

Διερεύνηση του ηθικού αδιεξόδου στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό παιδιατρικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας

Φειζίδου Παρασκευή¹, Αργυρόπουλος Θεόδωρος², Υφαντή Αμαλία³, Μεγκίνα Ντάλια⁴, Κουτελέκος Ιωάννης⁵, Ευαγγέλου Ελένη⁵

1. Μεταπτυχιακή Νοσηλεύτρια Μ.Ε.Θ., Νοσοκομείο Παιδών «Π.κ.Α.Κυριακού»
2. Μεταπτυχιακός Νοσηλευτής, Υποψήφιος Διδάκτορας, Νευρολογική κλινική Νοσοκομείο «Παιδών Πεντέλης»
3. Μεταπτυχιακή Νοσηλεύτρια-Χειρουργική κλινική, Νοσοκομείο Παιδών «Π.κ.Α.Κυριακού»
4. Νοσηλεύτρια Μ.Ε.Θ., Νοσοκομείο Παιδών «Π.κ.Α.Κυριακού»
5. Καθηγήτρια/τρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Μέρος των προβληματισμών των εργαζομένων στις ΜΕΘ σχετίζεται με τις αποφάσεις για την παρατεταμένη υποστήριξη της ζωής σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο θεραπείας ή επιβίωσης και τις επιπτώσεις των αποφάσεων αυτών στη συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας.

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

Υλικό και Μέθοδος: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν ιατροί και νοσηλευτές από τις παιδιατρικές ΜΕΘ των νοσοκομείων Παιδών « Π.κ.Α. Κυριακού», «Αγία Σοφία», «Παιδών Πεντέλης» «Ιπποκράτειο» Θεσσαλονίκης, «Πανεπιστημιακό Γενικό νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης, και Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών συνολικής δυναμικότητας 40 κλινών και στις οποίες εργάζονται 112 Νοσηλευτές και 55 γιατροί. Η διάρκειά της μελέτης ήταν έξι μήνες. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο, το οποίο διανεμήθηκε σε όλους τους εργαζόμενους των παραπάνω μονάδων και απαντήθηκε από 121 συνολικά γιατρούς και νοσηλευτές. Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε υπό την καθοδήγηση της ερευνητικής ομάδας με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία και την επαγγελματική εμπειρία, σταθμίστηκε για τον έλεγχο της εγκυρότητάς του και έγιναν μικρές προσαρμογές για τους σκοπούς της μελέτης. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο Statistical Package for Social Sciences (SPSS) ver.24.

Αποτελέσματα: Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (81,8%) έχει εφαρμόσει μάταιες θεραπευτικές παρεμβάσεις που ο στόχος τους δεν ήταν ρεαλιστικός ενώ το 77,7% αισθάνθηκε ότι δε συμβάλλει στη θεραπεία, αλλά παρατείνει την πορεία προς το θάνατο. Ποσοστό 81,8% συμφωνεί ότι η συνέχιση της μάταιης θεραπείας πρέπει να είναι απόφαση ολόκληρης της θεραπευτικής ομάδας και υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p=0,001$) με τη θέση εργασίας των ατόμων, αφού το υποστήριξε 97,8% των ιατρών και το 72,4% των νοσηλευτών. Ενδεχόμενες νομικές κυρώσεις μπορεί να επηρεάσουν το θεραπευτικό πλάνο σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης,

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

Λέξεις Κλειδιά: Παιδιατρική ΜΕΘ, μάταιη θεραπεία, ηθικό αδιέξοδο, παρακράτηση, απόσυρση.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Αργυρόπουλος Θεόδωρος, Κεφαλληνίας 54 Χαλάνδρι 15231, Τηλ.2106775884,6942065157, E mail: argitheo@gmail.com

Investigation of the ethical stop in the medical and nursing staff of pediatric Intensive Care Unit

Feizidou Paraskevi¹, Argyropoulos Theodoros², Yfanti Amalia³, Megina Dalia⁴, Koutelekos John⁵, Evagellou Eleni⁵

1. Nurse, MSc, I.C.U. "P. and A. Kyriakou" Children's Hospital, Greece
2. Nurse, MSc, Ph.D. (c), Neurological Clinic "Pentelis Children Hospital", Greece
3. Postgraduate Nurse-Surgery Clinic, "P. and A. Kyriakou" Children's Hospital, Greece
4. Registered Nurse, I.C.U. "P. and A. Kyriakou" Children's Hospital, Greece
5. Professor, Nursing Department, University of West Attica, Greece



ABSTRACT

Background: Part of the concerns of ICU staff relate to decisions to support certain patients and the impact of these decisions on the emotional state of health professionals.

Purpose: The purpose of this study was to investigate the ethical impasse of nurses and doctors in pediatric ICUs in Greece regarding "futile treatment".

Material and Method: The sample of the study consisted of doctors and nurses from the pediatric ICUs of the "P.A. Kyriakou Children's Hospital", "Agia Sofia Children's Hospital", "Pentelis Children Hospital", "Ippokratio" hospital Thessaloniki, "University General Hospital of Heraklion Crete and University General hospital of Patras" with a capacity of 40 beds and employs 112 Nurses and 55 doctors. The duration of the study was six months. For data collection was used a specially designed questionnaire, which was distributed to all employees of the above units and was answered by a total of 121 doctors and nurses. The questionnaire was created under the guidance of the research team based on international literature and professional experience, weighed to check its validity and small adjustments were made for the purposes of the study.

Results: The vast majority of respondents (81.8%) have applied in vain therapeutic interventions whose goal was not realistic while 77.7% felt that it does not contribute to treatment, but prolongs the path to death. 81.8% agree that the continuation of futile treatment should be a decision of the entire treatment team and there was a statistically significant correlation ($p = 0.001$) with the job of individuals, as supported by 97.8% of physicians and 72, 4% of nurses. Possible legal sanctions may affect the treatment plan in patients without life expectancy.

