

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

"Ηθικά διλήμματα στην παρηγορική φροντίδα των ηλικιωμένων: Διακοπή προσπαθειών ανάνηψης, απόφαση για συνέχιση ή διακοπή θεραπείας και ευθανασία"

Υπό

Ζήση Κατσάκη Γιαννάκη

Ειδικευόμενου Αναισθησιολογίας

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των

απαιτήσεων για την απόκτηση του

Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Αλγολογία και Ανακουφιστική/Παρηγορική Φροντίδα»

Λάρισα, 2023

Επιβλέπουσα: Κασσιανή Θεοδωράκη

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. Κασσιανή Θεοδωράκη
2. Ελένη Αρναούτογλου
3. Μαρία Γκούβα

Αναπληρωματικό μέλος:

Μαρία Νταλούκα

Τίτλος εργασίας στα αγγλικά:

Ethical dilemmas in palliative care of the elderly: cessation of resuscitation, decision to continue or discontinue treatment and euthanasia

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι είναι ευάλωτοι, ευπαθείς και έχουν τουλάχιστον μία χρόνια, ανίατη και περιοριστική νόσο. Η θεραπεία και η φροντίδα τους είναι πολυσύνθετη και απαιτητική. Ως αποτέλεσμα, γεννούνται ερωτήματα σε σχέση με την διαχείριση των συγκεκριμένων ασθενών προς το τέλος της ζωής. Η παρούσα ερευνητική μελέτη είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση των επιστημονικών δεδομένων αναφορικά με την καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) , την χρήση υποστηρικτικών μέσων για τη ζωή και την ευθανασία στους ηλικιωμένους, καθώς και με τις βιοηθικές διαστάσεις του θέματος.

Σκοπός: Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι η πληρέστερη καταγραφή δεδομένων σχετικά με την αποτελεσματικότητα της ΚΑΡΠΑ, των θεραπειών υποστήριξης της ζωής στους ηλικιωμένους, αλλά και με τις προτιμήσεις τους αναφορικά με τα μέτρα διατήρησης της ζωής και την ευθανασία. Στόχος είναι η δημιουργία σφαιρικής ολοκληρωμένης άποψης, η οποία θα προσπαθήσει να απαντήσει σε όλα τα αναπάντητα ηθικά διλήμματα.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκαν αναζητήσεις στις μηχανές αναζήτησης PubMed και GoogleScholar, από το 2010 και έπειτα. Η αναζήτηση περιελάμβανε όρους και συνδυασμούς τους στην αγγλική, για την εύρεση άρθρων σχετικών με το θέμα της ανασκόπησης. Όσα άρθρα πληρούσαν τα απαραίτητα κριτήρια, εγκρίνονταν για χρήση στην μελέτη.

Αποτελέσματα: Από την αναζήτηση προέκυψαν 920 άρθρα σχετικά με την ΚΑΡΠΑ, 711 με την θεραπεία υποστήριξης της ζωής, 914 με τις προτιμήσεις στο τέλος της ζωής και 305 με τις προτιμήσεις περί ευθανασίας. Από αυτά, επιλέχθηκαν για την βιβλιογραφική ανασκόπηση τα 17, 12, 21 και 8 άρθρα αντίστοιχα, ενώ τα υπόλοιπα απορρίφθηκαν.

Συμπεράσματα: Η συνολική επιβίωση των ηλικιωμένων ασθενών με χρόνιες νόσους και αυξημένους δείκτες ευθραυστότητας μετά από ΚΑΡΠΑ ήταν πολύ χαμηλή σε σχέση με άλλες ηλικιακές ομάδες. Επιπλέον, φαίνεται πως δεν επωφελούνται από την χρήση μέτρων υποστήριξης της ζωής (LifesustainingTreatment- LST). Σχετικά με τις προτιμήσεις τους, οι περισσότεροι επιλέγουν έναν πιο συντηρητικό παρά επιθετικό τρόπο αντιμετώπισης στο τέλος της ζωής, ενώ σκέφτονται περισσότερο το ενδεχόμενο της ευθανασίας. Εντούτοις, επειδή ο ιατρός οφείλει να αντιμετωπίζει όλους τους ασθενείς εξατομικευμένα, δεν μπορεί να δοθεί καθολική απάντηση στα ηθικά διλήμματα. Εναλλακτικά προτείνουμε την πρόωμη και στενή συνεργασία γιατρού-ασθενή, για καλύτερο σχεδιασμό του τέλους της ζωής και για τη μείωση πιθανότητας ανάδυσης των ηθικών ερωτημάτων.

Λέξεις Κλειδιά: Καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση, μέτρα διατήρησης της ζωής, ευθανασία, προτιμήσεις στο τέλος της ζωής, ηλικιωμένοι, ηθικά διλήμματα

ABSTRACT

Introduction: Most elderly are vulnerable, fragile and deal with at least one chronic, incurable, life limiting disease. Their treatment and care are very complex and demanding. As a result, ethical questions are born relative to the management of these patients at the end of life. The present research paper is a literature review of scientific data regarding Cardiopulmonary Resuscitation (CPR), life sustaining treatment and euthanasia in elderly, and also the moral dimension of the subject

Aim & Objectives: The purpose of this study is the most complete report of data regarding the effectiveness of CPR, Life sustaining treatments in

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Το πρώτο άτομο που θα ήθελα να ευχαριστήσω είναι η σύντροφος μου, Αθηνά. Μου στάθηκε στις δυσκολίες, με στήριζε συνέχεια και η βοήθεια της ήταν πολύτιμη. Χωρίς αυτή, μάλλον δεν θα είχα καταφέρει να ολοκληρώσω αυτό το τεράστιο εγχείρημα.

