

Παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση μη εφαρμογής αναζωογόνησης σε καρκινοπαθείς. Σύγκριση απόψεων μεταξύ ασθενών και συγγενών πρώτου βαθμού

Πούτου Σοφία Νοσηλεύτρια TE, MSc¹, Παπαδημητρίου Λίλα PhD², Χανιώτης Δημήτριος PhD³, Καλαϊτζής Ιωάννης MD⁴, Ξάνθος Θεόδωρος, PhD⁵

- 1) Πούτου Σοφία, Νοσηλεύτρια TE, MSc Ιατρικής Σχολής Αθηνών, Α' Χειρουργική Κλινική, Γ.Π.Ν.Π, Τζάνειο.
- 2) Παπαδημητρίου Λίλα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Διευθύντρια Αναισθησιολογικού τομέα, Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν», Αθήνα.
- 3) Χανιώτης Δημήτριος, MD, PhD, Fesc, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών, Ακαδημία Αθηνών.
- 4) Καλαϊτζής Ιωάννης, MD, Α' Χειρουργική Κλινική, Γ.Π.Ν.Π, Τζάνειο.
- 5) Ξάνθος Θεόδωρος, MD, PhD, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης, Συντονιστής Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση», Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (ΚΑΑ) είναι η αλληλουχία των ενεργειών που αποσκοπούν στην επαναφορά του θύματος καρδιοαναπνευστικής ανακοπής. Η εφαρμογή ΚΑΑ σε ασθενείς με ανίατη, προοδευτικά επιδεινούμενη νόσο έχει αποτελέσει αντικείμενο συζήτησης και σήμερα αρκετά κράτη έχουν νομοθετήσει το δικαίωμα του ασθενούς να αποφασίζει τη μη εφαρμογή αναζωογόνησης (ΜΕΑ). Στην Ελλάδα η άποψη του Έλληνα καρκινοπαθούς για τη ΜΕΑ, δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη σκοπό έχει να διερευνήσει τις απόψεις του Έλληνα καρκινοπαθούς για τη ΜΕΑ, καθώς και να συγκρίνει τις απόψεις ασθενών και συγγενών πρώτου βαθμού.

Υλικό και Μέθοδος: Συγκροτήθηκαν δύο ομάδες, η ομάδα Α που αποτελείται από εκατό ασθενείς με κακοήθη νόσο και η ομάδα Β που αποτελείται από εκατό συγγενείς πρώτου βαθμού των ίδιων ασθενών. Το είδος και το στάδιο της κακοήθειας δεν αποτέλεσε κριτήριο επιλογής. Οι δύο ομάδες ανθρώπων κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ίδιο ερωτηματολόγιο που δομήθηκε με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία. Η διεξαγωγή της έρευνας έγινε με τη μέθοδο της συνέντευξης σε ήσυχο περιβάλλον, από το ίδιο άτομο. Ακολούθησε μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική στατιστική ανάλυση. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε $< 0,05$.

Αποτελέσματα: Στην ομάδα Α, ποσοστό 21% των ασθενών, δήλωσε πως θα υπέγραφε απόφαση ΜΕΑ. Από τη μονοπαραγοντική ανάλυση προέκυψαν ως στατιστικά σημαντικοί παράγοντες η ενημέρωση του ασθενούς για τη νόσο ($p=0,017$), το μορφωτικό επίπεδο του ασθενούς ($p=0,001$), η παρουσία γενικευμένης νόσου ($p=0,046$), ο συνδυασμός οικογένειας και θεράποντος ιατρού για λήψη συμβουλής σχετικά με την απόφαση ΜΕΑ ($p=0,001$) και η άποψη ότι δεν πρέπει να εφαρμόζεται ΚΑΑ σε κώμα, εγκεφαλική βλάβη και επιθυμία του ασθενούς ($p=0,001$). Από τη πολυπαραγοντική ανάλυση παρέμειναν η εκπαίδευση ($p=0,013$) και η γενικευμένη νόσος ($p=0,001$). Στην ομάδα Β, ποσοστό 16% των συγγενών θα συμφωνούσε με τη ΜΕΑ.

Συμπεράσματα: Στατιστικά σημαντικοί παράγοντες για την ομάδα Α, είναι η γενικευμένη νόσος και το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών. Για τη ομάδα Β δεν προέκυψε κάποιος στατιστικά σημαντικός παράγοντας. Η συγκριτική μελέτη των απόψεων των ομάδων Α και Β δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την απόφαση επιλογής ΜΕΑ.

Λέξεις-Κλειδιά: καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, μη εφαρμογή αναζωογόνησης, κακοήθης νόσος, γενικευμένη νόσος

Εισαγωγή:

Ως καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (ΚΑΑ) ορίζεται η αλληλουχία των ενεργειών που αποσκοπούν στην επαναφορά του θύματος καρδιακής ανακοπής στη ζωή και τη βαθμιαία αποκατάσταση των ζωτικών λειτουργιών του (Παπαδημητρίου, 2006, Nolan, 2004). Στόχος της ΚΑΑ είναι η διατήρηση της παροχής οξυγονωμένου αίματος στους ιστούς, κυρίως στον εγκέφαλο και στην καρδιά. Ιδιαίτερη σημασία έχει η έγκαιρη έναρξη ΚΑΑ που αυξάνει το ποσοστό επιβίωσης ασθενών με καρδιακή ανακοπή έως και τρεις φορές (Valenzuela et al, 1997).

