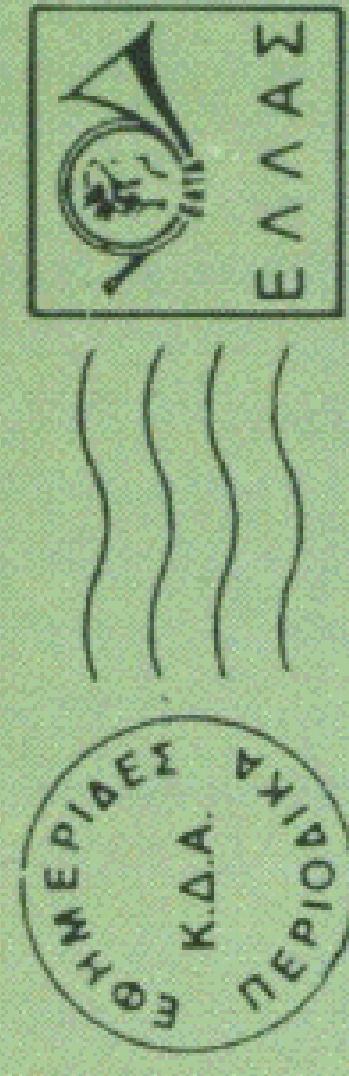


ΕΝΤΥΠΟ
ΚΛΕΙΣΤΟ
ΑΡ. ΑΔΕΙ
16808
Κ.Δ.Α.



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 2 Γ. ΚΤΠΡΙΟ - 115 27 ΑΘΗΝΑ

PORT
PAVE
HELLAS

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τόμος 37 - Τεύχος 2 - Απρίλιος - Ιούνιος 1998



NOSILEFTIKI

QUARTERLY PUBLICATION OF THE
HELLENIC NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION

Vol 37 - No 2 - April - June 1998

ISSN 1105-6843



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Από τη Σύνταξη	91
A. Παπαδαντωνάκη	
2. Προάγοντας τη Νοσηλευτική	92
J.A. Oulton (Απόδοση-Μετάφραση: M. Γκίκα)	
3. Εναρκτήρια ομιλία 25ου Πανελλήνιου Νοσηλευτικού Συνεδρίου	98
A. Πανανούδακη-Μπροκαλάκη	
4. Συμπεράσματα 25ου Ετησίου Πανελλήνιου Νοσηλευτικού Συνεδρίου	102
P. Δημητρίου	
5. Ηγετικές Μορφές. Αικατερίνη Καυκιά-Κέπετζη	105
B. Λανάρα	
6. Ο ρόλος του Νοσηλευτικού Δυναμικού στον Καθορισμό της Πολιτικής υγείας	106
X. Λεμονίδη, A. Μερκούρης	
7. Συστήματα Παροχής Νοσηλευτικής Φροντίδας. Ορίζοντες και Πραγματικότητα	114
E. Παπτράκη-Κουρμπάνη	
8. Κριτήρια ποιοτικού ελέγχου της νοσηλευτικής φροντίδας στον ογκολογικό ασθενή	123
Μαρία Λαβδανίτη	
9. Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση	128
H. Πανανούδακη-Μπροκαλάκη	
10. Η εξέλιξη της διασυνδετικής-συμβουλευτικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας στα Γενικά Νοσοκομεία	133
M. Πριάμη	
11. Συμβουλευτική, Συμβουλευτικές Δεξιότητες και Νοσηλευτές	139
Δ. Σαπουντζή-Κρέπη	
12. Τερατογόνος Δράση των Φαρμάκων στην Εγκυμοσύνη	147
B. Μάτζιου	
13. Ήθικά διλήμματα που αντιμετωπίζει η νοσηλευτική επιστήμη κατά τη διεξαγωγή ερευνών	157
Δ. Παπαγεωργίου	
14. Σεβασμός για την Αυτονομία: Είναι πάντοτε Υψίστης Σημασίας;	172
E. Αποστολοπούλου	
15. Οδηγίες για τους συγγραφείς	180

- «ΤΑ ΕΝΥΠΟΓΡΑΦΑ ΚΕΙΜΕΝΑ ΔΕΝ ΕΚΦΡΑΖΟΥΝ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΟΥ ΕΣΔΝΕ».
- ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΛΛΑΓΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΩΣ ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΜΑΣ ΤΟ ΚΑΝΕΤΕ ΓΝΩΣΤΟ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΛΑΒΕΤΕ ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ.

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ
Εθνικός Σύνδεσμος
Διπλωματούχων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών
Ελλάδος
Πύργος Αθηνών, Γ' κτίριο, 2ος όροφος
Μεσογείων 2, 115 27 ΑΘΗΝΑ
Tηλ.: 77 02 861

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

E. Αγιώτου-Δημοπούλου
A. Καλοκαρινού
A. Παπαδαντωνάκη
E. Παπτράκη
A. Πορτοκαλάκη
E. Χαραλαμπίδου

CONTENTS

1. Editorial	91
A. Papadantonaki	
2. Promoting Nursing and Health World Wide	92
J.A. Oulton (Translation: M. Ghika)	
3. Opening Speech of the 25th Annual Panhellenic Nursing Congress	98
H. Papanoudaki-Brokalaki	
4. Conclusions of the 25th Annual Panhellenic Nursing Congress	102
P. Dimitriou	
5. Great Nursing Leaders. Ekaterini Kafkia-Kepetzi ..	105
V. Lanara	
6. Health Policy and the Role of Nursing	106
C. Lemonidou, A. Merkouris	
7. Nursing Care Delivery Systems. Horizons and Reality	114
E. Patiraki-Kourbani	
8. Quality improvement of nursing care for the cancer patient	123
M. Lavdaniti	
9. Continuing Nursing Education	128
H. Papanoudaki-Brokalaki	
10. The Evolution of Psychiatric Consultation Liason Nursing in General Hospitals	133
M. Priami	
11. Counselling, Counselling Skills and Nurses	139
D. Sapountzi-Krepia	
12. Teratogenic Effect of Drugs in Pregnancy	147
V. Matziou	
13. Ethical issues nursing science confronts when carrying out research projects	157
D. Papageorgiou	
14. Respect for Autonomy: Is it Always Paramount?	172
H. Apostolopoulou	
15. Instructions to authors	180

ΕΚΔΟΤΗΣ

Δρ. Ασπασία Παπαδαντωνάκη

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ-ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΕΚΔΟΣΗΣ

ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α.Β.Ε.Ε.

ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ 80, 114 71 ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ. 3624.728, 3609.342, 3601.605, FAX: 3601.679

ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ

Νοσηλεύτριες/ές-Σπουδάστριες/ές	5.000	δρχ.
Οργανισμοί-Εταιρείες-Βιβλιοθήκες	9.000	δρχ.
Εξωτερικού	80	\$
Τιμή τεύχους	1.500	δρχ.
Τιμή τευχών 1992-1996	1.200	δρχ.
» 1990-1991	1.000	δρχ.
Παλαιότερα τεύχη	800	δρχ.

ΣΕΒΑΣΜΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ: ΕΙΝΑΙ ΠΑΝΤΟΤΕ ΥΨΙΣΤΗΣ ΣΗΜΑΣΙΑΣ;

Ελένη Αποστολοπούλου
Λέκτορας Τμήματος Νοσολευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών

ΕΛΕΝΗ ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ. Σεβασμός για την αυτονομία: Είναι πάντοτε υψίστης σημασίας; Ακολουθώντας το επιχείρημα που προτάθηκε από την Tschudin το 1986, ότι πολλοί νοσολευτές δεν έχουν τις δεξιότητες για πιθανή λήψη αποφάσεων, αυτό το άρθρο αναγνωρίζει και συζητά ένα ηθικό πρόβλημα από την κλινική άσκηση.

Το πρόβλημα αφορά μία εξαιρετικά παχύσαρκη ασθενή, που αρνείται να μεταφερθεί με τον ανυψωτήρα. Οι νοσολευτές συγκατατίθενται στις επιθυμίες της ασθενούς και αυτή μεταφέρεται με τα χέρια από τέσσερα μέλη προσωπικού. Τα θέματα που αναγνωρίζονται προς συζήτηση είναι: η σημαντικότητα της αρχής του σεβασμού για την αυτονομία του ασθενούς, τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις των νοσολευτών και η δικαιολόγηση για την επιρροή στην επιλογή του ασθενούς. Αναλύεται η προσέγγιση που χρησιμοποιείται από τους κλινικούς νοσολευτές και εκτιμάται η αξία χρησιμοποίησης ενός μοντέλου ηθικής λήψης απόφασης. **Νοσολευτική 2: 172-179, 1998.**

Εισαγωγή

Αυτονομία στη φροντίδα υγείας σημαίνει ότι οι αποφάσεις των ατόμων σχετικά με τη θεραπεία και τους στόχους της θεραπείας που στηρίζονται στις προσωπικές αξίες πρέπει να είναι σεβαστές.

Στη Βιοηθική υπάρχει η γενική άποψη, ότι η αρχή της αυτονομίας έχει προτεραιότητα πάνω από τις άλλες αρχές και μπορεί να ανατραπεί μόνο με σαφή, επιτακτική δικαιολόγηση. Το ηθικό ιδεώδες ότι κάθε άτομο είναι ο μοναδικός νόμιμος κριτής για όλες τις αποφάσεις όσον αφορά τον εαυτό του, έχει μια μακρά διακεκριμένη ιστορία.

Η ηθική στη φροντίδα υγείας συνήθως ενδιαφέρεται για αμφιλεγόμενα θέματα, όπως είναι η άμβλωση, η ευθανασία, και η έρευνα του εμβρύου¹. Όμως, η Tschudin πιστεύει ότι πολλές από τις καθημερινές μας επιλογές και αποφάσεις στη νοσολευτική πρακτική είναι στην πραγματικότητα ηθικές εκ φύσεως. Η ηθική διαλογική συζήτηση² πειρασσότερο από το συναίσθημα ή τη διαίσθηση, λέγεται ότι αυξάνει τη διαδικασία λήψης απόφασης^{1,2,3}, αν και η Tschudin πιστεύει ότι πολλοί νοσολευτές δεν έχουν αυτή τη δεξιότητα. Ένα ηθικό πρόβλημα από την κλινική άσκηση έχει επιλεγεί για συζήτηση. Θα αναγνωριστούν τα θέματα που εμπλέ-

κονταί και θα αναλυθεί η προσέγγιση που έχει ληφθεί για να ασχοληθεί με το πρόβλημα.

Το πρόβλημα

Η Σύλβια (ψευδώνυμο) διαμένει σε ένα νοσοκομείο χρόνιων πασχόντων για ηλικιωμένους. Είναι 78 ετών, zυγίζει 152 κιλά και έχει ύψος 1,52 μέτρα. Έχει μεγάλες πληγές στο πίσω μέρος των ποδιών της που απαιτούν καθημερινή αλλαγή. Η Σύλβια εισήχθη στο Νοσοκομείο πριν από τρία χρόνια περίπου, επειδή η οικογένειά της δεν μπορούσε να αντιμετωπίσει πια την κινητική της κατάσταση. Παρόλο που η Σύλβια μπορεί να υποστηρίζει τον εαυτό της με ένα ειδικό πλαίσιο όταν είναι όρθια και μπορεί να περπατήσει λίγο εάν επιθλέπεται στενά, εξαιτίας του μεγέθους της και του βάρους της. Η Σύλβια αρνείται να μετακινηθεί με ανυψωτήρα, καθώς λέει ότι τον βρίσκει άβολο, και κατά συνέπεια γίνεται «επιθετική και δύσκολη» όταν επιδιώκεται η λύση του ανυψωτήρα. Αναγνωρίζοντας την πιθανότητα τραυματισμού της μέσης του προσωπικού, οι Νοσηλευτές κατά περιόδους κανονίζουν ομαδικές συζητήσεις με την ασθενή και την οικογένειά της για να ξανασυζητήσουν την κατάσταση. Τα αποτελέσματα τέτοιων συναντήσεων είναι ότι η Σύλβια συμφωνεί να δοκιμάσει τον ανυψωτήρα, να είναι πιο συμπονετική με το προσωπικό και να προσπαθήσει να χάσει βάρος. Όμως, αυτές οι αποφάσεις είναι προφανώς μικρής διάρκειας και η κατάσταση συνεχίζεται με τη Σύλβια να μεταφέρεται και να σηκώνεται με τα χέρια από τέσσερα μέλη του προσωπικού, τον μεγαλύτερο αριθμό που είναι ποτέ διαθέσιμος στο τμήμα. Οι νοσηλευτές που φροντίζουν τη Σύλβια αναγνωρίζουν τους κινδύνους για τη δική τους προσωπική ασφάλεια, αλλά, τελικά αισθάνονται υποχρεωμένοι να σεβαστούν την αυτόνομη διαδικασία λήψης απόφασης.

Ποιά είναι όμως τα θέματα που προκύπτουν από αυτό το πρόβλημα; Αυτά είναι: 1) το δικαίωμα του ασθενούς για αυτονομία, 2) τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις των νοσηλευτών και 3) η δικαιολόγηση για επιρροή στην επιλογή που κάνει ο ασθενής.

Σεβασμός για αυτονομία

Το πρώτο θέμα που θα μας απασχολήσει είναι η αυτονομία. Σύμφωνα με τις Beauchamp και Childress⁴ η αυτονομία είναι μια προέκταση της πολιτικής αυτοδιοίκησης του ατόμου: προσωπική αυτοδιοίκηση του ατόμου ενώ θα παραμένει ελεύθερο τόσο από ελεγκτικές παρεμβάσεις των άλλων όσο και από προσωπικούς περιορισμούς, όπως η ανεπαρκής κατανόηση, που αποτρέπει μια επιλογή με νόημα. Με άλλα λόγια μια αυτόνομη προσωπικότητα είναι κάποιος που δρα σύμφωνα με ένα ελεύθερο, αυτοεπιλεγμένο και ενημερωμένο σχέδιο, ενώ ένα άτομο, με μειωμένη αυτονομία μπορεί ίσως να είναι εν μέρει ελεγχόμενο από άλλους ή να είναι ανίκανο να διαμορφώσει ή να δράσει με βάση τα δικά του σχέδια⁴.

Το δικαίωμα να είναι κάποιος ελεύθερος και να πάρνει αποφάσεις σχετικά με τον εαυτό του, είναι ένα ανθρώπινο δικαίωμα, αν και αυτό καθορίζεται από τις αξίες. Ως ηθικό δικαίωμα, η αυτονομία, δεν είναι νομικά εκτελεστή, αλλά ο σεβασμός γι' αυτήν δεν είναι λιγότερο δεσμευτικός για τους εργαζόμενους στον τομέα της φροντίδας υγείας^{5,6}. Είναι μια κεντρική ιδέα μέσα στη φροντίδα υγείας και ο σεβασμός για την αυτονομία είναι ένας κεντρικός σκοπός της Νοσηλευτικής⁷.

Όμως, οι Chadwick και Tadd, αναφέρουν ότι, όταν οι ενήλικες θεωρούνται πια ηλικιωμένοι, υπάρχει η τάση να απορρίπτεται η αρχή του σεβασμού για αυτονομία, με βάση τη συχνά αναπόδεικτη ανικανότητα και τη μη αυθεντική λήψη αποφάσεων⁶.

Η Muyskens υποστηρίζει αυτή την άποψη και προτείνει ότι η διατάροση της αυτονομίας του ασθενή είναι το βασικό θέμα στην ηθική θεραπεία των ηλικιωμένων και χρονίων ασθενών⁸.

Αν αυτό το δει κανείς από την άποψη των αξιών, θα φαινόταν να δηλώνει ότι η αποφασιστικότητα της Σύλβια για την επιλογή δεν θα έπρεπε μόνο να υποστηριχθεί αλλά και να ενθαρρυνθεί ως ένα βασικό στοιχείο στη θεραπεία της. Αυτή πραγματικά θα φαινόταν ότι ήταν η άποψη που συμμερίστηκαν οι νοσηλευτές που

φρόντιζαν τη Σύλβια, η οποία αποδεικνύεται με επιχειρήματα στην υποστήριξή τους για την επιλογή της για τον χειρισμό με τα χέρια παρά για τη χρήση του ανυψωτήρα.

Αναμφισβήτητα, ο σεβασμός για την αυτονομία είναι μια έγκυρη αρχή. Όμως, αν και επαινετή εμφανίζεται η ιδέα της υποστήριξης της αυτονομίας του ατόμου, σ' αυτήν την περίπτωση θα φαινόταν λανθασμένη, γιατί αυτό θέτει σε κίνδυνο την προσωπική ασφάλεια των νοσηλευτών όταν την φροντίζουν. Άρα, πρέπει να τίθεται το ερώτημα, αν οι νοσηλευτές είναι πάντοτε υποχρεωμένοι να υποστηρίζουν αυτήν την αρχή του σεβασμού της αυτονομίας του ασθενούς.

Μέσω λογικής συσχέτισης οι υποχρεώσεις γίνονται μία αντανάκλαση των δικαιωμάτων⁹. Έτσι, το δικαίωμα ενός ασθενούς να λάβει φροντίδα (σ' αυτήν την περίπτωση, σεβασμό για την αυτονομία), επιβάλλει μια υποχρέωση ή καθήκον στους επαγγελματίες της φροντίδας υγείας να παρέχουν αυτή τη φροντίδα. Αυτή η υποχρέωση υποστηρίζεται φαινομενικά από τον επαγγελματικό κώδικα συμπεριφοράς του Ηνωμένου Βασιλείου, κάτω από τον οποίο, ο Diamond δηλώνει, ότι, ο νοσηλευτής έχει επαγγελματικό καθήκον να αναγνωρίζει και να προστατεύει τα δικαιώματα του ασθενούς¹⁰.

Η λογική συσχέτιση όμως, δεν είναι απόλυτη αν η διασφάλιση των δικαιωμάτων των άλλων παραβιάζει τα δικαιώματα του «προμηθευτή». Αυτό είναι ένα πολύ σημαντικό θέμα σ' αυτή τη συζήτηση και υποστηρίζεται μέσα από τη βιβλιογραφία σχετικά με την αυτονομία και από το νόμο. Η Jameton για παράδειγμα, δηλώνει κατηγορηματικά ότι τα δικαιώματα του νοσηλευτή για ασφάλεια είναι πιο βασικά από τις επαγγελματικές του υποχρεώσεις¹¹, ενώ η Seedhouse δηλώνει ότι: «Μία πολύ καλή αιτία να μη σεβαστείς την ατομική αυτονομία είναι όταν η αυτόνομη απόφαση του ατόμου θα βλάψει έναν ή περισσότερους ανθρώπους».

Επιπλέον, ο John Stuart Mill έχει δηλώσει ότι ο κοινωνικός έλεγχος πάνω σε ενέργειες ατόμων είναι νόμιμος (μόνο) αν είναι απαραίτητο για να προληφθεί η βλάβη σε άλλα άτομα¹².

Άρα, παρόλο που υπάρχει ένα πειστικό επι-

χείρομα για την επιδοκιμασία και την προώθηση της αυτόνομης επιλογής, υπάρχουν σαφή στοιχεία που συνηγορούν υπέρ της άποψης ότι προβάλλοντας μια τέτοια αρχή δεν είναι πάντα απόλυτη.

Η ασφάλεια του νοσηλευτή

Η νομοθεσία σαφώς υποστηρίζει τα δικαιώματα του νοσηλευτή. Για παράδειγμα, με βάση το «Υγεία και Ασφάλεια στην Εργασία, 1974», κάθε εργοδότης έχει καθήκον εφόσον είναι λογικά εφαρμόσιμο, να διασφαλίσει την υγεία, την ασφάλεια και την κοινωνική πρόνοια στην εργασία όλων των εργαζομένων. Ο εργαζόμενος έχει το αντίστοιχο καθήκον να φροντίζει σωστά για τη δική τους ασφάλεια¹³. Αυτή η εσωτερική νομοθεσία έχει αποκτήσει τώρα μεγαλύτερη δύναμη μέσω μιας κατευθυντήριας οδηγίας προερχόμενης από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο¹⁴ με βάση τις απαιτήσεις της ασφάλειας για χειρωνακτικό χειρισμό στην εργασία, ιδιαίτερα σε σχέση με τον τραυματισμό της μέσης. Αυτό με τη σειρά του εφαρμόζεται από το «Κανονισμοί χειρωνακτικού χειρισμού των εργασιών 1992»¹⁵, το οποίο καθιερώνει μια σαφή ιεραρχία μέτρων που πρέπει να ληφθούν για χειρωνακτικά μετακινούμενα βάρη (σ' αυτήν την περίπτωση το βάρος είναι η Σύλβια).

Το πρώτο από αυτά τα μέτρα είναι ότι όλοι οι επικίνδυνοι χειρωνακτικοί χειρισμοί των εργασιών πρέπει να αποφευχθούν, είτε με το να ξανασχεδιαστεί η εργασία (πράγμα που δεν είναι εφαρμόσιμο σ' αυτήν την περίσταση), είτε μηχανοποιώντας τη διαδικασία, που στην περίπτωση της Σύλβια σημαίνει να χρησιμοποιηθεί ένας ανυψωτήρας. Οι κανονισμοί είναι σαφείς και κατηγορηματικοί σ' αυτό το σημείο και μόνο όταν αυτό δεν είναι εφαρμόσιμο για να αποφεύγεται ο χειρωνακτικός χειρισμός πρέπει περαιτέρω μέτρα να ακολουθούνται, όπως δηλαδή η εκτίμηση και ο σχεδιασμός για να μειωθεί ο κίνδυνος του τραυματισμού. Είναι δυνατόν να μετακινηθεί η Σύλβια με ένα ανυψωτήρα, όμως η ίδια δεν το επιθυμεί. Η νομοθεσία επομένως υποστηρίζει τη χρήση ενός

ανυψωτήρα. Με τη χρήση του ανυψωτήρα οι νοσηλευτές θα εκπλήρωναν το καθήκον τους να δίνουν κατάλληλη φροντίδα για τη δική τους ασφάλεια όπως προδιαγράφεται στο «Υγεία και ασφάλεια στην εργασία 1974».

Αλτρουϊσμός ή αδιαφορία;

Αν και η Nagel¹⁶ προτείνει ότι το να είναι κάποιος επαγγελματίας στον τομέα της φροντίδας υγείας συνεπάγεται έναν βαθμό αλτρουϊσμού (ένα σημείο το οποίο υποστηρίχθηκε από τη Jameton), υποστηρίζεται ότι, οι νοσηλευτές που συνεχίζουν να σπεώνουν με τα χέρια (τους ασθενείς), όταν υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις, θέτουν σε κίνδυνο τόσο τους συναδέλφους όσο και τους ασθενείς. Επιπλέον, θα μπορούσαν να παραβιάσουν τον κώδικα της επαγγελματικής συμπεριφοράς¹⁷.

Μια ακόμη σκέψη είναι η δικαιοσύνη στην κατανομή του χρόνου τεσσάρων νοσηλευτών για να παρέχουν φροντίδα σε έναν ασθενή, ο οποίος θα μπορούσε πιθανώς να αντιμετωπισθεί από έναν ή δύο αν χρησιμοποιείτο ένας ανυψωτήρας κι έτσι μειώνοντας το χρόνο και τη φροντίδα που είναι απαραίτητα για άλλους ασθενείς.

Όμως, η διαθέσιμη βιβλιογραφία δεικνύει ότι πολλοί νοσηλευτές είναι διστακτικοί ως προς τη χρήση ανυψωτήρων για τη μετακίνηση των ασθενών, προτιμώντας αντ' αυτού τη χειρωνακτική προσέγγιση, η οποία αμφισβητείται, αυτοδιατηρεί την εικόνα της αυτοθυσίας σύμφωνη στη χειρωνακτική ανύψωση, τονίζοντας ότι την επίδραση των προσωπικών και επαγγελματικών αξιών στην πράξη¹⁸⁻²¹.