Conclusions: It is clear that the issues that cause a moral impasse in the ICU treatment team exist and are related to the futile treatment. They are often the cause of conflicts within the treatment group and cause them emotional burden.

Keywords: Pediatric ICU, vain treatment, moral deadlock, detention, withdrawal.

Corresponding Author: *Argyropoulos Theodoros, Kefallinias 54 str. Chalandri 15231, Tel.2106775884,6942065157 E mail: argitheo@gmail.com*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

χαρακτηρίζεται ως «το νοσοκομείο μέσα στο νοσοκομείο» για να υποδηλωθεί η μεγάλη σπουδαιότητά της όσον αφορά το φάσμα και τη βαρύτητα των νοσημάτων που καλείται να αντιμετωπίσει.¹

Παράλληλα όμως με τα ιατρικά αυτά επιτεύγματα, η επέκταση της τεχνολογίας στο χώρο της ΜΕΘ, έβγαλε στην επιφάνεια σημαντικά συνειδησιακά διλήμματα που αφορούν την τεχνητή παράταση της ζωής σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο θεραπείας, όπως π.χ. οι κακοήθεις νόσοι τελικού σταδίου και η μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση. (π.χ. παιδιά με εγκεφαλική παράλυση, ανεγκεφαλία κ.α.). Τα διλήμματα αυτά προκύπτουν γιατί τα μηχανήματα της ΜΕΘ δε

χαρίζουν πάντα θεραπεία και προοπτική ζωής, αλλά συχνά επιφέρουν παράταση ή παρεμπόδιση της διαδικασίας του θανάτου.²

Η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας κατάφερε σε πολλές περιπτώσεις να παρατείνει τη ζωή, ταυτόχρονα όμως παράτεινε και τη διαδικασία του θανάτου. Το γεγονός αυτό οδήγησε την κοινωνία να απαιτήσει από το γιατρό να νικήσει το θάνατο, ακόμη και σε ασθενείς τελικού σταδίου, οι οποίοι υφίστανται μεγάλη ταλαιπωρία και πόνο.³ Δυστυχώς όμως αυτή η πρόοδος στις θεραπείες διατήρησης της ζωής έχει καταστήσει ακόμη πιο δύσκολα τα όρια της εντατικής θεραπείας.⁴ Οι ανώφελες παρεμβάσεις και θεραπείες είναι κοινώς παραδεκτό ότι είναι αρκετά διαδεδομένες και συνήθως βλάπτουν τον ασθενή, ενώ παρέχουν ελάχιστο θεραπευτικό όφελος. Η «υπερβολική θεραπεία» όχι μόνο κοστίζει πολλά σε χρόνο και χρήμα, αλλά το κυριότερο είναι ότι ταλαιπωρεί τον ασθενή χωρίς να υπάρχει ουσιαστικό όφελος.⁵

Επίσης, η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας παιδιών είναι ένα περιβάλλον με μεγάλη ψυχολογική πίεση για τους εργαζόμενους και τους ασθενείς και απαιτεί ομαδική συνεργασία για να επιτευχθούν τα επιθυμητά κάθε φορά αποτελέσματα. Η αποτελεσματικότητα αυτή μπορεί να κινδυνεύει από το ηθικό αδιέξοδο και τις συγκρούσεις που μπορεί να προκύψουν σε

καταστάσεις οι οποίες έχουν σχέση με τη μάταιη θεραπεία, τις αποφάσεις που αφορούν την υποστήριξη της ζωής ή το τέλος της, τις ατομικές αξίες και συμπεριφορές, καθώς και τα θέματα ισχύος και εξουσίας.⁶ Ο νοσηλευτής της ΜΕΘ οδηγείται σε ηθικό αδιέξοδο (moral distress): όταν γνωρίζει τις ηθικές αρχές που πρέπει να καθοδηγούν τις πράξεις του, αλλά δεν του το επιτρέπουν διάφοροι περιορισμοί.⁷

Σχετικά με τις δύσκολες αυτές αποφάσεις, στο κεφάλαιο Θ' Άρθρο 29 του Κ.Ι.Δ. αναφέρεται η υποχρέωση του γιατρού να παρέχει παρηγορητική φροντίδα σε ασθενείς τελικού σταδίου, ανακουφίζοντάς τους από τον πόνο και φροντίζοντας να διατηρήσουν την αξιοπρέπειά τους ως το τέλος της ζωής τους. Τονίζει δε, πως η επίσπευση του θανάτου τους δεν είναι νομικά δικαιολογημένη⁸. Αν ο νόμος αυτός συνδυαστεί με την επίσημη γνωμοδότηση της επιτροπής Βιοηθικής της Εκκλησίας της Ελλάδος που δέχεται ότι «όταν η θεραπεία κρίνεται μάταιη, η χορήγηση αναλγητικών και καταπραϋντικών -που ενδεχομένως να επισπεύσουν το θάνατο –δεν επιβαρύνει τη συνείδηση του γιατρού⁹», τότε φαίνεται να υπάρχει μια «άτυπη» νομική και ηθική/δεοντολογική αποδοχή της «παρακράτησης της θεραπείας»(withholding).