Παράλληλα με τα θετικά αποτελέσματα της εφαρμογής Κ.Α.Α. όμως, δημιουργήθηκαν και ερωτηματικά για το όφελος που προσφέρει σε ασθενείς τελικού σταδίου. Ήδη από το 1974 ο Ιατρικός Σύλλογος Αμερικής πρότεινε να γίνεται η λήψη της απόφασης μη εφαρμογής αναζωογόνησης (ΜΕΑ) από τον ίδιο τον ασθενή όταν βρίσκεται σε τελικό στάδιο της ασθένειάς του (American Heart Association, 1974). Στην ίδια κατεύθυνση, η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία εξέδωσε κατευθυντήριες οδηγίες το 1985, που αφορούσαν ηθικά και νομικά ζητήματα της Κ.Α.Α. Συγκεκριμένα, οι οδηγίες προέτρεπαν τη ΜΕΑ σε περιπτώσεις που ο ασθενής έχει δώσει τη σχετική εντολή (Gautier, 1990). Χώρες όπως οι Η.Π.Α. και ο Καναδάς γρήγορα θέσπισαν νομικό πλαίσιο για την απόφαση ΜΕΑ που κατοχυρώνει το δικαίωμα του ασθενούς στη λήψη μιας τέτοιας απόφασης (Council on Ethical & Judicial Affairs, 1991).

Ιδιαίτερη ομάδα ασθενών είναι αυτοί που πάσχουν από κακοήθεια. Η παρουσία κακοήθους νόσου που δε δύναται να αντιμετωπιστεί με κάποιο θεραπευτικό μέσο και δεν υπάρχει η δυνατότητα ίασης, δημιουργεί προβληματισμό για την ενδεχόμενη εφαρμογή ΜΕΑ. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η επαρκής και αναλυτική ενημέρωση του ασθενούς για την κατάσταση της υγείας του.

Στην Ελλάδα, νομικό πλαίσιο ΜΕΑ δεν υπάρχει. Ο Νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, εντούτοις προβλέπει την υποχρέωση του θεράποντος ιατρού να ενημερώνει τον ασθενή για τη νόσο του (Ν3418/2005 ΦΕΚ Α-287). Αξιοσημείωτο όμως είναι και το γεγονός ότι δεν υπάρχουν σαφείς βιβλιογραφικές αναφορές για τη συμπεριφορά του Έλληνα καρκινοπαθούς, το επίπεδο ενημέρωσής του, και τους παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση ΜΕΑ.

Σκοπός:

Η παρούσα μελέτη σκοπό έχει να διερευνήσει τους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν τη λήψη απόφασης ΜΕΑ καθώς και να συγκρίνει τις απόψεις καρκινοπαθών και των συγγενών πρώτου βαθμού.

Υλικό και Μέθοδος:

Ο σχεδιασμός της μελέτης περιλάμβανε δύο ομάδες ασθενών. Η ομάδα Α αποτελείτο από εκατό ασθενείς που έπασχαν από κακοήθη νόσο και η ομάδα Β από εκατό συγγενείς πρώτου βαθμού. Το είδος και το στάδιο της κακοήθειας δεν αποτέλεσε κριτήριο επιλογής. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε από 1η Σεπτέμβρη του 2009 μέχρι

και τις 15 Φεβρουαρίου του 2010 σε δύο μεγάλα Νομαρχιακά Νοσοκομεία του Νομού Αττικής.

Οι δύο ομάδες ανθρώπων κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ίδιο ερωτηματολόγιο (πάρτημα 1). Το ερωτηματολόγιο δομήθηκε με βάση την διεθνή βιβλιογραφία (Heyland et al, 2006). Περιελάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, είδος εργασίας), ενώ κάποιες ερωτήσεις σχεδιάστηκαν για να πετύχουν λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τις απόψεις των ερωτώμενων πάνω στο θέμα της ΜΕΑ. Επίσης κάποιες ερωτήσεις αφορούσαν τις αντιλήψεις και τις πεποιθήσεις των συμμετεχόντων αλλά και το ενδεχόμενο απόφασης ΜΕΑ σε δικό τους οικογενειακό άτομο.

Η διεξαγωγή της υφιστάμενης έρευνας έγινε με την μέθοδο της συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο, σε ήσυχο, απομονωμένο περιβάλλον, όπου υπήρχε μόνο ο κύριος ερευνητής και ο ερωτώμενος. Το ερωτηματολόγιο και στις δύο ομάδες ανθρώπων συμπληρώθηκε από το ίδιο άτομο. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και μετά τη συνέντευξη, αποθηκεύονταν σε ασφαλή χώρο χωρίς πρόσβαση προκειμένου να μην αλλοιωθούν τα στοιχεία.

Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση SPSS v.17. Μελετήθηκαν όλοι οι παράγοντες που εξετάστηκαν σε σχέση με τη λήψη απόφασης ΜΕΑ, και στις δύο ομάδες με τη μέθοδο Pearson Chi-Square και Mann-Whitney. Οι στατιστικά σημαντικοί παράγοντες μελετήθηκαν σε μοντέλο πολυπαραγοντικής ανάλυσης, λογιστικής παλινδρόμησης. Τέλος, έγινε στατιστική συγκριτική μελέτη των απόψεων των δύο ομάδων ανθρώπων. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε $p < 0,05$.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Χαρακτηριστικά	Ομάδα Α n =100	Ομάδα Β n =100
Διάμεση Ηλικία	61	54
Φύλλο		
Άρρεν	58	32
Θήλυ	42	68
Οικογενειακή Κατάσταση		
Έγγαμος	84	75
Άγαμος	16	25
Υπαρξη παιδιών		
Ναι	76	71
Όχι	24	29
Εκπαίδευση		
Ναι	58	38
Όχι	42	62
Οικονομικό Επίπεδο		
Μέτριο - υψηλό	70	76
Χαμηλό	30	24
Επάγγελμα		
Εργαζόμενος/η	77	56
Άνεργος/η	23	44

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση για ΜΕΑ, (Ομάδα Α).

Ομάδα Α (ασθενείς)	Ναι (v=21)	Όχι (v=79)	Σύνολο (v=100)	P (<0,05)
Φύλο				
Άρρεν	11	47	58	0,557
Θήλυ	10	32	42	
Οικογενειακή κατάσταση				
Έγγαμος\η	19	65	84	0,565
Άγαμος\η	2	14	16	
Οικονομικό επίπεδο				
Μέτριο-υψηλό	14	56	70	0,708
Χαμηλό	7	23	30	
Επάγγελμα				
Εργαζόμενος\η	15	62	77	0,495
Άνεργος\η	6	17	23	
Ενημέρωση				
Αρκετά-πολύ	15	31	46	0,017
Καθόλου	6	48	54	
Υπαρξη παιδιών				
ναι	19	55	76	0,053
όχι	2	24	24	
Εκπαίδευση*				
ναι	19	39	58	0,001
όχι	2	40	42	
Γενικευμένη νόσος				
ναι	21	13	34	0,046
όχι	0	66	66	
Ηλικία				0,713
Ποιόν θα συμβουλευόσασταν για τη ΜΕΑ;				
Θεράπων ιατρός	2	11	13	
Οικογένεια	8	5	13	0,001
Συνδυασμός οικογένειας -γιατρού	5	61	66	
Κανέναν	6	2	8	
Πότε δεν πρέπει να εφαρμόζεται ΚΑΑ;				
Κώμα	0	3	3	
Εγκεφαλική βλάβη	1	2	3	0,001
Επιθυμία ασθενούς	0	8	8	
Όλα τα παραπάνω	20	30	50	
Κανένα από τα παραπάνω	0	36	36	
Πρέπει ο ιατρός να αποφασίζει μόνος του;				
Λίγο-Πολύ	0	4	4	0,99
Καθόλου	21	75	96	

*ως ναι ορίζεται η ολοκλήρωση εκπαίδευσης σε κάποια βαθμίδα (π.χ. δημοτικό, γυμνάσιο, λύκειο, πανεπιστήμιο)

Αποτελέσματα:

Το ποσοστό ανταπόκρισης στη μελέτη ήταν 100%. Τα δημογραφικά στοιχεία της ομάδας Α και Β φαίνονται στον

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Πολυπαραγοντική ανάλυση (λογιστική παλινδρόμηση), στην ομάδα Α.

Μεταβλητή	P - τιμή
Εκπαίδευση	0,013
Γενικευμένη νόσος	0,000

πίνακα 1. Το 96% των ασθενών δε συμφώνησε με την άποψη ότι ο θεράπων ιατρός πρέπει να ενεργεί μόνος του. Το 66% δήλωσε πως θα συμβουλευόταν για τη ΜΕΑ το οικογενειακό περιβάλλον και το θεράποντα ιατρό. Ένας στους δύο ασθενείς συμφώνησε πως δε θα πρέπει να γίνεται ΚΑΑ σε περίπτωση εγκεφαλικής βλάβης, κωματώδους κατάστασης και ύστερα από τη ρητή επιθυμία του ασθενούς. Από τους εκατό ασθενείς οι 70 δήλωσαν μέτριο έως υψηλό οικονομικό επίπεδο, ενώ 23 δήλωσαν πως δεν εργάζονται. Σαράντα έξι (46) ασθενείς είχαν αρκετή έως πολύ καλή ενημέρωση για τη νόσο τους, ενώ 21 ασθενείς είχαν γενικευμένη νόσο (πίνακας 2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση για ΜΕΑ, (Ομάδα Β)

