



Α.Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδας
Σχολή: ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ: Νοσηλευτικής

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Εισηγητής:
Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία
Καθηγήτρια

Επιμέλεια:
Γκόλφη Μαρία
Φοιτήτρια

Πάτρα 2014

Ευχαριστίες

Με την διεκπεραίωση της πτυχιακής μου εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτρια μου κ. Παπαδημητρίου για την καθοδήγηση της με τις πολύτιμες συμβουλές της και την ψυχολογική υποστήριξη καθώς επίσης και την οικογένεια μου...

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
Πρόλογος.....	6
Εισαγωγή	8

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο : Εισαγωγή στην ΜΕΘ.

1.1	Γενικά στοιχεία για την ΜΕΘ.....	12
1.2	Ορισμός	13
1.3	Ιστορική αναδρομή.....	13
1.4	Η Αναγκαιότητα και η χρησιμότητα της ΜΕΘ.....	15
1.5	Πλεονεκτήματα της ΜΕΘ.....	16
1.6	Μειονεκτήματα της ΜΕΘ.....	18
1.7	Ενδείξεις και αντενδείξεις εισαγωγής των ασθενών.....	19

Κεφάλαιο 2^ο : Οργανωτικό πλαίσιο των ΜΕΘ.

2.1	Είδη Μονάδων Εντατικής Θεραπείας.....	22
2.2	Κατασκευαστικές αρχές.....	24
2.2.1	Θέση της ΜΕΘ στο νοσοκομείο.....	24
2.2.2	Μέγεθος ΜΕΘ.....	25
2.2.3	Χώροι της ΜΕΘ.....	26
2.2.4	Αποθηκευτικοί χώροι.....	28
2.3	Εγκαταστάσεις	30
2.4	Εξοπλισμός.....	31

Κεφάλαιο 3^ο : Φιλοσοφία και αρχές ΜΕΘ.

3.1	Ο ρόλος του προσωπικού υγείας στη ΜΕΘ.....	35
-----	--	----

3.1.1	Ο ρόλος του ιατρικού προσωπικού.....	35
3.1.2	Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού.....	37
3.1.3	Ο ρόλος των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας.....	40
3.2	Οι συγκρούσεις μεταξύ ιατρών-νοσηλευτών στη ΜΕΘ.....	41
3.3	Πρωτόκολλα και Κατευθυντήριες οδηγίες.....	43

Κεφάλαιο 4^ο : Ηθικά και Νομικά ζητήματα.

4.1	Αρχές βιοηθικής	46
4.2	Ηθικά διλήμματα.....	48
4.3	Λήψη ηθικών αποφάσεων.....	52
4.4	Συγκρούσεις κατά την λήψη αποφάσεων.....	55
4.5	Ιατρική Ματαιότητα.....	56
4.6	Προκαταβολικές οδηγίες.....	58
4.7	Εντολές μη αναζωογόνησης (DNR)	60
4.8	Συγκράτηση ή απόσυρση της θεραπείας.....	63
4.8.1	Σταδιακή προσέγγιση.....	63
4.8.2	Σχεδιασμός Θεραπείας.....	65
4.8.3	Απόσυρση μέτρων υποστήριξης.....	66
4.9	Η εφαρμογή της αποκλιμάκωσης.....	67
4.10	Η Ιατρική Δεοντολογία για τα ηθικά ζητήματα.....	69
4.11	Η Νοσηλευτική δεοντολογία για τα ηθικά ζητήματα.....	70

Κεφάλαιο 5^ο : Εγκεφαλικός θάνατος.

5.1	Έννοιες σχετικά με τον εγκεφαλικό θάνατο, τον κλινικό θάνατο και τη φυτική κατάσταση.....	73
5.2	Ο ορισμός του εγκεφαλικού θανάτου.....	74
5.3	Προσδιορισμός των αιτιών του εγκεφαλικού θανάτου.....	75
5.4	Λειτουργίες που έχουν παρατηρηθεί σε «εγκεφαλικά νεκρούς» ασθενείς.....	76
5.5	Προϋποθέσεις διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου.....	77
5.5.1	Απαραίτητες προϋποθέσεις και συνθήκες διάγνωσης.....	78
5.5.2	Διαδικασία πριν από την διάγνωση.....	79
5.6	Κλινικά κριτήρια διάγνωσης.....	80

5.7	Εργαστηριακός και ηλεκτροφυσιολογικός έλεγχος του εγκεφάλου.....	84
5.8	Καταστάσεις που μπορούν να δημιουργήσουν σύγχυση και δυσκολίες στη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου.....	86
5.9	Τυπικό διαδικασίας διάγνωσης.....	87

Κεφάλαιο 6^ο: Δωρεά οργάνων στη ΜΕΘ.

6.1	Δωρεά οργάνων και μεταμοσχεύσεις.....	92
6.2	Ο ρόλος της ΜΕΘ στη δωρεά οργάνων.....	95
6.3	Η προσέγγιση της οικογένειας στο πλαίσιο δωρεάς οργάνων.....	96
6.4	Η επικοινωνία προσωπικού-ασθενή κατά το τέλος ζωής στη ΜΕΘ.....	101
6.5	Νομοθετικές διατάξεις για δωρεά οργάνων στην Ελλάδα	102
6.6	Νομοθετικές διατάξεις για δωρεά οργάνων στην Ευρώπη.....	105
6.6	Ο νέος νόμος για την δωρεά οργάνων.....	107

Κεφάλαιο 7^ο: Διλήμματα και προβληματισμοί που αφορούν άμεσα τον ασθενή.

7.1	Τα διλήμματα των μεταμοσχεύσεων.....	111
7.2	Διλήμματα στο τέλος της ζωής.....	114
7.3	Τα δικαιώματα των ασθενών.....	117
7.4	Το ηθικό δίλημμα της απεργίας.....	121
7.5	Ο ασθενής και η αλήθεια στη ΜΕΘ.....	122

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Υλικό και μέθοδος.....	127
Αποτελέσματα.....	131
Συμπεράσματα- Συσχετίσεις.....	170
Συζήτηση.....	185
Συμπεράσματα.....	191
Προτάσεις.....	192
Περίληψη.....	193
Summary.....	195
Βιβλιογραφία.....	196
Παράρτημα.....	207

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας αποτελούν τα πιο λειτουργικά τμήματα ενός νοσοκομείου καθώς υποστηρίζουν και θεραπεύουν βαριά πάσχοντες ασθενείς με την βοήθεια εξειδικευμένου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και με την βοήθεια του τεχνολογικού εξοπλισμού. Με την ανάπτυξη της τεχνολογίας δόθηκε η δυνατότητα στην εντατική θεραπεία να παρέχει στους ασθενείς υψηλή ποιότητα φροντίδας αλλά και κάποιες φορές παράταση της διαδικασίας του θανάτου

Πολλές φορές όμως στις Μονάδες αυτές, η παρουσία του θανάτου είναι έντονη και προβλέψιμη παρ' όλες τις επιθετικές προσβάσεις που μπορεί να γίνονται από το προσωπικό. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι γιατροί και οι νοσηλευτές να είναι ιδιαίτερα εκτεθειμένοι σε στρεσογόνους παράγοντες και ευάλωτοι στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης λόγω των συναισθηματικών απαιτήσεων της εργασίας τους. Έτσι οι γιατροί και οι νοσηλευτές συχνά καλούνται να λάβουν αποφάσεις για τις οποίες θα πρέπει να ενημερωθεί ο ασθενής και το οικογενειακό του περιβάλλον.

Η παροχή πληροφοριών θα πρέπει να είναι άμεση και ειλικρινής προς τους συγγενείς του, ιδιαίτερα όταν καλούνται και αυτοί να συμμετέχουν σε αποφάσεις που καθορίζουν την πορεία της κατάστασης του ασθενούς. Μέσα λοιπόν από αυτήν την διαδικασία στους χώρους των ΜΕΘ συχνά αναδύονται και ανακύπτουν προβλήματα με ηθικό και νομικό περιεχόμενο τα οποία συνήθως οφείλονται από την εξέλιξη της τεχνολογίας.

Μερικά από τα ηθικά και νομικά προβλήματα είναι ο καθορισμός του κατάλληλου χρόνου λήξης της θεραπείας, η διακοπή της μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής, ο προσδιορισμός του σημείου εκείνου όπου η κατάσταση του ασθενούς θεωρείται μη αναστρέψιμη, η προτεραιότητα εισαγωγής των ασθενών στη ΜΕΘ ανάλογα με τη νόσο τους και η σωστή εκτίμηση της ανάγκης ή μη του ασθενούς για εντατική θεραπεία. Για τους ιατρούς, τα ηθικά διλήμματα που μπορεί να προκύψουν είναι η μη κλιμάκωση ή απόσυρση της αγωγής έναντι της ευθανασίας, η μη κλιμάκωση έναντι απόσυρσης της αγωγής, τα κοινά ή τα υπερβολικά θεραπευτικά μέσα, η αρχή του διπλού αποτελέσματος καθώς και οι εντολές μη αναζωογόνησης DNR (do not resuscitate).

Σύμφωνα λοιπόν και με τα παραπάνω, τα ηθικά διλήμματα δημιουργούνται όταν οι ιατροί και οι νοσηλευτές έρχονται σε συγκρούσεις με τους ασθενείς και το οικογενειακό τους περιβάλλον για θέματα που αφορούν τη θεραπεία που θα ακολουθηθεί και θα πραγματοποιηθεί. Το πιο σημαντικό όμως που πρέπει να τονιστεί δεν είναι η σύγκρουση που

δημιουργείται μεταξύ προσωπικού και συγγενών για την θεραπεία αλλά κατά πόσο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θα παρέχει την κατάλληλη ποιοτική και αποτελεσματική φροντίδα στον ασθενή που τον χρειάζεται, αλλά και κατά πόσο υποστηρίζει το επάγγελμα του, το οποίο θα πρέπει να μην επηρεάζεται από οικονομικούς, προσωπικούς, θρησκευτικούς και πολιτισμικούς παράγοντες.

Όλα αυτά λοιπόν θα πρέπει να στηρίζονται στον γνώμονα των ηθικών αρχών οι οποίες θα πρέπει να έχουν ως στόχο την ευεργεσία του ασθενούς, να μην του προκαλέσουν βλάβη, να αντιμετωπίζονται όλοι οι ασθενείς δίκαια και φυσικά να σέβονται κάθε απόφαση του η οποία μπορεί και να είναι αντίθετη με τα προσωπικά πιστεύω των επαγγελματιών υγείας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με την πάροδο του χρόνου και την γρήγορη εξέλιξη και ανάπτυξη της τεχνολογίας οι ΜΕΘ κατάφεραν να αποτελέσουν το κέντρο κάθε νοσηλευτικού ιδρύματος και να εδραιώσουν τη θέση τους μέσα σε αυτό ως αναπόσπαστο, πολυδιάστατο και πολυεπιστημονικό ιατρονοσηλευτικό πεδίο. Η στελέχωση της από ένα καταξιωμένο προσωπικό ιατρών και νοσηλευτών με επιστημονική κατοχυρωμένη νοσηλευτική φροντίδα πάνω σε καταστάσεις που χρήζουν λεπτό προς λεπτό θεραπευτική αντιμετώπιση την ανυψώνουν ως μια πολύτιμη και αυστηρώς απαραίτητη μονάδα που δεν πρέπει να απουσιάζει από κανένα νοσοκομείο της χώρας.

Η επίτευξη του στόχου της ΜΕΘ για παροχή εξατομικευμένης εντατικής φροντίδας σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς αποτελεί καθοριστικό κίνητρο για την συλλογική συνεργασία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Ωστόσο στη διάρκεια της αντιμετώπισης ασθενειών με οξεία απειλητικά νοσήματα, όπως ασθενεί που εμφανίζουν απειλητικά σύνδρομα έκπτωσης ενός ή περισσότερων οργάνων εξαιτίας νόσου ή επέμβασης δημιουργούνται ηθικά και νομικά διλήμματα. Αυτά καλούνται να τα επιλύσουν ιατροί και νοσηλευτές προκειμένου να παρέχουν την καλύτερη δυνατή θεραπεία για τον ασθενή που κινδυνεύει η ζωή του και αφήνεται στα χέρια τους.

Η βασική αιτία δημιουργίας τέτοιων διλημάτων είναι η ραγδαία ανάπτυξη της νέας τεχνολογίας η οποία έρχεται αντιμετώπιη με τις βασικές ηθικές αρχές του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Συγκεκριμένα καταλογίζονται σε επίπεδο θρησκείας, φιλοσοφίας, προσωπικής δεοντολογίας, δικαιοσύνης, αγαθοεργίας, σεβασμού, αυτονομίας ασθενούς και αρχή μη πρόκλησης της βλάβης.

Έτσι λοιπόν, καθίσταται σαφές ότι μέσα στο κλάδο της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης στην διάρκεια της επαγγελματικής πορείας ιατρών και νοσηλευτών ότι θα δημιουργηθούν ηθικά διλήμματα τα οποία θα τους φέρουν σε δυσμενή θέση. Η καθημερινή επαφή με ασθενείς βαρέων περιστατικών θα επιφορτίζει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αφού θα καλείται να λάβει τις προτελευταίες αποφάσεις που θα αφορούν την διακοπή ή τη συνέχεια θεραπευτικής αγωγής σε κατάσταση ασθενούς με μη αναστρέψιμη κατάσταση.

Επιπρόσθετα η προτεραιότητα εισαγωγής ασθενών με κριτήρια τη νόσο ή την ηλικία, η ευθανασία, η δωρεά οργάνων, οι εντολές μη αναζωογόνησης καθώς και η απεργία ως δικαίωμα κάθε εργαζόμενου καθιστά σαφές ότι το άγχος, η πίεση, ο φόβος, η λύπη κ.α. θα είναι συναισθήματα που συνυπάρχουν μέσα τους και τους αναγκάζουν να λαμβάνουν αποφάσεις προκειμένου να δοθεί μια άμεση λύση στην παρούσα φάση, εφόσον δεν υπάρχει

καμία άλλη επιλογή. Η εσωτερική τους πάλη για το τι είναι καλό ή κακό, σωστό ή λάθος προστατεύεται εν μέρει από τον κώδικα δεοντολογίας ο οποίος καθορίζει τις βασικές ηθικές αρχές που τους δεσμεύουν στο τι πρέπει και τι δεν πρέπει να πράττουν.

Ωστόσο σε κάθε περίπτωση η λήψη οποιαδήποτε απόφασης μπορεί να έχει προσωπικό η επαγγελματικό κόστος αφού και στις δύο περιπτώσεις ο ιατρός-νοσηλευτής θεωρείται υπεύθυνος και μπορεί ή να νιώθει ο ίδιος τύψεις, ενοχές ή να υπάρξει δικαστική δίωξη για αμέλεια και σωματική βλάβη σε ασθενή στον οποίο έδωσε εσφαλμένη εντολή θεραπείας. Παράλληλα αυτό θα μπορούσε να δημιουργήσει συγκρούσεις με συγγενείς ή άλλους συναδέλφους οι οποίοι θα επιρρίψουν ευθύνες στους ιθύνοντες ιατρούς- νοσηλευτές, δημιουργώντας τους περισσότερη συναισθηματική ένταση και κάνοντας τους δύσκολη την απόφαση για το τι πρέπει να κάνουν στη συνέχεια.

Από όλα τα παραπάνω απορρέει το συμπέρασμα ότι τα ηθικά διλήμματα δεν θα σταματήσουν να υπάρχουν στον χώρο της ΜΕΘ. Ωστόσο ιατροί οι οποίοι αποφασίζουν για τη ζωή του ασθενούς αλλά και οι νοσηλευτές που ακολουθούν τις οδηγίες των ιατρών θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί στη λήψη μιας απόφασης. Η μελέτη και η ορθή πρόβλεψη θεραπείας ενός ασθενούς με στόχο την ύψιστη φροντίδα σε συνδυασμό με τις αποφάσεις του ασθενούς αλλά και της οικογένειάς του, θα συμβάλλουν στην ελάττωση ηθικών-νομικών διλημάτων και θα παρέχουν περισσότερα θετικά αποτελέσματα στη ΜΕΘ αποδεικνύοντας το επαγγελματικό καθήκον που διακατέχει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Ο ρόλος των ηθικών-νομικών διλημάτων παρόλο που στην ουσία δημιουργεί προβλήματα στους ιατρούς και τους νοσηλευτές, εντούτοις είναι σημαντικός γιατί συμβάλλει στη διεκπεραίωση ενός επιστημονικού έργου με λιγότερα φάσματα λαθών και περισσότερες επιτυχίες. Τέλος η κοινή προσπάθεια αποφυγής λανθασμένων ιατρικών αποφάσεων επισφραγίζει την σωστότερη και συντονισμένη λειτουργία του συστήματος του χώρου της ΜΕΘ.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Εισαγωγή στη Μ.Ε.Θ (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας)

1.1 Γενικά στοιχεία για την ΜΕΘ.

Η αλματώδης ανάπτυξη της τεχνολογίας και η καλύτερη κατανόηση των φυσιολογικών μηχανισμών έχουν επιτρέψει σήμερα την υποστήριξη βαρέων ασθενών στις ΜΕΘ, ενώ πριν μερικά χρόνια οι ασθενείς αυτοί θεωρούνταν καταδικασμένοι σε θάνατο.

Οι ΜΕΘ με την πάροδο του χρόνου, έγιναν το κέντρο κάθε νοσηλευτικού ιδρύματος αποκτώντας αυτονομία. Συγκεκριμένα η ειδικότητα της εντατικολογίας τόσο για την ιατρική όσο και για την νοσηλευτική επέφερε μια ολιστική προσέγγιση του ασθενούς, αναιρώντας το πρότυπο της αυστηρά συστηματικής προσέγγισης.^{1,2}

Οι ΜΕΘ σε οποιοδήποτε νοσηλευτικό ίδρυμα και σε οποιαδήποτε χώρα, αποτελούνται από το εκλεκτότερο προσωπικό, έναν πυρήνα ιατρών και νοσηλευτών με αναπτυγμένη κριτική πάνω στην επείγουσα νοσηλευτική φροντίδα. Η εφαρμογή παραδοσιακών ιατρικών πράξεων από τους νοσηλευτές, αποτελεί πλέον απαίτηση των καιρών. Ωστόσο για μερικούς αυτό θεωρείται επιπρόσθετη δουλειά, επιβάρυνση και άγχος λόγω έλλειψης γνώσης, δεξιοτήτων και αυτοπεποίθησης για την σωστή και επιστημονικά κατοχυρωμένη νοσηλευτική πράξη.²

Οι σχέσεις ιατρών-νοσηλευτών μέσα στους χώρους των ΜΕΘ δεν ακολουθούν την πρακτική της εφαρμογής των ιατρικών οδηγιών και μόνο, αλλά είναι και μια αμφίδρομη επαγγελματική και συναισθηματική σχέση, που κτίζεται πάνω σε σταθερά θεμέλια, όπως τους γρήγορους ρυθμούς της δράσης, τη συλλογική αντιμετώπιση προβλημάτων, την χαρά της επιτυχίας ή την πίκρα της αποτυχίας.^{1,2}

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας γενικά αποτελεί ένα πολυδιάστατο και πολυεπιστημονικό Ιατρικό-Νοσηλευτικό πεδίο, που ασχολείται με ασθενείς οι όποιοι βρίσκονται ή μπορεί να περιπέσουν σε απειλητικά σύνδρομα έκπτωσης ενός ή περισσότερων οργάνων, εξαιτίας νόσου ή επέμβασης.

Αυτοί οι κίνδυνοι και αυτές οι καταστάσεις χρήζουν λεπτό προς λεπτό θεραπευτική αντιμετώπιση ή εισαγωγή για εντατική παρακολούθηση στη ΜΕΘ, όπου μπορεί να εξασφαλιστεί ένα ανώτερο επίπεδο φροντίδας. Έτσι λοιπόν, στη Μ.Ε.Θ λαμβάνουν μέρος σύνθετες ιατρικές- νοσηλευτικές παρεμβάσεις και διεργασίες με την βοήθεια εξειδικευμένου προσωπικού και τεχνολογικού εξοπλισμού.²

Από τα παραπάνω καθίσταται σαφές ότι η Εντατική Θεραπεία είναι κλάδος της ιατρικής και της νοσηλευτικής επιστήμης που ασχολούνται κυρίως με την αντιμετώπιση των ασθενών με οξεία απειλητικά νοσήματα και έχει ως στόχο να προσφέρει ποιότητα στην φροντίδα.¹

1.2 Ορισμός ΜΕΘ.

Η μονάδα εντατικής θεραπείας είναι ένας χώρος στον οποίο εισέρχονται οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς με αναστρέψιμες βλάβες στην υγεία τους. Οι ασθενείς αυτοί παρακολουθούνται σε 24ωρη βάση και αντιμετωπίζονται εντατικά και αδιάλειπτα από γιατρούς, νοσηλευτές και από άλλους ειδικά εκπαιδευμένους φυσιοθεραπευτές, χρησιμοποιώντας υψηλής τεχνολογίας μηχανήματα και εξαιρετικά πολύπλοκες τεχνικές.

Οι στόχοι της ΜΕΘ είναι:

- Παροχή εξατομικευμένης εντατικής φροντίδας και νοσηλείας σε ασθενείς με δυνητικά αναστρέψιμες βλάβες
- Παροχή εντατικής φροντίδας και υποστήριξης σε ασθενείς με διακοπή ή ανεπάρκεια ενός ζωτικού οργάνου.
- Παροχή εντατικής νοσηλείας με σκοπό την παρακολούθηση και την πρόληψη επιπλοκών μετά από μεγάλη χειρουργική επέμβαση.³

1.3 Ιστορική αναδρομή.

Η Ιστορία των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) με την απαρχή της νέας χλιετίας συμπληρώνει πορεία 50 χρόνων. Η Florence Nighngale περιέγραψε πρώτη τα πλεονεκτήματα που θα μπορούσαν να υπάρξουν με την δημιουργία εντελώς αυτόνομων χώρων μέσα στο νοσοκομείο για την αναγνώριση ασθενών που είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση.³

Η σκέψη για συνεχή παρακολούθηση του καρδιακού ρυθμού, της αναπνευστικής συχνότητας και των αναπνευστικών ήχων εμφανίστηκε μεταξύ του 1980 και 1910 αντίστοιχα σε Γερμανία και ΗΠΑ. Στην πραγματικότητα, οι Lawen και Sievers, οι οποίοι εργάζονταν κοντά στο διάσημο καθηγητή Trendelenburg στο Leipzig, το 1910 περιέγραψαν έναν αναπνευστήρα καθορισμένου όγκου, ο οποίος δούλευε με ηλεκτρικό μοτέρ και μπορούσε να υποστηρίξει αναπνευστικά αρρώστους που υποβάλλονταν σε θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις. Έτσι την δεκαετία του 1930 στη Γερμανία δημιουργήθηκαν και οργανώθηκαν οι πρώτες μονάδες ανάνηψης από την εγχείρηση και την αναισθησία από τους χειρουργούς F.Sauerbruch και M.Kushner.^{3,4}

Το 1929 στη Βοστώνη, ο μηχανικός Philip Drinker και οι γιατροί Louis Shaw και Charles Mckhan εισήγαγαν τον πρώτο αναπνευστήρα αρνητικής πίεσης. Έτσι το 1932 ο παιδίατρος James Wilson εγκατέστησε τέσσερα κρεβάτια υποστήριξης με αναπνευστήρες αρνητικής πίεσης στο Children's Boston Hospital (ίσως την πρώτη ΜΕΘ).⁴

Έπειτα με την εμφάνιση της επιδημίας της πολιομυελίτιδας το 1950 στη Βόρεια Αμερική και την ανάγκη για αυξημένη παροχή φροντίδας και νοσηλείας, είχε ως αποτέλεσμα την δημιουργία και την αρχή λειτουργίας των ΜΕΘ. Με την αίτηση του ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, ο αντίστοιχος Ελβετικός προσέφερε αναπνευστήρες, ιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό με τη συμμετοχή Δρ. Σαπφούς Μαγκριώτη. Εκείνη με την σειρά της, ύστερα από τρίχρονη πορεία και μαθητεία στην εντατική αναπνευστική υποστήριξη αρρώστων, ίδρυσε το πρώτο κέντρο αναπνευστικής υποστήριξης στο νοσοκομείο νοσημάτων Θώρακος «Σωτηρία» στην Αθήνα.³

Το 1958 περίπου το 25% των Δημόσιων νοσοκομείων της Αμερικής με δυναμικότητα άνω των 300 κλινών νοσηλείας αναφέρεται ότι είχαν ιδρύσει ΜΕΘ μέσα από τις οποίες παρείχαν αυξημένη φροντίδα και σε ασθενείς με Στεφανιαία νόσο. Ιδιαίτερα σημαντικό παρουσιάζεται το γεγονός ότι το 1969 ιδρύεται η Αμερικανική Οργάνωση Νοσηλευτών Εντατικής Θεραπείας (The American Association of Critical Care Nurses AACN) και οι νοσηλευτές αρχίζουν να εμπλέκονται πλέον στην νοσηλεία ασθενών στις ΜΕΘ (140 μέλη).^{5,6}

Στη συνέχεια ιδρύθηκε και στην Ελλάδα η πρώτη γενική ΜΕΘ στο Λαϊκό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών το 1978 από το Δρ. Μπίλαλη ενώ ο πρώτος Νοσηλευτικός Τομέας Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, ιδρύεται μόλις το 1996 υπό την αιγίδα του Εθνικού Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτών Ελλάδας (ΕΣΔΝΕ).³

Ακόμα κατά την δεκαετία του 1960-1970 δημιουργήθηκαν οι μονάδες εμφραγμάτων ενώ το 1970-1980 άρχισαν να αναγνωρίζονται οι λοιμώξεις, η σήψη, η σηπτική καταπληξία καθώς και η βαρύτητα των εκδηλώσεων τους και τέλος το 1990 το ενδιαφέρον της εντατικής θεραπείας στράφηκε στην παθοφυσιολογική αντιμετώπιση του συνδρόμου της πολλαπλής οργανικής ανεπάρκειας.⁵

Επίσης πρόσφατα αναπτύχθηκαν και οι Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) στα νοσοκομεία, οι οποίες έχουν ως κύριο στόχο να παρέχουν παρατεταμένη εντατική φροντίδα σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν οξείες διαταραχές των ζωτικών τους λειτουργιών χωρίς όμως να απαιτείται η εισαγωγή τους, στην εντατική θεραπεία.⁷ Η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Θεραπείας μετά από σχετική μελέτη, εκτίμησε ότι οι πραγματικές ανάγκες σε κρεβάτια Μ.Ε.Θ. των νοσοκομείων που εφημερεύουν είναι 4% επί των συνολικών κρεβατιών για τα επαρχιακά νοσοκομεία και πάνω από 10% των συνολικών για τα περιφερειακά ή τα πανεπιστημιακά.⁷

Ο συγκερασμός των παραπάνω διαπιστώσεων μας κάνει να συνειδητοποιήσουμε πως σήμερα η εντατική θεραπεία αποτελεί ξεχωριστή ειδικότητα με ευρύ φάσμα νοσημάτων,

τα οποία έχουν ως κοινό παρανομαστή τη μεγάλη βαρύτητα, την εμφάνιση επιπλοκών και την απειλή της ζωής. Κατά συνέπεια καθίσταται σαφές ότι η ίδρυση νέων Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και η ανάπτυξη των ήδη υπάρχουσών ήταν κοινωνική απαίτηση των προηγμένων λαών.

1.4 Η αναγκαιότητα της Μ.Ε.Θ στα νοσοκομεία.

Παλαιότερα συνήθιζαν να νοσηλεύουν της βαρέως πάσχοντες, σε κοινούς θαλάμους με της υπόλοιπους ασθενείς. Έτσι πολλοί από της ασθενείς της γίνονταν συχνά μάρτυρες καταστάσεων όπου αντιμετωπιζόταν ακόμα και ο θάνατος. Αυτά τα δεδομένα και πολλά άλλα νοσηλευτικά προβλήματα οδήγησαν στην ανάγκη, αυτή η κατηγορία των αρρώστων να τοποθετείται μακριά από τους άλλους είτε σε μικρούς θαλάμους κοντά στο γραφείο των νοσηλευτών είτε για στενότερη παρακολούθηση σε απομακρυσμένο θάλαμο που ονομαζόταν απομόνωση.⁸

Εμβασύνοντας στη δεύτερη περίπτωση, όπου οι ασθενείς μεταφέρονταν στην απομόνωση, πρέπει να αναφερθεί ότι συχνά έμεναν ξεχασμένοι, εγκαταλελειμμένοι και αβοήθητοι λόγω φόρτου εργασίας των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού ή λόγω έλλειψης ειδικών γνώσεων. Ύστερα από σοβαρές μελέτες αποδείχτηκε ότι ορισμένοι απ' της (της βαρέως πάσχοντες ασθενείς) θα μπορούσαν να ζήσουν και να δραστηριοποιηθούν, εάν της παρεχόταν εντατική εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα.⁸ Τέτοιου είδους μελέτες σε συνδυασμό με της γενικότερες εμπειρίες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού οδήγησαν στην δημιουργία και την οργάνωση της εντατικής μονάδας με της εξής κυριότερους στόχους:

1. Να διαφύγει τον κίνδυνο ο ασθενής στον οποίο βρίσκεται. Να προληφθεί δηλαδή και να περιορισθεί το Shock, προσφέροντάς του την καλύτερη δυνατή ποιοτική και ποσοτική ιατρονοσηλευτική φροντίδα.
2. Να προληφθούν και να περιοριστούν στο ελάχιστο οι επιμολύνσεις και οι διάφορες της επιπλοκές που μπορούν να έχουν ως αποτέλεσμα πιθανές αναπηρίες. Μια τέτοιου είδους πρόληψη συντελεί ώστε να είναι δυνατός ο περιορισμός του χρόνου νοσηλείας και φυσικά η μείωση του προβλεπόμενου κόστους.
3. Να επουλωθούν τα τραύματα σε σύντομο χρονικό διάστημα με της λιγότερες δυνατές παραμορφώσεις και να αποκατασταθεί η λειτουργικότητα των αρθρώσεων κατά τον καλύτερο τρόπο. Σ' αυτή την κατηγορία των ασθενών υπάγονται για παράδειγμα άτομα

με κατάγματα αρθρώσεων ή εγκαύματα που όταν επιμολυνθούν δημιουργούνται παραμορφώσεις.

4. Να διατηρηθεί η πνευματική, η ψυχική και η σωματική ισορροπία του ασθενούς.

5. Να επανεταχθεί ο ασθενής το συντομότερο δυνατό στο κοινωνικό σύνολο και να γίνει ξανά λειτουργικός και αποδοτικός στο επάγγελμά του καθώς και της διάφορες κοινωνικές δραστηριότητες.

6. Να μειωθεί το κόστος νοσηλείας χωρίς να μειωθεί η ποιότητα της νοσηλείας.^{8,9}

Για όλους της παραπάνω λόγους, απορρέει το συμπέρασμα ότι η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας θα πρέπει να υπάρχει σε κάθε νοσοκομείο και να αποτελεί ένα κατάλληλο εξοπλισμένο και στελεχωμένο τμήμα του, το οποίο θα είναι προσηλωμένο στην αντιμετώπιση ασθενών με απειλητικά για την ζωή νοσήματα, βαριές κακώσεις ή επιπλοκές.

Κλείνοντας θα αποτελούσε σοβαρή παράλειψη να μην τονιστεί ότι η ΜΕΘ θεωρείται από της περισσότερους ως την μονάδα που μπορεί να σώσει της ζωές πολλών ατόμων επειδή είναι εξοπλισμένη με συσκευές συνεχούς παρακολούθησης των ασθενών και αποτελεσματικής υποστήριξης των οργάνων και συστημάτων της (αναπνοή, κυκλοφορία, νεφρική λειτουργία, θρέψη) που βρίσκονταν υπό ανεπάρκεια.^{9,10}

1.5 Πλεονεκτήματα της ΜΕΘ.

Η ΜΕΘ μπορεί να δώσει παράταση στη διαδικασία θανάτου των ασθενών με μια ειδική χορηγηθείσα αγωγή η οποία θα προσφέρει ελπίδες για την πιθανότητα επιβίωσης των ασθενών που μέχρι πρότινος θεωρούνταν καταδικασμένοι.

Η θέση της είναι απαραίτητη σε κάθε νοσοκομείο της χώρας επειδή συγκεντρώνει όλους τους βαρέως πάσχοντες ασθενείς διευκολύνοντας έτσι το έργο του νοσηλευτικού προσωπικού και των άλλων τμημάτων του νοσοκομείου. Επιπρόσθετα παρέχει άμεση και διαρκή περίθαλψη από ειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για τους ασθενείς, ενώ συγχρόνως για το ίδιο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό γίνεται η αιτία για την παροχή δημιουργίας εξαιρετικών συνθηκών εκπαίδευσης για τους ίδιους, αφού εφαρμόζουν πλήθος πολύπλοκων νοσηλευτικών και θεραπευτικών μεθόδων.^{2,11}

Παράλληλα η προώθηση της εφαρμοσμένης και ελεγχόμενης κλινικής έρευνας συμβάλει στη δημιουργία πολύπλευρης και πολυδύναμης νοσηλείας, παρέχοντας έτσι μια σφαιρική αντιμετώπιση της κατάστασης των ασθενών. Επιπλέον η άμεση θεραπευτική

πράξη αποδεικνύει ότι εφαρμόζονται εργαστηριακά και πειραματικά ευρήματα στους ασθενείς.

Συμπληρωματικά αξίζει να σημειωθεί στα πλεονεκτήματα της ΜΕΘ, ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται συνέχεια σε εγρήγορση και επαγρύπνηση για πρώιμες εκδηλώσεις δυσλειτουργίας των άλλων οργανικών συστημάτων, για εκδήλωση επιπλοκών από τη θεραπεία, για πιθανές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των φαρμάκων και για άλλα προειδοποιητικά φαινόμενα.^{10,11}

Ακόμα τόσο οι γιατροί όσο και οι νοσηλευτές κάνουν συχνή και τακτική ανασκόπηση όλων των πληροφοριών, όπως αλλαγές στα συμπτώματα, στα αντικειμενικά σημεία, στα εργαστηριακά δεδομένα και στις πληροφορίες που αποκτούνται από την παρακολούθηση των διάφορων συστημάτων. Η σχολαστικότητα και η προσοχή στις λεπτομέρειες είναι ουσιαστική για την πρόληψη ή την πρώιμη παρέμβαση σ' ένα νέο πρόβλημα που πιθανόν μπορεί να δημιουργηθεί.¹⁰

Εκτός από τα παραπάνω αξίζει να αναφερθεί ότι οι ΜΕΘ διαθέτουν πρωτόκολλα και κατευθυντήριες οδηγίες, τα οποία μπορούν να συμβάλλουν στην βελτίωση των αποτελεσμάτων, καθώς λειτουργούν ως αντίβαρο στη έλλειψη πρακτικών οδηγιών. Ο ιατρός- διευθυντής, το ιατρικό προσωπικό, το νοσηλευτικό προσωπικό και οι άλλοι επαγγελματίες του χώρου της υγείας, μπορεί να εξασφαλίσουν την ομοιομορφία της φροντίδας ή την καταγραφή όλων των οδηγιών. Τα πρωτόκολλα μπορεί να λάβουν διαφορετικές μορφές και η φροντίδα του ασθενούς στη Μ.Ε.Θ μπορεί να βελτιωθεί από την ανάπτυξη τους.^{11,12}

Καταλήγοντας δεν θα πρέπει να παραληφθεί το γεγονός ότι συγκεντρώνουν και συγχρόνως μπορούν να αποσβέσουν λόγω συνεχούς και όχι ευκαιριακής χρήσης ακριβοτεχνολογικό εξοπλισμό.¹¹

1.6 Μειονεκτήματα της ΜΕΘ.

Οι ασθενείς που εισάγονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας βρίσκονται αντιμέτωποι με απειλητικές καταστάσεις για την ζωή τους τόσο σε επίπεδο οργανικό όσο και σε επίπεδο ψυχολογικό. Για τον λόγο αυτό το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό καθώς και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται εκεί χρησιμοποιούν τον τεχνολογικό εξοπλισμό και τις εξειδικευμένες γνώσεις τους κάνοντας υπέρμετρες προσπάθειες για την εξασφάλιση ενός ποιοτικού επίπεδου φροντίδας. Σε κάθε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας δημιουργούνται μειονεκτήματα, τα οποία προκύπτουν μέσα από λειτουργικές αδυναμίες που αναπτύσσονται στο χώρο αυτό.^{2,11}

Συγκεκριμένα η ίδρυση και η λειτουργία των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας σε κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα απαιτεί υψηλό κόστος. Το γεγονός ότι απουσιάζουν από αρκετά νοσοκομεία της χώρας οι ΜΕΘ αποδεικνύει ότι η παραπάνω άποψη είναι αληθινή και τεκμηριωμένη.

Οι λόγοι που οι ΜΕΘ απαιτούν υψηλό κόστος ανάπτυξης και λειτουργίας είναι ότι θα πρέπει να παρέχεται υπεύθυνη και συνεχή κατ' αποκλειστικότητα ιατρική παρουσία. Οι νοσηλευτές που θα εργάζονται εκεί θα πρέπει να έχουν αντιστοίχιση προς τους ασθενείς 1/1 έως 1/3 καθ' ολη την διάρκεια του 24ώρου(στην πραγματικότητα όμως δεν συμβαίνει αυτό διότι παρατηρείται έλλειψη προσωπικού και η αντιστοίχιση είναι 1/5).^{2,3}

Ακόμα θα πρέπει να διοργανώνεται ένα συστηματικό-συνεχές και υψηλού επιπέδου εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τους ιατρούς και τους νοσηλευτές που εργάζονται στην ΜΕΘ, ώστε να ενημερώνονται για τις εξελίξεις της τεχνολογίας και της επιστήμης. Σε όλα τα παραπάνω προστίθενται ότι θα πρέπει να υπάρχουν πολλοί βοηθητικοί χώροι, πολυδύναμος τεχνικός εξοπλισμός για προωθημένη διερεύνηση και αντιμετώπιση του προβληματικού ασθενούς(αναπνευστική προσπάθεια, αεροδυναμικό monitoring κ.α.). Βέβαια όσον αφορά τον τεχνικό εξοπλισμό θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι παρασκευαστές εργαστηρίων και οι τεχνικοί θα πρέπει συνεχώς να καλύπτουν τον χώρο της Μ.Ε.Θ για τυχόν αδυναμίες.^{10,12}

Επιπρόσθετα στη ΜΕΘ παρουσιάζονται προβλήματα ιατρικής αρμοδιότητας και παρατηρείται αδρή παρουσία επιστημονικού κινήτρου για τους νοσηλευτές στα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου με αποτέλεσμα να υπάρχει διαφοροποίηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας. Ωστόσο οι βαριές συνθήκες του προσωπικού και η τάση για υπερθεραπεία του ασθενούς μπορούν να συμπεριληφθούν στα μειονεκτήματα των ΜΕΘ, διότι στις υπέρμετρες προσπάθειες γιατρών- νοσηλευτών να προσφέρουν την κατάλληλη

θεραπεία στον ασθενή (αυξάνοντας τη δόση για την αντιμετώπιση άλγους) μπορεί να τον οδηγήσουν σε πολύ σοβαρές επιπλοκές ακόμα και στον θάνατο. Αυτή η περίπτωση, μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι μια αποτυχία των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στην ΜΕΘ.^{2,11,12}

Στον ίδιο άξονα προβληματισμού τοποθετείται και ο κίνδυνος διασποράς των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων ο οποίος σημαντικός γιατί χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και παρακολούθηση^{10,11}

Εν κατακλείδι θα πρέπει να σημειωθεί ότι στην ΜΕΘ υπάρχει η υποκατάσταση της έννοιας της επιβίωσης του ασθενούς με εκείνης της τεχνικά και φυσικά δυνατής ποιότητας ζωής. Αυτό βέβαια έχει να κάνει με τα τεράστια φιλοσοφικά-ηθικά-νομικά διλήμματα που δημιουργούνται καθημερινά στη Μ.Ε.Θ και που αφορούν την ποιότητα ζωής (αυτοεξυπηρέτησης) αυτών που επιβιώνουν. Πιο συγκεκριμένα οι επαγγελματικές-προσωπικές-θηρσκευτικές πεποιθήσεις των γιατρών-νοσηλευτών έρχονται σε αντιπαράθεση (σύγκρουση) με τις αποφάσεις-επιθυμίες των ασθενών και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να προκύπτουν ηθικά προβλήματα που σε κάποιες περιπτώσεις είναι δύσκολο να επιλυθούν και να προπεραστούν.¹²

1.7 Ενδείξεις και αντενδείξεις στη ΜΕΘ.

Οι κλίνες ΜΕΘ συνήθως είναι περιορισμένες σε αριθμό και οι εισερχόμενοι ασθενείς θα πρέπει να εκτιμώνται συχνά. Για τον λόγο αυτό η επιλογή των ασθενών θα πρέπει να έχει κυρίως ιατρική προοπτική και δευτερεύον ηθική, νομική ή φιλοσοφική. Ομοιότροπα σχεδιάστηκαν και οι Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) στις οποίες ένα ποσοστό ασθενών υποβάλλονται μόνο σε διαγνωστικές μελέτες και σε παρακολούθηση των φυσιολογικών μεταβλητών. Οι ΜΑΦ αποτελούν μια αρκετά αποτελεσματική, εναλλακτική λύση της νοσηλείας σε ΜΕΘ και δημιουργήθηκαν για να νοσηλεύουν ελαφρότερα περιστατικά, τα οποία όμως έχουν ανάγκη αυξημένης παρακολούθησης και φροντίδας.^{7,11,13}

Σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας οι κύριες ενδείξεις που απαιτούν την εισαγωγή των ασθενών στη ΜΕΘ είναι:

- Τα κόματα κάθε είδους (από νευρολογικές, ενδοκρινολογικές μεταβολικές ή άλλες αιτίες)
- Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
- Η οξεία νεφρική ανεπάρκεια

- Το Shock κάθε τύπου
- Οι δυνητικά θανατηφόρες αρρυθμίες
- Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές (διαταραχές πήξης, περιτονίτιδα, παγκρεατίτιδα, αιμορραγίες από το γαστρεντερικό κ.α.)
- Η σήψη
- Η οξεία νεφρική ανεπάρκεια
- Οι βαριές διαταραχές ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας
- Τα εγκαύματα
- Οι καρδιοχειρουργικοί ασθενείς (τα πρώτα 24ωρα)
- Το Οξύ Έμφραγμα Μυοκαρδίου
- Οι οξείες δηλητηριάσεις
- Το status epilepticus
- Οι πολυτραυματίες
- Οι βαριές μορφές εμβολής.^{14,15}

Σε αντιδιαστολή όλων των παραπάνω παραμέτρων χρειάζεται να επισημανθεί ότι υπάρχουν ορισμένες κατηγορίες ασθενών που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση και η διατήρηση της ζωής τους με κάθε μέσο μετατρέπει την ΜΕΘ σε χώρο βασανισμού, για τους ίδιους. Φυσικό επακόλουθο μιας τέτοιας κατάστασης είναι να στερείται ο ασθενής το δικαίωμα ενός ανώδυνου και αξιοπρεπούς θανάτου και να μην του εξασφαλίζονται οι προοπτικές για μια ανεκτή ζωή. Γίνεται λοιπόν άμεσα αντιληπτό ότι αυτές οι περιπτώσεις δεν πρέπει να διακομίζονται στη ΜΕΘ.^{11,15}

Ενδεικτικά παραδείγματα της παραπάνω διαπίστωσης αποτελούν:

- Τα τελικά στάδια χρόνιας αναπνευστικής ανεπάρκειας
- Οι εγκεφαλικές βλάβες με βαριές διαταραχές των κέντρων των ζωτικών λειτουργιών
- Οι καρκινοπαθείς στα τελικά στάδια
- Ο εγκεφαλικός θάνατος (εκτός εάν οι ασθενείς πρόκειται να γίνουν δωρητές οργάνων).¹¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Οργανωτικό πλαίσιο των ΜΕΘ

2.1 Είδη Μονάδων Εντατικής Θεραπείας.

Οι ανάγκες της Εντατικής Θεραπείας δημιουργούν ένα εντελώς διαφορετικό οργανωτικό πλαίσιο λειτουργίας από τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου. Όλα τα βαριά και σοβαρά περιστατικά όλων των ειδικοτήτων, που έχουν έκπτωση ζωτικών λειτουργιών, αλλά με πιθανότητα επιβίωσης, μεταφέρονται και νοσηλεύονται σ' ένα ενιαίο χώρο, την ΜΕΘ. Η ΜΕΘ αποτελεί ένα κατάλληλα διαμορφωμένο, εξοπλισμένο και στελεχωμένο τμήμα το οποίο παρέχει εντατική παρακολούθηση, συστηματική υποστήριξη, έγκαιρη διάγνωση και αιτιολογική θεραπεία. Για την καλύτερη λειτουργία των ΜΕΘ έχουν διατυπωθεί και εφαρμοστεί κανόνες ώστε να διαθέτουν συνεχή εικοσιτετράωρη και άμεση ετοιμότητα σε προσωπικό και εξοπλισμό.^{2,16}

Για την οργάνωση, την ανάπτυξη και την λειτουργία μιας ΜΕΘ θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν κατά κύριο λόγο τα είδη της ΜΕΘ, τα οποία διακρίνονται σε πολυδύναμες ή γενικές ΜΕΘ, σε ειδικές ΜΕΘ και σε Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ).^{2,11}

Οι πολυδύναμες ή γενικές ΜΕΘ είναι οι κλινικές που έχουν την δυνατότητα να νοσηλεύουν ασθενείς όλων των ειδικοτήτων. Ο τύπος αυτός των μονάδων προσφέρεται για τη συνολική κάλυψη του νοσοκομείου, ανεξάρτητα από το εάν υπάρχουν ειδικές Μονάδες. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας μια πολυδύναμη ΜΕΘ πρέπει να λειτουργεί ως ανεξάρτητο τμήμα στο νοσοκομείο, να είναι στελεχωμένη με εξειδικευμένο προσωπικό και να έχει τη δυνατότητα εκτίμησης, παρακολούθησης και θεραπείας βαρέων πασχόντων ασθενών με πρόσβαση σε εξειδικευμένη και ορθολογιστική θεραπεία.^{18,19} Ο κατακερματισμός σε επιμέρους μονάδες (χειρουργικές, παθολογικές, κ.τ.λ.) έχει αποδειχτεί ότι προσθέτει μεγαλύτερο κόστος λειτουργίας και συχνά διπλασιάζει τον απαιτούμενο εξοπλισμό.¹⁷

Κάτω από αυτές τις προϋποθέσεις κρίνεται αποφασιστικής σημασίας η διάκριση των ΜΕΘ σε επίπεδα I, II και III, ανάλογα με το είδος του νοσοκομείου που καλύπτουν. Ο διαχωρισμός αυτός έχει στόχο τον περιορισμό των δαπανών εξοπλισμού και λειτουργίας των ΜΕΘ. Σε μικρά νοσοκομεία, όπου νοσηλεύονται απλά περιστατικά δεν χρειάζονται ΜΕΘ με πολυσύνθετα, αλλά με βασικά μέσα υποστήριξης, απλής παρακολούθησης και αυξημένης φροντίδας. Αντίθετα στις περιπτώσεις ειδικών και σπάνιων περιστατικών για τα δεδομένα ενός μικρού νοσοκομείου, γίνεται η μεταφορά των ασθενών σε μεγαλύτερα κέντρα τα οποία προσφέρουν οικονομία και περισσότερη ασφάλεια για την υγεία τους.²

Οι ΜΕΘ επιπέδου I καλύπτουν μικρά τοπικά νοσοκομεία και παρέχουν την δυνατότητα νοσηλευτικής και ηλεκτροκαρδιογραφικής παρακολούθησης σε συνεχές επίπεδο. Η άμεση καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση είναι δυνατή, αλλά παρέχουν μηχανική υποστήριξη της αναπνοής βραχείας διάρκειας (λιγότερο των 24 ωρών).¹⁸

Οι ΜΕΘ επιπέδου II αφορούν μεγαλύτερα νοσοκομεία (τριτοβάθμιας περίθαλψης) και μπορούν να παρέχουν μεγαλύτερης διάρκειας μηχανική αναπνοή και η παρουσία ιατρού, ικανού να αντιμετωπίσει κάθε έκτατο περιστατικό, καλύπτει όλο το 24ωρο. Η παθολογική, η φυσιοθεραπευτική και η ακτινολογική υποστήριξη είναι δυνατή ανά πάσα στιγμή. Συνήθως δεν παρέχουν σύνθετους τύπους υποστήριξης (π.χ. θεραπεία διύλισης) ή επεμβατικής παρακολούθησης (π.χ. monitoring ενδοκράνιας πίεσης) και ειδικής διερεύνησης (π.χ. μαγνητική τομογραφία). Κάποιες φορές όμως είναι δυνατόν να υποστηρίζουν ειδικές περιπτώσεις, ανάλογα με τον τύπο του νοσοκομείου.²

Οι ΜΕΘ επιπέδου III είναι οι μονάδες των τεταρτοβάθμιων νοσοκομείων που καλύπτουν όλο το φάσμα της Εντατικής Θεραπείας. Οι μονάδες αυτές διαθέτουν όλο τον απαραίτητο εξοπλισμό για την αντιμετώπιση των συνήθων περιστατικών του νοσοκομείου. Καλύπτονται από εξειδικευμένο ιατρικό, νοσηλευτικό, παραϊατρικό και τεχνικό προσωπικό το οποίο προσφέρει τη δυνατότητα μεθόδων σύνθετης διαγνωστικής και θεραπευτικής υποστήριξης και κάλυψης από όλες τις ειδικότητες ανά πάσα στιγμή.^{17,18}

Όσον αφορά τις ειδικές ΜΕΘ που υπάρχουν στα νοσοκομεία αυτές συνήθως δέχονται και νοσηλεύουν περιορισμένο, αλλά ειδικό φάσμα περιστατικών. Ανάλογα με το είδος των περιστατικών αυτών, διακρίνονται σε Μονάδες Εμφραγμάτων, Μεταμοσχεύσεων, Εγκαυμάτων

Αποσυμπίεσης, Νεογνών, Καρδιοχειρουργικές και Στεφανιαίες.¹⁷

Η σπουδαιότητα των μονάδων αυτών υπαγορεύεται από το ιδιαίτερο αντικείμενο τους, από την αναγκαιότητα της απομόνωσης ορισμένων περιπτώσεων, αλλά και από τις ιδιαίτερες τοπικές ανάγκες και εξειδικευμένες υπηρεσίες που προσφέρει το νοσοκομείο.

Ως κατακλείδα μπορεί να αναφερθεί ότι μια μεγάλη κατηγορία των ΜΕΘ οι οποίες νοσηλεύουν πιο ελαφρά περιστατικά σε σχέση με τις υπόλοιπες, είναι οι Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ), οι οποίες θα μπορούσαν να αποτελούν τον τύπο της ΜΕΘ επιπέδου I. Αυτές έχουν ως κύριο στόχο να παρέχουν παρατεταμένη εντατική φροντίδα σε ασθενείς που ανταπεξέρχονται στις οξείες διαταραχές των ζωτικών τους λειτουργιών χωρίς όμως να απαιτείται η εισαγωγή τους, στην εντατική θεραπεία. Ωστόσο για την

στελέχωση τους οι απαιτούμενες εξειδικευμένες γνώσεις δεν είναι της τάξεως της ΜΕΘ επιπέδου II ή III, αλλά απαιτούνται οι βασικές γνώσεις επείγουσας πρακτικής. Ο εξοπλισμός τους συνήθως περιλαμβάνει μηχανήματα παρακολούθησης και στοιχειώδους υποστήριξης.^{7,12}

Παράλληλα ο όρος «Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας» έχει επικρατήσει να χρησιμοποιείται για τμήματα που δημιουργήθηκαν σε νοσοκομεία, τα οποία διαθέτουν ΜΕΘ –κοινού νοσηλευτικού τμήματος ή και αντίθετα. Την οργάνωση και την λειτουργία την επεδίωξαν και την ανέλαβαν οι ίδιες οι ΜΕΘ. Ο σκοπός τους ήταν να αυξηθεί η ευελιξία της ΜΕΘ στη διακίνηση ασθενών ή να εξασφαλιστεί ένας προθάλαμος για νοσηλεία στη ΜΕΘ σε περιστατικά των κλινικών, που υπάρχει η υποψία σοβαρών επιπλοκών.^{7,11}

Ασθενείς της ΜΕΘ που παραμένουν σε κάποιο κίνδυνο, π.χ. μειωμένο επίπεδο συνείδησης, τραχειοστομία, χρονίζουσα καρδιακή και αναπνευστική ανεπάρκεια, πολύπλοκα θεραπευτικά σχήματα και αυξημένες ανάγκες φυσιοθεραπείας, μπορούν να μεταφέρονται στη ΜΑΦ για περαιτέρω νοσηλεία. Έτσι εξοικονομείται χώρος, προσωπικό και εξοπλισμός.²

2.2 Κατασκευαστικές αρχές

2.2.1 Θέση της ΜΕΘ στο Νοσοκομείο

Σε κάθε νοσοκομείο που υπάρχει ΜΕΘ, νοσηλεύεται ένας μεγάλος αριθμός βαρέων πασχόντων ασθενών, οι οποίοι κατά την διάρκεια της παραμονής τους, μπορεί να εμφανίσουν σοβαρές επιπλοκές– προβλήματα που χρειάζονται άμεση παρακολούθηση και αντιμετώπιση. Για τον λόγο αυτό η ΜΕΘ στο νοσοκομείο θα πρέπει να βρίσκεται σε σημείο από το οποίο θα παρέχεται η δυνατότητα για εύκολη επικοινωνία και πρόσβαση με το χειρουργείο, με το τμήμα επειγόντων περιστατικών, με τα απεικονιστικά εργαστήρια καθώς και με τις υπόλοιπες Μονάδες του νοσοκομείου.^{2,11}

Στις περιπτώσεις που αυτό δεν είναι εφικτό θα πρέπει να λαμβάνονται στοιχειώδη μέτρα της πιο απρόσκοπτης, κατά το δυνατόν, επικοινωνίας με αυτά τα τμήματα. Οι μετακινήσεις των ασθενών της ΜΕΘ είναι κατά κανόνα επικίνδυνες. Έτσι θα πρέπει να είναι διαθέσιμα την οποιαδήποτε στιγμή, συστήματα και μηχανήματα που θα μεταφέρουν τον ασθενή στα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου. Ωστόσο κατά την μεταφορά τους με

τα μηχανήματα οι ασθενείς θα συνοδεύονται από προσωπικό το οποίο θα είναι σε εγρήγορση και ετοιμότητα να αντιμετωπίζει οποιοδήποτε πρόβλημα παρουσιαστεί. Οι διάδρομοι, οι πόρτες, οι ανελκυστήρες κλπ. θα πρέπει να είναι λειτουργικοί σε μια τέτοια κατεύθυνση.¹⁹

Καταληκτικά πρέπει να αναφερθεί ότι η θέση της ΜΕΘ διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σε ένα νοσοκομείο καθώς θεωρείται ότι συμβάλλει στην καλή έκβαση του ασθενούς, όταν προκύψει κάποιο πρόβλημα-επιπλοκή κατά την νοσηλεία του, διότι έχει καλή επικοινωνία και πρόσβαση με άλλα τμήματα.¹² Επίσης η διάταξη αυτή πέρα από την προφανή της αναγκαιότητα, έχει το μεγάλο πλεονέκτημα της οικονομίας σε τεχνικό εξοπλισμό και στη γενικότερη υποδομή, καθώς ορισμένα μηχανήματα (π.χ. ακτινολογικά, αερίων αίματος, κλπ.) μπορούν να χρησιμοποιούνται από περισσότερες μονάδες.^{2,20}

2.2.2 Μέγεθος ΜΕΘ

Οι κλινικές ΜΕΘ είναι περιορισμένες σε αριθμό και οι εισερχόμενοι ασθενείς εκτιμώνται συχνά. Απαραίτητη προϋπόθεση για να είναι μια Μονάδα αποδοτική, είναι να διαθέτει ορισμένο αριθμό κρεβατιών. Ο αριθμός των κρεβατιών της ΜΕΘ σε ένα νοσοκομείο κυμαίνεται σε 4-10% του συνολικού αριθμού.⁸

Σύμφωνα με κάποιες οικονομοτεχνικές μελέτες έδειξαν ότι ΜΕΘ με λιγότερο από 6 κρεβάτια, καθώς και εκείνες με πληρότητα μικρότερη από 70% είναι οικονομικά ασύμφορες. Μεγάλες Μονάδες, άνω των 20 κρεβατιών, διευθύνονται πιο δύσκολα. Η οργάνωση όμως των μονάδων αυτών σε υποτμήματα, με κάποια σχετική αυτονομία μεταξύ τους, έχει αποδείξει ασύγκριτα πλεονεκτήματα.^{20,21}

Η ΜΕΘ γενικά πρέπει να διαθέτει ευρυχωρία ώστε να επιτυγχάνεται εύκολη πρόσβαση στον ασθενή. Ο χώρος για κάθε κρεβάτι πρέπει να είναι 5-10 τ.μ. και η ύπαρξη ορισμένων δωματίων των 10-15 τ.μ. είναι αναγκαία για περιπτώσεις μεταδοτικών λοιμώξεων. Η περιοχή των ασθενών πρέπει να εκτείνεται σε ανοικτή μεγάλη επιφάνεια με φυσικό φως, κεντρικό νοσηλευτικό σταθμό με σωστή αρχιτεκτονική ώστε να διευκολύνεται η νοσηλευτική παρακολούθηση.²

Κάθε κρεβάτι είναι εξοπλισμένο με αναπνευστήρες, καρδιοσκόπια (μόνιτορς), συσκευές αναρρόφησης, 2 παροχές πεπιεσμένου αέρα, 3 παροχές οξυγόνου, αρκετές πρίζες, μηχανισμούς και θέσεις ανάρτησης μηχανικών συσκευών με τέτοιο τρόπο ώστε να μην εμποδίζεται η νοσηλεία. Άλλα τμήματα της ΜΕΘ περιλαμβάνουν χώρους εργαστηρίου, βιβλιοθήκης, ανάπαυσης, συλλογής ακαθάρτων ειδών κ.ά.^{2,12,20,22}

Η δαπάνη σε εξοπλισμό ανά ασθενή είναι σαφώς μικρότερη, ενώ η διακίνηση των ασθενών είναι μεγαλύτερη. Σοβαρά και βαριά περιστατικά που υπάρχουν στις μονάδες, δημιουργούν ιδιαίτερα κακή εντύπωση, πράγμα που προκαλεί κατάθλιψη και απογοήτευση στους εργαζόμενους. Βέβαια η εικόνα αυτή, επικρατεί στις μικρές ΜΕΘ. Αντίθετα οι μεγάλες ΜΕΘ προσφέρουν περισσότερες ευκαιρίες στην εκπαίδευση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και συναισθήματα αισιοδοξίας και ικανοποίησης.²¹

2.2.3 Χώροι της ΜΕΘ

Η ΜΕΘ είναι μια γεωγραφική ξεχωριστή οντότητα μέσα στο νοσοκομείο και έχει ελεγχόμενη είσοδο. Το κύριο χαρακτηριστικό της είναι η συγκέντρωση ενός μεγάλου αριθμού εργαζομένων σ' ένα μικρό σχετικά χώρο που πραγματοποιούν πληθώρα ιατρικών και νοσηλευτικών πράξεων με τη βοήθεια εξειδικευμένου τεχνολογικού εξοπλισμού.^{11,12} Έτσι απαραίτητη προϋπόθεση κατά τον σχεδιασμό της ΜΕΘ αποτελεί να λαμβάνονται υπ' όψιν:

- Οι οδοί διακίνησης του υλικού, καθαρού ή ακάθαρτου
- Ο περιορισμός των διαδρόμων του προσωπικού
- Η ευχέρεια στην κίνηση προς τον ασθενή
- Η δυνατότητα μετακίνησης του ασθενούς με το κρεβάτι του, μαζί με τον εξοπλισμό υποστήριξης αλλά και το ορθοπεδικό υλικό σταθεροποίησης
- Η δυνατότητα διακίνησης ογκωδών μηχανημάτων (π.χ. φορητό ακτινολογικό)
- Ο σεβασμός της προσωπικότητας του ασθενούς
- Ο άπλετος φωτισμός ημέρας των νοσηλευτικών χώρων με την δυνατότητα να βλέπει ο ασθενής έξω
- Η δυνατότητα μεταφοράς του ασθενούς από κρεβάτι σε κρεβάτι ή από κρεβάτι σε φορείο κατά την είσοδο ή την έξοδο του
- Η προφύλαξη των ασθενών του προσωπικού και των χώρων εντός και εκτός ΜΕΘ από την ακτινοβολία, τη ραδιενέργεια ή τα αέρια πτητικών υγρών
- Η αναγνώριση ψυχολογικής αποφόρτισης των συγγενών.²⁰

Επίσης η είσοδος των επισκεπτών και του κοινού πρέπει να είναι ξεχωριστή από εκείνη του προσωπικού και του υλικού. Η ολική επιφάνεια της ΜΕΘ πρέπει να είναι κατά

2,5-3 φορές μεγαλύτερη από τον χώρο που αφιερώνεται στη νοσηλεία των ασθενών. Ο χώρος νοσηλείας των ασθενών πρέπει να είναι κατά το ελάχιστο 25m² τα μονόκλινα δωμάτια και 20m² για τα κοινά δωμάτια.²⁴ Το βασικό σχήμα για τα μονόκλινα και τα κοινά δωμάτια πρέπει να είναι ορθογώνιο και να υπάρχει τουλάχιστον 2,5m² διάδρομος για την κυκλοφορία πίσω από την περιοχή εργασίας. Οι πόρτες πρέπει να έχουν μεγάλο εύρος, ώστε να επιτρέπουν με ευκολία την διέλευση ενός κρεβατιού με τα εξαρτήματα του.²³

Παράλληλα τα μονόκλινα δωμάτια νοσηλείας προορίζονται για ασθενείς που πρέπει να προφυλαχτούν από λοιμώξεις ή να απομονωθούν σαν σηπτικοί. Ωστόσο αυτό αποτελεί σημαντική προϋπόθεση και για τα κοινά δωμάτια, για να περιορίζουν την μετάδοση των μικροβίων.²³

Σημαντικό είναι, επίσης τα κρεβάτια να σχεδιάζονται με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτρέπουν στους ασθενείς που επικοινωνούν να μην ενοχλούνται από τα οξέα συμβάντα (συναγερμούς αρρυθμιών, ηλεκτρικές ανατάξεις και καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση) άλλων ασθενών και να εξασφαλίζεται ο σεβασμός της ανάγκης τους για απομόνωση. Το κρεβάτι του ασθενούς θα πρέπει στις ιδανικές συνθήκες να είναι προσανατολισμένο ώστε έτσι να βλέπει έξω από το παράθυρο. Γενικά συνίσταται να μην υπάρχει οπτική επαφή μεταξύ των ασθενών.²³

Έπειτα ο ασθενής θα πρέπει να είναι συνεχώς κάτω από οπτική παρακολούθηση για να διευκολύνεται η αναγνώριση αλλαγών στην κατάσταση του και να παρακολουθείται η εφαρμογή των θεραπευτικών πράξεων. Αυτό μπορεί να γίνει από τον κεντρικό νοσηλευτικό σταθμό, ο οποίος διαθέτει μεγάλα ανοίγματα παραθύρων και γυάλινες πόρτες αλλά καλύτερα μπορεί να επιτευχθεί από τον υπεύθυνο νοσηλευτή του θαλάμου. Ο κεντρικός νοσηλευτικός σταθμός συνήθως παρακολουθεί περιορισμένο αριθμό ασθενών και στις μεγάλες Μονάδες συνίσταται η λειτουργία περισσότερων σταθμών (1/5-8 κρεβάτια). Ακόμα στο χώρο αυτό υπάρχει το απαραίτητο υλικό επικοινωνίας, καταγραφών, φαρμάκων, παρασκευής διαλυμάτων, νιπτήρες κλπ.^{2,20}

Σε μια ΜΕΘ, βασική προϋπόθεση αποτελεί η ελεύθερη πρόσβαση στο κρεβάτι. Όλες οι παροχές πρέπει να είναι κατανοητές στα δυο πλάγια του κρεβατιού κατά τέτοιο τρόπο ώστε να μην παρενοχλείται η νοσηλεία του ασθενούς. Θα πρέπει, επίσης να εξασφαλίζεται επαρκής πρόσβαση στο κεφάλι του κρεβατιού για ενδοτραχειακή διασωλήνωση, ανάνηψη και καθετηριασμό κεντρικών φλεβών. Ο παρακλινικός εξοπλισμός, όπως οθόνες παρακολούθησης διαφόρων παραμέτρων, αναπνευστήρες,

αντλίες αναρρόφησης, αντλίες χορήγησης φαρμάκων, και άλλα μηχανήματα θα πρέπει να τοποθετούνται σε ράφια που θα επιτρέπουν εύκολα και γρήγορα την χρήση τους.²³

Συνοψίζοντας, πρέπει να τονιστεί ότι η συνεργασία των ενδιαφερόμενων μερών της ιατρικής, της νοσηλευτικής και της τεχνικής υπηρεσίας του νοσοκομείου με τον κατασκευαστικό φορέα αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση κατά τον σχεδιασμό των Μονάδων.

2.2.4 Αποθηκευτικοί Χώροι

Σε κάθε ΜΕΘ είναι βασικό να υπάρχει ένας χώρος αποθήκευσης έξω από τις περιοχές των ασθενών. Οι αποθηκευτικοί χώροι πρέπει να βρίσκονται σε σημείο που θα επιτρέπεται η εύκολη πρόσβαση των νοσηλευτών και των ιατρών, σε μια απόσταση το πολύ 30m από τα κρεβάτια και γενικά να είναι προσπελάσιμες από την περιοχή των ασθενών και από την οδό ανεφοδιασμού της Μ.Ε.Θ.^{11,23}

Οι χώροι αυτοί αποτελούνται από την:

- Αποθήκη αναλώσιμου υλικού (5m²/κλίνη). Σε αυτήν βρίσκονται φάρμακα, ενδοφλέβια διαλύματα, διαλύματα ολικής παρεντερικής διατροφής, αποστειρωμένο και μη υλικό καθώς επίσης διατίθεται και ψυγείο για την φύλαξη φαρμάκων.
- Αποθήκη για μόνιμο εξοπλισμό (5m²/κλίνη). Στον χώρο αυτό αποθηκεύονται μόνο μηχανήματα που είναι έτοιμα για χρήση. Επίσης θα πρέπει να έχει πάγκο εργασίας, ηλεκτρικές παροχές, παροχές ιατρικών αερίων και νιπτήρα.
- Αποθήκη για εξοπλισμό μεταφοράς και επείγουσων καταστάσεων.

Ο εξοπλισμός της μεταφοράς και της αντιμετώπισης επείγουσων καταστάσεων περιλαμβάνει:

1. Βαλιτσάκι με εξοπλισμό και φάρμακα για επείγουσες καταστάσεις κατά την μεταφορά των ασθενών (1 για κάθε 6 κρεβάτια)
2. Monitor μεταφοράς (ΗΚΓ, αιματηρή και αναίμακτη μέτρηση αρτηριακής πίεσης, οξυμετρία) αναπνευστήρας μεταφοράς και φορητή αναρρόφηση τακτοποιημένα σε ένα τροχήλατο μεταφοράς συνδεδεμένο με το κρεβάτι.
3. Απινιδωτής με επαναφορτιζόμενη μπαταρία, οθόνη, καταγραφικό και βηματοδότη.
4. Τροχήλατο για επείγουσες καταστάσεις με εκτεταμένο εξοπλισμό εξασφάλισης αεραγωγού και εκτεταμένο φάσμα φαρμάκων (1 για κάθε 8 κρεβάτια).^{24,25}

Η μεταφορά των ασθενών από και προς την ΜΕΘ πρέπει να γίνεται ιδανικά από διαδρόμους ξεχωριστούς από εκείνους στους οποίους κινείται το κοινό και μακριά από το

χώρο που κάθονται οι επισκέπτες, για να εξασφαλίζεται η ησυχία και η σύντομη διάρκειά της. Οι διάδρομοι πρέπει να είναι αρκετά μεγάλοι σε εύρος (2.5m) για να επιτρέπουν την απρόσκοπτη διέλευση των ασθενών και των συνοδών μηχανημάτων. Πρέπει να υπάρχουν μεγάλοι ανελκυστήρες με κλειδί. Τα σκουπίδια πρέπει να φεύγουν από ξεχωριστή οδό.²⁴

Το δάπεδο πρέπει να είναι ενιαίο χωρίς ενώσεις, χημικά ανενεργό, ανθεκτικό στα αντισηπτικά και να απορροφά τον ήχο. Δεν πρέπει να υπάρχουν υψομετρικές διαφορές.

Λειτουργικοί χώροι ΜΕΘ

- 1.** Θάλαμοι νοσηλείας, μονόκλινοι ή πολύκλινοι
- 2.** Κεντρικός σταθμός νοσηλείας
- 3.** Αποθηκευτικοί χώροι
- 4.** Χώροι ιματισμού, χωριστά καθαρού και ακάθαρτου
- 5.** Χώρος καθαρισμού και αποστείρωσης
- 6.** Χώρος ακάθαρτου-μολυσματικού υλικού
- 7.** Δωμάτιο επεμβατικής ιατρικής και ενδοσκοπήσεων
- 8.** Μικρό εργαστήριο έκτατων εξετάσεων
- 9.** Εργαστήριο τεχνικών(συντήρηση μηχανημάτων)
- 10.** Χώρος παρασκευής ενδοφλέβιων διαλυμάτων
- 11.** Γραφείο προϊσταμένης νοσηλευτικού προσωπικού
- 12.** Χώροι υποδοχής συγγενών με χώρους υγιεινής και ένδυσης
- 13.** Γραφείο πληροφοριών
- 14.** Χώρος ενημέρωσης συγγενών
- 15.** Γραφείο γραμματείας
- 16.** Χώροι προσωπικού (ανάπαυσης, υγιεινής)
- 17.** Γραφεία ιατρών(Διευθυντού, Επιμελητών Α και Β)
- 18.** Αίθουσα συνεδριάσεων και εκπαίδευσης
- 19.** Χώρος υλικού καθαριότητας

Πρέπει να επιτρέπεται η μεταφορά βαριών μηχανημάτων χωρίς να δημιουργείται δυσκολία. Γενικά πρέπει να υπάρχει και ηχομόνωση.^{24,25}

2.3. Εγκαταστάσεις.

Οι μηχανολογικές, ηλεκτρικές και υδραυλικές εγκαταστάσεις των ΜΕΘ πρέπει να γίνονται με ιδιαίτερα αυστηρές προδιαγραφές ποιότητας και να είναι επισκευάσιμες, η διαδικασία δε παραλαβής να είναι καθορισμένη και με σύνταξη πρωτοκόλλου. Συνεχείς επισκευές στους χώρους εργασίας σημαίνουν την αχρήστευση των ιδιαίτερα δαπανηρών κρεβατιών.

Οι εγκαταστάσεις αερίων (οξυγόνου 100% πεπιεσμένου ατμοσφαιρικού αέρα και άλλα ιατρικά αέρια) κενού είναι κεντρικές και οι παροχές γίνονται με πλήρη έλεγχο και παρακολούθηση των πιέσεων. Σύστημα παρακολούθησης και προειδοποιητικού συναγερμού των πιέσεων αυτών, βαλβίδες ασφάλειας και διακόπτες ελέγχου υπάρχουν, εκτός από το χώρο κεντρικής τροφοδοσίας σε χώρο προσιτό από το προσωπικό της ΜΕΘ.^{2,26} Όλα τα αέρια πρέπει να προσφέρονται με την ίδια πίεση (5 bar) για να αποφεύγεται διαφυγή ανάμεσα στα κυκλώματα και τα δίκτυα κατά την μίξη. Η πίεση πρέπει να είναι σταθερή καθ' όλο το 24ώρο και όταν όλες οι παροχές είναι σε χρήση, με ροή 20L/min. Η κεντρική πίεση κενού πρέπει να είναι 500mmHg και να διατηρεί ροή 40L/min αέρα, όταν όλες οι παροχές χρησιμοποιούνται. Οι έξοδοι των παροχών φέρουν τους ξεχωριστούς και σύμφωνους με τις διεθνείς προδιαγραφές ISO τύπου προσαρμοστών. Για κάθε κρεβάτι υπάρχουν 4 παροχές οξυγόνου, 3 πεπιεσμένου αέρα και 3 κενού.²

Η ηλεκτρική παροχή είναι 220V μονής φάσης. Ο κεντρικός πίνακας της ΜΕΘ, οι πίνακες κάθε περιοχής και οι παροχές είναι καλά γειωμένες στην ίδια φάση. Για κάθε κρεβάτι εγκαθίστανται 16-20 ρευματολήπτες. Οι ρευματολήπτες μετασηματισμένου ρεύματος έχουν ξεχωριστό χρώμα και τύπο για κάθε τάση. Το κύκλωμα που τροφοδοτεί η γεννήτρια καλύπτει τις περιοχές νοσηλείας, τους αναπνευστήρες, τα monitors, τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές και άλλο ευαίσθητο υλικό και φωτισμό ανάγκης.²⁶

Ο φυσικός άπλετος φωτισμός ημέρας είναι απαραίτητος σε όλους τους χώρους νοσηλείας. Ο τεχνητός φωτισμός νύχτας πλησιάζει τη φωτεινότητα της ημέρας και σε κάθε κρεβάτι διατίθεται χαμηλός φωτισμός, φωτισμός επεμβατικών πράξεων ανά κρεβάτι (ή φορητός) και φωτισμός αναγνώρισης.^{24,26}

Σε κάθε δωμάτιο ασθενών δίπλα στην είσοδο ή στον προθάλαμο των απομονώσεων υπάρχουν νιπτήρες, ανοιχτοί και βαθιοί, με μικτή διακοπή ζεστού και κρύου νερού και παροχή αντισηπτικού σαπουνιού. Ο χειρισμός των παραπάνω γίνεται με αγκώνα ή με το πόδι. Νιπτήρες υπάρχουν και στους χώρους προπαρασκευής των φαρμάκων, του

εργαστηρίου και του καθαρισμού του υλικού. Οι νιπτήρες του προσωπικού και των επισκεπτών είναι χωριστά. Το στέγνωμα των χεριών δεν πρέπει να γίνεται με πετσέτες πολλαπλών χρήσεων (γιατί υπάρχει ο κίνδυνος διασποράς μικροβίων).^{24,26}

Για το εργαστήριο και την αιμοδιύλυση μπορεί να απαιτούνται ειδικές εγκαταστάσεις απιονισμένου νερού.

