

**Τμήμα Νοσηλευτικής
Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας
Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ:
«ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ, ΣΤΑΣΗ & ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ»**



Σπουδάστρια:

Φιοράκη Ιωάννα ΑΜ:4041

Υπεύθυνη Καθηγήτρια :

Δαφέρμου Μαρία

Καθηγήτρια Εφαρμογών Α.Τ.Ε.Ι
ΚΡΗΤΗΣ

ΜΑΡΤΙΟΣ, 2008

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ευχαριστώ πολύ την επιβλέπουσα καθηγήτρια μας κα. Μαρία Δαφέρμου, για την καθοδήγηση και υποστήριξη που μας προσέφερε κατά την διάρκεια της ερευνητικής μελέτης και για την πραγματοποίηση της πτυχιακής μου εργασίας. Είμαι ευγνώμον στον κ. Βαρδαβά Κωνσταντίνο για την πολύτιμη συνεργασία, συμπαράσταση και καθοδήγηση του κατά τη διάρκεια της ερευνητικής μελέτης και την έκδοση των στατιστικών αποτελεσμάτων της μελέτης μου.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	5
1.1 Εισαγωγή-Ορισμός	5
1.2 Μορφές ευθανασίας	9
2.ΟΙ ΒΙΟΗΘΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΡΩΜΑΪΚΟΙ ΧΡΟΝΟΙ	14
2.1 Ευθανασία στην Ελλάδα και νομοσχέδια	17
2.2 Έρευνες και σφυγμομετρήσεις	18
2.3 Γνώμες ειδημόνων	19
2.4 Στάση της Εκκλησίας σήμερα	20
3.ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.....	23
3.1 Διεθνές Δίκαιο. Συμβούλιο της Ευρώπης - Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων	23
3.2 Ευρωπαϊκή Σύμβαση ανθρωπίνων δικαιωμάτων και Βιοϊατρικής.....	28
3.3 Ευθανασία ανά τον κόσμο	31
4. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΟΥΝ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ-ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ, ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ.....	44
4.1 Κοινωνία και οικογένεια	44
4.2 Όσον αφορά τον ασθενή.....	45
4.3 Για τον Νοσηλευτή	52
4.4 Θρησκευτικές πεποιθήσεις	57
5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	60
5.1 Ανακοίνωση δυσάρεστων νέων στην ογκολογία.....	60
5.2 Νοσηλευτική προσέγγιση παιδιών με καρκίνο	65
5.3 Νοσηλευτική προσέγγιση εφήβων με καρκίνο	71
5.4 Κόπωση στον ογκολογικό άρρωστο – Νοσηλευτική θεώρηση.....	79

5.5 Κόστος και όφελος στην ογκολογική Νοσηλευτική	90
5.6 Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και Νοσηλευτική προσέγγιση στο σύνδρομο της – Σύνδρομο της ΜΕΘ	98
6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΘΙΚΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ	113
6.1 Πού μπαίνουν τα όρια – Νοσηλευτής και οικογένεια	113
6.2 Η Νοσηλευτική ηθική απέναντι στον ασθενή: υποχρεώσεις και καθήκοντα του Νοσηλευτή	120
6.3 Ζητήματα Αστικής ευθύνης, Νοσηλευτής και ευθανασία	126
7. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ.....	132
7.1 Περίληψη.....	132
7.2 Σκοπός της έρευνας.....	133
7.3 Ερευνητικό ερώτημα	133
7.4 Υλικό και μέθοδος	133
7.5 Το Ερωτηματολόγιο	135
8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	136
8.1 Περιγραφική στατιστική του δείγματος	136
8.2 Αναλυτική στατιστική (συσχέτιση)	143
8.3 Συζήτηση	146
8.4 Συμπεράσματα	151
9. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ-ΕΠΙΛΟΓΟΣ	153
9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	154

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

1.1 Εισαγωγή-Ορισμός

Με την νέα «ανθρωπιστική» πολιτική, δυτικής και υπερατλαντικής κατασκευής και προέλευσης, καίριο παράδειγμα της οποίας αποτελεί η πρόσφατη επικύρωση από την Άνω Βουλή της Ολλανδίας του νόμου για την ευθανασία, έχει ανοίξει και στη χώρα μας το θέμα της νομιμοποίησης της. Είναι γεγονός ότι το πρόβλημα ευθανασία δεν είναι εύκολο να επιλυθεί ή και να προσεγγιστεί, διότι, πέραν της ιατρονομικής και ηθικής διάστασής του, εμπλέκει και το υπαρξιακό πρόβλημα της ζωής και του θανάτου και, στη συγκεκριμένη περίπτωση της «ευθανασίας», του καλού, του ανώδυνου, ευτυχούς θανάτου, οδηγώντας σε διλημματικές καταστάσεις και προβλήματα αξιολογικών ορισμών και κρίσεων, που αφορούν συγκεκριμένο, κάθε φορά, μοναδικό ατομοπρόσωπο.

Η λέξη ευθανασία είναι αντιδάνειο από την Αγγλική του όρου "euthanasia", ο οποίος είναι δάνειο, από την Ελληνική, της λέξης ευθανασία, που σημαίνει καλός, ήρεμος, ανώδυνος θάνατος και αποτελεί κανονικό παράγωγο του επιθέτου «ευθάνατος» (αυτός που πεθαίνει εύκολα, καλά, ωραία). Ο όρος ευθανασία, με την έννοια που χρησιμοποιείται σήμερα, διεθνώς, σημαίνει την πράξη ή την παράληψη πράξης, που προκαλεί καίριο θάνατο του αρρώστου, πάσχοντος από ανίατη επώδυνη ασθένεια, για ανθρωπιστικούς λόγους. Θα πρέπει να γίνει ξεκάθαρο από την αρχή ότι ο ορισμός αυτός, ουσιαστικά, αποτελεί ευφημισμό, εφόσον πρόκειται για συνειδητή και εσκεμμένη επιλογή θανάτωσης, ως εκ του αποτελέσματος, για ανθρωπιστικούς λόγους. Ο ξενικός όρος "mercy killing" (ελεήμων, χαριστική



θανάτωση) αποδίδει, κυριολεκτικά, το αποτέλεσμα και την πρόθεση της λεγόμενης ευθανασίας. Η πράξη και το αποτέλεσμα είναι η θανάτωση (killing), με πρόθεση την ανακούφιση του αρρώστου για ανθρωπιστικούς λόγους (mercy=έλεος).

Η σύγχυση που επικρατεί, πρέπει να ξεκαθαριστεί. Οι όροι να γίνουν σαφείς και οι θέσεις υπεύθυνες, με την ανάλογη ανάληψη της ευθύνης της διατύπωσής τους. Το νόημα της ευθανασίας πρέπει να αλλάξει. Διαφορετικά, όπως χρησιμοποιείται σήμερα, δεν πρόκειται περί καλού θανάτου, αλλά για συνειδητή θανάτωση για «καλό σκοπό». Εντούτοις, ο θάνατος, μόνον ως φυσική, αναπόδραστη απόληξη της ζωής, από οποιαδήποτε φυσική αιτία (και η νόσος είναι φυσική αιτία), μπορεί να είναι δεκτός (πάντοτε, όμως, όχι κατανοητός). Οποιοδήποτε άλλο μέσω συνιστά αφαίρεση ζωής, ανεξαρτήτως των προθέσεων.

Η αυτονομία και η ατομική ελευθερία του πάσχοντος ανθρώπου αποτελεί το σκληρό πυρήνα της επιχειρηματολογίας υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας. Υποστηρίζεται ότι, σε αυτές τις περιπτώσεις, της οδυνηρής και , αποδεδειγμένα, ανίατης πάθησης, η ζωή παύει να αποτελεί αγαθό και καθίσταται αβάσταχτο ψυχικό και σωματικό μαρτύριο, οπότε η ευθανασία είναι λύτρωση και πράξη ανθρωπιστική.

Πέντε τουλάχιστον κλινικές καταστάσεις θέτουν το ζήτημα της καλούμενης «ευθανασίας» ως αναίρεση-αφαίρεση της απαξιωμένης πλέον ανθρώπινης ζωής:

1. Μη διενέργεια επείγουσας καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης σε καρδιακή ανακοπή
2. Μη θεραπεία αναστρέψιμης νόσου, σε αρρώστους με επώδυνη, μη αναστρέψιμη, τελικού σταδίου νόσο ή μη διαπιστωμένο εγκεφαλικό θάνατο
3. Διακοπή της, με μηχανικά μέσα, υποστήριξης των ζωτικών λειτουργιών σε αρρώστους με διαπιστωμένο εγκεφαλικό θάνατο
4. Παροχή βοήθειας στον άρρωστο, για να θέσει ο ίδιος τέρμα στη ζωή του (υποβοήθηση αυτοκτονίας)
5. Χορήγηση θανατηφόρων δόσεων φαρμάκων για ευθανασία

Οι τρεις πρώτες ενέργειες χαρακτηρίζουν την καλούμενη παθητική ευθανασία, η τέταρτη την καλούμενη υποβοηθούμενη αυτοκτονία και η πέμπτη την καλούμενη ενεργητική ευθανασία ή ελεήμονα θανάτωση.

Με τον όρο ευθανασία, όπως τον επαναπροσδιορίζουμε εδώ, εννοούμε τη θανάτωση του πόνου και όχι του πάσχοντος. Την ανακούφιση του πάσχοντος, εν ζωή, και όχι με το θάνατο. Με άλλα λόγια, ως ευθανασία εννοούμε, εδώ, την άρση, με όλα τα μέσα που παρέχει η ιατρική σήμερα, του πόνου και του φόβου του θανάτου του θνήσκοντος συνανθρώπου, μέχρις ότου η φύση αποφασίσει τελεσίδικα. Σε αυτή τη διαδικασία, ο κλινικός θεραπεύει και αντιμετωπίζει θεραπεύσιμες, αντιστρεπτές καταστάσεις και αποφεύγει τα ηρωικά μέσα, τα οποία γνωρίζει ότι είναι ατελέσφορα.

Ο θάνατος, υπεραπλουστευτικά οριζόμενος ως απουσία ζωής, είναι γεγονός ότι μόνο αρνητικά μπορεί να οριστεί. Τι, καθαυτό, είναι θάνατος δεν είναι δυνατό να διατυπωθεί από το ζώντα άνθρωπο, ως βιωματική εμπειρία, ούτε βέβαια από τον τεθνεώτα. Στην έννοια του θανάτου αναδύεται, με καθαρότητα, η μοναδικότητα του ανθρώπου, όχι με την αφηρημένη της έννοια, αλλά με την έννοια της μοναδικής και ανεπανάληπτης σωματο-ψυχο-νοητικής οντότητας-προσωπικότητας του συγκεκριμένου και μοναδικού προσώπου, με το συγκεκριμένο παρελθόν, παρόν και μέλλον του.

«Ο Ιβάν Ίλιτς έβλεπε πως πεθαίνει... μα όχι μόνο δεν μπορούσε να συνηθίσει στην ιδέα αυτή, μα δεν την καταλάβαινε, δεν μπορούσε να την καταλάβει. Το παράδειγμα του συλλογισμού που είχε μάθει στη λογική του Κιζεβέτερ: " Ο Κάιους είναι ένας άνθρωπος. Οι άνθρωποι είναι θνητοί. Άρα ο Κάιους είναι θνητός" του φαινόταν, σε όλη του τη ζωή, σωστό μόνο για τον Κάιους και καθόλου για τον εαυτό του. Ο Κάιους ήταν ένας άνθρωπος, γενικά ένας άνθρωπος, και αυτό ήταν πέρα για πέρα σωστό. Μα ο Ιβάν Ίλιτς δεν ήταν καθόλου ο Κάιους ούτε ένας άνθρωπος γενικά... Ήταν πάντα του, σε όλη του τη ζωή, μια ύπαρξη ξεχωριστή από όλες τις άλλες υπάρξεις. Ήταν ο Βάνια με τη μαμά, το μπαμπά, με τα παιχνίδια... με την Κατιένκα... με όλες τις χαρές, τις λύπες, τους ενθουσιασμούς... Είχε, τάχα, φιλήσει ο Κάιους το χέρι της μάνας του; Είχε ακούσει το

φρού-φρού από μεταξωτό φόρεμα; Είχε ερωτευτεί σαν αυτόν; Μπορούσε, τάχα, ο Κάιους να διευθύνει τόσο καλά μια δίκη; Πραγματικά, ο Κάιους είναι θνητός και σωστό είναι να πεθάνει. Μα με μένα, το Βάνια, τον Ιβάν Ίλιτς, με όλα μου τα αισθήματα, τις ιδέες... είναι αδύνατο να είμαι υποχρεωμένος να πεθάνω... Και ξαφνικά αυτός φάνηκε πίσω από το παραβάν. Πρόσωπο με πρόσωπο μ' αυτόν. Μόνο να τον κοιτάζει και να παγώνει». Αυτό το μοναδικό πρόσωπο αφορά ο θάνατος του, τον οποίο βέβαια δεν μπορεί να βιώσει, πάρα μόνο να τον σκεφτεί και να τον φοβάται. Και αυτό το μοναδικό πρόσωπο αφανίζεται με την «ευθανασία» σε οποιαδήποτε μορφή της.

Εδώ αναδύεται η αντίφαση της ευθανασίας ως, εξ ορισμού, καλός θάνατος. Καλός θα ήταν ο θάνατος, ο αναπόφευκτος, επερχόμενος όποτε η φύση επιλέξει, ο χωρίς πόνους, μέσα στην αποδοχή του άφευκτου, με την ηρεμία της παρηγοριάς που δίνουν οι συγγενείς και ο γιατρός, με την απελευθέρωση από το φόβο της οδύνης του θανάτου. Αυτό θα ήταν *ευθανασία*. «Θάνατος δε τοις εξ αλός αυτώ αβληχρός μάλα τοιός ελεύσετε, ος και σε πέφνη» (Ο θάνατος σου, λέω, θα σε βρεί απόμακρα απ' τη θάλασσα, ήσυχος και γλυκός, τέτοιος θάρθει για να σε σβήσει). Έτσι προμαντεύει το θάνατο του Οδυσσέα στη Νεκυιά του ο Όμηρος.

Στην τεχνολογικά επικυριαρχούμενη σύγχρονη δυτική κοινωνία, ο θάνατος δεν αποτελεί πλέον την κατάληξη της ζωής που βιώνεται μέσα στη θαλπωρή της οικογένειας. Πέραν αυτού, η τεχνολογική θαυματοποιία έχει δημιουργήσει, στους ασθενείς και τους συγγενείς τους, εξωπραγματικές προσδοκίες από τους γιατρούς και τις/τους νοσηλεύτριες. Έτσι, οι συγγενείς αρνούνται να αποδεχτούν το οριακό και αμετάκλητο γεγονός και οργίζονται και απογοητεύονται από τη διάψευση των μη ρεαλιστικών τους προσδοκιών.

«Ο θάνατος είναι ξένος προς εμάς

Όσο υπάρχουμε, δεν υπάρχει αυτός και όταν αυτός έλθει, δεν υπάρχουμε εμείς»

Προσλαμβάνουμε την έννοια του θανάτου ως απουσία ζωής, αλλά ο θάνατος δεν μπορεί να οριστεί θετικά, δεδομένου ότι ουδείς εν ζωή άνθρωπος μπορεί να έχει εμπειρία και να περιγράψει το θάνατο, αυτό το τελικό και οριστικό... τι; Ότι γνωρίζουμε, ως ζώντα

υποκείμενα, περί θανάτου είναι θεωρητικό και η μόνη εμπειρία, που έχουμε περί αυτού, είναι η ψυχρότητα του νεκρού σώματος. Η έκπτωση του ζωντανού σώματος σε νεκρό πτώμα, παρόλο που δεν είναι στιγμιαία κατάσταση, αποτελεί οριακό και αμετάτρεπτο γεγονός. Όσο πρόκειται για σώμα, έστω πάσχον, δεν μπορούμε να μιλάμε για θάνατο και, όταν αντιμετωπίζουμε το νεκρό σώμα, πως, ζώντας, να αισθανθούμε το θάνατο;

Είμαστε βέβαιοι ότι θα πεθάνουμε. Εκείνο, όμως, που δεν ξέρουμε είναι το πότε. Και είναι αυτή η αβεβαιότητα, ως προς τον ερχομό του θανάτου, που μας παρέχει την αναστολή της ζωής, ως κίνηση προς τον αμετακίνητο πάντοτε ίδιο θάνατο. Ο μόνος αθάνατος είναι ο θάνατος. Ούτε γερνά με το χρόνο ούτε πεθαίνει. Προφανώς, διότι δεν υπάρχει(;).

Εντούτοις, μέσα σε αυτή την αναγκαστική και αναπόδραστη πορεία προς το τέλος, ο άνθρωπος δεν προσδιορίζεται μόνο από την αναγκαιότητα του τέλους, τον άφευκτο θάνατο, αλλά και από την απέραντη ελευθερία του, ως πρόσωπο μοναδικό. Βλέποντας τον εαυτό του, ο χτυπημένος από την ανίατη ασθένεια άνθρωπος, να σπαράσσεται, όχι μόνο από τον πόνο αλλά και από την απώλεια και της έσχατης ελπίδας του λυτρωτικού θανάτου. Είναι τότε που καταδικασμένος και σπαραγμένος από την ασθένεια, μοναδικό πρόσωπο-άνθρωπος, ζητά τη λύτρωση του θανάτου. Και εδώ προκύπτει το δίλημμα της ευθανασίας.

1.2 Μορφές ευθανασίας

Ανάλογα με τον τρόπο που ασκείται, η ευθανασία διακρίνεται σε ενεργητική και παθητική. Υπάρχουν και άλλες μορφές ευθανασίας που συνεχώς μεταβάλλονται αφ' ενός λόγω αλλαγών στις αντιλήψεις του κοινωνικού σώματος και αφ' ετέρου λόγω της προόδου της επιστήμης και των πολύπλοκων μεθόδων στην προσπάθεια παρακάμψεως των νομικών και ηθικών ευθυνών.

1. Εθελοντική ενεργητική ευθανασία

Η μορφή αυτή θα ημπορούσε να ονομασθεί και "κατά παραγγελία". Στην περίπτωση αυτή ο ασθενής παρακαλεί τον ιατρό η άλλο πρόσωπο να του χορηγήσει κάποιο δηλητήριο η με οποιοδήποτε άλλο τρόπο να του προκαλέσει ευθέως τον θάνατο.



Απαραίτητη θεωρείται η ικανότητα του βαρέως πάσχοντος, να δώσει συγκατάθεση με πλήρη επίγνωση και πνευματική διαύγεια. Περίπτωση εθελοντικής ενεργητικής ευθανασίας είναι η εξής:

Άνδρας 65 ετών προσβάλλεται από καρκίνο του προστάτη. Οι θεραπευτικοί χειρισμοί δεν μπορούν να αποτρέψουν την εμφάνιση οστικών μεταστάσεων. Ο ασθενής υποφέρει από φρικτούς πόνους. Ούτε τα κοινά αναλγητικά, ούτε τα οπιούχα βοηθούν αποφασιστικά. Ο ασθενής αντιλαμβάνεται το πεπερασμένο των ιατρικών προσπαθειών και εκλιπαρεί τον ιατρό να του επιφέρει τον θάνατο για να τον απαλλάξει από το μαρτύριο των πόνων.

Στην περίπτωση που ο ιατρός θα ανταποκριθεί στη δραματική έκκληση του ασθενούς ο όλος χειρισμός ονομάζεται ενεργητική και κατά παραγγελία ευθανασία. Στην κατηγορία αυτή ανήκει και η μοναδική στα ελληνικά χρονικά υπόθεση της Γεωργίας Κοντέση και του Μουσελά.

Η εθελοντική ενεργητική ευθανασία, ανεξάρτητα από τους λόγους για τους οποίους γίνεται, είναι πράξη ανθρωποκτονίας και τιμωρείται αυστηρά κατά το άρθρο 301 του Ποινικού Κώδικα.

2. Μη εθελοντική ενεργητική ή κατά παραγγελία ευθανασία

Η λεγομένη και "ακούσια ευθανασία" προσφέρεται από τον ιατρό η άλλο πρόσωπο σε κάποιον που υποφέρει χωρίς να υπάρχει καμία ελπίδα αποκατάστασης της υγείας του και χωρίς την συγκατάθεση του ασθενούς, ο οποίος είτε είναι "φυτό" είτε όχι, ούτε καν

ερωτάται. Τέτοια ευθανασία ήταν η περίπτωση του Βασιλέως της Αγγλίας Γεωργίου του Ε', ο οποίος βρισκόταν σε κώμα και με εντολή της Βασίλισσας Μαίρης και του Πρίγκιπα της Ουαλίας Εδουάρδου του Η', του μετέπειτα Βασίλισσας της Αγγλίας, ο γιατρός Ντένσον του έκανε δύο θανατηφόρες ενέσεις, μορφίνης και κοκαΐνης, συντομεύοντας έτσι το τέλος του, στις 10 Ιανουαρίου του 1936.

3. Παθητική ευθανασία

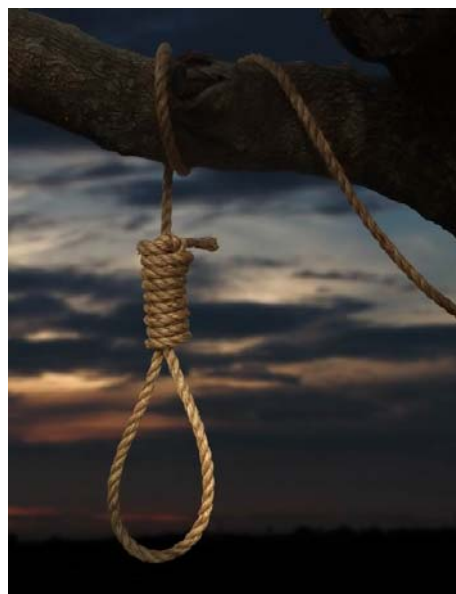
Η μορφή αυτή διαφέρει από τις άλλες διότι δεν γίνεται με πράξη αλλά με παράλειψη. Ο ιατρός δεν χρησιμοποιεί φάρμακα, αλλά μηχανήματα υποστηρίξεως βασικών λειτουργιών φως ζωής και μία συγκεκριμένη στιγμή τα αποσύρει. Είναι αυτό πού επιθυμούν πολλοί συγγενείς ασθενών, να αποσυνδεθεί από τα μηχανήματα ο



ασθενής τους, πού ναι μεν του παρατείνουν τη ζωή, αλλά χωρίς όφελος, μάλλον δε, με ταλαιπωρία και μαρτύριο. Αυτό έπραξε ο Αριστοτέλης Ωνάσης, όταν βλέποντας τον υιό του Αλέξανδρο, να υποφέρει με τον σωλήνα της τεχνητής αναπνοής, στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του ΚΑΤ, τράβηξε ο ίδιος τον σωλήνα και επήλθε ο θάνατος.

4. Υποβοηθούμενη αυτοκτονία

Κατά την υποβοηθούμενη αυτοκτονία παρέχονται μέσα, εν γνώσει ότι ο δέκτης σχεδιάζει να τα χρησιμοποιήσει για τερματισμό της ζωής του. Η υποβοηθούμενη από ιατρό αυτοκτονία αναφέρεται στην παροχή φαρμάκων η άλλων παρεμβάσεων από τον ιατρό εν γνώσει του, ότι ο ασθενής θα τα



χρησιμοποιήσει για να θέσει τέρμα στη ζωή του. Στο Όρεγκον των Η.Π.Α. αυτός ο τρόπος ονομάστηκε "αξιοπρεπής θάνατος". Οι υποστηρικτές του τρόπου αυτού ευθανασίας ισχυρίζονται ότι, κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα στο θάνατο και συνεπώς μπορεί και πρέπει ο ίδιος να ρυθμίζει τη ζωή του. Διεθνή σάλο είχε προκαλέσει ο γνωστός ιατρός Τζάκ Κεβορκιάν η Δόκτωρ θάνατος, ο οποίος είχε εφεύρει μηχανήμα ευθανασίας.

5. Έμμεση ενεργητική ευθανασία

Η ευθανασία του είδους αυτού γίνεται στα πλαίσια μιας φαρμακευτικής αγωγής, αλλά έμμεσα οδηγεί στην επίσπευση της ζωής. Η διαφορά από την ενεργητική ευθανασία ευρίσκεται στην υποκειμενική κάλυψη της πράξεως από τον ιατρό. Ενώ στην ευθεία ενεργητική ευθανασία γνωρίζει ο ιατρός ότι επιδιώκει να προκαλέσει τον θάνατο, στην έμμεση γνωρίζει ως ενδεχόμενο ότι μπορεί να επέλθει ο θάνατος και το αποδέχεται ως αναγκαίο κακό, μπορεί όμως και οι πόνοι να ελαττωθούν και η ζωή να επιμηκυνθεί. Για την αγωγή αυτή απαραίτητη θεωρείται η ενημέρωση του ασθενούς για τούς κινδύνους και η συναίνεσή του.



Στην περίπτωση αυτή υπάρχει μία ηθική αρχή, που ορίζει ότι ένα αποτέλεσμα που θα ήταν ηθικό λάθος αν προκαλείτο από πρόθεση, είναι αποδεκτό όταν προβλέπεται, αλλά δεν επιδιώκεται. Ο ιατρός μπορεί να προβλέψει ότι η χορήγηση υψηλής δόσεως αποειδών, για την αντιμετώπιση του πόνου ασθενών τελικού σταδίου, δυνατόν να ελαφρύνει τους πόνους, αλλά και να προκαλέσει το θάνατο.

6. Ευγονική ευθανασία

Αφορά σε παιδιά που γεννήθηκαν η πρόκειται να γεννηθούν ανάπηρα με σοβαρά προβλήματα και νοσήματα δηλ. ανεγκέφαλα με μογγολοειδή ιδιωτία, δισχιδή ράχη και

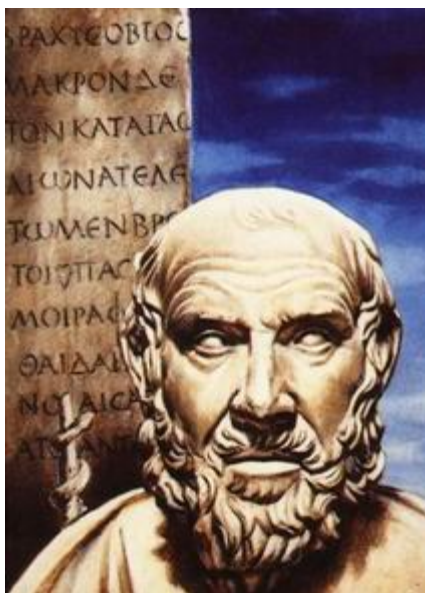
άλλες σημαντικές δυσπλασίες. Με τα σημερινά μέσα της τεχνολογίας από τη διάρκεια της κυήσεως ημπορούν να διαγνωσθούν ατέλειες και προβλήματα σωματικής αναπηρίας του εμβρύου, το οποίο εάν επιζήσει και γεννηθεί, θα πρέπει να υποστεί βαριές διορθωτικές χειρουργικές επεμβάσεις και αφάνταστες ταλαιπωρίες χωρίς την βεβαιότητα ότι μετά από αυτά όλα θα ζήσει. Οι γονείς που φέρνουν στον κόσμο ένα βαριά άρρωστο παιδί είναι σε μεγάλο δίλημμα. Οι ιατροί συμβουλεύουν την διακοπή της κυήσεως. Εάν δεν συμφωνήσουν, ήδη αναλαμβάνουν ένα βαρύ σταυρό, για όσα χρόνια διατηρηθεί στη ζωή το άρρωστο παιδί τους. Εάν συμφωνήσουν, συνυπογράφουν την δολοφονία του παιδιού τους.

Η "ευγονική" ευθανασία αφορά τα παιδιά, ημπορεί όμως να επεκταθεί και σε άλλες ευπαθείς ομάδες, οπότε ονομάζεται "κοινωνική". Μετά την κοινωνική ευθανασία υπάρχει ο νόμος της ναζιστικής θηριωδίας, ο οποίος για λόγους "φιλανθρωπίας", οδήγησε στο θάνατο εκατομμύρια ανθρώπους με το αιτιολογικό ότι αν ζούσαν, θα υπέφεραν και θα έβλαπταν την κοινωνία.

Η εποχή της νεωτερικότητας εισάγει τον "πολιτισμό" των υγιών και ευμόρφων ανθρώπων, ενώ η αναπηρία θεωρείται αποδιοπομπαία κατάσταση. Η ευγονική ευθανασία σχετίζεται με την περί διακοπής της κυήσεως η αμβλώσεως νομοθεσία. Στην προοδευτική Ολλανδία, επεχείρησαν μερικοί να εισάγουν νομοσχέδιο, που αφορά τη νομιμοποίηση της ευθανασίας παιδιών, που πάσχουν από ανίατες ασθένειες, 12 έως 16 ετών, χωρίς τη γονική συναίνεση.



2.ΟΙ ΒΙΟΗΘΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΡΩΜΑΪΚΟΙ ΧΡΟΝΟΙ



Ο ιπποκράτειος όρκος διατυπώθηκε περίπου το 400 π.Χ. στην αρχαία Ελλάδα από έναν από του ιδρύοντες πατέρες της ιατρικής. Ο Ιπποκράτης έγραψε ενάντια στην πράξη της ευθανασίας: "Δεν θα ορίσει ένα θανάσιμο φάρμακο παρακαλώ σε κάποιον, ούτε θα δώσει τις συμβουλές, αυτός μπορεί να προκαλέσει το θάνατό του." Σε εκείνους τους χρόνους, τα άτομα δεν έπρεπε να αντιμετωπίσουν τέτοιων ειδών διλήμματα ως ευθανασία υπό τη σύγχρονη έννοιά του. Περιστάσεις,

καθώς επίσης και αντιλήψεις σχετικά με τη ζωή και το θάνατο, ήταν διαφορετικός. Οι Έλληνες συνήθιζαν να παρατηρούν φυσική αδυναμία με την ταπείνωση των γηρατειών, στερώντας τους από όλο αυτό που ζητούσαν από τη ζωή τους: μεταθανάτια φήμη (Lesky 1990 Μερακλής 1996). Αυτή η προοπτική εκφράζεται από τον Πλάτωνα (428–347 π.Χ.): "Όταν πρόκειται να πεθάνουμε, τα πράγματα που έχουν ειπωθεί για μας δεν πρόκειται να χαθούν επίσης" (Μουλάκης 1995). Η ελληνική γλώσσα έχει προσφέρει χιλιάδες όρους στον επιστημονικό κόσμο, συμπεριλαμβανομένης της *ευθανασίας*. Εντούτοις, οι κλασσικοί φιλόσοφοι απέδωσαν μια διαφορετική έννοια σ' αυτό τον όρο απ' ότι νομίζαμε. Γι' αυτούς, είχε την έννοια ενός καλού θανάτου που ήρθε επάνω σε ένα πρόσωπο φυσικά, ως αποτέλεσμα της μετάβασης του χρόνου, η διαδικασία γήρανσης, ή σαν θείο δώρο. Ο ιστορικός Πολύβιος αναφέρθηκε στην ευθανασία ως "επίτευγμα από τα ενάρετα άτομα" και ως στέψη μιας καλής και χρήσιμης ζωής". Για τον φιλόσοφο Φίλον (1.182), η ευθανασία παραλληλίστηκε με το *ευγηρία* (ευ, "αγαθό," και γήρας, "γηρατειά"), συχνά προσδιορισμένη ως τελευταία αρετή. Η λέξη *ευθανασία* εμφανίστηκε για πρώτη φορά στην *Μυρμίκη*, η τελευταία κωμωδία από τον Ποσιδίποδα (περίπου 300 π.Χ.). Γι' αυτόν, η

ευθανασία ήταν το καλύτερο δώρο που θα μπορούσε ένα άτομο να επιθυμήσει και να λάβει απ' τους Θεούς (Kassel και Ώστιν 1998 Potthoff 1982). Γενικά, των αρχαίων Ελλήνων η στάση απέναντι στην αυτοκτονία ήταν θετική.

Είναι ουσιαστικό να καταλάβουν οι άνθρωποι την έννοια που αποδίδουν στο θάνατο. Οι αρχαίοι Έλληνες αντιλαμβάνονταν τον θάνατο ότι ήταν με κάποιους τρόπους πλήρως διαφορετικός από τον δικό μας. Ο Επίκουρος φιλόσοφος (4ος αιώνας π.Χ.) αρνήθηκαν την επικαιρότητα του θανάτου. Συνεπώς κατ' αυτόν, η αποφυγή του πόνου και η αναζήτηση του ηδονισμού που αποτελείται σύμφωνα με τον άξονα της ανθρώπινης ύπαρξης.. Υποστήριξε ότι η εμπειρία ή η πραγματικότητα του θανάτου δεν πρέπει να είναι τρομακτική στους ανθρώπους, και δεν θα μπορούσε να έχει φανταστεί αυτός στις μελλοντικές εποχές ότι ο φόβος του θανάτου θα αντικαθίστατο από το ενδιαφέρον του μοναδικού θανάτου. (Μερακλής 1996).

Στην ελληνική μυθολογία, ο ύπνος ήταν ο αδελφός του θανάτου. Τα όνειρα στον Όμηρο (8ος αιώνας π.Χ.) είναι όπως το θάνατο, αλλά συμμετέχουν στη ζωή και θεωρούνται δώρο από τους Θεούς. Στην *οδύσσεια*, οι υγιείς αλλά παλαιοί πολίτες ενός ουτοπιστικού αποκαλούμενου νησιού των Σειρήνων είναι σε θέση να επιτύχει έναν γρήγορο και ανώδυνο θάνατο χάρη στην άφιξη των θεών Άρτεμις και Απόλλωνας. Ο Απόλλωνας θα τους σκότωνε με τα βέλη του (Μαρωνίτης 1997). Ο ποιητής Ευριπίδης (480–406 π.Χ.) που δηλώνει, "μάταια οι ηλικιωμένοι επιθυμούν να πεθάνουν, κατηγορώντας τα γηρατειά και τη μακροζωία τους όταν ο θάνατος έρχεται πλησίον, κανένας από αυτούς δεν θέλει να πεθάνει (Μουλάκης 1995).

Στην κλασική εποχή (4ος - 3ος αιώνας π.Χ), οι κάτοικοι του νησιού Κία που χρησιμοποιείται για να τελειώσει τις ζωές τους για να κερδίσει τη συγκατάθεση των ομοπολιτών τους (Αντιλήψεις για την ευθανασία στον ελληνικό πολιτισμό 1971 και Αυξήθηκε το 1912). Παρά να γίνουν γηραιότεροι και άρρωστοι, προτίμησαν μια μαζική έξοδο από τη ζωή με την κατανάλωση δηλητηρίου, σε μια εορταστική ατμόσφαιρα όπως τα αρχαία συμπόσια, όταν ήπιαν το κρασί στο όνομα των Θεών τους. Η προθυμία να ολοκληρώσει τις ζωές τους κατ' αυτό τον τρόπο να προέλθει από το γεγονός ότι η πράξη ήταν

θεωρημένη ηρωική (ΜΕΝΔΟΝΗ και ΜΕΖΑΡΑΚΗΣ 1998). Ο Πλάτωνας σημειώνει στο *Φαίδων* (περίπου 399 π.Χ), ο φιλόσοφος Σωκράτης επέλεξε το δηλητήριο αντί την εξορία, ως πράξη για καλό θάνατο. Πριν προχωρήσει σε αυτήν την πράξη, ζήτησε από τη φρουρά φυλακών για να κάνει μια σπονδή στους Θεούς, και όταν αρνήθηκε η φρουρά, ο Σωκράτης προσευχήθηκε στους Θεούς έτσι ώστε η ζωή του να είναι ευτυχισμένη στον δρόμο για τον κάτω κόσμο.

Η πράξη επονομαζόμενου προς το παρόν "παθητική ευθανασία" γινόταν στην αρχαία Ελλάδα σε περιπτώσεις όπου υπήρξε μια παραμόρφωση. Στη *Δημοκρατία* (περίπου 374 π.Χ), ο Πλάτωνας υποστηρίζει την έννοια ότι τα άτομα μη υγιή στο σώμα και την ψυχή πρέπει να εγκαταλειφθούν για να πεθάνουν, για την ευημερία των πολιτών και της πόλης. Μιλά επίσης ενάντια η επέκταση της ζωής για οποιοδήποτε λόγο, που υποστηρίζει ότι η ιατρική πρέπει να συμβάλει μόνο στη βελτίωση της ζωής του ασθενή.

Το γεγονός που οι αρχαίοι Έλληνες, ειδικά οι Σπαρτιάτες, ξεφορτώνονταν τακτικά τα νεογνά με τις ορατές φυσικές ανεπάρκειες που έχουν επιβεβαιωθεί ιστορικά. Τα παραμορφωμένα μωρά ήταν εγγενώς αποτρόπαια στους ανθρώπους του αρχαίου κόσμου, και ο ιστορικός Πλούταρχος σημειώνει στο *Ηθική* (του 1ου αιώνα) ότι τέτοια παιδιά ήταν αφημένα για να πεθάνουν σε ένα φαράγγι αποκαλούμενο Καιάδα. Στο *Λυκούργος* του, ο Πλούταρχος κατηγορεί τους Αιγυπτίους θεούς, τον Όσιρη και την Ίσιδα για το παραμορφωμένο σώμα του γιου τους. Εντούτοις, τα παραμορφωμένα νήπια δεν θεωρήθηκαν αποτρόπαιος σε τους, αλλά αντιλήφθηκαν ως ανεπιθύμητα μέσα σε μια δεδομένη δομή, λαμβάνοντας υπόψη την ελληνική φιλοσοφική ιδέα της συμμετρίας και την ισορροπία (Edwards 1996; McDowel 1988 Pafsanias 4.18.4 Stravon 2,33, 3.67 Thukidides A.134).

Αντίθετος στην ιδέα της ευθανασίας ήταν ο μεγάλος τραγικός ποιητής Σοφοκλής. Στο έργο του "Φιλοκτήτης" ασχολείται με το δικαίωμα του θανάτου και τοποθετείται ανεπιφύλακτα αρνητικά στην ιδέα της ευθανασίας. Ο μυθικός βασιλιάς της 7Μαγνησίας Φιλοκτήτης (13ος αιώνας π.Χ.) είχε εκστρατεύσει κατά της Τροίας, όταν στην νήσο Τένεδο τον δάγκωσε ένα δηλητηριώδες φίδι με αποτέλεσμα να έχει αφόρητους πόνους και το τραύμα να αποπνέει

αναυπόφορη δυσσομία. Κάτω από την κατάσταση αυτή παρακαλούσε τούς στρατιώτες του να τον σκοτώσουν, διότι δεν άντεχε τούς πόνους. Εκείνοι όμως δεν του ικανοποιούν το αίτημα, αλλά τον αποβιβάζουν στη νήσο Λήμνο και τον εγκαταλείπουν για να πεθάνει σιγά - σιγά.

Στους Ρωμαϊκούς χρόνους οι στωικοί σοφοί "ευθανατούν" με την αυτοκτονία στην γεροντική ηλικία. (Κλεάνθης, Ζήνων, Κάτων, Σενέκας, κ.α.). Ο Σενέκας διακήρυττε ότι "όπως όταν πρόκειται να ταξιδέψω, θα διαλέξω το πλοίο, η αν πρόκειται να κατοικήσω θα διαλέξω το σπίτι μου, έτσι θα επιλέξω και τον θάνατό μου όταν πρόκειται να φύγω από τη ζωή.

2.1 Ευθανασία στην Ελλάδα και νομοσχέδια

Στην Ελλάδα ο Ποινικός Κώδικας ουσιαστικά δέχεται ότι υπάρχει περίπου ευθανασία, θεωρεί αδίκημα την τέλεσή της, την εντάσσει στις προβλέψεις του και απλά από τα συμφραζόμενα προσφέρει επιείκεια.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει κανένας περιεκτικός νόμος σχετικά με την ευθανασία. Στον ελληνικό ποινικό κώδικα, με τον όρο ευθανασία δεν χρησιμοποιείται στην αναφορά, στους ανθρώπους είναι μόνο χρησιμοποιημένος όσον αφορά τον ανώδυνο θάνατο των ζώων που είναι σοβαρά ασθενή.

Άρθρο 299

Ανθρωποκτονία με πρόθεση.

Όποιος με πρόθεση σκότωσε άλλον τιμωρείται με την ποινή θανάτου ή με ισόβια κάθειρξη. Αν η πράξη αποφασίστηκε και εκτελέστηκε εν βρασμό ψυχικής ορμής, επιβάλλεται η ποινή της πρόσκαιρης κάθειρξης.

Άρθρο 300

Ανθρωποκτονία με συναίνεση.

Όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο για αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια τιμωρείται με φυλάκιση.

Άρθρο 301

Συμμετοχή σε αυτοκτονία.

Όποιος με πρόθεση κατέπεισε άλλον να αυτοκτονήσει, αν τελέστηκε η αυτοκτονία ή έγινε απόπειρα της καθώς και όποιος έδωσε βοήθεια σ' αυτή, τιμωρείται με φυλάκιση.

Άρθρο 302

Ανθρωποκτονία από αμέλεια.

Όποιος επιφέρει από αμέλεια το θάνατο άλλου τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Αν το θύμα της πράξης, η οποία αναφέρεται στην προηγούμενη παράγραφο είναι οικείος του υπαιτίου, το δικαστήριο μπορεί να απαλλάξει τον υπαίτιο από κάθε ποινή, αν πεισθεί ότι λόγω ψυχικής οδύνης που υπέστη από τις συνέπειες της πράξης του δε χρειάζεται να υποβληθεί σε ποινή.

Άρθρο 303

Παιδοκτονία.

Μητέρα που με πρόθεση σκότωσε το παιδί της κατά τον τοκετό ή μετά τον τοκετό, αλλά ενώ εξακολουθούσε ακόμη η διατάραξη του οργανισμού της από τον τοκετό, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι δέκα ετών.

2.2 Έρευνες και σφυγμομετρήσεις

Αξίζει να αναφέρουμε τα αποτελέσματα ερευνών και σφυγμομετρήσεων που πραγματοποιήθηκαν στη χώρα μας για το θέμα της ευθανασίας. Σύμφωνα με ερευνά που πραγματοποίησαν το Τμήμα Δημόσιας και Διοικητικής Υγιεινής

της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών, η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του νοσοκομείου Παίδων και το εργαστήριο υγιεινής και επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών σε 15 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας σε όλη την Ελλάδα, οι 7 στους 10 ιατρούς και οι 8 στους 10 νοσηλευτές δεν αναλαμβάνουν την πρωτοβουλία να αποσυνδέσουν τα μηχανήματα υποστηρίξεως του ασθενούς.

Το 60% των ερωτηθέντων νοσηλευτών δήλωσε ότι δεν αναλαμβάνει διότι έχει αντιρρήσεις ηθικής φύσεως, το 10% των νοσηλευτών και το 12% των ιατρών απάντησε ότι φοβάται την ποινική δίωξη. Αξιοσημείωτο είναι ότι το 80% από αυτούς θεωρεί, ότι τα ιατρικά μηχανήματα σύγχρονης τεχνολογίας δεν επιτρέπουν στον ασθενή να έχει ένα αξιοπρεπή θάνατο.

Εντυπωσιακή είναι μία ερευνά που απέδειξε τις απόψεις των ηλικιωμένων στο δίλημμα της ευθανασίας. Η ερευνά πραγματοποιήθηκε στην υγειονομική περιφέρεια της Θεσσαλίας σε 1400 άτομα (700 άνδρες και 700 γυναίκες) ηλικίας 70 - 89 χρόνων. Το 95% των ανδρών και το 96% των γυναικών είναι κατά της ευθανασίας. Το 4,2% των ανδρών και το 3,7% των γυναικών είναι υπέρ.

Οι Έλληνες ηλικιωμένοι λόγω της ελληνοχριστιανικής καλλιέργειάς τους δεν υιοθετούν την ευθανασία, διαφωνούν στη νομιμοποίησή της και κρίνουν ανέτοιμη την ελληνική κοινωνία για την αποδοχή της.

2.3 Γνώμες ειδημόνων

Στην Ελλάδα οι περισσότερες φωνές είναι κατά της ευθανασίας. Αξίζει για τη διαμόρφωση ολοκληρωμένης απόψεως να αναφέρουμε γνώμες ειδικών που εκπροσωπούν και τις δύο απόψεις.

Ο πνευμονολόγος Καθηγητής Π. Μπεχράκης λέγει: "Αν η κοινωνία για οποιονδήποτε λόγο αποδεχθεί την αρχή της ευθανασίας, τότε θα πρέπει να βρει και ποίος θα την εκτελεί, θα πρέπει να προσλάβει και "εκτελεστές" μέσα στα νοσοκομεία, που να εκτελούν τις

αποφάσεις περί ευθανασίας. Διότι δεν πεθαίνει κανείς ευκολότερα με ένα φάρμακο από ότι με μία σφαίρα στον κρόταφο".

Ο Δημήτριος Κρεμαστινός, Καθηγητής Καρδιολογίας και Βουλευτής ΠΑΣΟΚ: "Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι για τις μη ανατρεπτικές περιπτώσεις, πράγματι η ευθανασία είναι ανακουφιστική, γι' αυτόν που φεύγει και για τους γύρω του, δεν τίθεται θέμα. Στην Ολλανδία αυτό το πράγμα εκκρεμεί τουλάχιστον δύο - τρεις δεκαετίες, δηλαδή η κοινωνία συζητά, έχει ενημερωθεί, έχει προβληματιστεί, έχει ωριμάσει, έχει αποδεχθεί. Δεν είναι κάτι που μπορεί να το κάνει κανένας, μέσα σε λίγους μήνες ή σε λίγα χρόνια. Εμείς δεν νομίζω ότι είμαστε έτοιμοι να το δεχθούμε".

Ο Αντώνιος Κουσελίνης, Καθηγητής της Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας: "Η επίμονη και σπουδαία απαίτηση του πάσχοντος, που απαιτεί ο νόμος για την 'ανθρωποκτονία εξ' οίκτου' (άρθρο 300 του Ποινικού Κώδικα), δεν είναι για τον γιατρό έννοιες ανοιχτές για συζήτηση, αφού γνωρίζει καλά και ζει καθημερινά ότι, εξοικείωση του αρρώστου με το θάνατο σε τέτοιο βαθμό ώστε να τον επιζητεί, δεν υπάρχει. Ο άρρωστος, και μέσα στον πιο ανυπόφορο πόνο του, πάντα ελπίζει. Η έννοια του ανιάτου δεν στοιχειοθετεί δίκαιο για τον γιατρό, ώστε να εγκαταλείψει τις προσπάθειές του. Άλλωστε είναι μία έννοια τόσο ευρεία. Ούτε επίσης και εκείνη της σοβαρής σωματικής αναπηρίας, αφού ακόμη και η μόνιμη και σε ποσοστό 100% αναπηρία έχει τη θέση της στη ζωή.

2.4 Στάση της Εκκλησίας σήμερα

Οι ιδεαλιστές πιστεύουν ότι φτάσαμε να μιλάμε για αξιοπρέπεια στον θάνατο, ή για υποβοήθηση να επισυμβεί ο θάνατος από συμπόνια γιατί υποχώρησε η αγάπη και η πίστη προς τον Θεό και τον συνάνθρωπο και αντικαταστάθηκαν από τον ωφελιμισμό και τη λογική. Όλοι οι Χριστιανοί δεν μπορούν να δεχθούν την άμεση ή έμμεση διακοπή της ζωής, διότι πιστεύουν ότι δεν έχουν αυτό το δικαίωμα. Η ζωή δεν είναι κάτι το δικό μας, κάτι που μας ανήκει, ούτε το δημιουργήσαμε εμείς για να το διαχειριζόμαστε όπως μας αρέσει.

Όταν για πρώτη φορά, στις 28 Νοεμβρίου του 2000, η Ολλανδική Βουλή - στις αρχές Απριλίου του 2002 ετέθη ο συγκεκριμένος Νόμος σε ισχύ - αποφάσισε τη νομιμοποίηση της ευθανασίας τις αμέσως επόμενες ημέρες και συγκεκριμένα στις 14 Δεκεμβρίου του ίδιου έτους η Ιερά Σύνοδος εξέδωσε Ανακοινωθέν του οποίου τα κύρια σημεία είναι τα εξής:

1. Η ζωή μας αποτελεί υπέρτατο δώρο του Θεού, η αρχή και το τέλος του οποίου βρίσκονται στα χέρια του και μόνον (Ιώβ,ιβ' 10).
2. Οι στιγμές της ζωής μας που συνδέονται με την αρχή και το τέλος της, όπως και αυτές της αδυναμίας, του πόνου και των δοκιμασιών μας εγκρύπτουν μια μοναδική ιερότητα και περιποιούν μυστήριο που απαιτεί ιδιάζοντα σεβασμό εκ μέρους των συγγενών, των ιατρών, των νοσηλευτών και της κοινωνίας.
3. Οι ίδιες στιγμές ευνοούν τον σύνδεσμο των ανθρώπων, την ανάπτυξη της κοινωνίας αγάπης, την εκδήλωση συμπόνιας και ελέους. Το αίτημα κάποιων ασθενών για ευθανασία στην ουσία αποτελεί ερώτημα της αγάπης μας προς αυτούς και της επιθυμίας μας να μείνουν κοντά μας.
4. Η ύπαρξη του πόνου στην ανθρώπινη ζωή, όπως και κάθε δοκιμασία, είναι "συνεργός προς σωτηρίαν" και ενίοτε "κρείπτων και αυτής της υγείας" κατά τον Άγιο Γρηγόριο τον Παλαμά (ΕΠΕ, Θεσσαλονίκη 1985, τ.9. σελ.264). Παρά ταύτα η Εκκλησία αναγνωρίζοντας την ασθένεια της ανθρωπίνης φύσεως πάντοτε φιλόανθρωπα ζητεί την απαλλαγή "από πάσης θλίψεως, κινδύνου και ανάγκης", ενίοτε δε εύχεται και για την ανάπαυση των οδυνομένων (ευχή εις ψυχορραγούντα). Οι άνθρωποι προσευχόμεστε, δεν αποφασίζουμε για τη ζωή και τον θάνατο.
5. Η ευθανασία ενώ δικαιολογείται κοσμικώς ως "αξιοπρεπής θάνατος" στην πραγματικότητα αποτελεί υποβοηθούμενη αυτοκτονία, δηλαδή συνδυασμό φόνου και αυτοχειρίας. Και

6. Το λεγόμενο "δικαίωμα στον θάνατο" που αποτελεί τη νομική κατοχύρωση της ευθανασίας, θα μπορούσε να μετεξελιχθεί σε απειλή της ζωής των ασθενών που αδυνατούν να ανταποκριθούν οικονομικά στις απαιτήσεις της θεραπείας και νοσηλείας τους.

3.ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Κατά την τελευταία εικοσαετία η συζήτηση για την ευθανασία εμφανίζεται με ιδιαίτερη ένταση και επιμονή στο νομικό τύπο πολλών κρατών, είτε στα πλαίσια της ιατρικής ευθύνης είτε εν σχέση με τα δικαιώματα των ασθενών (οπότε συνδέεται με την άσκηση του δικαιώματος αυτοκαθορισμού και τη συνακόλουθη δυνατότητά τους να καθορίσουν τον τρόπο και τη στιγμή του θανάτου τους). Στο ανά χείρας άρθρο παρουσιάζονται ορισμένα στοιχεία της νομολογιακής και νομοθετικής εξέλιξης στον ευρωπαϊκό χώρο.

3.1 Διεθνές Δίκαιο. Συμβούλιο της Ευρώπης - Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων

Το Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του Συμβουλίου της Ευρώπης ασχολήθηκε πρόσφατα με το θέμα της ευθανασίας, με αφορμή την περίπτωση της κας Πριπτι, μιας Αγγλίδας που πάσχει από μια εκφυλιστική ασθένεια που επιδρά στο μυϊκό σύστημα, για την οποία δεν υπάρχει θεραπεία. Η ασθένεια είναι σε προχωρημένο στάδιο και η ασθενής έχει παραλύσει από το λαιμό και κάτω, οι πνευματικές της δυνάμεις, όμως, δεν έχουν επηρεαστεί από την ασθένεια. Επειδή ο επικείμενος θάνατος προβλέπεται ότι θα συνοδεύεται από πολλούς πόνους και αγωνία η ασθενής θα ήθελε να καθορίσει η ίδια τον χρόνο και τρόπο εξόδου της από τη ζωή.

Η αυτοκτονία δεν είναι αδίκημα κατά το αγγλικό δίκαιο, η ασθενής όμως δεν είναι σε θέση να αυτοκτονήσει. Η βοήθεια σε αυτοκτονία είναι αδίκημα (άρθρο 2 παρ. 1 του ν. περί αυτοκτονίας του 1961) και η ασθενής θα ήθελε να βοηθηθεί σε αυτήν από το σύζυγό της, υπό την προϋπόθεση ότι εκείνος δεν θα υφίστατο εν συνεχεία ποινική δίωξη. Ζήτησε λοιπόν από τον Εισαγγελέα τη διαβεβαίωση ότι ο σύζυγός της δεν θα διωχθεί, το αίτημα, όμως αυτό δεν ικανοποιήθηκε. Για το λόγο αυτό προσέφυγε στις 21.12.2001 στο

Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του Συμβουλίου της Ευρώπης, το οποίο έκρινε το θέμα κατά προτεραιότητα, λόγω της καταστάσεως της ασθενούς.

Η κα Πρίπτου ισχυρίσθηκε ότι η απόφαση του Εισαγγελέως προσβάλλει το δικαίωμά της στη ζωή (άρθρο 2 της ΕΣΔΑ), το άρθρο 3 (απαγόρευση απάνθρωπης ή μειωτικής συμπεριφοράς ή τιμωρίας), το άρθρο 8 (προστασία της ιδιωτικής ζωής), το άρθρο 9 (ελευθερία της συνειδήσεως) και το άρθρο 14 (απαγόρευση της διαφοροποιημένης μεταχειρίσεως) (Πρίπτου κατά Ηνωμένου Βασιλείου, αίτηση υπ' αριθμ. 2346/02).

