



**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ**

**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Στάσεις, πεποιθήσεις και ηθικά διλήμματα των επαγγελματιών υγείας, κατά την Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ), σε ασθενείς με χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης ή επιθυμία μη αναζωογόνησης»**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ**

**ΝΤΑΛΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:**

**Δρ. ΤΖΙΑΛΛΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ**

**ΑΘΗΝΑ – ΙΟΥΝΙΟΣ 2023**

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων



«Στάσεις, πεποιθήσεις και ηθικά διλήμματα των επαγγελματιών υγείας κατά την Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ), σε ασθενείς με χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης ή επιθυμία μη αναζωογόνησης»

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ  
**ΝΤΑΛΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ**

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:

«Τζιάλλας Δημήτριος»

«Δρ. Μέλος ΣΕΠ ΕΑΠ»

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:

«Τζανάκης Εμμανουήλ»

«Δρ. Μέλος ΣΕΠ ΕΑΠ»

ΑΘΗΝΑ

Ιούνιος 2023

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Με την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, θα ήθελα να ευχαριστήσω καταρχάς τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Δημήτριο Τζιάλλα, για την πολύτιμη συνεισφορά και αμεσότατη πάντα στήριξή του. Επίσης ένα ειλικρινές ευχαριστώ στον συνεπιβλέποντα καθηγητή κ. Εμμανουήλ Τζανάκη.

Οφείλω επίσης ιδιαίτερες ευχαριστίες στην οικογένειά μου, την σύζυγό μου Βασιλική, την κόρη μου Κωνσταντίνα και τον γιο μου Παναγιώτη, που στήριξαν την προσπάθειά μου, θυσιάζοντας αρκετές ώρες οικογενειακής θαλπωρής, προκειμένου να κατορθώσω να φέρω εις πέρας το συγκεκριμένο πρόγραμμα σπουδών.

Επίσης ένα μεγάλο ευχαριστώ στους συναδέλφους υγειονομικούς, ιατρούς, νοσηλευτές, διασώστες, που έλαβαν μέρος στην έρευνά μου και βοήθησαν στην συλλογή των ερωτηματολογίων.

Κλείνοντας θα ήθελα να ευχαριστήσω και παράλληλα να αφιερώσω την συγκεκριμένη εργασία, στους συνεκπαιδευτές της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας, με τους οποίους έχω συνεργαστεί εκατοντάδες ώρες, προκειμένου να εκπαιδευτούν συνάδελφοι υγειονομικοί στην Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η άμεση αναγνώριση της καρδιακής ανακοπής από τους επαγγελματίες υγείας και η εφαρμογή της Καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης (ΚΑΡΠΑ) χωρίς καθυστέρηση, είναι ζωτικής σημασίας καθώς αυξάνει τη πιθανότητα επιβίωσης. Ωστόσο, προκύπτουν ερωτήματα για το αν η ΚΑΡΠΑ πρέπει να ξεκινάει σε όλες τις καταστάσεις και πότε πρέπει να τερματίζεται.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των στάσεων, πεποιθήσεων και ηθικών διλημμάτων των επαγγελματιών υγείας, κατά την ΚΑΡΠΑ, σε ασθενείς με χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης ή επιθυμία μη αναζωογόνησης και οι συσχετίσεις των επιμέρους παραμέτρων με δημογραφικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες.

**Υλικό - Μέθοδος:** Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη παρατήρησης διάρκειας 6 μηνών (Δεκέμβριο 2022 - Μάιο 2023), η οποία διεξήχθη σε τέσσερα τριτοβάθμια νοσοκομεία της Αθήνας. Στη μελέτη συμμετείχαν 183 επαγγελματίες υγείας (119 ♀). Η συλλογή των πρωτογενών δεδομένων έγινε με την μέθοδο των ερωτηματολογίων.

**Αποτελέσματα:** Το 61% του δείγματος ήταν νοσηλευτές, το 23% ιατροί και το 16% διασώστες. Το 63% διέθετε πιστοποίηση στην βασική υποστήριξη της ζωής. Το 23,5% των επαγγελματιών υγείας δεν κατανοούσε τον όρο «Do Not Attempt Resuscitation» (DNAR) και το 50,3% εάν προβλέπεται στην Ελληνική νομοθεσία, ενώ το 72,1% απάντησε ότι πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η επιθυμία του ασθενή ή/και του συγγενή, για μη αναζωογόνηση. Το 48,1% απάντησε ότι η έκδοση εντολών μη εφαρμογής ΚΑΡΠΑ, θα πρέπει να αποφασίζεται από όλη την υγειονομική ομάδα. Ακόμη παρατηρήθηκαν εκπαιδευτικά ελλείμματα στους συμμετέχοντες, ως προς τις κατευθυντήριες οδηγίες για την εφαρμογή της ΚΑΡΠΑ. Τέλος το 83% θα συμμετείχε σε ΚΑΡΠΑ σε ασθενή που δεν έχει προσδόκιμο επιβίωσης ή επιθυμούσε την μη αναζωογόνησή του, χωρίς να παρατηρηθεί κάποια συσχέτιση με τα έτη εργασίας ( $p=0,471$ ) ή τις πιστοποιήσεις BLS, ILS, ALS ( $p=0,489$ ,  $p=0,182$ ,  $p=0,853$ , αντίστοιχα).

**Συμπεράσματα:** Κρίνεται αναγκαία η θεσμοθέτηση νομικού πλαισίου για την ΚΑΡΠΑ και την εντολή DNAR, σε περιπτώσεις που η ΚΑΡΠΑ θεωρείται μάταιη, προκειμένου να μην δημιουργούνται ηθικά διλήμματα στους επαγγελματίες υγείας. Τέλος, θα πρέπει να υλοποιούνται υποχρεωτικά και επικαιροποιημένα εκπαιδευτικά προγράμματα από τους φορείς υγειονομικής περίθαλψης.

**Λέξεις – Κλειδιά:** επαγγελματίες υγείας, ΚΑΡΠΑ, DNAR

## ABSTRACT

**Introduction:** Prompt recognition of cardiac arrest by healthcare professionals and implementation of Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) without delay is vital as it increases the chance of survival. However, the main questions that arise whether CPR should be offered and when it should be stopped.

**Purpose:** The purpose of this study is to investigate the attitudes, beliefs and ethical dilemmas of health professionals, during CPR, in patients with a low life expectancy or desire not to be resuscitated and the correlations of the individual parameters with demographic and socioeconomic factors.

**Material - Method:** This is a 6-month cross-sectional observational study (December 2022- May 2023), which was conducted in four tertiary hospitals in Athens. 183 health professionals (119 ♀) participated in the study. The collection of primary data was done by the method of questionnaires.

**Results:** 61% of the sample was nurses, 23% doctors and 16% paramedics. 63% were certified in basic life support. 23.5% of health professionals did not understand the term "Do Not Attempt Resuscitation" (DNAR) and 50.3% if it is provided for in Greek legislation, while 72.1% answered that the patient's wish must be taken into account or /and the relative, for non-resuscitation. 48.1% answered that issuing orders not to apply CPR should be decided by the whole health team. Educational deficits were also observed among the participants, regarding the guidelines for the application of CPR. Finally, 83% would participate in CPR in a patient who has no expected survival or wished not to be resuscitated and no correlation was observed with age ( $p=0.471$ ) or the BLS, ILS, ALS certifications ( $p=0.489$ ,  $p=0.182$ ,  $p=0.853$ , respectively).

**Conclusions:** A legal framework for CPR and DNAR order must be well established, in cases where CPR is considered futile, in order not to create ethical dilemmas for health professionals. Finally, mandatory and updated training programs should be implemented by healthcare providers.

**Keywords:** health professionals, CPR, DNAR

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	5
ABSTRACT .....	6
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ ΕΙΚΟΝΩΝ .....	10
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	12
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ.....	14
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ & ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ .....	15
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	16
.....	18
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΘΑΝΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΝΑΝΗΨΗ.....	19
1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΔΟΞΑΣΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ.....	19
1.2. ΕΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ «ΑΝΑΝΗΨΗΣ» ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ .....	20
1.3. ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΙΑΤΡΟΥ - ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΜΑΤΑΙΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	24
2.1. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΙΑΤΡΟΥ – ΑΣΘΕΝΟΥΣ .....	24
2.1.1. Γενικά για την επικοινωνία ιατρού – ασθενούς .....	24
2.1.2. Η ανακοίνωση της ασθένειας .....	24
2.1.3. Αντιδράσεις στην επικοινωνία από τον ασθενή τελικού σταδίου .....	26
2.1.4. Προβλήματα επικοινωνίας ιατρού – ασθενούς τελικού σταδίου.....	26
2.1.5. Η ανάγκη του ασθενούς τελικού σταδίου για πληροφόρηση.....	27
2.1.6. Η λήψη αποφάσεων σε ασθενείς τελικού σταδίου.....	28
2.1.7. Ο ασθενής και ο επικείμενος θάνατος.....	28
2.2. ΜΑΤΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	29
2.2.1. Μάταιη θεραπεία.....	29
2.2.2. Η ματαιότητα ως δικαίωμα των ιατρών και των ασθενών .....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΑΚΟΠΗ ΚΑΙ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ .....	32
3.1 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	32
3.2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	35
3.3. ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΑΚΟΠΗ .....	38
3.4. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΑΚΟΠΗ.....	39

<b>3.5. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ.....</b>	<b>40</b>
<b>3.6. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗΣ.....</b>	<b>40</b>
<b>3.7. ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΕΣ ΑΡΡΥΘΜΙΕΣ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΑΠΙΝΙΔΩΤΩΝ.....</b>	<b>42</b>
<b>3.8. Η ΚΑΡΔΙΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ ΣΗΜΕΡΑ.....</b>	<b>45</b>
<b>3.9. ΚΑΡΔΙΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΑΥΤΟΜΑΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΟΥ ΑΠΙΝΙΔΩΤΗ.....</b>	<b>49</b>
<b>3.10. ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΖΩΗΣ .....</b>	<b>51</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΝΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΗΘΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ ΠΟΥ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΥΝ ΤΗΝ ΖΩΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ .....</b>	<b>54</b>
<b>4.1. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗΣ.....</b>	<b>54</b>
<b>4.2. ΑΠΟΧΗ ΑΠΟ ΠΡΑΞΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΥΝ ΤΗΝ ΖΩΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ .....</b>	<b>56</b>
<b>4.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΟΙΚΕΙΩΝ .....</b>	<b>57</b>
<b>4.4. ΛΥΣΕΙΣ ΣΕ ΕΥΡΩΠΑΪΚΑ ΔΙΚΑΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ.....</b>	<b>58</b>
<b>ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ .....</b>	<b>58</b>
<b>4.5. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΘΕΣΠΙΣΗΣ ΚΑΝΟΝΩΝ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ .....</b>	<b>59</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΓΝΩΣΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ.....</b>	<b>61</b>
<b>5.1. ΜΟΝΤΕΛΑ ΑΞΙΑΣ – ΠΡΟΣΔΟΚΙΑΣ.....</b>	<b>61</b>
5.1.1. Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία.....	61
5.1.1.1. Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία και οι διαστάσεις του.....	62
5.1.1.2. Περιορισμοί και Εμπόδια του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία .....	63
5.1.2. Η Θεωρία Κινητοποίησης για την Προστασία της Υγείας.....	63
<b>5.2. Η ΘΕΩΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΛΟΣΗ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....</b>	<b>64</b>
<b>5.3. Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΧΕΛΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ.....</b>	<b>65</b>
<b>5.4. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ .....</b>	<b>65</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....</b>	<b>67</b>
<b>6.1. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....</b>	<b>67</b>
<b>6.2. ΣΥΝΟΨΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ .....</b>	<b>70</b>
.....	73
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....</b>	<b>73</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....</b>	<b>74</b>
<b>7.1. ΣΚΟΠΟΣ .....</b>	<b>74</b>



<b>7.2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ</b> .....	<b>74</b>
7.2.1. Πληθυσμός της μελέτης .....	74
7.2.2. Διαδικασία συλλογής δεδομένων .....	74
<b>7.3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ</b> .....	<b>75</b>
<b>7.4. ΘΕΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ</b> .....	<b>75</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b> .....	<b>76</b>
<b>8.1. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ</b> .....	<b>76</b>
<b>8.2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ/ΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΗΘΙΚΩΝ ΔΙΔΗΜΜΑΤΩΝ</b> .....	<b>79</b>
<b>8.3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΒΑΣΙΣΜΕΝΑ ΣΤΟ ΜΠΥ</b> .....	<b>82</b>
<b>8.4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΛΛΗΛΟΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ</b> .....	<b>86</b>
<b>8.5. ΣΥΝΟΨΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ</b> .....	<b>97</b>
8.5.1. Σύνοψη σχετικά με τις στάσεις, τις πεποιθήσεις και τα ηθικά διλήμματα των επαγγελματιών υγείας κατά την ΚΑΡΠΑ .....	97
8.5.2. Συσχετίσεις επιμέρους παραμέτρων με κοινωνικοδημογραφικούς και άλλους παράγοντες .....	97
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....	<b>99</b>
<b>9.1. ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b> .....	<b>99</b>
<b>9.2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....	<b>103</b>
<b>9.3. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ</b> .....	<b>103</b>
<b>9.4. ΣΧΟΛΙΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</b> .....	<b>104</b>
<b>9.5. ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ</b> .....	<b>104</b>
<b>9.6. ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ</b> .....	<b>105</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	<b>106</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α</b> .....	<b>121</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β</b> .....	<b>136</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ</b> .....	<b>137</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ</b> .....	<b>145</b>

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ ΕΙΚΟΝΩΝ**

**Εικόνα 1.** Εσωτερική ανατομία της καρδιάς – Μετωπιαία τομή

**Εικόνα 2.** Συστηματική και Πνευμονική κυκλοφορία

**Εικόνα 3.** Ερεθισματοαγωγό σύστημα

**Εικόνα 4.** Το ανώτερο αναπνευστικό σύστημα

**Εικόνα 5.** Το κατώτερο αναπνευστικό σύστημα – Υπεζωκότας

**Εικόνα 6.** Τελικά βρογχιόλια, αναπνευστικά βρογχιόλια, κυψελιδικός πόρος, κυψελίδες

**Εικόνα 7.** Εισπνοή (Α) και εκπνοή (Β) με την μέθοδο Silvester

**Εικόνα 8.** Τεχνική Holger Nielson, Εισπνοή (Α), Εκπνοή (Β).

**Εικόνα 9.** Α. κοιλιακή μαρμαρυγή Β. κοιλιακή ταχυκαρδία

**Εικόνα 10.** Ο πρώτος αυτόματος εξωτερικός απινιδωτής της Heart-Aid

**Εικόνα 11.** Αυτόματος εξωτερικός απινιδωτής

**Εικόνα 12.** Η αλληλεπίδραση του πρώτου ανταποκριτή, της εξειδικευμένης βοήθειας και της άμεσης χρήσης του απινιδωτή - ERC

**Εικόνα 13.** Η αλυσίδα της επιβίωσης - ERC

**Εικόνα 14.** Αλγόριθμος Βασικής Υποστήριξης της Ζωής – ERC

**Εικόνα 15.** Έλεγχος αντίδρασης

**Εικόνα 16.** Έλεγχος αναπνοής

**Εικόνα 17.** Κλήση 166 – 112

**Εικόνα 18.** Τοποθέτηση χεριών και σώματος για την έναρξη ΚΑΡΠΑ – ERC

**Εικόνα 19.** Διάνοιξη αεραγωγού και χορήγηση εμφυσήςσεων – ERC

**Εικόνα 20.** Σημεία τοποθέτησης ηλεκτροδίων απινιδωτή – ERC

**Εικόνα 21.** Ανάλυση ρυθμού του θύματος από τον απινιδωτή - ERC

**Εικόνα 22.** Εκτέλεση ασφαλούς απινίδωσης - ERC

**Εικόνα 23.** Αλγόριθμος εξειδικευμένης υποστήριξης της ζωής (ALS) - ERC

**Εικόνα 24.** Α. Ασυστολία Β. Άσφυγμη ηλεκτρική δραστηριότητα

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

- Πίνακας 1. Κατανομή δείγματος ως προς το φύλο, την ηλικία και τον αριθμό τέκνων
- Πίνακας 2. Κατανομή δείγματος ως προς την οικονομική κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο και επαγγελματική κατηγορία
- Πίνακας 3. Κατανομή δείγματος ως προς το τμήμα και έτη εργασίας
- Πίνακας 4. Κατανομή δείγματος ως προς την πιστοποίηση από το ERC
- Πίνακας 5. Κατανομή δείγματος ως προς τις γνώσεις των κατευθυντήριων οδηγιών
- Πίνακας 6. Κατανομή δείγματος με βάση το πότε διακόπτεται η ΚΑΡΠΑ, ποιος αποφασίζει γι' αυτό, ποια η ανταπόκριση των υγειονομικών όταν η προσπάθεια κρίνεται μάταιη
- Πίνακας 7. Κατανομή δείγματος στην περίπτωση διαφωνίας σχετικά με την διενέργεια ΚΑΡΠΑ και αν εν τέλει λήφθηκε η βέλτιστη απόφαση.
- Πίνακας 8. Κατανομή δείγματος στις ερωτήσεις της τρωτότητας
- Πίνακας 9. Κατανομή δείγματος στις ερωτήσεις της σοβαρότητας
- Πίνακας 10. Κατανομή δείγματος στις ερωτήσεις των οφελών
- Πίνακας 11. Κατανομή δείγματος στις ερωτήσεις των εμποδίων
- Πίνακας 12. Κατανομή δείγματος στις ερωτήσεις της αυτοαποτελεσματικότητας
- Πίνακας 13. Κατανομή δείγματος στην ερώτηση Γ16
- Πίνακας 14. Διαφοροποίηση ερωτήματος Γ4 σε σχέση με την επιθυμία ασθενών/συγγενών και με την τελικού σταδίου νόσο του ασθενή
- Πίνακας 15. Διαφοροποίηση του ερωτήματος Γ5 σε σχέση με την επιθυμία ασθενών/συγγενών και με την τελικού σταδίου νόσο του ασθενή
- Πίνακας 16. Διαφοροποίηση ερωτήματος Γ12 σε σχέση με την τελικού σταδίου νόσο του ασθενή
- Πίνακας 17. Διαφοροποίηση ερωτήματος Γ15 σε σχέση με τα έτη εργασίας και τις πιστοποιήσεις του ERC
- Πίνακας 18. Διαφοροποίηση ερωτήματος Γ16 σε σχέση με τα έτη εργασίας και με τις πιστοποιήσεις του ERC
- Πίνακας 19. Διαφοροποίηση της σοβαρότητας με το πιστοποιητικό BLS του ERC
- Πίνακας 20: Διαφοροποίηση των οφελών ως προς το φύλο
- Πίνακας 21: Διαφοροποίηση των οφελών με την κατηγορία του υγειονομικού προσωπικού
- Πίνακας 22: Διαφοροποίηση των οφελών με την πιστοποίηση BLS του ERC
- Πίνακας 23: Διαφοροποίηση των οφελών με την πιστοποίηση ILS του ERC
- Πίνακας 24: Διαφοροποίηση των οφελών με την πιστοποίηση ALS του ERC

Πίνακας 25: Διαφοροποίηση των εμποδίων με το φύλο

Πίνακας 26. Διαφοροποίηση της αυτοαποτελεσματικότητας με το φύλο

Πίνακας 27: Διαφοροποίηση της αυτοαποτελεσματικότητας με την κατηγορία του υγειονομικού προσωπικού

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ**

Γράφημα 1. Θηκόγραμμα Σοβαρότητας και πιστοποίησης BLS του ERC

Γράφημα 2. Θηκόγραμμα Οφελών ανάλογα με το φύλο

Γράφημα 3: Θηκόγραμμα Οφελών ως προς τις κατηγορίες υγειονομικού προσωπικού

Γράφημα 4: Θηκόγραμμα Οφελών ως προς την ύπαρξη πιστοποίησης BLS του ERC

Γράφημα 5: Θηκόγραμμα Οφελών ως προς την ύπαρξη πιστοποίησης ILS του ERC

Γράφημα 6: Θηκόγραμμα Οφελών ως προς την ύπαρξη ή μη πιστοποίησης ALS

Γράφημα 7: Θηκόγραμμα Εμποδίων ανάλογα με το φύλο

Γράφημα 8. Θηκόγραμμα Αυτοαποτελεσματικότητας ανάλογα με το φύλο

Γράφημα 9: Θηκόγραμμα Αυτοαποτελεσματικότητας και κατηγορίας υγειονομικού προσωπικού

## **ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ & ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ**

**AAN:** American Academy of Neurology

**AED:** Automated External Defibrillator

**AHA:** American Heart Association

**ALS:** Advanced Life Support

**AND** - Allow Natural Death

**BLS:** Basic Life Support

**DNACPR** - Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation

**DNAR** - Do Not Attempt Resuscitation

**DNR** - Do Not Resuscitate

**EMS:** Emergency Medical Services

**ERC:** European Resuscitation Council

**ILCOR:** International Liaison Committee Of Resuscitation

**MET:** Medical Emergency Team

**NHS:** National Health Service

**OHCA:** Out-of-Hospital Cardiac Arrest

**UDDA:** Uniform Determination of Death Act

**ΚΑ:** Καρδιακή Ανακοπή

**ΚΑΡΠΑ :** Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση

**ΜΕΘ:** Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

**ΜΠΥ:** Μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) πολλές φορές οι συμμετέχοντες στην προσπάθεια ανάνηψης δεν γνωρίζουν τον ασθενή και συνήθως δεν υπάρχουν οδηγίες για την εφαρμογή ή όχι, διαδικασίας ανάνηψης (Mohr, Kettler, 1997). Οι επιστημονικές εταιρείες αναζωογόνησης στο πλαίσιο των κατευθυντήριων οδηγιών αναφέρονται πάντα στην ηθική της αναζωογόνησης (Bossaert et al, 2015). Παγκοσμίως υπάρχει ο προβληματισμός αν πρέπει να εφαρμόζεται ΚΑΡΠΑ σε όλους τους ασθενείς, τότε θα πρέπει να διακόπτεται, τότε η αναζωογόνηση είναι μάταιη, αν πρέπει να τηρούνται οι επιθυμίες του θύματος ή της οικογένειάς του για την μη εφαρμογή της (Baskett, Lim, 2004).

Ο International Liaison Committee Of Resuscitation (ILCOR), ορίζει ως καρδιακή ανακοπή, την αιφνίδια απώλεια της λειτουργίας της καρδιάς, που έχει ως σύμπτωμα την απώλεια αναπνοής, σφυγμού και συνείδησης και τελικά τον θάνατο. Ως ΚΑΡΠΑ ορίζονται οι εξωτερικές παρεμβάσεις που γίνονται προκειμένου να υποκατασταθεί η κυκλοφορία και η αναπνοή σε ένα θύμα καρδιακής ανακοπής (Cummins et al, 1991). Η άμεση αναγνώριση της καρδιακής ανακοπής και η εφαρμογή της ΚΑΡΠΑ με την χρήση απινίδωσης χωρίς καθυστέρηση, μπορούν να συντελέσουν στην επανέναρξη της αυτόματης κυκλοφορίας του θύματος της ανακοπής (Soreide et al, 2013). Σύμφωνα με υπουργική απόφαση του Υπουργείου Υγείας όλοι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι εκπαιδευμένοι στην αναζωογόνηση (Υ4α/οικ. 15576).

Δύο μεγάλα ερωτήματα που απασχολούν τους επαγγελματίες υγείας κατά την καρδιακή ανακοπή είναι πότε πρέπει να γίνει η έναρξη της προσπάθειας ανάνηψης και πότε ο τερματισμός (Lippert et al, 2010). Οι αποφάσεις πάνω στα ερωτήματα αυτά θα πρέπει να βασίζονται πάνω στις ηθικές αρχές του «ωφελείν ή μη βλάπτειν», καθώς και σε αυτές της αυτονομίας και του δικαίου (Bossaert et al, 2015). Για τον λόγο αυτό η μη εφαρμογή της ΚΑΡΠΑ όταν υπάρχει εκφρασμένη επιθυμία του ασθενή ή όταν δεν αναμένεται επαναφορά της αυτόματης λειτουργίας της καρδιάς, πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη. Η μη προσπάθεια αναζωογόνησης έχει περιγραφεί εδώ και πολλές δεκαετίες. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν διάφορα αρκτικόλεξα που προσδιορίζουν την μη προσπάθεια αναζωογόνησης (Rabkin et al, 1976). Μερικοί από τους όρους - αρκτικόλεξα που μπορεί να συναντηθούν είναι οι παρακάτω:

- AND: Allow Natural Death – (επιτρέψτε τον φυσικό θάνατο)



- DNR: Do Not Resuscitate (μην αναζωογονήσετε)
- DNAR: Do Not Attempt Resuscitation (μη προσπαθήσετε αναζωογόνηση)
- DNACPR: Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation (μην προσπαθήσετε καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση)

Αν και η εφαρμογή των παραπάνω όρων υπάρχει εδώ και δεκαετίες, σε πολλές χώρες δεν είναι νομοθετημένες και γι' αυτό έχει παρατηρηθεί καθυστέρηση στην λήψη απόφασης της μη αναζωογόνησης (Etheridge, Gatland, 2015). Για τον λόγο αυτό έχει δημιουργηθεί μια διαφοροποίηση στην προσέγγιση όσον αφορά στην απόφαση για μη αναζωογόνηση (Clements et al, 2014). Στην χώρα μας υπάρχει κανονιστικό έλλειμμα στο ελληνικό δίκαιο, η νομοθετική ρύθμιση του οποίου θα μπορούσε δεσμεύει τους επαγγελματίες υγείας για την μη παροχή αναζωογόνησης, σύμφωνα με τις προγενέστερες οδηγίες του ασθενή (Γνώμη, Προγενέστερες οδηγίες για το τέλος της ζωής, Νομική Σχολή, ΑΠΘ).

Στην συγκεκριμένη μελέτη θα γίνει μια προσπάθεια διαπίστωσης των στάσεων και πεποιθήσεων των υγειονομικών για την εφαρμογή ή μη ΚΑΡΠΑ, σε ασθενείς που δεν έχουν προσδόκιμο επιβίωσης ή η αναζωογόνησή τους κρίνεται μάταιη, ενώ θα μελετηθεί και η πρόθεσή τους για εφαρμογή ή μη ΚΑΡΠΑ στους συγκεκριμένους ασθενείς. Θα συζητηθεί το δικαίωμα της αυτονομίας των ασθενών να επιλέγουν την μη αναζωογόνησή τους (Becker et al, 2019). Τέλος θα προσδιοριστεί πότε μια αναζωογόνηση θεωρείται μάταιη και ποια είναι η στάση των επαγγελματιών υγείας.

---

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

---

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΘΑΝΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΝΑΝΗΨΗ

## 1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΔΟΞΑΣΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ

Ο θάνατος απασχολούσε τον άνθρωπο, από αρχαιοτάτους χρόνους. Σύμφωνα με την Παλαιά Διαθήκη ο Θεός τιμώρησε τον Αδάμ και την Εύα μετά το προπατορικό αμάρτημα, αφαιρώντας τους το προνόμιο της αθανασίας...«ἀπὸ δὲ τοῦ ξύλου τοῦ γινώσκειν καλὸν καὶ πονηρὸν, οὐ φάγεσθε ἀπ' αὐτοῦ· ἢ δ' ἂν ἡμέρα φάγητε ἀπ' αὐτοῦ, θανάτῳ ἀποθανεῖσθε» (Γένεσις 2, 17). Στην Αρχαία Ελλάδα, σύμφωνα με τις διάφορες δοξασίες, μετά τον θάνατο οι νεκροί ταξίδευαν στη γη των νεκρῶν τον «κάτω κόσμο». Διάφοροι εἰσοδοί, που οδηγούσαν στον κάτω κόσμο, υπήρχαν σε όλη την Ελλάδα και κάθε μια από αυτές είχε τους δικούς της μύθους και θρύλους. Σύμφωνα με τις παραδόσεις ο Αχέρωντας αποτελούσε τον σημαντικότερο ποταμό που συνέδεε τα βασίλεια των ζωντανῶν με αυτά των νεκρῶν. Η ανακάλυψη του Νεκρομαντείου του Αχέρωντα, από τον Σωτήριο Δάκαρη το 1958, φανέρωσε πόσο επηρεασμένοι ήταν οι αρχαίοι πολιτισμοί με την έννοια του θανάτου. Η πρώτη έγγραφη αναφορά γίνεται στο έπος του Ομήρου «Οδύσσεια», όπου στο κεφάλαιο που αναφερόταν στη νεκρομαντεία, ο ποιητής αφηγείται το ταξίδι του Οδυσσέα στον Άδη, προκειμένου να μιλήσει στις ψυχές των νεκρῶν (St Fleur, 2020).

Ο Ευριπίδης χρησιμοποιεί τον Ηρακλή προκειμένου να επαναφέρει στην ζωή την Άλκηστη την γυναίκα του Αδμήτου, η οποία θυσιάστηκε για τον σύζυγό της. Ο ήρωας Ηρακλής προβαίνει σε μια υπερφυσική πράξη, η οποία δεν συνάδει με τους φυσικούς νόμους των ανθρώπων. Ο Ηρακλής στήνει καρτέρι στο Θάνατο, στον οποίο είχε δώσει ανθρώπινη υπόσταση ο Ευριπίδης και πριν προλάβει να αφαιμάξει την Άλκηστη, τον σφίγγει τόσο δυνατά στα πλευρά, που αναγκάζεται να του παραδώσει πίσω την Άλκηστη. Αν δεν έβρισκε τον Θάνατο στον τάφο, τότε ο Ηρακλής θα αναγκαζόταν να κατέβει τον Άδη για να τον βρει, προκειμένου να παλέψει μαζί του και να καταφέρει να τον νικήσει. Ο θάνατος και η πάλη με αυτόν, απασχολούσαν πάντοτε τον αρχαίο ελληνικό πολιτισμό (Athanasopoulou, 2005).

Στα χριστιανικά χρόνια ο θάνατος αποτελεί για τον άνθρωπο την κοίμηση του ανθρώπου κι όχι το τέλος της ύπαρξής του. Η στάση του ανθρώπου απέναντι στη ζωή και τον θάνατο περιγράφεται από το μήνυμα της Ανάστασης του Λαζάρου. Το πανανθρώπινο αυτό μήνυμα σχετίζεται με το υπαρξιακό ζήτημα, που έχει να κάνει με την σωτηρία και αθανασία της ψυχής του ανθρώπου. Με την Ανάσταση του Λαζάρου ο Χριστός κατάφερε να απαλλάξει τον κόσμο

από αυτή την αγωνία της σωτηρίας της ψυχής μετά τον θάνατο, γεγονός που το επιβεβαίωσε και με τη δική του Ανάσταση (Athanasopoulou, 2005).

Στη σημερινή εποχή ο θάνατος δεν αποτελεί κάποια δοξασία ή παράδοση, ούτε του έχει δοθεί ανθρώπινη μορφή. Έχει εξηγηθεί από την ιατρική επιστήμη, η οποία τον προσδιορίζει χρονικά, την στιγμή της πλήρους και μη ανατάξιμης διακοπής της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας του ανθρώπου. Παρά ταύτα, ακόμη και μετά την καρδιοαναπνευστική παύση κάποιοι ιστοί συνεχίζουν να διατηρούν την ζωτικότητα τους για κάποια λεπτά, όπως ο εγκέφαλος. Ουσιαστικά διαμορφώνονται δύο είδη θανάτου στα οποία δεν υφίσταται η συνειδητή ζωή. Ο καρδιακός θάνατος, όπου υπάρχει διακοπή της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας, ολική νέκρωση του εγκεφάλου και σταδιακά σε λίγα λεπτά εγκαθίσταται πολυοργανική νέκρωση. Ο εγκεφαλικός θάνατος, όπου η νέκρωση του εγκεφάλου είναι πλήρης, αλλά με την υποβοηθούμενη με φάρμακα και μηχανήματα καρδιοαναπνευστική λειτουργία, ο οργανισμός καταφέρνει να διατηρήσει μια ομοιόσταση για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Σταδιακά όμως προκαλείται και σ' αυτόν νέκρωση των ζωτικών οργάνων και ιστών (Μπαλογιάννης, 2000).

## **1.2. ΕΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ «ΑΝΑΝΗΨΗΣ» ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Η λέξη ανάνηψη παράγεται από το αρχαίο ελληνικό ρήμα ανανήφω (ανά – νήφω), που σημαίνει είμαι νηφάλιος, ανακτώ τις αισθήσεις μου. Η ανάνηψη - επιστροφή από την κατάσταση του θανάτου, ξεκινά από την Αιγυπτιακή μυθολογία, όπου η θεά Ίσις εμφυσεί αέρα στο στόμα του άντρα της Όσιρις, ο οποίος επανέρχεται στην ζωή (Korre & Karlis, 2013). Στην Αρχαία Ελλάδα γίνονται αναφορές στον Ασκληπιό, για αρκετά περιστατικά αναζωογόνησης (Παπαδόπουλος, 1999). Κατά την ελληνорωμαϊκή περίοδο ο Γαληνός πειραματίστηκε με τον αερισμό νεκρών ζώων εμφυσώντας μέσα σε αυτά με την βοήθεια καλαμιών (Daremborg, 1954). Ο Πέρσης γιατρός Αβικέννα (980 – 1037 μ.Χ.), περιέγραψε για πρώτη φορά την διασωλήνωση, για τον αερισμό των ασθενών, μέσα από το σύγγραμμά του «Liber Canonis» (Παπαδόπουλος, 1999).

Στην Ευρώπη του 16<sup>ου</sup> αιώνα, την εποχή της μοντέρνας ιατρικής, η έρευνα εντοπίζεται στην φυσιολογία του αερισμού και της κυκλοφορίας του αίματος. Έτσι το 1530 ο Παράκελσος καταφέρνει να επαναφέρει ασθενή εμφυσώντας του αέρα στους πνεύμονες με ειδικούς σωλήνες, που προσάρμοσε στο στόμα του ασθενή (Παπαδόπουλος, 1999). Το 1775 ο Lavoisier αναφέρεται στο οξυγόνο και στο πόσο απαραίτητο είναι για την ζωή, ενώ παράλληλα περιγράφει ότι το σκούρο φλεβικό αίμα, όταν οξυγονώνεται, αλλάζει χρώμα και γίνεται έντονα

κόκκινο στις αρτηρίες (Holmes, 1985). Το 1744 ο Tossach χρησιμοποίησε την τεχνική του αερισμού στόμα με στόμα, την οποία είχε δώσει ως οδηγία από το 1740 η Ακαδημία Επιστημών του Παρισιού και έγινε ο πρώτος που έσωσε μια ζωή με την συγκεκριμένη τεχνική (Fothergill, 1744). Ο Hunter το 1776 χρησιμοποιεί φουσερά για τον αερισμό μέσω τραχειοτομίας, ενώ το 1790 ο Hans Courtois αντικαθιστά το φουσερό με έναν κυλινδρικό μηχανισμό, που διέθετε έμβολο για την χορήγηση του αέρα. Την ίδια εποχή, το 1780, ο Chaussier δημιούργησε έναν ασκό με μάσκα προσώπου, προκειμένου να πραγματοποιείται ο αερισμός του θύματος, που μέχρι τότε γινόταν στόμα με στόμα (Korre & Karlis, 2013). Στο τέλος του 18<sup>ου</sup> αιώνα ιδρύονται η Ολλανδική και η Αγγλική Εταιρεία Διάσωσης, 1767 και 1774 αντίστοιχα, με σκοπό την υπόδειξη τεχνικών αναζωογόνησης, έχοντας παράλληλα και την υποχρέωση να εκδίδουν ετήσια αναφορά των πεπραγμένων τους (Παπαδόπουλος, 1999). Το 1788 εκδίδεται στο Λονδίνο, από τον Charles Kite, το επιστημονικό δοκίμιο, που αναφερόταν στους «φαινομενικά νεκρούς», όπου σχολιάζονταν δεδομένα από επιτυχείς και ανεπιτυχείς ανανήψεις μετά από πνιγμό (Kite, 1788).

Η χρησιμοποίηση φουσερών και μηχανισμών, που προκαλούσαν θετικές πιέσεις στους πνεύμονες των θυμάτων, αμφισβητήθηκε από τον Leroy d' Etiolles το 1827, ο οποίος περιέγραψε καταστάσεις θανατηφόρας βλάβης των πνευμόνων σε ζώα, από πνευμοθώρακα, λόγω ρήξης του πνευμονικού παρεγχύματος, από τις έντονα θετικές πιέσεις των μηχανισμών (Leroy d' Etiolles, 1827). Αυτός ήταν και ο λόγος που η Γαλλική και η Βρετανική Ιατρική Εταιρεία, αναθεώρησαν και εγκατέλειψαν την τεχνική του αερισμού με θετικές πιέσεις, οι οποίες όπως αποδείχτηκε αργότερα ήταν κατά πολύ μεγαλύτερες από αυτές που αναπτύσσονταν στην πράξη (Killian, 1964).

Περίπου στα μέσα του 20ου αιώνα εφαρμόστηκαν οι θωρακικές συμπίεσεις παράλληλα με τον αερισμό. Η αποτελεσματικότητά του αερισμού στόμα με στόμα, στην αναζωογόνηση αποδείχθηκε μόλις το 1958 και των θωρακικών συμπίεσεων το 1960. Με αυτό τον τρόπο δημιουργήθηκε η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση, την οποία και γνωρίζουμε μέχρι σήμερα, με κάποιες φυσικά διαφοροποιήσεις στις τεχνικές (Korre & Karlis, 2013). Πρωτοπόροι σε αυτή την μέθοδο ήταν οι James Jude, Peter Safar και Guy Knickerbox, οι οποίοι και υποστήριξαν τις τεχνικές τους με πειραματικά δεδομένα σε σκύλους στο πανεπιστήμιο John Hopkins. Τα ευρήματα που παρουσίασαν στην Ιατρική εταιρεία στο Maryland το 1960, είχαν ως αποτέλεσμα, να χρησιμοποιηθεί η μέθοδος της ΚΑΡΠΑ από το 1970 και μετά, ώστε να εκπαιδευτούν σε αυτή υγειονομικοί καθώς και πολίτες (Συνετός και συν, 2020).

### 1.3. ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ

Οι ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης μπορούν να διακριθούν σε αυτούς που βρίσκονται ήδη σε «ενεργό θάνατο» και σε αυτούς του «τελικού σταδίου» (Hui et al, 2014). Ο όρος ενεργός θάνατος αναφέρεται στο χρονικό διάστημα των ημερών ή των ωρών, που προηγούνται του επικείμενου θανάτου, κατά το διάστημα του οποίου οι φυσιολογικές λειτουργίες του ασθενούς γίνονται όλο και πιο αδύναμες (Kintzel et al, 2009). Αντίστοιχα και στους ασθενείς τελικού σταδίου παρατηρείται σταδιακή έκπτωση των σωματικών λειτουργιών και πολυοργανική ανεπάρκεια, με αποτέλεσμα τον θάνατο σε διάστημα από τρεις έως έξι μήνες ή και λιγότερο (Proot et al, 2004).

Είναι σημαντικό επομένως να καθοριστεί ακριβώς ποιος είναι ο ασθενής τελικού σταδίου, αφού υπάρχει άμεση εξάρτηση με το χαμηλό προσδόκιμο της επιβίωσής του. Σύμφωνα με τους McCartney & Trau, (1990), ασθενείς τελικού σταδίου θεωρούνται οι μόνιμα αναισθητοί ασθενείς, που πάσχουν από μια θανατηφόρα παθολογία, την οποία δεν μπορεί να βελτιώσει η ιατρική θεραπεία και οι οποίοι θα παραμείνουν τελικά στη διαδικασία του θανάτου. Υποστηρίζουν δε πως ακόμα και αν η τεχνητή διατροφή των συγκεκριμένων ασθενών θεωρείται φροντίδα (κακώς κατά την αντίληψή τους), θα μπορούσε να διακοπεί νομίμως όταν γίνεται επαχθής. Οι ογκολογικοί ασθενείς είναι μια άλλη ομάδα ασθενών που θεωρούνται ασθενείς τελικού σταδίου. Στους συγκεκριμένους ασθενείς συμπτώματα όπως η κόπωση, ο πόνος, η έλλειψη ενέργειας, η αδυναμία κι η απώλεια όρεξης δηλώνουν πως η απόσταση μέχρι τον επικείμενο θάνατο είναι μερικές εβδομάδες (Teunissen et al, 2007). Αν και έχει παρατηρηθεί σε ογκολογικούς ασθενείς τελικού σταδίου αισιοδοξία και ισχυρή θέληση για ζωή, οι συγκεκριμένες στάσεις εγκαταλείπονται σιγά σιγά από τους ίδιους με την πάροδο του χρόνου, πλησιάζοντας προς τον επικείμενο θάνατο (Tataryn et al 2002).

Οι ασθενείς σε τελικό στάδιο καρδιακής ανεπάρκειας (Stage D Heart Failure), οι οποίοι εξαρτώνται από την λήψη ινотρόπων φαρμάκων για την υποστήριξη της καρδιακής τους λειτουργίας, αποτελούν ακόμα μια κατηγορία ασθενών τελικού σταδίου. Σύμφωνα με την έρευνα των Hershberger et al (2003), ασθενείς που ανήκαν σε αυτό το στάδιο καρδιακής ανεπάρκειας και λάμβαναν αγωγή με ινότροπα φάρμακα, είχαν κατά μέσο όρο προσδόκιμο επιβίωσης 3,4 μήνες, ενώ οι περισσότεροι από αυτούς επέλεξαν να μην υποβληθούν σε προσπάθεια ανάνηψης και πέθαναν στο σπίτι τους.

Μία σοβαρή ασθένεια ή αναπηρία μπορεί να έχει διαφορετικές πορείες εξέλιξης. Η πιο αισιόδοξη, θα είναι το άτομο να επιστρέψει στα προηγούμενά του καθήκοντα, έστω και με

περισσότερες δυσκολίες από την προηγούμενη φυσιολογική του ζωή. Μια άλλη πιθανή εξέλιξη θα είναι το άτομο να μείνει καθηλωμένο, χωρίς να καταφέρει να έχει την προηγούμενη ποιότητα στην ζωή του. Η τρίτη και η πιο δυσάρεστη εξέλιξη είναι η μόνιμη και σοβαρή βλάβη στη ζωή του ασθενή, η οποία διαρκώς βρίσκεται σε κίνδυνο, με πιθανή έκβαση τον θάνατο, που συνήθως επέρχεται μέσα στο επόμενο εξάμηνο. Αυτούς τους ασθενείς θεωρούμε ως ασθενείς τελικού σταδίου (Di Matteo, 2011).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΙΑΤΡΟΥ - ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΜΑΤΑΙΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

### **2.1. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΙΑΤΡΟΥ – ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

#### **2.1.1. Γενικά για την επικοινωνία ιατρού – ασθενούς**

Η επικοινωνία ιατρού – ασθενούς αποτελεί ένα σημαντικό θέμα προβληματισμού μεταξύ κοινωνιολόγων και ιατρών. Πολλές θεωρίες έχουν αποτυπωθεί, αλλά λίγοι ήταν αυτοί που εστίασαν στο τι πραγματικά συμβαίνει και δεν στάθηκαν μόνο στις προσωπικές τους εμπειρίες και αντιλήψεις. Για παράδειγμα έρευνες έχουν διαπιστώσει πως στην πρώτη συνάντηση ιατρού – ασθενή υπάρχει κατά κύριο λόγο μια διαπροσωπική επικοινωνία, ώστε να δομηθεί κατάλληλα η σχέση μεταξύ τους, στην δεύτερη διαμορφώνεται το ζήτημα της θεραπείας και στην τρίτη συνάντηση δίνεται βαρύτητα στα ψυχοκοινωνικά θέματα του ασθενή, που έχουν να κάνουν με την υγεία, την εργασία και την οικογένειά του. Η επικοινωνία μέσω της οποίας ο ασθενής μεταφέρει αυτό που νιώθει και ο ιατρός με τις εξειδικευμένες του γνώσεις καλείται να ερμηνεύσει ό,τι του μεταφέρεται από τον ασθενή ονομάζεται λεκτική επικοινωνία και ακολουθεί μια δομημένη πορεία, ανεξάρτητα από το πολιτισμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο λαμβάνει χώρα. Εκτός όμως από την λεκτική επικοινωνία, σημαντικό ρόλο στην αλληλεπίδραση ιατρού – ασθενή, παίζει και η μη λεκτική επικοινωνία, ένα χαμόγελο, μία ανθρώπινη συμπεριφορά, μία εκπομπή εμπιστοσύνης απέναντι στον ασθενή, που θα του δώσει την αίσθηση πως ο ιατρός έχει αντιληφθεί τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες του (Di Matteo, 2011).

#### **2.1.2. Η ανακοίνωση της ασθένειας**

Η κατάσταση του ασθενή πρέπει να αντιμετωπίζεται με ευαισθησία και κατανόηση, ενώ είναι πολύ σημαντικό η πληροφορία που του δίνεται να μην ξεπερνά τις αντοχές του. Στην επικοινωνία ιατρού - ασθενούς είναι απαραίτητο να δοθεί χρόνος στον ασθενή, προκειμένου να αντιληφθεί τις πληροφορίες που λαμβάνει, καθώς και να ακουστούν οι επιθυμίες και οι απόψεις του. Η γλώσσα επικοινωνίας θα πρέπει να είναι απλή και κατανοητή, να υπάρχει η διάθεση συζήτησης όλων των θεμάτων της υγείας του ασθενή, ακόμα και των πιο επώδυνων. Επίσης η παροχή ελπίδας στον ασθενή για την πορεία της υγείας του, δεν θα πρέπει να βασίζεται πάνω σε ψευδείς προσδοκίες. Τα χαρακτηριστικά του γιατρού, εκτός από το εξειδικευμένο γνωστικό υπόβαθρο που προσφέρει εμπιστοσύνη στον ασθενή, είναι η ευγένεια, η ευαισθησία, η ειλικρίνεια και ο σεβασμός (Wright et al, 2004). Είναι απόλυτα επιθυμητό να



δημιουργηθεί μια αίσθηση ασφάλειας μεταξύ γιατρού και ασθενούς, στην οποία ο γιατρός θα βρίσκεται δίπλα στον ασθενή, ακόμα και όταν η ιατρική επιστήμη δεν θα έχει την δυνατότητα να προσφέρει άλλη θεραπεία (Sarafis et al, 2014).

Σύμφωνα με την εισήγηση της εθνικής επιτροπής βιοηθικής, σε ότι έχει να κάνει με την ενημέρωση των ασθενών τελικού σταδίου, θα πρέπει να περιέχονται σ' αυτή όλα τα αντικειμενικά δεδομένα της μη αναστρέψιμης κατάστασης του ασθενούς. Εφόσον η ψυχική αντοχή του ασθενή επιτρέπει την ανακοίνωση ότι κάποια άλλη θεραπευτική αγωγή είναι ιατρικώς μάταιη, τότε θα πρέπει να μεταφέρεται λεκτικά από τον θεράποντα. Στην περίπτωση που ο ασθενής δεν μπορεί να αντέξει ψυχικά μια τέτοια ανακοίνωση, θα πρέπει τουλάχιστον να είναι ενήμεροι οι οικείοι του. Είναι νομική και ηθική υποχρέωση του ιατρού η ανακουφιστική φροντίδα των ασθενών τελικού σταδίου, με σκοπό την ήρεμη επέλευση του θανάτου και δεν υφίσταται εγκατάλειψη του ασθενή λόγω της ματαιότητας της θεραπείας (Μανωλάκου & Βιδάλης, ανακτήθηκε 9/2/2023).

Στην επικοινωνία των κλινικών γιατρών με τους ασθενείς θα πρέπει να υπάρχει συχνή επικοινωνία, προκειμένου να διερευνηθούν οι αξίες του ασθενή και της οικογένειάς του, καθώς και οι ελπίδες και οι ανησυχίες τους. Οι ασθενείς τελικού σταδίου επηρεάζονται από τις συγκεκριμένες συζητήσεις, οι οποίες μπορεί να είναι συναισθηματικά φορτισμένες, αλλά μέσα από αυτές τελικά διευκολύνονται οι οικογένειές τους στην αντιμετώπιση δυσάρεστων καταστάσεων. Η ειλικρινής αποκάλυψη των γεγονότων από τον γιατρό συμβάλλει καλύτερα στην λήψη σωστότερων αποφάσεων και από τον ασθενή και από την οικογένειά του, παρόλο που η κλινική εμπειρία δείχνει πως η αποδοχή της δυσμενούς πρόγνωσης χρειάζεται περισσότερο χρόνο. Ο γιατρός με λίγα λόγια θα πρέπει να αναδειχθεί, μέσα από την ειλικρινή και συνεχή επικοινωνία, ο συνεργάτης του ασθενούς και της οικογένειάς του και να είναι αυτός που θα εγκαταστήσει την εμπιστοσύνη μεταξύ τους (Rosenberg et al, 2016).