Ομάδα Β (συγγενείς)	Ναι (v=16)	Όχι (v=84)	Σύνολο (v=100)	P (<0,05)
Φύλο				
Άρρεν	6	26	32	0,607
Θήλυ	10	58	68	
Οικογενειακή κατάσταση				
Έγγαμος\η	14	61	75	0,208
Άγαμος\η	2	23	25	
Οικονομικό επίπεδο				
Μέτριο-υψηλό	11	65	76	0,459
Χαμηλό	5	19	24	
Επάγγελμα				
Εργαζόμενος\η	7	49	56	0,281
Άνεργος\η	9	35	44	
Ενημέρωση				
Άρκετά-πολύ	13	81	94	0,049
Καθόλου	3	3	6	
Υπαρξη παιδιών				
ναι	14	57	71	0,198
όχι	2	27	29	
Εκπαίδευση*				
ναι	14	24	38	0,048
όχι	2	60	62	
Γενικευμένη νόσος				
ναι	16	71	87	0,121
όχι	0	13	13	
Ηλικία				0,469
Ποιόν θα συμβουλευόσασταν για τη ΜΕΑ;				
Θεράπων ιατρό	3	3	6	
Οικογένεια	5	0	5	
Συνδυασμός οικογένειας-γιατρού	8	81	89	0,001
Κανέναν	0	0	0	
Πότε δεν πρέπει να εφαρμόζεται ΚΑΑ;				
Κώμα	4	2	6	
Εγκεφαλική βλάβη	3	1	4	0,001
Επιθυμία ασθενούς	0	0	0	
Όλα τα παραπάνω	7	45	52	
Κανένα από τα παραπάνω	2	36	38	
Πρέπει ο ιατρός να αποφασίζει μόνος του;				
Λίγο-Πολύ	0	3	3	0,99
Καθόλου	16	81	97	

*ως ναι ορίζεται η ολοκλήρωση εκπαίδευσης σε κάποια βαθμίδα (π.χ. δημοτικό, γυμνάσιο, λύκειο, πανεπιστήμιο)

Η μονοπαραγοντική ανάλυση της ομάδας Α ανέδειξε ως στατιστικά σημαντικούς τους εξής παράγοντες (πίνακας 2): την ενημέρωση του ασθενούς για τη νόσο ($p=0,017$), το μορφωτικό επίπεδο του ασθενούς ($p=0,001$), τη παρουσία γενικευμένης νόσου ($p=0,046$), το συνδυασμό οικογένειας και θεράποντος ιατρού για λήψη συμβουλής σχετικά με την απόφαση ΜΕΑ ($p=0,001$) και την άποψη ότι δεν πρέπει να εφαρμόζεται ΚΑΑ σε κώμα, εγκεφαλική βλάβη και επιθυμία του ασθενούς ($p=0,001$). Παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή

κατάσταση, η ύπαρξη παιδιών, η οικονομική κατάσταση και το επάγγελμα, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικοί.

Οι παραπάνω στατιστικά σημαντικοί παράγοντες που προέκυψαν από μονοπαραγοντική ανάλυση μελετήθηκαν επιπλέον σε μοντέλο πολυπαραγοντικής ανάλυσης, λογιστικής παλινδρόμησης (πίνακας 3). Στατιστικά σημαντικοί παράγοντες παρέμειναν η εκπαίδευση ($p=0,013$) και η γενικευμένη νόσος ($p=0,001$).

Από την ομάδα Β, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες σε ποσοστό 68%, ενώ το υπόλοιπο 32% ήταν

άντρες, με διάμεση ηλικία τα 54 έτη. Το 75% του δείγματος δήλωσαν παντρεμένοι και το 71% είχε τουλάχιστον ένα τέκνο. Σε ποσοστό 38%, οι συγγενείς δήλωσαν ότι έχουν ολοκληρώσει κάποια βαθμίδα εκπαίδευσης (πίνακας 1), το 76% δήλωσε πως έχει μέτριο έως υψηλό οικονομικό επίπεδο, 94% ήταν ενήμεροι για τη νόσο του ασθενούς, 89% θα προτιμούσαν να συμβουλευτούν για τη ΜΕΑ τόσο το θεράποντα ιατρό όσο και άτομα της οικογένειας, το 97% θεωρεί πως ο ιατρός δε πρέπει να αποφασίζει μόνος του ενώ 52 στους 100 θεωρούν πως δε πρέπει να εφαρμόζεται ΚΑΑ σε περίπτωση κώματος, εγκεφαλικής βλάβης ή επιθυμίας του ασθενούς. (πίνακας 4).