Θα ήθελα ακόμα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου Κα Κασσιανή Θεοδωράκη για την συνεχή καθοδήγηση της και τον μέντορα μου και διευθυντή στο Π.Γ.Ν.Θ ΑΧΕΠΑ Κο Γιακουμή Μήτο για τις πολύτιμες συμβουλές του.

Ευχαριστώ και τους συναδέλφους μου, οι οποίοι υπέμειναν την απουσία μου για την ολοκλήρωση της διπλωματικής.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου, Άννα και Τάσο, οι οποίοι για μία ακόμα φορά, τόσα χρόνια, με στηρίζουν έμπρακτα και συνεχώς με παρακινούν να βελτιώνομαι σε όλους τους τομείς.

Σας ευχαριστώ όλους!!!

Κατσάκης Γιαννάκης Ζήσης

the elderly, and also their preferences regarding Life sustaining treatments and euthanasia. The goal is to form a complete view, which will try to answer all the unanswered ethical dilemmas.

Methodology: Online research was carried out in PubMed and Google Scholar starting from 2010 till now. The research contained terms and their combinations in English, in order to find articles relative to the review subject. The articles conforming to certain criteria, were approved for further use.

Results: From this research 920 articles resulted for CPR, 711 for life sustaining treatment, 914 for preferences at the end of life, and 305 for euthanasia. From those, 17, 12, 21 and 8 respectively were chosen for this research. The rest were excluded.

Conclusions: Total survival of the elderly with chronic diseases and increased frailty index after CPR was lower than of other age-based populations. Moreover, it seems they do not benefit from Life sustaining treatment. In regard to preferences, they prefer a more conservative approach instead of an aggressive one at the end of life, while they think more positively of euthanasia. However, because it is doctor's duty to treat each patient in a personalized matter, there isn't a complete answer for each ethical dilemma. Alternatively, we suggest tighter cooperation between doctor and patient, for better advanced care planning and to reduce the possibilities for these dilemmas to rise.

Keywords: CPR, Life sustaining treatment, euthanasia, end of life preferences, elderly, ethical dilemmas

Πίνακας Περιεχομένων

Κεφάλαιο 1 Εισαγωγή.....

1.1 Εισαγωγή

1.2 Παρηγορική Φροντίδα

1.2.1 Ορισμός

1.2.2 Ιστορική αναδρομή

1.2.3 Κατηγορίες πληθυσμών και ασθενειών

1.2.4 Ξενώνες.....

1.3 Ο ηλικιωμένος

1.4 Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση

1.4.1 Ορισμός

1.4.2 Ιστορική Αναδρομή

1.4.3 Τεχνική

1.4.4 Διαδικασία

1.5 Αρχές και σχεδιασμός για τη λήψη αποφάσεων στο τέλος της ζωής

1.5.1 Βασικές αρχές βιοηθικής

1.5.2 Αρχή της αυτονομίας

1.5.3 Σχεδιασμός αποφάσεων για το τέλος της ζωής

1.5.4 Οδηγίες μη ανάνηψης (DNR orders)

1.5.5 Θεραπεία υποστήριξης της ζωής: Διακοπή ή απόσυρση

1.6 Ευθανασία

1.6.1 Ορισμός

1.6.2 Υποκατηγορίες

1.6.3 Ιστορική αναδρομή

1.6.4 Χώρες υπέρ της ευθανασίας

1.6.5 Ελληνικό ιατρικό Δίκαιο και ευθανασία

1.6.6 Επιχειρήματα υπέρ και κατά της ευθανασίας

**1.6.7 Ανάγκη τήρησης μέτρων για την ορθή πρακτική πράξεων
ευθανασίας**

Κεφάλαιο 2 Μεθοδολογία

| | |
|--|--|
| 2.1 Σκοπός της μελέτης | |
| 2.2 Κριτήρια ένταξης | |
| 2.2 Στρατηγική αναζήτησης..... | |
| 2.3 Εξαγωγή δεδομένων | |
| Κεφάλαιο 3 Αποτελέσματα | |
| 3.1 Έκβαση στα πλαίσια της Καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης | |
| 3.1.1 Επαναφορά αυτόματης κυκλοφορίας | |
| 3.1.2 Ενδονοσοκομειακή θνητότητα και Επιβίωση | |
| 3.1.3 Νευρολογική και λειτουργική ακεραιότητα | |
| 3.1.4 Ηλικία και συννοσηρότητες | |
| 3.2 Έκβαση μετά από χρήση μέτρων υποστήριξης της ζωής | |
| 3.2.1 Ηλικία και συννοσηρότητες | |
| 3.2.2 Οδηγίες μη ανάνηψης- περιορισμός μέτρων διατήρησης της ζωής | |
| 3.2.3 Θνητότητα | |
| 3.2.4 Χρήση επεμβατικών θεραπειών | |
| 3.3 Προτιμήσεις των ηλικιωμένων | |
| 3.3.1 Ηλικία και συννοσηρότητες | |
| 3.3.2 Προτιμήσεις | |
| 3.3.3 Αρμονία των απόψεων μεταξύ των οικογενειακών μελών και πρακτικές | |
| 3.5 Προτιμήσεις περί ευθανασίας | |
| 3.5.1 Ηλικία και συννοσηρότητες | |
| 3.5.2 Προτιμήσεις | |
| Κεφάλαιο 4 Συμπεράσματα | |
| 4.1 ΚΑΡΠΑ | |

4.2 Διακοπή ή απόσυρση των μέτρων υποστήριξης της ζωής

4.3 Ευθανασία

Σύνοψη Διατριβής

Βιβλιογραφία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1- ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Εισαγωγή

Σήμερα, ο πληθυσμός των ηλικιωμένων ολοένα και αυξάνεται. Αρκετοί έχουν ζήσει μια ποιοτική ζωή, χωρίς προβλήματα υγείας. Οι περισσότεροι όμως, όσο μεγαλώνουν αποκτούν συστηματικές παθήσεις, καρκινικές ή μη, οι οποίες τους επιβαρύνουν στην καθημερινότητα τους. Πλέον δυσκολεύονται στη μετακίνηση τους, μένουν καθηλωμένοι στο κρεβάτι τους, αδυνατούν να φροντίσουν τον εαυτό τους, ξεχνούν. Αναγκάζονται να λαμβάνουν πολλά φάρμακα για να ρυθμίζουν τις πολλές παθήσεις τους, να ανακουφιστούν από τον πόνο, να προλάβουν τη δύσπνοια, να απαλλαγούν από τη δυσκαμψία, και στην καλύτερη έχουν μια μέτρια ποιότητα ζωής.

