



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο θεσμός του νοσοκομειακού εφημερίου και η
κοινωνιολογική του διάσταση

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Μαρία Σκόνδρα

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:
Μ. Σπυριδάκης, Επίκουρος Καθηγητής, Επιβλέπων
Χ. Οικονόμου, Επίκουρος Καθηγητής
D. Riboli, Λέκτορας

Κόρινθος, Φεβρουάριος 2013

Copyright © Μαρία Σκόνδρα, 2013.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
---------------	---

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΕΦΗΜΕΡΙΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η παρουσία ναού και ιερέα στο νοσοκομείο

1.1 Ιστορική αναδρομή.....	9
----------------------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Δομή και σχέσεις της θεραπευτικής ομάδας

2.1 Ο εφημέριος στην καθημερινή ζωή του νοσοκομείου.....	15
--	----

2.2 Η παρουσία του εφημερίου στο νοσοκομείο.....	21
--	----

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

Η ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η προσφορά του εφημερίου

1.1 Κοινωνιολογικές προσεγγίσεις.....	25
---------------------------------------	----

1.1.1 «Βιοϊατρικό μοντέλο» και θρησκεία.....	25
--	----

1.1.2 Θεραπεία και πίστη.....	29
-------------------------------	----

1.1.3 Οι πεποιθήσεις του πληθυσμού για την υγεία.....	31
---	----

1.2 Συναισθηματική και ρεαλιστική αντιμετώπιση της ασθένειας.....	35
---	----

1.3 Η κοινωνική προσφορά του εφημερίου στο νοσοκομείο.....	39
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η συμμετοχή στον πόνο και το θάνατο

2.1 Ο ρόλος του εφημερίου στα διάφορα στάδια του πόνου.....	43
2.2 Θανατοφοβικό και θανατοφυγικό σύνδρομο.....	48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Εμπειρική Διερεύνηση

3.1 Η διαδικασία της έρευνας.....	53
3.2 Ο ιερός ναός ‘‘Παναγία η Βοήθεια’’ Π.Γ.Ν.Π.....	55
3.3 Προσωπικά βιώματα ασθενών.....	58
3.4 Προσωπικό βίωμα συνοδού ασθενούς.....	65
3.5 Σκέψεις ενός γιατρού και μίας νοσηλεύτριας.....	67
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	68
ΠΗΓΕΣ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	71

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Αντιλήψεις του πληθυσμού για την υγεία με βάση την έρευνα των Hughner και Kleine (2004).....	34
---	----

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αναμφισβήτητα ο πόνος είναι συνδεδεμένος με την ανθρώπινη ύπαρξη. Κανένας δεν πέρασε, ούτε ενδεχομένως θα περάσει, από τη γη αυτή δίχως να πονέσει. Το όνειρο για μία ζωή χωρίς πόνο θα παραμένει πάντοτε όνειρο απραγματοποίητο. Και όταν γίνεται λόγος για «πόνος», δεν εννοείται μόνο ο σωματικός πόνος, που όλοι οι άνθρωποι λίγο πολύ νιώθουν σε κάθε στιγμή της ζωής τους, αλλά και για την ψυχική οδύνη και τον πνευματικό πόνο που τόσες φορές είναι αβάσταχτος και πολύ οδυνηρός. Ο πόνος σε όλες τις μορφές του είναι πια τόσο άρρηκτα δεμένος με την ανθρώπινη ψυχοσύνθεση ώστε, όσο αιρετικό και αν ακούγεται, να συνθέτει μία πολύμορφη κατάσταση και ένα πολυποίκιλο «γίγνεσθαι» μέσα στο οποίο ο άνθρωπος χρειάζεται να «βαπτισθεί» πολλές φορές στην διάρκεια του βίου του.

Τον πόνο δεν τον αναζητά βέβαια κανείς. Ο φυσιολογικός άνθρωπος δεν θα έπρεπε ποτέ να επιθυμήσει μία τέτοια δοκιμασία. Περισσότερη σημασία έχει το πώς αντιδρά και αντιστέκεται εσωτερικά, πώς δικαιολογεί την εμφάνιση του πόνου στη ζωή του. Χειρότερη από τον πόνο είναι η φοβία του πόνου, που αποδιοργανώνει την προσωπικότητα, χωρίς να τη λυτρώνει. Έτσι, ο έσχατος φόβος δεν είναι ο θάνατος. Ο έσχατος φόβος είναι ο ίδιος ο μηδενισμός, η απελπισία, είναι πια ο θάνατος στη γνησιότητά του. Ο άνθρωπος δεν θέλει τίποτε, δεν ενδιαφέρεται για τίποτε, δεν προσδοκά τίποτε. Οι παλμοί της καρδιάς του δεν αποδεικνύουν την ζωή.

Σε μία εποχή δίχως ονοματεπώνυμο, όπως είναι η σημερινή, ο άνθρωπος που πονά, ο ασθενής που κείται σε ένα κρεβάτι ενός νοσηλευτικού ιδρύματος είναι εντελώς μόνος του με τον εαυτό του και συγχρόνως αφάνταστα μακριά από τον εαυτό του. Ανοίγει πάλι και πάλι την καρδιά του, ενώ γνωρίζει πως κανείς δεν νοιάζεται να δει τι έχει μέσα. Και αυτό του δημιουργεί ένα κενό, μία έλλειψη αγάπης που ματώνει την καρδιά του, την κάνει χίλια κομμάτια, της εκκολάπτει έναν ηθικό πόνο, που αναγκαστικά η μοναδική του παρηγοριά είναι η αποξένωση. Μία κρυφή αγωνία συνέχει το πρόσωπό του, που την τρέφει η αδιόρατη παρουσία, μικρή ή μεγάλη, του θανάτου. Γι' αυτό και ο χρόνος προβάλλει μέσα του με την προοπτική του τέλους. Το βλέμμα του στρέφεται προς τα πίσω και αγκαλιάζει τον χρόνο σαν κάτι τετελεσμένο, που κινείται ακόμα χωρίς να αλλάζει. Αν το πρόσωπο του παιδιού το φωτίζει η αιωνιότητα ενός νεογέννητου, αδιαίρετου χρόνου, το πρόσωπο του ασθενούς το ακινητεί το αμετάκλητο του τετελεσμένου και η αιωνιότητα του θανάτου, που εγγίζει (Μιχαηλίδης 1990).

Ο κυριότερος στόχος της συγκεκριμένης έρευνας είναι η ανάδειξη του ρόλου του νοσοκομειακού εφημερίου σε συνδυασμό με τις κοινωνιολογικές και ψυχικές επιπτώσεις που έχει η παρουσία του στους ασθενείς, στους συνοδούς, στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό κ.λπ. Πόσο αναγκαία είναι η παρουσία ενός θρησκευτικού λειτουργού σε ένα περιβάλλον αυστηρά επιστημονικό, όπως αυτό του νοσοκομείου; Διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στην πορεία της όποιας αποθεραπείας των ασθενών; Προσφέρει εκτός από το πνευματικό και κοινωνικό έργο; Και σε ποιο βαθμό οι ίδιοι οι ασθενείς συνδέουν την πίστη με την θεραπεία;

Η έρευνά μας κατέδειξε ότι το σπουδαιότερο έργο που επιτελείται στο χώρο του νοσοκομείου αντικατοπτρίζεται στην συνδρομή του ιερέα σε ειδικές και «λεπτές» περιπτώσεις, όπως: α. εγκατάλειψη βρεφών, για τα οποία ο ιερός ναός αναλαμβάνει όλα τα έξοδα συντήρησης, μέχρι την αποκατάστασή τους στα αρμόδια ιδρύματα, καθώς και τα έξοδα βαπτίσεως τους· β. θάνατος βρεφών και ενηλίκων, για τους οποίους ο ιερός ναός αναλαμβάνει όλα τα έξοδα κήδευσης και ταφής· γ. πληρωμή αποκλειστικών νοσοκόμων για περιπτώσεις οικονομικά αδύνατων ασθενών καθώς και πάσης φύσεως ενίσχυση, υλική και οικονομική (διαμονή, φαγητό, ένδυση), για την αντιμετώπιση των αναγκών των συνοδών τους, κυρίως αυτών που κατάγονται από μακρινά μέρη· δ. συνδρομή σε χρήματα και εθελοντές για τη δημιουργία μονάδας βραχείας φιλοξενίας με την ονομασία «Ξενία Συνοδών Ασθενών» σε χώρο του νοσοκομείου· ε. τοποθέτηση ηχητικών συσκευών σε κάθε κρεβάτι συνδεδεμένων απευθείας με τον ιερό ναό για την παρακολούθηση σε πραγματικό χρόνο όλων των ιερών ακολουθιών· στ. άμεση συνδρομή του εφημερίου σε πρακτικά και διαδικαστικά θέματα (γραφειοκρατικά, συνεννοήσεις με γιατρούς, ενεργοποίηση κοινωνικών υπηρεσιών, αιμοδοσία) κυρίως σε ανθρώπους μοναχικούς, άπορους αναλφάβητους, προερχόμενους από την επαρχία κ.λπ.

Επίσης, από την έρευνά μας προέκυψε ότι όλοι οι ασθενείς, άλλος σε μεγαλύτερο και άλλος σε μικρότερο βαθμό συνδέουν την πίστη με την θεραπεία και θεωρούν την παρουσία του νοσοκομειακού εφημερίου απαραίτητη για όλους τους ασθενείς, κυρίως, όμως, για όσους παραμένουν νοσηλευόμενοι για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η παρουσία και συμπαράσταση του κληρικού στα πλαίσια της φροντίδας υγείας γίνεται δεκτή ως μελέτη φυσικών, πνευματικών και συναισθηματικών ζητημάτων του ασθενή, τα πλεονεκτήματα της οποίας ποικίλουν από την θεραπεία σε σωματικό επίπεδο μέχρι την ευρύτερη έννοια της θεραπείας (μια έννοια πνευματικής επανόρθωσης ή αναμορφωμένης ολότητας). Σε αυτό το πλαίσιο, ο κληρικός δεν δρα

μόνο ως έμπιστο πρόσωπο, αλλά και ως μέσο, διά του οποίου οι ευεργετικές ενέργειες της θεραπείας εμφανίζονται συνεχώς. Η σχέση μεταξύ του κληρικού και του ασθενή επομένως, περιλαμβάνει ένα διαρκές πεδίο αλληλεπίδρασης, γεφυρώνοντας τα σωματικά, πνευματικά και συναισθηματικά πεδία της ύπαρξής τους. Με άλλα λόγια, η σχέση περιλαμβάνει όχι μόνο την εμπιστοσύνη και την παραχώρηση του ασθενούς στην όποια φροντίδα του κληρικού, αλλά και την αντίληψη μιας ανταλλαγής πνευματικής ενέργειας (Cohen 2006).

Το γεγονός ότι ένας κληρικός - σε αντίθεση ας πούμε με μια νοσοκόμα - προσφέρει παρηγοριά σε ένα ασθενή μέσω μιας «καλής» κουβέντας δεν οφείλεται εξ ολοκλήρου στην θρησκεία. Παρόμοια, το γεγονός ότι μια νοσοκόμα προσεύχεται με έναν ασθενή δεν κατατάσσει την προσευχή στο επίπεδο της θεραπευτικής ενέργειας. Ενώ ο ευρύς νομοθετημένος όρος της εξάσκησης της ιατρικής φαίνεται να περιλαμβάνει πρακτικές σχεδιασμένες ως θρησκευτικές, το ιατρικό επάγγελμα φαίνεται να κείται αντιθετικά προς τον θρησκευτικό παράγοντα στις διαγνώσεις και στις θεραπείες του. Όπως το θέτει ένας λόγιος, η επιστημονική βάση της μοντέρνας ιατρικής «συχνά αγνοεί τους πνευματικούς παράγοντες που έχουν σχέση με την υγεία. Η υγεία ποικιλοτρόπως ορίζεται σε ανατομικά ή φυσιολογικά ή ψυχολογικά ή κοινωνικά πλαίσια. Σπάνια βρίσκουμε διάγνωση που να περιλαμβάνει τη σχέση μεταξύ του ασθενούς και του Θεού του». Ενώ, αν ένας μη ιατρός έκανε μια τέτοια διάγνωση - συγχέοντας την υγεία του ασθενούς με την σχέση του με την θρησκεία του - θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι εξασκεί την ιατρική παρανόμως (Cohen 2006).

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΕΦΗΜΕΡΙΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η παρουσία ναού και ιερέα στο νοσοκομείο

1.1 Ιστορική αναδρομή

Η αρχή της ύπαρξης ναού και ιερέων μέσα στο νοσοκομείο έχει πνευματικές ρίζες και ιστορική ιδρυτική παρουσία. Η θεωρητική τοποθέτηση, στην οποία στηρίζεται ο θεσμός, προηγήθηκε των γεγονότων και περιλαμβάνει δύο αρχές, τις οποίες η Ιατρική, από τα πολύ παλαιά χρόνια, αποδέχεται ανεπιφύλακτα: α) την ανάγκη ενιαίας αγωγής υγείας ψυχής και σώματος και β) τη συνεργασία ιατρικής και θείας αντίληψης στη θεραπεία του αρρώστου.

Ιερατική είναι στο μεγαλύτερο μέρος της η ιατρική των λαών του αρχαίου κόσμου μέχρι τα κλασικά χρόνια. Στην υπηρεσία των ηγεμόνων και ταυτισμένη με αυτούς, η ιατρική αυτή την εποχή θα έχει την έδρα της, συνήθως στα ιερά, όπου εμπειρικές και φανερές μέθοδοι αντιμετώπισης της αρρώστιας θα συγχέονται με ιεροτελεστίες, καθαρμούς και θυσίες. Η υγεία, πολύτιμο αγαθό, γίνεται ένα ακόμη στοιχείο για εξάρτηση του υπηκόου από τον ηγεμόνα του και την κυρίαρχη κάστα που τον περιβάλλει και τον στηρίζει. Πέρα από την ανάγκη για θεραπεία, ο πάσχων πρέπει να είναι εξαρτημένος από το ιατρικό ιερατείο με το νου του πάντα στραμμένο στον ιερέα και γιατρό του, αυτόν που κρατάει το μυστικό για την αποκατάσταση της υγείας του, αλλά και τη διατήρησή της (Ρηγάτος 1999:11).

Διαφορετική είναι η σχέση της θρησκείας με την ιατρική στην Αρχαία Ελλάδα. Στις αγροτικές κοινωνίες του ηπειρωτικού χώρου και στις εμπορο-ναυτικές των πολιτειών της Ιωνίας και της Σικελίας, ποτέ δεν αναδείχθηκε κυρίαρχη μια κάστα ιερέων-γιατρών, και τα Ασκληπιεία -τα πρώιμα τουλάχιστον- ήταν περισσότερο χώροι λουτροθεραπείας και φυσικής άσκησης παρά μύησης και μαγικοθρησκευτικής ιατρικής. Έτσι, οι ιδέες μπορούσαν να διακινούνται ελεύθερα και πρώιμα σημειώνεται μια κίνηση που, πέρα από τον αόριστο ρόλο του Θεού για την ανώτατη εποπτεία του κόσμου, θεωρεί πως η αρρώστια είναι φυσικό κακό που με τη σωστή γνώση μπορεί να αντιμετωπιστεί λιγότερο ή περισσότερο αποτελεσματικά (Ρηγάτος 1999:80-83).

Ενώ τα πρώιμα Ασκληπιεία μέχρι τον 5ο αιώνα είναι εστία κυρίως εμπειρικής και λιγότερο θεουργικής ιατρικής, όπως προαναφέρθηκε, αυτό που θα ακολουθήσει ύστερα από τα χρόνια του Ιπποκράτη και των συγχρόνων του γιατρών είναι θεοκρατούμενο με ιερατείο που αναπτύσσει ιατρικές και άλλες δραστηριότητες. Η υποχώρηση του διαφωτισμού του 5ου μ.Χ. αιώνα και η επικράτηση των εχθρών του, με κορυφαίο τον αριστοκράτη Πλάτωνα, θα έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη της ιερατικής ιατρικής σε βάρος της κοσμικής. Με όλες τις αδυναμίες που την χαρακτηρίζουν, με σημαντικότερο το στοιχείο της απάτης, αλλά και της εκμετάλλευσης, έτσι που να μη γλιτώσει την ειρωνεία της κωμωδίας, κατάφερε να επιβληθεί η ιατρική των Αριστοτελικών και των Αλεξανδρινών, που θα επιβιώσει μέχρι τον 5ο μ.Χ. αιώνα και τις αρχές του 6ου μ.Χ. αιώνα. Απ' όλα αυτά τα χρόνια τη μεγαλύτερη λάμψη της θα τη γνωρίσει στη Ρώμη το 2ο και 3ο μ.Χ. αιώνα, παρά την παρουσία πολλών Ελλήνων και Ρωμαίων γιατρών, που μερικοί απ' αυτούς είναι πάρα πολύ αξιόλογοι (Ρηγάτος 1999:132-143).

Η προοδευτική αποσύνθεση των κοινωνικών σχέσεων, που στηρίζονταν κυρίως στην εκμετάλλευση της εργασίας των δούλων, μαζί με τις αντίστοιχες σοβαρές οικονομικές κρίσεις που χαρακτηρίζουν τους πρώτους μετά την εμφάνιση του χριστιανισμού αιώνες, θα οδηγήσουν σε πολιτισμικά, ηθικά και ψυχολογικά αδιέξοδα. Δίνουν αφορμή για παραλογισμούς και μυστικιστικές τάσεις με επικρατέστερες τις θρησκευτικές που επαγγέλλονται τη λύτρωση. Στην ιατρική αυτά τα χρόνια οι παραπάνω τάσεις αλλάζουν τελείως τις συνθήκες δομής, αλλά και άσκησής της. Η επικρατέστερη θρησκεία με λυτρωτική επαγγελία είναι η χριστιανική, που γνωρίζει ραγδαία άνοδο ανάμεσα στους ταπεινούς και τους απόκληρους. Σε αντίθεση με τις άλλες μυστηριακές θρησκείες έγινε κίνηση που αγκάλιαζε τους πόθους και τις ελπίδες όσων καταπιέζονταν, χωρίς διάκριση φυλής, φύλου, τάξης και, στην αρχή της, προσδοκία για την άρση της κοινωνικής καταπίεσης. Η εμφάνισή της ταυτίζεται χρονολογικά με φοβερές επιδημίες που σάρωσαν τις χώρες της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας τους τρεις πρώτους αιώνες, αφού είχε συγκροτηθεί σε ολοκληρωμένη κοσμοθεωρία, δηλαδή τον 2ο, 3ο και 4ο αιώνα.

Η σχεδόν σταθερή απειλή του θανάτου προκαλούσε πτώση του ηθικού σε μεγάλο βαθμό. Οι καταστροφές των επιδημιών προκαλούσαν έξαρση του μυστικισμού, της δεισιδαιμονίας και της πρόληψης. Εξαφάνισαν την εμπιστοσύνη στους γιατρούς, που άλλωστε ελάχιστα μπορούσαν να προσφέρουν, με επακόλουθο την αναζήτηση της υπερφυσικής βοήθειας, πολλές φορές με μαγικές ή ειδωλολατρικές

θησκευτικές τελετουργίες. Έτσι ο χριστιανισμός και η αντίληψή του για την αρρώστια και τη θεραπεία της εμφανίζονται όπως η όαση στο χαμένο μέσα στην απέραντη έρημο. Με πρόσληψη στοιχείων από την ιατρική του Ασκληπιού, με την επίδραση και άλλων ρευμάτων (όπως ο Μιθραϊσμός), σε ένα σύνολο χωρών, όπου κυριαρχούσε η αποσύνθεση κοινωνικών δομών και πολιτισμών, η ιατρική γίνεται κυρίως θεουργική σε βαθμό που θυμίζει εποχές πολύ παλιές. Για τους πιστούς της νέας θρησκείας ο Χριστός είναι συγχρόνως γιατρός της ψυχής και του σώματος (Γεωργίου 1978:147-149).

Όμως μέσα στις αρνητικές συνέπειες που είχαν αυτές οι αντιλήψεις για την ιατρική, πρέπει να επισημανθεί και να τονιστεί η θετική συνεισφορά της χριστιανικής θρησκείας στην οργάνωση περίθαλψης αρρώστων, ανάπηρων και γέρων. Η «αγάπη του πλησίον», αυτός ο κανόνας που καθιερώνει την αδελφική ισότητα και ελεημοσύνη και επιβάλλει σε όλους τους πιστούς τις ανώτερες δυνατές θυσίες με σκοπό τη μείωση των παθών των άλλων, δημιούργησε φωτεινές εστίες σε ένα κόσμο κατά βάση άδικο από δομές και νοοτροπία. Έτσι, για πρώτη φορά στο χώρο της Μεσογειακής λεκάνης το νοσοκομείο και το άσυλο του χρόνιου αρρώστου και του ηλικιωμένου, οργανώνεται και γνωρίζει εξάπλωση, άγνωστη μέχρι εκείνα τα χρόνια. Ποτέ, με εξαίρεση τα μεγάλα νοσοκομεία των Βραχμάνων τον 5ο π.Χ. αιώνα, δεν είχε δοθεί βοήθεια σε αρρώστους και ανήμπορους σε τέτοια κλίμακα και με τόση φροντίδα σ' όλες τις προηγούμενες κοινωνίες του γνωστού κόσμου. Αλλά η φιλαλληλία δεν σημαίνει, βεβαίως, και καλύτερη δυνατή ιατρική φροντίδα. Στο όνομα της καθαρότητας του χριστιανικού δόγματος, εκεί στις αρχές του 3ου αιώνα μ.Χ., πολλοί κατηγορήθηκαν από τους ομόθρησκους τους για το σεβασμό που έδειχναν στην ιατρική των αρχαίων. Το ενδιαφέρον για τα ιατρικά προβλήματα και οι έρευνες για τις αιτίες της κάθε αρρώστιας θεωρούνταν σαν μια άχρηστη και σχεδόν αμαρτωλή δραστηριότητα. Η κυρίαρχη αντίληψη ήταν ότι η άσκηση της ιατρικής είναι έργο ελεημοσύνης και η τελική έκβαση της αρρώστιας μέριμνα της θεϊκής ευσπλαχνίας (Λαφτσής χ.χ.:21).

Τα Ασκληπιεία (7ος αιώνας π.Χ.) θεωρούνται ως ο πρώτος συνδυασμός ιερού και θεραπευτικού τόπου, όπου επιδρούσαν: «*Θεός, τύχη αγαθή, ιάματα του Απόλλωνος και του Ασκληπιού*». Οι Ασκληπιάδες είχαν την ιδιότητα ιερέως και ιατρού, παρείχαν δε ιατρική θεραπεία και ψυχοσωματική αγωγή μέσα σε ωραίο φυσικό περιβάλλον, υγιεινό κλίμα, ψυχαγωγία και λατρεία. Η κάθαρση δια των λουτρών και η εγκοίμηση

με τη θέα ονείρου αποτελούσαν μέρος του τελετουργικού της θεραπείας. Στα ιδρύματα αυτά ελάμβανε χώρα και η εκπαίδευση των νέων ιατρών¹.

Στην Αρχαία Ελλάδα οι ασθενείς οδηγούνταν στο «Ασκληπίειον» ώστε, με παρέμβαση θεϊκή, να μπορούν να θεραπευτούν, ενώ δέχονταν την ιατρική φροντίδα. *«Οι πλείστοι των Ελλήνων ιατρών, από τις πρώτες ημέρες της επιστημονικής Ιατρικής έως τον καιρό του Γαληνού, αναγνώρισαν την ύπαρξη του Θεού και την υπερφυσική διάσταση της ζωής. Ως εκ τούτου, οι αρχαίοι ιατροί ήταν σε θέση να διαφυλάζουν την στενή σχέση τους με τη λατρεία του Ασκληπιού και τις θαυματουργικές του θεραπείες, και εν τούτοις να ασκούν την ιατρική επί τη βάσει της παρατηρήσεως και των θεωριών που εξήχθησαν από τα δεδομένα»* (Miller 1998:42-43). Ο Ιπποκράτης και ο Γαληνός παρέμειναν στύλοι της ελληνικής Ιατρικής σε όλη τη διάρκεια της ιστορίας της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας. Ο Ιπποκράτης υποστήριζε την «εμπειρική» ιατρική, τη λογική και εμπειρική προσέγγιση των νόσων και της αντιμετώπισεώς των. Ο δε Γαληνός επέμεινε για τη στενή σχέση μεταξύ του σώματος και της ψυχής, μεταξύ της Ιατρικής και της Φιλοσοφίας (Miller 1998:44).

Κατά τους πρώτους χριστιανικούς χρόνους, σε Ανατολή και Δύση, τα νοσοκομεία και οι ξενώνες είτε κτίζονταν δίπλα σε καθεδρικούς ναούς είτε ευθέως συνδέονταν με μοναστικές κοινότητες, δείχνοντας έτσι τη μεγάλη σημασία που κατείχε η φιλανθρωπία στην εκκλησιαστική ζωή. Τα πλέον διακεκριμένα παραδείγματα μιας τέτοιας συνάφειας στην Ανατολή ήταν ο Ξενώνας του Αγίου Σαμψών (4ος αιώνας) που βρισκόταν δίπλα ακριβώς από τον Πατριαρχικό Ναό της Αγίας Ειρήνης προς την πλευρά που βλέπει στη Μεγάλη του Χριστού Εκκλησία (Αγία Σοφία, και το Νοσοκομείο της Μονής του Παντοκράτορος [11ος αιώνας]) – και τα δύο στην Κωνσταντινούπολη. Ένα παρόμοιο παράδειγμα στη Δύση ήταν το Νοσοκομείο του Αγίου Πνεύματος στη Ρώμη (12ος – 13ος αιώνας), το οποίο ήταν κομμάτι μίας μοναστικής κοινότητας. Κατά τη διάρκεια της φραγκικής κατάκτησης στεγαζόταν εκεί και μία ιατρική σχολή. Σε όλες αυτές τις θεραπευτικές κοινότητες το κεντρικό σημείο αναφοράς ήταν το «καθολικό» ή ο «καθεδρικός ναός». Σε ορισμένα νοσηλευτικά κέντρα, όπως σε αυτό του Νοσοκομείου του Αγίου Πνεύματος στη Ρώμη, υπήρχε ακόμη και εκκλησία μέσα στους θαλάμους, ώστε ο ασθενής να μπορεί πάντα να βλέπει την Αγία Τράπεζα σε όλη τη διάρκεια της

¹ Ευτυχιάδης, Αριστοτέλης Χρ., *Ο θεσμός του νοσοκομειακού εφημέριου, ιστορική – αξιολογική ανασκόπηση*, http://www.ecclesia.gr/greek/holysynod/commitees/pastoral/nosokomeio_efimerios.html (πρόσβαση στις 31/1/2013).

νοσηλείας του. Εκεί τελούσαν τη Θεία Λειτουργία καθημερινώς, και εκεί κοινωνούσαν οι άρρωστοι.

Ανεξαρτήτως, αν το νοσοκομείο ή ο ξενώνας είχε θεμελιωθεί από τον αυτοκράτορα, από κάποιον επίσκοπο ή από κάποιο λαϊκό, το ίδρυμα βρισκόταν πάντα εντός εκκλησιαστικών πλαισίων. Αυτό εξέφραζε την ιδιαίτερη σημασία που έδιναν στην φιλανθρωπία, και την ξεκάθαρη αντίληψη και στάση που είχαν απέναντι στην αρρώστια και στην υγειονομική περίθαλψη:

1. Η σύσταση του ιδρύματος δεν είχε ως σκοπό την εξασφάλιση των μέσων για την απόκτηση μόνο της καλής υγείας του ασθενούς, αλλά και της σωτηρίας του, καθώς και του ιδρυτού.

2. Ένα από τα πιο σπουδαία στοιχεία της υγείας και της πνευματικής και ψυχικής ολοκλήρωσης του προσώπου σχετιζόταν ευθέως με την πίστη, με μια ζωντανή και άμεση σχέση με τον Θεό.

3. Η πίστη και η σωτηρία ενός ανθρώπου δεν ήταν δυνατόν να ιδωθούν ξέχωρα από το όλο σώμα της Εκκλησίας, όπως αυτό εκφράζεται μέσα από την Ευχαριστία, δηλαδή από την αντίληψη ότι η σωματική και ψυχική ίαση δεν είναι μια ατομική και ιδιωτική υπόθεση, αλλά συνολική και άκρως κοινοτική. Η ευλάβεια που εκδηλώνεται προς τους αγίους είναι η έμπρακτη συμμετοχή των πιστών στην κοινότητα των αγίων, που μαρτυρεί και συμπάσχει με αυτούς που μαρτυρούν και υποφέρουν *εν τω κόσμω τούτω* (Κοφινάς 2011:174).

Η σχέση ιατρού και Εκκλησίας κατά τους βυζαντινούς χρόνους περιλαμβάνει τη δυνατότητα συνύπαρξης των δύο ιδιοτήτων στο αυτό πρόσωπο, τη διάκριση του ιερέα από τον ιατρό ως επαγγελματία, τον προσδιορισμό από την Εκκλησία των χαρακτηριστικών του καλού ιατρού, καθώς και τις επιπτώσεις της νόσου ή της πάθησης σε εκκλησιαστικά ζητήματα, όπως η χειροτονία ιερέα και επισκόπου, η απλούστευση της ακολουθίας του Βαπτίσματος, η Θεία Μετάληψη, η νηστεία κ.α. Την περίοδο αυτή δημιουργούνται πλήρως οργανωμένα Νοσοκομεία με Ναό, κρατικά, όπως ο Ξενώνας του Σαμψών, ιδιωτικά όπως το Πτωχοτροφείο του Μιχαήλ Ατταλειάτη, μοναστηριακά όπως της Μονής του Παντοκράτορος, εκκλησιαστικά όπως η Βασιλειάδα του Μ. Βασιλείου (Λαφτσίης χ.χ.:129-145)². Στα Νοσοκομεία αυτά, εκτός των ιατρών, ανδρών και γυναικών, εμφανίζεται για πρώτη φορά και ο

² Πρβλ. Κυριακίδης, Κ., *Ένα νοσοκομείο τον 18^ο αιώνα*, http://www.ecclesia.gr/greek/holysynod/committees/pastoral/nosokomeio_ib.html (πρόσβαση στις 31/1/2013).

θεσμός των αδελφών νοσοκόμων. Στη χριστιανική Δύση, η αγία Φαβιόλα ιδρύει το πρώτο Νοσοκομείο στη Ρώμη, ενώ στην Αναγέννηση εμφανίζονται οργανωμένα νοσηλευτικά ιδρύματα πρόδρομοι των νεωτέρων.

Ενώ η ιατρική στο Βυζάντιο θα συνεχίσει μια πορεία σταθερή σχεδόν πάντα κάτω από τον έλεγχο της εκκλησίας, είτε ασκείται από ιερωμένους είτε από λαϊκούς, στη Δύση θα διαμορφωθούν άλλες συνθήκες. Η πλημμύρα των βαρβαρικών επιδρομών θα διαλύσει το Ρωμαϊκό κράτος, αλλά θα εξουθενώσει και τα τελευταία ερείσματα της ειδωλολατρίας. Από τον 4ο αιώνα μ.Χ. και ύστερα όλες οι δραστηριότητες εκφράζονται ή είναι επηρεασμένες από τα χριστιανικά δόγματα που τα έχουν ασπαστεί όλοι οι εγκατεστημένοι στον ευρωπαϊκό χώρο λαοί (Μανιάτης 2002:231-232). Οι φεουδαρχικές δομές διαμορφώνονται σιγά σιγά και σταθεροποιούνται με την ενεργό βοήθεια της εκκλησίας.