Η μονοπαραγοντική ανάλυση της ομάδας Β ανέδειξε ως στατιστικά σημαντικούς τους εξής παράγοντες (πίνακας 4) : την ενημέρωση του συγγενούς για τη νόσο ($p < 0,049$), το μορφωτικό επίπεδο του συγγενούς ($p < 0,048$), το συνδυασμό οικογένειας και θεράποντος ιατρού για συμβουλή σχετικά με την απόφαση ΜΕΑ ($p = 0,001$) και το ότι δεν πρέπει να εφαρμόζεται ΚΑΑ σε κώμα, εγκεφαλική βλάβη και επιθυμία του ασθενούς ($p = 0,001$). Παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η οικονομική κατάσταση, το επάγγελμα, η ύπαρξη παιδιών και η γενικευμένη νόσος του ασθενούς, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικοί. Οι παραπάνω στατιστικά σημαντικοί παράγοντες που προέκυψαν από μονοπαραγοντική ανάλυση μελετήθηκαν επιπλέον σε μοντέλο πολυπαραγοντικής ανάλυσης, λογιστικής παλινδρόμησης, το οποίο δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντικό παράγοντα.

Η στατιστική συγκριτική ανάλυση των ομάδων Α και Β δεν ανέδειξε διαφορά ως προς την απόφαση επιλογής ΜΕΑ. Επίσης, καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν ανεδείχθη από την συγκριτική μελέτη των άλλων παραγόντων μεταξύ των δύο ομάδων.

Συζήτηση:

Η απόφαση για τη μη εφαρμογή ΚΑΑ σε ασθενείς με κακοήθεια οποιουδήποτε σταδίου, είναι ένα πολυδιάστατο θέμα, με ιατρικές, κοινωνικές, θρησκευτικές και πολιτισμικές προεκτάσεις. Ο κάθε ασθενής έχει τη δική του άποψη και προσωπική στάση για την κατάσταση της υγείας του. Σημαντικό ρόλο έχουν οι πεποιθήσεις, οι προσωπικές αντιλήψεις, τα βιώματα και τα πιστεύω του κάθε ασθενούς, καθώς επίσης και του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος.

Βιβλιογραφικές μελέτες αναφέρουν ότι η πλειοψηφία των ασθενών τελικού σταδίου, όταν ερωτηθούν και αφού τους εξηγηθεί η διαδικασία εφαρμογής ΚΑΑ, δεν επιθυμούν να αναζωογονηθούν σε περίπτωση ανακοπής (Liddle et al, 1994). Συγκεκριμένα το 86% των ηλικιωμένων ασθενών δεν επιθυμεί την ΚΑΑ, εφόσον βρεθεί σε τελικό στάδιο της νόσου (Gunasekera et al, 1986). Παράλληλα, μελέτες δείχνουν ότι η πλειοψηφία των ασθενών δεν έχουν ερωτηθεί ποτέ από τον θεράποντα ιατρό αν επιθυμούν τη ΜΕΑ σε περίπτωση ανακοπής, ενώ οι περισσότεροι θα προτιμούσαν να είχαν ερωτηθεί (Burns et al, 2003). Προκύπτουν λοιπόν αρκετοί

παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση για ΜΕΑ, όπως η σοβαρότητα και το στάδιο της νόσου, η ηλικία, η ενημέρωση του ασθενούς, συνυπάρχουσες παθήσεις, η παρουσία τέκνων, πολιτισμικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις κ.ά. (Keenan et al, 1997).

Στη δική μας μελέτη, το ποσοστό των ασθενών που θα λάμβαναν την απόφαση για ΜΕΑ είναι 21%. Είναι αξιοσημείωτο ότι και οι 21 ασθενείς που θα δέχονταν να συζητήσουν τη ΜΕΑ είχαν όλοι γενικευμένη νόσο αν και μόνο οι 15 είχαν κάποιο βαθμού ενημέρωσης. Από τη στατιστική ανάλυση προκύπτουν δύο κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση αυτή. Η ύπαρξη γενικευμένης νόσου και το επίπεδο εκπαίδευσης του ασθενούς.

Φαίνεται πως η νοσηρότητα και η γενικότερη κατάσταση υγείας ενός ασθενούς με γενικευμένη νόσο είναι ένας καθοριστικός παράγοντας στη λήψη απόφασης για ΜΕΑ, ακόμη και όταν ο ασθενής δεν έχει πλήρη επίγνωση του σταδίου της νόσου του. Συνήθως οι ασθενείς τελικού σταδίου υποφέρουν από άλγος, ανορεξία, καχεξία και αδυναμία, παράγοντες που επηρεάζουν τη φυσιολογική σωματική δραστηριότητα (Gridelli et al, 2001). Η διαρκώς επιδεινούμενη κατάσταση υγείας φαίνεται πως προκαλεί συναισθήματα απογοήτευσης και οδηγεί στην ενδεχόμενη απόφαση μη εφαρμογής Κ.Α.Α, ακόμη και εάν δεν έχει πλήρη ενημέρωση για το στάδιο και την εξέλιξη της νόσου (Levin et al 2008).