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να απαιτηθεί να συμμετέχουν σε συζητήσεις με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους με σκοπό την φροντίδα τους και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων τους. Οι κύριοι στόχοι που πρέπει να τίθενται είναι η κατανόηση της πρόγνωσης της νόσου κι από τον ασθενή και από τους οικείους του, καθώς και οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που θα ακολουθηθούν. Πρέπει να γίνει ξεκάθαρο στην οικογένεια, πως η επιδείνωση των ασθενών τελικού σταδίου, σημαίνει πως είναι πιο κοντά και ο επικείμενος θάνατος. Αυτή η διαδικασία της επικοινωνίας απαιτεί δεξιότητες και στρατηγικές επικοινωνίας από τους επαγγελματίες υγείας, που θα μπορέσουν να αντιμετωπίσουν όσο το δυνατό πιο αποτελεσματικά, τις δυσκολίες που θα ανακύψουν (Ellman & Fortin, 2012).

### **2.1.3. Αντιδράσεις στην επικοινωνία από τον ασθενή τελικού σταδίου**

Πολλές φορές ο ασθενής αρνείται την διαγνωστική προσέγγιση αμφισβητώντας τον γιατρό. Για τον λόγο αυτό, είναι σημαντικό, ο γιατρός να έχει εμπειρία στην διαχείριση του ψυχισμού των ασθενών τελικού σταδίου, ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει συμπτώματα αμφισβήτησης ή και θυμού από τον ασθενή και να διατηρήσει καλύτερες σχέσεις μαζί του. Στην περίπτωση που βελτιωθεί η επικοινωνία ασθενούς – γιατρού, τότε ο ασθενής αποδέχεται την νόσο του και ακολουθεί την θεραπεία που του έχει προταθεί από τον γιατρό του. Η ψεύτικη ελπίδα από τους γιατρούς προκαλεί σε πολλούς ασθενείς ηθική αποστροφή και θεωρείται απαράδεκτη ακόμα κι αν ο λόγος που το χειρίστηκε κατ' αυτό τον τρόπο ο γιατρός είναι η συμπόνια (Rosenberg et al, 2016). Η ασάφεια σχετικά με την πορεία της νόσου τους στο μέλλον ίσως είναι μια επιθυμητή κατάσταση, που προσδίδει μια δόση ελπίδας, αλλά η πραγματική επιθυμία των ασθενών τελικού σταδίου είναι οι σωστές πληροφορίες για την πρόγνωση της ασθένειάς τους, καθώς και ο τρόπος αντιμετώπισης του πόνου και των συμπτωμάτων τους (Benkel et al, 2014).

### **2.1.4. Προβλήματα επικοινωνίας ιατρού – ασθενούς τελικού σταδίου**

Ένα σημαντικό πρόβλημα που υφίσταται στην επικοινωνία και ασθενή τελικού σταδίου είναι η μετάδοση των κακών ειδήσεων. Είναι γεγονός ότι αρκετές φορές οι γιατροί δεν παρουσιάζουν ξεκάθαρα όλη την αλήθεια για την νόσο, φοβούμενοι την απελπισία από τους ασθενείς τους. Η αντίληψη πως οι ασθενείς πρέπει να γνωρίζουν απόλυτα την αλήθεια για την υγεία τους, είναι δεδομένη τις τελευταίες δεκαετίες. Παρόλα αυτά οι γιατροί δυσκολεύονται να αποκαλύψουν την αλήθεια και νιώθουν άγχος και ψυχική πίεση, γεγονός που επηρεάζει την επαγγελματική τους ικανοποίηση και την συναισθηματική τους ηρεμία. Στις δυτικές χώρες υποχρεούται νομικά ο γιατρός να ενημερώσει το ασθενή για την νόσο του, καθώς και για τις θεραπευτικές επιλογές και τις επιπλοκές που μπορούν να προκληθούν από αυτές, αλλά και για τις συνέπειες, που μπορεί να υπάρξουν σε περίπτωση που ο ασθενής αποφασίσει ότι δεν δέχεται κάποια θεραπεία. Παρόλα αυτά οι κλινικοί γιατροί λόγω της έλλειψης χρόνου για αποτελεσματική επικοινωνία με τους ασθενείς, αλλά και πολλές φορές επηρεαζόμενοι από την οικογένεια των ασθενών η οποία δεν επιθυμεί την λήψη των κακών νέων, αποφεύγουν να ενημερώσουν ξεκάθαρα για την πρόγνωση της νόσου τους ασθενείς. Αυτή η έλλειψη πληροφοριών μπορεί όμως να διαταράξει την σχέση του γιατρού και του ασθενή, αλλά και τη σχέση με την ίδια την οικογένειά του, όταν ανακαλυφθεί η αλήθεια από τον ίδιο (Sarafis et al, 2014). Η απόκρυψη της αλήθειας από τον γιατρό μπορεί να οδηγήσει σε ακατάλληλες θεραπείες και στην αδυναμία της οικογένειας να αποδεχτεί ομαλά τον επικείμενο θάνατο του ασθενή. Η σαφής ενημέρωση

και η σωστή επικοινωνία με τον ασθενή και την οικογένειά του μπορεί να βοηθήσει στην πνευματική ηρεμία όλων (Rosenberg et al, 2016). Η ελάχιστη ή καθόλου εκπαίδευση των γιατρών στην ανακοίνωση άσχημων ειδήσεων, η δυσκολία στην πρόβλεψη του χρονικού διαστήματος της επιβίωσης του ασθενή, αλλά και η επιθυμία των συγγενικών προσώπων για απόκρυψη της άσχημης κατάστασης, είναι μερικοί από τους λόγους που αρκετοί επαγγελματίες υγείας δεν ενημερώνουν ή αποφεύγουν να ενημερώσουν κατάλληλα τον ασθενή τελικού σταδίου. Επίσης φαντάζει δύσκολο σε πολλούς γιατρούς, πότε είναι η χρονική στιγμή που θα πρέπει να ανακοινωθούν τα κακά νέα, για τον επικείμενο θάνατο (Ellman & Fortin, 2012).

### **2.1.5. Η ανάγκη του ασθενούς τελικού σταδίου για πληροφόρηση**

Η πληροφόρηση στον ασθενή τελικού σταδίου θα πρέπει να ξεκινά νωρίς, προκειμένου να γνωρίζει και ο ίδιος και η οικογένειά του τις ανάγκες που θα δημιουργηθούν. Με την σωστή πληροφορία ο ασθενής έχει την δυνατότητα συμμετοχής στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία του. Οι βιοηθικές αρχές απαιτούν την πλήρη και απόλυτη ενημέρωση του ασθενή, αλλά και σεβασμό στην αυτονομία του και στις αποφάσεις του. Ενάντια σε αυτή την αρχή αποτυπώνεται και μία αντίθετη άποψη, που υποστηρίζει πως η αλήθεια δεν αποτελεί την καταλληλότερη ηθική οδό, γιατί μπορεί να επισπεύσει τον επικείμενο θάνατο, λόγω της διαταραχής που θα προκαλέσει στον ασθενή (Rosenberg et al, 2016). Ειδικά στους ψυχιατρικούς αρρώστους ο γιατρός μπορεί να επικοινωνήσει ενημερώνοντας όχι απ' ευθείας τον ασθενή, αλλά τα συγγενικά του πρόσωπα. Όταν δεν υπάρχει η συναίνεση του ασθενή οι επαγγελματίες υγείας υποχρεούνται να μην διενεργούν υγειονομικές πράξεις. Αυτό περιγράφεται στο άρθρο 57 του Αστικού Κώδικα, όπου ο κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να προστατεύει την προσωπικότητά του και να αποφασίζει για την σωματική ακεραιότητα και την υγεία του. Παράλληλα οι υγειονομικοί έχουν νομική υποχρέωση να ενημερώνουν για την κάθε πράξη που πρέπει να γίνει, τον σκοπό της και τις επιλοκές που μπορεί να επιφέρει. Σύμφωνα με το άρθρο 5 της σύμβασης του Οβιέδο η συναίνεση του ασθενή είναι απαραίτητη προϋπόθεση για οποιαδήποτε πράξη σε αυτόν. Επίσης ο ασθενής δικαιούται να ενημερώνεται με κάθε λεπτομέρεια για την υγεία του, ενώ αν δεν επιθυμεί να ενημερωθεί οφείλει ο υγειονομικός να το αποδεχθεί, σύμφωνα με το άρθρο 10 της σύμβασης. Οπότε αν η ενημέρωση του ασθενή δεν είναι πλήρης τότε η συναίνεση που πιθανόν έχει δοθεί από αυτόν θεωρείται ανίσχυρη, η δε πράξη που θα επιτελεστεί σε αυτόν παράνομη. Μπορεί μάλιστα να χαρακτηριστεί και ως σωματική βλάβη ή προσβολή προς τον ασθενή (Φουντεδάκη, 2018).

### **2.1.6. Η λήψη αποφάσεων σε ασθενείς τελικού σταδίου**

Σύμφωνα με το άρθρο 29 του Ν.3418/2005, που αναφέρεται στις ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής, ο ιατρός στην περίπτωση τελικού σταδίου ανίατης ασθένειας, οφείλει να λειτουργήσει ανακουφιστικά στους ψυχοσωματικούς πόνους του ασθενή, ακόμα κι αν έχουν εξαντληθεί όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια. Η συμπαράσταση του ιατρού και κατ' επέκταση των επαγγελματιών υγείας στον ίδιο τον πάσχοντα και στην οικογένειά του, καθώς και η παρηγορητική αγωγή στον ασθενή, έχουν ως σκοπό την διατήρηση της αξιοπρέπειας μέχρι το τέλος της ζωής του. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, λαμβάνονται υπόψη οι επιθυμίες που έχει εκφράσει ο ασθενής, ακόμα κι αν κατά τον χρόνο της επέμβασης, ο ασθενής δεν μπορεί να τις επαναλάβει. Η επιθυμία όμως ενός ασθενούς τελικού σταδίου να πεθάνει, σύμφωνα με τον συγκεκριμένο νόμο, δεν σημαίνει πως δικαιολογείται η διενέργεια πράξεων που θα επισπεύσουν τον θάνατό του (ΝΟΜΟΣ 3418/2005 - ΦΕΚ Α 287/28.11.2005).

### **2.1.7. Ο ασθενής και ο επικείμενος θάνατος**

Η ασθένεια τελικού σταδίου οδηγεί τους ασθενείς στην εξάντληση με αποτέλεσμα την ιδιαίτερη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα. Η ποιότητα στην ζωή των ασθενών τελικού σταδίου είναι ανύπαρκτη, αφού καλούνται να υποβληθούν σε εξαιρετικά ειδικές θεραπείες, που τους καθηλώνουν στο κρεβάτι τους. Σε αυτό το χρονικό διάστημα ο θάνατος δεν είναι κάτι το αναπάντεχο και οι συγκεκριμένοι ασθενείς καλούνται να διαχειριστούν τον χρόνο τους, μέχρι την επικείμενη έλευσή του. Πολλοί ιατροί την συγκεκριμένη χρονική στιγμή συνεχίζουν να χρησιμοποιούν όλες τους τις δυνάμεις για την καταπολέμηση της νόσου, χωρίς να υπάρχει ελπίδα επιστροφής για τον ασθενή, πιστεύοντας πως ο επικείμενος θάνατος δεν πρέπει να έχει σχέση με την φροντίδα που παρέχουν. Μάλιστα σε πολλές περιπτώσεις παρατηρείται ένα πέπλο σιωπής σχετικά με τον επικείμενο θάνατο, τόσο από τους επαγγελματίες υγείας, όσο και από την οικογένεια του ασθενή (DiMatteo, 2011).

Η πορεία των ασθενών τελικού σταδίου προς τον θάνατο παρουσιάζει πέντε στάδια. Το πρώτο στάδιο έχει να κάνει με την άρνηση του ασθενή, πως νοσεί τόσο βαριά. Ο ασθενής δεν θέλει να πιστέψει ότι η σοβαρότητα των αποτελεσμάτων αφορούν το άτομό του και πολλές φορές νομίζει ότι όλα είναι φάρσα. Το άγχος είναι αυτό που τον καταβάλλει και το οποίο εξοστρακίζει την οποιαδήποτε αρνητική πληροφορία. Το επόμενο στάδιο αφορά στον θυμό. Εκεί ο ασθενής αναζητά τον πιο ειδικό πιστεύοντας πως ο ιατρός που τον κουράρει δεν είναι ο κατάλληλος. Ο θυμός είναι μια δίοδος του ασθενή προς την ελπίδα της επιβίωσης, αλλά μπορεί να τον απομακρύνει από τους γύρω του και να μην μπορεί να βοηθηθεί συναισθηματικά. Το επόμενο

στάδιο είναι η διαπραγμάτευση, όπου ο ασθενής θέλοντας να επιβιώσει, δέχεται ακόμα να συμμετάσχει και σε πειραματικές μελέτες με φάρμακα που δεν έχουν ακόμα δοκιμαστεί. Όταν όμως γίνουν αρκετές προσπάθειες θεραπείας χωρίς να υπάρχει αντίκρισμα, τότε ο ασθενής μπαίνει στο στάδιο της κατάθλιψης. Συνέπεια αυτού είναι ο ασθενής τελικού σταδίου, να μην μπορεί να ζήσει το υπόλοιπο της ζωής του με ευχαρίστηση. Έτσι ο ασθενής μπαίνει στο τελευταίο στάδιο, πριν τον επικείμενο θάνατο, που είναι αυτό της αποδοχής. Σε αυτό το στάδιο γίνεται η απόσυρση του ασθενή από την ζωή και συναισθηματικά και σωματικά και ο θάνατος θεωρείται ως λύτρωση (Kübler-Ross, Kessler, 2005).

Οι περισσότεροι ασθενείς τελικού σταδίου αντιλαμβάνονται τον επικείμενο θάνατο. Μέσα από την κατάστασή τους, που συνεχώς γίνεται όλο και χειρότερη, έχουν ενδείξεις από τις συμπεριφορές των απόμων που τους περιτριγυρίζουν, επαγγελματίες υγείας και οικογένεια. Η προσπάθεια του περιβάλλοντος των συγκεκριμένων ασθενών, να κρύψει το δυσάρεστο γεγονός του επικείμενου θανάτου, δεν είναι πειστική. Μια τέτοια στάση απέναντι σε αυτούς τους ασθενείς είναι λάθος, γιατί οι ετοιμοθάνατοι ασθενείς εκτός του ότι έχουν την ανάγκη να ακούσουν την αλήθεια, θέλουν να εκφράσουν και τα συναισθήματα που νιώθουν (Kübler-Ross, 1973).

## **2.2. ΜΑΤΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

### **2.2.1. Μάταιη θεραπεία**

Σύμφωνα με την άποψη που επικρατούσε στην δεκαετία του '80, ο ιατρός οφείλει να παρέχει στον κάθε ασθενή τις θεραπείες, που θα τον ωφελήσουν και θα τον οδηγήσουν στην ίασή του. Συνεπώς αν μια θεραπεία δεν επιφέρει κάποια ωφέλεια στον ασθενή, σύμφωνα με την ιατρική επιστήμη, δεν θα πρέπει να εφαρμοστεί στον ασθενή. Μία τέτοια εφαρμογή θεραπείας θα ήταν αντιδεοντολογική και θα έθετε σε κίνδυνο τον ασθενή, ενώ δεν θα του προσέφερε κάποιο όφελος, αλλά ίσως υπήρχε και κίνδυνος για επιπλοκές. Θεραπευτικό όφελος θα πρέπει να εννοείται η συνολική βελτίωση της σωματικής και ψυχικής κατάστασης του ασθενούς, χωρίς να θίγεται η αξιοπρέπειά του, αλλά και χωρίς να επιβαρύνεται το οικογενειακό του περιβάλλον. Μία θεραπεία που μπορεί να βελτιώσει μία παράμετρο υγείας σε έναν ασθενή, αλλά δεν του προσφέρει μια συνολική βελτίωση στην υγεία του, δεν προσφέρει θεραπευτικό όφελος και νοείται μάταιη θεραπεία. Για παράδειγμα η διατήρηση ικανοποιητικής λειτουργίας των οργάνων ενός ασθενούς που νοσηλεύεται σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), ο οποίος δεν μπορεί να εξέλθει από αυτή λόγω της αδιάλειπτης μηχανικής υποστήριξης που απαιτείται, δεν παράγει κάποιο θεραπευτικό όφελος για τον ασθενή. Βέβαια υπάρχει και η άποψη πως

εφόσον μια θεραπεία συντελεί στην παράταση της ζωής σε έναν ασθενή, δεν μπορεί να χαρακτηριστεί μάταιη (Μανωλάκου & Βιδάλης, ανακτήθηκε 9/2/2023). Η μη επίτευξη των καθορισμένων στόχων που έχουν τεθεί από τον ιατρό, τον ασθενή και το περιβάλλον του, από την χορήγηση μιας θεραπείας, θέτουν αυτή ως μάταιη. Σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει όμως οι στόχοι να καθορίζονται με ακρίβεια και απόλυτη σαφήνεια, γιατί πολλές φορές οι ιατροί δεν είναι συγκεκριμένοι για τις πιθανότητες ή τον υπολειπόμενο χρόνο επιβίωσης του ασθενή (Κρανιδιώτης και συν, 2010).

Η ιατρική ματαιότητα επηρεάζεται από πολλές παραμέτρους που έχουν να κάνουν από τον ίδιο τον ασθενή, την οικογένειά του καθώς και το περιβάλλον του. Η δυνατότητα που έχει δοθεί από την ιατρική επιστήμη και τεχνολογία για την παράταση της ζωής με τεχνικά μέσα, έχει εγκλωβίσει τους επαγγελματίες υγείας στο να φροντίζουν ασθενείς τελικού σταδίου, στους οποίους ο θάνατος θεωρείται αναπόφευκτο γεγονός, χωρίς να προβλέπεται θεραπεία και ίαση της νόσου τους. Γενικά την ιατρική ματαιότητα δεν την καθορίζουν συγκεκριμένα αντικειμενικά κριτήρια, αλλά την χαρακτηρίζουν υποκειμενικοί παράγοντες στους οποίους συνυπάρχει και μία δόση αβεβαιότητας εκ μέρους των ιατρών.

### **2.2.2. Η ματαιότητα ως δικαίωμα των ιατρών και των ασθενών**

Η αποτροπή του θανάτου δεν είναι μια εύκολη διαδικασία, αφού ο ανθρώπινος παράγοντας έχει συγκεκριμένες και πεπερασμένες δυνατότητες. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση, για την αντιμετώπιση του ασθενούς τελικού σταδίου. Επίσης είναι σημαντική η κατανόηση από την ίδια την κοινωνία, πως οι επιστήμες υγείας έχουν κάποια όρια που δεν μπορούν να τα ξεπεράσουν, ειδικά όσο αφορά στον επικείμενο θάνατο ενός ασθενούς. Η εναλλαγή της θεραπευτικής αγωγής, στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει κάποια θετική προσδοκία για θεραπεία ή βελτίωση του ασθενή, με την ανακουφιστική φροντίδα του πάσχοντος, αποτελεί μια δύσκολη ιατρική απόφαση, που πολλές φορές συγκρούεται με αμφισβητήσεις από την ίδια την κοινωνία ή την θρησκεία. Το αν η θεραπεία κρίνεται μάταιη αποτελεί μια απόφαση που πρέπει να λαμβάνεται και από τον γιατρό, που δεν έχει άλλα όπλα στην φαρέτρα του για να θεραπεύσει τον ασθενή, αλλά και από τον ίδιο τον ασθενή, ο οποίος με βάση τις πεποιθήσεις του αλλά και τις δυνάμεις του, έχει το δικαίωμα να αποφασίζει για το τέλος των προσπαθειών από τους επαγγελματίες υγείας. Οι ασθενείς τελικού σταδίου θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ο καθένας ξεχωριστά σύμφωνα με την μοναδικότητα και την ιδιαιτερότητά τους και η ματαιότητα της θεραπείας τους, δεν θα πρέπει να σημαίνει την εγκατάλειψη αυτών των ασθενών (Schneiderman, 2011). Οι μάταιες θεραπείες οδηγούν με μαθηματική ακρίβεια στην ταλαιπωρία των ασθενών και των

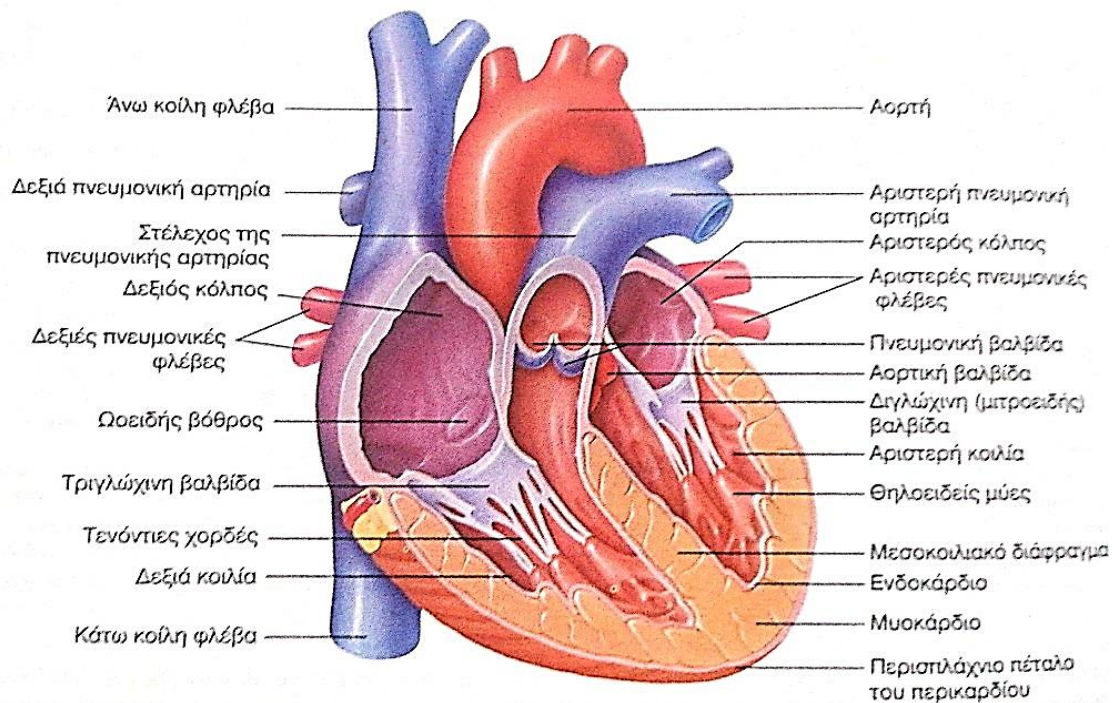
οικογενειών τους, ενώ δημιουργούν μεγάλο οικονομικό κόστος τόσο για την οικογένεια, όσο και για το ίδιο το σύστημα υγείας. Παράλληλα προκαλούν έντονο φόρτο εργασίας στους επαγγελματίες υγείας, ενώ ενδεχομένως αποκλείουν άλλους ασθενείς από το σύστημα υγείας, που θα μπορούσαν να βοηθηθούν. Γίνεται λοιπόν κατανοητό πως οι μάταιες θεραπείες θα πρέπει να αποφεύγονται (Aghabarary et al, 2016).

Η ανακουφιστική φροντίδα πρέπει να είναι η κύρια επιδίωξη των επαγγελματιών υγείας σε ασθενείς τελικού σταδίου και να εντείνεται, προκειμένου οι συγκεκριμένοι ασθενείς να μην υποφέρουν. Αυτό μπορεί να έχει ο αποτέλεσμα και την επίσπευση της πορείας του ασθενή προς των θάνατο. Όταν όμως ο σκοπός δεν είναι η ευθανασία, αλλά η αντιμετώπιση του πόνου, η ανακουφιστική φροντίδα θα πρέπει να είναι ηθικά αποδεκτή από όλους (Paradimos et al, 2011).

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΑΚΟΠΗ ΚΑΙ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ

## 3.1 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το κυκλοφορικό σύστημα αποτελείται από την καρδιά και τα αγγεία. Είναι ένα κλειστό σύστημα μέσα στο οποίο κυκλοφορεί το αίμα. Σκοπός του κυκλοφορικού συστήματος είναι η συνεχόμενη μετακίνηση του αίματος από την καρδιά προς την περιφέρεια και αντίστροφα. Μέσω του αίματος διακινούνται θρεπτικά συστατικά, O<sub>2</sub> και CO<sub>2</sub>, καθώς και τα τοξικά προϊόντα του μεταβολισμού των κυττάρων. Το κυκλοφορικό παίζει σημαντικό ρόλο στην ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος και στην διακίνηση των ορμονών και άλλων ουσιών, που απαιτούνται για την λειτουργία των οργάνων του οργανισμού. Η όλη διαδικασία γίνεται μέσω της καρδιάς, που λειτουργώντας αδιάκοπα και ρυθμικά σαν αντλία, προωθεί το αίμα σε όλα τα κύτταρα του οργανισμού και μεταφέρει τις απαραίτητες ουσίες και στοιχεία για τον μεταβολισμό των κυττάρων (Φερτάκης, 1998). Η καρδιά έχει σχήμα κωνοειδές με την βάση προς το άνω τμήμα του στήννου και την κορυφή κάτω και αριστερά (εικόνα 1). Ουσιαστικά αποτελείται από δύο ξεχωριστές αντλίες την δεξιά και την αριστερή, η καθεμιά από τις οποίες δομείται από δυο διαμερίσματα, τον κόλπο και την κοιλία.



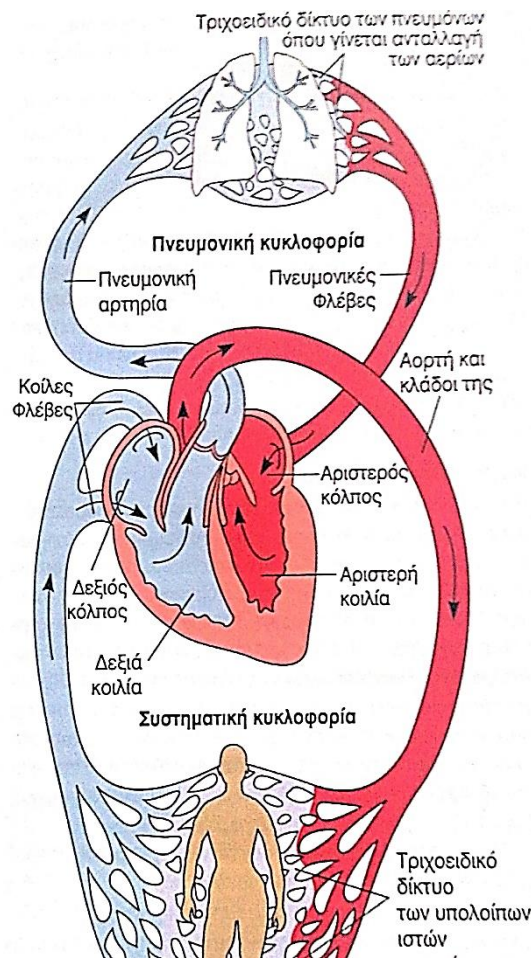
**Εικόνα 1.** Εσωτερική ανατομία της καρδιάς – Μετωπιαία τομή  
Πηγή: LeMone et al, 2014



Οι δύο κόλποι έχουν λεπτά τοιχώματα από μυοκάρδιο, σε αντίθεση με τις κοιλίες που διαθέτουν παχύτερο μυοκάρδιο. Για να μην παλινδρομεί το αίμα από την κοιλία στον κόλπο, η καρδιά διαθέτει τέσσερις βαλβίδες. Στην δεξιά καρδιά η βαλβίδα που παρεμβάλλεται μεταξύ του δεξιού κόλπου και της δεξιάς κοιλίας είναι η τριγλώχινα και στην αριστερή καρδιά η μιτροειδής. Παράλληλα υπάρχουν κι άλλες δύο βαλβίδες που ονομάζονται μηννοειδείς και βρίσκονται στην έξοδο των κοιλιών προς τα μεγάλα αγγεία. Η πνευμονική βαλβίδα βρίσκεται στην έξοδο της δεξιάς κοιλίας προς την πνευμονική αρτηρία και η αορτική βαλβίδα στην έξοδο της αριστερής κοιλίας προς την αορτή. Τα τέσσερα διαμερίσματα της καρδιάς χωρίζονται από κοινά τοιχώματα που ονομάζονται διαφράγματα. Το μεσοκοιλιακό (μεταξύ των δύο κόλπων) και το μεσοκοιλιακό (μεταξύ των δύο κοιλιών) διάφραγμα. Εξωτερικά η καρδιά περιβάλλεται από ένα ινώδη σάκο που ονομάζεται περικάρδιο (McGeown, 2000).

Εκτός από την καρδιά, η οποία παίζει το ρόλο της αντλίας, το κυκλοφορικό σύστημα αποτελείται και από τα αγγεία. Τα αγγεία συμμετέχουν στην δημιουργία δύο διαφορετικών λειτουργικών κυκλοφοριών του αίματος, τη συστηματική (μεγάλη) και τη πνευμονική (μικρή) κυκλοφορία (εικόνα 2). Η ροή του αίματος στην συστηματική κυκλοφορία είναι ανάλογη από την συστολή της αριστερής κοιλίας, που προωθεί το αίμα διαμέσου της αορτικής βαλβίδας, στην μεγάλη αρτηρία του σώματος την αορτή, η οποία στην πορεία της διακλαδίζεται σε μικρότερες αρτηρίες, που σχηματίζουν περιφερικά συστήματα κυκλοφορίας. Σε κάθε ιστό σχηματίζονται όλο και πιο μικρές αρτηρίες, που καταλήγουν στα αρτηρίδια και τελικά στα τριχοειδή αγγεία. Στα τριχοειδή αγγεία γίνεται η ανταλλαγή  $O_2$  και  $CO_2$ , μεταξύ του αίματος και του διάμεσου υγρού των κυττάρων και παρέχονται επίσης η θρεπτικές ουσίες που χρειάζονται τα κύτταρα για τον μεταβολισμό τους. Μετά τα τριχοειδή το αίμα προωθείται στα φλεβίδια και εν συνεχεία στις φλέβες, καταλήγοντας στην άνω και κάτω κοίλη φλέβα, οι οποίες επιστρέφουν το αίμα στον δεξιό κόλπο της καρδιάς, όπου και τερματίζει η συστηματική κυκλοφορία του. Στην πνευμονική κυκλοφορία, το αίμα προωθείται από τον δεξιό κόλπο στην δεξιά κοιλία, διαμέσου της τριγλώχινας βαλβίδας και η δεξιά κοιλία συσπάται προωθώντας το αίμα στην πνευμονική αρτηρία, διαμέσου της πνευμονικής βαλβίδας. Τα τριχοειδή της πνευμονικής κυκλοφορίας, που βρίσκονται σε στενή επαφή με τις πνευμονικές κυψελίδες, εμπλέκονται στην οξυγόνωση του αίματος, που γίνεται μέσω διάχυσης. Έτσι το  $O_2$  που εισέρχεται στο αναπνευστικό μέσω της εισπνοής, περνάει από τις κυψελίδες στα τριχοειδή και  $CO_2$  από τα τριχοειδή στις κυψελίδες, ώστε να αποβληθεί από τον αναπνευστικό σύστημα με την εκπνοή. Εν συνεχεία το οξυγονωμένο αίμα επιστρέφει από τους πνεύμονες μέσω των πνευμονικών φλεβών στον αριστερό κόλπο, ο οποίος προωθεί το αίμα στην αριστερή κοιλία,

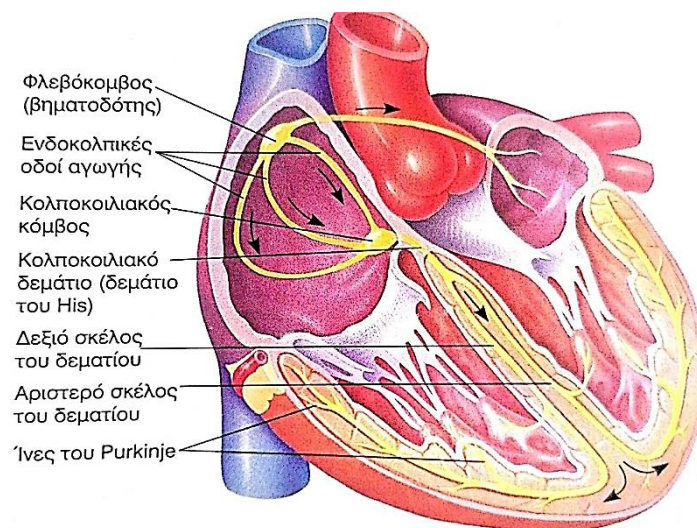
διαμέσου της μιτροειδούς βαλβίδας, όπου και ολοκληρώνεται η διπλή κυκλοφορία του αίματος (McGeown, 2000).



**Εικόνα 2.** Συστηματική και Πνευμονική κυκλοφορία  
**Πηγή:** LeMone et al, 2014

Τα κύτταρα του καρδιακού μυός είναι διεγέρσιμα και το δυναμικό ενεργείας που δημιουργείται στην κυτταρική τους μεμβράνη, οδηγεί στην συστολή της καρδιακής ίνας και κατά συνέπεια στην συστολή του μυοκαρδίου. Στην συνέχεια η καρδιακή ίνα χαλαρώνει για να δεχθεί το επόμενο ερέθισμα προκειμένου να συσπαστεί ξανά. Για ένα διάστημα 350 msec, από την προηγούμενη διέγερσή τους, τα καρδιακά κύτταρα δεν μπορούν να διεγερθούν ξανά. Η αποτελεσματική λειτουργία της καρδιάς εξαρτάται από την κυκλική διαδοχή της σύσπασης και της χάλασης, που μεταδίδεται μέσω του ερεθισματοαγωγού συστήματος. Τα δυναμικά ενεργείας προκαλούνται από κύτταρα βηματοδότες, του φλεβοκόμβου που βρίσκονται στο τοίχωμα του δεξιού κόλπου (εικόνα 3). Τα δυναμικά αυτά μέσω των κυττάρων του κόλπου, προκαλούν συστολή των κόλπων και άγονται προς τον κολποκοιλιακό κόμβο, που βρίσκεται στο μεσοκοιλιακό διάφραγμα στο κατώτερο μισό του δεξιού κόλπου. Ο κολποκοιλιακός κόμβος

έχει κι αυτός ιδιότητες βηματοδότησης, αλλά υπό φυσιολογικές συνθήκες διεγείρεται από τον φλεβόκομβο. Στον κολποκοιλιακό κόμβο πραγματοποιείται μια καθυστέρηση της μετάδοσης του δυναμικού ενεργείας προς τις κοιλίες, έτσι ώστε να ξεκινήσει η συστολή τους μετά από την συστολή των κόλπων. Στη συνέχεια το δυναμικό ενεργείας μεταδίδεται στις κοιλίες μέσω του κολποκοιλιακού δεματίου ή δεμάτιο του His, το οποίο διαιρείται σε δύο κλάδους, τον δεξιό και τον αριστερό. Οι κλάδοι του δεματίου του His μεταφέρουν το δυναμικό ενεργείας και στις δύο πλευρές του μεσοκοιλιακού διαφράγματος και προς την κορυφή της καρδιάς καταλήγοντας στις ίνες του Purkinje, οι οποίες διακλαδίζονται μέσα στο κοιλιακό μυοκάρδιο. Η αγωγιμότητα του δεματίου και των ινών του Purkinje είναι γρήγορη, με αποτέλεσμα να εξασφαλίζεται η συγχρονισμένη σύσπαση των κοιλιών και κατά συνέπεια η κυκλοφορία του αίματος στην συστηματική και την πνευμονική κυκλοφορία (McGeown, 2000).



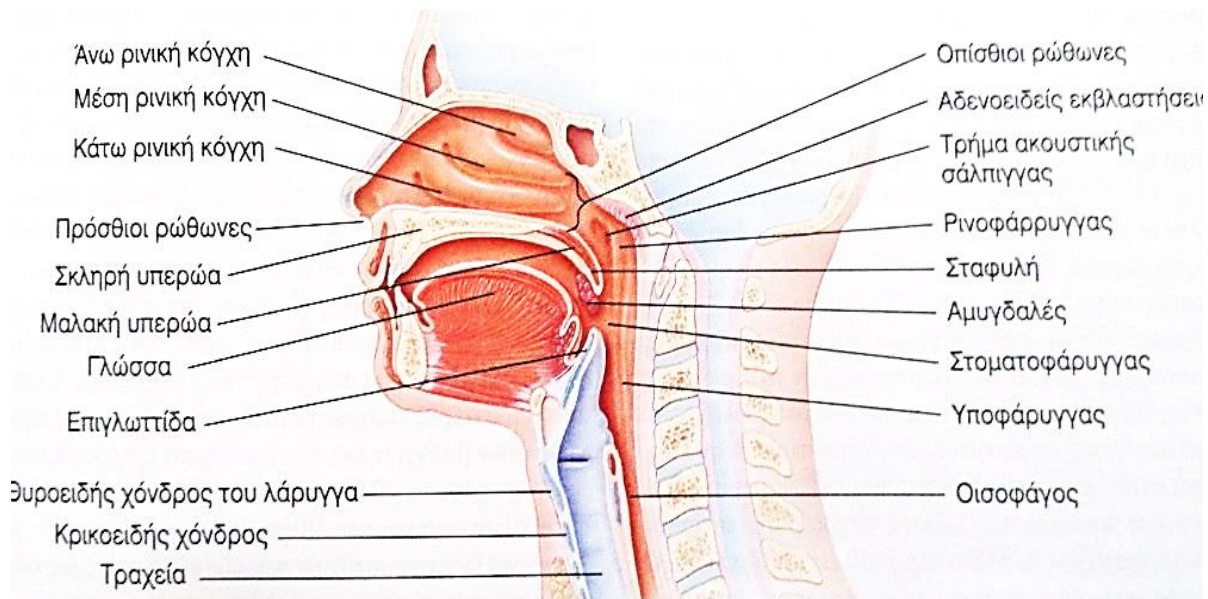
**Εικόνα 3.** Ερεθισματοαγωγό σύστημα  
**Πηγή:** LeMone et al, 2014

Ο ρυθμός που οφείλεται στη φυσιολογική λειτουργία του φλεβόκομβου ονομάζεται φλεβοκομβικός ρυθμός. Κάθε διαταραχή αυτού του ρυθμού ονομάζεται αρρυθμία. Κάποιες αρρυθμίες είναι συμβατές με την ζωή, ενώ κάποιες άλλες επηρεάζουν την λειτουργία της καρδιάς και μπορεί να είναι θανατηφόρες, όπως για παράδειγμα αυτές που συμβαίνουν στην ΚΑ, π.χ. μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου (McGeown, 2000).

### **3.2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

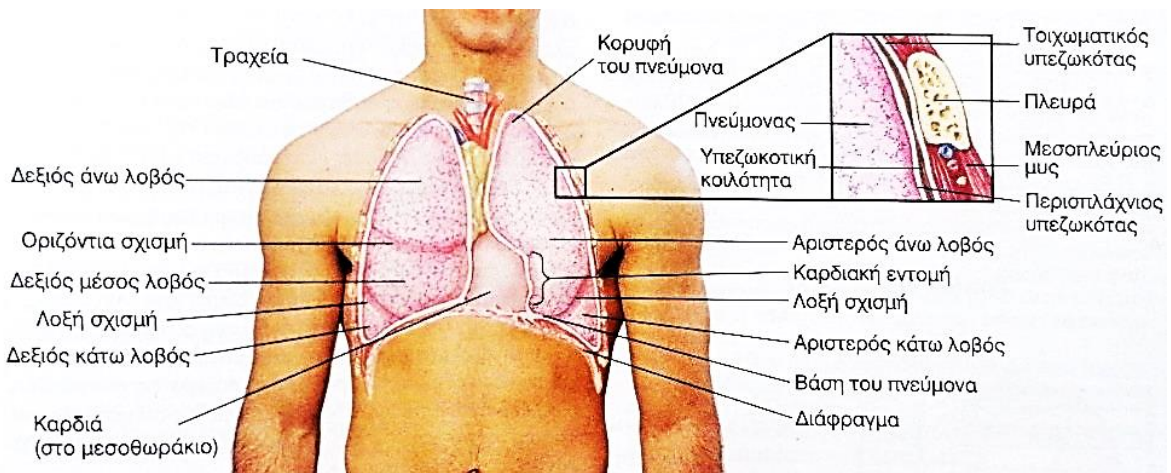
Σκοπός του αναπνευστικού συστήματος είναι η προσφορά  $O_2$  στα κύτταρα του οργανισμού και η αποβολή του  $CO_2$ , που είναι το προϊόν του κυτταρικού μεταβολισμού. Κατά την διάρκεια της αναπνοής λαμβάνουν χώρα οι διαδικασίες του πνευμονικού αερισμού (η κίνηση του αέρα προς

και έξω από τους πνεύμονες), της αιμάτωσης (η ροή του αίματος μέσω των πνευμονικών τριχοειδών από την πνευμονική κυκλοφορία) και η διάχυση (η ανταλλαγή αερίων μεταξύ τριχοειδών και κυψελίδων). Το αναπνευστικό σύστημα αποτελείται από το ανώτερο και το κατώτερο αναπνευστικό. Το ανώτερο αναπνευστικό αποτελείται από τους την μύτη, το στόμα και τον φάρυγγα, τον λάρυγγα και την τραχεία (εικόνα 4). Αυτά τα κοίλα όργανα αποτελούν τον αεραγωγό του αέρα προς τους πνεύμονες και της εξόδου του CO<sub>2</sub> προς το εξωτερικό περιβάλλον.



**Εικόνα 4.** Το ανώτερο αναπνευστικό σύστημα  
**Πηγή:** LeMone et al, 2014

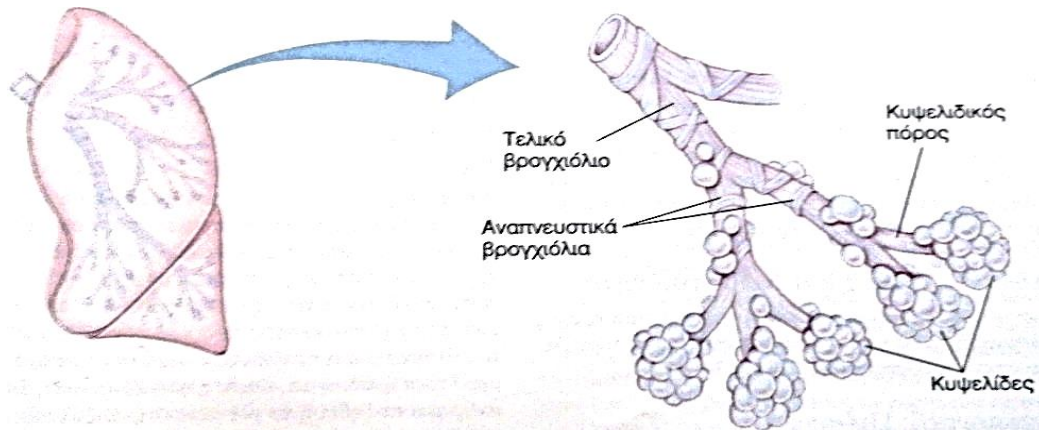
Καθώς ο αέρας κινείται μέσω των παραπάνω δομών του αεραγωγού, φιλτράρεται, εφυγραίνεται και ζεσταίνεται. Έτσι ο αέρας εισέρχεται από το άνοιγμα της μύτης όπου φιλτράρεται από τις τρίχες της μύτης και προωθείται μέσω του φάρυγγα στον λάρυγγα. Κατά την αναπνοή η είσοδος του λάρυγγα παραμένει ανοικτή, ενώ κατά την κατάποση κλείνει μέσω της επιγλωττίδας ώστε να περάσει η τροφή πίσω προς τον οισοφάγο. Στη συνέχεια ο αέρας περνάει από τον λάρυγγα στην τραχεία, που διαθέτει οροβλενώδεις αδένες, οι οποίοι παράγουν βλέννα. Η βλέννα παγιδεύει σκόνη και ξένα σώματα, που εισέρχονται με την αναπνοή και τα προωθεί μέσω του κροσσωτού επιθηλίου που διαθέτει η τραχεία, προς τον λάρυγγα και τον φάρυγγα για να αποβληθούν είτε με τον βήχα είτε με την κατάποσή τους. Η τραχεία στην πορεία της διχάζεται και μεταπίπτει σε αριστερό και δεξιό βρόγχο, όπου και ο αέρας διοχετεύεται στο κατώτερο αναπνευστικό. Το κατώτερο αναπνευστικό περιλαμβάνει τους πνεύμονες, τους βρόγχους και τα βρογχιόλια (εικόνα 5).



**Εικόνα 5.** Το κατώτερο αναπνευστικό σύστημα – Υπεζωκότας  
**Πηγή:** LeMone et al, 2014

Οι πνεύμονες βρίσκονται εκατέρωθεν του μεσοθωρακίου, στο οποίο εμπεριέχονται η καρδιά και τα μεγάλα αγγεία, η τραχεία και ο οισοφάγος καθώς και οι βρόγχοι. Η κορυφή του πνεύμονα βρίσκεται κάτω από την αντίστοιχη κλείδα και η βάση του ακουμπάει στο αντίστοιχο ημιδιάφραγμα. Ο κάθε πνεύμονας κρέμεται στην δική του υπεζωκοτική κοιλότητα και καλύπτεται από τις πλευρές του θώρακα, σε όλες τις επιφάνειές του εκτός από την έσω επιφάνεια. Ο υπεζωκότας είναι μια μεμβράνη που καλύπτει τους πνεύμονες και την εσωτερική επιφάνεια των θωρακικών κοιλοτήτων. Αποτελείται από δύο πέταλα το τοιχωματικό που καλύπτει εσωτερικά το θώρακα και το περισπλάχινο που καλύπτει τους πνεύμονες. Ανάμεσα στα δύο πέταλά του υπάρχει το πλευριτικό υγρό, που παίζει τον ρόλο του λιπαντικού για τους πνεύμονες κατά την αναπνοή, ενώ παράλληλα υπάρχει φυσιολογικά και μια αρνητική πίεση, που παίζει σημαντικό ρόλο στην λειτουργία των πνευμόνων. Στην έσω - μεσοθωρακική επιφάνειά του πνεύμονα υπάρχει η πύλη του πνεύμονα, μέσα από την οποία εισέρχονται οι βρόγχοι, τα αγγεία της συστηματικής και της πνευμονικής κυκλοφορίας και τα νεύρα του πνεύμονα. Ο αριστερός πνεύμονας είναι μικρότερος από τον δεξιό και διαθέτει δύο λοβούς, ενώ ο δεξιός τρεις. Μέσα στους πνεύμονες εισέρχονται οι δύο βασικοί κλάδοι της πνευμονικής αρτηρίας και διακλαδίζονται έως ότου σχηματιστεί ένα δίκτυο τριχοειδών, το οποίο περιβάλλει τις κυψελίδες. Οι κύριοι βρόγχοι, μέσα από τους οποίους διέρχεται ο αέρας από την τραχεία, υποδιαιρούνται στους λοβαίους (δευτερογενείς) βρόγχους και εν συνεχεία στους τμηματικούς (τριτογενείς) βρόγχους. Οι τμηματικοί βρόγχοι συνεχίζουν να υποδιαιρούνται σε όλα και μικρότερο βρογχιόλια και καταλήγουν στα τελικά βρογχιόλια. Στο σύνολό τους όλοι αυτοί οι αεραγωγοί αποτελούν το αναπνευστικό δέντρο, μέσα στο οποίο κυκλοφορεί ο αέρας. Από τα τελικά βρογχιόλια ο αέρας περνάει στα αναπνευστικά βρογχιόλια και εν συνεχεία στους

κυψελιδικούς πόρους, που οδηγούν στους κυψελιδικούς σάκους και τελικά στις κυψελίδες (εικόνα 6). Οι κυψελίδες είναι η μικρότερη δομική μονάδα του βρογχικού δένδρου στις οποίες γίνεται και η ανταλλαγή αερίων κατά την αναπνοή (LeMone et al, 2014).



