

## Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση. Στάσεις, πεποιθήσεις και ηθικά διλήμματα των Ελλήνων επαγγελματιών υγείας

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΝΤΑΛΑΣ,<sup>1</sup> ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΛΑΤΣΙΟΣ,<sup>2</sup>  
ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΛΙΝΑΡΔΑΤΟΥ,<sup>3</sup> ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ,<sup>4</sup>  
ΜΑΡΙΑ ΚΑΠΕΛΛΑ,<sup>1</sup> ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΤΖΙΑΛΛΑΣ<sup>5,6</sup>

<sup>1</sup> Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών « Ιπποκράτειο »

<sup>2</sup> Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών « Ιπποκράτειο »

<sup>3</sup> Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών « Γ. Γεννηματάς »

<sup>4</sup> Νευρολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών « Ο Ευαγγελισμός »

<sup>5</sup> Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

<sup>6</sup> Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

### Λέξεις ευρετηρίου

Επαγγελματίες υγείας, ΚΑΡΠΑ, DNAR

### Επικοινωνία

Δημήτριος Ντάλας, MSc, RN

Νοσηλεύτης, Ειδικός Εξωσωματικής Κυκλοφορίας

Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών « Ιπποκράτειο »

E-mail: dimntalas@gmail.com

Τηλ: 6946883063

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή.** Η έγκαιρη αναγνώριση της καρδιακής ανακοπής από τους επαγγελματίες υγείας και η εφαρμογή Καρδιοπνευμονικής Αναζωογόνησης (ΚΑΡΠΑ) χωρίς καθυστέρηση, είναι ζωτικής σημασίας, καθώς αυξάνει τις πιθανότητες επιβίωσης. Ωστόσο, το σημαντικό ερώτημα και ένα ζήτημα ηθικής ανησυχίας και νομικής πρόκλησης, που προκύπτει είναι το εάν πρέπει να παρέχεται ΚΑΡΠΑ και τότε πρέπει να διακόπτεται. Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των στάσεων, των πεποιθήσεων και των ηθικών διλημάτων των Ελλήνων επαγγελματιών υγείας, κατά τη διάρκεια της ΚΑΡΠΑ, σε ασθενείς με χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης ή επιθυμία για μη αναζωογόνηση.

**Υλικό – Μέθοδος.** Διεξήχθη μια 6μηνη διατομεακή μελέτη παρατήρησης (Δεκέμβριος 2022 - Μάιος 2023) σε 183 επαγγελματίες υγείας σε τέσσερα τριτοβάθμια νοσοκομεία της Αθήνας και στο Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ). Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ερωτηματολογίου.

**Αποτελέσματα.** Το 61% του δείγματος ήταν νοσηλευτές, το 23% γιατροί και το 16% διασώστες. Το 63% ήταν πιστοποιημένο στη Βασική Υποστήριξη Ζωής (Basic Life Support, BLS), το 27% στην Άμεση Υποστήριξη Ζωής (Immediate Life Support, ILS) και το 31% στην Προηγμένη Υποστήριξη Ζωής (Advanced Life Support, ALS) από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης (European Resuscitation Council, ERC). Το 33,3% δεν γνώριζε τον ρυθμό των συμπίεσεων στην ΚΑΡΠΑ και το 9,8% την αναλογία συμπίεσεων προς αναπνοές. Το 18,6% δεν γνώριζε ότι ο ασθενής που είναι ανίσθητος και αναπνέει δεν χρειάζεται ΚΑΡΠΑ. Το 91,8% είχε λάβει μέρος σε ΚΑΡΠΑ στο εργασιακό περιβάλλον με το 44,8% να έχει συμμετάσχει 1 έως 5 φορές, το 16,9% να μην έχει συμμετά-

