ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
σε συνεργασία με
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

"ΕΝΥΔΑΤΩΣΗ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ"

υπό

ΓΚΙΑΤΑ ΘΕΟΔΩΡΟΥ

Νοσηλευτή

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Δεοντολογία και Ηθική στις Βιοϊατρικές Επιστήμες»

Λάρισα, 2024

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

Επιβλέπουσα: *Ιωάννα Παπαθανασίου, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. *Ιωάννα Παπαθανασίου, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας – Επιβλέπουσα*
2. *Μαρία Μαλλιαρού, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας – Μέλος*
3. *Άννα Μαυροφόρου, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας – Μέλος*

Τίτλος εργασίας στα αγγλικά:

“Hydration at the end of life”

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Το να ολοκληρώσω το εν λόγω Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών και να υλοποιήσω την Διπλωματική μου εργασία ήταν ένα προσωπικό στοίχημα που επετεύχθη. Θα ήθελα από καρδιάς να ευχαριστήσω την επιβλέπουσά μου καθηγήτρια κα Ιωάννα Παπαθανασίου για την καίρια συμμετοχή, βοήθεια και καθοδήγησή της καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας συγγραφής καθώς και την αγαπητή μου σύζυγο και τα παιδιά μας για την αμέριστη υποστήριξη και βοήθειά τους όλον αυτόν τον καιρό.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ 1

1.1 Δομή εργασίας 1

1.2 Συγκείμενο παρούσας μελέτης 1

2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ 4

2.1 Ενυδάτωση – ορισμός & τι συνεπάγεται 4

2.2 Ιστορική αναδρομή της συζήτησης περί ενυδάτωσης ή μη, σε τελευταίων σταδίων ασθενείς 4

2.3 Βιοηθική και οι βασικές της αρχές 6

3. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ 10

4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ 11

4.1 Τύπος μεθοδολογίας 11

4.2 Μεθοδολογική προσέγγιση εργασίας 11

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ 14

5.1 Συζήτηση με έμφαση στις 4 αρχές βιοηθικής 28

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 35

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ 40

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1: Ειδικά θέματα για τι ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής (Καρυωτάκη, 2010, σ. 32-33) 9

Εικόνα 2: Flowchart (Διάγραμμα ροής – ίδια επεξεργασία) 13

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1: Συγκεντρωτικά στοιχεία των ερευνών που αναλύθηκαν στην παρούσα εργασία (ίδια επεξεργασία) 20

Πίνακας 2: Συνέπειες τεχνητής ενυδάτωσης – Ίδια επεξεργασία / μετάφραση πρωτοτύπου (Πηγή: Pinho-Reis et al., 2018, p. 39) 33

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η ενυδάτωση (όπως και η σίτιση) των ασθενών και δη αυτών που βρίσκονται σε τελικό στάδιο αποτελεί ένα πολύ σημαντικό ζήτημα για πολλούς επαγγελματίες υγείας, και όχι μόνο, που εμπλέκονται στην παροχή φροντίδας υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές, οικογένεια – φροντιστές) και για τον ίδιο τον ασθενή. Η ενυδάτωση όταν δεν γίνεται από το στόμα, συνήθως επιτυγχάνεται μέσω ρινογαστρικού σωλήνα, είτε ενδοφλεβίως. Από το ζήτημα αυτό πηγάζουν πολλά βιοηθικά ζητήματα, κατά πόσο και μέχρι πότε πρέπει να υφίσταται και να παρέχεται, εάν τελικά βοηθά τον ασθενή ή παρατείνει το τέλος της ζωής χωρίς να δίνεται η δέουσα σημασία στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, και εάν καταπατώνται με την παράταση αυτή βασικές προσωπικές ελευθερίες και βιοηθικές αρχές. Κύριες βιοηθικές αρχές λογίζονται η αυτονομία, η δικαιοσύνη, το μη-βλάπτειν και ωφελέειν.

Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα: Σκοπός της εν λόγω μελέτης είναι να γίνει μια βιβλιογραφική έρευνα που να σχετίζεται με την τεχνητή διατροφή και πιο συγκεκριμένα με την τεχνητή ενυδάτωση, στο τέλος της ζωής του ασθενούς, ασχέτως νοσήματος και άλλων δημογραφικών χαρακτηριστικών (ηλικία, φυλή, φύλο, θρησκευτικές πεποιθήσεις). Όλη η εν λόγω έρευνα πραγματοποιήθηκε υπό το πρίσμα της Βιοηθικής και των αρχών που την απαρτίζουν. Ο σκοπός αυτός δύναται να επιμεριστεί στους εξής ερευνητικούς στόχους: i) Υπάρχει επαρκής έρευνα πάνω στα οφέλη ή/και στις πιθανές βλάβες που επιφέρει η τεχνητή ενυδάτωση; (ii) Ποιος είναι τελικά αυτός (από τα ενδιαφερόμενα μέρη) που παίρνει την τελική απόφαση για τον εάν ο ασθενής στο τέλος της ζωής του θα συνεχίσει να λαμβάνει τεχνητή ενυδάτωση; (iii) Ποιο είναι το σημείο στο οποίο συγκλίνουν και συμφωνούν όλες οι έρευνες ανεξαιρέτως;

Μεθοδολογία: Η εργασία βασίζεται στην ποιοτική μεθοδολογία και δεν ακολουθεί πρωτογενή ή/και ποσοτική μεθοδολογία. Αφορά μια βιβλιογραφική ανασκόπηση δέκα (10) σημαντικών ερευνών, με μια πιο συστηματική προσέγγιση των πέντε (5) εκείνων ερευνών, των οποίων τα στοιχεία βοηθούν στην καλύτερη ικανοποίηση των κριτηρίων εισόδου αλλά και των ερευνητικών στόχων που ετέθησαν εξ αρχής. Πραγματοποιήθηκε εκ βάθους διερεύνηση στις εξής βάσεις δεδομένων: Prospero, Google Scholar και PubMed. Καθορίστηκαν και χρησιμοποιήθηκαν λέξεις-κλειδιά όπως π.χ. στα Ελληνικά: «Ενυδάτωση ασθενών» ΚΑΙ («στο τέλος της ζωής» Ή «από 2010 μέχρι 2023» Ή «παρηγορική φροντίδα» Ή «νοσοκομειακή φροντίδα» Ή «βιοηθική» Ή «θέματα βιοηθικής» Ή «αρχές βιοηθικής). Στα Αγγλικά: “Patients’ hydration” AND (“at the end of life” OR “from 2010 to 2023” OR “palliative care” OR “hospice care” OR “bioethics” OR “bioethical issues” OR “bioethical principles”).

Συμπεράσματα: Έχουν γίνει σημαντικές έρευνες την τελευταία 20ετία στα οφέλη και τις βλάβες που μπορεί να προκαλέσει η τεχνητή ενυδάτωση, αλλά δεν υπάρχουν επαρκή αποτελέσματα για να στηριχτεί η τελική απόφαση για το εάν τελικά ωφελεί περισσότερο παρά βλάπτει όπως και το ποιος τελικά (πρέπει) να παίρνει την τελική απόφαση για χορήγησή της ή παύση της. Το σημείο στο οποίο συγκλίνουν όλες οι έρευνες ανεξαιρέτως είναι ότι πρέπει ο ιατρός να εξετάζει κάθε περίπτωση μεμονωμένα καθότι και μοναδική.

Λέξεις – κλειδιά: ενυδάτωση στο τέλος της ζωής, παρηγορική φροντίδα, βιοηθική, αρχή της αυτονομίας, αρχή της μη βλάβης, αρχή της ωφέλειας, αρχή της δικαιοσύνης.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

ABSTRACT

Introduction: Hydration (as well as feeding) of patients and especially those in the final stage is a very important issue for many health professionals (and other stakeholders) involved in the provision of health care (doctors, nurses, family – carers) and for the patients themselves. Hydration when not done orally, is usually achieved through a nasogastric tube, or intravenously. From this issue arise many bioethical questions, whether and until when it should be provided, whether it ultimately helps the patient or prolongs the end of life without paying attention to the health-related quality of life, and whether this prolongation tramples on basic personal liberties and bioethical principles. The main bioethical principles are autonomy, justice, non-maleficence and beneficence.

Purpose and research questions: The aim of this study is to conduct a literature research related to artificial nutrition and more specifically to artificial hydration, at the end of the patient's life, regardless of disease and other demographic characteristics (age, race, gender, religious beliefs). All of this research was carried out in the light of Bioethics and its constituent principles. This aim is divided in the following research questions: i) Is there sufficient research into the benefits and/or potential harms of artificial hydration? (ii) Who ultimately makes the final decision as to whether the patient at the end of life will continue to receive artificial hydration? (iii) What is the point at which all researches without exception converge and agree upon?

Methodology: The study is based on qualitative methodology and does not follow primary and / or quantitative one. It regards a Literature Review of ten (10) important surveys, with a more systematic review of the five (5) of those surveys, whose data help to better meet the entrance criteria and the research objectives set from the beginning. An in-depth investigation was carried out in the following databases: Prospero, Google Scholar and PubMed. Keywords were defined and used such as: “Patients’ hydration” AND (“at the end of life” OR “from 2010 to 2023” OR “palliative care” OR “hospice care” OR “bioethics” OR “bioethical issues” OR “bioethical principles”).

Conclusions: There has been considerable research over the past 20 years into the benefits and harms that artificial hydration can cause, but there are insufficient results to support the final decision as to whether it ultimately benefits more than harms, as well as who should make the final decision to give it or stop it. The point at which all researches converge without exception is that the doctor should examine each case individually since it is unique.

Keywords: Hydration at the end of life, palliative care, bioethics, principle of autonomy, principle of non-maleficence, principle of beneficence, principle of justice.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Δομή εργασίας

Το πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας είναι η Εισαγωγή, στην οποία δίνονται το συγκείμενο και βασικό πλαίσιο της εργασίας, έπεται η Βιβλιογραφική Ανασκόπηση, ένα σημαντικό κεφάλαιο όπου παρατίθενται χρήσιμες πληροφορίες γύρω από την τεχνητή ενυδάτωση στο τέλος της ζωής αλλά και στις αρχές της Βιοηθικής που διέπουν σε μεγάλο βαθμό στην ανάλυση του θέματος. Ως τρίτο κεφάλαιο – και το πιο συνοπτικό – είναι αυτό της παρουσίασης του λόγου συγγραφής της εργασίας μαζί με τους κύριους ερευνητικούς της στόχους. Ακολουθεί το κεφάλαιο της Μεθοδολογίας στο οποίο αναγράφεται η πλήρης ανάλυση του τρόπου σχεδιασμού και υλοποίησης της παρούσας ανασκοπικής μελέτης, καθώς και η παρουσίαση των βασικών πέντε (5) μελετών / ερευνών που ανακτήθηκαν από τη βιβλιογραφική αναζήτηση. Τέταρτο κεφάλαιο είναι η Συζήτηση, όπου δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στις πέντε (5) προαναφερθείσες μελέτες με αποτύπωση των πιο κομβικών τους σημείων αλλά και σε άλλες πέντε (5) που χρησιμοποιήθηκαν ως βάση για τη στήριξη της επιχειρηματολογίας και έδωσαν πολλές πληροφορίες για την υλοποίηση της εργασίας. Τέλος, παρατίθενται τα Συμπεράσματα με την παράθεση προτάσεων που διαφαίνονται ως εξαιρετικά χρήσιμες για τους εκάστοτε θεράποντες ιατρούς, ασχέτως νοσήματος του ασθενούς.

1.2 Συγκείμενο παρούσας μελέτης

Μέσα από τις εξελίξεις που έχουν σημειωθεί στις επιστήμες υγείας και την πρόοδο στον τομέα της Υγείας, με έμφαση στην ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας, είναι πλέον εφικτή η παράταση του προσδόκιμου της ζωής, ενώ ενισχυμένη είναι και η προοπτική της επιβίωσης. Καθώς νοσήματα τα οποία θεωρούνταν οξεία ή καλπάζοντα έχουν πια μετατραπεί σε χρόνια ή η εξέλιξή τους έχει επιβραδυνθεί, κάποιες καταστάσεις έχουν καταστεί πολύπλοκες και αναμφίβολα τόσο ο ανοικτός διάλογος σχετικά με το τέλος της ζωής όσο και η λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με αυτό έχουν τεθεί σε επαναπροσδιορισμό (Συμβούλιο της Ευρώπης, 2014).

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

Η ενυδάτωση (όπως και η σίτιση) των ασθενών και δη αυτών που βρίσκονται σε τελικό στάδιο αποτελεί ένα πολύ σημαντικό ζήτημα για πολλούς επαγγελματίες υγείας, και όχι μόνο, που εμπλέκονται στην παροχή φροντίδας υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές, οικογένεια – φροντιστές) και για τον ίδιο τον ασθενή. Κατά κύριο λόγο στις περισσότερες έρευνες όταν γίνεται λόγος για ασθενείς τελικού σταδίου εννοούνται οι πάσχοντες από διάφορες μορφές καρκίνου, αλλά και κίρρωσης του ήπατος, δεν θα γίνει όμως, επί της παρούσης, εστίαση σε συγκεκριμένη πάθηση αλλά προσπάθεια σφαιρικής κάλυψης όλων των βαρέως πασχόντων και της ενυδάτωσής τους στο τέλος της ζωής τους. Η ενυδάτωση όταν δεν γίνεται από το στόμα, συνήθως επιτυγχάνεται μέσω ρινογαστρικού σωλήνα, είτε ενδοφλεβίως.

Από το ζήτημα αυτό πηγάζουν πολλά βιοηθικά ζητήματα, κατά πόσο και μέχρι πότε πρέπει να υφίσταται και να παρέχεται, εάν τελικά βοηθά τον ασθενή ή παρατείνει το τέλος της ζωής χωρίς να δίνεται η δέουσα σημασία στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, και εάν καταπατώνται με την παράταση αυτή βασικές προσωπικές ελευθερίες και βιοηθικές αρχές. Κύριες βιοηθικές αρχές λογίζονται η αυτονομία, η δικαιοσύνη, το μη-βλάπτειν και ωφελέειν.

Όσον αφορά το τέλος της ζωής αλλά και τα όποια ζητήματα αναδεικνύονται συναρτήσει της αξιοπρέπειας του ατόμου στο συγκεκριμένο πλαίσιο αποτελούν αντικείμενο ενδιαφέροντος του Συμβουλίου της Ευρώπης και των μελών του, ανεξαρτήτως των διαφορών που εντοπίζονται σε κοινωνικό και πολιτισμικό επίπεδο ως προς την προσέγγισή τους. Η Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών και ιδιαίτερα η Σύμβαση για την προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων θέτουν συγκεκριμένες αρχές σχετικά με την αξιοπρέπεια του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της Ιατρικής και της Βιολογίας, με αποτέλεσμα να υπάρχει πλέον ένα πλαίσιο αναφοράς σε ηθικό και νομικό επίπεδο, βάσει του οποίου τα κράτη-μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης αναζητούν κοινό τόπο και εναρμονισμένες απαντήσεις σε ερωτήματα που αναδεικνύονται μέσα από την κοινωνία, αποσκοπώντας στη διασφάλιση της προστασίας αυτής της αξιοπρέπειας. Οι εν λόγω διατάξεις, ούσες προϊόντα υιοθέτησης κοινών αξιών, έχουν τη δυνατότητα εφαρμογής σε καταστάσεις που σχετίζονται με το τέλος της ζωής, η αντιμετώπιση των οποίων συντελείται μέσω της ιατρικής φροντίδας και των υγειονομικών συστημάτων (Συμβούλιο της Ευρώπης, 2014).

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

Στα προαναφερθέντα καλείται η παρούσα Μεταπτυχιακή Διατριβή να εστιάσει καθώς και στο ότι καλό είναι η ενυδάτωση (ή η διακοπή αυτής), ως πρακτική στους ασθενείς της ΜΕΘ – τελικού σταδίου, να μην συγχέεται με την έννοια της ευθανασίας, από τη στιγμή που αποτελούν δύο ξέχωρες και διαφορετικής υπόστασης πρακτικές. Η μεθοδολογία που θα ακολουθηθεί θα αφορά συστηματική ανασκόπηση του θέματος, με επικέντρωση σε σημαντικές έρευνες και στα συμπεράσματα αυτών, με έρευνα σε μεταπτυχιακές και διδακτορικές διατριβές, στο PubMed, στο Google Scholar, στο Prospero, καθώς και σε διάφορα διαδικτυακά ιατρικά περιοδικά.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

2.1 Ενυδάτωση – ορισμός & τι συνεπάγεται

Η τεχνητή ενυδάτωση (Artificial Hydration – AH) είναι όρος που χρησιμοποιείται για την παροχή ενυδάτωσης σε ασθενείς που αδυνατούν να την προσλάβουν από το στόμα, κατά κανόνα χορηγούμενης ενδοφλεβίως ή υποδόρια. Η χρήση της τεχνητής ενυδάτωσης στο πλαίσιο της παρηγορικής φροντίδας αποτελεί πολύπλοκο, συναισθηματικό και ορισμένες φορές επίμαχο θέμα, με έντονες διαφοροποιήσεις σε πρακτικό επίπεδο (Morita et al., 2002; Lanuke & Fainsinger, 2003). Οι αποφάσεις σχετικά με την έναρξη της χορήγησης τεχνητής ενυδάτωσης λαμβάνονται στηριζόμενες μάλλον σε ανεπίσημα παρά σε επιστημονικά στοιχεία, που συχνά ερμηνεύονται μέσα από τις στάσεις των συμμετεχόντων στη λήψη αποφάσεων (Musgrave et al., 1996; Mercadante et al., 2005; Malia & Bennett, 2011).

Η τεχνητή ενυδάτωση προσφέρει σε κάποιους ασθενείς τη δυνατότητα να νιώσουν άνετα και να ανακουφιστούν από τα συμπτώματα και δυνητικά να καταπολεμήσουν τις ανησυχίες αναφορικά με την αίσθηση της δίψας (McCann et al., 1994; Ellershaw et al., 1995). Παρόλα αυτά, ενδέχεται επίσης να επιφέρει μη επιθυμητές επιπλοκές, μεταξύ άλλων κατακράτηση υγρών, αναπνευστική δυσχέρεια και κοιλιακή δυσφορία και διάταση, πέραν των κινδύνων που συνεπάγονται οι ιατρικές παρεμβάσεις, όπως για παράδειγμα η τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα (NGT) και η ανάγκη χρήσης συσκευών έγχυσης (Solomon et al., 2005; Diekema et al., 2009; Keeler, 2010; Larcher, 2013; Anderson et al., 2019).