**Εικόνα 6.** Τελικά βρογχιόλια, αναπνευστικά βρογχιόλια, κυψελιδικός πόρος, κυψελίδες  
**Πηγή:** LeMone et al, 2014

### 3.3. ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΑΚΟΠΗ

Με τον όρο Καρδιακή Ανακοπή (ΚΑ), εννοούμε την διακοπή λειτουργίας της καρδιάς ως αντλία (Ασκητοπούλου, 2016). Στην Ευρώπη κάθε 45 δευτερόλεπτα γίνεται και μια ΚΑ, ενώ 500.000 περίπου τον χρόνο, είναι οι πολίτες που είναι θύματα ΚΑ (Lenjani et al, 2014). Συνέπεια της ΚΑ είναι η μη οξυγόνωση του εγκεφάλου και ο εγκεφαλικός θάνατος. Σύμφωνα με την νομοθεσία ο εγκεφαλικός θάνατος σε έναν ασθενή, δηλώνει πως ο ασθενής είναι κλινικά νεκρός (Κυριακοπούλου, 2016).

Οι **κλινικές εκδηλώσεις**, σύμφωνα με τις οποίες επιβεβαιώνεται η ΚΑ είναι:

- Η απώλεια της επαφής με το περιβάλλον
- Η έλλειψη σφυγμού στα μεγάλα αγγεία (μηριαίες αρτηρίες, καρωτίδες) λόγω της παύσης λειτουργίας της καρδιάς
- Η απουσία των αναπνευστικών κινήσεων και η μη ύπαρξη αυτόματου αερισμού
- Η έλλειψη καρδιακών τόνων
- Η απώλεια του φωτοκινητικού αντανακλαστικού και η μυδρίαση των κορών των οφθαλμών
- Η ωχρότητα ή η κυάνωση που σχετίζονται με ΚΑ λόγω μαζικής απώλειας αίματος (Παπαδόπουλος, 2001)

Τα **αίτια** της ΚΑ μπορούν να διαχωριστούν σε τρεις κατηγορίες:

- Σε αυτά που οφείλονται σε καρδιολογικά αίτια όπως η στεφανιαία νόσος ή η καρδιακή ανεπάρκεια, οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν στην ΚΑ (Mengert, Eisenberg, 1996).
- Σε αυτά που οφείλονται σε αναπνευστικά αίτια όπως οι νόσοι που μπορούν να προκαλέσουν καταστολή της αναπνευστικής λειτουργίας (όγκοι και κακώσεις του εγκεφάλου και του αυχένα, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, επιληψία), η απόφραξη του αεραγωγού από ξένο σώμα ή υγρό στοιχείο, αλλά και από όγκους, φλεγμονές ή οίδημα (Nolan et al, 2005).
- Σε αυτά που οφείλονται σε αιμοδυναμική αστάθεια όπως η αιμορραγία, το shock, η μαζική πνευμονική εμβολή, η αναφυλαξία, οι δηλητηριάσεις (Soar et al, 2010).

### 3.4. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΑΚΟΠΗ

Το εγκεφαλικό κύτταρο είναι πολύ ευαίσθητο στην εγκεφαλική ισχαιμία που προκαλείται από την ΚΑ. Σε πειράματα που έγιναν σε πιθήκους από τον Hossmann διαπιστώθηκε ότι η συνείδηση χάθηκε μέσα σε δέκα δευτερόλεπτα από την εγκεφαλική ισχαιμία και σε είκοσι δευτερόλεπτα το Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα δεν έδειχνε καμιά δραστηριότητα του εγκεφάλου, βγάζοντας ισοηλεκτρική γραμμή (Hossmann, et al, 1986). Το O<sub>2</sub> του εγκεφάλου μειώθηκε στο μηδέν μέσα στα πρώτα δύο λεπτά, όπως επιβεβαιώθηκε από πείραμα που πραγματοποιήθηκε σε χοίρο μετά από ΚΑ (Cavus et al, 2006). Η ενέργεια του νευρικού κυττάρου, σε πειράματα που έγιναν σε σκύλους, που υποβλήθηκαν σε ισχαιμία, εξαντλήθηκε κατά 25% – 30%, στα πρώτα 4 λεπτά. Όταν καταναλωθεί πλήρως η ενέργεια, η αντλία καλίου – νατρίου δυσλειτουργεί με αποτέλεσμα την είσοδο μεγάλης ποσότητας ιόντων Na<sup>+</sup> και Cl<sup>-</sup> μέσα στο νευρικό κύτταρο και πρόκλησης κυτταροτοξικού οιδήματος (Hansen, 1985). Παράλληλα προκαλείται μαζική συσσώρευση ιόντων Ca<sup>+2</sup> λόγω αποτυχίας εκροής του από το κύτταρο. Τα αυξημένα επίπεδα Ca<sup>+2</sup> έχουν κυτταροτοξική δράση και οδηγούν σε μιτοχονδριακή δυσλειτουργία και παραγωγή ελευθέρων ριζών (Gonzalez-Ibarra et al, 2011). Η μεγάλη συγκέντρωση Ca<sup>+2</sup> στα μιτοχόνδρια, προκαλεί διαταραχή της ακεραιότητας της μεμβράνης τους και απώλεια της δυνατότητας παραγωγής ενέργειας (Kluck et al, 1997).

Όταν υφίσταται ισχαιμία η οποία έχει διάρκεια και δεν γίνει προσπάθεια ανάνηψης, τότε τα μιτοχόνδρια τα οποία σκοπό έχουν την παραγωγή ενέργειας στο κύτταρο, γίνονται δυσλειτουργικά και το κύτταρο οδηγείται στον θάνατο (Kalimo et al, 1977). Η επαναιμάτωση κατά την ΚΑΡΠΑ και η επαναφορά της αυτόματης κυκλοφορίας στον οργανισμό, μπορεί να βοηθήσει στην ανάκτηση των επιπέδων της ενέργειας των νευρικών κυττάρων κατά 70% - 80%, όμως δεν αναπληρώνει πλήρως την λειτουργία τους, με αποτέλεσμα να ακολουθεί ο

καθυστερημένος θάνατος των κυττάρων σε ευάλωτες περιοχές του εγκεφάλου (Lipton, 1999). Πολύ μεγάλο ρόλο στην ισχαιμία του εγκεφάλου παίζει και η φλεγμονή. Πολλοί ασθενείς μετά την ανάνηψη και την επαναφορά τους στην αυτόματη κυκλοφορία, παρουσιάζουν ένα σύνδρομο που μοιάζει με σήψη και περιλαμβάνει συστηματική φλεγμονώδη απόκριση (Adrie et al, 2002). Το συγκεκριμένο σύνδρομο, συντελεί στην ενεργοποίηση φλεγμονωδών παραγόντων που σχετίζονται με την δευτεροπαθή βλάβη των νευρικών κυττάρων (Aloisi, 2001).

### **3.5. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ**

Το 1981 δημοσιεύτηκε στις Η.Π.Α. ο νόμος σχετικά με τον ενιαίο προσδιορισμό του θανάτου (Uniform Determination of Death Act, UDDA), ο οποίος είχε προταθεί από τον Αμερικανικό Δικηγορικό Σύλλογο, τον Αμερικανικό Ιατρικό σύλλογο, την Εθνική Διάσκεψη Επιτροπών για τους Ενιαίους νόμους του Κράτους, καθώς και από την Επιτροπή του προέδρου για την Μελέτη Ηθικών Προβλημάτων στην Ιατρική και Βιοϊατρική Έρευνα. Σύμφωνα με τον ενιαίο προσδιορισμό του θανάτου, ο οποίος θα πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τα αποδεκτά ιατρικά πρότυπα, ένα άτομο που έχει υποστεί μη αναστρέψιμη διακοπή των αναπνευστικών και κυκλοφορικών λειτουργιών ή μη αναστρέψιμη διακοπή όλων των λειτουργιών του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου και του εγκεφαλικού στελέχους, είναι εγκεφαλικά νεκρό (Uniform Determination of Death Act).

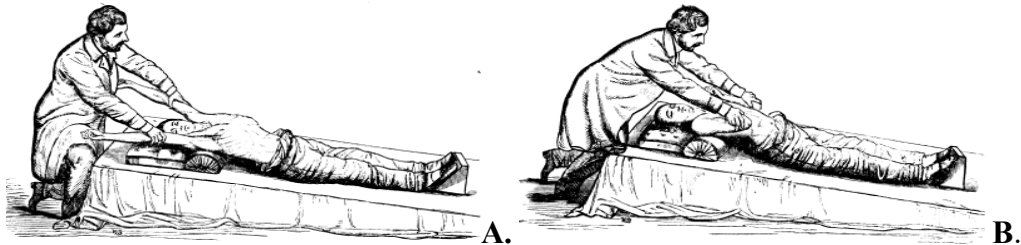
Η Αμερικανική Ακαδημία Νευρολογίας (American Academy of Neurology, AAN) το 2019, υποστηρίζοντας την θέση του UDDA, πως ο εγκεφαλικός θάνατος δηλαδή έχει επέλθει όταν προσδιοριστεί η μη αναστρέψιμη απώλεια όλων των λειτουργιών του εγκεφάλου συμπεριλαμβανομένου και του εγκεφαλικού στελέχους, επισημαίνει επίσης πως παρά την μη αναστρέψιμη κατάσταση στα ημισφαίρια του εγκεφάλου και στο στέλεχος, μπορεί να υπάρχει νευροενδοκρινική λειτουργία, γεγονός όμως που δεν αναιρεί το μη αναστρέψιμο των βλαβών και το συνολικό πρότυπο του εγκεφαλικού θανάτου (Russell et al, 2019).

### **3.6. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗΣ**

Το 1858 ο John Balassa ανάνηψε με επιτυχία 18χρονη γυναίκα κάνοντας κλειστό καρδιακό μασάζ, χρησιμοποιώντας την τεχνική «πίεση στο θώρακα – ανύψωση χεριών». Την ίδια χρονιά προτείνετε μια καινούργια μέθοδος τεχνητού αερισμού από τον Silvester (εικόνα 7). Χρησιμοποίησε μία μέθοδο, η οποία εν συνεχεία πήρε και το όνομά του «μέθοδος Silvester».

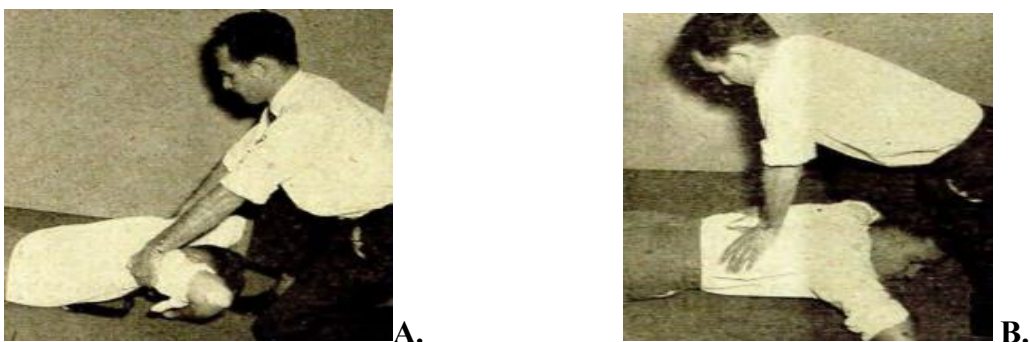


Το θύμα τοποθετούταν σε ύπτια θέση με τα χέρια διπλωμένα στο στήθος. Ο διασώστης γονάτιζε στο κεφάλι του θύματος. Αρχικά τραβούσε τα χέρια του θύματος προς τα πάνω, για να προκαλέσει εισπνοή και εν συνεχεία τα επανάφερε πάνω στο θώρακα, με κάθετη παράλληλα πίεση στον θώρακα, για εκπνοή, με συχνότητα δώδεκα κύκλους ανά λεπτό (Varon & Sternbach, 1991 - Συνετός και συν, 2020).



**Εικόνα 7.** Εισπνοή (A) και εκπνοή (B) με την μέθοδο Silvestre  
**Πηγή:** Henry R. Silvester, (X.DCCC.LXIII. – 1863)

Το 1874 ο Moritz Schiff, σε ανοικτό θώρακα σκύλου έκανε το πρώτο καρδιακό μασάζ. Ο Niehans μερικά χρόνια αργότερα εφάρμοσε την τεχνική του καρδιακού μασάζ, σε ανοικτό θώρακα άνδρα, που είχε υποστεί ανακοπή. Παράλληλα αναπτύχθηκαν και τεχνικές βελτίωσης του αερισμού. Έτσι το 1871 ο Trendelenburg δημιούργησε έναν σωλήνα με φουσκωτό μπαλόνι, που χρησιμοποιούταν για αερισμό σε τραχειοτομή. Το 1893 σχεδιάστηκε ο στοματοφαρυγγικός σωλήνας με φουσκωτό μπαλόνι από τον Eisenmenger. Την ίδια χρονιά ο Franz Koenig περιέγραψε την ανάνηψη έξι ασθενών με θωρακικές (προκάρδιες) συμπίεσεις με το ένα χέρι (Varon & Sternbach, 1991). Το 1911 μια άλλη τεχνική αυτή του Holger Nielson, που αποτέλεσε την εξέλιξη αυτής του Silvester, αποτυπώθηκε σε προσκοπικό εγχειρίδιο της εποχής (Redding, 2015). Το θύμα τοποθετούταν με το πρόσωπο προς το έδαφος (εικόνα 8). Εν συνεχεία γινόταν σε πρώτη φάση άρση των χεριών, προκειμένου να εκπτυχθεί ο θώρακας (εισπνοή) και έπειτα εφαρμοζόταν πίεση με τις παλάμες του διασώστη, στην ράχη του θύματος με φορά προς την οσφυϊκή χώρα (εκπνοή).



**Εικόνα 8.** Τεχνική Holger Nielson, Εισπνοή (A), Εκπνοή (B).  
**Πηγή:** D. M. Jowell (1959), Manual Artificial Respiration.

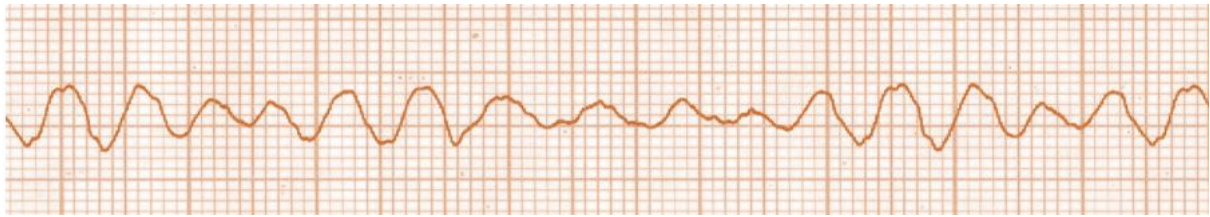
Το 1956 ο Peter Safar απέδειξε την αναγκαιότητα της εξασφάλισης του αεραγωγού και επισήμανε την υπεροχή του αερισμού στόμα με στόμα, σε σχέση με αυτόν με βοηθητικά μέσα. Παράλληλα απέδειξε και την αποτελεσματικότητα των θωρακικών συμπίεσεων σε συνδυασμό με τον αερισμό θετικής πίεσης (Safar, 1961). Το 1958 αποτελεί τον σταθμό στην ιστορία της αναζωογόνησης, αφού αποδεικνύεται από τον Knickerbocker ότι η θωρακική συμπίεση στον θώρακα προκαλούσε παλμό στις αρτηρίες. Έτσι το 1960 οι Kouwenhoven και Knickerbocker, περιγράφουν την αποτελεσματικότητα των θωρακικών συμπίεσεων, η οποία τεκμηριώθηκε με πειράματα σε σκύλους από τον Kouwenhoven (Kouwenhoven & Knickerbocker, 1960). Στις αρχές της δεκαετίας του 1960 η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία (American Heart Association, ΑΗΑ), ξεκινά ένα πρόγραμμα εξοικείωσης του ιατρικού προσωπικού με την αναζωογόνηση κλειστού θώρακα. Τότε γεννιούνται και τα ανδρείκελα – προπλάσματα, πάνω στα οποία γίνεται η αναζωογόνηση (Resusc Anne). Το 1963 ιδρύεται και η Επιτροπή Καρδιοπνευμονικής Αναζωογόνησης της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρείας, από τον Leonard Scherlis και εγκρίνεται επίσημα η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση. Ο καρδιολόγος Leonard Scherlis ιδρύει την Επιτροπή ΚΑΡΠΑ της ΑΗΑ. Την ίδια χρονιά, η ΑΗΑ εγκρίνει επίσημα την ΚΑΡΠΑ. Το 1966 δημοσιεύθηκαν οι πρώτες κατευθυντήριες οδηγίες κατόπιν αιτήματος του Αμερικανικού Εθνικού Ερυθρού Σταυρού και άλλων φορέων, σε ένα συνέδριο που έγινε αποκλειστικά για την καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση από το Εθνικό Συμβούλιο Ερευνών της Εθνικής Ακαδημίας Επιστημών (ΑΗΑ, History of CPR, retrieved 17 April 2023). Το 1988 δημιουργήθηκε από μια μικρή ομάδα ευρωπαίων καρδιολόγων, τους Douglas Chamberlain, Leo Bossaert, Lars Mogensen, Hugh Tunstall-Pedoe, Paul Hugenholtz, Stig Holmberg, and John Camm το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης (European Resuscitation Council - ERC). Έτσι οι πρώτες κατευθυντήριες οδηγίες, για την βασική υποστήριξη της ζωής (Basic Life Support, BLS) και την εξειδικευμένη υποστήριξη της ζωής (Advanced Life Support, ALS), παρουσιάζονται στην Ευρώπη, από το ERC το 1992, στο πρώτο συνέδριο που έγινε στο Brighton (Bossaert & Chamberlain, 2013).

### **3.7. ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΕΣ ΑΡΡΥΘΜΙΕΣ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΑΠΗΝΙΔΩΤΩΝ**

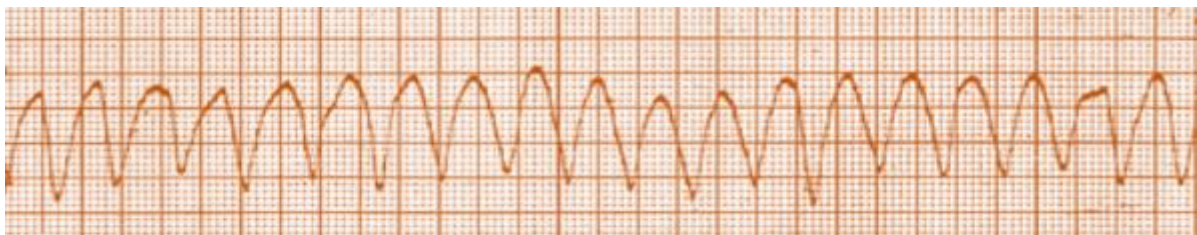
Οι δύο βασικές θανατηφόρες αρρυθμίες της ΚΑ είναι η κοιλιακή μαρμαρυγή και η άσφυγμη κοιλιακή ταχυκαρδία (Εικόνα 9). Η κοιλιακή μαρμαρυγή αποτελεί μια κακοήθη αρρυθμία με ακανόνιστο ρυθμό (χαοτικό), η οποία δεν συνοδεύεται από μηχανική συστολή της καρδιάς. Αντίστοιχα και η άσφυγμη κοιλιακή ταχυκαρδία, η οποία αν και έχει μια συγκεκριμένη

ρυθμικότητα, αποτελεί κακοήθη αρρυθμία, λόγω της μη ύπαρξης σφυγμού (Νάκος και συν., 2016).

**A.**



**B.**



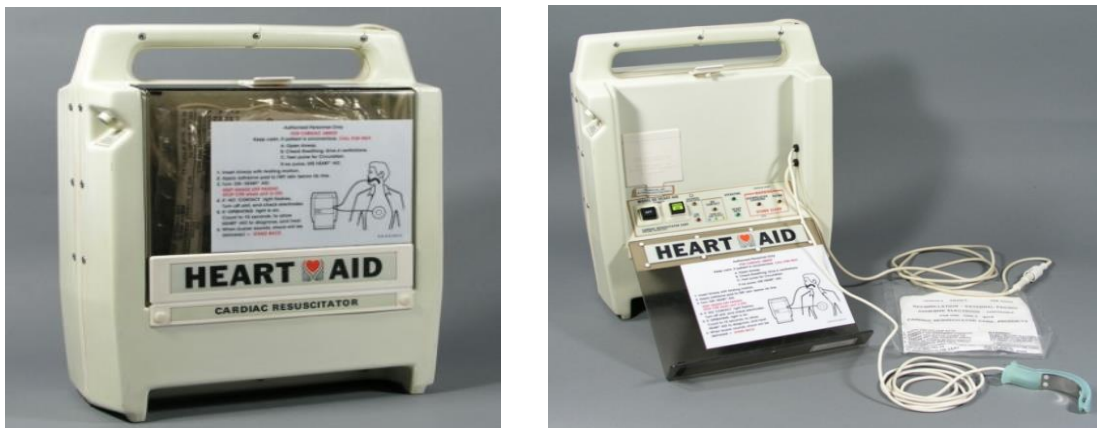
**Εικόνα 9.** Α. κοιλιακή μαρμαρυγή Β. κοιλιακή ταχυκαρδία  
**Πηγή:** LeMone et al, 2014

Πολλοί ερευνητές ασχολήθηκαν με την χορήγηση ηλεκτρικού ρεύματος σε καρδιές με θανατηφόρες αρρυθμίες. Από το 1879 ο Von Ziemssen, πειραματίστηκε για περισσότερο από μισό αιώνα στην επίδραση του ηλεκτρισμού στον άνθρωπο. Από τα πειράματά του αντιλήφθηκε, πως με τον ηλεκτρισμό μπορεί να αλλάξει ο καρδιακός ρυθμός, όχι μόνο εφαρμόζοντάς τον απευθείας στην καρδιά, αλλά και με την χορήγηση συνεχούς ρεύματος, διαμέσου του θωρακικού τοιχώματος (Fye, 1985).

Το 1930 δημιουργήθηκε ο πρώτος απινιδωτής ανοιχτού θώρακα, ο οποίος είχε την δυνατότητα να χορηγήσει ρεύμα σε καρδιά, που βρισκόταν σε θανατηφόρο αρρυθμία κοιλιακής μαρμαρυγής. Η συγκεκριμένη μέθοδος αποτέλεσε και τυπική διαδικασία σε περιπτώσεις κοιλιακής μαρμαρυγής. Στην πορεία διαπιστώθηκε ότι η καρδιά μπορούσε να απινιδωθεί και με ηλεκτρόδια στην επιφάνεια του θώρακα, χωρίς να χρειασθεί χειρουργείο. Σε αυτή την περίπτωση θα απαιτούταν εφαρμογή περισσότερης ενέργειας. Οι μελέτες συνεχίστηκαν στο Hopkins AC, όπου και αναπτύχθηκαν μονοφασικοί και διφασικοί απινιδωτές με πυκνωτές συνεχούς ρεύματος (Kouwenhoven, 1969).

Ο φορητός απινιδωτής ανακαλύφθηκε από τον James Francis Pantridge, ο οποίος μετά από πολλά χρόνια ερευνών, εγκατέστησε τον πρώτο φορητό απινιδωτή σε ασθενοφόρο του Μπέλφαστ το 1965. Ο φορητός απινιδωτής μελετήθηκε, για ένα διάστημα δεκαπέντε μηνών,

στη μεταφορά ασθενών με έμφραγμα του μυοκαρδίου και βοήθησε ώστε να μην σημειωθεί κανένας θάνατος μέχρι το νοσοκομείο (Pantridge, 1967). Ο πρώτος αυτοματοποιημένος φορητός απινιδωτής (Automated External Defibrillator, AED), δημιουργήθηκε από την Heart-Aid το 1970 με την ιδέα των Arch Diack, W. Stanley Welborn και Robert Rullman (εικόνα 10). Αποτελούνταν από έναν στοματοφαρυγγικό αεραγωγό που είχε πάνω του έναν ηλεκτρικό αισθητήρα και ένα μικρόφωνο κι από ένα ηλεκτρόδιο. Η λογική της λειτουργίας του ήταν ότι στην περίπτωση που το θύμα ανταποκρινόταν θα απόρριπτε τον στοματοφαρυγγικό αεραγωγό και δεν θα απαιτούνταν περαιτέρω βήματα. Στην περίπτωση που το θύμα θα ήταν αναισθητό, το μικρό μικρόφωνο θα λάμβανε τους ήχους της αναπνοής του θύματος και ο απινιδωτής δεν θα λειτουργούσε. Τέλος το μικρό τσιπ ανίχνευε την ηλεκτρική δραστηριότητα της καρδιάς μεταξύ του στοματοφαρυγγικού και του ηλεκτροδίου και υπολόγιζε αν το θύμα χρειαζόταν απινίδωση ή όχι. Ο συγκεκριμένος απινιδωτής μπορούσε να χρησιμοποιηθεί από το κοινό και στην εξέλιξή του αναπτύχθηκαν δύο σημαντικές καινοτομίες, που ήταν οι φωνητικές οδηγίες στον διασώστη και τα αυτοκόλλητα ηλεκτρόδια απινίδωσης. (Heart-Aid Defibrillator, NEMSM, 2023).



**Εικόνα 10.** Ο πρώτος αυτόματος εξωτερικός απινιδωτής της Heart-Aid  
**Πηγή:** Heart-Aid Defibrillator, NEMSM, derived 6 February, 2023 from <https://emsmuseum.org/collections/archives/defibrillators/heartaid/#tab-id-1>

Οι σημερινοί αυτόματοι εξωτερικοί απινιδωτές λειτουργούν με την χρήση δύο αυτοκόλλητων ηλεκτροδίων μιας χρήσης (εικόνα 11). Έχουν συνήθως δύο μπουτόν ένα ON/OFF και ένα για την χορήγηση του σοκ. Κάποιοι απινιδωτές έχουν μόνο ένα μπουτόν, γιατί συνήθως με το άνοιγμα του καπακιού τους ενεργοποιούνται αυτόματα. Μέσω των ηλεκτροδίων αναλύουν τον καρδιακό ρυθμό του θύματος και δίνουν οδηγία για απινίδωση ή όχι. Η εντολή για απινίδωση δίνεται όταν ανιχνευθεί μία από τις δύο θανατηφόρες αρρυθμίες. Όταν χρειασθεί απινίδωση φορτίζουν αυτόματα στα προβλεπόμενα Joules και ειδοποιούν τον διασώστη ώστε να πατήσει

το κουμπί του σοκ. Με την χορήγηση του ηλεκτρικού ρεύματος η καρδιά σταματά στιγμιαία και υπάρχουν πολλές πιθανότητες να βγει από την θανατηφόρο αρρυθμία, βρίσκοντας δικό της ρυθμό. Για κάθε λεπτό που περνάει και το θύμα δεν απινιδώνεται το προσδόκιμο επιβίωσης πέφτει 7 – 10 % (American heart Association, What Is an Automated External Defibrillator?, 2023).



**Εικόνα 11.** Αυτόματος εξωτερικός απινιδωτής  
**Πηγή:** ERC

### **3.8. Η ΚΑΡΔΙΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ ΣΗΜΕΡΑ**

Οι κατευθυντήριες οδηγίες του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Αναζωογόνησης του 2015, που αποτελούν και τις τελευταίες αναθεωρημένες οδηγίες του βασικού αλγόριθμου της υποστήριξης της ζωής, επισημαίνουν την αλληλεξάρτηση μεταξύ του πρώτου ανταποκριτή που παρέχει ΚΑΡΠΑ, της εξειδικευμένης βοήθειας και της έγκαιρης απινίδωσης (εικόνα 12). Η αποτελεσματική συνέργεια των παραπάνω είναι καθοριστική, για την επιβίωση ενός θύματος ενδονοσοκομειακής αλλά και εξωνοσοκομειακής ανακοπής (Soar et al, 2015).



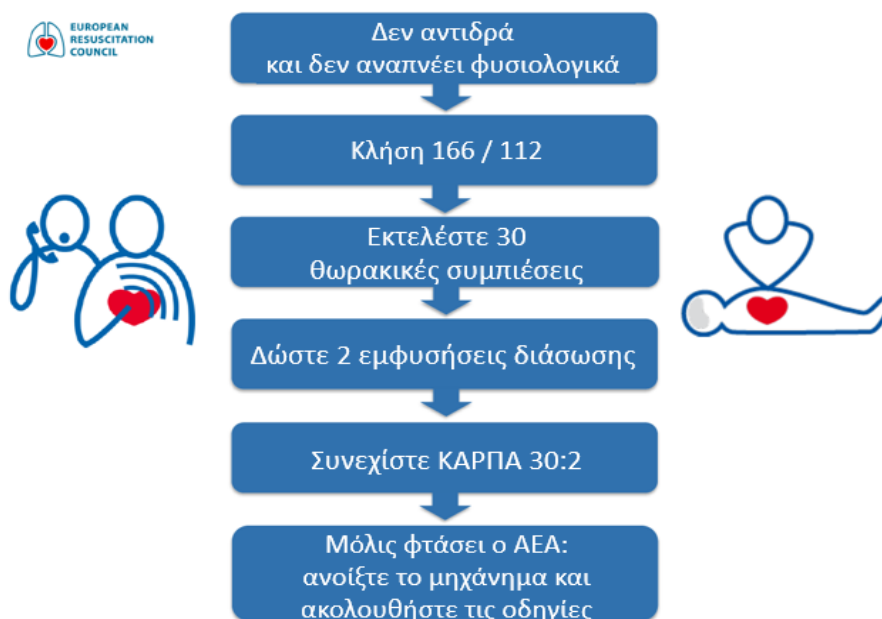
**Εικόνα 12.** Η αλληλεπίδραση του πρώτου ανταποκριτή, της εξειδικευμένης βοήθειας και της άμεσης χρήσης του απινιδωτή  
**Πηγή:** ERC

Η αλυσίδα της επιβίωσης συνοψίζει τους σημαντικούς κρίκους που απαιτούνται για την επιτυχία της ανάνηψης ενός θύματος, που κινδυνεύει να υποστεί ή έχει υποστεί ανακοπή (εικόνα 13). Σύμφωνα με αυτήν ο πρώτος κρίκος αφορά στην ταχεία αναγνώριση της επιδείνωσης του θύματος και την κλήση για βοήθεια, ο δεύτερος την ταχεία έναρξη ΚΑΡΠΑ προκειμένου να κερδηθεί χρόνος και να περιοριστεί η καταστροφή του μυοκαρδίου, ο τρίτος την ταχεία απινίδωση για την επανέναρξη της λειτουργίας της καρδιάς και ο τέταρτος κρίκος την φροντίδα μετά την αναζωογόνηση για την επίτευξη της καλύτερης ποιότητας ζωής (Monsieurs et al, 2015).



**Εικόνα 13.** Η αλυσίδα της επιβίωσης  
Πηγή: ERC

Η ΚΑΡΠΑ από εκπαιδευμένους πολίτες καθώς και η χρήση του αυτόματου εξωτερικού απινιδωτή, εμπεριέχονται στον αλγόριθμο της βασικής υποστήριξης της ζωής του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Αναζωογόνησης (εικόνα 14).



**Εικόνα 14.** Αλγόριθμος Βασικής Υποστήριξης της Ζωής  
Πηγή: ERC

Σύμφωνα με τον αλγόριθμο του ERC, ο ανανήπτης αφού πλησιάσει με ασφάλεια το θύμα εκτελεί έναν διπλό έλεγχο. Στον πρώτο έλεγχο προσπαθεί να αντιληφθεί αν το θύμα αντιδρά δίνοντάς του ένα απτικό και ένα ακουστικό ερέθισμα. Ταρακουνάει ελαφρά τους ώμους του θύματος και φωνάζει από μία φορά σε κάθε αφτί «είσαι καλά;» (εικόνα 15). Στον δεύτερο έλεγχο κάνει έλεγχο της αναπνοής. Με ένα διπλό χειρισμό (έκταση κεφαλής και ανύψωση κάτω γνάθου), ανοίγει τον αεραγωγό του θύματος και σκύβοντας με το αφτί του κοντά στο στόμα και την μύτη του θύματος, ελέγχει αν το θύμα αναπνέει (εικόνα 16). Βλέπει αν κινείται ο θώρακας, ακούει αν υπάρχει εκπνοή και αισθάνεται την θέρμη της εκπνοής του θύματος. Αν για δέκα πραγματικά δευτερόλεπτα δεν υπάρχει αναπνοή, τότε το θύμα είναι σε ανακοπή. Δεν πρέπει να συγχυστεί ο προθανάτιος ρόγχος με φυσιολογική αναπνοή. Είναι ένδειξη ανακοπής (Monsieurs et al, 2015).



**Εικόνα 15.** Έλεγχος αντίδρασης

**Εικόνα 16.** Έλεγχος αναπνοής

**Πηγή:** ERC

Σύμφωνα με τον αλγόριθμο η επόμενη ενέργεια του ανανήπτη, είναι η κλήση της εξειδικευμένης βοήθειας (166 – 112). Αυτή μπορεί να γίνει με κλειστή ή ανοικτή ακρόαση, έτσι ώστε να υπάρχει και η δυνατότητα της άμεσης έναρξης ΚΑΡΠΑ, είτε από τον ίδιο τον ανανήπτη είτε από άλλον παρευρισκόμενο βοηθό ο οποίος αναλαμβάνει να φέρει και τον ΑΕΔ (εικόνα 17).



**Εικόνα 17.** Κλήση 166 – 112  
Πηγή: ERC

Αμέσως μετά την κλήση της εξειδικευμένης βοήθειας ξεκινάει η ΚΑΡΠΑ. Εκτελούνται 30 θωρακικές συμπίεσεις στο κέντρο του θώρακα του θύματος, με ρυθμό 100 – 120/λεπτό, 5 – 6 εκατοστά βάθος ή το 1/3 της προσθιοπίσθιας διαμέτρου του θώρακα (εικόνα 18). Η βάση της παλάμης του ενός χεριού εφαρμόζει στο κάτω μισό του στέρνου. Από πάνω της τοποθετείται η άλλη παλάμη, τα δάκτυλα της οποίας πλέκονται με αυτά της κάτω, που παραμένουν όμως ανοικτά. Τα άνω άκρα ακουμπούν τεντωμένα και κάθετα πάνω στον θώρακα του θύματος και ξεκινούν οι συμπίεσεις, εφαρμόζοντας ίδιο χρόνο συμπίεσης και αποσυμπίεσης (Monsieurs et al, 2015).



**Εικόνα 18.** Τοποθέτηση χεριών και σώματος για την έναρξη ΚΑΡΠΑ  
Πηγή: ERC



Μετά τις 30 θωρακικές συμπίεσεις εκτελούνται δύο εμφυσέςεις (εικόνα 19). Γίνεται καταρχάς διάνοιξη του αεραγωγού με έκταση της κεφαλής και ανύψωση της κάτω γνάθου, ενώ παράλληλα με τον αντίχειρα και τον δείκτη του χεριού, που είναι προς το μέτωπο κλείνεται η μύτη του θύματος, ώστε να μην υπάρχει απώλεια αέρα κατά την εμφύσηση. Εν συνεχεία εφαρμόζεται το στόμα του ανανήπτη γύρω από το στόμα του θύματος και χορηγούνται δύο εμφυσέςεις (δύο φυσιολογικές εκπνοές με διάρκεια ένα δευτερόλεπτο η καθεμία). Ο χρόνος που αφιερώνει ο ανανήπτης για την δύο εμφυσέςεις, δεν πρέπει να είναι πάνω από δέκα δευτερόλεπτα. Μετά τις εμφυσέςεις συνεχίζονται οι θωρακικές συμπίεσεις και ακολουθείται ο αλγόριθμος 30 συμπίεσεις / 2 εμφυσέςεις (Monsieurs et al, 2015).



**Εικόνα 19.** Διάνοιξη αεραγωγού και χορήγηση εμφυσέςεων  
Πηγή: ERC

### **3.9. ΚΑΡΔΙΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΗΣΗ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΑΥΤΟΜΑΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΟΥ ΑΠΙΝΙΔΩΤΗ**

Η χρήση του AED στα πρώτα 3-5 λεπτά της ανακοπής, μπορεί να αυξήσει την επιβίωση κατά 50 – 70%. Είναι κατανοητό επομένως πως πρέπει να υπάρχει εκτεταμένο δίκτυο απινιδωτών στην κοινότητα καθώς και εκπαιδευμένοι ανανήπτες (Monsieurs et al, 2015). Είναι πολύ σημαντικό να ξεκινήσει άμεσα η ΚΑΡΠΑ σε θύμα που δεν αναπνέει, προκειμένου να κερδηθεί χρόνος έως την άφιξη του AED. Με την άφιξη του AED ο ανανήπτης οφείλει να σταματήσει την διαδικασία της ΚΑΡΠΑ και να συνδέσει τον απινιδωτή, ακολουθώντας τις φωνητικές οδηγίες. Στην περίπτωση που υπάρχει και δεύτερος ανανήπτης τότε η ΚΑΡΠΑ συνεχίζεται από τον πρώτο ανανήπτη και ο δεύτερος χειρίζεται τον απινιδωτή εκτελώντας τις φωνητικές οδηγίες του. Με την ενεργοποίησή του ο απινιδωτής δίνει φωνητικές οδηγίες ώστε να εφαρμοστούν τα αυτοκόλλητα ηλεκτρόδια στα ενδεδειγμένα σημεία, στο στήθος του θύματος. Το ένα ηλεκτρόδιο τοποθετείται κάτω από την δεξιά κλείδα και το άλλο κάτω από την αριστερή μασχάλη στην μέση μασχαλιαία γραμμή (εικόνα 20).



**Εικόνα 20.** Σημεία τοποθέτησης ηλεκτροδίων απινιδωτή  
**Πηγή:** ERC

Εν συνεχεία ο απινιδωτής, καθοδηγεί τον διασώστη ώστε να συνδεθεί το βύσμα των ηλεκτροδίων, στο προβλεπόμενο σημείο της συσκευής. Αφού γίνει η σύνδεση ενημερώνει πως γίνεται ανάλυση ρυθμού. Στην συγκεκριμένη φάση ο ανανήπτης πρέπει να ελέγξει ότι δεν αγγίζει κανείς το θύμα, ούτε ο ίδιος, έτσι ώστε να μην επηρεασθεί η ανάλυση του AED (εικόνα 21). Ο απινιδωτής μετά την ανάλυση του ρυθμού του θύματος θα συστήσει απινίδωση ή δεν θα συστήσει απινίδωση.



**Εικόνα 21.** Ανάλυση ρυθμού του θύματος από τον απινιδωτή  
**Πηγή:** ERC

Στην πρώτη περίπτωση, που συστήνεται απινίδωση, θα ενημερώσει ότι φορτίζει στα προβλεπόμενα joules και όταν φτάσει σε αυτά, τότε το μπουτόν του σοκ θα ανάψει, ενώ παράλληλα θα ακούγεται και ένας δυνατός ήχος από τον AED. Στο σημείο αυτό ο ανανήπτης

αφού ελέγξει πως δεν έρχεται σε επαφή κανείς με το θύμα, ούτε ο ίδιος, εκτελεί απινίδωση, πατώντας το μπουτόν της απινίδωσης (εικόνα 22).

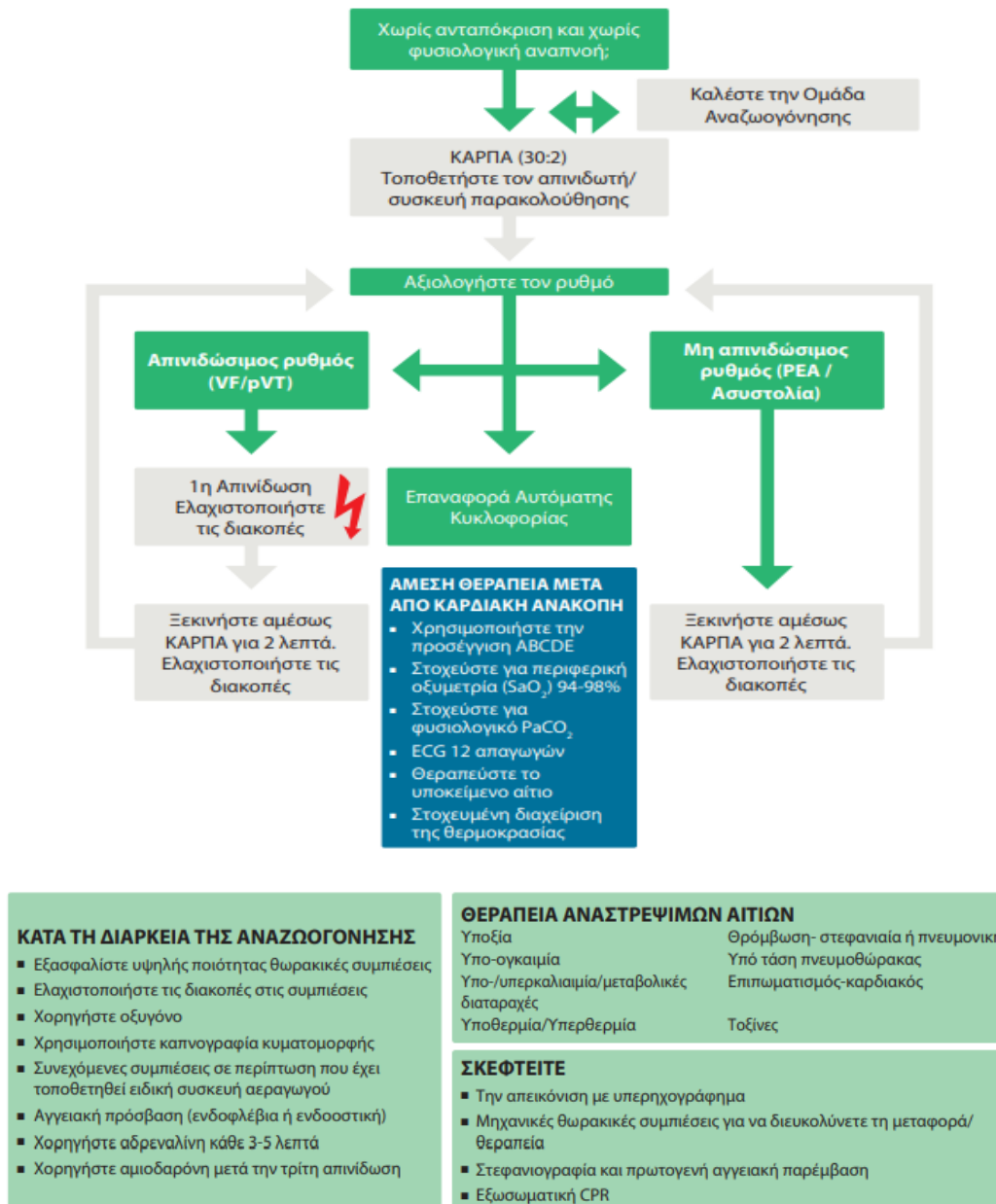


**Εικόνα 22.** Εκτέλεση ασφαλούς απινίδωσης  
**Πηγή:** ERC

Αμέσως μετά ο ανανήπτης ξεκινάει ΚΑΡΠΑ. Στην δεύτερη περίπτωση που δεν συστήνεται απινίδωση, ο απινιδωτής ενημερώνει τον διασώστη να συνεχίσει ΚΑΡΠΑ (Monsieurs et al, 2015).

### **3.10. ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΖΩΗΣ**

Στην ενδονοσοκομειακή ανακοπή η διαφοροποίηση ανάμεσα στην βασική και στην εξειδικευμένη υποστήριξη της ζωής δεν υφίσταται, αλλά η μία είναι αδιάσπαστο κομμάτι της άλλης. Σε όλες τις ενδονοσοκομειακές ανακοπές θα πρέπει η ανακοπή να διαπιστώνεται άμεσα, να καλείται η βοήθεια της ομάδας αναζωογόνησης, με την χρήση συγκεκριμένου αριθμού τηλεφώνου και να ξεκινά άμεσα η βασική υποστήριξη της ζωής από τον πρώτο ανταποκριτή κι αν είναι δυνατό να εφαρμόζεται η απινίδωση (εφόσον απαιτείται), στα πρώτα τρία λεπτά (εικόνα 23).

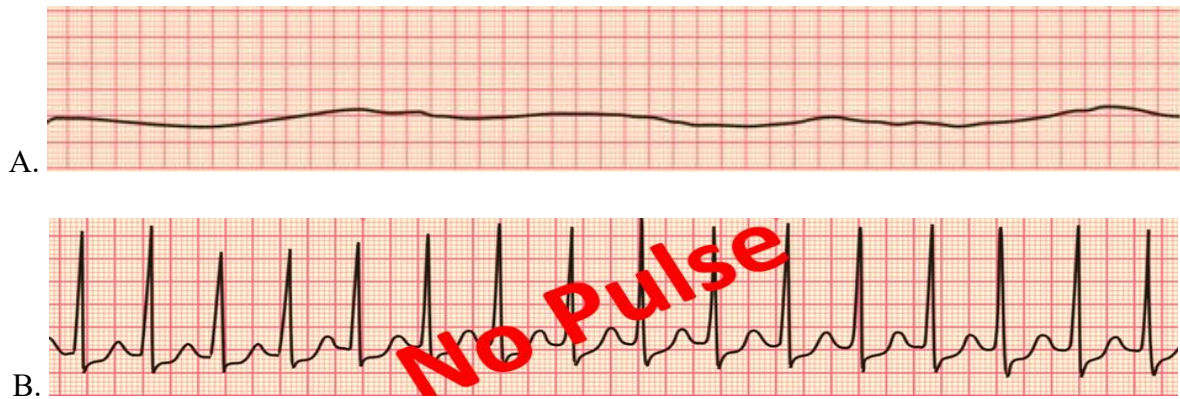


**Εικόνα 23.** Αλγόριθμος εξειδικευμένης υποστήριξης της ζωής (ALS)

Πηγή: ERC

Με την άφιξη της ομάδας αναζωογόνησης ακολουθείται ο αλγόριθμος της εξειδικευμένης υποστήριξης της ζωής (Advanced Live Support – ALS). Σύμφωνα με τον συγκεκριμένο αλγόριθμο, κάθε δύο λεπτά γίνεται ανάλυση καρδιακού ρυθμού και η αξιολόγησή του. Σε περίπτωση απινιδώσιμου ρυθμού γίνεται ασφαλή απινίδωση, ενώ μετά την τρίτη απινίδωση, χορηγείται 1mg αδρεναλίνης iv και 300 mg αμιωδαρόνης iv. Η χορήγηση της αδρεναλίνης επαναλαμβάνεται κάθε δύο κύκλους ΚΑΡΠΑ (3-5 λεπτά), ενώ μπορούν να χορηγηθούν ακόμη μία φορά 150 mg αμιωδαρόνης iv, μετά την πέμπτη απινίδωση. Σε περίπτωση μη απινιδώσιμου ρυθμού όπως είναι η ασυστολία ή η άσφυγη ηλεκτρική δραστηριότητα (pulseless electrical

activity – PEA), συνεχίζεται η ΚΑΡΠΙΑ και χορηγείται 1mg αδρεναλίνης iv, κάθε 3 – 5 λεπτά (εικόνα 24). Στην διάρκεια της εξειδικευμένης υποστήριξης της ζωής η ομάδα ανάνηψης καλείται να ανιχνεύσει και να θεραπεύσει τα αναστρέψιμα αίτια, τα οποία πιθανόν να οδήγησαν στην ΚΑ όπως είναι η υποξία, η υποογκαιμία, οι μεταβολικές διαταραχές, η υποθερμία - υπερθερμία, η θρόμβωση, ο υπό τάση πνευμοθώρακας, οι τοξίνες και ο καρδιακός επιπωματισμός (Soar et al, 2015).



**Εικόνα 24.** Α. Ασυστολία Β. Άσφυγμη ηλεκτρική δραστηριότητα  
Πηγή: ERC

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΝΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΗΘΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ ΠΟΥ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΥΝ ΤΗΝ ΖΩΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ**

## **4.1. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗΣ**

Η ΚΑΡΠΑ σε ανακοπή που προκαλείται από μια κατάσταση που δεν μπορεί να αναστραφεί, μπορεί να ματαιώνεται. Γιατρός και ασθενής μπορούν να πάρουν μια κοινή απόφαση ώστε να υπάρξει εντολή μη αναζωογόνησης σε περίπτωση ανακοπής. Μια τέτοια οδηγία δεν αναιρεί την χορήγηση φαρμάκων της παρηγορητικής φροντίδας, που σκοπό έχουν να ανακουφίσουν τους ασθενείς τελικού σταδίου (Κρανιδιώτης και συν, 2010).