ΣΚΟΠΟΣ



Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του ηθικού αδιεξόδου των νοσηλευτών και των γιατρών σε όλες τις παιδιατρικές ΜΕΘ του ΕΣΥ της Ελλάδας σχετικά με τη «μάταιη θεραπεία». Στις κατευθυντήριες οδηγίες του για την ανάνηψη (CPR) το 2015 το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης (European Resuscitation Association) ορίζει τη μάταιη θεραπεία ως «εκείνη που δεν προσφέρει καμία εύλογη ελπίδα ανάκαμψης ή βελτίωσης και από την οποία ο ασθενής είναι μόνιμα αδύνατος να βιώσει οποιοδήποτε όφελος».¹⁰

Επιμέρους στόχοι της μελέτης, είναι να συνεισφέρει στην καταγραφή του ηθικού αδιεξόδου, να παρουσιάσει προβλήματα που προκύπτουν όπως είναι το οικονομικό κόστος και το νομικό κενό και να απαντήσει σε επιμέρους ερωτήματα, όπως ο ρόλος που διαδραματίζει η γονεϊκή ιδιότητα γιατρών και νοσηλευτών στη διαμόρφωση της στάσης τους, αλλά και η σχέση του περιβάλλοντος εργασίας με τα ηθικά αδιέξοδα.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Πρόκειται για συγχρονική μελέτη. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν ιατροί και νοσηλευτές από τις παιδιατρικές ΜΕΘ των νοσοκομείων Παίδων « Π.κ.Α.Κυριακού», «Αγία Σοφία», «Παίδων Πεντέλης» «Ιπποκράτειο» Θεσσαλονίκης, «Πανεπιστημιακό Γενικό νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης, και Πανεπιστημιακό

Νοσοκομείο Πατρών «Παναγία η Βοήθεια» συνολικής δυναμικότητας 40 κλινών και στις οποίες εργάζονται 112 Νοσηλευτές και 55 γιατροί. Η διάρκεια της μελέτης ήταν έξι μήνες. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο, το οποίο διανεμήθηκε σε όλους τους εργαζόμενους των παραπάνω μονάδων και απαντήθηκε από 121 συνολικά γιατρούς και νοσηλευτές. Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε υπό την καθοδήγηση της ερευνητικής ομάδας με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία και την επαγγελματική εμπειρία, σταθμίστηκε για τον έλεγχο της εγκυρότητάς του (συντελεστής α του Cronbach 0,92) και έγιναν μικρές προσαρμογές για τους σκοπούς της μελέτης.

Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε ύστερα από την εξασφάλιση της εθελοντικής συναίνεσης των συμμετεχόντων και των φορέων στους οποίους υλοποιήθηκε. Τηρήθηκαν αυστηρά όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας

Για την ανάλυση των δεδομένων και την παραγωγή αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο Statistical Package for Social Sciences (SPSS) ver.24. Για την διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ των ανεξάρτητων ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο Pearson's χ^2 και ως επίπεδο σημαντικότητας για όλους τους ελέγχους ορίστηκε το $p < 0,05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

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

Το φύλο των συμμετεχόντων φάνηκε να συσχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με το γεγονός ότι πρέπει να υπάρχει αξιοπρέπεια και στο θάνατο (p=0,013). Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε πως το

μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών (84,2%) πιστεύουν πως πρέπει να υπάρχει αξιοπρέπεια και στο θάνατο, ενώ την ίδια άποψη έχει και η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών (98,0%) (πίνακας 1).

Η ηλικία των συμμετεχόντων φάνηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την εφαρμογή (περισσότερες από μία φορές) μάταιων κατά τη γνώμη των συμμετεχόντων θεραπευτικών παρεμβάσεων (p=0,012). Αναλυτικότερα, οι συμμετέχοντες που είναι άνω των 31 ετών συμφωνούν σε μεγαλύτερο ποσοστό με την εφαρμογή (περισσότερες από μία φορές) μάταιων κατά τη γνώμη τους θεραπευτικών παρεμβάσεων σε σχέση με τους συμμετέχοντες που είναι έως 30 ετών (πίνακας 2).

Ο παράγοντας που φαίνεται να επηρεάζει τις στάσεις των συμμετεχόντων απέναντι στη μάταιη θεραπεία είναι το επίπεδο εκπαίδευσής. Πιο αναλυτικά, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης των συμμετεχόντων και στο αν η συνέχιση της θεραπείας πρέπει να είναι απόφαση του θεράποντα ιατρού (p=0,001), στο αν πρέπει να είναι απόφαση ολόκληρης της θεραπευτικής ομάδας (p=0,007), και στον αν η μάταιη θεραπεία μπορεί να περιοριστεί μέσω της σωστής ενημέρωσης και της εδραίωσης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ της οικογένειας του παιδιού και της θεραπευτικής ομάδας. (p=0,012). Το μεγαλύτερο ποσοστό (75,6%)

των συμμετεχόντων με πτυχίο Ιατρικής διαφωνούν πως η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση του θεράποντα ιατρού, ενώ το ποσοστό των Νοσηλευτών ΠΕ που διαφωνεί είναι 42,9% και αντίστοιχο ποσοστό Νοσηλευτών ΤΕ είναι 49,3%. Αντίθετα, το μεγαλύτερο ποσοστό (97,8%) των συμμετεχόντων με πτυχίο Ιατρικής συμφωνούν πως η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση ολόκληρης της θεραπευτικής ομάδας, ενώ το ποσοστό των Νοσηλευτών ΠΕ που συμφωνεί είναι 57,1% και των Νοσηλευτών ΤΕ 73,9%. Για όλους τους συμμετέχοντες (100,0%) με πτυχίο Ιατρικής η μάταιη θεραπεία μπορεί να περιοριστεί μέσω της σωστής ενημέρωσης και της εδραίωσης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ της οικογένειας του παιδιού και της θεραπευτικής ομάδας τα αντίστοιχα ποσοστά για τους Νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ είναι 85,7% και 75,4% (πίνακας 3).

