



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ ΣΤΙΣ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ



Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**" ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ "**

υπό

ΙΩΑΝΝΗ Δ. ΛΙΤΟΥ

Παθολόγου Ογκολόγου

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

Λάρισα, 2023

Επιβλέπουσα:

Άννα Μαυροφόρου, Καθηγήτρια Δεοντολογίας- Βιοηθικής, Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. Άννα Μαυροφόρου, Καθηγήτρια Δεοντολογίας- Βιοηθικής, Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
2. Αθανάσιος Κωτσάκης, Καθηγητής Παθολογίας-Ογκολογίας, Τμήμα Ιατρικής,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
3. Κωνσταντίνος Τεπετές, Καθηγητής Γενικής Χειρουργικής, Τμήμα Ιατρικής,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Τίτλος εργασίας στα αγγλικά:

Ethical dilemmas in the end of life of Oncological patients

Πίνακας περιεχομένων

Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή	5
1.1 Ιστορική αναδρομή του καρκίνου.....	5
1.2 Η Ιατρική Ηθική στην Ογκολογία	6
1.3 Σκοπός.....	7
Κεφάλαιο 2: Μεθοδολογία	9
Κεφάλαιο 3: Ηθικά διλήμματα σχετικά με την ανακοίνωση του επικείμενου τέλους της ζωής	10
3.1 Ο ορισμός του τελικού σταδίου ασθενούς.....	10
3.2 Η ανακοίνωση της αλήθειας στον ασθενή και το περιβάλλον του.....	10
3.3 Συμπεράσματα.....	14
Κεφάλαιο 4: Ηθικά διλήμματα σχετικά με την ανακουφιστική φροντίδα	15
4.1 Ο ορισμός της ανακουφιστικής φροντίδας.....	15
4.2 Απόσυρση ή όχι μιας μάταιης θεραπείας.....	16
4.3 Αναλγητική αγωγή σε Ογκολογικούς ασθενείς τελικού σταδίου.....	18
4.4 ΚΑΡΠΑ και μηχανική υποστήριξη Ογκολογικών ασθενών τελικού σταδίου.....	20
4.5 Συμπεράσματα.....	22
Κεφάλαιο 5: Ηθικά διλήμματα σχετικά με την ευθανασία	23
5.1 Ο ορισμός της ευθανασίας.....	23
5.2 Η ευθανασία σε Ογκολογικούς ασθενείς: ηθικό και νομικό πλαίσιο.....	24
5.3 Συμπεράσματα.....	27
Κεφάλαιο 6: Συζήτηση	28
Βιβλιογραφία	30

Περίληψη

Για πολλά χρόνια, το άκουσμα και μόνο της διάγνωσης μιας κακοήθειας στο μυαλό των περισσότερων ανθρώπων ισοδυναμούσε με μία άσχημη κατάληξη. Ευτυχώς όμως, τα τελευταία χρόνια, στην Ογκολογία πολλά όπλα έχουν προστεθεί στη φαρέτρα των Ογκολόγων και έχει γίνει μεγάλη πρόοδος στην αντιμετώπιση του συνόλου των κακοηθειών. Νέα φάρμακα έχουν πάρει έγκριση, πράγμα που έχει ως συνέπεια σε πολλά νοσήματα να έχει αλλάξει η φυσική πορεία της νόσου, να έχει αυξηθεί η μέση επιβίωση των ογκολογικών ασθενών και πολλές κακοήθειες, που παλιά θεωρούνταν μη θεραπεύσιμες, πλέον να έχουν καταστεί χρόνια νοσήματα. Παρόλα αυτά, όμως, το τέλος της ζωής αποτέλεσε πολλές φορές και στο παρελθόν αντικείμενο συγκρούσεων, αλλά εξακολουθεί και σήμερα να αποτελεί ένα μείζον θέμα προς διερεύνηση, τόσο σε επιστημονικό, όσο και σε ηθικό επίπεδο. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναδείξει τα ηθικά διλήμματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν τόσο οι Ογκολόγοι όσο και Ιατροί λοιπών ειδικοτήτων σε θέματα που αφορούν τη διαχείριση Ογκολογικών ασθενών τελικού σταδίου. Η μεθοδολογική έρευνα θα βασιστεί στην αναζήτηση από τη διεθνή βιβλιογραφία με τη χρήση κατάλληλων λέξεων-κλειδιών ηθικών διλημάτων που άπτονται του θέματος και αφορούν την ανακουφιστική φροντίδα, την απόσυρση ή όχι μιας θεραπείας, την ευθανασία και την εν γένει διαχείριση τόσο των Ογκολογικών ασθενών τελικού σταδίου όσο και των συνοδών τους.

Λέξεις - κλειδιά: βιοηθική, διλήμματα, τέλος ζωής, Ογκολογικοί ασθενείς

Abstract

For many years, the heard of a cancer diagnosis, for the majority of people, was similar to a death sentence. Fortunately, last years, this situation changed, since new weapons are added in Medical Oncologists' quiver and there has been a great progress in the therapy of cancer. New drugs are approved and this leads to changes in the biological trajectory of malignancies, increase of overall survival of Oncological patients and a lot of neoplasms that were supposed to be incurable, nowadays, they are turned into a chronic disease. Despite all these, the end-of-life of patients used to be and still remains a field of disagreements in scientific and ethical level. The aim of this paper is to show the bioethical issues that arise, when a Medical Oncologist or every doctor handles an Oncological patient during this period of his life. This is a literature-based study, based on a bibliographic search which showcased that the main ethical dilemmas arising in the end of life of Oncological patients, relative to the subject, are best supportive care, withdrawal or not of a therapy, euthanasia and in general every issue concerning the patients and their relatives in this period of their life.

Key words: bioethics, dilemmas, end-of-life, Oncological patients

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Ιστορική αναδρομή του καρκίνου

Η λέξη «καρκίνος» δεν αφορά μία και μόνη ασθένεια, αλλά το σύνολο των ασθενειών ή διαταραχών που χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτο κυτταρικό πολλαπλασιασμό. Ο ανθρώπινος οργανισμός αποτελείται από κύτταρα, η ανάπτυξη και η διαίρεση των οποίων γίνεται με τέτοιο τρόπο, ώστε να προκύψουν τα θυγατρικά κύτταρα και να διατηρηθεί η υγεία του οργανισμού. Σε ορισμένες περιπτώσεις, εξαιτίας της εκτροπής αυτής της διαδικασίας από το φυσιολογικό, οδηγούμαστε σε ανεξέλεγκτο κυτταρικό πολλαπλασιασμό και στην εμφάνιση μαζών που ονομάζονται όγκοι. Ανάλογα με τη επιθετικότητά τους, τη διήθηση ή μη γύρω ιστών, την εμφάνιση ή όχι μεταστάσεων, οι όγκοι μπορούν να διακριθούν σε καλοήθεις και κακοήθεις.

Ο καρκίνος ως έννοια φαίνεται ότι απασχόλησε την ανθρωπότητα από την αρχή της ιστορίας, καθώς συναντούμε αναφορές σε χειρόγραφα των Αρχαίων Ελλήνων, των Ρωμαίων, των Περσών, αλλά και κατά το Μεσαίωνα. Ο Ιπποκράτης, πατέρας της Ιατρικής, ήταν ο πρώτος που έδωσε στη νόσο τη λέξη «καρκίνος», αναγνωρίζοντας τα συμπτώματα της νόσου και παρομοιάζοντάς την με κάβουρα. Ο Γαληνός παρομοίασε με κάβουρα τον καρκίνο, λόγω του ότι οι αποφύσεις του όγκου του μαστού έμοιαζαν με τα πόδια του κάβουρα, ενώ μπόρουσε να διακρίνει τον καρκίνο από τη σκληρότητα, την ακινησία και τους πόνους που προκαλούσε [1].

Στην αρχαία Ινδία περιγράφονται διάφορα είδη καρκίνου, πράγμα που αποδεικνύει ότι ο καρκίνος ήταν μία νόσος που θα μπορούσε να διαγνωσθεί πολλά χρόνια πριν. Μάλιστα ο καρκίνος του μαστού ήταν ένα από τα είδη της νόσου αυτής, το οποίο αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης από ιατρούς στην Αρχαία Ελλάδα και το Βυζάντιο, επειδή έκανε συχνά την εμφάνισή του. Ειδικότερα, με τον καρκίνο του μαστού ασχολήθηκε και ο Γαληνός, ο οποίος αναφέρει ότι στο μαστό των γυναικών οι όγκοι αναπτύσσονται συχνότερα και προτείνει ως θεραπεία τη χειρουργική επέμβαση, πράγμα που επιβεβαιώνεται από βιβλιογραφικές αναφορές.

Για πολλά χρόνια οι επιστήμονες θεωρούσαν ότι η εξαγγείωση των οργανικών χυμών οδηγούσε στην εμφάνιση καρκίνου. Η ανάπτυξη όμως της Παθολογικής Ανατομικής τον 18^ο αιώνα οδήγησε στη διατύπωση των πρώτων αιτιοπαθογονικών απόψεων, ενώ τον 19^ο αιώνα πραγματοποιήθηκαν νέες ανακαλύψεις πάνω στον καρκίνο, πράγμα που οδήγησε και σε

σημαντικές ανακαλύψεις σε ό,τι έχει να κάνει με τις αιτίες εμφάνισης κακοηθειών και με τη θεραπεία τους.

Τα τελευταία χρόνια, η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, η αυξημένη έκθεση σε αιτιολογικούς παράγοντες καρκινογένεσης, αλλά από την άλλη η βελτίωση των απεικονιστικών και διαγνωστικών τεχνικών, έχουν οδηγήσει σε αυξημένη συχνότητα εμφάνισης νέων περιστατικών καρκίνου. Την τελευταία δεκαετία, οι εξελίξεις στην Ογκολογία είναι ραγδαίες, καθώς πολλά θεραπευτικές επιλογές έχουν προστεθεί στον αλγόριθμο αντιμετώπισης νεοπλασιών και έχει γίνει μεγάλη πρόοδος στην αντιμετώπιση του συνόλου των κακοηθειών. Η έγκριση νέων φαρμάκων σε πολλά νοσήματα έχει αλλάξει τη φυσική πορεία της νόσου, έχει αυξήσει τη μέση επιβίωση των ογκολογικών ασθενών και πολλές κακοήθειες που παλιά θεωρούνταν μη θεραπεύσιμες, πλέον να έχουν καταστεί χρόνια νοσήματα. Σε αυτή την κατεύθυνση έχει βοηθήσει η εισαγωγή στην καθημερινή κλινική πράξη της ανοσοθεραπείας και των στοχευμένων θεραπειών που χορηγούνται είτε μόνες τους είτε σε συνδυασμό με την κλασική χημειοθεραπεία. Αυτές οι θεραπευτικές επιλογές (ανοσοθεραπεία- στοχευμένες θεραπείες) παρέχουν σε συγκεκριμένες υποομάδες ασθενών μακροχρόνια ύφεση της νόσου, χωρίς να δημιουργούν την κλασική τοξικότητα της χημειοθεραπείας και μπορεί να γίνονται καλύτερα ανεκτές από τους ασθενείς. Μάλιστα οι συνδυασμοί πλέον ανοσοθεραπευτικών φαρμάκων μεταξύ τους αλλά και με τις κλασικές χημειοθεραπείες και την ακτινοθεραπεία δίνουν πολλές υποσχέσεις για το προσεχές μέλλον, ακόμα και σε νοσήματα με κακή επιβίωση. Η συνεχής εκπαίδευση στη διαχείριση της τοξικότητας των νέων φαρμάκων αποτελεί καθοριστικό στόχο τόσο για τη βελτιστοποίηση του αποτελέσματος από τη χορήγηση των νέων φαρμάκων όσο και για τη διατήρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών, ενώ η εξεύρεση των κατάλληλων βιοδεικτών αποτελεί αντικείμενο μελέτης, ώστε πλέον να μιλάμε για εξατομικευμένη θεραπεία.