σχει καθόλου τον τελευταίο χρόνο, ενώ το 81,4% συμμετείχε στην έναρξη της ΚΑΡΠΑ. Το 78,7% απάντησε ότι η έναρξη της ΚΑΡΠΑ γίνεται από όποιον αντιλαμβάνεται ότι υπάρχει λόγος για ΚΑΡΠΑ. Το 23,5% των επαγγελματιών υγείας δεν κατανοούσε τον όρο «Do Not Attempt Resuscitation» (DNAR) και το 50,3% δεν γνώριζε αν προβλέπεται στην ελληνική νομοθεσία. Το 72,1% απάντησε ότι πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η επιθυμία του ασθενούς ή/και του συγγενή σε περίπτωση μη αναζωογόνησης. Το 48,1% απάντησε ότι η απόφαση για τη μη εφαρμογή ΚΑΡΠΑ θα πρέπει να είναι κοινή από ολόκληρη την ομάδα. Τέλος, το 83% θα συμμετείχε σε ΚΑΡΠΑ σε έναν ασθενή με δυσμενή πρόγνωση ή που έχει εκφράσει την επιθυμία του για μη διενέργεια αναζωογόνησης.

**Συμπεράσματα.** Στην Ελλάδα, πρέπει να θεσπιστεί ένα νομικό πλαίσιο για την ΚΑΡΠΑ και την εντολή DNAR, σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία, σε περιπτώσεις όπου η ΚΑΡΠΑ θεωρείται μάταιη, προκειμένου να μην δημιουργούνται ηθικά διλήμματα από τους επαγγελματίες υγείας. Τέλος, θα πρέπει να εφαρμόζονται υποχρεωτικά και ενημερωμένα προγράμματα εκπαίδευσης για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, επειδή ένας μεγάλος αριθμός Ελλήνων επαγγελματιών υγείας δεν γνωρίζει τον βασικό αλγόριθμο της ΚΑΡΠΑ.

## Εισαγωγή

Στην Ευρώπη, η καρδιακή ανακοπή είναι η τρίτη κύρια αιτία θανάτου. Η ετήσια συχνότητα εμφάνισης εξωνοσοκομειακής καρδιακής ανακοπής κυμαίνεται από 67 έως 170 ανά 100.000 κατοίκους, ενώ οι περιπτώσεις ενδονοσοκομειακής καρδιακής ανακοπής κυμαίνονται από 1,5 έως 2,8 ανά 1.000 εισαγωγές.<sup>1</sup> Η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) είναι μια εξελισσόμενη, σωτήρια για την ζωή, επείγουσα ιατρική πράξη, που αποτελείται από μια σειρά οργανωμένων παρεμβάσεων για τη διατήρηση επαρκούς οξυγόνωσης των ιστών κατά τη διάρκεια της καρδιακής ανακοπής.<sup>2</sup> Εάν η αναζωογόνηση καθυστερήσει, η πιθανότητα επιβίωσης μειώνεται κατά 7-10% κάθε λεπτό,<sup>3</sup> ενώ η πιθανότητα επιβίωσης διπλασιάζεται ή τριπλασιάζεται, εάν η αναζωογόνηση μετά από ανακοπή

λόγω κοιλιακής μαρμαρυγής, πραγματοποιηθεί άμεσα. Τα ποσοστά επιβίωσης σε ενδονοσοκομειακή καρδιακή ανακοπή κυμαίνονται από 15% έως 34% και σε εξωνοσοκομειακή καρδιακή ανακοπή κυμαίνονται από 5 έως 38%, ανάλογα με τον τρόπο λειτουργίας των επιμέρους προνοσοκομειακών υπηρεσιών της κάθε χώρας.<sup>1,3,4</sup> Σε κάθε περίπτωση, το εκπαιδευμένο υγειονομικό προσωπικό παίζει κρίσιμο ρόλο στην επιβίωση των ασθενών. Όπως αναφέρει το ERC, οι επαγγελματίες υγείας, που εμπλέκονται σε αποφάσεις για ΚΑΡΠΑ, πρέπει να είναι εκπαιδευμένοι. Η αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσής τους εξαρτάται από την εφαρμογή του αλγορίθμου ανακοπής, την ποιότητα της ΚΑΡΠΑ, τις μη τεχνικές δεξιότητες και τη συχνότητα συμμετοχής σε ΚΑΡΠΑ.<sup>5,6</sup> Τα περισσότερα νοσοκομεία ακολουθούν ένα δομημένο πρωτόκολλο που ονομάζεται «Μπλε Κωδικός» σε περίπτωση καρδιακής ανακοπής. Οι νοσηλευτές είναι οι πρώτοι που ξεκινούν την αναζωογόνηση όταν ανιχνεύουν έναν ασθενή σε καρδιακή ανακοπή και μπορούν να συνεχίσουν ως μέλη της ομάδας «Μπλε Κωδικός».<sup>7</sup> Ωστόσο, μελέτες έχουν δείξει ότι έχουν ανεπάρκεια γνώσεων και δεξιοτήτων όσον αφορά την ΚΑΡΠΑ.<sup>8,9</sup>