Ο αερισμός των χώρων γίνεται με φιλτράρισμα για σωματίδια διαμέτρου 5μ. Όλα τα δωμάτια ασθενών έχουν κλιματισμό ρυθμιζόμενης σταθερής θερμοκρασίας, ύγρανσης 30-60% και θετικής ή αρνητικής πίεσης, ως προς τους ανοιχτούς χώρους. Κλιματισμός εφαρμόζεται και στους χώρους προσωπικού, τα γραφεία και την αίθουσα συνεδριάσεων. Έξι αλλαγές του αέρα των θαλάμων των ασθενών και των χώρων του προσωπικού πρέπει να γίνονται κάθε μια ώρα. Ενεργός αερισμός είναι απαραίτητος στα εργαστήρια, στους χώρους υγιεινής και στην αίθουσα συνεδριάσεων. Η θέρμανση διατηρεί θερμοκρασία στους θαλάμους ασθενών 16-27°C. Αντίστοιχα στους χώρους προσωπικού και στους ανοιχτούς 18-21 °C και στους αποθηκευτικούς 16-21 °C.^{2,24}

Σε όλα τα παραπάνω προστίθεται ότι είναι αναγκαία η εγκατάσταση συστήματος ενδοσυνεννόησης μεταξύ των χώρων της ΜΕΘ, γραμμών ενδονοσοκομειακής τηλεπικοινωνίας σε κάθε νοσηλευτικό χώρο και τους λοιπούς λειτουργικούς χώρους. Ακόμα εγκατάσταση εξωτερικών τηλεφωνικών γραμμών, συστήματος κλήσεως του νοσηλευτή ανά κρεβάτι, ενδοεπικοινωνίας με τις απομονώσεις και συστήματος ασύρματης κλήσεως και συναγερμού του ιατρικού προσωπικού, της προϊσταμένης, τραυματιοφορέων και φυσιοθεραπευτών.²⁶

Τέλος πρέπει να αναφερθεί ότι η περιγραφή των παραπάνω εγκαταστάσεων αφορά τις ΜΕΘ επίπεδου 3.

1.4 Εξοπλισμός.

Ο εξοπλισμός που διαθέτει κάθε ΜΕΘ εξαρτάται κατά κύριο λόγο από το είδος της και το επίπεδο της. Ένα monitor π.χ. με οθόνη για σήματα δύο καναλιών μπορεί να είναι αρκετό για μια Μονάδα επιπέδου 1 σε αντίθεση με μια Μονάδα επιπέδου 3, η οποία απαιτείται να διαθέτει monitors με τέσσερα κανάλια τουλάχιστον.²

Οι ΜΕΘ επιπέδου 1 δηλαδή οι Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας(ΜΑΦ) έχουν εξοπλισθεί και στελεχωθεί για ΗΚΓ παρακολούθηση, παλμική οξυμετρία και ορισμένες φορές για μη επεμβατική αναπνευστική πληθυσμογραφία. Αυτό σημαίνει ότι ο εξοπλισμός της είναι κατάλληλος να αντιμετωπίζει καταστάσεις με χαμηλό επίπεδο

κινδύνου. Αντίθετα οι ΜΕΘ επιπέδου 3, επειδή έρχονται αντιμέτωπες με οξεία βαρέα πάσχοντα νοσήματα θα πρέπει ο εξοπλισμός που διαθέτουν να είναι ανάλογος για να τα αντιμετωπίσει.^{11,25}

Ο εξοπλισμός γενικά που χρησιμοποιείται σε μια ΜΕΘ επιπέδου 3 παρατίθεται στον παρακάτω πίνακα.^{25,}

ΠΙΝΑΚΑΣ: ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΜΕΘ ΕΠΙΠΕΔΟΥ 3

Κρεβάτια

2. Συστήματα παρακολούθησης:
 - α. κεντρική μονάδα monitors
 - β. παρακλίνια monitors πολλών καναλιών (ΗΚΓ, αρρυθμίες, μη αιματηρή αρτηριακή πίεση, αιματηρές πιέσεις αρτηριακές-φλεβικές-ενδοκράνιες-παλμική οξυμετρία κλπ) με δυνατότητα καταγραφής και ανακλήσεως 24ώρου και ενεργοποίησης σημάτων συναγερμού, 1 ανά κλίνη
 - γ. ηλεκτροκαρδιογράφος
 - δ. υπολογιστής καρδιακής παροχής
 - ε. συσκευές παρακολούθησης αναπνευστικής λειτουργίας
 - στ. αναλυτές εκπνεόμενου CO₂ και NO
 - ζ. συστήματα παρακολούθησης εγκεφαλικών λειτουργιών/HEG
 - η. ζυγοί για παρακολούθηση βάρους
 - θ. εξαρτήματα ή συσκευές παρακολούθησης θερμοκρασίας σώματος
 - ι. συσκευές παρακολούθησης μεταβολικού ρυθμού-θερμιδομετρίας
 - ια. συσκευές παρακολούθησης κορεσμού οξυγόνου
 - ιβ. συσκευές παρακολούθησης ενδοαρτηριακών αερίων
 - ιγ. ενζυματικές συσκευές παρακολούθησης σακχάρου του αίματος
 3. Εξοπλισμός αναπνευστικής υποστήριξης
 - α. παρακλίνιοι αναπνευστήρες (1 έτοιμος για χρήση ανά κλίνη) με δυνατότητα αερισμού σε βαριά αναπνευστική ανεπάρκεια
 - β. φορητοί αναπνευστήρες προσωρινής υποστήριξης εκτός ΜΕΘ
 - γ. εξαρτήματα και συσκευές οξυγονοθεραπείας
 - δ. υγραντήρες
 - ε. τροχήλατο με πλήρες σετ διασωλήνωσης
 - στ. συσκευές ambu
 - ζ. αναρροφήσεις ρυθμιζόμενης χαμηλής/υψηλής πίεσης.
 4. Εξοπλισμός μεταφοράς
 - α. τσάντες με φάρμακα και υλικό διασωλήνωσης
 - β. φορητά monitors, αναπνευστήρες μεταφοράς, αναρροφήσεις, βηματοδότες και απινιδωτές τοποθετημένα σε τροχήλατα
 5. Εξοπλισμός καρδιαγγειακής υποστήριξης
 - α. τροχήλατο καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης
 - β. απινιδωτές
 - γ. προσωρινοί διαφλεβικοί βηματοδότες
 6. Εξοπλισμός καθάρσεως: μηχανήματα αιμοδύλισης και αιμοδιήθησης
 7. Ακτινολογικός εξοπλισμός: φορητό ακτινολογικό, διαφανοσκόπια
 8. Ενδοσκοπικός εξοπλισμός: βρογχοσκόπια, γαστροσκόπια και ενδοσκόπια
 9. Εξοπλισμός επεμβάσεων: κεντρικών γραμμών, τραχειοστομίας, αλλαγών
 10. Στρώματα κατακλίσεων
 11. Συσκευές θέρμανσης-υποθερμίας σώματος
 12. Εξοπλισμός απολύμανσης και αποστείρωσης
 13. Εξοπλισμός εργαστηρίου: αναλυτές αερίων αίματος και ηλεκτρολυτών κ.α.
 14. Συστήματα μηχανοργάνωσης και καταγραφής

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Φιλοσοφία και Αρχές ΜΕΘ

3.1 Ο ρόλος του προσωπικού υγείας στη ΜΕΘ.

3.1.1 Ο ρόλος του ιατρικού προσωπικού.

Οι υπηρεσίες της ΜΕΘ σε ρυθμούς μέγιστης απόδοσης και διακίνησης των περιστατικών έχουν 24ωρη και καθημερινή βάση, ανεξαρτήτως αργιών. Η στελέχωση της θα πρέπει να στηρίζεται σε ποιοτικά και αριθμητικά επαρκή ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ώστε να αποδίδεται το προσδοκώμενο έργο.¹⁹

Το ιατρικό προσωπικό στελεχώνεται από τον ιατρό-διευθυντή, τους επιμελητές του τμήματος (Α και Β), τους εξειδικευμένους ιατρούς και τους ειδικευόμενους ιατρούς, καθένας από τους οποίους προσφέρει τη δική του υπηρεσία στο χώρο της εντατικής θεραπείας.^{2,27}

Ο ρόλος του ιατρού διευθυντή είναι σημαντικός και σπουδαίος καθώς έχει τη συνολική ευθύνη της λειτουργίας του τμήματος. Εκτός από το ότι διαθέτει την κατάλληλη επιστημονική κατάρτιση για να κατευθύνει το διαγνωστικό και το θεραπευτικό έργο, έχει και διοικητικές-ρυθμιστικές ευθύνες για τον τομέα φροντίδας του ασθενή. Είναι αυτός που δίνει τις δέουσες λύσεις στα επιστημονικά και στα διοικητικά προβλήματα, που ωθεί προγράμματα επιστημονικής έρευνας, που μελετά τις ανάγκες, που μεριμνά και επιβάλλει το σεβασμό του εξοπλισμού και φροντίζει την εξασφάλιση της ποιοτικής και ποσοτικής απόδοσης.^{12,27} Ο διευθυντής-ιατρός της ΜΕΘ θα πρέπει να διαθέτει πτυχίο αναισθησιολογίας, εσωτερικής ιατρικής και χειρουργικής και φυσικά να έχει μια τυπική εκπαίδευση, κατάρτιση και εμπειρία σε εντατική ιατρική φροντίδα όπως περιγράφεται από την ESISM.²⁷

Ο αρχηγικός ρόλος του είναι ζωτικής σημασίας στον καθορισμό των πολιτικών και διαδικασιών για την φροντίδα του ασθενούς, την διατήρηση επικοινωνίας μεταξύ διάφορων ιατρικών ειδικοτήτων που εμπλέκονται στην φροντίδα υγείας, την ανάπτυξη και διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας και την παροχή εκπαίδευσης όλου του ιατρικού, νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού σε έναν ιατρικό τομέα που αλλάζει συνεχώς με ραγδαίους ρυθμούς. Παράλληλα καλλιεργεί την αγαστή συνεργασία με άλλα τμήματα του νοσοκομείου αλλά και με άλλες μονάδες. Εν κατακλείδι ο ρόλος του είναι καταλυτικός για την εύρυθμη λειτουργία της ΜΕΘ.²⁸

Οι επιμελητές του τμήματος (Α,Β) συνεπικουρούν και συμμερίζονται το έργο του Διευθυντού και έχουν την ικανότητα αναπλήρωσης του. Επιβλέπουν κάθε ενέργεια στο τμήμα και ασκούν υπεύθυνα το διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο καλύπτοντας την

λειτουργία του τμήματος σε 24ωρη βάση. Ο αριθμός τους υπολογίζεται ανάλογα με τα κρεβάτια της ΜΕΘ. Τουλάχιστον 4 γιατροί για 6 κρεβάτια είναι απαραίτητοι για την εξασφάλιση ασφαλούς και απρόσκοπτης λειτουργία της. Συμμετέχουν ενεργά στην εκπαίδευση που έχει τη μορφή διαλέξεων, οπτικοακουστικών παρουσιάσεων, έτοιμων σημειώσεων, δημιουργία ιστοσελίδων στο διαδίκτυο και συζητήσεων σε μικρές ομάδες για προβλήματα που αντιμετωπίστηκαν πρόσφατα ή είναι συχνά. Η εμπειρία τους βοηθά στην διευκρίνιση και την ενίσχυση της διδακτικής ημερίδας αλλά και την λεπτομερή ανασκόπηση των δεδομένων για συνεργασία μεταξύ του ιατρικού και του υπόλοιπου προσωπικού.^{2,28,29}

Επίσης η συμμετοχή τους στην επιστημονική έρευνα είναι καθοριστική, αφού ελέγχουν αν το υλικό που περιέχουν οι ιστοσελίδες είναι ακριβές και εφαρμόσιμο. Κατευθύνουν και επιβλέπουν τις παρεμβατικές πράξεις ασκούμενων ιατρών, το χειρισμό του εξοπλισμού και ελέγχουν την ορθότητα των νοσηλευτικών πράξεων. Καλλιεργούν μια στάση για προσοχή στη λεπτομέρεια και για ανάγκη ανάπτυξης ικανοτήτων για τη χρήση νέου εξοπλισμού όπου θα πρέπει να υπάρχει ο κατάλληλος χρόνος εκμάθησης πριν τη χρήση για την φροντίδα του ασθενούς.^{28,29}

Επιπρόσθετα ορισμένες φορές εξασκούν την εντατική θεραπεία και γι αυτό τον λόγο ονομάζονται και «εντατικολόγοι». Αυτοί συνήθως είναι συχνά ειδικευμένοι στην πνευμονολογία, στην καρδιολογία, στην νεφρολογία, στην αναισθησιολογία, στην χειρουργική ή ακόμη και στην εντατική θεραπεία.²⁸ Οι εντατικολόγοι συνήθως αναλαμβάνουν την ιατρική και διοικητική ευθύνη του ασθενούς που διακομίζεται στην ΜΕΘ, καθορίζουν τα κριτήρια εισαγωγής και εξόδου και έχουν την ευθύνη της εκπόνησης διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων ώστε να υπάρχει ομοιόμορφη αντιμετώπιση όλων των ασθενών. Για τον λόγο αυτό πραγματοποιούνται καθημερινές συζητήσεις και κλινική επίσκεψη των ασθενών ώστε να ανταλλάσσονται πληροφορίες, να σχεδιάζεται και να αποφασίζεται η θεραπεία. Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να μετέχει σε αυτές τις συζητήσεις και επισκέψεις.¹²

Οι εξειδικευμένοι απασχολούνται πλήρως σε τακτικό ωράριο και στην εφημερία. Συμμετέχουν σε όλες τις δραστηριότητες του τμήματος και επιδιώκουν την πλήρη θεωρητική και πρακτική κατάρτιση τους. Η χορήγηση τίτλου εξειδίκευσης στην Ελλάδα απαιτεί την άσκηση στην Εντατική Θεραπεία επί διατήρια.²

Οι ειδικευόμενοι στην αναισθησιολογία, την παθολογία, την πνευμονολογία και την παιδιατρική ασκούνται επί εξάμηνο στην Εντατική στα πλαίσια της ειδικότητάς τους. Πέρα από τις ειδικότητες αυτές, η βραχύχρονη άσκηση στη ΜΕΘ είναι επιθυμητή και

σημαντική σε πολλές άλλες ειδικότητες. Οι ειδικευόμενοι συμμετέχουν σε όλες τις δραστηριότητες της καθημερινής εργασίας με πλήρες ωράριο και στην εφημερία.²⁹ Βασική επιδίωξη τους πρέπει να είναι η εξοικείωση με τον βαριά πάσχοντα ασθενή και η απόκτηση αντανακλαστικών και αυτοπεποίθησης απέναντι στο οξύ πρόβλημα.²⁹ Τέλος θα πρέπει να μην παραληφθεί να αναφερθεί ότι η εντατική θεραπεία είναι αποτέλεσμα της εντατικής συνεργασίας γιατρών και νοσηλευτών.

3.1.2 Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού.

Βασική προϋπόθεση για την σωστή λειτουργία της ΜΕΘ και την παραγωγή ενός καλού αποτελέσματος αποτελεί η άριστη συνεργασία και επικοινωνία του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού.²⁴ Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες θα πρέπει να είναι καθαρά οριοθετημένες. Όπως προαναφέρθηκε οι γιατροί έχουν διοικητικές και ρυθμιστικές ευθύνες στον τομέα διάγνωση-θεραπεία του ασθενούς και μεριμνούν για την σωστή παρακολούθηση. Οι νοσηλευτές πέρα από το γεγονός ότι έχουν την ευθύνη της εκτέλεσης της νοσηλείας θα πρέπει να αναγνωρίζουν πρώιμες εκδηλώσεις δυσλειτουργίας συστημάτων, επιπλοκές και προειδοποιητικά φαινόμενα στους ασθενείς ώστε να τα αντιμετωπίσουν γρήγορα και αποτελεσματικά.¹²

Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στη ΜΕΘ πρέπει να διακατέχεται από ερευνητικό πνεύμα, υπευθυνότητα, να έχει ικανότητες επικοινωνίας, να είναι δημιουργικό και αποτελεσματικό καθώς επίσης και να χαρακτηρίζεται από συναισθηματική ωριμότητα. Επιπλέον να είναι ειδικευμένο, εκπαιδευμένο και εξοικειωμένο με την χρήση της βιοιατρικής τεχνολογίας. Το νοσηλευτικό προσωπικό στελεχώνεται από την προϊστάμενη-(ο), τους νοσηλευτές και τους βοηθούς νοσηλευτών.^{30,31}

Η προϊστάμενη-(ος) διευθύνει όλο το νοσηλευτικό προσωπικό και φροντίζει για την εύρυθμη λειτουργία του καθώς επίσης και την ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών. Πρέπει να έχει εκτεταμένη εμπειρία στην νοσηλεία ασθενών σε εντατική θεραπεία και να υποστηρίζεται από έναν υποπροϊστάμενο νοσηλευτή ο οποίος θα είναι ικανός και έτοιμος να την αντικαταστήσει σε περίπτωση απουσίας της. Ακόμα εξασφαλίζει τη συνεχόμενη εκπαίδευση των νοσηλευτών, επιδιώκοντας την συνεργασία με το εξειδικευμένο ιατρικό δυναμικό. Φροντίζει για την ασφάλεια, την συντήρηση και την ποιοτική απόδοση του εξοπλισμού και μεριμνά για τις καθημερινές προμήθειες του αναλώσιμου και φαρμακευτικού υλικού. Τέλος η προϊσταμένη οφείλει να συνεργάζεται με τον Διευθυντή

της ΜΕΘ στην οργάνωση και στον προγραμματισμό προκειμένου να εξασφαλίζουν την εύρυθμη λειτουργία της ΜΕΘ.²

Οι νοσηλευτές ασκούν πλήρη απασχόληση και χρειάζονται ειδική εκπαίδευση-εξειδίκευση στην εντατική θεραπεία και την επείγουσα ιατρική για την άσκηση του λειτουργήματος τους. Σύμφωνα με τον Παγκόσμια Ομοσπονδία Νοσηλευτών Εντατικής Θεραπείας, οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές εντατικής θεραπείας παρέχουν ολιστική φροντίδα σε βαριά πάσχοντες ασθενείς συνδυάζοντας την εξειδικευμένη γνώση, τις τεχνικές δεξιότητες και τις ανθρωπιστικές αξίες.³²

Στη ΜΕΘ οι νοσηλευτές είναι επιφορτισμένοι με την γενική φροντίδα και την συνεχή παρακολούθηση του βαριά πάσχοντος. Η συνεχής και εντατική παρακολούθηση του ασθενούς, που εξασφαλίζεται μέσω της αυξημένης αναλογίας νοσηλευτών/ασθενών και με την χρήση υψηλής τεχνολογίας αποτελεί μια από τις βασικές διαφορές μεταξύ ΜΕΘ και νοσηλευτικών τμημάτων και ταυτόχρονα αντανάκλα το εύρος της απαιτούμενης κλινικής γνώσης και δεξιοτήτων ώστε να μπορέσουν οι νοσηλευτές να ανταποκριθούν με επάρκεια στον ρόλο τους.³³

Ο επαρκής αριθμός των νοσηλευτών ανά κρεβάτι εξαρτάται από το επίπεδο της ΜΕΘ και πρέπει να εξασφαλίζει την κάλυψη σε 24ωρη βάση. Ο συνολικός αριθμός τους προκύπτει από τα εργασιακά δικαιώματα της 5νθήμερης εργασίας σε κυκλικό ωράριο. Η εξειδίκευση στο αντικείμενο οφείλει να λαμβάνει υπ' όψιν στον αριθμός των προσλήψεων (έκτατες απουσίες δεν αναπληρώνονται από άλλο μη εκπαιδευόμενο νοσηλευτικό προσωπικό).¹¹ Ο αριθμός των νοσηλευτών στις ΜΕΘ ανάλογα με το επίπεδο τους, σύμφωνα με μελέτη της ομάδας εργασίας της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Εντατικής Θεραπείας καταγράφεται ως εξής:

Επίπεδο ΜΕΘ	Σχέση Νοσηλευτών/Ασθενών σε συνεχή βάση	Απαιτούμενος συνολικός αριθμός/κρεβάτι
III(Υψηλότερο)	1/1	6
II (Μεσαίο)	1/1,6	4
I (Χαμηλότερο)	1/3	2

Έτσι λοιπόν, παρατηρείται ότι το κατώτερο όριο σε σχέση με το χαμηλότερο επίπεδο νοσηλείας, σε όλη τη σύγχρονη βιβλιογραφία παραμένει ίδιο. Αντίθετα στο στάδιο III (υψηλό

επίπεδο νοσηλευτικής φροντίδας), είναι δυνατόν να χρειάζονται μέχρι και 6 νοσηλευτές για την υποστήριξη ενός κρεβατιού σε ένα 24ωρο.^{3,34}

Η νοσηλευτική οργάνωση σε κάθε ΜΕΘ, πρέπει να ακολουθεί ένα σύστημα τυποποίησης και ελέγχου στην παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα σύμφωνα με:

- Τις εξελίξεις της Νοσηλευτικής επιστήμης
- Τα διεθνή πρότυπα
- Τα χαρακτηριστικά των ΜΕΘ, τα οποία καθορίζουν ότι οι άνθρωποι που νοσηλεύονται σε αυτές απαιτούν άμεση και πολυδύναμη αντιμετώπιση μέσα σε ιεραρχημένα και κωδικοποιημένα πλαίσια.
- Τις οδηγίες που έχει θέση ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας για ποιοτικό έλεγχο της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας σε όλες τις χώρες.³

Ένας νέος ρόλος που αναλαμβάνουν οι νοσηλευτές της ΜΕΘ είναι αυτός του συνδέσμου (ή του συμβούλου) όπως ονομάζεται σε πολλές χώρες. Οι νοσηλευτές είναι αυτοί που μεσολαβούν εκ μέρους των ασθενών για την επικοινωνία με την οικογένεια τους καθώς και με τους άλλους επαγγελματίες υγείας (κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο, φυσικοθεραπευτή κλπ) σε περίπτωση που δεν μπορούν οι ίδιοι.³⁵

Αναμφισβήτητα ο πολύπλοκος ρόλος των νοσηλευτών σε ΜΕΘ γίνεται όλο και πιο απαιτητικός δεδομένου των αλλαγών που παρατηρούνται σε όλα τα επίπεδα τεχνολογίας, των τεχνικών, της θεραπείας και γενικότερα σε όλα τα επίπεδα των επιστημών υγείας. Για τους παραπάνω λόγους οι νοσηλευτές οφείλουν να ενημερώνονται καθημερινά για τις καινούργιες εξελίξεις έτσι ώστε να ανταποκριθούν στις ιδιαιτερότητες του χώρου, όπου εργάζονται. Η βασική τους εκπαίδευση τους βοηθάει στην ανάλυση πληροφοριών πολλαπλών επιπέδων. Στις εκπαιδευτικές τους δραστηριότητες περιλαμβάνεται η εκπαίδευση του προσωπικού του τμήματος, των συγγενών του ασθενούς και ενίοτε η εκπαίδευση του ασθενούς.²⁹

Η νοσηλευτική είναι ανθρωποκεντρική υπηρεσία και βασίζεται σε σχέσεις με άτομα, τους συνάδελφους και τα άλλα μέλη της ομάδας φροντίδας υγείας. Οι νοσηλευτές των ΜΕΘ αναπτύσσουν αμφίδρομη επαγγελματική και συναισθηματική η σχέση, η οποία βασίζεται σε σταθερά θεμέλια όπως στους γρήγορους ρυθμούς δράσης, τη συλλογική αντιμετώπιση των προβλημάτων, την χαρά της επιτυχίας ή και την πίκρα της αποτυχίας.³³

Η συμμετοχή των νοσηλευτών ΜΕΘ σε επιστημονικούς και επαγγελματικούς οργανισμούς είναι ο καλύτερος τρόπος για τη εξέλιξη και την διασφάλιση του ρόλου τους γιατί μέσα από την συμμετοχή τους σε επιστημονικές εκδηλώσεις ανανεώνουν συνεχώς το γνωστικό τους αντικείμενο.³⁶

3.1.3 Ο ρόλος των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας

Η σωστή οργάνωση και εύρυθμη λειτουργία των ΜΕΘ δεν εξαρτάται μόνο από την άριστη συνεργασία και επικοινωνία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και από την άριστη συνεργασία με τους υπόλοιπο προσωπικό που εργάζεται στην ΜΕΘ. Το προσωπικό αυτό, συγκροτείται και στελεχώνεται από τους φυσιοθεραπευτές, το τεχνικό προσωπικό, το βοηθητικό προσωπικό, τους παρασκευαστές και τον ιατρικό γραμματέα.^{24, 29}

Στα περισσότερα νοσοκομεία των αναπτυγμένων χωρών, η φυσιοθεραπεία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της θεραπευτικής αντιμετώπισης των ασθενών που νοσηλεύονται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Οι φυσιοθεραπευτές θεωρούνται ζωτικά μέλη της ομάδας, προσφέροντας ένα ευρύ πεδίο φροντίδας από οξεία αναπνευστικά περιστατικά μέχρι και την αποκατάστασή τους. Είναι απαραίτητοι σε όλα τα ωράρια ανεξαρτήτως καθημερινής ή αργίας.²⁹

Οι στόχοι που καλούνται να έχουν οι φυσικοθεραπευτές στην ΜΕΘ, είναι η πρόληψη και η αντιμετώπιση των πνευμονικών παθήσεων και επιπλοκών, η πρόληψη κατακλίσεων και η διατήρηση ή η βελτίωση της μυϊκής ισχύος αλλά και του εύρους κίνησης των αρθρώσεων με τελικό σκοπό την αυτονομία του ασθενούς. Επιπλέον ένας ακόμη ρόλος των φυσικοθεραπευτών είναι η αξιολόγηση αλλά και η αντιμετώπιση νευρολογικών και μυοσκελετικών επιπλοκών.^{37,38} Με αυτόν τρόπο η αξιολόγηση των νευρολογικών περιστατικών σηματοδοτεί την πρόωπη ανίχνευση νευρολογικών ελλειμμάτων που συχνά παρουσιάζονται σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς και πιο σπάνια, βλάβες που αφορούν το Κεντρικό και το Περιφερικό Νευρικό Σύστημα των οποίων ο συνδυασμός μπορεί να επιδράσει σημαντικά στην αντιμετώπιση και στην τελική έκβαση των ασθενών.^{38,39}

Ο ρόλος των φυσικοθεραπευτών είναι σημαντικότερος και η έλλειψη τους προκαλεί παράταση νοσηλείας, επιπλοκές και μεγαλύτερο κόστος. Η παρουσία τους λοιπόν σε μια ΜΕΘ κρίνεται αναγκαία αλλά όπως και οι νοσηλευτές είναι «λίγοι» έτσι ώστε να καλύψουν επαρκώς τις Μονάδες.²⁹

Το τεχνικό προσωπικό αποτελείται συνήθως από τους τεχνικούς ακτινολόγους, τους ηλεκτρολόγους, τους υδραυλικούς, οι οποίοι θα πρέπει να είναι διαθέσιμοι ανά πάσα στιγμή από τη δύναμη του νοσοκομείου αλλά και από τους διαιτολόγους στο πρωινό ωράριο εφόσον ζητηθεί. Ο λόγος για τον οποίον θα πρέπει να είναι διαθέσιμοι ανά πάσα στιγμή είναι επειδή ο εξοπλισμός που χρησιμοποιείται στην ΜΕΘ, είναι ευαίσθητος,

πολύπλοκος, πανάκριβος και έτσι χρειάζεται συνέχεια συντήρηση, επισκευές και ρυθμίσεις.^{11,29}

Ο ρόλος του βοηθητικού προσωπικού είναι επίσης σημαντικός σε κάθε ΜΕΘ. Η παρουσία ενός βοηθού νοσηλευτή για την νοσηλευτική φροντίδα και περιποίηση του ασθενούς είναι απαραίτητη όλο το 24ωρο.

Ο τραυματιοφορέας ο οποίος χρειάζεται για την μεταφορά των ασθενών και το προσωπικό το οποίο είναι υπεύθυνο για την διακίνηση του υλικού και δειγμάτων θα πρέπει να διατίθενται σε συνεχή βάση. Επίσης στις ΜΕΘ, σημαντική είναι η παρουσία της ομάδας της καθαριότητας για τον περιορισμό των λοιμώξεων. Η ομάδα καθαριότητας γενικά οφείλει να είναι εξοικειωμένη με τα πρωτόκολλα πρόληψης των λοιμώξεων, αντισηψίας και τους κινδύνους των ιατρικών μηχανημάτων.^{11,29}

Όσο αφορά τον ρόλο των παρασκευαστών και του ιατρού- γραμματέα και αυτοί είναι απαραίτητοι για όλο το 24ωρο. Ο παρασκευαστής είναι απαραίτητος για το εργαστήριο της ΜΕΘ και τις αιμοληψίες. Ο ιατρός-γραμματέας είναι επιθυμητός ανά 6 κρεβάτια για να τακτοποιεί τα εργαστηριακά και αρχεία των ασθενών.²

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας που αναφέρθηκαν παραπάνω έχουν σημαντικό και σπουδαίο ρόλο μέσα στην ΜΕΘ, γιατί ο καθένας με το έργο του, συμβάλλει στην καλή οργάνωση και λειτουργία μιας εντατικής θεραπείας καθώς επίσης και στην καλή και ποιοτική έκβαση των ασθενών.

3.2 Οι συγκρούσεις μεταξύ ιατρών- νοσηλευτών στη ΜΕΘ.

Η συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών στη ΜΕΘ αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για την επίτευξη της ποιότητας στην φροντίδα υγείας των ασθενών αλλά και για την επίτευξη της καλής οργάνωσης και λειτουργίας του τμήματος ΜΕΘ.⁴⁰ Η έννοια της συνεργασίας υποστηρίζει νοσηλευτικές ενέργειες, όπως την συνεργασία με τους ιατρούς, συνέπεια στις υποσχέσεις, προτεραιότητα στις αμοιβαίες ανησυχίες και θυσία των προσωπικών συμφερόντων για την μακρόχρονη διατήρηση των επαγγελματικών σχέσεων. Όλες αυτές οι ενέργειες εκφράζουν συναισθήματα που παραδοσιακά θεωρούνται πολύτιμα απ' όλες τις ανθρώπινες υπάρξεις και υποστηρίζουν την επαγγελματική συνεργασία στο σχεδιασμό φροντίδας του ασθενούς.³⁸

Ωστόσο κάποιες φορές στη ΜΕΘ λόγω των υψηλών απαιτήσεων και προσδοκιών της, οι νοσηλευτές και οι ιατροί έρχονται σε σύγκρουση. Αυτό συμβαίνει, διότι άτομα και ομάδες με διαφορετικές αξίες, εμπειρίες, αντιλήψεις, γνώσεις, στάσεις, συμπεριφορές,

καθήκοντα, ανάγκες και στόχους είναι υποχρεωμένοι να συνεργάζονται σ' ένα πολύπλοκο οργανωτικό και εργασιακό περιβάλλον, όπως την Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.⁴⁰

Μερικοί από τους λόγους συγκρούσεων είναι τα ζητήματα κύρους και επιβολής, οι στρεσογόνοι παράγοντες και η αλληλοεπικάλυψη ρόλων και αρμοδιοτήτων.⁴¹

Σ' όλα τα παραπάνω προστίθεται ότι νοσηλευτές και οι ιατροί, πολλές φορές, έρχονται σε σύγκρουση και για θέματα που αφορούν το είδος της ακολουθούμενης θεραπείας που πρέπει να εφαρμοστεί στον ασθενή. Αυτό συμβαίνει λόγω αδυναμίας και εφαρμογής κάποιου κοινού στόχου θεραπείας, τόσο από την πλευρά των ιατρών, όσο και από την πλευρά των νοσηλευτών. Άλλωστε είναι γενικά παραδεκτό ότι τον τελευταίο λόγο για το είδος θεραπείας του ασθενούς, τον έχει ο εντατικολόγος-ιατρός κάτι που συχνά προκαλεί την αντίδραση του νοσηλευτικού προσωπικού.^{41,42}

Επιπρόσθετα στην καθημερινή πράξη δημιουργούνται συχνά διαμάχες στις περιπτώσεις, όπου η διακομιδή του ασθενούς στη ΜΕΘ είναι αναγκαία αλλά δεν είναι εφικτή. Αυτό αποτελεί συχνό φαινόμενο λόγω της έλλειψης κρεβατιών τα οποία ήδη καταλαμβάνονται από άλλους ασθενείς ή ακόμη στην χειρότερη των περιπτώσεων παραμένουν εκτός λειτουργίας λόγω έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού. Όπως είναι αναμενόμενο, το πρόβλημα αυτό είναι η αιτία δημιουργίας έντονου στρες, άγχους και εντάσεων τόσο από την πλευρά του προσωπικού τμήματος που δεν μπορεί να διακομίσει τον βαρέα πάσχοντα όσο και από την πλευρά της ΜΕΘ που δεν είναι σε θέση να προσφέρει την απαιτούμενη θεραπεία.^{41,42}

Επιπλέον μπορεί να προκύψουν διάφορες διαφωνίες, όταν το πλάνο περίθαλψης, αντιμετώπισης και θεραπείας του ασθενούς διαφοροποιείται κάθε φορά που αλλάζει ο υπεύθυνος ιατρός, πολύ περισσότερο όμως όταν γι' αυτές τις μεταβολές, δεν έχει ενημερωθεί και πληροφορηθεί ο υπεύθυνος νοσηλευτής.^{41,42}

Βέβαια θα μπορούσε να ειπωθεί έως ένα βαθμό ότι οι αναπόφευκτες συγκρούσεις σ' έναν οργανισμό είναι υγιείς, όταν μπορούν να συνοδεύονται και με θετικές συνέπειες. Συγκεκριμένα η σύγκρουση μπορεί να αποτελεί θετική πηγή ενέργειας και δημιουργικότητας. Μπορεί να είναι εποικοδομητική, όταν τυγχάνει σωστής διαχείρισης, συμβάλλοντας στην συνολική αποτελεσματικότητα του νοσηλευτικού ιδρύματος.⁴³ Διαφορετικά μπορεί να αποβεί δυσλειτουργική και καταστροφική όταν συντελεί στην έλλειψη ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, στη μείωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και κατ' επέκταση στην παρεμπόδιση της επίτευξης στόχων της ΜΕΘ.^{41,44}

3.3 Πρωτόκολλα και Κατευθυντήριες οδηγίες.

Σε κάθε ΜΕΘ είναι αναγκαίο να καταγράφονται οι νοσηλευτικές πράξεις και οι παρεμβάσεις που εφαρμόζονται στον ασθενή κατά την διάρκεια της ημέρας με στόχο την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Αυτές (οι πράξεις και παρεμβάσεις) είναι γνωστές με τον όρο πρωτόκολλα και κατευθυντήριες οδηγίες. Τα πρωτόκολλα είναι δυναμικά και πάντα αναπτυσσόμενα, επειδή συσχετίζονται με τα ατομικά προβλήματα των βαρέων πασχόντων.³

Η ανάπτυξη των κλινικών πρωτοκόλλων και η χρήση τους είναι ιδιαίτερα σημαντική στις ΜΕΘ, διότι έχουν αποδείξει ότι συμβάλλουν στην μείωση νοσηρότητας και θνησιμότητας των βαρέων πασχόντων ασθενών. Φυσικά η χρήση των πρωτοκόλλων δεν εγγυάται όλες τις φορές άμεση βελτίωση της ποιότητας και της περιθαλψης αλλά μπορεί να προσφέρει χρήσιμα εργαλεία για την επίτευξη των στόχων αυτών.⁴³

Ο ιατρός-διευθυντής, το ιατρικό προσωπικό, το νοσηλευτικό προσωπικό και οι άλλοι επαγγελματίες του χώρου υγείας συνήθως δημιουργούν πρωτόκολλα προκειμένου να εξασφαλίσουν την ομοιομορφία της φροντίδας ή την καταγραφή όλων των οδηγιών.^{3,12} Κάποια πρωτόκολλα μπορεί να είναι εξαιρετικά λεπτομερειακά, πλήρη και επικεντρωμένα σε μια μοναδική κλινική κατάσταση. Παράδειγμα αυτού μπορεί να είναι ένα πρωτόκολλο για τη θεραπεία ασθενών με υποψία οξέως μυοκαρδιακού εμφρακτού το οποίο θα μπορούσε να καθορίζει την συχνότητα, τον συγχρονισμό και το είδος των μετρήσεων των καρδιακών ενζύμων καθώς επίσης και τον χρόνο εκτέλεσης ΗΚΓ και άλλων διαγνωστικών δοκιμασιών.^{12,44}

Επίσης ένα άλλο είδος πρωτοκόλλου το οποίο εφαρμόζεται και χρησιμοποιείται στην Εντατική Θεραπεία, είναι αυτό που μπορεί να έχει αναπτυχθεί από τους νοσηλευτές ή από τους φυσιοθεραπευτές. Σε αυτά τα πρωτόκολλα δίνονται οδηγίες στους νοσηλευτές ή στους φυσιοθεραπευτές για να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα και οι παρενέργειες της θεραπείας αλλά τους δίνεται και το ελεύθερο να προσαρμόσουν τη θεραπεία βάση αυτών των αποτελεσμάτων. Παράδειγμα αυτού αποτελεί ένα πρωτόκολλο για την θεραπεία με βρογχοδιαστολείς σε μορφή αεροσολής, το οποίο μπορεί να καθορίζει την χορήγηση αλβουτερόλης με δοσομετρητή, αλλά ο φυσιοθεραπευτής θα καθορίσει την βέλτιστη συχνότητα και δόση με βάση τον βαθμό βελτίωσης στην μέγιστη ροή ή και με βάση τον βαθμό ταχυκαρδίας που εκδηλώθηκε.¹²

Πέραν από την χρησιμότητα των πρωτοκόλλων που αναφέρθηκε παραπάνω, πρέπει να αναφερθεί ότι ο θεσμός των πρωτοκόλλων που έχει δημιουργηθεί για την παροχή

φροντίδας στη ΜΕΘ μπορεί να είναι επιβλαβής, διότι κάποιες φορές απομακρύνει τον ρόλο των γιατρών να παρέχουν άμεση φροντίδα ασθενών αλλά και απομακρύνει τους εκπαιδευόμενους από το να σκέφτονται πέραν από έναν αλγόριθμο. Αντίθετα τα πρωτόκολλα παρέχουν μια σύνοψη των βέλτιστων πρακτικών και την ελαχιστοποίηση της διακύμανσης στην πρακτική.⁴⁵

Όσον αφορά τις κατευθυντήριες οδηγίες για τους ιατρούς αναπτύσσονται πολλές πλευρές της ιατρικής πρακτικής. Παρόλο που ορισμένοι πολέμιοι των πρακτικών οδηγιών υποστηρίζουν ότι είναι περιορισμένες εκεί που δεν χρειάζεται και ότι τα στοιχεία της ιατρικής πρακτικής δεν μπορούν να ορισθούν με άκαμπτο τρόπο, οι κατευθυντήριες πρακτικές μπορεί να είναι χρήσιμες για τη διάγνωση και τη θεραπεία ασθενών στην ΜΕΘ.¹²

Καταλήγοντας είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα πρωτόκολλα μπορεί να λάβουν πολλές διαφορετικές μορφές και η φροντίδα του ασθενούς στη ΜΕΘ μπορεί να βελτιωθεί από την ανάπτυξη τους. Οι κατευθυντήριες οδηγίες που υπάρχουν στις ΜΕΘ και αυτές μπορούν να συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας αλλά με την προϋπόθεση να τροποποιούνται και να αλλάζουν συχνά, συμβαδίζοντας με τα νέα δεδομένα που θα αναπτύσσονται στις ΜΕΘ.^{12,43}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ηθικά και νομικά ζητήματα

4.1 Αρχές βιοηθικής.

Η ΜΕΘ είναι ένας χώρος όπου τίθενται διαρκώς ηθικά και νομικά διλήμματα, τα οποία δημιουργούνται κυρίως από την νέα τεχνολογία. Το 1978 οι Beauchamp και Childress οριοθέτησαν τέσσερις αρχές οι οποίες πίστευαν ότι θα μπορούσαν να οργανώσουν τις σκέψεις των ιατρών και των νοσηλευτών σχετικά με την ηθική άσκηση. Οι ηθικές αρχές είναι η αγαθοεργία, η αρχή της μη πρόκλησης βλάβης, η δικαιοσύνη και ο σεβασμός προς την αυτονομία του ασθενούς. Οι αρχές αυτές περιστρέφονται γύρω από θρησκευτικές και φιλοσοφικές παραδόσεις, που περιλαμβάνουν τις απόλυτες αξίες του καλού και του κακού, του σωστού και του λάθους και της απεριόριστης αξίας και ιερότητας της ανθρώπινης ζωής. Για τον λόγο αυτό κρίνεται αναγκαίο να εφαρμόζονται μέσα στην Μονάδα της Εντατικής Θεραπείας.^{46,47,48}

Η αγαθοεργία ορίζεται ως την πρώτη ηθική αρχή, η οποία κατευθύνει το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό προς το καλό, ειδικότερα σε αποκατάσταση της υγείας και ανακούφιση από τον πόνο. Η αγαθοεργία αποτελεί θεμελιώδη στόχο της ιατρικής πρακτικής από την εποχή του Ιπποκράτη τον 4^ο αιώνα Π.Χ. και συνεχίζεται να εφαρμόζεται έως σήμερα. Πιο συγκεκριμένα στη φροντίδα των ασθενών, το καλό μπορεί να οριστεί με πολλούς τρόπους, όπως του να επιτρέψει κανείς σε ένα άτομο να πεθάνει χωρίς υποστήριξη της ζωής και με την παρουσία των αγαπημένων του προσώπων. Επίσης το καλό μπορεί να παρακινήσει τους ιατρούς και τους νοσηλευτές να ενθαρρύνουν τον ασθενή να υποβληθεί σε εκτενείς, επώδυνες διαδικασίες θεραπείας, ειδικά αν αυτές αυξάνουν τόσο την ποιότητα όσο και την διάρκεια της ζωής του.⁴⁹

Ως επακόλουθο της αγαθοεργίας είναι η αρχή της μη πρόκλησης βλάβης που υποδηλώνει ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό δεν θα πρέπει να προκαλεί βλάβη σε οποιονδήποτε ασθενή. Πολλοί από τους επαγγελματίες υγείας θεωρούν δύσκολο να ακολουθήσουν την αρχή αυτή, όταν παρέχουν θεραπείες που προκαλούν δυσφορία και πόνο στους ασθενείς. Για τον λόγο αυτό, χρησιμοποιούν συχνά την έννοια της ανάλυσης βλάβης-οφέλους όταν προκύπτει το ζήτημα της μη βλάβης.^{47,49}

Χρησιμοποιώντας την ανάλυση αυτή, το επίκεντρο της προκείμενης αγωγής εντοπίζεται στα οφέλη που προσφέρει στον ασθενή και όχι στη δυσφορία που προκύπτει κατά τη χρονική στιγμή της παρέμβασης. Για παράδειγμα θεωρείται ηθικά δικαιολογημένο να χορηγείται μορφίνη για ανακούφιση του πόνου στον ασθενή τελικού σταδίου, ακόμη και όταν η μορφίνη θα μπορούσε να αυξήσει τον κίνδυνο θανάτου, μια πράξη που μπορεί να παραβιάσει την αρχή της μη βλάβης. Επομένως η αρχή της μη

βλάβης μπορεί να εφαρμοστεί , επειδή ο πόνος και η δυσφορία μπορούν να επιφέρουν το επιθυμητό για τον ασθενή αποτέλεσμα.^{47,49}

Βασική επίσης ηθική αρχή που πρέπει να εφαρμόζεται στη ΜΕΘ είναι η αυτονομία η οποία καθορίζει ότι ένας ενήλικας ασθενής έχει το δικαίωμα να δεχτεί ή να απορρίψει την ιατρική θεραπεία, ακόμη και τα μέτρα υποστήριξης της ζωής, μετά από κατάλληλη ενημέρωση, δηλαδή ο ασθενής έχει το δικαίωμα του αυτοπροσδιορισμού. Η οποιαδήποτε επιλογή του ασθενούς σχετικά με την υγεία του και γενικότερα για την ζωή του θα πρέπει να γίνεται σεβαστή από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και φυσικά να μην αποτελεί κάποια μορφή εξαναγκασμού.^{12,47,50,51}

Ο σεβασμός της αυτονομίας εμπεριέχει κάποιους συγκεκριμένους κανόνες οι οποίοι είναι α) η διατύπωση της αλήθειας, β) ο σεβασμός της ατομικότητας και της ιδιαιτερότητας του κάθε ατόμου, γ) η παροχή προστασίας σε εμπιστευτικές πληροφορίες, δ) η απόκτηση της συγκατάθεσης για κάθε παρέμβαση με ασθενείς και ε) όταν ζητηθεί κάποια συμβουλή, να παρέχεται βοήθεια για λήψη σημαντικών αποφάσεων.^{50,51}

Τελευταία ηθική αρχή είναι η δικαιοσύνη η οποία καθορίζει ότι όλοι οι ασθενείς πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ίσοι και οι διαθέσιμοι ιατρικοί πόροι θα πρέπει να κατανέμονται ισόποσα. Η αρχή αυτή εφαρμόζεται συνήθως σε στιγμές έλλειψης προμηθειών ή όταν υπάρχει ανταγωνισμός για πόρους ή κέρδη. Ακόμα η αρχή αυτή λαμβάνεται υπόψη συχνότερα, όταν υπάρχει υψηλή εισροή ασθενών και δύο ασθενείς πληρούν εξίσου τις προϋποθέσεις λήψης φροντίδας σε μια ειδική μονάδα και ειδικότερα στην μονάδα εντατική θεραπείας ή όταν υπάρχει διαθέσιμο για μεταμόσχευση ένα όργανο και είναι δύο ασθενείς που θεωρούνται εξίσου κατάλληλοι υποψήφιοι για μεταμόσχευση.^{49,50}

Επιπρόσθετα η δικαιοσύνη απαιτεί, να παρέχεται η ίδια ποιότητα φροντίδας σε όλους τους ασθενείς ανεξάρτητα απ την εθνικότητα, θρησκεία, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ή τρόπο ζωής. Επομένως η ομάδα των επαγγελματιών υγείας πρέπει να είναι προσεκτική στις αποφάσεις για τον τρόπο που θα παρέχει ποιότητα στους ασθενείς αλλά και για αποφάσεις που σχετίζονται με την πορεία της κλινικής τους κατάστασης και της θεραπείας που θα πρέπει να εφαρμοστεί.^{40,50,52}

Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω διαπιστώνεται ότι η εφαρμογή των ηθικών αρχών στη ΜΕΘ είναι πολύ σημαντική για να αντιμετωπίζονται προβλήματα με ηθικό περιεχόμενο, όμως κάποιες φορές δημιουργούνται συγκρούσεις μεταξύ αυτών. Ωστόσο έχουν γίνει προσπάθειες να καθοριστούν ποιες αρχές έχουν προτεραιότητα, με αποτέλεσμα την αυτονομία να θεωρείται ως την πιο σημαντική ηθική αρχή.^{49,50}

Συγκεκριμένα ενώ οι στόχοι του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι να παρέχουν ποιότητα φροντίδας και θεραπεία του πόνου προς όλους τους ασθενείς χωρίς όμως να τους προκαλέσουν κάποια βλάβη, θα πρέπει στην προκείμενου περίπτωση να συνυπολογίζουν και την επιλογή- απόφαση του ασθενούς για την θεραπεία και την φροντίδα που θα του παραχθεί. Φαίνεται λοιπόν ότι η αυτονομία του ασθενούς υπερέχει από τις υπόλοιπες ηθικές αρχές. Σε καμία όμως περίπτωση δεν θα πρέπει να παραληφθούν οι υπόλοιπες ηθικές αρχές (αγαθοεργία, μη βλάβειν, δικαιοσύνη) κατά την φροντίδα και θεραπεία του ασθενούς στην ΜΕΘ.^{49,50}

Εύλογα πρέπει να τονιστεί ότι οι ηθικές αρχές εφαρμόζονται υπό το πρίσμα των προσωπικών και των επαγγελματικών αξιών του υγειονομικού προσωπικού, της πολιτικής και του κανονισμού των νοσηλευτικών ιδρυμάτων αλλά και των δημοσιευμένων κανονισμών και των επαγγελματικών σωματείων. Άρα ο ρόλος των ηθικών αρχών στις ΜΕΘ είναι σπουδαίος και σημαντικός διότι αποτελεί μια προσπάθεια αποφυγής και επίλυσης των εντάσεων στου χώρους αυτούς.^{47,50}

4.2 Ηθικά διλήμματα

Στην τρέχουσα ιατρική και νοσηλευτική πρακτική, σύμφωνα και με το μεγάλο φιλόσοφο Hans Jonas, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό βαδίζει πολύ συχνά στο χείλος μιας διπλής αβύσσου. Από τη μια πλευρά υπάρχει η άμετρη τεχνολογική ανθρώπινη δραστηριότητα και από την άλλη η αβεβαιότητα των ηθικών αξιών της σύγχρονης εποχής, η οποία αρνείται τον απόλυτο χαρακτήρα των παλαιότερων θρησκευτικών ή μεταφυσικών αληθειών. Αυτό γίνεται ιδιαίτερα εμφανές, όταν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται αντιμέτωπο σε κάποιο δίλημμα ηθικού και θεραπευτικού περιεχομένου.^{53,54}

Όταν αναφέρεται κανείς σε δίλημμα εννοεί την υποχρεωτική επιλογή μεταξύ δύο ή περισσότερων επιλογών από τις οποίες καμία δεν είναι απόλυτα θεμιτή και επομένως περικλείει εξ' αρχής την έννοια του συμβιβασμού. Όταν όμως αναφέρεται κανείς σε ηθικό δίλημμα τότε εννοεί την υποχρεωτική επιλογή για την ουσία του αγαθού και του κακού, δηλαδή ζητεί να καθορίσει σε τι συνίσταται η ουσία των αγαθών πράξεων, τις οποίες οφείλουμε να πράττουμε και σε τι συνίσταται η ουσία των κακών, τις οποίες τις οφείλουμε να μην πράττουμε. Έτσι γίνεται φανερό ότι μέσα από ένα ηθικό πρόβλημα, η ηθική ως επιστήμη διδάσκει όχι το τι γίνεται αλλά το τι πρέπει να γίνεται με αποτέλεσμα το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να δυσκολεύεται να λάβει αποφάσεις στην καθημερινή του πρακτική.^{54,55}

Στην ιατρική η έννοια του διλήμματος είναι αρχαία και την συναντά κανείς ήδη στον Ιπποκράτη. Από τη μια δηλώνει «και να μου το ζητήσουν, το φάρμακο θανατηφόρο σε κανέναν δεν θα το δώσω» του Ιπποκρατικού όρκου και από την άλλη παροτρύνει «να μην επεμβαίνετε στις περιπτώσεις που οι άρρωστοι έχουν πια τελείως νικηθεί από την αρρώστια τους» και αυτό «με πλήρη συνείδηση πως η ιατρική δεν έχει τη δύναμη να κάνει το πάν». Από τα παραπάνω δημιουργούνται ερωτήματα που είναι δύσκολο να απαντηθούν όπως για το πότε η ιατρική δεν έχει τη δύναμη να κάνει το παν και τι είναι το παν για τον ασθενή, που επιμηκύνεται η ζωή και που η διαδικασία του θανάτου και τέλος για το ποια είναι η θέση του γιατρού και ποια του ασθενούς. Δύσκολο λοιπόν να απαντηθούν αυτά τα ερωτήματα αλλά και τα διλήμματα τα οποία εμφανίζονται λίγο πριν το τέλος της ζωής, της τελευταίας του βίου.⁵⁴

Η νοσηλευτική καθώς περνούσε την εξέλιξη της από τέχνη σε επάγγελμα και επιστήμη άρχισαν να την δονούν και αυτήν μεγάλα προβλήματα της ύπαρξης που είναι η ζωή και ο θάνατος. Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα τα προβλήματα αυτά έγιναν διλήμματα. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να βρίσκονται αντιμέτωποι με καταστάσεις στις οποίες ήταν δύσκολο να λάβουν κάποια ορθολογικά σωστή απόφαση και έτσι να συνειδητοποιήσουν με πολύ οδυνηρό τρόπο την αδυναμία της ανθρώπινης λογικής να υποτάξει σε ηθικές κρίσεις την άλογη πραγματικότητα της ανθρώπινης ύπαρξης. Ένιωθαν δηλαδή πόσο ηθικά κρίσιμη κατάσταση είναι «να είσαι άνθρωπος».⁵⁵

Ο ρόλος της ηθική κρίσης είναι εμφανέστερος στις πιο περίπλοκες καταστάσεις όπου το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό χρειάζεται να αποφασίσει πώς να δράσει σε σχέση με τους θεραπευομενούς του. Ο ποσοτικός και ποιοτικός φόρτος εργασίας, η πίεση για αποτελεσματικότητα, οι περιορισμοί των θεσμικών πλαισίων και των διαθέσιμων πόρων που δεν επιτρέπουν πάντοτε την «ιδανική λύση», ενδέχεται να δημιουργήσουν καταστάσεις που θα απαιτήσουν από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να προχωρήσει σε μια ηθική απόφαση.^{56,57}

Στη λήψη των ηθικών αποφάσεων οι γιατροί και οι νοσηλευτές υποβοηθούνται από τον κώδικα δεοντολογίας του επαγγέλματος τους, το σύστημα κανόνων και αξιών που χρησιμεύει ως οδηγός συμπεριφοράς για τα μέλη της συγκεκριμένης επαγγελματικής ή επιστημονικής ομάδας, υποδηλώνοντας τις γενικές ηθικές αρχές στις οποίες βασίζεται η εφαρμογή του επαγγέλματος ή της επιστήμης. Οι αρχές αυτές λειτουργούν ως «επαγγελματική δέσμευση» που προσδιορίζει σε αδρές γραμμές τι πρέπει και τι δεν πρέπει να πράττει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.⁵⁶

Βέβαια, οι ηθικές αποφάσεις είναι δυνατόν να αποβούν ακόμη πιο δύσκολες λόγω της ταυτόχρονης ύπαρξης διάφορων συγκρουόμενων αξιών μέσα στην ίδια περίπτωση. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό καλείται συχνά να διακρίνει τι οφείλει στον θεραπευομένο του, τι οφείλει στην οικογένεια του, τι οφείλει στον εαυτό του κ.λπ. Μια δράση που σχεδιάζεται προς όφελος ενός θεραπευόμενου, μπορεί να εμφανίζεται αντίθετη προς αυτό που θα ήταν το βέλτιστο για ένα άλλο άτομο με το οποίο σχετίζεται ο θεραπευόμενος. Η ανακοίνωση μιας επώδυνης αλήθειας μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο σ' ένα άτομο και αρνητικό σε κάποιο άλλο άτομο. Η εστίαση στις υποχρεώσεις ενός ατόμου μπορεί σε μια περίπτωση να έχει μεγαλύτερη σημασία από την εστίαση στα δικαιώματα του ενώ σε μια άλλη περίπτωση μπορεί να ισχύει το αντίθετο.^{56,57}

Σε πολλές περιπτώσεις απαιτείται οξυμένη διάκριση καθώς ένας ηθικός κανόνας ή μια γενική ηθική αρχή δεν αρκεί για να υποδείξει τον βέλτιστο τρόπο δράσης. Οι γιατροί και οι νοσηλευτές καλούνται να δώσουν τις προσωπικές τους απαντήσεις στα ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζουν στην καθημερινή τους πράξη, με βάση όχι μόνο την επιστημονική τους γνώση αλλά και την «συνείδηση τους»⁵⁸. Έτσι η επίλυση των περίπλοκων ηθικών ζητημάτων που ενδέχεται να αντιμετωπίσουν οι γιατροί και οι νοσηλευτές προϋποθέτει όχι μόνο την εξοικείωση με τον κώδικα δεοντολογίας αλλά και την καλλιέργεια μια ευρείας σειράς γνωστικών ικανοτήτων.^{57,58}

Τα πράγματα όμως άρχιζαν να γίνονται πιο δύσκολα όταν τα ηθικά διλήμματα δημιουργούνται μέσα στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας όπου η παρουσία του θανάτου είναι ιδιαίτερα έντονη και προβλέψιμη και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό καλείται να λάβει τις προτελευταίες αποφάσεις.⁵⁴ Τα διλήμματα που δημιουργούνται στις ΜΕΘ και αναγνωρίζονται ως ηθικά είναι ο καθορισμός του κατάλληλου χρόνου λήξης της θεραπείας, η διακοπή της μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής, ο προσδιορισμός του σημείου εκείνου όπου η κατάσταση του ασθενούς θεωρείται μη αναστρέψιμη, η προτεραιότητα εισαγωγής των ασθενών στη ΜΕΘ, ανάλογα με τη νόσο τους, η απόσυρση της αγωγής έναντι της ευθανασίας και οι εντολές μη αναζωογόνησης (D.N.R.). Άλλα ηθικά διλήμματα που αναδύονται στις ΜΕΘ, είναι τα διλήμματα για την δωρεά οργάνων καθώς επίσης και της απεργίας.⁵⁴

Η απεργία αποτελεί δικαίωμα κάθε εργαζόμενου και κάποιες φορές στις ΜΕΘ, το προσωπικό υγείας που εργάζεται εκεί αλλά και άλλοι επαγγελματίες αντιμετωπίζουν το δίλημμα για το αν τους επιτρέπεται να κάνουν απεργία ή όχι. Αυτό ίσως να οφείλεται σε διάφορους λόγους όπως είναι η καθυστέρηση των διαγνωστικών εξετάσεων, το ότι η ζωή

του ασθενούς τίθεται σε κίνδυνο αλλά και το γεγονός ότι υπάρχει έλλειψη του προσωπικού στις μονάδες αυτές.^{54,59}

Βέβαια δεν πρέπει να παραληφθεί το γεγονός ότι οι γιατροί πολλές φορές αποθαρρύνονται από τη λήψη ξεκάθαρων αποφάσεων όταν υπάρχει ο φόβος για κατηγορία αμέλειας ή σωματικής βλάβης και δικαστικής δίωξης. Αυτό ισχύει και για τους νοσηλευτές οι οποίοι υποχρεούνται από το νόμο να ακολουθούν τις οδηγίες των γιατρών όσο αφορά τη θεραπεία κατά την κρίσιμη κατάσταση της ζωής του ασθενούς στη ΜΕΘ, με αποτέλεσμα και αυτοί να μην είναι βέβαιοι και να βρίσκονται σε δίλημμα για το αν θα ακολουθήσουν την δοθείσα οδηγία. Οι ιατροί και οι νοσηλευτές έρχονται αντιμέτωποι όχι μόνο με ηθικά διλήμματα στην εργασία τους αλλά και μεταξύ τους δημιουργούνται έντονες αντιπαράθεσεις και συγκρούσεις όταν δεν υπάρχει κάποιο κοινό σημείο για τον τρόπο που θα πάρουν μια απόφαση για τον ασθενή. Συγκρούσεις δημιουργούνται ακόμα όταν στη λήψη αποφάσεων συμμετέχει και ο ασθενής με την οικογένεια του. Τότε τα πράγματα γίνονται ακόμα περισσότερο δύσκολα.⁵⁴

Είναι λοιπόν φανερό, ότι τις περισσότερες φορές, κανείς δεν ασχολείται με την ανάγκη ψυχολογικής στήριξης των ιατρών και των νοσηλευτών που συμμετέχουν στην λήψη ηθικών αποφάσεων. Δηλαδή για το πώς αντιμετωπίζουν αισθήματα πίεσης, άγχους, αποτυχίας, ενοχής, λύπης και απογοήτευσης ή ακόμα περισσότερο όταν για το πώς εξελίσσεται η προσωπικότητα τους και για το ποιος μπορεί να τους προφυλάξει από το ναρκισσισμό να γίνονται συχνά «μικροί θεοί» για την διαχείριση καθόλου «μικρών πραγμάτων» όπως είναι η ανθρώπινη ζωή.⁵⁴

Η αναγνώριση της ανάγκης για αποφόρτιση θα βοηθήσει στην αντιμετώπιση αισθημάτων απώλειας, στέρησης, αποτυχίας, εξάντλησης, πένθους. Στόχος επίσης είναι η προφύλαξη από όψιμα αρνητικά συναισθήματα, όπως είναι η αναγνώριση διαφωνιών που ίσως προέκυψαν κατά τη διαδικασία. Έτσι μια εξουθενωτική εμπειρία μπορεί να μετατραπεί σε ανταποδοτική.

Τέλος ανάλογες μελέτες έχουν αναδείξει το θέμα των ηθικών διλημμάτων στις ΜΕΘ και τη σύνδεση με την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Σύμφωνα με αυτές, τα ηθικά θέματα και το άγχος που αντιμετώπιζαν οι ιατροί και οι νοσηλευτές αφορούσαν κυρίως στις σχέσεις τους με τους ασθενείς και στη θεραπεία που ακολουθούσαν. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αισθανόταν ότι επιλύονταν τα ηθικά ζητήματα όταν ικανοποιούνταν οι ανάγκες των ασθενών, όταν υπήρχε η ικανοποιητική επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού και των ασθενών ή όταν όλη ομάδα περίθαλψης συμφωνούσε όσον αφορά στη θεραπεία που θα ακολουθούσε ο ασθενής.^{54,60,61,62,63}

4.3 Λήψη ηθικών αποφάσεων.

Δύο μοντέλα λήψης της απόφασης είχαν υπάρξει κατά το παρελθόν: το πατερναλιστικό και το μοντέλο της αυτονομίας του ασθενούς. Στο πατερναλιστικό μοντέλο, ο ιατρός είναι ο κηδεμόνας του ασθενούς, ο κάτοχος της εξειδικευμένης γνώσης, ο αποκλειστικά υπεύθυνος για την λήψη των αποφάσεων. Πληροφορεί τον ασθενή και τους οικείους του για τη διάγνωση και την πρόγνωση, τους εξηγεί τη θεραπευτική στρατηγική αλλά δεν τους εμπλέκει στη διαδικασία σχεδιασμού της φροντίδας. Η παραδοσιακή δικαίωση του πατερναλιστικού μοντέλου εδραζόταν στις αρχές του ωφελείν και του μη βλάπειν. Η κατοχύρωση της αρχής του σεβασμού της αυτονομίας επέφερε την ηθική του απαξίωση.⁴⁷

Στο μοντέλο της αυτονομίας, οι ιατροί και οι νοσηλευτές περιορίζονται στην έκθεση των διαθέσιμων θεραπευτικών επιλογών, της πιθανότητας επιτυχίας των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων τους. Φείδονται συστάσεων και συμβουλών για να μην προκαταλάβουν τον ασθενή (ή τον αντιπρόσωπο του). Ο ασθενής αφήνεται να αποφασίσει μόνος και ανεπηρέαστος, αξιολογώντας τα δεδομένα που του παρουσιάζονται. Δηλαδή του δίνεται η δυνατότητα α) να δέχεται και να κατανοεί μια αναλυτική ενημέρωση, β) να αντιδρά στην ενημέρωση με τον κατάλληλο τρόπο και γ) να μεταφέρει την απόφαση και τις επιθυμίες του στον θεράποντα ιατρό αλλά και υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό.^{64,65}

Σοβαρή ατέλεια του μοντέλου αυτού της αυτονομίας συνιστά το γεγονός ότι σε κρίσιμες στιγμές κρίσης, όπως όταν ανακύπτουν προτελευταία διλήμματα στη ΜΕΘ, επιφορτίζει τα μέλη της οικογένειας του με δύσβακτο βάρος. Κατά τη στιγμή που αυτά βιώνουν πρωτόγνωρη συναισθηματική ένταση, τους ζητείται να κατανοήσουν σύνθετα ιατρικά θέματα και να αναλάβουν την πλήρη ευθύνη μιας απόφασης με αμετάκλητες συνέπειες, που μπορεί να δημιουργήσει μελλοντικά αισθήματα ενοχής. Για να ανταπεξέλθουν στον κρίσιμο ρόλο τους, οι συγγενείς έχουν ανάγκη πολύ περισσότερης βοήθειας από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έναντι εκείνης που επιτρέπει το μοντέλο της αυτονομίας.^{65,66}

Ως υπεύθυνος λήψης αποφάσεων μπορεί να είναι κάποιος που έχει οριστεί εγγράφως νωρίτερα από τον ασθενή. Διαφορετικά μπορεί να είναι κατάλληλο μέλος της οικογένειας με τη σειρά που ορίζεται από τον νόμο του κράτους. Συνήθως η ιεραρχία αρχίζει από τον σύζυγο του ασθενούς, στα ενήλικα τέκνα, στους γονείς του, σε ενήλικα συγγενή εξ' αίματος και τέλος στον παππού-γιαγιά. Σπάνια το ρόλο αυτό μπορεί να τον αναλάβει ένας κηδεμόνας που θα έχει οριστεί από το δικαστήριο. Για τις περιπτώσεις που δεν υπάρχει κάποιο κατάλληλο άτομο να λαμβάνει τις απαραίτητες αποφάσεις θα πρέπει το

νοσηλευτικό ίδρυμα να έχει τη δυνατότητα να ορίσει κάποιον που θα ενεργεί για το καλύτερο του ασθενούς.^{47,66}

Αν και σπάνια αναγκαίο σε ορισμένες καταστάσεις μπορεί να χρειαστεί να οριστεί κάποιος με δικαστική απόφαση, όπως σε 1) αμφιβολία για την ικανότητα λήψης απόφασης από τον ασθενή, 2) αδυναμία ή άρνηση του επιβλέποντα να αποφασίσει και 3) διαφωνία μεταξύ ιατρικού επιτελείου και επιβλέποντα για την ορθότητα της απόφασης και 4) λήψη απόφασης από τον κηδεμόνα η οποία να είναι αντίθετη με προηγούμενη απόφαση του ασθενούς.⁶⁶

Το 2003, πέντε ευρωπαϊκές και βορειοαμερικανικές εταιρείες Εντατικής Θεραπείας κατέληξαν σε μια κοινή συναινετική δήλωση υπέρ ενός ενδιάμεσου μοντέλου, το οποίο ονομάστηκε το μοντέλο της συναπόφασης. Στο μοντέλο αυτό, η θεραπευτική ομάδα (ιατροί και νοσηλευτές) και η οικογένεια μοιράζεται την ευθύνη για την λήψη της απόφασης. Βασικά χαρακτηριστικά του είναι η επικοινωνία, η αλληλεπίδραση, η αμφίδρομη ανταλλαγή πληροφοριών, η τοποθέτηση αμφότερων των πλευρών στα διλήμματα που τέθηκαν και η συνεργασία με σκοπό την επίτευξη συμφωνίας για την ακολουθούσα τακτική.⁶⁷

Η διαδικασία αρχίζει νωρίς μετά από ενημέρωση του ασθενούς στη ΜΕΘ με μια συνάντηση όπου το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ενημερώνει τους συγγενείς για τη σοβαρότητα της κατάστασης και συγχρόνως τους προϋδεάζει για το ενδεχόμενο να καταστεί αναγκαία η μη κλιμάκωση ή η διακοπή της αγωγής λόγω απουσία βελτίωσης. Έλλειψη ανταπόκρισης στις χορηγούμενες θεραπείες ή μη αντιστρεπτής επιδείνωσης της κλινικής εικόνας. Η συνάντηση αυτή αποτελεί για τη θεραπευτική ομάδα μια ευκαιρία να γνωρίσει την εσωτερική δυναμική και το πολιτισμικό και θρησκευτικό υπόβαθρο της οικογένειας και να αρχίσει να οικοδομεί μια σχέση αμοιβαίου σχεδιασμού και εμπιστοσύνης μαζί της.⁴⁷

Ακολουθούν και άλλες συναντήσεις όπου εξετάζεται η πορεία του ασθενούς και συζητείται η μετάβαση από την επιθετική στην παρηγορητική φροντίδα. Ο ιατρός για να διευκολύνει την κατανόηση, παρέχει εκλαϊκευμένη πληροφόρηση και αποφεύγει τους επιστημονικούς και τεχνικούς όρους. Οι συγγενείς χρειάζονται χρόνο για να μιλήσουν και να εκφράσουν τις αγωνίες τους. Οι γιατροί αλλά και οι νοσηλευτές απαντούν πρόθυμα στις ερωτήσεις τους. Βέβαια όλοι οι γιατροί και οι νοσηλευτές που απαρτίζουν την θεραπευτική ομάδα παρευρίσκονται κατά το δυνατόν στις συναντήσεις αλλά εκφράζοντας ενιαία θέση. Η εκπομπή αντιφατικών μηνυμάτων δημιουργεί σύγχυση και δυσπιστία στην οικογένεια.⁹

Η κύρια ενημέρωση γίνεται από τον επικεφαλής ιατρό, ο οποίος διευθύνει και τη συζήτηση. Χρήσιμη είναι η παρουσία και ενός κληρικού, εφόσον η οικογένεια διακατέχεται από θρησκευτική πίστη, καθώς και του οικογενειακού ιατρού. Ακόμη και όταν υπάρχει διορισμένος πληρεξούσιος ή επιλεγμένος αντιπρόσωπος, ενθαρρύνεται η συμμετοχή στις συναντήσεις όλων όσων ενδιαφέρονται από τους συγγενείς, έτσι ώστε να ομαλοποιούνται οι ενδοοικογενειακές διαφορές.⁶⁶

Γι' αυτόν τον λόγο προβάλλει εντονότατη η ανάγκη της ικανότητας των εντατικολόγων στην παροχή προτελευταίων φροντίδων. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται οι πρακτικές και οι ηθικές πλευρές της αποκλιμάκωσης διάφορων υποστηρικτικών της ζωής τεχνικών και θεραπειών και της χρήσης κατασταλτικών, αναλγητικών και μη φαρμακολογικών παραγόντων για την ανακούφιση της διαδικασίας του θανάτου. Διάφορες ηθικές έννοιες παίζουν θεμελιώδη ρόλο στην κατεύθυνση της προτελευταίας φροντίδας όπως είναι:

- Η ηθική εξίσωση της άρσης και της συγκράτησης της θεραπείας.
- Η διάκριση μεταξύ πράξεων που επιφέρουν το θάνατο ή τον αφήνουν να έλθει χωρίς παρέμβαση.
- Η διάκριση μεταξύ συνεπειών που είναι αντικείμενο πρόθεσης έναντι εκείνων που είναι απλά και μόνο αναμενόμενες «δόγμα διπλού αποτελέσματος»^{68,69,70,71}

Γενικά θα μπορούσε να πει κανείς ότι το μοντέλο της συναπόφασης είναι ευέλικτο. Οι ιατροί και οι νοσηλευτές πρέπει να εκτιμούν έγκαιρα μέχρι ποιού σημείου επιθυμούν οι συγγενείς να εμπλακούν στην απόφαση και να προσαρμόζουν ανάλογα την επικοινωνιακή διαδικασία. Το μοντέλο της συναπόφασης στηρίζεται στη διαπραγμάτευση. Ο ιατρός δεν πρέπει να αναλύει απλά τη διάγνωση και την πρόγνωση αλλά ταυτόχρονα προτείνει ένα θεραπευτικό σχέδιο και το αιτιολογεί προσεκτικά. Οι νοσηλευτές με την σειρά τους, παρέχουν και αυτοί πληροφορίες στους συγγενείς σχετικά με το σχέδιο παροχής φροντίδας του ασθενούς. Οι συγγενείς εισφέρουν τη γνώση τους για τις αξίες, τις πεποιθήσεις και τις προτιμήσεις του ασθενούς. Με διάλογο ορίζονται οι στόχοι της αγωγής και συνομολογείται ότι, αν η αγωγή δεν εκπληρώσει τους στόχους αυτούς, θα αποσυρθεί ή τουλάχιστον δεν θα κλιμακωθεί.^{66,72}

Σε μελέτη παρέμβασης αποδείχτηκε ότι οι συναντήσεις που προβλέπει το μοντέλο της συναπόφασης μειώνουν το μέσο χρόνο νοσηλείας, επιταχύνουν το πέρασμα στην παρηγορητική φροντίδα και απελευθερώνουν κλίνες, αυξάνοντας τις εισαγωγές ασθενών που έχουν ελπίδες ανάκαμψης.⁷³ Έχει βρεθεί ότι η ικανοποίηση των συγγενών από τις συναντήσεις αυτές είναι μεγαλύτερη όταν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αφιερώνει

περισσότερο χρόνο στο να ακούει παρά στο να μιλά και διαβεβαιώνει ότι ο ασθενής δεν θα εγκαταλειφτεί και δεν θα υποφέρει πριν από τον θάνατο του.^{74,75}

Τέλος σε τέτοιες συζητήσεις αξίζει να συμμετέχουν γιατροί, νοσηλευτές και βέβαια πρόσωπα της οικογένειας του ασθενούς. Μια ψυχοβιολογική προσέγγιση της βούλησης του ασθενούς μπορεί να βοηθήσει στην ισορροπία μεταξύ ιατρικού πατερναλισμού και ατομικής αυτονομίας.