Οι ασθενείς τελικού σταδίου και οι οικείοι τους, δυσκολεύονται να κατανοήσουν τι μπορεί να σημαίνει μια οδηγία μη αναζωογόνησης, ενώ μπορεί να τους προκληθεί περισσότερο άγχος ενώ είναι ήδη σε μια επιβαρυσμένη κατάσταση. Η διαρκής φθίνουσα πορεία της υγείας ενός ασθενούς τελικού σταδίου, ενισχύει την στάση πως οι επιθυμίες του, που αφορούν στην θεραπεία του μέσα στην οποία εμπεριέχεται και η αναζωογόνηση, θα πρέπει να συζητούνται πριν η σωματική και νοητική του ικανότητα εκπέσει. Έτσι καθορίζεται το όριο μέχρι το οποίο η θεραπεία δε θα είναι υπερβολική ενώ υφίσταται και η αυτονομία του ασθενή στην απόφαση αποφυγής οποιασδήποτε επιθετικής φροντίδας, που δεν θα πρόσδιδε κάποιο όφελος στις τελευταίες στιγμές της ζωής του. Με την διαρκή συζήτηση του γιατρού και του ασθενή τελικού σταδίου λαμβάνονται συμπεράσματα, που βγάζουν από την δύσκολη θέση και την οικογένειά του, η οποία πιθανόν κληθεί να αποφασίσει για θεραπείες, που ο ασθενής μπορεί να μην επιθυμούσε. Αν και συνήθως ο γιατρός διαπνέεται από έναν σοβαρό δισταγμό για την παραγγελία της μη αναζωογόνησης, επειδή αυτό προκαλεί άγχος και έλλειμμα ελπίδας στον ασθενή, πολλοί ασθενείς αναφέρουν ότι συζητήσεις σχετικές με μη αναζωογόνηση και λοιπές θεραπείες θα προτιμούσαν να γίνονταν νωρίς, πριν φτάσουν σε κατάσταση που δεν θα έχουν πλήρη διαύγεια και επικοινωνία (Robinson et al, 2012).

Η οδηγία της μη αναζωογόνησης πολλές φορές ερμηνεύεται ως ματαίωση ή αναστολή σε ένα σύνολο θεραπειών. Επειδή οι ασθενείς αντιλαμβάνονται ελάχιστα τα οφέλη της αναζωογόνησης, καθώς και τις συνέπειες αυτής, θα πρέπει ο γιατρός να εξηγεί με έναν

ξεκάθαρο και ρεαλιστικό τρόπο, τι επιλογές φροντίδας υπάρχουν στους ασθενείς τελικού σταδίου. Με αυτό τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα στον ασθενή, να συμμετέχει στην λήψη αποφάσεων για το τέλος της ζωής του. Μέσα στις αποφάσεις αυτές, που θα συμμετέχει και ο ίδιος ο ασθενής και έχουν να κάνουν με το συνολικό σχέδιο φροντίδας, είναι και η οδηγία για μη αναζωογόνηση. Στην περίπτωση που δεν είναι γνωστές οι επιθυμίες ενός ασθενούς θα ήταν σωστότερο να προγραμματίζονται και να πραγματοποιούνται παρεμβάσεις ώστε να εκτιμηθεί πλήρως η κατάσταση του ασθενούς (Hébert & Selby, 2014). Συνήθως οι εντολές μη αναζωογόνησης στους ασθενείς τελικού σταδίου, συνδέονται και με άλλους περιορισμούς περίθαλψης (Hemphill, 2007). Στην ΜΕΘ σε ασθενείς με πολλές συννοσηρότητες ή μεγάλους σε ηλικία, υπάρχουν πολλές πιθανότητες για οδηγία μη αναζωογόνησης. Το ίδιο μπορεί να ισχύσει και σε ασθενείς με νόσο τελικού σταδίου, όπου η εντολή μη αναζωογόνησης μπορεί να διαδραματίσει σπουδαίο ρόλο στην ποιότητα του επικείμενου θανάτου (Ouyang et al, 2020).

Στην καθημερινότητα, η ΚΑΡΡΙΑ πραγματοποιείται τακτικά σε βαρέως πάσχοντες, που βρίσκονται κοντά στον επικείμενο θάνατο, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη η επιθυμία του ασθενή για μη αναζωογόνηση ή οι συννοσηρότητές του. Συνεπώς η εντολή μη αναζωογόνησης μπορεί να συμβάλλει στην αποτροπή μιας μη επιθυμητής ή μάταιης ανάνηψης. Σήμερα η εντολή για μη αναζωογόνηση εμπεριέχεται μέσα σε ένα σχέδιο κλινικής φροντίδας. Το συγκεκριμένο σχέδιο είναι ουσιαστικά ένα έγγραφο φροντίδας, το οποίο συμπληρώνεται από τον γιατρό, αφού πρώτα επικοινωνήσει με τον ασθενή και τους οικείους του, με τους οποίους και συναποφασίζει το σχέδιο φροντίδας. Ουσιαστικά στο σχέδιο φροντίδας, περιλαμβάνονται, οδηγίες για μη αναζωογόνηση ή περιορισμοί για άλλες ιατρικές επεμβάσεις. Σημαντική παράμετρος στο σχέδιο κλινικής φροντίδας είναι η διαφανής και ειλικρινής επικοινωνία γιατρού – ασθενή και γιατρού – οικογένειας, η οποία και θα οδηγήσει στην από κοινού λήψη αποφάσεων, για την πορεία της φροντίδας (Dignam et al, 2021).

Το ηθικό δίλημμα που αντιμετωπίζεται σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς ή σε ασθενείς τελικού σταδίου είναι το αν οφείλουν οι επαγγελματίες υγείας να παρατείνουν την ζωή των συγκεκριμένων ασθενών με κάθε τρόπο και μέσο. Υπάρχει γενικά μια διαφοροποίηση απόψεων ανάμεσα στον γιατρό τον ασθενή και τους οικείους του, λόγω της διαφορετικής κρίσης του καθενός, για την κάθε περίπτωση φροντίδας, που απαιτεί να ληφθεί μια απόφαση (Μανωλάκου & Βιδάλης, ανακτήθηκε 9/2/2023).

## **4.2. ΑΠΟΧΗ ΑΠΟ ΠΡΑΞΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΥΝ ΤΗΝ ΖΩΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ**

Σύμφωνα με το άρθρο 299 του Ποινικού Κώδικα, στο Ελληνικό δίκαιο, η ανθρωποκτονία με δόλο τιμωρείται με την ποινή της ισόβιας κάθειρξης. Αυτός είναι και ο λόγος που οι γιατροί λαμβάνουν τα απαραίτητα μέτρα ώστε να αποσοβήσουν την επέλευση του θανάτου, σε έναν ασθενή, έστω και για σύντομο χρονικό διάστημα. Η εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας χρησιμοποιείται από τους γιατρούς, προκειμένου να διατηρήσει στην ζωή έναν ασθενή, ακόμα και στην περίπτωση που δεν υπάρχει πιθανότητα αποφυγής του θανάτου του. Αυτό συνεπάγεται απλά την μεγαλύτερη ταλαιπωρία του ασθενή, που δεν έχει προσδόκιμο επιβίωσης. Πολλές φορές προκύπτουν διλήμματα, ειδικά σε ασθενείς των ΜΕΘ, όπου και τα κρεβάτια είναι περιορισμένα. Ασθενείς που δεν έχουν προσδόκιμο επιβίωσης και βρίσκονται στην πορεία προς τον θάνατο, καταλαμβάνουν κρεβάτι ΜΕΘ, το οποίο στερούνται ασθενείς που χρειάζονται εντατική θεραπεία και έχουν προοπτική βελτίωσης. Σε τέτοιες περιπτώσεις ο γιατρός προσπαθεί να προσεγγίσει τους συγγενείς του ασθενή, προκειμένου να αντιληφθεί την στάση τους και την επιθυμία τους, για την πορεία του ανθρώπου τους. Σε αρκετές περιπτώσεις δεν υπάρχει ταύτιση στις αποφάσεις τους, ενώ δεν είναι και ξεκάθαρος ο ακριβής αριθμός των οικείων (Γνώμη, Αποχή από πράξεις παράτασης της ζωής, Νομική Σχολή, ΑΠΘ).

Το έγκλημα της ανθρωποκτονίας δεν προκαλείται μόνο με τις πράξεις του γιατρού, αλλά και από τις παραλήψεις του, οι οποίες θα μπορούσαν να ανατρέψουν μια επικίνδυνη κατάσταση προς τον ασθενή, που θα μπορούσε να οδηγήσει στον θάνατό του. Οι παραβάσεις, των νομικών υποχρεώσεων των γιατρών επιφέρουν και αστικές ευθύνες. Έτσι με βάση το άρθρο 928 και 932 του Αστικού Κώδικα, ο υγειονομικός υποχρεούται σε αποζημίωση για παράνομη πρόκληση θανάτου και χρηματική ικανοποίηση των συγγενών του θανούντος. Όμως η υποχρέωση αυτή των υγειονομικών έχει και κάποια όρια, πέρα από τα οποία η νομική υποχρέωση για την λήψη μέτρων παράτασης της ζωής, σταματάει να υφίσταται. Έτσι στις περιπτώσεις που ο ασθενής δεν επιθυμεί να εφαρμοστούν τα παραπάνω μέτρα ή όταν ο ασθενής δεν μπορεί να εκφράσει την βούλησή του, λόγω της κατάστασής του και παράλληλα η χρήση των συγκεκριμένων μέτρων κρίνεται άσκοπη, η υποχρέωση των υγειονομικών παύει να υπάρχει. Στην περίπτωση που ο ασθενής δύναται να δηλώσει την επιθυμία του, το πρόβλημα έγκειται στην θεσμοθέτηση των προγενέστερων οδηγιών για το τέλος της ζωής του (θεσμοθέτηση που δεν υφίσταται) και στην εξασφάλιση εγκυρότητας της συγκεκριμένης δήλωσης. Το δεύτερο σοβαρό πρόβλημα είναι ο προσδιορισμός του χρονικού σημείου, απ' όπου ο ασθενής παύει να έχει έγκυρη βούληση, ξεκινώντας η διαδικασία του θανάτου του και συνεπώς η παράλειψη του



υγειονομικού, δεν έχει πια νομικό ενδιαφέρον. Σε μια τέτοια περίπτωση η διακοπή της λήψης μέτρων για παράταση της ζωής, για πολύ μικρό χρονικό διάστημα, παρατείνοντας την επιθανάτια, αγωνία, δεν αποτελεί καταδικαστέα πράξη για τους υγειονομικούς. Ένας πιο σαφής προσδιορισμός της διαδικασίας προς το θάνατο ή αλλιώς της τελικής μάχης με το θάνατο αναφέρεται στο χρονικό εκείνο σημείο, όπου δεν υπάρχει ούτε η ελάχιστη ελπίδα επιβίωσης, άσχετα με την πληθώρα των μέτρων που θα παρθούν και τις επεμβάσεις που θα γίνουν στον ασθενή τελικού σταδίου (Γνώμη, Αποχή από πράξεις παράτασης της ζωής, Νομική Σχολή, ΑΠΘ). Στην συγκεκριμένη λογική βαδίζει και η εισήγηση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής (27/01/2006), που αναφέρεται στην τεχνητή παράταση της ζωής. Μάλιστα θεωρεί ως βλάβη του ασθενή την τεχνητή παράταση της ζωής, χωρίς να υπάρχει η ελπίδα θεραπείας, γεγονός που ίσως βιώνεται και από τον ίδιο τον ασθενή. Συνεπώς ο θεράπων οφείλει τόσο νομικά όσο και ηθικά να επικεντρώσει τις προσπάθειές του μόνο στην ανακουφιστική φροντίδα του ασθενούς τελικού σταδίου και να αποδεχθεί την έλευση του θανάτου, με κύριο στόχο την ήρεμη πορεία του ασθενούς προς αυτόν. Στον Κώδικα Ιατρικής δεοντολογίας, στο άρθρο 29, αναφέρεται πως: «ο γιατρός σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό της στάδιο, ακόμη κι αν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενούς» (άρθρο 29, Ν. 3418/2005). Αν και βάση του συγκεκριμένου άρθρου ο γιατρός οφείλει να προσφέρει παρηγορητική φροντίδα έως το τέλος της ζωής, δεν αποσαφηνίζεται παράλληλα αν απαλλάσσεται και από την υποχρέωση της συνέχισης των προσπαθειών για την παράταση της ζωής του ασθενούς τελικού σταδίου. Επίσης δεν διευκρινίζεται από το νόμο πότε τα θεραπευτικά περιθώρια εξαντλούνται και ποιος αποφασίζει ότι αυτά έχουν εξαντληθεί, γεγονός που προκαλεί ανασφάλεια και στους ιατρούς και στους ασθενείς (Γνώμη, Αποχή από πράξεις παράτασης της ζωής, Νομική Σχολή, ΑΠΘ).

### **4.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΟΙΚΕΙΩΝ**

Σχετικά με την τεχνητή παράταση της ζωής, έτσι όπως διατυπώθηκε από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής η συνέχιση των ιατρικών επεμβάσεων δεν μπορεί να βαραίνει μόνο τον ιατρό. Θα πρέπει να συμμετέχει σε αυτές και ο ίδιος ο ασθενής εφόσον είναι σε κατάσταση να εκφράσει την θέλησή του ή όταν αυτός δεν δύναται, η οικογένειά του. Η συμμετοχή όμως των οικείων δεν αναφέρεται καθόλου στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, στην περίπτωση που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να πάρει αποφάσεις για τον εαυτό του. Έτσι στο άρθρο 29 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας επισημαίνεται η υποχρέωση του γιατρού να συνεργάζεται με την

οικογένεια μόνο στις περιπτώσεις που έχουν να κάνουν με την παρηγορητική φροντίδα του ασθενή τελικού σταδίου. Συνεπώς η οικογένεια δεν μπορεί να απαιτήσει την συνέχιση της τεχνητής παράτασης της ζωής, όταν αυτή αποτελεί αποκλειστικό περιεχόμενο της ηθικής και επιστημονικής ελευθερίας του ιατρού σύμφωνα με το άρθρο 3 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, ο οποίος έχει δικαίωμα να αποφασίσει για την διακοπή των μέτρων της τεχνητής παράτασης της ζωής, σεβόμενος την ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

Η σύμφωνη γνώμη της οικογένειας προβλέπεται από το άρθρο 12 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, σε περιπτώσεις που ο ασθενής δεν δύναται να εκφράσει τη δική του βούληση. Όταν όμως κινδυνεύει η ζωή του ασθενή η επιθυμία της οικογένειας παρακάμπτεται από τον ιατρό. Συνεπώς υπάρχει ένα κενό νόμου, που αφορά στη σύμφωνη γνώμη των οικείων στις περιπτώσεις παράλειψης ιατρικών ενεργειών. Ο νόμος προβλέπει σύμφωνη γνώμη των οικείων μόνο για τις περιπτώσεις που είναι να πραγματοποιηθεί ιατρική πράξη και ο ασθενής δεν είναι σε θέση να αποφασίσει για αυτή. Η ασάφεια του συγκεκριμένου νομικού πλαισίου διατηρεί την ανασφάλεια τόσο στους γιατρούς όσο και στους ασθενείς.

#### **4.4. ΛΥΣΕΙΣ ΣΕ ΕΥΡΩΠΑΪΚΑ ΔΙΚΑΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ**

##### **ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ**

Από το 1976 το Συμβούλιο της Ευρώπης με την σύσταση 613 που αναφέρεται στα δικαιώματα των ασθενών τελικού σταδίου, δηλώνει πως είναι πεπεισμένο ότι αυτό που επιθυμούν οι ασθενείς τελικού σταδίου μιας νόσου, είναι να πεθάνουν με ηρεμία και αξιοπρέπεια κι αν γίνεται κοντά στους οικείους και τους φίλους τους (Resolution 613, 1976, Rights of the sick and dying, Parliamentary Assembly). Μια προέκταση της προηγούμενης σύστασης αποτελεί η 779 του 1976, του Συμβουλίου της Ευρώπης, όπου αναφέρεται πως η παράταση της ζωής δεν θα πρέπει να είναι ο μοναδικός σκοπός των ιατρών, αλλά θα πρέπει να σκοπεύουν εξίσου και στην ανακούφιση του πόνου των συγκεκριμένων ασθενών. Στην συγκεκριμένη σύσταση ζητήθηκε από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο να δημιουργηθούν εθνικές επιτροπές σε κάθε Ευρωπαϊκό κράτος, οι οποίες θα αποτύπωναν συγκεκριμένους κανόνες και οδηγίες, που θα περιγράφουν τον τρόπο αντιμετώπισης των ασθενών τελικού σταδίου, λαμβάνοντας υπόψη τα προβλήματα, που αντιμετωπίζουν οι υγειονομικοί από τις νομικές κυρώσεις, σε περιπτώσεις μη εφαρμογής μέσων για την παράταση της διαδικασίας του θανάτου (Recommendation 779, 1976, Rights of the sick and dying, Parliamentary Assembly). Αρκετά χρόνια έπειτα το 1999 έρχεται μια ακόμα σύσταση, η 1418 του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου, η οποία αναφερόμενη στα θεμελιώδη δικαιώματα της ανθρώπινης αξιοπρέπειας των ασθενών τελικού σταδίου,

επισημαίνει ότι τα συγκεκριμένα δικαιώματα απειλούνται από την χρήση δυσανάλογων ιατρικών μέσων, που οδηγούν στην τεχνητή παράταση της διαδικασίας θανάτου των συγκεκριμένων ασθενών (Recommendation 1418, 1999, Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying, Parliamentary Assembly).

Πολύ σημαντικός θεωρείται ο νόμος του Jean Leonetti, που ψηφίστηκε το 2004, με την συντριπτική πλειοψηφία του 98% από την Γαλλική Βουλή και είχε ως στόχο να οριοθετήσει τις ιατρικές πράξεις στήριξης της ζωής σε καταδικασμένους ασθενείς τελικού σταδίου. Ο συγκεκριμένος νόμος, που εκσυγχρονίστηκε το 2016, αναφέρεται καταρχάς στο δικαίωμα των ασθενών να γνωρίζουν πότε μπορούν να διακοπούν οι παρεμβάσεις των ιατρών, πάνω τους. Δίνει το δικαίωμα στους ιατρούς να χορηγούν παρηγορητικές θεραπείες στους ασθενείς τελικού σταδίου ανίατης ασθένειας, ακόμα κι αν αυτή η παρέμβαση επισπεύσει την διαδικασία του θανάτου και απαγορεύει την ευθανασία καθώς και τις εξαντλητικές θεραπείες στους παραπάνω ασθενείς (Aubry et al, 2016).

#### **4.5. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΘΕΣΠΙΣΗΣ ΚΑΝΟΝΩΝ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ**

Με την λογική, πως υπάρχει ποινικό και αστικό αδίκημα, αν ο γιατρός δεν συμπεριλάβει όλα τα απαραίτητα μέσα, για να κρατήσει στη ζωή έναν ασθενή, που δεν έχει εκφράσει διαφορετική επιθυμία και έχοντας υπόψη πως η ευθύνη του γιατρού παύει να υφίσταται από την στιγμή, που οτιδήποτε αποφασίσει να κάνει απλά παρατείνει την διαδικασία του θανάτου και δεν βοηθά στη βελτίωση της υγείας του, γίνεται κατανοητό πως ο νομοθέτης θα πρέπει να θεσμοθετήσει συγκεκριμένους κανόνες για την στάση και τις υποχρεώσεις των γιατρών και των υγειονομικών στο τελικό στάδιο μιας ανίατης νόσου.

Συνεπώς θα πρέπει να διασαφηνιστούν τα παρακάτω:

- Θα πρέπει να προσδιοριστεί πότε πρέπει να σταματήσουν οι ιατρικές πράξεις που οδηγούν σε τεχνητή παράταση της ζωής. Αυτό θα γίνει αφού ληφθεί υπόψη ότι οι συγκεκριμένες πράξεις σκοπό έχουν να αντιμετωπίσουν μια επικίνδυνη κατάσταση για την πορεία της νόσου κι όχι να έχουν αποκλειστικό στόχο την παράταση της ζωής. Έτσι ο γιατρός θα πρέπει να λαμβάνει τα συγκεκριμένα μέτρα που θα βελτιώσουν την υγεία του ασθενούς.
- Θα πρέπει σε κάθε υγειονομική μονάδα να λειτουργεί ένα ιατρικό συμβούλιο, που κύριο σκοπό θα έχει να λαμβάνει αποφάσεις σχετικά με το μη αναστρέψιμο μιας κατάστασης υγείας ενός ασθενούς τελικού σταδίου.

- Η οικογένεια του ασθενούς θα πρέπει να ενημερώνεται αναλυτικά από τον θεράποντα για την κατάσταση του ασθενούς, αλλά δεν θα πρέπει να έχει το δικαίωμα απαίτησης της συνέχισης της τεχνητής υποστήριξης της ζωής του, όταν αυτή κρίνεται ανώφελη. Φυσικά και θα πρέπει να τους δοθεί η δυνατότητα να απευθυνθούν σε ένα δευτεροβάθμιο συμβούλιο, καθώς και να τοποθετήσουν έμπιστό τους άτομο ως εμπειρογνώμονα στα συγκεκριμένα συμβούλια, χωρίς όμως δικαίωμα ψήφου.
- Τέλος θα πρέπει να καθοριστούν με συγκεκριμένες οδηγίες, ο τρόπος μεταχείρισης των ασθενών τελικού σταδίου, καθώς και της οικογένειάς τους και να προσδιοριστούν οι λόγοι και οι προϋποθέσεις συνέχισης των μέτρων παράτασης της ζωής.

Μόνο έτσι και οι γιατροί θα είναι νομικά καλυμμένοι αλλά και οι ασθενείς θα καταλάβουν πως η ζωή τους δεν εγκαταλείπεται στην σωστή ή λάθος κρίση ενός γιατρού ή ενός ατόμου του οικογενειακού τους περιβάλλοντος (Γνώμη, Αποχή από πράξεις παράτασης της ζωής, Εργαστήριο Μελέτης Ιατρικού Δικαίου, Νομική Σχολή, ΑΠΘ).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΓΝΩΣΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ**

Τα κοινωνικογνωστικά μοντέλα αποτελούν θεωρίες, που εντάσσονται στην Ψυχολογία της Υγείας και βοηθούν στην αντίληψη και κατανόηση της συμπεριφοράς των ανθρώπων σε θέματα σχετικά με την υγεία και την ασθένεια. Τα συγκεκριμένα μοντέλα, εξετάζουν πολλές μεταβλητές, οι οποίες ενδεχομένως να επηρεάζουν την υιοθέτηση των παραπάνω συμπεριφορών, ενώ προσπαθούν και να προβλέψουν συμπεριφορές (Κουλιεράκης και συν, 2000). Για να αξιολογηθεί όμως επιτυχώς η συμπεριφορά, θα πρέπει να υπάρξει ένας συνδυασμός των συγκεκριμένων θεωριών (Rimer & Glanz, 2005).

Τα κοινωνικογνωστικά μοντέλα διαφέρουν σαφώς, λόγω του περιεχομένου των γνωστικών χαρακτηριστικών τους και λόγω του σκοπού που εφαρμόζονται. Χαρακτηρίζονται από πολλούς ως στατικά μοντέλα, αν και περιέχουν αρκετές δυναμικές διαδικασίες. Μια άλλη κριτική που δέχονται αφορά στο ότι οι συμπεριφορές δεν διαμορφώνονται με τρόπο τέτοιο ώστε να παίρνονται οι λογικές αποφάσεις, αλλά απεναντίας βιαστικές αποφάσεις, επειδή οι συμμετέχοντες σε αυτά δεν είναι ενήμεροι για όλες τις εναλλακτικές, καθώς και για τις συνέπειες που μπορεί να προκύψουν από τις αποφάσεις τους (Sutton, 2002).

### **5.1. ΜΟΝΤΕΛΑ ΑΞΙΑΣ – ΠΡΟΣΔΟΚΙΑΣ**

Τα μοντέλα αξίας προσδοκίας προσπαθούν να προσδιορίσουν συμπεριφορές αναφορικά με την υγεία, χρησιμοποιώντας γνωστικούς παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να υποστούν αλλαγές σε σχέση με κάποιους άλλους (π.χ. προσωπικότητα). Με λίγα λόγια προσπαθούν να αλλάξουν πεποιθήσεις και στάσεις των ανθρώπων πάνω σε θέματα υγείας, παρακινώντας τους και αλλάζοντας την συμπεριφορά τους. Τα συγκεκριμένα μοντέλα είναι το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία και η Θεωρία Κινητοποίησης για την Προστασία της Υγείας, τα οποία θα αναπτυχθούν παρακάτω (Χαραλάμπους & Τσίτση, 2010).

#### **5.1.1. Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία**

Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (ΜΠΥ) δημιουργήθηκε στην δεκαετία του 1950, από τους Godfrey Hochbaum, Irwin Rosenstock και Stephen Kegels, που ήταν κοινωνικοί ψυχολόγοι και ερευνητές. Σκοπός τους ήταν να εξηγήσουν γιατί κάποιοι άνθρωποι δεν ελάμβαναν προληπτικά μέτρα ώστε να προλάβουν την εμφάνιση μιας νόσου (Janz & Becker, 1984). Ένα πρόγραμμα πρόληψης, που είχε να κάνει με την πρόληψη από την φυματίωση, το οποίο και απέτυχε, οδήγησε τους επιστήμονες στο συμπέρασμα ότι το κάθε άτομο δρούσε απέναντι στην νόσο σύμφωνα με τις πεποιθήσεις του, που τον έκαναν ευάλωτο ή όχι απέναντι

σε αυτή και σύμφωνα με τις αντιλήψεις του για τα οφέλη της πρόληψης (Glanz & Rimer, 2005). Υπήρξε λοιπόν η ανάγκη να δημιουργηθεί ένα μοντέλο με το οποίο θα εφαρμοζόταν σε συγκεκριμένο πληθυσμό – στόχο, κάποιο πρόγραμμα πρόληψης υγείας (Κουλιεράκης και συν, 2000). Διαπιστώθηκε το 1974 από τον Rosenstock πως τα δημογραφικά δεδομένα όπως το φύλο, η ηλικία, η οικονομική κατάσταση κ.ά. επιδρούσαν πάνω στην λήψη της απόφασης για πρόληψη υγείας, όμως δεν τροποποιούσαν την συμπεριφορά των ατόμων. Με την αγωγή υγείας όμως οι πεποιθήσεις των συγκεκριμένων ατόμων για την νόσο και την πρόληψή της, μπορούσαν να μεταβληθούν (Rosenstock, 1974). Το ίδιο επισήμαναν το 1996 οι Sheeran και Abraham, ότι οι πεποιθήσεις για την υγεία, είναι ατομικά χαρακτηριστικά που μπορούν να επηρεασθούν και να διαφοροποιηθούν (Κουλιεράκης και συν, 2000).

Σύμφωνα με το ΜΠΥ κάθε άνθρωπος συμπεριφέρεται με βάση δύο μεταβλητές, που είναι η αξία ενός στόχου που έχει τεθεί (π.χ. η επιθυμία αποφυγής μιας ασθένειας) και η εκτίμηση για την πιθανή επιτυχία του συγκεκριμένου στόχου, σύμφωνα με μια συγκεκριμένη ακολουθία δράσης (Janz & Becker, 1984). Το ΜΠΥ εδραιώθηκε το 1977 από την Δημόσια Υπηρεσία Υγείας των ΗΠΑ (Μπογιατζίδης, 2003).

#### **5.1.1.1. Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία και οι διαστάσεις του**

Η **πρόσληψη μιας απειλής** και η **αξιολόγηση της συμπεριφοράς** είναι οι δύο άξονες, σχετικοί με την υγεία, πάνω στους οποίους στηρίζεται το ΜΠΥ (Κουλιεράκης και συν., 2000). Η πρόσληψη μιας απειλής εμπεριέχει την **υποκειμενική αντίληψη της τρωτότητας**, όπου ένας άνθρωπος έχει μια υποκειμενική αντίληψη για τον κίνδυνο εμφάνισης μιας νόσου (Rosenstock, 1966) και την **υποκειμενική αντίληψη της σοβαρότητας**, όπου φαίνεται ο βαθμός της σοβαρότητας που προσδίδει ένα άτομο σε μια νόσο και τις πιθανές επιπλοκές της, στην περίπτωση που νοσήσει από αυτή (Hayden, 2009). Η αξιολόγηση της συμπεριφοράς περιλαμβάνει την **υποκειμενική αντίληψη των οφελών** και την **υποκειμενική αντίληψη για τα εμπόδια – κόστη**. Η υποκειμενική αντίληψη των οφελών αναφέρεται στα οφέλη από τις ενέργειες του ατόμου, που σκοπό έχουν να μειώσουν την πιθανότητα εμφάνισης μιας νόσου και ουσιαστικά να την προλάβουν (Glanz & Rimer, 2005). Η υποκειμενική αντίληψη για τα εμπόδια – κόστη αναφέρεται στην αξιολόγηση που γίνεται από το άτομο, στην περίπτωση που ακολουθηθεί η συμπεριφορά της πρόληψης. Εμπόδια όπως οικονομικά κόστη και παρενέργειες που πιθανόν προκύψουν, αξιολογούνται από το άτομο το οποίο αποφασίζει ανάλογα για την δράση του (Hayden, 2009).

Οι παραπάνω διαστάσεις που αναφέρονται στο ΜΠΥ, δηλαδή η τρωτότητα, η σοβαρότητα, τα οφέλη και τα εμπόδια δίνουν την ώθηση και την βοήθεια σε ένα άτομο να επιλέξει τον τρόπο

που θα δράσει. Παράλληλα όμως με τις παραπάνω διαστάσεις θα πρέπει να υπάρχουν και κάποιες άλλες ενδείξεις που θα κινητοποιήσουν το άτομο (Κουλιεράκης και συν., 2000). Αυτές μπορούν να αφορούν ενδείξεις που προέρχονται από το ίδιο το άτομο όπως για παράδειγμα η συμπτωματολογία μιας ασθένειας (Κουλιεράκης και συν., 2000), αλλά και ενδείξεις από το εξωτερικό περιβάλλον, όπως συμβουλές από ειδικούς, εκστρατείες ενημέρωσης κ.ά. (Hayden, 2009). Η κινητοποίηση του ατόμου επηρεάζεται και από άλλες μεταβλητές όπως είναι το φύλο, η ηλικία, η εθνικότητα (δημογραφικές), η οικονομική επιφάνεια, η εκπαίδευση και η προσωπικότητα (κοινωνικο - οικονομικές), αλλά και από την γνώση του ίδιου του ατόμου σχετικά με την νόσο (Janz & Becker, 1984).

Το 1988 προστέθηκε μια άλλη, πέμπτη διάσταση στο ΜΠΥ, αυτή της αυτοαποτελεσματικότητας, που σκοπό είχε να βελτιώσει την ικανότητα πρόβλεψης του μοντέλου. Η συγκεκριμένη διάσταση αναφέρεται στην ικανότητα και την πεποίθηση ενός ατόμου να ακολουθήσει μια συμπεριφορά πρόληψης (Rosenstock et al, 1988).

#### **5.1.1.2. Περιορισμοί και Εμπόδια του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία**

Οι μεταβλητές του ΜΠΥ φαίνεται πως δεν έχουν καμιά συνοχή μεταξύ τους, αλλά παρατίθενται ως ανεξάρτητες μεταβλητές και δεν είναι εφικτό να μελετηθεί ολιστικά η συμπεριφορά του ατόμου (Jones et al, 2014). Επίσης υπάρχει αδυναμία σύγκρισης των αποτελεσμάτων διαφόρων μελετών που χρησιμοποιούν το μοντέλο, διότι υπάρχουν διαφορετικές ερωτήσεις που αναφέρονται στις ίδιες πεποιθήσεις (Μπογιατζίδης, 2003). Σύμφωνα με τον Ogden οι προτάσεις στα ερωτηματολόγια δεν αφήνουν το άτομο να απαντήσει σύμφωνα με την κουλτούρα του, αλλά σύμφωνα με τα επιθυμητά πρότυπα, στα οποία οι προτάσεις αναφέρονται (Ogden, 2003).

Ο Carpenter διαπίστωσε πως το ΜΠΥ δεν μπορεί να ανταποκριθεί διαχρονικά στις στάσεις και τις συμπεριφορές των ατόμων. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι το στενό και ευρύτερο περιβάλλον του ατόμου μπορεί να επιδράσει την αντίληψη και την συμπεριφορά του. Σε μια τέτοια περίπτωση η διάσταση της αυτοαποτελεσματικότητας έχει φανεί από έρευνες επιτυχής, αλλά παρόλα αυτά δεν συμπεριλαμβάνεται στις περισσότερες έρευνες (Carpenter, 2010).

#### **5.1.2. Η Θεωρία Κινητοποίησης για την Προστασία της Υγείας**

Η συγκεκριμένη θεωρία που είχε ως βάση το μοντέλο φόβου – οργής, ξεκίνησε από τον Hovland και τους συνεργάτες του το 1953, στο πανεπιστήμιο του Yale. Σύμφωνα με το μοντέλο ο φόβος μπορεί να κινητοποιήσει την συμπεριφορά ενός ατόμου με απώτερο σκοπό την βελτίωση της υγείας του. Το άτομο με την επιρροή του φόβου αντιλαμβάνεται την σοβαρότητα

αλλά και την τρωτότητα από μια ασθένεια και κινητοποιούνται δύο κριτικές διεργασίες στο άτομο, η εκτίμηση της απειλής και η εκτίμηση της αντιμετώπισης της νόσου (Κουλιεράκης και συν., 2000). Ένα παράδειγμα της εκτίμησης της απειλής, αποτελεί αυτό του καπνίσματος. Ο καπνιστής υιοθετεί τέτοια συμπεριφορά που του προκαλεί σωματική ευεξία (ενδογενώς) και κοινωνική αποδοχή (εξωγενώς). Όταν όμως αντιληφθεί ότι η συμπεριφορά του αυτή καταστρέφει την υγεία του, τότε ο φόβος που θα ενεργοποιηθεί θα τον κινητοποιήσει και θα τον βοηθήσει να αντιληφθεί την τρωτότητά του και ότι πρέπει να προστατέψει την υγεία του απέναντι στην ασθένεια (καρκίνος), που εν δυνάμει τον απειλεί (Yan et al, 2014). Η εκτίμηση της αντιμετώπισης της νόσου εμπεριέχει, την αποτελεσματική απόκριση από το άτομο (υιοθέτηση μιας υγιούς συμπεριφοράς), την αυτοαποτελεσματικότητα (ολοκλήρωση μιας υγιούς συμπεριφοράς) και το κόστος που θα ανακύψει από την υιοθέτηση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς (Zare Sakhvidi et al., 2015).

## **5.2. Η ΘΕΩΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΔΟΣΗ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Η συγκεκριμένη θεωρία στηρίζεται σε αυτή την κοινωνικής μάθησης του Rotter (προσδοκία – αξία). Σύμφωνα με αυτή την θεωρία η συμπεριφορά ενός ατόμου εξαρτάται από την προσδοκία ενός συγκεκριμένου αποτελέσματος καθώς και στην αξία που δίνεται στο αποτέλεσμα. Για την θεωρία της απόδοσης ελέγχου της υγείας, χρησιμοποιήθηκε από τον Rotter το 1966 η κλίμακα (Internal – External, I – E), που σκοπό είχαν καταγράψει τις πεποιθήσεις των ατόμων και το αν η απόδοση ελέγχου οφειλόταν σε εσωτερικούς ή εξωτερικούς παράγοντες (Κουλιεράκης και συν., 2000). Βασιζόμενος πάνω στην κλίμακα I – E, ο Wallston δημιούργησε μια αντίστοιχη κλίμακα, μια δεκαετία αργότερα, στην οποία καταγράφονταν οι πεποιθήσεις των ατόμων σε συνάρτηση με την υγεία τους, η οποία επηρεαζόταν ή δεν επηρεαζόταν από την συμπεριφορά τους. Εξωτερικοί παράγοντες που αφορούσαν στην υγεία μπορεί να ήταν η τύχη, οι συμπτώσεις και γενικά παράγοντες που το άτομο δεν μπορούσε να ελέγξει ή μπορούσε να ελέγξει ελάχιστα, ενώ εσωτερικοί παράγοντες αφορούσαν το ίδιο το άτομο και την απόδοση ελέγχου της υγείας του, που ουσιαστικά ήταν τα αποτελέσματα της κακής ή καλής υγείας από την συμπεριφορά του (Wallston et al, 1978). Τα άτομα με αυξημένη την εσωτερική απόδοση ελέγχου, έχουν την ικανότητα να υιοθετήσουν συμπεριφορές που θα προάγουν την υγεία τους, εφόσον δίνουν αξία στην υγεία τους. Η συγκεκριμένη θεωρία της απόδοσης ελέγχου της υγείας δεν είναι τόσο καλός παράγοντας πρόβλεψης συμπεριφορών υγείας, γιατί δεν διερευνώνται τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ατόμων, παρά μόνο οι πεποιθήσεις τους (Πετρέλης, 2018).



### **5.3. Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ**

Η συγκεκριμένη θεωρία αποτελεί μια προέκταση της έλλογης δράσης, θεωρία που διατυπώθηκε από τους Ajzen & Fisbein το 1977. Θεωρεί πως οι συμπεριφορές και οι στάσεις των ατόμων εμπεριέχουν τέσσερα στοιχεία, την δράση, το στόχο, το πλαίσιο και τον χρόνο. Ουσιαστικά ένα άτομο μπορεί να προσαρμόσει την συμπεριφορά του όταν αυτή αποτελεί μια δράση, που έχει ένα συγκεκριμένο στόχο και κινείται μέσα σε ένα πλαίσιο για μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή (Armitage & Conner, 2001). Με βάση την θεωρία της έλλογης δράσης όταν υπάρχει ισχυρή θέληση του ατόμου να δεχτεί μια συμπεριφορά, τότε είναι πολύ πιθανό και να την αποκτήσει. Αυτή η στάση του ατόμου επηρεάζεται και από τις πεποιθήσεις του, καθώς και από την αξιολόγηση που θα κάνει στην συγκεκριμένη συμπεριφορά, με βάση τα θετικά και τα αρνητικά αποτελέσματά της. Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει την στάση του ατόμου είναι οι ατομικοί κανόνες συμπεριφοράς, οι οποίοι επηρεάζονται από τις πεποιθήσεις άλλων ατόμων, που κατέχουν σημαντική θέση στην ζωή του, με αποτέλεσμα να μην τροποποιηθεί η συμπεριφορά του γιατί κάποιος άλλος το επιθυμούν (Τσουνής & Σαράφης, 2014).

Το 1985 ο Ajzen αναφέρθηκε στην θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς η οποία αποτελεί συνέχεια της θεωρίας της έλλογης δράσης. Σύμφωνα υπάρχει ακόμη ένας παράγοντας που επηρεάζει το άτομο να τροποποιήσει την συμπεριφορά του και αυτός είναι η υποκειμενική αντίληψη για άσκηση ελέγχου. Ο συγκεκριμένος παράγοντας προσδιορίζεται από τις αντιλήψεις του ατόμου σχετικά με τις ευκαιρίες και τα μέσα καθώς και της ισχύος αυτών, που θα συντελέσουν στην επίτευξη της συγκεκριμένης συμπεριφοράς (Τσουνής & Σαράφης, 2014). Η θετική στάση του ατόμου απέναντι σε μια συγκεκριμένη συμπεριφορά, καθώς και η αίσθησή του πως μπορεί να ασκήσει έλεγχο σε αυτήν, αυξάνει την πρόθεσή του να την ενστερνιστεί (Κουλιεράκης και συν., 2000).

Η θεωρία της έλλογης δράσης βασίζεται στις προθέσεις των ατόμων να υλοποιήσουν μια συμπεριφορά, που επηρεάζονται από τις στάσεις τους, αλλά και από τις απόψεις των γύρω τους. Από την άλλη, η θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς θεωρείται η πιο αναβαθμισμένη μορφή του μοντέλου της έλλογης δράσης, η οποία εμπεριέχει επιπλέον την υποκειμενική αντίληψη του ατόμου, η οποία σκοπό έχει να ελέγχει τα εμπόδια που παρουσιάζονται (Ajzen, 2011).

### **5.4. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ**

Η έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας βασίστηκε στην κοινωνικογνωστική θεωρία του Bandura και εντάχθηκε στα κοινωνικογνωστικά μοντέλα μετά το 1977. Σύμφωνα με αυτήν τα

άτομα έχουν την πεποίθηση πως διαθέτουν ικανότητες να αποκτήσουν μια συγκεκριμένη συμπεριφορά, που θα τους βοηθήσει να έχουν το προσδοκώμενο αποτέλεσμα (Κουλιεράκης και συν., 2000). Για να επιτευχθεί μια προσδοκία είναι σημαντικό το άτομο να διαθέτει και τις κατάλληλες δεξιότητες (Rosenstock et al., 1988). Ουσιαστικά αποτελεί προϋπόθεση για το άτομο, να διαθέτει την ικανότητα εκτέλεσης μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς, ενώ είναι σημαντική και η εμπειρία που προέρχεται από τις συμπεριφορές άλλων ανθρώπων, που αποτελούν πηγή έμπνευσης γι' αυτό (Janz & Becker, 1984). Η έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας έχει γίνει σημαντικό εργαλείο για τους ψυχολόγους, που μελετούν θέματα υγείας και έχει συμπεριληφθεί σε όλα σχεδόν τα κοινωνικογνωστικά μοντέλα (Κουλιεράκης και συν., 2000).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

### **6.1. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Οι Brännström & Jaarsma, προσπάθησαν να περιγράψουν την σκέψη και την εμπειρία των μελών μιας ομάδας καρδιακής ανεπάρκειας και παρηγορητικής φροντίδας, σε σχέση με την ΚΑΡΡΙΑ, στους ασθενείς τελικού σταδίου με καρδιακή ανεπάρκεια. Για περίπου ένα έτος πραγματοποιήθηκαν ομαδικές συνεντεύξεις επαγγελματιών υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων, οι οποίοι φρόντιζαν ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Μετά την ποιοτική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε, εξετάζοντας τα δεδομένα της συνέντευξης, διαπιστώθηκε πως οι επαγγελματίες υγείας παλεύουν με το ερώτημα, αν πρέπει να γίνεται ΚΑΡΡΙΑ σε αυτούς τους ασθενείς. Αν και είναι δύσκολο να μιλήσουν για το συγκεκριμένο θέμα με τον ίδιο τον ασθενή και τους οικείους του, πιστεύουν πως είναι σημαντικό να γίνει η σχετική συζήτηση, γιατί θα μπορούσε να συμβάλει στην καλύτερη επικοινωνία με τον ασθενή στο τέλος της ζωής του (Brännström & Jaarsma, 2015).

Ο Micallef et al, πραγματοποίησε μελέτη, στην οποία προσπάθησε να αξιολογήσει το επίπεδο συμφωνίας της εντολής DNAR μεταξύ των γιατρών εντατικής θεραπείας, των ειδικών γιατρών και των χειρουργών, καθώς και τους λόγους της μη παραγγελίας της συγκεκριμένης εντολής, σε νοσηλευόμενους ασθενείς, για τους οποίους κλήθηκε η Ομάδα Επείγουσας Ιατρικής (Medical Emergency Team, MET). Η μελέτη είχε διάρκεια 11 μήνες και πραγματοποιήθηκε στο Liverpool Hospital στο νοτιοδυτικό Σίδνεϋ. Οι ασθενείς εισάγονταν στο νοσοκομείο με την εντολή ειδικού γιατρού ή χειρουργού ο οποίος είχε και την επίβλεψη για την παροχή της φροντίδας. Η ΜΕΘ του συγκεκριμένου νοσοκομείου δημιούργησε την ομάδα MET που λειτουργούσε σε 24ωρη βάση. Ο γιατρός της ΜΕΘ που ανήκε στην MET έκανε την αξιολόγηση του ασθενή και αν έκρινε πως μια εντολή DNAR μπορούσε να δοθεί, επικοινωνούσε με τον θεράποντα ιατρό του ασθενή για να αποφασίσουν το σχέδιο MET, στην περίπτωση ΚΑ του ασθενή. Με τον τρόπο αυτό υπήρχε συμφωνία η διαφωνία για την εφαρμογή της εντολής DNAR. Συνολικά κατά την διάρκεια της μελέτης η ομάδα MET κλήθηκε 1458 φορές. Από αυτές στις 127 περιπτώσεις που υπήρχε οδηγία DNAR η ομάδα MET δεν την σχολίασε και δεν την απέρριψε. Σε 129 περιπτώσεις που δεν υπήρχε εντολή DNAR κρίθηκε από τον γιατρό της ΜΕΘ πως έπρεπε να τεθεί. Από αυτές οι θεράποντες γιατροί συμφώνησαν να τεθεί η εντολή

στις 116 (90%) και διαφώνησαν στις 13 (10%). Το μέσο διάστημα νοσηλείας των ασθενών αυτών ήταν 5 ημέρες. Από τους 129 ασθενείς το 70% (90) πέθανε κατά την νοσηλεία του στο νοσοκομείο και το 30% (39) επέζησε και μεταφέρθηκε σε μονάδες ανακουφιστικής φροντίδας ή επέστρεψε σπίτι του ή σε οίκο ευγηρίας. Οι λόγοι διαφωνίας για την οδηγία της εντολής DNAR ήταν: η αναπάντεχη επιδείνωση του ασθενή (22,5%), η αναμονή συζήτησης με την οικογένεια (22,5%), η κατάλληλη θεραπεία που μπορεί να αναστρέψει μια κατάσταση (17,1%), η μη καλή γνώση του ασθενούς (10,9%) και η μη συζήτηση από την ομάδα θεραπείας σχετικά με την αναζωογόνηση (10,9%) (Micallef et al, 2011).

Ο O'Brien et al, πραγματοποίησε έρευνα στην οποία επιχειρήθηκε να καταγραφεί η κατανόηση του όρου DNAR, καθώς και η λήψη αποφάσεων γύρω από αυτόν. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Δουβλίνο και αφορούσε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό πανεπιστημιακού νοσοκομείου και ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας. Συνολικά 519 άτομα ολοκλήρωσαν την έρευνα. Από αυτά το 30% των ιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας και το 26,8% του νοσηλευτικού προσωπικού, θεωρούσαν πως ένας ασθενής με εντολή DNAR δεν μπορεί να λάβει καμιά θεραπεία (φαρμακευτική, ανακουφιστική, φυσικοθεραπεία, σίτιση από ρινογαστρικό καθετήρα κ.ά), γεγονός αρκετά ανησυχητικό. Τέλος ένα μεγάλο ποσοστό ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας και νοσηλευτών, 22,5% και 26,8% αντίστοιχα, πίστευαν ότι η εντολή DNAR είναι δεσμευτική για να μην μετακινηθεί ένας ασθενής σε υγειονομική μονάδα. (O'Brien et al, 2018).

Ο Fallahi et al, μελέτησε τις στάσεις ιατρών και νοσηλευτών σχετικά με την διαδικασία της λήψης απόφασης για DNAR. Στην έρευνα συμμετείχαν 152 ιατροί και 152 νοσηλευτές. Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν από τρία νοσοκομεία, τα οποία συνδέονταν με το Πανεπιστήμιο του Kermanshah, μέσω στρωματοποιημένης δειγματοληψίας. Η βαθμολογία της στάσης των νοσηλευτών σε σχέση με αυτή των γιατρών, σχετικά με την συναίνεση των ασθενών για DNAR, ήταν σαφώς χαμηλότερη. Επίσης η στάση των νοσηλευτών σε σχέση με την στάση των γιατρών ήταν πιο θετική σχετικά με την πεποίθηση ότι η λήψη συγκατάθεσης του ασθενή αφορά μόνο τον ιατρό. Αντίθετα η στάση των νοσηλευτών ήταν αρνητικότερη από αυτή των ιατρών στην ιδέα πως η λήψη της συγκατάθεσης του ασθενή αφορά στην ευθύνη του νοσηλευτή. Νοσηλευτές και ιατροί πίστευαν ότι οι νοσηλευτές δεν έχουν τα προσόντα και δεν μπορούν να δώσουν εντολή για DNAR. Το συμπέρασμα της έρευνας που εξάγεται από την διαφορετική στάση ιατρών και νοσηλευτών, στη διαδικασία λήψης της απόφασης για DNAR, είναι πως πρέπει να υπάρξει μια συγκεκριμένη κατευθυντήρια γραμμή στην οποία θα αποσαφηνίζεται η διαδικασία λήψης της απόφασης. Μέσα σ' αυτή την οδηγία θα πρέπει να

αναφέρονται ξεκάθαρα οι ρόλοι του κάθε επαγγελματία της υγειονομικής ομάδας (Fallahi et al, 2018).

