



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
σε συνεργασία με  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



*Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία*

**ΘΕΜΑ**

**" ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΣΤΗ ΜΕΘ "**

υπό

**ΜΑΡΙΑΣ ΖΟΥΛΟΥΜΗ**

**Νοσηλεύτρια Μ.Ε.Θ Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας**

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

**Λάρισα, 2024**

**Επιβλέπων:**

*Μαλλιαρού Μαρία, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*

**Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:**

1. *Μαλλιαρού Μαρία, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας  
(Επιβλέπουσα)*
2. *Μαυροφόρου Άννα, Καθηγήτρια Δεοντολογίας και Βιοηθικής, Τμήμα Νοσηλευτικής,  
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*
3. *Μακρής Δημοσθένης, Καθηγητής Εντατικής Θεραπείας, Τμήμα Ιατρικής,  
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*

**Τίτλος εργασίας στα αγγλικά:**

**«ETHICAL DILEMMAS AT THE END OF LIFE IN ICU»**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b> .....	4
<b>Περίληψη</b> .....	5
<b>Abstract</b> .....	7
<b>Κεφάλαιο 1: Βασικές έννοιες της Βιοηθικής</b> .....	8
1.1 Εισαγωγή.....	8
1.2 Σκοπός της μελέτης.....	12
1.3 Μεθοδολογία.....	12
<b>Κεφάλαιο 2:</b> .....	14
2.1 Χαρακτηριστικά της φροντίδας των ασθενών στις ΜΕΘ.....	14
2.2 Ανακουφιστική φροντίδα.....	17
2.3 Ηθικά διλήμματα στο τέλος της ζωής στη ΜΕΘ.....	18
2.4 Θεμελιώδεις ηθικές αρχές και αξίες στις ΜΕΘ.....	20
2.4.1 Αρχή της αυτονομίας.....	21
2.4.2 Αρχή της ευεργεσίας και της μη βλαπτικότητας.....	22
2.4.3 Αρχή της δικαιοσύνης.....	22
<b>Κεφάλαιο 3</b> Ανάλυση των ηθικών διλημάτων στο τέλος της ζωής στη ΜΕΘ.....	23
3.1 Αυτονομία στη ΜΕΘ.....	23
3.2 Λήψη αποφάσεων στη ΜΕΘ.....	24
3.3 Ευθανασία.....	28
3.4 Κατανομή υγειονομικού υλικού στη ΜΕΘ.....	31
3.4 Διαχείριση των βιοηθικών διλημάτων στη ΜΕΘ.....	32
<b>Κεφάλαιο 4. Συμπεράσματα- Συζήτηση</b> .....	40
<b>Βιβλιογραφία</b> .....	43

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

*Για την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά, πρώτη από όλους την καθηγήτρια μου Κυρία Μαλλιαρού Μαρία με την οποία είχαμε μια άψογη συνεργασία, καθώς η πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή της, ήταν καίρια στη διεκπεραίωση της διπλωματικής μου εργασίας. Ιδιαίτερα ευχαριστώ επίσης στην οικογένεια μου και σε πολύτιμους ανθρώπους στη ζωή μου, που ήταν δίπλα μου με τη συνεχή στήριξη και ενθάρρυνση τους, καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου. Πίστεψαν σε μένα και τις δυνατότητές μου, καθώς και την αστείρευτη συναισθηματική, ψυχική και ψυχολογική υποστήριξη που μου έδειξαν.*

*Την παρούσα εργασία την αφιερώνω στις κόρες μου Ζωή και Δήμητρα τις οποίες και θέλω να συνεχίσω να κάνω υπερήφανες.*

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η Βιοηθική ασχολείται με την αποτελεσματική διαχείριση καινούριων ηθικών διλημμάτων και προβλημάτων που αναδεικνύονται, χάρη στις ραγδαίες εξελίξεις που λαμβάνουν χώρα στον τομέα της βιοιατρικής επιστήμης.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση των βασικών αρχών της βιοηθικής και των βιοηθικών διλημμάτων που αναδεικνύονται στα πλαίσια της παροχής μιας ολιστικής και ανθρωποκεντρικής φροντίδας στα τμήματα των μονάδων εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ).

**Υλικό και Μέθοδος:** Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε ήταν η βιβλιογραφική ανασκόπηση μέσω αναζήτησης λέξεων-κλειδιών (End-of-life care, ethics, advance directives, ethical dilemmas, decision-making) σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, βιβλιοθήκες ακαδημαϊκών ιδρυμάτων και επιλεγμένους ιστότοπους (PubMed, Medline και Google scholar), με σκοπό την εύρεση άρθρων που σχετίζονται με τα ηθικά διλήμματα στο τέλος της ζωής στη ΜΕΘ.

**Αποτελέσματα:** Ο στόχος της φροντίδας στο τέλος της ζωής των ασθενών είναι να αποτρέψει ή να ανακουφίσει τον πόνο, όσο το δυνατόν περισσότερο, με σεβασμό στις επιθυμίες των ασθενών. Ωστόσο, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζει πολλές ηθικές προκλήσεις στη φροντίδα στο τέλος της ζωής των ασθενών της ΜΕΘ. Είναι σημαντικό να προστατεύονται τα δικαιώματα των ασθενών στη διαδικασία λήψης δεοντολογικών αποφάσεων με κλινική πρακτική εφαρμογή. Η κατανόηση των αρχών που διέπουν τη βιοϊατρική ηθική στις ΜΕΘ από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των ΜΕΘ είναι σημαντική για την επίλυση των βιοηθικών διλημμάτων που καλούνται να αντιμετωπίσουν στη φροντίδα στο τέλος της ζωής των ασθενών. Οι καταστάσεις που δημιουργούν υψηλής περιπλοκότητας ηθικά διλήμματα στις ΜΕΘ αφορούν την λήψη αποφάσεων σχετικά με την αναζωογόνηση, τον μηχανικό αερισμό, την τεχνητή διατροφή και ενυδάτωση, την καταστολή, την αναστολή και την απόσυρση θεραπειών, την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

**Συμπεράσματα:** Η ανοιχτή επικοινωνία και η κοινή λήψη αποφάσεων μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, των ασθενών και των οικογενειών τους μπορεί να βοηθήσει στην αποτελεσματική διαχείριση των ηθικών διλημμάτων στο τέλος της ζωής στη ΜΕΘ. Η εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα βιοηθικής αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για την ανάπτυξη νοητικών και ψυχοσυναισθηματικών δεξιοτήτων που διευκολύνουν την λήψη αποφάσεων για τους ασθενείς στο τέλος της ζωής στη ΜΕΘ.

**Λέξεις- κλειδιά:** Φροντίδα στο τέλος της ζωής, βιοηθική στην ΜΕΘ, ηθικά διλήμματα, λήψη αποφάσεων

## **Abstract**

**Introduction:** Bioethics deals with the effective management of new ethical dilemmas and problems that emerge, thanks to the rapid developments taking place in the field of biomedical science.

**Purpose:** The purpose of this study is to present the basic principles of bioethics and the bioethical dilemmas that arise in the context of the provision of holistic and human-centered care in intensive care unit (ICU) departments.

**Material and Methods:** The methodology used was a literature review through a keyword search (End-of-life care, ethics, advance directives, ethical dilemmas, decision-making) in electronic databases, academic institution libraries and selected websites (PubMed , Medline and Google scholar), to find articles related to ethical dilemmas at the end of life in the ICU.

**Results:** The goal of end-of-life care for patients is to prevent or relieve pain, as much as possible, while respecting patients' wishes. However, nursing staff face many ethical challenges in the end-of-life care of ICU patients. It is important to protect patients' rights in the ethical decision-making process with clinical application. An understanding of the principles governing biomedical ethics in ICUs by ICU nursing staff is important for solving the bioethical dilemmas they are called upon to face in end-of-life care. Situations that create highly complex ethical dilemmas in ICUs involve decision-making regarding resuscitation, mechanical ventilation, artificial nutrition and hydration, sedation, withholding and withdrawal of treatments, euthanasia and assisted suicide.

**Conclusions:** Open communication and shared decision making between health care providers, patients, and their families can help effectively manage ethical dilemmas at the end of life in the ICU. The training of medical and nursing staff in bioethics is a useful tool for the development of mental and psycho-emotional skills that facilitate decision-making for patients at the end of life in the ICU.

**Keywords:** End-of-life care, ethics, advance directives, ethical dilemmas, decision-making

# Κεφάλαιο 1: Βασικές έννοιες της Βιοηθικής

## 1.1 Εισαγωγή

Η φιλοσοφική έννοια της ηθικής έχει απασχολήσει την ανθρωπότητα από την αρχαιότητα. Η ηθική συνιστά τον επιστημονικό κλάδο, ο οποίος μελετά τις ηθικές αξίες ενός ατόμου ή μιας ομάδας, με την βοήθεια διαφορετικών μεθόδων αναλύσεων και θεωριών, αναλύει τα κριτήρια με τα οποία μια πράξη κρίνεται ηθική ενώ δίνει ιδιαίτερη σημασία στον τρόπο με τον οποίο λαμβάνονται οι αποφάσεις για την επίλυση συγκεκριμένων ηθικών ζητημάτων (Δραγώνα- Μονάχου, 2002). Η εφαρμογή των ηθικών αξιών μπορεί να εξασφαλίσει την τήρηση δίκαιων συμπεριφορών και έτσι την προστασία καίριων κοινωνικών αξιών (Chonnachtaigh, 2006).

Κατά την εξέλιξη του επιστημονικού κλάδου της ηθικής φιλοσοφίας, έχουν αναπτυχθεί διαφορετικές φιλοσοφικές θεωρίες όπως είναι η θεωρία των αρετών του Αριστοτέλη, η θεωρία του ωφελισμού και η απαίτηση του γενικού ηθικού νόμου σύμφωνα με την κατηγορική προσταγή του Καντ (Βιρβιδάκης, 2009). Είναι αποδεκτό ότι η ηθική φιλοσοφία έχει τις ρίζες της στα συγγράμματα του Σταγειρίτη φιλοσόφου όπως είναι τα Ηθικά Νικομάχεια και τα Ηθικά Ευδήμεια. Οι αριστοτελικές αρετές οι οποίες διαχωρίζονται σε διανοητικές και ηθικές περιλαμβάνουν την φρόνηση, την σοφία, την ανδρεία, την σωφροσύνη και την δικαιοσύνη. Οι ηθικές αρετές καλλιεργούνται και εμπεδώνονται με την άσκηση. Σύμφωνα με τον Αριστοτέλη, η βασική κινητήρια δύναμη των ανθρώπινων πράξεων είναι το κριτήριο της αρετής. Η φρόνηση συνιστά απαραίτητη προϋπόθεση για να αξιολογήσει ένα άτομο αν μια πράξη είναι ηθικά λανθασμένη (Κάλφας, 2015).

Η θεωρία του ωφελισμού ή αλλιώς θεωρία της συνεπειοκρατίας αρχικά αναπτύχθηκε από τον Adam Smith ως μια οικονομική θεωρία, η οποία εξελίχθηκε σε πολιτική και τελικά σε ηθική θεωρία. Κυριότεροι εκπρόσωποι του ωφελισμού είναι οι John Stuart Mill και Jeremy Bentham. Η θεωρία του ωφελισμού υποστηρίζει ότι μια πράξη είναι ηθική όταν εξασφαλίζει το μέγιστο όφελος για την πλειοψηφία των ατόμων ενός κοινωνικού συνόλου. Η θεωρία του ωφελισμού βασίζεται στον ορθολογικό τρόπο σκέψης και στην ανάλυση των συνεπειών μιας πράξης. Η συγκεκριμένη ηθική θεωρία δεν λαμβάνει υπόψη τα διαφορετικά κίνητρα του

υποκειμένου ενώ η εφαρμογή της σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καταπίεσης των μειονοτήτων (Δραγώνα- Μονάχου, 2002).

Σύμφωνα με τον Γερμανό φιλόσοφο Ιμμάνουελ Καντ, οι ηθικές απόψεις ενός ατόμου θα πρέπει να εφαρμόζονται και να ισχύουν όχι μόνο σε μία συγκεκριμένη περίπτωση, αλλά και σε οποιαδήποτε όμοια κατάσταση που καλείται να αντιμετωπίσει. Επομένως, σύμφωνα με τον Καντ, μια πράξη κρίνεται ηθική, όταν η ρυθμιστική της αρχή τηρείται σε όλες τις αντίστοιχες περιπτώσεις, ανεξάρτητα από τους σκοπούς και τα συναισθήματα του υποκειμένου. Η κεντρική αρχή του ηθικού αυτού καθολικού κανόνα ουσιαστικά αποτελεί την κατηγορική προσταγή. Σύμφωνα με την κατηγορική προσταγή, η συμμόρφωση σε έναν ηθικό κανόνα πραγματοποιείται χάρη στην λογική και για αυτό το λόγο ο ηθικός κανόνας συνιστά έναν τρόπο διασφάλισης της ελευθερίας στα πλαίσια μιας έλλογης κοινωνίας. Πολλοί φιλόσοφοι επηρεάστηκαν από την θεωρία της κατηγορικής προσταγής του Καντ, όπως είναι οι Onora O'Neil και Jean- Paul Sartre (Banham, 2010).

Σύμφωνα με την θεωρία της κατηγορικής προσταγής, τα κριτήρια που καθορίζουν μια ηθική πράξη θα πρέπει να είναι σύμφωνα με τις παρακάτω παραδοχές (Στρατηλάτης, 2011):

1. Ο γνώμονας μιας συγκεκριμένης πράξης να μπορεί να γίνει καθολικός κανόνας
2. Η αντιμετώπιση της ανθρωπότητας, είτε στο πρόσωπο του ίδιου είτε στο πρόσωπο του συνανθρώπου, πρέπει να γίνεται ως αυτοσκοπός και ποτέ ως μέσο.
3. Τα συναισθήματα ή οι συνέπειες μιας πράξης δεν συνιστούν ηθικά κριτήρια

Η Βιοηθική αποτελεί έναν χρήσιμο επιστημονικό κλάδο, ο οποίος με την βοήθεια άλλων επιστημών όπως είναι η Ιατρική, η Κοινωνιολογία, η Νομική, η Φιλοσοφία και η Βιοτεχνολογία, η Γενετική είναι σε θέση να αναπτύξει τα κατάλληλα εργαλεία για την αποτελεσματική διαχείριση των ηθικών προβλημάτων που αναδύονται με την εφαρμογή των διαφορετικών βιοεπιστημονικών καινοτομιών (Δραγώνα-Μονάχου, 2002).

Η Βιοηθική συνιστά ουσιαστικά έναν κλάδο της εφαρμοσμένης φιλοσοφίας, ο οποίος ασχολείται με την λύση ηθικών προβλημάτων με υψηλό βαθμό δυσκολίας και περιπλοκότητας, την λήψη αποφάσεων σε κλινικό επίπεδο και την διατύπωση διαφόρων νομικών ρυθμίσεων. Η Βιοηθική αποτελεί έναν πρόσφατο επιστημονικό κλάδο, ο οποίος έχει αναπτυχθεί σε μεγάλο βαθμό τις τελευταίες δεκαετίες. Η βασισμένη σε αρχές προσέγγιση (principle-based approach) της Βιοηθικής διέπεται από συγκεκριμένες αρχές, κανόνες και πρότυπα συμπεριφοράς (Page, 2012). Οι κεντρικές αρχές της Βιοηθικής περιλαμβάνουν την αρχή της ωφέλειας, την αρχή της

μη πρόκλησης βλάβης, την αρχή της αυτονομίας και την αρχή της εμπιστοσύνης (Κατσιμίγκας & Βασιλοπούλου, 2010).

Η ηθική της υγειονομικής περίθαλψης έχει τις ρίζες της στον Ιπποκράτη, ο οποίος ασχολήθηκε εκτενώς με θέματα ιατρικής δεοντολογίας. Μια σημαντική μορφή της σύγχρονη ηθικής της υγειονομικής περίθαλψης είναι ο Henry Beecher, καθηγητής αναισθησιολογίας στην Ιατρική Σχολή του Χάρβαρντ, ο οποίος το 1966 δημοσίευσε δύο μελέτες για τα ηθικά προβλήματα που εντοπίζονται στην κλινική έρευνα όπως η ανάγκη ενημέρωσης των ασθενών που συμμετέχουν σε πειραματικές θεραπείες, οι δυσκολίες που σχετίζονται με την φροντίδα των αναισθητών ασθενών και οι περιπτώσεις στις οποίες προτείνεται διακοπή της θεραπείας (Iyalomhe, 2009).