Επίσης το επίπεδο εκπαίδευσης του ασθενούς είναι ο άλλος καθοριστικός παράγοντας στη μελέτη αυτή. Πράγματι, η ολοκλήρωση έστω και μιας βαθμίδας εκπαίδευσης έναντι καμίας επηρεάζει θετικά τη λήψη της απόφασης ΜΕΑ. Το επίπεδο εκπαίδευσης επιδρά θετικά στη πνευματική καλλιέργεια ενός ατόμου, και συμβάλλει στην ηθική συγκρότηση του χαρακτήρα του. Η απόφαση για τη ΜΕΑ εμπεριέχει ηθικές και φιλοσοφικές προεκτάσεις που απαιτούν στοιχειώδη πνευματικά εφόδια και ισχυρή προσωπικότητα (Weise, 2005). Βέβαια, η παιδεία ενός ατόμου δε καλλιεργείται μόνο με τη κατάκτηση κάποιας βαθμίδας εκπαίδευσης, καθώς το περιβάλλον, οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό, συμβάλλουν εξίσου στην εκπαιδευτική διαδικασία. Για την ελληνική πραγματικότητα αυτό είναι ένα πολύτιμο συμπέρασμα, αφού με διάμεση ηλικία τα 61 έτη, φαίνεται πως στις συγκεκριμένες γενεές η εκπαίδευση κατείχε ένα ευρύτερο ρόλο στην ηθική και πνευματική συγκρότηση των ανθρώπων (Κορδιογιάννης & Ρηγάτος, 1990, Ρηγάτος, 2000, Κουτσελίνης, 1999, Mystakidou et al, 2005, Mauroforou, 2001).

Από τη μονοπαραγοντική ανάλυση, προκύπτει επίσης πως 15 στους 21 ασθενείς είχαν ενημέρωση για την εξέλιξη της νόσου και 19 στους 21 είχαν παιδιά, και παρόλο που δεν αναδεικνύονται στατιστικά σημαντικοί παράγοντες, αξίζουν τη προσοχή μας, καθώς ο μικρός αριθμός του δείγματος ενδέχεται να επηρεάζει το αποτέλεσμα αυτό. Επίσης, θα πρέπει να τονισθεί το ιδιαίτερα χαμηλό ποσοστό ενημέρωσης των ασθενών (46%), γεγονός που αντικατοπτρίζει την ελληνική πραγματικότητα. Στη διαπίστωση αυτή συμβάλλει και η επισήμανση πως οι 66 στους 100

ασθενείς θα συμβουλευόνταν πέρα από το θεράποντα ιατρό και την οικογένεια, ενώ 96 στους 100 ασθενείς θεωρούν πως ο ιατρός δε πρέπει να αποφασίζει μόνος του. Συνδυάζοντας και τα αντίστοιχα ποσοστά της ομάδας Β (89% και 97%) και το ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό ενημέρωσης των συγγενών (94%) εξάγουμε εύκολα το συμπέρασμα πως στην ελληνική πραγματικότητα, η σχέση ιατρού και ασθενούς υποκαθίσταται σε μεγάλο βαθμό από το συγγενικό περιβάλλον. Από αυτή τη μελέτη προκύπτει πως, η ελληνική οικογένεια κατέχει μείζων παρεμβατικό ρόλο, ίσως και καθοριστικό στη λήψη αποφάσεων του έλληνα καρκινοπαθούς. Από τη μελέτη της ομάδας Β των συγγενών, μόλις 16 στους 100 θα συζητούσαν το ενδεχόμενο ΜΕΑ, ποσοστό που στατιστικά δε διαφέρει από αυτό της ομάδας Α. Επίσης, 14 από τους 16 που πρόσκεινται θετικά στο ενδεχόμενο ΜΕΑ έχουν ολοκληρώσει κάποια βαθμίδα εκπαίδευσης και έχουν παιδιά. Αξιοσημείωτο είναι πως και οι 16 που θα δέχονταν ΜΕΑ έχουν ασθενείς με γενικευμένη νόσο όπως και στην ομάδα Α. Αν και δε προκύπτει στατιστική σημαντικότητα, δε μπορούμε να το παραβλέψουμε σαν γεγονός, που συνηγεί στην άποψη ότι η νοσηρότητα και η διαρκώς επιδεινούμενη κατάσταση υγείας ενός καρκινοπαθούς με γενικευμένη νόσο τελικού σταδίου, ίσως επηρεάζει και την άποψη του συγγενικού περιβάλλοντος, όσον αφορά τη ΜΕΑ. Βέβαια, στον αντίποδα, ένα μεγάλο ποσοστό συγγενών ασθενών με γενικευμένη νόσο δε θα ήθελαν εφαρμογή ΜΕΑ. Ο περιορισμένος αριθμός δείγματος και το ιδιαίτερα αυξημένο ποσοστό γενικευμένης νόσου δε βοηθάει στην ασφαλή διεξαγωγή συμπερασμάτων.

Η συγκριτική μελέτη των δύο ομάδων δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά, γεγονός που επιβεβαιώνει τον ισχυρό δεσμό και ταύτιση απόψεων του ασθενούς και της οικογένειας στον ελληνικό χώρο, όπως προκύπτει και από άλλες μελέτες (Κορδιόλης, 2001, Κάτσας, 2009).