Ο Tanabe et al, πραγματοποίησε έρευνα στην πόλη της Okayama, συμπεριλαμβάνοντας ασθενείς με ΚΑ εκτός νοσοκομείου (Out-of-Hospital Cardiac Arrest, OHCA), για το χρονικό διάστημα από 2015 – 2019. Δόθηκαν ερωτηματολόγια στους διασώστες των ασθενοφόρων (Emergency Medical Services, EMS), στα οποία ζητούνταν να συμπληρωθούν η διαχείριση των ασθενών με DNAR, καθώς και τα συναισθήματα των διασωστών. Σε σύνολο 3079 ασθενών με OHCA, 122 ασθενείς είχαν οδηγία DNAR. Συμμετείχαν στην μελέτη 243 διασώστες που έλαβαν μέρος στις ΚΑ και χωρίστηκαν σε ομάδες υψηλού στρες και χαμηλού στρες. Η ομάδα που παρουσίασε υψηλό στρες και παρείχε ανάνηψη σε ασθενείς που είχαν εντολή DNAR ήταν περίπου στο 30%. Συμπερασματικά η δημιουργία ενός συστήματος έκτακτης ανάγκης, που θα εμπεριέχει ιατρικές και κατευθυντήριες οδηγίες για τους ασθενείς που έχουν εντολή DNAR, θα μπορούσε να μειώσει το στρες των διασωστών (Tanabe et al, 2022).

Η έρευνα των Armitage & Jones σκοπό είχε να μελετήσει την στάση των διασωστών από δύο σταθμούς ασθενοφόρων μιας περιφερειακής υπηρεσίας ασθενοφόρων του (National Health Service, NHS), απέναντι σε ασθενείς με εντολή DNAR. Τα ερωτηματολόγια σχεδιάστηκαν χρησιμοποιώντας κλίμακες Likert και προσπάθησαν να συσχετίσουν το φύλο, την διάρκεια υπηρεσίας και το επίπεδο εκπαίδευσης. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν την σημασία της συνεργασίας υγειονομικών και της οικογένειας του ασθενή, στην εντολή DNAR. Πρωταρχικής σημασίας θεωρήθηκε επίσης η επιθυμία του ασθενή αλλά και η εκπαίδευση του προσωπικού σε σχέση με την εντολή DNAR (Armitage & Jones, 2017).

Η μελέτη των Silverplats et al (2022), που αφορούσε 3085 και 2970 επαγγελματίες υγείας και πραγματοποιήθηκε τα έτη 2009 και 2015-2016 αντίστοιχα, έδειξε πως η τακτική εκπαίδευση στην ΚΑΡΡΙΑ συντέλεσε στον περιορισμό του άγχους τους και στην διατήρηση των δεξιοτήτων τους. Συγκεκριμένα το 61% ένιωθε σίγουρο για τις γνώσεις του στην ΚΑΡΡΙΑ και το 86% ήξερε πως έπρεπε να δράσει. Χρόνος μεγαλύτερος των δώδεκα μηνών από την τελευταία εκπαίδευση του προσωπικού σχετίστηκε με μεγαλύτερες πιθανότητες άγχους.

Η έρευνα των Passali et al (2011), που πραγματοποιήθηκε σε 134 γιατρούς και 82 νοσηλευτές παρουσίασε πως υπήρχαν κενά γνώσης στις κατευθυντήριες οδηγίες του BLS και ALS, ενώ πολύ μικρό ποσοστό νοσηλευτών είχε παρακολουθήσει το σεμινάριο του ALS. Από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, αυτοί που εργάζονταν σε τμήματα με υψηλό κίνδυνο για καρδιακή ανακοπή είχαν και την υψηλότερη βαθμολογία στην θεωρητική γνώση, σε σχέση με αυτούς που εργάζονταν σε τμήματα με χαμηλότερο κίνδυνο.

Ο Hall et al (2019) σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση όπου διερευνούσε τις σχετικές εμπειρίες από συζητήσεις που αφορούσαν την λήψη αποφάσεων για την διενέργεια ΚΑΡΠΑ, διαπίστωσε πως κάποιο έμπιστο άτομο μπορεί να κάνει έναρξη μιας τέτοιας συζήτησης, αλλά ο χρόνος αυτής θα πρέπει να προηγείται μιας οξείας κατάστασης της νόσου του ασθενούς.

Στην Σουηδία η μελέτη των Bremer et al 2021, που απευθυνόταν σε 522 Σουηδούς επαγγελματίες υγείας, φανέρωσε πως λαμβάνεται υπόψη η αυτονομία του ασθενή στην λήψη απόφασης για DNAR. Το 50% των συγκεκριμένων ασθενών κρίθηκε ανίκανο για συμμετοχή σε μια τέτοια συζήτηση. Αν και το 70 % των υγειονομικών τάχθηκε υπέρ της νομικής θέσης, που δεν επιτρέπει στους συγγενείς να αποφασίσουν σχετικά με το DNAR, το 19% αυτών συνέχισε να πιστεύει πως πρέπει να επιτραπεί μια τέτοια απόφαση από τους συγγενείς.

Σε ηλικιωμένους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια στην Ιαπωνία, επηρεάστηκαν οι αντιλήψεις των 120 νοσηλευτών της μελέτης, σχετικά με τις κλινικές πρακτικές, από την εντολή ή την απουσία εντολής DNAR. Επίσης η εργασιακή εμπειρία επηρέασε τις κλινικές πρακτικές των νοσηλευτών σε ασθενείς που είχαν παραγγελία DNAR και δεν διέθεταν συγγενείς ή νοσούσαν από άνοια (Higuchi et al, 2020).

Μια άλλη μελέτη των Higuchi et al, (2020), έδειξε ότι η προσωπική κατάσταση των ασθενών επηρεάζει όχι μόνο την ΚΑΡΠΑ, αλλά και μια σειρά κλινικές πρακτικές όταν δίνεται η εντολή DNAR. Η μελέτη αφορούσε 186 νοσηλευτές, οι οποίοι στην έλλειψη επικοινωνίας λόγω έλλειψης συγγενών, είχαν μειωμένη αντίληψη στην έναρξη ΚΑΡΠΑ, ακόμα κι όταν δεν υπήρχε εντολή DNAR.

## **6.2. ΣΥΝΟΨΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ**

Με βάση τις προηγούμενες έρευνες μπορούν να επισημανθούν τα εξής:

- Οι επαγγελματίες υγείας παλεύουν με το ερώτημα αν πρέπει να γίνεται ΚΑΡΠΑ σε ασθενείς τελικού σταδίου (Brännström & Jaarsma, 2015).
- Είναι σημαντικό να προηγείται συζήτηση με τον ασθενή και τους οικείους του, για το θέμα της ανάνηψής του με ΚΑΡΠΑ, παρόλο που θεωρείται ότι είναι μια δύσκολη συζήτηση (Brännström & Jaarsma, 2015).
- Υπάρχει μεγάλη συμφωνία, σχετικά με την οδηγία DNAR, μεταξύ της Ομάδας Επείγουσας Ιατρικής, που καλείται να εκτιμήσει τους ασθενείς τελικού σταδίου και των θεραπόντων ιατρών, η οποία αγγίζει το 90% (Micallef et al, 2011).

- Για ένα μεγάλο ποσοστό ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας και κλινικών νοσηλευτών στο Δουβλίνο, που αγγίζει περίπου το 22,5% - 30%, ο όρος DNAR δεν ήταν κατανοητός (O'Brien et al, 2018).
- Η συγκατάθεση του ασθενή τελικού σταδίου, για την εντολή DNAR, πιστεύεται από τους νοσηλευτές ότι είναι δουλειά του ιατρού, ενώ αντίθετα οι γιατροί θεωρούν ότι είναι δουλειά των νοσηλευτών. Και οι δύο θεωρούν ότι οι νοσηλευτές δεν έχουν το απαραίτητο υπόβαθρο να δώσουν μια εντολή DNAR. Συμφωνούν επίσης πως πρέπει να υπάρξει μια συγκεκριμένη κατευθυντήρια γραμμή, στην οποία θα αποσαφηνίζεται η διαδικασία λήψης της απόφασης και θα αναφέρονται ξεκάθαρα οι ρόλοι του κάθε επαγγελματία υγείας (Fallahi et al, 2018).
- Περίπου το 30% των διασωστών που παρείχαν ανάνηψη εξωνοσοκομειακά, σε ασθενείς με εντολή DNAR, εμφάνισαν υψηλό στρες, γιατί δεν υπήρχαν συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες για την διαχείριση των συγκεκριμένων ασθενών (Tanabe et al, 2022).
- Είναι πρωταρχικής σημασίας η επιθυμία του ασθενή και η συνεργασία των υγειονομικών με τον ίδιο και την οικογένειά του σχετικά με την εντολή DNAR. Εξίσου σημαντική είναι και η εκπαίδευση των υγειονομικών πάνω στον τρόπο διαχείρισης σε περιπτώσεις ασθενών με την εντολή DNAR (Armitage & Jones, 2017).
- Η τακτική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην ΚΑΡΠΑ συντέλεσε στον περιορισμό του άγχους τους κατά την εφαρμογή της, ενώ αντίθετα χρόνος μεγαλύτερος των δώδεκα μηνών από την τελευταία τους εκπαίδευση σχετίστηκε με περισσότερο άγχος (Silverplats et al, 2022).
- Στην Ελλάδα παρατηρήθηκαν σε γιατρούς και νοσηλευτές, κενά γνώσης σχετικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες του BLS και ALS. Οι νοσηλευτές είχαν και το μικρότερο ποσοστό εκπαίδευσης στο ALS. Την υψηλότερη βαθμολογία στην θεωρητική γνώση κατείχαν οι εργαζόμενοι σε τμήματα με υψηλό κίνδυνο για ανακοπή σε αντίθεση με τους υπόλοιπους υγειονομικούς που εργαζόντουσαν σε τμήματα με χαμηλό κίνδυνο ανακοπής (Passali et al, 2011).
- Η λήψη αποφάσεων για την διενέργεια ή τη μη διενέργεια ΚΑΡΠΑ, θα πρέπει να προηγείται μιας οξείας κατάστασης από την νόσου του ασθενή και να γίνεται έναρξη μιας τέτοιας συζήτησης από έμπιστο άτομο προς τον ασθενή (Hall et al, 2019).
- Η λήψη απόφασης DNAR στην Σουηδία, αφορά απόφαση του ίδιου του ασθενή και ο νόμος δεν επιτρέπει στους συγγενείς να αποφασίσουν γι' αυτό. Ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών δεν μπορούσε όμως να συμμετέχει σε μια τέτοια συζήτηση. Αν και το 70% των υγειονομικών τάχθηκε υπέρ του νόμου, ένα σημαντικό ποσοστό 19%, συνέχισε να πιστεύει πως μια τέτοια απόφαση θα πρέπει να επιτραπεί να παίρνεται κι από τους συγγενείς (Bremer et al, 2021).

- Οι αντιλήψεις των νοσηλευτών στην Ιαπωνία, σχετικά με τις κλινικές πρακτικές, επηρεάστηκαν σε περιπτώσεις ηλικιωμένων ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, οι οποίοι είχαν ή δεν είχαν εντολή DNAR. Αντίστοιχα επηρεάστηκαν οι κλινικές πρακτικές από την εργασιακή εμπειρία σε ασθενείς με εντολή DNAR, οι οποίοι όμως είχαν θέμα επικοινωνίας λόγω της έλλειψης συγγενών ή λόγω άνοιας (Higuchi et al, 2020).
- Η αντίληψη για την έναρξη ΚΑΡΠΙΑ, είναι μειωμένη ακόμα και όταν δεν υπάρχει εντολή DNAR, στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει επικοινωνία μέσω των συγγενών του ασθενούς, σύμφωνα με μελέτη που αφορούσε 186 νοσηλευτές στην Ιαπωνία (Higuchi et al, 2020).



---

# ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

---

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

## 7.1. ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των στάσεων, πεποιθήσεων και ηθικών διλημμάτων των επαγγελματιών υγείας, κατά την ΚΑΡΠΑ, σε ασθενείς με χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης ή επιθυμία μη αναζωογόνησης και οι συσχετίσεις των επιμέρους παραμέτρων με δημογραφικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες.

## 7.2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη παρατήρησης διάρκειας 6 μηνών (Δεκάμβριο 2022 – Μάιο 2023), η οποία διεξήχθη σε τέσσερα τριτοβάθμια νοσοκομεία της Αθήνας: ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», ΓΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας» και στο ΕΚΑΒ. Η συλλογή των πρωτογενών δεδομένων έγινε με την μέθοδο των ερωτηματολογίων.

### 7.2.1. Πληθυσμός της μελέτης

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 183 επαγγελματίες υγείας (111 Νοσηλευτικό προσωπικό, 42 Ιατρούς και 30 Διασώστες), όλων των εκπαιδευτικών βαθμίδων, οι οποίοι κατανοούσαν και ομιλούσαν την Ελληνική γλώσσα.

### 7.2.2. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα καλά δομημένο ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις κλειστού τύπου, πολλαπλής επιλογής. Το ερωτηματολόγιο αποτελούταν από τρία μέρη. **Το πρώτο μέρος**, περιλάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, καθώς και ερωτήσεις που αφορούσαν στην πιστοποίησή τους ή όχι στην βασική, άμεση και εξειδικευμένη υποστήριξη της ζωής, σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης (European Resuscitation Council, ERC). **Το δεύτερο μέρος**, περιλάμβανε ερωτήσεις για την διερεύνηση των γνώσεων/στάσεων και των ηθικών διλημμάτων των επαγγελματιών υγείας, που προκύπτουν κατά την εφαρμογή της ΚΑΡΠΑ, σε ασθενείς με χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης ή επιθυμία μη αναζωογόνησης. **Το τρίτο μέρος** απαρτιζόταν από ερωτήσεις που ήταν βασισμένες στα κύρια σημεία του Μοντέλου Πεποιθήσεων για την Υγεία, με τις οποίες έγινε προσπάθεια να εκτιμηθούν οι στάσεις και οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας σε ασθενείς που η αναζωογόνηση θεωρείται μάταιη, δεδομένου της έλλειψης νομοθεσίας στην Ελλάδα, σχετικά με το θέμα. Ακόμα υπήρξε και ερώτημα πρόθεσης έναρξης ή μη έναρξης ΚΑΡΠΑ,

στις προαναφερθείσες περιπτώσεις ασθενών. Το ερωτηματολόγιο ήταν πρωτότυπο και κατασκευάστηκε από τον ερευνητή, σύμφωνα με τις συμβουλές και την βοήθεια του επιβλέποντα καθηγητή κ. Τζιάλλα Δημητρίου.

### **7.3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ**

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάστηκαν ως απόλυτες (N) και σχετικές (%) συχνότητες. Οι ποσοτικές μεταβλητές ελέγχθηκαν ως προς την κανονικότητά τους με τη δοκιμασία των Shapiro-Wilk και οι τιμές των δεδομένων με κανονική κατανομή εκφράστηκαν ως μέση τιμή (mean) ± τυπική απόκλιση (SD). Για την στατιστική αξιολόγηση της διαφοράς δύο μέσων τιμών ανεξάρτητων δειγμάτων διεξήχθη η μέθοδος δοκιμασίας t-test. Η ανάλυση διακύμανσης μετρήσεων (analysis of variance, ANOVA) πραγματοποιήθηκε προκειμένου να εκτιμηθούν οι διαφορές μεταξύ των ετών εργασίας και την πιθανότητα εμπλοκής σε ΚΑΡΠΑ καθώς και το πότε μια προσπάθεια είναι μάταιη. Τα επίπεδα σημαντικότητας θα είναι αμφίπλευρα και η στατιστική ανάλυση θα τεθεί στο 0,05. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IBM SPSS 26 έκδοση για Windows (IBM Statistical Package for Social Sciences for Windows, Version 25.0, IBM Corp Armonk, NY, USA).

### **7.4. ΘΕΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ**

Δεν προκύπτουν θέματα ηθικής και δεοντολογίας δεδομένου ότι η παρούσα ερευνητική μελέτη ακολούθησε τις δεοντολογικές κατευθυντήριες γραμμές της διακήρυξης του Ελσίνκι και διεξήχθη, μετά από απόκτηση άδειας από το Επιστημονικό Συμβούλιο – Επιτροπή Βιοηθικής των Νοσοκομείων:

1. ΓΑΟΝΑ «Άγιος Σάββας», με αρ. πρωτ. 16964/14-12-2022
2. ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», με αρ. πρωτ. 32654/14-12-2022
3. ΓΝΑ «Ιπποκράτειο, με αρ. πρωτ. 26/13-12-2022
4. ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», με αρ. πρωτ. 404/07-12-2022
5. ΕΚΑΒ, με αρ. πρωτ. 5011/23-01-2023

Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική και τηρήθηκε πλήρης ανωνυμία των συμμετεχόντων. Τέλος, προστατεύτηκαν τα προσωπικά δεδομένα των φυσικών προσώπων όπως ορίζει ο Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 ΓΚΠΔ/ General Data Protection Regulation (GDPR) και το Ν. 4624/2019 και τα στοιχεία χρησιμοποιήθηκαν μετά από στατιστική επεξεργασία, μόνο για τους ερευνητικούς σκοπούς της μελέτης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 8.1. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Από την ανάλυση του ερωτηματολογίου σε σχέση με τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία, προέκυψε, πως στην την παρούσα μελέτη συμμετείχαν N=183 επαγγελματίες υγείας από τους οποίους το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν γυναίκες (65%). Σχετικά με την ηλικία, το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετεχόντων (28%) ανήκε στην ηλικιακή κατηγορία «30-39 ετών» και «40-49 ετών» και το μικρότερο ποσοστό 3% στην κατηγορία « 59 ετών και άνω». Επιπλέον το 52% δήλωσαν άγαμοι και το 56% δεν είχαν τέκνα (πίνακας 1).

Πίνακας 1. Κατανομή δείγματος ως προς το φύλο, την ηλικία και τον αριθμό τέκνων

		N (%)
Φύλο	Γυναίκα	119 (65)
	Ανδρας	64 (35)
	Σύνολο	183(100)
Ηλικιακή Κατηγορία	20-29 ετών	41 (22)
	30-39 ετών	51 (28)
	40-49 ετών	52 (28)
	50-59 ετών	33 (18)
	59 ετών και άνω	6 (3)
	Σύνολο	183(100)
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος/η	96 (52)
	Παντρεμένος/η ή σε σχέση με σύμφωνο συμβίωσης	79 (43)
	Διαζευγμένος/η	7 (4)
	Χήρος/α	1 (1)
	Σύνολο	183(100)
Αριθμός Παιδιών	Κανένα Παιδί	103 (56)
	1-2 παιδιά	73 (40)
	>2 παιδιά (πολύτεκνος)	7 (4)
	Σύνολο	183(100)

Όσον αφορά στην οικονομική κατάσταση το μεγαλύτερο ποσοστό 54% (N=98) ανήκε στην κατηγορία «Αντιμετωπίζω λίγες οικονομικές δυσκολίες». Το 37% (N=67) ανήκε στην κατηγορία «Τριτοβάθμια εκπαίδευση ΤΕΙ - ΑΕΙ» και κατείχαν Μεταπτυχιακό (N=68). Τέλος, 111 συμμετέχοντες ανήκαν στην κατηγορία «Νοσηλευτικό προσωπικό» (61%), 42 (23%) στο «Ιατρικό προσωπικό» και 30 στους «Διασώστες» (16%) (πίνακας 2).

**Πίνακας 2. Κατανομή δείγματος ως προς την οικονομική κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο και επαγγελματική κατηγορία**

		N (%)
Οικονομική Κατάσταση Νοικοκυριού	Δεν αντιμετωπίζω καμιά οικονομική δυσκολία	56 (31)
	Αντιμετωπίζω λίγες οικονομικές δυσκολίες	98 (54)
	Αντιμετωπίζω αρκετές οικονομικές δυσκολίες	23 (13)
	Αντιμετωπίζω πολλές οικονομικές δυσκολίες	4 (2)
	Σύνολο	183(100)
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Υποχρεωτική εκπαίδευση (Δημοτικό)	1 (1)
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Γυμνάσιο - Λύκειο)	2 (1)
	Μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση (ΔΙΕΚ -ΙΕΚ)	39 (21)
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση ΤΕΙ - ΑΕΙ	67 (37)
	Μεταπτυχιακό	68 (37)
	Διδακτορικό	6 (3)
	Σύνολο	183(100)
Κατηγορία Υγειονομικού προσωπικού	Νοσηλευτικό προσωπικό	111 (61)
	Ιατρικό προσωπικό	42 (23)
	Διασώστης	30 (16)
	Σύνολο	183(100)

Σύμφωνα με τον πίνακα 3, το 61% (N=65) στο σύνολο των νοσηλευτών, ανήκε στην κατηγορία «Νοσηλεύτης σε ΤΕΠ, ΜΕΘ, Αναισθησιολογικό», το 43% (N=17) στο σύνολο των ιατρών ανήκε στην κατηγορία «Ιατρός σε ΤΕΠ, ΜΕΘ ή Αναισθησιολόγος», το 55% (N=22) ανήκε στην κατηγορία «Ιατρός σε κλινική του χειρουργικού ή παθολογικού τομέα». Επιπρόσθετα, το 3% (N=6) του συνόλου του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, εργαζόταν στο ΕΚΑΒ. Τέλος, το μεγαλύτερο ποσοστό 23% (N=42) είχε 5 έως 10 έτη προϋπηρεσίας, ενώ το μικρότερο ποσοστό 8% (N=14) πάνω από 30 έτη.

**Πίνακας 3. Κατανομή δείγματος ως προς το τμήμα και έτη εργασίας**

		N (%)
Ποιο το περιβάλλον εργασίας σας ως νοσηλεύτης;	Νοσηλεύτης σε ΤΕΠ, ΜΕΘ, Αναισθησιολογικό	65 (61)
	Κλινικός Νοσηλεύτης σε Παθολογικό ή Χειρουργικό τομέα	28 (26)
	Άλλη θέση	14 (13)
	Σύνολο	107(100)
Ποιο το περιβάλλον εργασία σας ως ιατρός;	Ιατρός σε ΤΕΠ, ΜΕΘ ή Αναισθησιολόγος	17 (43)
	Ιατρός σε κλινική του χειρουργικού ή παθολογικού τομέα	22 (55)
	Εργαστηριακός γιατρός ή άλλη θέση	1 (2)
	Σύνολο	40(100)
Ποιο το περιβάλλον εργασία σας ως Νοσηλεύτης, Διασώστης ή Ιατρός ΕΚΑΒ;	Ασθενοφόρα, μηχανές ή αεροδιακομιδές του ΕΚΑΒ	27 (75)
	Τηλεφωνικό κέντρο ΕΚΑΒ	0 (0)
	Άλλη θέση στο ΕΚΑΒ	9 (25)
	Σύνολο	36(100)
Έτη εργασίας	< 5	40 (22)
	5 έως 10	42 (23)
	10 έως 15	27 (15)
	15 έως 20	22 (12)
	20 έως 25	20 (11)
	25 έως 30	18 (10)
	>30	14 (8)
	Σύνολο	183(100)

Με βάση τον πίνακα 4, το 63% (N=116) απάντησε «Ναι» στην ερώτηση : «Είστε πιστοποιημένος/η στην βασική υποστήριξη της ζωής (Basic Life Support - BLS) από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης (European Resuscitation Council - ERC);», το 73% (N=133) απάντησε «Όχι» στην ερώτηση: « Είστε πιστοποιημένος/η στην άμεση υποστήριξη της ζωής (Immediate Life Support - ILS) από το ERC;». Τέλος, το 69% (N=126) απάντησε

«Όχι» στην ερώτηση «Είστε πιστοποιημένος/η στην εξειδικευμένη υποστήριξη της ζωής (Advanced Life Support - ALS) από το ERC;»

**Πίνακας 4. Κατανομή δείγματος ως προς την πιστοποίηση από το ERC**

		N (%)
Είστε πιστοποιημένος/η στην βασική υποστήριξη της ζωής (Basic Life Support - BLS) από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης (European Resuscitation Council - ERC);	Όχι	67 (37)
	Ναι	116 (63)
	Σύνολο	183(100)
Είστε πιστοποιημένος/η στην άμεση υποστήριξη της ζωής (Immediate Life Support - ILS) από το ERC;	Όχι	133 (73)
	Ναι	50 (27)
	Σύνολο	183(100)
Είστε πιστοποιημένος/η στην εξειδικευμένη υποστήριξη της ζωής (Advanced Life Support - ALS) από το ERC;	Όχι	126 (69)
	Ναι	57 (31)
	Σύνολο	183(100)

## 8.2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ

### ΓΝΩΣΕΩΝ/ΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΗΘΙΚΩΝ ΔΙΛΗΜΜΑΤΩΝ

Από την ανάλυση του ερωτηματολογίου σχετικά με τις γνώσεις/στάσεις και τα ηθικά διλήμματα των επαγγελματιών υγείας, προέκυψε, πως το 91,8 % (N=168) είχε συμμετάσχει σε ΚΑΡΠΑ στο περιβάλλον εργασίας, το 44,8% (N=82) σε συχνότητα 1 έως 5 φορές το τελευταίο έτος και το 16,9% (N=31) ποτέ, ενώ το 81,4% (N=149) ξεκίνησε ΚΑΡΠΑ. Στην ερώτηση ποιος αποφασίζει για την έναρξη της ΚΑΡΠΑ το μεγαλύτερο ποσοστό (78,7%, N= 144) απάντησε «όποιος αντιληφθεί ότι συντρέχει λόγος για ΚΑΡΠΑ». Στην ερώτηση αν «ο ασθενής που δεν έχει τις αισθήσεις του, αλλά αναπνέει, κατά την γνώμη σας χρειάζεται ΚΑΡΠΑ;» το μεγαλύτερο ποσοστό (81,4%, N= 149) απάντησε σωστά πως δεν χρειάζεται (βλ. παράρτημα Α). Στις ερωτήσεις σχετικά με την αναλογία συμπίεσεων και εμφυσήσεων καθώς και τον ρυθμό των συμπίεσεων, που απαιτούνται κατά την ΚΑΡΠΑ σε ενήλικο θύμα, απάντησε το 99,5% (N=182) του συνόλου, με το 9,8% (N=18) και το 33,3% (N=61) να απαντάει λάθος στις συγκεκριμένες ερωτήσεις αντίστοιχα (πίνακας 5). Στην ερώτηση «Στην διακοπή της καρδιακής λειτουργίας σε ενήλικα, κατά την γνώμη σας, απαιτούνται μόνο εμφυσήσεις διάσωσης ή εφαρμογή ΚΑΡΠΑ;» το μεγαλύτερο ποσοστό 96,2%, (N=176) απάντησε ότι απαιτείται ΚΑΡΠΑ (βλ. παράρτημα Α).

**Πίνακας 5. Κατανομή δείγματος ως προς τις γνώσεις των κατευθυντήριων οδηγών**

		N (%)
Σύμφωνα με τις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες του ERC (2021), η συχνότητα συμπίεσεων – εμφυσήσεων στην ΚΑΡΠΑ σε ενήλικο θύμα είναι:	15 συμπίεσεις – 2 εμφυσήσεις	13 (7.1)
	30 συμπίεσεις – 2 εμφυσήσεις	165 (90,2)
	10 συμπίεσεις – 2 εμφυσήσεις	2 (1.1)
	Δεν γνωρίζω	3 (1.6)
	Σύνολο	183(100)
Ο ρυθμός συμπίεσεων σε ενήλικα ασθενή που χρήζει ΚΑΡΠΑ πρέπει να είναι	50– 70 συμπίεσεις το λεπτό	26 (14.2)
	70 – 90 συμπίεσεις το λεπτό	22 (12.0)
	100 – 120 συμπίεσεις το λεπτό	122 (66.7)
	Δεν γνωρίζω	13 (7.1)
	Σύνολο	183(100)

Επίσης, στο ερώτημα «Ο όρος DNAR (Do not Attempt Resuscitation), «Μην επιχειρηθεί αναζωογόνηση», σας είναι γνωστός;» το 76,5% (N=140) απάντησε θετικά, ενώ στο ερώτημα εάν «η μη επιχείρηση αναζωογόνησης (DNAR) προβλέπεται ως οδηγία στην ελληνική νομοθεσία;» το 10,4% (N=19) απάντησε λάθος ενώ το 39,9% (N=73) ανέφερε ότι δεν γνώριζε. Στο ερώτημα εάν θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από τους υγειονομικούς, η επιθυμία των συγγενών του ασθενή ή/και του ίδιου, να μην επιχειρηθεί αναζωογόνηση το 72,1% (N=132) απάντησε θετικά. Ακόμα, το 67,8% (N=124) ανέφερε ότι υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών που δεν εφαρμόστηκε ΚΑΡΠΑ στο περιβάλλον εργασίας του. Επίσης στην ερώτηση ποιος αποφασίζει για την μη έναρξη ΚΑΡΠΑ το (48,1%, N=88) απάντησε όλη η υγειονομική ομάδα και σε μικρότερο ποσοστό ο ιατρός (40,4%, N=74). Το 19,1% (N=35) ανέφερε ότι πρέπει να γίνεται έναρξη ΚΑΡΠΑ σε περίπτωση ασθενή με νόσο τελικού σταδίου (βλ. παράρτημα Α). Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται τα ποσοστά των ερωτημάτων σχετικά με το πότε διακόπτεται η ΚΑΡΠΑ, ποιος αποφασίζει την διακοπή της, ποια η ανταπόκριση των υγειονομικών όταν η προσπάθεια κρίνεται μάταιη.



**Πίνακας 6. Κατανομή δείγματος με βάση το πότε διακόπτεται η ΚΑΡΠΑ, ποιος αποφασίζει γι' αυτό, ποια η ανταπόκριση των υγειονομικών όταν η προσπάθεια κρίνεται μάταιη**

		N (%)
Θεωρήσατε κάποια φορά ότι η έναρξη ΚΑΡΠΑ που έγινε σε ασθενή ήταν μάταιη;	Όχι	34(18,6)
	Ναι	149(81,4)
	Σύνολο	183(100)
Η ΚΑΡΠΑ είναι λογικό να σταματάει όταν δεν ανταποκρίνεται ο ασθενής;	Όχι	64(35)
	Ναι	119(65)
	Σύνολο	183(100)
Ποιος αποφασίζει για την διακοπή της ΚΑΡΠΑ;	Ο ιατρός	80(43,7)
	Ο νοσηλευτής - διασώστης	0(0)
	Όλη η ομάδα αναζωογόνησης	103(56,3)
	Σύνολο	183(100)
Όταν η προσπάθεια είναι μάταιη, εφαρμόζετε την ίδια ποιότητα συμπίεσεων και τον ίδιο χρόνο προσπάθειας;	Όχι	32(17,5)
	Ναι	151(82,5)
	Σύνολο	183(100)

Στην ερώτηση «Έχετε βρεθεί ποτέ σε περίπτωση που να διαφωνείτε σχετικά με τη διενέργεια ή μη ΚΑΡΠΑ;» το 61,2% (N=112) απάντησε θετικά και το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων που απάντησαν θετικά, 52,6% (N=61), θεώρησε ότι δεν λήφθηκε η βέλτιστη απόφαση (πίνακας 7).

**Πίνακας 7. Κατανομή δείγματος στην περίπτωση διαφωνίας σχετικά με την διενέργεια ΚΑΡΠΑ και αν εν τέλει λήφθηκε η βέλτιστη απόφαση.**

		N (%)
Έχετε βρεθεί ποτέ σε περίπτωση που να διαφωνείτε σχετικά με τη διενέργεια ή μη διενέργεια ΚΑΡΠΑ;	Όχι	67(36,6)
	Ναι	116(63,4)
	Σύνολο	183(100)
Εάν ναι, στην περίπτωση αυτή θεωρείται ότι εν τέλει λήφθηκε η βέλτιστη απόφαση;	Όχι	61(52,6)
	Ναι	55(47,4)
	Σύνολο	116(100)

### 8.3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΒΑΣΙΣΜΕΝΑ ΣΤΟ ΜΠΥ

Στους παρακάτω πίνακες χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις βασιζόμενες στα κύρια σημεία του ΜΠΥ, με σκοπό να εκτιμηθεί η πιθανή επιρροή στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας, όταν η ΚΑΡΠΑ αφορά ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης ή με επιθυμία μη αναζωογόνησης, σε συνάρτηση παράλληλα με την σχετική έλλειψη νομοθεσίας στην Ελλάδα. Σύμφωνα με το ΜΠΥ έγινε προσπάθεια να ερμηνευτούν οι διαστάσεις: «σοβαρότητα», «τρωτότητα», «εμπόδια», «οφέλη» καθώς και η έννοια «αυτοαποτελεσματικότητα».

Από την ανάλυση του ερωτηματολογίου που βασίστηκε στο ΜΠΥ, με βάση τις τρεις ερωτήσεις (Γ4, Γ6, Γ7 – πίνακας 8) που χρησιμοποιήθηκαν για την **τρωτότητα**, οι οποίες απέδωσαν τον φόβο των επαγγελματιών υγείας λόγω των ποινικών ευθυνών στην περίπτωση της μη έναρξης ΚΑΡΠΑ, προκύπτει πως το μεγαλύτερο συνολικά ποσοστό 45,4% (N=83) απαντάει «ΣΥΜΦΩΝΩ» και «ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ» στην ερώτηση «Ξεκινάω ΚΑΡΠΑ, ακόμα κι αν αυτό είναι μάταιο, γιατί φοβάμαι τις ποινικές ευθύνες». Επίσης στην ερώτηση «Σε ασθενείς που δεν έχουν προσδόκιμο επιβίωσης ή η επιθυμία τους είναι να μην τους γίνει αναζωογόνηση, ξεκινάω ΚΑΡΠΑ για τυπικές διαδικασίες, χωρίς να εφαρμόζω πιστά τον αλγόριθμο» το μεγαλύτερο ποσοστό εφαρμόζει πιστά τον αλγόριθμο αφού το 73,3% (N=134) απαντάει συνολικά «ΔΙΑΦΩΝΩ» και «ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ». Τέλος στην ερώτηση «Ενημερώνω πάντα σε ανίατες ασθένειες και περιπτώσεις μη βιώσιμων ασθενών και τους συναδέλφους, αλλά και τους συγγενείς των ασθενών, για την μη έναρξη ΚΑΡΠΑ» το 36,1% (N=66) απαντάει «ΣΥΜΦΩΝΩ».

**Πίνακας 8. Κατανομή δείγματος στις ερωτήσεις της τρωτότητας**

	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ/Η	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
Ξεκινάω ΚΑΡΠΑ, ακόμα κι αν αυτό είναι μάταιο, γιατί φοβάμαι τις ποινικές ευθύνες					
N(%)	15(8,2)	68(37,2)	36(19,7)	52(28,4)	12(6,6)
Σε ασθενείς που δεν έχουν προσδόκιμο επιβίωσης ή η επιθυμία τους είναι να μην τους γίνει αναζωογόνηση, ξεκινάω ΚΑΡΠΑ για τυπικές διαδικασίες, χωρίς να εφαρμόζω πιστά τον αλγόριθμο					
N(%)	2(1,1)	23(12,6)	24(13,1)	96(52,5)	38(20,8)
Ενημερώνω πάντα σε ανίατες ασθένειες και περιπτώσεις μη βιώσιμων ασθενών και τους συναδέλφους, αλλά και τους συγγενείς των ασθενών, για την μη έναρξη ΚΑΡΠΑ					
N(%)	21(11,5)	66(36,1)	42(23)	43(23,5)	11(6)

Στον πίνακα 9 αποτυπώνονται οι τρεις ερωτήσεις (Γ2, Γ5, Γ14), που χρησιμοποιήθηκαν για την **σοβαρότητα** που φανέρωσαν την έλλειψη γνώσεων αλλά και νομοθετικών ρυθμίσεων στην διενέργεια ΚΑΡΠΑ, σε ασθενείς με χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης ή επιθυμία μη αναζωογόνησης, γεγονότα που πιθανόν προκαλούν επιπλέον άγχος και ψυχολογική πίεση στους επαγγελματίες υγείας. Το μεγαλύτερο ποσοστό 42,1% (N=77) απάντησε «ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ/Η» στο αν η μη έναρξη ΚΑΡΠΑ, όταν είναι μάταιη, αποτελεί ποινικό αδίκημα. Από την άλλη το μεγαλύτερο ποσοστό των απαντήσεων 64,4% (N=118), που αφορούσε στην ταύτιση με την επιθυμία του ασθενή να μην δεχθεί κάποια θεραπεία όπως η ΚΑΡΠΑ, ήταν «ΣΥΜΦΩΝΩ» και «ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ». Τέλος κατά απόλυτη σχεδόν πλειοψηφία στην ερώτηση «Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουμε να είμαστε πάντα ενήμεροι με τις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες της ΚΑΡΠΑ», το 95,1% (N=174), απαντάει «ΣΥΜΦΩΝΩ» και «ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ».

**Πίνακας 9. Κατανομή δείγματος στις ερωτήσεις της σοβαρότητας**

	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ/Η	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
Η μη έναρξη ΚΑΡΠΑ, ανεξάρτητα από το αν είναι μάταιη, αποτελεί ποινικό αδίκημα για τον υγειονομικό στην Ελλάδα.					
N(%)	36(19,7)	44(24,0)	77(42,1)	21(11,5)	5(2,7)
Σύμφωνα με την αρχή της αυτονομίας στην βιοηθική, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ταυτίζονται με την επιθυμία του ασθενή να μην δεχθεί κάποια θεραπεία, όπως η ΚΑΡΠΑ.					
N(%)	44(24)	74(40,4)	35(19,1)	26(14,2)	4(2,2)
Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουμε να είμαστε πάντα ενήμεροι με τις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες της ΚΑΡΠΑ					
N(%)	110(60,1)	64(35)	8(4,4)	1(0,5)	0(0)

Στον πίνακα 10 αποτυπώνονται οι τρεις ερωτήσεις (Γ1, Γ3, Γ8), που είχαν να κάνουν με την διάσταση **οφέλη**, του ΜΠΥ και ουσιαστικά έγινε προσπάθεια να αναδειχθεί η ηθική ικανοποίηση από την σωστή διαχείριση μιας ΚΑ, καθώς και η αυτοπεποίθηση των επαγγελματιών υγείας όταν διαθέτουν το γνωστικό υπόβαθρο και την εμπειρία, ώστε να αναγνωρίσουν πότε πρέπει να ξεκινήσουν και πότε να μην ξεκινήσουν ΚΑΡΠΑ. Το μεγαλύτερο συνολικά ποσοστό 90,7% (N=166) στην ερώτηση «Η εμπειρία μου στην ΚΑΡΠΑ, με βοηθά στη διαχείριση μιας κατάστασης καρδιακής ανακοπής», απάντησε «ΣΥΜΦΩΝΩ» και «ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ». Επίσης στην ερώτηση «Είμαι σε θέση να διακρίνω πότε μια

αναζωογόνηση είναι μάταιη, ώστε να ανταποκριθώ ανάλογα, είτε με διακοπή της ΚΑΡΠΑ είτε με την μη έναρξη αυτής», το μεγαλύτερο συνολικά ποσοστό 59% (N=108), απάντησε «ΣΥΜΦΩΝΩ» και «ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ». Τέλος το μεγαλύτερο συνολικά ποσοστό 86,9% (N=159) στην ερώτηση «Η συμμετοχή μου, στην ομάδα αναζωογόνησης με έχει βοηθήσει στην καλή γνώση του αλγορίθμου της ΚΑΡΠΑ» απάντησε «ΣΥΜΦΩΝΩ» και «ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ».

**Πίνακας 10. Κατανομή δείγματος στις ερωτήσεις των οφελών**

	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ/Η	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
Η εμπειρία μου στην ΚΑΡΠΑ, με βοηθά στη διαχείριση μιας κατάστασης καρδιακής ανακοπής					
N(%)	100(54,6)	66(36,1)	17(9,3)	0(0)	0(0)
Είμαι σε θέση να διακρίνω πότε μια αναζωογόνηση είναι μάταιη, ώστε να ανταποκριθώ ανάλογα, είτε με διακοπή της ΚΑΡΠΑ είτε με την μη έναρξη αυτής.					
N(%)	28(15,3)	80(43,7)	44(24)	26(14,2)	5(2,7)
Η συμμετοχή μου, στην ομάδα αναζωογόνησης με έχει βοηθήσει στην καλή γνώση του αλγορίθμου της ΚΑΡΠΑ.					
N(%)	73(39,9)	86(47)	20(10,9)	3(1,6)	1(0,5)

Στον πίνακα 11 φαίνονται οι τρεις ερωτήσεις (Γ7, Γ11, Γ12), που χρησιμοποιήθηκαν για τα **εμπόδια** που τίθενται με βάση το ΜΠΥ, τα οποία μπορεί να φέρουν σε δίλημμα τους υγειονομικούς ή να τους προκαλέσουν φόβο στην απόφαση να γίνει ή να μη γίνει έναρξη ΚΑΡΠΑ, λόγω της έλλειψης γνώσης ή της μη ύπαρξης νομικού πλαισίου και υγειονομικών πρωτοκόλλων. Το μεγαλύτερο συνολικά ποσοστό 51,9% (N=95) απάντησε «ΔΙΑΦΩΝΩ» και «ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ», στην ερώτηση «Οι ελλειπείς γνώσεις μου σε σχέση με τις κατευθυντήριες οδηγίες στην ΚΑΡΠΑ, με οδηγούν στο να μην γνωρίζω πότε πρέπει να αρχίσω ή να σταματήσω την αναζωογόνηση». Ομοίως στην ερώτηση «Ξεκινάω πάντα ΚΑΡΠΑ για να είμαι καλυμμένος νομικά, παρόλο που μπορεί να υπάρχει σχετική οδηγία για την μη έναρξή της» το μεγαλύτερο συνολικά ποσοστό 47,5% (N=87) απάντησε «ΔΙΑΦΩΝΩ» και «ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ». Παρόλα αυτά στην ερώτηση «Η μη ύπαρξη συγκεκριμένων πρωτοκόλλων για την έναρξη ή μη ΚΑΡΠΑ, με φέρνουν πάντα σε δίλημμα, σε περιπτώσεις που οι ασθενείς δεν έχουν προσδόκιμο επιβίωσης ή που οι ίδιοι δεν επιθυμούν αναζωογόνηση» το μεγαλύτερο ποσοστό συνολικά 62,3 (N=114), απάντησε «ΣΥΜΦΩΝΩ» και «ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ».

**Πίνακας 11. Κατανομή δείγματος στις ερωτήσεις των εμποδίων**

	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ/Η	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
Οι ελλείψεις γνώσεις μου σε σχέση με τις κατευθυντήριες οδηγίες στην ΚΑΡΠΑ, με οδηγούν στο να μη γνωρίζω πότε πρέπει να αρχίσω ή να σταματήσω την αναζωογόνηση					
N(%)	13(7,1)	46(25,1)	29(15,8)	78(42,6)	17(9,3)
Ξεκινάω πάντα ΚΑΡΠΑ για να είμαι καλυμμένος νομικά, παρόλο που μπορεί να υπάρχει σχετική οδηγία για την μη έναρξή της					
N(%)	16(8,7)	38(20,8)	42(23)	69(37,7)	18(9,8)
Η μη ύπαρξη συγκεκριμένων πρωτοκόλλων για την έναρξη ή μη ΚΑΡΠΑ, με φέρνουν πάντα σε δίλημμα, σε περιπτώσεις που οι ασθενείς δεν έχουν προσδόκιμο επιβίωσης ή που οι ίδιοι δεν επιθυμούν αναζωογόνηση.					
N(%)	30(16,4)	84(45,9)	40(21,9)	24(13,1)	5(2,7)

Στον πίνακα 12 αναπτύχθηκαν οι τρεις ερωτήσεις (Γ10, Γ13, Γ15), που αφορούσαν στην έννοια της **αυτοαποτελεσματικότητας**, μέσα από τις οποίες αναδείχθηκαν η εμπειρία και οι δεξιότητες των υγειονομικών μέσα από την ομάδα ΚΑΡΠΑ, που τους βοήθησαν να αναπτύξουν συγκεκριμένη συμπεριφορά, τόσο στη διαχείριση μιας ΚΑ, όσο και στην περίπτωση που η ΚΑΡΠΑ κρίνεται μάταιη. Στην ερώτηση «Η εμπειρία μου στην ΚΑΡΠΑ στο περιβάλλον εργασίας, με έχει βελτιώσει ως επαγγελματία υγείας» το μεγαλύτερο συνολικά ποσοστό 84,1% (N=154) απάντησε «ΣΥΜΦΩΝΩ» και «ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ». Στην ερώτηση «Η συμμετοχή μου στην ομάδα της ΚΑΡΠΑ, με έχει ωθήσει στην αναζήτηση επιπλέον εκπαίδευσης πάνω στο αντικείμενο του επείγοντος» απάντησε «ΣΥΜΦΩΝΩ» και «ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ» το 79,8% (N=146). Τέλος το 67,8% (N=124) μπορεί να αντιληφθεί πότε χρειάζεται να κάνει έναρξη ΚΑΡΠΑ στο περιβάλλον εργασίας του και εκτός αυτού και παράλληλα να αντιληφθεί πότε η προσπάθεια κρίνεται μάταιη.

**Πίνακας 12. Κατανομή δείγματος στις ερωτήσεις της αυτοαποτελεσματικότητας**

	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ/Η	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
Η εμπειρία μου στην ΚΑΡΠΑ στο περιβάλλον εργασίας, με έχει βελτιώσει ως επαγγελματία υγείας.					
N(%)	67(36,6)	87(47,5)	23(12,6)	5(2,7)	1(0,5)
Η συμμετοχή μου στην ομάδα της ΚΑΡΠΑ, με έχει ωθήσει στην αναζήτηση επιπλέον εκπαίδευσης πάνω στο αντικείμενο του επείγοντος.					
N(%)	52(28,4)	94(51,4)	26(14,2)	11(6)	0(0)
Θεωρώ πως έχω αποκτήσει την απαραίτητη επάρκεια, προκειμένου να πραγματοποιήσω την έναρξη ΚΑΡΠΑ και στο περιβάλλον εργασίας και εκτός αυτού και είμαι σε θέση να αντιληφθώ αν η προσπάθεια είναι μάταιη.					
N(%)	40(21,9)	84(45,9)	45(24,6)	13(7,1)	1(0,5)

Στο Γ μέρος του ερωτηματολογίου τέθηκε μία επιπλέον ερώτηση (Γ16), πέρα από τις ερωτήσεις του ΜΠΥ, που αποτύπωσε την πρόθεση των επαγγελματιών υγείας για την συμμετοχή τους σε ΚΑΡΠΑ, στην περίπτωση ασθενούς που δεν έχει προσδόκιμο επιβίωσης. Σύμφωνα με αυτή το μεγαλύτερο συνολικά ποσοστό 83% (N=152) απάντησε «ΣΥΜΦΩΝΩ» και «ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ» στην συμμετοχή τους στην ΚΑΡΠΑ σε μια αντίστοιχη περίπτωση (πίνακας 13).

**Πίνακας 13. Κατανομή δείγματος στην ερώτηση Γ16**

	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ/Η	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
Τελικά πόσο πιθανό είναι να εμπλακείτε άμεσα και ενεργά σε ΚΑΡΠΑ, σε ασθενή που δεν έχει προσδόκιμο επιβίωσης ή επιθυμεί την μη αναζωογόνησή του;					
N(%)	46(25,1)	106(57,9)	14(7,7)	9(4,9)	8(4,4)

#### 8.4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΛΛΗΛΟΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, σχετικά με τη σύγκριση των ερωτημάτων αν «Ξεκινάω ΚΑΡΠΑ, ακόμα κι αν αυτό είναι μάταιο, γιατί φοβάμαι τις ποινικές ευθύνες» δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ούτε ανάλογα με την επιθυμία των ασθενών - συγγενών, ούτε ανάλογα με το αν ο ασθενής είναι σε τελικό στάδιο με  $p=0,787$  και  $0.068$  αντίστοιχα (πίνακας 14).

**Πίνακας 14. Διαφοροποίηση ερωτήματος Γ4 σε σχέση με την επιθυμία ασθενών/συγγενών και με την τελικού σταδίου νόσο του ασθενή**

			Mean	N	p
Ξεκινάω ΚΑΡΠΑ, ακόμα κι αν αυτό είναι μάταιο, γιατί φοβάμαι τις ποινικές ευθύνες	Η επιθυμία των συγγενών του ασθενή ή/και του ίδιου, να μην επιχειρηθεί αναζωογόνηση, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από τους υγειονομικούς	Όχι	2,84±1,14	51	0,787
		Ναι	2,89±1,11	132	
	Σε περίπτωση ασθενή με νόσο τελικού σταδίου, θεωρείται ότι θα πρέπει να γίνεται έναρξη ΚΑΡΠΑ;	Όχι	2,95±1,13	148	0,068
		Ναι	2,57±1,01	35	

Από τις αναλύσεις που ακολούθησαν σχετικά με το συγκεκριμένο ερώτημα εάν «Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ταυτίζονται με την επιθυμία του ασθενή να μην δεχθεί κάποια θεραπεία, όπως η ΚΑΡΠΑ», προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση τόσο ανάλογα με την επιθυμία των ασθενών, όσο και ανάλογα με το αν ο ασθενής είναι σε τελικό στάδιο με  $p=0,002$  και  $0.016$  αντίστοιχα (πίνακας 15).

**Πίνακας 15. Διαφοροποίηση του ερωτήματος Γ5 σε σχέση με την επιθυμία ασθενών/συγγενών και με την τελικού σταδίου νόσο του ασθενή**

		Mean	N	p	
Σύμφωνα με την αρχή της αυτονομίας στην βιοηθική, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ταυτίζονται με την επιθυμία του ασθενή να μην δεχθεί κάποια θεραπεία, όπως η ΚΑΡΠΑ.	Η επιθυμία των συγγενών του ασθενή ή/και του ίδιου, να μην επιχειρηθεί αναζωογόνηση, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από τους υγειονομικούς	Όχι	2,75±1,20	51	<b>0,002</b>
		Ναι	2,14±0,94	132	
	Σε περίπτωση ασθενή με νόσο τελικού σταδίου, θεωρείται ότι θα πρέπει να γίνεται έναρξη ΚΑΡΠΑ;	Όχι	2,21±1,03	148	<b>0,016</b>
		Ναι	2,69±1,11	35	

Από τις αναλύσεις σχετικά με το ερώτημα «Η μη ύπαρξη συγκεκριμένων πρωτοκόλλων, με φέρνουν πάντα σε δίλημμα, σε περιπτώσεις που οι ασθενείς δεν έχουν προσδόκιμο επιβίωσης» προέκυψε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0,994$ ) ανάλογα με το αν ο ασθενής είναι σε τελικό στάδιο (πίνακας 16).

**Πίνακας 16. Διαφοροποίηση ερωτήματος Γ12 σε σχέση με την τελικού σταδίου νόσο του ασθενή**

Η μη ύπαρξη συγκεκριμένων πρωτοκόλλων, με φέρνουν πάντα σε δίλημμα, σε περιπτώσεις που οι ασθενείς δεν έχουν προσδόκιμο επιβίωσης	Σε περίπτωση ασθενή με νόσο τελικού σταδίου, θεωρείται ότι θα πρέπει να γίνεται έναρξη ΚΑΡΠΑ;	N	Mean	p	
		Όχι	148	2,40±1,002	0,994
		Ναι	35	2,40±1,006	

Η αντίληψη για το πότε μία προσπάθεια είναι μάταιη δε διαφοροποιείται ανάλογα με τα έτη εργασίας ( $p=0,658$ ). Αντιθέτως από τις αναλύσεις που ακολούθησαν σχετικά με τις τρεις πιστοποιήσεις (BLS, ILS, ALS του ERC), φαίνεται ότι οι εργαζόμενοι που είναι

πιστοποιημένοι συμφωνούν σε μεγαλύτερο βαθμό σχετικά με το αν είναι σε θέση να αντιληφθούν τότε μία προσπάθεια είναι μάταιη με  $p < 0,001$  σε όλες τις περιπτώσεις (πίνακας 17).

**Πίνακας 17. Διαφοροποίηση ερωτήματος Γ15 σε σχέση με τα έτη εργασίας και τις πιστοποιήσεις του ERC**

			Mean	N	p
Θεωρώ πως έχω αποκτήσει την απαραίτητη επάρκεια, και είμαι σε θέση να αντιληφθώ αν η προσπάθεια είναι μάταιη.	Έτη εργασίας	< 5	2,35±0,92	40	0,658
		5 έως 10	2,29±0,81	42	
		10 έως 15	2,11±0,93	27	
		15 έως 20	2,00±0,93	22	
		20 έως 25	2,00±0,86	20	
		25 έως 30	2,11±0,76	18	
		>30	2,21±0,97	14	
	Είστε πιστοποιημένος/η στην βασική υποστήριξη της ζωής (Basic Life Support - BLS) από το ERC;	Όχι	2,66±0,83	67	0,000
		Ναι	1,91±0,79	116	
	Είστε πιστοποιημένος/η στην άμεση υποστήριξη της ζωής (Immediate Life Support - ILS) από το ERC;	Όχι	2,33±0,82	133	0,000
		Ναι	1,80±0,90	50	
	Είστε πιστοποιημένος/η στην εξειδικευμένη υποστήριξη της ζωής (Advanced Life Support - ALS) από το ERC;	Όχι	2,35±0,84	126	0,000
		Ναι	1,82±0,85	57	

Ακόμα, η πιθανότητα εμπλοκής σε ΚΑΡΠΑ σε ασθενή, που δεν έχει προσδόκιμο επιβίωσης δε διαφοροποιείται ανάλογα με τα έτη εργασίας ( $p=0,471$ ). Παράλληλα, φαίνεται ότι οι εργαζόμενοι ανεξάρτητα από τις πιστοποιήσεις τους (BLS, ILS, ALS του ERC) δε διαφέρουν



σημαντικά στην πιθανότητα εμπλοκής σε ΚΑΡΠΑ, σε ασθενή που δεν έχει προσδόκιμο επιβίωσης ( $p > 0,05$ ) (πίνακας 18).

**Πίνακας 18. Διαφοροποίηση ερωτήματος Γ16 σε σχέση με τα έτη εργασίας και με τις πιστοποιήσεις του ERC**

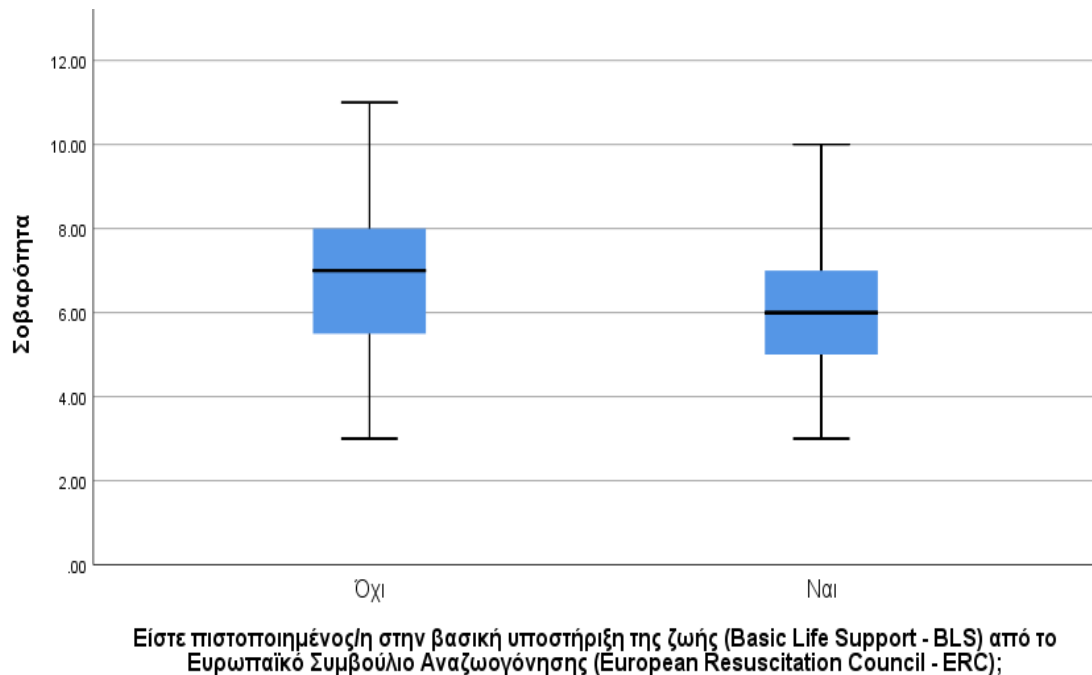
			Mean	N	p
Τελικά πόσο πιθανό είναι να εμπλακείτε άμεσα και ενεργά σε ΚΑΡΠΑ, σε ασθενή που δεν έχει προσδόκιμο επιβίωσης	Έτη εργασίας	< 5	2,23±1,14	40	0,471
		5 έως 10	2,05±0,79	42	
		10 έως 15	1,89±1,05	27	
		15 έως 20	1,91±0,87	22	
		20 έως 25	1,80±0,89	20	
		25 έως 30	2,17±0,71	18	
		>30	2,36±1,15	14	
	Είστε πιστοποιημένος/η στην βασική υποστήριξη της ζωής (Basic Life Support - BLS) από το ERC;	Όχι	2,12±0,90	67	0,489
		Ναι	2,02±1,00	116	
	Είστε πιστοποιημένος/η στην άμεση υποστήριξη της ζωής (Immediate Life Support - ILS) από το ERC;	Όχι	2,11±0,95	133	0,182
		Ναι	1,90±0,97	50	
	Είστε πιστοποιημένος/η στην εξειδικευμένη υποστήριξη της ζωής (Advanced Life Support - ALS) από το ERC;	Όχι	2,06±0,92	126	0,853
		Ναι	2,04±1,05	57	

Από τις αναλύσεις διακυμάνσεων διαπιστώθηκε οι ερωτήσεις που αφορούσαν στην σοβαρότητα του ΜΠΥ (Γ2, Γ5, Γ14), δεν διαφοροποιήθηκαν σημαντικά ( $p > 0,05$ ), σε σχέση με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, την πιστοποίηση ILS και ALS (βλ. Παράρτημα Α).

Αντίθετα σε σχέση με την πιστοποίηση BLS του ERC υπάρχει διαφοροποίηση στις ερωτήσεις που αφορούσαν στην σοβαρότητα καθώς  $p=0.01$  (πίνακας 19). Η διαφορά αποτυπώνεται στο συγκριτικό θηκόγραμμα του γραφήματος 1 που ακολουθεί.

**Πίνακας 19. Διαφοροποίηση της σοβαρότητας με το πιστοποιητικό BLS του ERC**

Σοβαρότητα	Είστε πιστοποιημένος/η στην βασική υποστήριξη της ζωής (Basic Life Support - BLS) από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης (European Resuscitation Council - ERC);	N	Mean	p
	Ναι	116	6.03±1,69	<b>0.010</b>
	Όχι	67	6.73±1,84	



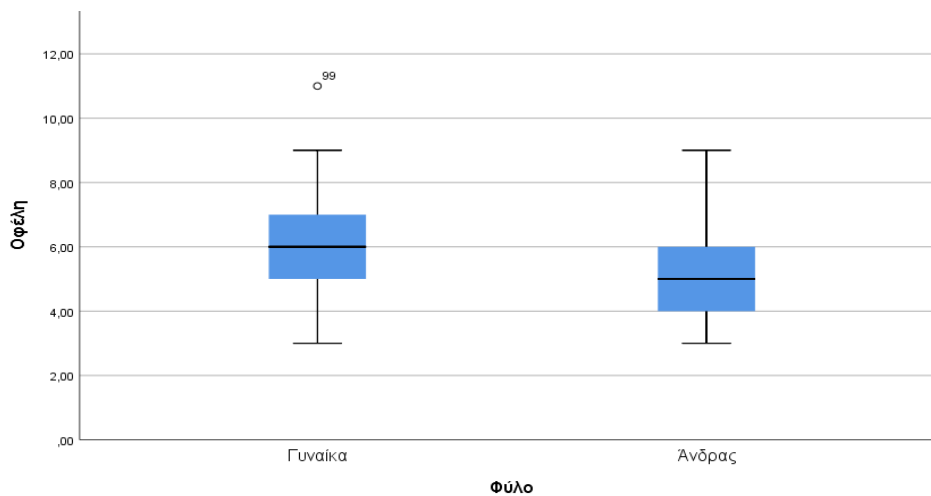
**Γράφημα 1. Θηκόγραμμα Σοβαρότητας και Πιστοποίησης BLS του ERC**

Από τις αναλύσεις διακυμάνσεων διαπιστώθηκε οι ερωτήσεις, που αφορούσαν στην **τρωτότητα** του ΜΠΥ (Γ4, Γ6, Γ7) και στα **οφέλη** του ΜΠΥ (Γ1, Γ3, Γ8), δεν διαφοροποιήθηκαν σημαντικά ( $p>0,05$ ) σε σχέση με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά. Οι ερωτήσεις για την τρωτότητα δεν διαφοροποιήθηκαν ( $p>0,05$ ) ως προς την πιστοποίηση ILS και ALS (βλ. Παράρτημα Α), σε αντίθεση με τα οφέλη που

διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά ανάλογα με το φύλο, καθώς  $p=0.017 < 0.05$  (πίνακας 20). Η διαφορά αποτυπώνεται στο συγκριτικό θηκόγραμμα του γραφήματος 2 που ακολουθεί.

**Πίνακας 20: Διαφοροποίηση των οφελών ως προς το φύλο**

Οφέλη	Φύλο	N	Mean	p
	Γυναίκα	119	5,99±1,71	<b>0.017</b>
	Άνδρας	64	5,33±1,90	
	Σύνολο	183		

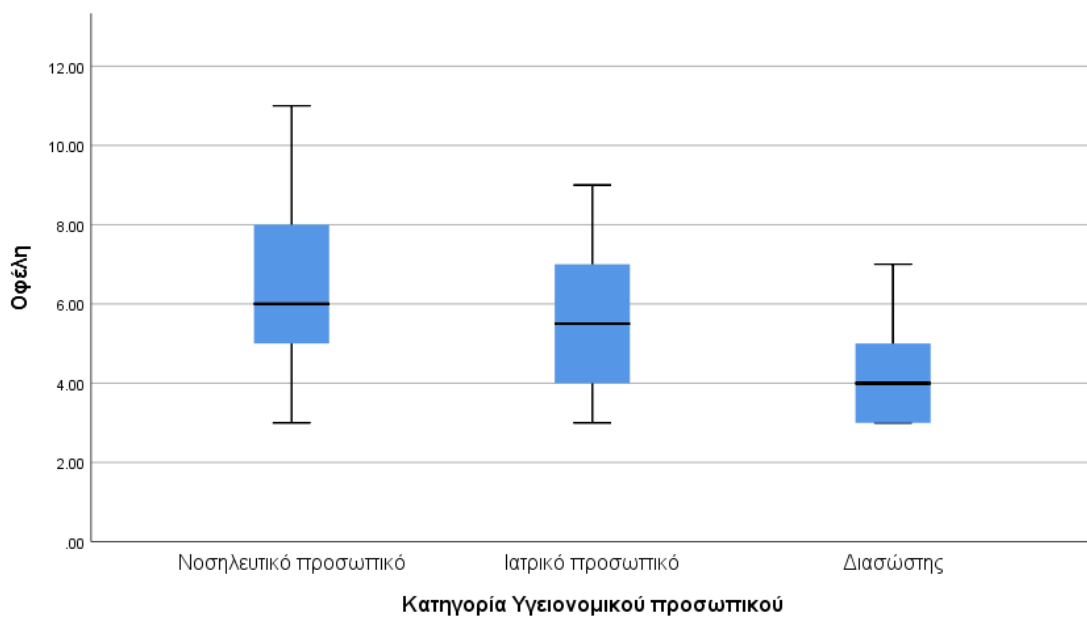


**Γράφημα 2. Θηκόγραμμα Οφελών ανάλογα με το φύλο**

Στον πίνακα 21 αποτυπώθηκε ότι σημαντικά μεγαλύτερες τιμές στα οφέλη καταγράφηκαν για το νοσηλευτικό προσωπικό (6.31) συγκριτικά με τις τιμές που καταγράφηκαν για το ιατρικό προσωπικό (5.50), αλλά και με τις τιμές που καταγράφηκαν για τους διασώστες (4.10). Τα p-values που καταγράφηκαν για την διαφορά μεταξύ ιατρικού προσωπικού και διασωστών είναι 0.001, μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού είναι 0.020, και μεταξύ διασωστών και νοσηλευτικού προσωπικού είναι  $< 0,001$ . Οι διαφορές αποδίδονται από το θηκόγραμμα του γραφήματος 3.

**Πίνακας 21: Διαφοροποίηση των οφελών με την κατηγορία του υγειονομικού προσωπικού**

Οφέλη	Υγειονομικό Προσωπικό	N	Mean	p
	Νοσηλευτικό προσωπικό	111	6,31±1,75	<b>0.000</b>
	Ιατρικό προσωπικό	42	5,50±1,57	
	Διασώστης	30	4,10±1,12	
	Σύνολο	183	5,76±1,80	

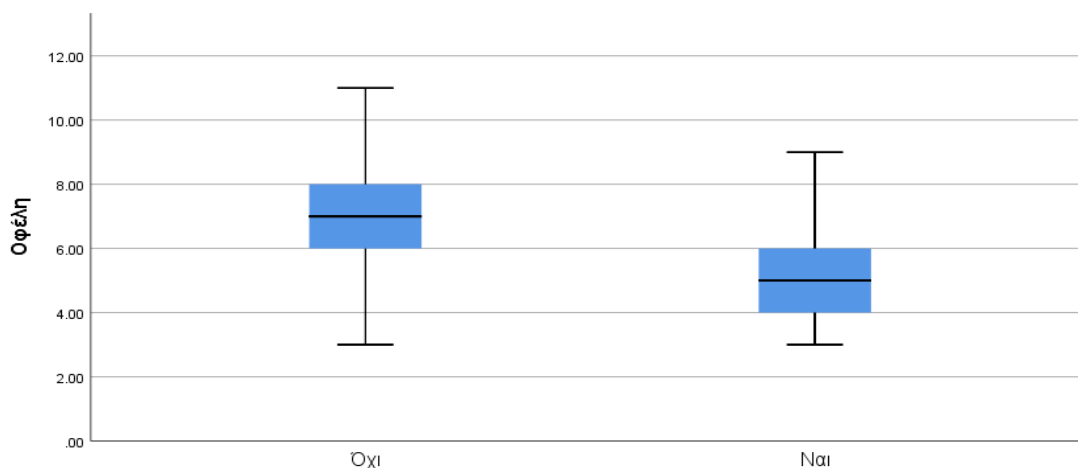


**Γράφημα 3: Θηκόγραμμα Οφελών ως προς τις κατηγορίες υγειονομικού προσωπικού**

Η πιστοποίηση BLS, ILS και ALS του ERC επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τις τιμές για τα οφέλη με  $p=0,004$ ,  $p=0,000$  και  $p=0,005$  αντίστοιχα (πίνακες 22, 23, 24). Όπως φαίνεται αναλυτικά από τα θηκογράμματα των γραφημάτων 4, 5 και 6 αναμένονται μεγαλύτερες τιμές για όσους έχουν λάβει τις συγκεκριμένες πιστοποιήσεις

**Πίνακας 5: Διαφοροποίηση των οφελών με την πιστοποίηση BLS του ERC**

Οφέλη	Είστε πιστοποιημένος/η στην βασική υποστήριξη της ζωής (Basic Life Support - BLS) από το ERC;	N	Mean	p
	Ναι	116	5.22±1,69	<b>0.004</b>
	Όχι	67	6.69±1,62	
	Σύνολο	183		

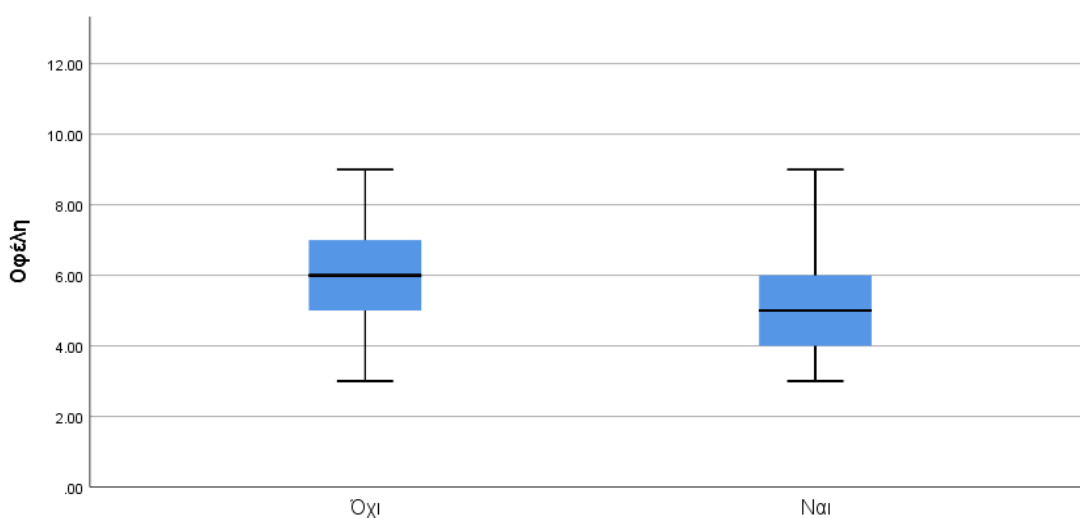


Είστε πιστοποιημένος/η στην βασική υποστήριξη της ζωής (Basic Life Support - BLS) από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης (European Resuscitation Council - ERC);

Γράφημα 4: Θηκόγραμμα οφελών ως προς την ύπαρξη πιστοποίησης BLS του ERC

Πίνακας 6: Διαφοροποίηση των οφελών με την πιστοποίηση ILS του ERC

Οφέλη	Είστε πιστοποιημένος/η στην άμεση υποστήριξη της ζωής (Immediate Life Support - ILS) από το ERC;	N	Mean	p
	Ναι	50	4.88±1,49	<b>0.000</b>
	Όχι	133	6.09±1,80	
	Σύνολο	183		

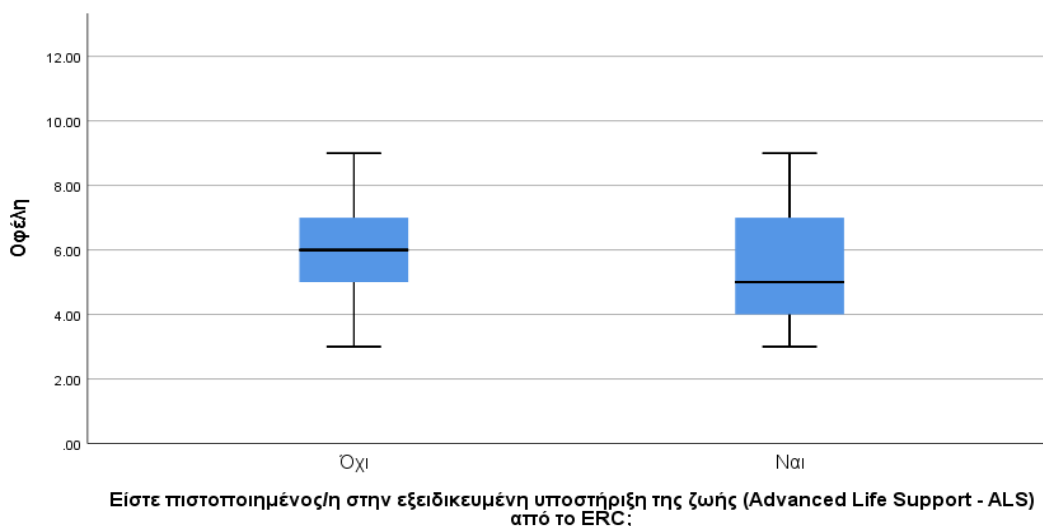


Είστε πιστοποιημένος/η στην άμεση υποστήριξη της ζωής (Immediate Life Support - ILS) από το ERC;

Γράφημα 5: Θηκόγραμμα οφελών ως προς την ύπαρξη πιστοποίησης ILS του ERC

**Πίνακας 24: Διαφοροποίηση των οφελών με την πιστοποίηση ALS του ERC**

Οφέλη	Είστε πιστοποιημένος/η στην εξειδικευμένη υποστήριξη της ζωής (Advanced Life Support - ALS) από το ERC;	N	Mean	p
	Ναι	57	5.21±1,59	<b>0.005</b>
	Όχι	126	6.01±1,84	
	Σύνολο	183		

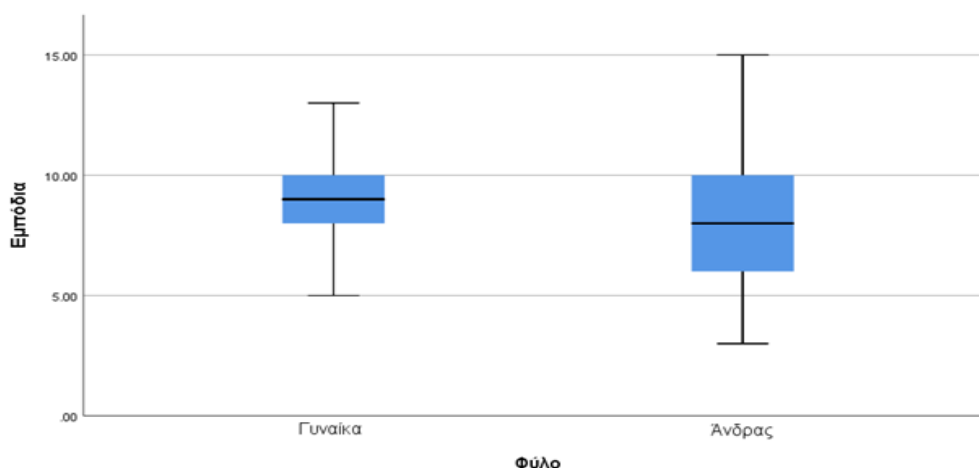


**Γράφημα 6: Θηκόγραμμα οφελών ως προς την ύπαρξη ή μη πιστοποίησης ALS**

Από τις αναλύσεις διακυμάνσεων διαπιστώθηκε πως οι ερωτήσεις, που αφορούσαν στα **εμπόδια** του ΜΠΥ (Γ7, Γ11, Γ12), δεν διαφοροποιήθηκαν σημαντικά ( $p > 0,05$ ) σε σχέση με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά (βλ. Παράρτημα Α), αλλά διαφοροποιήθηκαν σημαντικά με το φύλο, αφού  $p = 0.000$  (πίνακας 25). Η διαφορά αποδίδεται στο συγκριτικό θηκόγραμμα του γραφήματος 7 που ακολουθεί.

**Πίνακας 25: Διαφοροποίηση των εμποδίων με το φύλο.**

Εμπόδια	Φύλο	N	Mean	p
	Γυναίκα	119	9.17±1,99	<b>0.000</b>
	Ανδρας	64	8.10±1,93	
	Σύνολο	183		

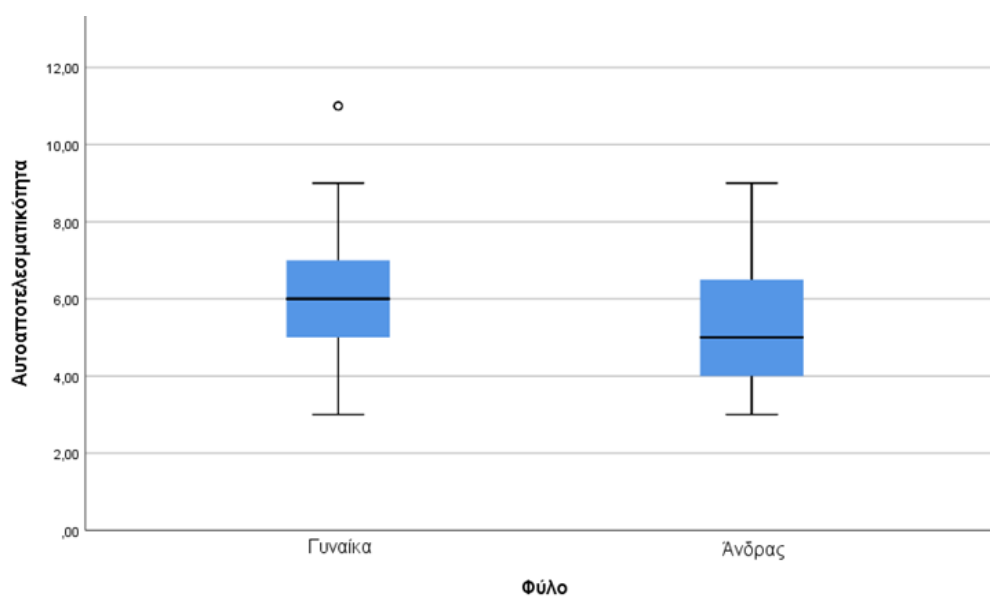


Γράφημα 7: Θηκόγραμμα εμποδίων ανάλογα με το φύλο

Από τις αναλύσεις διακυμάνσεων διαπιστώθηκε οι ερωτήσεις που αφορούσαν στην έννοια της **αυτοαποτελεσματικότητας** (Γ10, Γ13, Γ15), δεν διαφοροποιήθηκαν σημαντικά ( $p > 0,05$ ) σε σχέση με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά (βλ. Παράρτημα Α), αλλά διαφοροποιήθηκαν σημαντικά με το φύλο, καθώς  $p = 0.002$  (πίνακας 26). Η διαφορά αποτυπώνεται στο συγκριτικό θηκόγραμμα του γραφήματος 8 που ακολουθεί.

Πίνακας 26. Διαφοροποίηση της αυτοαποτελεσματικότητας με το φύλο

Αυτοαποτελεσματικότητα	Φύλο	N	Mean	p
	Γυναίκα	119	6.31±1,80	<b>0.002</b>
	Άνδρας	64	5.41±2,00	
	Σύνολο	183	5.99±1,91	

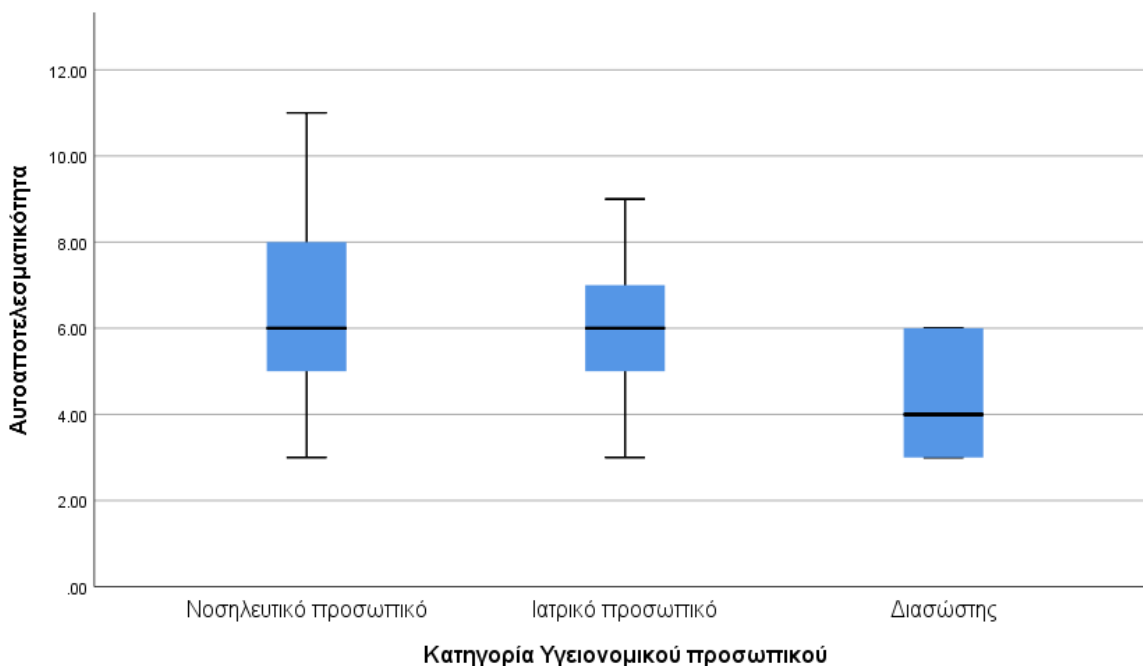


Γράφημα 8. Θηκόγραμμα Αυτοαποτελεσματικότητας ανάλογα με το φύλο

Από την ανάλυση διακύμανσης, βλέπουμε ότι υπάρχει διαφοροποίηση στις τιμές της αυτοαποτελεσματικότητας μεταξύ των διασωστών και του νοσηλευτικού προσωπικού, και των διασωστών και του ιατρικού προσωπικού. Η εκτίμηση παρουσιάζεται στον πίνακα 27, ενώ οι διαφορές αποτυπώνονται στο συγκριτικό θηκόγραμμα του γραφήματος 9 που ακολουθεί.

**Πίνακας 27: Διαφοροποίηση της αυτοαποτελεσματικότητας με την κατηγορία του υγειονομικού προσωπικού**

Αυτοαποτελεσματικότητα	Υγειονομικό Προσωπικό	N	Mean	p
	Νοσηλευτικό προσωπικό	111	6.41±1,91	<b>0.000</b>
	Ιατρικό προσωπικό	42	6.02±1,77	
	Διασώστης	30	4.43±1,19	
	Σύνολο	183	5.99±1,91	



**Γράφημα 9: Θηκόγραμμα Αυτοαποτελεσματικότητας και κατηγορίας υγειονομικού προσωπικού**



## **8.5. ΣΥΝΟΨΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

### **8.5.1. Σύνοψη σχετικά με τις στάσεις, τις πεποιθήσεις και τα ηθικά διλήμματα των επαγγελματιών υγείας κατά την ΚΑΡΠΑ**

Το 91,8% των υγειονομικών είχε συμμετάσχει σε ΚΑΡΠΑ στο περιβάλλον εργασίας του, ενώ το 81,4% έκανε και έναρξη ΚΑΡΠΑ. Την απόφαση για την έναρξη της ΚΑΡΠΑ την παίρνει όποιος αντιληφθεί άμεσα, ότι συντρέχει λόγος να γίνει έναρξη, απάντησε το 78,7%. Παρόλα αυτά το 33,3% των υγειονομικών απάντησε λάθος σε ερώτηση, που αφορούσε τον ρυθμό των συμπίεσεων κατά την ΚΑΡΠΑ, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό 96,2% απάντησε ορθά με ποια κριτήρια γίνεται η έναρξή της. Αν και το 76,5% των υγειονομικών απάντησε θετικά πως γνωρίζει τι σημαίνει ο όρος DNAR, το 10,4% απάντησε λάθος ότι προβλέπεται από την Ελληνική νομοθεσία, ενώ το 39,9% δεν γνώριζε αν προβλέπεται.

Σε σχέση με την επιθυμία των ασθενών ή των συγγενών του να μην επιχειρηθεί αναζωογόνηση, θετικά απάντησε το 72,1% και το 67,8% ανέφερε πως υπήρχαν αντίστοιχες περιπτώσεις ασθενών στο περιβάλλον εργασίας τους. Για την μη έναρξη ΚΑΡΠΑ υπεύθυνη για την απόφαση είναι όλη η υγειονομική ομάδα όπως απάντησε το 48,1%, ενώ το 40,1% απάντησε ο ιατρός. Το 19,1% ανέφερε ότι πρέπει να γίνεται έναρξη ΚΑΡΠΑ σε περίπτωση ασθενή με νόσο τελικού σταδίου, ενώ το 61,2% απάντησε πως έχει βρεθεί σε περίπτωση που υπήρχε διαφωνία για την διενέργεια ή μη ΚΑΡΠΑ, θεωρώντας το 52,6% πως δεν λήφθηκε η βέλτιστη απόφαση.

### **8.5.2. Συσχετίσεις επιμέρους παραμέτρων με κοινωνικοδημογραφικούς και άλλους παράγοντες**

Από τις παραπάνω αναλύσεις υπήρξε σημαντική συσχέτιση της ταύτισης των επαγγελματιών υγείας να μην δεχθεί ένας ασθενής ΚΑΡΠΑ, σε σχέση με την επιθυμία του ιδίου καθώς και με το αν ο ασθενής είναι σε τελικό στάδιο νόσου ( $p=0,002$  και  $0.016$  αντίστοιχα). Οι υγειονομικοί που είναι πιστοποιημένοι με τις τρεις πιστοποιήσεις (BLS, ILS, ALS του ERC), συμφωνούν με το ότι είναι σε θέση να αντιληφθούν πότε μία προσπάθεια είναι μάταιη με ( $p<0,001$ ), αλλά δεν διαφέρουν σημαντικά στην πιθανότητα εμπλοκής τους σε ΚΑΡΠΑ σε ασθενή που δεν έχει προσδόκιμο επιβίωσης ( $p >0,05$ ).

Σε σχέση με το ΜΠΥ οι ερωτήσεις που αφορούσαν στην σοβαρότητα, σχετίζονται με την πιστοποίηση BLS του ERC ( $p=0.01$ ) και αυτές που αφορούσαν στα οφέλη διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά ανάλογα του φύλου ( $p=0.017$ ). Συγκριτικά μεγαλύτερες τιμές στα οφέλη καταγράφηκαν στο νοσηλευτικό προσωπικό (6.31) σε σχέση με τις τιμές που καταγράφηκαν για το ιατρικό προσωπικό (5.50), αλλά και με τις τιμές που καταγράφηκαν για τους διασώστες (4.10). Τα  $p$ -values που καταγράφηκαν για την διαφορά μεταξύ ιατρικού προσωπικού και

διασωστών είναι 0.001, μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού είναι 0.020, και μεταξύ διασωστών και νοσηλευτικού προσωπικού είναι <0,001. Επιπλέον οι πιστοποιήσεις BLS, ILS και ALS του ERC επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τις τιμές για τα οφέλη με  $p=0,004$ ,  $p=0,000$  και  $p=0,005$  αντίστοιχα. Από τις αναλύσεις διακυμάνσεων διαπιστώθηκε πως οι ερωτήσεις, που αφορούσαν στα εμπόδια και στην αυτοαποτελεσματικότητα διαφοροποιήθηκαν σημαντικά με το φύλο ( $p=0.000$  και  $p=0.002$  αντίστοιχα). Τέλος υπάρχει διαφοροποίηση στις τιμές της αυτοαποτελεσματικότητας μεταξύ των διασωστών και του νοσηλευτικού προσωπικού, και των διασωστών και του ιατρικού προσωπικού ( $p=0.000$ ).

### **8.5.3. Ενδιαφέροντα αποτελέσματα και στοιχεία από την έρευνα**

Το 63% διαθέτει πιστοποίηση στην βασική υποστήριξη της ζωής. Το 23,5% των επαγγελματιών υγείας δεν κατανοούσε τον όρο DNAR και συνολικά το 50,3% εάν προβλέπεται στην Ελληνική νομοθεσία. Το 72,1% απάντησε ότι πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η επιθυμία του ασθενή ή/και του συγγενή, για μη αναζωογόνηση και το 48,1% ότι η έκδοση εντολών μη εφαρμογής ΚΑΡΠΑ, θα πρέπει να αποφασίζεται από όλη την υγειονομική ομάδα. Παρατηρήθηκαν εκπαιδευτικά ελλείμματα στους συμμετέχοντες, ως προς τις κατευθυντήριες οδηγίες για την εφαρμογή της ΚΑΡΠΑ και μόνο το 63% ήταν πιστοποιημένο στην βασική υποστήριξη της ζωής. Τέλος το 83% θα συμμετείχε σε ΚΑΡΠΑ σε ασθενή που δεν έχει προσδόκιμο επιβίωσης ή επιθυμούσε την μη αναζωογόνησή του.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

### 9.1. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκαν οι στάσεις, πεποιθήσεις και τα ηθικά διλήμματα των επαγγελματιών υγείας σχετικά την διενέργεια ΚΑΡΠΑ, σε ασθενείς με χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης ή επιθυμία μη αναζωογόνησης. Παράλληλα, διερευνήθηκε και το επίπεδο εκπαίδευσης και γνώσεων ως προς τις κατευθυντήριες οδηγίες της ΚΑΡΠΑ με συγκεκριμένες ερωτήσεις.

Ένα από τα σημαντικά ευρήματα της μελέτης ήταν ότι ένα μεγάλο ποσοστό των επαγγελματιών υγείας δεν κατανοούσε τον όρο DNAR και το εάν προβλέπεται στην Ελληνική νομοθεσία και το 72,1% απάντησε ότι πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η επιθυμία του ασθενή ή/ και του συγγενή. Παρόμοια μελέτη (O'Brien et al, 2018) σε 519 ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και νοσηλευτές πανεπιστημιακού νοσοκομείου έδειξε ότι το 30% και 26,8% αντίστοιχα δεν κατανοούσαν απόλυτα τον όρο DNAR και θεωρούσαν ότι έπρεπε να απέχουν από όλες τις κλινικές πρακτικές.

Με βάση το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο είναι ένας όρος όπου δεν προβλέπεται σε αντίθεση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες και με χώρες άλλων Ηπείρων. Για παράδειγμα, στην Σουηδία υπάρχει αποσαφηνισμένος ο όρος DNAR και εφαρμόζεται. Σύμφωνα με μελέτη των Bremer et al, 2021 σε 522 Σουηδούς επαγγελματίες υγείας φάνηκε ότι λαμβάνεται υπόψη η αυτονομία του ασθενούς όσον αφορά τις αποφάσεις του DNAR. Η λήψη απόφασης DNAR, αφορά απόφαση του ίδιου του ασθενή και ο νόμος δεν επιτρέπει στους συγγενείς να αποφασίσουν γι' αυτό. Ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών δεν μπορούσε όμως να συμμετέχει σε μια τέτοια συζήτηση. Αν και το 70% των υγειονομικών τάχθηκε υπέρ του νόμου, ένα σημαντικό ποσοστό 19%, συνέχισε να πιστεύει πως μια τέτοια απόφαση θα πρέπει να επιτραπεί να παίρνεται κι από τους συγγενείς. Προγενέστερη μελέτη των Armitage & Jones (2017) σχετικά με την στάση των διασωστών σε μια περιφεριακή υπηρεσία ασθενοφόρων στην Μεγάλη Βρετανία, έδειξε ότι είναι πρωταρχικής σημασίας η επιθυμία του ασθενή, η συνεργασία των υγειονομικών με τον ίδιο και την οικογένειά του σχετικά με την εντολή DNAR και η εκπαίδευση των υγειονομικών πάνω στον τρόπο διαχείρισης σε περιπτώσεις ασθενών με την συγκεκριμένη εντολή. Αποτελέσματα που επιβεβαιώνονται με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας όπου οι επαγγελματίες υγείας δήλωσαν ότι θα πρέπει οι ίδιοι να ταυτίζονται με την επιθυμία του ασθενή να μην δεχθεί κάποια θεραπεία, όπως η ΚΑΡΠΑ.

Η ιατρική ομάδα πρέπει εγκαίρως να πραγματοποιεί αξιολογήσεις λαμβάνοντας υπόψη την βούληση και τις σκέψεις του ασθενή και ειδικότερα όταν αλλάζει άποψη σχετικά με την οδηγία DNAR ή όταν η κλινική του κατάσταση αλλάζει. Οι εκτιμήσεις θα πρέπει να βασίζονται στις τέσσερις αρχές της κλινικής ηθικής, την επιθυμία του ασθενή, την ιατρική προσαρμογή, την ποιότητα της ζωής καθώς και τις συνθήκες που επικρατούν. Μέσα στο συγκεκριμένο πλαίσιο μπορούν να είναι αποτελεσματικές οι παραπάνω εκτιμήσεις. Είναι σημαντικό να εξασφαλιστεί η αιτιολόγηση για την διακοπή των ιατρικών ή νοσηλευτικών διαδικασιών, γιατί μια τέτοια απόφαση μπορεί να οδηγήσει στην μείωση της ποιότητας ζωής και στον συντομότερο θάνατο (Jonsen et al, 2011). Βέβαια, μια συζήτηση για το ενδεχόμενο εφαρμογής ΚΑΡΠΑ ή όχι με τον ίδιο τον ασθενή και τους οικείους του, μπορεί να είναι αρκετά δύσκολη, αλλά εξίσου σημαντική όπως αναφέρουν οι Brännström & Jaarsma (2015). Αντίστοιχα αποτελέσματα καταγράφηκαν και στην παρούσα μελέτη, αφού αποτυπώθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ταυτίζονται με την επιθυμία του ασθενή να μην δεχθεί ΚΑΡΠΑ.

Ο ρόλος της οικογένειας ως κύτταρο της Ελληνικής κοινωνίας είναι σημαντικός και μπορεί να είναι εξίσου σημαντικός στην εφαρμογή ή όχι της ΚΑΡΠΑ ακόμα και αν κρίνεται μάταια. Μελέτη στην Ιαπωνία των Higuchi et al, (2020), όπου και εκεί δίδεται ανάλογη έμφαση στον θεσμό της οικογένειας, σε 186 νοσηλευτές, αξιολόγησε την προσέγγιση των νοσηλευτών σε 10 ιατρικές διαδικασίες ρουτίνας, συμπεριλαμβανομένης της ΚΑΡΠΑ. Η μελέτη έδειξε ότι η απουσία συγγενών με δυνατότητα επικοινωνίας και η επακόλουθη έλλειψη επικοινωνίας μπορεί να μειώσει την αντίληψη των νοσηλευτών σχετικά με την παροχή ΚΑΡΠΑ, ακόμη και όταν δεν υπάρχει DNAR. Αυτό το αποτέλεσμα υποδηλώνει την ανάγκη για ολοκληρωμένη εκπαίδευση όλου του ιατρικού προσωπικού σχετικά με την έκδοση εντολών DNAR και τη φροντίδα που πρέπει να παρέχεται στη συνέχεια. Ο ίδιος ερευνητής σε άλλη μελέτη ανέφερε ότι η αντίληψη των νοσηλευτών για τις κλινικές πρακτικές σε παραγγελίες DNAR επηρεάστηκε σημαντικά από την πολυετή εργασιακή εμπειρία (Higuchi et al, 2020).

Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, η έκδοση εντολών μη εφαρμογής ΚΑΡΠΑ θα πρέπει να αποφασίζεται σε ποσοστό 48,1% και 40,4% από όλη την υγειονομική ομάδα και τον ιατρό αντίστοιχα. Οι Fallahi et al (2018), μελέτησαν τις στάσεις ιατρών και νοσηλευτών σχετικά με την διαδικασία της λήψης απόφασης για DNAR όπου ανέδειξαν την διαφορετική στάση ιατρών και νοσηλευτών, στη διαδικασία λήψης της απόφασης. Επίσης, οι ερευνητές επισήμαναν πως πρέπει να υπάρξει μια συγκεκριμένη κατευθυντήρια γραμμή στην οποία θα αποσαφηνίζεται η διαδικασία λήψης της απόφασης, μέσα από την οποία θα πρέπει να αναφέρονται ξεκάθαρα οι ρόλοι του κάθε επαγγελματία της υγειονομικής ομάδας. Ωστόσο και

η ύπαρξη σαφών κατευθυντήριων οδηγιών για DNAR, μπορεί να μην εφαρμοστούν από τους επαγγελματίες υγείας ή να αποτελέσει σημείο διαφωνίας. Μελέτη των Micallef et al, επισήμανε τους λόγους διαφωνίας για την οδηγία της εντολής DNAR οι οποίοι ήταν: η αναπάντεχη επιδείνωση του ασθενή, η αναμονή συζήτησης με την οικογένεια, η κατάλληλη θεραπεία που μπορεί να αναστρέψει μια κατάσταση, η μη καλή γνώση του ασθενούς και η μη συζήτηση από την ομάδα θεραπείας σχετικά με την αναζωογόνηση.

Ένας παράγοντας μη εφαρμογής των κατευθυντήριων οδηγιών είναι το στρες που προκαλείται σε μια κατάσταση ΚΑ όπως παρουσιάζεται στην μελέτη των Tanabe et al (2022), στην πόλη της Okayama. Στην συγκεκριμένη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 3079 ασθενείς και δόθηκαν ερωτηματολόγια στους 243 διασώστες των ασθενοφόρων που τους παρείχαν προνοσοκομειακή φροντίδα υγείας. Στο σύνολο των ασθενών οι 122 είχαν οδηγία DNAR. Το 30% των διασωστών που παρείχε ανάνηψη σε ασθενείς που είχαν εντολή DNAR, παρουσίασε υψηλό στρες.