1.2 Η Ιατρική Ηθική στην Ογκολογία

Η Ιατρική Ηθική στην Ογκολογία δε διαφέρει από τους κανόνες και τις αρχές που διέπουν την Ιατρική γενικότερα. Οι αρχές που ισχύουν σε ό,τι έχει να κάνει με τη διαχείριση των Ογκολογικών ασθενών κοντά στο τέλος της ζωής τους είναι η αρχή της αυτονομίας, η αρχή της ωφέλειας και η αρχή του μη βλάπτειν [2].

Η αρχή της αυτονομίας δίνει σε κάθε άνθρωπο το δικαίωμα να αποφασίζει για τον εαυτό του, κάτι το οποίο, άλλωστε, προκύπτει και από την ετυμολογία της λέξης αυτονομία (εαυτός ή αυτός + νόμος). Δηλαδή, με άλλα λόγια, καθένας έχει το δικαίωμα του αυτοπροσδιορισμού, ανεξάρτητα από το αν η απόφασή του είναι σωστή ή λάθος. Στο επίπεδο της παροχής ιατρικής φροντίδας, κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να δεχτεί ή όχι τη θεραπεία που του προτείνεται, αφού προηγηθεί πλήρης ενημέρωσή του από τη μεριά του θεράποντος ιατρού του, όπως επιβάλλεται, άλλωστε, και από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας [3].

Η αρχή της ωφέλειας υποχρεώνει το θεράποντα Ογκολόγο να ωφελήσει τον Ογκολογικό ασθενή, οδηγώντας με τις πράξεις του είτε στην ίαση είτε την ανακούφιση των συμπτωμάτων. Ειδικά στο τέλος της ζωής των ασθενών αυτών, μία παρηγορητική αγωγή ή η αναλγητική αγωγή μπορεί να αποδειχθεί ωφέλιμη για τον ασθενή, καθώς βελτιώνει την ποιότητα της ζωής του για όσο χρονικό διάστημα του απομένει.

Η αρχή του μη βλάπτειν προέρχεται από τη λατινική έκφραση «primum non nocere», που σημαίνει «πρώτα να μη βλάψεις». Η λέξη «πρώτα», αποτελεί, σύμφωνα με ορισμένους την κυρίαρχη αρχή της ιατρικής ηθικής. Μάλιστα, τη φράση αυτή τη συναντάμε και στα ιπποκρατικά κείμενα, με τη μορφή «ωφελείν ή μη βλάπτειν», που σημαίνει «να ωφελείς ή τουλάχιστον να μη βλάπτεις», μία φράση η οποία συνοψίζει δύο βασικές αρχές της βιοηθικής (την αρχή της ωφέλειας και την αρχή του μη βλάπτειν).

Ειδικά στη διαχείριση ενός Ογκολογικού ασθενούς τελικού σταδίου, ένας ιατρός αναλογιζόμενος αυτές τις αρχές θα πρέπει να κληθεί να λάβει την καλύτερη δυνατή θεραπευτική απόφαση για τον ασθενή και να διαχειρισθεί τόσο τον ίδιο τον ασθενή όσο και το συγγενικό του περιβάλλον. Η ιδιαιτερότητα έγκειται κυρίως στη δυσκολία που απορρέει από τη φύση της ασθένειας και από το τυχόν αρνητικό αποτέλεσμα στην έκβαση της νόσου.

1.3 Σκοπός

Σκοπός της εργασίας είναι να αναδείξει τα ηθικά διλήμματα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπος ένας Ογκολόγος ή ένας ιατρός οποιασδήποτε ειδικότητας όταν έχει να αντιμετωπίσει έναν ασθενή με κακοήθεια ο οποίος βρίσκεται κοντά στο τέλος της ζωής του. Πιο συγκεκριμένα, σκοπός είναι να απαντηθούν ορισμένα ερωτήματα που καλείται να αναρωτηθεί ένας ιατρός, τα κυριότερα από τα οποία είναι τα παρακάτω:

α) Θα πρέπει να γνωρίζει ένας Ογκολογικός ασθενής την πορεία της νόσου του και πολύ περισσότερο το ενδεχόμενο ενός επικείμενου θανάτου; Τι θα πρέπει να γνωρίζουν οι συγγενείς και όσοι ασχολούνται με τη φροντίδα του;

β) Πότε μία θεραπεία που λαμβάνει ένας Ογκολογικός ασθενής θεωρείται μάταιη και πότε θα πρέπει να αποσύρεται αυτή η θεραπεία;

γ) Μέχρι ποιο σημείο θα πρέπει να υποστηρίζεται ο τελικού σταδίου Ογκολογικός ασθενής;

δ) Ποιο είναι το ηθικό και νομικό πλαίσιο σχετικά με την ευθανασία σε Ογκολογικούς ασθενείς;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στην παρούσα εργασία ακολουθήθηκε η μέθοδος της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Ουσιαστικά επιχειρήθηκε αναζήτηση πληροφοριών στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PUBMED και COCHRANE και συλλέχθηκαν απόψεις, στοιχεία και έννοιες τόσο από έγκριτα βιβλία της ιατρικής, της νομικής και της φιλοσοφικής επιστήμης όσο και από αναγνωρισμένα επιστημονικώς ιατρικά και νομικά περιοδικά στο υπό έρευνα θέμα.

Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων για την αναγνώριση της κατάλληλης βιβλιογραφίας ήταν: α)end-of-life, β)Oncological patients, γ)bioethics και δ)dilemmas. Η αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων έγινε κάνοντας χρήση του όρου: «Ethical dilemmas in the end of life of Oncological patients». Αναζητήθηκαν στις παραπάνω βάσεις δεδομένων, όσα άρθρα είχαν δημοσιευτεί μέχρι και το Σεπτέμβριο του 2022. Τα κριτήρια που τέθηκαν για την τελική επιλογή των άρθρων ήταν: α) η συγγραφή τους στην αγγλική γλώσσα, β) να απαντούν τουλάχιστον σε ένα από τα ερωτήματα που τέθηκαν στο σκοπό της εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΚΕΙΜΕΝΟΥ ΤΕΛΟΥΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

3.1 Ο ορισμός του τελικού σταδίου ασθενούς

Το τέλος της ζωής αποτέλεσε πολλές φορές στο παρελθόν αντικείμενο συγκρούσεων και εξακολουθεί ακόμα και σήμερα να αποτελεί ένα θέμα προς διερεύνηση, καθώς οι εξελίξεις στον ιατρικό τομέα έχουν επιμηκύνει το προσδόκιμο επιβίωσης, ακόμα και όταν πρόκειται για ασθενείς με επιβεβαιωμένη διάγνωση κακοήθειας.

Αυτό που πολλές φορές δημιουργεί σύγχυση τόσο στους ασθενείς όσο και τους συγγενείς τους είναι η διάκριση μεταξύ ενός ασθενούς τελευταίου και τελικού σταδίου. Στην πρώτη περίπτωση μιλάμε για ασθενείς οι οποίοι πλέον πάσχουν από κακοήθεια σταδίου IV ως επί το πλείστον με παρουσία μεταστάσεων και οι οποίοι όμως έχουν θεραπευτικές επιλογές. Στην περίπτωση ενός ασθενούς τελικού σταδίου, οι Olarte και Gullien διατύπωσαν το 2001 τις απαραίτητες προϋποθέσεις που απαιτούνται ώστε μία ασθένεια να θεωρείται τελική [4]. Οι προϋποθέσεις αυτές είναι οι ακόλουθες:

- α) προοδευτική εξέλιξη του αιτιολογικού παράγοντα,
- β) αποτυχία των αποδεκτών θεραπευτικών μεθόδων και απουσία πιθανότητας ανταπόκρισης σε κάποια ειδική θεραπεία,
- γ) πολλαπλά προβλήματα που έχουν την τάση να είναι έντονα, πολυπαραγοντικά και ευμετάβλητα,
- δ) υψηλή συναισθηματική επίδραση στον ασθενή, την οικογένεια και τους κοντινούς συγγενείς του από την πιθανότητα ενός επικείμενου θανάτου και
- ε) το προσδόκιμο επιβίωσης να είναι περιορισμένο κάτω των 6 μηνών.

Στο χώρο της Ογκολογίας, ειδικότερα, είναι σύνηθες φαινόμενο η αντιμετώπιση τελικού σταδίου ασθενών, οι οποίοι δεν ανταποκρίνονται πλέον στους θεραπευτικούς χειρισμούς και οι οποίοι χρήζουν βέλτιστης συμπτωματικής αντιμετώπισης. Η διαχείριση αυτών των ασθενών σε αυτό το στάδιο της νόσου οδηγεί στην εμφάνιση αρκετών συγκρουσιακών διλημμάτων σε καθημερινή βάση.

3.2 Η ανακοίνωση της αλήθειας στον ασθενή και το περιβάλλον του.

Σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, η συναίνεση του ασθενή αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση προκειμένου ο ιατρός να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε

ιατρικής πράξης. Επίσης, η συναίνεση δε θα πρέπει να είναι ούτε αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής, ούτε και να έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη, αντίθετα θα πρέπει να παρέχεται μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση [5].

Σχετικά με την παράλειψη εξασφάλισης της συναίνεσης του ασθενούς, ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας αναφέρει ότι δεν απαιτείται συναίνεση:

α) σε περιπτώσεις επείγουσες, κατά τις οποίες δεν μπορεί να ληφθεί κατάλληλη συναίνεση καθώς συντρέχει άμεση, απόλυτη και επείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας,

β) σε περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας ή

γ) όταν οι γονείς ανήλικου ασθενούς ή οι συγγενείς ασθενούς που δεν μπορεί για οποιονδήποτε λόγο να συναινέσει ή άλλοι τρίτοι, που έχουν την εξουσία συναίνεσης για τον ασθενή, αρνούνται να δώσουν την αναγκαία συναίνεση για την ιατρική πράξη και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης, προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενούς [5].

Συνεπώς, όπως προκύπτει και από τα ανωτέρω, δεν υπάρχει κάποιος διαχωρισμός σε ό,τι έχει να κάνει με την ενημέρωση των Ογκολογικών ασθενών, καθώς θα πρέπει να είναι σαφής, κατανοητή και προσαρμοσμένη στο μορφωτικό επίπεδο και την εν γένει αντίληψη του ασθενούς. Από την άλλη όμως, το δικαίωμα στην αποκάλυψη της πλήρους αλήθειας ενός Ογκολογικού ασθενούς, και πολύ περισσότερο, όταν βρίσκεται κοντά στο τέλος της ζωής του, αποτέλεσε και εξακολουθεί να αποτελεί αντικείμενο αντιπαράθεσης. Πρόκειται για ένα πολύπλοκο ζήτημα, λόγω της σοβαρότητας του θέματος, των διάφορων τακτικών ενημέρωσης σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο καθώς και των νέων δεδομένων που διαμορφώνονται από το νομικό πλαίσιο σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών και με τη σχέση ιατρού και ασθενούς.

