται απλώς στη μεταμόσχευση εγκεφάλου σε άλλο σώμα, δεν επεκτείνεται ακόμα περισσότερο στη δημιουργία τεχνητών νευρώνων. Ήδη έχουν αρχίσει τα πρώτα πειράματα σε νευρώνες αστακού, όπου ένα ηλεκτρονικό μικροεξάρτημα δείχνει να λειτουργεί και να συνεργάζεται πολύ καλά με τους υπόλοιπους νευρώνες του. Μπορεί να χρειαστούν τουλάχιστον άλλα 25 χρόνια, αλλά τελικά θα κατασκευαστούν μικροσυσκευές που θα υποκαθιστούν κατεστραμμένα κύτταρα που θα φέρνουν εις πέρας τις λειτουργίες που αυτά είχαν. Είναι σίγουρο ότι τέτοιου είδους « βιονικές » εφαρμογές θα βοηθήσουν ασθενείς που πάσχουν από ασθενείς, οι οποίες

χαρακτηρίζονται από εκφυλισμό και καταστροφή των νευρικών κύτταρων, όπως η νόσος του Alzheimer.

Υλικές απαντήσεις σε φιλοσοφικά ερωτήματα

Στον κατάλογο αυτών που δεν πραγματοποιήθηκαν στον αιώνα που φεύγει, και άρα θα απασχολήσουν τους επιστήμονες και την νέα χιλιετία, συμπεριλαμβάνεται η κατανόηση εγκεφαλικών διεργασιών που οδηγούν τελικά σε αυτό που ονομάζουμε συνείδηση. Τι είδους μηχανισμοί λειτουργούν στον εγκέφαλο και συμβάλλουν στη λήψη αποφάσεων, τι είναι φαντασία και από τι καθορίζεται; Οι επιστήμονες πιστεύουν ότι σε τέτοια ερωτήματα, που μέχρι τώρα ήταν καθαρά φιλοσοφικά, θα καταφέρουν να δώσουν βιολογικές απαντήσεις. Ίσως στη νέα χιλιετία αυτό που οι αρχαίοι Έλληνες ονόμασαν ψυχή να χάσει τις υπερφυσικές του διαστάσεις και να οριστεί με σαφείς επιστημονικά βιολογικούς όρους.

Η γενετική θεραπεία

Η γενετική θεραπεία, που σήμερα βρίσκεται σε πειραματικό στάδιο με λίγες σχετικά κλινικές εφαρμογές, θα χρησιμοποιηθεί για την αντικατάσταση ελαττωματικών γονιδίων που δεν μπορούν να παράγουν τις αντίστοιχες πρωτεΐνες, όπως, για παράδειγμα, είναι η ινσουλίνη, η αυξητική ορμόνη, η ερυθροποιητίνη και άλλα. Με τον τρόπο αυτό οι ασθενείς που πάσχουν, π.χ., από σακχαρώδη διαβήτη, επειδή έχουν ελαττωματικό το γονίδιο που είναι υπεύθυνο για την παραγωγή ινσουλίνης, δεν θα χρειάζεται πλέον να παίρνουν την πρωτεΐνη σε ενέσιμη μορφή. Επομένως, χιλιάδες άνθρωποι θα απαλλαγούν από τη διαδικασία των καθημερινών ή πολύ συχνών ενέσεων, που είναι εξαιρετικά επίπονη, πολλές φορές ψυχοφθόρα αλλά και σημαντικά δαπανηρή.

Επίσης, είναι βέβαιο ότι τα επόμενα χρόνια οι γονείς θα έχουν τη δυνατότητα να επιλέγουν όχι μόνο το φύλο του παιδιού τους, αλλά και άλλους χαρακτήρες φαινοτυπικούς και μη. Δεν θα πρέπει να μας εκπλήσσει το γεγονός ότι στον 21^ο αιώνα τα παιδιά θα «παραγγέλνονται» κατά κάποιο τρόπο από τους υποψήφιους γονείς έτσι ώστε να ανταποκρίνονται εκ των προτέρων και στα σίγουρα στις απαιτήσεις που έχει ένας γονιός από το παιδί του!

Τα έξυπνα μόρια διώχνουν τον πόνο

Επίσης η νέα χιλιετία υπόσχεται να μας κάνει να ξεχάσουμε τον πόνο, τουλάχιστον το σωματικό για τον ψυχικό ίσως χρειαστούν άλλα 1000 χρόνια. Οι ειδικοί υποστηρίζουν ότι θα καταφέρουν να σχεδιάσουν «έξυπνα βιολογικά μόρια» που θα καταστρέφουν μόνο εκείνα τα νευρικά κύτταρα που προκαλούν πόνο. Τα αποτελέσματα αυτής της «αντιπονικής» θεραπείας αναμένεται να είναι καλύτερα ακόμη και από

αυτά της μορφίνης, και μάλιστα χωρίς παρενέργειες. Η ανακάλυψη αυτή σίγουρα θα προσφέρει ανείπωτη ανακούφιση σε ασθενείς, όπως οι καρκινοπαθείς, που εκτός των υπόλοιπων συμπτωμάτων της αρρώστιας τους υποφέρουν και από χρόνιους πόνους.

Η τεχνολογία είναι το κλειδί

Πολλά, αν όχι όλα, από τα προηγούμενα «θαύματα» δεν θα συνέβαιναν και δεν θα συμβούν στο μέλλον χωρίς την αρωγή της ραγδαίας εξέλιξης της τεχνολογίας και των υπολογιστών στο χώρο της Ιατρικής. Η ρομποτική χειρουργική, η αυτοματοποίηση αναίμακτων επεμβάσεων, τα «βιονικά τσίπ» και οι αποκωδικοποίηση γενετικού υλικού είναι μερικές μόνο από τις εφαρμογές της μιας στην εξέλιξη της άλλης.

Η ζωή μας στα ηλεκτρονικά τους χέρια

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει αλματώδης επαναστατικές ανακαλύψεις στην ιατρική επιστήμη, με την εφαρμογή νέων θεραπευτικών και διαγνωστικών τεχνικών και μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας στον τομέα της Χειρουργικής, που επιτρέπουν τη λεπτομερή και εις βάθος διερεύνηση του ανθρώπινου οργανισμού. Ο χειρουργός των μεγάλων τομών και της άμεσης ψηλάφησης των οργάνων αντικαθίσταται σταδιακά από την μικροχειρουργική, με την χρησιμοποίηση μικρών και ευαίσθητων εργαλείων που εισέρχονται στο σώμα από μικρές και σχεδόν αναίμακτες τομές, και την τηλεχειρουργική, με την καθοδήγηση της επέμβασης μέσω μόνιτορ. Οι εταιρίες ιατρικών μηχανημάτων έχουν στρέψει σημαντικό τμήμα της ερευνάς τους στον τομέα κατασκευής χειρουργών-ρομπότ, τα οποία έχουν χρησιμοποιηθεί σε επεμβάσεις όπου απαιτείται ιδιαίτερος και λεπτότατος χειρισμός. Με την μέθοδο αυτή ο χειρουργός έχει τη δυνατότητα, χρησιμοποιώντας ειδικές συσκευές εικονικής πραγματικότητας, να εκτελεί κινήσεις εγχείρησης επί ειδικού ηλεκτρονικού υπολογιστή, οι οποίες διαβιβάζονται στα όργανα του ρομπότ, ακόμα και σε άλλο νοσοκομείο, αντιμετωπίζοντας έτσι δύσκολες περιπτώσεις στις οποίες επιβάλλεται άμεση παρέμβαση εξειδικευμένου επιστήμονα ιδιαίτερα σε απομακρυσμένες περιοχές.

Παράλληλα, πληθαίνουν οι αναφορές και οι μελέτες για τη μελλοντική πλήρη αυτοματοποίηση των επεμβάσεων κατά τις οποίες ένα ρομπότ θα μπορεί να αποθηκεύσει σε βάση δεδομένων όλα τα φυσικά χαρακτηριστικά του ανθρώπινου εγκεφάλου και να πραγματοποιήσει με απόλυτη ακρίβεια όλες τις απαραίτητες κινήσεις, αποφεύγοντας πιθανές βλάβες από το ελάχιστο τρέμουλο, που έχει το ανθρώπινο χέρι, ακόμα και του σταθερότερου χειρουργού.

Γιατρός on line

Οι ιατρικές συμβουλές τον επόμενο αιώνα θα δίνονται κατ' οίκον, υπηρεσία που ήδη γνωρίζει μεγάλη ανάπτυξη στις Η.Π.Α. με πολλές εταιρίες να δραστηριοποιούνται στο χώρο αυτό.

Η άμεση επαφή με τον προσωπικό ιατρό θα χαθεί καθώς θα υπάρχουν ιατρική παρακολούθηση on line και αυτοματοποιημένο σύστημα παράδοσης των απαραίτητων φαρμάκων από εξειδικευμένες εταιρίες . Πιθανό σενάριο είναι η ύπαρξη απλών και εύχρηστων μηχανημάτων στο σπίτι κάθε οικογένειας, ίσως με την μορφή ρολογιού, που θα ελέγχουν την πίεση, τον καρδιακό ρυθμό, και θα προειδοποιούν για έκτακτες καταστάσεις, σημαίνοντας «συναγερμό» και στα αρμόδια ιατρικά κέντρα. Στην περίπτωση που απαιτείται μεταφορά σε νοσοκομείο, ειδικά ασθενοφόρα πλήρως εξοπλισμένα θα παραλαμβάνουν τον ασθενή, ενώ θα είναι δυνατή ακόμα και η χειρουργική επέμβαση κατά την διακομιδή. Η αρθρογράφος του περιοδικού «the economist», Alexandra Wyke, περιγράφει στο βιβλίο της 21st Century Miracle Medicine: RoboSurgery, Wonder Cures and the Quest for Immortality τέτοια σενάρια με την πραγματοποίηση επεμβάσεων ακόμα και στο σπίτι του ασθενούς, μειώνοντας έτσι τόσο την ταλαιπωρία όσο και το άγχος, καθώς το οικείο περιβάλλον θα συμβάλει σε αυτό. Οικιακά scanner θα ανιχνεύουν ασθενείς πολύ νωρίτερα από την εμφάνιση οποιουδήποτε παθολογικού συμπτώματος.

Πρόγονοι αυτών των «διαγνωστικών μηχανημάτων» έχουν ήδη χρησιμοποιηθεί στην Ιατρική Σχολή της Ουάσιγκτον, [όπου μέσω ενός προγράμματος υπολογιστή είναι δυνατή η πρόβλεψη του καρκίνου του προστάτη με ποσοστό επιτυχίας 87-90%, χωρίς να είναι απαραίτητη η διαδικασία της βιοψίας. Οι υπολογιστές χρησιμοποιούνται στην ανάλυση πολλών εξετάσεων, όπως αυτές των μαστογραφιών, όπου τα αποτελέσματα αναπαρίστανται με τρισδιάστατα μοντέλα, επιτρέποντας την καλύτερη και ακριβέστερη εξαγωγή συμπερασμάτων. Τα τρισδιάστατα μοντέλα όλων των ανθρωπίνων οργάνων μπορούν να αποθηκευθούν σε βάση δεδομένων στην μνήμη των μελλοντικών χειρουργών-ρομπότ, που θα εκτελούν ακριβείς και αναίμακτες επεμβάσεις. Η τεχνική των αναίμακτων επεμβάσεων θεωρείται πλέον πραγματοποιήσιμη σε πολλούς τομείς της Χειρουργικής και η γενική εφαρμογή της είναι μια από τις προκλήσεις του μέλλοντος, καθώς αυξάνονται η φροντίδα και η παροχή καλύτερων ιατρικών υπηρεσιών απέναντι στον ασθενή, ενώ μειώνεται το κόστος περίθαλψης.