4.4 Συγκρούσεις κατά την λήψη αποφάσεων.

Όταν οι συγγενείς επιμένουν στην συνέχιση ή κλιμάκωση της αγωγής, παρά την αντίθετη γνώμη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, συνήθως δημιουργούνται οι συγκρούσεις. Σε μια μελέτη, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ανέφερε σύγκρουση του με τους συγγενείς του ασθενούς σε ποσοστό 48% των περιπτώσεων. Τα 2/3 των συγκρούσεων αφορούσαν σε προτελευταία διλήμματα.⁷⁶ Συνήθως η διαφωνία των συγγενών είναι απότοκος της εσφαλμένης κατανόησης των ιατρικών πληροφοριών, της έλλειψης της συνειδητοποίησης της βαρύτητας της κατάστασης, της διατήρησης μη ρεαλιστικών προσδοκιών ή της άρνησης της αποδοχής του αναπότρεπτου θανάτου του αγαπημένου προσώπου.

Επιπλέον κάποιοι συγγενείς βαρύνονται από ενοχές, ενώ άλλοι προσμένουν ένα θαύμα. Το πολιτισμικό τους υπόβαθρο και η θρησκευτική τους πίστη διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο, καθώς ενδέχεται να αποθαρρύνουν ή να απαγορεύουν την απόσυρση της αγωγής. Η στάση τους μπορεί ακόμα να υποκρύπτει οικονομικά ή άλλης φύσης συμφέροντα.⁷⁷

Η μεγαλύτερη λοιπόν πρόκληση για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στη ΜΕΘ είναι το γνωρίζει ότι η εφαρμοσμένη θεραπεία είτε δεν θα έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα (σε ασθενείς με μη ανίατη νόσο, είτε είναι αντίθετη με τις επιθυμίες του. Όταν κάτι ανάλογο κοινοποιείται στο οικογενειακό περιβάλλον, είναι αναπόφευκτη η δημιουργία διαφωνιών ή και συγκρούσεων, αφού όπως είναι αναμενόμενο, ο καθένας επιθυμεί μέχρι και την τελευταία στιγμή να εφαρμοστεί ότι είναι δυνατόν προκειμένου να βοηθήσει το αγαπημένο του πρόσωπο, όσο και αν κατά βάθος γνωρίζει ότι κάτι τέτοιο είναι πολύ δύσκολο ή και αδύνατο.⁷⁸

Έπειτα η σύγκρουση μεταξύ του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και συγγενών μεταβάλλει τη συλλογική προσπάθεια για το καλό του ασθενούς σε στείρα αντιπαράθεση. Οι γιατροί και οι νοσηλευτές αισθάνονται ότι οι συγγενείς δεν τους εμπιστεύονται και αρχίζουν να αμφισβητούν τις προθέσεις τους. Οι συγγενείς παραπονούνται ότι οι ιατροί

και οι νοσηλευτές δεν τους καταλαβαίνουν, αμφιβάλλουν για την πρόκληση τους στο σκοπό ίασης και βιώνουν μοναξιά, καταπίεση ή εγκατάλειψη.⁷⁷ Παρόλα αυτά, η σύγκρουση μπορεί να είναι εποικοδομητική, όταν αποκαλύπτει διαφορές αξιών που δεν έχουν συζητηθεί επαρκώς.⁷⁹

Η εμβάθυνση της επικοινωνίας και η επανάληψη του διαλόγου με εστίαση στην πρόγνωση, στους στόχους της αγωγής και τις εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές όπως είναι η παρηγορητική φροντίδα, ελαχιστοποιεί τις ανεδαφικές απαιτήσεις των συγγενών και επιλύει επιτυχώς τις περισσότερες συγκρούσεις.⁷⁷ Επειδή οι συγγενείς δεν είναι εξοικειωμένοι με την πορεία νοσηλείας των βαρέων πασχόντων και συχνά έχουν και επενδύσει σε υπέρμετρες ελπίδες στην εντατική θεραπεία, πρέπει να τους παρέχεται χρόνος να συμβιβαστούν με την πραγματικότητα. Μια στρατηγική είναι να συμφωνηθεί ότι θα δοκιμαστεί μια θεραπεία με προαποφασισμένο τον χρονικό ορίζοντα επανεκτίμησης του οφέλους της.⁷⁷

Παράλληλα πρέπει να τους προσφέρεται η δυνατότητα να ζητήσουν μια δεύτερη ιατρική γνώμη, δηλαδή να συμβουλευτούν έναν ανεξάρτητο από την θεραπευτική ομάδα ιατρό-εντατικόλογο. Πολύτιμη είναι και η παρέμβαση των κοινωνικών λειτουργών. Τέλος το έναυσμα των συγκρούσεων μεταξύ του προσωπικού της ΜΕΘ και των συγγενών, όταν τα αποτελέσματα δεν είναι τα αναμενόμενα, αποτελούν οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες των ιατρικών ομάδων οι οποίες μεταφέρονται στον ίδιο όσο και στο οικογενειακό του περιβάλλον, σε συνδυασμό με την πληροφόρηση σχετικά με τα θαύματα της επιστήμης και την πρόοδο του μηχανικού εξοπλισμού.⁷⁹

4.5 Ιατρική ματαιότητα.

Η έννοια της ματαιότητας της θεραπείας άρχισε να διαμορφώνεται τη δεκαετία του 1980. Επρόκειτο για μια απόπειρα να πειστεί η κοινωνία ότι οι ιατροί, βασιζόμενοι στην κλινική τους κρίση και στα επιδημιολογικά δεδομένα, είναι σε θέση να καθορίσουν το ανώφελο της θεραπείας σε μια συγκεκριμένη κατάσταση. Σύμφωνα με την παραπάνω άποψη οι γιατροί δικαιούνται να μην κλιμακώνουν ή να διακόπτουν την αγωγή, ακόμα και παρά τις αντιρρήσεις του ασθενούς ή των συγγενών του.⁸⁰

Έτσι επιχειρήθηκε να δοθεί ένα αντικειμενικός ορισμός της ματαιότητας. Ο ορισμός αυτός είναι της φυσιολογικής ματαιότητας, όταν δηλαδή μια θεραπεία θεωρείται μάταιη και δεν μπορεί να επιφέρει κάποιο αποτέλεσμα σε επίπεδο φυσιολογίας. (π.χ. η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση σε ρήξη της καρδιάς. Ωστόσο κάποια θεραπεία μπορεί

να διορθώνει κάποια ανατομική, φυσιολογική, ή βιοχημική διαταραχή χωρίς να ωφελεί τον ασθενή ως σύνολο. Μπορεί μόνο να τροποποιεί την ακολουθία των γεγονότων που οδηγούν στον θάνατο. Άρα το φυσιολογικό αποτέλεσμα διακρίνεται από το θεραπευτικό όφελος.⁴⁷

Αρχίζοντας από αυτήν την παραδοχή οι Schneiderman et Jecker πρότειναν ένα ποσοτικό και έναν ποιοτικό ορισμό της ματαιότητας. Δηλαδή μια θεραπεία πρέπει να θεωρείται μάταιη όταν:

- α) οι ιατροί συμπεραίνουν, είτε από την προσωπική τους πείρα, είτε από τις εμπειρίες που τους κομίζουν οι συνάδελφοι τους, είτε από τα δημοσιευμένα εμπειρικά δεδομένα ότι απέβη άχρηστη στις τελευταίες εκατό περιπτώσεις που εφαρμόστηκε και
- β) απλά συντηρεί μια μόνιμη κατάσταση έλλειψης συνείδησης ή αποτυγχάνει να τερματίσει την ολική εξάρτηση του ασθενούς από την εντατική θεραπεία.^{47,81}

Παρατηρείται ότι για την ματαιότητα έχουν δοθεί πολυάριθμοι ορισμοί που όμως η εφαρμογή της στην πράξη αμφισβητείται. Οι γιατροί πρέπει να διαχωρίζουν τους ασθενείς που είναι ετοιμοθάνατοι (π.χ. αποφρακτικό καρδιογενές shock), τους ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο (π.χ. μεταστατικός παγκρεατικός καρκίνος) και τους ασθενείς που έχουν σοβαρές και μη αναστρέψιμες διαταραχές (π.χ. μόνιμη κωματώδη κατάσταση).⁸²

Όταν οι γιατροί αντιμετωπίζουν μια κατάσταση ματαιότητας θα πρέπει να προσπαθούν να φτάνουν σε μια κοινή απόφαση μεταξύ των διάφορων μελών της ιατρικής ομάδας, σχετικά με την καταλληλότητα των διάφορων προτεινόμενων σχεδίων φροντίδας με βάση τα δημοσιευμένα επιστημονικά δεδομένα. Ο ιατρός πρέπει να επικοινωνεί με τον ασθενή και την οικογένεια του για να κατανοεί τις απόψεις τους, λαμβάνοντας υπόψη του και την πολιτική, θρησκευτική και ψυχολογική τους στάση. Με βάση τις πληροφορίες αυτές, ο γιατρός μπορεί να χρειαστεί να δράσει ο μεσολαβητής για την αποδοχή της προτεινόμενης αντιμετώπισης από τον ασθενή και την οικογένεια του καθώς και από ολόκληρη την ιατρική ομάδα. Αν η λήψη κοινής απόφασης δεν είναι δυνατή, ένας μεσολαβητής μπορεί να βοηθήσει στην επίλυση της διαφωνίας.⁸²

Σε μια προοπτική μελέτη ζητήθηκε από τους ιατρούς και τους νοσηλευτικούς μια ελβετικής ΜΕΘ να εκτιμούν καθημερινά τη ματαιότητα της χορηγούμενης αγωγής αναφορικά με την πραγματοποίηση δυο στόχων: α) της επιβίωσης και β) της αποδεκτής μελλοντικής ποιοτικής ζωής, θεωρούμενης ως συνάρτηση της σωματικής, της ψυχικής και της κοινωνικής ευεξίας. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, 71% οι εκτιμήσεις των ιατρών και των νοσηλευτών ταυτίζονταν. Ωστόσο όσο αφορά την αυξανόμενη βαρύτητα

των περιστατικών και του χρόνου παραμονής των ασθενών στη ΜΕΘ, εμφανίζονταν αποκλίσεις, με τους νοσηλευτές να είναι περισσότερο απαισιόδοξοι από τους ιατρούς.⁸³

Πάντως ούτε οι ιατροί, ούτε οι νοσηλευτές πρόβλεψαν ορθά τη μελλοντική ποιότητα ζωής των ασθενών. Σε τηλεφωνική συνέντευξη, 6 μήνες μετά από την είσοδο τους στη ΜΕΘ το 91% και το 85% αντίστοιχα των επιζησάντων ασθενών, των οποίων η θεραπεία είχε κριθεί μάταιη όσον αφορά στην εξασφάλιση μιας αποδεκτής μελλοντικής ποιότητας ζωής, δήλωναν ότι η ποιότητα ζωής τους δεν ήταν κακή.⁸³ Τα παραπάνω ευρήματα δείχνουν ότι η μελλοντική ποιότητα ζωής του ασθενούς στη ΜΕΘ δεν είναι εύκολο να προβλεφθεί. Άρα η επίκληση της για δικαιολόγηση της μη κλιμάκωσης ή της διακοπής της αγωγής απαιτεί μεγάλη προσοχή. Η μη κλιμάκωση ή απόσυρση της αγωγής είναι μια κλινική απόφαση και ως τέτοια περιπλέκεται από την προγνωστική αβεβαιότητα.^{47,83}

Επομένως οι ιατροί οποίοι αποφασίζουν για την ζωή του ασθενούς αλλά και οι νοσηλευτές που ακολουθούν τις οδηγίες των ιατρών, θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί στην λήψη απόφασης. Ακόμα θα πρέπει εκτενέστερα να μελετούν και να προβλέπουν την θεραπεία του ασθενούς, ώστε να προβαίνουν σε πράξεις ορθές και ηθικές που θα έχουν ως κύριο στόχο την ύψιστη ποιότητα φροντίδας. Σε κάθε περίπτωση όμως θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη και τις αποφάσεις του ασθενούς και της οικογένειάς του, ώστε να εκτελούν όσο το δυνατό καλύτερα το επαγγελματικό τους καθήκον.^{80,82}

4.6 Προκαταβολικές οδηγίες.

Ο προκαταβολικός σχεδιασμός της φροντίδας είναι η διαδικασία κατά την οποία ο ασθενής, γνωρίζοντας ότι κατά την εξέλιξη της νόσου ενδέχεται να αποτελέσει την ικανότητα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, συνεργάζεται με την οικογένεια του, τον ιατρό αλλά και το νοσηλευτικό προσωπικό για την διαμόρφωση του περιγράμματος της μελλοντικής του φροντίδας. Πρόκειται για μια προσπάθεια να διευρυνθεί η ισχύς της αυτονομίας του ασθενούς με την εκ προτέρων αντιμετώπιση και επίλυση των διλημάτων που είναι πιθανό να προκύψουν αργότερα όπως είναι χρήση ή μη των υποστηρικτών της ζωής θεραπειών. Οι προτιμήσεις του ασθενούς κωδικοποιούνται και αποτυπώνονται σε επίσημα έγγραφα που ονομάζονται προκαταβολικές οδηγίες.⁸⁴

Υπάρχουν τρεις τύποι προκαταβολικών οδηγιών: 1) Η διαθήκη εν ζωή, 2) ο διορισμός του πληρεξούσιου και 3) ο συνδυασμός των δύο προηγούμενων. Η ομοσπονδιακή νομοθεσία απαιτεί από τα νοσηλευτικά ιδρύματα και από το εκπαιδευόμενο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, που χρηματοδοτείται από οργανισμούς όπως είναι η Medicare και η Medicaid να ενημερώνουν όλους τους ασθενείς σχετικά με τα

δικαιώματα τους να συμπληρώνουν αυτήν την οδηγία. Τα έγγραφα υπάρχουν στις περισσότερες πολιτείες αλλά οι νομικές προϋποθέσεις και η εφαρμογή τους διαφέρουν από πολιτεία σε πολιτεία.^{12,84}

Η εν ζωή διαθήκη είναι το συνηθέστερο έγγραφο με το οποίο ένας ασθενής μπορεί να ζητήσει ή να απορρίψει μια υποστηρικτική θεραπεία σε περίπτωση που φτάνει σε τελικό στάδιο και δεν θα είναι πλέον ικανός να αποφασίζει μόνος του ή βρίσκεται σε κωματώδη κατάσταση. Τα έγγραφα αυτά δεν έχουν νομική ισχύ σε όλες τις πολιτείες αλλά λειτουργούν ως οδηγός για τους επαγγελματίες υγείας και τους κηδεμόνες των ασθενών. Μια νομικά ισχύουσα δήλωση σε περίπτωση φυσικού θανάτου μπορεί να περιλαμβάνει την απόφαση να αποσυρθούν τα βασικά μέτρα υποστήριξης της ζωής ή η τεχνικά χορηγούμενη διατροφή και ενυδάτωση.⁸⁴

Η οδηγία προχωρημένης φροντίδας υγείας ορίζει ένα άτομο από την ομάδα φροντίδας του ασθενούς (συνήγορο) να φροντίζει για τα συμφέροντα του όταν αυτός δεν είναι σε θέση να πράξει μόνος του. Μια τέτοια οδηγία βοηθά περισσότερο όταν ο ασθενής έχει εκφράσει εγγράφως και λεπτομερώς τις εντολές του, παρά με την χρήση γενικών όρων όπως «όχι ηρωικά μέτρα». Ιδανικά τα άτομα αυτά που εκτελούν τις οδηγίες αυτές πρέπει να συζητούν τις προθέσεις τους, τα πιστεύω τους και τα συστήματα αξιών του φορέα υγείας με την οικογένεια και τον γιατρό, πέραν της συμπλήρωσης του σχετικού εγγράφου. Είναι σημαντικό επίσης να αναθεωρούνται τακτικά οι επιθυμίες και οι οδηγίες, ιδιαίτερα κάθε φορά που εισάγεται ο ασθενής για νοσηλεία.⁸⁴

Οι προκαταβολικές οδηγίες όμως ενέχουν πρακτικά και ηθικά μειονεκτήματα. Πρώτον δεν είναι ευρέως διαδεδομένες διότι διάφορες ερευνητικές μελέτες που έγιναν σε χώρες του εξωτερικού έδειξαν ότι οι περισσότεροι από τους ασθενείς δεν είχαν συντάξει κάποια προκαταβολική οδηγία.^{85,86,87} Δεύτερον οι προτιμήσεις των ασθενών δεν παραμένουν σταθερές αλλά μεταβάλλονται στην πορεία του χρόνου. Περισσότερο επηρεάζονται από την ενεργητικότητα της νόσου και από παροδικούς παράγοντες όπως είναι το άγχος, η κατάθλιψη και η ένταση των σωματικών συμπτωμάτων, παρά από το να αντανακλούν κατασταλαγμένες προσωπικές αξίες.⁸⁸ Γι αυτό και ο προκαταβολικός σχεδιασμός της φροντίδας δεν πρέπει να εξαντλείται στη στιγμιαία τυπική συμπλήρωση ενός εγγράφου αλλά να αποτελεί μια διαδικασία συνεχούς επικοινωνίας του ασθενούς με τους συγγενείς του και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.⁸⁹

Στη μεγαλύτερη μελέτη πρόσβασης που έχει λάβει χώρα μέχρι σήμερα στο χώρο της προτελευταίας νοσοκομειακής φροντίδας δεν είχαν κάποια επίδραση στην ποιότητα επικοινωνίας προσωπικού υγείας – ασθενούς, στη γνώση τον ιατρό των προτιμήσεων του

ασθενούς, στον αριθμό ημερών που νοσηλεύτηκε ο ασθενής στην ΜΕΘ υπό μηχανικό αερισμό ή ήταν σε κώμα πριν από το θάνατο του, στο επίπεδο του αναφερόμενου πόνου και στην ανάλωση των νοσοκομειακών πόρων.⁹⁰

Έτσι διαπιστώνεται ότι οι διαθήκες ζωής είναι συνήθως γενικόλογες αλλά και όταν είναι λεπτομερείς, αδυνατούν να καλύψουν την ποικιλία και την πολυπλοκότητα των καταστάσεων που προκύπτουν στη ΜΕΘ. Η αλλαγή των περιστάσεων μπορεί να καθιστά ωφέλιμη μια θεραπεία την οποία είχε απορρίψει ο ασθενής. Επιπλέον η ύπαρξη προκαταβολικής οδηγίας συσχετίστηκε με λιγότερη χρήση υποστηρικτών της ζωής παρεμβάσεων (σωλήνες σίτισης, αναπνευστήρας) κατά τον τελευταίο μήνα ζωής και με καλύτερη επικοινωνία μεταξύ προσωπικού υγείας – οικογένειας.⁹¹

4.7 Εντολές μη αναζωογόνησης (D.N.R).

Μια από τις πρώτες θεραπείες που χρησιμοποιήθηκε σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς χωρίς την συγκατάθεση τους, ήταν η τεχνική της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης (ΚΑΡΠΑ) η οποία περιγράφηκε για πρώτη φορά την δεκαετία του 1960. Οι αρχικές εφαρμογές της, αφορούσαν σε ανθρώπους κατά τα άλλα υγείς, οι οποίοι εμφάνιζαν αιφνίδια, μη αναμενόμενη καρδιακή ανακοπή στο χειρουργείο. Οι επιτυχίες της σε συνδυασμό με την απλότητα και την ευκολία εκμάθησης, συνέβαλαν στην ταχεία επέκταση της χρήσης της. Η ΚΑΡΠΑ σταδιακά θεωρήθηκε ως μια θεραπευτική παρέμβαση ρουτίνας καθώς εφαρμοζόταν σε κάθε ασθενή που υφίσταται καρδιακή ανακοπή, ανεξάρτητα από την αιτία πρόκλησης της.⁴⁷

Ωστόσο, η αδιάκριτη εφαρμογή της που μπορεί να εντείνει την προτελευταία ταλαιπωρία ή να επιμηκύνει τη διαδικασία του θανάτου, θεωρήθηκε ότι σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να μην αποφέρει κάποιο όφελος στον ασθενή. Συνεπώς δεν θα πρέπει να εκτελείται αντανακλαστικά, αλλά να εφαρμόζεται μετά από προειλημμένη απόφαση. Έτσι η μη εφαρμογή της αναζωογόνησης (D.N.R) αποτελεί στους χώρους της ΜΕΘ, νομική εντολή που αφορά στην επιθυμία του ασθενή να μην πραγματοποιηθεί καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση αν η καρδιά του παύσει να λειτουργεί ή αν η αναπνοή του σταματήσει.⁹²

Γενικά οι δυνατότητες της ΚΑΡΠΑ δεν πρέπει να υπερτιμώνται. Σε μια ερευνητική μελέτη 360 ασθενών που υπέστησαν καρδιακή ανακοπή στη ΜΕΘ, η ΚΑΡΠΑ ήταν αρχικά επιτυχής σε ποσοστό 39%. Όμως ένα μικρό ποσοστό (3,3%) των ασθενών κατάφεραν να εξέλθουν ζώντες από το νοσοκομείο. Έχει βρεθεί λοιπόν ότι σε ασθενείς

με νόσο τελικού σταδίου (κακοήθεις νεοπλασίες, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, κίρρωση, νεφρική ανεπάρκεια) ή σήψη, η ΚΑΡΠΑ είναι λιγότερο αποτελεσματική απ' ότι σε ασθενείς με καρδιαγγειακό νόσημα.^{93,94}

Στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας νοσηλεύονται ασθενείς για τους οποίους λαμβάνονται σημαντικές αποφάσεις όσον αφορά τη θεραπεία τους. Στο συγκεκριμένο χώρο οι ιατροί και οι νοσηλευτές καλούνται να συνεργαστούν στοχεύοντας στη συντονισμένη φροντίδα του βαριά πάσχοντος ασθενούς. Επειδή οι ασθενείς βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση και δεν έχουν την ικανότητα να λαμβάνουν αποφάσεις μπορούν να εξουσιοδοτήσουν άλλα άτομα της οικογένειας τους γι' αυτό το λόγο. Σε ορισμένες χώρες η συμμετοχή της οικογένειας είναι μειωμένη και τον ρόλο αυτό τον αναλαμβάνουν οι ιατροί της ΜΕΘ. Για το λόγο αυτό οι προτελευταίες αποφάσεις αυξάνουν την επαγγελματική εξουθένωση και την αγωνία των ιατρών και κατά συνέπεια απαιτείται η καλή επικοινωνία μεταξύ της επιστημονικής ομάδας που εργάζεται στη ΜΕΘ και της οικογένειας.⁹³

Σε πολλές περιπτώσεις συναντώνται δυσκολίες τόσο στη λήψη συγκατάθεσης του ασθενούς για κάποιες θεραπευτικές προσεγγίσεις όσο και στη συζήτηση με τους ασθενείς ή τους συγγενείς για τη λήψη τέτοιων αποφάσεων. Η εφαρμογή ΚΑΡΠΑ θεωρείται κρίσιμη διαδικασία για τους ασθενείς με δυνητικά αναστρέψιμες νόσους, οι οποίοι μπορεί να υποστούν καρδιακή ανακοπή κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους. Οι αποφάσεις μη εφαρμογής αναζωογόνησης λαμβάνονται στις ΜΕΘ όταν ο θάνατος είναι προβλέψιμος. Αυτό δε σημαίνει ότι πρέπει να διακοπεί η θεραπεία ή ότι ο ασθενής πρέπει να εγκαταλειφτεί. Αν η εφαρμογή ΚΑΡΠΑ θεωρείται μάταιη τότε καταγράφεται οδηγία για μη εφαρμογή αναζωογόνησης (D.N.R). Αυτό πρέπει να είναι γνωστό σε όλους τους ιατρούς και τους νοσηλευτές που αναλαμβάνουν την φροντίδα των ασθενών. Σε κάθε περίπτωση μετά την εφαρμογή ΚΑΡΠΑ είναι απαραίτητη η ενημέρωση των συγγενών.^{94,95}

Γενικά υποστηρίζεται ότι όταν η καρδιοαναπνευστική ανακοπή αποτελεί το τελικό συμβάν μιας μη αναστρέψιμης παθολογικής κατάστασης η ΚΑΡΠΑ, πρέπει να αναστέλλεται. Παλαιότερα η απόφαση λαμβανόταν αποκλειστικά από τον ιατρό και η εντολή μη αναζωογόνησης μεταβιβαζόταν προφορικά από τη μια βάρδια στην επόμενη ή κρυπτογραφείτο στο φάκελο του ασθενούς. Σήμερα η εντολή είναι προϊόν συναπόφασης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και του ασθενούς (ή των συγγενών του).^{12,95}

Μπορεί όμως να υπάρξουν περιπτώσεις όπου ο γιατρός συστήνει να υπάρχει γραπτή εντολή DNR, αλλά ο ασθενής και η οικογένεια του διαφωνούν και επιθυμούν να γίνει

ΚΑΡΠΑ σε περίπτωση καρδιοαναπνευστικής ανακοπής. Στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να γίνουν τα ακόλουθα βήματα. Πρώτον ο γιατρός και ο ασθενής (ή και συγγενείς του) πρέπει να συνεχίσουν την συζήτηση για διευκρίνιση των λόγων που τους οδήγησαν στην απόφαση αυτή, για την αντίληψη τους για την ΚΑΡΠΑ που μπορεί να είναι εσφαλμένη και για την αντίληψη τους για τη συμμετοχή ή τη διακοπή της εντολής για ιατρική φροντίδα. Δεύτερον το συμβούλιο βιοηθικής της Αμερικανικής Ιατρικής Εταιρείας αποφάσισε ότι ο γιατρός που θεωρεί ότι η εφαρμογή ΚΑΡΠΑ μπορεί να είναι μάταιη, μπορεί να προχωρήσει στις διαδικασίες D.N.R παρά την αντίθετη επιθυμία του ασθενούς. Στην περίπτωση αυτή χρειάζεται να ενημερωθεί ο ασθενής για την απόφαση και τους λόγους που οδήγησαν σε αυτή. Τρίτον σε περίπτωση διαφωνίας ο ασθενής πρέπει να μεταφέρεται στη φροντίδα άλλου γιατρού, πρόθυμου να ανταποκριθεί στις επιθυμίες του ασθενή και στη δικά του ιατρική κρίση.¹²

Επίσης αξίζει να αναφερθεί ότι σε μια πολυκεντρική ερευνητική μελέτη βρέθηκε ότι ένας στους τρεις ασθενείς που υποβάλλονταν σε μηχανισμό πάνω από 48 ώρες, δινόταν εντολή μη αναζωογόνησης και μάλιστα από την πρώτη εβδομάδα νοσηλείας στη ΜΕΘ. Οι παράγοντες που συνδέονταν με την απόφαση ήταν η προβλεπόμενη από τον ιατρό για την πιθανότητα επιβίωσης, η αντίληψη του ιατρού για την προτίμηση του ασθενούς, η πολυοργανική δυσλειτουργία και η ηλικία.⁴⁷

Εξ' ορισμού η εντολή μη αναζωογόνησης αφορά μόνο στην ΚΑΡΠΑ και δεν πρέπει να επηρεάζει την εφαρμογή άλλων θεραπευτικών παρεμβάσεων που είναι επωφελείς για τον ασθενή ή για τις οποίες δεν έχει συναποφασιστεί η μη κλιμάκωση ή διακοπή της. Έχει παρατηρηθεί ότι οι ιατροί συχνά παρασύρονται σε μια ευρύτερη ερμηνεία της εντολής μη αναζωογόνησης εκλαμβάνοντας την ως έναυσμα γενικευμένης μείωσης της έντασης της αγωγής. Αυτό είναι λάθος, αν και πράγματι το ίδιο σκεπτικό που υπαγορεύει την εντολή μη αναζωογόνησης ενδέχεται να δικαιολογεί και μια συνολική αναθεώρηση του θεραπευτικού σχεδίου. Σημειώνεται ότι, όταν ο ασθενής λαμβάνει ήδη μόνο παρηγορητική φροντίδα η εντολή μη αναζωογόνησης, δεν σημαίνει εγκατάλειψη του. Η χορήγηση των κατασταλτικών και των αναλγητικών φαρμάκων συνεχίζεται κανονικά ανάλογα με τις ανάγκες.⁹⁶

Για τον λόγο αυτό η οδηγία μη εφαρμογής αναζωογόνησης έχει αποτελέσει επίμαχο σημείο του νομικού πλαισίου καθώς και των ηθικοδεοντολογικών κανόνων που διέπουν την εφαρμογή της καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης. Σύμφωνα με τον κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και το νόμο 3418 του 2005 άρθρου 29: περί αποφάσεων στο τέλος της ζωής, κατοχυρώνεται ο σεβασμός της αυτονομίας του κάθε ασθενούς και προβλέπεται η

αντιπροσώπευση από οικείους στην περίπτωση όπου ο ασθενής θα αποτελέσει την ικανότητα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων.⁴⁷

Τέλος οι ιατροί και οι νοσηλευτές πρέπει να συζητούν για την ΚΑΡΡΙΑ και την D.N.R, ιδανικά πριν ο ασθενής γίνει βαριά πάσχων και η νόσος φτάσει σε απειλητική κατάσταση, παρά την σωστή θεραπευτική υποστήριξη. Ο θεραπευτικός σχεδιασμός λοιπόν πρέπει να παρουσιάζεται σε μια ατμόσφαιρα που θα επιτρέπει στον ασθενή, την οικογένεια και την ομάδα φροντίδας του να «ελπίζουν για το καλύτερο αλλά να προετοιμάζονται και για το χειρότερο». Τα κύρια σημεία συζήτησης με τον ασθενή και την οικογένεια θα πρέπει να καταγράφονται στον ιατρικό φάκελο, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται οι συμμετέχοντες στη συζήτηση, η ικανότητα λήψης της απόφασης από τον ασθενή, η ιατρική διάγνωση και η πρόγνωση της και οι λόγοι που οδήγησαν στη λήψη της απόφασης D.N.R.^{12,96}

4.8. Συγκράτηση ή απόσυρση της θεραπείας.

4.8.1 Σταδιακή προσέγγιση

Οι αποφάσεις για συγκράτηση ή απόσυρση της θεραπείας υποστήριξης δεν πρέπει να λαμβάνονται βιαστικά αλλά να δίνεται ο χρόνος για συζήτηση και έπειτα μετά από συναίνεση και ομοφωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας αλλά και με τον ασθενή να αποφασίζουν ότι καλύτερο είναι γι' αυτόν. Για τον λόγο αυτό συνίσταται να γίνεται σταδιακά όπως:

- Οι γιατροί να έχουν κατανοήσει πλήρως την διάγνωση της νόσου του ασθενή, τη φυσιολογική και λειτουργική του κατάσταση και κάθε συνυπάρχουσα κατάσταση.
- Οι γιατροί θα πρέπει να επιδιώκουν ομοφωνία και συναίνεση με τους νοσηλευτές αλλά και τους άλλους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στη ΜΕΘ σχετικά με αποφάσεις που αφορούν συγκράτηση ή διακοπή της θεραπείας-υποστήριξης.
- Επόμενο βήμα είναι λήψη της έγγραφης συγκατάθεσης από τον ασθενή που πρέπει να διαθέτει καλή επικοινωνία και συνεργασία. Εάν ο ασθενής δεν πληρεί του όρους αυτούς, πρέπει να αναζητείται κάποιος υπεύθυνος από το οικογενειακό του περιβάλλον. Καλό θα ήταν να υπάρχει συνεργασία μεταξύ του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και των συγγενών.

- Εάν δεν μπορεί να ληφθεί έγκαιρα απόφαση και χρειάζεται να είναι συνεχής η υποστήριξη του ασθενούς ο γιατρός μπορεί να συστήσει τη συνέχιση της για περιορισμένο χρονικό διάστημα, π.χ. μηχανική υποστήριξη για τις επόμενες 72 ώρες και επανεκτίμηση. Επί ουσίας σαφούς απόφασης, τα υποστηρικτικά μέτρα πρέπει να συνεχίζονται.¹²

Αναλυτικότερα όταν οι γιατροί καλούνται να λάβουν αποφάσεις για συγκράτηση ή απόσυρση της θεραπείας θα πρέπει να έχουν μελετήσει προσεκτικά την κατάσταση του ασθενούς. Δηλαδή τις πιθανότητες επιβίωσης, τη συνέχιση υποστήριξης της ζωής αλλά με ποιότητα, εάν υπάρχουν άλλες παθολογικές καταστάσεις στον ασθενή που επιβαρύνουν τη διάγνωση-θεραπεία και φυσικά οι ασθενείς κατά πόσο ο ασθενής θα μπορεί να ζήσει εάν αυξήσουν τη φαρμακευτική θεραπεία. Συγκεκριμένα κάποιες φορές οι ασθενείς χρειάζονται την χορήγηση αναλγητικών-ανακουφιστικών φαρμάκων. Όμως υπάρχει η περίπτωση, η αύξηση της δόσης τους να οδηγήσει σε μη επιθυμητά αποτελέσματα και ακόμα χειρότερα να επέλθει ο θάνατος. Η σωστή εκτίμηση και διάγνωση στην αρχή είναι σημαντική για την εφαρμογή της συνέχειας της θεραπείας.⁹⁷

Επίσης σημαντική προϋπόθεση αποτελεί να εξασφαλιστεί η ομοφωνία- συναίνεση μεταξύ ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και συγγενών. Οι ασθενείς ή πληρεξούσιοι τους πρέπει να καθορίζουν τι ακριβώς ελπίζουν: αποκατάσταση της υγείας, παράταση της ζωής ή ανακούφιση από τον πόνο και την ταλαιπωρία. Από την πλευρά του, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να παρέχει πληροφόρηση για την πρόγνωση του ασθενούς και για το ποιοί στόχοι είναι δυνατόν να επιτευχθούν με βάση τις συγκεκριμένες παρεμβάσεις.⁹⁸

Απαραίτητες προϋποθέσεις για να εξασφαλιστεί η συναίνεση του ασθενούς να είναι:

- Η συναίνεση πρέπει να παρέχεται έπειτα από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση.
- Ο ασθενής πρέπει να έχει ικανότητα για συναίνεση (ήτοι δικαιοπρακτική ικανότητα (συμπληρωμένο το 18^ο της ηλικίας του) και συνείδηση των πράξεων του, καθώς και να μην βρίσκεται σε ψυχική ή διανοητική διαταραχή, που να περιορίζει αποφασιστικά τη λειτουργία της βούλησης του.
- Η συναίνεση πρέπει να μην είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής και να μην έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη.⁹⁹
- Η συναίνεση πρέπει να καλύπτει την ιατρική και τη νοσηλευτική πρακτική και κατά το συγκεκριμένο περιεχόμενο της και κατά το χρόνο της εκτέλεσης της.

Σύμφωνα λοιπόν και με τα παραπάνω απορρέει ότι εξασφαλίζοντας τη συναίνεση, οι επαγγελματίες υγείας προβαίνουν στην επιλογή συγκράτησης ή απόσυρσης της θεραπείας. Ωστόσο οι γιατροί και οι νοσηλευτές αλλά και άλλα μέλη του προσωπικού υγείας που φροντίζουν τον ασθενή μπορεί να ανησυχούν για το ενδεχόμενο η εφαρμογή συγκράτησης ή απόσυρσης της θεραπείας τους οδηγήσει σε κατηγορία ή καταδίκη. Παρά το γεγονός ότι κανείς δεν είναι άνευ κριτικής και πρόκλησης, οι υγειονομικοί που λειτουργούν με σύνεση και λογική και ενδιαφέρονται για τον ασθενή δεν πρέπει να αισθάνονται τον φόβο της νομικής κατηγορίας.^{98,99}

4.8.2 Σχεδιασμός της Θεραπείας.

Μετά τη λήψη απόφασης για συγκράτηση των μέτρων υποστήριξης της ζωής ή για απόσυρση των μέτρων αυτών θα πρέπει να ετοιμάζεται κάθε φορά ένα διαφορετικό σχέδιο αντιμετώπισης για κάθε περίπτωση ξεχωριστά το οποίο θα έχει ως κύριο στόχο την παροχή ανακούφισης και υποστήριξης. Ακόμα το σχέδιο σε κάθε μια από τις δύο περιπτώσεις θα πρέπει να τροποποιείται ώστε να ανταποκρίνεται στις μεταβολικές ανάγκες του ασθενούς. Για παράδειγμα όταν έχει αποφασισθεί η εντολή μη εφαρμογής της αναζωογόνησης (D.N.R.) σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να σταματήσει να παρεχόμενη φροντίδα στον ασθενή της ΜΕΘ, από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.¹⁰⁰

Όταν έχει ληφθεί η απόφαση για συγκράτηση των μέτρων υποστήριξης της ζωής στον ασθενή, το σχέδιο θα πρέπει να επικεντρώνεται στην μέγιστη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας που να καλύπτουν όλες τις φυσικές, οργανικές, ψυχολογικές, πνευματικές ανάγκες του. Αυτό όμως προκαλεί άγχος στους ιατρούς και στους νοσηλευτές, καθώς καλούνται να κάνουν ότι καλύτερο γίνεται και υπέρμετρες προσπάθειες προκειμένου να παρέχουν ολιστική και ποιοτική φροντίδα. Επιπρόσθετα στόχος τους είναι να ενημερώνουν καθημερινά τους συγγενείς του ασθενούς για τις ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις που εφαρμόστηκαν καθώς επίσης και ποια ήταν η αποτελεσματικότητά τους.¹⁰⁰

Τα πράγματα όμως αρχίζουν να γίνονται πιο δύσκολα όταν έχει ληφθεί η απόφαση απόσυρση των μέτρων υποστήριξης της ζωής. Σε αυτή την περίπτωση το σχέδιο επικεντρώνεται και στην ποιότητα παροχής φροντίδας ως το τέλος της ζωής αλλά και στην ψυχολογική υποστήριξη της οικογένειας του ασθενούς. Πρέπει δηλαδή να γίνονται όλες οι προσπάθειες, ώστε να μην δημιουργείται το αίσθημα εγκατάλειψης του ασθενούς

και της οικογένειας του. Θα είναι πολύ χρήσιμο να εμπλακεί η κοινωνική υπηρεσία που θα παρέχει την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή και την οικογένεια του.¹²

Πρόσφατες μελέτες σχετικά με την φροντίδα του τελικού σταδίου στη ΜΕΘ, δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στη σημασία παροχής πνευματικής και συναισθηματικής υποστήριξης στους συγγενείς του ασθενούς. Οι στόχοι λοιπόν του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι:

- Να ανταποκριθούν στα συναισθήματα του ασθενούς και της οικογένειας του.
- Να αφιερώνουν χρόνο για να ακούσουν και τους συγγενείς του ασθενούς

Συνοψίζοντας ο σχεδιασμός για κάθε θεραπεία που θα εφαρμοστεί θα πρέπει να έχει ως κύριο μέλημα και στόχο την ύψιστη παρεχόμενη ποιοτική φροντίδα αλλά και την πλήρη και συνεχή υποστήριξη.¹⁰⁰

4.8.3 Απόσυρση των μέτρων υποστήριξης της ζωής.

Μετά τη λήψη απόφασης για απόσυρση των μέτρων υποστήριξης, πρέπει να λαμβάνονται διαδοχικά μέτρα, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στις συναισθηματικές ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειας του. Βασικός στόχος μετά από συναίνεση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και συγγενών είναι η ψυχολογική στήριξη των συγγενών και η ποιοτική φροντίδα ασθενούς ως το τέλος της ζωής του.

Τα βασικά μέτρα υποστήριξης της ζωής που είναι δυνατόν να αποσυρθούν είναι η καρδιοπνευμονική ανάνηψη, η μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, η αιμοδιάλυση, η τεχνητή διατροφή και η ενυδάτωση. Αυτές οι αποφάσεις συνήθως έχουν ληφθεί από τον ασθενή ή το εναλλακτικό άτομο λήψης αποφάσεων και είναι νομικά και ηθικά επιτρεπτές όταν οι ιατροί τηρούν τις κατάλληλες διαδικασίες. Οι ιατροί και οι νοσηλευτές έτσι πρέπει να κατανοούν ότι με αυτές τις ενέργειες δεν διακινδυνεύουν να εμπλακούν σε νομικά προβλήματα και ότι συχνά αντικατοπτρίζουν τα καλύτερα πρότυπα κλινικής πρακτικής.¹²

Με την διακοπή της υποστήριξης π.χ. αποσύνδεση από τον αναπνευστήρα πρέπει να αφήνεται η οικογένεια δίπλα στον ασθενή και να δίνεται προσοχή στις συναισθηματικές και φυσικές της ανάγκες. Εάν η διαδικασία του θανάτου είναι παρατεταμένη, ο ασθενής πρέπει να μεταφέρεται, ο ασθενής σε μοναχικό δωμάτιο για περισσότερη απομόνωση και να του χορηγούνται τα απαραίτητα φάρμακα για πόνο, δύσπνοια και άλλα συμπτώματα. Η νοσηλευτική και η ιατρική φροντίδα πρέπει να είναι επιμελής και φιλόπονη όπως ήταν πριν τη λήψη της απόφασης. Η κύρια εκπαίδευση και πρακτική των εντατικολόγων είναι να προλαμβάνουν και να αντιμετωπίζουν τα σοβαρά προβλήματα αλλά πρέπει παράλληλα

να είναι προετοιμασμένοι να χειρίζονται κατάλληλα τον ασθενή που πεθαίνει και την οικογένεια του.¹²

Η φροντίδα για τους ετοιμοθάνατους ασθενείς συνήθως περιλαμβάνει την παρηγορητική θεραπεία. Μια τέτοια φροντίδα δηλαδή, περιλαμβάνει τη δεξιοτεχνική χρήση των αναλγητικών φαρμάκων καθώς και την προσοχή στις άλλες σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, και πνευματικές ανάγκες του ασθενούς. Σύμφωνα με τις οδηγίες του προϊστάμενου ανακριτή του Ontario, μια πράξη θεωρείται παρηγορητική θεραπεία όταν: 1) χορηγείται αποκλειστικά για την ανακούφιση του ατόμου που υποφέρει, 2) χορηγείται για την αντιμετώπιση συμπτωμάτων ή της ταλαιπωρίας του ασθενή και είναι σύμμετρη με αυτή και 3) δεν αποτελεί σκόπιμη πρόκληση θανάτου.¹²

4.9 Η εφαρμογή της αποκλιμάκωσης.

Η κάθε μορφή αποκλιμάκωσης της θεραπείας στη ΜΕΘ δεν είναι ακόμη επίσημα κατοχυρωμένη στην Ελλάδα όπως και σε άλλες χώρες, άλλο αν αποτελεί μια καθημερινή πραγματικότητα. Μόλις πρόσφατα στην Γαλλία (2001) η Εθνική Επιτροπή Ηθικής των επιστημών της Ζωής και της Υγείας (Comite Consultatif National d' Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Sante), προτείνει ότι το ιατρικό έργο πρέπει «να προφυλάσσει από τον κίνδυνο εισόδου στον φαύλο κύκλο της υπερθεράπευσης των ασθενών, ο οποίος δίνει την προτεραιότητα στη λειτουργία του συστήματος υγείας με το κόστος του σεβασμού της ανθρώπινης ύπαρξης».¹⁰¹

Η απόφαση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής αποτελεί ιατρική και νοσηλευτική πράξη και δεν μπορεί να υστερεί σε προπαρασκευή και ποιότητα των άλλων κλινικών παρεμβάσεων. Απαιτείται κατάρτιση λεπτομερούς σχεδίου, που να προβλέπει και το χειρισμό πιθανών επιπλοκών. Οι συσκευές παρακολούθησης απενεργοποιούνται εκτός των απολύτων αναγκάων. Τα μέλη της οικογένειας και οι φίλοι εφόσον το επιθυμούν παρίστανται. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό τους ενημερώνει για τη διαδικασία που θα ακολουθήσει και τους διαβεβαιώνει ότι ο ρυθμός της απόσυρσης της αγωγής καθώς και οι δόσεις των φαρμάκων θα καθοριστούν με κριτήριο τη μέγιστη δυνατή ανακούφιση του ασθενούς. Τα αγγειοσυσπαστικά, τα αντιβιοτικά, η θρέψη και γενικά οι περισσότερες θεραπείες δεν είναι αναγκαίο να διακοπούν σταδιακά. Αντίθετα ο απότομος τερματισμός του μηχανικού αερισμού μπορεί να προκαλέσει δυσανεξία.⁴⁷

Στη συνέχεια το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι προετοιμασμένο να υποστηρίξει τους συγγενείς στη διαδικασία του θανάτου. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με κατάλληλη συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη, απόκτηση της εμπειρίας και χειροπιαστή πρόθεση για την ανακούφιση του ασθενούς και της οικογένειάς του. Η προσέγγιση πρέπει να είναι ομαδική με δημιουργία συνθηκών παρακλίνιας φροντίδας υπό συνεχή επαγρύπνηση και ευέλικτη υποστήριξη πρακτικών εκκρεμοτήτων καθώς και με υποστήριξη θρησκευτικών και πολιτικών επιλογών.¹⁰²

Η οικογένεια του ασθενούς πρέπει να διαβεβαιώνεται και να διαπιστώνει ότι η φροντίδα και το ενδιαφέρον για τον ασθενή παραμένουν αμείωτα, απλώς έχουν αλλάξει στόχο και κατεύθυνση. Αυτό αποτελεί βασική αρχή: η αποκλιμάκωση της θεραπείας δεν ισοδυναμεί με αποκλιμάκωση της φροντίδας. Η παρουσία κατά τον θάνατο του ασθενούς θεωρείται απολύτως θεμιτή. Παρόλα αυτά η συμμετοχή της οικογένειας σε όλη τη διαδικασία δεν είναι πάντοτε εύκολη. Περισσότερο από τα 2/3 των συγγενών που επισκέπτονται τους ασθενείς στη ΜΕΘ υποφέρουν από συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, αγνοούν τον ρόλο του κάθε επαγγελματία υγείας στη ΜΕΘ και αναζητούν βοήθεια από ψυχολόγο.¹⁰²

Για την επίλυση αυτών των ζητημάτων που αναφέρθηκαν θα πρέπει να γίνει συζήτηση με την οικογένεια για να μην αυξηθεί το άγχος και η αγωνία της περισσότερο. Αυτό που μπορεί να γίνει μέσα από τον καθορισμό κάποιων στόχων:

- Διατήρηση της ικανότητας του ασθενούς για επικοινωνία.
- Εξάλειψη του πόνου και της δυσφορίας.
- Διακοπή κάθε παρέμβασης που επιβαρύνει τον ασθενή χωρίς όφελος .
- Συμπαράσταση και παρηγοριά στον ασθενή και την οικογένεια του.¹⁰²

Ειδικότερο πεδίο αποκλιμάκωσης είναι η διακοπή του μηχανικού αερισμού επειδή αυτή συνδυάζεται με την ταχεία έλευση του θανάτου. Η ηθική αμφιβολία της άρσης ή της συγκράτησης του μηχανικού αερισμού συχνά συναντιέται με την προσδοκία του θανάτου πριν χρειαστεί η οποιαδήποτε μεταβολή στον αναπνευστήρα. Ο μηχανικός αερισμός θεωρείται θεραπεία ισοδύναμη με άλλες υποστηρικτικές θεραπείες (π.χ. αιμοκάθαρση, χημειοθεραπεία, αναζωογόνηση) και αποτελεί δικαίωμα επιλογής του ασθενούς. Βασική προϋπόθεση διακοπής του μηχανικού αερισμού είναι η εξάλειψη της αγωνιώδους δύσπνοιας με τη χορήγηση φαρμάκων. Ας ληφθεί ωστόσο υπόψη, ότι επί απουσίας φλοιικής λειτουργίας υπάρχει αδυναμία αντίληψης της δύσπνοιας.^{103,104}

Η ταχεία απόσυρση του χορηγούμενου οξυγόνου ή της αναπνευστικής υποστήριξης μπορεί να οδηγήσουν σε δύσπνοια, είναι ίσως θεωρητικά λογικό να γίνεται σταδιακή μείωση τους.

Με τον όρο «καταληκτικός απογαλακτισμός» αποδίδεται η σταδιακή μείωση της αναπνευστικής συχνότητας, της θετικής τελοεκνευστικής πίεσης(PEEP), του εισπνεόμενου κλάσματος οξυγόνου και του αναπνεόμενου όγκου. Αν και ο παρατεταμένος «καταληκτικός απογαλακτισμός» έχει υποστηριχθεί ότι αφαιρεί έως ένα βαθμό την αίσθηση της ευθύνης από την οικογένεια και τους ιατρούς, δεν θεωρείται ηθικά θεμιτός επειδή παρατείνει τη διαδικασία του θανάτου και ίσως την ταλαιπωρία του ασθενούς.^{103,104}

4.10 Η Ιατρική Δεοντολογία για τα ηθικά ζητήματα.

Ο Ελληνικός Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας κατοχυρώνει το σεβασμό της αυτονομίας του ασθενούς και προβλέπει την αντιπροσώπευση του από τους οικείους του στην περίπτωση όπου ο ασθενής απολέσει την ικανότητα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων. Συγκεκριμένα, «ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενούς». Επίσης «αν ο ασθενής δεν διαθέτει την ικανότητα συναίνεσης, η συναίνεση για την εκτέλεση της ιατρικής πράξης παρέχεται από το δικαστικό συμπαραστάτη εφόσον αυτός έχει οριστεί. Αν δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης, η συναίνεση δίνεται από τους οικείους του ασθενούς». Ο κώδικας ορίζει ότι οι προγενέστερα εκφρασθείσες επιθυμίες του ασθενούς πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν κατά το σχεδιασμό της θεραπευτικής τακτικής: «ο ιατρός λαμβάνει υπ' όψιν τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής ακόμη και αν κατά το χρόνο της επέμβασης, ο ασθενής δεν είναι σε θέση να τις επαναλάβει».⁵⁵

Παράλληλα απαγορεύει την ευθανασία «ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενούς να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων, οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου».

Τέλος αναγάγει σε βασική υποχρέωση του ιατρού την προσφορά παρηγορητικής φροντίδας: «ο ιατρός σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό της στάδιο ακόμη και αν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να γνωρίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενούς. Του προσφέρει παρηγορητική αγωγή και συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του και φροντίζει ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπεια του».⁵⁵

Το 2006 η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής στην εισήγηση της με θέμα «τεχνική παράταση της ζωής» υιοθετεί τις θεμελιώδεις αρχές του ωφελείν και μη βλάπτειν και υποστηρίζει

ότι στον ασθενή τελικού σταδίου «ως αναμφισβήτητο όφελος παραμένει μόνο η ανακούφιση από τους πόνους και την ταλαιπωρία. Αντίθετα η τεχνική παράταση των βιολογικών λειτουργιών χωρίς ελπίδα θεραπείας μπορεί να θεωρηθεί βλάβη». Ακόμη θεωρεί ότι «η εξακολούθηση ή μη της παρέμβασης δεν μπορεί να επαφίεται μόνο στην κρίση του ιατρού και ότι η απόφαση πρέπει να λαμβάνεται από τον ίδιο τον ασθενή εφόσον αυτός είναι σε θέση να εκφράσει την γνώμη του ή από τους οικείους του». Η Επιτροπή αναγνωρίζει το ενδεχόμενο να ανακύψει σύγκρουση γνώμών μεταξύ θεράποντος ιατρού και οικείων του ασθενούς. Για την επίλυση της διαφωνίας προτείνει την μεσολάβηση της επιτροπής δεοντολογίας του νοσοκομείου και την παρέμβαση των κοινωνικών λειτουργών. Όμως αν η αντίθεση είναι τόσο έντονη ώστε να αποβαίνουν άκαρπες οι προσπάθειες εξομάλυνσης της, η Επιτροπή εκτιμά ότι «ο θεράπων οφείλει να αποχωρήσει αφού εξασφαλίσει την παρακολούθηση του ασθενούς από άλλον ιατρό της επιλογής των οικείων του».^{12,47}

4.11 Η Νοσηλευτική Δεοντολογία για τα ηθικά ζητήματα.

Σύμφωνα με τον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας οι νοσηλευτές εκτελούν πράξεις στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα με βάση του νόμους που έχουν θεσπιστεί από το κράτος. Η Νοσηλευτική Δεοντολογία αποβλέπει στο:

1. Να ενημερώνει τον νοσηλευτή για τα επαγγελματικά του καθήκοντα και τον επιβαλλόμενο τρόπο συμπεριφοράς του στο χώρο εργασίας.
2. Να τον βοηθά να αναπτύσσει σωστές διαπροσωπικές σχέσεις τόσο με τους συνεργάτες όσο και με τους ασθενείς και τους συνοδούς τους.
3. Να τον ευαισθητοποιεί και να τον βοηθά να συνειδητοποιεί τις ευθύνες που αναλαμβάνει.
4. Να τον προσανατολίζει να βλέπει τον ασθενή σαν μια ψυχοσωματική ολότητα με ανάγκες και δικαιώματα.
5. Να του παρέχει τις βασικές γνώσεις και να τον οπλίζει για τα προβλήματα που προκύπτουν από την σύγκρουση των καθηκόντων και τα δεοντολογικά διλήμματα στην καθημερινή πράξη.⁵⁵

Για να είναι ικανός ο νοσηλευτής να ανταποκριθεί σε όλες αυτές τις πτυχές του έργου του, η Νοσηλευτική Δεοντολογία, του διοχετεύει την πείρα των χρόνων μέσα από δεοντολογικά κείμενα. Τέτοια δεοντολογικά κείμενα είναι ο κώδικας Hammurabi και τα έργα του Ιπποκράτη που περιλαμβάνουν δεοντολογικές επιταγές(όρκος, παραγγελια,

νόμος, περί γιατρού, και περί ευσημοσύνης). Από τις επιταγές αυτές που ισχύουν μέχρι σήμερα, σπουδαιότερη είναι η άρνησης χορήγησης θανατηφόρου φαρμάκου.⁵⁵

Βέβαια οι κανόνες που υπαγορεύονται από τα κείμενα αποτελούν κανόνες και της Ιατρικής και της Νοσηλευτικής δεοντολογίας καθώς δεν υπάρχει κάποια σαφής διάκριση.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5
ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ

5.1 Έννοιες σχετικά με τον εγκεφαλικό θάνατο, τον κλινικό θάνατο και τη φυτική κατάσταση.

Κάποιες φορές παρατηρείται να δημιουργείται σύγχυση σχετικά με τους ορισμούς που αφορούν τον εγκεφαλικό θάνατο, τον κλινικό θάνατο και τη φυτική κατάσταση. Πολλοί συγχέουν τον κλινικό θάνατο με τον βιολογικό. Άλλοι συγχέουν τον κλινικό θάνατο με τον εγκεφαλικό θάνατο ακόμη και με την φυτική κατάσταση. Άλλοι δε ομιλούν για δυο θανάτους, τον κλινικό και τον εγκεφαλικό. Για τον λόγο αυτό χρειάζεται να δοθούν οι κατάλληλοι ορισμοί ώστε να διευκρινιστούν κάποια πράγματα και για να μην δημιουργούνται προστριβές και διαφωνίες.

- ❖ **Κλινικός θάνατος.** Ορίζεται το στάδιο της πορείας προς τον οριστικό ή βιολογικό θάνατο, όμως στο στάδιο αυτό είναι δυνατή η αναστροφή της πορείας προς ανάκτησης της ζωής. Τέτοιος είναι ο καρδιακός κλινικός θάνατος, τα όρια του οποίου είναι 4-5 λεπτά της ώρας, τα οποία όμως τώρα πλέον μπορούν ευχερώς να επεκτείνονται και σε πολύ μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Έτσι πολλοί άνθρωποι μετά από καρδιοαναπνευστική παύση της λειτουργίας του, μπορούν να επανέλθουν στην ζωή μέσω της εφαρμογής ΚΑΡΠΑ και της απινίδωσης. Επομένως ο κλινικός θάνατος είναι μια κατάσταση ιάσιμη και θεραπεύσιμη.¹⁰⁵
- ❖ **Φυτική κατάσταση.** Στην φυτική κατάσταση ο άνθρωπος δεν είναι κλινικά νεκρός. Έχει κανονική την καρδιακή του και την αναπνευστική του λειτουργία. Δεν έχει όμως επίγνωση για όσα συμβαίνουν γύρω του. Δηλαδή του λείπει και η αυτογνωσία λόγω βλάβης σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου του. Αλλά δεν θεωρείται ούτε και είναι εγκεφαλικά νεκρός. Γι αυτό τον λόγο και από τέτοιους ανθρώπους δεν λαμβάνονται όργανα προς μεταμόσχευση. Άλλωστε κάποιοι από αυτούς μετά από μικρότερο ή μεγαλύτερο χρονικό διάστημα μέχρι και πολλά χρόνια ανακάμπτουν σε τέτοιο βαθμό ώστε να καταφέρουν να αποκτήσουν δυνατότητες επικοινωνίας με το περιβάλλον. Αυτό συμβαίνει κυρίως σε νεαρά άτομα τα οποία έχουν υποστεί βαριές εγκεφαλικές βλάβες και καταφέρνουν να συνέλθουν. Η φυτική λοιπόν κατάσταση δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να συγχέεται με το «εγκεφαλικό κώμα».¹⁰⁵
- ❖ **Εγκεφαλικός θάνατος.** Εγκεφαλικός θάνατος σημαίνει μη αναστρέψιμη βλάβη του εγκεφάλου, με μόνιμη απώλεια όλων των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους. Έχει υποστηριχθεί ότι ο ορισμός του εγκεφαλικού θανάτου αποτελεί προϊόν επιστημονικής επινοήσεως για την εξεύρεση οργάνων λόγω των αναγκών που δημιουργήθηκαν για

μεταμοσχεύσεις. Συγκεκριμένα παραδείγματα που αποδεικνύουν αυτήν την διαπίστωση είναι ότι νέοι άνθρωποι με βαριές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, που βρίσκονταν σε εγκεφαλική κωματώδη κατάσταση χωρίς επιστροφή και μην έχοντας ελπίδα για ζωή συνήλθαν μετά από αποτελεσματική ΚΑΡΠΑ παρόλο που ήταν καταδικασμένοι και τα όργανα τους επρόκειτο να χρησιμοποιηθούν για μεταμοσχεύσεις. Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω θα πρέπει να παρέχεται μηχανική υποστήριξη αναπνοής και κυκλοφορίας σε κάθε άνθρωπο που βρίσκεται σε φυτική κατάσταση διότι έτσι εξασφαλίζεται η δυνατότητα να συνέλθει ο ασθενής. Αντίθετα αν διακοπεί η μηχανική υποστήριξη οδηγείται ο ασθενής σε προοδευτική κυτταρική εκφύλιση και σταδιακή νέκρωση με αποτέλεσμα να πεθάνει.^{105,106}

5.2 Ορισμός του εγκεφαλικού θανάτου.

Ο εγκεφαλικός θάνατος είναι η κατάσταση της μη αναστρέψιμης βλάβης του εγκεφάλου, με απώλεια όλων των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους.¹⁰⁶

Ο ανθρώπινος οργανισμός αποτελείται από την συνύπαρξη πολλών τύπων κυττάρων. Η παρουσία όμως ζωντανών κυττάρων χωρίς τον κεντρικό έλεγχο ρυθμιστικών συστημάτων, όπως του Κ.Ν.Σ του ενδοκρινικού και του ανοσολογικού συστήματος δεν μπορεί να εξασφαλίσει την ζωή. Ο εγκεφαλικός θάνατος αποτελεί μια πολύπλοκη διεργασία και εκφράζει τον θάνατο ολόκληρου του οργανισμού και όχι μόνον την παρουσία ενός νεκρού εγκεφάλου, μέσα σε ζωντανό σώμα. Ενώ η παύση της λειτουργίας του Κ.Ν.Σ και της καρδιάς επιφέρει τη διακοπή της επικοινωνίας μεταξύ του ρυθμιστικού κέντρου και των περιφερικών κυττάρων, δηλαδή το θάνατο του ατόμου, η διακοπή της λειτουργίας του ενδοκρινικού και ανοσολογικού συστήματος, πρακτικά, δεν συνεπάγεται άμεσα την έννοια του θανάτου.¹⁰⁶

Εγκεφαλικός θάνατος λοιπόν, είναι η κατάσταση κατά την οποία ο εγκέφαλος οδηγείται προοδευτικά, αρχικά σε διακοπή της λειτουργίας του και κατόπιν σε αυτόλυση των κυττάρων. Ο θάνατος του εγκεφάλου, όπως και ο θάνατος όλων των ιστών, δεν είναι μια στιγμιαία διαδικασία αλλά μια προοδευτική διεργασία που επέρχεται μέσα σε μερικές ώρες. Ο εγκεφαλικός θάνατος αποτελεί συναισθηματικά, μια επώδυνη εμπειρία για αυτούς που εντέλλονται να φροντίσουν τον εγκεφαλικά νεκρό, δηλαδή το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ αλλά και ένα δραματικό γεγονός για την οικογένεια και το περιβάλλον του ατόμου που φεύγει από την ζωή.¹⁰⁷

Οι ανώτερες ψυχικές λειτουργίες, όπως η μνήμη, η σκέψη, η αντίληψη και οι υπόλοιπες γνωστικές λειτουργίες που έχουν ως κέντρο το φλοιό του εγκεφάλου, εξαρτώνται πρωτίστως από το δικτυωτό σχηματισμό του εγκεφαλικού στελέχους. Διαταραχή της λειτουργίας του δικτυωτού σχηματισμού, λόγω βλάβης του εγκεφαλικού στελέχους, προκαλεί συνολική δυσλειτουργία του εγκεφάλου.¹⁰⁸

Γι αυτό το λόγο σύμφωνα με μνημόνιο της Βρετανικής Ιατρικής Ακαδημίας (1976) αποδεχόμαστε ότι η ανεπανόρθωτη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους είναι ικανή και αναγκαία προϋπόθεση για να θεωρηθεί όλος ο εγκέφαλος νεκρό. Υφίσταται σαφής διάκριση μεταξύ της σοβαρής εγκεφαλικής βλάβης και του εγκεφαλικού θανάτου. Οι γιατροί πρέπει να αντιλαμβάνονται αυτή τη διαφορά διότι εγκεφαλικός θάνατος συνεπάγεται ότι η τεχνική διατήρηση της ζωής είναι ανώφελη και ο μόνος λόγος για τον οποίο δικαιολογείται η παράταση της, είναι η προσφορά οργάνων για μεταμόσχευση. Ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους έχει σαν συνέπεια μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα το θάνατο ολόκληρου του εγκεφάλου.¹⁰⁸

Ο εγκεφαλικός θάνατος ακολουθείται από το «σωματικό θάνατο», δηλαδή το θάνατο όλων των οργάνων του σώματος σε μεσοδιάστημα που διαρκεί συνήθως 48-72 ώρες ή και περισσότερο για τους ενήλικες και 10-15 ώρες για τα παιδιά. Στο μεσοδιάστημα αυτό αν και επέρχεται προοδευτικά η απορρύθμιση όλων των λειτουργικών συστημάτων, μπορεί με την κατάλληλη φροντίδα στη ΜΕΘ να διατηρηθεί η βιολογική ζωή των οργάνων και συνεπώς αυτά μπορούν να ληφθούν για μεταμόσχευση και να δώσουν ζωή και σε άλλους ανθρώπους.¹⁰⁹

5.3 Προσδιορισμός των αιτιών του εγκεφαλικού θανάτου.

Οι συνηθέστερες αιτίες πρόκλησης του εγκεφαλικού θανάτου είναι:

- ❖ Για τους ενήλικες: η ενδοκρανιακή αιμορραγία, οι εγκεφαλικές κακώσεις (συχνά οφειλόμενες σε αυτοκινητιστικά ατυχήματα), οι εγκεφαλικές κακώσεις, η υποξία, ο όγκος, ο υδροκέφαλος, το εμφρακτό, η υπόταση, οι βαριές μεταβολικές, ενδοκρινικές και ηλεκτρολυτικές διαταραχές, οι σπασμοί και τα τοξικά επίπεδα φαρμάκων.¹¹⁰
- ❖ Για τα παιδιά: τα προαναφερθέντα αίτια ή η ασφυξία. Σημειώνεται δε ότι τα εγκεφαλικά τους τραύματα οφείλονται συχνά σε κακοποίηση.¹¹⁰

Αυτές οι αρχικές αιτίες προκαλούν μια πρωτογενή καταστροφική βλάβη του εγκεφάλου, στην οποία οφείλεται το κώμα και άλλη εκτεταμένη δευτερογενής βλάβη (εκτεταμένο εμφρακτό, ανάπτυξη οιδήματος, εγκολεασμός τμημάτων του εγκεφάλου και αύξηση της

ενδοκράνιας πίεσεως).¹¹¹ Λεπτομερέστατα σε περίπτωση τραυματισμού του εγκεφάλου, προκαλείται οίδημα όπως θα συνέβαινε εξάλλου σε ανάλογη περίπτωση και για κάθε άλλο ιστό του σώματος. Αυξάνεται έτσι, ο όγκος του εγκεφάλου εις βάρος των υγρών μερών του κρανίου και επειδή η χωρητικότητα του κρανίου των ενηλίκων δεν είναι δυνατόν να αυξηθεί (σε αντίθεση με το παιδικό κρανίο) η ενδοκρανιακή πίεση αρχίζει να αυξάνεται απότομα, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της αιματικής ροής στον εγκέφαλο και την ισχαιμία. Η ισχαιμία αυξάνει ακόμη περισσότερο το οίδημα, διεργασία που συνεχίζεται έως ότου δεν εισέρχεται πλέον καθόλου αίμα μέσα στο κρανίο. Μετά από ένα κρίσιμο σημείο ο εγκέφαλος κυριολεκτικά αυτοκαταστρέφεται τείνοντας να υποστεί ολικό εμφρακτό.^{112,113}

Οι «εγκεφαλικά νεκροί» ασθενείς χάνουν τα αντανακλαστικά τους φυγόκεντρος, δηλαδή από την κεφαλή προς τα άκρα του σώματος. Ο προμήκης μυελός είναι το τελευταίο μέρος του εγκεφάλου που πάει να λειτουργεί. Μέχρι ως ότου καταστραφεί πλήρως το εγκεφαλικό στέλεχος μπορεί να μεσολαβήσουν αρκετές ώρες κατά την διάρκεια των οποίων ενδέχεται να παραμένει κάποια λειτουργία του προμήκη μυελού (π.χ. κανονική αιματική πίεση ή βήχας κατόπιν ερεθισμού της τραχείας ή ταχυκαρδία μετά από χορήγηση 1mg ατροπίνης).¹¹⁰

Συνεπώς από άποψη παθοφυσιολογίας ο «εγκεφαλικός θάνατος» αφορά στη νέκρωση μόνο του εγκεφάλου. Ο κοινός μηχανισμός προκλήσεως καθολικού εγκεφαλικού εμφρακτού είναι η οριστική διακοπή της ενδοκρανιακής κυκλοφορίας του αίματος. Αυτή συμβαίνει είτε όταν η τιμή της ενδοκρανιακής πίεσης είναι υψηλότερη της μέσης συστηματικής αρτηριακής είτε λόγω καρδιακής ανακοπής.¹¹⁰

5.4 Λειτουργίες που έχουν παρατηρηθεί σε «εγκεφαλικά νεκρούς» ασθενείς.

- ❖ Οι πνεύμονες ανταλλάσσουν κανονικά οξυγόνο και διοξείδιο του άνθρακα όταν εξασφαλιστεί το μηχανικό μέρος της αναπνοής, δηλαδή η έκπτυξη του θώρακα. Στους «εγκεφαλικά νεκρούς» δεν έχει πάθει βλάβη η ανταλλαγή των αναπνευστικών αερίων αλλά η ικανότητα του θώρακα να εκπτύσσεται. Εάν διασφαλιστεί με τον αναπνευστήρα η έκπτυξη του θώρακος, τότε ο θώρακας μπορεί να επανέλθει στη θέση του χάρη στην ελαστικότητα του και τα αέρια της αναπνοής να ανταλλάγουν κανονικά.
- ❖ Εάν η σπονδυλική στήλη είναι ανέπαφη και ο νωτιαίος μυελός άθικτος (όπως συμβαίνει συνήθως) οι προγαγγλιακοί νευρώνες παρέχουν επαρκή συμπαθητικό αγγειακό τόνο, ώστε να διατηρείται η αρτηριακή πίεση του αίματος χωρίς φαρμακευτική βοήθεια.

- ❖ Οι τροφές απορροφώνται και αφομοιώνονται εάν υπάρχει κινητικότητα στην πεπτική οδό (αν και σε πολλούς «εγκεφαλικά νεκρούς» αυτό δεν συμβαίνει) μπορεί να γίνει πέψη της χορηγούμενης τροφής μέσω ρινογαστρικού σωλήνα, ειδάλλως απαιτείται παρεντερική χορήγηση των τροφών.
- ❖ Σε κάθε περίπτωση το αίμα κυκλοφορεί διανέμοντας θρεπτικά συστατικά σε όλο το σώμα, παρέχοντας τις απαραίτητες ουσίες στα κύτταρα για ενέργεια και αύξηση και αποκατάσταση αυτών. Έτσι τα κύτταρα αφομοιώνουν τις θρεπτικές ουσίες και παράγουν ενέργεια, ενώ το αίμα αποβάλλει τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού των κυττάρων.
- ❖ Το ήπαρ αποτοξινώνει το αίμα και διατηρεί το σώμα σε μια απίστευτα σύνθετη χημική ομοιοστατική ισορροπία.
- ❖ Οι νεφροί παράγουν ούρα (οπότε εξακολουθούν οι λειτουργίες της σύρσης και της αφόδευσης) και διατηρούν το ισοζύγιο των υγρών και των ηλεκτρολυτών.
- ❖ Το ανοσοποιητικό σύστημα αναγνωρίζει τα ξένα σώματα και καταπολεμά τις λοιμώξεις.
- ❖ Τέλος πολλοί ενδοκρινείς αδένες εξακολουθούν να λειτουργούν, ανεξάρτητα από τον υποθάλαμο.¹¹³

5.5 Προϋποθέσεις διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου.

Ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους θεωρείται ταυτόσημος με το θάνατο του ανθρώπινου σώματος γιατί από το στέλεχος διέρχεται ο ανιών και δικτυωτός σχηματισμός, που είναι υπεύθυνος για τη διατήρηση της συνείδησης και σ' αυτό εδρεύει το κέντρο της αναπνοής. Εάν καταστραφεί το στέλεχος καταργείται οριστικά η αυτόματη ικανότητα για συνείδηση και αναπνοή ενώ σε δεύτερο στάδιο επέρχεται καρδιακή ανακοπή που οδηγεί στο θάνατο όλων των κυττάρων του οργανισμού. Σύμφωνα με τα αγγλικά κριτήρια, προκειμένου να διαγνωστεί θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους πρέπει να ακολουθηθεί με μεγάλη σχολαστικότητα μια καθορισμένη διαδικασία που περιλαμβάνει δύο στάδια.¹¹⁴

- ❖ Το 1^ο στάδιο αναφέρεται στην αναγνώριση ορισμένων προϋποθέσεων και απαραίτητων συνθηκών με τις οποίες αποκλείεται η ύπαρξη πιθανά αναστρέψιμης καταστολής του εγκεφαλικού στελέχους, από την οποία δηλαδή το άτομο μπορεί να επανέλθει.
- ❖ Το 2^ο στάδιο αφορά την εκτέλεση συγκεκριμένων δοκιμασιών για τον έλεγχο της απώλειας της λειτουργικότητας του εγκεφαλικού στελέχους.

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

5.5.1 Απαραίτητες προϋποθέσεις και συνθήκες διάγνωσης.

Οι απαραίτητες ενέργειες που πρέπει να προηγούνται πριν αρχίσει η διαδικασία διάγνωσης του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους είναι:

- ❖ **Η διαπίστωση ότι ο ασθενής είναι σε απνοϊκό κώμα.** Καταρχάς πρέπει να διαπιστωθεί ότι ο ασθενής είναι σε κώμα και ότι η αναπνευστική του λειτουργία υποστηρίζεται από αναπνευστήρα. Είναι αναγκαίο να τονιστεί ότι εφόσον δεν υπάρχει άπνοια δεν μπορεί να τεθεί θέμα βλάβης του εγκεφαλικού στελέχους.^{115,116}
- ❖ **Ο καθορισμός της αιτίας του κώματος για τη διαπίστωση μη αναστρέψιμης βλάβης.** Η διαπίστωση ότι το εγκεφαλικό στέλεχος δεν λειτουργεί δεν είναι έγκυρη, εάν προηγουμένως δεν βρεθεί κάποια αδιαφιλονίκητη αιτία που μπορεί να την ερμηνεύσει. Περιπτώσεις στις οποίες δεν έχει διευκρινιστεί η αιτία του κώματος δεν πρέπει να περιλαμβάνονται στη διαδικασία διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου και το ίδιο ισχύει για την απώλεια της λειτουργικότητας των εγκεφαλικών ημισφαιρίων. Οι συνηθέστερες αιτίες της μη αναστρέψιμης βλάβης του στελέχους είναι:
 - Βαριές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
 - Ενδοκρανιακή αιμορραγία
 - Χωροκατακτητικές βλάβες του εγκεφάλου
 - Εγκεφαλική ανοξία (από οποιαδήποτε αιτία).^{115,116}
- ❖ **Ο αποκλεισμός αναστρέψιμης καταστολής του εγκεφαλικού στελέχους.** Οι συνηθέστερες αιτίες που προκαλούν αναστρέψιμη καταστολή του εγκεφαλικού στελέχους είναι:
 - Κατασταλτικά φάρμακα του Κ.Ν.Σ
 - Φάρμακα που αποκλείουν την νευρομυϊκή σύναψη
 - Οποιαδήποτε μορφή shock ή εγκεφαλοπάθειας
 - Σημαντική υποθερμία, υποξαιμία ή υποογκαιμία.