Ανέκαθεν, η σχέση ιατρού και ασθενούς ήταν κομβικής σημασίας στην καθημερινή κλινική πράξη, καθώς υπάρχει μία ψυχική αλληλεπίδραση μεταξύ τους, πολύ δε περισσότερο σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα, όπως οι κακοήθειες. Σε αυτά τα νοσήματα ένας Ογκολόγος από την αρχή της διάγνωσης, αξιολογώντας ορισμένες παραμέτρους, όπως το ψυχολογικό προφίλ του ασθενούς, το κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο, την ηλικία και τον κοινωνικό περίγυρο του ασθενούς, προβαίνει ή όχι στην αποκάλυψη της αλήθειας. Εκείνο που κάνει την ανακοίνωση της αλήθειας ακόμα πιο δύσκολη κατάσταση είναι όταν πρέπει ο Ογκολόγος να ανακοινώσει στον ίδιο τον ασθενή και το περιβάλλον του την είδηση του επικείμενου

θανάτου, είτε λόγω εξάντλησης των θεραπευτικών χειρισμών είτε λόγω κακής γενικής κατάστασης του ασθενούς είτε λόγω και των δύο. Σύμφωνα με την κλασική θεωρία που έχει αναπτυχθεί περί πένθους, η αποκάλυψη της αλήθειας στον ασθενή με νεοπλασία ακολουθεί τα εξής στάδια: αρχικά άρνηση, μετά θυμός, ακολούθως διαπραγμάτευση, έπειτα κατάθλιψη και στο τέλος αποδοχή [6].

Για πολλά χρόνια, η απόκρυψη μέρους ή όλης της αλήθειας ήταν η συνηθέστερη πρακτική στην καθημερινή κλινική πράξη. Οι υπερασπιστές της θεωρίας αυτής πιστεύουν ότι είναι μία ανθρωπιστική στάση, για το καλό του ασθενούς, καθώς ο ασθενής με αυτόν τον τρόπο διατηρεί μία αισιόδοξη στάση απέναντι στη νόσο και δεν επηρεάζεται δυσμενώς ψυχικά και συναισθηματικά. Ειδικά, όταν μιλάμε για την ανακοίνωση ότι πλησιάζει το τέλος της ζωής και ότι δεν υπάρχουν πλέον θεραπευτικές επιλογές, πρόκειται για μία ακόμα πιο δύσκολη κατάσταση που στην πλειοψηφία των περιπτώσεων οι ασθενείς δεν είναι έτοιμοι να διαχειριστούν.

Από την άλλη μεριά, όμως, η απόκρυψη της αλήθειας έρχεται σε σύγκρουση με την αξία του σεβασμού της αυτονομίας και δεν τηρείται η αρχή της ενημερωμένης συγκατάθεσης, καταπατώντας με αυτό τον τρόπο το δικαίωμα του ασθενούς στη συμμετοχή του στη λήψη αποφάσεων. Η πλήρης ενημέρωση του ασθενούς από τον Ογκολόγο του τόσο κατά τη διάγνωση και τα στάδια θεραπείας του όσο και κατά το τέλος της ζωής του αφενός αποτελεί υποχρέωση του ιατρού απέναντι στον ασθενή, ώστε να μην του δημιουργούνται ψεύτικες ελπίδες, αφετέρου τα μειονεκτήματα αυτής της πρακτικής είναι προφανή και αφορούν τη ψυχική διαχείριση της πληροφορίας από τον ασθενή και το περιβάλλον του [7]. Επιπλέον, η μη αποκάλυψη της αλήθειας στον ασθενή μπορεί να εγείρει και θέματα που άπτονται του κληρονομικού δικαίου. Ένας ασθενής, όταν γνωρίζει κατά προσέγγιση πόσος χρόνος ζωής του απομένει, μπορεί μέσα σε αυτό το χρονικό διάστημα να ρυθμίσει υποχρεώσεις, εκκρεμότητες και να διευθετήσει τις κληρονομικές του υποθέσεις.

Διαφορά παρατηρείται και στον τρόπο προσέγγισης των ασθενών και του περιβάλλοντός τους ανάλογα με το πολιτισμικό, κοινωνικό και θρησκευτικό επίπεδο σε κάθε κοινωνία. Για παράδειγμα, στις Δυτικές κοινωνίες έχει επικρατήσει η τακτική του να αποκαλύπτεται άμεσα η πλήρης αλήθεια στον ασθενή από την αρχή της διάγνωσης του μέχρι και το τέλος και την ανακοίνωση του επικείμενου θανάτου. Έτσι, ο ασθενής έχει πλήρη επίγνωση της κατάστασής του και, όταν πλησιάζει το τέλος της ζωής, μπορεί να χρησιμοποιήσει τα οφέλη της ανακουφιστικής φροντίδας. Αντίθετα, σε Ανατολικές χώρες,

στις οποίες είναι πιο ισχυρός ο οικογενειακός θεσμός, επικρατεί ένα πιο προστατευτικό μοντέλο. Ο ίδιος ο ασθενής δε γνωρίζει καθόλου ή γνωρίζει το μέρος εκείνο της αλήθειας που μπορεί να διαχειρισθεί, ενώ το συγγενικό περιβάλλον του γνωρίζει την πλήρη αλήθεια και ζητά από τον ιατρό να μην αποκαλύψει πληροφορίες που μπορεί να επηρεάσουν συναισθηματικά τον ασθενή [8].

Στην Ελλάδα, κατά βάση, υπήρχε η αντίληψη της απόκρυψης της πλήρους αλήθειας στον ασθενή με γνώμονα «το καλό του» σύμφωνα με τον οικογενειακό προστατευτισμό. Ειδικά, στο τέλος της ζωής των ασθενών, οι συγγενείς δε θέλουν να αποκαλύψει ο Ογκολόγος στον ασθενή την αλήθεια, φοβούμενοι το κατά πόσον μπορεί να το διαχειρισθεί και προτιμούν να του μεταφέρεται μία ελπίδα αντιστροφής της κατάστασης [9]. Αυτό που δεν πρέπει να ξεχνάμε είναι ότι δε λέμε ψέματα στον ασθενή, καθώς το καθήκον αλήθειας του ιατρού προς τον ασθενή προκύπτει από το άρθρο 11§1 ΚΙΔ [10]. Δεν είναι σκοπός της ενημέρωσης να αποδεχτεί ο ασθενής τις ιατρικές πράξεις που προτείνει ο ιατρός, αλλά να αποφασίσει ο ασθενής ελεύθερα και η απόφαση του να είναι προϊόν ωριμότητας και πνευματικής διαύγειας. Τα τελευταία χρόνια, όμως, παρατηρείται και στην Ελλάδα μια στροφή προς το δυτικό πρότυπο ενημέρωσης των ασθενών εξαιτίας των θεραπευτικών εξελίξεων στην αντιμετώπιση του καρκίνου, της εμπορευματοποίησης της υγείας και της ποινικοποίησης του ιατρικού επαγγέλματος [11]. Μάλιστα, και ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας του 2005 ακολουθώντας το Δυτικό πρότυπο ενημέρωσης των ασθενών, θεωρεί ότι αποτελεί υποχρέωση του ιατρού να αποκαλύπτει την αλήθεια (με εξαίρεση την περίπτωση που ο ίδιος ο ασθενής ζητήσει να μην ενημερωθεί), ακόμα και αν πρόκειται για Ογκολογικό ασθενή. Το ερώτημα είναι: μέχρι ποιο σημείο πρέπει να ενημερώνεται ο ασθενής; Ενδεχομένως μια λεπτομερής ενημέρωση, μπορεί να οδηγήσει είτε σε εσφαλμένες αποφάσεις (πχ γνωρίζοντας τις ελάχιστες πιθανές παρενέργειες μιας αναγκαίας επέμβασης, μπορεί να την αναβάλλει ο ασθενής) είτε στη λήψη μιας χειραγωγούμενης απόφασης. Επίσης, αποτελεί δικαίωμα του ασθενούς να παραιτηθεί από την ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας του, όπως ορίζεται από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, σύμφωνα με τον οποίο, ο ιατρός πρέπει να σέβεται την επιθυμία των ατόμων που θέλουν να μην ενημερωθούν και ο ασθενής μπορεί να ζητήσει από τον ιατρό του να ενημερώσει αποκλειστικά άλλα πρόσωπα, που ο ίδιος θα υποδείξει, τόσο για την κατάσταση της υγείας του, όσο και για το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης και τους κινδύνους από την εκτέλεσή της (11§2 ΚΙΔ) [10]. Έτσι, λοιπόν, αυτό που εφαρμόζεται ως επί το πλείστον στην

καθημερινότητα είναι η εξατομικευμένη προσέγγιση του ασθενούς, ανάλογα με το ψυχικό, κοινωνικό και μορφωτικό προφίλ του ασθενούς και αναλόγως των στοιχείων της προσωπικότητάς του [12]. Επιπλέον, η στάθμιση της ψυχικής υγείας του ασθενούς στην ενημέρωση κατοχυρώνεται και στη σύμβαση του Οβιέδο (άρθρο 10§3 Ν. 2619/98 Επιβολή περιορισμών στο δικαίωμα της ενημέρωσης του ασθενούς) [13]. Στους ασθενείς που δεν επιθυμούν να γνωρίζουν την αλήθεια, κατοχυρώνεται και το λεγόμενο δικαίωμα στη «μη γνώση», όπως επίσης υπάρχει και η δυνατότητα στην ενημέρωση των ασθενών «όσο μπορούν να αντέξουν» [14]. Οπότε, στην κλινική πράξη, ο θεράπων ενημερώνει και τον ασθενή στο βαθμό που μπορεί να διαχειρισθεί την αλήθεια, σύμφωνα με τις επιταγές του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και σταθμίζοντας όλες αυτές τις παραμέτρους που προαναφέρθηκαν. Βέβαια, το ιδανικό θα ήταν να αποτελέσει η ενημέρωση των ασθενών αντικείμενο μελέτης και να δημιουργηθούν κατευθυντήριες οδηγίες [15].

3.3 Συμπεράσματα

Η ανακοίνωση της αλήθειας στον ασθενή αποτελεί τη σύγκρουση δύο διαφορετικών κόσμων: από τη μια η επιθυμία του ασθενούς να γνωρίζει την αλήθεια και από την άλλη η υποχρέωση του ιατρού να ανακοινώσει τα δυσάρεστα νέα στον ασθενή συνεκτιμώντας στοιχεία της προσωπικότητάς του και του ψυχισμού του. Από το δίπολο αυτό δε διαφέρει ούτε και η ανακοίνωση του επικείμενου τέλους της ζωής ενός ασθενή. Ο ασθενής με βάση το δικαίωμα της αυτονομίας οφείλει να γνωρίζει την αλήθεια χωρίς καμία απόκρυψη. Στις Δυτικές κοινωνίες αποτελεί κανόνα η πλήρης ενημέρωση του ασθενή, εκτός αν ο ίδιος δεν το επιθυμεί και υποδεικνύει ποια πρόσωπα θα πρέπει να ενημερώνονται από το θεράποντα ιατρό, ενώ αντίθετα σε Ανατολικές κοινωνίες το να αποκρύπτεται μέρος ή όλη η αλήθεια είναι συνήθης πρακτική και σχετίζεται με τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες και τον οικογενειακό προστατευτισμό. Στην Ελλάδα, συνήθως επικρατούσε η τακτική απόκρυψης της αλήθειας στον ασθενή με γνώμονα «το καλό του», όμως εδώ και λίγα χρόνια παρατηρείται μία στροφή προς τη δυτική προσέγγιση ενημέρωσης των ασθενών εξαιτίας των θεραπευτικών εξελίξεων στην αντιμετώπιση του καρκίνου, της εμπορευματοποίησης της υγείας και της ποινικοποίησης του ιατρικού επαγγέλματος, με αποτέλεσμα αυτό που τελικά επικρατεί να είναι η εξατομικευμένη προσέγγιση του ασθενούς, ανάλογα με το ψυχικό, κοινωνικό και μορφωτικό προφίλ του ασθενούς και αναλόγως των στοιχείων της προσωπικότητάς του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

4.1 Ο ορισμός της ανακουφιστικής φροντίδας

Τα τελευταία χρόνια οι εξελίξεις που έχουν συντελεστεί στον τομέα της Ογκολογίας έχουν καταστήσει τον καρκίνο ως χρόνιο νόσημα. Αυτό έχει οδηγήσει σε αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης των Ογκολογικών ασθενών, αλλά από την άλλη δημιουργεί και την ανάγκη πολυδιάστατης υποστήριξης των ασθενών αυτών και των συγγενών τους σε ιατρικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο.