Σε αυτές τις συνθήκες η ιατρική που διαμορφώνεται είναι ολοκληρωτικά κάτω από τον έλεγχο της εκκλησίας (Λασκαράτος 2004:378). Η μορφή όμως που παίρνει είναι συνάρτηση των σχέσεων που επικρατούν. Ασκείται σχεδόν πάντα από ιερωμένους, τουλάχιστον μέχρι τον 13ο αιώνα (Μανιάτης 2002:234), και απευθύνεται κύρια σε βαθιά θρησκόληπτους ανθρώπους, που βλέπουν την αρρώστια και το θάνατο σαν θεϊκή δοκιμασία. Έτσι, η παρέμβαση του ιερωμένου γιατρού είναι περισσότερο παρηγορητική παρά ιατρική με την έννοια που είχε εφαρμοστεί στα παλιότερα ειδωλολατρικά χρόνια. Βέβαια, ποτέ δεν έπαυε η δραστηριότητα του «γιατρού» της κοινότητας, που ασκούσε εμπειρική ιατρική στους γείτονές του και τους συγχωριανούς του, ιδιαίτερα στους δουλοπάροικους των φεουδαρχών, σε μια συνέχεια παράδοσης που ερχόταν από τις αρχέγονες και αρχαϊκές κοινότητες. Σε αυτούς τους πρώτους, συνεπώς, αιώνες του Μεσαίωνα δεν μπορεί να γίνει λόγος για ιατρική, όπως είχε διαμορφωθεί στα ελληνικά χρόνια ή θα διαμορφωνόταν αργότερα. Υπήρχε ουσιαστικά μια «τέχνη» που θεράπευε λιγότερο και παρηγορούσε περισσότερο (Margotta 1996:65).

Αυτή την «ιατρική» που, όπως αναφέρθηκε, την ασκούν ιερωμένοι μέχρι το τέλος του 11ου αιώνα, θα τη διαδεχθεί άλλης μορφής ιατρική. Είναι αυτή που διαμορφώνεται κάτω από την επίδραση της τάσης που ορίζουμε ως Σχολαστικισμό και είναι η προσπάθεια των θεολόγων που φιλοσοφούν να χρησιμοποιήσουν τη φιλοσοφία για τη διατύπωση και στερέωση των δογματικών εννοιών της χριστιανικής θρησκείας (Μανιάτης 2002:249-251). Στη σχολαστική ιατρική, είτε από λαϊκούς είτε από ιερωμένους (στους τελευταίους θα απαγορευτούν τέτοιες

δραστηριότητες τον 12ο αιώνα), η εκκλησία έχει για όλα τον τελευταίο λόγο. Με τον Αριστοτελισμό και τον Γαλινηισμό, κυρίαρχα και αμετακίνητα συστήματα που η θεολογική δραστηριότητα τα έχει εντάξει στο όλο οικοδόμημα του χριστιανικού δόγματος, καταπολεμά κάθε τάση που πάει να ανοίξει νέους δρόμους. Οι περιπτώσεις του Πέτρου ντ' Άμπανο (Petro d' Abano) που αμφισβήτησε τον Αριστοτέλη και καταδικάστηκε να καεί, του Αρνάλντο ντε Βιλλάνοβα (Arnold de Villanova) και του Ρότζερ Μπέικον (Roger Bacon), πρωτοπόρου του πειραματισμού στα χρόνια αυτά, που κυνηγήθηκαν για τις ιδέες τους εκεί στον ύστερο μεσαίωνα, είναι χαρακτηριστικές πως η θεοκρατική και κοσμική αρχή, που είχε την έδρα της στη Ρώμη, αντιλαμβανόταν την ιατρική έρευνα και την άσκηση της ιατρικής στο σύνολό της (Λαφτσίς χ.χ.:23-26).

Επομένως, καθ' όλη τη διάρκεια της ιστορίας της αρχαιότητας και της Εκκλησίας, ο ναός είχε κεντρική θέση στη θεραπευτική προσπάθεια: σε αυτόν όλοι – οι ασθενείς, οι συγγενείς και οι θεραπευτές – στρέφονταν για να βρουν παρηγοριά, ελπίδα, θεραπεία, δύναμη, καθοδήγηση, νόημα και χαρά. Το συναγόμενο συμπέρασμα είναι ότι η παρουσία του Ναού και του εφημερίου ιερέα μέσα στο Νοσοκομείο υπήρξε απ' αρχής συνδεδεμένη με την ανάγκη περίθαλψης των αρρώστων. Ο νοσοκομειακός εφημέριος υπήρξε το σύμβολο και το μέσο της παρουσίας του Θεού για τη βοήθεια της ψυχοσωματικής υγείας του ασθενούς, στην οποία βασίζεται η θεραπευτική αγωγή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Δομή και σχέσεις της θεραπευτικής ομάδας

2.1 Ο εφημέριος ως μέλος της θεραπευτικής ομάδας

Το πρόβλημα που παρουσιάζεται σήμερα στη λειτουργία των σύγχρονων θεραπευτικών ιδρυμάτων εντοπίζεται στον διαφορετικό άξονα στον οποίο στηρίζεται η δομή του νοσοκομείου και της θεραπευτικής διαδικασίας. Η παροχή υπηρεσιών υγείας έχει καταστεί εμπόρευμα³. Η υγειονομική περίθαλψη έγινε «προϊόν», που παρέχεται από τις κρατικές υπηρεσίες στον πληθυσμό. Χρησιμοποιώντας

³ The 8th Consultation of the European Network of Health Care Chaplaincy, All Hallows College, Dublin, Ireland: *“Growing together in our pain – Differences and tensions in healthcare chaplaincy in Europe: State Level: Professional integration and Pastoral integrity”*. Βλ. αναλυτικά http://www.eurochaplains.org/dublin04_eirik.htm (πρόσβαση στις 31/1/2013).

υπερσύγχρονα εργαλεία, αποτέλεσμα εντυπωσιακής ιατρικής έρευνας, υπόσχεται πλούτο, ευτυχία, θαυματουργική νίκη επί των ασθενειών, έλεγχο και διαχείριση της ζωής και του θανάτου. Προσπαθεί ακόμα να ελέγξει αν η ζωή πρέπει να ξεκινήσει, να επιμηκυνθεί ή να τερματιστεί – είτε πρόκειται πριν από τη γέννηση είτε στο τέλος της αρρώστιας. Σε αυτή τη δομή της θεραπευτικής διαδικασίας κυρίαρχο στοιχείο αποτελεί ο πλούτος, που βασίζεται μόνο στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης. Αυτή η πρόοδος αποτελεί το έρεισμα της αισιοδοξίας και της εξεύρεσης της αλήθειας. Στο παρελθόν, ιερείς και ιατροί εργάζονταν δίπλα-δίπλα αναλαμβάνοντας ο καθένας έναν θεραπευτικό ρόλο και επιτελώντας «θαύματα». Το σύγχρονο νοσοκομείο έχει καταληφθεί από τους οικονομολόγους, τους διαχειριστές και τους νομικούς συμβούλους, αποκτώντας τον χαρακτήρα βιομηχανίας ή επιχείρησης (Κοφινάς 2011:175-176).

Εάν ο εφημέριος του νοσοκομείου πράγματι έχει έναν κύριο ρόλο στη θεραπεία των ασθενών, δεν πρέπει να είναι χωρισμένος από τη θεραπευτική ομάδα των γιατρών, νοσοκόμων και ειδικών επιστημόνων. Το να είναι κανείς μέλος μίας θεραπευτικής ομάδας σημαίνει ότι έχει έναν ειδικό ρόλο που συμβάλει στην ολοκληρωμένη περίθαλψη του αρρώστου και ότι αυτός ο ρόλος εξαρτάται και συνδυάζεται με τους ρόλους των άλλων μελών της ομάδας. Μία τέτοια συνδυασμένη προσπάθεια αποτελεί μια ολοκληρωμένη περίθαλψη, διότι υπηρετεί τον όλο άνθρωπο. Στην εφαρμογή μιας τέτοιας ολοκληρωμένης περίθαλψης όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας ξέρουν τις δυνατότητες και τις αδυναμίες των άλλων και προσπαθούν να συμπληρώσουν ο ένας τον άλλον με παραπομπές, συχνές συνεννοήσεις και αρμονική συνεργασία στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Η πραγματικότητα είναι ότι η ιδέα της θεραπευτικής ομάδας είναι κάτι που μόνο πρόσφατα έχει αναπτυχθεί αρκετά για να συμπεριλάβει άλλους ειδικούς όπως οι κληρικοί, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι απασχολησιοθεραπευτές κ.ά. Ακόμα επικρατεί μία ιεραρχία μεταξύ του θεραπευτικού προσωπικού που τη χαρακτηρίζει μια έκδηλη ιατρική προκατάληψη που στην Ελλάδα είναι πολύ πιο έντονη απ' ό,τι είναι σε οποιαδήποτε άλλη προηγμένη χώρα. Δεν είναι ανάγκη να γνωρίζει κανείς πολλά για την ιστορία της νοσηλευτικής για να ξέρει ότι υπήρχε μια εποχή που μόνο ο διευθυντής μιας κλινικής είχε το δικαίωμα να κάνει διάγνωση: όταν μόνο η προϊσταμένη μπορούσε να μιλήσει με τον ασθενή και οι άλλες νοσηλεύτριες μπορούσαν μόνο να ακούν. Όταν ο νοσοκόμος έπρεπε να ζητήσει άδεια για να φέρει την «πάπια» στον ασθενή, όταν δεν υπήρχε κοινωνική λειτουργός ή εάν υπήρχε, δεν

μπορούσε να μιλήσει στον ασθενή, εκτός εάν είχε πάρει άδεια από τον γιατρό. Όταν οι ιερείς δεν μπορούσαν να περπατήσουν ελεύθερα στους θαλάμους, εκτός εάν ένας ετοιμοθάνατος τους είχε καλέσει, αλλά τότε μπορούσαν να μπουν στο νοσοκομείο μόνο «από την πίσω πόρτα». Επίσης, δεν χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια για να διαπιστώσει κανείς ότι πολλά απ' αυτά συνεχίζουν να συμβαίνουν σε διάφορα επίπεδα.

Οι γιατροί και οι ασθενείς, σύμφωνα με τον Parsons, έχουν ορισμένα προνόμια και ορισμένες υποχρεώσεις. Σύμφωνα με τον ορισμό του, όταν οι ασθενείς ασθενούν, είναι σε μια «κοινωνικά παρεκκλίνουσα υπόσταση» και πρέπει να επιθυμούν να αναρρώσουν. Οι γιατροί υποχρεούνται να τους βοηθήσουν να επανακτήσουν την υγεία τους. Είναι επίσης υποχρεωμένοι να αφιερώσουν πολλές γνώσεις και μεγάλη επιδεξιότητα κατά την παροχή της θεραπείας, να επιδεικνύουν αλτρουισμό και να αποποιούνται το προσωπικό τους συμφέρον, να είναι αντικειμενικοί και συναισθηματικά αποστασιοποιημένοι και να ευθυγραμμίζονται με έναν επαγγελματικό ηθικό κώδικα. Αν τηρήσουν αυτές τις υποχρεώσεις, η κοινωνία θα τους παραχωρήσει ως αντάλλαγμα τρία δικαιώματα: το δικαίωμα να εξετάζουν τους ασθενείς σωματικά και ψυχολογικά, το δικαίωμα της αυτονομίας στην άσκηση του επαγγέλματός τους και το δικαίωμα της κατοχής μιας θέσης ισχύος απέναντι στον ασθενή (Parsons 1951).

Μεταξύ όσων όντως διαμαρτύρονται για τους γιατρούς που εργάζονται στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, δύο παράπονα απαντώνται ιδιαίτερα συχνά. Πρώτον, οι τρόποι των γιατρών και, δεύτερον, οι δυσκολίες στο να πεισθούν για τη σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενούς τον οποίο καλούνται να εξετάσουν. Η ικανότητα να είναι κανείς συμπνετικός και υποστηρικτικός θεωρείται επίσης ουσιώδες προσόν από το «κοινό» (Nettleton 2002:192-193).

Παρόλο που οι σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών και ασθενών είναι εκ φύσεως άνισες, και οι δύο πλευρές είναι ικανές να επηρεάσουν την έκβαση των επισκέψεων. Οι ασθενείς δεν είναι απλώς παθητικοί αποδέκτες της φροντίδας, αλλά και ενεργοί συμμετέχοντες στη διαδικασία της εργασίας που αφορά στη φροντίδα υγείας. Η σχέση μεταξύ επαγγελματιών και ασθενών μπορεί να βελτιωθεί, εάν οι επαγγελματίες είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τη σπουδαιότητα της συμμετοχής των ασθενών και εάν την ενθαρρύνουν. Αυτή η διαδικασία διευκολύνεται από την αμοιβαία ανταλλαγή απόψεων και από την παροχή πληροφοριών και υποστήριξης στους ασθενείς (Roth 1984). Η ανάγκη βελτίωσης της επικοινωνίας μεταξύ εκείνων που παρέχουν και

εκείνων που δέχονται τη φροντίδα έχει αναγνωρισθεί, όμως, η πραγματικότητα είναι ότι πρέπει να διανυθεί αρκετός δρόμος ακόμη, προκειμένου να βελτιωθούν τα – σημερινά – δεδομένα.

Η αφετηρία του να δοθεί σημασία στην άποψη του ασθενούς εντοπίζεται στη διατύπωση δύο αναδυόμενων πεδίων του ιατρικού λόγου. Αυτά ήταν η ανακάλυψη των ψυχικών και ψυχοσωματικών ασθενειών, οι οποίες με τη σειρά τους προήγαγαν τη σημασία των συναισθημάτων των ανθρώπων στον ιατρικό λόγο. Επιπλέον, και περίπου το ίδιο χρονικό διάστημα, δηλαδή στις αρχές της δεκαετίας του 1950, η επιδημιολογία άρχισε να επικεντρώνεται στα κοινωνικά αίτια της θνησιμότητας και της νοσηρότητας, και γι' αυτό έφτασε να αναγνωρίσει τη συνάφεια των κοινωνικών συνθηκών του ατόμου, με την υγεία και την ασθένεια. Έτσι, τα αισθήματα και οι συνθήκες (ζωής) του ασθενούς κατέληξαν να αποτελούν μέρος της ασθένειας του/της, της διάγνωσης και της πρόγνωσης της, και συνεπώς, να συνιστούν ένα κρίσιμο στοιχείο της αλληλεπίδρασης μεταξύ επαγγελματία και ασθενή. Αυτό συνοψίζεται από την Gerhardt, όταν γράφει ότι: *«Τώρα ο ασθενής αποκτά τη σημασία κάποιου που αισθάνεται πόνο ή νιώθει ικανοποίηση: δηλαδή (τη σημασία) ενός ολοκληρωμένου ατόμου, που έχει, πράγμα προηγουμένως κλινικά αδιάφορο, δική του/της ταυτότητα. Μέσω της ενσωμάτωσης των όψεων που αφορούν στο άτομο, πράγμα που απεικονίζεται στο πως η ιατρική φροντίδα βιώνεται και στο πως γίνεται δεκτή, οι τομείς που υπόκεινται σε ιατρικό έλεγχο διευρύνονται σημαντικά»* (Gerhardt 1989:325).

Η πραγματικότητα είναι ότι γενικότερα υπάρχει μία βελτίωση στο επίπεδο που επικοινωνούν τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας σήμερα, και ότι η ιδέα της θεραπευτικής ομάδας είναι κάτι που έχει αναπτυχθεί σε αρκετές χώρες. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν και πολλά εμπόδια που κωλύουν την εφαρμογή της. Ένα από τα κυριότερα προσκόμματα είναι οι προκαταλήψεις μεταξύ αυτών που υποστηρίζουν ένα βιοϊατρικό μοντέλο υγείας και εκείνων που υποστηρίζουν ένα βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο (Παπαδάτου 2012:11-31). Αυτές οι προκαταλήψεις δημιουργούν μία διαμάχη που υποβόσκει ανάμεσα στο προσωπικό. Από τη μία πλευρά, οι ιατροί επιβάλλουν μία απόλυτη ιεράρχηση, ώστε να κρατήσουν ένα συντηρητικό ιατρικό θεραπευτικό μοντέλο. Από την άλλη, το υπόλοιπο επιστημονικό προσωπικό αισθάνεται μία απόρριψη, που δεν διευκολύνει την άμεση και εποικοδομητική επικοινωνία με τους ιατρούς.

Υπάρχει ένα είδος θρησκευτικότητας σε αυτή την ιεραρχία που βασίζεται στον μύθο του αλάθητου της ιατρικής επιστήμης, που δημιουργήθηκε και καλλιεργείται

από τους γιατρούς και πιστεύεται αφελώς από τους αρρώστους, καθώς επίσης στο γεγονός ότι η νοσηλευτική διοίκηση, όπως την ξέρουμε σήμερα, έχει τις ρίζες της στον απολυταρχισμό του Ρωμαιοκαθολικισμού. Χωρίς καμία αμφιβολία, η ποιμαντική φροντίδα των ασθενών έχει επηρεασθεί από αυτή την ιεραρχία. Ο ιερέας στην Ελλάδα βρίσκεται έξω από τη θεραπευτική ομάδα, διότι συμβολίζει τόσο καθαρά τη διαφωνία γύρω από τη ψυχοσωματική υφή της αρρώστιας και την παντοδυναμία της ιατρικής επιστήμης. Αυτό περιπλέκεται από τις αρνητικές θρησκευτικές πεποιθήσεις και εντυπώσεις που πολλοί καλλιεργούν για το πρόσωπό του.

Σήμερα, η πρόφαση που χρησιμοποιείται για να αποκλειστεί ο ιερέας από τον χώρο της υγείας είναι ότι μπορεί να προσβάλει τα θρησκευτικά «προσωπικά δεδομένα» του αρρώστου. Έτσι, σε αρκετές χώρες δεν μπορεί ο ιερέας να επισκεφθεί τον άρρωστο, αν δεν τον καλέσει ο ίδιος και, σε ορισμένες ακραίες περιπτώσεις, δεν μπορεί να εμφανισθεί στο χώρο της νοσηλείας με το ιερατικό του ένδυμα. Νιώθοντας προσβεβλημένος από αυτή τη στάση, αρκετές φορές ο ίδιος απομονώνει τον εαυτό του από τους υπόλοιπους της ομάδας, χαράζοντας το δικό του έργο. Αυτό που δημιουργεί αυτήν την σύγκρουση είναι ένας αγώνας επικράτησης ή ένας ανταγωνισμός μεταξύ του ιερέα και του γιατρού (ή άλλους θεραπευτές), που προσπαθεί να αποδείξει ότι «η δική μου θεραπεία είναι ανώτερη από τη δική σου». Επίσης, ο ιερέας βρίσκεται σε έναν αγώνα επικράτησης με τους γιατρούς και τις νοσηλεύτριες. Σε πολλές περιπτώσεις ο ιερέας και το ποιμαντικό έργο έχει συναυτισθεί με τις νοσηλεύτριες και αυτό, ίσως, έχει μειώσει την ιδιαίτερή του σημασία στη θεραπευτική ομάδα.

Αυτό που πρέπει να τονισθεί είναι ότι ο ιερέας έχει ένα ιδιαίτερο ρόλο στη θεραπευτική ομάδα. Ο ρόλος του είναι η αντιμετώπιση και η ελπιδοφόρα ανακούφιση της ψυχικής αγωνίας του αρρώστου εν όψει της φθοράς και του θανάτου, και ο επαναπροσδιορισμός των σχέσεών του με τον συνάνθρωπο και τον εαυτό του. Όταν ο ιερέας το ξεχάσει αυτό, και κυρίως όταν ο ίδιος αποβάλει τον εαυτό του από τη θεραπευτική ομάδα, χάνει την ταυτότητά του και τη σημασία του στο θεραπευτικό περιβάλλον. Γι' αυτό είναι ουσιώδες για τον ιερέα, όχι μόνο να είναι ευαίσθητος στον ανθρώπινο πόνο, αλλά να συνεργάζεται με το υπόλοιπο προσωπικό στην προσπάθειά του να αντιμετωπίσει κάθε κρίση.

Σε σχέση με τις συναισθηματικές κρίσεις, ο ιερέας ίσως είναι ο πιο κατάλληλος για να προσφέρει σημαντικές πληροφορίες στους συνεργάτες του και για να

ανταποκριθεί σ' αυτή την άποψη της θεραπευτικής φροντίδας του αρρώστου. Βέβαια τέτοια συνεργασία χρειάζεται ευαισθησία και επαγγελματική ωριμότητα και ευρύτητα εκ μέρους όλων των μελών της θεραπευτικής ομάδας, που η αλήθεια είναι ότι *εν τοις πράγμασι* σε ελάχιστο βαθμό έχει καλλιεργηθεί. Κάθε μέλος του προσωπικού έχει τις δικές του προσωπικές και επιστημονικές δυνατότητες για να αντιμετωπίσει ψυχικές κρίσεις, αλλά θα πρέπει και να ξέρει ποιες είναι αυτές οι δυνατότητες και τότε πρέπει να παραπέμψει αυτές τις κρίσεις σε κάποιον που μπορεί να τις αξιοποιήσει επαρκώς.

Πολλοί ασθενείς βιώνουν έντονο το συναίσθημα της απώλειας και βασανίζονται από την οικτρή πραγματικότητα της εγκατάλειψης. Το ίδιο ισχύει για αρρώστους που υποφέρουν από ασυνήθιστη φοβία όταν πρόκειται να χειρουργηθούν ή όταν υποφέρουν ψυχικά μετά την εγχείρηση. Οι γιατροί δεν έχουν την ώρα να ασχοληθούν με αυτές τις καταστάσεις και ισχυρίζονται ότι είναι επαγγελματικά απαραίτητο γι' αυτούς να μην αναμιχθούν σ' αυτές. Οι νοσηλεύτριες που περνούν περισσότερη ώρα με τον ασθενή και είναι πιο ενημερωμένες για τον ψυχο-κοινωνικό του κόσμο, έχουν τόσες πολλές ευθύνες που δεν τους επιτρέπουν να εμβαθύνουν στα προβλήματά του. Ο ιερέας θα πρέπει να χρησιμοποιήσει τις νοσηλεύτριες σαν πηγές ενημέρωσης, αλλά και να τις βοηθήσει στην αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων.

Τα μέλη του θεραπευτικού προσωπικού, που έχουν επίσης κάποια ενημέρωση γι' αυτά τα ψυχο-σωματικά προβλήματα του αρρώστου, είναι οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχολόγοι του νοσοκομείου. Υπάρχουν πολλά κοινά μεταξύ των δύο αυτών κλάδων και του ποιμαντικού έργου και γι' αυτό ο ιερέας θα κέρδιζε πολλά εάν δημιουργούσε μια καλή σχέση συνεργασίας μαζί τους. Οι κοινωνικοί λειτουργοί ασχολούνται απ' ευθείας με τις οικονομικοκοινωνικές ανάγκες του αρρώστου. Οι ψυχολόγοι του χώρου υγείας είναι ιδιαίτερα εκπαιδευμένοι και ευαισθητοποιημένοι στην επίδραση που έχει ο σωματικός πόνος στον ψυχισμό του ανθρώπου. Όμως, οι δύο αυτοί κλάδοι δεν έχουν την εξειδίκευση που απαιτείται, ώστε να αντιμετωπίσουν αρκετά από τα υπαρξιακά ζητήματα που απασχολούν τον άρρωστο, ζητήματα που προέρχονται από μία λανθασμένη θρησκευτική – εκκλησιαστική αντίληψη ή τραυματική εμπειρία. Ο ιερέας, όμως, δεν θα πρέπει να ξεχνάει ότι η ποιμαντική διακονία δεν είναι μόνο κοινωνική πρόνοια και οι κοινωνικοί λειτουργοί και ψυχολόγοι θα πρέπει να καταλάβουν ότι η αντιμετώπιση των οικονομικοκοινωνικών προβλημάτων δεν είναι θεραπεία των ψυχοπνευματικών προβλημάτων (Κοφινάς 2011:194-199).

2.2 Η παρουσία του εφημερίου στο νοσοκομείο

Αρκεί να πλησιάσει κανείς το θυρωρείο ενός νοσοκομείου, για να αισθανθεί τις διάφορες συγκρούσεις που συνθέτουν την ασυνάρτητα «συναυλία» της σύγχρονης νοσοκομειακής περίθαλψης. Πέρα από το θυρωρείο, βρίσκεται μία πολύπλοκη «πολιτεία» διευθυντών, ιατρών, νοσηλευτών, ειδικών, μαθητών, κοινωνικών λειτουργών, βοηθών, καθώς και ειδικευμένων και ανειδίκευτων εργατών. Όλοι αυτοί είναι τακτοποιημένοι σε μία ιεραρχία συγκρουόμενων σχέσεων. Υπάρχουν, ακόμη, τα εργαστήρια, ο τεχνολογικός εξοπλισμός, τα εργαλεία και τα καρότσια τα φορτωμένα με φάρμακα, σύριγγες και γάζες. Συμπεριλαμβάνονται οι μεγάλες κουζίνες, που κατασκευάζουν φαγητό που υποτίθεται ότι είναι σαν σπιτικό, αλλά και τα πλυντήρια, που προμηθεύουν αποστειρωμένα σεντόνια, πετσέτες, στολές και ... κομψά νυχτικά.

Όταν κανείς περάσει την κεντρική είσοδο, που συνήθως απεικονίζει την οδυνηρή ατμόσφαιρα του νοσοκομείου, θα συναντήσει τους θαλάμους – και πολλές φορές τους διαδρόμους – γεμάτους από αρρώστους. Πολλοί από αυτούς βογγούν και αναστενάζουν, ενώ άλλοι προσπαθούν να πουν ένα αστείο και να γελάσουν, με έναν τρόπο που κάνει το αστείο να ακούγεται σαν σαρκασμός. Μερικοί από τους αρρώστους έχουν συνοδούς που σχεδόν τους «πνίγουν» με τη στοργή τους, ενώ άλλοι μένουν ξαπλωμένοι, ανέκφραστοι και συναισθηματικά απομονωμένοι. Εδώ έχουμε μία ανήσυχη ατμόσφαιρα στην οποία χρονολογικά ακριβείς διαδικασίες, και μέθοδοι που απαιτούν προσεκτική φροντίδα, βάζουν όλους αυτούς που βρίσκονται μέσα σε αυτή την ατμόσφαιρα σε μία έκδηλα νευρική ένταση μεταξύ τους (Faber 1971:8-19).

Μία κρίσιμη διάσταση της επίσημης φροντίδας υγείας είναι η μεγάλη ποσότητα φροντίδας και συναισθηματικής εργασίας που συμπεριλαμβάνεται στη φροντίδα υγείας. Όταν οι άνθρωποι είναι άρρωστοι, πονούν, βρίσκονται σε ξένο περιβάλλον και φοβούνται για το τι πρόκειται να τους συμβεί, συνήθως θέλουν υποστήριξη και παρηγοριά. Παρ' ότι και τα δύο είναι σαφώς κεντρικά στη φροντίδα υγείας, βρέθηκε ότι αυτές οι όψεις της εργασίας φροντίδας υγείας συχνά διεκπεραιώνονται από κείνους που βρίσκονται «χαμηλά» στην ιατρική ιεραρχία. Οι δεξιότητες και οι λειτουργίες που συνδέονται με τη συναισθηματική εργασία συχνά παραγνωρίζονται και απαξιώνονται. Η φροντίδα και οι συναισθηματικές της παράμετροι συχνά αποκλείονται ή, ακόμα περισσότερο, υποτιμώνται, στη σχέση μεταξύ επαγγελματιών και ασθενών. Φαίνεται ότι οι δεξιότητες που αφορούν τη φροντίδα δεν εκτιμώνται τόσο όσο οι τεχνολογικές δεξιότητες και ενίοτε διεκπεραιώνονται από εκείνους που

βρίσκονται χαμηλά στην ιατρική ιεραρχία. Αυτό έχει αναγνωριστεί ως σημαντικός περιορισμός των ιατρικών επισκέψεων, τόσο από τους ακαδημαϊκούς ερευνητές όσο και από το κοινό, δηλαδή τους μη ειδικούς. Σε μερικές περιπτώσεις, έχει αποτελέσει μέρος της συζήτησης γύρω από το ζήτημα της καταλληλότητας της ανάμιξης των επαγγελματιών ιατρών σε ορισμένους τομείς της φροντίδας υγείας (Nettleton 2002:210-211).

Αν κάτι τυραννά τον άρρωστο, αυτό είναι η απειλή ενός υπαρξιακού διχασμού, ότι θα διασπασθεί και θα αποκοπεί από τον εαυτό του, τους δικούς του και από τον κόσμο εν γένει. Αυτή η απειλή εστιάζεται: α. στον φόβο ότι θα χάσει την ταυτότητά του ως πρόσωπο, επειδή θα ταυτισθεί απόλυτα με την αρρώστια του, β. στον φόβο ότι οι άλλοι θα τον απορρίψουν, και γ. στον φόβο μπροστά στην πιθανότητα του θανάτου. Ουσιαστικά, οι τρεις αυτοί φόβοι αποτελούν τον φόβο της αποξένωσης και της μοναξιάς. Οι ίδιοι φόβοι βιώνονται από την άμεση οικογένεια του ασθενούς. Ακόμη, οι θεραπευτές του αρρώστου βιώνουν τις ίδιες ανησυχίες για τον εαυτό τους από μία άλλη σκοπιά, παρόλο που αυτές οι ανησυχίες δύσκολα παρατηρούνται και εκφράζονται.

Αν γίνει αποδεκτό ότι η αρρώστια καλλιεργείται μέσα από την ψυχρότητα και την αδιαφορία, τότε παρατηρείται ότι ο τρόπος που «κινούνται» οι ιερείς μέσα στο χώρο των θεραπευτικών ιδρυμάτων είναι, το ελάχιστο, πολλές φορές τυπικός, αν όχι ψυχρός. Αυτός ο τυπικός και ψυχρός τρόπος, δομημένος σε μία νομική ή κοσμική – εμπορική αντίληψη είναι αυτό που καλλιεργεί μία λανθασμένη συμπεριφορά. Δημιουργεί μία θρησκευτικότητα που πιέζει και δεσμεύει τον άνθρωπο μέσα σε ενοχές και υποχρεώσεις, και που, στη συνέχεια, βαθαίνει την υπαρξιακή του μοναξιά. Του αφαιρεί κάθε ελπίδα. Το χειρότερο είναι ότι μία τέτοια αντίληψη, συμπεριφορά και έλλειψη ευθύνης επιτρέπει στην οκνηρία και τη μεταξύ των εταίρων μεμψιμοιρία να αφαιρεί κάθε είδος ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Ο ιερέας δεν πρέπει να περιμένει ότι οι άλλες ειδικότητες γνωρίζουν τον ρόλο του. Αντιθέτως, αυτός ο ρόλος έχει παρερμηνευθεί τόσο πολύ, ώστε μία προσεκτική και διευκρινιστική κατάρτιση είναι απαραίτητη για όλους αυτούς που υπηρετούν στο χώρο της Υγείας, ώστε να γνωρίσουν τις ψυχικές ανησυχίες του ασθενούς και τη συμβολή του ιερέα στην αποκατάσταση της υγείας του. Για να καταστούν κατανοητές οι θετικές και αρνητικές επιδράσεις που μπορεί να προκύψουν από το νοσηλευτικό προσωπικό σε αυτή την προσπάθεια, χρειάζεται να καταστεί κατανοητό ότι η αναγνώριση «της χρησιμότητας της θρησκείας» συνήθως εξαρτάται από το

πόσο ένας άνθρωπος έχει αντιμετωπίσει τον πόνο του αρρώστου και από τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει τον δικό του πόνο.