Η Οικουμενική Διακήρυξη για τη βιοηθική και τα ανθρώπινα δικαιώματα», η οποία υπογράφηκε το 2005 από τη Γενική Διάσκεψη της UNESCO συνδέει άμεσα τη βιοηθική με τα ανθρώπινα δικαιώματα σε οικουμενικό επίπεδο. Οι βασικές αρχές που εκφράζονται στην παραπάνω οικουμενική διακήρυξη, είναι οι εξής:

- 1) η προτεραιότητα της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και του ατομικού συμφέροντος έναντι μόνο του συμφέροντος της κοινωνίας.
- 2) η μεγιστοποίηση της ωφέλειας και αποφυγή της βλάβης,
- 3) η αρχή της αυτονομίας και ατομικής ευθύνης,
- 4) η προστασία των δικαιωμάτων όσων δεν είναι σε θέση να την ασκήσουν,
- 5) η ενημερωμένη συναίνεση και η δυνατότητα ανάκλησής της,
- 6) ο σεβασμός του ευάλωτου και της ακεραιότητας του ανθρώπου,
- 7) ο σεβασμός της ιδιωτικής ζωής και των προσωπικών δεδομένων,
- 8) η ισότητα, η δικαιοσύνη και η ευθυδικία,
- 9) η αρχή της μη διάκρισης και του μη στιγματισμού του ατόμου,
- 10) ο σεβασμός της πολιτισμικής ποικιλίας,
- 11) η αδελφοσύνη και η διεθνής συνεργασία,
- 12) η κοινωνική ευθύνη και υγεία,
- 13) η οικουμενική συμμετοχή στα οφέλη της επιστήμης,

14) η προστασία των μελλοντικών γενεών και

15) η προστασία του περιβάλλοντος, της βιόσφαιρας και της βιοποικιλότητας (Δραγώνα – Μονάχου, 2012).

Οι ηθικές αξίες συνιστούν ένα απαραίτητο εργαλείο για την παροχή μιας υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης από τους επαγγελματίες υγείας. Ετυμολογικά, η λέξη «ηθική» προέρχεται από την λέξη «ήθος», που σημαίνει ότι οι ιδιότητες ενός χαρακτήρα ακολουθούν τα διδάγματα της ηθικής. Οι ηθικές αξίες επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο συμπεριφοράς ενός ατόμου ή μιας ομάδας ενώ μπορούν να βοηθήσουν στην ανάλυση και στην εφαρμογή των διαφορετικών προθέσεων και κινήτρων. Οι ηθικές αξίες που πρέπει να εφαρμόζονται στα πλαίσια της ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης και η αναγνώριση των διαφορετικών βιοηθικών διλημμάτων αναμφισβήτητα διευκολύνουν στη λήψη ορθών αποφάσεων, στην κλινική πράξη (Haddad et al, 2021).

Τα ποικίλα βιοηθικά προβλήματα που εντοπίζονται με αυξημένη συχνότητα στην κλινική πράξη, είναι πολύπλευρα και δύσκολα στην διαχείριση τους. Τα τελευταία χρόνια, τα ζητήματα που σχετίζονται με την βιοηθική και την δεοντολογία στις βιοϊατρικές επιστήμες αποτελούν το επίκεντρο ποικίλων επιστημονικών συζητήσεων και διαφωνιών. Στα πλαίσια της εξέλιξης της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι εκπαιδευμένο σε θέματα βιοηθικής, έτσι ώστε να είναι σε θέση να διαχειρίζεται βιοηθικά προβλήματα και διλήμματα με επιτυχία (Bickhoff et al., 2017).

Η πρόοδος που έχει συντελεστεί στην σύγχρονη ιατρική και στις χρήσιμες ιατρικών καινοτόμων τεχνολογικών, έχει αυξήσει το προσδόκιμο ζωής. Αν και για πολλές χρόνιες παθήσεις, δεν υπάρχει ακόμη θεραπεία, έχουν αναπτυχθεί με επιτυχία ιατρικές παρεμβάσεις όπως η τεχνητή διατροφή και η αναπνευστική υποστήριξη που μπορούν να παρατείνουν τη ζωή των ασθενών. Πολλοί άνθρωποι στο τέλος της ζωής τους αντιμετωπίζουν περιττές δυσκολίες. Η παρηγορητική φροντίδα των ασθενών που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους αποτελεί ένα ολοένα και πιο σημαντικό θέμα στη σύγχρονη ιατρική πρακτική. Ο θάνατος αποτελεί ένα αναπόφευκτο μέρος της ζωής. Η παρηγορητική φροντίδα ξεκινά με την διάγνωση μιας θανατηφόρας ασθένειας και τελειώνει με τον αξιοπρεπή θάνατο του ασθενούς και την μεταθανάτια περίοδο του πένθους για το οικογενειακό του περιβάλλον (Karnik & Kanekar, 2016).

Τα μέλη του στενού οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος των ασθενών που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους αντιμετωπίζουν μια ποικιλία προβλημάτων. Η ποιότητα ζωής των μελών της οικογένειας των ασθενών τελικού σταδίου επηρεάζεται αρνητικά. Σε άτυπους φροντιστές των ασθενών τελικού σταδίου καταγράφονται αρνητικά συναισθήματα ανησυχίας, θλίψης, άγχους, θυμού, αλλαγές στην καθημερινότητα τους και αρνητικές επιπτώσεις στις οικογενειακές σχέσεις, στα επίπεδα ύπνου, στην επαγγελματική και στην κοινωνική ζωή (κοινωνικό στίγμα και απομόνωση). Επιπλέον, τα οικονομικά προβλήματα που μπορεί να προκύψουν από το κόστος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, φαίνεται ότι επηρεάζουν αρνητικά την ικανότητα της οικογένειας να διαχειριστεί αποτελεσματικά τις επιπτώσεις της νόσου τελικού σταδίου (Okediji et al, 2017).

## **1.2 Σκοπός της μελέτης**

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση των εννοιών της ηθικής και βιοηθικής στα πλαίσια της φροντίδας ασθενών στο τέλος της ζωής, στα τμήματα των μονάδων εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Ειδικότερα, μέσω της ανασκόπησης της σχετικής βιβλιογραφίας αναλύονται οι ηθικές αρχές και αξίες της υγειονομικής περίθαλψης, τα δικαιώματα των ασθενών, τα ηθικά διλήμματα που απαντώνται στην κλινική πράξη, η νοσηλευτική ηθική δεοντολογία και τα θέματα βιοηθικής στο τέλος της ζωής στη ΜΕΘ, στα πλαίσια μιας ολιστικής και ανθρωποκεντρικής προσέγγισης των ασθενών.

## **1.3 Μεθοδολογία**

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε ήταν η βιβλιογραφική ανασκόπηση μέσω αναζήτησης λέξεων-κλειδιών (End-of-life care, ethics, advance directives, ethical dilemmas, decision-making) σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, βιβλιοθήκες ακαδημαϊκών ιδρυμάτων και επιλεγμένους ιστότοπους (PubMed, Medline και Google scholar), με σκοπό την εύρεση άρθρων που σχετίζονται με τα ηθικά διλήμματα στο τέλος της ζωής στη ΜΕΘ.

Στην παρούσα μελέτη, τα άρθρα που συμπεριλήφθηκαν ήταν μόνο στην ελληνική ή στην αγγλική γλώσσα και δημοσιεύτηκαν από το 2013 έως και το 2023 σε έγκυρες βάσεις δεδομένων (PubMed, Google scholar, Science Direct, Medline). Οι μελέτες αφορούσαν τα ηθικά διλήμματα στο τέλος ζωής στη ΜΕΘ. Το δείγμα των μελετών που συμπεριλήφθηκαν

αφορά μόνο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που εργάζονταν στις ΜΕΘ. Μελέτες στις οποίες το δείγμα αποτελούνταν από νοσηλευτές που εργάζονταν σε άλλες κλινικές αποκλείστηκαν. Οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν ήταν ποιοτικές και ποσοτικές και ανέλυαν τα διαφορετικά ηθικά διλήμματα και τον τρόπο διαχείρισης τους στο τέλος της ζωής στη ΜΕΘ. Στην εργασία συμπεριλήφθηκαν μελέτες που έχουν δημοσιευτεί μόνο στις έγκριτες επιστημονικές βάσεις δεδομένων που αναφέρθηκαν πιο πάνω. Επίσης, εξαιρέθηκαν άρθρα που έχουν γραφτεί σε άλλες γλώσσες εκτός των αγγλικών και των ελληνικών.

## Κεφάλαιο 2:

### 2.1 Χαρακτηριστικά της φροντίδας των ασθενών στις ΜΕΘ

Οι ΜΕΘ (μονάδες εντατικής θεραπείας) αποτελούν ένα κεντρικό τμήμα των σύγχρονων συστημάτων υγείας, σε κάθε χώρα. Πρόσφατα στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι ο αριθμός των ασθενών που νοσηλεύεται σε ΜΕΘ αυξάνεται σε παγκόσμιο επίπεδο. Ταυτόχρονα, περίπου το 1/3 των ενήλικων θανάτων λαμβάνει χώρα στις ΜΕΘ. Η πλειοψηφία των ασθενών που νοσηλεύονται σε κλίνες της ΜΕΘ είναι με μηχανική υποστήριξη, τραχειοστομημένοι ή διασωληνωμένοι. Οι ασθενείς των ΜΕΘ αποτελούν μια ειδική κατηγορία ασθενών οι οποίοι χρήζουν συνεχούς ιατρονοσηλευτικής φροντίδας με την βοήθεια υψηλής τεχνολογίας και διαφορετικών μηχανήματων υποστήριξης της ζωής (Marshall et al, 2017).

Οι ΜΕΘ κατηγοριοποιούνται ανάλογα με το είδος των περιστατικών που δέχονται σε πολυδύναμες (γενικές) και ειδικές. Οι πολυδύναμες ΜΕΘ αποτελούν κλειστά τμήματα στα οποία νοσηλεύονται χειρουργικά και παθολογικά περιστατικά, παρέχοντας εξειδικευμένες υπηρεσίες φροντίδας και θεραπείας υψηλού κόστους. Οι πολυδύναμες ΜΕΘ, ανάλογα με το είδος του νοσοκομείου στο οποίο βρίσκονται (μικρά τοπικά νοσοκομεία ή μεγαλύτερα νοσοκομεία τριτοβάθμιας περίθαλψης), διακρίνονται σε ΜΕΘ επιπέδου, I, II και III. Οι ειδικές ΜΕΘ αναλαμβάνουν περιορισμένα και συγκεκριμένα περιστατικά ασθενών και μπορούν να διακριθούν σε καρδιοχειρουργικές μονάδες, σε μονάδες εγκαυμάτων, μεταμοσχεύσεων κ.α. (Ρούσσο, 2000). Οι τρεις συχνότερες αιτίες εισαγωγής στη ΜΕΘ περιλαμβάνουν την οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια, τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και την καρδιακή ανεπάρκεια. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς που νοσηλεύονται στις ΜΕΘ πάσχουν συνήθως από οξεία νεφρική ανεπάρκεια, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, εγκαύματα, διαταραχές ηλεκτρολυτών, οξείες δηλητηριάσεις, σήψη, εκλαμψία, νευρολογικό ή μεταβολικό κώμα, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και σοβαρές εμβολές (Fleischmann-Struzek et al, 2019).

Η φροντίδα των ασθενών της ΜΕΘ είναι απαιτητική καθώς το νοσηλευτικό προσωπικό χρειάζεται να συνδυάζει εξειδικευμένο επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων με την υψηλή τεχνολογική κατάρτιση (Adams et al, 2019). Σύμφωνα με την Παγκόσμια Ομοσπονδία Νοσηλευτών Εντατικής Θεραπείας, ο νοσηλευτής της ΜΕΘ οφείλει να παρέχει υψηλής ποιότητας ολιστική φροντίδα, σε βαριά πάσχοντες ασθενείς, σεβόμενος τις ανθρωπιστικές και βιοηθικές αξίες της νοσηλευτικής φροντίδας (Yang et al, 2019). Ειδικότερα, οι νοσηλευτές των ΜΕΘ θα πρέπει να διαθέτουν ενσυναίσθηση, υπευθυνότητα, οργάνωση, επικοινωνιακές δεξιότητες, συνεργασία, ομαδικότητα και εξοικείωση με την βιοϊατρική τεχνολογία (Gabbard et al, 2021).

Παρά τις ιατρικές προόδους στην εντατική φροντίδα, η ΜΕΘ παραμένει η μονάδα όπου πεθαίνουν πολλοί ασθενείς. Από τους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις που πεθαίνουν στο νοσοκομείο, περίπου οι μισοί είχαν νοσηλευτεί στη ΜΕΘ το τριήμερο πριν από το θάνατό τους ενώ το ένα τρίτο είχε περάσει τουλάχιστον 10 ημέρες στη ΜΕΘ κατά την τελευταία περίοδο της νοσηλείας τους (Fridh, 2014).

Μελέτες στις ΗΠΑ, τον Καναδά και την Ευρώπη έχουν δείξει ότι οι περισσότεροι θάνατοι στις ΜΕΘ συνεπάγονται με δύσκολες βιοηθικές αποφάσεις. Ένας σημαντικός στόχος της φροντίδας στις ΜΕΘ είναι η παροχή ενός θανάτου χωρίς πόνο και ταλαιπωρία για τους ασθενείς στο τέλος της ζωής και η ψυχολογική στήριξη στο οικογενειακό περιβάλλον (Flannery et al, 2016).

Η ανεύρεση κατάλληλου νοσηλευτικού προσωπικού των ΜΕΘ αποτελεί μια σημαντική πρόκληση για την διοίκηση των νοσοκομείων. Ειδικά κατά την μετα COVID-19 εποχή, πολλές επιστημονικές μελέτες καταγράφουν υψηλό ποσοστό νοσηλευτών της ΜΕΘ που έχουν παραιτηθεί ή θέλουν να εγκαταλείψουν την εργασία τους, λόγω επαγγελματικής εξουθένωσης. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, το ποσοστό αυτό βρέθηκε να είναι από 29,2% έως 41,1% (Bloomer et al, 2020).

Οι γενικές κλινικές δεξιότητες των νοσηλευτών αφορούν στο σύνολο των δεξιοτήτων που σχετίζονται την ασφάλεια των ασθενών της ΜΕΘ, όπως η ικανότητα λήψης γρήγορων αποφάσεων, η αποτελεσματική συνεργασία με το λοιπό ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τους άλλους επαγγελματίες υγείας και η πρόληψη των ιατρικών λαθών (Li-Ying et al, 2016). Οι γενικές κλινικές δεξιότητες των νοσηλευτών της ΜΕΘ έχουν την δυνατότητα να αυξάνουν τα

επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος, να μειώνουν τον χρόνο νοσηλείας και το κόστος νοσηλείας για τα συστήματα υγείας (Lv & Gao, 2016).

Στα καθήκοντα των νοσηλευτών της ΜΕΘ περιλαμβάνεται η συχνή αξιολόγηση των διαφορετικών συστημάτων των ασθενών (αναπνευστικό, καρδιαγγειακό, ουροποιητικό, κεντρικό νευρικό σύστημα, πεπτικό, δέρμα) και η εφαρμογή των κατάλληλων νοσηλευτικών παρεμβάσεων (Li-Ying et al, 2016). Ειδικότερα, η παρακολούθηση των ασθενών της ΜΕΘ περιλαμβάνει την μέτρηση αιμοδυναμικών παραμέτρων, την τακτική καταγραφή των ζωτικών σημείων (θερμοκρασία σώματος, αρτηριακή πίεση, καρδιακοί παλμοί, αναπνευστική συχνότητα), την καταγραφή της ωριαίας αποβολής ούρων και την ποιοτική ανάλυση των ούρων (χρώμα, πυκνότητα) (Shih et al, 2022). Επιπρόσθετα, το νοσηλευτικό προσωπικό των ΜΕΘ ασχολείται με την χορήγηση της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής, τη φροντίδα των τραυμάτων, τη φροντίδα καθετήρων πεπτικού και ουροποιητικού καθώς και ενδαγγειακών καθετήρων, την φροντίδα των στομιών και του τραχειοσωλήνα, τον χειρισμό των παροχετεύσεων, την αναρρόφηση των βρογχικών εκκρίσεων, την τοποθέτηση αρτηριακών γραμμών, καθετήρων ουροδόχου κύστης, ρινογαστρικών σωλήνων, την πρόληψη της εμφάνισης ελκών πίεσης, τον έλεγχο της καταστολής και του επιπέδου συνείδησης και τον χειρισμό των διαφορετικών μηχανημάτων υποκατάστασης της καρδιακής και νεφρικής λειτουργίας (Whitmore et al, 2020). Ταυτόχρονα, οι νοσηλευτές των ΜΕΘ είναι υπεύθυνοι για την πρόληψη της εμφάνισης λοιμώξεων όπως είναι η πνευμονία συνδεδεμένη με αναπνευστήρα (Ventilator Associated Pneumonia - VAP). Οι συχνότεροι παθογόνοι μικροοργανισμοί που προκαλούν την VAP, περιλαμβάνουν τον χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο, ανθεκτικό στη μεθικιλίνη (Methicillin Resistant Staphylococcus aureus, MRSA), τα βακτηριακά στελέχη *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter*, *Klebsiella*, και *Enterobacteriaceae* (Chou et al, 2019).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η επικοινωνία ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό και στον ασθενή της ΜΕΘ δυσκολεύεται από την ύπαρξη του μηχανικού αερισμού και της διασωλήνωσης των ασθενών. Η τραχειοστομία αποτελεί ένα σημαντικό εμπόδιο στην ομιλία του ασθενούς καθώς προκαλεί διαστρέβλωση της. Η δύσκολη επικοινωνία λόγω του περίπλοκου τεχνολογικού περιβάλλοντος μπορεί να επηρεάσει αρνητικά το νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο θα πρέπει να καλλιεργήσει κατάλληλες επικοινωνιακές δεξιότητες (Mitchell et al, 2016).