Από την άλλη, η ιατρική συνεχώς εξελίσσεται. Νέα ισχυρά φάρμακα, ανανεωμένες, εξειδικευμένες τεχνικές και καινούρια μηχανήματα που προσφέρουν ταχύτερη διάγνωση, αποτελεσματικότερη θεραπεία και καλύτερη παρακολούθηση εισέρχονται στο προσκήνιο και καταλαμβάνουν την ιατρική αγορά. Μαζί τους, ανανεώνονται και οι γιατροί. Εμπλουτίζουν τις γνώσεις, βελτιώνονται και προσφέρουν ακόμα καλύτερες υπηρεσίες, πιο στοχευμένες θεραπείες και εντατική φροντίδα.

Όμως, η προοδευτική πορεία των νόσων καθιστά δυσκολότερη την διαχείριση των ηλικιωμένων. Οι συμβατικές θεραπείες, παρά την εξέλιξη τους, φαίνεται ότι παραμένουν ανεπαρκείς. Η παρηγορική φροντίδα των ηλικιωμένων καθίσταται πιο απαιτητική και δεν παρέχει τα ανάλογα οφέλη. Έτσι, φτάνοντας στο τέλος της ζωής, είναι αναγκαία η χρήση πολύ επιθετικών μέσων που υποστηρίζουν τη ζωή. Εν τέλει, είναι απαραίτητη η

χρήση τέτοιων μέτρων; Μήπως παρατείνει τη ζωή με κόστος την αξιοπρέπεια του ασθενούς; Και στην περίπτωση που καταλήξει, πρέπει να γίνει προσπάθεια καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης ή όχι; Σε τέτοιες περιπτώσεις έχει ρόλο ύπαρξης η ευθανασία; Όλα αυτά είναι ηθικά διλήμματα, τα οποία προβληματίζουν τον ιατρό, προκαλούν αμηχανία και προκαλούν την ηθική του.

1.2 Παρηγορική Φροντίδα

1.2.1 Ορισμός

Η παρηγορική φροντίδα είναι ένα νέο αλλά συνάμα ταχέως εξελισσόμενο πεδίο της μοντέρνας ιατρικής. Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας (WHO), ορίζεται ως μία προσέγγιση η οποία βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών με απειλητική για την ζωή ασθένεια, με την γρήγορη αναγνώριση, αξιολόγηση και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που προκαλούν αυτές οι ασθένειες¹ Παρέχει ανακούφιση από τον πόνο και άλλα συμπτώματα, βοηθάει στην βελτιστοποίηση της φυσικής κατάστασης, προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη τόσο στους ασθενείς αλλά και στους συγγενείς. Βασίζεται πάνω στις ανάγκες του ασθενή και όχι στην πρόγνωση της ασθένειας του. Δεν επιταχύνει τον θάνατο αλλά ούτε συντελεί στην καθυστέρηση του. Οι υπηρεσίες παρέχονται από μία μεγάλη διεπιστημονική ομάδα ιατρών, νοσηλευτών, φυσικοθεραπευτών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και συναφών ειδικοτήτων. Όλοι μαζί συνεργάζονται με τον θεράποντα ιατρό που έχει αναλάβει την θεραπευτική προσέγγιση. Παρηγορική φροντίδα μπορούν να λάβουν

ασθενείς όλων των ηλικιών, από παιδιά μέχρι υπερήλικες, ταυτόχρονα με την θεραπεία τους.

1.2.2 Ιστορική αναδρομή

Το 1967, με πρωτεργάτη την Dame Cisely Saunders και μέσα από το «κίνημα των ξενόνων», γεννήθηκε ο όρος παρηγορική φροντίδα. Το 1969 η Elisabeth Kubler Ross, με το βιβλίο της *Death and Dying*, παρουσιάζει τα στάδια της θλίψης, με αποτέλεσμα την κοινωνική αναγνώριση της σημασίας της φροντίδας των ασθενών στο τέλος της ζωής. Το 1974, η Florence Ward ίδρυσε τον πρώτο ξενώνα στις ΗΠΑ, ενώ τον ίδιο χρόνο ο Dr. Balfour Mount διαχωρίζει τον όρο παρηγορική φροντίδα από την φροντίδα των ξενόνων, με τον τελευταίο να παραμένει υποκατηγορία του πρώτου. Το 2006, η παρηγορική θεραπεία αναγνωρίζεται ως αυτόνομη ειδικότητα από το αμερικάνικο συμβούλιο ιατρικών ειδικοτήτων. Τέλος, το 2010 δημοσιεύεται στο *The New England Journal of Medicine* μία μελέτη, η οποία αποδεικνύει τα οφέλη της παρηγορικής φροντίδας στους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα, μειώνοντας τα ποσοστά κατάθλιψης και αυξάνοντας τον μέσο όρο επιβίωσης σε σχέση με όσους έλαβαν την κλασσική ογκολογική θεραπεία.¹