Η ύπαρξη άγχους μπορεί να επηρεάζεται από το επίπεδο εκπαίδευσης του κάθε επαγγελματία υγείας. Η μελέτη των Silverplats et al (2022), που αφορούσε 3085 και 2970 επαγγελματίες υγείας και πραγματοποιήθηκε τα έτη 2009 και 2015-2016 αντίστοιχα, έδειξε πως η τακτική εκπαίδευση στην ΚΑΡΡΙΑ συντέλεσε στον περιορισμό του άγχους τους και στην διατήρηση των δεξιοτήτων τους. Χρόνος μεγαλύτερος των δώδεκα μηνών από την τελευταία εκπαίδευση του προσωπικού σχετίστηκε με μεγαλύτερες πιθανότητες άγχους.

Ο ρόλος της εκπαίδευσης στην ΚΑΡΡΙΑ είναι σημαντικός και τα κενά εκπαίδευσης στα Ελληνικά δεδομένα έχουν αποτυπωθεί από μελέτη προηγούμενη έρευνα των Passali et al (2011), που πραγματοποιήθηκε σε 134 γιατρούς και 82 νοσηλευτές και ανέδειξε ότι υπήρχαν κενά γνώσης στις κατευθυντήριες οδηγίες του BLS και ALS, ενώ πολύ μικρό ποσοστό νοσηλευτών είχε παρακολουθήσει το σεμινάριο του ALS. Από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, αυτοί που εργάζονταν σε τμήματα με υψηλό κίνδυνο για καρδιακή ανακοπή είχαν και την υψηλότερη βαθμολογία στην θεωρητική γνώση, σε σχέση με αυτούς που εργάζονταν σε τμήματα με χαμηλότερο κίνδυνο. Ευρήματα που συμφωνούν με την παρούσα μελέτη, όπου υπήρχαν εκπαιδευτικά ελλείμματα ως προς τις κατευθυντήριες οδηγίες για την εφαρμογή της ΚΑΡΡΙΑ, με το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετεχόντων να διαθέτει το πιστοποιητικό BLS και πολύ μικρότερο τα ILS και ALS. Επίσης όσοι διέθεταν κάποια από τις τρεις πιστοποιήσεις, μπορούσαν σε μεγαλύτερο βαθμό να αντιληφθούν τότε μια προσπάθεια ανάνηψης είναι μάταιη.

Με βάση τις απαντήσεις που δόθηκαν στην παρούσα έρευνα, σε σχέση με το ΜΠΥ, διαπιστώθηκε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των υγειονομικών ξεκινάει ΚΑΡΠΑ ακόμα κι αν αυτό κρίνεται μάταιο, λόγω του φόβου των ποινικών ευθυνών, επειδή δεν υπάρχει συγκεκριμένο νομικό πλαίσιο, ενώ εφαρμόζει και πιστά τον αλγόριθμο, ανεξάρτητα από την ματαιότητα της πράξης. Αρκετοί επαγγελματίες υγείας δεν ήταν σίγουροι αν η μη έναρξη ΚΑΡΠΑ, όταν αυτή κρίνεται μάταιη, αποτελεί ποινικό αδίκημα, ενώ η πλειοψηφία συμφώνησε πως θα πρέπει να υπάρχει ταύτιση με την επιθυμία του ασθενή να μην δεχθεί κάποια θεραπεία όπως η ΚΑΡΠΑ, γεγονότα που από μόνα τους πιθανόν προκαλούν περισσότερο άγχος και ψυχολογική πίεση στους υγειονομικούς. Σχεδόν όλοι συμφώνησαν, πως οι υγειονομικοί οφείλουν να είναι ενήμεροι με τις πιο πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες και ότι η εμπειρία από την συμμετοχή στην ομάδα της ΚΑΡΠΑ, μπορεί να βοηθήσει στην διαχείριση μιας κατάστασης ΚΑ. Η ηθική ικανοποίηση, που πιθανόν αποκομίζουν λόγω του ότι διαθέτουν την εμπειρία και το γνωστικό υπόβαθρο στην ΚΑΡΠΑ, αποτυπώνεται από το ότι οι περισσότεροι υγειονομικοί που συμφώνησαν, πως η συμμετοχή τους στην ομάδα αναζωογόνησης, τους έχει βοηθήσει στην καλή γνώση του αλγόριθμου, ενώ παράλληλα μπορούν να διακρίνουν πότε η ΚΑΡΠΑ δεν έχει λόγο συνέχισης ή έναρξης. Εμπόδια όπως η μη ύπαρξη πρωτοκόλλων για την μη έναρξη ΚΑΡΠΑ, σε περιπτώσεις ασθενών που δεν επιθυμούν αναζωογόνηση ή δεν έχουν προσδόκιμο επιβίωσης, λόγω τελικού σταδίου νόσου, φέρνουν τους υγειονομικούς σε δίλημμα. Τέλος η συμμετοχή μέσω της ομάδας της ΚΑΡΠΑ, βοήθησε να αναδειχθούν η εμπειρία και οι δεξιότητες των υγειονομικών, ώστε να γίνουν πιο αυτοαποτελεσματικοί, αναπτύσσοντας συγκεκριμένη συμπεριφορά κατά την διαχείριση μιας ΚΑ. Έτσι το οι περισσότεροι θεώρησαν πως μέσω της εμπειρίας του στην ΚΑΡΠΑ βελτιώθηκαν σαν επαγγελματίες υγείας και ωθήθηκαν στην αναζήτηση επιπλέον εκπαίδευσης. Αν και οι περισσότεροι υγειονομικοί μπορούν να αντιληφθούν, εντός και εκτός του περιβάλλοντος εργασίας, πότε χρειάζεται έναρξη ΚΑΡΠΑ και πότε αυτή κρίνεται μάταιη, παρόλα αυτά θα συμμετείχαν σε ΚΑΡΠΑ σε ασθενή που δεν έχει προσδόκιμο επιβίωσης ή επιθυμούσε την μη αναζωογόνησή του, προφανώς λόγω της μη ύπαρξης νομικού πλαισίου και συγκεκριμένων πρωτοκόλλων DNAR στην Ελλάδα.

Οι ερωτήσεις του ΜΠΥ που αφορούσαν στα οφέλη διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά με την κατηγορία του υγειονομικού προσωπικού και μεγαλύτερες τιμές καταγράφηκαν για το νοσηλευτικό προσωπικό, συγκριτικά με τις τιμές που καταγράφηκαν για το ιατρικό προσωπικό και τους διασώστες. Ομοίως τα οφέλη διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά σε σχέση με τις πιστοποιήσεις BLS, ILS και ALS του ERC. Επίσης διαπιστώθηκε πως οι ερωτήσεις του ΜΠΥ που αφορούσαν στις διαστάσεις οφέλη, εμπόδια και αυτοαποτελεσματικότητα

διαφοροποιήθηκαν σημαντικά με το φύλο, με τις μεγαλύτερες τιμές να αφορούν στις γυναίκες. Τέλος υπήρχε διαφοροποίηση στις τιμές της αυτοαποτελεσματικότητας μεταξύ διασωστών και νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και μεταξύ διασωστών και ιατρικού προσωπικού, με μεγαλύτερες τιμές στους νοσηλευτές και τους ιατρούς.

## **9.2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η εφαρμογή ΚΑΡΠΑ από τους επαγγελματίες υγείας είναι μια συνηθισμένη κλινική πρακτική όπου πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να είναι πλήρως εκπαιδευμένοι και καταρτισμένοι σε όλες τις βαθμίδες υγειονομικής περίθαλψης. Στην παρούσα έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε τέσσερα τριτοβάθμια νοσοκομεία και το ΕΚΑΒ, φάνηκε από τα δεδομένα, πως υπάρχει εκπαιδευτικό έλλειμμα σχετικά με την ΚΑΡΠΑ, στο υγειονομικό προσωπικό. Επιτακτική είναι και η ανάγκη συνεχούς επικαιροποίησης των γνώσεων σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του ERC, οι οποίες ανανεώνονται σε διάστημα περίπου των 5 ετών. Ένας σημαντικός παράγοντας στην εφαρμογή της ΚΑΡΠΑ αποτελεί ο όρος DNAR, που δίνει σαφείς λύσεις σε διλήμματα μάταιης εφαρμογή της. Η συγκεκριμένη οδηγία DNAR δεν είναι νομοθετικά κατοχυρωμένη στην Ελλάδα και αρκετοί υγειονομικοί δεν το γνωρίζουν. Συνεπώς κρίνεται αναγκαία η θεσμοθέτηση νομικού πλαισίου, όπως συμβαίνει σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, έτσι ώστε και η υγειονομική ομάδα να κατοχυρώνεται για μια απόφαση DNAR, όταν θεωρεί πως η ΚΑΡΠΑ είναι μάταιη, αλλά και ο ασθενής να έχει το δικαίωμα του αξιοπρεπούς θανάτου. Τέλος, θα πρέπει να υπάρξουν περισσότερες μελέτες, αλλά και συγκεκριμένοι κανόνες για το πότε κρίνεται μάταιη η αναζωογόνηση σε έναν ασθενή, προκειμένου να μην υπάρχουν αμφιβολίες από τους επαγγελματίες υγείας και ηθικά διλήμματα. Τέλος η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να είναι συνεχόμενη, με την υιοθέτηση υποχρεωτικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων από τους φορείς υγειονομικής περίθαλψης, τόσο σχετικά με την ΚΑΡΠΑ, όσο και με το νομοθετικό πλαίσιο που την διέπουν.

## **9.3. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 183 επαγγελματίες υγείας, που πιθανόν να ήταν περισσότεροι, αν τα ερωτηματολόγια είχαν διαμοιραστεί σε κάποια άλλη χρονική στιγμή στην οποία δεν θα υπήρχε η έντονη κόπωση του προσωπικού, από τα συνεχόμενα χρόνια της πανδημίας covid-19. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων θα έπρεπε να γίνει κατά την διάρκεια του διαλείμματος, που ήδη είναι ανύπαρκτο στον χώρο εργασίας λόγω της έλλειψης προσωπικού. Η έντυπη μορφή του ερωτηματολογίου επίσης αποτέλεσε τροχοπέδη σε μια ομάδα εργαζομένων που θα προτιμούσε να απαντήσει σε ηλεκτρονική μορφή. Επίσης η

πλειοψηφία των υγειονομικών ανήκε στο νοσηλευτικό προσωπικό, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει ένα πιο ισορροπημένο δείγμα με τους υπόλοιπους υγειονομικούς, ιατρούς και διασώστες, που ίσως προσέφερε περισσότερες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Τέλος η μελέτη αφορά τέσσερα τριτοβάθμια νοσοκομεία της Αθήνας και την κεντρική υπηρεσία του ΕΚΑΒ, οπότε τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν για όλη την Ελλάδα.

#### **9.4. ΣΧΟΛΙΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα είχε η συγκεκριμένη έρευνα αν εμπεριείχε μεγαλύτερο αριθμό ιατρών και διασωστών, έτσι ώστε να υπήρχε ανάλογη ποσόστωση και στις τρεις κατηγορίες των επαγγελματιών υγείας (νοσηλευτικό προσωπικό, διασώστες, ιατροί). Αντίστοιχα και η ποσόστωση στο φύλο των ερωτηθέντων θα ήταν σημαντικό να ήταν παρόμοια, αφού η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες νοσηλεύτριες. Επίσης το ότι η μελέτη περιορίστηκε σε τέσσερα τριτοβάθμια νοσοκομεία της Αττικής και στην κεντρική υπηρεσία του ΕΚΑΒ, πιθανόν να περιόρισε ή αντιθέτως να μεγιστοποίησε τα αποτελέσματα κάποιων από τις συσχετίσεις. Συνεπώς χρειάζεται μια μεγαλύτερης εμβέλειας έρευνα που θα αποδώσει καλύτερα αποτελέσματα και θα αφορούν σε όλη την Ελλάδα.

Η μη θεσμοθέτηση από την Ελληνική νομοθεσία του όρου DNAR και των κριτηρίων με βάση τα οποία, η ΚΑΡΠΑ θεωρείται μάταιη, είναι ένας σοβαρός λόγος προκειμένου να διεξαχθούν επιπλέον έρευνες. Πρέπει να κατοχυρωθεί με συγκεκριμένους κανόνες και νόμους, η δυνατότητα στην υγειονομική ομάδα να μην εκτελεί ΚΑΡΠΑ, όταν ο ασθενής δεν έχει προσδόκιμο επιβίωσης ή έχει δηλώσει την επιθυμία της μη αναζωογόνησής του, στο τελικό στάδιο της νόσου του.

#### **9.5. ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Από την συγκεκριμένη έρευνα διαπιστώθηκε πως υπάρχει έλλειμμα γνώσεων σχετικά με την ΚΑΡΠΑ και την χρήση του όρου DNAR, από το υγειονομικό προσωπικό στα τέσσερα συγκεκριμένα τριτοβάθμια νοσοκομεία και στο ΕΚΑΒ. Επίσης διαπιστώθηκε πως ένα σημαντικό ποσοστό των υγειονομικών, δεν ήταν πιστοποιημένοι στην βασική υποστήριξη της ζωής (ΚΑΡΠΑ), ενώ οι περισσότεροι υγειονομικοί συμφώνησαν πως πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η επιθυμία του ασθενή ή/και του συγγενή, για μη αναζωογόνηση. Η ανάδειξη των παραπάνω διαπιστώσεων, κρίνει αναγκαία τη θεσμοθέτηση νομικού πλαισίου για την ΚΑΡΠΑ και την εντολή DNAR, όταν η ΚΑΡΠΑ θεωρείται μάταιη, ενώ σχετικά εκπαιδευτικά προγράμματα θα πρέπει να υλοποιούνται υποχρεωτικά και στους υγειονομικούς.



## **9.6. ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ**

Μελλοντικές ερευνητικές εργασίες θα μπορούσαν να επικεντρωθούν στο χρόνο επιβίωσης ασθενών με τελικό στάδιο νόσου, οι οποίοι ανένηψαν μετά από την εφαρμογή ΚΑΡΠΑ, καθώς και στη ποιότητα ζωής τους μετά από αυτή. Σημαντικό είναι να πραγματοποιηθούν έρευνες, που θα ανιχνεύσουν και θα καθορίσουν ξεκάθαρα τις παραμέτρους που χαρακτηρίζουν το τελικό στάδιο μιας νόσου, η οποία δεν έχει προσδόκιμο επιβίωσης και ποιότητα ζωής για τον ασθενή και οδηγεί στον βέβαιο θάνατο, σε λίγο χρονικό διάστημα. Τέλος ένα άλλο κομμάτι που θα μπορούσε να ερευνηθεί είναι κατά πόσο η συνεχόμενη εκπαίδευση στην ΚΑΡΠΑ στους υγειονομικούς, μπορεί να συμβάλλει στην καλύτερη γνώση των αναθεωρημένων κατευθυντήριων οδηγιών και στην αντίληψη της ματαιότητας κατά την ΚΑΡΠΑ.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Adrie, C.; Adib-Conquy, M.; Laurent, I.; Monchi, M.; Vinsonneau, C.; Fitting, C.; Fraise, F.; Dinh-Xuan, A.T.; Carli, P.; Spaulding, C.; et al. Successful cardiopulmonary resuscitation after cardiac arrest as a “sepsis-like” syndrome. *Circulation* 2002, 106, 562–568.
2. Aghabarary, M., & Nayeri, N. D. (2016). Medical futility and its challenges: a review study. *Journal of medical ethics and history of medicine*, 9.
3. Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychology & health*, 26(9), 1113-1127.
4. Aloisi, F. Immune function of microglia. *Glia* 2001, 36, 165–179.
5. American Heart Association CPR & First Aid, History of CPR retrieved 17 April 2023 from <https://cpr.heart.org/en/resources/history-of-cpr>
6. American heart Association, What Is an Automated External Defibrillator? derived 6, February, 2023 from <https://www.heart.org/-/media/files/health-topics/answers-by-heart/what-is-an-aed.pdf>.
7. Armitage, C. J., & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A structured review. *Psychology and health*, 15(2), 173-189.
8. Armitage, E., & Jones, C. (2017). Paramedic attitudes towards DNACPR orders. *Journal of Paramedic Practice*, 9(10), 445-452.
9. Athanasopoulou, EN (2005). THE THEME OF THE RESURRECTION IN CLASSICAL LITERATURE AND CHRISTIAN TRADITION: THE EXAMPLE OF ALCISTUS AND LAZARUS. *Acta Patristica et Byzantina* , 16 (1), 121-131.

10. Aubry, R., Puybasset, L., Devalois, B., Morel, V., & Viallard, M. L. (2016). Loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie: analyse et commentaires. *Médecine Palliative: Soins de Support-Accompagnement-Éthique*, 15(3), 165-170.
11. Baskett P, Lim A. The varying ethical attitudes towards resuscitation in Europe. *Resuscitation* 2004; 62: 267–273.
12. Becker Ch, Lecheler L, Hochstrasser S et al. Association of Communication Interventions to Discuss Code Status with Patient Decisions for Do-Not-Resuscitate Orders a Systematic Review and Meta analysis. *JAMA Network Open* 2019; 2: 1-17.
13. Benkel, I., Wijk, H., & Molander, U. (2014). Challenging conversations with terminally ill patients and their loved ones: Strategies to improve giving information in palliative care. *SAGE open medicine*, 2, 2050312114532456.
14. Bossaert L, Perkins G, Askitopoulou H, et al. Ethics of resuscitation and end-of-life decisions section Collaborators (2015) European resuscitation council guidelines for resuscitation 2015: section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation* 2015; 95:302–311
15. Bossaert, L., & Chamberlain, D. (2013). The European Resuscitation Council: its history and development. *Notfall+ Rettungsmedizin*, 16(7), 508-511.
16. Brännström, M., & Jaarsma, T. (2015). Struggling with issues about cardiopulmonary resuscitation (CPR) for end-stage heart failure patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 379-385.
17. Bremer A, Årestedt K, Rosengren E, Carlsson J, Sandboge S. Do-not-attempt-resuscitation orders: attitudes, perceptions and practices of Swedish physicians and

nurses. *BMC Med Ethics*. 2021 Mar 30;22(1):34. doi: 10.1186/s12910-021-00604-8. PMID: 33785001; PMCID: PMC8008584

18. Carpenter, C. J. (2010). A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health communication*, 25(8), 661-669.
19. Cavus, E.; Bein, B.; Dorges, V.; Stadlbauer, K.H.; Wenzel, V.; Steinfath, M.; Hanss, R.; Scholz, J. Brain tissue oxygen pressure and cerebral metabolism in an animal model of cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation* 2006, 71, 97–106.
20. Clements M, Fuld J, Fritz Z. Documentation of resuscitation decision-making: a survey of practice in the United Kingdom. *Resuscitation*. 2014; 85:606-611
21. Cummins R, Chamberlain D, Abramson N, et al. Recommended guidelines for uniform reporting of data from out-of-hospital cardiac arrest: the Utstein style. A statement for health professionals from a task force of the American Heart Association, the European Resuscitation Council, the Heart and Stroke Foundation of Canada, and the Australian Resuscitation Council. 1991;84:960-975.
22. D. M. JOWELL (1959), Manual Artificial Respiration, South African Medical Journal, Volume 33, No. 49.
23. Daremberg C. On the functions of parts of the human body. Paris, JB Bailliere, 1954.
24. Dignam, C., Brown, M., & Thompson, C. H. (2021). Moving from “do not resuscitate” orders to standardized resuscitation plans and shared-decision making in hospital inpatients. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 7, 23337214211003431.
25. DiMatteo, M. R., Martin, L. R., Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας, Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα, 2011.
26. Ellman, M. S., & Fortin, A. H. (2012). Benefits of teaching medical students how to communicate with patients having serious illness: comparison of two approaches to

- experiential, skill-based, and self-reflective learning. *The Yale journal of biology and medicine*, 85(2), 261.
27. Etheridge Z, Gatland E. When and how to discuss “do not resuscitate” decisions with patients. *BMJ* 2015;350:h
  28. Fallahi, M., MahdaviKian, S., Abdi, A., Borhani, F., Taghizadeh, P., & Hematpoor, B. (2018). Nurses and physicians’ viewpoints about decision making of do not attempt resuscitation (DNAR). *Multidisciplinary respiratory medicine*, 13(1), 1-7.
  29. Fye, W. B. (1985). Ventricular fibrillation and defibrillation: historical perspectives with emphasis on the contributions of John MacWilliam, Carl Wiggers, and William Kouwenhoven. *Circulation*, 71(5), 858-865.
  30. Glanz, K., & Rimer, B. (2005). *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice* 2nd Edition. US Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. Bethesda: National Cancer Institute. Accessed on January, 25, 2013.
  31. Gonzalez-Ibarra, F.P.; Varon, J.; Lopez-Meza, E.G. Therapeutic hypothermia: Critical review of the molecular mechanisms of action. *Front. Neurol.* 2011, 2, 4.
  32. Hall CC, Lughton J, Spiller JA, Carduff E. CPR decision-making conversations in the UK: an integrative review. *BMJ Support Palliat Care.* 2019; 9:1–11. doi: 10.1136/bmjspcare-2018-001526.
  33. Hansen, A.J. Effect of anoxia on ion distribution in the brain. *Physiol. Rev.* 1985, 65, 101–148.
  34. Hayden, J., (2009), *Introduction to Health Behavior: Health Belief Model*, Chapter 4, p.p:31-44, Jones and Bartlett Publishers

35. Heart-Aid Defibrillator, National EMS Museum, derived 6 February, 2023 from <https://emsmuseum.org/collections/archives/defibrillators/heartaid/#tab-id-1>.
36. Hébert, P. C., & Selby, D. (2014). Should a reversible, but lethal, incident not be treated when a patient has a do-not-resuscitate order? *CMAJ*, 186(7), 528-530.
37. Hemphill, J. C. (2007). Do-not-resuscitate orders, unintended consequences, and the ripple effect. *Critical care*, 11, 1-2.
38. Henry R. Silvester, (X.DCCC.LXIII. – 1863), *The Physiological Method of Inducing Respiration in Cases of Apparent Death From Drowning, Chloroform, Still-Birth, Noxious Cases, etc., etc.*, London: John Churchill & Sons.
39. Hershberger, R. E., Nauman, D., Walker, T. L., Dutton, D., & Burgess, D. (2003). Care processes and clinical outcomes of continuous outpatient support with inotropes (COSI) in patients with refractory end stage heart failure. *Journal of cardiac failure*, 9(3), 180-187.
40. Higuchi, A., Takita, M., Yoshii, A., Akiyama, T., Nemoto, T., Nakahira, R., ... & Igarashi, R. (2020). Absence of Relatives Impairs the Approach of Nurses to Cardiopulmonary Resuscitation in Non-Cancer Elderly Patients without a Do-Not-Attempt-Resuscitation Order: A Vignette-Based Questionnaire Study. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 250(1), 71-78.
41. Higuchi, A., Yoshii, A., Takita, M., Tsubokura, M., Fukahori, H., & Igarashi, R. (2020). Nurses' perceptions of medical procedures and nursing practices for older patients with non-cancer long-term illness and do-not-attempt-resuscitation orders: a vignette study. *Nursing Open*, 7(4), 1179-1186.
42. Holmes FL. *Lavoisier and the Chemistry of Life: An Exploration of Scientific Creativity*. Madison, University of Wisconsin Press, 1985.

43. Hossmann, K.A.; Grosse Ophoff, B. Recovery of monkey brain after prolonged ischemia. I. Electrophysiology and brain electrolytes. *J. Cereb. Blood Flow Metab.* 1986, 6, 15–21.
44. Hui, D., Nooruddin, Z., Didwaniya, N., Dev, R., De La Cruz, M., Kim, S. H., ... & Bruera, E. (2014). Concepts and definitions for “actively dying,” “end of life,” “terminally ill,” “terminal care,” and “transition of care”: a systematic review. *Journal of pain and symptom management*, 47(1), 77-89.
45. IRWIN, M. Rosenstock. Why people use health services. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1966, 44.3: 94.
46. Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health education quarterly*, 11(1), 1-47.
47. Jones, J., C., Smith, H., & Llewellyn, C., (2014), Evaluating the effectiveness of health belief model interventions in improving adherence: a systematic review, *Health Psychology Review*, Vol. 8, No. 3, 253-269
48. Jonsen, A. R., Siegler, M., & Winslade, W. J. (2011). The four topics: case analysis in clinical ethics. *Bioethics*, 172.
49. Kalimo, H.; Garcia, J.H.; Kamijyo, Y.; Tanaka, J.; Trump, B.F. The ultrastructure of “brain death”. II. Electron microscopy of feline cortex after complete ischemia. *Virchows Arch. B Cell Pathol.* 1977, 25, 207–220.
50. Killian H., 40 Jahre Narkoseforschung, Erfahrungen und Erlebnisse, Verlag der Deutschen Hochschullehrer - Zeitung, Tuebingen, 1964.
51. Kintzel, P. E., Chase, S. L., Thomas, W., Vancamp, D. M., & Clements, E. A. (2009). Anticholinergic medications for managing noisy respirations in adult hospice patients. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 66(5), 458-464.

52. Kite, C. (1788). An essay on the recovery of the apparently dead. C. Dilly.
53. Kluck, R.M.; Bossy-Wetzel, E.; Green, D.R.; Newmeyer, D.D. The release of cytochrome c from mitochondria: A primary site for Bcl-2 regulation of apoptosis. *Science* 1997, 275, 1132–1136.
54. Korre, M., & Karlis, G. (2013). Ιστορική αναδρομή στην εξέλιξη της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης. *Rostrum of Asclepius/Vima tou Asklipiou*, 12(2).
55. Kouwenhoven, W. B. (1969). The American College of Physicians Award Lecture: The Development of the Defibrillator. *Annals of Internal Medicine*, 70(5), 1059-1059.
56. Kouwenhoven, W. B., Jude, J. R., & Knickerbocker, G. G. (1960). Closed-chest cardiac massage. *Jama*, 173(10), 1064-1067.
57. Kübler-Ross, E. (1973). *On death and dying*. Routledge.
58. Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2005). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. Simon and Schuster.
59. Lemon P., Burke K., Bauldoff G., Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, 5<sup>η</sup> Έκδοση, Τόμος Β, Ιατρ. Εκδ. Λαγός, 2014, 1350 – 1357.
60. Lenjani, B., Baftiu, N., Pallaska, K., Hyseni, K., Gashi, N., Karemani, N., ... & Elshani, B. (2014). Cardiac arrest–cardiopulmonary resuscitation. *Journal of Acute Disease*, 3(1), 31-35.
61. Leroy d' Etiolles, RECHERCES SUR L' ASPHYXIE, IMPRIMERIE DE PLASSAN, 1827.
62. Lippert F, Raffay V, Georgiou M, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 10. The ethics of resuscitation and end of life decisions. *Resuscitation* 2010; 81: 1445–51.



63. Lipton, P. Ischemic cell death in brain neurons. *Physiol. Rev.* 1999, 79, 1431–1568
64. McCartney, J. J., & Trau, J. M. (1990). Cessation of the artificial delivery of food and fluids: defining terminal illness and care. *Death Studies*, 14(5), 435-444.
65. McGeown, J., G., Συνοπτική Φυσιολογία του Ανθρώπου, Ιατρ. Εκδ. Πασχαλίδης, 2000, 57- 88.
66. Mengert, T., & Eisenberg, M. S. (1996). *Emergency medical therapy*. Saunders.
67. Micallef, S., Skrifvars, M. B., & Parr, M. J. (2011). Level of agreement on resuscitation decisions among hospital specialists and barriers to documenting do not attempt resuscitation (DNAR) orders in ward patients. *Resuscitation*, 82(7), 815-818
68. Mohr M, Kettler D. Ethical aspects of resuscitation. *BJA* 1997; 79: 253–259.
69. Monsieurs, K. G., Nolan, J. P., Bossaert, L. L., Greif, R., Maconochie, I. K., Nikolaou, N. I., ... & Xanthos, T. T. (2015). European resuscitation council guidelines for resuscitation 2015: section 1. Executive summary. *Resuscitation*, 95, 1-80.
70. NOLAN, J., DEAKIN, CD, SOAR, J., BOTTIGER, BW, & SMITH, G. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005 Chapter 7. Cardiac Arrest in Special Situations.
71. Nolan, JP, Soar, J., Zideman, DA, Biarent, D., Bossaert, LL, Deakin, C., ... & Bottiger, B. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Chapter 9. Principles of Education in Revitalization.
72. O'Brien, H., Scarlett, S., Brady, A., Harkin, K., Kenny, R. A., & Moriarty, J. (2018). Do-not-attempt-resuscitation (DNAR) orders: understanding and interpretation of their use in the hospitalised patient in Ireland. A brief report. *Journal of Medical Ethics*, 44(3), 201-203.

73. Ogden, J. (2003). Some problems with social cognition models: a pragmatic and conceptual analysis. *Health psychology*, 22(4), 424.
74. Ouyang, D. J., Lief, L., Russell, D., Xu, J., Berlin, D. A., Gentzler, E., ... & Prigerson, H. G. (2020). Timing is everything: Early do-not-resuscitate orders in the intensive care unit and patient outcomes. *PloS one*, 15(2), e0227971.
75. Pantridge, J. F., & Geddes, J. S. (1967). A mobile intensive-care unit in the management of myocardial infarction. *The Lancet*, 290(7510), 271-273.
76. Papadimos, T. J., Maldonado, Y., Tripathi, R. S., Kothari, D. S., & Rosenberg, A. L. (2011). An overview of end-of-life issues in the intensive care unit. *International journal of critical illness and injury science*, 1(2), 138.
77. Passali C, Pantazopoulos I, Dontas I, Patsaki A, Barouxis D, Troupis G, Xanthos T. Evaluation of nurses' and doctors' knowledge of basic & advanced life support resuscitation guidelines. *Nurse Educ Pract*. 2011 Nov;11(6):365-9. doi: 10.1016/j.nepr.2011.03.010. Epub 2011 Apr 6. PMID: 21474382.
78. Proot, I. M., Abu-Saad, H. H., Ter Meulen, R. H., Goldsteen, M., Spreuwenberg, C., & Widdershoven, G. A. (2004). The needs of terminally ill patients at home: directing one's life, health and things related to beloved others. *Palliative medicine*, 18(1), 53-61.
79. Rabkin M, Gillerman G, Rice N. Orders not to resuscitate *N Eng J Med* 1976; 295:364-6.
80. Recommendation 1418 (1999), Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying, Parliamentary Assembly, retrived 10 Apr 2023 from <https://assembly.coe.int/nw/xml/xref/xref-xml2html-en.asp?fileid=16722&lang=en>
81. Recommendation 779 (1976), Rights of the sick and dying, Parliamentary Assembly, retrived 03 Apr 2023 from <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=14813&lang=en>

82. Redding, J., & Brown, L. (2015). SLEEPY TIMES.
83. Resolution 613 (1976), Rights of the sick and dying, Parliamentary Assembly, retrived 03 Apr 2023 from <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=16026&lang=en>
84. Rimer, B. K., & Glanz, K. (2005). Theory at a glance: a guide for health promotion practice. US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute.
85. Robinson, C., Kolesar, S., Boyko, M., Berkowitz, J., Calam, B., & Collins, M. (2012). Awareness of do-not-resuscitate orders: what do patients know and want?. Canadian Family Physician, 58(4), e229-e233.
86. Rosenberg, A. R., Wolfe, J., Wiener, L., Lyon, M., & Feudtner, C. (2016). Ethics, emotions, and the skills of talking about progressing disease with terminally ill adolescents: a review. JAMA pediatrics, 170(12), 1216-1223.
87. Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. Health education quarterly, 15(2), 175-183.
88. Russell, J. A., Epstein, L. G., Greer, D. M., Kirschen, M., Rubin, M. A., & Lewis, A. (2019). Brain death, the determination of brain death, and member guidance for brain death accommodation requests: AAN position statement. Neurology, 92(5), 228-232.
89. Safar, P., Brown, T. C., Holtey, W. J., & Wilder, R. J. (1961). Ventilation and circulation with closed-chest cardiac massage in man. Jama, 176(7), 574-576.
90. Sarafis, P., Tsounis, A., Malliarou, M., & Lahana, E. (2014). Disclosing the truth: a dilemma between instilling hope and respecting patient autonomy in everyday clinical practice. Global journal of health science, 6(2), 128.

91. Schneiderman, L. J. (2011). Defining medical futility and improving medical care. *Journal of bioethical inquiry*, 8, 123-131.
92. Silverplats J, Strömsöe A, Äng B, Södersved Källestedt ML. Attitudes towards cardiopulmonary resuscitation situations and associations with potential influencing factors-A survey among in-hospital healthcare professionals. *PLoS One*. 2022 Jul 15;17(7):e0271686. doi: 10.1371/journal.pone.0271686. PMID: 35839233; PMCID: PMC9286263.
93. Soar, J., Nolan, J. P., Böttiger, B. W., Perkins, G. D., Lott, C., Carli, P., ... & Nikolaou, N. I. (2015). European resuscitation council guidelines for resuscitation 2015: section 3. Adult advanced life support. *Resuscitation*, 95, 100-147.
94. Soar, J., Perkins, G. D., Abbas, G., Alfonzo, A., Barelli, A., Bierens, J. J., ... & Nolan, J. P. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 8. Cardiac arrest in special circumstances: electrolyte abnormalities, poisoning, drowning, accidental hypothermia, hyperthermia, asthma, anaphylaxis, cardiac surgery, trauma, pregnancy, electrocution. *Resuscitation*, 81(10), 1400-1433.
95. Soreide E, Morrison L, Hillman K, et al. The formula for survival in resuscitation. *Resuscitation* 2013; 84:1487– 93
96. St Fleur, L. (2020). *Landscape and Lore: River Acheron and the Oracle of the Dead*.
97. Sutton, S., (2002). "Health Behavior: Psychological Theories", University of Cambridge UK. Retrived 21 Jan 2023 from <https://silo.tips/download/health-behavior-psychosocial-theories>
98. Tanabe, R., Hongo, T., Mandai, Y., Inaba, M., Yorifuji, T., Nakao, A., ... & Naito, H. (2022). Emotional work stress reactions of emergency medical technicians involved in

- transporting out-of-hospital cardiac arrest patients with “do not attempt resuscitation” orders. *Resuscitation*, 173, 61-68.
99. Tataryn, D., & Chochinov, H. M. (2002). Predicting the trajectory of will to live in terminally ill patients. *Psychosomatics*, 43(5), 370-377.
100. Teunissen, S. C., Wesker, W., Kruitwagen, C., de Haes, H. C., Voest, E. E., & de Graeff, A. (2007). Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *Journal of pain and symptom management*, 34(1), 94-104.
101. Uniform Determination of Death Act, retrieved 03 Apr 2023 from <https://scholarlycommons.law.wlu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2610&context=wluir>
102. Varon, J., & Sternbach, G. L. (1991). Cardiopulmonary resuscitation: lessons from the past. *The Journal of emergency medicine*, 9(6), 503-507.
103. Wallston, K. A., Strudler Wallston, B., & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health education monographs*, 6(1), 160-170.
104. Wright, E. B., Holcombe, C., & Salmon, P. (2004). Doctors' communication of trust, care, and respect in breast cancer: qualitative study. *Bmj*, 328(7444), 864.
105. Yan, Y., Jacques-Tiura, A. J., Chen, X., Xie, N., Chen, J., Yang, N., ... & MacDonell, K. K. (2014). Application of the protection motivation theory in predicting cigarette smoking among adolescents in China. *Addictive behaviors*, 39(1), 181-188.
106. Zare Sakhvidi, M. J., Zare, M., Mostaghaci, M., Mehrparvar, A. H., Morowatisharifabad, M. A., & Naghshineh, E. (2015). Psychosocial predictors for cancer prevention behaviors in workplace using protection motivation theory. *Advances in preventive medicine*, 2015.
107. Άρθρο 12 - Ν. 3418/2005, ΦΕΚ Α' 287, Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.

108. Άρθρο 29 - Ν. 3418/2005, ΦΕΚ Α' 287, Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.
109. Άρθρο 299 - Ποινικός Κώδικας (Νόμος 4619/2019) - Ανθρωποκτονία με δόλο.
110. Άρθρο 3 - Ν. 3418/2005, ΦΕΚ Α' 287, Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.
111. Άρθρο 929 - Αστικός Κώδικας - Σε περίπτωση βλάβης του σώματος ή της υγείας.
112. Άρθρο 932 - Αστικός Κώδικας - Ικανοποίηση της ηθικής βλάβης.
113. Ασκητοπούλου, Ε., & Παπαϊωάννου, Α. (2016). ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΡΔΙΟ-ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ.
114. Γένεσις 2, 17, ανακτήθηκε στις 16 Απριλίου 2023 από <http://www.imgap.gr/file1/AG-Pateres/AG%20KeimenoMetafrasi/PD/01.%20Genesis.htm>
115. Γνώμη, Αποχή από πράξεις παράτασης της ζωής, Εργαστήριο Μελέτης Ιατρικού Δικαίου, Νομική Σχολή, ΑΠΘ, ανακτήθηκε 8 Απριλίου 2023 από <https://medlawlab.web.auth.gr/wp-content/uploads>
116. Γνώμη, προγενέστερες οδηγίες για το τέλος της ζωής Εργαστήριο Μελέτης Ιατρικού Δικαίου, Νομική Σχολή, ΑΠΘ, ανακτήθηκε 8 Απριλίου 2023 από <https://lawyer-mamelis.gr/2016/05/30/progenesteres-odhgies-asthenous-telos-zwhs/>
117. Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, Εισήγηση, Σχετικά με την τεχνητή παράταση της ζωής, ανακτήθηκε 8 Απριλίου 2023 από,
118. Κουλιεράκης, Γ., Πάντζου, Π., Μεταλληνού, Ο., (2000), Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων / Υπηρεσιών Υγείας, Συμπεριφορές Υγείας, Πρότυπα και Μεταβολές, Τόμος Β, ΕΑΠ.
119. Κρανιδιώτης, Γ., Γεροβασίλης, Β., Τασούλης, Α., & Νανάς, Σ. (2010). Προτελευταία διλήμματα στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Μη κλιμάκωση και απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής. Αρχεία ελληνικής ιατρικής, 27(1), 18-36.

120. Κυριακοπούλου, Μ., & Κυριακούδη, Α. (2016). ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ.
121. Μανωλάκου Κ., Βιδάλης Τ., Έκθεση σχετικά με την τεχνητή παράταση της ζωής, Εθνική επιτροπή βιοηθικής, 1-17, ανακτήθηκε στις 9 Φεβρουαρίου 2023 από [https://bioethics.gr/api/files/download/1466/report\\_apl\\_gr.pdf?attachment=false](https://bioethics.gr/api/files/download/1466/report_apl_gr.pdf?attachment=false)
122. Μπαλογιάννης, Σ. Ι. (2000). Ο εγκεφαλικός θάνατος: Θάνατος ή ζωή. Εγκέφαλος [online], 37.
123. Μπογιατζίδης, Π. Η. (2003). Το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία ως μέσο κατανόησης και πρόβλεψης της ανθρώπινης συμπεριφοράς σε θέματα υγείας.
124. Νάκος, Γ., Καραχάλιου, Α., Κιτσάκος, Α., Κουλούρας, Β., Κωστάντη, Ε., Λαχανά, Α., ... & Τσαγκάρης, Η. (2016). Καρδιακές Αρρυθμίες.
125. ΝΟΜΟΣ 3418/2005 - ΦΕΚ Α 287/28.11.2005
126. Παπαδόπουλος Γ, Η εξέλιξη της Αναισθησιολογίας, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1999.
127. Παπαδόπουλος, Γ., (2001), Προνοσοκομειακή επείγουσα Ιατρική, Εκδόσεις University Studio Press.
128. Πετρέλης, Μ., (2018). Η θεωρία απόδοσης του ελέγχου της υγείας. Νεότερα δεδομένα. *Rostrum of Asclepius/Vima του Asklipiou*, 17(4).
129. Ράλλη, Σ., Αρναούτογλου, Ε., Παπαδόπουλος, Γ., (2007), Η ιστορία της ενδοτραχειακής διασωλήνωσης και της τραχειοστομίας, *Ελληνική Αναισθησιολογία*, 40: 18-24.

130. Συνετός, Α., Λάτσιος, Γ., Σταματοπούλου, Ε., Θεοδορακοπούλου, Α., Φαντάκη, Μ., & Τσιούφης, Κ. (2020). Η ιστορία της Καρδιοπνευμονικής Αναζωογόνησης. *hellenicjcardiol*, 61(3), 137-138.
131. Τσιαπακίδου Σ, Φυντανίδου Β, Αμανίτη, Κέκκερη Ε, Παπακωνστανίνου Π, Άγγου Μ, Φορτούνης Κ, Γροσομανίδης Β, 2019, Η Ηθική της Αναζωογόνησης με τα μάτια αυτών που την εφαρμόζουν, *Ελληνικό Περιοδικό Περιεγχειρητικής Ιατρικής* 2019;18(ε): 12-30.
132. Τσουνής, Α., Σαράφης, Π., (2014), Πρόληψη καρκίνου του μαστού και θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς, *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 6(3): 108-115.
133. Υπουργείο Υγείας Υ4α/οικ. 15576. Κανόνες οργάνωσης συστήματος Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης. ΦΕΚ 219/2007.
134. Φερτάκης Α., *Παθολογική Φυσιολογία Ιατρικού Τμήματος Πανεπιστημίου Αθηνών*, Ιατρ. Εκδ. Πασχαλίδης, 1998, 130 – 161.
135. Φουντεδάκη, Κ. (2018), *Παραδόσεις Αστικής Ιατρικής Ευθύνης, Διάλογος με την Νομολογία*, Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, ISBN: 978-960-622-552-9
136. Χαραλάμπους, Α., & Τσίτση, Θ. Η. (2010). αναγνώριση των παραγόντων που συμβάλλουν στη συστηματική χρήση του προφυλακτικού, για την πρόληψη ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων με βάση το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(3), 449-459.