Δεν μπορεί κανείς να αντιμετωπίσει άμεσα τον ανθρώπινο πόνο, χωρίς να αναγνωρίσει ότι η θρησκεία μπορεί να γίνει ένα χρήσιμο στοιχείο για την αντιμετώπιση αυτού του πόνου, είτε αντικειμενικά, είτε υποκειμενικά, δηλαδή, είτε όταν έχει ο θεραπευτής προσωπική θρησκευτική πίστη, είτε όχι. Έτσι, η θρησκεία γίνεται ένα στοιχείο σχετικό με την θεραπεία που μπορεί ο γιατρός, η νοσηλεύτρια ή η κοινωνική λειτουργός να το προσφέρει στον άρρωστο. Γι' αυτό το λόγο, όσο περισσότερο έρχεται σε ουσιαστική επαφή με τον ανθρώπινο πόνο ο θεραπευτής, τόσο περισσότερο δέχεται ότι ο ιερέας μπορεί πραγματικά να προσφέρει ψυχική ανακούφιση στον άρρωστο.

Κατάχρηση της θρησκείας γίνεται όταν η θρησκεία χρησιμοποιείται σαν μέσον άρνησης της πραγματικής κατάστασης του αρρώστου. Όταν π.χ. ένας άρρωστος είναι απελπισμένος και θέλει να πεθάνει γιατί το πόδι του θα ακρωτηριασθεί, πολλοί θρησκευόμενοι του λένε ότι δεν θα πρέπει να αισθάνεται έτσι ή ότι πρέπει να εξομολογηθεί αυτή τη «βαριά» αμαρτία και να κοινωνήσει. Έτσι, όλα θα είναι πάλι εντάξει. Αυτή η αντιμετώπιση μέχρις ενός βαθμού προέρχεται από γνήσιο ενδιαφέρον, αλλά είναι επίσης αναμφισβήτητο ότι προέρχεται και από ένα είδος πουριτανισμού που αρνείται τα «κακά» συναισθήματα. Τί θα μπορούσε να πει ο θεραπευτής σε τέτοιες περιπτώσεις; Πρώτα θα πρέπει να ακούσει τον άρρωστο με κατανόηση και συμπάθεια. Δεύτερο, εάν νομίζει ότι ο άρρωστος χρειάζεται περισσότερη βοήθεια, θα μπορούσε να του πει: «Μήπως θα ήταν καλό να μιλήσετε με κάποιον γι' αυτό, σαν τον ιερέα μας;» ή να ενημερώσει τον ιερέα γι' αυτό που συμβαίνει. Με αυτό τον τρόπο, ο θεραπευτής δείχνει κατανόηση και ενδιαφέρον με ένα γνήσιο τρόπο και αξιοποιεί τη θρησκεία επικοινωνιακά και όχι αρνητικά.

Αυτοί που δεν αναγνωρίζουν τη σημασία των θρησκευτικών συναισθημάτων του αρρώστου, κάνουν επίσης κατάχρηση της θρησκείας. Με άλλα λόγια αρνούνται στον άρρωστο συναισθήματα που είτε δεν έχουν, είτε δεν θέλουν να αναγνωρίσουν ότι έχουν οι ίδιοι. Επιπροσθέτως, εκείνοι που αρνούνται να αναγνωρίσουν τα θρησκευτικά συναισθήματα του αρρώστου, αρνούνται επίσης και άλλα σπουδαία συναισθήματά του (οργή, λύπη, ανασφάλεια, μοναξιά κ.λπ). Μία τέτοια κατάχρηση είναι αντιθεραπευτική και αντιεπιστημονική και είναι εμφανέστατα αποτέλεσμα προκατάληψης απαράδεκτο για ένα ώριμο άνθρωπο και ένα σοβαρό επαγγελματία και δεν αφήνει τον άρρωστο να χρησιμοποιήσει δυνάμεις που θα συντελέσουν στην

καλύτερη και συντομότερη ανάρρωσή του. Οι δυο αυτοί τρόποι «κατάχρησης» προέρχονται από την ίδια ρίζα που είναι η αδυναμία αντιμετώπισης του ανθρώπινου πόνου.

Η συνεργασία μεταξύ των μελών του θεραπευτικού προσωπικού, αντιπροσωπεύει και εκφράζει μια ολοκληρωμένη θεώρηση της ιατρικής και νοσηλευτικής περιθάλψεως. Είναι σημαντικό ότι το 1965 «Η Αμερικάνικη Ιατρική Εταιρία» (American Medical Association) επιβεβαίωσε ότι η θρησκεία έχει έναν κύριο ρόλο σ' αυτή την ολοκληρωμένη θεώρηση της θεραπείας, όταν ίδρυσε το «Τμήμα Ιατρικής και Θρησκείας» για να δημιουργήσει ένα κλίμα επικοινωνίας μεταξύ γιατρού και κληρικού που θα οδηγήσει στην πιο αποτελεσματική περίθαλψη του αρρώστου. Τέτοια συνεργασία πραγματικά λείπει στον ελληνικό χώρο και αυτό δεν τιμά ούτε την ιατρική ούτε την εκκλησία⁴.

⁴ Κοφινάς, π. Σταύρος, *Ο ποιμένας και το προσωπικό του νοσοκομείου*, http://www.ecclesia.gr/greek/holysynod/committees/pastoral/poimenas_nosileia.html (πρόσβαση στις 31/1/2013)

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

Η ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η προσφορά του εφημερίου

1.1 Κοινωνιολογικές προσεγγίσεις

1.1.1 «Βιοϊατρικό μοντέλο» και θρησκεία

Ο όρος «βιοϊατρικό μοντέλο» χρησιμοποιείται για να περιγράψει την κυρίαρχη οπτική που διέπει την προσέγγιση της υγείας και της νόσου στη δυτική ιατρική. Η οπτική αυτή, η οποία βασίζεται στην παθολογική ανατομία του σώματος, αποχωρίστηκε κατά τον 19ο αιώνα από τις μέχρι τότε προσεγγίσεις και διαμόρφωσε την ιδέα της διασύνδεσης συγκεκριμένων νοσημάτων με συγκεκριμένες αιτίες. Μέχρι τότε, οι αρρώστιες στις δυτικές κοινωνίες προσεγγίζονταν κυρίως σύμφωνα με τις θεωρίες περί χυμών, κατά τις οποίες η υγεία ήταν η κατάσταση αρμονικής μίξης των υγρών, ενώ η αρρώστια ήταν αποτέλεσμα διαταραχής αυτής της μίξης, και σύμφωνα με την εξαντλητική παρατήρηση, περιγραφή και ταξινόμηση των συμπτωμάτων. Στο πλαίσιο αυτό, η θεραπεία επικεντρωνόταν στην αντιμετώπιση των τελευταίων (Οικονόμου 2005:30).

Σύμφωνα με τον Descartes το σώμα και η ψυχή αποτελούν δύο διακριτές υποστάσεις. Το σώμα είναι διαιρετό και μπορεί να θεωρηθεί ως ένας μηχανισμός, ο οποίος συντίθεται από επιμέρους τμήματα, που είναι τα οστά, τα νεύρα, οι μύες, οι φλέβες, το αίμα και το δέρμα, και έχει αυτόνομη λειτουργία με βάση την αλληλεπίδραση των οργάνων του (Descartes 2003). Με αυτή την έννοια, το σώμα αποτελεί μια μηχανή που απαρτίζεται από διάφορα εξαρτήματα, των οποίων η λειτουργία ρυθμίζεται με ακρίβεια από νόμους. Η ανακάλυψη και κατανόηση αυτών των νόμων θεωρήθηκαν ότι είναι εφικτές με την εφαρμογή της επιστημονικής ορθολογικής μεθόδου. Όπως επισημαίνει, ο Turner (2000), μαζί με την εμφάνιση του ορθολογικού καπιταλισμού τον 17ο αιώνα, αναπτύσσεται μια εκλεκτική συγγένεια μεταξύ της φιλοσοφίας του Descartes, της νευτώνειας φυσικής και της ανάπτυξης της εμπειρικής και ορθολογικής ιατρικής. Όπως ο ατομικισμός και ο ασκητισμός αποτέλεσαν προϋποθέσεις για την ανάπτυξη του πνεύματος του καπιταλισμού, έτσι και η ιατρική επανάσταση του 18ου-19ου αιώνα βασίστηκε στη διαμόρφωση ενός

ατομικιστικού, ορθολογικού και πειραματικού ήθους (Weber 1997). Ο καρτεσιανός ορθολογισμός συνδυάστηκε με την νευτώνεια φυσική στην αναζήτηση ενός μαθηματικού συστήματος το οποίο να εκφράζει τους νόμους που ρυθμίζουν τη λειτουργία του ανθρώπινου σώματος.

Θα μπορούσε λοιπόν να υποστηριχθεί ότι επιστημονικά θεμέλια της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης συνιστούν η μηχανιστική μεταφορά, η λειτουργική διασύνδεση των μερών και η αναγωγή κάθε δυσλειτουργίας στη φυσιολογία του σώματος. Οι ιατρικές κατηγορίες θεωρούνται αξιακά και επιστημολογικά ουδέτερες και παρέχουν τη βάση για την αντικειμενική ταξινόμηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς και εμπειρίας σε σχέση με την υγεία, επιτρέποντας τον εντοπισμό των λειτουργιών που παρεκκλίνουν και ξεφεύγουν από το εύρος της κανονικότητας.

Η υγεία προσδιορίζεται αρνητικά, ως η απουσία νόσου ή αναπηρίας. Οι άνθρωποι είναι υγιείς στον βαθμό που δεν εμφανίζουν συμπτώματα και σημεία παθολογίας και σωματικής ανωμαλίας και δεν παρεκκλίνουν από έναν καθολικά αποδεκτό κανόνα του φυσιολογικού. Οποιαδήποτε παρέκκλιση από τον κανόνα αυτόν που πηγάζει από τη δυσλειτουργία κάποιου μέρους του σώματος θεωρείται ως «νόσημα», το οποίο μπορεί να διαγνωστεί και να θεραπευθεί από τον γιατρό.

Από την ανωτέρω προσέγγιση της υγείας και της νόσου προκύπτουν δύο βασικές συνέπειες. Πρώτον, στο όλο εγχείρημα κεντρική θέση καταλαμβάνει ο ειδικός, ο επαγγελματίας με την κατάλληλη εκπαίδευση, που είναι σε θέση να διαχειριστεί τη νόσο και να τη θεραπεύσει σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους, δηλαδή ο γιατρός και το νοσοκομείο. Από εδώ πηγάζει ο κυρίαρχος ρόλος του ιατρικού σώματος σε συστήματα υγείας, τα οποία είναι προσανατολισμένα στη θεραπευτική εκ των υστέρων παρέμβαση και όχι στην πρόληψη. Δεύτερον, το γεγονός ότι το νόσημα προσβάλλει το σώμα του ατόμου σημαίνει ότι η ιατρική παρέμβαση επικεντρώνεται στο άτομο, το οποίο απομονώνεται από το ευρύτερο οικογενειακό, εργασιακό και κοινωνικό του περιβάλλον και με αυτή την έννοια δίνεται έμφαση στην ατομοκεντρική προσέγγιση της σύγχρονης εμπειρίας.

Βασικά χαρακτηριστικά του βιοϊατρικού παραδείγματος συνιστούν: α. Ο δυϊσμός πνεύματος και σώματος, σύμφωνα με τον οποίο το σώμα μπορεί να διακριθεί από το πνεύμα και να αποτελέσει αντικείμενο της ιατρικής· β. Η μηχανιστική μεταφορά, με βάση την οποία το σώμα είναι επισκευάσιμο· γ. Η τεχνολογική επιταγή, που δίνει έμφαση στον θεραπευτικό ρόλο της βιοϊατρικής τεχνολογίας· δ. Η ιδέα της νόσου ως παρέκκλιση από το φυσιολογικό και το κανονικό· ε. Η αναγωγή των αιτιών

εμφάνισης νοσημάτων σε καθαρά βιολογικούς παράγοντες· στ. Το δόγμα της συγκεκριμένης αιτιολογίας, που αναφέρεται στην πεποίθηση ότι όλα τα νοσήματα πηγάζουν από συγκεκριμένες ανιχνεύσιμες αιτίες· ζ. Η πίστη στις αρχές της αντικειμενικής και αξιακά ουδέτερης επιστήμης, η οποία βασίζεται στην εμπειρική παρατήρηση και την επαγωγή (Nettleton 2002:23-24). Η κριτική ανάγνωση των στοιχείων αυτών ανέδειξε τις ανεπάρκειες του βιοϊατρικού μοντέλου και τις απλουστευτικές παραδοχές, στις οποίες στηρίχθηκε, δεδομένου ότι δεν λαμβάνει υπόψη του την αιτιακή πολυπαραγοντικότητα στην εμφάνιση των νόσων, την πολιτισμική διάσταση του χαρακτηρισμού μιας κατάστασης ως νοσήματος, την κοινωνική κατασκευή της έννοιας της παρέκκλισης και το ευρύτερο κοινωνικό και πολιτικό πλαίσιο στο οποίο παράγεται η ιατρική γνώση.

Τα τελευταία χρόνια η ιατρική πρακτική αναζητά ερείσματα όχι μόνο στη στενή μηχανιστική οπτική του σώματος και της νόσου, αλλά και στον ψυχολογικό και κοινωνικό παράγοντα, αναγνωρίζει ολοένα και περισσότερο την πολλαπλότητα και πολυπλοκότητα των γενεσιουργών νοσογόνων αιτιών και πολλές φορές, ιδιαίτερα σε μακροχρόνιες καταστάσεις, επιδιώκει την ανακούφιση και τον περιορισμό της επίδρασης των συμπτωμάτων και όχι την πλήρη ίαση (Οικονόμου 2005:32-35).

Οι ρίζες της κοινωνιολογίας της υγείας βρίσκονται στη μελέτη των θεσμών που ρυθμίζουν τη λειτουργία των Δυτικών συστημάτων υγείας, του καταμερισμού της εργασίας και των σχέσεων μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών, της κοινωνικής διαστρωμάτωσης της υγείας και της εμπειρίας, πρόσληψης και νοηματοδότησης της ασθένειας (Οικονόμου 2010). Από τη άλλη, η επικέντρωση της ανθρωπολογίας της υγείας ήταν στη μελέτη μη Δυτικών κοινωνιών, η οργάνωση των οποίων βασιζόταν, ως επί το πλείστον, στη φυλή, στο πλαίσιο των οποίων η θεραπευτική διαδικασία γινόταν αντιληπτή σε ένα ευρύτερο πολιτισμικό περιβάλλον. Αντικείμενο διερεύνησης αποτελούσαν τα συστήματα των πεποιθήσεων, οι ταξινομήσεις των ασθενειών και ο ρόλος των θεραπειών – μάγων.

Τα τελευταία χρόνια, η τάση τα όρια μεταξύ κοινωνιολογίας και ανθρωπολογίας της υγείας να καθίστανται όλο και περισσότερο δυσδιάκριτα, ενδυναμώνεται. Σε αυτό συνέβαλε η διατύπωση των μεταδομικών, μετανεωτερικών και φεμινιστικών θεωριών για το σώμα, οι οποίες αμφισβήτησαν την «επιστημονικότητα», την «αντικειμενικότητα» και την «πολιτική ουδετερότητα» της βιοϊατρικής γνώσης (Lupton 2003). Με άλλα λόγια, αμφισβήτησαν το κυρίαρχο επιστημολογικό

παράδειγμα και την πρωτοκαθεδρία του βιοϊατρικού μοντέλου της υγείας υπό το πρίσμα της κοινωνικής κατασκευής της πραγματικότητας (Οικονόμου 2005).

Οι εξελίξεις που διαμορφώνονται στο θεωρητικό και επιστημολογικό πεδίο της κοινωνιολογίας και της ανθρωπολογίας της υγείας ευνοούν τα εγχειρήματα διεπιστημονικών προσεγγίσεων, ενσωματώνοντας στοιχεία από διαφορετικές κατευθύνσεις, όπως η πολιτική οικονομία και το ενδιαφέρον της για την επίδραση της οικονομικής δομής μίας κοινωνίας στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού της, η κοινωνική κατασκευή της πραγματικότητας και το ενδιαφέρον της για το πώς ο υλικός και κοινωνικός κόσμος δεν συνιστούν καθολικές, σταθερές, εγγενείς και δεδομένες πραγματικότητες, αλλά ενέχουν την ενεργητική αναπαραγωγή της γνώσης και των νοημάτων μέσω της κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Berger, Luckmann 2003). Από την οπτική αυτή, το ανθρώπινο σώμα γίνεται αντιληπτό όχι μόνο ως διαμορφωτής της κοινωνίας, αλλά και ως διαμορφούμενο από αυτή, όχι μόνο ως υλικό, βιολογικό, αλλά και ως περιοχή όπου αρθρώνονται τα νοήματα, οι γνώσεις, οι εμπειρίες και οι τρόποι έκφρασης, όχι μόνο ως εαυτός, αλλά και ως πολιτισμός (Οικονόμου 2005).

Η υγεία και η αρρώστια πρέπει να αντιμετωπίζονται με βάση τη διαλεκτική εξάρτηση μεταξύ του βιολογικού και του κοινωνικού παράγοντα. Η εξάρτηση αυτή εκδηλώνεται τόσο στο επίπεδο της φυλογονίας όσο και στο επίπεδο της οντογονίας. Τη μορφολογία και τη φυσιολογία μας, τις οφείλουμε στη βίοςφαιρα, αλλά τις συμπεριφορές και την πνευματικότητα, τις οφείλουμε στη νοόςφαιρα. Το τι είναι υγεία ή αρρώστια εξαρτάται από την κουλτούρα και την κοινωνική τάξη, γιατί συνδέονται με πολιτισμικές κατηγορίες, αξίες καιπίστεις, καθώς και με την κοινωνική πρακτική. Αντίθετα, η βιοϊατρική αντικρίζει την υγεία και την αρρώστια ως αποκλειστικά φυσικά φαινόμενα. Μεταφέρει την ευθύνη της υγείας και της ασθένειας στο σώμα του ατόμου, που το απομονώνει από τον ψυχισμό του και, ταυτόχρονα, εγγράφει τη διαδικασία διάγνωσης και θεραπείας στις σχέσεις πολιτικού ελέγχου. Με τον τρόπο αυτό, περιορίζει τις επιστημονικές κατακτήσεις της στη συντήρηση των πασχόντων από τη φθορά που προκαλούν οι συνθήκες του κοινωνικο-πολιτικού καταναγκασμού, αντί να ενδιαφέρεται για την αναίρεση αυτών. Εξαρτώμενη από τη Δυτική κουλτούρα και τις σχέσεις εξουσίας που τη διέπουν, διαγράφει την κοινωνική υπόσταση του αρρώστου και εστιάζει στις συνέπειες αντί στην αιτία της πάθησης, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται συνεχώς νέες ασθένειες, παρά τις μεγάλες τεχνικές προόδους της (Οικονόμου, Σπυριδάκης 2012: 36-37).

1.1.2 Θεραπεία και πίστη

Παρόλο που τα ζητήματα της θρησκείας και της σχέσης της με την επιστήμη βρίσκονταν από την αρχή στον πυρήνα της ανθρωπολογικής παράδοσης (Argyrou 2002), η σχέση της θρησκείας με την υγεία δεν ήταν στο επίκεντρο της έρευνας μέχρι σχετικά πρόσφατα (Chamberlain and Hall 2000, Koenig and Cohen 2002). Η ανθρωπολογία της υγείας αναπτύχθηκε μετά το 1960 κυρίως από ιατρούς και ανθρωπολόγους που ενδιαφέρονταν για θεραπευτικές πρακτικές των μη δυτικών λαών, ενώ από τη δεκαετία του 1980 και μετά στράφηκε στη σχέση της βιοϊατρικής με άλλα, μη δυτικά συστήματα υγείας (Pool and Geissler 2005). Οι σχετικές έρευνες, ωστόσο, διεξάγονται μέσα στα πλαίσια της δυτικής επιστημονικής παράδοσης που διαχωρίζει σαφώς τη μελέτη της θρησκείας από την ιατρική επιστήμη, συνδέοντας την πρώτη με την παράδοση της κουλτούρας ή τις ατομικές προτιμήσεις (Asad 1993), ενώ τη δεύτερη με την αντικειμενική γνώση.

Ενδεχομένως, το πιο σημαντικό πρόβλημα με την ανθρωπολογία της υγείας είναι η υποβάθμιση των μη δυτικών αντιλήψεων για την υγεία μέσω της «πολιτισμικοποίησης» τους, δηλαδή απλώς, «αυτοί έχουν κουλτούρες, εμείς έχουμε γνώση», που θεοποιεί τελικά τη δυτική ιατρική (Κυριακάκης 2012). Από την άλλη, θεολόγοι και χριστιανοί επιστήμονες που συνδέουν τη θρησκεία με την υγεία, στην ουσία εντάσσονται στην ίδια επιστημολογική παράδοση με τους δυτικούς ιατρούς και συχνά είναι και οι ίδιοι ιατροί (Cox, Campbell and Fulford 2007). Αντιμετωπίζουν τη θρησκεία ως εξαρτημένη μεταβλητή σε κοινωνιολογικό μοντέλο που βάζει βέβαια πάνω από όλα ως ανεξάρτητη μεταβλητή την υγεία της βιοϊατρικής. Συγκεκριμένα, θέτουν το ερώτημα του κατά πόσο θρησκευόμενοι άνδρες και γυναίκες έχουν καλύτερη υγεία από τους άθρησκους, θεωρώντας βέβαιη την θετική απάντηση, σε μια αυτάρεσκη επίδειξη υπεροχής του δυτικού μεσοαστικού χριστιανισμού, αποφεύγοντας να θίξουν τις ενδεχόμενες ασυμβατότητες βιοϊατρικής και χριστιανισμού ή και θρησκείας γενικότερα. Παρόλη, όμως, την αμφισβητούμενη εγκυρότητα και την έντονη στατιστικοποίηση αυτών των ερευνών, τελικά δεν έχει επιβεβαιωθεί η σχέση θρησκευτικότητας και καλής υγείας (Sloan, Bagiella and Powell 1999).

Το θέμα της υγείας δεν εξαρτάται μόνο από την αποτελεσματικότητα των θεραπειών που προσφέρονται, αλλά κυρίως από την κοινωνική ομάδα, τις κοινωνικές

σχέσεις και τις κοινωνικές προσταγές, μέσα από τις οποίες ή ακολουθώντας τις οποίες, κάποιος θεωρεί ότι θα θεραπευτεί. Μέσα στο πλέγμα αυτών των σχέσεων δεν βρίσκεται μόνο η θεραπεία, αλλά κυρίως βρίσκεται και η αιτιολογία της ασθένειας. Μία από τις συνέπειες αυτής της λογικής είναι πως η θρησκεία και η πίστη γενικότερα βρίσκεται στο εσωτερικό αυτού του πλέγματος. Έτσι, η αποτελεσματικότητα της βιοϊατρικής οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην πίστη, στην επιστήμη, που έχει διαμορφωθεί ιστορικά και ταξικά και στην παράλληλη απαξίωση άλλων συστημάτων γνώσης που προηγήθηκαν ιστορικά.

Τα ζητήματα της υγείας, της αρρώστιας και της θεραπείας μπαίνουν σε διαφορετική βάση. Κοινωνικό status, πολιτικό και οικονομικό περιβάλλον, ταξική προέλευση, δεσμεύσεις της κουλτούρας, πίστη και θρησκεία, κοινωνικές σχέσεις δύναμης και κυρίως το σε ποια κοινωνική ομάδα τοποθετεί ο κάθε άνθρωπος τον εαυτό του, φαίνεται να παίζουν ρόλο μεγαλύτερο από τα επιστημονικά πειράματα και τα σκευάσματα χημικής ή ραδιενεργούς επίδρασης σε ιούς, βακτήρια και δυσπλασίες, εάν τελικά και σε τελευταία ανάλυση δεν τα περιλαμβάνουν. Οι σχέσεις υγείας είναι σχέσεις κατεξοχήν κοινωνικές και δεν είναι μόνο σχέσεις του ανθρώπου με τη φύση, όπως επιβάλλει να πιστεύουμε η δυτική ιατρική (Nettleton 2002:73-74). Μία τέτοια οπτική δεν είναι αντι-επιστημονική. Εντάσσεται μέσα στο ευρύτερο πρόγραμμα της ανθρωπολογίας και της κριτικής κοινωνιολογίας για την αποκαθάρωση δυτικών μοντέλων γνώσης ως της ύψιστης και μοναδικής αλήθειας. Η υιοθέτηση της οπτικής αυτής θα βοηθούσε και στη μάχη κατά των ασθενειών με την παραδοχή της σχετικότητας των «οργανικών αιτιών», αλλά και στη βελτίωση των θεραπευτικών μεθόδων, μέσω της κατανόησης του ασθενούς ως ενεργού κοινωνικού υποκειμένου και των αντιλήψεών του ως σεβαστών και άξιων προσοχής και όχι ως προλήψεων (Κυριακάκης 2012: 375-377).

Δεδομένου ότι η αποτελεσματικότητα της ίασης εξαρτάται από τις προσδοκίες του πάσχοντα καθώς και από την πίστη του – γι' αυτό πολλές θεραπευτικές μέθοδοι συνδέονται στενά με τη θρησκεία -, προκύπτει ότι όπως η ασθένεια έτσι και ίαση έχει μεγάλη εξάρτηση από τους κοινωνικο-πολιτισμικούς όρους. Κατά το πλείστον οι ιατρικές αυτές δεν εξετάζουν τον άρρωστο, όπως η βιοϊατρική, ως απρόσωπο, φυσικό σώμα που ορίζεται παθητικά από τους βιοφυσικούς νόμους ούτε ως μηχανικό άθροισμα εξαρτημάτων, αλλά ως ενεργό και υπεύθυνο μέλος της κοινότητας. Με την οπτική αυτή αφενός μεν μπορούν να κατανοηθούν οι περισσότερες περιπτώσεις που αποδίδονται στο θαύμα, αφετέρου δε, διαμορφώνεται η ολιστική αντίληψη για την

υγεία και τις παθήσεις. Εκτιμάται ότι το μισό του πληθυσμού της γης χρησιμοποιεί με επιτυχία τη λαϊκή ιατρική. Η θεραπεία ασκείται τελετουργικά στο σώμα και στον ψυχισμό του αρρώστου, ταυτόχρονα συνήθως και με τη συμμετοχή της κοινότητας, για να αποκατασταθούν οι σχέσεις του και με την κοινότητα και με τον εαυτό του. Συγγενείς και φίλοι συντροφεύουν τον άρρωστο στο «προσκέφαλο του πόνου» διαβεβαιώνοντας για την κοινωνική κάλυψη που θα βοηθήσει την ανάρρωσή του. Πολλοί αποφεύγουν το νοσοκομείο, επειδή δεν αντέχουν τη μοναξιά από τους δικούς τους. Πριν λίγες δεκαετίες στα επαρχιακά νοσοκομεία της Ελλάδας συχνά μετακόμιζε όλη η οικογένεια και εγκαθίστατο στο δωμάτιο του αρρώστου (Δημητρίου 2012: 71-72).

1.1.3 Οι πεποιθήσεις του πληθυσμού για την υγεία

Η κοινωνιολογία των πεποιθήσεων (beliefs) του πληθυσμού για την υγεία χρησιμεύει στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας με διάφορους τρόπους. Πρώτον, τα ευρήματά της μπορούν να συμβάλλουν στην κατανόηση των αλληλεπιδράσεων ανάμεσα στους επαγγελματίες και τους ασθενείς, παρέχοντας επίγνωση των νοηματοδοτήσεων του πληθυσμού, οι οποίες, διαφορετικά, θα αντιμετώπιζονταν απλώς από τους επαγγελματίες ως «ανεπαρκείς» γνώσεις. Δεύτερον, η κατανόηση των ιδεών των ανθρώπων σχετικά με τη διατήρηση της υγείας και την πρόληψη των παθήσεων είναι κρίσιμη για την αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης σε θέματα υγείας και των προγραμμάτων προαγωγής υγείας. Για παράδειγμα, οι εκπαιδευτικές εκστρατείες που στοχεύουν να ενθαρρύνουν τα άτομα να αναλάβουν περισσότερη ευθύνη σχετικά με την υγεία τους μπορεί να είναι τελείως αναποτελεσματικές, αν οι άνθρωποι έχουν μοιρολατρικές απόψεις για τα αίτια των παθήσεων. Τρίτον, η μελέτη των πεποιθήσεων για την υγεία μπορεί να συμβάλει στις γνώσεις μας για την ανεπίσημη φροντίδα υγείας (informal health care). Όπως επισημαίνει ο Strong: *«Εφόσον η ανθρώπινη πράξη τελείται μέσω του σώματος, η φροντίδα και η διατήρηση του σώματος είναι προϋπόθεση για κάθε ανθρώπινη πράξη... Είμαστε υποχρεωμένοι να είμαστε «γιατροί» για τον εαυτό μας και για τους άλλους και ως «γιατροί» υιοθετούμε και βελτιώνουμε μια πληθώρα ιατρικών θεωριών, διαγνωστικών μεθόδων και θεραπευτικών πρακτικών»* (Strong 1979:605). Από αυτή την άποψη, η μελέτη των πεποιθήσεων του πληθυσμού για την υγεία μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της θέσης του ασθενούς στο πλαίσιο των δομών φροντίδας υγείας. Επίσης, η περισσότερη δουλειά στον τομέα της

φροντίδας υγείας διεκπεραιώνεται από τα ίδια τα άτομα, είτε στη μορφή προσωπικής φροντίδας είτε φροντίζοντας συγγενείς και φίλους (Nettleton 2002:70-71).