1.2.3 Κατηγορίες πληθυσμών και ασθενειών

Αρχικά, η παρηγορική θεραπεία εφαρμόστηκε στους καρκινοπαθείς με προχωρημένη νόσο², με καλά αποτελέσματα βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής και μειώνοντας συμπτώματα όπως πόνος και δύσπνοια. Στη συνέχεια, αποτέλεσε μέρος της συνολικής θεραπείας από πολύ πρώιμα στάδια και απέδειξε ότι βελτιώνει την ποιότητα ζωής, την ψυχολογική

κατάσταση και, παραδόξως, κα το προσδόκιμο επιβίωσής τους¹. Συνεπώς τέθηκαν οι βάσεις εισαγωγής της παρηγορικής φροντίδας και σε άλλες ανίατες νόσους. Μη καρκινικές νόσοι, όπως η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (COPD), η καρδιακή ανεπάρκεια (HF) και η τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια(ESRD) , ευτελίζουν το επίπεδο ζωής των ασθενών με μια πληθώρα συμπτωμάτων: δύσπνοια, οιδήματα και πόνος. Η ανάγκη για παρηγορική φροντίδα σε αυτές τις ομάδες υπήρχε, και εξακολουθεί να υπάρχει, ίσως και πιο επιτακτικά από ότι τον καρκίνο³. Επιπλέον, λαμβάνοντας υπόψη το εύρος των νόσων, οι οποίες παρεμβαίνουν και μειώνουν την ποιότητα της ζωής τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο, προκύπτει ένα τεράστιο μέρος του πληθυσμού με την ανάγκη της παρηγορικής θεραπείας. Περιλαμβάνει από παιδιά και νεαρούς ενήλικες με μη ιάσιμη νόσο με ποσοστό 10/100.00⁴, μέχρι υπερήλικες με χρόνιες νόσους, όπως άνοια⁵.

1.2.4 Ξενώνες

Ο όρος "ξενώνας" (Hospicecare) αποτελεί μια υποκατηγορία της παρηγορικής φροντίδας (palliativecare). Σε αντίθεση με την παρηγορική θεραπεία, οι ασθενείς που χρήζουν φροντίδα σε ξενώνα έχουν συνήθως προσδόκιμο επιβίωσης λιγότερο από 6 μήνες. Η φροντίδα τους έχει στόχο την ανακούφιση από τα συμπτώματα και την βελτιστοποίηση, στο μέτρο του δυνατού, του τρόπου ζωής τους, αντί στη θεραπεία της ίδιας τους της νόσου. Ασχολείται μόνο με ασθενείς στο τέλος της ζωής, και προετοιμάζει τόσο αυτούς όσο και τους συγγενείς τους για τον επικείμενο θάνατο. Ο ξενώνας δεν αποτελεί ένα συγκεκριμένο μέρος. Ο ασθενής επιλέγει το περιβάλλον στο οποίο θα ζήσει τις τελευταίες του στιγμές, ανάλογα με τις ανάγκες και τις προτιμήσεις του. Εντούτοις, υπάρχουν ειδικές κλινικές και νοσηλευτικά ιδρύματα τα οποία διαθέτουν το κατάλληλο προσωπικό και παρέχουν τις ανάλογες υπηρεσίες⁶.

1.3 Ηλικιωμένος

Ως ηλικιωμένος, ορίζεται συνήθως ο άνθρωπος ηλικίας άνω των 65 ετών. Ο ηλικιωμένος 65-74 ετών περιγράφεται ως "πρώιμος" και άνω των 75 ως "όψιμος". Οι όροι αυτοί είναι συμβατικοί, δεν υπάρχει κανένα επιστημονικό υπόβαθρο να τους υποστηρίξει. Τα τελευταία χρόνια, η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων βελτιώνεται, αποκτούν καλύτερη φυσική δραστηριότητα και έχουν μικρότερη ανάγκη νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι. Συνεπεία αυτής της προόδου, οι ηλικιακοί όροι κλονίζονται⁷.

Επίσης ο πληθυσμός των ηλικιωμένων αυξάνεται ραγδαία. Σύμφωνα με τονWHO,μεταξύ του 2015-2050 ο πληθυσμός άνω των 60 θα έχει διπλασιαστεί, ενώ το 2030 ένας στους έξι ανθρώπους θα είναι άνω των 60. Αυτό οφείλεται στη συνολική εξέλιξη του πολιτισμού μας: προηγμένες, νέες ιατρικές τεχνικές και φάρμακα, ωφέλιμες διατροφικές συνήθειες, ευκολότερη πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας, μηχανοποίηση της εργασίας. Σήμερα, οι ηλικιωμένοι διαχειρίζονται αποτελεσματικά τα συνοδά τους προβλήματα (από τα πιο ήπια όπως οστεοαρθρίτιδα μέχρι τα πιο σοβαρά όπως καρδιακή ανεπάρκεια), διατηρούν μία ικανοποιητική φυσική δραστηριότητα διάγοντας μία λειτουργική καθημερινότητα. Αυτό αντανακλάται στο αυξημένο προσδόκιμο επιβίωσης και στη μειωμένη θνητότητα. Παρόλα αυτά, πλήττονται από νευροψυχιατρικές διαταραχές όπως άνοια, κατάθλιψη και αυτοκτονικοί ιδεασμοί. Παράλληλα, με την αύξηση της ηλικίας αυξάνεται η επίπτωση του καρκίνου και άλλων παθήσεων όπως του καρδιαγγειακού.