Αυτή την ανάγκη υποστήριξης ασθενών και συγγενών ήρθε να καλύψει ο τομέας της ανακουφιστικής φροντίδας. Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας η Ανακουφιστική Φροντίδα αποτελεί την προσέγγιση που στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών των οποίων η ζωή απειλείται από κάποιο χρόνιο νόσημα και στη στήριξη της οικογένειάς τους. Η έγκαιρη αναγνώριση και αξιολόγηση και αντιμετώπιση του πόνου και των λοιπών οργανικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων οδηγεί τελικά στην πρόληψη και την ανακούφιση από το «Υποφέρειν» [16].

Ιστορικά, τα πρώτα κέντρα παροχής ανακουφιστικής φροντίδας ανευρίσκονται στην Αγγλία, όπου ειδικά διαμορφωμένοι χώροι λειτουργούσαν ως νοσοκομεία- ξενώνες, τα λεγόμενα Hospices. Τα κέντρα αυτά παρείχαν τη χορήγηση αναλγητικής αγωγής και τη λοιπή ιατρονοσηλευτική φροντίδα χωρίς όμως τη δυνατότητα πραγματοποίησης διαγνωστικών εξετάσεων και θεραπευτικών παρεμβάσεων. Το 1967 ιδρύθηκε στο Λονδίνο το St Christopher's Hospice, το οποίο θεωρήθηκε κέντρο αναφοράς και το οποίο λειτουργούσε με γνώμονα την ανακούφιση των ασθενών από το σωματικό και ψυχικό πόνο [17].

Στη χώρα μας, δυστυχώς, δεν προβλέπεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας η ύπαρξη κλινών αποκλειστικά για την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας. Επίσης, με δεδομένο ότι δεν υπάρχουν δημόσιες δομές παρηγορητικής φροντίδας, οι ασθενείς αυτοί υποστηρίζονται, στο κομμάτι της αναλγητικής αγωγής, κυρίως από τα Εξωτερικά Ιατρεία πόνου των Νοσοκομείων [18]. Σε αντίθεση, με αυτό που συμβαίνει στο εξωτερικό, στην Ελλάδα δεν υπάρχουν οργανωμένα Hospices για την υποστήριξη Ογκολογικών ασθενών τελικού σταδίου, με εξαίρεση του ιδρύματος «Η Γαλιλαία» που δημιουργήθηκε μετά από πρωτοβουλία του Μητροπολίτη Μεσογαίας και Λαυρεωτικής για την υποστήριξη και την ανακουφιστική φροντίδα των Ογκολογικών ασθενών της περιοχής.

Ο σκοπός της παρηγορητικής φροντίδας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας είναι να παρέχει ανακούφιση από τον πόνο και τα άλλα συμπτώματα που βιώνουν οι ασθενείς ενοποιώντας τόσο τις ψυχικές όσο και τις πνευματικές όψεις της φροντίδας του ασθενούς [16]. Δημιουργεί ένα σύστημα το οποίο υποστηρίζει και βοηθάει τους ασθενείς να ζήσουν με όσο το δυνατόν καλύτερη ποιότητα ζωής, χωρίς όμως να προκαλεί επίσπευση ή μετάθεση του θανάτου. Επιπλέον, προσφέρει ένα σύστημα υποστήριξης προκειμένου αφενός να βοηθήσει τους ασθενείς και τους συνοδούς τους στην αντιμετώπιση των αναγκών τους, αλλά και αφετέρου να βοηθήσει την οικογένεια παρέχοντας συμβουλευτική υποστήριξη κατά το πένθος.

Η ανακουφιστική φροντίδα, λοιπόν, παρέχει πλεονεκτήματα, τόσο σε ηθικό όσο και σε ψυχικό και σε κοινωνικό επίπεδο. Σε ηθικό επίπεδο προστατεύει τα δικαιώματα της ζωής και της αξιοπρέπειας, ενώ σε ψυχικό επίπεδο ο ασθενής δε νιώθει ούτε την εγκατάλειψη σε ένα νοσοκομειακό περιβάλλον περιμένοντας να έλθει το τέλος και βιώνει τη νόσο του με όσο το δυνατόν καλύτερη ψυχολογία. Τέλος, σε κοινωνικό επίπεδο προωθείται η κοινωνική συνοχή μέσω της λειτουργίας δομών υποστηρικτικής αγωγής αυτών των ασθενών και των οικογενειών τους.

4.2 Απόσυρση ή όχι μιας μάταιης θεραπείας

Ο ορισμός της μάταιης θεραπείας (futile treatment) περιλαμβάνει τη διακοπή των θεραπευτικών ενεργειών που χαρακτηρίζονται ως μη επιτυχείς ή και βλαπτικές για τον ασθενή τελικού σταδίου και την αντικατάστασή τους από την παρηγορητική φροντίδα. Δυστυχώς, όμως, δεν υπάρχουν σαφώς καθορισμένα κριτήρια περί ματαιότητας μιας θεραπείας δυσχεραίνοντας την αντικειμενικότητα του όρου και εγείροντας σημαντικά βιοηθικά διλήμματα.

Μια θεραπεία μπορεί να θεωρηθεί μάταιη είτε γιατί έχει ήδη αποτύχει είτε γιατί είναι σχεδόν βέβαιο ότι θα αποτύχει είτε γιατί φαίνεται ότι δε θα είναι επωφελής ή και γιατί μπορεί να οδηγήσει στην πρόκληση βλάβης στον ασθενή [19]. Το βασικό όμως πρόβλημα είναι με ποια αντικειμενικά κριτήρια μπορεί μια θεραπεία να θεωρηθεί επωφελής, λιγότερο επωφελής ή επιβλαβής για τον ασθενή. Από την ιατρική κοινότητα έχουν γίνει πολλές προσπάθειες αντικειμενοποίησης των κριτηρίων προκειμένου μια θεραπεία να χαρακτηριστεί μάταιη, κάτι όμως που δεν μπορεί να εφαρμοσθεί στην πράξη, εξαιτίας της ανυπαρξίας κανόνων, του

ηθικού και επιστημονικού προβληματισμού για να χαρακτηριστεί μια θεραπεία μάταιη και της δυσκολίας των ιατρών να αντιμετωπίσουν το θάνατο των ασθενών ως μία υπαρκτή πραγματικότητα. Από τη δεκαετία του 1970, στις ΗΠΑ είχε διατυπωθεί η άποψη ότι η χρήση της τεχνολογίας στην Ιατρική έχει επιβραδύνει τη διαδικασία του θανάτου, οπότε υπήρχε η εισήγηση να μην κλιμακωθεί ή να αποσυρθεί η θεραπεία σε ασθενείς χωρίς πρόγνωση [20].

Ο χαρακτηρισμός μιας θεραπείας ως μάταιη και η απόσυρσή της εγείρει αρκετά βιοηθικά διλήμματα. Η διακοπή μιας θεραπείας ενδεχομένως ισοδυναμεί στο μυαλό του θεράποντα όσο και του ασθενή και των συγγενών με μια αποδοχή κατά κάποιο τρόπο του επερχόμενου θανάτου. Ειδικά, όταν μια μάταιη θεραπεία έχει δυσμενή επίδραση στην ποιότητα του υπολοίπου της ζωής του ασθενούς, θα πρέπει να διακόπτεται και ο ασθενής να τίθεται σε καθεστώς ανακουφιστικής φροντίδας [21]. Σύμφωνα με τις αρχές της Βιοηθικής, η συνέχιση μιας μάταιης θεραπείας μπορεί να αποτελεί αντικείμενο τριβής σχετικά με το αν προκαλεί βλάβη στον ασθενή (παραβίαση της αρχής της ωφελείας), αν σέβεται την επιθυμία του ασθενούς (παραβίαση της αρχής της αυτονομίας) και αν εξυπηρετεί τα συμφέροντα του ασθενούς και του κοινωνικού συνόλου (αρχή της δικαιοσύνης). Παρόλα αυτά, πολλές φορές, στην πραγματικότητα ένας Ογκολογικός ασθενής τελικού σταδίου μπορεί να λαμβάνει μία μάταιη θεραπεία εξαιτίας λόγων που σχετίζονται τόσο με τον ιατρό όσο και με τον ίδιο τον ασθενή και το περιβάλλον του. Στο μυαλό ενός ιατρού θεωρητικά η απόσυρση μιας μάταιης θεραπείας μπορεί να ισοδυναμεί με εγκατάλειψη του ασθενούς και ότι ο θάνατος του ασθενούς μπορεί να ισοδυναμεί με αποτυχία του ίδιου του ιατρού. Σύμφωνα με το άρθρο 29 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει και να λαμβάνει υπόψη του τις επιθυμίες του ασθενή, χωρίς όμως αυτό να οδηγεί σε νομιμοποίηση της διενέργειας πράξεων που οδηγούν στην επίσπευση του θανάτου. Κάθε θεράπων ιατρός οφείλει να έχει δύο στόχους: αφενός να κάνει τους απαραίτητους χειρισμούς για τη θεραπεία του ασθενούς και αφετέρου να ανακουφίζει τον ασθενή από τον πόνο που μπορεί να είναι αποτέλεσμα είτε της νόσου είτε των θεραπευτικών χειρισμών. Σε περίπτωση που ο πρώτος στόχος δεν μπορεί να επιτευχθεί και δεν υπάρχουν άλλες θεραπευτικές επιλογές, ο ιατρός οφείλει να προσφέρει παρηγορητική αγωγή σε συνεργασία με το συγγενικό περιβάλλον του ασθενούς. Μάλιστα, σε περίπτωση που ο θεράπων εξακολουθεί να επιμένει σε μια ανώφελη θεραπεία, ευθύνεται τόσο ποινικά, αστικά και πειθαρχικά, καθώς η συνέχιση μιας μάταιης θεραπείας συνιστά και malpractice [22]. Από την άλλη, είναι λογικό, ο ασθενής αλλά και το οικείο περιβάλλον να ζητούν από το θεράποντα να συνεχίζει να χορηγεί ακόμα και μια μάταιη θεραπεία, καθαρά

για ψυχολογικούς λόγους, ώστε να μη βιώσει ο ασθενής το αίσθημα της παραίτησης και της αναμονής του επερχόμενου θανάτου [23]. Σε αυτή την περίπτωση, ο θεράπων οφείλει να εξηγήσει στους ασθενείς το προσδόκιμο ζωής, το ανώφελο της θεραπείας και να επικεντρωθεί μαζί τους στην παρηγορητική φροντίδα. Μάλιστα, η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής στην εισήγησή της το 2006 με θέμα «Τεχνητή παράταση της ζωής», υποστηρίζει ότι σε έναν ασθενή τελικού σταδίου, είναι σαφές ότι μπορεί να προκύψει σύγκρουση γνώμων μεταξύ του θεράποντος ιατρού και των συγγενών του ασθενή, πρέπει όμως πρωταρχικό μέλημα του ιατρού να είναι η ανακούφιση του ασθενή από τα συμπτώματα που βιώνει, καθώς η τεχνητή παράταση της ζωής σε ασθενή χωρίς ελπίδα θεραπείας μπορεί να θεωρηθεί «βλάβη» [24]. Βέβαια, εκείνο που δε θα πρέπει να ξεχνάει κανείς είναι ότι οι Ογκολογικοί ασθενείς τελικού σταδίου αποτελούν μία ιδιαίτερη ομάδα ασθενών που βιώνουν συνθήκες και καταστάσεις δύσκολα διαχειρίσιμες και δημιουργούν έντονο προβληματισμό σχετικά με τη λήψη αποφάσεων από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Σε ό,τι έχει να κάνει με τη θέση της εκκλησίας σχετικά με την απόσυρση ή όχι μιας μάταιης θεραπείας υπάρχουν έμμεσες αναφορές, καθώς πρόκειται για ένα θέμα που αφορά πρώτιστα την Ιατρική Ηθική, το οποίο, όμως, εγείρει κάποια ηθικά διλήμματα από θεολογικής απόψεως. Σύμφωνα με τη χριστιανική προσέγγιση, η ζωή αποτελεί το μέγιστο δώρο του Θεού και ο θάνατος έχει ιερό χαρακτήρα, ενώ υπάρχει και η πεποίθηση ότι αυτό που είναι αδύνατο για τους ανθρώπους είναι δυνατό για το Θεό. Επίσης για την Ορθόδοξη Εκκλησία, η προσπάθεια να διατηρήσουμε στη βιολογική ύπαρξη άτομα που δεν έχουν προσδόκιμο επιβίωσης καταδεικνύει δυσκολία αποδοχής του θελήματος του Θεού [25]. Επομένως, θα πρέπει να υπάρχει κατανόηση στην άποψη περί «Θεϊκής παρέμβασης», η οποία να μην έρχεται σε αντίθεση με την ιατρική απόφαση να χαρακτηρίσει μία θεραπεία ως μάταιη, αλλά είναι αποδεκτή από Χριστιανικής προσέγγισης. Από την άλλη μεριά, η αποδοχή από μέρος του ασθενούς και των συγγενών του ότι μία θεραπεία είναι μάταιη δε συνεπάγεται και παραίτηση από τη ζωή, καθώς αφορά επιστημονικά πλαίσια της Ιατρικής ευθύνης και δεοντολογίας χωρίς όμως να εμπλέκει θεολογικές απόψεις.

