

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ – REVIEW

Διερευνώντας τις απόψεις ιατρών και νοσηλευτών σχετικά με την απόφαση μη εφαρμογής αναζωογόνησης (ΜΕΑ) σε ασθενείς της ΜΕΘ. Μια συστηματική ανασκόπηση

Καδδά Όλγα¹, Αργυρίου Γιώργος²

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Phd (c) Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

2. Νοσηλεύτης, MSc, Phd (c) Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α, Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) νοσηλεύονται ασθενείς για τους οποίους λαμβάνονται σημαντικές αποφάσεις όσον αφορά στη θεραπεία τους. Η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (ΚΑΑ) θεωρείται κρίσιμη διαδικασία για τους ασθενείς με δυνητικά αναστρέψιμες νόσους. Στην Ιατρική η «μη εφαρμογή αναζωογόνησης» (ΜΕΑ) είναι μια νομική εντολή που αφορά στην επιθυμία του ασθενή να μην πραγματοποιηθεί καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση αν η καρδιά του παύσει να λειτουργεί ή αν σταματήσει να αναπνέει.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση των απόψεων ιατρών και νοσηλευτών σχετικά με την απόφαση ΜΕΑ σε ασθενείς της ΜΕΘ.

Υλικό-Μέθοδος: Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε ήταν η ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων (Iatrotek, Pubmed, Cinahl, Scopus,). Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση των μελετών ήταν: «απόφαση μη εφαρμογής αναζωογόνησης», «μονάδα εντατικής θεραπείας», «ηθικά θέματα», «ιατρός», «νοσηλεύτης», «ασθενής τελικού σταδίου».

Αποτελέσματα: Βρέθηκαν 15 δημοσιευμένα άρθρα. Οι ιατροί εμφανίζονται πιο πρόθυμοι να συζητήσουν την απόφαση ΜΕΑ όταν υπάρχει κακή πρόγνωση για τον ασθενή. Οι νοσηλευτές έχοντας μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, συζητούν πιο εύκολα με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους για αποφάσεις ΜΕΑ. Επίσης, επιθυμούν πιο συχνά τη συμμετοχή τους σε τέτοιες αποφάσεις. Όσον αφορά στους ιατρούς, φαίνεται ότι η εμπειρία τους στο χώρο της ΜΕΘ επηρεάζει τη λήψη τέτοιων αποφάσεων. Πολλοί από τους ιατρούς δεν γνωρίζουν αν υπάρχει νομική κάλυψη για την απόφαση ΜΕΑ.

Συμπεράσματα: Η λήψη αποφάσεων όπως η ΜΕΑ αποτελεί σημείο προβληματισμού σχετικά με το νομικό πλαίσιο και τους ηθικοδεοντολογικούς κανόνες που διέπουν την εφαρμογή της ΚΑΑ. Οι διαφορετικές απόψεις των ιατρών και των νοσηλευτών όσον αφορά την απόφαση ΜΕΑ προκαλεί



προβληματισμό και γι' αυτό κρίνεται αναγκαίο να πραγματοποιηθούν επιπλέον μελέτες ώστε να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

Λέξεις κλειδιά: Απόφαση μη εφαρμογής αναζωογόνησης, μονάδα εντατικής θεραπείας, ηθικά θέματα, ιατρός, νοσηλεύτης, ασθενής τελικού σταδίου.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Καδδά Όλγα,
Παπανούτσου 15, Άλιμος, 17455,
2109802594 – 6946857254,
E-mail: ol.kadda.31@gmail.com

Investigating doctor's and nurse's views about the decision of Do-Not-Resuscitate (DNR) in patients of ICU. A systematic review

Kadda Olga¹, Argyriou Georgios²

1. RN, MSc, Phd (c) Medical School of Athens, Onasis Cardiac Surgery Center
2. RN, MSc, Phd (c) Medical School of Athens, "Sotiria" General Hospital of Athens

ABSTRACT

In the Intensive Care Unit (ICU) hospitalized patients with major decisions taken with regard to their treatment. The cardiopulmonary resuscitation (CPR) process is critical for patients with potentially reversible diseases. In Medicine "do not resuscitate" (DNR) is a legal order which concerns patient's desire not to accept CPR if the heart cease to operate or stop breathing.

Aim: The aim of this review was to investigate doctors' and nurses' views on DNR decision making concerning ICU patients.

Material-Method: The methodology used was the review of Greek and foreign literature in databases (Iatrotek, Pubmed, Cinahl, Scopus.). The keywords used were "do not resuscitate decision," "intensive care unit", "ethical issues", "doctor" "nurse", "end-stage patient."

Results: 15 published articles were found. Nurses having greater self-confidence discuss more easily DNR decisions with patients and their relatives. Moreover they would like to participate more often in such decision. With regard to doctors, it seems that their experience in ICU affect their decision making. Most of the doctors are not aware of the legal side of DNR decision. Moreover, they appear more willing to discuss such decision for patients with poor prognosis.

Conclusions: The decision-making such as DNR is a point of reflection on the legal framework and ethical rules governing the implementation of CPR. Different views of doctors and nurses in deciding DNR cause a lot of worry and it is necessary to carry out further studies to draw firm conclusions.

Keywords: Do-not-resuscitate order, intensive care unit, ethical issues, nurse, doctor, end-stage patient.

