

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ – ΕΡΕΥΝΑ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ ΤΜΗΜΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΔΥΤ. ΑΤΤΙΚΗΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΗΘΙΚΟΥ ΑΔΙΕΞΟΔΟΥ ΣΤΟ
ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΘ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΦΕΪΖΙΔΟΥ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΑΘΗΝΑ
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2018

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Της Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας Φεϊζίδου Παρασκευής

Εξεταστική Επιτροπή

- Ευαγγέλου Ελένη, Επιβλέπουσα
- Τζουμάκα-Μπακούλα Χρυσάνθη
- Κουτελέκος Ιωάννης

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίσθηκε από την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών Συνεδρίαση τηςγια την αξιολόγηση και εξέταση της υποψηφίου κας Φεϊζίδου Παρασκευής , συνεδρίασε σήμερα .../.../....

Η Επιτροπή **διαπίστωσε** ότι η Διπλωματική Εργασία της κας Φεϊζίδου Παρασκευής με τίτλο «**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΗΘΙΚΟΥ ΑΔΙΕΞΟΔΟΥ ΣΤΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΘ**» είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπειριστατωμένη.

Η εξεταστική επιτροπή, αφού έλαβε υπ' όψιν το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη με ψήφους, προτείνει την απονομή στην παραπάνω Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's).

Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία η υποψήφια έλαβε για τον βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους, για τον βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους και για τον βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «.....».

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

- Ευαγγέλου Ελένη, Επιβλέπουσα(Υπογραφή) _____
- Τζουμάκα-Μπακούλα Χρυσάνθη (Υπογραφή) _____

- Κουτελέκος Ιωάννης

(Υπογραφή) _____

*Στη μνήμη των αγαπημένων μου , μητέρας Μαρίας και
φίλης Ελένης, που επέμεναν να ξεκινήσω αυτό το ταξίδι αλλά
δυστυχώς δεν είναι μαζί μου στον τελευταίο σταθμό του...*

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Τελειώνοντας αυτή τη διαδρομή θα ήθελα να ευχαριστήσω κάποιους ανθρώπους, που ήταν πολύτιμοι δάσκαλοι, συνεργάτες και στηρίγματα αυτά τα δύο χρόνια. Θα ξεκινήσω με την αγαπημένη μου Καθηγήτρια του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής κα Ευαγγέλου Ελένη, πολύτιμη, υπομονετική και ακούραστη σύμβουλο στην εκπόνηση αυτής της διπλωματικής εργασίας. Επίσης τους Καθηγητές μου και μέλη της Τριμελούς Επιτροπής, την ξεχωριστή κα Τζουμάκα - Μπακούλα Χρύσα και το μοναδικό κ. Κουτελέκο Ιωάννη για εκείνες τις πολύτιμες ώρες διδασκαλίας που μοιραστήκαμε και μου έδωσαν την ευκαιρία, εκτός από γνώση, να τους γνωρίσω και προσωπικά.

Δε θα μπορούσα να μην αναφερθώ στην υπεύθυνη του ΠΜΣ Καθηγήτρια κα Χαρμανδάρη Ευαγγελία, η οποία εκτός από εξαιρετική επιστήμων, ξέρει και να «ακούει» και την ευχαριστώ θερμά γι αυτό.

Ευχαριστώ πολύ επίσης τις Διοικήσεις των Νοσοκομείων και τους Διευθυντές των ΜΕΘ που μου επέτρεψαν να πραγματοποιήσω την έρευνα μου, καθώς και όλους τους συναδέλφους και συνεργάτες, νοσηλευτές και γιατρούς που συμμετείχαν.

Το ταξίδι αυτό είχε γνώση, εμπειρία, εύκολες και δύσκολες προσωπικές στιγμές, νέες φιλίες και είμαι τυχερή που το έκανα. Εδώ θα πρέπει να κάνω ιδιαίτερη αναφορά στη γραμματεία του ΠΜΣ, την κα Πένυ Κάσσαρη, τον κ. Δημήτριο Αθανασόπουλο και την κα Μάρα Βάχλα. Ήταν δίπλα μου και με βοήθησαν, όπου και όποτε τους χρειάστηκα και τους ευχαριστώ ειλικρινά για αυτό.

Τέλος, ένα ιδιαίτερο ευχαριστώ οφείλω στον επί 26 χρόνια Διευθυντή μου κ. Ιωάννη Παπαδάτο, που το ήθος και η αγάπη του για την παιδιατρική ΜΕΘ, το άρρωστο παιδί και την οικογένειά του, με έκαναν καλύτερη επαγγελματία και καλύτερο άνθρωπο. Νιώθω ειλικρινά ευλογημένη γιατί εργάζομαι στο Τμήμα αυτό αλλά και γιατί συνεργάζομαι μαζί του επίσης.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	8
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ (P.I.C.U.)	9
Ιστορική αναδρομή	9
Κόστος λειτουργίας Μονάδων Εντατικής Θεραπείας	10
ΗΘΙΚΗ (MORALITY).....	11
Ορισμός.....	11
Η Ηθική στην κλασική αρχαιότητα	11
ΒΙΟΗΘΙΚΗ (BIOETHICS).....	14
Ορισμός.....	14
Ιστορική αναδρομή	14
Αρχές Βιοηθικής	16
Η θέση της Ελληνικής Εκκλησίας στο βιοηθικό διάλογο.....	17
ΜΑΤΑΙΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (FUTILE THERAPY).....	19
Ιστορική αναδρομή	19
Ματαιότητα και Επαγγελματίες Υγείας.....	21
ΗΘΙΚΟ ΑΔΙΕΞΟΔΟ (MORAL DISTRESS)	22
Ορισμός.....	22
Η διαδρομή του Ηθικού Αδιεξόδου.....	22
Εργαλεία Μέτρησης Ηθικού Αδιεξόδου	23
Το Ηθικό αδιέξοδο στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των ΜΕΘ.....	23
Επιπτώσεις του Ηθικού Αδιεξόδου	25
ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ (MEDICAL DECISIONS IN END OF LIFE)	27
Η θέση της Εκκλησίας για την απόσυρση της αγωγής	30
ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ (ETHICS).....	32
Ορισμός.....	32
Ιστορική αναδρομή	32
Η Ελληνική νομοθεσία	33
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	35

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΗΘΙΚΟΥ ΑΔΙΕΞΟΔΟΥ ΣΤΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ	
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΘ	36
ΣΚΟΠΟΣ	36
ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ.....	36
Ερευνητικός σχεδιασμός.....	36
Πληθυσμός της μελέτης.....	37
Συλλογή δεδομένων.....	37
Ερευνητική διαδικασία	38
Ηθική και δεοντολογία.....	39
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	39
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	40
Περιγραφικά αποτελέσματα.....	40
Στατιστικά αποτελέσματα.....	42
ΠΙΝΑΚΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	48
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	73
Περιορισμοί της μελέτης	78
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	79
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	80
Abstract.....	82
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	84
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	91

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Παιδιατρική ΜΕΘ είναι μια καλά οργανωμένη οντότητα ιατρικής και νοσηλευτικής δραστηριότητας που εξασφαλίζει εντατική θεραπεία σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς σύμφωνα με καθορισμένους κανόνες.¹ Αντικειμενικός σκοπός της είναι η παρακολούθηση, ο έλεγχος και η υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών των ασθενών. Χάρη στην οργάνωση και την υποδομή τους ασθενείς με σοβαρές παθήσεις, που πριν από χρόνια ήταν καταδικασμένοι σε θάνατο ή σε σοβαρές αναπηρίες, έχουν σήμερα αποκατασταθεί και επανενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο.

Παράλληλα όμως με τα ιατρικά αυτά επιτεύγματα, η επέκταση της τεχνολογίας στο χώρο της ΜΕΘ έβγαλε στην επιφάνεια σημαντικά συνειδησιακά διλήμματα που αφορούν την τεχνητή παράταση της ζωής σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο θεραπείας, όπως π.χ. οι κακοήθεις νόσοι τελικού σταδίου και η μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση. Τα διλήμματα αυτά προκύπτουν γιατί τα μηχανήματα της ΜΕΘ δε χαρίζουν πάντα θεραπεία και προοπτική ζωής, αλλά συχνά επιφέρουν παράταση ή παρεμπόδιση της διαδικασίας του θανάτου.²

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του ηθικού αδιεξόδου των νοσηλευτών και των γιατρών σε παιδιατρικές ΜΕΘ της Ελλάδας σχετικά με τη «μάταιη θεραπεία».

Η παρούσα μελέτη αποτελείται από το γενικό μέρος, όπου γίνεται εννοιολογική προσέγγιση του θέματος με αναφορά στις βασικές σχετικές έννοιες και τους βασικούς ορισμούς. Στο ειδικό μέρος παρατίθεται ο σκοπός της μελέτης, το υλικό και η μέθοδος, η στατιστική ανάλυση, τα αποτελέσματα, η συζήτηση και τα συμπεράσματα.

Στο τέλος παρατίθεται η περίληψη στην ελληνική και αγγλική γλώσσα, η βιβλιογραφία και το παράρτημα στο οποίο περιλαμβάνονται το δελτίο καταγραφής των στοιχείων και η άδεια εκπόνησης της εργασίας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ (P.I.C.U.)

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας - ΜΕΘ (*Intensive Care Unit - ICU*) είναι ειδικά εξοπλισμένο και στελεχωμένο τμήμα του νοσοκομείου, αφιερωμένο στην αντιμετώπιση ασθενών με απειλητικά για τη ζωή νοσήματα, βαριές κακώσεις ή επιπλοκές. Ορθά η ΜΕΘ χαρακτηρίζεται ως «το νοσοκομείο μέσα στο νοσοκομείο» για να υποδηλωθεί η μεγάλη σπουδαιότητά της όσον αφορά το φάσμα και τη βαρύτητα των νοσημάτων που καλείται να αντιμετωπίσει.³

Ιστορική αναδρομή

Πολλοί είναι οι παράγοντες που οδήγησαν στην ανάπτυξη της εξειδίκευσης της ιατρικής βαρέως πασχόντων παιδιών. Από τη δεκαετία του 1930 ως τη δεκαετία του 1950 δημιουργήθηκαν μονάδες εντατικής αναπνευστικής θεραπείας ενηλίκων για να αντιμετωπίσουν τη μάστιγα της επιδημίας πολιομυελίτιδας στη Β. Αμερική. Λόγω της αυξημένης αναγκαιότητας οι μονάδες αυτές νοσήλευαν και παιδιά με πολιομυελίτιδα.. Από την άλλη πλευρά οι νεογνολόγοι ανέπτυξαν στις δικές τους νεοσύστατες ΜΕΝΝ (Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών) διαδικασίες υποστήριξης νεογνών και πρόωρων βρεφών, που βελτίωσαν πολύ την επιβίωσή τους και οδήγησαν στην ανάγκη για αυξημένη φροντίδα μεγαλύτερων βρεφών και παιδιών.

Η παράλληλη πρόοδος που επιτεύχθηκε στην παιδιατρική χειρουργική αναγνώρισε ότι η πολύπλοκη μετεγχειρητική φροντίδα δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί σε έναν απλό θάλαμο κλινικής. Σε αναγνώριση αυτής της ανάγκης, το 1956 στο Children's Hospital of Philadelphia, ο χειρουργός Everett Koop ανέπτυξε το πρώτο τμήμα μετεγχειρητικής παρακολούθησης για παιδιά, το οποίο λειτούργησε με ειδική νοσηλευτική ομάδα. Το τμήμα αυτό το 1962 εξελίχθηκε στην πρώτη σύγχρονη παιδιατρική ΜΕΘ της Β. Αμερικής και φιλοξενούσε νεογνά για μετεγχειρητική παρακολούθηση.⁴

Η πρώτη παιδιατρική ΜΕΘ στην Ευρώπη ιδρύθηκε το 1955 στο Children's Hospital of Gothenburg στη Σουηδία από το Goran Hugland και τις επόμενες

δεκαετίες δημιουργήθηκαν εκατοντάδες παιδιατρικές ΜΕΘ σε όλη την Ευρώπη και τη Β. Αμερική.⁵

Η πρώτη παιδιατρική ΜΕΘ στη χώρα μας δημιουργήθηκε το 1986 στην Αθήνα, στο Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού» μετά από πρωτοβουλία του Παιδίατρου-Εντατικολόγου Ι. Παπαδάτου. Σήμερα λειτουργούν 6 παιδιατρικές ΜΕΘ σε νοσοκομεία που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, ενώ τα τελευταία χρόνια η δράση τους επεκτείνεται και στον ιδιωτικό τομέα.⁶

Κόστος λειτουργίας Μονάδων Εντατικής Θεραπείας

Το κόστος κατασκευής των μονάδων Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής είναι υψηλό και το κόστος λειτουργίας τους ακόμη υψηλότερο, κυρίως λόγω της προηγμένης τεχνολογίας την οποία απαιτούν. Στις ΗΠΑ έχει υπολογιστεί ότι το 20% περίπου του συνολικού κόστους που προβλέπεται για τη λειτουργία των νοσοκομείων δαπανάται στις ΜΕΘ. Αυτό αυξάνει αντιστρόφως ανάλογα προς τις πιθανότητες επιβίωσης και είναι περίπου 3-4 φορές υψηλότερο συγκριτικά με τα συνήθη τμήματα του νοσοκομείου. Λόγω της χρήσης νέων θεραπευτικών τεχνικών και φαρμάκων είναι βέβαιο ότι το κόστος αυτό θα εξακολουθήσει να αυξάνεται.⁷

Πέρα όμως από το υψηλό κόστος, η μη ορθή χρήση των δυνατοτήτων των ΜΕΘ έχει και άλλες συνέπειες. Ο ασθενής μπορεί να υποστεί μεγάλη και μη αναγκαία ταλαιπωρία και απώλεια της αξιοπρέπειάς του, μπορεί η θεραπεία να παρατείνει απλά τη διεργασία του θανάτου ή να διατηρεί μια αμφιβόλου ποιότητας ζωή ή οι κίνδυνοι από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις να υπερβαίνουν το πιθανό όφελος. Γι' αυτό η ΜΕΘ είναι το κατεξοχήν τμήμα του νοσοκομείου όπου σε καθημερινή βάση η ιατρική ηθική, ο τρόπος επιλογής των ασθενών που θα εισαχθούν, η ευθανασία και η αφαίρεση ή διακοπή μιας θεραπείας αποτελούν ανυπέρβλητες δυσκολίες. Από πρακτικής πλευράς υπάρχουν περιπτώσεις στη ΜΕΘ όπου όλες οι θεραπείες, συμπεριλαμβανομένων και των πιο σύνθετων και δαπανηρών, δεν μπορούν να αλλάξουν την πρόγνωση. Σε όλα τα παραπάνω έρχεται να προστεθεί και το βαρύ συναισθηματικό «κόστος» στους συγγενείς αλλά και στο προσωπικό, που καλείται να διατηρεί τον ασθενή «ζωντανό» μέχρι το τέλος. Η οικογένεια και οι φίλοι γίνονται αιχμάλωτοι της τεχνολογίας όταν η

υποστηρικτική θεραπεία, αντί να σώσει μια ζωή, καθυστερεί τον αναπόφευκτο επικείμενο θάνατο.⁸

ΗΘΙΚΗ (MORALITY)

Ορισμός

Η σημασία της ηθικής για κάθε επιμέρους επιστημονική δραστηριότητα είναι αναμφισβήτητη, γιατί σύμφωνα με τον Πλάτωνα, «πάσα επιστήμη χωριζόμενη δικαιοσύνης και της άλλης αρετής πανουργία, ου σοφία φαίνεται».⁹

Ο όρος «ηθική» έχει πολλές σημασίες, που όλες συνδέονται με τα πρότυπα που κυβερνούν τη συμπεριφορά. Ως κλάδος της φιλοσοφίας επιχειρεί να καθιερώσει αλλά και να τεκμηριώσει με επιχειρήματα τις αρχές και τις αξίες που πρέπει να καθοδηγούν την ανθρώπινη συμπεριφορά.¹⁰ Είναι ένα σύστημα αρχών και κανόνων που καθοδηγούν τις πράξεις και προσδιορίζουν ποιές συμπεριφορές επιτρέπονται (θεμιτές), ποιές απαιτούνται (υποχρεωτικές) και ποιές απαγορεύονται (αθέμιτες). Προέρχεται από την αρχαία Ελληνική λέξη «έθος», που σημαίνει τρόπος, συνήθεια, έθιμο. Ο όρος «ιατρική ηθική» αναφέρεται στους ιατρικούς κανόνες που διέπουν τον τρόπο με τον οποίο οι γιατροί σχετίζονται με τους ασθενείς.¹¹

Η Ηθική στην κλασική αρχαιότητα

Πρόδρομοι της ηθικής, με την εμπειρική όμως σημασία της έννοιας, αναφέρεται ότι είναι οι Κινέζοι (Κομφούκιος 557-479 π.Χ., Λάο Τσε 570-490π.Χ.), οι Ινδοί (Βούδας 556-480 π.Χ.), οι Πέρσες, οι Αιγύπτιοι και οι Ιουδαίοι. Η απαρχή και η ανέλιξη της φιλοσοφικής ηθικής θεώρησης όμως τοποθετείται στην Ελλάδα, από την εποχή ακόμη του Ομήρου (9ος αι. π.Χ.).

Σήμερα είναι γενικότερα παραδεκτό ότι τα βασικά θέματα της φιλοσοφίας για προβλήματα ηθικής τέθηκαν από συγγραφείς της κλασικής Ελλάδος. Όπως αναφέρεται από τη Μενεγάκη (2007), την τελική μορφή της θεωρίας του για την ηθική ο Αριστοτέλης τη δίνει στα «Ηθικά Νικομάχεια», όπου θεωρεί ότι η φρόνηση δεν αποτελεί προνόμιο μόνον των σοφών, αλλά ως «έξις πρακτική», υπάρχει σε όλους τους ελεύθερους ανθρώπους.

Όσον αφορά την ιατρική ηθική, αυτή είναι άμεσα συνδεδεμένη με τον Ιπποκράτη, που δε θεωρείται μόνο «ο Πατέρας της Ιατρικής» αλλά και ο θεμελιωτής της Ιατρικής Δεοντολογίας.¹² Ο όρκος του Ιπποκράτη αποτελεί μέχρι σήμερα πανανθρώπινο μνημείο αποτύπωσης δεοντολογικών κανόνων στηριζόμενων στις βασικές αρχές της ηθικής και περιλαμβάνει τις υποχρεώσεις και τις δεσμεύσεις του γιατρού απέναντι στον ασθενή. Κατά τον Ιπποκράτη, η ιατρική και η ηθική συνδέονται άρρηκτα μεταξύ τους και δεν επιδέχονται κανένα διαχωρισμό. Επίσης καθορίζονται τα όρια της ιατρικής παρέμβασης στον άρρωστο.¹³

Σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1985), «Ηθική» είναι η ικανότητα του ατόμου να αξιολογεί τις πράξεις του, να διακρίνει το καλό από το κακό και να αντιδρά με στόχο το καλό.¹⁴ Ο Ματσαγγούρας δίνει ένα άλλο ορισμό, στον οποίο περιγράφει την ηθική ικανότητα ως «εσωτερική κατάσταση στάσεων, κινήτρων και συναισθημάτων», η οποία προσδίδει ένα σταθερό προσανατολισμό τόσο στην πρόθεση, όσο και στην εκφρασμένη συμπεριφορά του ατόμου προς τις αξίες που αποσκοπούν να διασφαλίσουν τα ανθρώπινα δικαιώματα και την κοινωνική ευημερία.¹⁵

Οι απόψεις για την πηγή της ηθικής σκέψης και πράξης είναι ποικίλες. Ωστόσο στις περισσότερες προσεγγίσεις βρίσκουμε την ιδέα ότι η ανάπτυξη της ηθικής ικανότητας ξεκινά από τη συμμόρφωση – πειθαρχία σε εξωτερικά επιβαλλόμενους κανόνες και μαθημένα πρότυπα, για να εξελιχθεί μέχρι το επίπεδο της συνειδητής ηθικής επιλογής και του αναστοχασμού.¹⁶

Όσον αφορά τη νοσηλευτική προσέγγιση των ηθικών εννοιών, πρέπει να γίνεται αφού κατανοηθούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζονται στην καθημερινή νοσηλευτική πρακτική. Κατά την Jameton (1984) τα ηθικά προβλήματα είναι τρία:

- Η *ηθική αβεβαιότητα (moral uncertainty)*: όταν ο νοσηλευτής δεν είναι βέβαιος για το ηθικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει και για το ποιές αξίες και ηθικές αρχές εμπλέκονται σε αυτό.
- Το *ηθικό δίλλημα (moral dilemma)*: όταν δύο ή περισσότερες αρχές φαίνεται ότι μπορούν να εφαρμοστούν αλλά οι αρχές αυτές υποστηρίζουν αμοιβαία αντίθετες ενέργειες για το νοσηλευτή.
- Το *ηθικό αδιέξοδο (moral distress)*: ο νοσηλευτής γνωρίζει τις ηθικές αρχές που πρέπει να καθοδηγούν τις πράξεις του αλλά δεν του το επιτρέπουν διάφοροι περιορισμοί.¹⁷

ΒΙΟΗΘΙΚΗ (BIOETHICS)

Ορισμός

Η *Βιοηθική* εξετάζει την ηθική διάσταση των προβλημάτων που προκύπτουν από την εφαρμογή των ανακαλύψεων της βιολογίας και της γενετικής στη φύση και ειδικότερα στον άνθρωπο. Μελετά λοιπόν τις νέες εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής για να αποφανθεί αν το τεχνικά εφικτό είναι συγχρόνως ηθικά αποδεκτό και προς το συμφέρον του ανθρώπου.¹⁸ Με άλλα λόγια καλείται να προσδιορίσει τις ενέργειες και τις παρενέργειες της βιοϊατρικής και να θεσπίσει τα όρια ανάμεσα στις θετικές και τις αρνητικές συνέπειες της επιστήμης στη ζωή μας.¹⁹

Ιστορική αναδρομή

Η χρονική περίοδος κατά την οποία εμφανίζεται η Βιοηθική είναι η δεκαετία του 1960 στις Η.Π.Α. Την εποχή εκείνη είχαν λειτουργήσει οι πρώτες μηχανές υποστήριξης των νεφροπαθών, οι οποίες όμως ήταν πολύ λίγες με αποτέλεσμα να πρέπει να αποφασιστεί ποιοί θα κάνουν την θεραπεία και ποιοί όχι. Αυτή την απόφαση πολλοί την συνέκριναν με το να “υποδύεται κάποιος τον Θεό”. Τότε δημιουργήθηκε μια επιτροπή από γιατρούς και επιστήμονες από διάφορα επιστημονικά πεδία για να αποφανθεί σχετικά με το παραπάνω ζήτημα.²⁰

Τον όρο *βιοηθική (bioethics)* χρησιμοποίησε για πρώτη φορά ο Αμερικανός Ογκολόγος Van Potter, ο οποίος θεωρείται ο πατέρας της βιοηθικής, με την αναφορά της λέξης για πρώτη φορά το 1971 στο βιβλίο του «*Bioethics: A Bridge to the future*». Στόχος του ήταν η δημιουργία ενός τομέα που θα συνδύαζε τις βιολογικές γνώσεις με τις ανθρωπιστικές επιστήμες, δηλαδή ο καθορισμός μιας κοινής βάσης προβληματισμού ως προς τα διλήμματα που γεννιούνται από την εξουσία του ανθρώπου να τροποποιήσει τα έμβια όντα. Ο Potter προτείνει μια ευρεία διεπιστημονική προσέγγιση της βιοηθικής ως μιας ηθικής της ζωής και του έμβιου όντος, που καλύπτει ακόμη και την οικολογία, τη φτώχεια, τα ζητήματα του υπερπληθυσμού και την επιβίωση του ανθρώπινου είδους και ολόκληρου του πλανήτη.^{21,22} Ουσιαστικά επιχειρεί το διάλογο της ιατρικής ηθικής με τη φιλοσοφική

ηθική και θέτει το ζήτημα της κοινωνικής ευθύνης των ερευνητών. Στόχος του ήταν μια συστημική-κυβερνητική προσέγγιση. Καλεί τον επιστημονικό κόσμο να δημιουργήσει την επιστήμη της επιβίωσης, που θα αναπτυχθεί από την ένωση της βιολογικής (*bio*) και της ηθικής γνώσης (*ethics*) των ανθρωπιστικών επιστημών. Πολλοί συγγραφείς στις Η.Π.Α υιοθέτησαν άμεσα τον όρο.²³

Από παλαιότερα οι φιλόσοφοι και οι θεολόγοι είχαν ασχοληθεί με το ζήτημα του τί σημαίνει «καλή ζωή» αλλά τα τελευταία 50 χρόνια κυρίως άρχισαν να συσχετίζουν την ηθική με ερωτήματα σωστής ή όχι συμπεριφοράς στην έρευνα και τη φροντίδα των ασθενών. Τα νοσοκομεία και το επιστημονικό προσωπικό άρχισαν να συμβουλευούνται ειδικούς σε θέματα ηθικής, για βοήθεια σε πολύπλοκες καταστάσεις που βίωναν στη σύγχρονη άσκηση της κλινικής πράξης.²⁴

Από το τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου πολέμου η βιοϊατρική έρευνα έχει οδηγήσει σε σημαντικές εξελίξεις σε τομείς, όπως η μεταμόσχευση οργάνων, η αναπαραγωγή, η γενετική και η κυτταρική θεραπεία. Ο Κώδικας της Νυρεμβέργης και η Διακήρυξη του Ελσίνκι έθεσαν τα θεμέλια για τις αρχές που πρέπει να εφαρμοστούν στη βιοϊατρική έρευνα. Σε πολλές χώρες έγιναν έντονες συζητήσεις, οι οποίες συνεχίστηκαν σε διεθνές επίπεδο, σχετικά με τις αρχές δεοντολογίας που πρέπει να εφαρμόζονται στις βιοϊατρικές δραστηριότητες, είτε στην καθημερινή ιατρική, είτε στην έρευνα και τις νέες τεχνολογίες..

- Το 1985 η βιοηθική συμπεριλήφθηκε στις δραστηριότητες του Συμβουλίου της Ευρώπης. Ο στόχος αυτής της νέας εργασίας ήταν να δημιουργηθεί ένα πλαίσιο για την προστασία των ανθρώπινων όντων και να προωθηθεί η επιστημονική πρόοδος προς όφελος της ανθρωπότητας.
- Το 1992 ιδρύθηκε η Διεθνής Επιτροπή Βιοηθικής (*Steering Committee on Bioethics/CDBI*). Αποστολή της ήταν να μελετήσει δεοντολογικά προβλήματα, ιδίως τις προκλήσεις για τα ανθρώπινα δικαιώματα που προκύπτουν από την πρόοδο των βιοϊατρικών επιστημών και να πλαισιώσει νομικά την αντιμετώπιση τέτοιων προβλημάτων.
- Το 1997 υιοθετήθηκε το πρώτο διεθνές νομικά δεσμευτικό μέσο, η «Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική» (Σύμβαση του Οβιέδο, ETS, αριθ.164). Θεσπίστηκε ένα νομικό πλαίσιο για την προστασία των δικαιωμάτων που ισχύουν, τόσο στην καθημερινή ζωή όσο και στην ιατρική, τις νέες τεχνολογίες τη βιολογία.

➤ Το 2012, το CDBI δημιουργήθηκε η Επιτροπή *Βιοηθικής* (*Committee on Bioethics/DH-BIO*), η οποία σήμερα συνδέεται άμεσα με την Επιτροπή Διαχείρισης Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (*Steering Committee for Human Rights/CDDH*). Τα καθήκοντά τους είναι να εκτιμηθούν νέα δεοντολογικά και νομικά ζητήματα στο συνεχώς μεταβαλλόμενο πεδίο της βιοϊατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας, όπως εκείνα που σχετίζονται με τη γενετική και τις βιοτράπεζες, να αναπτύξουν τις αρχές που κατοχυρώνονται στη Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική σε εξειδικευμένους τομείς και να συμβάλλουν στην ευαισθητοποίηση σχετικά με τις αρχές τους και στη διευκόλυνση της εφαρμογής τους.²⁵

Σήμερα σε πολλές χώρες λειτουργούν επιτροπές βιοηθικής. Ο ν.1397/83, ορίζει ότι σε κάθε νοσοκομείο θα πρέπει να λειτουργεί επιστημονική επιτροπή, η οποία σκοπό έχει την επίλυση βιοηθικών θεμάτων. Με το ν.2071/92 νομοθετήθηκε το Εθνικό Συμβούλιο Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας με σκοπό αφενός τη γνωμοδότηση για όλα τα ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας και αφετέρου τη δημιουργία του Κέντρου Ιατρικής Ηθικής.²⁶

Η ανάπτυξη όμως της βιοηθικής στην Ελλάδα έλαβε μια ισχυρή ώθηση, όταν ιδρύθηκε η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής με τον ν.2667/1998, με αποστολή να λειτουργήσει ως κόμβος επικοινωνίας μεταξύ πολιτικής εξουσίας, επιστημονικής κοινότητας και των πολιτών. Ως πρωταρχικό της στόχο έθεσε το να επισημάνει τα προβλήματα που ανακύπτουν, τις επιλογές που προσφέρονται και τις ευρύτερες επιπτώσεις που μπορεί κάθε μία να έχει ενώπιον του νομοθέτη (όταν έχουν επαρκώς ωριμάσει για ρύθμιση), αλλά και της κοινής γνώμης.²⁷

Αρχές Βιοηθικής

Η βιοηθική στηρίζεται σε τέσσερις βασικές αρχές:²⁸

➤ *Η Αρχή του σεβασμού της αυτονομίας (respect of autonomy)*

Σύμφωνα με την αρχή αυτή, ο κάθε άνθρωπος θα πρέπει ελεύθερα και ανεξάρτητα να σκέπτεται, να αποφασίζει και να ενεργεί χωρίς την ύπαρξη οποιασδήποτε μορφής εξαναγκασμού. Έτσι πρέπει να γίνεται σεβαστή οποιαδήποτε επιλογή του σχετικά με την υγεία του και γενικότερα τη ζωή του.²⁹

➤ *Η Αρχή της ωφέλειας ή της αγαθοεργίας (Beneficence)*

Η αρχή αυτή υποστηρίζει την ηθική άποψη της ωφέλειας του άλλου και ταυτόχρονα την αποφυγή βλάβης του.³⁰

➤ *Η Αρχή της δικαιοσύνης (Justice)*

Η αρχή αυτή πηγάζει από τον όρκο του Ιπποκράτη. Μεταξύ των άλλων υποχρεώσεων του γιατρού, συμπεριλαμβάνεται η φροντίδα της υγείας κάθε ανθρώπου ανεξάρτητα από το φύλο, τη φυλή και την οικονομική κατάσταση.³¹

➤ *Η Αρχή της μη πρόκλησης βλάβης και πόνου (Non-maleficence)*

Ο γιατρός, σύμφωνα με την αρχή αυτή, έχει σαφή υποχρέωση να μη προξενήσει βλάβη και πόνο στον ασθενή.