Το γενετικό υλικό αποκαλύπτεται

Το πρόγραμμα όμως που θα επιφέρει τις μεγαλύτερες αλλαγές στο μέχρι σήμερα τρόπο αντιμετώπισης των ασθενειών είναι η

χαρτογράφηση και η αποκωδικοποίηση του ανθρώπινου γονιδιώματος. Στο γενετικό υλικό των ανθρώπων περιέχονται περί 100.000 γονίδια, τα οποία καθορίζουν όλες τις λειτουργίες και την εμφάνιση των οργανισμών. Αυτά τα γονίδια βρίσκονται κρυμμένα στα τρία εκατομμύρια βάσεων του DNA. Με το τέλος του αιώνα έχει προσδιοριστεί το 1/3 των βάσεων. Το πρόγραμμα που ξεκίνησε το 1990, με την συνεργασία ερευνητικών κέντρων και πανεπιστημιακών ιδρυμάτων από διάφορες χώρες, αναμενόταν να διαρκέσει 15 χρόνια, αλλά οι τεχνολογικές εξελίξεις επιτάχυναν τις εργασίες, ώστε να θεωρείται πολύ πιθανή η ολοκλήρωση του το 2003. Οι πληροφορίες που θα έχουν οι επιστήμονες στα χέρια τους, σε συνδυασμό με την πρόοδο της Γενετικής Μηχανικής, θα αποτελέσουν τη βάση για την εφαρμογή μεθόδων προληπτικής ιατρικής και θεραπείας ασθενειών, που μέχρι σήμερα θεωρούνται ανίατες, όπως ο καρκίνος, η σκλήρυνση κατά πλάκας, και η νόσος του Alzheimer.

Η προληπτική ιατρική θα αναπτυχθεί σε μεγάλο βαθμό, ώστε κατάλληλη θεραπεία και φάρμακα θα παρέχονται σε άτομα, στα οποία θα έχει ανιχνευθεί η πιθανότητα εμφάνισης κάποιας ασθένειας. Ο καθένας θα μπορεί να έχει το προσωπικό του γενετικό χάρτη ή να τον προσδιορίζει με την βοήθεια βιονικών τσιπ, τα οποία αντίστοιχα με τα ηλεκτρονικά τσιπ θα εκτελούν χιλιάδες αντιδράσεις σε ελάχιστο χρόνο. Στον χρόνο αυτό θα αναγνωρίζονται η σύνθεση των γονιδίων, η συνδυασμένη δράση τους και ο τρόπος συντονισμού τους. Θα εντοπίζονται μεταλλάξεις υπεύθυνες για την εμφάνιση ή την πιθανότητα εμφάνισης ασθενειών, ενώ και οι γνωστές μακρόχρονες μικροβιολογικές εξετάσεις θα αντικατασταθούν από τα βιονικά τσιπ, καθώς και ένα μόνο στέλεχος οποιουδήποτε μικροοργανισμού θα είναι αρκετό, για να προσδιοριστεί το γενετικό του υλικό και επομένως η φύση της πιθανής μόλυνσης. Τα τσιπ αυτά βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο ερευνητικού ελέγχου και έχουν βοηθήσει τους γιατρούς να προσδιορίσουν ποιες γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του μαστού μπορούν να ωφεληθούν, παίρνοντας κάποια φάρμακα. Ο γονιδιακός χάρτης θα αποτελέσει ισχυρότατο εργαλείο για την Γενετική Μηχανική με την επέμβαση στα γονίδια, στα αρχικά στάδια ανάπτυξης του εμβρύου, για την επιδιόρθωση αλλαγών που θα προκαλέσουν παθογόνες μεταλλάξεις.

Προβληματισμοί για τις εξελίξεις

Πολλές όμως είναι και οι αντιδράσεις, καθώς υπάρχει η άποψη ότι η Γενετική Μηχανική δεν θα αποτελεί μόνο ιατρικό εργαλείο, αλλά και τρόπο δημιουργίας βιονικών ανθρώπων ενώ οι επεμβάσεις στο γονιδίωμα ζώων και φυτών μπορούν να ανατρέψουν φυσικές ισορροπίες με απρόβλεπτες συνέπειες. Είναι ήδη γνωστές οι αντιδράσεις για την

παραγωγή των μεταλλαγμένων τροφίμων με τη μέθοδο της γενετικής μηχανικής και για τις επιπτώσεις που μπορεί να έχουν στην υγεία. Ο οργανισμός American Health Information management association εκφράζει την άποψη ότι οι εξελίξεις στην ιατρική πιθανόν να έχουν και αρνητικές συνέπειες.

Οι ασθενείς που αναζητούν πληροφορίες και θεραπείες μέσω του internet μπορεί να κινδυνεύσουν από συμβουλές που δίνουν αναρμόδιοι και ανειδίκευτοι. Σημαντικό ζήτημα αποτελεί το κατά πόσον θα εξακολουθεί να διατηρείται το ιατρικό απόρρητο καθώς είναι πιθανή η διαρροή της γενετικής ταυτότητας ατόμων σε εταιρίες, οι οποίες θα προσλαμβάνουν προσωπικό ή θα συνάπτουν ασφαλιστικά συμβόλαια, βασιζόμενες σε στοιχεία απολύτως προσωπικά.

Η γενετική μηχανική, η βάση της βιοτεχνολογίας θα αποτελέσει την πιο ενδιαφέρουσα επιστημονική περιοχή του 21^{ου} αιώνα, δίνοντας την δυνατότητα να θεραπεύσει και να θρέψει τον άνθρωπο, μπορεί όμως και να τον καταστρέψει. Η κλωνοποίηση του ανθρώπου με στόχο την παραγωγή οργάνων και μοσχευμάτων μπορεί για κάποιους επιστήμονες να είναι αναγκαία και η επίτευξη της να αποτελεί θέμα χρόνου, αλλά η πλειονότητα υποστηρίζει το αντίθετο. Ο μέσος όρος ζωής του ανθρώπου θα αυξηθεί. Τι πρόκειται να γίνει όμως με την ποιότητα ζωής η οποία αποτελεί σημαντικό πρόβλημα των σύγχρονων κοινωνιών;

Από όλα τα παραπάνω που σίγουρα αποτελούν ένα πολύ μικρό ποσοστό αυτών που υπόσχεται η νέα χιλιετία, γίνεται σαφές ότι οι επιτυχίες και οι προκλήσεις της σύγχρονης επιστήμης έχουν ξεπεράσει κάθε όριο. Απ' ότι φαίνεται ο άνθρωπος του 21^{ου} αιώνα πέρασε τις Ηράκλειες στήλες που συμβόλιζαν, σύμφωνα με τον θρύλο, το όριο του γνωστού κόσμου. Προσπερνώντας ο άνθρωπος του 21^{ου} αιώνα το «NEPLUS ULTRA'» (δεν υπάρχει πιο πέρα), που ήταν γραμμένο πάνω στις Ηράκλειες στήλες ίσως να είναι σκόπιμο, πριν προχωρήσει στο άγνωστο, να θεσπίσει τους ηθικούς νόμους και κανόνες πάνω στους οποίους θα βασιστεί, για να διατηρήσει την ταυτότητα του.

Για τα θέματα που αφορούν στην πρόοδο της ιατρικής στον 21^ο αιώνα μιλήσαμε με τον διευθυντή του ερευνητικού κέντρου βιοιατρικών επιστημών «Αλέξανδρος Φλέμινγκ». Κ.. Βολανάκη, επί σειρά ετών καθηγητή ανοσολογίας στο πανεπιστήμιο της Alabama και με δύο ερευνητές του ίδιου κέντρου : με τον κύριο Γ. Παναγιώτου, πρώην ερευνητή στο National Institute for Medical Research και στο LUDWIG INSTITUTE FOR CANCERN RESEARCH,, που μελετά τους μηχανισμούς του κυτταρικού πολλαπλασιασμού και την αλλοίωση τους στον καρκίνο καθώς και με τον κύριο Γ.Μόσιαλο, μελετητή μοριακών μηχανισμών καρκινογένεσης από ιούς και τον πρώην επίκουρο καθηγητή στη ιατρική σχολή του πανεπιστημίου Χάρβαρντ.

Μπαίνουμε στον 21^ο αιώνα με πολλές προοπτικές όσον αφορά στον τομέα της υγείας. Η ανοσολογία τον τελευταίο αιώνα έχει προσφέρει πάρα πολλά σε αυτόν τον τομέα και θα θέλαμε να μας πείτε τι προοπτικές υπάρχουν για τον επόμενο αιώνα.

Β. φυσικά είναι δύσκολο να προφητεύει κανείς για το τι θα γίνει στα επόμενα χρόνια. Οι προοπτικές όμως για την ανάπτυξη νέων θεραπευτικών μεθόδων για νοσήματα που σχετίζονται με το ανοσοποιητικό σύστημα φαίνεται να είναι καλές. Από τη μια έχουμε κατανοήσει σε μοριακό επίπεδο τους παθογενετικούς μηχανισμούς πολλών ασθενειών που σχετίζονται με το ανοσοποιητικό σύστημα και έχουμε την τεχνολογία για να κατανοήσουμε και τις υπόλοιπες. Από την άλλη, έχουμε στην διάθεση μας τεχνικές, οι οποίες αναπτύχθηκαν τα τελευταία 25 χρόνια, στα πλαίσια της επανάστασης που έγινε με την μοριακή βιολογία, που επιτρέπουν την ορθολογιστική ανάπτυξη νέων φαρμάκων. Ο συνδυασμός αυτός θα μας βοηθήσει στο σχεδιασμό νέων αποτελεσματικών θεραπευτικών μεθόδων για τις παθήσεις του ανοσοποιητικού συστήματος.

Θα μπορούσατε να μας δώσετε κάποια παραδείγματα ασθενειών του ανοσοποιητικού συστήματος που θα μπορούμε να θεραπεύσουμε στα επόμενα χρόνια;

Ένα παράδειγμα είναι οι αυτοάνοσες παθήσεις, π.χ. ο συστηματικός ερυθρεματώδης λύκος, η ρευματοειδής αρθρίτις κ.τ.λ. Νέες θεραπευτικές μέθοδοι βασισμένες σε λεπτομερή κατανόηση μηχανισμών παθογένειας έχουν ήδη αρχίσει να αναπτύσσονται και προβλέπεται η ανάπτυξη ακόμη πιο αποτελεσματικών. Άλλο παράδειγμα είναι οι κληρονομικές ανεπάρκειες του ανοσοποιητικού συστήματος για τις οποίες γίνονται προσπάθειες σε πολλά κέντρα για γονιδιακή θεραπεία.

Αυτή τη στιγμή υπάρχει μια παγκοσμιοποίηση της γνώσης με την χρήση του διαδικτύου του internet. Ποια θα είναι η προσφορά του διαδικτύου στον επόμενο αιώνα ώστε η πληροφορία να είναι πιο άμεση σε όλους τους επιστήμονες, σε όλο τον κόσμο;

Το διαδύκτιο και γενικά η εκρηκτική ανάπτυξη της πληροφορικής τα τελευταία 25 χρόνια έχουν αλλάξει τελείως τον τρόπο επαφής και συζήτησης και την διάδοση νέων γνώσεων ανάμεσα στους επιστήμονες. Σήμερα το διαδύκτιο μας δίνει την δυνατότητα να έρθουμε σε άμεση επικοινωνία με επιστήμονες που εργάζονται σε θέματα σχετικά με τα δικά μας, σε όλο τον κόσμο, γεγονός που επιταχύνει την μετάδοση πληροφοριών και επομένως ενισχύει και την ικανότητα κάθε εργαστηρίου για την παραγωγή καινούργιας γνώσης, χαρακτηριστικά αυτό γίνεται και σε κλινικό επίπεδο, δηλαδή νοσοκομεία σε όλο τον κόσμο που είναι συνδεδεμένα μέσω του διαδικτύου με εξειδικευμένα κέντρα, είτε στην Αμερική είτε στην Ευρώπη, μπορούν να βοηθήσουν σε τεχνικές χειρουργικές ή διαγνωστικές π.χ. στο διάβασμα ακτινογραφιών ή άλλων διαγνωστικών μέσων από

έμπειρους επιστήμονες στην άλλη άκρη του κόσμου. Επομένως, και στο κλινικό επίπεδο το διαδύκτιο έχει φέρει πραγματικά μια επαναστατική αλλαγή προς το καλύτερο. Φυσικά θα πρέπει να περιμένουμε ότι στο μέλλον η διασύνδεση ανάμεσα σε διαγνωστικές και θεραπευτικές μονάδες όλου του κόσμου θα επεκταθεί και θα παίζει σημαντικότερο ρόλο.

