

نیازهای روانی بیمار در وضع دشوار

زادن و مرگ دو واقعیت غیرقابل انکار زندگی هستند. تولد نوزاد همیشه قابل پیش بینی است و پدر و مادر از مسائلی قبل انتظار این واقعیت را دارند و خود را برای آن آماده میکنند از طرف دیگر مرگ با اینکه مانند تولد یک واقعیت است، و هر کسی باید این واقعیت را قبول کند ولی بیشتر راجع به آن خیال‌بانی میشود و کمتر بعنوان یک واقعیت غیرقابل انکار قبول میشود. هنر و فلسفه و ادبیات مرگ را از لحاظ نظری مورد توجه قرار داده‌اند ولی از لحاظ تجربی موضوع مرگ همیشه بمنزله (تابو) یعنی موضوعی که از بحث بآن پرهیز میشده بوده است. با اینکه هر دو واقعه در بیمارستان اتفاق می‌افتند ولی میان آنها تفاوت بسیاری موجود است برای تولد همیشه مراحل معینی طی میشود و دستورهایی معینی رعایت میگردد. این مراحل و دستورها بطور دقیق تعیین و پیش بینی شده است.

مرگ هم در بیمارستان اتفاق می‌افتد ولی همیشه با اجتناب و ناایمنی ولی اطمینانی همراه است. بعزت اینکه این واقعیت غیرقابل اجتناب یعنی مرگ سبب و نا معلوم است بشر با احساس ترس آسپخته با بهام بآن روبرو میشود. فقط اعتقاد مذهبی میتواند ارتباطی بین این دو مرحله که مرگ آنها را از هم جدا می‌سازد برقرار کند. علت پیدایش این وضع را باید در ابهامی که در افکار و احساسات ما راجع باین سعمای بزرگ یعنی مرگ وجود دارد جستجو کرد. بنابراین تا زمانی که مردم روی خود را از کسی که در حال مرگ است میگردانند و غیر از پرستاری و بر آوردن نیازمندیهای جسمی بوسیله پرستار کار دیگری نمیکنند نیازمندیهای روانی کسی که در بستر مرگ است فهمیده نخواهد شد. پرستار که موظف است از لحاظ جسمی مواظب بیمار باشد میتواند کمک بسیار مؤثری در رفع نیازمندیهای روانی کسی که در بستر مرگ است بنماید. ولی متأسفانه در بسیاری از موارد این وظیفه یا فراموش میشود و یا احساس نمیشود. در بسیاری از جامعه‌ها که بیشتر جوانی و شادابی مورد توجه است اغلب به نیازمندیهای روانی بیماران سالخورده توجه نمیشود. علاوه بر این کسانی که در بیمارستان‌ها کار میکنند از قبیل پزشکان و پرستاران بیشتر اوقات با احساسی آسپخته با اضطراب و نگرانی و نا کاسی با بیمارانی که در بستر مرگ هستند روبرو میشوند. البته بوسیله قبول و درک بیشتر واقعیت مرگ میتوان از بروز

احساس ترس و اجتناب از فاصله گیری با بیمار مختصر جلوگیری نمود پزشک و پرستار تنها هنگامی میتوانند مریضی را که در بستر مرگ است از نظر روانی کمک کنند که خود درباره مرگ دید و وضع روانی مناسب داشته باشند. و اینکه تا چه حد پرستار میتواند در این وظیفه موفق بشود و مریضی که در حال مردن است از نظر روانی یاری نماید مربوط به وضع جسمی مریض است. با اینکه هر کسی بوضع خاصی با مرگ روبرو میشود ولی یک وضع روانی مشترک نسبت به مرگ در همه وجود دارد. بشر تنها موجودی است که راجع به مرگ و غایت آن می اندیشد و با اینکه افراد در زندگی تا حدی تصویری راجع به مرگ خود دارند ولی تجسم آن برایشان بسیار دشوار است تنها راهی که بوسیله آن میتوانند مرگ را تا اندازه ای مجسم کنند موقعی است که افراد بیهوش میشوند یا در حال اغماغ بسر میبرند. ولی در این مورد هیچ زمینه آزمایشی که بوسیله آن بتوان چیزی راجع به موضوع مرگ فهمید وجود ندارد فقط احساس غم ورنجی که بر اثر از هم گسیختن روابط عشق و محبتی که بین افراد موجود است تا حدی بما تجربه ای از مرگ میآورد. فریود عقیده داشت که هیچکس نمیتواند راجع به مرگ خود بیاندیشد و آنرا باور کند زیرا هر کس بطور نا هشیار معتقد بجاودانی بودن خود میباشد و چون تنها تجربه ای که شخص از مرگ میتواند پیش از مردن داشته باشد همانا از راه مشاهده دیگران است که در حال مرگ هستند شخص میکوشد که این تجربه را از زندگی خود قبل از مرگ حذف نماید.