Από τις συνεντεύξεις εβδομήντα συμμετασχόντων, η Stainton – Rogers εντοπίζει οκτώ «εναλλακτικές περιγραφές» που επικρατούν στη σύγχρονη κοινωνία. Αυτές είναι: α. «το σώμα ως μηχανή», που θεωρεί δεδομένο ότι η ασθένεια είναι πραγματική και προκαλείται από φυσικά αίτια· β. «το σώμα που πολιορκείται», όπου το σώμα δέχεται επίθεση από τα μικρόβια και/ή το άγχος του σύγχρονου τρόπου ζωής· γ. «ανισότητες προσβασιμότητας», που θεωρεί δεδομένα τα οφέλη της σύγχρονης ιατρικής, αλλά ανησυχεί για την κατανομή τους· δ. «η πολιτιστική κριτική της ιατρικής», που εστιάζει στις αρνητικές συνέπειες της βιοϊατρικής ως κυρίαρχης προσέγγισης· ε. «η προαγωγή της υγείας», η οποία ξεκινά από την παραδοχή ότι η υγεία σχετίζεται με τον τρόπο ζωής· στ. «ο απόλυτος ατομικισμός», που δίνει έμφαση στο δικαίωμα του ανθρώπου για μια ικανοποιητική ζωή· ζ. «η δύναμη του Θεού», που θεωρεί την υγεία αποτέλεσμα «ορθής ζωής» και πνευματικής ευμάρειας και η. «η δύναμη της θέλησης», όπου το άτομο έχει την ευθύνη της διατήρησης της καλής του υγείας. Υποστηρίζει, επίσης, ότι ο τρόπος με τον οποίο δρουν οι άνθρωποι σχετίζεται με τις περιγραφές τους. Αυτό, όμως, δεν είναι ένα απλό ζήτημα, καθώς οι περιγραφές των ανθρώπων ασφαλώς και θα διαφοροποιούνται στο χρόνο και, έτσι, το να ακούσει κανείς κάποιον σε μία περίπτωση, δεν σημαίνει ότι μπορεί και να προβλέψει την αντίδρασή του σε άλλη περίπτωση. Με τον τρόπο αυτό, διαπιστώνει κανείς ότι οι άνθρωποι δίνουν μια πληθώρα περιγραφών για την υγεία και την ασθένεια, πράγμα που δεν εκπλήσσει, αν λάβει κανείς υπόψη του την ποικιλότητα στις ζωές και τους τρόπους ζωής των ανθρώπων (Stainton – Rogers 1991).

Στο σημείο αυτό αξίζει να επισημανθεί ότι είναι εξίσου σημαντικό να διερευνηθούν οι απόψεις του πληθυσμού σχετικά με το τι σημαίνει να είναι κάποιος υγιής ή άρρωστος ή σχετικά με τον τρόπο πρόσληψης και αντιμετώπισης της εμφάνισης κάποιου νοσήματος. Αυτό έχει τρία θετικά αποτελέσματα: Πρώτον, συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση από τους κοινωνικούς επιστήμονες της δυναμικής των σχέσεων που αναπτύσσονται σε ένα ιδιαίτερα σημαντικό πεδίο της κοινωνικής οργάνωσης, όπως είναι ο τομέας της υγείας. Δεύτερον, παρέχει την αναγκαία δεξαμενή πληροφοριών που μπορεί να βοηθήσει στον καλύτερο σχεδιασμό και την εφαρμογή μίας πολιτικής υγείας που να ανταποκρίνεται αποτελεσματικότερα στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού. Τρίτον, ο λόγος για την αρρώστια είναι μεταφορικός. Μιλώντας για την αρρώστια, στην ουσία μιλάμε για την ίδια την

κοινωνία και τις σχέσεις αλληλεπίδρασης που αναπτύσσουμε με αυτή. Οι πεποιθήσεις του κοινού για την υγεία λοιπόν αντανακλούν τους όρους συγκρότησης του κοινωνικού γίνεσθαι και η μελέτη των πεποιθήσεων αυτών διευκολύνει την κατανόηση και ερμηνεία της κοινωνικής οργάνωσης.

Οι πρώτες μελέτες των πεποιθήσεων του πληθυσμού για την υγεία, την αρρώστια και τις υπηρεσίες υγείας επικεντρώθηκαν στην κατανόηση των διαφορετικών μορφών συμπεριφοράς που υιοθετούν τα άτομα ως προς τη χρήση των υπηρεσιών και τη συμμόρφωση με τις οδηγίες του γιατρού, μετά την εμφάνιση των συμπτωμάτων μιας αρρώστιας, με βάση ατομικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία και το φύλο, καθώς και κοινωνικά χαρακτηριστικά, όπως η κοινωνική τάξη ή η εθνότητα στην οποία ανήκουν. Τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών παρείχαν την εμπειρική θεμελίωση του επιχειρήματος ότι η συμπεριφορά των ασθενών ήταν συνέπεια των απόψεων που οι ίδιοι έχουν διαμορφώσει ως μια αιτιολογημένη προσπάθεια αντιμετώπισης των μερικές φορές έντονα αντικρουόμενων απαιτήσεων που έθεταν η εμφάνιση της αρρώστιας και η θεραπεία της στην καθημερινή ζωή.

Ωστόσο, οι πρωτοποριακές μελέτες της Herlich έδειξαν ότι οι πεποιθήσεις για την υγεία και την αρρώστια δεν είναι απλά ατομικά μορφώματα, αλλά προκύπτουν ως αποτέλεσμα κοινωνικών αναπαραστάσεων, συνδεδεμένων με τον πολιτισμό και τον τύπο των κοινωνικών σχέσεων που έχουν θεσμοθετηθεί. Ενώ αυτές οι αναπαραστάσεις μπορεί να εμπεριέχουν ιατρικές γνώμες σχετικά με την παθολογία και την αιτιολογία μιας νόσου, οι απόψεις του πληθυσμού εκφράζουν μια σχετική αυτονομία και ενσωματώνουν μια προσπάθεια ευρύτερης θεωρητικοποίησης γύρω από τα ζητήματα της υγείας και της αρρώστιας, με βάση εσωτερικευμένες έννοιες, σύμβολα και σχήματα, που προέρχονται από τις κοινωνικές και πολιτισμικές καταβολές των ατόμων. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι τα άτομα είναι απλοί φορείς των αναπαραστάσεων, αλλά ότι τα ίδια επεξεργάζονται και μορφοποιούν τις συλλογικές νοηματοδοτήσεις με διαφορετικό τρόπο και σύμφωνα με τις εμπειρίες τους. Με άλλα λόγια, οι κοινωνικές αναπαραστάσεις για την υγεία και την αρρώστια συνδέονται με την ανάπτυξη ενός ερμηνευτικού λόγου ενόρασης του κόσμου, στον οποίο η βιολογική τάξη συσχετίζεται με την κοινωνική και η επιστήμη συναντά την κοινή γνώμη (Herzlich 1995).

Υπό αυτό το πρίσμα, οι απόψεις του πληθυσμού δεν αποτελούν απλά κάποια πρωτόγονα, ανορθολογικά κατάλοιπα, που εξακολουθούν να υπάρχουν στις σύγχρονες ορθολογικές και με βάση την επιστημονική γνώση οργανωμένες

κοινωνίες. Αντίθετα, συνιστούν περιεκτικά και ολιστικά, σύνθετα σώματα γνώσης, τα οποία επισύρουν την προσοχή σε πολλαπλούς παράγοντες, λαμβάνοντας υπόψη τις προσωπικές, οικογενειακές, πολιτισμικές, θρησκευτικές, φιλοσοφικές, επιστημονικές, επαγγελματικές και λοιπές πηγές γνώσης, αντανακλούν το ιδεολογικό κλίμα της εποχής τους και ταυτόχρονα ασκούν αυστηρή ηθική και πολιτική κριτική. Χρησιμοποιώντας την ορολογία του Habermas, η γνώση του κοινού για την υγεία και την αρρώστια αποτελεί έκφραση του βίκοσμου, η οποία ενσωματώνει στοιχεία αντίστασης στη διαδικασία αποικιοποίησης από τις οικονομικές και διοικητικές δομές του συστήματος (Οικονόμου 2005: 57-59).

Σε μία επισκόπηση του δημοσιευμένου ερευνητικού έργου σχετικά με το νόημα και τον ρόλο που αποδίδει ο γενικός πληθυσμός στην υγεία, οι Hughner και Kleine επεσήμαναν, ανάμεσα στα άλλα, οκτώ (8) θέματα που συγκροτούν σε ενιαίο σύνολο τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών ως προς τις ερμηνείες της υγείας (Πίνακας 1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Αντιλήψεις του πληθυσμού για την υγεία

ΘΕΜΑ	ΕΡΜΗΝΕΙΑ
Ερμηνείες της υγείας	
Η υγεία διατηρείται με την περισυλλογή ή την προσευχή	Η υγεία ορίζεται σε μη υλικούς όρους, ως πνευματική ευζωία, πίστη, ζωοδότρα δύναμη κ.λπ.
Η υγεία εξαρτάται από την πνευματική στάση	Πρωταρχική πηγή υγείας είναι η δύναμη της θετικής σκέψης απέναντι στα πράγματα
Η εργασία επιφέρει υγεία	Η εργασία και η καθημερινή δραστηριοποίηση διατηρεί τα άτομα υγιή
Η υγεία ερμηνεύεται μέσω θρησκευτικών και υπερφυσικών αιτιών	Η υγεία αποδίδεται σε ανεξήγητους (θρησκευτικούς ή υπερφυσικούς) παράγοντες
Η υγεία διατηρείται μέσω ιεροτελεστιών	Οι ιεροτελεστικές πρακτικές και συμπεριφορές είναι σημαντικές για την διατήρηση της υγείας
Η υγεία συνιστά ηθική ευθύνη	Η υγεία εξαρτάται από τη σχέση του ατόμου με τους άλλους. Το άτομο έχει την ηθική ευθύνη απέναντι στον εαυτό του και την οικογένειά του να προσέχει την υγεία του
Η υγεία διατηρείται μέσω της συνεχούς παρακολούθησης	Η υγεία διατηρείται με τη συνεχή εξέταση και παρακολούθηση (αυτοεξέταση ή από τον γιατρό) του σώματος
Ατομική ευθύνη	Η υγεία ή η απώλειά της είναι αποτέλεσμα της ατομικής συμπεριφοράς

Πηγή: Hughner, R. – Kleine, S., (2004), «Views of health in the lay sector: A compilation and review of how individuals think about health», *Health*, vol. 8, no 4:395-422.

1.2 Συναισθηματική και ρεαλιστική αντιμετώπιση της ασθένειας

Υπάρχει μία ένταση μεταξύ των διαφόρων αντιλήψεων που ο ιατρικός κόσμος έχει για τη θεώρηση του ανθρώπου, και συνεπώς για την προέλευση της αρρώστιας. Έτσι, από τη μία πλευρά, υπάρχει η καθαρά βιολογική αντίληψη για τον άνθρωπο, και από την άλλη, η θεώρηση της αρρώστιας ως ψυχοσωματικής σύνθεσης.

Ενώ υπάρχει μεγάλη ποικιλία απόψεων στη σύγχρονη ιατρική σχετικά με την ψυχοσωματική σύνθεση, έχει επιτευχθεί μεγάλη πρόοδος από την εποχή του Bernard που είδε τον άνθρωπο σαν μια αξιοθαύμαστη μηχανή. Σήμερα, λοιπόν, έχει γίνει δεκτό ότι οι συναισθηματικές ή ψυχικές καταστάσεις, που ονομάζονται «άγχος» και «ένταση» επηρεάζουν τον ανθρώπινο οργανισμό. Γι' αυτό, ο Ελβετός παθολόγος και ψυχίατρος Paul Tournier, γράφει: *«Ο τρόπος της ζωής μας είναι ο κυριότερος παράγων που κανονίζει την υγεία μας. Όταν ένας άρρωστος έρχεται να μας συμβουλευθεί, μας λέει από ποιες αρρώστιες πάσχει και ζητάει μια θεραπεία. Αλλά ο άρρωστος δεν είναι έτοιμος να μας μιλήσει για όλα εκείνα που πρέπει να διορθωθούν στη ζωή του: τα αμαρτήματά του, τα πάθη που τον κυριεύουν, τις ανταρσίες του, τις αμφιβολίες του και τους φόβους που τον ενοχλούν... Αυτό που θέλει από την ιατρική είναι ανακούφιση από τις συνέπειες που προέκυψαν από τα λάθη του και όχι να του πει κάποιος ότι πρέπει να επιχειρήσει μια αδύνατη μεταρρύθμιση της ζωής του. Οι περισσότερες αρρώστιες δεν έρχονται σαν αστραπή από τον ουρανό. Το έδαφος προπαρασκευάζεται για χρόνια από κακή δίαιτα, υπερβολική δουλειά και ηθικές συγκρούσεις, που σιγά-σιγά διαβρώνουν τη ζωτικότητα του. Ένας γιατρός έχει πει ότι: ο άνθρωπος δεν πεθαίνει, σκοτώνει τον εαυτό του»* (Tournier 1996:5).

Οι ασθενείς είναι μια από τις πιο ευαίσθητες ομάδες πληθυσμού, που αδύναμες περιμένουν τη θεραπεία τους ή σε περίπτωση μη ίασης να κατανοήσουν το νόημα της αρρώστιας τους, αν διαβλέπουν ότι αυτό που περνάνε έχει κάποιο νόημα. Η έλλειψη αποτελεσματικότητας του λεγόμενου «συστήματος υγείας» αιτιολογείται όχι μόνο από το οικονομικό χρέος που δημιουργεί, αλλά κυρίως από την αδυναμία των υπευθύνων να αναγνωρίσουν την ψυχοσωματική διάσταση της υγείας και την ανάγκη του ασθενούς να αντιμετωπισθεί ως πρόσωπο μέσα από μία ουσιαστική, προσωπική σχέση με τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, της θεραπευτικής κοινότητας.

Είναι αλήθεια, ότι σήμερα ο άνθρωπος, όπως και πάντοτε, έχει χίλιες δύο αφορμές και ευκαιρίες για να συνειδητοποιεί την επώδυνη αυτή κατάσταση που ζει.

Περιφέρεται από πόνο σε θλίψη και από άλγος σε οδύνη. Γι' αυτό, ο σημερινός άνθρωπος, που συνειδητοποιεί την αρρώστια του και την ασθένειά του με ποικίλους τρόπους και σε όλο το φάσμα του ψυχοσωματικού του «είναι», μπορεί και ν' αντιδράσει με διαφορετικούς, επίσης, τρόπους. Είτε α) να βυθισθεί στην έσχατη απελπισία, διότι δεν περισσεύει πια γι' αυτόν υπομονή, είτε β) να ξεσηκωθεί και να εξεγερθεί ενάντια στις απρόσωπες ή προσωπικές δυνάμεις που τον καθηλώνουν ακινητοποιημένο, είτε γ) να απευθυνθεί σε κάποιον που μπορεί με τρόπο καθολικό και ολοκληρωμένο – στο μέτρο του εφικτού - να τον εγείρει και να τον αποκαταστήσει.

Ο π. Σταύρος Κοφινάς, που υπηρέτησε ως Εφημέριος στο Νοσοκομείο του Ερυθρού Σταυρού για αρκετά χρόνια αναφέρει χαρακτηριστικά: *«Κάποτε μιλούσα σε έναν άνδρα εβδομήντα χρόνων, που είχε έλθει στο νοσοκομείο γιατί είχε ενοχλήσεις στο στήθος. Ήταν χήρος για δέκα χρόνια και έμενε σε ένα γηροκομείο. Άρχισε να μου λέει ότι αισθανόταν ότι τον είχαν εγκαταλείψει οι τρεις υιοί του, που έφυγαν πριν από επτά χρόνια από την Ελλάδα και έμεναν έκτοτε στην Αυστραλία. Όταν μου είπε ότι αισθανόταν σαν απόβλητος, σχεδόν δάκρυσε. Εκείνη τη στιγμή, δέκα ασπροφορεμένοι γιατροί άρχισαν να πλησιάζουν στο κρεβάτι του. Ο υπεύθυνος γιατρός ρώτησε έναν από τους βοηθούς του μερικές ερωτήσεις, εξέτασε τον άρρωστο με το στηθοσκόπιο και έδωσε σε έναν άλλο βοηθό εντολή για εξιτήριο. Καθώς έφευγε η ομάδα των γιατρών, ένας από αυτούς γύρισε και είπε στον άρρωστο: φεύγεις αύριο. Εκτός από αυτή την ειδοποίηση, κανένας από τους γιατρούς δεν μίλησε απευθείας στον άρρωστο. Όταν έφυγαν οι γιατροί, ο γέροντας με κοίταξε με θλιμμένα μάτια και μου είπε: με διώχνουν πάλι. Γι' αυτόν η έξοδος από το νοσοκομείο συμβόλιζε μια άλλη απόρριψη. Ύστερα μου μίλησε για λίγο για τη ζωή του στο γηροκομείο, όπου έπρεπε να επιστρέψει, για τη διαφορά μεταξύ της ζωής που ζούσε αυτός και της ζωής που ζούσαν τα παιδιά του στην Αυστραλία, για τις σχέσεις που είχε δημιουργήσει στο γηροκομείο και για τις δυνατότητες που είχε για την ανάπτυξη αυτών των σχέσεων. Ήταν ολοφάνερο ότι ο άνθρωπος αυτός δεν έπασχε μόνο από τους πόνους του στήθους. Έπασχε, επίσης, από μια σοβαρή κατάθλιψη, που ήταν το αποτέλεσμα μοναξιάς και διαφόρων οικογενειακών προβλημάτων, που είχαν σχέση με τα γηρατειά. Μπορούσε ή έπρεπε να ενεργήσει διαφορετικά ο γιατρός, σ' αυτή την περίπτωση; Έπρεπε να δει άλλους πενήντα αρρώστους. Ήταν υπεύθυνος για ένα διάδρομο γεμάτο κρεβάτια και ήξερε πως υπήρχε ένας μακροσκελής κατάλογος αρρώστων που περίμεναν για εισιτήριο. Θα αναβάλλω για τώρα την απάντηση σ' αυτήν την ερώτηση. Αυτό που μπορούμε, όμως, να πούμε προς το παρόν είναι ότι οι γιατροί αρνήθηκαν την ψυχοσωματική σύνθεση του αρρώστου με την συμπεριφορά τους» (Κοφινάς 2011:180-181).*

Παρόλο που, θεωρητικά, οι κληρικοί αποδέχονται την ψυχοσωματική διάσταση της υγείας, σε πρακτικό επίπεδο, με τη συμπεριφορά τους, πολλές φορές εκφράζουν μία δυϊστική αντίληψη, που αναιρεί τη θεωρητική τους αντίληψη. Αυτό αποδεικνύεται και από τη θέση που οι περισσότεροι ιερείς (ιδιαίτερα οι νοσοκομειακοί εφημέριοι) κρατούν στη θεραπευτική ομάδα – μία θέση τέλει απομόνωσης. Αυτή η απομόνωση δεν είναι ανεξήγητη. Οι κληρικοί δεν έχουν δείξει καμία διάθεση να εμβαθύνουν, σύμφωνα με την ιατρική επιστήμη, στις συναισθηματικές πλευρές και τις βιολογικές αιτίες της αρρώστιας. Ο λόγος τους εκφράζει μία επιφανειακή θρησκευτική ευλάβεια, που στην ουσία είναι ρηχή και χωρίς καμία εκκλησιαστική αντίληψη. Γι' αυτό αρκετές φορές περιορίζονται στα λειτουργικά καθήκοντα του ναυδρίου του νοσοκομείου.

Αρκετοί ιερείς έχουν την άποψη ότι δεν πρέπει να πλησιάζουν τον ασθενή, αν ο ίδιος δεν το έχει ζητήσει. Η άρνηση της πολύπλευρης ψυχοσωματικής σύνθεσης του ανθρώπου εκδηλώνεται κυρίως με τις απλοϊκές συμβουλές που πολλοί ιερείς δίνουν στον άρρωστο: *«Να μη στενοχωριέσαι». «Δεν πειράζει αν υποφέρεις σωματικά, θα λάβεις το στεφάνι του μαρτυρίου!»*. *«Αυτή είναι η δοκιμασία σου, ο σταυρός σου»*. *«Καλή ψυχή μόνο να έχεις»*. *«Τώρα που αρρώστησες, πρέπει να εξομολογηθείς και να κοινωνήσεις!»*. *«Όλα θα διορθωθούν»*. *«Έτσι θέλει ο Θεός· γενηθήτω το θέλημά του»* (Κοφινάς 2011:181-182). Τέτοιες γενικές συμβουλές δείχνουν μόνο έλλειψη ευαισθησίας για την ψυχική αγωνία που βιώνει ο άρρωστος και μία τάση απλοποίησης των αναζητήσεων και συγκρούσεων της ανθρώπινης ύπαρξης, μία απλοποίηση που οφείλεται στην έλλειψη πνευματικής εμβάθυνσης και ποιμαντικής παιδείας. Κοντά στα ανωτέρω ως προστεθεί και η απροθυμία των κληρικών να δουλέψουν στο δυσάρεστο περιβάλλον του νοσοκομείου. Ο ιερέας είναι στο νοσοκομείο για να εκτελεί συνήθως λειτουργικά καθήκοντα και να μεταλαμβάνει τους ετοιμοθάνατους. Έτσι, η παρουσία του στο νοσοκομείο είναι απαραίτητη τις Κυριακές, τις εορτές και όταν τον ζητάει κάποιος άρρωστος. Η Εκκλησία, με κάποιο τρόπο, έχει δεχθεί αυτή την αντίληψη του ρόλου του ιερέα στα νοσοκομεία, με την τοποθέτηση σε αυτά κληρικών που μόνο ένα μέρος του χρόνου τους μπορούν να διαθέτουν για την εξυπηρέτησή τους. Με παρόμοιο τρόπο αντιλαμβάνεται και ο κόσμος το ρόλο του ιερέα πλάι στον άρρωστο.

Με άλλα λόγια, φαίνεται να υπάρχει ένα χάσμα μεταξύ της ζωής της Εκκλησίας και της νοσηλευτικής περίθαλψης του ασθενούς που προσφέρει το σύγχρονο νοσοκομείο, χάσμα που συμβολίζεται με τη θέση και το ρόλο του νοσοκομειακού

εφημερίου και τη σχέση του με το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό. Ο δε ασθενής χάνεται μέσα σ' αυτό το χάσμα. Υπεύθυνοι γι' αυτό το χάσμα είναι και οι κληρικοί και οι γιατροί, που αμφότεροι κατέχονται από φόβο και ενισχύουν την μεταξύ τους ένταση. Οι λόγοι που δημιουργούν αυτό το χάσμα είναι περίπλοκοι και ίσως μπορεί να εκφραστούν ως εξής: Ο φόβος που έχουν πολλοί πιστοί από τη μια μεριά, ότι αν δεχθούν τη αξία της επιστήμης θα «εκκοσμικευθούν» και ο φόβος που έχουν πολλοί γιατροί από την άλλη, ότι αν δεχθούν την αξία της πίστης, θα χάσουν την «επιστημονικότητά» τους, είναι μια εύσημη πρόφαση και για τους μεν και για τους δε, που τους διευκολύνει να αποφεύγουν να αντιμετωπίσουν τον ανθρώπινο πόνο. Μέσα από την τρομερά κακή ερμηνεία των δύο ρόλων, και οι δύο διαιρούν την ανθρώπινη ύπαρξη, και οι δύο αντικαθιστούν το μέρος με το όλον. Έτσι, ο ασθενής ως μοναδική ζωντανή και πολύπλευρη ανθρώπινη ύπαρξη χάνεται μέσα σε αυτό το χάσμα.

Μια τέτοια αντίληψη της διαποίμανσης έχει να ωφελήσει σε πάρα πολλά σημεία και τον ιερέα. Παύει να τον χαρακτηρίζει μια μονομέρεια σαν η μόνη του απασχόληση να ήταν να ενδιαφέρεται μόνο για τα σωματικά, στα οποία συνήθως επικεντρώνεται το ενδιαφέρον των ασθενών ή για τα πνευματικά με τα οποία λόγω της ειδικότητάς του αισθάνεται τον εαυτό του υποχρεωμένο να ασχολείται.

Μία άλλη ωφέλεια που προκύπτει για τον ιερέα από τη σχέση του με τον ασθενή είναι ότι ξεφεύγει από μια ασθeneιοκεντρική αντίληψη του ασθενούς όπου πρωτεύουσα θέση έχει η ασθένεια, η διάγνωση και οδηγείται προς μια ασθeneοκεντρική οπτική. Ο ασθενής είναι το κέντρο του ενδιαφέροντος. Αυτό δεν σημαίνει ότι ο συγκεκριμένος ασθενής πάσχει γενικώς και αορίστως. Είναι καλό ο ιερέας να γνωρίζει από τι πάσχει ο άρρωστος, διότι κάποιοι από αυτούς χρειάζονται ειδική αντιμετώπιση και μεταχείριση. Πλην, όμως, η σχέση δεν πρέπει να εξαντλείται σε μια κατηγοριοποίηση του ασθενούς. Ο καρδιοπαθής δεν έχει ή δεν είναι μόνο καρδιά και ο νεφροπαθής δεν έχει ή δεν είναι μόνο νεφρά. Κατ' ακολουθία ο ιερέας, αναφέρεται στον σύνολο άνθρωπο και ιδιαίτερα τον *κρυπτόν της καρδιάς* (άνθρωπον) και όχι σ' ένα εκ των οργάνων του χαρακτηριζόμενο άνθρωπο.

Στο σημείο αυτό αξίζει να επισημανθεί μία γραμματικού τύπου παρατήρηση για το πώς θα εκληφθεί η γενική πτώση «ασθενών» στη φράση «Ποιμαντική ασθενών». Η συνήθης εκδοχή είναι ότι πρόκειται για μια γενική αντικειμενική. Ποιμαντική που αναφέρεται στους ασθενείς ως ποιμαινόμενους. Μακρά εμπειρία, όμως, με ασθενείς και ιδιαίτερα ιερείς νοσηλευτικών ιδρυμάτων αναδεικνύει και την άλλη εκδοχή της

ως γενικής υποκειμενικής. Ότι οι ασθενείς και αυτοί ποιμαίνουν με τη σειρά τους και με το δικό τους τρόπο τους ιερείς, τους μούν σε καταστάσεις που ανυποψίαστοι θα φέρονταν έτσι ή αλλιώς πριν την εμπειρία τους με τους ασθενείς. Προκύπτουν, έτσι, τα οφέλη μιας αμφίδρομης επικοινωνίας όπου ασθενείς και ιερέας αφήνουν την αυτονομία τους και την επάρκειά τους και αισθάνονται ως κέντρα δυο ελλείψεων- γεωμετρικών ελλειπτικών κύκλων- που για να διαγράψουν τον πλήρη κύκλο τους θα πρέπει να βρουν το αληθινό τους κέντρο. Μόνο που η ύπαρξη ασθενών και ελλειπόντων σ' αυτή τη σχέση δεν είναι μειωτική, αρκεί να μη προέρχεται από ίδια υπαιτιότητα⁵.

1.3 Η κοινωνική προσφορά του εφημερίου στο νοσοκομείο

Η ταυτότητα και ο ρόλος του εφημερίου στο χώρο της Υγείας δεν έχει αλλάξει ουσιαστικά μέσα στον χρόνο. Στην αρχαιότητα και στη σύγχρονη εποχή, η παρουσία του κληρικού φανερώνει τη σύγκρουση μεταξύ ζωής και θανάτου. Συχνά, η συμβολική του παρουσία θα προκαλέσει ερωτήματα στον πάσχοντα και σε αυτούς που είναι γύρω του, ερωτήματα που έχουν να κάνουν με την καταγωγή και το πεπρωμένο του ανθρωπίνου γένους, με την ύπαρξη και την εξαφάνιση του κάθε προσώπου. Αυτή η σύγκρουση δεν έχει να κάνει μόνο με τη σωματική ευεξία κάποιου, αλλά και με τις βιωματικές και υπαρξιακές ανησυχίες του.

Ο ιερέας αντιπροσωπεύει τη μυστικιστική - ιερή και την υπέρλογη πλευρά του ανθρώπου που ζητάει παρηγοριά και ελπίδα κάπου αλλού πέρα από την επιστημονική και τεχνολογική εικόνα που τα σύγχρονα ιατρικά κέντρα θέλουν να προβάλλουν. Στις κρίσιμες στιγμές για τον άρρωστο, ο ιερέας συμβολίζει την ελπίδα για ζωή. Για το προσωπικό του νοσοκομείου συμβολίζει την φώτιση και το σθένος που χρειάζεται για να επιτελέσει το έργο του. Στο μανιακό περιβάλλον του νοσοκομείου, η ησυχαστική ζωή και μορφή του ιερέα είναι ένα καταπραϊντικό και καθησυχαστικό στοιχείο, που προσδίδει μία άλλη διάσταση στη θεραπευτική προσπάθεια. Εκτός απ' αυτές τις «κρίσιμες στιγμές», η παρουσία του ιερέα συμβολίζει την πραγματικότητα του πεπερασμένου της ανθρώπινης ύπαρξης (Holst 1985:9) και τις ατέλειες και τους περιορισμούς της ιατρικής επιστήμης, κάτι που τον εμποδίζει πολλές φορές να γίνει

⁵ Σταυρόπουλος, Αλέξανδρος, Μ., *Η θεολογική θεμελίωση της ποιμαντικής των ασθενών*, http://www.ecclesia.gr/greek/holysynod/committees/pastoral/poimantiki_themeliosi.html (πρόσβαση στις 31/1/2013).

ένας στενός συνεργάτης του προσωπικού ή ένας στενός συμπαραστάτης του αρρώστου.

Η θέση του ιερέα είναι μία θέση με πολλή μοναξιά. Ο Heijer Faber συγκρίνει αυτά τα συναισθήματα της έντασης και της μοναξιάς με τα συναισθήματα του παλιάτσου ενός τσίρκου: *«Ο παλιάτσος έχει ένα ιδιαίτερο λειτούργημα. Βάζει τα πράγματα σε μια προοπτική. Δείχνει ότι υπάρχουν και άλλες όψεις στη ζωή εκτός από τις εντυπωσιακές πραγματικότητες, όπως η τεχνολογία και η επιστήμη. Ο παλιάτσος αντιπροσωπεύει μια άποψη της ζωής που είναι απαραίτητη για να γίνει η ζωή υποφερτή. Έχει το δικό του μήκος κύματος, το δικό του πρότυπο [...] Για τον παλιάτσο, το κοινό είναι κάτι παραπάνω από ένα αντικείμενο της τέχνης του, όπως συμβαίνει για τους άλλους καλλιτέχνες του τσίρκου. Ο παλιάτσος έχει συνάφεια με το κοινό στις ακραίες καταστάσεις της υπάρξεώς μας, όπως η θλίψη, το παράλογο, οι αποτυχίες [...] Ενώ είναι μέσα σε όλα όσα γίνονται, είναι μόνος του σε όλα αυτά που κάνει και αντιπροσωπεύει»* (Faber 1971:5). Αυτή η σύγκριση μεταξύ του παλιάτσου στο τσίρκο και του εφημέριου του νοσοκομείου είναι ιδιαίτερα ζωντανή για τον κληρικό, που με την εξωτερική του εμφάνιση και μόνο, έρχεται σε οξεία αντίθεση με το «επιστημονικό» περιβάλλον του σύγχρονου νοσοκομείου.