4.3 Αναλγητική αγωγή σε Ογκολογικούς ασθενείς τελικού σταδίου

Σύμφωνα με τον ορισμό της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας για τη μελέτη του πόνου, ο πόνος ορίζεται ως μία δυσάρεστη αισθητική και συγκινησιακή εμπειρία, η οποία σχετίζεται

με πραγματική ή δυνητική καταστροφή ιστών ή περιγράφεται ως τέτοια [26]. Έχει βρεθεί ότι πάνω από τους μισούς ασθενείς με νεοπλασία κάποια στιγμή στη ζωή τους θα νιώσουν πόνο και μάλιστα ο πόνος είναι αυτό που ορίζει ο ασθενής και όχι αυτό που αναμένει ο θεράπων ιατρός [27].

Ο πόνος μπορεί να σχετίζεται είτε με τους θεραπευτικούς χειρισμούς (χειρουργείο, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία) είτε με την ίδια τη νόσο, ακόμα όμως και με την εξασθένηση του οργανισμού. Σύμφωνα με την παθοφυσιολογία του καρκινικού πόνου, αυτός μπορεί να διακριθεί σε αλγαισθητικό ή φυσιολογικό, σε νευροπαθητικό και σε ψυχογενή. Μάλιστα, ο αλγαισθητικός πόνος προέρχεται από τη διέγερση των αλγαισθητικών υποδοχέων των κυττάρων από μηχανικά, θερμικά και βιοχημικά ερεθίσματα και περιλαμβάνει τόσο το σωματικό όσο και τον σπλαγχνικό πόνο.

Όταν μιλάμε για ασθενή τελικού σταδίου, πρόκειται για έναν άνθρωπο με μη αναστρέψιμη κατάσταση, ο οποίος βιώνει μια ποικιλία παθοφυσιολογικών διαταραχών, όπως ανορεξία, δύσπνοια, ναυτία και αδυναμία. Προεξέχον όμως σύμπτωμα που ορίζει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα της ζωής των ασθενών αυτών είναι ο πόνος. Αυτό που περιγράφεται στη διεθνή βιβλιογραφία και αυτό που και οι ίδιοι οι Ογκολόγοι μπορούμε να δούμε στην κλινική πράξη είναι ο λεγόμενος φαύλος κύκλος του πόνου: όταν ένας ασθενής πονάει, μειώνεται η κινητικότητά του, αλλοιώνεται η λειτουργική του κατάσταση και μειώνεται η ικανότητα αυτοεξυπηρέτησής του με αποτέλεσμα ο ασθενής αυτός να οδηγείται στον κοινωνικό αποκλεισμό και να επιτείνεται κατ' αυτόν τον τρόπο η αίσθηση του πόνου [28]. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας υπάρχει η κλίμακα ανακούφισης του πόνου, η οποία αποτελείται από 3 «σκαλιά» αναλγησίας, τα οποία περιλαμβάνουν τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, τα οπιούχα (ήπια και ισχυρά) και τα λεγόμενα βοηθητικά αναλγητικά (αντικαταθλιπτικά, αντιεπιληπτικά και νευροληπτικά), τα οποία χορηγούνται μόνα ή σε συνδυασμό ανάλογα με την ένταση του πόνου. Στόχος όλων αυτών των αναλγητικών ανάλογα με τη διαβάθμιση του πόνου είναι να σπάσουν αυτό το φαύλο κύκλο και να μειώσουν ή να εξαλείψουν τον πόνο βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής του ασθενούς, κάτι που είναι πολύ σημαντικό ειδικά για έναν Ογκολογικό ασθενή τελικού σταδίου που χρήζει ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας [29].

Το κύριο ζήτημα βιοηθικής που ανακύπτει σχετικά με τη χορήγηση αναλγησίας είναι η χορήγηση μορφίνης σε έναν ασθενή με κακοήθεια στο τέλος της ζωής του. Η μορφίνη είναι ένα ισχυρό οπιούχο αναλγητικό που χρησιμοποιείται στην κλινική πράξη για ανακούφιση του

σοβαρού πόνου και του αισθήματος αγωνίας δρώντας άμεσα στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Η μέγιστη επίδρασή της είναι περίπου στα 20 λεπτά, όταν χορηγείται ενδοφλεβίως και στη 1 ώρα, όταν χορηγείται από το στόμα, ενώ η διάρκεια της δράσης της είναι κατά μέσο όρο στις 3-7 ώρες. Από την άλλη μεριά, όμως, η χορήγηση της μορφίνης έχει και κάποιες παρενέργειες, οι κυριότερες από τις οποίες είναι η μειωμένη αναπνευστική ικανότητα, η ναυτία και το σύνδρομο στέρησης μετά από μακροχρόνια χορήγησή της. Οπότε γεννάται το εξής ερώτημα: σε έναν ασθενή τελικού σταδίου με πολύ έντονους πόνους ή και με αίσθημα επικείμενου θανάτου είναι ηθικό να χορηγεί ένας ιατρός μορφίνη γνωρίζοντας ότι προκαλεί μείωση της αναπνευστικής ικανότητας; Αυτό που πρέπει πρωτίστως να ειπωθεί είναι ότι η χορήγηση μορφίνης δε θα πρέπει να ταυτίζεται με την έννοια της ευθανασίας και ότι η μορφίνη ως φάρμακο αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της αναλγητικής αγωγής. Μάλιστα, μελέτες που έχουν γίνει έδειξαν ότι η χορήγηση μορφίνης σε ασθενείς μέχρι το τέλος της ζωής τους δεν έδειξε να επηρεάζει το προσδόκιμο επιβίωσης συγκρινόμενο με ασθενείς που δεν έλαβαν μορφίνη. Οπότε θεωρείται ότι η αναπότρεπτη πορεία της νόσου είναι αυτή που φέρνει το θάνατο και όχι η υποστηρικτική αγωγή [30]. Προς αυτή την προσέγγιση κινείται και το δόγμα του διπλού αποτελέσματος, σύμφωνα με το οποίο μία πράξη κρίνεται ως ηθικά όταν έχει και θετικό και αρνητικό αποτέλεσμα, ο θεράπων δεν αποσκοπεί στο αρνητικό αποτέλεσμα και το θετικό αποτέλεσμα υπερέχει έναντι του αρνητικού [31]. Σύμφωνα με αυτό το δόγμα, στην περίπτωση της μορφίνης, ο ιατρός αποσκοπεί στη μείωση του πόνου και του αισθήματος του επικείμενου θανάτου στον Ογκολογικό ασθενή τελικού σταδίου, χωρίς να επιδιώκει την επίσπευση του θανάτου. Πάνω σε αυτή την κατεύθυνση ένας Ογκολόγος είναι υποχρεωμένος να εξηγεί στον ασθενή και στο περιβάλλον του την πρόθεσή του, αιτιολογώντας την απόφασή του, και να φροντίζει για τη συνεχιζόμενη αξιολόγηση της κατάστασης και την τιτλοποίηση της αναλγησίας σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες.

4.4 ΚΑΡΠΑ και μηχανική υποστήριξη Ογκολογικών ασθενών τελικού σταδίου

Καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) είναι η χορήγηση θωρακικών συμπίεσεων και αναπνευστικών εμφυσήσεων σε άτομο που έχει υποστεί καρδιακή αναπνοή και δεν αναπνέει. Αναπνευστική υποστήριξη είναι η υποβοήθηση ή υποκατάσταση της αναπνοής του ασθενούς, ενώ ως μηχανικός αερισμός ορίζεται η χρησιμοποίηση κάποιας

αναπνευστικής συσκευής για την ενίσχυση ή την ολική υποκατάσταση του ασθενούς. Ο μηχανικός αερισμός διακρίνεται στον επεμβατικό που εφαρμόζεται μέσω αναπνευστήρα, όταν υπάρχει διασωλήνωση της τραχείας και σε μη επεμβατικό που εφαρμόζεται μέσω αναπνευστικής συσκευής bi-pap.

Τα τελευταία χρόνια, εξαιτίας της παράτασης της επιβίωσης ασθενών με κακοήθεια έχουν ανακύψει αρκετά συνειδησιακά διλήμματα που σχετίζονται με την παράταση της ζωής σε ασθενείς οι οποίοι δεν έχουν προσδόκιμο επιβίωσης. Πρόκειται για καταστάσεις που προκύπτουν από το γεγονός ότι αυτά τα μηχανήματα επί της ουσίας δεν προσφέρουν θεραπεία και προοπτική ζωής, αλλά καθυστερούν τη διαδικασία του θανάτου [32]. Πολλές φορές οι ιατροί της ΜΕΘ μπορεί να επιδείξουν υπερβάλλοντα ζήλο και να επιμένουν αδικαιολόγητα σε μία θεραπευτική επιλογή σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης [33]. Αυτό συμβαίνει κυρίως εξαιτίας του γεγονότος ότι όταν ένας ιατρός καλείται να αντιμετωπίσει ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης βρίσκεται διχασμένος μεταξύ της επιλογής της ευθανασίας, μεταξύ της ακραίας θεραπευτικής κλιμάκωσης και εμμονής στη θεραπεία τέτοιων ασθενών χωρίς προσδόκιμο ζωής και μεταξύ της αρχής της δικαιοσύνης, η οποία αποτελεί μία εκ των βασικών αρχών της Βιοηθικής και η οποία επιβάλλει την ισότητα στην παροχή περίθαλψης σε όλους της ανθρώπους, αλλά και τη δίκαιη κατανομή των διαθέσιμων πόρων με σειρά προτεραιότητας σε εκείνους τους ανθρώπους που έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες επιβίωσης [34].