Βιοιατρικές επιστήμες και μέλλον

Ποιο θα είναι το μέλλον της υγείας του ανθρώπου, καθώς όπως ξέρουμε, υπάρχουν αρκετά ερωτηματικά που αφορούν στη θεραπεία του καρκίνου στο aids και σε αρκετές κληρονομικές ασθένειες;

Γ.Π : αυτή τη στιγμή συντελείται μια επανάσταση στη βιοιατρική έρευνα η οποία έχει επικεντρωθεί σε ένα μεγάλο πρόγραμμα με σκοπό την αποκρυπτογράφηση του συνόλου των πληροφοριών που περιέχονται στο DNA του ανθρώπου. Αυτή η επανάσταση γίνεται με την χρήση πολλών σύγχρονων τεχνολογιών, όπως η αυτοματοποιημένη ανίχνευση της αλληλουχίας του DNA, αλλά στηρίζεται και στην μεγάλη ανάπτυξη των ηλεκτρονικών υπολογιστών και της πληροφορικής. Ο συνδυασμός των παραπάνω τεχνολογιών θα επιτρέψει στους ερευνητές και στους γιατρούς να έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες που δεν είχαν μέχρι τώρα. Αυτές οι πληροφορίες θα χρησιμοποιηθούν όχι μόνο για την ανάπτυξη της βασικής έρευνας, αλλά κυρίως για την βελτίωση της ανθρώπινης ζωής μέσα από την καλύτερη αντιμετώπιση διαφόρων ασθενειών, και ιδίως των συστηματικών, του καρκίνου και των μολυσματικών ασθενειών.

Η έρευνα στη Ελλάδα

Πώς βλέπετε το μέλλον της έρευνας στην Ελλάδα στον τομέα των βιοιατρικών επιστημών; Θα ακολουθούμε συνέχεια τους ξένους ή θα αρχίσουμε κι εμείς να μπαίνουμε στην πρώτη γραμμή και να παράγουμε πλέον γνώση;

Γ.Μ.: η παγκοσμιοποίηση της βιολογικής και ιατρικής έρευνας με την βοήθεια της βιοπληροφορικής επιτρέπει και στην Ελλάδα να έχει ένα σημαντικό ρόλο σε αυτές τις εξελίξεις. Η ανάπτυξη νέων ερευνητικών κέντρων και η επάνδρωσή τους με Έλληνες επιστήμονες, που επιστρέφουν από το εξωτερικό έχοντας βοηθήσει στην ανάπτυξη αυτών των νέων τεχνολογιών, θα συμβάλλουν στη μεγαλύτερη προβολή της Ελλάδας και σε αυτόν το χώρο. Η ύπαρξη βιοιατρικής έρευνας υψηλής ποιότητας στην Ελλάδα θα έχει πολλαπλές ωφέλιμες επιπτώσεις, όπως η προσέλκυση νέων επενδύσεων στον τομέα της βιοτεχνολογίας, δημιουργία νέων τομέων απασχόλησης και η βελτίωση της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΗΝ «ΑΠΩΛΕΙΑ»

Αναγνωρίζοντας το πρόβλημα

Ίσως οι πιο συχνές ερωτήσεις που τίθενται από τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται με ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους είναι: « Τι πρέπει να πω;» ή « Τι πρέπει να κάνω;». Αυτή η αίτηση για σενάρια (προκαθορισμένα πρωτόκολλα) που καθορίζουν τις παρεμβάσεις που αφορούν στους ασθενείς και τις οικογένειές τους πηγάζει από συναισθήματα αβεβαιότητας, φόβου, ίσως και διστακτικότητας για εμπλοκή σε τέτοιες δύσκολες συνθήκες. Το συναίσθημα της απώλειας λέξεων μπροστά σε τέτοια περιστατικά μπορεί να αυξήσει την ανησυχία των νοσηλευτών και να δημιουργήσει συναισθήματα επαγγελματικής αβεβαιότητας.

Η ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη της οικογένειας, καθώς και της ψυχολογικής και φυσικής υποστήριξης του ασθενούς συνδυάζονται δημιουργώντας πολλαπλές απαιτήσεις από τους νοσηλευτές.

Κάποιος θα πρέπει να έχει στο νου του ότι, παρά τις όποιες γνώσεις αποκτά κάθε νοσηλευτής, αυτός δεν παύει ποτέ να αποτελεί προϊόν της κοινωνίας του, γι' αυτό άλλωστε και υιοθετεί υπάρχουσες αντιλήψεις και ανησυχίες που αφορούν στον καρκίνο, το AIDS και άλλες ασθένειες που απειλούν τη ζωή. Ανάλογες αντιλήψεις φαίνεται όμως να υιοθετούνται και για τη διεργασία του θανάτου.

Αυτό υπογραμμίζεται ιδιαίτερα στο κλειστό κύκλωμα της ελληνικής κοινωνίας, όπου τα θέματα αυτά αποτελούν θέματα ταμπού. Αυτά τα δεδομένα δυσχεραίνουν την σωστή αντιμετώπιση του προβλήματος ιδιαίτερα στην περίπτωση των σπουδαστών της Νοσηλευτικής, αφού ως πρωτάρηδες στερούνται της κριτικής αντιμετώπισης του θέματος.

Η δυσκολία που εντοπίζεται στον χειρισμό των ασθενών αυτών από πλευράς των ψυχικών τους αναγκών προκαλεί έντονες ανησυχίες στους νοσηλευτές, που καταλήγουν σε ορισμένες περιπτώσεις και στην ανάπτυξη άγχους. Εφόσον το στρες μέσα στον κλινικό χώρο φαίνεται αναπόφευκτο, θεωρείται επιτακτική ανάγκη να εντοπιστούν και να αναλυθούν σε βάθος τα στοιχεία εκείνα που συνθέτουν το πρόβλημα.

Για τους πιο αισιόδοξους ίσως αυτή η προσπάθεια να αποτελέσει τη βάση μιας σοβαρότερης έρευνας με σκοπό τη διαμόρφωση του κλινικού περιβάλλοντός έτσι, ώστε να συμβάλλει αλλά συγχρόνως να προάγει την εκτέλεση των καθηκόντων των επαγγελματιών.

Αναζητώντας τις παραμέτρους του προβλήματος

Υπάρχει χάσμα μεταξύ θεωρίας και πρακτικής;

Η γνώση που προσφέρεται μέσα στο πλαίσιο της Νοσηλευτικής Σχολής για τον ασθενή που πεθαίνει κυμαίνεται από φτώχη ως ανύπαρκτη. Οι θεωρίες που διδάσκονται στην τάξη δεν εφαρμόζονται πάντοτε στην πράξη.

Αυτό το χάσμα θεωρίας και πρακτικής οδηγεί συχνά τον άπειρο σπουδαστή και γενικά τον κάθε νοσηλευτή σε σύγχυση, με αποτέλεσμα να αδυνατεί να εκπληρώσει τα καθήκοντά του.

Η άποψη αυτή υπογραμμίζεται έντονα από τη Benner στο βιβλίο της «Από τον αρχάριο στον ειδικό». Σχολιάζει πως οι άπειροι σπουδαστές θα αποτύχουν στην προσπάθειά τους να ανταποκριθούν στους στόχους τους. Αυτό συμβαίνει γιατί δεν υπάρχει κανόνας που να τους υπαγορεύσει ποιες ενέργειες είναι ιδανικές για να εφαρμοστούν σε μια πραγματική κατάσταση.

Η Wong επικρίνει τους εκπαιδευτικούς γιατί απέτυχαν να βοηθήσουν τους φοιτητές να μεταφέρουν ιδέες και αρχές στην πράξη. Τα σχολεία δεν έχουν λόγο ύπαρξης, συνεχίζει να σχολιάζει, αφού αυτά που διδάσκονται φαίνεται να βρίσκουν εφαρμογή μόνο στον προστατευόμενό και καθ' όλα ελεγχόμενο περιβάλλον τους.

Σίγουρα η Wong εκφράζει εδώ μια επαναστατική άποψη που έρχεται να αναστατώσει το κατεστημένο. Πόσο όμως αυτή η άποψη ανταποκρίνεται στα σημερινά δεδομένα; Η βιβλιογραφία φαίνεται να δικαιολογεί σε κάποιο βαθμό την άποψη αυτή.

Η Quint, για παράδειγμα, θεωρεί λογικό ότι η μετακίνηση από ένα προστατευμένο περιβάλλον στο άγνωστο περιβάλλον του νοσοκομείου μπορεί να προκαλέσει έκπληξη ή ακόμη και σύγχυση.

Είναι επομένως ευρέως αποδεκτό ότι ο άπειρος σπουδαστής είναι επιρρεπής στις διάφορες επιδράσεις τέτοιων απροσδόκητων και συναισθηματικά φορτισμένων γεγονότων. Τα άτομα αυτά μπορεί ακόμη να οδηγηθούν σε καταστάσεις που άτομα με περισσότερη πείρα και θεωρητική κατάρτιση θα μπορούσαν να αποφύγουν.

Το πρόγραμμα εκπαίδευσης δίνει έμφαση στη διατήρηση της ζωής

Στα διάφορα εκπαιδευτικά ιδρύματα της Νοσηλευτικής επιστήμης τίθεται ως πρωταρχικός στόχος η διατήρηση της ζωής κατά την άσκηση της νοσηλευτικής φροντίδας.

Το πρόγραμμα δίνει αναμφισβήτητα προτεραιότητα στις ευθύνες των νοσηλευτών να βοηθήσουν τους ασθενείς να αναρρώσουν από την

ασθένεια ή να προσαρμοστούν στις αλλαγές που διαγράφονται στην καθημερινή τους ζωή εξαιτίας αυτής.

Το περιεχόμενο του προγράμματος περιορίζεται σε τέσσερις θεμελιώδεις παρεμβάσεις:

A. Παρακολούθηση αλλαγών στα ζωτικά σημεία

B. Παροχή άνεσης και ανακούφισης από τον πόνο

Γ. Ειδοποίηση του ιερέα όταν η πιθανότητα του θανάτου καταστεί εμφανής

Δ. Υποστήριξη της οικογένειας κατά την περίοδο του θανάτου

Παρ' όλα αυτά πολλοί συγγραφείς εισηγούνται μια σειρά από στρατηγικές παρεμβάσεις που σκοπό έχουν τη διευκόλυνση των νοσηλευτών να αντεπεξέλθουν σε σενάρια που περιλαμβάνουν ασθενείς στο τελικό στάδιο της ζωής τους.

Σε αυτές τις περιπτώσεις η έμφαση δίνεται στον θάνατο, σε αντίθεση με τις υποδείξεις του προγράμματος εκπαίδευσης, προετοιμάζοντας έτσι τους σπουδαστές για μελλοντικές προκλήσεις.

Η έννοια του «μη συνεργάσιμου ασθενούς»

Εξαιτίας της φύσης των περιστατικών αυτών δημιουργούνται στο προσωπικό συναισθήματα αβεβαιότητας και έλλειψης αυτοπεποίθησης στις παρεμβάσεις τους. Η αδυναμία τους αυτή προκαλεί την ανάπτυξη αρνητικών συναισθημάτων προς τους ασθενείς.

Ο Stockwell σχολιάζει πως διάφορα δύσκολα και απαιτητικά περιστατικά είναι δυνατόν να προκαλέσουν τέτοια συναισθήματα.

