

Συσχέτιση της Γνώσης και Στάσης των Συγγενών και Φίλων των Ασθενών που Νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) Απέναντι στην Ευθανασία

Μαρία Καλαφάτη,¹ Νικόλαος Γιάκης,² Τάνια Τριανταφύλλου,³ Μιχάλης Δημοσθένους,⁴ Στυλιανός Καρατζάς,⁵ Στυλιανός Κατσαραγάκης,⁶ Δημήτριος Θεοδώρου,⁷ Γεώργιος Ζωγράφος⁸

Correlation of the Knowledge and Stance of the Relatives and Friends of ICU Patients Towards Euthanasia

Abstract at the end of the article

¹ Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD, ΕΔΙΠ, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ

² Νοσηλευτής ΤΕ, MSc, PcD(c), Προϊστάμενος Μονάδας Ανάνηψης Καρδιοχειρουργικού Τμήματος, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

³ Ιατρός, Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

⁴ Ιατρός PhD, Καρδιοχειρουργικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

⁵ Χειρουργός-Εντατικολόγος, Συντονιστής Διευθυντής ΜΕΘ, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

⁶ Καθηγητής Χειρουργικής, Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο»

⁷ Αναπληρωτής Καθηγητής Χειρουργικής, Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ

⁸ Καθηγητής Χειρουργικής, Αντιπρύτανης Πανεπιστημίου Αθηνών, Α' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», Αθήνα

Υποβλήθηκε: 11/07/2016

Επανυποβλήθηκε: 17/07/2016

Εγκρίθηκε: 26/07/2016

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Νικόλαος Γιάκης

Αιγαίου 86, 171 24 Νέα Σμύρνη

Τηλ: 210-93 17 612, 6947 522 830

e-mail: giakisnikos@gmail.com

Εισαγωγή: Η ευθανασία αποτελεί ένα θέμα πρόκληση που έχει πλέον αποκτήσει ιδιαίτερη ιατρική, νομική, πολιτική, κοινωνική ακόμα και οικονομική υπόσταση. Υπάρχουν χώρες όπου το νομοθετικό πλαίσιο τάσσεται υπέρ της ευθανασίας υπό όρους και χώρες όπως η Ελλάδα, όπου ακόμη δεν έχει θεσμοθετηθεί κάτι συγκεκριμένο. Ο προβληματισμός και διάλογος για την ευθανασία πηγάζει ουσιαστικά από την εμφανή σύγκρουσή της με το δικαίωμα της ζωής, που σήμερα προστατεύεται διεθνώς και κατοχυρώνεται συνταγματικά, σχεδόν από όλες τις χώρες. **Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της γνώσης και στάσης των συγγενών και φίλων των ασθενών που νοσηλεύονται στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) απέναντι στο ηθικό δίλημμα της ευθανασίας. **Υλικό-Μέθοδος:** Χρησιμοποιήθηκε αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο των Πριάμη και συν, δόθηκε σε 143 συγγενείς και φίλους ασθενών βαρέως πασχόντων που νοσηλεύονταν στη ΜΕΘ. Το πρωτόκολλο της μελέτης εγκρίθηκε από το Επιστημονικό Συμβούλιο Γενικού Νοσοκομείου Αττικής. Η συλλογή των στοιχείων διήρκεσε τρία χρόνια και συγκεκριμένα από 1-3-2012 έως και 28-2-2015, καλύπτοντας όλες τις ηλικιακές ομάδες και στα δύο φύλα. **Αποτελέσματα:** Το 50,7% του δείγματος της μελέτης ήταν γυναίκες και το 33,6% ήταν οι γονείς του ασθενούς. Οι ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη είχαν σύμφωνα με το σύστημα αξιολόγησης της βαρύτητας της νόσου, APACHE Score ≥ 20 . Το 62,9% αυτών που συμμετείχαν στη μελέτη θεωρούσε πιο σημαντική την ποιότητα ζωής του ασθενούς σε σύγκριση με την αξία της ζωής του. Το 48,3% του δείγματος της μελέτης ήταν υπέρ της ευθανασίας και το 66,4% γνώριζε λίγα/πολύ λίγα για την ευθανασία.

Το 48,3% των ατόμων του δείγματος συμφωνούν να θεσμοθετηθεί η ευθανασία κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ($p < 0,001$) στην πρόθεση για συναίνεση διακοπής θεραπείας, με την ηλικία του ασθενούς αλλά και την κατάσταση της υγείας του. **Συμπεράσματα:** Το ζήτημα της ευθανασίας σήμερα αποτελεί πρόκληση για την κοινωνία. Η θεσμοθέτηση της διακοπής θεραπείας υπό προϋποθέσεις, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος του πάσχοντος για αυτοδιαχείριση, είναι σημαντικά θέματα που εντάσσονται σε επίπεδο νομικής, κοινωνικής, ηθικής και θρησκευτικής θεώρησης. Η ενημέρωση των πολιτών για την ευθανασία αποτελεί επιτακτική ανάγκη για την αλλαγή των στάσεων που αφορούν στη διακοπή θεραπείας.

Λέξεις-ευρητηρίου: Ευθανασία, γνώσεις, στάση, συγγενείς ασθενών, ΜΕΘ.

Εισαγωγή

Το πρόβλημα της ευθανασίας απασχολεί την ανθρωπότητα από την αρχαιότητα. Ο πρώτος που αντιλήφθηκε την ιδιαιτερότητα του τέλους της ζωής ήταν ο Ιπποκράτης, που συμπεριέλαβε στον όρκο την «ηθική άσκηση» της ιατρικής, με την απαγόρευση στον ιατρό της χορήγησης θανατηφόρου φαρμάκου σε ασθενή, προκειμένου αυτός είτε να θέσει τέλος στην ίδια του τη ζωή είτε στο κυοφορούμενο έμβρυο.¹

Λόγω της εξέλιξης της ιατρικής επιστήμης, της ραγδαίας ανάπτυξης της βιοϊατρικής τεχνολογίας και της ανάπτυξης των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) δόθηκε η δυνατότητα στην ιατρική να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τις ασθένειες, οι άνθρωποι να ζουν περισσότερο, να είναι λιγότερο ευάλωτοι στις μεταδοτικές νόσους αλλά και να πεθαίνουν από χρόνια νοσήματα με τη συνεχή και παρατεταμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας και των υποδομών της. Κάτω από αυτές τις συνθήκες αναδείχθηκαν σημαντικά ηθικά και νομικά προβλήματα, τόσο στην αντιμετώπιση και στη θεραπεία πολλών ασθενειών, όπως και στο δίλημμα για τη συνέχιση ή την απόσυρση μιας θεραπείας.²

Με τον όρο «ευθανασία» υποδηλώνεται «η θανάτωση ατόμων από ευσπλαχνία», που βρίσκονται στο τελικό στάδιο νόσου, ή σε καταστάσεις εξαιτίας των οποίων η ζωή τους γίνεται ιδιαίτερα δυσάρεστη ή και αφόρητη. Ο όρος «ευθανασία» έχει τις ρίζες του στην αρχαία Ελλάδα και είχε διαφορετική σημασία από ό,τι σήμερα. Στην αρχαιότητα αυτό που ενδιέφερε τους Έλληνες ήταν ο καλός και ένδοξος θάνατος που τους χάριζε την αθανασία μέσω της υστεροφημίας. Στην αρχική έννοια της ευθανασίας, το «ευ» σημαίνει καλός, ωραίος, γενναίος, ευγενής και το δεύτερο μέρος της λέξης αποδίδει την έκφραση για τον φυσικό «θάνατο».^{3,4} Η ευθανασία είναι η πράξη θανάτωσης κατ'επίκληση και ορίζεται ως η διαδικασία κατά την

οποία ένας ιατρός εκ προθέσεως επιφέρει τον θάνατο ενός ατόμου με τη χορήγηση φαρμάκων, μετά από την ηθελημένη και ικανή απαίτηση αυτού του ατόμου, χωρίς πλέον να έχει ελπίδα θεραπείας, με σκοπό τη λύτρωσή του.⁵