گاردنرفی معتقد است که دست کم هفت نوع ترس راجع به مرگ وجود دارد: و چیزی که در همه این ترسها مشترک است این است که مرگ غایت زندگی و از بین رفتن قطعی است مرگ با از دست دادن اختیار از «خود» همراه است و این از دست دادن هشیاری موجب ترس شدیدی است. تنهایی عامل دیگری برای ترس از مرگ است زیرا مرگ باعث میشود که شخص از تمام کسانی که او را دوست دارند و او آنان را دوست دارد جدا شود علت عمده ترس از مرگ، ترس از چیز ناشی و مبهم است. و همچنین در بسیاری از جامعه ها ترس از عقوبت موقت یا دائمی پس از مرگ وجود دارد.

مطابق عقیده طرفداران مکتب روانکاوی علت دیگر ترس از مرگ ترسی است که بطور نا هشیار شخص از پوشیدن و جدا شدن اعضاء مختلف بدن خود دارد. علت این ترس ناشی از اینست که شخص بگذشته خود مینگرد و زندگی خود را سراسر شکست و ناکامی مینداند و ملاحظه می کند که به بسیاری از آرزوهای خود جامه عمل نپوشانده است. هنگام روبرو شدن با شخصی که در حال مرگ است علاوه بر این ترسهائی که ذکر شد باید بدونکته دیگر نیز توجه داشت:

نکته اول اینست که پایه و اساس شخصیت کسی که در حال سرگ است کم و بیش بر همان منوال سابق باقی است و از این جهت شخص همانطور که در زندگی دارای صفات و روشهای رفتاری مخصوص بخود بوده است هنگام سرگ هم بسیاری از این صفات و اختصاصات فردی را خواهد داشت. نکته دوم عبارت است از اینکه بسیاری از افراد با احساس شکست و ناکامی و عدم موفقیت با سرگ روبرو میشوند و چون ممکن است این احساس رفتار شخص را هنگام سرگ با نمونه‌های قبلی رفتار او متفاوت سازد باید توجه داشت که در این حالت آن عواملی که بطور هشیار وظیفه سراقبت را بهعهده داشتند دچار اختلال میشوند. مکرر دیده میشود مریضانی که وضع مزاجشان بدنیت درعالم خود فروسیر و نود راجع بزنگی و آینده خود می‌اندیشند ولی ارزشها و مقیاسهای مریضی که در بستر سرگ است با این مریضی که امید بزنگی دارد تفاوت زیاد دارد چون برای مریض در حال سرگ موضوع آینده دیگر مطرح نیست. بعضی از کسانی که در بستر سرگ هستند این واقعیت را که دیگر آینده‌ای برای آنان وجود نخواهد داشت با آراسی می‌پذیرند و میدانند که سرگ چیزی حتمی است و آنرا بمنزله پایان رنجهای زندگی تملتی میکنند و از این نظر با آراسی و سکون و سکوت با سرگ روبرو میشوند بعضی دیگر هنگامیکه در بستر سرگ هستند عنادها و تنفرها و کینه‌ها و دشمنیهای خود را آشکار میسازند و آثار آن در آشفته‌گی شدید و غضب آنان ظاهر میشود. دانیل کابن برای مطالعه درباره سرگ، وضع ۱۰۷ مریض را که در بستر سرگ بودند یا احتمال داشت هنگام جراحی بمیرند مورد مطالعه قرار داد. وضع زندگی اجتماعی و روانی هر کدام از این بیماران را مطالعه کرد و با هر کدام از آنان در بیمارستان مصاحبه بعمل آورد و اطلاعاتی درباره رؤیا و خیال‌بانی آنان بدست آورد. نتیجه این تحقیق در این بیماران نشان داد که موقع سرگ یک وسیله دفاع روانی مناسبی وجود ندارد و همچنین احساس و دفاع روانی مناسبی برای «خود» که در این موقع تحت فشار قرار گرفته است وجود ندارد بنابراین شخصی که در حال سرگ است باید همان وسایل دفاع روانی را که با آنها آشنا است بکار برد؛ و اکتشی که بیش از همه در این مریضها مشاهده میشد فرار از قبول واقعیت غیر قابل انکار سرگ بود. این قبیل مریضها در روز آخر عمر خود تازمانی که قادر بفکر کردن بودند میکوشیدند راجع بمرگ فکر نکنند - یکی دیگر از وسایل دفاعی که بکار میبردند و تا اندازه‌ای مؤثر هم واقع میشد دلیل تراشی بود. در بکار بردن این وسایل دفاع روانی بیشتر مریضها میکوشیدند که دقت و توجه خود را بطرف امور جسمی جزئی بی‌اهمیت بگردانند.