Στην περίπτωση των Ογκολογικών ασθενών τελικού σταδίου, η πρόγνωση τόσο της υποκείμενης κακοήθειας, όσο και μιας οξείας διαταραχής σε έδαφος μιας κακοήθειας, η ηλικία, η μη ανταπόκριση στη θεραπεία με ό,τι αυτό συνεπάγεται στην καθημερινή ποιότητα της ζωής του ασθενούς κάνουν ενδεχομένως πιο «εύκολη» την απόφαση κλιμάκωσης ή μη της υποστήριξης με την εφαρμογή ΚΑΡΠΑ και τη μηχανική υποστήριξη. Οι λεγόμενες οδηγίες μη αναζωογόνησης (Do-Not-Resuscitate Orders/ DNRs) συνιστούν μια μορφή άρνησης της θεραπείας, την οποία μπορεί να εκδηλώσει εκ των προτέρων ένας ασθενής σύμφωνα με την αρχή της αυτονομίας [35]. Μάλιστα, μια διεθνής πολυκεντρική μελέτη έδειξε ότι οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση ενός ιατρού είναι η εκτιμώμενη πιθανότητα επιβίωσης, η εκτιμώμενη αντίληψη επιθυμίας του ασθενούς, η πολλαπλή οργανική ανεπάρκεια και η ηλικία [36]. Αξίζει να σημειωθεί ότι η Ελληνική Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής αντιδιαστέλλει την επαναφορά της καρδιακής λειτουργίας εξαιτίας καρδιακής ανακοπής και εξαιτίας μιας χρόνιας ανίατης νόσου, καθώς στην πρώτη

περίπτωση θα έχει θεραπευτικό σκοπό. Τέλος, η Επιτροπή κρίνει ότι οι οδηγίες μη ανάνηψης έχουν νόημα μόνο όταν ο θεράπων ιατρός κρίνει ότι η αναζωογόνηση δε θα έχει αποτέλεσμα, οπότε σε αυτή την περίπτωση δεν υπάρχει απαραίτητα ανάγκη συναίνεσης από τον ασθενή ή το περιβάλλον του [37].

4.5 Συμπεράσματα

Τα τελευταία χρόνια οι εξελίξεις στην Ογκολογία έχουν οδηγήσει σε αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης των Ογκολογικών ασθενών, αλλά από την άλλη δημιουργεί και την ανάγκη πολυδιάστατης υποστήριξης των ασθενών αυτών και των συγγενών τους σε πολλαπλά επίπεδα. Αυτή την ανάγκη υποστήριξης ασθενών και συγγενών ήρθε να καλύψει ο τομέας της ανακουφιστικής φροντίδας στοχεύοντας στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών των οποίων η ζωή απειλείται από κάποιο χρόνιο νόσημα και στη στήριξη της οικογένειάς τους, προσφέροντας πλεονεκτήματα τόσο σε ηθικό όσο και σε ψυχικό και σε κοινωνικό επίπεδο. Η συμπτωματική αντιμετώπιση των ασθενών αυτών στο τέλος της ζωής τους με τη χορήγηση αναλγησίας, διατροφικής υποστήριξης και αντιμετώπισης πολλαπλών προβλημάτων είναι μείζονος σημασίας για τη βελτιστοποίηση του υπολοίπου της ζωής τους. Ειδικά ο πόνος είναι μία δυσάρεστη αισθητική και συγκινησιακή εμπειρία, που οι περισσότεροι Ογκολογικοί ασθενείς βιώνουν κάποια στιγμή της ζωής τους. Η διαβάθμιση του πόνου και η τιτλοποίηση της αναλγησίας έχουν κάνει σημαντικά βήματα προς την κατεύθυνση της ανακουφιστικής φροντίδας. Η χορήγηση μορφίνης είναι ένα σημαντικό κομμάτι στην αναλγησία και δε θα πρέπει να ταυτίζεται με την ευθανασία, καθώς αποσκοπεί στο να απαλύνει τον πόνο και το αίσθημα του επικείμενου θανάτου. Μια θεραπεία θεωρείται μάταιη, όταν διακόπτονται οι θεραπευτικές ενέργειες που χαρακτηρίζονται ως μη επιτυχείς ή και βλαπτικές για τον ασθενή τελικού σταδίου και η αντικατάστασή τους από την παρηγορητική φροντίδα. Η μη ύπαρξη σαφώς καθορισμένων κριτηρίων περί ματαιότητας μιας θεραπείας δυσχεραίνει την αντικειμενικότητα του όρου και εγείρει σημαντικά βιοηθικά διλήμματα που αφορούν τον ιατρό και τις πεποιθήσεις του ασθενούς και των συγγενών του. Επιπλέον, με βάση τη σύσταση της Ελληνικής Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής οι οδηγίες DNR έχουν σημασία μόνο όταν ο θεράπων ιατρός κρίνει ότι η αναζωογόνηση δε θα οδηγήσει στο επιθυμητό αποτέλεσμα, οπότε σε αυτή την περίπτωση δεν υπάρχει απαραίτητα ανάγκη συναίνεσης από τον ασθενή ή το περιβάλλον του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΗΘΙΚΑ ΔΙΔΗΜΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

5.1 Ο ορισμός της ευθανασίας

Η λέξη ευθανασία προέρχεται από τις λέξεις «ευ» και «θάνατος» και ουσιαστικά σημαίνει τον καλό και ανώδυνο θάνατο ή την πρόκληση ανώδυνου θανάτου σε ασθενείς που πάσχουν από ανίατες ασθένειες υφιστάμενοι πόνο και ταλαιπωρία [38]. Βέβαια, στην Αρχαία Ελλάδα η ευθανασία προερχόταν ετυμολογικά από το ρήμα «εὐθανατῶ» που σημαίνει πέρα από τον ανώδυνο θάνατο και τον ένδοξο θάνατο στο πεδίο της μάχης [39].

Από τα χρόνια του Ιπποκράτη η Ιατρική είχε ως στόχο αφενός να καταπραΰνει τον πόνο και αφετέρου να επιμηκύνει το χρόνο της ζωής ενός αρρώστου. Ο ίδιος ο Ιπποκράτης εξέφραζε την αντίθεσή του στην έννοια της ευθανασίας καθώς στον όρκο του Ιπποκράτη ορκίζονται οι γιατροί να μη χορηγήσουν κάποιο θανατηφόρο φάρμακο σε όσους ασθενείς μπορεί να τους το ζητήσουν ούτε να παρέχουν συμβουλές σε ασθενείς να πάρουν ένα τέτοιο φάρμακο. Ο Bacon, το 17^ο αιώνα, χρησιμοποίησε στο πλαίσιο της Ιατρικής τον όρο ευθανασία κάνοντας λόγο για εύκολο και ανώδυνο θάνατο του ασθενούς και θεωρώντας ευθύνη του Ιατρού να απαλλάξει τον ασθενή από βασανιστικούς πόνους.

Σήμερα ο όρος ευθανασία χρησιμοποιείται για να περιγράψει την προσφυγή σε διαδικασίες που επιτρέπουν να προκληθεί ο θάνατος σε κάποιον άνθρωπο που το επιθυμεί. Ο πάσχων άνθρωπος θα πρέπει να είναι πνευματικά διαυγής και η ευθανασία να γίνεται ύστερα από δική του απαίτηση ή κατόπιν απαίτησης των συγγενών του σε περίπτωση που ο ίδιος ο ασθενής δεν είναι σε θέση να εκφράσει τη βούλησή του. Τα κίνητρα αυτού που τελεί την ευθανασία θα πρέπει να είναι ανθρωπιστικά και πρόθεσή του να είναι η αγάπη και ο οίκτος για τον πάσχοντα από ανίατη ασθένεια συνάνθρωπό του [40].

Η ευθανασία μπορεί να διακριθεί, ανάλογα αν ο ασθενής δίνει τη συγκατάθεσή του, σε εκούσια, ακούσια και μη εκούσια. Στην εκούσια ευθανασία ο ασθενής δίνει τη συγκατάθεσή του, στην ακούσια δεν υπάρχει συγκατάθεση του ασθενούς, παρότι είναι διανοητικά ικανός και στη μη εκούσια ο ασθενής δεν μπορεί να απαιτήσει το θάνατό του λόγω έκπτωσης της νοητικής του λειτουργίας (όπως για παράδειγμα είναι ένας ασθενής που βρίσκεται σε κώμα). Επιπλέον, η ευθανασία, ανάλογα με τον τρόπο που διενεργείται, διακρίνεται σε ενεργητική και σε παθητική. Στην περίπτωση της ενεργητικής ευθανασίας ο ιατρός ή κάποιος τρίτος χορηγεί στον ασθενή ενέσιμο φάρμακο, με το οποίο θα επισπεύσει το τέλος της ζωής του ανθρώπου, ενώ στην παθητική ευθανασία ο θάνατος επέρχεται είτε μέσω

της διακοπής της μηχανικής υποστήριξης είτε μέσω της μη χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής στον ασθενή.

5.2 Η ευθανασία σε Ογκολογικούς ασθενείς: ηθικό και νομικό πλαίσιο

Στην Ογκολογία, και ειδικά όταν πρόκειται για ασθενή τελικού σταδίου, ο οποίος δε δύναται να λάβει κάποιο θεραπευτικό χειρισμό και ο οποίος μπορεί να νιώθει πολύ έντονους και βασανιστικούς πόνους, μπορεί να ζητηθεί από το θεράποντα ιατρό είτε από τον ίδιο τον ασθενή είτε από τους συγγενείς του να «βοηθηθεί» ο ασθενής, ώστε να «μη βασανίζεται» περαιτέρω και να επισπευσθεί η διαδικασία του θανάτου.

Σύμφωνα με την αρχή της ωφέλειας, αποτελεί ηθική υποχρέωση του ιατρού να προσφέρει τις υπηρεσίες του στον ασθενή, με σκοπό το όφελος του ασθενούς και την πρόληψη ή την αποφυγή βλάβης, ενώ σύμφωνα με την αρχή του μη βλάπτειν είναι υποχρέωση του Ιατρού να αποφύγει την εκούσια πρόκληση βλάβης, σωματικής ή ψυχικής είτε στο πλαίσιο παροχής ιατρικής φροντίδας είτε με τη μορφή παράλειψης. Σύμφωνα με την Ιπποκρατική Ιατρική, ο ιατρός γνωρίζει το καλύτερο για τον ασθενή και το επιβάλλει, ενώ σύμφωνα με τη Δεοντολογική Ηθική με κύριο εκπρόσωπο τον Καντ το 18^ο αιώνα, ο ιατρός πράττει πάντα ηθικά και επιλέγει το σωστό για τον ασθενή [41], όμως, πλέον η καθιέρωση της έννοιας της αυτονομίας στις σύγχρονες κοινωνίες αναγνωρίζει στον ιατρό την υποχρέωση επέμβασης στο πλαίσιο της εξυπηρέτησης του συμφέροντος του ασθενούς.

Από τη μία πλευρά, οι υπέρμαχοι της ευθανασίας θεωρούν ότι η ευθανασία δικαιολογείται από την αυτονομία του ατόμου. Κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα σε μία αξιοπρεπή ζωή, όποτε δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για κάτι τέτοιο έχει το δικαίωμα να ζητήσει τον τερματισμό της ζωής του και οι υπόλοιποι πρέπει να σέβονται αυτή την επιθυμία του. Όταν ένας ασθενής πάσχει από μία ανίατη ασθένεια, η παράταση της ζωής του μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα σε οικονομικό, κοινωνικό και ψυχικό επίπεδο τόσο για τους ίδιους όσο και για τους φροντιστές τους. Το κόστος νοσηλείας σε μια κλινική για έναν Ογκολογικό ασθενή τελικού σταδίου που χρήζει υποστήριξης μπορεί να είναι υψηλό για τα οικονομικά δεδομένα μιας οικογένειας, ενώ η επιμήκυνση της ζωής χωρίς να υπάρχει κάποια προοπτική βελτίωσης της κλινικής εικόνας, δημιουργεί μία σχέση εξάρτησης ασθενούς και φροντιστή που οδηγεί σε περιθωριοποίηση και κοινωνική απομόνωση επιδρώντας αρνητικά στην ψυχολογία του. Επιπλέον, υπάρχει η αντίληψη ότι η δαπάνη των χρημάτων για την υγεία

πρέπει να είναι προϊόν ορθολογικής διαχείρισης. Πάνω σε αυτή τη λογική διατυπώνεται η άποψη ότι είναι πιο λογικό να δαπανηθούν χρήματα για την ιατρική έρευνα και την εύρεση νέων θεραπειών, παρά για την παράταση της ζωής ατόμων που θα πεθάνουν σε σύντομο χρονικό διάστημα. Ειδικά, όταν υπάρχει πόνος, η επιμήκυνση της ζωής ενός Ογκολογικού ασθενούς τελικού σταδίου μπορεί να δημιουργεί δυσάρεστα συναισθήματα και βιώματα στον ασθενή και το περιβάλλον του, οπότε η ευθανασία αποτελεί μία πράξη αλτρουισμού που γίνεται από συμπόνια προς τον ασθενή τον οποίο θέλει να τον λυτρώσει από τους φρικτούς πόνους. Μάλιστα οι υπέρμαχοι της ευθανασίας θεωρούν ότι δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ παθητικής και ενεργητικής ευθανασίας από την άποψη ότι τόσο στη μία όσο και στην άλλη περίπτωση το αποτέλεσμα είναι το ίδιο: η θανάτωση του ασθενούς. Άρα, πιστεύουν ότι η ευθανασία δεν έχει διαφορά, από πλευράς ηθικής, από τη διακοπή της υποστηρικτικής αγωγής. Τέλος, όπως προκύπτει από την εμπειρία χωρών που εφαρμόζουν την ευθανασία, ο φόβος για τις επιπτώσεις της εφαρμογής της είναι εντελώς θεωρητικός και δεν οδηγεί στην υπονόμηση της θεμελιακής ηθικής υποχρέωσης του ιατρού να φροντίζει τον ασθενή του.