Ο Francis Bacon, (1561–1626) μετέφερε την ελληνική λέξη ευθανασία στην αγγλική γλώσσα (Euthanasia) δίνοντας την εννοιολογική σημασία της «επισπεύσεως του θανάτου, για να τεθεί τέρμα σε μια ζωή γεμάτη πόνο και ταλαιπωρίες». Ευθανασία ορίζεται ως «η ηθελημένη θανάτωση ανιάτου, με τη συναίνεσή του ή χωρίς αυτή, προς ανακούφιση ή απολύτρωσή του από την επιθανάτια οδυνηρή αγωνία, από αφόρητους πόνους που τα υπάρχοντα θεραπευτικά μέσα αδυνατούν να καταπραΰνουν». Με άλλα λόγια, πρόκειται για «μέθοδο προκλήσεως του θανάτου για πολύ συγκεκριμένους λόγους».⁶

Ανάλογα με τον τρόπο που διενεργείται η ευθανασία, μπορεί να διακριθεί με βάση το «ποιος παίρνει την πρωτοβουλία» και «τον τρόπο υποβοήθησης και εκτέλεσης της ευθανασίας» (πίνακας 1).⁷

Υπάρχουν και άλλες μορφές ευθανασίας που διακρίνονται ανάλογα με τις αντιλήψεις και τη δυναμική που επικρατούν κάθε φορά στην κοινωνία, λόγω της επιστημονικής προόδου ή της πολυπλοκότητας των μεθόδων που χρησιμοποιούνται για να καμφθούν οι νομικές και ηθικές ευθύνες.

Τα τελευταία χρόνια γίνεται συζήτηση για την «πρόωρη ευθανασία ελαττωματικών νεογνών», βρεφών δηλαδή που εμφανίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας, αναδεικνύοντας το αυξανόμενο ενδιαφέρον της νομικής επιστήμης όσο και της «κοινής γνώμης». Η ενέργεια αυτή δεν αποτελεί μορφή ευθανασίας, αφού σύμφωνα με τους Συγκούνη⁸ και Συμεωνίδου-Καστανίδου⁹ «στα νεογνά αυτά δεν υπάρχει μια διαδρομή που να οδηγεί σε οδυνηρό τέλος της ζωής τους» και για αυτό ορθά έχει κατακριθεί η χρήση του όρου, ο οποίος είναι νέος στον χώρο αυτόν,

Πίνακας 1. Διάκριση της ευθανασίας.

Ποιος παίρνει την πρωτοβουλία	Τρόπος υποβοήθησης και εκτέλεσης της ευθανασίας
Εκούσια ή εθελοντική ευθανασία (Voluntary euthanasia)	Ενεργητική ευθανασία: 1. Στη γνήσια ή κυρίως ευθανασία 2. Στην ευθεία ενεργητική ευθανασία 3. Στην έμμεση ενεργητική ευθανασία 4. Με την ευρύτερη έννοια στη συμμετοχή σε αυτοκτονία
Μη εκούσια ευθανασία (Involuntary euthanasia)	Παθητική ευθανασία
Ακούσια ευθανασία (Non-voluntary euthanasia)	

ανεπιτυχής και καταχρηστικός.^{8,9} Οι υποστηρικτές αυτής της πρακτικής υποστηρίζουν πως αυτού του είδους η ευθανασία εντάσσεται στη λογική της «κοινωνικής ή ευγονικής ευθανασίας» και παράλληλα υποστηρίζουν πως ανήκουν στην έννοια των αμβλώσεων, αλλά δεν χάνουν τον αυτόνομο χαρακτήρα της ως μορφή ευθανασίας.¹⁰⁻¹²

Ξεχωριστό τμήμα της ευθανασίας, αποτελεί το πεδίο ένταξης της αποσύνδεσης του ασθενούς από το μηχάνημα τεχνητής διατήρησης της ζωής. Πολλές φορές η ενέργεια αυτή, χαρακτηρίζεται ως μορφή παθητικής ευθανασίας, κάτι που δεν ισχύει, γιατί η αποσύνδεση του ασθενούς αποτελεί πράξη και όχι παράλειψη και προϋποθέτει συγκεκριμένη μυϊκή ενέργεια. Με την έννοια αυτή, η μορφή αυτή προσομοιάζει με την ενεργητική ευθανασία δηλαδή μια τελικά άδικη μορφή συμπεριφοράς.^{8,9,13} Για να γίνει δεκτή ως μορφή ευθανασίας η διακοπή των τεχνικών μέσων υποστήριξης της ζωής πρέπει να συντρέχουν δύο προϋποθέσεις, είτε η προϋπάρχουσα δήλωση βούλησης του ασθενούς είτε η εικαζόμενη συναίνεση πριν από την επιθανάτιο φάση και η κατάσταση του ασθενούς θα πρέπει να βρίσκεται σε μια φθίνουσα πορεία προς το τέλος της ζωής και όχι σε μια μόνιμη και σταθεροποιημένη κατάσταση.^{10,12}

Ιδιαίτερο προβληματισμό σχετικά με την ευθανασία επιφέρει η «υποβοηθούμενη αυτοκτονία» που ορίζεται ως η χορήγηση στον ίδιο τον άρρωστο του μέσου (π.χ. τοξικής ουσίας) από τον ιατρό, για τον τερματισμό της ζωής του στα τελικά στάδια της βασανιστικής ανίατης νόσου.¹⁴⁻¹⁶ Τέλος, γίνεται μεγάλη συζήτηση στη διεθνή κοινότητα για τις διαθήκες ευθανασίας δεδομένου ότι σχετίζονται άμεσα με τον σεβασμό στην αυτονομία του ασθενούς και στο δικαίωμά του για αυτοκαθορισμό/αυτοπροσδιορισμό. Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται κυρίως ως «Διαθήκες Ευθανασίας»,¹⁷ αλλά και ως «Διαθήκες Ζωής» (Living Will), ως «προγενέστερες οδηγίες για το τέλος της ζωής» και ως «Βιολογικές Διαθήκες».¹² Το περιεχόμενό τους είναι οδηγίες με τις οποίες ο ίδιος ασθενής αρνείται ή αποδέχεται εκ των προτέρων να υποβληθεί σε συγκεκριμένες θεραπείες που θα του προταθούν στο μέλλον από τον ιατρό με βάση την αναμενόμενη πορεία

της ασθένειάς του, είτε περιέχουν υπόδειξη ενός συγκεκριμένου προσώπου ως αντιπροσώπου του σε θέματα υγείας, ώστε ο τελευταίος να ενεργήσει στο όνομα και για λογαριασμό του ασθενούς, στην περίπτωση που δεν θα δύναται να εκφράσει ο ίδιος την επιθυμία του λόγω επιπλοκών στην εξέλιξη της υγείας του. Ο προβληματισμός είναι εάν αποτελούν κριτήριο για τη στοιχειοθέτηση της εικαζόμενης βούλησης του ασθενούς έναντι του ιατρού ή έχουν δεσμευτικό χαρακτήρα.^{10,18}

Ο έντονος διάλογος που διχάζει την κοινωνία γενικότερα σε σχέση με την ευθανασία πηγάζει ουσιαστικά από την εμφανή σύγκρουσή της με το δικαίωμα της ζωής, που σήμερα προστατεύεται διεθνώς και κατοχυρώνεται συνταγματικά, σχεδόν από όλες τις χώρες. Διαμορφώθηκαν σχετικές διατάξεις όπως η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (άρθρο 2 παράγραφος 1) από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων 19, και η Ευρωπαϊκή Σύμβαση του Οβιέδο (1997) για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική (άρθρο 5 και άρθρο 9) από το Συμβούλιο της Ευρώπης.^{10,19,20}