Θα πρέπει ωστόσο να διευκρινιστεί, ότι η επιλογή της προτεραιότητας κάποιας αρχής συνάδει με το φιλοσοφικό πλαίσιο που διέπει τον κάθε άνθρωπο, όταν αυτός έρχεται σε άμεση επαφή με το φαινόμενο της υγείας και της ζωής γενικότερα. Εξαιτίας όμως των διαφορών που υπάρχουν στα διάφορα φιλοσοφικά ρεύματα, παρατηρείται το γεγονός να βρίσκονται πολλές φορές σε σύγκρουση δύο βασικές αρχές. Για παράδειγμα, ένας γιατρός προτείνει ένα σχήμα θεραπείας σε ασθενή προκειμένου να τον ωφελήσει από κάποια κακοήγη ασθένεια. Ο ασθενής όμως έχει το δικαίωμα να αρνηθεί πλήρως τη θεραπεία που του προτείνεται. Έτσι στην περίπτωση αυτή έρχεται σε σύγκρουση η αρχή της αυτονομίας του ασθενή με την αρχή της ωφέλειας που θέλει να τηρήσει ο γιατρός.¹⁸

Η θέση της Ελληνικής εκκλησίας στο βιοηθικό διάλογο

Από την πλευρά της ορθόδοξης ηθικής η αντιμετώπιση των ζητημάτων αυτών γίνεται έχοντας ως βάση την ανθρωπολογική διδασκαλία των Πατέρων της Εκκλησίας. Ο προβληματισμός για τα σύγχρονα επιστημονικά επιτεύγματα στο χώρο της Ιατρικής, της Βιολογίας και της Γενετικής και τα επακόλουθα ηθικά ζητήματα τα οποία παρουσιάστηκαν ήταν ο λόγος για τον οποίο η Εκκλησία της Ελλάδος συνέστησε την *Ειδική Συνοδική Επιτροπή επί της Βιοηθικής*, με σκοπό να ενημερώνεται υπεύθυνα και επιστημονικά γύρω από τα βιοηθικά ζητήματα που συνεχώς ανακύπτουν.

Ηθικά ζητήματα μείζονος σημασίας, όπως πότε επέρχεται η στιγμή του θανάτου, η μηχανική υποστήριξη, το αίτημα της ευθανασίας ενός ανθρώπου που υποφέρει, η παρηγορητική φροντίδα σε ασθενείς τελικού σταδίου, κ.ά. αποτελούν ζητήματα με τα οποία η Επιτροπή ασχολήθηκε διεξοδικά, συμβάλλοντας στην Ορθόδοξη Χριστιανική Ηθική αλλά και συνολικά στον επιστημονικό διάλογο. Η Εκκλησία αξιολογεί τα βιοηθικά ζητήματα που ανακύπτουν και επικεντρώνεται στο κατά πόσον υπάρχουν ηθικά όρια στις βιοϊατρικές εφαρμογές αλλά και ποιός και με βάση ποιά κριτήρια μπορεί να θέσει αυτά τα όρια.³²

ΜΑΤΑΙΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (FUTILE THERAPY)

Τα επιτεύγματα της εντατικής θεραπείας ωφέλησαν και έσωσαν τις ζωές πολλών ασθενών, προκάλεσαν όμως και πολλά προβλήματα. Μία από τις σημαντικότερες ανεπιθύμητες συνέπειές τους είναι η για μεγάλο χρονικό διάστημα διατήρηση των βιολογικών λειτουργιών ασθενών, που δεν ανταποκρίνονται σε καμία θεραπευτική αγωγή και έχουν ελάχιστη έως μηδενική πιθανότητα να επιβιώσουν ή να ανακτήσουν μία ανεκτή ποιότητα ζωής. Αρκετές φορές οι γιατροί επιδεικνύουν αδικαιολόγητα υπερβάλλοντα ζήλο και εκτελούν επιθετικές θεραπευτικές παρεμβάσεις, που ταλαιπωρούν τον ασθενή δυσανάλογα σε σχέση με το αναμενόμενο θεραπευτικό όφελος.³³

Ιστορική αναδρομή

Η ματαιότητα στην ιατρική είναι μια αρχαία έννοια. Κατά τον Ιπποκράτη «ο γιατρός πρέπει να αρνηθεί να θεραπεύσει εκείνους που έχουν νικηθεί από τη νόσο τους», συνειδητοποιώντας ότι στις περιπτώσεις αυτές η ιατρική είναι ανίσχυρη. Το λεξικό του Webster ορίζει ως μάταιο «ό,τι δεν εξυπηρετεί χρήσιμο σκοπό είναι τελείως αναποτελεσματικό». Η λέξη «*μάταιη*» αναφέρεται σε μία συγκεκριμένη ενέργεια ενώ η «*ματαιότητα*» καθορίζει τη σχέση μιας δράσης – παρέμβασης με έναν επιθυμητό στόχο.³⁴

Η έννοια της *ιατρικής ματαιότητας* (*Medical Futility*) έκανε την εμφάνισή της τη δεκαετία του 1980, ως απάντηση στις ανησυχίες των οικογενειών που επέμεναν σε παρατεταμένες θεραπείες για τους αγαπημένους τους, ενώ η θεραπευτική ομάδα τις θεωρούσε ακατάλληλες.³⁵ Μεταξύ 1987-1996 συζητήθηκε με μεγάλη σθεναρότητα, έτσι όπως συχνά συμβαίνει με κάποιες φιλοσοφικές έννοιες. Πριν το διάστημα αυτό ουσιαστικά ήταν μία μη αναγνωρισμένη έννοια. Το 1995 ήταν η χρονιά κορύφωσης του ενδιαφέροντος, κάτι που αποδεικνύεται με τη δημοσίευση 134 σχετικών με το θέμα άρθρων. Ακολούθησε μια περίοδος «αδιαφορίας» κι έτσι το 1999 η αναζήτηση στο Medline για τη λέξη – κλειδί «ματαιότητα» έδωσε μόνο 34 άρθρα.³⁶

Η «ιατρική ματαιότητα» είναι μια πολύπλοκη έννοια και σχετίζεται άμεσα με τους θεραπευτικούς στόχους. Έτσι *μάταιη* ορίζεται η πράξη που δεν έχει εφικτούς στόχους ή που η εμπειρία δείχνει ότι είναι αδιανόητη η επιτυχία της.³⁷

Οι υπέρμαχοί της τη θεωρούν έναν τρόπο ικανό να αποθαρρύνει την επιθετική θεραπεία σε καταστάσεις μη αναστρέψιμες ενώ οι επικριτές της - και κάποιες φορές και τα δικαστήρια – ισχυρίζονται ότι πρόκειται για παρέμβαση στα δικαιώματα του ασθενή και είναι παράλογη.³⁸

Σύμφωνα με μία μελέτη του 2013 που πραγματοποιήθηκε σε ΜΕΘ της Αμερικής, το κόστος για μία μέρα μάταιης θεραπείας υπολογίστηκε σε 4004\$, ενώ ένας στους δέκα ασθενείς της ΜΕΘ ανήκει στην κατηγορία αυτή.³⁹

Δεν υπάρχει κοινός ορισμός της ματαιότητας. Οι κατευθυντήριες οδηγίες του Αμερικανικού Ιατρικού Συλλόγου (*American Medical Association-AMA*) περιγράφουν ως ιατρικά μάταιες θεραπείες, εκείνες που «δεν έχουν καμία λογική πιθανότητα να ωφελήσουν τον ασθενή» ενώ η *American Thoracic Society* αναφέρει ότι «η θεραπεία είναι μάταιη, όταν είναι πολύ απίθανο να οδηγήσει σε σημαντική επιβίωση ή δεν μπορεί να εκπληρώσει τους στόχους που τέθηκαν».⁴⁰

Η Αμερικανική Εταιρεία Καρδιοπνευμονικής Αναζωογόνησης (*American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care*) στις κατευθυντήριες οδηγίες της το 2010 για την ανάνηψη αναφέρει: «οι ασθενείς ή οι οικογένειές τους μπορούν να ζητήσουν φροντίδα που είναι εξαιρετικά απίθανο να βελτιώσει την υγεία τους. Ωστόσο, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης δεν υποχρεούνται να την παρέχουν όταν υπάρχει επιστημονική και κοινωνική συναίνεση ότι θα είναι αναποτελεσματική. Αν δε μπορεί να επιτευχθεί ο σκοπός, τότε η θεραπεία μπορεί να θεωρηθεί μάταια».⁴¹

Αντίστοιχα στις κατευθυντήριες οδηγίες του για την ανάνηψη (*CPR*) το 2015 το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης (*European Resuscitation Association*) ορίζει τη μάταιη θεραπεία ως «εκείνη που δεν προσφέρει καμία εύλογη ελπίδα ανάκαμψης ή βελτίωσης και από την οποία ο ασθενής είναι μόνιμα αδύνατος να βιώσει οποιοδήποτε όφελος». Η ανάνηψη είναι μάταιη όταν υπάρχουν μηδαμινές πιθανότητες καλής ποιότητας επιβίωσης.⁴²

Επειδή λοιπόν δεν υπάρχει καθολικά αποδεκτό πρότυπο (*standard*) με το οποίο να «οριοθετείται» η ματαιότητα, για την πιθανότητα ωφέλειας από μία παρέμβαση έχει προταθεί να υπάρχει ένα ποσοστό >1%, αλλά κι εδώ υπάρχουν δυσκολίες. Δεν υπάρχουν βαθμολογημένα πρότυπα για κάθε ασθένεια που να

μπορούν να χρησιμοποιηθούν με ακρίβεια σε μεμονωμένους ασθενείς και έτσι ο καθορισμός αυτού του ποσοστού είναι δύσκολος ακόμη και για τους πιο έμπειρους εντατικολόγους.⁴³

Μια άλλη προσπάθεια «οριοθέτησής» της προτείνει να χαρακτηριστεί μάταιη μια θεραπεία, όταν οι γιατροί καταλήξουν μέσα από την εμπειρία τους, τη συζήτηση με συναδέλφους τους και τις αναφορές της βιβλιογραφίας, ότι δεν ωφέλησε στις τελευταίες εκατό περιπτώσεις που εφαρμόστηκε.⁴⁴

Ματαιότητα και Επαγγελματίες Υγείας

Σύμφωνα με άρθρο των M. Mc Cabe και C. Storm το 2008 στην εφημερίδα της Αμερικανικής Ογκολογίας οι γιατροί αναφέρουν ότι παρέχουν ιατρικά μάταιες θεραπείες, είτε γιατί πιέζονται από τους ασθενείς και την οικογένειά τους που ελπίζουν στη θεραπεία, είτε γιατί είναι αβέβαιοι για την πρόγνωση, είτε γιατί πιέζονται από το νομικό σύστημα.⁴⁰

Το 2004 πραγματοποιήθηκε από τους Meltzer & Huckbay μια έρευνα σε 60 νοσηλευτές ΜΕΘ, σχετικά με την αντίληψή τους για τη μάταιη θεραπεία και την επίδρασή της στην επαγγελματική εξουθένωση (*burnout*). Η έρευνα έδειξε ότι η αντίληψη αυτή επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τη συχνότητα με την οποία οι νοσηλευτές συμμετέχουν σε παρεμβάσεις που υποστηρίζουν τη ζωή και οι οποίες συγκρούονται με τις αξίες και τα πρότυπα αυτού που οι νοσηλευτές θεωρούν ότι είναι δεοντολογικά κατάλληλο και μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς και του αποτελέσματος. Η βίωση συναισθηματικής εξάντλησης μπορεί να οδηγήσει σε συγκρούσεις μεταξύ των μελών του προσωπικού της ΜΕΘ, απουσίες, μειωμένο ηθικό, μειωμένη παραγωγικότητα και να κορυφωθεί με την επαγγελματική εξουθένωση και την υπονόμηση της φροντίδας των ασθενών.³⁷

Ένα άλλο σημαντικό εύρημα των ερευνών είναι η διαφορετική αντίληψη που έχουν για τη μάταιη θεραπεία γιατροί και νοσηλευτές όταν ο ασθενής πλησιάζει στο τέλος της ζωής του. Αυτό οφείλεται στο διαφορετικό επαγγελματικό ρόλο του καθενός και τη διαφορετική τους κρίση, όσον αφορά τους ρεαλιστικούς στόχους της θεραπείας και τις παρεμβάσεις που έγιναν στον ασθενή. Λόγω του ηθικού αδιεξόδου οι νοσηλευτές των ΜΕΘ επιβαρύνονται συναισθηματικά και αυτή η επιβάρυνση διαμορφώνει τη στάση τους για τη «μάταιη θεραπεία».^{45,46}

ΗΘΙΚΟ ΑΔΙΕΞΟΔΟ (MORAL DISTRESS)

Ορισμός

Η χρήση της τεχνολογίας στην ιατρική και γενικότερα στην υγεία έχει ως αποτέλεσμα να οδηγείται πολύ συχνά η θεραπευτική διαδικασία σε τέτοια ηθικά δилήμματα, τα οποία δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει η θεραπευτική ομάδα.⁴⁷ Ο όρος «*ηθικό αδιέξοδο*» (*H.A.*) δόθηκε αρχικά το 1984 από την Andrew Jameton στο κλασσικό της έργο για την ηθική της νοσηλευτικής και το προσδιόρισε ως αυτό που συμβαίνει «όταν κάποιος γνωρίζει ποιά είναι το σωστό για να πράξει αλλά εσωτερικοί και εξωτερικοί περιορισμοί καθιστούν σχεδόν αδύνατο να ακολουθήσει τη σωστή πορεία δράσης και να ενεργήσει σύμφωνα με τον προσωπικό του κώδικα αξιών και υποχρεώσεων».^{48,49} Η Jameton εισήγαγε αυτό τον όρο για να το διαχωρίσει από το ηθικό δίλημμα. Στο *ηθικό δίλημμα* ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να επιλέξει ανάμεσα σε διάφορες ανταγωνιστικές επιλογές ενώ στο *ηθικό αδιέξοδο* έχει επιλέξει ποιά είναι η σωστή ενέργεια αλλά δεν μπορεί να την εφαρμόσει.⁵⁰

Σύμφωνα λοιπόν με τον ορισμό αυτό, το ηθικό αδιέξοδο συμβαίνει κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες: υπάρχει ηθική βεβαιότητα, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό γνωρίζει την ηθικά σωστή δράση που πρέπει να αναλάβει, υπάρχει όμως κάτι που συνήθως αναφέρεται ως «περιορισμός» ή «εμπόδιο», που εμποδίζει την εφαρμογή της ηθικά σωστής δράσης.⁵¹

Η διαδρομή του Ηθικού Αδιεξόδου

Στην πορεία του χρόνου δόθηκαν πολλές ερμηνείες για το ΗΑ στην προσπάθεια ο ορισμός του να ανταποκριθεί στα βιώματα όσων εργάζονται στις ΜΕΘ. Έτσι το 1988 ο William Bartholome το περιέγραψε ως «οξύ πρόβλημα αυτών που νοιώθουν αδύναμοι να λάβουν αποφάσεις στην κλινική πράξη» ενώ το 1996 οι Davies et al ως «το δίλημμα ανάμεσα στην υποχρέωση των νοσηλευτών να ακολουθήσουν τις οδηγίες του ιατρού και στην ευθύνη τους να υποφέρει ο ασθενής όσο το δυνατόν λιγότερο». Οι νοσηλευτές αισθάνονται ότι παραβιάζουν

τη σχέση νοσηλευτή-ασθενή, όταν είναι αναγκασμένοι να συνεχίσουν να επιβάλλουν τον πόνο πέρα από τα όρια της πιθανής θεραπείας».

Το 2006 η Glasberg το περιγράφει ως «ένα «*stress συνειδήσεως*» το οποίο είναι προϊόν της συχνότητας εμφανίσεως στρεσογόνων καταστάσεων και του βαθμού στον οποίο το άτομο τις αντιλαμβάνεται και τις βιώνει».²⁶

Εργαλεία Μέτρησης Ηθικού Αδιεξόδου

Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται αρκετά εργαλεία που έχουν δημιουργηθεί προκειμένου να ποσοτικοποιηθεί και να αξιολογηθεί η έννοια του ηθικού αδιεξόδου.

Σε σχέση με το ηθικό αδιέξοδο που βιώνουν οι νοσηλευτές έχουν χρησιμοποιηθεί διαφορετικά «εργαλεία» (*instruments*), τα οποία μπορούν να υπολογίσουν το ηθικό αδιέξοδο, τόσο σε νοσηλευτές όσο και γενικότερα σε άλλους επαγγελματίες υγείας.

Η κλίμακα Η.Α. της Corley είναι το πιο αξιόπιστο «εργαλείο», με τις περισσότερες ψυχομετρικές πληροφορίες. Δημιουργήθηκε στα τέλη της δεκαετίας του 80 για να καλύψει το κενό που υπήρχε μέχρι τότε στη μέτρηση των επιπέδου του Η.Α. και ήταν το πρώτο που δημιουργήθηκε. Η Corley στη συνέχεια το εξέλιξε δύο φορές, το 1995 και το 2005.²⁶

Το Ηθικό αδιέξοδο στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των ΜΕΘ

Το ηθικό αδιέξοδο των νοσηλευτών και γιατρών στις ΜΕΘ έχει απασχολήσει πολλές έρευνες μέχρι σήμερα.^{52,53,54} Από νωρίς υπήρξαν ερευνητές, όπως ο Liedka (1991) και οι Fordand Richardson (1995), που απέδειξαν ότι το ηθικό αδιέξοδο μπορεί να εκδηλωθεί και σε άλλους επαγγελματίες, είτε ανήκουν στο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας, είτε όχι.⁵⁵

Το ηθικό αδιέξοδο στις ΜΕΘ ενηλίκων και παιδιών συχνά δημιουργεί στιγμές κρίσης, που προκύπτουν από τις διαφωνίες μέσα στη θεραπευτική ομάδα σχετικά με αποφάσεις που αφορούν τη συνέχιση της θεραπείας. Τέτοια ερωτήματα είναι το πότε θα αναζωογονηθεί ένας ασθενής, αν θα παρακρατηθεί ή θα αποσυρθεί μονομερώς μια αποκαλούμενη μάταιη θεραπεία - σε αντίθεση με τις

επιθυμίες του ίδιου ή της οικογένειάς του - αν θα του διατεθούν οι περιορισμένοι οικονομικοί πόροι ή το τελευταίο διαθέσιμο κρεβάτι στη ΜΕΘ.⁵⁶

Στην εργασιακή καθημερινότητα ο ρόλος της ηθικής κρίσης είναι εμφανέστερος στις πιο περίπλοκες καταστάσεις, όπου ο επαγγελματίας υγείας χρειάζεται να αποφασίσει πώς να δράσει σε σχέση με τους θεραπευόμενούς 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 τον επαγγελματία υγείας να προχωρήσει σε μια ηθική απόφαση.⁵⁷ Έρευνα της Zuzelo⁵⁸ το 2008 έδειξε ότι οι κυριότερες καταστάσεις που οδηγούν τους νοσηλευτές σε Η.Α. είναι:

- η συμμόρφωση με τις επιθυμίες της οικογένειας σχετικά με το πλάνο θεραπείας ακόμη και όταν οι ίδιοι διαφωνούν με αυτό
- η συνέχιση της υποστήριξης της ζωής ασθενών με φτωχή πρόγνωση επειδή αυτή είναι η επιθυμία της οικογένειας
- οι οδηγίες για πραγματοποίηση παρεμβάσεων και θεραπειών χωρίς θεραπευτικό όφελος

Σύμφωνα με μια άλλη μελέτη των Hamric & Blackhall (2007), οι καταστάσεις που προκαλούν ηθικό αδιέξοδο στους γιατρούς και τους νοσηλευτές είναι οι ίδιες, με τους δεύτερους να βιώνουν μεγαλύτερο ηθικό αδιέξοδο από τους ιατρούς. Οι πιο στρεσογόνες καταστάσεις ήταν αυτές κατά τις οποίες ήταν αναγκασμένοι να παρέχουν επιθετική θεραπεία σε ασθενή τελικού σταδίου, η οποία όμως δεν προσέφερε ουσιαστικά αποτελέσματα (πιο συχνά το βιώνουν οι νοσηλευτές). Στη μελέτη αυτή την υψηλότερη βαθμολογία σε όλες τις καταστάσεις της κλίμακας ΗΑ την είχαν οι νοσηλευτές, με εξαίρεση την περίπτωση της τοποθέτησης σωλήνα γαστροστομίας σε ασθενή με σοβαρή άνοια και για τον οποίο υπάρχει οδηγία «μη ανάταξης». Σε αυτήν την περίπτωση οι ιατροί βίωναν μεγαλύτερο ηθικό αδιέξοδο. Σημαντική διαφορά επίσης υπήρχε στην περίπτωση που οι φοιτητές ιατρικής πραγματοποιούν επώδυνες διαδικασίες σε ασθενείς για να βελτιώσουν τις δεξιότητές τους, όπου οι νοσηλευτές βιώνουν ηθικό αδιέξοδο ενώ οι ιατροί ελάχιστα. Στην παραπάνω μελέτη οι νοσηλευτές βαθμολόγησαν στην κλίμακα συχνότητας του ηθικού αδιεξόδου αρκετά υψηλά την κατάσταση κατά την

οποία θα πρέπει να «εφαρμόσουν ιατρικές οδηγίες για εξετάσεις και θεραπευτικές παρεμβάσεις, που θεωρούν μη αναγκαίες, σε ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο».⁵¹

Τα ευρήματα αυτά, για την ύπαρξη ηθικού αδιεξόδου σε περιπτώσεις που πραγματοποιούνται θεραπευτικές παρεμβάσεις «οι οποίες το μόνο που κάνουν είναι να παρατείνουν την πορεία προς το θάνατο...», είναι σύμφωνα με τα αντίστοιχα άλλων μελετών.^{59.60}

Σε αντίστοιχη Ελληνική μελέτη της Λεπίδου και συν. το 2012 το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έδειξε να βιώνει το ίδιο άγχος σε παρόμοιες διαδικασίες στο χώρο της ΜΕΘ. Στα σημαντικά αποτελέσματα της μελέτης αυτής είναι ότι το μεγαλύτερο άγχος το βιώνουν οι γιατροί, όταν ο ασθενής επιδεινώνεται και πρέπει να ενημερωθεί η οικογένεια καθώς και ότι η ψυχολογική κατάσταση των συγγενών επηρεάζει τις αποφάσεις τους.⁶¹

Είναι ευνόητο λοιπόν ότι τα ηθικά αυτά διλήμματα που απασχολούν για δεκαετίες τους επαγγελματίες υγείας των ΜΕΘ παίρνουν ακόμη μεγαλύτερες διαστάσεις όταν αφορούν παιδιατρικούς ασθενείς. Τα παιδιά είναι ένας ευάλωτος πληθυσμός της κοινωνίας μας που πάντα ευαισθητοποιεί τους επαγγελματίες υγείας. Στις παιδιατρικές ΜΕΘ τα ηθικά ζητήματα προκύπτουν όταν η θεραπευτική ομάδα πρέπει να υποστηρίξει ένα παιδί που έχει ένα θανατηφόρο νόσημα και που ξαφνικά απαιτεί μηχανική υποστήριξη για τις κατεστραμμένες ζωτικές του λειτουργίες. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να θεραπεύσουν ένα παιδί που μέχρι πριν λίγο ήταν φυσιολογικό και το οποίο περίμενε ότι θα επιβιώσει, όμως στο τέλος παρουσίασε σοβαρές οργανικές ανεπάρκειες και παγιδεύτηκε σε μία κατάσταση περιορισμένης εγκεφαλικής λειτουργίας ή σε μια οδυνηρή ζωή.⁶²

Επιπτώσεις του Ηθικού Αδιεξόδου

Το Η.Α. αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για τους επαγγελματίες υγείας αφού μπορεί να προκαλέσει σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα, να μειώσει την ικανοποίηση από την εργασία, να επηρεάσει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και να οδηγήσει ακόμη και στην παραίτηση από τη θέση εργασίας. Αυξημένα επίπεδά του έχουν οδηγήσει σε ιατρικά λάθη, επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών και γιατρών (*burnout*), φθορά, συναισθηματική

κόπωση, αίσθημα αδυναμίας ακόμη και εγκατάλειψη ασθενών. Επίσης δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις όπου η μεγάλη απογοήτευση και δυσαρέσκεια από την εργασία έχουν εκδηλωθεί με εναλλακτική βία και έχουν καταστήσει «ανθυγιεινό» το εργασιακό περιβάλλον.⁵²

Αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι το *burnout* είναι ένα σύνδρομο που οφείλεται στο άγχος που σχετίζεται με την εργασία και μπορεί να προκληθεί από το φόρτο εργασίας, την αντιπαράθεση με τους συναδέλφους και τη διοίκηση, την ανεπάρκεια σε στελέχωση και πόρους, τις συναισθηματικές απαιτήσεις των ασθενών και των οικογενειών τους, την ενασχόληση με τις ηθικές πτυχές της τεχνολογίας που στηρίζει τη ζωή και την έκθεση στο θάνατο και τη διαδικασία θανάτου. Χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση, αποστασιοποίηση και χαμηλή αίσθηση προσωπικής ολοκλήρωσης. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης έχει συσχετιστεί με υψηλότερη συχνότητα ιατρικών και νοσηλευτικών σφαλμάτων, απώλεια επαγγελματισμού, παρεμπόδιση της μάθησης και αυτοκτονικό ιδεασμό.^{63,37}

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ (MEDICAL DECISIONS IN END OF LIFE)

Η σύγχρονη τεχνολογική πρόοδος της ιατρικής με τα σημαντικά επιτεύγματα της, όπως η πρόληψη ή η εξάλειψη πολλών ασθενειών, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του μέσου όρου ζωής. Αυτή η διαρκώς αυξανόμενη αποτελεσματικότητα των νέων θεραπειών όμως έγινε το έναυσμα για τη δημιουργία νέων ερωτημάτων σχετικά με τις ηθικές, οικονομικές και νομικές πτυχές της χρήσης ανεπαρκών ή υπερβολικών θεραπειών (overtreatment). Σήμερα υπάρχει η αντίληψη ότι λίγο πριν το θάνατο κάποιων ασθενών, οι γιατροί χρησιμοποιούν υπερβολικές και ακατάλληλες θεραπείες.⁶²

Ο θάνατος που μέχρι πρότινος ήταν ιδιωτικός, πνευματικός ή θρησκευτικός, ένα γεγονός που αφορούσε οικογένεια και φίλους, σήμερα συχνά εξαρτάται από την τεχνολογία. Η εξελιγμένη τεχνολογική υποστήριξη επέτρεψε στους ασθενείς σε πολύ βαριά κατάσταση και με μη αναστρέψιμες βλάβες να επιβιώσουν περισσότερο. Την ίδια στιγμή είναι ολοένα και περισσότερο αποδεκτό ότι η συνεχιζόμενη επιθετική θεραπεία μπορεί να μην είναι πάντα ευεργετική. Επομένως ο θάνατος στη ΜΕΘ ακολουθεί συχνά τον περιορισμό των θεραπειών υποστήριξης της ζωής.⁴³ Ο περιορισμός αυτός γίνεται είτε με «παρακράτηση» της θεραπείας (*withholding*) είτε με «απόσυρσή» της (*withdrawing*). Κατά τους H.Hoel et al (2014) ως «παρακράτηση θεραπείας» ορίζεται το να μην αυξηθούν ή να μην ξεκινήσουν καν οι παρεμβάσεις διατήρησης της ζωής ενώ στην «απόσυρση θεραπείας» υπάρχει απόφαση για ενεργητική παρέμβαση διακοπής της έως τότε θεραπείας υποστήριξης της ζωής.⁶⁴

Σε ένα άρθρο του το 2008 ο B.F. Murphy - γιατρός και μετέπειτα υπουργός υγείας της Αυστραλίας - αναφέρει ότι «η παρακράτηση της μάταιης θεραπείας δεν αφορά την εξοικονόμηση χρημάτων για το σύστημα υγείας. Ο πρωταρχικός λόγος που οι γιατροί αποφασίζουν να παρακρατήσουν μια μάταιη θεραπεία είναι επειδή θεωρούν ότι αυτό είναι το καλύτερο για τον ασθενή τους. Βεβαίως και θα απελευθερωθούν ορισμένοι πόροι αλλά μόνο για να χρησιμοποιηθούν από άλλους ασθενείς που χρήζουν νοσοκομειακής περίθαλψης και η οποία μπορεί να έχει υψηλό κόστος».⁶⁵

Ποιός όμως είναι αυτός που θα πάρει την απόφαση για τη ματαιότητα μιας θεραπείας και την απόσυρσή της; Οι αποφάσεις αυτές διαφέρουν όχι μόνο από χώρα σε χώρα, σε ΜΕΘ της ίδιας χώρας αλλά συχνά υπάρχουν συγκρούσεις και μεταξύ των μελών της ίδιας ΜΕΘ.