Υπάρχει επίσης μια παγκόσμια συναίνεση ότι η ΚΑΡΠΑ δεν πρέπει να εκτελείται σε ασθενείς που πεθαίνουν από ανίατη ασθένεια μέχρι οι κυβερνήσεις να θεσπίσουν επίσημη νομοθεσία. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει αποφανθεί ότι οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν θεραπεία ή ιατρικές παρεμβάσεις. Αποφάσεις όπως «Μην επιχειρήσετε καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (DNAR)» έχουν ληφθεί για την προστασία ασθενών, που υποβάλλονται σε επεμβατικές ιατρικές διαδικασίες, οι οποίες έχουν ελάχιστες έως καθόλου πιθανότητες επιτυχίας.<sup>10,11</sup> Η έλλειψη σαφούς θεσμικού πλαισίου για τη μη εφαρμογή ΚΑΡΠΑ στην Ελλάδα, καθιστά τους επαγγελματίες υγείας υπόλογους, καθώς η τήρηση των επιθυμιών του ασθενούς μπορεί να ερμηνευθεί ως παράλειψη οφειλόμενης βοήθειας. Οι αποφάσεις για αυτά τα ζητήματα θα πρέπει να βασίζονται στις ηθικές αρχές του «Ωφελείν ή μη βλάπτειν» και στις αρχές της αυτονομίας και της δικαιοσύνης. Ωστόσο, η απόφαση DNAR μπορεί να εγείρει ηθικά ζητήματα, οι νομικές προκλήσεις μπορεί να οδηγήσουν σε παρεξηγή-

σεις σχετικά με το νόημα της απόφασης και σε χειρότερη φροντίδα του ασθενή τελικού σταδίου. Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθούν οι στάσεις, οι πεποιθήσεις και τα ηθικά διλήμματα των Ελλήνων επαγγελματιών υγείας σχετικά με την αναζωογόνηση ασθενών με χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης ή την επιθυμία να μην αναζωογονηθούν.

## Υλικό και Μέθοδος

Πρόκειται για μια διατομεακή μελέτη παρατήρησης διάρκειας 6 μηνών (Δεκέμβριος 2022 – Μάιος 2023) που διεξήχθη σε τέσσερα τριτοβάθμια νοσοκομεία της Αθήνας: ΓΝΑ «Ιπποκράτειο», ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός», ΓΝΑ «Γ. Γεννηματάς», ΓΑΟΝΑ «Άγιος Σάββας» και στο Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ), μετά από έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο και τις Επιτροπές Δεοντολογίας των Νοσοκομείων. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη μέθοδο του ερωτηματολογίου. Η παρούσα ερευνητική μελέτη ακολούθησε τις ηθικές κατευθυντήριες γραμμές της Διακήρυξης του Ελσίνκι.

**Πληθυσμός μελέτης.** Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελούνταν από 183 επαγγελματίες υγείας (111 νοσηλευτές, 42 γιατροί και 30 διασώστες) όλων των μορφωτικών επιπέδων, που κατανοούν και ομιλούν ελληνικά. Συμπλήρωσαν ένα ανώνυμο, καλά δομημένο ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά τους, καθώς και ερωτήσεις σχετικά με τις πιστοποιήσεις τους στη βασική, άμεση και εξειδικευμένη υποστήριξη ζωής, σύμφωνα με το ERC. Τέθηκαν επίσης ερωτήσεις σχετικά με τις γνώσεις/στάσεις του υγειονομικού προσωπικού και τα ηθικά διλήμματα στη χρήση της ΚΑΡΠΑ σε ασθενείς με χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης ή επιθυμία μη αναζωογόνησης, καθώς και το χρόνο έναρξης ή μη αναζωογόνησης στις παραπάνω περιπτώσεις ασθενών.