Η ευθανασία αποτελεί ένα θέμα πρόκληση που έχει πλέον αποκτήσει ιδιαίτερη ιατρική, νομική πολιτική, κοινωνική ακόμα και οικονομική διάσταση. Στην Ολλανδία, δέχονται ευνοϊκά τη νομοθετική κατοχύρωση της ευθανασίας (άρθρο 293 του Ολλανδικού Ποινικού Κώδικα),²¹ αλλά και στο Λουξεμβούργο η ευθανασία νομιμοποιήθηκε με νομοσχέδιο που ψηφίστηκε στο Κοινοβούλιο στις 20-2-2008 και η επίσημη έγκρισή του έγινε στις 16-3-2009.²² Στην Αυστραλία ψηφίστηκε η «Πράξη για τα δικαιώματα ασθενούς στο τελευταίο στάδιο» ή πιο απλά η νομιμοποίηση της «ενεργητικής, εθελοντικής ευθανασίας».^{23,24} Η πρώτη Πολιτεία των ΗΠΑ που επέτρεψε την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ήταν το Όρεγκον, θέτοντας σε ισχύ τον νόμο «θάνατος με αξιοπρέπεια» (Death with Dignity, Act of 1994) υπό αυστηρές όμως προϋποθέσεις.^{25,26} Το 2008 και η Πολιτεία της Ουάσινγκτον επέτρεψε υπό αντίστοιχες προϋποθέσεις με αυτές του Όρεγκον, τη διενέργεια της ευθανασίας²⁷ ενώ η πολιτεία της Μοντάνα, επέτρεψε την ευθανασία, όπου

όμως η νομιμοποίηση ήρθε όχι μετά από διενέργεια δημοψηφίσματος, αλλά μετά από δικαστική απόφαση, τον Δεκέμβριο του 2008.²⁸

Η συζήτηση στη χώρα μας για τη θεσμοθέτηση του δικαιώματος της ευθανασίας, παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον δεδομένου ότι δεν υπάρχει καμία σχετική νομοθετική ρύθμιση. Η ελληνική νομοθεσία δεν περιλαμβάνει πουθενά τον όρο «ευθανασία», πέραν της «ανθρωποκτονίας εν συναιέσει» η οποία αποτελεί αδίκημα του Ποινικού Δικαίου.^{10,29} Η Ελλάδα υπέγραψε στο Oviedo της Ισπανίας τη συνθήκη που αφορά στα Ανθρώπινα Δικαιώματα και στη Βιοϊατρική.

Η Ελληνική Ορθόδοξη Εκκλησία έχει μια σαφή θέση ενάντια σε όλες τις μορφές της ευθανασίας, υποστηρίζοντας την προστασία της ζωής στον μέγιστο βαθμό και θεωρώντας τη ζωή ως ιερό δώρο από τον Θεό, την οποία αυτός είναι ο μόνος που αποφασίζει για τη διακοπή της ή όχι.³⁰

Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης, που αποτελεί ένα μέρος μεγαλύτερης έρευνας, είναι να διερευνηθεί η στάση και η γνώση απέναντι στην ευθανασία των συγγενών/φίλων των ασθενών που νοσηλεύονται σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ΜΕΘ και να εντοπισθούν οι πιθανοί παράγοντες που επηρεάζουν τις αποφάσεις τους για ενδεχόμενη ευθανασία.

Υλικό-Μέθοδος

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν οι συγγενείς και οι φίλοι των ασθενών που νοσηλεύονταν σε ΜΕΘ μεγάλου Γενικού Νοσοκομείου και μπορούσαν να επικοινωνήσουν και να διαβάσουν στα Ελληνικά.

Επιλέχθηκαν οι συγγενείς και οι φίλοι των βαρέως πασχόντων ασθενών στους οποίους ήταν επιβεβλημένη η μηχανική υποστήριξη της αναπνοής. Οι ασθενείς ήταν σε αιμοδυναμική υποστήριξη και για τουλάχιστον δέκα ημέρες βρίσκονταν υπό μηχανική υποστήριξη της αναπνοής. Επίσης δεν υπήρχε δυνατότητα για αποδέσμευση της μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής τις επόμενες ημέρες. Η βαρύτητα της νόσου των ασθενών αξιολογήθηκε με το σύστημα βαρύτητας της νόσου, APACHE II Score και στη μελέτη συμπεριελήφθησαν ασθενείς που είχαν APACHE II score >20. Η συλλογή των στοιχείων διήρκεσε τρία χρόνια και συγκεκριμένα από 1-3-2012 έως και 28-2-2015, καλύπτοντας όλες τις ηλικιακές ομάδες και στα δύο φύλα. Από το δείγμα της έρευνας αποκλείστηκαν οι συγγενείς και το φιλικό περιβάλλον των βαρέως πασχόντων ασθενών που η ηλικία τους ήταν μικρότερη από το 18ο έτος και μεγαλύτερη από το 80ό έτος. Μπορούσαν να συμμετέχουν στη μελέτη περισσότεροι του ενός συγγενείς/φίλοι για τον ίδιο ασθενή.

Στους συγγενείς/φίλους των ασθενών που δέχονταν να συμμετάσχουν στη μελέτη, δόθηκε ερωτηματολόγιο μέσα σε φάκελο στον χώρο αναμονής έξω από τη ΜΕΘ, αφού πρώτα ενημερώνονταν για τον σκοπό της μελέτης και ότι η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική και ανώνυμη. Η επιστροφή του ερωτηματολογίου γινόταν μέσα στον κλειστό φάκελο λίγες ώρες μετά τη λήψη του.

Η συλλογή των πληροφοριών έγινε με το αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο των Πριάμη και συν & Γιάκης και συν μετά από σχετική άδεια.^{31,32} Το ερωτηματολόγιο αποτελείτο από δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος αναφέρονταν τα δημογραφικά στοιχεία των συγγενών/φίλων καθώς και η σχέση τους με τον ασθενή. Στο δεύτερο μέρος υπήρχαν τρεις ερωτήσεις που αξιολογούσαν τις γνώσεις τους σε σχέση με την ευθανασία και βαθμολογήθηκαν με κλίμακα πέντε σημείων κατά Likert από «καθόλου=1 έως πάρα πολλά=5», επτά ερωτήσεις που αναφέρονταν στη στάση τους απέναντι σε ενδεχόμενη ευθανασία του ασθενούς τους που βαθμολογούνταν με κλίμακα κατά Likert από «διαφωνώ απόλυτα=1 έως συμφωνώ απόλυτα=5», μία ερώτηση που αξιολογούσε τη σημερινή τους στάση σε σχέση με το παρελθόν (ΝΑΙ-ΟΧΙ) και μία ερώτηση με 11 υποερωτήματα που αξιολογούσε τους παράγοντες εκείνους που θα επηρέαζαν την απόφασή τους αν αυτή ήταν θετική χρησιμοποιώντας την κλίμακα Likert (καθόλου σημαντική=1 έως πάρα πολύ σημαντική=5).

Δόθηκαν συνολικά 579 ερωτηματολόγια από τα οποία επιστράφηκαν 143 πλήρως συμπληρωμένα. Ο βαθμός ανταπόκρισης ήταν της τάξης του 24,70%. Κατά την τριετία από 1-3-2012 έως και 28-2-2015 συνολικά νοσηλεύθηκαν 590 ασθενείς στο συγκεκριμένο νοσοκομείο. Το δείγμα μας αποτελούσαν 66 ασθενείς εκ των οποίων απεβίωσαν 31 ασθενείς.

Ηθική της μελέτης

Η μελέτη εγκρίθηκε από την Επιτροπή Ηθικής Δεοντολογίας της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ και από την Επιστημονική Επιτροπή και την Επιτροπή Ηθικής Δεοντολογίας του νοσοκομείου όπου διενεργήθηκε.

Η συμμετοχή των συγγενών και φίλων ήταν εθελοντική και ανώνυμη αφού προηγήθηκε πλήρως πληροφορημένη διαδικασία που κάλυπτε τον σκοπό και τη μεθοδολογία της έρευνας. Οι πληροφορίες που δόθηκαν ήταν σαφείς και κατάλληλα προσαρμοσμένες, ώστε να επιτρέψουν με πλήρη επίγνωση τη συγκατάθεση ή την άρνηση της συμμετοχής στη μελέτη. Οι συμμετέχοντες πληροφορούνταν ότι δεν υπήρχε κάποιο άμεσο πλεονέκτημα για τον ασθενή τους από τη συμμετοχή σε αυτή τη μελέτη, αλλά και ότι η τυχόν διακοπή της συμμετοχής τους σε οποιοδήποτε στάδιο, δεν επρόκειτο να έχει κανενός είδους επίπτωση στη νοσηλεία του.