Επιπλέον έρευνες που έγιναν από τους Kelly & May εισηγούνται πως οι ασθενείς με ιδιόρρυθμη συμπεριφορά που διαχωρίζεται από τη φυσιολογική, τείνουν να θεωρούνται από το προσωπικό μη συνεργάσιμοι και ιδιότροποι. Οι Kelly & May αναφέρονται σε 11 μελέτες τα συμπεράσματα των οποίων καταλήγουν πως οι ασθενείς που επιμένουν να μην συμμορφώνονται με το κλινικό κατεστημένο θεωρούνται μη συνεργάσιμοι, ίσως κάποτε και ανεπιθύμητοι, όσο σκληρό κι άδικο μπορεί να φαντάζει αυτό.

Αναλύοντας τις σχετικές βιβλιογραφικές πληροφορίες συνειδητοποιεί κανείς τη διαδικασία κατά την οποία ένας ασθενής που πεθαίνει καθίσταται λόγω της κατάστασης του μη συνεργάσιμος με το προσωπικό.

Αυτό οφείλεται στην αδυναμία του προσωπικού να αντιμετωπίσει τα δεδομένα που παρουσιάζονται, αφού οι θεωρητικές τους γνώσεις είναι ανεπαρκείς.

Φυσικότητα η αδυναμία δημιουργεί αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στα άτομα αυτά και στην οικογένειά τους. Η σχέση νοσηλευτή- ασθενούς εξαιτίας αυτών των

επιπτώσεων κλονίζεται ανεπανόρθωτα, αφού χάνεται η εμπιστοσύνη που πρέπει να διέπει μια τέτοια σχέση.

Η φυσική και πνευματική εργασία

Η εργασία των Strauss, Fagerhaugh, Suczek, Wiener επικεντρώνει την προσοχή όχι μόνο στη φυσική εργασία στην οποία αναμένεται να συνεισφέρουν οι νοσηλευτές αλλά και στην πνευματική / συναισθηματική.

Οι επαγγελματίες της υγείας και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές είναι αναμεμειγμένοι σε συναισθηματική εργασία γιατί η Νοσηλευτική δεν διδάσκει μόνο τη φροντίδα των φυσικών αναγκών του ασθενούς αλλά και των πνευματικών. Στις περιπτώσεις που οι ασθενείς βρίσκονται κοντά στο τέλος της ζωής τους, αυτές οι ανάγκες αποκτούν ιδιαίτερη σημασία.

Σε αυτή την εκπαίδευση αναμένεται από τον νοσηλευτή να εξασκείται στον έλεγχο των συναισθημάτων του, ώστε αυτά να μην τον παρεμποδίζουν στην άσκηση των καθηκόντων του.

Τέτοιος συναισθηματικός αυτοέλεγχος θεωρείται άλλωστε προϋπόθεση της επαγγελματικής νοσηλευτικής προσέγγισης.

Σε όλες σχεδόν τις μονάδες περισσότερη έμφαση δίνεται στη σωματική φροντίδα του ασθενούς παρά στη συναισθηματική, όπου εκεί επικεντρώνονται και οι μεγαλύτερες ανάγκες του. Αυτή άλλωστε είναι και η οδηγία που απορρέει από το πρόγραμμα εκπαίδευσης.

Παρ' όλα αυτά ένα εύλογο ερώτημα προκύπτει εδώ, κατά πόσο είναι δυνατόν να διδαχθεί ένας συγκεκριμένος τύπος αντιμετώπισης στους σπουδαστές στο να χειρίζονται τα συναισθήματά τους σχετικά με το θάνατο και το άτομο που πεθαίνει. Πιστεύεται ότι κάτι τέτοιο θα ήταν εξαιρετικά δύσκολο, ίσως και αδύνατον.

Σχολιάζοντας αυτήν την άποψη, η Smith πιστεύει ότι είναι αδύνατον να διδαχθείς πώς να αντιδράς σε τέτοιες περιπτώσεις. Αν κάποιος επιθυμεί να μιλήσει για τα συναισθήματά του που αφορούν τον θάνατο, συνήθως τα συζητά με φίλους του όταν τελειώσει από τη δουλεία του.

Η μάθηση για το θάνατο είναι περισσότερο εμπειρική. Κάποιος μαθαίνει από τον τρόπο που οι συνάδερφοί του αντιδρούν και προβαίνουν σε διάφορες παρεμβάσεις, όπως το να συνομιλούν με τον ασθενή που πεθαίνει.

Οι πεποιθήσεις των εκπαιδευτών για τον θάνατο

Σε ορισμένες περιπτώσεις η έλλειψη πληροφόρησης ευθύνεται άμεσα για καταστάσεις που εμποδίζουν κάποιον εκπαιδευτή να είναι παρών όταν ένα κρίσιμο γεγονός διαδραματίζεται.

Υπάρχουν αναμφισβήτητα εκπαιδευτές που αισθάνονται την ανάγκη να αποφύγουν το στοιχείο του θανάτου για λόγους που σχετίζονται με τη δυσφορία που τους προκαλούν τέτοιες συνθήκες. Αυτό ίσως να έχει τις ρίζες του σε τραυματικές εμπειρίες που είχαν βιώσει και οι ίδιοι σε ανάλογες περιπτώσεις.

Οι εκπαιδευτές έχουν την δυνατότητα να επιλέγουν και να χρησιμοποιούν διδακτικές τεχνικές που τους επιτρέπουν να ελαχιστοποιούν την προσωπική του ανάμειξη στο θέμα. Αυτό τους παρέχει προστασία από πιθανή επαφή με το θάνατο και το ίδιο το άτομο που βιώνει τη διαδικασία του θανάτου. πρόκειται για μια εγωιστική συμπεριφορά που αφήνει δυστυχώς εκτεθειμένους τους σπουδαστές σε πολλές περιπτώσεις.

Η έκθεση του σπουδαστή σε τέτοια περιστατικά μπορεί να οφείλεται σε ορισμένες περιπτώσεις και στις μη ρεαλιστικές προσδοκίες που τρέφουν οι εκπαιδευτές για τις δυνατότητες του σπουδαστή να αντεπεξέλθει στις φυσικές και πνευματικές ανάγκες του ατόμου.

Τέτοιες όμως λανθασμένες εκτιμήσεις οδηγούν συνήθως σε δυσμενή αποτελέσματα, που αντανακλώνται τόσο στον ίδιο όσο και στον ασθενή και την οικογένειά του. Μπορεί ακόμη να οδηγήσουν σε τραυματισμό της αντίληψης του σπουδαστή της Νοσηλευτικής για το θάνατο, δημιουργώντας έτσι στο μέλλον νοσηλευτές που θα αδυνατούν να αντιμετωπίσουν ανάλογα περιστατικά.

Αναζητώντας λύσεις στο πρόβλημα του θανάτου

Η τεχνική της κριτικής ανάλυσης επεισοδίων

Σε μελέτες που έγιναν περιγράφεται πώς η τεχνική αυτή χρησιμοποιήθηκε στη νοσηλευτική εκπαίδευση ώστε να αυξήσει τις γνώσεις των σπουδαστών, να διαμορφώσει τη συμπεριφορά τους προς τους ασθενείς, αλλά και να βελτιώσει το επίπεδο των διαπροσωπικών τους ικανοτήτων. Τα διάφορα επεισόδια από την κλινική άσκηση χρησιμοποιήθηκαν για να εγείρουν σε βάθος συζητήσεις σχετικά με τις συμπεριφορές και τις παρεμβάσεις των φοιτητών που εμπλέκονται σε αυτά.

Η τεχνική αυτή φαίνεται χρήσιμη ως μέσο για την αναγνώριση θεμάτων- κλειδιά για τη Νοσηλευτική. Αυτή η διαδικασία προάγει την

κατανόηση των ασθενών από τους νοσηλευτές, ενώ συγχρόνως τους βοηθά να διευρύνουν τη δική τους κατανόηση. Αυτή η ανάγκη για κατανόηση του εαυτού τους αναγνωρίζεται από την Perlau.

Η Perlau υποστηρίζει πως σε πολλές περιπτώσεις η Νοσηλευτική γίνεται κατανοητή από τους ίδιους τους νοσηλευτές ως μια διαπροσωπική σχέση. Αυτή και μόνο η δήλωση ενισχύει και συγχρόνως δικαιολογεί τη χρήση της τεχνικής αυτής.

Είναι επομένως λογικό να χρησιμοποιήσει κανείς την τεχνική αυτή σε συνδυασμό με άλλες τεχνικές, όπως η σύνδεση ρόλων, έτσι ώστε να βοηθηθεί ο σπουδαστής της Νοσηλευτικής να εξοικειωθεί με καταστάσεις που περιλαμβάνουν ασθενείς στο τελικό στάδιο της ζωής τους.

Κατά τη διάρκεια των μαθημάτων, θα πρέπει να υπάρχει μια ανθρωπιστική προσέγγιση, προσφέροντας στους σπουδαστές ένα άνετο, ασφαλές και υποστηρικτικό περιβάλλον μέσα στο οποίο μπορούν να κινούνται. Η χρησιμοποίηση επικοινωνιακής προσέγγισης του τύπου «ενήλικας προς ενήλικα» σύμφωνα με το μοντέλο της διεξαγωγής φαίνεται ιδανική σε αυτή την περίπτωση ώστε να επιτευχθούν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα.

Προσεγγίσεις που εμπίπτουν στον τύπο «ενήλικας προς παιδί», και οι οποίες συχνά χρησιμοποιούνται από τους εκπαιδευτές, θα πρέπει να αποφεύγονται. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τέτοιες παρεμβάσεις συντελούν στη μη προαγωγή της μάθησης.

Η Winne υποστηρίζει ότι όχι μόνο οι κλινικοί εκπαιδευτές αλλά και οι εκπαιδευτές στον θεωρητικό χώρο πρέπει να επιστρατεύουν τεχνικές και ασκήσεις που προάγουν την κριτική σκέψη, όπως για παράδειγμα η ανάθεση ρόλων στους σπουδαστές και η αναπαράσταση κάποιων περιστατικών από τον κλινικό χώρο.

Αυτές θα καλλιεργήσουν στους σπουδαστές την ικανότητα να διακρίνουν με περισσότερη διορατικότητα τις παρεμβάσεις που μπορούν να εφαρμόσουν για να πετύχουν ποιοτική φροντίδα για τους ασθενείς που πεθαίνουν.

Μπορούν επίσης να βοηθήσουν τους σπουδαστές να αναγνωρίζουν και να αμφισβητούν ακόμη τις γνώσεις που τους έχουν δοθεί, καθιστώντας τους έτσι περισσότερο ικανούς στην κριτική σκέψη γι' αυτά που αποδέχονται και εφαρμόζουν και γι' αυτά που πρέπει πρώτα να αφομοιώσουν και μετά να τα εφαρμόσουν.

Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι θεμελιώδη για να αποκτήσει κανείς κριτική μάθηση.

Η συζήτηση της θεωρητικής βιβλιογραφίας φαίνεται υποβοηθητική για τους σπουδαστές, επιτρέποντας τους να δουν πώς οι διάφορες θεωρίες μπορούν να εφαρμοστούν δημιουργικά και κριτικά στην πρακτική άσκηση.

Παρ' όλα αυτά υπάρχει πάντοτε ο κίνδυνος να περιοριστούν τα διλήμματα της καθημερινότητας σε ακαδημαϊκές συζητήσεις με όλες τις επιπτώσεις που επιφέρει η απόσπαση από τον κλινικό χώρο.

Ο ρόλος των κλινικών εκπαιδευτών

Το γεγονός ότι η κριτική ανάλυση των επεισοδίων και τα σενάρια ανάθεσης ρόλων στους σπουδαστές δεν μπορούν να αναπαραστήσουν πλήρως τη διαδικασία του θανάτου, αλλά ούτε και τα συναισθήματα που διαχέουν σε αυτές τις περιπτώσεις τα άτομα που εμπλέκονται σε αυτά, προσδίδει στους κλινικούς εκπαιδευτές έναν ιδιαίτερο ρόλο στην όλη διαδικασία, αυτόν του συνδετικού κρίκου μεταξύ θεωρίας και πρακτικής.