Η θέση εργασίας των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα φάνηκε να συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με το αν η συνέχιση της θεραπείας πρέπει να είναι απόφαση του θεράποντα ιατρού ($p=0,008$), με το αν η συνέχιση της θεραπείας πρέπει να είναι απόφαση ολόκληρης της θεραπευτικής ομάδας ($p=0,001$), με το αν η μάταιη θεραπεία μπορεί να περιοριστεί μέσω της σωστής ενημέρωσης και της εδραίωσης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ της οικογένειας

του παιδιού και της θεραπευτικής ομάδας ($p=0,001$), και με το αν οι προσωπικές αντιλήψεις των συμμετεχόντων σε σχέση με το τέλος της ζωής (ηθικές, θρησκευτικές, αξιακές) επηρεάζουν τις αποφάσεις της θεραπευτικής ομάδας ($p=0,029$). Πιο συγκεκριμένα, το 75,6% των ιατρών διαφωνεί πως η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση του θεράποντα ιατρού, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των νοσηλευτών είναι 48,7%. Το 97,8% των ιατρών υποστηρίζει πως η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση ολόκληρης της θεραπευτικής ομάδας ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των νοσηλευτών είναι 72,4%. Το 100,0% των ιατρών συμφωνεί πως η μάταιη θεραπεία μπορεί να περιοριστεί μέσω της σωστής ενημέρωσης και της εδραίωσης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ της οικογένειας του παιδιού και της θεραπευτικής ομάδας ενώ το ποσοστό των νοσηλευτών που συμφωνεί είναι 76,3%. Ακόμη, το 48,9% των ιατρών δεν πιστεύει πως οι προσωπικές του αντιλήψεις σε σχέση με το τέλος της ζωής (ηθικές, θρησκευτικές, αξιακές) επηρεάζουν τις αποφάσεις της θεραπευτικής ομάδας ενώ μεγαλύτερο είναι το αντίστοιχο ποσοστό (61,8%) των νοσηλευτών. (πίνακας 4).

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

επηρεάσει το θεραπευτικό πλάνο σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης. Στον Ελλαδικό χώρο δεν υπάρχει σαφές νομικό πλαίσιο που να επιτρέπει την απόσυρση της θεραπείας που θεωρείται μάταιη.

Ένας ακόμη παράγοντας που φαίνεται να επηρεάζει τις στάσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στη μάταιη θεραπεία είναι τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας των συμμετεχόντων, αφού συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την άποψη ότι το υψηλό κόστος νοσηλείας και ιατρικών παρεμβάσεων σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην συνέχιση της υποστήριξης της ζωής ($p=0,002$).

Αντίθετα, τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας στη ΜΕΘ των συμμετεχόντων δεν φάνηκαν να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τη στάση των συμμετεχόντων απέναντι στη μάταιη θεραπεία ($p>0,05$).

Η στάση τους αυτή δε φάνηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το αν έχουν αποκτήσει παιδιά ($p>0,05$).

Αντίθετα όμως, το αν είναι γονείς οι συμμετέχοντες φάνηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την αίσθηση που νιώθουν πολλές φορές ότι ο στόχος των θεραπευτικών παρεμβάσεων δεν είναι ρεαλιστικός ($p=0,039$). Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που είχαν παιδιά πιστεύουν σε μεγαλύτερο ποσοστό (85,2%) , πως υπάρχουν φορές που αισθάνονται ότι ο

στόχος των θεραπευτικών παρεμβάσεων δεν είναι ρεαλιστικός από ότι οι συμμετέχοντες που δεν είχαν παιδιά (πίνακας 5).

Τέλος, παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ηθικών αδιεξόδων που αντιμετωπίζουν γιατροί και νοσηλευτές και του νοσοκομειακού χώρου στον οποίο εργάζονται. Η συσχέτιση αφορά τη διαφορά στα ποσοστά μεταξύ των Μ.Ε.Θ. σε σχέση με το αν η θεραπευτική παρέμβαση είναι ρεαλιστική και προσφέρει θεραπευτικό όφελος ή πρόκειται για «μάταιη θεραπεία». Ωστόσο, φάνηκε ότι τα ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι στις Μ.Ε.Θ. τους προκαλούν συναισθηματική επιβάρυνση (πίνακας 6).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, εντοπίζεται η ύπαρξη διαφωνίας στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής σε μη αναστρέψιμη κατάσταση καθώς και ότι η απόφαση για τη συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή θεωρείται μάταιη ,θα πρέπει να λαμβάνεται από όλη τη θεραπευτική ομάδα. Επισημαίνεται το κενό που υπάρχει στη νομική κάλυψη τέτοιων αποφάσεων, που απαιτεί και τη μέγιστη συναίνεση στη λήψη τους. Επίσης το υψηλό κόστος νοσηλείας και μάταιων ιατρικών παρεμβάσεων είναι ένας παράγοντας που θα πρέπει να λαμβάνεται

υπόψη στη συνέχιση της υποστήριξης σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης.

Η άποψη των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά κοινή απόφαση της θεραπευτικής ομάδας για τη διακοπή ή μη μιας θεραπείας, έρχεται σε αντίθεση με όσα αναφέρονται στις περισσότερες μελέτες. Ίσως αυτό να ερμηνεύεται από το κενό που υπάρχει στη νομική κάλυψη τέτοιων αποφάσεων, οπότε επιδιώκεται η μέγιστη συναίνεση για να εφαρμοστούν: Οι γιατροί φέρουν το βάρος να πάρουν μία απόφαση και να δώσουν εντολή να εκτελεστεί, ενώ οι νοσηλευτές πρέπει να ζήσουν με το βάρος της απόφασης αυτής.^{11,12,13,14}

Όσον αφορά τους νοσηλευτές, μελέτες αναφέρουν ότι η συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων σχετίζεται με επαγγελματική ικανοποίηση και χαμηλά επίπεδα εξουθένωσης.^{15,16}

Το υψηλό κόστος νοσηλείας και ιατρικών παρεμβάσεων σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην συνέχιση της υποστήριξης, σύμφωνα με το 58,7% του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που πήρε μέρος στη μελέτη. Το οικονομικό κόστος είναι μία παράμετρος ανεξάρτητη με το αν μία θεραπεία μπορεί να ωφελήσει το παιδί. Η σωστή οικονομική διαχείρισή δεν είναι ο λόγος για τη διακοπή μιας ανώφελης θεραπείας, σίγουρα όμως θα αποδώσει σημαντικότερα αποτελέσματα σε άλλους ασθενείς με προσδόκιμο ίασης. Όταν

όμως οι θεραπευτικές παρεμβάσεις είναι εξαιρετικά δαπανηρές ή περιορισμένες και προσφέρουν ελάχιστα θεραπευτικά οφέλη, τότε δε δικαιούνται να την παρέχουν οι θεράποντες.^{17,18,19}

Η ύπαρξη διαφωνίας στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής σε μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση, συσχετίζεται στατιστικά σε σημαντικό βαθμό με τη θέση εργασίας των συμμετεχόντων ($p=0,007$). Οι νοσηλευτές της ΜΕΘ συμφωνούν σε ποσοστό 60,5% και επιβεβαιώνουν τη διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα, ενώ αντίθετη άποψη έχει μόνο το 18,4%. Αντίθετα από τους γιατρούς συμφωνεί το 51,1%, και οι διαφωνούντες αγγίζουν το 42,2%. Σε αυτό το ερώτημα οι νοσηλευτές είχαν πιο ξεκάθαρη θέση. Αυτό το αποτέλεσμα συμφωνεί με παλαιότερη έρευνα του αμερικανικού συνδέσμου νοσηλευτών ΜΕΘ όπου οι μισοί από τους συμμετέχοντες αξιολόγησαν την απόφαση να αποσύρουν ή να παρακρατήσουν τη στήριξη της ζωής ως το δεύτερο σημαντικότερο θέμα στο επάγγελμά τους. Θεωρούσαν ότι συχνά παρείχαν υπερβολική και χωρίς νόημα θεραπεία. Το σημαντικότερο πρόβλημά τους αφορούσε την εξουσία στη λήψη αποφάσεων για τους ασθενείς.²⁰

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

χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης. Αυτό είναι αναμενόμενο με δεδομένο ότι δεν υπάρχει σαφές νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα που να επιτρέπει την απόσυρση της θεραπείας που θεωρείται μάταιη.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται δυναμική εισβολή της «παρηγορητικής ιατρικής/φροντίδας» στη βιβλιογραφία της εντατικής θεραπείας, ενώ αρχικά αφορούσε μόνο τους ογκολογικούς ασθενείς, Το Royal College of Pediatrics and Child Health το 2015 οριοθέτησε το νομικό και ηθικό πλαίσιο σχετικά με τις αποφάσεις που αφορούν το τέλος της ζωής του παιδιού. Σε αυτό αναφέρει ότι η παρηγορητική φροντίδα είναι ηθικά δεοντολογική και συμπεριλαμβάνει την αναλγησία (με οπιοειδή) και την καταστολή, ακόμη και αν αυτά μπορεί να επιταχύνουν το θάνατο. Παράλληλα όμως απαγορεύεται κάθε ενέργεια που αποσκοπεί στο θάνατο του παιδιού.¹⁷

Για τον περιορισμό της μάταιης θεραπείας μέσω της σωστής ενημέρωσης και της εδραίωσης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ της οικογένειας του παιδιού και της θεραπευτικής ομάδας συμφώνησε το 85,1%. Η σαφής, έγκαιρη και όχι κατά την οξεία φάση ενημέρωση των γονέων και η καθιέρωση σχέσης σεβασμού και εμπιστοσύνης μεταξύ αυτών και της θεραπευτικής ομάδας διευκολύνουν τους γονείς να συμμετάσχουν στην απόφαση διακοπής μιας θεραπείας που δεν προσφέρει

κανένα θεραπευτικό αποτέλεσμα για το παιδί τους.^{21,22}

Ποσοστό 77,7% του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού έχει αισθανθεί περισσότερες από μία φορές κατά την εργασία του στη ΜΕΘ ότι δε συμβάλλει στη θεραπεία, αλλά παρατείνει την πορεία προς το θάνατο, 81,8% έχει αισθανθεί ότι ο στόχος των θεραπευτικών παρεμβάσεων δεν είναι ρεαλιστικός και πιστεύει ότι το ηθικό αδιέξοδο που αντιμετωπίζουν στη ΜΕΘ τους προκαλεί συναισθηματική επιβάρυνση. Τα αποτελέσματα αυτά ταυτίζονται με την άποψη ότι η συνεχιζόμενη επιθετική θεραπεία δεν είναι πάντα προς το συμφέρον του ασθενούς, η οποία κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος τα τελευταία χρόνια.²³

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

Όσον αφορά τα συνολικά αποτελέσματα των νοσοκομείων που συμμετείχαν στην έρευνα, φαίνεται ότι η ΜΕΘ «Α. Κυριακού» - η πρώτη παιδιατρική ΜΕΘ στην Ελλάδα - έχει ξεκάθαρες απόψεις σε όλα τα ζητήματα. Επίσης έχει τα υψηλότερα ποσοστά στην επιβεβαίωση εφαρμογής μάλλον μάταιων θεραπειών (30,3%), στην αίσθηση ότι οι



θεραπευτικοί στόχοι κάποιες φορές δεν είναι ρεαλιστικοί (29,3%) ή ότι δεν εξασφαλίζουν θεραπευτικό όφελος (30,6%), στην ύπαρξη διαφωνιών για τα όρια της θεραπείας παιδιού με καρκίνο τελικού σταδίου (42,1%) ή με μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση (34,8%).

Περιορισμοί της μελέτης

Η μελέτη έχει περιγραφικό χαρακτήρα που περιορίζει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων, συνεπώς τα αποτελέσματα χρήζουν διεξαγωγής ποιοτικών μελετών, όπου θα αναλύονται σε βάθος οι εμπειρίες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Τα ευρήματα μπορεί να αντικατοπτρίζουν μια συγκεκριμένη απόκλιση απάντησης, επειδή η θεραπευτική ομάδα των ΜΕΘ βιώνει υψηλά επίπεδα ηθικού αδιεξόδου και επαγγελματικής εξουθένωσης και αυτό ίσως επηρέασε τις απαντήσεις τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

ηθικό αδιέξοδο των μελών της, με τους νοσηλευτές να το βιώνουν εντονότερα.

Όλοι οι εργαζόμενοι των ΜΕΘ, έχουν την πεποίθηση πως θα πρέπει να υπάρχει αξιοπρέπεια και στο θάνατο, ενώ οι μεγαλύτεροι σε ηλικία επαγγελματίες υγείας συμφωνούν σε μεγαλύτερο ποσοστό με την εφαρμογή «μάταιων» παρεμβάσεων, ή συμφωνούν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι εφαρμόζονται μάταιες θεραπείες.

Η συνέχιση της θεραπείας, όταν πια αυτή κρίνεται ως μάταιη, θα πρέπει να είναι απόφαση ολόκληρης της θεραπευτικής ομάδας και είναι φανερό πως και το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τις στάσεις γιατρών και νοσηλευτών απέναντι σε θεραπείες των οποίων ο στόχος θεωρείται μη ρεαλιστικός.

Η έλλειψη ισχυρού και σαφούς νομικού πλαισίου και ο φόβος για ενδεχόμενες ποινικές κυρώσεις μπορεί να επηρεάσει το πλάνο φροντίδας σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης.

Η δημιουργία του κατάλληλου νομικού πλαισίου και η χάραξη μιας κοινής στρατηγικής που θα αφορά όλες τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας ως προς την αντιμετώπιση των ασθενών αυτών, θα μπορούσε να αποτελέσει πλαίσιο μελλοντικής έρευνας, με στόχο, τη μείωση των συγκρούσεων στις θεραπευτικές ομάδες και τον περιορισμό του ηθικού αδιεξόδου.

Το ηθικό αδιέξοδο μπορεί να περιοριστεί με την καθιέρωση κατευθυντήριων οδηγιών σχετικά με τη διαχείριση της μάταιης θεραπείας σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο ωφέλειας από αυτήν, νομική θωράκιση των οδηγιών αυτών, εκπαίδευση γιατρών και νοσηλευτών στη διαχείριση παρόμοιων καταστάσεων, κατανόηση και σωστή επικοινωνία με τις οικογένειες των ασθενών και κυρίως σεβασμό στο δικαίωμα του κάθε ανθρώπου σε έναν αξιοπρεπή θάνατο. Και όπως είπε ο Μητροπολίτης Μεσογαίας & Λαυρεωτικής Νικόλαος «Όπως δέν δικαιούμεθα νὰ ἐπισπεύσουμε τὸν θάνατο, δέν δικαιούμεθα καὶ νὰ τὸν παρατείνουμε ὡς διαδικασία. Ὅφειλουμε νὰ τὸν ἀποδεχθοῦμε καὶ νὰ τὸν σεβασθοῦμε»

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Von Dolinger de Brito D, de Almeida Silva H, Jose Oliveira E, Arantes A, Abdallah V, Tannus Jorge M et al. Effect of neonatal intensive care unit environment on the incidence of hospital-acquired infection in neonates. *Journal of Hospital Infection* 2007; 65(4):314-318.
2. Karabinis A, Kalogeromitros AI, Poularas I, "Ethical issues in the ICU", published by Papakonstantinou K, Karabinis A, Baltopoulos G., Athens 2006, p.439
3. Samir Abdallah H., Gustavo Nader Marta, Franklin Santana Santos ,The physician and updates in cancer treatment: when to stop? *Rev Assoc Med Bras* 2011 57;(5):575-580
4. Balfour-Lynn Ian M, Robert C. Tasker. Futility and Death in Pediatric Medical Intensive Care. *Journal of Medical Ethics* 1996;22(5): 279-81.
5. Lyu H, Xu T, Brotman D, Mayer-Blackwell B, Cooper M, Daniel M, et al., 2017 Overtreatment in the United States. *PLoS ONE* 12(9): available from <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0181970>
6. Austin W, Kelecevic J, Goble E, Mekechuk J. An overview of moral distress and the paediatric intensive care team. *Nurs Ethics* 2009;16(1):57-68.
7. Sara Fry, Megan-Jane Johnstone; *Ethics in Nursing Practice: A Guide to Ethical Decision Making*, translated by Lemonidou C , Paschalidis Publications 2005
8. Code of Medical Ethics. End-of-life medical decisions, Chapter A, Article 29, paragraphs 1,2,3 Law 3418/2005 available from <https://www.enomothesia.gr/kat-yegeia/n-3418-2005.html>
9. Holy Synod of the Church of Greece, Basic Positions on the Ethics of Euthanasia Official Bioethics Texts Athens 2007 pp. 45-46, available from http://www.bioethics.org.gr/Episimakeim_enarioithikis.pdf



10. Bossaert LL, Perkins GD, Askitopoulou H, Raffay VI, Greif R, Haywood KL, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation* 2015;(95):302-11.
11. Mobley MJ, Rady MY, Verheijde J, Patel B, Larson JS The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 2007 ;23(5):256-63.
12. Oberle K, Hughes D, Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. *J Adv Nurs* 2001; 33(6):707-15.
13. Majesko A, Hong SY, Weissfeld L, White DB, Identifying family members who may struggle in the role of surrogate decision maker. *Crit Care Med* 2012;40(8):2281-6
14. M J Kennard, T Speroff, A L Puopolo, M A Follen, L Mallatratt, R Phillips, N Desbiens, R M Califf, A F Connors Jr Participation of nurses in decision making for seriously ill adults *Clin Nurs Res* 1996;5(2):199-219.
15. Laschinger HKS, Shamian J, Thomson D Impact of magnet hospital characteristics on nurses' perceptions of trust, burnout, quality of care, and work satisfaction. *Nurs Econ* 2001;19 (5) : 209-219.
16. DeJonge J, Bosma H, Peter R, Siegrist J. Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2000;50:1317-1327.
17. Larcher V, Craig F, Bhogal K, Wilkinson D, Brierley J. Making decisions to limit treatment in life-limiting and life-threatening conditions in children: a framework for practice. *Arch Dis Child* 2015;100 (Suppl 2):s3-23.
18. McCabe MS, Storm C. When doctors and patients disagree about medical futility. *J Oncol Pract* 2008;4(4):207-9.
19. Murphy BF. What has happened to clinical leadership in futile care discussions? *Med J Aust* 2008;188(7):418-9.
20. Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *Am J Crit Care* 2004;13(3):202-8.
21. Eden LM, Callister LC. Parent Involvement in End-of-Life Care and Decision Making in the Newborn Intensive Care Unit: An Integrative Review. *J Perinat Educ* 2010;19(1):29-39
22. Sadath A, Sayeed Baby doe redux? The Department of Health and Human Services and the Born-Alive Infants Protection Act of 2002: a cautionary note on normative neonatal practice *Pediatrics* 2005;116(4):e576-85
23. Jean Carlet, Lambertus G Thijs, Massimo Antonelli, Joan Cassell, Peter Cox, Nicholas Hill, Charles Hinds, Jorge Manuel

Pimentel, Konrad Reinhart, Boyd Taylor
Thompson Challenges in end-of-life care in
the ICU. Statement of the 5th International
Consensus Conference in Critical Care:
Brussels, Belgium, April 2003 Intensive
Care Med 2004 ;30(5):770-84.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Συσχέτιση της στάσης απέναντι στη μάταιη θεραπεία και του φύλου των συμμετεχόντων.

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

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 : Συσχέτιση του ηθικού αδιεξόδου που μπορεί να αντιμετωπίζει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της παιδιατρικής Μ.Ε.Θ. και της ηλικίας

	1.Γνωρίζετε τον όρο «μάταιη θεραπεία»;			
	Ναι	Όχι	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 30 ετών	57,1%	28,6%	14,3%	0,341
31 έως 40 ετών	76,5%	17,6%	5,9%	
Άνω των 41 ετών	85,7%	11,1%	3,2%	
	2.Έχω εφαρμόσει περισσότερες από μία φορές θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες ήταν μάταιες, κατά τη γνώμη μου			
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 30 ετών	42,9%	14,3%	42,9%	0,012
31 έως 40 ετών	86,3%	5,9%	7,8%	
Άνω των 41 ετών	82,5%	12,7%	4,8%	
	3.Υπάρχουν φορές που αισθάνομαι ότι ο στόχος των θεραπευτικών παρεμβάσεων δεν είναι ρεαλιστικός			
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 30 ετών	57,1%	28,6%	14,3%	0,369
31 έως 40 ετών	84,3%	7,8%	7,8%	
Άνω των 41 ετών	82,5%	12,7%	4,8%	
	4.Τα ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζω στη Μ.Ε.Θ. μου προκαλούν συναισθηματική επιβάρυνση			
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 30 ετών	85,7%	14,3%	0,0%	0,790
31 έως 40 ετών	80,4%	13,7%	5,9%	
Άνω των 41 ετών	82,5%	15,9%	1,6%	
	5.Περισσότερες από μία φορές έχω αισθανθεί ότι η θεραπευτική παρέμβαση δεν εξασφαλίζει κανένα θεραπευτικό όφελος			
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 30 ετών	57,1%	28,6%	14,3%	0,192
31 έως 40 ετών	78,4%	11,8%	9,8%	
Άνω των 41 ετών	85,7%	12,7%	1,6%	
	6.Έχει υπάρξει περισσότερες από μία φορές διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής με καρκίνο τελικού σταδίου			
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 30 ετών	28,6%	28,6%	42,9%	0,267
31 έως 40 ετών	47,1%	23,5%	29,4%	
Άνω των 41 ετών	49,2%	34,9%	15,9%	



	7.Έχει υπάρξει περισσότερες από μία φορές διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής σε μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση			
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Έως 30 ετών	42,9%	14,3%	42,9%	0,164
31 έως 40 ετών	52,9%	27,5%	19,6%	
Άνω των 41 ετών	61,9%	28,6%	9,5%	

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

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Συσχέτιση της στάσης απέναντι στη μάταιη θεραπεία και του επιπέδου εκπαίδευσης των συμμετεχόντων

1.Η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση του θεράποντα ιατρού				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΕ/ΔΑ	p
Πτυχίο Ιατρικής	15,6%	75,6%	8,9%	0,001
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΠΕ	14,3%	42,9%	42,9%	
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΤΕ	44,9%	49,3%	5,8%	
2.Η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση ολόκληρης της θεραπευτικής ομάδας				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΕ/ΔΑ	p
Πτυχίο Ιατρικής	97,8%	2,2%	0,0%	0,007
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΠΕ	57,1%	14,3%	28,6%	
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΤΕ	73,9%	15,9%	10,1%	
3.Η θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να επανεξετάζεται, όταν η συνέχιση της ζωής εξαρτάται εξολοκλήρου από μηχανήματα.				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΕ/ΔΑ	p
Πτυχίο Ιατρικής	82,2%	6,7%	11,1%	0,292
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΠΕ	57,1%	14,3%	28,6%	
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΤΕ	79,7%	13,0%	7,2%	
4.Η μάταιη θεραπεία μπορεί να περιοριστεί μέσω της σωστής ενημέρωσης και της εδραίωσης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ της οικογένειας του παιδιού και της θεραπευτικής ομάδας				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΕ/ΔΑ	p
Πτυχίο Ιατρικής	100,0%	0,0%	0,0%	0,012
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΠΕ	85,7%	0,0%	14,3%	
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΤΕ	75,4%	11,6%	13,0%	
5.Η ανησυχία για τις ενδεχόμενες νομικές κυρώσεις μπορεί να επηρεάσει το θεραπευτικό πλάνο σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΕ/ΔΑ	p
Πτυχίο Ιατρικής	75,6%	17,8%	6,7%	0,801
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΠΕ	71,4%	14,3%	14,3%	
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΤΕ	75,4%	11,6%	13,0%	
6.Το υψηλό κόστος νοσηλείας και ιατρικών παρεμβάσεων σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης (καρκίνος τελικού σταδίου, μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση) θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην συνέχιση της υποστήριξης				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΕ/ΔΑ	p
Πτυχίο Ιατρικής	62,2%	22,2%	15,6%	0,393