Συγκεκριμένα ισχυρίσθηκε ότι: Από το δικαίωμα προστασίας στη ζωή συνάγεται το δικαίωμα επιλογής του ατόμου εάν θα ζήσει και ότι το δικαίωμα να πεθάνει είναι "συμμετρικό" του δικαιώματος στη ζωή και εξίσου προστατευόμενο. Συνεπώς το κράτος υποχρεούται να προβλέψει στο εσωτερικό δίκαιο τον τρόπο ασκήσεως αυτού του δικαιώματος.

Κατά το άρθρο 3 η Κυβέρνηση υποχρεούται να λάβει θετικά μέτρα, ούτως ώστε να προστατεύσει τα άτομα από την έκθεση σε ταπεινωτική μεταχείριση. Ο μόνος αποτελεσματικός τρόπος προστασίας στη συγκεκριμένη περίπτωση θα ήταν να εξασφαλισθεί ο σύζυγός της από το ενδεχόμενο ποινικής διώξεως.

Κατά το άρθρο 8 παραβιάζεται το δικαίωμά της σε αυτοκαθορισμό, κατά το άρθρο 9 το δικαίωμά της να δημοσιοποιεί και να εκφράζει τις απόψεις της και κατά το άρθρο 14 προσβάλλεται η αρχή της απαγόρευσης διαφοροποιημένης μεταχειρίσεως έναντι εκείνων που δεν μπορούν να αυτοκτονήσουν, δεδομένου ότι οι λοιποί άνθρωποι μπορούν να ασκήσουν το δικαίωμα στο θάνατο μόνοι τους.

Το δικαστήριο δεν έκανε δεκτούς τους ισχυρισμούς της: Ως προς το άρθρο 2 το Δικαστήριο νομολόγησε ότι το άρθρο αυτό καλύπτει όχι μόνο τον εκ προθέσεως φόνο αλλά και περιπτώσεις όπου η επιτρεπόμενη χρήση βίας θα ήταν δυνατόν να καταλήξει σε στέρηση της ζωής, ως μη επιδιωκόμενο αποτέλεσμα.

Το Δικαστήριο δεν έχει πεισθεί ότι από την ερμηνεία του δικαιώματος στη ζωή είναι δυνατόν να συναχθεί, χωρίς διαστρέβλωση της γλώσσας, το διαμετρικά αντίθετο δικαίωμα, δηλαδή το δικαίωμα στο θάνατο. Ούτε θα ήταν δυνατόν να διαπλαστεί το δικαίωμα αυτοκαθορισμού υπό την έννοια ότι το άτομο θα έχει την εξουσία να επιλέξει τον θάνατο αντί της ζωής. Το Δικαστήριο συνεπώς θεωρεί ότι από το άρθρο 2 δεν είναι δυνατόν να συναχθεί ένα δικαίωμα στο θάνατο, είτε μέσω τρίτου προσώπου είτε με βοήθεια από μια δημόσια αρχή.

Ως προς το άρθρο 3, το Δικαστήριο έκρινε ότι η άποψη σύμφωνα με την οποία η ποινική δίωξη στην περίπτωση της αρωγής σε αυτοκτονία συνιστά απάνθρωπη και μειωτική συμπεριφορά, για την οποία είναι υπεύθυνο το κράτος, αποτελεί μια νέα και ιδιαίτερος ευρεία ερμηνεία της έννοιας "μεταχείριση". Το Δικαστήριο υιοθετεί μια δυναμική και ευέλικτη προσέγγιση σχετικά με την ερμηνεία της Συμβάσεως" κάθε ερμηνεία, όμως πρέπει να συμφωνεί με τους βασικούς στόχους της Συμβάσεως και τη συνοχή της ως συστήματος προστασία ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Το άρθρο 3 πρέπει να ερμηνευθεί εν αρμονία με το άρθρο 2. Το άρθρο 2 απαγορεύει πρωτεύοντος οιαδήποτε συμπεριφορά μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο ενός ατόμου και δεν χορηγεί στο άτομο καμία αξίωση να ζητήσει από το κράτος να επιτρέψει ή να διευκολύνει το θάνατό του.

Το Δικαστήριο εκφράζει τη συμπάθεια και την κατανόησή του ως προς το πρόβλημα της κας Πρίπτου. Όμως η παραδοχή της απόψεως σχετικά με την ύπαρξη θετικής υποχρέωσης από την πλευρά του κράτους θα σήμαινε ότι το κράτος οφείλει να υιοθετήσει πράξεις που αποσκοπούν στον τερματισμό της ζωής, και αυτή είναι μια υποχρέωση που δεν μπορεί να συναχθεί από το άρθρο 3.

Ως προς την προσβολή της προστασίας της ιδιωτικής ζωής το Δικαστήριο νομολόγησε ότι: Το δικαίωμα αυτό, κατά το άρθρο 8 παρ. 2 μπορεί να περιορίζεται βάσει νόμου, για σκοπό ή σκοπούς που είναι νόμιμοι και εφόσον η επιδίωξή τους ήταν αναγκαία σε μια δημοκρατική κοινωνία. Στη συγκεκριμένη περίπτωση πρέπει να ερευνηθεί εάν η

προσβολή του δικαιώματος, μέσω της σχετικής νομοθεσίας που απαγορεύει πλήρως την αρωγή σε αυτοκτονία, ήταν σύμφωνη με την αρχή της αναλογίας.

Το Δικαστήριο νομολόγησε, σε συμφωνία και με τη Βουλή των Λόρδων, ότι τα κράτη δικαιούνται να λάβουν μέτρα μέσω του γενικού ποινικού δικαίου σχετικά με πράξεις που μπορεί να θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή και την ασφάλεια των άλλων. Η συγκεκριμένη διάταξη 2 της περί αυτοκτονίας νομοθεσίας αποσκοπεί στην προστασία των αδυνάτων και ευάλωτων ατόμων και ιδιαιτέρως εκείνων που δεν είναι σε θέση να λαμβάνουν αποφάσεις μετά από ενημέρωση και που οδηγούν στον τερματισμό της ζωής τους.

Το Δικαστήριο έκρινε ότι η γενική απαγόρευση της βοήθειας σε αυτοκτονία δεν ήταν δυσανάλογη. Η Κυβέρνηση απέδειξε ότι είχε δείξει ευκαμψία σε εξατομικευμένες περιπτώσεις, δεδομένου ότι απαιτούσε τη συναίνεση της Εισαγγελίας για τη δίωξη. Επιπλέον το γεγονός ότι προβλέπονται τα ανώτατα όρια της ποινής έχει ως αποτέλεσμα ότι επιτρέπεται να επιβληθούν μειωμένες ποινές. Ο νόμος δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι περιέχει αυθαίρετες προβλέψεις εκ του γεγονότος ότι, εν όψει της σημασίας της προστασίας της ζωής, απαγορεύει τη βοήθεια σε αυτοκτονία. Αντιθέτως ο νόμος εμπεριέχει ένα σύστημα διατάξεων που επιτρέπει να ληφθούν υπόψη οι συγκεκριμένες περιστάσεις, εντός του πλαισίου του δημοσίου συμφέροντος, τόσο κατά την άσκηση της δίωξης όσο και κατά την επιβολή και την επιμέτρηση της ποινής.

Ούτε μπορεί να χαρακτηριστεί ως δυσανάλογη η άρνηση της Εισαγγελίας να υποσχεθεί εκ των προτέρων ότι δεν θα ασκούσε ποινική δίωξη κατά του συζύγου της κας Π. Κατά μιας τέτοιας υποσχέσεως θα ήταν δυνατόν να αντιταχθεί, από πλευράς εκτελεστικής εξουσίας, η αρχή του κράτους του νόμου, η οποία απαγορεύει την εκ των προτέρων εξαίρεση ενός ατόμου ή μιας κατηγορίας ατόμων από την εφαρμογή του νόμου. Σε κάθε περίπτωση, εν όψει της σημασίας της πράξεως για την οποία ζητήθηκε ασυλία, η άρνηση της Εισαγγελίας να την εγγυηθεί εκ των προτέρων δεν μπορεί να θεωρηθεί

αυθαίρετη ή παράλογη. Εν κατακλείδι η προσβολή μπορεί να θεωρηθεί ως απαραίτητη σε μια δημοκρατική κοινωνία για την προστασία τρίτων.

Ως προς το άρθρο 9 το Δικαστήριο θεώρησε ότι οι απόψεις της κας Π. δεν αποτελούν έκφραση συγκεκριμένης θρησκείας ή θεωρίας και συνεπώς δεν εμπίπτουν στο πεδίο προστασίας του άρθρου 9. Η λέξη "πρακτική" δεν καλύπτει κάθε πράξη που επηρεάζεται από μια θρησκεία ή από μια θεωρία. Οι απόψεις αποτελούσαν επαναδιατύπωση όσων η κ.Π. υπεστήριξε περί αυτονομίας στο άρθρο 8.

Τέλος ως προς την ανάγκη διαφοροποιημένης αντιμετώπισης των ατόμων που δεν μπορούν να αυτοκτονήσουν μόνα τους έναντι των υπολοίπων, το Δικαστήριο έκρινε ότι δεν υφίσταται λόγος διαφοροποίησεως για να αποκλεισθούν περιπτώσεις αυθαιρεσίας (άρθρο 14).

Η νομολογία του Δικαστηρίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων είναι σημαντική για τους εξής λόγους:

1. Αναγνωρίζει ότι δεν επιτρέπεται παραίτηση από του δικαιώματος στη ζωή ("..το άτομο δεν έχει την εξουσία να επιλέξει το θάνατο αντί της ζωής είτε μέσω τρίτου προσώπου είτε με βοήθεια από μια δημόσια αρχή"). Στη συγκεκριμένη υπόθεση το άτομο ζητούσε βοήθεια σε αυτοκτονία. Διαφορετικά τίθεται βεβαίως το θέμα, όταν κανείς ζητά να μην αρχίσει ή να διακοπεί μια θεραπεία, αποτέλεσμα της πράξεως δε αυτής μπορεί να είναι ο θάνατος. Νομίζουμε ότι η απόφαση του Δικαστηρίου δεν αναφέρεται και στην περίπτωση αυτή, διότι αυτή η ερμηνεία θα ήταν αντίθετη προς τη Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης περί Βιοϊατρικής, στην οποία κατοχυρώνεται ρητώς το δικαίωμα του ατόμου να αρνηθεί θεραπεία (άρθρο 5).

2. Εκφράζει με σαφήνεια και πληρότητα την άρνηση του Δικαστηρίου σχετικά με την ύπαρξη οιασδήποτε υποχρεώσεως εκ μέρους των κρατών εν σχέση προς τη βοήθεια για αυτοκτονία (ενεργητική ευθανασία).
3. Συμβάλλει στη διαμόρφωση της ευρωπαϊκής δημοσίας τάξης σε ένα τομέα κρατικής δραστηριότητας, ο οποίος είναι ιδιαίτερος εύθραυστος και σημαντικός: στον χώρο της υγείας. Όπως είχε νομολογήσει το Δικαστήριο σε άλλη υπόθεση, η ΕΣΔΑ γενικώς συμβάλλει στη δημιουργία μιας ευρωπαϊκής δημόσιας τάξης, εφόσον προβλέπει μια συλλογική εγγύηση των δικαιωμάτων του ανθρώπου και επιβάλλει στα κράτη - μέλη αντικειμενικές υποχρεώσεις για την προστασία τους (3). Η φύση της Συμβάσεως επιβάλλει ερμηνεία που θα αποσκοπεί στην εκπλήρωση των κοινών στόχων, ούτως ώστε οι προβλεπόμενες από τη Σύμβαση εγγυήσεις των δικαιωμάτων να καταστούν συγκεκριμένες και αποτελεσματικές.

3.2 Ευρωπαϊκή Σύμβαση ανθρωπίνων δικαιωμάτων και Βιοϊατρικής.

Η Σύμβαση αυτή, την οποία υπέγραψε η Ελλάδα στις 4.4.1997 και κύρωσε η Βουλή με το νόμο 2619 της 19.6.1998, ισχύει ως εσωτερικό δίκαιο υπερνομοθετικής ισχύος, βάσει του άρθρου 28 παρ. 1 του Συντάγματος. Η Σύμβαση αποτελεί το τελευταίο βήμα του Συμβουλίου της Ευρώπης στο πεδίο που τέμνεται από τις συνεχώς εξελισσόμενες βιοϊατρικές επιστήμες αφενός και την προστασία των ατομικών δικαιωμάτων αφετέρου.

Στη Σύμβαση δεν περιλαμβάνονται ειδικές διατάξεις σχετικά με την ευθανασία. Το θέμα είναι ιδιαίτερος ακανθώδης και δεν ήταν δυνατόν να υπάρξει συναίνεση ούτε ως προς το κατ' αρχήν επιτρεπτό ούτε ως προς τους ειδικότερους όρους που θα μπορούσαν να διέπουν τις εξαιρέσεις από τη γενική προστασία της ζωής, η οποία κατοχυρώνεται στο

άρθρο 2 της ΕΣΔΑ και εξυπνοείται ως η διέπουσα αρχή της Συμβάσεως περί Βιοϊατρικής.

Υπάρχουν, όμως, ορισμένες διατάξεις με ειδικό ενδιαφέρον για το υπό εξέταση θέμα: Σύμφωνα με το άρθρο 5 η ελεύθερη και μετά από ενημέρωση συναίνεση αποτελεί το γενικό κανόνα που θα πρέπει να διέπει την κάθε μορφής επέμβαση (:διαγνωστική, προληπτική, θεραπευτική) στον τομέα της υγείας. Όπως αναφέρεται στη συνοδεύουσα επεξηγηματική έκθεση η αρχή αυτή υπογραμμίζει την αυτονομία του ασθενούς έναντι του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και επιδιώκει να περιορίσει την πατερναλιστική συμπεριφορά, η οποία ίσως αγνοεί τις επιθυμίες του ασθενούς. Στην ίδια έκθεση αναφέρεται ότι ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται σχετικά με τη φύση, το σκοπό, τις συνέπειες και τους κινδύνους της επεμβάσεως εν σχέση προς τη δική του, συγκεκριμένη κατάσταση, όπως επίσης και σχετικά με τις πιθανές εναλλακτικές αγωγές.

Περαιτέρω, το άρθρο 9 αναφέρεται στην περίπτωση κατά την οποία ο ασθενής δεν είναι πλέον σε θέση να εκφράσει τη συναίνεσή του (διότι έχει π.χ. περιπέσει σε κώμα, ή διότι έχει γεροντική άνοια), είχε όμως την πρόνοια να εκφράσει τη βούλησή του σχετικά με το ενδεχόμενο αυτό και είχε δημοσιοποιήσει την επιθυμία του ως προς την έναρξη/συνέχιση ή τη διακοπή της θεραπείας του ή ως προς το ενδεχόμενο της δωρεάς των οργάνων του (στην περίπτωση, π.χ. του εγκεφαλικού θανάτου). Το άρθρο 9 ορίζει ότι οι επιθυμίες του ασθενούς θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, δεν επιβάλλει όμως στον ιατρό την υποχρέωση να τις ακολουθήσει υποχρεωτικώς. Αυτή η προσεκτική διατύπωση οφείλεται στον γενικό προβληματισμό σχετικά με τη δυνατότητα του ατόμου να αποφασίζει εκ των προτέρων για θέματα, για τα οποία δεν είναι δυνατόν να έχει σαφή και ασφαλή αντίληψη για τους εξής, κυρίως, λόγους:

1. Μια σοβαρή ασθένεια ενδέχεται να αλλάξει το τρόπο αντιδράσεως και σκέψης ενός ατόμου. Δεν είναι καθόλου βέβαιο ότι, ενώπιον του προσεγγίζοντος θανάτου, το άτομο εξακολουθεί να έχει την ίδια επιθυμία, την οποία εξέφρασε όταν το ενδεχόμενο αυτό ήταν απομακρυσμένο.

2. Η πρόοδος της επιστήμης είναι δυνατόν να προσφέρει προοπτικές, που ήταν άγνωστες στον ασθενή κατά τη στιγμή της δημοσιοποίησής της επιθυμίας του. Για τον λόγο αυτό συνιστάται στην επεξηγηματική έκθεση της Συμβάσεως να εκτιμά ο ιατρός εάν οι επιθυμίες του ασθενούς ισχύουν στη συγκεκριμένη περίπτωση εν όψει της τεχνολογικής προόδου της ιατρικής, όπου αυτό είναι δυνατόν.
3. Η υλοποίηση αυτής της διατάξεως επαφίεται στην εθνική νομοθεσία, που θα πρέπει να ορίσει, αν θα τηρείται κάποιος τύπος, με τον οποίο θα εκφράζεται και θα δημοσιοποιείται η βούληση του ασθενούς, όπως επίσης και τους όρους, υπό τους οποίους η βούληση αυτή εκφράζεται εγκύρως ή ανακαλείται. Από τη διάταξη, πάντως, του άρθρου 5 και υπό προϋποθέσεις και του άρθρου 9, σε συνδυασμό με την προστασία της αξιοπρέπειας που προβλέπει το άρθρο 1 της Συμβάσεως, συνάγεται ότι ο ασθενής μπορεί να αρνηθεί οιαδήποτε επέμβαση ή θεραπεία, ακόμη και αν δεν είναι προς το συμφέρον του. Υπέρ της ερμηνείας αυτής συνηγορεί και η διάταξη του άρθρου 26 παράγραφος 1, που αναφέρεται στους περιορισμούς των δικαιωμάτων που κατοχυρώνονται από τη Σύμβαση: Σύμφωνα με αυτή, τα δικαιώματα, μεταξύ των οποίων και το άρθρο 5, είναι δυνατόν να περιορισθούν για την εξυπηρέτηση συλλογικών αγαθών, όπως είναι η δημοσία ασφάλεια, η πρόληψη του εγκλήματος, η προστασία της δημόσιας υγείας ή τα δικαιώματα και οι ελευθερίες τρίτων (όχι, δε, και τα δικαιώματα ή οι ελευθερίες του ίδιου του ασθενούς).

Επιπλέον επιχείρημα εξ αντιδιαστολής είναι δυνατόν να συναχθεί από το άρθρο 6, παράγραφος 1, το οποίο προβλέπει ότι επιτρέπονται οι επεμβάσεις στα πρόσωπα που δεν έχουν ικανότητα συναινέσεως, όπως είναι οι ανήλικοι ή τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, εφόσον

εξυπηρετούν το άμεσο συμφέρον τους. Για τις επεμβάσεις αυτές απαιτείται η συναίνεση του αρμοδίου και επιφορτισμένου με την επιμέλειά τους ατόμου ή οργάνου (άρθρο 6 παρ. 3).

Ειδικώς ως προς τα άτομα με ψυχικές διαταραχές προβλέπεται στο άρθρο 7 ότι επεμβάσεις χωρίς συναίνεση επιτρέπονται μόνον εάν είναι απαραίτητες για να αποτραπεί σοβαρή βλάβη της υγείας τους. Με το άρθρο 7, δηλαδή, προστίθεται ακόμη μια προϋπόθεση (:η προστασία της υγείας του ψυχικώς πάσχοντος), στις ήδη προαναφερθείσες προϋποθέσεις του άρθρου 26, οι οποίες προβλέπουν περιορισμό των δικαιωμάτων της Συμβάσεως. Με τη ρύθμιση αυτή επιδιώκεται να προστατευθεί αφενός η υγεία του ασθενούς (:η θεραπεία χωρίς συναίνεση επιτρέπεται μόνο εάν είναι απαραίτητη για τη σωτηρία της υγείας του) και αφετέρου αυτονομία του (: η θεραπεία χωρίς συναίνεση απαγορεύεται, στην περίπτωση που δεν κινδυνεύει η υγεία του).

Κατά την τελική εκτίμηση του ιατρού σχετικά με την διακοπή ή συνέχιση της θεραπείας δεν θα πρέπει να εμφολωθούν χρησιμοθηρικές εκτιμήσεις (π.χ. σχετικά με το οικονομικό κόστος και την επιβάρυνση της οικογένειας ή της νοσοκομειακής μονάδας), δεδομένου ότι στο άρθρο 2 της Συμβάσεως ορίζεται ρητώς ότι το συμφέρον και η ευημερία του ατόμου υπερισχύουν έναντι του συμφέροντος της κοινωνίας ή της επιστήμης.

3.3 Ευθανασία ανά τον κόσμο

Ο τρόπος με τον οποίο ρυθμίζονται τα θέματα της ευθανασίας ποικίλλει αναλόγως των ηθικών αξιών της κάθε χώρας και του νομικού της πολιτισμού.

Ως βασικός κανόνας ισχύει η αρχή ότι οιαδήποτε αφαίρεση ζωής θεωρείται έγκλημα και τιμωρείται. Κατά τα τελευταία έτη, όμως, εμφανίζεται μια ανοχή σχετικά με την "παθητική ευθανασία", κατά την οποία ο ιατρός διακόπτει την παροχή τροφής και ενυδατώσεως σε ασθενείς που ευρίσκονται σε χρόνια φυτική κατάσταση, μετά από αίτημα των συγγενών τους, ή εάν έχουν οι ίδιοι εκφράσει σχετική άποψη προ της επιδεινώσεως της υγείας τους. Υπάρχουν, δηλαδή, περιπτώσεις, κατά τις οποίες ο ιατρός που προβαίνει στην διακοπή θεραπείας απαλλάσσεται, διότι αυτό θεωρείται ότι επέβαλλε το συμφέρον του ασθενούς (αγγλικό και ιρλανδικό δίκαιο), ή διότι αυτή την επιθυμία του ασθενούς οφείλει να σεβαστεί ο ιατρός (προηγούμενες δηλώσεις βουλήσεως- advance directives), ή διότι αυτό επιτάσσει το δικαίωμα του ατόμου να αποφασίζει, υπό προϋποθέσεις για το θάνατό του. Πρόκειται για το δικαίωμα για ένα αξιοπρεπή θάνατο, το οποίο έχει επεξεργασθεί κυρίως η γερμανική θεωρία και νομολογία.

Η θεσμοθέτηση, πάντως, των προηγούμενων "δηλώσεων βουλήσεως" προκαλεί διεθνώς πολλές αντιδράσεις, διότι είναι δύσκολο να ελεγχθεί εάν αποτελούν προϊόν άμεσης ή έμμεσης πίεσεως από πλευράς συγγενών. Όπως αναφέρεται και στην Ειδική Επιτροπή εξετάσεως βιοηθικών ζητημάτων της Βουλής των Λόρδων του 1994, τα ευάλωτα άτομα είναι ενδεχόμενο να πιεσθούν ποικιλοτρόπως για να υπογράψουν αυτές τις δηλώσεις, και η προοπτική καταχρήσεως είναι ορατή: Τα αυξημένα έξοδα νοσηλείας ενός ασθενούς ή η προσμονή κληρονομιών είναι δυνατόν να ωθήσουν τους συγγενείς να επηρεάσουν τον ασθενή προς την κατεύθυνση της άρνησης θεραπείας. Θα ήταν υπερβολική επιβάρυνση, για τον ήδη υπεραπασχολημένο ιατρό να πρέπει να κρίνει κατά περίπτωση εάν κάθε "δήλωση" είναι προϊόν ελεύθερης βούλησης ή εξαναγκασμού.

Η κοινή γνώμη και ο νομικός και ο ιατρικός κόσμος στις περισσότερες χώρες είναι αντίθετοι με την αποποινικοποίηση της "ενεργητικής ευθανασίας" (: κατά την οποία ο ιατρός παρέχει στον ασθενή το κατάλληλο φάρμακο για να αυτοκτονήσει ή το χορηγεί ο

ίδιος) λόγω των πολλών κινδύνων που εμπρικλείει. Τους λόγους συνόψισε η Έκθεση του New York State Task Force του 1995: Δεδομένου ότι το σύστημα υγείας μας δεν μπορεί να θεραπεύσει τον πόνο, ή να διαγνώσει και να θεραπεύσει την κατάθλιψη θα ήταν ιδιαίτερος επικίνδυνος για τους ασθενείς να νομιμοποιήσουμε την μέσω ιατρού βοήθεια σε αυτοκτονία ή την εκούσια ευθανασία. Πραγματικός αυτός ο κίνδυνος θα ήταν ακόμη μεγαλύτερος για τους ηλικιωμένους και τους φτωχούς, για ανθρώπους που είναι σε κοινωνικά άσχημη κατάσταση ή για εκείνους που δεν έχουν πρόσβαση στο σύστημα υγείας. Σ' αυτό το σημείο εντοπίζεται και ο κίνδυνος: Μήπως από το δικαίωμα στο θάνατο ολισθήσει η κοινωνία στο "καθήκον στο θάνατο". Το να θεσμοποιηθεί η βοήθεια στην αυτοκτονία θα ισοδυναμούσε με την αναγνώριση ενός δικαιώματος στο θάνατο, ενώ το μόνο δικαίωμα που μπορεί να διεκδικήσει κανείς είναι το δικαίωμα να υπερασπίζεται τη σωματική του ακεραιότητα έναντι προσβολών από τρίτα μέρη και να εξασφαλίσει στον εαυτό του τη δυνατότητα να πεθάνει από φυσικό θάνατο".

Κινήσεις για νομοθετική διευθέτηση του θέματος με παράλληλη τροποποίηση του Ποινικού Κώδικα παρατηρούνται σε αρκετές χώρες: Στη Γερμανία οι προσπάθειες στη δεκαετία του 90 δεν απέδωσαν, στην Ολλανδία και το Βέλγιο οδήγησαν στην ψήφιση σχετικών νόμων. Στα πλαίσια αυτού του άρθρου παρουσιάζουμε ορισμένα στοιχεία από τη νομοθετική και νομολογιακή εξέλιξη σε ορισμένες χώρες.

Ολλανδία και Βέλγιο

Το ζήτημα της ευθανασίας άρχισε να συζητείται στην Ολλανδία κυρίως μετά το 1973, ως συνέπεια της εκδόσεως δύο βιβλίων που άσκησαν μεγάλη επίδραση στο κοινό. Συγχρόνως άρχισε και η διερεύνηση των προθέσεων του κοινού. Σύμφωνα με τις δημοσκοπήσεις κατά το 1975 το 52,6 του πληθυσμού ήταν υπέρ, το 1995 το 71% και το 1998 ο αριθμός ανέβηκε στο 88%. Από τους πιστούς της Καθολικής Εκκλησίας το 1995 το 69% είχαν θετική γνώμη, το 82% της Ολλανδικής Μεταρρυθμιστικής Εκκλησίας, το 46%

των Καλβινιστών και το 42% από τα άλλα δόγματα.

Το 1982 συστήθηκε η κρατική Επιτροπή, που παρέδωσε το πόρισμά της το 1985. Αν και το πόρισμα δεν έγινε γενικά αποδεκτό, θεωρείται ότι συνετέλεσε σημαντικά στην συνειδητοποίηση του προβλήματος, δεδομένου ότι η σύσταση αυτού του τύπου επιτροπών προβλέπεται μόνο για ιδιαίτερος σοβαρά θέματα. Το 1984 ο Ολλανδικός Ιατρικός Σύλλογος διετύπωσε ορισμένα κριτήρια, τα οποία θα όφειλαν να ακολουθούν οι ιατροί, σε περίπτωση ευθανασίας. Αργότερα ο Σύλλογος και το Υπουργείο Δικαιοσύνης συμφώνησαν να τηρείται μια διαδικασία ενημερώσεως των αρμοδίων υπηρεσιών: Ο ιατρός δεν θα εκδίδει πιστοποιητικό θανάτου αλλά θα ενημερώνει πρώτα τις αρχές, οι οποίες θα ελέγχουν εάν τηρήθηκαν οι προβλεπόμενοι όροι και σε θετική περίπτωση ο Εισαγγελέας δεν θα κινείται κατά του ιατρού. Η διαδικασία αυτή συνέβαλε στην προθυμία των ιατρών να γνωστοποιούν τις περιπτώσεις ευθανασίας (454 το 1990 και 1392 το 1992). Αργότερα ο Ιατρικός Σύλλογος ζήτησε η διαδικασία αυτή να μεταφρασθεί σε νόμο.

Στην Ολλανδία η ευθανασία είναι μια πράξη: ο ιατρός προκαλεί το θάνατο με συγκεκριμένη ενέργεια και όχι με παράλειψη ενέργειας, π.χ. σταματώντας μια θεραπεία. Πράξεις οι οποίες είναι δυνατόν να προκαλέσουν θάνατο, ως "συνεπαγόμενη συνέπεια"(π.χ. αναλγητικά που συντομεύουν τη διάρκεια της ζωής) δεν θεωρείται ότι συνιστούν πράξη ευθανασίας. Στην περίοδο 1986 - 1989 υποβλήθηκαν 5000 αιτήσεις για ευθανασία κατ' έτος. Αφορούσαν κακοήθεις ασθένειες (καρκίνο του πνεύμονος στους άνδρες και καρκίνο του στήθους στις γυναίκες). Ως αιτία αναφέρθηκε ο αφόρητος σωματικός και ψυχικός πόνος. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία το 1995 πέθανε με ευθανασία 3.500 άτομα, που σημαίνει 2,4% όλων των θανάτων. Σε ποσοστό 70% των περιπτώσεων αυτό έγινε από τον οικογενειακό ιατρό (στην Ολλανδία όλοι έχουν οικογενειακό ιατρό) με τον οποίο ο ασθενής συνήθως έχει μακροχρόνιες και στενές σχέσεις. Λίγες περιπτώσεις αναφέρθηκαν από νοσοκομεία και ελάχιστες από το χώρο της ψυχιατρικής.

Σημαντικό γεγονός απετέλεσε η δίκη σχετικά με μια γυναίκα, στην οποία παρεσχέθη βοήθεια από ένα ψυχίατρο για να αυτοκτονήσει. Έπασχε από κατάθλιψη συνεπεία θλιβερών γεγονότων (διαζύγιο και θάνατοι των δύο παιδιών της) και ο ιατρός της, μετά από λίγες συναντήσεις, θεώρησε ότι η κατάστασή της ήταν αφόρητη και χωρίς ελπίδα ίασεως. Συμβουλευτήκε 7 ανεξάρτητους ιατρούς που επιβεβαίωσαν την άποψή του- κανείς δεν εξέτασε προσωπικώς τη γυναίκα. Δεν εξακριβώθηκε εάν η γυναίκα ήταν και ψυχικώς ασθενής. Η τελική απόφαση εκδόθηκε από τον Ολλανδικό Άρειο Πάγο και είναι σημαντική διότι νομολόγησε ότι βοήθεια σε αυτοκτονία θα πρέπει να παρέχεται ακόμη και ψυχικώς ασθενείς που είναι σε θέση να αποφασίσουν σχετικώς. Στην προκείμενη περίπτωση επρόκειτο περί καταθλίψεως, που δεν υπάγεται στις ψυχιατρικές παθήσεις, αλλά το αίτημα της ασθενούς έγινε δεκτό βάσει των γενικών αρχών της κατάστασης ανάγκης που μπορεί να έχει εφαρμογή στις σωματικές και στις ψυχικές παθήσεις. Το Δικαστήριο έκρινε ότι ο ιατρός θα έπρεπε να είχε στείλει τη γυναίκα για αγωγή σε ψυχίατρο, να είχε ζητήσει την υποχρεωτική εισαγωγή της σε ίδρυμα και να είχε προτείνει εξέτασή της ασθενούς και από ένα άλλο ιατρό. Εν κατακλείδι, το Δικαστήριο καταδίκασε τον ιατρό αλλά δεν επέβαλε ποινή.

Το 1995 εμφανίσθηκε και η περίπτωση ευθανασίας σε ένα νεογέννητο, με σοβαρό πρόβλημα, που διαγνώσθηκε από πολλούς ιατρούς. Η ιατρική αγωγή θεωρήθηκε μάταιη. Μετά από συμφωνία με νευρολόγο και νευροχειρουργό και τη σύμφωνη γνώμη των γονέων, που δεν ήθελαν να ταλαιπωρηθεί το παιδί τους, ο θεράπων ιατρός αποφάσισε να θέσει τέλος στη ζωή του. Στο ποινικό δικαστήριο ο ιατρός αναφέρθηκε στην κατάσταση ανάγκης, λόγω της υγείας του βρέφους και της συνεχούς και επαναλαμβανόμενης επιθυμίας των γονέων. Το δικαστήριο δέχθηκε ότι για την ύπαρξη κατάστασης ανάγκης πρέπει να συντρέχουν τα εξής στοιχεία: αφόρητος και χωρίς προοπτικές θεραπείας πόνος" επαναλαμβανόμενη και σταθερή επιθυμία των γονέων" συμφωνία της ιατρικής πρακτικής με την ιατρική δεοντολογία. Ο ιατρός αθώωθηκε, αν και η απόφαση

Πρόσφατα ψηφίσθηκε νόμος, ο οποίος ισχύει από την 1. Ιανουαρίου 2002. Σύμφωνα με αυτόν δεν αποτελεί έγκλημα η πράξη του ιατρού, η οποία χαρακτηρίζεται ως "αρωγή σε αυτοκτονία" και η οποία είναι δυνατόν να συνίσταται σε παροχή των καταλλήλων φαρμάκων ή σε κάποια άλλη μέθοδο, εάν συντρέχουν σωρευτικός οι ακόλουθες προϋποθέσεις:

Εάν ο ασθενής αυτοβούλως και μετά από σοβαρή σκέψη υποβάλει το σχετικό αίτημα.

Εάν ο ασθενής υποφέρει σε συνθήκες αφόρητης οδύνης και η κατάστασή του δεν επιτρέπει προοπτικές βελτιώσεως.

Εάν ο ιατρός έχει ενημερώσει τον ασθενή για την κατάσταση και τις προοπτικές του.

Εάν ο ιατρός έχει καταλήξει στο συμπέρασμα, μαζί με τον ασθενή, ότι δεν υπάρχει σοβαρή εναλλακτική πρόταση εν σχέση προς την κατάστασή του.

Εάν ο ιατρός έχει συσκεφθεί τουλάχιστον με ένα άλλο ανεξάρτητο ιατρό, ο οποίος πρέπει να έχει δει τον ασθενή και να έχει γνωμοδοτήσει γραπτώς ως προς την εκπλήρωση των πρώτων τεσσάρων προϋποθέσεων που θέτει ο νόμος.

Τέλος ορίζεται ότι ο ιατρός οφείλει να θέσει τέλος στη ζωή του ασθενούς ή να προσφέρει την αντίστοιχη βοήθεια στην αυτοκτονία του με την οφειλομένη ιατρική φροντίδα και προσοχή (Κεφάλαιο 2, Τμήμα 2, παράγραφος 1).

Για ασθενείς ηλικίας 16 ετών και άνω προβλέπεται ότι, σε περίπτωση που δεν είναι σε θέση να εκφράσουν τη βούλησή τους, θα λαμβάνεται υπόψη γραπτή δήλωση την οποία ενδεχομένως έχουν συντάξει κατά την εποχή που ήταν ακόμη εις θέση να κάνουν μια λογική εκτίμηση της κατάστασης και του συμφέροντός τους και στην οποία θα ζητούν τερματισμό της ζωής τους. Στην περίπτωση αυτή ο θεράπων ιατρός υποχρεούται να συμμορφωθεί με την επιθυμία τους, τηρώντας τις λοιπές προϋποθέσεις του νόμου (Κεφάλαιο 2, Τμήμα 2, παράγραφος 2).

Εάν πρόκειται περί ανηλίκου μεταξύ 16 και 18 ετών, ο οποίος θεωρείται ότι είναι σε θέση να κάνει μια λογική εκτίμηση των συμφερόντων του, τότε ο θεράπων ιατρός θα επιτρέπεται να υποστηρίξει το αίτημα του ασθενούς σχετικά με τον τερματισμό της ζωής του, αφού προηγουμένως ακούσει τη γνώμη των γονέων του ή των ατόμων που ασκούν τη γονική μέριμνα (Κεφάλαιο 2, Τμήμα 2, παράγραφος 3).

Σε περίπτωση που ο ασθενής είναι παιδί μεταξύ 12 και 16 ετών, και θεωρείται ικανός να κάνει μια λογική εκτίμηση του συμφέροντός του, τότε ο θεράπων ιατρός επιτρέπεται να συμφωνήσει με το αίτημα, εάν οι γονείς αδυνατούν να συμφωνήσουν στον τερματισμό της ζωής του (Κεφάλαιο 2, Τμήμα 2, παράγραφος 4).

Όλες οι περιπτώσεις αυτές θα πρέπει να ανακοινώνονται σε ειδικές τοπικές επιτροπές, αποτελούμενες από μονό αριθμό μελών, (τουλάχιστον, όμως τριών) και στις οποίες θα συμμετέχει ως πρόεδρος ένας νομικός με ειδικές γνώσεις στα θέματα αυτά, ένας ιατρός και ένας ειδικός σε ηθικά ή δεοντολογικά προβλήματα (Κεφάλαιο 3, Τμήμα 3). Τα μέλη των επιτροπών αυτών, όπως επίσης και τον γραμματέα μαζί με τον αναπληρωτή του, που πρέπει να είναι νομικοί, διορίζει για μια περίοδο 6 ετών ο αρμόδιος υπουργός. Οι αποφάσεις λαμβάνονται με απλή πλειοψηφία (Κεφάλαιο 3, Τμήμα 4 και Τμήμα 12).

Η επιτροπή αυτή εκτιμά εάν ο θεράπων ιατρός έχει τηρήσει τα κριτήρια που θέτει ο νόμος, μπορεί να του ζητήσει έκθεση γραπτώς ή προφορικώς, εφόσον το θεωρήσει απαραίτητο, για να μπορέσει να αξιολογήσει τη συμπεριφορά του και μπορεί να ζητήσει επιπλέον πληροφορίες από τον ιατρό της κοινότητας, από τον δεύτερο ιατρό ή από το νοσηλευτικό προσωπικό (Κεφάλαιο 3, Τμήματα 8). Η επιτροπή συντάσσει έκθεση και την κοινοποιεί στον ιατρό σε διάστημα 6 εβδομάδων. Επίσης ενημερώνει το γραφείο του Εισαγγελέως και το Γραφείο του τοπικού επιθεωρητή δημοσίας υγείας εάν ο ιατρός, κατά την άποψή της, δεν έχει τηρήσει τα κριτήρια που θέτει ο νόμος (κεφ. 3, Τμήμα 9).

Η Επιτροπή οφείλει να τηρεί αρχεία, για όλες τις αναφερόμενες περιπτώσεις (Τμήμα 11).

Οι πρόεδροι των τοπικών επιτροπών θα συναντώνται τουλάχιστον δις του έτους, για να συζητήσουν τις μεθόδους και τον τρόπο δράσης των επιτροπών, παρουσία

εκπροσώπων της Εισαγγελίας και της Υπηρεσίας Επιθεωρητών Δημοσίας Υγείας (Τμήμα 13).

Τα μέλη των επιτροπών δεν θα εκφέρουν απόψεις σχετικά με την πρόθεση ιατρού να βοηθήσει σε αυτοκτονία ασθενή του (Τμήμα 16).

Κάθε Απρίλιο η Επιτροπή θα υποβάλει στον Υπουργό Έκθεση σχετικά με τον αριθμό των υποθέσεων, για τις οποίες έχει ενημερωθεί, τη φύση των περιπτώσεων και τη δική της τεκμηριωμένη αξιολόγηση σε κάθε υπόθεση (Τμήμα 17)

Όπως προκύπτει ήδη από την ανάγνωση του νόμου, ορισμένα σημεία του προκαλούν ανησυχία διότι ενδέχεται να επιτρέψουν βιαστικές και αδικαιολόγητες αποφάσεις ή να επιτρέψουν την άσκηση έμμεσης πίεσεως σε ευάλωτα άτομα μεγάλης ηλικίας και αδύνατης οικονομικής κατάστασης.

1. Ο νόμος αναφέρεται εν γένει σε αφόρητη κατάσταση, που μπορεί να σημαίνει κάθε μορφής ενόχληση, ψυχική ασθένεια ή και κατάθλιψη. Εάν όμως δοθεί κατάλληλη αγωγή για την κατάθλιψη μπορεί ο ασθενής να εγκαταλείψει τις περί θανάτου ιδέες του. Επιπλέον στη διεθνή βιβλιογραφία τονίζεται ότι πολλές φορές η αίτηση για ευθανασία οφείλεται στην ελλιπή αναλγητική αγωγή. Εάν δοθούν τα αποτελεσματικά φάρμακα, τότε τα αιτήματα των ασθενών υποχωρούν.
2. Ο νόμος δεν προβλέπει πώς θα δίνεται η συναίνεση του ασθενούς, διότι αυτό θεωρήθηκε ότι ανήκει στον ιδιωτικό χώρο της σχέσεως ιατρού ασθενούς. Η έλλειψη τεκμηριώσεως, όμως αποτελεί κίνδυνο και για τον ιατρό και για τον ασθενή.
3. Επιτρέπει σε ένα παιδί μεταξύ 12 και 16 ετών να αποφασίσει για ένα τόσο σοβαρό θέμα, ενώ είναι γνωστός ο ευμετάβολος ψυχικός κόσμος των παιδιών και ειδικώς των εφήβων. Επιπλέον η εξέλιξη της επιστήμης μπορεί να επιτρέψει σε ένα παιδί να ζησει, εάν καθυστερήσει αυτή την απόφαση.
4. Προβλέπει την εκ των υστέρων εξέταση του θέματος από την ειδική επιτροπή, με ενδεχόμενο τον κίνδυνο εκπλήξεων: Σε ένα θέμα τόσο

ευαίσθητο, για το οποίο δεν υπάρχουν και δεν μπορεί να υπάρχουν κανόνες κοινής αποδοχής, ο ιατρός αφήνεται ουσιαστικά ακάλυπτος.

Επίσης, ολλανδοί ιατροί και πανεπιστημιακοί υποστήριξαν το νομοθέτημα, επισημαίνοντας ότι η ευθανασία ασκείται αυτή τη στιγμή σε πολλές χώρες του κόσμου, υπό καθεστώς παρανομίας και δίχως τον παραμικρό κρατικό έλεγχο. Εκτιμούν μάλιστα ότι ο νόμος εξασφαλίζει πως η μέθοδος της ευθανασίας δεν θα χρησιμοποιείται παρά μόνο σε περιπτώσεις ετοιμοθάνατων ασθενών, για τους οποίους η συμβατική ιατρική δεν μπορεί να κάνει τίποτε.

Στοιχεία του ολλανδικού υπουργείου Υγείας δείχνουν ότι το 90% των περιπτώσεων ευθανασίας από το 1997 αφορούν ετοιμοθάνατους καρκινοπαθείς. 2.123 περιπτώσεις ευθανασίας αναφέρθηκαν για το 2000. Οι Αρχές εκτιμούν ότι ο αριθμός αυτός θα αυξηθεί με τον νέο νόμο, καθώς η νομική θέση των ιατρών θα ξεκαθαρίσει, έπειτα από χρόνια αβεβαιότητας. Παρά τη νομιμοποίηση της ευθανασίας, όμως, η συζήτηση στην Ολλανδία διεξάγεται γύρω από την ερμηνεία της «ανυπόφορης διαβίωσης». Δικαστική απόφαση σταθμός, του περασμένου Δεκεμβρίου, αναφέρει ότι οι ασθενείς που δηλώνουν ότι «κουράσθηκαν από τη ζωή» δεν εμπίπτουν στην κατηγορία της ανυπόφορης διαβίωσης, παρόλο που πολλοί ψυχικά ασθενείς θα ήθελαν να συμπεριληφθούν στο πρόγραμμα ευθανασίας.

Ο νέος νόμος μπορεί επίσης να δημιουργήσει προβλήματα σε ιατρούς, των οποίων οι ασθενείς θα εκτιμούν ότι ικανοποιούν τις προϋποθέσεις του νόμου. Η συζήτηση γύρω από την «ανυπόφορη διαβίωση» αναζωπύρωσε επίσης την αντιπαράθεση σχετικά με τη φροντίδα των ετοιμοθάνατων ασθενών στην Ολλανδία και την ενίσχυση των μεθόδων ανακούφισης των πόνων τους.

Ηνωμένο Βασίλειο και Ιρλανδία

Κατά το αγγλικό δίκαιο η αφαίρεση ζωής είναι έγκλημα, ανεξαρτήτως των κινήτρων του δράστη, όπως επίσης και η αρωγή σε αυτοκτονία (νόμος περί αυτοκτονίας του 1961,

άρθρο 2). Και οι δύο περιπτώσεις αφορούν σε θετική ενέργεια, μέσω της οποίας επέρχεται ο θάνατος (ενεργητική ευθανασία). Διαφορετικά αντιμετωπίζεται το θέμα στην περίπτωση της "έμμεσης ευθανασίας", κατά την οποία ο ιατρός χορηγεί παυσίπονο που ενδέχεται να έχει ως αποτέλεσμα το θάνατο του ασθενούς. Στην περίπτωση αυτή ο ιατρός δεν διώκεται εάν αποδείξει ότι πρωταρχικός του στόχος ήταν να ανακουφίσει τους πόνους του ασθενούς.

Η απόφαση του ασθενούς να μην υποβληθεί σε αγωγή ή θεραπεία γίνεται σεβαστή, ως έκφραση της αυτονομίας του ασθενούς, ακόμη και αν είναι προφανές σε όλους, συμπεριλαμβανομένου του ασθενούς, ότι είναι δυνατόν να προκληθούν αρνητικές συνέπειες ή ακόμη και ο θάνατός του.

Σε μια πρόσφατη υπόθεση κρίθηκε το θέμα της "παθητικής ευθανασίας", κατά την οποία ο θάνατος επέρχεται λόγω της διακοπής της παροχής τροφής και ενυδατώσεως του ασθενούς. Στην απόφαση *Airdale NHS Trust v Bland* του 1993 το Δικαστήριο επέτρεψε να διακοπεί η τεχνητή παροχή τροφής και ενυδατώσεως σε νεαρό ασθενή, που βρισκόταν σε χρόνια φυτική κατάσταση, μη αναστρέψιμη. Στην περίπτωση αυτή είναι μεν βεβαία η επέλευση του θανάτου, ο ιατρός, όμως δεν ενεργεί παρανόμως, διότι η διατήρηση της ζωής του ασθενούς σε συνεχή εξάρτηση από τα ιατρικά μηχανήματα και χωρίς προοπτική βελτιώσεως της υγείας του δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι προς το συμφέρον του (to the patient`s best interests).

Παρόμοια υπόθεση έκρινε και το Ιρλανδικό Ακυρωτικό Δικαστήριο και απεφάσισε για την τύχη μιας γυναίκας που βρισκόταν σε σχεδόν φυτική κατάσταση επί περίπου 23 έτη, διατηρούσε, όμως ελάχιστα στοιχεία διανοητικής ικανότητας. Οι συγγενείς της γυναίκας, με σύμφωνη γνώμη και δύο θεολόγων, είχαν ζητήσει από τους ιατρούς και το νοσοκομείο να διακόψουν την τεχνητή παροχή τροφής και ενυδάτωσης. Το προσωπικό του νοσοκομείου αρνήθηκε για λόγους ιατρικής δεοντολογίας να διακόψει την αγωγή ή να επιτρέψει τη μεταφορά της ασθενούς σε άλλο ίδρυμα. Εν συνεχεία οι συγγενείς κατέφυγαν στη δικαιοσύνη και τελικώς εκδόθηκε κατά πλειοψηφία η απόφαση του Ακυρωτικού, η οποία επέτρεπε στους συγγενείς να μεταφέρουν την ασθενή σε άλλο νοσοκομείο. Το

Δικαστήριο έκρινε βάσει της αρχής του συμφέροντος του ασθενούς και νομολόγησε ότι η διακοπή των παροχών αυτών ήταν σύμφωνη με τα συνταγματικώς κατοχυρωμένα δικαιώματα προστασίας της ζωής (άρθρα 40.3.1. και 40.3.2. του Ιρλανδικού Συντάγματος), της σωματικής ακεραιότητας, της ιδιωτικής ζωής και της αυτονομίας. Για την εκτίμηση του "συμφέροντος της ασθενούς" οι δικαστές εξέτασαν διάφορα στοιχεία όπως: την κατάσταση της ασθενούς, την επεμβατική και επώδυνη αγωγή, την έλλειψη προοπτικής θεραπείας ή βελτιώσεως της καταστάσεώς της, τη διάρκεια της καταστάσεώς της, την επιθυμία της μητέρας και των άλλων μελών της οικογένειας, τη γνώμη της ιατρικής κοινότητας και του νοσηλευτικού προσωπικού, την άποψη της θρησκείας και τα συνταγματικά δικαιώματα της ασθενούς.

Γαλλία

Στη Γαλλία διεξάγεται έντονη συζήτηση σχετικά με το ενδεχόμενο να επιτραπεί υπό προϋποθέσεις η ευθανασία, μέχρις στιγμής, όμως, ισχύουν οι γενικές αρχές του Ποινικού Δικαίου, που απαγορεύουν την αφαίρεση της ζωής και προβλέπουν υψηλές ποινές για το δράστη(άρθρα 221-1, 221-3 και 221-5).

Πρόσφατη νομοθεσία αντιμετωπίζει με ιδιαίτερη ευαισθησία τη φροντίδα των ασθενών κατά τις τελευταίες στιγμές της ζωής τους : Ο νόμος της 9 Ιουνίου 1999 αναφέρεται στο δικαίωμα σε αναλγητική φροντίδα, και προβλέπει ότι θα μπορεί παρέχεται κατ' οίκον ή σε ίδρυμα. Ο νόμος επιδιώκει να απαλύνει τον πόνο και να ηρεμήσει το ψυχικό άλγος, να βοηθήσει τους ασθενείς να διατηρήσουν την αξιοπρέπειά τους και να υποστηρίξει τους συγγενείς τους.

Στο άρθρο 4 προβλέπεται η δημιουργία ειδικών μονάδων στα νοσοκομειακά ιδρύματα, και στο άρθρο 5 ορίζεται ότι η κοινωνική ασφάλιση θα επεξεργασθεί τον τρόπο καταβολής των εξόδων. Εκπαιδευμένοι εθελοντές θα συμμετέχουν στην τελευταία φάση της ζωής του ασθενούς σε ειδικά ιδρύματα, εξασφαλίζοντας σεβασμό και αξιοπρέπεια (άρθρο 10). Τέλος προβλέπεται άδεια άνευ αποδοχών για συγγενείς (συζύγους,

συμβιούντες συντρόφους, γονείς και παιδιά), για να συμπαρασταθούν στις τελευταίες ημέρες του ασθενούς (άρθρα 11 και 12).

Στο νέο άρθρο L 1 C κατοχυρώνεται το δικαίωμα άρνησης του ασθενούς ως προς οιασδήποτε εξέταση ή θεραπεία. Μέχρι πρότινος η προστασία της ζωής εθεωρείτο κατά τη νομολογία πιο σημαντική από το σεβασμό της επιθυμίας του ασθενούς. Κατά το άρθρο 36 ο ιατρός πρέπει να σεβασθεί την επιθυμία του ασθενούς για εξέταση ή θεραπεία, αφού τον ενημερώσει για τις συνέπειες της απόφασής του.

Αυστραλία

Εφαρμόστηκε το 1995 πειραματικά. Το 1996 στις βόρειες πολιτείες νομιμοποιήθηκε η υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Με ψήφιση νέου νόμου από το Κοινοβούλιο απαγορεύθηκε το 1997.

Γερμανία

Επιτρέπεται μόνο στο κρατίδιο της Εσσης για ασθενείς που βρίσκονται σε κώμα.

Ελβετία

Επιτρέπεται η υποβοηθούμενη αυτοκτονία ενηλίκων που πάσχουν από ανίατες ασθένειες και ζητούν επίμονα την ευθανασία.

Ισπανία

Είναι παράνομη αν και πρόσφατα προβλήθηκε βίντεο παραπληγικού που διεκδικούσε και τελικά πέτυχε το δικαίωμά του στην ευθανασία.

Ιταλία

Θεωρείται παράνομη. Εν τούτοις μεμονωμένες περιπτώσεις έχουν πραγματοποιηθεί.

Κίνα

Είναι παράνομη, έχει όμως υποβληθεί πρόταση νόμου στο Εθνικό λαϊκό Κογκρέσο.

Ινδία

Είναι σε διαφορετικό πρίσμα. Επειδή η ιατρική περίθαλψη είναι ακριβή οι πτωχοί στέλνονται στο σπίτι τους να πεθάνουν.

Ιαπωνία

Η νομοθεσία δεν καλύπτει τούς γιατρούς που θέτουν ενεργά τέρμα στη ζωή ασθενών που υποφέρουν.

Βρετανία

Είναι εκτός νόμου αν και αποτελεί την έδρα της "Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Σωματείων για το δικαίωμα στο θάνατο". Το ιατρικό προσωπικό μπορεί να λαμβάνει αποφάσεις.

4. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΟΥΝ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ-ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ, ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

4.1 Κοινωνία και οικογένεια

Έγινε μια μελέτη η οποία αρχικά εξετάζει και συγκρίνει το βαθμό στον οποίο η ευθανασία (σε αυτή τη μελέτη περιγράφεται ως «τερματισμός της ζωής των αθεράπευτα αρρώστων») γίνεται δεκτή σε 33 Ευρωπαϊκές χώρες. Δεύτερον βασιζόμενοι σε παράγοντες



που θεωρήθηκαν σημαντικοί στην βιβλιογραφία, εξετάζουμε τη σχέση των παρακάτω παραγόντων με την αποδοχή της ευθανασίας:

1. Ηλικία
2. Γένος
3. Κοινωνικοί παράγοντες
4. Μορφωτικό επίπεδο
5. Θρησκευτική ταυτότητα
6. Η δύναμη των θρησκευτικών πεποιθήσεων
7. Ο βαθμός στον οποίο εφαρμόζεται στην πράξη μια θρησκεία
8. Ηθικές-προσωπικές συμπεριφορές

Τέλος εξετάζουμε πιθανές εξηγήσεις για τις διαφορές μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών και συζητούμε κάποιες συνέπειες των διαπιστώσεων.