CORRESPONDING AUTHOR

*Kadda Olga,
Papanoutsou 15, Alimos, 17455,
2109802594 – 6946857254,
E-mail: ol.kadda.31@gmail.com*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην Ιατρική η «μη εφαρμογή αναζωογόνησης», (ΜΕΑ) ή όπως μερικές φορές αποκαλείται «όχι κωδικός» είναι μια νομική εντολή που αφορά στην επιθυμία του ασθενή να μην πραγματοποιηθεί καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) αν η καρδιά του παύσει να λειτουργεί ή αν η αναπνοή του σταματήσει. Ο όρος «όχι κωδικός» χρησιμοποιείται συνήθως από επαγγελματίες υγείας εννοώντας την παράβλεψη του «κωδικού μπλε» που χρησιμοποιείται για να προειδοποιήσει την ομάδα ανάνηψης του νοσοκομείου. Η εντολή αυτή συνήθως γίνεται από τον ίδιο τον ασθενή ή από τον επικεφαλής της ιατρικής ομάδας εφόσον έχει εξουσιοδοτηθεί για κάτι τέτοιο από τον ασθενή ή το νομιμοποιούμενο περιβάλλον του. Η εντολή ΜΕΑ δεν επηρεάζει οποιαδήποτε άλλη παρεχόμενη φροντίδα

πέραν αυτής που αφορά στην διασωλήνωση ή καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. Στους ασθενείς που ισχύει η ΜΕΑ συνεχίζονται κανονικά η χημειοθεραπεία, η χορήγηση αντιβιοτικών, η αιμοκάθαρση ή οποιαδήποτε άλλη απαραίτητη θεραπεία. Τα έγγραφα για την ΜΕΑ είναι διαδεδομένα σε ορισμένες χώρες. Στις χώρες που δεν είναι διαθέσιμα η απόφαση για μη εφαρμογή της αναζωογόνησης λαμβάνεται αποκλειστικά από τους ιατρούς. Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής η τεκμηρίωση είναι ιδιαίτερα περίπλοκη διαδικασία δεδομένου ότι το κάθε κράτος αποδέχεται διαφορετικές μορφές της συγκεκριμένης εντολής.¹

Οι ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο σε κρίσιμη κατάσταση διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να υποστούν καρδιακή ανακοπή. Αν και η πλειοψηφία των ενδονοσοκομειακών



καρδιακών ανακοπών θα μπορούσε να αποφευχθεί, αφού το 60-80% προσέρχεται με σοβαρή επιδείνωση των ζωτικών σημείων, πολλοί από τους ασθενείς έχουν κακή πρόγνωση που οφείλεται στο στάδιο της νόσου καθώς και στην παρουσία συνοδών νοσημάτων. Η χρήση των επιθετικών παρεμβάσεων συμπεριλαμβανομένου και της ΚΑΡΠΑ μπορεί να περιοριστεί, ειδικά όταν η ΚΑΡΠΑ κρίνεται αναποτελεσματική σε πολλές περιπτώσεις (70-95%). Ενώ για πολλούς ασθενείς η ΚΑΡΠΑ αποτελεί σωτήρια παρέμβαση, εμποδίζοντας τον απροσδόκητο θάνατο, για τους ασθενείς με ανίατη νόσο ή τελικού σταδίου νόσο είναι μάταιη και παρατείνει μη αναστρέψιμη κλινική κατάσταση η οποία μπορεί να προκαλέσει περιττή ταλαιπωρία των ασθενών, του οικογενειακού περιβάλλοντος τους καθώς και μακροπρόθεσμα σοβαρή αναπηρία.² Οι ασθενείς που έχουν υποστεί καρδιακή ανακοπή έχουν λιγότερο από 20% πιθανότητες επιβίωσης και εξόδου από το νοσοκομείο. Οι ίδιοι οι ασθενείς μπορεί να ζητήσουν ΜΕΑ εάν πιστεύουν ότι οι πιθανότητες για μια ουσιαστική ανάκαμψη της υγείας τους μετά από ΚΑΡΠΑ είναι λίγες.³ Στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) νοσηλεύονται ασθενείς για τους οποίους λαμβάνονται σημαντικές αποφάσεις όσον αφορά τη θεραπεία τους. Στο συγκεκριμένο χώρο ιατροί και νοσηλευτές καλούνται να συνεργαστούν στοχεύοντας στη συντονισμένη φροντίδα του βαριά πάσχοντος

ασθενούς.⁴ Επειδή οι ασθενείς βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση και, δεν έχουν τη ικανότητα να λαμβάνουν αποφάσεις, μπορούν να εξουσιοδοτήσουν άλλα άτομα της οικογένειάς τους για αυτό το λόγο. Σε ορισμένες χώρες η συμμετοχή της οικογένειας είναι μειωμένη και το ρόλο αυτό αναλαμβάνουν οι ιατροί της ΜΕΘ. Για το λόγο αυτό οι προτελούμενες αποφάσεις αυξάνουν την επαγγελματική εξουθένωση και την αγωνία των ιατρών και κατά συνέπεια απαιτείται η καλή επικοινωνία μεταξύ της επιστημονικής ομάδας που εργάζεται στη ΜΕΘ και της οικογένειας.⁵ Σε πολλές περιπτώσεις συναντώνται δυσκολίες τόσο στην λήψη της συγκατάθεσης του ασθενή για κάποιες θεραπευτικές προσεγγίσεις όσο και στην συζήτηση με τους ασθενείς ή τους συγγενείς για τη λήψη τέτοιων αποφάσεων.⁶ Παρόλο που υπάρχουν βιβλιογραφικές αναφορές για τη σημαντικότητα της ΚΑΡΠΑ και για το πλαίσιο κάτω από το οποίο πρέπει αυτή να διεξάγεται (σύμφωνα με κανόνες ηθικής, δεοντολογίας αλλά και ισχύουσες νομοθεσίες), δεν υπάρχουν πολλές που να επικεντρώνονται στο θέμα της ΜΕΑ. Η εφαρμογή ΚΑΡΠΑ θεωρείται κρίσιμη διαδικασία για τους ασθενείς με δυνητικά αναστρέψιμες νόσους, οι οποίοι μπορεί να υποστούν καρδιακή ανακοπή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Οι αποφάσεις ΜΕΑ λαμβάνονται στις ΜΕΘ όταν ο θάνατος είναι προβλέψιμος. Αυτό δεν σημαίνει ότι πρέπει να διακοπεί η θεραπεία ή ότι ο