Ένα από τα κεντρικά καθήκοντα των νοσηλευτών στις ΜΕΘ είναι η επικοινωνία με το οικογενειακό περιβάλλον και τους φροντιστές των ασθενών που βρίσκονται σε κρίσιμη

κατάσταση και η παροχή κατάλληλης ψυχολογικής στήριξης (Holm et al, 2021). Η έλλειψη επικοινωνίας και η αλλαγή στην κατάσταση του ασθενούς με την αλλοιωμένη εικόνα του και την ύπαρξη της καταστολής, καθώς και με και την παρουσία πολλών μόνιτορ παρακολούθησης και αντλιών φαρμάκων προκαλεί στους φροντιστές των ασθενών υψηλά επίπεδα άγχους και ανησυχίας. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό καλείται να διαχειριστεί πιθανές συγκρούσεις με το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ εξαιτίας των διαφορετικών προσδοκιών που σχετίζονται με την θεραπεία και την πορεία του ασθενούς και την προσπάθεια διαχείρισης της όλης κατάστασης (Mehte et al, 2018). Η άσχημη ψυχοσυναισθηματική κατάσταση των φροντιστών, το περιορισμένο επίπεδο γνώσεων τους για την κατάσταση του ασθενούς και η άρνηση της εξέλιξης του, σχετίζονται με τις αυξημένες συγκρούσεις στο περιβάλλον της ΜΕΘ. Επιπλέον, το νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ καλείται να παίξει συμβουλευτικό ρόλο για την λήψη αποφάσεων και την παροχή συγκατάθεσης από το οικογενειακό περιβάλλον για την παράταση της ζωής του ασθενούς (Kayser & Kaplan, 2020).

Τέλος, ο νοσηλευτής των ΜΕΘ έρχεται αντιμέτωπος με ποικίλα βιοηθικά διλήμματα σχετικά με την φροντίδα των ασθενών των ΜΕΘ, τα οποία καλείται να τα διαχειριστεί με τον βέλτιστο δυνατό τρόπο (Ndirangu-Mugo et al, 2022). Η νοσηλεία στις ΜΕΘ σχετίζεται με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει υψηλά επίπεδα άγχους στο νοσηλευτικό προσωπικό (Wei et al, 2019). Συχνό φαινόμενο στους νοσηλευτές της ΜΕΘ είναι η εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης η οποία σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας, αύξηση της εμφάνισης λαθών και υποβάθμιση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Είναι αναγκαία η καλλιέργεια δεξιοτήτων για την διαχείριση του εργασιακού άγχους και των βιοηθικών προβλημάτων καθώς και της προστασίας της ψυχοσυναισθηματικής υγείας των νοσηλευτών των ΜΕΘ (Alkhaldeh et al, 2020).

## **2.2 Ανακουφιστική φροντίδα**

Η ανακουφιστική φροντίδα (palliative care) περιλαμβάνει όλες τις πρακτικές που εφαρμόζονται για την ανακούφιση και την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνια και ανίατα νοσήματα που βρίσκονται κοντά στο τέλος της ζωής τους. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στα πλαίσια της παροχής της ανακουφιστικής φροντίδας αξιολογεί και αντιμετωπίζει τα συμπτώματα πόνου των ασθενών καθώς και τα πιθανά

σωματικά και ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα ενώ ταυτόχρονα στηρίζει το στενό οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς (Radbruch et al, 2020).

Η ανακουφιστική φροντίδα αποτελεί σημαντικό κομμάτι τη υγειονομικής φροντίδας στη σύγχρονη εποχή που χαρακτηρίζεται από την γήρανση του παγκόσμιου πληθυσμού και την αυξημένη συχνότητα των ασθενών με χρόνια και δυνητικά θανατηφόρα νοσήματα (Downar et al, 2023).

Η ενσωμάτωση της παρηγορητικής φροντίδας στις ΜΕΘ φαίνεται ότι βοηθά στην μείωση των σωματικών και ψυχολογικών επιβαρύνσεων τόσο των ασθενών όσο και των οικογενειών τους ενώ συντελεί στην βελτίωση της ποιότητας φροντίδας των ασθενών στο τέλος της ζωής τους (Metaxa et al, 2021). Οι βασικές αρχές της ανακουφιστικής φροντίδας στους ασθενείς στο τέλος της ζωής στην ΜΕΘ στηρίζονται στην ανακούφιση από τον πόνο, στην διαχείριση των λοιπών συμπτωμάτων του νοσήματος, στην εξασφάλιση και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος, στην αντιμετώπιση του θανάτου ως ένα φυσιολογικό κομμάτι της ζωής, στην ψυχολογική βοήθεια του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος και στην προετοιμασία των οικείων για την επικείμενη απώλεια (Aslakson et al, 2014). Η εφαρμογή της ανακουφιστικής φροντίδας από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πραγματοποιείται μέσα στο πλαίσιο της προστασίας των αρχών της αυτονομίας, της ευεργεσίας, της μη βλαπτικότητας και της δικαιοσύνης (Baur et al, 2019). Τα βήματα για την εφαρμογή της ανακουφιστικής φροντίδας περιλαμβάνουν τα εξής (García-Baquero et al, 2018):

- Εφαρμογή των κατάλληλων θεραπευτικών προσεγγίσεων και τροποποίηση αυτών, όπου χρειάζεται
- Προσδιορισμός των σταδίων του επικείμενου θανάτου
- Ολιστική φροντίδα του ασθενούς (σωματική, ψυχολογική, πνευματική)
- Προετοιμασίες για την διαχείριση του επικείμενου θανάτου
- Ψυχολογική στήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος
- Διαχείριση του πένθους του οικογενειακού περιβάλλοντος

## **2.3 Ηθικά διλήμματα στο τέλος της ζωής στη ΜΕΘ**

Η ηθική δεοντολογία και η διασφάλιση των ηθικών αξιών παίζουν κεντρικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Η Νοσηλευτική επιστήμη έχοντας ηγετικό ρόλο στα συστήματα υγείας είναι σε θέση να προστατεύει τα δικαιώματα των ασθενών και να εξασφαλίζει άριστης ποιότητας φροντίδα. Το σύνολο των ηθικών αξιών που εφαρμόζονται στην κλινική πράξη από το νοσηλευτικό προσωπικό έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον πολλών μελετητών. Η πρώτη ολοκληρωμένη θεωρητική κατεύθυνση της Νοσηλευτικής αναπτύχθηκε από την Florence Nightingale ενώ με την πάροδο των ετών πολλές θεωρίες αναπτύχθηκαν και βοήθησαν στην βελτίωση του επιπέδου της Νοσηλευτικής πρακτικής, μέσα στα πλαίσια ενός αλτρουιστικού και ανθρωπιστικού συστήματος αξιών (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σούρτζη, 2005).

Το βασικό σύστημα αξιών που χαρακτηρίζει την Νοσηλευτική επιστήμη στηρίζεται στην ανάπτυξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή, στην ελεύθερη έκφραση των συναισθημάτων και στην καλλιέργεια ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος (Παπασταύρου και συν., 2010). Η Νοσηλευτική επιστήμη επικεντρώνεται στον ασθενή με μια ολιστική προσέγγιση, δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στις αλληλεπιδράσεις του με το περιβάλλον και στην πολυεπίπεδη ικανοποίηση των διαφορετικών σωματικών, πνευματικών, κοινωνικών και ψυχοσυναισθηματικών αναγκών του (Taylor et al, 2002). Το βιοψυχοκοινωνικό - πνευματικό μοντέλο της ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας βασίζεται στην αναγνώριση της ατομικότητας και μοναδικότητας του κάθε ασθενούς και στην παραδοχή ότι τα επίπεδα σωματικής υγείας μπορούν να επηρεαστούν από ποικίλες παραμέτρους (Cowling, 2018). Το βιοψυχοκοινωνικό - πνευματικό μοντέλο προτείνει την χρησιμοποίηση διαφορετικών εργαλείων στην κλινική πρακτική συμπεριλαμβανομένων της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής, της επικοινωνίας, της εκπαίδευσης και της αυτοφροντίδας. Βασικά χαρακτηριστικά της ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας είναι ο σεβασμός στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και αυτονομία και η ενεργή συμμετοχή των ασθενών στην λήψη αποφάσεων (Zamanzadeh et al, 2015).

Το νοσηλευτικό προσωπικό κατά την άσκηση των νοσηλευτικών του καθηκόντων καλείται να διαχειριστεί ποικίλα βιοηθικά προβλήματα που σχετίζονται με την ενημερωμένη συγκατάθεση του ασθενούς, την ευθανασία, την επιλογή ασθενών για μεταμόσχευση οργάνων, την διακοπή της θεραπείας/θρέψης σε εγκεφαλικά νεκρούς ασθενείς, την ποιότητα ζωής των ασθενών στους οποίους παρατείνεται η διάρκεια ζωής και στην συμμετοχή των ασθενών σε πειραματικές κλινικές δοκιμές (Martins et al, 2020).

Η διαχείριση των ηθικών διλημμάτων που σχετίζονται με το τέλος της ζωής στη ΜΕΘ χαρακτηρίζεται από μεγάλη δυσκολία, εξαιτίας της περιπλοκότητας τους. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των ΜΕΘ χρειάζεται να είναι καταρτισμένο με υψηλό επίπεδο

ενσυναίσθησης, γνώσεων και κριτικής σκέψης (Rainer et al, 2018). Τα ηθικά διλήμματα στο τέλος της ζωής στη ΜΕΘ σχετίζονται με τη λήψη αποφάσεων για το αν μια κατάσταση είναι αναστρέψιμη ή όχι, με την συνέχιση ή την διακοπή της στήριξης της ζωής ή της σίτισης και της ενυδάτωσης, με την αποτελεσματική κατανομή των υγειονομικών πόρων, με την αλληλεπίδραση με το οικογενειακό περιβάλλον, με το νομικό πλαίσιο που ισχύει και με την τήρηση των επαγγελματικών προτύπων. Τα ηθικά διλήμματα στο τέλος της ζωής στη ΜΕΘ προέρχονται από την προσπάθεια τήρησης των ηθικών αρχών της αυτονομίας των ασθενών, της δικαιοσύνης, της μη βλαπτικότητας και της φιλανθρωπίας (Haahr et al, 2020).

## 2.4 Θεμελιώδεις ηθικές αρχές και αξίες στις ΜΕΘ

Οι ηθικές αρχές που εφαρμόζονται στον τομέα της υγειονομικής φροντίδας στις ΜΕΘ είναι οι παρακάτω (Rainer et al, 2018):

- Η αρχή του μη βλάπτειν
- Η αρχή της ωφελιμότητας
- Η αρχή της δικαιοσύνης
- Η αρχή της αυτονομίας
- Η αρχή της ευεργεσίας

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ασκεί τα καθήκοντα του με βάση τις εξής ηθικές αξίες (Haahr et al, 2020):

- Σεβασμός στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια: οι νοσηλευτές στα πλαίσια της παροχής μιας ποιοτικής υγειονομικής φροντίδας, βοηθούν τον ασθενή να συμμετέχει ενεργά στην λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με τις θεραπευτικές προσεγγίσεις που εφαρμόζονται ενώ εξασφαλίζουν το δικαίωμα του ασθενούς για ένα αξιοπρεπές τέλος.

- Σεβασμός στην ατομικότητα του ασθενούς: οι νοσηλευτές δίνουν σημασία τόσο στις σωματικές όσο και στις ψυχοσυναισθηματικές, πνευματικές και κοινωνικές ανάγκες του κάθε ασθενούς, ο οποίος αποτελεί μια ενιαία βιο-ψυχοκοινωνικοπνευματική οντότητα.

- Σεβασμός στον συνάνθρωπο: Το νοσηλευτικό προσωπικό δίνει ιδιαίτερη σημασία στην ανάπτυξη ενός θεραπευτικού κλίματος αλληλοσεβασμού και εμπιστοσύνης.

- Ακεραιότητα: Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι υπεύθυνο τόσο για την σωματική όσο και για την ψυχική ακεραιότητα των ασθενών.
- Ιδιωτικότητα: Το νοσηλευτικό προσωπικό φροντίζει για την εξασφάλιση της ιδιωτικότητας των ασθενών, στα πλαίσια της διατήρησης της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.
- Αλτρουισμός

### 2.4.1 Αρχή της αυτονομίας

Σύμφωνα με την αρχή της αυτονομίας, κάθε λογικό υποκείμενο είναι ελεύθερο να αποφασίζει για τον εαυτό του. Στον τομέα της υγειονομικής φροντίδας, κάθε ασθενής είναι ελεύθερος να λαμβάνει αποφάσεις για την πορεία της υγείας του. Η αρχή της αυτονομίας στηρίζεται στο δικαίωμα των ασθενών, στη λήψη θεραπευτικής φροντίδας, στην πλήρη ενημέρωση και στην εξασφάλιση της ιδιωτικότητας. Ο σεβασμός της αυτονομίας του ασθενούς είναι μία από τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής δεοντολογίας. Η αρχή της αυτονομίας δίνει έμφαση στην προστασία του δικαιώματος των ασθενών για αυτοδιάθεση, ακόμη και για τους ασθενείς που έχουν χάσει την ικανότητα λήψης αποφάσεων (Varelius et al, 2006).

Η αρχή της αυτονομίας των ασθενών στηρίζεται στον σεβασμό της ατομικότητας των ασθενών και στην ενήμερη συναίνεση τους. Η ενήμερη συναίνεση, η οποία προστατεύεται από το νομικό δίκαιο, αφορά στην πλήρη και λεπτομερή ενημέρωση των ασθενών για διαφορετικές πτυχές της περίθαλψης και της θεραπευτικής αγωγής, έτσι ώστε οι ασθενείς να είναι σε θέση να λάβουν κατάλληλες αποφάσεις για την πορεία της υγείας τους. Η ενήμερη συναίνεση αποτελεί βασικό δικαίωμα των ασθενών και κεντρικό καθήκον του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, το οποίο πρέπει να λαμβάνει τα απαραίτητα μέτρα για την ενίσχυση του ρόλου του ασθενούς (Ubel et al, 2018).

Η Σύμβαση του Οβιέδο για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και την Βιοϊατρική ορίζει ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό προχωρά στην εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων και ιατρικών πράξεων, μετά από κατάλληλη ενημέρωση του ασθενούς για όλες τις διαφορετικές πτυχές της φροντίδας του (σωματικές, ψυχολογικές, οικονομικές) (Rainer et al, 2018).

## 2.4.2 Αρχή της ευεργεσίας και της μη βλαπτικότητας

Η αρχή της ευεργεσίας και της μη βλαπτικότητας αναφέρονται στην ωφέλεια του ασθενούς από την θεραπευτική παρέμβαση και στην αποφυγή της σωματικής, ψυχολογικής ή ηθικής βλάβης του. Από το “ὠφελῆειν, ἢ μὴ βλάπτειν” στα Αρχαία Ελληνικά μέχρι το “Primum non nocere” στα λατινικά διαφαίνεται η ανάγκη στάθμισης του πιθανού οφέλους και των κινδύνων που σχετίζονται με την φροντίδα στις ΜΕΘ. Ο εντατικολόγος πρέπει πάντα να επιδιώκει το βέλτιστο συμφέρον για τον ασθενή, ακόμα και αυτό σημαίνει διακοπή των προσπαθειών για παράταση της ζωής, ειδικά στις περιπτώσεις ασθενών σε καταστολή με κακή πρόγνωση. Σε περίπτωση αμφιβολίας, η παρέμβαση της οικογένειας θα μπορούσε να ξεκαθαρίσει ποια είναι τα βέλτιστα συμφέροντα του ασθενούς. Εάν και πάλι, δεν υπάρχει συμφωνία, η συμμετοχή της επιτροπής Βιοηθικής μπορεί να είναι χρήσιμη για την επίλυση των βιοηθικών προβλημάτων (García et al, 2018).