Περιορισμοί της έρευνας:

Το μέγεθος του δείγματος περιορίζει την γενίκευση των αποτελεσμάτων. Το δείγμα ελήφθη μόνο από δύο γενικά νομαρχιακά νοσοκομεία της ίδιας πόλης και επιπρόσθετα η συλλογή των στοιχείων έγινε με κατασκευασμένο ερωτηματολόγιο, το οποίο εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στην παρούσα μελέτη. Η δομή του ερωτηματολογίου βασίστηκε στην διεθνή βιβλιογραφία και ως εκ τούτου η διαγνωστική του αξία μένει να διερευνηθεί.

Επίσης οι απόψεις του κάθε ατόμου είναι υποκειμενικές και εκφράζουν προσωπικές αντιλήψεις και όχι τα πραγματικά δεδομένα.

Ακόμη αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός ότι οι αποφάσεις τόσο των ασθενών όσο και των συγγενών δεν λαμβάνονται βάσει των ίδιων κριτηρίων και έτσι η σύγκριση δεν είναι ενδεικτική.

Συμπεράσματα:

Συμπερασματικά, παρά το περιορισμένο αριθμό του δείγ-

ματος και την έλλειψη πληροφόρησης των ασθενών, η παρούσα μελέτη αναδεικνύει τη σημασία του μορφωτικού επιπέδου του ασθενούς προκειμένου να λάβει την απόφαση για μη εφαρμογή αναζωογόνησης, καθώς και την σημασία της ύπαρξης γενικευμένης νόσου στη λήψη της απόφασης αυτής. Επίσης, αποτυπώνεται ξεκάθαρα ποια είναι η Ελληνική νοοτροπία. Ο θεσμός της οικογένειας διατηρείται ισχυρός και υπάρχει τάση να προστατεύουν οι συγγενείς τον ευάλωτο ασθενή τους από τα δυσάρεστα νέα. Έτσι λοιπόν η σχέση του έλληνα καρκινοπαθούς με τον ιατρό του μετατρέπεται σε σχέση γιατρού- οικογένειας - ασθενούς, φαινόμενο που παρατηρείται και σε άλλες χώρες (Cherniack, 2002). Μεγαλύτερες μελέτες στον ελληνικό χώρο ίσως να προσφέρουν ακόμη περισσότερες γνώσεις και να διαφωτίσουν ένα σύνθετο, πολύπλευρο θέμα όπως είναι η μη εφαρμογή αναζωογόνησης σε ασθενείς τελικού σταδίου.

Ευχαριστίες:

Ευχαριστούμε ιδιαίτερα τον κο Σπύρο Ρίζο (M.D., FACS), Διευθυντή της Α΄ Χειρουργικής Κλινικής Τζανείου Νοσοκομείου Πειραιά, για την υποστήριξη και καθοδήγησή του. Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε και τον κο Βασίλειο Πούτο Οικονομολόγο- Στατιστικολόγο για την πολύτιμη βοήθειά του στην ανάλυση των στατιστικών δεδομένων.

Βιβλιογραφία:

Ελληνόγλωσσα

- 1) Κάτσας, Α., (2009). « Ευθανασία - Η μεγάλη χίμαιρα». Ιατρική, 95(5):355-369.
- 2) Κορδιόλης, Ν., (2001) Τα δικαιώματα των ασθενών με καρκίνο. Αθήνα: Εκδ. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.
- 3) Κορδιόλης, Ν., Ρηγάτος, Γ. (1990) Αλήθεια και ο ασθενής με νεόπλασμα. Αθήνα: Εκδ. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.
- 4) Κουτσελίνης, Α. (1999) Βασικές Αρχές Βιοηθικής Ιατρικής Δεοντολογίας & Ιατρικής Ευθύνης. Αθήνα: Εκδ. Παρισιάνου Α.Ε.
- 5) Ν3418/2005 ΦΕΚ Α-287.
- 6) Παπαδημητρίου, Λ., (2006) «Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση». Στο Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα: 25-34.
- 7) Ρηγάτος, Γ., (2000) « Η αλήθεια και ο ασθενής με καρκίνο». Στο: Ψυχοκοινωνική Ογκολογία, Αθήνα: Εκδ. Ascent:159-174.

Ξενόγλωσσα

- 8) American Heart Association (1974) «Standards and guidelines for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care (ECC): Medicolegal considerations and recommendations». Journal of The American Medical Association, 227(Suppl): 864-866.
- 9) Burns, JP, Edwards, J., Johnson, J., et al. «Do not resuscitate order after 25 years». Critical Care Medicine, 31: 1543-50.
- 10) Cherniack, P., (2002). «Increasing use of DNR orders in the elderly worldwide: whose choice is it?». Journal of Medical Ethics, 28:303-307.
- 11) Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association (1991). «Guidelines for the appropriate use of do not resuscitate orders». Journal of The American Medical Association, 265:1868-71.
- 12) Gautier, M., Lacroix, J., (1990) «When to stop CPR ?» In Update in intensive care and emergency medicine. JL. Vincent (ed) ,

ABSTRACT

ORIGINAL ARTICLE

FACTORS WHICH INFLUENCE THE DECISION OF DNR ON MALIGNANCY PATIENTS. COMPARISON OF VIEWS BETWEEN PATIENTS & THEIR FIRST DEGREE RELATIVES

