ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

HELLENIC REPUBLIC
UNIVERSITY OF CRETE
SCHOOL OF MEDICINE

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΙΔΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΚΑΙ ΝΕΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Διερεύνηση των αντιλήψεων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ΜΕΘ σε θέματα που αφορούν το τέλος της ζωής – αποφάσεις και επιδράσεις στην επαγγελματική εξουθένωση»

Αικατερίνη Πλευράκη

Νοσηλεύτρια ΤΕ

ΑΜ: 1130065

Ηράκλειο, Φεβρουάριος 2021

UNIVERSITY OF CRETE - SCHOOL OF MEDICINE

POSTGRADUATE STUDY PROGRAMME – Master of Science

Emergencies and Intensive Care in Children Adolescents

and Young Adults

DIPLOMA THESIS

«ICU medical and nursing staff perceptions on issues concerning the end of life – decisions and impact on burn out»

Ekaterini Plevraki

Registered Nurse

ID number: 1130065

Heraklion, February 2021

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Ηλία Σταυρούλα, Επίκουρη Καθηγήτρια Εντατικής Θεραπείας Παίδων, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή:

Ηλία Σταυρούλα, Επίκουρη Καθηγήτρια Εντατικής Θεραπείας Παίδων, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Βλασιάδης Κων/νος, Δρ. Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης

Μπριασούλης Γεώργιος, Ομότιμος Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας Παίδων, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Ηλία Σταυρούλα, Επίκουρη Καθηγήτρια Εντατικής Θεραπείας Παίδων, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Βαπορίδη Αικατερίνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Εντατικής Θεραπείας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Μπριασούλης Γεώργιος, Ομότιμος Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας Παίδων, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ευχαριστώ την συμβουλευτική επιτροπή,

την οικογένειά μου για την αμέριστη υπομονή

και στήριξη για όλο αυτό το διάστημα

και φυσικά το προσωπικό των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας

Ενηλίκων, Παίδων και της Μονάδας Εντατικής

Παρακολούθησης Καρδιοπαθών του

Περιφερικού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου

για τον πολύτιμο χρόνο που διέθεσαν

για την διεξαγωγή της έρευνάς μου.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ 8
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ 9
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ 11
ΠΕΡΙΛΗΨΗ 13
Εισαγωγή 19
Κεφάλαιο 1ο 20
1.1 Ο θάνατος και ο περιορισμός θεραπείας 20
Κεφάλαιο 2ο 22
2.1 Ιατρική Αβεβαιότητα και Ματαιοπονία 22
Κεφάλαιο 3 28
3.1 Η ελευθερία των ασθενών στη λήψη αποφάσεων 28
3.2 Το Πατερναλιστικό και Μητριμαλιστικό μοντέλο αντιμετώπισης ασθενών 29
3.3 Απόψεις γιατρών και κοινωνίας για τα μοντέλα λήψης αποφάσεων 31
1.1 Σκοπός της μελέτης 37
2.1 Μεθοδολογία 37
2.2 Στατιστική Μεθοδολογία 38
3.1 Αποτελέσματα 41
Ικανοποίηση ή επίδραση από την εργασία 44
Ιατρική Επίσκεψη 45
Περιορισμός της θεραπείας 49
Πληροφόρηση της οικογένειας και ΠτΘ 57
Κριτήρια και λόγοι για ΠτΘ 58
Το ερωτηματολόγιο MBI 69
Επαγγελματική εξουθένωση 69
4.1 Συζήτηση 73
Απόψεις ιατρών και Νοσηλευτών για τα θέματά περιορισμού θεραπείας 73
Επαγγελματική Εξουθένωση (Burn-out) και αποφάσεις για το Τέλος της Ζωής 74
Επαγγελματική Ικανοποίηση και Επαγγελματική Εξουθένωση 75
5.1 Προοπτικές μελέτης 76
6.1 Περιορισμοί μελέτης 76
7.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 77
Βιβλιογραφία 79
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 85

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΜΕΘ	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
ICU	Intensive Care Unit
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερική
SDM	Surrogate Decision Makers
MBI	Maslach Burnout Inventors
Πα.Γ.Ν.Η.	Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου
ΠτΘ	Περιορισμοί της Θεραπείας
Ττζ	Τέλος της ζωής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Στις ΜΕΘ η θεραπεία στόχο έχει την διατήρηση της ζωής των ασθενών αντιμετωπίζοντας απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις. Σε κάποιες όμως περιπτώσεις, η θεραπεία δεν μπορεί να ανατρέψει τη διαδικασία θανάτου, και η όποια παρέμβαση μπορεί να θεωρηθεί ως μάταιη. Οι καταστάσεις αυτές είναι ψυχοφθόρες, τόσο για τους γιατρούς όσο και τους νοσηλευτές των ΜΕΘ, καθώς πρόκειται για μια επίπονη διαδικασία από άποψη συναισθηματικής κατάστασης και σωματικής φθοράς. Είναι άλλωστε γνωστό ότι στις ΜΕΘ της Ελλάδας το προσωπικό δεν είναι επαρκές αναλογικά με τους ασθενείς.

Σκοπός: Ο σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθούν οι απόψεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των ΜΕΘ του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ηρακλείου σχετικά με τις απόψεις για το Τέλος της Ζωής στις μονάδες και για τον σταδιακό περιορισμό της θεραπείας που λαμβάνουν. Επιπλέον θα εξεταστεί η συναισθηματική καταπόνηση την οποία υφίσταται το προσωπικό προκειμένου να ανταπεξέλθει στο απαιτητικό περιβάλλον στο οποίο δουλεύει αλλά και στην κρίσιμη κατάσταση των ασθενών.

Μέθοδός: Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη παρατήρησης (cross sectional observational study). Η έρευνα έλαβε χώρα στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, σε 3 μονάδες : Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παίδων, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης Καρδιοπαθών. Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια. Το πρώτο ερωτηματολόγιο των απόψεων των ιατρών και των νοσηλευτών για τα θέματα που αφορούν τις αποφάσεις περιορισμού θεραπειών αποτελείται από 103 ερωτήσεις για γιατρούς και 95 για νοσηλευτές και τα θέματα που διερευνά είναι η διαδικασία λήψης αποφάσεων αποκλιμάκωσης ή απόσυρσης των θεραπειών, η ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας απ' αυτή τη διαδικασία, η δέσμευση των ΜΕΘ σε υψηλά Ηθικά Πρότυπα, η επικοινωνία με την οικογένεια ή τους οικείους του ασθενούς, τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για τη διακοπή μιας θεραπείας, η νομική ευθύνη και ο φόβος νομικών συνεπειών, η πληροφόρηση που παρέχεται από τους γιατρούς στην οικογένεια ή/και στο νοσηλευτικό προσωπικό. Το δεύτερο ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης, Maslach Burnout Inventory (MBI) είναι το ευρύτερα χρησιμοποιούμενο για την αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσής. Περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις σχετικές με τις 3 διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης,

συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και έλλειψη προσωπικής εκπλήρωσης - προσωπικών επιτευγμάτων.

Αποτελέσματα: Στην έρευνα τα περισσότερα άτομα που συμμετείχαν ήταν νοσηλευτές με μέση ηλικία 30-40 έτη και με τουλάχιστον 1 παιδί. Σύμφωνα με την μελέτη η πλειοψηφία του δείγματος δηλώνει ότι διαδικασία περιορισμού της θεραπείας είναι απαραίτητη και ωφέλιμη. Επίσης ανέδειξε ότι το 47,1%, ποσοστό που αντιστοιχεί στους γιατρούς που συμμετείχαν πιστεύει ότι δεν υπάρχει πλήρη ενημέρωση της οικογένειας. Το μεγαλύτερο ποσοστό θεωρεί ότι καταλληλότερος όρος είναι "Άρνηση της μάταιης φροντίδας". Επίσης, με μικρή διαφορά 45,8%, οι γιατροί δηλώνουν ότι δεν φοβούνται για νομικές συνέπειες έναντι του ποσοστού 41,1%. Η επαγγελματική εξουθένωση ανέρχεται στο ποσοστό 26.25% στο σύνολο ενώ η συναισθηματική κόπωση είναι μεγαλύτερη για τους νοσηλευτές. Τέλος η επαγγελματική εξουθένωση είναι σε υψηλά ποσοστά τόσο για τους γιατρούς όσο και για τους νοσηλευτές.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα διακρίνεται έλλειψη ομοφωνίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών, ικανοποίηση της εργασίας και υψηλή επαγγελματική εξουθένωση. Κρίνεται αναγκαία η δημιουργία νομοθετικού πλαισίου καθώς υπάρχει ο φόβος για νομικές συνέπειες από τις αποφάσεις που λαμβάνονται για το Τέλος της Ζωής.

ABSTRACT

Introduction: ICUs, treatment focuses on preserving patients 'lives by overcoming other patients' needs such as pain and dignity. To make this happen, advanced technology is widely used to delay the death process. This process strains the doctors and nurses of the ICU as it is a psychologically damaging process both in terms of emotional state and in terms of physical deterioration. It is also known that in the ICUs of Greece the staff is not sufficient in proportion to the patients.

Purpose: The purpose of the study is to investigate the views of the medical staff of the ICU of the University Hospital of Heraklion regarding the views on the End of Life in the units and the gradual reduction of the treatment they receive. Another part that will be examined is the emotional strain that the staff undergoes in order to cope with the demanding environment in which they work but also with the critical condition of the patients.

Methods: To achieve this, a cross sectional observational study was performed. The research will take place at the University General Hospital of Heraklion, in 3 units: Pediatric Intensive Care Unit, Intensive Care Unit and Cardiac Intensive Care Unit. Two questionnaires were used for data collection. The first questionnaire of the views of doctors and nurses on the issues related to the decisions to limit treatment consists of 103 questions for doctors and 95 for nurses and the issues it investigates are the decision-making process of de-escalation or withdrawal of treatments, the satisfaction of professionals the commitment of ICUs to high Ethical Standards, communication with the patient's family or relatives, the criteria used to discontinue treatment, legal responsibility and fear of legal consequences, the information provided by family doctors and / or nursing staff. The second Occupational Exhaustion Questionnaire, Maslach Burnout Inventory (MBI) is the most widely used to assess occupational burnout. It includes 22 questions related to the 3 dimensions of burnout, emotional exhaustion, depersonalization and lack of personal fulfillment - personal achievement.

Results: In the study most of the participants were nurses with a mean age of 30-40 years and at least 1 child. According to the study, the majority of the sample states that a process of limiting treatment is necessary and beneficial. The responders also pointed out that 47.1%, a percentage corresponding to the doctors who participated, believe that there is no complete information of the family. The largest percentage considers that the most appropriate term is "Refusal of vain care". It also showed that with a small difference, most doctors state that they are not afraid of legal consequences (45.8%), compared to the

percentage of those who are afraid (41.1%). Job burnout is 26.25% of the total while emotional fatigue is greater for nurses. Finally, burnout is high for both doctors and nurses.

Conclusions: According to the results, there is a lack of unanimity due to the lack of information for nurses. Job satisfaction, but also burnout, is high. It is necessary to create a legal framework as there is a fear of legal consequences.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Ο αρχικός σκοπός δημιουργίας των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) ήταν να διατηρήσουν στη ζωή τον ασθενή καθυστερώντας όσο το δυνατόν περισσότερο τον ερχομό του τέλους της ζωης,[41] ακόμα και αν αυτή ήταν μάταιη.[42] Διαχρονικά, όλο και λιγότεροι ήταν οι άνθρωποι που πεθαίναν σπίτι τους χωρίς να έχουν υποστεί κάποια παρέμβαση.[43] Σήμερα, σε πολλές χώρες εφαρμόζεται πρωτόκολλο άρσης «μάταιης θεραπείας» εφόσον η κατάσταση είναι μη αναστρέψιμη.[41]

Τα μέτρα περιορισμού της μάταιης θεραπευτικής αγωγής περιλαμβάνουν την μη κλιμάκωση της αγωγής που λαμβάνει ο ασθενής, την απόσυρση της και την μη εφαρμογή ΚΑΡΠΑ εφόσον αυτός υποστεί καρδιακή ανακοπή. Συγχρόνως, από την αρχή της νοσηλείας, δίνεται έμφαση στην παρηγορητική φροντίδα η οποία θεωρείται εξίσου σημαντική. Το κάθε μέρος του περιορισμού της θεραπείας εφαρμόζεται με βάση το νομικό πλαίσιο της κάθε χώρας.[44] Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην εφαρμογή των αποφάσεων αυτών είναι ιδιαίτερα λεπτός, καθώς θα πρέπει να λάβουν υπόψιν τις επιθυμίες του ασθενή, των συγγενών αλλά και της δικής τους κρίσης σχετικά με την κατάσταση.[11] Στην Ελλάδα η έρευνα δεν είναι ιδιαίτερα εκτεταμένη γύρω από τον περιορισμό της θεραπείας ενώ δεν είναι γνωστές οι απόψεις των γιατρών και νοσηλευτών σχετικά με θέματα που αφορούν το τέλος της ζωής. Επίσης, δεν υπάρχει νομικό πλαίσιο ενός σχετικού πρωτοκόλλου.[25]

Ο στόχος της παρούσας μελέτης είναι να καταγράψει τις σύγχρονες απόψεις των επαγγελματιών υγείας των ΜΕΘ σχετικά με τον περιορισμό της θεραπείας και πως αυτό το γεγονός επηρεάζει τον είδη επιφορτισμένο συναισθηματικό κόσμο τους.

Κεφάλαιο 1ο

1.1 Ο θάνατος και ο περιορισμός θεραπείας

Ο θάνατος είναι το αναπόφευκτο τέλος της ολοκλήρωσης της ζωής. Η διαδικασία αυτή βιώνεται από το πρόσωπο που φεύγει αλλά και από άτομα του περιβάλλοντός του που βιώνουν την απώλεια ενός οικείου τους προσώπου. Από την μεριά χάνεται η ζωή ενός ανθρώπου και από την άλλη βιώνουν την απώλεια του. Σε κάθε περίπτωση που το άτομο βιώνει μια απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου δημιουργούνται μηχανισμοί προκειμένου να αντιμετωπίσει και να ξεπεράσει το πένθος. Ο κάθε πολισμός και θρησκεία αντιλαμβάνεται τον θάνατο με διαφορετικό τρόπο. Όπως και ότι έχει αντίκτυπο και στον τρόπο που θλίβονται.[1] Ο πολιτισμός οριοθετεί στον πληθυσμό μιας χώρας τον τρόπο που θα εκλάβει τα γεγονότα της ζωής. Στον Ελληνικό πληθυσμό συναντάμε επιρροές από τους αρχαίους Έλληνες και την Ορθόδοξη Εκκλησία στα σημερινά έθιμα και παραδόσεις.[2]

Στο βιβλίο On death and Dying (1969) η συγγραφέας Elisabeth Kübler-Ross αναφέρεται στα πέντε στάδια που βιώνει ο άνθρωπος στη διάρκεια του πένθους. Επίσης μπορεί ο καθένας να βιώσει διαφορετικά τα στάδια ή να προσπεράσει κάποια ανάλογα με την προσωπικότητα του και άλλους παράγοντες που βιώνει εκείνη την περίοδο.[1]

Τα στάδια είναι:

1. Άρνησης – Το άτομο αρνείται να αποδεχτεί το γεγονός
2. Θυμός - Το άτομο αρχίζει να αντιδρά στο γεγονός. Συχνά χρησιμοποιεί φράσης όπως "Γιατί σε εμένα;" "Γιατί εγώ; Δεν είναι δίκαιο;¨
3. Διαπραγμάτευσης – Επιζητά κάποιου είδος συμφωνία προκειμένου να εμποδίσει το αναπόφευκτο
4. Κατάθλιψη - Θεωρείται η αντιδραστική θλίψη καθώς ανακαλεί στο μυαλό του την κατάσταση
5. Αποδοχής – Κλείνεται στον εαυτό του και προσπαθεί να αντιμετωπίσει την κατάσταση μέσα του[1]

Στην Ελλάδα έχει εδραιωθεί η αντίληψη ότι η ψυχή του αποθανόντος περνά στο στάδιο της μεταθανάτιας ζωής. Στον ελλαδικό χώρο αν και υπάρχουν κοινές αξίες παρατηρούνται διαφορετικές στάσεις/αντιλήψεις από τον πληθυσμό. Γενικότερα επικρατεί φόβος προς την ιδέα του θανάτου ο οποίος δημιουργήθηκε από τους μύθους και τις πολιτισμικές ιδέες. Συνήθως αποφεύγονται συζητήσεις που αφορούν τον θάνατο εκτός και αν πρόκειται για μακρινό πρόσωπο. Ένα ακόμη χαρακτηριστικό που συναντάται στην Ελληνική κουλτούρα είναι η διάρκεια και η ένταση των συναισθημάτων του πένθους και της θλίψης.[2]

Καθώς ο θάνατος και η διαδικασία του θανάτου αποτελούν ένα σημαντικό βίωμα στη ζωή του θανόντος και ένα σημαντικό γεγονός στην ζωή των συγγενικών του προσώπων, η πιθανότητα απόσυρσης της θεραπείας αποβαίνει εκ των πραγμάτων μια δύσκολη απόφαση για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Η είσοδος στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) για πολλούς Αμερικάνους θεωρείται ως η πιστοποίηση μιας μη αναστρέψιμης κατάστασης. Καθώς λοιπόν οι ασθενείς που νοσηλεύονται στις μονάδες δεν έχουν τη δυνατότητα να αποφασίσουν για την υγειονομική τους περίθαλψη το βάρος της απόφασης το αναλαμβάνει η οικογένεια του ασθενούς. Τα άτομα αυτά θεωρούνται αναπληρωματικοί υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων [Surrogate Decision Makers (SDM)]. Ο ρόλος τους είναι εξαιρετικά δύσκολος καθώς μόνο το 10% των ασθενών που εισάγονται στην ΜΕΘ έχει δηλώσει την επιθυμία του σχετικά με την απόφαση που θα ληφθεί. Σε μία άλλη έρευνα τα στοιχεία έδειξαν ότι αν και οι ασθενείς έχουν δηλώσει εκ των προτέρων την απόφαση τους, οι υπεύθυνοι λήψης απόφασης (SDM), που έχουν οριστεί δεν την ακολουθούν. Οι SDM πρέπει να λάβουν αποφάσεις για την υγειονομική περίθαλψη ενός αγαπημένου τους προσώπου, γεγονός που τους προκαλεί ιδιαίτερο συναισθηματικό φορτίο. Έχει διαπιστωθεί επίσης ότι η μη ικανοποίηση των αιτημάτων που οι SDM προβάλουν τους δημιουργεί περισσότερο άγχος και κακή ψυχολογική κατασταση.[3]

Από την άλλη πλευρά το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των ΜΕΘ καλείται να λάβει αποφάσεις σχετικά με τους ασθενείς. Μελέτες αναφέρουν ότι οι περισσότεροι θάνατοι στην ΜΕΘ οφείλονται σε απόσυρση ή μη κλιμάκωση της θεραπείας για την διατήρηση της ζωής τους. Έρευνα ανέδειξε ότι από το σύνολο των θανάτων στην Αυστραλία οι περίπου μισοί από αυτούς είχαν αποβιώσει σε ΜΕΘ. Τα δεδομένα αυτά αναδεικνύουν την διεθνή κατάσταση όπου αυξάνονται οι ασθενείς που πεθαίνουν μετά από απόσυρση της θεραπείας. Ένα μεγάλο μέρος των ασθενών που εισάγονται δεν έχουν συνειδητοποιήσει την σοβαρότητα της κατάστασης τους με αποτέλεσμα να μην έχουν εκφράσει κάποια επιθυμία σχετικά την συνέχιση ή την διακοπή της θεραπείας τους. Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας

δημιουργήθηκαν το 1950 με σκοπό την αντιμετώπιση της επιδημίας της πολιομυελίτιδας που είχε ξεσπάσει εκείνη την περίοδο. Με την βοήθεια της τεχνολογίας που γνώρισε ραγδαία εξέλιξη οι ΜΕΘ εξοπλίστηκαν με μηχανήματα όπως monitoring, αναπνευστήρες κ.α. όπου συνέβαλαν στην παρακολούθηση των ζωτικών λειτουργιών των ασθενών ώστε να αντιμετωπίζονται γρηγορότερα και με ακρίβεια οι παθολογικές καταστάσεις. Βέβαια τίποτα από όλα αυτά δεν συντελεί στην αιωνόβια ζωή. Όσο λοιπόν και αν χρησιμοποιούνται παρεμβατικές θεραπείες για την αντιμετώπιση μιας ασθένειας δεν θα επιφέρουν πάντα την ίαση στον ασθενή. Γι' αυτό ο θεράπων θα πρέπει να διακρίνει πότε θα πρέπει να αναστείλει τις παρεμβατικές θεραπείες, όταν αυτές πλέον δεν θα ωφελούν άλλο τον ασθενή.[34]

Αν και το προσωπικό των ΜΕΘ έχει τις γνώσεις και διαθέτει τον κατάλληλο εξοπλισμό σε μηχανήματα για να υποστηρίξει τον βαρέως πάσχοντα, αυτά σε πολλές περιπτώσεις δεν αποδεικνύονται αρκετά. Για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί ηθικό δίλημμα η απόσυρση της θεραπείας, για την οποία απαιτείται η γνώση των βασικών αρχών της βιοηθικής. Η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι συχνά υπάρχει κακή επικοινωνία μεταξύ των μελών της ΜΕΘ, η οποία σε συνδυασμό με έναν ίσως αδιευκρίνιστο ρόλο του νοσηλευτή, εμποδίζει τη βέλτιστη λήψη των αποφάσεων για την απόσυρση της θεραπείας. Επίσης, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των μονάδων συχνά αναφέρει ότι φοβάται το γεγονός ότι εγκατέλειψε πρόωρα την ελπίδα για τον ασθενή και νοιώθει απροετοίμαστο για την συζήτηση που θα επακολουθήσει σχετικά με την απόσυρση της θεραπειας.[4]

Κεφάλαιο 2ο

2.1 Ιατρική Αβεβαιότητα και Ματαιοπονία

Η αβεβαιότητα είναι κομμάτι της ιατρικής επιστήμης τόσο γιατί οι διαθέσιμες πληροφορίες είναι λίγες ή δυσεύρετες όσο γιατί οι πληροφορίες που δίνονται από τον ασθενή δεν είναι επαρκείς. Οι ιατρικές αποφάσεις επηρεάζονται επίσης από διάφορους άλλους παράγοντες αντικειμενικούς και υποκειμενικούς. Σε συνέντευξη που έγινε σε γιατρούς εντοπίστηκαν τρεις πηγές αβεβαιότητας οι οποίες ήταν τεχνικές, προσωπικές και σχετικές με τη γνώση και αντιλήψεις των ιατρών.

- Τεχνική αβεβαιότητα χαρακτηρίστηκε αυτή που πηγάζει από την έλλειψη δεδομένων που να προβλέπουν την εξέλιξη της νόσου και των αποτελεσμάτων της παρέμβασης σε αυτήν
- Προσωπική αβεβαιότητα που αναφέρεται στην σχέση γιατρού - ασθενή η οποία διακρίνεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς αδυνατούσαν να γνωστοποιήσουν τις επιθυμίες τους αλλά και από την προσκόλληση του ασθενούς σε πάροχο φροντίδας ο οποίος μάλιστα ήταν για πολύ καιρό στο πλευρό τους
- Αδυναμία σχετικά με την αντίληψη της ασθένειας τόση ώστε να δώσουν στον κατάλληλο ασθενή που το έχει περισσότερο ανάγκη προτεραιότητα στην περίθαλψη άλλα και την συσχέτιση της γνώσης που κατέχουν με την ασθενεια.[5]

Οι αποφάσεις που λαμβάνουν οι άνθρωποι βασίζονται στον τρόπο επεξεργασίας της πληροφορίας και χωρίζονται με βάση τις βιωματικές εμπειρίες και τις γνώσεις που έχουν λάβει μετά από συζητήσεις με τους συνάδελφους τους. Η αβεβαιότητα στην ιατρική επιστήμη προκύπτει γιατί οι ίδιοι οι γιατροί επιζητούν τη βέλτιστη λύση. Με βάση αυτό το ζητούμενο, ακολουθεί η διαδικασία της επεξεργασίας των κίνδυνων αλλά και τα οφέλη που θα έχει ο ασθενής.[6]

Μέσα στην αβεβαιότητα που κατακλύζει την ιατρική αναδεικνύεται και το συναίσθημα της ματαιοπονίας που είναι αναμενόμενο σε τέτοιες στιγμές. Η ματαιοπονία είναι το συναίσθημα που νοιώθει ο εκάστοτε γιατρός όταν γνωρίζει ότι η θεραπεία δεν θα βελτιώσει την κατάσταση του ασθενή αλλά μάλλον θα παρατείνει τη διαδικασία του θανάτου. Στην περίπτωση αυτή οι γιατροί έχουν το δικαίωμα να μην την παρέχουν. Αυτό μπορεί να λειτουργήσει ως κριτήριο για να σταματήσει η επιθετική θεραπεία. Ωστόσο εξακολουθεί ο ορισμός να είναι αόριστος. Πρώτον γιατί έχει διπλή ερμηνεία που είναι η εξορισμού πρόβλεψη ότι η θεραπεία δεν θα αποδώσει και δεύτερον ότι αν και η θεραπεία παρουσιάζει θετικά αποτελέσματα αυτά δεν θα ωφελήσουν τον ασθενή. Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται ακόμα και για να προδικάσουν μια προτεινόμενη θεραπεία ώστε να μην χορηγηθεί στον ασθενή. Σε έρευνα που έγινε έδειξε ότι οι γιατροί θεωρούν μάταιη μια θεραπεία όταν το ποσοστό της επιτυχίας είναι 0% ενώ άλλοι θεωρούν ότι το αποτέλεσμα είναι μάταιο ακόμα και όταν το ποσοστό επιτυχίας είναι 13%. Για αυτό το λόγο άρχισε να γίνεται χρήση του όρου ¨θνητότητα¨ μέχρι να διευκρινιστεί η έννοια του.

Ο Schneiderman[29] και συνεργάτες δήλωσαν ότι μια ιατρική πράξη είναι μάταιη εάν (βάσει εμπειρικών δεδομένων) το επιθυμητό αποτέλεσμα, αν και είναι δυνατό, είναι συντριπτικά απίθανο. Ακόμα και αν υπάρχει μια επιτυχία ανάμεσα σε χιλιάδες αποτυχίες

αυτό δεν αναιρεί τη ματαιότητα της θεραπείας. Ο ορισμός της ιατρικής ματαιοπονίας ορίζεται από την δυο μεταβλητές ποσοτικές και ποιοτικές. Η πρώτη αξιολογεί την πιθανότητα να υπάρχει θετικό αποτέλεσμα της θεραπείας και η δεύτερη το όφελος που θα έχει ο ασθενής από τη θεραπεία. Ο προσδιορισμός της ιατρικής ματαιότητας είναι ανάλογος με τον υπολογισμό της ανάλυσης των δυο μεταβλητών. Όσο πιο κοντά στο 0 βρίσκονται η θεραπεία κατατάσσεται ως μάταιη. Από μια άλλη θεώρηση, η ανάλυση του αποτελέσματος της θεραπείας γίνεται με υποκειμενικό κριτήριο οπότε το πόσο μάταιη ή όχι είναι μια θεραπεία είναι αμφιλεγόμενο. Ποιος μπορεί να το κρίνει; Και πως μπορεί να ορίσει κάποιος την ποιότητα ζωής; Πως διαχειρίζεται τις διαφωνίες; Για παράδειγμα, μετά την εφαρμογή θεραπείας κερδίζεται η παράταση ζωής ενός ασθενή αλλά δεν βελτιώνεται η ποιότητα ζωής του, τότε η θεραπεία θεωρείται μάταιη ή όχι; Για τους γιατρούς ίσως θεωρηθεί μάταιη αλλά η οικογένεια του μπορεί να έχει αντίθετη άποψη γιατί αρκείται στο γεγονός ότι παραμένει στη ζωή. Η εξειδικευμένη εκπαίδευση, δίνει την δυνατότητα στους γιατρούς να καθορίζουν το ιατρικό όφελος. Για την πρόληψη και επίλυση των διαφορών που προκύπτουν γύρω από την ματαιότητα μιας θεραπευτικής αγωγής είναι σημαντικό να υπάρχει καλή επικοινωνία και ενημέρωση μεταξύ των γιατρών στη ΜΕΘ ώστε να λαμβάνεται και η σωστή απόφαση. Η ματαιότητα δύσκολα επιλύεται αλλά εύκολα αποφεύγεται. Οι δίαυλοί επικοινωνίας μεταξύ των γιατρών και μεταξύ της οικογένειας είναι το βασικό συστατικό για να αποφευχθεί η ματαιότητα. Σε ένα περιβάλλον όπως είναι οι ΜΕΘ είναι δύσκολο να πραγματοποιηθεί και οι οικογένειες λαμβάνουν ελλιπή ενημέρωση σχετικά με τους ασθενείς. Οι απατήσεις που λαμβάνουν είναι διφορούμενες καθώς το πρόσωπο που τις δίνει είναι διαφορετικό και μερικές φορές θέλουν περισσότερες απαντήσεις, πράγμα που είναι δύσκολο στο απαιτητικό περιβάλλον των ΜΕΘ. Οι συγγενείς των ασθενών που βρίσκονται στο τέλος της ζωή τους νοιώθουν την ανάγκη ότι πρέπει να ενημερωθούν πιο διεξοδικά σχετικά με την κατάσταση τους. Η Επιτροπή Δεοντολογίας της Εταιρείας Κρίσιμης Φροντίδας Ιατρικής απαρίθμησε αυτές τις ανάγκες που είναι:

1. Η συμπαράσταση στον ασθενή
2. Να ωφεληθεί με την βοήθεια που θα του προσφέρουν
3. Να γίνεται ενημέρωση για τις μεταβολές στην κατάστασή του
4. Να εξηγείται την κατάσταση στον ασθενή
5. Οι ασθενείς να νοιώθουν άνετα
6. Να γίνεται παρηγορητική φροντίδα
7. Να μοιράζεται τα συναισθήματα του
8. Να λαμβάνει σωστές αποφάσεις για το τέλος του

9. Να βρουν νόημα στο τέλος της ζωής του οι συγγενείς του
10. Να τρέφονται, να ενυδατώνονται και να ξεκουράζονται

Οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες βλάπτουν την σχέση μεταξύ γιατρών και συγγενών του ασθενή. Συνήθως αυτό γίνεται σε μία προσπάθεια των γιατρών να καθησυχάσουν τους συγγενείς από το άγχος. Σε ένα άλλο άρθρο, η Prendergast[28] αναφέρθηκε σε μια σειρά στρατηγικών που μπορούν να ακολουθήσουν οι γιατροί των ΜΕΘ. Υποστήριξε ότι η ιατρική ματαιότητα επηρεάζει την κρίση τους για την επίλυση των διαφορών και δημιουργεί συγκρούσεις μεταξύ του γιατρού και του συγγενή. Εναλλακτικά, η Prendergast πρότεινε μια σειρά στρατηγικών για να αποφευχθούν οι συγκρούσεις.