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

		N(%)
Έχετε συμμετάσχει σε ΚΑΡΠΑ στο περιβάλλον εργασίας σας;	Ναι	168(91,8)
	Όχι	9(4,9)
	Ως παρατηρητής	6(3,3)
	Σύνολο	183(100)

		N(%)
Ποια είναι η συχνότητα συμμετοχή σας σε ΚΑΡΠΑ το τελευταίο έτος;	Καμία	31(16,9)
	1-5 φορές	82(44,8)
	5-10 φορές	34(18,6)
	>10 φορές	36(19,7)
	Σύνολο	183(100)

		N(%)
Έχετε κάνει έναρξη ΚΑΡΠΑ σε ασθενή;	Όχι	34(18,6)
	Ναι	149(81,4)
	Σύνολο	183(100)

		N(%)
Ποιος αποφασίζει για την έναρξη ΚΑΡΠΑ σε ασθενή;	Ιατρός	27(14,8)
	Νοσηλεύτης	4(2,2)
	Διασώστης	6(3,3)
	Όποιος αντιληφθεί ότι συντρέχει λόγος για ΚΑΡΠΑ	144(78,7)
	Δεν γνωρίζω	2(1)
	Σύνολο	183(100)

		N(%)	%
Ο ασθενής που δεν έχει τις αισθήσεις του, αλλά αναπνέει, κατά την γνώμη σας χρειάζεται ΚΑΡΠΑ;	Ναι	27(15,2)	15.2
	Όχι	149(81,4)	81.4
	Δεν γνωρίζω	7(3,8)	3.8
	Σύνολο	183(100)	100.0

		N (%)
Στην διακοπή σας καρδιακής λειτουργίας σε ενήλικα, κατά την γνώμη σας, απαιτούνται μόνο εμφυσέςεις διάσωσης ή εφαρμογή ΚΑΡΠΑ;	Εμφυσέςεις διάσωσης	2 (1,1)
	ΚΑΡΠΑ	176 (96,2)
	Δεν γνωρίζω	5 (2,7)
	Σύνολο	183 (100)

		N (%)
Ο όρος DNAR (Do not Attempt Resuscitation), «Μην επιχειρηθεί αναζωογόνηση», σας είναι γνωστός;	Ναι	140 (76,5)
	Όχι	43 (23,5)
	Σύνολο	183 (100)
Η μη επιχείρηση αναζωογόνησης (DNAR) προβλέπεται ως οδηγία στην ελληνική νομοθεσία;	Ναι	19 (10,4)
	Όχι	91(49,7)
	Δεν γνωρίζω	73 (39,9)
	Σύνολο	183 (100)

		N(%)
Η επιθυμία των συγγενών του ασθενή ή/και του ίδιου, να μην επιχειρηθεί αναζωογόνηση, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από τους υγειονομικούς	Όχι	51(27,9)
	Ναι	132(72,1)
	Σύνολο	183(100)

		N(%)
Ποιος πιστεύετε πως πρέπει να αποφασίζει για την μη έναρξη ΚΑΡΠΑ;	Ο ιατρός	74(40,4)
	Ο νοσηλευτής - διασώστης	1(0,5)
	Όλη η υγειονομική ομάδα	88(48,1)
	Η οικογένεια	14(7,7)
	Missing System	6(3,3)
	Σύνολο	183(100)

		N(%)
Σε περίπτωση ασθενή με νόσο τελικού σταδίου , θεωρείται ότι θα πρέπει να γίνεται έναρξη ΚΑΡΠΑ;	Όχι	148(80,9)
	Ναι	35(19,1)
	Σύνολο	183(100)

Διαφοροποίηση της σοβαρότητας με το φύλο.				
Σοβαρότητα	Φύλο	N	Mean	p
	Γυναίκα	119	6.22±1,64	0.432
	Άνδρας	64	6.43±1,99	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση της σοβαρότητας με την ηλικία.				
Σοβαρότητα	Ηλικία	N	Mean	p
	20-29 ετών	41	6.37±1,84	0.923
	30-39 ετών	51	6.12±1,53	
	40-49 ετών	52	6.38±1,96	
	50-59 ετών	33	6.36±1,73	
	59 ετών και άνω	6	6.00±2,19	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση της σοβαρότητας με την οικογενειακή κατάσταση				
Σοβαρότητα	Οικ. Κατάσταση	N	Mean	p
	Άγαμος/η	96	6.38±1,65	0.331
	Παντρεμένος/η ή σε σχέση με σύμφωνο συμβίωσης	79	6.25±1,90	
	Διαζευγμένος/η	7	5.29±1,89	
	Χήρος/α	1	8.00± -	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση της σοβαρότητας με τον αριθμό παιδιών				
Σοβαρότητα	Αριθμός παιδιών	N	Mean	p
	Κανένα Παιδί	103	6.30±1,67	0.680
	1-2 παιδιά	73	6.33±1,94	
	>2 παιδιά (πολύτεκνος)	7	5.71±1,50	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση της σοβαρότητας με το επίπεδο εκπαίδευσης				
Σοβαρότητα	Επίπεδο εκπαίδευσης	N	Mean	p
	Υποχρεωτική εκπαίδευση (Δημοτικό)	1	5.00± -	0.553
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Γυμνάσιο - Λύκειο)	2	5.00±1,41	
	Μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση (ΔΙΕΚ - ΙΕΚ)	39	6.69±2,19	
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση TEI - AEI	67	6.22±1,78	
	Μεταπτυχιακό	68	6.21±1,53	
	Διδακτορικό	6	6.00±1,26	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση της σοβαρότητας με την κατηγορία υγειονομικού προσωπικού				
Σοβαρότητα	Κατηγορία υγειονομικού προσωπικού	N	Mean	p
	Νοσηλευτικό προσωπικό	111	6.43±1,70	0.372
	Ιατρικό προσωπικό	42	6.00±1,45	
	Διασώστης	30	6.17±2,35	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση της σοβαρότητας με τα έτη εργασίας				
Σοβαρότητα	Έτη Εργασίας	N	Mean	p
	< 5	40	6.20±1,99	0.782
	5 έως 10	42	6.38±1,43	
	10 έως 15	27	6.33±1,94	
	15 έως 20	22	6.36±1,76	
	20 έως 25	20	5.80±1,67	
	25 έως 30	18	6.78±1,96	
	>30	14	6.14±1,79	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση της σοβαρότητας ως προς την πιστοποίηση ILS του ERC				
Σοβαρότητα	Είστε πιστοποιημένος/η στην άμεση υποστήριξη της ζωής (Immediate Life Support - ILS) από το ERC;	N	Mean	p
	Ναι	50	6.04±1,71	0.393
	Όχι	133	6.38±1,79	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση της σοβαρότητας με την πιστοποίηση ALS του ERC				
Σοβαρότητα	Είστε πιστοποιημένος/η στην εξειδικευμένη υποστήριξη της ζωής (Advanced Life Support - ALS) από το ERC;	N	Mean	p
	Ναι	57	6.12±1,65	0.299
	Όχι	126	6.37±1,83	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση της τρωτότητας με το φύλο.				
Τρωτότητα	Φύλο	N	Mean	p
	Γυναίκα	119	9.57±1,89	0.922
	Άνδρας	64	9.18±2,06	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση της τρωτότητας με την ηλικία.				
Τρωτότητα	Ηλικία	N	Mean	p
	20-29 ετών	41	9.07±1,66	0.712
	30-39 ετών	51	9.67±1,84	
	40-49 ετών	52	9.46±1,94	
	50-59 ετών	33	9.48±2,49	
	59 ετών και άνω	6	9.50±1,87	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση της τρωτότητας με την οικογενειακή κατάσταση.				
Τρωτότητα	Οικ. Κατάσταση	N	Mean	p
	Άγαμος/η	96	9.21±1,95	0.353
	Παντρεμένος/η ή σε σχέση με σύμφωνο συμβίωσης	79	9.66±2,02	
	Διαζευγμένος/η	7	10.14±0,69	
	Χήρος/α	1	9.00± -	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση της τρωτότητας με τον αριθμό παιδιών				
Τρωτότητα	Αριθμός Παιδιών	N	Mean	p
	Κανένα Παιδί	103	9.17±1,92	0.120
	1-2 παιδιά	73	9.78±1,97	
	>2 παιδιά (πολύτεκος)	7	9.71±2,06	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση της τρωτότητας με το επίπεδο εκπαίδευσης				
Τρωτότητα	Επίπεδο Εκπαίδευσης	N	Mean	p
	Υποχρεωτική εκπαίδευση (Δημοτικό)	1	9.00± -	0.170
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Γυμνάσιο - Λύκειο)	2	8.00±2,83	
	Μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση (ΔΙΕΚ -ΙΕΚ)	39	9.79±2,49	
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση ΤΕΙ - ΑΕΙ	67	8.99±1,72	
	Μεταπτυχιακό	68	9.66±1,80	
	Διδακτορικό	6	10.17±1,47	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση της τρωτότητας με την κατηγορία του υγειονομικού προσωπικού.				
Τρωτότητα	Υγειονομικό Προσωπικό	N	Mean	p
	Νοσηλευτικό προσωπικό	111	9.58± 1,82	0.221
	Ιατρικό προσωπικό	42	8.98± 1,83	
	Διασώστης	30	9.57± 2,51	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση της τρωτότητας με τα έτη εργασίας.				
Τρωτότητα	Έτη Εργασίας	N	Mean	p
	< 5	40	9.03±1,85	0.777
	5 έως 10	42	9.45±1,73	
	10 έως 15	27	9.37±1,98	
	15 έως 20	22	9.68±2,12	
	20 έως 25	20	9.85±1,76	
	25 έως 30	18	9.67±2,52	
	>30	14	9.43±2,24	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση της τρωτότητας με την πιστοποίηση BLS του ERC				
Τρωτότητα	Είστε πιστοποιημένος/η στην βασική υποστήριξη της ζωής (Basic Life Support - BLS) από το ERC;	N	Mean	p
	Ναι	116	9.55±1,99	0.299
	Όχι	67	9.24±1,90	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση της τρωτότητας με την πιστοποίηση ILS του ERC				
Τρωτότητα	Είστε πιστοποιημένος/η στην άμεση υποστήριξη της ζωής (Immediate Life Support - ILS) από το ERC;	N	Mean	p
	Ναι	50	9.42±2,12	0.942
	Όχι	133	9.44±1,90	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση της τρωτότητας με την πιστοποίηση ALS του ERC				
Τρωτότητα	Είστε πιστοποιημένος/η στην εξειδικευμένη υποστήριξη της ζωής (Advanced Life Support - ALS) από το ERC;	N	Mean	p
	Ναι	57	9.23±1,78	0.332
	Όχι	126	9.53±2,03	
	Σύνολο	183		



Διαφοροποίηση των οφελών με την ηλικιακή κατηγορία				
Οφέλη	Ηλικία	N	Mean	p
	20-29 ετών	41	6,10±1,71	0.650
	30-39 ετών	51	5,76±1,64	
	40-49 ετών	52	5,63±1,86	
	50-59 ετών	33	5,64±2,01	
	59 ετών και άνω	6	5,17±2,23	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση των οφελών με την οικογενειακή κατάσταση				
Οφέλη	Οικ. Κατάσταση	N	Mean	p
	Άγαμος/η	96	6,01±1,77	0.254
	Παντρεμένος/η ή σε σχέση με σύμφωνο συμβίωσης	79	5,49±1,81	
	Διαζευγμένος/η	7	5,29±2,06	
	Χήρος/α	1	6,00± -	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση των οφελών με τον αριθμό παιδιών				
Οφέλη	Αριθμός Παιδιών	N	Mean	p
	Κανένα Παιδί	103	6,01±1,78	0.093
	1-2 παιδιά	73	5,47±1,85	
	>2 παιδιά (πολύτεκνος)	7	5,14±0,90	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση των οφελών με το επίπεδο εκπαίδευσης				
Οφέλη	Επίπεδο Εκπαίδευσης	N	Mean	p
	Υποχρεωτική εκπαίδευση (Δημοτικό)	1	9,00± -	0.061
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Γυμνάσιο - Λύκειο)	2	4,00±1,41	
	Μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση (ΔΙΕΚ - ΙΕΚ)	39	5,18±1,86	
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση TEI - AEI	67	6,09±1,82	
	Μεταπτυχιακό	68	5,76±1,67	
	Διδακτορικό	6	5,83±1,72	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση των οφελών της αναζωογόνησης με τα έτη εργασίας				
Οφέλη	Έτη Εργασίας	N	Mean	p
	< 5	40	5,88±1,74	0.071
	5 έως 10	42	6,29±1,38	
	10 έως 15	27	5,37±1,78	
	15 έως 20	22	4,86±2,05	
	20 έως 25	20	5,90±1,55	
	25 έως 30	18	6,06±2,24	
	>30	14	5,43±2,06	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση των εμποδίων με την ηλικία				
Εμπόδια	Ηλικία	N	Mean	p
	20-29 ετών	41	8.71±1,97	0.943
	30-39 ετών	51	9.06±2,41	
	40-49 ετών	52	8.69±2,56	
	50-59 ετών	33	8.73±2,85	
	59 ετών και άνω	6	8.83±1,72	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση των εμποδίων με την οικογενειακή κατάσταση				
Εμπόδια	Οικ. κατάσταση	N	Mean	p
	Άγαμος/η	96	8.97±2,29	0.368
	Παντρεμένος/η ή σε σχέση με σύμφωνο συμβίωσης	79	8.58±2,58	
	Διαζευγμένος/η	7	9.57±1,99	
	Χήρος/α	1	6.00± -	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση των εμποδίων με τον αριθμό παιδιών				
Εμπόδια	Αριθμός Παιδιών	N	Mean	p
	Κανένα Παιδί	103	8.90±2,29	0.731
	1-2 παιδιά	73	8.64±2,56	
	>2 παιδιά (πολύτεκος)	7	9.14±2,73	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση των εμποδίων με το επίπεδο εκπαίδευσης				
Εμπόδια	Επίπεδο Εκπαίδευσης	N	Mean	p
	Υποχρεωτική εκπαίδευση (Δημοτικό)	1	10.00± -	0.278
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Γυμνάσιο - Λύκειο)	2	6.00±2,83	
	Μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση (ΔΙΕΚ -ΙΕΚ)	39	8.69±2,43	
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση ΤΕΙ - ΑΕΙ	67	8.49±2,38	
	Μεταπτυχιακό	68	9.26±2,39	
	Διδακτορικό	6	8.67±2,42	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση των εμποδίων με την κατηγορία του υγειονομικού προσωπικού				
Εμπόδια	Υγειονομικό προσωπικό	N	Mean	p
	Νοσηλευτικό προσωπικό	111	9.13±2,11	
	Ιατρικό προσωπικό	42	8.52±2,42	
	Διασώστης	30	8.03±3,20	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση των εμποδίων με τα έτη εργασίας				
Εμπόδια	Έτη Εργασίας	N	Mean	p
	< 5	40	8.68±1,95	
	5 έως 10	42	9.00±2,19	
	10 έως 15	27	8.81±2,84	
	15 έως 20	22	9.55±2,67	
	20 έως 25	20	7.65±2,37	
	25 έως 30	18	8.78±2,80	
	>30	14	9.14±2,35	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση των εμποδίων με την πιστοποίηση BLS του ERC				
Εμπόδια	Είστε πιστοποιημένος/η στην βασική υποστήριξη της ζωής (Basic Life Support - BLS) από το ERC;	N	Mean	P
	Ναι	116	8.91±2,61	
	Όχι	67	8.63±2,02	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση των εμποδίων με την πιστοποίηση ILS του ERC				
Εμπόδια	Είστε πιστοποιημένος/η στην άμεση υποστήριξη της ζωής (Immediate Life Support - ILS) από το ERC;	N	Mean	P
	Ναι	50	8.54±2,72	
	Όχι	133	8.91±2,29	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση των εμποδίων με την πιστοποίηση ALS του ERC				
Εμπόδια	Είστε πιστοποιημένος/η στην εξειδικευμένη υποστήριξη της ζωής (Advanced Life Support - ALS) από το ERC;	N	Mean	p
	Ναι	57	8.33±2,48	0.073
	Όχι	126	9.02±2,36	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση της αυτοαποτελεσματικότητας του προσωπικού με την ηλικιακή κατηγορία				
Αυτοαποτελεσματικότητα	Ηλικία	N	Mean	p
	20-29 ετών	41	6.39±1,86	0.279
	30-39 ετών	51	6.24±1,67	
	40-49 ετών	52	5.73±2,07	
	50-59 ετών	33	5.61±2,00	
	59 ετών και άνω	6	5.67±2,16	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση της αυτοαποτελεσματικότητας με την οικογενειακή κατάσταση				
Αυτοαποτελεσματικότητα	Οικ. κατάσταση	N	Mean	p
	Άγαμος/η	96	6.30±1,88	0.064
	Παντρεμένος/η ή σε σχέση με σύμφωνο συμβίωσης	79	5.75±1,93	
	Διαζευγμένος/η	7	4.71±1,38	
	Χήρος/α	1	5.00± -	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση της αυτοαποτελεσματικότητας με τον αριθμό παιδιών				
Αυτοαποτελεσματικότητα	Αριθμός παιδιών	N	Mean	p
	Κανένα Παιδί	103	6.28±1,88	0.069
	1-2 παιδιά	73	5.62±1,96	
	>2 παιδιά (πολύτεκνος)	7	5.71±1,38	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση της αυτοαποτελεσματικότητας με το επίπεδο εκπαίδευσης				
Αυτοαποτελεσματικότητα	Επίπεδο Εκπαίδευσης	N	Mean	p
	Υποχρεωτική εκπαίδευση (Δημοτικό)	1	7.00± -	0.197
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Γυμνάσιο - Λύκειο)	2	6.00±0,00	
	Μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση (ΔΙΕΚ -ΙΕΚ)	39	5.59±2,00	
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση ΤΕΙ - ΑΕΙ	67	6.16±2,07	
	Μεταπτυχιακό	68	5.90±1,71	
	Διδακτορικό	6	7.67±1,21	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση της αυτοαποτελεσματικότητας με τα έτη εργασίας				
Αυτοαποτελεσματικότητα	Έτη Εργασίας	N	Mean	p
	< 5	40	6.30±1,77	0.131
	5 έως 10	42	6.52±1,73	
	10 έως 15	27	5.78±2,06	
	15 έως 20	22	5.18±1,84	
	20 έως 25	20	5.55±2,06	
	25 έως 30	18	5.83±1,79	
	>30	14	6.07±2,27	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση της αυτοαποτελεσματικότητας ως προς την πιστοποίηση BLS του ERC				
Αυτοαποτελεσματικότητα	Είστε πιστοποιημένος/η στην βασική υποστήριξη της ζωής (Basic Life Support - BLS) από το ERC;	N	Mean	P
	Ναι	116	5.38±1,79	0.150
	Όχι	67	7.06±1,63	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση της αυτοαποτελεσματικότητας του προσωπικού με την πιστοποίηση ILS του ERC				
Αυτοαποτελεσματικότητα	Είστε πιστοποιημένος/η στην άμεση υποστήριξη της ζωής (Immediate Life Support - ILS) από το ERC;	N	Mean	p
	Ναι	50	4.96±1,63	0.292
	Όχι	133	6.38±1,87	
	Σύνολο	183		

Διαφοροποίηση της αυτοαποτελεσματικότητας του προσωπικού με την πιστοποίηση ALS του ERC				
Αυτοαποτελεσματικότητα	Είστε πιστοποιημένος/η στην εξειδικευμένη υποστήριξη της ζωής (Advanced Life Support - ALS) από το ERC;	N	Mean	p
	Ναι	57	5.21±1,79	0.945
	Όχι	126	6.35±1,86	
	Σύνολο	183		

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β



### Έντυπο συγκατάθεσης για συμμετοχή στην μελέτη

Αγαπητή/έ

Η παρούσα μελέτη διεξάγεται στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου. Το θέμα της συγκεκριμένης μελέτης είναι: «**Στάσεις, πεποιθήσεις και ηθικά διλήμματα των επαγγελματιών υγείας, κατά την Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ), σε ασθενείς με χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης ή επιθυμία μη αναζωογόνησης**» και αποτελεί την Διπλωματική μου Εργασία με επιβλέποντα καθηγητή τον Δρ Δημήτριο Τζιάλλα μέλος ΣΕΠ / ΔΜΥ- ΕΑΠ.

**Σκοπός** της συγκεκριμένης μελέτης είναι να παρουσιαστούν οι στάσεις και πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ΚΑΡΠΑ, στις περιπτώσεις των ασθενών που δεν έχουν προσδόκιμο επιβίωσης ή έχουν εκφράσει επιθυμία μη αναζωογόνησης ή που η αναζωογόνησή τους θεωρείται μάταιη. Θα αναδειχτούν τα ηθικά διλήμματα, που προκύπτουν σε αυτές τις περιπτώσεις εκ μέρους των υγειονομικών, καθώς και το έλλειμμα σχετικής νομοθεσίας στην χώρα μας, που κατοχυρώνει την μη έναρξη αναζωογόνησης.

Τα δεδομένα της μελέτης θα χρησιμοποιηθούν για να αναδείξουν ένα επιστημονικό πεδίο που δεν έχει ερευνηθεί ιδιαίτερος στην χώρα μας. Σκοπός τους είναι να δώσουν ένα έναυσμα στην επιστημονική κοινότητα, προκειμένου να διερευνηθούν περισσότερο οι στάσεις και οι πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας, στις περιπτώσεις, που η αναζωογόνηση θεωρείται μάταιη ή υπάρχει η επιθυμία του ασθενή για μη αναζωογόνηση. Επίσης να προαχθεί η διατύπωση σχετικής νομοθεσίας, που θα αναφέρεται στα συγκεκριμένα ηθικά διλήμματα, η οποία και θα παρουσιάσει ξεκάθαρα τον τρόπο δράσης των υγειονομικών στις συγκεκριμένες περιπτώσεις.

Τα αποτελέσματα που θα συγκεντρωθούν από την συγκεκριμένη μελέτη θα καθορίσουν:

- Τις στάσεις και πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας σύμφωνα με το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την υγεία, σχετικά με την ΚΑΡΠΑ, σε ασθενείς που η αναζωογόνηση κρίνεται μάταιη ή υπάρχει επιθυμία μη αναζωογόνησης, ενώ θα μελετηθεί και η πρόθεσή τους για την εφαρμογή ή μη ΚΑΡΠΑ στους συγκεκριμένους ασθενείς. Σύμφωνα με το συγκεκριμένο μοντέλο θα μελετηθούν οι παράμετροι της σοβαρότητας, της τρωτότητας, των οφελών αλλά και των εμποδίων που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας σε αντίστοιχες περιπτώσεις, καθώς και η αυτοαποτελεσματικότητά τους στις καταστάσεις που θα προκύψουν.
- Την συσχέτιση των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών, αλλά και των γνώσεων/στάσεων και ηθικών διλημάτων των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με την έναρξη ή μη ΚΑΡΠΑ.

Η συμμετοχή στην μελέτη είναι καθαρά **εθελοντική** και θα τηρηθεί η **ανωνυμία**. Οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν είναι **απόρρητες**.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τον χρόνο και την επιθυμία σας να απαντήσετε στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο, που θα με βοηθήσει στην ολοκλήρωση της μελέτης.

Όνοματεπώνυμο

Δημήτριος Ντάλας  
Μεταπτυχιακός Φοιτητής ΔΜΥ - ΕΑΠ  
ΕΑΠ

136 από 153

Ο επιβλέπων καθηγητής

Δρ Δημήτριος Τζιάλλας  
Μέλος ΣΕΠ / ΔΜΥ -

Δημήτριος Ντάλας



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### Α΄ ΜΕΡΟΣ

#### Κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία

(Τοποθετήστε X ή ✓ στο κουτάκι της απάντησης που σας αντιπροσωπεύει)

#### 1. Φύλο

Γυναίκα	
Άνδρας	

#### 2. Ηλικιακή κατηγορία

20-29 ετών	
30-39 ετών	
40-49 ετών	
50-59 ετών	
59 ετών και άνω	

#### 3. Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμος/η	
Παντρεμένος/η ή σε σχέση με σύμφωνο συμβίωσης	
Διαζευγμένος/η	
Χήρος/α	

#### 4. Αριθμός παιδιών

Κανένα παιδί	
1-2 παιδιά	
>2 παιδιά (πολύτεκνος)	

#### 5. Οικονομική κατάσταση νοικοκυριού

Δεν αντιμετωπίζω καμιά οικονομική δυσκολία	
Αντιμετωπίζω λίγες οικονομικές δυσκολίες	
Αντιμετωπίζω αρκετές οικονομικές δυσκολίες	
Αντιμετωπίζω πολλές οικονομικές δυσκολίες	

#### 6. Επίπεδο εκπαίδευσης

Υποχρεωτική εκπαίδευση (Δημοτικό)	
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Γυμνάσιο - Λύκειο)	
Μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση (ΔΙΕΚ -ΙΕΚ)	
Τριτοβάθμια εκπαίδευση ΤΕΙ - ΑΕΙ	
Μεταπτυχιακό	
Διδακτορικό	

#### 7. Κατηγορία Υγειονομικού προσωπικού

Νοσηλευτικό προσωπικό	
Ιατρικό προσωπικό	
Διασώστης	

**8. Ποιο το περιβάλλον εργασία σας ως νοσηλεύτης;**

Νοσηλεύτης σε ΤΕΠ, ΜΕΘ, Αναισθησιολογικό	
Κλινικός Νοσηλεύτης σε Παθολογικό ή Χειρουργικό τομέα	
Άλλη θέση	

**9. Ποιο το περιβάλλον εργασία σας ως ιατρός;**

Ιατρός σε ΤΕΠ, ΜΕΘ ή Αναισθησιολόγος	
Ιατρός σε κλινική του χειρουργικού ή παθολογικού τομέα	
Εργαστηριακός γιατρός ή άλλη θέση	

**10. Ποιο το περιβάλλον εργασία σας ως Νοσηλεύτης, Διασώστης ή Ιατρός ΕΚΑΒ;**

Ασθενοφόρα, μηχανές ή αεροδιακομιδές του ΕΚΑΒ	
Τηλεφωνικό κέντρο ΕΚΑΒ	
Άλλη θέση στο ΕΚΑΒ	

**11. Έτη εργασίας**

< 5	
5 έως 10	
10 έως 15	
15 έως 20	
20 έως 25	
25 έως 30	
>30	

**12. Είστε πιστοποιημένος/η στην βασική υποστήριξη της ζωής (Basic Life Support - BLS) από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης (European Resuscitation Council - ERC);**

Ναι	
Όχι	

**13. Είστε πιστοποιημένος/η στην άμεση υποστήριξη της ζωής (Immediate Life Support - ILS) από το ERC;**

Ναι	
Όχι	

**14. Είστε πιστοποιημένος/η στην εξειδικευμένη υποστήριξη της ζωής (Advanced Life Support - ALS) από το ERC;**

Ναι	
Όχι	

## Β' ΜΕΡΟΣ

### Αποτύπωση γνώσεων/στάσεων και ηθικών διλημάτων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) (Τοποθετήστε X ή √ στο κουτάκι της απάντησης που σας αντιπροσωπεύει)

1. Έχετε συμμετάσχει σε ΚΑΡΠΑ στο περιβάλλον εργασίας σας;

Ναι	
Όχι	
Ως παρατηρητής	

2. Ποια είναι η συχνότητα συμμετοχή σας σε ΚΑΡΠΑ το τελευταίο έτος;

Καμία	
1 – 5 φορές	
5 – 10 φορές	
>10 φορές	

3. Έχετε κάνει έναρξη ΚΑΡΠΑ σε ασθενή;

Ναι	
Όχι	

4. Ποιος αποφασίζει για την έναρξη ΚΑΡΠΑ σε ασθενή;

Ιατρός	
Νοσηλευτής	
Διασώστης	
Όποιος αντιληφθεί ότι συντρέχει λόγος για ΚΑΡΠΑ	
Δεν γνωρίζω	

5. Ο ασθενής που δεν έχει τις αισθήσεις του, αλλά αναπνέει, κατά την γνώμη σας χρειάζεται ΚΑΡΠΑ;

Ναι	
Όχι	
Δεν γνωρίζω	

6. Στην διακοπή τις καρδιακής λειτουργίας σε ενήλικα, κατά την γνώμη σας, απαιτούνται μόνο εμφυσέςεις διάσωσης ή εφαρμογή ΚΑΡΠΑ;

Εμφυσέςεις διάσωσης	
ΚΑΡΠΑ	
Δεν γνωρίζω	

7. Σύμφωνα με τις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες του ERC (2021), η συχνότητα συμπίεσεων – εμφυσήςσεων στην ΚΑΡΠΑ σε ενήλικο θύμα είναι:

15 συμπίεσεις – 2 εμφυσήςσεις	
30 συμπίεσεις – 2 εμφυσήςσεις	
10 συμπίεσεις – 2 εμφυσήςσεις	
Δεν γνωρίζω	

8. Ο ρυθμός συμπίεσεων σε ενήλικα ασθενή που χρήζει ΚΑΡΠΑ πρέπει να είναι:

50 – 70 συμπίεσεις το λεπτό	
70 – 90 συμπίεσεις το λεπτό	
100 – 120 συμπίεσεις το λεπτό	
Δεν γνωρίζω	

9. Ο όρος DNAR (Do not Attempt Resuscitation), «Μην επιχειρηθεί αναζωογόνηση», σας είναι γνωστός;

Ναι	
Όχι	

10. Η μη επιχείρηση αναζωογόνησης (DNAR) προβλέπεται ως οδηγία στην ελληνική νομοθεσία;

Ναι	
Όχι	
Δεν γνωρίζω	

11. Η επιθυμία των συγγενών του ασθενή ή/και του ίδιου, να μην επιχειρηθεί αναζωογόνηση, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από το υγειονομικό προσωπικό;

Ναι	
Όχι	

12. Στο περιβάλλον εργασίας σας, υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών, στους οποίους δεν εφαρμόζεται ΚΑΡΠΑ;

Ναι	
Όχι	

13. Ποιος πιστεύετε πως πρέπει να αποφασίζει για την μη έναρξη ΚΑΡΠΑ;

Ο ιατρός	
Ο νοσηλευτής - διασώστης	
Όλη η υγειονομική ομάδα	
Η οικογένεια	

**14. Σε περίπτωση ασθενή με νόσο τελικού σταδίου ή επιθυμία του ιδίου ή/και των συγγενών του για μη αναζωογόνηση, θεωρείται ότι θα πρέπει να γίνεται έναρξη ΚΑΡΠΑ;**

Ναι	
Όχι	

**15. Θεωρήσατε κάποια φορά ότι η έναρξη ΚΑΡΠΑ που έγινε σε ασθενή ήταν μάταιη;**

Ναι	
Όχι	

**16. Η ΚΑΡΠΑ είναι λογικό να σταματάει όταν δεν ανταποκρίνεται ο ασθενής;**

Ναι	
Όχι	

**17. Ποιος αποφασίζει για την διακοπή της ΚΑΡΠΑ;**

Ο ιατρός	
Ο νοσηλευτής - διασώστης	
Όλη η ομάδα αναζωογόνησης	

**18. Όταν η προσπάθεια είναι μάταιη, εφαρμόζετε την ίδια ποιότητα συμπίεσεων και τον ίδιο χρόνο προσπάθειας;**

Ναι	
Όχι	

**19. Έχετε βρεθεί ποτέ σε περίπτωση που να διαφωνείτε σχετικά με τη διενέργεια ή μη ΚΑΡΠΑ**

Ναι	
Όχι	

**20. Εάν ναι, στην περίπτωση αυτή θεωρείται ότι εν τέλει λήφθηκε η βέλτιστη απόφαση**

Ναι	
Όχι	

### Γ' ΜΕΡΟΣ

**Εφαρμογή του μοντέλου πεποιθήσεων για την υγεία, στην διενέργεια ΚΑΡΠΑ από τους επαγγελματίες υγείας, σε περιπτώσεις ασθενών με χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης ή επιθυμία μη αναζωογόνησης**

(Τοποθετήστε Χ ή ✓ στο κουτάκι της απάντησης που σας αντιπροσωπεύει)

	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ/Η	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
1. Η εμπειρία μου στην ΚΑΡΠΑ, με βοηθά στη διαχείριση μιας κατάστασης καρδιακής ανακοπής.					
2. Η μη έναρξη ΚΑΡΠΑ, ανεξάρτητα από το αν είναι μάταιη, αποτελεί ποινικό αδίκημα για τον υγειονομικό στην Ελλάδα.					
3. Είμαι σε θέση να διακρίνω πότε μια αναζωογόνηση είναι μάταιη, ώστε να ανταποκριθώ ανάλογα, είτε με διακοπή της ΚΑΡΠΑ είτε με την μη έναρξη αυτής.					
4. Ξεκινάω ΚΑΡΠΑ, ακόμα κι αν αυτό είναι μάταιο, γιατί φοβάμαι τις ποινικές ευθύνες.					
5. Σύμφωνα με την αρχή της αυτονομίας στην βιοηθική, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ταυτίζονται με την επιθυμία του ασθενή να μην δεχθεί κάποια θεραπεία, όπως η ΚΑΡΠΑ.					
6. Σε ασθενείς που δεν έχουν προσδόκιμο επιβίωσης ή η επιθυμία τους είναι να μην τους γίνει αναζωογόνηση, ξεκινάω ΚΑΡΠΑ για τυπικές διαδικασίες, χωρίς να εφαρμόζω πιστά τον αλγόριθμο.					
7. Ενημερώνω πάντα σε ανίατες ασθένειες και περιπτώσεις μη βιώσιμων ασθενών και τους συναδέλφους, αλλά και τους συγγενείς των ασθενών, για την μη έναρξη ΚΑΡΠΑ.					

	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ/Η	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
8. Η συμμετοχή μου, στην ομάδα αναζωογόνησης με έχει βοηθήσει στην καλή γνώση του αλγορίθμου της ΚΑΡΠΑ.					
9. Οι ελλιπείς γνώσεις μου σε σχέση με τις κατευθυντήριες οδηγίες στην ΚΑΡΠΑ, με οδηγούν στο να μην γνωρίζω πότε πρέπει να αρχίσω ή να σταματήσω την αναζωογόνηση					
10. Η εμπειρία μου στην ΚΑΡΠΑ στο περιβάλλον εργασίας, με έχει βελτιώσει ως επαγγελματία υγείας.					
11. Ξεκινάω πάντα ΚΑΡΠΑ για να είμαι καλυμμένος νομικά, παρόλο που μπορεί να υπάρχει σχετική οδηγία για την μη έναρξή της.					
12. Η μη ύπαρξη συγκεκριμένων πρωτοκόλλων για την έναρξη ή μη ΚΑΡΠΑ, με φέρνουν πάντα σε δίλημμα, σε περιπτώσεις που οι ασθενείς δεν έχουν προσδόκιμο επιβίωσης ή που οι ίδιοι δεν επιθυμούν αναζωογόνηση.					
13. Η συμμετοχή μου στην ομάδα της ΚΑΡΠΑ, με έχει ωθήσει στην αναζήτηση επιπλέον εκπαίδευσης πάνω στο αντικείμενο του επείγοντος.					
14. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουμε να είμαστε πάντα ενήμεροι με τις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες της ΚΑΡΠΑ.					
15. Θεωρώ πως έχω αποκτήσει την απαραίτητη επάρκεια, προκειμένου να πραγματοποιήσω την έναρξη ΚΑΡΠΑ και στο περιβάλλον εργασίας και εκτός αυτού και είμαι σε θέση να αντιληφθώ αν η προσπάθεια είναι μάταιη.					


	<b>ΑΠΟΛΥΤΑ ΠΙΘΑΝΟ</b>	<b>ΠΙΘΑΝΟ</b>	<b>ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ/Η</b>	<b>ΑΠΙΘΑΝΟ</b>	<b>ΑΠΟΛΥΤΑ ΑΠΙΘΑΝΟ</b>
<b>Τελικά πόσο πιθανό είναι να εμπλακείτε άμεσα και ενεργά σε ΚΑΡΠΑ, σε ασθενή που δεν έχει προσδόκιμο επιβίωσης ή επιθυμεί την μη αναζωογόνησή του;</b>					

**Ευχαριστώ για την συμμετοχή**



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ

### Έγκριση Επιστημονικού Συμβουλίου από ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

  
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΑΣ  
«ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»

Α.Ε.Σ. 26/13-12-2022

#### ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

##### ΘΕΜΑ 30<sup>ο</sup>

147 ΠΡΟΤ 13096/23-10-2022

Έγκριση εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με θέμα «Στάσεις, πεποιθήσεις και ηθικά διλήμματα των επαγγελματιών υγείας, κατά την Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) σε ασθενείς με χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης ή επιθυμία μη αναζωογόνησης» του μεταπτυχιακού φοιτητή Δημήτριου Ντάλα του Τμήματος Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.

Μετά από τη θετική εισήγηση της Επιτροπής Έρευνας και Πρωτοκόλλων, υπό την Προεδρία του Καθηγητή Ιωάννη Κοσκίνα

#### **ο μ ό φ ω ν α ε ι σ η γ ε ί τ α ι**

Την έγκριση εκπόνησης διπλωματικής εργασίας στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» με θέμα: «Στάσεις, πεποιθήσεις και ηθικά διλήμματα των επαγγελματιών υγείας, κατά την Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) σε ασθενείς με χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης ή επιθυμία μη αναζωογόνησης» του μεταπτυχιακού φοιτητή Δημήτριου Ντάλα του Τμήματος Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου κατόπιν και της σύμφωνης του Καθηγητή Καρδιολογίας, Διευθυντή Ά Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής Κωνσταντίνο Τσιούφη και του Διευθυντή του Καρδιολογικού Τμήματος Σκεύου Σιδερή και εφόσον τηρούνται οι νόμιμες διαδικασίες.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

  
ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΠΕΤΡΑΣ

Έγκριση Επιστημονικού Συμβουλίου ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ  
«Γ.Ν.Α.Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-  
ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ» Ν.Π.Δ.Δ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ-  
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ: 7-12-2022  
ΑΡΙΘΜ.ΠΡΩΤ. : 404

Προς: Τον κ. Ντάλα Δημήτριο

**ΘΕΜΑ:** Μεταπτυχιακή εργασία.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο στην 11<sup>η</sup> Τακτική Συνεδρίαση της 6-12-2022 συζήτησε και εγκρίνει, ομόφωνα, την διεξαγωγή διπλωματικής εργασίας στο πλαίσιο ΠΜΣ με τίτλο ερευνητικού πρωτοκόλλου: «**Στάσεις, πεποιθήσεις και ηθικά διλήμματα των επαγγελματιών υγείας, κατά την Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ)σε ασθενείς με χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης ή επιθυμία μη αναζωογόνησης**», του κ. Ντάλα Δημητρίου, που θα διεξαχθεί με την μορφή ερωτηματολογίου στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου.

Σημειώνεται ότι η μελέτη θα πραγματοποιηθεί χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση του Νοσοκομείου και θα τηρηθεί η προστασία προσωπικών δεδομένων. Επίσης υπάρχει η σύμφωνη γνώμη του Δ.Ι.Υ. κ.Γ.Μάντζαρη και Δ.Ν.Υ. κ.Δ.Πιστόλα.

Ο Πρόεδρος του Ε.Σ.

Β. Παπασταμόπουλος



## Έγκριση Επιστημονικού Συμβουλίου ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς»



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
1<sup>η</sup> Υ.Π.Ε. ΑΤΤΙΚΗΣ  
Γ.Ν.Α. «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»  
Ταχ. Διεύθυνση: Μεσογείων 154,  
Ταχ. Κώδικας 115 27  
Τμ. Γραμματείας  
Πληρ.: Ειρ. Τόλη  
Τηλ. 213 20 32 158

32654

Αθήνα, 14.12.2022

Αρ. Πρωτ. 32654

Προς:  
κ. Δημήτριο Ντάλα, Μεταπτυχιακό  
Φοιτητή

Θέμα: «Έγκριση διενέργειας έρευνας στο πλαίσιο διπλωματικής εργασίας στο ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς».

Σε απάντηση της αριθμ. 27172/24.10.2022 αιτήσεως σας, σας γνωρίζουμε ότι το Επιστημονικό Συμβούλιο στην 10<sup>η</sup>/05.12.2022 συνεδρίαση του ομόφωνα γνωμοδότησε θετικά και ενέκρινε τη διενέργεια έρευνας στο πλαίσιο της διπλωματικής σας εργασίας, με θέμα:

«Στάσεις, πεποιθήσεις και ηθικά διλήμματα των επαγγελματιών υγείας, κατά την Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ), σε ασθενείς με χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης ή επιθυμία μη αναζωογόνησης».

Με τη διεξαγωγή της έρευνας είναι σύμφωνοι εξής:

1. Ο κ. Γεώργιος Ζωγράφος, Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας του ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς».
2. Η κα Χρυσή Μπαμπιοντάκη, Δευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς».
3. Η κα Μελίνα Πλαστή, Υπεύθυνη Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού χαρακτήρα με το από 07/11/2022 έγγραφό της (το οποίο συναποστέλλεται) γνωμοδοτεί ότι η εν λόγω έρευνα μπορεί να προχωρήσει με τις προϋποθέσεις που αναγράφονται στο έγγραφο και αφού προηγουμένως διασφαλιστεί η μη ταύτιση των υποκειμένων των δεδομένων από τα ζητούμενα στοιχεία των ερωτηματολογίων καθώς και η πλήρης ενημέρωση των συμμετεχόντων στην έρευνα με το σχετικό συνοδευτικό έντυπο των ερωτηματολογίων, όπως θα διαμορφωθεί. Πρόσβαση στα στοιχεία της έρευνας θα έχει μόνο η ερευνητική ομάδα με βάση το νομοθετικό πλαίσιο της προστασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και η στατιστική ανάλυση των

δεδομένων θα σχετίζεται μόνο με τους σκοπούς της έρευνας (επιστημονικοί, επιδημιολογικοί, ερευνητικοί κλπ). Μετά την ολοκλήρωση της έρευνας τα στοιχεία θα απαλειφθούν από τα σχετικά αρχεία.

Επισημαίνεται ότι με την ολοκλήρωση της διπλωματικής σας εργασίας είναι απαραίτητο να κατατεθεί ένα αντίγραφο (ηλεκτρονικά) στην Υπεύθυνη Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα του «ΓΝΑ Γ. Γεννηματάς», το οποίο θα αποτελεί και αρχείο της Βιβλιοθήκης του ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς».

Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ  
ΑΡΓΥΡΩ ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΥ



ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ

Γ.Ν.Α. Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ  
Χ. ΚΟΛΩΝΗ - ΜΑΚΕΔΟΝΙΣΣΑ  
ΠΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ - ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ  
ΤΜΗΜΑΤΑΡΧΗΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

## Έγκριση Επιστημονικού και Διοικητικού Συμβουλίου ΕΚΑΒ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΜΕΣΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ  
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ & ΟΙΚ. ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ  
Πληροφορίες : ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ ΤΣΙΟΛΑΚΑΚΗ  
Τηλέφωνο : 2132143136  
E-mail : s.tsiolakaki@ekab.gr

Αθήνα, 23 Ιανουαρίου 2023  
Αρ. Πρωτ.: 5011

ΠΡΟΣ : κο Δ. Ντάλα  
E-mail: dimntalas@gmail.com

**ΘΕΜΑ :** «Αίτημα, του Δ. Ντάλα, υπαλλήλου Κλάδου ΤΕ Νοσηλευτικής, του ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», για έγκριση εκπόνησης ερευνητικής μελέτης μέσω συμπλήρωσης ερωτηματολογίων από υπαλλήλους του ΕΚΑΒ».

Σας γνωρίζουμε ότι το ανωτέρω σχετικό αίτημα που υποβάλατε προς το Ε.Σ. του ΕΚΑΒ συζητήθηκε στην υπ. αρ. 11/20-10-2022 (θέμα 4) έκτακτη συνεδρίαση του Ε.Σ. Παρακάτω, σας παραθέτουμε το σχετικό απόσπασμα του πρακτικού της εν λόγω συνεδρίασης.

### «ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ 11/20-12-2022

**ΘΕΜΑ 4.** Αίτημα, του Δ. Ντάλα, υπαλλήλου Κλάδου ΤΕ Νοσηλευτικής, του ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», για έγκριση εκπόνησης ερευνητικής μελέτης μέσω συμπλήρωσης ερωτηματολογίων από υπαλλήλους του ΕΚΑΒ.

Ο Πρόεδρος του Ε.Σ., ενημέρωσε τα μέλη του για την υπ' αριθμ. 42121/04-10-2022 αίτηση του Ντάλα Δημήτριου, υπαλλήλου του κλάδου ΤΕ Νοσηλευτικής, στο ΓΝΑ «Ιπποκράτειο». Ο ανωτέρω υπάλληλος είναι μεταπτυχιακός φοιτητής στο ΠΜΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου και αιτείται την άδεια διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας στα πλαίσια της εκπόνησης Διπλωματικής εργασίας με θέμα «Στάσεις, πεποιθήσεις και ηθικά διλήμματα των επαγγελματιών υγείας, κατά την Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ), σε ασθενείς με χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης ή επιθυμία μη αναζωογόνησης».

Η έρευνα θα υλοποιηθεί με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου από υπαλλήλους της Κ.Υ του ΕΚΑΒ. Οι ως άνω πληροφορίες βρίσκονται συνημμένες στην υποβληθείσα αίτηση του υπαλλήλου και αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του προς συζήτηση θέματος.

Το Ε.Σ., αφού έλαβε υπόψη το φάκελο της μελέτης, εγκρίνει τη διεξαγωγή της έρευνας σε ότι αφορά το προσωπικό του ΕΚΑΒ της Κ.Υ. Το Ε.Σ., αφού έλαβε υπόψη, τη σύμφωνη γνώμη της Διεύθυνσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας της Κ.Υ του ΕΚΑΒ καθώς και το φάκελο της μελέτης που έχει καταθέσει, εγκρίνει τη διεξαγωγή της έρευνας σε ότι αφορά το προσωπικό του ΕΚΑΒ της Κ.Υ. Επίσης, θεωρεί απαραίτητη την υποβολή από τον αιτούντα στο Ε.Σ. αντιγράφου της εργασίας έπειτα από την ολοκλήρωσή της. Η παρούσα θα τεθεί στο Δ.Σ. για έγκριση».

Η παραπάνω απόφαση του Ε.Σ. εγκρίθηκε με την υπ. αρ. 2/10-01-23 (ΘΕΜΑ 1) απόφαση του Δ.Σ. του ΕΚΑΒ.

Στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρίνιση



Η ΑΝ. ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ Δ/ΝΣΗΣ  
ΔΙΟΙΚ. & ΟΙΚΟΝ. ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

ΕΛΕΝΗ ΕΠ. ΤΣΑΤΣΑΝΙΑ

**Εσωτερική Διανομή:** -Γραμματεία Επιστημονικού Συμβουλίου

Έγκριση Επιστημονικού και Διοικητικού Συμβουλίου ΓΑΟΝΑ «ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
2<sup>η</sup> ΥΠΕΙΘΗΘΩΜΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΜΕΤΕΚΔΟΧΕΙΟ  
ΑΘΗΝΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ» ΕΠ.Ε.Δ.  
Δ/νση: Μικρ. Αλεξάνδρας 171 - 115 22 ΑΘΗΝΑ  
Τηλ: 210 - 64 02 000, Fax 210 - 64 20 146

Αθήνα, 14-12-2022

ΑΠ 16964/Φ.448/14-12-2022

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ  
ΑΝΑΠΛ. ΠΡΟΞΕΡΟΣ- ΕΠΙΘΗΚΙΩΣ ΑΝΔΡΑΣΤΗΣ  
Δ/νσης - Επιστ. Υπεύθυνος  
Τμήματος Ησυχίων Ακαδημαϊκών Μεθόδων  
Τομογραφίας

ΠΡΟΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ  
Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»

Ισχύ. Το υπ' αρ. πρωτ. 16668/08-12-2022 αίτημα

Το Επιστημονικό Συμβούλιο, κατά τη συνεδρίασή του στις 13-12-2022, μελέτησε διεξοδικά το υπ' αρ. πρωτ. 16668/08-12-2022 αίτημα του κ. Ντάλα Δημητρίου, ο οποίος, στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Εισαγωγή Μονάδων Υγείας» της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, εκπονήει διπλωματική εργασία με τίτλο: «Ετάσεις, πεποιθήσεις και ηθικά διλήμματα των επαγγελματιών υγείας κατά την Καρδιοαναπνευστική Αναδιοργάνωση (ΚΑΡΠΑ) σε ασθενείς με χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης ή επιθυμία μη αναδιοργάνωσης».

Κατόπιν της σύμφωνης γνώμης της Δευτερεύουσας Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ» κ. Κ. Τσαγκούρια, τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου εισηγήθηκαν θετικά για το αίτημα του κ. Ντάλα να διεξαχθεί έρευνα σε μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού.

Σημειώσαν ότι για την εν λόγω έρευνα υπάρχει η έγκριση του Υπευθύνου Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του Νοσοκομείου για το Έντυπο Ενημέρωσης Συμμετεχόντων καθώς και για τα Ερωτηματολόγια που θα διανεμηθούν.

Ο έρευνήτης δεσμεύεται για τα εξής:

- Να μην υπάρξει καμία οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο.
- Να τηρηθούν οι κανόνες βιοηθικής και προστασίας των προσωπικών δεδομένων των εμπλεκόμενων στη μελέτη.
- Μετά το πέρας της ερευνητικής εργασίας να κατατεθεί αντίγραφο αυτής στο Νοσοκομείο.

Ο Ανάπληρωτος Πρόεδρος  
του Επιστημονικού Συμβουλίου  
ΕΠΙΘΗΚΙΩΣ ΑΝΔΡΑΣΤΗΣ

Κοινοποιείται  
στον/στη Νοσηλευτική Υπηρεσία



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
1<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΓΕΝΙΚΙΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ - ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
ΑΘΗΝΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»  
Λύση Ανοσπ. Αλεξάνδρας 171 - 115 22 ΑΘΗΝΑ  
Τηλ: 210 3036004 Fax: 210 6626524  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

**ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ  
ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ 643/21-12-2022**

Στην Αθήνα, σήμερα την 21<sup>η</sup> Δεκεμβρίου 2022, ημέρα Τετάρτη και ώρα 10.00, συνήλθε, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 14 του Ν. 2690/1999 (ΦΕΚ 45/Α/9-3-1999), του άρθρου 7 παρ. 5 του Ν. 3329, και βάσει του 33<sup>ου</sup> άρθρου της από 20.03.2020 Πρόξης Νομοθετικού Περιεχομένου (Α' 68) όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 42<sup>ο</sup> της από 10.1.2020 Πρόξης Νομοθετικού Περιεχομένου (Α' 75) σε συνεδρίαση, το Διοικητικό Συμβούλιο με την επωνυμία ΓΕΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ - ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ "Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ", το οποίο συγκροτήθηκε με την Αρθμ. Πρωτ. Γ4/Τ.Π.: 81189/31-12-2020 απόφαση του Υπουργείου Υγείας (ΦΕΚ 1096/31-12-2020, & ΦΕΚ 414/2021) τμήκος Υπαλλήλων Ειδικών Θέσεων & Οργάνων Διοίκησης Φορέων του Δημοσίου & Ευρύτερου Δημοσίου Τομέα), και κατόπιν της με ημερομηνία 16/12/2022 πρόσκλησης της Προέδρου Δ.Σ. κ. Όλγας Μπαλασόρα προς τα μέλη (τακτικά και αναπληρωματικά).

Στη Συνεδρίαση είναι παρόντες:

1. κ. Μπαλασόρα Όλγα	Πρόεδρος
2. κ. Φασιακός Χρήστος	Αντιπρόεδρος Δ.Σ.
3. κ. Φασουλάκη Αργυρά	Τακτικό Μέλος
4. κ. Μανουρά Μαρία	Τακτικό Μέλος
5. κ. Γρουζή Ελισάβετ	Τακτικό Μέλος
6. κ. Στάμος Γεώργιος	Τακτικό Μέλος

Απουσιάζει αν και εκλήθη νόμιμα:

1. Γολερμάτης Βασίλειος, Τακτικό Μέλος, καθώς και ο αναπληρωτής του Μαρινιάκης Διονύσιος

Εισηγητής: Στη Συνεδρίαση παρίσταται, ως εισηγητής και ο:

1. κ. Κουσεύφαρης Γρηγόριος, Διευθυντής Διοικητικής - Οικονομικής Υπηρεσίας

Γραμματέας Διοικητικού Συμβουλίου: κα Ελένη Λαμπροπούλου

Η Πρόεδρος κα Όλγα Μπαλασόρα, διαπιστώνει ότι το Δ.Σ. υπάρχει σε νόμιμη απαρτία και μπορεί να αποφασίζει και κατόπιν αυτού κηρύσσει την έναρξη της Συνεδρίασης

- .....
- 2.48. Αίτημα του κ. Ντάλα Δημητρίου, στο πλαίσιο εκπόνησης διερευνητικής εργασίας με τίτλο: «Στάσεις πεπονήσιος και ηθικά διλήμματα των επαγγελματιών υγείας κατά την Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) σε ασθενείς με χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης ή επιθυμία μη αναστολήσεισης»

Ο κ. Γ. Κουσιόφωρης αναφέρεται στην υπ' αριθμ. 16964/14-12-2022 εισήγηση, η οποία έχει ως ακολούθως:

Το Επιστημονικό Συμβούλιο, κατά τη συνεδρίασή του στις 13-12-2022, μελέτησε διεξοδικά το υπ' αρ. πρωτ. 16668/08-12-2022 αίτημα του κ. Ντάλα Δημητρίου, ο οποίος, στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Ειδικότητα Μονάδων Υγείας» της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, εκπολεί διδακματική εργασία με τίτλο: «Ψύχιας, πεπρωθίρας και πθισά δάλληματα των επαγγελματιών υγείας κατά την Κορδισουανασκουαστική Αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) σε ασθενείς με χαμηλό πρωσθόκτιμο επιβίωσης ή επιθυμία μη αναζωογόνησης.

Κατόπιν της σύμφωνης γνώμης της Διευθύντριας Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Γ.Α.Ο.Ν.Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ» κ. Κ. Τσαγκούρα, τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου εισηγήθηκαν θετικά για το αίτημα του κ. Ντάλα να διαξαγάγει έρευνα σε μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού.

Σημειώσαν ότι για την εν λόγω έρευνα υπάρχει η έγκριση του Υπευθύνου Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του Νοσοκομείου για το Έντυπο Ενγέμρωσης Συμμετεχόντων κλήθας και για τα Ερωτηματολόγια που θα διανεμηθούν.

Ο ερωνητής διαμοίεται για τα εξής:

- Να μην υπάρχει καμία οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο.
- Να τηρηθούν οι κανόνες δεοντολογίας και προστασίας των προσωπικών δεδομένων των εμπλεκόμενων στη μελέτη.
- Μετά το πέρας της ερωνητικής εργασίας να κατατεθεί αντίγραφο αυτής στο Νοσοκομείο.

**ΑΠΟΦΑΣΗ:** Μετά από διεξοδική συζήτηση επί του θέματος, το Δ.Σ. εγκρίνει ομόφωνα την ανωτέρω εισήγηση της υπηρεσίας ως έχει.

Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Δ.Σ. Ο. ΜΠΑΛΑΟΥΡΑ	Ο ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ. ΧΡ. ΦΑΣΙΑΝΚΙΣ	ΤΑ ΜΕΛΗ	Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ Ε. ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΥ
--	--------------------------------------	---------	---------------------------------





Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.