ασθενής πρέπει να εγκαταλειφθεί. Αν η εφαρμογή ΚΑΡΠΑ θεωρείται μάταιη τότε καταγράφεται η οδηγία για ΜΕΑ. Αυτό πρέπει να είναι γνωστό σε όλους τους ιατρούς και νοσηλευτές που αναλαμβάνουν τη φροντίδα των ασθενών. Σε κάθε περίπτωση μετά την εφαρμογή ΚΑΡΠΑ είναι απαραίτητη η ενημέρωση των συγγενών.⁷⁻⁹

Τις τελευταίες δεκαετίες πολλές μελέτες¹⁰⁻¹² έχουν αναδείξει το θέμα της μη εφαρμογής αναζωογόνησης σε ασθενείς τελικού σταδίου της νόσου και κυρίως αυτών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ.¹³⁻¹⁸

Μελέτη του Κρανιδιώτη και συνεργατών του,¹⁹ αναφέρει ότι όταν η καρδιοαναπνευστική ανακοπή αποτελεί το τελικό συμβάν μιας μη αναστρέψιμης παθολογικής διαδικασίας, η ΚΑΡΠΑ πρέπει να αναστέλλεται. Παλαιότερα, η απόφαση λαμβανόταν αποκλειστικά από τον ιατρό και η εντολή μη αναζωογόνησης μεταβιβαζόταν προφορικά από τη μια βάρδια στην επόμενη ή κρυπτογραφείτο στο φάκελο του ασθενούς. Σήμερα, η εντολή είναι προϊόν συναπόφασης της θεραπευτικής ομάδας και του ασθενούς (ή των οικείων του) και καταγράφεται με σαφήνεια στο διάγραμμα. Σε περίπτωση διαφωνίας μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς (ή των οικείων του), σύμφωνα με τις οδηγίες του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Αναζωογόνησης (European Resuscitation Council, ERC), υπερισχύει η κρίση του ιατρού. Εξ' ορισμού, η εντολή ΜΕΑ αφορά μόνο στην

ΚΑΡΠΑ και δεν πρέπει να επηρεάζει την εφαρμογή άλλων θεραπευτικών παρεμβάσεων που είναι επωφελείς για τον ασθενή ή για τις οποίες δεν έχει συναποφασιστεί η μη κλιμάκωση ή η διακοπή τους.¹⁹

Η οδηγία ΜΕΑ έχει αποτελέσει επίμαχο σημείο του νομικού πλαισίου καθώς και των ηθικοδεοντολογικών κανόνων που διέπουν την εφαρμογή της καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης.²⁰ Σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και τον Νόμο 3418 του 2005, άρθρο 29: περί αποφάσεων στο τέλος της ζωής, κατοχυρώνεται ο σεβασμός της αυτονομίας του ασθενούς και προβλέπεται η αντιπροσώπευση από τους οικείους στην περίπτωση όπου ο ασθενής απολέσει την ικανότητα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων.²¹

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση και καταγραφή των απόψεων ιατρών και νοσηλευτών σχετικά με την απόφαση μη εφαρμογής αναζωογόνησης (ΜΕΑ) σε ασθενείς της Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), με βάση τις μελέτες που έχουν δημοσιευτεί τα τελευταία 11 χρόνια.

Υλικό – Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Pubmed, Medline, Cinahl, Iatrotek on-line), άρθρων



που είχαν δημοσιευθεί κατά τη χρονική περίοδο 2000-2011 στην Αγγλική ή στην Ελληνική γλώσσα. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έλαβε χώρα τον Ιανουάριο του 2012. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση των μελετών ήταν: «απόφαση μη εφαρμογής αναζωογόνησης», «μονάδα εντατικής θεραπείας», «ηθικά θέματα», «ιατρός», «νοσηλεύτης», «ασθενής τελικού σταδίου». Το πεδίο αναζήτησης ήταν ο τίτλος και η περίληψη των μελετών.

Αρχικά έγινε ανάγνωση των λεπτομερειών της μελέτης (τίτλος, περίληψη) και όσες αναγνωρίστηκαν ως μη σχετικές, απορρίφθηκαν. Αναζητήθηκαν σχετικές μελέτες που δημοσιεύτηκαν σε έγκριτα περιοδικά, όπως το *Critical Care Medicine*, *Journal of Advanced Nursing*, *Intensive Care Medicine*, *Nursing in Critical Care* κ.α. Η εξαγωγή των στοιχείων έγινε από δύο ερευνητές για την ελαχιστοποίηση των σφαλμάτων. Έγινε καταγραφή των βασικών χαρακτηριστικών των μελετών σε μια προσχεδιασμένη φόρμα ώστε να είναι δυνατή η σύγκριση τους. Συγκεκριμένα, καταγράφονταν: το όνομα του πρώτου συγγραφέα και η χώρα προέλευσης, το περιοδικό που δημοσιεύτηκε και το έτος δημοσίευσης, τον πληθυσμό της μελέτης και τα κύρια αποτελέσματα.