Στις περιπτώσεις που συνυπάρχουν περισσότερα από ένα αίτια απνοϊακού κώματος (π.χ. προηγούμενη λήψης αλκοόλης ή κατασταλτικών φαρμάκων μαζί με βαριά κρανιοεγκεφαλική κάκωση) το διάστημα που μεσολαβεί από το πρώτο μέχρι το δεύτερο στάδιο πρέπει να είναι αρκετό, ώστε να δοθεί χρόνος στα φάρμακα να αποβληθούν από τον οργανισμό πριν αρχίσει η διαδικασία των δοκιμασιών του εγκεφαλικού στελέχους.^{115,116}

5.5.2 Διαδικασία πριν από την διάγνωση.

Προκειμένου να διαπιστωθούν ή να αποκλειστούν οι παραπάνω καταστάσεις απαιτείται:

- ❖ **Λεπτομερές ιστορικό και ακριβείς πληροφορίες.** Αυτά συνήθως λαμβάνονται από το συγγενικό περιβάλλον του ασθενούς που πρέπει να είναι σαφή και πειστικά σχετικά με
 - συνυπάρχοντα νοσήματα
 - τη γενική κατάσταση του ασθενούς στην αμέσως προ του κώματος χρονική περίοδο
 - τις ατομικές συνήθειες, όπως λήψη αλκοόλης, ψυχοφαρμάκων ή άλλων ουσιών.
 - τις λεπτομέρειες του ατυχήματος για αξιολόγηση π.χ. κακώσεων
 - τον τρόπο και το χρόνο που επήλθε το κώμα

Ο χρόνος που μεσολαβεί από την εμφάνιση του κώματος (π.χ. σε κρανιοεγκεφαλική κάκωση ή ανοξαιμικό οίδημα του εγκεφάλου) είναι καθοριστικής σημασίας σε περιπτώσεις που παρά την θεραπευτική αγωγή η κατάσταση του ασθενούς δε μεταβάλλεται. Ο χρόνος από την εμφάνιση του κώματος μέχρι τον έλεγχο του εγκεφαλικού στελέχους δεν είναι δυνατόν να καθοριστεί με σαφήνεια γιατί εξαρτάται από τα είδος της βλάβης και την εκτίμηση του θεράποντος ιατρού.¹⁰⁵

- ❖ **Κλινική εξέταση.** Αυτή έχει ως στόχο:
 - Την αξιολόγηση του κάθε ευρήματος σε σχέση με το κώμα (π.χ. σε εγκεφαλική βλάβη με παράλληλη διαπίστωση κολποκοιλιακού αποκλεισμού, θα πρέπει να ερευνηθεί η πιθανότητα βαριάς εγκεφαλικής ανορεξίας μετά από επεισόδιο Adams Stokes)
 - Τη διαπίστωση του είδους και της βαρύτητας της βλάβης που θα καθορίσει εάν η βλάβη που θα καθορίσει εάν η βλάβη είναι ή όχι αναστρέψιμη (π.χ. βαρύτητα κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης)
 - Την αναζήτηση σημείων που αποκλείουν το θάνατο του εγκεφαλικού στελέχους (π.χ. επιληπτικών σπασμών, γενικευμένων ή εστιακών, ρίγους, παθολογικών στάσεων αποφλοίωσης ή απεγκεφαλισμού) και τα οποία δείχνουν ότι διέρχονται νευρικά ερεθίσματα από το εγκεφαλικό στέλεχος. Αντίθετα αυτόματες κινήσεις προερχόμενες από το νωτιαίο μυελό δεν αποκλείουν το θάνατο του εγκεφαλικού στελέχους. Όπως είναι γνωστό η λειτουργία του νωτιαίου μυελού συνεχίζεται και μετά από ανεπανόρθωτη καταστροφή του εγκεφαλικού στελέχους (στο 75% των περιπτώσεων).¹⁰⁵

❖ **Παρακλινικός έλεγχος.** Αποσκοπεί στη συστηματική διερεύνηση καταστάσεων για την ύπαρξη των οποίων υπάρχουν ενδεικτικά στοιχεία από το ιστορικό και κλινική εξέταση όπως:

- Διαταραχές της οξεοβασικής ή ηλεκτρολυτικής ισορροπίας
- Διαταραχές της ενδοκρινικής και μεταβολικής λειτουργίας
- Διαταραχές της μορφολογίας του εγκεφάλου (με ειδικές εξετάσεις π.χ. αξονική τομογραφία).
- Παρουσία φαρμάκων ή άλλων ουσιών στον οργανισμό (με διενέργεια τοξικολογικών εξετάσεων για ποσοτικό και ποιοτικό προσδιορισμό).

Αφού ολοκληρωθεί ο παραπάνω έλεγχος, πρέπει να εξαντληθούν όλες οι θεραπευτικές προσπάθειες και δυνατότητες για την αποκατάσταση κάθε επανορθώσιμης διαταραχής της λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους. Εάν υπάρχει η παραμικρή αμφιβολία σχετικά με την αντιστρεψιμότητα του κώματος, ο θεράπων ιατρός δεν πρέπει να προχωρήσει στην εκτέλεση δοκιμασιών του εγκεφαλικού στελέχους αλλά να αναμείνει και να επανεκτιμήσει την όλη κατάσταση.¹⁰⁵

5.6 Κλινικά Κριτήρια διάγνωσης.

Το επόμενο στάδιο στη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου αφορά τον έλεγχο της λειτουργικότητας του εγκεφαλικού στελέχους με κλινικές δοκιμασίες που αποσκοπούν «τομή προς τομή» διερεύνηση της λειτουργίας του. Οι κλινικές δοκιμασίες αποτελούν σήμερα αδιαμφισβήτητο κριτήριο της λειτουργικής σιγής του στελέχους, η οποία όμως για να θεωρηθεί ως μη αναστρέψιμη πρέπει να έχουν προηγουμένως τηρηθεί με σχολαστικότητα και αυστηρότητα οι αναγκαίες συνθήκες με τις οποίες αποκλείονται τυχόν ανατάξιμες καταστάσεις κώματος. Ο σκοπός των κλινικών δοκιμασιών είναι να αποδείξει την οριστική κατάργηση των αντανακλαστικών του στελέχους. Τα αποτελέσματα των κλινικών δοκιμασιών είναι σαφή και κατηγορηματικά για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου γιατί αναφέρονται στην παρουσία ή απουσία αντιδράσεων και όχι σε διαβαθμίσεις που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε αμφίβολες εκτιμήσεις. Τα κύρια κλινικά κριτήρια διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου είναι α) ο έλεγχος των αντανακλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους και β) η δοκιμασία της άπνοιας.^{117,118}

❖ Έλεγχος των αντανακλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους.

Οι δοκιμασίες ελέγχου των εγκεφαλικών συζυγιών, που εδρεύουν στο στέλεχος εκτελούνται αφού έχει προηγουμένως διαπιστωθεί ότι ο ασθενής:

1. Είναι σε βαθύ κώμα
2. Η αναπνοή του υποστηρίζεται από τον αναπνευστήρα
3. Δεν παρουσιάζει παθολογικές στάσεις
4. Δεν εμφανίζει επιληπτικούς σπασμούς ή ρίγος
5. Η θερμοκρασία του σώματος του είναι $>35^{\circ}\text{C}$
6. Η στάθμη στο αίμα κατασταλτικών φαρμάκων του Κ.Ν.Σ είναι χαμηλότερη από το θεραπευτικό της εύρος.¹⁰⁵

Τα αντανακλαστικά που πρέπει να ελεγχθούν ότι έχουν καταργηθεί είναι το οφθαλμοκεφαλικό αντανακλαστικό, το αντανακλαστικό της κόρης στο φώς, το αντανακλαστικό του κερατοειδούς, το αιθουσοοφθαλμικό αντανακλαστικό, οι αντανακλαστικές κινήσεις των μυών του προσώπου στον έντονο ερεθισμό σημείων του σώματος και τα φαρυγγολογικά αντανακλαστικά.¹¹⁹

Για τον έλεγχο του οφθαλμοκεφαλικού αντανακλαστικού (έλεγχος III, IV και VI εγκεφαλικής συζυγίας) ο εξετάζων πρέπει να τοποθετείται στην κορυφή του κρεβατιού, πάνω από την κεφαλή του εξεταζόμενου και να τον αποσυνδέσει από τον αναπνευστήρα για λίγα δευτερόλεπτα. Κρατάει την κεφαλή στα χέρια του, ανασηκώνει τα βλέφαρα και στρέφει την κεφαλή για 3-4 δευτερόλεπτα, πρώτα στη μια πλευρά και μετά κατά 180° στην άλλη πλευρά, ενώ παρατηρεί τους οφθαλμούς. Σε περίπτωση που το εγκεφαλικό στέλεχος είναι νεκρό, κινούνται ταυτόχρονα με την κεφαλή και προς την ίδια κατεύθυνση, δηλαδή παραμένουν ακίνητοι μέσα στον κόγχο. Σε περίπτωση κώματος από βλάβη των εγκεφαλικών ημισφαιρίων (και εφόσον το στέλεχος είναι ζωντανό), αποκλίνουν για 1-2 δευτερόλεπτα προς την αντίθετη από την κίνηση της κεφαλής κατεύθυνση και αμέσως μετά ευθυγραμμίζονται με την κεφαλή, δηλαδή κινούνται μέσα στον κόγχο (κινήσεις οφθαλμών κούκλας). Τέλος στην περίπτωση που τα άτομα έχουν πλήρη συνείδηση, ακολουθούν σε κλάσματα δευτερολέπτου την κατεύθυνση της κεφαλής.¹¹⁹

Είναι αυτονόητο ότι η δοκιμασία αυτή δεν πρέπει να εκτελείται σε περιπτώσεις καταγμάτων της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Εάν το αντανακλαστικό αυτό δεν δείξει ότι υπάρχει βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους, διακόπτεται η διαδικασία εκτέλεσης των υπόλοιπων αντανακλαστικών του στελέχους.

Το αντανακλαστικό της κόρης στο φώς, αν και τις περισσότερες φορές υπάρχει μυδρίαση στη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους δεν έχει σημασία το μέγεθος της κόρης

ή η ύπαρξη ανισοκορίας (ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη μυδρίαση) αλλά η απουσία κάθε αντίδρασης της κόρης στο έντονο φώς. Οι κόρες είναι καθηλωμένες και δεν αντιδρούν στις απότομες μεταβολές της έντασης του φωτός. Ως εκ τούτου, κατά την εκτέλεση αυτής της δοκιμασίας πρέπει να χρησιμοποιείται ισχυρή δέσμη φωτός σε σκοτεινό δωμάτιο και όχι πηγές φωτός από οφθαλμοσκόπια, ωτοσκόπια, λαρυγγοσκόπια κ.λπ. που δεν είναι επαρκείς. Πριν από τον έλεγχο του φωτοκινητικού αντανακλαστικού πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η τυχόν χορήγηση φαρμάκων με ατροπινική δράση, η πιθανή ύπαρξη οφθαλμικών ή νευρικών παθήσεων και οι τοπικές βλάβες των βολβών ή των νεύρων των οφθαλμών.^{119,120}

Για τον έλεγχο του αντανακλαστικού του κερατοειδούς (έλεγχος V και VIII εγκεφαλικής συζυγίας) απαιτείται έντονο ερέθισμα (όπως π.χ. από στυλεό σε βαμβάκι) που εφαρμόζεται με πίεση μεγαλύτερη από εκείνη που χρησιμοποιείται σε ασθενείς με συνείδηση. Σε βλάβη του στελέχους το αντανακλαστικό αυτό απουσιάζει.^{105,119}

Ο έλεγχος του αιθουσοοφθαλμικού αντανακλαστικού (έλεγχος III, VI και VII εγκεφαλικής συζυγίας) γίνεται από τον ερεθισμό της τυμπανικής μεμβράνης με έγχυση 20-25 ml παγωμένου νερού στον κάθε έξω ακουστικό πόρο. Όταν το εγκεφαλικό στέλεχος είναι νεκρό, αυτό το ερεθισμά δεν προκαλεί αντανακλαστικές κινήσεις των οφθαλμών. Οποιαδήποτε απόκλιση έστω και του οφθαλμού, σημαίνει ότι ένα μέρος του εγκεφαλικού στελέχους είναι ζωντανό. Γενικά πριν από την εκτέλεση αυτής της δοκιμασίας πρέπει να έχουν αποκλειστεί τα παρακάτω:

- Μηχανικό κώλυμα του έξω ακουστικού πόρου (αίμα, βύσμα) που εμποδίζει την προσπέλαση στην τυμπανική μεμβράνη.
- Προϋπάρχουσες παθήσεις του ακουστικού οργάνου.
- Δράση φαρμάκων (τοξικότητα από αμινογλυκοσίδες ή καταστολή από αντιχολινεργικά, ηρεμιστικά, αντισπασμωδικά και τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά).¹⁰⁵

Το αντανακλαστικό που αφορά τις αντανακλαστικές κινήσεις των μυών του προσώπου στον έντονο ερεθισμό σημείων του σώματος (έλεγχος V και VIII εγκεφαλικής συζυγίας) είναι αρνητικό όταν μετά από έντονο ερεθισμό στην περιοχή του τριδύμου (π.χ. ισχυρή υπερκόγχια πίεση) ή στα άκρα δεν προκαλούνται μορφασμοί πόνου ενώ μπορεί να υπάρχουν νωτιαία αντανακλαστικά. Πριν από τη εκτέλεση αυτού του αντανακλαστικού πρέπει να έχουν εξαιρεθεί καταστάσεις που προκαλούν νευρομυϊκό αποκλεισμό (φαρμακευτικό ή παθολογικό).^{105,119}

Τέλος πρέπει να ελεγχτούν και τα φαρυγγολαρυγγικά αντανακλαστικά (έλεγχος IX και X εγκεφαλικής συζυγίας). Όταν το εγκεφαλικό στέλεχος είναι νεκρό η είσοδος μέσα από τον

ενδοτραχειακό σωλήνα ενός καθετήρα αναρρόφησης δεν προκαλεί βρογχικό ερεθισμό, καταποτικές κινήσεις ή βήχα.

Συνοψίζοντας για να τεθεί διάγνωση του εγκεφαλικού στελέχους όλα τα παραπάνω αντανακλαστικά πρέπει να έχουν καταργηθεί. Η παρουσία έστω και ενός αποκλείει τη διάγνωση θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους.^{119,120,121}

❖ Δοκιμασία της άπνοιας.

Η δοκιμασία αυτή αποτελεί το τελικό βήμα στην επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου και ακολουθεί τη διαπίστωση της κατάργησης όλων των αντανακλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους. Η απουσία αυτόματης αναπνοής είναι αποφασιστικής σημασίας για τη διάγνωση του εγκεφαλικού στελέχους. Για να αποδειχτεί ότι υπάρχει μη αναστρέψιμη κατάργηση της αυτόματης αναπνοής πρέπει να διαπιστωθεί πλήρης έλλειψη αυτόματων αναπνευστικών κινήσεων μετά την αποσύνδεση από τον αναπνευστήρα για ορισμένο διάστημα. Το διάστημα αυτό πρέπει να είναι αρκετό για να αυξηθεί η μερική τάση του διοξειδίου του άνθρακα στο αρτηριακό αίμα σε επίπεδα επαρκή για τη διέγερση των αναπνευστικών κέντρων. Το επίπεδο του PaCO₂ που απαιτείται γι' αυτόν τον σκοπό πρέπει να είναι ίσο ή μεγαλύτερο από 60mmHg.^{105,121}

Κατά τη δοκιμασία της άπνοιας πρέπει:

- Να αποφευχθεί η ανάπτυξη της υποξαιμίας κατά το διάστημα της αποσύνδεσης από τον αναπνευστήρα.
- Να διορθωθεί προϋπάρχουσα πιθανή υποκαπνία, έτσι ώστε το PaCO₂ να έχει φτάσει τη στιγμή της αποσύνδεσης τα 40-45mmHg
- Να έχει περάσει αρκετός χρόνος (τουλάχιστον 28 ώρες) από τυχόν διαπίστωση και στη συνέχεια διόρθωση, μεταβολικής διαταραχής του αρτηριακού pH (που αντανάκλα το pH του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, το οποίο έχει καθοριστική σημασία για τη διέγερση των αναπνευστικών κέντρων). Οι τιμές του αρτηριακού pH πριν από την αποσύνδεση πρέπει να είναι περίπου 7,36-7,44.^{11,121}

Επομένως η σειρά των απαραίτητων ενεργειών για την δοκιμασία της άπνοιας είναι η ακόλουθη:

- Μέτρηση των αερίων του αίματος και είτε ανάλογη προσαρμογή του πνευμονικού αερισμού, ώστε να επιτευχθεί νορμοκαπνία, ή προσθήκη 5%CO₂ στα εισπνεόμενα αέρια,
- Αερισμός του ασθενούς με 100% οξυγόνο, τουλάχιστον για 10 λεπτά πριν αποσυνδεθεί από τον αναπνευστήρα, για να έχει υψηλή μερική τάση οξυγόνου στο αρτηριακό αίμα κατά την αποσύνδεση,

- Αποσύνδεση από τον αναπνευστήρα για 10 λεπτά με ταυτόχρονη χορήγηση τουλάχιστον 6L/min 100% οξυγόνου (απνοϊκή οξυγόνωση), μέσω καθετήρα τοποθετημένου στον ενδοτραχειακό σωλήνα κοντά στην τροπίδα.^{11,121}

Κατά την απνοϊκή εμφύσηση οξυγόνου, έχει υπολογιστεί ότι το μεν PaO₂ διατηρείται σε φυσιολογικά επίπεδα, ενώ το PaCO₂ αυξάνεται βαθμιαία και με ρυθμό τουλάχιστον 2mmHg/min ώστε τα 10 λεπτά της αποσύνδεσης να έχει φτάσει σε επίπεδο ικανό να διεγείρει το αναπνευστικό κέντρο. Κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας επιβάλλεται η συνεχής παρακολούθηση των εξής ζωτικών λειτουργιών: της Αρτηριακής Πίεσεως, της Καρδιακής Συχνότητας, του SpO₂ και του τελοεκπνευστικού CO₂. Η κατάργηση της αυτόματης αναπνοής θεωρείται οριστική, εφόσον δεν παρατηρηθούν αναπνευστικές κινήσεις κατά το διάστημα της απνοϊκής οξυγόνωσης.^{11,105}

5.7 Εργαστηριακός και ηλεκτροφυσιολογικός έλεγχος του εγκεφάλου.

Για να επιβεβαιωθεί η κλινική διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους χρησιμοποιούνται διάφορες εργαστηριακές εξετάσεις οι οποίες είναι απαραίτητες και χρήσιμες να γίνονται και αφορούν α) την εκτίμηση της αιματικής ροής του εγκεφάλου και β) τον ηλεκτροφυσιολογικό έλεγχο του εγκεφάλου.^{11,105,119}

Οι δοκιμασίες που αφορούν την αιματική ροή του εγκεφάλου για να είναι αποτελεσματικές θα πρέπει να δείξουν την απουσία εγκεφαλικής αιμάτωσης για χρονικό διάστημα ικανό να προκαλέσει το θάνατο των εγκεφαλικών κυττάρων, δηλαδή περισσότερο από 10 λεπτά. Η απουσία της αιματικής ροής μπορεί να διαπιστωθεί με τους παρακάτω τρόπους.

1. Την αγγειογραφία του εγκεφάλου με καθετηριασμό αμφοτέρων των καρωτίδων και των σπονδυλικών αρτηριών (αρτηριογραφία τεσσάρων αγγείων), που μπορεί να διαγνώσει το σταμάτημα της κυκλοφορίας σε όλο τον εγκέφαλο (ημισφαίρια και οπίσθιο βόθρο). Η αξία αυτής της εξέτασης περιορίζεται από τεχνικά και πρακτικά προβλήματα (όπως π.χ. η μεταφορά ασθενούς συνδεδεμένου με αναπνευστήρα στο ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο).
2. Τις ραδιοϊσοτοπικές τεχνικές. Πιο πρόσφατα χρησιμοποιήθηκαν αναίμακτες μέθοδοι εγκεφαλικής αγγειογραφίας με ενδοφλέβια χορήγηση ραδιενεργών ισοτόπων. Οι τεχνικές αυτές έχουν περιοριστική αξία όχι μόνο γιατί πρέπει να επαναληφθούν μετά από 6 ώρες αλλά και γιατί απεικονίζουν την αιματική ροή μόνο στα ημισφαίρια και όχι στην περιοχή του οπίσθιου βόθρου, όπου βρίσκεται το στέλεχος.

3. Την αξονική τομογραφία εγκεφάλου με ταυτόχρονη χορήγηση του αερίου ξέnon. Πρόκειται για τεχνική που βρίσκεται σε πειραματικό στάδιο.¹¹
4. Την διακρανιακή υπερηχογραφία Doppler. Πρέπει να γίνεται μέσω του υπερηχογραφικού παραθύρου στην περιοχή του κρόταφου. Πρέπει όμως να ληφθεί υπόψιν ότι 10% των ασθενών εμφανίζουν δυσκολία ανίχνευσης του υπερηχογραφικού παραθύρου, άρα στις περιπτώσεις αυτές η έλλειψη ροής δεν μπορεί να θεωρηθεί συμβατή με τον εγκεφαλικό θάνατο.
5. Το σπινθηρογράφημα εγκεφάλου με τεχνήτιο. (Tc99m). Το ισότοπο πρέπει να ενεθεί 30 λεπτά μετά την ανασύσταση του. Χαρακτηριστική είναι η απουσία ροής. (φαινόμενο του κενού εγκεφάλου).¹⁰⁵

Όσο αφορά τον ηλεκτροφυσιολογικό έλεγχο που γίνεται κατά τη διαδικασία διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου αυτός περιλαμβάνει το ηλεκτροεγγεφαλογράφημα και τα προκλητά δυναμικά του εγκεφαλικού στελέχους.

Το ηλεκτροεγγεφαλογράφημα (HEΓ) έχει θεωρηθεί στα αρχικά κριτήρια του Harvard ως αξιόπιστο μέσο για την διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου διότι πίστευαν ότι σε περίπτωση ηλεκτρικής σιγής του εγκεφάλου (ισοηλεκτρικού HEΓ για 30 λεπτά) και εφόσον είχαν αποκλειστεί αναστρέψιμες καταστάσεις κώματος (όπως π.χ. φαρμακευτική δηλητηρίαση), όλος ο εγκέφαλος ήταν νεκρός. Αυτό σήμερα δεν ευσταθεί και το HEΓ δεν θεωρείται απαραίτητο για τους εξής λόγους.

- Η καταγραφή του HEΓ, όπως συνήθως γίνεται, απεικονίζει την ηλεκτρική δραστηριότητα του φλοιού και όχι του εγκεφαλικού στελέχους, η δραστηριότητα του οποίου είναι καθοριστική για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου.
- Το HEΓ δεν μπορεί να κάνει διάκριση μεταξύ λειτουργικής καταστολής και οργανικής βλάβης έτσι ώστε σε υπερδοσολογία κατασταλτικών φαρμάκων που προκαλούν ηλεκτροεγκεφαλική σιγή, να εμφανίζεται νεκρό το εγκεφαλικό στέλεχος.
- Σε περιπτώσεις μη αναστρέψιμης οργανικής βλάβης του εγκεφαλικού στελέχους μπορεί να υπάρχει υπολειπόμενη δραστηριότητα του εγκεφαλικού φλοιού που καταγράφεται στο HEΓ.
- Η καταγραφή του HEΓ επηρεάζεται από διάφορα παρασιτικά δυναμικά, όπως συνυπάρχουσες ηλεκτρικές πηγές (που οπωσδήποτε υπάρχουν σε μια μονάδα Εντατικής Θεραπείας), μυϊκή δραστηριότητα κ.λπ. με αποτέλεσμα να μην είναι πάντα αξιόπιστη η καταγραφή του.^{11,105}

Τέλος θα αναφερθούμε στα προκλητά δυναμικά του εγκεφαλικού στελέχους με τα οποία μπορούν να ελεγχθούν οι αισθητικές οδοί που διέρχονται από το στέλεχος. Οι

ηλεκτροφυσιολογικές αυτές μέθοδοι βρίσκονται ακόμη στο στάδιο της αξιολόγησης και είναι αμφίβολο εάν θα προσθέσουν κάτι περισσότερο στην κλινική διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου. Τα προκλητά δυναμικά που έχουν ευρύτερα χρησιμοποιηθεί είναι τα ακουστικά προκλητά δυναμικά, που θεωρείται ότι βοηθούν στην αξιολόγηση των ασθενών για τους οποίους έχει τεθεί θέμα εγκεφαλικού θανάτου και δεν υπάρχει σαφές ιστορικό (π.χ. λήψη φαρμάκων) αναστρέψιμης αιτίας κώματος.^{121,122}

5.8 Καταστάσεις που μπορούν να δημιουργήσουν σύγχυση και δυσκολίες στη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου.

Κατά την διαδικασία διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου, κάποιες φορές μπορεί να δημιουργηθούν δυσκολίες και σύγχυση από διάφορες καταστάσεις. Αυτές είναι:

- Το σύνδρομο εγλεισμού το οποίο συνήθως οφείλεται στην καταστροφή της βάσεως της γέφυρας και εμφανίζεται μετά από οξεία εμβολή της βασικής αρτηρίας.
- Το σύνδρομο Guillain Barre όπου η κατάσταση είναι δραματική όταν η εικόνα του αναστρέψιμου αφορά όλα τα περιφερικά και κρανιακά νεύρα. Η λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού διασαφηνίζει τη διάγνωση.
- Η εγκεφαλίτιδα στελέχους.
- Η υποθερμία που λόγω παρατεταμένης έκθεσης προκαλεί απώλεια των αντανακλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους και μυδρίαση. Το αντανακλαστικό της κόρης στο φως καταργείται σε θερμοκρασίες μεταξύ 28° και 32°C, ενώ τα υπόλοιπα αντανακλαστικά του στελέχους καταργούνται όταν η θερμοκρασία είναι <28 °C. Στην προκειμένη περίπτωση η κατάσταση είναι δυνητικά αντιστρέψιμη ακόμα και επί ακραίας υποθερμίας.
- Η δηλητηρίαση με κατασταλτικά, αναισθητικά φάρμακα ή άλλες τοξικές ουσίες. Εάν η ουσία είναι γνωστή και δεν είναι εφικτό να μετρηθούν τα επίπεδα της, φρόνιμο είναι να παρακολουθείται ο ασθενής για ένα χρονικό διάστημα, που θα ισούται με 4 φορές το χρόνο ημίσειας ζωής της ουσίας, εφόσον βέβαια δεν υπάρχει αλληλεπίδραση με άλλο φάρμακο ή δεν υπάρχει δυσλειτουργία οργάνων (π.χ. νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια). Εάν η ουσία δεν είναι γνωστή, τότε επιβάλλεται χρόνος αναμονής 48 ωρών, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν υπάρχει μεταβολή στα αντανακλαστικά του στελέχους. Εάν δεν παρατηρηθεί μεταβολή, τότε επιβάλλεται να γίνει παρακλινική επιβεβαιωτική δοκιμασία.¹¹

Οι καταστάσεις που μπορούν να δημιουργήσουν δυσκολίες στη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου είναι: α) κάκωση της ΑΜΣΣ β)κρανιοπροσωπική κάκωση γ)χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια δ)διαταραχή οξυγόνωσης.¹¹

5.9 Τυπικό διαδικασίας διάγνωσης.

- ❖ **Ποιοι γιατροί πρέπει να πιστοποιήσουν τη διάγνωση.** Για τη διάγνωση των αντανακλαστικών του εγκεφαλικού θανάτου απαιτείται οι κλινικές δοκιμασίες των αντανακλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους να γίνουν από δύο έως τρεις έμπειρους γιατρούς σε αυτό το θέμα. Οι γιατροί αυτοί δεν πρέπει να έχουν ιεραρχική σχέση μεταξύ τους δεν πρέπει να ανήκει σε ομάδα μεταμοσχεύσεων. Ο ένας από αυτούς μπορεί να είναι ο θεράπων γιατρός του ασθενούς ενώ δεν είναι απαραίτητη η παρουσία νευρολόγου. Σε περίπτωση διαφωνίας μεταξύ των εξεταζόντων δεν τίθεται θέμα διάγνωσης εγκεφαλικού θανάτου. Για την τελική διάγνωση απαιτείται η επανάληψη των κλινικών δοκιμασιών από όλους τους εξετάζοντες.¹¹
- ❖ **Ο χρόνος επανάληψης δοκιμασιών.** Οι κλινικές δοκιμασίες πρέπει να εκτελούνται δύο φορές για να εξασφαλιστεί ότι η διακοπή της εγκεφαλικής λειτουργίας έχει διαρκέσει για διάστημα που αποκλείει την αναστρεψιμότητα της βλάβης. Το διάστημα μεταξύ δύο κλινικών ελέγχων εξαρτάται βασικά από το είδος της αρχικής βλάβης και την κλινική πορεία του ατόμου, αποφασίζεται δε από όλους τους εξετάζοντες γιατρούς και συνήθως δεν είναι μικρότερο των 6 ωρών. Ο χρόνος εξάλλου που μεσολαβεί από την έναρξη του κώματος και μέχρις ότου αρχίσει η διαδικασία εκτέλεσης των δοκιμασιών πρέπει να είναι λιγότερο από 6 ώρες μετά την αποκατάσταση της ικανοποιητικής κυκλοφορίας. Το τελευταίο αυτό διάστημα μπορεί να είναι βραχύτερο σε περιπτώσεις που υπάρχει έκδηλη καταστροφή του εγκεφάλου (π.χ. βαριά κρανιοεγκεφαλική κάκωση).¹¹
- ❖ **Τελική διαδικασία.** Τα αποτελέσματα της εκτέλεσης των κλινικών δοκιμασιών και από τους δύο ή τρεις γιατρούς καταχωρούνται σε ειδικό έντυπο διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου, που αποτελεί πιστοποιητικό θανάτου και περιλαμβάνει στο φάκελο του ασθενούς. Εφόσον τεθεί η διάγνωση θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους, το άτομο αυτό θεωρείται νεκρό και οι συγγενείς πληροφορούνται ότι η οποιαδήποτε παραπέρα θεραπευτική υποστήριξη των ζωτικών του λειτουργιών είναι άσκοπη. Η απόφαση για τη διακοπή της υποστηρικτικής αγωγής είναι καθαρά ιατρική και οι συγγενείς πρέπει να βοηθηθούν να την αποδεχτούν. Μόνο εάν πρόκειται να γίνει δωρεά οργάνων για μεταμόσχευση παραμένει ο υποψήφιος δότης στον αναπνευστήρα μέχρι τη λήψη

οργάνων. Οποτεδήποτε υπάρχει κάποια αμφιβολία σχετικά με την καταλληλότητα του υποψήφιου δότη ενημερώνεται η ομάδα μεταμοσχεύσεων.¹¹

Ι. ΦΥΛΛΟ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Όνοματεπώνυμο ασθενούς.....

Όνομα πατρός..... Ημερομηνία γέννησης.....

Φύλο..... Αρ.
Μητρώου.....

	Θεράπων Ιατρός	Νευρολόγος ή Νευροχ/γός	Αναισθησιολόγος
1. ΒΑΣΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ			
1.1. Καθορίστε την αιτία του κώματος εφόσον πιστεύετε ότι ο ασθενής πάσχει από μη Πόσος χρόνος παρήλθε από την έναρξη του
1.2. Έχουν αποκλειστεί δυνητικά αναστρέψιμες καταστάσεις κώματος από: ~ μυοχαλαρωτικά φάρμακα ~ υποθερμία ~ μεταβολικές / ενδοκρινολογικές αιτίες
1.3. Έχουν αποκλειστεί: ~ επιληπτικοί σπασμοί ~ στάσεις αποφλοώσεως και απεγκεφαλισμού
1.4. Θερμοκρασία ασθενούς:

	Θεράπων Ιατρός		Νευρολόγος ή Νευροχ/γός		Αναισθησιολόγος	
	1ος έλεγχος	2ος έλεγχος	1ος έλεγχος	2ος έλεγχος	1ος έλεγχος	2ος έλεγχος
2. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ						
2.1. Παρατηρούνται κινήσεις οφθαλμών
2.2. Αντιδρούν οι κόρες στο φως;
2.3. Υπάρχουν αντανakλαστικά κερατοειδούς;
2.4. Διαπιστώνονται κινήσεις οφθαλμών, κατά τον ερεθισμό του τυμπάνου;
2.5. Υπάρχουν μορφασμοί προσώπου μετά επώδυνο ερεθισμό προσώπου και άκρων;

Εικόνα 9: Ειδικό έντυπο καταγραφής δοκιμασιών εγκεφαλικού θανάτου

	Θεράπων Ιατρός		Νευρολόγος ή		Αναισθησιολόγος	
	1ος έλεγχος	2ος έλεγχος	1ος έλεγχος	2ος έλεγχος	1ος έλεγχος	2ος έλεγχος
2.6.Υπάρχουν αντονακλαστικά κατάποσης βήχα μετά από ερεθισμό της τραχείας
2.7.Πριν τη δοκιμασία της άπνοιας, αερίστηκε ο ασθενής για 10 min με 100% O2
-πριν την αποσύνδεση ήταν το PaCO2 > 40 mmHg
-κατά την αποσύνδεση, εχορηγείτο συνεχώς 100% O2 ενδοτραχειακά
-παρατηρήθηκαν αναπνευστικές κινήσεις μετά από 10 min αποσύνδεσης (κοιλιακή χώρα, ώμοι κτλ)
Όνοματεπώνυμο Ιατρού
Ειδικότητα
Ημερομηνία & χρόνος 1ου ελέγχου
1ος έλεγχος - υπογραφή
Προτεινόμενος χρόνος 2ου ελέγχου
Ημερομηνία & χρόνος 2ου ελέγχου
2ος έλεγχος - υπογραφή

ΣΗΜΕΙΩΣΗ

Οι υπογράφοντες Ιατροί πρέπει να έχουν προάρησει ταυτόχρονον δύο (2) τσών, από τη λήψη της ειδικότητάς τους.

Σελίδα 2 από 2

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Δωρεά οργάνων στη ΜΕΘ

6.1 Δωρεά οργάνων και μεταμοσχεύσεις.

Η μεταμόσχευση ιστών και οργάνων αποτελεί σήμερα μια από τις σπουδαιότερες επιτυχίες της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, που έχει ως αποτέλεσμα την επάνοδο στην ενεργό ζωή και την παραγωγικότητα των ασθενών οι οποίοι είναι καταδικασμένοι είτε σε θάνατο (π.χ. ηπατική ανεπάρκεια), είτε σε επώδυνη εξάρτηση από μηχανήματα (τεχνητό νεφρό, «μηχανική καρδιά» κ.λπ.). Η εξέλιξη των μεταμοσχεύσεων είναι αποτέλεσμα μακροχρόνιας συνεργασίας μεταξύ ιατρών διάφορων κλινικών ειδικοτήτων (χειρουργών, ειδικών παθολόγων, εντατικολόγων) και εξειδικευμένων εργαστηριακών τμημάτων (εργαστηρίων ιστοσυμβατότητας).¹²³

Πηγές μεταμοσχεύσεων αποτελούν κυρίως, κατά 80%, οι εγκεφαλικά νεκροί δότες που νοσηλεύονται υπό μηχανική αναπνοή στις ΜΕΘ αλλά και ζώντες δότες από το στενό περιβάλλον του λήπτη (μέλη της ίδιας οικογένειας ιστοσυμβατά με τον λήπτη). Σήμερα διεθνώς, το μείζον πρόβλημα του χώρου των μεταμοσχεύσεων είναι η σοβαρή έλλειψη μεταμοσχευμάτων. Δυστυχώς πολλοί ασθενείς πεθαίνουν περιμένοντας στις λίστες αναμονής των μεταμοσχευτικών κέντρων. «Η κρίσιμη ώρα της μεταμόσχευσης. Το 90% των μεταμοσχεύσεων είναι επιτυχημένες. Το κακό είναι ότι πολλοί άνθρωποι πεθαίνουν περιμένοντας στις ατελείωτες λίστες αναμονής των κέντρων μεταμοσχεύσεων».¹²³

Ιστορικά οι μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων αναπτύχθηκαν παράλληλα με την δημιουργία μία νέας εξειδίκευσης της ιατρικής επιστήμης που πρωτοεμφανίστηκε στην δεκαετία του 1960, της εντατικής θεραπείας, της οποίας κύριος στόχος ήταν η υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών σε ασθενείς που εμφανίζουν έκπτωση ενός ή περισσότερων οργάνων. Η τοποθέτηση ενός βαριά πάσχοντα – πολυτραυματία ή ατόμου που έχει υποστεί κρανιοεγκεφαλική κάκωση, εγκεφαλική αιμορραγία, καρδιοαναπνευστική ανακοπή, επιλεγμένη χειρουργική επέμβαση, αναπνευστική ανεπάρκεια από σοβαρή λοίμωξη κτλ σε μηχανική αναπνοή επιτρέπει στους θεράποντες εντατικολόγους την αντιμετώπιση του αίτιου που επέφερε τη διαταραχή της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας υποστηρίζοντας και παρακολουθώντας τις ζωτικές λειτουργίες με τα αντίστοιχα μηχανήματα, όπως μόνιτορ, αναπνευστήρα, τεχνητό νεφρό, μηχανήματα υπέρηχων. Για παράδειγμα με την μηχανική- τεχνική διατήρηση της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας εξασφαλίζεται η κυκλοφορία του αίματος στα ζωτικά όργανα επιτρέποντας παράλληλα την αντιμετώπιση του αίτιου που προκάλεσε τη βλάβη στα ζωτικά όργανα.¹²³

Στο χώρο νοσηλείας της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας προκύπτει μια τραγική «πρωτότυπη» κλινική κατάσταση: ο εγκεφαλικά νεκρός ασθενής με τα μηχανήματα

υποστήριξης των ζωτικών λειτουργιών να διατηρούν προσωρινά σε λειτουργία τα διάφορα όργανα του. Είναι πια γενικά αποδεκτό από την παγκόσμια ιατρική κοινότητα ότι η κατάσταση των εγκεφαλικά νεκρών αρρώστων είναι μη αναστρέψιμη, η απώλεια της συνείδησης είναι οριστικά και η διατήρηση των οργάνων τους σε προσωρινή λειτουργία οφείλεται μόνο στον αναπνευστήρα. Η μηχανική υποστήριξη της αναπνοής στους εγκεφαλικά νεκρούς δεν τους δίνει ζωή αλλά επιβίωση, παρεμποδίζοντας την αναπόφευκτη διαδικασία του θανάτου. Στην ουσία μεταμορφώνει τον θάνατο από ακαριαίο γεγονός σε θάνατο.¹¹⁰

Συνοψίζοντας η μεταμόσχευση αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες κατακτήσεις της ιατρικής του 20ού αιώνα και έχει καθιερωθεί πλέον σήμερα ως μία θεραπευτική πρακτική. Επιτρέπει την αποκατάσταση των λειτουργιών του σώματος που μέχρι εκείνη τη στιγμή είχαν χαθεί και σε μερικές περιπτώσεις είχαν μερικώς υποκατασταθεί με μία μηχανικού τύπου μέθοδο (π.χ. αιμοκάθαρση). Συγκεκριμένα η μεταμόσχευση είναι η εγχείρηση κατά την οποία υγιή όργανα, ιστοί ή κύτταρα μεταφέρονται από έναν εκλιπόντα ή ζωντανό δότη σε έναν χρονίως πάσχοντα ασθενή, με σκοπό την αποκατάσταση της λειτουργίας κάποιου οργάνου του που βρίσκεται σε ανεπάρκεια.¹²³

Τα όργανα τα οποία μπορούν να μεταμοσχευτούν είναι οι νεφροί, η καρδιά, το ήπαρ, οι πνεύμονες, το πάγκρεας και τμήμα του λεπτού εντέρου. Ιστοί και κύτταρα που μπορούν να μεταμοσχευτούν, είναι το δέρμα, τα οστά, οι χόνδροι, οι βαλβίδες της καρδιάς, ο κερατοειδής χιτώνας του οφθαλμού, αιμοποιητικά κύτταρα κ.λπ. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι δύο νεφροί μεταμοσχεύονται σε δύο ασθενείς. Το ίδιο συμβαίνει και με τους πνεύμονες, ενώ και το ήπαρ μπορεί να χωριστεί και να μεταμοσχευθεί σε δύο διαφορετικούς λήπτες.¹²⁴

Επίσης σημαντικό είναι να αναφερθεί η διαφορά μεταξύ του δωρητή οργάνων και του δότη οργάνων:

Δωρητής οργάνων είναι ο ενήλικος πολίτης που δηλώνει εν ζωή ότι μετά τον θάνατό του θα ήθελε να βοηθήσει ασθενείς συνανθρώπους του, προσφέροντας τα όργανά του προς μεταμόσχευση. Ο δωρητής οργάνων κατέχει την «Κάρτα Δωρητή Οργάνων».

Δότης οργάνων είναι ο εκλιπών από τον οποίο αφαιρείται τουλάχιστον ένα όργανό του προς μεταμόσχευση, ή, ο εν ζωή πολίτης που δίνει ένα όργανό του ή ιστό του προς μεταμόσχευση σε συγγενή του, με βάση την ισχύουσα νομοθεσία.

Ωστόσο σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι η δρομολόγηση της διαδικασίας δωρεάς οργάνων ενεργοποιείται εάν υπάρχουν οι εξής προϋποθέσεις:

- ❖ Κλινικά σημεία εγκεφαλικού θανάτου.

- ❖ Αποκλεισμός προϋπάρχουσας μη αναστρέψιμης βλάβης προς μεταμόσχευση οργάνων.
- ❖ Να έχει αποκλειστεί η πιθανότητα μετάδοσης μολυσματικής νόσου, σήψη, κακοήθεια.
- ❖ Καλή λειτουργικότητα προς μεταμόσχευση οργάνου, η οποία είναι καθοριστικής σημασίας .
- ❖ Να υπάρχει ιστοσυμβατότητα μεταξύ δότη-λήπτη.
Επίσης υπάρχουν άλλες πέντε προϋποθέσεις, πιθανές αιτίες που μπορούν να αποτρέψουν τη Δωρεά Οργάνων και είναι οι εξής:
- ❖ Η απουσία των νομικών θεσπισμένων κριτηρίων του θανάτου. Θρησκευτικά πιστεύω που απαγορεύουν τη Δωρεά Οργάνων.
- ❖ Η μη σωστή κατανόηση του εγκεφαλικού θανάτου και της διαδικασίας δωρεάς οργάνων.
- ❖ Το ψυχολογικό άγχος των συγγενών που θρηνούν όταν τους ζητούν να δωρίσουν τα όργανα του αγαπημένου τους προσώπου.
- ❖ Η έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους γιατρούς.
- ❖ Ο φόβος για πιθανή εμπορευματοποίηση των οργάνων και η χρήση τους σε έρευνα.^{123,124}

6.2 Ο ρόλος της ΜΕΘ στη δωρεά οργάνων.

Η διαδικασία της μεταμοσχευτικής πράξης στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας με τη νοσηλεία και φροντίδα των εγκεφαλικά νεκρών ασθενών. Ο εγκεφαλικός θάνατος αποτελεί μια επώδυνη συναισθηματική αλλά και μεταφυσική εμπειρία για το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό της ΜΕΘ και ταυτόχρονα ένα δραματικό γεγονός για το οικογενειακό περιβάλλον του ατόμου που έχει φύγει από τη ζωή. Στην διεθνή βιβλιογραφία δεν υπάρχει αμφισβήτηση των κριτηρίων του εγκεφαλικού θανάτου. Η προσφορά των οργάνων των εγκεφαλικά νεκρών ασθενών από τους συγγενείς αποτελεί μείζονα πράξη ανθρωπιάς και αγάπης προς τον συνάνθρωπο και ταυτόχρονα την νίκη του θανάτου του δότη μάσα από τη ζωή που προσφέρει στους λήπτες.^{123,124}

Θα ήταν χρήσιμο να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στον ρόλο της ΜΕΘ και πιο συγκεκριμένα στον ρόλο που αναλαμβάνουν οι ιατροί και οι νοσηλευτές σχετικά με την δωρεά οργάνων. Αρχικά η ενημέρωση και η εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας στο θέμα της δωρεά ιστών και οργάνων είναι πρωταρχικής σημασίας καθώς είναι εκείνοι που θα αναλάβουν στην συνέχεια τον ρόλο της ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης του ασθενούς και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Ο ρόλος τους είναι πολύ σημαντικός και για να μπορέσουν να ανταποκριθούν σε αυτό το δύσκολο ρόλο θα πρέπει καταρχήν και οι ίδιοι να έχουν διαμορφώσει θετική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων. Όμως σύμφωνα και με μια ερευνητική μελέτη διαπιστώθηκαν απογοητευτικά αποτελέσματα λόγω της προσωπικής απροθυμίας των επιστημόνων υγείας οι ίδιοι δωρητές οργάνων και την έλλειψη χρόνου να συζητούν με τους ασθενείς τις τυχόν απορίες και ερωτήσεις τους. Πάρα το ότι οι πολίτες θεωρούν τους επιστήμονες υγείας μια σημαντική πηγή ενημέρωσης, ένα σημαντικό ποσοστό από αυτούς είναι αντίθετοι στη δωρεά ιστών και οργάνων.¹²⁵

Για τον λόγο αυτό είναι εξαιρετικά σημαντική η ενημέρωση και η εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας. Προς αυτή την κατεύθυνση μπορούν να συμβάλουν αποφασιστικά τα εξής:

- ❖ Διαλέξεις, σεμινάρια και ομιλίες από ειδικά καταρτισμένους επιστήμονες με στόχο την ενημέρωση των επιστημόνων υγείας και την αντιμετώπιση των προκαταλήψεων τους.
- ❖ Θεωρητικά μαθήματα με στόχο την αύξηση και συνεχή αναγνώριση των γνώσεων,
- ❖ Ανάπτυξη τεχνικών επικοινωνίας και προσέγγισης των ανθρώπων.
- ❖ Χρησιμοποίηση των θεωρητικών γνώσεων στην πράξη.

- ❖ Ανάπτυξη της ικανότητας αναγνώρισης των δυνητικών δωρητών ιστών και οργάνων.
- ❖ Συνεχής εκτίμηση και ανανέωση των προγραμμάτων εκπαίδευσης (αγωγή υγείας) με στόχο την προσαρμογή τους στα σύγχρονα δεδομένα.^{125,126}

Ειδικότερα όσο αφορά το θέμα της δωρεάς οργάνων πρέπει να γίνει συνείδηση όλων των επιστημόνων υγείας που εργάζονται στη ΜΕΘ, ότι απαιτείται να γίνει αύξηση του αριθμού των δωρητών οργάνων. Για να έχει αντίκρισμα βέβαια η ενημέρωση αυτή θα πρέπει στη συνέχεια να μεταφέρουν τα γνώσεις τους και την εμπειρία τους στους πολίτες με στόχο την ευαισθητοποίηση τους πάνω σε αυτό το σημαντικό θέμα.

Επομένως η δωρεά οργάνων είναι ένα ευαίσθητο θέμα το οποίο αποφεύγουν συχνά να θίξουν οι επιστήμονες υγείας, γιατροί και νοσηλευτές ιδιαίτερα τις στιγμές που η οικογένεια του πιθανού δότη υποφέρει από την επικείμενη απώλεια του δικού της προσώπου. Είναι ως εκ τούτου απαραίτητο να συζητούνται τα θέματα αυτά με ευαισθησία και σε κατάλληλο χρόνο, από την στιγμή που η οικογένεια έχει αποδεχτεί την μη αναστρέψιμη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους. Σε ορισμένες πολιτείες απαιτείται από την νομοθεσία να γίνονται τέτοιες συζητήσεις.^{110,125}

Εν κατακλείδι ο ρόλος της ΜΕΘ δηλαδή ο ρόλος των γιατρών και των νοσηλευτών είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Για αυτό τον λόγο είναι ανάγκη οι επιστήμονες υγείας να διαμορφώσουν θετική στάση απέναντι στη δωρεά οργάνων αλλά και να αποτελούν με την συμπεριφορά τους παράδειγμα προς μίμηση για τον υπόλοιπο κόσμο.

6.3 Η προσέγγιση της οικογένειας στο πλαίσιο δωρεάς οργάνων.

Είναι γνωστό το χάσμα που υπάρχει ανάμεσα στην αυξημένη ζήτηση μοσχευμάτων και την εξαιρετικά περιορισμένη προσφορά. Το παράδοξο είναι ότι η έλλειψη μοσχευμάτων εμφανίζεται σε μια περίοδο κατά την οποία όχι μόνο διαθέτουμε όλες τις επιστημονικές γνώσεις και προηγμένη τεχνολογική υποδομή, αλλά και τις κατάλληλες υπηρεσίες (Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων) για τον συντονισμό και την αξιοποίηση ιστών και οργάνων σώματος που θα συμβάλουν στην επιβίωση και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής πολλών συνανθρώπων μας.¹²⁷

Σύμφωνα με βιβλιογραφικά δεδομένα, η μεγάλη έλλειψη μοσχευμάτων αποδίδεται κυρίως σε τρεις παράγοντες. Ο πρώτος είναι η έλλειψη γνώσεων του προσωπικού υγείας ώστε να εντοπίζει τους δυνητικούς δότες, με αποτέλεσμα να μην τους προσεγγίζει. Ο δεύτερος αφορά στη δυσκολία των γιατρών να ενημερώσουν τους συγγενείς για τη δυνατότητα της δωρεάς και να στηρίξουν την οικογένεια στην κρίση που αντιμετωπίζει. Η

έλλειψη βασικών γνώσεων και δεξιοτήτων σε θέματα επικοινωνίας με ασθενείς και συγγενείς καθιστά το έργο τους εξαιρετικά δύσκολο και στρεσογόνο. Ο τρίτος παράγοντας αφορά τις ίδιες τις οικογένειες οι οποίες συχνά αρνούνται να δωρίσουν τα όργανα του ανθρώπου τους, που είναι εγκεφαλικά νεκρός. Εκείνο που διαφαίνεται, λοιπόν, είναι ότι οι δυσκολίες για την εξασφάλιση μοσχευμάτων εντοπίζονται στο πλαίσιο της σχέσης ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού υγείας και τα μέλη μιας οικογένειας και συχνά οι δυο πλευρές δυσκολεύονται να επικοινωνήσουν και να συνεργαστούν.¹²⁷

Στόχος λοιπόν είναι να τονιστεί το βίωμα της οικογένειας της οποίας ο άνθρωπος πεθαίνει και να αναδειχτούν οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει, τις ανάγκες που έχει και τις συνθήκες μέσα στις οποίες καλείται να αποφασίσει αν θα δωρίσει τα όργανα του. Παράλληλα, θα αναφερθούν οι βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν την αποτελεσματική προσέγγιση και στήριξη κάθε οικογένειας που χάνει τον άνθρωπο της, ανεξάρτητα αν θα αποφασίσει να δωρίσει τα όργανα του ή όχι. Η στήριξη της οικογένειας, στη συγκεκριμένη χρονική στιγμή,

είναι πολύ σημαντική καθώς οι εμπειρίες που θα βιώσει στο τελικό στάδιο της ζωής του ανθρώπου της θα έχουν θετικές ή αρνητικές επιπτώσεις στη μετέπειτα προσαρμογή της στον θάνατο του και στην πορεία του πένθους της.¹²⁷

Παρακάτω περιγράφονται οι 5 φάσεις οι οποίες θεωρούνται κρίσιμες στη σχέση και την επικοινωνία *ανάμεσα* στην οικογένεια και τα μέλη του προσωπικού υγείας όταν διαγιγνώσκεται εγκεφαλικός θάνατος και αντιμετωπίζεται η πιθανότητα δωρεάς οργάνων και ιστών του σώματος:

❖ **Πρώτη φάση : η κρισιμότητα της υγείας του ατόμου – η οικογένεια σε κρίση**

Η πρώτη φάση συνήθως περιλαμβάνει την εισαγωγή του αρρώστου στη μονάδα εντατικής θεραπείας ή σε κάποιο τμήμα αυξημένης φροντίδας εφόσον η κατάσταση της υγείας του είναι βαριά. Συνήθως όλα αυτά συμβαίνουν απροσδόκητα και οι συγγενείς που βρίσκονται κατάσταση έκπληξης έχουν ορισμένες βασικές ανάγκες. Πρώτα, έχουν ανάγκη κατάλληλης και συστηματικής ενημέρωσης για να συνειδητοποιήσουν τι ακριβώς συμβαίνει και πόσο κρίσιμη είναι η κατάσταση της υγείας του ανθρώπου τους. Η ενημέρωση τους βοηθά να βάλουν τάξη το χάος που βιώνουν εξαιτίας της άγνοιας και της αβεβαιότητας. Παράλληλα, τους βοηθά να αποκτήσουν έναν έστω και μερικό νοητικό έλεγχο πάνω σε μια πραγματικότητα την οποία δεν ορίζουν. Ταυτόχρονα, έχουν ανάγκη να τους διαβεβαιώσει το προσωπικό υγείας ότι κάνει ό,τι μπορεί για να σωθεί ο άνθρωπος τους και τον φροντίζει με απόλυτο σεβασμό -ακόμα κι αν βρίσκεται σε κώμα.^{127,128}

Όταν διαπιστώνουν ότι ο αγαπημένος τους μπορεί να πεθάνει βιώνουν ποικίλες αντιδράσεις: Μερικοί βρίσκονται σε σοκ ή σύγχυση, άλλοι αρνούνται ή αμφισβητούν τα γεγονότα, ενώ άλλοι καταλαμβάνονται από οργή, ενοχές, απελπισία ή και απόγνωση. Ορισμένοι ζητούν να μάθουν λεπτομέρειες για την κατάσταση του αρρώστου, ενώ άλλοι έχουν περισσότερο ανάγκη να μιλήσουν, να εξιστορήσουν και να επαναλάβουν, πολλές φορές, τα γεγονότα που οδήγησαν στο ατύχημα ή στην εμφάνιση του προβλήματος υγείας σε μια προσπάθεια να συνειδητοποιήσουν πώς άλλαξε ριζικά η ζωή τους από τη μια στιγμή στην άλλη.^{127,128}

Εκείνο που πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι ότι όταν οι συγγενείς αρχίζουν να αναλογίζονται την πιθανότητα θανάτου, παράλληλα αρχίζουν να βιώνουν μια διεργασία θρήνου, η οποία ονομάζεται διεργασία προπαρασκευαστικού θρήνου Στο πλαίσιο αυτής της διεργασίας, θρηνούν απώλειες που συνδέονται με το παρελθόν τους καθώς δεν αναγνωρίζουν στην εικόνα του αρρώστου, που είναι συχνά διασωληνομένος, το υγιές και δυναμικό εκείνο άτομο που κάποτε υπήρξε και δεν υπάρχει πια. Ταυτόχρονα, θρηνούν απώλειες που συνδέονται με το παρόν το οποίο συνεχώς μεταβάλλεται είναι αβέβαιο, κρίσιμο και οδυνηρό. Παράλληλα όμως, θρηνούν και απώλειες που συνδέονται με το μέλλον τους, δηλαδή με τα όνειρα, τις ελπίδες, τους στόχους που είχαν από την κοινή ζωή τους με το άτομο που δεν πρόκειται να υλοποιηθούν, καθώς αρχίζουν να συνειδητοποιούν ότι μπορεί να πεθάνει. Αν και οδυνηρή, η διεργασία προπαρασκευαστικού θρήνου είναι απόλυτα φυσιολογική γιατί τους βοηθά να προετοιμαστούν ψυχολογικά για το γεγονός ότι ενδέχεται να χάσουν τον άνθρωπο τους. Η ανάγκη τους για συναισθηματική στήριξη στην πορεία του προπαρασκευαστικού θρήνου είναι μεγάλη.^{127,128}

❖ **Δεύτερη φάση: η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου.**

Η δεύτερη φάση περιλαμβάνει τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου. Στην περίπτωση αυτή είναι σημαντικό να καταλάβουν οι συγγενείς ότι ο εγκέφαλος έπαψε να λειτουργεί και ότι η καρδιά και οι πνεύμονες εξακολουθούν να «λειτουργούν», όχι επειδή ο εγκέφαλος δίνει τη σχετική εντολή, αλλά διότι κάποια μηχανήματα συντηρούν αυτές τις λειτουργίες. Σε μερικές πολιτείες της Αμερικής, στο πιστοποιητικό θανάτου αναγράφεται η ακριβής μέρα και ώρα που οριστικοποιήθηκε η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, ακόμα κι αν η αποσύνδεση του ατόμου από τα μηχανήματα γίνεται μερικές ώρες ή μέρες αργότερα. Με αυτόν τον συμβολικό τρόπο σηματοδοτείται το τέλος της ανθρώπινης ζωής, γεγονός που βοηθά την οικογένεια να δεχθεί τον θάνατο του αρρώστου και να θρηνήσει.^{127,128}

❖ **Τρίτη φάση: η πρόταση της δωρεάς οργάνων και η απόφαση της οικογένειας.**

Μόνο όταν οι συγγενείς συνειδητοποιούν την οριστικότητα του θανάτου είναι και σε θέση να ακούσουν και να σκεφτούν την πιθανότητα της δωρεάς οργάνων. Η χρονική στιγμή και ο τρόπος με τον οποίο γίνεται η πρόταση από τον γιατρό επηρεάζουν σημαντικά την απόφαση της οικογένειας. Είναι εξαιρετικά σημαντικό, η πρόταση της δωρεάς να παρουσιάζεται από το προσωπικό υγείας ως μια επιλογή που έχει η οικογένεια για την οποία δεν θα κριθεί, οποιαδήποτε απόφαση και αν λάβει. Το μήνυμα της πρότασης δεν πρέπει να είναι: «Μας ενδιαφέρουν τα όργανα του ανθρώπου σας». Το μήνυμα της πρότασης πρέπει να περιλαμβάνει ένα πηγαίο ενδιαφέρον για την ίδια την οικογένεια: «Νοιαζόμαστε για εσάς καθώς αναγνωρίζουμε τις δύσκολες στιγμές που περνάτε. Σας προτείνουμε τη δωρεά οργάνων, γιατί πιστεύουμε ότι μπορεί να σας βοηθήσει να δώσετε ένα θετικό νόημα στον θάνατο του αγαπημένου σας... μπορεί όμως και όχι. Η οικογένεια σας θα πάρει την απόφαση που της ταιριάζει καλύτερα».^{128,129}

Η δωρεά οργάνων μπορεί να είναι μια ανακουφιστική επιλογή μόνο αν επιτρέπει στους συγγενείς μέσα από τη συγκεκριμένη αλτρουιστική πράξη- να δώσουν νόημα στην απώλεια του δικού τους ανθρώπου. Για την οικογένεια, αυτή η απόφαση είναι εξαιρετικά δύσκολη και πολύπλοκη και αυτό διότι περιλαμβάνει μόνο τρεις εναλλακτικές επιλογές: α) να συναινέσει στη δωρεά όλων των οργάνων, β) να συναινέσει στη δωρεά μερικών οργάνων ή γ) να αρνηθεί τη δωρεά. Αποτελεί μία μη αναστρέψιμη απόφαση με την οποία θα ζήσει το υπόλοιπο της ζωής της. Λαμβάνεται κάτω από συνθήκες έντονης συναισθηματικής φόρτισης και σε πολύ περιορισμένο χρόνο. Συμμετέχουν σε αυτήν πολλά μέλη της οικογένειας, καθένα με τη δική του άποψη και στάση. Οι συνέπειες της απόφασης είναι σημαντικές για κάθε μέλος της οικογένειας και καθοριστικές για τις μεταξύ τους σχέσεις. Η λήψη της απόφασης είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που λαμβάνεται σε δύο επίπεδα: σε ατομικό επίπεδο ενώ ακολουθεί νέα επεξεργασία, σε συλλογικό επίπεδο μετά από συζητήσεις με μέλη του προσωπικού υγείας, συγγενείς και φίλους.^{128,130}

Για να καταλάβουμε την τελική απόφαση μιας οικογένειας, δεν είναι σημαντικό να γνωρίζουμε μόνο το πώς λαμβάνεται αυτή η απόφαση αλλά και ποιοι παράγοντες την επηρεάζουν: Τα ελληνικά ερευνητικά συμπεράσματα που δεν διαφέρουν κατά πολύ από τα διεθνή επισημαίνουν τέσσερις μεγάλες κατηγορίες παραγόντων:

1. **Προσωπικοί παράγοντες.** Όταν οι συγγενείς έχουν καταλάβει την έννοια του εγκεφαλικού θανάτου και όταν βρίσκουν νόημα μέσω της πράξης της δωρεάς είτε γιατί θέλουν να βοηθήσουν κάποιον άλλον είτε γιατί επιθυμούν να συνεχίσει να «ζει» ο

άνθρωπος τους μέσα στο σώμα ενός άλλου τότε συνήθως συναινούν. Αντιθέτως, όταν δυσκολεύονται να αποδεχθούν την οριστικότητα του θανάτου ελπίζοντας σε ένα θαύμα ή όταν θυμώνουν που χάνουν τον αγαπημένο τους και οργίζονται με τον Θεό, τη ζωή, τους ανθρώπους και όλους γύρω τους, τότε συχνά αρνούνται τη δωρεά. Άλλοτε πάλι, αρνούνται γιατί φοβούνται ότι αν συναινέσουν θα «οριστικοποιήσουν» -όπως λανθασμένα πιστεύουν- τον θάνατο του δικού τους ανθρώπου ή και από φόβο μην κακοποιηθεί το σώμα του, δεν τιμηθεί η μνήμη του και παραβιαστούν οι εικαζόμενες επιθυμίες του.¹²⁸

2. **Οικογενειακοί παράγοντες.** Όταν προϋπάρχουν καλές σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, διατηρείται μια ανοιχτή επικοινωνία και η απόφαση λαμβάνεται κατόπιν κοινής συμφωνίας, τότε αυξάνονται οι πιθανότητες συναίνεσης. Αντιθέτως, όταν προϋπάρχουν συγκρουσιακές σχέσεις, τότε έρχονται στην επιφάνεια διαπροσωπικά προβλήματα με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι πιθανότητες άρνησης.¹²⁸
3. **Παράγοντες που σχετίζονται με τις γνώσεις και εμπειρίες της οικογένειας.** Όταν οι συγγενείς έχουν ακούσει, προβληματιστεί ή συζητήσει για τη δωρεά οργάνων ή όταν έχουν μια προσωπική εμπειρία με συγγενή που έχει μεταμοσχευτεί ή υποφέρει από κάποιο πρόβλημα υγείας, τότε είναι πιο πρόθυμοι να συναινέσουν. Διστάζουν ή αρνούνται όταν δυσκολεύονται να κατανοήσουν την έννοια του εγκεφαλικού θανάτου ή αγνοούν τη θέση της εκκλησίας πάνω στο θέμα της δωρεάς.¹²⁸
4. **Παράγοντες που συνδέονται με τις συνθήκες της πρότασης:** Ο τρόπος με τον οποίο το προσωπικό υγείας προσεγγίζει, ενημερώνει και στηρίζει την οικογένεια, επιδρά καταλυτικά στην τελική της απόφαση. Οι συγγενείς επιθυμούν μια κατανοητή και ειλικρινή πληροφόρηση, αλλά και κάποιον που θα τους αφιερώσει χρόνο και θα τους στηρίξει.¹³¹

❖ **Τέταρτη φάση: ο αποχαιρετισμός του αγαπημένου προσώπου.**

Από τις σημαντικότερες στιγμές που μένουν ανεξίτηλες στη μνήμη των συγγενών είναι οι τελευταίες ώρες της ζωής του αγαπημένου τους. Τέτοιες στιγμές έχουν ανάγκη να βρίσκονται στο πλευρό του και να νιώθουν ότι με την παρουσία τους, του συμπαραστέκονται και δεν τον εγκαταλείπουν ακόμα κι αν είναι εγκεφαλικά νεκρός. Γι' αυτό και οι πόρτες κάθε μονάδας ή τμήματος που νοσηλεύει έναν άρρωστο που πεθαίνει πρέπει να παραμένουν ανοιχτές, δίνοντας στην οικογένεια τη δυνατότητα να κάτσει κοντά του, να του μιλήσει έστω κι αν είναι σε κώμα και να τον αποχαιρετήσει. Όταν η οικογένεια έχει συναινέσει στη δωρεά είναι σημαντικό να έχει στη διάθεση της μερικές προσωπικές στιγμές πριν μπει το άτομο στο χειρουργείο για την αφαίρεση των

μοσχευμάτων, αλλά και αφού βγει από το χειρουργείο αν οι συγγενείς επιθυμούν να δουν και να βεβαιωθούν ότι το σώμα του αντιμετωπίστηκε με σεβασμό. Αυτό μειώνει το άγχος τους και συμβάλλει θετικά στην μετέπειτα προσαρμογή τους στην απώλεια.¹³²

❖ **Πέμπτη φάση: η έκβαση της δωρεάς και το πένθος της οικογένειας.**

Η στήριξη της οικογένειας δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στο διάστημα που νοσηλεύεται ο ασθενής αλλά να είναι διαθέσιμη και στη διάρκεια του πένθους. Εκείνο που πρέπει να έχουμε υπόψη μας είναι ότι η προσφορά ενός «δώρου ζωής», όπως είναι τα όργανα, πέρα από μια αλτρουιστική πράξη, περιλαμβάνει πάντα και μια συνειδητή ή ασυνείδητη επιθυμία «ανταπόδοσης». Κάθε οικογένεια θέλει να γνωρίζει για την έκβαση της δωρεάς και προσδοκεί να αναγνωριστεί η πράξη της. Χωρίς αυτή την αναγνώριση, το πένθος της περιπλέκεται όταν βιώνει ως τραυματική τη σιωπή των επαγγελματιών υγείας, την απουσία των ληπτών και την αδιαφορία της κοινωνίας.¹²⁹

Συμπερασματικά, όταν το άτομο που διαγιγνώσκεται με εγκεφαλικό θάνατο είναι δυνητικός δότης, τότε η πρόταση για δωρεά οργάνων αποτελεί ευθύνη και υποχρέωση όλων όσοι εργάζονται στον χώρο της υγείας. Η τελική όμως απόφαση, όσον αφορά τη δωρεά, αποτελεί το αναφαίρετο δικαίωμα της κάθε οικογένειας που καλείται να ζήσει με τον πόνο της απώλειας του δικού της ανθρώπου.

6.4 Επικοινωνία προσωπικού – ασθενή κατά το τέλος της ζωής στη ΜΕΘ.

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας σχετίζονται με υψηλό ποσοστό βαρύτητας και θνησιμότητας των νοσηλευόμενων ασθενών. Φροντίδα ασθενούς σε τελικό στάδιο ζωής. Ορίζεται ως η ολιστική φροντίδα ασθενών των οποίων η ασθένεια τους δεν ανταποκρίνεται στη θεραπευτική αγωγή. Η φιλοσοφία αυτής της φροντίδας είναι να δώσεις τη μέγιστη ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας που να καλύπτουν όλες τις φυσικές, ψυχολογικές και πνευματικές ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειας του.¹⁰⁰

Η φροντίδα των ασθενών κατά το τελικό στάδιο της ζωής αποτελεί για τους επαγγελματίες υγείας και ειδικά για όσους εργάζονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ίσως τη μεγαλύτερη πρόκληση που έχουν να αντιμετωπίσουν κατά την άσκηση των καθηκόντων τους και που καταξιώνει την ιατρική και νοσηλευτική επιστήμη. Η επικοινωνία με αυτήν την κατηγορία ασθενών αποτελεί ένα ιδιαίτερα απαραίτητο κομμάτι αυτής της φροντίδας.¹³³

Πρόσφατες μελέτες σχετικά με την φροντίδα του τελικού σταδίου της ΜΕΘ, δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στη σημασία παροχής πνευματικής και συναισθηματικής υποστήριξης στους ασθενείς και τις οικογένειες τους. Οι ιατρικές και νοσηλευτικές διαγνώσεις που περιλαμβάνονται θα χρειαστεί να εξατομικεύονται για κάθε ασθενή. Η επικοινωνία με τον ασθενή ακόμα και αυτή τη λεπτή φάση της νοσηλείας του στη ΜΕΘ, μπορεί να απαιτήσει το ίδιο επίπεδο επαγρύπνησης και το χρόνο που απαιτείται η επιθετική υποστήριξη της ζωής.¹³³

Το βασικότερο σημείο στην επικοινωνία του προσωπικού υγείας με τους ασθενείς στο τελικό στάδιο της νόσου, είναι πάντα πιο περίπλοκη από οποιονδήποτε σχεδιασμό. Απαιτεί σε από το προσωπικό της ΜΕΘ μια στάση που χαρακτηρίζεται από μεγάλη σοβαρότητα και αίσθημα ευθύνης.

Τελειώνοντας τα πιο σημαντικά βήματα για την καλύτερη επικοινωνία μεταξύ προσωπικού υγείας και ασθενών ΜΕΘ είναι τα εξής:

1. Το προσωπικό υγείας να γνωρίζει τι ξέρει η οικογένεια του ασθενούς σχετικά με την διάγνωση.
2. Να ανταποκρίνονται στα συναισθήματα του ασθενούς και της οικογένειάς τους.
3. Να αφιερώνουν χρόνο για να ακούσουν τον ασθενή και την οικογένειά του.
4. Να σχεδιάζουν ένα ρεαλιστικό πλάνο φροντίδας που να κατευθύνεται στις πραγματικές ανάγκες του ασθενούς.¹³³

6.5 Νομοθετικές Διατάξεις για δωρεά οργάνων στην Ελλάδα.

Η ελληνική νομοθεσία εναρμονισμένη και με τις αρχές της WHO, θεωρεί ότι η μεταμόσχευση ως ιδέα υπερβαίνει τη στενά ευνοούμενη τεχνική ιατρική διάσταση και αντανακλά μείζονες κοινωνικές αξίες του πολιτισμού μας με την πρώτη την αξία της κοινωνικής αλληλεγγύης.^{134,135}

Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία περί Μεταμοσχεύσεων ανθρώπινων ιστών και οργάνων (ν.2737/99), οι προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούνται για την προσφορά οργάνων και ιστών για μεταμόσχευση είναι η εξής:

A. Γενικές Διατάξεις:

Άρθρο 1: Η αφαίρεση ιστών και οργάνων γίνεται μόνο για θεραπευτικούς λόγους.

Άρθρο 2: Η αφαίρεση γίνεται χωρίς οποιοδήποτε αντάλλαγμα.

Άρθρο 3: Κάθε δαπάνη απαραίτητη για την αφαίρεση, μεταφορά και συντήρηση ιστών και οργάνων από ζώντα ή νεκρό δότη με σκοπό την μεταμόσχευση βαραίνει τον ασφαλιστικό οργανισμό του λήπτη ή του υποψήφιου λήπτη. Αν αυτός είναι οικονομικά αδύνατος και ανασφάλιστος, οι δαπάνες καλύπτονται από ειδική πίστωση που εγγράφεται κάθε έτος στον Προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Άρθρο 4: Οι μεταμοσχεύσεις διενεργούνται αποκλειστικά σε ειδικά οργανωμένες μονάδες (Μονάδες Μεταμόσχευσης) και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ κοινωφελούς και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Άρθρο 7: Ο Ε.Ο.Μ. τηρεί Εθνικό Μητρώο στο οποίο εγγράφει τους υποψήφιους λήπτες όταν πιστοποιηθεί ότι είναι κατάλληλοι για μεταμοσχεύσεις. Η κατανομή των μοσχευμάτων στους υποψήφιους λήπτες του Εθνικού Μητρώου, διενεργείται αναλόγως με το όργανο που μεταμοσχεύεται και με βάση τα κριτήρια όπως ομάδα αίματος, η ιστοσυμβατότητα, το ιατρικώς πιστοποιημένο επείγον της επέμβασης, ο χρόνος αναμονής, η ηλικία, το σωματικό βάρος, η εγγύτητα του τόπου λήψης του μοσχεύματος προς τον τόπο μεταμόσχευσης.

Άρθρο 8: Στον Ε.Ο.Μ. τηρούνται μητρώα δωρητών κατά όργανο και ιστό, καθώς και αρχείο και εκείνων από τους οποίους έχουν ληφθεί όργανα και ιστοί για μεταμόσχευση.

Άρθρο 9: Το Εθνικό Μητρώο με τους λήπτες και τα αρχεία των Δωρητών περιέχουν ευαίσθητα δεδομένα κατά την έννοια του Ν.2472/1997.¹³⁴

B. Αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη.

Άρθρο 10: Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη επιτρέπεται μόνο όταν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση στο σύζυγο του δότη ή σε συγγενή μέχρι και δεύτερο βαθμό εξ' αίματος σε ευθεία ή πλάγια γραμμή. Ο περιορισμός δεν ισχύει για μεταμόσχευση μυελού των οστών. Η αφαίρεση γίνεται από ενήλικο πρόσωπο και η συναίνεση του δότη είναι ελεύθερος ανακλητή έως τη στιγμή κατά την οποία αρχίζει η διαδικασία της αφαίρεσης.