Ο ιερέας, η διακονία και η παρουσία του εντός του θεραπευτικού περιβάλλοντος δεν θα πρέπει να είναι αποχωρισμένα από τον άρρωστο, αλλά θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για την ανάπτυξη και την καλλιέργεια μιας θεραπευτικής σχέσης με αυτόν και όσους είναι γύρω του. Αυτό μπορεί να συμβαίνει επειδή είναι πιο εύκολο για τον εφημέριο του νοσοκομείου να είναι ένας καλός λειτουργός ή τελετάρχης σε επίσημες εορτές, ή να παριστάνει τον «καλό παπά» που συζητάει φιλοσοφικά θέματα ή να είναι ο εξομολόγος για ένα «εκλεκτό» ποιμνίο απ' το νοσηλευτικό προσωπικό, αντί να παραστέκει με συμπάθεια και κατανόηση σε κάποιον που πονάει και έχει βυθισθεί στη θλίψη, που είναι απεριποίητος, κατάκοιτος και αγωνίζεται να επιζήσει. Για να μπορεί ένας ιερέας να το κάνει αυτό όμως, πρέπει να έχει μια επαρκή κατανόηση για το τι αισθάνεται ο άρρωστος μέσα στην ψυχή του και πρέπει να ξέρει πώς ο ίδιος αντιμετωπίζει το δικό του ανθρώπινο πόνο.

Μαζί με το σωματικό πόνο ο άρρωστος βιώνει απώλεια και αποχωρισμό. Απλώς και μόνο επειδή είναι άρρωστος και βρίσκεται περιορισμένος σε ένα κρεβάτι, περιορίζεται ο χώρος και η κινητικότητά του και του έχει αφαιρεθεί ο έλεγχος του φυσικού και διαπροσωπικού του περιβάλλοντος. Αυτό εντείνεται ιδιαίτερα όταν είναι στο νοσοκομείο. Εκεί, το κρεβάτι του δεν είναι το δικό του κρεβάτι· το κομοδίνο του χρησιμοποιείται και για άλλους σκοπούς. Διάφοροι άγνωστοι του μιλούν και του

απευθύνουν προσωπικές ερωτήσεις, πολύ συχνά μάλιστα, χωρίς να κτυπήσουν την πόρτα πριν να μπουνε στο δωμάτιό του. Δεν μπορεί να διαθέσει όπως θέλει το χρόνο του, καθώς τον οδηγούν βιαστικά κάθε τόσο για να τον υποβάλλουν σε διάφορες και επίπονες εξετάσεις. Τον ξυπνούν συχνά τα βογγητά και οι αναστεναγμοί των άλλων αρρώστων, μαζί με τους θορύβους που κάνει το νοσηλευτικό προσωπικό. Υποφέρει από την αδιάκριτη συμπεριφορά των συνοδών των άλλων αρρώστων. Δέχεται την «εισβολή» συρίγγων, θερμομέτρων, ακτίνων - για να μην αναφερθούν τα διαγνωστικά μηχανήματα και τα χειρουργικά εργαλεία που μπαίνουν μέσα του ή πάνω του και του δημιουργούν το αίσθημα ότι έχει χάσει τον έλεγχο του κορμιού του. Όπως πολλοί άρρωστοι ομολογούν: *«Ούτε στην τουαλέτα δεν μπορώ να πάω όπως και όταν θέλω»*. Αυτή η κατάσταση φέρνει στον άρρωστο τη μεγαλύτερη δυνατή απώλεια, την απώλεια της επικοινωνίας. Δεν μπορεί να δέχεται τις επισκέψεις των μελών της οικογένειάς του όταν θέλει. Όπως πολύ ωραία περιγράφει κάποιος *«δεν μπορείς να πας στους φίλους και συγγενείς σου για συντροφιά, πρέπει να έλθουν αυτοί σε σένα και τις πιο πολλές φορές δεν έρχονται»*.

Στην αστική κοινωνία είναι πιο δύσκολο να υποφέρει κανείς αυτές τις απώλειες εξ αιτίας των μεγάλων αποστάσεων. Ένας πατέρας δυο παιδιών αφήνει την οικογένειά του και τη δουλειά του στην Κρήτη, γιατί έχει ανάγκη από τεχνητό νεφρό. Μια μητέρα αφήνει τον εργαζόμενο άντρα της με ένα παιδί είκοσι μηνών, γιατί την χτύπησε ένα αυτοκίνητο και έχει ανάγκη νευροχειρουργικής επέμβασης. Μια ηλικιωμένη γυναίκα που έπαθε καρδιακή προσβολή, αναγκάζεται να αφήσει την ήσυχη ζωή του χωριού της, για να ζήσει με το παιδί της και τα εγγόνια της στριμωγμένα σ' ένα τριάρι μέσα στο θόρυβο της πόλεως.

Όταν κάποιος δοκιμάζεται από τέτοιες περιστάσεις, τότε αισθάνεται τη μοναξιά που συνοδεύει τον πόνο. Τότε αρχίζει να διερωτάται *«Γιατί εγώ;»*, διότι αισθάνεται ότι υφίσταται μια παράλογη και άδικη επίθεση που του προκαλεί οργή και αγανάκτηση. Καταλαβαίνοντας τις ανθρώπινες αδυναμίες του, αισθάνεται ταπεινωμένος και ένοχος και ψάχνει για να βρει παρηγοριά και έναν τρόπο να συμβιβασθεί με τον εαυτό του και τους γύρω του. Απογυμνωμένος από την ταυτότητά του και την αυτοεκτίμησή του, προσπαθεί να βρει την ελπίδα που έχει χάσει και να επανακτήσει αυτό που καταστράφηκε. Όλες αυτές οι προσπάθειες είναι μόνο μια συνέχεια των ψυχικών αγώνων και δυσκολιών που προηγήθηκαν της νοσηλείας και αποτέλεσαν το ψυχικό έδαφος της αρρώστιας.

Το πρόβλημα για τον ιερέα είναι εάν ο ίδιος θα γίνει μια προέκταση της μοναξιάς και της απελπισίας που αισθάνεται ο άρρωστος ή εάν θα τον βοηθήσει να επανακτήσει την ελπίδα και να αποκαταστήσει επικοινωνία με το περιβάλλον του. Ο ιερέας μπορεί, είτε να γίνει μια προέκταση της αποπροσωποποίησης της σύγχρονης ιατρικής ή μπορεί να βοηθήσει την ιατρική να γίνει πιο ανθρώπινη και το νοσηλευτικό περιβάλλον πιο υποφερτό. Έτσι, ο διαχρονικός ρόλος του ιερέα δεν είναι να χορηγήσει ένα καταπραϋντικό αντίδοτο στον πόνο του ανθρώπου με ενθαρρυντικά λόγια, αλλά να συμπάσχει στον πόνο του, προσφέροντας αποδοχή και ευσπλαχνία στο ταξίδι επαναπροσδιορισμού της ζωής και των σχέσεών του. Είναι εκεί για να βοηθήσει τον πάσχοντα και τους άλλους γύρω του να βρουν την αληθινή ζωή σε ένα σχεσιακό επίπεδο. Το έργο του είναι να βοηθήσει τον ασθενή να αναχθεί από την ποιότητα της σωματικής κατάστασης στην ποιότητα των σχέσεων.

Όταν κάποιος συμμετέχει στον πόνο του άλλου, εισέρχεται σε έναν χώρο ιερό. Γι' αυτό, πρέπει να εισέρχεται στον χώρο αυτό με ευλάβεια, σεβασμό, προσοχή και επιμέλεια, χωρίς να παραγκωνίζει την ιδιαιτερότητα και την ελευθερία του κάθε προσώπου. Εάν δεν σεβαστεί τον «ιερό χώρο» του αρρώστου, ο ιερέας μπορεί να κάνει τον άρρωστο να αισθανθεί μεγαλύτερη υπαρξιακή απόσταση από τους άλλους, τον εαυτό του και τον Θεό. Αντίθετα, μέσα από τον σεβασμό και την συμπόνια, μπορεί να γίνει ένας πραγματικός πνευματικός οδηγός και συνοδός που θα βοηθήσει τον άρρωστο να δει τη ζωή του κάτω από διαφορετικό πρίσμα (Κοφινάς 2011:185-189).

Εάν ο ιερέας επιθυμεί να προσφέρει μια αληθινή και σημαντική διακονία σε τέτοιες περιστάσεις, τότε θα πρέπει να δει κάθε άρρωστο σαν άτομο με τα δικά του προβλήματα, αγώνες, δυνατότητες και αδυναμίες, και να τον ακούσει με προσοχή και υπομονή. Κάθε άρρωστος έχει την ανάγκη να πει τη δική του «ιστορία» σε κάποιον που έχει την διάθεση να την ακούσει. Μπορεί να υπάρχει μια διαφορά στη διάθεση και θέληση από τον άρρωστο να ικανοποιήσει αυτή την ανάγκη, αλλά η ανάγκη υπάρχει και εκδηλώνεται με διάφορους τρόπους. Σπάνια, εάν ποτέ, θα έλθει κάποιος να πει στον άρρωστο «φαίνεσθε πικραμένος, γιατί;». Σπάνια, εάν ποτέ, θα βρεθεί κάποιος που μπορεί να καθίσει και να ακούσει την απάντηση και να βοηθήσει τον άρρωστο να βρει μια λύση στο πρόβλημά του. Οι περισσότεροι από το προσωπικό και τους συνοδούς θα προτιμούσαν να πουν «έλα τώρα, δεν έχεις τίποτα. Δεν πρέπει να αισθάνεσαι έτσι». Μια τέτοια αντιμετώπιση, όμως, δεν βοηθάει τον άρρωστο να αναπτύξει καρτερικότητα, αλλά τον οδηγεί στον θυμό και την απελπισία. Εάν ο

ιερέας συνειδητοποιήσει το ρόλο του, είναι ο πιο κατάλληλος και υπεύθυνος από το νοσηλευτικό προσωπικό να φέρει εις πέρας αυτό το έργο. Είναι στα χέρια του ιερέα να αναπτύξει το δικό του τρόπο με τον οποίο θα γνωρίσει τι ακριβώς θέλει να πει ο άρρωστος και να το αξιοποιήσει για την ανθρώπινη ανάπτυξή του. Για να γίνει αυτό, όμως, πρέπει ο ιερέας να είναι διατεθειμένος να αναλάβει ένα αγώνα συμμετοχής στον πόνο του θλιμμένου ανθρώπου και όχι να προσπαθήσει να ναρκώσει τον πόνο με μια προσευχή ή έναν καλό λόγο.

Η ποιμαντική διακονία των νοσηλευομένων είναι κάτι παραπάνω από το να ρωτήσεις τους αρρώστους ποιος θέλει να εξομολογηθεί και να κοινωνήσει. Όταν ο ιερέας το κάνει αυτό, η εκκλησία και ο Θεός γίνονται ένα άλλο πρόσωπο και χωρίς ευαισθησία στοιχείο της νοσηλείας που εξοργίζει εκείνους που αισθάνονται ότι είναι θύματα μιας ζωής γεμάτης μοναξιά και φέρνει περισσότερη απελπισία σε αυτούς που αισθάνονται ασύγγνωστα μια υπερβολική ενοχή. Αντιμετωπίζοντας αυτόν τον ανθρώπινο πόνο, μπορεί ο ιερέας να πει στον άρρωστο ειλικρινά και αποτελεσματικά «έχετε υποφέρει πολύ, από πού παίρνετε τη δύναμη να αντιμετωπίσετε αυτόν τον πόνο;» και τότε μπορεί να μιλήσει για τα Μυστήρια της Εκκλησίας (Θεία Κοινωνία, Εξομολόγηση, Ευχέλαιο κ.λπ.) και να τα προσφέρει ως πηγή δύναμης στον άρρωστο. Τα Μυστήρια και οι ευχές δεν είναι ο σκοπός, αλλά τα μέσα και τα φάρμακα που έχει στη διάθεσή του ο ιερέας για την ποιμαντική διακονία και θεραπεία των ψυχών. Ένας σοφός γιατρός πρέπει να ξέρει πότε και πώς να χρησιμοποιεί αυτά τα φάρμακα. Ούτε πρέπει να μετρήσει την αποτελεσματικότητα της διακονίας του με πόσους κοινωνάει κάθε εβδομάδα. Ο τελικός σκοπός της διακονίας των νοσηλευομένων είναι να παρουσιάσει το ενδιαφέρον του ιερέα σαν την έκφραση του ενδιαφέροντος της Εκκλησίας που εκείνος αντιπροσωπεύει, σε κάθε άρρωστο χωρίς διάκριση και χωρίς υποχρέωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η συμμετοχή στον πόνο και το θάνατο

2.1 Ο ρόλος του εφημερίου στα διάφορα στάδια του πόνου

Ο πόνος είναι ανυπότακτος τόσο σε ορισμό όσο και σε αντικειμενική αξιολόγηση. Η ίδια αιτία δεν προκαλεί ίδια ένταση πόνου – η αιτία του πόνου και η έντασή του δεν υπακούνε σε λογικές (επιστημονικά συναγόμενες) σταθερές. Δεν

είναι πάντοτε προειδοποίηση κινδύνου ο πόνος, ούτε η ένταση του πόνου συνάρτηση της επικινδυνότητας της βλάβης. Οι πόνοι της γέννας ομολογούνται ανυπόφοροι, ενώ δεν προειδοποιούν για κίνδυνο, και ένας πονόδοντος μπορεί να είναι κυριολεκτικά βασανιστικός. Αντίθετα, μία θανατηφόρα αρρώστια ενδέχεται να εξελίσσεται ανώδυνα.

Ανεπιφύλακτα οι άνθρωποι ονομάζουν *πόνο* τόσο το σωματικό όσο και το ψυχικό άλγος. Οι Έλληνες μιλούσαν για «άλγος καρδιάς», «άλγος κατά θυμόν», άλγος θανάτου, άλγος έρωτος. Θα μπορούσε σε αυτά τα άλγη να προσθέσει κανείς, παραδειγματικά, και την οδύνη που προκαλεί η αδικία, η συκοφαντία, η πίκρα της αποτυχίας, ο καημός της μειονεξίας, η ανημπόρια αντίστασης στην εκμετάλλευση, στην ανελευθερία. Σε όλες αυτές (και πολλές ακόμα ανάλογες) περιπτώσεις, βιώνουν οι άνθρωποι πόνο, που μπορεί να είναι τόσο οξύς και αφόρητος όσο και ο πόνος από βαριά σωματική κάκωση ή βλάβη. Τον ονομάζουμε *ψυχικό*, αλλά δεν παύει να είναι πόνος βιολογικά ενεργούμενος, γι' αυτό και μπορεί να καταπραΰνεται ή να εξαλείφεται με φαρμακευτικά προϊόντα της χημείας: ηρεμιστικά, αγχολυτικά, αντικαταθλιπτικά. Ενεργείται ο πόνος εντός των βιολογικών ορίων της ύπαρξής μας, αλλά ο εντοπισμός αυτός δεν διευκρινίζει ορισμό, δεν διαφωτίζει το *οντολογικό* περιεχόμενο του πόνου: την αιτία και τον σκοπό του.

Η κοινή πείρα βεβαιώνει πως ο πόνος που βιώνεται στη μοναξιά είναι κάτι άλλο από τον συντροφευμένο με αγάπη, στοργή, φροντίδα πόνο. Αυτή η διαφοροποίηση θα μπορούσε να εκληφθεί (και να είναι) ψυχολογικό μόνο γεγονός, εξίσου ατομοκεντρικό με τον ίδιο τον πόνο. Ενδέχεται ωστόσο να συνιστά και πραγματική εμπειρία της ύπαρξης – ως – σχέσης, εμπειρία αυτοεγκατάλειψης στην προσφερόμενη αγάπη, εμπιστοσύνης και ατομικής αυθυπέμβασης. Έτσι κι αλλιώς, τα όρια ανάμεσα στην αγαπητική ελευθερία και στην ατομική κατασφάλιση (όρια ιδιοτέλειας και ανιδιοτέλειας) είναι δυσδιάκριτα – η δυναμική της διάκρισης, ασκητική δυναμική της ελευθερίας, ταυτόσημη με τη δια βίου εγρήγορση (Γιανναράς 2011:83-87).

Είναι αλήθεια πως σήμερα υπάρχει άφθονος σωματικός και ψυχικός πόνος. Άλλοτε ευθύνεται γι' αυτόν ο άνθρωπος και άλλοτε όχι. Η ζωή του ανθρώπου είναι ζυμωμένη με δάκρυα που προέρχονται από τον πόνο της ασθένειας, των θλίψεων, των βασάνων, της εγκατάλειψης και της μοναξιάς. Σημασία έχει την ώρα του πόνου κάποιος να τον συνδράμει. Να μην τον αφήσει να απογοητευθεί, να πιγεί στην μοναξιά, να πονέσει ακόμη πιο πολύ. Ορθά έχει ειπωθεί πως όποιος έχει υποφέρει

πολύ μοιάζει με εκείνον που γνωρίζει πολλές γλώσσες και έτσι μπορεί να καταλάβει πολλούς και να τον καταλάβουν πολλοί.

Σε παγκόσμιο επίπεδο η έρευνα των επιστημόνων έχει καταλήξει σε διαπιστώσεις, η γνώση των οποίων είναι πολύ βοηθητική για όσους πλησιάζουν τέτοιου σταδίου ασθενείς. Θα αναφερθεί ο απλά διατυπωμένος πίνακας των σταδίων που βιώνει ο πάσχων: Με την ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με τη διάγνωση η οποία προσδίδει πανικό και αίσθημα τραγικότητας. Αρνούμενος ο πάσχων την αποδοχή της τραγικής πραγματικότητας και αμυνόμενος προς αυτήν, κατά πρώτον, αρνείται ότι η διάγνωση ανήκει στον εαυτό του: «Δεν μπορεί, για κάποιον άλλον πρόκειται». Συζητά σαν να πρόκειται για άλλον άνθρωπο. Δείχνει να είναι ψύχραιμος στις πρώτες συνομιλίες. Ακολουθεί η οργή, κατευθυνόμενη προς όλους και όλα και προς το Θεό ακόμη. Οργή προς καταστάσεις, προς γεγονότα και πρόσωπα. Το παρελθόν, το παρόν, ο χώρος του νοσοκομείου προσδίδουν οργή, με βασική αιτία την ίδια τη ζωή που φθίνει.

Ένα τρίτο στάδιο, «το παζάρεμα», που δεν είναι τίποτα άλλο, παρά μια συνομιλία με το Θεό, ως ύστατη προσπάθεια ανευρέσεως βοήθειας προς απομάκρυνση των οδυνηρότερων καταστάσεων. Συνήθως ενοχή για γεγονότα του παρελθόντος, για άλλα που έγιναν και για άλλα που δεν έγιναν. Για σκέψεις που δεν υλοποιήθηκαν και γεννούν αίσθημα αποτυχίας. Η κατάθλιψη, γνώριμη στο τελικό στάδιο, όταν οι λειτουργίες του οργανισμού εξασθενούν, οι θεραπείες γίνονται όλο και πιο δύσκολες, οι μέρες μέσα στο νοσηλευτικό χώρο περισσότερες. Ο ίδιος ο οργανισμός αρχίζει και αντιλαμβάνεται τη φθίνουσα πορεία. Τέλος, η αποδοχή της πραγματικότητας. Υπό κάποια έννοια, συνειδητοποιείται η τελική πορεία της βιολογικής ζωής.

Τα στάδια που προαναφέρθηκαν, εναλλάσσονται χωρίς συγκεκριμένη ιεράρχηση. Πολλές φορές τα χαρακτηριστικά τους εμφανίζονται στις εκδηλώσεις του ασθενούς ανακατεμένα δύο, τριών ή και τεσσάρων σταδίων. Οι ανάγκες που προκύπτουν από την εναλλαγή των προαναφερομένων σταδίων καθιστά ιδιαίτερα ευαίσθητη την προσέγγιση του πάσχοντος. Επίσης, απαραίτητη είναι η γνώση των ιδιαιτεροτήτων του τελικού σταδίου εκ μέρους των ιερέων.

Από τα παραπάνω καθορίζεται η μορφή της συμπαράστασης προς τον ασθενή. Πώς, όμως, είναι καλύτερα να γίνει αυτό; Να καθίσει δίπλα του και να αρχίσει τη φλυαρία ή να χρησιμοποιήσει τη σιωπή και να φτάσει καλύτερα στην ποθητή επικοινωνία με τον άνθρωπο που βρίσκεται σε σύγχυση, με καταβολή δυνάμεων και το θάνατο στο εγγύς μέλλον.

Για να μπορέσει ο ιερέας να σταθεί εποικοδομητικά, δημιουργικά στη θέση που επέλεξε, θα χρειαστεί μια προηγούμενη εκπαίδευση του ίδιου ώστε, να μπορεί να ελέγχει τη συναισθηματική του φόρτιση. Επίσης, πολύ σημαντικό, να μπορέσει να ερμηνεύσει τη στάση του ασθενούς, τι έχει ανάγκη, τι ζητά το ύφος του και τι πραγματικά είναι γι' αυτόν αναγκαίο. Είναι μεγάλη παιδεία για τον ίδιο τον ιερέα να αμβλύνει τον εαυτό του στο πλησίασμα του ασθενούς. Πτυχές άγνωστες αποκαλύπτονται και το όφελος του ιερέα είναι ανάλογο με αυτό του ασθενούς. Η σπουδή στη «διάκριση» της πίστης, καθώς επίσης, η προαγωγή της αυτογνωσίας, συμβάλλει προοδευτικά στη συνάντηση των δυο ανθρώπων με κέρδη από αυτή τη συνάντηση και για τις δύο πλευρές.

Ας επιτραπεί στο σημείο αυτό μία ειδικότερη αναφορά στην ασθένεια του καρκίνου. Ο καρκίνος με την έννοια του θανάτου είναι πολύ στενά συνδεδεμένος στο μυαλό όλων και χτυπά το καμπανάκι της υπενθύμισης ηχηρά κάθε φορά που παρουσιάζεται, ακόμα και στις ιάσιμες μορφές του: Αποτελεί ευκαιρία για «μνήμη θανάτου» πολύ πιο έντονα από πολλά άλλα πράγματα στη ζωή ενός ανθρώπου, καθώς η έκβαση της θεραπείας είναι αβέβαιη, μία αβεβαιότητα που παρατείνεται για πολλά χρόνια στις περισσότερες περιπτώσεις αφενός, και αφετέρου η αγωγή συχνά προκαλεί η ίδια σημαντικές δυσάρεστες συνέπειες. Ούτως ή άλλως, η ίδια η ασθένεια προκαλεί συχνά πόνους που ταλαιπωρούν τους ασθενείς και εμποδίζουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες, δημιουργώντας ένα νέο, όχι ευπρόσδεκτο πλαίσιο ζωής, στο οποίο πρέπει να προσαρμοστεί ο ασθενής και όλοι οι οικείοι του.

Οι άνθρωποι με διαγνωσμένο καρκίνο βρίσκονται και αυτοί λοιπόν στην κοινή πορεία όλων μας, οι συνθήκες της ζωής τους όμως κάνουν αρκετά πιο δύσκολο να διαλέξουν την άρνηση και την απώθηση της σκέψης τού τέλους, όπως οι περισσότεροι. Η δύσκολη, επίπονη πορεία γεμάτη ερωτηματικά και αδιέξοδα, όπως προδιαγράφεται από την ασθένειά τους, για την οποία δεν υπάρχει βέβαιη θεραπευτική έκβαση φέρνει τις χαρές του κόσμου ακόμα πιο μακριά. Στην περίπτωση δε των ασθενών τελικού σταδίου, για τους οποίους έχει εξαντληθεί πια η θεραπευτική ιατρική και απομένει η ανακουφιστική φροντίδα, με άλλα λόγια η ελπίδα παραμονής στον κόσμο έχει εκμηδενιστεί, η σχέση της ασθένειας με την ανυπαρξία φαίνεται άρρηκτη, ιδιαίτερα δε για τους ανθρώπους εκείνους που εξαιτίας τής πολύ μεγάλης σωματικής ταλαιπωρίας και οδύνης, έχουν χάσει πια και την θέληση για ζωή.

Η ψυχολογική, και κατ' επέκταση οικογενειακή και κοινωνική, κατάσταση ανθρώπων με τέτοιες συνθήκες ζωής απαιτεί τιτάνιες προσπάθειες για να μπορέσει να

κινηθεί σε σχεδόν φυσιολογικά πλαίσια -όσο επιτρέπουν οι εξαντλητικές χημειοθεραπείες, οι έντονοι έως αφόρητοι πόνοι, η ψυχολογική κόπωση από τη σωματική αδυναμία. Το αυτεξούσιο ζωής περιορίζεται από το θεραπευτικό πλαίσιο, και η καθημερινότητα εναπόκειται σε μεγάλο βαθμό στους φροντιστές του ασθενούς. Είναι η στιγμή που η σκέψη αναγκάζεται να αποτραβηχτεί από τις χαρές και τις λύπες του κόσμου, διότι πλέον τις αντιλαμβάνεται ως προσωρινές και με ημερομηνία λήξης. Είναι η στιγμή που η προοπτική της «ζωής μετά» είναι καθοριστική για την αντιμετώπιση της καθημερινότητας. Το πώς ο καθένας διαχειρίζεται τις έννοιες της υγείας, της αρρώστιας της ζωής και του θανάτου είναι καθοριστικό, γιατί κρίνονται, ασυνείδητα, και οι μικρότερες αποφάσεις του, και οι παραμικρές αντιδράσεις του. Η προοπτική της «ζωής μετά» είναι ο άξονας πάνω στον οποίο προσαρτώνται όλα τα άλλα.

Σύμφωνα με τη διδασκαλία της Εκκλησίας, θεραπεία είναι η ανακούφιση του ανθρώπου από τον αιώνιο πόνο, που νιώθει η ψυχή και εκφράζει το σώμα, με την υπερνίκηση της καθημερινής φθοροποιού θανάτου και του θανάτου, και έτσι αλλάζει και ο σωματικός πόνος. Η θεραπεία προσφέρεται συνολικά για τον κάθε άνθρωπο και όχι συμπτωματικά, αλλά πηγαίνοντας στο βάθος των πραγμάτων, καθώς η θεραπεία ξεκινά από μέσα προς τα έξω και είναι διαθέσιμη όλες τις στιγμές, απορρέει όμως από την εκφραζόμενη ανάγκη της ψυχής να μην ασθενεί πια.

Η ώρα του πόνου, είναι η ώρα που είναι δύσκολο να προσεγγίσει κανείς τους ανθρώπους με ο,τιδήποτε λιγότερο από την αλήθεια που κουβαλά, ειλικρινά, έντιμα, χωρίς υπεκφυγές, αναγνωρίζοντας τις δύσκολες ώρες ή και χρόνια που περνούν, και κρατώντας στο πίσω μέρος του μυαλού του ότι και αυτοί υπήρξαν υγιείς, γεμάτοι σχέδια και ελπίδες, που αφορούσαν και τους δικούς τους ανθρώπους, οικογένεια και φίλους, και πλέον όλα αυτά αναβάλλονται ή ματαιώνονται.

Η επαφή του ασθενούς μέσα από τη διακριτική επικοινωνία με τον ιερέα, αναβαθμίζει και ενισχύει την ουσιαστική του επικοινωνία με τον εαυτό του και την απόκτηση εμπιστοσύνης και αυτογνωσίας για την αντιμετώπιση της κατάστασής του. Η έκκληση της όποιας βοήθειας και η άρνηση ειδικής θεραπείας ή υποστηρικτικής αγωγής συναντώνται καθημερινά ως δύο συχνά φαινόμενα στην καθημερινή ιατρική πράξη. Η φράση «εγκαταλείπω τη θεραπεία» είναι αμφιβόλου ηθικής και δεοντολογίας, ακόμα και αν υποστηρίζεται ότι με την αποδοχή της ενισχύεται ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, και η προσωπικότητα και ανεξαρτησία του ασθενούς. Ο ιερέας καλείται να συμπάσχει και να συμπορεύεται με τον άρρωστο του.

Να καλλιεργεί με την συμπεριφορά του και να αναδεικνύει την σπουδαιότητα της ζωής, αλλά και της θυσιαστικής αγάπης και προσφοράς στην καθημερινή ιατρική, γεγονός που εκείνον μεν θα οδηγεί στην συνειδησιακή γαλήνη, τον δε ασθενή του στην ψυχική και σωματική αναβάθμιση. Ταυτόχρονα, με τη δράση του, ωφελεί συνειδητά τον γιατρό στην προσπάθειά του να αναβαθμίζει τη σπουδαιότητα του ασθενούς και με τον τρόπο του να απομακρύνει κάθε ανέλπιδη σκέψη ή προοπτική⁶.

2.2 Θανατοφοβικό και θανατοφυγικό σύνδρομο

Ο Shilling υποστηρίζει ότι σε μία κοινωνία που κυριαρχείται από την αίσθηση της επικινδυνότητας (risk) και της αβεβαιότητας (uncertainty), το σώμα κατέληξε να συνιστά έναν ασφαλή χώρο, στον οποίο τα άτομα έχουν τη δυνατότητα να ασκούν τον έλεγχο: *«Η επένδυση στο σώμα τους προσφέρει στους ανθρώπους ένα μέσο προσωπικής έκφρασης και ένα τρόπο να αισθανθούν καλά, δυναμικά, καθώς και να αυξήσουν τον έλεγχο που έχουν πάνω στο σώμα τους. Αν κάποιος αισθάνεται ανίκανος να ασκήσει έλεγχο σε μια όλο και πιο περίπλοκη κοινωνία, τουλάχιστον μπορεί να επενεργήσει στο μέγεθος, το σχήμα και την εμφάνιση του σώματός του»* (Mellor and Shilling 1993:7). Σε αυτό το πλαίσιο, ο θάνατος παίρνει ένα νέο νόημα. Δεδομένου ότι ο εαυτός και η ταυτότητα συνδέονται όλο και περισσότερο με τον έλεγχο του σώματος, ο θάνατος αντιπροσωπεύει το ύστατο τέλος αυτού του ελέγχου. Με αυτή την έννοια, υποστηρίζει ο Shilling, ο θάνατος και η αντιμετώπισή του από την κοινωνία πρέπει να αποτελούν κεντρικό ζήτημα για την κοινωνιολογία του σώματος. Ο θάνατος σαφώς προβάλλει τη σύγκλιση μεταξύ των διαφόρων ειδών θεσμικού ελέγχου ή ρύθμισης των σωμάτων και συγκεκριμένα της ιατρικής, της θρησκείας και του νόμου (Mellor and Shilling, 1993).

Η ζωή κάθε ανθρώπου ξεκινά και προχωρά, οδεύοντας προς το τέλος της. Όλοι έρχονται «πρόσωπο με πρόσωπο» με την ώρα του αποχωρισμού από αυτόν τον κόσμο -είτε το δέχονται είτε το απωθούν από την καθημερινή τους σκέψη είναι μία αλήθεια της ζωής. Όσοι νιώθουν ευεξία και είναι γεμάτοι ζωντάνια τα ακούνε αυτά ως κάτι μακρινό, που αφορά τους ηλικιωμένους και τους βαριά ασθενείς, όμως η ώρα του θανάτου δεν είναι γνωστή για κανέναν, και οι προγνώσεις πολλές φορές ανατρέπονται. Όσα λοιπόν οι υπόλοιποι άνθρωποι φροντίζουν να απωθούν από τη

⁶ Γιαννουλάκη, Ευτυχία, *Η ποιμαντική προσέγγιση του τελικού σταδίου*, http://www.ecclesia.gr/greek/holysynod/committees/pastoral/poimantiki_prosegisi.html (πρόσβαση στις 31/1/2013)

σκέψη τους, οι ασθενείς τα σκέφτονται ούτως ή άλλως λόγω των δυσκολιών που ζουν κάθε μέρα, σε επίπεδο σωματικής και ψυχικής κατάστασης, κυρίως οι ίδιοι αλλά και το περιβάλλον τους, οικογενειακό, εργασιακό, κοινωνικό⁷.

Το μυστήριο⁸ του θανάτου, δεν έγκειται μονάχα στο γεγονός του χωρισμού της ψυχής από το σώμα, αλλά επεκτείνεται και σε άλλες υπαρξιακές παραμέτρους, γι' αυτό ο θάνατος αποτελεί τη σταθερή μεταβλητή στο διαρκώς μεταβαλλόμενο κόσμο. Όλα τα έμβια όντα πεθαίνουν, όμως μόνο ο άνθρωπος χαρακτηρίζεται ως θνητός. Κι αυτό, όχι μόνο διότι ο άνθρωπος πεθαίνει, αφού και τα άλλα όντα πεθαίνουν, αλλά, κατά κύριο λόγο, διότι ο άνθρωπος γνωρίζει ότι θα πεθάνει. Αυτό σημαίνει ότι η γνώση του περιλαμβάνει και το θάνατο. Γι' αυτό δεν παραμένει αδρανής μπροστά στο θάνατο, αλλά προσπαθεί να τον πολεμήσει και να τον απωθήσει ή να τον ερμηνεύσει και να τον νοηματοδοτήσει (Μαντζαρίδης 1995:497).

Με την έννοια αυτή ο θάνατος, ως «επίκτητη» και νομοτελειακή πραγματικότητα, αιφνιδιάζει και προβληματίζει τον άνθρωπο, κυρίως όταν αυτός αδυνατεί να κατανοήσει την προσωπική (Larchet 2001:13) του ευθύνη στην είσοδο του «μυστηρίου της σιωπής». Γι' αυτό η τοποθέτηση των ανθρώπων απέναντι στο θάνατο ποικίλλει και είναι δυνατόν να παρουσιάσει εκ διαμέτρου αντίθετα χαρακτηριστικά, ως απόρροια των διαφορετικών φιλοσοφικών, θρησκευτικών, πολιτισμικών και ψυχολογικών στάσεων και διαθέσεων τους.

Δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο, για παράδειγμα, πού διαπιστώνεται σήμερα, ότι συνάνθρωποί μας, οι οποίοι δυσκολεύονται να αντεπεξέλθουν στις δύσκολες προσωπικές, οικονομικές και επαγγελματικές καταστάσεις, στην εν γένει πίεση της καθημερινότητας, να επιλέγουν την αυτοκαταστροφική οδό, Με αποκορύφωμα την αυτοχειρία, πού σημαίνει ότι επιλέγουν το θάνατο ως διέξοδο και τον αποδέχονται ως το μοναδικό τρόπο απαλλαγής από το πρόβλημά τους (Douglas 1970). Η τραγικότητα του βίαιου αυτού φαινομένου είναι ακόμη οδυνηρότερη, όταν ο θάνατος επιλέγεται ως λύση από πρόσωπα της εφηβικής και μετεφηβικής ηλικίας. Με το ίδιο σκεπτικό γίνεται ο θάνατος αποδεκτός ως διαφυγή και διέξοδος τόσο στην περίπτωση της ενεργητικής ευθανασίας, όσο και της παθητικής (EIE 2000:14), όπου ο επιμερισμός της «ευθύνης» δεν εστιάζεται μονάχα σε ένα πρόσωπο, αλλά επεκτείνεται και στο

⁷ Δρε – Λαζηνού, Μαριάννα, *Πνευματική διάσταση της υποστήριξης ασθενών με καρκίνο*, http://www.ecclesia.gr/greek/holysynod/commitees/pastoral/laizinou_karkinos.pdf (πρόσβαση στις 31/1/2013)

⁸ Ενδεικτικά περί του θέματος βλέπε Irion, Paul E., (1954), *The Funeral and the Mourners. Pastoral care of the Bereaved*, New York: Abingdon Press Publications· Peckstadt, Ignace, (1997), «Quelques reflexions orthodoxes concernant la Cremation», *Contacts* 49:264-274.

ιατρικό προσωπικό, στους νομοθέτες, στο οικογενειακό περιβάλλον και τέλος στον φίλιο κύκλο του.

Αν η ιδέα του θανάτου είναι γενικά ενοχλητική, ο θάνατος ενός ανθρώπου, ιδιαίτερα προσφιλούς και αγαπητού, μας δημιουργεί άγχος που μας κατακλύζει. Ένας άνθρωπος που πεθαίνει μας θυμίζει κατά τον πλέον άμεσο τρόπο το πάντοτε ανοικτό ενδεχόμενο να φύγουμε και εμείς από αυτή τη ζωή χωρίς να έχουμε ολοκληρώσει τον κύκλο των επιθυμητών εμπειριών μας και των ψυχικών μας επενδύσεων. Στο υπαρξιακό θεμελιώδες πανανθρώπινο άγχος του θανάτου προστίθεται και εκείνο που εκλύεται από το συμβολικό αυτοευνουχισμό του ανθρώπου, καθώς ματαιώνεται οριστικά ό,τι είχε φανταστεί και ονειρευθεί για τον εαυτό του στο μέλλον.

Το άγχος του θανάτου είναι φυσιολογικό. Δεν συμπίπτει με τα διάφορα άλλα είδη άγχους που πηγάζουν από ψυχοπαθολογικές συνιστώσες, αν και σε ορισμένες περιπτώσεις συμπλέκεται με αυτά. Το άγχος του θανάτου δεν είναι φοβία, αν και σε ορισμένους ανθρώπους, παιδιά και ενήλικες, μπορεί να εκδηλωθεί ως φοβική συμπτωματολογία. Το άγχος του θανάτου δεν περιλαμβάνει κατάθλιψη, αν και όχι σπάνια επιπλέκεται με κατάθλιψη. Αντλεί από βαθύτερα στρώματα της ανθρώπινης ψυχής και γι' αυτό θα μπορούσε να ονομαστεί με φιλοσοφικούς όρους «υπαρξιακό» άγχος. Δεν εξαντλείται σε ψυχολογικά βιώματα που επιδέχονται ανάλυση. Κείται ακριβώς στο σημείο εκείνο στο οποίο οι ψυχολογικές προσεγγίσεις σταματούν ανίσχυρες.

Στους ενήλικες τα χρόνια που συσσωρεύτηκαν σε συνδυασμό με τις ποικίλες ψυχολογικές περιπέτειες κατάφεραν να συγκαλύψουν την υπαρξιακή ιδιότητα του άγχους του θανάτου και να το εμφανίζουν κυρίως ως ψυχο(παθο)λογικό γεγονός. Συντελούν σε αυτό οι ναρκισσιστικές επενδύσεις που κάνει ο άνθρωπος πάνω στους στόχους του, στις επιθυμίες του, στα πρόσωπα που αγαπά μεταξύ των οποίων και τα παιδιά του. Από τη φυσιολογική υπαρξιακή σχέση που αναπτύσσει με όλα αυτά μέχρι την παθολογική ναρκισσιστική εξάρτηση εκτείνεται ένα συνεχές κατά μήκος του οποίου αυξάνει το άγχος του θανάτου. Στην πραγματικότητα έχει χάσει την αμεσότητα της επίγνωσης του δικού του θανάτου κάτω από το βάρος των συσσωρευμένων μηχανισμών άμυνας που έχει επιστρατεύσει. Για τον λόγο αυτό οι χαρακτηριστικές του δυσκολίες απαιτούν τον ειδικό συχνά για να βοηθήσει στην ώρα του θανάτου (του εαυτού του ή των προσφιλών του).

Ο άνθρωπος καταξιώνεται μόνο στη διαπροσωπική σχέση. Για το λόγο αυτό και μόνο ο άνθρωπος είναι σε θέση να αντέξει τους μικρούς «θανάτους» της ψυχικής

εξέλιξης, αφού κάθε ψυχοσωματικό στάδιο εγκαταλείπεται για να ανατείλει ένα επόμενο και αναπτυξιακά ανώτερο. Το παιδί «πεθαίνει» οριστικά για να ανατείλει ο έφηβος και αυτός κάποτε εξαφανίζεται για να σχηματισθεί ο ενήλικος, ώσπου να χαθεί και αυτός για πάντα μπροστά στον ηλικιωμένο. Κάθε τέτοια βαθμίδα περικλείει τη δυναμική και τη δυνατότητα τόσο ενός θανάτου όσο και μίας ωριμότερης σχέσης (Θερμός 2005:757-758).

Ανέκαθεν το ανθρώπινο ασυνείδητο αντιστεκόταν στην αποδοχή του θανάτου, ή όπως σημειώνει ο Freud, στο ασυνείδητό του ο καθένας είναι πεπεισμένος για την αθανασία του (Φρόντ 1998:43). Η συντριπτική διαφορά, όμως, της αποχής μας από τις παλαιότερες (για τη Δυτική κοινωνία) έγκειται στην επιμελημένη «φανταστική θέσμιση» της άρνησης του θανάτου στη δημόσια κουλτούρα, στην οποία συνέβαλαν πολλοί παράγοντες. Πρώτον, ο θάνατος στο δυτικό κόσμο ακολούθησε την τύχη του Θεού στο σημείο που μπορούμε να μιλάμε για το *θάνατο του θανάτου* υπό την έννοια της συλλογικής του αντιμετώπισης. Από δω και πέρα, συλλογικά θα πεθαίνουν μόνο οι διάσημοι, ο θάνατος θα είναι ένας εχθρός που πρέπει να νικηθεί, μία ήττα που πρέπει να αποφευχθεί ή μία μεταφυσική αγνωσία που θα ξορκίζεται με μεθόδους μεσαιωνικές μέσα από τις πολυδιαφημιζόμενες πρακτικές μαγείας που κατακλύζουν τα Μ.Μ.Ε.

Δεύτερον, η διαδικασία της κοινωνικοποίησης αδυνατεί να συμπεριλάβει ανοιχτά την εν λόγω έννοια. Κατά κανόνα, η οικογένεια – ακόμα και η παρέα των ομηλικών - αποτρέπει τη συμμετοχή των νέων παιδιών στο χαμό ενός μέλους της. Η αυστηρά αστική πυρηνική οικογένεια δεν αφήνει και πολλές ευκαιρίες μαθητείας στα νεότερα μέλη της. Τα παιδιά, προστατευμένα από τον ιδιωτικό χαρακτήρα του τέλους και της ταφής, δεν διδάσκονται τον τρόπο και την όποια κοινωνική πρακτική απέναντι στο θάνατο.

Τρίτον, σε καμία βαθμίδα της υποχρεωτικής εκπαίδευσης δεν γίνεται λόγος περί θανάτου. Η εμπειρική έρευνα στα σχολικά εγχειρίδια της γλώσσας, τόσο του δημοτικού σχολείου (Γκιουλής 2008) όσο και του γυμνασίου (Σόλαρης 2008), καταδεικνύει ότι η έννοια απουσιάζει και ακόμη και όταν παρατίθεται, ως απώλεια ενός προσώπου ή ενός στοιχείου του οικείου περιβάλλοντος, αδυνατεί να στηρίξει ουσιαστικά το μαθητή μπροστά σε αυτό το τραγικό γεγονός. Ακόμη και στα μαθήματα της θρησκευτικής αγωγής σπάνια παρέχεται χρόνος στην αισιόδοξη προοπτική που δίνει η αθανασία της ψυχής, η μετεμψύχωση και η ανάσταση των

νεκρών, δηλαδή οι τρεις κύριες θρησκευοφιλοσοφικές απαντήσεις που δόθηκαν από τον άνθρωπο και που συμπεριλαμβάνονται στα πλαίσια της ιστορίας των θρησκειών.

Τέταρτον, στην τριτοβάθμια εκπαίδευση η επιστημονική εξειδίκευση του *Συμβούλου Θανάτου* αποτελεί πολυτέλεια για τα ελληνικά δεδομένα, αφήνοντας ένα τεράστιο κενό στην παρηγοριά και τη διαχείριση των ασθενών του τελικού σταδίου, αλλά και των οικείων τους. Το γνωστικό αντικείμενο της *Θανατολογίας* απουσιάζει από τα περισσότερα τμήματα και σχολές και ακόμη και όταν διδάσκεται συνήθως έχει τον χαρακτήρα του επιλεγόμενου ή εκλείπει πρακτικής αξίας. Εξαιρέση αποτελεί το μάθημα της *Κοινωνιολογίας της Υγείας* και της *Κοινωνικής Ιατρικής*, όπου όμως και εκεί ο θάνατος αποτελεί κεφάλαιο και όχι ιδιαίτερη εξειδίκευση και αυτόνομο πεδίο γνώσης.

Πέμπτον, όσο κι αν η παρεχόμενη φροντίδα σε έναν άρρωστο τελικού σταδίου αποτελεί σήμερα ειδικό κεφάλαιο στο πεδίο της καθημερινής ιατρικής πρακτικής και παρουσιάζει ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην ηθική του διάσταση, στην Ελλάδα η φροντίδα ενός αρρώστου πριν το τέλος της ζωής του επικεντρώνεται σε δύο κυρίως μέρη. Συγκεκριμένα, στην ανακούφιση από τον πόνο και στη διατήρηση στη ζωή με τη χρήση ειδικών θεραπευτικών τρόπων και μεθόδων. Η ψυχολογική όμως υποστήριξη του ιδίου και της οικογένειάς του δείχνει να ξεχνιέται.

Έκτον, τα παρεκκλήσια των νοσοκομείων ή γενικά οι χώροι λατρείας των διαφόρων θρησκευτικών δογμάτων, όπου υπάρχουν, συνήθως δεν εφημερεύουν, αφήνοντας ένα τεράστιο κενό στην ανάγκη στήριξης στον πόνο και στο τελικό στάδιο για τους πάσχοντες.

Έβδομον, ακόμη και στις στέγες φροντίδας ηλικιωμένων ή γενικά στα προνοιακά ιδρύματα, όπου ο θάνατος είναι καθημερινό φαινόμενο, σπάνια συναντά κανείς ειδικούς που θα παρέχουν στήριξη και ανακούφιση στις ανάγκες των μελλοθανάτων (Μαργιπλής 2012:321-325).

Είναι χαρακτηριστική εν προκειμένω η αναφορά ενός ανθρώπου πού βρέθηκε αντιμέτωπος με την προσπάθεια άρνησης και ωραιοποίησης του θανάτου από το Δυτικό πολιτισμό. Αναφέρει τα εξής: *«Πάνε κάμποσα χρόνια πού έχασα ένα προσφιλές μου πρόσωπο από καρκίνο. Οι Έλληνες ιατροί έκριναν αναγκαία τη μετάβαση της ασθενούς σε ειδικευμένο νοσοκομείο της Νέας Υόρκης. Μετά από παρατεταμένο εγχείρημα θεραπείας, η ασθενής κοιμήθηκε. Εστάλη στην Αθήνα η σορός της και με έκπληξη διαπιστώσαμε πώς οι αμερικανοί είχαν πολύ έντονα – σχεδόν γελοία – μακιγιάρι το πρόσωπο της νεκρής, το πρόσωπο πού ποτέ δεν είχαμε αντικρύσει βαμμένο εν ζωή. «Έτσι συνηθίζεται εκεί», μας*

πληροφόρησαν. Στην Αμερική οι εργολάβοι κηδειών ξορκίζουν την αποτροπή όψης του θανάτου, φτιασιδώνοντας την άψυχη μορφή του νεκρού» (Σμέμαν 2006:9). Το γεγονός αυτό αποτελεί κραυγαλέο παράδειγμα απόθησης του θανάτου, θανατοφοβικού και θανατοφυγικού συνδρόμου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Εμπειρική Διερεύνηση

3.1 Η διαδικασία της έρευνας

Ο κυριότερος στόχος της συγκεκριμένης έρευνας ήταν η ανάδειξη του ρόλου του νοσοκομειακού εφημερίου σε συνδυασμό με τις κοινωνιολογικές και ψυχικές επιπτώσεις που έχει η παρουσία του στους ασθενείς, στους συνοδούς, στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό κ.λπ. Η έρευνα στις δομές του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών ‘Παναγία η Βοήθεια’ ξεκίνησε στις αρχές Νοεμβρίου 2011 και ολοκληρώθηκε τέλη Απριλίου 2012. Οι συνεντευξιαζόμενοι ήταν άνδρες και γυναίκες. Από την πλευρά των ασθενών ήταν πέντε ενήλικα άτομα (ένας άνδρας και τέσσερις γυναίκες). Οι ασθενείς επιλέχθηκαν με βάση την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη βελτίωση και λειτουργικότητα παρουσίαζαν σε επίπεδο σωματικής και ψυχικής κατάστασης, σύμφωνα πάντοτε με την άδεια του θεράποντος ιατρού, αλλά και τη σύμφωνη γνώμη των ιδίων. Επίσης, έγινε προσπάθεια να πραγματοποιηθούν συνεντεύξεις και από την πλευρά του προσωπικού, όπου τελικά δέχθηκαν τη συνεργασία στην έρευνα δύο άτομα (ένας άνδρας και μία γυναίκα).

Μεθοδολογικά, η έρευνα στηρίχθηκε στη διενέργεια ποιοτικών συνεντεύξεων σε βάθος με ανοιχτές ερωτήσεις στοχεύοντας στην πρόκληση συζήτησης και στην ανάδειξη των εμπειριών, απόψεων και στάσεων των ατόμων. Επιπλέον, οι συνεντεύξεις είχαν ελαστικό και έντονα διαδραστικό χαρακτήρα (Σπυριδάκης 2006:76). Η έρευνα που προσεγγίζει τα αντικείμενα της με ποιοτικό μεθοδολογικά τρόπο στοχεύει κυρίως στη διερεύνηση μη μετρήσιμων και μη ποσοτικοποιήσιμων διαστάσεων της κοινωνικής συμπεριφοράς, κοινωνικών φαινομένων, διαδικασιών, τάσεων και νοημάτων (Ιωσηφίδης 2006:26).

Ο πρώτος μήνας αναλώθηκε στο χτίσιμο ενός δεσμού με τον νοσοκομειακό εφημέριο και τους χώρους του νοσηλευτικού ιδρύματος, ώστε να επιτευχθεί ένας ρόλος στο πεδίο μελέτης. Αυτό ήταν απαραίτητο, προκειμένου να δημιουργηθεί κλίμα εμπιστοσύνης για την καλύτερη έκβαση της έρευνας. Σε αυτή την περίοδο

εφαρμόστηκε η μέθοδος της εγκατεστημένης παρατήρησης (Τζανάκης 2003:117). Πρόκειται για την διακριτική καθώς και στοχοθετημένη παρατήρηση ορισμένων δραστηριοτήτων ή θεσμών χωρίς την προσωπική εμπλοκή. Αυτό γινόταν είτε με τη συλλογή πληροφοριών από την πλευρά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είτε με τη μελέτη οπτικοακουστικού υλικού που παραχωρήθηκε από τον νοσοκομειακό εφημέριο.

Το υπόλοιπο χρονικό διάστημα γινόταν προσπάθεια σωστής επιλογής ερευνητικού δείγματος, δεδομένου του πλήθους των δυσκολιών που εμφανίστηκαν, λόγω της ιδιαιτερότητας του νοσηλευτικού ιδρύματος. Είναι απαραίτητο να τονιστούν οι ανωτέρω δυσκολίες: φόρτος εργασίας του νοσοκομειακού εφημερίου, επαγγελματική εξουθένωση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, έλλειψη προσωπικού, λίγες ώρες επισκεπτηρίου καθώς και οι δυσχέρειες λόγω αυξομειώσεων της πορείας της νόσου κάθε ασθενή. Επιπλέον, υπήρχε αρκετή επιφυλακτικότητα σε σχέση με τη χρήση μαγνητοφώνου σε συνδυασμό με την κούραση που δημιουργούσε, ιδιαίτερα στους ασθενείς, και στην έλλειψη χρόνου του προσωπικού. Συνεπώς, στις συνεντεύξεις δεν χρησιμοποιήθηκε μαγνητόφωνο, αλλά για μεν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό γραπτές σημειώσεις, οι οποίες γράφονταν μετά το τέλος της συνέντευξης, για δε τους ασθενείς και τους συνοδούς επιλέχθηκε η μέθοδος της προσωπικής γραπτής αποτύπωσης εμπειριών και συναισθημάτων, είτε κατά τη διάρκεια είτε μετά (κυρίως) το πέρας της νοσηλείας τους.

Επιπλέον, επιλέχθηκαν ασθενείς με μακρά και δύσκολη νοσηλεία, γεγονός που συντέλεσε στην καθυστέρηση της ολοκλήρωσης της έρευνας, καθώς η παρουσία μας έπρεπε να είναι διακριτική και όχι κουραστική και φορτική για αυτούς. Ειδικότερα, αναφέρεται ότι οι πρώτες εβδομάδες νοσηλείας ήταν ιδιαίτερα δύσκολες, δεδομένου του άγχους εξαιτίας της διάγνωσης της νόσου, της σωματικής κούρασης από τις πολλαπλές και συνεχείς εξετάσεις, καθώς και των επιπλοκών που αναφύονταν, γεγονός απρόβλεπτο γι' αυτούς και χρονοβόρο για την έρευνα. Το σημαντικότερο ήταν να αναπτυχθεί εμπιστοσύνη ανάμεσα σε εμάς και αυτούς, σε συνδυασμό με την διάκριση και τον σεβασμό απέναντι στην προσωπική τους δοκιμασία. Η καθημερινότητά τους ήταν πολύ δύσκολη, καθώς όλοι πάλευαν με την ασθένειά τους και ό,τι αυτό συνεπάγεται: εξετάσεις, φάρμακα, ιατρικές ανακοινώσεις, ψυχικές μεταπτώσεις. Όλα τα ανωτέρω διαμόρφωναν κάθε φορά ανάλογα τη δική μας στάση.

3.2 Ο ιερός ναός ‘‘Παναγία η Βοήθεια’’ Π.Γ.Ν.Π.

Το 1988 αποπερατώθηκε η ανοικοδόμηση του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών. Αμέσως προέκυψε η ανάγκη ανέγερσης ενός Ιερού Ναού για την επιτέλεση των λατρευτικών ακολουθιών της Εκκλησίας καθώς και τη μετοχή στα Ιερά μυστήρια του προσωπικού και των ασθενών. Τα εγκαίνια του Ιερού Ναού ‘‘Παναγία η Βοήθεια’’ τελέστηκαν στις 10 Ιουνίου 1992 από τον Μητροπολίτη πρώην Πατρών Νικόδημο [Βαλληνδρά]. Εορτάζει πανηγυρικά τη Δευτέρα του Θωμά με κάθε εκκλησιαστική λαμπρότητα με τη συμμετοχή όλων των παντοιοτρόπως εργαζομένων στο Νοσοκομείο. Εορτάζει επίσης στις 15 Φεβρουαρίου στη μνήμη του νεοφανούς αγίου, Οσίου Ανθίμου της Χίου καθώς και στις 3 Σεπτεμβρίου, ημέρα ανακομιδής των ιερών λειψάνων του. Παράλληλα, εντός του κεντρικού κτιρίου του νοσοκομείου λειτουργεί παρεκκλήσιο του ως άνω ιερού ναού.

Μέχρι το 2004 ο ναός εξυπηρετείτο από τη Μητρόπολη Πατρών με την παρουσία εκ περιτροπής ιερέα. Τον Δεκέμβριο του έτους αυτού διορίστηκε μόνιμος ιερέας με απόσπαση ο αρχιμανδρίτης π. Χ. Α. επικεφαλής ομάδας ιερέων, που ανέλαβαν την εξυπηρέτηση των διαφόρων αναγκών των ασθενών, των συνοδών τους, του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και των λοιπών εργαζομένων στο νοσοκομείο. Με το πέρασμα του χρόνου και την έγκριση της διοίκησης του Νοσοκομείου παραχωρήθηκε μόνιμος χώρος-γραφείο στον ιερέα και τους συνεργάτες του και εξασφαλίστηκε κάθε δυνατή διευκόλυνση στο έργο τους με αποκορύφωμα την ανακαίνιση, με έξοδα του νοσοκομείου, και παραχώρηση εγκαταλελειμμένου μικρού δωματίου δίπλα στον ναό για την μόνιμη εγκατάσταση και διαμονή του εφημερίου. Παράλληλα, το 2010 έγινε επέκταση του πρόναου του ναού και ολική εξωτερική συντήρησή του. Ο ιερός ναός κατέστη σημείο αναφοράς της λειτουργίας του νοσοκομείου, εντασσόμενος σταδιακά πλήρως στους ρυθμούς του.

Στον ιερέα-εφημέριο παραχωρήθηκε σταδιακά πλήρης ελευθερία κινήσεων από τη Διοίκηση του Νοσοκομείου, πάντοτε στα αυστηρά πλαίσια των καθηκόντων του και δίχως να παρενοχλείται το ιατρονοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό κατά την εκτέλεση της εργασίας τους. Σύμφωνα με το διαδικτυακό τόπο του ιερού ναού (www.panagiavoitheia.com): *«Η ποιμαντική εργασία στο χώρο του νοσοκομείου είναι αναγκαία όσο και απαραίτητη. Ο δοκιμαζόμενος άνθρωπος από την σωματική ασθένεια στο κρεβάτι του νοσοκομείου εκτός της ιατρικής φροντίδας και νοσηλείας, έχει απόλυτη ανάγκη την πνευματική στήριξη, την ψυχική ανακούφιση και την θεϊκή ελπίδα. Το έργο των ιερέων του*

νοσοκομείου συνίσταται στις εξής ποιμαντικές δραστηριότητες: Καθημερινά, πρωί και απόγευμα ευρίσκεται εφημέριος στο γραφείο του Ι. Ναού για την αντιμετώπιση οποιασδήποτε ανάγκης. Τελείται τακτικά η Θεία Λειτουργία όλα τα Σάββατα και τις Κυριακές του έτους καθώς επίσης και τις μικρές και μεγάλες εορτές αγίων. Μεταδίδεται η Θεία Κοινωνία στους ασθενείς όποτε αυτό ζητηθεί, έπειτα από επίσκεψη και επικοινωνία με τον ίδιο τον ασθενή (εκτός εκτάκτων περιπτώσεων). Τελείται το μυστήριο του Ιερού ευχελαίου τακτικά, προς χρίσιν των ασθενούντων υπέρ υγείας και θείας βοήθειας. Κάθε εβδομάδα ψάλλεται η Ιερά παράκληση προς την «ΠΑΝΑΓΙΑ την ΒΟΗΘΕΙΑ». Το μυστήριο τη Ιεράς Εξομολογήσεως, διακονούν οι εξομολόγοι-εφημέριοι του νοσοκομείου. Επισκέψεις αγάπης στους θαλάμους των ασθενών σε όλες τις κλινικές, ανά τακτά διαστήματα. Η παρουσία της Εκκλησίας μας καθημερινά αλλά και ιδιαίτερα τις μεγάλες εορτές, είναι έντονη και ζωντανή. Ο άνθρωπος και ιδιαίτερα ο ασθενής, είναι το κέντρο του ενδιαφέροντος του «ΚΑΛΟΥ ΣΑΜΑΡΕΙΤΗ». Βασική προϋπόθεση και κίνητρο της προσφοράς αυτής είναι η ανιδιοτελής και γνήσια χριστιανική αγάπη προς τον συνάνθρωπο».

Κατά την περίοδο του Πάσχα, και ειδικότερα την Μ. Τετάρτη τελείται το μυστήριο του Ιερού Ευχελαίου και στη συνέχεια οι ιερείς πηγαίνουν σε όλους τους χώρους του νοσοκομείου για να χρίσουν όσους το επιθυμούν. Την Μ. Παρασκευή το απόγευμα η περιφορά του επιταφίου διέρχεται από όλους τους χώρους του νοσοκομείου, ακόμα και τις εντατικές μονάδες, με συνολική διάρκεια πάνω από τέσσερις ώρες. Το Μ. Σάββατο το απόγευμα, πριν την ακολουθία της Αναστάσεως, ο ιερέας με λαϊκούς εθελοντές μοιράζουν λαμπάδες στους ασθενείς, τους συνοδούς και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που έχει βάρδια τη νύχτα. Την επομένη, Κυριακή του Πάσχα, και πάλι ο ιερέας με την Εικόνα της Αναστάσεως περνάει από όλους τους χώρους του νοσοκομείου και μοιράζει το πασχαλινό αυγό και κουλούρια σε όλους.

Την ημέρα των Χριστουγέννων και της Πρωτοχρονιάς με πρωτοβουλία του ιερού ναού του νοσοκομείου συντροφιάς νέων και παιδικές χορωδίες ψάλλουν τα κάλαντα και εορταστικά τραγούδια σε όλους τους θαλάμους των ασθενών. Στις 15 Φεβρουαρίου κάθε έτους, ημέρα μνήμης του Οσίου Ανθίμου της Χίου, διοργανώνεται στο αμφιθέατρο του νοσοκομείου μεγάλη εορταστική εκδήλωση – αφιέρωμα στη ζωή και τη δράση του ως άνω αγίου. Τη Δευτέρα μετά την Κυριακή του Θωμά, όπου πανηγυρίζει ο ιερός ναός του ιδρύματος, λαμβάνει χώρα γενικός σημαιοστολισμός του νοσοκομείου με φροντίδα και μέριμνα του σωματείου των εργαζομένων, ενώ στη λιτανεία και στις λοιπές λατρευτικές ακολουθίες συμμετέχει η Διοίκηση του Νοσοκομείου, καθώς και πλήθος προσωπικού και επισκεπτών.

Πέραν των ανωτέρω, κατά τις μεγάλες θρησκευτικές εορτές των Χριστουγέννων, Πάσχα και Κοιμήσεως της Θεοτόκου (Δεκαπενταύγουστος), τόσο ανήμερα, όσο και την επόμενη ημέρα, προσφέρεται δωρεάν γεύμα στο χώρο του παιδικού σταθμού του Νοσοκομείου αποκλειστικά για τους συνοδούς των ασθενών. Παράλληλα μία φορά το δίμηνο, διοργανώνονται στο χώρο του αμφιθεάτρου του νοσοκομείου προβολές ταινιών θρησκευτικού περιεχομένου για τους ασθενείς και τους συνοδούς τους.

Ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι στον ιερό ναό τελούνται πολλά μυστήρια, κυρίως βαπτίσεις, αλλά και γάμοι, παρότι ο ναός δεν είναι ενοριακός, αλλά ανήκει στο νοσοκομείο. Επίσης, προκαλεί θετική εικόνα το ότι υπάρχουν πολλαπλοί τρόποι επικοινωνίας (σταθερό και κινητό τηλέφωνο στο γραφείο και στον ναό, e-mail) με τον ιερέα και τους λοιπούς κληρικούς, με αποτέλεσμα να υπάρχει ιερέας πάντοτε στο χώρο του νοσοκομείου για ο,τιδήποτε συμβεί. Επίσης, εμφανής είναι η υποστήριξη της Μητρόπολης Πατρών στο επιτελούμενο έργο, τόσο με τη φυσική παρουσία του Μητροπολίτη Πατρών κ. Χρυσοστόμου [Σκλήφα] ανά τακτά χρονικά διαστήματα, όσο και με την πάσης φύσης συνδρομή στο έργο του ιερέα και των συνεργατών του.