Στη συνέχεια τέθηκαν κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού των υπό αξιολόγηση μελετών.

Ως κριτήρια ένταξης χρησιμοποιήθηκαν τα εξής:

- Η απόφαση για μη εφαρμογή αναζωογόνησης να αφορά σε ασθενείς που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ.
- Τα άρθρα να αφορούν απόψεις μόνο ιατρών και νοσηλευτών

Ως κριτήρια αποκλεισμού εισήχθησαν τα παρακάτω:

- Μελέτες των οποίων το δείγμα δεν αφορούσε ασθενείς που νοσηλεύονταν στη ΜΕΘ.
- Μελέτες που αφορούσαν σε παιδιά ηλικίας <18 ετών.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προέκυψαν 31 μελέτες που αφορούσαν σε προτελευταίες αποφάσεις που λαμβάνονταν για τους ασθενείς της ΜΕΘ και συγκεκριμένα σε αποφάσεις που λαμβάνονταν από ιατρούς και νοσηλευτές για την εφαρμογή ή όχι αναζωογόνησης.

Μετά από την αξιολόγηση των μελετών, μόνο 16 μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης στην ανασκόπηση, ενώ από το σύνολο των μελετών αποκλείστηκαν 15 μελέτες με βάση τα κριτήρια αποκλεισμού, (Διάγραμμα 1). Τελικά, εντάχθηκαν 15 μελέτες που πληρούσαν τα κριτήρια για τη συμμετοχή τους στην ανασκόπηση, (Πίνακας 1). Οι μελέτες αυτές προέρχονταν από την Αγγλία (2 μελέτες), από τις ΗΠΑ (5 μελέτες), την Κίνα (1 μελέτη), την Ολλανδία (1 μελέτη), την

Πορτογαλία (2 μελέτες), τη Φινλανδία (1 μελέτη) και το Ισραήλ (1 μελέτη).

Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε στην Αγγλόφωνη βιβλιογραφία. Δεν πραγματοποιήθηκε ποσοτική σύνθεση των αποτελεσμάτων, αλλά έγινε μόνο συστηματική ανασκόπηση των μελετών που εισήχθησαν για τις απόψεις ιατρών και νοσηλευτών για τη μη εφαρμογή αναζωογόνησης σε ασθενείς της ΜΕΘ. Επίσης, δεν επιχειρήθηκε αποτίμηση της ποιότητας των μελετών βάσει συγκεκριμένων εργαλείων διότι ο σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι περιγραφικός. (Διάγραμμα ροής 1)

Αποτελέσματα-Συζήτηση

Στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση έγινε προσπάθεια παρουσίασης των απόψεων των ιατρών και νοσηλευτών όσον αφορά στην απόφαση για μη εφαρμογή αναζωογόνησης σε ασθενείς της ΜΕΘ. Από το σύνολο των μελετών που εισήχθησαν στην ανασκόπηση, οι 5 μελέτες αφορούσαν σε απόψεις ιατρών, οι 5 σε απόψεις νοσηλευτών και οι 4 σε απόψεις και των δύο όσον αφορά στη μη εφαρμογή αναζωογόνησης σε ασθενείς τελικού σταδίου που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ.

Από την ανάλυση των μελετών προέκυψε ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές θα ήθελαν ενεργή συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων ΜΕΑ.^{22,23} Επιπλέον, ενώ εκφράζουν την

επιθυμία να βοηθήσουν τους ασθενείς και τους συγγενείς τους να λάβουν αποφάσεις που αφορούν στη ΜΕΑ, τα αποτελέσματα μελετών δείχνουν ότι λίγοι ήταν εκείνοι που μπόρεσαν τελικά να συζητήσουν το θέμα με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους.²⁴

Επιπρόσθετα, η εμπειρία στο χώρο της ΜΕΘ και το τμήμα εργασίας φαίνεται να είναι σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση των νοσηλευτών απέναντι στην έναρξη επιθετικών θεραπειών εφόσον έχει ληφθεί η απόφαση για ΜΕΑ. Στο παραπάνω συμπέρασμα καταλήγουν οι μελέτες των Bellini και λοιπών.²² και Giles και λοιπών.²⁵

Μελέτη του Sulmasi και λοιπών.²⁶ έδειξε ότι υπάρχει θετική συμπεριφορά όσον αφορά την έναρξη της συζήτησης για ΜΕΑ από τους νοσηλευτές. Οι νοσηλευτές πιστεύουν ότι πρέπει να γίνουν πιο ενεργά μέλη της ομάδας που λαμβάνουν τις αποφάσεις για την εφαρμογή ή όχι της ΚΑΡΠΑ και ότι πρέπει να συμμετέχουν πιο συχνά σε τέτοιου είδους συζητήσεις. Ο μόνος τρόπος να το επιτύχουν είναι να βελτιώσουν τις γνώσεις τους και τις δεξιότητές τους στο χώρο της ΜΕΘ.

Ήδη οι νοσηλευτές διαδραματίζουν έναν πολύ σημαντικό ρόλο στη διαδικασία λήψης προτελεύτιων αποφάσεων στη ΜΕΘ. Βρίσκονται στην πρώτη γραμμή των κλινικών καταστάσεων που δημιουργούν ηθικά διλήμματα και δηλώνουν έτοιμοι να αναλάβουν έναν πιο ενεργό ρόλο στις παραπάνω συζητήσεις.²⁷ Επιπλέον, επιθυμούν



να συζητήσουν το θέμα αυτό με τους ίδιους τους ασθενείς ή και τους συγγενείς. Πιο εύκολο για τους νοσηλευτές είναι η συζήτηση του συγκεκριμένου θέματος με τους συγγενείς παρά με τους ίδιους τους ασθενείς.²⁸ Μια εξήγηση για τη συγκεκριμένη στάση είναι το γεγονός ότι οι ασθενείς τελικού σταδίου της ΜΕΘ τις περισσότερες φορές δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσουν με το περιβάλλον.

Σύμφωνα με μελέτη του McAdam και λοιπών.²⁹ έγινε σύγκριση των απόψεων των νοσηλευτών από τα έτη 1989 και 2003, επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον στους παράγοντες που θεωρούσαν σημαντικούς για τη λήψη τέτοιας απόφασης και στις επιπτώσεις που θα είχε στην υπόλοιπη θεραπευτική αγωγή των ασθενών. Οι παράγοντες που φάνηκε να επηρεάζουν τη στάση των νοσηλευτών ήταν η επιθυμία του ασθενή, η ποιότητα ζωής του, και οι πιθανότητες για επιτυχή ανάνηψη. Η προχωρημένη ηλικία των ασθενών αποτελούσε σημαντικό παράγοντα σε μικρότερη συχνότητα στη μελέτη του 2003, παρόλα αυτά αποτέλεσε σημαντικό παράγοντα για το 61% των ερωτηθέντων.

Όσον αφορά στις απόψεις των ιατρών, βάσει των μελετών που ανασκοπήθηκαν ^{30,31} φαίνεται ότι οι ιατροί δεν διστάζουν να συζητήσουν τόσο με τους ασθενείς όσο και με τους συγγενείς την πιθανότητα για ΜΕΑ με τη διαφορά, όμως, ότι θα ζητούσαν την έγγραφη συγκατάθεσή τους. Μελέτη του Kelly WF και

λοιπών.³² έδειξε ότι η εμπειρία των ιατρών καθώς και η ειδικότητά τους, επηρεάζουν σημαντικά τις αποφάσεις τους για ΜΕΑ.

Επιπλέον, οι περισσότεροι ιατροί δεν γνωρίζουν την νομική κάλυψη από τους Ιατρικούς νόμους της κάθε χώρας, γεγονός που δυσκολεύει τη λήψη τέτοιων αποφάσεων. ³¹ Παρόμοια μελέτη του Al-Mobeireek AF ³³ δείχνει τη βαρύτητα που δίνουν οι ιατροί στους νόμους που ισχύουν. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι δεν υπάρχει επαρκής πληροφόρηση τόσο για τη δυνατότητα λήψης μιας τέτοιας απόφασης όσο και για την ύπαρξη ενός ειδικού εντύπου που συμπληρώνεται από τον ασθενή, εφόσον μπορεί και επικοινωνεί με το περιβάλλον ή από τους συγγενείς, εφόσον έχει γίνει εξουσιοδότηση από τον ασθενή.

Ανάλογη μελέτη³⁴ που διερεύνησε τις απόψεις των ιατρών για τη ΜΕΑ σε ασθενείς τελικού σταδίου δείχνει την αδυναμία των ιατρών να συζητήσουν το θέμα αυτό με τους ασθενείς ή τους συγγενείς. Μια ερμηνεία για την παραπάνω στάση των ιατρών είναι ότι η σχέση του ιατρού με τον ασθενή μετατρέπεται σε οικογενειακή σχέση και ο ιατρός εμφανίζεται ως «κηδεμόνας» του ασθενή, ο αποκλειστικά υπεύθυνος για τη λήψη των αποφάσεων.

Μελέτες που το δείγμα τους ήταν ιατροί και νοσηλευτές³⁵⁻³⁸ καταλήγουν στα ίδια συμπεράσματα, ότι δηλαδή πρέπει οι νοσηλευτές να συμμετέχουν ενεργά στις αποφάσεις για ΜΕΑ και οι ιατροί να είναι πιο

θετικοί στο να συζητούν με τους ασθενείς και τους συγγενείς για αυτά τα θέματα.

Ο ελληνικός Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας κατοχυρώνει το σεβασμό της αυτονομίας του ασθενούς και προβλέπει την αντιπροσώπευση από τους οικείους στην περίπτωση όπου ο ασθενής απολέσει την ικανότητα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων.

Συμπεράσματα

Η ΜΕΘ αποτελεί ένα πεδίο, όπου ανακύπτουν διαρκώς προτελευταία διλήμματα. Η λήψη αποφάσεων όπως η ΜΕΑ αποτελεί σημείο προβληματισμού σχετικά με το νομικό πλαίσιο και τους ηθικοδεοντολογικούς κανόνες που διέπουν την εφαρμογή της ΚΑΑ. Η λήψη τέτοιων αποφάσεων θα πρέπει να είναι μια συμμετοχική διαδικασία, κατά την οποία το προσωπικό της ΜΕΘ θα συζητά με τους συγγενείς και θα αναπτύσσει μαζί τους μια σχέση εμπιστοσύνης. Κρίνεται αναγκαία η τήρηση αυστηρών πρωτοκόλλων για την εφαρμογή μιας τέτοιας οδηγίας. Το προσωπικό οφείλει να αφιερώνει χρόνο στην επικοινωνία με τον ασθενή και την οικογένειά του και να συζητάει το ενδεχόμενο ΜΕΑ. Οι διαφορετικές απόψεις των ιατρών και των νοσηλευτών που αφορούν στην απόφαση ΜΕΑ προκαλεί προβληματισμό και γι' αυτό κρίνεται αναγκαίο να πραγματοποιηθούν επιπλέον μελέτες ώστε να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα..

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Wikipedia, the free encyclopedia. Do not resuscitate. ON LINE, 29/01/2012, Διαθέσιμο από: http://en.wikipedia.org/wiki/Do_not_resuscitate#cite_note-0.
2. Mendes A, Carvalho F, Dias C, Granja C. In-hospital cardiac arrest: factors in the decision not to resuscitate. The impact of an organized in-hospital emergency system. Rev Port Cardiol. 2009;28(2):131-41.
3. Choudhry NK, Choudhry S, Singer PA. CPR for patients labeled DNR: the role of the limited aggressive therapy order. Ann Intern Med. 2003;138(1):65-8.
4. Adamou E, Giakoumidakis K, Kadda O, Argyriou G, Kapadochos T, Vasilopoulos G, Marvaki C. Exploring nurse's role in Intensive Care Units. Rostrum of Asclepius. 2011; 10(2):221-239. (In Greek)
5. Curtis JR, Vincent JL. Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. Lancet. 2010;376(9749):1347-53.
6. Cotler MP. The "do not resuscitate" order; clinical and ethical rationale and implications. Med Law. 2000;19(3):623-33.
7. Jan MM. The decision of do not resuscitate in pediatric practice. Saudi Med J. 2011;32(2):115-22.



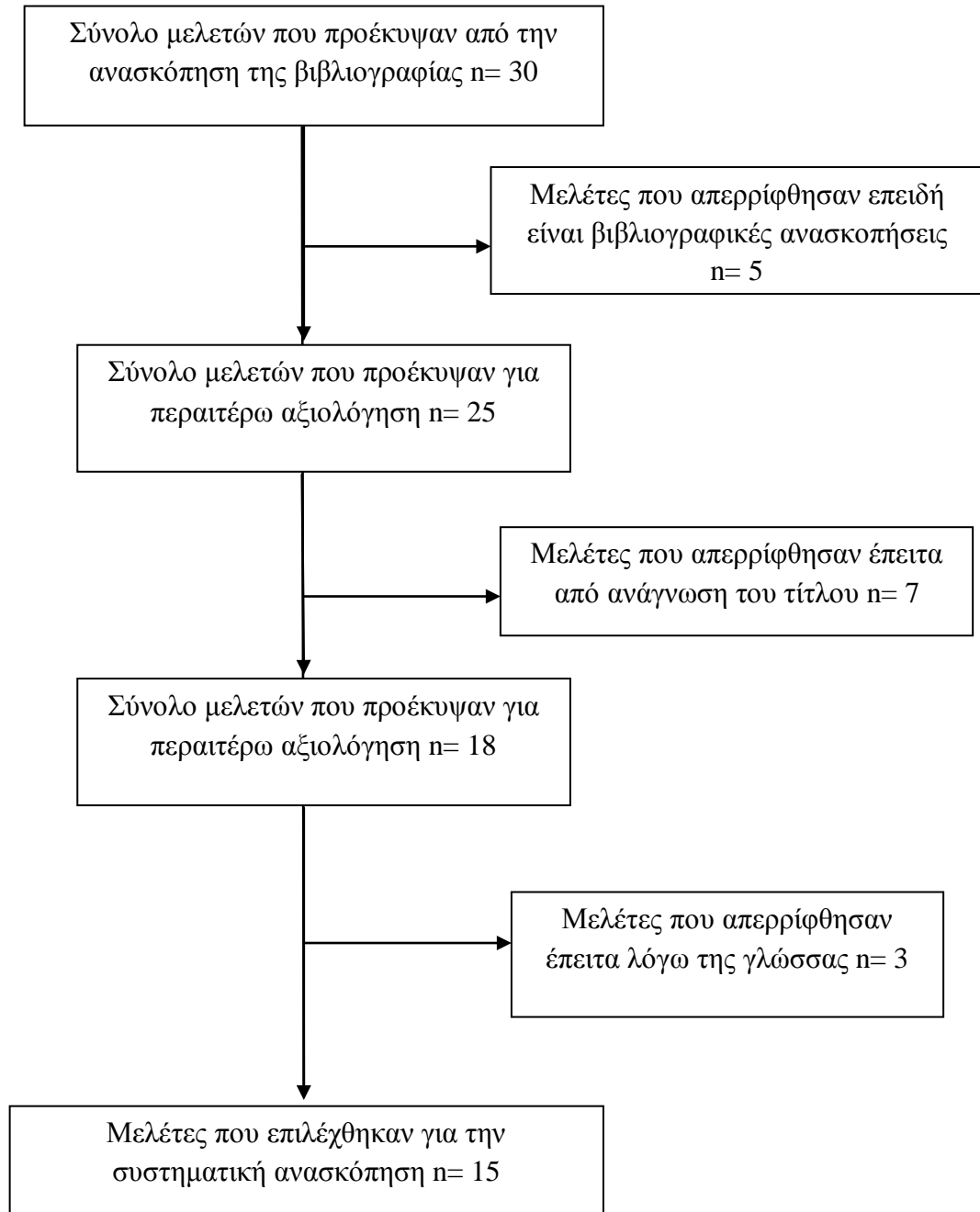
8. Monzón JL, Saralegui I, Molina R, Abizanda R, Cruz Martín M, Cabré L, et al. Ethics of the cardiopulmonary resuscitation decisions. *Med Intensiva*. 2010;34(8):534-49.
9. Grupo de Estudios de Etica Clínica de la Sociedad Médica de Santiago. Cardiopulmonary resuscitation and do not resuscitate orders. *Rev Med Chil*. 2007;135(5):669-79.
10. Lemiengre J, de Casterlé BD, Van Craen K, Schotsmans P, Gastmans C. Institutional ethics policies on medical end-of-life decisions: a literature review. *Health Policy*. 2007;83(2-3):131-43.
11. Γκαράνη Τ. Τεχνητή παράταση της ζωής ασθενών στο τελικό στάδιο της νόσου. Η ηθική και νομική πλευρά της καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης. *Ιατρική*. 1995;67(4): 347-354.
12. Poutou S, Papadimitriou L, Chaniotis D, Kalaitzis J, Xanthos T. Factors which influence the decision of DNR on malignancy patients. Comparison of views between patients and their first degree relatives. *Greek Journal of Nursing Science*. 2011;2 (4):4-10. (In Greek)
13. Huang YC, Huang SJ, Ko WJ. Survey of do-not-resuscitate orders in surgical intensive care units. *J Formos Med Assoc*. 2010;109(3):201-8.
14. Huang YC, Huang SJ, Ko WJ. Going home to die from surgical intensive care units. *Intensive Care Med*. 2009;35(5):810-5.
15. Nathens AB, Rivara FP, Wang J, Mackenzie EJ, Jurkovich GJ. Variation in the rates of do not resuscitate orders after major trauma and the impact of intensive care unit environment. *J Trauma*. 2008;64(1):81-8.
16. Bacchetta MD, Eachempati SR, Fins JJ, Hydo L, Barie PS. Factors influencing DNR decision-making in a surgical ICU. *J Am Coll Surg*. 2006;202(6):995-1000.
17. Janssen van Doorn K, Diltoer M, Spapen H. Do-not-resuscitate orders in the critically ill patient--an observational study with special emphasis on withholding of renal replacement therapy. *Acta Clin Belg*. 2008;63(4):221-6.
18. Wittmann-Price R, Celia LM. Exploring perceptions of "do not resuscitate" and "allowing natural death" among physicians and nurses. *Holist Nurs Pract*. 2010;24(6):333-7.
19. Kranidiotis G, Gerovasili V, Tasoulis A, Nanas S. End-of-life dilemmas in the intensive care unit: Withholding and withdrawal of life sustaining treatment. *Archives of Hellenic Medicine* 2010; 27(1):18-3.
20. Burns JP, Edwards J, Johnson J, Cassem NH, Truog RD. Do-not-resuscitate order after 25 years. *Crit Care Med*. 2003;31(5):1543-50.

21. Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. Νόμος 3418/2005-ΦΕΚ 287/Α'/28.11.2005. (ONLINE) Διαθέσιμο από : http://www.dsanet.gr/Epikairothta/Nomothesia/n3418_05.htm, 01.05.2012
22. Bellini S, Damato EG. Nurses' knowledge, attitudes/beliefs, and care practices concerning do not resuscitate status for hospitalized neonates. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2009;38(2):195-205.
23. de Veer AJ, Francke AL, Poortvliet EP. Nurses' involvement in end-of-life decisions. *Cancer Nurs.* 2008 May-Jun;31(3):222-8. Bass M. Oncology nurses' perceptions of their role in resuscitation decisions. *Prof Nurse.* 2003;18(12):710-3.
24. Bass M. Oncology nurses' perceptions of their role in resuscitation decisions. *Prof Nurse.* 2003;18(12):710-3.
25. Giles H, Moule P. Do not attempt resuscitation' decision-making: a study exploring the attitudes and experiences of nurses. *Nurs Crit Care.* 2004;9(3):115-22.
26. Sulmasy DP, He MK, McAuley R, Ury WA. Beliefs and attitudes of nurses and physicians about do not resuscitate orders and who should speak to patients and families about them. *Crit Care Med.* 2008;36(6):1817-22.
27. De Gendt C, Bilsen J, Vander Stichele R, Van Den Noortgate N, Lambert M, Deliens L. Nurses' involvement in 'do not resuscitate' decisions on acute elder care wards. *J Adv Nurs.* 2007;57(4):404-9.
28. Stilos K, Daines P. Guiding decisions about end-of-life care: navigating the nursing role. *CANNT J.* 2012;20(3):56-7.
29. McAdam C, Barton A, Bull P, Rai G. An audit of nurses' views on DNR decisions in 1989 and 2003. *Br J Nurs.* 2005;14(20):1061-2, 1064-5.
30. Cardoso T, Fonseca T, Pereira S, Lencastre L. Life-sustaining treatment decisions in Portuguese intensive care units: a national survey of intensive care physicians. *Crit Care.* 2003 Dec;7(6):R167-75. Epub 2003 Oct 6.
31. Chao CS. Physicians attitudes toward DNR of terminally ill cancer patients in Taiwan. *J Nurs Res.* 2002;10(3):161-7.
32. Kelly WF, Eliasson AH, Stocker DJ, Hnatiuk OW. Do specialists differ on do-not-resuscitate decisions? *Chest.* 2002 Mar;121(3):957-63.
33. Al-Mobeireek AF. Physicians' attitudes towards 'do-not-resuscitate' orders for the elderly: a survey in Saudi Arabia. *Arch Gerontol Geriatr.* 2000;30(2):151-60.
34. Einav S, Avidan A, Brezis M, Rubinow A. Attitudes of medical practitioners towards "Do Not Resuscitate" orders. *Med Law.* 2006;25(1):219-28.
35. Granja C, Teixeira-Pinto A, Costa-Pereira A. Attitudes towards do-not-resuscitate decisions: differences among health



- professionals in a Portuguese hospital. Intensive Care Med. 2001;27(3):555-8.
36. Hildén HM, Louhiala P, Honkasalo ML, Palo J. Finnish nurses' views on end-of-life discussions and a comparison with physicians' views. Nurs Ethics. 2004;11(2):165-78.
37. Westphal DM, McKee SA. End-of-life decision making in the intensive care unit: physician and nurse perspectives. Am J Med Qual. 2009;24(3):222-8.
38. Sulmasy DP, Sood JR, Ury WA. Physicians' confidence in discussing do not resuscitate orders with patients and surrogates. J Med Ethics. 2008;34(2):96-1

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Διάγραμμα ροής 1. Απεικόνιση των βημάτων της συστηματικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας.



Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά μελετών που αναφέρονται στη απόψεις ιατρών και νοσηλευτών σχετικά με την απόφαση μη εφαρμογής αναζωογόνησης (ΜΕΑ) σε ασθενείς της ΜΕΘ.

Μελέτη	Χώρα	Είδος μελέτης	Πληθυσμός μελέτης	Χώρος	Αποτελέσματα
Bellini et al ²²	ΗΠΑ	Περιγραφική ή	66 Νοσηλευτές	ΜΕΘ	Οι πιο έμπειροι νοσηλευτές ήταν υπέρ της απόφασης ΜΕΑ
De Veer et al ²³	Ολλανδία	Περιγραφική ή	489 Νοσηλευτές		62% των Νοσηλευτών συζητούν με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους για τέτοιες αποφάσεις
Bass ²⁴		Ποιοτική		ΜΕΘ	Οι νοσηλευτές ενώ συμφωνούσαν με την ΜΕΑ δέιλιαζαν να συζητήσουν με τους ασθενείς
Giles et al ²⁵	Αγγλία		78 Νοσηλευτές	ΜΕΘ	Χρειάζονται αλλαγές όσον αφορά τη στάση των νοσηλευτών στο θέμα της ΜΕΑ
Sulmasy et al ²⁶	ΗΠΑ		568 Νοσηλευτές & Ιατροί	ΜΕΘ	Οι νοσηλευτές εμφανίζονται με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων για ΜΕΑ
De Gendt et al ²⁷		Προοπτική	94 Νοσηλευτές	ΜΕΘ	Οι νοσηλευτές πρέπει να συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τη ΜΕΑ
McAdam et al ²⁹	Αγγλία			ΜΕΘ	Η επιθυμία του ασθενή, η ποιότητα ζωής και οι πιθανότητες για επιτυχή ανάνηψη επηρεάζουν την στάση των νοσηλευτών στην ΜΕΑ
Cardoso et al ³⁰	Πορτογαλία	Περιγραφική ή	175 Ιατροί	ΜΕΘ	Θεωρούν ότι η απόφαση για ΜΕΑ πρέπει να συζητάτε με τον ασθενή ή το συγγενή και ότι η πιθανότητα επιβίωσης είναι βασικό κριτήριο που επηρεάζει τέτοιες αποφάσεις. Η απόφαση αυτή λαμβάνεται εξ'ολοκλήρου από τους Ιατρούς παρόλο που εκφράζουν την επιθυμία να συμμετέχουν και οι Νοσηλευτές.
Chao et al ³¹	Κίνα		1328 Ιατροί	ΜΕΘ	Στην πλειοψηφία τους οι ιατροί δεν γνώριζαν αν καλύπτονταν νομικά για την εφαρμογή ΜΕΑ

Kelly WF et al ³²	ΗΠΑ		155 Ιατροί	ΜΕΘ	Η απόφαση για ΜΕΑ εξαρτάται από την ειδικότητα και την εμπειρία του ιατρού
Al-Mobeireek AF ³³			249 Ιατροί	ΜΕΘ	Απουσιάζουν ξεκάθαρες πολιτικές και κατευθυντήριες οδηγίες για την ΜΕΑ
Einav S et al ³⁴	Ισραήλ		85 Ιατροί	ΜΕΘ	Η πλειοψηφία των ιατρών είναι υπέρ στην ΜΕΑ για ασθενείς τελικού σταδίου.
Granja et al ³⁵	Πορτογαλία	Περιγραφική	825 Επαγγελματίες υγείας	ΜΕΘ	Το επίπεδο της εκπαίδευσης και ο βαθμός συμμετοχής στην καθημερινή φροντίδα παίζουν σημαντικό ρόλο στις αποφάσεις για ΜΕΑ
Hilden et al ³⁶	Φιλανδία		800 Νοσηλευτές	ΜΕΘ	Οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι η απόφαση για ΜΕΑ πρέπει να συζητάτε με τους ασθενείς
Westphal et al ³⁷	ΗΠΑ	Περιγραφική	96 Νοσηλευτές & Ιατροί	ΜΕΘ	Συστήνεται η καλή συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών για την λήψη προτελευταίων αποφάσεων
Sulmasy et al ³⁸	ΗΠΑ		568 Νοσηλευτές & Ιατροί	ΜΕΘ	Οι νοσηλευτές εμφανίζονται με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων για ΜΕΑ

ΜΕΘ: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, **ΗΠΑ:** Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, **ΜΕΑ:** Μη εφαρμογή αναζωογόνησης