Άρθρο 11: Σε περίπτωση αναπηρίας ή θανάτου του δότη ή υποψήφιου δότη εξαιτίας επιπλοκών από την αφαίρεση ή τις σχετικές προκαταρκτικές εξετάσεις καταβάλλεται αποζημίωση από το Δημόσιο πέραν των παροχών των ασφαλιστικών οργανισμών στον ίδιο ή στους δικαιούχους διατροφής.^{134,135}

Γ. Αφαίρεση ιστών και οργάνων από νεκρό δότη.

Άρθρο 12: Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από νεκρό δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση επιτρέπεται μόνο για θεραπευτικούς λόγους. Η αφαίρεση διενεργείται μετά την επέλευση του θανάτου, έστω και αν οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα. Η αφαίρεση αποκλείεται αν είχε εγγράφως εκφράσει την άρνηση του. Αν ο δυνητικός δότης δεν είχε εκφράσει τη συναίνεση του ή την άρνηση του, η αφαίρεση διενεργείται εφόσον αντιτίθεται σε αυτήν ο σύζυγος, τα ενήλικα τέκνα, οι γονείς ή τα αδέρφια του. Η συναίνεση ή άρνηση είναι πάντοτε ελεύθερα ανακλητή.

Όταν ο θεράπων ιατρός διαγνώσει νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους και εφόσον οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα, υποχρεούται να προβεί από κοινού με έναν αναισθησιολόγο και έναν νευρολόγο ή νευροχειρουργό στη σύνταξη του σχετικού πιστοποιητικού θανάτου. Στην πιστοποίηση του θανάτου δεν συμμετέχει ιατρός που ανήκει στην μεταμοσχευτική ομάδα. Ο θεράπων ιατρός υποχρεούται να ενημερώσει αμέσως τις Υπηρεσίες του Ε.Ο.Μ. και σε συνεργασία με αυτές ενημερώνει τον σύζυγο ή τους συγγενείς για το θάνατο καθώς και για τη δυνατότητα δωρεάς ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση για να εκφράσουν τη κατά την παρ. 4 συναίνεση ή άρνηση τους αν ο δυνητικός δότης δεν είχε εγγράφως συναινέσει ή αποκλείσει τη μεταμόσχευση. Μόνο αν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση συνεχίζεται η τεχνητή υποστήριξη.

Άρθρο 13: Η ταυτότητα του νεκρού δότη δεν αποκαλύπτεται στο λήπτη και την οικογένεια του. Δεν αποκαλύπτεται επίσης η ταυτότητα του λήπτη οικογένεια νεκρού δότη.

Άρθρο 14: Η δωρεά οργάνων και ιστών για μετά θάνατο του δότη δεν επιτρέπεται να γίνεται προς ορισμένο λήπτη^{134,135}.

Δ. Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων.

Άρθρο 15: Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου το οποίο τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Σκοπός του Ε.Ο.Μ είναι η υποβοήθηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τη χάραξη εθνικής πολιτικής στον τομέα των μεταμοσχεύσεων. Για την εκπλήρωση του σκοπού του Ε.Ο.Μ. μεταξύ άλλων εισηγείται τους όρους, τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία των μοσχευμάτων καθώς και κώδικα δεοντολογίας για τη λειτουργία των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων και των Τραπεζών Ιστών προς Μεταμόσχευση. Οργανώνει

και συντονίζει σε τοπικό, κρατικό και διακρατικό επίπεδο τη διακίνηση μοσχευμάτων, στα οποία συμπεριλαμβάνεται ο μυελός των οστών. Προτείνει στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας τη χορήγηση άδειας για την ίδρυση Μονάδας Μεταμόσχευσης ή Τράπεζας Ιστών προς Μεταμόσχευση. Προβαίνει σε ετήσια εκτίμηση και αξιολόγηση του τρόπου λειτουργίας και των αποτελεσμάτων των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων που υποβάλλει έκθεση στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, συνεργάζεται με αντίστοιχους οργανισμούς και μεταμοσχετικά κέντρα της αλλοδαπής για την προμήθεια και ανταλλαγή μοσχευμάτων. Μεριμνά για την ψυχολογική υποστήριξη των ληπτών, των ζώντων δοτών και των συγγενών δοτών. Επιδιώκει με κάθε πρόσφορο τρόπο και ιδίως με τη οργάνωση κατάλληλης ενημέρωσης και πληροφόρισης του κοινού, την αύξηση του αριθμού των προοριζόμενων για μεταμόσχευση οργάνων.^{134,135}

6.6 Νομοθετικές διατάξεις για δωρεά οργάνων στην Ευρώπη.

Το νομικό καθεστώς των μεταμοσχεύσεων οργάνων δεν είναι ομοιόμορφο στην Ευρώπη παρά τις οδηγίες που δόθηκαν για το ζήτημα αυτό από το Συμβούλιο της Ευρώπης το 1978. Υπάρχουν βέβαια και χώρες όπως η Ολλανδία, η Ιρλανδία, η Ισλανδία, η Μάλτα και η Δ. Γερμανία στις οποίες δεν υφίσταται σαφείς νομικές διασαφηνίσεις.

Η έννοια του θανάτου, περιλαμβανόμενου και του εγκεφαλικού θανάτου δεν είναι αποδεκτή από νομικής απόψεως σε κάθε χώρα και εξίσου σημαντικό είναι ότι διαφορετικοί νόμοι προβλέπουν διαφορετικές προϋποθέσεις για την μετά θάνατον δωρεά οργάνων.

Μέχρι προσφάτως μόνο ένας μικρός αριθμός ευρωπαϊκών χωρών όπως η Μ. Βρετανία, η Ολλανδία, η Τουρκία, επιτρέπουν την αφαίρεση οργάνων μόνο εφόσον ο θανών είχε εκφράσει την βούλησή του ενώ ζούσε είτε ο πλησιέστερος συγγενής του μετά το θάνατό του.

Όλες οι άλλες χώρες με τελευταίο το Βέλγιο, έχουν αποδεχτεί την αρχή της εικαζόμενης συναίνεσης. Η αρχή της εικαζόμενης συναίνεσης επιτρέπει την αφαίρεση οργάνων από νεκρό άτομο σε όλες τις περιπτώσεις με την εξαίρεση εκείνων κατά τις οποίες ο θανών είχε εκφράσει την αντίρρηση του κατά τη διάρκεια της ζωής του.¹³⁴

Μόνο μια μικρή μειονότητα χωρών καθιστούν την σαφώς διατυπωμένη βούληση του θανόντα το μοναδικό κριτήριο για την αφαίρεση οργάνων. Στις περισσότερες χώρες είναι δυνατόν να διατυπωθεί η αντίρρηση από τους πλησιέστερους συγγενείς παρά το γεγονός ότι δεν είναι πάντοτε σαφές εάν αυτό αποτελεί την πραγματική βούληση του θανόντα.

Η Αυστρία είναι μια από αυτές τις χώρες στην οποία εφαρμόζεται η αρχή της εικαζόμενης συναίνεσης χωρίς κανένα συμβιβασμό. Η αφαίρεση οργάνων επιτρέπεται πάντοτε, εάν δεν ανευρίσκεται δήλωση του θανόντα με την οποία εκφράζει την αντίρρηση του.¹³⁴

Οι γαλλικοί και οι βελγικοί νόμοι του 1978 και του 1986 είναι περισσότερο ελαστικοί και ήπιοι. Βασίζονται επίσης στην εικαζόμενη συναίνεση αλλά επιτρέπουν περισσότερη άνεση και ελευθερία για συζήτηση των διαφόρων απόψεων σύμφωνα με τις οποίες η βούληση του θανόντα είχε εκφραστεί. Στο Βέλγιο και τη Γαλλία δεν υπάρχει ρητή υποχρέωση για την ενημέρωση των πλησιέστερων συγγενών αλλά από τα συμφραζόμενα του νόμου και τις υπάρχουσες προβλέψεις προκύπτει ότι οι ιατροί είναι δυνατόν ή οφείλουν να συζητήσουν με την οικογένεια του νεκρού για την προτιθέμενη αφαίρεση των οργάνων. Ο γαλλικός νόμος π.χ. απαιτεί ρητώς ότι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οποιαδήποτε γεγονότα και περιστάσεις οι οποίες είναι δυνατόν να ερμηνευτούν ως αντίρρηση του θανόντα όπως π.χ. θρησκευτικές ή φιλοσοφικές πεποιθήσεις.¹³⁴

Οι σκανδιναβικοί νόμοι βασίζονται επίσης στην αρχή της εικαζόμενης συναίνεσης αν και υπάρχουν ορισμένες τροποποιήσεις όπως οι πλησιέστεροι συγγενείς να ενημερώνονται ότι πρόκειται να γίνει αφαίρεση οργάνων έτσι ώστε να επιτραπεί η διατύπωση οποιασδήποτε αντίρρησης.¹³⁴ Η Σουηδία το 1988 πρώτη ενέκρινε ένα νέο νόμο για τις μεταμοσχεύσεις σύμφωνα με τον οποίο η αφαίρεση οργάνων επιτρέπεται να γίνεται μόνο εάν υπάρχει συγκατάθεση των στενών συγγενών εφόσον απουσιάζει εκφρασθείσα ή υποτιθέμενη βούληση του θανόντος προσώπου.¹³⁴

Η Δανία ενέκρινε ένα παρόμοιο νόμο το 1990 σύμφωνα με τον οποίο αφαίρεση οργάνων επιτρέπεται να διενεργείται μόνο εφόσον ο θανών βεβαίωσε γραπτώς ή προφορικώς ότι αυτή ήταν η βούλησή του. Εκτός από τις ανωτέρω περιπτώσεις συγκομιδή οργάνων επιτρέπεται να διενεργείται μόνο εφόσον ο θανών δεν εξέφρασε σε οποιοδήποτε χρόνο την αντίρρηση του γι' αυτό και οι στενοί συγγενείς τους δεν έχουν δώσει την συγκατάθεσή τους. Κάτι τέτοιο σημαίνει ότι η Σουηδία και η Δανία δεν συνηγορούν υπέρ εικαζόμενης συναίνεσης, κάτι που αναμένεται να αλλάξει.¹³⁴

Ο χαρακτηρισμός «εικαζόμενη συναίνεση» σημαίνει ότι, εφόσον δεν υπάρχει αρνητική δήλωση το δότη, όταν βρισκόταν στην ζωή και είχε πλήρη συνείδηση, η βούλησή του «εικάζεται», δηλαδή υποτίθεται ότι είναι θετική για τη μεταθανάτιο δωρεά των οργάνων του.

6.7 Ο νέος νόμος για την δωρεά οργάνων.

Εικαζόμενη Συναίνεση

Η ισχύς του άρθρου 9, του νόμου 3984 (ΦΕΚ 150/27-6-2011) περί «Εικαζόμενης Συναίνεσης» ξεκινά την 1^η Ιουνίου 2013. Η εικαζόμενη συναίνεση, προβλέπεται από την ενσωμάτωση της κοινοτικής οδηγίας 2010/53/ΕΕ και ισχύει εδώ και χρόνια σε πολλά ευρωπαϊκά κράτη όπως: Αυστρία, Βέλγιο, Βουλγαρία, Γαλλία, Εσθονία, Ισπανία, Ιταλία, Κροατία, Λουξεμβούργο, Νορβηγία, Ρουμανία, Σουηδία, Φιλανδία, Πολωνία, Ουγγαρία, χωρίς κανένα πρόβλημα, καθώς πάντοτε ενημερώνονται οι συγγενείς του εκλιπόντος για το ενδεχόμενο της δωρεάς οργάνων ως ρητά προβλέπεται στο ν.3984/11 άρθρο 9 παράγραφος 2. Άλλωστε και ο προηγούμενος νόμος 2737/99 είχε παρόμοια ρύθμιση¹³⁶.

Επισημαίνεται, ωστόσο, ότι το άρθρο 9 του ν. 3984/2011, τροποποιήθηκε, με το ν. 4075/ΦΕΚ89/11.4.2012, ως εξής: « Η αφαίρεση ενός ή περισσότερων οργάνων από ενήλικο, θανόν πρόσωπο πραγματοποιείται εφόσον, όσο ζούσε, δεν είχε εκφράσει την αντίθεσή του σύμφωνα με την παράγραφο 3 και κατόπιν συναίνεσης της οικογένειάς του». Το σημείο αυτό, ωστόσο, οι συντάκτες των δυσφημιστικών άρθρων δεν φρόντισαν να το συμπεριλάβουν, έτσι ώστε να υπάρχει ξεκάθαρη και πλήρης ενημέρωση.¹³⁶

Υπογραμμίζεται, ότι ουδέποτε στην Ελλάδα όπως και στις άλλες χώρες της Ε.Ε., που πραγματοποιούνται μεταμοσχεύσεις κάτω από ισχυρά νομικά πλαίσια και ανεξαρτήτως νομοθετημένου τρόπου συναίνεσης, δεν έχουν ληφθεί μοσχεύματα από αποβιώσαντα δότη, χωρίς τη συναίνεση της οικογένειάς του.¹³⁶

Ο ΕΟΜ διαβεβαιώνει κατηγορηματικά, εκπροσωπώντας τους εμπλεκόμενους ιατρούς και νοσηλευτές των ΜΕΘ και των Μονάδων Μεταμόσχευσης, ότι εθιμικά και νομικά, η όλη διαδικασία λήψης οργάνων γινόταν, γίνεται και θα γίνεται πάντοτε συναινετικά. Καλύπτεται έτσι απόλυτα και διασφαλίζεται ότι η ελάχιστη διαφωνία ή άρνηση λαμβάνεται υπ' όψη και καμία πράξη δεν λαμβάνει χώρα υποχρεωτικά. Δεν υπάρχει η παραμικρή περίπτωση λήψης οργάνων από αποβιώσαντα δότη, χωρίς την ενυπόγραφη συναίνεση των οικείων του.

Επιπλέον, με την ισχύ της Εικαζόμενης Συναίνεσης, διασφαλίζεται, μέσω της δυνατότητας «αρνητικής δήλωσης», η άρνηση του πολίτη να γίνει δότης οργάνων γεγονός, που με την ισχύουσα νομοθεσία της δηλούμενης συναίνεσης (κάρτα δωρητή), δεν διασφαλιζόταν, καθώς η δωρεά οργάνων του εκλιπόντος, επαφιόταν στην απόφαση της οικογένειας. Δηλαδή, σύμφωνα με το νέο νόμο, σε περίπτωση προϋπάρχουσας

αρνητικής δήλωσης, ο εκλιπών δεν θα γίνει δότης οργάνων ακόμα και αν η οικογένειά του το επιθυμεί.¹³⁶

Ο ΕΟΜ, καταλήγοντας, εκφράζει τη λύπη του, καθώς στο γενικότερο πλαίσιο «εκφοβισμού» του κοινού χρησιμοποιείται ως μέσο και ο θεσμός της Δωρεάς Οργάνων, ένας θεσμός που έχει ως βάση και απαραίτητη προϋπόθεση την κοινωνική συναίνεση. Είναι μάλιστα ιδιαίτερα δυσάρεστο, να κυκλοφορούν αβίαστα και απερίσκεπτα τέτοιες ανακοινώσεις, οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα τον αποπροσανατολισμό του κοινού από τον ανιδιοτελή σκοπό της Δωρεάς Οργάνων με τελικούς αποδέκτες τους πάσχοντες ασθενείς συνανθρώπους μας, οι οποίοι εναποθέτουν τις ελπίδες τους για μια καλύτερη ποιότητα ζωής και υγείας στην ανεύρεση ενός μοσχεύματος.¹³⁶

Ο ΕΟΜ απευθυνόμενος στους Έλληνες πολίτες και στην ελληνική κοινωνία και υπερασπιζόμενος το δικαίωμα των ασθενών στη λυτρωτική για αυτούς μεταμόσχευση, δηλώνει ότι η Δωρεά Οργάνων μετά το τέλος της ζωής αποτελεί και θα αποτελεί την ύψιστη μορφή εθελοντικής προσφοράς και αλtruισμού, με μοναδικό κίνητρο την ανιδιοτέλεια, τον ανθρωπισμό και την αγάπη για τον πάσχοντα συνάνθρωπο.¹³⁶

Σενάρια εμπορίας οργάνων

Η λήψη οργάνων με σκοπό την «εμπορία», όπως αυτή περιγράφεται σε ανώνυμες αναρτήσεις στο διαδίκτυο, ύστερα από απαγωγή ή εγκληματική ενέργεια, είναι πρακτικά και επιστημονικά αδύνατη και σε καμία περίπτωση δεν μπορεί, υπό τις συνθήκες αυτές, να πραγματοποιηθεί μεταμόσχευση.

Διευκρινιστικά αναφέρουμε ότι ως «εμπόριο οργάνων» νοείται η αγοραπωλησία οργάνων, με την οικειοθελή παραχώρηση από ζωντανό δότη, έναντι οικονομικού ανταλλάγματος. Η ενέργεια αυτή λαμβάνει χώρα σε κράτη, όπου το νομικό τους πλαίσιο δεν απαγορεύει ρητά.

Στην Ελλάδα, ωστόσο, δεν έχει υπάρξει ποτέ κρούσμα μεταμόσχευσης οργάνου προερχόμενου από εμπόριο οργάνων σώματος. Και αυτό διότι στη χώρα μας, οι μεταμοσχεύσεις είτε από ζώντα είτε από πτωματικό δότη πραγματοποιούνται μόνο σε μονάδες μεταμόσχευσης δημοσίων νοσοκομείων, υπό τον αυστηρό έλεγχο και την εποπτεία του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων και του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Οι μεταμοσχεύσεις πραγματοποιούνται μέσα από τη συνεχή συνεργασία ενός δικτύου φορέων του Εθνικού Συστήματος Υγείας, όπου τα νοσοκομεία των δοτών, οι μονάδες μεταμόσχευσης των ληπτών, τα εργαστήρια που ελέγχουν την

ισοσυμβατότητα, η κατανομή με βάση την Εθνική Λίστα και η μεταφορά των μεταμοσχεύσεων με την συνδρομή του ΕΚΑΒ, γίνονται υπό το συνεχή έλεγχο και συντονισμό του ΕΟΜ, που λειτουργεί επί 24ώρου βάσεως.¹³⁶

Στην Ελλάδα, όπως και στο σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η εμπορία οργάνων είναι παράνομη. Όπως και στο προηγούμενο νομικό καθεστώς (ν.2737/99) απαγορευόταν κάθε συναλλαγή που αφορούσε στη δωρεά οργάνων και τη μεταμόσχευση και προβλέπονταν σχετικές ποινικές κυρώσεις, έτσι και στο νόμο 3984/11 (Α150) προβλέπεται ρητά (άρθρο 5) όχι μόνον η απαγόρευση κάθε είδους οικονομικού ή άλλου ανταλλάγματος στο δότη ή στην οικογένεια του ή στο ιατρικό και λοιπό προσωπικό που συμμετέχει αλλά ακόμη και η γνωστοποίηση της ανάγκης ή της διαθεσιμότητας με σκοπό την ανταλλαγή.

Όλες αυτές οι νομικές ασφαλιστικές δικλείδες καθώς και οι απόλυτα ελεγχόμενες συνθήκες που απαιτούνται για την αφαίρεση και μια επιτυχή μεταμόσχευση, μετά βεβαιότητας αποκλείουν την εμπορία οργάνων ή οποιοδήποτε άλλο «σενάριο». Επιπλέον η μεταμόσχευση αποτελεί μια ιδιαίτερη πολύπλοκη ιατρική πράξη, όπου απαιτείται άρτια επιστημονική γνώση πολλών ειδικοτήτων, χειρουργική εξειδίκευση και υψηλής ασφάλειας υλικοτεχνικές υποδομές για να πραγματοποιηθεί.¹³⁶

Οδηγίες υποβολής αρνητικής δήλωσης

Ο ΕΟΜ συγκεντρώνει τις δηλώσεις των πολιτών που εκφράζουν την άρνησή τους με τη διαδικασία του άρθρου 9 παρ. 3, που προβλέπει έγγραφη δήλωση της άρνησης.

Η «αρνητική δήλωση» η οποία μπορεί να έχει τη μορφή Υπεύθυνης Δήλωσης ή της απλής δήλωσης που θα βεβαιώνεται το γνήσιο της υπογραφής από αρμόδια αρχή, αποστέλλεται στον ΕΟΜ ταχυδρομικά ή με φαξ, πρωτοκολλείται και καταχωρείται σε σχετικό αρχείο.

Επισημαίνουμε ότι στη δήλωση θα πρέπει να αναφέρεται ρητά η άρνηση (π.χ. «σε περίπτωση θανάτου δεν επιθυμώ να ληφθούν τα όργανά μου προς μεταμόσχευση») ενώ θα πρέπει να αναγράφονται τα εξής προσωπικά στοιχεία: Ονοματεπώνυμο, πατρώνυμο, αρ. δελτίου ταυτότητας / διαβατηρίου, ημερομηνία γέννησης, διεύθυνση κατοικίας με Τ.Κ. και τηλέφωνο επικοινωνίας. Τα ανήλικα τέκνα συμπεριλαμβάνονται στην υπεύθυνη δήλωση του ενός γονέα, με τα ονόματά τους και την ημερομηνία γέννησής τους.¹³⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

**Διλλήματα και προβληματισμοί που
αφορούν άμεσα τον ασθενή.**

7.1 Τα διλλήματα των μεταμοσχεύσεων.

Η δωρεά οργάνων μπορεί να επιτευχθεί, σύμφωνα με τους εξής τρόπους: 1)Δωρεά από κλινικά νεκρούς ανθρώπους που βρίσκονται στη μονάδα εντατικής παρακολούθησης του νοσοκομείου. 2)Δωρεά οργάνων από ασθενείς των οποίων η καρδιά έχει σταματήσει να λειτουργεί. Η πλειοψηφία των οργάνων προέρχονται από κλινικά νεκρούς δωρητές – ανθρώπους των οποίων οι εγκέφαλοι νεκρώθηκαν ενώ αυτοί βρίσκονταν σε μονάδα εντατικής θεραπείας. Άνθρωποι που είχαν μολύνσεις, καρκίνο ή ξεπερνούν το εξηκοστό πέμπτο (65ο) έτος της ηλικίας τους θεωρούνται ως ακατάλληλοι για δωρεά οργάνων.¹³⁷

Όταν το προσωπικό του νοσοκομείου αναγνωρίσει έναν πιθανό δότη οργάνων, θα πρέπει να προσεγγίσει με σεβασμό και ευαισθησία την οικογένειά του για να συζητήσουν την πιθανότητα δωρεάς των οργάνων του. Άλλωστε σε πολλές περιπτώσεις, οι οικογένειες βρίσκουν μια παρηγοριά για το θάνατο του ανθρώπου τους δωρίζοντας τα όργανά του. Η πιο κοινή περίπτωση δωρεάς από ζωντανό δωρητή είναι η δωρεά των νεφρών . Η δωρεά νεφρού από ένα ζωντανό δωρητή είναι δυνατή επειδή ο καθένας έχει δυο νεφρά, παρόλο που κάποιος μπορεί να ζήσει μια υγιή ζωή μόνο με ένα νεφρό. Πιο ασυνήθιστη είναι η μεταμόσχευση καρδιάς από ζωντανό δωρητή η οποία συμβαίνει όταν ένα άτομο υποβάλλεται σε μία συνηθισμένη μεταμόσχευση καρδιάς και πνευμόνων. Βέβαια, είναι σημαντικό να γίνει αντιληπτό το ότι δεν είναι όλοι όσοι πάσχουν από ασθένειες (όπως λόγου χάρη στα νεφρά ή στο ήπαρ) κατάλληλοι για μεταμόσχευση. Για παράδειγμα, μόνο οι μισοί από τους ασθενείς που υποβάλλονται σε εξετάσεις είναι κατάλληλοι για να δεχθούν μεταμόσχευση νεφρού. Η μεταμόσχευση έχει τη δυνατότητα να μεταλλάξει τις ζωές πολλών ανθρώπων που πάσχουν από ασθένειες αλλά τα πλεονεκτήματα της περιορίζονται από την έλλειψη δωρητών.^{137,138}

Έτσι οι μεταμοσχεύσεις αποτελούν προβλήματα που σχετίζονται με την Βιοηθική και επομένως τις πιο πολλές φορές είναι δύσκολο να επιλυθούν. Τα προβλήματα αυτά παρατίθενται στην συνέχεια και είναι τα εξής:

- Για να γίνει μία μεταμόσχευση από νεκρό δότη απαιτούνται δυο πράγματα : α) ο εξακριβωμένος θάνατος του δότη και β). η συναίνεση του ή κάποια εξίσου ισχυρή συναίνεση. Το θέμα που τίθεται είναι κατά πόσο ο εγκεφαλικός θάνατος είναι πράγματι θάνατος και όχι επινόημα που υπηρετεί ποικίλες σκοπιμότητες. Αλλά και η συναίνεση, όταν εικάζεται είναι πράγματι συναίνεση ή μήπως ένα κατασκεύασμα προκειμένου να βρεθούν τα απαιτούμενα μοσχεύματα.

- Αν κάποιος δεν έχει συναινέσει ρητά πρέπει να εξεταστεί το εάν μπορούν οι συγγενείς του να υποκαταστήσουν τη βούλησή του και να συναινέσουν αυτοί αντί αυτού.
- Αν κάποιος είναι δότης και οι συγγενείς του για ποικίλους συναισθηματικούς λόγους ή ιδεολογικούς λόγους δεχθούν τον εγκεφαλικό θάνατο, ερευνάται τίνος η επιθυμία πρέπει να εισακουσθεί.
- Τα μεταμοσχευτικά κέντρα που διαθέτουμε πρέπει να ελεγχθούν με γνώμονα τη δυνατότητά τους να εξασφαλίσουν το μέγιστο της επιβίωσης του δότη και των ασθενών.
- Η ιδέα της επινοήσεως και κατασκευής τεχνητών οργάνων ή αυτή των ζωϊκών μοσχευμάτων αναμφίβολα ενέχει κάποιους κινδύνους. Εκείνο που θα πρέπει εκ των προτέρων να προσδιορισθεί είναι το είδος των συγκεκριμένων κινδύνων με στόχο την επιτυχή αντιμετώπισή τους. .
- Και το σημαντικότερο –ίσως- ερώτημα που σχετίζεται με τον τομέα της Βιοηθικής, αφορά την έρευνα για την παρασκευή κλωνοποιημένων οργάνων αλλά και τη διαδικασία παραγωγής τους. Συγκεκριμένα, πρέπει να ερευνηθεί το γεγονός εάν συνοδεύονται από παράλληλη καταστροφή ανθρώπινων ζώων σε εμβρυϊκό στάδιο. Κάτι τέτοιο βέβαια είναι δεδομένο ότι εγείρει ζητήματα και διλλήματα ηθικής φύσεως. Κι επιπροσθέτως, το αν υπάρχει διάθεση η δωρεά οργάνων να μη συνδυάζεται με την καταστροφή της ανθρώπινης ζωής.^{137,138}

Σύμφωνα και με τα παραπάνω πρέπει να αναφερθούν και οι δραστηριότητες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) που αφορούν τον τομέα των μεταμοσχεύσεων. Αρχικά το Μάιο του 1987 η 40^η Παγκόσμια Διάσκεψη Υγείας εξέδωσε κείμενο με το οποίο απαγόρευε κάθε περίπτωση εμπορίας οργάνων. Η 42^η Παγκόσμια Διάσκεψη Υγείας κινήθηκε στη φιλοσοφία του προηγούμενου κειμένου. Στις 2-4 Μαΐου πραγματοποιείται στη Γενεύη ενημερωτική συνάντηση των μελών του Π.Ο.Υ για το θέμα των μεταμοσχεύσεων. Στις 3-4 Οκτωβρίου του ίδιου χρόνου πραγματοποιείται δεύτερη συνάντηση επί του θέματος με περιορισμένη συμμετοχή. Στις 24 Ιανουαρίου 1991 ψηφίζεται κοινή ανακοίνωση των αντιπροσώπων που περιέχει: τις γενικές αρχές που πρέπει να ισχύουν σε κάθε περίπτωση μεταμόσχευσης.⁵⁵

Γενικές αρχές :

Αρχή 1: Τα όργανα λαμβάνονται από πτωματικό δότη εφόσον έχουν τηρηθεί όλες οι διατάξεις του νόμου και δεν υπάρχει καμία ένδειξη ότι το άτομο κατά τη διάρκεια της ζωής του αντιτίθεται στη δωρεά οργάνων. Το κριτήριο αυτό ισχύει σε περίπτωση που δεν υπάρχει γραπτή δήλωση του ατόμου, όταν ήταν εν ζωή, που να τον κατατάσσει στο δωρητές σώματος.

Αρχή 2: Οι γιατροί που διαπιστώνουν το θάνατο του υποψήφιου δότη δεν πρέπει να ανήκουν σε μεταμοσχευτική ομάδα, ούτε σε ομάδα συντήρησης μοσχευμάτων.

Αρχή 3: Είναι προτιμότερο τα όργανα που πρόκειται να μεταμοσχευτούν να λαμβάνονται από πτωματικούς δότες. Σε περίπτωση δότη εν ζωή πρέπει απαραίτητα ο δότης να είναι ενήλικας και συγγενής εξ αίματος του δέκτη. Για να ληφθεί όργανο για μεταμόσχευση από ζωντανό δότη, αυτό πρέπει να γίνει κατόπιν ελεύθερης συναίνεσης του. Ο δότης πρέπει να αποφασίσει ελεύθερος από κάθε πίεση και επίδραση και αφού πρώτα ενημερωθεί επαρκώς για τους κινδύνους, τα οφέλη και τις συνέπειες μιας τέτοιας απόφασης.

Αρχή 4: Δεν πρέπει να λαμβάνονται όργανα για μεταμόσχευση από άτομα που ανήκουν σε μειονότητες ή κρατούμενους. Εξαιρέσεις μπορούν να ισχύουν σύμφωνα με το νόμο του κράτους.

Αρχή 5: Το ανθρώπινο σώμα και τα μέρη του δεν μπορεί να γίνει σε καμία περίπτωση θέμα εμπορικής συναλλαγής. Η παροχή και η λήψη χρημάτων για την αγορά οργάνων απαγορεύεται.

Αρχή 6: Οι διαφημίσεις για την προσφορά οργάνων που ενέχουν τον κίνδυνο της χρηματικής πληρωμής απαγορεύεται.

Αρχή 7: Οι γιατροί και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να διενεργήσουν μεταμόσχευση, όταν υπάρχουν βάσιμες υποψίες και ενδείξεις ότι το μόσχευμα αγοράστηκε.

Αρχή 8: Δεν επιτρέπεται κανένα πρόσωπο που ανήκει στην υγειονομική ομάδα να λάβει αμοιβή για τη συμμετοχή του σε μεταμόσχευση.

Αρχή 9: Υπό το πρίσμα των αρχών της δικαιοσύνης και της ισότητας, η μεταμόσχευση είναι αναφαίρετο δικαίωμα όλων των ασθενών. Το μόσχευμα προσφέρεται με βάση τις ιατρικές του ανάγκες και όχι με οικονομικά ή άλλα κριτήρια.⁵⁵

Συμπερασματικά σε κάθε περίπτωση που τίθενται θέματα δωρεάς οργάνων και μεταμοσχεύσεων θα πρέπει οι αποφάσεις που λαμβάνονται να έχουν ως κύριο γνώμονα τρία σημαντικά κριτήρια τα οποία είναι: η απόφαση της επιτροπής δεοντολογίας, η προτίμηση του λήπτη που έχει το μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης και που προβλέπεται ότι θα έχει καλύτερη ποιότητα ζωής και τέλος το επείγον της επέμβασης.

7.2 Διλήμματα στο τέλος της ζωής.

Η ποιότητα ζωής σε ασθενείς τελικού σταδίου σύμφωνα με την παγκόσμια οργάνωση υγείας είναι η ευρύτερη έννοια της υγείας και δηλώνει την πλήρη φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο την έλλειψη νόσου ή αναπηρίας. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, εργασίας και κοινωνικής δράσης δημιουργεί νέα δεδομένα για τον σημερινό άνθρωπο. Έτσι, ποιότητα ζωής, ευ ζην, θετική στάση, είναι έννοιες που σήμερα αποκτούν νέες διαστάσεις. Κατά τον Hojnquist καταστάσεις όπως το στρες λόγω εργασίας, η κοινωνική επανένταξη αποκλεισμένων ομάδων στην κοινωνία και την αγορά εργασίας, η προσαρμογή των μεταναστών σε νέες συνθήκες, η χρήση ουσιών από νέους, οι σχέσεις μεταξύ των δύο φύλων, το άγχος του θανάτου, η αποκατάσταση από σωματικές αναπηρίες και η προαγωγή της δημιουργικότητας επηρεάζουν την ποιότητα ζωής.¹³⁹

Ο καθορισμός της ποιότητας ζωής των ασθενών, αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στην επιλογή θεραπευτικών σχημάτων και τη δημιουργία νέων φαρμακευτικών και τεχνολογικών βοηθημάτων. Από την άλλη πλευρά, η εκτίμηση των νέων συστημάτων υγείας δημιουργεί την ανάγκη για μελέτη της έκβασης που θα στηρίζεται σε επιστημονικά δεδομένα. Για τη σωστή εκτίμηση της υγείας ενός ασθενούς, θα πρέπει να επιδιώκουμε και τη γνώμη του ασθενούς και όχι μόνο τους κλασικούς δείκτες, θνησιμότητα και νοσηρότητα. Οι δείκτες θνησιμότητα και νοσηρότητα είναι ανεπαρκείς, αφού δίνουν πολύ μικρή εικόνα της υγείας, ιδιαίτερα όταν μελετούμε την κατάσταση του ασθενούς σε χρόνιες νόσους.¹³⁹

Η ποιότητα ζωής είναι ένα σύμπλεγμα παραμέτρων με τρεις διαστάσεις: την σωματική ευεξία, την ψυχική ευεξία, την κοινωνική ευεξία. Η σωματική ευεξία αφορά την εκτίμηση του ατόμου για την υγεία του και εξετάζεται σ' αυτή η νοσηρότητα, ο πόνος, το επίπεδο σωματικής λειτουργίας. Στη ψυχική ευεξία μελετάται η ψυχοσυναισθηματική προσαρμοστικότητα του ατόμου με κλίμακες που αφορούν στην αυτοεκτίμηση, στην ευεξία, στη συνολική ικανοποίηση, αλλά και στο άγχος, στην κατάθλιψη, στην ικανότητα προσαρμογής. Η κοινωνική ευεξία αντανακλά, το βαθμό γενικής ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή του, τη συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες, την άσκηση κοινωνικών ρόλων, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την κοινωνική στήριξη από το στενό του περιβάλλον (φίλους– οικογένεια).⁵⁵

Σε κάθε χρόνιο νόσημα η ποιότητα ζωής εξαρτάται από την ιδιαιτερότητα της νόσου και τις θεραπείες. Για παράδειγμα στον ασθενή με καρκίνο και πόνο την ποιότητα ζωής

καθορίζουν πολλοί παράγοντες όπως προβλήματα ύπνου, αδυναμία εργασίας, λύπη και κατάθλιψη, αίσθημα απομόνωσης και εξάντληση της οικογένειας. Ο κλάδος της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης που ασχολούνται με την ενεργητική φροντίδα των ασθενών με προχωρημένη και εξελικτική ασθένεια που δεν ανταποκρίνεται σε θεραπευτικές ενέργειες είναι η παρηγορητική φροντίδα. Σκοπός της παρηγορητικής φροντίδας είναι η επίτευξη της καλύτερης δυνατής ποιότητας ζωής για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.¹³⁹

Οι κατευθυντήριες αρχές της παρηγορητικής βασίζονται στα ανθρώπινα δικαιώματα, στα δικαιώματα των ασθενών, στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, στην αλληλεγγύη, στην ελευθερία επιλογής. Η παρηγορητική έχει τους ακόλουθους στόχους: έλεγχο του πόνου, έλεγχο συμπτωμάτων, ψυχολογική και πνευματική στήριξη, συναισθηματική στήριξη, στήριξη της οικογένειας, στήριξη στο πένθος. Για την επίτευξη των στόχων της παρηγορητικής φροντίδας θα πρέπει να ληφθούν οπωσδήποτε υπ' όψιν η συμμετοχή των ασθενών στις αποφάσεις, η οικογένεια σαν μονάδα φροντίδας, πνευματικά ζητήματα, υπαρξιακά ζητήματα, ανάμειξη μη επαγγελματιών υγείας (εθελοντές). Θέματα που θα μπορούσαν να δημιουργήσουν δυσκολίες στην άσκηση της παρηγορητικής φροντίδας είναι η έλλειψη πολιτικής αναγνώρισης της παρηγορητικής και η έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.⁵⁵

Τα ηθικά ζητήματα στην παρηγορητική είναι όμοια με τα ηθικά διλήμματα σε άλλους τομείς της υγείας. Όμως εδώ υπάρχουν ερωτήματα διαφορετικά, όπως αυτά του τέλους της ζωής, που έχουν άλλο βάρος. Ηθικά διλήμματα σχετικά με την επιλογή της θεραπείας προκύπτουν επειδή η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής περιέχει υποκειμενικά στοιχεία.⁵⁵

Σύμφωνα με τις αρχές της ιατρικής ηθικής ο ιατρός οφείλει να:

- Ενεργεί με γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς.
- Είναι υπεύθυνος και λογοδοτεί για τη ζωή του ατόμου που φροντίζει.
- Σέβεται την προσωπικότητα και τις επιθυμίες του ατόμου που περιθάλπτει.
- Παρέχει ιατρική φροντίδα εξίσου σε όσους την έχουν ανάγκη.
- Είναι έντιμος και αξιόπιστος.⁵⁵

Η θεώρηση των ηθικών ζητημάτων στο τελικό στάδιο μιας νόσου βασίζεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς είναι προσωπικότητες που μπορούν να ενσωματωθούν στο κοινωνικό σύνολο και να γεμίσουν τη ζωή τους με εμπειρίες. Η ηθική απαιτεί ισορροπία μεταξύ της κλασικής ιατρικής φροντίδας και της επιθυμίας των ασθενών. Κάθε ασθενής είναι μοναδικός η γνώμη και οι αξίες πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν. Η μετάπτωση στην παρηγορητική πρέπει να συνοδεύεται με την διαβεβαίωση ότι η διακοπή της ενεργού

θεραπείας δεν σημαίνει εγκατάλειψη. Πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα όρια της ιατρικής και ότι ο πόνος μπορεί να είναι φόβος του θανάτου, άγχος του αποχωρισμού, μοναξιά, υπαρξιακά ζητήματα, αντίληψη ότι γίνονται βάρος.¹⁴⁰

Το προσωπικό υγείας βλέπει το θάνατο σαν φυσικό φαινόμενο ο ασθενής βλέπει το τέλος του σαν μια διαδικασία που υπερβαίνει τη φύση και βιώνει μια εμπειρία ανάλογα με το χαρακτήρα και την προσωπικότητά του. Αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης είναι να προκύψει σύγκρουση μεταξύ ηθικού και ιατρικού ενδιαφέροντος που οδηγεί τον γιατρό και τον νοσηλευτή στον προβληματισμό για το αν θα αντιμετωπίσει τον ασθενή σαν άρρωστο ή θνήσκοντα.

Μερικά ηθικά διλήμματα που προκύπτουν σε ασθενείς τελικού σταδίου είναι:

- ποιός θα πάρει αποφάσεις για τον ασθενή.
- πώς θα οριστεί τη συναίνεση.
- είναι αναγκαίες οι οδηγίες.
- τι σημαίνει να μην εφαρμοστεί η ανάνηψη στον ασθενή και πότε.
- είναι σωστή η αναβολή ή η διακοπή θεραπείας.
- πρέπει να διακοπεί η ενυδάτωση.
- είναι εναλλακτική λύση η καταστολή στο τέλος της ζωής;
- πόσο διαφέρει η καταστολή από την ευθανασία ή την υποβοηθούμενη αυτοκτονία.
- είναι τα ηθικά διλήμματα διαφορετικά από τα νομικά προβλήματα;¹⁴⁰

Καθώς τα ηθικά θέματα είναι δύσκολα και πολύπλοκα στα νοσοκομεία θα πρέπει να υπάρχει επιτροπή ηθικής που θα καθοδηγεί την ιατρική ομάδα στο να παίρνει αποφάσεις. Επίσης η επιτροπή ηθικής θα πρέπει να είναι στη διάθεση των ασθενών και των οικογενειών τους. Για να δώσουμε απαντήσεις θα πρέπει να έχουμε υπόψη τις τέσσερις βασικές αρχές που είναι: το δικαίωμα της αυτονομίας, η αρχή της ωφελιμότητας, η αρχή αποφυγής πρόκλησης βλάβης, η αρχή της δικαιοσύνης.¹⁴⁰

Σύμφωνα με το δικαίωμα της αυτονομίας, ο ασθενής και η οικογένεια πρέπει να είναι ενημερωμένοι και να λαμβάνουν μέρος στις αποφάσεις. Η αρχή της ωφελιμότητας και η αρχή αποφυγής πρόκλησης βλάβης μας διδάσκουν ότι θα πρέπει να υπολογίζεται κάθε πιθανός κίνδυνος ή όφελος από την κάθε ιατρική πράξη, ώστε να αποφεύγονται μάταιες θεραπείες που δεν εξυπηρετούν κανένα σκοπό πρόληψης, φροντίδας, ίασης ή ανακούφισης από τον πόνο η αρχή « ωφελείν ή μη βλάπτειν » που οφείλει να διέπει την κλινική πράξη διατυπώνεται στον Όρκο του Ιπποκράτη. Η αρχή της δικαιοσύνης

μεταφράζεται στο να δώσεις σε όλους ισότητα, στον καθένα ανάλογα τις ανάγκες του, στον καθένα αυτό που πρέπει.⁵⁵

7.3 Τα δικαιώματα των ασθενών.

Για πρώτη φορά έγινε λόγος για τα δικαιώματα των ασθενών με την διακήρυξη της Αμερικανικής Νοσοκομειακής Ένωσης το 1972. Από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, τα δικαιώματα των ασθενών απαιτούν ουσιαστική ισχύ, όπως φαίνεται από τις διεθνείς δραστηριότητες, τις νομοθεσίες των κρατών και την παγκόσμια νομολογία. Η Ελλάδα είναι η πρώτη χώρα της Ευρώπης που αναγνώρισε τα δικαιώματα των ασθενών. Μέχρι το 1992 τα δικαιώματα των ασθενών προστατεύονταν έμμεσα μέσα από τις διατάξεις του γενικού δικαίου που αναφέρονταν κυρίως στις υποχρεώσεις των ιατρών απέναντι στον ασθενή. Δικαίωμα είναι η ελευθερία του ανθρώπου να απολαμβάνει κάτω από την έννομο τάξη τα αγαθά (ασώματα και ενσώματα). Η έννομος τάξη παρέχεται στον άνθρωπο από την πολιτεία ή τον ηθικό νόμο. Ο κάθε άνθρωπος ως μέλος του κοινωνικού συνόλου και ως άτομο έχει δικαιώματα και υποχρεώσεις. Τα δικαιώματα του ισχύουν σε οποιαδήποτε κατάσταση και αν βρίσκεται είτε σε πλήρη υγεία είτε στην ανάγκη παροχής κάποιας θεραπευτικής αγωγής.⁵⁵

Σε μια προσπάθεια να μελετήσουμε αναλυτικά τα δικαιώματα του ασθενούς θα ξεκινήσουμε την κατάταξη τους σε νομικά και ηθικά τα οποία είναι: το δικαίωμα της ενημέρωσης, το δικαίωμα του σεβασμού, το δικαίωμα της συμμετοχής και το δικαίωμα ίσης μεταχείρισης.

A. Το δικαίωμα της ενημέρωσης.

Το δικαίωμα της ενημέρωσης είναι ένα θεμελιώδες δικαίωμα του ασθενούς, πάνω στο οποίο στηρίζονται όλα τα υπόλοιπα θεσμοθετημένα δικαιώματα. Πηγάζει από το δικαίωμα του ανθρώπου να παίρνει ο ίδιος τις αποφάσεις που αφορούν τη ζωή, την υγεία και τη σωματική ακεραιότητα. Η επαρκής ενημέρωση μπορεί επίσης να βοηθήσει τον ασθενή να βελτιώσει την αυτοεκτίμηση του και να στρέψει την ισορροπία της δύναμης από την πλευρά του γιατρού και του νοσηλευτή προς τον ασθενή. Το δικαίωμα της ενημέρωσης θεμελιώνεται και νομικά και ηθικά. Νομικά παρέχεται από το νόμο και ηθικά στηρίζεται στην ελευθερία του ασθενούς, στη φιλαλήθεια και στην ωφελιμότητα.¹⁴¹

Είδη πληροφοριών που παρέχονται:

- 1. Πληροφορίες που απευθύνονται στους πολίτες:** Οι πολίτες πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με:

❖ Την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της ασθένειας: Τέτοιες πληροφορίες άρχισαν να δίνονται στους πολίτες από το 1960. Οι πρώτες πληροφορίες αναφέρονταν στην άσκηση του σώματος και την υγιεινή διατροφή.

❖ Το σύστημα υγείας: Οι πληροφορίες αυτές είναι απαραίτητες για τρεις λόγους:

- Για να ξέρουν οι πολίτες που να απευθυνθούν σε κάθε περίπτωση ανάγκης.
- Για να γνωρίζουν τους κανόνες και τις προοπτικές του συστήματος.
- Για να καταλάβουν οι πολίτες τη δομή και την οργάνωση του συστήματος.

Στις πληροφορίες αυτές είναι απαραίτητο να προστεθούν και πληροφορίες σχετικά με το κόστος του προγράμματος αποκατάσταση της υγείας.¹⁴²

2. Πληροφορίες που απευθύνονται στους ασθενείς: Οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με τη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόγνωση.

Οι πληροφορίες που δίνονται στους ασθενείς πρέπει να δίνονται σε γλώσσα που να την καταλαβαίνουν. Πρέπει να αποφεύγεται η χρήση της άκαμπτης επιστημονικής ορολογίας. Υπάρχουν ασθενείς που δεν θέλουν πληροφορίες, που δεν θέλουν να παίρνουν θεραπευτικές αποφάσεις. Θέλουν ο γιατρός να αποφασίζει για αυτούς. Πρέπει να δείξουμε ευαισθησία στην ανάγκη των ασθενών να εξαρτώνται. Συνήθως τις περισσότερες πληροφορίες στους ασθενείς τις δίνουν οι νοσηλευτές και αυτό γιατί βρίσκονται κοντά στους ασθενείς περισσότερο χρόνο από τον ιατρό. Έχει επικρατήσει οι νοσηλευτές να φέρνουν τα ευχάριστα νέα και να αφήνουν τα δυσάρεστα να τα πει ο γιατρός. Για τον λόγο αυτό πολλές φορές η αλήθεια που πρέπει να λέγεται στους ασθενείς αποτελεί ηθικό δίλλημα. Η αλήθεια αποτελεί υποχρέωση του γιατρού και όχι επιλογή του να ενημερώσει τον ασθενή για την διάγνωση μια μοιραίας ασθένειας. Όταν ο ασθενής γνωρίζει την αλήθεια μπορεί να φροντίσει τις προσωπικές του υποθέσεις, να έρθει πιο κοντά με τα αγαπημένα του πρόσωπα και να υιοθετήσει μια πιο ρεαλιστική αντιμετώπιση για την εξέλιξη της ασθένειας του. Επίσης νομικά προηγούμενα ορίζουν ότι ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται για την φύση και τις επιπλοκές της ασθένειας του. Αντίθετα η απόκρυψη πληροφοριών από τον ασθενή θεωρείται ως έλλειψη σεβασμού προς το συμφέρον του.¹⁴³

B. Το δικαίωμα του σεβασμού

Είναι κυρίως ηθικό. Προστατεύεται από το Διεθνή Κώδικα Ηθικών Καθηκόντων, ο οποίος αναφέρει σχετικά: Στενά συνυφασμένα με την ιατρική και την νοσηλευτική επιστήμη είναι ο σεβασμός προς τη ζωή, η αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα του ασθενούς. Για τον λόγο αυτό κατά την άσκηση του έργου των επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να δημιουργείται περιβάλλον στο οποίο οι αξίες, τα ήθη και τα πιστεύω του ασθενούς να

γίνονται σεβαστά.^{55,141} Γενικά είναι δύσκολο να ορισθεί το δικαίωμα του σεβασμού. Ο σεβασμός περικλείει δικαιώματα όπως:

1. Το δικαίωμα της εξατομικευμένης φροντίδας

Αυτό σημαίνει να βλέπεις τον ασθενή σαν πρόσωπο, να τον γνωρίζεις με το όνομα του και όχι με την ονομασία της ασθένειάς του. Σημαίνει να τον ακούς, να του δίνεις εξηγήσεις για πράγματα που σε σένα μεν είναι τόσο γνωστά, σε εκείνον όμως είναι παραμένουν άγνωστα δημιουργώντας του αισθήματα φόβου. Σημαίνει να τον ενημερώνεις για την υγεία του ειλικρινά και να γνωρίζεις και να αντιμετωπίζεις τις προσωπικές του ανάγκες.¹⁴²

2. Το δικαίωμα της εχεμύθειας

Υπάρχουν ασθενείς που η ανάρρωση τους εξαρτάται από το σεβασμό του δικαιώματος. Η μεταφορά του ασθενούς από το ένα τμήμα στο άλλο καθώς και η παρουσία σπουδαστών κατά τη λήψη ιστορικού, εκμηδενίζουν το δικαίωμα αυτό. Χρέος του νοσηλευτή είναι να προσέχει, ώστε να μην εκτίθενται τα όσα αποκαλύπτουν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων, των εξετάσεων και της θεραπείας.¹⁴²

3. Το δικαίωμα του απορρήτου

Οι ασθενείς δίνουν πιο εύκολα πληροφορίες, όταν ξέρουν ότι θα τηρηθούν απόρρητες. Ο νοσηλευτής τηρεί εμπιστευτικά προσωπικές πληροφορίες και χρησιμοποιεί την κρίση του στο πρόβλημα ανακοίνωσης πληροφοριών. Η προστασία του ιατρικού απορρήτου δεσμεύει τον γιατρό και το νοσηλευτή και μετά τον θάνατο του ασθενούς.¹⁴²

4. Το δικαίωμα άρνησης της θεραπείας.

Το δικαίωμα αυτό του ασθενούς δημιουργεί φοβερά ηθικά διλήματα στη θεραπευτική ομάδα. Από την θέση τους ο γιατρός και ο νοσηλευτής είναι πλέον αρμόδιοι να ερευνήσουν τα αίτια της άρνησης και να τα αντιμετωπίσουν. Τα αίτια της άρνησης μπορεί να είναι:

- Αισθήματα φόβου που διακατέχουν τον ασθενή,
- Άγνοια των συνεπειών της άρνησης,
- Ελλιπής πληροφόρηση σχετικά με την κατάσταση του,
- Θρησκευτικές πεποιθήσεις.¹⁴²

5. Το δικαίωμα να αρνηθεί να γίνει αντικείμενο πειραμάτων

Η χρησιμοποίηση του ανθρώπου ως πειραματόζωου θεωρείται απαράδεκτη χωρίς την συγκατάθεση του.¹⁴¹

6. Το δικαίωμα να αρνηθεί να γίνει αντικείμενο εκπαίδευσης

Είναι γεγονός ότι οι δεξιότητες αποκτώνται στην πράξη. Γι αυτό και τα νοσοκομεία σήμερα αποτελούν τα εργαστήρια εκπαίδευσης γιατρών και νοσηλευτών. Η χρησιμοποίηση όμως των ασθενών ως εκπαιδευτικών αντικείμενων για τους σπουδαστές μπορεί να δημιουργήσει φυσικά ή ψυχολογικά προβλήματα στους ασθενείς, δεδομένου ότι λείπουν πολλές δεξιότητες στους σπουδαστές. Το γεγονός αυτό πρέπει να προβληματίζει την εκπαίδευση των επιστημών υγείας.¹⁴¹

7. Το δικαίωμα να πεθάνει με αξιοπρέπεια

Στα δικαιώματα που περιέχονται στην έννοια του σεβασμού πολλοί συμπεριλαμβάνουν και το δικαίωμα του ασθενούς να πεθάνει με αξιοπρέπεια. Το δικαίωμα αυτό που χρησιμοποιείται ως επιχείρημα υπέρ της ευθανασίας είναι αμφιβόλου υπόστασης.¹⁴¹

Γ. Το δικαίωμα της συμμετοχής

Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συμμετέχει στις αποφάσεις που παίρνονται για αυτόν και την θεραπευτική αγωγή που του εφαρμόζεται. Το παραδοσιακό μοντέλο έδινε έμφαση στην «αυθεντία» του γιατρού και του νοσηλευτή. Σήμερα ο νοσηλευτής έχει υποχρέωση να ενθαρρύνει τον ασθενή να συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα του, γιατί αυτό αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα του, που στηρίζεται στην ελευθερία και την υπευθυνότητα.

Για να μπορούν οι ασθενείς ουσιαστικά να συμμετέχουν στην φροντίδα τους, πρέπει να γνωρίζουν:

- Τις ερωτήσεις πρέπει να κάνουν.
- Το ρόλο του καθενός από τους επιστήμονες υγείας και τις αρμοδιότητες του στη θεραπευτική αγωγή.
- Τους τρόπους συμμετοχής.¹⁴²

Η άσκηση του δικαιώματος αυτού εξαρτάται από δύο παράγοντες: τον τύπο του ασθενούς και τη σοβαρότητα της ασθένειας, π.χ. οι επιστήμονες υγείας πρέπει να φερθούν απολυταρχικά όταν ο ασθενής βρίσκεται σε κώμα ή σύγχυση.

Δ. Το δικαίωμα της ίσης μεταχείρισης

Το δικαίωμα στηρίζεται στην ηθική επιταγή για δικαιοσύνη. Διακηρύχθηκε παγκόσμια στην διακήρυξη των ανθρωπίνων των Ηνωμένων Εθνών, η οποία ψηφίστηκε στο Παρίσι από τη Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ το 1948. Η Διακήρυξη αυτή αποτελεί το σπουδαιότερο επίτευγμα του 20^{ου} αιώνα, γιατί αναγνωρίζονται επίσημα από όλους τους λαούς της οικουμένης, ανεξάρτητα από το πολιτισμό, κοινωνική σύνθεση, πολιτική μορφή και θρήσκευμα, η αξιοπρέπεια και η ελευθερία του ατόμου ως ίσα και αναπαλλοτρίωτα δικαιώματα, στα οποία εδράζεται η δικαιοσύνη και η ελευθερία του κόσμου.⁵⁵

7.4 Το ηθικό δίλλημα της απεργίας.

Όπου υπάρχουν δικαιώματα, δημιουργούνται ταυτόχρονα και καθήκοντα. Τα δικαιώματα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού αποτελούν καθήκοντα της διοίκησης του νοσοκομείου. Τα καθήκοντα του νοσοκομείου αφορούν την προαγωγή του περιβάλλοντος, τον εξοπλισμό, το κτίριο και τις συνθήκες εργασίας του προσωπικού. Όταν λοιπόν τα καθήκοντα αυτά δεν τηρούνται τότε το ιατρικό προσωπικό καθώς και το νοσηλευτικό προσωπικό οδηγούνται σε απεργίες μέσα από τις οποίες δημιουργούνται ηθικά διλήμματα. Οι ιατροί και οι νοσηλευτές όπως και οι άλλοι οι πολίτες έχουν το δικαίωμα να απεργήσουν καθώς αυτό το δικαίωμα τους αναγνωρίζεται από το νόμο.⁵⁵

Ωστόσο πριν την πραγματοποίηση της απεργίας είναι σημαντικό να αναφερθούν τα εξής:

- «Η απεργία αποτελεί δικαίωμα προς διαφύλαξη και προαγωγή των οικονομικών και εργασιακών εν γένει συμφερόντων των εργαζομένων», ορίζει η παράγραφος 2 του άρθρου 23 του Συντάγματος της Ε' αναθεωρητικής βουλής του 1975. Επισημαίνεται ότι η απεργία αναγνωρίζεται σαν δικαίωμα και όχι σαν υποχρέωση ή καθήκον. Άρα δεν μπορεί κανένας να υποχρεωθεί να απεργήσει.
- Το δικαίωμα της απεργίας δεν είναι ισότιμο με δικαιώματα, όπως δικαίωμα της ζωής και της ελευθερίας. Εδώ πρέπει να αναφερθεί ότι το δικαίωμα της απεργίας δεν προέχει όσο μια ανθρώπινη ζωή.
- Οι ιατροί και οι νοσηλευτές έχουν δικαιώματα. Έχουν όμως και ένα ηθικό καθήκον: να αναγνωρίζουν τα δικαιώματα των ασθενών, συμπεριλαμβανομένου και το δικαίωμα της καλής φροντίδας. Επομένως όταν απεργεί το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, συγκρούεται το δικαίωμα τους να απεργήσουν με το δικαίωμα της υγείας των πολιτών. Δηλαδή τα δικαιώματα δεν μπορούν να είναι δικαιώματα όταν κατά την άσκηση τους καταλύουν άλλα δικαιώματα προκαλώντας ζημιάς στους κατόχους τους.⁵⁵

Οι κύριοι λόγοι απεργίας για τους γιατρούς και τους νοσηλευτές είναι:

- **Οικονομικοί:** Στην περίπτωση αυτή η απεργία θεωρείται ηθικά απαράδεκτη γιατί δίνεται προτεραιότητα στο ατομικό συμφέρον και όχι στο συμφέρον των ασθενών με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν σοβαρές επιπτώσεις στην παροχή της φροντίδας και ταυτόχρονα να καθυστερείται και η διάγνωση.
- **Προαγωγή της φροντίδας:** Εδώ η απάντηση είναι δύσκολη. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αναλογισθούν πότε θα υποφέρουν οι ασθενείς εξαιτίας των συνθηκών του νοσοκομείου ή εξαιτίας της απεργίας.

- **Όταν δεν λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα για την προστασία τους:** Εδώ οι επαγγελματίες υγείας πρέπει με πνεύμα θυσίας και ηρωισμού να σταθμίσουν τον κίνδυνο της υγείας τους και τους κινδύνους στους οποίους είναι εκτεθειμένοι οι ασθενείς.
Είναι πια παραδεκτό ότι η απεργία αποτελεί ηθικό δίλημμα και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό καλείται να λάβει θέση. Προτού λάβουν όμως αυτή την απόφαση πρέπει να θέσουν στον εαυτό τους τα εξής ερωτήματα.
 - Ποιος θα ωφεληθεί από την απεργία.
 - Σε ποίον η απεργία θα προκαλέσει βλάβη.
 - Ποια είναι τα όρια των δικαιωμάτων.⁵⁵
 Στην αναζήτηση αυτή θα πρέπει να ελέγχονται αν με την απεργία τους υπηρετούνται παρακάτω αξίες:
 - Η αξία της ζωής
 - Η αξία του αγαθού
 - Η αξία της δικαιοσύνης
 - Η αξία της αλήθειας.⁵⁵

7.5 Ο ασθενής και η αλήθεια στην ΜΕΘ.

Η εισαγωγή και παραμονή ενός ασθενούς στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελεί μια στρεσογόνο εμπειρία τόσο για τον ίδιο όσο και για την οικογένεια του. Αναλυτικότερα, τα μέλη της οικογένειας του ασθενή βιώνουν έντονα αρνητικά συναισθήματα όπως σοκ, άρνηση, θυμό, απελπισία, ενοχές και φόβο για την πιθανή απώλεια του αγαπημένου τους προσώπου, τα οποία επιτείνονται από το ιδιαίτερο περιβάλλον της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Η διερεύνηση των εμπειριών που βιώνει η οικογένεια καθώς και των αναγκών που προκύπτουν από την παραμονή ασθενούς στη ΜΕΘ ξεκίνησε από τη δεκαετία του 1970.¹⁰⁰

Όσον αφορά τους νοσηλευόμενους ασθενείς στο χώρο της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας είναι ευρέως γνωστό, ότι οι σημαντικότερες αποφάσεις που αφορούν στη θεραπεία τους λαμβάνονται όταν η κατάστασή τους είναι ιδιαίτερα κρίσιμη και σε στιγμές όπου ο ίδιος ο ασθενής δεν είναι σε θέση να αποφασίσει για τον εαυτό του. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να απευθυνθεί προς το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς, το οποίο επιφορτίζεται με τη ευθύνη για τη λήψη αποφάσεων που αφορούν στην πρόγνωση και στη θεραπεία του νοσηλευόμενου.¹⁰⁰

Οι ανάγκες που έχουν ο ασθενής και η οικογένεια του είναι: α) ανάγκη για πληροφόρηση, β) ανάγκη για άνεση γ) ανάγκη για τη στήριξη, δ) ανάγκη για το αίσθημα της ασφάλειας και μείωσης του άγχους και ε) ανάγκη για εγγύτητα και πρόσβαση. Από τις ανάγκες αυτές η πιο σημαντική είναι η ανάγκη για πληροφόρηση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ανάγκη, που συχνά δεν καλύπτεται ικανοποιητικά.¹⁰⁰

Οι ανάγκες χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες: γνωστικές, συναισθηματικές, κοινωνικές και πρακτικές ανάγκες. Αναλυτικότερα, έδειξαν ότι η ανάγκη για ακριβή και κατανοητή πληροφόρηση που αφήνει περιθώρια ελπίδας είναι καθολική. Τα μέλη της οικογένειας επιθυμούν να πληροφορούνται κάθε μέρα για την κατάσταση και την πρόγνωση του ασθενούς και επιθυμούν ο/η νοσηλεύτης/τρια για να τους εξηγήσει για τη φροντίδα, τη μονάδα, τον εξοπλισμό και γενικότερα για τη φροντίδα που μπορούν οι ίδιοι να προσφέρουν στον ασθενή κατά τη διάρκεια του επισκεπτηρίου. Επίσης τα μέλη της οικογένειας δίνουν μεγάλη σημασία στην ενημέρωση με τηλεφωνική κλήση στο σπίτι, εάν η κατάσταση του ασθενούς αλλάξει.⁵⁵

Η ανάγκη της πληροφόρησης, ήρθε στο προσκήνιο προς τα τέλη της δεκαετίας του 1960 και τις αρχές του 1970, όπου ο ιατρός ήταν εκείνος που ελάμβανε αποφάσεις προς την προαγωγή αυτονομίας των ασθενών. Λίγο αργότερα, στη δεκαετία του '70 και του 80, η ανάγκη για ενεργό συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων που αφορούσαν την θεραπεία τους ανέδειξε ακόμα περισσότερο την αναγκαιότητα της λεπτομερούς και κατανοητής πληροφόρησης. Δυστυχώς, παρότι ο σπουδαίος ρόλος της πληροφόρησης προς τους ασθενείς και τις οικογένειες τους έχει πλήρως αναγνωριστεί, εντούτοις δεν βρίσκει εφαρμογή στην καθημερινή κλινική πράξη, κυρίως σε περιπτώσεις φροντίδας όπου οι παρεχόμενες πληροφορίες φιλτράρονται ή υπερισχύει η τάση απόκρυψης της πλήρους αλήθειας⁵⁵.

Για τον λόγο αυτό τίθεται ως δίλλημα η αλήθεια κατά πόσο πρέπει να λέγεται στον ασθενή. Σημαντικό είναι να τονισθεί τι εννοείται με το όρο αλήθεια. Ο ορισμός της αλήθειας είναι γεγονός και διαφέρει από τη λέξη ειλικρίνεια που σημαίνει εντιμότητα και ευθύτητα στην παραδοχή γεγονότων σε αντίθεση με την αλήθεια που αφορά την παρουσίαση όλων των γεγονότων που έχουν συμβεί. Υπάρχουν τρεις διαφορετικοί κανόνες στο θέμα της αλήθειας:

- α. Είναι ηθικά σωστό να λέγεται η αλήθεια.
- β. Πρέπει να λέγεται η αλήθεια σε όλες τις περιπτώσεις.
- γ. Υπάρχουν περιπτώσεις που το ψέμα δικαιολογείται.

Τις περισσότερες περιπτώσεις παρατηρείται να εφαρμόζεται ο τρίτος κανόνας.

Ωστόσο στο ερώτημα για το εάν πρέπει να λέγεται στο ασθενή η αλήθεια τρεις τάσεις επικρατούν: α) ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται, β) ο ασθενής δεν πρέπει να ενημερώνεται και γ) άλλοτε πρέπει να ενημερώνεται και άλλοτε όχι ανάλογα με τις περιπτώσεις.⁵⁵

A. Επιχειρήματα που συνηγορούν υπέρ της ενημέρωσης του ασθενούς.

Η ενημέρωση του ασθενούς θα του δώσει τον χρόνο και την ευκαιρία να τακτοποιήσει τα πάσης φύσεως οικογενειακά, οικονομικά και κοινωνικά του προβλήματα.

- Η απόκρυψη της αλήθειας είναι αντίθετη προς το κανόνα ότι μεταξύ γιατρού – ασθενή – νοσηλευτή – ασθενή δεν πρέπει να υπάρχει παρά μόνο η αλήθεια.
- Η απόκρυψη της αλήθειας όχι μόνο αναστέλλει αλλά αντίθετα καλλιεργεί την ανάπτυξη της φοβίας.
- Με την ενημέρωση του ασθενούς, το έργο του γιατρού και του νοσηλευτή γίνεται ευκολότερο και αποδοτικότερο γιατί δεν είναι υποχρεωμένοι να ψεύδονται προς τον ασθενή.⁵⁵

B. Επιχειρήματα που συνηγορούν για την μη ενημέρωση του ασθενούς.

- Η ανακοίνωση στον ασθενή αποτελεί σκληρότητα.
- Συνήθως η πορεία της ασθένειας δεν πρόκειται να μεταβληθεί ουσιαστικά εάν ο ασθενής γνωρίζει ή αγνοεί την αλήθεια.
- Είναι δυνατόν σε πολλές περιπτώσεις η ασθένεια να αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά και σε αυτή την περίπτωση ο ασθενής θα μπορούσε να έχει αποφύγει τη σκληρή δοκιμασία.
- Υπάρχει και η περίπτωση ιατρικής πλάνης παρ' όλη τη χρησιμοποίηση των σύγχρονων διαγνωστικών μεθόδων.⁵⁵

Γ. Η ενημέρωση θα εξαρτηθεί από τους παράγοντες όπως: το είδος της ασθένειας, τη δυνατότητα θεραπείας της, την ηλικία καθώς επίσης και το εκπαιδευτικό υπόβαθρο. Βάσει των δικαιωμάτων του ασθενή όπως αυτά ορίζονται από την Αμερικανική Ένωση Νοσοκομείων: « ο ασθενής έχει το δικαίωμα να ενημερώνεται πλήρως από το γιατρό του σε ότι αφορά τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη γνώση και με τρόπο σαφή για να μπορεί να καταλάβει». Επομένως αποσιωπώντας την αλήθεια ουσιαστικά ο ασθενής στερείται το δικαίωμα της ενημέρωσης και επομένως στερείται έτσι και το δικαίωμα να αποφασίζει. Άρα επιστρέφουμε στο παλιό πατερναλιστικό μοντέλο του ασθενή που εξαρτάται από την αυθεντία του γιατρού και του νοσηλευτή.

Σύμφωνα λοιπόν και με τα παραπάνω διαπιστώνεται ότι η αλήθεια δεν μπορεί να λέγεται με εύκολο τρόπο και ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε αυτή την

περίπτωση είναι πολύ δύσκολος. Ωστόσο σημαντικό είναι να αναφερθούν πέντε προϋποθέσεις που πρέπει να τηρούνται και είναι:

1. Κατανοητή πληροφόρηση σχετικά με την διάγνωση.
2. Σταδιακή πληροφόρηση σχετικά με την ασθένεια και τη θεραπεία της.
3. Ενημέρωση σχετικά με την πρόγνωση, αφήνοντας πάντα χώρο για ελπίδα.
4. Κατανόηση των φυσιολογικών συναισθηματικών αντιδράσεων που έχει το οικογενειακό περιβάλλον κατά την περίοδο της διάγνωσης.
5. Πρόσκληση συνεργασίας μεταξύ του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.⁵⁵

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

A. Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή.

B. Πληθυσμός - Δείγμα

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο και απευθύνθηκε σε 158 άτομα (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό) που υπηρετούν σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας τόσο διαζώσης όσο και διαδικτυακά από όλη την Ελλάδα. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 40 ερωτήσεις εκ των οποίων 6 ήταν ανοικτού τύπου και οι υπόλοιπες κλειστού τύπου. Από αυτές 20 ήταν διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ) και οι υπόλοιπες εναλλακτικών απαντήσεων.

Γ. Τύπος και χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν Πανελλαδικά τόσο διαζώσης όσο και διαδικτυακά από τον Σεπτέμβριο έως και το Δεκέμβριο του 2013.

Δ. Συλλογή δεδομένων

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 30 λεπτά της ώρας.

Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

- ο ερωτώμενος να είναι ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που υπηρετεί σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας
- και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:
- μη συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν 158 ερωτηματολόγια.

ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας έρευνας.

Ζ. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS.

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ:

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

Έτσι, οι μεν μετρήσιμες μεταβλητές παρουσιάζονται με το μέσο όρο (mean value) των μετρήσεων τους, την τυπική απόκλιση (standard deviation), την ελάχιστη (min value) και τη μέγιστη (max value) τιμή, οι δε μη μετρήσιμες μεταβλητές (βαθμωτές, διχοτομικές ή κατηγορικές) παρουσιάζονται με τη συχνότητα (απόλυτος αριθμός) εμφάνισης της απάντησης καθώς και με τη σχετική συχνότητα (ποσοστιαία αναλογία) εμφάνισης της κάθε τιμής της μεταβλητής.

Ο έλεγχος της κανονικότητας ή μη των κατανομών των παρατηρήσεων, τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και στις διάφορες υποομάδες, έγινε με τη μέθοδο των Kolmogorov - Smirnov.

2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ:

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων (πίνακες διπλής εισόδου) που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Ο στατιστικός έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των διαφορών που παρατηρήθηκαν μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων ήταν το χ^2 -test (Chi-square test με ή χωρίς το διορθωτικό παράγοντα κατά Yates).

Για τον έλεγχο των συσχετίσεων μεταξύ των διάφορων παραμέτρων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r) (Spearman rank order correlation coefficient). Οι τιμές που μπορεί να λάβει ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman ανήκουν στο διάστημα $[-1, +1]$. Οι τιμές $+1$, -1 αντιστοιχούν σε τέλεια συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών, ενώ η τιμή 0 αντιστοιχεί σε πλήρη έλλειψη συσχέτισης μεταξύ των δύο υπό εξέταση μεταβλητών. Θετικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως οι δύο μεταβλητές αυξάνονται ή μειώνονται με τον ίδιο τρόπο (ταυτόχρονα), ενώ αρνητικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως όταν η μία μεταβλητή αυξάνει η άλλη ελαττώνεται.

Κατά τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων οι διαφορές και συσχετίσεις που προκύπτουν θεωρούνται στατιστικά σημαντικές αν και μόνο αν αντιστοιχούν σε πιθανότητα $p < 0,05$ (όπως αυτή προκύπτει από τον αντίστοιχο κάθε φορά στατιστικό έλεγχο).

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS για Windows.

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την έρευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 158 άτομα, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που υπηρετεί σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψαν τα ακόλουθα:

Η ηλικία των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 20 έτη και 58 έτη, με μέσο όρο τα 36,8 έτη και τυπική απόκλιση τα 7,1 έτη (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Ηλικία ερωτηθέντων.

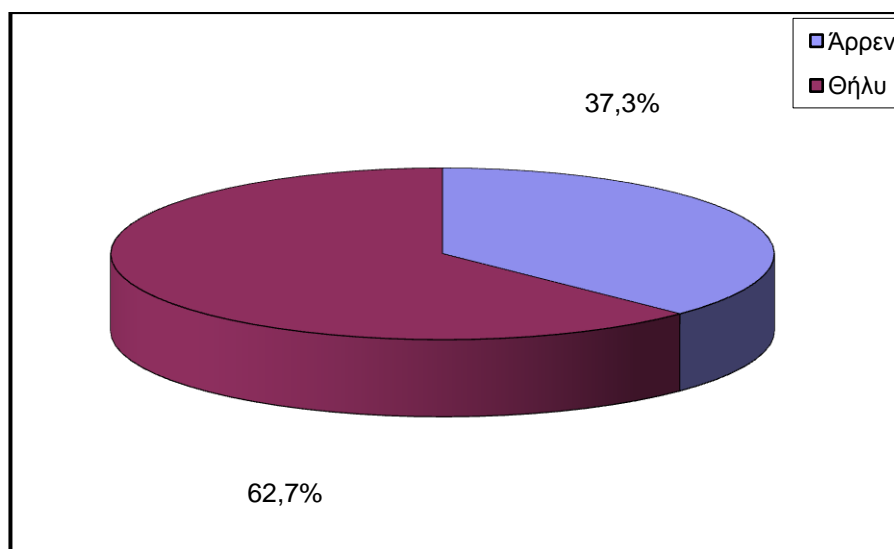
Ηλικία ερωτηθέντων	N=158
Μέσος όρος	36,8
Τυπική απόκλιση	7,1
Ελάχιστο	20
Μέγιστο	58

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (99 άτομα – ποσοστό 62,7%) ήταν γυναίκες ενώ το υπόλοιπο 37,2% (59 άτομα) άνδρες (Πίνακας 2, Σχήμα 1).

Πίνακας 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο.

Φύλο ερωτηθέντων	N=158	Percent (%)
Άρρεν	59	37,3
Θήλυ	99	62,7

Σχήμα 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο.