Αναλογιζόμενοι την αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων, κατανοούμε ότι είναι αναγκαίο να δημιουργηθούν περαιτέρω ιατρονοσηλευτικές και κοινωνικές δομές, οι οποίες θα μπορούν να αντεπεξέλθουν στις αυξημένες ανάγκες και να ανταποκριθούν επαρκώς στη θεραπεία και τη συνολική φροντίδα των υπερηλίκων⁸

1.4 Καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση

1.4.1 Ιστορική αναδρομή

Ένα από τα πιο βασικά στοιχεία της φύσης είναι το οξυγόνο. Για τους ανθρώπους, είναι συνυφασμένο με την αναπνοή και συνεπώς με την οξυγόνωση και την καλύτερη λειτουργία των ιστών. Πρόκειται για αναπόσπαστο κομμάτι της επιβίωσής μας αφού η διακοπή της αναπνοής επιφέρει τον θάνατο εντός ολίγων λεπτών.

Το ερώτημα που τίθεται είναι απλό, "μπορούμε να αποτρέψουμε ή να αντιστρέψουμε αυτό το μοιραίο γεγονός;". Ήδη από αρχαιοτάτων χρόνων περιγράφεται σε μύθους, η προσπάθεια ανάνηψης. Στην αρχαία Αίγυπτο, ο μύθος περιγράφει πως η Ίσιδα εμφυσά ζωή στον Όσιρι⁹. Στην Βίβλο περιγράφεται η εμφύσηση ζωής από τον θεό στον άνθρωπο.

Οι πρώτες δειλές προσπάθειες αναζωογόνησης καταγράφονται το 1530, από τον αυστριακό ιατρό Παράκελσο, ο οποίος προσπαθεί να εμφυσήσει αέρα με την βοήθεια ενός φουσητήρα. Το 1732 έχουμε την πρώτη κλινική καταγραφή της εμφύσησης αέρα στόμα με στόμα από τον σκωτσέζο ιατρό Γουίλιαμ Τοσάχ ενώ το 1740 η Γαλλική ακαδημία Φυσικής προτείνει την αναζωογόνηση των πνιγμένων με την προηγούμενη τεχνική. Από τότε μέχρι σήμερα η πρόοδος είναι αλματώδης. Μαζί με την εμφύσηση προστέθηκαν και οι θωρακικές συμπίεσεις αλλά και η χρήση απινιδωτή. Σε όλες τις χώρες, οι γιατροί εκπαιδεύονται ώστε να παρέχουν επαρκή καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση. Δημιουργήθηκαν εταιρίες σε παγκόσμιο επίπεδο, οι οποίες παρέχουν την ανάλογη εκπαίδευση και συνεχώς εκδίδουν νέες κατευθυντήριες οδηγίες. Πολλά ιατρονοσηλευτικά ιδρύματα απαιτούν την πιστοποίηση της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης προτού προσλάβουν έναν επαγγελματία υγείας. Αλλά

πέρα από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, και ο απλός πολίτης έχει την δυνατότητα να εκπαιδευτεί στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση.

Και τα αποτελέσματα είναι αξιομνημόνευτα. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του Δανέζου ποδοσφαιριστή Κρίστιαν Έρικσεν, ο οποίος κατά τη διάρκεια της τελικής φάσης του Ευρωπαϊκού πρωταθλήματος το 2021 υπέστη καρδιακή ανακοπή εντός γηπέδου και Αμέσως έγιναν προσπάθειες αναζωογόνησης από τους συμπαίκτες του προτού καταφτάσει ο γιατρός. Φυσικά το γεγονός κλόνισε ακόμα περισσότερο την κοινή γνώμη, συνέβαλε στην ευαισθητοποίηση και ενημέρωση και στην ανάγκη για εκπαίδευση.

1.4.2 Τεχνική

Η ΚΑΡΠΑ ως τεχνική είναι σαφώς περιγεγραμμένη σε πολλά εγχειρίδια και στις κατευθυντήριες οδηγίες των αντίστοιχων εταιρειών. Διαχωρίζεται σε δύο κύριες κατηγορίες: α) την βασική ΚΑΡΠΑ (BLS) και β) την εξειδικευμένη ΚΑΡΠΑ(ALS).

Η βασική ΚΑΡΠΑ εκτελείται από απλούς πολίτες σε δημόσιους χώρους εκτός νοσοκομείου. Περιλαμβάνει την εμφύσηση αέρα από το στόμα και τις θωρακικές συμπιέσεις. Εφόσον η διαδικασία γίνεται σε χώρο όπου υπάρχει διαθέσιμος αυτόματος εξωτερικός απινιδωτής (AED), ο πάροχος μπορεί να εφαρμόσει εξωτερική ηλεκτρική απινίδωση. Οι AED βρίσκονται συνήθως σε χώρους με μεγάλο πλήθος ατόμων. Τέτοιοι χώροι είναι οι δημόσιες υπηρεσίες, τα αεροδρόμια, οι σιδηροδρομικοί σταθμοί κλπ. Η εξειδικευμένη ΚΑΡΠΑ πραγματοποιείται από εξειδικευμένο προσωπικό σε ιατρονοσηλευτικά ιδρύματα. Πέρα από τις θωρακικές συμπιέσεις, η χορήγηση οξυγόνου γίνεται με πιο εξειδικευμένα μέσα, όπως αερισμό με προσωπίδα και ασκό, χρήση υπεργλωττιδικών συσκευών και διασωλήνωση τραχείας. Επιπλέον χρησιμοποιούνται ειδικοί

απινιδωτές με δυνατότητα ρύθμισης της ισχύος της ηλεκτρικής ανάταξης και καταγραφής του ρυθμού.