2.2 Ιστορική αναδρομή της συζήτησης περί ενυδάτωσης ή μη, σε τελευταίων σταδίων ασθενείς

Ως και τα μέσα της δεκαετίας του 1980, η ιδέα ότι θα μπορούσαν να μην χορηγηθούν υγρά και διατροφική υποστήριξη σε ετοιμοθάνατους ασθενείς αντιμετωπιζόταν ως καταφανώς ανήθικη. Η άποψη αυτή εκφράζεται καλύτερα στον κανονισμό που πρότεινε το 1983 το Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των ΗΠΑ για τη θεραπεία των ανάπηρων νεογνών: «Η βασική παροχή τροφής, υγρών και η συνήθης νοσηλευτική φροντίδα αποτελούν περισσότερο βασικά ζητήματα για την ανθρώπινη

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

αξιοπρέπεια παρά επιλογή της ιατρικής κρίσης» (US Federal Register, 1983). Εντούτοις, μετά από σύντομο χρονικό διάστημα, η πρακτική της ανάκλησης της τεχνητής διατροφής και ενυδάτωσης από ετοιμοθάνατους ασθενείς είχε αρχίσει να τυγχάνει αυξημένης υποστήριξης και από τους θεράποντες ιατρούς και από τους ειδικούς σε θέματα βιοηθικής. Μάλιστα, το 1986 το Συμβούλιο Ηθικών και Δικαστικών Υποθέσεων διακήρυξε ότι, υπό κάποιες ελεγχόμενες συνθήκες, η ιατρική θεραπεία που παρατείνει τη ζωή, που περιλαμβάνει τη φαρμακευτική αγωγή και την παροχή τεχνητής ή τεχνολογικής αναπνοής, διατροφής ή ενυδάτωσης, δύναται είτε να διακοπεί είτε να μη χορηγηθεί (Dickey, 1986), ενώ από τη δεκαετία του 1990 παρατηρείται σχεδόν πλήρης υποστήριξη για την άποψη αυτή.

Η συζήτηση διευρύνθηκε με το ερώτημα σχετικά με το ποιες ιατρικές καταστάσεις αιτιολογούν την μη χορήγηση της διατροφής και της ενυδάτωσης. Εκτός από τους ετοιμοθάνατους ασθενείς, η εν λόγω πρακτική εφαρμόστηκε και σε όσους βρίσκονται σε μόνιμη κωματώδη κατάσταση και σε ασθενείς οι οποίοι ενδεχομένως δεν πεθαίνουν, ωστόσο η ποιότητα ζωής τους είναι υποβαθμισμένη, όπως για παράδειγμα τα ανάπηρα νεογέννητα (Rosner, 1993). Ακολούθως, υποστηρίχθηκε η μη χορήγηση των παρεντερικών υγρών και της διατροφικής υποστήριξης από ασθενείς με σοβαρή άνοια που δεν βρίσκονται σε κώμα, ακόμη και από ασθενείς με ήπια άνοια (Wanzer et al., 1984; Marcus et al., 2016).

Μέσα από μια πληθώρα άρθρων έως και σήμερα έχει επισημανθεί η σημασία που διαθέτει η τροφή, με τη συμβολική της φύση, όσον αφορά αμφότερες τη σίτιση και την ενυδάτωση στο πλαίσιο νοσημάτων που βρίσκονται σε τελικό στάδιο (McInerney, 1992). Οι Scanlon και Fleming (1989) επισημαίνουν στο συγκεκριμένο άρθρο τους αυτή τη φύση της τροφής, εστιάζοντας στην υπέρβαση των παρεχόμενων από αυτή σωματικών οφελών. Οι Beauchamp και Childress (2001) επεσήμαναν επίσης ότι τυχόν άρνηση τροφής και νερού σε οποιοδήποτε άτομο και για οποιονδήποτε λόγο αντιβαίνει εξ ολοκλήρου στην όποια ανάγκη για φροντίδα και συμπόνια προς αυτό. Σύμφωνα με τον Meilaender (1986), το είδος της φροντίδας που κάθε άτομο οφείλει να επιδεικνύει προς κάποιο άλλο περιλαμβάνει απαρεγκλίτως την παροχή τροφής και υγρών προς αυτό, ενώ για τον Green (1984), η προσφορά τροφής και νερού σε όποιον έχει την ανάγκη αυτών είναι ευθέως συνδεδεμένη με τη ζωή αυτή καθαυτή. Τέλος, σύμφωνα με τον Conelly (1989), υπάρχει η πιθανότητα η επιβίωση αυτή καθαυτή να στηρίζεται στην καλλιέργεια των βασικών

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

συναισθημάτων, ενισχυόμενων από την προσφορά τροφής και νερού αναλόγως των υπαρχουσών αναγκών.

Στο πεδίο της Ιατρικής, η ηθική και η δεοντολογία που σχετίζεται με την απόφαση σίτισης και ενυδάτωσης με τεχνητό τρόπο είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τον σεβασμό των σωματικών αναγκών κάθε ασθενούς ατομικά, αλλά και με την επιθυμία του ίδιου, ιδιαιτέρως σε περίπτωση που η επιλογή αυτή του ασθενούς πραγματοποιείται όντας εν γνώσει της κατάστασής του (MacDonald & Fainsinger, 1996). Συμπερασματικά, στο πλαίσιο της παρηγορικής θεραπείας η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς που νοσεί από ασθένεια τελικού σταδίου είναι αυτοσκοπός (Καρυωτάκη, 2010).

2.3 Βιοηθική και οι βασικές της αρχές

Ο ορισμός για την έννοια της βιοηθικής αναφέρει ότι πρόκειται για εκείνη την ηθική η οποία χαρακτηρίζει και υιοθετείται για τη διαχείριση της ζωής ενός ατόμου, η οποία με τη σειρά της γίνεται αντιληπτή ως βιολογικό φαινόμενο. Η συζήτηση σχετικά με τη βιοηθική αρχίζει περίπου ανάμεσα στα τελευταία έτη της δεκαετίας του 1960 και στα πρώτα αυτής του 1970, ως αποτέλεσμα της ανάγκης ρύθμισης ζητημάτων που αφορούν στην παραβίαση των δικαιωμάτων του ανθρώπου κατά τη διεξαγωγή ιατρικής έρευνας, στις σχέσεις ανάμεσα στους ασθενείς και το ιατρικό προσωπικό όπως επίσης και στην ανάπτυξη της Βιοϊατρικής ως ξεχωριστού κλάδου. Η Βιοηθική εστίαζε εξ αρχής στην αντίληψη του ατόμου ως μονάδα με αρχικό της σκοπό τη διασφάλιση της αυτονομίας του. Ωστόσο, κατόπιν παρατηρήθηκε επέκταση της εφαρμογής της και στη Δημόσια Υγεία, με την επανεμφάνιση μεταδοτικών νοσημάτων να διαδραματίζει καίριο ρόλο σ’ αυτήν την εξέλιξη, λαμβάνοντας υπόψη ότι αποτελούν απειλή για την ανθρωπότητα. Επίσης, στο πλαίσιο της Δημόσιας Υγείας ανέκυψε η ανάγκη για περαιτέρω αύξηση της αποτελεσματικότητας των συλλογικών παρεμβάσεων συγκριτικά με τις ατομικές συναρτήσει της συνολικής βελτίωσης που χρήζει η υγεία των πληθυσμών (Chadwick, 2022).

Τα ηθικά ζητήματα είναι πολύπλοκα, ιδιαιτέρως σε σχέση με την ενυδάτωση των ασθενών στο τέλος της ζωής. Η διερεύνηση αυτών των ζητημάτων πραγματοποιείται συναρτήσει των τεσσάρων αρχών της Βιοηθικής, για τις οποίες κάνουν εκτενή

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

αναφορά οι Beauchamp και Childress (2001) στο βιβλίο τους με τίτλο "*Principles of biomedical ethics*", το οποίο χαρακτηρίζεται και ως «*Βίβλος*» αναφορικά με την ιατρική ηθική. Οι εν λόγω αρχές είναι οι ακόλουθες:

1. Η επίδειξη σεβασμού στην ατομική ευθύνη και την αυτονομία του ατόμου. Όσον αφορά τον σεβασμό στην αυτονομία, αυτός ξεκινά από την αναγνώριση του νόμιμου δικαιώματος και την ικανότητα που διαθέτει το άτομο για να κάνει προσωπικές επιλογές. Η εφαρμογή της αρχής της αυτονομίας επιτυγχάνεται ειδικότερα με τη δυνατότητα ελεύθερης και πληροφορημένης συγκατάθεσης, δηλαδή χωρίς να υπάρχουν ανάρμοστοι περιορισμοί ή να ασκείται πίεση, και συναρτήσει της ενδεδειγμένης ενημέρωσης αναλόγως της παρέμβασης που προτείνεται. Όσον αφορά την εν λόγω συγκατάθεση, είναι στη διακριτική ευχέρεια του ατόμου να την αποσύρει, εφόσον το επιθυμεί.

   Η αυτονομία της επιλογής του ασθενούς προϋποθέτει τη σκοπιμότητά της, ούσα ικανοποιητικά ανεπηρέαστη και στηριζόμενη στη βασική κατανόηση του υπάρχοντος προβλήματος. Αυτό που ο ιατρός πρέπει να πράξει θεωρητικά είναι η αποκάλυψη της αλήθειας στον εκάστοτε ασθενή σχετικά με το νόσημα από το οποίο πάσχει καθώς και η πληροφόρησή τους πάνω σε όλες τις δυνατότητες αντιμετώπισής του. Η αυτονομία της επιλογής αποτελεί δικαίωμα, ενώ ταυτόχρονα δεν αποτελεί υποχρέωση για τον ασθενή. Προσλαμβάνοντας την έννοια της αυτονομίας με ευρύ τρόπο διαπιστώνεται ότι από τη μία υπάρχει ελευθερία για τον ασθενή να μη δεχτεί την πληροφόρηση και από την άλλη να μην χρησιμοποιήσει τον ρόλο του στη λήψη μιας απόφασης (Beauchamp & Childress, 2001; Κρανιδιώτης και συν., 2010).

2. Η αρχή της ωφέλειας (ή του ωφελέειν): Πρόκειται για την αρχή σύμφωνα με την οποία ο ιατρός υποχρεούται να προχωρήσει σε ό,τι είναι απαραίτητο ώστε ο ασθενής να λάβει το μέγιστο δυνατό όφελος από μια ιατρική παρέμβαση. Στο πλαίσιο της εφαρμογής της εν λόγω αρχής υπάρχουν ορισμένα καθήκοντα που καλείται να επιτελέσει: i) να υπερασπιστεί τα δικαιώματα του ασθενούς, ii) να προβαίνει σε πρόληψη και θεραπεία του νοσήματος, iii) να προάγει την υγεία, iv) να συμβάλλει στη μείωση της αναπηρίας, v) να διασώζει τον ασθενή από τους κινδύνους και vi) να φροντίζει για την ελάφρυνση της

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

ταλαιπωρίας του ασθενούς σε ψυχικό και σωματικό επίπεδο (Beauchamp & Childress, 2001; Gavrin, 2007; Κρανιδιώτης και συν., 2010).

3. Η αρχή της αποφυγής πρόκλησης βλάβης (ή της μη βλάβης ή του μη βλάπτειν): Πρόκειται για την αρχή σύμφωνα με την οποία ο ιατρός υποχρεούται να καταβάλει προσπάθεια για τον περιορισμό της ζημίας από ιατρική παρέμβαση στον ασθενή σε όσο το δυνατόν περισσότερο βαθμό. Υπάρχουν κάποιες περιπτώσεις κατά τις οποίες προκύπτει το συμπέρασμα ότι η θεραπεία, ακόμη και όταν αντιμετωπίζει ένα ιατρικό πρόβλημα, δεν είναι ανάλογη των οφελών που αναμένονται από την εφαρμογή της, καθώς τόσο οι κίνδυνοι ή / και οι περιορισμοί και τα μέσα αυτής είναι μεγαλύτερα. Σε περίπτωση που η υπό συζήτηση ή η υπό εφαρμογή θεραπεία αποδεικνύεται αναποτελεσματική ή ανώφελη ή σαφώς δυσανάλογη των αναμενόμενων ωφελειών από αυτή, η όποια έναρξη ή συνέχιση της εφαρμογής της θεωρείται «θεραπευτική ή παράλογη ισχυρογνωμοσύνη». Τότε, είναι θεμιτό από πλευράς του ιατρού να λάβει την απόφαση μη εφαρμογής ή διακοπής της θεραπείας, πάντα κατόπιν συνεννόησης με τον ασθενή του.

Ωστόσο, υπάρχει ασάφεια στα μέσα μέτρησης του βαθμού όπου μια θεραπεία θεωρείται δυσανάλογη των ωφελειών της, τα οποία δύνανται να έχουν εφαρμογή κατά ατομική περίπτωση. Αν και έχουν καθιερωθεί ιατρικά κριτήρια συναρτήσει της ιατρικής που βασίζεται σε ενδείξεις, η χρήση των οποίων αφορά την εκτίμηση οφέλους και κινδύνου της θεραπείας, η απόφαση για το εάν μια θεραπεία είναι ανάλογη ή όχι εκτιμάται με βάση την συνολική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής.

4. Οι αρχές της δικαιοσύνης, της ισότητας και της ευθυδικίας: Η έννοια της ισότητας περιγράφει πρωτίστως τη μη διακριτική μεταχείριση, όπως επίσης και την αξίωση που προβάλει κάθε άτομο ώστε να έχει τη δυνατότητα να λαμβάνει και πρακτικά την όποια διαθέσιμη φροντίδα. Σύμφωνα με την αρχή αυτή, πρέπει να γίνεται κατανομή των διαθέσιμων πόρων με τον κατά δύναμη πιο δίκαιο τρόπο (αυτή είναι η έννοια της δικαιοσύνης). Είναι πλέον κοινό κτήμα το γεγονός ότι η ανακουφιστική φροντίδα συναποτελεί μαζί με άλλα τη φροντίδα υγείας. Σύμφωνα με την εισηγητική έκθεση από τη Σύσταση της Επιτροπής Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης, εν έτει 2003, οι ιατροί

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

δεν έχουν την υποχρέωση συνέχισης της εφαρμογής μια μάταιης και επαχθούς για τον ασθενή θεραπείας όπως επίσης και ότι ο ασθενής, από την πλευρά του, έχει το δικαίωμα άρνησης υποβολής σε μια τέτοια θεραπεία. Επομένως, η ανακουφιστική φροντίδα αποσκοπεί στην παροχή της βέλτιστης δυνατής ποιότητας ζωής προς στους ασθενείς (Beauchamp & Childress, 2001; Συμβούλιο της Ευρώπης, 2014).

Στην Ελλάδα σε σχέση με την ενυδάτωση στο τέλος της ζωής, στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελλάδος υπάρχει στο Θ΄ Κεφάλαιο, το Άρθρο 29, το οποίο πραγματεύεται Ειδικά Θέματα και εστιάζει στις αποφάσεις των ιατρών στο τέλος της ζωής του ασθενούς, όπου τονίζεται τι οφείλει ο ιατρός να γνωρίζει και να πράττει. Πιο λεπτομερώς, το εν λόγω άρθρο παρατίθεται στην παρακάτω **Εικόνα (1)** (Καρυωτάκη, 2010):

Τεύχος Πρώτο Αρ. Φύλλου 287, 28 Νοεμβρίου 2005

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Θ΄

ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Άρθρο 29

Ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής

1. Ο ιατρός, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό της στάδιο, ακόμη και αν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή. Του προσφέρει παρηγορητική αγωγή και συνεργάζεται με τους οικείους του ασθενή προς αυτήν την κατεύθυνση. Σε κάθε περίπτωση, συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του και φροντίζει ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπειά του μέχρι το σημείο αυτό.

2. Ο ιατρός λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής, ακόμη και αν, κατά το χρόνο της επέμβασης, ο ασθενής δεν είναι σε θέση να τις επαναλάβει.

3. Ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενή να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου.

Εικόνα 1: Ειδικά θέματα για τι ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής (Καρυωτάκη, 2010, σ. 32-33)

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

3. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Κύριος *σκοπός* της εν λόγω μελέτης ήταν να γίνει μια βιβλιογραφική έρευνα που να σχετίζεται με την τεχνητή διατροφή και πιο συγκεκριμένα με την τεχνητή ενυδάτωση, στο τέλος της ζωής του ασθενούς, ασχέτως νοσήματος και άλλων δημογραφικών χαρακτηριστικών (ηλικία, φυλή, φύλο, θρησκευτικές πεποιθήσεις). Όλη η εν λόγω έρευνα πραγματοποιήθηκε υπό το πρίσμα της Βιοηθικής και των αρχών που την απαρτίζουν.

Ο σκοπός αυτός δύναται να επιμεριστεί σε ορισμένους *ερευνητικούς στόχους*, οι οποίοι έχουν ως εξής:

- Υπάρχει επαρκής έρευνα πάνω στα οφέλη ή/και στις πιθανές βλάβες που επιφέρει η τεχνητή ενυδάτωση;
- Ποιος είναι τελικά αυτός (από τα ενδιαφερόμενα μέρη) που παίρνει την τελική απόφαση για τον εάν ο ασθενής στο τέλος της ζωής του θα συνεχίσει να λαμβάνει τεχνητή ενυδάτωση;
- Ποιο είναι το σημείο στο οποίο συγκλίνουν και συμφωνούν όλες οι έρευνες ανεξαιρέτως;

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Τύπος μεθοδολογίας

Η παρούσα εργασία βασίστηκε στην ποιοτική μεθοδολογία και δεν ακολούθησε πρωτογενή ή/και ποσοτική μεθοδολογία. Αφορά περισσότερο μια βιβλιογραφική ανασκόπηση των δέκα (10) πιο σημαντικών και κατατοπιστικών ερευνών στις οποίες κατέληξε ο συγγραφέας της, με μια πιο συστηματική προσέγγιση των πέντε (5) εκείνων ερευνών, των οποίων τα στοιχεία βοήθησαν στην καλύτερη ικανοποίηση των κριτηρίων εισόδου αλλά και των ερευνητικών στόχων που ετέθησαν εξ αρχής.