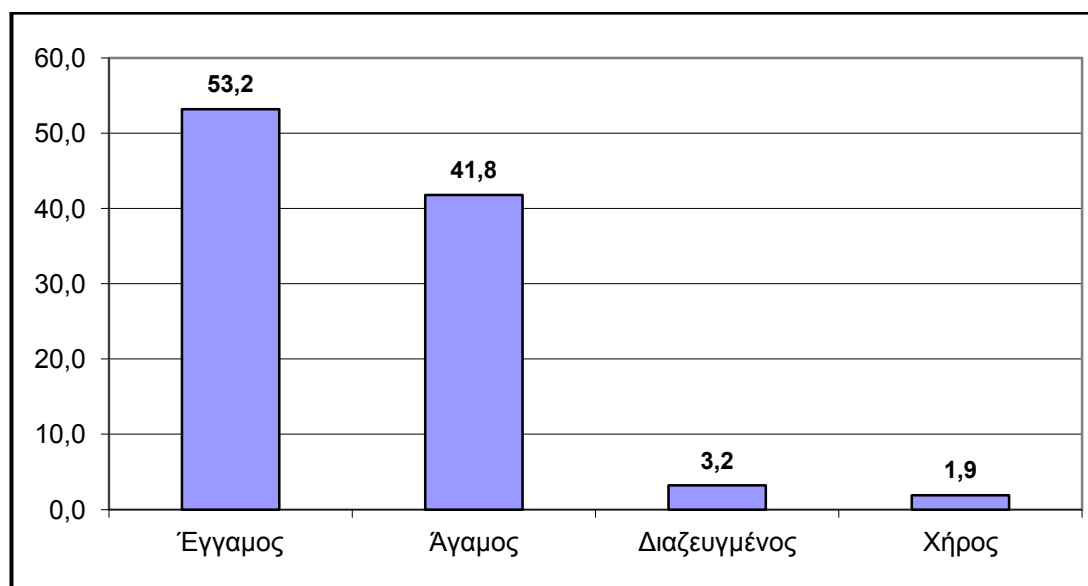


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (84 άτομα – ποσοστό 53,2%) δήλωσαν ότι είναι έγγαμοι, άλλα 66 άτομα (ποσοστό 41,8%) δήλωσαν άγαμοι και άλλα 5 άτομα (ποσοστό 3,2%) δήλωσαν ότι είναι διαζευγμένοι. Τέλος, τα υπόλοιπα 3 άτομα (ποσοστό 1,9%) δήλωσαν ότι είναι χήροι (Πίνακας 3, Σχήμα 2).

Πίνακας 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση.

Οικογενειακή κατάσταση	N=158	Percent (%)
Έγγαμος	84	53,2
Άγαμος	66	41,8
Διαζευγμένος	5	3,2
Χήρος	3	1,9

Σχήμα 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση.

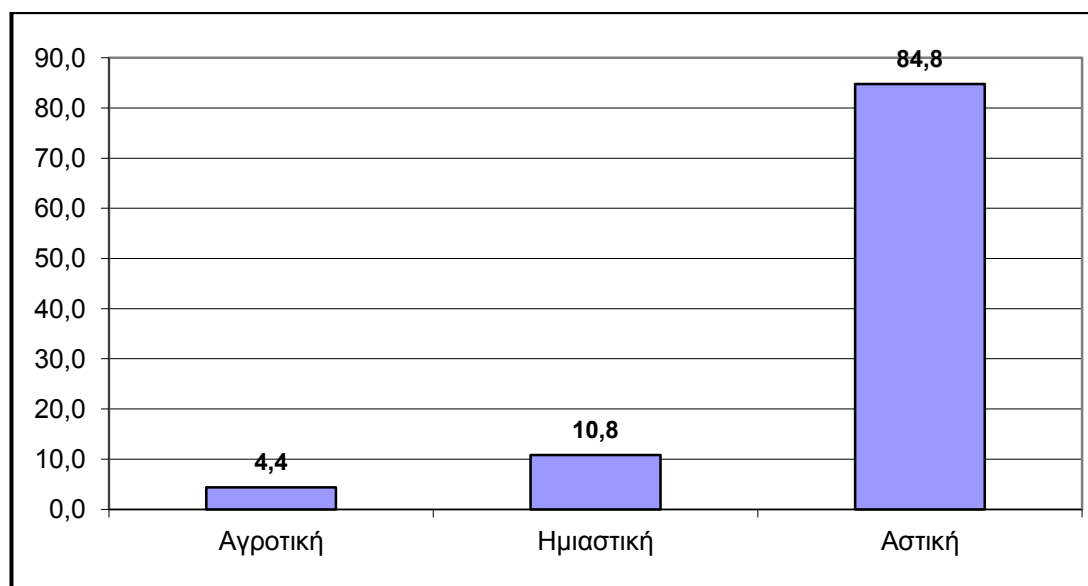


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (134 άτομα – ποσοστό 84,8%) δήλωσε ως τόπο μόνιμης κατοικίας κάποια αστική περιοχή και άλλα 17 άτομα (ποσοστό 10,8%) δήλωσε ως τόπο μόνιμης κατοικίας κάποια ημιαστική περιοχή ενώ τα υπόλοιπα 7 άτομα (ποσοστό 4,4%) δήλωσαν ως τόπο μόνιμης κατοικίας διαμονής κάποια αγροτική περιοχή (Πίνακας 4, Σχήμα 3).

Πίνακας 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τόπο μόνιμης κατοικίας.

Τόπος μόνιμης κατοικίας ερωτηθέντων	N=158	Percent (%)
Αγροτική	7	4,4
Ημιαστική	17	10,8
Αστική	134	84,8

Σχήμα 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον τόπο μόνιμης κατοικίας.

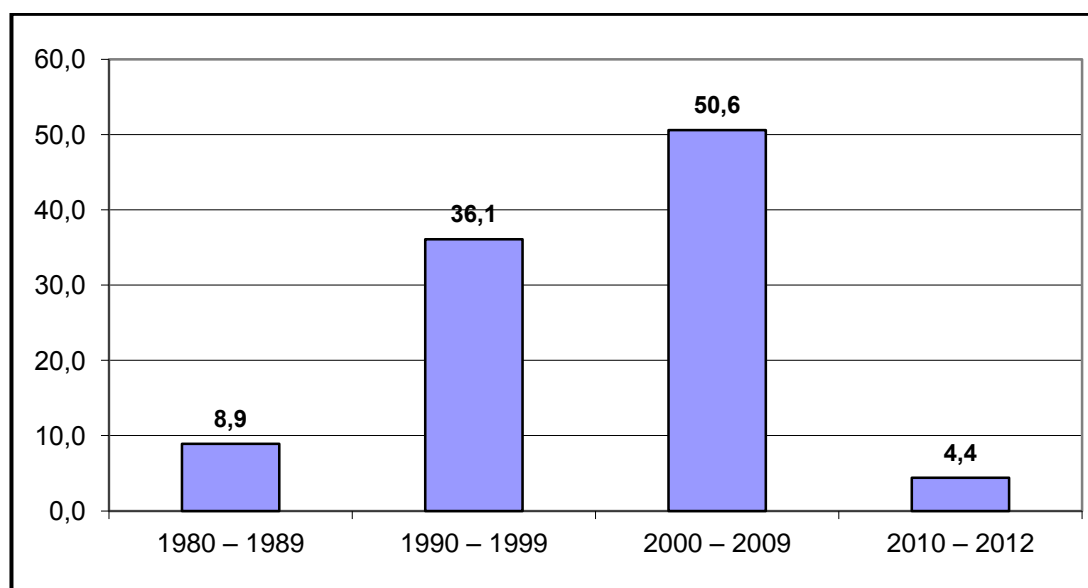


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (80 άτομα – ποσοστό 50,6%) δήλωσαν ότι πήραν πτυχίο μεταξύ 2000 και 2009, άλλα 57 άτομα (ποσοστό 36,1%) δήλωσαν ότι πήραν πτυχίο μεταξύ 1990 και 1999 και άλλα 14 άτομα (ποσοστό 8,9%) δήλωσαν ότι πήραν πτυχίο μεταξύ 1980 και 1989. Τέλος, τα υπόλοιπα 7 άτομα (ποσοστό 4,4%) δήλωσαν ότι πήραν πτυχίο μεταξύ 2010 και 2012 (Πίνακας 5, Σχήμα 4).

Πίνακας 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το έτος κτήσης πτυχίου.

Έτος κτήσης πτυχίου	N=158	Percent (%)
1980 – 1989	14	8,9
1990 – 1999	57	36,1
2000 – 2009	80	50,6
2010 – 2012	7	4,4

Σχήμα 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το έτος κτήσης πτυχίου.

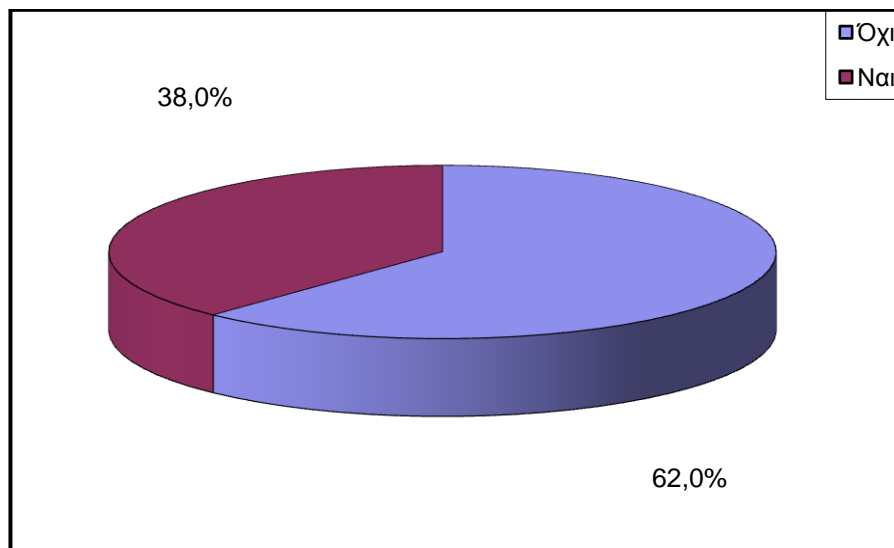


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (98 άτομα – ποσοστό 62,0%) δήλωσε ότι δεν έχει κάνει μεταπτυχιακές σπουδές ενώ το υπόλοιπο 38,0% (60 άτομα) δήλωσε ότι έχει κάνει (Πίνακας 6, Σχήμα 5).

Πίνακας 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν κάνει μεταπτυχιακές σπουδές.

Έχετε κάνει μεταπτυχιακές σπουδές;	N=158	Percent (%)
Όχι	98	62,0
Ναι	60	38,0

Σχήμα 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν κάνει μεταπτυχιακές σπουδές.

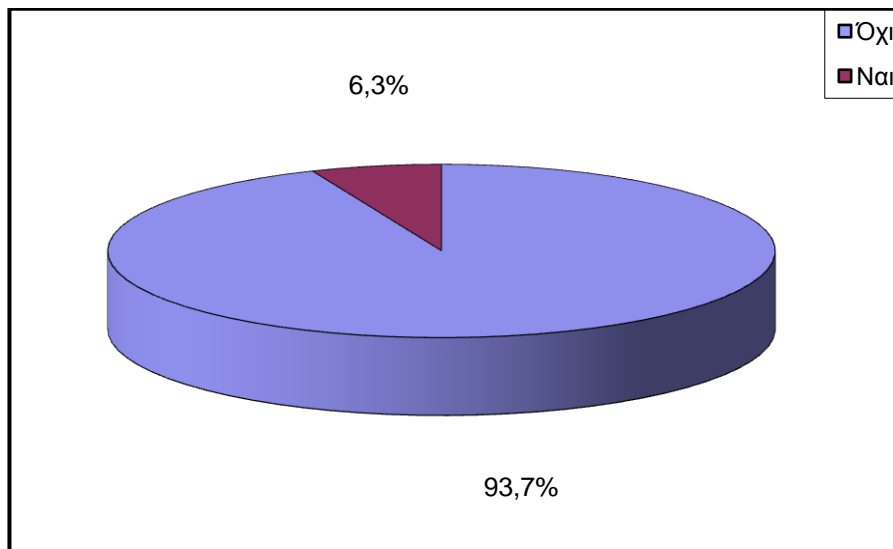


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (148 άτομα – ποσοστό 93,7%) δήλωσε ότι δεν έχει διδακτορικό δίπλωμα ενώ το υπόλοιπο 6,3% (10 άτομα) δήλωσε ότι έχει (Πίνακας 7, Σχήμα 6).

Πίνακας 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν διδακτορικό δίπλωμα.

Έχετε διδακτορικό δίπλωμα;	N=158	Percent (%)
Όχι	148	93,7
Ναι	10	6,3

Σχήμα 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν διδακτορικό δίπλωμα.

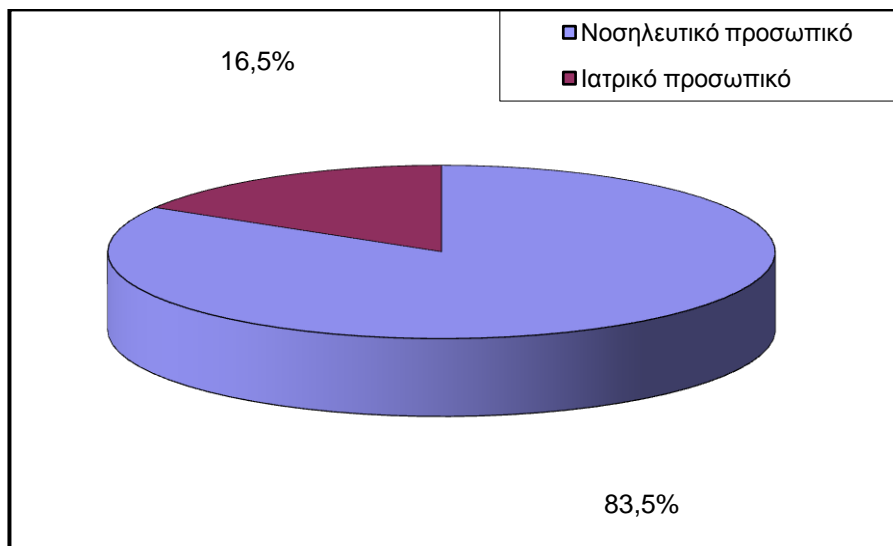


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (132 άτομα – ποσοστό 83,5%) ανήκαν στο νοσηλευτικό προσωπικό ενώ το υπόλοιπο 16,5% (26 άτομα) ανήκαν στο ιατρικό προσωπικό (Πίνακας 8, Σχήμα 7).

Πίνακας 8: Κατανομή ερωτηθέντων.

Ερωτώμενοι	N=158	Percent (%)
Νοσηλευτικό προσωπικό	132	83,5
Ιατρικό προσωπικό	26	16,5

Σχήμα 7: Κατανομή ερωτηθέντων.

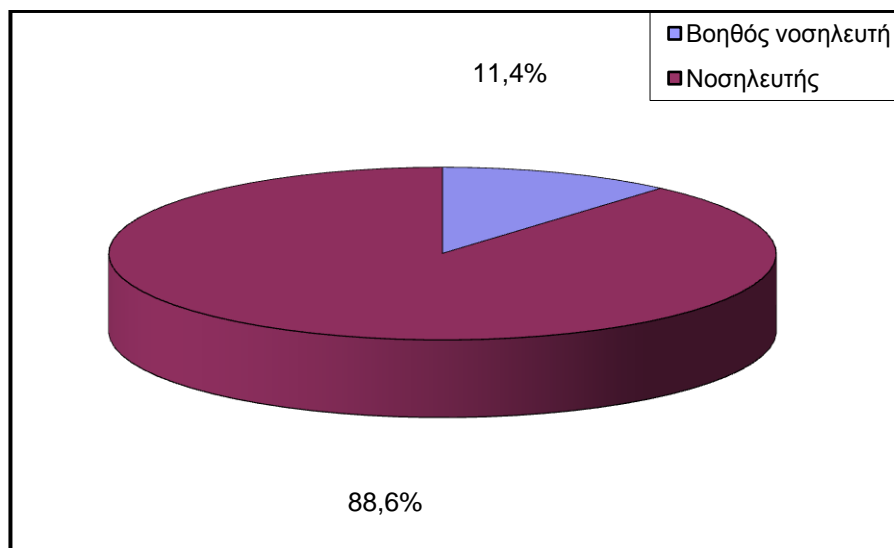


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων που ανήκαν στο νοσηλευτικό προσωπικό (117 άτομα – ποσοστό 88,6%) δήλωσε ότι είναι Νοσηλεύτης ενώ το υπόλοιπο 11,4% (15 άτομα) δήλωσε ότι είναι Βοηθός νοσηλευτή (Πίνακας 9, Σχήμα 8). Από αυτούς οι 6 (ποσοστό 4,5%) δήλωσαν ότι είναι αναπληρωτές προϊστάμενοι και άλλοι 3 (ποσοστό 4,3%) ότι είναι προϊστάμενοι.

Πίνακας 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την εκπαίδευση.

Εκπαίδευση νοσηλευτικού προσωπικού	N=132	Percent (%)
Βοηθός νοσηλευτή	15	11,4
Νοσηλεύτης	117	88,6

Σχήμα 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την εκπαίδευση.

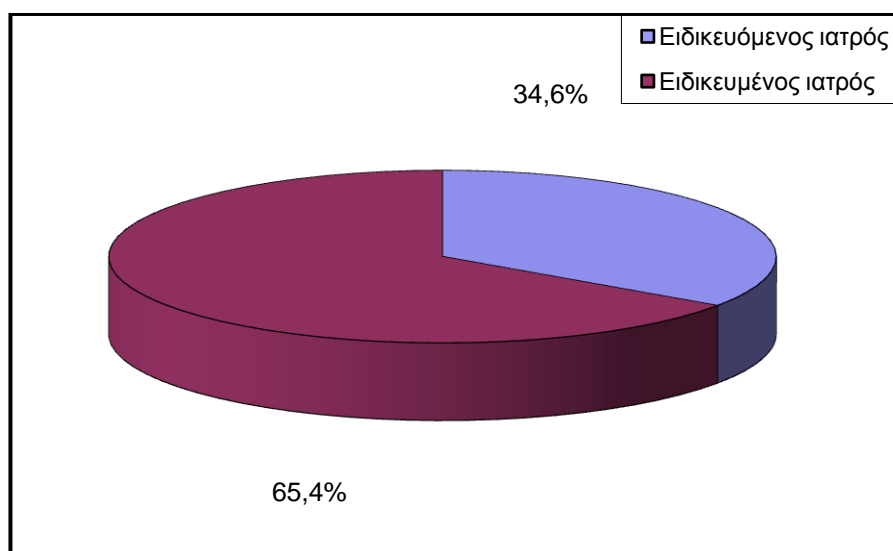


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων που ανήκαν στο ιατρικό προσωπικό (17 άτομα – ποσοστό 65,4%) δήλωσε ότι είναι ειδικευόμενος ιατρός ενώ το υπόλοιπο 34,6% (9 άτομα) δήλωσε ότι είναι ειδικευμένος ιατρός (Πίνακας 10, Σχήμα 9). Από αυτούς οι 5 (ποσοστό 19,2%) δήλωσαν ότι είναι Επιμελητές Α και άλλοι τόσοι Επιμελητές Β και άλλος 1 (ποσοστό 3,5%) ότι είναι Διευθυντής.

Πίνακας 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την εκπαίδευση.

Εκπαίδευση ιατρικού προσωπικού	N=26	Percent (%)
Ειδικευόμενος ιατρός	9	34,6
Ειδικευμένος ιατρός	17	65,4

Σχήμα 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την εκπαίδευση.



Η προϋπηρεσία των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 1 έτους και 31 έτη, με μέσο όρο τα 11,6 έτη και τυπική απόκλιση τα 6,9 έτη (Πίνακας 11).

Πίνακας 11: Προϋπηρεσία ερωτηθέντων.

Προϋπηρεσία ερωτηθέντων	N=158
Μέσος όρος	11,6
Τυπική απόκλιση	6,9
Ελάχιστο	1
Μέγιστο	31

Τα έτη εργασίας σε ΜΕΘ των ερωτηθέντων κυμάνθηκαν μεταξύ 1 έτους και 26 ετών, με μέσο όρο τα 7,6 έτη και τυπική απόκλιση τα 6,2 έτη (Πίνακας 12).

Πίνακας 12: Έτη εργασίας σε ΜΕΘ των ερωτηθέντων.

Έτη εργασίας σε ΜΕΘ των ερωτηθέντων	N=158
Μέσος όρος	7,6
Τυπική απόκλιση	6,2
Ελάχιστο	1
Μέγιστο	26

Η αναλογία μεταξύ Ιατρών – Ασθενών στη ΜΕΘ που εργάζονται σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 0,1 (1 προς 10) και 1,0 (1 προς 1), με μέσο όρο 0,38 (1 προς 2,5 έως 3) και τυπική απόκλιση 0,24 (Πίνακας 13).

Πίνακας 13: Αναλογία μεταξύ Ιατρών – Ασθενών στη ΜΕΘ που εργάζονται.

Αναλογία μεταξύ Ιατρών – Ασθενών στη ΜΕΘ που εργάζεστε;	N=158
Μέσος όρος	0,38 (1 προς 2,5 έως 3)
Τυπική απόκλιση	0,24
Ελάχιστο	0,1 (1 προς 10)
Μέγιστο	1,0 (1 προς 1)

Αντίστοιχα, η αναλογία μεταξύ Νοσηλευτών – Ασθενών στη ΜΕΘ που εργάζονται σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 0,11 (1 προς 9) και 1,0 (1 προς 1), με μέσο όρο 0,38 (1 προς 2,5 έως 3) και τυπική απόκλιση 0,15 (Πίνακας 14).

Πίνακας 14: Αναλογία μεταξύ Νοσηλευτών – Ασθενών στη ΜΕΘ που εργάζονται.

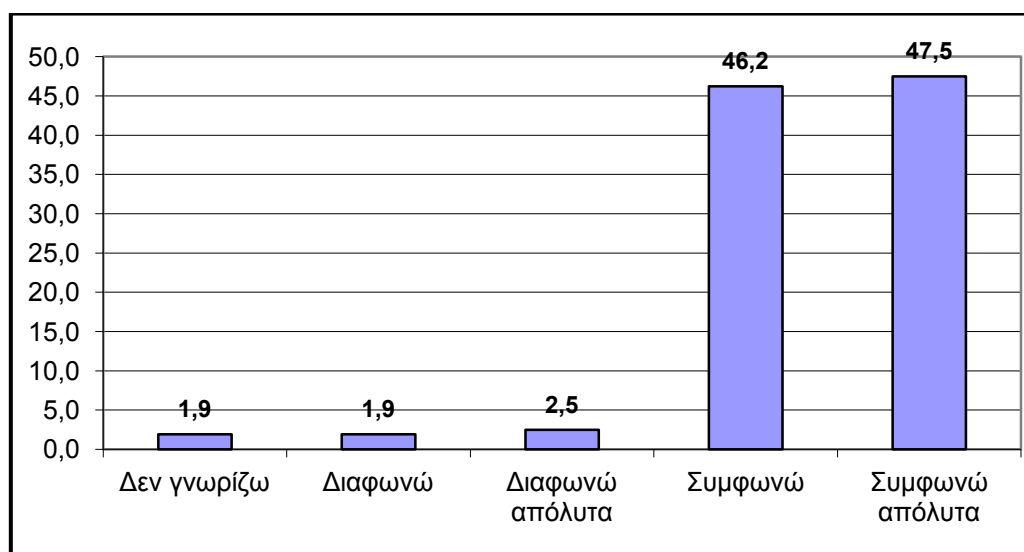
Αναλογία μεταξύ Νοσηλευτών – Ασθενών στη ΜΕΘ που εργάζεστε;	N=158
Μέσος όρος	0,38 (1 προς 2,5 έως 3)
Τυπική απόκλιση	0,15
Ελάχιστο	0,11 (1 προς 9)
Μέγιστο	1,0 (1 προς 1)

Ένα σημαντικά υψηλό ποσοστό των ερωτηθέντων (148 άτομα – ποσοστό 93,7%) δήλωσαν «Συμφωνώ» και «Συμφωνώ απόλυτα» ότι θα συνέχιζαν να παρέχουν φροντίδα σε ασθενή ο οποίος διατηρείται στη ζωή με μηχανική υποστήριξη όταν δεν έχει αποφασισθεί η διακοπή της θεραπευτικής αγωγής, ενώ αντίθετα 7 άτομα (ποσοστό 4,4%) δήλωσαν «Διαφωνώ» και «Διαφωνώ απόλυτα» και άλλα 3 άτομα (ποσοστό 1,9%) δήλωσαν «Δεν γνωρίζω» (Πίνακας 15, Σχήμα 10).

Πίνακας 15: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θα συνέχιζαν να παρέχουν φροντίδα σε ασθενή ο οποίος διατηρείται στη ζωή με μηχανική υποστήριξη όταν δεν έχει αποφασισθεί η διακοπή της θεραπευτικής αγωγής.

Θα συνεχίζατε να παρέχετε φροντίδα σε ασθενή ο οποίος διατηρείται στη ζωή με μηχανική υποστήριξη όταν δεν έχει αποφασισθεί η διακοπή της θεραπευτικής αγωγής;	N=158	Percent (%)
Δεν γνωρίζω	3	1,9
Διαφωνώ	3	1,9
Διαφωνώ απόλυτα	4	2,5
Συμφωνώ	73	46,2
Συμφωνώ απόλυτα	75	47,5

Σχήμα 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θα συνέχιζαν να παρέχουν φροντίδα σε ασθενή ο οποίος διατηρείται στη ζωή με μηχανική υποστήριξη όταν δεν έχει αποφασισθεί η διακοπή της θεραπευτικής αγωγής.

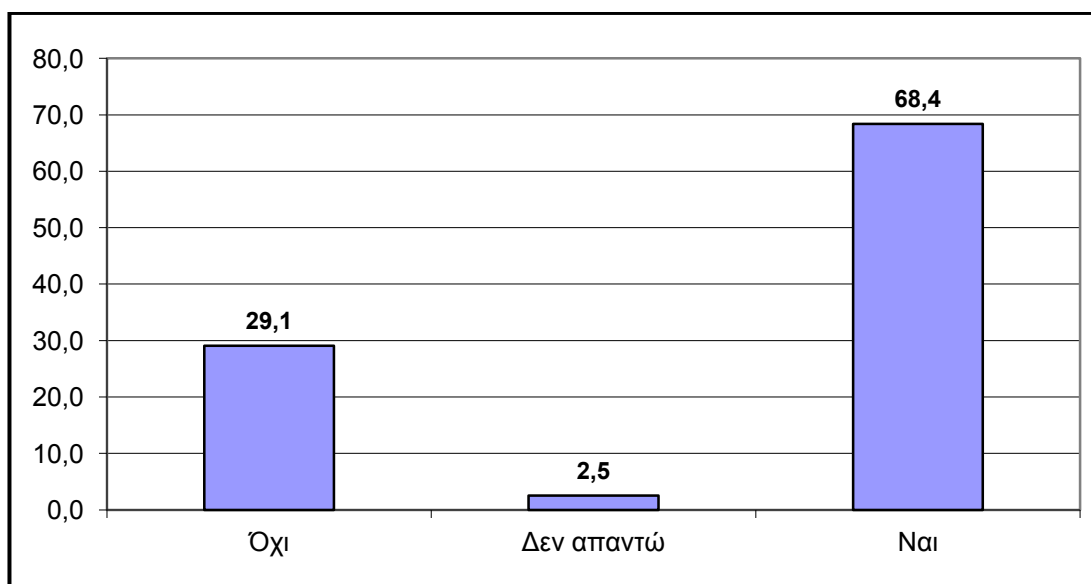


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (108 άτομα – ποσοστό 68,4%) δήλωσε ότι αντιμετωπίζει όλες τις ηλικίες ασθενών με μηχανική υποστήριξη με τον ίδιο τρόπο και άλλα 4 άτομα (ποσοστό 2,5%) δεν θέλησαν να απαντήσουν. Αντίθετα, τα υπόλοιπα 46 άτομα (ποσοστό 29,1%) δήλωσαν ότι δεν αντιμετωπίζουν όλες τις ηλικίες ασθενών με μηχανική υποστήριξη με τον ίδιο τρόπο (Πίνακας 16, Σχήμα 11).

Πίνακας 16: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν αντιμετωπίζουν όλες τις ηλικίες ασθενών με μηχανική υποστήριξη με τον ίδιο τρόπο.

Αντιμετωπίζονται όλες οι ηλικίες ασθενών με μηχανική υποστήριξη με τον ίδιο τρόπο;	N=158	Percent (%)
Όχι	46	29,1
Δεν απαντώ	4	2,5
Ναι	108	68,4

Σχήμα 11: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν αντιμετωπίζουν όλες τις ηλικίες ασθενών με μηχανική υποστήριξη με τον ίδιο τρόπο.

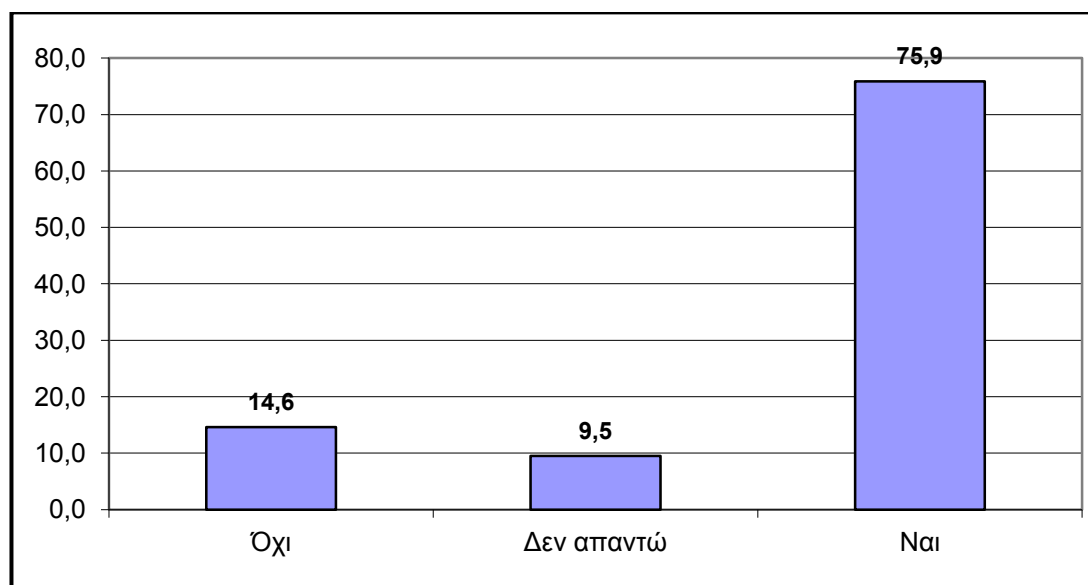


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (120 άτομα – ποσοστό 75,9%) δήλωσε ότι ακολουθεί τις οδηγίες για τα αναλγητικά φάρμακα, ακόμα και όταν τα φάρμακα που χορηγούν δεν ανακουφίζουν από τον πόνο και άλλα 15 άτομα (ποσοστό 9,5%) δεν θέλησαν να απαντήσουν. Αντίθετα, τα υπόλοιπα 23 άτομα (ποσοστό 14,6%) δήλωσαν ότι δεν ακολουθούν τις οδηγίες για τα αναλγητικά φάρμακα, όταν τα φάρμακα που χορηγούν δεν ανακουφίζουν από τον πόνο (Πίνακας 17, Σχήμα 12).

Πίνακας 17: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν ακολουθούν τις οδηγίες για τα αναλγητικά φάρμακα, ακόμα και όταν τα φάρμακα που χορηγούν δεν ανακουφίζουν από τον πόνο.

Ακολουθείτε τις οδηγίες για τα αναλγητικά φάρμακα, ακόμα και όταν τα φάρμακα που χορηγούνται δεν ανακουφίζουν από τον πόνο;	N=158	Percent (%)
Όχι	23	14,6
Δεν απαντώ	15	9,5
Ναι	120	75,9

Σχήμα 12: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν ακολουθούν τις οδηγίες για τα αναλγητικά φάρμακα, ακόμα και όταν τα φάρμακα που χορηγούν δεν ανακουφίζουν από τον πόνο.

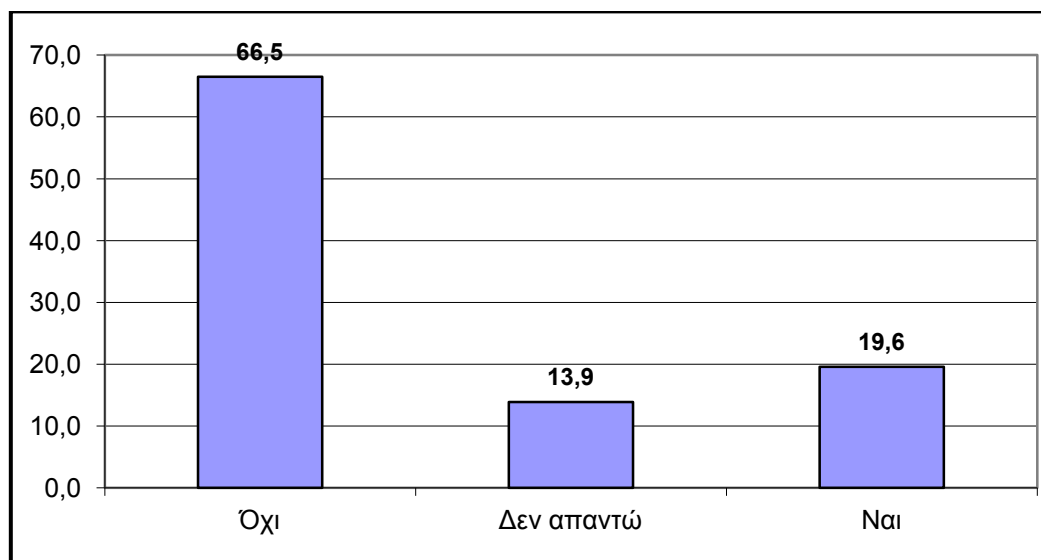


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (105 άτομα – ποσοστό 66,5%) δήλωσε ότι δεν αυξάνει τη δόση της αναλγησίας – καταστολής σε έναν ασθενή με μηχανική υποστήριξη και άλλα 22 άτομα (ποσοστό 13,9%) δεν θέλησαν να απαντήσουν. Αντίθετα, τα υπόλοιπα 31 άτομα (ποσοστό 19,6%) δήλωσαν ότι αυξάνουν τη δόση της αναλγησίας – καταστολής σε έναν ασθενή με μηχανική υποστήριξη με σκοπό να τον απαλλάξουν από τον πόνο το γρηγορότερο ακόμα και με κίνδυνο η αύξηση αυτή να επιφέρει τον θάνατο (Πίνακας 18, Σχήμα 13).

Πίνακας 18: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν αυξάνουν τη δόση της αναλγησίας – καταστολής σε έναν ασθενή με μηχανική υποστήριξη με σκοπό να τον απαλλάξουν από τον πόνο το γρηγορότερο ακόμα και με κίνδυνο η αύξηση αυτή να επιφέρει τον θάνατο.

Αυξάνετε τη δόση της αναλγησίας – καταστολής σε έναν ασθενή με μηχανική υποστήριξη με σκοπό να τον απαλλάξετε από τον πόνο το γρηγορότερο ακόμα και με κίνδυνο η αύξηση αυτή να επιφέρει τον θάνατο;	N=158	Percent (%)
Όχι	105	66,5
Δεν απαντώ	22	13,9
Ναι	31	19,6

Σχήμα 13: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν αυξάνουν τη δόση της αναλγησίας – καταστολής σε έναν ασθενή με μηχανική υποστήριξη με σκοπό να τον απαλλάξουν από τον πόνο το γρηγορότερο ακόμα και με κίνδυνο η αύξηση αυτή να επιφέρει τον θάνατο.

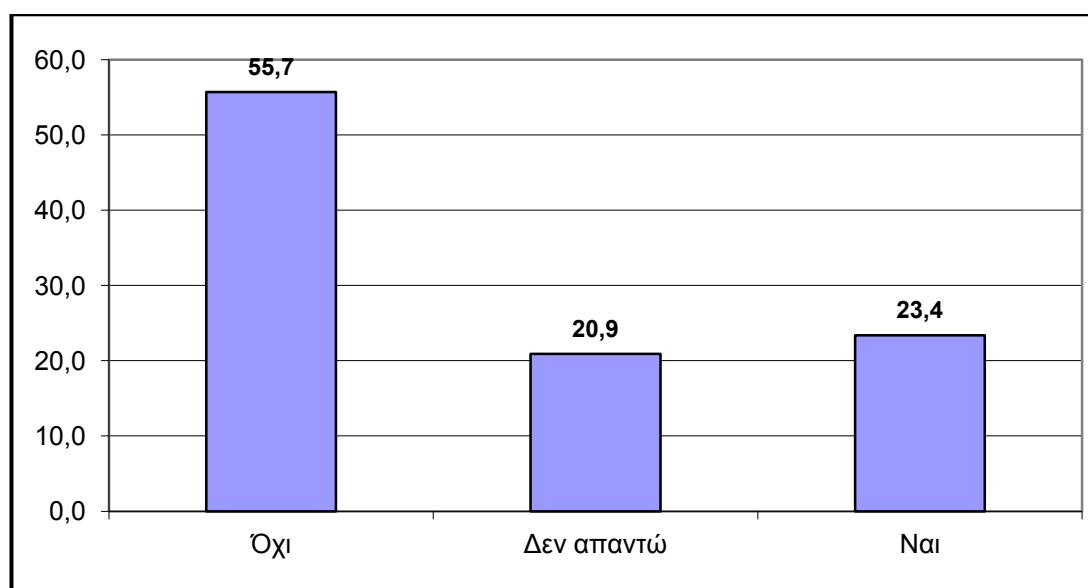


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (88 άτομα – ποσοστό 55,7%) δήλωσε ότι δεν συνεχίζει τη θεραπευτική αγωγή σε ασθενή με ανίατη νόσο για λόγους εκπαιδευτικούς – ερευνητικούς και άλλα 33 άτομα (ποσοστό 20,9%) δεν θέλησαν να απαντήσουν. Αντίθετα, τα υπόλοιπα 37 άτομα (ποσοστό 23,4%) δήλωσαν ότι συνεχίζουν τη θεραπευτική αγωγή σε ασθενή με ανίατη νόσο για λόγους εκπαιδευτικούς – ερευνητικούς (Πίνακας 19, Σχήμα 14).

Πίνακας 19: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν συνεχίζουν τη θεραπευτική αγωγή σε ασθενή με ανίατη νόσο για λόγους εκπαιδευτικούς – ερευνητικούς.

Συνεχίζετε τη θεραπευτική αγωγή σε ασθενή με ανίατη νόσο για λόγους εκπαιδευτικούς – ερευνητικούς;	N=158	Percent (%)
Όχι	88	55,7
Δεν απαντώ	33	20,9
Ναι	37	23,4

Σχήμα 14: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν συνεχίζουν τη θεραπευτική αγωγή σε ασθενή με ανίατη νόσο για λόγους εκπαιδευτικούς – ερευνητικούς.

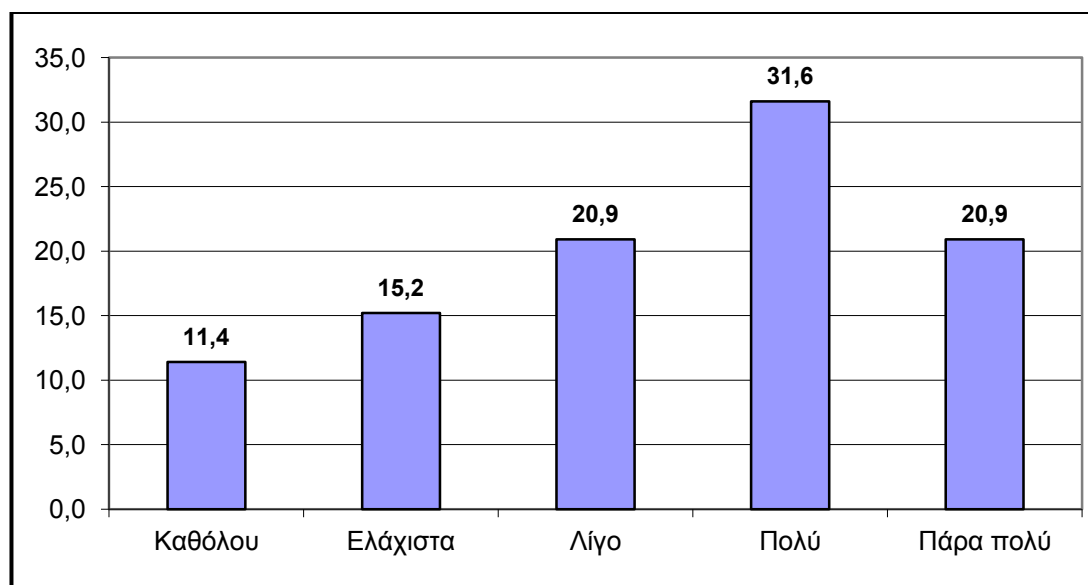


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (83 άτομα – ποσοστό 52,5%) δήλωσαν «Πολύ» και «Πάρα πολύ» ότι συζητούν με την οικογένεια για την κατάσταση του ασθενούς όταν αρχίζει να επιδεινώνεται, ενώ αντίθετα 42 άτομα (ποσοστό 26,6%) δήλωσαν «Καθόλου» και «Ελάχιστα» και άλλα 33 άτομα (ποσοστό 20,9%) δήλωσαν «Λίγο» (Πίνακας 20, Σχήμα 15).

Πίνακας 20: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν συζητούν με την οικογένεια για την κατάσταση του ασθενούς όταν αρχίζει να επιδεινώνεται.

Συζητάτε με την οικογένεια για την κατάσταση του ασθενούς όταν αρχίζει να επιδεινώνεται;	N=158	Percent (%)
Καθόλου	18	11,4
Ελάχιστα	24	15,2
Λίγο	33	20,9
Πολύ	50	31,6
Πάρα πολύ	33	20,9

Σχήμα 15: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν συζητούν με την οικογένεια για την κατάσταση του ασθενούς όταν αρχίζει να επιδεινώνεται.

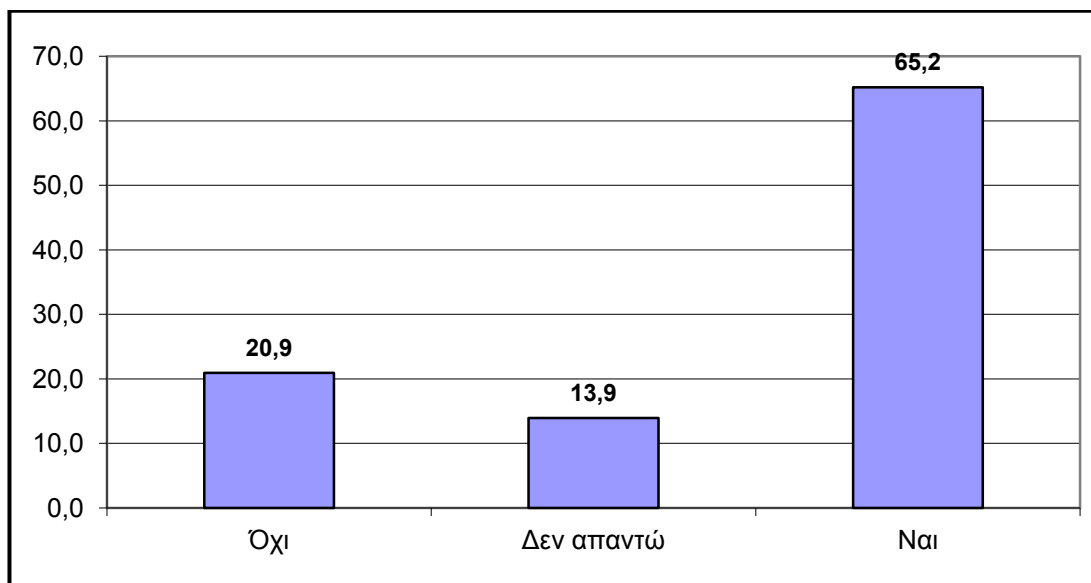


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (103 άτομα – ποσοστό 65,2%) δήλωσε ότι συμμετέχει σε πράξεις που πιστεύει ότι θα βοηθήσουν τον ασθενή έστω και αν επιστημονικά έχουν οδηγηθεί σε ανεπιτυχή αποτελέσματα και άλλα 22 άτομα (ποσοστό 13,9%) δεν θέλησαν να απαντήσουν. Αντίθετα, τα υπόλοιπα 33 άτομα (ποσοστό 20,9%) δήλωσαν ότι δεν συμμετέχουν σε πράξεις που πιστεύουν ότι θα βοηθήσουν τον ασθενή αν επιστημονικά έχουν οδηγηθεί σε ανεπιτυχή αποτελέσματα (Πίνακας 21, Σχήμα 16).

Πίνακας 21: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν συμμετέχουν σε πράξεις που πιστεύουν ότι θα βοηθήσουν τον ασθενή έστω και αν επιστημονικά έχουν οδηγηθεί σε ανεπιτυχή αποτελέσματα.

Συμμετέχετε σε πράξεις που πιστεύετε ότι θα βοηθήσουν τον ασθενή έστω και αν επιστημονικά έχουν οδηγηθεί σε ανεπιτυχή αποτελέσματα;	N=158	Percent (%)
Όχι	33	20,9
Δεν απαντώ	22	13,9
Ναι	103	65,2

Σχήμα 16: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν συμμετέχουν σε πράξεις που πιστεύουν ότι θα βοηθήσουν τον ασθενή έστω και αν επιστημονικά έχουν οδηγηθεί σε ανεπιτυχή αποτελέσματα.

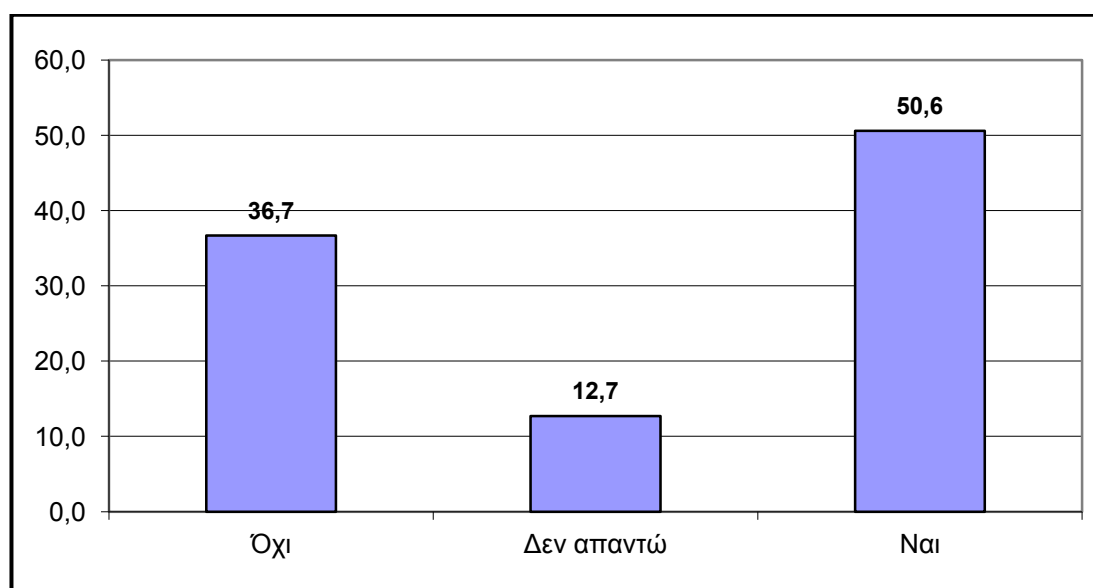


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (80 άτομα – ποσοστό 50,6%) δήλωσε ότι έχει προβεί σε πράξεις που πιθανόν να είναι αντίθετες με τα προσωπικά του πιστεύω ή τις απόψεις του ασθενούς και της οικογένειάς του και άλλα 20 άτομα (ποσοστό 12,7%) δεν θέλησαν να απαντήσουν. Αντίθετα, τα υπόλοιπα 58 άτομα (ποσοστό 36,7%) δήλωσαν ότι δεν έχουν προβεί σε πράξεις που πιθανόν να είναι αντίθετες με τα προσωπικά τους πιστεύω ή τις απόψεις του ασθενούς και της οικογένειάς του (Πίνακας 22, Σχήμα 17).

Πίνακας 22: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν προβεί σε πράξεις που πιθανόν να είναι αντίθετες με τα προσωπικά τους πιστεύω ή τις απόψεις του ασθενούς και της οικογένειάς του.

Έχετε προβεί σε πράξεις που πιθανόν να είναι αντίθετες με τα προσωπικά σας πιστεύω ή τις απόψεις του ασθενούς και της οικογένειάς του;	N=158	Percent (%)
Όχι	58	36,7
Δεν απαντώ	20	12,7
Ναι	80	50,6

Σχήμα 17: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν προβεί σε πράξεις που πιθανόν να είναι αντίθετες με τα προσωπικά τους πιστεύω ή τις απόψεις του ασθενούς και της οικογένειάς του.

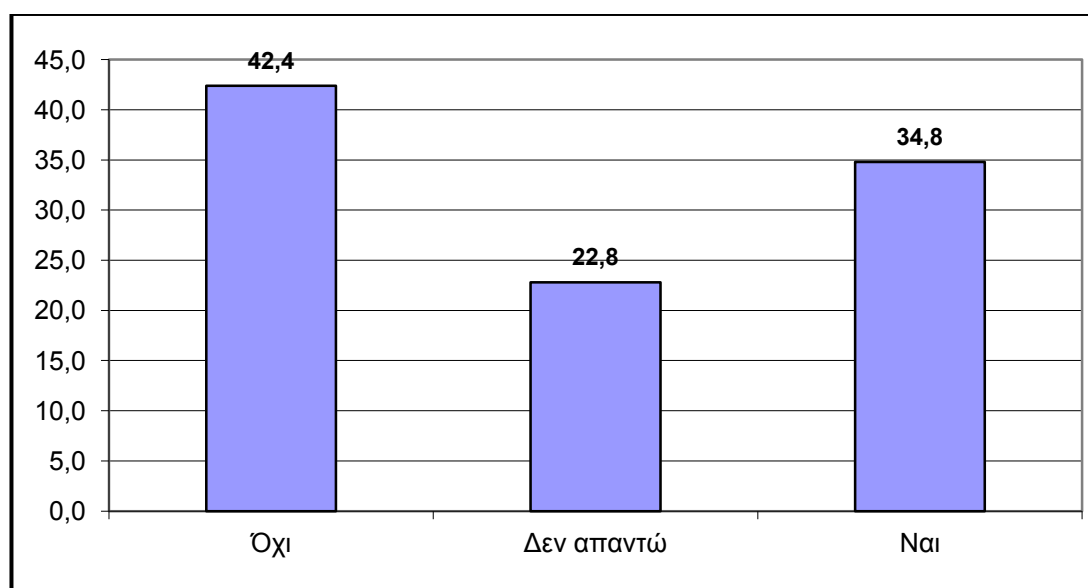


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (67 άτομα – ποσοστό 42,4%) δήλωσε ότι δεν συζητά με την οικογένεια του ασθενούς για τη δωρεά οργάνων, όταν ο θάνατος είναι κλινικά αναπόφευκτος και άλλα 36 άτομα (ποσοστό 22,8%) δεν θέλησαν να απαντήσουν. Αντίθετα, τα υπόλοιπα 55 άτομα (ποσοστό 34,8%) δήλωσαν ότι συζητούν με την οικογένεια του ασθενούς για τη δωρεά οργάνων, όταν ο θάνατος είναι κλινικά αναπόφευκτος (Πίνακας 23, Σχήμα 18).

Πίνακας 23: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν συζητούν με την οικογένεια του ασθενούς για τη δωρεά οργάνων, όταν ο θάνατος είναι κλινικά αναπόφευκτος.

Συζητάτε με την οικογένεια του ασθενούς για τη δωρεά οργάνων, όταν ο θάνατος είναι κλινικά αναπόφευκτος;	N=158	Percent (%)
Όχι	67	42,4
Δεν απαντώ	36	22,8
Ναι	55	34,8

Σχήμα 18: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν συζητούν με την οικογένεια του ασθενούς για τη δωρεά οργάνων, όταν ο θάνατος είναι κλινικά αναπόφευκτος.

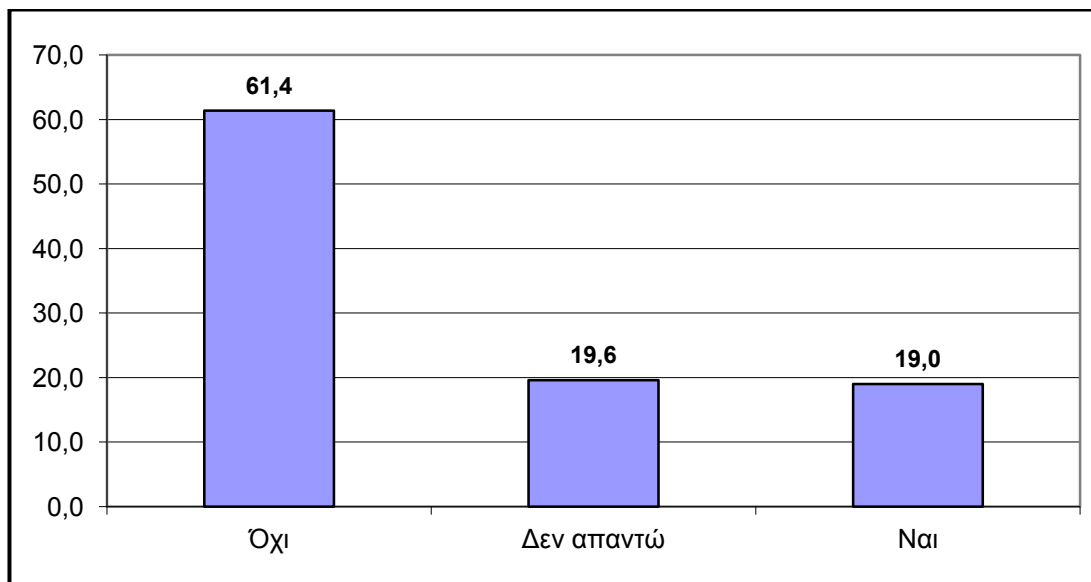


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (97 άτομα – ποσοστό 61,4%) δήλωσε ότι δεν συζητά με τον ασθενή για τη δωρεά οργάνων του, προκειμένου να έχουν την συγκατάθεση του και άλλα 31 άτομα (ποσοστό 19,6%) δεν θέλησαν να απαντήσουν. Αντίθετα, τα υπόλοιπα 30 άτομα (ποσοστό 19,0%) δήλωσαν ότι συζητούν με τον ασθενή για τη δωρεά οργάνων του, προκειμένου να έχουν την συγκατάθεση του (Πίνακας 24, Σχήμα 19).

Πίνακας 24: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν συζητούν με τον ασθενή για τη δωρεά οργάνων του, προκειμένου να έχουν την συγκατάθεση του.

Συζητάτε με τον ασθενή για τη δωρεά οργάνων του, προκειμένου να έχετε την συγκατάθεση του;	N=158	Percent (%)
Όχι	97	61,4
Δεν απαντώ	31	19,6
Ναι	30	19,0

Σχήμα 19: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν συζητούν με τον ασθενή για τη δωρεά οργάνων του, προκειμένου να έχουν την συγκατάθεση του.

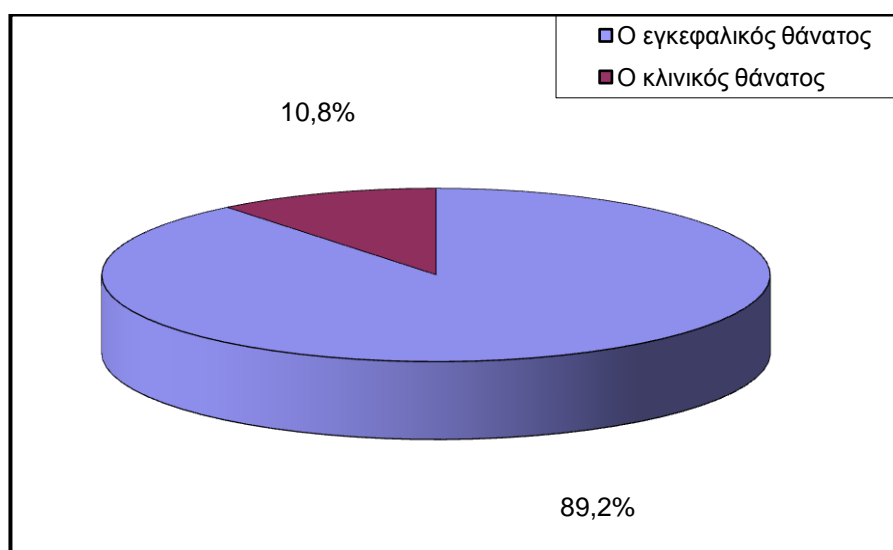


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (141 άτομα – ποσοστό 89,2%) θεωρεί ότι η λήψη οργάνων για μεταμόσχευση γίνεται όταν διαπιστωθεί ο εγκεφαλικός θάνατος ενώ το υπόλοιπο 10,8% (17 άτομα) θεωρεί ότι η λήψη γίνεται όταν διαπιστωθεί ο κλινικός θάνατος (Πίνακας 25, Σχήμα 20).

Πίνακας 25: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πότε γίνεται η λήψη οργάνων για μεταμόσχευση.

Η λήψη οργάνων για μεταμόσχευση γίνεται όταν διαπιστωθεί;	N=158	Percent (%)
Ο εγκεφαλικός θάνατος	141	89,2
Ο κλινικός θάνατος	17	10,8

Σχήμα 20: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πότε γίνεται η λήψη οργάνων για μεταμόσχευση.

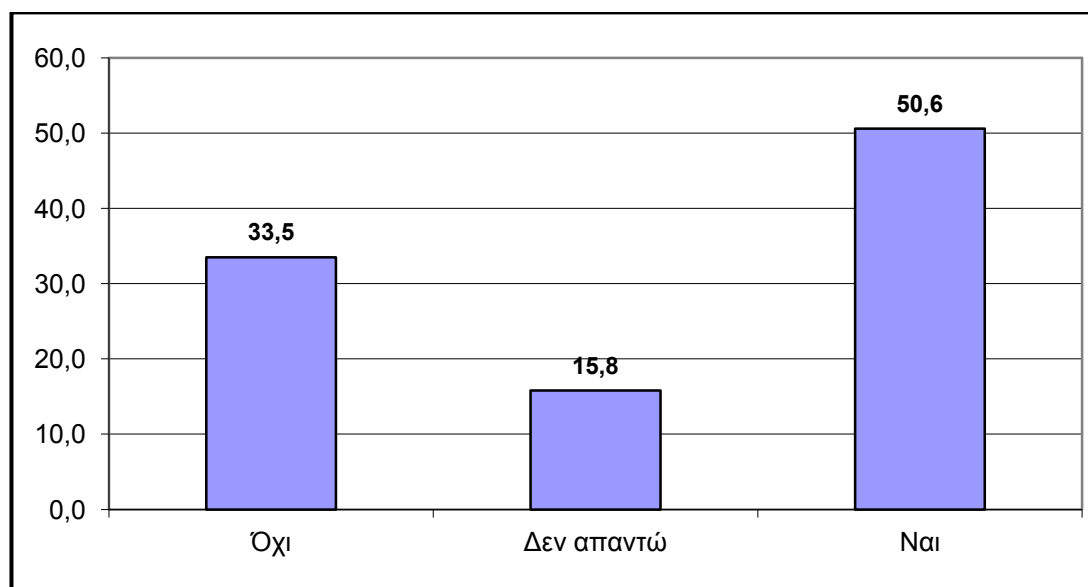


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (97 άτομα – ποσοστό 61,4%) δήλωσε ότι θεωρεί ότι ταυτίζεται ο εγκεφαλικός θάνατος με τον θάνατο και άλλα 25 άτομα (ποσοστό 15,8%) δεν θέλησαν να απαντήσουν. Αντίθετα, τα υπόλοιπα 53 άτομα (ποσοστό 33,5%) δήλωσαν ότι δεν θεωρούν ότι ταυτίζεται ο εγκεφαλικός θάνατος με τον θάνατο (Πίνακας 26, Σχήμα 21).

Πίνακας 26: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θεωρούν ότι ταυτίζεται ο εγκεφαλικός θάνατος με τον θάνατο.

Θεωρείτε ότι ταυτίζεται ο εγκεφαλικός θάνατος με τον θάνατο;	N=158	Percent (%)
Όχι	53	33,5
Δεν απαντώ	25	15,8
Ναι	80	50,6

Σχήμα 21: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θεωρούν ότι ταυτίζεται ο εγκεφαλικός θάνατος με τον θάνατο.

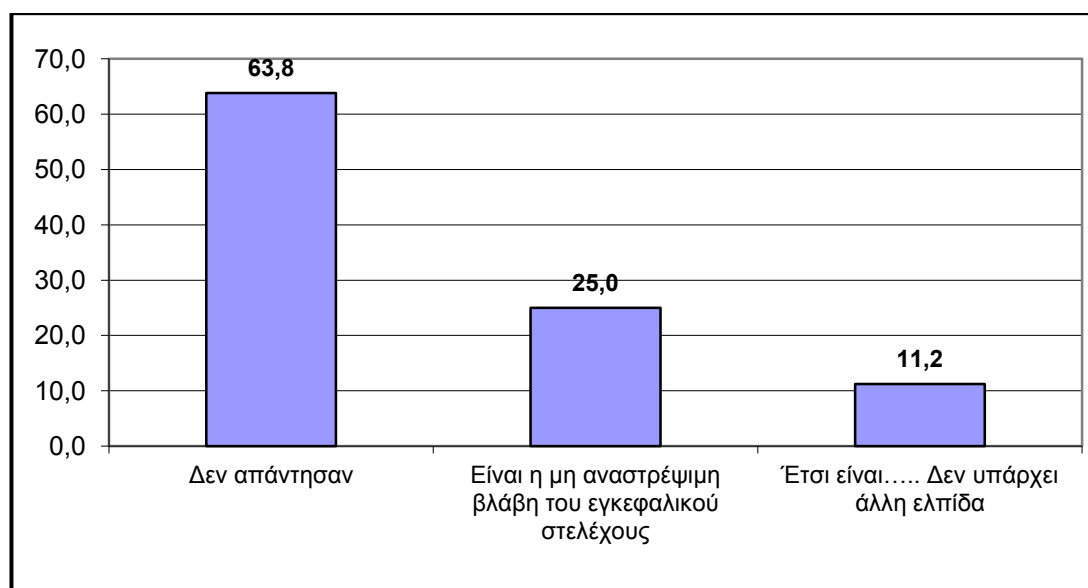


Από τους ερωτηθέντες που θεωρούν ότι ταυτίζεται ο εγκεφαλικός θάνατος με τον θάνατο, το μεγαλύτερο ποσοστό (51 άτομα – ποσοστό 63,7%) δεν απάντησαν το γιατί συμβαίνει αυτό. Από τους υπόλοιπους, 20 άτομα (ποσοστό 25,0%) δήλωσαν ότι ταυτίζεται ο εγκεφαλικός θάνατος με τον θάνατο γιατί είναι η μη αναστρέψιμη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους και τα υπόλοιπα 9 άτομα (ποσοστό 11,2%) γιατί έτσι είναι..... δεν υπάρχει άλλη ελπίδα (Πίνακας 27, Σχήμα 22).

Πίνακας 27: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το γιατί θεωρούν ότι ταυτίζεται ο εγκεφαλικός θάνατος με τον θάνατο.

Γιατί θεωρείτε ότι ταυτίζεται ο εγκεφαλικός θάνατος με τον θάνατο;	N=80	Percent (%)
Δεν απάντησαν	51	63,8
Είναι η μη αναστρέψιμη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους	20	25,0
Έτσι είναι..... Δεν υπάρχει άλλη ελπίδα	9	11,2

Σχήμα 22: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το γιατί θεωρούν ότι ταυτίζεται ο εγκεφαλικός θάνατος με τον θάνατο.



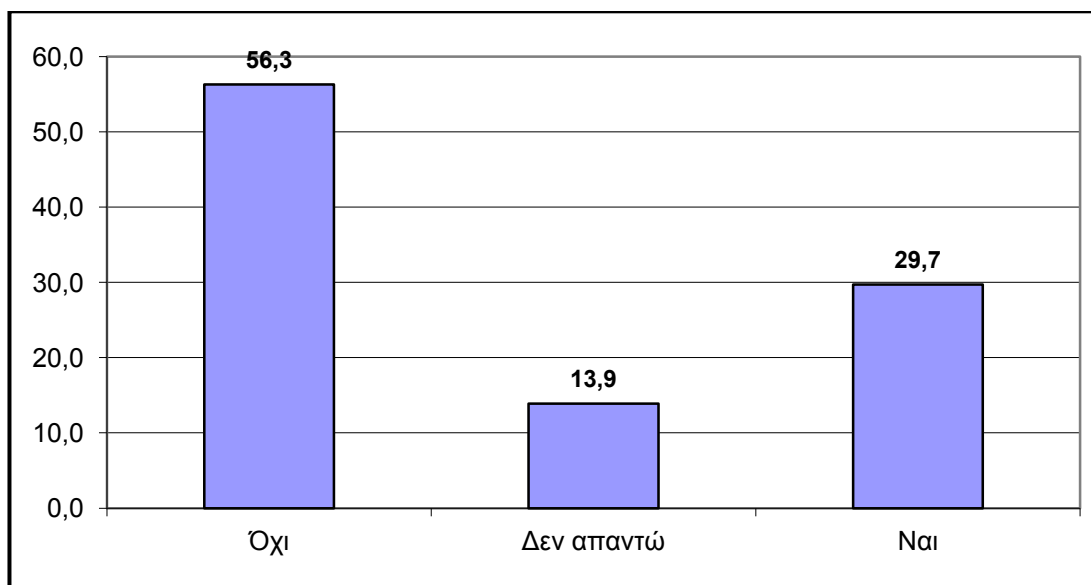
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (89 άτομα – ποσοστό 56,3%) δήλωσε ότι δεν αποτελεί ηθικό δίλημμα για αυτούς η λήψη οργάνων και άλλα 22 άτομα (ποσοστό 13,9%) δεν

θέλησαν να απαντήσουν. Αντίθετα, τα υπόλοιπα 47 άτομα (ποσοστό 29,7%) δήλωσαν ότι αποτελεί ηθικό δίλημμα για αυτούς η λήψη οργάνων (Πίνακας 28, Σχήμα 23).

Πίνακας 28: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν αποτελεί ηθικό δίλημμα για αυτούς η λήψη οργάνων.

Αποτελεί ηθικό δίλημμα για εσάς η λήψη οργάνων;	N=158	Percent (%)
Όχι	89	56,3
Δεν απαντώ	22	13,9
Ναι	47	29,7

Σχήμα 23: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν αποτελεί ηθικό δίλημμα για αυτούς η λήψη οργάνων.

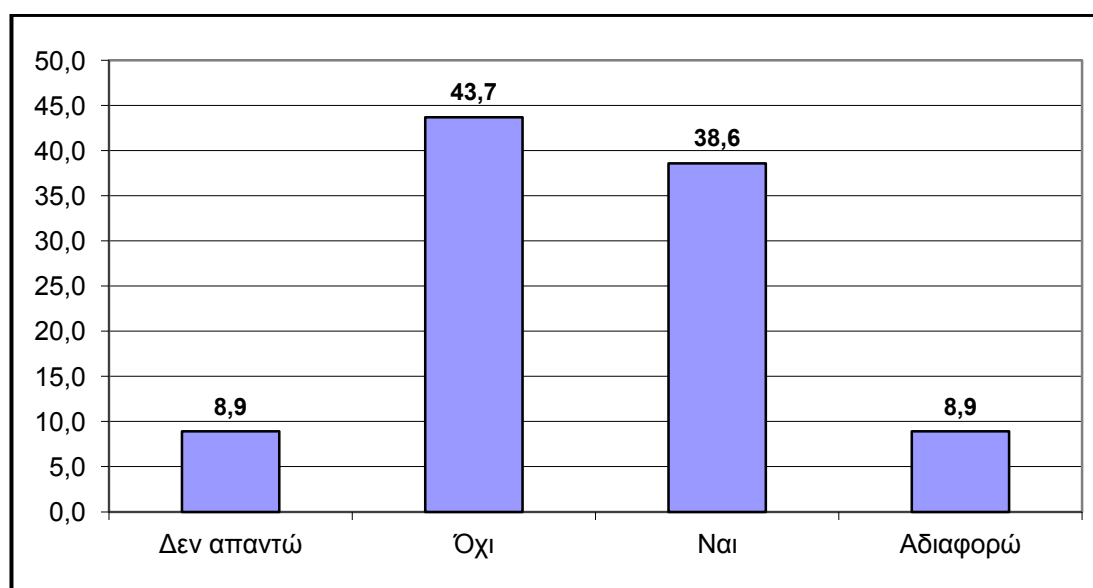


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (69 άτομα – ποσοστό 43,7%) δήλωσε ότι δεν τους έχει ποτέ απασχολήσει η ιδέα της εμπορευματοποίησης των οργάνων ενός εγκεφαλικά νεκρού ασθενή, άλλα 14 άτομα (ποσοστό 8,9%) δεν θέλησαν να απαντήσουν και ομοίως άλλα 14 άτομα (ποσοστό 8,9%) δήλωσαν ότι αδιαφορούν. Αντίθετα, τα υπόλοιπα 61 άτομα (ποσοστό 38,6%) δήλωσαν ότι τους έχει ποτέ απασχολήσει η ιδέα της εμπορευματοποίησης των οργάνων ενός ασθενή (εγκεφαλικά νεκρού) (Πίνακας 29, Σχήμα 24).

Πίνακας 29: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν τους έχει ποτέ απασχολήσει η ιδέα της εμπορευματοποίησης των οργάνων ενός ασθενή (εγκεφαλικά νεκρού).

Σας έχει ποτέ απασχολήσει η ιδέα της εμπορευματοποίησης των οργάνων ενός ασθενή (εγκεφαλικά νεκρού);	N=158	Percent (%)
Δεν απαντώ	14	8,9
Όχι	69	43,7
Ναι	61	38,6
Αδιαφορώ	14	8,9

Σχήμα 24: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν τους έχει ποτέ απασχολήσει η ιδέα της εμπορευματοποίησης των οργάνων ενός ασθενή (εγκεφαλικά νεκρού).

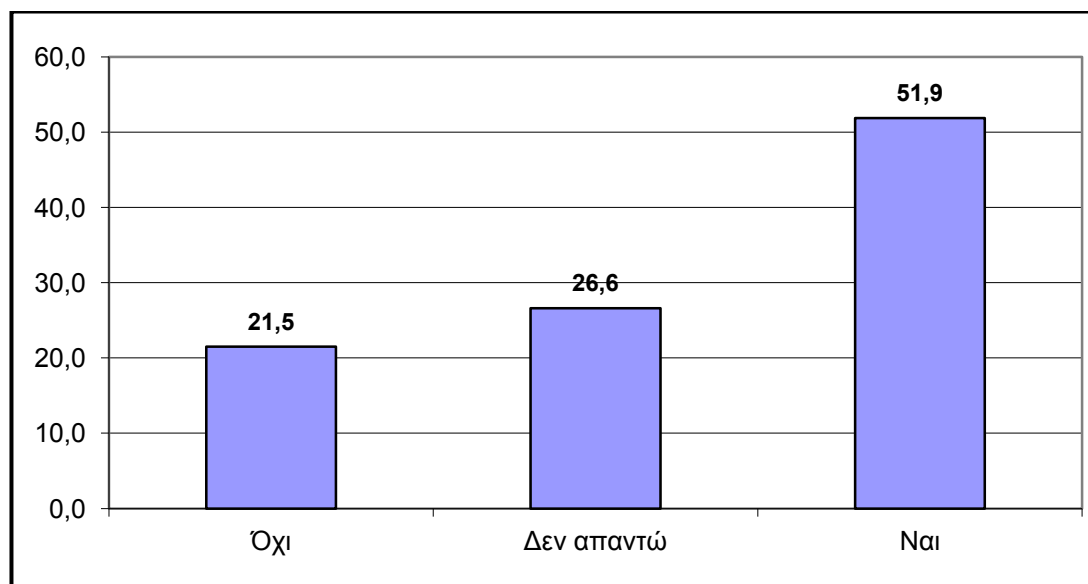


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (82 άτομα – ποσοστό 51,9%) δήλωσε ότι είναι πεπεισμένος-η για την κατάλληλη στιγμή αφαίρεσης οργάνων από τον ασθενή και άλλα 42 άτομα (ποσοστό 13,9%) δεν θέλησαν να απαντήσουν. Αντίθετα, τα υπόλοιπα 34 άτομα (ποσοστό 21,5%) δήλωσαν ότι δεν είναι πεπεισμένοι-ες για την κατάλληλη στιγμή αφαίρεσης οργάνων από τον ασθενή (Πίνακας 30, Σχήμα 25).

Πίνακας 30: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν είναι πεπεισμένοι-ες για την κατάλληλη στιγμή αφαίρεσης οργάνων από τον ασθενή.

Είστε πεπεισμένος-η για την κατάλληλη στιγμή αφαίρεσης οργάνων από τον ασθενή;	N=158	Percent (%)
Όχι	34	21,5
Δεν απαντώ	42	26,6
Ναι	82	51,9

Σχήμα 25: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν είναι πεπεισμένοι-ες για την κατάλληλη στιγμή αφαίρεσης οργάνων από τον ασθενή.