Κατά τη διάρκεια της ΚΑΡΠΑ το προσωπικό αναζητά τα πιθανά αίτια της ανακοπής, ξεκινώντας από τα βασικά και καταλήγοντας σε πιο εξειδικευμένα ανάλογα με τον ασθενή και την υποκείμενη παθολογία του. Στα πλαίσια αυτά, μπορεί να γίνουν περαιτέρω παρεμβάσεις, όπως η τοποθέτηση κεντρικών φλεβικών καθετήρων για καλύτερη, αποδοτικότερη χορήγηση φαρμάκων ή η τοποθέτηση θωρακοσωλήνων παροχέτευσης αέρα ή υγρών για την αντιμετώπιση πνευμοθώρακα. Σε ειδικές περιπτώσεις, κρίνεται σκόπιμη η χειρουργική παρέμβαση π.χ θωρακοτομή. Επιπλέον, σε ειδικούς πληθυσμούς, π.χ. παιδιά και εγκυμονούσες, υπάρχουν τροποποιημένες οδηγίες εξειδικευμένης ΚΑΡΠΑ. Πρέπει να τονιστεί ότι είναι μια διαδικασία σωματικά επίπονη και ψυχοφθόρα για τον πάροχο, ενώ θα μπορούσε να θεωρηθεί βάρβαρη για το σώμα του νεκρού. Εν τέλει, το θετικό αποτέλεσμα είναι αμφίβολο¹⁰.

1.4.3 Διαδικασία

Η έναρξη της ΚΑΡΠΑ προϋποθέτει την αναγνώριση της καρδιακής ανακοπής. Το θύμα δεν ανταποκρίνεται στις φωνητικές εντολές, ενώ μετά από γρήγορο έλεγχο διαπιστώνεται η απουσία σφυγμού και αναπνοής. Αυτό είναι και το έναυσμα για την έναρξη της CPR. Μέσω των εμφυσήσεων, των θωρακικών συμπίεσεων και των λοιπών εξειδικευμένων μέτρων γίνεται προσπάθεια οξυγόνωσης των ιστών, ώστε να μην επέλθει ο θάνατος.

Δύο είναι τα κλινικά σενάρια για να ολοκληρωθεί η ΚΑΡΠΑ. Το πρώτο, το ευτυχές, είναι να ανανήψει ο ασθενής. Βέβαια, αφού ανανήψει, θεωρείται βαρέως πάσχων και πρέπει να λάβει εντατική φροντίδα και θεραπεία. Επιβάλλεται να γίνει αναγνώριση και άρση του αιτίου. Σύνηθες αίτιο είναι η απόφραξη των στεφανιαίων αγγείων και κατά συνέπεια το

έμφρακτο του μυοκαρδίου, ενώ δεύτερο σε συχνότητα είναι η αναπνευστική ανεπάρκεια¹¹. Μεταφέρεται, λοιπόν, για διαγνωστικές εξετάσεις όπως στεφανιογραφία και αξονική τομογραφία, και εν τέλει διακομίζεται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) για πλήρη υποστήριξη των ζωτικών του λειτουργιών και θεραπεία.

Όμως υπάρχει και το αρνητικό σενάριο, το αναπόφευκτο μοιραίο γεγονός. Ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών δεν ανανήπτει ποτέ και καταλήγει¹². Στη συγκεκριμένη περίπτωση ο πάροχος της ΚΑΡΠΑ, ο θεράπων ιατρός, οφείλει να λάβει την απόφαση για τον τερματισμό της. Στην απόφαση του παίζουν ρόλο κλινικά, νομικά αλλά και ηθικά κριτήρια. Αρχικά, εφόσον κρίνει ότι κινδυνεύει ο ίδιος σωματικά ή ότι ο ασθενής έχει παθολογία, η οποία είναι ασυμβίβαστη με τη ζωή (π.χ. ακατάσχετη αιμορραγία), ή ότι ήδη υπάρχει μη αναστρέψιμος θάνατος (π.χ. υποστάσεις), δύναται να μην ξεκινήσει καν τη διαδικασία ανάνηψης. Αυτά είναι απόλυτα κριτήρια. Επιπλέον, η ασυστολία με περισσότερα από 20 λεπτά εξειδικευμένης αναζωογόνησης (ALS) χωρίς να υπάρχει αντιστρεπτό αίτιο και η αγνώστου έναρξης ανακοπή με μη απινιδώσιμο ρυθμό σε ασθενείς με συνυπάρχουσες παθήσεις ή υπερήλικες, αποτελούν επίσης ισχυρά κριτήρια για την διακοπή της ΚΑΡΠΑ. Ισχυρό ρόλο παίζει και η ηθική. Ο ιατρός οφείλει να πράξει το βέλτιστο για τον ασθενή και να αποφύγει ενέργειες που θα τον βλάψουν, σύμφωνα με το Ιπποκρατικό αξίωμα. Είναι σημαντικό λοιπόν να συνυπολογίσει τις όποιες συνοδές παθήσεις έχει ο ασθενής, την ηλικία του, την λειτουργική του ικανότητα, και να κρίνει πόσο ωφέλιμο είναι να προσπαθήσει να τον επαναφέρει στη ζωή¹³. Όσο περισσότερες οι χρόνιες νόσοι, τόσο πιο δύσκολη είναι η αναζωογόνηση αλλά και πιο δυσχερής η πρόγνωση¹⁴. Οφείλει επίσης να συνυπολογίσει τις πεποιθήσεις, τις αξίες και τα ιδανικά του ασθενούς. Τέλος, βασικό ρόλο στην λήψη αποφάσεων παίζει και η εντολή της Μη Ανάνηψης(DNR).