## 2.4.3 Αρχή της δικαιοσύνης

Η φροντίδα που παρέχεται στους ασθενείς πραγματοποιείται με σεβασμό στην ατομικότητα και στη διαφορετικότητα των ασθενών, χωρίς διακρίσεις που σχετίζονται με την εθνικότητα, τη φυλή, το οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο, τις σεξουαλικές προτιμήσεις, τη γλώσσα ή τη θρησκεία (García et al, 2018).

Επιπρόσθετα, η αρχή της δικαιοσύνης αναφέρεται στην κατάλληλη και αποτελεσματική διανομή των διαθέσιμων πόρων, η οποία πρέπει να έχει υψηλή οικονομική απόδοση και να μεγιστοποιεί το όφελος για την υγεία του ασθενών. Για να επιτευχθεί η δίκαια κατανομή και διαχείριση των υγειονομικών πόρων απαιτείται ορθολογισμός και διαφάνεια. Οι επαγγελματίες υγείας, οι ασθενείς και οι οικογένειές τους μοιράζονται την ευθύνη για τη διανομή των υγειονομικών πόρων για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας (García et al, 2018).

Αν και οι ανθρώπινες ζωές δεν κοστολογούνται, οι διαθέσιμοι υγειονομικοί πόροι στις διάφορες νοσοκομειακές μονάδες είναι συγκεκριμένες. Οι διαθέσιμοι πόροι στις ΜΕΘ είναι περιορισμένοι και για αυτό το λόγο θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν με σύνεση, έτσι ώστε να μεγιστοποιείται το όφελος από την χρήση τους. Οι ιατρικές αποφάσεις που λαμβάνονται,

ειδικά στις ΜΕΘ, έχουν οικονομικό και κοινωνικό κόστος το οποίο θα πρέπει να αξιολογείται αναλόγως (Varkey et al, 2021).

## **Κεφάλαιο 3 Ανάλυση των ηθικών διλημμάτων στο τέλος της ζωής στη ΜΕΘ**

### **3.1 Αυτονομία στη ΜΕΘ**

Για να διασφαλιστεί η αρχή της αυτονομίας των ασθενών, ο ασθενής θα πρέπει να έχει νοητική ικανότητα για την ενήμερη συναίνεση του. Σε περιπτώσεις ασθενών που δεν ισχύει αυτό όπως είναι οι περιπτώσεις των ασθενών με ψυχολογική ή νοητική διαταραχή, των ανήλικων ασθενών και των ασθενών που βρίσκονται σε καταστολή, έχει αναπτυχθεί ειδικά διαμορφωμένο νομικό πλαίσιο για την λήψη αποφάσεων από το οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών αυτών (Mendz & Kissane, 2020).

Για να αξιολογηθεί η ικανότητα ενός ασθενούς να λαμβάνει αποφάσεις συνεκτιμώνται διαφορετικές παράμετροι όπως είναι η ικανότητα κατανόησης η οποία σχετίζεται με την ικανότητα του ασθενούς να επεξεργάζεται διαφορετικές πληροφορίες για το νόσημα από το οποίο πάσχουν (αιτιολογικοί παράγοντες, διαγνωστικές τεχνικές, θεραπευτική αγωγή), η ικανότητα εκτίμησης η οποία βοηθά τους ασθενείς να αξιολογούν και να διαχειρίζονται την συμπτωματολογία της νόσου και τις πιθανές επιπλοκές της θεραπευτικής αγωγής, η ικανότητα συλλογισμού σχετίζεται με την ικανότητα του ασθενούς να αναλύει και να αφομοιώνει διαφορετικές προσεγγίσεις που προτείνονται από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και η ικανότητα δήλωσης η οποία σχετίζεται με την λήψη αποφάσεων και την κατάλληλη αιτιολόγηση της (Beers et al, 2017).

Στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας δίνεται ιδιαίτερη σημασία στις περιπτώσεις ασθενών που δεν είναι σε θέση να λάβουν αποφάσεις για την φροντίδα και την πορεία του νοσήματος τους. Στην περίπτωση των ανήλικων ασθενών, η λήψη των αποφάσεων πραγματοποιείται από τα άτομα που έχουν την επιμέλεια ή την γονική μέριμνα. Σε επείγουσες καταστάσεις, η λήψη αποφάσεων μπορεί να γίνει από τον ένα γονέα. Στην περίπτωση των ασθενών με νοητική υστέρηση ή διανοητική διαταραχή, η λήψη αποφάσεων για ιατρικά θέματα πραγματοποιείται από το στενό οικογενειακό περιβάλλον ή από τον προσωρινό ή μόνιμο δικαστικό συμπαραστάτη. Σε επείγουσες καταστάσεις, ο υπεύθυνος θεράπων ιατρός

μπορεί να παρέμβει χωρίς συναίνεση. Στην περίπτωση των ασθενών που δεν είναι σε θέση να δώσουν την συναίνεση τους λόγω καταστολής, η λήψη αποφάσεων για ιατρικά θέματα πραγματοποιείται από το στενό οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς ή από τον προσωρινό ή μόνιμο δικαστικό συμπαραστάτη (Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, 2005).

Τα μέλη της οικογένειας των ασθενών τελικού σταδίου της ΜΕΘ νιώθουν θλίψη, φόβο και άγχος γεγονός που δυσχεραίνει περαιτέρω την λήψη αποφάσεων, ειδικά, στην περίπτωση που το οικογενειακό περιβάλλον δεν γνωρίζει τις επιθυμίες και τις προτιμήσεις του αγαπημένου τους προσώπου σχετικά με το τέλος της ζωής τους. Επιπλέον, πολλές φορές τα μέλη του οικογενειακού περιβάλλοντος μπορεί να έχουν διαφορετικές προτιμήσεις σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών τελικού σταδίου και να διαφωνούν για πιθανή παράταση της ζωής του ασθενούς (Sutherland, 2019).

Η προστασία της αυτονομίας των ασθενών στις ΜΕΘ μπορεί να επιτευχθεί με τη χρήση των εντολών μη ανάνηψης (DNR order- Do Not Resuscitate order). Οι εντολές μη ανάνηψης μπορεί να προφορικές ή/και γραπτές οδηγίες σχετικά με την μελλοντική ιατρική φροντίδα ενός ασθενούς σε περίπτωση που αυτός δεν μπορεί να επικοινωνήσει ή έχει χάσει την ικανότητα λήψης αποφάσεων (Houska & Loučka, 2019).

Επιπρόσθετα, στις «διαθήκες ζωής» μπορεί να παρέχονται γραπτώς οι οδηγίες σχετικά με τις προτιμήσεις του ασθενούς για ιατρικές παρεμβάσεις που μπορεί να εφαρμοστούν στο τέλος της ζωής του στις ΜΕΘ (τεχνητή διατροφή, αναπνευστική υποστήριξη). Επίσης, σε αυτές περιέχονται ειδικές οδηγίες υγειονομικής περίθαλψης, εκχώρηση πληρεξουσιότητας και ορισμός πληρεξουσίου υγειονομικής περίθαλψης που είναι υπεύθυνος της λήψης αποφάσεων, όταν ο ασθενής χάνει την ικανότητα λήψης αποφάσεων (Chessa & Moreno, 2019).

### **3.2 Λήψη αποφάσεων στη ΜΕΘ**

Ο κύριος στόχος της εντατικής θεραπείας είναι να βοηθήσει τους ασθενείς να επιβιώσουν από οξείες καταστάσεις, διατηρώντας την ποιότητα της ζωής τους. Λόγω της προόδου που έχει συντελεστεί στον βιοϊατρικό και φαρμακευτικό τομέα, είναι δυνατή η παράταση της ζωής ενός ασθενούς που βρίσκεται στο τέλος της ζωής στη ΜΕΘ, γεγονός που δημιουργεί ποικίλα βιοηθικά διλήμματα (Moon & Kim, 2015). Σε ορισμένες περιπτώσεις ασθενών της ΜΕΘ, η παράταση της ζωής σχετίζεται με παράταση της διαδικασίας του θανάτου και αύξηση της ταλαιπωρίας του ασθενούς (Brett et al, 2018). Στους ασθενείς αυτούς, οι θεραπευτικές

παρεμβάσεις που διατηρούν τον ασθενή σε μόνιμη καταστολή και εξάρτηση, χωρίς να υφίστανται πραγματικές πιθανότητες για βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής του ασθενούς, δεν είναι μόνο αντίθετες στις βιοηθικές αξίες που πρέπει να εφαρμόζονται στις ΜΕΘ αλλά ταυτόχρονα σχετίζονται με την ακατάλληλη χρήση των περιορισμένων πόρων υγειονομικής περίθαλψης (Korpar et al, 2022).

Οι στόχοι της εντατικής θεραπείας δεν είναι η διατήρηση της λειτουργίας των οργάνων ή της φυσιολογικής δραστηριότητας ενός ασθενούς, αλλά η θεραπεία και η βελτίωση της υγείας ενός ατόμου στο σύνολό του. Για αυτό το λόγο, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες στοχεύουν απλώς στη διατήρηση των λειτουργιών ενός ασθενούς σε μόνιμη καταστολή, οι οποίες δεν έχει πιθανότητες να επιβιώσει εκτός της ΜΕΘ, χαρακτηρίζονται ως μάταιες (Šarić et al, 2017). Η λήψη των αποφάσεων για τους ασθενείς των ΜΕΘ που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους και η εφαρμογή πρακτικών για την παράταση ή όχι της ζωής τους αποτελούν δύσκολες καταστάσεις τόσο για τον ασθενή και τα μέλη της οικογένειας του όσο και για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Οι συχνότερες πρακτικές που δυσχεραίνουν την λήψη αποφάσεων για τους ασθενείς στο τέλος της ζωής στη ΜΕΘ περιλαμβάνουν την καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ), τον μηχανικό αερισμό, την εξωσωματική οξυγόνωση με μεμβράνη (ECMO, Extra Corporeal Membrane Oxygenation), την μηχανική υποστήριξη του κυκλοφορικού, την τεχνητή διατροφή και ενυδάτωση, την τελική καταστολή, την απόσυρση της θεραπείας και την ευθανασία και την υποβοηθούμενη από ιατρό αυτοκτονία (Akdeniz et al, 2021).

Αν και η ΚΑΡΠΑ συνιστά ένα πολύτιμο εργαλείο στη αντιμετώπιση των καρδιακών προσβολών και των διαφόρων τραυματισμών, πολλές φορές η χρήση της ΚΑΡΠΑ δεν είναι κατάλληλη σε ασθενείς στο τέλος της ζωής τους, οδηγώντας στην εμφάνιση επιπλοκών και στην επιδείνωση της ποιότητας ζωής τους (Cook et al, 2017).

Η λήψη της απόφασης για την διενέργεια της ΚΑΡΠΑ σε ασθενή στο τέλος της ζωής του αποτελεί ένα δύσκολο ηθικό δίλημμα για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των ΜΕΘ. Η απόφαση για χορήγηση της ΚΑΡΠΑ εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως οι προσωπικές προτιμήσεις των ασθενών, το εκτιμώμενο ποσοστό επιτυχίας της, οι κίνδυνοι της διαδικασίας και το αντιληπτό όφελος για τον ασθενή (de Decker et al, 2014).

Η απόφαση για εντολή μη ανάνηψης εξετάζεται στους ασθενείς που μπορεί να μην ωφεληθούν από την ΚΑΡΠΑ, στους ασθενείς στους οποίους η ΚΑΡΠΑ θα προκαλέσει μόνιμη

βλάβη ή απώλεια συνείδησης, στους ασθενείς με χαμηλή ποιότητα ζωής και χαμηλές πιθανότητες αποκατάστασης μετά από ΚΑΡΠΑ (Crane et al, 2005).

Περίπου το 75% των ασθενών στο τέλος της ζωής τους αντιμετωπίζουν δυσκολία στην αναπνοή και δύσπνοια. Η εμφάνιση της δύσπνοιας μπορεί να προκαλέσει συναισθήματα φόβου τόσο στον ασθενή όσο και στο οικογενειακό του περιβάλλον. Κατά την παρηγορητική φροντίδα στο τέλος της ζωής, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο μηχανικός αερισμός για την παράταση της ζωής και για την μείωση των επιπέδων άγχους (Pak et al, 2020).

Η ECMO και η μηχανική υποστήριξη του κυκλοφορικού αποτελούν υποστηρικτικές θεραπείες. Οι αποφάσεις για την απενεργοποίηση αυτών των υποστηρικτικών θεραπειών λαμβάνονται με βάση την αρχή της αυτονομίας των ασθενών. Σε περίπτωση που η ECMO και η μηχανική υποστήριξη του κυκλοφορικού δεν παρέχουν οποιοδήποτε όφελος για τον ασθενή ή δεν ικανοποιούν τους επιθυμητούς στόχους ή υποβαθμίζουν την ποιότητα ζωής του ασθενούς, οι υποστηρικτικές αυτές πρακτικές μπορούν να τερματιστούν, σύμφωνα με τις επιθυμίες του ασθενούς ή της οικογένειας του (Latimer et al, 2021).

Η τεχνητή διατροφή και ενυδάτωση περιλαμβάνει τη χορήγηση τροφής και νερού στους ασθενείς που δεν έχουν τις αισθήσεις τους ή δεν μπορούν να καταπιούν. Η τεχνητή διατροφή μπορεί να δοθεί μέσω της εντερικής σίτισης με σωληνάριο ή μέσω της παρεντερικής σίτισης (Center for Bioethics University of Minnesota, 2020).

Οι αποφάσεις για την χορήγηση ή την διακοπή της τεχνητής διατροφής και ενυδάτωσης αποτελούν δύσκολες και συναισθηματικά φορτισμένες αποφάσεις στη φροντίδα των ασθενών στο τέλος της ζωής. Υποστηρίζεται ότι οι θεραπείες σίτισης και ενυδάτωσης αποτελούν μορφές παρηγορητικής φροντίδας που καλύπτουν βασικές ανθρώπινες ανάγκες και για αυτό το λόγο πρέπει να χορηγούνται σε ασθενείς στο τέλος της ζωής (Henry, 2017).

Το 1990, το Ανώτατο Δικαστήριο των ΗΠΑ αποφάσισε ότι η τεχνητή διατροφή και ενυδάτωση δεν είναι διαφορετικές από άλλες θεραπείες που εφαρμόζονται με στόχο την διατήρηση της ζωής. Ενήλικες ασθενείς με νοητική ικανότητα μπορούν να αρνηθούν την τεχνητή διατροφή και ενυδάτωση. Η τεχνητή διατροφή και ενυδάτωση μπορεί να βελτιώσει την επιβίωση και την ποιότητα ζωής ορισμένων ασθενών όπως είναι οι ασθενείς με αμυοατροφική πλάγια σκλήρυνση, διατροφικές διαταραχές ή οι ασθενείς που έχουν υποστεί εγκεφαλικό ή κρανιοεγκεφαλική κάκωση. Ταυτόχρονα, σημειώνεται ότι η τεχνητή διατροφή και ενυδάτωση σχετίζεται με σημαντικές επιπλοκές όπως η πνευμονία από εισρόφηση, οι διάρροιες και γαστρεντερικές διαταραχές (Akdeniz et al, 2021).

Σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο, η αφυδάτωση μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα όπως η κόπωση, ο μυόκλωνος και το παραλήρημα που υποβαθμίζουν την ποιότητα ζωής. Σε αυτούς του ασθενείς η χρησιμότητα της παρεντερικής ενυδάτωσης είναι αμφιλεγόμενη. Στην τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη των Bruera et al, (2013), στην οποία διερευνήθηκε η επίδραση της παρεντερικής ενυδάτωσης στην ποιότητα ζωής και την επιβίωση σε καρκινοπαθείς τελικού σταδίου, βρέθηκε ότι η ενυδάτωση με 1 L την ημέρα δεν βελτίωσε τα συμπτώματα, την ποιότητα ζωής ή τα ποσοστά επιβίωσης.