4.2 Όσον αφορά τον ασθενή

Ο ογκολογικός ασθενής στον ασφαλιστικό οργανισμό

Η αντιμετώπιση του Ογκολογικού αρρώστου παρουσιάζει πάρα πολλές ιδιομορφίες που αφορούν τόσο την ίδια την ασθένεια όσο και τον κοινωνικό αντίκτυπο. Ίσως είναι ένα από τα πλέον πολύπλοκα προβλήματα με πολιτική, επιστημονική και ιδεολογική



χρονιά. Οι λύσεις είναι συνυφασμένες με την πολιτική βούληση, τις οικονομικές δυνατότητες του ασθενούς και την ανάπτυξη της επιστήμης. Ο ασφαλιστικός οργανισμός, στον οποίο είναι ασφαλισμένος ο ασθενής, είναι αυτός που καλείται να δώσει λύσεις για την αντιμετώπιση της ασθένειας.

Ο ασφαλιστικός οργανισμός εκτός των άλλων υποχρεώσεων που έχει ως προς τους ασφαλισμένους του έχει αναλάβει και την παροχή υπηρεσιών Υγείας, ένα θέμα δύσκολο με πολλές πτυχές και προβλήματα. Στη βάση της σωστής παροχής υπηρεσιών υγείας πρέπει να συγκερασθούν οι ανάγκες του ασθενούς, οι διαθέσιμες υπηρεσίες και οι υπάρχουσες οικονομικές δυνατότητες του Οργανισμού με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας στην αντιμετώπιση του καρκίνου. Για να γίνει αυτό κατορθωτό, απαιτείται χρηματοδότηση, στελέχωση και οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στα πλαίσια της ασφαλούς και πλήρους κάλυψης των αναγκών του ασθενούς. Το ζήτημα της εξεύρεσης πόρων για την αντιμετώπιση του καρκίνου είναι ένα μείζον πρόβλημα που απασχολεί εξίσου τις αναπτυσσόμενες και τις ανεπτυγμένες χώρες.

Τις τελευταίες δεκαετίες το συνολικό κόστος αντιμετώπισης του καρκίνου έχει αυξηθεί τρομακτικά, τόσο γιατί αυξάνονται οι περιπτώσεις που προσφεύγουν στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας για την αντιμετώπιση όσο και γιατί αυξάνεται καθημερινά το κόστος αντιμετώπισης της ασθένειας. Είναι γεγονός ότι: «Η σύγχρονη τεχνολογία, τα νέα

διαγνωστικά και θεραπευτικά μέσα και τα νέα φάρμακα είναι πολύ ακριβά». Αλλά, επίσης, είναι γεγονός η αυξημένη απαίτηση για αντιμετώπιση της νόσου (διεκδίκηση ζωής) εκ μέρους των ασθενών, καθώς και η αύξηση των ασθενών, που επιβιώνουν σήμερα για πολύ μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Ο βασικός στόχος που είναι η βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της αντιμετώπισης του ογκολογικού ασθενή απαιτεί την εξασφάλιση των απαραίτητων οικονομικών πόρων.

Φυσικά το ζητούμενο δεν θα πρέπει να είναι ο περιορισμός του κόστους των προσφερόμενων φροντίδων, αλλά η καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των πόρων για την κάλυψη ενός ευρύτατου φάσματος υπηρεσιών που περιλαμβάνουν την ενημέρωση, την πρόληψη, την ανίχνευση και έγκαιρη διάγνωση, τη θεραπευτική αντιμετώπιση και την υποστηρικτική αγωγή για ένα μεγάλο αριθμό ασφαλισμένων.

Με γνώμονα την καθημερινή πρακτική, φαίνεται ότι τα γενικότερα οργανωτικά προβλήματα των Υπηρεσιών Υγείας επηρεάζουν αρνητικά με άμεσο αντίκτυπο στην:

- Έγκαιρη διάγνωση
- Ταχεία εκτέλεση εξετάσεων
- Αντιμετώπιση των ασθενών

Οι προσπάθειες, από τους επίσημους φορείς, θα πρέπει να εστιάσουν στη λεπτομερή καταγραφή όλων των διαδικασιών από τη στιγμή της κλήσης του γιατρού να αντιμετωπίσει τον συγκεκριμένο ασθενή μέχρι και την τακτική-συνεχή παρακολούθηση του μετά το πέρας της θεραπείας. Σε ένα δεύτερο στάδιο θα πρέπει, μέσα από τα συμπεράσματα αυτής της καταγραφής, να ακολουθήσει μια εμπειριστατωμένη ενημέρωση των συμβαλλομένων, ώστε να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις για ουσιαστικές λύσεις. Ένα άψογο και αποτελεσματικό σύστημα είναι δυνατόν να υπάρξει, εάν μειωθούν κατά δραστικό τρόπο οι θέσεις των διοικητικών υπαλλήλων προς χάριν της αύξησεως των ιατρών, του νοσηλευτικού και του τεχνολογικού προσωπικού, γεγονός που θα μπορούσε να επιτρέψει τη λειτουργία των υπηρεσιών σε πολύωρη βάση χωρίς καθόλου ουρές και με μικρό κόστος. Εξυπακούεται ότι θα αναπροσαρμοσθεί σε ορθολογικά πλαίσια το

κοστολόγιο των ιατρικών πράξεων, θα δοθούν τα απαραίτητα κίνητρα (και όχι μόνο οικονομικά) στους ιατρούς, θα συμπληρωθούν τα κενά σε τεχνολογικό εξοπλισμό και θα αναβαθμιστούν οι μονάδες στη βάση της οργάνωσης και καταμερισμού του έργου με αναλογιστική μελέτη παροχών σε διάφορες κατηγορίες ασθενών. Η τεχνολογική εξέλιξη και πρόοδος στα θέματα υγείας θα πρέπει ακόμη να έχει ως σημαντικό αποτέλεσμα όχι μόνο την ανακάλυψη νέων ιατρικών τεχνικών, αλλά και την αποτελεσματικότερη χρήση των ήδη υπαρχόντων. Οι οικονομολόγοι που ασχολούνται με τα θέματα υγείας έχουν (ή θα πρέπει να έχουν) την ίδια επιθυμία της υγείας των πολιτών.

Όμως λαμβάνουν υπ' όψιν και τους διαθέσιμους πόρους, οι οποίοι είναι περιορισμένοι. Έτσι έρχονται σε πλήρη αντίθεση με την άποψη του κλινικού νοσηλευτή του οποίου στόχος είναι η βελτίωση της κατάστασης της υγείας κάθε ασθενούς ανεξάρτητα από τις επιπτώσεις που κάτι τέτοιο μπορεί να έχει στους άλλους ασθενείς ή στο κοινωνικό σύνολο. Οι περισσότεροι γιατροί θεωρούμε ανήθικο να λαμβάνεται μια απόφαση με κριτήριο το κόστος της θεραπευτικής παρέμβασης.

Οι οικονομολόγοι θεωρούν ότι είναι εξ' ίσου ανήθικο να παίρνουμε αποφάσεις οι οποίες έχουν άμεσα ή έμμεσα αρνητική επίδραση και στερούν πόρους και μέσα από τη θεραπεία άλλων. Δύσκολο να εξισορροπηθούν οι εκ των πραγμάτων αντικρουόμενοι αυτοί ρόλοι. Υπάρχουν διάφορες μελέτες επί του θέματος. Η μέθοδος «μετρήσεως αποτελέσματος» (outcome measurement) χρησιμοποιεί τεράστιες βάσεις δεδομένων, ερευνώντας εκατομμύρια περιπτώσεις για να καθορίσει ποιες θεραπείες είναι αποτελεσματικότερες σε συγκεκριμένες περιπτώσεις. Η δυνατότητα της μετρήσεως όλων των θεραπειών με τη μέθοδο του αποτελέσματος και του κόστους, πιστεύεται ότι θα οδηγήσει σε θεραπείες και θα επιτρέψει την αληθή σύγκριση όλων των ιατρικών θεραπειών, μειώνοντας το κόστος των συστημάτων υγείας. Το ζητούμενο δεν είναι βέβαια ο συνεχής περιορισμός του κόστους αλλά η καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των πόρων για την αντιμετώπιση του Ογκολογικού ασθενούς. Έτσι θα πρέπει να τονισθεί ότι: " Η ελευθερία της Ιατρικής απόφασης δεν μπορεί και δεν πρέπει να καταστρατηγηθεί στο πλαίσιο του περιορισμού

του κόστους, όμως τα αποτελέσματα της ελέγχονται στη λογική της αποδοτικής χρησιμοποίησης των πόρων του ασφαλιστικού φορέα”.

Η ψυχολογία του ασθενή τερματικής ασθένειας

Σπανίως ο ασθενής, διατηρεί ακέραια την ψυχική και νοητική του ενέργεια να οδηγείται θετικά προς την ευθανασία ή ακόμη να επικαλείται την εφαρμογή της, όταν γνωρίζει ότι η έκβαση της κατάστασης της



υγείας του, λόγω της φθίνουσας πορείας στην οποία τον οδήγησε η ασθένεια, είναι ιδιαίτερος δυσοίωνος. Όσοι πάσχουν από ανίατες, χρόνιες και τερματικές ασθένειες επικαλούνται την ευθανασία.

Τα ψυχολογικά κίνητρα της θεώρησης της ευθανασίας ως λύση της ασθένειας του πάσχοντος είναι:

- Η επικράτηση του σωματικού άλγους
- Η επικράτηση της κατάθλιψης
- Η απόσβεση των προσδοκιών
- Η αίσθηση της εγκατάλειψης
- Η αίσθηση της επιφόρτισης των οικείων
- Η αίσθηση της κοινωνική απομόνωσης

Ο Θρήνος του αρρώστου μπροστά στο θάνατο

Ο θάνατος αποτελεί μέρος της ζωής μας και είναι τόσο φυσικός και προβλεπτός όσο και η γέννηση. Μα εκεί που η γέννηση γιορτάζεται, ο θάνατος αποτελεί, θέμα φοβερό που αποφεύγουμε ν' αντικρίσουμε απωθώντας συστηματικά, σκέψεις, εικόνες, συναισθήματα που συνδέονται μ' αυτόν. Άραγε, είναι δυνατό αυτό, όταν εργάζεσαι σ' ένα ογκολογικό τμήμα, όπου ο θάνατος εμφανίζεται “ανεπιθύμητος”, καταστρέφοντας κάθε ελπίδα, έστω

μάταιη, και κάνοντας την αίσθηση του πόνου και της προσωπικής απώλειας, ακόμα πιο έντονη;

Ίσως, να μην είναι τόσο σημαντικός ο προσδιορισμός του πότε ένα άτομο θεωρείται ότι πεθαίνει, όσο απαραίτητη είναι η κατανόηση του τι βιώνει και τι περιλαμβάνει η πορεία του, προς το θάνατο .

Με τα πρώτα μηνύματα της αρρώστιας, η υποψία και η διάγνωση του καρκίνου, αλλά και η εισαγωγή στο νοσοκομείο, συνεπάγονται μεγάλο αριθμό ψυχοσωματικών καταπονήσεων.

Η εικόνα του αρρώστου, με τραβηγμένες τις κουρτίνες, που υποφέρει σιωπηλά, με χιλιάδες αναπάντητες ερωτήσεις, που μένει με τα μάτια του κλειστά, καθώς αντιλαμβάνεται πως κάποιος πλησιάζει κοντά του, μας είναι πολύ γνώριμη. Καθώς ο άρρωστος πορεύεται προς τον θάνατο βιώνει μια σειρά από απώλειες. Καλείται ν' αποχωριστεί το παλιό, ασφαλές ή γνώριμο και ταυτόχρονα να προσαρμοστεί στο καινούργιο, αβέβαιο και άγνωστο. Η αυστηρά προσωπική αντίδραση στην απώλεια είναι γνωστή ως θρήνος. Ο θρήνος είναι μια φυσική και απαραίτητη αντίδραση σε κάποια σημαντική αλλαγή ή απώλεια στη ζωή μας. Πολλές από τις εμπειρίες της ζωής μας αποτελούν διάφορες μορφές απώλειας και “συμβολικών θανάτων”. Το διαζύγιο, ο γάμος, η συνταξιοδότηση, μια έκτρωση, η απώλεια της εργασίας, μια προαγωγή, όλα αποτελούν συμβολικούς θανάτους. Ο άρρωστος δεν θρηνεί μονάχα “προπαρασκευαστικά” τις απώλειες που επίκεινται στο άμεσο μέλλον (π.χ την επιδείνωση της υγείας του), αλλά θρηνεί απώλειες που βιώνει μέσα στο παρόν (π.χ την αυξανόμενη αδυναμία του), καθώς και απώλειες που αναφέρονται στο παρελθόν του (π.χ ένα ταξίδι που δεν πρόλαβε να πραγματοποιήσει). Κάθε άτομο με καρκίνο αποτελεί μια μοναδική προσωπικότητα με τις δικές του ανάγκες και επιθυμίες. Έτσι ξεχωριστή και μοναδική είναι και η πορεία του προς το θάνατο. Για μερικούς αρρώστους ο θάνατος είναι καλοδεχούμενος και γίνεται αντιληπτός ως “λύτρωση”, ιδιαίτερα όταν έχουν υποφέρει για μεγάλο χρονικό διάστημα. Για άλλους πάλι, η συνειδητοποίηση ότι “....ήρθε ο καιρός πια.....” συνοδεύεται από έντονο άγχος, φόβο, θυμό, κατάθλιψη και μια πληθώρα συναισθημάτων που συχνά αποτελούν

μέρος μιας ευρύτερης διεργασίας θρήνου εν όψει του επικείμενου θανάτου. Κάθε άρρωστος βιώνει έναν ή περισσότερους φόβους σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό στις διάφορες φάσεις της αρρώστιας του. Ο φόβος του πόνου, της δύσπνοιας, της ναυτίας, του εμετού, της ανορεξίας και της απομόνωσης είναι πιο έντονος, καθώς ο άρρωστος πλησιάζει στο τελικό στάδιο. Τα συναισθήματα του θυμού αλλά και της ενοχής αποτελούν την πιο συνηθισμένη αντίδραση σε κάθε είδους απώλεια. Αρκετοί άρρωστοι έχουν ως κύριο στόχο του θυμού τους, το Θεό, λέγοντας “.....πως αν υπάρχει Θεός, δεν θα επέτρεπε να συμβεί αυτό σ’ εμένα.....”. Είναι προτιμότερο να εξωτερικεύεται το συναίσθημα του θυμού και δεν είναι λίγες οι φορές, που τόσο το περιβάλλον του αρρώστου, όσο και το προσωπικό υγείας, γίνονται αποδέκτες της έκφρασης των συναισθημάτων του. Συχνά όμως οι άρρωστοι κατηγορούν τον ίδιο τους τον εαυτό, για αυτή ακριβώς την εξωτερίκευση του θυμού τους, απέναντι στους δικούς τους ανθρώπους. Κλαίνε, νιώθουν ενοχή για την εμφάνιση της αρρώστιας αλλά και για την σχέση εξάρτησης, που σταδιακά αναπτύσσεται. Ο φόβος της εξάρτησης οδηγεί τους αρρώστους στην υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς, κατά την οποία, μιλούν με κατηγορηματικό ύφος και επιδιώκουν ν’ ασκούν έλεγχο στους ανθρώπους που τους περιβάλλουν. Η συμπεριφορά αυτή, τις περισσότερες φορές εκλαμβάνεται ως “άσχημη συμπεριφορά” και με αρκετά μεγάλη ευκολία αποδίδουμε τον χαρακτηρισμό του “δύσκολου ή παράξενου αρρώστου”. “Παράξενος άρρωστος” όμως δεν υπάρχει. Υπάρχει απλώς ένας άνθρωπος, που προσπαθεί να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό του. Αντιμέτωπος με την απώλεια του αυτοελέγχου και τον περιορισμό των δραστηριοτήτων του, το άτομο φοβάται, μην εξαρτηθεί και γίνει “βάρος” για τους άλλους. Ο αυτοσεβασμός του κάθε ανθρώπου στηρίζεται συχνά στις ικανότητες ή ακόμα και στα ιδιαίτερα χαρίσματα που διαθέτει. Τα επιτεύγματα του κάθε ανθρώπου, αλλά και η αναγνώρισή τους ενισχύουν ακόμα περισσότερο τον αυτοσεβασμό του. Με την εμφάνιση όμως της αρρώστιας, αρκετές από τις ικανότητες αυτές απομακρύνονται, χάνονται. Όταν αυτό συμβεί, ο άρρωστος θρηνεί, όχι μόνο για τις συγκεκριμένες απώλειες αλλά θρηνεί πιο πολύ, για την απώλεια του αυτοσεβασμού του.

Ο Νίκος ήταν από τους καλύτερους υδραυλικούς της περιοχής, όπως πολύ συχνά μου έλεγε. Αρκετά νωρίς αναγκάστηκε ν' αποσυρθεί από τις επαγγελματικές του δραστηριότητες εξαιτίας του καρκίνου λάρυγγα που εμφάνισε. Η απομάκρυνση από τη δουλειά και τους συνεργάτες του τον έκανε να νιώθει "αδύναμος" και ότι "βρίσκεται στο περιθώριο", όπως έλεγε. Κάποια μέρα ο ψύκτης της κλινικής παρουσίασε πρόβλημα και σταμάτησε να λειτουργεί. "Το μόνο που χρειάζομαι είναι δύο συνδετήρες" μου είπε. Δεν γνωρίζω τους χειρισμούς του, αλλά το αποτέλεσμα ήταν ο ψύκτης να λειτουργήσει, ο Νίκος να εισπράττει ευχαριστίες και επαίνους και τέλος ν' αρχίζει να δίνει συμβουλές απλές για παρόμοια καθημερινά προβλήματα.

Η συζήτηση για επιθυμίες που ποτέ δεν πραγματοποιήθηκαν, για υποθέσεις που παρέμειναν σε εκκρεμότητα, αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα του θρήνου. Οι άρρωστοι που πλησιάζουν στο τέλος της ζωής τους, πολύ συχνά αναφέρονται στη δουλειά, που αναγκάστηκαν να διακόψουν, στο σπίτι τους, που δεν επέστρεψαν και στη ζωή που δε θα ζήσουν. Και είναι αξιοσημείωτο το γεγονός πως οι άρρωστοι, που μοιράζονται τις σκέψεις τους καθώς και τις ανεκπλήρωτες επιθυμίες με τους οικείους τους, αντιμετωπίζουν και ξεπερνούν αυτές τις απώλειες σχετικά γρήγορα, απ' ότι τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς τους. Αυτό πιθανόν συμβαίνει, γιατί δε χρειάζεται και δεν είναι αναγκαίο να ξεκινήσουν πάλι από την αρχή για ότι δεν τελείωσαν ή δεν έζησαν.

Τέλος, η εμφάνιση της κατάθλιψης δεν είναι ασυνήθιστη. Όταν όμως η διάρκεια της κατάθλιψης επιμηκύνεται και το βάθος της αυξάνει, μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή του αρρώστου, εφόσον οδηγήσει σε ιδέες αυτοκαταστροφής. Συνήθως, παρουσιάζεται σε αρρώστους, που είχαν παρουσιάσει, κατά το παρελθόν, επεισόδια κατάθλιψης, που είχαν όμως άμεση σχέση με κάποια απώλεια. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση είναι η μόνη εξασφάλιση .

Σ' αυτή την ολιγόλεπτη παρουσίαση, για το θρήνο του αρρώστου, δεν θ' αναφερθούν παρεμβάσεις, ούτε θα δοθούν απαντήσεις για το "τι πρέπει να κάνουμε ή να πούμε". Αυτό άλλωστε είναι μια μόνιμη πηγή άγχους για όλους σχεδόν τους επαγγελματίες υγείας. Είναι σκληρό να πεθαίνουμε και έτσι θα είναι πάντα, ακόμα και όταν θα έχουμε μάθει να

δεχόμαστε το θάνατο σαν αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής , μια και ο θάνατος σημαίνει εγκατάλειψη της επίγειας ζωής. Η μόνη παρέμβαση είναι η επιλογή μας να είμαστε δίπλα στον άρρωστο και να τον αντιμετωπίζουμε, μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του, ως άτομο που ζει. Ένα άτομο, που σε καμιά περίπτωση δε βρίσκεται στο περιθώριο της ζωής επειδή πεθαίνει, ένα άτομο που έχει ανάγκες, ελπίδες και δεν παύει ποτέ ν' επιδιώκει να δώσει νόημα στις εμπειρίες και στη ζωή του.

4.3 Για τον Νοσηλευτή

Παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την κρίση στις αποφάσεις των Νοσηλευτών

Μέχρι πρόσφατα στο χώρο της ιατρικής επικρατούσε η αρχή ότι η ανθρώπινη ζωή πρέπει να παρατείνεται με κάθε τρόπο, όσο μικρές και αν είναι οι ελπίδες για θεραπεία ή αποφυγή του θανάτου.

Παράγοντες που επηρεάζουν την κρίση στις αποφάσεις των Νοσηλευτών:

1. Η αυτονομία του αρρώστου

Η αυτονομία του αρρώστου και η ελευθερία αυτοδιάθεσής του είναι αναφαίρετα και συνταγματικά κατοχυρωμένα δικαιώματά του. Η αξιοπρέπεια στον θάνατο φαίνεται να μετρά περισσότερο από τη διατήρηση της ζωής με κάθε τρόπο. Κατά τον Ολλανδό καρκιнологό και επισήμως ασκούντα ευθανασία καθηγητή Heintz, ο πιο σημαντικός λόγος ευθανασίας και μάλιστα σε ποσοστό άνω του 50% είναι το δικαίωμα του ασθενούς να πεθάνει με αξιοπρέπεια και η αντίληψη ότι δεν αξίζει κανείς να περιμένει ως το τέλος ένα θάνατο αναπόφευκτο (Συνέντευξη στην Εφημ. ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ της 12-10-95). Οπωσδήποτε το δικαίωμα αυτοδιάθεσης του αρρώστου κάνει σεβαστή την εκ μέρους του άρνηση θεραπείας, όχι όμως και την απαίτησή του προς τον ιατρό για τερματισμό της ζωής του από αυτόν.

2. Το μάταιο της θεραπείας (medical futility)

Το μάταιο της θεραπείας είναι μια κλινική εκτίμηση ότι μια ειδική παρέμβαση δεν θα οδηγήσει την επίτευξη ενός στόχου στον συγκεκριμένο ασθενή και συχνά συνδυάζεται με την υποκειμενική εκτίμηση για την ποιότητα ζωής του αρρώστου. Συχνά όμως οι εκτιμήσεις του ιατρού για την πιθανότητα επιτυχούς παρέμβασης είναι λανθασμένες. Ακόμη και η χρήση μαθηματικών μοντέλων εκτίμησης της πρόγνωσης δεν είναι ασφαλής. Εξ άλλου σύμφωνα με πρόσφατο άρθρο που δημοσιεύθηκε στο Bulletin of Medical Ethics (162: 19-22, Oct.2000) δεν είναι δυνατόν να μετρηθεί η ποιότητα ζωής ενός ατόμου επακριβώς και αξιόπιστα και επομένως δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως κριτήριο στις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας.

3. Η διανεμητική δικαιοσύνη (distributive justice) & η κατανομή των πόρων (allocation of resources)

Τα οικονομικά της υγείας πουθενά στον κόσμο δεν πηγαίνουν καλά. Οι δαπάνες για την υγεία όχι μόνον βρίσκονται σε επικίνδυνα υψηλό επίπεδο, αλλά εμφανίζουν και ανοδική πορεία. Έτσι σήμερα ασκούνται ισχυρές πιέσεις από τους προμηθευτές υγείας για τον περιορισμό τους. Η νοσηλεία σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και η εφαρμογή σύγχρονης τεχνολογίας για τη διατήρηση της ζωής είναι ακριβή υπόθεση και καταναλώνει ένα σημαντικό ποσοστό των δαπανών για την υγεία. Η σκέψη και η τάση που τείνει να επικρατήσει σήμερα είναι ο περιορισμός της κατανάλωσης πόρων και ανθρωπίνου δυναμικού για αντιμετώπιση ασθενών με μικρή πιθανότητα καλού αποτελέσματος και η μεταφορά αυτών των πόρων για την αντιμετώπιση άλλων ασθενών με μεγαλύτερη πιθανότητα καλού θεραπευτικού αποτελέσματος. Πολλοί ισχυρίζονται ότι οι δαπάνες για το τέλος της ζωής είναι δυσανάλογα μεγάλες, απόρροια της διατήρησης της ζωής με την βοήθεια της υψηλής τεχνολογίας και ότι μπορεί να γίνει εξοικονόμηση δαπανών μέσω των advanced directives και των ξένων αρρώστων τελικού σταδίου. Όμως σε ειδικό άρθρο που δημοσιεύθηκε τον Φεβρουάριο του 1994 στη New England Journal of Medicine με τίτλο "Η οικονομία του θνήσκοντος. Η αυταπάτη εξοικονόμησης δαπανών στο τέλος της ζωής", οι συγγραφείς μελέτησαν το θέμα σε βάθος και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ελπίδα μείωσης των συνολικών δαπανών για την υγεία μέσω μείωσης των δαπανών από

την μη εφαρμογή των υποστηρικτικών της ζωής παρεμβάσεων, είναι πιθανότητα μάταιη. Οι συγγραφείς τελειώνουν το άρθρο τους με τη γνώμη "οποιοδήποτε δρόμο μείωσης των δαπανών υγείας διαλέξουμε, πρέπει να σταματήσουμε να κοροϊδεύουμε τους εαυτούς μας, ότι οι advanced directives και η λιγότερο επιθετική φροντίδα στο τέλος της ζωής θα λύσουν τα οικονομικά προβλήματα του συστήματός μας υγείας".

Όμως κοινωνική δικαιοσύνη δεν είναι μόνο η λογική και δίκαιη κατανομή των πόρων, αλλά και η ίση δυνατότητα πρόσβασης στην υψηλή τεχνολογία. Ο αποκλεισμός από την υψηλή τεχνολογία κάποιων αρρώστων λόγω μικρών πιθανοτήτων καλού θεραπευτικού αποτελέσματος συνιστά αδικία.

4. Η ηλικία του αρρώστου

Τα ηλικιωμένα άτομα βρίσκονται σήμερα στο στόχαστρο πολιτικών, φιλοσόφων και σχεδιαστών υγείας γιατί αποτελούν καταναλωτές υπερβολικών ιατρικών πόρων. Ανοικτά πλέον σήμερα συζητείται αν τα ηλικιωμένα άτομα πρέπει να έχουν πρόσβαση στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και την σύγχρονη προηγμένη τεχνολογία, μάλιστα όταν οι διαθέσιμοι ιατρικοί πόροι είναι περιορισμένοι και ως εκ τούτου πρέπει να διοχετεύονται σε νεότερα άτομα με μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης. Η συμπλήρωση των advanced directives από ηλικιωμένα άτομα, από πολλούς θεωρείται εργαλείο για μειωμένη φροντίδα και άρα μειωμένη κατανάλωση ιατρικών πόρων. Στην εξοικονόμηση πόρων στοχεύει και η νομιμοποίηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, προς την οποία ωθούνται πολλές φορές τα ηλικιωμένα άτομα. Οι συζητήσεις για τη φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων δεν έχουν μόνο θεωρητικό χαρακτήρα αλλά αντανakλούν την σημερινή πρακτική και την τάση για το μέλλον. Έτσι π.χ. το 1994 δημοσιεύθηκε στις εφημερίδες η αποκάλυψη ότι τα Νοσοκομεία της Δανίας δεν έκαναν δεκτά στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας άτομα ηλικίας άνω των 70 ετών. Ακόμη σε έρευνα των Hill και συνεργατών που δημοσιεύθηκε το 1994 στο British Medical Journal, το 29% των ερωτηθέντων ιατρών απάντησε ότι δεν θα έκαναν ανάνηψη σε ασθενείς άνω των 70 ετών, με μόνο κριτήριο την ηλικία τους. Εξάλλου

σε άρθρο στο Acta Anaesthesiologica Scandinavica, τον Σεπτέμβριο του 1996, διαπιστώθηκε ότι στη Σουηδία, αν και η επίσημη πολιτική είναι να μην υπάρχει διάκριση σχετικά με την ηλικία, οι ιατροί των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, σε πολύ μεγάλο ποσοστό λαμβάνουν υπόψη τους την ηλικία των αρρώστων προκειμένου να τους νοσηλεύσουν στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.

Η αντίληψη ότι υπάρχει ζωή που δεν αξίζει να βιωθεί αποτελεί τη βάση της ευθανασίας. Αυτή την αντίληψη ο Αμερικανός ψυχίατρος και σύμβουλος των δικαστών στη δίκη της Νυρεμβέργης Leo Alexander θεωρεί ως το πρώτο θανάσιμο βήμα που οδήγησε στην ναζιστική θηριωδία της δεκαετίας του '30 (New England Journal of Medicine, July 14 1949). Η ίδια αντίληψη φαίνεται να έχει υιοθετηθεί και από την σύγχρονη κοινωνία, η οποία απαιτεί και ωθεί τον ιατρό και σε έναν άλλο ρόλο, αυτόν του εκτελεστού για "ανθρωπιστικούς", ωφελιμιστικούς και οικονομικούς λόγους. Αυτή η απαίτηση της κοινωνίας για ευθανασία αποτελεί μια επικίνδυνη πρόκληση στις Ιπποκράτειες Αρχές ασκήσεως της ιατρικής και στην κοινωνική ακεραιότητα του ιατρικού λειτουργήματος. Θα την αποδεχθούμε; προσωπικά πιστεύω πως ΟΧΙ. Δεν μπορούμε να την αποδεχθούμε και δεν πρέπει να ενδώσουμε.

Ο θρήνος μπροστά στο θάνατο, από τα μάτια του Νοσηλευτή

Οι περισσότεροι από τους νοσηλευτές επηρεάζονται, όταν πεθαίνουν ασθενείς, ιδιαίτερα εκείνοι με τους οποίους έχουν συνδεθεί. Στην ουσία, οι αντιδράσεις αποτελούν εκδηλώσεις



θρήνου, καθώς βιώνουν την πορεία του αρρώστου προς το θάνατο ή τον ίδιο το θάνατο, ως *προσωπικές απώλειες*. Και όπως είναι φυσικό, κάθε εμπειρία που βιώνεται ως απώλεια, εγείρει μία φυσιολογική διεργασία θρήνου. Όμως όλοι δε θρηγούν τις ίδιες απώλειες, γιατί καθένας επενδύει με διαφορετικό τρόπο τη δουλειά του, το ρόλο του και τις

σχέσεις του με τους αρρώστους και τις οικογένειές τους. Θα μπορούσαμε λοιπόν να διακρίνουμε έξι βασικές κατηγορίες απωλειών, για τις οποίες θρηνούν.

1. Την απώλεια μιας ιδιαίτερης και στενής σχέσης που αναπτύσσεται μ' ένα συγκεκριμένο ασθενή.

2. Την απώλεια που βιώνουν οι συγγενείς του αρρώστου, όταν ταυτίζονται οι νοσηλευτές μαζί τους και νιώθουν τον πόνο τους σαν να ήταν δικό τους. “Δεν κλαίω γι' αυτό το παιδί. Έχω δεχθεί και έχω συμφιλιωθεί με το θάνατό του. Κλαίω για τον πόνο των γονιών του” λέει μία νοσηλεύτρια,

3. Την απώλεια προσωπικών στόχων και προσδοκιών που απορρέουν από τη -συχνά παντοδύναμη- εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους και το ρόλο τους. Για μερικούς ο θάνατος βιώνεται ως προσωπική ήττα ή αποτυχία να θεραπεύσουμε ή να πετύχουμε τους επαγγελματικούς μας στόχους. “Εκείνο που με θυμώνει και με στεναχωρεί”, λέει ένας γιατρός, “δεν είναι ο θάνατος του συγκεκριμένου ασθενή, που ήταν άλλωστε αναπόφευκτος, αλλά το γεγονός ότι πέθανε πριν προλάβουμε καλά-καλά να βγάλουμε μια διάγνωση και να βρούμε την αιτία που προκάλεσε το θάνατό του”.

4. Την απώλεια ορισμένων βασικών και σταθερών πεποιθήσεων που έχουν για τη ζωή. Όταν ο θάνατος αφορά παιδί ή νέο, τις περισσότερες φορές βιώνεται ως γεγονός που ανατρέπει τις πεποιθήσεις μας πως στη ζωή υπάρχει μία προβλεπόμενη τάξη, σύμφωνα με την οποία ο άνθρωπος γεννιέται, μεγαλώνει, φτιάχνει την οικογένειά του, γερνάει και πεθαίνει.

5. Παρελθούσες απώλειες που έχει βιώσει στην προσωπική του ζωή ο κάθε ένας, οι οποίες καθώς δεν έχουν διευθετηθεί και επιλυθεί- έρχονται στην επιφάνεια με την αφορμή ενός θανάτου. “Εκλαιγα πάρα πολύ, τόσο πολύ δεν έχω κλάψει σε άλλο παιδί. Έκλαιγα σα να ήταν δικό μου, σαν να ήταν ανιψάκι μου, έκλαιγα σαν να ήταν ο Νίκος, ο φίλος που σκοτώθηκε σε ατύχημα όταν ήμασταν παιδιά”.

Πολλές φορές οι ανεπίλυτες, παρελθούσες απώλειες αποτελούν το ασυνείδητο κίνητρο που ωθεί να επιλέξει κανείς αυτήν τη δουλειά, ελπίζοντας ότι, μ' αυτόν τον τρόπο, θα

διευθετήσει ή θα κυριαρχήσει πάνω στους φόβους ή σε μία προσωπική, συχνά τραυματική εμπειρία.

6. Τέλος, μπορεί να θρηγούν μπροστά στη συνειδητοποίηση της θνητότητάς μας, δηλαδή του δικού μας προσωπικού θανάτου.

Υπάρχουν διάφορα θεωρητικά μοντέλα στο χώρο της θανατολογίας, που μας βοηθούν να καταλάβουμε πώς εξελίσσεται αυτή η διεργασία θρήνου. Μερικά από αυτά περιγράφουν συγκεκριμένα στάδια ή φάσεις θρήνου, ενώ άλλα αναφέρονται σε στόχους, που καλείται να διευθετήσει το άτομο που πενθεί την απώλεια ενός σημαντικού ανθρώπου στη ζωή του. Τα πράγματα όμως είναι διαφορετικά για εμάς τους επαγγελματίες της υγείας, που βιώνουμε πολλαπλούς θανάτους ασθενών, στα πλαίσια μιας εργασίας που έχουμε επιλέξει. Εκείνο που χαρακτηρίζει το θρήνο μας είναι μία δυναμική εναλλαγή, μια συνεχής διακύμανση, ανάμεσα σε δύο ψυχικές διεργασίες: η μία αφορά την αναγνώριση της απώλειας και του ψυχικού πόνου που προκαλεί και η άλλη αφορά την αποφυγή ή απώθηση του *πόνου* που επιφέρει ο θάνατος.

Η διακύμανση αυτή είναι απόλυτα φυσιολογική, γιατί μας επιτρέπει να βιώσουμε τις απώλειες, χωρίς να κατακλυστούμε πλήρως από αυτές, ενώ ταυτόχρονα μας βοηθά να ανταποκριθούμε στα καθήκοντά μας. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα μιας νοσηλεύτριας που γλαφυρά περιγράφει τις αντιδράσεις της, όταν παρέχει φροντίδα σε ένα παιδί που πεθαίνει.

4.4 Θρησκευτικές πεπιοθήσεις

Άτομα που θεωρούν τον εαυτό τους, ότι δεν ανήκει σε θρησκευτικές ομάδες, είναι αποδεικτικοί σχετικά με την ευθανασία. Οι συμπεριφορές τους είναι πιθανότατα λιγότερο άμεσες με θρησκευτικές αρχές, αλλά περισσότερο επηρεάζονται από ενστικτώδεις συγγενικές διαφωνίες, όπου ο θάνατος μερικές φορές είναι προτιμότερος από τη ζωή (Snelling..2004). Ανάμεσα στα θρησκευτικά δόγματα, διαφορετικά θρησκευτικά έθιμα γενικά ανταποκρίνονται με διαφορετικούς τρόπους στο διάλογο για την ευθανασία και για διάφορες θρησκευτικές υποοργανώσεις, η φωνή της θρησκευτικής εξουσίας είναι ακόμη

σκληρή(Hamil-Luker&Smith..1998). Προτεστάντες και ορθόδοξοι χριστιανοί γενικά δεν ήταν περισσότερο ευνοϊκοί σε σχέση με την ευθανασία, από ότι άτομα που δεν πιστεύουν, καθώς συχνά αναφέρθηκε σε προηγούμενη έρευνα (De Moor..1995:Hamil-Luker&Smith..1998:Suarez-Almazor et al..1997). Οι ρωμαιοκαθολικοί ήταν λιγότερο δεκτικοί.

Τα θρησκευτικά πιστεύω κάνουν ακόμη τη διάφορα σε συμπεριφορές σχετικά με την ευθανασία, αλλά αυτοί οι συντελεστές δεν είναι ουσιαστικά ίδιοι. Οι απόψεις είναι ή ατομικές και αντίθετες ή μαζί και εκτός θρησκευτικών ομάδων. Ανάμεσα σε μεγάλα θρησκευτικά δόγματα ή ανάμεσα στους ρωμαιοκαθολικούς, που υπάρχει συγγενικά μεγάλη αποδοχή της ευθανασίας. Οι συμπεριφορές σχεδόν πάντα επηρεάζονται καθαρά από τη λαϊκή κουλτούρα: Το να είσαι ρωμαιοκαθολικός σε μια χώρα που υπάρχει ελεύθερη κουλτούρα, έχει διαφορετικές συνέπειες, από το να είσαι ρωμαιοκαθολικός σε ένα περιβάλλον με θρησκευτική κουλτούρα (De Moor..1995). Αυτό είναι για παράδειγμα αποδεικτικό για μεγαλύτερη αποδοχή της ευθανασίας ανάμεσα σε ρωμαιοκαθολικούς, από ότι στις Ολλανδία, Γαλλία και Βέλγιο. Το να είσαι ρωμαιοκαθολικός σε αυτές τις χώρες, δεν χρειάζεται να δίνεις ολική υποταγή στη θέση του Βατικανού για τη μη αποδοχή της ευθανασίας(Hamil-Luker&Smith). Στις Σκανδιναβικές χώρες, άνθρωποι που θεωρούν τους εαυτούς τους θρησκευόμενους, υπάρχει αποδοχή σχετικά με την ευθανασία σαν να μην είναι θρησκευόμενοι. Σε χώρες όπως την Ιταλία και την Πολωνία από την άλλη, υπάρχει καθαρή διαφορά στο αν αυτοί που την αποδέχονται, θεωρούν τους εαυτούς τους ρωμαιοκαθολικούς ή όχι.

Η ερώτηση για τη ζωή και το θάνατο, είναι το κεντρικό θέμα σε όλες τις θρησκείες, αλλά η φωνή της θρησκείας δεν είναι ισότιμη σε όλες τις χώρες. Συγκεκριμένα ιστορικά γεγονότα σε μερικές χώρες(για παράδειγμα η Γαλλική επανάσταση)έχουν μερικές φορές αλλοίωση την επιρροή για ή σε μέση κατάσταση θρησκευτικών πιστεύω, ελευθερώνοντας την ισχυρότερη σκέψη μαζί με σεβασμό στη ζωή και στο θάνατο. Αυτή η επιρροή της θρησκευτικής εξουσίας έχει κάνει διάλογο σε θέματα όπως η ευθανασία, πιθανά,

πρακτικά, ανεξάρτητα από τη θρησκευτική κυριαρχία(De Moor..1995:Hamil-Luker&Smith..1998:O'Neill et al..2003).

Η θρησκεία είναι σίγουρα όχι η μόνη βάση συμπεριφορών σχετικά με την ευθανασία. Ενώ παλιές μελέτες έχουν αναλύσει τις διαφορές μέσα σε συμπεριφορές κοινωνικοδημογραφικές κατηγορίες από δυνατά θρησκευτικά πιστεύω σε ηλικιωμένους ανθρώπους χαμηλά κοινωνικοοικονομικών ομάδων κτλ. (Hare et al..2000:MacDonald..1998:O'Neill et al..2003), τα αποτελέσματα μας αποδεικνύουν εμφανώς κοινωνικά, ηλικία και εκπαιδευτικές διαφορές, ανεξάρτητα από την επιρροή των θρησκευτικών πιστεύω. Η μεγαλύτερη είναι συνδεδεμένη μαζί με τη μικρότερη αποδοχή της ευθανασίας. Πιθανώς αυτό είναι μάλλον ομαδική επιρροή από ότι ηλικιακή επιρροή(Hamil-Luker&Smith..1998). Μάλλον η ηλικιακή διαδικασία καθοδηγεί σε περιορισμένη αποδοχή της ευθανασίας, φαίνεται ότι οι νεότερες γενιές μεγαλώνουν σε μια περισσότερο επιτρεπτική κοινωνία, έχει αποδεχτεί περισσότερο επιτρεπτική στάση σχετικά με την ευθανασία παρά τις παλαιότερες γενιές. Ότι η αποδοχή της ευθανασίας είναι μεγαλύτερη σε νέες ομάδες, μπορεί να έχει σημαντικούς υπαινιγμούς για το μέλλον του διάλογου προς την ευθανασία. Μια πιθανή εξήγηση για τη χαμηλή αποδοχή της ευθανασίας ανάμεσα σε λιγότερο μορφωμένους είναι Ότι η εκπαίδευση ανεβάζει την αξία της προσωπικής αυτονομίας και του ατομικισμού (Caddel&Newton..1995). Η χαμηλή αποδοχή των ανθρώπων από χαμηλά κοινωνικές τάξεις μπορεί πιθανών να εξηγηθεί σε μεγαλύτερο βαθμό δυσπιστίας που βγαίνει από διαφορετικές εμπειρίες ζωής ή από παλαιότερες δομικές συνθήκες(MacDonald..1998)

5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

5.1 Ανακοίνωση δυσάρεστων νέων στην ογκολογία

Η ανακοίνωση δυσάρεστων νέων, αν και αποτελεί μια συχνή δράση στον κλινικό χώρο για τους γιατρούς κυρίως αλλά και για τους νοσηλευτές, που συχνά προβληματίζει, δεν αποτελεί εξίσου συχνά θέμα έρευνας ή συζήτησης σε επαγγελματικές συναντήσεις ή



συνέδρια. Αντίθετα, το θέμα "λέμε ή δεν λέμε στον ασθενή την αλήθεια" ακόμη και σήμερα απασχολεί πολύ, ως εάν να μην είναι δεδομένος ο δεοντολογικός κανόνας που ορίζει ότι: Η αρχή που πρέπει να μας καθοδηγεί, είναι ο σεβασμός για τα πρόσωπα, πράγμα που σημαίνει ότι ικανοί στο να κατανοούν ασθενείς έχουν το δικαίωμα να γνωρίζουν και να αποφασίζουν. Όσο περισσότερο λοιπόν πληθαίνουν συζητήσεις επί της ουσίας, για το πώς ανακοινώνουμε τα άσχημα νέα ή πώς πληροφορούμε τον ασθενή ή τελικά πώς επικοινωνούμε, τόσο αυξάνουμε την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης αλλά και την ποιότητα στη φροντίδα.

Γιατροί και νοσηλευτές λοιπόν καθημερινά έρχονται στη θέση, να ανακοινώνουν δυσάρεστα νέα σχετικά με τη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόγνωση. Συχνές είναι οι δύσκολες στιγμές, η αμηχανία, οι παρερμηνείες και τα λάθος βήματα. Οι λόγοι που προκαλούν τις δυσκολίες, είναι καταρχήν η συναισθηματική ένταση που προκαλούν αυτές οι συζητήσεις σε ασθενείς και επαγγελματίες, αλλά και έλλειψη γνώσης σχετικά με το θέμα αυτό, που θα βοηθούσε στη διαμόρφωση μιας δράσης πιο αποφασιστικής και αποτελεσματικής. Η εκπαίδευση των περισσότερων δεν αφορούσε θέματα όπως αυτό και

αυτό ενισχύει την ανάγκη να ασχοληθούμε περισσότερο. Ερωτήματα λοιπόν που απασχολούν όλους είναι:

- Γιατί τα δυσάρεστα νέα είναι δυσάρεστα
- Γιατί χρειάζεται να ασχοληθούμε με το θέμα
- Ποιος πρέπει να ανακοινώνει τα νέα στον ασθενή
- Ποιοι παράγοντες καθορίζουν τον τρόπο που μεταδίδεται αλλά και αξιολογείται η πληροφορία
- Υπάρχουν κάποιες δεξιότητες επικοινωνίας και ποιες είναι
- Πώς αντιδρά ο ασθενής στα άσχημα νέα
- Πώς αντιδρά ο επαγγελματίας

Γιατί Χρειάζεται Να Ασχοληθούμε Με Το Θέμα

Η ανακοίνωση δυσάρεστων νέων αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της κλινικής δουλειάς. Αποτελεί τμήμα της γενικότερης πληροφόρησης του ασθενή για τη νόσο και μπορεί να καθορίσει αποφασιστικά το χαρακτήρα της σχέσης του ασθενή με το προσωπικό, αλλά και την ικανοποίησή του από την παρεχόμενη φροντίδα.

Έρευνες έχουν δείξει:

Οι ασθενείς πιστεύουν ότι οι γιατροί πρέπει να τους λένε όλα όσα θέλουν να μάθουν, αλλά ότι οι γιατροί δεν γνωρίζουν αρκετά γι' αυτά που οι ασθενείς θα ήθελαν να μάθουν.

Οι ασθενείς συχνά δυσκολεύονται να ρωτήσουν και να ζητήσουν αυτά που πραγματικά επιθυμούν.

Συχνά οι γιατροί ή οι νοσηλευτές τερματίζουν πρόωρα συζητήσεις με τον ασθενή, όχι λόγω έλλειψης χρόνου ή αδιαφορίας, αλλά γιατί αισθάνονται άβολα στην πιθανότητα να αντιμετωπίσουν κάποιες συναισθηματικές αντιδράσεις των ασθενών.

Ένας άλλος λόγος, που προσθέτει στη χρησιμότητα ασχολίας με το θέμα, είναι ότι έχει βρεθεί ότι στην δουλειά με ασθενείς, που έχουν ένα απειλητικό για τη ζωή νόσημα, οι επαγγελματίες που καταφέρνουν να επικοινωνούν αποτελεσματικά με τον ασθενή,

παίρνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη δουλειά τους και προστατεύονται καλύτερα από την επαγγελματική κούραση, που συχνά συνοδεύει την κλινική δουλειά.

Γιατί Τα Δυσάρεστα Νέα Είναι Δυσάρεστα

Δυσάρεστα είναι τα νέα που αλλάζουν δραστικά και με αρνητικό τρόπο την άποψη του ασθενή για το μέλλον του. Αυτή η πρόταση μπορεί να συμπληρωθεί από τα παρακάτω. Το πόσο δυσάρεστα είναι τα νέα, εξαρτάται από το τι ήδη γνωρίζει ή υποπτεύεται για το μέλλον του. Αλλιώς, όσο μεγαλύτερη είναι η διάσταση μεταξύ των προσδοκιών του ασθενή (σχέδια και φιλοδοξίες) και της ιατρικής πραγματικότητας της κατάστασης, τόσο αυξάνει τη δυσαρέσκεια του. Επιπλέον, το μέγεθος της δυσαρέσκειας δεν μπορεί να εκτιμηθεί, εάν δε διερευνήσουμε τι γνωρίζει ήδη ο ασθενής για την κατάσταση του και τι περιμένει.

Παράγοντες που επηρεάζουν στάσεις, αντιλήψεις αλλά και αντιδράσεις σε ασθενείς και επαγγελματίες είναι:

- κοινωνικοί παράγοντες: οι αντιλήψεις περί υγείας και ασθένειας επηρεάζουν αποφασιστικά το νόημα που αποκτούν οι διάφορες ασθένειες. Ο καρκίνος σαν ασθένεια είναι φορτωμένος από περισσότερους μύθους και προκαταλήψεις απ' ότι παραδείγματος χάριν η καρδιοπάθεια.
- παράγοντες σε σχέση με τον ασθενή: ο ασθενής έχει πλήθος φόβων ή ανησυχιών σχετικά με τη αρρώστια, τους οποίους ο επαγγελματίας δεν μπορεί να υποθέσει ή να προβλέψει. Επίσης, δεν μπορούμε να αξιολογήσουμε τον αντίκτυπο που έχουν τα νέα για τη νόσο σύμφωνα με τα δικά μας γνωστικά δεδομένα. Η κουλτούρα του ασθενή συχνά διαφέρει από την κουλτούρα στα συστήματα υγείας που, κυρίως, καθορίζεται από την επιστημονική και τεχνολογική γνώση.

Αλλιώς, ο έρπηξ των γεννητικών οργάνων που για τους ειδικούς είναι ένα πρόβλημα που δεν απειλεί τη ζωή και είναι θεραπεύσιμο, για τον ασθενή μπορεί να είναι και είναι τις περισσότερες φορές, τρομακτικό. Τέλος, οι συνέπειες μιας ασθένειας για το άτομο έχουν

άμεση σχέση με τη ζωή του ασθενή. Μια ήπια οστεαρθρίτιδα που για κάποιον υπάλληλο τράπεζας δεν είναι σοβαρό για έναν παίκτη του μπάσκετ ή για μια χορεύτρια είναι μείζον πρόβλημα.

Τέλος, και στο προσωπικό υγείας υπάρχουν προσωπικοί προβληματισμοί και φόβοι, που επεμβαίνουν στην επικοινωνία και επηρεάζουν τη φύση της ενημέρωσης/ανακοίνωσης.

Καταρχήν ο ασθενής με καρκίνο, πολύ συχνά αισθάνεται απομονωμένος από τους άλλους, προσωπικό υγείας, οικογένεια και φίλους. Διάφοροι λόγοι συντελούν σ' αυτό, που αφορούν τη νόσο καθαυτή αλλά κυρίως τις σχέσεις του με τους άλλους, έτσι όπως διαμορφώνονται με το δεδομένο της νόσου. Ένας σημαντικός λόγος που μπορεί να εντείνει το αίσθημα απομόνωσης στον ασθενή και αφορά το προσωπικό, είναι η δυσκολία ή η αποφυγή συζήτησης για τη νόσο. Ο ψυχικός μηχανισμός άμυνας, αυτός της άρνησης, δεν αφορά μόνο αυτούς που έχουν ήδη καρκίνο, αλλά και τους υπόλοιπους. Νοσηλευτές και γιατροί, συχνά αποφεύγουν τον ασθενή με συνέπειες σοβαρές ή λιγότερο σοβαρές λόγω προσωπικών τους φόβων. Σεβαστοί αλλά όχι πάντα αποδεκτοί και δικαιολογήσιμοι, είναι φόβοι που έχουμε όλοι όπως:

ότι μπορεί να τους προκαλέσουμε επιπλέον ψυχικό πόνο και πτώση του ηθικού τους, συζητώντας για τη νόσο τους. Από την άλλη όμως καθημερινά μπορεί να αγνοήσουμε τη δυσφορία και τη μοναξιά που αισθάνονται οι ασθενείς, όταν αντιλαμβάνονται τη συνομωσία σιωπής από προσωπικό και οικογένεια.

φόβος ότι δε θα μπορέσουμε να χειριστούμε σωστά κάποιες συναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενή. Δυστυχώς, η εκπαίδευση των περισσότερων δεν περιελάμβανε την αντιμετώπιση του ψυχικού πόνου ή της απελπισίας των ασθενών. Για τους περισσότερους είναι αποτέλεσμα εμπειρικής μάθησης και προσωπικότητας. Το κλάμα από έναν ασθενή μας φέρνει συχνά σε άβολη θέση, αν και αποτελεί μια φυσιολογική αντίδραση εκτόνωσης ή ένα μήνυμα για βοήθεια. Ο πρώιμος εφησυχασμός ελάχιστα προσφέρει, ενώ ιδιαίτερα υποστηρικτικό είναι να επιτρέψουμε ή και να ενθαρρύνουμε έναν ασθενή στο να κλάψει.

φόβος ότι θα εκτεθούμε συναισθηματικά. Η επαγγελματική συμπεριφορά και ο επιστημονικός λόγος, συχνά χρησιμοποιούνται εμποδίζοντας την έκφραση συναισθημάτων ασθενή και νοσηλεύτη ή γιατρού. Συμμετρία στη θεραπευτική σχέση, θα μπορούσε κάποιος να ισχυριστεί ότι είναι η σωστή αναλογία επαγγελματισμού και empathy ή αλλιώς το σταθερό μήνυμα προς τον ασθενή "είμαι εδώ, σε καταλαβαίνω και θα προσπαθήσω να σε βοηθήσω". Έρευνες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς συχνά μιλούν περισσότερο για αυτά που σκέφτονται και αισθάνονται στη νοσηλεύτρια νυχτερινής βάρδιας, παρά στο θεράποντα ή στον ειδικό ψυχικής υγείας.

φόβοι όπως του θανάτου, της θεραπευτικής ματαίωσης και της παραδοχής του "δεν ξέρω", αφορούν όλους τους επαγγελματίες και ίσως με μεγαλύτερο επιπολασμό στο χώρο της Ογκολογίας. Σαν φοιτητές, η απάντηση "δεν ξέρω" στις εξετάσεις ποτέ δεν αμειβόταν, αλλά ισοδυναμούσε με αποτυχία. Στην κλινική πράξη, οι ασθενείς συχνά κάνουν δύσκολες ερωτήσεις, γνωρίζοντας ήδη την απάντηση, επιθυμώντας περισσότερο απλώς να μιλήσουν. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι καθησυχασμοί του τύπου "όλα θα πάνε καλά" ή "μην ανησυχείτε", ελάχιστα υποστηρικτικοί είναι.