البته بیشتر اوقات این توجه با مور جزئی جسمی موجب ناراحتی پزشکان و پرستاران و خویشان مریض میشود در تحقیقی که فیغل کرد وضع روانی دو دسته از بیماران را مقایسه نمود:

یکدسته از بیماران مذهبی و دسته دیگر غیرمذهبی بودند. فیفل ملاحظه کرد که یک علت ترس و نگرانی بیماران غیرمذهبی راجع به چیزها و کسانی بود که از خود بجاسیگذاشتند نه - راجع بخودشان - درحالیکه درشخص مذهبی دونوع ترس وجود داشت یکی مربوط بپایان زندگی او در این جهان و دیگر مربوط باسکان عقوبت و عذاب او در جهان دیگر.

فیفل باین نتیجه رسید که حتی اعتقاد برستگاری ترس از مرگ را در مردم ازین نمیبرد صرف نظر از اینکه اعتقاد مذهبی بیمار راجع بمرگ چه باشد پرستار میتواند هنگام مرگ از نظر روانی به بیمار کمک کند تا با مشکلترین واقعیتی روبرو شود علاوه بر جنبه مذهبی و روانی مرگ که در واکنش بیمار نسبت بمرگ تأثیر دارند یک عامل دیگر که در این مورد تأثیر زیادی دارد جنبه روانی و نظر پزشکی و کسان دیگر در محیط بیمار است که تا حد زیادی در واکنش مریض نسبت بمرگ تأثیر دارد.

البته این مربوط به پزشکی است که بیمار راجع به وضع مزاجی خود تا چه حد باید اطلاع داشته باشد همانطور که کاپون در این مورد پیشنهاد کرده است تنها میزان و مقیاسی که بوسیله آن میتوان قضاوت کرد که آیا به بیمار باید حقیقت را راجع بوضع مزاجش گفت، آزره وضع شخصی و ارتباطی خود مریض است.

در موردی که بیمار از وضع خود اطلاع دارد پرستار وظیفه مهمی در مورد مشاهده و کمک به بیمار دارد.

در این مورد بیمار بیشتر به پرستار روی میآورد و او را محرم اسرار خود قرار میدهد چون ممکن است احساساتش مانع شود که اسرار خود را بخویشانش خود در میان بگذارد از طرفی پزشک هم کارش اغلب زیاد است و وقت ندارد. از اینجهت پرستار در موقعیتی است که میتواند بین بیمار و دکتر و خویشاوندان رابط باشد و اعتماد بیمار را جلب کند.