1. Ενημέρωση των ασθενών και των οικογενειών τους
2. Την τοποθέτηση κι άλλου προσωπικού για την παροχή καλύτερης εξυπηρέτησης στον ασθενή και στους συγγενείς.
3. Προώθηση ρεαλιστικών προσδοκιών.
4. Σωστή πρόγνωση της ασθένειας
5. Διατήρησή της συνεχής φροντίδας
6. Να είναι συμπονετικοί και ευέλικτοι
7. Σταθερότητα σχετικά με τα όρια
8. Προσοχή στη λήψη αποφάσεων που συσχετίζονται με τα οικονομικά.

Στην Prendergast αναφέρθηκαν επίσης και τρόποι μεσολάβησης ώστε να ρυθμιστούν οι διαφωνίες. Οι στρατηγικές διαμεσολάβησης περιλαμβάνουν τέσσερα στοιχεία:

1. Να διαχωριστεί το πρόβλημα από την κατάσταση
2. Εστίαση στον λόγο που είναι εκεί και όχι σε προσωπικές θέσεις
3. Χρήση αντικειμενικών κριτηρίων
4. Να επισημανθούν τα αμοιβαία ωφελεί

Φυσικά, παρά τη βέλτιστη επικοινωνία και παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας στο τέλος της ζωής, οι διαφορές είναι αναπόφευκτες. Αυτές οι διαφορές μπορούν να επιλυθούν καλύτερα στο πλαίσιο μιας κοινωνικής συναίνεσης που περιλαμβάνει ως κοινό γνώμονα την κατάλληλη ιατρική περίθαλψη του ασθενούς. Επίσης, η χρήση αλγόριθμων για την αντιμετώπιση των διαφωνιών σχετικών με την εφαρμογή μάταιης θεραπείας στο τέλος της ζωής διευκολύνουν την επικοινωνία και βελτιώνουν την σχέση μεταξύ γιατρών και των οικείων προσώπων του ασθενή. Οι γιατροί των μονάδων μπορούν να συμβάλουν στη δημιουργία ενός αλγόριθμου για το δικό τους νοσοκομείο για την αντιμετώπιση της

ματαιοπονίας στο τέλος της ζωής των ασθενών που νοσηλεύονται στο ίδρυμα. Έτσι θα διασφαλίσουν μια δίκαιη διαδικασία, αγκαλιάζοντας με ηθική φροντίδα και υποστηρίζοντας τις αρχές της παρηγορητικής φροντίδας. Η Εταιρεία για την Κρίσιμη Φροντίδα Ιατρικής τονίζει ότι ¨πρέπει να εφαρμόζεται τεκμηριωμένη κλινική πρακτική με κατευθυντήριες γραμμές που περιλαμβάνουν προγνώσεις στα θέματα ματαιότητας¨. Έτσι οι οικογένειες θα λαμβάνουν την καλύτερη ενημέρωση και ιατρική φροντίδα.[7]

Όταν υπάρχει οργάνωση στη λειτουργία των νοσοκομείων, αυτή επιτρέπει στους γιατρούς να κρατούν σταθερή την κατάσταση του ασθενή σε αρκετές περιπτώσεις χωρίς περαιτέρω παρεμβάσεις. Η τεχνολογία που υπάρχει στις μέρες μας έχει καταφέρει να διατηρεί τις ζωτικές λειτουργίες των ασθενών πράγμα που κάνει την ματαιότητα έναν δύσκολα εφαρμόσιμο όρο. Αν και πολλές φορές η ¨ματαιότητα της αγωγής¨ θεωρείται λόγος να αποσυρθεί η αγωγή, μια τέτοια απόφαση φέρει στο προσκήνιο τον αντίλογο σχετικά με την ¨παθητική και ενεργητική ευθανασία¨. Έτσι αναδεικνύει την ανάγκη επαναπροσδιορισμού του ορισμού της «μάταιης θεραπείας» καθώς μπορεί χρησιμοποιηθεί αθέμιτα προκείμενου να γίνει σταδιακή διακοπή της θεραπείας του ασθενή.[26]

Μέχρι και στις μέρες μας είναι δύσκολο να προσδιοριστεί ο όρος της ματαιοπονίας καθώς περιλαμβάνει διάφορες κοινωνικό-πολιτιστικές προεκτάσεις. Υπάρχουν δικαστικές περιπτώσεις κατά τις οποίες αν και η συνέχιση της θεραπείας είναι μάταιη η απόφαση των δικαστών αποφάνθηκε υπέρ της συνέχισης της θεραπείας.[27]

Τέλος, είναι φανερό ότι οι περισσότερες αντιπαραθέσεις σχετικά με τον ορισμό της ματαιότητας της αγωγής λαμβάνουν χώρα στις ΗΠΑ εξαιτίας του κόστους της ιατροφαρμακευτικής αγωγής. Το κόστος γίνεται δυσβάσταχτο τόσο για τον ιδιώτη όσο και για το δημόσιο. Έτσι περιορίζεται η εφαρμογή μίας θεραπείας η οποία δεν μπορεί να επιφέρει τα προσδοκόμενα αποτελέσματα στον ασθενή. Αυτό μπορεί να λειτουργήσει ως δικαιολογία για την στάση των γιατρών στην θεραπεία.[24]

Πάντως είναι καλό να διευκρινιστεί ότι στην ιατρική ο όρος ματαιοπονία της αγωγής δεν χρησιμοποιείται σε όλες τις περιπτώσεις άνευ κριτηρίων και εκτιμήσεις της εκάστοτέ περίπτωσης του ασθενούς. Χρησιμοποιείται σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, σε ασθενείς όπου μετά από εφαρμογή των ενδεικνυόμενων σχημάτων θεραπείας δεν επήλθε η ίαση ή η βελτίωση της κατάστασης τους.[24]

2.2 Αξιοπρέπεια και ποιότητα φροντίδας ασθενών

Οι δύο αυτές έννοιες της αξιοπρέπειας και της ποιότητας είναι εξαιρετικά σημαντικές για το τέλος της ζωής του ανθρώπου. Αναβαθμίζουν την ποιότητα φροντίδας αλλά παίζουν και σημαντικό ρόλο στην λήψη απόφασης άρσης την θεραπείας.[9]

Η παρηγορητική φροντίδα αποτελεί ουσιαστικό μέρος της σύγχρονης κοινωνίας καθώς εκατομμύρια άνθρωποι την χρειάζονται ετησίως. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι η παρηγορητική φροντίδα ανακουφίζει τους ασθενείς που βρίσκονται στο τέλος της ζωής και αποτελεί ανθρωπιστική ανάγκη. Ως αποτέλεσμα έχουμε την βελτίωση της ποιότητας ζωής.[8]

Η ποιότητα είναι μια πολυδιάστατη έννοια που πηγάζει από τις εσωτερικές ανάγκες του εκάστοτε ανθρώπου. Στον τομέα της ιατρικής αφορά τόσο την ποιότητα της ζωής από πλευράς υγείας όσο και την εύρυθμη κοινωνική λειτουργικότητα.[10]

Η παρηγορητική φροντίδα ξεκίνησε πριν από 50 χρόνια από την Cicely Saunders[30,31] η οποία προσπάθησε να διαχειριστεί τον σωματικό και συναισθηματικό πόνο που επιφέρει το τέλος της ζωής. Έτσι ο ορισμός της ποιότητας της ζωής περιλαμβάνει 5 παράγοντες: την σωματική, την υλική, την κοινωνική, την συναισθηματική και την αναπτυξιακή διάσταση. Ο Steinhauser[32] και συνεργάτες εξέτασαν σε μια τους έρευνα το τι θεωρούν σημαντικό στο τέλος της ζωής οι ασθενείς, οι συγγενείς, οι γιατροί και φροντιστές υγείας. Η μελέτη κατέδειξε ότι ο θάνατος περιλαμβάνει την ευρύτερη ψυχοκοινωνική αίσθηση όχι μόνο την σωματική. Σε ασθενείς με καρκίνο η μελέτη έδειξε ότι η ποιότητα ζωής ήταν υψηλότερη εάν οι ασθενείς αποφεύγαν τη νοσηλεία. Φυσικά, για την καλύτερη ποιότητα ζωής θα πρέπει να δαπανηθεί και το ανάλογο κόστος καθώς όσο πιο σοβαρή και περίπλοκη είναι μια ασθένεια τόσο και πιο δαπανηρά νοσήλια έχει.[8]

Εκτός βέβαια από την ποιότητα της φροντίδας που πρέπει να λαμβάνει ο ασθενής θα πρέπει να διαφυλάσσεται και η αξιοπρέπεια του καθώς είναι μια από τις θεμελιώδεις αρχές των δικαιωμάτων του ανθρώπου. Ο Phillipa Bayers[40] υποστηρίζει ότι η αξιοπρέπεια είναι ανεξάρτητη από τους στόχους και τους σκοπούς κάποιου, αλλά δίνει αξία σε αυτούς τους σκοπούς. Επίσης αναφέρει ότι αποτελεί τη βάση κάθε άλλου είδους αξίας και είναι ο μόνος λόγος για καθήκον ή ηθική δραστηριότητα έναντι των άλλων. Όσο αφορά τον «Αξιοπρεπή Θάνατο» υπάρχουν δύο σκέλη, το πρώτο είναι οι ασθενείς να έχουν δυνατότητα

να αποφασίσουν πότε θα πεθάνουν και να γίνεται σεβαστή η απόφαση τους, και το δεύτερο είναι να πεθάνουν με έναν ανώδυνο θάνατο με την βοήθεια των γιατρών. Στην ιατρική αξιοπρέπεια ορίζεται από τον σεβασμό στο ασθενή και της προσοχής που το δίνεται.[9]

Η αξιοπρέπεια κατά τις τελευταίες ώρες της ζωής ενός ανθρώπου απασχολεί ακόμα και σήμερα τη βιοηθική. Για να καταστεί αυτό δυνατόν θα πρέπει θα πρέπει να ζήσουν τόσο τις τελευταίες στιγμές τους με ¨Αξιοπρέπεια¨ όσο και όταν επέλθει το τέλος της ζωής τους. Για να πραγματοποιηθεί αυτό θα πρέπει να αναστέλλεται η παρεμβατική θεραπεία, εφόσον αυτή είναι μάταιη, αλλά και να περάσουν οι ασθενείς στο στάδιο της ανακουφιστικής φροντίδας προκειμένου να μην υποφέρουν. Το πώς καθορίζει ο κάθε άνθρωπος τις επιθυμίες του πηγάζει από τις εσωτερικές του ανάγκες και από το πώς αντιλαμβάνεται την θέση του στην κοινωνία. Ο ρόλος του γιατρού είναι να συμβάλει ώστε να εκπληρωθεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο η παρηγορητική φροντίδα του ασθενούς την στιγμή που πλησιάζει το τέλος της ζωής του.[24]

Κεφάλαιο 3

3.1 Η ελευθερία των ασθενών στη λήψη αποφάσεων

Η προσωπική ελευθερία ορίζεται ως η δυνατότητα ο άνθρωπος να είναι κυρίαρχος του εαυτού του σύμφωνα με την δική του ιδεολογία. Η ελευθερία είναι αντικείμενο συζήτησης σε αρκετούς τομείς και δεν θα μπορούσε να λείπει από την Ιατρική. Οι τέσσερίς αρχές της βιοηθικής της ιατρικής επιστήμης περιλαμβάνουν την ωφέλεια, τη μη βλάβη, τη δικαιοσύνη και φυσικά την αυτονομία των ασθενών. Σύμφωνα με τους Beauchamp και Childress[33] ‘’πρέπει να αναγνωρίσουμε το δικαίωμά τους να έχουν απόψεις, να κάνουν επιλογές και να αναλαμβάνουν δράσεις με βάση τις αξίες και τις πεποιθήσεις τους’’. Αυτές είναι και οι προδιαγραφές που θα πρέπει να έχει μια κλινική για την εύρυθμη λειτουργία της. Η εφαρμογή του σεβασμού της αυτονομίας των ασθενών είναι επιτακτική, ώστε να σταματήσει η Ιατρική χειραφέτηση τους και να συμβαδίσει με το σύγχρονο ηθικό

συναίσθημα που δίνει προτεραιότητα στην ατομική επιλογή και την ελευθερία. Φυσικά υπάρχει και αντίλογος, που ισχυρίζεται ότι είναι δύσκολο να εφαρμοστεί σε οικογενιοκεντρικές περιπτώσεις, ή ότι οι επιλογές των ασθενών στη θεραπεία τους φέρουν τον κίνδυνο να παρεμποδίσουν την πορεία τους προς την ίαση. Μερικοί επίσης κατακρίνουν τις χώρες που δημιούργησαν το πλαίσιο της ελευθερίας και αυτονομίας των ασθενών.[11]

Η αποφάσεις που λαμβάνει ο ασθενής μπορούν να επηρεαστούν τόσο από τους εσωτερικούς παράγοντες όσο και από εξωτερικούς. Στους εσωτερικούς μπορούμε να θεωρήσουμε την πνευματική κούραση που υφίστανται λόγο της κατάστασής τους. Την ψυχική διαύγεια την οποία έχουν, την σωματική εξάντληση αλλά φυσικά αξιολογούνται και καταστάσεις της διανοητικής υστέρησης και του επιπέδου συνείδησης ώστε να λάβουν γνώση μιας απόφασης π.χ. κώμα. Οι εξωτερικοί παράγοντες συνήθως είναι μέλη του στενού κύκλου του ασθενή οι οποίοι του ασκούν επιρροή. Αυτοί μπορούν με βίαια μέσα να του επιβάλλουν την απόφαση που θα πάρει, να τον αναγκάσουν με την χρήση σιωπηλών ή μη απειλών. Τέλος μπορούν να διαστρεβλώσουν τα λογία του θεράποντος στην προσπάθεια τους ο ασθενής να δεχθεί ή να απορρίψει μία θεραπεία.[12]

3.2 Το Πατερναλιστικό και Μητριμαλιστικό μοντέλο αντιμετώπισης ασθενών

Στη ιατρική, το πατερναλιστικό μοντέλο χειραφέτησης του ασθενούς κατείχε παλαιότερα κεντρική θέση στα βιοηθικά ζητήματα του τέλους της ζωής, στηριζόμενο στην αντίληψη ότι η επιστημονική γνώμη θα είναι εκείνη που θα ωφελήσει τον ασθενή.[13] Η Dworkin[34] ορίζει τον πατερναλισμό όχι μόνο ως παρέμβαση στις επιθυμίες των ασθενών αλλά και εναντίωση στη θέληση τους.

Στο βιβλίο “The Silent World of Doctor and Patient”, ο J. Katz[35], αναφέρει ότι για τους ασθενείς η πλήρης εικόνα τη κατάστασης τους καθώς και σύμφωνη γνώμη τους στις ιατρικές πράξεις ήταν «γεγονότα άγνωστα προς αυτούς". Η χειραφέτηση των ασθενών διακρίνεται και από τον ίδιο τον Ιπποκράτη «Διαιτήμασί τε χρήσομαι ἐπ᾽ ὠφελείῃ καμνόντων κατά δύναμιν καί κρίσιν ἐμήν, ἐπί δηλήσει δέ και ἀδικίῃ εἴρξειν» όπου σημαίνει ότι «θα χρησιμοποιώ τη θεραπεία για να βοηθήσω τους ασθενείς κατά τη δύναμη και την κρίση μου». Σε αυτή την φράση διακρίνεται καθαρά η επισήμανση της σημαντικότητας των απόψεων των γιατρών. Στον αντίποδα, υπάρχει και η αντίθετη άποψη η οποία στηρίζει την

αυτονομία των ασθενών. Με βάση αυτή τη θεωρία ο γιατρός παίρνει αποφάσεις λαμβάνοντας υπόψιν τις επιθυμίες του ασθενή σε αντίθεση με την στάση που αναφερθήκαμε προηγούμενα, γνωστή ως Πατερναλιστικό μοντέλο. Στην σύγχρονη ιατρική θεωρείται ότι ο ασθενής θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένος για την κατάσταση της υγείας του και τις παρεμβάσεις σε αυτήν. Στην Ευρώπη υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ Βορρά και Νότου τόσο όσον αφορά το αγγλοσαξονικό δίκαιο σε πρακτικές αντιμετώπισης όσο και σε νομοθετικό πλαίσιο. Με την σύμβασή Oviedo για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική το 1997 η Ευρωπαϊκή Ένωση κατοχύρωσε την αυτονομία του ασθενή όπου επίσης κατοχυρώθηκε και «συναίνεση ύστερα από ενημέρωση» (informed consent) για οποιαδήποτε ιατρική πράξη. Στην Ελλάδα σύμφωνα με τους Βούλτσο και Τσούγκα «η νομική θεμελίωση του σεβασμού στην συγκατάθεση του ασθενούς ήταν ασαφής και βασιζόταν περισσότερο στην ερμηνεία συνταγματικών ή άλλων διατάξεων. Η ελληνική ποινική επιστήμη αναγνώρισε στο γιατρό ευρεία επεμβατική υποχρέωση, στο όνομα του κοινωνικού ρόλου της ιατρικής και της εξυπηρέτησης του συμφέροντος του ασθενούς».[13]

Το 2005 η Ελλάδα ενσωμάτωσε τον κανόνα της Ευρωπαϊκής Δεοντολογίας που υπογράφηκε στο Oviedo το 1997 όπου περιλάμβανέ την αυτονομία του ασθενούς και το δικαίωμα του να ενημερώνεται και να συναινεί στις ιατρικές πράξεις. Τόσο στο Ευρωπαϊκό όσο και στο Ελληνικό δίκαιο περιλαμβάνονται όροι σύμφωνα με τους οποίους σε περίπτωση που ο ασθενής δεν μπορεί να συναίνεση ή να εκφράσει την επιθυμία του να αναλαμβάνουν αυτό το ρόλο οι στενοί του άνθρωποί οι οποίοι έχουν ενημερωθεί και αποδεχθεί ότι σε επείγουσες κατάστασης δεν είναι απαραίτητη η συναίνεση του ασθενή.[2]

Η στάση που θα αναλύσουμε σε αυτό το σημείο λέγεται μητριμαλισμός. Τα βασικά χαρακτηριστικά του μητριμαλισμού περιλαμβάνει ότι ευθυγραμμίζεται με τη θέληση ενός αυτόνομου ασθενούς, παρακινείται από την επιθυμία για βελτίωση της ευημερίας του ασθενούς και τέλος δεν βασίζεται σχετικά με την έκφραση συγκατάθεσης του ασθενούς. Οι σημαντικές διαφορές μεταξύ του πατερναλισμού και του μητριμιλοσμού είναι ότι ο πρώτος περιγράφει ένα γενικό είδος ιατρικής κρίσης. Εκφράζει την πατερναλιστική δράση σαν μια ανεξάρτητη μορφή όπου οι αποφάσεις που θα ληφθούν στο τέλος, εξαρτώνται από την σχέση γιατρού ασθενή οποία δεν είναι μακροχρόνια. Αντίθετα, ο μητριμαλισμός βασίζεται σε μια μακροχρόνια προσωπική σχέση εμπιστοσύνης και κατανόησης μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Η έννοια του μητριμαλισμου προκύπτει με βάση μιας τέτοιας σχέσης που μπορεί να κάνει έναν γιατρό να αποφασίζει για λογαριασμό του ασθενούς. Στην περίπτωση του μητριμαλισμού. Η αιτιολόγηση εξαρτάται από τη μορφή της σχέσης ιατρού-ασθενούς. Ο μητριμαλισμός γενικότερα θεωρείται μια πιο ηθική στάση σε σχέση με την πατερναλιστική.

Τα τρία βασικά χαρακτηριστικά της που την καθιστούν πιο φιλική στον ασθενή είναι αρχικά ότι στηρίζεται σε μια χρόνια σχέση μεταξύ τους, όπου δίνει την δυνατότητα στον γιατρό να γνωρίζει καλύτερα τους λόγους για τους οποίους κρατάει αυτή την στάση. Δεύτερον, μεταξύ του γιατρού και του ασθενή έχει δημιουργηθεί μια σχέση που επιτρέπει να μιλήσει στον ασθενή να μιλήσει πιο εύκολα για το ιστορικό του χωρίς εμπόδια. Η απαραίτητη σχέσης εμπιστοσύνης που δημιουργείται διασφαλίζει ότι ο επαγγελματίας έχει μια αρκετά ακριβή κατανόηση του ασθενούς και ότι, σε ορισμένα πλαίσια, ο ασθενής εξουσιοδοτεί τον γιατρό να ενεργήσει εξαιτίας αυτής της κατανόησης. Τέλος εξαιτίας αυτής της σχέσης η οποία έχει αναπτυχθεί και της εμπιστοσύνης που έχει κερδίσει ο γιατρός από τον ασθενή αν και έχει κάνει γνωστές τις επιθυμίες του, μπορεί να τις ανακαλέσει αν γίνει μια αντιπρόταση. Με βάση αυτές τις εκτιμήσεις, ηθική αιτιολόγηση της μητριμαλιστικής δράση φαίνεται δυνατότερη από αυτή του πατερναλισμού.[14]

3.3 Απόψεις γιατρών και κοινωνίας για τα μοντέλα λήψης αποφάσεων

Η ιατρική καθημερινότητα απαιτεί από τους γιατρούς την συνεχή λήψη αποφάσεων τόσο για τη θεραπεία όσο και για την φαρμακευτική αγωγή των ασθενών. Οι αποφάσεις που λαμβάνουν οι γιατροί βασίζονται στην ιατρική τους εμπειρία και στο γνωσιακό υπόβαθρο που έχουν. Ο συνδυασμός αυτών των δύο παραμέτρων συνιστά την ιατρική πρακτική, έτσι ώστε ενδεχόμενα λάθη που προκύπτουν να οφείλονται συνήθως σε διαγνωστικά σφάλματα. Αυτά είναι συχνότερα στην επείγουσα ιατρική καθώς οι εφημερεύοντες καλούνται να διαγνώσουν και να λάβουν αποφάσεις σε πολύ γρήγορο χρονικό διάστημα. Μια άλλη σημαντική αιτία λανθασμένης εκτίμησης είναι η δυσλειτουργία των μελών ως ομάδα. Σύμφωνα με τον Croskerry[36] ο οποίος είχε αναφερθεί στην κλινική συλλογικότητα μεταξύ των γιατρών η ομάδα «Καθορίζει κριτικά την απόδοση των ιατρών του τμήματος έκτακτης ανάγκης και, τελικά, τη συνολική λειτουργία και αποτελεσματικότητα του τμήματος έκτακτης ανάγκης». Η διαπίστωση αυτή λειτούργησε ενθαρρυντικά για τους ερευνητές προκείμενου να διερευνήσουν τρόπους οι οποίοι θα βοηθήσουν την οργάνωση της συλλογικής εργασίας των ιατρών (λειτουργία ομάδας).

Από πολύ νωρίς τέθηκε το ζήτημα σχετικά με την ορθή χρήση αποφάσεων στον χώρο της ιατρικής. Παρά την έρευνα που έχει γίνει εδώ και πολλές δεκαετίες, το θέμα σχετικά με την λήψη αποφάσεων στο ιατρικό χώρο είναι πολύπλοκο κυρίως λόγω του εκτεταμένου και συγχρόνως εξειδικευμένου γνωστικού υπόβαθρου των γιατρών. Ο τρόπος που γίνεται η γνωσιακή επεξεργασία προκειμένου να γίνει η λήψη της απόφασης δεν μπορεί να είναι πάντα κατανοητός και αυτό συνιστά μια σημαντική πρόκληση που έπρεπε να αντιμετωπίσουν οι ερευνητές. Οι μέθοδοι λήψης αποφάσεων χωρίζονται σε ποιοτικές και ποσοτικές. Οι ποιοτικές μέθοδοι στηρίζονται στην γνωσιακή αντίληψη της ιατρικής υπόθεσης. Τα κύρια χαρακτηριστικά τους είναι ότι τα δεδομένα συλλέγονται σε πραγματικά περιστατικά. Οι περιπτώσεις είναι μοναδικές πράγμα που οδηγεί στην συλλογική συγκρότηση προκειμένου να ληφθεί μια απόφαση. Οι ποιοτικές μέθοδοι είναι πιο αξιόπιστες και χρησιμοποιούνται αρκετά τα τελευταία χρόνια. Μεταξύ των παραγόντων από τους οποίους επηρεάζεται η λήψη αποφάσεων συγκαταλέγεται και ο χώρος στο οποίο γίνεται η κλινική εξέταση. Οι Gruppen και Frohna[37] έγραψαν ότι «Ένα μεγάλο μέρος της έρευνας εκτός της ιατρικής καταδεικνύει ότι η επίλυση προβλημάτων στον πραγματικό κόσμο εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το περιβάλλον, τόσο για την υποστήριξη δραστηριοτήτων επίλυσης προβλημάτων όσο και για την τροποποίηση της διαδικασίας επίλυσης προβλημάτων ώστε να ταιριάζει στις απαιτήσεις και τους περιορισμούς της κατάστασης». Άλλη μια διαδικασία για την λήψη αποφάσεων είναι η «Εθνογραφική Προσέγγιση» δηλαδή η συλλογή των δεδομένων θεωρείται μέρος της ιατρικής πράξης. Στην ποιοτική αυτή μέθοδο έρευνας, υιοθετείται μια ολιστική προσέγγιση, όπου συσχετίζονται όλοι οι σημαντικοί παράγοντες. Ο Unsworth,[38] διατύπωσε την άποψη ότι «Η εστιασμένη εθνογραφία είναι μια ιδανική μέθοδος για τη μελέτη της κλινικής συλλογιστικής, δεδομένης της έμφασης στην κατανόηση του τι πιστεύουν οι συμμετέχοντες ότι κάνουν και γιατί το κάνουν».[15]

Σε ένα γενικότερο πλαίσιο, η απόλυτη και κάθετη άποψη υπέρ του ενός ή του άλλου μοντέλου απόφασης δεν μπορεί να λειτουργήσει σε μια κοινωνία όπου οι ηθικές αξίες αμφισβητούνται ποικιλότροπος. Καθώς όμως ένα μοντέλο απόφασης όπως ο πατερναλισμός εφαρμόζεται μέσω διαβουλεύσεων και τα στοιχεία που δίνονται στον ασθενή είναι αντικειμενικά, χωρίς να επηρεάζονται από την προσωπική άποψη του θεράποντος, δίνεται λόγος και έκφραση γνώμης στον ασθενή και στο περιβάλλον του. Είναι ξεκάθαρο ότι στον ασθενή δίνεται η δυνατότητα να λειτουργεί αυτόνομα με βάση τη δική του κρίση αλλά όχι χωρίς να συμμετέχει στο θεραπευτικό πλαίσιο που έχει ορίσει ο γιατρός. Η τελική απόφαση που θα λάβει ο ασθενής διαμορφώνεται μέσα από τις συζητήσεις οι οποίες στοχεύουν στην

κατανόησης της κατάστασης και το βέλτιστο καλό του ασθενή. Η διαδικασία αυτή συμβάλει στην λήψη της σωστής απόφασης για το συμφέρον του ασθενή αλλά και με σεβασμό ως προς την ανθρώπινη οντότητα. Προφανώς τίποτα δεν μπορεί να οριστεί ιδανικό αλλά σίγουρα συμβάλει στο βέλτιστο. Το μοντέλο αυτό ονομάζεται «μοντέλο συν απόφασης» και λειτουργεί έχοντας ως κεντρικό άξονα τον ασθενή, περιφρουρώντας την αυτονομία του μέσω της δυνατότητας να συμμετέχει στην λήψη αποφάσεων.[22]

Παράλληλο είναι το πρόβλημα του πώς εκλαμβάνει η κοινωνία τις ιατρικές αποφάσεις. Από την ανθρώπινη φύση και μόνο, είναι βέβαιο ότι θα υπάρχουν διαφορετικές αντιδράσεις, απόψεις οι οποίες πηγάζουν από τη διαφορετικότητα που χαρακτηρίζει το ανθρώπινο είδος. Ο κάθε άνθρωπος έχει διαφορετική στάση ζωής και διαφορετικές απόψεις που συντελούν σε αυτή τη διαφορετικότητα.[16,17] Έρευνα που έγινε στις Ηνωμένες Πολιτείες από τον Muray[39] και τους συνεργάτες του, έδειξε ότι οι πολίτες προτιμούν να λάβουν από κοινού αποφάσεις σχετικά με τις επιλογές που θα γίνουν ενώ ένα μικρότερο ποσοστό προτίμησε να γίνει απλή ενημέρωση πριν να εκφέρει την σύμφωνη γνώμη του. Σε μία άλλη μελέτη που έλαβε επίσης χώρα στης Ηνωμένες πολιτείες της Αμερικής, έδειξε ότι η κοινωνία θα ήθελε να έχει ενναλακτικές λύσεις και ότι επίσης θα ήθελε η ιατρική κοινότητα να λαμβάνει σοβαρά υπόψη της τις προτάσεις τους. Υπάρχει βέβαια και μια μερίδα ατόμων που θα προτιμούσε την τελική απόφαση να την λάβει ο γιατρός χωρίς να χρειαστεί η δική τους ενασχόληση.[18] Φυσικά υπάρχει και ένα πολύ μικρό ποσοστό ασθενών που δεν θέλουν να έχουν επίγνωση της κατάστασής τους.[19] Στην πραγματικότητα, σε ορισμένες περιπτώσεις, η πλήρη γνώση των ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους οδηγεί σε αντίθετα αποτελέσματα. Η αύξηση του άγχους και στρες καθώς και ψυχολογική κατάπτωση συμβάλλουν αρνητικά στην ομαλή πορεία προς στην ίαση. Αυτό το φαινόμενο είναι συχνό σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο ή από άλλες χρονιές ασθένειες.[22]

Σήμερα, η γενικότερη στάση της κοινωνίας είναι υπέρ της ενημέρωσης και διαβούλευσης των επίλογων που υπάρχουν, παρότι το μορφωτικό επίπεδο, η φύση της ασθένειας και άλλοι κοινωνικό-πολιτιστικοί παράγοντες αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες ή και αναστέλλουν την επιθυμία για πληροφόρηση.[21]

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1 Σκοπός της μελέτης

Ο σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ΜΕΘ σε θέματα που αφορούν το τέλος της ζωής. Επίσης, θα γίνει σύγκριση των αποτελεσμάτων και συσχέτιση με τη διαδικασία λήψης απόφασης σε ζητήματα του τέλους της ζωής και πως αυτή συμβάλει στην επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών και των γιατρών. Η διερεύνηση των παραπάνω παραμέτρων αναμένεται να συμβάλει στην καλύτερη προετοιμασία των μελλοντικών εργαζομένων στο χώρο της υγειάς καθώς τα αποτελέσματα θα συμβάλουν στην δημιουργία στρατηγικών για την σωστότερη αντιμετώπιση.