4.2 Μεθοδολογική προσέγγιση εργασίας

Η εν λόγω έρευνα ακολούθησε κάποια συγκεκριμένα βήματα, πάντα σε σχέση με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με συστηματικό τρόπο. Έτσι λοιπόν, πραγματοποιήθηκαν τα παρακάτω βήματα:

- Συγκεκριμενοποίηση των κύριων στόχων της έρευνας.
- Υλοποίηση ανασκόπησης 10 ερευνών / μελετών, αμφότερων ποσοτικής και ποιοτικής μεθοδολογίας (Ίσαρη & Πουρκός, 2015; Τσιώλης, 2015). Έγινε προσπάθεια οι έρευνες αυτές να έχουν πραγματοποιηθεί σε διάστημα 13 ετών (2010 – 2023) σε αγγλικά και ελληνικά.
- Κατά την έναρξη της ανασκόπησης δεν τέθηκε κάποιος περιορισμός για την πληθυσμιακή και ηλικιακή ομάδα (δημογραφικά χαρακτηριστικά) καθώς ούτε και για το νόσημα και τη διάγνωσή του. Η έμφαση δόθηκε στον όρο «ενυδάτωση» – “hydration”.
- Έγινε τελική επιλογή **10** μελετών των οποίων το θέμα και η ανάλυση ικανοποιούσαν τα κριτήρια εισόδου που ετέθησαν εξ αρχής στην εν λόγω μελέτη (**Flowchart – Εικόνα 2**). Δόθηκε μεγαλύτερη έμφαση και μεγαλύτερο βάρος στην ανάλυση στις πέντε έρευνες εξ αυτών. Κι αυτό ήταν απαραίτητο μιας και κατά την αρχική αναζήτηση τα αποτελέσματα και στις τρεις μηχανές αναζήτησης ήταν πέραν των 352.147. Να σημειωθεί ότι και πάλι σε αρκετές έρευνες γίνεται

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

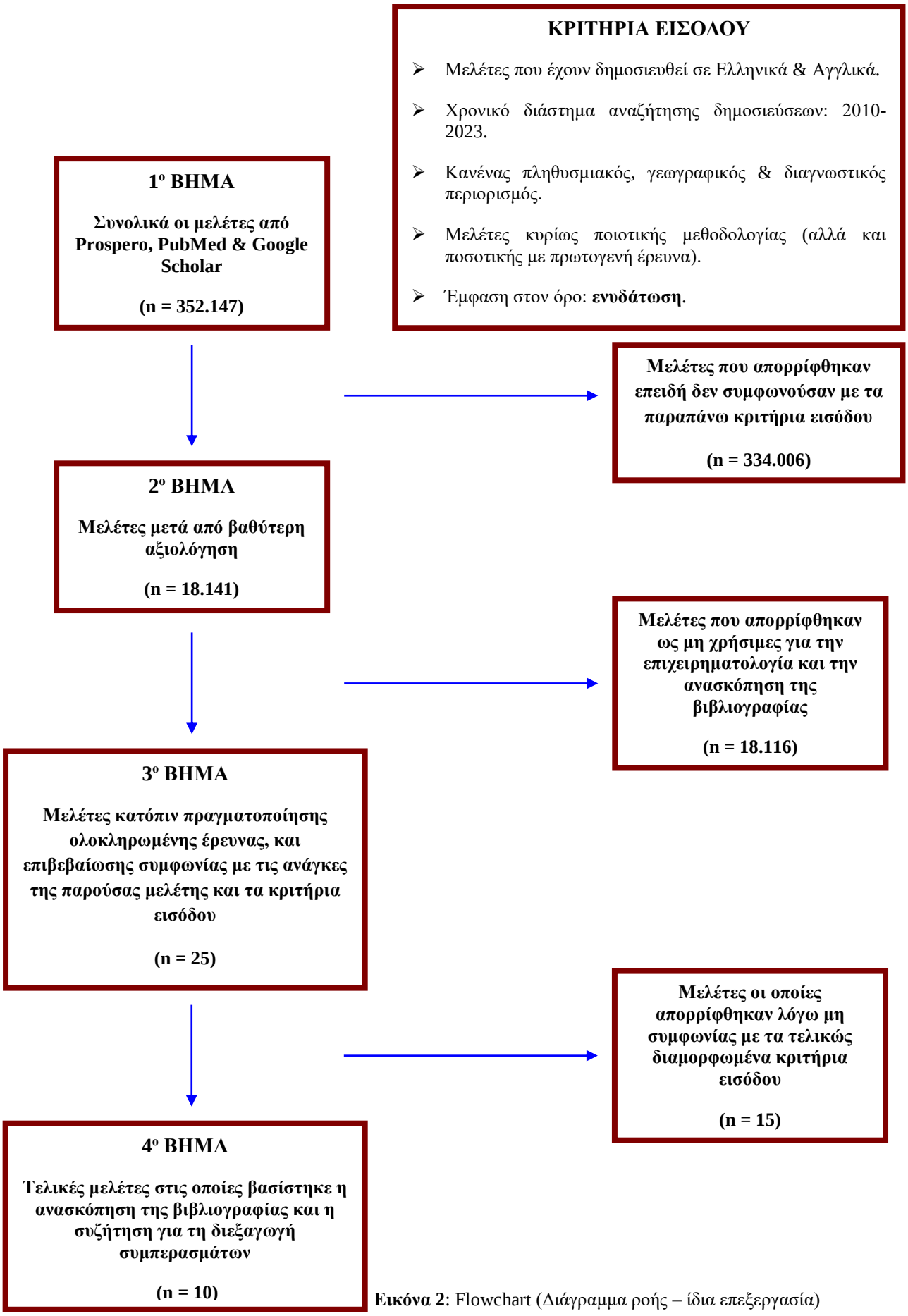
συζήτηση για «τεχνητή διατροφή», οπότε ερευνώνται και χρησιμοποιούνται αμφότεροι οι όροι «σίτιση» και «ενυδάτωση».

- Πραγματοποίηση εκ βάθους διερεύνηση σε σημαντικές βάσεις δεδομένων, όπως είναι οι Prospero, Google Scholar και PubMed. Επιμέρους αποτελέσματα σε Prospero: **353**, σε Google Scholar: **351.000** και σε PubMed: **703**. Ενώ με περαιτέρω χρήση φίλτρων όπως *ημερομηνία δημοσίευσης*, και *αναζήτηση με βάση τον τίτλο*, τα αποτελέσματα ήταν ως εξής: Prospero: **64**, Google Scholar: **17.800** και PubMed: **277**. Επιπροσθέτως, διερευνήθηκαν και ιστοσελίδες με πληθώρα διατριβών για την απόκτηση μεταπτυχιακών και διδακτορικών τίτλων σπουδών (λ.χ. Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών).

- Καθορισμός και χρήση των λέξεων-κλειδιών σε αμφότερες την ελληνική και την αγγλική γλώσσα που άπτονται του θέματος που πραγματεύεται η παρούσα εργασία. Ελληνικά: «Ενυδάτωση ασθενών» ΚΑΙ («στο τέλος της ζωής» Ή «από 2010 μέχρι 2023» Ή «παρηγορική φροντίδα» Ή «νοσοκομειακή φροντίδα» Ή «βιοηθική» Ή «θέματα βιοηθικής» Ή «αρχές βιοηθικής). Αγγλικά: “Patients’ hydration” AND (“at the end of life” OR “from 2010 to 2023” OR “palliative care” OR “hospice care” OR “bioethics” OR “bioethical issues” OR “bioethical principles”).

Τέλος, είναι σημαντικό να τονιστεί πως δεν έγινε προσπάθεια μόνο συλλογής και ανάλυσης μελετών με βάση τις προκαθορισμένες λέξεις-κλειδιά αλλά θα ακολουθήσει και συζήτηση πάνω στα ευρήματα των ανωτέρω, πάντοτε με έμφαση στη σημαντικότητα της ενυδάτωσης των ασθενών στο τέλος της ζωής τους.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38



Εικόνα 2: Flowchart (Διάγραμμα ροής – ίδια επεξεργασία)

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο απώτερος σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να πραγματοποιηθεί μια μελέτη διαφόρων ερευνών ή μελετών, σχετικά με τον περιορισμό, την παύση ή τη μη εφαρμογή της τεχνητής ενυδάτωσης κυρίως (αλλά και τροφής, μιας και συνήθως αναφέρονται και εξετάζονται μαζί), στο τέλος της ζωής του ασθενούς.

Υπάρχουν διάφορα κι εξίσου σημαντικά ζητήματα που ενσκήπτουν κατά τη μελέτη της βιβλιογραφίας που πραγματοποιήθηκε. Κατ' αρχάς, οι ασθενείς με την ικανότητα αυτόνομης σίτισης στους οποίους χορηγούνται τροφή και υγρά εμπίπτουν στην κατηγορία της εξωτερικής συμβολής, μέσω της οποίας επιτυγχάνεται ανταπόκριση σε φυσιολογικές ανάγκες. Η χορήγηση αυτή αποτελεί βασική πτυχή της παρεχόμενης φροντίδας, με εξαίρεση την περίπτωση άρνησής της από τον ασθενή. Σε ό,τι αφορά την τεχνητή σίτιση και ενυδάτωση, η παροχή της προς έναν ασθενή πραγματοποιείται κατόπιν ιατρικής ένδειξης και συνεπάγεται τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη χρήση σχετικών ιατρικών διαδικασιών και συσκευών όπως οι σωλήνες σίτισης, οι συσκευές έγχυσης, κ.ά. (Συμβούλιο της Ευρώπης, 2014).

Επιπλέον, η τεχνητή σίτιση και ενυδάτωση λογίζονται ως θεραπευτικές μορφές σε αρκετά κράτη, με αποτέλεσμα είτε να τίθενται σε περιορισμό είτε να παύονται ανάλογα με την πλήρωση των καθορισμένων ανάλογων εγγυήσεων. Οι εγγυήσεις για τον περιορισμό ή την παύση μιας θεραπείας περιλαμβάνουν την άρνηση υποβολής σ' αυτήν από τον ασθενή, την άρνηση μιας παράλογης επιμονής ή τη δυσανάλογη θεραπεία, κατόπιν εκτίμησης της θεραπευτικής ομάδας ή της αποδοχής της μέσα από μια διαδικασία που διενεργείται συλλογικά. Για τη λήψη της σχετικής απόφασης πρέπει να εξετάζονται οι παράγοντες της επιθυμίας του ασθενή και της καταλληλότητας της υπό συζήτηση θεραπείας. Ωστόσο, υπάρχουν και κράτη που η τεχνητή διατροφή και ενυδάτωση δε θεωρείται ότι ανήκουν στις θεραπευτικές μορφές που δυνητικά υπόκειται σε περιορισμό ή παύση, αλλά στις μορφές φροντίδας που βρίσκονται σε συμφωνία με τις ανάγκες του ασθενούς και η παύση τους δεν είναι δυνατή παρά μόνο σε περίπτωση σχετικής επιθυμίας αυτού που διάγει την τελική φάση μιας κατάστασης τέλους της ζωής του (Συμβούλιο της Ευρώπης, 2014).

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

Από ιατρικής απόψεως, επίσης, η καταλληλότητα της τεχνητής σίτισης και ενυδάτωσης κατά τη φάση του τελικού σταδίου της ζωής αποτελεί ζήτημα προς υποβολή σε διάλογο και προβληματισμό. Από έρευνες προκύπτει ότι υπάρχουν κάποιοι που υποστηρίζουν την αναγκαιότητα της εφαρμογής ή της συνέχισής τους κατά το τέλος της ζωής ενός ασθενούς για λόγους ανακούφισής του και άλλοι οι οποίοι αμφισβητούν τα οφέλη της ως πτυχή της ανακουφιστικής φροντίδας στο εν λόγω στάδιο ζωής (Συμβούλιο της Ευρώπης, 2014).

Τέλος, δεν είναι λίγοι όσοι υποστηρίζουν ότι η πρόκληση θανάτου από ασιτία και αφυδάτωση αποτελεί επώδυνη διαδικασία. Εντούτοις, δεν είναι λίγες ούτε οι αναφορές σε περιστατικά με τα οποία αποδεικνύεται πως παύοντας τη σίτιση και την ενυδάτωση σε ασθενή στο τελικό στάδιο της ζωής του αυξάνει την άνεσή του, ενώ η μη παύση της έχει ως αποτέλεσμα δύσπνοια, εκκρίσεις και οιδήματα (Sullivan, 1993; Smith, 1997). Οι Ellershaw et al. (1995) υποστηρίζουν ότι η ξηροστομία, το αίσθημα της δίψας και οι αυξημένες εκκρίσεις που παρατηρούνται σε ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο της ζωής αποτελούν συμπτώματα που δεν εμφανίζουν σύνδεση με τον κατά πόσο είναι ενυδατωμένοι ή όχι. Αξιοσημείωτο είναι ακόμη ότι διαπιστώθηκε πως οι συνέπειες από την κένωση και την απελευθέρωση από το σώμα οπιοειδών ενδογενούς φύσης, απόρροια των βιοχημικών μεταβολών που συντελούνται κατά την ασιτία, προκαλούν περιορισμό της εκδήλωσης των δυσάρεστων αισθημάτων της δυσφορίας και του πόνου (Printz, 1992; Sullivan, 1993).

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, τελικά, ταυτοποιήθηκαν δέκα (10) μελέτες οι οποίες παρουσιάζονται στον **Πίνακα (1)** που ακολουθεί και οι οποίες επιλέχθηκαν διότι το θέμα τους και τα αποτελέσματά τους ταυτίστηκαν σχεδόν πλήρως με το θέμα και τα κριτήρια εισόδου της παρούσας εργασίας και αποτέλεσαν εφαλτήριο για τη σωστή δόμηση, ανάλυση και υλοποίησή της.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

Έρευνες	Συγγραφείς	Έτος	Τίτλος	Μεθοδολογία	Βασικά συμπεράσματα
Κύριες	Κρανιδιώτης, Γ., Γεροβασίλης, Β., Τασούλης, Α., & Νανάς, Σ.	**2010**	Προτελεύτια διλήμματα στη μονάδα εντατικής θεραπείας: Μη κλιμάκωση και απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής	Ανασκόπηση (review) βιβλιογραφίας και πολλών σημαντικών πρωτογενών ερευνών.	Α) Οι γιατροί περιορίζουν την τεχνητή ενυδάτωση ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους: την ηλικία τους, τα εργασιακά τους χρόνια σε ΜΕΘ, την ειδίκευσή τους, τη θρησκευτική τους πίστη και τον τύπο της προσωπικότητάς τους. Β) Ανάλογα με την περιοχή του πλανήτη αλλάζει και το πρότυπο λήψης αποφάσεων για το εάν χορηγηθεί σίτιση και ενυδάτωση στον ασθενή (από ιατρούς, στενούς συγγενείς ή να έχει προαποφασιστεί από τον ίδιο τον ασθενή).
	Malia, C., & Bennett, M.I.	**2011**	What influences patients' decisions on artificial hydration at the end of life? A Q-methodology study	Πρωτογενής ποιοτική με χρήση της Μεθοδολογίας Q-sorting. 20 ασθενείς σε προχωρημένη νόσο.	Οι πτυχές που επηρεάζουν τη λήψη απόφασης για τεχνητή ενυδάτωση: Α) Κατανόηση αυτής ως πρακτικής για την επιμήκυνση ζωής, Β) φιλοσοφική θέση των ασθενών για τη φροντίδα στο τέλος της ζωής (σημαντικός παράγοντας επιμήκυνσης ζωής / απλά ανακουφιστικός ο ρόλος της / ανεπιθύμητη αφού δεν προσφέρει ποιότητα ζωής, Γ) διαδικασία συζήτησης, αφού εξαρτάται από το πώς θα παρουσιάσει ο ιατρός στον ασθενή και τα υπόλοιπα ενδιαφερόμενα μέρη το ζήτημα της τεχνητής ενυδάτωσης, τα οφέλη και τις επιπτώσεις της.
	Marcus, E.-L., Golan, O., & Goodman, D.	**2016**	Ethical Issues Related to End of Life Treatment in Patients With Advanced Dementia – The Case of Artificial Nutrition	Ανασκόπηση βιβλιογραφίας με έμφαση στα ηθικά ζητήματα της τεχνητής σίτισης & ενυδάτωσης στους ασθενείς με άνοια.	Η ενυδάτωση (και σίτιση) ασθενών με άνοια παρουσιάζεται ως επεμβατική παρέμβαση καθότι δεν αποτελεί φυσιολογική οργανική διαδικασία, η οποία χρειάζεται εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες καθότι μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές. Β) Είναι πολλοί εκείνοι

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

			and Hydration		που διατίθενται πως είναι άσκοπη η χορήγηση τροφής και νερού και παρατείνει την ταλαιπωρία του ασθενούς βλάπτοντάς τον με πολλούς τρόπους (σωματικά, ψυχικά, κοινωνικά) αλλά και αρκετοί εκείνοι που υποστηρίζουν πως όλοι οι ασθενείς ανεξαιρέτως νοσήματος έχουν το δικαίωμα στη ζωή και ας είναι μέσω της τεχνητής ενυδάτωσης και σίτισης. Δεν υπάρχει, όμως, μια «ορθή» απόφαση.
	Pinho-Reis, C., Sarmento, A., & Capelas, M.L.	**2018**	Nutrition and hydration in the end-of-life care: ethical issues.	Ανασκόπηση βιβλιογραφίας με έμφαση στα ηθικά ζητήματα της τεχνητής σίτισης & ενυδάτωσης σε ασθενείς στο τέλος της ζωής τους.	Α) Κατηγοριοποίηση των επιπτώσεων της τεχνητής ενυδάτωσης στο ανθρώπινο σώμα (καρδιαγγειακό, μεταβολικό, νευρομυϊκό σύστημα, στόμα, δέρμα κλπ.). Β) Έντονα και σημαντικά τα ηθικά ζητήματα που άπτονται αυτής. Γ) Απουσία σημαντικής εξέλιξης στο ζήτημα της τεχνητής σίτισης και ενυδάτωσης στη φροντίδα στο τέλος της ζωής, όπως και έλλειψη μιας πρωτότυπης έρευνας πάνω στον τομέα αυτό. Δ) Η λήψη αποφάσεων που αφορούν ηθικά ζητήματα (αυτονομία, ωφέλεια, μη βλάβη, δικαιοσύνη) στην παρηγορική φροντίδα και στο τέλος της ζωής επηρεάζει συναισθήματα, απόψεις και στάσεις όλων των εμπλεκόμενων μερών.
	Kingdon, A., Spathis, A., Brodrick, R., Clarke, G., Kuhn, I., & Barclay, S.	**2021**	What is the impact of clinically assisted hydration in the last days of life? A systematic literature review and narrative	Συστηματική βιβλιογραφική επισκόπηση για την τεχνητή ενυδάτωση ασθενών στο τέλος της ζωής τους με τη χρήση	Από τη συστηματική ανασκόπηση 15 μελετών προέκυψαν λίγα στοιχεία για τον αντίκτυπο της τεχνητής ενυδάτωσης στην επιβίωση των ασθενών τελικού σταδίου καθώς και αντικρουόμενες απόψεις. Αυτό βέβαια αντανακλά και τη διαφορά ανάμεσα σε κάτι που