وظیفه مهم پرستار در این مورد اینست که نسبت بنشانها و آثار مرگ که ممکن است در بیمار پیدا شود حساس باشد. معمولاً نشانه های اولیه مرگ بصورت اشاره های مبهم و غیر مستقیم و گاهی خیالبافی ظاهر میشود. بعد از این مرحله بصورت اشاره های درباره اینکه در این زندگی بی هدف و بی فایده او تنها و یکه است، نه دیگر کسی با او علاقه دارد و نه او یکی در بیمار ظاهر میشود. اشاره های بعدی بصورتی مستقیم تر در بیمار ظاهر میشود در این مرحله اشاره ها بصورت اظهاراتی که تمام علاقه ها گسسته شده و کسالت و مرض هیچ نوع علاقه ای در بیمار باقی نگذاشته است ظاهر میشود و بالاخره در آخر کار با وجود تمایلی که همه کس حتی شخص در حال مرگ برای زنده بودن دارد بیمار بطور مستقیم یا غیر مستقیم میخواهد

زودتر راحت شود. تنها استثنائی که کاپن در این مورد ذکر میکند مربوط بهمرگهای غیر منتظره است در این مورد پرستار میتواند کمک مؤثری برای سریش باشد - پرستار باید به تقاضاهای مریض که در این مورد ناشی از انکار واقعیت مرگ است ترتیب اثر بدهد و باین وسیله او را کمک کند که براحتی بتواند از این وسیله دفاع روانی استفاده بکند. مکرر شنیده میشود که شخص هنگام مرگ بهمان واکنشهایی که در مراحل قبلی زندگی از خود نشان میداده برگشت میکند. بکار بردن این وسیله دفاعی اغلب باعث ناراحتی خویشاوندان شخصی که در بستر مرگ است میشود بعقیده کاپن بهترین حالت در هنگام مرگ اینست که شخص از نظر شخصیت «درونگرا» باشد.

ویلیام هنری در نظریه (گسیختگی روابط) در پیری باین مرحله خودخواهی هنگام مرگ اشاره میکند. هنگامیکه شخص تشخیص میدهد که زندگی اش تنزیهاً باخر رسیده است مرحله «گسیختگی روابط» فرا میرسد. ترس شدید از مرگ ایجاب میکند که شخص خود را که باوضع جدید که فاصله بیشتری با اجتماع پیدا کرده است تطبیق دهد. این عوامل و انتظار اینکه هنگام مرگ از دیگران جدا خواهد شد موجب میشود که شخص سالخورده دقت وتوجه خود را از عزیزان خود برگردانده ومتوجه خود وخاطرات گذشته خود بکند. این مرحله نیز باین ترتیب پایان مییابد که:

«... در آخر عمر شخص، بتمام ارتباطات شخص با سایرین لطمه میرسد و روابطش بطور کامل گسیخته میشود. در این موقع شخص از ارتباطات وعلائق آزاد شده و برای مردن آماده است و مرگ آخرین مرحله منطقی زندگی است...»

تمام وضعهای روانی درباره مرگ که در بالا بانها اشاره شد تا اندازه ای بشر را بتفکر راجع به مرگ وایسدارد.

هنگامیکه تفکر واستدلال راجع به مرگ دیگر مفید نباشد شخص بوسیله عبادت این شکاف بین مرگ وزندگی را کم میکند. بعقیده کارل یونگ بیشتر مذاهب در واقع بشر را برای روبرو شدن با مرگ آماده میکند وبدون این مرحله نهائی یعنی مرگ - زندگی معنی ومفهوم دیگری خواهد داشت در بسیاری از سوار اعتقادات مذهبی تنها منبع نیروی تسلی برای بیمار وخانواده اوست. البته با اینکه هیچوقت در این مورد نباید بمریض تحمیلی وارد آید ولی پرستار باید ستوجه باشد که در چه مواردی سریش احتیاج باین نیروی تسلی بخش دارد. البته در این مورد انگیزه ودفاعهای روانی شخصی که در حال مرگ است برای دعوت یکنفر که از نظر مذهبی بتواند بمریض کمک کند باید در نظر گرفته شود. حتی در سوار دیکه پرستار

اعتقادات مذهبی سریش را نمیداند میتواند با گرمی و صحبت این جنبه از زندگی بیمار را تقویت کند.