2.1 Μεθοδολογία

Το είδος της έρευνας που θα υλοποιηθεί είναι μια συγχρονική μελέτη παρατήρησης (cross sectional observational study). Η έρευνα θα λάβει χώρα στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, σε 3 μονάδες : Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παίδων, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης Καρδιοπαθών. Για τη συλλογή των δεδομένων θα δοθεί το ερωτηματολόγιο των απόψεων των ιατρών και των νοσηλευτών το οποίο διερευνά τις απόψεις τους για τα θέματα που αφορούν τις αποφάσεις περιορισμού θεραπειών καθώς και το ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης, Maslach Burnout Inventory (MBI).

Το ερωτηματολόγιο των απόψεων των ιατρών και των νοσηλευτών για τα θέματα που αφορούν τις αποφάσεις περιορισμού θεραπειών αποτελείται από 103 ερωτήσεις για γιατρούς και 95 για νοσηλευτές και τα θέματα που διερευνά είναι η διαδικασία λήψης αποφάσεων αποκλιμάκωσης ή απόσυρσης των θεραπειών, η ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας απ' αυτή τη διαδικασία, η δέσμευση των ΜΕΘ σε υψηλά Ηθικά Πρότυπα, η επικοινωνία με την οικογένεια ή τους οικείους του ασθενούς, τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για τη διακοπή μιας θεραπείας, η νομική ευθύνη και ο φόβος νομικών συνεπειών, η πληροφόρηση που παρέχεται από τους γιατρούς στην οικογένεια ή/και στο νοσηλευτικό προσωπικό (Παράρτημα). Την μετάφραση και στάθμιση του ερωτηματολογίου

στα ελληνικά δεδομένα έχουν πραγματοποιήσει οι Ντανάνα και Συν. από τους οποίους ζητήθηκε άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου.

Το ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης, Maslach Burnout Inventory (MBI) είναι το ευρύτερα χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο διεθνώς για την αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσής, είναι έγκυρο, αξιόπιστο, εύκολο στην χρήση και δεν απαιτεί άδεια χρήσης του. Περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις σχετικές με τις 3 διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και έλλειψη προσωπικής εκπλήρωσης - προσωπικών επιτευγμάτων (Παράρτημα).

Το ερωτηματολόγιο θα δοθεί το διάστημα από Ιούλιο έως και Σεπτέμβριο του 2020 σε έντυπη μορφή σε όλους τους ιατρούς και νοσηλευτές των 3 μονάδων του Πα.Γ.Ν.Η. : Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παίδων, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης Καρδιοπαθών. Ζητήθηκε άδεια από το Επιστημονικό συμβούλιο με Αριθμό Πρωτοκόλλου: 14451/27-7-2020 και όλοι οι συμμετέχοντες συναινέσαν για την εθελοντική τους συμμετοχή στην έρευνα.

2.2 Στατιστική Μεθοδολογία

Η επεξεργασία και αξιολόγηση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS. Οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν στο ερωτηματολόγιο ήταν κυρίως ποιοτικές (ονομαστικές και διατεταγμένες) και εκφράστηκαν με τη μορφή συχνοτήτων και ποσοστών. Οι ερωτήσεις που αποτελούν το ερωτηματολόγιο του MBI ήταν τύπου Likert με τιμές από 0-6. Οι ερωτήσεις παρουσιάστηκαν με τη μορφή συχνότητες, ενώ οι παραγόμενες κλίμακες με τη μορφή μέσου όρου και τυπικής απόκλισης. Ο έλεγχος χ^2 του Pearson's για πίνακες συνάφειας χρησιμοποιήθηκε για να ελεγχθεί η συσχέτιση μεταξύ δύο κατηγορικών μεταβλητών ή της εκτίμησης διαφορών ποσοστών μεταξύ των μεταβλητών. Ο έλεγχος t – ανεξαρτήτων δειγμάτων χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση διαφορών στις κλίμακες MBI όταν συγκρίνονταν δύο ομάδες, ενώ ο έλεγχος one-way ANOVA για τη σύγκριση μέσων τιμών σε περισσότερες των δύο ομάδων.

Ο έλεγχος Kolmogorov-Smirnov εφαρμόστηκε για την εύρεση της κανονικότητας των συνεχών μεταβλητών (βαθμολογίες MBI), ενώ η εσωτερική συνάφειά ελέγχθηκε με τον συντελεστή alpha του Cronbach.

Τα διαγράμματα που χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των μεταβλητών ήταν ραβδογράμματα, κυκλικά διαγράμματα και διαγράμματα τύπου πυραμίδας. Η καταχώριση

και η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το πρόγραμμα IBM SPSS Statistics 26.0 και ως όριο αποδοχής των υποθέσεων τέθηκε το α=0,05.

3.1 Αποτελέσματα

Συνολικά στην έρευνα συμμετείχαν 70 άτομα που εργάζονται σε ΜΕΘ από τα οποία τα 46 (65,7%) ήταν νοσηλευτές. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά στο σύνολο και ανά ομάδα (ιατροί νοσηλευτές) παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Στο σύνολο των ερωτώμενων η πιο συχνή ηλικιακή ομάδα ήταν εκείνη των 30-40 με 26 άτομα, 37,7% του δείγματος, ενώ η μικρότερη ήταν των 50+ με 6 άτομα, 8,7%. Η κατανομή ανάμεσα σε νοσηλευτές και γιατρούς παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά p=0,008 με μεγάλες ποσοστιαίες διαφορές μεταξύ των 20-30 ετών (νοσηλευτές: 18, 39,1%, ιατροί: 1, 4,3%) και 30-40 ετών (νοσηλευτές: 18, 39,1%, ιατροί: 1, 4,3%). Ως προς το φύλο οι γυναίκες ήταν περισσότερες στο σύνολο των ερωτώμενων (43, 67,2%) όπως και περισσότερες στο νοσηλευτικό προσωπικό (33, 80,5%) παρουσιάζοντας σημαντική διαφορά με τους ιατρούς 10, 43,5% (p=0,002).

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού

		Ιδιότητα						
		Νοσηλευτής		**Γιατρός**		**Σύνολο**		
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Ηλικία	**20-30**	18	39,1%	1	4,3%	19	27,5%	0,008
	30-40	13	28,3%	13	56,5%	26	37,7%	
	40-50	10	21,7%	8	34,8%	18	26,1%	
	50+	5	10,9%	1	4,3%	6	8,7%	
Φύλο	**Άνδρας**	8	19,5%	13	56,5%	21	32,8%	0,002
	Γυναίκα	33	80,5%	10	43,5%	43	67,2%	
Οικογενειακή κατάσταση	**Άγαμος/η**	28	60,9%	15	62,5%	43	61,4%	0,933
	Έγγαμος/η	15	32,6%	7	29,2%	22	31,4%	
	Διαζευγμένος/η Χήρος/α	3	6,5%	2	8,3%	5	7,1%	
Τόπος Διαμονής	**Χωριό/Κωμόπολη**	3	6,5%	0	0,0%	3	4,3%	0,359
	Πόλη <150.000	10	21,7%	4	16,7%	14	20,0%	
	Πόλη >150.000	33	71,7%	20	83,3%	53	75,7%	
Έχετε παιδιά	**Όχι**	28	60,9%	15	65,2%	43	62,3%	0,725
	Ναι	18	39,1%	8	34,8%	26	37,7%	

Η οικογενειακή κατάσταση έδειξε ότι οι άγαμοι αποτελούν το μεγαλύτερο τμήμα των ερωτώμενων (43, 61,4%) χωρίς επίσης να υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ

νοσηλευτών/γιατρών (p=0,933). Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τον τόπο κατανομής όπου η πλειοψηφία (53 άτομα, 75,7%) μένει σε αστικό περιβάλλον (πόλεις >150,000 κατοίκων) ενώ δεν παρατηρήθηκε διαφοροποίηση στα ποσοστά μεταξύ νοσηλευτών (33, 71,7%) και γιατρών (20, 83,3%) (p=0,359). Δεν παρατηρήθηκε διαφοροποίηση στα ποσοστά ύπαρξης παιδιών μεταξύ νοσηλευτών (18, 39,1%) και ιατρών (8, 34,8) με επίπεδο σημαντικότητας (p=0,725).

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για τον αριθμό των παιδιών στην οικογένεια και στην πατρική οικογένεια. Οι περισσότεροι από του ερωτώμενους δήλωσαν ότι έχουν 1 παιδί (12, 48,0%), ενώ σημαντικός αριθμός (9, 36,0%) δηλώνει δύο παιδιά. Οι περισσότεροι δηλώνουν 1 αδερφό ακόμα (30, 52,6%) ενώ 15 άτομα 26,3% δηλώνουν 2 αδέρφια. Τέλος η θέση τους στην οικογένεια είναι είτε πρώτο παιδιά 24, 41,4% είτε 2^{ο} παιδί 26, 44,8%.

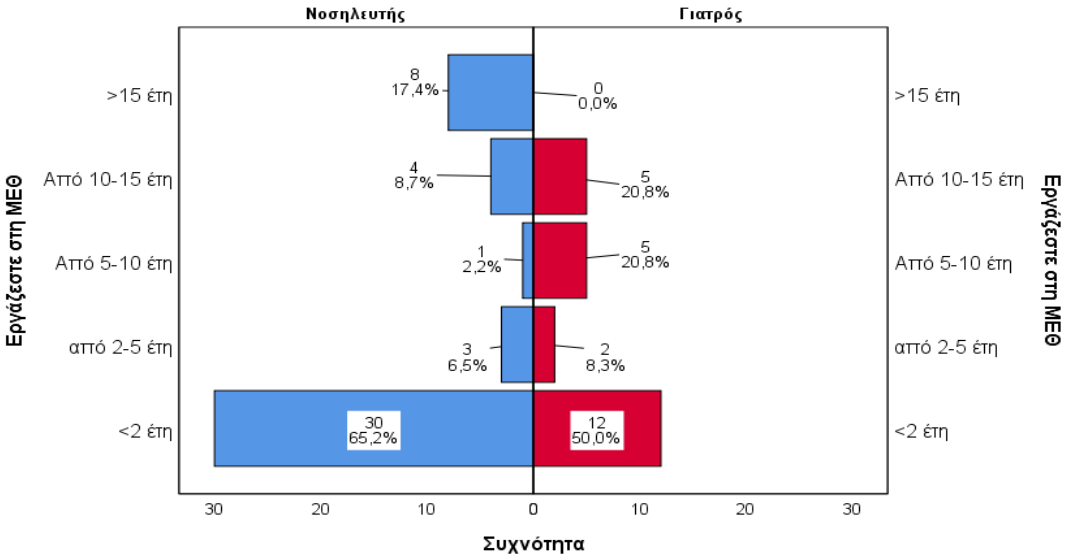
Πίνακας 2. Αριθμός παιδιών στην οικογένεια και στην πατρική οικογένεια

	Πόσα παιδιά		**Πόσα αδέρφια**		**Σειρά γέννησης**	
	n	%	n	%	n	%
0	1	4,0	1	1,8	-	-
1	12	48,0	30	52,6	24	41,4
2	9	36,0	15	26,3	26	44,8
3	2	8,0	9	15,8	6	10,3
4	1	4,0	1	1,8	1	1,7
7	-	-	-	-	1	1,7
9	-	-	1	1,8		

Στο Διάγραμμα 1 παρουσιάζονται τα έτη προϋπηρεσίας νοσηλευτών και ιατρών. Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών (30, 62,2%) και των ιατρών (12, 50,0%) ανήκουν στην κατηγορία 1-2 έτη προϋπηρεσίας. Σημαντικός αριθμός νοσηλευτών (8, 17,4%), ενώ μηδενικός αριθμός γιατρών (0, 0,0%) δήλωσε προϋπηρεσία >15 έτη. Η κατανομή της προϋπηρεσίας διαφέρει στατιστικά σημαντικά p=0,011 ανάμεσα σε ιατρούς και νοσηλευτές. Ως προς την θέση που κατέχει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 2. Στο νοσηλευτικό προσωπικό η πλειονότητα ήταν νοσηλευτές ΤΕ 41, 93,2%, ενώ μόλις 2 (4,5%) και 1 (2,3%) ήταν νοσηλευτές ΔΕ και ΠΕ αντίστοιχα. Στο ιατρικό προσωπικό το 60,9% (14 γιατροί) ήταν ειδικευόμενοι, ενώ 4 γιατροί (17,4%) εξιδεικευμένοι και 3 (13,0%) επιμελητές Β.

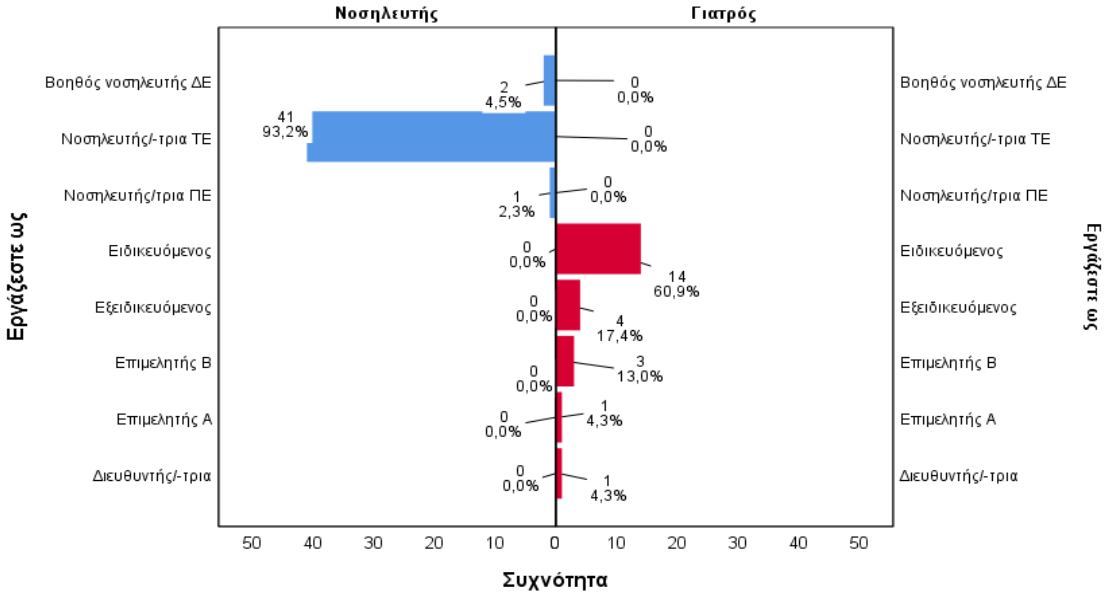
Στην ερώτηση εάν οι ερωτώμενοι έχουν χάσει κάποιο πρόσωπο από το στενό τους περιβάλλον το 62,9% (44 άτομα) δηλώνουν καταφατικά ότι έχουν χάσει,

(Διάγραμμα 3) με το 50% από αυτούς (19 άτομα) να έχει χάσει κάποιο πρόγονο (παππούς ή γιαγιά), 39,5% (15 άτομα) κάποιο ή κάποιους γονιούς (μητέρα ή πατέρα), ενώ οι υπόλοιποι κάποιο συγγενή τους.

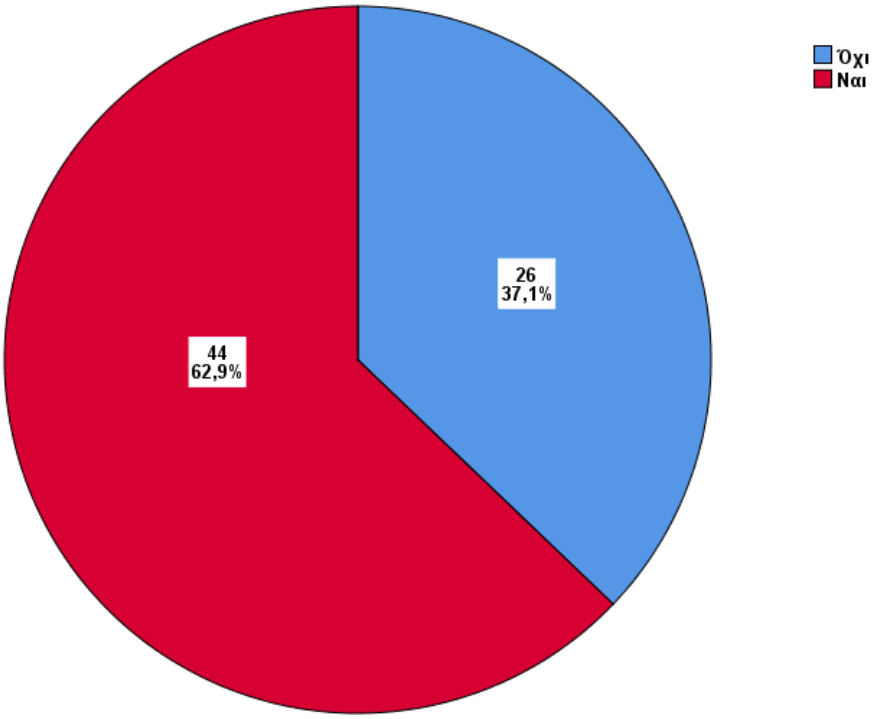


Διάγραμμα 1. Κατανομή της προϋπηρεσίας στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό

(γ)



Διάγραμμα 2. Κατανομή ανά θέση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικό



Διάγραμμα 3. Κατανομή δηλωθέντων θανάτων συγγενικού προσώπου.

Ικανοποίηση ή επίδραση από την εργασία

Στην ενότητα των ερωτήσεων ικανοποίησης ή επίδρασης από την εργασία οι ερωτώμενοι δήλωσαν σε υψηλό ποσοστό (52, 75,4%) ότι είναι ικανοποιημένοι από το αντικείμενο εργασίας, με τις συχνότητες στους νοσηλευτές (32, 69,6%) να μην διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά (p=0,286) από τις συχνότητες υψηλής ικανοποίησης των ιατρών (20, 87,0%). Παρόμοια η ικανοποίηση από τη θέση εργασίας έδειξε υψηλά ποσοστά (41, 59,4%) ικανοποίησης «πολύ/πάρα πολύ» στο σύνολο όπως και στις επιμέρους κατηγορίες προσωπικού (νοσηλευτές 23, 50,0%, ιατροί 18, 78,3%) (p=0,075). (Πίνακας 3)

Η εργασία στο χώρο της ΜΕΘ δείχνει να επηρεάζει αρνητικά περισσότερο τους νοσηλευτές στο προσωπικό επίπεδο με την επιλογή «πολύ/πάρα πολύ» να παρουσιάζει ποσοστά (19, 41,3%) σε σχέση με τους ιατρούς (7, 29,2%) (p=0.007), ενώ συνολικά η αρνητική επίδραση υπολογίστηκε σε ποσοστό 37,1% (26 άτομα). Αντίστοιχη εικόνα παρατηρήθηκε για

την αρνητική επίδραση στην οικογένεια με τους νοσηλευτές να δηλώνουν «πολύ/πάρα πολύ» (24, 52,2%) σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους γιατρούς (4, 16,7%) (p=0,002) και συνολικό ποσοστό στο δείγμα 40,0% (28 άτομα). Η επίδραση των οικογενειακών υποχρεώσεων στη δουλειά δηλώνεται ως «πολύ/πάρα πολύ» μόνο από το 18,6% του συνόλου (13 άτομα) και χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (p=0,161).

Πίνακας 3. Ικανοποίηση και επιδράσεις της εργασίας συνολικά και ανά είδος προσωπικού

		Ιδιότητα						
		Νοσηλευτής		**Γιατρός**		**Σύνολο**		
		n	%	n	%	n	%	p
Ικανοποίηση από το αντικείμενο εργασίας	Λίγο/πολύ λίγο	5	10,9%	1	4,3%	6	8,7%	0,286
	Μέτρια	9	19,6%	2	8,7%	11	15,9%	
	Πολύ/πάρα πολύ	32	69,6%	20	87,0%	52	75,4%	
Ικανοποίηση από θέση εργασίας	Λίγο/πολύ λίγο	7	15,2%	2	8,7%	9	13,0%	0,075
	Μέτρια	16	34,8%	3	13,0%	19	27,5%	
	Πολύ/πάρα πολύ	23	50,0%	18	78,3%	41	59,4%	
Προσωπική αρνητική επίδραση	Λίγο/πολύ λίγο	12	26,1%	15	62,5%	27	38,6%	0,007
	Μέτρια	15	32,6%	2	8,3%	17	24,3%	
	Πολύ/πάρα πολύ	19	41,3%	7	29,2%	26	37,1%	
Οικογενειακή αρνητική επίδραση	Λίγο/πολύ λίγο	13	28,3%	17	70,8%	30	42,9%	0,002
	Μέτρια	9	19,6%	3	12,5%	12	17,1%	
	Πολύ/πάρα πολύ	24	52,2%	4	16,7%	28	40,0%	
Οικογενειακές υποχρεώσεις επηρεάζουν τη δουλειά	Λίγο/πολύ λίγο	25	54,3%	18	75,0%	43	61,4%	0,161
	Μέτρια	12	26,1%	2	8,3%	14	20,0%	
	Πολύ/πάρα πολύ	9	19,6%	4	16,7%	13	18,6%	

Ιατρική Επίσκεψη

Οι καταχωρημένες απαντήσεις στον Πίνακα 4 αφορούν ερωτήσεις που έγιναν μόνο στους ιατρούς και σχετίζονται με το πως «βλέπουν» το ρόλο των νοσηλευτών στην ιατρική επίσκεψη. Ως προς την ρουτίνα, οι γιατροί δηλώνουν «συνήθως» για την συμμετοχή της προϊσταμένης/-ου της ΜΕΘ (22, 95,7%), της αναπληρώτριας νοσηλεύτριας/-η (14, 66,7%), της νοσηλεύτριας (10, 45,5%) και της βοηθού νοσηλεύτριας/-η (6, 28,6%).

Στο αν απαιτείται αυτή οι συμμετοχή, η άποψη των γιατρών είναι απόλυτη για την/τον προϊστάμενο νοσηλευτή της ΜΕΘ (24, 100,0%), με υψηλά ποσοστά για τον/την αναπληρωτή νοσηλευτή (17, 77,3%) και τον/την νοσηλευτή (16, 69,6%). Τα ποσοστά για την συμμετοχή του/της βοηθού νοσηλευτή ήταν χαμηλά με ποσοστό 27,3% (6 γιατροί).

Πίνακας 4. Συμμετοχή και απόψεις των γιατρών για τους νοσηλευτές στο θέμα της ιατρικής επίσκεψης.

	Συνήθως		**Σπάνια**		**Ποτέ**	
Συμμετοχή στην ιατρική επίσκεψη:	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Ο/Η προϊστάμενος/η στη ΜΕΘ	22	95,7%	0	0,0%	1	4,3%
Ο/Η αναπληρωτής νοσηλευτής/-τρια	14	66,7%	5	23,8%	2	9,5%
Ο/Η νοσηλευτής/-τρια	10	45,5%	11	50,0%	1	4,5%
Ο/Η βοηθός νοσηλευτή	6	28,6%	9	42,9%	6	28,6%
Απαιτείται συμμετοχή στην ιατρική επίσκεψη;	**Απολύτως**		**Πιθανόν**		**Όχι**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Ο/Η προϊστάμενος/η στη ΜΕΘ	24	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ο/Η αναπληρωτής νοσηλευτής/-τρια	17	77,3%	4	18,2%	1	4,5%
Ο/Η νοσηλευτής/-τρια	16	69,6%	5	21,7%	1	4,3%
Ο/Η βοηθός νοσηλευτή	6	27,3%	9	40,9%	7	31,8%

Η πληροφόρηση που παρέχεται στους νοσηλευτές για την εξέλιξη των ασθενών παρέχεται στον Πίνακα 5. Στο σύνολο των ερωτηθέντων ένας μεγάλος αριθμός 39 (30+9 άτομα) απαντάει ότι η παρεχόμενη πληροφορία για τους ασθενείς από τους γιατρούς στους νοσηλευτές είναι συνήθως ή πάντα ικανοποιητική. Τα ποσοστά είναι παρόμοια ανάμεσα στις απαντήσεις που δίνουν νοσηλευτές και ιατροί (0,532).

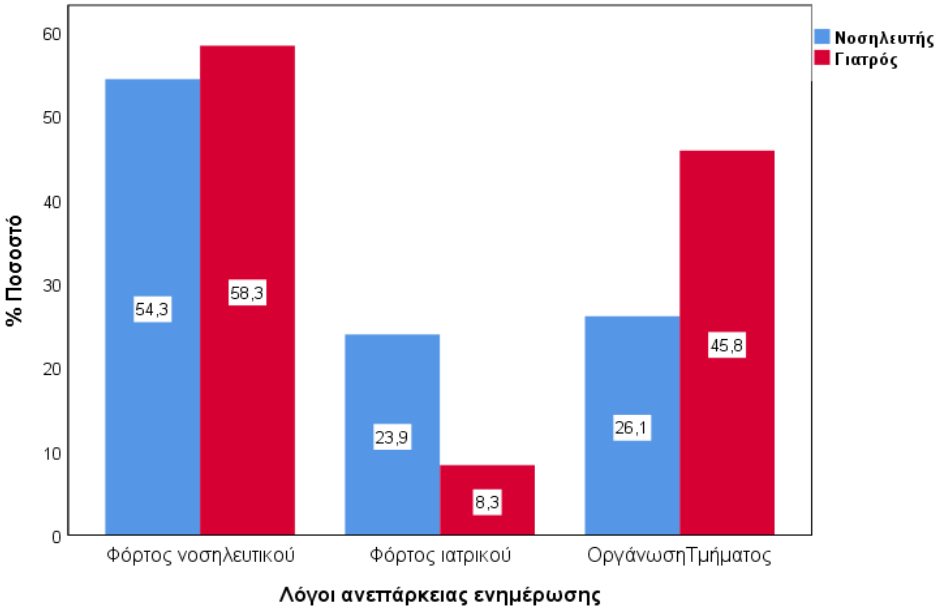
Η άποψη των νοσηλευτών λαμβάνετε υπόψη πάντα (12, 17,1%) και συνήθως (20, 28,6%) από το σύνολο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Τα αντίστοιχα αθροιστικά ποσοστά ιατρών (13. 54,1%) και νοσηλευτών (19, 41,3%) δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους (p=0,105). Στατιστικά σημαντική διαφορά δεν παρατηρήθηκε μεταξύ ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (p=0,150) για τον χαρακτηρισμό της επιθυμίας του νοσηλευτικού προσωπικού για ενημέρωση με το «αξιοσημείωτη» να συγκεντρώνει το 73,9% (51 άτομα) των ερωτηθέντων.