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

			synthesis.	του WoE (πλαισίου αξιολόγησης ποιότητας από τον Gough).	τίθεται σε θεωρητικό επίπεδο και σε αυτό που προκύπτει μέσω βιωματικής εμπειρίας.
Υποστηρικτικές / δευτερεύουσες	Συμβούλιο της Ευρώπης	**2014**	Οδηγός για τη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με την ιατρική θεραπεία σε καταστάσεις τέλους της ζωής.	Οδηγός με εκτενή ανασκόπηση βιβλιογραφίας για τη διαδικασία λήψης απόφασης σχετικά με τη λήψη τεχνητής σίτισης & ενυδάτωσης στο τέλος της ζωής (βιοηθική σκοπιά).	Α) Κατά τη διάρκεια της κατάστασης τέλους της ζωής η αυτονομία του ατόμου πλήττεται σε τεράστιο βαθμό. Τόσο η βούληση του ασθενούς όσο και οι πρότερες επιθυμίες του τίθενται υπό διερεύνηση και λαμβάνονται σοβαρά υπόψη. Β) Οι αποφάσεις για τη φροντίδα της υγείας είναι απόρροια συμβιβασμού μεταξύ εκτίμησης της κατάστασης του ασθενούς από έναν ειδικό (που δεσμεύεται από τις 4 αρχές Βιοηθικής) και της επιθυμίας του ίδιου του ασθενούς. Γ) Η εκτίμηση του «συνολικού οφέλους» είναι απαραίτητη, ώστε να προσδιοριστεί η κατάλληλη θεραπεία.
	Druml, C., Ballmer, P. E., Druml, W., Oehmichen, F., Shenkin, A., Singer, P., Soeters, P., Weimann, A., & Bischoff, S. C.	**2016**	ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration.	Ανασκόπηση (review) βιβλιογραφίας με έμφαση στις Οδηγίες της ESPEN σχετικά με τα ηθική ζητήματα της τεχνητής σίτισης & ενυδάτωσης.	Α) Είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη ότι η τεχνητή ενυδάτωση προϋποθέτει έναν συγκεκριμένο στόχο (όπως και η τεχνητή σίτιση) και ότι συνεπάγεται συγκεκριμένα οφέλη και κινδύνους. Β) Έμφαση στον διαφορετικό τρόπο που αντιμετωπίζουν την τεχνητή ενυδάτωση και σίτιση οι διαφορετικές κουλτούρες, τα θρησκευτικά δόγματα, χώρες και πιστεύω.
	de Andrade, J.S., Almeida, M.M., Pinho-Reis, C.	**2017**	Bioethical Principles and Nutrition in Palliative Care.	Ανασκόπηση βιβλιογραφίας με έμφαση στις βιοηθικές αρχές κατά την παρηγορική φροντίδα ασθενών στο τέλος της	Α) Σε αρκετές περιπτώσεις οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να αντιμετωπίσουν ίδια επαγγελματικά διλήμματα καθώς και τον φόβο μήπως κατηγορηθούν ότι έχουν σκοτώσει ή αφήσει

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

				ζωής τους.	κάποιον να πεθάνει. Β) Εξίσου σημαντική είναι η στάση των (κλινικών) διατροφολόγων των οποίων οι παρεμβάσεις πρέπει να γίνονται με γνώμονα τα οφέλη της τεχνητής διατροφής να υπερτερούν ξεκάθαρα των κινδύνων.
	Anderson, A.K., Burke, K., Bendle, L., Koh, M., McCulloch, R., & Breen, M.	**2019**	Artificial nutrition and hydration for children and young people towards end of life: consensus guidelines across four specialist paediatric palliative care centres.	Οδηγίες για την τεχνητή σίτιση και ενυδάτωση ασθενών σε παιδική κι εφηβική ηλικία κατά την παρηγορική τους φροντίδα με τη χρήση εκτεταμένης βιβλιογραφικής έρευνας, σύγκλισης επαγγελματικών απόψεων παιδιάτρων και νοσηλευτών 4 ιατρικών κέντρων και εξωτερικών, αντικειμενικών αξιολογητών.	Α) Σχετικά με την τεχνητή διατροφή ασθενών σε παιδική κι εφηβική ηλικία κατά την παρηγορική τους φροντίδα δεν υπάρχουν συγκεκριμένες οδηγίες πόσω δε μάλλον διαμορφωμένος τελικός Οδηγός. Β) Οι γονείς είναι αυτοί που παίρνουν την τελική απόφαση για συνέχιση ή διακοπή της τεχνητής διατροφής υπό την καθοδήγηση των θεραπόντων ιατρών και λαμβάνοντας υπόψη τις επιθυμίες του παιδιού τους (εάν αυτό είναι σε θέση να καταλάβει και να πάρει μέρος στη διαδικασία).
	Schwartz, D.B., Barrocas, A., Annetta, M. G., Stratton, K., McGinnis, C., Hardy, G., Wong, T., Arenas, D., Turon-Findley, M. P., Kliger, R. G., Corkins, K. G.,	**2021**	Ethical Aspects of Artificially Administered Nutrition and Hydration: An ASPEN Position Paper.	Έγγραφο διατύπωσης θέσης (position paper) με βάση την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την εφαρμογή των 4 βασικότερων αρχών της βιοηθικής στη χορήγηση τεχνητής σίτισης και ενυδάτωσης	Τα διλήμματα που τίθενται από ηθικής πλευράς σχετίζονται με συγκρούσεις ανάμεσα σε κλινικούς ιατρούς και ανάμεσα σε κλινικούς ιατρούς, ασθενείς, συγγενείς του ασθενούς ή παρένθετους φορείς λήψης αποφάσεων που εμπλέκονται στη διαδικασία αυτή. Τα ηθικά αυτά διλήμματα είναι δυνατόν να προληφθούν ή/και να επιλυθούν χάρη στην έγκαιρη βέλτιστη επικοινωνία.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

	Mirtallo, J., Amagai, T., Guenter, P., & ASPEN International Clinical Ethics Position Paper Update Workgroup			ασθενών.	

Πίνακας 1: Συγκεντρωτικά στοιχεία των ερευνών που αναλύθηκαν στην παρούσα εργασία (ίδια επεξεργασία)

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

Πιο συγκεκριμένα, μελετώντας και εξετάζοντας τις δέκα (10) αυτές έρευνες και μελέτες βλέπει κανείς πως δεν υπάρχει μία μόνο σταθερή πολιτική αντιμετώπισης της κατάστασης σε όλα τα κράτη, ούτε μεταξύ των ιατρών όλων των ειδικοτήτων, ούτε των υπολοίπων ενδιαφερόμενων μερών που είναι υπεύθυνα για την φροντίδα και ευεξία του ασθενούς (π.χ. συγγενείς, φροντιστές).

Οι Κρανιδιώτης και συν. (2010) τονίζουν ότι ο ιατρός που χορηγεί τη θεραπεία είναι πρόθυμος να προχωρήσει σε περιορισμό της ανάλογα με χαρακτηριστικά που διαθέτει σε ατομικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, η απόφασή του επηρεάζεται από την ηλικία του, τα εργασιακά του χρόνια σε ΜΕΘ, την ειδίκευσή του, τη θρησκευτική του πίστη και, τέλος, τον τύπο της προσωπικότητάς του. Έτσι, η απόφαση για τον περιορισμό αυτό καθίσταται πιο εύκολη για έναν πιο έμπειρο, λιγότερο θρησκευόμενο και πιο ορθολογιστή ιατρό, ενώ υπό το πρίσμα της ειδικότητας παρατηρείται πιο περιορισμένη αποφασιστικότητα στους πνευμονολόγους και τους ογκολόγους συγκριτικά με τους παθολόγους και καρδιολόγους συναδέλφους τους (Kelly et al., 2002; Sprung et al., 2007).

Ακόμη, εξετάζοντας το ζήτημα υπό το πρίσμα της γεωγραφικής περιοχής, παρατηρείται ότι ενώ στη Βόρεια Αμερική μια απόφαση λαμβάνεται κυρίως με τη συμμετοχή της οικογένειας του ασθενούς, στην Ευρώπη το πρότυπο είναι πατερναλιστικό, ήτοι η λήψη αποφάσεων είναι πρωτίστως ευθύνη των ιατρών παρά των συγγενών, η συμμετοχή των οποίων είναι είτε μικρή είτε μηδαμινή. Από μια μελέτη που διεξήχθη στον Καναδά προέκυψε ότι η συζήτηση για τον περιορισμό ή τη διακοπή της θεραπευτικής αγωγής γινόταν στο 97% των περιπτώσεων με τη συμμετοχή των συγγενών ενός ασθενούς (Keenan et al., 1997). Από τη μελέτη ETHICUS προέκυψε ότι για το 1/3 των περιπτώσεων δεν υπήρξε ποτέ συζήτηση με τη συμμετοχή των συγγενών για την απόφαση περιορισμού της αγωγής, ενώ όταν το ζήτημα τέθηκε σε συζήτηση, κατά 62% αυτή αφορούσε μια απλή πληροφόρηση των συγγενών σχετικά με την απόφαση των ιατρών, η οποία είχε ήδη ληφθεί από τους τελευταίους. Ως εκ τούτου, οι συγγενείς εξέφρασαν την άποψή τους μόνο στο 38% των περιπτώσεων (Cohen et al., 2005). Όσον αφορά το πατερναλιστικό πρότυπο που επικρατεί στην Ευρώπη, αυτό είναι πιο έντονο στις χώρες του Νότου, παρά του Βορρά, οι οποίες πλησιάζουν περισσότερο στις πρακτικές που επικρατούν στη Βόρεια Αμερική.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

Τέλος, οι ίδιοι ερευνητές σε προγενέστερη μελέτη τους (2009), η οποία διεξήχθη σε μια γενική πολυδύναμη ΜΕΘ, κατέδειξαν ότι σε δείγμα 75 ασθενών, το 54% αυτών (41) που απεβίωσαν εντός ενός έτους δέχονταν ενεργή υποστήριξη έως το τέλος της ζωής τους, ενώ τους εφαρμόστηκε και ΚΑΡΠΑ (Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση). Δεν μελετήθηκαν εγκεφαλικά νεκροί ασθενείς καθώς και ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ για λιγότερο από 48 ώρες. Στο 39% των περιπτώσεων (29) η εφαρμογή ΚΑΡΠΑ διακόπηκε, με παράλληλη εξάντληση του συνόλου των υπόλοιπων μέσων, στο 4% των περιπτώσεων (3) η απόφαση που ελήφθη αφορούσε τη μη κλιμάκωση της αγωγής, επεκτεινόμενη και σε λοιπά υποστηρικτικά μέτρα πέραν της ΚΑΡΠΑ, ενώ στο 3% των περιπτώσεων (2) η αγωγή διακόπηκε. Οι βασικοί λόγοι που οδήγησαν τους θεράποντες ιατρούς στην απόφαση παροχής ενεργής υποστήριξης ήταν η αβεβαιότητα της πρόγνωσης και η αναστρεψιμότητα της κατάστασης, ενώ η απόφαση περιορισμού της αγωγής ήταν απόρροια της μη ανταπόκρισης του ασθενούς στη θεραπεία που ήδη λαμβάνει και η πρόγνωση για οξεία διαταραχή ή για υποκείμενο χρόνιο νόσημα. Για το 74% των περιπτώσεων οι ασθενείς ή οι συγγενείς τους δε συμμετείχαν καθόλου στη λήψη της απόφασης, ενώ στο 26% συμμετείχαν. Μάλιστα, η συμμετοχή συγγενών παρατηρήθηκε πιο συχνά στις περιπτώσεις των ασθενών που έλαβαν ενεργή υποστήριξη έως το τέλος της ζωής τους και που υποβλήθηκαν σε ΚΑΡΠΑ, ενώ η χορήγηση προκαταβολικής οδηγίας απαντά μόνο σε μία από τις περιπτώσεις. Η αναστολή ή η απόσυρση μιας θεραπείας, εκτός της ΚΑΡΠΑ, αφορούσε τα ινότροπα αγγειοσυσπαστικά, την εξωνεφρική κάθαρση, τις μεταγγίσεις και τα αντιβιοτικά, ενώ δεν σημειώθηκε διακοπή της μηχανικής υποστήριξης στην αναπνοή (Kranidiotis et al., 2009).

Οι Marcus et al. (2016) πραγματεύονται την αναγκαιότητα της ενυδάτωσης σε ασθενείς με άνοια προχωρημένου σταδίου. Συγκεκριμένα υπογραμμίζουν ότι:

Τα επιχειρήματα από ηθικής πλευράς για τα υπέρ και κατά της διακοπής της σίτισης με σωλήνα στους πάσχοντες από προχωρημένη άνοια αναφέρονται κατά βάση σε τρία αμφιλεγόμενα ζητήματα: (1) την αντίληψη σχετικά με την υποκείμενη αιτία θανάτου στις περιπτώσεις αυτές (Callahan, 2000), (2) τη φύση της σίτισης με σωλήνα (Rosner, 1993), (3) την ωφελιμότητα του να διατηρηθούν στη ζωή οι εν λόγω ασθενείς (Kunin, 2003). Όσοι πιστεύουν ότι η εγκατάλειψη της σίτισης και ενυδάτωσης με σωλήνα από τους ασθενείς με σοβαρή άνοια είναι ορθή από ηθικής απόψεως διατείνονται ότι σε περίπτωση που οι ασθενείς αδυνατούν να προσλάβουν τροφή και υγρά από το στόμα

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

και δεν υποβάλλονται σε σίτιση/ενυδάτωση με σωλήνα, η αιτία για τον θάνατό τους είναι το ίδιο το υποκείμενο τελικό στάδιο της άνοιας παρά η έλλειψη τροφής και υγρών. Θεωρούν, ακόμη, ότι τα τεχνητά μέσα σίτισης και ενυδάτωσης των ασθενών έχουν την ίδια αξία με οποιαδήποτε άλλη ιατρική παρέμβαση.

Η σίτιση και ενυδάτωση με σωλήνα δεν αποτελεί φυσικό τρόπο διατροφής, αλλά μια επεμβατική παρέμβαση η οποία χρήζει ιατρικών και νοσηλευτικών δεξιοτήτων ενώ επιφέρει ανεπιθύμητες ενέργειες και επιπλοκές. Η χρήση ρινογαστρικού σωλήνα συνεπάγεται ταλαιπωρία, γεγονός που είναι γνωστό για τους ασθενείς που έχουν τις αισθήσεις τους, αλλά πολύ περισσότερο για τους ασθενείς με νοητικές διαταραχές, που ενδέχεται να προσπαθούν διαρκώς να αφαιρέσουν τον σωλήνα με τέτοιο τρόπο ώστε να χρειάζεται να χρησιμοποιηθούν φυσικοί και χημικοί περιορισμοί. Η χρήση του διαδερμικού ενδοσκοπικού γαστροστομικού σωλήνα (PEG) σχετίζεται ακόμη με ορισμένες επιπλοκές, όπως η εμφάνιση μόλυνσης στο σημείο εφαρμογής του PEG, η διάρροια, η ναυτία και ο εμετός καθώς και η πνευμονία από αναρρόφηση (Schwartz et al., 2014).

Η σίτιση και ενυδάτωση με σωλήνα καλύπτει αποκλειστικά και μόνο τις βιολογικές απαιτήσεις του οργανισμού, αλλά δεν ανταποκρίνεται σε καμία άλλη πτυχή της διατροφής (π.χ. ψυχολογική, κοινωνική και πολιτισμική). Επιπροσθέτως, όσοι διατείνονται ότι η σίτιση και ενυδάτωση με σωλήνα δεν είναι αποδεκτή, ισχυρίζονται ότι η παρέμβαση που διατηρεί στη ζωή τους ασθενείς που αδυνατούν να επιτύχουν τους στόχους της ζωής τους, είναι άσκοπη. Στον αντίποδα, όσοι αντιτίθενται στη μη χορήγηση τεχνητής διατροφής διατείνονται ότι η αιτία θανάτου σε τέτοιες περιπτώσεις είναι η μη σίτιση και ενυδάτωση - ότι δηλαδή η χρήση σωλήνα πράγματι αποτελεί σίτιση και ενυδάτωση και ότι η διάκριση ανάμεσα στην τροφή και τα υγρά που χορηγούνται με χρήση σωλήνα και με ενδοφλέβια γραμμή και στην τροφή και τα υγρά που χορηγούνται ή προσλαμβάνονται από του στόματος είναι επίπλαστη και ανεδαφική. Τέλος, διατείνονται πως η ζωή για τα άτομα σε προχωρημένο στάδιο άνοιας είναι ισότιμη και δεν έχει λιγότερη αξία σε σχέση με τη ζωή των υπολοίπων (Marcus et al., 2016).