Ποιός Πρέπει Να Ανακοινώνει Τα Νέα Στον Ασθενή

Το ερώτημα "ποιος συζητά για τη νόσο και τη θεραπεία με τον ασθενή" δεν είναι απλό στην απάντησή του, αφενός γιατί δεν αναγνωρίζεται από τους επαγγελματίες ως μια καθορισμένη δράση και, επιπλέον, γιατί οι ρόλοι στο τμήμα συχνά δεν είναι με σαφήνεια ορισμένοι. Επιπλέον οι έντονοι ρυθμοί στο ογκολογικό τμήμα συχνά επηρεάζουν αποφασιστικά τον τρόπο που γίνονται τα πράγματα, περισσότερο από τις υπάρχουσες



ανάγκες. Επίσης, η ενημέρωση δεν είναι μια διαδικασία που ολοκληρώνεται σε μια

συνέντευξη και τελειώνει. Συχνά οι ασθενείς δεν καταλαβαίνουν τις πληροφορίες που τους δίνονται από τον θεράποντα, κυρίως λόγω συναισθηματικής φόρτισης ή γιατί διστάζουν να ρωτήσουν ή γιατί δεν τους δίνεται η ευκαιρία να ρωτήσουν. Έτσι στην πληροφόρηση τις περισσότερες φορές συμμετέχει σε δεύτερο χρόνο ο βοηθός γιατρός, ο εφημερεύων γιατρός και η νοσηλεύτρια. Αυτοί καλούνται να ακολουθήσουν, κυρίως για λόγους ιεραρχίας, τους όρους που έχουν καθοριστεί από τον θεράποντα. Εδώ θα πρέπει να ληφθούν υπόψη δύο θέματα: 1) ότι συχνά δεν γνωρίζουν τι είδους πληροφόρηση έχει πάρει ο ασθενής από την αρχή, οπότε οι υπόλοιποι ανησυχούν μη τυχόν πουν κάτι, που ο ασθενής δεν έχει πληροφορηθεί από αυτόν που έχει την κύρια ευθύνη και προκαλέσουν αναταραχή. 2) Ότι μπορεί να μη συμφωνούν με τους όρους πληροφόρησης, που έχουν τεθεί αλλά αισθάνονται υποχρεωμένοι να κινηθούν σε αυτό το πλαίσιο και σ' αυτήν την περίπτωση αισθάνονται βάρος, λόγω των προσωπικών ηθικών διλημμάτων, που αντιμετωπίζουν. Πρακτικά αυτό τους οδηγεί να αποφεύγουν ασθενή και οικογένεια, γιατί αισθάνονται να γίνονται συμμετοχοί σε μια κατάσταση, για την οποία δεν ρωτήθηκαν ή δεν συμφωνούν.

Για όλα αυτά δύο προτάσεις θα μπορούσαν να γίνουν:

1ον Την κύρια ευθύνη της ενημέρωσης να την έχει ένα άτομο, το οποίο θα συνδυάζει κλινική εμπειρία στο θέμα, σχετική ικανότητα στην επικοινωνία και συνεχή επαφή με τον ασθενή, ώστε να μπορεί να παίρνει τις πληροφορίες ο ασθενής, όταν το χρειάζεται. Και φυσικά αναφερόμαστε στον θεράποντα γιατρό, εφόσον για το καλό του ασθενή πληρούνται οι πιο πάνω προϋποθέσεις.

2ον Να υπάρχει σε κάθε τμήμα μια κοινή πολιτική στο θέμα της ενημέρωσης, ώστε όλοι να αισθάνονται ασφαλείς, με τη γνώση ότι δρουν βάσει μιας κοινά συμφωνημένης πολιτικής. Εάν αυτό δεν είναι δυνατό, να υπάρχει συνεργασία και ενημέρωση της ομάδας για τη θέση του καθενός, ώστε να αποφεύγονται τα προβλήματα.

5.2 Νοσηλευτική προσέγγιση παιδιών με καρκίνο

Η διάγνωση του καρκίνου σε ένα παιδί με καρκίνο δημιουργεί μεγάλη κρίση και δοκιμασία στη δομή της οικογένειας. Στις πρώτες εβδομάδες από τη διάγνωση το παιδί και η οικογένεια του ψάχνουν να βρουν μια νέα ισορροπία μέσα στο οικογενειακό τους περιβάλλον που θα τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν τη νέα πραγματικότητα. Η έγκαιρη και κατάλληλη υποστήριξη τους και καθοδήγηση από την ομάδα υγείας (ιατρονοσηλευτικό προσωπικό – ψυχολόγο - κοινωνική λειτουργό) μπορεί να βοηθήσει



ουσιαστικά την οικογένεια να δεχθεί τη νέα πραγματικότητα και να προσαρμοσθεί αποτελεσματικά. Κυριότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στην προσαρμογή του παιδιού και οικογένειας είναι:

1. Απλή και κατανοητή πληροφόρηση της διάγνωσης με απλοποιημένες έννοιες των ιατρικών όρων.
2. Ενημέρωση σχετικά με τη θεραπεία του παιδιού και τις επιπτώσεις της (πράγμα που πρέπει να γίνεται σταδιακά)
3. Ενημέρωση σχετικά με την πρόγνωση της νόσου που πρέπει να βασίζεται στην ελπίδα για το μέλλον.
4. Κατανόηση ορισμένων φυσιολογικών συναισθημάτων και αντιδράσεων που εκδηλώνουν οι γονείς κατά το άκουσμα της διάγνωσης.

Ο ρόλος του Νοσηλευτή

Ο νοσηλευτής καλείται να ενεργεί:

1. Σαν συντονιστής της θεραπευτικής ομάδας προωθώντας με τον τρόπο αυτό την επικοινωνία μεταξύ των μελών της.

2. Δίνει χρήσιμες πληροφορίες στ μέλη της, ιατρούς, ψυχολόγους, κοινωνική λειτουργό, προγραμματίζει τις δραστηριότητες του ασθενούς και καταγράφει τα αποτελέσματα τους.
3. Σαν σύμβουλος δίνει πληροφορίες που αφορούν την αρρώστια και τη θεραπεία του παιδιού και δημιουργεί το κατάλληλο περιβάλλον και τις κατάλληλες συνθήκες, στις οποίες το παιδί και η οικογένεια του θα δεχτούν τις πρώτες πληροφορίες και θα συζητήσουν τα προβλήματα τους. Είναι πάντα στη διάθεση τους με ενδιαφέρον και υπομονή για συνεχή ενημέρωση τους σε θέματα που τους απασχολούν. Ο νοσηλευτής είναι αυτός που βρίσκεται καθ' όλη τη διάρκεια του 24ώρου πλάι τους, σε όλες τις επώδυνες και μη ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις, προσφέροντας τρυφερότητα και στοργή. Χρησιμοποιεί τις κατάλληλες για το κάθε παιδί ξεχωριστά στρατηγικές για να το εκπαιδεύσει και να το προσεγγίσει ομαλά.
4. Σαν εκπαιδευτής εκπαιδεύει τους γονείς σε θέματα υγείας, όπως να αναγνωρίζουν έγκαιρα τυχόν προβλήματα και συμπτώματα, να ξέρουν πότε αναμένεται μια ουδετεροπενία, θρομβοπενία και να παίρνουν τα κατάλληλα μέτρα για προφύλαξη του παιδιού από λοιμώξεις και τι μπορούν να κάνουν σε περίπτωση κάποιας μικρής ρινορραγίας. Να μαθαίνουν επίσης τους γονείς να χειρίζονται το ΚΦΚ πριν την πρώτη έξοδο τους από το νοσοκομείο.

Η νοσηλεία που παρέχεται από τους νοσηλευτές των παιδογκολογικών τμημάτων είναι ένα σύστημα νοσηλευτικής φροντίδας που ουσιαστικά δεν τελειώνει ποτέ. Γι' αυτό χρειάζεται οι νοσηλευτές να έχουν κατάλληλη εκπαίδευση και εμπειρία για να μπορούν να εκτιμούν τις επιπλοκές του καρκίνου και της θεραπείας του, να ετοιμάζουν την ΧΜΘ των παιδιών με τον καλύτερο τρόπο και να παρέχουν εξειδικευμένη υποστηρικτική αγωγή. Απαιτείται λοιπόν να έχουν βαθιά γνώση στην πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση σοβαρών επιπλοκών. Αυτό είναι ηθική ευθύνη και χρέος μας για το παιδί που αγωνίζεται. Ηθική ευθύνη και χρέος να του προσφέρουμε αυτό που η επιστήμη δεν μπορεί: ανθρώπινη παρουσία με υπομονή και σεβασμό στο άρρωστο παιδί.

Ενημέρωση Οικογένειας

Η εισαγωγή ενός παιδιού στο νοσοκομείο είναι μια τραυματική εμπειρία γι' αυτό και τους γονείς του. Πολύ περισσότερο όταν έχει τεθεί η διάγνωση μιας νεοπλασματικής ασθένειας. Ο νοσηλευτής θα εξηγήσει στους γονείς με απλά και κατανοητά λόγια τι ακριβώς συμβαίνει στο παιδί τους. Τους εξηγεί τον πιθανό χρόνο παραμονής του στο νοσοκομείο, τη θεραπεία που θα πάρει το παιδί τους, τον τρόπο των εξετάσεων όπου συχνά θα πρέπει να υποβάλλεται το παιδί, καθώς και τον τρόπο και χρόνο της θεραπείας του. Τους ζητά να προετοιμάσουν με το δικό τους τρόπο το παιδί τους για τις αλλαγές που θα παρουσιαστούν σε αυτό όπως αλωπεκία, βάρος σώματος, ακρωτηριασμό.

Εάν οι γονείς επιθυμούν να ενημερωθεί το παιδί τους για τον τύπο της αρρώστιας του, αυτό μπορεί να γίνει με τη βοήθεια του ψυχολόγου. Πιστεύουμε ότι: όταν το παιδί είναι ενημερωμένο και καλά προετοιμασμένο για την αρρώστια του και τη θεραπεία του, όταν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και το οικογενειακό του περιβάλλον σέβεται απόλυτα την ατομικότητα του, τότε σε αυτό το παιδί μπορούμε να υπολογίζουμε στην καλή συνεργασία και τη σωστή προσαρμογή του σε κάθε δυσκολία της αρρώστιας του.

Η πιο κατάλληλη στιγμή για να ενημερωθεί το παιδί για το τι έχει και να προετοιμασθεί για την θεραπεία του είναι οι πρώτες ημέρες μετά τη διάγνωση, όταν εκείνο θα το ζητήσει και όταν οι γονείς νιώθουν έτοιμοι να δεχθούν και να απαντήσουν με ειλικρίνεια, σιγουριά και προπάντων με ηρεμία στα ερωτήματα του. Αυτή τη δύσκολη στιγμή μπορεί να βρίσκεται μαζί τους και κάποιο άλλο μέλος της ομάδας υγείας που επιθυμούν οι γονείς ή το παιδί.

Η αντιμετώπιση του παιδιού με καρκίνο είναι έργο της ομάδας, από τη διάγνωση έως την ημέρα της αποθεραπείας του. Η θεραπεία των παιδιών με νεοπλασία πρέπει να γίνεται σε οργανωμένα νοσοκομεία, σε εξειδικευμένα τμήματα, από ειδικούς γιατρούς και εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Είναι επίσης απαραίτητη η παρουσία ψυχολόγου στα τμήματα αυτά, δασκάλου ή κοινωνικού λειτουργού.

Νοσηλευτής και οικογένεια

Η διάγνωση μιας νεοπλασματικής νόσου σε ένα παιδί είναι το ίδιο δύσκολο για το νοσηλευτικό προσωπικό όσο και για το γιατρό, το μικρό ασθενή και την οικογένεια του.

Το νοσηλευτικό προσωπικό μιας παιδιατρικής κλινικής αιματολογίας-ογκολογίας έχει ένα αντιφατικό ρόλο. Από τη μια να θεραπεύει και να κάνει καλό και από την άλλη να προκαλεί πόνο και φόβο. Συνεπώς, έχει ζωτική σημασία η σύναψη διαπροσωπικών σχέσεων υποστήριξης και εμπιστοσύνης με το παιδί και τους γονείς του.

Ο νοσηλευτής είναι αυτός που έρχεται σε πιο στενή επαφή με το παιδί και την οικογένεια του. Κατά την πρώτη του επικοινωνία με τους γονείς, ο νοσηλευτής οφείλει να τους ξεναγήσει στο χώρο της κλινικής και να τους εξηγήσει τη σημασία μερικών διοικητικών, ιατρικών, νοσοκομειακών όρων και συγκεκριμένων διαδικασιών που συχνά παρανοούνται.

Είναι σημαντικό να καλλιεργούμε μια κατάσταση ψυχολογικής ευεξίας, ώστε γονείς και παιδί να διατηρούν ένα αίσθημα ασφάλειας.

Τα αίσθημα ασφάλειας που δημιουργείται στα παιδιά και τους γονείς τους, η εμπιστοσύνη τους και η ικανότητα των νοσηλευτών μειώνουν το σωματικό πόνο και το άγχος, ενώ αντίθετα η απόρριψη και η άρνηση τους θα αυξήσει το άγχος και την ανασφάλεια τους. Ακόμη και όταν η δημιουργία σχέσης γονιού-νοσηλευτή είναι αδύνατη, το γνήσιο ενδιαφέρον θα πρέπει να εκφράζεται. Όταν μιλάμε με τους γονείς το βλέμμα μας πρέπει να είναι στραμμένο σ' αυτούς και οι συζητήσεις να γίνονται ήρεμα και με αυτοπεποίθηση.

Αναμφισβήτητα ο νοσηλευτής αντιπροσωπεύει για το γονιό πολλά πρότυπα μαζί. Αυτό του ειδικού, του συμπαραστάτη, του φίλου, του εμψυχωτή. Συχνά οι γονείς αναπτύσσουν μια βαθιά και δυναμική σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό από τη στιγμή που θα αποκτήσουν εμπιστοσύνη στις γνώσεις και το έργο τους, παράλληλα με τη συμπαράσταση και την ευαισθησία από μέρους του προσωπικού. Όσο οι νοσηλευτές είναι ανοιχτοί για επικοινωνία, τόσο οι γονείς έχουν το περιθώριο να ακουμπήσουν πάνω τους τα όποια φύσεως προβλήματα τους.

Η επιθετική συμπεριφορά από τη μεριά των νοσηλευτών θα πρέπει να αποφεύγεται αναγνωρίζοντας τους φόβους και την αγωνία τους και κάνοντας τους με τον τρόπο μας νιώθουν ότι τους καταλαβαίνουμε, τους παρηγορούμε και τους καθησυχάζουμε.

Η αίσθηση της οικείας ρουτίνας θα πρέπει να καλλιεργείται συνεχώς. Το νοσηλευτικό προσωπικό μέσα σε αυτές τις διαπροσωπικές σχέσεις με το παιδί και τους γονείς νιώθει ότι το έργο του ολοκληρώνεται, όταν δεν περιορίζεται μέσα στο αυστηρά νοσηλευτικό του καθήκον, αλλά το εμπλουτίζουν με τη διορατικότητα και την προσωπική ευαισθησία που εμβαθύνουν σε αυτή τη σχέση.

Η ειλικρίνεια, η εμπιστοσύνη, ο σεβασμός, η γνώση, η ευαισθησία και η ανθρωπιά προς το άρρωστο παιδί και την οικογένεια του, διασφαλίζουν την καλύτερη φροντίδα, στηρίζουν μια σχέση ξεκάθαρη μαζί τους και κυρίως καθορίζουν την καλή προσαρμογή τους στις συνθήκες της αρρώστιας και της θεραπείας της.

Το παιδί με το χρόνιο νόσημα, μπορεί να είναι προστατευμένο αλλά όχι απομονωμένο, συνεργάσιμο και όχι αμέτοχο, μπορεί να είναι υπεύθυνο, αυτόνομο και με καθαρή γνώση για το τι του συμβαίνει.

Ο παιδικός καρκίνος έχει ταχεία εξέλιξη και απαιτεί άμεση αντιμετώπιση. Ο νοσηλευτής στη φάση αυτή παρεμβαίνει με ενημέρωση, εκπαίδευση του παιδιού και των γονιών σε θέματα που αφορούν τη νόσο, τη θεραπεία και τις επιπλοκές της.

Βασική προϋπόθεση για τη συνεργασία του παιδιού είναι η ενημέρωση του για κάθε θεραπευτική και διαγνωστική παρέμβαση.

Ανάλογα με την ηλικία του παιδιού γίνεται και η αντίστοιχη ενημέρωση πχ τα μικρά παιδιά ενημερώνονται λίγη ώρα πριν την παρέμβαση με όχι λεπτομερή τρόπο, αλλά τέτοιο ώστε να μην τους δημιουργηθεί φόβος και ανασφάλεια.

Οι περισσότερες έρευνες επισημαίνουν ότι με την κατάλληλη προετοιμασία των παιδιών μπορούμε να επιτύχουμε:

Μείωση του άγχους

Αποτελεσματικότερη προσαρμογή του παιδιού στα θέματα της νοσηλείας του

Ταχύτερη ανάρρωση

Μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης διαταραχών του παιδιού στο μέλλον

5.3 Νοσηλευτική προσέγγιση εφήβων με καρκίνο

Ορισμός εφηβείας: Παρόλο που δεν υπάρχει διεθνώς αποδεκτός ορισμός για την εφηβεία, οι περισσότεροι θεωρούν ότι αυτή καλύπτει την περίοδο της ζωής από 13-18 ετών. Επειδή όμως για επιδημιολογικούς λόγους η επίπτωση μιας νόσου καταγράφεται συμβατικά σε ηλικιακές ομάδες των 5 ετών (0-4, 5-9, κ.λ.π), κατά κανόνα ως έφηβοι θεωρούνται οι ασθενείς ηλικίας 15-19 ετών.

Ο καρκίνος αποτελεί την τέταρτη συχνότερη αιτία θανάτου σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες στις δυτικές κοινωνίες, μετά τα ατυχήματα, τις αυτοκτονίες και τις ανθρωποκτονίες. Η θνητότητα του καρκίνου σ' αυτή την ηλικιακή ομάδα αποδίδεται σχεδόν στο σύνολό της σε τέσσερις ομάδες νεοπλασιών: λευχαιμίες / λεμφώματα, σαρκώματα, όγκους ΚΝΣ και όγκους από αρχέγονα γεννητικά κύτταρα. Παρόλο που ο καρκίνος του θυρεοειδούς είναι ένας από τους συχνότερους καρκίνους σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, εντούτοις δεν αποτελεί συχνή αιτία θανάτου λόγω της εξαιρετικά καλής πρόγνωσης.

Επίπτωση καρκίνου στην εφηβική ηλικία:

Δεδομένα από το πρόγραμμα SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results) στις ΗΠΑ δείχνουν ότι η συνολική επίπτωση καρκίνου στην ηλικιακή ομάδα 15-19 ετών είναι σημαντικά υψηλότερη από ότι στην ομάδα 0-14 ετών. Ειδικότερα, ανάμεσα σε εφήβους ηλικίας 15-19 ετών η επίπτωση του καρκίνου στις ΗΠΑ την περίοδο 1975-1998 ήταν 203 περιπτώσεις/ εκατομμύριο πληθυσμού/έτος, 50% περίπου υψηλότερη από αυτή της ομάδας 0-14 ετών. Μόνο άλλες δύο μελέτες περιγράφουν την επίπτωση του εφηβικού καρκίνου, η βρετανική NRYPMDR (Northern Region Young Persons' Malignant Disease Registry), που καλύπτει την περίοδο 1968-1995 με 144,3 περιπτώσεις/ εκατομμύριο

πληθυσμού/ έτος και η μελέτη του Ολλανδικού οργανισμού για την καταγραφή του καρκίνου (Netherlands Cancer Registry) της περιόδου 1989-1997, που περιγράφει 193,3 περιπτώσεις/ εκατομμύριο πληθυσμού/ έτος.

Με βάση την τελευταία απογραφή της Ελληνικής Στατιστικής Εταιρείας το έτος 2000 υπάρχουν 763.000 έφηβοι ηλικίας 15-19 στην Ελλάδα. Αν θεωρήσουμε ότι τα στοιχεία επίπτωσης που περιγράφονται παραπάνω ισχύουν και στη χώρα μας, τότε υπολογίζεται ότι κατά μέσο όρο 130-150 έφηβοι θα προσβληθούν με καρκίνο κάθε έτος στην Ελλάδα.

Είδη νεοπλασιών της εφηβικής ηλικίας:

Η κατανομή των νεοπλασιών στην ηλικιακή ομάδα 15-19 ετών διαφέρει σημαντικά από αυτή τόσο των μικρότερων όσο και των μεγαλύτερων ηλικιών. Έτσι, στις ηλικίες 0-14 ετών επικρατούν οι λευχαιμίες/ λεμφώματα και οι όγκοι εμβρυϊκής προέλευσης, ενώ στις μεγαλύτερες ηλικίες επικρατούν οι νεοπλασίες από επιθηλιακούς ιστούς (καρκίνοι). Οι συχνότερες νεοπλασίες στους έφηβους 15-19 ετών από στοιχεία του SEER στις ΗΠΑ είναι το λέμφωμα Hodgkin (16.1%), οι όγκοι από αρχέγονα γεννητικά κύτταρα (15.2%), οι όγκοι του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) (10%), τα σαρκώματα μαλακών μορίων (7.8%), τα λεμφώματα μη Hodgkin (7.6%), ο καρκίνος θυρεοειδούς (7.2%), το κακόηθες μελάνωμα (7%), τα σαρκώματα οστών (6.9%), η ΟΛΛ (6.4%) και η οξεία μυελογενής λευχαιμία (4.2%). Ειδικά για τα σαρκώματα μαλακών μορίων πρέπει να τονιστεί ότι, σε αντίθεση με τα παιδιά, στους έφηβους επικρατούν το ινοσάρκωμα και τα σαρκώματα που δεν είναι ραβδομυοσαρκώματα, ενώ στους όγκους ΚΝΣ επικρατούν οι υπερσκηνιδιακοί όγκοι, σε αντίθεση με τα παιδιά που κυριαρχούν οι όγκοι του στελέχους και της παρεγκεφαλίδας.

Ενώ ο ρυθμός της 5-ετούς επιβίωσης ασθενών με καρκίνο σε παιδιά και ενήλικες >45 ετών στις ΗΠΑ την περίοδο 1975-1998 κατά μέσο όρο βελτιώθηκε 1,74% ανά έτος, η βελτίωση αυτή ήταν μόλις 0,91% στους έφηβους ηλικίας 15-19 ετών. Η ελλιπής αυτή πρόοδος στη θεραπεία του εφηβικού καρκίνου οφείλεται σε διάφορους λόγους, από τους

οποίους ο σημαντικότερος είναι η μικρή συμμετοχή των εφήβων σε κλινικές μελέτες. Έτσι, ενώ >95% των παιδιών ηλικίας 0-14 ετών στις ΗΠΑ θεραπεύονται σε νοσοκομεία που συνεργάζονται με το Children's Oncology Group (COG), την Παιδοογκολογική ομάδα συνεργασίας που δημιουργήθηκε το 2000 από τη συνένωση των Children's Cancer Group (CCG), Pediatric Oncology Group (POG), National Wilms' Tumor Study Group (NWTSG) και Intergroup Rhabdomyosarcoma Study Group (IRSG), μόλις 65% των εφήβων θεραπεύονται σε τέτοια εξειδικευμένα νοσοκομεία. Ακόμα πιο ανησυχητικό είναι ότι μόλις το 21% των εφήβων συμμετέχουν σε κλινικά πρωτόκολλα, τη στιγμή που η συμμετοχή αυτή ξεπερνά το 90% στην ομάδα παιδιών 0-14 ετών με νεοπλασία. Άλλοι λόγοι για τη δυσμενέστερη πρόγνωση των εφήβων σε σχέση με αυτή των παιδιών ηλικίας 0-14 ετών είναι ενδογενείς (επιθετικότερη συμπεριφορά των νεοπλασιών και μικρότερη ανοχή των ασθενών στην τοξικότητα της χορηγούμενης θεραπείας), ή σχετίζονται με την συχνά προβληματική συμμόρφωση των εφήβων με τη θεραπεία και την καθυστερημένη προσέλευσή τους στον ειδικό, γεγονός που αυξάνει την πιθανότητα γενικευμένης νόσου. Ειδικά για το θέμα αυτό, ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα δεδομένα του POG με βάση 2.665 παιδιά και εφήβους που συμμετείχαν σε πρωτόκολλα της ομάδας από το 1982-1988, όπου με εξαίρεση το λέμφωμα Hodgkin, για όλους τους ασθενείς με συμπαγείς όγκους η προσέλευση στο νοσοκομείο καθυστερούσε κατά τρόπο αναλογικό με την ηλικία του πάσχοντος, δηλαδή οι έφηβοι προσήλθαν με σημαντική καθυστέρηση μετά την αρχική εμφάνιση των συμπτωμάτων τους σε σχέση με τα παιδιά.

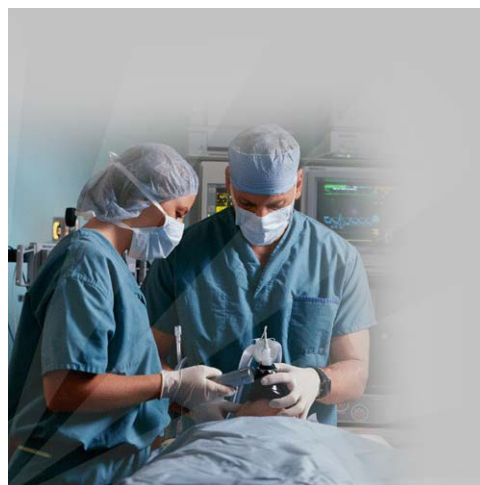
Βιολογική συμπεριφορά εφηβικού καρκίνου:

Αναμφίβολα η βιολογική συμπεριφορά παιδιατρικού τύπου νεοπλασιών είναι πιο επιθετική στους εφήβους. Έτσι, η πρόγνωση της οξείας λεμφοβλαστικής λευχαιμίας (ΟΛΛ), των λεμφωμάτων Hodgkin και non-Hodgkin και των σαρκωμάτων (οστών και μαλακών μορίων) είναι δυσμενέστερη στους εφήβους, με τη διαφορά να είναι ιδιαίτερα μεγάλη στην ΟΛΛ και στο ραβδομυοσάρκωμα. Ειδικότερα η πρόγνωση εφήβων με ΟΛΛ,

που είναι η πρώτη αιτία θανάτου από νεοπλασίες στην εφηβική ηλικία, είναι σημαντικά δυσμενέστερη αυτής των παιδιών για λόγους που είναι μόνο εν μέρει γνωστοί. Για παράδειγμα, η ύπαρξη προγνωστικά δυσμενών κυτταρογενετικών (π.χ., χρωμόσωμα Φιλαδέλφεια) και ανοσοφαινοτυπικών (π.χ., T-ανοσοφαινότυπος) χαρακτηριστικών είναι πολύ συχνότερη σε εφήβους με ΟΛΛ, αν και αυτό δεν αρκεί να εξηγήσει στο σύνολό της την κατά 20-25% χειρότερη πρόγνωση των εφήβων με ΟΛΛ σε σχέση με τα παιδιά.

Ποιος είναι ο καταλληλότερος ειδικός να θεραπεύει εφήβους με καρκίνο:

Ένα κεντρικό ερώτημα που τίθεται στην αντιμετώπιση εφήβων ασθενών με καρκίνο είναι το ποιος ειδικός είναι πιο κατάλληλος για τη θεραπεία τους. Η Αμερικανική Εταιρεία Παιδιατρικής θεωρεί ότι όλοι οι έφηβοι με καρκίνο πρέπει να θεραπεύονται από Παιδίατρος Αιματολόγους/ Ογκολόγους, χωρίς εντούτοις να ορίζει τα ηλικιακά όρια της εφηβείας. Παρομοίως, η λιγότερο «προκατειλημμένη» Αμερικανική Συνομοσπονδία Κλινικών Ογκολογικών Εταιρειών (American Federation of Clinical Oncological Societies) θεωρεί ότι η πρόσβαση των εφήβων με νεοπλασίες σε Παιδίατρος Αιματολόγους/ Ογκολόγους αυξάνει την πιθανότητα επιτυχημένης θεραπευτικής έκβασης.



Προκειμένου να απαντήσει κανείς με αμεροληψία το ερώτημα του ποιος είναι ο καταλληλότερος ειδικός για τη θεραπεία των εφήβων με νεοπλασίες πρέπει: 1) Να εξετάσει το είδος των νεοπλασιών της εφηβείας, δηλαδή να εξετάσει αν αυτές ομοιάζουν περισσότερο με αυτές των παιδιών ή των ενηλίκων και 2) Να εξετάσει αν υπάρχουν στοιχεία από συγκριτικές κλινικές μελέτες εφήβων που έλαβαν θεραπεία με βάση είτε παιδιατρικά πρωτόκολλα είτε πρωτόκολλα ενηλίκων. Αναφορικά με το πρώτο ερώτημα είναι σαφές ότι οι έφηβοι είναι στη μετάπτωση μεταξύ των νεοπλασιών παιδιών και

ενηλίκων, δηλαδή ενώ εξακολουθούν να εμφανίζουν νεοπλασίες «παιδικού τύπου» εμφανίζουν και νεοπλασίες, όπως μελάνωμα, όγκους θυρεοειδούς και όγκους όρχεων και ωοθηκών που είναι σπάνιοι στα παιδιά και συχνότεροι στους νεαρούς ενήλικες. Επομένως, ο καλύτερος ειδικός για την αντιμετώπιση του εφήβου με καρκίνο πρέπει να είναι γνώστης της Παιδιατρικής Αιματολογίας/ Ογκολογίας, αλλά και να γνωρίζει τη θεραπεία καρκίνων, όπως το μελάνωμα, οι όγκοι του θυρεοειδούς και οι όγκοι από αρχέγονα γεννητικά κύτταρα, στους οποίους οι ογκολόγοι ενηλίκων έχουν αναμφίβολα μεγαλύτερη εμπειρία. Αναφορικά με το δεύτερο ερώτημα ελάχιστα δεδομένα υπάρχουν, αλλά αυτά σαφέστατα συνηγορούν υπέρ της θεραπείας εφήβων με καρκίνο με βάση πρωτόκολλα θεραπείας που έχουν σχεδιαστεί για παιδιά. Έτσι για παράδειγμα, 100 έφηβοι ηλικίας 15-20 ετών με ΟΛΛ θεραπεύτηκαν στη Γαλλία μεταξύ Ιουνίου 1993 και Σεπτεμβρίου 1994 με βάση είτε το παιδιατρικό πρωτόκολλο θεραπείας FRALLE-93 είτε το πρωτόκολλο ενηλίκων LALA-94. Παρόλο που η διάμεση ηλικία των εφήβων που έλαβαν FRALLE-93 ήταν κάπως μικρότερη αυτής των ασθενών που έλαβαν LALA-94 (15,9 έναντι 17,9 έτη), οι υπόλοιποι προγνωστικοί παράγοντες ήταν καλά ισορροπημένοι μεταξύ των δύο πρωτοκόλλων. Η πρόγνωση των ασθενών που θεραπεύτηκαν με βάση το παιδιατρικό FRALLE-93 ήταν σημαντικά καλύτερη αυτής ασθενών που έλαβαν θεραπεία με βάση το LALA-94 (5-ετής ελεύθερης νόσου επιβίωση 67% έναντι 41%, $p < 0.0001$). Επίσης, σύγκριση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων για την ΟΛΛ σε ασθενείς ηλικίας 16-21 ετών της παιδιατρικής ομάδας CCG με την ομάδα ενηλίκων Cancer and Leukemia Group B (CALGB) δείχνει 6-ετή ελεύθερη νόσου επιβίωση 64% έναντι 38%, αντίστοιχα. Τέλος, ανάλυση δεδομένων της National Cancer Data Base στις ΗΠΑ για εφήβους ηλικίας 15-19 ετών με λεμφώματα non-Hodgkin, λευχαιμίες, οστικούς όγκους και όγκους ήπατος δείχνει σαφές πλεονέκτημα επιβίωσης σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία σε παιδιατρικά νοσοκομεία. Αναμφίβολα οι Παιδίατροι Αιματολόγοι/ Ογκολόγοι είναι πιο επιθετικοί και λιγότεροι επιρρεπείς σε διακοπές της χημειοθεραπείας λόγω τοξικότητας, σε σχέση με τους συναδέλφους τους για ενήλικες ασθενείς, που κατά κανόνα θεραπεύουν ασθενείς τρίτης ηλικίας, αλλά και οι Παθολόγοι/ Ογκολόγοι είναι πιο ειδικοί σε επιθηλιακούς όγκους

ή μερικές μορφές νεοπλασιών της εφηβικής ηλικίας. Οι Παιδιάτροι Αιματολόγοι/ Ογκολόγοι είναι πιο ευαίσθητοι σε θέματα ψυχολογικών επιπτώσεων και απώτερων επιπλοκών της θεραπείας στους έφηβους, αλλά δεν έχουν την εμπειρία των Παθολόγων/ Ογκολόγων στη συζήτηση με τους έφηβους θεμάτων που άπτονται της τεκνοποίησης, της διατήρησης της γονιμότητας, κλπ. Επομένως, κατά την άποψη του γράφοντος η ιδανική φροντίδα ενός έφηβου με καρκίνο εξαρτάται από τον τύπο της νόσου και τη δυνατότητα αμφίδρομης συνεργασίας Παιδιάτρων Αιματολόγων/ Ογκολόγων και Παθολόγων/ Ογκολόγων, πρέπει δε κατά κανόνα να γίνεται σε παιδιατρικά νοσοκομεία για λευχαιμίες, λεμφώματα, σαρκώματα και όγκους εγκεφάλου και όπου δυνατόν σε ογκολογικές κλινικές ενηλίκων για όγκους όρχεων, καρκίνο ωοθηκών, μελάνωμα ή καρκίνο θυρεοειδούς. Σε περίπτωση που ένας έφηβος με παιδιατρικού τύπου νεοπλασία για λόγους προσωπικής ή άλλης επιλογής θεραπεύεται σε ογκολογική κλινική ενηλίκων, καλό θα είναι να ζητηθεί ή γνώμη Παιδιάτρου Αιματολόγου/ Ογκολόγου ή τουλάχιστο να χρησιμοποιηθεί θεραπεία με βάση παιδιατρικά πρωτόκολλα, που είναι πιο εντατικά και κατά κανόνα πιο αποτελεσματικά. Αλλά και το αντίθετο, δηλαδή αν ένας έφηβος με νέοπλασία που είναι συχνότερη σε νεαρούς ενηλίκους (όγκο όρχεων, καρκίνο ωοθηκών, μελάνωμα ή καρκίνο θυρεοειδούς) θεραπεύεται σε παιδοογκολογική κλινική, καλό θα είναι να έχει συζητηθεί η θεραπεία του με Παθολόγο/ Ογκολόγο.

Νοσηλευτική προσέγγιση και ψυχολογική φροντίδα του εφήβου με καρκίνο:

Η μεγαλύτερη διαφορά στην αντιμετώπιση του εφήβου καρκινοπαθούς, σε σχέση με τα παιδιά και τους ενήλικες, είναι η ιδιαίτερα απαιτητική ψυχολογική φροντίδα που είναι απαραίτητη για τη σωστή αντιμετώπισή τους. Οι έφηβοι με καρκίνο, σε μια περίοδο της ζωής τους που διψούν για αυτονομία, αναζήτηση προσωπικής ταυτότητας, διαπροσωπικές σχέσεις, κοινωνικότητα, οικονομική ανεξαρτησία, σχεδιασμό καριέρας και σεξουαλικές εμπειρίες καλούνται να αντιμετωπίσουν τον καρκίνο, μια πάθηση που στο μυαλό όλων είναι συνδεδεμένη με την τρίτη ηλικία και το θάνατο. Ο έφηβος συνήθως

αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως αθάνατο. Επειδή η έντονη συναισθηματική φόρτιση είναι αναμενόμενη από τον έφηβο με καρκίνο μετά την ανακοίνωση της διάγνωσης, το οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον συχνά σκιαγραφεί μια υπερβολικά καταθλιπτική εικόνα, που τις περισσότερες φορές δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Όμως από τη φύση τους οι έφηβοι έχουν μεγάλη προσαρμοστικότητα, που τους επιτρέπει να αντεπεξέρχονται σε αντιξοότητες με επιτυχία, διαψεύδοντας συχνά τις αποκαρδιωτικές προσδοκίες των άλλων. Εντούτοις, συνηθισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας, όπως η αλωπεκία, η απώλεια ή αύξηση βάρους, η ακμή, η ναυτία, οι εμετοί, αλλά και οι ακρωτηριαστικές επεμβάσεις έχουν καταστροφική επίδραση στο πως αντιλαμβάνεται ο έφηβος τον εαυτό του σε σχέση με τους συνομηλίκους του και το κοινωνικό σύνολο γενικότερα, και καθιστούν προβληματική τη συμμόρφωσή τους με τη θεραπεία. Η ανάγκη για συχνές νοσηλείες απομακρύνει τον έφηβο ασθενή από το σχολείο, τους φίλους του, το σπίτι και τις συνήθειές του και απαιτεί φιλική και ανθρώπινη προσέγγιση από το προσωπικό των ογκολογικών μονάδων προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν οι αναπόφευκτες και δυσάρεστες αλλαγές στον τρόπο ζωής του.

Ένα πολύ σημαντικό ζήτημα στην αντιμετώπιση του έφηβου ασθενή με καρκίνο είναι η ανάγκη να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων που τον αφορούν, στο μέγιστο βαθμό που αυτό είναι δυνατό. Στον έφηβο ασθενή με νεοπλασία πρέπει να λέγεται η αλήθεια για την πάθησή του. Η ευθύτητα του γιατρού είναι σημαντική στο να νοιώσει ο έφηβος ότι τον καταλαβαίνουν και για να εμπιστευτεί το ιατρικό προσωπικό των ογκολογικών μονάδων. Οι έφηβοι θέλουν ένα γιατρό ειλικρινή, ανοιχτό σε συζητήσεις-που δύσκολα κάνουν με τους γονείς τους-, που να νοιάζεται για την ασθένεια και τα συναισθήματά τους, αλλά που να μην τους κριτικάρει.

Σε γενικές γραμμές οι έφηβοι με καρκίνο περνούν από τρία στάδια ψυχολογικής αντιμετώπισης της ασθένειας, δηλαδή το στάδιο της άρνησης, του θυμού και της αποδοχής της νόσου. Παρόλο που αυτή η αλληλουχία είναι κοινή και στους ενήλικες με καρκίνο, οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν έφηβους ασθενείς με καρκίνο θεωρούν ότι οι αντιδράσεις των εφήβων συχνά είναι πιο υπερβολικές, σε σημείο

που να θεωρούν ότι είναι ευκολότερο να αντιμετωπίσουν την νεοπλασία από ότι την εφηβεία. Συμπεριφορές, όπως παλινδρόμηση σε παιδικού τύπου αντιδράσεις, απομάκρυνση από το σχολικό και φιλικό περιβάλλον, υπερβολικό άγχος, ανάληψη κινδύνων (το να ζει ο έφηβος κάθε μέρα σα να είναι η τελευταία του μέρα), παζάρεμα για το πρόγραμμα χημειοθεραπείας, και μη συμμόρφωση με την ιατρική θεραπεία είναι συχνές σε έφηβους με νεοπλασίες.

Η καλή συμμόρφωση με τη λήψη χημειοθεραπείας έχει μεγάλη προγνωστική σημασία σε νεοπλασίες όπως π.χ., στην ΟΛΛ, μια νόσο που απαιτεί τη μακροχρόνια χορήγηση φαρμάκων από το στόμα σε καθημερινή (μερκαπτοπουρίνη) ή εβδομαδιαία (μεθοτρεξάτη) βάση. Από διάφορες μελέτες φαίνεται ότι η συμμόρφωση με τη λήψη *per os* χημειοθεραπευτικών είναι μικρότερη στους εφήβους σε σχέση με τα παιδιά. Αυτό οφείλεται σε διάφορους λόγους, όπως στα αισθήματα άρνησης, φαταλισμού και αγνωσίας του κινδύνου (όχι μόνο της νόσου, αλλά και γενικότερα) που χαρακτηρίζουν την εφηβεία. Άλλοι παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα μη συμμόρφωσης του εφήβου με τη θεραπεία είναι η μικρότερη κατανόηση για τη νόσο, τη θεραπεία και την πρόγνωσή της, το συχνά φορτωμένο καθημερινό πρόγραμμα των εφήβων, κ.ά. Στους έφηβους πρέπει να δίνονται σαφείς οδηγίες και χρονοδιαγράμματα θεραπείας και να διευκρινίζεται εξ' αρχής ποιος είναι υπεύθυνος για την τήρηση της ώρας λήψης των φαρμάκων τους, δηλαδή οι ίδιοι ή οι γονείς τους.

Επειδή η εφηβεία είναι μια περίοδος που η συντροφικότητα και η σεξουαλικότητα (η ανάγκη των εφήβων να αρέσουν στο άλλο φύλο) έχουν κυρίαρχο ρόλο, συχνά οι έφηβοι έχουν πριν από τη διάγνωσή τους συνάψει στενές διαπροσωπικές σχέσεις που τις θεωρούν εξαιρετικά σημαντικές στη μεταβατική τους πορεία προς την ενηλικίωση. Σε τέτοιες περιπτώσεις, οι φίλοι ή οι φίλες των εφήβων με καρκίνο έχουν εξίσου αν όχι σημαντικότερο ρόλο από την οικογένειά τους και πρέπει να αντιμετωπίζονται με ευαισθησία και κατανόηση εκ μέρους του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των ογκολογικών μονάδων.

5.4 Κόπωση στον ογκολογικό άρρωστο – Νοσηλευτική θεώρηση

Το φαινόμενο της κόπωσης έχει μελετηθεί από ερευνητές για δεκαετίες και πολλές θεωρίες έχουν προταθεί να το εξηγήσουν. Έχει αναγνωριστεί ως μια καθολική εμπειρία, η οποία βιώνεται σε καθημερινή βάση και, συνήθως, σχετίζεται με τη σωματική προσπάθεια, το ψυχολογικό στρες και τον ανεπαρκή ύπνο και ξεκούραση (1). Έχει περιγραφεί ως σύμπτωμα ή εκδήλωση πολλών ασθενειών (2,3).



Ορισμός Της Κόπωσης

Είναι δύσκολο να οριστεί η κόπωση, γιατί θεωρείται ένα πολυδιάστατο πρόβλημα και εξαρτάται από την πλευρά που το εξετάζει ο ερευνητής. Η Irvine και συν. (1994), όρισαν την κόπωση ως αυτοαναγνωριζόμενο φαινόμενο, που είναι υποκειμενικό στη φύση του και βιώνεται ως αίσθημα κόπωσης, εξάντλησης, έλλειψης ενέργειας που ποικίλει σε βαθμό, συχνότητα και διάρκεια.

Η Βορειοαμερικανική Νοσηλευτική Εταιρεία Διαγνώσεων το 1995 έδωσε για την κόπωση τον παρακάτω ορισμό. Μια ανυπόφορη υφιστάμενη αίσθηση εξάντλησης και μειωμένη ικανότητα για σωματική και πνευματική εργασία.

Προσδιοριζόμενα χαρακτηριστικά γνωρίσματα:

- 1) Κύρια: Έκφραση μιας αδιάκοπης και υπερβολικής έλλειψης ενέργειας, ανικανότητα πραγματοποίησης της συνήθους ρουτίνας.
- 2) Δευτερεύοντα: αντιλαμβανόμενη ανάγκη συμπληρωματικής ενέργεια στην εκπλήρωση των συνηθισμένων καθηκόντων, αύξηση των σωματικών παραπόνων, συναισθηματική αστάθεια ή ευερεθιστότητα, λήθαργος, αδιαφορία για το περιβάλλον / αυτοέλεγχο, μειωμένη λίμπιντο, επιρρόπεια σε ατυχήματα.

Ταξινόμηση Της Κόπωσης

Υπάρχουν αρκετά συστήματα ταξινόμησης της κόπωσης ανάλογα με την αιτία προέλευσής της, την οπτική γωνία από την οποία την παρατηρεί ο ερευνητής (υποκειμενική ή νευρομυϊκή, παθολογική ή ψυχολογική, κ.λ.π).

Το σύστημα ταξινόμησης, που χρησιμοποιείται περισσότερο στην καθημερινή νοσηλευτική πρακτική, χαρακτηρίζει την κόπωση ως οξεία ή χρόνια και εξαρτάται από τη διάρκεια.

Οι αιτίες της οξείας κόπωσης μπορεί συνήθως να αποδοθούν ή να συσχετιστούν με μια ειδική δραστηριότητα ή μηχανισμό. Η κόπωση γίνεται αντιληπτή ως μία φυσιολογική αντίδραση και λειτουργεί ως προφύλαξη από την υπερεργασία ή την εξάντληση. Τα συμπτώματα που παρουσιάζονται στην οξεία κόπωση συχνά εντοπίζονται σε συγκεκριμένα τμήματα του σώματος και συνήθως υποχωρούν με την ξεκούραση.

Αντιθέτως, η χρόνια κόπωση έχει μια ποιο ύπουλη έναρξη και είναι αθροιστική, ενώ οι ειδικοί αιτιατοί μηχανισμοί είναι δύσκολο να αναγνωριστούν. Οι ασθενείς περιγράφουν τη χρόνια κόπωση ως μια ολική ανυπόφορη εμπειρία, που σχετίζεται με γενικευμένη αδυναμία, καμιά φορά ακραία, συνήθως σταθερή, που δεν υποχωρεί με ανάπαυση.

Φαίνεται ότι η πλειοψηφία των ασθενών με καρκίνο βιώνουν αισθήματα, που είναι συμβατά με τον ορισμό της χρόνιας κόπωσης, αν και μια πολύ πρόσφατη μελέτη αναφέρει ότι, τουλάχιστον για τα άτομα που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, η κόπωση φαίνεται να είναι περισσότερο κυκλική παρά χρόνια.

Αιτίες Της Κόπωσης

Αν και η επίπτωση και η ένταση της κόπωσης στους καρκινοπαθείς μπορεί να έχει διάρκεια, οι μελέτες που αναφέρονται στις αιτίες της, το χρόνο έναρξής της, τη διάρκειά της, τα μοντέλα και τη σοβαρότητά της, είναι περιορισμένες.

Οι κυριότερες παθοφυσιολογικές υποθέσεις αναφέρονται στην:

α)Συσσώρευση μεταβολιτών. Στους καρκινοπαθείς δευτερογενώς από την ακτινοβολία, τη χημειοθεραπεία ή το νεόπλασμα αυτό καθεαυτό, λόγω της καταστροφής των κυττάρων, παρατηρείται συγκέντρωση τοξικών προϊόντων όπως γαλακτικού οξέος, πυρουβικού

οξέος, ιόντων υδρογόνου κλπ. Αν και η παρουσία της κόπωσης έχει σχετιστεί με τη συγκέντρωση διαφόρων μεταβολιτών, η αιτιολογική τους σχέση παραμένει ασαφής.

β) Εξάντληση αποθεμάτων. Τα προβλήματα διατροφής (ανορεξία, ναυτία, έμετος, ξηροστομία ή γαστρικό εμπόδιο) που παρουσιάζουν οι καρκινοπαθείς σχετίζονται με την κόπωση και, πιθανά, οφείλονται είτε σε ανεπαρκή πρόσληψη θρεπτικών συστατικών είτε στο μεταβολισμό τους. Παράλληλα, ο όγκος ανταγωνίζεται επιτυχώς τον υγιή ιστό για θρεπτικά συστατικά. Η διαταραχή του αερόβιου ενεργειακού μεταβολισμού λόγω δύσπνοιας ή / και αναιμίας, βασίζεται σε αυτή την υπόθεση. Η απώλεια σκελετικών μυών, ως ένα μέρος της καρκινικής καχεξίας συχνά συνοδεύεται από κόπωση. Ο ειδικός παράγων που επιφέρει αυτή την απώλεια δεν έχει διευκρινιστεί, αλλά πιστεύεται ότι μεσολαβεί ο TNF και η καχεκτίνη.

γ) Μηχανισμοί ενέργειας, δραστηριότητας και ξεκούρασης. Σύμφωνα με τον Seyle, κάθε άτομο γεννιέται με ένα πεπερασμένο ποσό ενέργειας διαθέσιμο για προσαρμογή, ενώ η κόπωση εμφανίζεται όταν τα αποθέματα ενέργειας εξαντλούνται. Οι αλλαγές στην ενεργειακή παραγωγή είναι συχνές στους καρκινοπαθείς και ίσως απορρέουν από διαταραχές στην κατανάλωση ενέργειας, καρκινική καχεξία, ανορεξία, λοίμωξη, πυρετό και διαταραχή των θυρεοειδικών ορμονών.

δ) Νευροφυσιολογικό μοντέλο. Αυτό το μοντέλο, πιθανώς, εξηγεί την κόπωση σε καταστάσεις χαμηλής διέγερσης (ερεθισμών), όπως είναι η ακινησία που οφείλεται σε υπερβολική κατάκλιση, ακόμη και στην περίπτωση που υπάρχει μικρή κατανάλωση ενέργειας. Η θεωρία αυτή συμπληρώνεται με την υπόθεση ότι, επειδή το άτομο δεν κινείται, έχουμε γρήγορη απώλεια μυϊκής μάζας και αύξηση κατανάλωσης ενέργειας για την πραγματοποίηση απλών ενεργειών.

Άλλοι πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με την κόπωση είναι:

Διαταραχή του ύπνου και της ξεκούρασης από α) νοσοκομειακούς θορύβους και την συνεχιζόμενη -κυκλική- φροντίδα (χορήγηση φαρμάκων αργά το βράδυ, ήχοι από σειρήνες αντλιών, αλλαγές επιθεμάτων κλπ), β) από συμπτώματα της νόσου ή / και της αντινεοπλασματικής αγωγής όπως συχνουρία, ναυτία, έμετος, χρόνιος πόνος, κνησμός,

διάρροια κλπ και γ) από προβλήματα του περιβάλλοντος, όπως μακροχρόνια παραμονή στο νοσοκομείο ή / και συχνές επισκέψεις σε αυτό, ανάγκη εκμάθησης και χρήσης βοηθητικών συσκευών χειρουργικές αλλαγές και τέλος, η προσαρμογή στις συνθήκες αυτές.

Φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του καρκίνου (ιντερφερόνες, ταξάνες) ή για την αντιμετώπιση των παρενεργειών της νόσου ή της θεραπείας (π.χ. αντιεμετικά, στεροειδή) ή για την αντιμετώπιση συμπαρομαρτούσης νόσου (π.χ. αντισταμινικά, αντιυπερτασικά), προκαλούν βιοχημικές μεταβολές, οι οποίες πιστεύεται ότι σχετίζεται με την κόπωση.

Συνοπάρχοντα ιατρικά προβλήματα. Ορισμένες παθολογικές καταστάσεις αυξάνουν την απώλεια ενεργείας ή μειώνουν την αναπλήρωση της, όπως ο ακρωτηριασμός ενός μέλους, νευρολογικά σύνδρομα, παρατεταμένη κατάκλιση, ανεπάρκεια αισθητηρίων οργάνων (λόγω ανάγκης για αυξημένη επαγρύπνηση), που προκαλεί την ανάγκη για αυξημένη επαγρύπνηση, δύσπνοια, καρδιακή ανεπάρκεια, διαβήτη κλπ

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Οι ασθενείς με καρκίνο συχνά υποφέρουν από ένα υπερβολικό, συνεχιζόμενο στρες, που συνοδεύει τη διάγνωση και τη θεραπεία της νόσου ενώ παρουσιάζεται και σαν αντίδραση στις αυξημένες απαιτήσεις της θεραπείας. Δεχόμενοι την υπόθεση ότι το παρατεταμένο στρες προκαλεί κόπωση εύκολα συμπεράνει κανείς ότι οι καρκινοπαθείς βιώνουν κόπωση. Η αντίδραση στο στρες εξαρτάται από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου, το υποστηρικτικό του δίκτυο, τους διαθέσιμους μηχανισμούς άμυνας, το βαθμό κινητοποίησης, τα πιστεύω και τις αξίες κλπ. Η κόπωση πρέπει επίσης να διαφοροδιαγνώσκεται από την κατάθλιψη.

Επιδημιολογία Της Κόπωσης Στις Διάφορες Μορφές Θεραπείας

Η κόπωση είναι συχνό φαινόμενο που προκαλείται από τις διάφορες μορφές θεραπείας.

Χειρουργική : Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση, βιώνουν κόπωση πριν από το χειρουργείο. Ο μέγιστος βαθμός κόπωσης εμφανίζεται την έβδομη

μετεγχειρητική ημέρα, ενώ οι περισσότεροι ασθενείς επιστρέφουν στα προεγχειρητικά επίπεδα κόπωσης μετά ένα μήνα. Η κόπωση όμως μπορεί να επιμένει περισσότερο από έξι μήνες μετά την εγχείρηση. Οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν τη μετεγχειρητική κόπωση είναι η προεγχειρητική κατάσταση του ασθενούς, το είδος του χειρουργείου, η αναισθησία, ο μη ελεγχόμενος πόνος από την κοιλιακή τομή, η χαμηλή αιμοσφαιρίνη, η ηλικία, η διαταραχή του ύπνου, το περιβαλλοντικό στρες αλλά και οι συχνές χειρουργικές διαδικασίες που υποβάλλονται οι ασθενείς για τη διάγνωση και την αρχική θεραπεία του καρκίνου κλπ λόγω άγχους, προετοιμασίας για εξετάσεις και τη διάρκεια τους.