Πίνακας 5. Πληροφόρηση στους νοσηλευτές για την εξέλιξη των ασθενών

		Ιδιότητα						
		Νοσηλευτής		Γιατρός		Σύνολο		
		n	%	n	%	n	%	p
Παρέχεται ικανοποιητική πληροφόρηση στο νοσηλευτικό προσωπικό;	Πάντα	4	8,7%	5	20,8%	9	12,9%	0,532
	Συνήθως	20	43,5%	10	41,7%	30	42,9%	
	Μερικές φορές	17	37,0%	7	29,2%	24	34,3%	
	Σπάνια	5	10,9%	2	8,3%	7	10,0%	
	Ποτέ	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Λαμβάνετε υπόψη την γνώμη του νοσηλευτικού προσωπικού;	Πάντα	4	8,7%	8	33,3%	12	17,1%	0,105
	Συνήθως	15	32,6%	5	20,8%	20	28,6%	
	Μερικές φορές	19	41,3%	8	33,3%	27	38,6%	
	Σπάνια	6	13,0%	3	12,5%	9	12,9%	
	Ποτέ	2	4,3%	0	0,0%	2	2,9%	
Η επιθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού για ενημέρωση είναι:	Αξιοσημείωτη	30	66,7%	21	87,5%	51	73,9%	0,150
	Ανεπαρκής	13	28,9%	3	12,5%	16	23,2%	
	Απούσα	2	4,4%	0	0,0%	2	2,9%	

Στο Διάγραμμα 4 παρουσιάζονται τα ποσοστά των δηλωμένων λόγων για τους οποίους η ενημέρωση δεν χαρακτηρίζεται επαρκής. Ως κυριότερος λόγος τέθηκε ο νοσηλευτικός φόρτος εργασίας τόσο από τους νοσηλευτές (25, 54,3%) όσο και από τους ιατρούς (14, 58,3%) με συνολικό αριθμό 39, 55,7% (p=0,750). Ως 2ος λόγος θεωρήθηκε η οργάνωση του τμήματος (23, 32,9%) με συχνότητες 12, 26,1% για τους νοσηλευτές και 11, 45,8% για τους ιατρούς (p=0,095). Ο φόρτος από το ιατρικό προσωπικό δηλώθηκε ως αίτιο από 13 άτομα (18,6%) από τους οποίους οι 11 ήταν νοσηλευτές (23,9%) και οι 2 ιατροί (8,3%). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο αίτιο ανάμεσα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (p=0,112).

Οι ιατροί υποστηρίζουν σε μεγάλο βαθμό (19, 79,2%) ότι η ΜΕΘ στην οποία εργάζονται είναι αφοσιωμένη σε υψηλά ηθικά πρότυπα όπως το ίδιο συμβαίνει για τους νοσηλευτές (28, 62,2%). Η συσχέτιση όμως των ηθικών προτύπων με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ήταν στατιστικά σημαντική (p=0,024) πιθανά λόγω του υψηλότερου ποσοστού στο «Δεν ξέρω» των νοσηλευτών (14, 31,1%) σε σχέση με τους γιατρούς (1, 4,2%) (Πίνακας 6).



Διάγραμμα 4. Καταγραφόμενοι λόγοι ανεπαρκούς ενημέρωσης

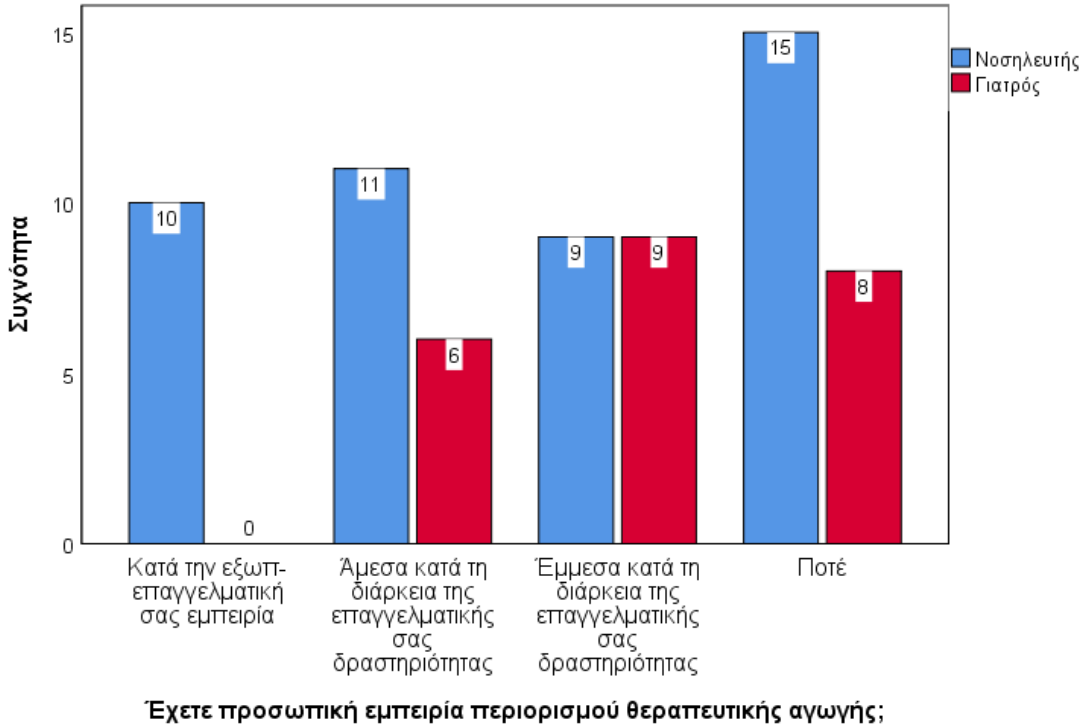
Αντίστοιχη ήταν και η εικόνα για το πόσο η δέσμευση εμπλέκει το νοσηλευτικό προσωπικό με το 68,9% (42 άτομα) να συμφωνούν και το υψηλότερο ποσοστό να παρατηρείται στο ιατρικό προσωπικό 18, 85,7%. Παρόμοια και σε αυτή την περίπτωση το ποσοστό των νοσηλευτών που δηλώνει ότι δεν έχει γνώμη είναι 32,5% (13 άτομα) σημαντικά υψηλότερο από το 4,8% (1 άτομο) των ιατρών (p=0,050) (Πίνακας 6).

Πίνακας 6. Απόψεις ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για τα ηθικά πρότυπα.

		Ιδιότητα						
		Νοσηλευτής		**Γιατρός**		**Σύνολο**		
		n	%	n	%	n	%	p
Πιστεύετε ότι η Μονάδα σας είναι αφοσιωμένη σε υψηλά ηθικά κριτήρια	Όχι	3	6,7%	4	16,7%	7	10,1%	0,024
	Ναι	28	62,2%	19	79,2%	47	68,1%	
	Δεν έχω γνώμη	14	31,1%	1	4,2%	15	21,7%	
Εάν ΝΑΙ η δέσμευση εμπλέκει το νοσηλευτικό προσωπικό;	Όχι	3	7,5%	2	9,5%	5	8,2%	0,050
	Ναι	24	60,0%	18	85,7%	42	68,9%	
	Δεν έχω γνώμη	13	32,5%	1	4,8%	14	23,0%	

Περιορισμός της θεραπείας

Σε αυτή την ενότητα καταγράφονται και αναλύονται οι θέσεις, απόψεις και αντιλήψεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικό στο ζήτημα του περιορισμού της θεραπείας. Στο Διάγραμμα 5 καταγράφονται οι απαντήσεις στο εάν και σε ποια κατάσταση νοσηλευτές και ιατροί είχαν προσωπική εμπειρία περιορισμού θεραπευτικής αγωγής. 23 άτομα (33,8%) των ερωτώμενων δεν είχε ποτέ προσωπική εμπειρία από τους οποίους οι 15 (33,3%) ήταν νοσηλευτές. Επίσης κανένας γιατρός δεν είχες έξω-επαγγελματική εμπειρία περιορισμού, ενώ 10 νοσηλευτές (22,2% των νοσηλευτών) είχε κατά την έξω-επαγγελματική του εμπειρία. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις προσωπικές εμπειρίες περιορισμού αγωγής μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών (p=0,065).



Διάγραμμα 5. Απαντήσεις ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για την εμπειρία περιορισμού θεραπευτικής αγωγής

Οι απόψεις των νοσηλευτών, των γιατρών ως προς τον χαρακτηρισμό του περιορισμού θεραπευτικής αγωγής καταγράφονται στον Πίνακα 7. Η διαδικασία του περιορισμού κρίνεται ως «απαραίτητη» από 39 άτομα 56,5% ενώ ως «ωφέλιμη» από 29 άτομα 42,0%. Η κρίση ως «ωφέλιμη» διαφοροποιείται μεταξύ νοσηλευτών (14, 31,1%) και ιατρών (15, 62,5%) (p=0,012). Υψηλή συχνότητα άνω του 10%, καταγράφηκε στη δήλωση

«Δεν συμβαίνει πολύ συχνά» (10, 14,5%), ενώ δεν επιλέχθηκε η δήλωση «εγκληματική» (0, 0,0%) από κανένα από τους ερωτώμενους.

Πίνακας 7. Χαρακτηρισμοί σχετικά με τη διαδικασία περιορισμού συνολικά και ανά ιατρονοσηλευτικό προσωπικό

	Ιδιότητα						
	Νοσηλευτής		**Γιατρός**		**Σύνολο**		
	n	%	n	%	n	%	p
Απαραίτητη	28	62,2%	11	45,8%	39	56,5%	0,191
Ωφέλιμη	14	31,1%	15	62,5%	29	42,0%	0,012
Δεν συμβαίνει πολύ συχνά	8	17,8%	2	8,3%	10	14,5%	0,288
Δεν υπάρχει ανάλογη συζήτηση στο τμήμα που εργάζεστε	4	8,9%	2	8,3%	6	8,7%	0,938
Δεν έχετε γνώμη	3	6,7%	3	12,5%	6	8,7%	0,413
Συμβαίνει πολύ συχνά	3	6,7%	1	4,2%	4	5,8%	0,672
Δεν συμβαδίζει με την αντίληψη που έχετε για την ιατρική φροντίδα	2	4,4%	1	4,2%	3	4,3%	0,957
Ανώφελη	0	0,0%	2	8,3%	2	2,9%	0,049
Επικίνδυνη	1	2,2%	0	0,0%	1	1,4%	0,462
Εγκληματική	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	-

Οι κρίσεις του ερωτώμενου ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τις αποφάσεις των διαδικασιών περιορισμού παρουσιάζονται στον Πίνακα 8. Συγκριτικά για κανένα από τους χαρακτηρισμούς αποφάσεων δεν παρατηρήθηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Επίσης οι επιλογές «επικίνδυνη» και «εγκληματική» δεν επιλέχθηκαν από κανένα ερωτώμενο (0, 0,0%). Ο πιο συχνός χαρακτηρισμός ήταν «απαραίτητη» (όταν είναι αποτέλεσμα συζήτησης) με συχνότητα 44, 63,8%, ενώ ωφέλιμη χαρακτηρίζεται από 22 ερωτώμενους (31,9%). Έντεκα άτομα (15,9%) δηλώνει ότι δεν έχει γνώμη, ενώ 7 άτομα (10,1%) δηλώνει ότι δεν λαμβάνεται ανάλογα απόφαση στο τμήμα που εργάζονται.

Πίνακας 8. Χαρακτηρισμοί για τις αποφάσεις περιορισμού συνολικά και ανά ιατρονοσηλευτικό προσωπικό

	Ιδιότητα						
	Νοσηλευτής		**Γιατρός**		**Σύνολο**		
	n	%	n	%	n	%	p
Απαραίτητη, όταν είναι αποτέλεσμα συζήτησης	26	57,8%	18	75,0%	44	63,8%	0,156
Ωφέλιμη	12	26,7%	10	41,7%	22	31,9%	0,203
Δεν έχετε γνώμη	9	20,0%	2	8,3%	11	15,9%	0,207
Δεν λαμβάνεται ανάλογη απόφαση στο τμήμα που εργάζεστε	6	13,3%	1	4,2%	7	10,1%	0,230
Λαμβάνεται πολύ συχνά	3	6,7%	1	4,2%	4	5,8%	0,672
Δεν συμβαδίζει με την αντίληψη που έχετε για την ιατρική φροντίδα	3	6,7%	0	0,0%	3	4,3%	0,198
Επικίνδυνη	1	2,2%	1	4,2%	2	2,9%	0,647
Ανώφελη	0	0,0%	1	4,2%	1	1,4%	0,168
Εγκληματική	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	-
Παράνομη	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	-

Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες 39 άτομα 55,7% δηλώνει ότι ιδανικά οι αποφάσεις για ΠτΘ θα πρέπει να λαμβάνονται συλλογικά, ενώ τα πραγματικά ποσοστά σύμφωνα με τις δηλώσεις είναι 11,4% (8 άτομα). Παρόμοια επτά άτομα 10,0% δηλώνουν ιδανικά ότι η απόφαση θα πρέπει να λαμβάνεται από ένα ιατρό, ενώ οι αντίστοιχες δηλώσεις για την πραγματική κατάσταση παρουσιάζουν συχνότητα 18,6% (13 άτομα). Η σύγκριση πραγματικότητας και ιδανικής κατάστασης παρότι δείχνουν αρκετές αποκλίσεις εντούτοις με βάση τη τιμή του συντελεστή Kappa (0.173, p=0,013) δηλώνουν μια ασθενή συμφωνία.

Πίνακας 9. Σύγκριση ιδανικής κατάστασης και πραγματικότητας σχετικά με τον περιορισμό θεραπείας

Kappa=0,173, p=0,013			Οι αποφάσεις περιορισμού θεραπείας λαμβάνονται από					Σύνολο
			Συλλογικά μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού	Από έναν ιατρό, χωρίς το νοσηλευτικό προσωπικό	Από την ιατρική ομάδα χωρίς το νοσηλευτικό προσωπικό	Δεν έχω προσωπική εμπειρία	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	
Οι αποφάσεις περιορισμού ιδανικά θα πρέπει να λαμβάνονται από:	**Συλλογικά**	n	4	10	22	1	2	39
		%	10,3%	25,6%	56,4%	2,6%	5,1%	55,7%
	Από έναν ιατρό,	n	2	2	0	3	0	7
		%	28,6%	28,6%	0,0%	42,9%	0,0%	10,0%
	Από την ιατρική ομάδα	n	0	1	7	2	0	10
		%	0,0%	10,0%	70,0%	20,0%	0,0%	14,3%
	Δεν έχω προσωπική εμπειρία	n	2	0	2	4	0	8
		%	25,0%	0,0%	25,0%	50,0%	0,0%	11,4%
	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	n	0	0	3	1	2	6
		%	0,0%	0,0%	50,0%	16,7%	33,3%	8,6%
Σύνολο		n	8	13	34	11	4	70
		%	11,4%	18,6%	48,6%	15,7%	5,7%	100,0%

Στο ερώτημα εάν η ευθύνη για την ΠτΘ θα πρέπει να μοιράζεται μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ιατρών (15, 62,5%) και νοσηλευτών (14, 30,4%) σε ότι αφορά την αποδοχή της πρότασης (p=0,029). Επιπλέον στην ερώτηση για το ρόλο του νοσηλευτή εφόσον δεν συμφωνεί με την διαμοίραση της ευθύνης, οι περισσότεροι ερωτώμενοι (26, 65,0%) απάντησαν ότι πρέπει να εκφράζει τη γνώμη του καθαρά και με σαφήνεια, ενώ σημαντικός αριθμός δηλώνει ότι δεν πρέπει να συμμετέχει καθόλου σε αυτή τη συζήτηση (10, 25,0%). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των επιλογή ιατρών και νοσηλευτών (p=0,380) (Πίνακας 10).

Πίνακας 10. Στάση νοσηλευτή σε περίπτωση μη διαμοίρασης ευθύνης για ΠτΘ

		Ιδιότητα						
		Νοσηλευτής		Γιατρός		Σύνολο		
		n	%	n	%	n	%	p
Πιστεύεται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό θα έπρεπε να μοιράζεται την ευθύνη	Όχι	25	54,3%	6	25,0%	31	44,3%	0,029
	Ναι	14	30,4%	15	62,5%	29	41,4%	
	Δεν έχω γνώμη	7	15,2%	3	12,5%	10	14,3%	
Στην απόφαση περιορισμού θα πρέπει να μοιράζεται μεταξύ ιατρών/νοσηλευτών	Να εκφράζει τη γνώμη του καθαρά και με σαφήνεια	18	58,1%	8	88,9%	26	65,0%	0,380
	Να ακούει χωρίς να μιλάει	1	3,2%	0	0,0%	1	2,5%	
	Να μην συμμετέχει καθόλου στη συζήτηση	9	29,0%	1	11,1%	10	25,0%	
	Δεν έχω γνώμη	3	9,7%	0	0,0%	3	7,5%	

Στον Πίνακα 11 καταγράφονται οι απόψεις για το επίπεδο της πληροφόρησης που λαμβάνει το νοσηλευτικό προσωπικό για την ΠτΘ. Σε μεγάλο ποσοστό 44,9% (31 άτομα) δηλώνεται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δεν έχει επαρκή ενημέρωση και παρά την αριθμητική διαφοροποίηση στους νοσηλευτές (17, 37,0%) σε σχέση με τους γιατρούς (14, 69,0%) εντούτοις η διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική (p=0,158). Συνολικά, οι ερωτώμενοι δήλωσαν ότι δίνεται η ευκαιρία για έκφραση γνώμης για τον ασθενή 33, 47,8% με παρόμοια ποσοστά για τους νοσηλευτές (23, 50,0%) και για τους ιατρούς (10, 43,5%) (p=0,162). Τέλος ως προς τον χαρακτηρισμό για την επιθυμία πληροφόρησης των νοσηλευτών το 77,1% (54 άτομα) δήλωσαν ότι η επιθυμία είναι αυθόρμητη.

Πίνακας 11. Χαρακτηρισμός της πληροφόρησης που λαμβάνει το νοσηλευτικό προσωπικό για την ΠτΘ

		Ιδιότητα						
		Νοσηλευτής		Γιατρός		Σύνολο		
		n	%	n	%	n	%	p
Πιστεύετε ότι η πληροφόρηση που έχει το νοσηλευτικό προσωπικό για τον περιορισμό της θεραπείας είναι επαρκής	Όχι	17	37,0%	14	60,9%	31	44,9%	0,158
	Ναι	17	37,0%	6	26,1%	23	33,3%	
	Δεν έχω γνώμη	12	26,1%	3	13,0%	15	21,7%	
Πιστεύετε ότι δίνεται η ευκαιρία στο νοσηλευτικό προσωπικό να εκφράσει τη γνώμη του για τον ασθενή;	Όχι	15	32,6%	12	52,2%	27	39,1%	0,162
	Ναι	23	50,0%	10	43,5%	33	47,8%	
	Δεν έχω γνώμη	8	17,4%	1	4,3%	9	13,0%	
Πιστεύετε ότι η επιθυμία για πληροφόρηση του νοσηλευτικού προσωπικού είναι:	Αυθόρμητη	41	89,1%	13	54,2%	54	77,1%	<0,001
	Ενθαρρύνετε από άλλους	4	8,7%	4	16,7%	8	11,4%	
	Δεν ζητάει ενημέρωση	1	2,2%	0	0,0%	1	1,4%	
	Δεν υπάρχει ενιαία συμπεριφορά	0	0,0%	7	29,2%	7	10,0%	

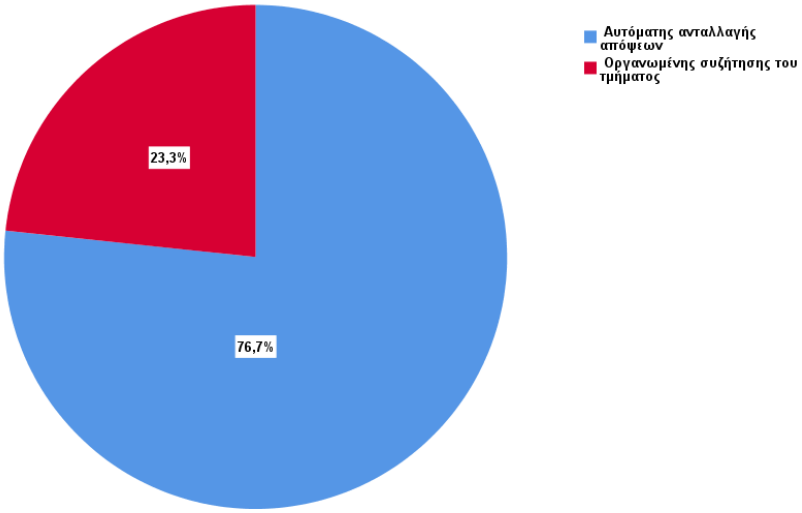
Η κατάσταση μετά από μία απόφαση για ΠτΘ (συναισθήματα, συζήτηση, πλαίσια) παρουσιάζονται στον Πίνακα 12. Μικρός αριθμός (6 άτομα, 8,7%) από τα οποία τα 5 (11,1%) είναι νοσηλευτές και 1 (4,2%) είναι ιατρός δηλώνει ότι αισθάνεται απομονωμένος, ενώ δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δηλώσεις απομόνωσης (p=0,621). Η δυνατότητα συζήτησης δείχνει να είναι εφικτή για το 46,4% (32 άτομα), ενώ ένα 29,0% (20 άτομα) δεν έχει γνώμη με το αποτέλεσμα να μην παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά (p=0,148).

Οι περισσότεροι από τους ερωτώμενους δηλώνουν ότι δεν υπάρχουν ομάδες συζήτησης για αυτά τα θέματα (33, 48,5%) με τα ποσοστά να μη διαφοροποιούνται ανάμεσα στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό (p=0,129). Το 84,3% (59 άτομα δηλώνουν ότι δεν υπάρχει ψυχολόγος χωρίς το αποτέλεσμα να διαφοροποιείται μεταξύ ιατρών-νοσηλευτών (p=0,421), ενώ η ενημέρωση της οικογένειας θεωρείται απαραίτητη για 40 νοσηλευτές (87,0%) και 19 ιατρούς (79,2%).

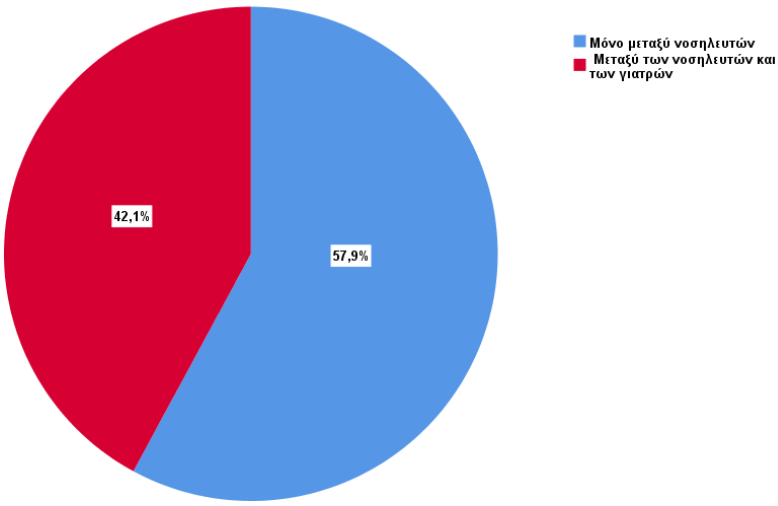
Πίνακας 12. Καταγραφόμενη κατάσταση μετά από μια ΠτΘ

Για την απόφαση περιορισμού της θεραπείας		Ιδιότητα						
		Νοσηλευτής		Γιατρός		Σύνολο		
		n	%	n	%	n	%	p
Αισθάνεστε απομονωμένος	Όχι	28	62,2%	16	66,7%	44	63,8%	0,621
	Ναι	5	11,1%	1	4,2%	6	8,7%	
	Δεν έχω γνώμη	12	26,7%	7	29,2%	19	27,5%	
Έχετε τη δυνατότητα να το συζητήσετε	Όχι	8	17,8%	9	37,5%	17	24,6%	0,148
	Ναι	24	53,3%	8	33,3%	32	46,4%	
	Δεν έχω γνώμη	13	28,9%	7	29,2%	20	29,0%	
Υπάρχουν ομάδες συζήτησης	Όχι	19	43,2%	14	58,3%	33	48,5%	0,129
	Ναι	10	22,7%	1	4,2%	11	16,2%	
	ΔΞ/ΔΑ	15	34,1%	9	37,5%	24	35,3%	
Υπάρχει ψυχολόγος	Όχι	40	87,0%	19	79,2%	59	84,3%	0,421
	Ναι	1	2,2%	0	0,0%	1	1,4%	
	ΔΞ/ΔΑ	5	10,9%	5	20,8%	10	14,3%	
Θεωρείτε ότι η οικογένεια πρέπει να ενημερώνεται	Όχι	4	8,7%	4	16,7%	8	11,4%	0,609
	Ναι	40	87,0%	19	79,2%	59	84,3%	
	Δεν έχω άποψη	2	4,3%	1	4,2%	3	4,3%	

Στο Διάγραμμα 6 (6α και 6β) καταγράφονται οι απόψεις των ερωτώμενων για το πλαίσιο συζητήσεων στην ΠτΘ. Η ανταλλαγή απόψεων γίνεται χωρίς οργάνωση από το τμήμα εργασίας (46 άτομα 76,7%) (Διάγραμμα 6α). Οι ερωτώμενοι νοσηλευτές θεωρούν ότι οι συζητήσεις για θέματα ΠτΘ γίνονται κυρίως μεταξύ νοσηλευτών (22, 57,9%)



(A)



(B)

Διάγραμμα 6. Απόψεις για το πλαίσιο συζητήσεων στην ΠτΘ.

Πληροφόρηση της οικογένειας και ΠτΘ

Τα χαρακτηριστικά της πληροφόρησης της οικογένειας για την ΠτΘ, οι λόγοι ενημέρωσης αλλά και οι λόγοι μη ενημέρωσης και η στάση των νοσηλευτών εξετάζονται σε αυτή την ενότητα. Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται οι πεποιθήσεις των ιατρών και νοσηλευτών σχετικά με την ενημέρωση της οικογένειας.

Το 84,3% (59 άτομα) δήλωσαν ότι η οικογένεια πρέπει να ενημερώνεται για την απόφαση ΠτΘ με τα ποσοστά να μην διαφοροποιούνται μεταξύ νοσηλευτών (40, 87,0%) και ιατρών (19, 79,2%) (p=0,609). Συμπληρωματικά στην παραπάνω δήλωση η ενημέρωση θα πρέπει να είναι πλήρης με ποσοστά 76,7% (33 νοσηλευτές), 72,7% (16 ιατροί) και 75,4% (49 άτομα) (p=0,779). Η παρουσία του νοσηλευτή κρίνεται μη απαραίτητη για 38 άτομα (55,9%) με τα 26 από αυτά (56,5%) να ανήκουν στους νοσηλευτές (p=0,373). Τέλος, η συχνότερη πεποίθηση είναι ότι η οικογένεια του ασθενή δεν ενημερώνεται επαρκώς (33, 47,1%) με τους γιατρούς να το δηλώνουν σε ποσοστό 62,5% (15 άτομα) και τους νοσηλευτές σε ποσοστό 39,1% (18 άτομα (p=0,170).

Πίνακας 12. Πεποιθήσεις ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την ενημέρωση της οικογένειας

		Ιδιότητα						
		Νοσηλευτής		**Γιατρός**		**Σύνολο**		
		n	%	n	%	n	%	p
Θεωρείτε ότι η οικογένεια πρέπει να ενημερώνεται για την απόφαση ΠτΘ	Όχι	4	8,7%	4	16,7%	8	11,4%	0,609
	Ναι	40	87,0%	19	79,2%	59	84,3%	
	Δεν έχω άποψη	2	4,3%	1	4,2%	3	4,3%	
Στην περίπτωση που η οικογένεια πρέπει να ενημερωθεί πρέπει να είναι πλήρης η ενημέρωση	Όχι	7	16,3%	5	22,7%	12	18,5%	0,779
	Ναι	33	76,7%	16	72,7%	49	75,4%	
	Δεν έχω άποψη	3	7,0%	1	4,5%	4	6,2%	
Εάν πιστεύετε ότι η οικογένεια πρέπει να ενημερώνετε θα επιθυμούσαν να είναι παρόν παρούσα ο νοσηλευτής/-τρια	Όχι	26	56,5%	12	54,5%	38	55,9%	0,373
	Ναι	18	39,1%	7	31,8%	25	36,8%	
	Δεν έχω άποψη	2	4,3%	3	13,6%	5	7,4%	
Με βάση την εμπειρία σας πιστεύετε ότι η οικογένεια είναι πράγματι ενημερωμένη για την ΠτΘ	Όχι	18	39,1%	15	62,5%	33	47,1%	0,170
	Ναι	17	37,0%	6	25,0%	23	32,9%	
	Δεν έχω άποψη	11	23,9%	3	12,5%	14	20,0%	

Στον Πίνακα 13 καταγράφονται οι λόγοι μη ενημέρωσης (κάθετες στήλες) και τους λόγους που δεν πρέπει (οριζόντιες γραμμές) για ενημέρωση των συγγενών των ασθενών. Οι ερωτώμενοι στηρίζουν με ίδια ποσοστά (19, 42,2%) ότι ο λόγος που δεν γίνεται αλλά και ο λόγος που δεν πρέπει να γίνεται η ενημέρωση είναι η ασύμμετρη πληροφόρηση. Ως προς την 2η σε συχνότητα επιλογή, οι ερωτώμενοι πιστεύουν ότι πρέπει να μην γίνεται η ενημέρωση για λόγους πρόκλησης θλίψης στην οικογένειας (8, 17,8%), ενώ οι ίδιοι ερωτώμενοι υποστηρίζουν ότι δεν γίνεται για λόγος φόβου των νομικών συνεπειών (11, 24,4%). Οι απαντήσεις έδειξαν χαμηλή τιμή συμφωνίας (kappa (k=0,226, p=0,003).

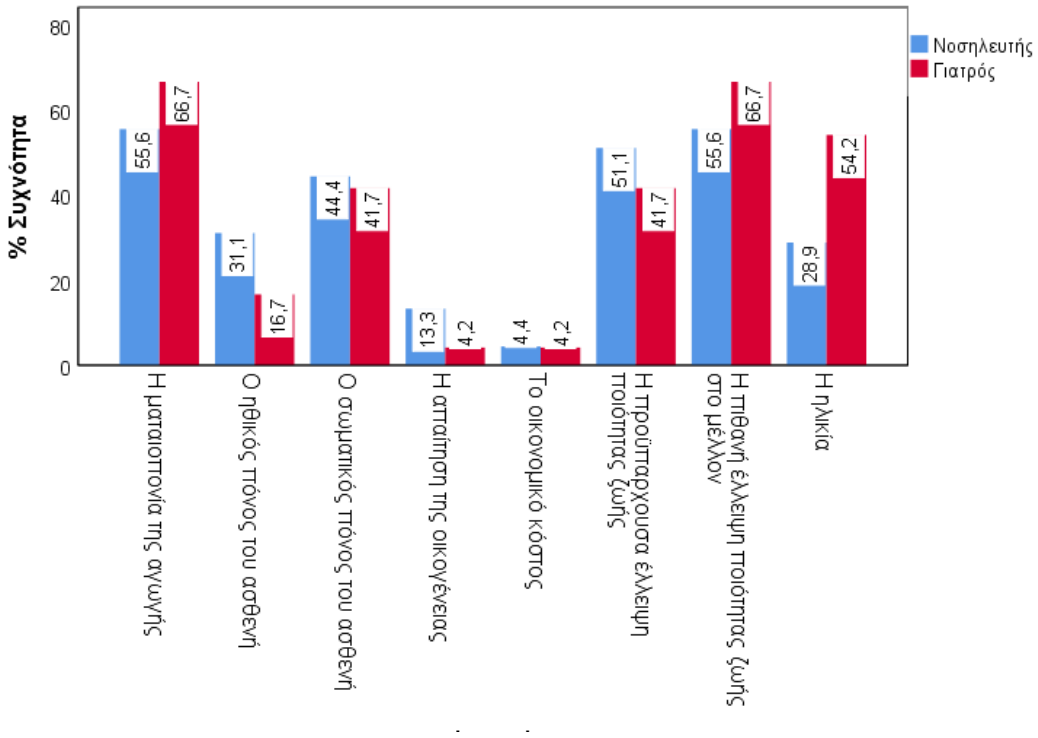
Πίνακας 13. Λόγοι μη ενημέρωσης των συγγενών

Πρέπει		Μη ενημέρωση						Σύνολο
		Η πρόκληση πόνους θλίψης στα μέλη της οικογένειας	Ασύμμετρη πληροφόρηση	Εμπιστευτικότητα	Ο φόβος την νομικών συνεπειών	Η έλλειψη σχέσεων εμπιστοσύνης με την οικογένεια	Άλλο	
Η πρόκληση πόνους θλίψης στα μέλη της οικογένειας	n	3	3	1	1	0	0	8
	%	37,5%	37,5%	12,5%	12,5%	0,0%	0,0%	17,8%
Ασύμμετρη πληροφόρηση	n	2	10	0	5	2	0	19
	%	10,5%	52,6%	0,0%	26,3%	10,5%	0,0%	42,2%
Εμπιστευτικότητα	n	1	2	1	2	0	0	6
	%	16,7%	33,3%	16,7%	33,3%	0,0%	0,0%	13,3%
Ο φόβος την νομικών συνεπειών	n	0	3	0	2	0	0	5
	%	0,0%	60,0%	0,0%	40,0%	0,0%	0,0%	11,1%
Η έλλειψη σχέσεων εμπιστοσύνης με την οικογένεια	n	0	1	2	1	2	0	6
	%	0,0%	16,7%	33,3%	16,7%	33,3%	0,0%	13,3%
Άλλο	n	0	0	0	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	2,2%
Σύνολο	n	6	19	4	11	4	1	45
	%	13,3%	42,2%	8,9%	24,4%	8,9%	2,2%	100,0%

Κριτήρια και λόγοι για ΠτΘ

Στο Διάγραμμα 7 παρουσιάζονται οι καταγραφές των κριτηρίων για ΠτΘ ανάμεσα σε γιατρούς και νοσηλευτές. Με εξαίρεση το κριτήριο της ηλικίας πάνω στο οποίο

διαφοροποιούνται οι επιλογές των νοσηλευτών (13, 28,9%) και των ιατρών (13, 54,2%) (p=0,039) σε καμία άλλη επιλογή δεν παρουσιάστηκε διαφοροποίηση. Τα υψηλότερα ποσοστά στα κριτήρια συγκέντρωσαν οι επιλογές «η ματαιοπονία της αγωγής» (συνολικά 41, 59,4%, νοσηλευτές 25, 55,6%, ιατροί 16, 66,7%) και το κριτήριο «της πιθανής έλλειψης ποιότητας ζωής στο μέλλον» (συνολικά 41, 59,4%, νοσηλευτές 25, 55,6%, ιατροί 16, 66,7%). Υψηλά ποσοστά στο σύνολο παρουσιάζουν με φθίνουσα σειρά τα κριτήρια της «προ υπάρχουσας έλλειψης ποιότητας ζωής» (33, 47,8%), του «σωματικού πόνου του ασθενή» (30, 43,5%), της «ηλικίας του ασθενή» (26, 37,7%), του «ηθικού πόνου του ασθενή» (18, 26,1%) της «απαίτησης της οικογένειας» (7, 10,1%) και το «οικονομικό κόστος» (3, 4,3%).



Διάγραμμα 7. Κριτήρια για ΠτΘ ανά είδος προσωπικού.

Οι απόψεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για αλλαγές στη θεραπεία όπως μη κλιμάκωση της θεραπευτικής αγωγής, μη διασωλήνωσης, αποσωλήνωσης, και άρσης της θεραπευτικής αγωγής παρουσιάζονται σε δύο σενάρια στον Πίνακα 14. Στο Σενάριο 1 η πιο συχνή απάντηση ήταν ότι «είναι δικαιολογημένη η λήψη της απόφασης δεν υπάρχει όφελος» (31, 44,3%) ενώ το 16 άτομα 22,8% δήλωσαν ότι δεν ξέρουν και δεν απαντούν. Στο σενάριο

2 οι απαντήσεις των ερωτώμενων είναι πιο διασκορπισμένες με πιο συχνές επιλογές το «δεν ξέρω/δεν απαντώ» (18,26,5%) και το «Δεν νοιώθω ποτέ ασφάλεια ή σιγουριά» (15, 22,1%).

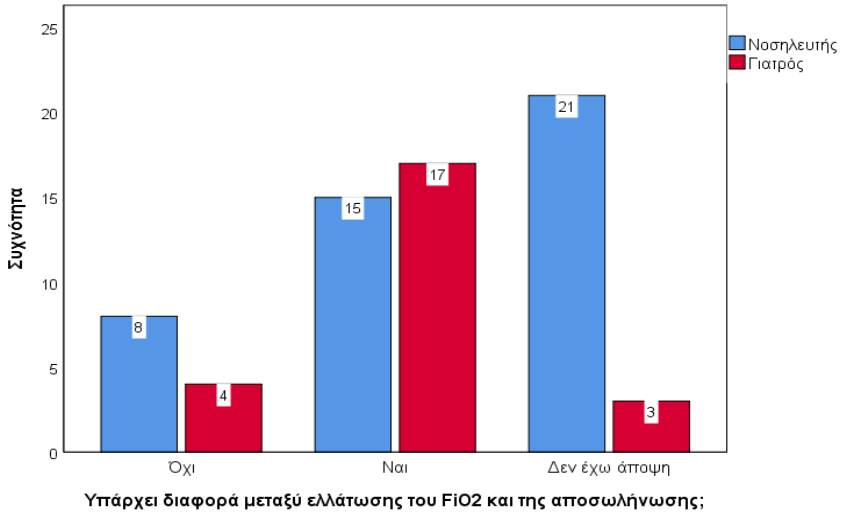
Πίνακας 14. Σκέψεις ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε περίπτωση ΠτΘ

Σενάριο 1			**Σενάριο 2**		
Σε περίπτωση λήψης απόφασης μη κλιμάκωσης της θεραπευτικής αγωγής, η απόφαση για μη διασωλήνωση ενός ασθενή			***Σε περίπτωση λήψης απόφασης άρσης της θεραπευτικής αγωγής, η απόφαση για αποσωλήνωση ενός ασθενή***		
	n	%		n	%
Αποκλείεται εκ πεποιθήσεως	11	15,7	Αποκλείεται εκ πεποιθήσεως	12	17,6
Είναι δικαιολογημένη αλλά προκλητική	4	5,7	Αποκλείεται λόγω του κινδύνου άμεσου θανάτου	9	13,2
Είναι δικαιολογημένη αν δεν υπάρχει όφελος	31	44,3	Αποκλείεται λόγω του ότι ο ασθενής θα υποφέρει	4	5,9
			Είναι αποδεκτή, η διασωλήνωση παρατείνει ανώφελα το θάνατο	10	14,7
Δεν νιώθω ποτέ ασφάλεια ή σιγουριά	8	11,4	Δεν νοιώθω ποτέ ασφάλεια ή σιγουριά	15	22,1
ΔΞ/ΔΑ	16	22,9	ΔΞ/ΔΑ	18	26,5

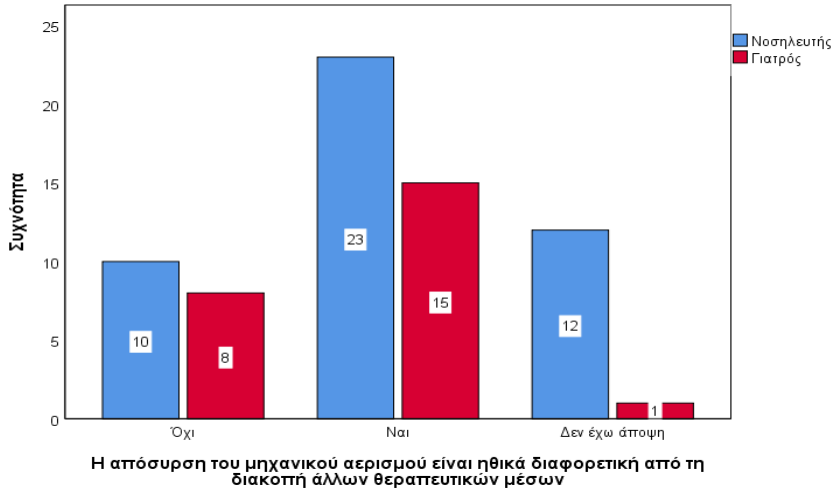
Οι απόψεις συνολικά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την διαφορά της ελάττωσης του FiO_2 και της αποσωλήνωσης (Διάγραμμα 8α) και το εάν η απόσυρση του μηχανικού αερισμού είναι διαφορετική από την διακοπή άλλων θεραπευτικών μέσων (Διάγραμμα 8β) καταγράφηκαν με τη μορφή συχνοτήτων και ανά είδος προσωπικού. Οι περισσότεροι από τους νοσηλευτές (21, 47,7%) δηλώνουν ότι δεν έχουν άποψη για τη διαφορά FiO_2 και αποσωλήνωσης, ενώ ο αντίστοιχος αριθμός ιατρών είναι 3 (12,5%) ($p<0,001$).

Αντίστοιχα μεγάλες έδειξαν να είναι οι διαφορές στο «δεν έχω άποψη» μεταξύ νοσηλευτών (12, 26,7%) και ιατρών (1, 4,2%), στο ερώτημα εάν υπάρχει ηθική διαφορά στην απόσυρση του μηχανικού αερισμού και στη διακοπή άλλων θεραπευτικών μέσων, παρόλα αυτά η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,070$).

A



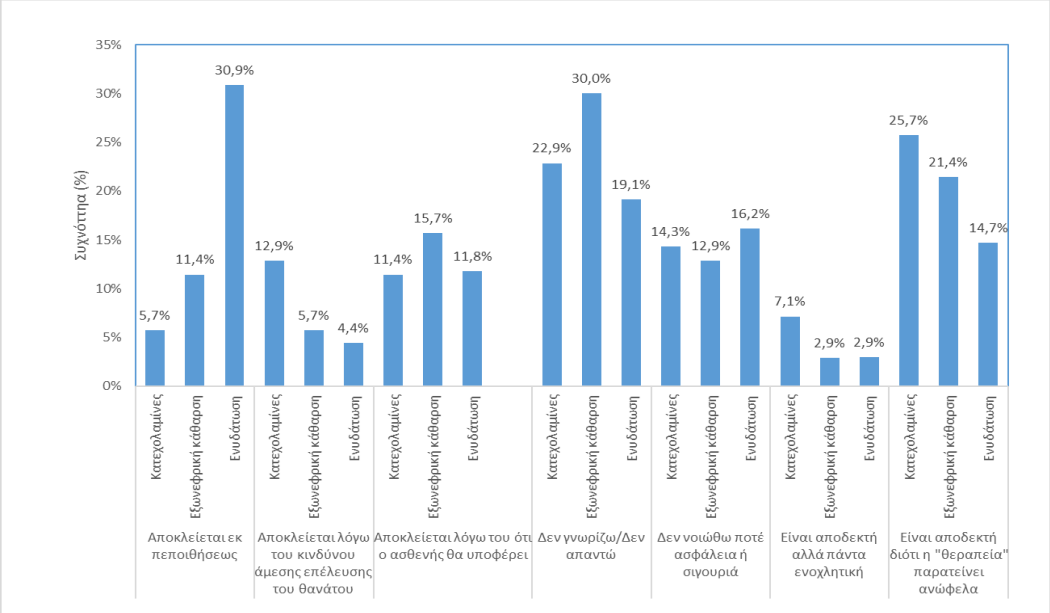
B



Διάγραμμα 8 Απόψεις νοσηλευτών για (A) διαφορές ελάττωσης FiO_2 και (B) μηχανικού αερισμού

Παρόμοια οι απόψεις των νοσηλευτών και των ιατρών για τον περιορισμό της χρήσης κατεχολαμινών, της εξωνεφρικής ανεπάρκειας και της ενυδάτωσης παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 9. Στην περίπτωση, περιορισμού χρήσης των κατεχολαμινών οι πιο συχνές απαντήσεις ήταν: «οι κατεχολαμίνες παρατείνουν ανώφελα τη ζωή» (18, 25,7%), «Δεν

γνωρίζω/Δεν απαντώ» (16, 22,9%), και «Δεν νοιώθω ποτέ ασφάλεια ή σιγουριά» (10, 14,3%). Στην περίπτωση του περιορισμού της εξωνεφρικής κάθαρσης ή πιο συχνή απάντηση ήταν «Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ» (21, 30,0%), ότι «είναι αποδεκτή διότι η εξωνεφρική κάθαρση παρατείνει ανώφελα τη ζωή» (15, 21,4%) και ότι «αποκλείεται διότι ο ασθενής θα υποφέρει» (11, 15,7%). Σε ότι αφορά τον περιορισμό της ενυδάτωσης οι πιο συχνές απαντήσεις ήταν: «αποκλείεται λόγω πεποιθήσεων (21, 30,9%), «Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ» (13, 19,1%) και «δεν νοιώθω ποτέ ασφάλεια ή σιγουριά» (11, 16,2%)



Διάγραμμα 9. Χαρακτηρισμός περιορισμού κατεχολαμινών, εξωνεφρικής κάθαρσης και ενυδάτωσης.

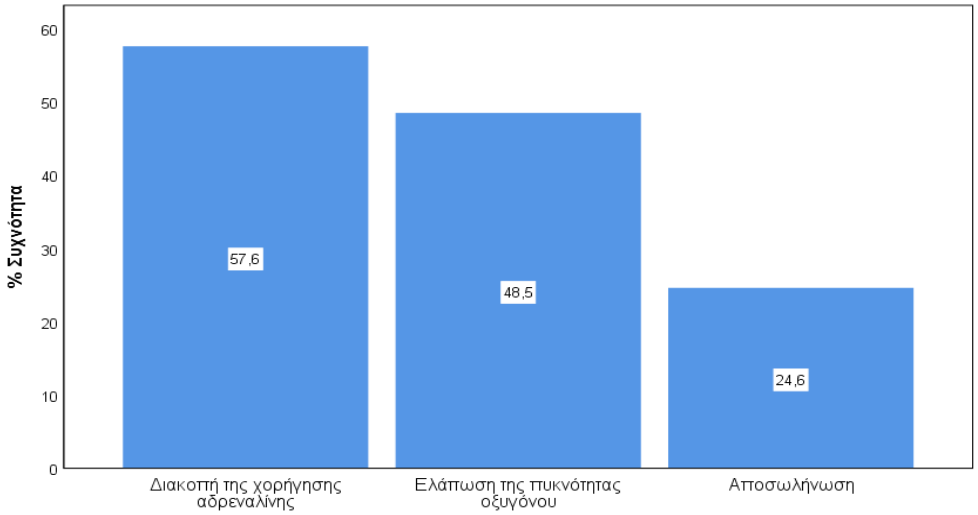
Η αύξηση της καταστολής σε περίπτωση ΠτΘ ή διακοπής των παρεμβάσεων συμφωνείται από 44 άτομα, 62,9% των ερωτώμενων, με τους γιατρούς να το δηλώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό (20, 83,3%) σε σχέση με τους νοσηλευτές (24, 52,2%) (p=0,036). Οι ερωτώμενοι δεν συμφωνούν ότι η αύξηση της καταστολής επισπεύδει το θάνατο σε ποσοστό 50,0% (35 άτομα), ενώ και σε αυτή την περίπτωση οι ιατροί το υποστηρίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό (17, 70,8%) σε σχέση με τους νοσηλευτές (18, 39,1%) (p=0,012). Η εφαρμογή προοδευτικού ΠΤΘ διχάζει τους ερωτώμενους με τα ποσοστά θετικής και αρνητικής αποδοχής να είναι ισόποσα με 26 άτομα (38,2%) στο σύνολο, και τους γιατρούς να έχουν μεγαλύτερα ποσοστά αποδοχής (14, 58,3%) σε σχέση με τους νοσηλευτές (12, 27,3%) (p=0,042). Πάνω από το 50 % (38 άτομα, 54,3%) έχει θετική άποψη για τη χρήση μυοχαλαρωτικών στην καταστολή ασθενή, χωρίς τα αποτελέσματα να διαφοροποιούνται στατιστικά μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών (p=0,130). Επίσης τα συνολικά ποσοστά των

ατόμων που υποστηρίζουν ότι μπορούν να εφαρμόσουν μια οδηγία καταστολής και το εάν υπάρχουν πρωτόκολλά προοδευτικού ΠτΘ στην ΜΕΘ ήταν 51,4% και 44,8% αντίστοιχα με τις αντίστοιχες τιμές συγκρίσεων ιατρονοσηλευτικού προσωπικού να είναι μη στατιστικά σημαντικές με p=0,059 και p=0,617 (Πίνακας 15).

Πίνακας 15. Σκέψεις ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε τακτικές νοσηλευόμενων σε ΜΕΘ

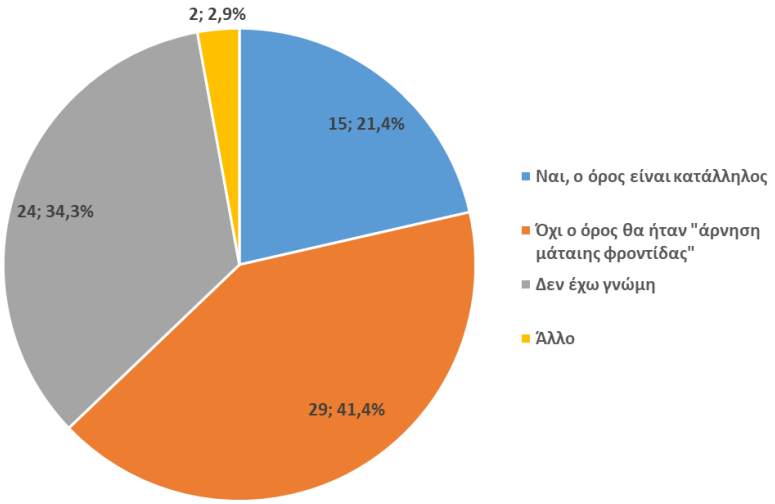
		Ιδιότητα						
		Νοσηλευτής		Γιατρός		Σύνολο		
		n	%	n	%	n	%	p
Συμφωνείτε με την αύξηση της καταστολής σε περίπτωση περιορισμού ή διακοπής των θεραπευτικών παρεμβάσεων	Όχι	9	19,6%	2	8,3%	11	15,7%	0,036
	Ναι	24	52,2%	20	83,3%	44	62,9%	
	Δεν έχω άποψη	13	28,3%	2	8,3%	15	21,4%	
Συμφωνείτε ότι η αύξηση της καταστολής μπορεί να επισπεύσει το θάνατο	Όχι	18	39,1%	17	70,8%	35	50,0%	0,012
	Ναι	19	41,3%	2	8,3%	21	30,0%	
	Δεν έχω άποψη	9	19,6%	5	20,8%	14	20,0%	
Έχετε θετική άποψη για την χρήση των μυοχαλαρωτικών σε ένα υπό καταστολή ασθενή	Όχι	13	28,3%	4	16,7%	17	24,3%	0,130
	Ναι	21	45,7%	17	70,8%	38	54,3%	
	Δεν έχω άποψη	12	26,1%	3	12,5%	15	21,4%	
Εφαρμογή κλίμακας προοδευτικού περιορισμού θεραπευτικών παρεμβάσεων;	Όχι	20	45,5%	6	25,0%	26	38,2%	0,042
	Ναι	12	27,3%	14	58,3%	26	38,2%	
	Δεν έχω άποψη	12	27,3%	4	16,7%	16	23,5%	
Μπορεί να είστε το πρόσωπο που θα εφαρμόσει την οδηγία;	Όχι	18	39,1%	4	16,7%	22	31,4%	0,059
	Ναι	19	41,3%	17	70,8%	36	51,4%	
	Δεν έχω άποψη	9	19,6%	3	12,5%	12	17,1%	
Εφαρμόζεται στο τμήμα σας μία κλίμακα προοδευτικού περιορισμού των θεραπευτικών παρεμβάσεων;	Όχι	2	40,0%	11	45,8%	13	44,8%	0,617
	Ναι	3	60,0%	10	41,7%	13	44,8%	
	Δεν έχω άποψη	0	0,0%	3	12,5%	3	10,3%	

Στο σύνολο των ερωτώμενων ένα ποσοστό 57,6% (38 άτομα), 48,5% (32 άτομα) και 24,6% (16 άτομα) δηλώνουν ότι είναι ικανά να εφαρμόσουν τις παρεμβάσεις «διακοπή της χορήγησης αδρεναλίνης», «ελάττωσης της πυκνότητας οξυγόνου» και «αποσωλήνωσης» αντίστοιχα (Διάγραμμα 10).



Διάγραμμα 10. Ικανότητα για εφαρμογή θεραπευτικής παρέμβασης

Στο Διάγραμμα 11 παρουσιάζεται η άποψη του συνόλου του προσωπικού ως προς την αποδοχή του όρου «παθητική ευθανασία» αντί «για περιορισμό της θεραπείας». Η καταλληλότητα του όρου γίνεται αποδεκτή από μόλις 15 άτομα (21,4%), ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (29, 41,4%) υποστηρίζει ότι ο κατάλληλος όρος είναι «άρνηση μάταιης φροντίδας». Υψηλή συχνότητα παρουσιάζεται και στην επιλογή «Δεν έχω γνώμη» με ποσοστό 34,3% (24 άτομα), ενώ συνολικά δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών (p=0,297).



Διάγραμμα 11. Καταλληλότητα του όρου «παθητική ευθανασία» για την ΠτΘ

Στον Πίνακα 16 παρουσιάζεται η άποψη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για την παρουσία του νοσηλευτή/ιατρού στην λήψη αποφάσεων για την ΠτΘ. Οι ερωτώμενοι δεν διαφοροποιούν τις απαντήσεις τους ανά είδος προσωπικού (p=0,179) και οι πιο συχνές επιλογές στην ερώτηση είναι «απαραίτητη» (25, 36,8%), και «επιβεβλημένη» (16, 23,5%). Το γεγονός της ύπαρξης εμπειρίας με θνήσκοντες ασθενείς δεν δείχνει να επηρεάζει την προσέγγιση για την ΠτΘ με ποσοστό 45,7% (32 άτομα) έναντι 38,6% (27 άτομα) που

Πίνακας 16. Απόψεις για την λήψη αποφάσεων στην ΠτΘ

		Ιδιότητα						
		Νοσηλευτής		**Γιατρός**		**Σύνολο**		
		n	%	n	%	n	%	p
Υποθέτοντας ότι έχετε πλήρη πληροφόρηση για τον ασθενή θεωρείτε ότι η συμμετοχή σας ως επαγγελματία υγείας είναι	Απαραίτητη	17	37,0%	8	36,4%	25	36,8%	0,179
	Επιβεβλημένη	8	17,4%	8	36,4%	16	23,5%	
	Απολύτως αναγκαία	10	21,7%	2	9,1%	12	17,6%	
	Ανώφελη	6	13,0%	4	18,2%	10	14,7%	
	Παράνομη	5	10,9%	0	0,0%	5	7,4%	
Η προσωπική σας εμπειρία με θνήσκοντες ασθενείς, έχει επηρεάσει την προσέγγισή σας σχετικά με τη λήψη αποφάσεων περιορισμού της θεραπείας	Όχι	21	45,7%	11	45,8%	32	45,7%	0,847
	Ναι	17	37,0%	10	41,7%	27	38,6%	
	Δεν έχω άποψη	8	17,4%	3	12,5%	11	15,7%	

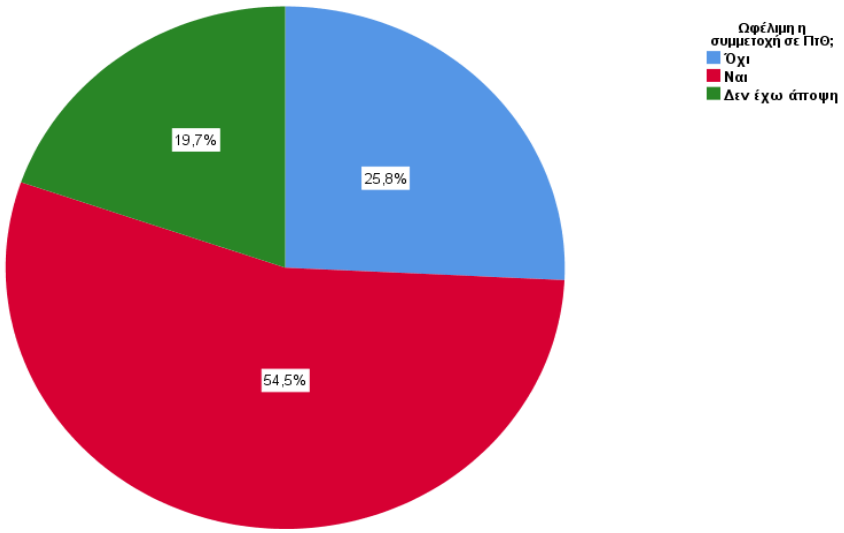
διαφοροποιούν τις απαντήσεις τους ανά είδος προσωπικού (p=0,179) και οι πιο συχνές επιλογές στην ερώτηση είναι «απαραίτητη» (25, 36,8%), και «επιβεβλημένη» (16, 23,5%). Το γεγονός της ύπαρξης εμπειρίας με θνήσκοντες ασθενείς δεν δείχνει να επηρεάζει την προσέγγιση για την ΠτΘ με ποσοστό 45,7% (32 άτομα) έναντι 38,6% (27 άτομα) που δηλώνουν ότι επηρεάζονται. Δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε νοσηλευτές και ιατρούς (p=0,847).

Οι φόβοι των ιατρών για τις νομικές συνέπειες των αποφάσεων ΠτΘ καθώς και τις επιρροές στην ενημέρωση μιας τέτοιας απόφασης παρουσιάζεται στον Πίνακα 17. Ένας σημαντικός αριθμός 11 ιατροί (45,8%) δηλώνει ότι δεν φοβάται τις νομικές συνέπειες, ενώ μόλις ένας λιγότερος (10, 41,7%) δηλώνει φόβο. Η ανησυχία των ιατρών επηρεάζει την οικογένεια του ασθενή (10, 83,3%) και τον ιατρικό φάκελο του ασθενή (9, 75,0%)

Στο Διάγραμμα 12 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ερώτησης κατά πόσο θεωρούν οι ερωτώμενοι ωφέλιμη την συμμετοχή στη ΠτΘ άλλων επαγγελματιών υγείας. Σε ποσοστό 54,5% (36 άτομα) δήλωσε καταφατικά ότι χρειάζεται και ένα 19,7% (13 άτομα) ότι δεν έχει άποψη.

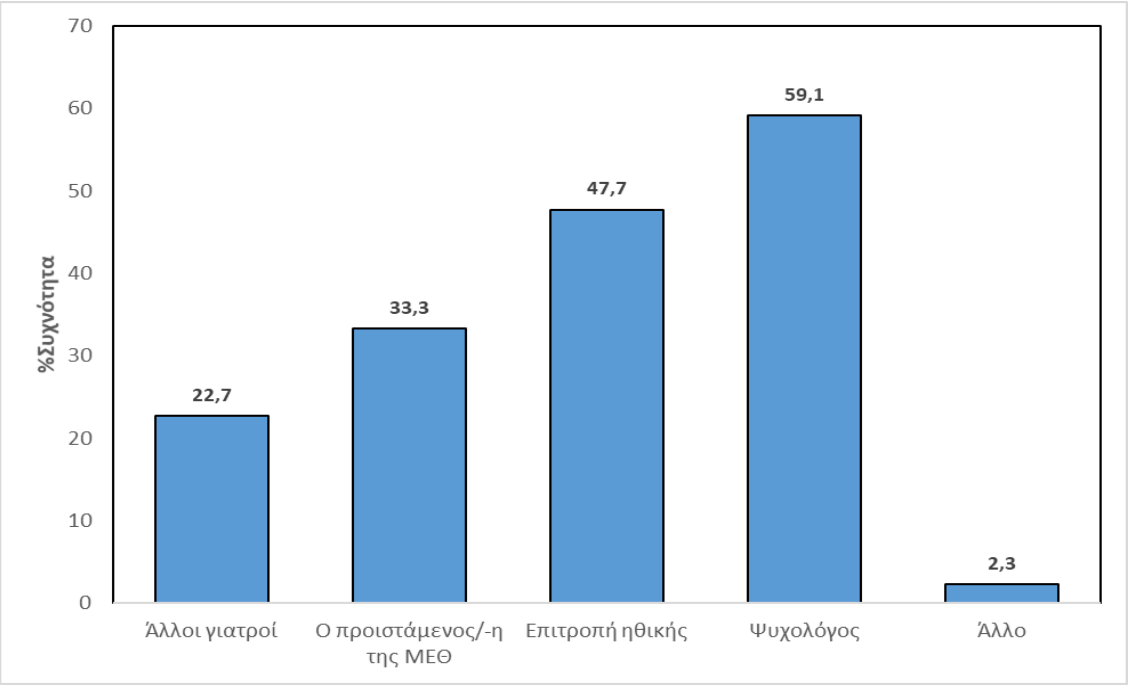
Πίνακας 17. Φόβοι ιατρών για τις νομικές συνέπειας και επίδραση στην ενημέρωση

		n	%
Όταν λαμβάνετε μια απόφαση περιορισμού της θεραπείας ανησυχείτε για ενδεχόμενες νομικές συνέπειες	Όχι	11	45,8%
	Ναι	10	41,7%
	Δεν έχω άποψη	3	12,5%
Εάν ΝΑΙ αυτή η ανησυχία επηρεάζει την ενημέρωση προς			
Τους ασθενείς	Όχι	11	91,7%
	Ναι	1	8,3%
Την οικογένεια	Όχι	2	16,7%
	Ναι	10	83,3%
Το νοσηλευτικό προσωπικό	Όχι	11	100,0%
	Ναι	0	0,0%
Τον ιατρικό φάκελο	Όχι	3	25,0%
	Ναι	9	75,0%

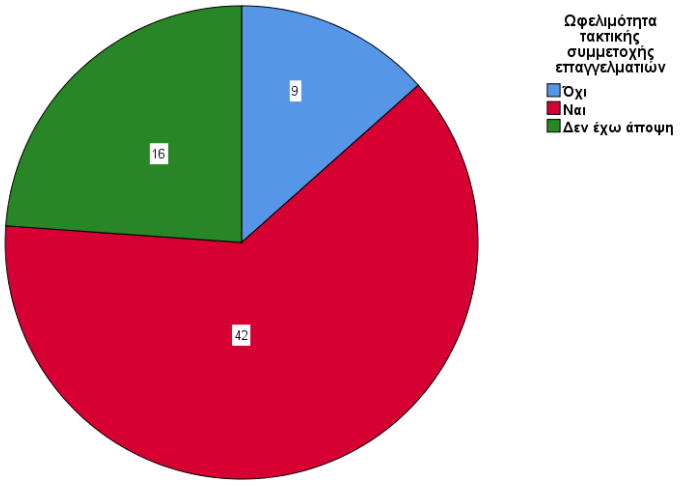


Διάγραμμα 12. Θεωρείτε ότι είναι ωφέλιμη η συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας στις αποφάσεις ΠτΘ

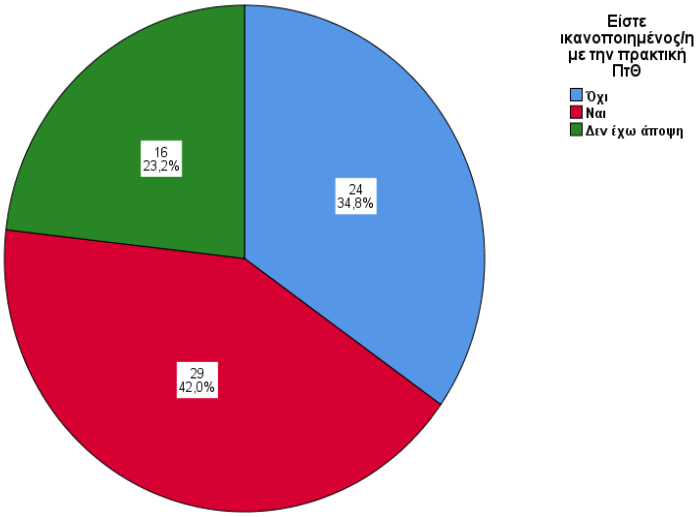
Στο Διάγραμμα 13 καταγράφονται οι προτεινόμενοι για συμμετοχή σε ομάδα ΠτΘ. Η ύπαρξη ψυχολόγου στηρίζεται από 26 άτομα 59,1% ενώ 21 άτομα 47,7% θεωρούν ότι χρειάζεται μια επιτροπή ηθικής. Άλλοι γιατροί και η/ο προϊσταμένη/ος της ΜΕΘ στηρίζεται από 10 και 9 άτομα αντίστοιχα.



Διάγραμμα 13. Ποιοι θεωρείτε ότι πρέπει να συμμετέχουν στην ομάδα ΠτΘ



(A)



(B)

Διάγραμμα 14. Υπάρχει ωφέλεια από την τακτική συμμετοχή επαγγελματιών υγείας (A) Υπάρχει ικανοποίηση από την πρακτική ΠτΘ (B)

Στο Διάγραμμα 14 καταγράφονται αριστερά (Διάγραμμα 4^{α}) εάν πραγματικά μια τακτική συμμετοχή επαγγελματιών θα ήταν ωφέλιμη με το 62,7 (42 άτομα) να το δηλώνει,

ενώ σημαντικός αριθμός (16 άτομα, 23,9%) δεν έχει άποψη. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (p=0,342). Παρόμοια στο Διάγραμμα 4β υπάρχει ικανοποίηση από την πρακτική που εφαρμόζεται στη μονάδα ΜΕΘ που εργάζονται οι ερωτώμενοι (29, 42,0%) με του Δεν έχω άποψη να είναι 16, 23,2%. Οι απαντήσεις σε αυτή την ερώτηση έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (p=0,026) με τους νοσηλευτές να μην είναι ικανοποιημένοι σε μικρότερο αριθμό (11, 23,9%) σε σχέση με τους ιατρούς (13, 56,5%).

Το ερωτηματολόγιο MBI

Το ερωτηματολόγιο MBI-HSS (MP) (Masclach Burnout Inventory Human Services Survey for Medical Personnel) είναι μια ειδική μορφή των ερωτηματολογίων μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης (MBI) για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Αποτελείται από 22 ερωτήσεις μορφής τύπου Likert με 7 τιμές από 0 έως 7 (0: Ποτέ 1: Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο 2: 'Εως1 φορά/μήνα, 3: Μερικές φορές το μήνα, 4: Μια φορά το μήνα, 5: Μια φορά την εβδομάδα, 6: μερικές φορές την εβδομάδα, 7: κάθε μέρα (Παράρτημα).

Το ερωτηματολόγιο MBI-HSS (MP) απαρτίζεται από 3 κλίμακες: Συναισθηματική εξάντληση (9 ερωτήσεις), Προσωπικό επίτευγμα (8 ερωτήσεις) και αποπροσωποποίηση (5 ερωτήσεις) και η αναλυτική τους παρουσίαση δίνεται στον Πίνακα 19. Και οι τρεις κλίμακες ακολουθούν κανονική κατανομή (p=0,200) ενώ οι συντελεστές alpha του Cronbach ήταν 0,858 για την συναισθηματική εξάντληση, 0,741 για το προσωπικό επίτευγμα και 0,675 για την αποπροσωποποίηση. Στο σύνολο των 22 ερωτήσεων ο συντελεστής alpha του Cronbach υπολογίστηκε σε 0,802.

Επαγγελματική εξουθένωση

Η σύνοψη των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο MBI-HSS (MP) παρουσιάζεται στον Πίνακα 18. Οι ελλείπουσες τιμές δεν ξεπέρασαν το 5% για καμία από τις ερωτήσεις με το μεγαλύτερο κενό να συναντάται στο ερώτηση 7 και στην ερώτηση 19 με 2 τιμές (2,9%). Η υψηλότερη συχνότητα παρουσιάστηκε στην επιλογή ποτέ στην ερώτηση 15 με απαντήσεις 26 και συχνότητα 37,1%. Μόνο 2 ακόμα ερωτήσεις με επιλογή «μερικές φορές/εβδομάδα»

παρουσίασαν συχνότητα >30%. Οι ερωτήσεις ήταν η MBI-2 με απαντήσεις 22, 31,4% και MBI-17 με απαντήσεις 21 και συχνότητα 30,0%.

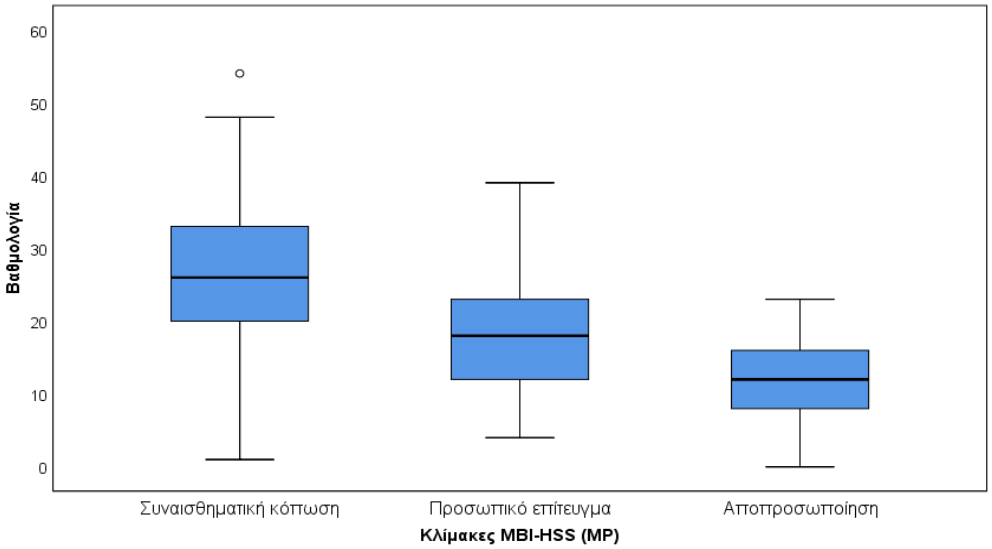
Πίνακας 18. Σύνοψη απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο MBI-HSS (MP)

	Ποτέ		Μερικές φορές/ χρόνο		'Εως1 φορά/ μήνα		Μερικές φορές/ μήνα		1 φορά/ εβδομάδα		Μερικές φορές/ εβδομάδα		Κάθε μέρα	
MBI	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	15	21,4%	16	22,9%	9	12,9%	19	27,1%	4	5,7%	4	5,7%	3	4,3%
2	1	1,4%	11	15,7%	13	18,6%	13	18,6%	7	10,0%	22	31,4%	3	4,3%
3	4	5,7%	9	12,9%	15	21,4%	19	27,1%	8	11,4%	7	10,0%	8	11,4%
4	3	4,3%	6	8,6%	12	17,1%	16	22,9%	10	14,3%	9	12,9%	14	20,0%
5	18	26,1%	14	20,3%	3	4,3%	13	18,8%	9	13,0%	9	13,0%	3	4,3%
6	20	28,6%	8	11,4%	8	11,4%	12	17,1%	9	12,9%	6	8,6%	7	10,0%
7	0	0,0%	5	7,4%	5	7,4%	15	22,1%	17	25,0%	13	19,1%	13	19,1%
8	8	11,6%	7	10,1%	8	11,6%	13	18,8%	12	17,4%	15	21,7%	6	8,7%
9	5	7,1%	5	7,1%	8	11,4%	9	12,9%	12	17,1%	11	15,7%	20	28,6%
10	16	22,9%	7	10,0%	7	10,0%	19	27,1%	4	5,7%	7	10,0%	10	14,3%
11	12	17,1%	6	8,6%	11	15,7%	13	18,6%	10	14,3%	8	11,4%	10	14,3%
12	7	10,0%	7	10,0%	9	12,9%	11	15,7%	11	15,7%	17	24,3%	8	11,4%
13	16	22,9%	10	14,3%	8	11,4%	13	18,6%	10	14,3%	7	10,0%	6	8,6%
14	4	5,7%	3	4,3%	4	5,7%	11	15,7%	16	22,9%	18	25,7%	14	20,0%
15	26	37,1%	9	12,9%	9	12,9%	7	10,0%	11	15,7%	6	8,6%	2	2,9%
16	9	12,9%	6	8,6%	10	14,3%	15	21,4%	12	17,1%	8	11,4%	10	14,3%
17	2	2,9%	10	14,3%	5	7,1%	14	20,0%	10	14,3%	21	30,0%	8	11,4%
18	3	4,3%	4	5,8%	6	8,7%	16	23,2%	13	18,8%	17	24,6%	10	14,5%
19	2	2,9%	2	2,9%	5	7,4%	13	19,1%	16	23,5%	20	29,4%	10	14,7%
20	13	18,8%	7	10,1%	9	13,0%	19	27,5%	8	11,6%	7	10,1%	6	8,7%
21	2	2,9%	4	5,8%	11	15,9%	11	15,9%	19	27,5%	9	13,0%	13	18,8%
22	19	27,5%	4	5,8%	11	15,9%	16	23,2%	8	11,6%	9	13,0%	2	2,9%

Οι παραγόμενες κλίμακες MBI-HSS (MP) έδειξαν τα παρακάτω περιγραφικά στατιστικά όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 19 και στο Διάγραμμα 15. Η μέση τιμή της συναισθηματικής κόπωσης κυμάνθηκε στο 26,3±11,4 με ελάχιστη τιμή 1 και μέγιστη 54. Η κλίμακα προσωπικό επίτευγμα κυμάνθηκε στο 17,9±8,2 με εύρος από 4-39, ενώ η κλίμακα αποπροσωποποίηση κυμάνθηκε στο 12,2±5,4 με εύρος από 0-2

Πίνακας 19. Περιγραφικά στατιστικά των κλιμάκων MBI-HSS (MP)

	Μέσος όρος	Τυπ Απόκλιση	Ελάχιστο	Μέγιστο
Συναισθηματική κόπωση	26,3	11,4	1	54
Προσωπικό επίτευγμα	17,9	8,2	4	39
Αποπροσωποίηση	12,2	5,4	0	23



Διάγραμμα 15. Θηκογράμματα των κλιμάκων MBI-HSS (MP)

Πίνακας 20. Διαφοροποίηση κλιμάκων MBI-HSS (MP) ανάμεσα στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό

	Ιδιότητα						
	Νοσηλευτής		Γιατρός		Σύνολο		
	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	p
Συναισθηματική κόπωση	27,7	12,5	23,5	8,5	26,3	11,4	0,149
Προσωπικό επίτευγμα	17,0	8,4	19,5	7,7	17,9	8,2	0,221
Αποπροσωποίηση	12,0	5,6	12,8	5,0	12,2	5,4	0,541

Η διαφοροποίηση των κλιμάκων MBI-HSS (MP) εξετάστηκε ως προς την είδος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που απάντησε στο ερωτηματολόγιο (Πίνακας 20). Από τις καταγραφόμενες μέσες τιμές δεν παρατηρήθηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην προσωπικό για την συναισθηματική κόπωση με p=0,149, για το προσωπικό επίτευγμα (p=0,221) και την αποπροσωποποίηση (p=0,541).

4.1 Συζήτηση

Απόψεις ιατρών και Νοσηλευτών για τα θέματά περιορισμού θεραπείας

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε διακρίνονται διαφορές με αντίστοιχες παλαιότερων χρόνων. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι πολλοί από τους παράγοντες που εξετάζουμε έχουν αναθεωρηθεί. Το προφίλ των ΜΕΘ επίσης δεν είναι το ίδιο καθώς εκτός από παθολογικά περιστατικά υπάρχουν πλέον ασθενείς με πολλαπλές ασθένειες που οφείλονται στην αλλαγή του μέσου όρου επιβίωσης. Η μελέτη δείχνει ότι η διαδικασία του περιορισμού κρίνεται ως «απαραίτητη» και «ωφέλιμη» από 39 άτομα 56,5% και από 29 άτομα 42,0% αντίστοιχα. Η κρίση ως «ωφέλιμη» διαφοροποιείται μεταξύ νοσηλευτών (14, 31,1%) και ιατρών (15, 62,5%) (p=0,012). Το ίδιο ποσοστό υπάρχει και στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ. Το μεγαλύτερο πρόβλημα που συναντάται είναι η έλλειψη σιγουριάς ως προς τις αποφάσεις.[45,46] Ο κύριος λόγος είναι ότι δεν μπορεί να κριθεί η μελλοντική πορεία του ασθενούς. Σημειώνονται πολλές διαφορές μεταξύ γιατρών με πολυετή εμπειρία και νεότερων[47] και μεταξύ γιατρών οι οποίοι κατάγονται από διαφορετική χώρα από την οποία εργάζονται[48].

Στοιχεία έχουν δείξει επίσης ότι η άρση της θεραπείας δεν οδηγεί απαραίτητα στον θάνατο. Σε μελέτη που έγινε από τους Lautrette σε 1290 ασθενείς στην ΜΕΘ το 4% του οποίου έγινε άρση της θεραπείας πήρε εξιτήριο αλλά και 75% στο οποίο δεν έγιναν επίσης αλλαγές στην αγωγή του πήρε και αυτό εξιτήριο[46]. Άλλες έρευνες έχουν αναδείξει ένα ποσοστό έως 30% το οποίο επιβιώνει έπειτα από άρση της θεραπείας[49]. Αυτό το γεγονός εγείρει αμφιβολίες στο κατά πόσο είναι έγκυρες οι προγνωστικές διαγνώσεις.

Στην συνέχεια διακρίνεται ότι το 47,1% που αναφέρεται στους γιατρούς θεωρεί ότι η οικογένεια του ασθενούς δεν ενημερώνεται επαρκώς ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους νοσηλευτές κυμαίνεται στο 39,1% καθώς θεωρούν ότι υπάρχει ασύμμετρη πληροφόρηση και θα προκληθεί θλίψη στους οικείους του ασθενή. Το γεγονός αυτό αναδεικνύει το πατερναλιστικό μοντέλο που υπάρχει σε τέτοιες περιπτώσεις στην Ελλάδα. Αντίστοιχες έρευνες σε Ευρωπαϊκές χώρες δείχνουν ότι η οικογένεια του ασθενή παίρνει μέρος στις ιατρικές αποφάσεις στη Γαλλία κατά 61% και στη Ισπανία 72% ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο και στη Ν. Αφρική το ποσοστό ανέρχεται 100% [50.51.49] . Αντίθετα τα αποτελέσματα της έρευνας του Azoulay δείχνουν ότι ένα μικρό ποσοστό (47%) επιθυμεί να συμμετέχει στην

διαδικασία λήψης αποφάσεων [52]. Σε άλλη μελέτη παρατηρείται να γίνεται η προσέγγιση από την οπτική πλευρά της θλίψης που βιώνει η οικογένεια και το κατά πόσο είναι σε θέση να λάβει αποφάσεις κάτω από αυτή την ψυχολογική καταπόνηση[49]. Τα αποτελέσματα των ερευνών διχάζουν ως προς τη δυνατότητα της οικογένειας να αντιληφθεί τις πληροφορίες και να ανταποκριθεί σε τέτοιες περιπτώσεις.

Τόσο στους νοσηλευτές όσο και στους γιατρούς παρουσιάζεται η άποψη της αποδοχής του όρου «παθητική ευθανασία» αντί «για περιορισμό της θεραπείας». Η καταλληλότητα του όρου γίνεται αποδεκτή από μόλις 15 άτομα (21,4%), ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (29, 41,4%) υποστηρίζει ότι ο κατάλληλος όρος είναι «άρνηση μάταιης φροντίδας». Το εύρημά αυτό δίνει μια πιο πραγματική διάσταση στη βιοηθική προσέγγιση του ζητήματος, μέσω της οποίας αντιλαμβάνονται το τέλος της ζωής τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι γιατροί. Όσον αφορά τις νομικές συνέπειες τα αποτελέσματα δείχνουν ότι ένας σημαντικός αριθμός 11 ιατροί (45,8%) δηλώνει ότι δεν φοβάται τις νομικές συνέπειες, ενώ μόλις ένας λιγότερος (41,7%) δηλώνει φόβο. Η ανησυχία των ιατρών επηρεάζει τόσο την οικογένεια (83,3%) όσο και τον ιατρικό φάκελο του ασθενή (75,0%). Ο φόβος απέναντι στις νομικές κυρώσεις υπάρχει και άλλες χώρες όπως την Βραζιλία (50%), Γαλλία (23%) και στης ΗΠΑ (19%)[53,45,54]. Μελέτες έχουν δείξει ότι γιατροί που έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια επικοινωνιακών δεξιοτήτων και έχουν μελετήσει παρόμοια άρθρα τείνουν να επικροτούν την συμμετοχή της οικογένεια και τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας στην λήψη αποφάσεων[55].

Για άλλη μια φορά αναδεικνύεται το γεγονός ότι η εκπαίδευση στην Ιατρική και στη Νοσηλευτική εστιάζει στη θεραπεία παραγκωνίζοντας θέματα που αφορούν την επικοινωνία και την ηθική.

Επαγγελματική Εξουθένωση (Burn-out) και αποφάσεις για το Τέλος της Ζωής

Σε αντίστοιχες μελέτες που έχουν γίνει σε άλλες χώρες ο μέσος όρος της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι γύρω στο 23% - 85% για τους νοσηλευτές που εργάζονται στην ΜΕΘ[56,57.58-59]. Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε η επαγγελματική εξουθένωση ανέρχεται στο 26.3% στο σύνολο της, γιατρών και νοσηλευτών. Η συναισθηματική κόπωση φαίνεται να είναι μεγαλύτερη στους νοσηλευτές έναντι των γιατρών (27.7% στους νοσηλευτές και 23,5% στους γιατρούς). Το προσωπικό επίτευγμα τόσο για τους γιατρούς όσο και τους νοσηλευτές είναι χαμηλό (19.5% και 17% αντίστοιχα). Όσον αναφορά το αίσθημα της αποπροσωποίησης παρατηρείται αρκετά χαμηλό ποσοστό τόσο στους γιατρούς όσο και

τους νοσηλευτές (12,8% και 12% αντίστοιχα). Για να οριστεί επαγγελματική εξουθένωση οι μεταβλητές που την επηρεάζουν είναι το φύλο, η ηλικία, οι συναδελφικές σχέσεις, το περιβάλλον εργασίας και η δυσκολία της δουλείας.[56,57-58]

Επαγγελματική Ικανοποίηση και Επαγγελματική Εξουθένωση

Τα στοιχεία της μελέτης έδειξαν ότι υπήρχαν αυξημένα ποσοστά επαγγελματικής ικανοποίησης 69.6% σε νοσηλευτές και 87% στους γιατρούς. Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με την επαγγελματική εξουθένωση που τα ποσοστά της φτάνουν το 27,7% στους νοσηλευτές και το 23,5% στους γιατρούς. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση υπάρχει όταν δεν υπάρχουν κατάλληλες συνθήκες εργασίας, οι νοσηλευτές δεν είναι ανάλογοι του αριθμού των ασθενών, οι οικονομικές απολαβές είναι χαμηλές, όταν ο εξοπλισμός δεν είναι ο κατάλληλος και όταν δεν υπάρχει καλή επικοινωνία μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας ενός τμήματος.[59,57] Όλοι αυτοί οι δείκτες έχουν επιβεβαιωθεί και μάλιστα η Ελλάδα εμφανίζει αρνητικές επιδόσεις όσον αφορά την αναλογία νοσηλευτών/ασθενών, τον εξοπλισμό και τις αποδοχές. Η απάντηση στο ερώτημα γιατί υπάρχουν τόσο υψηλά ποσοστά επαγγελματικής ικανοποίησης είναι ότι στην Ελλάδα την περίοδο διεξαγωγής της μελέτης σημειώνονται υψηλά ποσοστά ανεργίας. Επιπλέον η οικονομική κρίση έχει δημιουργήσει και κοινωνική κρίση καθώς τα ποσοστά κατάθλιψης και αυτοκτονιών είναι υψηλά[60]. Καθώς η κρίση χτυπάει την μεσαία τάξη, στην οποία ανήκουν και οι επαγγελματίες υγείας, οι ίδιοι νοιώθουν τυχεροί που έχουν δουλειά σε τέτοιες εποχές. Επίσης οι ΜΕΘ είναι ένα κλειστό τμήμα που ευνοεί την ανάπτυξη κάλων σχέσεων του προσωπικού πράγμα που συμβάλει στο αίσθημα ικανοποίησης. Σε μελέτη που έγινε από τον Bakker και τους συνεργάτες του σε 18 χώρες έδειξε ότι η επαγγελματική εξουθένωση λειτουργεί σαν «ιός» που μεταδίδεται μεταξύ των νοσηλευτών. Αυτό οφείλεται σε δύο πιθανά σενάρια. Το πρώτο όπου σύμφωνα με τους συγγραφείς ασυνείδητα μιμούνται την συναισθηματική εξουθένωση των συναδέλφων τους Στο δεύτερό υποθέτουν ότι η εξάντληση μεταδίδεται συνειδητά μέσω της συζήτησης των περιστατικών που δημιουργούν ην συναισθηματική φόρτισης.[61]

5.1 Προοπτικές μελέτης

Μέχρι και σήμερα, στην Ελλάδα δεν έχει αναπτυχθεί ένα νομοθετικό πλαίσιο στο οποίο να ορίζεται πότε επιτρέπεται ο περιορισμός της θεραπείας στην ΜΕΘ και υπό ποιες συνθήκες. Για την οικογένεια και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των μονάδων ένα τέτοιο πλαίσιο θα λειτουργούσε υποστηρικτικά, καθώς θα επέτρεπε με ένα νομικά κατοχυρωμένο τρόπο τη λήψη βιοηθικά αποδεκτών αποφάσεων. Με την εφαρμογή αυτού του νομοθετικού πλαισίου θα απελευθερωθούν κλίνες εντατικής θεραπείας και περισσότεροι ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση θα έχουν την δυνατότητα νοσηλείας σε ΜΕΘ.

Εφόσον αυτό δεν είναι δυνατό θα μπορούσαν και τα ίδια τα νοσοκομεία να δημιουργήσουν πρωτόκολλα περιορισμού της θεραπείας στις ΜΕΘ. Παράλληλα θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν σεμινάρια για την ενημέρωση του προσωπικού για τα βιοηθικά ζητήματα του τέλους της ζωής, την επικοινωνία με τον ασθενή και το στενό του περιβάλλον αλλά και την έγκαιρη εμπλοκή της οικογένειας στη λήψη αποφάσεων.

6.1 Περιορισμοί μελέτης

Στην μελέτη που διεξήχθη υπήρχαν περιορισμοί που αφορούσαν την συλλογή δεδομένων. Κατά την διάρκεια που πραγματοποιήθηκε η έρευνα τόσο τα Νοσοκομεία όλης της χωράς όσο και το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Ηρακλείου ασφυκτιούσαν από την πανδημία του Covid-19. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα η συλλογή των δεδομένων να περιοριστεί σε ένα μικρό χρονικό διάστημα. Το προσωπικό που συμμετείχε ήταν μικρό όχι μόνο λόγο της πανδημίας που καλούνταν να αντιμετωπίσουν αλλά και της έλλειψής χρόνου για να αφιερώσει στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων που ήταν ιδιαίτερα εκτεταμένα.

7.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι απόψεις των νοσηλευτών και των γιατρών είναι παρόμοιες με εκείνες των συναδέλφων τους στις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης σχετικά με τον περιορισμό της θεραπείας. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής και αντίστοιχων Ευρωπαϊκών συγκλίνουν στην άποψη ότι υπάρχει αναγκαιότητα απόσυρσης της θεραπείας όταν αυτή είναι μάταιη.

Ταυτόχρονα, ένα μεγάλο ποσοστό γιατρών και νοσηλευτών των ΜΕΘ φοβάται τις νομικές συνέπειες σε περιπτώσεις εφαρμογής μιας τέτοιας απόφασης. Το γεγονός αυτό έχει σαν συνέπεια την μη εφαρμογή του περιορισμού της θεραπείας όπως και την μη ορθή ενημέρωση των συγγενών του ασθενή.

Απρόσμενο είναι το εύρημα της έλλειψης επικοινωνίας και εμπιστοσύνης μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών καθώς καταγράφεται ως συχνό φαινόμενο η μη ενημέρωση των νοσηλευτών για τους ασθενείς όπως και η μη συμμετοχή τους στην λήψη αποφάσεων. Ενώ οι γιατροί πιστεύουν ότι ενημερώνουν τους νοσηλευτές οι ίδιοι έχουν αντίθετη άποψη. Το γεγονός ότι οι νοσηλευτές δεν έχουν εικόνα για τον ασθενή για τον οποίο αφιερώνουν περισσότερό χρόνο σε αντίθεση με τους γιατρούς τους δημιουργεί ανασφάλεια. Η συμμετοχή όλου το προσωπικού στην λήψη αποφάσεων και η διαδικασία έκφρασης των συναισθημάτων μετά την επιλογή αυτή μειώνει το ηθικό φορτίο των εμπλεκομένων και συμβάλει στην μέγιστη επαγγελματική ικανοποίηση. Όμως, αν και υπάρχει μεγάλο ποσοστό ικανοποίησης της εργασίας, η επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων στις ΜΕΘ παραμένει υψηλή.

Τέλος, είναι σημαντικό να διευκρινισθεί ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχει ακόμα πρωτόκολλο σχετικά με τον περιορισμό της θεραπείας πράγμα που οδηγεί στην στήριξη τέτοιον αποφάσεων στην προσωπική ιδιοσυγκρασία του γιατρού. Επίσης συμβάλει στην ανάπτυξη συγκρούσεων μεταξύ του προσωπικού, αλλά και των συγγενών του ασθενή. Η στήριξη στις Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες καθώς και σε εμπειρίες που υπάρχουν στην βιβλιογραφία μπορούν να συμβάλουν στην κάλυψη του νομικού κενού που ίσως στο μέλλον οδηγήσει σε νομική κατοχύρωση σχετικά με τον περιορισμό των θεραπειών στο τέλος της ζωής.

Βιβλιογραφία

1. Pentaris, P. Death in the Modern Greek Culture. *HPJSWP* 2012; 5:126-131.
2. Pentaris, P. Culture and Death: A Multicultural Perspective, HPJSWP 2011; 4:45-84.
3. Grant Pignatiello, BSN, RN, Doctoral Student, Ronald L. Hickman, Jr., PhD, RN, ACNP-BC, FNAP, FAAN, Associate Professor, and Breanna Hetland, PhD, RN, Post-Doctoral Fellow, End of life decision support in the ICU: Where are we now? West J Nurs Res. 2018 Jan; 40(1): 84–120
4. LizFlanneryBN, MNLucie MichelleRamjanRN, BN(Hons), PhDKathPetersRN, BN(Hons), PhD, End-of-life decisions in the Intensive Care Unit (ICU) – Exploring the experiences of ICU nurses and doctors – A critical literature review, Australian Critical Care, Volume 29, Issue 2, May 2016, Pages 97-103
5. Eric B. Ber, Uncertainty and the Shaping of Medical Decisions, Hastings Center Report, July-August 1991
6. Benjamin Djulbegovic, Uncertainty and Equipoise: At Interplay Between Epistemology, Decision-Making and Ethics, Am J Med Sci. 2011 Oct; 342(4): 282–289.
7. James L. Bernat, Medical Futility Definition, Determination, and Disputes in Critical Care, 2005 Humana Press Inc., ISSN 1541-6933/05/2:198–205
8. Rana Sagha Zadeh, Paul Eshelman, Judith Setla, and Hessam Sadatsafavi, Strategies to Improve Quality of Life at the End of Life: Interdisciplinary Team Perspectives, 2017 Jun 2. doi: 10.1177/1049909117711997
9. Raphael Cohen-Almagor, Language and Reality αt the End of Life, *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 28 (2000): 267–278
10. Ira B. Wilson, Paul D. Cleary, Linking Clinical Variables with Health-Related Quality of Life: A conceptual Model of Patient Outcomes, JAMA, Jan 4, 1995 – Vol 273, No 1, 59-65)
11. Toni C. Saad, The history of autonomy in medicine from antiquity to principlism, Medicine, Health Care and Philosophy volume 21, pages125–137(2018)
12. Dykeman MJ, Dewhirst K. Voluntariness. In: Singer PA, Viens AM, editors. *The Cambridge textbook of bioethics*. Cambridge, USA: Cambridge University Press; 2008. pp. 31–35

13. Π. Βούλτσος, Μ. Τσούγκας, Ο αυτοκαθορισμός του αρρώστου και ο ιατρικός πατερναλισμός στη σύγχρονη ιατρική, Ιατρικο Βήμα, Ιατρικό Θέμα, Οκτώβριος Νοέμβριος 2007
14. Specker Sullivan, L. (2016). Medical maternalism: beyond paternalism and antipaternalism. Journal of Medical Ethics, 42(7), 439–444. doi:10.1136/medethics-2015-103095
15. Thierry Pelaccia, Jacques Tardif , Emmanuel Triby Bernard Charlin, A Novel Approach to Study Medical Decision Making in the Clinical Setting: The "Own-point-of-view" Perspective, 27 April 2017, Academic Emergency Medicine
16. Charles CA, Whelan T, Gafni A, et al. Shared treatment decision making: what does it mean to physicians? J Clin Oncol 2003; 21:932–936)
17. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. J Gen Intern Med 2005; 20:531–535.)
18. Murray E, Pollack L, White M, Lo B. Clinical decision-making: patients' preferences and experiences. Patient Educ Couns 2007; 65:189–196
19. Schattner A. What do patients really want to know? QJM 2002; 95:135– 136
20. Sekimoto M, Asai A, Ohnishi M, et al. Patients' preferences for involvement in treatment decision making in Japan. BMC Fam Pract 2004; 5:1
21. Adams RJ, Smith BJ, Ruffin RE. Patient preferences for autonomy in decision making in asthma management. Thorax 2001; 56:126–132)
22. Lim LS, Medical paternalism serves the patient best. Singapore Med J 2002Mar;43(3):143-7
23. Hillman K, Cardona-Morrell M. The ten barriers to appropriate management of patients at the end of their life. Intensive Care Med 2015; 41:1700 –2.
24. Raphael Cohen-Almagor, Language and Reality αt the End of Life, Journal of Law, Medicine & Ethics, 28 (2000): 267–278
25. ΑΣΗΜΕΝΙΑ ΝΤΑΝΤΑΝΑ, ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΟΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ «ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΣΤΗ ΜΕΘ» ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2018 ,ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ
26. Bloomer MJ, Tiruvoipati R, Tsiripillis M, et al. End of life management of adult patients in an Australian metropolitan intensive care unit: A retrospective observational study. Aust Crit Care. 2010; 23:13–19.
27. O'Connor CM. Can the Health Care System Ever Say No? J Lanc Gen Hosp. 2010. 5:30-32

28. Prendergast TJ. Resolving conflicts in end-of-life care. New Horizons 1997;5:62–71.
29. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. Ann Intern Med 1990;112:949–954.
30. Richmond C. Dame Cicely Saunders. BMJ. 2005;331(7510):238.
31. Clark D. Total pain: the work of Cicely Saunders and the maturing of a concept. University of Glasgow End of Life Studies Blog; 2014. [Accessed December 23, 2016]
32. Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. JAMA. 2000;284(19):2476–2482.
33. Beauchamp, T.L., and J.F. Childress. 2013. Principles of biomedical ethics, 7th edn. New York: Oxford University Press, USA.
34. Dworkin, Gerald, "Paternalism", The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Spring 2017 Edition), Edward N. Zalta (ed.),
35. J. Katz, The Silent World Of Doctor And Patient, The Free Press (1984)
36. Croskerry P. Critical thinking and decisionmaking: avoiding the perils of thin-slicing. *Ann Emerg Med* 2006;**48**:720–2
37. Gruppen LD, Frohna AZ. Clinical reasoning. In: Norman GR, van der Vleuten CP, Newble DI, editors. International Handbook of Research in Medical Education. Boston: Kluwer Academic, 2002. pp. 205–30.
38. Unsworth CA. Clinical reasoning: how do pragmatic reasoning, worldview and client-centredness fit? *Br J Occup Ther* 2004;**67**:10–9.
39. Murray LS, Teasdale GM, Murray GD, et al. Does prediction of outcome alter patient management? *Lancet* 1993; 341:1487–91.
40. Byers, Philippa. 2016. Dependence and a Kantian conception of dignity as a value. *Theoretical Medicine and Bioethics* 37 (1): 61–69.
41. Clark D. Between hope and acceptance: the medicalization of dying. BMJ 2002;324:9057.
42. Marilyn J. Field and Christine K. Cassel, Approaching Death: Improving Care at the End of Life; Committee on Care at the End of Life. Division of Health Care Services, INSTITUTE OF MEDICINE
43. Curtis JR, Rubenfeld GD. Improving palliative care for patients in the intensive care unit. J Palliat Med. 2005;8(4):840-854
44. Sulmasy DP. Spirituality religion and clinical care. *Chest* 2009; 135:1634–42.
45. Hillman KM, Cardona-Morel M. The ten barriers to appropriate management of patients at the end of life. Intensive Care Med 2015;41:1700–2.

46. Lautrette A, Garrouste-Orgeas M, Bertrand PM, et al. Respective impact of no escalation of treatment, withholding and withdrawal of life-sustaining treatment on ICU patients' prognosis: a multicenter study of the Outcomerea Research Group. Intensive Care Med 2015; 41:1763–72.
47. Piers RD, Azoulay E, Ricou B, Ganz FD, Decruyenaere J, Max A, et al. Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. JAMA. 2011;306(24):2694-703
48. Asai A, Fukuhara S, Lo B. Attitudes of Japanese and Japanese-American physicians towards life-sustaining treatment. Lancet 1995; 346:356–9.
49. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, et al. High level of burnout in Intensivists. Am J Respir Crit Care Med 2007;175:686-692.
50. Ferrand E, Lemaire F, Regnier B, et al. Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions.Am J Respir Crit Care Med 2003; 167:1310–5.
51. Esteban A, Gordo F, Solsona JF, Alia I, Caballero J, Bouza C, Alcala-Zamora J, Cook DJ, Sanchez JM, Abizanda R, Miro G, Fernandez Del Cabo MJ, de Miguel E, Santos JA, Balerdi B (2001) Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. Intensive Care Med 27:1744–1749
52. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, et al. Half the family members ofintensive care unit patients do not want to share in the decision-making process: a study in 78 French intensive care units. Crit Care Med 2004;32:1832–1838
53. Nelson JE. Identifying and overcoming the barriers to high quality palliative care in the intensive care unit. Crit Care Med 2006, 34(Suppl11):S324–S331
54. Fisher KA. In defiance of death. Praeger, Westport, Connecticut, 2008
55. Forte D, Vincent JL, Velasco I, Park M. Association between education in EOL care and variability in EOL practice: a survey of ICU physicians.Intensive Care Med 2012; 38:404–12.
56. Mealer ML, Shelton A, Berg B, Rothbaum B, Moss M. Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. Am J Respir Crit Care Med 2007; 175:693–7.
57. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, et al. High level of burnout in Intensivists. Am J Respir Crit Care Med 2007;175:686-692.
58. Duquette A, Kerouac S, Sandhu BK, Beaudet L. Factors related to nursingburnout: A review of empirical knowledge. Issues in Mental Health Nursing 1994;15:337-358.

59. Piers, R.D., Azoulay, E., Ricou, B., et al.. Inappropriate care in European ICUs Confronting views from nurses and junior physicians. Chest 2014;146: 267–275.
60. Branas CC, Kastanaki AE, Michalodimitrakis M, et al. The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time series analysis. BMJ Open 2015;5(1):e005619
61. Bakker AB, Le Blanc PM, Schaufeli WB. Burnout contagion among intensive care nurses. J Advanc Nurs 2005;51:276-287

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πανεπιστήμιο Κρήτης

Ιατρική Σχολή

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών

Επείγουσα και Εντατική Θεραπεία Παιδών Εφήβων και Νέων

Τίτλος Διπλωματικής: «Διερεύνηση των αντιλήψεων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ΜΕΘ σε θέματα που αφορούν το τέλος της ζωής – αποφάσεις και επιδράσεις στην επαγγελματική εξουθένωση»

Ερευνήτρια: Πλευράκη Αικατερίνη

Ημερομηνία__/__/__

ΗΛΙΚΙΑ		**Φύλο**	
20-30		Άνδρας	
30-40		Γυναίκα	
40-50			
>50			

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	
ΑΓΑΜΟΣ/Η	
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	
ΧΗΡΟΣ/Α	

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	
ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ	
ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	
ΠΟΛΗ >150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ;	Ναι		Όχι	
ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΑ;				
ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ	Ναι		Όχι	
ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΑ;				
ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΣΕΙΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΣΑΣ (ΕΙΣΤΕ 1Ος , 2Ος)……				

ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΣΤΗ ΜΕΘ ΩΣ	
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ/ΝΤΡΙΑ	
ΑΝΑΠΛ. ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ	
ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Α	
ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Β	
ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΣ	
ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ	

ΩΣ ΜΕΛΟΣ Δ.Ε.Π.	
ΤΑΚΤΙΚΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ	
ΑΝΑΠΛ. ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ	
ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ	
ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Α	
ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ	
ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Β	
ΛΕΚΤΟΡΑΣ	

ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΣΤΗ ΜΕΘ				
< 2 ΕΤΗ				
2-5 ΕΤΗ				
5-10 ΕΤΗ				
10-15 ΕΤΗ				
>15 ΕΤΗ				
ΕΦΗΜΕΡΕΥΕΤΕ ΣΤΗ ΜΕΘ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	

ΕΧΕΙ ΦΥΓΕΙ ΑΠΟ ΤΗ ΖΩ Η ΚΑΠΟΙΟΣ ΣΤΕΝΟΣ ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΑΣ	**Ναί**		**Όχι**	
ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΟΣ/ΠΟΙΟΙ				

Είστε ικανοποιημένοι από: (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο) 1=ΚΑΘΟΛΟΥ 2=ΛΙΓΟ 3=ΜΕΤΡΙΑ 4=ΠΟΛΥ 5=ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ					
Το αντικείμενο της εργασία σας	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Τη θέση της εργασία σας	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Θεωρείτε ότι οι απαιτήσεις της δουλειάς σας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)					
Στον εαυτό σας	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Στην οικογένειά σας	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Θεωρείτε ότι οι οικογενειακές σας υποχρεώσεις επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε στην εργασία σας (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΣΤΗ ΜΕΘ

Ποιοι/ες νοσηλευτές/τριες συμμετέχουν στην ιατρική επίσκεψη;	ΣΥΝΗΘΩΣ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΤΕ
Ο/Η προϊστάμενος/νη της ΜΕΘ			
Ο/Η αναπληρωτής/τρια νοσηλευτής/τρια			
Ο/Η νοσηλευτής/τρια			
Ο/Η βοηθός νοσηλευτή			

Κατά τη γνώμη σας, για την εύρυθμη λειτουργία της Μονάδας σας απαιτείται η καθημερινή συμμετοχή στην ιατρική επίσκεψη του/της; (απαντήστε σε όλες τις επιλογές)	ΑΠΟΛΥΤΩΣ	ΠΙΘΑΝΟΝ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΕΧΩ ΓΝΩΜΗ
Προϊστάμενου/νης της ΜΕΘ				
Αναπληρωτή/τριας νοσηλευτής/τρια				
Νοσηλευτή/τριας				
Βοηθού νοσηλευτή				

Πιστεύετε ότι παρέχετε στο νοσηλευτικό προσωπικό ικανοποιητική πληροφόρηση, για την εξέλιξη των ασθενών του, σε καθημερινή βάση				
Πάντα	**Συνήθως**	**Μερικές φορές**	**Σπάνια**	**Ποτέ**
Πιστεύετε ότι λαμβάνετε υπόψη σας τη γνώμη του νοσηλευτικού προσωπικού για την εξέλιξη των ασθενών του;				
Πάντα	**Συνήθως**	**Μερικές φορές**	**Σπάνια**	**Ποτέ**

Πιστεύετε ότι η επιθυμία για ενημέρωση από τη μεριά του νοσηλευτικού προσωπικού είναι συνήθως:		
Αξιοσημείωτη	**Ανεπαρκής**	**Απούσα**

Εάν η επιθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού για πληροφόρηση είναι ανεπαρκής, ο λόγος είναι	
Υπερβολικός φόρτος εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού	
Υπερβολικός φόρτος εργασίας του ιατρικού προσωπικού	
Η οργάνωση του τμήματός σας	
Άλλο (προσδιορίστε)	

Κατά τη γνώμη σας η επιθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού για πληροφόρηση συνήθως είναι: (απαντήστε σε όλες τις επιλογές)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Αυθόρμητη		
Εμπνέεται από τον/την προϊστάμενο/νη		
Εμπνέεται από τους γιατρούς		

Πιστεύετε ότι η Μονάδα σας είναι αφοσιωμένη σε υψηλά ηθικά πρότυπα;		
Ναι	Όχι	Δεν έχω γνώμη
Εάν ΝΑΙ, η δέσμευση εμπλέκει το νοσηλευτικό προσωπικό;		
Ναι	‘Οχι	Δεν έχω γνώμη

Έχετε προσωπική εμπειρία περιορισμού θεραπευτικής αγωγής (Δώστε μόνο μία απάντηση):	
Κατά την εξω-επαγγελματική σας εμπειρία	
Άμεσα κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής σας δραστηριότητας	
Έμμεσα κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής σας δραστηριότητας	
Ποτέ	

Η **συζήτηση** σχετικά με τον περιορισμό μιας θεραπείας σας φαίνεται κατ’ αρχήν : (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις		Η **απόφαση** να περιοριστεί μια θεραπεία, σας φαίνεται κατ’ αρχήν: (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις	
Απαραίτητη		Απαραίτητη, όταν είναι αποτέλεσμα συζήτησης	
Ωφέλιμη		Ωφέλιμη	
Ανώφελη		Ανώφελη	
Επικίνδυνη		Επικίνδυνη	
Εγκληματική		Εγκληματική	
Δεν συμβαδίζει με την αντίληψη που έχετε για την ιατρική φροντίδα		Παράνομη	
Συμβαίνει πολύ συχνά		Δεν συμβαδίζει με την αντίληψη που έχετε για την ιατρική φροντίδα	
Δεν συμβαίνει πολύ συχνά		Λαμβάνεται πολύ συχνά	
Δεν υπάρχει ανάλογη συζήτηση στο τμήμα που εργάζεστε		Δεν λαμβάνεται ανάλογη απόφαση στο τμήμα που εργάζεστε	
Δεν έχετε γνώμη		Δεν έχετε γνώμη	

Συνήθως στη Μονάδα σας, οι αποφάσεις περιορισμού της θεραπείας λαμβάνονται: (Δώστε μόνο μία απάντηση)	
Συλλογικά μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού	
Από έναν ιατρό μόνο, χωρίς το νοσηλευτικό προσωπικό	
Από την ιατρική ομάδα χωρίς το νοσηλευτικό προσωπικό	
Δεν έχω προσωπική εμπειρία	
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ	
Ωστόσο θεωρείτε. ότι ιδανικά η απόφαση περιορισμού της θεραπείας πρέπει να ληφθεί; (Δώστε μόνο μία απάντηση)	
Συλλογικά μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού	
Από έναν ιατρό μόνο, χωρίς το νοσηλευτικό προσωπικό	
Από την ιατρική ομάδα χωρίς το νοσηλευτικό προσωπικό	
Δεν έχω γνώμη	

Πιστεύετε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό θα έπρεπε να μοιράζετε την ευθύνη της απόφασης με τους ιατρούς κατά τη συζήτηση περιορισμού μιας θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της νομικής ευθύνης;		
Ναι	**Όχι**	**Δεν έχω γνώμη**

Εάν ΟΧΙ, αν δηλαδή πιστεύετε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δεν πρέπει να μοιράζεται την ευθύνη, θεωρείτε ότι ο ρόλος του στη συζήτηση θα πρέπει να είναι ο εξής: (Δώστε μόνο μία απάντηση)	
Να εκφράζει τη γνώμη του καθαρά και με σαφήνεια	
Να ακούει χωρίς να μιλάει	
Να μην συμμετέχει καθόλου στη συζήτηση	
Δεν έχετε γνώμη	

Πιστεύετε ότι η πληροφόρηση που έχει το νοσηλευτικό προσωπικό σχετικά με τον ασθενή κατά τη διεξαγωγή της συζήτησης για τον περιορισμό θεραπείας είναι γενικά επαρκής		
Ναι	**Όχι**	**Δεν έχω γνώμη**
Πιστεύετε ότι δίνετε την ευκαιρία στο νοσηλευτικό προσωπικό να εκφράσει τη γνώμη του για τον ασθενή; (είτε κατά τη διάρκεια της επίσκεψης είτε ανεπίσημα)		
Ναι	**Όχι**	**Δεν έχω γνώμη**

Πιστεύετε ότι η πληροφόρηση που απαιτούν οι νοσηλευτές από σας είναι συνήθως:		
Σημαντική	**Μέτρια**	**Μικρή**

Πιστεύετε ότι η επιθυμία/απαίτηση του νοσηλευτικού προσωπικού για πληροφόρηση είναι:	
Αυθόρμητη	
Ενθαρρύνετε από άλλους (συναδέλφους ή άλλους)	
Δεν ζητάει ενημέρωση το νοσηλευτικό προσωπικό	
Είναι θέμα χαρακτήρα του νοσηλευτή (δεν υπάρχει ενιαία συμπεριφορά)	

Μετά από μια απόφαση περιορισμού της θεραπείας: (απαντήστε σε όλα τα ερωτήματα):						
Αισθάνεστε απομονωμένος/νη	Ναι		Όχι		Δεν έχω άποψη	
Έχετε τη δυνατότητα να το συζητήσετε	Ναι		Όχι		Δεν έχω άποψη	
Εάν έχετε τη δυνατότητα να το συζητήσετε είναι στο πλαίσιο:	Αυτόματης ανταλλαγής απόψεων				Οργανωμένης συζήτησης του τμήματος	
Εκτός των συζητήσεων για τις αποφάσεις περιορισμού της θεραπείας, υπάρχουν ομάδες συζήτησης που ασχολούνται με άλλα θέματα στον χώρο εργασίας σας;	Ναι		Όχι		Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ	
Υπάρχει ψυχολόγος που συμμετέχει στις συζητήσεις περί ηθικής στο τμήμα σας	Ναί		Όχι		Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ	

Όσον αφορά την πληροφόρηση της οικογένειας……

Θεωρείτε ότι η οικογένεια πρέπει να ενημερώνεται για την απόφαση περιορισμού της θεραπείας;		
Ναι	Όχι	Δεν έχω άποψη
Στην περίπτωση που πιστεύετε ότι η οικογένεια πρέπει να ενημερωθεί, θεωρείτε ότι η πληροφόρηση πρέπει να είναι πλήρης (ποια αγωγή περιορίζεται, με ποια κριτήρια, κ.λπ);		
Ναι	Όχι	Δεν έχω άποψη

Εάν πιστεύετε ότι η οικογένεια δεν πρέπει να ενημερώνεται για όλα ποιος είναι συνήθως ο λόγος (Δώστε μόνο μία απάντηση):	
Η πρόκληση πόνου, θλίψης στα μέλη της οικογένειας	
Η αδυναμία της οικογένειας να κατανοήσει και να διαχειριστεί τις ιατρικές λεπτομέρειες (ασύμμετρη πληροφόρηση)	
Εμπιστευτικότητα	
Ο φόβος των νομικών συνεπειών	
Η έλλειψη σχέσεων εμπιστοσύνης με την οικογένεια	
Άλλο: (αναφέρετε τι) :	

Εάν πιστεύετε ότι η οικογένεια πρέπει να ενημερώνετε θα επιθυμούσαν να είναι παρών/ούσα ο νοσηλευτής/τρια στην ενημέρωση;		
Ναι	Όχι	Δεν έχω άποψη
Με βάση την εμπειρία σας πιστεύετε ότι η οικογένεια είναι πράγματι ενημερωμένη για την απόφαση περιορισμού της θεραπευτικής αγωγής		
Ναι	Όχι	Δεν έχω άποψη

Όταν η οικογένεια δεν ενημερώνεται πλήρως, ποιός είναι κατά τη γνώμη σας ο κυριότερος λόγος;(Δώστε μόνο μία απάντηση):	
Η πρόκληση πόνου, θλίψης στα μέλη της οικογένειας	
Η αδυναμία της οικογένειας να κατανοήσει και να διαχειριστεί τις ιατρικές λεπτομέρειες (ασύμμετρη πληροφόρηση)	
Εμπιστευτικότητα	
Ο φόβος των νομικών συνεπειών	
Η έλλειψη σχέσεων εμπιστοσύνης με την οικογένεια	
Άλλο: (αναφέρετε τι) :	

Από αυτά που αναφέρονται παρακάτω, ποια είναι τα 3 κυριότερα κριτήρια που μπορούν να δικαιολογήσουν τον ενδεχόμενο περιορισμό των θεραπευτικών παρεμβάσεων;		
Η ματαιοπονία της αγωγής	1	
Ο ηθικός πόνος του ασθενή	2	
Ο σωματικός πόνος του ασθενή	3	
Η απαίτηση της οικογένειας	4	
Το οικονομικό κόστος	5	
Η προϋπάρχουσα έλλειψη ποιότητας ζωής	6	
Η πιθανή έλλειψη ποιότητας ζωής στο μέλλον	7	
Η ηλικία	8	

Απαντήστε με βάση τη σημαντικότητα κατά την προσωπική σας άποψη, από το πλέον σημαντικό (Κριτήριο Α) στο λιγότερο σημαντικό (ΚριτήριοΓ). Σημειώστε με Α Β η Γ στην κενή στήλη

Σε περίπτωση λήψης απόφασης μη κλιμάκωσης της θεραπευτικής αγωγής, η απόφαση για μη διασωλήνωση ενός ασθενή (Δώστε μόνο μία απάντηση):	
Αποκλείεται εκ πεποιθήσεως	
Είναι δικαιολογημένη αλλά προκλητική	
Είναι δικαιολογημένη εάν ο ασθενής δεν θα έχει όφελος από τη διασωλήνωση	
Δεν νιώθω ποτέ ασφάλεια ή σιγουριά μ' αυτήν την απόφαση	
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ	

Σε περίπτωση λήψης απόφασης άρσης της θεραπευτικής αγωγής, η απόφαση για αποσωλήνωση ενός ασθενή: (Δώστε μόνο μία απάντηση):	
Αποκλείεται εκ πεποιθήσεως	
Αποκλείεται λόγω του κινδύνου άμεσης επέλευσης του θανάτου	
Αποκλείεται λόγω του ότι ο ασθενής θα υποφέρει	
Είναι αποδεκτή αλλά πάντα ενοχλητική	
Είναι αποδεκτή διότι η διασωλήνωση παρατείνει ανώφελα τη διαδικασία του θανάτου	
Δεν νιώθω ποτέ ασφάλεια ή σιγουριά με αυτήν την απόφαση	
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ	

Όταν γίνεται λόγος για περιορισμό της θεραπευτικής αγωγής θεωρείτε ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ ελάττωσης του FiO2 και της αποσωλήνωσης;		
Ναι	Όχι	Δεν έχω άποψη

Εάν θεωρείτε ότι υπάρχει διαφορά, είναι κυρίως διότι: (Δώστε μόνο μία απάντηση)	
Ο πόνος είναι πιο έντονος σε περίπτωση αποσωλήνωσης	
Η επέλευση του θανάτου είναι ταχύτερη σε περίπτωση αποσωλήνωσης	
Η ανακούφιση του ασθενούς είναι ταχύτερη σε περίπτωση αποσωλήνωσης	
Είναι πιο έντιμη η στάση σε περίπτωση αποσωλήνωσης	
Η φιλοσοφική σας προσέγγιση είναι εντελώς διαφορετική	

Όσον αφορά το μηχανικό αερισμό, πιστεύετε ότι η απόσυρσή του είναι ηθικά διαφορετική από τη διακοπή άλλων θεραπευτικών μέσων (ανάσα=ζωή);		
Ναι	**Όχι**	**Δεν έχω άποψη**

Όσον αφορά τις κατεχολαμίνες (αδρεναλίνη, νοραδρεναλίνη, ντομπιουταμίνη...) θεωρείτε ότι η απόφαση περιορισμού τους (Δώστε μόνο μία απάντηση)	
Αποκλείεται εκ πεποιθήσεως	
Αποκλείεται λόγω του κινδύνου άμεσης επέλευσης του θανάτου	
Αποκλείεται λόγω του ότι ο ασθενής θα υποφέρει	
Είναι αποδεκτή αλλά πάντα ενοχλητική	
Είναι αποδεκτή διότι οι κατεχολαμίνες παρατείνουν ανώφελα τη διαδικασία του θανάτου	
Δεν νιώθω ποτέ ασφάλεια ή σιγουριά με αυτή την απόφαση	
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ	
Όσον αφορά την εξωνεφρική κάθαρση (αιμοδιάλυση, αιμοκάθαρση) θεωρείτε ότι η απόφαση περιορισμού τους (Δώστε μόνο μία απάντηση)	
Αποκλείεται εκ πεποιθήσεως	
Αποκλείεται λόγω του κινδύνου άμεσης επέλευσης του θανάτου	
Αποκλείεται λόγω του ότι ο ασθενής θα υποφέρει	
Είναι αποδεκτή αλλά πάντα ενοχλητική	
Είναι αποδεκτή διότι η εξωνεφρική κάθαρση παρατείνει ανώφελα τη διαδικασία του θανάτου	
Δεν νιώθω ποτέ ασφάλεια ή σιγουριά με αυτή την απόφαση	
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ	

Όσον αφορά την ενυδάτωση, θεωρείτε ότι η απόφαση περιορισμού της (Δώστε μόνο μία απάντηση)	
Αποκλείεται εκ πεποιθήσεως	
Αποκλείεται λόγω του κινδύνου άμεσης επέλευσης του θανάτου	
Αποκλείεται λόγω του ότι ο ασθενής θα υποφέρει	
Είναι αποδεκτή αλλά πάντα ενοχλητική	
Είναι αποδεκτή διότι η ενυδάτωση παρατείνει ανώφελα τη διαδικασία του θανάτου	
Δεν νιώθω ποτέ ασφάλεια ή σιγουριά με αυτή την απόφαση	
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ	

Συμφωνείτε με την αύξηση της καταστολής (=άνεση, αναλγησία) σε περίπτωση περιορισμού ή διακοπής των θεραπευτικών παρεμβάσεων		
Ναι	Όχι	Δεν έχω άποψη
Η αύξηση της καταστολής μπορεί να επισπεύσει το θάνατο παρότι δεν είναι αυτός ο σκοπός, της αύξησής της. Θεωρείτε ότι ο κίνδυνος αυτός αποτελεί εμπόδιο στο να αυξηθεί η καταστολή;		
Ναι	Όχι	Δεν έχω άποψη
Στην περίπτωση αύξησης της καταστολής στα πλαίσια της απόφασης περιορισμού της θεραπείας θεωρείτε ότι μπορεί να είστε εσείς το πρόσωπο που θα εφαρμόσει την οδηγία;		
Ναι	Όχι	Δεν έχω άποψη
Έχετε θετική άποψη για την χρήση των μυοχαλαρωτικών, όταν αποφασιστεί η απόσυρση του μηχανικού αερισμού, σ' έναν υπό καταστολή ασθενή (διασωληνωμένο ή όχι) ο οποίος συνεχίζει να έχει δυσκολία στην αναπνοή (αύξηση εκκρίσεων, εργώδης ή γρήγορη αναπνοή....);		
Ναι	Όχι	Δεν έχω άποψη
Συμφωνείτε με την εφαρμογή μιας κλίμακας προοδευτικού περιορισμού των θεραπευτικών παρεμβάσεων, προσιτή σε όλους στον φάκελο του ασθενούς (π.χ. 1=όχι περιορισμός, 2= όχι αιμοκάθαρση ή καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση, 3=όχι διασωλήνωση, 4= όχι αμίνες, 5= όχι ενεργητικές θεραπείες);		
Ναι	Όχι	Δεν έχω άποψη
Εφαρμόζεται στο τμήμα σας μία κλίμακα προοδευτικού περιορισμού των θεραπευτικών παρεμβάσεων;		
Ναι	Όχι	Δεν έχω άποψη

Κατά τη γνώμη σας, η εφαρμογή των παρακάτω αναφερομένων θεραπευτικών παρεμβάσεων μπορεί να γίνει από το νοσηλευτή, με την παρουσία ιατρού (απαντήστε σε όλα τα ερωτήματα)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Διακοπή της χορήγησης αδρεναλίνης		
Ελάττωση της πυκνότητας οξυγόνου		
Αποσωλήνωση		

Όσον αφορά στη διαμάχη περί ευθανασίας .....

Ο όρος «παθητική ευθανασία» είναι κατάλληλος να περιγράψει τις αποφάσεις περιορισμού της θεραπευτικής υποστήριξης εντός του ειδικού χώρου της ΜΕΘ: (Δώστε μόνο μία απάντηση)	
Ναι, ο όρος είναι κατάλληλος	
Όχι, ο κατάλληλος όρος θα μπορούσε να είναι «άρνηση μάταιης φροντίδας»	
Δεν έχω γνώμη	
Άλλο (προσδιορίστε):	
Ενδεχόμενο σχόλιο:	

Υποθέτοντας ότι έχετε πλήρη πληροφόρηση για τον ασθενή θεωρείτε ότι η συμμετοχή σας ως επαγγελματία υγείας στη λήψη απόφασης για περιορισμό της θεραπείας είναι: (Δώστε μόνο μία απάντηση)	
Απαραίτητη	
Επιβεβλημένη	
Απολύτως αναγκαία	
Ανώφελη	
Παράνομη	

Η προσωπική σας εμπειρία με θνήσκοντες ασθενείς, έχει επηρεάσει την προσέγγισή σας σχετικά με τη λήψη αποφάσεων περιορισμού της θεραπείας;		
Ναί	Όχι	Δεν έχω άποψη
Όταν λαμβάνετε μια απόφαση περιορισμού της θεραπείας ανησυχείτε για ενδεχόμενες νομικές συνέπειες;		
Ναι	Όχι	Δεν έχω άποψη

Εάν ΝΑΙ, αυτή η ανησυχία επηρεάζει την ενημέρωση προς (απαντήστε σε όλες τις επιλογές):	Ναι	Όχι
Τους ασθενείς		
Την οικογένεια		
Το νοσηλευτικό προσωπικό		
Τον ιατρικό φάκελο		

Πιστεύετε πως οι συζητήσεις για τα ηθικά θέματα στο τμήμα σας θα έπρεπε να γίνονται με περισσότερη προσοχή ή να προσεγγίζονται με διαφορετικό τρόπο; (Δώστε μόνο μία απάντηση)	
Χωρίς αλλαγή	
Με περισσότερη προσοχή	
Με διαφορετικό τρόπο	
Δεν έχω άποψη	
Ενδεχόμενο σχόλιο:	

Πιστεύετε ότι θα ήταν ωφέλιμη η συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων περιορισμού της θεραπείας άλλων επαγγελματιών υγείας που δεν εμπλέκονται στη θεραπεία του ασθενή;		
Ναι	Όχι	Δεν έχω άποψη

Εάν ΝΑΙ, πιστεύετε ότι οι παρακάτω θα πρέπει να συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων περιορισμού της θεραπείας; (Απαντήστε χωρίς περιορισμό)	
Άλλοι γιατροί	
Επιτροπή Ηθικής	
Ένας ψυχολόγος	
Άλλο (προσδιορίστε):	

Πιστεύετε ότι η τακτική συμμετοχή επαγγελματιών που δεν εμπλέκονται στη θεραπεία των ασθενών, σε άλλες διαδικασίες εκτός της λήψης αποφάσεων για περιορισμό της θεραπείας θα ήταν ωφέλιμη;		
Ναι	Όχι	Δεν έχω άποψη
Τελικά είστε ικανοποιημένος/η με την πρακτική που αφορά στον περιορισμό της θεραπευτικής αγωγής στο τμήμα σας (Δώστε μόνο μία απάντηση):		
Ναι	Όχι	Δεν έχω άποψη

Ερωτηματολόγιο Προσωπικού ΜΕΘ

Ημερομηνία__/__/__

ΗΛΙΚΙΑ		ΦΥΛΟ	
20-30		Άνδρας	
30-40		Γυναίκα	
40-50			
>50			

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	
ΑΓΑΜΟΣ/Η	
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	
ΧΗΡΟΣ/Α	

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	
ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ	
ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	
ΠΟΛΗ >150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ;	Ναι		Όχι	
ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΑ;				
ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ	Ναι		Όχι	
ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΑ;				
ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΣΕΙΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΣΑΣ (ΕΙΣΤΕ 1Ος , 2Ος)……				

ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΣΤΗ ΜΕΘ ΩΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ		ΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	
ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ/Η ΝΟΣΗΛ.		ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ	
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ/Η ΝΟΣΗΛ.		ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ΤΡΙΑ ΠΕ		ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ΤΡΙΑ ΤΕ			
ΒΟΗΘΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΔΕ			

ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΣΤΗ ΜΕΘ		ΟΙ ΒΑΡΔΙΕΣ ΣΑΣ ΣΤΗ ΜΕΘ ΕΙΝΑΙ	
< 2 ΕΤΗ		ΗΜΕΡΗΣΙΕΣ	
2-5 ΕΤΗ		ΝΥΧΤΕΡΙΝΕΣ	
5-10 ΕΤΗ		ΕΝΑΛΛΑΣΟΜΕΝΕΣ	
10-15 ΕΤΗ			
>15 ΕΤΗ			

ΕΧΕΙ ΦΥΓΕΙ ΑΠΟ ΤΗ ΖΩ Η ΚΑΠΟΙΟΣ ΣΤΕΝΟΣ ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΑΣ	**Ναί**		**Όχι**	
ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΟΣ/ΠΟΙΟΙ				

Είστε ικανοποιημένοι από: (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο) 1=ΚΑΘΟΛΟΥ 2=ΛΙΓΟ 3=ΜΕΤΡΙΑ 4=ΠΟΛΥ 5=ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ					
Το αντικείμενο της εργασία σας	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Τη θέση της εργασία σας	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Θεωρείτε ότι οι απαιτήσεις της δουλειάς σας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)					
Στον εαυτό σας	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Στην οικογένειά σας	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Θεωρείτε ότι οι οικογενειακές σας υποχρεώσεις επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε στην εργασία σας (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΣΤΗ ΜΕΘ

Πιστεύετε ότι οι γιατροί παρέχουν στο νοσηλευτικό προσωπικό ικανοποιητική πληροφόρηση, για την εξέλιξη των ασθενών του, σε καθημερινή βάση;				
Πάντα	Συνήθως	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
Πιστεύετε ότι οι γιατροί λαμβάνουν υπόψη τους τη γνώμη του νοσηλευτικού προσωπικού για την εξέλιξη των ασθενών				
Πάντα	Συνήθως	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
Πιστεύετε ότι η επιθυμία για ενημέρωση από τη μεριά του νοσηλευτικού προσωπικού είναι συνήθως				
Αξιοσημείωτη	Ανεπαρκής	Απούσα		

Εάν η επιθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού για πληροφόρηση είναι ανεπαρκής, ο λόγος είναι	
Υπερβολικός φόρτος εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού	
Υπερβολικός φόρτος εργασίας του ιατρικού προσωπικού	
Η οργάνωση του τμήματός σας	
Άλλο (προσδιορίστε)	

Κατά τη γνώμη σας η επιθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού για πληροφόρηση συνήθως είναι: (απαντήστε σε όλες τις επιλογές)	**Ναι**	**Όχι**
Αυθόρμητη		
Εμπνέεται από τον/την προϊστάμενο/νη		
Εμπνέεται από τους γιατρούς		

Πιστεύετε ότι η Μονάδα σας είναι αφοσιωμένη σε υψηλά ηθικά πρότυπα;		
Ναι	**Όχι**	**Δεν έχω γνώμη**
Εάν ΝΑΙ, η δέσμευση εμπλέκει το νοσηλευτικό προσωπικό;		
Ναι	**Όχι**	**Δεν έχω γνώμη**

Έχετε αντιμετωπίσει περίπτωση απόσυρσης θεραπευτικής αγωγής (Δώστε μόνο μία απάντηση)	
Κατά την εξω-επαγγελματική σας εμπειρία	
Άμεσα κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής σας δραστηριότητας	
Έμμεσα κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής σας δραστηριότητας	
Ποτέ	

Η **συζήτηση** σχετικά με τον περιορισμό μιας θεραπείας σας φαίνεται κατ' αρχήν : (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις)		Η **απόφαση** να περιοριστεί μια θεραπεία, σας φαίνεται κατ' αρχήν: (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις)	
Απαραίτητη		Απαραίτητη, όταν είναι αποτέλεσμα συζήτησης	
Ωφέλιμη		Ωφέλιμη	
Ανώφελη		Ανώφελη	
Επικίνδυνη		Επικίνδυνη	
Εγκληματική		Εγκληματική	
Δεν συμβαδίζει με την αντίληψη που έχετε για την ιατρική φροντίδα		Παράνομη	
Συμβαίνει πολύ συχνά		Δεν συμβαδίζει με την αντίληψη που έχετε για την ιατρική φροντίδα	
Δεν συμβαίνει πολύ συχνά		Λαμβάνεται πολύ συχνά	
Δεν υπάρχει ανάλογη συζήτηση στο τμήμα που εργάζεστε		Δεν λαμβάνεται ανάλογη απόφαση στο τμήμα που εργάζεστε	
Δεν έχετε γνώμη		Δεν έχετε γνώμη	

Συνήθως στη Μονάδα σας, οι αποφάσεις περιορισμού της θεραπείας λαμβάνονται: (Δώστε μόνο μία απάντηση)	
Συλλογικά μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού	
Από έναν ιατρό μόνο, χωρίς το νοσηλευτικό προσωπικό	
Από την ιατρική ομάδα χωρίς το νοσηλευτικό προσωπικό	
Δεν έχω προσωπική εμπειρία	
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ	
Ωστόσο θεωρείτε ότι ιδανικά η απόφαση περιορισμού της θεραπείας πρέπει να ληφθεί: (Δώστε μόνο μία απάντηση)	
Συλλογικά μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού	
Από έναν ιατρό μόνο, χωρίς το νοσηλευτικό προσωπικό	
Από την ιατρική ομάδα χωρίς το νοσηλευτικό προσωπικό	
Δεν έχω γνώμη	

Πιστεύετε ότι πρέπει να μοιραστείτε την ευθύνη της απόφασης με τον/τους γιατρούς κατά τη συζήτηση περιορισμού μιας θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της νομικής ευθύνης;		
Ναι	**Όχι**	**Δεν έχω άποψη**
Εάν ΟΧΙ, αν δηλαδή πιστεύετε ότι δεν πρέπει να μοιράζεστε την ευθύνη, θεωρείτε ότι ο ρόλος σας στη συζήτηση θα πρέπει να είναι : (Δώστε μόνο μία απάντηση)		
Να εκφράζετε τη γνώμη σας καθαρά και με σαφήνεια		
Να ακούτε χωρίς να μιλάτε		
Να μην συμμετέχετε καθόλου στη συζήτηση		
Δεν έχετε γνώμη		

Κρίνετε ότι οι πληροφορίες που έχετε όσον αφορά τον ασθενή, τη στιγμή που διεξάγεται η συζήτηση για τον περιορισμό θεραπείας, είναι γενικά επαρκείς;		
Ναι	**Όχι**	**Δεν έχω άποψη**
Έχετε τη δυνατότητα να εκφράζετε καθημερινά τη γνώμη σας;		
Ναι	**Όχι**	**Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ**
Γενικά συμμετέχετε στην καθημερινή επίσκεψη των ιατρών;		
Ναι	**Όχι**	**Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ**

Νομίζετε ότι συνήθως λαμβάνεται υπόψη η γνώμη σας κατά τη διάρκεια των συζητήσεων που αφορούν στην εξέλιξη του ασθενούς σας;		
Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ
Θεωρείτε ότι το προσωπικό σας ενδιαφέρον είναι τις περισσότερες φορές:		
Μεγάλο	**Μέτριο**	**Μικρό**

Θεωρείτε ότι η αναζήτηση ενημέρωσης εκ μέρους σας είναι συχνά	
Αυθόρμητη	
Μετά από προτροπή	
Δεν ζητάτε ενημέρωση	

Μετά από μια απόφαση περιορισμού της θεραπείας (απαντήστε σε όλα τα ερωτήματα):						
Αισθάνεστε απομονωμένος/νη	Ναι		Όχι		Δεν έχω άποψη	
Έχετε τη δυνατότητα να το συζητήσετε	Ναι		Όχι		Δεν έχω άποψη	

Εάν έχετε τη δυνατότητα να το συζητήσετε είναι στο πλαίσιο:	Αυτόματης ανταλλαγής απόψεων		Οργανωμένης συζήτησης του τμήματος	
Εάν έχετε τη δυνατότητα να συζητήσετε αυτό που έγινε, αυτές οι ανταλλαγές απόψεων διεξάγονται συχνότερα:	Μόνο μεταξύ νοσηλευτών		Μεταξύ των νοσ/των και των γιατρών	

Εκτός των συζητήσεων για τις αποφάσεις περιορισμού της θεραπείας, υπάρχουν ομάδες συζήτησης που ασχολούνται με άλλα θέματα στον χώρο εργασίας σας;	Ναι		Όχι		Δεν γνωρίζω Δεν απαντώ ζω/	
Υπάρχει ψυχολόγος που συμμετέχει στις συζητήσεις περί ηθικής στο τμήμα σας	Ναι		Όχι		Δεν γνωρίζω Δεν απαντώ ω/	

Όσον αφορά την πληροφόρηση της οικογένειας…….

Θεωρείτε ότι η οικογένεια πρέπει να ενημερώνεται για την απόφαση περιορισμού της θεραπείας		
Ναι	**Όχι**	**Δεν έχω άποψη**
Στην περίπτωση που πιστεύετε ότι η οικογένεια πρέπει να ενημερωθεί, θεωρείτε ότι η πληροφόρηση πρέπει να είναι πλήρης; (ποια αγωγή περιορίζεται, με ποια κριτήρια, κ.λπ)		
Ναι	**Όχι**	**Δεν έχω άποψη**

Εάν πιστεύετε ότι η οικογένεια δεν πρέπει να ενημερώνεται για όλα ποιος είναι συνήθως ο λόγος (Δώστε μόνο μία απάντηση):	
Η πρόκληση πόνου, θλίψης στα μέλη της οικογένειας	
Η αδυναμία της οικογένειας να κατανοήσει και να διαχειριστεί τις ιατρικές λεπτομέρειες (ασύμμετρη πληροφόρηση)	
Εμπιστευτικότητα	
Ο φόβος των νομικών συνεπειών	
Η έλλειψη σχέσεων εμπιστοσύνης με την οικογένεια	
Άλλο: (αναφέρετε τι) :	

Εάν πιστεύετε ότι η οικογένεια πρέπει να ενημερώνεται πλήρως θα επιθυμούσατε να είστε παρών/ούσα στην ενημέρωση της οικογένειας από τον γιατρό;		
Ναι	**Όχι**	**Δεν έχω άποψη**
Με βάση την εμπειρία σας πιστεύετε ότι η οικογένεια είναι πράγματι ενημερωμένη για την απόφαση περιορισμού της θεραπευτικής αγωγής:		
Ναι	**Όχι**	**Δεν έχω άποψη**

Όταν η οικογένεια δεν ενημερώνεται πλήρως, ποιός είναι κατά τη γνώμη σας ο κυριότερος λόγος; (Δώστε μόνο μία απάντηση):	
Η πρόκληση πόνου, θλίψης στα μέλη της οικογένειας	
Η αδυναμία της οικογένειας να κατανοήσει και να διαχειριστεί τις ιατρικές λεπτομέρειες (ασύμμετρη πληροφόρηση)	
Εμπιστευτικότητα	
Ο φόβος των νομικών συνεπειών	
Η έλλειψη σχέσεων εμπιστοσύνης με την οικογένεια	
Άλλο: (αναφέρετε τι) :	

Από αυτά που αναφέρονται παρακάτω, ποια είναι τα 3 κυριότερα κριτήρια που μπορούν να δικαιολογήσουν τον ενδεχόμενο περιορισμό των θεραπευτικών παρεμβάσεων;		
Η ματαιοπονία της αγωγής	1	
Ο ηθικός πόνος του ασθενή	2	
Ο σωματικός πόνος του ασθενή	3	
Η απαίτηση της οικογένειας	4	
Το οικονομικό κόστος	5	
Η προϋπάρχουσα έλλειψη ποιότητας ζωής	6	
Η πιθανή έλλειψη ποιότητας ζωής στο μέλλον	7	
Η ηλικία	8	

Απαντήστε με βάση τη σημαντικότητα κατά την προσωπική σας άποψη, από το πλέον σημαντικό (Κριτήριο Α) στο λιγότερο σημαντικό (Κριτήριο Γ). Σημειώστε με Α Β η Γ στην κενή στήλη

Σε περίπτωση λήψης απόφασης μη κλιμάκωσης της θεραπευτικής αγωγής, η απόφαση για μη διασωλήνωση ενός ασθενή (Δώστε μόνο μία απάντηση):	
Αποκλείεται εκ πεποιθήσεως	
Είναι δικαιολογημένη αλλά προκλητική	
Είναι δικαιολογημένη εάν ο ασθενής δεν θα έχει όφελος από τη διασωλήνωση	
Δεν νιώθω ποτέ ασφάλεια ή σιγουριά μ’ αυτήν την απόφαση	
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ	

Σε περίπτωση λήψης απόφασης άρσης της θεραπευτικής αγωγής, η απόφαση για αποσωλήνωση ενός ασθενή: (Δώστε μόνο μία απάντηση):	
Αποκλείεται εκ πεποιθήσεως	
Αποκλείεται λόγω του κινδύνου άμεσης επέλευσης του θανάτου	
Αποκλείεται λόγω του ότι ο ασθενής θα υποφέρει	
Είναι αποδεκτή αλλά πάντα ενοχλητική	
Είναι αποδεκτή διότι η διασωλήνωση παρατείνει ανώφελα τη διαδικασία του θανάτου	
Δεν νιώθω ποτέ ασφάλεια ή σιγουριά με αυτήν την απόφαση	
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ	

Όταν γίνεται λόγος για περιορισμό της θεραπευτικής αγωγής θεωρείτε ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ ελάττωσης του FiO2 και της αποσωλήνωσης;		
Ναι	**Όχι**	**Δεν έχω άποψη**

Εάν θεωρείτε ότι υπάρχει διαφορά, είναι κυρίως διότι: (Δώστε μόνο μία απάντηση)	
Ο πόνος είναι πιο έντονος σε περίπτωση αποσωλήνωσης	
Η επέλευση του θανάτου είναι ταχύτερη σε περίπτωση αποσωλήνωσης	
Η ανακούφιση του ασθενούς είναι ταχύτερη σε περίπτωση αποσωλήνωσης	
Είναι πιο έντιμη η στάση σε περίπτωση αποσωλήνωσης	
Η φιλοσοφική σας προσέγγιση είναι εντελώς διαφορετική	

Όσον αφορά το μηχανικό αερισμό, πιστεύετε ότι η απόσυρσή του ηθικά είναι διαφορετική από τη διακοπή άλλων θεραπευτικών μέσων (ανάσα=ζωή);		
Ναι	**Όχι**	**Δεν έχω άποψη**

Όσον αφορά τις κατεχολαμίνες (αδρεναλίνη, νοραδρεναλίνη, ντομπιουταμίνη...) θεωρείτε ότι η απόφαση περιορισμού τους (Δώστε μόνο μία απάντηση)	
Αποκλείεται εκ πεποιθήσεως	
Αποκλείεται λόγω του κινδύνου άμεσης επέλευσης του θανάτου	
Αποκλείεται λόγω του ότι ο ασθενής θα υποφέρει	
Είναι αποδεκτή αλλά πάντα ενοχλητική	
Είναι αποδεκτή διότι οι κατεχολαμίνες παρατείνουν ανώφελα τη διαδικασία του θανάτου	
Δεν νιώθω ποτέ ασφάλεια ή σιγουριά με αυτή την απόφαση	
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ	

Όσον αφορά την εξωνεφρική κάθαρση (αιμοδιάλυση, αιμοκάθαρση) θεωρείτε ότι η απόφαση περιορισμού τους (Δώστε μόνο μία απάντηση)	
Αποκλείεται εκ πεποιθήσεως	
Αποκλείεται λόγω του κινδύνου άμεσης επέλευσης του θανάτου	
Αποκλείεται λόγω του ότι ο ασθενής θα υποφέρει	
Είναι αποδεκτή αλλά πάντα ενοχλητική	
Είναι αποδεκτή διότι η εξωνεφρική κάθαρση παρατείνει ανώφελα τη διαδικασία του θανάτου	
Δεν νιώθω ποτέ ασφάλεια ή σιγουριά με αυτή την απόφαση	
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ	

Όσον αφορά την ενυδάτωση, θεωρείτε ότι η απόφαση περιορισμού της (Δώστε μόνο μία απάντηση)	
Αποκλείεται εκ πεποιθήσεως	
Αποκλείεται λόγω του κινδύνου άμεσης επέλευσης του θανάτου	
Αποκλείεται λόγω του ότι ο ασθενής θα υποφέρει	
Είναι αποδεκτή αλλά πάντα ενοχλητική	
Είναι αποδεκτή διότι η ενυδάτωση παρατείνει ανώφελα τη διαδικασία του θανάτου	
Δεν νιώθω ποτέ ασφάλεια ή σιγουριά με αυτή την απόφαση	
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ	

Συμφωνείτε με την αύξηση της καταστολής (καταστολή = άνεση - αναλγησία) σε περίπτωση περιορισμού ή διακοπής των θεραπευτικών παρεμβάσεων;		
Ναι	**Όχι**	**Δεν έχω άποψη**
Η αύξηση της καταστολής μπορεί να επισπεύσει το θάνατο παρότι δεν είναι αυτός ο σκοπός της αύξησής της. Θεωρείτε ότι ο κίνδυνος αυτός αποτελεί εμπόδιο στο να αυξηθεί η καταστολή;		
Ναι	**Όχι**	**Δεν έχω άποψη**
Στην περίπτωση αύξησης της καταστολής στο πλαίσιο της απόφασης περιορισμού της θεραπείας θεωρείτε ότι μπορεί να είστε εσείς το πρόσωπο που θα εφαρμόσει την οδηγία;		
Ναι	**Όχι**	**Δεν έχω άποψη**

Έχετε θετική άποψη για την χρήση των μυοχαλαρωτικών, όταν αποφασιστεί η απόσυρση του μηχανικού αερισμού, σ' έναν υπό καταστολή ασθενή (διασωληνωμένο ή όχι) ο οποίος συνεχίζει να έχει δυσκολία στην αναπνοή (αύξηση εκκρίσεων, εργώδης ή γρήγορη αναπνοή....);		
Ναι	**Όχι**	**Δεν έχω άποψη**
Εφαρμόζεται στο τμήμα σας μία κλίμακα προοδευτικού περιορισμού των θεραπευτικών παρεμβάσεων;		
Ναι	**Όχι**	**Δεν έχω άποψη**

Κατά τη γνώμη σας, η εφαρμογή των παρακάτω αναφερομένων θεραπευτικών παρεμβάσεων μπορεί να γίνει από σας (με την παρουσία ιατρού) (απαντήστε σε όλα τα ερωτήματα)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Διακοπή της χορήγησης αδρεναλίνης		
Ελάττωση της πυκνότητας οξυγόνου		
Αποσωλήνωση		

Όσον αφορά στη διαμάχη περί ευθανασίας .....

Ο όρος «παθητική ευθανασία» είναι κατάλληλος να περιγράψει τις αποφάσεις περιορισμού της θεραπευτικής υποστήριξης εντός του ειδικού χώρου της ΜΕΘ: (Δώστε μόνο μία απάντηση)	
Ναι, ο όρος είναι κατάλληλος	
Όχι, ο κατάλληλος όρος θα μπορούσε να είναι «άρνηση μάταιης φροντίδας»	
Δεν έχω γνώμη	
Άλλο (προσδιορίστε):	
Ενδεχόμενο σχόλιο:	

Υποθέτοντας ότι έχετε πλήρη πληροφόρηση για τον ασθενή θεωρείτε ότι η συμμετοχή σας ως επαγγελματία υγείας στη λήψη απόφασης για περιορισμό της θεραπείας είναι: (Δώστε μόνο μία απάντηση)	
Απαραίτητη	
Επιβεβλημένη	
Απολύτως αναγκαία	
Ανώφελη	
Παράνομη	

Η προσωπική σας εμπειρία με θνήσκοντες ασθενείς, έχει επηρεάσει την προσέγγισή σας σχετικά με τη λήψη αποφάσεων περιορισμού της θεραπείας;		
Ναι	**Όχι**	**Δεν έχω άποψη**

Πιστεύετε πως οι συζητήσεις για τα ηθικά θέματα στο τμήμα σας θα έπρεπε να γίνονται με περισσότερη προσοχή ή να προσεγγίζονται με διαφορετικό τρόπο; (Δώστε μόνο μία απάντηση)	
Χωρίς αλλαγή	
Με περισσότερη προσοχή	
Με διαφορετικό τρόπο	
Δεν έχω άποψη	
Ενδεχόμενο σχόλιο:	

Πιστεύετε ότι θα ήταν ωφέλιμη η συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων περιορισμού της θεραπείας άλλων επαγγελματιών υγείας που δεν εμπλέκονται στη θεραπεία του ασθενή;		
Ναι	**Όχι**	**Δεν έχω άποψη**

Εάν ΝΑΙ, πιστεύετε ότι οι παρακάτω θα πρέπει να συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων περιορισμού της θεραπείας; (Απαντήστε χωρίς περιορισμό)	
Άλλοι ιατροί	
Ο/Η Προϊστάμενος/η Νοσηλευτής/τρια της ΜΕΘ	
Η Επιτροπή Ηθικής	
Ένας ψυχολόγος	
Άλλο (προσδιορίστε):	

Θα είχατε αντίρρηση να παρεμβαίνουν σε τακτική βάση άτομα μη σχετικά με τη νοσηλεία του ασθενούς ακόμα και όταν δεν πρόκειται για τη λήψη απόφασης περιορισμού της θεραπευτικής αγωγής;		
Ναι	**Όχι**	**Δεν έχω άποψη**
Τελικά είστε ικανοποιημένος/η με την πρακτική που αφορά στον περιορισμό της θεραπευτικής αγωγής στο τμήμα σας (Δώστε μόνο μία απάντηση):		
Ναι	**Όχι**	**Δεν έχω άποψη**

Προτάσεις Αξιολόγησης Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory – MBI)

Οι 22 προτάσεις που ακολουθούν αναφέρονται στα **αισθήματά** σας σχετικά με τη δουλειά σας. Σημειώστε δίπλα σε κάθε πρόταση τον **αριθμό** που εκφράζει καλύτερα το **πόσο συχνά** νοιώθετε το συναίσθημα της κάθε πρότασης

0	1	2	3	4	5	6
Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	**ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ**
1. Νιώθω συναισθηματικά άδειος / α από τη δουλειά μου.	
2. Νιώθω εξαντλημένος / η στο τέλος μιας εργάσιμη μέρας.	
3. Νιώθω κούραση όταν σηκώνομαι το πρωί και έχω μπροστά μου μια ακόμα μέρα δουλειάς.	
4. Μπορώ εύκολα να καταλάβω πώς νιώθουν γενικά οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).	
5. Νιώθω ότι μεταχειρίζομαι μερικούς από τους αποδέκτες των υπηρεσιών (ασθενείς) σαν να ήταν απρόσωπα αντικείμενα	
6. Αποτελεί πραγματικά φορτίο για μένα ότι πρέπει όλη την ημέρα να ασχολούμαι και να εργάζομαι με ανθρώπους.	
7. Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα που έχουν οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).	
8. Νιώθω εξουθενωμένος / η από τη δουλειά μου.	
9. Νιώθω ότι με την εργασία μου επηρεάζω θετικά τη ζωή άλλων ανθρώπων.	
10. Έχω γίνει πιο σκληρός απέναντι στους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά.	
11. Ανησυχώ μήπως αυτή η δουλειά με κάνει και δείχνω συναισθηματική σκληρότητα.	
12. Νιώθω μεγάλη ενεργητικότητα.	
13. Νιώθω απογοήτευση από τη δουλειά μου.	
14. Νιώθω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά σ' αυτή τη δουλειά.	
15. Στην πραγματικότητα δε νοιάζομαι πολύ για το τι συμβαίνει σε μερικούς από τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου.	
16. Το γεγονός ότι στη δουλειά μου έχω άμεση σχέση με ανθρώπους με κάνει και νιώθω υπερβολική ένταση (στρες).	

17. Μπορώ εύκολα να δημιουργήσω μια άνετη ατμόσφαιρα με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).	
18. Νιώθω αναζωογονημένος / η όταν έχω δουλέψει σε στενή επαφή με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).	
19. Έχω κατορθώσει αρκετά αξιόλογα πράγματα στη δουλειά αυτή.	
20. Νιώθω ότι έχω φτάσει στα όρια της αντοχής μου.	
21. Αντιμετωπίζω με ηρεμία τις συναισθηματικές φορτίσεις στη δουλειά μου.	
22. Αισθάνομαι ότι οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς) κατακρίνουν εμένα για μερικά από τα προβλήματα που έχουν.	