1.5 Αρχές και σχεδιασμός για τη λήψη αποφάσεων στο τέλος της ζωής

1.5.1 Βασικές αρχές βιοηθικής

Η ηθική, κομμάτι της φιλοσοφίας, προσπαθεί να κρίνει ποιες ανθρώπινες πράξεις είναι ορθές και τίμιες και ποιες κακόβουλες και υποχθόνιες. Ήδη από αρχαιοτάτων χρόνων, αρκετοί φιλόσοφοι ασχολούνταν με ηθικά προβλήματα, όπως ο Αριστοτέλης και ο Πλάτωνας. Με την πάροδο του χρόνου και τις αλλαγές στα κοινωνικά ήθη και έθιμα, η ηθική συνεχώς εξελίσσεται ενώ παράλληλα εισχωρεί και γίνεται αναπόσπαστο κομμάτι άλλων επιστημών, όπως της ιατρικής. Το αποτέλεσμα, η γέννηση της βιοηθικής. Ήδη από τον Ιπποκρατικό όρκο παρατηρούνται οι πρώτες αρχές βιοηθικής. Καταλήγοντας στο σήμερα, η βιοηθική στηρίζεται σε τέσσερις βασικές αρχές: την αυτονομία, την ωφέλεια, την μη πρόκληση βλάβης και την δικαιοσύνη. Όλες έχουν εξίσου την ίδια βαρύτητα. Πάνω σε αυτές δημιουργήθηκαν διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες δεοντολογίας στις οποίες βασίζονται οι γιατροί για να λάβουν μία "ηθική" απόφαση.¹⁵

Αρχή της Αυτονομίας

Είναι το αναφαίρετο δικαίωμα του ασθενή, ο οποίος διαθέτει την πνευματική υγεία, να αποφασίζει σχετικά με τις ιατρικές παρεμβάσεις στο σώμα του. Αυτό προϋποθέτει ότι έχει ενημερωθεί πλήρως και κατανοεί τις συνέπειες, τους κινδύνους, τα οφέλη, τις πιθανότητες επιτυχίας και αποτυχίας. Η απόφαση του πρέπει να υποδεικνύει την θέληση του να αντιμετωπίσει το πρόβλημα του. Σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να είναι προϊόν χειραγώγησης ή εξαναγκασμού.

Αρχή της ωφέλειας

Είναι το ηθικό χρέος των ιατρών να έχουν στόχο το συμφέρον του ασθενούς τους, και στηρίζεται σε δύο κυρίους άξονες: α) στο όφελος και την παροχή του, και β) στην εξισορρόπηση οφέλους και κινδύνων. Οι γιατροί οφείλουν να εξελίσσονται συνεχώς, να μελετάνε και να ανανεώνουν τις γνώσεις τους προκειμένου να είναι επαρκώς καταρτισμένοι, στην προσπάθειά τους για το συμφέρον των ασθενών τους.

Αρχή της μη πρόκλησης βλάβης

Η συγκεκριμένη αρχή λειτουργεί με γνώμονα ότι ο ιατρός αρχικά δεν θα επιφέρει κακό στον ασθενή του, η θεραπευτική του παρέμβαση δεν θα τον τραυματίσει σωματικά και νοητικά, δεν θα προκαλέσει άλγος και οδύνη, δεν θα προσβάλλει τις αξίες του.

Σε πολλές περιπτώσεις όμως, συγκρούεται άμεσα με τις υπόλοιπες αρχές. Κατά τη διάρκεια της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης, ο θεράπων ιατρός, στην προσπάθειά του να επαναφέρει τον ασθενή (ωφέλεια), ενδέχεται να προκαλέσει κατάγματα στέρνου (βλάβη). Άλλο εμφανές παράδειγμα είναι η μετάγγιση αίματος σε βαριά αιμορραγία (όφελος) σε μάρτυρες του Ιεχωβά (προσβολή θρησκευτικών αξιών). Εδώ, το όφελος δεν συμβαδίζει με την αυτονομία του ασθενούς, και συνεπώς θεωρείται βλάβη. Το τελικό αποτέλεσμα είναι η αδυναμία του ιατρού να προσφέρει τις καλύτερες, κατά την κρίση του, υπηρεσίες και να αποκλίνει σε σχήματα «μειωμένης» θεραπευτικής αξίας, αλλά αποδεκτά από τον ασθενή.

1.5.2 Αυτονομία του ασθενούς

Αυτονομία είναι η ικανότητα ενός οργανισμού να δρα αυτοβούλως χωρίς εξωγενείς περιορισμούς. Ανέκαθεν όλοι οι έμβιοι οργανισμοί, αλλά και ομάδες οργανισμών, προσπαθούν να αποκτήσουν και να διατηρήσουν την

αυτονομία τους. Τα παραδείγματα είναι πάρα πολλά. Χαρακτηριστική είναι η μάχη που έδωσε το φεμινιστικό κίνημα ώστε οι γυναίκες να ανεξαρτητοποιηθούν από τα δεσμά της πατριαρχίας ή η εξέγερση πολλών υποδουλωμένων χωρών για την απόκτηση του δικαιώματος της εθνικής αυτοδιάθεσης και αυτοκυριαρχίας τους. Υφίσταται όμως η αυτονομία στον ιατρικό κλάδο, και αν ναι, σε ποια πλαίσια;

Ανέκαθεν, οι γιατροί είχαν την τάση να επιβάλουν την άποψη τους στους ασθενείς και να τους χειραγωγούν στην λήψη αποφάσεων. Χρησιμοποιούσαν την ιατρική τους γνώση, το κύρος τους και το χαμηλό κοινωνικό και μορφωτικό επίπεδο των ασθενών τους, με στόχο να αποσπάσουν αποφάσεις "προϊόντα" της δικής τους «πλάσης – κατασκευής», χωρίς την πραγματική συναίνεση και ελεύθερη βούληση του ασθενούς. Το συγκεκριμένο «πατερναλιστικό» μοντέλο, τείνει να καταρριφθεί¹⁵. Τη θέση του έχει λάβει ο σεβασμός στις αξίες, στις απόψεις και την αυτονομία του ασθενούς.