Σε κανένα στάδιο της μελέτης δεν έγινε αναφορά στο νοσοκομείο στο οποίο πραγματοποιήθηκε ή στα άτομα

τα οποία συμμετείχαν. Η ανωνυμία, η εμπιστευτικότητα και το απόρρητο των πληροφοριών τηρήθηκαν για όλα τα πρόσωπα που συμμετείχαν, τα οποία προστατεύθηκαν κατά τη διάρκεια και μετά το τέλος της ερευνητικής διαδικασίας.

Τα στοιχεία της μελέτης φυλάσσονται σε προστατευόμενο χώρο και θα καταστραφούν πέντε χρόνια μετά το τέλος της ερευνητικής εργασίας.

Στατιστική επεξεργασία

Η εσωτερική αξιοπιστία των ερωτηματολογίων ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's- α . Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (n) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,05/κ (κ=αριθμός των συγκρίσεων). Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test. Για τον έλεγχο της σχέσης δύο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις απόψεις των συμμετεχόντων για την ευθανασία έγινε ανάλυση λογαριθμικής παλινδρόμησης (logistic regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) και προέκυψαν σχετικοί λόγοι (odds ratio) με τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης τους (95% ΔΕ). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0.

Αποτελέσματα

Για το ερωτηματολόγιο που αξιολογούσε τις στάσεις και τη γνώση, ο συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach ήταν 0,87, ενώ για τις 11 υποερωτήσεις που αξιολογούν τους παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση ή τη συναίνεση των συμμετεχόντων για το τέλος της ζωής του βαριά ασθενούς, συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach ήταν 0,77.

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 143 άτομα με μέση ηλικία τα 43,1 έτη ($\pm 13,8$). Το 50,7% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες η πλειοψηφία ήταν έγγαμοι (47,6%)

και το 59,9% είχαν παιδιά. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι λυκείου (36,4%) και μόνο το 19,6% πτυχιούχοι ΑΕΙ. Τέλος, το 25,2% των ερωτηθέντων εργάζονταν στον δημόσιο τομέα και το 33,6% στον ιδιωτικό (πίνακας 2).

Το 33,6% του δείγματος ήταν οι γονείς του ασθενούς που νοσηλεύονταν στη ΜΕΘ και το 18,9% ήταν φίλοι. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων έμεναν σε διαφορετικό σπίτι με τον ασθενή με το ποσοστό να φτάνει το 66,4% αλλά το 77,3% έμενε στο ίδιο χωριό/πόλη (πίνακας 1). Το μέσο APACHE II score των νοσηλευόμενων ασθενών ήταν 24,9 μονάδες (SD=2,2).

Από τα αποτελέσματα της μελέτης φαίνεται ότι το επίπεδο γνώσεων για την ευθανασία των συγγενών/φίλων είναι χαμηλό (66,5% γνώριζε λίγα/πολύ λίγα) και μόνο το 11,2% γνώριζε πολλά/πάρα πολλά. Η κυριότερη πηγή απόκτησης γνώσεων για την ευθανασία ήταν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ) και τα περιοδικά με ποσοστό 78,9%, ενώ το 46,2% δεν ήταν καθόλου ενημερωμένοι για τους νόμους περί επίσπευσης του τέλους της ζωής στην Ελλάδα (πίνακας 3).

Στον πίνακα 2, φαίνεται η στάση των συγγενών/φίλων των ασθενών, έναντι του προβληματισμού να σταματήσει ή να μην αρχίσει μια θεραπεία στον ασθενή. Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (48,3%) θα συμφωνούσαν κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις να νομοθετηθεί η ευθανασία στην Ελλάδα, ενώ το 23,1% των ερωτηθέντων είναι αναποφάσιστοι. Σχεδόν ένας στους τρεις συμμετέχοντες (33,8%) έχει αλλάξει τη σημερινή του στάση και άποψη για την ευθανασία σε σχέση με την αρχική στάση και άποψη που είχε. Τέλος, το 47,6% των συμμετεχόντων θα συναινούσε ή θα έπαιρνε απόφαση για επίσπευση του τέλους της ζωής του ασθενούς τους σε κάποιες περιπτώσεις και κάτω από προϋποθέσεις (πίνακας 3).

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των ερωτήσεων Q1 και Q3 ($p < 0,001$, $r = 0,36$), δηλαδή όσο περισσότερα γνωρίζουν για την ευθανασία, τόσο περισσότεροι ενήμεροι είναι για τους νόμους περί επίσπευσης του τέλους της ζωής στην Ελλάδα. Φάνηκε να υπάρχει σημαντική θετική συσχέτιση του βαθμού της ενημέρωσης που έχουν οι συγγενείς/φίλοι σχετικά με τους νόμους περί επίσπευσης του τέλους της ζωής στην Ελλάδα (Q3) σε σχέση με τη στάση τους μετά από αίτημα του ασθενούς ή της θεραπευτικής ομάδας, να σταματήσει ή να μην αρχίσει μια θεραπεία, που μπορεί να παρέττεινε για λίγο τη ζωή του ασθενούς τους και που εκφράζεται από τις ερωτήσεις Q7 ($p = 0,016$, $r = 0,20$), Q8 ($p = 0,020$, $r = 0,19$). Επίσης βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά ο βαθμός ενημέρωσης των συγγενών/φίλων των ασθενών σχετικά με τη νομοθεσία που ισχύει στην Ελλάδα περί επίσπευσης του τέλους της ζωής με δικό τους αίτημα προς τη θεραπευτική ομάδα να σταματήσει ($p = 0,025$, $r = 0,19$) ή να μην αρχίσει μια θε-

Πίνακας 2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά		n	(%)	Δημογραφικά χαρακτηριστικά		n	(%)
Φύλο	Άνδρες	70	49,3	Χώρος εργασίας	Άνεργος	26	18,2
	Γυναίκες	72	50,7		Αυτοαπασχολούμενος	13	9,1
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		43,1 (13,8)		Δημόσιος τομέας			
Οικογενειακή κατάσταση	Ανύπανδροι	44	30,8	Ιδιωτικός τομέας	48	33,6	
	Παντρεμένοι	68	47,6	Συνταξιούχος	20	14,0	
	Χωρισμένοι	16	11,2	Σύζυγος	27	18,9	
	Χήροι	3	2,1	Γονέας	48	33,6	
Παιδιά	Συμβίωση	12	8,4	Σχέση με ασθενή	Συγγενής	24	16,8
	Όχι	57	40,1		Φίλος	27	18,9
Αριθμός παιδιών	Ναι	85	59,9	Συνάδελφος	15	10,5	
	1	31	38,3	Άλλο	2	1,4	
	2	36	44,4	Με τον ασθενή ζείτε;	Στην ίδια οικία	48	33,6
	3	9	11,1		Σε διαφορετική οικία	95	66,4
	4	5	6,2	Με τον ασθενή μένετε;	Στην ίδια πόλη/χωριό	109	77,3
Απόφοιτοι λυκείου	52	36,4	Σε διαφορετική πόλη/χωριό		32	22,7	
Σπουδές	Μεταλυκειακή εκπαίδευση	16	11,2				
	Πτυχίο ΤΕΙ	38	26,6				
	Πτυχίο ΑΕΙ	28	19,6				
	Μεταπτυχιακό	8	5,6				
	Διδακτορικό	1	0,7				
Πόσο συναισθηματικά δεμένος είστε με τον ασθενή, μέση τιμή (SD)		8,2 (1,9)					

ραπεία ($p=0,038$, $r=0,17$). Οπότε, όσο πιο ενημερωμένοι ήταν, τόσο πιο θετική ήταν η στάση τους απέναντι στην υπόθεση πιθανής ευθανασίας αν και εφόσον ο νόμος το επέτρεπε. Τέλος φαίνεται να υπάρχουν σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ όλων των μεταβλητών του ερωτηματολογίου και που αφορούν στη στάση των συγγενών/φίλων απέναντι στην ευθανασία ($p<0,001$). Δηλαδή όσο πιο θετική στάση είχαν σε μια από τις πιθανές ερωτήσεις που τους θέτονταν τόσο πιο θετική ήταν η στάση τους στις υπόλοιπες (πίνακας 4).