Από την άλλη, όμως, η ζωή είναι το ανώτερο αγαθό και η ευθανασία οδηγεί στην αποστέρηση του ανθρώπου από αυτή την υπέρτατη αξία, ενώ και η ίδια η αυτονομία ταυτίζεται με τη ζωή, οπότε δεν μπορεί να δικαιολογηθεί μια εκούσια πρόκληση θανάτου κάνοντας επίκληση στην αυτονομία. Επιπλέον, η ευθανασία δεν μπορεί να θεωρείται μονόδρομος ακόμα και σε Ογκολογικούς ασθενείς τελικού σταδίου οι οποίοι ταλαιπωρούνται από πολύ δυνατούς πόνους, καθώς η Ιατρική και δη η Ογκολογία διαρκώς εξελίσσεται. Νέα ισχυρά αναλγητικά φάρμακα αρχίζουν να χρησιμοποιούνται για την ανακούφιση των ασθενών, οπότε η «αγαθοεργία» δε νομιμοποιεί την έννοια της ευθανασίας. Επιπλέον, σε αντίθεση με τους υπέρμαχους της ευθανασίας, όσοι είναι αντίθετοι στην πράξη αυτοί θεωρούν ότι υπάρχει πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας, καθώς στην πρώτη περίπτωση ο ιατρός προχωρεί σε θανάτωση του ασθενούς, ενώ στη δεύτερη απλώς αποσύρει μια μάταιη θεραπεία. Επίσης, τυχόν νομιμοποίηση της ευθανασίας ελλοχεύει κινδύνους που αφορούν τόσο τη σχέση ιατρού και ασθενούς δημιουργώντας ένα αίσθημα ανασφάλειας και έλλειψης εμπιστοσύνης προς το πρόσωπο του ιατρού, όσο και την εξέλιξη της επιστήμης με τη στασιμότητα στην ανεύρεση νέων φαρμάκων που σχετίζονται με την ανακουφιστική αγωγή. Τέλος, υπάρχει η πιθανότητα να επεκταθεί η ευθανασία σε ηλικιωμένους ασθενείς, ψυχικά αρρώστους και βαρέως πάσχοντες ή ακόμα χειρότερα να γίνει ευθανασία σε άτομα για λόγους οικονομικούς ή κληρονομικούς.

Η θέση της Ορθόδοξης Εκκλησίας απέναντι στην ευθανασία είναι σαφής, καθώς σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να υπάρχει αποδοχή της ευθανασίας εξαιτίας της χριστιανικής αντίληψης περί ζωής και θανάτου. Η ζωή δεν ταυτίζεται απλώς με τη βιολογική ύπαρξη των ανθρώπων ούτε ο θάνατος σηματοδοτεί το τέλος της ζωής, παρά τη μετάβαση σε έναν άλλο τρόπο ύπαρξης. Η ζωή αποτελεί ένα δώρο από το Θεό στον άνθρωπο και κανένας δεν μπορεί να παρεμβαίνει σε αυτό. Ακόμα και σε ασθενείς που στο τέλος της ζωής τους μπορεί να βιώνουν πολύ έντονους πόνους, όπως οι Ογκολογικοί ασθενείς, δεν έχει κανένας το δικαίωμα να «αφαιρεί» μία ζωή, καθώς ο πόνος είναι «ευεργετικός» στη ζωή του ανθρώπου, αφενός γιατί δημιουργεί ισχυρούς συναισθηματικούς δεσμούς και αφετέρου γιατί «προετοιμάζει» την ψυχή του ανθρώπου για τη μετά θάνατον ζωή [25].

Σε ορισμένες χώρες διεθνώς, όπως στο Βέλγιο, την Ολλανδία, το Λουξεμβούργο, την Κολομβία και τον Καναδά, επιτρέπεται η ευθανασία, ενώ σε κάποιες άλλες όπως στην Ελβετία και σε ορισμένες πολιτείες των ΗΠΑ επιτρέπεται η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Τόσο όμως η αυτοκτονία όσο και η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν είναι τιμωρητέες εφόσον ο επιβλέπων ιατρός δρα υπό ορισμένες προϋποθέσεις και την ανάλογη φροντίδα. Για παράδειγμα, στο Βέλγιο, ο ιατρός προκειμένου να προχωρήσει σε ευθανασία, θα πρέπει προηγουμένως να ενημερώσει τον ασθενή για τη φύση της ασθένειάς του και το προσδόκιμο επιβίωσης, να βεβαιωθεί ότι δεν υπάρχει εναλλακτική λύση, να συμβουλευτεί κάποιον άλλο συνάδελφο για το ανίατο της ασθένειας και θα πρέπει το αίτημα του ασθενούς να είναι γραπτό, χρονολογημένο και αιτιολογημένο και θα μπορεί ανά πάσα στιγμή να το ανακαλέσει [42]. Αντίστοιχα, στην Ελβετία, η ενεργητική ευθανασία δεν είναι νόμιμη, αλλά είναι νόμιμη η συνταγογράφηση θανατηφόρων φαρμάκων, εφόσον ο ασθενής, ο οποίος είναι πνευματικά υγιής, διαδραματίζει ενεργό ρόλο στη χορήγηση του φαρμάκου. Το 2004, στη Γαλλική Βουλή ψηφίστηκε ο νόμος Leonetti ο οποίος θεσμοθετεί και οριοθετεί θεραπευτικές αποφάσεις που άπτονται της διακοπής των μέτρων στήριξης της ζωής σε βαρέως πάσχοντες χωρίς προσδόκιμο ζωής. Μάλιστα, τίθεται ενάντια σε κάθε μορφή ευθανασίας και δεν επιτρέπει εξαντλητικές παρεμβάσεις σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης [43].

Στην Ελλάδα, το αξιόποιο της ευθανασίας κρίνεται με βάση τους βασικούς κανόνες για την ανθρωποκτονία με δόλο (άρθρο 299 ΠΚ), ανθρωποκτονία κατ' απαίτηση (άρθρο 300 ΠΚ) και τη συμμετοχή σε αυτοκτονία (άρθρο 301 ΠΚ). Αυτό που ορίζεται στα άρθρα 299-302 του Ποινικού Κώδικα είναι ότι όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα

από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο για αυτόν που πάσχει από ανίατη ασθένεια, τιμωρείται με φυλάκιση. Επιπλέον, αυτό που ενδεχομένως διαφοροποιεί την Ελλάδα σε σχέση με άλλες χώρες είναι οι οικογενειακοί και συναισθηματικοί δεσμοί που αναπτύσσονται και έτσι οι συγγενείς δεν αφήνουν τους ασθενείς ακόμα και αν πρόκειται για Ογκολογικούς ασθενείς τελικού σταδίου παρέχοντάς τους υποστήριξη και φροντίζοντάς τους μέχρι το τέλος της ζωής τους [44].

5.3 Συμπεράσματα

Η ευθανασία χρησιμοποιείται για να περιγράψει την προσφυγή σε διαδικασίες που επιτρέπουν να προκληθεί ο θάνατος σε κάποιον άνθρωπο που το επιθυμεί. Ο πάσχων άνθρωπος θα πρέπει να είναι πνευματικά διαυγής και η ευθανασία να γίνεται ύστερα από δική του απαίτηση ή κατόπιν απαίτησης των συγγενών του σε περίπτωση που ο ίδιος ο ασθενής δεν είναι σε θέση να εκφράσει τη βούλησή του. Τα κίνητρα αυτού που τελεί την ευθανασία θα πρέπει να είναι ανθρωπιστικά και πρόθεσή του να είναι η αγάπη και ο οίκτος για τον πάσχοντα από ανίατη ασθένεια συνάνθρωπό του. Η ευθανασία μπορεί να διακριθεί, ανάλογα αν ο θνήσκων δίνει τη συγκατάθεσή του, σε εκούσια, ακούσια και μη εκούσια και επίσης σε ενεργητική και σε παθητική ανάλογα με τον τρόπο διενέργειάς της. Σε Ογκολογικούς ασθενείς τελικού σταδίου, ο οποίος δεν έχει να λάβουν κάποιο θεραπευτικό χειρισμό ο θεράπων ιατρός μπορεί να βρεθεί μπροστά στο ηθικό δίλημμα της ευθανασίας. Όσοι είναι υπέρ της ευθανασίας, θεωρούν ότι δικαιολογείται από την αυτονομία του ατόμου, ενώ όσοι είναι κατά, θεωρούν ότι η ζωή είναι το υπέρτατο αγαθό και η αυτονομία είναι συνυφασμένη με τη ζωή, οπότε δεν μπορεί να δικαιολογηθεί μια εκούσια πρόκληση θανάτου. Το νομικό πλαίσιο σχετικά με την ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή διαφέρει από χώρα σε χώρα, ενώ στην Ελλάδα ο Ποινικός Κώδικας θεωρεί την ευθανασία ως μία πράξη αξιόποινη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Κατά την παροχή φροντίδας Ογκολογικών ασθενών τελικού σταδίου, ο θεράπων ιατρός έρχεται αντιμέτωπος με πλήθος ηθικών διλημάτων εξαιτίας αφενός της φύσης της νόσου και αφετέρου του σταδίου του ασθενούς. Διλήμματα σχετικά με την ανακοίνωση του επικείμενου θανάτου στον ασθενή και το συγγενικό του περιβάλλον, σχετικά με την ανακουφιστική φροντίδα και σχετικά με την ευθανασία. Οι βασικές αρχές βιοηθικής καθώς και τα ισχύοντα θεσμικά κείμενα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, της Ελληνικής Επιτροπής Βιοηθικής και του Ελληνικού Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας μπορούν να δώσουν απαντήσεις και οδηγίες για την επίλυση όλων αυτών των διλημάτων.