Στη Διεθνή Διάσκεψη για τη Συναίνεση (*The International Consensus Conference*) που πραγματοποιήθηκε στο Βέλγιο το 2004, η οργανωτική επιτροπή παρακολούθησε τις παρουσιάσεις 30 εμπειρογνομόνων στον τομέα της περίθαλψης στο τέλος του κύκλου ζωής. Μεταξύ άλλων ζήτησε απαντήσεις για το παρακάτω ερωτήματα: «Ποιός αποφασίζει να περιορίσει τις θεραπείες για τη διατήρηση της ζωής στη ΜΕΘ»; Στη βιβλιογραφία η πλάστιγγα γέρνει υπέρ της προσέγγισης για "κοινή" λήψη αποφάσεων, με τη συμμετοχή της ομάδας φροντιστών και του ασθενή ή του υποστηρικτικού του περιβάλλοντος.^{66,67}

Ο πρωταρχικός στόχος για όλα τα μέρη που εμπλέκονται σε αυτή την απόφαση πρέπει να είναι το συμφέρον του ασθενούς. Ο περιορισμός της θεραπείας για τη διατήρηση της ζωής πρέπει να βασίζεται σε ευρέως διαδεδομένες δεοντολογικές αρχές, όπως η αυτονομία, η ευεργεσία, και η διανομή δικαιοσύνης. Συνεπώς οι λόγοι για την παρακράτηση ή την απόσυρσή της μπορεί να περιλαμβάνουν την άρνηση του ασθενούς, την αδυναμία του να επωφεληθεί από μια θεραπεία λόγω κακής πρόγνωσης, την αποτυχία της να βελτιώσει την κατάστασή του μετά από μια λογική περίοδο δοκιμής και την αναμενόμενη ποιότητα ζωής - αν επιβιώσει ο ασθενής.⁴³

Η εφαρμογή αυτών των αρχών μπορεί ωστόσο να είναι περίπλοκη και συχνά υπάρχουν συγκρούσεις, όπως όταν η οικογένεια ενός ασθενούς τελικού σταδίου απαιτεί τη χορήγηση ή συνέχιση μιας δαπανηρής θεραπείας.⁴³ Οι διαφορετικές αυτές απόψεις έχουν καθιερωθεί στη διεθνή ιατρική πρακτική με τον όρο "*conflicts*" (*συγκρούσεις*) και αφορούν «τη διένεξη και τις διαφορετικές απόψεις που σχετίζονται με τη διαχείριση του ασθενούς, όταν περισσότερα από ένα άτομα πρέπει να δράσουν ή να πάρουν μια απόφαση».⁶⁸

Το 2015 το *Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH)* αναθεώρησε τον οδηγό του για τα κριτήρια που επιτρέπουν τη συζήτηση για την παρακράτηση ή την απόσυρση μιας θεραπείας σε ένα παιδί, τα οποία βασίζονται στη «ποσότητα» και την «ποιότητα» της ζωής του. Αποτελεί ένα πλαίσιο των περιπτώσεων όπου μια τέτοια απόφαση είναι ηθικά επιτρεπτή.

Κατά το RCPCH λοιπόν υπάρχουν τρεις καταστάσεις, όπου η θεραπεία δεν είναι προς το συμφέρον του παιδιού γιατί δε μπορούν πια να το βοηθήσουν:

- Όταν το προσδόκιμο ζωής είναι περιορισμένο: εγκεφαλικός ή επικείμενος θάνατος
- Όταν η ζωή είναι περιορισμένη σε ποιότητα: η θεραπεία μπορεί να παρατείνει τη ζωή αλλά δεν ανακουφίζει από τα βάρη της ασθένειας ή της ίδιας της θεραπείας
- Όταν υπάρχει από τον ίδιο τον ασθενή άρνηση για θεραπεία αφού όμως έχει προηγηθεί σωστή ενημέρωση, δεν υπάρχει ηθική υποχρέωση των θεραπόντων για θεραπεία υποστήριξης της ζωής (*Life Sustaining Treatments – LST*)

Οι αποφάσεις για τη LST πρέπει να παίρνονται από τη θεραπευτική ομάδα και σε συνεργασία με το παιδί – όταν η ηλικία και οι εμπειρίες του το επιτρέπουν – και τους γονείς του. Πρέπει να βασίζονται στη σωστή ενημέρωση και το σεβασμό, όταν είναι δυνατό να καθορίζονται πριν από οξεία επεισόδια και να έχουν τη μορφή σχεδίου φροντίδας. Οι αποφάσεις για LST δε συνεπάγονται απόσυρση της φροντίδας του παιδιού αλλά αντίθετα, δίνεται έμφαση στην *παρηγορητική φροντίδα (Palliative Care)*, που έχει στόχο την απαλλαγή του παιδιού από τον πόνο και το άγχος, την εξασφάλιση της άνεσής του καθώς και τη στήριξη της οικογένειάς του.⁶⁹

Οι νοσηλευτές, παρόλο που αποτελούν πολύ σημαντικό κομμάτι της θεραπευτικής ομάδας, δεν έχουν τη θέση που θα έπρεπε στη διαδικασία αυτή. Ερευνητές από τις ΗΠΑ, την Ευρώπη και την Αυστραλία αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές δεν συμμετέχουν πάντοτε σε συζητήσεις ή στη διαδικασία λήψης της απόφασης, οπότε και δε γνώριζαν τις προτιμήσεις των ασθενών τους, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να τους υποστηρίξουν.⁷⁰

Μία άλλη σχολή είναι αυτή που θεωρεί ότι η οικογένεια δεν πρέπει να επιβαρύνεται με τη συμμετοχή της στην απόφαση για απόσυρση ή παρακράτηση της θεραπείας γιατί αυτό τους προκαλεί μεγάλη συναισθηματική επιβάρυνση. Η κατάσταση αυτή επιδεινώνεται όταν το υποστηρικτικό περιβάλλον αντιμετωπίζει αυτήν την κατάσταση για πρώτη φορά ή δεν έχει συζητήσει το θέμα με τον ασθενή, ώστε να γνωρίζει τις απόψεις του.^{39,71,72}

Το 2015 το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης (*European Resuscitation Association*) στις κατευθυντήριες οδηγίες του για την ανάνηψη (CPR) αναγνωρίζει τις διαφορετικές στάσεις και απόψεις στην Ευρώπη σχετικά με την ανάνηψη και τις δικαιολογεί με τις διαφορές μεταξύ των χωρών σε νόμους, κουλτούρα, θρησκεία και οικονομική κατάσταση. Επίσης αποδέχεται τη σημαντική μεταβλητότητα στη διαχείριση των αποφάσεων που σχετίζονται με το τέλος της ζωής καθώς και την ποικιλία στην επιλογή εφαρμογής καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης ή μη. Η απόφαση για μη ανάνηψη (*DNR- Do Not Resuscitate*) δεν απαιτεί τη συμφωνία του ασθενούς ή του υποστηρικτικού του περιβάλλοντος γιατί πολύ συχνά έχουν μη ρεαλιστικές προσδοκίες για τα οφέλη της για τον ασθενή. Ωστόσο οι υπεύθυνοι για τη λήψη αποφάσεων γιατροί έχουν καθήκον να λαμβάνουν υπόψη την άποψή τους. Οφείλουν να τους εξηγήσουν ότι η απόφαση για DNR δε σημαίνει ότι θα αγνοηθεί ή θα εγκαταλειφθεί ο άνθρωπός τους αλλά ότι η πρόθεση είναι να μην του κάνουν κακό και να μεγιστοποιήσουν την άνεση και την ποιότητα στο τέλος της ζωής του.⁴²

Η θέση της Εκκλησίας για την απόσυρση της αγωγής

Το θρησκευτικό συναίσθημα σε κάποιες χώρες επηρεάζει τις αποφάσεις των ανθρώπων και συνεπώς είναι σημαντική για αυτούς η θέση των θρησκευτικών ηγετών πάνω σε σοβαρά ζητήματα. Στη μελέτη των C.L. Sprung et al. το 2003 μεταξύ άλλων εξετάστηκε η στάση των γιατρών διαφόρων ΜΕΘ, όσον αφορά την απόσυρση της θεραπείας στους ασθενείς που δεν έχουν προσδόκιμο ωφέλειας. Μία συσχέτιση που ελέγχθηκε ήταν η στάση τους σε σχέση με το θρήσκευμά τους. Αξίζει λοιπόν να αναφερθεί ότι η απόσυρση της αγωγής είναι συχνότερη, όταν ο γιατρός είναι Καθολικός, Προτεστάντης ή άθεος (35,6-44,4%), παρά όταν είναι Εβραίος (15,7%), Έλληνας Ορθόδοξος (13%) ή Μουσουλμάνος (23,7%).⁷³

Όσον αφορά τη στάση της Ελληνικής Εκκλησίας, αυτή εκφράστηκε από το 2005 από το Μητροπολίτη Μεσογαίας και Λαυρεωτικής Νικόλαο, Πρόεδρο της Συνοδικής Επιτροπής Βιοηθικής, στο 14^ο Συνέδριο Εντατικής Θεραπείας, όπου ανέφερε: «η ποιότητα της ζωής πρέπει να είναι συμβατή με την επιβίωση, γι αυτό και η φύση δέχεται ζωή μόνο με συγκεκριμένες προδιαγραφές ποιότητας. Σήμερα επιβάλλουμε τεχνολογικά την επιβίωση με όρους απαράδεκτης ποιότητας. Άλλο

επιβίωση – συντήρηση της ζωής και άλλο ζωή. Η ίδια η φύση, όταν η ζωή κινδυνεύει να εκφυλιστεί σε επιβίωση, προστατεύει με το θάνατο». ⁷⁴

Το 2007 η Επιτροπή Βιοηθικής της Ιεράς Σύνοδου της Εκκλησίας της Ελλάδος εξέδωσε την επίσημη γνωμοδότησή της για τις μεταμοσχεύσεις, την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Στο κεφ. Ι παίρνει θέση για την μάταιη θεραπεία και ορίζει σε ποιές περιπτώσεις δεν επιβαρύνεται ηθικά ο γιατρός.

Συγκεκριμένα:

- Κεφ. Ι, Άρθρο 47: Στις περιπτώσεις που ο γιατρός εμπεριστατωμένα πρέπει να αποφύγει τη χρήση επιθετικών μέσων που περισσότερο ταλαιπωρούν και καθόλου δε θεραπεύουν, αυτό δεν κηλιδώνει την ηθική του ακεραιότητα.
- Κεφ. Ι, Άρθρο 48: η χρήση της ιατρικής παρέμβασης καλό είναι να εκτείνεται έως εκεί που τα προβλήματα και οι επιπλοκές που προκαλεί δε βασανίζουν περισσότερο απ' ό,τι βασανίζουν
- Κεφ. Ι, Άρθρο 50: Στην περίπτωση που χορηγούνται συνειδητά καταπραϋντικά και αναλγητικά που ενδεχομένως επισπεύδουν το θάνατο, δεν επιβαρύνεται η συνείδηση του γιατρού. ⁷⁵

ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ (ETHICS)

Ορισμός

Η Δεοντολογία προέρχεται από τις λέξεις «δέον» και «λόγος». Τόσο η ετυμολογία της λέξεως, όσο και η φιλοσοφική ερμηνεία του όρου δηλώνουν τη διδασκαλία ή υπόδειξη των δεόντων, δηλαδή το τι πρέπει να γίνεται και να λέγεται. Κάποια υποτυπώδη δεοντολογία έχουν και τα πιο απλά επαγγέλματα. Πρόκειται για το απόσταγμα της επαγγελματικής πείρας που αποτελεί παράδοση για κάθε επάγγελμα και μεταδίδεται από γενιά σε γενιά, προφορικά ή γραπτά ή με το ζωντανό παράδειγμα.⁷⁶

Με τον όρο «κώδικας δεοντολογίας» (*code of ethics*) εννοούμε τη συλλογή και καθιέρωση ηθικών κανόνων που συνοψίζουν αυτό που θεωρείται ως δεοντολογικά ορθό και οι οποίοι έχουν καθιερωθεί στην συνείδηση των επαγγελματιών - επιστημόνων του κλάδου αλλά και της κοινής γνώμης, ως καθολικά αποδεκτοί, ακόμα και αν δεν έχουν περιγραφεί σε συγκεκριμένο νομοθετικό πλαίσιο. Με άλλα λόγια πρόκειται για κανόνες που συνιστούν τη δέουσα επαγγελματική συμπεριφορά των επαγγελματιών του κλάδου και αντανakλούν το κοινό αίσθημα περί σωστής άσκησης του επαγγέλματος.⁷⁷

Ιστορική αναδρομή

Η δεοντολογία ξεκίνησε από το ιατρικό επάγγελμα ως το κατεξοχήν επάγγελμα που ασχολείται με τον άνθρωπο. Τα πρώτα θέματα δεοντολογικής συμπεριφοράς και ευθύνης των γιατρών εντοπίζονται στον Κώδικα του Χαμουραμπί, η συγγραφή του οποίου χρονολογείται γύρω στο 2384 π.Χ. Ο Κώδικας αυτός προέβλεπε την ευθύνη του γιατρού, ο οποίος προκαλούσε ζημιά ή ακόμα και θάνατο του ασθενή κατά τη διενέργεια κάποιας ιατρικής επέμβασης.¹⁰ Ο αρχαιότερος όμως κώδικας ιατρικής δεοντολογίας είναι ο όρκος του Ιπποκράτη, που οι βασικές του αρχές δεν έπαψαν να ισχύουν εικοσιπέντε αιώνες μετά την δημιουργία του, παρά τις τεράστιες ηθικές, φιλοσοφικές, κοινωνικές και επιστημονικές αλλαγές και προόδους που συνετέλεσαν σε αυτό το διάστημα.⁷⁷

Η Ελληνική νομοθεσία

Ο ισχύων *Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας* ψηφίστηκε το 2005 από τη Βουλή με το νόμο 3418. Εκεί καθορίζονται οι γενικοί κανόνες άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, οι σχέσεις του γιατρού με τον ασθενή και στο Κεφ. Θ', άρθρο 29 θεσμοθετείται – με ελλείψεις – η στάση του σε αποφάσεις που αφορούν το τέλος της ζωής. Σύμφωνα με τις παραγράφους 1 και 3 σε περιπτώσεις ανίατης ασθένειας τελικού σταδίου ο γιατρός οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων ακόμη και όταν έχουν εξαντληθεί όλα τα θεραπευτικά περιθώρια. Προσφέρει παρηγορητική αγωγή στον ασθενή, συνεργάζεται με τους οικείους του και του συμπαρίσταται ως το τέλος της ζωής του, φροντίζοντας να διατηρηθεί η αξιοπρέπειά του. Επιπλέον ο γιατρός οφείλει να γνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενή να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται σε τελικό στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση πράξεων, οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου.⁷⁸

Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία γιατί ο νομοθέτης παραδέχεται ότι, όταν η ασθένεια αποδεικνύεται ιατρικά σοβαρή και μη αναστρέψιμη και καμία ιατρική θεραπεία δεν μπορεί να ωφελησει τον ασθενή (μάταιη θεραπεία), τότε ο γιατρός οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή - να του προσφέρει δηλαδή μία παρηγορητική αγωγή - και να συνεργαστεί με τους οικείους του προς αυτήν την κατεύθυνση. Η επικέντρωση του ενδιαφέροντός του στρέφεται λοιπόν σε έναν άλλο στόχο. Με αυτόν τον τρόπο ο Έλληνας νομοθέτης φαίνεται να νομιμοποιεί την παθητική ευθανασία, καθώς επιτρέπει στο γιατρό να εγκαταλείψει την μάταιη θεραπεία και να προβεί στην παρηγορητική αγωγή, αποδεχόμενος έτσι την έλευση του επικείμενου θανάτου χωρίς όμως να την επιδιώκει.⁷⁹

Η σχετική νομοθεσία για τις ιατρικές αποφάσεις μπορεί να υπαχθεί σε διατάξεις του Ποινικού Κώδικα (ΠΚ) χωρίς ωστόσο καμία από αυτές να μπορεί να θεωρηθεί ότι ρυθμίζει εξ ολοκλήρου τις μορφές της. Ανάλογα με την περίπτωση μπορούν να εφαρμοστούν οι διατάξεις για την ανθρωποκτονία με πρόθεση (άρθρ. 299 του ΠΚ) ή από αμέλεια (άρθρο 302 του ΠΚ).

Ο Ελληνικός Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας (Ε.Κ.Ν.Δ.) θεσπίστηκε με το ΠΔ 216 /2001 και στο άρθρο 18 αναφέρει: «η παροχή νοσηλευτικών φροντίδων απαιτεί σε όλες τις περιστάσεις το σεβασμό της ζωής, της

αξιοπρέπειας και της ελεύθερης επιλογής του ασθενή. Σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό στάδιο, μπορεί η νοσηλευτική φροντίδα να περιοριστεί στην ανακούφιση του φυσικού και ηθικού πόνου του ασθενή, παρέχοντάς του την κατάλληλη υποστήριξη και διατηρώντας κατά το δυνατό την ποιότητα της ζωής του. Αποτελεί υπέρτατο χρέος του νοσηλευτή να συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος και να δρα με τρόπο που να του επιτρέπει τη διατήρηση της αξιοπρέπειάς του.⁸⁰

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΗΘΙΚΟΥ ΑΔΙΕΞΟΔΟΥ ΣΤΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΘ

Η έννοια της ιατρικής ματαιότητας εμφανίστηκε ως απάντηση των γιατρών στις οικογένειες ασθενών που απαιτούσαν συνεχείς και παρατεταμένες θεραπείες για τα προσφιλή τους πρόσωπα, την ώρα που οι ίδιοι τις θεωρούσαν ακατάλληλες. Το ηθικό αδιέξοδο των νοσηλευτών και γιατρών στις ΜΕΘ έχει απασχολήσει πολλές έρευνες μέχρι σήμερα. Λόγω του ΗΑ, οι νοσηλευτές των ΜΕΘ επιβαρύνονται συναισθηματικά και αυτή η επιβάρυνση διαμορφώνει τη στάση τους για τη «μάταιη θεραπεία» και μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε επαγγελματική εξουθένωση (*Burnout*).⁴⁵

Ένα σημαντικό εύρημα των μελετών είναι η διαφορετική αντίληψη που έχουν για τη μάταιη θεραπεία γιατροί και νοσηλευτές όταν ο ασθενής πλησιάζει στο τέλος της ζωής του. Αυτό οφείλεται στο διαφορετικό επαγγελματικό ρόλο του καθενός και τη διαφορετική τους κρίση όσον αφορά τους ρεαλιστικούς στόχους της θεραπείας και τις παρεμβάσεις που έγιναν στον ασθενή.⁴⁶

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του ηθικού αδιεξόδου των νοσηλευτών και των γιατρών σε παιδιατρικές ΜΕΘ της Ελλάδας σχετικά με τη «μάταιη θεραπεία».

Επιμέρους στόχοι της μελέτης αποτέλεσαν:

1. Η καταγραφή του μεγέθους του προβλήματος στις παιδιατρικές Μ.Ε.Θ. της Ελλάδας
2. Η ανάδειξη των νομικών κενών στην επίλυση ηθικών αδιεξόδων
3. Η αξιοποίηση των αποτελεσμάτων στη δημιουργία κατευθυντήριων οδηγιών για τον καθορισμό «θεραπευτικών ορίων»

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Ερευνητικός σχεδιασμός

Η παρούσα μελέτη είναι συγχρονική.

Πληθυσμός της μελέτης

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 131 ιατροί και νοσηλευτές από όλες τις παιδιατρικές Μ.Ε.Θ. των κρατικών νοσοκομείων (3 στην Αθήνα και 3 στην περιφέρεια) της Ελλάδας. Από το σύνολο του δείγματος αφαιρέθηκαν 10 ερωτηματολόγια διότι είχαν απαντηθεί από Βοηθούς Νοσηλευτές ΔΕ, οι οποίοι δεν συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Επομένως το τελικό δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 121 άτομα. Πιο συγκεκριμένα, 30 (24,8%) συμμετέχοντες προέρχονταν από το Γ.Ν Παίδων Αθηνών “Παναγιώτη & Αγλαΐας Κυριακού”, 28 (23,1%) από το Νοσοκομείο Παίδων “Η Αγία Σοφία”, 16 (13,2%) από το Γ.Ν Παίδων Πεντέλης, 16 (13,2%) από το Π.Γ.Ν Πατρών “Παναγία η βοήθεια”, 18 (14,9%) από το Π.Γ.Ν Ηρακλείου (ΠαΓΝΗ) και 13 (10,7%) από το Γ.Ν Θεσσαλονίκης “Ιπποκράτειο”.

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό από τα υπόλοιπα τμήματα των νοσοκομείων δεν συμμετείχαν στη μελέτη. Η συλλογή των δεδομένων και η ανάλυσή τους πραγματοποιήθηκε κατά το διάστημα μεταξύ Φεβρουαρίου και Σεπτεμβρίου του 2018.

Συλλογή δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο το οποίο δημιουργήθηκε από την ερευνητική ομάδα για τους σκοπούς της μελέτης, με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, την επαγγελματική εμπειρία της ερευνητικής ομάδας και με τη σύμφωνη γνώμη των συνεργατών της Μ.Ε.Θ. Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από τρία μέρη. Στην πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου υπήρχε συνοδευτική επιστολή όπου οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν για το σκοπό της έρευνας και δήλωναν τη συγκατάθεσή τους για την συμμετοχή τους σε αυτήν.

Το **πρώτο μέρος** του ερωτηματολογίου περιελάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην μελέτη. Πιο συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν για το φύλο τους, την ηλικία τους, την ειδικότητά τους, το επίπεδο εκπαίδευσής τους,

τον τίτλο εργασίας τους, την επαγγελματική τους εμπειρία σε έτη, την επαγγελματική τους εμπειρία σε έτη στη Μ.Ε.Θ και τον έχουν παιδιά.

Το **δεύτερο μέρος** του ερωτηματολογίου περιείχε 8 ερωτήσεις κλειστού τύπου που αφορούσαν τη στάση των συμμετεχόντων απέναντι στη «μάταιη θεραπεία». Αναλυτικότερα, τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη κλήθηκαν να απαντήσουν σε 8 ερωτήσεις (Συμφωνώ, Διαφωνώ και Δεν ξέρω/Δεν απαντώ), ενώ γι' αυτούς που απάντησαν πως πιστεύουν ότι υπάρχει αξιοπρέπεια και στο θάνατο υπήρχε μια επιπλέον ερώτηση.

Το **τρίτο μέρος** του ερωτηματολογίου σχετιζόταν με τα ηθικά αδιέξοδα που βιώνουν οι συμμετέχοντες κατά την εργασία τους στην παιδιατρική Μ.Ε.Θ. Από το σύνολο των 9 ερωτήσεων στις 7 οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να επιλέξουν ανάμεσα στις απαντήσεις Συμφωνώ, Διαφωνώ και Δεν ξέρω/Δεν απαντώ ενώ σε μία ερώτηση έπρεπε να επιλέξουν ανάμεσα στις απαντήσεις Ναι, Όχι και Δεν ξέρω/Δεν απαντώ. Στην τελευταία ερώτηση οι ερωτώμενοι μπορούσαν να επιλέξουν μεταξύ 4 απαντήσεων αλλά είχαν και την επιλογή να προσθέσουν αυτοί μια απάντηση.

Ερευνητική διαδικασία

Πριν από τη διεξαγωγή της μελέτης πραγματοποιήθηκε μια πιλοτική έρευνα με τη διανομή 15 ερωτηματολογίων, με σκοπό να εξακριβωθεί η λειτουργικότητα και η κατανόηση του ερωτηματολογίου. Εξετάστηκε αν η ενημέρωση για το σκοπό της έρευνας ήταν διατυπωμένη με σαφήνεια, αν οι ερωτήσεις ήταν σαφείς και η συντακτική διάρθρωση ήταν σωστή. Επιπλέον εξετάστηκε και η επαναληψιμότητα του ερωτηματολογίου. Αυτή η μορφή αξιοπιστίας ελέγχεται εφαρμόζοντας το ίδιο εργαλείο σε 2 διαφορετικές χρονικές στιγμές (τουλάχιστον) στην ίδια ομάδα ατόμων προκειμένου να ελέγξουμε αν τα αποτελέσματα των 2 μετρήσεων συμπίπτουν. Τα αποτελέσματα του εργαλείου στις 2 διαφορετικές χρονικές στιγμές συγκρίθηκαν με το στατιστικό κριτήριο kappa measure of agreement (κ) διότι το χαρακτηριστικό που μετρήθηκε σε κάθε περίπτωση ήταν ποιοτικό. Για όλες τις συγκρίσεις που πραγματοποιήθηκαν διαπιστώθηκε πως $\kappa > 0,8$, το οποίο υποδηλώνει υψηλή αξιοπιστία.

Ο αριθμός των 15 ερωτηματολογίων της πιλοτικής έρευνας δεν αποτέλεσε μέρος της κύριας έρευνας και συνεπώς δεν εμπεριέχεται στη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Ηθική και δεοντολογία

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μετά από έγγραφη άδεια από τα Επιστημονικά Συμβούλια των νοσοκομείων. Από όλους τους συμμετέχοντες στη μελέτη ελήφθη η έγγραφη πληροφορημένη συναίνεσή τους προκειμένου να συμμετάσχουν στην έρευνα. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης, την εμπιστευτικότητα των δεδομένων και την εθελοντική φύση της συμμετοχής. Κατά τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης τηρήθηκαν όλες οι βασικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για την καταχώρηση, την επεξεργασία και την ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο Statistical Package for Social Sciences (SPSS) ver.24. Αρχικά χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική, οι ποσοτικές μεταβλητές περιγράφηκαν ως μέση τιμή $\bar{X}$ $\pm$ τυπική απόκλιση (SD) ενώ οι ποιοτικές μεταβλητές με τη μορφή απόλυτων (n) και σχετικών συχνοτήτων (%).

Για την διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ των ανεξάρτητων ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο Pearson's χ^2 . Στην περίπτωση που δεν ίσχυαν οι προϋποθέσεις εφαρμογής του ελέγχου, χρησιμοποιήθηκε το τεστ του Fisher και του Monte Carlo.

Ως επίπεδο σημαντικότητας για όλους τους ελέγχους ορίστηκε το $p < 0,05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφικά αποτελέσματα

Από το συνολικό δείγμα της παρούσας μελέτης το 84,3% (n=102) ήταν γυναίκες και το 15,7% (n=19) άνδρες. Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης το 57,0% (n=69) του δείγματος είχε πτυχίο Νοσηλευτικής ΤΕ, το 37,2% (n=45) είχε πτυχίο Ιατρικής και το 5,8% (n=7) είχε πτυχίο ΝοσηλευτικήςΠΕ. Το 36,4% (n=44) των συμμετεχόντων ήταν κάτοχοι Μεταπτυχιακού τίτλου, το 33,9% (n=41) δεν είχε κάνει άλλες σπουδές πέραν του βασικού πτυχίου του, το 15,7% (n=19) κατείχε Παιδιατρική Νοσηλευτική ειδικότητα, το 11,6% (n=14) ήταν κάτοχοι Διδακτορικού τίτλου ενώ το 2,5% (n=3) κατείχε Παιδιατρική Νοσηλευτική ειδικότητα και Μεταπτυχιακό τίτλο. Η πλειοψηφία του δείγματος (62,8%, n=76) ήταν Νοσηλεύτες Μ.Ε.Θ. ενώ Ιατροί ήταν το 37,2% (n=45). Ακόμη, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος ήταν γονείς (62,8%, n=76). Ως προς τη δύναμη της ΜΕΘ σε κλίνες το 66,1% (n=80) των συμμετεχόντων εργάζονταν σε νοσοκομείο με 6 κλίνες, το 23,1% (n=28) σε νοσοκομείο με 10 κλίνες και το 10,7% (n=13) σε νοσοκομείο με 8 κλίνες. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν $43 \pm 9,08$ έτη. Η μέση προϋπηρεσία των συμμετεχόντων ήταν $17 \pm 8,84$ έτη ενώ η μέση προϋπηρεσία των συμμετεχόντων στη Μ.Ε.Θ. ήταν $12 \pm 8,55$ έτη (πίνακας 1).