Οι Malia και Bennett (2011) αναφέρουν πως στο Ηνωμένο Βασίλειο η εμπλοκή των ασθενών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων έχει θεμελιώδη ρόλο στο πλαίσιο της φιλοσοφίας της παρηγορικής φροντίδας και αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

συζήτηση πάνω σε θέματα ενυδάτωσης, συμφωνώντας και με τους Dalal και Bruera (2004) στο ζήτημα αυτό. Ειδικότερα, το Εθνικό Συμβούλιο Παρηγορικής Φροντίδας συνιστά την παροχή βοήθειας στους ασθενείς που έχουν την ικανότητα να συμμετέχουν στις εν λόγω συζητήσεις αν η τεχνητή ενυδάτωση είναι το υπό εξέταση αντικείμενο (Campbell & Partridge, 2007). Ωστόσο, παρά τις εν λόγω συστάσεις, η συμμετοχή των ασθενών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων παρουσιάζει διαφοροποιήσεις και ελάχιστα έχουν γίνει γνωστά όσον αφορά την κατανόηση από πλευράς των ασθενών για τα οφέλη και τις επιβαρύνσεις της τεχνητής ενυδάτωσης, μολονότι από τα στοιχεία προκύπτει ότι υπάρχει ελλιπής γνώση (Morita et al., 2006). Σε προηγούμενες μελέτες που διεξήχθησαν σε χώρες εκτός του Ηνωμένου Βασιλείου καταδεικνύεται το γεγονός ότι για πολλούς ασθενείς που λαμβάνουν παρηγορική φροντίδα επικρατεί θετική στάση απέναντι στην τεχνητή ενυδάτωση, καθώς αντιλαμβάνονται το κλινικό της όφελος, αν και επισημάνθηκε ο μάταιος χαρακτήρας της και οι ερωτηθέντες συμφώνησαν ότι η τεχνητή ενυδάτωση μπορεί να επιτείνει τον πόνο (Musgrave et al., 1996; Morita et al., 1999; Low et al., 2000; Chiu et al., 2004).

Πρόκειται για μια αντίληψη με ισχυρή παρουσία, καθώς οι ερωτηθέντες αισθάνονταν ότι η στέρηση της τεχνητής ενυδάτωσης θα είχε ως αποτέλεσμα τον πρόωρο θάνατο (Morita et al., 1999). Στις εξηγήσεις για τις εν λόγω ισχυρές απόψεις περιλαμβάνονται η θρησκευτικότητα, ο φόβος για τον θάνατο και τη θνησιμότητα ή η επιθυμία των ατόμων για συνέχιση της ζωής τους ανεξαρτήτως των συνθηκών. Αυτές οι απόψεις, ωστόσο, δεν είναι καθολικά διαδεδομένες. Με βάση μια μελέτη προέκυψε ότι σε ποσοστό 73% των ασθενών η θεραπεία δεν ήταν επιθυμητή σε περίπτωση που η πιθανότητα επιβίωσής τους ήταν περιορισμένη (Heap et al., 1993).

Ενδέχεται πολιτιστικοί παράγοντες να ασκήσουν επιρροή στις πεποιθήσεις των ασθενών όσον αφορά τη φροντίδα στο τέλος της ζωής γενικά αλλά και για την τεχνητή ενυδάτωση ειδικότερα. Έχουν αναφερθεί ζητήματα όπως η εβραϊκή αρχή της προτεραιοποίησης της ιερότητας της ζωής που επηρεάζουν τη λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με την τεχνητή ενυδάτωση, όπως επίσης και η πολιτιστική και πνευματική σημασία που συνδέεται με την παροχή υγρών και θρεπτικών συστατικών (Musgrave et al., 1996; Chiu et al., 2004). Επιπλέον, σε διάφορες εθνοτικές ομάδες εφαρμόζονται κατά παράδοση διαφορετικά μοντέλα που αφορούν τη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τη φροντίδα στο τέλος της ζωής (Druml et al., 2016). Ενδεικτικά, σε ορισμένους πολιτισμούς είναι συνήθης πρακτική η μη αποκάλυψη της αλήθειας για μια κακή

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

πρόγνωση στον ετοιμοθάνατο ασθενή με γνώμονα τη μη βλάβη (Chiu et al., 2004). Όσοι κλινικοί ιατροί καλούνται να διαχειριστούν ασθενείς που πάσχουν από νόσο σε προχωρημένο στάδιο επιθυμούν βελτίωση της διαδικασίας των συζητήσεων με τους ασθενείς σχετικά με την τεχνητή ενυδάτωση καθώς και κατανόηση του τρόπου με τον οποίο διαμορφώνονται οι προτιμήσεις των εκάστοτε ασθενών.

Συγκεκριμένα οι Malia και Bennett (2011) διεξήγαγαν μια μελέτη όπου συγκέντρωσαν 20 ασθενείς που έπασχαν από νόσο σε προχωρημένο στάδιο και οι οποίοι ήταν εσωτερικοί ή εξωτερικοί ασθενείς σε ένα μεγάλο άσυλο του Ηνωμένου Βασιλείου. Η εν λόγω δειγματοληψία αποσκοπούσε στην απόκτηση γνώσης για μια σειρά στάσεων σχετικά με την τεχνητή ενυδάτωση, και για τον λόγο αυτό συμπεριλήφθηκαν και άνδρες και γυναίκες ασθενείς από διαφορετικές ηλικίες και με διαφορετική κατάσταση απόδοσης. Οι συμμετέχοντες έδωσαν τη γραπτή συγκατάθεσή τους ενώ η Επιτροπή Δεοντολογίας Έρευνας του King's College παρείχε τη σχετική δεοντολογική έγκριση. Διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς διατηρούσαν έντονες απόψεις σχετικά με τη διατήρηση της τεχνητής ενυδάτωσης στο τέλος της ζωής τους.

Πολλές φαίνεται να είναι **οι πτυχές που επηρεάζουν την λήψη απόφασης** σχετικά με την τεχνητή ενυδάτωση, μεταξύ των οποίων εντοπίζονται η κατανόησή της από τον εκάστοτε ασθενή, η φιλοσοφική θέση αυτού όσον αφορά τη φροντίδα κατά το τέλος της ζωής, η διαδικασία της συζήτησης και το πρόσωπο που λαμβάνει την τελική απόφαση (ειδικά εάν γίνεται αναφορά σε ενήλικες ασθενείς ή σε παιδιά / εφήβους). Προσδιορίστηκαν τρεις διαφορετικές μορφές λήψης αποφάσεων οι οποίες αντικατοπτρίζουν είτε συγκλίνουσες είτε αποκλίνουσες απόψεις στις εν λόγω πτυχές.

Κατανόηση της τεχνητής ενυδάτωσης: Αντιμέτωποι με την αδυναμία κατανάλωσης υγρών, κάποιοι ασθενείς θα προβληματίζονταν ενώ το σύνολο των ασθενών θα ήθελε να δοκιμάσει την τεχνητή ενυδάτωση. Δεν έδειχναν να αρκούνται στη φροντίδα από του στόματος ως υποκατάστατο για κάτι τέτοιο. Για τους ασθενείς, η τεχνητή ενυδάτωση θεωρήθηκε ελπιδοφόρα πρακτική και ότι πρέπει να χρησιμοποιείται συστηματικά μέχρι το θάνατο, παρόλο που τις απόψεις αυτές δεν συμμερίζονταν οι άλλες δύο μορφές λήψης αποφάσεων. Δε διατυπώθηκαν ισχυρές απόψεις όσον αφορά τα οφέλη της τεχνητής ενυδάτωσης, ενώ υπήρχε μόνο αμφιθυμία ή ασθενής συμφωνία σχετικά με την επίδραση της τεχνητής ενυδάτωσης στα επίπεδα ενέργειας και στην εγρήγορση. Πρόκειται για εύρημα που ενδεχομένως υποδηλώνει έλλειψη γνώσεων,

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

αλλά θα μπορούσε επίσης να υποδηλώνει ότι τα εν λόγω οφέλη δεν χαίρουν ιδιαίτερης εκτίμησης, αν και τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνονται από καλύτερα στοιχεία (Good et al., 2008). Προηγούμενες μελέτες κατέδειξαν μια αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στις γνώσεις σχετικά με την τεχνητή ενυδάτωση και την επιθυμία γι' αυτή, καθώς οι καλύτερα ενημερωμένοι ασθενείς παρουσιάζουν λιγότερες πιθανότητες να επιθυμούν την τεχνητή ενυδάτωση (Chiu et al., 2004).

Φιλοσοφική θέση για τη φροντίδα στο τέλος της ζωής: Οι στάσεις ως προς τη φροντίδα στο τέλος της ζωής διαφοροποίησαν κατά πολύ τον τρόπο λήψης αποφάσεων των ασθενών. Για ορισμένους από αυτούς, η παράταση της ζωής είχε την πλέον σημαντική επιρροή στην απόφασή τους (η ομάδα αυτή προσδιορίστηκε ως «Παράγοντας 1» στην έρευνα). Αν και η τεχνητή ενυδάτωση δεν είναι πιθανό να επηρεάσει την πρόγνωση σε ασθενείς που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους, η συγκεκριμένη ομάδα συνδέεται με την τεχνητή ενυδάτωση. Οι συμμετέχοντες στους «παράγοντες 2 και 3» αναγνώρισαν ότι ενδέχεται να έρθει μια στιγμή που η πρόγνωσή τους θα παραμείνει ανεπηρέαστη από την ιατρική παρέμβαση και τότε θα επιθυμούσαν την τεχνητή ενυδάτωση απλώς για να τους προσφέρει ανακούφιση. Κάποιοι από τους ασθενείς φάνηκε να αισθάνονται έλλειψη ποιότητας στη ζωή τους και ως εκ τούτου δε θα επιθυμούσαν την παράτασή της, ακόμη και αν η τεχνητή ενυδάτωση είχε πιθανότητες να το επιτύχει.

Διαδικασία συζήτησης: Υπήρξε η ισχυρή αντίληψη ότι η τεχνητή ενυδάτωση αποτελεί σοβαρό ζήτημα και ότι τα οφέλη και οι επιπτώσεις της θα πρέπει να αποτελέσουν αντικείμενο συζήτησης με τους ασθενείς, εφόσον αυτοί είναι σε θέση να συμμετάσχουν σε αυτή τη διαδικασία. Το γεγονός αυτό, μάλιστα, είναι σύμφωνο με τη στρατηγική του Ηνωμένου Βασιλείου για τη φροντίδα στο τέλος της ζωής (Department of Health, 2008). Εντούτοις, έχει αποδειχθεί ότι οι επαγγελματίες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να επηρεάσουν τη λήψη αποφάσεων προς την κατεύθυνση της δικής τους επιθυμητής έκβασης χάρη στην επιλεκτική παρουσίαση πληροφοριών (Mazur & Hickman, 1994). Ένα τέτοιο «φαινόμενο πλαισίωσης» ενδέχεται να επηρεάσει τόσο την αντίληψη του προβλήματος όσο και τον τρόπο διαχείρισής του από τον ασθενή.

Από ποιον λαμβάνεται όμως **η τελική απόφαση**; Οι ασθενείς επέδειξαν συνέπεια όσον αφορά την προθυμία τους να καθοδηγούνται από τους γιατρούς και αρκετοί θα ήταν

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

ευχαριστημένοι αν οι γιατροί ήταν αυτοί που θα έπαιρναν την τελική απόφαση. Εντούτοις, η αυτονομία ήταν ύψιστης σημασίας για ορισμένους ασθενείς, οι οποίοι επιθυμούσαν να λαμβάνουν οι ίδιοι την απόφαση. Τα εν λόγω ευρήματα αντικατοπτρίζουν προγενέστερες μελέτες που υποδεικνύουν ότι παρόλο που οι ασθενείς εκφράζουν συνήθως σε μεγάλο βαθμό το ενδιαφέρον τους να ενημερωθούν σχετικά με την ασθένεια και τη θεραπεία τους, η προτίμησή τους για πραγματική συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων όσον αφορά τη θεραπεία είναι εξαιρετικά μεταβλητή (Degner et al., 1998; Dowsett et al., 2000; Mansell et al., 2000; Malia & Bennett, 2011). Επιπλέον, όσον αφορά τις περιπτώσεις παιδιών ή εφήβων σε κρίσιμη κατάσταση ή στο τέλος της ζωής τους (που είναι από μόνο του πολύ ψυχοφθόρο για όλα τα εμπλεκόμενα στη φροντίδα μέρη) οι γονείς κατά κύριο λόγο είναι αυτοί που λαμβάνουν την τελική απόφαση – αν και πάντα σεβόμενοι και αναλογιζόμενοι και την επιθυμία του παιδιού τους, σε περίπτωση που αυτό δύναται να καταλάβει και να πάρει μέρος στη διαδικασία λήψης απόφασης, φυσικά (Anderson et al., 2019). Να σημειωθεί πως ούτε στην περίπτωση αυτή, κατά τους συγγραφείς, υπάρχουν ξεκάθαρες οδηγίες για την παροχή ή μη τεχνητής ενυδάτωσης και σίτισης, σε παιδιά και εφήβους στο τέλος της ζωής τους.

Οι Kingdon et al. (2021) πραγματοποίησαν έρευνα για τον αντίκτυπο της παροχής τεχνητής ενυδάτωσης στο τέλος της ζωής. Τα βασικά πλαίσια της έρευνας είχαν ως ακολούθως:

Σε 15 μελέτες εξετάστηκε ο αντίκτυπος ή η στάση απέναντι στην τεχνητή ενυδάτωση κατά τις τελευταίες ημέρες της ζωής. Με βάση το πλαίσιο του Gough, από οκτώ μελέτες εκτιμήθηκε ότι παρέχει «μέτριο» και από επτά «χαμηλό» WoE[1]. Μια μελέτη, αν και καλά σχεδιασμένη και υψηλής ποιότητας, αξιολογήθηκε ως «μέτρια», καθώς επρόκειτο για μελέτη σκοπιμότητας με απουσία σχεδιασμού ή ισχύος ώστε να παρέχει οριστικά αποτελέσματα (Davies et al., 2018). Η σύνθεση περιελάμβανε δεδομένα που προήλθαν από 2.327 ασθενείς και 131 οικογενειακούς φροντιστές. Οι ημερομηνίες δημοσίευσης εκτείνονταν από το 1995 έως το 2019 με τις μελέτες να διεξάγονται σε διάφορες ηπείρους: οκτώ μελέτες στην Ασία, τρεις στην Ευρώπη, δύο στη Βόρεια Αμερική και από μία σε Ωκεανία και Νότια Αμερική. Σε τρεις μελέτες αναφέρθηκαν

[1] **WoE:** Weight of Evidence – Ένα πλαίσιο αξιολόγησης ποιότητας από τον Gough. Με μέτρηση σκορ (χαμηλό – μέτριο- υψηλό) σε 4 διαφορετικές περιοχές (domains A, B, C, & D).

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

δεδομένα που συλλέχθηκαν από συμμετέχοντες νοσηλευόμενους σε μονάδες παρηγορικής φροντίδας ή ξενώνες ενώ σε έξι μελέτες τα δεδομένα συλλέχθηκαν από νοσοκομεία, σε τρεις από μικτές τοποθεσίες ενώ σε άλλες τρεις δεν ήταν σαφής η τοποθεσία. Στην πλειονότητα των μελετών (13 από τις 15) συμμετείχαν αποκλειστικά ασθενείς που έπασχαν από καρκίνο.

Από την ανασκόπησή τους προέκυψαν λίγα στοιχεία όσον αφορά τον αντίκτυπο της τεχνητής ενυδάτωσης στα συμπτώματα ή την επιβίωση. Οι ασθενείς και οι άτυποι φροντιστές κατέδειξαν ποικιλία στις προοπτικές, αντικατοπτρίζοντας έτσι την πληθώρα αβεβαιοτήτων που ενυπάρχουν στην παροχή τεχνητής ενυδάτωσης κατά το τέλος της ζωής. Αν και υπήρξε ένας μικρός αριθμός μελετών στις οποίες αναφέρθηκαν μεταβολές όσον αφορά τα συμπτώματα ή την επιβίωση, τόσο η ετερογένεια όσο και το χαμηλό WoE της έρευνας που είναι συγκεκριμένα εστιασμένη στις τελευταίες ημέρες της ζωής έχουν οδηγήσει στον αποκλεισμό την εξαγωγής οριστικών συμπερασμάτων.

5.1 Συζήτηση με έμφαση στις 4 αρχές βιοηθικής

Κατά τη διάρκεια της κατάστασης τέλους της ζωής, η οποία αποτελεί κατά γενική ομολογία μια ιδιαίτερα ευάλωτη φάση της ανθρώπινης ζωής, η ικανότητα αυτόνομης λειτουργίας του ασθενούς πλήττεται σε μεγάλο βαθμό. Ένα από τα πλέον σημαντικά ζητήματα που αφορούν τη λήψη αποφάσεων των ασθενών που βρίσκονται στην προαναφερθείσα κατάσταση είναι η εκτίμηση του βαθμού αυτονομίας που διαθέτουν αυτοί και, ως εκ τούτου, η πραγματική τους ικανότητα συμμετοχής στη διαδικασία. Τόσο η βούληση του ασθενούς όσο και οι πρότερες επιθυμίες τους τίθενται υπό διερεύνηση και λαμβάνονται υπόψη ως αναπόσπαστη πτυχή της διαδικασίας λήψης απόφασης. Αυτό αφορά πρωτίστως ασθενείς που έχουν τόσο περιορισμένες λειτουργικές ικανότητες που η ικανότητα συμμετοχής τους στην εν λόγω διαδικασία καθίσταται κι αυτή περιορισμένη. Ωστόσο, η ύπαρξη αυτονομίας δεν εξασφαλίζει την υιοθέτηση της επιθυμητής του θεραπείας, ειδικά σε περίπτωση μη καταλληλότητάς της. Άλλωστε, οι αποφάσεις για τη φροντίδα της υγείας είναι απόρροια συμβιβασμού μεταξύ εκτίμησης της κατάστασης του ασθενούς από έναν ειδικό και της επιθυμίας του ίδιου του ασθενούς. Ο πρώτος, μάλιστα, λειτουργεί σύμφωνα με τις επαγγελματικές του υποχρεώσεις, οι οποίες τον δεσμεύουν να λειτουργεί σεβόμενος την αρχή της

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

ωφέλειας, την αρχή της μη βλάβης και την αρχή της δικαιοσύνης (Συμβούλιο της Ευρώπης, 2014).