Στον πίνακα 4 φαίνονται οι προϋποθέσεις βάσει των οποίων θα συναινέσουν ή θα έπαιρναν οι συμμετέχοντες μια απόφαση για το τέλος της ζωής του βαριά ασθενούς τους σε φθίνουσα σειρά σημαντικότητας. Οι τρεις σημαντικότερες προϋποθέσεις για να συναινέσουν ή να πάρουν μια απόφαση για το τέλος της ζωής του βαριά ασθενούς, είναι ο ασθενής να είναι καταληκτικός ($MT=4,6$, $SD=0,9$), να υποφέρει από ανυπόφορους πόνους ($MT=4,6$, $SD=0,7$) και ο εγκεφαλικός θάνατος ($MT=4,5$, $SD=1$). Οι λιγότερο σημαντικές προϋποθέσεις που θα τους οδηγούσαν σε απόφαση για το τέλος της ζωής του ασθενούς είναι

η ενεργός συμμετοχή του προσωπικού ($MT=3,3$, $SD=1,5$) και το επίμονο αίτημα μελών της οικογένειας ($MT=2,6$, $SD=1,3$).

Στον πίνακα 5 επιβεβαιώνονται οι προϋποθέσεις και οι περιπτώσεις κάτω από τις οποίες οι συγγενείς/φίλοι των ασθενών θα οδηγούνταν σε συναίνεση ή λήψη απόφασης για επίσπευση του τέλους της ζωής του ασθενούς. Όσο το APACHE II score του ασθενούς αυξανόταν τόσο πιο θετικοί ήταν οι συμμετέχοντες στο να δώσουν συναίνεση ή να αποφασίσουν για την επίσπευση του τέλους της ζωής του.

Συζήτηση

Τα τεχνολογικά επιτεύγματα στον τομέα της Ιατρικής καθώς και οι δημογραφικές αλλαγές έχουν οδηγήσει σε αύξηση της ευθύνης τόσο του ίδιου του ατόμου όσο και της οικογένειας αλλά και των επαγγελματιών υγείας απέναντι σε αποφάσεις που αφορούν στο τέλος της ζωής, όπως την άρνηση ή τη διακοπή θεραπευτικής αγωγής που παρατείνει τη ζωή, ή κάποιες φορές την επίσπευση του θανάτου.³³ Την ίδια στιγμή η στάση απέναντι στον θάνατο έχει αλλάξει με όλο και περισσότερους ανθρω-

Πίνακας 3. Η γνώση και στάση των συγγενών/φίλων των ασθενών για την ευθανασία.

	n	(%)
Για την ευθανασία γνωρίζω (Q1)		
Πολύ λίγα	34	23,8
Λίγα	61	42,7
Μέτρια	32	22,4
Πολλά	14	9,8
Πάρα πολλά	2	1,4
Βασικές σπουδές	21	14,8
Μεταπτυχιακές σπουδές	4	2,8
Συνεχιζόμενη εκπαίδευση	5	3,5
ΜΜΕ, περιοδικά	112	78,9
Καθόλου	66	46,2
Λίγο	53	37,1
Μέτρια	20	14,0
Πολύ	3	2,1
Πάρα πολύ	1	0,7
Διαφωνώ απόλυτα	30	21,0
Διαφωνώ	39	27,3
Είμαι αναποφάσιστος	36	25,2
Συμφωνώ	32	22,4
Συμφωνώ απόλυτα	6	4,2
Διαφωνώ απόλυτα	32	22,4
Διαφωνώ	48	33,6
Είμαι αναποφάσιστος	32	22,4
Συμφωνώ	25	17,5
Συμφωνώ απόλυτα	6	4,2
Διαφωνώ απόλυτα	19	13,3
Διαφωνώ	22	15,4
Είμαι αναποφάσιστος	33	23,1
Συμφωνώ	59	41,3
Συμφωνώ απόλυτα	10	7,0
(Συνεχίζεται)		

Τις γνώσεις αυτές τις απέκτησα κύρια από (Q2)**Πόσο ενήμερος είσαστε για τους νόμους περί επίσημης του τέλους της ζωής στην Ελλάδα: (Q3)****Σε κάποιες περιπτώσεις και ύστερα από αίτημα του ασθενούς σας και αν το επέτρεπε ο νόμος θα συμφωνούσατε να σταματήσει μια θεραπεία, αν και ξέρατε ότι αυτή θα του παρέτεινε για λίγο τη ζωή (Q4)****Σε κάποιες περιπτώσεις και ύστερα από αίτημα του ασθενούς σας και αν το επέτρεπε ο νόμος θα συμφωνούσατε να μην αρχίσει μια θεραπεία, αν και ξέρατε ότι αυτή θα του παρέτεινε για λίγο τη ζωή (Q5)****Θα συμφωνούσατε κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις να νομοθετηθεί η ευθανασία στη χώρα μας (Q6)**

Πίνακας 3. (συνέχεια)

	n	(%)
Διαφωνώ απόλυτα	25	17,5
Διαφωνώ	43	30,1
Είμαι αναποφάσιστος	39	27,3
Συμφωνώ	31	21,7
Συμφωνώ απόλυτα	5	3,5
Διαφωνώ απόλυτα	26	18,2
Διαφωνώ	43	30,1
Είμαι αναποφάσιστος	36	25,2
Συμφωνώ	34	23,8
Συμφωνώ απόλυτα	4	2,8
Διαφωνώ απόλυτα	40	28,0
Διαφωνώ	65	45,5
Είμαι αναποφάσιστος	21	14,7
Συμφωνώ	15	10,5
Συμφωνώ απόλυτα	2	1,4
Διαφωνώ απόλυτα	38	26,6
Διαφωνώ	66	46,2
Είμαι αναποφάσιστος	25	17,5
Συμφωνώ	12	8,4
Συμφωνώ απόλυτα	2	1,4
Ναι	48	33,8
Όχι	94	66,2
Ναι	68	47,6
Όχι	75	52,4

Σε κάποιες περιπτώσεις ύστερα από αίτημα της θεραπευτικής ομάδας και αν το επέτρεπε ο νόμος θα συμφωνούσατε να σταματήσει μια θεραπεία στον ασθενή σας, αν και ξέρατε ότι αυτή θα του παρέτεινε για λίγο τη ζωή (Q7)

Σε κάποιες περιπτώσεις ύστερα από αίτημα της θεραπευτικής ομάδας και αν το επέτρεπε ο νόμος θα συμφωνούσατε να μην αρχίσει μια θεραπεία στον ασθενή σας, αν και ξέρατε ότι αυτή θα του παρέτεινε για λίγο τη ζωή (Q8)

Σε κάποιες περιπτώσεις θα ζητούσατε εσείς από τη θεραπευτική ομάδα του ασθενούς σας και αν το επέτρεπε ο νόμος να σταματήσει μια θεραπεία στον ασθενή σας, αν και ξέρατε ότι αυτή θα του παρέτεινε για λίγο τη ζωή (Q9)

Σε κάποιες περιπτώσεις θα ζητούσατε εσείς από τη θεραπευτική ομάδα του ασθενούς σας και αν το επέτρεπε ο νόμος να μην αρχίσει μια θεραπεία στον ασθενή σας, αν και ξέρατε ότι αυτή θα του παρέτεινε για λίγο τη ζωή (Q10)

Η σημερινή σας στάση και άποψη για την ευθανασία έχει αλλάξει σε σχέση με την αρχική στάση και άποψη που είχατε:(Q11)

Σε κάποιες περιπτώσεις και κάτω από προϋποθέσεις, θα συναινούσατε ή θα παίρνατε μια απόφαση για επίσπευση του τέλους της ζωής του ασθενούς σας:(Q12)

Πίνακας 4. Συσχέτιση με τις γνώσεις και στάσεις των συγγενών/φίλων για την ευθανασία.