Μια ενεργός παρουσία στον κλινικό χώρο θα δώσει στον σπουδαστή την ασφάλεια που χρειάζεται για να αντεπεξέλθει σε αυτές τις περιπτώσεις. Συγχρόνως ο εκπαιδευτής μπορεί να καθοδηγήσει τον σπουδαστή ώστε να επιτύχει το στόχο του, που δεν είναι άλλος από την παροχή ποιοτικής φροντίδας στον ασθενή και την οικογένειά του.

Για να γίνει όμως κάτι τέτοιο, οι κλινικοί εκπαιδευτές πρέπει να είναι έμπειροι σε τέτοιες περιπτώσεις και να κατέχουν πληθώρα γνώσεων σχετικά με την ειδικότητά τους. Κατά τη διάρκεια της κλινικής άσκησης οι εκπαιδευτές πρέπει να προγραμματίζουν με τέτοιο τρόπο τον χρόνο τους, ώστε να βρίσκονται δίπλα στο σπουδαστή όταν αυτός προσφέρει φροντίδα στον ασθενή που πεθαίνει.

Ο ρόλος του εκπαιδευτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία στις περιπτώσεις όπου ο ασθενής, εξαιτίας του άγνωστου σε αυτόν περιβάλλοντος του νοσοκομείου, γίνεται περισσότερο απαιτητικός και ίσως για το προσωπικό «μη συνεργάσιμος».

Σε αυτές τις περιπτώσεις απαιτείται μια λεπτή και προσεγμένη προσέγγιση από τον σπουδαστή, ώστε να επιτευχθεί η προσφορά της κατάλληλης φροντίδας. Για να κατορθώσει ο σπουδαστής να αντεπεξέλθει σε αυτές τις ιδιαίζουσες συνθήκες, χρειάζεται καθοδήγηση από μέρος του εκπαιδευτή.

Κατά τη διάρκεια των συζητήσεων μετά την κλινική άσκηση, ο σπουδαστής θα πρέπει να ενθαρρύνεται να σκέφτεται και να αναλύει τις εμπειρίες του, συζητώντας; Τα συναισθήματα και τους προβληματισμούς που πιθανόν να προκύψουν.

Αυτή η διαδικασία ίσως διευκολύνει τον σπουδαστή να αποκτήσει αυτογνωσία και ίσως να ανακαλύψει ένα κομμάτι του «κρυμμένου του εαυτού». Με το να μάθει να νοιάζεται για τον εαυτό του, μαθαίνει να βελτιώνει τη φροντίδα που προσφέρει στους ασθενείς και την οικογένειά τους.

Συμπεράσματα- Εισηγήσεις

Αγχογόνα περιστατικά. όπως η φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν οδηγούν στην ανάπτυξη συναισθημάτων φοβίας, τα οποία είναι πιθανότερο να προκληθούν όταν ο στρεσογόνος παράγοντας είναι τραυματικός και το άτομο ευάλωτο.

Επομένως για να αποφευχθούν τέτοιες αντιδράσεις, ο σπουδαστής χρειάζεται άμεσα την κατάλληλη καθοδήγηση και υποστήριξη από τους εκπαιδευτές τόσο στον θεωρητικό όσο και στον κλινικό χώρο.

Επιπλέον, η Benner σχολιάζει πως η δυσκολία που αντιμετωπίζει ένας σπουδαστής είναι η αδυναμία του να χρησιμοποιήσει «διάκριση κρίσης». Μη έχοντας εμπειρίες για τα περιστατικά που αντιμετωπίζει, χρησιμοποιεί τους κανόνες που μαθαίνει στην τάξη για να προβεί στις ανάλογες ενέργειες. Αυτή όμως η διαδικασία εμπεριέχει πολλούς κινδύνους, γιατί απλούστατα κανένας κανόνας δεν μπορεί να καθορίσει ποιες ενέργειες είναι οι ιδανικότερες σε κάθε περίπτωση ή πού παρουσιάζεται μια εξαίρεση του κανόνα. Αναγνωρίζεται επομένως η ανάγκη για συνεχή εκπαίδευση σε θέματα συμβουλευτικής και διαπροσωπικών ικανοτήτων, λαμβάνοντας υπόψη όλες τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες του ασθενούς.

Η Perlaui εισηγείται πως, για να βοηθήσουμε τους ασθενείς να ικανοποιήσουν τις δικές τους ανάγκες, πρέπει πρώτα οι νοσηλευτές να γνωρίσουν τους εαυτούς τους, τις προσωπικές τους ανάγκες και τις προσωπικές τους σχέσεις. Αυτό θα δώσει μεγαλύτερο βάθος στις σχέσεις ασθενούς- νοσηλευτή, γεγονός που θα έχει άμεση αντανάκλαση πάνω στην ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται.

Η διαδικασία κριτικής ανάλυσης των επεισοδίων μπορούν να οδηγήσει στη μεταβολή των υφισταμένων αντιλήψεων, όπως αυτής του θανάτου και της ζωής. Προσωπικές αντιλήψεις γύρω από τη ζωή και το θάνατο μπορεί να αλλάξουν ριζικά μέσα από τη διαδικασία αυτή. Συνειδητοποιεί κανείς πως κάποιος θα πρέπει να μάθει να ζει μέρα με τη μέρα.

Ο τρόπος αντιμετώπισης της ζωής δεν είναι πια ο ίδιος για κάποιος που βιώνει τέτοιο περιστατικά. Πλέον δεν σκέφτεται τι δεν μπορεί να έχει ή τι πρέπει να αποκτήσει. Προσπαθεί να ζει κάθε λεπτό της ζωής του καλύτερα γίνεται.

Είναι σχεδόν βέβαιο ότι οι τεχνικές όπως η κριτική ανάλυση των επεισοδίων ή η ανάθεση ρόλων δεν πρόκειται να αλλάξουν την πρόγνωση των ασθενών που πεθαίνουν. Όμως με τη χρησιμοποίησή τους ο σπουδαστής αλλά και ο επαγγελματίας υγείας γενικότερα έχει την ευκαιρία να αναπτύξει τις επικοινωνιακές, καθώς και τις διαπροσωπικές

του ικανότητες, γεγονός που θα επιτρέψει την προσφορά συναισθηματικής ανακούφισης

Με τον τρόπο αυτό η διεργασία του θανάτου έστω και κατά το ελάχιστο καθίσταται λιγότερο τρομακτική. Ο θάνατος είναι ίσως αναπόφευκτος για τους ασθενείς αυτούς, όμως η μετάβαση από τη ζωή στον θάνατο θα είναι συναισθηματικά γαλήνια, γεγονός που έχει ανυπολόγιστη αξία γι' αυτούς.

Η πνευματική διάσταση της φροντίδας είναι εξαιρετικά δύσκολη και απαιτητική όχι μόνο για τους σπουδαστές, αλλά και για όλους όσοι εμπλέκονται στη φροντίδα των ασθενών. Ο βαθμός δυσκολίας αυξάνεται ακόμη περισσότερο όταν η φροντίδα παρέχεται στο ψυχρό και άγνωστο περιβάλλον του νοσοκομείου. Παρ' όλα αυτά, τεχνικές όπως αυτές που περιγράφηκαν πιο πάνω δίνουν τη δυνατότητα ανθρωπιστικής και ολιστικής φροντίδας στους ασθενείς και τις οικογένειές τους ακόμη και με αυτά τα δεδομένα.

Ερευνητικό Μέρος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ζωή και ο θάνατος είναι δύο έννοιες οι οποίες εκφράζουν πραγματικότητες άρρηκτα συνυφασμένες με την ύπαρξη του ανθρώπου. Και της μεν ζωής έχει προσωπική εμπειρία ο ζων άνθρωπος, του δε θανάτου αντιμετωπίζει συνεχώς το γεγονός στο περιβάλλον του χωρίς να μπορεί να έχει προσωπική γνώση αυτού όσο ζει.

Προβληματισμοί σχετικά με την υπόσταση του θανάτου αποτελούν τα πιο συχνά και περίπλοκα ερωτήματα της ανθρωπότητας από την αρχαιότητα ως τις μέρες μας. Σήμερα δεν έχουμε πλησιάσει στην απάντηση αυτού του ερωτήματος περισσότερο απ' όσο οι αρχαίοι που το έθεσαν για πρώτη φορά.

Η διεργασία του θανάτου και η απώλεια της ανθρώπινης ζωής αποτελεί για τους επαγγελματίες υγείας ίσως την μεγαλύτερη πρόκληση που έχουν να αντιμετωπίσουν κατά την άσκηση των καθηκόντων τους. Ταυτόχρονα η αναπόφευκτη επαφή και παροχή νοσηλευτικής φροντίδας που πρέπει να δοθεί σε ασθενείς με καταληκτικά νοσήματα επηρεάζει την ψυχολογική, συναισθηματική, κοινωνική και επαγγελματική συμπεριφορά των νοσηλευτών, αυξάνοντας την επαγγελματική κόπωση με συνέπεια την δημιουργία ικανοποιητικών συνθηκών για την εμφάνιση του συνδρόμου Burn Out. Τελικά είμαστε εφοδιασμένοι με τις ικανότητες και τις δεξιότητες που χρειάζεται ώστε να αντιμετωπίζουμε με ένα ολοκληρωμένο τρόπο και όχι αποσπασματικά ασθενείς που καταλήγουν στα νοσοκομεία;

ΣΚΟΠΟΣ:

Η διαχρονικότητα του προβλήματος και η δυσκολία που παρουσιάζεται στην αντιμετώπιση του προκαλεί την επιλογή του θέματος της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Μέσα απ' την μελέτη αυτή θα διερευνηθούν οι παράμετροι που διέπουν τη φροντίδα ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους.

Δεν θα εστιάσουμε τόσο στον ασθενή που βιώνει την διεργασία του θανάτου, όσο στα προβλήματα εκείνα που παρεμβάλλονται στην ολιστική προσέγγιση του ατόμου από τους νοσηλευτές καθώς και στις συμπεριφορές που θα αναπτυχθούν κατά την συνεχή επαφή με συνθήκες ιδιαίτερα στρεσογόνες όπως η απώλεια της ζωής.

Τελικά πως θα διαχειριστεί και θα ερμηνεύσει μακροπρόθεσμα ο νοσηλευτής το γεγονός του θανάτου; Τι θα υπερισχύσει μέσα του; Οι

κοινωνικές και θρησκευτικές του παραδοχές ή η επιστημονική του συγκρότηση και προσέγγιση του θέματος;

Υλικό - Μέθοδος:

Υλικό στη μελέτη μας αποτέλεσαν 150 νοσηλευτές άντρες και γυναίκες. Η δειγματοληψία έγινε στα δύο νοσοκομεία του Ηρακλείου και στο Γενικό νοσοκομείο Αθήνας. Θα επιλεγθούν αυτοί που εργάζονται σε τμήματα με σημαντικό ποσοστό ασθενών που καταλήγουν (ΜΕΘ., ΤΕΠ, Παθολογικές, Ογκολογικές και Χειρουργικές κλινικές)

Για τις ανάγκες της μελέτης συντάχθηκε φόρμα συλλογής στοιχείων που παρατίθεται πιο κάτω, απ' όπου τα ποσοτικά χαρακτηριστικά θα αναλυθούν με πίνακες κατανομής συχνοτήτων, τα ποιοτικά χαρακτηριστικά θα αναλυθούν με την μέθοδο της εκτέλεσης ανάλυσης περιεχομένου.