Η ηθική στον τομέα της Ιατρικής απαιτεί εξισορρόπηση μεταξύ των οφελών και της πιθανότητας βλάβης, η οποία μπορεί είτε να είναι σωματική είτε ψυχολογική είτε να συμβάλλει στην παραβίαση της ιδιωτικότητας του ανθρώπου. Συγκεκριμένα, υπό την επίδραση της αρχής της ωφέλειας και της αρχής της μη βλάβης, οι ιατροί δεν είναι υποχρεωμένοι στην παροχή μη αναγκαίας θεραπείας ή μιας θεραπείας που θεωρείται δυσανάλογη ως προς τους περιορισμούς και τους κινδύνους που επιφέρει. Εν ολίγοις, η παρεχόμενη θεραπεία οφείλει να είναι ανάλογη και ταιριαστή με την κατάσταση του εκάστοτε ασθενούς. Τέλος, η φροντίδα των ασθενών, η ανακούφιση του πόνου και η παροχή υποστήριξης συγκαταλέγονται επίσης στα ιατρικά καθήκοντα.

Στη φάση του τέλους της ζωής ενός ατόμου, είναι πολύ σημαντική η εκτίμηση του «συνολικού οφέλους» ώστε να προσδιοριστεί αν μια θεραπεία είναι κατάλληλη ώστε να προσφέρει και τη δυνατότητα ευελιξίας, όπως η αλλαγή της φύσης της από θεραπευτική σε ανακουφιστική. Πρόκειται για περιπτώσεις κατά τις οποίες ο σκοπός της ιατρικής πράξης επεκτείνεται στην ανακούφιση του πόνου, εκτός από την παράταση της ζωής του ασθενούς. Έτσι, υπάρχει δυσκολία σε κάθε ιατρική απόφαση στο εν λόγω στάδιο της ζωής καθώς εκτός από τη διασφάλιση ότι θα επιδεικνύεται σεβασμός απέναντι στην αυτονομία και την αξιοπρέπεια του ασθενούς, θα πρέπει ακόμη να διασφαλίζεται η εξισορρόπηση μεταξύ της προστασίας της ζωής και του δικαιώματος του ασθενούς στην πιθανότητα ανακούφισής του από τον πόνο (Συμβούλιο της Ευρώπης, 2014).

Τέλος, η όποια μη κλιμάκωση ή παύση της υποστηρικτικής για τη ζωή αγωγής κατά την παραμονή ενός ασθενούς στη ΜΕΘ δεν πρέπει να σχετίζεται ούτε με την ευθανασία ούτε με την αυτοκτονία που είναι υποβοηθούμενη από τον ιατρό. Στην περίπτωση της πρώτης, ο ιατρός συμβάλλει είτε με πράξεις (ενεργητική ευθανασία) είτε με τις παραλείψεις του (παθητική ευθανασία) ώστε να οδηγηθεί ο ασθενής στον θάνατό του, πρακτικές οι οποίες ισχύουν και στην περίπτωση της δεύτερης, κατά την οποία ο ιατρός προβαίνει στην προμήθεια του ασθενούς με θανατηφόρο φάρμακο, έχοντας εν γνώσει του ότι η χρήση του από τον ασθενή θα πραγματοποιηθεί με σκοπό την αυτοκτονία. Στον αντίποδα, μέσα από τη μη κλιμάκωση ή παύση της αγωγής κατά την παραμονή του ασθενούς στη ΜΕΘ ο σκοπός του ιατρού είναι να τον ανακουφίσει

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

σε ψυχικό και σωματικό επίπεδο από την ταλαιπωρία που του έχουν προκαλέσει οι όποιες μάταιες επιθετικές θεραπείες, με συνέπεια το γεγονός του θανάτου να είναι φυσική και μη αναστρέψιμη απόρροια της εξέλιξης του νοσήματος από το οποίο πάσχει ο ασθενής (Engelhardt, 1996; Κρανιδιώτης και συν., 2010).

Οι Κρανιδιώτης και συν. (2010) σχολιάζουν σχετικά με την εφαρμογή του βιοηθικού πλαισίου αναφοράς (σε Ελλάδα και εξωτερικό) τα εξής:

Οι αποκλίσεις που εντοπίζονται στη συχνότητα είτε της μη κλιμάκωσης είτε της διακοπής της αγωγής αλλά και στο κατά πόσο συμμετέχουν οι συγγενείς του ασθενούς στη διαδικασία λήψης μιας απόφασης ενέχουν διαφορές σε πολιτισμικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, από τη μία, στη Βόρεια Αμερική ανέκαθεν επικρατούσαν ο ατομικισμός και ο πραγματισμός. Έτσι, η αυτονομία καθίσταται πιο σεβαστή αρχή σε σχέση με τις υπόλοιπες τρεις αρχές της Βιοηθικής και για τον λόγο αυτό θεωρείται απαραβίαστη και προτάσσεται αυτών. Από την άλλη, στην Ευρώπη αυτό που επικρατεί είναι η αρχή του «ωφελέειν», ενώ η ιατρική αυθεντία είναι αξιόπιστη στη συνείδηση του κόσμου. Εντός της Ευρώπης, εντοπίζονται διαφορές μεταξύ βόρειων και μεσογειακών χωρών, καθώς στις τελευταίες η επικρατούσα θρησκευτική κληρονομιά έχει βαθύτερες ρίζες, ενώ οι κάτοικοί τους είναι πιο συναισθηματικοί με αποτέλεσμα αυτό να επηρεάζει και τη διαδικασία για την εξεύρεση λύσεων (Moselli et al., 2006).

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας ο σεβασμός της αυτονομίας του ασθενούς είναι κατοχυρωμένος, ενώ οι συγγενείς του ασθενούς μπορούν να τον αντιπροσωπεύσουν αν αυτός αδυνατεί να συμμετάσχει στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Ειδικότερα, απαγορεύεται η εκτέλεση μιας ιατρικής πράξης από τον ιατρό αν δε διαθέτει τη συγκατάθεση του ασθενούς εκ των προτέρων. Ακόμη, σε περίπτωση που ο ασθενής αδυνατεί να δώσει τη συγκατάθεσή του, τότε η παροχή αυτής εναπόκειται στον δικαστικό συμπαραστάτη, ο οποίος θα πρέπει να έχει καθοριστεί εκ των προτέρων. Σε περίπτωση απουσίας δικαστικού συμπαραστάτη, οι συγγενείς του ασθενούς επιφορτίζονται με την ευθύνη της συγκατάθεσης στην εκτέλεση της ιατρικής πράξης. Σύμφωνα με τον Κώδικα, αν ο ασθενής έχει εκφράσει εκ των προτέρων τις επιθυμίες του, τότε αυτές θα πρέπει να συνυπολογίζονται στο στάδιο του σχεδιασμού της τακτικής που θα ακολουθηθεί κατά τη θεραπεία. Ειδικότερα, αναφέρεται ότι είναι υποχρέωση του ιατρού να λαμβάνει υπόψη του τις

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

εκπεφρασμένες επιθυμίες του ασθενούς, ακόμη και σε περίπτωση που ο τελευταίος αδυνατεί να τις επαναλάβει κατά το χρόνο της επέμβασης.

Ταυτόχρονα, η ευθανασία δεν είναι επιτρεπτή, καθώς είναι υποχρέωση του ιατρού να έχει γνώση της επιθυμίας θανάτου ενός ασθενούς κατά το τελευταίο στάδιο της ζωής του, χωρίς όμως αυτό να δικαιολογεί σε νομικό επίπεδο την εκτέλεση ιατρικών πράξεων που αποσκοπούν στην επίσπευση του θανάτου του. Τέλος, μία ακόμη θεμελιώδης υποχρέωση του ιατρού είναι η παροχή παρηγορικής φροντίδας. Ειδικότερα, ακόμα και σε περίπτωση που ο ασθενής πάσχει από ανίατο νόσημα σε τελικό στάδιο και δεν υπάρχουν περιθώρια θεραπείας της, ο ιατρός υποχρεούται να παράσχει φροντίδα που θα οδηγεί σε ανακούφιση των πόνων του ασθενούς σε ψυχοσωματικό επίπεδο, δηλαδή παρηγορική αγωγή. Εν ολίγοις, πρέπει να επιδεικνύει έμπρακτα τη συμπαράστασή του απέναντι στον ασθενή έως το τέλος της ζωής του με παράλληλη μέριμνα για σεβασμό προς την αξιοπρέπεια αυτού. Το σύνολο των προαναφερθέντων αποτελούν εσωτερικό δίκαιο, έχοντας λάβει την απαραίτητη επικύρωση από τη Βουλή των Ελλήνων (Νόμος 2619, 1998; Νόμος 3418, 2005).

Κατά το 2006, η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής προέβη σε εισήγηση με τίτλο «Τεχνητή παράταση της ζωής», με την οποία ανακοινώνει την υιοθέτηση των αρχών του «ωφελέειν» και του «μη βλάπτειν» ως θεμελιωδών γι' αυτήν, ενώ όσον αφορά τον εκάστοτε ασθενή που πάσχει από νόσημα τελικού σταδίου αναγνωρίζει ως αποκλειστική του ανακούφιση από πόνους και ταλαιπωρία την παροχή ανακούφισης προς αυτόν. Στον αντίποδα, αναγνωρίζει ως βλάβη την όποια τεχνητή παράταση δοθεί στις βιολογικές λειτουργίες του ασθενούς, αν έχουν εξανεμιστεί οι ελπίδες θεραπείας του. Επιπλέον, αναγνωρίζει ότι είτε η εξακολούθηση είτε η διακοπή της ιατρικής παρέμβασης δεν εναπόκειται αποκλειστικά στην κρίση του ιατρού καθώς και ότι η λήψη της όποιας απόφασης είναι ευθύνη ή του ασθενούς, σε περίπτωση που αυτός είναι ικανός να εκφέρει γνώμη, ή των συγγενών του (Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, 2006). Επιπροσθέτως, σύμφωνα με την Επιτροπή Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος η τεχνολογία στον ιατροφαρμακευτικό τομέα δε συμβάλλει αποκλειστικά στην παράταση της ζωής, αλλά και στη διαδικασία του θανάτου κατά συνθήκη. Επισημαίνεται ακόμη ότι η όποια επέκταση της ιατρικής επέμβασης καλό πρέπει μην υπερβαίνει το σημείο απ' όπου η ταλαιπωρία του ασθενούς από τις επιπλοκές και τα περαιτέρω προβλήματα που δημιουργεί υπερισχύει της ανακούφισης που προσφέρει (Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, 2002).

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

Από την πλευρά τους οι Marcus et al. (2016) συζητάνε περί των ηθικών αρχών δίνοντας μια άλλη ερμηνεία που αφορά τους όρους φροντίδα, σεβασμός – ειδικά στην αξιοπρέπεια του ασθενή – και αλληλεγγύη. Υποστηρίζουν πως θα ήταν σκόπιμο να καθοριστούν οι θεραπευτικοί στόχοι και να ληφθούν οι σχετικές ιατρικές αποφάσεις. Κατά το τελικό στάδιο της άνοιας δεν υφίσταται καμία πιθανότητα για αποκατάσταση της υγείας και της φυσιολογικής λειτουργίας καθώς και για εξάλειψη του νοσήματος, συνεπώς οι στόχοι αφορούν την παροχή φροντίδας και τον σεβασμό απέναντι στον ασθενή, με σκοπό την ανακούφιση του πόνου. Πρέπει να καθοριστεί ποια μορφή φροντίδας εξυπηρετεί με τον καλύτερο τρόπο τους εν λόγω στόχους για τον κάθε ασθενή ξεχωριστά.

Ως προς τον στόχο της φροντίδας, από διαισθητικής άποψης, η σίτιση και ενυδάτωση με το χέρι συνδέονται πολύ περισσότερο με τη φροντίδα σε σχέση με τη χρήση σωλήνα. Εντούτοις, παρατηρούνται περιπτώσεις κατά τις οποίες οι ασθενείς μοιάζουν ταραγμένοι με τη σίτιση και ενυδάτωση με το χέρι. Ο στόχος για τον σεβασμό της αξιοπρέπειας του ασθενούς με σοβαρή άνοια απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή, εξαιτίας της μεγάλης αξίας που αποδίδει η δυτική κοινωνία στη νόηση ως μια ουσιώδη πτυχή της αξιοπρέπειας του ατόμου, σε συμφωνία με την ανάγνωση του Καντ που αντιλαμβάνεται την αξιοπρέπεια ως κάτι που βασίζεται στον ορθολογισμό. Λοιπές ερμηνείες της έννοιας της αξιοπρέπειας αφορούν τη δημιουργία όλων των ανθρώπινων ζωών κατ' εικόνα του Θεού και την ύπαρξη ανθρώπινου γονιδιώματος (Häyry, 2003; Prainsack & Buyx, 2011).

Στο πλαίσιο της έννοιας της αξιοπρέπειας κάθε ανθρώπινης ζωής και με γνώμονα την αξία της αλληλεγγύης, η λήψη αποφάσεων όσον αφορά τη θεραπεία που διατηρεί τους ασθενείς με προχωρημένη άνοια στη ζωή θα πρέπει να γίνεται κατά περίπτωση, όπως γίνεται και για κάθε άλλο ασθενή, συνεκτιμώντας τις επιπτώσεις σε ιατρικό επίπεδο της παρέμβασης που θα μπορούσε να ανταποκριθεί καλύτερα στους στόχους της φροντίδας του εκάστοτε ασθενούς (Marcus et al., 2016).

Οι Pinho-Reis et al. (2018) εστίασαν την έρευνά τους στην τεχνητή ενυδάτωση στο τέλος της ζωής με έμφαση στα ηθικές προεκτάσεις και παραμέτρους της. Μάλιστα, κατηγοριοποίησαν της επιπτώσεις της και πως αυτές επηρεάζουν τον ανθρώπινο οργανισμό (**Πίνακας 2**).

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

Σύστημα του σώματος που επηρεάζεται:	ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ
Καρδιαγγειακό	Υπόταση, ταχυκαρδία, συγκοπή, ζάλη, κόπωση, πιθανή μείωση του περικαρδιακού υγρού
Γαστρεντερική οδός	Δυσκοιλιότητα, μειωμένες εκκρίσεις, κράμπες, πόνος και έμετος
Μεταβολικό	Υπερνατριαιμία, υπονατριαιμία, υπερασβεστιαιμία
Στόμα	Ξηροστομία, δίψα, δυσκολία στην ομιλία
Νευρομυϊκό	Κράμπες, μυόκλονος, αταξία, νευρομυϊκή ευερεθιστότητα
Νευροψυχιατρικό	Αλλαγές στη διάθεση και την προσωπικότητα, απάθεια, λήθαργος, σύγχυση, κώμα, θόλωση συνείδησης, μειωμένο εγκεφαλικό οίδημα, επιληπτικές κρίσεις
Πνευμονικό	Ξηρός αεραγωγός, μειωμένη πνευμονική συμφόρηση, συριγμός, βήχας και υπεζωκοτική συλλογή
Δέρμα	Κακή σπαργή της επιδερμίδας (μη ελαστικότητα), προδιάθεση για έλκη κατάκλισης
Ουροφόρος οδός	Μειωμένη σπειραματική διήθηση, μειωμένη κάθαρση από φυσιολογικά μεταβολικά προϊόντα και κρεατινίνη, αζωθαιμία, συσσώρευση μεταβολιτών, μειωμένες μολύνσεις της ουροφόρου οδού

Πίνακας 2: Συνέπειες τεχνητής ενυδάτωσης – Ίδια επεξεργασία / μετάφραση πρωτοτύπου (Πηγή: Pinho-Reis et al., 2018, p. 39)

Οι συγγραφείς συνεχίζουν τονίζοντας πως η αντιπαράθεση αναφορικά με την τεχνητή ενυδάτωση δεν ενέχει μόνο ιατρικές αντιφατικές θέσεις σε τεχνικό επίπεδο, αλλά και μια έντονη αντιπαράθεση όσον αφορά τα ηθικά ζητήματα που άπτονται αυτής. Η ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism – Ευρωπαϊκή Εταιρεία Κλινικής Διατροφής και Μεταβολισμού) διευκρινίζει μάλιστα ότι η τεχνητή ενυδάτωση μπορεί να εφαρμοστεί είτε μέσω της εντερικής οδού είτε μέσω υποδερμοκλύσεων. Ωστόσο, είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη ότι η τεχνητή ενυδάτωση προϋποθέτει ένα συγκεκριμένο στόχο (όπως και η τεχνητή σίτιση) και ότι συνεπάγεται συγκεκριμένα οφέλη και κινδύνους (Druml et al., 2016).

Η αντιπαράθεση αφορά κυρίως τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά της τεχνητής ενυδάτωσης (Cameron, 2004; Benarroz et al., 2009; Heuberger, 2010). Στα κριτήρια για την έναρξή της πρέπει να συνυπολογίζονται και τα πιθανά οφέλη, όπως για

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

παράδειγμα η πρόληψη ή η ανακούφιση των συμπτωμάτων που εμφανίζονται συχνά και προξενούν μεγάλη δυσφορία κατά τα τελικά στάδια της ζωής (Bennett et al., 2008). Σε περίπτωση που η ενυδάτωση δεν αποτελεί την επιλογή, τότε αυτό μπορεί να είναι επωφελές για ορισμένους ασθενείς, διότι μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της αίσθησης της αναλγησίας έχοντας λιγότερα επεισόδια ακράτειας (Dunlop et al., 1995; Huffman & Dunn, 2002; Ersek, 2003; Reiriz et al., 2008; Lacatusu et al., 2014). Στα επιχειρήματα εναντίον της τεχνητής ενυδάτωσης συγκαταλέγονται οι διάφοροι κίνδυνοι, μεταξύ άλλων η παράταση της αγωνιώδους ζωής, αλλά και η επιδείνωση του πόνου και λοιπών συμπτωμάτων (Ersek, 2003; Lacatusu et al., 2014; Pinho-Reis & Coelho, 2014; Druml et al., 2016).