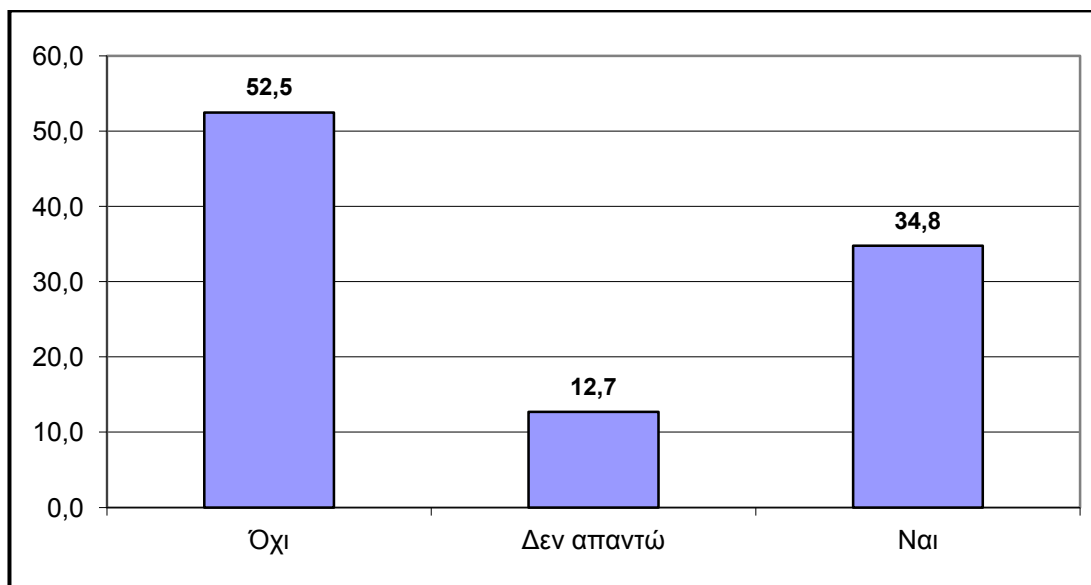


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (83 άτομα – ποσοστό 52,5%) δήλωσε ότι δεν συμφωνεί με το νέο νόμο ο οποίος αναφέρει ως υποχρεωτική τη δωρεά οργάνων και άλλα 20 άτομα (ποσοστό 12,7%) δεν θέλησαν να απαντήσουν. Αντίθετα, τα υπόλοιπα 55 άτομα (ποσοστό 34,8%) δήλωσαν ότι συμφωνούν με το νέο νόμο ο οποίος αναφέρει ως υποχρεωτική τη δωρεά οργάνων (Πίνακας 31, Σχήμα 26).

Πίνακας 31: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν συμφωνούν με το νέο νόμο ο οποίος αναφέρει ως υποχρεωτική τη δωρεά οργάνων.

Συμφωνείτε με το νέο νόμο ο οποίος αναφέρει ως υποχρεωτική τη δωρεά οργάνων;	N=158	Percent (%)
Όχι	83	52,5
Δεν απαντώ	20	12,7
Ναι	55	34,8

Σχήμα 26: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν συμφωνούν με το νέο νόμο ο οποίος αναφέρει ως υποχρεωτική τη δωρεά οργάνων.

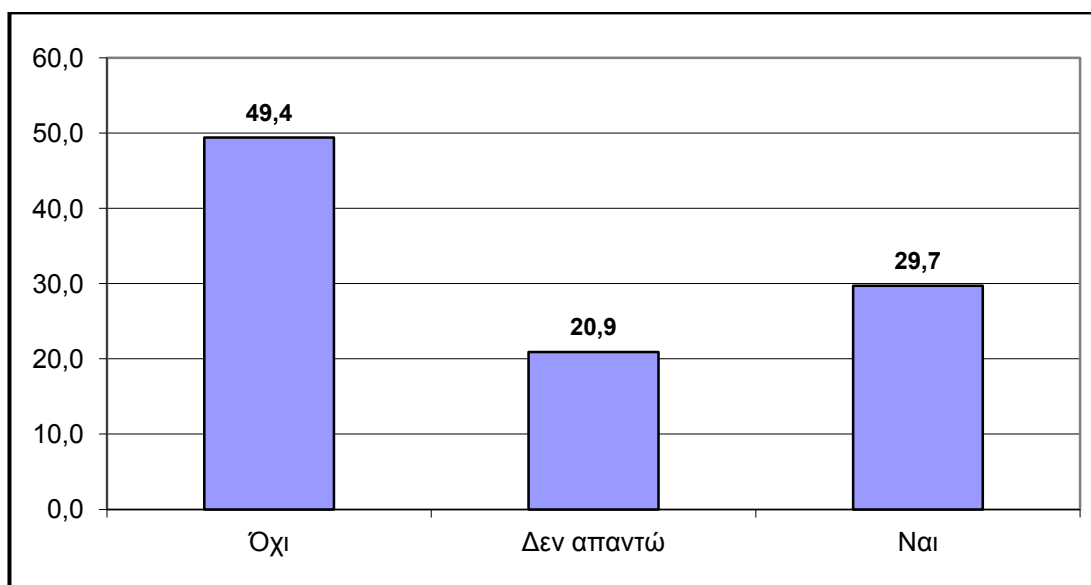


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (78 άτομα – ποσοστό 49,4%) δήλωσε ότι δεν πιστεύει ότι η πρόοδος της τεχνολογίας όσον αφορά την υποστήριξη της ζωής μηχανικά, είναι ο μη συμβιβασμός με τον θάνατο και άλλα 33 άτομα (ποσοστό 20,9%) δεν θέλησαν να απαντήσουν. Αντίθετα, τα υπόλοιπα 47 άτομα (ποσοστό 29,7%) δήλωσαν ότι πιστεύουν ότι η πρόοδος της τεχνολογίας όσον αφορά την υποστήριξη της ζωής μηχανικά, είναι ο μη συμβιβασμός με τον θάνατο (Πίνακας 32, Σχήμα 27).

Πίνακας 32: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι η πρόοδος της τεχνολογίας όσον αφορά την υποστήριξη της ζωής μηχανικά, είναι ο μη συμβιβασμός με τον θάνατο.

Πιστεύετε ότι η πρόοδος της τεχνολογίας όσον αφορά την υποστήριξη της ζωής μηχανικά, είναι ο μη συμβιβασμός με τον θάνατο;	N=158	Percent (%)
Όχι	78	49,4
Δεν απαντώ	33	20,9
Ναι	47	29,7

Σχήμα 27: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι η πρόοδος της τεχνολογίας όσον αφορά την υποστήριξη της ζωής μηχανικά, είναι ο μη συμβιβασμός με τον θάνατο.

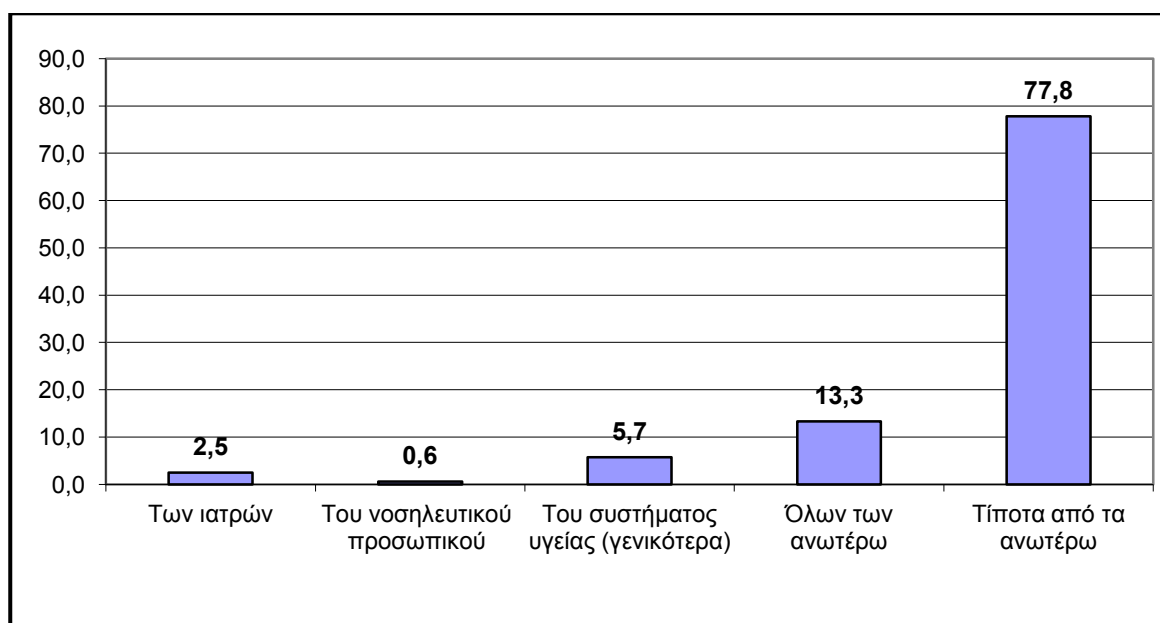


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (123 άτομα – ποσοστό 77,8%) δεν θεωρούν ότι είναι αποτυχία κανενός ο θάνατος ενός ασθενή στη ΜΕΘ ενώ αντίθετα 21 άτομα (ποσοστό 13,3%) θεωρούν ότι είναι αποτυχία τόσο των ιατρών και των νοσηλευτών όσο και του συστήματος γενικότερα και με μικρότερα ποσοστά ακολουθούν οι επιμέρους υπαίτιοι της αποτυχίας (Πίνακας 33, Σχήμα 28).

Πίνακας 33: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιανού θεωρούν ότι είναι αποτυχία ο θάνατος ενός ασθενή στη ΜΕΘ.

Θεωρείτε ότι ο θάνατος ενός ασθενή στη ΜΕΘ είναι αποτυχία;	N=158	Percent (%)
Των ιατρών	4	2,5
Του νοσηλευτικού προσωπικού	1	0,6
Του συστήματος υγείας (γενικότερα)	9	5,7
Όλων των ανωτέρω	21	13,3
Τίποτα από τα ανωτέρω	123	77,8

Σχήμα 28: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιανού θεωρούν ότι είναι αποτυχία ο θάνατος ενός ασθενή στη ΜΕΘ.

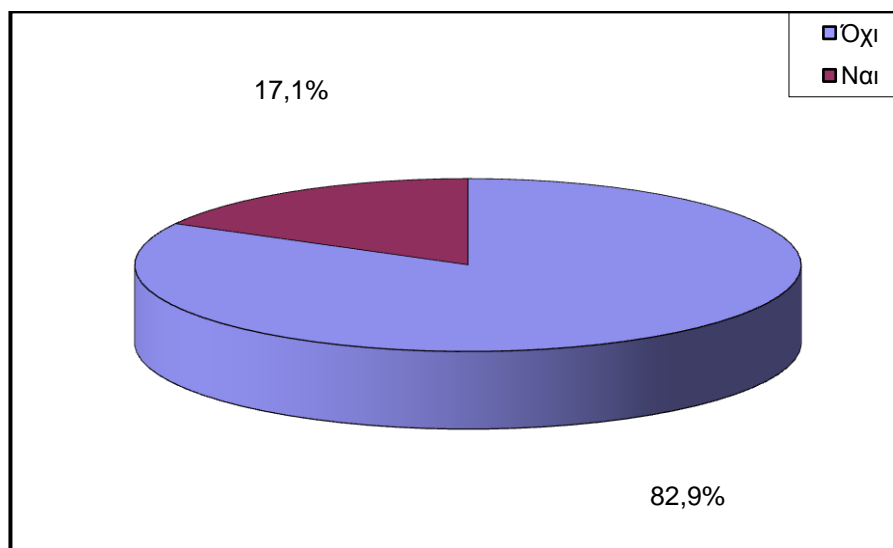


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (131 άτομα – ποσοστό 82,9%) δηλώνει ότι δεν του έχει τύχει ασθενής που αξιολογήθηκε ως κλινικά νεκρός να επανέλθει στη ζωή ενώ το υπόλοιπο 17,1% (27 άτομα) δηλώνει ότι του έχει τύχει (Πίνακας 34, Σχήμα 29).

Πίνακας 34: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν τους έχει τύχει ασθενής που αξιολογήθηκε ως κλινικά νεκρός να επανέλθει στη ζωή.

Σας έχει τύχει ασθενής που αξιολογήθηκε ως κλινικά νεκρός να επανέλθει στη ζωή;	N=158	Percent (%)
Όχι	131	82,9
Ναι	27	17,1

Σχήμα 29: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν τους έχει τύχει ασθενής που αξιολογήθηκε ως κλινικά νεκρός να επανέλθει στη ζωή.

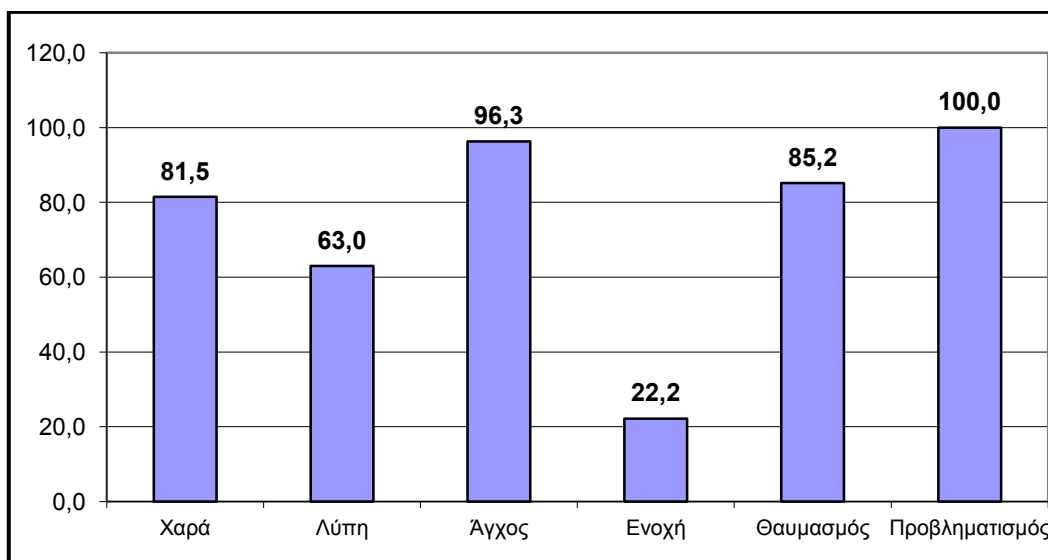


Από τους ερωτηθέντες στους οποίους έχει τύχει ασθενής που αξιολογήθηκε ως κλινικά νεκρός να επανέλθει στη ζωή τα συναισθήματα που ένιωσαν όταν συνέβη το γεγονός ήταν κατά σειρά: προβληματισμός (27 άτομα – ποσοστό 100,0%), άγχος (26 άτομα – ποσοστό 96,3%), θαυμασμός (23 άτομα – ποσοστό 85,2%), χαρά (22 άτομα – ποσοστό 81,5%) αλλά και λύπη (17 άτομα – ποσοστό 63,0%) όπως και ενοχή (6 άτομα – ποσοστό 22,2%) (Πίνακας 35, Σχήμα 30).

Πίνακας 35: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα συναισθήματα που ένιωσαν όταν τους έτυχε ασθενής που αξιολογήθηκε ως κλινικά νεκρός να επανέλθει στη ζωή.

Συναισθήματα που ένιωσαν όταν τους έτυχε ασθενής που αξιολογήθηκε ως κλινικά νεκρός να επανέλθει στη ζωή	N=27	Percent (%)
Χαρά	22	81,5
Λύπη	17	63,0
Άγχος	26	96,3
Ενοχή	6	22,2
Θαυμασμός	23	85,2
Προβληματισμός	27	100,0

Σχήμα 30: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα συναισθήματα που ένιωσαν όταν τους έτυχε ασθενής που αξιολογήθηκε ως κλινικά νεκρός να επανέλθει στη ζωή.

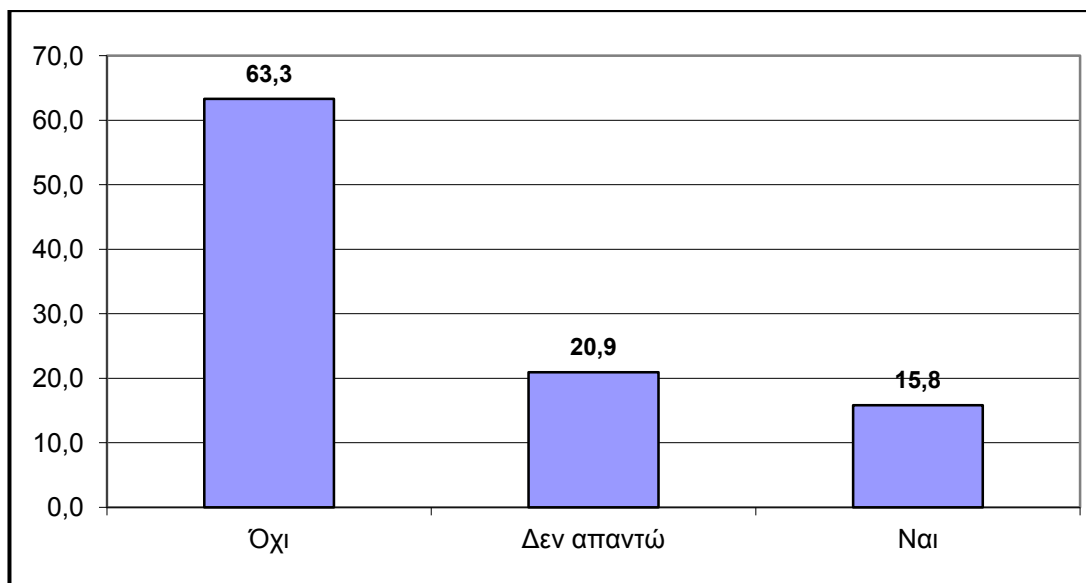


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (100 άτομα – ποσοστό 63,3%) δήλωσε ότι δεν σκέφτηκε ούτε προέβη ποτέ στη πορεία της καριέρας του στη ΜΕΘ να διακόψει τη μηχανική υποστήριξη ενός ασθενούς μεγάλης ηλικίας, προκειμένου να συνδέσει ασθενή νεότερης ηλικίας που έχρηζε μηχανικής υποστήριξης αλλά δεν υπήρχε άλλο κρεβάτι στη ΜΕΘ και άλλα 33 άτομα (ποσοστό 20,9%) δεν θέλησαν να απαντήσουν. Αντίθετα, τα υπόλοιπα 25 άτομα (ποσοστό 15,8%) δήλωσαν ότι το σκέφτηκαν ή και προέβησαν κάποτε στη πορεία της καριέρας τους στη ΜΕΘ να διακόψουν τη μηχανική υποστήριξη ενός ασθενούς μεγάλης ηλικίας, προκειμένου να συνδέσουν ασθενή νεότερης ηλικίας που έχρηζε μηχανικής υποστήριξης αλλά δεν υπήρχε άλλο κρεβάτι στη ΜΕΘ (Πίνακας 36, Σχήμα 31).

Πίνακας 36: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν σκέφτηκαν ή και προέβησαν ποτέ στη πορεία της καριέρας τους στη ΜΕΘ να διακόψουν τη μηχανική υποστήριξη ενός ασθενούς μεγάλης ηλικίας, προκειμένου να συνδέσουν ασθενή νεότερης ηλικίας που έχρηζε μηχανικής υποστήριξης αλλά δεν υπήρχε άλλο κρεβάτι στη ΜΕΘ.

Σκεφτήκατε ή και προβήκατε ποτέ στη πορεία της καριέρας σας στη ΜΕΘ να διακόψετε τη μηχανική υποστήριξη ενός ασθενούς μεγάλης ηλικίας, προκειμένου να συνδέσετε ασθενή νεότερης ηλικίας που έχρηζε μηχανικής υποστήριξης αλλά δεν υπήρχε άλλο κρεβάτι στη ΜΕΘ;	N=158	Percent (%)
Όχι	100	63,3
Δεν απαντώ	33	20,9
Ναι	25	15,8

Σχήμα 31: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν σκέφτηκαν ή και προέβησαν ποτέ στη πορεία της καριέρας τους στη ΜΕΘ να διακόψουν τη μηχανική υποστήριξη ενός ασθενούς μεγάλης ηλικίας, προκειμένου να συνδέσουν ασθενή νεότερης ηλικίας που έχρηζε μηχανικής υποστήριξης αλλά δεν υπήρχε άλλο κρεβάτι στη ΜΕΘ.

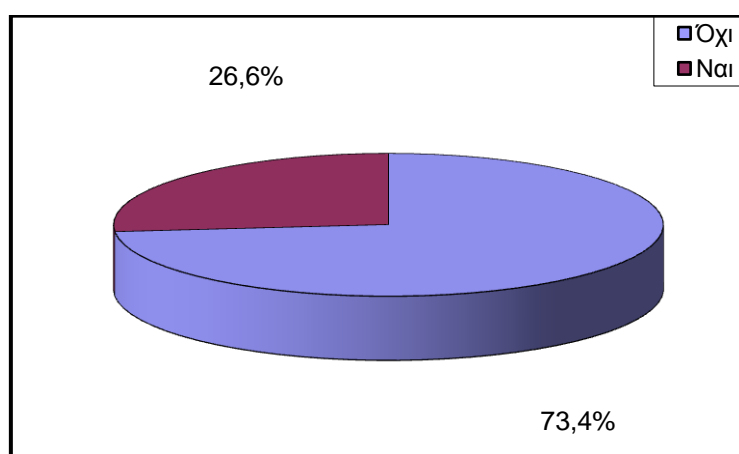


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (116 άτομα – ποσοστό 73,4%) δηλώνει ότι δεν έχει κάνει ποτέ απεργία στη ΜΕΘ ενώ το υπόλοιπο 26,6% (42 άτομα) δηλώνει ότι έχει κάνει (Πίνακας 37, Σχήμα 32).

Πίνακας 37: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν κάνει ποτέ απεργία στη ΜΕΘ.

Έχετε κάνει ποτέ απεργία στη ΜΕΘ;	N=158	Percent (%)
Όχι	116	73,4
Ναι	42	26,6

Σχήμα 32: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν κάνει ποτέ απεργία στη ΜΕΘ.

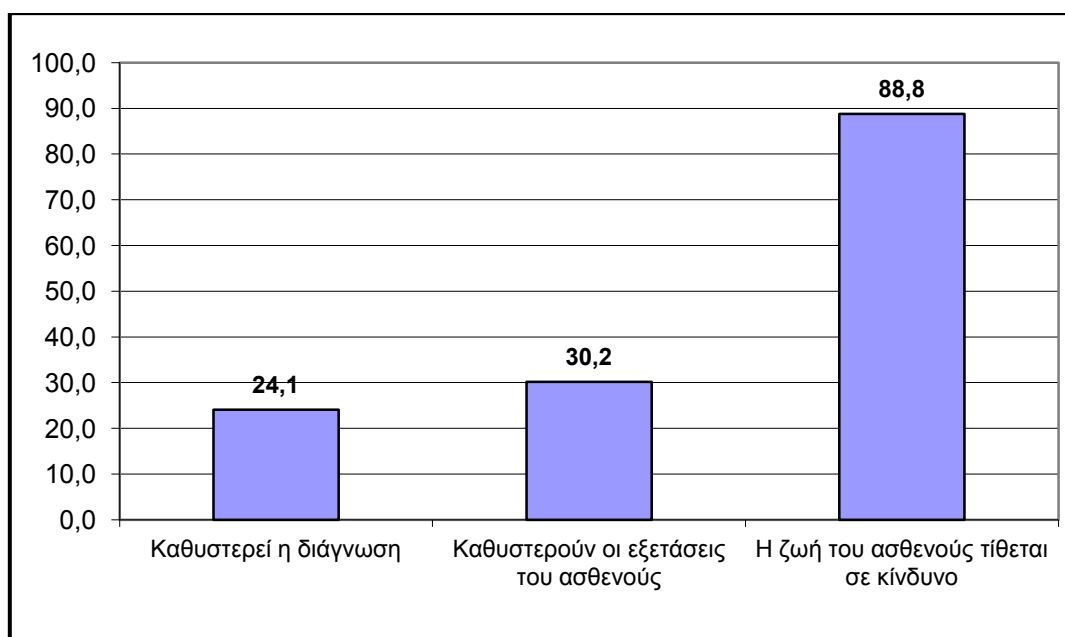


Οι λόγοι που επικαλέστηκαν οι ερωτηθέντες για τους οποίους δεν έχουν συμμετάσχει σε απεργία είναι κατά σειρά: επειδή η ζωή του ασθενούς τίθεται σε κίνδυνο (103 άτομα – ποσοστό 88,8%), επειδή καθυστερούν οι εξετάσεις του ασθενούς (35 άτομα – ποσοστό 30,2%) και τέλος επειδή καθυστερεί η διάγνωση (28 άτομα – ποσοστό 24,1%) (Πίνακας 38, Σχήμα 33).

Πίνακας 38: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τους λόγους για τους οποίους δεν έχουν συμμετάσχει σε απεργία.

Για ποιους λόγους δεν έχετε συμμετάσχει σε απεργία;	N=116	Percent (%)
Καθυστερεί η διάγνωση	28	24,1
Καθυστερούν οι εξετάσεις του ασθενούς	35	30,2
Η ζωή του ασθενούς τίθεται σε κίνδυνο	103	88,8

Σχήμα 33: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τους λόγους για τους οποίους δεν έχουν συμμετάσχει σε απεργία.

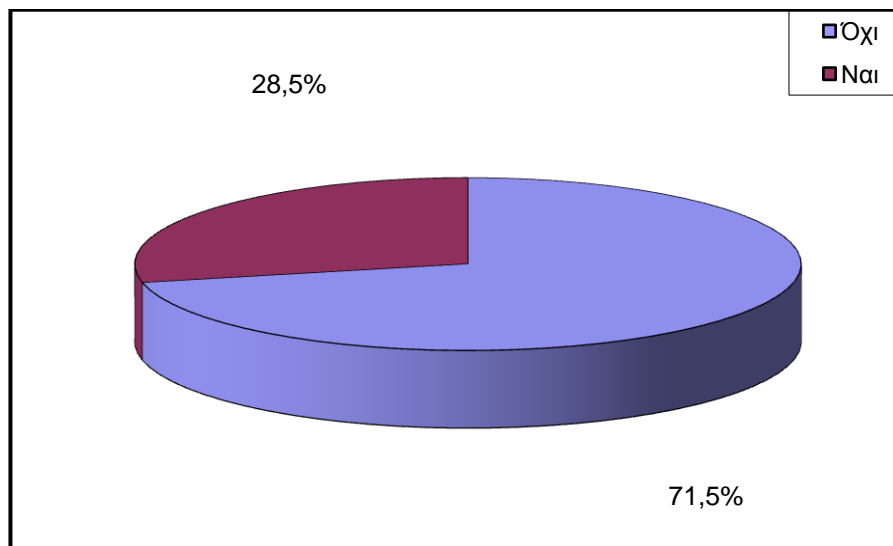


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (113 άτομα – ποσοστό 71,5%) δηλώνει ότι δεν σκέφτηκαν ποτέ σε ασθενή που υποφέρει, την υποβοήθηση διακοπής της ζωής του με σκοπό την απαλλαγή του από την βαρύτητα της νόσου ενώ το υπόλοιπο 28,5% (45 άτομα) δηλώνει ότι το έχει σκεφτεί κάποτε (Πίνακας 39, Σχήμα 34).

Πίνακας 39: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν σκέφτηκαν ποτέ σε ασθενή που υποφέρει, την υποβοήθηση διακοπής της ζωής του με σκοπό την απαλλαγή του από την βαρύτητα της νόσου.

Σκεφθήκατε ποτέ σε ασθενή που υποφέρει, την υποβοήθηση διακοπής της ζωής του με σκοπό την απαλλαγή του από την βαρύτητα της νόσου;	N=158	Percent (%)
Όχι	113	71,5
Ναι	45	28,5

Σχήμα 34: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν σκέφτηκαν ποτέ σε ασθενή που υποφέρει, την υποβοήθηση διακοπής της ζωής του με σκοπό την απαλλαγή του από την βαρύτητα της νόσου.

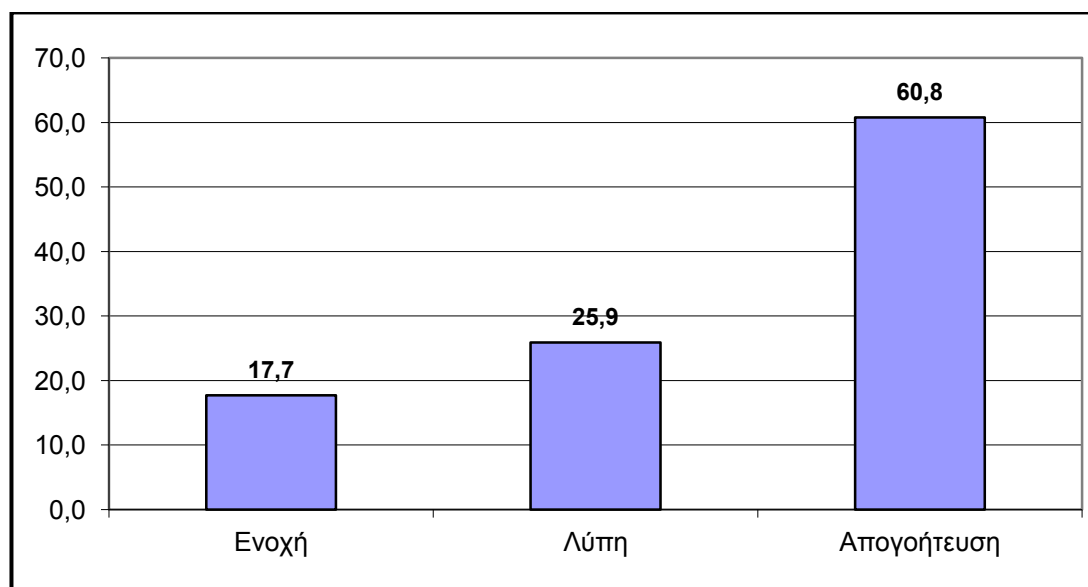


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (96 άτομα – ποσοστό 60,8%) δήλωσε ότι τα αισθήματά του μετά από εντεταλμένη οδηγία για ενέργεια που αντίκειται στην συνείδηση του ήταν η απογοήτευση, σε άλλα 41 άτομα (ποσοστό 25,9%) ήταν η λύπη και σε άλλα 28 άτομα (ποσοστό 17,7%) η ενοχή (Πίνακας 40, Σχήμα 35).

Πίνακας 40: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποια ήταν τα αισθήματά τους μετά από εντεταλμένη οδηγία για ενέργεια που αντίκειται στην συνείδηση τους.

Ποια τα αισθήματά σας μετά από εντεταλμένη οδηγία για ενέργεια που αντίκειται στην συνείδηση σας;	N=158	Percent (%)
Ενοχή	28	17,7
Λύπη	41	25,9
Απογοήτευση	96	60,8

Σχήμα 35: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποια ήταν τα αισθήματά τους μετά από εντεταλμένη οδηγία για ενέργεια που αντίκειται στην συνείδηση τους.

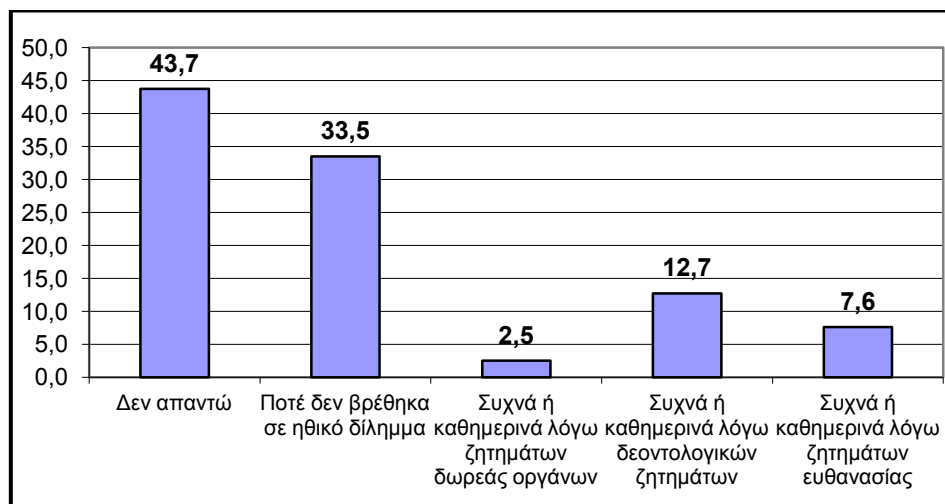


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είτε δεν απάντησε για το πότε βρέθηκε στο μεγαλύτερο ηθικό δίλλημα, κατά τη διάρκεια της καριέρας του (69 άτομα – ποσοστό 43,7%) είτε δεν βρέθηκε ποτέ σε ηθικό δίλλημα, κατά τη διάρκεια της καριέρας του (53 άτομα – ποσοστό 33,5%). Αντίθετα, 20 άτομα (ποσοστό 12,7%) δήλωσαν ότι βρέθηκαν συχνά ή καθημερινά σε ηθικό δίλλημα λόγω δεοντολογικών ζητημάτων, 12 άτομα (ποσοστό 7,6%) δήλωσαν ότι βρέθηκαν συχνά ή καθημερινά σε ηθικό δίλλημα λόγω ζητημάτων ευθανασίας και μόνο 4 άτομα (ποσοστό 2,5%) δήλωσαν ότι βρέθηκαν συχνά ή καθημερινά σε ηθικό δίλλημα λόγω ζητημάτων δωρεάς οργάνων (Πίνακας 41, Σχήμα 36).

Πίνακας 41: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πότε βρέθηκαν στο μεγαλύτερο ηθικό δίλλημα, κατά τη διάρκεια της καριέρας τους.

Κατά τη διάρκεια της καριέρας σας, πότε βρεθήκατε στο μεγαλύτερο ηθικό δίλλημα;	N=158	Percent (%)
Δεν απαντώ	69	43,7
Ποτέ δεν βρέθηκα σε ηθικό δίλλημα	53	33,5
Συχνά ή καθημερινά λόγω ζητημάτων δωρεάς οργάνων	4	2,5
Συχνά ή καθημερινά λόγω δεοντολογικών ζητημάτων	20	12,7
Συχνά ή καθημερινά λόγω ζητημάτων ευθανασίας	12	7,6

Σχήμα 36: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πότε βρέθηκαν στο μεγαλύτερο ηθικό δίλλημα, κατά τη διάρκεια της καριέρας τους.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 158 άτομα, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που υπηρετεί σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο εάν θα συνέχιζαν οι ερωτηθέντες να παρέχουν φροντίδα σε ασθενή ο οποίος διατηρείται στη ζωή με μηχανική υποστήριξη όταν δεν έχει αποφασισθεί η διακοπή της θεραπευτικής αγωγής και της ηλικίας αυτών ($R = -0,011$, $df = 158$, NS). Η διαφαινόμενη σχέση είναι αρνητική που σημαίνει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία των ερωτηθέντων τόσο λιγότερο πιθανό ήταν να συνέχιζαν να παρέχουν φροντίδα σε ασθενή ο οποίος διατηρείται στη ζωή με μηχανική υποστήριξη χωρίς όμως το αποτέλεσμα αυτό να είναι στατιστικά σημαντικό (Πίνακας 42).

Δεν φαίνεται επίσης, να υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο εάν θα συνέχιζαν οι ερωτηθέντες να παρέχουν φροντίδα σε ασθενή ο οποίος διατηρείται στη ζωή με μηχανική υποστήριξη όταν δεν έχει αποφασισθεί η διακοπή της θεραπευτικής αγωγής και στα χρόνια προϋπηρεσίας αυτών ($R = 0,036$, $df = 158$, NS). Η διαφαινόμενη σχέση είναι θετική που σημαίνει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η προϋπηρεσία των ερωτηθέντων τόσο περισσότερο πιθανό ήταν να συνέχιζαν να παρέχουν φροντίδα σε ασθενή ο οποίος διατηρείται στη ζωή με μηχανική υποστήριξη χωρίς όμως το αποτέλεσμα αυτό να είναι στατιστικά σημαντικό (Πίνακας 42).

Δεν φαίνεται επίσης, να υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο εάν θα συνέχιζαν οι ερωτηθέντες να παρέχουν φροντίδα σε ασθενή ο οποίος διατηρείται στη ζωή με μηχανική υποστήριξη όταν δεν έχει αποφασισθεί η διακοπή της θεραπευτικής αγωγής και στα χρόνια που εργάζονται σε ΜΕΘ αυτών ($R = 0,036$, $df = 158$, NS). Η διαφαινόμενη σχέση είναι θετική που σημαίνει ότι όσο περισσότερα είναι στα χρόνια που εργάζονται σε ΜΕΘ των ερωτηθέντων τόσο περισσότερο πιθανό ήταν να συνέχιζαν να παρέχουν φροντίδα σε ασθενή ο οποίος διατηρείται στη ζωή με μηχανική υποστήριξη χωρίς όμως το αποτέλεσμα αυτό να είναι στατιστικά σημαντικό (Πίνακας 42).

Πίνακας 42: Συσχέτιση του εάν θα συνέχιζαν οι ερωτηθέντες να παρέχουν φροντίδα σε ασθενή ο οποίος διατηρείται στη ζωή με μηχανική υποστήριξη όταν δεν έχει αποφασισθεί η διακοπή της θεραπευτικής αγωγής και της ηλικίας, των ετών προϋπηρεσίας και ετών που εργάζονται σε ΜΕΘ.

Spearman rank order correlation coefficient	R	df	p-level
Θα συνεχίζατε να παρέχετε φροντίδα σε ασθενή ο οποίος διατηρείται στη ζωή με μηχανική υποστήριξη όταν δεν έχει αποφασισθεί η διακοπή της θεραπευτικής αγωγής;			
Ηλικία	-0,011	158	NS
Χρόνια προϋπηρεσίας	0,036	158	NS
Χρόνια που εργάζονται σε ΜΕΘ	0,069	158	NS

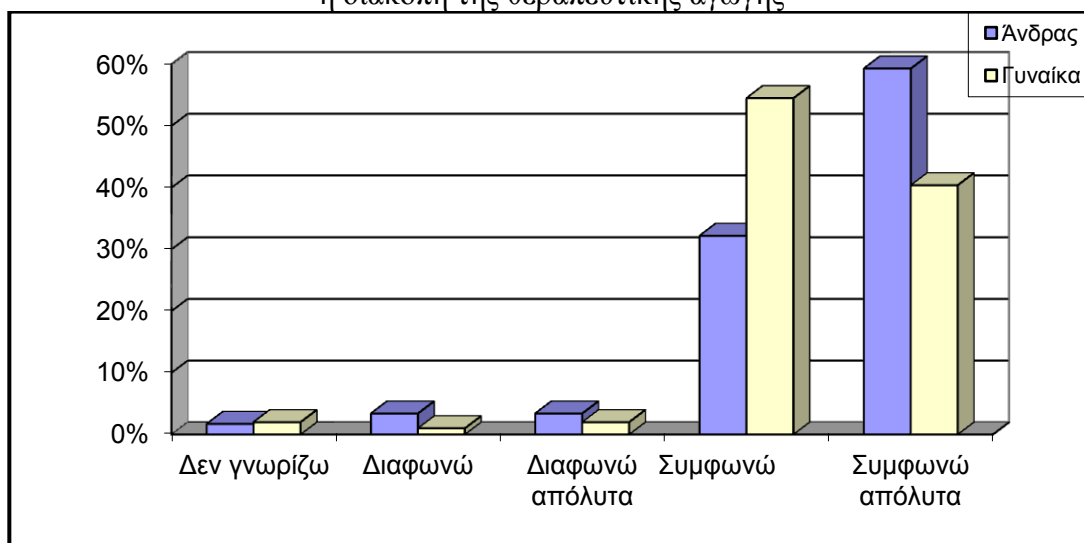
Σε υψηλότερο ποσοστό οι άρρενες ερωτηθέντες (59,3%) συμφωνούν απόλυτα ότι θα συνέχιζαν να παρέχουν φροντίδα σε ασθενή ο οποίος διατηρείται στη ζωή με μηχανική υποστήριξη όταν δεν έχει αποφασισθεί η διακοπή της θεραπευτικής αγωγής έναντι των γυναικών συναδέλφων τους που συμφωνούν απόλυτα σε ποσοστό 40,4% (Πίνακας 43, Σχήμα 37). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 9,778$; $df = 4$; $p < 0,05$).

Πίνακας 43: Συσχέτιση του φύλου και εάν θα συνέχιζαν οι ερωτηθέντες να παρέχουν φροντίδα σε ασθενή ο οποίος διατηρείται στη ζωή με μηχανική υποστήριξη όταν δεν έχει αποφασισθεί η διακοπή της θεραπευτικής αγωγής.

		Φύλο		
		Άνδρας	Γυναίκα	
Θα συνεχίζατε να παρέχετε φροντίδα σε ασθενή ο οποίος διατηρείται στη ζωή με μηχανική υποστήριξη όταν δεν έχει αποφασισθεί η διακοπή της θεραπευτικής αγωγής;	Δεν γνωρίζω	1 1,7%	2 2,0%	3 1,9%
	Διαφωνώ	2 3,4%	1 1,0%	3 1,9%
	Διαφωνώ απόλυτα	2 3,4%	2 2,0%	4 2,5%
	Συμφωνώ	19 32,2%	54 54,5%	73 46,2%
	Συμφωνώ απόλυτα	35 59,3%	40 40,4%	75 47,5%
		59	99	158

$$\chi^2 = 9,778; df = 4; p < 0,05$$

Σχήμα 37: Συσχέτιση του φύλου και εάν θα συνέχιζαν οι ερωτηθέντες να παρέχουν φροντίδα σε ασθενή ο οποίος διατηρείται στη ζωή με μηχανική υποστήριξη όταν δεν έχει αποφασισθεί η διακοπή της θεραπευτικής αγωγής



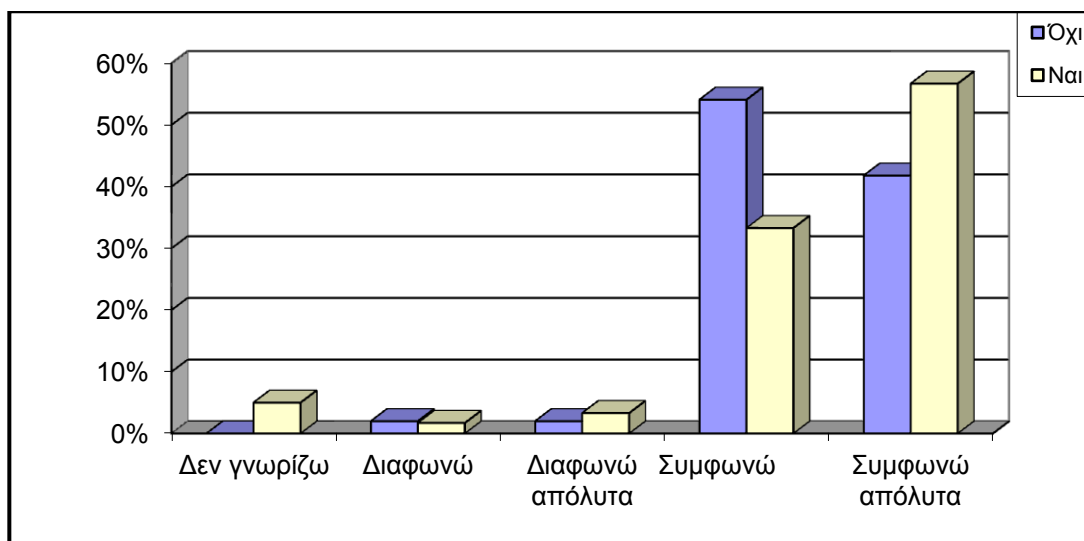
Σε υψηλότερο ποσοστό οι ερωτηθέντες που κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο (56,7%) συμφωνούν απόλυτα ότι θα συνέχιζαν να παρέχουν φροντίδα σε ασθενή ο οποίος διατηρείται στη ζωή με μηχανική υποστήριξη όταν δεν έχει αποφασισθεί η διακοπή της θεραπευτικής αγωγής έναντι των συναδέλφων τους που δεν κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο που συμφωνούν απόλυτα σε ποσοστό 41,8% (Πίνακας 44, Σχήμα 38). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 10,365$; $df = 4$; $p < 0,05$).

Πίνακας 44: Συσχέτιση της κατοχής μεταπτυχιακού τίτλου και εάν θα συνέχιζαν οι ερωτηθέντες να παρέχουν φροντίδα σε ασθενή ο οποίος διατηρείται στη ζωή με μηχανική υποστήριξη όταν δεν έχει αποφασισθεί η διακοπή της θεραπευτικής αγωγής.

		Μεταπτυχιακές σπουδές		
		Όχι	Ναι	
Θα συνεχίζατε να παρέχετε φροντίδα σε ασθενή ο οποίος διατηρείται στη ζωή με μηχανική υποστήριξη όταν δεν έχει αποφασισθεί η διακοπή της θεραπευτικής αγωγής;	Δεν γνωρίζω	0 0,0%	3 5,0%	3 1,9%
	Διαφωνώ	2 2,0%	1 1,7%	3 1,9%
	Διαφωνώ απόλυτα	2 2,0%	2 3,3%	4 2,5%
	Συμφωνώ	53 54,1%	20 33,3%	73 46,2%
	Συμφωνώ απόλυτα	41 41,8%	34 56,7%	75 47,5%
		98	60	158

$$\chi^2 = 10,365; df = 4; p < 0,05$$

Σχήμα 38: Συσχέτιση της κατοχής μεταπτυχιακού τίτλου και εάν θα συνέχιζαν οι ερωτηθέντες να παρέχουν φροντίδα σε ασθενή ο οποίος διατηρείται στη ζωή με μηχανική υποστήριξη όταν δεν έχει αποφασισθεί η διακοπή της θεραπευτικής αγωγής



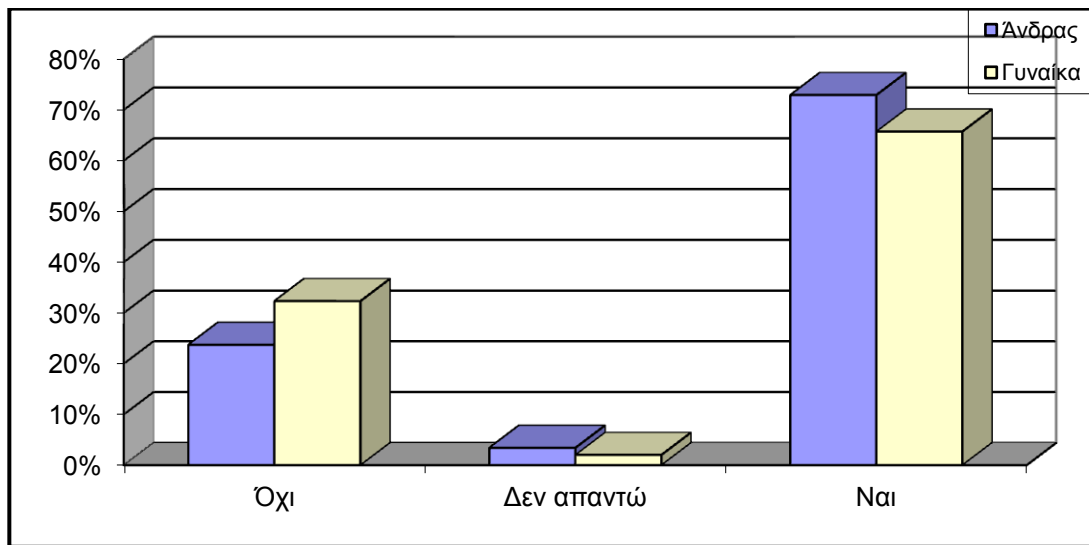
Σε υψηλότερα ποσοστά συμφωνούν οι άνδρες ερωτηθέντες (72,9%) έναντι των γυναικών (65,7%) (ή αντιστρόφως ανάλογα διαφωνούν) ότι αντιμετωπίζονται όλες οι ηλικίες ασθενών με μηχανική υποστήριξη με τον ίδιο τρόπο (Πίνακας 45, Σχήμα 39). Οι διαφορές που παρατηρούνται όμως δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 1,494$; $df = 2$; NS).

Πίνακας 45: Συσχέτιση του εάν αντιμετωπίζονται όλες οι ηλικίες ασθενών με μηχανική υποστήριξη με τον ίδιο τρόπο και του φύλου.

		Φύλο		
		Άνδρας	Γυναίκα	
Αντιμετωπίζονται όλες οι ηλικίες ασθενών με μηχανική υποστήριξη με τον ίδιο τρόπο;	Όχι	14 23,7%	32 32,3%	46 29,1%
	Δεν απαντώ	2 3,4%	2 2,0%	4 2,5%
	Ναι	43 72,9%	65 65,7%	108 68,4%
		59	99	158

$\chi^2 = 1,494$; $df = 2$; NS

Σχήμα 39: Συσχέτιση του εάν αντιμετωπίζονται όλες οι ηλικίες ασθενών με μηχανική υποστήριξη με τον ίδιο τρόπο και του φύλου.



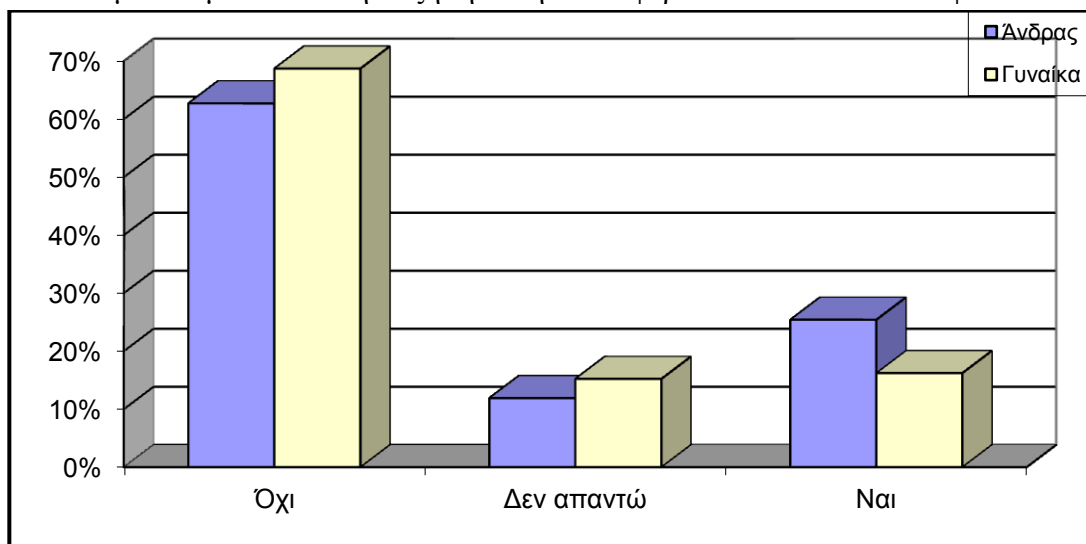
Σε πολύ υψηλότερα ποσοστά συμφωνούν οι άνδρες ερωτηθέντες (25,4%) έναντι των γυναικών (16,2%) (ή αντιστρόφως ανάλογα διαφωνούν) ότι αυξάνουν τη δόση της αναλγησίας – καταστολής σε έναν ασθενή με μηχανική υποστήριξη με σκοπό να τον απαλλάξουν από τον πόνο το γρηγορότερο ακόμα και με κίνδυνο η αύξηση αυτή να επιφέρει το θάνατο (Πίνακας 46, Σχήμα 40). Οι διαφορές που παρατηρούνται όμως δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 2,102$; $df = 2$; NS).

Πίνακας 46: Συσχέτιση του εάν αυξάνουν τη δόση της αναλγησίας – καταστολής σε έναν ασθενή με μηχανική υποστήριξη με σκοπό να τον απαλλάξουν από τον πόνο το γρηγορότερο ακόμα και με κίνδυνο η αύξηση αυτή να επιφέρει το θάνατο και του φύλου.

		Φύλο		
		Άνδρας	Γυναίκα	
Αυξάνετε τη δόση της αναλγησίας – καταστολής σε έναν ασθενή με μηχανική υποστήριξη με σκοπό να τον απαλλάξετε από τον πόνο το γρηγορότερο ακόμα και με κίνδυνο η αύξηση αυτή να επιφέρει τον θάνατο;	Όχι	37 62,7%	68 68,7%	105 66,5%
	Δεν απαντώ	7 11,9%	15 15,2%	22 13,9%
	Ναι	15 25,4%	16 16,2%	31 19,6%
		59	99	158

$\chi^2 = 2,102$; $df = 2$; NS

Σχήμα 40: Συσχέτιση του εάν αυξάνουν τη δόση της αναλγησίας – καταστολής σε έναν ασθενή με μηχανική υποστήριξη με σκοπό να τον απαλλάξουν από τον πόνο το γρηγορότερο ακόμα και με κίνδυνο η αύξηση αυτή να επιφέρει το θάνατο και του φύλου.



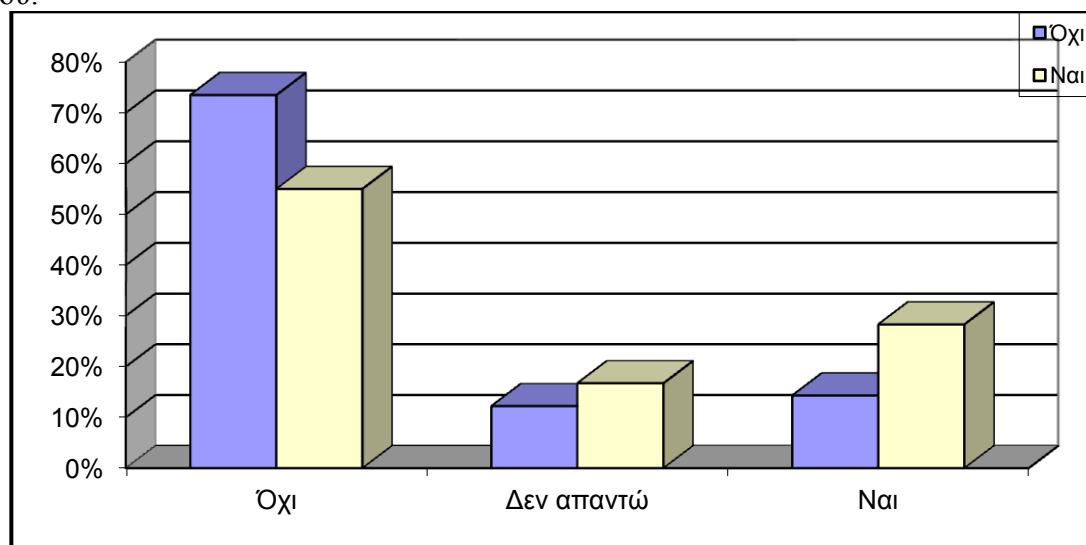
Σε διπλάσια σχεδόν ποσοστά οι κατέχοντες μεταπτυχιακό τίτλο ερωτηθέντες συμφωνούν (28,3%) έναντι αυτών που δεν κατέχουν (14,3%) (ή αντιστρόφως ανάλογα διαφωνούν) ότι αυξάνουν τη δόση της αναλγησίας – καταστολής σε έναν ασθενή με μηχανική υποστήριξη με σκοπό να τον απαλλάξουν από τον πόνο το γρηγορότερο ακόμα και με κίνδυνο η αύξηση αυτή να επιφέρει το θάνατο (Πίνακας 47, Σχήμα 41). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 6,176$; $df = 2$; $p < 0,05$).

Πίνακας 47: Συσχέτιση του εάν αυξάνουν τη δόση της αναλγησίας – καταστολής σε έναν ασθενή με μηχανική υποστήριξη με σκοπό να τον απαλλάξουν από τον πόνο το γρηγορότερο ακόμα και με κίνδυνο η αύξηση αυτή να επιφέρει το θάνατο και της κατοχής μεταπτυχιακού τίτλου.

		Μεταπτυχιακές σπουδές		
		Όχι	Ναι	
Αυξάνετε τη δόση της αναλγησίας – καταστολής σε έναν ασθενή με μηχανική υποστήριξη με σκοπό να τον απαλλάξετε από τον πόνο το γρηγορότερο ακόμα και με κίνδυνο η αύξηση αυτή να επιφέρει τον θάνατο;	Όχι	72 73,5%	33 55,0%	105 66,5%
	Δεν απαντώ	12 12,2%	10 16,7%	22 13,9%
	Ναι	14 14,3%	17 28,3%	31 19,6%
		98	60	158

$$\chi^2 = 6,176; df = 2; p < 0,05$$

Σχήμα 41: Συσχέτιση του εάν αυξάνουν τη δόση της αναλγησίας – καταστολής σε έναν ασθενή με μηχανική υποστήριξη με σκοπό να τον απαλλάξουν από τον πόνο το γρηγορότερο ακόμα και με κίνδυνο η αύξηση αυτή να επιφέρει το θάνατο και της κατοχής μεταπτυχιακού τίτλου.



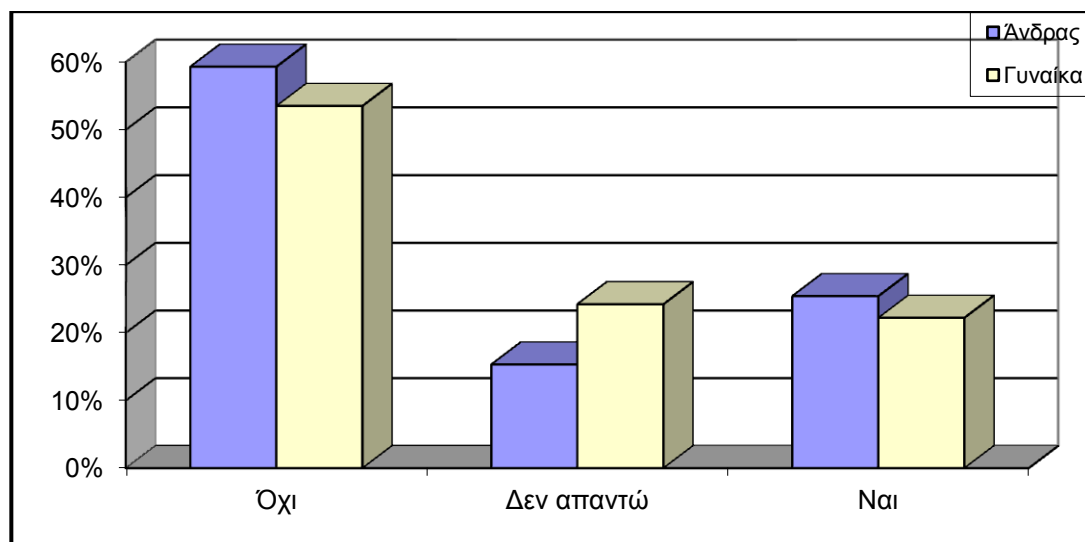
Σε παρόμοια ποσοστά συμφωνούν είτε διαφωνούν οι άνδρες ερωτηθέντες (25,4% είτε 59,3%) έναντι των γυναικών (22,2% είτε 53,5%) ότι συνεχίζουν τη θεραπευτική αγωγή σε ασθενή με ανίατη νόσο για λόγους εκπαιδευτικούς – ερευνητικούς (Πίνακας 48, Σχήμα 42). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 1,814$; $df = 2$; NS).

Πίνακας 48: Συσχέτιση του εάν συνεχίζουν τη θεραπευτική αγωγή σε ασθενή με ανίατη νόσο για λόγους εκπαιδευτικούς – ερευνητικούς και του φύλου.

		Φύλο		
		Άνδρας	Γυναίκα	
Συνεχίζετε τη θεραπευτική αγωγή σε ασθενή με ανίατη νόσο για λόγους εκπαιδευτικούς – ερευνητικούς;	Όχι	35 59,3%	53 53,5%	88 55,7%
	Δεν απαντώ	9 15,3%	24 24,2%	33 20,9%
	Ναι	15 25,4%	22 22,2%	37 23,4%
		59	99	158

$\chi^2 = 1,814$; $df = 2$; NS

Σχήμα 42: Συσχέτιση του εάν συνεχίζουν τη θεραπευτική αγωγή σε ασθενή με ανίατη νόσο για λόγους εκπαιδευτικούς – ερευνητικούς και του φύλου.



Σε παρόμοια ποσοστά συμφωνούν είτε διαφωνούν οι άνδρες ερωτηθέντες (49,2% είτε 37,3%) έναντι των γυναικών (51,5% είτε 36,4%) ότι έχουν προβεί σε πράξεις που πιθανόν να είναι αντίθετες με τα προσωπικά τους πιστεύω ή τις απόψεις του ασθενούς και της

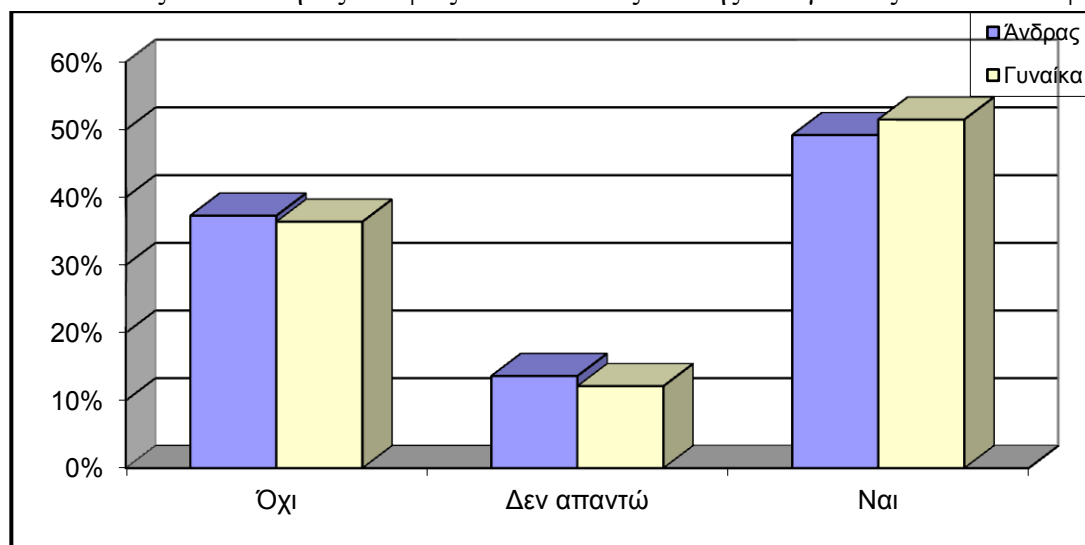
οικογένειας του (Πίνακας 49, Σχήμα 43). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 0,101$; $df = 2$; NS).

Πίνακας 49: Συσχέτιση του εάν έχουν προβεί σε πράξεις που πιθανόν να είναι αντίθετες με τα προσωπικά τους πιστεύω ή τις απόψεις του ασθενούς και της οικογένειας του και του φύλου.

		Φύλο		
		Άνδρας	Γυναίκα	
Έχετε προβεί σε πράξεις που πιθανόν να είναι αντίθετες με τα προσωπικά σας πιστεύω ή τις απόψεις του ασθενούς και της οικογένειας του;	Όχι	22 37,3%	36 36,4%	58 36,7%
	Δεν απαντώ	8 13,6%	12 12,1%	20 12,7%
	Ναι	29 49,2%	51 51,5%	80 50,6%
		59	99	158

$\chi^2 = 0,101$; $df = 2$; NS

Σχήμα 43: Συσχέτιση του εάν έχουν προβεί σε πράξεις που πιθανόν να είναι αντίθετες με τα προσωπικά τους πιστεύω ή τις απόψεις του ασθενούς και της οικογένειας του και του φύλου.



Στατιστικά σημαντική (θετική) συσχέτιση προκύπτει μεταξύ της ηλικίας των ερωτηθέντων και του εάν θα συνέχιζαν τη θεραπευτική αγωγή σε ασθενή με ανίατη νόσο για λόγους εκπαιδευτικούς – ερευνητικούς ($R = 0,223$, $df = 158$, $p < 0,01$), που σημαίνει ότι όσο αυξάνει η ηλικία των ερωτηθέντων τόσο περισσότερο συμφωνούν με την άποψη της συνέχισης της θεραπευτικής αγωγής σε ασθενή με ανίατη νόσο για λόγους εκπαιδευτικούς – ερευνητικούς (Πίνακας 50).

Στατιστικά σημαντική (θετική) συσχέτιση προκύπτει μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας των ερωτηθέντων και του εάν θα συνέχιζαν τη θεραπευτική αγωγή σε ασθενή με ανίατη νόσο για λόγους εκπαιδευτικούς – ερευνητικούς ($R = 0,293$, $df = 158$, $p < 0,001$), που σημαίνει ότι όσο αυξάνουν τα έτη προϋπηρεσίας των ερωτηθέντων τόσο περισσότερο συμφωνούν με την άποψη της συνέχισης της θεραπευτικής αγωγής σε ασθενή με ανίατη νόσο για λόγους εκπαιδευτικούς – ερευνητικούς (Πίνακας 50).

Στατιστικά σημαντική (θετική) συσχέτιση προκύπτει μεταξύ των ετών που εργάζονται σε ΜΕΘ οι ερωτηθέντες και του εάν θα συνέχιζαν τη θεραπευτική αγωγή σε ασθενή με ανίατη νόσο για λόγους εκπαιδευτικούς – ερευνητικούς ($R = 0,197$, $df = 158$, $p < 0,05$), που σημαίνει ότι όσο αυξάνουν τα έτη που εργάζονται σε ΜΕΘ οι ερωτηθέντες τόσο περισσότερο συμφωνούν με την άποψη της συνέχισης της θεραπευτικής αγωγής σε ασθενή με ανίατη νόσο για λόγους εκπαιδευτικούς – ερευνητικούς (Πίνακας 50).

Πίνακας 50: Συσχέτιση του εάν θα συνέχιζαν τη θεραπευτική αγωγή σε ασθενή με ανίατη νόσο για λόγους εκπαιδευτικούς – ερευνητικούς και της ηλικίας, των ετών προϋπηρεσίας και ετών που εργάζονται σε ΜΕΘ.

Spearman rank order correlation coefficient	R	df	p-level
Συνεχίζετε την θεραπευτική αγωγή σε ασθενή με ανίατη νόσο για λόγους εκπαιδευτικούς – ερευνητικούς;			
Ηλικία	0,223	158	$p < 0,01$
Χρόνια προϋπηρεσίας	0,293	158	$p < 0,001$
Χρόνια που εργάζονται σε ΜΕΘ	0,197	158	$p < 0,05$

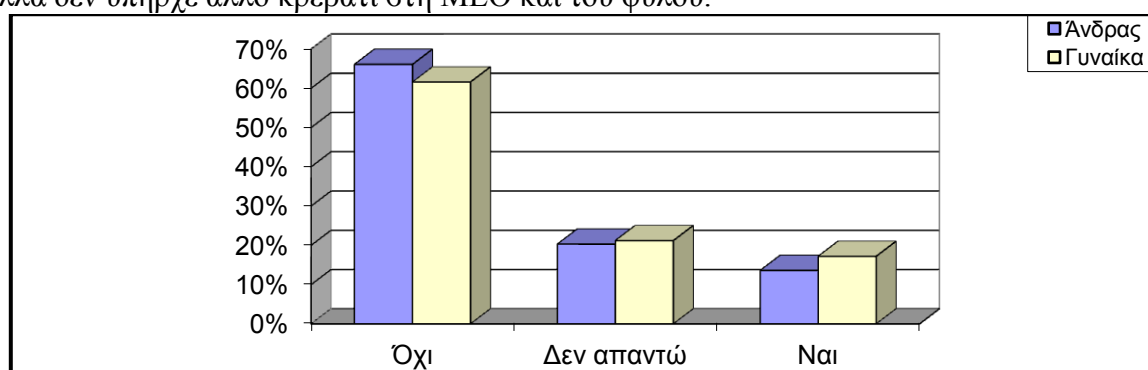
Σε χαμηλότερα ποσοστά συμφωνούν οι άνδρες ερωτηθέντες (13,6%) έναντι των γυναικών (17,2%) (ή αντιστρόφως ανάλογα διαφωνούν) ότι σκέφτηκαν ή και προέβησαν κάποτε στη πορεία της καριέρας τους στη ΜΕΘ να διακόψουν τη μηχανική υποστήριξη ενός ασθενούς μεγάλης ηλικίας, προκειμένου να συνδέσουν ασθενή νεότερης ηλικίας που έχρηζε μηχανικής υποστήριξης αλλά δεν υπήρχε άλλο κρεβάτι στη ΜΕΘ (Πίνακας 51, Σχήμα 44). Οι διαφορές που παρατηρούνται όμως δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 0,436$; $df = 2$; NS).

Πίνακας 51: Συσχέτιση του εάν σκέφτηκαν ή και προέβησαν ποτέ στη πορεία της καριέρας τους στη ΜΕΘ να διακόψουν τη μηχανική υποστήριξη ενός ασθενούς μεγάλης ηλικίας, προκειμένου να συνδέσουν ασθενή νεότερης ηλικίας που έχρηζε μηχανικής υποστήριξης αλλά δεν υπήρχε άλλο κρεβάτι στη ΜΕΘ και του φύλου.

		Φύλο		
		Άνδρας	Γυναίκα	
Σκεφτήκατε ή και προβήκατε ποτέ στη πορεία της καριέρας σας στη ΜΕΘ να διακόψετε τη μηχανική υποστήριξη ενός ασθενούς μεγάλης ηλικίας, προκειμένου να συνδέσετε ασθενή νεότερης ηλικίας που έχρηζε μηχανικής υποστήριξης αλλά δεν υπήρχε άλλο κρεβάτι στη ΜΕΘ;	Όχι	39 66,1%	61 61,6%	100 63,3%
	Δεν απαντώ	12 20,3%	21 21,2%	33 20,9%
	Ναι	8 13,6%	17 17,2%	25 15,8%
		59	99	158

$$\chi^2 = 0,436; df = 2; NS$$

Σχήμα 44: Συσχέτιση του εάν σκέφτηκαν ή και προέβησαν ποτέ στη πορεία της καριέρας τους στη ΜΕΘ να διακόψουν τη μηχανική υποστήριξη ενός ασθενούς μεγάλης ηλικίας, προκειμένου να συνδέσουν ασθενή νεότερης ηλικίας που έχρηζε μηχανικής υποστήριξης αλλά δεν υπήρχε άλλο κρεβάτι στη ΜΕΘ και του φύλου.



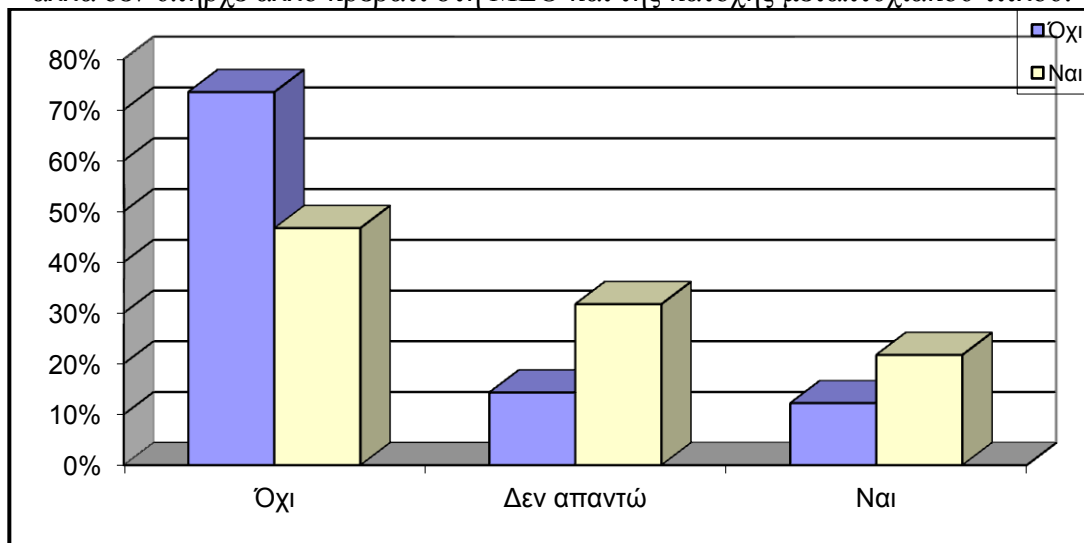
Σε διπλάσια σχεδόν ποσοστά οι κατέχοντες μεταπτυχιακό τίτλο ερωτηθέντες συμφωνούν (21,7%) έναντι αυτών που δεν κατέχουν (12,2%) (ή αντιστρόφως ανάλογα διαφωνούν) ότι σκέφτηκαν ή και προέβησαν κάποτε στη πορεία της καριέρας τους στη ΜΕΘ να διακόψουν τη μηχανική υποστήριξη ενός ασθενούς μεγάλης ηλικίας, προκειμένου να συνδέσουν ασθενή νεότερης ηλικίας που έχρηζε μηχανικής υποστήριξης αλλά δεν υπήρχε άλλο κρεβάτι στη ΜΕΘ (Πίνακας 52, Σχήμα 45). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 11,695; df = 2; p < 0,01$).

Πίνακας 52: Συσχέτιση του εάν σκέφτηκαν ή και προέβησαν ποτέ στη πορεία της καριέρας τους στη ΜΕΘ να διακόψουν τη μηχανική υποστήριξη ενός ασθενούς μεγάλης ηλικίας, προκειμένου να συνδέσουν ασθενή νεότερης ηλικίας που έχρηζε μηχανικής υποστήριξης αλλά δεν υπήρχε άλλο κρεβάτι στη ΜΕΘ και της κατοχής μεταπτυχιακού τίτλου.