Στη μελέτη των Johnston et al., (2008), το 43% των ασθενών με διαδερμική ενδοσκοπική γαστροστομία πέθαναν μέσα σε μια εβδομάδα. Από αυτούς τους ασθενείς, το 70% πέθανε λόγω αναπνευστικής νόσου. Οι παραπάνω μελέτες δείχνουν ότι τα πιθανά οφέλη και οι επιπλοκές πρέπει να αναλύονται λεπτομερώς στον ασθενή ή στο οικογενειακό του περιβάλλον, πριν την λήψη της απόφαση για τεχνητή διατροφή και ενυδάτωση. Στην περίπτωση που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να λαμβάνει αποφάσεις, ο νόμιμος εξουσιοδοτούμενος αποφασίζει την διακοπή της τεχνητή σίτισης και ενυδάτωσης.

Η τελική καταστολή είναι μια ιατρική παρέμβαση που χρησιμοποιείται στους ασθενείς στο τέλος της ζωής τους, συνήθως ως μια τελευταία προσπάθεια ανακούφισης. Για την τελική καταστολή χορηγούνται τα κατάλληλα ηρεμιστικά. Ο σκοπός της τελικής καταστολής δεν είναι για να προκαλέσει ή να επιταχύνει το θάνατο, αλλά να ανακουφίσει από τον πόνο, ο οποίος δεν ανταποκρίνεται σε άλλα θεραπευτικά μέσα (Gilbertson et al, 2023).

Σύμφωνα με το Κέντρο Βιοηθικής του Πανεπιστημίου της Μινεσότα, απαιτούνται τέσσερα κριτήρια για την τερματική καταστολή. Πρώτον, ο ασθενής να πάσχει από μια ανίατη ασθένεια. Δεύτερον, ο ασθενής να εμφανίζει μια σοβαρή συμπτωματολογία η οποία δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία. Τρίτον, ισχύει η εντολή μη ανάνηψης και τέλος ο θάνατος του ασθενούς είναι επικείμενος (ώρες έως μέρες) (Center for Bioethics University of Minnesota, 2020).

Οι βιοηθικές αποφάσεις που λαμβάνονται στις ΜΕΘ και σχετίζονται με την παράταση ή όχι της ζωής του ασθενούς τελικού σταδίου σχετίζονται με αύξηση της ηθικής επιβάρυνσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των ΜΕΘ. Στην μελέτη των Φεϊζίδου και συν., (2022), διερευνήθηκαν τα επίπεδα ηθικού αδιεξόδου που νιώθει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στις παιδιατρικές ΜΕΘ, σχετικά με την θεραπεία σε ασθενείς με χαμηλές πιθανότητες επιβίωσης. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με την χρήση ειδικά διαμορφωμένων ερωτηματολογίων. Το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν από 121 ιατρούς και νοσηλευτές της

ΜΕΘ. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι το 81,8% του δείγματος έχει εφαρμόσει μη ρεαλιστικές και μάταιες θεραπευτικές παρεμβάσεις ενώ το 77,7% ένιωσε ότι παρατείνει την πορεία προς το τέλος του ασθενούς. Το 81,8% του δείγματος δήλωσε ότι η συνέχιση της μάταιης θεραπείας πρέπει να αποφασίζεται από το σύνολο της θεραπευτικής ομάδας.

### 3.3 Ευθανασία

Η ευθανασία ορίζεται ως το σύνολο των ιατρικών πράξεων που λαμβάνουν χώρα ή παραλείπονται με στόχο την διακοπή της ζωής ασθενών που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους και οδεύουν προς έναν οδυνηρό θάνατο. Η λέξη «ευθανασία» προέρχεται ετυμολογικά από το επίρρημα «ευ» και το ρήμα «θνήσκω» και αναφέρεται ουσιαστικά σε έναν «καλό» και αξιοπρεπή θάνατο (Annadurai et al, 2014).

Η ευθανασία μπορεί να διακριθεί στην ενεργητική ευθανασία, (active euthanasia) στην παθητική ευθανασία (passive euthanasia) και στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Η ενεργητική ευθανασία πραγματοποιείται μετά από απαίτηση του ασθενούς και περιλαμβάνει την υπερδοσολογία φαρμάκων, την χορήγηση θανατηφόρας ουσίας με ένεση καθώς και την πρόκληση ασφυξίας μετά από νάρκωση. Στην παθητική ευθανασία σταματά η λήψη μέτρων για την συνέχιση της ζωής και συνήθως περιλαμβάνει την απόσυρση της τεχνητής υποστήριξης, την διακοπή της σίτισης, την μη διενέργεια κάποιου χειρουργείου και την διακοπή της θεραπευτικής και φαρμακευτικής αγωγής (Abohaimed et al, 2019). Στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ο ασθενής τερματίζει την ζωή του, με την κατάλληλη βοήθεια και στήριξη του ιατρού του (Sprung et al, 2018). Επιπρόσθετα, η ευθανασία μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε εκούσια, ακούσια και μη εθελοντική, ανάλογα με το αν ο ασθενής έχει δώσει την συγκατάθεση του (Stoyles & Costreie, 2013).

Η απόφαση για αναστολή ή απόσυρση των θεραπευτικών παρεμβάσεων αποτελεί μια από τις δύσκολες αποφάσεις στη φροντίδα στο τέλος της ζωής που προκαλεί πολλά ηθικά διλήμματα. Στην περίπτωση που ο ασθενής και ο ιατρός συμφωνούν ότι δεν υπάρχει κανένα όφελος από τη συνέχιση μιας παρέμβασης, το επόμενο βήμα είναι η αναστολή αυτής της παρέμβασης. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι σε θέση να διαχειρίζεται αυτή τη συζήτηση με ευαισθησία, λαμβάνοντας υπόψη τα ατομικά χαρακτηριστικά του ασθενούς (προτιμήσεις, πιστεύω, κλινική κατάσταση) και του οικογενειακού περιβάλλοντος του, τον

σεβασμό στην αυτονομία του καθώς και το νομικό πλαίσιο και τους διαθέσιμους πόρους (Henry, 2017).

Συνήθεις καταστάσεις που αναγκάζουν τους ασθενείς να αναζητήσουν την λύση της ευθανασίας είναι οι ασθενείς με καρκίνο σε τελικό στάδιο, με σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS) και άλλες νευρολογικές ή γενετικές παθήσεις για τις οποίες δεν υπάρχει θεραπεία. Οι αιτιολογικοί παράγοντες που ωθούν έναν ασθενή να προχωρήσει σε ευθανασία μπορεί να είναι σωματικοί και ψυχολογικοί. Συμπτώματα όπως είναι οι αφόρητοι πόνοι, η ναυτία, οι έμετοι, η δυσκολία στην κατάποση, η παράλυση, η ακράτεια και η δύσπνοια. Οι ψυχολογικοί παράγοντες περιλαμβάνουν την κατάθλιψη, το αίσθημα ότι επιβαρύνουν το οικογενειακό περιβάλλον τους, τον φόβο απώλειας του ελέγχου ή της αξιοπρέπειας και η απέχθεια για εξάρτηση από τους άλλους (Annadurai et al, 2014). Σημειώνεται ότι σε ορισμένες μελέτες υποστηρίζεται ότι ο αυτοκτονικός ιδεασμός και η ανεπαρκής παρηγορητική φροντίδα μπορεί να αποτελέσουν λόγους για την επιλογή της ευθανασίας (Sinha et al, 2012).

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η πρώτη χώρα που νομιμοποίησε την ευθανασία ήταν η Ολλανδία, το 2002. Η ενεργητική ακούσια ευθανασία είναι παράνομη σχεδόν σε όλες τις χώρες και θεωρείται ως εγκληματική ανθρωποκτονία στις περισσότερες χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, με ποινή φυλάκισης έως και 14 ετών (Mroz et al, 2021). Ειδικότερα, στην Ελλάδα, στο Άρθρο 300 του Ποινικού Κώδικα περί ανθρωποκτονίας με συναίνεση, ορίζεται ότι το άτομο που προχώρησε σε ανθρωποκτονία από οίκτο και ύστερα από επίμονη απαίτηση του θύματος με ανίατη ασθένεια, τιμωρείται με φυλάκιση (Mystakidou et al, 2005).

Η ενεργητική ακούσια ευθανασία είναι νόμιμη σε χώρες όπως η Ολλανδία, το Βέλγιο και το Λουξεμβούργο ενώ η υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι νόμιμη στην Ελβετία. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η υποβοηθούμενη αυτοκτονία τιμωρείται με φυλάκιση (Mroz et al, 2021). Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η ενεργητική ευθανασία είναι παράνομη, αλλά η υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι νόμιμη σε 10 πολιτείες (Ορεγκον, Ουάσιγκτον, Βερμόντ, Καλιφόρνια, Κολοράντο, Ουάσιγκτον, Χαβάη, Νιου Τζέρσεϊ, Μέιν και Μοντάνα) (de Castro et al, 2016).

Η παθητική ευθανασία είναι γενικά αποδεκτή παγκοσμίως. Η παθητική ευθανασία είναι νόμιμη σε 12 χώρες (Βέλγιο, Ολλανδία, Λουξεμβούργο, Ελβετία, Γερμανία, Αυστρία, Νορβηγία, Σουηδία, Ισπανία, Καναδάς, Κολομβία; και Μεξικό, Αργεντινή και Χιλή). Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι νόμιμη σε επτά χώρες (Βέλγιο, Ολλανδία, Λουξεμβούργο,

Ελβετία, Γερμανία, Φινλανδία, Καναδάς και Ιαπωνία). Στο Βέλγιο, αν και στην αρχή υπήρχε περιορισμός ηλικίας για την ευθανασία, πρόσφατα απαγορεύτηκαν όλοι οι ηλικιακοί περιορισμοί. Κάθε χρόνο, στο Βέλγιο καταγράφονται 1400 περιπτώσεις ευθανασίας. Στην Ολλανδία, η ευθανασία ευθύνεται για το 2% όλων των θανάτων (Srivastava et al, 2014). Στη Γαλλία, η ευθανασία επιτρέπεται μόνο στους ασθενείς που πάσχουν από έντονο πόνο και ζητούν εγγράφως να πραγματοποιηθεί η ευθανασία. Το ίδιο ισχύει και στο Βέλγιο (Mroz et al, 2021).

Η ευθανασία αποτελεί ένα σημαντικό βιοηθικό δίλημμα, το οποίο έχει υποστηρικτές και πολέμιους. Τα επιχειρήματα υπέρ της ευθανασίας στηρίζονται στις αρχές της αυτονομίας και της αγαθοεργίας και στην προώθηση της ευημερίας του ασθενούς. Στα πλαίσια της αυτονομίας, ο ασθενής στο τέλος της ζωής του έχει κάθε δικαίωμα να αποφασίσει για το υπόλοιπο της ζωής του, αρνούμενος την εφαρμογή διαφόρων υποστηρικτικών ιατρονοσηλευτικών παρεμβάσεων (Mendz & Kissane, 2020). Ειδικά για τους ασθενείς που πάσχουν από ανίατα νοσήματα τα οποία χαρακτηρίζονται από ανυπόφορους πόνους, η ευθανασία συνιστά μια πράξη αγαθοεργίας, η οποία θα τερματίσει τον σωματικό και ψυχικό πόνο του ασθενούς. Επιπρόσθετα, η υποβάθμιση της ευημερίας του ασθενούς στο τέλος της ζωής και της ποιότητας ζωής του αποτελεί ένα σημαντικό επιχείρημα υπέρ της ευθανασίας (Banonić & Turanjanin, 2014).

Τα επιχειρήματα κατά της ευθανασίας περιλαμβάνουν την βελτίωση της ποιότητας της παρηγορητικής φροντίδας των ασθενών τελικού σταδίου (Dugdale et al, 2019), την καταπάτηση της αρχής της αυτονομίας καθώς αυτήν σχετίζεται άμεσα με το δικαίωμα στη ζωή (Sjöstrand et al, 2013) και την αδυναμία απόδειξης του εθελοντικού χαρακτήρα του αιτήματος για ευθανασία (Dugdale et al, 2019). Επιπρόσθετα, επισημαίνεται ότι η ευθανασία μπορεί να υποβαθμίσει την εμπιστοσύνη του ασθενούς στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ενώ η συγκεκριμένη πρακτική είναι πιθανό να πραγματοποιείται με οικονομικά κίνητρα από το οικογενειακό περιβάλλον (Sjöstrand et al, 2013). Οι διάφορες οργανωμένες θρησκείες, συμπεριλαμβανομένης και της ελληνορθόδοξης, είναι ενάντια στην ευθανασία, καθώς η ζωή συνιστά δώρο του Θεού στον άνθρωπο και ο θάνατος αποτελεί ένα μεταβατικό υπαρξιακό στάδιο (Grove et al, 2022).

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, αναδεικνύεται ο σημαντικός ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των ΜΕΘ στην διαχείριση του ηθικού διλήμματος της ευθανασίας. Στη μελέτη των Elmore et al, (2016), το νοσηλευτικό προσωπικό των ΜΕΘ που

συμμετείχε ανέφερε ότι οι νοσηλευτές παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στη φροντίδα των ασθενών που έχουν ζητήσει ευθανασία. Ειδικότερα, οι νοσηλευτές προχωρούν στην χορήγηση της θανατηφόρου ουσίας ενώ στηρίζουν ψυχολογικά το στενό οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς, μετά το τέλος της όλης διαδικασίας. Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης των McMillen et al, (2018), το νοσηλευτικό προσωπικό των ΜΕΘ συμμετέχει ενεργά στην λήψη αποφάσεων για το τέλος ζωής των ασθενών που ζητούν ευθανασία. Στην μελέτη των Bendiane et al. (2006), το 65% του δείγματος νοσηλευτών της ΜΕΘ ήταν θετικό απέναντί στην πρακτική της ευθανασίας. Από τους νοσηλευτές με θετική άποψη για την ευθανασία, το 70% αυτών συζητούν ανοιχτά για το τέλος ζωής με τους ασθενείς. Η αυξημένη ηλικία, το γυναικείο φύλο και η θρησκευτικότητα συσχετίστηκαν με την άρνηση της νομιμοποίησης της ευθανασίας.

### **3.4 Κατανομή υγειονομικού υλικού στη ΜΕΘ**

Η αποτελεσματική κατανομή των υγειονομικών πόρων απαιτεί την πιστή εφαρμογή βιοηθικών αξιών, στα πλαίσια των αρχών της μη πρόκλησης πόνου και βλάβης και την δικαιοσύνης στην αντιμετώπιση των ασθενών. Στην περίπτωση που οι διαθέσιμοι πόροι είναι περιορισμένοι, η κατανομή γίνεται με βάση τη μέγιστη ωφέλεια συγκεκριμένων ασθενών και την υποχρέωση μη εγκατάλειψης των υπολοίπων (Brock et al, 2006).

Σύμφωνα με την αρχή της δικαιοσύνης, επιβάλλεται ηθικά όχι μόνο η ισότητα των ασθενών στην παροχή φροντίδας αλλά και η δίκαιη κατανομή των διαθέσιμων πόρων με τέτοιο τρόπο ώστε μεγιστοποιείται το όφελος από την χρήση τους. Ειδικά στο περιβάλλον της ΜΕΘ, όπου η φροντίδα των ασθενών είναι εξαιρετικά δαπανηρή και οι κλίνες είναι περιορισμένες, θα πρέπει οι θεραπευτικές παρεμβάσεις να πραγματοποιούνται σε ασθενείς που έχουν πιθανότητες για επιβίωση (Varkey et al, 2021). Ο περιορισμός των υγειονομικών πόρων (διαθέσιμες κλίνες) μπορεί να σημαίνει ότι δεν μπορεί να χορηγηθεί η θεραπεία που είναι ωφέλιμη για τον ασθενή. Εάν η ΜΕΘ είναι γεμάτη, μπορεί να χρειαστεί να μεταφερθεί ο ασθενής σε άλλο νοσοκομείο. Όταν ο εντατικολόγος πρέπει να επιλέξει μεταξύ ασθενών, προτεραιότητα πρέπει να δίνεται στους ασθενείς με τη μεγαλύτερη πιθανότητα οφέλους από την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ. Οι εντατικολόγοι θα πρέπει να είναι σε θέση να αιτιολογήσουν τις ενέργειες τους σχετικά με την διανομή των διαθέσιμων πόρων στους ασθενείς, λαμβάνοντας υπόψη ότι οι συνέπειες των αποφάσεων βαρύνουν τους ίδιους (Garcia et al, 2018).