**Στατιστική ανάλυση.** Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάστηκαν ως απόλυτες (N) και σχετικές (%) συχνότητες. Η κανονικότητα των δεδομένων ελέγχθηκε χρησιμοποιώντας το τεστ Shapiro-Wilk και οι κανονικά καταμεμημένες τιμές των δεδομένων εκφράστηκαν ως μέσος όρος ± τυπική απόκλιση (SD). Η μέθοδος t-test

χρησιμοποιήθηκε για τη στατιστική ανάλυση της διαφοράς μεταξύ δύο μέσων όρων ανεξάρτητων δειγμάτων. Πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) για την αξιολόγηση των διαφορών μεταξύ των ετών στο επάγγελμα και της πιθανότητας συμμετοχής σε ΚΑΡΠΑ και της ματαιότητας μιας προσπάθειας. Τιμές  $p > 0,05$  θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IBM SPSS 26 έκδοση για Windows (IBM Statistical Package for Social Sciences for Windows, Έκδοση 25.0, IBM Corp Armonk, Νέα Υόρκη, ΗΠΑ).

## Αποτελέσματα

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν N=183 επαγγελματίες υγείας, εκ των οποίων το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν γυναίκες (65%). Όσον αφορά την ηλικία, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (28%) ανήκε στην ηλικιακή κατηγορία 30-39 ετών και 40-49 ετών και το μικρότερο ποσοστό (3%) στην κατηγορία 59 ετών και άνω. Το 37% (N=67) ανήκε στην κατηγορία ΤΕΙ Ανώτατης Εκπαίδευσης - ΑΕΙ και είχε μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών (N=68). Τέλος, το 61% (N=111) των συμμετεχόντων ανήκε στην κατηγορία Νοσηλευτικό προσωπικό, το 23% (N=42) στο Ιατρικό προσωπικό και το 16% (N=30) στην κατηγορία των Διασωστών. Το 63% ήταν πιστοποιημένο στη Βασική Υποστήριξη Ζωής (BLS), το 27% στην Άμεση Υποστήριξη Ζωής (ILS) και το 31% στην Προηγμένη Υποστήριξη Ζωής (ALS) από το ERC.

Από την ανάλυση του ερωτηματολογίου σχετικά με τις γνώσεις/στάσεις και τα ηθικά διλήμματα των επαγγελματιών υγείας, προέκυψε ότι το 91,8% (N=168) είχε συμμετάσχει σε ΚΑΡΠΑ στο εργασιακό περιβάλλον, το 44,8% (N=82) είχε συμμετάσχει 1 έως 5 φορές και το 16,9% (N=31) καμία φορά τον τελευταίο χρόνο, ενώ το 81,4% (N=149) είχε συμμετάσχει στην έναρξη της ΚΑΡΠΑ. Στο ερώτημα ποιος αποφασίζει για την έναρξη της ΚΑΡΠΑ, το 78,7% (N=144) απάντησε «όποιος αντιλαμβάνεται ότι υπάρχει λόγος για ΚΑΡΠΑ». Στο ερώτημα «πιστεύετε ότι ο ασθενής που είναι αναίσθητος, αλλά αναπνέει χρειάζεται ΚΑΡΠΑ;» το μεγαλύτερο ποσοστό 81,4% (N=149) απάντησε ότι δεν είναι απαραίτητη. Το

99,5% (N=182) του συνόλου απάντησε στις ερωτήσεις σχετικά με την αναλογία συμπιέσεων και εμφυσήσεων διάσωσης, καθώς και το ρυθμό των συμπιέσεων, κατά τη διάρκεια της ΚΑΡΠΑ σε ένα ενήλικο θύμα, με το 9,8% (N=18) και το 33,3% (N=61), αντίστοιχα, να απαντούν λανθασμένα στις ανωτέρω ερωτήσεις (Πίνακας 1).

|  |   | N (%)            |
|--|---|------------------|
| Σύμφωνα με τις τελευταίες οδηγίες του ERC (2021), η συχνότητα των θωρακικών συμπιέσεων-εμφυσήσεων διάσωσης στην ΚΑΡΠΑ σε ένα ενήλικο θύμα είναι: | 15 θωρακικές συμπιέσεις – 2 εμφυσήσεις διάσωσης | 13 (7,1)         |
|  | 30 θωρακικές συμπιέσεις – 2 εμφυσήσεις διάσωσης | 165 (90,2)       |
|  | 10 θωρακικές συμπιέσεις – 2 εμφυσήσεις διάσωσης | 2 (1,1)          |
|  | Δεν γνωρίζω                                     | 3 (1,6)          |
|  | <b>Σύνολο</b>                                   | <b>183 (100)</b> |
| Ο ρυθμός των θωρακικών συμπιέσεων σε έναν ενήλικα ασθενή που χρειάζεται ΚΑΡΠΑ θα πρέπει να είναι:  | 50 – 70 συμπιέσεις ανά λεπτό                    | 26 (14,2)        |
|  | 70 – 90 συμπιέσεις ανά λεπτό                    | 22 (12,0)        |
|  | 100 – 120 συμπιέσεις ανά λεπτό                  | 122 (66,7)       |
|  | Δεν γνωρίζω                                     | 13 (7,1)         |
|  | <b>Σύνολο</b>                                   | <b>183 (100)</b> |

Το 23,5% των επαγγελματιών υγείας δεν κατανούσε τον όρο «Μην επιχειρήσετε αναζωογόνηση» (DNAR) και το 50,3% αν προβλέπεται από την ελληνική νομοθεσία, ενώ το 72,1% απάντησε ότι πρέπει να ληφθεί υπόψη η επιθυμία του ασθενούς ή/και του συγγενή, για τη μη αναζωογόνηση. Το 48,1% απάντησε ότι η εντολή μη εφαρμογής ΚΑΡΠΑ θα πρέπει να αποφασίζεται από ολόκληρη την ομάδα ΚΑΡΠΑ. Το 67,8% (N=124) ανέφερε ότι υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών, όπου δεν εφαρμόστηκε ΚΑΡΠΑ στο εργασιακό τους περιβάλλον. Επίσης, στο ερώτημα ποιος αποφασίζει να μην ξεκινήσει ΚΑΡΠΑ (Πίνακας 2), το 48,1% (N=88) απαντήθηκε από ολόκληρη την ομάδα ΚΑΡΠΑ και το 40,4% (N=74) από τον γιατρό. Το 19,1% (N=35) ανέφερε ότι η ΚΑΡΠΑ θα πρέπει να εφαρμόζεται και στην περίπτωση ασθενούς με νόσο τελικού σταδίου. Στην ερώτηση «Έχετε βρεθεί ποτέ σε κατάσταση

|                                       |   | N (%)            |
|---------------------------------------|---|------------------|
| Ποιος αποφασίζει να διακοπεί η ΚΑΡΠΑ; | Ο γιατρός                                   | 80(43,7)         |
|                                       | Ο/Η νοσηλεύτης-τρια / παραϊατρικό προσωπικό | 0 (0)            |
|                                       | Η ομάδα αναζωογόνησης                       | 103 (56,3)       |
|                                       | <b>Σύνολο</b>                               | <b>183 (100)</b> |

όπου διαφωνήσατε για το αν θα πρέπει ή όχι να εφαρμοστεί ΚΑΡΠΑ;», το 61,2% (N=112) απάντησε θετικά και το 52,6% (N=61), θεώρησε ότι δεν ελήφθη η βέλτιστη απόφαση για τον ασθενή (Πίνακας 3).

|   |               | N (%)            |
|---|---------------|------------------|
| Έχετε βρεθεί ποτέ σε κατάσταση όπου υπήρξε διαφωνία σχετικά με το αν θα πρέπει ή όχι να γίνει έναρξη ΚΑΡΠΑ; | Όχι           | 67 (36,6)        |
|   | Ναι           | 116 (63,4)       |
|   | <b>Σύνολο</b> | <b>183 (100)</b> |
| Εάν ναι, σε αυτήν την περίπτωση θεωρείται ότι ελήφθη τελικά η βέλτιστη απόφαση;                             | Όχι           | 61 (52,6)        |
|   | Ναι           | 55 (47,4)        |
|   | <b>Σύνολο</b> | <b>116 (100)</b> |

Το 42,1% (N=77) απάντησε «Δεν είμαι σίγουρος» ως προς το εάν η μη έναρξη ΚΑΡΠΑ, όταν είναι μάταιη, αποτελεί ποινικό αδίκημα. Από την άλλη πλευρά, το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων, 64,4% (N=118), που αφορούσε στην ταύτιση με την επιθυμία του ασθενούς να μην λάβει καμία θεραπεία όπως ΚΑΡΠΑ, ήταν «Συμφωνώ» και «Συμφωνώ απόλυτα». Τέλος, με σχεδόν απόλυτη πλειοψηφία στην ερώτηση «Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει πάντα να γνωρίζουν τις πρόσφατες οδηγίες για την ΚΑΡΠΑ», το 95,1% (N=174), απάντησε «Συμφωνώ» και «Συμφωνώ απόλυτα». Στην ερώτηση «Είμαι σε θέση να διακρίνω πότε μια αναζωογόνηση είναι μάταιη ώστε να μπορώ να ανταποκριθώ ανάλογα, είτε σταματώντας την ΚΑΡΠΑ είτε μη ξεκινώντας την»,

**Πίνακας 4.**

**Κατανομή πληθυσμού μελέτης στην ερώτηση « Τελικά, πόσο πιθανό είναι να εμπλακείτε άμεσα και ενεργά σε ΚΑΡΠΑ, σε έναν ασθενή που έχει χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης ή επιθυμεί να μην αναζωογονηθεί;»**

| N(%) | ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ | ΣΥΜΦΩΝΩ    | ΔΕΝ ΕΙΜΑΙ ΣΙΓΟΥΡΟΣ | ΔΙΑΦΩΝΩ | ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ |
|------|-----------------|------------|--------------------|---------|-----------------|
|      | 46 (25,1)       | 106 (57,9) | 14 (7,7)           | 9 (4,9) | 8 (4,4)         |

το μεγαλύτερο συνολικό ποσοστό 59% (N=108) απάντησε «Συμφωνώ» και «Συμφωνώ απόλυτα».

Στην ερώτηση «Η έλλειψη συγκεκριμένων πρωτοκόλλων για την έναρξη ή μη της ΚΑΡΠΑ με θέτει πάντα σε δίλημμα, σε περιπτώσεις όπου οι ασθενείς δεν έχουν προσδόκιμο επιβίωσης ή που οι ίδιοι δεν επιθυμούν να αναζωογονηθούν» το μεγαλύτερο ποσοστό 62,3% (N=114 ) απάντησε «Συμφωνώ» και «Συμφωνώ απόλυτα». Το 67,8% (N=124) μπορεί να αντιληφθεί τότε χρειάζεται να ξεκινήσει ΚΑΡΠΑ στο εργασιακό του περιβάλλον και εκτός αυτού και ταυτόχρονα να αντιληφθεί τότε η προσπάθεια θεωρείται μάταιη. Τέλος, το 83% θα συμμετείχε σε ΚΑΡΠΑ σε έναν ασθενή που έχει χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης ή επιθυμεί να μην αναζωογονηθεί (**Πίνακας 4**).

## Συζήτηση

Ένα από τα σημαντικά ευρήματα της μελέτης ήταν ότι ένα μεγάλο ποσοστό επαγγελματιών υγείας δεν κατανοούσε τον όρο DNAR και αν προβλέπεται στην ελληνική νομοθεσία. Το 72,1% απάντησε ότι θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι επιθυμίες του ασθενούς ή/και του συγγενή. Μια παρόμοια μελέτη σε 519 ιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης και νοσηλευτές νοσοκομείων έδειξε ότι το 30% και το 26,8% αντίστοιχα, δεν κατανοούσαν πλήρως τον όρο DNAR και ένιωθαν ότι θα έπρεπε να απέχουν από κάθε κλινική πρακτική.<sup>12</sup>

Ο ρόλος της εκπαίδευσης στην ΚΑΡΠΑ είναι σημαντικός και τα κενά εκπαίδευσης στην Ελλάδα έχουν επισημανθεί από προηγούμενη μελέτη, η οποία διεξήχθη σε 134 γιατρούς και 82 νοσηλευτές και τόνισε ότι υπήρχαν κενά γνώσης στις κατευθυντήριες γραμμές BLS και ALS, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό νοσηλευτών είχε παρακολουθήσει το σεμινάριο ALS.<sup>13</sup> Από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, όσοι εργάζονταν σε τμήματα με υψηλό κίνδυνο καρδιακής ανακοπής είχαν επίσης υψηλότερη βαθμολογία στις