	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	
Q1.	r	0,36	-0,02	-0,09	0,07	0,03	0,08	-0,05	-0,08
	P	<0,001	0,782	0,290	0,407	0,744	0,323	0,533	0,316
Q3.	r	1,00	0,16	0,10	0,15	0,20	0,19	0,19	0,17
	P	.	0,053	0,245	0,083	0,016	0,020	0,025	0,038
Q4.	r		1,00	0,90	0,63	0,61	0,54	0,66	0,66
	P		.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Q5.	r			1,00	0,57	0,67	0,58	0,67	0,64
	P			.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Q6.	r				1,00	0,49	0,47	0,49	0,51
	P				.	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Q7.	r					1,00	0,87	0,60	0,58
	P					.	<0,001	<0,001	<0,001
Q8.	r						1,00	0,61	0,57
	P						.	<0,001	<0,001
Q9.	r							1,00	0,92
	P							.	<0,001

Πίνακας 5. Προϋποθέσεις βάσει των οποίων θα συναινούσαν ή θα έπαιρναν οι ερωτηθέντες μια απόφαση για το τέλος της ζωής του βαριά ασθενούς τους σε φθίνουσα σειρά σημαντικότητας.

Προκειμένου να συναινέσετε ή να πάρετε μια απόφαση για το τέλος της ζωής του βαριά ασθενούς σας πόσο σημαντικές θα θεωρούσατε τις παρακάτω προϋποθέσεις	Μέση τιμή±SD
Όταν ο ασθενής είναι καταληκτικός (π.χ. ασθενείς με Ca τελικού σταδίου, AIDS σε τελικό στάδιο κ.λπ.)	4,6 (0,9)
Όταν ο ασθενής υποφέρει από ανυπόφορους πόνους	4,6 (0,7)
Όταν ο ασθενής πάσχει από ανίατη νόσο	4,5 (1)
Όταν έχει επέλθει εγκεφαλικός θάνατος	4,3 (1,2)
Όταν στην απόφαση συμμετέχουν περισσότεροι του ενός ιατροί	4,0 (1,3)
Όταν υπάρχει πλήρης ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας	3,9 (1,4)
Μετά από επίμονο αίτημα του ασθενούς	3,7 (1,3)
Την ηλικία του ασθενούς	3,6 (1,5)
Όταν συνυπάρχει ψυχιατρική εξέταση	3,4 (1,5)

πους να επιθυμούν να έχουν τον έλεγχο στο πώς, τότε και πού θα πεθάνουν.³⁴

Το επίπεδο των γνώσεων των συγγενών των ασθενών περί ευθανασίας καθώς και η ενημέρωσή τους για τη νομοθεσία που ισχύει στην Ελλάδα για το τέλος της ζωής, δεν βρέθηκε ιδιαίτερα υψηλό στην παρούσα μελέτη, αφού μόλις το 19,2% γνώριζε πάρα πολλά/πολλά για την ευθανασία. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες έχουν ως κύρια πηγή γνώσης τα ΜΜΕ και τα περιοδικά (78,9%) ενώ οι γνώσεις από τις βασικές σπουδές είναι λίγες (14,8%) και ακόμη λιγότερες από τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση

και τις μεταπτυχιακές σπουδές (6,5%). Αυτό το καταδεικνύει την ανάγκη του εμπλουτισμού των προγραμμάτων της βασικής εκπαίδευσης με θέματα που σχετίζονται με ηθικά διλήμματα. Τα αποτελέσματα της μελέτης μας επιβεβαιώνονται από αυτά άλλων μελετών όπου βρέθηκε ότι τόσο η εκπαίδευση όσο και ο δημόσιος διάλογος γύρω από την ευθανασία αλλά και η δημοσιοποίηση αποφάσεων ασθενών που αποφάσισαν να επισπεύσουν τον θάνατό τους μετά από ανίατη ασθένεια, οδήγησε σε θετική στάση απέναντι στην αυτοδιαχείριση του τέλους της ζωής.³⁵⁻³⁹

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η σχετικά ουδέτερη στάση τους απέναντι σε αίτημα του ίδιου του ασθενούς ή της θεραπευτικής ομάδας στη διακοπή ή τη μη έναρξη μιας θεραπείας, ενώ περίπου το 73% των ερωτηθέντων διαφωνούσε απόλυτα με την άποψη να ζητήσουν οι ίδιοι από τη θεραπευτική ομάδα να σταματήσει μια θεραπεία στον ασθενή, ή να μην αρχίσει αν και ήξερε ότι αυτή θα του παρέτεινε για λίγο τη ζωή». Πολυκεντρική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 47 χώρες της Ευρώπης και αφορούσε στη δημόσια αποδοχή της ευθανασίας, έδειξε ότι η Ελλάδα ανήκει στις χώρες εκείνες όπου η αποδοχή της ευθανασίας είναι σχετικά χαμηλότερη και αυτό επηρεάζεται από τη χαμηλή αποδοχή στην ελευθερία της προσωπικής επιλογής (αυτοδιαχείριση).³⁵ Στα ίδια αποτελέσματα είχαν καταλήξει και οι μελέτες των Rietjens et al & Kemmelmeie et al όπου συσχέτισαν την αντίληψη των ατόμων για έναν «καλό θάνατο», με την αποδοχή της προευθανασίας συμφωνίας του «θανάτου με αξιοπρέπεια». Δηλαδή της αποδοχής των ασθενών για αυτοδιαχείριση του τέλους της ζωής τους με εκ των προτέρων κατατεθειμένη συμφωνία.^{40,41}

Τα ανωτέρω αποτελέσματα θα μπορούσαν να ερμηνευθούν και σε σχέση με τη μειωμένη εμπιστοσύνη που δείχνουν οι πολίτες απέναντι στο ίδιο το σύστημα υγείας. Σε μελέτη του Köneke βρέθηκε ότι η αποδοχή της ευθανασίας από τους Έλληνες είναι χαμηλή όπως και η εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας αλλά και η εμπιστοσύνη στους άλλους γενικότερα.⁴² Επομένως στην παρούσα μελέτη πιθανώς οι συγγενείς/φίλοι δεν θα αναλάμβαναν την ευθύνη για το τέλος της ζωής του δικού τους ανθρώπου μετά από ενημέρωση που θα είχαν από τους θεράποντες ιατρούς λόγω ελλείψεως εμπιστοσύνης. Πολλές φορές επίσης οι συγγενείς δεν είναι πρόθυμοι να αντιπροσωπεύσουν τον ασθενή σε τόσο σημαντικές αποφάσεις. Σε μια γαλλική μελέτη ασθενών που νοσηλεύονταν σε ΜΕΘ, βρέθηκε ότι το 53% των συγγενών δεν ήθελαν να συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης της απόφασης.⁴³

Μια πιθανή επίσης ερμηνεία των αποτελεσμάτων πιθανόν να πηγάζει από την αυξημένη τεχνολογία που υπάρχει στις ΜΕΘ δίνοντας στους συγγενείς/φίλους την εικόνα της παντοδυναμίας. Η τεχνολογία μπορεί να παρατείνει σημαντικά τη διάρκεια ζωής του ασθενούς, η τεχνολογία όμως μπορεί επίσης να αυξήσει την ψυχολογική πίεση των ασθενών αλλά και των συγγενών τους όταν θα πρέπει να πάρουν σημαντικές αποφάσεις που αφορούν στη διακοπή ή τη μη έναρξη της θεραπείας των ασθενών τους.⁴⁴ Κάποιες φορές η εγωιστική παράταση της διαδικασίας του θανάτου λόγω της αδικαιολόγητης θεραπευτικής επιμονής με τη χρήση της εξειδικευμένης τεχνολογίας, οδηγούν τον ασθενή σε ταλαιπωρία δυσανάλογη προς το αναμενόμενο όφελος επιτείνοντας το ψυχικό και το σωματικό άλγος του ασθενούς, υπονομεύ-

οντας την αξιοπρέπεία του ως πρόσωπο και επιβαρύνοντας ποικιλοτρόπως την οικογένειά του.⁴⁵

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι όσο το APACHE II score αυξανόταν τόσο πιο θετικοί ήταν οι συμμετέχοντες στο να δώσουν συναίνεση ή να αποφασίσουν για την επίσπευση του τέλους της ζωής του ασθενούς τους. Σημαντικότεροι επίσης παράγοντες που θα τους επηρέαζαν να συναινέσουν υπέρ της επίσπευσης του τέλους της ζωής ήταν να είναι ο ασθενής καταληκτικός, να υποφέρει από ανυπόφορους πόνους και ο εγκεφαλικός θάνατος. Στους ίδιους σχεδόν κλινικούς παράγοντες που συντελούν στη μη κλιμάκωση ή απόσυρση της αγωγής κατέληξαν διεθνείς μελέτες παρατήρησης.⁴⁶⁻⁵⁰

Περιορισμοί της μελέτης

Σημαντικός περιορισμός για τη γενίκευση των αποτελεσμάτων αποτελεί το δείγμα συμμετεχόντων. Ο πληθυσμός που συμμετείχε στη μελέτη προερχόταν από ένα νοσηλευτικό και μία μόνο ΜΕΘ. Επιπλέον το ποσοστό ανταπόκρισης στη μελέτη ήταν μικρό και δεδομένου ότι η εισαγωγή νέων ασθενών στη ΜΕΘ είναι αργή οδήγησε σε ένα σχετικά μικρό δείγμα συμμετεχόντων. Η περιορισμένη συμμετοχή φανερώνει ότι ο ελληνικός πληθυσμός δεν είναι ακόμη ώριμος να συμμετάσχει σε τέτοιου είδους συζητήσεις που άπτονται μεγάλων ηθικών διλημάτων όπως είναι οι αποφάσεις για το τέλος της ζωής.

Συμπέρασμα

Το ζήτημα της ευθανασίας αποτελεί μια πρόκληση για την κοινωνία. Η θεσμοθέτηση διαφόρων πρακτικών χωρίς να έχει ολοκληρωθεί ένας πολύπλευρος προβληματισμός σε βάθος γύρω από όλες τις πτυχές του θέματος που υπάρχουν στο κοινωνικό, ηθικό, και νομικό πλαίσιο, είναι μάλλον πρόωμη αν όχι επικίνδυνη. Η υιοθέτηση θετικών στάσεων απέναντι στην ευθανασία από τους πολίτες των χωρών που έχουν θεσμοθετήσει τη διαχείριση του τέλους της ζωής, προκύπτει μέσα από τη δημοσιοποίηση του θέματος και την τοποθέτησή του σε δημόσια συζήτηση. Χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια και διαφανή ενημέρωση των πολιτών με τη συμβολή των ΜΜΕ σε συνεργασία με τους αρμόδιους φορείς, έτσι ώστε να αλλάξουν οι στάσεις τους. Η λήψη της απόφασης για το τέλος της ζωής είναι πάρα πολύ σημαντική και πολλές φορές ενοχοποιεί αυτόν που τη λαμβάνει. Σε αυτό το σημείο χρειάζεται η συμμετοχή του προσωπικού των ΜΕΘ όπου μέσα από τον διάλογο που θα αναπτύξει με τους συγγενείς θα δημιουργήσει σχέσεις εμπιστοσύνης. Ο συγγενής θέλει χρόνο για να αποφασίσει το σωστό κατά τη δική του άποψη, χρειάζεται όμως σωστή ενημέρωση και καθημερινή επικοινωνία καθώς και χρόνο για να μπορεί να θρηνησει την επικείμενη απώλεια του αγαπημένου του προσώπου.

ABSTRACT

Correlation of the Knowledge and Stance of the Relatives and Friends of ICU Patients Towards EuthanasiaMaria Kalafati,¹ Nikolaos Giakis,² Tania Triantafyllou,³Michalis Dimosthenus,⁴ Stylianos Karatzas,⁵Stylianos Katsaragakis,⁶ Dimitrios Theodorou,⁷ Georgios Zografou⁸¹Nurse, MSc, PhD, Laboratory Teaching Staff, Department of Nursing, National Kapodistrian University of Athens,²Nurse, MSc, PCD(c), Head Nurse, Department of Cardiac Surgery, "Hippocraton" General Hospital of Athens,³MD, 1st Department of Surgery, Athens Medical School, "Hippocraton" General Hospital of Athens,⁴MD, PhD, Department of Cardiac Surgery, "Hippocraton" General Hospital of Athens,⁵Surgeon, Head of ICU, "Hippocraton" General Hospital of Athens,⁶Professor of Surgery, 1st Department of Surgery, Athens Medical School, "Hippocraton" General Hospital of Athens,⁷Associate Professor of Surgery, 1st Department of Surgery, Athens Medical School, "Hippocraton" General Hospital of Athens,⁸Professor of Surgery, 1st Department of Surgery, Athens Medical School, "Hippocraton" General Hospital of Athens, Greece

Background: Euthanasia is a subject of challenge and has now gained medical, legal political, social and even economical status. In many countries, the legal framework is in favor of euthanasia under certain conditions. In Greece, it has not been instituted any specific framework about euthanasia. Reflection and debate on euthanasia stems essentially from the apparent conflict with the right to life, which is internationally protected and guaranteed constitutionally, almost in all countries. **Purpose:** The purpose of this study is to investigate the knowledge and attitude of relatives/friends of patients hospitalized in an Intensive Care Unit towards euthanasia. **Materials-Method:** We used a self-completed questionnaire created by Priamis et al, which was given to the family and/or friends of critically ill patients hospitalized in the intensive care unit (ICU). The protocol of the study was approved by the Scientific and Ethics committee of the hospital. Data collection lasted 3 years, specifically from 1-3-2012 to 28-2-2015, covering all the age groups of people eligible to participate and both sexes. **Results:** 50.7% of the sample were female and 33.6% was the patient's parents. The severity of disease in patients admitted to the intensive care unit. measured with the Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) Score II was ≥ 20 . 62.9% of respondents considered the quality of life of the patient more important compared to the value of life. 48.3% of the study sample were in favor of euthanasia and 66.4% knew little/too little about euthanasia. 48.3% of the sampled individuals agreed to institutionalize euthanasia under certain conditions. We found statistically significant correlations ($p < 0.001$) in the intent to discontinue the therapy consensus with the patient's age and his state of health. **Conclusions:** The issue of euthanasia is a challenge for society. The institutionalization of the discontinuation of the treatment under certain conditions, including the right of patient self-management is an important issue in matter of legal, social, moral and religious standards. Informing people about euthanasia is an imperative need in order to change attitudes related to discontinuation of treatment.

Key-words: Euthanasia, knowledge, attitude, patient relatives, ICU.

✉ **Corresponding Author:** Nikos Giakis, RN, MSc, PhD(c), General Hospital of Athens "Ippokrateio", 86 Aigaiou street GR-171 24 Nea Smyrni, Tel: (+30) 210-9317612, 6947 522 830, e-mail: giakisnikos@gmail.com

Βιβλιογραφία

1. Αντωνίου Θ. *Ο σεβασμός της αξίας του ανθρώπου ως αρχή και δικαίωμα στο Σύνταγμα του 1975*. Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα, Κομοτηνή, 2010
2. Limerick M. The Process Used by Surrogate Decision Makers to Withhold and Withdraw Life-Sustaining Measures in an Intensive Care Environment, *Oncology Nursing Forum* 2007, 34(2):331-339
3. Ρηγάτος Γ. *Θέματα Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας*, Αθήνα, 2007: 191-253
4. Ping K. *Life at death, A scientific Investigation of near death experience*. Coward, Mc Cannand Geoghenan, New York, 1980
5. Λιακόπουλος Ι, Κακάμπουρας Μ, Κολοβός Η, Χριστοπούλου Ι. Το Ηθικό Διλήμμα της Ευθανασίας: Διερεύνηση της Αποψης των Νοσηλευτών Έναντι του Διλήμματος. *Βήμα Ασκληπιού*, 2010, 9:2