### 3.4 Διαχείριση των βιοηθικών διλημμάτων στη ΜΕΘ

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό βασιζόμενο στην αρχή της ευεργεσίας ενεργεί πάντα προς το όφελος του ασθενή. Για να εξασφαλιστεί η αρχή της ευεργεσίας στην κλινική πράξη και ιδιαίτερα στο χώρο της ΜΕΘ, οι επαγγελματίες υγείας είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι και καταρτισμένοι (Yildiz, 2019). Η ασφάλεια των ασθενών συνιστά ένα βασικό χαρακτηριστικό των σύγχρονων συστημάτων υγείας και μια βασική παράμετρος για την αξιολόγηση της παρεχόμενης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Επιπλοκές ή τραυματισμοί που μπορεί να οφείλονται στις πράξεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να έχουν σαν συνέπεια την αύξηση του χρόνου νοσηλείας, την πρόκληση αναπηρίας ή και θανάτου (Boamah, 2018). Η διαμόρφωση ενός αυστηρού κανονιστικού πλαισίου, η εφαρμογή κατάλληλων πρωτοκόλλων, η καταγραφή των πιθανών λαθών, η προώθηση καινοτόμων τεχνολογικών μέσων, η ικανοποιητική στελέχωση των μονάδων και η συνεχής κατάρτιση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού αποτελούν σημαντικά βήματα για την εξασφάλιση της ασφάλειας των ασθενών και την προστασία της αρχής της ευεργεσίας (Manda-Taylor et al, 2017).

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης βασίζεται στην εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού, έτσι ώστε να ανταποκρίνεται στις προκλήσεις που συναντώνται στην κλινική πράξη και να βελτιώνεται η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Το επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών πρέπει να βρίσκεται σε υψηλό επίπεδο, γεγονός που μπορεί να επιτευχθεί μέσω της παρακολούθησης διαλέξεων, σεμιναρίων και εργαστηρίων. Μέσω αυτών, ο νοσηλευτής είναι σε θέση να εξηγήσει την παθοφυσιολογία και τους παράγοντες κινδύνου μιας συγκεκριμένης νόσου, να τον ενημερώσει για την φαρμακευτική αγωγή που πρέπει να ακολουθείται, να αναπτύξει επικοινωνιακές δεξιότητες για την εκπαίδευση του ασθενούς και του οικογενειακού περιβάλλοντος του και να παρέχει συμβουλές για αλλαγές στον τρόπο ζωής τους (Baldonado et al, 2014).

Η ηθική δυσφορία είναι μια συναισθηματική και ψυχολογική απόκριση σε ηθικά προκλητικά διλήμματα. Η ηθική δυσφορία βιώνεται συχνά από τους νοσηλευτές των ΜΕΘ και μπορεί να οδηγήσει σε συναισθηματική αγωνία, αυξημένη εργασιακή δυσαρέσκεια, κακή έκβαση των ασθενών και υψηλά επίπεδα παραιτήσεων των νοσηλευτών. Στην μελέτη των Chiafery et al, (2018), διερευνήθηκε η επίδραση της εφαρμογής των βιοηθικών αρχών από τους νοσηλευτές στην εργασιακή ικανοποίηση και στην ποιότητα της φροντίδας ασθενών της

ΜΕΘ. Το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν από 32 νοσηλευτές-τριών ΜΕΘ, οι οποίοι συμμετείχαν σε ειδικά σχεδιασμένες ολιγομελείς συναντήσεις, στις οποίες συζητούνταν με εμπιστευτικότητα βιοηθικά ζητήματα. Στους συμμετέχοντες χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο αξιολόγησης της ηθικής δυσφορίας «Moral Distress Thermometer». Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συζήτηση των βιοηθικών προβλημάτων που απαντώνται στην κλινική πράξη σχετίστηκε με καλύτερη ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας, αυξημένο επίπεδο γνώσης των βιοηθικών αρχών και βελτιωμένοι ποιότητα εργασιακής ζωής, μετά από την συμμετοχή στις βιοηθικές συναντήσεις (Chiafery et al, 2018).

Η μελέτη των Emami Zeydi et al, (2022), είχε ως στόχο να διερευνήσει τις δυνητικά αποτελεσματικές παρεμβάσεις για την ανακούφιση της ηθικής δυσφορίας σε νοσηλευτές ΜΕΘ. Σε αυτή τη συστηματική ανασκόπηση, πραγματοποιήθηκε ευρεία αναζήτηση της βιβλιογραφίας στις διεθνείς βάσεις δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων των PubMed/MEDLINE, Web of Science και Scopus, καθώς και στη μηχανή αναζήτησης Google Scholar χρησιμοποιώντας λέξεις-κλειδιά όπως «ηθική δυσφορία», «μονάδα εντατικής θεραπείας», «ΜΕΘ», «νοσηλευτές εντατικής θεραπείας» από το 1984, όταν η έννοια της MD εισήχθη για πρώτη φορά στη νοσηλευτική βιβλιογραφία, έως τις 29 Οκτωβρίου 2020. Αξιολογήθηκαν μελέτες που εστιάζουν στις παρεμβάσεις για τη διαχείριση της ηθικής δυσφορίας σε νοσηλευτές των ΜΕΘ. Η ποιότητα των επιλέξιμων εργασιών αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας τη λίστα ελέγχου της κριτικής αξιολόγησης του Ινστιτούτου Joanna Briggs (JBI). Συνολικά 8 μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια επιλεξιμότητας. Τρεις μελέτες ήταν τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες και πέντε μελέτες είχαν ημιπειραματικό σχεδιασμό. Όλες οι μελέτες πραγματοποιήθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες και το Ιράν. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα εκπαιδευτικά εργαστήρια, τα προγράμματα ηθικής ενδυνάμωσης, οι παρεμβάσεις κοινωνικής εργασίας, οι συναντήσεις βιοηθικής και οι πολύπλευρες παρεμβάσεις για την ενίσχυση της ανθεκτικότητας των νοσηλευτών ήταν αποτελεσματικές παρεμβάσεις για τη διαχείριση της ηθικής δυσφορίας μεταξύ των νοσηλευτών των ΜΕΘ. Αυτά τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη για περαιτέρω μελέτες για την επικύρωση της αποτελεσματικότητας αυτών των παρεμβάσεων και την ανάπτυξη πιο ισχυρών και αποτελεσματικών παρεμβάσεων για τη μείωση της ηθικής δυσφορίας σε νοσηλευτές των ΜΕΘ (EmamiZeydi, et al, 2022).

Ο σκοπός της συστηματικής ανασκόπησης του Hickey (2022) ήταν να προσδιοριστεί η επίδραση των διαφόρων παρεμβάσεων στην μείωση των επιπέδων της ηθικής δυσφορίας των νοσηλευτών της ΜΕΘ. Έγινε αναζήτηση σε τρεις βάσεις δεδομένων, PubMed, APA PsycNet

και CINAHL, χρησιμοποιώντας τις λέξεις-κλειδιά "moral distress" AND nurs\* AND reduc\* AND ("intensive care" OR "critical care" OR ICU). Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 6 πειραματικές μελέτες που αφορούσαν μόνο νοσηλευτές ΜΕΘ. Οι παρεμβάσεις χωρίστηκαν σε 3 κατηγορίες: (1) εκπαιδευτικές παρεμβάσεις, (2) παρεμβάσεις για τη βελτίωση του περιβάλλοντος της ΜΕΘ και (3) παρεμβάσεις για την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας των νοσηλευτών της ΜΕΘ. Δύο μελέτες με εκπαιδευτικές παρεμβάσεις κατέδειξαν μικρή μείωση της ηθικής δυσφορίας των συμμετεχόντων νοσηλευτών. Η μελέτη που είχε ως στόχο να βελτιώσει το περιβάλλον της ΜΕΘ έδειξε στατιστικά σημαντική μείωση της ηθικής δυσφορίας. Οι μελέτες είχαν σοβαρούς ερευνητικούς περιορισμούς, όπως το μικρό μέγεθος δείγματος και οι ανεπαρκείς ομάδες ελέγχου (Hickey, 2022).

Στην ποιοτική μελέτη των Morley et al, (2022), διερευνήθηκαν τα ηθικά διλήμματα που κλήθηκε να αντιμετωπίσει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στις ΜΕΘ, κατά την διάρκεια της COVID-19 πανδημίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα κύρια ηθικά διλήμματα αφορούσαν στην εφαρμογή της πολιτικής επισκέψεων, στην μειωμένη ασφάλεια και στον χαμηλή ποιότητα της φροντίδας και στην ανάγκη δίκαιας κατανομής των διαθέσιμων πόρων. Το νοσηλευτικό προσωπικό του δείγματος ανέδειξε την ανάγκη για επίλυση των βιοηθικών διλημάτων μέσα από την ομαδική συνεργασία, την ενίσχυση της προσωπικής δύναμης και της καλλιέργειας των βιοηθικών αξιών της φροντίδας.

Στην συγχρονική μελέτη των Malliarou et al, (2021), διερευνήθηκαν τα επίπεδα της ηθικής δυσφορίας και οι επιδράσεις της στους νοσηλευτές της ΜΕΘ, κατά την διάρκεια της πανδημίας. Το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν από 258 νοσηλευτές ΜΕΘ που εργάζονταν σε διαφορετικά νοσοκομεία αναφοράς για τον COVID 19. Η συμπλήρωση των ειδικά διαμορφωμένων ερωτηματολογίων έγινε διαδικτυακά μέσω των google forms. Τα εργαλεία της μελέτης περιελάμβαναν τα εξής: α) «Μέτρο ηθικής δυσφορίας για επαγγελματίες υγείας (Measure of Moral Distress for Healthcare Professionals, MMD-HP)» για την αξιολόγηση της έντασης και της συχνότητας της ηθικής δυσφορίας β) Κλίμακα για την επαγγελματική ποιότητα ζωής (Professional Quality of Life Scale, ProQOL-5), για την αξιολόγηση της επαγγελματικής ποιότητας ζωής των νοσηλευτών. Τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics 25,0 (IBM Analytics, IBM Software Group Statistical Package). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συνολική βαθμολογία του MMD-HP κυμαινόταν από 3 έως 262 με μέση βαθμολογία 116,52 (SD= 68,56). Αναλυτικότερα, η βαθμολογία δυσφορίας κυμαινόταν από 5 έως 79 με μέση βαθμολογία 43,67 (SD=17,44) ενώ η βαθμολογία έντασης της ηθικής δυσφορίας κυμαινόταν από 3 έως 108 με μέση βαθμολογία

52,04 (SD=22,69). Η διμεταβλητή ανάλυση έδειξε ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της έντασης της ηθικής δυσφορίας και της συνολικής βαθμολογίας της ηθικής δυσφορίας με τα έτη υπηρεσίας στη ΜΕΘ και την ηλικία. Οι βοηθοί νοσηλευτών ( $m=48,1$   $p=0,021$ ) σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία από τους εγγεγραμμένους νοσηλευτές στη βαθμολογία της έντασης της ηθικής δυσφορίας ( $m=54,1$   $p=0,020$ ) ενώ οι γυναίκες σημείωσαν επίσης υψηλότερη βαθμολογία στο MMD-HP ( $m=121,2$   $p=0,049$ ). Η εκπαιδευτική υποστήριξη των νοσηλευτών της ΜΕΘ κρίνεται απαραίτητη ενώ αναγκαία είναι και η παρακολούθηση των επιπέδων δυσφορίας του νοσηλευτικού προσωπικού της ΜΕΘ. Επίσης, συνιστάται η οργάνωση εκπαιδευτικών workshops για την ενίσχυση της ηθικής ανθεκτικότητας των νοσηλευτών της ΜΕΘ.

Στην συστηματική ανασκόπηση των Magionou & Malliarou (2022), αναλύονται οι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση ηθικού αδιεξόδου στους επαγγελματίες υγείας σε περιόδους κρίσης όπως η πανδημία covid-19. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν στην βάση δεδομένων pubmed ήταν οι εξής: "moral impasse", "mental resilience", "moral distress" και "covid-19". Από τα 102 που ανακτήθηκαν, χρησιμοποιήθηκαν τα 13. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ηθική εξουθένωση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας κατηγοριοποιούνται στους εσωτερικούς, στους εξωτερικούς και στις κλινικές συνθήκες. Η εμφάνιση του SARS-CoV-2 ανέδειξε νέους παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση ηθικής δυσφορίας όπως η διαθεσιμότητα και διαχείριση περιορισμένων πόρων, η έλλειψη προστασίας για τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας και τους αγαπημένους τους, η διαχείριση χρόνου, η φροντίδα στο τέλος της ζωής, οι δεξιότητες επικοινωνίας μεταξύ συναδέλφων, η πρόληψη των λοιμώξεων και η επιβολή νέων υγειονομικών πρωτοκόλλων. Η αποτελεσματική διαχείριση των προηγούμενων παραγόντων απαιτεί την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας των επαγγελματιών υγείας, η οποία μπορεί να πραγματοποιηθεί σε ατομικό, διαπροσωπικό, αλλά και σε διοικητικό επίπεδο. Η ένταξη των επαγγελματιών υγείας στην διαδικασία λήψης αποφάσεων, η ενίσχυση της μεταξύ τους αλληλεγγύης και η κοινή απόκριση στην αντιμετώπιση των ηθικών ζητημάτων είναι μερικές από τις παρεμβάσεις που μπορούν να βοηθήσουν ουσιαστικά στην διαχείριση των ηθικών προβλημάτων που ανακύπτουν σε περιόδους κρίσεις.

Στη συγχρονική μελέτη των Ilda et al, (2023), εξετάστηκαν οι παράγοντες ηθικής δυσφορίας και ηθικής ανθεκτικότητας των επαγγελματιών υγείας κατά το δεύτερο κύμα της πανδημίας. Το δείγμα μελέτης αποτελούνταν από επαγγελματίες υγείας (169) που απασχολούνταν στις κλινικές Covid και στη ΜΕΘ του Γενικού Νοσοκομείου Ευαγγελισμός

το 2022. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν τους επαγγελματίες υγείας σε ηθική δυσφορία είναι η νοσηλευτική ασφάλεια, η επιδεινούμενη κλινική κατάσταση των ασθενών, η παραβίαση του ιατρικού απορρήτου και η παραβίαση προτύπων και κωδικών ηθικής πρακτικής. Η βαθμολογία στην κλίμακα MMD-HP υποδείκνυε χαμηλά έως μέτρια επίπεδα ηθικής δυσφορίας. Με βάση την κλίμακα RMRS (Rushton Moral Resilience Scale), η ηθική ανθεκτικότητα των επαγγελματιών υγείας χαρακτηρίστηκε από μέτρια προς υψηλή. Οι επαγγελματίες υγείας ανέφεραν ότι είτε έχουν αποχωρήσει είτε σκέφτονται να εγκαταλείψουν τη θέση τους λόγω της ηθικής δυσφορίας που νιώθουν. Οι παράγοντες που αυξάνουν τη συχνότητα της ηθικής δυσφορίας και μειώνουν την ηθική ανθεκτικότητα των νοσηλευτών περιλαμβάνουν το αίσθημα ανισχυρότητας, τα νοσηλευτικά λάθη, η επιθετική θεραπεία, ο υψηλός φόρτος εργασίας, η φροντίδα περισσότερων ασθενών από αυτούς που μπορούν να χειριστούν, η υποτυπώδης φροντίδα ασθενών και οι ιεραρχικές ομάδες.

Στην συστηματική ανασκόπηση των Grammatidis & Malliarou, αναφέρεται ότι ο υψηλός φόρτος εργασίας, η κριτική από ασθενείς, συνοδούς ή συναδέλφους νοσηλευτές, η έλλειψη υποστήριξης από το νοσοκομειακό περιβάλλον, οι ασάφειες στα καθήκοντα, οι συχνές βάρδιες, η καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο και τον θάνατο και η έλλειψη προσωπικού μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα ηθικής δυσφορίας των νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές πρέπει να αναπτύξουν την ηθική τους ευαισθησία, την ψυχική αντοχή, την αυτοπεποίθηση, την επινοητικότητα και την ευελιξία, έτσι ώστε να διαχειριστούν αποτελεσματικά την ηθική δυσφορία. Μερικοί από τους προστατευτικούς μηχανισμούς ανάπτυξης της ηθικής ευαισθησίας και μείωση της ηθικής δυσφορίας στους νοσηλευτές είναι το χιούμορ, η δημιουργικότητα, η οικοδόμηση δυνατών σχέσεων σε κλίμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας, η λήψη πρωτοβουλιών, η αναγνώριση της ηθικής δυσφορίας και η εφαρμογή κατάλληλων παρεμβάσεων για την μείωση της από τα νοσηλευτικά ιδρύματα.