θεωρητικές γνώσεις από όσους εργάζονταν σε τμήματα με χαμηλότερο κίνδυνο. Τα παραπάνω ευρήματα συμφωνούν με την παρούσα μελέτη, όπου υπήρχαν εκπαιδευτικά ελλείμματα όσον αφορά τις κατευθυντήριες γραμμές για την εφαρμογή της ΚΑΡΠΑ, με το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων να έχει το πιστοποιητικό BLS και πολύ λιγότερο το ILS και το ALS. Επίσης, όσοι είχαν οποιαδήποτε από τις τρεις πιστοποιήσεις ήταν σε θέση να αντιληφθούν καλύτερα τότε μια προσπάθεια αναζωογόνησης είναι μάταιη.

Τέλος, διαπιστώθηκε ότι η πλειοψηφία των εργαζομένων στον τομέα της υγείας ξεκινά την ΚΑΡΠΑ ακόμα και αν αυτή κριθεί μάταιη, λόγω του φόβου της ποινικής ευθύνης και της μη ύπαρξης νομικού πλαισίου, εφαρμόζοντας πιστά τον αλγόριθμο, ανεξάρτητα από τη ματαιότητα του εγχειρήματος. Αρκετοί επαγγελματίες υγείας δεν ήταν σίγουροι εάν η μη έναρξη ΚΑΡΠΑ όταν κρίθηκε μάταιη, συνιστούσε ποινικό αδίκημα, ενώ η πλειοψηφία συμφώνησε ότι θα πρέπει να υπάρχει ταύτιση με την επιθυμία του ασθενούς να μην λάβει θεραπεία, όπως η ΚΑΡΠΑ, γεγονότα που από μόνα τους πιθανότατα προκαλούν περισσότερο άγχος και ψυχολογική πίεση στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας.

Σχεδόν όλοι συμφώνησαν ότι οι επαγγελματίες υγείας, θα πρέπει να γνωρίζουν τις πιο πρόσφατες οδηγίες και ότι η εμπειρία από τη συμμετοχή στην ομάδα ΚΑΡΠΑ μπορεί να βοηθήσει στη διαχείριση της καρδιακής ανακοπής. Η ηθική ικανοποίηση, την οποία πιθανώς αποκομίζουν λόγω της εμπειρίας και του γνωστικού υποβάθρου στην ΚΑΡΠΑ, αντικατοπτρίζεται στο γεγονός ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι υγείας συμφώνησαν ότι η συμμετοχή τους στην ομάδα αναζωογόνησης τους βοήθησε να γνωρίζουν καλά τον αλγόριθμο, ενώ παράλληλα μπορούν να διακρίνουν τότε η ΚΑΡΠΑ δεν έχει λόγο να συνεχιστεί ή να ξεκινήσει. Εμπόδια, όπως η έλλειψη πρωτοκόλλων για τη μη έναρξη ΚΑΡΠΑ σε

περιπτώσεις ασθενών που δεν επιθυμούν να αναζωογονηθούν ή έχουν χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης λόγω νόσου τελικού σταδίου, θέτουν τους επαγγελματίες υγείας σε δίλημμα. Παρόλο που οι περισσότεροι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να αναγνωρίσουν, εντός και εκτός εργασιακού περιβάλλοντος, πότε χρειάζεται ΚΑΡΠΑ και πότε είναι μάταιη, θα εφαρμόζαν ΚΑΡΠΑ σε έναν ασθενή που δεν έχει προσδόκιμο ή επιθυμεί να μην αναζωογονηθεί, προφανώς λόγω της έλλειψης νομικού πλαισίου και συγκεκριμένων πρωτοκόλλων DNAR στην Ελλάδα.