Τα αποτελέσματα της κατανομής των συμμετεχόντων για την ηλικία έδειξαν ότι το 52,1% (n=63) ήταν άνω των 41 ετών, το 42,1% (n=51) ήταν από 31 έως 40 ετών και το 5,8% (n=7) ήταν έως 30 ετών. Η επαγγελματική εμπειρία των συμμετεχόντων για το 38,8% (n=47) ήταν από 11 έως 20 ετών, για το 33,9% (n=41) ήταν άνω των 21 ετών και το 27,3% (n=33) ήταν κάτω των 10 ετών. Αντίθετα, η επαγγελματική εμπειρία των συμμετεχόντων στη Μ.Ε.Θ. για το 47,1% (n=57) ήταν κάτω των 10 ετών, για το 34,7% (n=42) ήταν από 11 έως 20 έτη και για το 18,2% (n=22) άνω των 21 ετών (πίνακας 2).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 3, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (58,7%) διαφωνούν ότι η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση του θεράποντα ιατρού ενώ ένα μικρό ποσοστό (32,2%) συμφωνεί. Αντίθετα, η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (81,8%) συμφωνεί ότι η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή

κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση ολόκληρης της θεραπευτικής ομάδας και μόνο ένα μικρό ποσοστό (10,7%) διαφωνεί. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (79,3%) πιστεύουν ότι η θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να επανεξετάζεται, όταν η συνέχιση της ζωής εξαρτάται εξολοκλήρου από μηχανήματα ενώ οι υπόλοιποι (10,7%) έχουν αντίθετη άποψη. Για το 85,1% η μάταιη θεραπεία μπορεί να περιοριστεί μέσω της σωστής ενημέρωσης και της εδραίωσης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ της οικογένειας του παιδιού και της θεραπευτικής ομάδας ενώ μόνο για το 6,6% δεν ισχύει αυτό. Το μεγαλύτερο ποσοστό (75,2%) των ερωτηθέντων συμφωνεί με την άποψη πως η ανησυχία για τις ενδεχόμενες νομικές κυρώσεις μπορεί να επηρεάσει το θεραπευτικό πλάνο σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης ενώ το 14,0% διαφωνεί. Το 58,7% του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού συμφωνεί με την άποψη ότι το υψηλό κόστος νοσηλείας και ιατρικών παρεμβάσεων σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης (καρκίνος τελικού σταδίου, μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση) θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην συνέχιση της υποστήριξης, το 28,1% διαφωνεί και το 13,2% απάντησε δεν ξέρω/δεν απαντώ. Για το 57,0% οι προσωπικές τους αντιλήψεις σε σχέση με το τέλος της ζωής (ηθικές, θρησκευτικές, αξιακές) δεν επηρεάζουν τις αποφάσεις της θεραπευτικής ομάδας, για το 20,7% τις επηρεάζουν ενώ το 22,3% απάντησε δεν ξέρω/δεν απαντώ. Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (95,9%) πιστεύει ότι πρέπει να υπάρχει αξιοπρέπεια και στο θάνατο.

Σχετικά με το τί σημαίνει για τους συμμετέχοντες αξιοπρέπεια στο θάνατο, η μεγαλύτερη συχνότητα απαντήσεων αφορούσε την αντιμετώπιση του πόνου και του άγχους θανάτου (38,4%, n=101) και την εξασφάλιση καθαριότητας και ηρεμίας του ασθενούς (33,1%, n=87) (πίνακας 4).

Ο πίνακας 5 παρουσιάζει τα ποσοστά των απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με τα ηθικά αδιέξοδα που μπορεί να αντιμετωπίζουν κατά την εργασία τους στην παιδιατρική Μ.Ε.Θ. Ειδικότερα, το 80,2% των συμμετεχόντων γνώριζε τον όρο «μάταιη θεραπεία» ενώ το 14,9% δεν γνώριζε. Το μεγαλύτερο ποσοστό (81,8%) του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού έχει εφαρμόσει περισσότερες από μία φορές θεραπευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες ήταν μάταιες κατά τη γνώμη του και υπήρχαν φορές που αισθάνονταν ότι ο στόχος των θεραπευτικών παρεμβάσεων δεν είναι ρεαλιστικός. Το ίδιο ποσοστό (81,8%) πιστεύει ότι το ηθικό αδιέξοδο που αντιμετωπίζουν στη Μ.Ε.Θ. τους προκαλεί συναισθηματική επιβάρυνση. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (81,0%) έχουν

αισθανθεί περισσότερες από μία φορές ότι η θεραπευτική παρέμβαση δεν εξασφαλίζει κανένα θεραπευτικό όφελος. Το 47,1% των ερωτηθέντων συμφωνεί πως έχει υπάρξει περισσότερες από μία φορές διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής με καρκίνο τελικού σταδίου, το 29,8% διαφωνεί και το 23,1% απάντησε δεν ξέρω/δεν απαντώ. Λίγο υψηλότερο (57,0%) είναι το ποσοστό των συμμετεχόντων που συμφωνεί πως έχει υπάρξει περισσότερες από μία φορές διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής σε μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση ενώ το 27,3% διαφωνεί και το 15,7% απάντησε δεν ξέρω/δεν απαντώ. Το μεγαλύτερο ποσοστό (77,7%) του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού έχει αισθανθεί περισσότερες από μία φορές κατά την εργασία του στη Μ.Ε.Θ ότι δε συμβάλλει στη θεραπεία αλλά απλά παρατείνει την πορεία προς το θάνατο.

Ως προς τα συναισθήματα που προκαλούν στους συμμετέχοντες οι γονείς που ζητούν να μην γίνει ανάνηψη στο παιδί τους σε περίπτωση ανακοπής και γνωρίζουν ότι δεν υπάρχει θεραπευτικό όφελος, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (72,7%, n=88) δήλωσε πως τους προκαλεί σεβασμό (πίνακας 6).

Στατιστικά αποτελέσματα

Κατά την ανάλυση της συσχέτισης των στάσεων και των βιωμάτων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε παιδιατρικές Μ.Ε.Θ. με διάφορους δημογραφικούς παράγοντες προέκυψαν τα ακόλουθα αποτελέσματα.

Το φύλο των συμμετεχόντων φάνηκε να συσχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με το γεγονός ότι πρέπει να υπάρχει αξιοπρέπεια και στο θάνατο ($p=0,013$). Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε πως το 84,2% των ανδρών πιστεύουν πως πρέπει να υπάρχει αξιοπρέπεια και στο θάνατο, το 10,5% έχουν αντίθετη άποψη και το 5,3% δεν απάντησαν. Αντίθετα, το 98,0% των γυναικών πιστεύουν πως πρέπει να υπάρχει αξιοπρέπεια και στο θάνατο, καμία γυναίκα δεν φάνηκε να έχει αντίθετη άποψη και μόνο το 2,0% δεν απάντησε (πίνακας 7).

Όσον αφορά τα ηθικά αδιέξοδα που μπορεί να αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες κατά την εργασία τους στην παιδιατρική Μ.Ε.Θ. παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του φύλου και την ύπαρξη διαφωνιών (περισσότερες από μία φορές) στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα

υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής με καρκίνο τελικού σταδίου ($p=0,033$). Αναλυτικότερα, το 63,2% των ανδρών υποστηρίζει πως έχουν υπάρξει περισσότερες από μία φορές διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής με καρκίνο τελικού σταδίου ενώ το 36,8% δεν το υποστηρίζει. Αντίθετα, το 44,1% των γυναικών υποστηρίζει την ύπαρξη διαφωνιών, το 28,4% δεν την υποστηρίζει και το 27,5% δεν απάντησε (πίνακας 8).

Η ηλικία των συμμετεχόντων δεν φάνηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τις στάσεις των συμμετεχόντων απέναντι στη μάταιη θεραπεία ($p>0,05$). Επομένως οι στάσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στη μάταιη θεραπεία δεν σχετίζονται με την ηλικία τους (πίνακας 9).

Αντίθετα, η ηλικία των συμμετεχόντων φάνηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την εφαρμογή (περισσότερες από μία φορές) μάταιων κατά τη γνώμη των συμμετεχόντων θεραπευτικών παρεμβάσεων ($p=0,012$). Αναλυτικότερα, οι συμμετέχοντες που είναι άνω των 31 ετών συμφωνούν σε μεγαλύτερο ποσοστό με την εφαρμογή (περισσότερες από μία φορές) μάταιων κατά τη γνώμη τους θεραπευτικών παρεμβάσεων σε σχέση με τους συμμετέχοντες που είναι έως 30 ετών (πίνακας 10).

Ο παράγοντας που φαίνεται να επηρεάζει τις στάσεις των συμμετεχόντων απέναντι στη μάταιη θεραπεία είναι το επίπεδο εκπαίδευσής τους. Πιο αναλυτικά, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης των συμμετεχόντων και στο αν η συνέχιση της θεραπείας πρέπει να είναι απόφαση του θεράποντα ιατρού ($p=0,001$), στο αν πρέπει να είναι απόφαση ολόκληρης της θεραπευτικής ομάδας ($p=0,007$), και στον αν η μάταιη θεραπεία μπορεί να περιοριστεί μέσω της σωστής ενημέρωσης και της εδραίωσης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ της οικογένειας του παιδιού και της θεραπευτικής ομάδας. ($p=0,012$). Το μεγαλύτερο ποσοστό (75,6%) των συμμετεχόντων με πτυχίο Ιατρικής διαφωνούν πως η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση του θεράποντα ιατρού ενώ το ποσοστό των Νοσηλευτών ΠΕ που διαφωνεί είναι 42,9% και αντίστοιχο ποσοστό Νοσηλευτών ΤΕ είναι 49,3%. Αντίθετα, το μεγαλύτερο ποσοστό (97,8%) των συμμετεχόντων με πτυχίο Ιατρικής συμφωνούν πως η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση ολόκληρης της θεραπευτικής ομάδας ενώ το ποσοστό των Νοσηλευτών ΠΕ που συμφωνεί είναι 57,1% και των Νοσηλευτών ΤΕ 73,9%.

Για όλους τους συμμετέχοντες (100,0%) με πτυχίο Ιατρικής η μάταιη θεραπεία μπορεί να περιοριστεί μέσω της σωστής ενημέρωσης και της εδραίωσης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ της οικογένειας του παιδιού και της θεραπευτικής ομάδας τα αντίστοιχα ποσοστά για τους Νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ είναι 85,7% και 75,4% (πίνακας 11).

Η γνώση του όρου «μάταιη θεραπεία» φάνηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων ($p=0,028$). Παρατηρείται πως το μεγαλύτερο ποσοστό των Πτυχιούχων Ιατρικής αλλά και των πτυχιούχων Νοσηλευτικής ΤΕ (84,4% και 81,2% αντίστοιχα) γνωρίζουν το όρο «μάταιη θεραπεία», ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (57,1%) νοσηλευτών ΠΕ δεν τον γνωρίζουν. Επιπλέον, φάνηκε πως το επίπεδο σπουδών των συμμετεχόντων συσχετίζεται και με το γεγονός ύπαρξης διαφωνιών στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής σε μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση ($p=0,031$). Οι Νοσηλευτές ΤΕ συμφωνούν σε μεγαλύτερο ποσοστό πως υπάρχουν περισσότερες από μία φορές διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής σε μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση, από ότι οι Νοσηλευτές ΠΕ (57,1%) και οι Ιατροί (51,1%) (πίνακας 12).

Η θέση εργασίας των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα φάνηκε να συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με το αν η συνέχιση της θεραπείας πρέπει να είναι απόφαση του θεράποντα ιατρού ($p=0,008$), με το αν η συνέχιση της θεραπείας πρέπει να είναι απόφαση ολόκληρης της θεραπευτικής ομάδας ($p=0,001$), με το αν η μάταιη θεραπεία μπορεί να περιοριστεί μέσω της σωστής ενημέρωσης και της εδραίωσης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ της οικογένειας του παιδιού και της θεραπευτικής ομάδας ($p=0,001$) και με το αν οι προσωπικές αντιλήψεις των συμμετεχόντων σε σχέση με το τέλος της ζωής (ηθικές, θρησκευτικές, αξιακές) επηρεάζουν τις αποφάσεις της θεραπευτικής ομάδας ($p=0,029$). Πιο συγκεκριμένα, το 75,6% των ιατρών διαφωνεί πως η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση του θεράποντα ιατρού ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των νοσηλευτών Μ.Ε.Θ. είναι 48,7%. Το 97,8% των ιατρών υποστηρίζει πως η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση ολόκληρης της θεραπευτικής ομάδας ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των νοσηλευτών Μ.Ε.Θ. είναι 72,4%. Το 100,0% των ιατρών συμφωνεί πως η μάταιη θεραπεία μπορεί να περιοριστεί μέσω της σωστής ενημέρωσης και

της εδραίωσης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ της οικογένειας του παιδιού και της θεραπευτικής ομάδας ενώ το ποσοστό των νοσηλευτών Μ.Ε.Θ. που συμφωνεί είναι 76,3%. Ακόμη, το 48,9% των ιατρών δεν πιστεύει πως οι προσωπικές του αντιλήψεις σε σχέση με το τέλος της ζωής (ηθικές, θρησκευτικές, αξιακές) επηρεάζουν τις αποφάσεις της θεραπευτικής ομάδας ενώ μεγαλύτερο είναι το αντίστοιχο ποσοστό (61,8%) των νοσηλευτών Μ.Ε.Θ. (πίνακας 13).

Όσον αφορά το ηθικά αδιέξοδο που μπορεί να αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες κατά την εργασία τους στην παιδιατρική Μ.Ε.Θ. παρατηρήθηκε πως η ύπαρξη διαφωνίας στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής σε μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση συσχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τη θέση των συμμετεχόντων ($p=0,007$). Οι νοσηλευτές Μ.Ε.Θ. συμφωνούν σε ποσοστό 60,5% πως έχει υπάρξει περισσότερες από μία φορές διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής σε μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ιατρών είναι 51,1% (πίνακας 14).

Ένας ακόμη παράγοντας που φαίνεται να επηρεάζει τις στάσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στη μάταιη θεραπεία είναι τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας των συμμετεχόντων συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με το γεγονός ότι το υψηλό κόστος νοσηλείας και ιατρικών παρεμβάσεων σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης (καρκίνος τελικού σταδίου, μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση) θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην συνέχιση της υποστήριξης ($p=0,002$). Οι συμμετέχοντες με επαγγελματική εμπειρία έως 10 έτη συμφωνούν σε ποσοστό 51,5% ότι το υψηλό κόστος νοσηλείας και ιατρικών παρεμβάσεων σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην συνέχιση της υποστήριξης, οι συμμετέχοντες με επαγγελματική εμπειρία από 11 έως 20 έτη συμφωνούν σε ποσοστό 46,8% ενώ οι συμμετέχοντες με μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία (άνω των 21 ετών) συμφωνούν σε ποσοστό 78,0% (πίνακας 15).

Τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας των συμμετεχόντων συσχετίζονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τις διαφωνίες που προκύπτουν στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής με καρκίνο τελικού σταδίου ($p=0,007$), αλλά και ένας παιδιατρικός ασθενής σε μη

αναστρέψιμη φυτική κατάσταση ($p=0,001$), Οι συμμετέχοντες με μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία συμφωνούν σε μεγαλύτερο ποσοστό πως υπάρχει (περισσότερες από μία φορές) διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής με καρκίνο τελικού σταδίου, αλλά και ένας παιδιατρικός ασθενής σε μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση (πίνακας 16).

Τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας στη ΜΕΘ των συμμετεχόντων δεν φάνηκαν να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τις στάσεις των συμμετεχόντων απέναντι στη μάταιη θεραπεία ($p>0,05$). Επομένως οι στάσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στη μάταιη θεραπεία δεν σχετίζονται με τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας τους στη Μ.Ε.Θ. (πίνακας 17).

Αντίστοιχα, είναι τα αποτελέσματα όσον αφορά τη σχέση μεταξύ των ετών επαγγελματικής εμπειρίας των συμμετεχόντων στη ΜΕΘ και των ηθικών αδιέξοδων που μπορεί να αντιμετωπίζουν κατά την εργασία τους ($p>0,05$). Άρα τα ηθικά αδιέξοδα που μπορεί να αντιμετωπίζουν κατά την εργασία τους οι συμμετέχοντες στην παιδιατρική Μ.Ε.Θ. δεν σχετίζονται με τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας τους σε αυτήν (πίνακας 18).

Οι στάσεις των συμμετεχόντων απέναντι στη μάταιη θεραπεία δεν φάνηκαν να συσχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με το αν έχουν αποκτήσει παιδιά ($p>0,05$). Δηλαδή, το αν οι συμμετέχοντες είναι γονείς ή όχι δεν σχετίζεται με τις στάσεις τους απέναντι στη μάταιη θεραπεία (πίνακας 19).

Αντίθετα όμως, αν είναι γονείς οι συμμετέχοντες φάνηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την αίσθηση που νιώθουν πολλές φορές ότι ο στόχος των θεραπευτικών παρεμβάσεων δεν είναι ρεαλιστικός ($p=0,039$). Πιο συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες που είχαν παιδιά πιστεύουν σε μεγαλύτερο ποσοστό πως υπάρχουν φορές που αισθάνονται ότι ο στόχος των θεραπευτικών παρεμβάσεων δεν είναι ρεαλιστικός από ότι οι συμμετέχοντες που δεν είχαν παιδιά (πίνακας 20).

Τέλος προέκυψαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ του νοσοκομείου όπου εργάζονταν οι συμμετέχοντες και των ηθικών αδιέξοδων που μπορεί να αντιμετωπίζουν κατά την εργασία τους ($p<0,05$). Η μόνη ερώτηση που δεν συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά ήταν ότι τα ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζουν στη Μ.Ε.Θ. τους προκαλούν συναισθηματική επιβάρυνση (πίνακας 21).

ΠΙΝΑΚΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Πίνακας 1: Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Μεταβλητές		n	%
Φύλο	Άντρας	19	15,7
	Γυναίκα	102	84,3
Επίπεδο εκπαίδευσης	Πτυχίο Ιατρικής	45	37,2
	Πτυχίο Νοσηλευτικής ΠΕ	7	5,8
	Πτυχίο Νοσηλευτικής ΤΕ	69	57,0
Μεταπτυχιακές σπουδές	Παιδιατρική Νοσηλευτική ειδικότητα	19	15,7
	Μεταπτυχιακό	44	36,4
	Διδακτορικό	14	11,6
	Παιδιατρική Νοσηλευτική ειδικότητα - Μεταπτυχιακό	3	2,5
	Τίποτα	41	33,9
Θέση εργασίας	Ιατροί	45	37,2
	Νοσηλευτές Μ.Ε.Θ.	76	62,8
Είστε γονέας;	Ναι	81	66,9
	Όχι	40	33,1
Δύναμη Μ.Ε.Θ.	6 κλίνες	80	66,1
	8 κλίνες	13	10,7
	10 κλίνες	28	23,1
		$\bar{X}$	SD
Ηλικία		43,02	9,08
Επαγγελματική εμπειρία		17,16	8,84
Επαγγελματική εμπειρία Μ.Ε.Θ.		11,98	8,55

Πίνακας 2: Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα, την επαγγελματική εμπειρία και την επαγγελματική εμπειρία στη Μ.Ε.Θ.

Μεταβλητές		n	%
Ηλικία	Έως 30 ετών	7	5,8
	31 έως 40 ετών	51	42,1
	Ανω των 41 ετών	63	52,1
Επαγγελματική εμπειρία	Έως 10 έτη	33	27,3
	11 έως 20 έτη	47	38,8
	Ανω των 21 ετών	41	33,9
Επαγγελματική εμπειρία Μ.Ε.Θ.	Έως 10 έτη	57	47,1
	11 έως 20 έτη	42	34,7
	Ανω των 21 ετών	22	18,2

Πίνακας 3: Ποσοστά απαντήσεων συμμετεχόντων σχετικά με την στάση τους απέναντι στη μάταιη θεραπεία

1.Η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση του θεράποντα ιατρού.		
Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
32,2% (39)	58,7% (71)	9,1% (11)
2.Η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση ολόκληρης της θεραπευτικής ομάδας.		
Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
81,8% (99)	10,7% (13)	7,4% (9)
3.Η θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να επανεξετάζεται, όταν η συνέχιση της ζωής εξαρτάται εξολοκλήρου από μηχανήματα.		
Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
79,3% (96)	10,7% (13)	9,9% (12)
4.Η μάταιη θεραπεία μπορεί να περιοριστεί μέσω της σωστής ενημέρωσης και της εδραίωσης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ της οικογένειας του παιδιού και της θεραπευτικής ομάδας.		
Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
85,1% (103)	6,6% (8)	8,3% (10)
5.Η ανησυχία για τις ενδεχόμενες νομικές κυρώσεις μπορεί να επηρεάσει το θεραπευτικό πλάνο σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης.		
Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
75,2% (91)	14,0% (17)	10,7% (13)
6.Το υψηλό κόστος νοσηλείας και ιατρικών παρεμβάσεων σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης (καρκίνος τελικού σταδίου, μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση) θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην συνέχιση της υποστήριξης.		
Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
58,7% (71)	28,1% (34)	13,2% (16)
7.Οι προσωπικές μου αντιλήψεις σε σχέση με το τέλος της ζωής (ηθικές, θρησκευτικές, αξιακές) επηρεάζουν τις αποφάσεις της θεραπευτικής ομάδας.		
Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
20,7% (25)	57,0% (69)	22,3% (27)
8.Πιστεύω ότι πρέπει να υπάρχει αξιοπρέπεια και στο θάνατο.		
Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

95,9% (116)	1,7% (2)	2,5% (3)
Πίνακας 4: Ποσοστά απαντήσεων συμμετεχόντων σχετικά με το τι σημαίνει για αυτούς αξιοπρέπεια στο θάνατο		
Αξιοπρέπεια στο θάνατο για εσάς σημαίνει:	n	%
Εφαρμογή όλων των διαθέσιμων ιατρικών παρεμβάσεων σε ασθενείς ανεξάρτητα από το προσδόκιμο επιβίωσης	18	6,8
Επιθετική θεραπευτική παρέμβαση ή απόσυρση αυτής ανάλογα με τις επιθυμίες των γονέων	10	3,8
Αντιμετώπιση του πόνου και του άγχους θανάτου	101	38,4
Συνέχιση της θρέψης και της ενυδάτωσης	47	17,9
Εξασφάλιση καθαριότητας και ηρεμίας του ασθενούς	87	33,1

Πίνακας 5: Ποσοστά απαντήσεων συμμετεχόντων σχετικά με τα ηθικά αδιέξοδα που μπορεί να αντιμετωπίζουν κατά την εργασία τους στην παιδιατρική Μ.Ε.Θ.		
1.Γνωρίζετε τον όρο «μάταιη θεραπεία»;		
Ναι	Όχι	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
80,2% (97)	14,9% (18)	5,0% (6)
2.Έχω εφαρμόσει περισσότερες από μία φορές θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες ήταν μάταιες, κατά τη γνώμη μου.		
Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
81,8% (99)	9,9% (12)	8,3% (10)
3.Υπάρχουν φορές που αισθάνομαι ότι ο στόχος των θεραπευτικών παρεμβάσεων δεν είναι ρεαλιστικός.		
Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
81,8% (99)	11,6% (14)	6,6% (8)
4.Τα ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζω στη Μ.Ε.Θ. μου προκαλούν συναισθηματική επιβάρυνση.		
Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
81,8% (99)	14,9% (18)	3,3% (4)
5.Περισσότερες από μία φορές έχω αισθανθεί ότι η θεραπευτική παρέμβαση δεν εξασφαλίζει κανένα θεραπευτικό όφελος.		
Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
81,0% (98)	13,2% (16)	5,8% (7)
6.Έχει υπάρξει περισσότερες από μία φορές διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής με καρκίνο τελικού σταδίου.		
Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
47,1% (57)	29,8% (36)	23,1% (28)
7.Έχει υπάρξει περισσότερες από μία φορές διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής σε μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση.		
Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
57,0% (69)	27,3% (33)	15,7% (19)
8.Κατά την εργασία μου στη Μ.Ε.Θ. έχω αισθανθεί περισσότερες από μία φορές ότι δε συμβάλλω στη θεραπεία, αλλά απλά παρατείνω την πορεία προς το θάνατο.		
Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

77,7% (94)	14,0% (17)	8,3% (10)
------------	------------	-----------

Πίνακας 6: Ποσοστά απαντήσεων συμμετεχόντων σχετικά με τα συναισθήματα που προκαλεί η απόφαση των γονέων να μη γίνει ανάνηψη στο παιδί τους

Οι γονείς που ζητούν να μην γίνει ανάνηψη στο παιδί τους σε περίπτωση ανακοπής, όταν γνωρίζουν ότι δεν υπάρχει θεραπευτικό όφελος, μου προκαλούν:

	n	%
Σοκ	10	8,3
Σεβασμό	89	73,6
Ανακούφιση	10	8,3
Σοκ-Σεβασμό	2	1,7
Θλίψη	3	2,5
Κατανόηση	3	2,5
Θαυμασμό	3	2,5
Απογοήτευση	1	0,8

Πίνακας 7: Συσχέτιση της στάσης απέναντι στη μάταιη θεραπεία και του φύλου των συμμετεχόντων

1.Η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση του θεράποντα ιατρού				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ανδρας	31,6%	63,2%	5,3%	0,801
	32,4%	57,8%	9,8%	
Γυναίκα				
2.Η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση ολόκληρης της θεραπευτικής ομάδας				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ανδρας	68,4%	21,1%	10,5%	0,199
	84,3%	8,8%	6,9%	
Γυναίκα				
3.Η θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να επανεξετάζεται, όταν η συνέχιση της ζωής εξαρτάται εξολοκλήρου από μηχανήματα.				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ανδρας	78,9%	15,8%	5,3%	0,609
	79,4%	9,8%	10,8%	
Γυναίκα				
4.Η μάταιη θεραπεία μπορεί να περιοριστεί μέσω της σωστής ενημέρωσης και της εδραίωσης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ της οικογένειας του παιδιού και της θεραπευτικής ομάδας				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ανδρας	78,9%	15,8%	5,3%	0,191
	86,3%	4,9%	8,8%	
Γυναίκα				
5.Η ανησυχία για τις ενδεχόμενες νομικές κυρώσεις μπορεί να επηρεάσει το θεραπευτικό πλάνο σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ανδρας	68,4%	26,3%	5,3%	0,232
	76,5%	11,8%	11,8%	
Γυναίκα				
6.Το υψηλό κόστος νοσηλείας και ιατρικών παρεμβάσεων σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης (καρκίνος τελικού σταδίου, μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση) θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην συνέχιση της υποστήριξης				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ανδρας	68,4%	26,3%	5,3%	0,479
	56,9%	28,4%	14,7%	
Γυναίκα				
7.Οι προσωπικές μου αντιλήψεις σε σχέση με το τέλος της ζωής (ηθικές, θρησκευτικές, αξιακές) επηρεάζουν τις αποφάσεις της θεραπευτικής ομάδας				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ανδρας	36,8%	47,4%	15,8%	0,182
	17,6%	58,8%	23,5%	
Γυναίκα				
8.Πιστεύω ότι πρέπει να υπάρχει αξιοπρέπεια και στο θάνατο				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ανδρας	84,2%	10,5%	5,3%	0,013
	98,0%	0,0%	2,0%	
Γυναίκα				

Πίνακας 8: Συσχέτιση του ηθικού αδιεξόδου που μπορεί να αντιμετωπίζει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της παιδιατρικής Μ.Ε.Θ. και του φύλου

1.Γνωρίζετε τον όρο «μάταιη θεραπεία»;				
	Ναι	Όχι	ΔΞ/ΔΑ	p
Ανδρας	68,4%	26,3%	5,3%	0,306
Γυναίκα	82,4%	12,7%	4,9%	
2.Έχω εφαρμόσει περισσότερες από μία φορές θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες ήταν μάταιες, κατά τη γνώμη μου				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ανδρας	89,5%	10,5%	0,0%	0,450
Γυναίκα	80,4%	9,8%	9,8%	
3.Υπάρχουν φορές που αισθάνομαι ότι ο στόχος των θεραπευτικών παρεμβάσεων δεν είναι ρεαλιστικός				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ανδρας	84,2%	15,8%	0,0%	0,432
Γυναίκα	81,4%	10,8%	7,8%	
4.Τα ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζω στη Μ.Ε.Θ. μου προκαλούν συναισθηματική επιβάρυνση				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ανδρας	73,7%	26,3%	0,0%	0,229
Γυναίκα	83,3%	12,7%	3,9%	
5.Περισσότερες από μία φορές έχω αισθανθεί ότι η θεραπευτική παρέμβαση δεν εξασφαλίζει κανένα θεραπευτικό όφελος				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ανδρας	94,7%	5,3%	0,0%	0,249
Γυναίκα	78,4%	14,7%	6,9%	
6.Έχει υπάρξει περισσότερες από μία φορές διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής με καρκίνο τελικού σταδίου				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ανδρας	63,2%	36,8%	0,0%	0,033
Γυναίκα	44,1%	28,4%	27,5%	
7.Έχει υπάρξει περισσότερες από μία φορές διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής σε μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ανδρας	63,2%	31,6%	5,3%	0,393
Γυναίκα	55,9%	26,5%	17,6%	
8.Κατά την εργασία μου στη Μ.Ε.Θ. έχω αισθανθεί περισσότερες από μία φορές ότι δε συμβάλλω στη θεραπεία, αλλά απλά παρατείνω την πορεία προς το θάνατο				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ανδρας	68,4%	21,1%	10,5%	0,602
Γυναίκα	79,4%	12,7%	7,8%	