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

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Συσχέτιση της στάσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού της παιδιατρικής Μ.Ε.Θ απέναντι στη μάταιη θεραπεία και της θέσης εργασίας

		1.Η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση του θεράποντα ιατρού			
		Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ιατροί		15,6%	75,6%	8,9%	0,008
Νοσηλευτές		42,1%	48,7%	9,2%	
		2.Η συνέχιση της θεραπείας, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, πρέπει να είναι απόφαση ολόκληρης της θεραπευτικής ομάδας			
		Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ιατροί		97,8%	2,2%	0,0%	0,001
Νοσηλευτές		72,4%	15,8%	11,8%	
		3.Η θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να επανεξετάζεται, όταν η συνέχιση της ζωής εξαρτάται εξολοκλήρου από μηχανήματα.			
		Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ιατροί		82,2%	6,7%	11,1%	0,531
Νοσηλευτές		77,6%	13,2%	9,2%	
		4.Η μάταιη θεραπεία μπορεί να περιοριστεί μέσω της σωστής ενημέρωσης και της εδραίωσης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ της οικογένειας του παιδιού και της θεραπευτικής ομάδας			
		Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ιατροί		100,0%	0,0%	0,0%	0,001
Νοσηλευτές		76,3%	10,5%	13,2%	
		5.Η ανησυχία για τις ενδεχόμενες νομικές κυρώσεις μπορεί να επηρεάσει το θεραπευτικό πλάνο σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης			
		Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ιατροί		75,6%	17,8%	6,7%	0,403
Νοσηλευτές		75,0%	11,8%	13,2%	
		6.Το υψηλό κόστος νοσηλείας και ιατρικών παρεμβάσεων σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης (καρκίνος τελικού σταδίου, μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση) θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην συνέχιση της υποστήριξης			
		Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ιατροί		62,2%	22,2%	15,6%	0,515
Νοσηλευτές.		56,6%	31,6%	11,8%	
		7.Οι προσωπικές μου αντιλήψεις σε σχέση με το τέλος της ζωής (ηθικές, θρησκευτικές, αξιακές) επηρεάζουν τις αποφάσεις της θεραπευτικής ομάδας			



	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ιατροί	33,3%	48,9%	17,8%	0,029
Νοσηλευτές	13,2%	61,8%	25,0%	
8.Πιστεύω ότι πρέπει να υπάρχει αξιοπρέπεια και στο θάνατο				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΞ/ΔΑ	p
Ιατροί	97,8%	2,2%	0,0%	0,495
Νοσηλευτές	94,7%	1,3%	3,9%	

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Συσχέτιση του ηθικού αδιεξόδου του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού της Μ.Ε.Θ. και του αν είναι γονείς

1.Γνωρίζετε τον όρο «μάταιη θεραπεία»;				
	Ναι	Όχι	ΔΕ/ΔΑ	p
Ναι	81,5%	14,8%	3,7%	0,747
Όχι	77,5%	15,0%	7,5%	
2.Έχω εφαρμόσει περισσότερες από μία φορές θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες ήταν μάταιες, κατά τη γνώμη μου				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΕ/ΔΑ	p
Ναι	84,0%	11,1%	4,9%	0,183
Όχι	77,5%	7,5%	15,0%	
3.Υπάρχουν φορές που αισθάνομαι ότι ο στόχος των θεραπευτικών παρεμβάσεων δεν είναι ρεαλιστικός				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΕ/ΔΑ	p
Ναι	85,2%	12,3%	2,5%	0,039
Όχι	75,0%	10,0%	15,0%	
4.Τα ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζω στη Μ.Ε.Θ. μου προκαλούν συναισθηματική επιβάρυνση				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΕ/ΔΑ	p
Ναι	84,0%	14,8%	1,2%	0,213
Όχι	77,5%	15,0%	7,5%	
5.Περισσότερες από μία φορές έχω αισθανθεί ότι η θεραπευτική παρέμβαση δεν εξασφαλίζει κανένα θεραπευτικό όφελος				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΕ/ΔΑ	p
Ναι	82,7%	12,3%	4,9%	0,809
Όχι	77,5%	15,0%	7,5%	
6.Έχει υπάρξει περισσότερες από μία φορές διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής με καρκίνο τελικού σταδίου				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΕ/ΔΑ	p
Ναι	48,1%	28,4%	23,5%	0,896
Όχι	45,0%	32,5%	22,5%	
7.Έχει υπάρξει περισσότερες από μία φορές διαφωνία στη θεραπευτική ομάδα για το μέχρι πότε θα υποστηρίζεται ένας παιδιατρικός ασθενής σε μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΕ/ΔΑ	p
Ναι	64,2%	22,2%	13,6%	0,074



Όχι	42,5%	37,5%	20,0%	
8. Κατά την εργασία μου στη Μ.Ε.Θ. έχω αισθανθεί περισσότερες από μία φορές ότι δε συμβάλλω στη θεραπεία, αλλά απλά παρατείνω την πορεία προς το θάνατο				
	Συμφωνώ	Διαφωνώ	ΔΕ/ΔΑ	p
Ναι	76,5%	17,3%	6,2%	0,206
Όχι	80,0%	7,5%	12,5%	

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Συσχέτιση του ηθικού αδιεξόδου του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού της Μ.Ε.Θ. και του νοσοκομείου που εργάζονται

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



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