Ακτινοβολία: Η κόπωση είναι μια συχνή και συστηματική παρενέργεια της τοπικής ακτινοθεραπείας (35-100%). Τα άτομα που εξετάστηκαν ανέφεραν ότι η κόπωση ήταν διακοπτόμενη τον πρώτο καιρό της θεραπείας αλλά έγινε συνεχής με το τέλος της. Ήταν εντονότερα το απόγευμα ή νωρίς το βράδυ, ενώ βελτιωνόταν το Σαββατοκύριακο, στο οποίο δεν υπήρχαν συνεδρίες. Η κόπωση δε φαίνεται να επηρεάζεται από την ηλικία του ασθενή, το στάδιο της νόσου, το βάρος του σώματος ή το χρονικό διάστημα από τη διάγνωση. Σχετίζεται όμως σημαντικά με την καταπόνηση από άλλα σωματικά συμπτώματα και το ψυχολογικό στρες. Οι ασθενείς επέστρεφαν στα προθεραπευτικά επίπεδα της κόπωσης μέσα σε τρεις μήνες. Γι' αυτό το λόγο η δεύτερη εβδομάδα της θεραπείας μέχρι το τέλος της θεραπείας θεωρούνται κρίσιμες για το σχεδιασμό των παρεμβάσεων για τη μείωση την αντιμετώπιση της κόπωσης. Εντονότερη κόπωση σχετίζεται με μεγαλύτερη διάρκεια θεραπείας, υψηλότερες δόσεις και με την έκταση των πεδίων ακτινοβολήσης.

Χημειοθεραπεία: Θεωρείται η πιο συχνά αναφερόμενη παρενέργεια της χημειοθεραπείας (30-96%), και σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δε τόσο έντονη που οδηγεί σε διακοπή της θεραπείας. Συνήθως, αναφέρεται την τρίτη με τέταρτη ημέρα της θεραπείας και φτάνει στο μέγιστό της περίπου σε 10 ημέρες. Τα συμπτώματα συνήθως δε βελτιώνονται μέχρι τον επόμενο κύκλο. Η κόπωση είναι ένα σημαντικό πρόβλημα, ανεξάρτητα από τη διάγνωση του καρκίνου και το είδος της φαρμακευτικής αγωγής. Το μοντέλο της κόπωσης διαφέρει

ανάλογα με τη νόσο, (μεγαλύτερη στο χολαγγειοκαρκίνωμα η παγκρεατικό καρκίνο και στον καρκίνο του μαστού), τη διάρκεια της ημέρας [πιο συχνά συμβαίνει το απόγευμα και νωρίς το βράδυ), τη διάρκεια και το μέγεθος της θεραπείας, την οδό χορήγησης (χειρότερη όταν είναι ενδοφλέβια χορήγηση) και το είδος ή ο συνδυασμός του φαρμάκου που χορηγείται (συχνότερα στην εβδομαδιαία χορήγηση 5FU ή epirubicin ,cisplatin, 5FU (ECP)].

Τροποποιητές Της Βιολογικής Απάντησης

Η κόπωση είναι συχνή, σοβαρή και συχνά δοσοεξαρτώμενη ανεπιθύμητη ενέργεια της βιοθεραπείας και εκδηλώνεται σαν ένα σύνολο συμπτωμάτων (σύνδρομο όπως της γρίπης), ενώ το επίπεδό της επηρεάζεται από το είδος του φαρμάκου. Η κόπωση αποτελεί ίσως την πιο σημαντική δοσοεξαρτώμενη παρενέργεια της ιντερφερόνης. Έχει αναφερθεί σωματική και διανοητική κόπωση ακόμη και στις χαμηλές δόσεις (2εκ/ημ.), ενώ είναι εντονότερη σε δόσεις άνω των 20 εκ.μον./ημέρα. Είναι περισσότερο έντονη σε ηλικιωμένους και σε ασθενείς, που λαμβάνουν άλλες παράλληλες θεραπείες. Η κόπωση από ιντερλευκίνη-2 είναι πιο σοβαρή, έχει αθροιστική δράση εφόσον προϋπήρχε κόπωση από άλλη αιτία και καθλώνει τους ασθενείς στο κρεβάτι. Η ανάρρωση από αυτή μπορεί να παρατείνεται μεχρι και δύο μήνες.

Η Νοσηλευτική Φροντίδα Του Καρκινοπαθή Με Κίνδυνο Για Κόπωση

Νοσηλευτική εκτίμηση της κόπωσης:

Ο σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας για τον ασθενή με καρκίνο είναι να ελαχιστοποιηθεί η αρνητική επίδραση της κόπωσης στην ποιότητα τη ζωής.



Προκειμένου να εφαρμοσθεί ένα αποτελεσματικό σχέδιο φροντίδας, ο νοσηλευτής πρέπει να κάνει μια λεπτομερή εκτίμηση όλων των υποκειμενικών και αντικειμενικών πληροφοριών που πιθανώς σχετίζονται με την κόπωση του ασθενή. Η παροχή της φροντίδας προϋποθέτει την κατανόηση των πιθανών αιτιών της κόπωσης, τις αξίες του ασθενή, τις πηγές αντιμετώπισης, τις συνήθειες δραστηριότητες και την αντίληψη για την κόπωση. Συχνά για την εκτίμηση των προαναφερθέντων παραμέτρων της κόπωσης, εκτός του ασθενή, πρέπει να διερευνάται και η οικογένεια, μια που πιθανώς τα μέλη της οικογένειας ίσως είναι πιο ευαίσθητα από τον ασθενή σε αλλαγές που σχετίζονται με το αίσθημα της κόπωσης.

Η εκτίμηση πρέπει να περιλαμβάνει:

Το ιατρικό και νοσηλευτικό ιστορικό του ασθενούς, τη σωματική εξέταση τις εργαστηριακές εξετάσεις που μπορεί να αποκαλύψουν άλλες χρόνιες νόσους, (π.χ. διαβήτη, υπέρταση, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια, νευρολογικές διαταραχές, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, κακή διατροφή, άγχος, κατάθλιψη, λοιμώξεις πόνος).

Φάρμακα. Έλεγχος για φάρμακα που προκαλούν νάρκωση ή κόπωση όπως αναλγητικά, αντιυπερτασικά, ηρεμιστικά κλπ.

Έλεγχος περιβαλλοντικών παραγόντων όπως θόρυβος, διαταραχές ύπνου, χρήση βοηθητικών συσκευών.

Έλεγχος της λειτουργικής κατάστασης όπως ομιλία, κίνηση ή αλληλεπίδραση με τους άλλους.

Το είδος της θεραπείας (χειρουργική-χημειοθεραπεία-ακτινοβολία-βιοθεραπεία) και τις ειδικές λεπτομέρειες αυτών (είδος ουσιών, διάρκεια κλπ) έτσι ώστε να σχεδιαστούν οι ανάλογες παρεμβάσεις. Πολλές φορές είναι χρήσιμο να παροτρύνουμε τους ασθενείς να διατηρούν ένα ημερήσιο ημερολόγιο κόπωσης, για ένα περιορισμένο χρονικό διάστημα, έτσι ώστε να βοηθηθούν αναγνωρίζοντας το δικό τους μοντέλο της κόπωσης. Με αυτή την προσέγγιση τα άτομα θα μπορούσαν να σχεδιάσουν τις δραστηριότητες τους κατά τη

διάρκεια της θεραπείας σύμφωνα με τις μέρες, κατά τις οποίες είναι πιθανό να αισθάνονται ικανοί και σωματικώς αρκετά δυνατοί.

Την επίδραση που πιστεύεται ότι έχει η κόπωση στις καθημερινές δραστηριότητες του ασθενή και τη σημασία που έχουν για τον ασθενή οι δραστηριότητες αυτές. Όταν η κόπωση βιώνεται ως σημαντική παρενέργεια της θεραπείας, οδηγεί το άτομο στη μείωση της συμμετοχής του στις κοινωνικές δραστηριότητες, μεταφέρει τις ευθύνες της οικογένειας σε άλλους και ελαττώνει τη δραστηριότητα στην εργασία. Για εκείνους που αγωνίζονται να διατηρήσουν όλες τις συνηθισμένες δραστηριότητές τους παράλληλα με τις απαιτήσεις της θεραπείας, η κόπωση μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της σπατάλης υπερβολικής ενέργειας έτσι, π.χ. ένα άτομο που διατηρεί ένα πλήρες ωράριο εργασίας, παράλληλα με την εναλλαγή μιας ή δυο ωρών καθημερινά για ακτινοβολία, ίσως βιώσει κόπωση καθώς η καθημερινή εναλλαγή προστίθεται σε ένα ήδη γεμάτο πρόγραμμα. Τα άτομα που αρνούνται τις επιδράσεις της ασθένειας τους και της θεραπείας της, πιθανά να το βρίσκουν δύσκολο να θέσουν προτεραιότητες για τις δραστηριότητες τους και συμπερασματικά ίσως βιώσουν περισσότερη κόπωση από αυτούς που είχαν περικόψει κάποιες δραστηριότητες.

Στην εκτίμηση της κόπωσης είναι σημαντικό να γνωρίζουμε και το επίπεδο της κόπωσης, μια και η αντίληψη της από τον ασθενή θα επηρεάσει αποφάσεις σχετικά με τις δραστηριότητες, συμμετοχή στη θεραπεία και συνολικά στην ποιότητα της ζωής. Οι σημαντικότερες κλίμακες μέτρησης είναι: Η κλίμακα της Rhoten (1992), η Pearson-Byars Fatigue Tone Checklist (1957), και η Piper Fatigue Scale (PFS). Οι κλίμακες αυτές, που χρησιμοποιούνται στην έρευνα, χρησιμοποιούν κατάλόγους από επίθετα για την πολυδιάστατη μέτρηση του μοντέλου της κόπωσης. Στην καθημερινή πρακτική όμως οι κλινικοί βρίσκουν πιο εύκολο να ρωτούν τους ασθενείς να ταξινομήσουν την κόπωση τους σε μια κλίμακα μεταξύ 0 και 10, όπου το 0 αντιπροσωπεύει καθόλου κόπωση και το ψηλότερο σημείο την ψηλότερη κόπωση. Η προσέγγιση αυτή είναι ανάλογη των μετρήσεων του πόνου. Εξάλλου, ένας ορισμός της κόπωσης που μοιάζει με αυτόν του

πόνου λέει ότι: κόπωση είναι οτιδήποτε ο ασθενής λέει ότι είναι, κάθε φορά που λέει ότι είναι.

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

Η πολυδιάστατη φύση της κόπωσης απαιτεί την ξεχωριστή εκτίμηση του επιπέδου κόπωσης κάθε ατόμου, για να τεθούν οι κατάλληλοι εξατομικευμένοι στόχοι.



Η βασική φιλοσοφία της παρέμβασης είναι ότι κάθε άτομο έχει κάποιες αποθήκες ενέργειας, που στην περίπτωση της κόπωσης είναι μειωμένες και ο στόχος έγκειται με τη συνεργασία του ασθενούς ξεπεραστεί το πρόβλημα. Οι παρεμβάσεις αποσκοπούν στην αντιμετώπιση εκείνων των παραγόντων που προκαλούν δαπάνη ενέργειας καθώς, επίσης και στην αναπλήρωση των απωλειών. Όλες οι αποφάσεις όμως πρέπει να ζυγίζονται, σε σχέση με τις αρνητικές επιπτώσεις της αυξανόμενης εξάρτησης του ασθενή. Ο νοσηλευτής αναγνωρίζει επίσης ότι αυτό που αποτελεί ξεκούραση για ένα άτομο ίσως να μην αποτελεί ξεκούραση για τον άλλο.

Ως πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση της κόπωσης είναι να αντιμετωπίσουμε όλες τις θεραπεύσιμες αιτίες όπως:

1. αναιμία με μεταγγίσεις ή / και Ερυθροποιητίνη,
2. ηλεκτρολυτικές διαταραχές και αφυδάτωση,
3. παρενέργειες από φάρμακα,
4. ρύθμιση του θρεπτικού ανισοζυγίου,
5. ρύθμιση των προβλημάτων του περιβάλλοντος.

Οι υπόλοιπες παρεμβάσεις μας χωρίζονται σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες: τη λήψη προπαρασκευαστικών πληροφοριών, τις παρεμβάσεις για τον ύπνο και την ξεκούραση, τη διατήρηση της ενέργειας και τη διαχείριση των δραστηριοτήτων και την άσκηση.

Συνοπτικά ο οδηγός παρεμβάσεων για τις τέσσερις παρεμβάσεις που προαναφέρθηκαν είναι οι ακόλουθες.

Προκαταρκτικές Πληροφορίες (Αφορούν όλους τους ασθενείς που ξεκινούν θεραπεία)

Περιεχόμενο

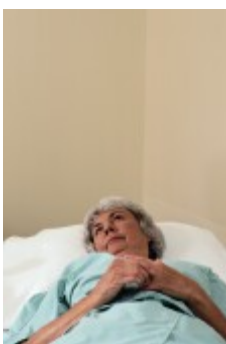
Να παρουσιάσουμε στον ασθενή τη σκέψη ότι η κόπωση είναι μια συχνή παρενέργεια της θεραπείας, η οποία αρκετές φορές συνεχίζει να υφίσταται σε άλλοτε άλλο βαθμό και μετά το τέλος αυτής.

Να περιγράψουμε το μοντέλο της κόπωσης με ουδέτερους αντικειμενικούς όρους (χωρίς εκτίμηση), βασισμένοι πάνω σε πληροφορίες, που παρέχονται από άλλους ασθενείς που είχαν την ίδια θεραπεία.

Στόχος της δράσης αυτής είναι να μπορεί ο ασθενής να μεταφράσει κατάλληλα την εμπειρία και να κάνει σχέδια βασισμένα πάνω σε ακριβείς πληροφορίες. Οι ασθενείς που δεν αντιλαμβάνονται ότι η κόπωση είναι μια αναμενόμενη παρενέργεια της αγωγής, μπορεί να νομίζουν ότι η θεραπεία δε βοηθά, ότι η πρόγνωση που τους δίνεται είναι ψεύτικη και ότι η κόπωση που επιμένει μετά τη θεραπεία ίσως είναι σημάδι προόδου της νόσου ή επανεμφάνισης.

Ύπνος Ή Ανάπαυση (Ασθενείς που βιώνουν κόπωση χωρίς μια αναγνωρίσιμη θεραπεύσιμη αιτία)

Περιεχόμενο



Καταγραφή του συνήθους μοντέλου ύπνου και ανάπαυσης και αναγνώριση των αιτιών που το παρεμποδίζουν (αισθήσεις, σκέψεις, δραστηριότητες, φάρμακα, συμπτώματα, θόρυβοι κλπ).

Εφαρμογή διαφόρων τεχνικών ή φαρμακευτικών αγωγών, όταν υπάρχει πρόβλημα ύπνου.

Στόχος είναι η εγκαθίδρυση ενός σχεδίου φροντίδας, που να ταιριάζει στο συνηθισμένο μοντέλο και ανάπτυξη μιας επαγρύπνησης σε διαταραχές του ύπνου και της ανάπαυσης. Αποφυγή και αντιμετώπιση των προδιαθεσικών παραγόντων που εμποδίζουν την ξεκούραση.

Διατήρηση Ενέργειας Και Διαχείριση Των Προτεραιοτήτων (Για όλους τους ασθενείς που βιώνουν κόπωση χωρίς αναγνωρίσιμη και ιάσιμη αιτία)

Περιεχόμενο

- Αναγνώριση αξιών, προτεραιοτήτων και προσφάτων αλλαγών που επηρεάζουν τη δραστηριότητα κατά τη διάρκεια της εκτίμησης.
- Αναγνώριση άλλων διαθέσιμων πηγών.
- Στόχος είναι να εξευρεθούν τρόποι διατήρησης της ενέργειας, κατά την εκτέλεση των συνήθων δραστηριοτήτων, όπως χρησιμοποίηση βοηθητικών μέσων για την κίνηση, επαναπρογραμματισμός δραστηριοτήτων, κλπ.
- Χρησιμοποίηση του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος και βοήθεια που δεν δημιουργεί πρόσθετες απαιτήσεις και δεν οδηγεί σε εξάρτηση ή απομόνωση του ασθενή.
- Άσκηση (Κάποιοι ασθενείς θα το χρησιμοποιήσουν ως ένα προληπτικό μέτρο προαγωγής, άλλοι ίσως ξεκινήσουν, όταν βιώσουν κόπωση στην απουσία αναγνωρίσιμης θεραπεύσιμης αιτίας).

Περιεχόμενο

Καταγραφή του συνήθους επιπέδου δραστηριοτήτων και των πιθανών αντενδείξεων. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίδεται σε θέματα ασφαλείας, στο ατομικό επίπεδο υγείας και στους παράγοντες της ασθένειας.

Περιγραφή των επιθυμιών του ασθενή για ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης ή κάποιο είδος άσκησης.

Στόχος είναι η μείωση της κόπωσης μέσω της άσκησης και διατήρηση καλής λειτουργικής κατάστασης (π.χ. φυσικοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, κ.λ.π).

Αποφυγή άσκοπων περιορισμών στη σωματική άσκηση.

Οι ασθενείς αναφέρουν μια σειρά από δραστηριότητες που τις χρησιμοποιούν για να ανακουφίσουν την κόπωση τους. Τέτοια μέτρα είναι.

Ελάττωση ή διακοπή δραστηριοτήτων (ξαπλώνουν, κάθονται, κοιμούνται, σταματούν ότι κάνουν).

Αύξηση της σωματικής ή κοινωνική δραστηριότητας (γυμνάζονται, περπατούν, κοινωνικοποιούνται).

Αλλαγή συνηθειών (ακούνε μουσική, διαβάζουν, βλέπουν τηλεόραση, συζητούν με τον ιερέα).

Άλλα (πίνουν ή τρώνε, ζητούν βοήθεια από κοινοτικές πηγές, κάνουν κάτι διαφορετικό).

Οι πιο αποτελεσματικές όμως στρατηγικές ανακούφισης της κόπωσης ασθενών, που ρωτήθηκαν σε περιόδους που αναμενόταν η μέγιστη κόπωση τους, ήταν ο ύπνος, η άσκηση, και η συζήτηση με φίλους.

Χωρίς αμφιβολία η κόπωση είναι ένα συχνό φαινόμενο στον καρκίνο που προκαλεί στους ασθενείς σημαντική καταπόνηση. Είναι σημαντικό λοιπόν να ευαισθητοποιηθεί το υγειονομικό προσωπικό στην ανίχνευση, καταγραφή και αντιμετώπισή της, μια που σε έρευνες θεωρήθηκε ότι ανήκει στα συμπτώματα που εκτιμάται λιγότερο από τους νοσηλευτές, πιθανότατα λόγω της υποκειμενικής της φύσης.

5.5 Κόστος και όφελος στην ογκολογική Νοσηλευτική

Η φιλοσοφία της νοσηλείας σαν πηγή ανθρωπιστικών αξιών οδηγεί στην καταξίωση της ζωής τόσο της δικής



μας όσο και των ασθενών μας. Οι νοσηλευτές καθημερινά βαδίζουμε πάνω στην λεπτή γραμμή ισορροπίας μεταξύ συμπάθειας-συμπόνιας και παροχής φροντίδας στον ασθενή μας. Όταν αυτή η ισορροπία διαταραχτεί είναι σίγουρη η εμφάνιση χάσματος, καθώς και στρεσογόνων καταστάσεων που οδηγούν σταδιακά σε χρόνια stress με κατάληξη την επαγγελματική εξουθένωση. Η δυνατότητά μας να εμπλακούμε πνευματικά και συναισθηματικά με τους ασθενείς μας για να επιτευχθεί μια δυναμική επικοινωνία είναι ένα πρωταρχικό σημείο αναφοράς στην παροχή φροντίδας. Έτσι, η νοσηλευτική από την ίδια της τη φύση γίνεται ένα έντονα στρεσογόνο επάγγελμα απαιτώντας από τους νοσηλευτές την καθημερινή αντιμετώπιση πολλές φορές του πόνου, του θανάτου και του πένθους.

Νοσηλεύοντας λοιπόν ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο για μεγάλο χρονικό διάστημα δημιουργείται μια δυνατή σχέση μεταξύ νοσηλευτή-ασθενή και οικογένειας. Αυτή η σχέση ενισχύει τη γενική πεποίθηση ότι ο νοσηλευτής ως επαγγελματίας υγείας δεν πρέπει να έχει προσωπικές ανάγκες, δεν πρέπει να επηρεάζεται, αλλά να ασκεί με αυτοθυσία το νοσηλευτικό λειτούργημα ενισχύοντας, με παράδοξο τρόπο το μύθο της παντοδυναμίας του και καθιστώντας τον ταυτόχρονα ιδιαίτερα ευάλωτο. Όμως, ο νοσηλευτής πολλές φορές νιώθει αδύναμος μπροστά στον όγκο των γνώσεων, τις δεξιότητες και τους ειδικούς χειρισμούς που χρειάζεται να διαθέτει. Σ' αυτό το συναίσθημα της αδυναμίας έρχονται να προστεθούν και εξωγενείς παράγοντες, που τον επηρεάζουν άμεσα με αποτέλεσμα να συσσωρεύεται το άγχος και σταδιακά να οδηγείτε στην κόπωση και την απόρριψη του επαγγέλματος. Γίνεται λοιπόν φανερό ότι συχνά βρίσκεται στο μάτι του κυκλώνα.

Έτσι λοιπόν θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στους παράγοντες κινδύνου καθώς και στις στρατηγικές άμυνας, ώστε να γίνεται έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση των έντονων στρεσογόνων καταστάσεων. Αναγνωρίζοντας τις κύριες πηγές κόπωσης μπορούμε να πούμε ότι είναι:

1. Τις ενδοπροσωπικές επιδιώξεις
2. Τη σχέση νοσηλευτή και καρκίνου
3. Τις διαπροσωπικές σχέσεις

4. Τους περιβαλλοντικούς παράγοντες

5. Η νοσηλευτική είναι μια θαυμάσια καριέρα για αυτούς που τους αρέσουν οι προκλήσεις.

Όταν όμως ο νοσηλευτής θέτει υπερβολικά υψηλούς στόχους, τρέφει μη ρεαλιστικές προσδοκίες από τις σχέσεις του με τον εαυτό του, τους συναδέλφους και τους ασθενείς του. Όταν υπερεπενδύει στο χώρο εργασίας μετατρέποντας τον μικρόκοσμο της δουλειάς σ' ολόκληρο τον κόσμο του, όταν η δουλειά είναι η μόνη πηγή άντλησης ηθικής ανταμοιβής και ικανοποίησης, τότε παύει να είναι ο οραματιστής που μετατρέπει τις ιδέες σε πραγματικότητα. Τότε δεν είναι μόνο το απομονωμένο αθώο θύμα αρνητικών παραγόντων, πέρα από δικό του έλεγχο, αλλά ο μυστικός συνήγορος δικών του απόκρυφων εγωιστικών πιστεύω και των προβλημάτων, που απορρέουν από αυτά. Τότε πρέπει μέσα από προσεκτική αυτοεξέταση να οδηγηθεί στην κατανόηση του εαυτού του και να αναγνωρίσει το βαθμό της υπερεπένδυσης. Ο επαναπροσδιορισμός των στόχων, η επανεκτίμηση των σκέψεων, των πεποιθήσεων και αναζητήσεων είναι ζωτικής σημασίας. Σ' αυτήν την προσπάθεια του ο επαγγελματίας νοσηλευτής είναι σημαντικό να διαθέτει πολλαπλά υποστηρικτικά δίκτυα και όχι μόνο την αποκλειστική στήριξη ενός ατόμου. Πρέπει να καταρρίψει ως μη ρεαλιστική την πεποίθηση ότι οι εμπειρίες από τον χώρο εργασίας δεν πρέπει να επηρεάζουν την προσωπική ζωή και αντιστρόφως. Η ενεργητική αυτή διαδικασία επιτυγχάνει την ισορροπία των εργασιακών απαιτήσεων και των ατομικών δυνατοτήτων. Μαθαίνει να φιλοσοφεί την ζωή, με στόχο το ευ ζην .

Χωρίς βέβαια να αποκλείεται και η περίπτωση του νοσηλευτού, που έχει τη δυνατότητα να χειρίζεται έντονα στρεσογόνες καταστάσεις, χωρίς τρόμο και με ευκολία. Πολλοί επιστήμονες υποστήριξαν (KOBASA και συν1982) ότι ορισμένα άτομα διακρίνονται από το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της ανθεκτικότητας τους στο stress. Τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται από υψηλό αίσθημα προσωπικού ελέγχου καταστάσεων. Έχουν τη δυνατότητα να κινητοποιούνται άμεσα και επιδιώκουν την επίλυση του προβλήματος, αντί να παραμένουν παθητικοί θεατές. Αυτοί οι νοσηλευτές, συνήθως, αντιλαμβάνονται τις

δυσκολίες που προκύπτουν στο χώρο εργασίας ως “προκλήσεις”, παρά ως απειλές ή ανυπέρβλητα εμπόδια.

Η στάση λοιπόν ενός ατόμου απέναντι σ' ένα στρεσογόνο παράγοντα έχει να κάνει με τα ατομικά του χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο), τον τύπο προσωπικότητας, επιθυμίες, προσδοκίες, με δια-προσωπικούς παράγοντες (το υποστηρικτικό δίκτυο) και κοινωνικό-πολιτισμικούς παράγοντες (φιλοσοφία, εργασία) (Vachon, 1987).

Η μεγαλύτερη όμως πρόκληση είναι η αντιμετώπιση της ίδιας της νόσου, όπως αυτή φαντάζει μέσα από το τρίγωνο των σχέσεων κοινωνίας- νοσηλευτού - ασθενή. Έτσι συχνά ο επαγγελματίας νοσηλευτής νιώθει απομονωμένος επειδή κάνει μια δουλειά για την οποία σπάνια καμαρώνει, ενώ λιγότερο ακόμη τη συζητά.

Η αστάθεια και η απροβλεψιμότητα του καρκίνου αφήνει το νοσηλευτή με το δίλημμα του τι μήνυμα να μεταδώσει στον ασθενή, την οικογένεια, την κοινωνία. Πολλές φορές ο ασθενής ζητά να συνεχίσει μια πολύ δύσκολη θεραπεία, με αναμφίβολα αποτελέσματα, πράγμα που διχάζει το νοσηλευτή που πιστεύει ότι η παρηγορητική θεραπεία είναι η σωστή επιλογή για αυτόν τον ασθενή. Συγχρόνως, η επιδείνωση της υγείας του ασθενούς και η φροντίδα στο τελικό στάδιο της ζωής, όταν δίνεται ανακουφιστική θεραπεία, έρχεται σε αντίθεση πολλές φορές με τα πιστεύω του νοσηλευτή ότι αποκλειστικός του ρόλος είναι να θεραπεύει και να σώζει ζωές. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να αισθάνεται αδύναμος να ανακουφίζει συμπτώματα της ασθένειας και βρίσκεται σε μειονεκτική θέση αντιμετωπίζοντας τον πόνο και την πνευματική εξάντληση.

Σ' αυτό θα πρέπει να προστεθεί η συνεχή αντιμετώπιση του θανάτου σ' όλες του τις μορφές: σαν απώλεια της κοινωνικής ζωής, του ελέγχου των φυσικών αναγκών, των αξιών της ζωής, της ελπίδας για το μέλλον. Αντιμετωπίζοντας επαναλαμβανόμενα τον επικείμενο θάνατο έρχεται πρόσωπο με πρόσωπο μ' όλους τους φόβους του, τους υπαρξιακούς προβληματισμούς του, και τη φυσιολογική κατά τα άλλα διεργασία του θρήνου, την οποία όμως πολλές φορές καταπνίγει ή απωθεί, με αποτέλεσμα τη συσσώρευση έντασης και τη δημιουργία άγχους που αυξάνεται κάθε φορά που έρχεται σε επαφή με τον άρρωστο που πεθαίνει.

Από τη μεριά του ασθενούς, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, υπάρχουν συναισθηματικές και κοινωνικές συνέπειες που επηρεάζουν τόσο τον ίδιο όσο και την οικογένεια του. Ο νοσηλευτής είναι εκείνος που πρέπει να ξεχωρίσει τις σωματικές, ψυχολογικές και πνευματικές ανάγκες των ασθενών και να τους οδηγήσει σε ρεαλιστικούς στόχους. Αφού βέβαια έχει προηγηθεί προσεκτική αξιολόγηση των δυνατοτήτων των ασθενών και των μελών της οικογένειας. Οι κατευθύνσεις που δίδονται για την αντιμετώπιση της κάθε κρίσης είναι διαφορετικές για κάθε οικογένεια. Ο νοσηλευτής στόχο έχει να μετακινήσει πιθανά εμπόδια στην επικοινωνία, χωρίς να παρεμβαίνει στην δομή της οικογένειας. Προσφέρει εξειδικευμένη φροντίδα σε μια περιοχή της νοσηλευτικής με υψηλούς δείκτες συναισθηματικής φόρτισης. Κινείται σ' ένα κύκλο συναισθημάτων κυνισμού- ματαίωσης- απομόνωσης. Αυτή η προσωπική εμπλοκή με τον άρρωστο και την οικογένειά του, αποτελεί και το φιλοσοφικό μέρος της Ογκολογικής Νοσηλευτικής.

Υπάρχει τρόπος να προστατευτεί;

Σ' αυτές τις δύσκολες στιγμές οι στενές σχέσεις με τους συναδέλφους αποφορτίζουν το συσσωρευμένο άγχος. Οι ομάδες υποστήριξης μεταξύ συναδέλφων ανακινούν και ταυτοποιούν αμυντικούς μηχανισμούς που διαθέτει ο καθένας σαν στοιχείο της προσωπικότητας του. Ενεργοποιούν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης των έντονων στρεσογόνων καταστάσεων. Σε μεγάλες έρευνες τόσο του εξωτερικού όσο και στην πατρίδα μας, φάνηκε ότι οι στενοί συναδελφικοί δεσμοί, και το ομαδικό πνεύμα εργασίας είναι κύριες πηγές αποσυμφόρησης του άγχους και εξομάλυνσης έντονων καταστάσεων. Δημιουργείται ανοικτή γραμμή επικοινωνίας και ενθάρρυνσης στην επίλυση των προβλημάτων, καθώς και δεσμοί αλληλεγγύης μεταξύ των νοσηλευτών. Ειδικοί σύμβουλοι ψυχικής υγείας, όπου υπάρχουν, ασκούν συμβουλευτική εποπτεία και οδηγούν στην αποσαφήνιση της φαντασιωσικής ιδεατής εικόνας που περιέχει στοιχεία παντοδυναμίας. Είναι ξεκάθαρο ότι, όταν ο νοσηλευτής διέρχεται κρίση, πρέπει να το παραδέχεται, γιατί μόνο έτσι η άσκηση της νοσηλευτικής δε γίνεται μηχανιστική και περιορισμένη.

Οι σχέσεις με τους άλλους επαγγελματίες υγείας, και ιδιαίτερα το ιατρικό προσωπικό, είναι ένα πολυσυζητημένο θέμα σαν πηγή stress και κόπωσης. Το νοσοκομείο αποτελεί ένα

πολύπλοκο και πολύμορφο δίκτυο εργασίας, αλλά και προσδοκιών διαφορετικών μεταξύ τους ομάδων ατόμων, όπως οι ιατροί, οι διοικητικοί οι νοσηλευτές. Μέσα σ' ένα τέτοιο οργανισμό, με πολλαπλές γραμμές εξουσίας, οι νοσηλευτές συχνά συνθλίβονται μεταξύ ιατρικής και διοικητικής ιεραρχίας σε σημείο να βιώνουν συχνά τα φαινόμενα της αμφισβήτησης του ρόλου τους, της δυσαρέσκειας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αισθάνονται ότι οι ιατροί συνεργάτες τους δεν τους σέβονται, ούτε αναγνωρίζουν την αυτονομία του επαγγέλματος τους και συνεχίζουν να τους συμπεριφέρονται γραμματειακά.

Θα πρέπει λοιπόν όλοι να αναλογιστούμε ότι, σ' αυτό το κοινωνικοτεχνικό σύστημα, όπως είναι το νοσοκομείο, η επίδοση των ομάδων αλλά και των ατόμων ξεχωριστά, έχει επίπτωση στην φροντίδα των ασθενών. Γεγονός που εισπράττει ο ασθενής και ενισχύει τη σιγουριά που νιώθει κοντά στους ειδικούς που τον φροντίζουν. Είναι ολοφάνερο ότι βαδίζοντας προς το μέλλον η ανάγκη για διεπιστημονική συνεργασία ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού υγείας είναι απαραίτητη.

Ο νοσηλευτής, μέσα από τις πολύχρονες προσπάθειές του, έγινε ικανός να κερδίσει την αυτονομία του και να διεκδικήσει την ισοτιμία του στη λήψη των αποφάσεων για την κοινή γραμμή αντιμετώπισης του ασθενούς. Σ' αυτές τις προσπάθειες βασικό ρόλο έπαιξε η εκπαίδευση και η εξειδίκευση. Ο νοσηλευτής οπλίζεται με γνώσεις και γίνεται ικανός να μετατρέψει ένα στείρο πεδίο εργασίας σε πεδίο μάθησης, άμιλλας και εξέλιξης.

Είναι σαφές ότι τα πλαίσια στα οποία παρέχεται η Ογκολογική Νοσηλευτική μπορεί να ποικίλουν ανάλογα με την εκπαιδευτική υποδομή του εκπαιδευτικού ιδρύματος και της νοσηλευτικής ογκολογικής μονάδας που γίνεται η εκπαίδευση. Αν λάβουμε ακόμη υπόψη μας τα μειονεκτήματα του εκπαιδευτικού μας συστήματος, τον αριθμό των αντικαρκινικών κέντρων στην Ελλάδα και την κατάσταση που επικρατεί στα νοσοκομεία της πατρίδος μας, κατανοούμε ότι δεν είναι δυνατόν από πρακτικής πλευράς να δοθεί κάποιο υπόδειγμα ή πρότυπο του ιδανικού εκπαιδευτικού περιβάλλοντος της Ογκολογικής Νοσηλευτικής. Πέρα όμως από την απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων και δεξιοτήτων είναι σημαντικό η εκπαίδευση να προσφέρει τις κατάλληλες ευκαιρίες που ενθαρρύνουν

μια προσωπική ευαισθητοποίηση και επεξεργασία των αντιλήψεων, των στάσεων, των προσδοκιών αλλά και αναγκών που έχουν οι νοσηλευτές σε σχέση με το ρόλο τους, την αρρώστια, την φροντίδα που παρέχουν και το θάνατο. Η διαδικασία αυτή δεν μπορεί να γίνει με τις παραδοσιακές μορφές μάθησης. Απαιτεί ορισμένες συνθήκες προσεκτικά και κατάλληλα σχεδιασμένες, που με την καθοδήγηση εξειδικευμένου προσωπικού, αποβλέπουν σε μια διεργασία ενδοσκόπησης και αυτοφροντίδας τόσο κατά την διάρκεια των σπουδών όσο και κατά την διάρκεια της νοσηλευτικής καριέρας.

Σε μεγάλες έρευνες, όπως αυτήν που έλαβε χώρα ανάμεσα σε αμερικανίδες συναδέλφους το 1992, μέσω ερωτηματολογίου που διατέθηκε από τον εκεί σύνδεσμο, φάνηκε ότι το 1/3 των νοσηλευτών απάντησε ότι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση είναι ένα ουσιαστικό όπλο στα χέρια των νοσηλευτών που δίνει λύσεις σε καυτά καθημερινά ερωτήματα. Όμως παρόλο που η εκπαίδευση είναι το μέσο για την αναγνώριση σε πολλά επίπεδα, δίνει τις λύσεις στη νοσηλεία δύσκολων περιπτώσεων, συγχρόνως αποτελεί και σημείο αντιπαράθεσης και αντιδικίας μεταξύ των νοσηλευτών.

Η στείρα αντιπαράθεση και ο αθέμιτος ανταγωνισμός μπορεί να φέρει τη διάσπαση. Η νοσηλευτική κοινότητα πρέπει να επαναπροσδιορίσει το ρόλο της, να αντιμετωπίσει το αίσθημα της ασάφειας-αστάθειας και ανασφάλειας που έχει δημιουργηθεί. Εάν οι νοσηλευτές δεν έχουμε ξεκάθαρα όνειρα, για τη θέση μας και τον ρόλο μας στο μέλλον, δεν είναι δυνατό να περιμένουμε από τους άλλους επαγγελματίες υγείας να μας εξασφαλίσουν αυτοί μια θέση στο μέλλον.

Όμως με τι δύναμη ο νοσηλευτής να οραματιστεί και να επενδύσει στο μέλλον, όταν διαιωνίζεται ένα καθεστώς που τον περιορίζει σ' ένα ρόλο καθαρά εκτελεστικό, χωρίς δυνατότητα αξιολόγησης και ελέγχου της παρεχόμενης φροντίδας;

Παράγοντες όπως ο μικρός αριθμός νοσηλευτών σε συνδυασμό με την ασάφεια όσον αφορά τον ρόλο που αναλαμβάνουν, τα εξωνοσηλευτικά καθήκοντα, το εξαντλητικό ωράριο εργασίας, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, η άκαμπτη και αυταρχική διοίκηση, που πιέζει για ποιοτική και ποσοτική παραγωγή εργασίας, δημιουργούν στο νοσηλευτή το

συναίσθημα ότι είναι εγκλωβισμένος σ' ένα απάνθρωπο σύστημα υγείας, με αποτέλεσμα η φυγή να φαντάζει σαν την μόνη λύση.

Το ερώτημα είναι, εάν υπάρχει ισορροπία σ' αυτή τη λεπτή γραμμή άσκησης εξουσίας και αυτονομίας. Όταν γίνεται συστηματικός έλεγχος στο περιβάλλον και εκμετάλλευση όλων των διαθέσιμων πόρων. Επικοινωνία των τμημάτων για την αποσυμφόρηση του φόρτου εργασίας, στελέχωση με επιπλέον ανθρώπινο δυναμικό. Αλληλοϋποστήριξη και εκμετάλλευση επιστημόνων με ιδιαίτερες γνώσεις και ικανότητες.

Στον φαύλο κύκλο των προβλημάτων έρχεται να προστεθεί και το καθημερινό stress από το περιβάλλον εργασίας. Ένας μεγάλος αριθμός ασθενών με το πλήθος των συγγενών τους, κυριολεκτικά, στοιβάζονται στους διαδρόμους μιας άσχημα φωτισμένης και ανεπαρκώς αεριζόμενης κλινικής. Όλα αυτά μπορούν εύκολα ν' αντικατασταθούν μ' ένα αισθητικά ποιοτικό περιβάλλον που ελαττώνει την ένταση, ενώ παράλληλα δημιουργεί το αίσθημα της ασφάλειας, του σεβασμού και της αξιοπρέπειας στους επαγγελματίες υγείας. Το νοσοκομειακό περιβάλλον γίνεται πιο ελκυστικό και σε συνδυασμό με το ευέλικτο πρόγραμμα εργασίας, συμβάλλουν ουσιαστικά στη μείωση του stress.

Πρέπει να καταλάβουμε ότι η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα εξαρτάται και από την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών.

Φτάνοντας στο τέλος και περνώντας μια- μια τις συμπληγάδες των προβλημάτων που βιώνουν καθημερινά οι νοσηλευτές στο χώρο της ογκολογίας η αλήθεια έχει φανεί. Όμως η αλήθεια είναι πολύπλευρη. Ο νοσηλευτής δεν αντιμετωπίζει μόνο το διαρκή πόνο και την επαναλαμβανόμενη απώλεια αλλά και όλα τα ηθικά διλήμματα που οδηγούν στην αυτογνωσία, την ολοκλήρωση, την φιλοσοφική προσέγγιση της ζωής. Κερδίζει την ισορροπία των προσωπικών δυνάμεων με κόπο, με καθημερινή δαπάνη.

Καθημερινά εργάζεται έχοντας σαν μοναδικό κριτήριο κάθε πράξης μονάχα τον άρρωστο σαν πρόσωπο, σαν εκείνη την ύπαρξη που του αξίζει απόλυτη τιμή και σεβασμός. Εάν μετά από αυτόν τον δίκαιο αγώνα ο άνθρωπος δεν αισθάνεται νικητής, τότε η νίκη έχασε τη γλυκιά της γεύση και η νοσηλευτική έχει πεθάνει.

5.6 Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και Νοσηλευτική προσέγγιση στο σύνδρομο της – Σύνδρομο της ΜΕΘ

Ορισμός

Η εντατική θεραπεία (Intensive care medicine or critical care medicine) είναι κλάδος της ιατρικής επιστήμης που ασχολείται κατ' εξοχήν με την αντιμετώπιση ασθενών με οξεία απειλητικά νοσήματα για τη ζωή, μέσα σε έναν ειδικά διαμορφωμένο χώρο. Περιλαμβάνει επίσης την ανάνηψη και μεταφορά βαρέως πασχόντων ή πολυτραυματιών, είτε από κάποιο άλλο τμήμα του νοσοκομείου, είτε από έξω.

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας - ΜΕΘ (Intensive Care Unit - ICU) είναι ειδικά εξοπλισμένο και στελεχωμένο τμήμα του νοσοκομείου, αφιερωμένο στην αντιμετώπιση ασθενών με απειλητικά για τη ζωή νοσήματα, βαρείες κακώσεις ή επιπλοκές.



Η ιστορική εξέλιξη των ΜΕΘ σχετίζεται με την ανάπτυξη των αιθουσών μετεγχειρητικής ανάνηψης ή

με την εμφάνιση της επιδημίας πολιομυελίτιδας στις αρχές του 1950, όταν η χρήση της μηχανικής αναπνοής είχε σαν αποτέλεσμα την ελάττωση της θνησιμότητας. Όμως, η εντατική θεραπεία δεν περιορίζεται στη μετεγχειρητική ανάνηψη ή τη χρήση των αναπνευστήρων. Τη δεκαετία 1960-70 αναπτύχθηκαν οι μονάδες εμφραγμάτων για την αντιμετώπιση των αρρυθμιολογικών επιπλοκών των εμφραγμάτων του μυοκαρδίου. Στη δεκαετία 1970-80 οι Gram(-) λοιμώξεις, η σήψη και η σηπτική καταπληξία και η βαρύτητα των εκδηλώσεών τους άρχισαν να αναγνωρίζονται. Στο διάστημα 1980-90 το ενδιαφέρον της εντατικής θεραπείας στράφηκε στην παθοφυσιολογική αντιμετώπιση του συνδρόμου της πολλαπλής οργανικής ανεπάρκειας. Σήμερα, η εντατική θεραπεία είναι ξεχωριστή ειδικότητα με ευρύ φάσμα νοσημάτων τα οποία έχουν ως κοινό παρονομαστή τη μεγάλη βαρύτητα, τις αναπτυσσόμενες επιπλοκές και την απειλή της ζωής.

Ο προορισμός των ΜΕΘ

Τα συνήθη νοσήματα τα οποία αντιμετωπίζονται στη ΜΕΘ αφορούν τις παρακάτω νοσολογικές οντότητες: την αντιμετώπιση και ανάνηψη κάθε μορφής καταπληξίας (shock), την οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια, την αντιμετώπιση του πολυτραυματία ασθενούς, ανεπάρκειες από τα διάφορα οργανικά συστήματα (καρδιαγγειακή, οξεία νεφρική



ανεπάρκεια, οξέα αιματολογικά και επείγοντα γαστρεντερολογικά νοσήματα, οξείες μεταβολικές και ηλεκτρολυτικές ανωμαλίες), δηλητηριάσεις, περιβαλλοντικές βλάβες, σοβαρές λοιμώξεις, σήψη, χειρουργικά ορθοπαιδικά, γυναικολογικά, νευροχειρουργικά και επείγοντα νευρολογικά περιστατικά, μετεγχειρητικές επιπλοκές, καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, μεταμοσχεύσεις οργάνων κ.λπ.

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.

Σημερινή εικόνα

Ο τύπος, το μέγεθος και η θέση της ΜΕΘ, βασίζεται στην πολιτική υγείας, στη δομή του νοσοκομείου και τα γεωγραφικά δεδομένα της περιοχής. Με εξαίρεση τις στεφανιαίες μονάδες και τις νεογνικές ΜΕΘ, οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς εισάγονται στην εντατική μονάδα του νοσοκομείου και αντιμετωπίζονται από ειδικούς εντατικολόγους.

Ο αριθμός των κρεβατιών της ΜΕΘ σε ένα νοσοκομείο κυμαίνεται σε 4-10% του συνολικού αριθμού. Η ΜΕΘ επιβάλλεται να βρίσκεται πλησίον των σχετικά κρίσιμων περιοχών του νοσοκομείου όπως επείγοντα ιατρεία, χειρουργεία. Επίσης, προβλέπεται να

υπάρχει άμεση πρόσβαση σε ακτινολογικά εργαστήρια και αξονικό τομογράφο. Η ΜΕΘ πρέπει να διαθέτει ευρυχωρία ώστε να επιτυγχάνεται εύκολη πρόσβαση στον ασθενή. Ο χώρος για κάθε κρεβάτι πρέπει να είναι 5-10 τ.μ. και η ύπαρξη ορισμένων δωματίων των 10-15 τ.μ. είναι αναγκαία για περιπτώσεις μεταδοτικών λοιμώξεων. Η περιοχή των ασθενών πρέπει να εκτείνεται σε ανοικτή μεγάλη επιφάνεια με φυσικό φως, κεντρικό νοσηλευτικό σταθμό με σωστή αρχιτεκτονική ώστε να διευκολύνεται η νοσηλευτική παρακολούθηση.

Κάθε κρεβάτι είναι εξοπλισμένο με αναπνευστήρες, καρδιοσκόπια (μόνιτορς), συσκευές αναρρόφησης, 2 παροχές πεπιεσμένου αέρα και 3 οξυγόνου, αρκετές πρίζες, μηχανισμούς και θέσεις ανάρτησης μηχανικών συσκευών με τέτοιο τρόπο ώστε να μην παρακωλύεται η νοσηλεία. Άλλα τμήματα της ΜΕΘ περιλαμβάνουν χώρους εργαστηρίου, βιβλιοθήκης, ανάπαυσης, συλλογής ακαθάρτων ειδών κ.ά.



Διαγνωστικά μέσα, προσωπικό

Η ποσότητα, το είδος και η πολυπλοκότητα των μηχανημάτων παρακολούθησης επηρεάζεται από το μέγεθος και το ρόλο της ΜΕΘ. Τα μόνιτορς θα πρέπει κατά προτίμηση να διαθέτουν δυνατότητες αποθήκευσης και επαναφοράς δεδομένων.



Όσον αφορά τη θεραπεία, τα παρακάτω μηχανήματα θα πρέπει να είναι άμεσα διαθέσιμα: ενδοτράχεια διασωλήνωση, ηλεκτρική απινίδωση, βρογχοσκόπηση, προσωρινή βηματοδότηση, σύστημα κλειστής παροχέτευσης θώρακος, καθετηριασμός δεξιών

κοιλοτήτων της καρδιάς με τον καθετήρα SWAN-GANZ, συστήματα εξωνεφρικής κάθαρσης.

Η στελέχωση της ΜΕΘ περιλαμβάνει ειδικά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό το οποίο έχει εξειδικευθεί στην επείγουσα και εντατική θεραπεία και του οποίου η ποιότητα πιστοποιείται σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες με τη χορήγηση ειδικού διπλώματος κατόπιν εξετάσεων (European diploma in intensive care). Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελείται από πεπειραμένους νοσηλευτές με ικανότητα παρακολούθησης των ζωτικών λειτουργιών του ασθενούς, εκτέλεσης επειγόντων παρεμβάσεων (διασωλήνωσης) και συλλογής αιμοδυναμικών παραμέτρων. Η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται μέσα από καλά οργανωμένα σεμινάρια και παρακλινική άσκηση. Η αριθμητική σχέση νοσηλευτικού προσωπικού ανά ασθενή κυμαίνεται από 1:1 μέχρι 1:2 ανάλογα με τη ΜΕΘ. Οι φυσιοθεραπευτές, οι κλινικοί φαρμακοποιοί, οι τεχνολόγοι ιατρικών οργάνων αποτελούν επίσης αναπόσπαστο τμήμα για την εύρυθμη λειτουργία της ΜΕΘ. Οι πρώτοι ασχολούνται με τη φυσιοθεραπεία του αναπνευστικού συστήματος και χειρίζονται επίσης τους αναπνευστήρες, οι δεύτεροι έχουν σοβαρό ρόλο στον καθορισμό και την επιλογή των φαρμακευτικών ουσιών που θα χρησιμοποιηθούν στη θεραπεία, ενώ οι τρίτοι ασχολούνται με τη συντήρηση και ανάπτυξη των πολυσύνθετων ιατρικών μηχανημάτων (αναπνευστήρων, ειδικών μόνιτορς, ηλεκτρονικών υπολογιστών κ.λπ.) τα οποία είναι απαραίτητα για την παθοφυσιολογική παρακολούθηση των βαρέως πασχόντων.

Οι ΜΕΘ, περισσότερο από κάθε τμήμα του νοσοκομείου, αναπτύσσουν ερευνητικά προγράμματα, εκπαιδευτικά σεμινάρια και κλινικές συναντήσεις για την εκτίμηση θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Το σύστημα κλινικού αυτοελέγχου (audit) το οποίο είναι σημαντικό για τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας, τις ανεπάρκειες, τη βελτίωση των υπηρεσιών αλλά και του κόστους νοσηλείας, αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της ομαλής λειτουργίας της μονάδας.

Κάθε ΜΕΘ οφείλει να έχει γραπτά πρωτόκολλα για την εισαγωγή και έξοδο των ασθενών, σαφή καθορισμό κλινικών αρμοδιοτήτων και δραστηριοτήτων. Επίσης η θεραπεία, οι

αιμοδυναμικοί έλεγχοι οι παράμετροι των αναπνευστήρων, η διασωλήνωση και αποσωλήνωση, η αντιμετώπιση και πρόληψη των λοιμώξεων, πρέπει να στηρίζονται αυστηρά σε γραπτά πρωτόκολλα τα οποία θα πρέπει να αναθεωρούνται κανονικά.

Προοπτική και αποτελέσματα της εντατικής θεραπείας

Για πολλούς βαρέως πάσχοντες οι ΜΕΘ αναμφίβολα σώζουν ζωές. Τέτοια παραδείγματα αφορούν ασθενείς μετά από καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, μεταμοσχεύσεις οργάνων, πολυτραυματίες, φαρμακευτικές δηλητηριάσεις, σύνδρομο Guillain Barret κ.ά. Επίσης, η επιλεγμένη εισαγωγή ασθενών υψηλού κινδύνου, όπως οι μετεγχειρητικοί ασθενείς, συνοδεύεται από μικρή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Περισσότερο βαρέως ασθενείς παρουσιάζουν μεγαλύτερη θνησιμότητα κατά τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ, αλλά και στο άμεσο διάστημα μετά την έξοδό τους. Σε αυτούς περιλαμβάνονται οι ασθενείς με σοβαρή σήψη, ανοσοκαταστολή, νεοπλασματική νόσο, πολυοργανική ανεπάρκεια και βαρεία χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια. Στην κατηγορία αυτή η μακροχρόνιος επιβίωση εξαρτάται από την ηλικία και τη βαρύτητα της νόσου και επηρεάζεται από τη διάγνωση.

Η ποιότητα ζωής των ασθενών μετά τη νοσηλεία σε ΜΕΘ παρουσιάζει σημαντικές μεταβολές οι οποίες εξαρτώνται από την προηγούμενη κατάσταση υγείας (αναπνευστική ανεπάρκεια, καρδιακή ανεπάρκεια) και τη βαρύτητα της νόσου για την οποία εισήχθησαν στη ΜΕΘ. Ιδιαίτερη σημασία έχει η ποιότητα ζωής για τους νέους πολυτραυματίες οι οποίοι μετά τη ΜΕΘ έχουν σημαντικές ψυχολογικές διαταραχές, καθώς επίσης και δυσκολίες στην εργασία, ή στις κοινωνικές σχέσεις τους. Εξαιτίας αυτού του γεγονότος τα τελευταία χρόνια αναπτύσσονται προγράμματα αποκατάστασης με επίκεντρο τη ΜΕΘ για τη βοήθεια αυτών των ομάδων ασθενών.

Το κόστος της εντατικής θεραπείας είναι περίπου 3-4 φορές υψηλότερο συγκριτικά με τα συνήθη τμήματα του νοσοκομείου. Στις ΗΠΑ οι ΜΕΘ λαμβάνουν περίπου το 15-20% του συνολικού ετήσιου κεφαλαίου του νοσοκομείου. Λόγω της χρήσης νέων θεραπευτικών

τεχνικών και φαρμάκων είναι βέβαιο ότι το κόστος λειτουργίας στη ΜΕΘ θα εξακολουθήσει να ανέρχεται.

Πέρα από το υψηλό κόστος η μη ορθή χρήση των δυνατοτήτων των ΜΕΘ έχει και άλλες συνέπειες. Ο ασθενής μπορεί να υποστεί μεγάλη και μη αναγκαία ταλαιπωρία και απώλειες της αξιοπρέπειάς του, ενώ οι συγγενείς μπορεί επίσης να υφίστανται σημαντικές συναισθηματικές πιέσεις. Άλλοτε πάλι μπορεί η θεραπεία να παρατείνει απλά τη διεργασία του θανάτου ή να διατηρεί μια αμφιβόλου ποιότητας ζωή, ή ακόμη οι κίνδυνοι από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις να υπερβαίνουν το πιθανό όφελος. Γι' αυτό η ΜΕΘ είναι το κατεξοχήν τμήμα του νοσοκομείου όπου σε καθημερινή βάση η ιατρική ηθική, ο τρόπος επιλογής των ασθενών που θα εισαχθούν, η ευθανασία και η αφαίρεση ή διακοπή μιας θεραπείας αποτελούν ανυπέρβλητες δυσκολίες. Από πρακτικής πλευράς υπάρχουν περιπτώσεις στη ΜΕΘ όπου όλες οι θεραπείες, συμπεριλαμβανομένων και των πιο σύνθετων και δαπανηρών, δεν μπορούν να αλλάξουν την πρόγνωση. Πέρα από το οικονομικό κόστος, το συναισθηματικό «κόστος» στους συγγενείς αλλά και στο προσωπικό, να διατηρεί τον ασθενή «ζωντανό» μέχρι το τέλος, είναι βαρύ. Η οικογένεια και οι φίλοι γίνονται αιχμάλωτοι της τεχνολογίας, όταν η υποστηρικτική θεραπεία, αντί να σώσει μια ζωή καθυστερεί τον αναπόφευκτο επικείμενο θάνατο.