Πίνακας 9: Συσχέτιση της στάσης απέναντι στη μάταιη θεραπεία και της ηλικίας των συμμετεχόντων

1.Η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση του θεράποντα ιατρού				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 30 ετών	42,9%	57,1%	0,0%	0,538
31 έως 40 ετών	27,5%	58,8%	13,7%	
Άνω των 41 ετών	34,9%	58,7%	6,3%	
2.Η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση ολόκληρης της θεραπευτικής ομάδας				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 30 ετών	71,4%	28,6%	0,0%	0,114
Α 31 έως 40 ετών	78,4%	7,8%	13,7%	
Άνω των 41 ετών	85,7%	11,1%	3,2%	
3.Η θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να επανεξετάζεται, όταν η συνέχιση της ζωής εξαρτάται εξολοκλήρου από μηχανήματα.				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 30 ετών	85,7%	0,0%	14,3%	0,237
31 έως 40 ετών	76,5%	7,8%	15,7%	
Άνω των 41 ετών	81,0%	14,3%	4,8%	
4.Η μάταιη θεραπεία μπορεί να περιοριστεί μέσω της σωστής ενημέρωσης και της εδραίωσης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ της οικογένειας του παιδιού και της θεραπευτικής ομάδας				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 30 ετών	100,0%	0,0%	0,0%	0,571
31 έως 40 ετών	80,4%	9,8%	9,8%	
Άνω των 41 ετών	87,3%	4,8%	7,9%	
5.Η ανησυχία για τις ενδεχόμενες νομικές κυρώσεις μπορεί να επηρεάσει το θεραπευτικό πλάνο σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 30 ετών	100,0%	0,0%	0,0%	0,110
31 έως 40 ετών	72,5%	9,8%	17,6%	
Άνω των 41 ετών	74,6%	19,0%	6,3%	
6.Το υψηλό κόστος νοσηλείας & ιατρικών παρεμβάσεων σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης (ca τελικού σταδίου, μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση) πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην συνέχιση της υποστήριξης				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 30 ετών	42,9%	42,9%	14,3%	0,052
31 έως 40 ετών	45,1%	35,3%	19,6%	
Άνω των 41 ετών	71,4%	20,6%	7,9%	
7.Οι προσωπικές μου αντιλήψεις σε σχέση με το τέλος της ζωής (ηθικές/ θρησκευτικές/αξιακές) επηρεάζουν τις αποφάσεις της θεραπευτικής ομάδας				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 30 ετών	14,3%	42,9%	42,9%	0,166
31 έως 40 ετών	13,7%	68,6%	17,6%	

Άνω των 41 ετών	27,0%	49,2%	23,8%	
8. Πιστεύω ότι πρέπει να υπάρχει αξιοπρέπεια και στο θάνατο				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 30 ετών	100,0%	0,0%	0,0%	0,732
31 έως 40 ετών	98,0%	0,0%	2,0%	
Άνω των 41 ετών	93,7%	3,2%	3,2%	
Πίνακας 10: Συσχέτιση του ηθικού αδιεξόδου που μπορεί να αντιμετωπίζει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της παιδιατρικής Μ.Ε.Θ. και της ηλικίας				
1. Γνωρίζετε τον όρο «μάταιη θεραπεία»;				
	Ναι	Όχι	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 30 ετών	57,1%	28,6%	14,3%	0,341
31 έως 40 ετών	76,5%	17,6%	5,9%	
Άνω των 41 ετών	85,7%	11,1%	3,2%	
2. Έχω εφαρμόσει περισσότερες από μία φορές θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες ήταν μάταιες, κατά τη γνώμη μου				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 30 ετών	42,9%	14,3%	42,9%	0,012
31 έως 40 ετών	86,3%	5,9%	7,8%	
Άνω των 41 ετών	82,5%	12,7%	4,8%	
3. Υπάρχουν φορές που αισθάνομαι ότι ο στόχος των θεραπευτικών παρεμβάσεων δεν είναι ρεαλιστικός				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 30 ετών	57,1%	28,6%	14,3%	0,369
31 έως 40 ετών	84,3%	7,8%	7,8%	
Άνω των 41 ετών	82,5%	12,7%	4,8%	
4. Τα ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζω στη Μ.Ε.Θ. μου προκαλούν συναισθηματική επιβάρυνση				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 30 ετών	85,7%	14,3%	0,0%	0,790
31 έως 40 ετών	80,4%	13,7%	5,9%	
Άνω των 41 ετών	82,5%	15,9%	1,6%	
5. Περισσότερες από μία φορές έχω αισθανθεί ότι η θεραπευτική παρέμβαση δεν εξασφαλίζει κανένα θεραπευτικό όφελος				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 30 ετών	57,1%	28,6%	14,3%	0,192
31 έως 40 ετών	78,4%	11,8%	9,8%	
Άνω των 41 ετών	85,7%	12,7%	1,6%	
6. Έχει υπάρξει περισσότερες από μία φορές διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής με καρκίνο τελικού σταδίου				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 30 ετών	28,6%	28,6%	42,9%	0,267
31 έως 40 ετών	47,1%	23,5%	29,4%	
Άνω των 41 ετών	49,2%	34,9%	15,9%	
7. Έχει υπάρξει περισσότερες από μία φορές διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής σε μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 30 ετών	42,9%	14,3%	42,9%	0,164

31 έως 40 ετών	52,9%	27,5%	19,6%	
Άνω των 41 ετών	61,9%	28,6%	9,5%	
8. Κατά την εργασία μου στη Μ.Ε.Θ. έχω αισθανθεί περισσότερες από μία φορές ότι δε συμβάλλω στη θεραπεία, αλλά απλά παρατείνω την πορεία προς το θάνατο				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 30 ετών	57,1%	28,6%	14,3%	0,110
31 έως 40 ετών	78,4%	7,8%	13,7%	
Άνω των 41 ετών	79,4%	17,5%	3,2%	

Πίνακας 11: Συσχέτιση της στάσης απέναντι στη μάταιη θεραπεία και του επιπέδου εκπαίδευσης των συμμετεχόντων

1. Η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση του θεράποντα ιατρού				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Πτυχίο Ιατρικής	15,6%	75,6%	8,9%	0,001
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΠΕ	14,3%	42,9%	42,9%	
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΤΕ	44,9%	49,3%	5,8%	
2. Η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση ολόκληρης της θεραπευτικής ομάδας				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Πτυχίο Ιατρικής	97,8%	2,2%	0,0%	0,007
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΠΕ	57,1%	14,3%	28,6%	
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΤΕ	73,9%	15,9%	10,1%	
3. Η θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να επανεξετάζεται, όταν η συνέχιση της ζωής εξαρτάται εξολοκλήρου από μηχανήματα.				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Πτυχίο Ιατρικής	82,2%	6,7%	11,1%	0,292
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΠΕ	57,1%	14,3%	28,6%	
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΤΕ	79,7%	13,0%	7,2%	
4. Η μάταιη θεραπεία μπορεί να περιοριστεί μέσω της σωστής ενημέρωσης και της εδραίωσης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ της οικογένειας του παιδιού και της θεραπευτικής ομάδας				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Πτυχίο Ιατρικής	100,0%	0,0%	0,0%	0,012
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΠΕ	85,7%	0,0%	14,3%	
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΤΕ	75,4%	11,6%	13,0%	
5. Η ανησυχία για τις ενδεχόμενες νομικές κυρώσεις μπορεί να επηρεάσει το θεραπευτικό πλάνο σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Πτυχίο Ιατρικής	75,6%	17,8%	6,7%	0,801
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΠΕ	71,4%	14,3%	14,3%	
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΤΕ	75,4%	11,6%	13,0%	
6. Το υψηλό κόστος νοσηλείας και ιατρικών παρεμβάσεων σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης (καρκίνος τελικού σταδίου, μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση) θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην συνέχιση της υποστήριξης				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p

Πτυχίο Ιατρικής	62,2%	22,2%	15,6%	0,393
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΠΕ	85,7%	14,3%	0,0%	
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΤΕ	53,6%	33,3%	13,0%	
7.Οι προσωπικές μου αντιλήψεις σε σχέση με το τέλος της ζωής (ηθικές, θρησκευτικές, αξιακές) επηρεάζουν τις αποφάσεις της θεραπευτικής ομάδας				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Πτυχίο Ιατρικής	33,3%	48,9%	17,8%	0,070
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΠΕ	28,6%	57,1%	14,3%	
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΤΕ	11,6%	62,3%	26,1%	
8.Πιστεύω ότι πρέπει να υπάρχει αξιοπρέπεια και στο θάνατο				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Πτυχίο Ιατρικής	97,8%	2,2%	0,0%	0,302
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΠΕ	85,7%	0,0%	14,3%	
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΤΕ	95,7%	1,4%	2,9%	

Πίνακας 12: Συσχέτιση του ηθικού αδιεξόδου που μπορεί να αντιμετωπίζει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της παιδιατρικής Μ.Ε.Θ και του επιπέδου εκπαίδευσης

1.Γνωρίζετε τον όρο «μάταιη θεραπεία»;				
	Ναι	Όχι	ΔΞ/ΔΑ	p
Πτυχίο Ιατρικής	84,4%	8,9%	6,7%	0,028
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΠΕ	42,9%	57,1%	0,0%	
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΤΕ	81,2%	14,5%	4,3%	
2.Έχω εφαρμόσει περισσότερες από μία φορές θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες ήταν μάταιες, κατά τη γνώμη μου				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Πτυχίο Ιατρικής	86,7%	4,4%	8,9%	0,576
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΠΕ	71,4%	14,3%	14,3%	
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΤΕ	79,7%	13,0%	7,2%	
3.Υπάρχουν φορές που αισθάνομαι ότι ο στόχος των θεραπευτικών παρεμβάσεων δεν είναι ρεαλιστικός				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Πτυχίο Ιατρικής	84,4%	8,9%	6,7%	0,948
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΠΕ	85,7%	14,3%	0,0%	
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΤΕ	79,7%	13,0%	7,2%	
4.Τα ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζω στη Μ.Ε.Θ. μου προκαλούν συναισθηματική επιβάρυνση				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Πτυχίο Ιατρικής	75,6%	20,0%	4,4%	0,733
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΠΕ	85,7%	14,3%	0,0%	
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΤΕ	85,5%	11,6%	2,9%	
5.Περισσότερες από μία φορές έχω αισθανθεί ότι η θεραπευτική παρέμβαση δεν εξασφαλίζει κανένα θεραπευτικό όφελος				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Πτυχίο Ιατρικής	91,1%	6,7%	2,2%	0,165
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΠΕ	71,4%	28,6%	0,0%	
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΤΕ	75,4%	15,9%	8,7%	
6.Έχει υπάρξει περισσότερες από μία φορές διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής με καρκίνο τελικού σταδίου				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Πτυχίο Ιατρικής	53,3%	35,6%	11,1%	0,110
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΠΕ	42,9%	42,9%	14,3%	
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΤΕ	43,5%	24,6%	31,9%	
7.Έχει υπάρξει περισσότερες από μία φορές διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας				

παιδιατρικός ασθενής σε μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	p
Πτυχίο Ιατρικής	51,1%	42,2%	6,7%	0,031
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΠΕ	57,1%	28,6%	14,3%	
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΤΕ	60,9%	17,4%	21,7%	
8.Κατά την εργασία μου στη Μ.Ε.Θ. έχω αισθανθεί περισσότερες από μία φορές ότι δε συμβάλλω στη θεραπεία, αλλά απλά παρατείνω την πορεία προς το θάνατο				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Πτυχίο Ιατρικής	77,8%	13,3%	8,9%	0,800
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΤΕ	71,4%	28,6%	0,0%	
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΤΕ	78,3%	13,0%	8,7%	

Πίνακας 13: Συσχέτιση της στάσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού της παιδιατρικής Μ.Ε.Θ απέναντι στη μάταιη θεραπεία και της θέσης εργασίας				
1.Η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση του θεράποντα ιατρού				
Ιατροί Νοσηλευτές	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
	15,6%	75,6%	8,9%	0,008
	42,1%	48,7%	9,2%	
2.Η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση ολόκληρης της θεραπευτικής ομάδας				
Ιατροί Νοσηλευτές	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
	97,8%	2,2%	0,0%	0,001
	72,4%	15,8%	11,8%	
3.Η θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να επανεξετάζεται, όταν η συνέχιση της ζωής εξαρτάται εξολοκλήρου από μηχανήματα.				
Ιατροί Νοσηλευτές	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
	82,2%	6,7%	11,1%	0,531
	77,6%	13,2%	9,2%	
4.Η μάταιη θεραπεία μπορεί να περιοριστεί μέσω της σωστής ενημέρωσης και της εδραίωσης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ της οικογένειας του παιδιού και της θεραπευτικής ομάδας				
Ιατροί Νοσηλευτές	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
	100,0%	0,0%	0,0%	0,001
	76,3%	10,5%	13,2%	
5.Η ανησυχία για τις ενδεχόμενες νομικές κυρώσεις μπορεί να επηρεάσει το θεραπευτικό πλάνο σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης				
Ιατροί Νοσηλευτές	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
	75,6%	17,8%	6,7%	0,403
	75,0%	11,8%	13,2%	
6.Το υψηλό κόστος νοσηλείας και ιατρικών παρεμβάσεων σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης (καρκίνος τελικού σταδίου, μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση) θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην συνέχιση της υποστήριξης				
Ιατροί	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
	62,2%	22,2%	15,6%	0,515

Νοσηλεύτess.	56,6%	31,6%	11,8%	
	7.Οι προσωπικές μου αντιλήψεις σε σχέση με το τέλος της ζωής (ηθικές, θρησκευτικές, αξιακές) επηρεάζουν τις αποφάσεις της θεραπευτικής ομάδας			
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ιατροί	33,3%	48,9%	17,8%	0,029
	Νοσηλεύτess	13,2%	61,8%	
8.Πιστεύω ότι πρέπει να υπάρχει αξιοπρέπεια και στο θάνατο				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ιατροί	97,8%	2,2%	0,0%	0,495
	Νοσηλεύτess	94,7%	1,3%	

Πίνακας 14: Συσχέτιση των ηθικών αδιέξοδων που μπορεί να αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες κατά την εργασία τους στην παιδιατρική Μ.Ε.Θ. και της θέσης εργασίας

1.Γνωρίζετε τον όρο «μάταιη θεραπεία»;					
		Ναι	Όχι	ΔΞ/ΔΑ	p
Ιατροί		84,4%	8,9%	6,7%	0,356
	Νοσηλεύτές	77,6%	18,4%	3,9%	
2.Έχω εφαρμόσει περισσότερες από μία φορές θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες ήταν μάταιες, κατά τη γνώμη μου					
		Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ιατροί		86,7%	4,4%	8,9%	0,375
	Νοσηλεύτές	78,9%	13,2%	7,9%	
3.Υπάρχουν φορές που αισθάνομαι ότι ο στόχος των θεραπευτικών παρεμβάσεων δεν είναι ρεαλιστικός					
		Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ιατροί		84,4%	8,9%	6,7%	0,776
	Νοσηλεύτές	80,3%	13,2%	6,6%	
4.Τα ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζω στη Μ.Ε.Θ. μου προκαλούν συναισθηματική επιβάρυνση					
		Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ιατροί		75,6%	20,0%	4,4%	0,471
	Νοσηλεύτές	85,5%	11,8%	2,6%	
5.Περισσότερες από μία φορές έχω αισθανθεί ότι η θεραπευτική παρέμβαση δεν εξασφαλίζει κανένα θεραπευτικό όφελος					
		Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ιατροί		91,1%	6,7%	2,2%	0,102
	Νοσηλεύτές	75,0%	17,1%	7,9%	
6.Έχει υπάρξει περισσότερες από μία φορές διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής με καρκίνο τελικού σταδίου					
		Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p

Ιατροί	53,3%	35,6%	11,1%	0,053
	Νοσηλεύτές	43,4%	26,3%	
7. Έχει υπάρξει περισσότερες από μία φορές διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής σε μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ιατροί	51,1%	42,2%	6,7%	0,007
	Νοσηλεύτές	60,5%	18,4%	
8. Κατά την εργασία μου στη Μ.Ε.Θ. έχω αισθανθεί περισσότερες από μία φορές ότι δε συμβάλλω στη θεραπεία, αλλά απλά παρατείνω την πορεία προς το θάνατο				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ιατροί	77,8%	13,3%	8,9%	0,970
	Νοσηλεύτές	77,6%	14,5%	

Πίνακας 15: Συσχέτιση της στάσης απέναντι στη μάταιη θεραπεία και της επαγγελματικής εμπειρίας των συμμετεχόντων

Έως 10 έτη 11 έως 20 έτη Άνω των 21 ετών	1. Η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση του θεράποντα ιατρού			
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
	30,3%	63,6%	6,1%	0,698
	36,2%	51,1%	12,8%	
Έως 10 έτη 11 έως 20 έτη Άνω των 21 ετών	2. Η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση ολόκληρης της θεραπευτικής ομάδας			
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
	78,8%	9,1%	12,1%	0,523
	83,0%	8,5%	8,5%	
Έως 10 έτη 11 έως 20 έτη Άνω των 21 ετών	3. Η θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να επανεξετάζεται, όταν η συνέχιση της ζωής εξαρτάται εξολοκλήρου από μηχανήματα.			
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
	78,8%	9,1%	12,1%	0,401
	74,5%	10,6%	14,9%	
Έως 10 έτη 11 έως 20 έτη Άνω των 21 ετών	4. Η μάταιη θεραπεία μπορεί να περιοριστεί μέσω της σωστής ενημέρωσης και της εδραίωσης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ της οικογένειας του παιδιού και της θεραπευτικής ομάδας			
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
	75,8%	6,1%	18,2%	0,133
	91,5%	4,3%	4,3%	
Έως 10 έτη 11 έως 20 έτη Άνω των 21 ετών	5. Η ανησυχία για τις ενδεχόμενες νομικές κυρώσεις μπορεί να επηρεάσει το θεραπευτικό πλάνο σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης			
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
	75,8%	3,0%	21,2%	0,073
	76,6%	17,0%	6,4%	
Έως 10 έτη 11 έως 20 έτη Άνω των 21 ετών	6. Το υψηλό κόστος νοσηλείας και ιατρικών παρεμβάσεων σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης (καρκίνος τελικού σταδίου, μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση) θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην συνέχιση της υποστήριξης			
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
	51,5%	21,2%	27,3%	0,002
	46,8%	42,6%	10,6%	
Έως 10 έτη 11 έως 20 έτη Άνω των 21 ετών	7. Οι προσωπικές μου αντιλήψεις σε σχέση με το τέλος της ζωής (ηθικές, θρησκευτικές, αξιακές) επηρεάζουν τις αποφάσεις της θεραπευτικής ομάδας			
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
	15,2%	60,6%	24,2%	0,307
	14,9%	59,6%	25,5%	
Έως 10 έτη 11 έως 20 έτη Άνω των 21 ετών	8. Πιστεύω ότι πρέπει να υπάρχει αξιοπρέπεια και στο θάνατο			
	31,7%	51,2%	17,1%	

	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 10 έτη	97,0%	0,0%	3,0%	0,631
Από 11 έως 20 έτη	97,9%	2,1%	0,0%	
Άνω των 21 ετών	92,7%	2,4%	4,9%	

Πίνακας 16: Συσχέτιση των ηθικών αδιέξοδων που μπορεί να αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες κατά την εργασία τους στην παιδιατρική Μ.Ε.Θ. και της επαγγελματικής εμπειρίας

1.Γνωρίζετε τον όρο «μάταιη θεραπεία»;				
	Ναι	Όχι	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 10 έτη 11 έως 20 έτη Άνω των 21 ετών	72,7%	21,2%	6,1%	0,692
	80,9%	12,8%	6,4%	
	85,4%	12,2%	2,4%	
2.Έχω εφαρμόσει περισσότερες από μία φορές θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες ήταν μάταιες, κατά τη γνώμη μου				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 10 έτη 11 έως 20 έτη Άνω των 21 ετών	75,8%	9,1%	15,2%	0,409
	83,0%	8,5%	8,5%	
	85,4%	12,2%	2,4%	
3.Υπάρχουν φορές που αισθάνομαι ότι ο στόχος των θεραπευτικών παρεμβάσεων δεν είναι ρεαλιστικός				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 10 έτη 11 έως 20 έτη Άνω των 21 ετών	78,8%	9,1%	12,1%	0,621
	85,1%	10,6%	4,3%	
	80,5%	14,6%	4,9%	
4.Τα ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζω στη Μ.Ε.Θ. μου προκαλούν συναισθηματική επιβάρυνση				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 10 έτη 11 έως 20 έτη Άνω των 21 ετών	75,8%	18,2%	6,1%	0,441
	78,7%	17,0%	4,3%	
	90,2%	9,8%	0,0%	
5.Περισσότερες από μία φορές έχω αισθανθεί ότι η θεραπευτική παρέμβαση δεν εξασφαλίζει κανένα θεραπευτικό όφελος				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 10 έτη 11 έως 20 έτη Άνω των 21 ετών	72,7%	15,2%	12,1%	0,293
	87,2%	8,5%	4,3%	
	80,5%	17,1%	2,4%	
6.Έχει υπάρξει περισσότερες από μία φορές διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής με καρκίνο τελικού σταδίου				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 10 έτη 11 έως 20 έτη Άνω των 21 ετών	27,3%	27,3%	45,5%	0,007
	57,4%	29,8%	12,8%	
	51,2%	31,7%	17,1%	
7.Έχει υπάρξει περισσότερες από μία φορές διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής σε μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 10 έτη 11 έως 20 έτη Άνω των 21 ετών	30,3%	36,4%	33,3%	0,003
	66,0%	23,4%	10,6%	
	68,3%	24,4%	7,3%	
8.Κατά την εργασία μου στη Μ.Ε.Θ. έχω αισθανθεί περισσότερες από				

	μία φορά ότι δε συμβάλλω στη θεραπεία, αλλά απλά παρατείνω την πορεία προς το θάνατο			
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 10 έτη	75,8%	9,1%	15,2%	0,481
11 έως 20 έτη	76,6%	17,0%	6,4%	
Άνω των 21 ετών	80,5%	14,6%	4,9%	

Πίνακας 17: Συσχέτιση της στάσης απέναντι στη μάταιη θεραπεία και της επαγγελματικής εμπειρίας στη Μ.Ε.Θ. των συμμετεχόντων				
1. Η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση του θεράποντα ιατρού				
Έως 10 έτη 11 έως 20 έτη Άνω των 21 ετών	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
	31,6%	57,9%	10,5%	0,955
	33,3%	57,1%	9,5%	
	31,8%	63,6%	4,5%	
2. Η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση ολόκληρης της θεραπευτικής ομάδας				
Έως 10 έτη 11 έως 20 έτη Άνω των 21 ετών	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
	84,2%	7,0%	8,8%	0,771
	78,6%	14,3%	7,1%	
	81,8%	13,6%	4,5%	
3. Η θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να επανεξετάζεται, όταν η συνέχιση της ζωής εξαρτάται εξολοκλήρου από μηχανήματα.				
Έως 10 έτη 11 έως 20 έτη Άνω των 21 ετών	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
	77,2%	8,8%	14,0%	0,672
	81,0%	11,9%	7,1%	
	81,8%	13,6%	4,5%	
4. Η μάταιη θεραπεία μπορεί να περιοριστεί μέσω της σωστής ενημέρωσης και της εδραίωσης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ της οικογένειας του παιδιού και της θεραπευτικής ομάδας				
Έως 10 έτη 11 έως 20 έτη Άνω των 21 ετών	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
	82,5%	7,0%	10,5%	0,070
	92,9%	0,0%	7,1%	
	77,3%	18,2%	4,5%	
5. Η ανησυχία για τις ενδεχόμενες νομικές κυρώσεις μπορεί να επηρεάσει το θεραπευτικό πλάνο σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης				
Έως 10 έτη 11 έως 20 έτη Άνω των 21 ετών	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
	73,7%	12,3%	14,0%	0,057
	85,7%	7,1%	7,1%	
	59,1%	31,8%	9,1%	
6. Το υψηλό κόστος νοσηλείας και ιατρικών παρεμβάσεων σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης (καρκίνος τελικού σταδίου, μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση) θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην συνέχιση της υποστήριξης				
Έως 10 έτη 11 έως 20 έτη Άνω των 21 ετών	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
	54,4%	28,1%	17,5%	0,230
	54,8%	35,7%	9,5%	
	77,3%	13,6%	9,1%	
7. Οι προσωπικές μου αντιλήψεις σε σχέση με το τέλος της ζωής (ηθικές, θρησκευτικές, αξιακές) επηρεάζουν τις αποφάσεις της θεραπευτικής ομάδας				
Έως 10 έτη 11 έως 20 έτη Άνω των 21 ετών	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
	14,0%	59,6%	26,3%	0,260
	21,4%	57,1%	21,4%	
	36,4%	50,0%	13,6%	
8. Πιστεύω ότι πρέπει να υπάρχει αξιοπρέπεια και στο θάνατο				

	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 10 έτη	96,5%	1,8%	1,8%	0,126
11 έως 20 έτη	100,0%	0,0%	0,0%	
Άνω των 21 ετών	86,4%	4,5%	9,1%	

Πίνακας 18: Συσχέτιση των ηθικών αδιεξόδων που μπορεί να αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες κατά την εργασία τους στην παιδιατρική Μ.Ε.Θ. και της επαγγελματικής εμπειρίας στη Μ.Ε.Θ.