Poutou Sophia¹, Papadimitriou Lila², Chaniotis Dimitrios³, Kalaitzis John⁴, Xanthos Theodoros⁵

[1. Poutou Sophia, RN, Post Graduate of Athens University Medical School (MSc), 1st Department of Surgery General Hospital of Pireus Tzaneio, 2. Papadimitriou Lila, Associate Professor of Anaesthesiology, University of Athens, Director of Department of Anaesthesia, "Errikos Dynant" General Hospital, Athens, Greece, 3. Chaniotis Dimitrios, MD, PhD, Fesc, Foundation of Biomedical Research, Academy of Athens, 4. Kalaitzis John, MD, 1st Department of Surgery General Hospital of Pireus Tzaneio, 5. Xanthos Theodoros, MD, PhD, President "Hellenic Society for Cardiopulmonary Resuscitation", Moderator MSc programme "Cardiopulmonary Resuscitation", Medical School, University of Athens]

Background: Cardiopulmonary resuscitation (CPR) is a procedure of successive actions in order to resuscitate patients with cardiac arrest. CPR in patients with malignant, incurable disease has been a matter of debate and nowadays, several nations have declared the patient's right to give the do not resuscitate order (DNR). In Greece the view of the patients with malignancy on this matter, is not well documented.

Aim: The purpose of this study is to examine what factors influence the decision of DNR, in Greek patients with malignancy, and to compare the views of the patients and their first degree relatives on this matter.

Materials and Methods: In this study there were two groups of people: group A that included one hundred patients with malignancy, and group B that included one hundred first degree relatives of these patients. The kind and the stage of the malignancy were not in the inclusion criteria. The total cohort of people was asked to complete a questionnaire. One person interviewed the total cohort of participants. The interviews took place in a quiet room. Univariate and multivariate analysis were conducted. Level of significance was set at <0,05.

Results: In group A, 21% of patients would give the DNR order. The level of information of the patient ($p=0,017$), the educational level ($p=0,001$), the presence of end stage disease ($p=0,046$), the combination of physician and family, in decision making ($p=0,001$), and the fact that DNR must be implied in coma, cerebral injury and according to the patient's will were demonstrated as statistically significant with the univariate analysis. On the other hand the educational level ($p=0,013$) and end stage disease ($p=0,001$) were shown independently statistically significant following the multivariate analysis. In group B 16% of relatives would give the DNR order.

Conclusions: Statistically significant factors of group A were the presence of end stage disease and the educational level of the patients. There was no statistically important factor for group B. Comparative analysis of the views of groups A & B documented no statistically important differences in the DNR order.

Keywords: cardiopulmonary resuscitation, do not resuscitate order, malignancy, incurable disease

- Berlin- Heidelberg: Springer Verlag: 632-642.
- 13) Gridelli, C., Perrone, F., Nelli, F., Ramponi, S., De Marinis, F., (2001). «Quality of life in lung cancer patients». *Annals of oncology*, 12:21-5.
 - 14) Gunasekera, N., Tiller, D., Clements, L., et al. «Elderly patients views on cardiopulmonary resuscitation». *Age and Ageing*, 15:364-8.
 - 15) Heyland, D., Chris, F., Groll, D., Pichora, D., Dodek, P., Rocker, G., Gafni, A., (2006). «Understanding Cardiopulmonary Resuscitation Decision Making». *Chest*, 130:419-428.
 - 16) Keenan, SP., Busche, KD., Chen, LM., McCarthy, L., Inman, KJ. and Sibbald, WJ., (1997). «A retrospective review of a large cohort of patients undergoing the process of withholding or withdrawal of life support». *Critical Care Medicine*, 25:1324-1331.
 - 17) Levin, TT., Li, Y., Weiner, JS., Lewis, F., Bartell, A., Piercy, J., Kissane, Dw., (2008). «How do not resuscitate orders are utilized in cancer patients: timing relative to death and communication- training implications». *Palliative Support Care*, 6:341-8.
 - 18) Liddle, J., Gilleard, C., Neil, A., (1994). «The views of elderly patients and their relatives on cardiopulmonary resuscitation». *The Journal of The Royal College of Physicians*, 28:228-9.
 - 19) Mauroforou, A., Michalodimitrakis, E., (2001). «Euthanasia in Greece, Hippocrates' birthplace». *European Journal of Health Law*, 8:157-62.
 - 20) Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Katsouda, E. and Viahos, L., (2005). «The evolution of euthanasia and its perceptions in Greek culture and civilization». *Perspectives in Biology and Medicine*, 48:95-104.
 - 21) Nolan, J., (2004). «Cardiopulmonary resuscitation». *Anaesthesia and Intensive Care*, 5:26-29.
 - 22) Valenzuela, TD., Roe, DJ., Cretin, S., Spatie, DW., Larsen, MP., (1997). «Estimating effectiveness of cardiac arrest interventions: a logistic regression survival model». *Circulation*, 96: 3308-3313.
 - 23) Weise, KL., (2005). «The spectrum of our obligations: DNR in public schools». *American Journal Bioethics*, 5:81-3.