Ενίοτε η τεχνητή ενυδάτωση αποκτά την ίδια συμβολική, πολιτιστική ή θρησκευτική σημασία με την παροχή τροφής. Αυτό πρέπει να γίνεται σεβαστό κατά τη διάρκεια της διαδικασίας λήψης αποφάσεων στο τέλος της ζωής. Εν προκειμένω, πρέπει ακόμη να λαμβάνονται υπόψη και αξίες και ηθικές αρχές, μεταξύ άλλων ο σεβασμός απέναντι στη ζωή, τον θάνατο και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια (McCann et al., 1994; Pinho-Reis & Coelho, 2014). Σε περίπτωση που ο ασθενής αισθάνεται δίψα, το συγκεκριμένο σύμπτωμα είναι δυνατόν να ανακουφιστεί μέσα από απλά και μη επεμβατικά μέτρα, όπως είναι η φροντίδα του στόματος, δηλαδή η ενυδάτωση του στόματος και των χειλιών είτε με παγάκια, είτε με θρυμματισμένο πάγο, είτε με τσάι χωρίς ζάχαρη, είτε με νερό, είτε με τεχνητό σάλιο (Ersek, 2003; Pinho-Reis, 2012). Στις διάφορες συζητήσεις αναφορικά με την αφυδάτωση παρατίθεται συχνά ένας μακρύς κατάλογος με ανησυχητικά συμπτώματα τα οποία ενδέχεται να συμβάλλουν στην απώλεια τόσο της ποιότητας ζωής όσο και της άνεσης.

Εξίσου ανησυχητικό είναι και το θέμα της ενυδάτωσης, αυτής που χρησιμοποιείται για τη συμπτωματική ανακούφιση του παραληρήματος και για τη βελτίωση της σπειραματικής διήθησης, η οποία αμβλύνει τις όποιες ανεπιθύμητες συνέπειες συνεπάγεται η συσσώρευση οπιοειδών μεταβολιτών (Ersek, 2003).

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι Schwartz et al. (2021) καταλήγουν στο ότι τα διλήμματα που τίθενται από ηθικής πλευράς σχετίζονται με συγκρούσεις ανάμεσα σε κλινικούς ιατρούς και ανάμεσα σε κλινικούς ιατρούς, ασθενείς, συγγενείς του ασθενούς ή παρένθετους φορείς λήψης αποφάσεων που εμπλέκονται στη λήψη αποφάσεων αναφορικά με την υγειονομική περίθαλψη. Τα ηθικά αυτά διλήμματα είναι δυνατόν να προληφθούν ή/και να επιλυθούν χάρη στην έγκαιρη βέλτιστη επικοινωνία. Αυτή η επικοινωνία θα πρέπει να περιλαμβάνει εξισορρόπηση σε όλες τις απόψεις των ενδιαφερομένων μερών για την υγειονομική περίθαλψη του ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψη τις ηθικές αρχές της αυτονομίας, του ωφελέειν, της μη βλάβης και της δικαιοσύνης (Schwartz & Barrocas, 2017).

Οι Κρανιδιώτης και συν. (2010) υποστηρίζουν ότι η ηλικία αυτή καθαυτή δεν είναι κριτήριο περιορισμού της θεραπευτικής αγωγής. Είναι γεγονός ότι απαντά αυξημένη θνητότητα μεταξύ των ασθενών μεγάλης ηλικίας στις ΜΕΘ, ωστόσο το κατά πόσο σοβαρή μπορεί να αποβεί η οξεία φυσιολογική απορρύθμιση έχει περισσότερο σχέση με τη θνητότητα παρά με την ηλικία (Brunner-Ziegler et al., 2007). Ακόμη, εντοπίζεται σημαντική ανομοιογένεια στον πληθυσμό των ηλικιωμένων ατόμων, οι οποίοι συγκριτικά με τα νεότερα άτομα, διαφέρουν σε μεγαλύτερο βαθμό σε επίπεδο φυσικής κατάστασης. Ως εκ τούτου, θεωρείται αναγκαίο οι αποφάσεις να λαμβάνονται εξατομικευμένα (Levinsky, 1996).

Οι Marcus et al. (2016) τονίζουν (διαφοροποιώντας λίγο τους όρους των ηθικών αρχών) πως δεν υφίσταται οριστική «ορθή απόφαση». Για όσους αποδέχονται το επιχείρημα που υποστηρίζει ότι δεν αποδεικνύεται πως η τεχνητή διατροφή παρατείνει τη ζωή ή ελαττώνει τον πόνο σε ασθενείς με προχωρημένη άνοια, η φροντίδα οφείλει να παρέχεται με σκοπό την ανακούφιση από τα συμπτώματα της πείνας ή της δίψας, την πρόληψη της δημιουργίας ελκών πίεσης ή της αναρρόφησης και να εφαρμόζεται η ανακουφιστική σίτιση και ενυδάτωση, εκτός εάν συντρέχουν επιτακτικοί λόγοι που συνηγορούν υπέρ της πραγματοποίησής τους με σωλήνα σε μια μεμονωμένη περίπτωση. Αντίθετα, για όσους πιστεύουν ότι η άρνηση της σίτισης και ενυδάτωσης με σωλήνα ενδέχεται να επισπεύδει τον θάνατο του ασθενούς, σε περίπτωση που αυτός υποσιτίζεται, η τεχνητή διατροφή και ενυδάτωση ενδείκνυται να παρέχεται μετά από

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

ενδελεχή εκτίμηση των κινδύνων, των επιπλοκών και των παρενεργειών της συγκεκριμένης παρέμβασης.

Οι Malia και Bennett (2011) καταλήγουν στα εξής συμπεράσματα: Οι κλινικοί γιατροί οφείλουν να συζητούν με τους ασθενείς στο τέλος της ζωής τους για την τεχνητή ενυδάτωση ως μέρος του ευρύτερου πλαισίου των συζητήσεων σχετικά με τον προγραμματισμό της φροντίδας. Παρότι οι κλινικοί γιατροί ενδεχομένως να μην αισθάνονται άνετα με τη συζήτηση τέτοιων ευαίσθητων θεμάτων, από την παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς που συμμετείχαν στις συνεντεύξεις εκτίμησαν με ικανοποίηση την ευκαιρία να διερευνήσουν τα αισθήματά τους απέναντι στην τεχνητή ενυδάτωση. Για πολλούς από αυτούς τους ασθενείς η ιατρική γνώμη θα λειτουργούσε καθοδηγητικά, ωστόσο υπήρχαν και ορισμένοι που επιθυμούσαν να πάρουν μόνοι τους τη συγκεκριμένη απόφαση. Μολονότι η λήψη απόφασης σχετικά με την τεχνητή ενυδάτωση κατά κανόνα στηρίζεται στην εκτίμηση για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, ορισμένοι ασθενείς αντιμετωπίζουν την τεχνητή ενυδάτωση ως παράγοντα παράτασης της ζωής τους. Θεωρείται ακόμη πιθανόν να είναι χρήσιμη η συμμετοχή και των φροντιστών της οικογένειας στις εν λόγω συζητήσεις. Επιπλέον, ελλοχεύει ο κίνδυνος οι επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης να αρνηθούν την τεχνητή ενυδάτωση θεωρώντας τη επιβαρυντική τόσο για τους ασθενείς όσο και για τις αλληλεπιδράσεις τους με τους οικείους τους. Από τα ευρήματα της έρευνας προκύπτει, ωστόσο, ότι επιθυμία των συγκεκριμένων ασθενών είναι να δοκιμαστεί η τεχνητή ενυδάτωση και ότι δε θεωρούν την εν λόγω παρέμβαση ούτε επιβάρυνση ούτε ότι συμβάλλει στην υποβάθμιση της ποιότητας ζωής τους. Αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός ότι το πρόσφατα αναθεωρημένο “Liverpool Care Pathway for the Dying” εστιάζει πλέον περισσότερο στην αξιολόγηση και τη διαχείριση της ενυδάτωσης στο τέλος της ζωής (Edmonds et al., 2009).

Οι Kingdon et al. (2021), με τη σειρά τους, καταλήγουν πως εξαιτίας των προκλήσεων που συνεπάγεται η διεξαγωγή έρευνας σε ασθενείς που βρίσκονται στο στάδιο του θανάτου, λίγες είναι οι μελέτες που εστιάζουν στις προοπτικές των ασθενών και των οικογενειακών φροντιστών τους κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας της ζωής των πρώτων. Από την ποιοτική μελέτη των απόψεων των συγγενών που πενθούν, οι οποίες περιλαμβάνονται στην παρούσα ανασκόπηση, προκύπτουν ποικίλες προοπτικές σχετικά με την τεχνητή ενυδάτωση στο τέλος της ζωής, ενώ υπάρχουν μερικές φορές πολύπλοκες και αντικρουόμενες απόψεις στα άτομα αυτά (Raijmakers et al., 2013).

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

Στον αντίποδα, από μια ποιοτική μελέτη σε ασθενείς με καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο κατά τις τελευταίες εβδομάδες, και όχι τις τελευταίες ημέρες, της ζωής τους, προέκυψαν ξεκάθαρα θετικές απόψεις σχετικά με την τεχνητή ενυδάτωση (Cohen et al., 2012). Η συγκεκριμένη ασυμφωνία ενδέχεται να αντανακλά την αντίθεση ανάμεσα στις απόψεις που εκφράζονται σε θεωρητικό επίπεδο και σε εκείνες που προκύπτουν μέσα από τη βιωματική εμπειρία (Yamagishi et al., 2010).

Επομένως, είναι επιτακτική η ανάγκη για καλά σχεδιασμένες μελέτες που να εστιάζουν συγκεκριμένα σε ασθενείς που βρίσκονται στις τελευταίες ημέρες της ζωής τους και να ενσωματώνουν μετρήσεις αποτελεσμάτων στις οποίες να λαμβάνονται υπόψη και οι ανησυχίες των ασθενών. Στο μεταξύ, οι κλινικοί γιατροί θα εξακολουθήσουν να πρέπει να απαντούν στις στοιχειώδεις ερωτήσεις των ασθενών που βρίσκονται στο στάδιο του θανάτου όσον αφορά το νερό και τη δίψα, έχοντας ελάχιστα στοιχεία πάνω στα οποία θα μπορούν να στηρίξουν τόσο το περιεχόμενο όσο και τον τρόπο παροχής των συμβουλών τους.

Τέλος, οι Pinho-Reis et al. (2018) καταλήγουν στα παρακάτω συμπεράσματα: Είναι πλέον 2.500 χρόνια από τότε που ο Ιπποκράτης έθεσε τους τέσσερις πυλώνες της ιατρικής ηθικής, την αυτονομία, την ωφέλεια, τη μη βλάβη και τη δικαιοσύνη, οι οποίες έθεσαν με τη σειρά τους τα θεμέλια για τη διαδικασία λήψης αποφάσεων όσον αφορά την ιατρική ηθική. Ωστόσο, με την πάροδο των χρόνων παρατηρήθηκε ότι οι εν λόγω αρχές είτε αγνοήθηκαν, είτε άλλαξαν, είτε διαστρεβλώθηκαν, ενώ αρκετές είναι και οι φορές που παρερμηνεύτηκαν. Οι αρχές της ηθικής στη φροντίδα των ατόμων με προβλήματα σίτισης και ενυδάτωσης προς το τέλος της ζωής αμφισβητήθηκαν με την υιοθέτηση τεχνητών παρεμβάσεων.

Με την ολοκλήρωση αυτής της ανασκόπησής τους, οι εν λόγω ερευνητές διαπίστωσαν ότι παρόμοια με τα σημερινά είναι και τα ηθικά ζητήματα που συζητήθηκαν πριν από δεκαετίες. Για πολλά από τα θέματα εξήχθη το συμπέρασμα για απουσία σημαντικής εξέλιξης όσον αφορά το ζήτημα της σίτισης και της ενυδάτωσης στη φροντίδα κατά το τέλος της ζωής. Παρόλα αυτά, εξακολουθεί να υπάρχει έλλειψη μιας πρωτότυπης έρευνας πάνω στον τομέα αυτό. Η λήψη αποφάσεων που αφορούν ηθικά ζητήματα στην παρηγορική φροντίδα και τη φροντίδα κατά το τέλος της ζωής είναι δυνατόν να επηρεάσει τα συναισθήματα, τις συγκινήσεις και τις στάσεις. Όπως διαβεβαιώνουν ορισμένοι συγγραφείς (Pinho-Reis, 2012; Pinho-Reis & Coelho, 2014; de Andrade et

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

al., 2017) υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις κατά τις οποίες οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να αντιμετωπίσουν ίδια επαγγελματικά διλήμματα καθώς και τον φόβο μήπως κατηγορηθούν ότι έχουν σκοτώσει ή αφήσει κάποιον να πεθάνει.

Από νομικής άποψης, τέλος, τόσο η παύση όσο και η διακοπή της σίτισης και της ενυδάτωσης δεν μπορούν να διακριθούν, εντούτοις πολλοί ασθενείς, συγγενείς ασθενών και επαγγελματίες υγείας θεωρούν την αφαίρεση ως πιο συναισθηματικά φορτισμένη, καθώς την εξισώνουν με την εγκατάλειψη ή την παραμέληση. Για ορισμένους συγγραφείς (Pinho-Reis, 2012; de Andrade et al., 2017) στην παρούσα κατάσταση εμπλέκονται και οι διατροφολόγοι που δραστηριοποιούνται στον τομέα της παρηγορικής φροντίδας και οι οποίοι οφείλουν να αναπτύσσουν τις παρεμβάσεις τους με γνώμονα τους κινδύνους και τα οφέλη, με τα οφέλη από την υποστήριξη της τεχνητής διατροφής να πρέπει πάντα να υπερτερούν των κινδύνων.

Καταλήγοντας και σύμφωνα με όλη την προαναφερθείσα ανάλυση επί της ενυδάτωσης στο τέλος της ζωής του ασθενούς, τα ερευνητικά ερωτήματα που ετέθησαν εξ αρχής απαντώνται ως εξής:

- *Υπάρχει επαρκής έρευνα πάνω στα οφέλη ή/και στις πιθανές βλάβες που επιφέρει η τεχνητή ενυδάτωση;* Έχουν γίνει πολύ σημαντικές έρευνες, ειδικότερα την τελευταία 20ετία στα οφέλη και τις πιθανές βλάβες που μπορεί να προκαλέσει η τεχνητή ενυδάτωση, αλλά δεν υπάρχουν επαρκή αποτελέσματα για να στηριχτεί η τελική απόφαση για το εάν τελικά ωφελεί περισσότερο παρά βλάπτει τον ασθενή που βρίσκεται κοντά στο τέλος της ζωής του. Μάλιστα, λίγες είναι οι έρευνες που πράγματι ερευνούν τις τελευταίες μέρες της ζωής (το πολύ βδομάδες) καθότι θεωρούν ότι είναι πολύ δύσκολο να αντιμετωπιστεί ως θέμα έρευνας και επίπονο για όλα τα εμπλεκόμενα μέρη και ειδικά για τους ασθενείς.

- *Ποιος είναι τελικά αυτός (από τα ενδιαφερόμενα μέρη) που παίρνει την τελική απόφαση για τον εάν ο ασθενής στο τέλος της ζωής του θα συνεχίσει να λαμβάνει τεχνητή ενυδάτωση;* Στη περίπτωση αυτή η βιβλιογραφία απέδειξε πως διαφέρει η απάντηση ανάλογα με το κράτος και το ηθικο-νομικό πλαίσιό του. Για παράδειγμα στην Ελλάδα αποφασίζει ο ασθενής, αλλά εάν εκείνος αδυνατεί και δεν το έχει δηλώσει προκαταβολικά, οι πλησιέστεροι συγγενείς σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό. Σε άλλες χώρες, με άλλες κουλτούρες, υπόβαθρο και θρησκευτικές πεποιθήσεις, είναι ο ιατρός αυτός που λαμβάνει την τελική

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

απόφαση. Οι περισσότερες έρευνες, πάντως, συγκλίνουν στη σημαντικότητα του να είναι ο ασθενής εκείνος που θα έχει τον τελευταίο λόγο στο εάν επιθυμεί να λάβει τεχνητή ενυδάτωση (και σίτιση) στο τέλος της ζωής του, γι' αυτό τον λόγο και είναι καλύτερα να ερωτάται εξ αρχής, όταν είναι σε θέση να απαντήσει συνειδητά.

- *Ποιο είναι το σημείο στο οποίο συγκλίνουν και συμφωνούν όλες οι έρευνες ανεξαιρέτως;* Το σημείο στο οποίο συγκλίνουν όλες οι έρευνες ανεξαιρέτως είναι ότι πρέπει ο ιατρός (ασχέτως χώρας, δημογραφικών χαρακτηριστικών, ειδικότητας, θρησκευτικών πεποιθήσεων, κοκ) να εξετάζει κάθε περίπτωση μεμονωμένα καθότι και μοναδική. Και είναι μοναδική καθότι πρέπει να συνυπολογίζονται πολλοί παράγοντες για να ληφθεί η τελική απόφαση όπως τυχόν συννοσηρότητες, τα αποτελέσματα των εξετάσεων και η κλινική εικόνα του ασθενούς, τυχόν εντολή που άφησε ο ασθενής σε περίπτωση που δεν είναι σε θέση να λάβει αποφάσεις ποιος θα το κάνει για εκείνον, η άποψη των πλησιεστέρων συγγενών, και το νομικό πλαίσιο της χώρας στην οποία εξασκείται η ιατρική).

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

Αγγλική βιβλιογραφία

Anderson, A.K., Burke, K., Bendle, L., Koh, M., McCulloch, R., & Breen, M. (2019). Artificial nutrition and hydration for children and young people towards end of life: consensus guidelines across four specialist paediatric palliative care centres. *BMJ supportive & palliative care*, *11*(1), 92–100.

Chadwick, R.F. (2022). Bioethics. *Encyclopedia Britannica* [Online]. Available from: https://www.britannica.com/topic/bioethics/Social-and-legal-issues

Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (2001). *Principles of biomedical ethics.* 5th edition, Oxford: Oxford University Press.

Benarroz, M.deO., Faillace, G. B., & Barbosa, L. A. (2009). Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos [Bioethics and nutrition in adult patients with cancer in palliative care]. *Cadernos de saude publica*, *25*(9), 1875–1882.

Bennett, J., Eidsness, L. M., & Young, S. (2008). Artificial hydration and nutrition: a practical approach to discussion and decision-making. *South Dakota medicine: the journal of the South Dakota State Medical Association*, *Spec No.*, 54–58.

Brunner-Ziegler, S., Heinze, G., Ryffel, M., Kompatscher, M., Slany, J., & Valentin, A. (2007). "Oldest old" patients in intensive care: prognosis and therapeutic activity. *Wiener klinische Wochenschrift*, *119*(1-2), 14–19.