Φόρμα Συλλογής Στοιχείων

1. Ο ερωτώμενος είναι: Άντρας Γυναίκα

2. Τι ορίζουμε ως Θάνατο;

Καλή γνώση	Μέτρια γνώση	Ελλιπής γνώση
------------	--------------	---------------

3. Ο Θάνατος αποτελεί:
α) φυσική εξελικτική πορεία των έμβιων όντων,
β) βίαιη διακοπή της ζωής;
γ) Τίποτα από τα δύο

4. Θεωρείτε πως υπάρχει σκοπιμότητα η επιστήμη να κινηθεί στη κατεύθυνση της αναστολής του θανάτου;

α) Ναι	β) Όχι	γ) Για σημαντικά άτομα μόνο
--------	--------	-----------------------------

5. Γνωρίζετε τον ορισμό του Εγκεφαλικού Θανάτου;

α) Ναι	β) Όχι	γ) Σχετική γνώση
--------	--------	------------------

6. Γνωρίζετε με ποιες διαδικασίες τίθεται η διάγνωση του Εγκεφαλικού Θανάτου;

α) Ναι	β) Όχι	γ) Μερικώς
--------	--------	------------

7. Θεωρείτε απόλυτα παραδεκτό τόσο για την επιστημονική κοινότητα, όσο και για τον κόσμο, ο Εγκεφαλικός θάνατος να ταυτίζεται με τον Φυσικό;

α) Ναι	β) Όχι	γ) Υπάρχει πάντα το απρόβλεπτο
--------	--------	--------------------------------

8. Ποιες οι διαφορές μεταξύ Κώματος, Φυτικής κατάστασης και Εγκεφαλικού Θανάτου;

9. Αντιμετωπίζοντας alert καταστάσεις όπως η καρδιοαναπνευστική ανακοπή, σε περιστατικά τελικού σταδίου, ποια είναι η ψυχολογική σας κατάσταση;

α) Υπάρχει συναισθηματική φόρτιση και άγχος για την πιθανότητα αποτυχίας να επανέλθει ο ασθενής στη ζωή.
β) Αποστασιοποιείσθε από το γεγονός. Όλοι οι ασθενείς αντιμετωπίζονται το ίδιο.
γ) Θεωρείτε την ανάνηψη μάταιο κόπο. Η νοσηλευτική σας παρέμβαση θα είναι ατελέσφορη

10. Γνωρίζετε τα στάδια που διέρχεται ο ασθενής μέχρι να φτάσει στο θάνατο;
α) Ναι β) Όχι
11. Θεωρείται νοσηλευτική πράξη την ψυχολογική συμπαράσταση στο ετοιμοθάνατο στη διαδικασία αποδοχής του θανάτου;
α) Ναι β) Όχι
γ) Αποτελεί καθήκον διεπαγγελματικής ομάδας αν υπάρχει
12. Μετά την απώλεια ασθενούς σας, ποια είναι η συναισθηματική σας κατάσταση;
Α) Νιώθετε ενοχές. Ίσως μπορούσατε να προσφέρετε περισσότερα.
Β) Λύπη
γ) Θυμός
δ) Δεν αισθάνεστε τίποτα ιδιαίτερο
13. Μόλις αποβιώσει ασθενής σας, θεωρείτε καθήκον σας να ενημερώσετε το περιβάλλον του, και να προσφέρετε ψυχολογική υποστήριξη στους συγγενείς;
Α) Δεν ανήκει στα καθήκοντά μας
β) Θα προτιμούσα να μην αναλάμβανα αυτό το φορτίο
γ) Αποτελεί συνέχεια της νοσηλευτικής παρέμβασης στον αποβιώσαντα ασθενή μου
14. Έχετε ποτέ αναλάβει την ενημέρωση συγγενών για τον θάνατο ασθενούς;
α) Ναι β) Όχι
15. Θεωρείται πως μετά τον θάνατο ενός ασθενούς υπάρχει περιθώριο νοσηλευτικής παρέμβασης;
Α) Ναι β) Όχι
16. Θεωρείτε πως ο ασθενής διατηρεί τα δικαιώματά του μετά τον θάνατό του;
α) Ναι β) Όχι
17. Θεωρείτε πως πρέπει να αντιμετωπίζουμε τους ασθενείς που αποβιώνουν, σύμφωνα με την εθνική και πολιτιστική τους κουλτούρα και τους θρησκευτικές τους πεποιθήσεις;
Α) Ναι β) Όχι γ) Δεν είναι πάντα απαραίτητο
18. Θεωρείτε πως από τους Νοσηλευτές χρησιμοποιούνται τρόποι «αποσυμπίεσης» μετά από περιστατικά με ιδιαίτερη ψυχολογική επιβάρυνση;
α) Ναι β) Όχι γ) Μερικές φορές
19. Θεωρείτε πως οι Νοσηλευτές που εργάζονται σε ιδιαίτερα στρεσογόνα τμήματα (ΜΕΘ, ΤΕΠ, Παθολογικές - Ογκολογικές κλινικές) θα έπρεπε να

συμμετέχουν σε ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης;

α) Απαραίτητα

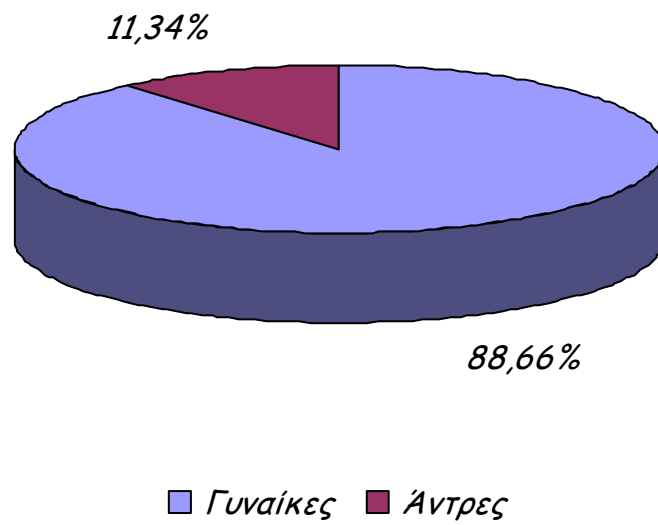
β) Όχι

γ) Όσοι το επιθυμούσαν

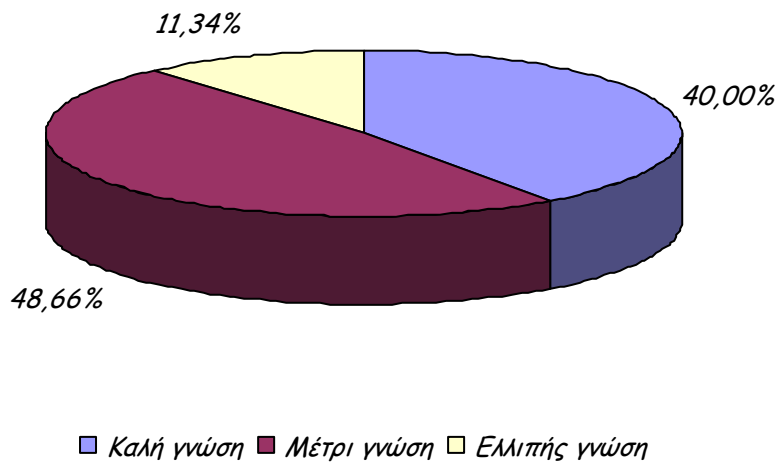
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τους 150 ερωτώμενους οι 133 ήταν γυναίκες και οι 17 άντρες.

Δημογραφικά στοιχεία

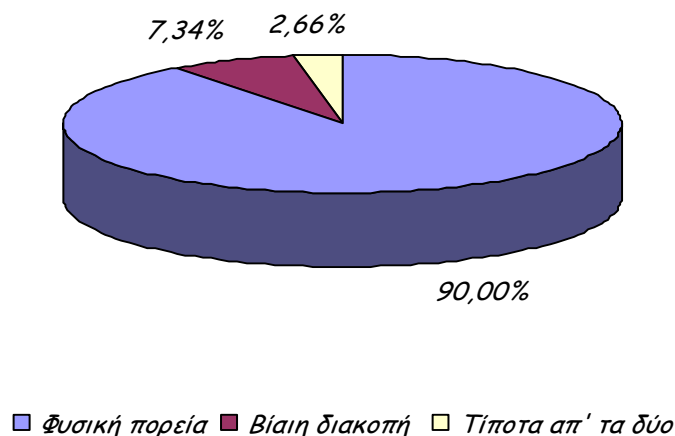


Το ορισμό του θανάτου το 40% μπόρεσε να τον αποδώσει σωστά ενώ το 48,66% είχε μέτρια γνώση. 11,33% δεν μπόρεσε να δώσει μια σαφή ερμηνεία για το τι θεωρούμε στην κλινική πράξη θάνατο. (πιν 2)

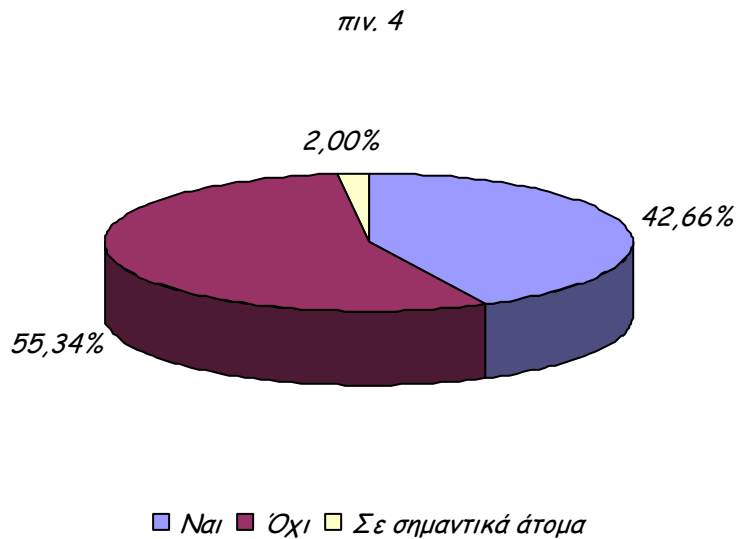


90% από τους ερωτώμενους θεωρούν πως ο θάνατος αποτελεί εξελικτική πορεία των έμβιων όντων και τον αποδέχονται σαν κάτι φυσικό και αναμενόμενο. 7,34% θεωρούν πως αποτελεί βίαιη διακοπή της ζωής.(πιν. 3)

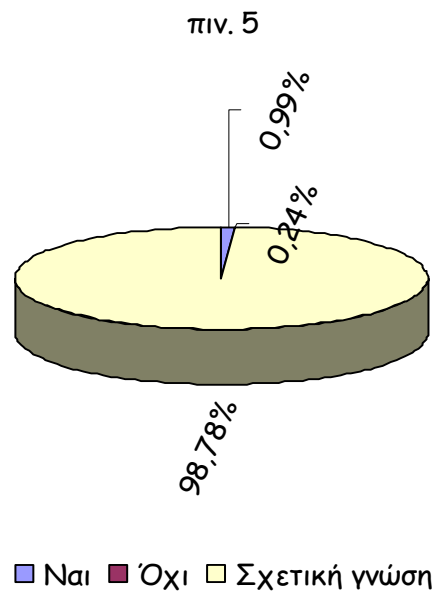
Πιν. 3



42,66% θεωρούν πως η επιστήμη μέσα από έρευνες πρέπει να καταφέρει αναστείλει την διαδικασία του γήρατος, ενώ 55,34% δεν θεωρούν πως αυτό είναι σκόπιμο. Ένα 2% των ερωτηθέντων απάντησε πως αυτό πρέπει να γίνει μόνο για σημαντικά άτομα. (πιν. 4)

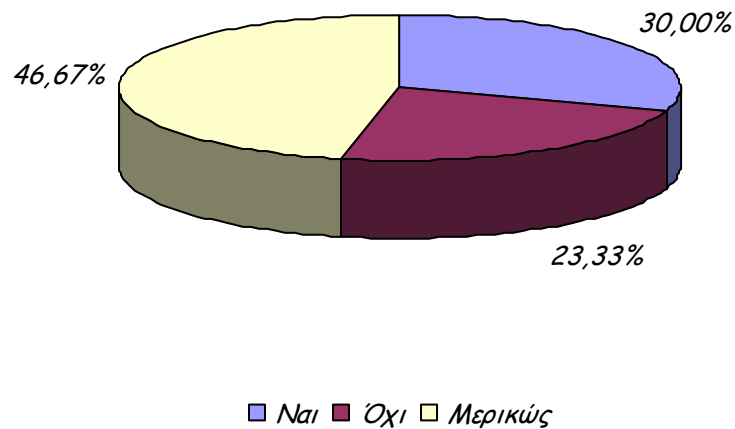


Το 44,68% γνωρίζει τον ορισμό του εγκεφαλικού θανάτου ενώ το 44,66% έχει σχετική γνώση. (πιν5)



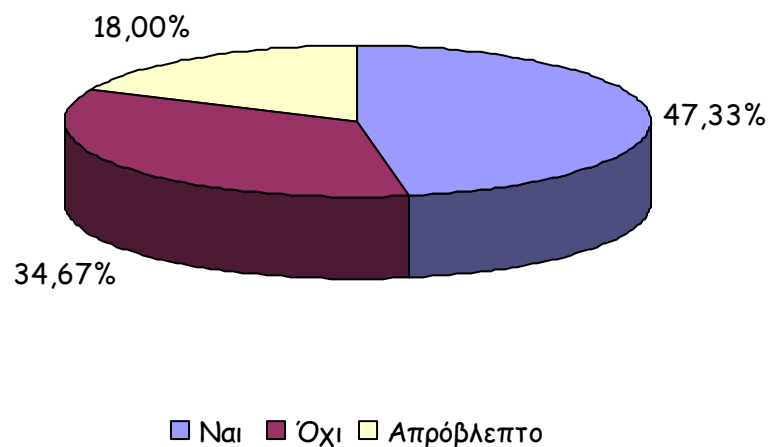
Τις διαδικασίες όμως με τις οποίες τίθεται η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου δεν τις γνωρίζει το 23,33%, ενώ το 46,67% έχει μια μερική γνώση των διαδικασιών αυτών. (πιν.6)

πιν. 6



το 52,67% δεν είναι πεισμένοι πως ο εγκεφαλικός θάνατος είναι μη αναστρέψιμος και άρα δεν θα πρέπει να ταυτίζεται με το φυσικό θάνατο. (πιν.7).

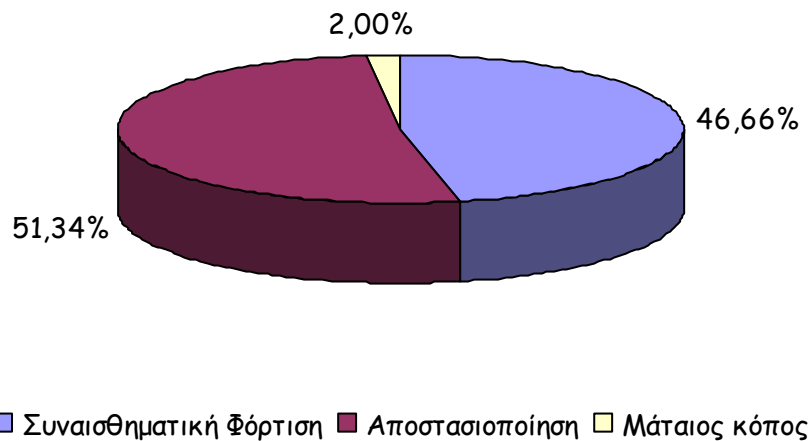
πιν. 7



Στο 12,66% των ερωτηθέντων υπάρχει σύγχυση μεταξύ κώματος, φυτικής κατάστασης και εγκεφαλικού θανάτου, θεωρώντας πως δεν υπάρχει σημαντική διαφορά και σε καμία περίπτωση δεν θέτουν την διάγνωση του θανάτου. Μόνο το 6,66% μπόρεσε να κάνει σαφή διαχωρισμό των καταστάσεων αυτών. (πιν. 8)

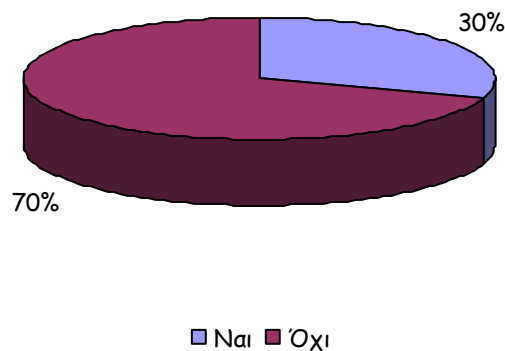
Το 51,34% του δείγματος προτιμά να αποστασιοποιείται όταν αντιμετωπίζει καταστάσεις alert (πχ. Καρδιοαναπνευστική ανακοπή), ενώ το 46,66% φορτίζεται συναισθηματικά και αγχώνεται σε πιθανή αποτυχία. (πιν. 9)

πιν. 9



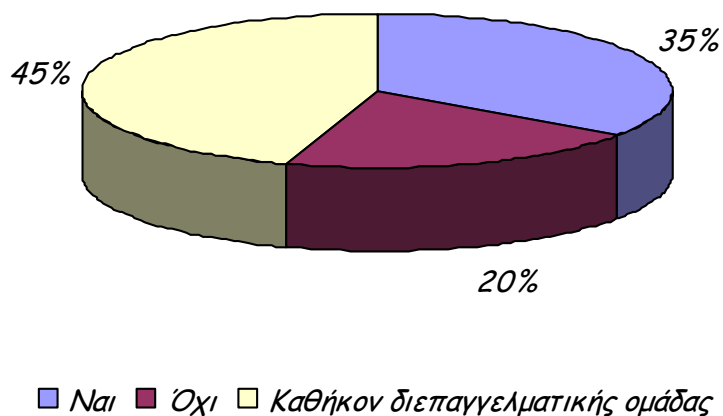
Το 70% δεν γνωρίζει τα στάδια που διέρχεται ο ασθενής απ' την στιγμή που ενημερώνεται πως η ασθένειά του είναι ανίατη. (πιν. 10)

πιν.10



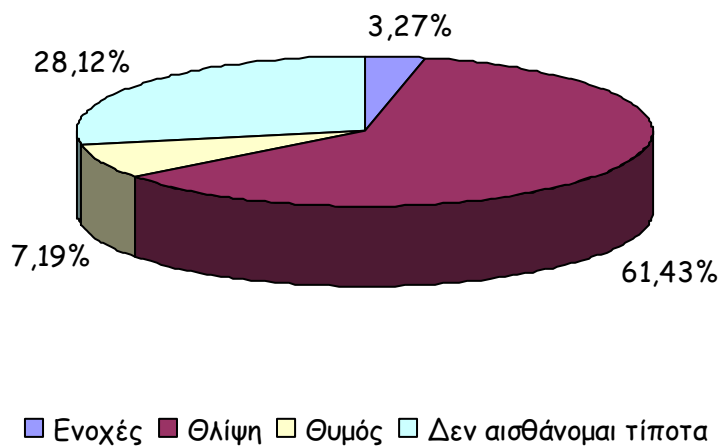
35% θεωρεί πως η ψυχολογική στήριξη των ετοιμοθάνατων είναι νοσηλευτική πράξη μόνο, ενώ το 45% θεωρεί πως είναι καθήκον διεπαγγελματικής ομάδας. (πιν. 11)

πιν. 11



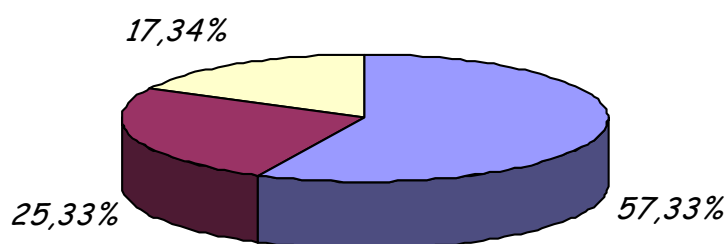
Με την απώλεια των ασθενών το συναίσθημα που κυριαρχεί είναι θλίψη στο 62,64%, θυμός στο 7,33%, ενώ ένα 3,33% νιώθει ενοχές πιστεύοντας πως θα μπορούσε να προσφέρει περισσότερα. (πιν 12)

πιν. 12



Η ενημέρωση του οικογενειακού περιβάλλοντος για την απώλεια του ασθενή από το 57,33% θεωρείται πως δεν ανήκει στα καθήκοντά μας. Το 25,33% θα προτιμούσε να μην αναλάμβανε αυτό το φορτίο, ενώ το 17,34% θεωρεί πως η ενημέρωση και στήριξη των οικείων αποτελεί συνέχεια της νοσηλευτικής παρέμβασης. (πιν.13)

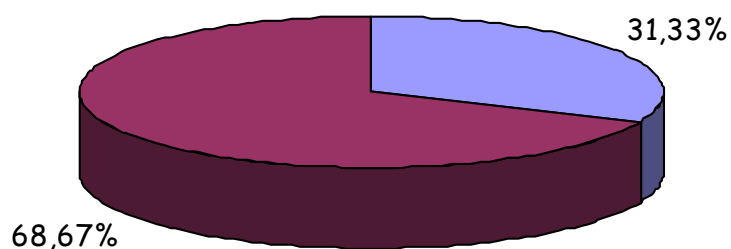
πιν. 13



- Δεν είναι καθήκον μας
- Θα προτιμούσα να μην αναλάμβανα
- Αποτελεί συνέχεια του έργου μου

Έτσι το 68,67% δεν έχει αναλάβει ποτέ την ενημέρωση των συγγενών. (πιν. 14)

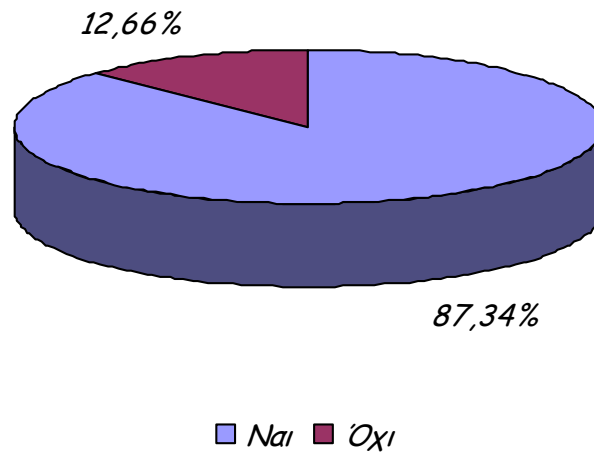
πιν. 14



- Ναι
- Όχι

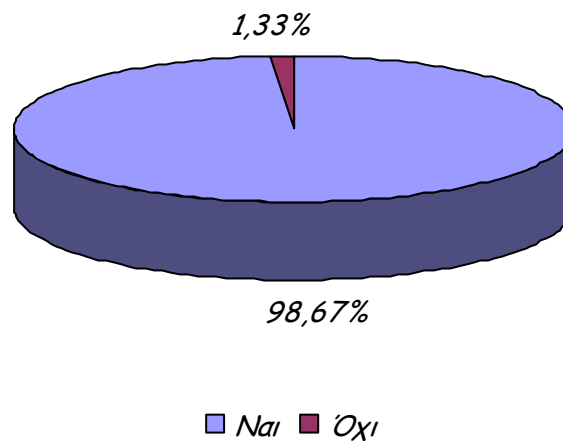
Το 87,34% των ερωτηθέντων έχει την άποψη πως η νοσηλευτική παρέμβαση δεν σταματά με την διάγνωση του θανάτου, ενώ το 12,66% νομίζει πως όλα τελειώνουν εκεί. (πιν. 15)

πιν. 15



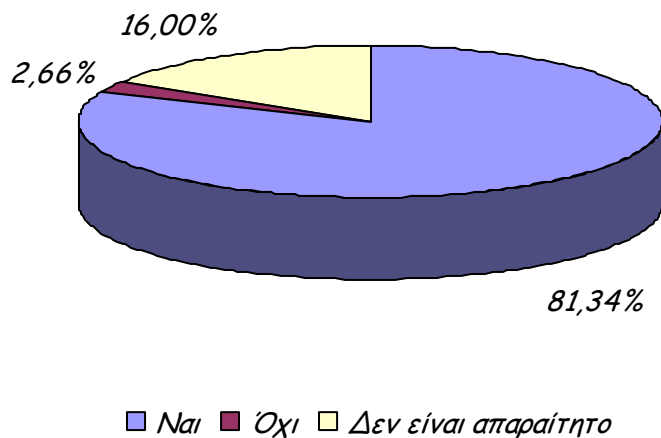
Ο νεκρός διατηρεί τα δικαιώματά του αναμφίβολα για την συντριπτική πλειοψηφία 98,67% (πιν.16),

πιν. 16



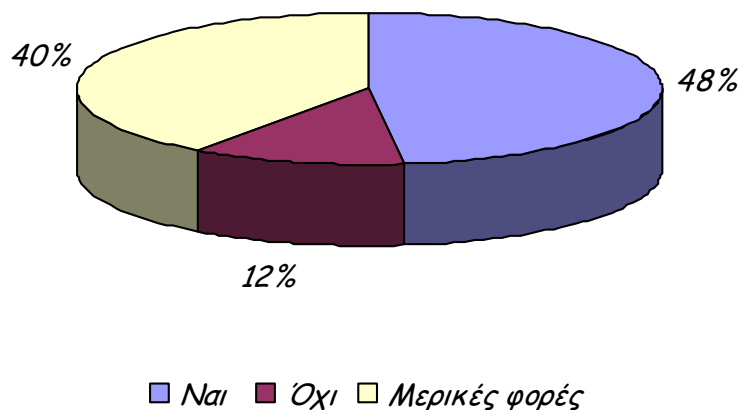
και πρέπει να αντιμετωπίζεται σύμφωνα με την πολιτιστική και την εθνική του κουλτούρα από το 48%. Το 2,66% θεωρεί πως η στάση μας πρέπει να είναι ενιαία για όλους. (πιν 17)

πιν. 17



Το 48% και 40% των νοσηλευτών χρησιμοποιεί πάντα ή κάποιες φορές τρόπους αποσυμπίεσης μετά την αντιμετώπιση περιστατικών με μεγάλη ψυχολογική επιβάρυνση. (πιν. 18)

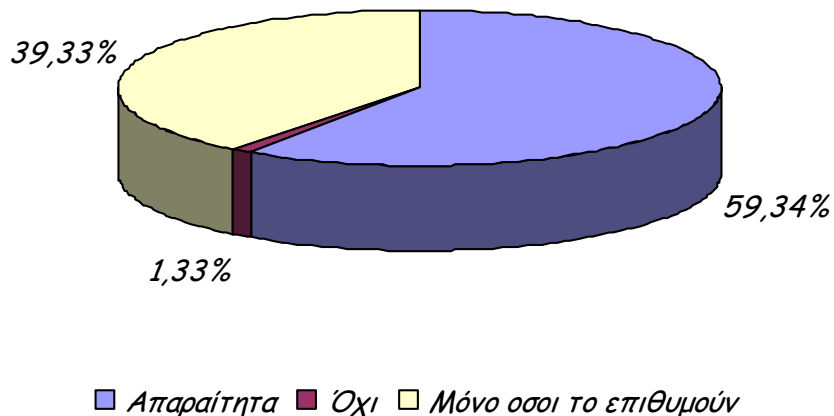
πιν.18



Έτσι επιλέγουν συνήθως να συζητήσουν το περιστατικό 20%, ξεσπούν σε κλάματα 9,33%, Αφηγούνται αστεία 10,66% (πιν.18^α)

Τέλος το 59,34% θεωρεί πως νοσηλευτές που εργάζονται σε ιδιαίτερα στρεσογόνα τμήματα πρέπει να συμμετέχει υποχρεωτικά σε ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης, μόνο εφ' όσον το επιθυμεί 39,33% ενώ το 1,33% θεωρεί πως δεν προσφέρει τίποτα. (πιν. 19)

πιν. 19



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είναι φανερό πως δεν μπορεί να δοθεί από τους περισσότερους μια σαφής ερμηνεία του θανάτου. Μάλλον περί συγκεκριμένου ορισμού πρόκειται. Σίγουρα όμως τον εντάσσουμε στην πορεία της εξέλιξης των ζώντων οργανισμών, παρόλο που προκαλεί ανεπιθύμητα συναισθήματα όταν τον αντιμετωπίζουμε, και δεν θεωρούμε ότι υπάρχει λόγος να ανατραπεί αυτή η εξελικτική πορεία. Βέβαια το ποσοστό που θα επιθυμούσε την ανακοπή της πορεία προς τα γηρατειά είναι ιδιαίτερα σημαντικό. Υπάρχουν όμως σε ένα μικρό ποσοστό κι αυτοί που θεωρούν πως θα έπρεπε να γίνονται προσπάθειες αναστολής των γηρατειών για σημαντικές προσωπικότητες.

Η πλειοψηφία αντιλαμβάνεται σωστά τον ορισμό του εγκεφαλικού θανάτου, χωρίς όμως να γνωρίζουν επακριβώς την διαδικασία μέσω της οποίας πιστοποιείται. Ίσως γιατί δεν μπορούν να πειστούν πως ο εγκεφαλικός θάνατος ισοδυναμεί με τον φυσικό θάνατο και κατά κάποιο τρόπο αφήνουν περιθώρια αναστρεψιμότητας της κατάστασης. Οι

έννοιες Κώμα, φυτική κατάσταση, εγκεφαλικός θάνατος έχουν προκαλέσει σύγχυση και δεν είναι ορατές οι διαχωριστικές γραμμές. Ένα πολύ μικρό ποσοστό μπορεί να κάνει σαφή διαχωρισμό των παραπάνω εννοιών.

Στην περίπτωση που αντιμετωπίζουμε καταστάσεις που υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να χάσουμε τον ασθενή μας οι αντιδράσεις διχάζονται. Κάποιοι προτιμούν να αποστασιοποιούνται ενώ άλλοι φορτίζονται συναισθηματικά με όποιες συνέπειες μπορεί να έχει αυτό στην συνέχεια για τους επαγγελματίες αυτούς.

Παρ' όλο που δεν γνωρίζουμε επακριβώς τα στάδια που περνούν οι ασθενείς μέχρι την στιγμή που θα αποδεχθούν την ιδέα του θανάτου που έρχεται, εν' τούτοις έχουμε κατανοήσει πως ένα τόσο μεγάλο θέμα απαιτεί την συνεργασία πολλών λειτουργών υγείας ταυτόχρονα.

Θυμός, φόβος, ενοχές, τα συναισθήματα είναι ανάμικτα στην περίπτωση απώλειας ασθενών μας, με κυρίαρχο αυτό της θλίψη.

Η ανακοίνωση δυσάρεστων ειδήσεων αποφεύγεται και συζητείται το αν αποτελεί νοσηλευτικό καθήκον. Ωστόσο είναι σαφές πως η νοσηλευτική παρέμβαση δεν σταματά την στιγμή του θανάτου και συνεχίζεται με τρόπο ώστε να μη προσβάλλεται η αξιοπρέπεια του νεκρού. Θα πρέπει επίσης να γίνεται προσπάθεια να τηρούνται οι πολιτισμικές πεποιθήσεις του ετοιμοθάνατου.

Τέλος η ύπαρξη ομάδας ψυχολογικής υποστήριξης των επαγγελματιών υγείας θεωρείται απαραίτητη ενώ πάντα βρίσκουμε τρόπους αποσυμπίεσης των δυσάρεστων και στρεσογόνων καταστάσεων που εκ των πραγμάτων καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε με όποιο τρόπο θεωρούμε πρόσφορο.

Εκείνο που τελικά πρέπει να 'καταστεί σαφές σε κάθε επαγγελματία υγείας είναι η ύπαρξη και η κατανόηση των ορίων και των δυνατοτήτων μας κάθε φορά και στο μέτρο αυτό να προσφέρουμε το καλύτερο στους ασθενείς μας προσεγγίζοντας τους ως πολυδιάστατες προσωπικότητες και όχι ως υποκείμενη νόσο μόνο. Επίσης δεν θα πρέπει να μας διαφεύγει ποτέ πως ο ασθενής μας πολύ πριν μπει στο νοσοκομείο αποτελούσε ξεχωριστή προσωπικότητα καθ' όλα σεβαστή και θα πρέπει να παραμείνει και να αντιμετωπίζεται έτσι. Η αξιοπρέπεια ανήκει σε κάθε άρρωστο, και δεν θα πρέπει να του στερείται όσο βαριά κι αν είναι η κατάσταση της υγείας του. Πολύ περισσότερο την κρίσιμη ώρα του θανάτου του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Buckman R. I don't know what to say. London: Macmillan and Papermac, 1990
2. Jacobson FC, McGrath MH. Nurses under stress. NY: Wiley medical publications, 1983.
3. Russell G. Essential psychology for nurses and other health professionals. London: Routledge, 1999
4. O'Kelly G. Counter transference in the nurse – patient relationship: A review of the literature. Journal of Advanced Nursing 1998, 28:391-397
5. Olsen JC, Buenefe ML, Falco UD. Death in the emergency department, Ann. Emerg. Med, 1998 Jun, 31:6, 758-765
6. Harris B, Breaking the worst news: when a child dies suddenly. Emergency Medicine, 1989 Mar, 30, 74-95
7. Ρούσσος Χ, Εντατική Θεραπεία, Αθήνα 1991
8. Center For Ethics & Professionalism « Talking about organ procurement when one of your patients dies » article by the American College of Physicians – American Society of Internal Medicine. February 2000
9. James Lewis'. Afterlife beliefs and phenomena. Copyright: 2003 Near-Death Experiences & the Afterlife
Last modified: February 03, 2003
10. Κουτσελίνης Α. Ιατροδικαστική, Αθήνα 1989.
11. Yoshikai T, Tahara T, Kuroiwa T, Kato A, Uchino A, Abe M, Tabuchi K, Kudo S. Plain CT findings of brain death confirmed by hollow skull sign in brain perfusion SPECT. Radiat Med 1997; 15: 419-24.
12. Gore SM, Cable DJ, Holland AJ. Organ donation from intensive care units in England and Wales: two year confidential audit of deaths in intensive care. BMJ 1992;304: 349-55.
13. Μπαλογιάννης Σ: Εγκεφαλικός θάνατος Ελληνική Ιατρική 1986; 51: 319-326.
14. Bernat JL. How much of the brain must die in brain death? J Clin Ethics 1992;3:21-26

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΝΟΤΗΤΕΣ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

Πρόλογος

Κεφ. 1. Η διαχρονικότητα του φαινομένου.

Κεφ. 2. Φιλοσοφική – Θρησκευτική προσέγγιση.

Κεφ. 3. Επιστημονική ερμηνεία του Θανάτου.

Κεφ. 4. Απώλειες ασθενών και σύνδρομο επαγγελματικής κόπωσης

Κεφ. 5. Νοσηλευτική και θάνατος.

Κεφ. 6. Ολιστική προσέγγιση ασθενούς σε τελικό στάδιο

Κεφ. 7. Μεταμόσχευση οργάνων.

Κεφ. 8. Ζώντας με την «απώλεια»

ΕΝΟΤΗΤΕΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

Εισαγωγή

Σκοπός

Υλικό – Μέθοδος

Αποτελέσματα

Συμπεράσματα έρευνας

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Βιβλιογραφία