6. Αβραμίδης ΑΒ. Ειδική Συνοδική Επιτροπή επί Ειδικών Ποιμαντικών Θεμάτων και Καταστάσεων (Κανονισμός 135/1999)
7. Χαραλαμπάκης Α. *Η ελευθερία της βουλήσεως στον καταλογισμό, την ευθανασία, τη (συμμετοχή σε) αυτοκτονία και την ανθρωποκτονία με συναίνεση*, Ποινικό Δίκαιο 10/2009, Αθήνα 2009:1116
8. Συγκούνη Χ. *Η ευθανασία ως πρόβλημα του ποινικού δικαίου*, Διδακτορική Διατριβή, Θεσσαλονίκη, 2014:126–240
9. Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε. *Η Ευθανασία στο Ποινικό Δίκαιο*. Αθήνα, 2007:157–158
10. Τεταγιώτης Ι. *Διλήμματα Βιοηθικής στον Ευρωπαϊκό Χώρο: Το τέλος της Ζωής*. Διπλωματική Εργασία, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, 2013:16–25
11. Eser Albin. *Ιατρικό Καθήκον Διατήρησης της Ζωής και Διακοπή Θεραπείας*, Αθήνα, 1985:26–27
12. Βούλτσος Χ. Ο ρόλος της αυτοδιάθεσης του αρρώστου στην οριοθέτηση του ιατρικού καθήκοντος για τεχνητή υποστήριξη της ζωής που φθίνει. *Ποινικά Χρονικά, ΝΖ*, 2007: 120–134
13. Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε. *Εγκλήματα κατά της ζωής*. Αθήνα, 2001:223–228
14. Πρωτοπαπαδάκης Ε. *Ενεργητική και Παθητική Ευθανασία: Υπάρχει Ηθική Διαφοροποίηση, Φιλοσοφία και Παιδεία*, 2008, 47–48:23–26
15. Cartwright C, Williams G, Steinberg M. Does being against euthanasia legislation equate to being anti-euthanasia? *Inter Med J* 2006, 36:256–259
16. Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J, Førde R, Gravgard A-M, Müller-Busch HC, Porta i Sales J, Rapin C-H. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task force. *Palliat Med* 2003, 17:97–101
17. Μανωλάκου Κ, Βιδάλης Τ. Σχετικά με την τεχνητή παράταση της ζωής, Συνοδευτική Έκθεση Εισήγησης της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής: 1–24: www.bioethics.gr (30/5/2015)
18. Ρεθυμιωτάκη Ε. *Ευθανασία και διαθήκες ζωής, Ευθανασία*. Αφιέρωμα στον πρώτο πρόεδρο της Επιτροπής Γεώργιο Κουμάντο, Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής 10 Χρόνια Λειτουργίας 1999–2009, Αθήνα, 2012:153–194
19. <http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/E4317264-DB27-42FE-873E-1ECCACAB045/0/GreekGrec.pdf> Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών», 1950, 4(10-5-2015)
20. Γκικόκα Ε. *Ευθανασία: Πρόσφατες Νομοθετικές και Νομολογικές, Εξελιξίς σε Ευρωπαϊκό Επίπεδο, Ευθανασία: Ένα ακανθώδες ζήτημα*, Αθήνα, 2008:229–246
21. Leenen HJJ. Euthanasia, assistance to suicide and the law: developments in the Netherlands. *Health Policy* 1987, 8:197–206
22. Luxembourg strips monarch of legislative role, *The Guardian*, 12-12-2008 στο: <http://www.guardian.co.uk/world/2008/dec/12/luxembourg-g-monarchy> (ανακτήθηκε: 10-4-2015)
23. Zinn C. Australian voluntary euthanasia law is overturned, *Pub Med* 314:(7086):5:1997:994
24. Cordner S, Ettershank K. Support for legalized euthanasia in Australia mojos south. *Lancet* 1996, 348:1439
25. Admiraal P. Euthanasia and Assisted Suicide, *Birth to Death. Science and Bioethics*, 1996:207–230
26. The Oregon Death with Dignity Act στο: <http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/statute.pdf>, (ανακτήθηκε: 22-4-2015)
27. Καίσαρης, Π. *Περί της Ευθανασίας*. Πάτρα, Αχαϊκές Εκδόσεις, 1999
28. Johnson K. *Montana Court to Rule on Assisted Suicide Case*. *The New York Times*, Aug. 31, 2009
29. Ποινικός Κώδικας άρθρα 300–302
30. Απόστολος Βαρνάβας, Αθήνα, 2011:1–2:3–8
31. Πριάμη Μ, Μερκούρης Α, Αδαλή Ε, Τουρούκη Γ. Απόψεις Νοσηλευτικού Προσωπικού για την Ευθανασία. *Νοσηλευτική* 2001, 4:43–50
32. Γιάκης Ν, Μερκούρης Α, Πολυχρονοπούλου Ε, Αδαλή Ε, Εντατική Θεραπεία: Η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού στην ευθανασία. *Νοσηλευτική* 2005, 44:84–91
33. Seale C. Changing patterns of death and dying. *Soc Sci Med* 2000, 51(6):917–930
34. Schroepfer TA, Noh H, Kavanaugh M. The myriad strategies for seeking control in the dying process. *Gerontologist* 2009, 49(6):755–766
35. Cohen J, Van Landeghem P, Carpentier N, Deliens L. Public acceptance of euthanasia in Europe: a survey study in 47 countries. *Int J Publ Health* 59(1):143–56
36. Ferreira N. Latest legal and social developments in the euthanasia debate: bad moral consciences and political unrest. *Med Law* 2004, 26(2):387–407
37. Crumley B. French Euthanasia case rumbles on. <http://www.time.com/time/world/article/0,8599,1726787.00.html>.2008, (5-2-2015)
38. Hevesi D. Hugo Claus, one of Belgium & smost renowned authors, Dies at 78, *New York Times*, 2008
39. Cohen J, Marcoux I, Bilsen J, Deboosere P, van der Wal G, Deliens L. Trends in acceptance of euthanasia among the general public in 12 European countries (1981–1999). *Eur J Public Health* 2006, 16(6):663–9
40. Rietjens JA van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Maas PJ, van der Wal G. Preferences of the Dutch general public for a good death and associations with attitudes towards end-of-life decision-making. *Palliat Med* 2006, 20:685–692
41. Kimmelmeier M, Wiczorkowska G, Erb HP, Burnstein E. Individualism, authoritarianism, and attitudes toward assisted death: cross-cultural, cross-regional, and experimental evidence. *J Appl Soc Psychol* 2002, 32:60–85
42. Köneke BMC. *Medical Ethics* 2014, 15:86
43. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Adrie C, Annane D, Bleichner G et al. Half the family members of intensive care unit patients do not want to share in the decision-making process: A study in 78 French intensive care units. *Crit Care Med* 2004, 32:1832–1838
44. Hadders H. Enacting death in intensive care unit: medical technology and the multiple ontologies of death. *Health London* 2009, 13(6):571–587

45. Νανάς Σ. *Ο ασθενής στη μονάδα εντατικής θεραπείας, ούτε ευθανασία αλλά ούτε εγωιστική παράταση της διαδικασίας του θανάτου*. Στο: *Εγκεφαλικός θάνατος, επιστημονική θεώρηση*. Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα, 2006
46. Esteban A, Gordo F, Solsona JF, Alia I, Caballero J, Bouza C et al. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: A Spanish prospective multi-centre observational study. *Intensive Care Med* 2001, 27:1744–1749
47. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F, French LATAREA Group. Withholding and withdrawal of life support in intensive care units in France: A prospective survey. *Lancet* 2001, 357:9–14
48. Cook D, Ricker G, Marshall J, Sjøkvist P, Dodek P, Griffith L et al. Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of death in the intensive care unit. *N Engl J Med* 2003, 349:1123–1132
49. Wunsch H, Harrison DA, Harvey S, Rowan K. End-of-life decisions: A cohort study of the withdrawal of all active treatment in intensive care units in the United Kingdom. *Intensive Care Med* 2005, 31:823–831
50. Yazigi A, Riachi M, Dabbar G. Withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in a Lebanese intensive care unit: A prospective observational study. *Intensive Care Med* 2005, 31:562–567