Παράλληλα, με την υπ. αριθμ. 255/2006 απόφαση του Μονομελούς Πρωτοδικείου Πατρών αναγνωρίστηκε το σωματείο με την επωνυμία *“Φίλοι του Ιερού Ναού Παναγίας “Η Βοήθεια” Π.Π.Γ.Ν. Πατρών”*, σκοπός του οποίου σύμφωνα με το άρθρο 1 του καταστατικού του είναι: *«α) Η αποπεράτωση, η συντήρηση και ο ευπρεπισμός του Ι. Ναού, καθώς επίσης και η αγορά των απαραίτητων λατρευτικών σκευών και λοιπού εξοπλισμού. β) Η συμπαράσταση και στο μέτρο του δυνατού αρωγή στο έργο του διοικητικού, ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του Π.Π.Γ.Ν. Πατρών. γ) Η κάθε μορφής αρωγή και κοινωνική βοήθεια (πνευματική και υλική) προς τους αναξιοπαθούντες και έχοντες ανάγκη ασθενείς και συγγενείς των, ιδιαιτέρως δε αυτών των Π.Π.Γ.Ν. Πατρών...»*.

Το σπουδαιότερο έργο, όμως, που επιτελείται στο χώρο του νοσοκομείου αντικατοπτρίζεται στην συνδρομή του ιερέα σε ειδικές και «λεπτές» περιπτώσεις, όπως: α. εγκατάλειψη βρεφών, για τα οποία ο ιερός ναός αναλαμβάνει όλα τα έξοδα συντήρησης, μέχρι την αποκατάστασή τους στα αρμόδια ιδρύματα, καθώς και τα έξοδα βαπτίσεως τους· β. θάνατος βρεφών και ενηλίκων, για τους οποίους ο ιερός ναός αναλαμβάνει όλα τα έξοδα κήδευσης και ταφής· γ. πληρωμή αποκλειστικών νοσοκόμων για περιπτώσεις οικονομικά αδύνατων ασθενών καθώς και πάσης φύσεως ενίσχυση, υλική και οικονομική (διαμονή, φαγητό, ένδυση), για την αντιμετώπιση

των αναγκών των συνοδών τους, κυρίως αυτών που κατάγονταν από μακρινά μέρη· δ. συνδρομή σε χρήματα και εθελοντές για τη δημιουργία μονάδας βραχείας φιλοξενίας με την ονομασία «Ξενία Συνοδών Ασθενών» σε χώρο του νοσοκομείου. Η κατασκευή της ανωτέρω πτέρυγας σύμφωνα με την υπ. αριθμ. 50/02.12.2008 απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου θα γίνει με δωρεές και θα είναι αδαπάνως για το Νοσοκομείο και το Δημόσιο και θα λειτουργεί με εθελοντική προσφορά· ε. τοποθέτηση ηχητικών συσκευών σε κάθε κρεβάτι συνδεδεμένων απευθείας με τον ιερό ναό για την παρακολούθηση σε πραγματικό χρόνο όλων των ιερών ακολουθιών· στ. άμεση συνδρομή του εφημερίου σε πρακτικά και διαδικαστικά θέματα (γραφειοκρατικά, συνεννοήσεις με γιατρούς, ενεργοποίηση κοινωνικών υπηρεσιών, αιμοδοσία) κυρίως σε ανθρώπους μοναχικούς, άπορους αναλφάβητους, προερχόμενους από την επαρχία κλπ.

Ξεχωριστό γεγονός αποτέλεσε το ότι με το Φ.Ε.Κ. 1579/31.7.2009 (τεύχος Β') και την υπ. αριθ. Υ4ο/26831/09 κοινή υπουργική απόφαση των υπουργών Εσωτερικών, Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών φέρει πλέον την επωνυμία 'Παναγία η Βοήθεια', το όνομα δηλαδή του ιερού ναού του ιδρύματος, μετά από συντονισμένες ενέργειες φορέων και ιδιωτών και με προεξέχοντα τον ιερέα του νοσοκομείου και την Μητρόπολη Πατρών.

3.3 Προσωπικά βιώματα ασθενών

1. Ο Ε.Μ., άνδρας, ηλικίας 36 ετών, επάγγελμα: χειρουργός οδοντίατρος. Γεννήθηκε στην Πάτρα το 1976. Οικογενειακή κατάσταση: πατέρας ιερέας – θεολόγος καθηγητής και μητέρα δασκάλα. Πολύτεκνη οικογένεια (τέσσερα παιδιά). Όλοι τυγχάνουν απόφοιτοι ανωτάτων πανεπιστημιακών σχολών. Ευκατάστατη και εύπορη οικογένεια, αυστηρών ηθικών αρχών. Ο ίδιος σπούδασε στην Αθήνα και μετεκπαιδεύθηκε στο Λίβερπουλ της Αγγλίας, όπου και εργάστηκε για τέσσερα χρόνια. Ζει και εργάζεται στην Πάτρα. Παντρεμένος με δύο παιδιά. Σύμφωνα με μαρτυρία του υπήρχε πρόβλημα γονιμότητας σύμφωνα με ιατρικές εξετάσεις και οι ιατροί είχαν αποκλείσει την πιθανότητα τεκνοποίησης. Παρόλα αυτά απέκτησε δύο παιδιά, γεγονός που αυτός και η σύζυγός του αποδίδουν σε θαύμα (το θεωρεί το σημαντικότερο γεγονός της ζωής του).

Νοσηλεύθηκε στην Νευρολογική κλινική για ένα μήνα. Ήταν συνεργάσιμος και πρόθυμος να απαντήσει στις ερωτήσεις μας. Οι συναντήσεις μαζί του ήταν αρκετές λόγω υφέσεων και εξάρσεων της νόσου. Γνώριζε τον εφημέριο από την πρώτη εβδομάδα νοσηλείας του. Ο ίδιος αναφέρει: «Λέγομαι E.M. και τον Νοέμβριο του 2011 έχοντας νευρολογικά συμπτώματα μήκα στο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Ρίου, όπου διαγνώστηκε ιογενής εγκεφαλίτιδα άτυπης μορφής (χωρίς πυρετό). Νοσηλεύτηκα για ένα μήνα, έχοντας να αντιμετωπίσω μια πολύ σοβαρή κατάσταση, χωρίς όμως να έχω και πλήρη επίγνωσή της. Ο πονοκέφαλος, ειδικά τις πρώτες μέρες, ανυπόφορος. Η ψυχολογική μου κατάσταση δεν ήταν καλή, παρότι είχα τη συμπαράσταση της συζύγου μου.

Είχα διάφορες σκέψεις ότι ίσως τα πράγματα δεν πήγαιναν και τόσο καλά, ιδιαίτερα βλέποντας ασθενείς γύρω μου που θα δυσκολεύονταν ή δεν θα επανέρχονταν ποτέ στην προηγούμενη καθημερινή ζωή τους. Τότε ήρθε να με επισκεφτεί ο π. Χαρ. τον οποίον γνώριζα από πριν. Μου είπε μερικά λόγια παρηγορητικά, αλλά και πως μπορούσα να παρακολουθήσω τη Θ. Λειτουργία που τελούσε στο παρεκκλήσι του Νοσοκομείου μέσω μιας συσκευής που είχε κάθε κρεβάτι. Νομίζω πως με βοήθησε, έστω και το γεγονός ότι απλώς θα άλλαζα παραστάσεις (ακουστικές) την Κυριακή. Διότι στο νοσοκομείο οι μέρες είναι απολύτως ίδιες...

Είμαι πιστός και θα ήθελα την παρουσία του και το λόγο του έτσι κι αλλιώς, αλλά νομίζω ότι και ασθενείς και συγγενείς λιγότερο συνδεδεμένοι με την πίστη, δέχονται ευχάριστα- ίσως και ανακουφιστικά- την παρουσία του ιερέα στο νοσοκομείο. Ίσως να υποκαθιστά και τους κοινωνικούς λειτουργούς που η παρουσία τους δεν είναι τόσο αισθητή, επειδή μάλλον είναι λίγοι. Ο ιερέας πέρα από την πνευματική βοήθεια που μπορεί να προσφέρει, βοηθά και στον ψυχολογικό τομέα. Είναι σημαντικό να ξέρεις ότι υπάρχει κάποιος που εύχεται και προσεύχεται για σένα και το πρόβλημά σου, ειδικά αν οι συγγενείς σου σε έχουν εγκαταλείψει, κι ας είναι παρόντες. Δε μπορώ να ξεχάσω ένα ασθενή που ζήτησαν οι δικοί του να τον κοινωνήσει ο ιερέας, πόσο ήρεμα αντιμετώπισε λίγο αργότερα, αυτός και οι δικοί του, ένα οξύ καρδιακό επεισόδιο από το οποίο τελικά συνήλθε. Ίσως δεν παίζει τόσο πολύ ρόλο τελικά η προσωπικότητα του εφημερίου στο χώρο του νοσοκομείου, όσο η παρουσία της Εκκλησίας σε ένα χώρο που ο πόνος είναι το κυρίαρχο στοιχείο.

Η ζωή μετά από μια σοβαρή ασθένεια δεν είναι ποτέ η ίδια, ακόμη κι αν ιαθείς πλήρως. Η εμπειρία νοσηλείας σε νοσοκομείο πέραν των άλλων αφήνει αναμνήσεις από την συμπεριφορά των ανθρώπων που σε περιβάλλουν, συγγενείς, ιατροί,

νοσηλευτές κλπ. και προσπαθούν να σου απαλύνουν τον πόνο, μεταξύ των οποίων και ο εφημέριος. Εύχομαι υγεία σε όλο τον κόσμο, γνωρίζοντας όμως ότι η ασθένεια και ο πόνος είναι στην καθημερινότητά μας. Στην αντιμετώπισή τους όμως μπορούμε να αντλήσουμε δυνάμεις από τους ανθρώπους που ασκούν το λειτούργημά τους στο χώρο του νοσοκομείου. Ιδιαίτερα από τον εφημέριο ο οποίος μπορεί να προσφέρει και κάτι περισσότερο από τα υλικά».

2. Η Α.Κ., γυναίκα, ηλικίας 82 ετών, επάγγελμα: συνταξιούχος κοινωνική λειτουργός. Γεννήθηκε στην Καστοριά το 1931. Οικογενειακή κατάσταση: γονείς αγρότες με στοιχειώδη μόρφωση. Πολύτεκνη οικογένεια (πέντε παιδιά). Η μοναδική από τα αδέρφια της που τυγχάνει πανεπιστημιακής μόρφωσης. Φτωχή αγροτική οικογένεια, με έντονα θρησκευτικά βιώματα. Σπούδασε στην Αθήνα. Εργάστηκε για εικοσιπέντε χρόνια στην Βόρεια Ελλάδα. Το 1980 παντρεύτηκε αξιωματικό του στρατού με τρία παιδιά και εγκαταστάθηκε μόνιμα στην Πάτρα, συνταξιοδοτήθηκε το 1982 και αφοσιώθηκε στην ανατροφή των τέκνων του συζύγου της, γεγονός αναφοράς στη ζωή της. Η σχέση της με την θρησκεία, παρά τα έντονα παιδικά βιώματα, δεν υπήρξε μέχρι σήμερα ιδιαίτερα στενή, μάλλον αδιάφορη.

Νοσηλεύθηκε στην καρδιολογική κλινική για ένα μήνα. Ευαίσθητος άνθρωπος με πλούσιο συναισθηματικό κόσμο, κουρασμένη και απογοητευμένη από τη νόσο της. Ο φόβος του θανάτου την είχε κατακλύσει. Γνώρισε τον εφημέριο, όταν ο τελευταίος την επισκέφθηκε με τη συνδρομή του νοσηλευτικού προσωπικού λόγω της βαρύτητας της νόσου. Η ίδια αναφέρει: *«Είμαι αμαρτωλή το ξέρω και ενώ διανύω την όγδοη δεκαετία και υποθέτω πως δεν έχω άλλα περιθώρια ζωής, εν τούτοις όταν αποφάσιζα να αδειάσω την ψυχή μου σ' έναν άνθρωπο του Θεού, σ' έναν ΑΓΙΟ επί της γης τότε έλεγα ας παρατείνω λίγο ακόμα αυτή τη γλυκειά ζωή που μπορείς να γεύεσαι με τη σκέψη και μόνο τα γήινα αγαθά, αυτές οι σκέψεις (το καταλάβαινα καλά) ήταν σταλμένες από κάποια φωνή όχι γλυκειά, όχι τρυφερή, αλλά επιτακτική, αγριεμένη και με πάθος. Πολλές φορές προσπάθησα να ξεφύγω από αυτόν τον εφιάλτη. Τότε έβλεπα μπροστά μου ένα μαύρο και απειλητικό σύννεφο να μη μου επιτρέπει να πηδήξω στο απέναντι ξέφωτο. Υπέφερα, ήθελα να φύγω από τη ζωή, αλλά είχα ανοίξει λάθος πόρτα. Σίγουρα θα γινόμουνα κάτοικος της κολάσεως.*

Νοσηλευόμουνα στο νοσοκομείο σε βαρεία κατάσταση. Μπήκε στο δωμάτιο με φορείο η νοσοκόμα για να με πάει στο χειρουργείο. Ξαφνικά μια ηλιαχτίδα έπεσε στην ψυχή μου. Ένα θείο χέρι ακούμπησε στο κεφάλι μου και μια ήρεμη φωνή μου είπε: *«Μη*

φοβάσαι. Όλα θα πάνε καλά». Αναστήθηκα. Το χέρι ήταν ζεστό. Μίλησε στην καρδιά μου και η φωνή του ήταν του Αγγέλου τού κάθε ανθρώπου που αποφασίζει να ακολουθήσει το δρόμο του Θεού. ΠΑΤΕΡ ΑΓΙΕ ΧΑΡΙΤΩΝΑ ΘΕΟΣΤΑΛΤΕ ΣΑΣ ΕΥΓΝΩΜΟΝΩ».

3. Η Μ. Π., γυναίκα, ηλικίας 55 ετών, επάγγελμα: καθηγήτρια φιλόλογος. Γεννήθηκε στα Καλάβρυτα το 1957. Οικογενειακή κατάσταση: γονείς αγρότες με στοιχειώδη μόρφωση. Τρίτεκνη οικογένεια.. Όλοι τυγχάνουν απόφοιτοι ανωτάτων πανεπιστημιακών σχολών. Φτωχή αγροτική οικογένεια, με έντονα θρησκευτικά βιώματα. Σπούδασε στην Θεσσαλονίκη. Εργάστηκε για τριάντα χρόνια στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, από όπου και συνταξιοδοτήθηκε πρόωρα λόγω πολλαπλών προβλημάτων υγείας. Παντρεμένη με δύο παιδιά και ένα εγγόνι. Βαθύτατα θρησκευόμενος άνθρωπος.

Εισήχθη στο Νοσοκομείο τον Νοέμβριο 2011 και πήρε εξιτήριο τον Ιανουάριο 2012. Ιδιαίτερα δύσκολη, αλλά ενδιαφέρουσα περίπτωση. Η παρουσία του εφημερίου υπήρξε για την ίδια και την οικογένειά της καταλυτική. Η ίδια αναφέρει: «Είναι πολύ δύσκολο πράγμα να είσαι ασθενής. Είναι πάρα πολύ δύσκολο πράγμα να είσαι ασθενής στο Νοσοκομείο. Και το τραγικότερο, να μην έχεις ελπίδες ζωής, και μάλιστα αυτό να το βιώνεις, να το νοιώθεις, να βλέπεις συνειδητά πως το τέλος πλησιάζει. Ώρες οδυνηρές, γιατί είσαι άνθρωπος σωματικά και ψυχικά αδύναμος...

Δύο φορές, μέχρι τώρα βέβαια, βρέθηκα σ' αυτή την κρίσιμη κατάσταση και αδιέξοδη φάση της ζωής μου: Το 2004 από υπερπλασία ενδομητρίου, χειρουργείο πολύωρο και σχεδόν όλες τις χειρουργικές και μετεγχειρητικές επιπλοκές. Το 2011 με σηπαιμικό σοκ και συνεπώς ανεπανόρθωτη βλάβη σε όλα τα ζωτικά όργανα, τα οποία με μηχανική υποστήριξη λειτουργούσαν εκτός δυστυχώς των νεφρών. Η δύσπνοια με πεθαίνει, το τέλος εγγίζει. Οι γιατροί ενημερώνουν: Μετρούμε ώρες. Η περίπτωση της συζύγου σας είναι μία χαμένη υπόθεση! Παρέμεινα 36 ημέρες στην εντατική και 36 ημέρες στην κλινική και αυτό το διάστημα αρκετές φορές ασυνείδητα ή συνειδητά πάλεψα με το θάνατο...

Μόνη; Όχι βέβαια. Δίπλα μου η πολυαγαπημένη μου οικογένεια, που απαντούσε με ολοζώντανη πίστη στους Γιατρούς: «Εμείς έχουμε προστάτη μας το Θεό Πατέρα...». Όταν οι άνθρωποι αδυνατούν, τότε οι ψυχές στρέφονται με απόλυτη εμπιστοσύνη στο Θεό Πατέρα, που τον εκπροσωπεί ο άγιος Λειτουργός Του. Στην περίπτωσή μου ο σεβαστός και εκλεκτός Αρχιμανδρίτης πατήρ Χαρίτων, ο εφημέριος του Νοσοκομείου...

Και τι δεν έκανε για μένα ο πατήρ Χαρίτων. Φαντάζομαι πως το ίδιο κάνει για τους άλλους ασθενείς, ακόμη και γι' αυτούς, που δεν τον θέλουν, γιατί νομίζουν πως δεν τον έχουν ανάγκη... Τί έκανε λοιπόν; Ιδιαίτερες θείες Λειτουργίες, Ακολουθία του Ιερού Ευχελαίου, πλήθος παρακλήσεις στην Παναγία Βοήθεια και στον Άγιο Άνθιμο και όχι μόνο. Κάθε ημέρα με επισκεπτόταν στην Εντατική. Πότε μου διάβαζε ευχές και προσευχές, πότε με σταύρωνε με λαδάκι, με άγια λείψανα, με εικόνες, με το ευλογημένο πετραχήλι του και όταν έπρεπε, και αυτό το έκανε τόσο συχνά, με κοινωνούσε των Αχράντων Μυστηρίων... και ξεχείλιζε η ψυχή μου με μία ουράνια γλυκύτητα και ευωδία...!

Κάθε φορά που με επισκεπτόταν, η καρδιά μου γέμιζε δύναμη και πίστη και υπομονή και ουράνια γαλήνη. Μου επηρέαζε τόσο πολύ τη διάθεση που ομολογώ με παρρησία: «Περνούσα εξαιτίας του τόσο ωραία ακόμη και στην Εντατική! Αυτός ο ταπεινός και υπερδραστήριος λειτουργός του Υψίστου στο Νοσοκομείο του Ρίου, έφερνε τα μυστήρια της Εκκλησίας μας, τη χάρη και την αγάπη, την ελπίδα και την υπομονή, την αφοβία στο θάνατο, την παρηγοριά και το θείο έλεος στην καρδιά μου. Μου έφερνε ολοζώντανο το Χριστό στο κρεβάτι μου. Εγώ το ζούσα και κάποιοι γιατροί το έβλεπαν! Τί έβλεπαν; Μια φωτεινή νεφέλη να καλύπτει το σώμα μου το άθλιο! Πόσο έχω συνδέσει τον ιερέα του νοσοκομείου με την παρουσία του Χριστού δίπλα μου, μέσα μου, στο Γολγοθά μου...!

Αμέτρητα τα περιστατικά της ευεργετικής και θεραπευτικής επέμβασης του ιερέα στην θανατηφόρα αρρώστια μου: Κάποτε του είπα: «Πάτερ, με κοινωνήσατε τόσες φορές, μου βάλατε στο αρρωστημένο σώμα μου τον Κύριο μας, που είναι η ζωή, όπως διεκήρυξε 'Εγώ ειμί η Ζωή'', που ο θάνατος τρομοκρατήθηκε και το έβαλε ντροπιασμένος και ηττημένος ο δειλός στα πόδια...! Κάθε φορά που με κοινωνούσε βελτιώνονταν οι τιμές των ηλεκτρολυτών, που απορούσαν και θαύμαζαν οι γιατροί...Μία μέρα 6:30 το πρωί έπαθε επιπλοκή η τραχειοτομή μου. Έπαθα κρίση δύσπνοιας, πέθαινα, πουθενά γιατρός. Ο σύζυγός μου από πάνω μου τραγικό πρόσωπο...Τώρα; Αναστάτωση, αγωνία, ταραχή, κίνδυνος θανάτου...Από το πουθενά εμφανίζεται στην πόρτα ο Ιερέας με τη θεία Μετάληψη, απροειδοποίητος. Εξάλλου με είχε μεταλάβει την προηγούμενη ημέρα, που ήταν Κυριακή. Τον έστειλε το Πανάγιο Πνεύμα την ώρα, που κινδύνευα! Μόλις κοινώνησα με πολλή δυσκολία, ξεβούλωσε όλο το σύστημα, σαν να μου έγινε η τελειότερη αναρρόφηση! Ακόμη ακούω το θόρυβο αυτό στα αυτιά μου. Κι ύστερα ηρέμησα σαν να μη συνέβαινε τίποτε. Ο πατήρ έφυγε αθόρυβα όπως ήρθε και μπήκε έξαλλη η προϊσταμένη: «Εμφανίστηκε ο γιατρός;» ρωτάει

έντρομη. Και ο σύζυγός μου με δάκρυα ευγνωμοσύνης απάντησε: «Καλούσαμε το γιατρό, αλλά ήρθε ο ίδιος ο Χριστός». Η προϊσταμένη δεν πίστευε σε ό,τι έβλεπε μπροστά της, πώς έγινα καλά χωρίς βοήθεια και σωληνάκια και μηχανήματα. Έκανε το σταυρό της και έφυγε ανακουφισμένη και προβληματισμένη...

Στο δωμάτιό μου, όσο καιρό νοσηλευόμουν πέρασαν άλλοι εφτά ασθενείς, πιο ελαφρά περιστατικά, που ήταν και εκείνοι πρόθυμοι να δεχτούν τον ιερέα. Μετά την επίσκεψη του πατρός έβλεπαν όλα τα θαυμαστά αποτελέσματα τόσο στη βελτίωση της ψυχολογίας όσο και στη βελτίωση της υγείας ακόμη του ασθενούς. Και σε περίπτωση που επήλθε το μοιραίο, η αντιμετώπιση των συγγενών με τη βοήθεια του ιερέως ήταν αξιοθαύμαστη. 'Ήξει Κύριος'.

Τελικά, εγώ όχι απλώς έζησα, αλλά ζω και χωρίς κανένα σωματικό ή ψυχικό πρόβλημα παρά τις δυσάρεστες προβλέψεις των γιατρών. Όλοι μιλούν για θαύμα. Κάποιοι μεγαλογιατροί τόνισαν: «Εμείς δεν πιστεύουμε στα θαύματα, αλλά στην περίπτωση σας έγινε μία αλυσίδα από μεγάλα θαύματα, γιατί καταλάβαμε πως είστε άνθρωποι πίστεως...».

Και ο αδελφός μου, που ήταν κάθε μέρα μαζί μου όλο αυτό τον δύσκολο καιρό μου είπε μία ημέρα συγκινημένος: «Όλοι οι γιατροί ήταν εκλεκτοί και έκαναν τα αδύνατα δυνατά για να σε βοηθήσουν. Ο καλύτερος όμως γιατρός είναι ο πατήρ Χαρίτων, γιατί όντως αυτός σε έσωσε! Ο Θεός να τον έχει καλά. Του έχουμε μεγάλη υποχρέωση!»!

Τί να πω εγώ που τρεις φορές πέθανα και ανέζησα και ζω υγιέστατη με τη βοήθεια του Θεού; Τί να πω εγώ που περίμενα σαν Άγγελο τον απεσταλμένο του Θεού ιερέα να μου δώσει τη θεία ενίσχυση και τη θεραπεία; Ο Κύριος να τον ευλογεί και να τον δυναμώνει για να βοηθάει τον κοσμάκη που υποφέρει. Δεν μπορώ να φανταστώ Νοσοκομείο χωρίς ιερέα...! Δεν μπορώ να φανταστώ ασθενή χωρίς την ευλογία του ιερέα...».

4. Η Μ. Α., γυναίκα, ηλικίας 52 ετών, επάγγελμα: δικηγόρος. Γεννήθηκε στην Πάτρα το 1960. Οικογενειακή κατάσταση: γονείς δάσκαλοι. Εύπορη οικογένεια με τρία παιδιά. Όλοι τυγχάνουν απόφοιτοι ανωτάτων πανεπιστημιακών σχολών. Σπούδασε στην Αθήνα. Εργάστηκε για εικοσιοκτώ χρόνια ως μάχιμη δικηγόρος στην Πάτρα. Συνταξιοδοτήθηκε πρόωρα σε ηλικία πενήντα ετών λόγω σοβαρών προβλημάτων υγείας (καρκίνος του μαστού, γεγονός αναπάντεχο και συγκλονιστικό για αυτήν). Παντρεμένη με δύο παιδιά.

Εισήχθη ξαφνικά για μαστεκτομή και στη συνέχεια για χημειοθεραπεία. Η ανακοίνωση της ασθένειάς της άλλαξε βίαια την καθημερινότητα της ίδιας και της οικογένειάς της. Ιδιαίτερα κατασταλαγμένος και ισορροπημένος χαρακτήρας με θρησκευτικές αναζητήσεις. Περιγράφει την εμπειρία της με τα εξής λόγια: *«Γνώρισα το Νοσοκομείο αρχικά συνοδεύοντας οικεία και αγαπημένα πρόσωπα, δηλαδή από την καρέκλα του συνοδού «δίπλα στο κρεβάτι» και κατόπιν από τη θέση της ασθενούς όντας «η ίδια στο κρεβάτι». Πολλές φορές δεν μπορείς να διακρίνεις τι είναι χειρότερο, σίγουρα όμως είναι πολύ συχνά το ίδιο δύσκολο. Πρώτα απ' όλα το φορτίο της ασθένειας, είτε οικείου προσώπου είτε δικής σου, είναι αυτό καθεαυτό βαρύ, ενίοτε δυσβάστακτο. Έπειτα ο χώρος του Νοσοκομείου είναι, θα έλεγα, μια ιδιαίτερη, κλειστή κοινωνία που απαιτεί συμμόρφωση στους δικούς της κανόνες και κώδικες συμπεριφοράς, με ανθρώπινες σχέσεις περίπλοκες και ευαίσθητες που απαιτούν λεπτούς χειρισμούς, ώστε να μη διαταραχθούν οι απαραίτητες ισορροπίες ανάμεσα σε σένα και στους γιατρούς, σε σένα και στις νοσηλεύτριες, σε σένα και στους συνασθενείς κλπ. Σε όλα τα παραπάνω πρέπει να συνυπολογίσουμε και πολλά πρακτικά και «διαδικαστικά» προβλήματα που ανακύπτουν και επιδεινώνουν τις δυσκολίες και προϋποθέτουν αρκετό απόθεμα ψυχικής δύναμης, αντοχής και υπομονής -που σε τέτοιες ώρες δεν είναι πάντα εύκολο να αντλήσουμε μόνο από μέσα μας, αλλά και από ανθρώπους δικούς μας δίπλα μας, που δεν υπάρχουν πάντα ή δεν είναι αυτονόητα διαθέσιμοι-.*

Ακριβώς σ' αυτό το σημείο θεωρώ απαραίτητη και καθοριστική την παρουσία του Νοσοκομειακού εφημέριου γιατί: Η εμπειρία μου λέει πως είναι τόσο «οικείος» που ξέρεις ότι ανά πάσα στιγμή μπορείς να προσφύγεις και να είναι διαθέσιμος να σε ακούσει, να σε παρηγορήσει, να σε στηρίζει και να μοιραστείς μαζί του αγωνίες και φορτίο, με το οποίο δεν θέλεις να επιβαρύνεις τους ανθρώπους σου και ακόμα περισσότερο όταν δεν έχεις δικούς σου ανθρώπους ή αυτοί που έχεις δεν ενδιαφέρονται να σε ακούσουν. Σίγουρα η πνευματική και ψυχικά υποστηρικτική βοήθεια του είναι πιο ουσιαστική και αποτελεσματική, όταν μιλάτε τη ίδια γλώσσα στις πίστες και έχετε κοινό σημείο αναφοράς το Θεό. Πολλές φορές διαπίστωσα ότι τα εγκάρδια λόγια παρηγοριάς, ελπίδας και στήριξης του εφημέριου άγγιζαν όλους τους αποδέκτες, ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις. Στο χώρο του Νοσοκομείου χρειαζόμαστε όλοι απεγνωσμένα ΕΛΠΙΔΑ και ο εφημέριος που την κομίζει, κομίζει φάρμακο ζωής.

Όταν είσαι μέλος της Ορθόδοξης Εκκλησίας, τότε η παρουσία του εφημέριου στο Νοσοκομείο δεν σου είναι απλώς ευεργετική, αλλά αναγκαία, αφού πέρα από τα παραπάνω, είναι ανά πάσα στιγμή διαθέσιμος να σε συνδέσει με τα μυστήρια της

Εκκλησίας (εξομολόγηση, θεία κοινωνία) και να σου δώσει τη δυνατότητα της λατρευτικής ζωής στο χώρο του Νοσοκομείου, εκ των ων ουκ άνευ για τον Χριστιανό, πολλώ δε μάλλον για τον πάσχοντα και τους συνοδούς των πασχόντων.

Τέλος, έχει ανυπολόγιστη αξία η βοήθεια του εφημέριου σε πρακτικά και διαδικαστικά θέματα (γραφειοκρατικά, συνεννοήσεις με γιατρούς, ενεργοποίηση κοινωνικών υπηρεσιών) κυρίως σε ανθρώπους μοναχικούς, άπορους αναλφάβητους, προερχόμενους από την επαρχία κλπ. Υπήρξα μάρτυρας (προ διετίας περίπου) ηλικιωμένης ασθενούς, χωρίς απολύτως κανένα οικείο, που χάρη στις άοκνες φροντίδες του εφημέριου και όσων εκείνος κινητοποίησε έτυχε άριστης νοσηλείας και φροντίδας.

Όσο για μένα, εκτός από πολλά, πολύ προσωπικά, θα θυμάμαι πάντα μια Πρωτάγιαση στο Ογκολογικό: Σε ένα πολύ δύσκολο περιβάλλον και μια πολύ βαριά ατμόσφαιρα το πέρασμα του εφημέριου που μαζί με τον Αγιασμό μοίραζε πίστη, χαμόγελο, ευχές και αισιοδοξία σε ασθενείς και προσωπικό που έσπευδαν να τον υποδεχτούν ήταν μια ΕΥΛΟΓΙΑ!».

3.4 Προσωπικό βίωμα συνοδού ασθενούς

Ο Η.Σ., άνδρας, ηλικία 60 ετών, επάγγελμα: συνταξιούχος λυκειάρχης. Γεννήθηκε σε χωριό του νομού Ευρυτανίας το 1952. Οικογενειακή κατάσταση: γονείς αγρότες, αγράμματοι. Φτωχή πολύτεκνη οικογένεια (τέσσερα παιδιά) με έντονα θρησκευτικά βιώματα. Ο μοναδικός από τα αδέρφια του που τυγχάνει πανεπιστημιακής μόρφωσης. Σπούδασε στα Ιωάννινα. Εργάστηκε για τριανταπέντε χρόνια στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, τα δύο τελευταία ως λυκειάρχης. Παντρεμένος με δύο παιδιά και ένα εγγόνι.

Συνοδός ασθενούς που νοσηλεύθηκε για εξήντα ημέρες, τριάντα εκ των οποίων στην Εντατική Μονάδα. Ιδιαίτερα συνεργάσιμος και συνειδητοποιημένος. Τα λόγια του μεστά και ολοκληρωμένα. Οι συναντήσεις μαζί του είχαν πολύ ενδιαφέρον, καθώς ήταν άνθρωπος χαρισματικός στο λόγο και πρόθυμος να συντελέσει με τον τρόπο του στην πρόοδο της έρευνας. Ο ίδιος αναφέρει: «Κάθε συνοδός εύχεται για τον άνθρωπό του, που νοσηλεύεται στο νοσοκομείο, να είναι ταχεία η αποκατάσταση της υγείας του. Και ενώ κρέμεται από τα χείλη των θεραπόντων ιατρών, που κάθε μέρα τον ενημερώνουν για την πορεία της νοσηλείας, διαπιστώνει τελικά ότι το πρόβλημα δεν είναι τόσο η ασθένεια, όσο η αντιμετώπισή της και ενώ περιμένει χειροπιαστά

αποτελέσματα από την φαρμακευτική αγωγή, αισθάνεται ότι η αποθεραπεία είναι περισσότερο θέμα ψυχολογίας όχι μόνο του ασθενούς, αλλά και του συνοδού.

Η εμπειρία μου ως συνοδό ασθενούς είναι συγκλονιστική, γιατί σχετίζεται με την όλη παρουσία του ιερέα του νοσοκομείου, ο οποίος τακτικά μας επισκεπτόταν στο χώρο αναμονής έξω από την εντατική και μας μετέδιδε τη δύναμη της πίστεως στο θαύμα της θεραπείας.

Συγκεκριμένα, μας κραταίωνε η πεποίθησή του ότι ο Θεός ποτέ δεν αφήνει ένα θαύμα στη μέση. «Δεν κάνει μισές δουλειές ο Θεός», σημείωνε χαρακτηριστικά. Επειδή οι εκφράσεις του δεν άφηναν κανένα περιθώριο για αμφισβήτηση, ανέβαζε ακόμα περισσότερο τη διάθεσή μας. Το πρόσωπό του δεν ήταν ποτέ σκυθρωπό μήτε καν σκεφτικό. Γι' αυτό απλωνόταν γύρω μας μια ηρεμία ότι η υπόθεσή μας ελέγχεται πλήρως από τον πανάγαθο Κύριό μας, ο οποίος με την πρόνοιά Του διαμορφώνει για τον καθένα ειδική ρύθμιση, την πιο κατάλληλη.

Επειδή ο ιερέας του Νοσοκομείου είχε την άδεια να εισέρχεται στην εντατική όλο το 24ωρο, μας ενημέρωνε και αυτός σε ανύποπτο χρόνο για τον ασθενή μας επισημαίνοντας κάθε φορά την παραμικρή ένδειξη βελτίωσης, καθώς ποτέ δεν παρέλειπε ή να φέρνει αγιασμό ή να σταυρώνει με λάδι κάποιου αγίου ή να ευλογεί με ιερά λείψανα ή το κυριότερο να μεταφέρει το πιο δυνατό φάρμακο, τη θεία Κοινωνία που ζωογονεί – ζωοποιεί τον ανθρώπινο οργανισμό.

Μία φορά την εβδομάδα ο ιερέας του νοσοκομείου έκανε παράκληση στην οποία συμμετείχαμε όλοι οι συνοδοί της εντατικής. Κανένας δεν απόκαμε, κανένας δεν απελπίσθηκε. Όλοι περιμέναμε με βεβαιότητα τα καλά νέα για τους ασθενείς μας. Μας φαινόταν ότι η Παναγία η Βοήθεια μας δίνει την απάντηση που περιμέναμε, γιατί δεν γινόταν μία τυπική παράκληση. Γινόταν συναγερμός από τον καλό μας ιερέα και αφοσιωνόμασταν «ψυχή τε και σώματι» στη δύναμη της προσευχής, της εξομολόγησης και της θείας κοινωνίας.

Άξιο επίσης προσοχής είναι ότι ο ιερέας μας δεν περιόριζε το έργο του μόνο στον πνευματικό επιστηριγμό. Ανελάμβανε να καλύψει και άλλες ανάγκες (διαμονή, φαγητό, ένδυση, αιμοδοσία) ειδικά για συνοδούς που κατάγονταν από μακρινά μέρη και ένιωθαν μόνοι και απροστάτευτοι. Βρέθηκαν, όμως, κάτω από τις πτέρυγες της αγάπης, που άπλωνε σε όλους μας ο ιερέας μας που γινόταν πατέρας και αδελφός και κηδεμόνας και προστάτης μας. Δεν μπορώ να φαντασθώ το Νοσοκομείο του Ρίου χωρίς την αύρα του Θεού που κομίζει σε κάθε του βήμα ο άγγελος των συνοδών και των ασθενών και πνευματικός πατέρας, αρχιμανδρίτης π. Χαρίτων Αθανασόπουλος.

Τα θαύματα που περιμένουμε οι συνοδοί πρέπει να ολοκληρώνονται και να πολλαπλασιάζονται...».

3.5 Σκέψεις ενός γιατρού και μίας νοσηλεύτριας

Ο Κ.Μ., ετών 57, είναι αναπληρωτής διευθυντής της ορθοπεδικής κλινικής του νοσοκομείου. Εργάζεται σε αυτό τα τελευταία 18 χρόνια. Ιδιαίτερη έμφαση έδωσε στο γεγονός ότι πάνω από το κρεβάτι κάθε ασθενούς έχει τοποθετηθεί ηχητικό σύστημα, τύπου ραδιοφώνου, από το οποίο κάθε ασθενής που επιθυμεί έχει τη δυνατότητα να παρακολουθεί ζωντανά όλες τις ακολουθίες, που ανελλιπώς τελούνται στο εκκλησάκι του νοσοκομείου. Λόγια του ίδιου: *«Κατά τις ιατρικές επισκέψεις μου στους θαλάμους, είτε Κυριακή είτε καθημερινή, παρατηρώ ότι πολλοί από τους ασθενείς μου παρακολουθούν σε απευθείας σύνδεση με το εκκλησάκι τα τελούμενα σε αυτό. Το γεγονός αυτό τους κάνει περισσότερο ευδιάθετους και αισιόδοξους».*

Ιδιαίτερος τόνισε το γεγονός ότι ο ιερέας δεν παρεμβαίνει καθόλου στο έργο τους, αλλά με διακριτικό και «λεπτό» τρόπο προσεγγίζει τους ασθενείς με σκοπό την ψυχική και ηθική τους ενθάρρυνση. Ο ίδιος αναφέρει: *«Ιδιαίτερη εντύπωση μου προκαλεί το γεγονός ότι πολλοί ασθενείς μου πριν μπουν στο χειρουργείο, με ρωτούν, αν μπορεί ο ιερέας να τους κοινωνήσει. Άρα κάτι σημαίνουν όλα αυτά...».*

Η Ε.Ζ., ετών 40, εργάζεται στη νευροχειρουργική κλινική του νοσοκομείου τα τελευταία πέντε χρόνια. Έχει επισκεφθεί πολλές φορές το εκκλησάκι του νοσοκομείου και γνωρίζει προσωπικά τον εφημέριο. Υποστηρίζει ότι η παρουσία του πατρός Χ. μέσα στο δύσκολο και πολύπλοκο περιβάλλον του νοσοκομείου στηρίζει τόσο τους ασθενείς και τους συνοδούς στις δύσκολες ώρες της αναμονής όσο και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, οι ρυθμοί εργασίας του οποίου είναι ασταμάτητοι. Λόγια της ίδιας: *«Οι περισσότεροι ασθενείς τον αγαπούν πολύ. Περιμένουν απ' αυτόν ένα λόγο παρηγοριάς και αισιοδοξίας. Για μας τους νοσηλευτές ένα χαμόγελο είναι αρκετό να αντέξουμε μια δύσκολη βάρδια. Ιδιαίτερη χαρά νιώθουμε το Μεγάλο Σάββατο, που μοιράζει σε όλους μας λαμπάδες για την Ανάσταση».*

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Όταν οι άνθρωποι προσπαθούν να βγάλουν νόημα για την αρχή της ασθένειάς τους, την εντοπίζουν στην ευρύτερη ανέλιξη της προηγούμενης ζωής τους. Με αυτή την έννοια, η χρόνια ασθένεια μπορεί να γίνει αντιληπτή ως μια βιογραφική αποδιοργάνωσης (biographical disruption) [Bury 1982], καθώς δεν καταστρέφει μόνο το φυσικό σώμα κάποιου, αλλά την τροχιά ολόκληρης της ζωής του σε διάφορα επίπεδα. Πρώτον, υπάρχει αποδιοργάνωση των δεδομένων παραδοχών και συμπεριφορών. Δεύτερον, υπάρχει μια πιο βαθιά αποδιοργάνωση των ερμηνευτικών συστημάτων που φυσιολογικά χρησιμοποιούνται από τους ανθρώπους, τέτοια ώστε να περιλαμβάνεται μια ριζική επανεξέταση της βιογραφίας και της έννοιας του εαυτού ως ατόμου. Τρίτον, υπάρχει μια αντίδραση στην αποδιοργάνωση, η οποία περιλαμβάνει την κινητοποίηση πόρων προκειμένου να αντιμετωπιστεί η νέα κατάσταση. Επειδή, η έναρξη της χρόνιας ασθένειας μπορεί να περιλαμβάνει την αποδιοργάνωση της βιογραφίας ενός ατόμου, η επαναξιολόγηση της ζωής του είναι έως ένα βαθμό αναπόφευκτη. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει μια διαδικασία απώλειας του εαυτού. Μπορεί επίσης να χρησιμεύσει ως σημείο καμπής της ζωής, το οποίο μπορεί να περιλαμβάνει την αλλαγή ταυτότητας. Εντούτοις, άλλοι άνθρωποι βρίσκουν ότι η βιογραφική αποδιοργάνωση μπορεί να έχει και θετικές συνέπειες. Μπορεί να εισαγάγει μία επανεξέταση της κατεύθυνσης της ζωής του ατόμου, μπορεί να σημαίνει ότι ο πάσχων θα γίνει ένας πιο ενσυνείδητος άνθρωπος και μπορεί να καταλήξει σε ευκαιρίες τις οποίες κάποιος δεν είχε ποτέ φανταστεί στο παρελθόν. Συνεπώς, η απαρχή της ασθένειας η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές της φυσικής λειτουργίας του σώματος, μπορεί να έχει και αρνητικές και θετικές συνέπειες στην αίσθηση του εαυτού και την ταυτότητα. Παρότι δεν αρνούμαστε την έκταση της ταλαιπωρίας που υφίστανται οι άνθρωποι, μπορούμε επίσης να αναγνωρίσουμε τα θετικά αποτελέσματα τόσο της ασθένειας όσο και της αναπηρίας (Nettleton 2002:132-134).

Στη νοσηλεία αυτό που κινδυνεύει τα μέγιστα δεν είναι απλώς η υγεία, αλλά η αξιοπρέπεια. Ένας άνθρωπος που επί χρόνια διέσωσε την αξιοπρέπειά του, που μεγάλωσε τα παιδιά του, που κατέκτησε τον σεβασμό του περίγυρού του, αίφνης προσφωνείται «παππούς» – όχι τρυφερά, αλλά απαξιωτικά. Μέσα σε δυο λεπτά γίνεται «εμπεσών» στην ανωνυμία! Είναι κάτι που ίσως θυμίζει την αγωνία του Ορετσειτσένκωφ στην *Πτέρυγα Καρκινοπαθών* του Σολτζενίτσιν, ο οποίος ουτοπικά

υποστήριζε ότι κάθε γιατρός «θα 'πρεπε να έχει τόσους άρρωστους όσους μπορεί να χωρέσει η μνήμη του» (Παπαθανασίου 2011:54). Και όλα αυτά, την ίδια ώρα που η επιστήμη έχει απολέσει την επικαλούμενη παλαιότερα αξιοπιστία τής αυθεντίας της και δεν θεωρείται πλέον άνοση από οικονομικές και πολιτικές προκαταλήψεις ή και απάτες, ενώ παράλληλα θεωρείται υπεύθυνη ότι δημιουργεί για την κοινωνία ίσο αριθμό προβλημάτων με αυτά που επιλύει.

Από τη στιγμή που ένας άνθρωπος εισάγεται στο νοσοκομείο προκειμένου να αντιμετωπίσει ένα απλό ή πολύπλοκο πρόβλημα υγείας, αυτομάτως η ζωή του έχει ήδη αλλάξει χωρίς να το έχει συνειδητοποιήσει. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο τα άτομα αυτά χρειάζονται μία ολιστική φροντίδα, η οποία συμπεριλαμβάνει την ιατρική, νοσηλευτική, αλλά και την πνευματική φροντίδα. Είναι αναπόφευκτη για τον ασθενή η αναζήτηση της τελευταίας, δεδομένης της απρόσωπης καθημερινότητας του νοσοκομείου, που τον απομονώνει, τον απαξιώνει συναισθηματικά και τον περιορίζει τοπικά και χρονικά. Όλη του η ζωή εξελίσσεται μέσα σε έναν θάλαμο, τον οποίο συνήθως μοιράζεται με άλλους ασθενείς, γεγονός που τον οδηγεί να χάνει την ατομικότητά και την αυτοπροσωπία του και να προσαρμόζεται βίαια σε μία καινούργια πραγματικότητα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα της βίαιης αυτής αλλαγής συνιστά το γεγονός ότι πολλοί άνθρωποι έρχονται στο νοσοκομείο με το αυτοκίνητό τους για μία τυπική εξέταση ή εξετάσεις ρουτίνας και το αυτοκίνητό τους είτε παραμένει παρκαρισμένο για πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα είτε μετακινείται από τους συγγενείς τους όταν ο κάτοχος του έχει αποβιώσει.

Η ευκαιρία που μου δόθηκε με αφορμή την έρευνα του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας» να βρεθώ ξανά στο νοσοκομειακό περιβάλλον αποτέλεσε μία μεγάλη πρόκληση, διότι βρέθηκα και πάλι ανάμεσα σε ασθενείς, συνοδούς, γιατρούς και λοιπό νοσηλευτικό προσωπικό. Ως νοσηλεύτρια θεωρώ ότι ο χώρος αυτός αποτελεί έναν μοναδικό κόσμο με ποικίλα ερεθίσματα. Η επικοινωνία μου μαζί τους υπήρξε πηγή εμπειριών, μαθητείας και συναισθηματικής σύνδεσης.

Η γνωριμία μου με το ποιμαντικό έργο του εφημερίου στο χώρο τού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών 'Παναγία η Βοήθεια'', διαφοροποίησε την όλη εικόνα που ως εξωτερικός παρατηρητής είχα σχηματίσει για την όλη αναγκαιότητα του έργου αυτού. Μία εικόνα, δηλαδή, περιορισμένη σε αυστηρά θρησκευτικά πλαίσια και ενός ιερέα τυπικού διεκπεραιωτή θρησκευτικών καθηκόντων (τέλεση ακολουθιών, Θ. Κοινωνία, εξομολόγηση, κ.λπ.). Στην

πραγματικότητα, συνειδητοποιήσα πως σκοπός της ποιμαντικής διακονίας δεν είναι μόνο να απαλλάξει τον ασθενή από την λύπη, αλλά και να γεμίσει την ψυχή του με ελπίδα και δύναμη, πράγμα που δεν είναι αδύνατον, εάν και ο τελευταίος το επιθυμεί. Η παρουσία τού ιερέα αποτελεί για τους ασθενείς και τους συνοδούς, παρουσία φίλου και συμπαραστάτη στη δύσκολη αυτή φάση της ζωής τους, ενός φίλου «ξένου» που τα λόγια του δεν αποτελούν μία τυπική αγαπολογία που παραπέμπει σε οίκτο, αλλά μία ουσιαστική συμπόρευση στην αγωνία και τον πόνο τους.

Τέλος, επιθυμώ να επισημάνω το γεγονός ότι κατά την περίοδο της έρευνας δεν εντόπισα ασθενείς διάφορου θρησκευάτος από το ορθόδοξο χριστιανικό, γεγονός μάλλον τυχαίο, που δεν αναιρεί την ανάγκη η έρευνα σε ανθρώπους διαφορετικών θρησκειών να αποτελέσει πεδίο ατομικής ή συλλογικής προσπάθειας στο μέλλον.

ΠΗΓΕΣ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΗΓΕΣ

Α΄ Νόμοι

«Τροποποίηση του Οργανισμού του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών με θέμα τη μετονομασία αυτού σε Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών 'ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΒΟΗΘΕΙΑ'», Φ.Ε.Κ. Β΄ 1579/31.7.2009.

Β΄ Δικαστικές αποφάσεις

Η υπ. αριθμ. 255/2006 απόφαση Μονομελούς Πρωτοδικείου Πατρών.

Γ΄ Πρακτικά των Συνεδριάσεων του Δ.Σ. του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών

Ακριβές Απόσπασμα Πρακτικών της αρ. 50/02.12.2008 τακτικής Συνεδριάσεως του Δ.Σ. του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών.

Δ΄ Ηλεκτρονικές Διευθύνσεις

The 8th Consultation of the European Network of Health Care Chaplaincy, All Hallows College, Dublin, Ireland: “*Growing together in our pain – Differences and tensions in healthcare chaplaincy in Europe: State Level: Professional integration and Pastoral integrity*”, http://www.eurochaplains.org/dublin04_eirik.htm (πρόσβαση στις 31/1/2013).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Berger, P. – Luckmann, T., (2003), *Η κοινωνική κατασκευή της πραγματικότητας* (μετ. Κώστας Αθανασίου), Αθήνα: Νήσος.

Γεωργίου, Ι. Π., (1978), *Ιστορία της Ιατρικής*, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Παπαζήση.

Γιανναράς, Χρήστος, (2011), «Σωματικό και ψυχικό άλγος: Η διαπλοκή του πόνου με το οντολογικό ερώτημα», στο, Οικουμενικόν Πατριαρχείον, *Θεραπείαν προσάγοντες*, Αθήνα: Αρμός.

Γιαννουλάκη, Ευτυχία, *Η ποιμαντική προσέγγιση του τελικού σταδίου*, http://www.ecclesia.gr/greek/holysynod/committees/pastoral/poimantiki_prosegisi.htm | (πρόσβαση στις 31/1/2013).

Γκιουλής, Α., (2008), «Παιδαγωγικές προσεγγίσεις της έννοιας του θανάτου», στο, Μαργιπλής Δ. Γ., (επιμ.), *Όψεις του πολιτιστικού φαινομένου. Επιστημολογικές προσεγγίσεις του θανάτου και της ζωής*, Θεσσαλονίκη: Σταμούλης.

Descartes, R., (2003), *Στοχασμοί περί της πρώτης φιλοσοφίας* (μετ. Ευάγγελος Βανταράκης), Αθήνα: Εκκρεμές.

Δημητρίου, Σ., (2012), «Η βιοκοινωνική υπόσταση του ανθρώπου», στο, Χαράλαμπος Οικονόμου, Μάνος Σπυριδάκης (επιστημονική επιμέλεια), *Ανθρωπολογικές και κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της υγείας*, Αθήνα: Ι. Σίδερης.

Δρε – Λαιζηνού, Μαριάννα, *Πνευματική διάσταση της υποστήριξης ασθενών με καρκίνο*, http://www.ecclesia.gr/greek/holysynod/committees/pastoral/laizinou_karkinos.pdf (πρόσβαση στις 31/1/2013)

Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, (2000), *Η σημαντική του «καλού» θανάτου*, Αθήνα: Ειδικές Μορφωτικές Εκδόσεις.

Ευτυχιάδης, Αριστοτέλης Χρ., *Ο θεσμός του νοσοκομειακού εφημέριου, ιστορική-αξιολογική ανασκόπηση*, http://www.ecclesia.gr/greek/holysynod/committees/pastoral/nosokomeio_efimerios.html | (πρόσβαση στις 31/1/2013).

Herzlich, C., (1995), «Κοινωνική αναπαράσταση της υγείας και της ασθένειας και η δυναμική τους στο κοινωνικό επίπεδο», στο, Παπαστάμου Σ. – Μαντόγλου Α., (επιμ.), *Σύγχρονες έρευνες στην κοινωνική ψυχολογία: Κοινωνικές αναπαραστάσεις*, Αθήνα: Οδυσσέας.

Θερμός, π. Βασίλειος, (2005), «Το παιδί μπροστά στο θάνατο-πέρας ή στο θάνατο πέραςμα», στο, Ογκολογικό τμήμα νοσοκομείου παιδων "Αγλαΐα Κυριακού", *Ψυχοκοινωνική στήριξη του παιδιού με καρκίνο και της οικογένειάς του* (επιμ. Ελένη Βασιλάτου – Κοσμίδη), Αθήνα.

Ιωσηφίδης, Θ., (2006), «Ποιοτική κοινωνική έρευνα και κριτικός ρεαλισμός», στο, Ιωσηφίδης Θ. – Σπυριδάκης Μ., (επιμ.), *Ποιοτική Κοινωνική Έρευνα*, Αθήνα: Κριτική.

Κοφινάς, Σταύρος, *Ο ποιμένας και το προσωπικό του νοσοκομείου*, http://www.ecclesia.gr/greek/holysynod/committees/pastoral/poimenas_nosileia.html | (πρόσβαση στις 31/1/2013).

Κοφινάς, Σταύρος, (2011), «Η διακονία του ιερέα στο Νοσοκομείο», στο, Οικουμενικόν Πατριαρχείον, *Θεραπείαν προσάγοντες*, Αθήνα: Αρμός, Αθήνα.

Κυριακάκης, Γ., (2012), «Υγεία, πίστη και μεθοδολογία: Μία εθνογραφική μαρτυρία από τη Δυτική Αφρική», στο, Χαράλαμπος Οικονόμου, Μάνος Σπυριδάκης (επιστημονική επιμέλεια), *Ανθρωπολογικές και κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της υγείας*, Αθήνα: Ι Σίδηρης.

Κυριακίδης, Κ., *Ένα νοσοκομείο τον ΙΒ΄ αιώνα*, http://www.ecclesia.gr/greek/holysynod/committees/pastoral/nosokomeio_ib.html (πρόσβαση στις 31/1/2013).

Λασκαράτος, Ιωάννης, (2004), *Ιστορία της Ιατρικής*, Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.

Λαφτσής, Ειρηναίος, (χ.χ.), *Η συμβολή της Ορθόδοξης Εκκλησίας στη διαμόρφωση των Νοσοκομείων και της Ιατρικής Εκπαίδευσης*, Αλεξανδρούπολη: ιδιωτική έκδοση.

Μαγριπλής, Δημήτρης Γ., (2012), «Σκέψεις πάνω στην «Κοινωνιολογία του θανάτου», στο, Χαράλαμπος Οικονόμου, Μάνος Σπυριδάκης (επιστημονική επιμέλεια), *Ανθρωπολογικές και κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της υγείας*, Αθήνα: Ι Σίδηρης.

Μανιάτης, Πάνος Στ., (2002), *Ιστορία της Ιατρικής*, Αθήνα: Εντός.

Μαντζαρίδης, Γεώργιος, (1995), *Χριστιανική Ηθική*, Θεσσαλονίκη: Πουρναράς.

Margotta, Roberto, (1996), *Ιστορία της Ιατρικής* (μετ. Γεώργιος Ν. Αντωνακόπουλος), Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις «Γρ. Παρισιανός».

Miller, Timothy S., (1998), *Η Γέννησις του Νοσοκομείου στην Βυζαντινή Αυτοκρατορία* (απόδοσις στα ελληνικά Ν. Κελερμένος), Αθήνα: Ιερά Μητρόπολις Θηβών και Λεβαδείας – The Johns Hopkins University Press - Βήτα Medical Arts.

Μιχαηλίδης, Κωνσταντίνος Π., (1990), *Το ανθρώπινο πρόσωπο*, Αθήνα: Αστήρ.

Nettleton, Sarah, (2002), *Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας* (μετ. Ανθή Βακάκη), Αθήνα: Τυπωθήτω – Γιώργος Δάρδανος.

Οικονόμου, Χ., (2005), *Κοινωνιολογία της υγείας, τόμος Α΄: Βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις*, Αθήνα: Διόνικος.

Οικονόμου, Χ., (2010), «Υγεία, υπηρεσίες φροντίδας υγείας και κοινωνιολογική θεωρία», στο, Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης Κ. (επιμ.), *Θεσμοί και πολιτικές υγείας*, Αθήνα: Παπαζήσης.

Οικονόμου, Χ. – Σπυριδάκης, Μ., (2012), «Υγεία και κοινωνία: Η ανθρωπολογική και κοινωνιολογική οπτική», στο, Χαράλαμπος Οικονόμου, Μάνος Σπυριδάκης (επιστημονική επιμέλεια), *Ανθρωπολογικές και κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της υγείας*, Αθήνα: Ι. Σίδηρης.

Παπαδάτου, Δανάη - Αναγνωστόπουλος, Φώτιος, (2012), *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*, Αθήνα: Παπαζήσης.

Παπαθανασίου, Αθανάσιος, (2011), «Φιλανθρωπία ή Ακτιβισμός;», στο, Οικουμενικόν Πατριαρχείον, *Θεραπείαν προσάγοντες*, Αθήνα: Αρμός, Αθήνα.

Ρηγάτος, Γ. Α., (1999), *Η αρχαία ιατρική στη λαϊκή παράδοση*, Αθήνα: Βήτα.

Σμέμαν, Αλέξανδρος, (2006), *Έσχατος εχθρός καταργείται ο θάνατος* (μετ. Βασίλης Αργυριάδης), Αθήνα: Εν πλω.

Σόλαρης, Ι., (2008), «Φιλολογικές προτάσεις για τη διαχείριση της έννοιας του θανάτου», στο, Μαργιπλής Δ. Γ., (επιμ.), *Όψεις του πολιτιστικού φαινομένου. Επιστημολογικές προσεγγίσεις του θανάτου και της ζωής*, Θεσσαλονίκη: Σταμούλης.

Σπυριδάκης Μ., (2006), «Οι κοινωνικές και οικονομικές όψεις της απασχόλησης στη ναυπηγοεπισκευαστική ζώνη Περάματος, Πειραιά: Αποτελέσματα έρευνας πεδίου», στο, Ιωσηφίδης Θ. – Σπυριδάκης Μ., (επιμ.), *Ποιοτική Κοινωνική Έρευνα*, Αθήνα: Κριτική.

Σταυρόπουλος, Αλέξανδρος, Μ., *Η θεολογική θεμελίωση της ποιμαντικής των ασθενών*, http://www.ecclesia.gr/greek/holysynod/committees/pastoral/poimantiki_the_meliosi.html (πρόσβαση στις 31/1/2013).

Τζανάκης Μ., (2003), *Μετασχηματισμοί της υποκειμενικότητας και καθημερινότητα: μία κοινωνιολογική προσέγγιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα*, Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Κρήτης: Τμήμα Κοινωνιολογίας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών.

Weber, M., (1997), *Η προτεσταντική ηθική και το πνεύμα του καπιταλισμού* (μετ. Μιχάλης Γ. Κυπραίος), Αθήνα: Gutenberg.

Φρόντ, Σίγκμουντ, (1998), *Επίκαιρες παρατηρήσεις για τον πόλεμο και τον θάνατο* (μετ. Λευτέρης Αναγνώστου), Αθήνα: Επίκουρος.

Argyrou, V., (2002), *Anthropology and the Will to Meaning. A Postcolonial Critique*, London – Sterling, Virginia: Pluto Press.

Asad, T., (1993), *Genealogies of Religion-Discipline and Reasons of Power in Christianity and Islam*, Baltimore and London: The John Hopkins University Press.

Bury, M., (1982), «Chronic Illness as Biographical Disruption», *Sociology of Health and Illness*, 4: 167-182.

Chamberlain, T.J. – Hall, C.A., (2000), *Realized Religion*, Philadelphia and London: Templeton Foundation Press.

Cohen, Michael H., (2006), *Healing at the Borderland of Medicine and Religion*, Chapel Hill: The University of North Carolina Press

Cox, J. – Campbell, A.V. – Fulford, K.W.M., (2007), *The Medicine of the Person*, London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Douglas, Jack D., (1970), *The Social Meanings of Suicide*, New Jersey: Princeton University Press.

Faber, Heije, (1971), *Pastoral Care in the Modern Hospital*, Philadelphia: The Westminster Press.

Gerhardt, U., (1989), *Ideas about Illness: An Intellectual and Political History of Medical Sociology*, Basingstoke: Macmillan.

Holst, Lawrence E., (1985), «The Ministry of Paradox in the Place of Paradox», in: *Hospital Ministry. The Role of the Chaplain Today*, Crossroad, New York: edited by Lawrence E. Holst.

Hughner, R. – Kleine, S., (2004), «Views of health in the lay sector: A compilation and review of how individuals think about health», *Health*, vol. 8, no 4:395-422.

Irion, Paul E., (1954), *The Funeral and the Mourners. Pastoral care of the Bereaved*, New York: Abingdon Press Publications.

Jackson, Edgar N., (1966), *The Christian Funeral. It's meaning, its purpose and its Modern Practice*, New York: Channel press.

Koenig, H.G. – Cohen, H.J., (2002), *The Link between Religion and Health*, Oxford, New York: Oxford University Press.

Larchet, Jean C., (2001), *La Vie apres la Mort selon la tradition orthodoxe*, Paris: Les editions du Cerf.

Lupton, D., (2003), *Medicine as culture*, London: Sage.

Mellor, P. – Shilling, C., (1993), «Modernity, Self-Identity and the Sequestration of Death», *Sociology* 27, 3: 411-431.

Parsons, T., (1951), *The Social System*, Glencoe: Free Press.

Peckstadt, Ignace, (1997), «Quelques reflexions orthodoxes concernant la Cremation», *Contacts* 49: 264-274.

Pool, R. – Geissler, W., (2005), *Medical Anthropology. Understanding Public Health*, London, New York: Open University Press.

Roth, A., (1984), «Staff-Inmate Bargaining Tactics in long-term Treatment Institutions», *Sociology of Health and Illness* 6, 2:111-131.

Sloan, R.P. – Bagiella, E. – Powell, T., (1999), «Religion, Spirituality and Medicine», *The Lancet*, vol. 353: 364-367.

Stainton – Rogers, W., (1991), *Explaining Health and Illness: An Exploration of Diversity*, London: Harvester/Wheatseaf.

Strong, P., (1979), «Materialism and Medical Interaction: A Critique of “Medicine, Super-Structure and Micro-Politics”», *Social Science and Medicine*, 13A: 601-609.

Turner, B., (2000), «The history of the changing concepts of health and illness: Outline of a general model of illness categories», στο, Albrecht, G. – Fitzpatrick, R. – Scrimshaw, S. (eds.), *The handbook of social studies in health and medicine*, London: Sage.

Tournier, Paul, (1965), *The Healing of Persons*, San Francisco: Harper and Row Publishers.