## Συμπεράσματα

Η εφαρμογή της ΚΑΡΠΑ από επαγγελματίες υγείας αποτελεί μια συνήθη κλινική πρακτική για την οποία οι επαγγελματίες υγείας σε όλα τα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να είναι πλήρως εκπαιδευμένοι και εξειδικευμένοι. Η παρούσα μελέτη, που διεξήχθη σε τέσσερα τριτοβάθμια νοσοκομεία και το ΕΚΑΒ, έδειξε ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι επαρκώς εκπαιδευμένοι στην ΚΑΡΠΑ. Η συνεχής ενημέρωση μέσω των κατευθυντήριων γραμμών του ERC, οι οποίες ενημερώνονται περίπου κάθε 5 χρόνια, είναι απαραίτητη. Ένας σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται με την ΚΑΡΠΑ είναι ο όρος DNAR, ο οποίος δεν κατοχυρώνεται στην ελληνική νομοθεσία, ενώ πολλοί επαγγελματίες υγείας δεν τον γνωρίζουν. Ως εκ τούτου, θεωρείται απαραίτητη η δημιουργία ενός νομικού πλαισίου, όπως συμβαίνει σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, ώστε η ομάδα ΚΑΡΠΑ να μπορεί να λάβει απόφαση DNAR και ο ασθενής να έχει το δικαίωμα σε έναν αξιοπρεπή θάνατο. Επίσης, θα πρέπει να υπάρχουν περισσότερες μελέτες, αλλά και συγκεκριμένοι κανόνες για το πότε η αναζωογόνηση ενός ασθενούς θεωρείται μάταιη, ώστε να μην υπάρχουν αμφιβολίες εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας και ηθικά διλήμματα. Τέλος, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να εκπαιδεύονται συνεχώς και οι υγειονομικές αρχές θα πρέπει να εισάγουν υποχρεωτικά προγράμματα εκπαίδευσης στην αναζωογόνηση και στο νομικό πλαίσιο που τη διέπει.

## Βιβλιογραφία

1. Gräsner JT, Herlitz J, Tjelmeland IBM, et al. European resuscitation council guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in europe. *Resuscitation*. 2021;161:61-79.
2. Meaney PA, Bobrow BJ, Mancini ME, et al. Cardiopulmonary resuscitation quality: [corrected] improving cardiac resuscitation outcomes both inside and outside the hospital: A consensus statement from the american heart association. *Circulation*. 2013;128:417-435.
3. Larsen MP, Eisenberg MS, Cummins RO, et al. Predicting survival from out-of-hospital cardiac arrest: A graphic model. *Annals of emergency medicine*. 1993;22:1652-1658.
4. Ibrahim WH. Recent advances and controversies in adult cardiopulmonary resuscitation. *Postgraduate medical journal*. 2007;83:649-654.
5. Monsieurs KG, Nolan JP, Bossaert LL, et al. European resuscitation council guidelines for resuscitation 2015: Section 1. Executive summary. *Resuscitation*. 2015;95:1-80.
6. Perkins GD, Graesner JT, Semeraro F, et al. European resuscitation council guidelines 2021: Executive summary. *Resuscitation*. 2021;161:1-60.
7. Eroglu SE, Onur O, Urgan O, et al. Blue code: Is it a real emergency? *World journal of emergency medicine*. 2014;5:20-23.
8. Tomas N, Kachekele ZA. Nurses' knowledge, attitudes, and practice of cardiopulmonary resuscitation at a selected training hospital in namibia: A cross-sectional survey. *SAGE open nursing*. 2023;9:23779608231216809.
9. Matsuyama T, Scapigliati A, Pellis T, et al. Willingness to perform bystander cardiopulmonary resuscitation: A scoping review. *Resuscitation plus*. 2020;4:100043.
10. Gibbs AJO, Malyon AC, Fritz ZBM. Themes and variations: An exploratory international investigation into resuscitation decision-making. *Resuscitation*. 2016;103:75-81.
11. Perkins GD, Griffiths F, Slowther AM, et al. Health services and delivery research. Do-not-attempt-cardiopulmonary-resuscitation decisions: An evidence synthesis. Southampton (UK) do-not-attempt-cardiopulmonary-resuscitation decisions across health-care setting. There were deficiencies in considering, discussing and implementing the de-

cision, as well as unintended consequences of DNACPR decisions being made on other aspects of patient care.: NIHR Journals Library.

12. O'Brien H, Scarlett S, Brady A, et al. 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*. 2018;44(3), 201-203.
13. Passali C, Pantazopoulos I, Dontas I, et al. Evaluation of nurses' and doctors' knowledge of basic & advanced life support resuscitation guidelines. *Nurse Educ Pract*. 2011 Nov;11(6):365-9.