یکی از اشتباهات بزرگی که اغلب مرتکب میشوند ایشست که از لحاظ روانی سوانعی بین بیمار در حال مرگ و سایرین ایجاد میکنند. البته در این موقع باین اشکال برمیخورند که چگونه با چنین بیماری صحبت کنند و تصور میکنند درباره مرگ اثر خوبی ندارد در صورتیکه مطابق نتایجی که فیفل از تحقیقات خود گرفته است این قبیل بیماران بیشتر علاقه دارند از افکار و تصورات و احساسات خود درباره مرگ سخن بگویند در حالیکه اغلب اشخاصیکه اطراف آنان هستند باین آرزوی آنان توجه نمیکند.

هنگامیکه بیمار از وضع و سرانجام خود آگاه باشد و پرستار نیز این را میداند بهتر و آراستتر میتواند به بیمار کمک کند و باین ارتباط آزاد بهتر میتواند با بیمار راجع باین واقعیت غیر قابل انکار صحبت کند.

واقعیت همیشه با احساساتی آمیخته از جنبه های متفاوت همراه است و اشتیاق ظاهری بیمار درباره دانستن حقیقت و صحبت راجع بمرگ گاهی با میل و احساسات واقعی او مطابقت ندارد. با در نظر گرفتن تمام جنبه ها دوره مهم برای پرستار وجود دارد که میتواند بآن وسیله به بیمار در حال مرگ کمک کند. این توقعیت نباید کم اهمیت تلقی بشود. و اهمیت این جنبه ها فقط با حرف نباید برگذار شود بلکه در عمل هم باید به بیمار و اطرافیانش فهانده شود. اگر پرستار در این مورد خیلی خوشبین باشد بیمار بیشتر مشکوک میشود و بیشتر برای گرفتن جواب پرسشهای خود با فشاری میکنند و احساس میکند که باو نیرنگه بینزند و اعتمادش ازین سیرود ولی البته این راستی و درستی در صحبت کردن با بیمار در حال مرگ باید با گشاده رویی و امید همراه باشد. امید هرگز نباید زودتر از خود بیمار بعیرد خواه اینکه امید بهبودی باشد یا امید بخوشی و رستگاری فردا.... اگرچه اظهار امیدواری بطور لفظی ممکن است گاهی دشوار باشد ولی در این مورد پرستار میتواند با گوش دادن به توضیحاتی که از طرف خویشان بیمار داده میشود و هم چنین با انجام دادن وظایف خود درباره فراهم کردن وسایل راحتی جسمی بیمار و انمود کند که هنوز امیدواری قطع نشده است.

اغلب ممکن است که بیمار و یا اطرافیانش مرگ او را پیش بینی کرده باشند و این پیش بینی از یک طرف مربوط بوضع جسمی و مرض بیمار و از طرف دیگر مربوط بمیزان اطلاع بیمار و خویشانش از وضع مزاجی او است. گاهی این پیش بینی با انگیزه و وضع روانی مثبت نسبت بمرگ همراه است.

معمولاً پرستاران در دوران تحصیل پرستاری خود یاد میگیرند که چیزی که بیمار

درحال مرگ نباید بشنود درجلو او نگویند ولی دراینمورد میتوان گفت که شنوائی بیمار تا آخرین لحظات ادامه دارد. خویشاوندان بیمار باید ازوضع بیمار مطلع باشند مخصوصاً پرستاران باید متوجه این نکته باشند که نجوا کردن دراطراف بستریبیمار چه باخودشان و چه باخویشان ونزدیکان بیمار سبب میشود که بیمار وقوع پیش آمدی را پیش بینی کند و این امر سبب ایجاد ترس دراومیشود. واگرچه در بسیاری از موارد بیمار نمیتواند ترس ووحشت خودرا نشان دهد ولی این ترس ووحشت از نظر روانی لطمه زیادی باوسیزند.