Η Ιατρική Ηθική στην Ογκολογία δε διαφέρει από τους κανόνες και τις αρχές που διέπουν την Ιατρική γενικότερα. Οι αρχές που ισχύουν σε ότι έχει να κάνει με τη διαχείριση των Ογκολογικών ασθενών κοντά στο τέλος της ζωής τους είναι η αρχή της αυτονομίας, η αρχή της ωφέλειας και η αρχή του μη βλάπτειν. Αυτό όμως που μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να δυσκολέψει τη λήψη μιας σωστής, από ηθικής πλευράς, απόφασης είναι η ιδιαιτερότητα της νόσου του καρκίνου, ειδικά όταν πρόκειται για ασθενείς τελικού σταδίου που στο μυαλό των περισσοτέρων είναι ταυτόσημη με την έννοια του θανάτου. Σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, ο ιατρός που καλείται να αντιμετωπίσει μια σύγκρουση καθηκόντων θα πρέπει να ενεργήσει με βάση την επιστημονική του γνώση, τη σύγκριση των έννομων αγαθών που διακυβεύονται, σεβόμενος την ανθρώπινη ζωή και αξιοπρέπεια και τη συνείδησή του, απλώς στην περίπτωση ενός Ογκολόγου και του ασθενούς του υπάρχει μια σχέση που αναπτύσσεται μέσα στο χρόνο και η οποία μπορεί να κάνει πιο δύσκολη τη λήψη της σωστής απόφασης.

Το τέλος της ζωής αποτέλεσε πολλές φορές στο παρελθόν αντικείμενο συγκρούσεων και εξακολουθεί ακόμα και σήμερα να αποτελεί ένα θέμα προς διερεύνηση, καθώς οι εξελίξεις στον ιατρικό τομέα έχουν επιμηκύνει το προσδόκιμο επιβίωσης, ακόμα και όταν πρόκειται για ασθενείς με επιβεβαιωμένη διάγνωση κακοήθειας. Η ανακοίνωση της αλήθειας, για παράδειγμα, στον ασθενή αποτελεί τη σύγκρουση δύο διαφορετικών κόσμων: από τη μία η επιθυμία του ασθενή να γνωρίζει την αλήθεια και από την άλλη η υποχρέωση του Ιατρού να ανακοινώσει τα δυσάρεστα νέα στον ασθενή και ειδικότερα την ανακοίνωση του επικείμενου τέλους της ζωής ενός ασθενούς. Επιπλέον, η υποστηρικτική φροντίδα με τη χορήγηση αναλγησίας, διατροφικής υποστήριξης και αντιμετώπισης πολλαπλών προβλημάτων είναι μείζονος σημασίας για τη βελτιστοποίηση του υπολοίπου της ζωής τους,

αλλά η μη ύπαρξη σαφούς ορισμού, για παράδειγμα, περί ματαιότητας ή μη μίας θεραπείας δυσχεραίνει το έργο ενός Ογκολόγου. Τέλος, η ευθανασία και ο τρόπος που αυτή διενεργείται διαφέρει από χώρα σε χώρα ανάλογα με το νομικό πλαίσιο και ανάλογα με την κοινωνία και τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, κάτι που αυτομάτως δημιουργεί και διαφορετικό πλαίσιο ενεργειών για το θεράποντα ιατρό.

Όλα αυτά τα ηθικά ζητήματα που εγείρονται στο τέλος της ζωής των Ογκολογικών ασθενών αποτελούν θέμα μείζονος σημασίας το οποίο θα μπορούσαν να το διερευνήσουν περαιτέρω μελλοντικές έρευνες και εργασίες. Ενδεχομένως, καλό θα ήταν να μπορούσαν να εκπονηθούν εργασίες σχετικά με τα ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζει καθημερινά ένας Ογκολόγος που ασχολείται με ασθενείς τελικού σταδίου, όπως επίσης και εργασίες σχετικά με την εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού σε θέματα βιοηθικής γύρω από το τέλος της ζωής των Ογκολογικών ασθενών.

Συμπερασματικά, η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση έδωσε επαρκείς απαντήσεις στα εγείρομενα ηθικά διλήμματα στο τέλος της ζωής των Ογκολογικών ασθενών. Η εξατομικευμένη προσέγγιση του ασθενούς, ανάλογα με το ψυχικό, κοινωνικό και μορφωτικό προφίλ του ασθενούς και αναλόγως των στοιχείων της προσωπικότητάς του ίσως να αποτελεί τον προσφορότερο τρόπο ανακοίνωσης της αλήθειας στον Ογκολογικό ασθενή και τους συγγενείς του. Επιπλέον, μείζονος σημασίας αποτελεί η περαιτέρω ανάπτυξη του τομέα της ανακουφιστικής φροντίδας και η δημιουργία κατάλληλων κέντρων υποστήριξης των Ογκολογικών ασθενών τελικού σταδίου. Επίσης, η ευθανασία αποτελεί ένα πεδίο αντιπαράθεσεων και ηθικών διλημάτων το οποίο ενδεχομένως θα μπορούσε να λυθεί με τη δημιουργία ενιαίων κατευθυντήριων οδηγιών παγκοσμίως. Τέλος, σε κάθε περίπτωση ηθικού διλήματος, το υγειονομικό προσωπικό που εμπλέκεται με τη φροντίδα Ογκολογικών ασθενών τελικού σταδίου πρέπει να δρα έχοντας ως γνώμονα τις βασικές αρχές βιοηθικής, τους διεθνείς κανονισμούς, χωρίς όμως να παραμερίζει τον προσωπικό κώδικα αξιών του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Μάριος Δημόπουλος, «Η περιγραφή του καρκίνου στα αρχαιοελληνικά συγγράματα», Οι θεραπειές του καρκίνου από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα, έκδ. Εϋανδρος, Αθήνα 2004, σ. 146.
- [2] Μαυροφόρου-Γιαννούκα, Α. Ιατρική ευθύνη και ηθική, 2^η έκδοση, Βόλος, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας. 2012;11-12
- [3] Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν.3418/2005, ΦΕΚ Α' 287/28-11-2005), Άρθρο 11;5393.
- [4] J M Nunez Olarte, D G Guillen. Cultural issues and ethical dilemmas in palliative and end-of-life care in Spain *Cancer Control* 2001 Jan-Feb;8(1):46-54.
- [5] Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν.3418/2005, ΦΕΚ Α' 287/28-11-2005), Άρθρο 12;5394.
- [6] Kubler-Ross E., *On death and dying*, Chicago: Aldine, 1965
- [7] E. Panagopoulou, Mintziori G, Montgomery A, Kapoukranidou D, Benos A. Concealment of information in clinical practice: is lying less stressful than telling the truth? *J Clin Oncol*. 2008 Mar 1;26(7):1175-7, σελ. 1177.
- [8] Glaser BG. Disclosure of terminal illness. *J Health Hum Behav*. 1966;7(2):83-91.
- [9] Mystakidou K., Lioffi C., Vlachos L., Papadimitriou J. Disclosure of diagnostic information to cancer patients in Greece, *Palliat Med*. 1996 Jul;10(3):195-200.
- [10] Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν.3418/2005, ΦΕΚ Α' 287/28-11-2005), Άρθρο 11
- [11] Tsoussis S. et al. Disclosure of cancer diagnosis: the Greek experience. *J BUON*. 2013 Apr-Jun;18(2):516-26.
- [12] Albuquerque PD, Araújo LZ. Information to the patient with cancer: the oncologist's view. *Rev Assoc Med Bras*. 2011 Mar-Apr; 57(2):144-52.
- [13] Σύμβαση για τα ανθρώπινα δικαιώματα, Οβιέδο, 4 Απριλίου 1997
- [14] Browne N. Truth-telling in palliative care. *European Journal of Oncology nursing* 2 (4): 218-224
- [15] Okamura H, Uchitomi Y, Sasako M, Eguchi K, Kakizoe T. Guidelines for telling the truth to cancer patients. Japanese National Cancer Center. *Jpn J Clin Oncol*. 1998 Jan;28(1):1-4
- [16] <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

- [17] Clark D. From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. *Lancet Oncol.* 2007 May;8(5):430-8.
- [18] Vadalouca A.,” HSPSCCNCP: foster palliative care and pain management in Greece”. *European Journal of Palliative Care.* 2009; 16(5): 256-8.
- [19] Terra, S.M., Powell, S.K. Editorial: Is a Determination of Medical Futility Ethical? *Professional Case Management* 2012; 17(3), 103-106.
- [20] T. J. Prendergast, M. T. Claessens, J. M. Luce, A national survey of end-of-life care for critically ill patients: *Am J Respir Crit Care Med* 1998, 158:1163-7
- [21] Volteas, S. K., & Fanaras, V. (2021). Futile treatment: Medical and Theological approach. *Bioethica*, 7(1), 20–33.
- [22] Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν.3418/2005, ΦΕΚ Α' 287/28-11-2005), Άρθρο 29
- [23] Willmott et al. Reasons doctors provide futile treatment at the end of life: A qualitative study. *Journal of Medical Ethics.* 2016; 42(8), 496-503.
- [24] Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής. Εισήγηση σχετικά με την τεχνητή παράταση της ζωής, Αθήνα, 2006
- [25] Επιτροπή Βιοηθικής της Εκκλησίας της Ελλάδος, Βασικές θέσεις επί της ηθικής της ευθανασίας (6.11.2002)
- [26] www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain
- [27] Van den Beuken-van M.H., Hochstenbach L.M., Joosten E.A., Tjan-Heijnen V.C., Janssen D.J. Update on Prevalence of Pain in Patients with Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *J. Pain Symptom Manag.* 2016;51:1070–1090.
- [28] Breaking the vicious circle: Experiences of people in chronic pain on the pain rehabilitation journey. *Nursing Open.* 2020;7:1412-1423
- [29] Sun VC, Borneman T, Ferrell B, et al. Overcoming barriers to cancer pain management: an institutional change model. *J Pain Symptom Manage.* 2007;34:359–369.
- [30] Wilson WC, Smedira NG, Fink C, et al: Ordering and administration of sedatives and analgesics during withholding and withdrawal of life support from critically ill patients. *JAMA* 1992; 267:949-53.
- [31] Quill TE, Dresser R, Brock DW. The rule of double effect- A critique of its role in end-of -life decision making. *N Engl J Med* 1997; 337:1768-71.
- [32] M. Fischer, Ethical issues in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care* 2004; 10:292.8

- [33] B. J. Daly, Organizational Change and Improving the Quality of Palliative Care in the ICU. J. R. Curtis, Runenfeld GD, Managing Death in the Intensive Care Unit, The Transition from Care to Comfort. Oxford University Press, New York, 2001
- [34] R. D. Truog et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. Crit Care Med 2008; 36:953-63
- [35] Lippert FK, Raffay V, Georgiou M, Steen PA, Bossaert L. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. Resuscitation 2010; 81(10):1445-51.
- [36] Sinuff T, Cook DJ, Rocker GM, Griffith LE, Walter SD, Fisher MM et al. DNR directives are established early in mechanically ventilated intensive care unit patients. Can J Anaesth 2004, 51:1034–1041
- [37] Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, Η δεσμευτικότητα των οδηγιών μη ανάνηψης, Αθήνα, 9-12-2013
- [38] J. P. Soulier, Πεθαίνοντας εν Ειρήνη, σελ. 142-149, Zhmel, Αθήνα 2000
- [39] Αβραμίδης Αλέξανδρος (1995): Ευθανασία, σειρά «Σύγχρονες Μάστιγες», Ακρίτας, Αθήνα
- [40] Πρωτοπαπαδάκης, Ευάγγελος (2003). Η Ευθανασία απέναντι στη σύγχρονη Βιοηθική. Αθήνα: Αντ. Ν. Σάκκουλα ΕΕ.
- [41] Immanuel Kant, Τα θεμέλια της μεταφυσικής των ηθών, μτφ. Γιάννης Τζαβάρας, εκδ. Δωδώνη, 1984.
- [42] Cohen – Almagor R. Belgian euthanasia law: a critical analysis. J. Med Ethics 35.7: 436-439
- [43] N. Peoch, C. Ceaux: The Leonetti law relative to the patients' rights and end of life. From educational measurement of knowledge to thinking about professional practices Rech Soins Infirm. 2009 Sep; (98):69-79
- [44] Mystakidou K, Patra E, Tsilika E, et al. The evolution of Euthanasia and its perceptions in Greek Culture and Civilization. Perspectives in Biology and Medicine 2005; 48 (1): 97-98