Επιλογή για απόφαση

Αν δεχθούμε ότι σ' αυτήν την περίπτωση το νοσηλευτικό προσωπικό δεν είναι υποχρεωμένο να δεχθεί την αυτόνομη απόφαση του ασθενούς, δημιουργούνται οι εξής προβληματισμοί: Πού οδηγείται το προσωπικό; Θα έπρεπε να αρνηθεί να σπεώνει τη Σύλβια, να την πιέσει να χρησιμοποιηθεί ο ανυψωτήρας ή να την «πείσει» ότι ο ανυψωτήρας είναι η καλύτερη ή η μόνη λύση;

Η άρνηση να φροντίσουν τη Σύλβια, με το να μην την σπεώνουν, μπορεί να της προκαλέσει κακό και έτσι να παραβιάσουν την ηθική αρχή του μη βλάπτειν, αφού δεν μπορεί να εκπληρώσει τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής χωρίς βοήθεια. Αυτό θα εμφανιζόταν ως μια απίθανη λύση για να την επιδιώξει το προσωπικό με δεδομένη την τωρινή ή την προηγούμενη συμπεριφορά του.

Είναι ενδιαφέρον ότι αν αυτή η λύση είχε επιλεγεί, η Lacombe τονίζει ότι, υπάρχουν λίγες προτάσεις τις οποίες είτε η διοίκηση είτε οι επαγγελματικές οργανώσεις θα στήριζαν από τις υπάρχουσες οδηγίες και θα υποστήριζαν τους νοσηλευτές, οι οποίοι αρνούνται να σπεώνουν την ασθενή.

Αυτή η δυνητικά μάλλον ανησυχητική κατάσταση αναγνωρίζεται από την Emson²², που δηλώνει ότι: «Δεν υπάρχει καμία τρέχουσα γενικά αποδεκτή γλώσσα των δικαιωμάτων για τους εργαζομένους στον τομέα της φροντίδας υγείας, σε σύγκριση με αυτήν των ασθενών. Η σχέση μεταξύ του παρέχοντος φροντίδα και του ασθενούς είναι ουσιαστικά μονόπλευρη». Ο κώδικας επαγγελματικής συμπεριφοράς του United Central Council (UKCC) προσφέρει μικρή σαφήνεια, αφού, ενώ το να μη χρησιμοποιηθεί ο ανυψωτήρας θα μπορούσε να σημαίνει παραβίαση του κώδικα, θα φαινόταν επίσης ότι συνηγορεί υπέρ της άποψης ότι ο νοσηλευτής έχει ένα επαγγελματικό καθήκον, να προστατέψει δηλαδή τα δικαιώματα του ασθενή. Άρα, παρόλο που σύμφωνα με τις αρχές υπάρχουν νομικά και ηθικά δικαιώματα για να προστατέψουν τον εργαζόμενο, είναι ασαφές τι είδους υποστήριξη υπάρχει στην πραγματικότητα. Η χρήση της φυσικής βίας σίγουρα θα απορριπτόταν για το λόγο ότι αποτελεί αδικία, ή με νομικούς όρους, καταπάτηση της προσωπικότητας και, όπως ο Dimond προειδοποιεί, μόνο το άγγιγμα είναι αρκετό να αποτελέσει αιτία για νομική ενέργεια¹⁰.

Ποιά είναι όμως η δικαιολόγηση για επιρροή στην επιλογή του ασθενή; Η πειθώ, η τρίτη λύση, αναγνωρίζεται ως μία από τις τρεις βασικές κατηγορίες της επιρροής. Οι άλλες είναι ο εξαναγκασμός και ο επιδέξιος χειρισμός. Ο

εξαναγκασμός, ο οποίος περιορίζει την αυτονομία, αφορά τη χρήση μιας αξιόπιστης και σοβαρής απειλής για βλάβη ή βία για να ελέγχει τους άλλους. Ο επιδέξιος χειρισμός, από την άλλη μεριά, είναι μια σκόπιμη ενέργεια χειρισμού πληροφοριών προκειμένου να αλλάξει την κατανόηση ενός ατόμου σχετικά με την κατάστασή του κι έτσι να υποκινήσει αυτό το άτομο να κάνει ότι θέλει ο παράγοντας επιρροής. Οι Beauchamp και Childress προτείνουν ότι και ο εξαναγκασμός και ο επιδέξιος χειρισμός είναι κατά καιρούς δικαιολογημένοι. Όμως, αυτό δεν θα εμφανιζόταν να είναι μια επιθυμητή ή ηθική σειρά ενεργειών για να ακολουθήσουν σ' αυτήν την περίπτωση και δεν υπάρχει κανένα στοιχείο που να προτείνει τη χρήση του.

Η λογική πειθώ (σε αντίθεση με τη μη λογική και βίαιη πειθώ, οι οποίες είναι μορφές επιδέξιου χειρισμού) θεωρείται ως μια πιο αδύναμη μορφή επιρροής⁴. Με τη λογική πειθώ ένα άτομο πείθεται να πιστεύει σε κάτι μέσω των λογικών επιχειρημάτων που προτείνονται από ένα άλλο άτομο. Παρόλο που το άτομο που παρουσιάζει τα επιχειρήματα δεν είναι ανάγκη να πιστεύει τα αποδεικτικά στοιχεία, αυτός/αυτή πρέπει να πιστεύει ότι το επιχείρημα είναι δικαιολογημένο σ' αυτή τη συγκεκριμένη περίσταση. Ενώ αυτό είναι αναμφίβολα μια μορφή επιρροής, σπάνια είμαστε ελεύθεροι από συναγωνισμό επιρροών όταν λαμβάνουμε αποφάσεις. Δεν είναι όλες οι επιρροές επιζήμιες ή απορριπτέες. Για παράδειγμα το λογικό επιχείρημα, είναι ένα μέσο παρουσίασης πληροφοριών, οι οποίες ίσως και να είναι ζωτικές για να διασφαλιστεί η κατανόηση.

Έτσι –είναι αναμφίβολο εδώ– η λογική πειθώ μπορεί να δικαιολογηθεί σαν μια μορφή επιρροής και ίσως διευκολύνει την αυτόνομη λήψη της απόφασης. Πραγματικά, αυτό θα φαίνοταν να είναι η προσέγγιση που υιοθετεί, το προσωπικό της κλινικής μέσα από τις ομαδικές τους συζητήσεις.

Ένα από τα σημαντικά στοιχεία αυτού του προβλήματος εμφανίζεται να είναι ότι οι νοσηλευτές οι ίδιοι είναι συγκεκυμένοι σχετικά με τα εμπλεκόμενα θέματα και θα φαίνοταν απίθανο

ότι κάποια απόφαση θα μπορούσε να επιτευχθεί χωρίς διερεύνηση και διασαφήνιση του προβλήματος, το οποίο θα φαινόταν ότι δεν το έχουν αναλάβει. Οι νοσηλευτές χρειάζονται να αναγνωρίζουν ότι η αιτία και η λύση του προβλήματος, δεν βρίσκεται μόνο στη Σύλβια. Πρέπει επίσης και οι ίδιοι να έρθουν αντιμέτωποι με τις δικές τους αξίες.

Διαδικασία λήψης ηθικής απόφασης

Έχει δηλωθεί από την Tschudin², ότι οι νοσηλευτές δεν ξέρουν πώς να πάρουν ηθικές αποφάσεις επειδή δεν είναι συνηθισμένοι να παίρνουν τέτοιες αποφάσεις και επειδή δεν έχουν εκπαιδευτεί για να παίρνουν τέτοιες αποφάσεις. Είναι δύσκολο να δει κανείς πως οι νοσηλευτές χωρίς κάποια υποδομή στις ηθικές αρχές και τη θεωρία, και χωρίς την ικανότητα να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν τις προσωπικές και τις επαγγελματικές τους αξίες, μπορούν να διαμορφώνουν ευσυνείδητα ηθικές αποφάσεις. Η χρήση ενός μοντέλου λήψης ηθικής απόφασης θα μπορούσε να βοηθήσει τους νοσηλευτές που ασχολούνται με τη φροντίδα της Σύλβια να αποκαλύψουν και να συζητήσουν τα θέματα που αναγνωρίζονται μέσα σ' αυτό το κείμενο. Η Tschudin² προτείνει τη χρησιμοποίηση των τεσσάρων σταδίων της νοσηλευτικής διεργασίας σαν ένα πλαίσιο για τη διαδικασία λήψης ηθικών αποφάσεων. Αυτό προσφέρει μια γνωστή προσέγγιση για τους νοσηλευτές, αλλά από μόνο του, δεν περιλαμβάνει οδηγία στο πώς και πότε να σκέφτεται το ηθικό στοιχείο. Η Jameton όμως, χρησιμοποιεί μια παρόμοια σταδιακή προσέγγιση (σχήμα 1).

1) Αναγνώριση του προβλήματος, 2) Συγκέντρωση στοιχείων τα οποία σχετίζονται με το πρόβλημα, 3) Αναγνώριση των επιλογών: ποιές δυνατότητες υπάρχουν, 4) Σκέψη του προβλήματος σε σχέση με τις ηθικές θεωρίες. Το μοντέλο ενεργά οδηγεί το χρήστη να σκεφτεί το ηθικό πρόβλημα και την επίδρασή του στα στοιχεία που έχουν ήδη συγκεντρωθεί. Επίσης οδηγεί τον χρήστη να αποτιμήσει την προσδοκώμενη χρησιμότητα των επιλογών, δηλαδή να

προσδώσει πιθανότητες, πόσο προτιμά την κάθε επιλογή, 5) Λήψη ηθικής απόφασης, 6) Εφαρμογή της απόφασης, 7) Αξιολόγηση της απόφασης¹¹. Η Curtin επίσης προσφέρει μια σταδιακή προσέγγιση (σχήμα 2), αλλά με κατηγορίες οι οποίες μπορεί να μην είναι τόσο γνωστές στον πρωτόπειρο χρήστη²³. Άρα, το μοντέλο της Jameton θα φαινόταν ότι είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για να το χρησιμοποιήσει το προσωπικό που φροντίζει τη Σύλβια. Η απόφαση της Σύλβια να μη χρησιμοποιήσει τον ανυψωτήρα μπορεί να οφείλεται σε ένα σύνολο παραγόντων, όπως είναι ο πόνος, ο φόβος, η αγωνία, ή η απώλεια κοινωνικής επαφής/προσοχής από το προσωπικό, κάθε ένας από τους οποίους (παράγοντες) μπορούν να αναγνωριστούν και να ερευνηθούν χρησιμοποιώντας το μοντέλο. Η απόφαση ίσως να επιφέρει οικονομικό κόστος (π.χ. το δάνειο ή την αγορά ενός εναλλακτικού ανυψωτήρα). Ενώ οι υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους έχουν παραδοσιακά προσελκύσει μόνο τα ελάχιστα ουσιώδη σημεία από οικονυμικής άποψης (ένα πρόβλημα παρασκευασμένο από την έννοια της QALY* για την κατανομή των χρημάτων) τέτοια έξοδα πρέπει να ισορροπούν απέναντι στις πληρωμές του προσωπικού για αρρώστιες και για αξιώσεις αποζημίωσης για τραυματισμούς της μέσης. Μια δικαιολογημένη προσέγγιση μπορεί να παράγει ένα δικαιολογημένο επιχείρημα²⁴.

Συμπέρασμα

Οι νοσηλευτές που φρόντιζαν τη Σύλβια εμφανίζονται να έχουν πάρει μια απόφαση να υποστηρίξουν το δικαίωμα του ασθενούς για

αυτόνομη λήψη απόφασης χωρίς να εξερευνήσουν ολοκληρωτικά ή να παραδεχτούν τα όρια αυτής της αρχής και την έκταση των δικών τους δικαιωμάτων. Ότι αυτοί βρέθηκαν στο δρόμο της λογικής πειθούς είναι προφανώς τυχαίο, και η αποτυχία της είναι αμφίβολα προτεινόμενη από έλλεψη γνώσης και κατανόησης θεμάτων υποδομής όπως οι ηθικές αρχές και οι θεωρίες. Υπάρχει επίσης μια ανάγκη να αντιμετωπίσει το νοσηλευτικό προσωπικό τις δικές του αξίες που αφορούν το χειρωνακτικό χειρισμό των ασθενών και τη χρήση του ανυψωτήρα. Επιπλέον, δεν υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία της χρησιμότητας μιας λογικής προσέγγισης στη διαδικασία λήψης απόφασης, η οποία μπορεί να διευκολυνθεί με τη χρήση ενός μοντέλου διαδικασίας λήψης ηθικών αποφάσεων, όπως αυτό, που περιγράφεται από τη Jameton.

Η διαδικασία λήψης ηθικών αποφάσεων είναι ένα καθημερινό τμήμα της νοσηλευτικής πρακτικής, αλλά το να αναγνωρίζονται προβλήματα ως ηθικά, και το να χρησιμοποιείται μια λογική προσέγγιση στην εξερεύνηση και τη λύση τους απαιτεί νέα γνώση και δεξιότητες για τους νοσηλευτές.

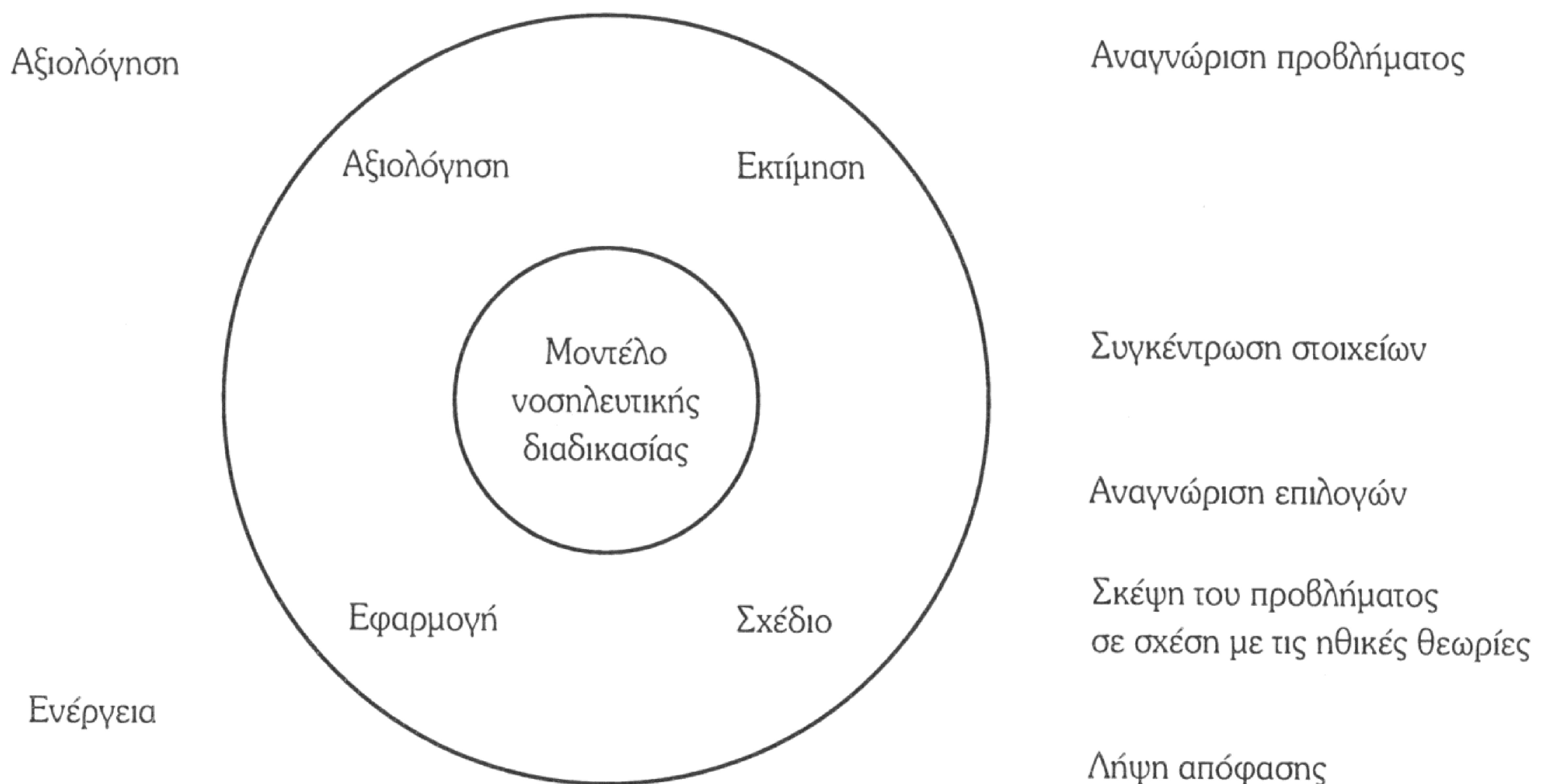
Έτσι, η διαδικασία της λήψης απόφασης και τελικά η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας θα αυξηθεί.

Αυτή η άποψη εγκρίνεται από την Kendrick, που δηλώνει:

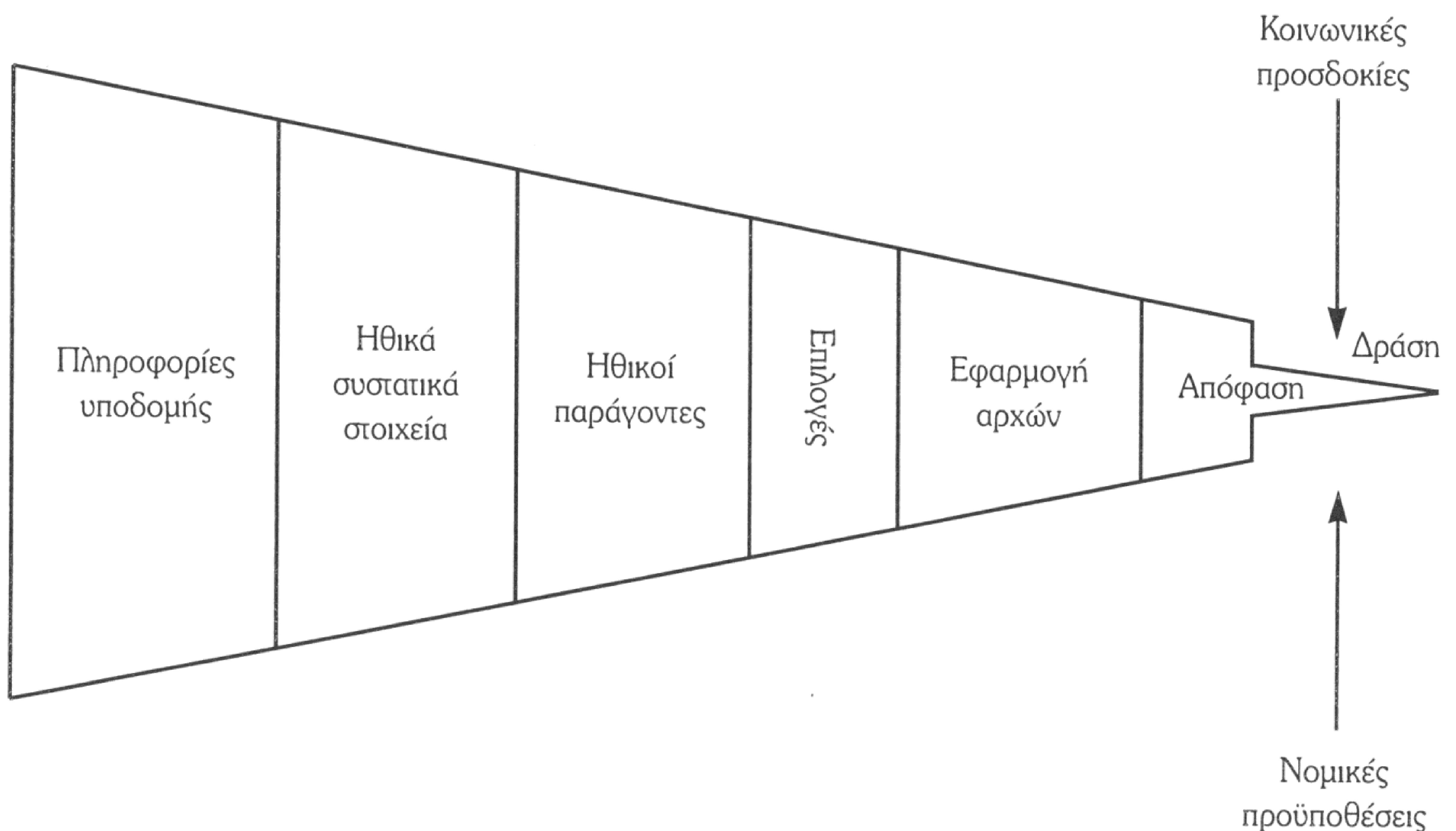
«Αν πρέπει να έχουμε μια ενημερωμένη βάση γνώσης πρέπει να εφοδιαστούμε με τα εργαλεία της ηθικής ανάλυσης. Η ηθική, πρέπει να παρέχει μια βάση για τη νοσηλευτική μας πρακτική και να είναι βαθειά ριζωμένη μέσα σ' αυτή».

* Quality adjusted life years.

Το μοντέλο λήψης ηθικών αποφάσεων της Jameton



Σχήμα 1. Πλαισία για ηθική λήψη αποφάσεων (πηγή από την Tschudin).



Σχήμα 2. Το μοντέλο λήψης απόφασης από την Curtin (πηγή: σχεδιασμένο από την Curtin).

HELEN APOSTOLOPOULOU. *Respect for autonomy: Is it always paramount?*. Following the argument proposed by Tschudin in 1986 that many nurses do not have the skills for ethical decision-making, this article identifies and discusses one ethical problem from practice.

The problem concerns an extremely obese patient who refuses to be moved by a hoist. The nurses acquiesce to the patient's wishes and she is moved manually by four members of staff. The issues identified for discussion are: the paramountcy of the principle of respect for the patient's autonomy; the rights and obligations of the nurses; and the justification for influencing patient choice. The approach used by the ward nurses is analysed and the value of using an ethical decision-making model is considered.

Nosileftiki 2: 172-179, 1998.

Keywords: Autonomy, ethical decision-making.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

10. Dimond B. Patient's rights, responsibilities and the nurse. Lancaster: Quay Publishing, 1993.
11. Jameton A. Nursing practice: the ethical issues. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1984.
12. Warnock Med. John Stuart Mill; Utilitarianism; On liberty; and essay on Mill. New York: New American Library, 1974; 136-38, 184-89. Cited in: Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics, third edition. New York: Oxford University Press, 1989: 72.
13. Richmond H. Legal and professional responsibilities. In: Corlett E, Lloyd P, Tarling C, Troup J, Wright B. The guide to the handling of patients. Teddington, Middlesex: National Back Pain Association, 1992: 5.
14. Commission of the European Communities. Fourth Individual Directive within the meaning of Article 16(1) of Directive 89/391/EEC; 90/269/EEC. Official Journal of the European Communities (Brussels) 1990; 21 Jun: no L 156?9-13.
15. Manual handling operations regulations (Statutory Instrument no. 2793). London: HMSO, 1992.
16. Nagel T. The possibility of altruism. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1978 Cited in: Johnstone M-J. Professional ethics and patients' rights: past realities, future imperatives. Nurs Forum XXIV 1989; 3(4): 29-34.
17. United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting. Code of professional conduct. London: UKCC, 1992.
18. Larcombe J. Too heavy to handle? Nurs Times 1993; 89(40): 46-50.
19. Wright B. Patient handling - let's get it right! Nurs Standard 1992; 6(32); 52-53.
20. Moore W. The last straw. Nurs Times 1993; 89(22): 29-30.
21. Cole A Back payment. Nurs Times 1994; 90 (17): 20.
22. Emson HE. Rights, duties and responsibilities in health care. J Appl Philos 1992; 9(1): 3-11.
23. Curtin L. Nursing ethics: theories and pragmatics. Nurs Forum 1978; 17(1): 4-11.
24. Seedhouse D. Fortress NHS: a philosophical review of the National Health Service. Chichester: Wiley, 1994.