Στόχος της ποιοτικής μελέτης των De Luca et al, (2023), ήταν η κατανόηση των βιοηθικών προβλημάτων και των διαφορετικών εμπειριών των επαγγελματιών της παρηγορητικής φροντίδας στη ΜΕΘ, κατά τη διάρκεια του πρώτου και του δεύτερου πανδημικού κύματος της λοίμωξης από COVID-19. Οι συνεντεύξεις σε βάθος χρησιμοποιήθηκαν για τη διερεύνηση και ανάλυση των αντιλήψεων και των απόψεων των συμμετεχόντων. Τα κρίσιμα θέματα που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων ήταν η εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των ΜΕΘ στις ηθικές διαστάσεις της παρηγορητικής φροντίδας και της φροντίδας στο τέλος της ζωής, η διατήρηση της

αξιοπρέπειας των ετοιμοθάνατων ασθενών και η ανάπτυξη ηθικών δεξιοτήτων στη διαχείριση της φροντίδας στο τέλος της ζωής.

Η λήψη αποφάσεων στο τέλος της ζωής ασθενών με τελική νόσο εγείρει σημαντικά νομικά και ηθικά ζητήματα. Στην Ελλάδα, δεν υπάρχουν πρόσφατα στοιχεία για τη στάση και τη συμμετοχή των νοσηλευτών των ΜΕΘ στη λήψη αποφάσεων στο τέλος του κύκλου ζωής. Στόχος της μελέτης των Chatziioannidis et al, (2022), ήταν η διερεύνηση της στάσης και της συμμετοχής των νοσηλευτών που εργάζονταν σε παιδιατρικές ΜΕΘ στη λήψη αποφάσεων στο τέλος του κύκλου ζωής νεογνών με τελική νόσο, αναφορικά με τα κοινωνικοδημογραφικά και εργασιακά δεδομένα τους. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 28 μονάδες εντατικής θεραπείας νεογνών μεταξύ Σεπτεμβρίου 2018 και Ιανουαρίου 2019. Το εργαλείο αξιολόγησης περιελάμβανε την συμπλήρωση ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου το οποίο διανεμήθηκε ταχυδρομικά. Το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε ανώνυμα από 312 νοσηλευτές ΜΕΘ (ποσοστό ανταπόκρισης, 71,1%). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νοσηλευτές ανέφεραν συχνότερα εμπλοκή σε διάφορες αποφάσεις στο τέλος της ζωής νεογνών με τελική νόσο, όπως η συνέχιση της θεραπείας και η απόσυρση του μηχανικού αερισμού. Η υψηλή βαθμολογία συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων στο τέλος του κύκλου ζωής σχετιζόνταν με την θρησκευτικότητα των νοσηλευτών ( $p = 0,097$ ), την γονεϊκότητα ( $p = 0,093$ ), και την γνώση του θεσμικού πλαισίου ( $p < 0,002$ ). Η πιθανότητα των νοσηλευτών να υποστηρίξουν παρεμβάσεις σε νεογνά με κακή πρόγνωση σε μονάδες εντατικής θεραπείας νεογνών σχετιζόταν με τη στάση τους. Οι πιο σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για τη στάση των νοσηλευτών ήταν η γονεϊκότητα, η θρησκευτικότητα και η υποστήριξη της τρέχουσας νομοθεσίας (Chatziioannidis et al, 2022).

Η ακεραιότητα είναι μια βασική αξία για την παροχή ηθικής φροντίδας υγείας. Ωστόσο, υπάρχει προβλήματα στον ορισμό της και στο πώς την κατανοούν οι νοσηλευτές. Στο πλαίσιο των νοσηλευτών των ΜΕΘ που φροντίζουν βαρέως πάσχοντες και ετοιμοθάνατους ασθενείς, το θέμα της ακεραιότητας δεν έχει λάβει μεγάλη ερευνητική προσοχή. Στόχος της μελέτης των Palmryd et al, (2021) ήταν να διερευνήσει πώς οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται και εξασφαλίζουν την ακεραιότητα των ασθενών κατά τη διάρκεια της φροντίδας στο τέλος της ζωής τους στη ΜΕΘ. Η μελέτη είχε ποιοτικό περιγραφικό σχεδιασμό. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν χρησιμοποιώντας ατομικές ημιδομημένες συνεντεύξεις 16 νοσηλευτών που εργάζονταν στις ΜΕΘ τεσσάρων νοσοκομείων της Σουηδίας. Τα αποτελέσματα της επεξεργασίας των συνεντεύξεων των νοσηλευτών των ΜΕΘ ανέδειξαν τα εξής θέματα: η μοναδικότητα του ασθενούς, η ευαισθησία απέναντι στην ευαλωτότητα των ασθενών, η

αξιολόγηση της σωματικής και ψυχικής υγείας των ασθενών, η αντίληψη του θρησκευτικού και πολιτισμικού υπόβαθρου των ασθενών και ο σεβασμός απέναντι στον ασθενή κατά την διάρκεια των αλληλεπιδράσεων τους. Πολλοί νοσηλευτές δυσκολεύτηκαν να ορίσουν την ακεραιότητα και να εξηγήσουν με τι συνεπάγεται ο σεβασμός της ακεραιότητας στην καθημερινή φροντίδα των ετοιμοθάνατων ασθενών. Συχνά χρησιμοποιούσαν έννοιες που σχετίζονται με το σεβασμό και τις ασθενοκεντρικές στάσεις. Η ακεραιότητα θεωρήθηκε κεντρική αξία για την κλινική τους εργασία και βασική προϋπόθεση για την ηθική νοσηλευτική πρακτική. Ορισμένοι νοσηλευτές εξέφρασαν τις ανησυχίες τους για την ακεραιότητα του ασθενούς, η οποία κινδυνεύει να «αφανιστεί» λόγω της ασθένειας, της μη εξοικείωσης με το περιβάλλον της ΜΕΘ και της απόλυτης εξάρτησης από άλλους για την φροντίδα τους. Η προστασία των ασθενών και η μείωση της ευαλωτότητας τους θεωρήθηκαν επίσης σημαντικές και ένας χρήσιμος τρόπος για τη διατήρηση της ακεραιότητας των ασθενών. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι παρόλο που η ακεραιότητα είναι μια θεμελιώδης ηθική έννοια στη νοσηλευτική, οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν είναι πάντα χρήσιμες στη φροντίδα των ασθενών ΜΕΘ στο τέλος της ζωής τους. Ως εκ τούτου, πρέπει να παρέχονται τακτικά ευκαιρίες στους νοσηλευτές της ΜΕΘ για να προβληματιστούν και να συζητήσουν τα ηθικά ζητήματα όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων κατά τη διάρκεια της φροντίδας ασθενών της ΜΕΘ στο τέλος της ζωής τους (Palmryd et al, 2021).



## Κεφάλαιο 4. Συμπεράσματα- Συζήτηση

Η πλειοψηφία των ασθενών που νοσηλεύεται στις ΜΕΘ εμφανίζει πολυοργανική ανεπάρκεια και υψηλά ποσοστά θνησιμότητας. Ταυτόχρονα, οι ασθενείς της ΜΕΘ έχουν ανάγκη από 24ωρη παρακολούθηση ενώ συνήθως βρίσκονται σε καταστολή ή υποστηρίζονται μηχανικά (Gabbard et al 2021). Η ΜΕΘ αποτελεί ένα ειδικά διαμορφωμένο νοσοκομειακό περιβάλλον το οποίο για την αποτελεσματική του λειτουργία χρειάζεται εξειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο στην κλινική πράξη εφαρμόζει διαφορετικές τεχνολογικές δεξιότητες και ένα ευρύ τρόπο σκέψης και διαχείρισης των προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν. Επιπρόσθετα, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αναλαμβάνει την ψυχολογική στήριξη του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς της ΜΕΘ (Marshall et al, 2017)

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ ασχολείται με την φροντίδα των βαρέως πασχόντων ασθενών οι οποίοι μπορεί να βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους, με αποτέλεσμα να έρχεται αντιμέτωπο με ποικίλα βιοηθικά διλήμματα (Adams et al, 2019) Καθώς ολοένα και περισσότεροι ασθενείς λόγω του αυξημένου επιπολασμού της γήρανσης του πληθυσμού και των χρόνιων νοσημάτων νοσηλεύονται στις ΜΕΘ, γίνεται όλο και πιο σημαντική η ανάγκη για βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα βιοηθικής (Bloomer & Bench, 2020).

Ο κλάδος της βιοηθικής τα τελευταία χρόνια παρουσιάζει μεγάλη ανάπτυξη εξαιτίας της ανάγκης διαχείρισης των ηθικών προβλημάτων που σχετίζονται με διαφορετικές πτυχές της σύγχρονης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Η αποτελεσματική διαχείριση των ηθικών διλημάτων, ειδικά στο χώρο των ΜΕΘ, συνδέεται με την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς στο τέλος της ζωής τους (Δραγώνα – Μονάχου, 2012).

Ο σεβασμός στα δικαιώματα των ασθενών όπως είναι η ιδιωτικότητα, η ακεραιότητα, η αξιοπρέπεια και η μοναδικότητα προϋποθέτει την υιοθέτηση κοινών ηθικών αρχών από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των ηθικών διλημάτων, είναι απαραίτητο να διασφαλίζονται οι αρχές της μη βλαπτικότητας, της αυτονομίας, της δικαιοσύνης και της φιλανθρωπίας (Haahr et al, 2020).

Τα ηθικά προβλήματα που εντοπίζονται στον χώρο της φροντίδας των ΜΕΘ είναι ποικίλα και εμφανίζουν υψηλά επίπεδα περιπλοκότητας. Για την αποτελεσματική

αντιμετώπιση τους, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό καλείται να διαθέτει όχι μόνο μια υψηλού επιπέδου εκπαίδευση και κατάρτιση αλλά και βασικές βιοηθικές δεξιότητες (Rainer et al, 2018). Υψηλά επίπεδα ηθικής δυσφορίας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των ΜΕΘ έχουν καταγραφεί σε αρκετές μελέτες. Η ηθική δυσφορία υποβαθμίζει την ψυχική υγεία του προσωπικού της ΜΕΘ ενώ μειώνει την ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας (Chiafery et al, 2018). Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ συχνά νιώθει ηθικό αδιέξοδο σχετικά με τις αποφάσεις για την συνέχιση ή την διακοπή της θεραπείας σε ασθενείς στο τέλος της ζωής τους. Ηθικά διλήμματα όπως το πότε πρέπει να γίνει η αναζωογόνηση του ασθενούς, αν θα αποσυρθεί η μηχανική στήριξη ή θα διακοπεί η μάταιη θεραπεία μπορούν να προκαλέσουν υψηλή ηθική επιβάρυνση στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (Aghabarary & Dehghan Nayeri, 2016).

Ο υψηλός φόρτος εργασίας, η πίεση χρόνου, τα αυστηρά νομικά πλαίσια και η ανάγκη για δίκαιη κατανομή των διαθέσιμων πόρων αυξάνουν την ηθική επιβάρυνση του προσωπικού της ΜΕΘ. Το υψηλό κόστος νοσηλείας και μάταιων ιατρικών παρεμβάσεων είναι ένας παράγοντας που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην λήψη αποφάσεων για την διαχείριση των βιοηθικών διλημάτων (Oerlemans et al, 2015).

Στην βιβλιογραφία, μερικές από τις παρεμβάσεις που μπορεί να εφαρμοστούν για την μείωση των επιπέδων ηθικής δυσφορίας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των ΜΕΘ περιλαμβάνουν τα βιοηθικά εργαστήρια, τα προγράμματα για την ενίσχυση της ηθικής και ψυχικής ανθεκτικότητας και οι συνεδρίες βιοηθικής για την ανταλλαγή εμπειριών και καλών πρακτικών (EmamiZeydi et al, 2022). Σημειώνεται ότι είναι αναγκαία η διενέργεια περισσότερων μελετών για την ηθική δυσφορία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, κατά την διάρκεια και μετά από την πανδημία του COVID-19 (Hickey et al, 2019).

Λαμβάνοντας υπόψη την περιπλοκότητα των ηθικών διλημάτων που σχετίζονται με το τέλος της ζωής των ασθενών της ΜΕΘ, αναδεικνύεται ο καίριος ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού της ΜΕΘ (Riley et al, 2016). Η εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού της ΜΕΘ στις αρχές της βιοηθικής, καθώς και η παρακολούθηση εξειδικευμένων εκπαιδευτικών σεμιναρίων κρίνεται αναγκαία για την κατανόηση και την αποτελεσματική διαχείριση των ηθικών διλημάτων που σχετίζονται με την φροντίδα ασθενών, στο τέλος της ζωής στη ΜΕΘ (Bickhoff et al., 2017).

Η εκπαίδευση σε θέματα βιοηθικής αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για την ανάπτυξη νοητικών και ψυχοσυναισθηματικών δεξιοτήτων που διευκολύνουν την λήψη αποφάσεων στη

ΜΕΘ (Hilli and Sandvik, 2020). Μερικές από τις παρεμβάσεις που προτείνονται για την καλλιέργεια κατάλληλων βιοηθικών δεξιοτήτων στη ΜΕΘ είναι η ανταλλαγή ιδεών και εμπειριών ανάμεσα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και η ανάπτυξη ενός κατάλληλου περιβάλλοντος που προάγει το διάλογο για τα βιοηθικά διλήμματα. Ταυτόχρονα, καίριας σημασίας είναι η ενημέρωση της κοινότητας για το σύνολο των δικαιωμάτων των ασθενών (EmamiZeydi et al, 2022).

## Βιβλιογραφία

1. Adams, A. M. N., Chamberlain, D., & Giles, T. M. (2019). The perceived and experienced role of the nurse unit manager in supporting the wellbeing of intensive care unit nurses: An integrative literature review. *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 32(4), 319–329. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.06.003>
2. Aghabarary, M., & Dehghan Nayeri, N. (2016). Medical futility and its challenges: a review study. *Journal of medical ethics and history of medicine*, 9, 11.
3. Akdeniz, M., Yardımcı, B., & Kavukcu, E. (2021). Ethical considerations at the end-of-life care. *SAGE open medicine*, 9, 20503121211000918. <https://doi.org/10.1177/20503121211000918>
4. Annadurai, K., Danasekaran, R., & Mani, G. (2014). 'Euthanasia: right to die with dignity'. *Journal of family medicine and primary care*, 3(4), 477–478. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.148161>
5. Baldonado, A., Dutra, D., Abriam-Yago, K. (2014). Model for heart failure education. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 33(5), 280-4.
6. Banham, G. (2010). Ethics Vindicated: Kant's Transcendental Legitimation of Moral Discourse. *Ethic Theory Moral Practice* 13, 111–112. <https://doi.org/10.1007/s10677-009-9162-x>
7. Banović, B., & Turanjanin, V. (2014). Euthanasia: Murder or Not: A Comparative Approach. *Iranian journal of public health*, 43(10), 1316–1323.
8. Beers, E., Lee Nilsen, M., & Johnson, J. T. (2017). The Role of Patients: Shared Decision-Making. *Otolaryngologic clinics of North America*, 50(4), 689–708. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2017.03.006>
9. Bendiane, M. K., Galinier, A., Favre, R., Ribiere, C., Lapiana, J. M., Obadia, Y., & Peretti-Watel, P. (2007). French district nurses' opinions towards euthanasia, involvement in end-of-life care and nurse patient relationship: a national phone survey. *Journal of medical ethics*, 33(12), 708–711. <https://doi.org/10.1136/jme.2006.018374>
10. Bickhoff, L., Sinclair, P. M., & Levett-Jones, T. (2017). Moral courage in undergraduate nursing students: A literature review. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 24(1), 71–83. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.08.002>