1.Γνωρίζετε τον όρο «μάταιη θεραπεία»;				
	Ναι	Όχι	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 10 έτη 11 έως 20 έτη Άνω των 21 ετών	75,4%	17,5%	7,0%	0,618
	88,1%	9,5%	2,4%	
	77,3%	18,2%	4,5%	
2.Έχω εφαρμόσει περισσότερες από μία φορές θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες ήταν μάταιες, κατά τη γνώμη μου				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 10 έτη 11 έως 20 έτη Άνω των 21 ετών	78,9%	8,8%	12,3%	0,363
	88,1%	7,1%	4,8%	
	77,3%	18,2%	4,5%	
3.Υπάρχουν φορές που αισθάνομαι ότι ο στόχος των θεραπευτικών παρεμβάσεων δεν είναι ρεαλιστικός				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 10 έτη 11 έως 20 έτη Άνω των 21 ετών	82,5%	7,0%	10,5%	0,053
	88,1%	9,5%	2,4%	
	68,2%	27,3%	4,5%	
4.Τα ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζω στη Μ.Ε.Θ. μου προκαλούν συναισθηματική επιβάρυνση				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 10 έτη 11 έως 20 έτη Άνω των 21 ετών	78,9%	15,8%	5,3%	0,681
	81,0%	16,7%	2,4%	
	90,9%	9,1%	0,0%	
5.Περισσότερες από μία φορές έχω αισθανθεί ότι η θεραπευτική παρέμβαση δεν εξασφαλίζει κανένα θεραπευτικό όφελος				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 10 έτη 11 έως 20 έτη Άνω των 21 ετών	82,5%	10,5%	7,0%	0,050
	85,7%	7,1%	7,1%	
	68,2%	31,8%	0,0%	
6.Έχει υπάρξει περισσότερες από μία φορές διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής με καρκίνο τελικού σταδίου				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 10 έτη 11 έως 20 έτη Άνω των 21 ετών	36,8%	29,8%	33,3%	0,056
	61,9%	28,6%	9,5%	
	45,5%	31,8%	22,7%	
7.Έχει υπάρξει περισσότερες από μία φορές διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής σε μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 10 έτη 11 έως 20 έτη Άνω των 21 ετών	43,9%	33,3%	22,8%	0,084
	69,0%	21,4%	9,5%	
	68,2%	22,7%	9,1%	

8. Κατά την εργασία μου στη Μ.Ε.Θ. έχω αισθανθεί περισσότερες από μία φορές ότι δε συμβάλλω στη θεραπεία, αλλά απλά παρατείνω την πορεία προς το θάνατο				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 10 έτη	75,4%	12,3%	12,3%	0,495
11 έως 20 έτη	83,3%	14,3%	2,4%	
Ανω των 21 ετών	72,7%	18,2%	9,1%	

Πίνακας 19: Συσχέτιση της στάσης απέναντι στη μάταιη θεραπεία και στο αν οι συμμετέχοντες είναι γονείς

1.Η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση του θεράποντα ιατρού				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ναι Όχι	33,3%	58,0%	8,6%	0,921
	30,0%	60,0%	10,0%	
2.Η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση ολόκληρης της θεραπευτικής ομάδας				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ναι Όχι	82,7%	11,1%	6,2%	0,871
	80,0%	10,0%	10,0%	
3.Η θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να επανεξετάζεται, όταν η συνέχιση της ζωής εξαρτάται εξολοκλήρου από μηχανήματα.				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ναι Όχι	81,5%	11,1%	7,4%	0,468
	75,0%	10,0%	15,0%	
4.Η μάταιη θεραπεία μπορεί να περιοριστεί μέσω της σωστής ενημέρωσης και της εδραίωσης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ της οικογένειας του παιδιού και της θεραπευτικής ομάδας				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ναι Όχι	84,0%	6,2%	9,9%	0,715
	87,5%	7,5%	5,0%	
5.Η ανησυχία για τις ενδεχόμενες νομικές κυρώσεις μπορεί να επηρεάσει το θεραπευτικό πλάνο σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ναι Όχι	70,4%	16,0%	13,6%	0,193
	85,0%	10,0%	5,0%	
6.Το υψηλό κόστος νοσηλείας και ιατρικών παρεμβάσεων σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης (καρκίνος τελικού σταδίου, μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση) θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην συνέχιση της υποστήριξης				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ναι Όχι	61,7%	27,2%	11,1%	0,524
	52,5%	30,0%	17,5%	

7.Οι προσωπικές μου αντιλήψεις σε σχέση με το τέλος της ζωής (ηθικές, θρησκευτικές, αξιακές) επηρεάζουν τις αποφάσεις της θεραπευτικής ομάδας				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ναι	21,0%	53,1%	25,9%	0,348
Όχι	20,0%	65,0%	15,0%	
8.Πιστεύω ότι πρέπει να υπάρχει αξιοπρέπεια και στο θάνατο				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ναι	95,1%	2,5%	2,5%	0,799
Όχι	97,5%	0,0%	2,5%	

Πίνακας 20: Συσχέτιση του ηθικού αδιεξόδου του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού της Μ.Ε.Θ. και του αν είναι γονείς

1.Γνωρίζετε τον όρο «μάταιη θεραπεία»;				
	Ναι	Όχι	ΔΞ/ΔΑ	p
Ναι	81,5%	14,8%	3,7%	0,747
Όχι	77,5%	15,0%	7,5%	
2.Έχω εφαρμόσει περισσότερες από μία φορές θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες ήταν μάταιες, κατά τη γνώμη μου				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ναι	84,0%	11,1%	4,9%	0,183
Όχι	77,5%	7,5%	15,0%	
3.Υπάρχουν φορές που αισθάνομαι ότι ο στόχος των θεραπευτικών παρεμβάσεων δεν είναι ρεαλιστικός				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ναι	85,2%	12,3%	2,5%	0,039
Όχι	75,0%	10,0%	15,0%	
4.Τα ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζω στη Μ.Ε.Θ. μου προκαλούν συναισθηματική επιβάρυνση				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ναι	84,0%	14,8%	1,2%	0,213
Όχι	77,5%	15,0%	7,5%	
5.Περισσότερες από μία φορές έχω αισθανθεί ότι η θεραπευτική παρέμβαση δεν εξασφαλίζει κανένα θεραπευτικό όφελος				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ναι	82,7%	12,3%	4,9%	0,809
Όχι	77,5%	15,0%	7,5%	
6.Έχει υπάρξει περισσότερες από μία φορές διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής με καρκίνο τελικού σταδίου				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ναι	48,1%	28,4%	23,5%	0,896
Όχι	45,0%	32,5%	22,5%	
7.Έχει υπάρξει περισσότερες από μία φορές διαφωνία στη				

θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής σε μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ναι	64,2%	22,2%	13,6%	0,074
Όχι	42,5%	37,5%	20,0%	
8.Κατά την εργασία μου στη Μ.Ε.Θ. έχω αισθανθεί περισσότερες από μία φορές ότι δε συμβάλλω στη θεραπεία, αλλά απλά παρατείνω την πορεία προς το θάνατο				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ναι	76,5%	17,3%	6,2%	0,206
Όχι	80,0%	7,5%	12,5%	

Πίνακας 21: Συσχέτιση του ηθικού αδιεξόδου του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού της Μ.Ε.Θ. . και του νοσοκομείου που εργάζονται

1.Γνωρίζετε τον όρο «μάταιη θεραπεία»;				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
ΜΕΘ “Α.Κυριακού”	28,9%	11,1%	0,0%	0,015
ΜΕΘ “ΗΑγίαΣοφία”	18,6%	44,4%	33,3%	
ΜΕΘ Πεντέλης	15,5%	5,6%	0,0%	
ΜΕΘ Πάτρας	11,3%	22,2%	16,7%	
ΜΕΘ Ηρακλείου	16,5%	11,1%	0,0%	
ΜΕΘ Θεσ/νίκης	9,3%	5,6%	50,0%	
2.Έχω εφαρμόσει περισσότερες από μία φορές θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες ήταν μάταιες, κατά τη γνώμη μου				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
ΜΕΘ «Α.Κυριακού”	30,3%	0,0%	0,0%	0,039
ΜΕΘ “Η Αγ. Σοφία”	22,2%	25,0%	30,0%	
ΜΕΘ Πεντέλης	15,2%	8,3%	0,0%	
ΜΕΘ Πάτρας	9,1%	25,0%	40,0%	
ΜΕΘ Ηρακλείου	14,1%	25,0%	10,0%	
ΜΕΘ Θεσ/νίκης	9,1%	16,7%	20,0%	
3.Υπάρχουν φορές που αισθάνομαι ότι ο στόχος των θεραπευτικών παρεμβάσεων δεν είναι ρεαλιστικός				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
ΜΕΘ «Α.Κυριακού”	29,3%	7,1%	0,0%	0,037
ΜΕΘ “Η Αγ. Σοφία”	20,2%	35,7%	37,5%	
ΜΕΘ Πεντέλης	16,2%	0,0%	0,0%	
ΜΕΘ Πάτρας	9,1%	35,7%	25,0%	
ΜΕΘ Ηρακλείου	15,2%	14,3%	12,5%	
ΜΕΘ Θεσ/νίκης	10,1%	7,1%	25,0%	
4.Τα ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζω στη Μ.Ε.Θ. μου προκαλούν συναισθηματική επιβάρυνση				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
ΜΕΘ «Α.Κυριακού”	29,3%	5,6%	0,0%	0,220
ΜΕΘ “Η Αγ. Σοφία”	22,2%	22,2%	50,0%	
ΜΕΘ Πεντέλης	13,1%	16,7%	0,0%	
ΜΕΘ Πάτρας	13,1%	16,7%	0,0%	
ΜΕΘ Ηρακλείου	12,1%	22,2%	50,0%	
ΜΕΘ Θεσ/νίκης	10,1%	16,7%	0,0%	
5.Περισσότερες από μία φορές έχω αισθανθεί ότι η θεραπευτική παρέμβαση δεν εξασφαλίζει κανένα θεραπευτικό όφελος				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
ΜΕΘ «Α.Κυριακού”	30,6%	0,0%	0,0%	0,008
ΜΕΘ “Η ΑγίαΣοφία”	20,4%	50,0%	0,0%	
ΜΕΘ Πεντέλης	15,3%	0,0%	14,3%	

ΜΕΘ Πάτρας	10,2%	25,0%	28,6%	
ΜΕΘ Ηρακλείου	14,3%	12,5%	28,6%	
ΜΕΘ Θεσ/νίκης	9,2%	12,5%	28,6%	
6. Έχει υπάρξει περισσότερες από μία φορές διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής με καρκίνο τελικού σταδίου				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
ΜΕΘ «Α.Κυριακού»	42,1%	11,1%	7,1%	<0,001
ΜΕΘ “Η Αγ. Σοφία”	22,8%	27,8%	17,9%	
ΜΕΘ Πεντέλης	8,8%	5,6%	32,1%	
ΜΕΘ Πάτρας	1,8%	22,2%	25,0%	
ΜΕΘ Ηρακλείου	19,3%	13,9%	7,1%	
ΜΕΘ Θεσ/νίκης	5,3%	19,4%	10,7%	
7. Έχει υπάρξει περισσότερες από μία φορές διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής σε μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
ΜΕΘ «Α.Κυριακού»	34,8%	12,1%	10,5%	0,034
ΜΕΘ “Η Αγ. Σοφία”	21,7%	27,3%	21,1%	
ΜΕΘ Πεντέλης	13,0%	9,1%	21,1%	
ΜΕΘ Πάτρας	4,3%	24,2%	26,3%	
ΜΕΘ Ηρακλείου	17,4%	12,1%	10,5%	
ΜΕΘ Θεσ/νίκης	8,7%	15,2%	10,5%	
8. Κατά την εργασία μου στη Μ.Ε.Θ. έχω αισθανθεί περισσότερες από μία φορές ότι δε συμβάλλω στη θεραπεία, αλλά απλά παρατείνω την πορεία προς το θάνατο				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	p
ΜΕΘ «Α.Κυριακού»	28,7%	11,8%	10,0%	0,027
ΜΕΘ “Η Αγ. Σοφία”	22,3%	23,5%	30,0%	
ΜΕΘ Πεντέλης	16,0%	5,9%	0,0%	
ΜΕΘ Πάτρας	8,5%	23,5%	40,0%	
ΜΕΘ Ηρακλείου	17,0%	11,8%	0,0%	
ΜΕΘ Θεσ/νίκης	7,4%	23,5%	20,0%	

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας παιδιών είναι ένα περιβάλλον με μεγάλη ψυχολογική πίεση για τους εργαζόμενους και τους ασθενείς και απαιτεί ομαδική συνεργασία για να επιτευχθούν τα επιθυμητά κάθε φορά αποτελέσματα. Η αποτελεσματικότητα αυτή μπορεί να κινδυνεύει από το ηθικό αδιέξοδο και τις συγκρούσεις που μπορεί να προκύψουν σε καταστάσεις οι οποίες έχουν σχέση με τη μάταιη θεραπεία, τις αποφάσεις που αφορούν την υποστήριξη της ζωής ή το τέλος της, τις ατομικές αξίες και συμπεριφορές καθώς και τα θέματα ισχύος και εξουσίας.⁸¹

Η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας κατάφερε σε πολλές περιπτώσεις να παρατείνει τη ζωή ταυτόχρονα όμως παρέτεινε και τη διαδικασία του θανάτου. Το γεγονός αυτό οδήγησε την κοινωνία να απαιτήσει από το γιατρό να νικήσει το θάνατο ακόμη και σε ασθενείς τελικού σταδίου, οι οποίοι υφίστανται μεγάλη ταλαιπωρία και πόνο.⁸² Δυστυχώς όμως αυτή η πρόοδος στις θεραπείες διατήρησης της ζωής έχει καταστήσει ακόμη πιο δύσκολα τα όρια της εντατικής θεραπείας.⁸³ Οι ανώφελες παρεμβάσεις και θεραπείες είναι κοινώς παραδεκτό ότι είναι αρκετά διαδεδομένες και συνήθως βλάπτουν τον ασθενή ενώ παρέχουν ελάχιστο θεραπευτικό όφελος. Η «υπερβολική θεραπεία» όχι μόνο κοστίζει πολλά σε χρόνο και χρήμα, αλλά το κυριότερο είναι ότι ταλαιπωρεί τον ασθενή χωρίς να υπάρχει ουσιαστικό όφελος.⁸⁴

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του ηθικού αδιεξόδου των νοσηλευτών και των γιατρών σε παιδιατρικές ΜΕΘ της Ελλάδας σχετικά με τη «μάταιη θεραπεία».

Είναι η πρώτη έρευνα για το ηθικό αδιέξοδο που γίνεται αποκλειστικά σε παιδιατρικές ΜΕΘ και συμμετείχαν σε αυτήν όλες οι κρατικές παιδιατρικές ΜΕΘ της Ελλάδας (6).

Στάση απέναντι στη μάταιη θεραπεία:

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης η συντριπτική πλειοψηφία (81,8%) συμφωνεί ότι η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη,

πρέπει να είναι απόφαση ολόκληρης της θεραπευτικής ομάδας. Υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση των απόψεων του προσωπικού με τη θέση εργασίας ($p=0,001$), αφού το 97,8% των ιατρών υποστηρίζει την κοινή απόφαση της θεραπευτικής ομάδας για τη διακοπή μιας θεραπείας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των νοσηλευτών Μ.Ε.Θ. είναι 72,4%. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με όσα αναφέρονται στις περισσότερες μελέτες. Ίσως αυτό να ερμηνεύεται από το κενό που υπάρχει στη νομική κάλυψη τέτοιων αποφάσεων, οπότε επιδιώκεται η μέγιστη συναίνεση για να εφαρμοστούν. Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι οι αποφάσεις παίρνονται από τους γιατρούς και οι νοσηλευτές πρέπει να «ζήσουν» με αυτές. Αυτό οφείλεται κυρίως στον διαφορετικό επαγγελματικό ρόλο του καθενός. Οι γιατροί φέρουν το βάρος να πάρουν μία απόφαση και να δώσουν εντολή να εκτελεστεί, ενώ οι νοσηλευτές πρέπει να ζήσουν με το βάρος της απόφασης αυτής.^{45, 46,66,70} Όσον αφορά τους νοσηλευτές, μελέτες αναφέρουν ότι η συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων σχετίζεται με επαγγελματική ικανοποίηση και χαμηλά επίπεδα εξουθένωσης.^{85,86}

Για τον περιορισμό της μάταιης θεραπείας μέσω της σωστής ενημέρωσης και της εδραίωσης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ της οικογένειας του παιδιού και της θεραπευτικής ομάδας συμφώνησε το 85,1% -κι εδώ υπάρχει ισχυρή συσχέτιση με τη θέση εργασίας ($p=0,001$), με το 100% των γιατρών να συμφωνούν σε σχέση με το 76,3% των νοσηλευτών. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με αντίστοιχα άλλων ερευνών. Η σαφής, έγκαιρη και όχι κατά την οξεία φάση ενημέρωση των γονέων και η καθιέρωση σχέσης σεβασμού και εμπιστοσύνης μεταξύ αυτών και της θεραπευτικής ομάδας διευκολύνουν τους γονείς να συμμετάσχουν στην απόφαση διακοπής μιας θεραπείας που δεν προσφέρει κανένα θεραπευτικό αποτέλεσμα για το παιδί τους.^{67,87} Είναι πολύ σημαντικό να δοθεί χρόνος στην οικογένεια ώστε να γίνουν γνωστές και κατανοητές οι αξίες, οι πεποιθήσεις και τα συναισθήματά τους και έτσι να οδηγηθούν στην απόφαση που θα είναι η καλύτερη για το παιδί τους.⁸⁸ Στη διαφορά των ποσοστών στις απόψεις των δύο επαγγελματικών ομάδων πιθανό να αποτυπώνεται πάλι ο διαφορετικός τους επαγγελματικός ρόλος. Οι γιατροί φέρουν το βάρος της ευθύνης των αποφάσεων για τη θεραπεία, αλλά και το μεγάλο φορτίο της ενημέρωσης της οικογένειας όταν η κατάσταση είναι μη αναστρέψιμη και πρέπει να παρθούν αποφάσεις.^{46,61}

Το μεγαλύτερο ποσοστό (75,2%) των ερωτηθέντων συμφωνεί ότι η ανησυχία για τις ενδεχόμενες νομικές κυρώσεις μπορεί να επηρεάσει το

θεραπευτικό πλάνο σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης. Έρευνες επιβεβαιώνουν ότι ένα μεγάλο δίλημμα που αντιμετωπίζει η ιατρική ομάδα είναι το αν θα καταγράψουν την απόφασή τους για παρακράτηση της θεραπείας ή DNR.⁴⁶ Αυτό είναι αναμενόμενο γιατί δεν υπάρχει σαφές νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα που να επιτρέπει την απόσυρση της θεραπείας που θεωρείται μάταιη. Στο κεφ. Θ', άρθρο 29 του Κ.Ι.Δ. αναφέρεται η υποχρέωση του γιατρού να παρέχει παρηγορητική φροντίδα σε ασθενείς τελικού σταδίου, ανακουφίζοντάς τους από τον πόνο και φροντίζοντας να διατηρήσουν την αξιοπρέπειά τους ως το τέλος της ζωής τους. Τονίζει δε, πως η επίσπευση του θανάτου τους δεν είναι νομικά δικαιολογημένη.⁷⁸ Αν ο νόμος αυτός συνδυαστεί με την επίσημη γνωμοδότηση της Επιτροπής Βιοηθικής της Εκκλησίας της Ελλάδος που δέχεται ότι « όταν η θεραπεία κρίνεται μάταιη, η χορήγηση καταπραύντικών και αναλγητικών - που ενδεχομένως να επισπεύσουν το θάνατο - δεν επιβαρύνει τη συνείδηση του γιατρού»,⁷⁵ τότε φαίνεται να υπάρχει μια «άτυπη» νομική και ηθική/δεοντολογική αποδοχή της παθητικής ευθανασίας. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται δυναμική εισβολή της «παρηγορητικής ιατρικής/φροντίδας» στη βιβλιογραφία της εντατικής θεραπείας, ενώ αρχικά αφορούσε μόνο τους ογκολογικούς ασθενείς, Το Royal College of Pediatrics and Child Health το 2015 οριοθέτησε το νομικό και ηθικό πλαίσιο σχετικά με τις αποφάσεις που αφορούν το τέλος της ζωής του παιδιού. Σε αυτό αναφέρει ότι η παρηγορητική φροντίδα είναι ηθικά δεοντολογική και συμπεριλαμβάνει την αναλγησία (με οπιοειδή) και την καταστολή, ακόμη και αν αυτά μπορεί να επιταχύνουν το θάνατο. Παράλληλα όμως απαγορεύεται κάθε ενέργεια που αποσκοπεί στο θάνατο του παιδιού.⁶⁹ Γίνεται αντιληπτό λοιπόν ότι το πλαίσιο αυτό βρίσκεται σε πλήρη ταύτιση με το νομικό μας πλαίσιο, καθώς και με τη θέση της επίσημης Εκκλησίας.

Στην ερώτηση αν το υψηλό κόστος νοσηλείας και ιατρικών παρεμβάσεων σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης (καρκίνος τελικού σταδίου, μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση) θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην συνέχιση της υποστήριξης, συμφώνησε το 58,7% του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Στο αποτέλεσμα αυτό φαίνεται ότι παίζουν καθοριστικό ρόλο τα χρόνια εργασιακής εμπειρίας αφού είναι σαφής (78%) η σύμφωνη γνώμη όσων εργάζονται περισσότερο από 21 χρόνια με στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,002$) σε σχέση με εκείνους που εργάζονται λιγότερο από 10 χρόνια. Είναι αναμενόμενο η πολύχρονη εργασιακή εμπειρία να προσφέρει γνώση, η οποία ενισχύει τη σωστή

διαχείριση των ελάχιστων διαθέσιμων οικονομικών πόρων, στις περιπτώσεις που θα ωφελήσουν ένα παιδί. Η σωστή διαχείρισή τους δεν είναι ο λόγος για τη διακοπή μιας ανώφελης θεραπείας, σίγουρα όμως θα αποδώσει σημαντικότερα αποτελέσματα σε άλλους ασθενείς με προσδόκιμο ίασης. Το οικονομικό κόστος είναι μία παράμετρος ανεξάρτητη με το αν μία θεραπεία μπορεί να ωφελήσει το παιδί. Όταν όμως οι θεραπευτικές παρεμβάσεις είναι εξαιρετικά δαπανηρές ή περιορισμένες και προσφέρουν ελάχιστα θεραπευτικά οφέλη, τότε δε δικαιούνται να την παρέχουν οι θεράποντες.^{40,65,69}

Καταστάσεις που προκαλούν ηθικά αδιέξοδο:

Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι ο όρος «μάταιη θεραπεία» είναι γνωστός στη θεραπευτική ομάδα της ΜΕΘ σε ποσοστό 80,2%. Ποσοστό 77,7% του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού έχει αισθανθεί περισσότερες από μία φορές κατά την εργασία του στη ΜΕΘ ότι δε συμβάλλει στη θεραπεία, αλλά παρατείνει την πορεία προς το θάνατο, 81,8% έχει αισθανθεί ότι ο στόχος των θεραπευτικών παρεμβάσεων δεν είναι ρεαλιστικός και πιστεύει ότι το ηθικό αδιέξοδο που αντιμετωπίζουν στη ΜΕΘ τους προκαλεί συναισθηματική επιβάρυνση. Τα αποτελέσματα αυτά ταυτίζονται με την άποψη ότι η συνεχιζόμενη επιθετική θεραπεία δεν είναι πάντα προς το συμφέρον του ασθενούς, η οποία κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος τα τελευταία χρόνια.⁴³

Σημαντική συσχέτιση υπήρξε μεταξύ του φύλου και της παραδοχής ύπαρξης διαφωνιών (περισσότερες από μία φορές) στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής με καρκίνο τελικού σταδίου ($p=0,033$). Το επιβεβαιώνει το 63,2% των ανδρών, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών είναι 44,1%. Εδώ είναι αξιοσημείωτο ότι το 27,5% των γυναικών επέλεξε να μην απαντήσει. Μια πιθανή εξήγηση για αυτό είναι ότι δε θέλουν να καταγραφούν οι διαφωνίες στο εργασιακό τους περιβάλλον ή ότι τις θεωρούν ήσσονος σημασίας.

Το φύλο συσχετίζεται με στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,013$) με την αποδοχή της αξιοπρέπειας στο θάνατο. Το 98% των γυναικών ταυτίζονται με αυτή τη θέση, ενώ καμία δε διαφωνεί. Το ποσοστό αποδοχής από τους άντρες έφτασε το 84,2%. Η διαφορά αυτή πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες από

τη φύση τους αλλά και ως μητέρες σχετίζονται περισσότερο με τη φροντίδα και την ανακούφιση από τον πόνο. Επομένως θεωρούν πολύ σημαντική την κάλυψη των αναγκών των ασθενών στο τέλος της ζωής και την εξασφάλιση της αξιοπρέπειας στο θάνατο.

Η ηλικία των συμμετεχόντων φάνηκε να συσχετίζεται στατιστικά ($p=0,012$) σημαντικά με την εφαρμογή μάταιων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Αναλυτικότερα, οι συμμετέχοντες άνω των 31ετών (31-40: 86,3%, και άνω των 41:82,5%) δηλώνουν ότι έχουν εφαρμόσει μάταιες κατά τη γνώμη τους θεραπείες σε σχέση με τους συμμετέχοντες που είναι έως 30 ετών(42,9%). Αν η μεγαλύτερη ηλικία συμβαδίζει με περισσότερα χρόνια εργασιακής εμπειρίας, τότε τα μεγαλύτερα μέλη της ομάδας έχουν αντιμετωπίσει περισσότερες φορές παρόμοιες καταστάσεις και διαθέτουν περισσότερη εμπειρία, ώστε να τις αξιολογήσουν.

Όσον αφορά την ύπαρξη διαφωνίας στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής σε μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση, το ποσοστό φτάνει στο 57% και συσχετίζεται με στατιστικά σημαντική διαφορά με τη θέση εργασίας των συμμετεχόντων ($p=0,007$). Οι νοσηλευτές της ΜΕΘ συμφωνούν σε ποσοστό 60,5% και επιβεβαιώνουν τη διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα, ενώ αντίθετη άποψη έχει μόνο το 18,4%. Αντίθετα από τους γιατρούς συμφωνεί το 51,1%, και οι διαφωνούντες αγγίζουν το 42,2%. Σε αυτό το ερώτημα οι νοσηλευτές είχαν πιο ξεκάθαρη θέση. Αυτό το αποτέλεσμα συμφωνεί με παλαιότερη έρευνα του αμερικανικού συνδέσμου νοσηλευτών ΜΕΘ όπου οι μισοί από τους συμμετέχοντες αξιολόγησαν την απόφαση να αποσύρουν ή να παρακρατήσουν τη στήριξη της ζωής ως το δεύτερο σημαντικότερο θέμα στο επάγγελμά τους. Θεωρούσαν ότι συχνά παρείχαν υπερβολική και χωρίς νόημα θεραπεία. Το σημαντικότερο πρόβλημά τους αφορούσε την εξουσία στη λήψη αποφάσεων για τους ασθενείς.³⁷

Η αίσθηση ότι ο στόχος των θεραπευτικών παρεμβάσεων δεν είναι ρεαλιστικός είναι εντονότερη ($p=0,039$) σε όσους είναι γονείς, με ποσοστό 85,2%. Δεν αναφέρεται αντίστοιχο εύρημα στη βιβλιογραφία όμως πιθανόν να εφορμάται από την λίγο μεγαλύτερη ευαισθησία που συνεπάγεται ο γονεϊκός ρόλος.

Τέλος και όσον αφορά τα συνολικά αποτελέσματα των νοσοκομείων που συμμετέχουν στην έρευνα, παρατηρήθηκε ισχυρή συσχέτιση με τη γνώση του όρου «μάταιη θεραπεία» ($p=0,015$), την αίσθηση εφαρμογής πιθανά μάταιων θεραπευτικών παρεμβάσεων ($p=0,039$) ή τη θεώρηση των στόχων της θεραπείας

μερικές φορές ως μη ρεαλιστικούς ($p=0,037$), την αίσθηση ότι η θεραπευτική παρέμβαση δεν παρέχει κανένα όφελος ($p=0,008$), τη διαφωνία ως προς μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας ασθενής με καρκίνο τελικού σταδίου ($p=0,001$) ή κάποιος με μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση ($p=0,034$). Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι η ΜΕΘ «Α. Κυριακού» - η πρώτη παιδιατρική ΜΕΘ στην Ελλάδα – έχει πιο ξεκάθαρες απόψεις σε όλα τα ζητήματα, με σχεδόν μηδενικά ποσοστά στην κατηγορία ΔΞ/ΔΑ. Επίσης ‘έχει τα υψηλότερα ποσοστά στην επιβεβαίωση εφαρμογής μάλλον μάταιων θεραπειών (30,3%), στην αίσθηση ότι οι θεραπευτικοί στόχοι κάποιες φορές δεν είναι ρεαλιστικοί (29,3%) ή ότι δεν εξασφαλίζουν θεραπευτικό όφελος (30,6%), στην ύπαρξη διαφωνιών για τα όρια της θεραπείας παιδιού με καρκίνο τελικού σταδίου (42,1%) ή με μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση (34,8%). Μία πιθανή ερμηνεία για όλα τα παραπάνω είναι οι συχνές συζητήσεις που πραγματοποιούνται για τα θέματα αυτά και η χωρίς περιορισμούς έκθεση των απόψεων των μελών της ομάδας. Επίσης ίσως να διαδραμάτισε ρόλο και το γεγονός ότι κατά τη διάρκεια της έρευνας το τμήμα νοσήλευε αρκετούς ασθενείς που προβλημάτισαν για την ωφέλεια της παρεχόμενης προς αυτούς θεραπείας.

Περιορισμοί της μελέτης

Ο περιγραφικός χαρακτήρας της μελέτης περιορίζει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων συνεπώς τα αποτελέσματα χρήζουν διεξαγωγής ποιοτικών μελετών, όπου θα αναλύονται σε βάθος οι εμπειρίες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Τα ευρήματα μπορεί να αντικατοπτρίζουν μια συγκεκριμένη απόκλιση απάντησης επειδή η θεραπευτική ομάδα των ΜΕΘ βιώνει υψηλά επίπεδα ηθικού αδιεξόδου και επαγγελματικής εξουθένωσης και αυτό ίσως επηρέασε τις απαντήσεις τους. Συνεπώς τα αποτελέσματα μπορεί να μην ανταποκρίνονται επαρκώς στις απόψεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των παιδιατρικών ΜΕΘ για το ηθικό αδιέξοδο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Φαντάζει άδικο και σκληρό να μιλάμε για το θάνατο ενός παιδιού κι ακόμη περισσότερο όταν αυτός συμβαίνει στο χώρο στη ΜΕΘ. Οι γονείς που βρίσκεται δίπλα στο παιδί τους και το θρηνούν αφήνουν ένα αίσθημα αποτυχίας στη θεραπευτική ομάδα.

Είναι σαφές ότι τα θέματα που προκαλούν ηθικό αδιέξοδο στη θεραπευτική ομάδα της ΜΕΘ είναι υπαρκτά και σχετίζονται με τη μάταιη θεραπεία. Αποφάσεις που αφορούν το τέλος της ζωής, συζητήσεις για τη διακοπή της επιθετικής θεραπευτικής υποστήριξης ενός παιδιού αλλά και διαφωνίες με την οικογένειά του συχνά είναι αιτίες συγκρούσεων μέσα στη θεραπευτική ομάδα, οι οποίες προκαλούν συναισθηματική επιβάρυνση και αναπόφευκτα οδηγούν στο ηθικό αδιέξοδο των μελών της, με τους νοσηλευτές να το βιώνουν εντονότερα.

Το ηθικό αδιέξοδο μπορεί να περιοριστεί με την καθιέρωση κατευθυντήριων οδηγιών σχετικά με τη διαχείριση της μάταιης θεραπείας σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο ωφέλειας από αυτήν, νομική θωράκιση των οδηγιών αυτών, εκπαίδευση γιατρών και νοσηλευτών στη διαχείριση παρόμοιων καταστάσεων, κατανόηση και σωστή επικοινωνία με τις οικογένειες των ασθενών και κυρίως σεβασμό στο δικαίωμα του κάθε ανθρώπου σε έναν αξιοπρεπή θάνατο.

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΗΘΙΚΟΥ ΑΔΙΕΞΟΔΟΥ ΣΤΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΘ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή

Η χρήση της τεχνολογίας στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) έχει συμβάλλει στην επιβίωση πολλών ασθενών, παράλληλα όμως έχει προκαλέσει και πολλά προβλήματα. Μεγάλο μέρος των προβλημάτων αυτών σχετίζεται με τις αποφάσεις για το πότε πρέπει να υποστηρίζονται ορισμένοι ασθενείς και τί επιπτώσεις έχουν αυτές οι αποφάσεις στη συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του ηθικού αδιεξόδου των νοσηλευτών και των γιατρών σε παιδιατρικές ΜΕΘ της Ελλάδας σχετικά με τη «μάταιη θεραπεία».

Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα μελέτη είναι συγχρονική. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 121 ιατροί και νοσηλευτές από όλες τις κρατικές παιδιατρικές Μ.Ε.Θ. της Ελλάδας. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο, το οποίο δημιουργήθηκε από την ερευνητική ομάδα για τους σκοπούς της μελέτης με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία και την επαγγελματική εμπειρία της ομάδας και πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη. Χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο Statistical Package for Social Sciences (SPSS) ver.24. Για την διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ των ανεξάρτητων ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο Pearson's χ^2 και ως επίπεδο σημαντικότητας για όλους τους ελέγχους ορίστηκε το $p < 0,05$.

Αποτελέσματα

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (81,8%) έχει εφαρμόσει μάταιες θεραπευτικές παρεμβάσεις που ο στόχος τους δεν ήταν ρεαλιστικός ενώ το 77,7% αισθάνθηκε ότι δε συμβάλλει στη θεραπεία αλλά παρατείνει την πορεία

προς το θάνατο. Ποσοστό 81,8% συμφωνεί ότι η συνέχιση της μάταιης θεραπείας πρέπει να είναι απόφαση ολόκληρης της θεραπευτικής ομάδας και υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p=0,001$) με τη θέση εργασίας των ατόμων, αφού το υποστήριξε 97,8% των ιατρών και το 72,4% των νοσηλευτών. Για το 85,1% η μάταιη θεραπεία μπορεί να περιοριστεί μέσω της σωστής ενημέρωσης και της εδραίωσης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ της οικογένειας του παιδιού και της θεραπευτικής ομάδας. Σε αυτήν την άποψη υπάρχει ισχυρή συσχέτιση με τη θέση εργασίας ($p=0,001$) αφού συμφωνεί το 100% των γιατρών και το 76,3% των νοσηλευτών. Το 75,2% συμφωνεί ότι η ανησυχία για τις ενδεχόμενες νομικές κυρώσεις μπορεί να επηρεάσει το θεραπευτικό πλάνο σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης. Το υψηλό κόστος της μάταιης θεραπείας θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην συνέχιση της υποστήριξης της ζωής (58,7%). Τα χρόνια εργασιακής εμπειρίας παίζουν καθοριστικό ρόλο στην άποψη αυτή, αφού είναι σαφής η σύμφωνη γνώμη όσων εργάζονται περισσότερο από 21 χρόνια ($p=0,002$).

Συμπεράσματα

Είναι σαφές ότι τα θέματα που προκαλούν ηθικό αδιέξοδο στη θεραπευτική ομάδα της ΜΕΘ είναι υπαρκτά και σχετίζονται με τη μάταιη θεραπεία. Συχνά είναι αιτία συγκρούσεων μέσα στη θεραπευτική ομάδα και τους προκαλούν συναισθηματική επιβάρυνση.

Λέξεις κλειδιά

Παιδιατρική ΜΕΘ, Μάταιη θεραπεία, Αποφάσεις για το τέλος της ζωής, Ηθικό Αδιέξοδο, Παρακράτηση, Απόσυρση

STUDY OF MORAL DISTRESS IN PICU HEALTHCARE PROFESSIONALS

Abstract

Introduction:

The use of technology in Intensive Care Units has resulted in the decrease of death rates of patients, however, it is the cause of several problems. The majority of these problems is related to the decisions that have to be made on the continuation of support for several patients and the consequences on the psychological status of healthcare professionals.

Objective:

The purpose of this research is to study the moral distress of nurses and doctors working in Paediatric Intensive Care Units in relation to offering «futile treatment»

Methods:

This study is cross-sectional. The study group consists of 121 nurses and doctors working in all public Paediatric Intensive Care Units in Greece. For the collection of data, a specially modified questionnaire was used for the study purposes, based on work experience of the members of the research group and the recent scientific literature on the subject. For the analysis of the results, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) ver.24 was used.

For the investigation of correlation between independent variables Pearson χ^2 was used, and as a level of significance for all testing $p < 0,05$ was used.

Results:

The vast majority of participants (81.8%) have applied futile treatments, with unrealistic objectives and 77.7% of them believed that they did not contribute to treatment but prolonged the course of death. A percentage of 81.8% agree that the continuation of futile treatment must be a joined decision of the entire therapy group and there has been statistically significant correlation ($p=0,001$) to the occupation of the participants since this was supported by the 97.8% of doctors and 72.4% of nurses. For the 85.1% of participants, futile treatment can be limited by provision of correct information and building of trusting relationship between the child, the family and the treatment group. There is also strong correlation to this subject ($p=0,001$), as 100% of doctors and 76.3% of nurses agree. The 75.2% of

the participants agree that concerns for possible legal implications may affect the treatment plan in patients with no life expectancy. The high financial cost of futile treatments should be taken into consideration when deciding to continue life support (58.7%). The years of working experience play a decisive role since, the participants that work for more than 21 years emphatically agree with this opinion ($p=0,002$).

Conclusion:

It is clear that concerns that induce moral distress in PICU healthcare professionals exist and relate to futile treatment. Very often, these concerns are the cause of conflict between members of the therapy group resulting in significant psychological burden.

Key words:

PICU, Futile Therapy, End of Life Decisions, Moral Distress, Withholding, Withdrawing

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Καραλή Νεκταρία, Κλούβα-Μολυβδά Φυλλίς, «Ο χώρος της ΜΕΘ», «Η νοσηλευτική στη ΜΕΘ», εκδ. Κ. Παπακωνσταντίνου, Α. Καραμπίνης, Γ. Μπαλτόπουλος, Αθήνα 2006, σελ.23
2. Καραμπίνης Ανδ., Καλογερομήτρος Αλ., Πουλαράς Ι., «Ηθικοδεοντολογικοί προβληματισμοί στη ΜΕΘ», εκδ. Κ. Παπακωνσταντίνου, Α. Καραμπίνης, Γ. Μπαλτόπουλος, Αθήνα 2006, σελ.439
3. Von Dolinger de Brito D et al. Effect of neonatal intensive care unit environment on the incidence of hospital-acquired infection in neonates. J Hosp Infect. 2007;65(4):314-8.
4. Downes JJ. The historical evolution, current status, and prospective development of pediatric critical care. Crit Care Clin. 1992;8(1):1-22.
5. Epstein D, Brill JE. A history of pediatric critical care medicine. Pediatr Res. 2005;58(5):987-96.
6. Πρακτικά 30ου Σεμιναρίου ΜΕΘ,Νος. Παίδων «Π. & Α. Κυριακού, Αθήνα, 2015
7. Pronovost P, Morlock L, Dorman T. Creating and Maintaining safe systems of ICU care. Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine 2001 pp 695-707.
8. Hillman K, Bishop G. Εντατική Θεραπεία και Επείγουσα Ιατρική. Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 2006.
9. Ιωαννίδης Α. Ιατρική ηθική. Εκδόσεις Γαληνός,1988, 30(1):121-129.
10. Σούρλας Π. Μέλλοντα πρόσωπα. Επιθεώρηση της Βιοηθικής, τόμος Α΄, ΠΜΣ Βιοηθική – Πανεπιστήμιο Κρήτης,2008:58-76.
11. Ηθική και Δεοντολογία στη διοίκηση της υγείας, Β. Γέμου-Engesaeth , Σημειώσεις μαθήματος του ΜΠΣ «Κλινική παιδιατρική νοσηλευτική- έρευνα», Αθήνα, 2018
12. Μενεγάκη Μ. Ηθικές αξίες και επίδραση αυτών στην ιατρική πράξη. Ηθική στάθμη της ιατρικής επιστήμης στην εποχή μας. Νομικοί προβληματισμοί. Ph.D. Thesis, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης (ΔΠΘ). Τμήμα Ιατρικής. Κλινική Δερματολογική, 2006.

- 13.Κουτσελινης Α. Βασικές αρχές Βιοηθικής Ιατρικής Δεοντολογίας & Ιατρικής Ευθύνης. Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 1999.
- 14.Παρασκευόπουλος Ι. Εξελικτική ψυχολογία. Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα,1985.
- 15.Ματσαγγούρας Η. Η σχολική τάξη. Εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα, 2006:441.
- 16.Levin, Charles. Liminal smile: ethics in psychoanalysis and the problem of regulation. Canadian Journal of Psychoanalysis. 2010;18(1):60-85.
- 17.Λεμονίδου Χ. Ζητήματα Ηθικής στη Νοσηλευτική πρακτική: Ένας οδηγός για τη λήψη ηθικά αποδεκτών αποφάσεων. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2005.
- 18.Κατσιμίγκας Γ, Βασιλοπούλου Γ. Βασικές αρχές βιοηθικής και ορθόδοξης ηθικής. Το βήμα του Ασκληπιού,2011;9(2):158-170.
- 19.Μαντζαρίδης Γ. Χριστιανική Ηθική. Εκδόσεις Πουρνάρα, Θεσσαλονίκη, 1995.
- 20.Jonsen AR. The birth of bioethics. Hastings Cent Rep. 1993;23(6):S1-4.
- 21.Αλαχιώτης, Σ. *Βιοηθική - αναφορά στους γενετικούς και τεχνολογικούς νεωτερισμούς*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2004.
- 22.Potter V.R. Bioethics, the Science of Survival. Perspectives in Biology and Medicine. 1970;14(1):127-153.
- 23.Κόιος Ν. Ηθική Θεώρηση των τεχνικών παρεμβάσεων στο ανθρώπινο γονιδίωμα. Εκδόσεις Κέντρο Βιοϊατρικής Ηθικής, Αθήνα, 2003.
- 24.Δραγώνα-Μονάχου, Μ. Ηθική και βιοηθική. Επιστήμη και Κοινωνία: Επιθεώρηση Πολιτικής και Ηθικής Θεωρίας. 2015;8:1-26.
- 25.Council of Europe. Bioethics. [Online]. 2018 [cited 2018 Oct 26]; Available from: <https://www.coe.int/en/web/bioethics>
- 26.Χαϊκάλη - Στυλιανή Ι. Ηθικό αδιέξοδο και επιπτώσεις του σε νοσηλευτές βαρέως πασχόντων ασθενών. Ph.D. Thesis, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Νοσηλευτικής, 2011.
- 27.Ρεθυμιωτάκη Ε. Η βιοηθική και το επιστημολογικό παράδειγμα της πολυπλοκότητας. Ελληνική Δημοκρατία Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής. [Online]. 2018 [cited 2018 Oct 26]; Available from: <http://www.bioethics.gr/>
- 28.Βιδάλης, Τ. Βιοδίκαιο. Τόμος πρώτος: Το πρόσωπο. Εκδόσεις Σάκκουλα, 2007.

29. Morrison LJ, et al. Part 3: ethics: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2010;122(18 Suppl 3):S665-75.
30. Tristram Engerhardt H. *The foundations of Bioethics*. Oxford University Press, New York, 1986.
31. T. Beauchamp, J. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, [Online]. 2009 [cited 2018 Oct 26]; Available from: http://www.allisonkrilethornton.com/wp-content/uploads/Medical_Ethics_Readings/BandC-Moral-Dilemmas.pdf
32. Χανιώτης ΕΧ. Πτυχές της συμβολής της Εκκλησίας της Ελλάδος και της Ορθόδοξης Θεολογίας στην εξέλιξη του βιοηθικού διαλόγου. [Online]. 2016 [cited 2018 Oct 26]; Available from: <https://www.bioethics.org.gr/XANIOTIS.pdf>
33. Κρανιδιώτης Γ, Γεροβασίλης Β, Τασούλης Α, Νανάς Σ. Προτελεύτια διλήμματα στη μονάδα εντατικής θεραπείας Μη κλιμάκωση και απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2010; 27(1):18-36.
34. Kasman DL. When Is Medical Treatment Futile? A Guide for Students, Residents, and Physicians. *J Gen Intern Med*. 2004;19(10): 1053–1056.
35. Burns JP, Truog RD. Futility: a concept in evolution. *Chest*. 2007;132(6):1987-93.
36. Schneiderman LJ. The rise and fall of the futility movement. *N Engl J Med*. 2000;343(21):1575; author reply 1576-7.
37. Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *Am J Crit Care*. 2004;13(3):202-8.
38. Barron H. Medical Futility, then and now. *Bioethics.net*. [Online]. 2014 [cited 2018 Oct 26]; Available from: <http://www.bioethics.net/2014/06/medical-futility-then-and-now/>
39. Huynh TN, et al. The frequency and cost of treatment perceived to be futile in critical care. *JAMA Intern Med*. 2013;173(20):1887-94.
40. McCabe MS, Storm C. When doctors and patients disagree about medical futility. *J Oncol Pract*. 2008;4(4):207-9.
41. Spencer B, Chacko J, Sallee D; American Heart Association. The 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation

- and emergency cardiac care: an overview of the changes to pediatric basic and advanced life support. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2011;23(2):303-10.
42. Bossaert LL, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation.* 2015;95:302-11.
 43. Carlet J, 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;30(5):770-84.
 44. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med.* 1990;112(12):949-54.
 45. Mobley MJ, Rady MY, Verheijde JL, Patel B, Larson JS. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive Crit Care Nurs.* 2007;23(5):256-63.
 46. Oberle K, Hughes D. Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *J Adv Nurs.* 2001;33(6):707-15.
 47. Αλεκόπουλος Α. Βιοηθικά προβλήματα στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Ph.D. Thesis, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο (ΕΑΠ), Σπουδές στην Ορθόδοξη Θεολογία Σχολή Ανθρωπιστικών Σπουδών, 2015.
 48. Pendry PS. Moral distress: recognizing it to retain nurses. *Nurs Econ.* 2007;25(4):217-21.
 49. Ulrich CM, Hamric AB, Grady C. Moral distress: a growing problem in the health professions? *Hastings Cent Rep.* 2010;40(1):20-2.
 50. Garros D, Austin W, Carnevale FA. Moral Distress in Pediatric Intensive Care. *JAMA Pediatr.* 2015;169(10):885-6.
 51. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med.* 2007;35(2):422-9.
 52. Fernandez-Parsons R, Rodriguez L, Goyal D. Moral distress in emergency nurses. *J Emerg Nurs.* 2013;39(6):547-52.
 53. Trotochaud K, Coleman JR, Krawiecki N, McCracken C. Moral Distress in Pediatric Healthcare Providers. *J Pediatr Nurs.* 2015;30(6):908-14.
 54. Steiner JM, Patton KK, Prutkin JM, Kirkpatrick JN. Moral Distress at the End of a Life: When Family and Clinicians Do Not Agree on Implantable

- Cardioverter-Defibrillator Deactivation. *J Pain Symptom Manage.* 2018;55(2):530-534.
55. Corley MC, Minick P. Moral distress or moral comfort. *Bioethics Forum.* 2002;18(1-2):7-14.
56. Nelson RM. Ethics in the intensive care unit. Creating an ethical environment. *Crit Care Clin.* 1997;13(3):691-701.
57. De Vries R. Framing neuroethics: a sociological assessment of the neuroethical imagination. *Am J Bioeth.* 2005 Spring;5(2):25-7; discussion W3-4.
58. Zuzelo PR. Exploring the moral distress of registered nurses. *Nurs Ethics.* 2007;14(3):344-59.
59. Silén M, Svantesson M, Ahlström G. Nurses' conceptions of decision making concerning life-sustaining treatment. *Nurs Ethics.* 2008;15(2):160-73.
60. Green AE, Jeffers BR. Exploring moral distress in the long-term care setting. *Perspectives.* 2006;30(4):5-9.
61. Μαρία Λεπίδου και συν. Τα Ηθικά Διλήμματα ως Πηγή Άγχους στους Ιατρούς και στους Νοσηλευτές της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. *Hellenic journal of nursing.* 2012;51(2):187–194.
62. Kipper DJ, et al. Evolution of the medical practices and modes of death on pediatric intensive care units in southern Brazil. *Pediatr Crit Care Med.* 2005;6(3):258-63.
63. Liselotte ND, et al. Association of Clinical Specialty With Symptoms of Burnout and Career Choice Regret Among US Resident Physicians. *JAMA.* 2018;320(11):1114-1130.
64. Hoel H, Skjaker SA, Haagensen R, Stavem K. Decisions to withhold or withdraw life-sustaining treatment in a Norwegian intensive care unit. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2014;58(3):329-36.
65. Murphy BF. What has happened to clinical leadership in futile care discussions? *Med J Aust.* 2008;188(7):418-9.
66. Majesko A, Hong SY, Weissfeld L, White DB. Identifying family members who may struggle in the role of surrogate decision maker. *Crit Care Med.* 2012;40(8):2281-6.

67. Eden LM, Callister LC. Parent Involvement in End-of-Life Care and Decision Making in the Newborn Intensive Care Unit: An Integrative Review. *J Perinat Educ.* 2010;19(1):29-39.
68. Back AL, Arnold RM. Dealing with conflict in caring for the seriously ill: "it was just out of the question". *JAMA.* 2005;293(11):1374-81.
69. Larcher V, Craig F, Bhogal K, Wilkinson D, Brierley J. Making decisions to limit treatment in life-limiting and life-threatening conditions in children: a framework for practice. *Arch Dis Child.* 2015;100 Suppl 2:s3-23.
70. Kennard MJ, et al. Participation of nurses in decision making for seriously ill adults. *Clin Nurs Res.* 1996;5(2):199-219.
71. Jacob DA. Family members' experiences with decision making for incompetent patients in the ICU: a qualitative study. *Am J Crit Care.* 1998;7(1):30-6.
72. Pochard F, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Crit Care Med.* 2001;29(10):1893-7.
73. Sprung CL, et al. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA.* 2003;290(6):790-7.
74. Μητροπολίτης Μεσογαίας καὶ Λαυρεωτικῆς Νικόλαος , Πρόεδρος της Συνοδικῆς Επιτροπῆς Βιοηθικής, «ΜΕΘ – Στο μεθόριο της ζωῆς και του θανάτου», Ομιλία στο 14^ο Συνέδριο Εντατικῆς Θεραπείας, Οκτώβριος 2005, Αθήνα
75. Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, Επιτροπή Βιοηθικής, «Επίσημα κείμενα βιοηθικής», Αθήνα 2007, κεφ. Θ, αρθρ. 47,48,50, σελ. 45-46
76. Καλέκα Α, Μισιργή Κ. Βιοιατρική και Ηθική Δεοντολογία. Πτυχιακή εργασία, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καλαμάτας, Σχολή Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Οικονομίας, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, 2004.
77. Εθνικός Οργανισμός Πιστοποίησης Προσόντων & Επαγγελματικού Προσανατολισμού. Δεοντολογία. [Online]. 2018 [cited 2018 Oct 26]; Available from: <http://www.eoppep.gr/index.php/el/work-guidance-and-consulting/eoppep-upgrade-actions/ethics>

78. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, τεύχος πρώτο, αρ. φύλλου 287, 28-11-, Κεφ. Θ, άρθρο 29, παραγρ. 1,3, 2005.
79. Νταβώνη Γ, Μπαγιάτη-Λεβάκου Μ, Δάντσιου Μ. Ηθικοί προβληματισμοί για τον περιορισμό της θεραπείας και αποφάσεις στο τέλος της ζωής. *Hellenic Journal of Nursing*. 2013;6(2):5–14.
80. Ελληνικός Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας. Διάλεξη 9η. [Online]. 2018 [cited 2018 Oct 26]; Available from: <http://slideplayer.gr/slide/12105307/>
81. Kelecevic J, et al. An overview of moral distress and the paediatric intensive care team. *Nurs Ethics*. 2009 Jan;16 (1):57-68.
82. Samir Abdallah H, et al. The physician and updates in cancer treatment: when to stop? *Rev Assoc Med Bras* 2011; 57(5):575-580
83. Balfour I'M - Tasker L Robert C Futility and death in paediatric medical intensive care Great Ormond Street Hospital for Children NHS Trust, London
84. Ketchum K Overtreatment could be harming your patients: Here's how to avoid it Comments October 26, 2017
85. Laschinger HKS, Shamian J, Thomson D. Impact of magnet hospital characteristics on nurses' perceptions of trust, burnout, quality of care, and work satisfaction. *Nurs Econ*. 2001;19 (5) : 209-219.
86. DeJonge J, Bosma H, Peter R, Siegrist J. Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study. *Soc Sci Med*. 2000;50:1317-1327
87. Sayeed S. A. Baby Doe redux? The Department of Health and Human Services and the Born-Alive Infants Protection Act of 2002: A cautionary note on normative neonatal practice. *Pediatrics*. 2005;116(4):e576–e585. [[PubMed](#)]
88. Kopelman A. E. Understanding, avoiding, and resolving end-of-life conflicts in the NICU. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, New York. 2006;73(3):580–586. [[PubMed](#)]

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

«Διερεύνηση του ηθικού αδιεξόδου του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού παιδιατρικής ΜΕΘ»

Εισαγωγικό σημείωμα

Το ερωτηματολόγιο που κρατάτε στα χέρια σας έχει συνταχθεί στα πλαίσια της διπλωματικής μου εργασίας για το ΠΜΣ «Κλινική Παιδιατρική Νοσηλευτική και Έρευνα», της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ σε συνεργασία με το ΤΕΙ Αθήνας.

Η θεραπευτική ομάδα των παιδιατρικών ΜΕΘ έρχεται συχνά αντιμέτωπη με ηθικά αδιέξοδα, τα οποία αφορούν τη συνέχιση ή μη της θεραπευτικής υποστήριξης συγκεκριμένων ομάδων ασθενών τελικού σταδίου και ασθενών με μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση. Στη βιβλιογραφία «μάταιη» ορίζεται η επιθετική θεραπεία ή άλλες παρεμβάσεις, όπως η χρήση μηχανημάτων υποστήριξης της ζωής σε ασθενείς τελικού σταδίου, που πιθανότατα δεν θα επιβιώσουν ή δεν θα έχουν κανένα επιτυχές θεραπευτικό αποτέλεσμα. Τα ηθικά αυτά διλήμματα μπορούν να οδηγήσουν σε συναισθηματική επιβάρυνση ή ακόμη και σε επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας.

Στόχος μου είναι να καταγραφούν τα αδιέξοδα αυτά και η διαχείρισή τους από τη θεραπευτική ομάδα παιδιατρικών ΜΕΘ της Ελλάδας καθώς και να καθοριστούν τα θεραπευτικά όρια. Τα αποτελέσματα μπορούν να συμβάλλουν στην εξεύρεση λύσεων. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και η συμπλήρωσή του δε θα διαρκέσει περισσότερο από 10-15 λεπτά.

Για τις παρακάτω προτάσεις, παρακαλώ δώστε την απάντηση που ταιριάζει σε εσάς και ανταποκρίνεται περισσότερο στην άποψή σας. Το ερωτηματολόγιο είναι αυστηρά προσωπικό και ανώνυμο.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την πολύτιμη βοήθειά σας.

Με τιμή,

Παρασκευή Φείζιδου.

Email: vfeizidou@gmail.com

Τηλ. 6977.45.27.36

A. Δημογραφικά Στοιχεία

Παρακαλώ κυκλώστε την επιθυμητή απάντηση ή συμπληρώστε την απάντησή σας, όπου είναι απαραίτητο.

1.	ΦΥΛΟ
	1. Άνδρας 2. Γυναίκα
2.	ΗΛΙΚΙΑ
	 ετών
3.	ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
	1. Πτυχίο Ιατρικής 2. Πτυχίο Νοσηλευτικής ΑΕΙ 3. Πτυχίο Νοσηλευτικής ΤΕΙ/ΑΤΕΙ
4.	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ
	1. Παιδιατρική Νοσηλευτική ειδικότητα 2. Μεταπτυχιακό 3. Διδακτορικό
5.	ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
	1. Εντατικολόγος 2. Εξειδικευόμενος Εντατικολόγος 3. Νοσηλεύτης ΜΕΘ 4. Βοηθός Νοσηλεύτης
6.	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ
	 έτη
7.	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ Μ.Ε.Θ.
	 έτη
8.	ΕΙΣΤΕ ΓΟΝΕΑΣ
	☐ Ναι ☐ Όχι
9.	ΔΥΝΑΜΗ Μ.Ε.Θ.
	 κλίνες

B. Η Στάση σας απέναντι στη «Μάταιη Θεραπεία»

1.	Η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση του θεράποντα ιατρού
	1. Συμφωνώ 2. Διαφωνώ 3. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
2.	Η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση ολόκληρης της θεραπευτικής ομάδας
	1. Συμφωνώ 2. Διαφωνώ 3. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
3.	Η θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να επανεξετάζεται, όταν η συνέχιση της ζωής εξαρτάται εξολοκλήρου από μηχανήματα.
	1. Συμφωνώ 2. Διαφωνώ 3. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
4.	Η μάταιη θεραπεία μπορεί να περιοριστεί μέσω της σωστής ενημέρωσης και της εδραίωσης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ της οικογένειας του παιδιού και της θεραπευτικής ομάδας
	1. Συμφωνώ 2. Διαφωνώ 3. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
5.	Η ανησυχία για τις ενδεχόμενες νομικές κυρώσεις μπορεί να επηρεάσει το θεραπευτικό πλάνο σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης
	1. Συμφωνώ 2. Διαφωνώ 3. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
6.	Το υψηλό κόστος νοσηλείας και ιατρικών παρεμβάσεων σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης (καρκίνος τελικού σταδίου, μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση) θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην συνέχιση της υποστήριξης
	1. Συμφωνώ 2. Διαφωνώ 3. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
7.	Οι προσωπικές μου αντιλήψεις σε σχέση με το τέλος της ζωής (ηθικές, θρησκευτικές, αξιακές) επηρεάζουν τις αποφάσεις της θεραπευτικής ομάδας
	1. Συμφωνώ 2. Διαφωνώ 3. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
8.	Πιστεύω ότι πρέπει να υπάρχει αξιοπρέπεια και στο θάνατο
	1. Συμφωνώ 2. Διαφωνώ 3. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ <i>*Αν συμφωνείτε με την παραπάνω άποψη, παρακαλώ επιλέξτε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο (επιλέξτε όσες απαντήσεις επιθυμείτε)</i> <u>Αξιοπρέπεια στο θάνατο για εσάς σημαίνει:</u> 1. Εφαρμογή όλων των διαθέσιμων ιατρικών παρεμβάσεων σε ασθενείς ανεξάρτητα από το προσδόκιμο επιβίωσης 2. Επιθετική θεραπευτική παρέμβαση ή απόσυρση αυτής ανάλογα με τις

	επιθυμίες των γονέων 3. Αντιμετώπιση του πόνου και του άγχους θανάτου 4. Συνέχιση της θρέψης και της ενυδάτωσης 5. Εξασφάλιση καθαριότητας και ηρεμίας του ασθενούς
--	---

Γ. Τα Ηθικά Αδιέξοδα που μπορεί να αντιμετωπίσετε κατά την εργασία σας στην Παιδιατρική Μ.Ε.Θ.

1.	Γνωρίζετε τον όρο «μάταιη θεραπεία»;
	1. Ναι 2. Όχι 3. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
2.	Έχω εφαρμόσει περισσότερες από μία φορές θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες ήταν μάταιες, κατά τη γνώμη μου
	1. Συμφωνώ 2. Διαφωνώ 3. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
3.	Υπάρχουν φορές που αισθάνομαι ότι ο στόχος των θεραπευτικών παρεμβάσεων δεν είναι ρεαλιστικός
	1. Συμφωνώ 2. Διαφωνώ 3. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
4.	Τα ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζω στη ΜΕΘ μου προκαλούν συναισθηματική επιβάρυνση
	1. Συμφωνώ 2. Διαφωνώ 3. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
5.	Περισσότερες από μία φορές έχω αισθανθεί ότι η θεραπευτική παρέμβαση δεν εξασφαλίζει κανένα θεραπευτικό όφελος
	1. Συμφωνώ 2. Διαφωνώ 3. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
6.	Η θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να επανεξετάζεται, όταν η συνέχιση της ζωής εξαρτάται εξολοκλήρου από μηχανήματα.
	1. Συμφωνώ 2. Διαφωνώ 3. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
7.	Έχει υπάρξει περισσότερες από μία φορές διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής με καρκίνο τελικού σταδίου
	1. Συμφωνώ 2. Διαφωνώ 3. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ
8.	Έχει υπάρξει περισσότερες από μία φορές διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής σε μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση
	1. Συμφωνώ 2. Διαφωνώ 3. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

9.	Οι γονείς που ζητούν να μην γίνει ανάνηψη στο παιδί τους σε περίπτωση ανακοπής, όταν γνωρίζουν ότι δεν υπάρχει θεραπευτικό όφελος, μου προκαλούν:
	1. Σοκ 2. Σεβασμό 3. Θυμό 4. Ανακούφιση 5. Άλλο (συμπληρώστε)

Ημερομηνία / / 2018

Υπογραφή



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
1^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΑΘΗΝΩΝ
« ΠΑΝ. & ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ »
Ν.Π.Δ.Δ.

ΠΡΑΚΤΙΚΟ 6^{ης} ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ

Αθήνα σήμερα 14 Μαρτίου 2018 ημέρα Τετάρτη και ώρα 15:00 συνήλθε στην αίθουσα συνεδριάσεων του, στο κεντρικό κτίριο του Νοσοκομείου, σε τακτική συνεδρίαση το Εννεαμελές Διοικητικό Συμβούλιο, που συγκροτήθηκε βάσει των με αριθμό : Α2β/Γ.Π.93995/10.04.17 (Φ.Ε.Κ. 194/25.04.17, τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ.), Α2β/Γ.Π.οικ. 38470/22.05.2017 (Φ.Ε.Κ. 256/31.05.17, τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ.), Α2β/Γ.Π.48830/13.07.2017 (Φ.Ε.Κ. 363/21.07.2017, τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ.) και Γ4β/Γ.Π.1114/12.02.2018 (Φ.Ε.Κ. 100/23.02.2018 τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ.) αποφάσεων του Υπουργού Υγείας κ. Ανδρέα Ξανθού και του Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας κ. Παύλου Πολάκη.

Στη συνεδρίαση προσήλθαν και παρέστησαν νόμιμα καλεσμένοι, οι παρακάτω :

Παρόντες οι κ.κ. :

ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ΠΑΠΑΣΑΒΒΑΣ
ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΜΠΙΝΗΣ
ΧΡΥΣΟΥΛΑ ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ
ΧΡΗΣΤΟΣ ΜΑΝΟΣ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΕΤΟΥΣΗΣ
ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ ΣΙΑΦΟΛΩΛΗΣ

Πρόεδρος
Μέλος
Μέλος
Μέλος
Μέλος
Μέλος

Απόντες οι κ. κ. :

ΙΩΑΝΝΗΣ ΜΠΟΛΕΤΗΣ
ΜΑΡΙΟΓΚΑ ΦΡΑΓΚΑΚΗ
ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΔΑΣΜΑΝΟΓΛΟΥ

Αντιπρόεδρος
Μέλος
Μέλος

Στη συνεδρίαση προσήλθε και παρέστη ως Γραμματέας του Συμβουλίου η **Χρυσούλα Λαζαρίδου**.

Διαπιστώθηκε απαρτία με την παρουσία έξι (6) μελών του Συμβουλίου.

ΘΕΜΑ 13 : Σχετικά με την υπ' αρ. πρωτ. Ε.Σ. :57/31.01.2018 αίτηση έγκρισης διεξαγωγής μελέτης στο πλαίσιο μεταπτυχιακού με τίτλο: «Διερεύνηση του ηθικού αδιεξόδου στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό παιδιατρικής ΜΕΘ», που κατέθεσε η μεταπτυχιακή φοιτήτρια, κ. Παρασκευή Φεϊζίδου, με επιβλέπουσα καθηγήτρια την κ. Ελένη Ευαγγέλου και μέλη Επιτροπής την κ. Χρυσάνθη Μπακούλα και τον κ. Κουτελέκο Ιωάννη.

Στο Συμβούλιο υποβάλλεται η υπ' αριθμ. πρωτ.: 4327/09.03.2018 (ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ) εισήγηση του ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ ΔΙΟΙΚΗΤΗ κ. Χ. ΜΑΝΟΥ σύμφωνα με την οποία :

Έχοντας υπόψη:

1. Την υπ' αρ. πρωτ. Ε.Σ. : 57/31.01.2018 αίτηση έγκρισης διεξαγωγής μελέτης στο πλαίσιο μεταπτυχιακού με τίτλο: «Διερεύνηση του ηθικού αδιεξόδου στο ιατρονοσηλευτικό

προσωπικό παιδιατρικής ΜΕΘ», που κατέθεσε η μεταπτυχιακή φοιτήτρια, κ. Παρασκευή Φειζίδου, με επιβλέπουσα καθηγήτρια την κ. Ελένη Ευαγγέλου και μέλη Επιτροπής την κ.Χρυσάνθη Μπακούλα και τον κ. Κουτελέκο Ιωάννη.

2. Ότι το Επιστημονικό Συμβούλιο κατά την 2^η/01-02-2018 (Θ: Ε.Η.Δ. 1) συνεδρίασή του, έλαβε υπόψη τη θετική εισήγηση της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας, η οποία μελέτησε τα στοιχεία της μεταπτυχιακής εργασίας, καθώς και τη σύμφωνη γνώμη του Συντονιστή Δ/ντή της ΜΕΘ, κ.Ι.Παπαδόπου. Σκοπός αυτής είναι η διερεύνηση των ηθικών αδιεξόδων των νοσηλευτών και των γιατρών σε παιδιατρικές ΜΕΘ της Ελλάδας, σχετικά με τη "μάταιη θεραπεία". Για το σκοπό της εργασίας δημιουργήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο και έγινε πιλοτική μελέτη. Τον πληθυσμό της μελέτης θα αποτελέσουν γιατροί και νοσηλευτές της ΜΕΘ του νοσοκομείου στους οποίους θα διανεμηθεί το ερωτηματολόγιο. Κατόπιν αυτών το Επιστημονικό Συμβούλιο, με την αίρεση της πιστής τήρησης των διατάξεων της κείμενης νομοθεσίας, ενέκρινε ομόφωνα τη διεξαγωγή της μεταπτυχιακής μελέτης στο νοσοκομείο, καθώς αυτή πληροί τις προϋποθέσεις Ιατρικής και Ηθικής Δεοντολογίας και δεν επιβαρύνει τον προϋπολογισμό του Νοσοκομείου.

Επισημαίνεται:

Η έγκριση που έχει δοθεί, δεσμεύει την Επιβλέπουσα της μελέτης, την Μεταπτυχιακή φοιτήτρια και τους συνεργάτες, στην τήρηση των κανόνων δεοντολογίας και στην ανωνυμία των συλλεχθέντων στοιχείων. Μετά το πέρας της μεταπτυχιακής μελέτης, θα κατατεθούν στη Γραμματεία του Ε.Σ. σε ηλεκτρονική μορφή η μεταπτυχιακή εργασία, οι ανακοινώσεις των αποτελεσμάτων σε επιστημονικά συνέδρια και οι ανακοινώσεις των αποτελεσμάτων σε επιστημονικά περιοδικά.

Διαβιβάζεται το παρόν ερευνητικό πρωτόκολλο και παρακαλούμε όπως αποφασίσετε σχετικά με:

Την έγκριση:

- αίτησης διεξαγωγής μελέτης στο πλαίσιο μεταπτυχιακού με τίτλο: «Διερεύνηση του ηθικού αδιεξόδου στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό παιδιατρικής ΜΕΘ», που κατέθεσε η μεταπτυχιακή φοιτήτρια, κ. Παρασκευή Φειζίδου, με επιβλέπουσα καθηγήτρια την κ. Ελένη Ευαγγέλου και μέλη Επιτροπής την κ.Χρυσάνθη Μπακούλα και τον κ. Κουτελέκο Ιωάννη, καθώς η μελέτη πληροί τις προϋποθέσεις Ιατρικής και Ηθικής Δεοντολογίας και δεν επιβαρύνει τον προϋπολογισμό του Νοσοκομείου.

Επισημαίνεται:

Η έγκριση που έχει δοθεί, δεσμεύει την Επιβλέπουσα της μελέτης, την Μεταπτυχιακή φοιτήτρια και τους συνεργάτες, στην τήρηση των κανόνων δεοντολογίας και στην ανωνυμία των συλλεχθέντων στοιχείων. Μετά το πέρας της μεταπτυχιακής μελέτης, θα κατατεθούν στη Γραμματεία του Ε.Σ. σε ηλεκτρονική μορφή η μεταπτυχιακή εργασία, οι ανακοινώσεις των αποτελεσμάτων σε επιστημονικά συνέδρια και οι ανακοινώσεις των αποτελεσμάτων σε επιστημονικά περιοδικά.

- ανάρτησης της Απόφασης στη ΔΙΑΥΓΕΙΑ

Και μετά από διαλογική συζήτηση ομόφωνα

Α Π Ο Φ Α Σ Ι Ζ Ε Ι

Την έγκριση :

1. Της αίτησης διεξαγωγής μελέτης στο πλαίσιο μεταπτυχιακού με τίτλο: «Διερεύνηση του ηθικού αδιεξόδου στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό παιδιατρικής ΜΕΘ», που κατέθεσε η μεταπτυχιακή φοιτήτρια, κ. Παρασκευή Φειζίδου. με επιβλέπουσα



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
1^η ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ
Ιπποκράτους 8 Παλαιά Πεντέλη ΤΚ 152 36



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΑΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Ελ. Φεφλέ
Τηλ. 213-2052315
FAX: 213-2052440

Πεντέλη

Αριθ. Πρωτ.:

Προς:

-Φειζίδου Παρασκευή
-Αυτοτελές Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας Έρευνας
& Συνεχ.εκπαίδευσης κ. Εγγλεζοπούλου Αδ.

Κοιν:

- Αν. Διοικητή
-Διοικητική Δ/ση
-Δ/ση Νοσηλευτικής
-ΔΙΥ

ΘΕΜΑ: «Έγκριση διενέργειας ερευνητικής εργασίας της Φειζίδου Παρασκευής »

ΣΧΕΤΙΚΑ: 1) υπ' αριθμ.1687/07-02-18 έγγραφο

2) 5^η/ 05-03-18 συνεδρίασή Ε.Σ

Στην 5^η/05-03-18 συνεδρίασή του το Επιστημονικό Συμβούλιο συζήτησε το υπ' αριθμ. 1686/07-02-18 έγγραφο της κας Φειζίδου Παρασκευής ,Προϊσταμένης Νοσηλεύτριας ΜΕΘ Γ.Ν.Π.Α Π. & Α Κυριακού, με το οποίο ζητεί έγκριση για τη διενέργεια ερευνητικής εργασίας στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών της , με τίτλο: « Διερεύνηση του ηθικού αδιεξόδου στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό παιδιατρικής ΜΕΘ ».

Η έρευνα θα διεξαχθεί με τη διανομή ερωτηματολογίου.

Το Συμβούλιο αφού μελέτησε το εν λόγω θέμα και έλαβε υπόψη τα σχετικά , **καθώς και τη σύμφωνη γνώμη** της Συντ. Διευθ. ΜΕΘ του Νοσοκομείου μας κας Σιανίδου Λήδας , εγκρίνει την διενέργεια της ανωτέρω έρευνας , **με την προϋπόθεση** ότι το Νοσοκομείο δεν θα έχει οικονομική επιβάρυνση και ότι θα τηρηθεί η εμπιστευτικότητα των δεδομένων μετά το πέρας της έρευνας .

Η Πρόεδρος
Επιστημονικού Συμβουλίου

Κωσταρίδου Σταυρούλα



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
"ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΒΟΗΘΕΙΑ"
26504 ΡΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ
ΤΗΣ ΑΡ.25/13-06-2018 ΤΑΚΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ
ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΤΟΥ Π.Γ.Ν.Π.

Στην Πάτρα σήμερα 13.06.2018, ημέρα Τετάρτη και ώρα 12:45 στην αίθουσα συνεδριάσεων του Δ.Σ. του Π.Γ.Ν. Πατρών συνήλθε σε τακτική συνεδρίαση το Δ.Σ. το οποίο συγκροτήθηκε και λειτουργεί, σύμφωνα με την αριθμ. Α2β/Γ.Π.:38773/31.5.16 (ΦΕΚ 304/Υ.Ο.Δ.Δ/13.06.16) Απόφαση του Υπουργού και Αναπλ. Υπουργού Υγείας, όπως τροποποιήθηκε με τις αριθμ. Α2β/Γ.Π.:82556/21-11-2016 (ΦΕΚ 654/ΥΟΔΔ/2-12-16) και αριθ. Α2β/Γ.Π.15659/13.6.2017 (ΦΕΚ 291/Υ.Ο.Δ.Δ/19-6-2017) Αποφάσεις και σύμφωνα με το άρθρο 60 παρ.2 του Ν.4342/2015 (ΦΕΚ 143/09-11-2015), κατόπιν της αριθ. βεβ. Διαγραφής από το Μητρώο Ανθρωπίνου Δυναμικού Ελληνικού Δημοσίου: 8655676671/18.5.2018(ΦΕΚ 303/Υ.Ο.Δ.Δ/25-5-2018) του Διοικητή & της αριθ. βεβ. Διαγραφής από το Μητρώο Ανθρωπίνου Δυναμικού Ελληνικού Δημοσίου: 8115992361/24.5.2018 (ΦΕΚ 314/Υ.Ο.Δ.Δ/1-6-2018) της Αναπλ. Διοικήτριας του ΠΓΝΠ.

Κατόπιν της αριθ. πρωτ. 15487/11-06-2018 πρόσκλησης του Προεδρεύοντα του Δ.Σ. προς τα τακτικά, αναπληρωματικά μέλη και εισηγητές, παρέστησαν στην συνεδρίαση οι :

1.ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ ΠΑΠΑΔΙΟΝΥΣΙΟΥ	Δ/ΚΟΣ Δ/ΝΤΗΣ,ΠΡΟΕΔΡΕΥΩΝ Δ.Σ.
2.ΑΘΗΝΑ ΤΖΟΥΤΗ	ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ Δ.Σ
3.ΜΙΧΑΛΗΣ ΑΝΘΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ	ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ Δ.Σ
4.ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΚΑΤΣΑΚΟΥΛΗΣ	ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ Δ.Σ
5.ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΣΟΥΛΕΛΕΣ	ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ Δ.Σ

Ως Γραμματέας του Δ.Σ. παρέστη η υπάλληλος Σωτηρία Κοντογιάννη.

Επίσης παρέστησαν η Δικηγόρος του Π.Γ.Ν.Π. κα Πολυξένη Βίτσα, η Αναπλ. Υποδιευθύντρια Διοικητικού κα Αναστασία Κυριαζή και η Αναπλ. Προϊσταμένη Οικονομικής Υποδ/νσης κα Όλγα Οικονόμου, για διευκρινήσεις επί θεμάτων της αρμοδιότητάς τους, μετά τη λήξη των οποίων αποχώρησαν, ενώ το Συμβούλιο συνέχισε με τα υπόλοιπα θέματά του.

Αφού διαπιστώθηκε απαρτία το Διοικητικό Συμβούλιο προχώρησε στη συζήτηση των θεμάτων της Ημερήσιας Διάταξης τα οποία καθορίστηκαν από την αριθμ. 25/13.06.2018 πρόσκληση.

ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΑΦΟΡΑ

Θέμα 10^ο

Ο Προεδρεύων του Δ.Σ. θέτει υπόψη των μελών το υπ' αριθ. 15282/7.6.18 έγγραφο του Επιστημονικού Συμβουλίου το οποίο έχει ως εξής:

Το Επιστημονικό Συμβούλιο στην συνεδρίαση 30.05.2018 λαμβάνοντας υπ' όψιν την υπ. αρ. 228/15.05.2018 απόφαση της Επιτροπής Έρευνας Ηθικής και Δεοντολογίας, εγκρίνει :

στην κα Παρασκευή Φεϊζίδου ΤΕ Νοσηλευτικής, τη διανομή ερωτηματολογίων στα πλαίσια διπλωματικής της εργασίας, του ΜΠΣ με τίτλο: «Κλινική Παιδιατρική και Νοσηλευτική Έρευνα».

Επιστημονικός υπεύθυνος: Ελένη Ευαγγέλου Καθηγήτρια ΕΚΠΑ
Ερευνητές: Παρασκευή Φεϊζίδου ΤΕ Νοσηλεύτρια

Συνημμένα η υπ' αριθ. 23032/07.06.2018 απόφαση της 6^{ης} ΥΠΕΕ

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΜΑΡΚΟΣ ΜΑΡΑΓΚΟΣ

Το Δ.Σ αφού έλαβε υπόψη τα ανωτέρω και μετά από διαλογική συζήτηση,

ΟΜΟΦΩΝΑ ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ

Αποδέχεται την ανωτέρω απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου για την έγκριση στην κα Παρασκευή Φεϊζίδου ΤΕ Νοσηλευτικής διανομής ερωτηματολογίων στα πλαίσια διπλωματικής της εργασίας, του ΜΠΣ με τίτλο: «Κλινική Παιδιατρική και Νοσηλευτική Έρευνα», με την προϋπόθεση τήρησης των κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας.

Επιστημονικός Υπεύθυνος: Ελένη Ευαγγέλου Καθηγήτρια ΕΚΠΑ
Ερευνητές: Παρασκευή Φεϊζίδου ΤΕ Νοσηλεύτρια

Ο ΠΡΟΕΔΡΕΥΩΝ ΤΟΥ Δ.Σ.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ ΠΑΠΑΔΙΟΝΥΣΙΟΥ



ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ
Α' ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ « Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ »

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΠΡΟΣ: κ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΦΕΪΖΙΔΟΥ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΕΩΣ 21-02-18

ΠΑΡΟΝΤΕΣ :

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΧΡΟΥΣΟΣ, ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ, Καθηγητής-
Διευθυντής Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών
ΕΥΘΥΜΙΑ ΤΣΙΝΑ, ΜΕΛΟΣ, Επιμελήτρια Α' Οφθαλμολογίας
ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΠΗΛΙΧΟΥ, ΜΕΛΟΣ, Επιμελήτρια Β' Ορθοπαιδικής
ΑΣΗΜΙΝΑ ΠΑΛΑΙΟΛΟΓΟΥ, ΜΕΛΟΣ, Ειδικευόμενη Παιδοψυχιατρικής
ΑΝΝΑ-ΜΑΡΙΑ ΤΣΙΛΙΑ, ΜΕΛΟΣ, ΠΕ Ψυχολόγων
ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΣΥΡΓΙΑΜΙΩΤΗΣ, ΜΕΛΟΣ, ΤΕ Ραδιολογίας-Ακτινολογίας
ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ ΒΛΑΧΙΩΤΗ, ΜΕΛΟΣ, ΠΕ Νοσηλευτικής

ΘΕΜΑ : Έγκριση διεξαγωγής μελέτης με τίτλο «Διερεύνηση του ηθικού αδιεξόδου
στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό παιδιατρικής ΜΕΘ»

Επιστημονικά Υπεύθυνος: κ. ΕΛΕΝΗ ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ, Καθηγήτρια ΤΕΙ Αθήνας

ΣΧΕΤ. : Αρ.πρωτ. 2682/01-02-18

Το Επιστημονικό Συμβούλιο κατά την συνεδρίασή του στις 21 Φεβρουαρίου 2018 έλαβε υπόψη του την ανωτέρω αίτηση της μεταπτυχιακής φοιτήτριας στο Μ.Π.Σ. «Κλινική Παιδιατρική και Νοσηλευτική Έρευνα» κ. Παρασκευής Φεϊζίδου, που αφορά στην έγκριση διεξαγωγής μελέτης με τίτλο «Διερεύνηση του ηθικού αδιεξόδου στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό παιδιατρικής ΜΕΘ».

Ύστερα από μελέτη και αναλυτική συζήτηση, διαπιστώθηκε ότι η ανωτέρω μελέτη, η οποία εκπονείται στα πλαίσια της διπλωματικής της εργασίας, πληροί όλες τις προϋποθέσεις για τη διεξαγωγή της και όπως αναφέρεται δεν θα υπάρξει οικονομική επιβάρυνση για το νοσοκομείο.

Κατόπιν τούτων, ομόφωνα το Επιστημονικό Συμβούλιο εισηγείται την έγκριση διεξαγωγής της ανωτέρω μελέτης, καθώς και την έγκριση των συνοδευτικών εγγράφων. Συγκεκριμένα:

1. Πρωτόκολλο μελέτης
2. Ερωτηματολόγιο μελέτης

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ**


**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΧΡΟΥΣΟΣ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ-ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
Α' ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ &
ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηράκλειου – Μοιρών,
71500, Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: Πατεράκη Μαριάνθη
Τηλ: 2813 404411
Fax: 2810 331570
Email: mpateraki@hc-crete.gr,
dprogram@hc-crete.gr

Ηράκλειο, 9 /07/2018
Αρ. Πρωτ.: 13456
Φάκελος: ΕΡΕΥΝΑ

ΠΡΟΣ: κα Φειζίδου Π., μεταπτυχιακή φοιτήτρια
ΕΚΠΑ

ΚΟΙΝ:

1. Διοικητή του ΠΑΓΝΗ
2. Επιστημονικό Συμβούλιο
3. Ιατρική Υπηρεσία

ΘΕΜΑ: «Έγκριση έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης Διπλωματικής Εργασίας»

ΣΧΕΤΙΚΑ: Η με υπ' αριθ. πρωτ. 9505/27-06-2018 έγκριση του Επιστημονικού Συμβουλίου

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη όλα τα κατατεθέντα σχετικά έγγραφα, **εγκρίνουμε** τη διεξαγωγή έρευνας στο ΠΑΓΝΗ και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας Παίδων του Νοσοκομείου, από τη φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών «Κλινική Παιδιατρική και Νοσηλευτική – Έρευνα», κα Φειζίδου Παρασκευή, στο πλαίσιο εκπόνησης Διπλωματικής Εργασίας, με θέμα: «**Διερεύνηση του ηθικού αδιεξόδου του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στις παιδιατρικές ΜΕΘ**», υπό την επίβλεψη της Καθηγήτριας, κας Ευαγγέλου Ελένης.

Η Έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) με τη δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της εργασίας θα **προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στην Διοίκηση 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης και στο Επιστημονικό Συμβούλιο του ΠΑΓΝΗ**. Η υποβολή της περίληψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων για την 7^η ΥΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στους ερευνητές ή στον επιβλέποντα καθηγητή είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

β) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της εξασφάλισης της διαφάνειας της επεξεργασίας, της τήρησης της ανωνυμίας, της έγγραφης συγκατάθεσης των συμμετεχόντων στην έρευνα και γενικότερα της λήψης όλων των τεχνικών και οργανωτικών μέτρων κατάλληλων για την προστασία των προσωπικών δεδομένων των υποκειμένων της έρευνας, και τέλος, της μη οικονομικής επιβάρυνσης του Νοσοκομείου.



Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΕΛΕΝΗ Ε. ΜΑΥΡΟΜΜΑΤΗ

Ευνημέμενα: φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων ερευνητικής εργασίας
Εσωτερική Διανομή: Γραφείο Διοίκησης

-είληψη από ημερών
8.6.18/MP

**Απόσπασμα Πρακτικών
της 7^{ης}/31.5.2018 τακτικής Συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου
του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο**

Στη Θεσσαλονίκη, στην οδό Κωνσταντινουπόλεως αρ. 49, σήμερα 31 Μαΐου 2018, ημέρα της εβδομάδας Πέμπτη και ώρα 13.30, το μεσημέρι, στην αίθουσα συνεδριάσεων του Διοικητικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», συνήλθε σε τακτική συνεδρίαση το Διοικητικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», που συγκροτήθηκε με την υπ' αριθμ. Α2Β/Γ.Π.50287/23.9.2016 απόφαση του Υπουργού Υγείας, περίληψη της οποίας δημοσιεύθηκε στο Φ.Ε.Κ. 525/4.10.2016 τ. Υ.Ο.Δ.Δ. και Α2Β/Γ.Π. 30992/13.6.2017 απόφαση του Υπουργού Υγείας, περίληψη της οποίας δημοσιεύθηκε στο Φ.Ε.Κ. 291/19.6.2017 τ. Υ.Ο.Δ.Δ., μετά από έγγραφη πρόσκληση της Προέδρου του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», κας Παπαχριστοδούλου Βασιλικής.

Στη συνεδρίαση παρέστησαν οι κ.κ.:

- Παπαχριστοδούλου Βασιλική του Αθανασίου, Διοικήτρια του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Πρόεδρος,
- Μάκας Χρήστος του Παντελή, Αναπληρωτής Διοικητής του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Αντιπρόεδρος,
- Σκέντσας Γεώργιος του Αθανασίου, ιατρός, τακτικό μέλος,
- Κατσιάφα Ανθούλα του Γεωργίου, Βοηθός Μικροβιολόγου, τακτικό μέλος,
- Χατζηπουλίδης Γεώργιος του Νικολάου, Αναπληρωτής Διοικητής του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», με αρμοδιότητα την αποκεντρωμένη Οργανική Μονάδα Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων, τακτικό μέλος.
- Τσικόπουλος Γεώργιος του Κωνσταντίνου, Διευθυντής Παιδοχειρουργικής, κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», αιρετός εκπρόσωπος των ιατρών, μέλος,
- Αλατζά Παναγιώτα του Αλέξανδρου, υπάλληλος κατηγορίας ΤΕ κλάδου ΤΕ Νοσηλευτικής, εκπρόσωπος του λοιπού, πλην των ιατρών Ε.Σ.Υ., προσωπικού του Νοσοκομείου, τακτικό μέλος,
- Κήτα Μαρίνα του Δημητρίου, κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., Διευθύντρια Ενδοκρινολογίας, Διευθύντρια Ιατρικής Υπηρεσίας του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», τακτικό μέλος,
- Χατζηβασιλείου Δέσποινα του Ευάγγελου, Προϊσταμένη Διεύθυνσης Διοικητικής Υπηρεσίας του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», τακτικό μέλος.

Στη συνεδρίαση μετέχει ο κ. Δημήτριος Κτίστης, μόνιμος υπάλληλος κατηγορίας και κλάδου ΔΕ Διοικητικού - Λογιστικού, με βαθμό Α', ως Γραμματέας του Διοικητικού Συμβουλίου.

Το Διοικητικό Συμβούλιο, μετά τη διαπίστωση της νόμιμης απαρτίας υπό την Προεδρία της κας Παπαχριστοδούλου Βασιλικής, Διοικήτριας και Προέδρου του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου, για τα θέματα της υπ' αριθμ. 28559/25.5.2018 πρόσκλησης, αποφασίζει τα παρακάτω:

Θέμα 52^ο: «Η από 27.2.2018 (αριθμ. πρωτ. του Νοσοκομείου 15438/21.3.2018) αίτηση της κας Φειζίδου Παρασκευής, μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Κλινική Παιδιατρική και Νοσηλευτική - Έρευνα», της Σχολής Επιστημών Υγείας - Ιατρική Σχολή, του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, με την οποία αιτείται τη χορήγηση άδειας διανομής ερωτηματολογίου, στα πλαίσια εκπό-

νησης της διπλωματικής της εργασίας με τίτλο: «Διερεύνηση του ηθικού αδιεξόδου στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό παιδιατρικής ΜΕΘ»».

Η Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου κα Παπαχριστοδούλου Βασιλική, Διοικήτρια του Νοσοκομείου μας, θέτει προς συζήτηση στο Διοικητικό Συμβούλιο το παραπάνω θέμα.

Το Διοικητικό Συμβούλιο, αφού έλαβε υπόψη του:

1. Την από 27.2.2018 (αριθμ. πρωτ. του Νοσοκομείου 15438/21.3.2018) αίτηση της κας Φειτζδου Παρασκευής, μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Κλινική Παιδιατρική και Νοσηλευτική – Έρευνα», της Σχολής Επιστημών Υγείας - Ιατρική Σχολή, του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, με την οποία αιτείται τη χορήγηση άδειας διανομής ερωτηματολογίου, στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής της εργασίας με τίτλο: «Διερεύνηση του ηθικού αδιεξόδου στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό παιδιατρικής ΜΕΘ».
2. Την σύμφωνη γνώμη της κας Μαρίας Σδούγκα, Συντονίστριας Διευθύντριας της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας Παιδών του Νοσοκομείου μας.
3. Την από 16.2.2018 Βεβαίωση Σπουδών της Σχολής Επιστημών Υγείας - Ιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.
4. Το ερευνητικό πρωτόκολλο.
5. Το προς διανομή ερωτηματολόγιο.
6. Το Βιογραφικό σημείωμα της κας Φειτζδου Παρασκευής.
7. Την από 27.2.2018 Υπεύθυνη Δήλωση της κας Φειτζδου Παρασκευής, με την οποία δηλώνει ότι δεν θα παραβιασθούν προσωπικά δεδομένα και ότι δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά το Νοσοκομείο.
8. Το υπ' αριθμ. πρωτ. Ε.Σ. 229/7.5.2018 (αριθμ. πρωτ. του Νοσοκομείου 25948/15.5.2018) έγγραφο του Καθηγητή κ. Ιωάννη Κανονίδη, Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μας, με το οποίο εισηγείται την έγκριση του αιτήματος της κας Φειτζδου Παρασκευής, για χορήγηση άδειας διανομής ερωτηματολογίου, με τίτλο: «Διερεύνηση του ηθικού αδιεξόδου στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό παιδιατρικής ΜΕΘ», στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Κλινική Παιδιατρική και Νοσηλευτική - Έρευνα», της Σχολής Επιστημών Υγείας - Ιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, υπό την προϋπόθεση ότι δεν θα παραβιασθούν προσωπικά δεδομένα.
9. Τη διεξοδική συζήτηση μεταξύ των μελών του.

Αποφασίζει ομόφωνα

- α. Τη έγκριση του αιτήματος της κας Φειτζδου Παρασκευής, μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Κλινική Παιδιατρική και Νοσηλευτική - Έρευνα», της Σχολής Επιστημών Υγείας - Ιατρική Σχολή, του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, για τη χορήγηση άδειας διανομής ερω-

τηματολογίου, στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής της εργασίας με τίτλο: «Διερεύνηση του ηθικού αδιεξόδου στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό παιδιατρικής ΜΕΘ», υπό την προϋπόθεση ότι δεν θα παραβιασθούν προσωπικά δεδομένα.
β. Η ανωτέρω διανομή ερωτηματολογίου, να είναι υπό την επίβλεψη της κας Μαρίας Σδούγκα, Συντονίστριας Διευθύντριας της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας Παιδών του Νοσοκομείου μας.

Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

Παπαχριστοδούλου Βασιλική
Ακριβές απόσπασμα
Θεσσαλονίκη 5/6/2018
Ο ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ
ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

Δημήτριος Κρίστης



ΤΑ ΜΕΛΗ

1. Μάκος Χρήστος
2. Σκέντος Γεώργιος
3. Κατσιάφα Ανθούλα
4. Χατζηπουλίδης Γεώργιος
5. Τσικόπουλος Γεώργιος
6. Αλατζά Παναγιώτα
7. Κήτα Μαρίνα
8. Χατζηβασιλείου Δέσποινα