		Μεταπτυχιακές σπουδές		
		Όχι	Ναι	
Σκεφτήκατε ή και προβήκατε ποτέ στη πορεία της καριέρας σας στη ΜΕΘ να διακόψετε τη μηχανική υποστήριξη ενός ασθενούς μεγάλης ηλικίας, προκειμένου να συνδέσετε ασθενή νεότερης ηλικίας που έχρηζε μηχανικής υποστήριξης αλλά δεν υπήρχε άλλο κρεβάτι στη ΜΕΘ;	Όχι	72 73,5%	28 46,7%	100 63,3%
	Δεν απαντώ	14 14,3%	19 31,7%	33 20,9%
	Ναι	12 12,2%	13 21,7%	25 15,8%
		98	60	158

$$\chi^2 = 11,695; df = 2; p < 0,01$$

Σχήμα 45: Συσχέτιση του εάν σκέφτηκαν ή και προέβησαν ποτέ στη πορεία της καριέρας τους στη ΜΕΘ να διακόψουν τη μηχανική υποστήριξη ενός ασθενούς μεγάλης ηλικίας, προκειμένου να συνδέσουν ασθενή νεότερης ηλικίας που έχρηζε μηχανικής υποστήριξης αλλά δεν υπήρχε άλλο κρεβάτι στη ΜΕΘ και της κατοχής μεταπτυχιακού τίτλου.



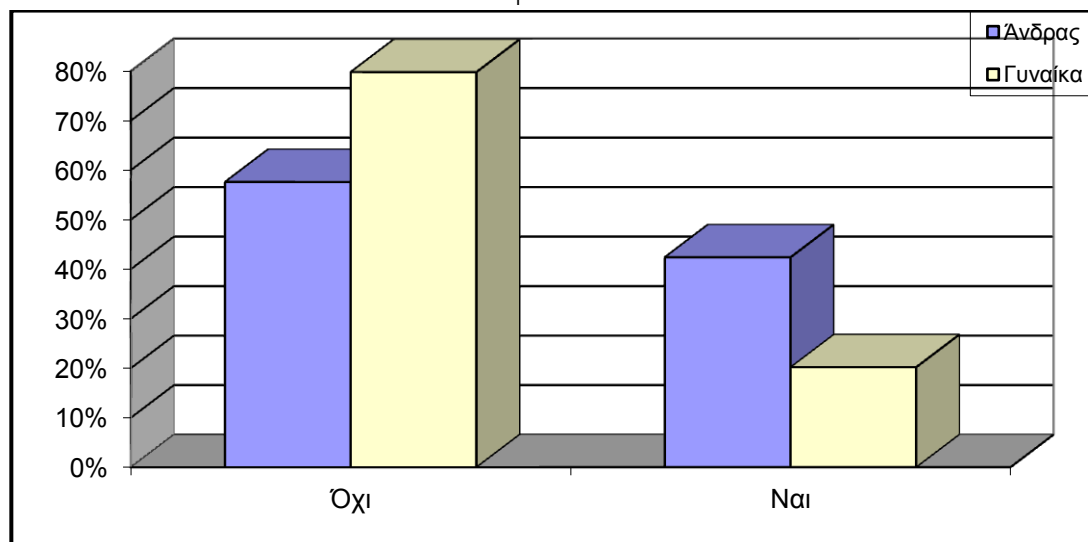
Σε υπερδιπλάσιο ποσοστό οι άνδρες ερωτηθέντες (42,4%) δηλώνουν ότι έχουν σκεφτεί κάποτε σε ασθενή που υποφέρει, την υποβοήθηση διακοπής της ζωής του με σκοπό την απαλλαγή του από την βαρύτητα της νόσου έναντι των γυναικών που το έχουν σκεφτεί σε ποσοστό 20,2% (Πίνακας 53, Σχήμα 46). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πολύ σημαντική ($\chi^2 = 8,921$; $df = 1$; $p < 0,01$).

Πίνακας 53: Συσχέτιση του εάν σκέφτηκαν ποτέ σε ασθενή που υποφέρει, την υποβοήθηση διακοπής της ζωής του με σκοπό την απαλλαγή του από την βαρύτητα της νόσου και του φύλου.

		Φύλο		
		Άνδρας	Γυναίκα	
Σκεφθήκατε ποτέ σε ασθενή που υποφέρει, την υποβοήθηση διακοπής της ζωής του με σκοπό την απαλλαγή του από την βαρύτητα της νόσου;	Όχι	34 57,6%	79 79,8%	113 71,5%
	Ναι	25 42,4%	20 20,2%	45 28,5%
		59	99	158

$\chi^2 = 8,921$; $df = 1$; $p < 0,01$

Σχήμα 46: Συσχέτιση του εάν σκέφτηκαν ποτέ σε ασθενή που υποφέρει, την υποβοήθηση διακοπής της ζωής του με σκοπό την απαλλαγή του από την βαρύτητα της νόσου και του φύλου.



Σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό οι κατέχοντες μεταπτυχιακό τίτλο ερωτηθέντες (36,7%) δηλώνουν ότι έχουν σκεφτεί κάποτε σε ασθενή που υποφέρει, την υποβοήθηση διακοπής της ζωής του με σκοπό την απαλλαγή του από την βαρύτητα της νόσου έναντι αυτών που δεν

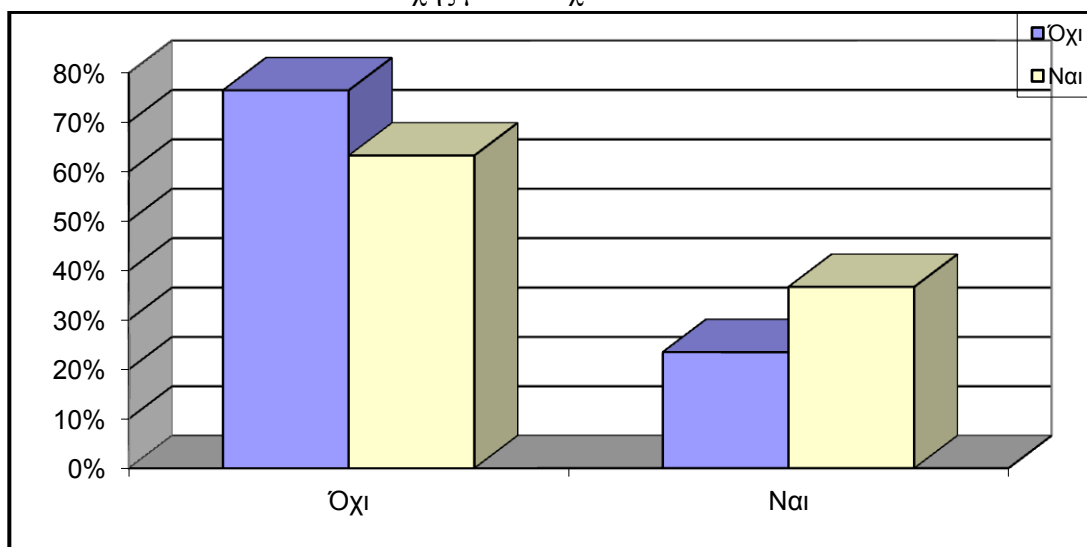
κατέχουν, που το έχουν σκεφτεί σε ποσοστό 23,5% (Πίνακας 54, Σχήμα 47). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική (3,782; df = 1; p<0,05).

Πίνακας 54: Συσχέτιση του εάν σκέφτηκαν ποτέ σε ασθενή που υποφέρει, την υποβοήθηση διακοπής της ζωής του με σκοπό την απαλλαγή του από την βαρύτητα της νόσου και της κατοχής μεταπτυχιακού τίτλου.

		Μεταπτυχιακές σπουδές		
		Όχι	Ναι	
Σκεφθήκατε ποτέ σε ασθενή που υποφέρει, την υποβοήθηση διακοπής της ζωής του με σκοπό την απαλλαγή του από την βαρύτητα της νόσου;	Όχι	75 76,5%	38 63,3%	113 71,5%
	Ναι	23 23,5%	22 36,7%	45 28,5%
		98	60	158

$$\chi^2 = 3,782; df = 1; p < 0,05$$

Σχήμα 47: Συσχέτιση του εάν σκέφτηκαν ποτέ σε ασθενή που υποφέρει, την υποβοήθηση διακοπής της ζωής του με σκοπό την απαλλαγή του από την βαρύτητα της νόσου και της κατοχής μεταπτυχιακού τίτλου.



Στατιστικά σημαντική (θετική) συσχέτιση προκύπτει μεταξύ της ηλικίας των ερωτηθέντων και του εάν σκέφτηκαν ή και προέβησαν ποτέ στη πορεία της καριέρας τους στη ΜΕΘ να διακόψουν τη μηχανική υποστήριξη ενός ασθενούς μεγάλης ηλικίας, προκειμένου να συνδέσουν ασθενή νεότερης ηλικίας που έχρηζε μηχανικής υποστήριξης αλλά δεν υπήρχε άλλο κρεβάτι στη ΜΕΘ (R = 0,161, df = 158, p<0,05), που σημαίνει ότι όσο αυξάνει η ηλικία των ερωτηθέντων τόσο περισσότερο το σκέφτηκαν ή και προέβησαν στη πράξη αυτή (Πίνακας 55).

Αντίθετα, δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο εάν σκέφτηκαν ή και προέβησαν ποτέ στη πορεία της καριέρας τους στη ΜΕΘ να διακόψουν τη μηχανική υποστήριξη ενός ασθενούς μεγάλης ηλικίας, προκειμένου να συνδέσουν ασθενή νεότερης ηλικίας που έχρηζε μηχανικής υποστήριξης αλλά δεν υπήρχε άλλο κρεβάτι στη ΜΕΘ και στα χρόνια προϋπηρεσίας αυτών ($R = 0,109$, $df = 158$, NS). Η διαφαινόμενη σχέση είναι θετική που σημαίνει ότι όσο περισσότερα είναι τα χρόνια προϋπηρεσίας των ερωτηθέντων τόσο περισσότερο πιθανό είναι να σκέφτηκαν ή και να προέβησαν στη διακοπή της μηχανικής υποστήριξης ενός ασθενούς μεγάλης ηλικίας, προκειμένου να συνδέσουν ασθενή νεότερης ηλικίας που έχρηζε μηχανικής υποστήριξης αλλά δεν υπήρχε άλλο κρεβάτι στη ΜΕΘ (Πίνακας 55).

Πίνακας 55: Συσχέτιση του εάν σκέφτηκαν ή και προέβησαν ποτέ στη πορεία της καριέρας τους στη ΜΕΘ να διακόψουν τη μηχανική υποστήριξη ενός ασθενούς μεγάλης ηλικίας, προκειμένου να συνδέσουν ασθενή νεότερης ηλικίας που έχρηζε μηχανικής υποστήριξης αλλά δεν υπήρχε άλλο κρεβάτι στη ΜΕΘ και της ηλικίας και των ετών προϋπηρεσίας.

Spearman rank order correlation coefficient	R	Df	p-level
Σκεφτήκατε ή και προβήκατε ποτέ στη πορεία της καριέρας σας στη ΜΕΘ να διακόψετε τη μηχανική υποστήριξη ενός ασθενούς μεγάλης ηλικίας, προκειμένου να συνδέσετε ασθενή νεότερης ηλικίας που έχρηζε μηχανικής υποστήριξης αλλά δεν υπήρχε άλλο κρεβάτι στη ΜΕΘ;			
Ηλικία	0,161	158	p<0,05
Χρόνια προϋπηρεσίας	0,109	158	NS

Συζήτηση

Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε με σκοπό να διερευνηθούν τα ηθικά - νομικά διλήμματα που αντιμετωπίζουν το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και συχνά υποχρεούνται να πάρουν αποφάσεις που είναι αντίθετες με τα προσωπικά τους πιστεύω.

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 158 άτομα. Το 62,7% ήταν γυναίκες και το 37,3% άνδρες. Οι ηλικίες κυμαίνονταν από 20-58 έτη. Όσο αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 53,2% ήταν έγγαμοι, το 41,8% ήταν άγαμοι, το 3,2% ήταν διαζευγμένοι και το 1,9% ήταν χήροι. Οι περισσότεροι από αυτούς διαμένουν σε αστική περιοχή (84,8%), ένα 10,8% διαμένει σε ημιαστική περιοχή και το 4,4% σε αγροτική περιοχή.

Το 50,6% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι πήραν πτυχίο μεταξύ 2000-2009, το 36,1% δήλωσε μεταξύ του 1990 και 1999, το 8,9% μεταξύ του 1980-1989 και το 4,4% μεταξύ 2010-2012. Το 62% των ερωτηθέντων έχει κάνει μεταπτυχιακές σπουδές ενώ το 38% δήλωσε ότι δεν έχει μεταπτυχιακό. Το 93,7% δήλωσε ότι δεν έχει διδακτορικό δίπλωμα ενώ μόλις το 6,3% ότι έχει. Το 83,5% των ερωτηθέντων άνηκαν στο νοσηλευτικό προσωπικό και το 16,5% στο ιατρικό προσωπικό. Η προϋπηρεσία κυμάνθηκε από 1-31 έτη και τα έτη εργασίας σε ΜΕΘ από 1-26 έτη. Η αναλογία κατά μέσο όρο μεταξύ ιατρών-ασθενών είναι 1/2,5 έως και 3 άτομα, το ίδιο συμβαίνει και στην αναλογία νοσηλευτών -ασθενών.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων 93,7% δήλωσε ότι συμφωνεί να συνεχίζει να παρέχει φροντίδα σε ασθενή ο οποίος διατηρείται στη ζωή με μηχανική υποστήριξη, όταν δεν έχει αποφασισθεί η διακοπή της θεραπευτικής αγωγής ενώ το 7% διαφώνησε και το 3% δεν γνώριζε. Σε υψηλότερο ποσοστό οι ερωτηθέντες που κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο (56,7%) συμφωνούν απόλυτα ότι θα συνέχιζαν να παρέχουν φροντίδα σε ασθενή ο οποίος διατηρείται στη ζωή με μηχανική υποστήριξη όταν δεν έχει αποφασισθεί η διακοπή της θεραπευτικής αγωγής έναντι των συναδέλφων τους που δεν κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο που συμφωνούν απόλυτα σε ποσοστό 41,8%. Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 10,365$; $df = 4$; $p < 0,05$).

Επίσης το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 68,4% δήλωσε ότι αντιμετωπίζει με τον ίδιο τρόπο όλες τις ηλικίες ασθενών με μηχανική υποστήριξη ενώ το 46% δήλωσε ότι δεν αντιμετωπίζει όλες τις ηλικίες των ασθενών με τον ίδιο τρόπο. Παρατηρείται λοιπόν ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό συνεχίζει να παρέχει φροντίδα στους ασθενείς εφαρμόζοντας

τις τέσσερις βασικές αρχές που είναι η αγαθοεργία, η δικαιοσύνη, η αυτονομία και η αρχή της μη πρόκλησης της βλάβης.^{46,47,50,51} Η συνέχιση της ζωής και η προάσπιση της, εφαρμόζεται και ακολουθείται σύμφωνα και με τον όρκο του Ιπποκράτη.

Στην ερώτηση, εάν ακολουθούν τις οδηγίες για την χορήγηση των αναλγητικών φαρμάκων ακόμα και όταν τα φάρμακα δεν ανακουφίζουν από τον πόνο, το μεγαλύτερο ποσοστό 75,9% απάντησε θετικά ενώ το 14,6% απάντησε αρνητικά. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (66,5%) δήλωσε ότι δεν θα αύξανε τη δόση αναλγησίας-καταστολής σε έναν ασθενή με σκοπό να τον απαλλάξει από το πόνο το γρηγορότερο διότι η αύξηση αυτή θα μπορούσε να επιφέρει τον θάνατο του ασθενούς. ($p < 0,05$). Επομένως εδώ εφαρμόζεται η αρχή της μη πρόκλησης της βλάβης.^{47,49}

Στην ερώτηση, αν θα συνέχιζαν την θεραπευτική αγωγή σε ασθενή με ανίατη νόσο για λόγους εκπαιδευτικούς-ερευνητικούς, το 55,7% απάντησε αρνητικά, το 23,4% απάντησε θετικά και το 20,9% δεν θέλησε να απαντήσει. Στην περίπτωση αυτή σύμφωνα και με άλλες ερευνητικές μελέτες, η συνέχιση της θεραπευτικής αγωγής σε ασθενή με ανίατη πάθηση για λόγους εκπαιδευτικούς-ερευνητικούς αποτελεί μια πράξη που προκαλεί μεγάλο άγχος στους επαγγελματίες υγείας, με αποτέλεσμα η διαδικασία να είναι πολύ δύσκολη και να απαιτεί σίγουρα την συγκατάθεση του ασθενούς και αν δεν μπορεί ο ίδιος να δώσει την συγκατάθεση τότε τη δίνουν οι συγγενείς. Και εδώ φαίνεται ο δύσκολος ρόλος που αναλαμβάνει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.^{144,145,146}

Το 52,5% δήλωσε ότι «παρά πολύ» και «πολύ» συζητούν για την κατάσταση του ασθενούς όταν αρχίζει να επιδεινώνεται ενώ το 26,6% δήλωσε «καθόλου» και «ελάχιστα» και το 20,9% δήλωσε λίγο. Η ενημέρωση των συγγενών από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι απαραίτητη προκειμένου να ληφθούν κάποιες κρίσιμες αποφάσεις για τον ασθενή αλλά και για να εξοικειωθούν τα οικεία πρόσωπα με την πρόγνωση της υγείας του ασθενούς. Η ενημέρωση των συγγενών είναι μια διαδικασία που δημιουργεί άγχος και στους συγγενείς και στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και δημιουργεί τις περισσότερες φορές συναισθήματα θυμού, αδικίας και ματαιότητας.⁴⁸

Ένα μεγάλο ποσοστό 65,2% δήλωσε ότι συμμετέχει σε πράξεις που πιστεύει ότι θα βοηθήσουν τον ασθενή έστω και εάν επιστημονικά έχουν οδηγηθεί σε ανεπιτυχή αποτελέσματα ενώ το 20,9% δήλωσε το αντίθετο. Το 50,6% δήλωσε ότι έχει προβεί σε πράξεις που πιθανόν να είναι αντίθετες με τα προσωπικά τους πιστεύω ή τις απόψεις του ασθενούς και της οικογένειάς του και το 36,7% απάντησε αρνητικά. Έτσι γίνεται φανερό ότι

τις περισσότερες φορές κανείς δεν ασχολείται με την ανάγκη της ψυχολογικής υποστήριξης των ιατρών και των νοσηλευτών οι οποίοι εξαναγκάζονται να προβούν σε πράξεις που αντικρούονται στη συνείδηση τους και συχνά αντιμετωπίζουν αισθήματα πίεσης, άγχους, αποτυχίας, ενοχής, θλίψης και απογοήτευσης. Ως επακόλουθο αυτών, το έργο του γίνεται όλο και πιο δύσκολο, επίπονο και απαιτητικό χωρίς να υπάρχει κάποια ξεκάθαρη λύση.⁵⁴

Επιπρόσθετα στην ερώτηση, εάν συζητούν με την οικογένεια του ασθενούς για τη δωρεά οργάνων, όταν ο θάνατος είναι κλινικά αναπόφευκτος, το 42,4% δήλωσε ότι δεν συζητά, το 38,4% ότι συζητά και ένα επίσης σημαντικό ποσοστό 22,8% δεν θέλησε να απαντήσει. Το μεγαλύτερο ποσοστό 61,4% δήλωσε ότι δεν συζητά με τον ασθενή για την δωρεά οργάνων του, προκειμένου να έχουν την συγκατάθεση του ενώ μόνο το 19% συζητά με τον ασθενή. Είναι γνωστό ότι οι αποφάσεις για την δωρεά οργάνων, όταν ο θάνατος του ασθενούς είναι κλινικά αναπόφευκτος λαμβάνονται κάτω από συνθήκες χρονικής πίεσης και συναισθηματικής φόρτισης με αποτέλεσμα αυτό να έχει ως συνέπεια τη δημιουργία ενοχών. Ανάλογες μελέτες ενισχύουν την άποψη της προώθησης της διαδικασίας της δωρεάς οργάνων από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό με σκοπό όχι μόνο την αύξηση του αριθμού των μοσχευμάτων αλλά και τη μείωση του άγχους της διαδικασίας της ενημέρωσης της συγκατάθεσης.^{147,148}

Στην ερώτηση, για το πότε γίνεται λήψη οργάνων, όταν διαπιστωθεί ο εγκεφαλικός ο θάνατος ή ο κλινικός θάνατος, η πλειοψηφία, με ποσοστό 89,2% θεωρεί ότι η λήψη οργάνων γίνεται σε ασθενή, που έχει διαπιστωθεί ο εγκεφαλικός θάνατος, ενώ το 10,8% θεωρεί τον κλινικό θάνατο. Το 61,4% θεωρεί ότι ο εγκεφαλικός θάνατος ταυτίζεται με τον θάνατο ενώ ένα αξιόλογο ποσοστό 33,5% θεωρεί ότι δεν ταυτίζεται. Το 63,7% δεν έδωσε απάντηση γιατί ταυτίζεται ο εγκεφαλικός θάνατος με το θάνατο, ενώ όσοι τεκμηρίωσαν το γιατί, δήλωσαν με ποσοστό 25% ότι ο εγκεφαλικός θάνατος ταυτίζεται με το θάνατο γιατί είναι η μη αναστρέψιμη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους και ένα άλλο ποσοστό 11,2% των ερωτηθέντων δήλωσε «έτσι είναι», «δεν υπάρχει άλλη ελπίδα». Σύμφωνα και με άλλες βιβλιογραφικές παραπομπές ο εγκεφαλικός θάνατος ακολουθείται από το «σωματικό θάνατο» δηλαδή τον θάνατο όλων των οργάνων του σώματος σε μεσοδιάστημα που διαρκεί συνήθως 48-72 ώρες.^{108,109} Από τις παραπάνω απαντήσεις διαπιστώνει κανείς πόσο συγχυτικός και αδιευκρίνιστος είναι η έννοια του θανάτου.

Παράλληλα στη ερώτηση για το εάν αποτελεί ηθικό δίλημμα η λήψη οργάνων, το 56,3% ανέφερε ότι δεν αποτελεί ενώ ένα αξιόλογο ποσοστό 29,7% θεωρεί ότι αποτελεί ηθικό

δίλημμα. Ωστόσο για το εάν τους έχει απασχολήσει η ιδέα της εμπορευματοποίησης των οργάνων ενός ασθενή (εγκεφαλικά νεκρό) μόνο το 38,6% απάντησε θετικά, ενώ το 43,7% απάντησε αρνητικά, ότι δηλαδή δεν τους έχει απασχολήσει. Οι ερωτηθέντες θεωρούν ότι είναι πεπεισμένοι για την κατάλληλη στιγμή αφαίρεσης οργάνων από τον ασθενή με ποσοστό 51,9% ενώ οι υπόλοιποι από τους ερωτηθέντες απάντησαν αρνητικά με ποσοστό 34% ενώ ένα ικανοποιητικό ποσοστό 26,6% δεν απάντησε. Επικρατεί πολύ σημαντική σύγχυση, άγνοια, διχογνωμία.

Αξιοσημείωτο της έρευνας αυτής αποτελεί η ερώτηση για τον εάν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό συμφωνεί με τον νέο νόμο ο οποίος αναφέρει υποχρεωτική τη δωρεά οργάνων καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό 52,5% έδωσε αρνητική απάντηση ενώ το 34,8% απάντησε θετικά, δηλαδή ότι συμφωνεί. Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα αυτά τα ερωτήσεων, διαπιστώνεται ότι οι ερωτηθέντες ενώ υποστηρίζουν ότι είναι πεπεισμένοι την κατάλληλη στιγμή αφαίρεσης οργάνων δεν συμφωνούν με το νέο νόμο για την δωρεά και μάλιστα χωρίς να δίνουν κάποια αιτιολόγηση.

Το 49,4% δήλωσε ότι δεν πιστεύει ότι η πρόοδος της τεχνολογίας όσο αφορά την υποστήριξη της ζωής μηχανικά είναι ο μη συμβιβασμός με τον θάνατο σε αντίθεση με το 29,7% που υποστήριξε αυτή την άποψη και το 20,9% δεν θέλησε να δώσει κάποια απάντηση.

Αξίζει να αναφερθεί ότι στην ερώτηση για το ποιος θεωρείται υπεύθυνος για τον θάνατο ενός ασθενούς στη ΜΕΘ, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων με ποσοστό 77,8% δεν απέδωσε σε κανέναν ευθύνη, ενώ ένα ποσοστό της τάξεως 22,1% θεωρεί ότι αποτελεί αποτυχία των ιατρών, των νοσηλευτών και του συστήματος υγείας γενικότερα. Τα αποτελέσματα αυτά δεν φαίνεται να είναι ικανοποιητικά, διότι σύμφωνα με τη βιβλιογραφία ζούμε σε μια κοινωνία που αρνείται τον θάνατο παρόλο που ο πληθυσμός γηράσκει, η νεότητα, η υγεία και αστείρευτη ζωτικότητα εξιδανικεύονται. Ενώ ο τυπικός ασθενής της ΜΕΘ φέρει ολοένα αυξανόμενο βάρος χρόνιων νοσημάτων, η πίστη των ανθρώπων στη δύναμη των τεχνολογικών μέσων και η προσδοκία επιτυχούς έκβασης διογκώνονται.¹⁴⁹ Τα μέσα ενημέρωσης και η φαρμακευτική βιομηχανία καλλιεργούν την ψευδαίσθηση της θεραπευτικής παντοδυναμίας.¹⁵⁰ Ο θάνατος δεν εκλαμβάνεται πλέον ως αναπόσπαστο τμήμα και φυσική κατάληξη της ζωής ως πλήρες νοήματος και θεμελιώδες γεγονός για την ανθρώπινη ύπαρξη αλλά γίνεται αντιληπτός ως αποτυχία της Ιατρικής και Νοσηλευτικής επιστήμης.¹⁵⁰

Το 89,2% δηλώνει ότι δεν τους έχει τύχει ασθενής που να αξιολογήθηκε κλινικά νεκρός να επανέλθει στη ζωή ενώ ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό 17,1% δήλωσε ότι έχει συμβεί. Τα συναισθήματα τους με μεγάλα ποσοστά από 80-100% ήταν χαρά, λύπη, άγχος, προβληματισμός, ενοχή, θαυμασμός και προβληματισμός. Στην ερώτηση για το εάν σκέφτηκαν ποτέ κατά την πορεία της καριέρας τους να διακόψουν την μηχανική υποστήριξη ενός ασθενούς μεγάλης ηλικίας, προκειμένου να συνδέσουν ασθενή νεότερης ηλικίας που έχρηζε μηχανική υποστήριξη αλλά δεν υπήρχε άλλο κρεβάτι στη ΜΕΘ, το 63,3% εξέφρασε αρνητική δήλωση, ενώ το 20,9% δεν έδωσε απάντηση. Ένα αξιόλογο ποσοστό 15,8% παραδέχτηκε και δήλωσε ότι έχει προβεί σε τέτοιες πράξεις.

Το 73,4% του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού δήλωσε ακόμα ότι δεν έχει κάνει ποτέ απεργία στη ΜΕΘ ενώ το 26,6% απάντησε θετικά. Οι λόγοι που επικαλέσθηκαν οι ερωτηθέντες για τους οποίους δεν έχουν συμμετάσχει σε απεργία είναι κατά σειρά, επειδή η ζωή του ασθενούς τίθεται σε κίνδυνο με ποσοστό 88,8% επειδή καθυστερούν οι εξετάσεις του ασθενούς με ποσοστό 30,2% και τέλος επειδή καθυστερεί η διάγνωση με ποσοστό 24,1%. Η απεργία αποτελεί δικαίωμα προς διαφύλαξη και προαγωγή των οικονομικών και εργασιακών συμφερόντων των εργαζομένων σύμφωνα με το νόμο. Σε αυτή την ερευνητική μελέτη υποστηρίχθηκε από τους επαγγελματίες υγείας ότι προέχει η ανθρώπινη ζωή και όχι το δικαίωμα της απεργίας. Επομένως και εδώ υπηρετούνται οι τέσσερις βασικές αρχές.⁵⁵

Το 71,5% των ερωτηθέντων διαφώνησε με την άποψη για το εάν έχουν σκεφτεί ποτέ σε ασθενή που υποφέρει την υποβοήθηση διακοπής της ζωής του με σκοπό την απαλλαγή από την βαρύτητα της νόσου, ενώ το 28,5% δήλωσε πως έχει σκεφτεί να προβεί σε μια τέτοια πράξη. Σε διπλάσια σχεδόν ποσοστά οι κατέχοντες μεταπτυχιακό τίτλο ερωτηθέντες συμφωνούν (21,7%) έναντι αυτών που δεν κατέχουν (12,2%) (ή αντιστρόφως ανάλογα διαφωνούν) ότι σκέφτηκαν ή και προέβησαν κάποτε στη πορεία της καριέρας τους στη ΜΕΘ να διακόψουν τη μηχανική υποστήριξη ενός ασθενούς μεγάλης ηλικίας, προκειμένου να συνδέσουν ασθενή νεότερης ηλικίας που έχρηζε μηχανικής υποστήριξης αλλά δεν υπήρχε άλλο κρεβάτι στη ΜΕΘ. Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 11,695$; $df = 2$; $p < 0,01$).

Βέβαια τα αισθήματα τους όταν προβούν σε μια τέτοια ενέργεια μετά από εντεταλμένη οδηγία που αντίκειται στη συνείδηση τους είναι η απογοήτευση με ποσοστό 60,8%, η λύπη με ποσοστό 25,9% και η ενοχή με ποσοστό 17,7%.

Τέλος και ίσως η πιο σημαντική ερώτηση της ερευνητικής εργασίας είναι για το πότε το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό κατά την διάρκεια της καριέρας του, βρέθηκε στο μεγαλύτερο ηθικό δίλλημα. Οι απαντήσεις που δόθηκαν είναι ότι δεν βρέθηκαν ποτέ σε ηθικό δίλλημα με ποσοστό 33,5%, ότι βρίσκονται συχνά ή καθημερινά λόγω ζητημάτων δωρεάς οργάνων, δεοντολογικών ζητημάτων και ζητημάτων ευθανασίας. Ωστόσο πρέπει να σημειωθεί ότι μεγάλο ποσοστό της τάξεως 43,7% δεν θέλησε να αναφέρει πότε βρέθηκε σε κάποιο ηθικό δίλλημα κατά την διάρκεια της καριέρας του.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Το υψηλότερο ποσοστό των ερωτηθέντων θα συνέχιζαν να παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς οι οποίοι διατηρούνται στη ζωή με μηχανική υποστήριξη όταν δεν έχει αποφασιστεί η διακοπή της θεραπευτικής αγωγής.
- Ακολουθούν τις οδηγίες για τα αναλγητικά φάρμακα ακόμα και όταν τα φάρμακα που χορηγούνται δεν ανακουφίζουν από τον πόνο, όμως δεν θα αύξαναν τη δόση αναλγησίας-καταστολής με τον κίνδυνο η αύξηση αυτή να επιφέρει τον θάνατο.
- Δεν θα συνέχιζαν να παρέχουν θεραπευτική αγωγή σε ασθενείς με ανίατη νόσο για λόγους εκπαιδευτικούς-ερευνητικούς.
- Συζητούν με την οικογένεια για την κατάσταση του ασθενούς όταν αρχίσει να επιδεινώνεται, δεν συζητούν όμως τη δωρεά οργάνων όταν τίθεται στη περίπτωση που ο θάνατος είναι κλινικά αναπόφευκτος λόγω του γεγονότος ότι βρίσκονται κάτω από συνθήκες χρονικής πίεσης και συναισθηματικής φόρτισης.
- Έχουν προβείς σε πράξεις που είναι αντίθετες με τα προσωπικά τους πιστεύω ή τις απόψεις του ασθενούς επειδή κάποιες φορές πρέπει να ακολουθήσουν τις επαγγελματικές αξίες και όχι τις προσωπικές του.
- Η λήψη οργάνων για μεταμόσχευση γίνεται όταν διαπιστωθεί ο εγκεφαλικός θάνατος και θεωρούν ότι ο εγκεφαλικός θάνατος ταυτίζεται με τον πραγματικό θάνατο χωρίς να αιτιολογήσουν όμως αυτήν την άποψη.
- Υποστηρίζουν ότι είναι πεπεισμένοι την κατάλληλη στιγμή αφαίρεσης οργάνων, όμως δεν συμφωνούν με το νέο νόμο.
- Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες 73% δεν έχουν κάνει ποτέ απεργία στη ΜΕΘ και οι λόγοι που δεν έχουν συμμετάσχει είναι επειδή η ζωή του ασθενούς τίθεται σε κίνδυνο καθώς επίσης επειδή καθυστερούν η διάγνωση και οι εξετάσεις του ασθενούς.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Δημιουργία νομικών και ηθικών κατευθυντήριων οδηγιών για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό με σκοπό την καλύτερη εξασφάλιση των κατάλληλων συνθηκών στο χώρο της ΜΕΘ.
- Συζήτηση και συχνή ενημέρωση ανά τακτά χρονικά διαστήματα με την οικογένεια του ασθενούς για την αποφυγή προστριβών και εντάσεων με τους ιθύνοντες ιατρούς και νοσηλευτές.
- Δημιουργία ευνοϊκού κλίματος συνεργασίας ανάμεσα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό με στόχο την ύψιστη παροχή φροντίδας και διατήρηση της αυτονομίας του ασθενούς.
- Προώθηση και παρότρυνση για την δημιουργία ανάπτυξης ψυχολογικής υποστήριξης, απέναντι στους ιατρούς και στους νοσηλευτές με ύψιστο στόχο την μείωση άγχους και την διασφάλιση της καλύτερης λήψης αποφάσεων σε δύσκολες περιπτώσεις ασθενών.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας αποτελεί ένα πολυδιάστατο και πολυεπιστημονικό Ιατρικό-Νοσηλευτικό πεδίο που ασχολείται με βαρέως πάσχοντες ασθενείς και συχνά καλείται να πάρει αποφάσεις με ηθικό περιεχόμενο.

Σκοπός: Η διερεύνηση των ηθικών διλημάτων που αντιμετωπίζει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στη ΜΕΘ και των απόψεων τους σχετικά με τις αποφάσεις που λαμβάνουν για τους ασθενείς.

Υλικό – Μέθοδος: Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν 158 ιατροί και νοσηλευτές που εργάζονται σε ΜΕΘ νοσοκομείων της Ελλάδας. Η δειγματοληψία έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 52 ερωτήσεις εκ των οποίων 6 ήταν ανοικτού τύπου και οι υπόλοιπες κλειστού τύπου. Από αυτές 20 ήταν διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ) και οι υπόλοιπες εναλλακτικών απαντήσεων. Η έρευνα διεξήχθη από Σεπτέμβριο-Δεκέμβριο 2013.

Αποτελέσματα: Το 62,7% των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν γυναίκες και το 37,3% ήταν άνδρες. Η μέση τιμή των ετών προϋπηρεσίας των εργαζομένων στη ΜΕΘ ανερχόταν στα 7,6 έτη. Σε υψηλότερο ποσοστό οι άρρενες ερωτηθέντες (59,3%) συμφωνούν απόλυτα ότι θα συνέχιζαν να παρέχουν φροντίδα σε ασθενή ο οποίος διατηρείται στη ζωή με μηχανική υποστήριξη όταν δεν έχει αποφασισθεί η διακοπή της θεραπευτικής αγωγής έναντι των γυναικών συναδέλφων τους που συμφωνούν απόλυτα σε ποσοστό 40,4% ($p < 0,05$) Το μεγαλύτερο ποσοστό 75,9% των ερωτηθέντων ακολουθούν οδηγίες για αναλγητικά φάρμακα ακόμα και όταν αυτά δεν ανακουφίζουν τον ασθενή από τον πόνο. Το 66,5% αυξάνει τη δόση αναλγησίας- καταστολής ακόμα και με τον κίνδυνο πρόκλησης θανάτου του ασθενούς. ($p < 0,05$). Στατιστικά σημαντική (θετική) συσχέτιση προκύπτει μεταξύ της ηλικίας των ερωτηθέντων και του εάν θα συνέχιζαν τη θεραπευτική αγωγή σε ασθενή με ανίατη νόσο για λόγους εκπαιδευτικούς – ερευνητικούς, που σημαίνει ότι όσο αυξάνει η ηλικία των ερωτηθέντων τόσο περισσότερο συμφωνούν με την άποψη της συνέχισης της θεραπευτικής αγωγής σε ασθενή με ανίατη νόσο για λόγους εκπαιδευτικούς – ερευνητικούς ($p < 0,01$), Οι περισσότεροι (50,6%) συχνά ακολουθούν αποφάσεις που είναι αντίθετες με τα προσωπικά τους πιστεύω ή με τις απόψεις του συγγενικού περιβάλλοντος του ασθενούς και τα αποτελέσματα να νιώθουν απογοήτευση, λύπη και ενοχή ($p < 0,05$). Το μεγαλύτερο ποσοστό (52,5%) δεν συμφωνεί με τον νόμο που

αναφέρει υποχρεωτική τη δωρεά οργάνων. Ωστόσο η λήψη οργάνων δεν αποτελεί γι' αυτούς (56,3%) ηθικό δίλημμα.

Συμπεράσματα: Το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζουν καθημερινά ηθικά-νομικά διλήμματα και κάποιες φορές υποχρεούνται να πάρουν αποφάσεις αντίθετες με τα προσωπικά τους πιστεύω.

SUMMARY

The Intensive Care Unit is a multidimensional and multidisciplinary medical - nursing field that deals with critically ill patients and is often called upon to make decisions with ethical content .

Purpose : To investigate the ethical dilemmas faced by health professionals working in the ICU and their views on the decisions made for patients.

Material - Method: The sample of this study were 158 doctors and nurses working in hospitals ICUs in Greece. Sampling took place regardless of origin , marital status, socioeconomic status . Used as an instrument written questionnaire consisting of 52 questions, of which 6 were open-ended and the other closed . Of these 20 were dichotomous (yes-no) and the other alternative answers. The survey was conducted from September - December 2013 .

Results: 62.7% of study participants were female and 37.3 % were men . The average years of service of employees in the ICU was 7.6 years . At a higher proportion male respondents (59.3 %) strongly agree that they would continue to provide care to a patient who is kept alive by life support when there has decided discontinuation of treatment against their female colleagues who agree perfectly at 40 , 4% (p <0,05) the majority 75.9% of respondents follow instructions for pain medication even when they do not relieve the patient from pain. 66.5% increases the analgesia dose - suppression even with the risk of death of the patient. (p<0,05). Statistically significant (positive) correlation occurs between the age of respondents and whether they would continue to treat a patient with an incurable disease for purposes of education - research , which means that with increasing age of the respondents agree more with the view of continuing treatment treatment in a patient with an incurable disease for educational - research (p <0,01), most (50.6 %) often follow decisions that are contrary to their personal beliefs or views the family environment of the patient and the result feel frustration , sadness and guilt (p <0,05). The largest percentage (52.5%) did not agree with the law that states mandatory organ donation . However, organ donation is not for them (56.3%) moral dilemma.

Conclusions: The medical and nursing staff face daily ethical - legal dilemmas and sometimes have to make decisions contrary to their personal beliefs.

Βιβλιογραφία

1. Choe J, Bakken S, Larson E, Du Y, Stone P. Perceived nursing work environment of critical care nurses., τόμος 53, τεύχος 6, Nurses Res 2004,σ.370-378.
2. Ρούσσοσ Χ. Εντατική Θεραπεία, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, επίτομος, Αθήνα 2000, σ.3-11
3. Καλοφυσούδης Ι. Μονάδες Εντατικής Θεραπείας-Νοσηλευτικά Πρωτόκολλα Και Διαδικασίες, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, επίτομος Αθήνα 2000, σ.1-4.
4. Society of critical care medicine, html: body about history, 1998.
5. Schmalenberg C. Kramer M. Types of intensive care units with the healthiest, Most Productive Work Enviroments, τόμος 16, American Journal of Critical Care 2007, σ.458-468.
6. Ferdimande P. Members of the task Force of the European Society of intensive care Medicine. Recommendations on minimal requirements for intensive care Departements. Intensive care med 1997, (23) σ.226-232.
7. Γαλάνης Ν. Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας, τόμος 22, τεύχος 1 Πνεύμων, Αθήνα 2009, σ.9-11.
8. Hiberman M. The evolution of intensive care units, Crit Care Med 1975 Three σ.159-165.
9. Ρούσσοσ Χ. Μεταφορά βαρέως πάσχοντα, Εντατική Θεραπεία, τόμος 1^{ος}, έκδοση 1^η Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα 2005, 1^{ος} σ.1-11.
10. Μασσά Ε. Αγαπάκης Δ. Αναγκαιότητα λειτουργίας ΜΕΘ σε νομαρχιακό νοσοκομείο. Ιατρικό Βήμα 2007, σ. 83-84.
11. Ασκητοπούλου Ε. Επείγουσα και Εντατική Ιατρική, επίτομος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1991, σ.7-44, 567-580.
12. Frederic S. Darry Y. Σύγχρονη Εντατικολογία, μετάφραση-επιμέλεια: Μπαλτόπουλος Γ. επίτομος, Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα 2005, σ.1-17, 313-321
13. Oberle K. Hugnes D. Doctors and nurses perceptions of ethical problems in end-of-life desitions, τόμος 33, J.Adr Nurs 2001, σ.705-715.
14. Discharge and Triage. Guidelines for ICU Admission. τόμος 27, τεύχος 3, Critical Care Med 1999, σ.633-638.
15. Rhodes A, Moreno R, Chiche J-D. ICU structures and organization: putting together all the pieces of a very complex puzzle. τόμος 37 Intensive Care Med 2011, σ.1569-1571.

16. Γρηγοράκος Π. Ανθρώπινο Δυναμικό Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, τεύχος 1, Πνεύμων, Αθήνα 2011, σ. 5-7.
17. Vinket JI. Artigas A. Bihari D et Al. Guidelines for the utilization of intensive care units. τόμος 20, Intensive Care Med 1999, σ.163-164.
18. European Society of Intensive Care Medicine: Task force on minimal requirements for intensive care, τόμος 14, τεύχος 2, Departments 1995, σ.1-27.
19. Task force of the European Society of Intensive Care Medicine. Recommendations on minimal requirements for Intensive Care Departments, τόμος 23 Intensive Care Med 1997, σ.226-232.
20. Butteworth H, Te Oh , Design and organization of intensive care units, Intensive Care Manual, Oxford 1997, σ.3-10.
21. Woodrow. Intensive Care Nursing: A Framework of practice, τόμος 1, Routledge London 2000, σ.32-56.
22. Lange S. Van A. Burchard H, European Society of intensive care Medicine statement: intensive care medicine Europe-Structure organization and training guidelines of the Multidisciplinary Joint Committee of Intensive Care Medicine (MJCICM) of the European Union of Medical Specialists (UEMS), τόμος 28, τεύχος 11, Intensive Care Med 2002,σ.1505-1511.
23. Tinsley A. ICU staffing, skill mix and occupancy. Nursing Times 1990, 86:52-53.
24. Μυριανθεύς Λ. Μπουτζόκα Ε. Φιλντίσης Γ. Μπαλτόπουλος Γ. Τσιμογιάννη Χ. Λαδάκης Χ., Στελέχωση πολυδύναμων Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, Πνεύμων, τόμος 14, τεύχος 1 Αθήνα 2001, σ.38-46.
25. www.ygeianet.gr/box/cal/38606.pdf.
26. SCCM, Task Force on guidelines « Guidelines for standards of care for patients with acute respiratory failure on mechanical Ventilatory support, τόμος 2 Crit Care Med 1991 σ. 275-278.
27. Burrett H, Bion J.F An international survey of training in adult intensive care medicine. τόμος 31, Intensive Care Med 2005, σ.553-561.
28. Valedin A. Ferdinande C. Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. τόμος 11 Intensive Care Med 2001,σ.2300-2307.
29. Atkison R.S. Hamblin J.J. Writing J. Handbook of intensive care, by Champan and Hall ltd, London 1981.σ.38-42.

30. European Society of intensive care medicine. Recommendations on minimal requirements for intensive care departments, τόμος 23 Intensive Care Med 1997, σ.226-232.
31. Williams G. Schmollgruber S. Alberto I. Consensus forum: worldwide guidelines on the critical care nursing workforce and education standards, τόμος 22, Crit Care Clin 2006, σ.393-406.
32. Brill J. Spevetz A. Branson RD. Campbell GM. Et al. Critical care delivery in the intensive care unit: defining clinical roles and the best practice model, τόμος 27, Crit Care Med 2001, σ.2007-2019.
33. Αδάμου Ε. Γιακουμιδάκης Κ. Κάδδα Ο. Αργυρίου Γ. Καπαδόχος Θ. Βασιλόπουλος Γ. Μαρβάνη Χ. Διερεύνηση του ρόλου των νοσηλευτών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, τόμος 10, τεύχος 2, Βήμα Ασκληπιού, Αθήνα 2011, σ.221-232.
34. Tinsley A. ICU staffing, skill, mix and bed occupancy, τόμος 86 Nursing Times 1990, σ.52-53.
35. Playe JF. Humanism and positivism in nursing: contradictions and conflicts, τόμος 20 Journal of Advanced Nursing 2004, σ.249-256.
36. Ball C. Grap MJ. Younger J. Thornb Y. Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses, τόμος 16 Journal of Advanced Nursing 1991, σ. 850-857.
37. Stiller K. Physiotherapy in intensive care: towards an evidence-based practice. τόμος 6, Chest 2000, σ.1801-1813.
38. Λεμονίδου Χ. Ζητήματα ηθικής στη νοσηλευτική πρακτική. Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα 2005, σ.32-57.
39. Deney L, Berney S. Physiotherapy in the intensive care unit. τόμος 11, Physical Therapy Reviews 2006, σ.49-56.
40. Μπουραντάς Δ. Management, Εκδόσεις Μπένου. Αθήνα 2002 σ.419-422.
41. Danjoux Meth N. Lawless B. Harwryluck. Conditions in the ICU: Perspectives of administrators and clinicians. τόμος 35, Intensive Care Med 2009, σ. 2068-2077.
42. Κούρτη Μ. Κατοστάρας Θ. Φιλντίσης Γ. Καλλέργης Γ. Χριστοφίλου Ε. Φλώρος Ι. Οι συγκρούσεις μέσα στο χώρο της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, τόμος 28, τεύχος 1 Archives of Hellenic Medicine, Αθήνα 2011, σ.555-560.
43. Wall Rj, Dittus No, Ely E. Protocol-driven care in the intensive care unit: a tool for quality, τόμος 5, τεύχος 6, Crit Care 2001, σ.283-285.
44. Swansburg Rc. Management and Leadership for nurses managers. Jones k Bartlett publ international, London 1996, σ.1333-1338.

45. Diringer E, Yende S. Protocol- directed care in the icu: making a future generation of intensivists less know geable, τόμος 16.Critical Care 2012, σ.307-309.
46. John M.L. Douglas B.W. A history of ethics and law in the intensive care unit, τόμος 25, τεύχος 1, Crit care clin 2009, σ. 221-237.
47. Κρανιδιώτης Γ. Γεροβασίλης Β. Τασούλης Α. Νάνας Σ. Προτελευταία διλήμματα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας- μη κλιμάκωση και απόσυρση της υποστηρικτικής ζωής αγωγής, τόμος 27, τεύχος 1, Archives of hellenic medicine, 2010, σ.18-36.
48. Λεπίδου Μ. Καδδά Ο. Αργυρίου Γ. Νέστωρ Α. Μαρβάκη Α. Χασιώτη Γ. Νάνας Σ. Τα ηθικά διλήμματα ως πηγή άγχους στους ιατρούς και στους νοσηλευτές της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, τόμος 51, τεύχος 2, Νοσηλευτική, Αθήνα 2012, σ.187-194.
49. Osborn. Wraa, Watson, Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική, επίτομος, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2012, σ.57-70.
50. Κατσιμίγκας Γ. Βασιλοπούλου Γ. Βασικές αρχές βιοηθικής και ορθόδοξης ηθικής. Τόμος 9, τεύχος 2, Το βήμα του Ασκληπειού, Αθήνα 2010, σ.158-170.
51. Lippert F. Raffay V, Georgiou M, Steen P, Bossaert L.Η ηθική της αναζωογόνησης και οι αποφάσεις σχετικά με το τέλος της ζωής, τόμος 21, τεύχος 42-43, Θέματα αναισθησιολογίας και εντατικής ιατρικής, Αθήνα 2010, σ.353-361.
52. Beauchaup T.L The principle approach, special supplement, τόμος 23, τεύχος 6, Hasting center Report 1993,σ.9-17.
53. Hans Jonas. The imperative of responsibility: in search of an Ethics for the technological age the university of Chicago Press. Chicago 1984, σ.1380-1343.
54. Κατσανούκας Κ. Ηθικά διλήμματα, προτελευταίες αποφάσεις και αποκλιμάκωση στη ΜΕΘ, τόμος 7, Ελληνικό Περιοδικό Περιεγχειρητικής Ιατρικής, Αθήνα 2009, σ.54-66.
55. Γιαννοπούλου Α. Διλήμματα και προβληματισμοί στη σύγχρονη νοσηλευτική, έκδοση 6, εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 2005, σ.105-208.
56. Τριανταφυλλίδου Σ. Παπαγεωργίου Γ. Δεοντολογία και διαχείριση ηθικών διλημμάτων στα επαγγέλματα υγείας, τόμος 10, τεύχος 6, Το βήμα του Ασκληπειού, Αθήνα 2011, σ.465-479.
57. Reaner Fg. Ethical dilemmas in social servise, New York, Columbia, university pres 1990.
58. Κώδικας ιατρικής δεοντολογίας. Ν3418, ΦΕΚ Α΄ 287, 28-11-2005, Άρθρο 2.3
59. Παπαγεωργίου Δ. Κριτήρια ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας στις μονάδες εντατικής θεραπείας, τόμος 47, Νοσηλευτική, Αθήνα 2008, σ.57-64.

60. Musa M. Harun Or. Rashid M. Sacamonto J. Nurse managers experience with ethical issues in six government hospitals in Malaysia: a cross-sectional study. *BMC Med Ethics* 2011, σ.12-23.
61. Dewolf Bosek Ms. Identifying ethical issues from the perspective of the registered nurse. Τόμος 11. *Jona Healthc Law Ethics Regul* 2009, σ.91-99.
62. Weng L. Loynt G.M. Lee A. Du B. Leyng P. et al. Attitudes towards ethical problems in critical care medicine: the Chinese perspective, τόμος 37, *Intensive Care Med* 2011, σ.655-644.
63. Beca J.P. Koppmann A. Chavez P. Delgado I. Solar S. Analysis of a clinical ethics consultation experience in intensive care. τόμος 138, *Rew Med Chil* 2010, σ.815-820.
64. Cohen S, Sprung C, Sjokvisti P, Lippert A, Ricou B, Baras M et al. Communication of end-of-life decisions in European intensive care units. τόμος 31, *Intensive Care Med* 2005, σ.1215–1221.
65. Davidson Je, Powers K, Hedayat KM, TieszeN M, Kon AA, Shepard E et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005. *Crit Care Med* 2007, σ. 605–622.
66. Carlet J, Thijs LG, Antonelli M, Cassel J, Cox P, Hill N et al. Challenges in end-of-life care in the icu. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003. *Intensive Care Med* 2004, σ.770–784.
67. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: Revisiting the shared treatment decision-making model. Τόμος 49, *Soc Sci Med* 1999, σ.651-661.
68. Quill TE, Dresser R, Brock DW: The rule of double effect-A critique of its role in end-of life decision making. τόμος 337, *N Engl J Med* 1997, σ.1768-1771.
69. Lo B, Rubenfeld G: Palliative sedation in dying patients: “We turn to it when everything else hasn’t worked.” *JAMA* 2005, σ.1810-1816.
70. Quill TE: The ambiguity of clinical intentions. *N Engl J Med* 1993; σ. 1039-40.
71. Sulmasy DP: Commentary: Double effect Intention is the solution, not the problem. *J Law Med Ethics* 2000,σ.26-29
72. Curtis JR, White DB. Practical guidance for evidence-based icu family conferences. Τόμος 134. *Chest* 2008, σ.835–843.

73. Lilly CM, Demeo DL, Sonna LA, Halley KJ, Massaro AF, et al. An intensive communication intervention for the critically ill. Τόμος 109, Am J Med 2000, 109, σ.469-475.
74. Mc Donagh JR, Elliott TB, Engelberg RA, Treece PD, Rubenfeld GD et al. Family satisfaction with family conferences about end-of-life care in the intensive care unit: Increased proportion of family speech is associated with increased satisfaction. Crit Care Med 2004, σ.1484–1488.
75. Starleton RD, Engelberg RA, Wenrich MD, Goss CH, Curtis JR. Clinician statements and family satisfaction with family conferences in the intensive care unit. Crit Care Med 2006, σ.1679–1685..
76. Breen CM. Abernethy AP. Abbott KH. Tulsky JA. Conflict associated with decisions to limit life-sustaining treatment in intensive care unit. J Gen Intern Med 2000, σ. 283-289.
77. Back AL, Arnold RM. Dealing with conflict in caring for the seriously ill: it was just out of the question. Jama 2005, 293:σ. 1374-1381.
78. Cook DJ. Giacomini M. Johnson N. Willms D. Life support in the intensive care unit. A qualitative investigation of technological purposes. Canadian Critical Care 1999, σ.1109-1113.
79. Shanawani H, Wenrich MD, Tonelli MR, Curtis JR. Meeting physicians responsibilities in providing end of-life care, Chest 2008, σ.775-786.
80. Helft PR, Siegler M, Lantos J. The rise and fall on the futile movement. Τόμος 343, N Eng J Med 2000, σ.239-246.
81. Schoeiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: it's meaning and ethical implications. Ann Intern Med 1990, 112:949-954.
82. Goldman L. Claude B. Νοσολογία cecil, μετάφραση-επιμέλεια: Ρούσσος Χ. τόμος 1 Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2002, σ. 701-710.
83. Frick S. Kehlinger DE, Zuercher Z. Zenklusen RM. Medical futility: predicting outcome of intensive care unit patients by nurses and doctors- a prospective comparative study. Crit Care Med 2003, 31:456-461.
84. Nishimura A, Mueller PS, Evenson LK, Dowener IZ, Bowron CT et al. Patients who complete advance directives and what they prefer. Mayo Clin Proc 2007, 82:1480-1486.
85. White DB, Curtis JR. Care near the end-of-life in critically ill patients: A north American perspective. Curr Opin Crit Care 2005, 11:610-615.
86. Morrison RS, Meier DE. High rates of advance care planning in New York city's elderly population. Arch Intern Med 2004, 164:2421-2426.

87. Estevan A, Gorgo F, Solsona JF, Alia I, Caballero J, Bouza C. et al. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. *Intensive Care Med* 2001, 27:1744-1749.
88. Fried TR, Olerys J. Van Ness, Fraenkel L. Inconsistency over time in the preferences of older persons with advanced illness for life-sustaining treatment. *Am Geriatr Soc* 2007, 55:1007-1114.
89. Martin DK, Emanuel LL, Singer Pa. Planning for the end of life, *Lancet* 2000, 356:1672-1676.
90. The support principal investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments. (Support) *Jama* 1995, 274:1591-1598.
91. Tono JM, Gruneir A. Schawartz Z. Nanda A. Wet lent association between advance directives and quality of end-of-life care: a national study. *J' am Geriatr Soc* 2007, 55:189-194.
92. Burns JP, Johnson, Cassem NH, Truog RD. Do-not resuscitate order after 25 years. *Crit Care Med* 2003, 31:1543-1550.
93. Karetzky M. Zubair M, Parikh J. Cardiopulmonary resuscitation in intensive care unit and non-intensive care unit patients. Immediate and long-term survival. *Arch Intern Med* 1995, 155: 1277-1280.
94. Dumot JA, Burval DJ, Spryng J, Waters JH, Mraovic LR, Karafa MT et al. Outcome of adult cardiopulmonary resuscitations at a tertiary referral centre including results of limited resuscitations. *Arch Intern Med* 2001, 161: 1751-1758.
95. Αργυρίου Γ, Καδδά Ο. Διερευνώντας τις απόψεις ιατρών και νοσηλευτών σχετικά με την απόφαση μη εφαρμογής αναζωογόνησης (ΜΕΑ) σε ασθενείς της ΜΕΘ. Βήμα Ασκληπειού, Αθήνα 2012, 358-372.
96. Sinuff T, Cook DJ, Rocker GM, Griggith LE, Walter SD, Fisher MM et al. D.N.R directives are established early in mechanically ventilated intensive care unit patients. *Can J Anaesth* 2004, 51:1034-1041.
97. Φραγκουδάκη Κ. Η νοσηλευτική φροντίδα και οι διαστάσεις σ' ένα σύστημα ποιότητας, τόμος 6, τεύχος γ, *Ιατρικά Ανάλεκτα*, Αθήνα 2010, σ.235-237.
98. Back AL, Arnold RM, Quill TE. Hope for the best and prepuse for the worst. *Ann Intern Med* 2003, 138: 439-443.
99. Ζάβρα Γ. Η συναίνεση του ασθενούς, τόμος 6, τεύχος γ, *Ιατρικά Ανάλεκτα*, Αθήνα 2010, σ.241-243.

100. Στούφης Ν, Λεπίδου Μ. Διαστάσεις στην επικοινωνία νοσηλευτών –ασθενών, τόμος 4, τεύχος 2, Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, Αθήνα 2011, σ.54-58.
101. Ferrad E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F, Withholding and withdrawal of lif support in intensive care units in France: a prospective survery *Lancet* 2001,357:9-14.
102. Pochard F, Azoulay E, Chevret S. et al. For the French Famirea members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decition-making, *Crit Care Med* 2001, 29: 1893-1897.
103. Brody H, Campell ML, Faber-Langendoen K, Ogle K. Withholding intensive life-sustaining treatment- recomenduatly for compassionate clinical management *N Engl J Med* 1997, 336:682-687.
104. Gilligan T, Raffin TA, Withdrawing life support: Extubation and prolonged terminal wears are inappropriate. *Crit Care Med* 1996, 24:352-353.
105. Γιαννάκου- Πεφτουλίδου Μ. Η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου, τεύχος 3, Ελληνικό Περιοδικό Περιεγχειριτικής Ιατρικής, Αθήνα 2005, σ.27-40.
106. Black PM. Brain death *NEJM*, 1978, σ.299-238
107. Stark GL, Reiley P, Osiesti A, Cook L. Attitudes affecting organ donation in the intensive care unit, *Heart Lung* 1984, 13(4): 400-404.
108. Pallis C. Brainstem death in: Braakman R, *Handbook of clinical Neurology*, Elsvier Science Publishers, Amsterdam 1990, σ.120-127.
109. Γερολουκά – Κωστοπαναγιώτου Γ. Εγκεφαλικός θάνατος και φροντίδα του δότη οργάνων στη ΜΕΘ και το χειρουργείο. Αθήνα 2002, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, σ.148-179.
110. Καρακατσάνης Κ.Γ, Εγκεφαλικός θάνατος και μεταμοσχεύσεις οργάνων, 3^η έκδοση, εκδόσεις Αγιοτόκος Καππαδοκία, Θεσσαλονίκη 2008. σ.12-15.
111. Ropper AH, Kennedy SK, Russell L (1981), «Apnea testing in the diagnosis of brain death: Clinical and physiological observations», *J Neurosurg* 55(6):942- 946.
112. Heiskamen, O. (1974), «Cerebral circulatory arrest caused by acute increaseof intracranial pressure. A clinical and Roentgenological study of 25 cases»,*Acta Neyrol Scand* 40, Suppl 7: 1- 57.
113. Shewmon, D. Alan (1997), «Recovery from “Brain Death”»: A Neurologist’s Apologia», *Linacre Quarterly*, σ. 30- 96.
114. Α. Βάρκα - Αδάμη, "Ο προσδιορισμός του θανάτου στην ελληνική νομοθεσία και η υποχρέωση ιατρικής πιστοποίησής του", τεύχος 2, Ιατρικό βήμα, Αθήνα 1995, σ.29-42.

115. Van Norman Gail: A matter of life and death. What every Anesthesiologist should know about the medical, legal and ethical aspects of brain death. *Anaesthesiology* 1999; 91: 275-287.
116. Wase J, Wase M, Anesthesia for organ donation in the brainstem death, *anesthesia* 2000, 55:590.
117. Fisher J. Re-examining college death against a higher brain criterion, *J Med Ethics* 1999, 25:473.
118. Saponisk G, Bueri JA, Maurino J, Saizar R, Garetto NS. Spontaneous and reflex movements in brain death *Neurology* 2000, 54: 221-233.
119. Conference of medical royal colleges and their faculties in the diagnosis of brain death. *Br Med. J* 1976: i:1187-1188
120. Report of the Medical consultants on the diagnosis of death: guidelines for the determination of death. *Jama* 1981, 246:2184-2186.
121. Practice parameters for determining brain death in adults. *Neurology* 1995; 45:1003-1011.
122. Wijdicks E. The diagnosis of brain death. *NEJM* 2001; 344:1215-1221.
123. Καραμπίνης Α. ο ρόλος της ΜΕΘ στη δωρεά οργάνων. *Helios*, Αθήνα 2005, σ.21-25
124. Morgan ES, Miller JK. Communicating about gifts of life: the effect of knowledge, attitudes and altruism on regarding organ donation. *Journal of Applied* 2002: 163-178.
125. Γαλάνης Π, Καλοκαιρινού Α. Μεταμόσχευση μυελού των οστών στην Ελλάδα., τόμος 43, τεύχος 3, *Νοσηλευτική*, Αθήνα 2005, σ.271-278.
126. Recommendations for end-of-life in intensive care unit. *Ethic Committee of the Society of Critical Care Medicine, Crit Care Med* 2001, 29(12):2332-2348.
127. Παπαδάτου, Δ. & Μπελλάλη, Θ. Η προσέγγιση και στήριξη της οικογένειας στην απόφαση της για δωρεά οργάνων και ιστών εγκεφαλικά νεκρού ασθενούς, *Ιατρική*, 79(5), Αθήνα 2001, σ. 399-410.
128. Μπελλάλη, Θ. & Παπαδάτου, Δ. Πρότυπα διαδικασίας λήψης αποφάσεων για δωρεά οργάνων εγκεφαλικά νεκρού ατόμου, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 19(1), (2002), 40-50
129. Παπαδάτου, Δ. «Ο άρρωστος που πεθαίνει και το άμεσο περιβάλλον του», στο: Δ. Παπαδάτου, Φ. Αναγνωστόπουλος, *Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1995, σ.135-172.
130. Simmons, R., Marine, S.K., Simmons, R. (Eds.), *Gift of Life: The Effect of Organ Transplantation on Individual, Family and Societal Dynamics*, Transactions Books, New Brunswick, 1987.

131. Cleiren & Van Zoelen, "Post mortem organ donation and grief: A study of consent, refusal and well being in bereavement", *Death Studies*, 26 (2002), 839-849.
132. Corr, CA., Nile, L.G., Coolican, M.B., Bennet, W., Crosier, V., Doka, K. et al., "A statement of assumptions and principles concerning donor families", *Donor family Programs from National Kidney Foundation*, 618-623.
133. Cornock MA. Stress and the intensive care patient: perception of patient and nurses. *Journal of advanced nursing* 1998, 27:518-527.
134. Βάρκα – Αδάμη Α, Αδάμης Σ. Ενημέρωση και συναίνεση του ασθενούς. Η περίπτωση του υποψήφιου δότη και λήπτη ιστών και οργάνων για μεταμόσχευση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2008, 25(5):577-583.
135. Νόμος 2737/99 (ΦΕΚ174 Α΄) Μεταμοσχεύσεις ανθρώπινων ιστών και οργάνων.
136. [www.eom.gr/index.php?option=com_k2view=itemid=297:apokatastasiparapliroforisis_xetikametineikazomenisynainesi=inesi\\$Itemid=144](http://www.eom.gr/index.php?option=com_k2view=itemid=297:apokatastasiparapliroforisis_xetikametineikazomenisynainesi=inesi$Itemid=144).
137. Αντωνιάδης Α. Ηθική των μεταμοσχεύσεων, *Θέματα Αναισθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής* 2010, 20(41):263-270.
138. Brawn C, Gander B, Cunningham M, Furra A, Vasilic D, Wiggins O et al, Ethical considerations in face transplantation, *Int J Surg* 2006, 5:353-364.
139. Donna LL: Supportive care for the renal patient, *Edit Oxford*, Chapter 6:63-73.
140. Griffiths M.M and Dunlop I.T, Ethics, medicine and econonomid : integration in a hospital environment, *Medical Journal of Austaulia* 2002, 176(5): 226-228.
141. Νόμος 2071/92. ΦΕΚ 123/92. Άρθρο 47, τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις του ασθενούς.
142. Storh J. Patients nights. Canada 1982.
143. Roscan – Abbing HDC: Information and consept in: promotion of the rights of patients in European kluer, haw International the Hague 1995.
144. Weijer C. The ethical analysis of risk in intensive care unit research. *Crit Care* 2004, 8:85-86.
145. Luse JM. Research ethics and consect in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care* 2003, 9:540-544.
146. Chenaud C. Merlani P. Ricou B. Research in critically ill patients: Standards of informed consent. *Crit Care* 2007, 11:110.
147. Aulisio MP. Devita M, Luebke D. Taking values seriously: ethical challenges in organ donation and transplantation for critical care professionals. *Crit Care Med* 2007, 35 (Suppl 2): 95-101.

- 148.** Vathsala A. Improving cadaveric organ donation rates in kidney and liver transplantation in Asia. *Transplant Proc* 2004, 36:1873-1875.
- 149.** Nelson JE. Identifying and overcoming the barriers to highquality palliative care in the intensive care unit, *Crit Care Med* 2006, 34(Suppl 11): 324-331.
- 150.** Callahan D. Death and the research imperative. *N.Engl J Med* 2000, 342:654-656.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

**Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδος
ΣΕΥΠ
Τμήμα Νοσηλευτικής**

Σας ενημερώνουμε ότι το παρόν ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και θα χρησιμοποιηθεί για την διεκπεραίωση της πτυχιακής μας εργασίας. Τα προσωπικά σας δεδομένα θα παραμείνουν απόρρητα. Ελπίζουμε να στηρίξετε την προσπάθεια αυτή, αφιερώνοντας ελάχιστο από το πολύτιμο χρόνο σας.

Σας παρακαλούμε βάλτε x στην απάντηση που επιλέγετε ή συμπληρώστε τα κενά δίνοντας μια απάντηση.

Για οποιαδήποτε πληροφορία, μπορείτε να απευθυνθείτε στη σπουδάστρια Γκόλφη Μαρία.

ΤΙΤΛΟΣ ΘΕΜΑΤΟΣ

**Ηθικά διλήμματα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού
στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.**

Ευχαριστώ για την ευγενή συνεργασία σας .

**Η σπουδάστρια :
Γκόλφη Μαρία**

1. Φύλο : Άνδρας Γυναίκα
2. Ηλικία :
3. Οικογενειακή κατάσταση
Έγγαμος Άγαμος Διαζευγμένος Χήρος
4. Τόπος μόνιμης κατοικίας :
5. Έτος κτήσεως πτυχίου:
6. Μεταπτυχιακές σπουδές : Ναι Όχι
7. Διδακτορικό δίπλωμα: Ναι Όχι
8. Νοσοκομείο που εργάζεσθε:
9. Αναφέρετε ακριβώς τη ΜΕΘ που εργάζεσθε:
.....
10. Εκπαίδευση :
Ειδικευόμενος ιατρός Ειδικευμένος ιατρός :
Τι ειδικότητα έχετε:
- Νοσηλεύτης Βοηθός νοσηλεύτη
11. Θέση:
Επιμελητής Α Β Αναπληρωτής διευθυντής Διευθυντής
Προϊστάμενος Αναπληρωτής προϊστάμενος
12. Χρόνια προϋπηρεσίας (γενικά) :
13. Πόσα χρόνια εργάζεσθε στη ΜΕΘ :
14. Ποιά είναι η αναλογία για παροχή φροντίδας στη ΜΕΘ που εργάζεσθε :
Ιατρός –Ασθενής :
Νοσηλεύτης – Ασθενής:
15. Θα συνεχίζατε να παρέχετε φροντίδα σε ασθενή ο οποίος διατηρείται στη ζωή με μηχανική υποστήριξη όταν δεν έχει αποφασισθεί η διακοπή της θεραπευτικής αγωγής;
Συμφωνώ απόλυτα Συμφωνώ Διαφωνώ απόλυτα
Διαφωνώ Δεν γνωρίζω

16. Αντιμετωπίζονται όλες οι ηλικίες ασθενών με μηχανική υποστήριξη με τον ίδιο τρόπο;

Ναι Όχι Δεν απαντώ

17. Ακολουθείτε τις οδηγίες για τα αναλγητικά φάρμακα, ακόμα και όταν τα φάρμακα που χορηγούνται δεν ανακουφίζουν από τον πόνο;

Ναι Όχι Δεν απαντώ

18. Αυξάνετε τη δόση της αναλγησίας – καταστολής σε έναν ασθενή με μηχανική υποστήριξη με σκοπό να τον απαλλάξετε από τον πόνο το γρηγορότερο ακόμα και με κίνδυνο η αύξηση αυτή να επιφέρει τον θάνατο;

Ναι Όχι Δεν απαντώ

19. Συνεχίζετε την θεραπευτική αγωγή σε ασθενή με ανίατη νόσο για λόγους εκπαιδευτικούς – ερευνητικούς;

Ναι Όχι Δεν απαντώ

20. Συζητάτε με την οικογένεια για την κατάσταση του ασθενούς όταν αρχίζει να επιδεινώνεται ;

Πάρα πολύ Πολύ Λίγο Ελάχιστα Καθόλου

21. Συμμετέχετε σε πράξεις που πιστεύετε ότι θα βοηθήσουν τον ασθενή έστω και αν επιστημονικά θα οδηγηθεί σε ανεπιτυχή αποτελέσματα ;

Ναι Όχι Δεν απαντώ

22. Έχετε προβεί σε πράξεις που πιθανόν να είναι αντίθετες με τα προσωπικά σας πιστεύω ή τις απόψεις του ασθενούς και της οικογένειάς του;

Ναι Όχι Δεν απαντώ

23. Συζητάτε με την οικογένεια του ασθενούς για την δωρεά οργάνων, όταν ο θάνατος είναι κλινικά αναπόφευκτος ;

Ναι Όχι Δεν απαντώ

24. Συζητάτε με τον ασθενή για την δωρεά οργάνων του, προκειμένου να έχετε την συγκατάθεση του ;

Ναι Όχι Δεν απαντώ

25. Πότε γίνεται η λήψη οργάνων για μεταμόσχευση όταν διαπιστωθεί :

Ο εγκεφαλικός θάνατος Ο κλινικός θάνατος Άλλο:.....

26. Θεωρείτε ότι ταυτίζεται ο εγκεφαλικός θάνατος με τον θάνατο ;

Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

27. Αν ναι, γιατί;

28. `Αποτελεί ηθικό δίλημμα για εσάς η λήψη οργάνων ;

Ναι Όχι Δεν απαντώ

29. Σας έχει ποτέ απασχολήσει η ιδέα της εμπορευματοποίησης των οργάνων ενός ασθενή (εγκεφαλικά νεκρού)

Ναι Όχι Αδιαφορώ Δεν απαντώ

30. Είστε πεπεισμένος-η για την κατάλληλη στιγμή αφαίρεσης οργάνων από τον ασθενή;

Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

31. Συμφωνείτε με τον νέο νόμο ο οποίος αναφέρει υποχρεωτική την δωρεά οργάνων;

Ναι Όχι Δεν απαντώ

32. Πιστεύετε ότι η πρόοδος της τεχνολογίας όσον αφορά την υποστήριξη της ζωής μηχανικά, είναι ο μη συμβιβασμός με τον θάνατο;

Ναι Όχι Δεν απαντώ

33. Θεωρείτε ότι ο θάνατος ενός ασθενή στη ΜΕΘ είναι αποτυχία;

Των ιατρών
Του νοσηλευτικού προσωπικού
Του συστήματος υγείας (γενικότερα)
Όλων των ανωτέρω
Τίποτα από τα ανωτέρω
Άλλο :.....

34. Σας έχει τύχει ασθενής που αξιολογήθηκε ως κλινικά νεκρός να επανέλθει στη ζωή; Ναι Όχι

Αν ναι πότε.....

Ποια τα συναισθήματα σας;

Χαρά Λύπη Άγχος Ενοχή Θαυμασμός Προβληματισμός
Άλλο:.....

35. Σκεφτήκατε ή και προβήκατε ποτέ στη πορεία της καριέρας σας στη ΜΕΘ να διακόψετε τη μηχανική υποστήριξη ενός ασθενούς μεγάλης ηλικίας, προκειμένου

να συνδέσετε ασθενή νεότερης ηλικίας που χρήζει μηχανική υποστήριξη αλλά δεν υπήρχε άλλο κρεβάτι στη ΜΕΘ ;

Ναι Όχι Δεν απαντώ

36. Έχετε κάνει ποτέ απεργία στη ΜΕΘ;

Ναι Όχι

37. Αν όχι, γιατί;

Καθυστερεί η διάγνωση

Καθυστερούν οι εξετάσεις του ασθενούς

Η ζωή του ασθενούς τίθεται σε κίνδυνο

38. Σκεφθήκατε ποτέ σε ασθενή που υποφέρει, την υποβοήθηση διακοπής της ζωής του με σκοπό την απαλλαγή του από την βαρύτητα της νόσου;

Ναι Όχι

Αν ναι το υλοποιήσατε;.....

39. Ποια τα αισθήματα σας μετά από εντεταλμένη οδηγία για ενέργεια που αντίκειται στην συνείδηση σας

Ενοχή Λύπη Απογοήτευση Άλλο:.....

40. Κατά την διάρκεια της καριέρας, ποτέ βρεθήκατε στο μεγαλύτερο ηθικό δίλλημα;

.....
.....