Όπως και να έχουν τα θέματα της ηθικής, η ΜΕΘ δεν παύει να είναι το κομμάτι εκείνο του νοσοκομείου με τις αυστηρότερες τεχνικές προδιαγραφές και τις περισσότερες ανάγκες σε εξοπλισμό, τελευταίας τεχνολογίας. Τα μηχανήματα που χρησιμοποιούνται καθημερινά είναι πολλά και η καλή λειτουργία τους είναι απόλυτα αναγκαία για τη ζωή των ασθενών. Στις επόμενες ενότητες θα γνωρίσουμε κάποια από αυτά, θα δούμε τις ιδιαιτερότητές τους και τις δυσκολίες που υπάρχουν για να βρίσκονται σε καλή λειτουργία.

Το σύνδρομο της ΜΕΘ

Οι μεταβολές της διανοητικής κατάστασης των ασθενών που νοσηλεύονται στη μονάδα εντατικής θεραπείας (το



σύνδρομο της ΜΕΘ) έχουν απασχολήσει ψυχιάτρους και εντατικολόγους από τότε που αναφέρθηκαν για πρώτη φορά στις αρχές της δεκαετίας του '60. Τα δεδομένα των μελετών προτείνουν ότι η αποτυχία αναγνώρισης και αντιμετώπισης των ψυχολογικών «κρίσεων» στη ΜΕΘ μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την επιβίωση του ασθενή παρά την επιθετική αντιμετώπιση της σωματικής του νόσου.

Κάθε ασθενής που εισάγεται σε ΜΕΘ, θα έχει μία συναισθηματική απόκριση, ασχέτως από το λόγο εισαγωγής του. Η αρχική αντίδραση είναι συνήθως μία αντίδραση φόβου και ενίοτε πανικού. Όταν ο ασθενής «ελέγχει» αυτές τις συναισθηματικές αντιδράσεις, εμφανίζει συχνά ένα υπερβολικό άγχος, πολλές φορές με κατάθλιψη και άρνηση. Η αλληλουχία των γεγονότων συνήθως οδηγεί από τον έντονο φόβο και το άγχος, σε κάποιου βαθμού άρνηση και εν συνεχεία σε κατάθλιψη που ακολουθείται από προβλήματα εξάρτησης και φόβο ότι η υποστήριξη θα αποτύχει ή θα σταματήσει. Ενίοτε, υπάρχει πλήρης απόσυρση σε μία ψυχωτικής φύσεως κατάσταση.

Αξίζει να σημειωθεί ότι για τον ιατρό η ΜΕΘ αποτελεί την επιτομή της επιστημονικής θεραπείας, ενώ για τον ασθενή αγγίζει τα όρια της «μαγείας» και αποτελεί το νέο ορισμό της αμφιθυμίας. Ο ασθενής βρίσκεται στη μονάδα επειδή η ζωή του είναι σε κίνδυνο και αισθάνεται μεγαλύτερη ασφάλεια εκεί. Η παρουσία του όμως στη μονάδα τονίζει αυτό τον κίνδυνο και γι' αυτό θα ήθελε να βρεθεί έξω από αυτή, ως ένδειξη ότι δεν κινδυνεύει πλέον.

Η έννοια του συνδρόμου της ΜΕΘ για πρώτη φορά χρησιμοποιήθηκε από τον McKegney το 1966. Προηγουμένως, το σύνδρομο είχε λάβει διάφορες ονομασίες, όπως καταθλιπτική αντίδραση (Fox 1954), σχιζοφρενική αντίδραση (Bliss και συν. 1955), καταστροφική αντίδραση με τρελά όνειρα (Meyer και συν. 1961) ή ψυχολογικές διαταραχές (Egerton & Kay 1964). Στη δεκαετία του '60 το σύνδρομο είχε ονομαστεί «Μία νέα νόσος της ιατρικής προόδου», ή «Τρέλα στους θαλάμους ανάρρωσης» (Nahum 1965). Συνώνυμοι όροι είναι

τοξική ψύχωση, παραλήρημα, οξεία σύγχυση, θόλωση συνείδησης, οξεία εγκεφαλική ανεπάρκεια (Karlan & Saddock 1985). Το 1995, το σύνδρομο συγκρίθηκε με την «πλύση εγκεφάλου» και τα ψυχολογικά βασανιστήρια, επειδή τόσο η εντατική θεραπεία όσο και ο βασανισμός περιλαμβάνουν ψυχολογικούς και φαρμακευτικούς χειρισμούς, παρατεταμένη ακινησία, απομόνωση, αβεβαιότητα και ταπείνωση (Dyer 1995α).

Ο Kleck το 1984 και ο Weber το 1985, ασχολήθηκαν εκτεταμένα με το σύνδρομο. Κοινό σημείο τους αποτελεί η θεώρησή του ως ένα οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο όπου η διαταραχή των διανοητικών λειτουργιών εμφανίζεται ως συνέπεια της παραμονής στη ΜΕΘ. Παράλληλα, ο Kleck το 1984 προτείνει έναν εναλλακτικό ορισμό του συνδρόμου χαρακτηρίζοντάς το ως μία αλλοιωμένη συναισθηματική κατάσταση που εμφανίζεται στο υψηλού βαθμού στρεσογόνο περιβάλλον της ΜΕΘ.

Ο πρώτος ορισμός τείνει να τοποθετήσει την αντίδραση στην κατηγορία της οργανικής νόσου, ενώ παράλληλα τείνει να ελαχιστοποιήσει τα λειτουργικά ή συναισθηματικά στοιχεία του συνδρόμου. Έτσι, η προσπάθεια ερμηνείας του συνδρόμου σε μία αυστηρά οργανική ή λειτουργική (ψυχολογική) βάση, τονίζει την πολυπλοκότητά του και επιβάλλει το συνδυασμό των δύο θεωριών με σκοπό την καλύτερη κατανόησή του. Είναι γεγονός ότι ακόμα δεν έχει υπάρξει ομοφωνία σχετικά με τον ορισμό του συνδρόμου ή με τα συμπτώματα που πρέπει να συμπεριλαμβάνει.

Η επίπτωση του συνδρόμου δεν έχει καθοριστεί, αλλά αναφέρεται ότι κυμαίνεται μεταξύ 7% (Hale και συν. 1977) και 72% (Blachy & Starr 1964, Weber και συν. 1985, Wilson 1987). Οι Kornfeld και συν. (1974), Jones και συν. (1979) και Weber και συν. (1985) βρήκαν ότι ακόμα και αν οι ασθενείς εκδήλωναν διανοητικές διαταραχές κατά την παραμονή τους στη ΜΕΘ, το προσωπικό δεν τις είχε απαραίτητως παρατηρήσει και αναγνωρίσει.

Το σύνδρομο της ΜΕΘ εκδηλώνεται με μία ποικιλία ψυχολογικών αντιδράσεων που κυμαίνονται από την οξεία αντίδραση φόβου έως το παραλήρημα.

Οξεία αντίδραση φόβου εμφανίζεται συνήθως ως επακόλουθο του ψυχολογικού stress που σχετίζεται με μία μη αναμενόμενη εισαγωγή στη ΜΕΘ ή εξαιτίας μη ρεαλιστικών προσδοκιών από τη ΜΕΘ. Παρατεταμένη ένταση, αγχώδης αντίδραση και κατάθλιψη εμφανίζονται συνήθως σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα που συνοδεύονται από πόνο ή σε ασθενείς με οξεία συμβάματα, όπως το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Παράλληλα, εκδηλώνεται συνήθως σε ασθενείς με σοβαρή καρδιακή, αναπνευστική ή νεφρική ανεπάρκεια.

Η βαρύτητα της κατάστασης των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ και το μεγάλο εύρος της παθολογίας αυτών είναι δεδομένα, όπως και η χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων (βενζοδιαζεπίνες, οπιοειδή, αναισθητικά, μυοχαλαρωτικά) με έντονη εξαρτησιογόνο δράση καθώς και άλλων φαρμάκων που μπορούν να προκαλέσουν ψυχιατρικά συμπτώματα (αντιχολινεργικά, κορτικοστεροειδή, αντιαρρυθμικά, β-αποκλειστές κ.ά.). Παράλληλα, στην αιτιοπαθογένεια του συνδρόμου συμμετέχουν παράγοντες που αφορούν: (Α) τον ασθενή και (Β) το περιβάλλον της ΜΕΘ.

A.

- 1 Προσωπικότητα: Ασθενείς που στο παρελθόν δεν ήταν ικανοί να προσαρμοστούν σε στρεσογόνες καταστάσεις μπορεί να είναι επιρρεπείς στην ανάπτυξη ψυχολογικών αντιδράσεων μέσα στη ΜΕΘ. Οι Weber και συν. (1985) και Kornfeld και συν. (1974), συμπεραίνουν ότι ασθενείς που η προσωπικότητά τους χαρακτηρίζεται από τάση επικράτησης, μεγάλη αυτοπεποίθηση και επιθετικότητα μπορεί να είναι υποκείμενοι σε παραλήρημα. Οι Cohen & Lazarus (1979) και

Rabiner και συν. (1975), αναφέρουν ότι άτομα παθητικά και εξαρτητικά ανέπτυσαν περισσότερες μετεγχειρητικές ψυχολογικές επιπλοκές.

- 2 Ηλικία: Γενικά, ασθενείς >50 ετών είναι περισσότερο επιρρεπείς. Το σύνδρομο σπάνια συναντάται σε ασθενείς <16 ετών¹.
- 3 Συναισθηματική κατάσταση κατά την έναρξη της νόσου.

B.

- 1 Απώλεια προσανατολισμού ημέρας-νύχτας: εξαιτίας της απουσίας παραθύρων και του συνεχούς φωτισμού.
- 2 Επίπεδα θορύβου: Από τη μια πλευρά υπάρχει αισθητηριακή αποστέρωση (δηλ. αποστέρωση πληροφοριών με νόημα λόγω της ρυθμικής κανονικότητας των μηχανημάτων), ενώ από την άλλη πλευρά υπάρχει αισθητηριακή υπερφόρτωση (βομβαρδισμός με συνεχείς θορύβους).
- 3 Απομόνωση: από την οικογένεια και το οικογενειακό περιβάλλον, από κοινωνικά σχήματα, από τα γεγονότα του κόσμου και γενικά από κάθε δραστηριότητα. Οι Holland και συν. (1977) βρήκαν ότι οι ασθενείς ανέφεραν την απώλεια της ανθρώπινης σωματικής επαφής ως το δυσκολότερο και πιο ματαιωτικό παράγοντα κατά την παραμονή τους στη ΜΕΘ.
- 4 Ελάττωση του ζωτικού χώρου του ασθενή και απώλεια της ιδιωτικής ζωής-μυστικότητας: οδηγεί σε απώλεια του ελέγχου του περιβάλλοντος, με αποτέλεσμα μια ελαττωμένη ικανότητα αντιμετώπισης του stress.
- 5 Ακίνητοποίηση: Οι ασθενείς είναι στην κυριολεξία δεμένοι από σωληνάκια, καθετήρες, ενδοφλέβιες γραμμές, ρινογαστρικές αναρροφήσεις και συσκευές υποβοήθησης της αναπνοής. Όλα αυτά αποτελούν πηγή έντονου άγχους, φόβου και αισθήματος ανικανότητας. Επίσης, προκαλούν δυσκολίες στον προσανατολισμό του ασθενή ως προς τη θέση του στο θάλαμο, με αποτέλεσμα τη

διαστρέβλωση της εικόνας του σώματος και τη μεταβολή της ιδέας του εαυτού (Kleck 1984, Clifford 1986, Platzer 1987).

- 6 Αποπροσωποποίηση: από τα σημαντικότερα stress στη ΜΕΘ. Ο περισσότερος χρόνος καταναλώνεται για τη φροντίδα των σωματικών αναγκών και τη θεραπεία της νόσου, χωρίς να αναγνωρίζεται ο ασθενής ως πρόσωπο. Ο ασθενής που πριν την εισαγωγή του στη ΜΕΘ μετείχε σε διάφορες σχέσεις και συναλλαγές στην καθημερινή ζωή, χάνει τώρα αυτή την καθημερινή ενίσχυση της ταυτότητάς του και λαμβάνει την «ταυτότητα του ασθενή» η οποία περιλαμβάνει έναν ειδικό τύπο εξάρτησης.
- 7 Αποστέρηση ύπνου: Έχει βρεθεί ότι είναι ο πιο σοβαρός στρεσογόνος παράγοντας για την ανάπτυξη του συνδρόμου της ΜΕΘ (Nahum 1965, Kornfeld και συν. 1965, McKegney 1966). Από μόνη της η αποστέρηση ύπνου μπορεί να προκαλέσει ψύχωση σε φυσιολογικά άτομα που δεν έχουν άλλα σωματικά ή συναισθηματικά stress.

Η αιτιολογία των διαταραχών ύπνου είναι πολλαπλή και περιλαμβάνει τη συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων, την πραγματοποίηση ιατρικών/νοσηλευτικών πράξεων σε όλο το 24ωρο, την υψηλή ένταση του φωτισμού ακόμα και τις νυχτερινές ώρες, τα υψηλά επίπεδα θορύβου και τέλος, τα φάρμακα που χορηγούνται, όπως ηρεμιστικά (οπιοειδή και βενζοδιαζεπίνες), β-αποκλειστές και αγωνιστές, γλυκοκορτικοειδή, αμινοφυλλίνη κ.α.

Εκτός από την αποστέρηση ύπνου (μικρότερη από το σύνηθες ποσότητα ύπνου), εμφανίζεται και ο κατακερματισμός του ύπνου, δηλ. μένουν ανολοκλήρωτα τα στάδια του ύπνου (ιδίως τα στάδια III, IV και REM). Η αποστέρηση του ύπνου οδηγεί σε φαύλο κύκλο: όσο αυτή συνεχίζεται, η επακόλουθη έλλειψη προόδου του ασθενή μπορεί να

απαιτήσει μία παρατεταμένη παραμονή στη ΜΕΘ, με αποτέλεσμα ο ασθενής να υπόκειται σε συνεχιζόμενη αποστέρηση ύπνου.

Σ' αυτό το σημείο, αξίζει να αναφερθεί πώς επηρεάζεται κάθε αίσθηση μέσα στο περιβάλλον της ΜΕΘ:

- Η Όραση: Οι ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι με τη «λευκή» όραση, δηλ. οπτική μονοτονία και συνεχή φωτισμό.
- Η Ακοή: Μεγάλο τμήμα του θορύβου στη ΜΕΘ μπορεί να περιγραφεί ως «λευκός» θόρυβος, δηλ. ένας συνεχής βόμβος στο φόντο προερχόμενος από τα μηχανήματα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αισθητηριακή υπερφόρτωση. Ταυτόχρονα, η έλλειψη ουσιαστικής επικοινωνίας μπορεί να οδηγήσει σε αισθητηριακή αποστέρηση και οι ήχοι που ακούγονται μπορεί να προκαλέσουν άγχος.
- Η Αφή: Συνήθως επηρεάζεται από τον πόνο, τα μυοχαλαρωτικά και αναισθητικά φάρμακα και τις ενδοφλέβιες γραμμές και παροχετεύσεις. Η κίνηση επηρεάζεται επίσης.
- Η Όσφρηση - Γεύση: Η διασωλήνωση και η τραχειοστομία καταργούν την αίσθηση της όσφρησης και οι ασθενείς συνήθως αδυνατούν να φάνε.

Ανακεφαλαιώνοντας μπορούμε να πούμε ότι δεν υπάρχει κάποιος μοναδικός αιτιολογικός παράγοντας για το σύνδρομο της ΜΕΘ. Σύμφωνα με τον Juch (1990), η ανάπτυξη των συμπτωμάτων εξαρτάται από μία σύμπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ πολλών παραγόντων. Τα προηγούμενα ψυχολογικά προβλήματα του ασθενή ή το παρόν ψυχολογικό τραύμα, σε συνδυασμό με τη νόσο ή τον τραυματισμό και την επίδραση που έχουν στο ΚΝΣ περιβαλλοντικοί, οργανικοί και μεταβολικοί παράγοντες, έχουν προφανή σημασία για την

ανάπτυξη του συνδρόμου. Δεν είναι απαραίτητο να είναι όλοι οι παράγοντες εμφανείς ή παρόντες: αρκούν μόνο ένας ή δύο παράγοντες αποφασιστικής σημασίας για την ανάπτυξη των συμπτωμάτων.

Η πορεία του συνδρόμου της ΜΕΘ



Τα σημεία ή συμπτώματα του συνδρόμου που δεν έχουν παρατηρηθεί ή / και προληφθεί ή αντιμετωπιστεί οδηγούν σε ένα φαύλο κύκλο. Η οργανική νόσος ή ο τραυματισμός προκαλούν πόνο και άγχος που μπορεί να αυξηθούν σε αγωνία και πανικό και αν δεν αναχαιτιστούν, εξελίσσονται σε κατάθλιψη ή ευφορία και παραλήρημα, με αποτέλεσμα την αύξηση της διάρκειας παραμονής στη μονάδα. Αυτό, αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης λοιμώξεων που με τη σειρά τους μπορεί να οδηγήσουν σε ανεπάρκεια οργάνων.

Σύμφωνα με τον Eisendrath (1982), το πρώτο σημείο αυτής της πορείας είναι μία ήπια γνωστική διαταραχή (ήπια διαταραχή προσανατολισμού ως προς το χρόνο και τον τόπο με σχετικό άγχος και φόβο). Εάν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να ξεπεράσει αυτή τη διαταραχή ή αν η πορεία δεν ανακοπεί, ο ασθενής θα εκδηλώνει όλο και μεγαλύτερη σύγχυση. Εάν η συναισθηματική κατάσταση της έντασης ή του stress, αρχικά εκφραζόμενης με οξύ φόβο ή τρόμο, παραταθεί αρκετά, τότε η ικανότητα του ασθενή για καθαρή σκέψη, συγκέντρωση και αυτοέλεγχο χάνεται και αναπτύσσεται ψύχωση.

Η ανάπτυξη του συνδρόμου μπορεί επίσης να θεωρηθεί ως μία σταδιακή πορεία όπου η υποκείμενη κατάσταση, π.χ. σοβαρή νόσος ή τραυματισμός, καθώς και η θεραπεία και οι άλλες συνθήκες φροντίδας, αυξάνουν περαιτέρω μία εσωτερική τάση συναγερμού και φόβου και αν δεν ανακοπούν ή προληφθούν, οδηγούν σε μία σοβαρή κατάσταση

εξάντλησης, με παραίτηση, απάθεια και απελπισία. Αυτή η απόσυρση του ασθενή είναι δύσκολο να σταματήσει ή να ανακοπεί.

Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι κάθε ασθενής μπορεί να αναπτύξει ένα μοναδικό σχήμα συμπτωμάτων και κλινικών σημείων, όπου για παράδειγμα, οι ψευδαισθήσεις εμφανίζονται χωρίς διαταραχές προσανατολισμού. Ο χρόνος εμφάνισης των συμπτωμάτων μπορεί επίσης να διαφέρει μεταξύ των ασθενών. Μπορεί να εμφανιστούν για παράδειγμα, μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ.

Νοσηλευτική παρέμβαση: Βασικές αρχές ψυχοθεραπείας δύσκολου αρρώστου

Μπορούν να αναφερθούν οι βασικές αρχές των ψυχοθεραπευτών, πάνω στις οποίες θα στηριχθεί η παρέμβασή τους. Αφορούν κάθε περίπτωση μακρόπνοης ψυχοθεραπείας ενός πολύ δύσκολου αρρώστου (ψυχωσικού ενήλικα, αυτιστικού παιδιού, ατόμου με μεθοριακή διαταραχή και ψυχοπαθητικά στοιχεία, ή ατόμου με σοβαρή σωματική νόσο που οδεύει στον θάνατο) :

1. Η πίστη ότι οι ψυχολογικοί μηχανισμοί μπορούν να προκαλέσουν αλλά και να αντιστρέψουν μια καρκινική διεργασία
2. Η δυνατότητα να αξιοποιηθούν οι βασικοί ψυχαναλυτικοί κανόνες σε μια ψυχοθεραπεία ατόμου με καρκίνο
3. Η απόφαση –χωρίς αμφιθυμία – να επενδύσουμε μαζικά, αλλά ελεγχόμενα, στον συγκεκριμένο άρρωστο. Η συναισθηματική μας συμμετοχή (empathy) πρέπει να είναι στα ανώτατα όρια.
4. Η αποδοχή της πρότασής μας από τον άρρωστο να μπει σε μια ψυχοθεραπευτική διαδικασία και η δική μας αποδοχή της εξωλεκτικής του «πρότασης» για μια συμβιωτική σχέση μαζί του. Η δέσμευση και από τις δύο πλευρές θα έχει γίνει

βέβαια μετά από πλήρη μελέτη – με διαδοχικές συνεδρίες της ένδειξης και της αντένδειξης – της προαναφερόμενης θεραπείας για τον συγκεκριμένο άρρωστο.

5. Η αποδοχή από τον θεραπευτή της πιθανότητας να είναι αναποτελεσματική η θεραπεία και τελικά ο άρρωστος να καταλήξει στον θάνατο παρά τις προσπάθειες που κατέβαλε.
6. Η συνεχής αναζήτηση, κατά τη διάρκεια της μακρόπνοης ψυχοθεραπείας, της διόρθωσης στην πορεία της.
7. Η σταθερή εποπτεία και ενίσχυση από τον εποπτεύοντα του ψυχοθεραπευτή καθώς και η συστηματική επεξεργασία των συναισθημάτων του, δηλαδή της αντιμεταβίβασης του.
8. Τέλος, η αποδοχή από τον ψυχοθεραπευτή της σταθερής και γεμάτης ειλικρίνειας συνεργασίας με την υπηρεσία της ογκολογίας.

6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΘΙΚΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

6.1 Πού μπαίνουν τα όρια – Νοσηλευτής και οικογένεια

Μια σχέση που η ποιότητα της είναι διαφορετική της αντίστοιχης των ενηλίκων, καθώς αποδεικνύεται τριαδική: Παιδί – γονιός – νοσηλευτής. Στην παιδιατρική Αιματολογία-ογκολογία ο νοσηλευτής έχει πολύ στενές σχέσεις με την οικογένεια του αρρώστου παιδιού. Είναι αυτός που δένεται συχνά και πιο στενά μαζί του. Για τους γονείς ο νοσηλευτής είναι αυτός που αντιπροσωπεύει πολλά πράγματα μαζί: αυτό του ειδικού, του συμπαραστάτη, του φίλου, του εμψυχωτή. Οι νοσηλευτές παρέχουν κάθε είδους δύσκολες φροντίδες, συμμερίζονται τον πόνο και την αγωνία των γονιών και δένονται υπερβολικά, ενώ συγχρόνως φοβούνται αυτό το δέσιμο. Η επαρκής προετοιμασία για τη θεραπεία, που αφήνει χρόνο για ηρεμία και προσφέρει ευκαιρία για συζήτηση, θα βοηθήσει να κατανοήσουμε πού μπαίνουν τα όρια στις σχέσεις μας με τους γονείς.

Εισαγωγή

Η εμφάνιση του καρκίνου δεν μπορεί ν' αναγνωρισθεί στη συνείδηση κανενός μας ως ένα γεγονός που συνδέεται άμεσα με το παιδί. Πως άλλωστε να συμφιλιωθεί και να αποδεχτεί το <<χτύπημα>> μιας τέτοιας αρρώστιας; Πάντα συμβαίνει η ημέρα της διάγνωσης του καρκίνου σ' ένα παιδί να αποτελεί μια μέρα ψυχικά επώδυνη, όχι μόνο για το ίδιο και την οικογένεια του, αλλά και για όλους εμάς που το γνωρίζουμε, το αγαπάμε, του παρέχουμε κάθε ιατρονοσηλευτική, ψυχολογική και κοινωνική φροντίδα.

Η ποικιλία και ο αριθμός των προβλημάτων που προκαλεί ο παιδικός καρκίνος είναι πολλά και σύνθετα. Η θεραπευτική αγωγή και οι επιπτώσεις της προκαλούν, θεωρητικά και πρακτικά, αστάθεια στη φυσική και ψυχική κατάσταση του παιδιού και των γονιών. Γι' αυτό η φροντίδα του παιδιού και της οικογένειας του απαιτεί μια σειρά από επιδέξιες,

πεπειραμένες και εντατικές διευθετήσεις, τόσο για το καθαρά νοσηλευτικό έργο, όσο και για την συμβουλευτική παρέμβαση στην οικογένεια, γιατί η ποιότητα της σχέσης στο παιδιατρικό τομέα είναι διαφορετική της αντίστοιχης των ενήλικων εφ' όσων αποδεικνύεται τριαδική: γονιός - παιδί-νοσηλεύτης.

Γονείς και καρκίνος

Για τους η εισαγωγή σε μια κλινική Παιδιατρικής Αιματολογίας Ογκολογίας μπορεί να σημαίνει ήδη την αποδοχή της πραγματικότητας ως προς τη διάγνωση αλλά και μια ελπίδα ως προς την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Με την εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο, οι γονείς κατακλύζονται από ένα μεγάλο αριθμό ερωτήσεων, από το τι πάσχει το παιδί τους; ένα είναι σοβαρό; από ποιες επιπλοκές απειλείται; ένα θα είναι καλή η συμπεριφορά του προσωπικού; εάν το παιδί θα υποφέρει; τι επιστημονική κατάρτιση έχει το προσωπικό; τη μεταδοτικότητα της νόσου, το χρόνο παραμονής, τα αίτια της νόσου, την ευθύνη των ίδιων κλπ.

Οι γονείς αισθάνονται πάντα ένοχοι για την αρρώστια του παιδιού τους. Μήπως αμέλησαν ή δεν έδειξαν την απαιτούμενη προσοχή όσον αφορά την πρόληψη. Νοιώθουν ότι ξαφνικά μετατίθεται η φροντίδα του παιδιού τους στα χέρια άλλων (γιατρών – νοσηλευτών) και, συχνά, εξεγείρονται, όταν κατά τη δική τους κρίση αυτή η φροντίδα δε παρέχεται γρήγορα και σωστά. Ασφαλώς, αίτια της εναντίωσης αυτής είναι κατ' ουσία η ανασφάλεια που νοιώθουν από την παροδική ανεπάρκεια της <<γονικής παντοδυναμίας>> να βοηθήσουν το παιδί τους.

Οι μητέρες νοιώθουν την ανάγκη να τις ακούσει κάποιος, να εξωτερικεύσουν την αγωνία τους, την αγανάκτηση τους, το φόβο τους, την άρνηση τους.

Οι πατεράδες νοιώθουν ένα αίσθημα αδυναμίας που απειλεί το ρόλο τους ως προστάτες, ενώ οι αντιδράσεις άρνησης, φυγής, άγχους ή διατήρηση της αξιοπρέπειας τους μπορεί να επιφορτίσουν το κλίμα αγωνίας που επικρατεί.

Οι γονείς του παιδιού αντιδρούν όπως οι ίδιοι οι άρρωστοι και έχουν την αίσθηση ότι οι νοσηλευτές θα έπρεπε να είναι πιο ευγενικοί, πιο συμπαθητικοί, περισσότερο υποχωρητικοί για να επιτρέψουν στο παιδί να βγει από το δωμάτιο του, να φάει λιχουδιές, να κοιμηθεί πιο αργά, να φύγει πιο γρήγορα από το νοσοκομείο. Η καθυστέρηση μιας προαναγγελθείσας εξόδου, εξ' αιτίας απρόοπτου επιπλοκών, βιώνεται ως πράξη βίας. Ένα συναίσθημα μνησικακίας εμφανίζεται σταδιακά. Η φαντασίωση αυτής της μνησικακίας καταλήγει πολύ συχνά σ' ένα συναίσθημα οργής και μίσους ενάντια στο προσωπικό της κλινικής, για την έλλειψη κατανόησης, για τους αυστηρούς κανονισμούς, για τους περιορισμούς, την προσαρμογή στο πρόγραμμα της κλινικής, που στερούνται κάθε είδους συμπάθεια.

Οι διαγνωστικές εξετάσεις, οι θεραπευτικές επεμβάσεις και η φαρμακευτική θεραπεία είναι πηγή σημαντικού άγχους και, συνήθως, μένουν στη μνήμη των γονιών ως οι πιο δυσάρεστες εμπειρίες κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Η επαρκής προετοιμασία από τη μεριά των νοσηλευτών για τη θεραπεία, που αφήνει χρόνο για ηρεμία και προσφέρει ευκαιρία για συζήτηση, θα βοηθήσει να κατανοήσουν οι γονείς που μπαίνουν τα όρια και ποια είναι τα καθήκοντα και οι αρμοδιότητες του καθενός (γονιών- νοσηλευτών). Ακόμα και όταν η νόσος βρίσκεται σε ύφεση, ο φόβος παραμένει και ελπίζοντας συνέχεια ετοιμάζονται για το πένθος. Η τάση υπερπροστασίας δύσκολα ξεπερνιέται. Η αγωνία των γονιών σχετικά με τη νοσηλεία των παιδιών τους γίνεται, πολλές φορές, πηγή επιθετικότητας που συχνά αντιμετωπίζεται δύσκολα από το νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο είναι ίσως έτοιμο και κατάλληλα προετοιμασμένο να τη καταλάβει και να την αποδεχτεί, ως αποτέλεσμα της ταύτισης του γονιού με το παιδί. Αυτή η επιθετικότητα ωστόσο δεν είναι παθολογική. Είναι ένα ένστικτο, που συμβάλλει, όπως όλα τα άλλα στη διατήρηση της ζωής και του είδους. Αντίθετα, η παντελής απώθηση αυτής της εκδήλωσης θα ήταν κάτι αφύσικο.

Οι γονείς βλέπουν με επιφυλακτικότητα το νοσηλευτικό προσωπικό λόγω της νεαρής ηλικίας του, κάτι το οποίο μπορεί να ξεπεραστεί εάν υπάρξει ο απαιτούμενος σεβασμός, ο οποίος επιτυγχάνεται με τη σωστή εμφάνιση, την επιστημονική κατάρτιση, το ενδιαφέρον,

τη σωστή συμπεριφορά. Ο νοσηλευτής γίνεται πιο πολύ στόχος επίθεσης από το ιατρικό προσωπικό, γιατί είναι ίσως περισσότερο προσιτός, θεωρείται σαν να είναι περισσότερο στην υπηρεσία των γονιών παρά των παιδιών. Παρ, όλο που ενοχλούνται περισσότερο στο έργο τους από απαιτητικούς γονείς οι ίδιοι αυτοί του καλούν να απαντήσουν σε ερωτήσεις ιατρικής φύσεως ακόμη και για να συγκρίνουν τις απαντήσεις με εκείνες του γιατρού. Η παραμικρή διαφορά στους όρους που χρησιμοποιούνται, μπορεί να αποτελεί έναυσμα επιθετικής συμπεριφοράς. Αντιμέτωποι μ' αυτή την <<ανάκριση>> αναγκάζονται πολλές φορές να μη δίνουν ιατρικές πληροφορίες και οι γονείς σ' αυτή την περίπτωση παραπονιούνται για τη σιωπή που περιβάλλει την αρρώστια του παιδιού τους.

Δεν είναι σπάνιο να εκδηλώνουν έντονη επιθετικότητα προς τους άλλους, όταν οι ίδιοι διακατέχονται από συναισθήματα ενοχής ή όταν θέλουν να κερδίσουν την προσοχή και το ενδιαφέρον του προσωπικού.

Ανεξάρτητα από τις αντιδράσεις των γονιών και τον τρόπο που τις εκδηλώνουν, είναι γεγονός ότι οι γονείς και ολόκληρη η οικογένεια συμβάλουν στο να διατηρείται για το παιδί, που νοσηλεύεται, το φυσικό του περιβάλλον και ο ρυθμός της ζωής του. Καθένας από τους γονείς κινητοποιεί μηχανισμούς άμυνας για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες της πραγματικότητας που εκδηλώνονται, άλλοτε με μια συμπεριφορά αντίθετη από τις προσδοκίες του προσωπικού, άλλοτε με μια κυκλοθυμική συμπεριφορά, ανάλογα με το τι αντιμετωπίζει ο γονιός στο νοσοκομείο και, άλλοτε με μια θετική και ενεργητική στάση και συμπεριφορά, που βοηθά στην καλή συνεργασία.

Νοσηλευτής και οικογένεια

Η διάγνωση μιας κακοήθειας σ' ένα παιδί είναι εξίσου δύσκολη για το νοσηλευτικό προσωπικό όπως και για το γιατρό, τον ασθενή και την οικογένεια του. Το νοσηλευτικό προσωπικό μιας Παιδιατρικής κλινικής Αιματολογίας – Ογκολογίας έχει τον αντιφατικό ρόλο, από τη μια να θεραπεύει και να κάνει καλό και από την άλλη να προκαλεί πόνο και φόβο. Συνεπώς, έχει ζωτική σημασία η σύναψη διαπροσωπικών σχέσεων υποστήριξης

και εμπιστοσύνης με το παιδί και τους γονείς. Ο νοσηλευτής είναι αυτός που δένεται συχνά και πιο στενά με την οικογένεια του άρρωστου παιδιού. Είναι αυτός που παρέχει τις πρώτες βοήθειες και παρακολουθεί από κοντά το παιδί καθημερινά. Ο καθηγητής R. Debre επέμεινε ακριβώς σ' αυτές τις σχέσεις: << το να ξέρεις να κάνεις ερωτήσεις σε μια μητέρα, να έχεις την υπομονή να την ακούς, να βγάζεις συμπεράσματα από τη παρατηρητικότητα της, από τη ψυχραιμία που δείχνει όταν είναι ανήσυχη και αγωνιώδης, το να εκτιμάς τις μαρτυρίες του περιβάλλοντος, οι οποίες πρέπει πάντα να υποβάλλονται σε κριτικό έλεγχο, το να λαμβάνεις υπόψη το ένστικτο που καθοδηγεί τους γονείς, το να εκτιμήσει ποιος κατέχει κυρίαρχη θέση μέσα στην οικογένεια, αυτά είναι μερικά από τα πρωταρχικά καθήκοντα>>

Κατά τη πρώτη επικοινωνία με τους γονείς, ο νοσηλευτής οφείλει να ξεναγήσει στο χώρο της κλινικής, να εξηγήσει τη σημασία μερικών διοικητικών, ιατρικών, νοσοκομειακών όρων και συγκεκριμένων διαδικασιών που συχνά παρανοούνται. Είναι σημαντικό να καλλιεργούμε μια κατάσταση ψυχολογικής ευεξίας, ώστε γονείς και παιδί να διατηρούν ένα αίσθημα ασφάλειας. Το αίσθημα της ασφάλειας που δημιουργείται στα παιδιά και τους γονείς, η εμπιστοσύνη τους και η ικανότητα των νοσηλευτών, μειώνουν το σωματικό πόνο και το άγχος. Η απόρριψη και η άρνηση τους θα αυξήσει το άγχος και την ανασφάλεια τους. Ακόμα και αν η αγωνία των γονιών είναι στον ύψιστο βαθμό και η δημιουργία μιας σχέσης είναι αδύνατη το γνήσιο ενδιαφέρον θα πρέπει να εκφράζεται. Οι γρήγορες και ξαφνικές κινήσεις θα πρέπει να αποφεύγονται, το βλέμμα να μην είναι στραμμένο αλλού και οι συζητήσεις να γίνονται ήρεμα και με αυτοπεποίθηση.

Αναμφισβήτητα η νοσηλεύτρια / τής αντιπροσωπεύει για το γονιό πολλά πρότυπα μαζί: αυτό του ειδικού που γνωρίζει καλά τη κατάσταση του παιδιού τους και είναι σε θέση να απαντά στα ερωτήματα τους, του συμπαραστάτη στις δυσκολίες τους, του φίλου στα προβλήματα τους, του εμπυχωτή στην απομόνωση τους. Συχνά οι γονείς αναπτύσσουν μια σχέση βαθιά και δυναμική με το νοσηλευτικό προσωπικό, από τη στιγμή που θα αποκτήσουν εμπιστοσύνη στις γνώσεις και το έργο τους, παράλληλα με τη συμπάρασταση και την ευαισθησία από μέρους του προσωπικού. Όσο οι νοσηλευτές είναι

ανοικτοί για επικοινωνία, τόσο οι γονείς έχουν το περιθώριο να ακουμπήσουν πάνω τους τα, όποιας φύσεως, προβλήματα τους.

Ιδιαίτερα εάν ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο είναι μεγάλος, τότε τους νοσηλευτές τους νοιώθουν περισσότερο κοντά τους από τους υπόλοιπους. Είναι τα μοναδικά πρόσωπα που είναι προσιτά και πάντοτε παρόντα σε κάθε τους επίκληση και αδιέξοδο. Πρέπει να τονίσουμε όμως εδώ ότι θα πρέπει να μπαίνουν τα όρια που απαιτούν οι διαφορετικοί ρόλοι (γονιού-νοσηλευτή) για την επίτευξη καλύτερης συνεργασίας.

Πολλές φορές ίσως χρειάζεται να επαινούνται και να ενθαρρύνονται οι γονείς για τη συνεργασία τους. Ένα άλλο δύσκολο καθήκον των νοσηλευτών είναι ν' απομακρύνουν τους γονείς του παιδιού από το δωμάτιο κατά την διάρκεια επώδυνων παρεμβάσεων ή αιμοληψιών. Είναι δύσκολο να πεισθούν οι γονείς και να δεχτούν ότι το προσωπικό μπορεί να δουλέψει καλύτερα μόνο του για να βάλει τον ορό ή να κάνει μια αιμοληψία. Οι γονείς θέλουν να μείνουν δίπλα στο παιδί τους για να αισθάνονται, όπως πιστεύουν, ασφαλείς. Στην πραγματικότητα ίσως στοχεύουν ασυνείδητα στο να ελέγξουν τη δουλειά των νοσηλευτών, ν' ασκήσουν επιθεώρηση χωρίς αντίκρισμα. Είναι πολύ συνηθισμένο ν' ακούει κανείς τους γονείς που κατηγορούν «κάνατε τόσα τσιμπήματα...», «αυτό δε μας έχει ξανασυμβεί» κλπ. Ίσως εδώ θα πρέπει ο νοσηλευτής να δώσει εξηγήσεις και να ενημερώσει τους γονείς για τους λόγους που γίνεται η εξέταση, την προετοιμασία που χρειάζεται, πως θα γίνει και πόσο θα κρατήσει, το ενδεχόμενο των επιπλήξεων, όπως επίσης και το ότι μια δουλειά κινδυνεύει να γίνει κατώτερης ποιότητας, όταν κάθε κίνηση παρακολουθείται στενά από ένα άτομο και ήδη προκατειλημμένο.

Η επιθετική συμπεριφορά από τη μεριά των νοσηλευτών θα πρέπει να συγκρατηθεί αναγνωρίζοντας τους φόβους και την αγωνία ώστε να νοιώθουν ότι τους καταλαβαίνουμε, τους παρηγορούμε και τους καθησυχάζουμε. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι καταρτισμένο ώστε να μπορεί να αντιμετωπίζει και τα προβλήματα που σχετίζονται με τη νόσο τους. Ο νοσηλευτής παρέχει κάθε είδους δύσκολες φροντίδες, ξέροντας πολύ καλά ότι δεν θα πάρουν παρά μόνο πολύ σπάνια την ηθική ικανοποίηση των προσπαθειών τους. Συμμερίζονται τους πόνους, την αγωνία των παιδιών και των γονιών τους και

δένονται υπερβολικά, ενώ συγχρόνως φοβούνται αυτό το δέσιμο. Παράλληλα με την αγωνία των παιδιών και των γονιών, οι νοσηλευτές βιώνουν και τα προσωπικά τους προβλήματα και επωμίζονται αυτή την επώδυνη σχέση.

Άλλοι υιοθετούν μια στάση επιστημονικής έρευνας που αποτελεί γι' αυτούς αναγκαίο καταφύγιο, μια δικαίωση όλων αυτών των θεραπευτικών διαδικασιών, έχοντας την ελπίδα σε μια αποτελεσματική θεραπεία.

Προς τους γονείς, η αίσθηση της οικείας ρουτίνας θα πρέπει να καλλιεργείται όσο το δυνατόν περισσότερο. Θα πρέπει να τους επιτρέπετε η πρόσβαση σε κουζίνα με ψυγείο, όπου μπορούν να φυλάσσουν τα δικά τους σκεύη και να ετοιμάζουν διάφορες λιχουδιές, ακόμα και σε ασυνήθιστες ώρες. Σε οποιοδήποτε χρόνο οι γονείς μπορούν να μένουν εναλλάξ στο δωμάτιο του ασθενούς, όπου θα υπάρχει πτυσσόμενο κρεβάτι για τη νύχτα. Σε κρίσιμες περιπτώσεις επιτρέπεται και στους δύο γονείς να μένουν κοντά στο παιδί τους.

Το νοσηλευτικό προσωπικό μέσα σ' αυτές τις διαπροσωπικές σχέσεις με τους γονείς και το παιδί νοιώθει ότι το έργο του ολοκληρώνεται, όταν δεν περιορίζεται μέσα στο αυστηρά νοσηλευτικό του καθήκον, αλλά το εμπλουτίζουν με τη διορατικότητα και την προσωπική ευαισθησία που εμβαθύνουν σ' αυτή τη σχέση. Παράλληλα μπορούν να βοηθήσουν και τους γιατρούς να ευαισθητοποιηθούν στα πρακτικά προβλήματα του γονιού, έτσι ώστε να βαδίσουν όλοι από κοινού σε μια ολοκληρωμένη και υπεύθυνη αντιμετώπιση και φροντίδα του παιδιού.

Τελειώνοντας η ειλικρίνεια, η εμπιστοσύνη, ο σεβασμός, η γνώση, η κλινική εμπειρία, η διαρκής εκπαίδευση και προπάντων η ευαισθησία και η ανθρωπιά προς το άρρωστο παιδί και την οικογένεια του, διασφαλίζουν τη καλύτερη φροντίδα, στηρίζουν μια σχέση ξεκάθαρη μαζί τους και κυρίως καθορίζουν τη καλή προσαρμογή τους στις συνθήκες της αρρώστιας και της θεραπείας της.

6.2 Η Νοσηλευτική ηθική απέναντι στον ασθενή: υποχρεώσεις και καθήκοντα του Νοσηλευτή



Θα μπορούσε εύλογα να ισχυρισθεί κανείς πως, στα πλαίσια του κρίσιμου και απαιτητικού ιατρικού λειτουργήματος, το ήσσον πολλές φορές πρόβλημα είναι εκείνο της αντιμετώπισης της ιατρικής κατάστασης του ασθενούς. Και τούτο διότι η τεράστια πρόοδος της επιστήμης δίνει σε πολλές περιπτώσεις προκαθορισμένες όσο και πλήρεις οδηγίες και απαντήσεις, τις οποίες ο επαρκώς ενήμερος γιατρός οφείλει να γνωρίζει.

Η Νοσηλευτική, όμως, μόνο απλουστευτικά θα μπορούσε να χαρακτηριστεί απλώς επιστήμη ή τέχνη. Η αλήθεια είναι πως αποτελεί κάτι πολύ περισσότερο, είναι κυρίως μια κοινωνική δεξιότητα η οποία απευθύνεται στο κοινωνικό σύνολο και, μάλιστα, στο πλέον ασθενές και αδύναμο τμήμα του: στους ασθενείς. Η Νοσηλευτική είναι περισσότερο μια «λειτουργία» με την αρχαιοελληνική έννοια του όρου: είναι ένα έργο που στρέφεται προς το λαό, εστιάζει στο εκάστοτε πάσχον υποκείμενο. Επειδή, λοιπόν, σε καμία περίπτωση η Νοσηλευτική δεν αποτελεί μοναχική εργαστηριακή δραστηριότητα ή απλώς μηχανιστική συναρμογή επιστημονικών νόμων, για τούτο και είναι ίσως η πλέον απαιτητική των επιστημών. Με άλλα λόγια, ο Νοσηλευτής δεν αρκεί να είναι μόνο ένας πλήρως καταρτισμένος επιστήμονας, αλλά και ένα εξόχως κοινωνικό και ηθικό όν.

Στα πλαίσια της διαπίστωσης αυτής, αναφέρεται το ζήτημα της ηθικής αντιμετώπισης του ασθενούς. Και τούτο διότι από τον γιατρό δεν απαιτείται μόνο η ίασή του ή, έστω, η καταβολή κάθε δυνατής προσπάθειας, αλλά και μια συγκεκριμένη προσέγγιση και στάση έναντι του πάσχοντος ανθρώπου. Ο ασθενής που καταφεύγει στον γιατρό για να θεραπευθεί δεν αποτελεί ένα απλό «περιστατικό», δεν είναι μόνο ένα πρόβλημα προς αντιμετώπιση και επίλυση. Πάνω από όλα είναι ένα φοβισμένο ανθρώπινο όν, το οποίο βρίσκεται σε περιβάλλον αγχογόνο και απειλητικό. Η παρουσία

του στο νοσοκομειακό περιβάλλον δεν υπήρξε ελεύθερη επιλογή του ασθενούς, αντίθετα του επεβλήθη από ορισμένες δυσάρεστες και απευκαταίες συγκυρίες. Με βάση όλα τα παραπάνω, εκείνο που ενδεχομένως περισσότερο έχει ανάγκη είναι μια συγκεκριμένη αντιμετώπιση και ηθική στάση απέναντί του. Την στάση και την αντιμετώπιση αυτή την προσδοκά από εκείνον στον οποίο προσβλέπει για την θεραπεία του ή έστω την ελάφρυνση της οδύνης του: το Νοσηλεύτη.

Το πρόβλημα της ηθικής αντιμετώπισης του ασθενούς είναι ιδιαίτερα περίπλοκο και δυσχερές, διότι απαιτεί την συναρμογή εννοιών όπως το ιατρικό καθήκον, ο ανθρωπισμός, το ηθικώς και το κοινωνικώς δέον. Όπως και κάθε άλλο ηθικό ζήτημα, έτσι και αυτό δεν αναφύεται εν κενώ αλλά στην πράξη, αφού η ηθική απαντάει σε ερωτήματα περί του πρακτέου. Ανακύπτουν λοιπόν πολυποίκιλα προβλήματα κατά την εξέταση του ζητήματος της ηθικής αξίας του ασθενούς και των συνακολούθων υποχρεώσεων έναντι αυτού, δεδομένου ότι το συγκεκριμένο πρόβλημα είναι εντεταγμένο σε ένα δαιδαλώδες πλέγμα καθηκόντων, υποχρεώσεων, δικαιωμάτων και προσωπικών επιλογών. Τι, λοιπόν; Θα απαιτήσουμε από τον γιατρό εκτός από εξειδικευμένες επιστήμων να είναι παράλληλα και χαρισματικός ψυχολόγος ή δημιουργικός ηθικός διανοητής; Θεωρώ πως, παρόλο που κάτι τέτοιο δεν θα ήταν αδύνατον, θα ήταν καταφανώς άδικο. Το μόνο που δικαιούμεθα να απαιτήσουμε από τον γιατρό είναι να λειτουργεί σε κάθε στάδιο της συναναστροφής του με τον ασθενή ως υπεύθυνο ηθικό όν. Τι όμως μπορεί να σημαίνει στην πράξη η απαίτηση αυτή; Θεωρώ πως στο σημείο αυτό θα μπορούσε να μας βοηθήσει η αντίληψη του Kant περί του ηθικώς ορθού.

Ο Γερμανός φιλόσοφος διατύπωσε την ηθική θεωρία της κατηγορικής προσταγής, σύμφωνα με την οποία πρέπει να «.. πράττομε έτσι, ώστε η ρυθμιστική αρχή της βούλησής μας να μπορεί, συγχρόνως, να καταστεί καθολικός νόμος». Με άλλα λόγια, όταν βρισκόμαστε ενώπιον ενός συγκεκριμένου διλήμματος, θα μπορούσαμε, εφαρμόζοντας την αρχή της γενικευμένης απορίας να διερωτηθούμε: τι θα συνέβαινε εάν ο κάθε άνθρωπος ενώπιον του προβλήματος αυτού επέλεγε την τάδε ή δείνα λύση; Η

απάντηση στο συγκεκριμένο ερώτημα θα μπορέσει, κατά τον Kant, με ασφάλεια να μας υποδείξει τον ενδεδωγμένο τρόπο ηθικής δράσης. Η κατηγορική προσταγή του Kant καθώς και η αρχή της γενικευμένης απορίας έχουν αμφισβητηθεί πολλές φορές και με ένταση κατά το παρελθόν αλλά και στις μέρες μας. Εκείνο που δύσκολα μπορεί κάποιος να αμφισβητήσει, είναι το παρακολούθημα της κατηγορικής προσταγής. Συγκεκριμένα, από την αρχή αυτή του Kant απορρέει, ως δευτερεύουσα διατύπωση, η αντίληψη ότι πρέπει να αντιμετωπίζουμε τον συνάνθρωπό μας ως σκοπό και ποτέ απλώς ως μέσο (Πελεγρίνης, σελ. 13). Η στάση μας απέναντι στους ανθρώπους είναι, δηλαδή, δικαιώσιμη ηθικά, όταν δεν αποτελεί μοχλό επίτευξης προσωπικών επιδιώξεων ανεξάρτητων από την συμπαθητική στάση απέναντι τους. Εκείνος, για παράδειγμα, ο οποίος διακινδυνεύοντας την ζωή του, σώζει έναν συνάνθρωπό του, έχει διαπράξει μια ηθικά επαινετή πράξη μόνο εάν αποσκοπούσε στην σωτηρία και μόνο του συνανθρώπου του. Εάν, όμως, επιτέλεσε την αγαθή αυτή πράξη για να αποκτήσει προβολή ή με σκοπό να επιβραβευθεί υλικά ή ηθικά, η πράξη του δεν έχει θετική ηθική αξία, από την στιγμή που δεν αποτελεί εκδήλωση ηθικών ποιοτήτων αλλά μέσο επίτευξης άλλων σκοπών. Μια τέτοια πράξη είναι λοιπόν προϊόν υπολογισμού και καιροσκοπικής διάθεσης, άρα μπορεί να κριθεί ως επιτυχημένη ή μη, αποτελεσματική ή όχι, σε καμιά περίπτωση όμως ως αποδεκτή ηθικά. Η αντιμετώπιση και μόνο ενός ανθρώπου ως μέσου και ευκαιρίας επίτευξης στόχων συνιστά *per se* ηθικά επιλήψιμη πράξη.

Κάθε φορά, λοιπόν, που εισδύουν στην συλλογιστική μας έννοιες ξένες προς τον εκάστοτε άνθρωπο, διαπράττουμε αυτό ακριβώς το ηθικό σφάλμα: αντιμετωπίζουμε τον πάσχοντα όχι ως σκοπό αλλά ως μέσο για να γίνει ή να μην γίνει κάτι. Ο γιατρός που σκέφτεται την εξασφάλιση της θέσης του, την ενδεχόμενη προβολή του από μια ακόμη επαγγελματική επιτυχία ή την αποφυγή της χρέωσης σε αυτόν μιας αστοχίας ή αποτυχίας, το νοσηλευτικό προσωπικό που αντιμετωπίζει τον ασθενή ως μια ακόμη ενόχληση και ένα επιπλέον βάρος στο ήδη βεβαρημένο καθημερινό πρόγραμμα, όλοι αυτοί αντιμετωπίζουν

τον πάσχοντα ως μέσο. Με τον τρόπο αυτό, όμως, το πραγματικό συμφέρον του ασθενούς δεν προσεγγίζεται, αφού η εστίαση γίνεται σε άλλους στόχους.

Τι σημαίνει, όμως, να αντιμετωπίζεται ο πάσχων ως σκοπός; Με ποιο γνώμονα και πάνω σε ποιους άξονες πρέπει να διαμορφώνεται η στάση και η προσέγγιση του περιβάλλοντός του, ιατρικού και νοσηλευτικού; Είναι προφανές πως η απαίτηση αυτή τοποθετεί τον ασθενή στο κέντρο και επιβάλλει την εστίαση στα ιδιαίτερα προβλήματα και απαιτήσεις του. Αναδεικνύει τον πάσχοντα ως ον με απόλυτη ηθική αξία, την οποία και δεν έχει σε καμία περίπτωση απολέσει εξ αιτίας του γεγονότος ότι νόσησε. Πράγματι, κάθε άνθρωπος αντλεί την ηθική του αξία απλώς και μόνο από το γεγονός πως μετέχει στο ανθρώπινο είδος. Η ηθική αυτή αξία χαρακτηρίζεται απόλυτη, ανεξάρτητη δηλαδή από τις περιστάσεις και τις συγκυρίες. Αυτό μπορεί να γίνει εύκολα αντιληπτό στις περιπτώσεις ασθενών ευρισκομένων σε άγρυπνο κώμα (persisting vegetative state). Οι ασθενείς αυτοί λίγα μόνο από τα συνήθη ανθρώπινα χαρακτηριστικά διατηρούν. Παρόλα αυτά, η ηθική τους αξία παραμένει αμείωτη, πράγμα που επιβάλλει συγκεκριμένες υποχρεώσεις έναντί τους. Με άλλα λόγια, ο άνθρωπος διατηρεί την ηθική του αξία ανεξάρτητα από την κατάστασή του.

Είναι, παρόλα αυτά, γεγονός πως όλοι μας, κατά το μάλλον ή ήττον, τείνουμε υπό την πίεση της καθημερινότητας να ξεχνούμε το πανθομολογούμενο και πασιφανές αυτό γεγονός. Η παράβλεψη αυτή δικαιολογείται πολύ περισσότερο στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, η καθημερινότητα του οποίου είναι τις περισσότερες φορές αδυσώπητη. Και ενώ βέβαια η ηθική αστοχία μπορεί να δικαιολογείται, σε καμία περίπτωση δεν συγχωρείται. Διότι από αυτήν ακριβώς την κατηγορία λειτουργών απαιτείται η δομημένη και εν εγρηγόρσει ηθική σκέψη και συνείδηση.

Με ποιόν, όμως, τρόπο θα μπορέσει ο γιατρός και ο νοσηλευτής να διατηρήσει την ηθική του εστίαση, με δεδομένες τις αφόρητες πιέσεις που καθημερινά ασκούνται επάνω του, τόσο από την ιατρική όσο και από την ευρύτερη κοινότητα; Μια τέτοια εστίαση μπορεί

κατά τη γνώμη μου να διατηρηθεί μόνο επί τη βάσει των αρχών της συμπαθείας και της διερμήνευσης των βέλτιστων συμφερόντων του πάσχοντος (Πρωτοπαπαδάκης, σελ. 74-76).

Η συμπάθεια είναι μια χαρακτηριστική ιδιότητα, που προσιδιάζει στο ανθρώπινο είδος. Βασίζεται στην κοινότητα του είδους και στην ουσιαστική ομοιότητα των ανθρώπων. Αυτό πρακτικά σημαίνει πως, ενώ δεν μπορούμε να γνωρίζουμε με βεβαιότητα πως ακριβώς νιώθει ένα ζώο όταν, για παράδειγμα, κάτι του προκαλεί πόνο, μπορούμε με μεγάλη ασφάλεια να εικάσουμε πως αισθάνεται ένας συνάνθρωπός μας που βρίσκεται σε αντίστοιχη κατάσταση. Με άλλα λόγια, μπορούμε, όπως λέγεται, να μπούμε στην θέση του. Και τούτο διότι στους περισσότερους τομείς ελάχιστα διαφέρουμε από τους συνανθρώπους μας. Με τον τρόπο αυτό έχουμε την δυνατότητα να κρίνουμε τι θα νιώθαμε ή τι θα επιθυμούσαμε οι ίδιοι εάν βιώναμε την ίδια κατάσταση με εκείνους (Downie - Calman, σελ. 37). Μπορούμε, επομένως, να αισθανθούμε οίκτο, θλίψη, συμπόνια για τον συνάνθρωπό μας, να νιώθουμε πραγματικό ενδιαφέρον για την ευημερία του και ειλικρινή θλίψη για τις δυστυχίες του (Beauchamp - Childress, σελ. 466). Και ενώ οι ηθικές θεωρίες καταρρίπτονται φιλοσοφικά ή στην πράξη, η συμπάθεια αποτελεί μια σταθερή ανθρώπινη ιδιότητα, ασφαλές κριτήριο πράξης ηθικά επαινετής. Θα μπορούσαμε να προσθέσουμε στο σημείο αυτό πως η συμπάθεια είναι μια ιδιότητα η οποία αναδύεται αυθόρμητα και ελεύθερα από την ίδια την φύση μας. Δεν απαιτείται καμία προσπάθεια για την εξάσκηση και την εκδήλωσή της, την διαθέτουμε απλά όλοι. Αντίθετα, η αναστολή και η κατάπνιξη της ιδιότητας αυτής επιβάλλει και απαιτεί προσπάθεια και εξάσκηση. Ο άνθρωπος που δεν στέκεται συμπαθητικά στον πόνο και την θλίψη του πλησίον του δεν θα μπορούσε παρά να χαρακτηριστεί παντελώς αλλοτριωμένος. Από οποιοδήποτε ανθρώπινο πλάσμα αναμένεται και θεωρείται φυσιολογική η συμπαθητική στάση προς τον συνάνθρωπό του που υποφέρει. Εάν θεωρήσουμε πως ο γιατρός είναι φύσει και θέσει περισσότερο ευαισθητοποιημένος στην ανθρώπινη οδύνη, τότε η συμπάθεια αναδύεται ως απαίτηση σε σχέση με αυτόν. Με βάση την παραδοχή αυτή, η

προσέγγιση του ασθενούς πρέπει να εξατομικεύεται και να απευθύνεται σε κάθε μία περίπτωση ξεχωριστά, αφού στο επίκεντρο της όποιας προσέγγισης βρίσκεται πάντα ένα ανθρώπινο ων. Οι γενικές ηθικές αρχές είναι ίσως πολύ γενικές για να εφαρμοστούν σε επί μέρους περιπτώσεις. Αυτό που απαιτείται είναι η προσαρμογή της ηθικής και η ανανέωσή της με βάση τις ειδικές απαιτήσεις κάθε επιμέρους περίπτωσης (Brody, 327(19): 1385).

Εάν θα θέλαμε να ανακεφαλαιώσουμε τα προαναφερθέντα, θα μπορούσαμε να πούμε τα εξής: Αρχικά, ο γιατρός δεν θα έπρεπε ουδέποτε να ξεχνά πως ο ασθενής είναι ένα ανθρώπινο ων, και μάλιστα απογυμνωμένο από κάθε εξουσία και ισχύ. Το πλάσμα αυτό εναποθέτει την υγεία του, την ίδια του τη ζωή στα χέρια του γιατρού, του εμπιστεύεται δηλαδή ότι πολυτιμότερο διαθέτει. Δευτερευόντως, ο ίδιος ο γιατρός δεν θα κριθεί μόνο ή κυρίως ως επιστήμων, αλλά πρωτίστως ως άνθρωπος, ως ηθικό ων. Και τούτο διότι ο ασθενής δεν χρειάζεται μόνο ή κυρίως τις εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες, αλλά πρωτίστως ανθρώπινη συμπεριφορά και αντιμετώπιση. Η εκάστοτε θεραπεία μπορεί να αποτύχει ή να αστοχήσει, η ανθρωπιά όμως βρίσκει πάντοτε τον στόχο της και επιτυγχάνει. Ακόμη και αν ο πάσχων δεν ανταποκριθεί στην αγωγή και υποκύψει στην κατάστασή του, ο γιατρός που τον έχει αντιμετωπίσει ως ανθρώπινο ων δεν θα έχει αποτύχει. Πολλές φορές η ίαση είναι αδύνατη, η συμπαθητική όμως και ανθρώπινη προσέγγιση είναι πάντοτε δυνατή. Επιπλέον, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό - όπως και έκαστος εξ ημών- κρίνεται πρώτα με βάση την ηθική του υπόσταση και την κοινωνική του παρουσία και έπειτα ως προς την επαγγελματική του επάρκεια ή δεξιότητα. Το κοινωνικό σύνολο σαφώς θα επέλεγε τον ανθρωπιστή γιατρό – έστω και αν δεν είναι ο πλέον εξειδικευμένος- από την αυθεντία του μισάνθρωπου ή του ωφελιμιστή. Εκτός από τα παραπάνω, θα μπορούσαμε να καταλήξουμε λέγοντας πως ο γιατρός δεν είναι ένας οποιοσδήποτε τεχνικός ή επιστήμονας. Στα χέρια του εναποτίθεται η ανθρώπινη ζωή και για τον λόγο αυτό εγείρονται προς αυτόν περισσότερες και περιπλοκότερες απαιτήσεις. Ο γιατρός οφείλει να έχει ηθική σκέψη και στάση, επιβάλλεται

να είναι άνθρωπος του πνεύματος και να διακρίνεται από συμπαθητική στάση έναντι των συνανθρώπων του.

Η συμπαθητική στάση απέναντι στον συνάνθρωπό μας δεν μπορεί να στηρίζεται, βέβαια, μόνο στην απαίτηση του ίδιου, διότι τότε η πράξη μας θα είναι ηθικώς αδιάφορη ή -ακόμη χειρότερα- ανεύθυνη. Εάν το κίνητρο είναι απλά η επίμονη απαίτηση του ασθενούς, τότε πάλι ο άνθρωπος γίνεται περισσότερο μέσο παρά σκοπός, αφού το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα δεν είναι το καλό του συνανθρώπου μας αλλά η δική μας απαλλαγή από μια δυσάρεστη κατάσταση. Αυτό που πρέπει να χαρακτηρίζει την ηθική στάση του γιατρού έναντι του ασθενούς είναι η ενεργητική συμμετοχή στο ανθρώπινο πάθος. Αυτή θα του επιτρέψει να κρίνει και να αποφασίσει επί τη βάση των βέλτιστων συμφερόντων του ασθενούς (Beauchamp - Childres, σελ. 225). Στην πραγματικότητα η όποια στάση δεν πρέπει να διαμορφώνεται από τον πάσχοντα αλλά από την κατάστασή του (Jochemsen, 20:212). Η αντιμετώπιση αυτή συνιστά ενεργητική διερμηνευση του συμφέροντος του πάσχοντος, άρα εμπερικλείει ηθική αξία η οποία καθορίζεται από το κίνητρο που δρομολογεί την πράξη. Φαντάζει ως ηθικό καθήκον απέναντι στον συνάνθρωπό μας, αφού αυτός αποτελεί σκοπό (Bix, 58(3):411). Η διερμηνευση αυτή θα γίνει επί τη βάση της συμπαθείας, αφού μόνο αυτή μπορεί να επιβάλλει τον συνάνθρωπο ως σκοπό σε μια κοινωνία που τείνει να εκλαμβάνει κάθε τι ως μέσο.

6.3 Ζητήματα Αστικής ευθύνης, Νοσηλευτής και ευθανασία

Η συναίνεση του ασθενούς ως αναγκαία προϋπόθεση της παροχής θεραπείας και η υποχώρηση της αρχής αυτής

Εκτός από την ποινική ευθύνη, ο Νοσηλευτής υπέχει αστική ευθύνη, δηλ. ευθύνη που έχει ως συνέπεια την αποζημίωση του ασθενούς ή των οικείων του, όταν από την παρεχόμενη Νοσηλευτική υπηρεσία έχει προκληθεί βλάβη της υγείας ή και ο θάνατος. Η ευθύνη αυτή θεμελιώνεται είτε στη σύμβαση, είτε στην αδικοπραξία, είτε και στα δύο. Σχετικά

πρόσφατα έχει νομοθετηθεί και ως ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες, δηλαδή ως ειδική επαγγελματική ευθύνη από το νόμο.

Ειδικώς για το ζήτημα της ευθανασίας, αυτό θεωρήθηκε ανέκαθεν πρόβλημα αποκλειστικά του ποινικού δικαίου και δεν δόθηκε η δέουσα σημασία στην αστική ευθύνη. Ενώ μάλιστα η ποινική ευθύνη θεωρείται αυστηρότερη λόγω του είδους των επιβαλλόμενων κυρώσεων, στην πραγματικότητα συμβαίνει το αντίθετο, επειδή η αστική ευθύνη περιλαμβάνει περισσότερες περιπτώσεις αφού δεν στηρίζεται στο περιπτωσιολογικό σύστημα, και καλύπτει όχι μόνον κάθε μορφή πταίσματος, αλλά και ορισμένες περιπτώσεις ευθύνης χωρίς πταίσμα (λ.χ. ΑΚ 918, 922). Μία από τις σημαντικότερες περιπτώσεις της αδικοπρακτικής αστικής ευθύνης, όπως είναι η έννοια του παρανόμου, παρουσιάζεται σήμερα διευρυμένη, διότι αρκεί η παράβαση της γενικής υποχρέωσης πρόνοιας, ασφάλειας και προστασίας των άλλων.

Στο ελληνικό δίκαιο, στο οποίο προστατεύεται με ευρύτητα το δικαίωμα στην προσωπικότητα (ΑΚ 57 επ.) γίνεται δεκτό ότι στα προστατευόμενα με το δικαίωμα αυτό αγαθά ανήκει και η ζωή, η υγεία και η σωματική ακεραιότητα. Επιπλέον υποστηρίζεται ότι από το συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας (άρθρα 2 § 1, 5 § 1, 7 § 2 Συντ) συνάγεται και ότι ο Νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος να ενημερώνει τον ασθενή για την ενδεδειγμένη θεραπεία και να έχει τη σύμφωνη γνώμη του, τη συναίνεσή του για την επιχείρησή της, ακόμη και αν αυτή είναι ιατρικά ενδεδειγμένη. Αλλιώς η λεγόμενη αυθαίρετη Νοσηλευτική πράξη αποτελεί προσβολή της προσωπικότητας του ασθενούς και μάλιστα ακόμη και αν τελικώς ωφέλησε τον ασθενή. Αν ήταν και αυθαίρετη και τον έβλαψε μπορεί να επισύρει και αδικοπρακτική ευθύνη (ΑΚ 914 επ.).

Εάν όμως πρόκειται για *κατεπείγοντα περιστατικά*, ο ιατρός έχει υποχρέωση να παράσχει τις ιατρικές του υπηρεσίες και να βοηθήσει τον ασθενή, ακόμη και όταν αυτός δεν έχει

συνείδηση των πραγμάτων, η δε ανάγκη διασώσεως του αγαθού της ζωής αίρει το παράνομο της αυτόβουλης επεμβάσεως.

Η συναίνεση για τη μη παροχή ή για τη διακοπή της θεραπείας και η ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες (άρθρ. 8 ν. 2251/1997)

Σε σχέση με τη λεγόμενη "διαθήκη" ή ακριβέστερα "συναίνεση ευθανασίας", δηλ. τη διακοπή της θεραπευτικής αγωγής, αφού ο ασθενής ενημερωθεί ειδικά για τη θανατηφόρα ασθένειά του, έχουν υποστηριχθεί εκ διαμέτρου αντίθετες απόψεις. Η πρώτη, χωρίς να αρνείται όπως αναπτύχθηκε την αναγκαιότητα της συναινέσεως για την παροχή ιατρικής θεραπείας και το δικαίωμα για την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας, υποστηρίζει ότι οι συνταγματικές εγγυήσεις δεν εκτείνονται στην αρχή της ζωής και στον τρόπο και την επέλευση του θανάτου, αλλά μόνον στη διάρκεια της ζωής. Η αντίθετη άποψη, υποστηρίζοντας το αίτημα για αξιοπρεπή θάνατο, δέχεται ότι με ορισμένες προϋποθέσεις η συναίνεση ευθανασίας πρέπει να γίνεται αποδεκτή και ειδικότερα όταν εκφράζει ελεύθερη βούληση και όταν αναφέρεται μόνον στη μη παράταση της ζωής με τεχνητά μέσα, όταν δηλ. η παροχή ιατρικής βοήθειας δεν είναι πλέον θεραπευτική. Εάν ο Νοσηλευτής συνεχίσει τη θεραπεία, προβαίνει σε αυθαίρετη θεραπευτική πράξη.

Πάντως και με την τελευταία άποψη η συναίνεση πρέπει να δίδεται εγγράφως και είναι αυστηρά προσωπική, δεν μπορεί να δοθεί από ανηλίκους, από πρόσωπα που στερούνται της χρήσης του λογικού ή δεν έχουν συνείδηση των πράξεών τους, άρα, λόγω του προσωποπαγούς χαρακτήρα της, ούτε από συγγενείς. Εάν η συναίνεση απουσιάζει, ο Νοσηλευτής έχει υποχρέωση να διατηρήσει στη ζωή τον ασθενή με κάθε μέσο.

Συγκρίνοντας τις δύο απόψεις νομίζω ότι ορθότερη είναι η πρώτη. Σύμφωνα με τη Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική (Οβιέδο, 1997), που επικυρώθηκε στη χώρα μας με το ν. 2619/1998 και έχει αυξημένη ισχύ (άρθρο 28 § 1 Συντ), επέμβαση σε θέματα υγείας είναι δυνατή μόνον μετά από ελεύθερη (και ως προς το δικαίωμα ανακλήσεως) συναίνεση του ενδιαφερομένου προσώπου, αφού προηγηθεί ενημέρωσή του (άρθρο 5 §§ 1, 3). Συγχρόνως όμως ορίζεται

ότι σε επείγουσες περιπτώσεις και όταν δεν μπορεί να ληφθεί η αναγκαία συναίνεση, επιτρέπεται να επιχειρείται κάθε ιατρικώς αναγκαία επέμβαση προς όφελος της υγείας του ενδιαφερομένου ατόμου (άρθρο 8).

Φαίνεται λοιπόν ότι η συναίνεση υποχωρεί σε επείγουσες περιπτώσεις, με τη διαφορά ότι η σύμβαση του Οβιέδο δεν απαντά ευθέως στο ερώτημα, τι γίνεται όταν συντρέχει επείγουσα περίπτωση, είναι όμως δυνατόν να ληφθεί η συγκατάθεση, η οποία ενδεχομένως δεν θα χορηγηθεί. Νομίζω ότι στις περιπτώσεις αυτές θα ισχύσει το αξίωμα *in dubio pro vita*. Το δικαίωμα αυτοδιαθέσεως της ζωής του ασθενούς δεν είναι απεριόριστο, ακριβώς επειδή αυτός απαιτεί την παύση της θεραπείας από ένα άλλο πρόσωπο και μάλιστα από το νοσηλευτή - ιατρό του, ο οποίος έχει ιδιαίτερη νομική υποχρέωση περιθάλψεως, ζητεί δηλ. βοήθεια στην αυτοδιάθεση. Με τον τρόπο αυτό όμως κάποιος τρίτος επεμβαίνει στη ζωή του, έστω και μετά από συναίνεση και η αυτοδιάθεση ως αυστηρά προσωπικό αγαθό παύει να είναι μονομερής και άρα δεν ισχύει. Επιχείρημα μπορεί να χρησιμοποιηθεί ακόμη και από το ότι η συναίνεση του παθόντος αναγνωρίζεται μεν στο δίκαιο των αδικοπραξιών ως λόγος άρσεως του παρανόμου χαρακτήρα μιας πράξεως, όχι όμως αν αυτή είναι αντίθετη στο νόμο ή στα χρηστά ήθη.

Εξάλλου η αποδοχή της απόψεως που υποστηρίζει τη διακοπή της θεραπευτικής αγωγής, εάν κάτι τέτοιο απαιτεί ο "ανιάτως" πάσχων ασθενής, οδηγεί σε αδιέξοδο και όταν οι ασθενείς δεν είναι σε θέση για οποιονδήποτε λόγο να παράσχουν τη συναίνεσή τους. Από τη Σύμβαση του Οβιέδο, προβλέπεται βεβαίως αντικατάσταση της συναινέσεως όσων αδυνατούν να συγκατατεθούν από τη συναίνεση των αντιπροσώπων τους (άρθρο 6). Ας σημειωθεί όμως ότι η αντικατάσταση της συναινέσεως στο δίκαιό μας δεν είναι τόσο απλό ζήτημα. Νόμιμη εκπροσώπηση προβλέπεται στους ανηλίκους ή στη δικαστική συμπαράσταση, δεν θεσπίζεται όμως γενική εκπροσώπηση του ασθενούς από τους συγγενείς ή εκείνους που τον περιθάλπουν.

Περαιτέρω δεν είναι ορθό να εξισώνεται η συνήθης συναίνεση για μια ιατρική επέμβαση ή θεραπεία με τη συναίνεση για το θάνατο. Η Σύμβαση του Οβιέδο έχει ως στόχο να προστατεύσει την αξιοπρέπεια και την ακεραιότητα του ανθρώπου, δηλ. να προστατεύσει

την ίδια τη ζωή του και από την προαγωγή της Βιολογίας και της Ιατρικής και όχι να διευκολύνει το θάνατο.

Συνεπώς ο νοσηλευτής - ιατρός που υποχωρεί σε σχετική επιθυμία ασθενούς, μπορεί να υπέχει και αστική ευθύνη, η οποία μπορεί πλέον να στηριχθεί και στην ειδική ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες (άρθρο 8 § 1 ν. 2251/1994). Πρόκειται για επαγγελματική ευθύνη από το νόμο που καθιερώνεται ανεξάρτητα από προϋφιστάμενο συμβατικό δεσμό και θεσπίζει ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες για κάθε ζημία που προκάλεσε υπαιτίως κατά την παροχή των υπηρεσιών. Ερωτάται βεβαίως αν συμβιβάζεται η παράλειψη του ιατρού με τη θετική ενέργεια που υποδηλώνει ο ο όρος "παροχή υπηρεσιών". Ορθότερο είναι να δεχθούμε ότι η ζημία μπορεί να προκληθεί και με παράλειψη του παρέχοντος υπηρεσίες να συνεχίσει την απαραίτητη θεραπεία, διότι όταν εκδηλωθεί η επιθυμία του ασθενούς, ο ιατρός έχει ήδη αναλάβει την περίθαλψή του, επομένως η παράλειψη που εκδηλώνεται με τη διακοπή της θεραπείας μπορεί να υπαχθεί στο άρθρο 8 § 1 ν. 2251/1994.

Ο παρέχων υπηρεσίες, δηλ. εδώ ο ιατρός, φέρει το βάρος αποδείξεως της ελλείψεως υπαιτιότητας, η οποία καταρχήν τεκμαίρεται (άρθρο 8 § 4 ν. 2251/1994). Εάν βεβαίως υποχωρήσει στην επιθυμία για τη διακοπή της θεραπείας και επέλθει ο θάνατος, ενάγοντες για την καταβολή αποζημιώσεως θα είναι οι στενοί συγγενείς του θύματος, εναντίον των οποίων θα μπορεί να προτείνει ως συντρέχον πταίσμα την εκδηλωθείσα επιθυμία του ασθενούς για τη διακοπή της θεραπείας και να μειωθεί με τον τρόπο αυτό η αποζημίωση (πρβλ. και άρθρο 8 § 6 σε συνδ. με 6 § 11 ν. 2251/1994).

Σε κάθε περίπτωση ο ιατρός που δεν δέχεται να διακόψει την υποστηρικτική αγωγή, ενώ το ζητεί ο ασθενής, δεν επιχειρεί αυθαίρετη ιατρική πράξη, η οποία θεωρείται όπως αναπτύχθηκε προσβολή της προσωπικότητας. Η αυξημένη υποχρέωση επιμέλειας και πρόνοιας του ιατρού, η σπουδαιότητα του αγαθού για το οποίο παρέχει τις υπηρεσίες του και ο εμπιστευτικός χαρακτήρας της σχέσεως ιατρού - ασθενούς δείχνουν ότι η θεραπεία δεν είναι υπόθεση που αφορά μόνον στον νοσηλευόμενο, αλλά και στο θεραπευτή, ο οποίος πρέπει βεβαίως να λαμβάνει συγχρόνως πρόνοια για την ανακούφιση του νοσηλευομένου από τους πόνους. Άλλωστε ο ιατρός έχει υποχρέωση (άρθρο 9 του

Κώδικα ιατρικής δεοντολογίας - Β.Δ. 25.5/6.7 1955) να υποβοηθάει με κάθε δυνατό μέσο την ίαση του ασθενούς ή τη διατήρησή του στη ζωή.

7. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

7.1 Περίληψη

Εισαγωγή - Σκοπός: Η νομοθεσία γύρω από την ευθανασία αποτελεί μείζον θέμα πολιτικής υγείας των τελευταίων ετών. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της στάσης και των πεποιθήσεων νοσηλευτικού προσωπικού διαφόρων κλινικών (ΜΕΘ-ΜΕΠΚ και ΧΟΓΚ- ΠΟΓΚ με ΩΡΛ -ΟΦΘ ως ομάδα «ελέγχου») απέναντι στην παθητική ευθανασία συγκριτικά με τον γενικό Ελληνικό και Ευρωπαϊκό πληθυσμό.

Μέθοδος - Υλικό: Πραγματοποιήθηκαν προσωπικές συνεντεύξεις σε 99 μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Πα.Γ.Ν.Η.. Χρησιμοποιήθηκε κλίμακα (0 διαφωνώ απόλυτα – 10 συμφωνώ απόλυτα) για την αξιολόγηση και βαθμολόγηση της στάσης τους απέναντι στο θέμα της παθητικής ευθανασίας, την διερεύνηση του βαθμού αποδοχής της παθητικής ευθανασίας από την Ελληνική κοινωνία και του βαθμού αποδοχής της από τους ίδιους.

Αποτελέσματα: Με κλίμακα βαθμολόγησης 0-10 το νοσηλευτικό προσωπικό είχε σε γενικό βαθμό ουδέτερη στάση απέναντι στην παθητική ευθανασία με ελαφρά θετική κλίση με μέση τιμή 5.4 όπως και στο ερώτημα νομιμοποίησης της παθητικής ευθανασίας στην Ελλάδα με μέση τιμή 5.5. Όσον αφορά το επίπεδο αποδοχής της παθητικής ευθανασίας από την ελληνική κοινωνία το αποτέλεσμα ήταν αρνητικό με μέση τιμή βαθμολογίας 1.7. Στην περίπτωση που ήταν νόμιμη η παθητική ευθανασία, το 51% δεν θα την πραγματοποιούσε σε αντίθεση με το 24% που θα ήταν σύμφωνοι. 26% απάντησε ΔΞ/ΔΑ.Η θέση εργασίας, η ιδιότητα, τα χρόνια εργασίας, το φύλο και τα θρησκευτικό προφίλ δεν επηρέασαν τα αποτελέσματα.

Συμπεράσματα: Το νοσηλευτικό προσωπικό συγκριτικά με τον μέσο ελληνικό και ευρωπαϊκό πληθυσμό διατηρεί πιο θετική στάση απέναντι στην παθητική ευθανασία με βαθμολογία 5.4 έναντι 4.4 και 4.7 αντίστοιχα. Η στάση αυτή πιθανώς θα μπορούσε να αποδοθεί στην εξοικείωση του προσωπικού με την χρόνια νόσο και τον θάνατο.

7.2 Σκοπός της έρευνας

Σαν εκπαιδευόμενοι Νοσηλευτές από την πρώτη στιγμή που μπήκαμε στη σχολή και από τις πρώτες επαφές με τους ασθενείς μάθαμε πως να στηρίζουμε ψυχολογικά, πως να απαλύνουμε τον πόνο του, να προάγουμε την υγεία του και τη μεγάλη σημασία της πρόληψης. Τι γίνεται όμως όταν ο ασθενής πάσχει από μια τερματική ασθένεια; Όταν δεν υπάρχει καμία ελπίδα για ίαση; Όταν ο πόνος είναι αφόρητος και ο ασθενής νιώθει την αξιοπρέπεια του να κατακερματίζεται;

Έχοντας κατά νου τα παραπάνω με την έρευνα μας θέλουμε να γνωρίσουμε μέσα από τους ανθρώπους που ήδη εργάζονται στο χώρο, την αντίληψη τους για την παθητική ευθανασία με βάση τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις και τα ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζουν, το νομικό πλαίσιο και τις ευθύνες που κατέχουν, καθώς και τις τελευταίες εξελίξεις στο θέμα της ευθανασίας στην Ελλάδα, στην Ευρώπη και στις χώρες όπου η ευθανασία είναι πλέον μια πραγματικότητα.

7.3 Ερευνητικό ερώτημα

1. Ποια η στάση και η αντίληψη του νοσηλευτικού προσωπικού (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ), απέναντι στην παθητική ευθανασία .

7.4 Υλικό και μέθοδος

Το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε βασισμένο σε μια εκτενή αναζήτηση βιβλιογραφίας και τις ερωτήσεις κάλυψε η ευρωπαϊκή μελέτη τιμών, όπου πειραματικά εξετάζεται πριν από την κύρια μελέτη. Μεταξύ άλλων ερωτήσεων, το νοσηλευτικό προσωπικό ρωτήθηκε εάν είχε εκτελέσει ποτέ παθητική ευθανασία, που ορίζεται είτε αποσύροντας είτε παρακρατώντας επεξεργασία στήριξης ζωής ή εάν οι ασθενείς ή οι συγγενείς τους το είχαν ζητήσει ποτέ, και εάν θα ήταν πρόθυμοι να εκτελέσουν παθητική ευθανασία εάν νομιμοποιηθεί στην Ελλάδα. Τα ολοκληρωμένα ερωτηματολόγια ήταν κλειστά μέσα ένα

φάκελο και τοποθετημένα σε ένα σφραγισμένο πεδίο ψηφοφορίας ώστε να εξακριβωθεί ότι οι απαντήσεις ήταν τίμιες και δεν θα ήταν σε θέση να χρησιμοποιηθεί ενάντια σε αυτούς, δεδομένου ότι η παθητική ευθανασία είναι παράνομη στην Ελλάδα. Πριν από τη μελέτη, η Νοσηλευτική διοίκηση του νοσοκομείου ενέκρινε το πρωτόκολλο και το νοσηλευτικό προσωπικό ενημερώθηκε.

Αυτή η έρευνα πραγματοποιήθηκε μεταξύ Μαΐου - Σεπτεμβρίου 2006 στο Πανεπιστημιακό γενικό νοσοκομείο Ηρακλείου Πα.Γ.Ν.Η., στην Κρήτη, Ελλάδα.

Έξι διαφορετικά τμήματα ήταν επιλεγμένα σύμφωνα με τον τύπο ασθενών που νοσηλεύτηκαν και η αναμενόμενη αλληλεπίδραση του προσωπικού με τους πολύ σοβαρά ασθενείς ή με τους ασθενείς τερματικής ασθένειας. Η πρώτη ομάδα αποτελέστηκε τόσο από την Χειρουργική Ογκολογική όσο και από την Παθολογική Ογκολογική κλινική (Ογκολογική Ομάδα), η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και η Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης Καρδιοπαθών (ΜΕΠΚ) ήταν ενωμένες για να δημιουργήσουν τη δεύτερη ομάδα ασθενών, εκείνοι των πολύ βαριά ασθενών (Ομάδα ΜΕΘ). Η τρίτη ομάδα (η ομάδα ελέγχου) αποτελούμενη από το νοσηλευτικό προσωπικό της ΩΡΛ και Οφθαλμολογικής κλινικής, όπου ελάχιστη ή καμία αλληλεπίδραση δεν υπήρχε με τους πολύ βαριά ασθενείς ή τους ασθενείς τερματικής ασθένειας όπως ήταν αναμενόμενο (Ομάδα Ελέγχου).

Οι περιγραφικές στατιστικές υπολογίστηκαν για όλες τις μεταβλητές και οι ενώσεις εξετάστηκαν χρησιμοποιώντας PEARSON - τετραγωνικές δοκιμές. Οι διαφορές μεταξύ των ομάδων ήταν εξετασμένη χρησιμοποίηση και ANOVA και Kruskal - Wallis δοκιμές. Η κανονικότητα των απαντήσεων ελέγχθηκε επίσης χρησιμοποιώντας και τις δύο δοκιμές Kolmogorov - Smirnov και Shapiro - Wilks. Το επίπεδο σημασίας τέθηκε $P < 0,05$, Η στατιστική ανάλυση εκτελέστηκε χρησιμοποιώντας τη στατιστική συσκευασία SPSS 14,0.

7.5 Το Ερωτηματολόγιο

Κλινική _____

Φύλο: _____

Θέση: _____

Ετη στην εργασία: _____

ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Ημέρα μήνας χρόνος

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Ημέρα μήνας χρόνος

Σημειώστε την απάντησή σας στο κουτάκι δεξιά με βαθμό της στήλης	Διαφωνώ Απόλυτα 0-1	Διαφωνώ 2-4	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ 5	Συμφωνώ 6-8	Συμφωνώ Απόλυτα 9-10
Ποιά είναι η στάση σας απέναντι στην παθητική ευθανασία?					
Πρέπει να νομιμοποιηθεί η παθητική ευθανασία στην Ελλάδα?					
Η Ελληνική και ειδικότερα η Κρητική κοινωνία είναι έτοιμη να δεχτεί την παθητική ευθανασία?					
Η παθητική ευθανασία είναι προσωπικό ζήτημα του καθενός. Δεν πρέπει να έχουν γνώμη οι συγγενείς.					

Αν ήταν νόμιμο θα βοηθούσατε έναν ασθενή να τρεματίσει την ζωή του εαν το επιθυμούσε?

(1) ΝΑΙ (2) ΟΧΙ [3] ΔΞ/ΔΑ |_|_|

Ασθενής ή συνοδός έχει συζητήσει μαζί σας ποτέ την επιθυμία να ζητήσει με οποιονδήποτε τρόπο παθητική ευθανασία;

(1) ΝΑΙ (2) ΟΧΙ [3] ΔΞ/ΔΑ |_|_|

Εχετε συγκαλλεί σε «έμμεση» ευθανασία ασθενούς, μη χορηγώντας θεραπεία ή αποσυνδέοντας τον ασθενή από μηχανήμα υποστήριξης?

(1) ΝΑΙ (2) ΟΧΙ [3] ΔΞ/ΔΑ |_|_|

Πόσο συχνά πηγαίνετε στην εκκλησία?

- | | |
|---|-----|
| 1 Πάνω από μια φορά την εβδομάδα | _ _ |
| 2 Μια φορά την εβδομάδα | _ _ |
| 3 Μια φορά τον μήνα | _ _ |
| 4 Μόνο σε ειδικές μέρες/Χριστούγεννα/ Πάσχα | _ _ |
| 5 Μια φορά τον χρόνο | _ _ |
| 6 Σχεδόν ποτέ | _ _ |
| 7 Δεν ξέρω / Δεν απαντώ | _ _ |

Ανεξάρτητα αν πηγαίνετε στην εκκλησία ή όχι, πόσο θρήσκος είστε?

- | | |
|-------------------|-----|
| 1 Πολύ θρήσκος | _ _ |
| 2 Αρκετά θρήσκος | _ _ |
| 3 Λίγο θρήσκος | _ _ |
| 4 Καθόλου θρήσκος | _ _ |
| 5 ΔΞ ΔΑ | _ _ |

8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

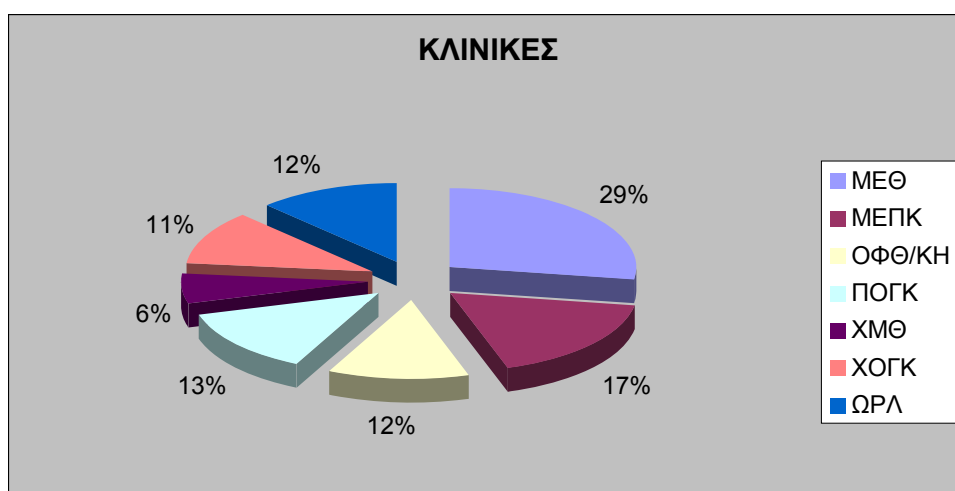
8.1 Περιγραφική στατιστική του δείγματος

Για να είμαστε σε θέση να μελετήσουμε ένα δείγμα θα πρέπει να προσδιορίσουμε τα γενικά στατιστικά στοιχεία του δείγματος όπως είναι το ποσοστό των Νοσηλευτών που έδωσαν τις συνεντεύξεις σε αυτή την έρευνα.

Από τους / τις 130 Νοσηλευτές / τριες που εργάζονται και στα επτά τμήματα 17 ήταν στην άδεια μητρότητας. Από τις τρέχουσες 113 νοσηλεύτριες που εργάζονται στα ανωτέρω τμήματα 98 απάντησαν στο ερωτηματολόγιο, 4 που απορρίφθηκαν και 11 δεν μπορούσαν να έρθουν σε επαφή με ποσοστό απάντησης 86.7%.

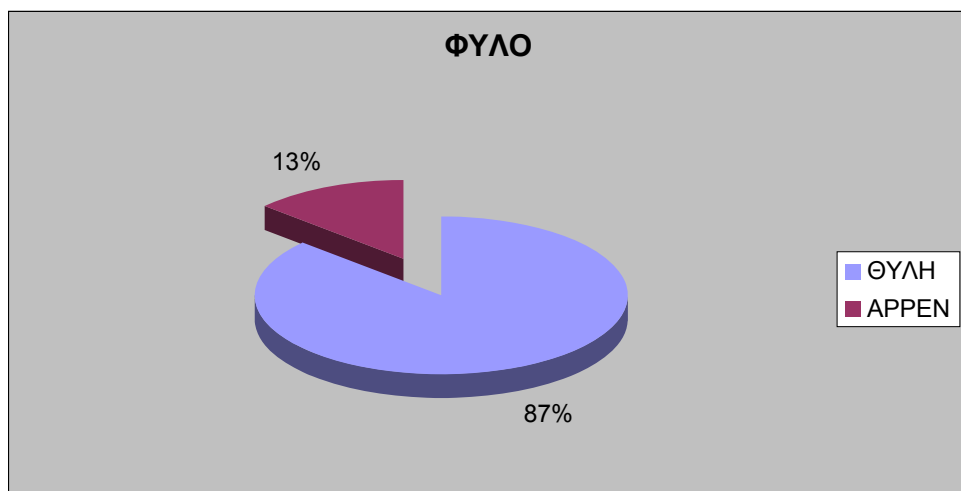
Τμήματα του Νοσοκομείου

Παρατηρούμε στο δείγμα ότι το 27,6% είναι από την ΜΕΘ, το 17,3% είναι από την ΜΕΠΚ, το 12,2 από την ΟΦΘ/ΚΗ, το 13,3% από την ΠΟΓΚ, το 6,1 από την ΧΜΘ, το 11,2 από την ΧΟΓΚ και τέλος το 12,2 από την ΩΡΛ.



Φύλο του δείγματος

Όσον αφορά τον πληθυσμό της μελέτης, το 86,7% ήταν γυναίκες και το 13,3% ήταν άντρες.



Επίπεδο εκπαίδευσης του δείγματος

Στο δείγμα μας παρατηρούμε ότι 67% είχε μια τριτοβάθμια εκπαίδευση δηλαδή το 2% είχε έναν πανεπιστημιακό τίτλο, το 65% ένας βαθμός από ένα τεχνολογικό εκπαιδευτικό ίδρυμα και 33% ήταν βοηθοί νοσηλευτών με τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση.



Έτη στην εργασία και ηλικία

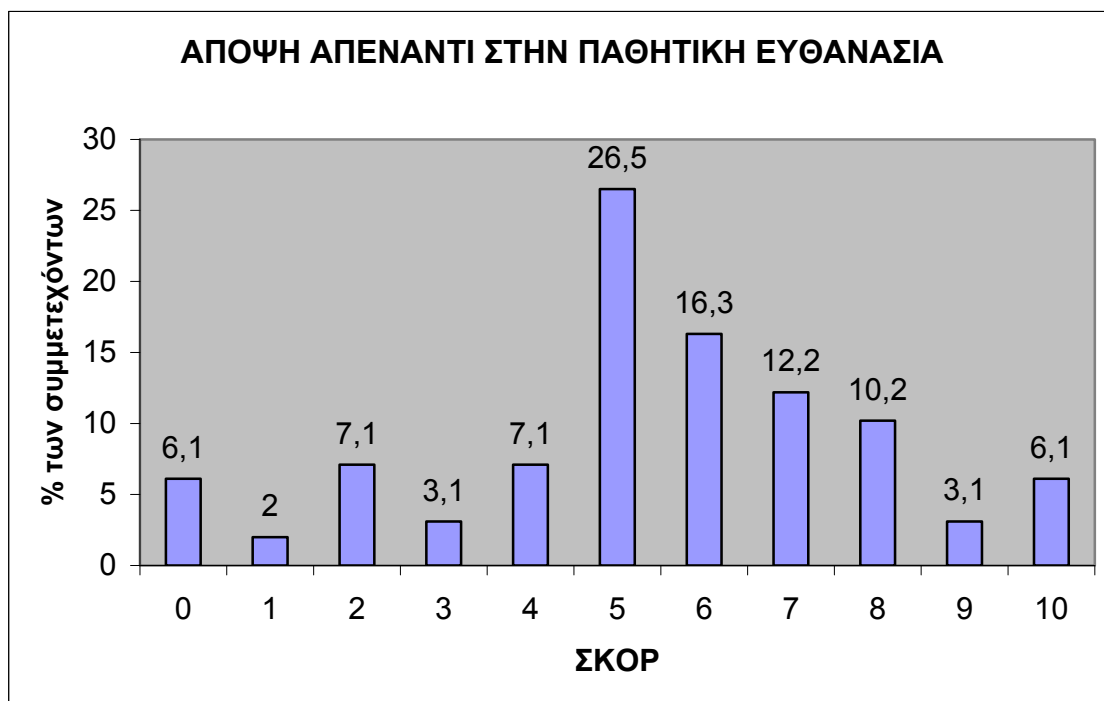
Τα έτη στην εργασία ξεκίνησαν από 2 έως και 20 χρόνια και η ηλικία από 23 ετών έως και 48.

Σε αυτό το σημείο μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι Το φύλο και το επίπεδο από την εκπαίδευση διέφεραν μεταξύ των τριών ομάδων από το προσωπικό της ΜΕΘ που είναι συνήθως υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου νοσηλευτές. Τα τμήματα των ΜΕΘ επίσης βρέθηκαν να έχουν μια υψηλότερη αναλογία ανδρών / γυναικών αν και κανένας από αυτούς τους παράγοντες βρέθηκε να επηρεάζει τα αποτελέσματα.

Στάση Νοσηλευτών απέναντι στην παθητική ευθανασία

Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό από το δείγμα μας το 26,5% κρατάει μια ουδέτερη στάση απέναντι στην παθητική ευθανασία, αλλά από 0-4 το συνολικό ποσοστό είναι 18,3%, ενώ από 6-10 το συνολικό ποσοστό είναι 47,9%.

Παρατηρούμε λοιπόν ότι ο περισσότερος πληθυσμός του δείγματος έχει θετική στάση στην παθητική ευθανασία όπως προκύπτει από το ποσοστό 47,9%, σε αντίθεση με το ποσοστό του δείγματος που έχει αρνητική στάση όπου είναι πολύ μικρό 10,3%.



Νομιμοποίηση παθητικής ευθανασίας στην Ελλάδα

Παρατηρούμε ότι όσον αφορά την νομιμοποίηση της παθητικής ευθανασίας στην Ελλάδα αρκετό από το δείγμα συμφωνεί με 16,3% όπου είναι το μεγαλύτερο. Ουδέτερη στάση σε αυτή την άποψη έχει το 14,3%.

Μπορούμε να παρατηρήσουμε όμως ότι από το σύνολο του δείγματος μόνο το 31,7% συνολικά από 0-4 έχει αρνητική στάση όσον αφορά την νομιμοποίηση της παθητικής ευθανασίας στην Ελλάδα, ενώ πολύ μεγαλύτερο ποσοστό του συνόλου 46,8% από 6-10 πιστεύει ότι πρέπει να νομιμοποιηθεί η παθητική ευθανασία στην Ελλάδα.



Αποδοχή Κρητικής κοινωνίας για την παθητική ευθανασία

Στην ερώτηση αν η Ελληνική και ειδικότερα η Κρητική κοινωνία είναι έτοιμη να δεχτεί την παθητική ευθανασία παρατηρούμε ότι το 1% συμφωνεί απόλυτα σε αντίθεση με το 35,7% όπου διαφωνεί απόλυτα.

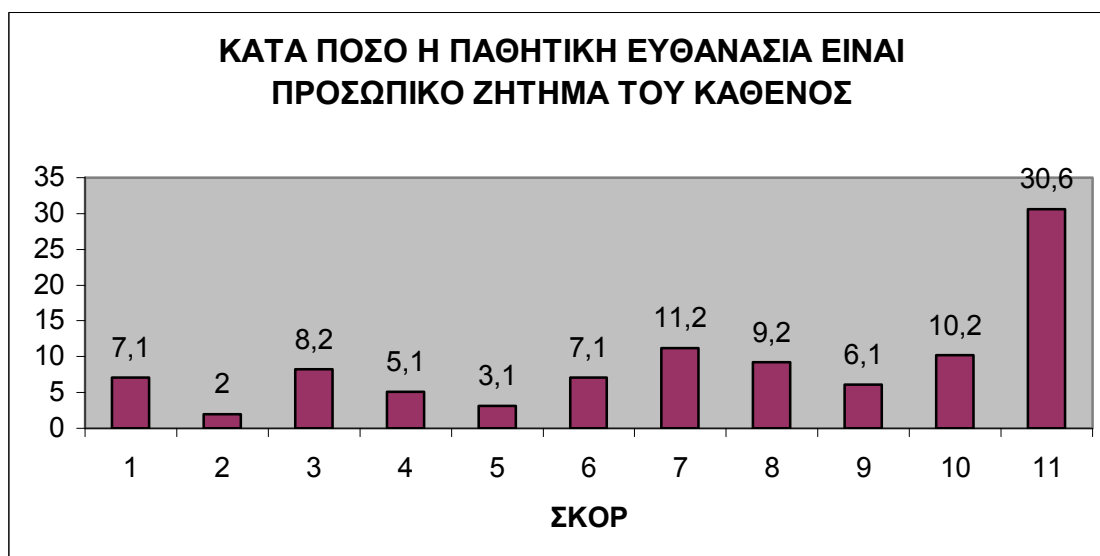
Παρατηρούμε λοιπόν ότι η Ελληνική και ειδικότερα η Κρητική κοινωνία δεν είναι έτοιμη να αποδεχτεί την παθητική ευθανασία.



Η παθητική ευθανασία είναι προσωπικό ζήτημα του καθενός. Δεν πρέπει να έχουν γνώμη οι συγγενείς.

Σε αυτή την ερώτηση βλέπουμε εντελώς αντίθετες απόψεις του δείγματος με μεγάλη διαφορά στα ποσοστά. Το 7,1% δεν συμφωνεί καθόλου, σε αντίθεση με το 30,6% όπου συμφωνεί απόλυτα.

Παρατηρούμε λοιπόν ότι η θετική άποψη σε αυτό το ζήτημα υπερισχύει, δηλαδή ότι πρέπει να αποφασίζει ο καθένας για την ζωή του.



Αν ήταν νόμιμο θα βοηθούσατε έναν ασθενή να τερματίσει τη ζωή του εάν το επιθυμούσε.

Το 24% του δείγματος απάντησε ναι, το 50% απάντησε όχι και το 26% απάντησε δεν ξέρω δεν απαντώ.

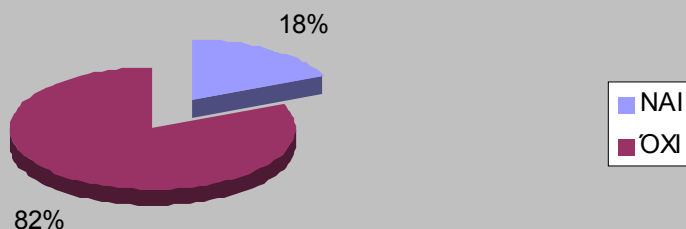
Παρατηρούμε λοιπόν ότι το μισό από το δείγμα, αρκετά σημαντικό ποσοστό, δεν είναι έτοιμο να εκτελέσει παθητική ευθανασία παρ' όλο την επιθυμία του.



Ασθενής ή συνοδός έχει συζητήσει μαζί σας ποτέ την επιθυμία να ζητήσει με οποιονδήποτε τρόπο παθητική ευθανασία.

Στο 18% του δείγματος έχει ζητηθεί και στο 82% του δείγματος δεν έχει γίνει ποτέ τέτοια ενέργεια

**ΑΣΘΕΝΗΣ Ή ΣΥΝΟΔΟΣ ΕΧΕΙ ΣΥΖΗΤΗΣΕΙ ΜΑΖΙ
ΣΑΣ ΠΟΤΕ ΤΗΝ ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΝΑ ΖΗΤΗΣΕΙ
ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ**

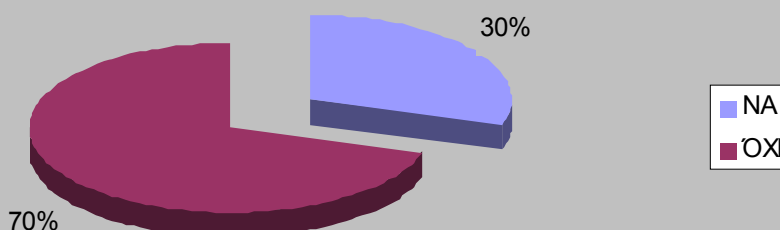


Συμμετοχή σε παθητική ευθανασία

Το 30% του δείγματος έχει συμμετάσχει σε παθητική ευθανασία, ενώ το 70% του δείγματος δεν έχει συμμετάσχει σε παθητική ευθανασία.

Μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι ενώ είναι μεγαλύτερο το ποσοστό που δεν έχει συμμετάσχει σε παθητική ευθανασία, το ποσοστό που δεν έχει συμμετάσχει σε παθητική ευθανασία δεν είναι μικρό δηλαδή είναι σημαντικός ο αριθμός που έχει συμμετάσχει στην παθητική ευθανασία.

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ



8.2 Αναλυτική στατιστική (συσχέτιση)

Συνολικά το νοσηλευτικό προσωπικό που πέρασε από την συνέντευξη είχε θετική στάση απέναντι στην παθητική ευθανασία, το 23.5% του νοσηλευτικού προσωπικού όπου αναφέρετε ότι θα ήταν πρόθυμο να εκτελέσει παθητική ευθανασία εάν ήταν νόμιμο και το 25.5% δεν ήταν βέβαιο εάν θα μπορούσε εκτελέσει παθητική ευθανασία. Όπως απεικονίζεται **στον πίνακα 1**, (πίνακας 1 ένθετων εδώ) οι διαφορές που σημειώθηκαν μεταξύ των ομάδων μελέτης σε σχέση με το εάν ήταν κλιμένοι να εκτελέσουν παθητική ευθανασία από έναν ασθενή ή από τους συγγενείς τους. Το 55.6% της Ογκολογικής Ομάδας, το 33.3% της Ομάδας ΜΕΘ και μόνο το 11.1% της Ομάδας Ελέγχου είχε γίνει ερώτηση από έναν ασθενή ή έναν συγγενή και αυτή η εύρεση ήταν στατιστικά σημαντική ($p = 0,034$). Στην ερώτηση αν έχουν εκτελέσει παθητική ευθανασία στο παρελθόν, σημειώθηκε ότι το 29.6% απάντησε ναι. Συγκεκριμένα το 47.7% της Ομάδας ΜΕΘ, το 20% της Ογκολογικής Ομάδας και μόνο το 8.3% της Ομάδας Ελέγχου είχε εκτελέσει την διαδικασία και αυτές οι διαφορές ήταν στατιστικά σημαντικές ($p = 0.001$).

Πίνακας 1. Προηγούμενες εμπειρίες Ελλήνων Νοσηλευτών σχετικά με την παθητική ευθανασία και η επιθυμία τους να την εκτελέσουν σύμφωνα με την ομάδα μελέτης

Αν ήταν νόμιμο θα βοηθούσατε έναν ασθενή να τερματίσει την ζωή του εάν το επιθυμούσε				
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΞ/ΔΑ	P 0.426
Ο.Ε.	21.7	30	48.3	
Ο.ΜΕΘ.	52.2	36	11.8	
ΟΓΚ.Ο.	26.1	34	39.9	
ΣΥΝΟΛΟ	23.5	51	25.5	
Ασθενής ή συνοδός έχει συζητήσει μαζί σας ποτέ την επιθυμία να ζητήσει με οποιονδήποτε τρόπο παθητική ευθανασία				
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΞ/ΔΑ	P 0.034
Ο.Ε.	11.1	27.5	61.4	
Ο.ΜΕΘ.	33.3	47.5	19.2	
ΟΓΚ.Ο.	55.6	25.0	19.4	
ΣΥΝΟΛΟ	18.4	81.6	-	
Έχετε συγκαλεί σε «έμμεση» ευθανασία, μη χορηγώντας θεραπεία αποσυνδέοντας τον ασθενή από μηχάνημα υποστήριξης				
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΞ/ΔΑ	P 0.001
Ο.Ε.	8.3	91.6	-	
Ο.ΜΕΘ.	47.7	52.2	-	
ΟΓΚ.Ο.	20	80	-	
ΣΥΝΟΛΟ	29.6	70.4	-	

Εκείνοι που ήταν θετικοί προς την ευθανασία είναι πιθανότερο να την εκτελέσουν, εάν ήταν νόμιμη, OR 1,8 (95%CI: 1,3 - 2.6). Αφ' ετέρου, στην πεποίθηση ότι η ευθανασία είναι αυστηρά ένα προσωπικό ζήτημα του καθενός βρέθηκε να μειώνει την πιθανότητα εκτέλεσης της παθητικής ευθανασίας με OR 0,8 (95%CI: 0,7 - 1). Όπως φαίνεται στον **πίνακα 2**, νοσηλευτές που ανήκουν στις ΜΕΘ ήταν περισσότερο πρόθυμοι και είναι πιθανότερο να έχουν πραγματικά διενεργήσει παθητική ευθανασία με μια αναλογία πιθανοτήτων 1,7 (95%CI: 0,5 - 6.3) και OR 8,2 (95%CI: 1,6 - 41.3) αντίστοιχα. Αφ' ετέρου νοσηλευτές που εργάζονται στα Ογκολογικά τμήματα είχαν OR 1,0 (95%CI: 0,2 - 4.2) σχετικά με αυτούς που είναι πρόθυμοι να εκτελέσουν παθητική ευθανασία και OR 2,7 (95%CI: 0,5 - 15.6) όσοι έχουν εκτελέσει παθητική ευθανασία όταν συγκρίνεται με την ομάδα ελέγχου. Παρά τα ανωτέρω, οι νοσηλευτές στα Ογκολογικά τμήματα είναι πιθανότερο να έχουν ρωτηθεί από τους ασθενείς ή τους συγγενείς για να εκτελέσουν παθητική ευθανασία με OR 11.95% CI: 1,3 - 93.9), ενώ οι νοσηλευτές στις ΜΕΘ βρέθηκαν να έχουν έναν χαμηλότερο και μη στατιστικά σημαντικό OR 3 (95%CI: 0,3 - 27,9) για τον ίδιο παράγοντα. Η ηλικία, το φύλο, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και η θρησκευτικότητα δεν βρέθηκαν να έχουν επιπτώσεις σε οποιαδήποτε μεταβλητή σχετικά με την παθητική ευθανασία και την ιστορία απόδοσής της.

Πίνακας 2. Σχετικός κίνδυνος από την στάση των Ελλήνων Νοσηλευτών και προηγούμενες εμπειρίες με την παθητική ευθανασία σύμφωνα με την ομάδα μελέτης, την θρησκεία και την εκπαίδευση

	Ομάδα μελέτης Σχετ. κίνδυνος (95%ci)	Θρησκεία Σχετ. κίνδυνος (95%ci)	Εκπαίδευση Σχετ. κίνδυνος (95%ci)
Αν ήταν νόμιμο θα βοηθούσατε έναν ασθενή να τερματίσει την ζωή του εάν το επιθυμούσε	O.E 1.0 O.MEΘ. 1.7(0.5-6.3) OΓΚ.O. 1.0(0.2-4.2)	0.7 (0.2-2.4) 1.0	2.9 (0.9-9.2) 1.0
Ασθενής ή συνοδός έχει συζητήσει μαζί σας ποτέ την επιθυμία να ζητήσει με οποιονδήποτε τρόπο παθητική ευθανασία	O.E 1.0 O.MEΘ. 3.0(0.3-27.9) OΓΚ.O. 11(1.3-93.9)	0.9 (0.2-3.8) 1.0	0.9 (0.3-3.2) 1.0
Έχετε συγκαλεί σε «έμμεση» ευθανασία, μη χορηγώντας θεραπεία αποσυνδέοντας τον ασθενή από μηχάνημα υποστήριξης	O.E. 1.0 O.MEΘ. 8.2(1.6-41.3) OΓΚ.O. 2.7(0.5-15.6)	2.4 (0.6-10.0) 1.0	5.0 (1.3-19.1) 1.0

8.3 Συζήτηση

Τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι οι Έλληνες νοσηλευτές δεν έχουν θετική στάση απέναντι στην ευθανασία και τη νομιμοποίησή της στην Ελλάδα. Γενικά το 23.5% των νοσηλευτών που πέρασαν από συνέντευξη ήταν πρόθυμοι να εκτελέσουν παθητική ευθανασία, ενώ το 25.5% δεν ήταν βέβαιοι εάν θα εκτελούσαν παθητική ευθανασία εάν η διαδικασία νομιμοποιηθεί στην Ελλάδα. Αυτό το αποτέλεσμα θα μπορούσε να δικαιολογηθεί από το γεγονός ότι τη σύγχρονη ημέρα στην Ελλάδα, οι πεποιθήσεις, οι τοποθετήσεις και οι παραδόσεις σχετικά με το θάνατο και την παθητική ευθανασία είναι βασισμένες στις αρχαίες ελληνικές και χριστιανικές ορθόδοξες παραδόσεις. [2-3]. Έχει δηλωθεί ότι, πολλοί νοσηλευτές έχουν δηλώσει ότι κανένας δεν πρέπει να πεθάνει με πόνο, [4] ενδεχομένως η ίδια θεωρία θα ίσχυε στην Νοσηλευτική στην Ελλάδα όπου

βρίσκεται αντιμέτωπη με ασθενείς τερματικού σταδίου και συνδυασμένη με το γεγονός ότι είναι σε καθημερινή επαφή με τα οξέα και χρόνια περιστατικά, στο νοσοκομείο θα μπορούσε να εξηγήσει ως ένα ορισμένο βαθμό γιατί οι Έλληνες νοσηλευτές είναι αρνητικοί προς τη θέσπιση της παθητικής ευθανασίας. Είναι επίσης δυνατόν ότι ένα ποσοστό νοσηλευτών θα μπορούσαν να μοιραστούν τις ίδιες προοπτικές με εκείνους που παρουσιάστηκαν στη μελέτη από την Young & τον Ogden [5] στο οποίο μερικοί νοσηλευτές πίστεψαν ότι η νοσηλεία μπορεί να κάνει τις τελευταίες μέρες των ασθενών καλύτερες , δεδομένου ότι συνήθως οι ασθενείς τελικού σταδίου δεν προσπαθούν να διαφύγουν από τη ζωή αλλά από τον πόνο και το βάσανο και επομένως δεν θα επέλεγαν την παθητική ευθανασία. Τα συμπεράσματά μας είναι διαφορετικά από εκείνα που δόθηκαν πρόσφατα από τους Έλληνες ιατρούς [6]. Τα αποτελέσματά τους δηλώνουν ότι 20.6% των γιατρών έχουν πραγματοποιήσει παθητική ευθανασία, έναντι του 29.6% των νοσηλευτών. Αυτή η διαφορά που σημειώθηκε μεταξύ των Ελλήνων νοσηλευτών και των Ελλήνων ιατρών θα μπορούσε να οφείλεται στο γεγονός ότι οι νοσηλευτές είναι συνήθως οι πρώτοι που παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς τερματικού σταδίου, λαμβάνουν πρώτοι το αίτημα για την παθητική ευθανασία και ξοδεύουν περισσότερο χρόνο με τον ασθενή και επομένως ζουν από πρώτο χέρι τον πόνο τους [7-11]. Παλαιότερες μελέτες σχετικά με τους Έλληνες ιατρούς δίνουν επίσης παρόμοια αποτελέσματα, σύμφωνα με τα οποία το 24.3% των Ελλήνων ιατρών είχαν συμμετάσχει στην εκτέλεση παθητικής ευθανασίας ενός ασθενή. [12]

Ο ρόλος των συγγενών και των ασθενών

Η συζήτηση υφίσταται εάν και κατά πόσο είναι σωστό το ερώτημα αν η παθητική ευθανασία είναι αυστηρά προσωπικό ζήτημα του καθενός στην οποία πρέπει να επέμβει ο ίδιος ο ασθενής τερματικού σταδίου. Οι περισσότεροι ασθενείς τερματικού σταδίου στις ΜΕΘ στερούνται την ικανότητα λήψης απόφασης και οι περισσότερες αποφάσεις γίνονται από τους Γιατρούς ή από τους συγγενείς, εκ των οποίων οι παράγοντες και οι

πεπαιθήμενοι του προσωπικού μπορεί να διαφέρουν πολύ από εκείνους των ασθενών [13 - 16]. Ακόμα και όταν οι ασθενείς τερματικού σταδίου είναι ικανοί να επικοινωνήσουν με αυτούς που τους παρέχουν φροντίδα και τους συγγενείς επιθυμούν να συμμετάσχουν μόνο αυτοί στην τελική απόφαση ενώ κάποιος άλλος όχι [17]. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν βρεθεί από άλλες ερευνητικές ομάδες που έδειξαν ότι οι νοσηλευτές τονίζουν τη σημασία ο ασθενής με τη θέληση τους να αποφασίζουν για τη ζωή τους [18-19] . Το γεγονός ότι το 55.6% των νοσηλευτών που ανήκουν στα Ογκολογικά τμήματα ήταν κλιμένοι από έναν ασθενή να εκτελέσουν παθητική ευθανασία ή από τους συγγενείς τους είναι υψηλότερο από το 33.3% των ΜΕΘ που θα μπορούσε να αποδοθεί στο γεγονός ότι στις ΜΕΘ είναι ανοικτό στους επισκέπτες μόνο για μια ώρα την ημέρα σε αντίθεση με τις Ογκολογικές κλινικές στις οποίες ένας συγγενής ή ένας φίλος μπορεί να μείνει όλη την ημέρα και τη νύχτα και επομένως είναι πιο κοντά οι νοσηλευτές και οι νοσηλευτικές τους διεργασίες και ο κίνδυνος προβλημάτων των ασθενών από συναισθηματική ανησυχία. Η συναισθηματική κατάσταση των ασθενών θα μπορούσε να επηρεάσει τη στάση των συγγενών και του προσωπικού προς την παθητική ευθανασία δεδομένου ότι οι ασθενείς τερματικού σταδίου στις Ογκολογικές κλινικές [20] είναι πιθανότερο να έρθουν σε επαφή με το περιβάλλον σε αντίθεση με τους ασθενείς στις ΜΕΘ, οι οποίοι επισκέπτονται μόνο για ένα σύντομο χρονικό διάστημα και είναι συνήθως στη μηχανική υποστήριξη ζωής. Τα συμπεράσματά μας είναι παρόμοια με εκείνα που βρίσκονται από τις παρόμοιες ερευνητικές ομάδες στις οποίες, στην σταδιοδρομία τους περίπου ένας στους τέσσερις νοσηλευτές αντιμετωπίζει ένα αίτημα για παθητική ευθανασία από τουλάχιστον έναν ασθενή [19.21].

Παθητική Ευθανασία και η νομιμοποίησή της

Είναι σημαντικού ενδιαφέροντος το ποσοστό των νοσηλευτών που θα εκτελούσαν παθητική ευθανασία εάν ήταν νόμιμο και είναι χαμηλότερο από το ποσοστό που έχει εκτελέσει παθητική ευθανασία στο παρελθόν, αν και η διαφορά στο ποσοστό είναι μικρή

(23.5% εναντίον 29.6 %). Αυτή η διαφορά θα μπορούσε να εξηγηθεί από το γεγονός ότι το 25.5% του προσωπικού δεν είναι βέβαιο εάν θα εκτελούσε παθητική ευθανασία ασθενών. Το ποσοστό των «αναποφάσιστων» νοσηλευτών θα μπορούσε να επηρεαστεί από τη νομιμοποίηση της ευθανασίας από ένα ακριβές πρωτόκολλο και από νομικές κατευθυντήριες γραμμές που θα έπρεπε να υιοθετηθούν ώστε να αποτραπεί η κατάχρηση. Σε σύγκριση με νοσηλευτές από άλλες χώρες τα δικά μας αποτελέσματα είναι υψηλότερα από εκείνα στην Ιαπωνία (14%) πολύ χαμηλότερα από εκείνα στην Αυστραλία (65%) αλλά παρόμοια με το 23% όπου αναφέρονται από τους Ογκολογικούς Νοσηλευτές σε αριθμό των αμερικανικών πολιτειών [22-24]. Η απαγόρευση της παθητικής ευθανασίας έχει το προβάδισμα αυτό για να γίνει ένα θέμα ταμπού, στο οποίο το 18.4% των νοσηλευτών, το οποίο έχει πραγματοποιήσει παθητική ευθανασία το έχει κάνει χωρίς την υποστήριξη από τους συναδέλφους τους. Το ανωτέρω φαινόμενο ακόμη περισσότερο φαίνεται στους νοσηλευτές στις ΜΕΘ, εκ των οποίων σχεδόν ο ένας στους δύο είχε εκτελέσει παθητική ευθανασία σε ένα ασθενή. Αυτό το γεγονός τονίζει έκτοτε την ανάγκη για υιοθέτηση των πολιτικών κανονισμών παθητικής ευθανασίας στην Ελλάδα όπου επί του παρόντος είναι παράνομη στην Ελλάδα. Όπως δηλώνεται από τον Bilsen [25], ακόμη και στις χώρες που ήταν νόμιμη η παθητική ευθανασία οι νοσηλευτές εκτελούσαν συχνά τη διαδικασία λόγω της έλλειψης ιατρού, αν και δεν εγκρίνεται επίσημα. Οι ανωτέρω ενέργειες θα μπορούσαν να τοποθετήσουν το νοσηλευτικό προσωπικό σε μια αβέβαιη θέση, στην οποία η εφαρμογή των σαφώς γραπτών πολιτικών εθνικοτήτων που περιγράφουν το ρόλο των νοσηλευτών θα μπορούσε να διαδραματίσει έναν σημαντικό ρόλο και να επηρεάσει επίσης την επίδραση στην κατεύθυνση των ασθενών που ζητούν παθητική ευθανασία [1].

Νοσηλευτική ειδικότητα και εκπαιδευτικό επίπεδο

Οι προηγούμενες μελέτες έχουν διευκρινίσει ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο των νοσηλευτών όπου είναι ανεξάρτητο από την στάση τους απέναντι στην παθητική ευθανασία [29.31].

Η μελέτη μας εκθέτει τον αντίθετο, νοσηλευτές με ανώτατη εκπαίδευση στην Ελλάδα είναι θετικοί προς την ευθανασία σε σύγκριση με τους νοσηλευτές χαμηλότερης εκπαίδευσης. Αυτά τα συμπεράσματα θα μπορούσαν να είναι λόγω διαφοράς στην εκπαίδευση αλλά και στο γεγονός ότι με βάση τα καθήκοντα εργασίας οι νοσηλευτές με χαμηλότερη εκπαίδευση (δευτεροβάθμια εκπαίδευση) δεν είναι σε θέση να συμμετάσχουν στις νοσηλείες και στην χορήγηση φαρμάκων στους ασθενείς των ΜΕΘ. Στην διενεργηθείσα μελέτη από τους Musgrave & Souldry [26] επίσης διαπιστώθηκε ότι οι Ογκολογικοί Νοσηλευτές ήταν περισσότερο υπέρ της ευθανασίας από τους νοσηλευτές εκτός ογκολογίας, ενώ άλλες μελέτες στην Αυστραλία έχουν δείξει ότι νοσηλευτές που εργάζονται στους τομείς με συχνότερη επαφή με ασθενείς τερματικής νόσου ήταν λιγότερο υπέρ της παθητικής ευθανασίας [27-28].

Θρησκευτικότητα, ηλικία και έτη στην εργασία

Σε ένα άρθρο του Verroort [7], δηλώθηκε ότι όλες οι μελέτες που εξέτασαν τη σχέση μεταξύ των θρησκευτικών πεποιθήσεων του νοσηλευτή και της στάσης του απέναντι στην παθητική ευθανασία βρήκαν την σχέση αυτή να είναι στατιστικά σημαντική. Στην ανάλυσή μας μόνο οι Θρησκευτικές πεποιθήσεις, η θρησκευτικότητα και ο βαθμός στους οποίους η θρησκεία είναι ενεργά ασκημένη δεν βρέθηκε να επηρεάζονται οποιεσδήποτε από τις ερευνημένες παραμέτρους, αν και ο ορισμός της παθητικής ευθανασίας είναι πολύ ευρύτερος από αυτή που χρησιμοποιείται από τον Verroort. Είναι πιθανό ότι τα ανωτέρω θα μπορούσαν επίσης να αποδοθούν στο γεγονός ότι όλοι οι συμμετέχοντες Έλληνες νοσηλευτές είναι ορθόδοξοι στη θρησκεία, δεδομένου ότι είναι η πρώτη μελέτη για τις τοποθετήσεις των χριστιανών ορθόδοξων νοσηλευτών.

Η ηλικία επίσης διαδραματίζει έναν σημαντικό ρόλο στην προθυμία των νοσηλευτών να εκτελέσουν παθητική ευθανασία [24, 27-28]

Περιορισμοί μελέτης

Ένας από τους πιθανούς περιορισμούς της μελέτης μας είναι ότι το νοσηλευτικό προσωπικό κλήθηκε να παρέχει άποψη σχετικά με μια πράξη παράνομη κατά τη διάρκεια του χρόνου της συνέντευξης. Προσπαθήσαμε να αντισταθμίσουμε αυτήν την επίδραση με την παράκληση από κάθε νοσηλεύτη να τοποθετηθεί το ερωτηματολόγιό του / της σε έναν σφραγισμένο φάκελο και να τον καταθέσει σε ένα σφραγισμένο κιβώτιο ψηφοφορίας. Προηγούμενες μελέτες [29-30] επίσης έχουν δείξει ότι η αποδοχή της παθητικής ευθανασίας μπορεί να διαφέρει σύμφωνα με τις περιστάσεις και τους όρους των κλινικών ασθενών (διανοητική κατάσταση, ηλικία κ.λπ...) όπως επίσης λόγω προσωπικών παραγόντων του επαγγελματία υγείας, όπως η ικανοποίησή τους με το σύστημα υγείας και φροντίδας και η προσωπική κατάσταση της υγείας τους, ένας παράγοντας τον οποίο δεν ερευνήσαμε. Είναι επίσης άγνωστο εάν οι νοσηλευτές που επιλέχτηκαν από το σχέδιο μελέτης μας είναι αντιπρόσωποι ολόκληρου του πληθυσμού νοσηλευτών στην Ελλάδα, ο πληθυσμός μας αποτελείται από νοσηλευτές, της ΜΕΘ, της ΜΕΠΚ, των Ογκολογικών τμημάτων, τις ΩΡΛ και το Οφθαλμολογικό τμήμα. Δεδομένου ότι αυτή είναι η πρώτη μας γνώση στη μελέτη μας στην στάση των Ελλήνων νοσηλευτών απέναντι στην παθητική ευθανασία, η περαιτέρω έρευνα επιτρέπει να καθοριστούν άλλοι παράγοντες που θα μπορούσαν να έχουν επιπτώσεις στην στάση των νοσηλευτών ενάντια ή υπέρ της παθητικής ευθανασίας.

8.4 Συμπεράσματα

Χωρίς να ταχθούμε υπέρ μια πλευρά στη συζήτηση σχετικά με τη νομιμοποίηση της παθητικής ευθανασίας στην Ελλάδα αυτή η μελέτη στοχεύει να απεικονίσει τις τοποθετήσεις και τη στάση των Ελλήνων νοσηλευτών προς την απόδοση και τα ηθικά θέματα που περιβάλλουν την παθητική ευθανασία. Οι νοσηλευτές περνάνε ένα μεγάλο χρονικό διάστημα με τους ασθενείς και τους συγγενείς που τους συνοδεύουν και είναι βαθιά περιληφθέντες στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς τερματικής νόσου αποδεικνύοντας κυρίως τον ρόλο τους σε αυτήν την ηθική συζήτηση.

Εάν η παθητική ευθανασία πρόκειται να υιοθετηθεί στην Ελλάδα κρίνεται επιτακτική η ανάγκη να αναπτυχθούν γραπτά ηθικά πρωτόκολλα και διαδικασίες ώστε να προστατευτούν και οι νοσηλευτές αλλά και οι ασθενείς τερματικού σταδίου από τυχόν κακόβουλη χρήση μιας τέτοιας εξουσίας.

9. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ-ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ευθανασία θα μπορούσε εύκολα να συσχετιστεί με τις μεταμοσχεύσεις. Το επιχείρημα το οποίο παρουσιάζεται είναι πως αφού κάποιος ούτως ή άλλως επιλέγει την επίσπευση του θανάτου του και ταυτόχρονα είναι δυνατό κάποια από τα όργανά του μεταμοσχευμένου να δώσουν ζωή, θα μπορούσε σαν ύστατη πράξη καλής θέλησης να προσφέρει ιστούς και όργανα του σώματός του σε συνανθρώπους του. Έτσι, ο θάνατός του θα ανακούφιζε τον ίδιο και θα χάριζε ζωή σε άλλο ή άλλους ενδεχομένως ανθρώπους. Οπότε κάποιοι, προτείνουν άτομα που συνδυάζουν τη διάθεση ευθανασίας με την επιθυμία δωρεάς οργάνων τους και με κάποιο τρόπο να καθίστανται εγκεφαλικά νεκροί. Στην περίπτωση αυτή θα μπορούσε να υπάρξει και η ρητή συναίνεσή τους, αλλά ξεπερνιούνται όλες οι νομικές διαδικασίες. Απογοήτευση παρουσιάζει το γεγονός πως γίνεται η άποψη αυτή ηθικά αποδεκτή.

Πρέπει να προστεθεί κάπου εδώ πως η λήψη για μεταμόσχευση οργάνων από πτωματικό δότη, προϋποθέτει την ορθή διάγνωση θανάτου του δότη. Προϋπόθεση όμως της δωρεάς, δε θεωρείται ο θάνατος του δότη αλλά η βούληση και η ποιότητα ζωής του. Δηλαδή, τα όργανα δεν αφαιρούνται μόνο όταν ο δότης είναι νεκρός, αλλά όταν ο ίδιος αποφασίσει ή όταν η ποιότητα ζωής του δεν θεωρείται ικανοποιητική, με κάποια κριτήρια. Στην πρώτη περίπτωση απαραίτητη είναι η αξιοποίηση της ευθανασίας, ενώ στη δεύτερη των φυτικών καταστάσεων. Εκπρόσωπος της αντίληψης αυτής είναι ο Dr. Robert Truog, ο οποίος, ενώ αμφισβητεί τον εγκεφαλικό θάνατο, κατά παράδοξο τρόπο υποστηρίζει τις μεταμοσχεύσεις από φυτικούς ασθενείς ή και ανεγκέφαλα βρέφη.

9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Gastmans C, Lemiengre J, Dierckx de Casterle B (2006). Role of nurses in institutional ethics policies on euthanasia. *Journal of Advanced Nursing*. 54 (1):53-61.
2. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Katsouda E & Viahos L (2005). The evolution of euthanasia and its perceptions in Greek culture and civilization. *Perspectives in Biology and Medicine*. 48(1):95-104.
3. Mauroforou A & Michalodimitrakis E (2001). Euthanasia in Greece, Hippocrates' birthplace. *European Journal of Health Law*. 8:157-62.
4. Matzo LM & Schwarz KJ. In their own words: oncology nurses respond to patient requests for assisted suicide and euthanasia. *Journal of Applied Nursing Research*. 2001;14:64-71.
5. Young MG & Ogden RD. The role of nurses in AIDS care regarding voluntary euthanasia and assisted suicide: a call for further dialogue. *Journal of Advanced Nursing*. 2000, 31(3):513-9.
6. Parpa E, Mystakidou K, Tsilika E, Sakkas P, Patiraki E, Pistevou-Gombaki K, Galanos A, Viahow L. The attitudes of Greek physicians and lay people on euthanasia and physician-assisted suicide in terminally ill cancer patients. *American Journal of Hospital Palliative Care*. 2006, 23(4): 297-303.
7. Verpoort C, Gastmans C, De Bal N & Dierckx De Casterle B. Nurses' attitudes to euthanasia: a review of the literature, *Nursing Ethics*. 2004, 11:349-365.
8. Deliens L, Mortier F, Bilsen J.J.R, Cosyns M, Vander Stichele R. H, Vanoverloop J, Ingels K. End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey, *The Lancet* 2000, 356: 1806-1811.
9. Bilsen JJ, Vander Stichele RH, Mortier F, Deliens L. Involvement of nurses in physician-assisted dying. *Journal of Advanced Nursing*. 2004, 47(6): 583-91.

10. De Beer T, Gastmans C & Dierckx de Casterle B. Involvement of nurses in euthanasia : a review of literature, *Journal of Medical Ethics*. 2004, 30:494-498.
11. Van de Scheur A. & Van de Arend A. The role of nurses in euthanasia :a Dutch study, *Nursing Ethics*. 1998, 5: 497-508.
12. Papapetros T, Patrinos A, Pelekoudis V, Viennopoulos A & Paschalis C. Attitudes toward euthanasia among physicians, lawyers, judges and medical students in the city of Patras. *Iatriki*. 1997, 72:69-73 (in Greek).
13. Cohen S, Sprung CL, Sjøkvist P, Lippert A, Ricou B, Baras M, Hovilento S, Maia P, Phelan D, Reinhart K, Werdan K, Bulow HH. Communication of end-of-life decisions in European Intensive Care Units- The Ethicus study. *Intensive Care Medicine*. 2005, 31: 1215-1221.
14. Carmel S. Life-sustaining treatments: what doctors do, what they want for themselves and what elderly persons want. *Social Science and Medicine*.1999, 49(10): 1401-8.
15. Danis M, Patrik DL, Southerland LI & Green ML. Patients and families preferences for medical intensive care. *Journal of the American Medical Association*. 1998.260: 797-802.
16. Danis M, Gerrity MS, Southerland LI & Patrick DL. A comparison of patient, family and physician assessments of the value of medical intensive care. *Critical Care Medicine*. 1998, 16: 594-600.
17. Hofmann JC, Wenger NS, Davis RB, Teno J, Connors AF Jr, Desbiens N, Lynn J, Phillips RS. Patient preferences for communication with physicians about end-of-life decisions. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preference for Outcomes and Risks of Treatment. *Annals of Internal Medicine*. 1997, 127(1): 1-12.
18. Kuupelomaki M. Attitudes of cancer patients, their family members and health professionals toward active euthanasia. *European Journal of Cancer Care (Engl)*. 2000, 9(1): 16-21.

19. Matzo ML & Emanuel EJ. Oncology nurses' practices of assisted suicide and patient-requested euthanasia. *Oncology Nurses Forum*. 1997, 24(10): 1725-32.
20. Miller K, Massie MJ. Depression and anxiety. *Cancer Journal*. 2006, 12(5): 388-97.
21. Ferrell B, Virani R, Grant M, Coyne P, Uman G. Beyond the Supreme Court decision: nursing perspectives on end-of-life care. *Oncology Nurses Forum*. 2000, 27(3): 445-55.
22. Asai A, Ohnishi M, Nagata SK, Tanida N, Yamazaki Y. Doctors' and nurses' attitudes towards and experiences of voluntary euthanasia: survey of members of the Japanese Association of Palliative Medicine. *Journal of Medical Ethics*. 2001, 27(5): 324-30.
23. Kuhse H, Singer P. Voluntary euthanasia and the nurse: an Australian survey. *International Journal of Nursing Studies*. 1993, 30(4): 311-22.
24. Richardson DS. Oncology nurses' attitudes toward the legalization of voluntary active euthanasia. *Cancer Nursing*. 1994, 17(4): 348-54.
25. Bilsen J.J.R, Vander Stichele R.H, Mortier F & Deliens L. Involvement of nurses in physician-assisted dying, *Journal of Advanced Nursing*. 2004, 47(6): 583-591.
26. Musgrave CF & Soudry I. An exploratory pilot study of nurse-midwives' attitudes toward active euthanasia and abortion. *International Journal of Nursing Studies*. 2000, 37(6): 505-12.
27. Kitchener B, Jorm AF. Conditions required for a law on active voluntary euthanasia: a survey of nurses' opinions in the Australian Capital Territory. *J Med Ethics*. 1999, 25(1): 25-30.
28. Kitchener BA. Nurses' attitudes to active voluntary euthanasia: a survey in the ACT. *Aust N Z J Public Health*. 1998, 22(2): 276-8.
29. Nilstun T, Melltorp G & Hermeren G. Surveys on attitudes to active euthanasia and the difficulty of drawing normative conclusions. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2000, 28(2): 111-116.

30. Snelling P.C. Consequences count: Against absolutism at the end life. *Journal of Advanced Nursing* 2004. 46(4): 350-357.
31. Svantesson M, Sjokvist P, Thorsen H, Ahlstrom G. Nurses' and physicians' opinions on aggressiveness of treatment for general ward patients. *Nurs Ethics*. 2006 Mar
32. Hilden HM, Honkasalo ML. Finnish nurses' interpretations of patient autonomy in the context of end-of-life decision making. *Nurs Ethics*. 2006 JAN
33. Cartwright CM, Williams GM, Parker MH, Steinberg MA. Does being against euthanasia legislation equate to being anti-euthanasia? *Intern Med j*. 2006 Apr
34. Trossman S Self-determination vs. better treatment? : nurses, nursing groups differ over merits of assisted-death measures. *Am j Nurs*. 2006 May
35. Dudzinski DM, Shannon SE, Tong R. Competent refusal of nursing care. *Hastings Cent Rep*. 2006 Mar-Apr.
36. Dierckx de Casterle B, Verpoort C, De Bal N, Gastmans C.
37. Gawande A. When law and ethics collide—why physicians participate in executions. *N Engl J Med*. 2006 Mar.
38. Gastmans C, Lemiengre J, Dierckx de Casterle B. Role of nurses in institutional ethics policies on euthanasia. *J Adv Nurs*. 2006 Apr.
39. Helard M. Fruitful or futile: intensive care nurses' experiences and perceptions of medical futility. *Aust Crit Care*. 2006 Feb
40. Κατά ειρωνικό τρόπο και η Εισαγωγική Έκθεση του πρόσφατου ολλανδικού νόμου που επιτρέπει την ενεργητική ευθανασία αναφέρεται στο άρθρο 2 της ΕΣΔΑ και εκεί υποστηρίζεται ότι η υπό συζήτηση ρύθμιση δεν προσβάλλει τις αρχές που κατοχυρώνονται στο άρθρο αυτό. Βλ. Explanatory Memorandum στο σχέδιο νόμου του 1998, εις *European Journal of Health Law*, 311 - 312: "Bearing in mind that euthanasia demands an express request from the person involved and that it is his own life, a regulation of euthanasia is not in breach of article 2 of ECHR"

41. Council of Europe, Draft explanatory report to the draft Convention on human rights and biomedicine, Dir/Jur (96) 11, Strasbourg 1996, sections 33, 34
42. House of Lords Select Committee on Medical Ethics, 1994, para. 199. Βλ. Morris, Anne, *op. cit.* σ. 19
43. Olivier Guillod (1997): Book Review in: *European Journal of Health Law*, 209 -213 (213), για το βιβλίο του Keown, John (Eds.): *Euthanasia Examined. Ethical, clinical and legal perspectives* (Cambridge University Press, Cambridge, 1995)
44. Grubb, Andrew (2001): *Euthanasia in England - A Law Lacking Compassion?* *European Journal of Health Law*, 89 – 93
45. Morris, Anne (1996): *Life and Death Decisions: "Die, my dear doctor? That's the last thing I shall do!"*, *European Journal of Health Law*, 9 - 28 (17)
46. Grubb, A. (1997): *The Persistent Vegetative State: A Duty (Not) To Treat and Conscientious Objection* in: *European Journal of Health Law*, 157 - 178 (159 επ.)
47. Feenan, D. (1996): *A "Terrible Beauty" , The Irish Supreme Court and Dying*, in: *European Journal of Health Law*, 29 – 48
48. Dillmann, R./ Legemaate, J. (1994): *Euthanasia in the Netherlands: The state of the legal debate* in : *European Journal of Health Law*, 81 - 87 (82)
49. Ploem,C./Markenstein, L. (1994): *The Netherlands - Recent developments in legislation and jurisprudence (October 1991 - October 1993)* in: *European Journal of Health Law*, 197 - 202 (201)
50. Leenen, H.J.J. (1994): *Dutch Supreme Court about Assistance to Suicide in the Case of Severe Mental Suffering*, in: *European Journal of Health Law*, 377 – 379
51. Duguet, Anne - Marie (2001): *Euthanasia in France*, in: *European Journal of Health Law*, 109 - 123 (117)
52. Broeckaert, Bert (2001): *Belgium: Towards a Legal Recognition of Euthanasia*, in: *European Journal of Health Law*, 95 - 107 (101)
53. .H.J.CURZER, *Euthanasia, Suicide, and Futility*, in ed. H.J. Curzer, *Ethical Theory & Moral Problems*, 1999, p.697

54. Βλ. και Σοφουλάκη, Η προστασία της ανθρώπινης ζωής κατά το Σύνταγμα και τους νόμους, 1994, για το ότι η ελληνική νομοθεσία είναι στο άρθρο 300 ΠοινΚ, επιεικέστερη αντίστοιχων ευρωπαϊκών.
55. Βλ. έντονες αντιρρήσεις από την άποψη της νομοθετικής πολιτικής στο άρθρο 300 ΠοινΚ που σχετίζονται μεταξύ άλλων με τα υποκειμενικά στοιχεία της διατάξεως, από τον Φραντζεσκάκη, Ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο, ΑρχΝ ΛΘ (1988), σ. 678 επ.
56. Βλ. Συμεωνίδου - Καστανίδου, Εγκλήματα κατά της ζωής, 2.3 σ. 488 και αναλυτικά την ίδια για τη συμμετοχή σε αυτοκτονία, σ. 470 επ.
57. Βλ. Καράμπελα, ό.π., σ. 16 επ., πρβλ. Πανούση, Ευθανασία: Αυτο-κτονία μέσω τρίτου, ΠοινΔικ 1999, 732
58. Βλ. και Πουλή, Η ευθανασία από τη σκοπιά της διαχρονικής συνείδησης του άδικου χαρακτήρα της πράξης, Ποινικός λόγος 2001, 732
59. Percival T: Medical ethics. Krieger. New York, p.71, 1803
60. Kant I: Funtamental principles of the metaphysics of ethics. Paton, Hutchinson, London 1723
61. Mill JS: On the liberty. Mary Warnock, Collins, London 1962
62. Μαργαρίτη Η ευθανασία, "Ελληνική Δικαιοσύνη" έτους 2000 σελ. 1221 επ. (όπου και λοιπή ελληνική και αλλοδαπή βιβλιογραφία και νομολογία).
63. Kelly B, Burnett P, Pelusi D, Badger S, Varghese F, Robertson M. Factors associated with the wish to hasten death: a study of patients with terminal illness. Psychol Med.2003 Jan; 33(1): 75-81
64. Harvey Max Chochinov, M.D., Keith G. Wilson, Ph.D., Murray Enns, M.D., Neil Mowchum, M.d., Sheila Lander, R.N., Martin Levitt, M.D., and Jennifer J. Clinch, M.A. Am J Psychiatry 152:8, August 1995
65. Shinmi Kim and YunJung Lee. KOREAN NURSES' ATTITUDES TO GOOD AND BAD DEATH, LIFE-SUSTAINING TREATMENT AND ADVANCE DIRECTIVES. Nursing Ethics 2003

66. Ezekiel J. Emanuel, MD, PhD; Diane L. Fairclough, DPH ; Julia Slutsman, BA ; and Linda L. Emanuel, MD, PhD. Ann Intern Med. 2000; 132:451-459
67. Barry Rosenfeld, Ph.D., William Breitbart, M.D., Michele Galietta, M.A., Monique Kaim, Ph.D., Julie Funesti-Esch, R.N., Hayley Pessin, M.A., Christian J. Nelson, M.A., Robert Brescia, M.D. The Schedule of Attitudes toward Hastened Death. 2000 American Cancer Society
68. Brian Kelly AD, Paul Burnett, Shirlene Badger, Dan Pelusi AD, Francis T. Varghese AD, Marguerite Robertson. DOCTORS AND THEIR PATIENTS : A CONTEXT FOR UNDERSTANDING THE WISH TO HASTEN DEATH, 2003 John Wiley & Sons, Ltd.
69. Brian J Kelly , F.R.A.N.Z.C.P., Ph.D., Paul C. Burnett, Ph..D. Dan Pelusi, M.Clin.Psych., Shirlene J. Badger, B.A Francis T. Varghese, F.R.A.N.Z.C.P., Marguerite M. Robertson, F.A.Ch.P.M. Association Between Clinician Factors and a Patient's Wish to Hasten Death: Terminally Ill Cancer Patients and Their Doctors. Psychosomatics 45:4, July- August 2004.
70. Jezewski, Mary Ann R.N., Ph.D.; Finnell, Deborah S.R.N., M.S., D.N.S. The meaning of DNR status: Oncology nurses' experiences with patients and families. Accepted for publication August 5, 1997.
71. www.latrotek.gr
72. www.PudMed.gov
73. <http://www.echr.coe.int/Eng/Press/2002/apr/Prettyjudepress.htm>
74. Sudre, Frederic (1996): Droit de la Convention europeenne des droits de l'homme, La Semaine Juridique, 1996, 101 - 108 (101)
75. Council of Europe, Draft explanatory report to the draft Convention on human rights and biomedicine, Dir/Jur (96) 11, Strasbourg 1996, sections 33, 34
76. Ploem,C./Markenstein, L. (1994): The Netherlands - Recent developments in legislation and jurisprudence (October 1991 - October 1993) in: European Journal of Health Law, 197 - 202 (201)

77. Leenen, H.J.J. (1994): Dutch Supreme Court about Assistance to Suicide in the Case of Severe Mental Suffering, in: *European Journal of Health Law*, 377 – 379
78. Ploem, M.C. (1995): The Netherlands - Legislation and Jurisprudence in: *European Journal of Health Law*, 363 – 366
79. Duguet, Anne - Marie (2001): Euthanasia in France, in: *European Journal of Health Law*, 109 - 123 (117)
80. *European Journal of Health Law* 1998, 74 – 77
81. Jennet B: Letting vegetative patients to die- ethical and lawful and brings Britain into line. *British medical Journal* 1992, 305:1305-1306
82. Ιπποκράτης : Ορκος.E.Littre: Oeuvres completes d' Hippocrate,Vol.IV, 630, 6. Paris 1839-186
83. Καράμπελα Η ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και το θάνατο, 1987.
84. Μαζαράκη Το πρόβλημα της ευθανασίας Νέον Δίκαιον τ. 8 σελ. 280 επ.
85. Κουτσελίνη Αντ., Ευθανασία,η Ιατροδικαστική άποψη, MAT GRAECA 4, 385 - 387, 1976.
86. Aries P. *Western Attitudes Toward Death*. Johns Hopkins University Press 1974. 1-25
87. Gorer G. *Death, Grief and Mourning*. New York: Anchor books 1967.192-199
88. Sternn F. Thoughts of a dying physician. *Forum on medicine* 1980; 3:718-719
89. Lamerton R. "Care of the dying" The Garden City Press.1977:75-76
90. Beauchamp T., Childress J., *Principles of Biomedical Ethics*, 4th Edition, Oxford University Press, Oxford, 1994
91. Bix B., "Physician Assisted Suicide and the United States Constitution", *Modern Law Review*, 1995
92. Brody H., "Assisted Death - A Compassionate Response to a Medical Failure", *New England Journal of Medicine*, 1992
93. Jochemsen, H., "Euthanasia in Holland: an ethical critique of the new law", *Journal of medical ethics*, 1994

94. Downie R, Calman K., *Healthy Respect: Ethics in Health Care*, 1994, Oxford University Press, Oxford
95. Πελεgrίνης Θ., Ηθική Φιλοσοφία, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1997
96. Πρωτοπαπαδάκης Ε.Δ., Η ευθανασία απέναντι στη σύγχρονη Βιοηθική, εκδ. Αντ. Σάκκουλα, 2003
97. Amanda Hordern: Intimacy and sexuality for the women with Breast Cancer. *Center Nursing* Vol. 23, 2000.
98. Deborah Watkins Bruner. Assessing women's sexuality after cancer therapy: Checking assumptions with focus group technique. *Cancer Nursing* 21(16):438-447.1998.
99. Megan Rogers: The Impact on Sexual Functioning of Chemotherapy-induced Menopause in Women with Breast Cancer. *Cancer Nursing*. Vol. 25 (1) 57-63. 2002.
100. Patricia A. Ganz, Gail A. Greendale, Laura Patersen, Barbara Kahn, and Julienne Bower. Breast Cancer in Younger Women: Reproductive and Late Health Effects of Treatment. *Journal of Clinical Oncology*, 22 (15), 4184-4193 2003.
101. Patricia A. Ganz, Julia H. Rowland, Katherine Desmont, Beth E. Meyerovitz, Gail E. Wyatt. Life After Breast Cancer: Understanding Women's Health-Related Quality of Life and Sexual Functioning. *Journal of Clinical Oncology*, vol 16 (2) 501-514. 1998.
102. James S. Goodwin MD, Shiva Satish MD,MPH, Elizabeth T. Anderson RN,DrPH, Ann B. Nattinger MD, MPH, Jean L. Freeman PhD: Effect of Nurse Case Management on the Treatment of Older Women with Breast Cancer. *Jags* 51:1252-1259. 2003.
103. Albritton K, Bleyer WA: The management of cancer in the older adolescent. *Eur J Cancer*, 39: 2584-2599, 2003.

104. Bleyer WA: Cancer in older adolescents and young adults: epidemiology, diagnosis, treatment, survival, and importance of clinical trials. *Med Pediatr Oncol* 38: 1-10, 2002.
105. Bleyer WA, Tejeda H, Murphy SB, et al: National cancer clinical trials: children have equal access; adolescents do not. *J Adolesc Health*. 21: 366-373, 1997.
106. Bleyer WA: The U.S. pediatric cancer clinical trials programmes: international implications and the way forward. *Eur J Cancer*. 33: 1439-1447, 1997.
107. Bleyer WA: What can be learned about childhood cancer from "Cancer statistics review 1973-1988. *Cancer*. 71 (10 Suppl): 3229-3236, 1993.
108. Boissel N, Auclerc MF, Lheritier V, et al: Should adolescents with acute lymphoblastic leukemia be treated as old children or young adults? Comparison of the French FRALLE-93 and LALA-94 trials. *J Clin Oncol*. 21: 774-780, 2003.
109. Stock W, Sather H, Dodge R, et al: Outcome of adolescents and young adults with ALL: a comparison of Children's Cancer Group (CCG) and Cancer and Leukemia Group B (CALGB) regimens. *Blood* 96: 467 (abstract), 2000.
110. Rauck A: Adolescent cancers in the United States: a national cancer database (NCDB) report. *J Pediatr Hematol Oncol*. 21: 308 (abstract), 1999.
111. Pollock BH, Krischer JP, Vietti TJ: Interval between symptom onset and diagnosis of pediatric solid tumors. *J Pediatr*. 119: 725-732, 1991.
112. Bleyer WA, Montello M, Budd T, Kelahan A, Ries L: U.S. Cancer incidence, mortality and survival: young adults are lagging further behind. *Proc Am Soc Clin Oncol*. 21: 389a, 2002.
113. Jemal A, Thomas A, Murray T, Thun M: Cancer Statistics, 2002. *CA Cancer J Clin*. 52: 23-47, 2002.

114. Chessells JM, Hall E, Prentice HG, et al: The impact of age on outcome in lymphoblastic leukaemia; MRC UKALL X and XA compared: a report from the MRC Paediatric and Adult Working Parties. *Leukemia*. 12: 463–473, 1998.
115. American Academy of Pediatrics Section Statement Section on Hematology/Oncology: Guidelines for the pediatric cancer center and role of such centers in diagnosis and treatment. *Pediatrics*. 99: 139-141, 1997.
116. Access to quality cancer care: A consensus statement of the American Federation of Clinical Oncologic Societies. *J Pediatr Hematol Oncol*. 20: 279–281, 1998.
117. Χατήρα ΠΔ: Κλινική ψυχολογική παρέμβαση στο παιδί και τον έφηβο με βαρύ και χρόνια νόσημα. Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα, σελ. 59-88, 2000.
118. Μανταδάκης Ε: Γονιμότητα-απόγονοι ασθενών που θεραπεύτηκαν από νεοπλασίες της παιδικής και εφηβικής ηλικίας.
119. Coping with cancer stress B.A. Stoll Martinus Nijhoff Publishers
120. Senescu R.A: The development of emotional complications in the patient with cancer *S.Chr. Disease* 16: 813, 1964.
121. Greer, S., Morris T., Pettingale, K.W: Psychological response to breast cancer; effect on outcome-*Lancet*, II: 785, 1979.
122. Brewin, T.B: The cancer patient communication and morale. *BMJ* IV: 1623, 1977.
123. Buckman, R: Breaking bad news: why is it still so difficult *BMJ*, I: 1597, 1984.
124. Coping with cancer stress B.A. Stoll Martinus Nijhoff Publishers
125. Senescu R.A: The development of emotional complications in the patient with cancer *S.Chr. Disease* 16: 813, 1964.
126. Greer, S., Morris T., Pettingale, K.W: Psychological response to breast cancer; effect on outcome-*Lancet*, II: 785, 1979.

127. Brewin, T.B: The cancer patient communication and movale. BMJ IV: 1623, 1977.
128. Buckman, R: Breaking bad news: why is it Still so difficult BMJ, I: 1597, 1984.
129. Harvey P: "Staff support groups: are they necessary?" British Journal of Nursing, Vol 1(5): 256, 1992
130. Kramer M, Schmalenberg C: "Job satisfaction and retention , insights for the 90's " Nursing March, pp50-54 and April pp51-55, 1991
131. Maxwell M: "Where's the Hope?" Seminars In Oncology Nursing Vol:12 (4) November pp249, 1996.
132. Notter J: "Supporting the nurse as well as the patient" 1993 British Journal of Nursing, Vol 2 (19): 945, 1993.
133. Otto S: Oncology Nursing third edition 1995 Mosby 1995 London
134. Wilkinson S: "Confusions and challenges" Nursing Times Vol pp24-28, 1992
135. Nail L, Winningham M. Fatigue. In S. L. Groenwald, M. Frogge, M. Goodman and C. Yarbo (eds): Cancer nursing: Principles and practice. Boston: Jones and Bartlett. 608, 1993.
136. Irvine D, Vincent L, Graydon, et al: A critical appraisal of the research literature investigating fatigue in the individual with cancer. Cancer nursing, 14: 188,1991.
137. Knobel H: Biological correlates of fatigue. 2nd international conference of comprehensive cancer care (ICCC). Lecture book. Rhodes Greece. 43, 1998.
138. Irvine D, Vincent L, Graydon J, et al: The prevalence and correlates of fatigue in patients receiving treatment with chemotherapy and radiotherapy. Cancer nursing, 17: 367, 1994.

139. NANDA: Nursing diagnosis for fatigue. In M. E. Doenges and M. F. Moorhouse (eds), Nurses's pocket guide ,4th ed. Philadelphia, F. A. Davis Co. 185, 1995.
140. Bartley S: What do we call fatigue? In Simonson E, Weiser P eds. Psychological aspects and physiological correlates of work and fatigue. Springfield IL: Charles C Thomas, 409, 1976.
141. Barofsky I, Legro M: Definition and measurement of fatigue. Rev. Infect. Dis. 13 (suppl. 1): 594, 1991.
142. Piper B. F: Fatigue: Current basis for practice. In Funk S. G, Tornquist E. M, Champagne M.T, Copp L, and Wiese R.A. (Eds), Key aspects of comfort: Management of pain, fatigue and nausea 187. New York: Springer, 1989.
143. Aistars J: Fatigue in cancer patient: a conceptual approach to clinical problem. Oncol. Nurs. Forum, 14: 25, 1987.
144. Richardson A, Ream A, Wilson- Barnett J: Fatigue in patients receiving chemotherapy: Patterns of change. Cancer Nursing 21:17, 1998.
145. Smets E. M., Garssen B, Schuster- Uitterhoeve A.L: De Haes J,C. Fatigue in cancer patients. British Journal of cancer. 68, 220, 1993.
146. Nail L.M, Jones LS, Greene D, et al: Use and perceived efficacy of self care activities in patients receiving chemotherapy. Oncology nursing forum. 18: 883, 1991.
147. Richardson A: The experience of fatigue and other symptoms in patients receiving chemotherapy. Eur Journal Cancer Care. 5 (suppl 2): 24, 1996.
148. Strauman J: Symptom distress in patients receiving phase I chemotherapy with Taxol. Oncology nursing forum 13: 40, 1986.
149. Davis CA: Interferon-induced fatigue. Oncology nursing forum 11: 67, 1984.
150. Holmes, Walters R, Theriault et al: Phase II trial of taxol, an active drug in the treatment of metastatic breast cancer. JNCA 83: 1797, 1991.

151. Jacobs L, Piper B: The phenomenon of fatigue and the cancer patient. In Corcle R, Grant M, Stromborg M, Baird S: Cancer nursing. 2ed edition.W.B. Saunders Company. 1193, 1996.
152. Greenberg DM, Sawicka J, Eisenthal S, et al: Fatigue syndrome due to localized radiation. J Pain Symptom Manage 7: 38, 1992.
153. Richardson A: Απόψεις ασθενών με καρκίνο για την κόπωση και η επίδραση της στην ποιότητα ζωής. (μεταφρ. Μ.Τ. Μαλαμά) 21ο ετήσιο πανελλήνιο νοσηλευτικό συνέδριο. Ηράκλειο, 1998.
154. Irvine D.M, Vincent L, Graydon J.E, et al: Fatigue in women with breast cancer receiving radiation therapy. Cancer nursing 21(2): 127, 1998.
155. Blesh K.S, Paice J.A, Wickham R, et al: Correlates of fatigue in people with breast or lung cancer. Oncology Nursing Forum, 18: 81, 1991.
156. King KG, Nail LM, Kreamer K, et al: Patients' descriptions of the experience of receiving treatment for cancer. Oncology Nursing Forum, 12: 55, 1985.
157. Meyerowitz B, Sparks F, Spears I: Adjuvant chemotherapy for breast carcinoma: psychosocial implications. Cancer, 43: 1613, 1979.
158. Nail L, King K: Fatigue: a side effect of cancer treatment. Sem. Oncol. Nurs. 3: 257, 1987.
159. Knopf M: Physical and psychological distress associated with adjuvant chemotherapy in women with breast cancer. J. Clin Oncol 4: 678, 1986.
160. Nerenz D, Leventhal H, Love R: Factors contributing to emotional distress during cancer chemotherapy. Cancer 50: 1020, 1982.
161. Pickard-Holley S: Fatigue in cancer patients. A descriptive study. Cancer Nursing 14: 13, 1991.
162. Piper B.F, Rieger P, Brophy L, et al: Recent advances in the management of biotherapy-related side effects: Fatigue. Oncology Nursing Forum. 16 (suppl. 6): 27, 1989.

163. Rhodes V, Watson P, Hanson B: Patient's descriptions of the influence of tiredness and weakness on self care abilities. *Cancer nursing* 11: 186, 1988.
164. Ferrrel B, Grant M, Dean G et al: Bone tired: The experience of fatigue and its impact on quality of life. *Oncology nursing forum*, 23: 1539, 1996.
165. Κωνσταντινίδης Θ: Εκπαίδευση του ογκολογικού ασθενή και των συγγενών του σε εξωνοσοκομειακή βάση. Πρακτικά 5ου μετεκπαιδευτικού συνεδρίου κλινικής ογκολογίας. Ηράκλειο 199, 1997.
166. Dodd MJ: Patterns of self care in cancer patients receiving radiation therapy. *Oncology nursing forum* 11: 23, 1984.
167. Winningham ML: Walking program for people with cancer: getting started. *Cancer nursing*, 14: 270, 1991.
168. Graydon J. Budela N. Irvine D, et al: Fatigue reducing strategies used by patients receiving treatment for cancer. *Cancer nursing* 18: 23, 1995.
169. Mast E.M: Correlates of fatigue in survivors of breast cancer. *Cancer nursing* 21: 136, 1998.
170. Papadatou, D: A proposed model of health professionals' grieving process. *Omega - The Journal on Death and Dying*, 1999 (υπό δημοσίευση).
171. Papadatou D, Papazoglou I, Petraki D, Bellali T: Mutual support among nurses who provide care to dying children. *Illness, Crisis and Loss* 7 (1): 37, 1999.
172. Παπαδάτου Δ, Πετράκη Δ, Παπάζογλου Ε, Μπελάλη Θ: (1998) Περιγραφική μελέτη των εμπειριών νοσηλευτών, που παρέχουν φροντίδα σε παιδιά που πεθαίνουν. *Παιδιατρική*, 61(5): 476, 1998.
173. Elisabeth Kubler- Ross: Θάνατος το τελικό στάδιο της εξέλιξης. Εκδόσεις Ταμασός
174. Παπαδάτου, Φ. Αναγνωστόπουλος: Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, σελ 135-155
175. Ε.Πατηράκη-Κουρμπάνη: Νοσηλευτική συμβολή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και ποιότητα ζωής αρρώστου με καρκίνο. Από το βιβλίο:

- Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία Αθήνα 1991.
176. Πρακτικά 4ου κύκλου εκπαίδευσης. Θέμα: Επικοινωνία νοσηλευτικού προσωπικού με τον ογκολογικό άρρωστο και το περιβάλλον του. "Γ.Ο.Ν.Κ Αγ. Ανάργυροι, σελ 1-8, 1995.
177. Mc Long: Death and dying and recognizing approaching death. Clinics in geriatric medicine. 12 (2): 88-91, 1996.
178. Cherny et al: Guidelines in the care of the dying cancer patients. Haematology /Oncology Clinics of North America. 10 (1): 264-265, 1996.
179. Samarel: Caring for Life and Death. pp 88-91, 1991.
180. Σολδάτος: Ψυχολογική αντίδραση στην σωματική αρρώστια. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 1(10): 280-284, 1984.
181. . Beecher HK. Relationship of significance of wound to pain experienced. JAMA 1956a, 161:16099-13
182. Beecher HK. The subjective response and reaction to sensation. Am J of Med 1956b, 20:107-13
183. Bonica J. The Management of Pain 1990, 2d ed
184. Kehlet H. Multimodal approach to control of postoperative pathophysiology and rehabilitation. BJA1997, 78:606-17
185. Kittelberger KP, Lebel AA. Assessment of Pain. in The Massachusetts General Hospital Handbook of Pain Management 1996
186. Lassagna L: Clinical measurement of Pain. Ann. N.Y.Acad.Sci, 1960, 86
187. Melzack R, Wall PD: Pain mechanisms: a new theory. Science, 1965, 150: 971-979
188. Meltzack R: The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods of Pain: 1975,1

189. Park G, Fulton B, Senthuran S: The Management of Acute Pain. 2000,2d ed
190. Theocharidis TC, Spierings ELH, Massaroti H: Control of Pain and Inflammation. in Essentials of Pharmacology 1996, 2d ed
191. Siddall PJ,Cousins MJ: Neurobiology of Pain. Acute and Chronic Pain. Intern Anesth Clinics 1997, 35
192. Woolf C: Recent advances in the pathophysiology of acute pain. Br J Anaesth 1989, 63
193. Beecher HK. Relationship of significance of wound to pain experienced. JAMA 1956a, 161:16099-13
194. Beecher HK. The subjective response and reaction to sensation. Am J of Med 1956b, 20:107-13
195. Bonica J. The Management of Pain 1990, 2d ed
196. Kehlet H. Multimodal approach to control of postoperative pathophysiology and rehabilitation. BJA1997, 78:606-17
197. Kittelberger KP, Lebel AA. Assessment of Pain. in The Massachusetts General Hospital Handbook of Pain Management 1996
198. Lassagna L: Clinical measurement of Pain. Ann. N.Y.Acad.Sci, 1960, 86
199. Melzack R, Wall PD: Pain mechanisms: a new theory. Science, 1965, 150: 971-979
200. Meltzack R: The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods of Pain: 1975,1
201. Park G, Fulton B, Senthuran S: The Management of Acute Pain. 2000,2d ed
202. Theocharidis TC, Spierings ELH, Massaroti H: Control of Pain and Inflammation. in Essentials of Pharmacology 1996, 2d ed
203. Siddall PJ,Cousins MJ: Neurobiology of Pain. Acute and Chronic Pain. Intern Anesth Clinics 1997, 35

204. Woolf C: Recent advances in the pathophysiology of acute pain. Br J Anaesth 1989, 63