بااینکه ممکن است بیمار درحال اغماء و ناعشیا باشد ولی باوجود این نباید تنها گذاشته شود احساس اینکه او را ترك ورها کرده وتنها گذاشته اند برای بیمار درحال مرگ بدتر وشدیدترین وناخوش ترین احساسی است که ممکن است هنگام مرگ وجود داشته باشد. دراین موقع است که پرستار میتواند برای تقویت بیمار از نظر روانی بسیار مؤثر واقع شود.

چون هنگام مرگ هرکسی خصوصیات فردی خود را حفظ میکند و تفاوتهای فردی دراین مورد نیز آشکار میشود دراین مورد برخلاف موقع تولد نوزاد نمیتوان دستور عمل معینی داد. ولی باسعی بیشتر برای فهمیدن این پدیده یعنی مرگ وداشتن یک وضع روانی مثبت درباره آن میتوان امیدوار بود که پرستار بتواند به بیمار درحال مرگ از نظر روانی کمک کند که بااین پدیده که در آخرین مرحله زندگی قرارداد روبرو شود.

«... اینکه پرستار میتواند به بهترین وجه از بیمار در بستر مرگ مراقبت کند و بداند که چه بکند و بگوید که برای بیمار و خویشانش راحتی وجرات فراهم آورد اگر سوختن بزرگی نباشد لافل و دیعه کمیابی است.

ورشایت خاطری که از انجام این وظیفه مشکل فن پرستاری بدست میآید بهترین پاداش برای کوششهای پرستار در راه انجام دادن وظایف اوست...»

BIBLIOGRAPHY

1. Aronson, Gerald J., «Treatment of the Dying Person,» in THE MEANING OF DEATH, PP. 251- 258, edited by Herman Feifel, Mc Graw-Hill Book Company, Inc., New York, 1959.
2. Cappon, Daniel, «The Dying,» PSYCHIATRIC QUARTERLY 33 : 465 - 489, July, 1959.
3. Cumming, Elaine, and Henry, William E., GROWING OLD :

THE PROCESS OF DISENGAGEMENT, Basic Books Co., New York, 1961
293 pp.

4. Doane, Joseph C., «Our Service to the Dying», THE AMERICAN JOURNAL OF NURSING 38 : 1189 - 1190, November, 1938.

5. Feifel, Herman, «Attitudes toward Death in Some Normal and Mentally Ill Populations», in THE MEANING OF DEATH, pp. 114- 130 , Edited by Herman Feifel, McGraw - Hill Book Company, Inc., New York, 1959.

6. Freud, Sigmund, CIVILISATION, WAR AND DEATH, The Hogarth Press, London, 1953, 118 pp.

7. Goetz, Harriet, «Needed : A new Approach to Care of the Dying», RN 25 : 60-62, October, 1962.

8. Hocking, William Ernest, THE MEANING OF IMMORTALITY IN HUMAN EXPERIENCE, Harper and Bros., New York, 1957, 263 pp.

9. Hutschnecker, Arnold A., « personality Factors in Dying Patients », in THE MEANING OF DEATH, pp. 237 - 250, Edited by Herman Feifel, McGraw - Hill Book Company, Inc. New York, 1959.

10. Jung, Carl G., « The Soul and Death », in THE MEANING OF DEATH, pp. 3-15, Edited by Herman Feifel, McGraw - Hill Book Company, Inc., New York, 1959.

11. Kasley, Virginia W., «As Life Ebbs», THE AMERICAN JOURNAL OF NURSING 38:1191 - 1198, November, 1938.

12. Murphy, Gardner, «Discussion», in THE MEANING OF DEATH, pp. 317-340, Edited by Herman Feifel, McGraw - Hill Book Company, Inc., New York, 1959.

13. Norris, Catherine M., «The Nurse and the Dying Patient», THE AMERICAN JOURNAL OF NURSING 55:1214 - 1217, October, 1955.