11. Bloomer, M. J., & Bench, S. (2020). Critical care nursing workforce: Global imperatives, innovations and future-proofing - A call for papers. *Intensive & critical care nursing*, 60, 102902. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102902>
12. Boamah S.(2018). Linking Nurses' Clinical Leadership to Patient Care Quality: The Role of Transformational Leadership and Workplace Empowerment. *Canadian Journal of Nursing Research*. Vol. 50(1) 9–19
13. Brett, A. S., & McCullough, L. B. (2018). Getting Past Words: Futility and the Professional Ethics of Life-Sustaining Treatment. *Perspectives in biology and medicine*, 60(3), 319–327. <https://doi.org/10.1353/pbm.2018.0003>
14. Brock DW, Wikler D. Ethical Issues in Resource Allocation, Research, and New Product Development. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al., editors. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd edition. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2006. Chapter 14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11739/> Co-published by Oxford University Press, New York.
15. Center for Bioethics University of Minnesota. End of life care: an ethical overview, [https://www.ahc.umn.edu/img/assets/26104/End\\_of\\_Life.pdf](https://www.ahc.umn.edu/img/assets/26104/End_of_Life.pdf) (accessed 2 May 2020).
16. Chatziioannidis, I., Pouliakis, A., Cuttini, M., Boutsikou, T., Giougi, E., Volaki, V., Sokou, R., Xanthos, T., Iliodromiti, Z., & Iacovidou, N. (2022). Nurses' involvement in end-of-life decisions in neonatal intensive care units. *Nursing ethics*, 29(3), 569–581. <https://doi.org/10.1177/09697330211035505>
17. Chessa, F., & Moreno, F. (2019). Ethical and Legal Considerations in End-of-Life Care. *Primary care*, 46(3), 387–398. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2019.05.005>
18. Chiafery, M. C., Hopkins, P., Norton, S. A., & Shaw, M. H. (2018). Nursing Ethics Huddles to Decrease Moral Distress among Nurses in the Intensive Care Unit. *The Journal of clinical ethics*, 29(3), 217–226.
19. Chonnachtaigh, S.U. (2006). Eight Theories of Ethics. *Ethic Theory Moral Practice* 9, 105–107 <https://doi.org/10.1007/s10677-005-9005-3>
20. Cook, I., Kirkup, A. L., Langham, L. J., Malik, M. A., Marlow, G., & Sammy, I. (2017). End of Life Care and Do Not Resuscitate Orders: How Much Does Age Influence Decision Making? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Gerontology & geriatric medicine*, 3, 422. <https://doi.org/10.1177/2333721417713422>

21. Cowling W. R., (2018). Where Is Holistic Nursing?. *Journal of holistic nursing :official journal of the American Holistic Nurses' Association*, 36(1), 4–5. <https://doi.org/10.1177/0898010118758426>
22. Crane, M. K., Wittink, M., & Doukas, D. J. (2005). Respecting end-of-life treatment preferences. *American family physician*, 72(7), 1263–1268.
23. de Castro MPR, Antunes GC, Marcon LMP, Andrade LS, Rückl S, Andrade VL Ângelo. Euthanasia and assisted suicide in western countries: a systematic review. *Revista bioética*, 30;24(2).
24. de Decker, L., Annweiler, C., Launay, C., Fantino, B., & Beauchet, O. (2014). Do not resuscitate orders and aging: impact of multimorbidity on the decision-making process. *The journal of nutrition, health & aging*, 18(3), 330–335. <https://doi.org/10.1007/s12603-014-0023-5>
25. De Luca, E., Sena, B., & Cataldi, S. (2023). Supporting ethical end-of-life care during pandemic: Palliative care team perspectives. *Nursing ethics*, 9697330231153684. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/09697330231153684>
26. Dugdale, L. S., Lerner, B. H., & Callahan, D. (2019). Pros and Cons of Physician Aid in Dying. *The Yale journal of biology and medicine*, 92(4), 747–750.
27. Elmore, J., Wright, D. K., & Paradis, M. (2016). Nurses' moral experiences of assisted death: A meta-synthesis of qualitative research. *Nursing Ethics*, 25(8), 955–972. *SAGE Publications*. <https://doi.org/10.1177/0969733016679468>
28. EmamiZeydi, A., Ghazanfari, M. J., Suhonen, R., Adib-Hajbaghery, M., & Karkhah, S. (2022). Effective interventions for reducing moral distress in critical care nurses. *Nursing ethics*, 29(4), 1047–1065. <https://doi.org/10.1177/09697330211062982>
29. Gabbard, E. R., Klein, D., Vollman, K., Chamblee, T. B., Soltis, L. M., & Zellinger, M. (2021). Clinical Nurse Specialist: A Critical Member of the ICU Team. *Critical care medicine*, 49(6), e634–e641. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005004>
30. García, M. Á. G., Arenas, M. Á. R., & Cornejo, A. M. (2018). Bioethics in Critical Care Patients. *Reflections on Bioethics*. InTech. <https://doi.org/10.5772/intechopen.75565>
31. Grammatidis, V., Malliarou, M. (2023). Safe nursing care, moral distress and sensitivity of nurses. Διαθέσιμο [https://traumacarelab.nurs.uth.gr/wp-content/uploads/2023/04/FNAM\\_2023\\_POSTER\\_GRAMMATIS.pdf](https://traumacarelab.nurs.uth.gr/wp-content/uploads/2023/04/FNAM_2023_POSTER_GRAMMATIS.pdf)
32. Grove, G., Lovell, M., & Best, M. (2022). Perspectives of Major World Religions regarding Euthanasia and Assisted Suicide: A Comparative Analysis. *Journal of*

- religion and health*, 10.1007/s10943-022-01498-5. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01498-5>
33. Haahr, A., Norlyk, A., Martinsen, B., & Dreyer, P. (2020). Nurses experiences of ethical dilemmas: A review. *Nursing ethics*, 27(1), 258–272. <https://doi.org/10.1177/0969733019832941>
  34. Haddad LM, Geiger RA. Nursing Ethical Considerations. [Updated 2021 Aug 30]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526054/>
  35. Henry B. (2017). Evolving ethical and legal implications for feeding at the end of life. *Annals of palliative medicine*, 6(1), 87–90. <https://doi.org/10.21037/apm.2017.01.01>
  36. Hickey J. (2022). Interventions to Reduce Nurses' Moral Distress in the Intensive Care Unit: An Integrative Review. *Dimensions of critical care nursing:DCCN*, 41(5), 274–280. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000542>
  37. Hilli, Y., & Sandvik, A.-H. (2020). A Nordic model for learning compassionate care in clinical education. *Nurse Education Today*, 90, 104-454. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104454>
  38. Houska, A., & Loučka, M. (2019). Patients' Autonomy at the End of Life: A Critical Review. *Journal of pain and symptom management*, 57(4), 835–845. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.12.339>
  39. Ilda, V., Patsaki, E., Kouvarakos, A., Grammatis, V., Kouroutzis, I., Apostolidi, T., Roka, V., Kotanidou, A., Sarafis, P., & Malliarou, M. (2023). Moral Distress and Moral Resilience of Health Professionals in a Greek Public Hospital during the Second Wave of Pandemic. In *Medical Research Archives*, 11(10).
  40. Iyalomhe GB. (2009). Medical ethics and ethical dilemmas. *Niger J Med*. 18(1):8-16.
  41. Karnik, S., & Kanekar, A. (2016). Ethical Issues Surrounding End-of-Life Care: A Narrative Review. *Healthcare* (Basel, Switzerland), 4(2), 24. <https://doi.org/10.3390/healthcare4020024>
  42. Kopar, P. K., Visani, A., Squirrell, K., & Brown, D. E. (2022). Addressing Futility: A Practical Approach. *Critical care explorations*, 4(7), e0706. <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000706>
  43. Latimer, A. L., Otis, M. D., Flaherty, C., & Ross, M. A. (2021). A survey of moral distress and end of life care in mechanical circulatory support nurses. *Heart & lung: the journal of critical care*, 50(1), 65–70. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.06.010>

44. Magionou, I., Malliarou, M. (2022). Health Moral Impasse and Emotional Resilience Enhancement Measures During Covid 19 Pandemic, *International Journal of Caring Sciences* 15(2), 1633- 1639.
45. Malliarou, M., Nikolentzos, A., Papadopoulos, D., Bekiari, T., & Sarafis, P. (2021). ICU Nurse's Moral Distress as an Occupational Hazard Threatening Professional Quality of Life in the Time of Pandemic COVID 19. *Materia socio-medica*, 33(2), 88–93. <https://doi.org/10.5455/msm.2021.33.88-93>
46. Manda-Taylor, L., Mndolo, S., & Baker, T. (2017). Critical care in Malawi: The ethics of beneficence and justice. *Malawi medical journal: the journal of Medical Association of Malawi*, 29(3), 268–271. <https://doi.org/10.4314/mmj.v29i3.8>
47. Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., Fowler, R. A., Meyfroidt, G., Nakagawa, S., Pelosi, P., Vincent, J. L., Vollman, K., & Zimmerman, J. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of critical care*, 37, 270–276. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015>
48. Martins, V., Santos, C., & Duarte, I. (2020). Bioethics education and the development of nursing students' moral competence. *Nurse education today*, 95, 104601. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104601>
49. McMillen R. E. (2018). End of life decisions: nurses perceptions, feelings and experiences. *Intensive & critical care nursing*, 24(4), 251–259. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.11.002>
50. Mendz, G. L., & Kissane, D. W. (2020). Agency, Autonomy and Euthanasia. *The Journal of law, medicine & ethics: a journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics*, 48(3), 555–564. <https://doi.org/10.1177/1073110520958881>
51. Moon, J. Y., & Kim, J. O. (2015). Ethics in the Intensive Care Unit. *Tuberculosis and respiratory diseases*, 78(3), 175–179. <https://doi.org/10.4046/trd.2015.78.3.175>
52. Morley, G., Copley, D. J., Field, R., Zelinsky, M., & Albert, N. M. (2022). RESPONDER: A qualitative study of ethical issues faced by critical care nurses during the COVID-19 pandemic. *Journal of nursing management*, 30(7), 2403–2415. <https://doi.org/10.1111/jonm.13792>
53. Mroz, S., Dierickx, S., Deliens, L., Cohen, J., & Chambaere, K. (2021). Assisted dying around the world: a status quaestionis. *Annals of palliative medicine*, 10(3), 3540–3553. <https://doi.org/10.21037/apm-20-637>

54. Mystakidou, K., Patra, E., Tsilika, E. (2005). The evolution of Euthanasia and its perceptions in Greek Culture and Civilization. *Perspectives in Biology and Medicine* 48 (1): 97-98.
55. Oerlemans, A. J., van Sluisveld, N., van Leeuwen, E. S., Wollersheim, H., Dekkers, W. J., & Zegers, M. (2015). Ethical problems in intensive care unit admission and discharge decisions: a qualitative study among physicians and nurses in the Netherlands. *BMC medical ethics*, 16, 9. <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0001-4>
56. Okediji, P. T., Ojo, A. O., Ojo, A. I., Ojo, A. S., Ojo, O. E., & Abioye-Kuteyi, E. A. (2017). The Economic Impacts of Chronic Illness on Households of Patients in Ile-Ife, South-Western Nigeria. *Cureus*, 9(10), e1756. doi:10.7759/cureus.1756
57. Page K. (2012). The four principles: can they be measured and do they predict ethical decision making?. *BMC Med Ethics*. 13:10. doi:10.1186/1472-6939-13-10
58. Pak, E. S., Jones, C. A., & Mather, P. J. (2020). Ethical Challenges in Care of Patients on Mechanical Circulatory Support at End-of-Life. *Current heart failure reports*, 17(4), 153–160. <https://doi.org/10.1007/s11897-020-00460-4>
59. Palmryd, L., Rejnö, Å., & Godskesen, T. E. (2021). Integrity at end of life in the intensive care unit: a qualitative study of nurses' views. *Annals of intensive care*, 11(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s13613-021-00802-y>
60. Rainer, J., Schneider, J. K., & Lorenz, R. A. (2018). Ethical dilemmas in nursing: An integrative review. *Journal of clinical nursing*, 27(19-20), 3446–3461. <https://doi.org/10.1111/jocn.14542>
61. Rainer, J., Schneider, J. K., & Lorenz, R. A. (2018). Ethical dilemmas in nursing: An integrative review. *Journal of clinical nursing*, 27(19-20), 3446–3461. <https://doi.org/10.1111/jocn.14542>
62. Riley, R., & Weiss, M. C. (2016). A qualitative thematic review: emotional labour in healthcare settings. *Journal of advanced nursing*, 72(1), 6–17. <https://doi.org/10.1111/jan.12738>
63. Šarić, L., Prkić, I., & Jukić, M. (2017). Futile Treatment-A Review. *Journal of bioethical inquiry*, 14(3), 329–337. <https://doi.org/10.1007/s11673-017-9793-x>
64. Sinha, V. K., Basu, S., & Sarkhel, S. (2012). Euthanasia: An Indian perspective. *Indian journal of psychiatry*, 54(2), 177–183. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.99537>
65. Sjöstrand, M., Helgesson, G., Eriksson, S., & Juth, N. (2013). Autonomy-based arguments against physician-assisted suicide and euthanasia: a critique. *Medicine*,

- health care, and philosophy*, 16(2), 225–230. <https://doi.org/10.1007/s11019-011-9365-5>
66. Srivastava V. (2014). Euthanasia: a regional perspective. *Annals of neurosciences*, 21(3), 81–82. <https://doi.org/10.5214/ans.0972.7531.210302>
67. Sutherland R. (2019). Dying Well-Informed: The Need for Better Clinical Education Surrounding Facilitating End-of-Life Conversations. *The Yale journal of biology and medicine*, 92(4), 757–764.
68. Taylor C., Lillis C., LeMone P. Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής, Επιμέλεια Λεμονίδου X., Εκδόσεις Πασχαλίδης, 2002
69. Ubel, P. A., Scherr, K. A., & Fagerlin, A. (2018). Autonomy: What's Shared Decision Making Have to Do With It?. *The American journal of bioethics : AJOB*, 18(2), W11–W12. <https://doi.org/10.1080/15265161.2017.1409844>
70. Varelius J. (2006). The value of autonomy in medical ethics. *Medicine, health care, and philosophy*, 9(3), 377–388. <https://doi.org/10.1007/s11019-006-9000-z>
71. Varkey B. (2021). Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Medical principles and practice : international journal of the Kuwait University, Health Science Centre*, 30(1), 17–28. <https://doi.org/10.1159/000509119>
72. Yıldız E. (2019). Ethics in nursing: A systematic review of the framework of evidence perspective. *Nursing ethics*, 26(4), 1128–1148.
73. Zamanzadeh, V., Jasemi, M., Valizadeh, L., Keogh, B., & Taleghani, F. (2015). Effective factors in providing holistic care: a qualitative study. *Indian journal of palliative care*, 21(2), 214–224. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.156506>

### **Ελληνική Βιβλιογραφία**

1. Βιρβιδάκης, Σ. (2009). Σύγχρονες θεωρίες αρετών και αριστοτελική ηθική» (σε συνεργασία με τον Τάσο Καρακατσάνη), *Υπόμνημα στη Φιλοσοφία*, 8: 183-218
2. Δραγώνα- Μονάχου, Μ. (2002). Ηθική και βιοηθική, *Επιστήμη και Κοινωνία*, 8-9: 1-26.
3. Δραγώνα- Μονάχου, Μ. (2012). Οι αρχές της βιοηθικής. Η Οικουμενική Διακήρυξη για τη Βιοηθική και τα ανθρώπινα δικαιώματα, <https://anesthesia.gr/wp-content/uploads/2012/01/%CE%B1%CF%81%CF%87%CE%AD%CF%82-%CE%B2%CE%B9%CE%BF%CE%B7%CE%B8%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82.pdf>

4. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α., Σούρτζη, Π. (2005). Κοινωνική Νοσηλευτική. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα
5. Κάλφας, Β. (2015). Η φιλοσοφία του Αριστοτέλη, Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών
6. Κατσιμίγκας, Γ. & Βασιλοπούλου, Γ. (2010). Βασικές αρχές βιοηθικής και ορθόδοξης ηθικής, Το Βήμα του Ασκληπιού, 9 (2): 158-170.  
Παπασταύρου Ε., Ευσταθίου Γ., Νικηταρά Μ., Τσαγκάρη Χ., Μερκούρης Α., Κάρλου Χ., Palese A. Tomietto M., Balogh Z. Suhonen R, Leino-Kilpi H. Jarošona D., Πατηράκη, Ε. (2010). Η Έννοια της Φροντίδας: Αποτελέσματα από μια Πιλοτική Ερευνητική Εργασία, Νοσηλευτική, 49(4), 406–417
7. Στρατηλάτης, Κ.Ν. Ο πολιτικός Κάντ σήμερα ,τα θεμέλια του δικαίου, της ιδιοκτησίας και της συνταγματικής πολιτείας, εκδ. Νησίδες, Αθήνα 2011
8. Φεϊζίδου Π., Αργυρόπουλος Θ., Υφαντή Α., Μεγκίνα Ν., Κουτελέκος Ι., Ευαγγέλου Ε. (2022). Διερεύνηση του ηθικού αδιεξόδου στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό παιδιατρικής Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Βήμα του Ασκληπιού 21(3); 388-411.
9. ΦΕΚ 167/Α/25-7-2001. Προεδρικό Διάταγμα 216/2001, Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας