

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Οκτώβριος– Δεκέμβριος 2001

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ
ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ
ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ
ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
ΕΛΛΑΔΟΣ



NOSILEFTIKI Volume 40
Issue 4
October – December 2001

QUARTERLY PUBLICATION OF THE HELLENIC
NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τριμηνιαίο Περιοδικό του Εθνικού Συνδέσμου
Διπλωματούχων Νοσηλευτών Ελλάδος

Τόμος 40 • Τεύχος 4 • Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2001

Περιεχόμενα

1. Οδηγίες για τους συγγραφείς 4
2. Άρθρο Σύνταξης 7
Α. Παπαδαντωνάκη

Ειδικό Άρθρο

1. Η γλώσσα των παιδιών: Ψυχαναλυτική προσέγγιση της
F. Dolto 8
N. Μόσχος

Ανασκοπήσεις

1. Ηπατίτιδα Β: Επιδημιολογία – Ανοσοπροφύλαξη 15
M. Νούλα, Ελ. Θεοδοσοπούλου - Ευθυμίου
2. Ο πολλαπλός ρόλος του ειδικευμένου νοσηλευτή
στη σκλήρυνση κατά πλάκας 21
Χ. Χρυσοβισάνου
3. Πρώτες βοήθειες και αγωγή υγείας 26
Γ. Βεσκούκη
4. Βιολογικοί ρυθμοί στο νοσηλευτικό επάγγελμα:
Η ενδογενής επίδραση της μελατονίνης 38
Δ. Παϊκοπούλου, Μ. Γέραλη

Ερευνητικές Εργασίες

1. Απόψεις νοσηλευτικού προσωπικού
για την ευθανασία 43
M. Πριάμη, Α. Μερκούρης, Ε. Αδαλή, Γ. Τουρούκη
2. Ηλεκτρονικοί υπολογιστές: είναι έτοιμο
το νοσηλευτικό προσωπικό να προσαρμοστεί
στη νέα τεχνολογία; 51
Α. Μερκούρης, Β. Παπαγιαννάκη, Α. Ουζουνίδου
3. Μετεγχειρητικός πόνος στα παιδιά.
Αντιμετώπισή του από τους γονείς στο σπίτι 60
Β. Μάτζιου, Ε. Κυρίτση, Ε. Κτενάς
4. Συναισθηματική κατάσταση εφήβων και νέων
μετεφηβικής ηλικίας με ινσουλινοεξαρτώμενο
σακχαρώδη διαβήτη 67
M. Παπαδημητρίου, Α. Κουτρομπάνου, Π. Φίβη
5. Η αξία της πρακτικής άσκησης στην ολοκλήρωση
της εκπαίδευσης των νοσηλευτών 76
Φ. Μπαμπάτσικου, Ε. Γουλιά, Α. Νέστωρ, Χ. Μαρβάκη
Γ. Κατσάλου, Α. Ρέππα
6. Οδική συμπεριφορά μαθητών
τεχνικής εκπαίδευσης 81
Β. Μάτζιου, Η. Μπροκολάκη, Σ. Ζυγά
Ε. Πετροπούλου, Ε. Κτενάς
7. Απόψεις, τάσεις και εμπειρίες ατόμων
εξαρτημένων από ψυχοτρόπους ουσίες 89
Π. Ιορδάνου, Ε. Σιαμάγκα, Ε. Ευαγγέλου
M. Γιασεμή-Κανάκη, Κ. Κουλούρα
8. Μυοσκελετικές διαταραχές στο νοσηλευτικό
προσωπικό 97
Κ. Κακαβελάκης, Χ. Βαρδάκη, Κ. Ανυφαντή
9. Αντιλήψεις των γονέων για τη συμμετοχή τους
στη φροντίδα του παιδιού στο νοσοκομείο 106
Ε. Ευαγγέλου, Ε. Κυρίτση, Χ. Λεμονίδου, Ε. Αδάλη
Π. Ιορδάνου, Χ. Μπαρτσόκας

Αναλυτικές οδηγίες για τους συγγραφείς 118



NOSILEFTIKI

Quarterly Publication of the Hellenic National
Graduate Nurses Association

Volume 40 • Issue 4 • October – December 2001

Contents

1. Instructions to authors 4
2. Editorial 7
A. Papadantonaki

Special Article

1. The language of children: F. Dolto's
psychoanalytic approach 8
N. Moschos

Reviews

1. Hepatitis B: Epidemiology – immunoprotectionism 15
M. Noula, El. Theodosopoulou - Efthimiou
2. The role of the nurse specialist in
multiple sclerosis 21
C. Chrysovitsanou
3. First aid and health education 26
G. Veskouki
4. Biological rhythms in nursing staff: the endogenous
influence of melatonin 38
D. Paikopoulou, M. Gerali

Research Papers

1. Nursing personnel opinions
for euthanasia 43
M. Priami, A. Merkouris, E. Adali, G. Tourouki
2. Computers: are nurses ready
to adapt
the new technology? 51
A. Merkouris, V. Papagiannaki, A. Ouzounidou
3. Post-operative pain in children:
coping with it at home 60
V. Matziou, H. Kyritsi, Eft. Ktenas
4. Emotional condition amongst teenagers
and young adolescents suffering from insulin
dependent diabetes mellitus 67
M. Papadimitriou, A. Koutroubanou, P. Fivi
5. The value of clinical nursing practice in nursing
education which is needed 76
F. Babatsikou, I. Goulia, A. Nestor, C. Marvaki
G. Kotsalou, A. Reppa
6. Driving behavior among technical school students
in Greece 81
V. Matziou, H. Brokalaki, S. Zyga
E. Petropoulou, E. Ktenas
7. Perceptions, attitudes and trends of addicted persons
to psychoactive substances 89
P. Iordanou, E. Siamaga, H. Evagelou
M. Giasemi-Kanaki, K. Kouloura
8. Musculoskeletal complaints
in the nursing staff 97
K. Kakavelakis, C. Vardaki, K. Anyfanti
9. Perceptions of parents about their participation
in the care of hospitalized children 106
H. Evagelou, H. Kyritsi, C. Lemonidou, E. Adali
P. Iordanou, C. Bartsokas

Detailed instructions to authors 118

Απόψεις νοσηλευτικού προσωπικού για την ευθανασία

Μαρία Πριάμη¹, Αναστάσιος Μερκούρης²
Ευαγγελία Αδαλή³, Γεωργία Τουρούκη⁴

1. Λέκτορας Νοσηλευτικής
Πανεπιστημίου Αθηνών
2. Δρ. Νοσηλευτής, Υπεύθυνος Κατάρτισης Κ.Ε.Κ.
Π.Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»
3. Δρ. Καθηγήτρια Εφαρμογών Νοσηλευτικής
Τ.Ε.Ι. Αθηνών
4. Νοσηλεύτρια, MSc, Π.Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»
Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Περίληψη

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των απόψεων του νοσηλευτικού προσωπικού για την ευθανασία καταληκτικών ασθενών.

Υλικό – Μέθοδος: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 123 μέλη νοσηλευτικού προσωπικού, τα οποία εργάζονταν σε 5 Μ.Ε.Θ. και 5 Παθολογικά Τμήματα τριών γενικών νοσοκομείων.

Αποτελέσματα: Στο ερώτημα το οποίο έχει σχέση με την πρόθεση του νοσηλευτικού προσωπικού να σταματήσει ή να μην αρχίσει θεραπευτική αγωγή σε ασθενή που βρίσκεται σε μη αναστρέψιμη κατάσταση, ακόμα κι αν ο ίδιος το επιθυμεί και ο νόμος το επιτρέπει, η πλειοψηφία του δείγματος (59,8%) διαφωνεί ή είναι αναποφάσιστη.

Σχετικά με το ερώτημα αν θα έπρεπε να συναινέσει στην επιτάχυνση επέλευσης του θανάτου βαρέως πάσχοντος ασθενούς, με φάρμακα ή άλλα μέσα, το 76,2% του δείγματος απάντησε ότι διαφωνεί ή είναι αναποφάσιστο.

Μόνο το 13,2% του προσωπικού δήλωσε ότι γνωρίζει πολύ καλά τη νομοθεσία. Πολύ σημαντική θεωρήθηκε η συμμετοχή του ασθενούς (98,6%) και της οικογένειας (85,7%), καθώς και η συμμετοχή περισσότερων του ενός ιατρών (89,1%).

Συμπεράσματα: Η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού (59,8% και 76,2%) διαφωνεί ή είναι αναποφάσιστη για την επίσπευση θανάτου σε καταληκτικούς ασθενείς ή για τη συναίνεση στην επιτάχυνση επέλευσης του θανάτου με φάρμακα ή άλλα μέσα αντίστοιχα.

Nursing personnel opinions for euthanasia

Maria Priami¹, Anastasios Merkouris²
Evagelia Adali³, Georgia Tourouki⁴

1. Lecturer, Nursing Department
University of Athens
2. R.N., PhD. Nurse, Coordinator Training
Department, «Evangelismos» Hospital
3. R.N. PhD Clinical Professor
Nursing Department, TEI of Athens
4. R.N., MSc, «Evangelismos» Hospital
Nursing Department, University of Athens

Abstract

Aim: The aim of this study was to explore the opinions of nursing personnel about euthanasia of terminally ill patients.

Material – Method: The sample consisted of 123 members of nursing personnel working in 5 ICUs and 5 Medical Units of three general hospitals of Athens.

Results: The question related to nursing personnel's intention whether they have to stop or not to begin a strong therapeutic regime for the patient who is in the last stage of his life, even if he wants to die and there is a permissive law of euthanasia, the majority of the sample (59.8%) disagrees. Also, the 76.2% of the sample disagrees or is undecided to consent for the acceleration of death of a seriously suffering patient with drugs or other means. Only the 13.2% of the sample is well aware about country's law which does not allow euthanasia. The majority of the sample considered as most important factors the participation of the patient (98.6%) and his family (85.7%) in the decision making process as well as the presence of more than one doctor (89.1%).

Conclusions: The majority of the nursing staff disagree or is uncertain (59.8 and 76.2 respectively) about withholding or withdrawing treatment to terminally ill patients or to give their consent on the precipitation of death with the use of drugs or other means.

Λέξεις-κλειδιά:

ευθανασία, νοσηλευτικό προσωπικό, συναίνεση, στάση.

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας:
Μαρία Πριάμη
Φραγκοκκλησιάς 12, 151 25 Μαρούσι
Τηλ. 0106198617

Key words:

euthanasia, nursing personnel, consent, attitude.

Corresponding Author:
Maria Priami
12 Fragokklisias Str., 151 25 Athens, Greece
Tel. 003 0106198617

Εισαγωγή

Το δικαίωμα της ζωής του ανθρώπου προστατεύεται διεθνώς και κατοχυρώνεται συνταγματικά σχεδόν από όλες τις χώρες. Επιπλέον, διαμορφώθηκαν σχετικές διατάξεις όπως της Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (άρθρο 13), καθώς και του Διεθνούς Συμφώνου των Ηνωμένων Εθνών, για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα (άρθρο 6, παρ. 1)¹.

Η ζωή προστατεύεται όχι μόνο ως ένα απλό βιολογικό φαινόμενο, αλλά όπως αυτή νοσηματοδοτείται και αξιολογείται από την κυρίαρχη κοινωνική αντίληψη. Ομως, το ερώτημα που εγείρεται σχετικά με την επίσπευση της επέλευσης του θανάτου ή της διακοπής της ζωής με σκοπό την ευθανασία σε ασθενείς που πάσχουν από ανίατη νόσο τελικού σταδίου ή εκείνων που διατηρούνται στη ζωή με μηχανικά μέσα έχει προκαλέσει τεράστιες αντιθέσεις και ηθικά διλήμματα στη διεθνή επιστημονική κοινότητα².

Η ευθανασία ορίζεται ως παρέμβαση που εφαρμόζεται για την επίσπευση του θανάτου σε άτομα τα οποία πάσχουν από ανίατη νόσο, με σκοπό την ανακούφισή τους από τον πόνο, την ταλαιπωρία και την αγωνία.

Η ευθανασία διακρίνεται σε εκούσια και ακούσια. Η πρώτη προέρχεται μετά από απόφαση για επίσπευση του θανάτου με αίτημα ή συγκατάθεση του ίδιου του ασθενούς και η δεύτερη προκύπτει από τρίτους.

Η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία υποδηλώνει ότι ο ιατρός παρέχει τη γνώση και τα απαραίτητα μέσα, ενώ ο ασθενής ολοκληρώνει την πράξη³.

Σύμφωνα με άλλη ταξινόμηση, η ευθανασία διακρίνεται σε:

α. ενεργητική, η οποία επιτυγχάνεται με συγκεκριμένες πράξεις, των οποίων το αποτέλεσμα είναι βέβαιος θάνατος

β. παθητική, η οποία επέρχεται εξαιτίας παραλείψεων, με αποτέλεσμα το βέβαιο θάνατο

γ. εκούσια, η οποία επιχειρείται μετά από παράκληση ή έγγραφη δήλωση του πάσχοντος για παροχή ευθανασίας

δ. ακούσια, όταν πραγματοποιείται χωρίς τη βούληση του ασθενούς⁴.

Σήμερα, η ευθανασία αντιμετωπίζεται ως μια πρακτική η οποία εντάσσεται στο πλαίσιο της βιοϊατρικής τεχνολογίας. Είναι σαφές ότι το θέμα της ευθανασίας αφορά σε επιλογές που πραγματοποιούνται με χαλαρά επιστημονικά κριτήρια. Και ενώ αυτή αποτελεί αντικείμενο έρευνας, συχνά δεν είναι δυνατό να αποστασιοποιηθεί από ιδεολογικές επιρροές των υπέρμαχων ή πολέμιων της.

Μέχρι σήμερα, πολύ λίγες χώρες έχουν δεχτεί την ευθανασία, όπως η Ολλανδία, μία πολιτεία της Αυστραλίας και η πολιτεία Ορεγκόν των Η.Π.Α.⁵⁻⁷. Είναι προφανές ότι κανένα νομικό καθεστώς δεν είναι δυνατό να διαφυλάξει τις περιπτώσεις εκείνες όπου η εφαρμογή της ευθανασίας θα καταστεί καταχρηστική. Τα συστήματα παροχών ασφάλισης και περίθαλψης, τα οποία στηρίζονται στο δίπτυχο κόστος – αποτελεσματικότητα, ενισχύουν τη νομική κατοχύρωση της ευθανασίας λόγω του υψηλού κόστους που σχετίζεται με τους ασθενείς που βρίσκονται λίγο πριν από τον θάνατο².

Για την ελληνική νομοθεσία ο όρος ευθανασία είναι ανύπαρκτος, ενώ ο κώδικας άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος (Α.Ν. 1565/1939, Φ.Ε.Κ. Α16), ρητά

αναφέρει τα καθήκοντα, τις υποχρεώσεις, αλλά και τις παραβάσεις των ιατρών σε σχέση με την ευθανασία.

Η ενεργός συμμετοχή του ιατρού στην ευθανασία ταυτίζεται με την αυτοκτονία, γεγονός που αντιβαίνει στις βασικές αρχές του Ιπποκράτειου Ορκου⁸. «Ου δώσω φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμον ουδέ υφηγήσομαι συμβουλίων τοιώνδε, ομοίως δε ουδέ γυναικί πεσσού φθόριον δώσω».

Ο ασθενής που πρόκειται να υποστεί τη διαδικασία της ευθανασίας πρέπει προηγουμένως να συγκατατεθεί, όπως άλλωστε ορίζει η αρχή της πληροφορημένης συναίνεσης.

Στην περίπτωση που η συνειδησιακή κατάσταση του ασθενούς απουσιάζει, το ερώτημα που τίθεται είναι: πώς μπορούν να αποφασίζουν άλλοι γι' αυτόν και με ποια κριτήρια; Το δικό τους συμφέρον ή του ασθενούς; Η απάντηση που δίνεται είναι ότι δεν γνωρίζουμε τι θα απαντούσε ο ίδιος ο ασθενής. Αλλά και στην περίπτωση που η συνειδησιακή κατάσταση του ασθενούς διατηρείται και ο ίδιος επιθυμεί τον θάνατό του, το ερώτημα που τίθεται ξανά είναι: γιατί δεν τον πραγματοποιεί ο ίδιος; Μήπως, ζητώντας ο ασθενής τον θάνατό του εκπέμπει με αυτόν τον τρόπο μηνύματα για περισσότερη κατανόηση, ανθρωπινότερη επαφή, πιο ζεστή επικοινωνία, ενδιαφέρον και αγάπη⁹;

Τα τελευταία χρόνια αναφέρεται όλο και πιο συχνά η δημιουργία ειδικών ιδρυμάτων (Hospital Movement), που στοχεύουν στην παροχή φροντίδας ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους³.

Η ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας παρέτεινε τη ζωή υποστηρίζοντάς τη με μηχανικά μέσα και συνέβαλε στην εμφάνιση ηθικών διλημμάτων. Παράλληλα, τα ίδια μέσα όταν χρησιμοποιούνται σωστά επιτρέπουν να παρέχεται ανακούφιση στον ασθενή, που τόσο πολύ την έχει ανάγκη¹⁰.

Σκοπός

Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθούν οι απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την απόφασή του για διακοπή της ζωής καταληκτικών ασθενών και να συσχετιστούν οι παραπάνω απόψεις με δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά.

Υλικό – Μέθοδος

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 123 μέλη νοσηλευτικού προσωπικού, που εργάζονταν σε 5 ΜΕΘ

και 5 παθολογικά τμήματα τριών γενικών νοσοκομείων της περιοχής της Αθήνας. Για τη συλλογή των στοιχείων αναπτύχθηκε ερωτηματολόγιο με βάση τις εργασίες των Ward & Tate¹¹ καθώς και των Stevens και Hassan¹². Ένα αρχικό σχέδιο του ερωτηματολογίου δόθηκε δοκιμαστικά σε 10 νοσηλευτές, οι οποίοι έκαναν παρατηρήσεις και βοήθησαν στη διαμόρφωση του τελικού ερωτηματολογίου, το οποίο διανεμήθηκε σε 214 μέλη νοσηλευτικού προσωπικού.

Το τελικό ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και περιλάμβανε τις εξής περιοχές ερωτήσεων: δημογραφικά και άλλα στοιχεία, όπως φύλο, ηλικία, κατηγορία προσωπικού, έτη προϋπηρεσίας, και τμήμα, πρόθεση συμμετοχής (2 ερωτήσεις), γνώσεις και στάση απέναντι στη σχετική νομοθεσία (2 ερωτήσεις) και, τέλος, σπουδαιότητα παραγόντων σχετικών με τη συμμετοχή, τις διαδικασίες και την κατάσταση του ασθενούς που θα επηρέαζαν την απόφασή του, με τη χρήση μιας κλίμακας τύπου Likert (1 καθόλου σημαντικό έως 5 πολύ σημαντικό) (10 ερωτήσεις).

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική και οι δοκιμασίες χ^2 , t-test και Anova.

Αποτελέσματα

Από τα 214 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν επιστράφηκαν συμπληρωμένα 123 (δείκτης ανταπόκρισης = 57,5%). Από αυτά 79 (64,2%) συμπληρώθηκαν από νοσηλευτικό προσωπικό Μ.Ε.Θ. και 44 (35,8%) από παθολογικά τμήματα. Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες (88,3%) και επιπέδου εκπαίδευσης Τ.Ε. (69,42%), ενώ η μέση ηλικία ήταν 33,3 έτη (SD = 6,65) και η μέση προϋπηρεσία 10,79 έτη (SD = 7,48).

Στο ερώτημα που διερευνά την πρόθεση του προσωπικού να μη συνεχιστεί επιθετική θεραπευτική αγωγή σε ασθενή τελικού σταδίου, αν το επέτρεπε ο νόμος και το επιθυμούσε ο ίδιος ο ασθενής, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 37,7% του δείγματος διαφωνεί, το 22,1% είναι αναποφάσιστο, ενώ το 40,2% συμφωνεί (Πίνακας 1).

Στο ερώτημα για την επιτάχυνση του θανάτου ασθενούς που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του με φάρμακα ή άλλα μέσα, αν ο νόμος το επέτρεπε και ο ασθενής το επιθυμούσε, τα αποτελέσματα έδειξαν ακόμη μικρότερη συμφωνία: το 40% του δείγματος διαφωνεί, το 26,2% δηλώνει αναποφάσιστο και μόνο το 23,8% συμφωνεί (Πίνακας 2).

Πίνακας 1.

Συμφωνία για τη διακοπή επιθετικής αγωγής
σε ασθενείς τελικού σταδίου σε περίπτωση
που ο ασθενής το επιθυμεί και ο νόμος το επιτρέπει

Απόψεις δείγματος	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	20	16,4
Διαφωνώ	26	21,3
Είμαι αναποφάσιστος	27	22,1
Συμφωνώ	29	23,8
Συμφωνώ απόλυτα	20	16,4
Κενό	1	—
Σύνολο	123	100,0

Πίνακας 2.

Συμφωνία για την επιτάχυνση θανάτου καταληκτικού
ασθενούς με φάρμακα ή άλλα μέσα

Απόψεις δείγματος	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Διαφωνώ απόλυτα	28	23,0
Διαφωνώ	33	27,0
Είμαι αναποφάσιστος	32	26,2
Συμφωνώ	21	17,2
Συμφωνώ απόλυτα	8	6,6
Κενό	1	—
Σύνολο	123	100,0

Η ενημέρωση που είχε το προσωπικό για τη σχετική με την ευθανασία νομοθεσία ήταν χαμηλή, αφού το 58,1% είχε κάποιου βαθμού ενημέρωση, (λίγη έως μέτρια), το 28,7% δηλώνει ότι δεν είναι καθόλου ενημερωμένο και μόνο το 13,2% είναι πλήρως ενημερωμένο (πολύ έως πάρα πολύ) όπως φαίνεται στο Σχήμα 1.

Αναφορικά με το ερώτημα για τη νομοθετική κατοχύρωση της ευθανασίας στη χώρα μας, το 21,2% διαφωνεί, το 15,6% διαφωνεί απόλυτα, το 23% δηλώνει αναποφάσιστο, το 25,4% συμφωνεί και το 14,8% συμφωνεί απόλυτα (Σχήμα 2).

Ο Πίνακας 3 δείχνει τις απόψεις του προσωπικού για τη σημαντικότητα της συμμετοχής του ασθενούς,

της οικογένειας και του προσωπικού. Φαίνεται ότι η συμμετοχή του ασθενούς θεωρείται περισσότερο σημαντική (94,5% τη θεωρούν πολύ ή πάρα πολύ σημαντική) σε σχέση με τη συμμετοχή της οικογένειας (67,1%) και του προσωπικού (47%).

Σε σχέση με τις διαδικασίες, σημαντικότερη θεωρείται η πλήρης ενημέρωση (92,6% τη θεωρούν πολύ ή πάρα πολύ σημαντική) και ακολουθεί η συμμετοχή περισσότερων του ενός ιατρών (82,8%) και η ψυχιατρική εξέταση του ασθενούς (53,4%) (Πίνακας 4).

Στις ερωτήσεις για τη σημαντικότητα των παραγόντων που προσδιορίζουν την κατάσταση του ασθενούς, φαίνεται ότι το προσωπικό τους θεωρεί πάρα πολύ σημαντικούς δίνοντας ένα μικρό προβάδισμα στον εγκεφαλικό θάνατο (98,4%) σε σχέση με τους ανυπόφορους πόνους (95,7%), στον καταληκτικό ασθενή (94,7%) και στην ανίατη νόσο (92,7%) (Σχήμα 3).

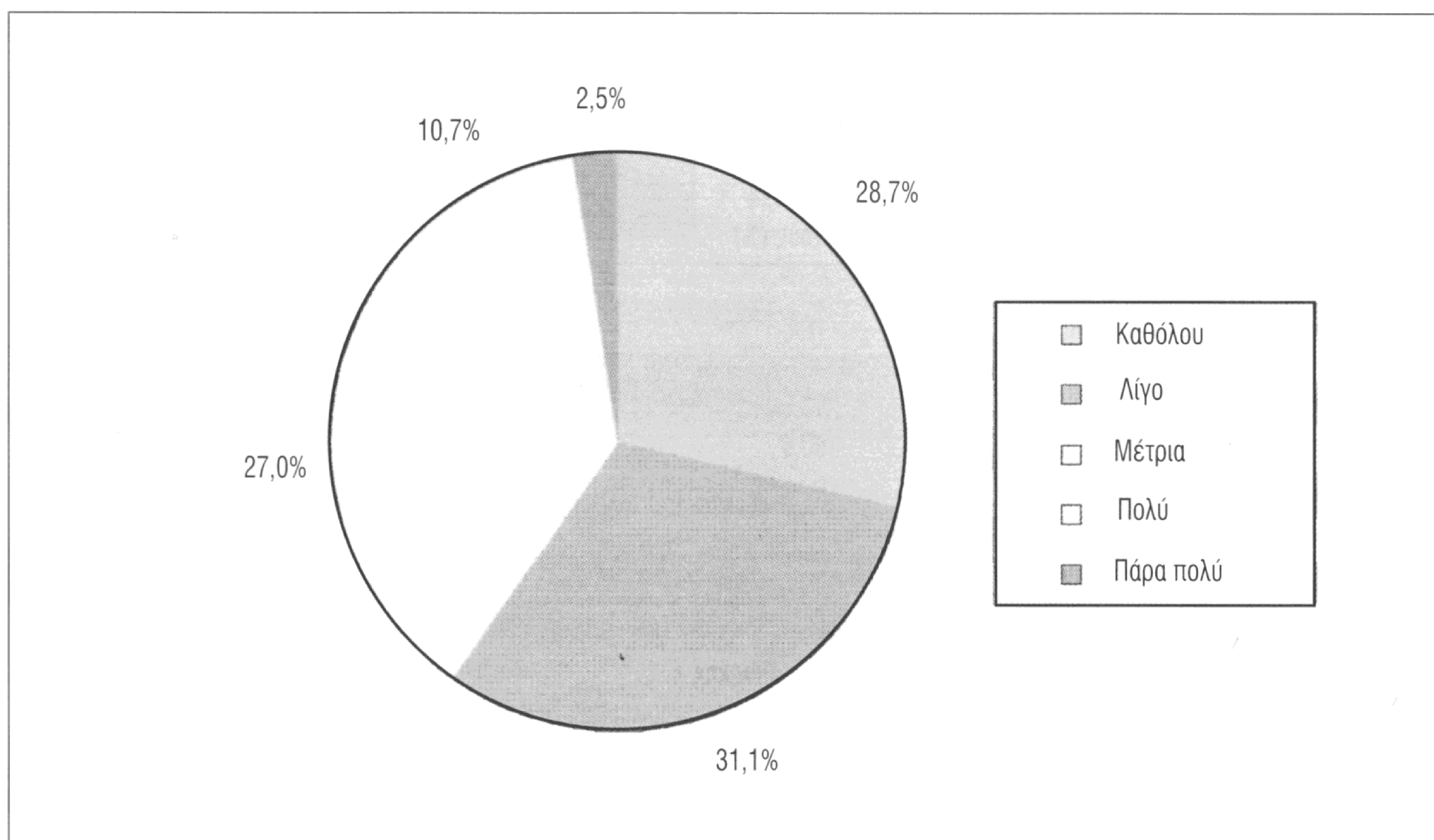
Η ανάλυση των αποτελεσμάτων δεν έδειξε κάποια συσχέτιση μεταξύ δημογραφικών και άλλων χαρακτηριστικών με τις απαντήσεις του δείγματος σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο. Αυτό είναι δυνατό να οφείλεται στον σχετικά μικρό αριθμό δείγματος, εφόσον δεν προηγήθηκε ανάλυση ισχύος για τον καθορισμό του απαιτούμενου μεγέθους.

Συζήτηση αποτελεσμάτων

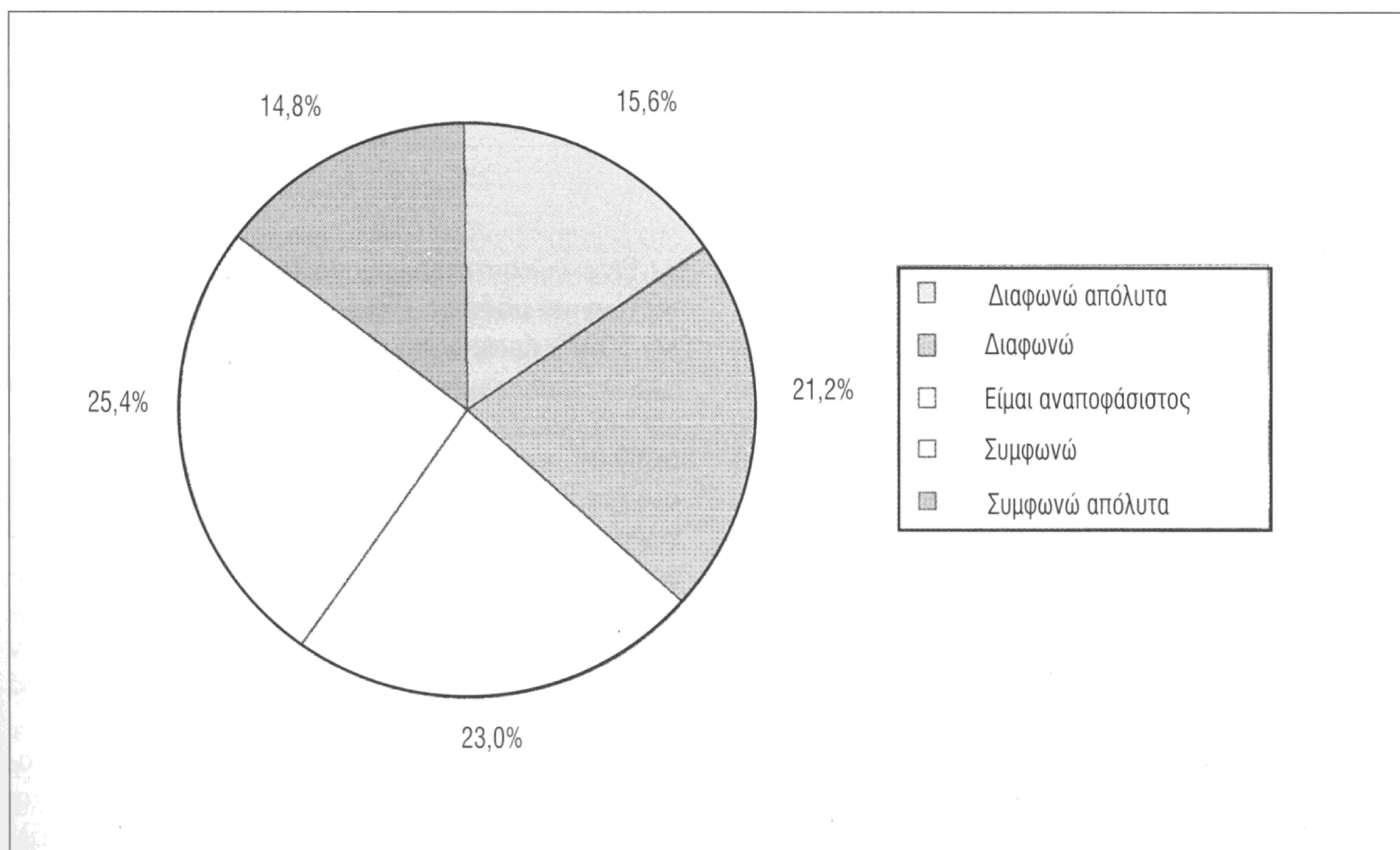
Η πλειονότητα του δείγματος (64,2%) εργαζόταν σε Μ.Ε.Θ. και το 29,3% σε παθολογικά τμήματα. Η υπέρσχυση των γυναικών στο δείγμα (86,2%) εξηγείται από το γεγονός ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα παραδοσιακά ήταν γυναικείο και μόλις κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες προσχώρησαν άνδρες σε αυτό.

Το εύρημα ότι το 59,8% του δείγματος διαφωνεί ή είναι αναποφάσιστο για τη διακοπή της επιθετικής αγωγής με σκοπό την επίσπευση του θανάτου και το εύρημα ότι το 40,2% συμφωνεί αντανακλούν τις γενικότερες τάσεις που επικρατούν στον χώρο της υγείας με υπέρ και κατά απόψεις, οι οποίες συχνά τεκμηριώνονται με τους όρους *ευσπλαχνία, ποιότητα ζωής, ηθική πράξη*, για να δικαιολογήσουν την παθητική ευθανασία¹³.

Ως προς την απόφαση συναίνεσης για την επιτάχυνση θανάτου καταληκτικού ασθενούς με φάρμακα ή άλλα μέσα, το 76,2% του δείγματος διαφωνεί ή είναι προβληματισμένο, ίσως γιατί γνωρίζει ότι, οποιαδήποτε μέθοδος και αν ακολουθηθεί, το αποτέλεσμα θα είναι το ίδιο. Στη διεθνή νοσηλευτική βιβλιογραφία τα



Σχήμα 1. Ενημέρωση για τη σχετική περί ευθανασίας νομοθεσία στη χώρα μας



Σχήμα 2. Συμφωνία για τη νομοθέτηση της ευθανασίας στη χώρα μας

Πίνακας 3.

Σημαντικότητα συμμετοχής στη λήψη απόφασης επίσπευσης θανάτου καταληκτικού ασθενούς

Απόψεις προσωπικού	Συμμετοχή ασθενούς (%)	Συμμετοχή συγγενών (%)	Συμμετοχή προσωπικού (%)
Καθόλου σημαντική	—	7,1	25,8
Λίγο σημαντική	1,4	7,1	13,6
Σημαντική	4,1	18,7	13,6
Πολύ σημαντική	13,7	27,1	15,2
Πάρα πολύ σημαντική	80,8	40,0	31,8

Πίνακας 4.

Σημαντικότητα διαδικασιών για τη λήψη απόφασης επίσπευσης θανάτου καταληκτικού ασθενούς

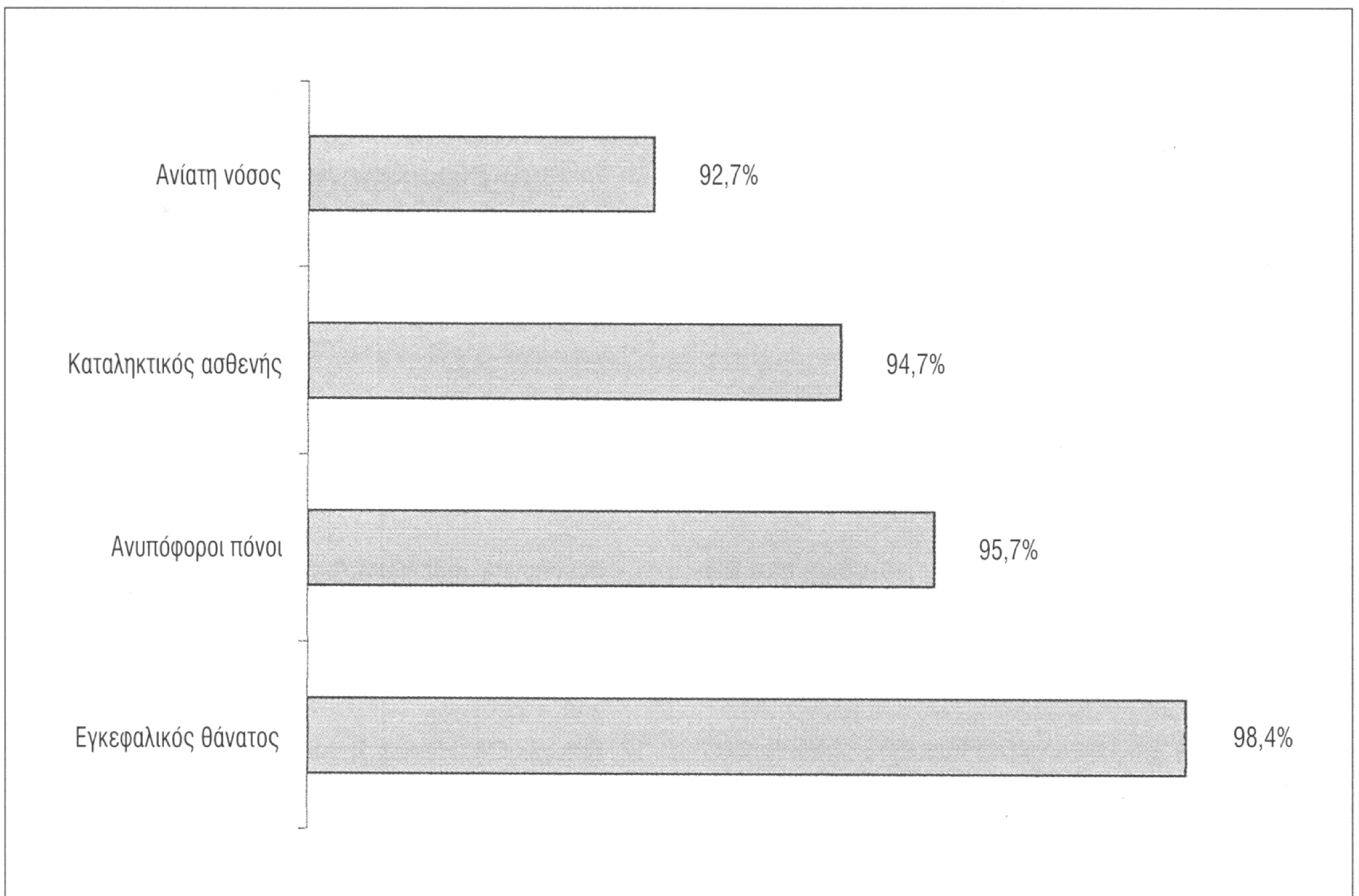
Απόψεις προσωπικού	Ψυχιατρική εξέταση (%)	Πλήρης ενημέρωση (%)	Περισσότεροι του ενός ιατροί (%)
Καθόλου σημαντική	12,1	1,6	4,7
Λίγο σημαντική	17,2	2,9	6,3
Σημαντική	17,2	2,9	6,3
Πολύ σημαντική	17,2	23,5	29,7
Πάρα πολύ σημαντική	36,3	69,1	53,0

ποσοστά που δίνουν οι σχετικές έρευνες αλλάζουν συνεχώς υπέρ της παθητικής ευθανασίας¹⁴. Σε άλλη έρευνα που έγινε στον ελλαδικό χώρο βρέθηκε το 88,2% των νοσηλευτών να τάσσεται υπέρ της παράτασης της ζωής¹⁵. Γενικότερα, η νοσηλευτική αρθρογραφία αντιμετωπίζει αρνητικά την ευθανασία με άλλα μέσα, όπως στέρση τροφής και υγρών, επειδή θεωρεί ότι η πείνα και η δίψα είναι παγκόσμιες ανάγκες του ανθρώπινου γένους.

Το μικρό ποσοστό των ενημερωμένων μελών του νοσηλευτικού προσωπικού (13% καλά έως πολύ καλά ενημερωμένο) στη σχετική περί ευθανασίας νομοθεσία δείχνει ότι, παρά το γεγονός της εισαγωγής της διδασκαλίας του αντικειμένου της νομοθεσίας στην τριτοβάθμια νοσηλευτική εκπαίδευση, η ανάγκη της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στις νομικές ρυθμίσεις είναι προφανής.

Είναι γνωστό ότι η ευθανασία στην Ελλάδα θεωρείται ποινικό αδίκημα (Ποιν. Κώδ. Αρθρ. 42, 45, 299 και 300)¹⁶, όπως άλλωστε συμβαίνει και σε άλλες χώρες, με εξαίρεση το Ορεγκον (Η.Π.Α.), την Ολλανδία και μία πολιτεία της Αυστραλίας. Παρά το γεγονός ότι το 59,8% του δείγματος διαφωνεί ή είναι αναποφάσιστο για τη νομοθετική ρύθμιση της ευθανασίας στη χώρα μας, το 40,2% του δείγματος που επιθυμεί τη νομοθετική κατοχύρωσή της δεν είναι αμελητέο. Το εύρημα αυτό φανερώνει κάποιες αλλαγές στις παραδοσιακές ηθικές αξίες της Νοσηλευτικής, που θέλει τον νοσηλευτή υποστηρικτή για τη συνέχιση της ζωής παρά υπεύθυνο για τη διακοπή της.

Αναφορικά με τη σημαντικότητα της συμμετοχής ατόμων στη λήψη απόφασης, σημαντικότερη θεωρείται η ενεργητική συμμετοχή του ασθενούς (98,6%). Ο Ελληνικός Α.Κ. αναφέρεται με μεγάλη σαφήνεια στην ι-



Σχήμα 3. Σημαντικότητα κατάστασης για τη λήψη απόφασης επίσπευσης θανάτου καταληκτικού ασθενούς

κανότητα ενός ατόμου να προβεί σε δικαιοπραξία στο άρθρο 127, θεωρώντας ικανό κάθε άτομο που έχει συμπληρώσει το δέκατο όγδοο έτος της ηλικίας του, δηλαδή κάθε ενήλικο. Ομως στο άρθρο 1666, παρ. 1 του Κώδικα συμπληρώνεται ότι υποβάλλεται σε δικαστική συμπαράσταση ο ενήλικας: «όταν λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής ή λόγω σωματικής αναπηρίας αδυνατεί, εν όλω ή εν μέρει, να φροντίζει μόνος για τις υποθέσεις του»¹⁷.

Ως προς τις διαδικασίες για τη λήψη απόφασης επίσπευσης θανάτου καταληκτικού ασθενούς, σημαντικότερη θεωρείται η πλήρης ενημέρωση του ασθενούς (92,6%) και ακολουθεί η παρουσία περισσότερων του ενός ιατρών (89%), καθώς και η αναγκαιότητα ψυχιατρικής εξέτασης (53,4%). Η παρουσία τρίτων στη διαδικασία της συναίνεσης διασφαλίζει περισσότερο την αξιοπιστία της, ενώ για τη σημαντικότητα της ψυχιατρικής εξέτασης, μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 92 α-

σθενείς τελικού σταδίου, οι 17 από αυτούς που ζήτησαν υποβοηθούμενη αυτοκτονία παρουσίαζαν έκδηλα κλινικά συμπτώματα κατάθλιψης¹⁸. Αλλωστε οι ψυχίατροι θεωρούν σημαντικό τον ρόλο τους σε οποιαδήποτε μορφή ευθανασίας, αφού όπως υποστηρίζουν η απόφαση διακατέχεται από άγχος, κατάθλιψη ή θλίψη¹⁹. Η δυσκολία λήψης συναίνεσης δυστυχώς δεν είναι αρνητικό προνόμιο μόνο των ψυχιατρικών ασθενών. Οι Grisso και Appelbaum (1995) αξιολόγησαν 75 σχιζοφρενικούς ασθενείς, 92 ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη και 82 καρδιολογικούς ασθενείς σχετικά με την ικανότητά τους να αποφασίσουν για τη θεραπεία τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι και για τις τρεις ομάδες η πληροφορημένη συναίνεση ήταν εμφανώς ελλειμματική. Αυτή η διαπίστωση, όπως υποστηρίζουν οι συγγραφείς, δείχνει ότι μάλλον η ψυχική νόσος δεν αποτελεί το μοναδικό πρόβλημα στη λήψη πληροφορημένης συναίνεσης¹⁷.

Τέλος, ως προς την κατάσταση του ασθενούς, φαίνεται ότι υφίσταται μικρή υπεροχή υπέρ του εγκεφαλικού θανάτου.

Ο μεγάλος όμως αριθμός των ασυμπλήρωτων απαντήσεων σε αυτή την περιοχή δεν επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δεν προσφέρονται για γενικεύσεις, αφενός εξαιτίας του μικρού αριθμού του δείγματος και αφετέρου λόγω των αδυναμιών που εντοπίστηκαν στο ερωτηματολόγιο. Σε εξέλιξη βρίσκεται ήδη η δεύτερη φάση της έρευνας, η οποία έχει λάβει υπόψη της όλα τα παραπάνω.

Βιβλιογραφία

1. Κατρούγκαλος ΓΣ. Το Δικαίωμα στη Ζωή και στον Θάνατο, Εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα, 1993, 73-86.
2. Καλαντζή Σ. Ψυχικά Ασθενείς και Ευθανασία. Διπλωματική εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών, 1997.
3. Woodruff R. Euthanasia and Physician-assisted Suicide. Are they clinically Necessary? International Hospital Institute and College, 1999.
4. Παπαευαγγέλου-Κορκοντζέλου Ε. Νομοθεσία στη Νοσηλευτική, Ανθρώπινα Δικαιώματα. Αθήνα, 1994, 25-41.
5. Wolton Lord. Dilemmas of Life and Death. Parts 1 & 2. J R Soc Med, 1995; 88: 311-315 and 372-376.
6. Kissane DW, Street A, Nitschke P. Seven Deaths in Darwin. Case Studies under the Rights of the terminally Ill Act, Northern Territory, Australia Lancet, 1998, 352: 1097-1102.
7. Chin AE, Hedberg K, Higgison GK, Fleming DW. Legalized Physician-assisted Suicide in Oregon – The First Year's Experience. N. Engl J Med, 1999, 340: 577-583.
8. Edelstein L. The Hippocratic Oath, Text Translation and Interpretation. Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1964, 2-39.
9. Καλλέργης Γ. Ευθανασία. Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-ογκολογίας. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία – Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών, Αθήνα, 2000, 21-22.
10. Κορδιολής Ν. Ευθανασία και Καρκίνος. Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-ογκολογίας. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία – Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών, Αθήνα, 2000.
11. Ward BJ, Tate PA. Attitudes among NHS Deectors to Requests for Euthanasia. British Medical Ethics, 1994, 308: 1332-1334.
12. Stevens CA, Hassan R. Management of Death, Dying and Euthanasia: Attitudes and Practices of Medical Practitioners in South Australia. Journal of Medical Ethics, 1994, 20: 41-46.
13. Πλατή Χ. Η αντιμετώπιση του Θανάτου στο Σπίτι, στο Γενικό Νοσοκομείο, στον Ξενώνα (Hospital). Νοσοκομειακά Χρονικά, 1986, 48: 333-338.
14. Πλατή Χ. Ο Θάνατος στο Γενικό Νοσοκομείο. Νοσηλευτική, 1986, 3: 79-88.
15. Γκίκα Μ. Το Δίλημμα της Ευθανασίας στην Καθημερινή Νοσηλευτική Πράξη. Διδακτορική διατριβή, Αθήνα, 1998.
16. Δραγάσης ΕΓ. Ποινικός Κώδικας, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα, 1997, 159-160.
17. Αλεβιζόπουλος Γ. Δικαστική Ψυχιατρική, Επιστ. Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα, 1998.
18. Ογκολογική Ενημέρωση, 3: 1, 2001. 1.
19. Block SD, Billings JA. Patient Requests for Euthanasia and Assisted Suicide in Terminal Illness: The Role of the Phyciatrist, Psychosomatics, 1995, 36: 445-447.

Υποβλήθηκε για δημοσίευση: 25/9/2001

Εγκρίθηκε: 28/11/2001