Callahan, D. (2000). *The Troubled Dream of Life: In Search of a Peaceful Death*. Georgetown University Press, Washington, D.C..

Cameron, D. (2004). Food and fluids in dying patients: some thoughts after the death of a patient (Summary). *South African Family Practice*, *46*(4), 06-07.

Campbell, C., & Partridge R. (2007). Artificial nutrition and hydration: Guidance in end of life care for adults. London: The National Council for Palliative Care.

Chiu, T. Y., Hu, W. Y., Chuang, R. B., Cheng, Y. R., Chen, C. Y., & Wakai, S. (2004). Terminal cancer patients' wishes and influencing factors toward the provision of artificial nutrition and hydration in Taiwan. *Journal of pain and symptom management*, *27*(3), 206–214.

Cohen, S., Sprung, C., Sjokvist, P., Lippert, A., Ricou, B., Baras, M., Hovilehto, S., Maia, P., Phelan, D., Reinhart, K., Werdan, K., Bulow, H. H., & Woodcock, T. (2005). Communication of end-of-life decisions in European intensive care units. *Intensive care medicine*, *31*(9), 1215–1221.

Cohen, M. Z., Torres-Vigil, I., Burbach, B. E., de la Rosa, A., & Bruera, E. (2012). The meaning of parenteral hydration to family caregivers and patients with advanced cancer receiving hospice care. *Journal of pain and symptom management*, *43*(5), 855–865.

Connelly, R.J. (1989). The sentiment argument for artificial feeding of the dying. *Omega*, *20*, 229-237.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

Dalal, S., & Bruera, E. (2004). Dehydration in cancer patients: to treat or not to treat. *The journal of supportive oncology*, *2*(6), 467–483.

Davies, A. N., Waghorn, M., Webber, K., Johnsen, S., Mendis, J., & Boyle, J. (2018). A cluster randomised feasibility trial of clinically assisted hydration in cancer patients in the last days of life. *Palliative medicine*, *32*(4), 733–743.

de Andrade, J.S., Almeida, M.M., Pinho-Reis, C. (2017). Bioethical Principles and Nutrition in Palliative Care. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 9(9), 12-16.

Degner, L. F., Davison, B. J., Sloan, J. A., & Mueller, B. (1998). Development of a scale to measure information needs in cancer care. *Journal of nursing measurement*, *6*(2), 137–153.

Department of Health (2008). End of life care strategy: "Promoting high quality care for all adults at the end of life". London, UK: Department of Health. Available from: https://www.gov.uk/government/publications/end-of-life-care-strategy-promoting-high-quality-care-for-adults-at-the-end-of-their-life

Dickey, N.W. (1986). Withholding or Withdrawing Treatment – Reply. *Journal of the American Medical Association*, *256*(4), p. 471.

Diekema, D. S., Botkin, J. R., & Committee on Bioethics (2009). Clinical report--Forgoing medically provided nutrition and hydration in children. *Pediatrics*, *124*(2), 813–822.

Dowsett, S. M., Saul, J. L., Butow, P. N., Dunn, S. M., Boyer, M. J., Findlow, R., & Dunsmore, J. (2000). Communication styles in the cancer consultation: preferences for a patient-centred approach. *Psycho-oncology*, *9*(2), 147–156.

Druml, C., Ballmer, P. E., Druml, W., Oehmichen, F., Shenkin, A., Singer, P., Soeters, P., Weimann, A., & Bischoff, S. C. (2016). ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, *35*(3), 545–556.

Dunlop, R. J., Ellershaw, J. E., Baines, M. J., Sykes, N., & Saunders, C. M. (1995). On withholding nutrition and hydration in the terminally ill: has palliative medicine gone too far? A reply. *Journal of medical ethics*, *21*(3), 141–143.

Edmonds, P., Burman, R., & Prentice, W. (2009). End of life care in the acute hospital setting. *BMJ (Clinical research ed.)*, *339*, b5048.

Ellershaw, J.E., Sutcliffe, J.M., & Saunders, C.M. (1995). Dehydration and the dying patient. *Journal of Pain and Symptom Management*, *10*(3), 192-197.

Engelhardt, H.T. (1996). *The foundations of bioethics*. 2nd ed., Oxford University Press, New York.

Ersek, M. (2003). Artificial Nutrition and Hydration Clinical Issues. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, *5*(4), 221.

Gavrin, J.R. (2007). Ethical considerations at the end of life in the intensive care unit. *Crit Care Med.*, *35*(Suppl 2), S85-S94.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

Good, P., Cavenagh, J., Mather, M., & Ravenscroft, P. (2008). Medically assisted hydration for palliative care patients. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD006273.

Green, W. (1984). *Setting boundaries for artificial feeding*. Hastings Center Report, 8-10.

Häyry M. (2003). European values in bioethics: why, what, and how to be used?. *Theoretical medicine and bioethics*, *24*(3), 199–214.

Heap, M. J., Munglani, R., Klinck, J. R., & Males, A. G. (1993). Elderly patients' preferences concerning life-support treatment. *Anaesthesia*, *48*(12), 1027–1033.

Heuberger R. A. (2010). Artificial nutrition and hydration at the end of life. *Journal of nutrition for the elderly*, *29*(4), 347–385.

Huffman, J. L., & Dunn, G. P. (2002). The paradox of hydration in advanced terminal illness. *Journal of the American College of Surgeons*, *194*(6), 835–839.

Keeler A. (2010). Artificial Hydration in Pediatric End-of-Life Care. *The virtual mentor: VM*, *12*(7), 558–563.

Keenan, S. P., Busche, K. D., Chen, L. M., McCarthy, L., Inman, K. J., & Sibbald, W. J. (1997). A retrospective review of a large cohort of patients undergoing the process of withholding or withdrawal of life support. *Critical care medicine*, *25*(8), 1324–1331.

Kelly, W. F., Eliasson, A. H., Stocker, D. J., & Hnatiuk, O. W. (2002). Do specialists differ on do-not-resuscitate decisions?. *Chest*, *121*(3), 957–963.

Kingdon, A., Spathis, A., Brodrick, R., Clarke, G., Kuhn, I., & Barclay, S. (2021). What is the impact of clinically assisted hydration in the last days of life? A systematic literature review and narrative synthesis. *BMJ supportive & palliative care*, *11*(1), 68–74.

Kranidiotis, G., Gerovasili, V., Tasoulis, A., Markaki, V., Routsi, C., Karabinis, A. et al. (2009). *End-of-life decisions in a multidisciplinary ICU. 13th state of the art-interdisciplinary review course on pulmonary diseases, critical care, emergency medicine and nursing care*. Athens, abstract P130.

Kunin J. (2003). Withholding artificial feeding from the severely demented: merciful or immoral? Contrasts between secular and Jewish perspectives. *Journal of medical ethics*, *29*(4), 208–212.

Lacatusu, C.M., Cijevschi-Prelipcean, C., Mihai, C., & Mihai, B.M. (2014). Ethics of artificial nutrition. *Revista Romana De Bioetica*, *12*(4), 44-55.

Lanuke, K., & Fainsinger, R. L. (2003). Hydration management in palliative care settings--a survey of experts. *Journal of palliative care*, *19*(4), 278–279.

Larcher V. (2013). Ethical considerations in neonatal end-of-life care. *Seminars in fetal & neonatal medicine*, *18*(2), 105–110.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

Levinsky N. G. (1996). The purpose of advance medical planning--autonomy for patients or limitation of care?. *The New England journal of medicine*, *335*(10), 741–743.

Low, J. A., Ng, W. C., Yap, K. B., & Chan, K. M. (2000). End-of-life issues--preferences and choices of a group of elderly Chinese subjects attending a day care centre in Singapore. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, *29*(1), 50–56.

MacDonald, N., & Fainsinger, R. (1996). Indications and ethical considerations in the hydration of patients with advanced cancer. In E., Bruera, & I., Higginson (Eds.), *Cachexia-anorexia syndrome in cancer patients*. New York: Oxford University Press.

Malia, C., & Bennett, M. I. (2011). What influences patients' decisions on artificial hydration at the end of life? A Q-methodology study. *Journal of pain and symptom management*, *42*(2), 192–201.

Mansell, D., Poses, R. M., Kazis, L., & Duefield, C. A. (2000). Clinical factors that influence patients' desire for participation in decisions about illness. *Archives of internal medicine*, *160*(19), 2991–2996.

Marcus, E.-L., Golan, O., & Goodman, D. (2016). Ethical Issues Related to End of Life Treatment in Patients With Advanced Dementia – The Case of Artificial Nutrition and Hydration. *Diametros, 50*, 118-37.

Mazur, D. J., & Hickam, D. H. (1994). The effect of physician's explanations on patients' treatment preferences: five-year survival data. *Medical decision making : an international journal of the Society for Medical Decision Making*, *14*(3), 255–258.

McCann, R. M., Hall, W. J., & Groth-Juncker, A. (1994). Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration. *JAMA*, *272*(16), 1263–1266.

McInerney, F. (1992). Provision of food and fluids in terminal cancer: a sociological analysis. *Soc Sci Med.*, *34*, 1271-1276.

Meilaender, G. (1986). Caring for the permanently unconscious patient. In J., Lynn (Ed.), *By no extraordinary means: the choice to forgo life-sustaining food and water*. Indianapolis, Indiana: Indiana University Press, 195-201.

Mercadante, S., Ferrera, P., Girelli, D., & Casuccio, A. (2005). Patients' and relatives' perceptions about intravenous and subcutaneous hydration. *Journal of pain and symptom management*, *30*(4), 354–358.

Morita, T., Tsunoda, J., Inoue, S., & Chihara, S. (1999). Perceptions and decision-making on rehydration of terminally ill cancer patients and family members. *The American journal of hospice & palliative care*, *16*(3), 509–516.

Morita, T., Shima, Y., Adachi, I., & Japan Palliative Oncology Study Group (2002). Attitudes of Japanese physicians toward terminal dehydration: a nationwide survey. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, *20*(24), 4699–4704.

Morita, T., Miyashita, M., Shibagaki, M., Hirai, K., Ashiya, T., Ishihara, T., Matsubara, T., Miyoshi, I., Nakaho, T., Nakashima, N., Onishi, H., Ozawa, T., Suenaga, K., Tajima, T., Akechi, T., & Uchitomi, Y. (2006). Knowledge and beliefs about end-of-

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

life care and the effects of specialized palliative care: a population-based survey in Japan. *Journal of pain and symptom management*, *31*(4), 306–316.

Moselli, N. M., Debernardi, F., & Piovano, F. (2006). Forgoing life sustaining treatments: differences and similarities between North America and Europe. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, *50*(10), 1177–1186.

Musgrave, C. F., Bartal, N., & Opstad, J. (1996). Intravenous hydration for terminal patients: what are the attitudes of Israeli terminal patients, their families, and their health professionals?. *Journal of pain and symptom management*, *12*(1), 47–51.

Pinho-Reis, C. (2012). Suporte Nutricional em Cuidados Paliativos. *Revista Nutrícias*, *15*, 24-27.

Pinho-Reis, C., & Coelho, P. (2014). Significado da Alimentação em Cuidados Paliativos. Revista Cuidados Paliativos, 1(2), 14-22.

Pinho-Reis, C., & Coelho, P. (2014). Alimentación al final de la vida: un dilemma ético. Bioètica et Debat., 20(72), 17-20.

Pinho-Reis, C., Sarmento, A., & Capelas, M.L. (2018). Nutrition and hydration in the end-of-life care: ethical issues. Acta Portuguesa de Nutrição, 15, 36-40.

Prainsack, B., & Buyx, A. (2011). *Solidarity: Reflections on an Emerging Concept in Bioethics*. Nuffield Council on Bioethics, Arts & Humanities Research Council, ESP Colour Ltd: UK.

Printz, L.A. (1992). Terminal dehydration, a compassionate treatment. *Arch Intern Med.*, *152*, 697-700.

Raijmakers, N. J., Clark, J. B., van Zuylen, L., Allan, S. G., & van der Heide, A. (2013). Bereaved relatives' perspectives of the patient's oral intake towards the end of life: a qualitative study. *Palliative medicine*, *27*(7), 665–672.

Reiriz, A.B., Motter, C., Buffon, V.R., Scatola, R.P., Fay, A.S., & Manzini, M. (2008). Cuidados paliativos - há benefícios na nutrição do paciente em fase terminal? *Revista da Sociedade Brasileria de Clínica Médica*, *6*(4), 150-155.

Rosner F. (1993). Why nutrition and hydration should not be withheld from patients. *Chest*, *104*(6), 1892–1896.

Scanlon, C., & Fleming, C. (1989). Ethical issues in caring for the patient with advanced cancer. *Nursing Clin N Am.*, *24*, 977-986.

Schwartz, D. B., Barrocas, A., Wesley, J. R., Kliger, G., Pontes-Arruda, A., Márquez, H. A., James, R. L., Monturo, C., Lysen, L. K., & DiTucci, A. (2014). Gastrostomy tube placement in patients with advanced dementia or near end of life. *Nutrition in clinical practice: official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, *29*(6), 829–840.

Schwartz, D.B., & Barrocas, A. (2017). Ethics and law. In: C. Mueller, L.M. Lord, M. Marian, S.A. McClave, & S. Miller (Eds), *The ASPEN Adult Nutrition Support Core Curriculum.* 3rd ed., Silver Spring, MD: American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (p.785-804).

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

Schwartz, D.B., Barrocas, A., Annetta, M. G., Stratton, K., McGinnis, C., Hardy, G., Wong, T., Arenas, D., Turon-Findley, M. P., Kliger, R. G., Corkins, K. G., Mirtallo, J., Amagai, T., Guenter, P., & ASPEN International Clinical Ethics Position Paper Update Workgroup (2021). Ethical Aspects of Artificially Administered Nutrition and Hydration: An ASPEN Position Paper. *Nutrition in clinical practice: official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, *36*(2), 254–267.

Smith, S.A. (1997). Controversies in hydrating the terminally ill patient. *J Intraven Nurs.*, *20*, 193-200.

Solomon, M. Z., Sellers, D. E., Heller, K. S., Dokken, D. L., Levetown, M., Rushton, C., Truog, R. D., & Fleischman, A. R. (2005). New and lingering controversies in pediatric end-of-life care. *Pediatrics*, *116*(4), 872–883.

Sprung, C. L., Maia, P., Bulow, H. H., Ricou, B., Armaganidis, A., Baras, M., Wennberg, E., Reinhart, K., Cohen, S. L., Fries, D. R., Nakos, G., Thijs, L. G., & Ethicus Study Group (2007). The importance of religious affiliation and culture on end-of-life decisions in European intensive care units. *Intensive care medicine*, *33*(10), 1732–1739.

Sullivan, R.J. (1993). Accepting death without artificial nutrition or hydration. *J Gen Intern Med.*, *8*, 220-224.

US Federal Register (1983). Rules and Regulations, *48*(129), July 5.

Wanzer, S. H., Adelstein, S. J., Cranford, R. E., Federman, D. D., Hook, E. D., Moertel, C. G., Safar, P., Stone, A., Taussig, H. B., & van Eys, J. (1984). The physician's responsibility toward hopelessly ill patients. *The New England journal of medicine*, *310*(15), 955–959.

Yamagishi, A., Morita, T., Miyashita, M., Sato, K., Tsuneto, S., & Shima, Y. (2010). The care strategy for families of terminally ill cancer patients who become unable to take nourishment orally: recommendations from a nationwide survey of bereaved family members' experiences. *Journal of pain and symptom management*, *40*(5), 671–683.

Ελληνική βιβλιογραφία

Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής (2006). *Εισήγηση σχετικά με την τεχνητή παράταση της ζωής* [Online]. Ανακτήθηκε από: https://bioethics.gr/opinions-reports/texniti-paratasi-zois-108

Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος (2002). Ειδική Συνοδική Επιτροπή Βιοηθικής: Βασικές θέσεις επί της ηθικής της ευθανασίας [Online]. Ανακτήθηκε από: http://www.bioethics.org.gr/03_b.html#4

Ίσαρη, Φ., & Πουρκός, Μ. (2015). *Ποιοτική Μεθοδολογία Έρευνας: Εφαρμογές στην Ψυχολογία και την Εκπαίδευση*. Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών: Αθήνα.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38

Καρυωτάκη, Γ. (2010). Σίτιση και ενυδάτωση ασθενών σε κρίσιμο στάδιο και ηθικά διλήμματα που προκύπτουν. Διπλωματική εργασία, στο Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, στο ΑΤΕΙ Κρήτης.

Κρανιδιώτης, Γ., Γεροβασίλης, Β., Τασούλης, Α., & Νανάς, Σ. (2010). Προτελεύτια διλήμματα στη μονάδα εντατικής θεραπείας: Μη κλιμάκωση και απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, *27*(1), 18-36.

Νόμος 3418 (ΦΕΚ Α΄ 287/28.11.2005). *Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας*. Άρθρα 12, 29. Ανακτήθηκε από: https://www.moh.gov.gr/articles/3246-nomothesia-hlektronikhs-ygeias?fdl=8083

Νόμος 2619/1998 (ΦΕΚ Α΄ 132). *Κύρωση της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της Βιολογίας και της Ιατρικής: Σύμβαση για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη Βιοϊατρική* [Κεφάλαιο ΙΙ]. Ανακτήθηκε από: http://fst.aua.gr/sites/fst.aua.gr/files/oviedo_convention_gr.pdf

Συμβούλιο της Ευρώπης (2014). *Οδηγός για τη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με την ιατρική θεραπεία σε καταστάσεις τέλους της ζωής*. Εκτύπωση από το Τμήμα Παραγωγής Αρχείων και Δημοσιεύσεων (SPDP) του Συμβουλίου της Ευρώπης. Ανακτήθηκε από:

https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168039e8c1

Τσιώλης, Γ. (2015). Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων: διλήμματα, δυνατότητες, διαδικασίες. Στο Γ. Πυργιωτάκης & Χρ. Θεοφιλίδης (Επιμ.), *Ερευνητική Μεθοδολογία στις Κοινωνικές Επιστήμες και στην Εκπαίδευση. Συμβολή στην επιστημολογική θεωρία και την ερευνητική πράξη* [σ. 473-498]. Αθήνα: Πεδίο.

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
02/05/2026 08:02:07 EEST - 216.73.217.38