Γιατί είναι τόσο σημαντική η αυτονομία του ασθενούς; Ο ιατρικός κλάδος εξελίσσεται ραγδαία, νέα φάρμακα κυκλοφορούν στην αγορά, οι χειρουργικές τεχνικές εξελίσσονται και νέα, εξειδικευμένα μηχανήματα χρησιμοποιούνται. Όμως κάποιος, ο ασθενής, οφείλει να λάβει μία ιατρική απόφαση για την πραγματοποίηση μιας ιατρικής παρέμβασης στο σώμα του. Η αυτόνομη απόφαση του βασίζεται σε δύο κριτήρια, στην εθελουσία του και στην ενημέρωση, ενώ, πρέπει να πρέπει να διαθέτει και την απαραίτητη νοητική ικανότητα για να λάβει τόσο σοβαρές αποφάσεις.¹⁵

Η εθελουσία ενός ατόμου συνδέεται άρρηκτα με την επιρροή που μπορεί να του ασκήσει ένας τρίτος. Διακρίνονται τρεις τύπους επιρροών. Ο πρώτος είναι ο εξαναγκασμός, δηλαδή η χρήση μέσων που θα βλάψουν τον ασθενή σε περίπτωση ασυμφωνίας απόψεων. Ο δεύτερος είναι η πειστικότητα, η χρήση τεκμηριωμένων λογικών απόψεων που συμβάλλουν στη λήψη μιας ορθής απόφασης. Η τρίτη κατηγορία είναι η χειραγώγηση. Από τους τρεις τύπους επιρροών, συμπεραίνουμε ότι μία απόφαση ποτέ δεν είναι εντελώς αυτόνομη. Όμως η διαφορά έγκειται

στην χειριστικότητα της κάθε επιρροής, και όπως είναι φυσικό προτιμάται η χρήση ορθών, τεκμηριωμένων λόγων και αποδεδειγμένων παραδειγμάτων. Στην πράξη, ο εξαναγκασμός αντιβαίνει εντελώς με την ηθική του ιατρού. Όμως πολλές φορές μπορεί να υπάρξει παραπλάνηση, αποτέλεσμα του τρόπου με τον οποίο παρουσιάζεται η επικινδυνότητα μιας ιατρικής παρέμβασης.

Η ενημέρωση αποτελεί απαραίτητο στοιχείο για την λήψη των αποφάσεων. Είναι υποχρέωση του παρόχου υγείας να περιγράψει εκτενώς και λεπτομερώς μια θεραπευτική παρέμβαση, να αναλύσει τους κινδύνους, τις πιθανές επιπλοκές, να παρουσιάσει τα ποσοστά επιτυχίας και φυσικά να χρησιμοποιήσει ανάλογο λόγο, σαφή και εύληπτο, ώστε να γίνουν τα παραπάνω απολύτως κατανοητά από τον ασθενή. Ο ιατρός υποχρεούται από το νόμο να αποκαλύψει στον ασθενή όλες τις σχετικές με την παρέμβαση πληροφορίες στα πλαίσια ορθής πρακτικής, για να θεωρηθεί επαρκής η ενημέρωση. Σε αντίθετη περίπτωση, ο χαρακτηριστικός όρος είναι κακή πρακτική (malpractice). Ο ασθενής αξιολογεί την κατάσταση, κρίνει, και μόνο μετά από την ενυπόγραφη συγκατάθεση του μπορεί να γίνει η αντίστοιχη ιατρική παρέμβαση.

Τέλος, πολύ βασικό ρόλο παίζει η επάρκεια του ασθενούς για την αξιολόγηση μιας ιατρικής παρέμβασης. Για να θεωρήσουμε ότι ένα άτομο διαθέτει την απαραίτητη επάρκεια πρέπει να πληρούνται δυο προϋποθέσεις: πρώτον ότι έχει αντίληψη της κατάστασης και των συνεπειών, και δεύτερον ότι θα βασίσει την απόφαση του σε ορθολογιστικά κριτήρια. Η πολιτεία θεωρεί αυτονόητο ότι όλοι οι ενήλικες άνω των 18 ετών διαθέτουν τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Για ευνόητους λόγους εξαιρούνται τα παιδιά αλλά και οι ασθενείς που πάσχουν από κάποια νευροψυχιατρική διαταραχή π.χ Alzheimer. Σε πολλές περιπτώσεις η επάρκεια ενός ασθενούς μπορεί να αμφισβητηθεί. Αυτές περιλαμβάνουν καταστάσεις, όπως συνθήκες κακής σωματικής και ψυχολογικής λειτουργίας, πχ υποξυγοναιμία, υπερκαπνία, έντονο στρες για τον επικείμενο θάνατο. Χαρακτηριστικό παράδειγμα ήταν οι ασθενείς

που έπασχαν από πνευμονία Covid-19, είχαν έντονη υποξυγοναιμία και αρνούταν περαιτέρω επιθετική θεραπεία. Στα πλαίσια της αμφισβήτησης, σημαντικό ρόλο έχουν οι θρησκευτικές αντιλήψεις και η επιρροή τους στη λήψη ιατρικών αποφάσεων¹⁵.

1.5.3 Σχεδιασμός αποφάσεων για το τέλος της ζωής

Η εξέλιξη της νόσου και η έλλειψη θεραπειών που επιφέρουν την ίαση, προοικονομούν τον σχεδιασμό στη λήψη αποφάσεων για το τέλος της ζωής. Ο ιατρός οφείλει να έχει μια ειλικρινή συζήτηση με τον ασθενή για το μέλλον του. Αυτή η διαδικασία είναι γνωστή ως ACP(AdvancedCarePlanning). Αποτελείται από τρία βήματα, την ανταλλαγή πληροφοριών, την διευκρίνιση και την διοχέτευση των ηθικών αξιών στις ιατρικές παρεμβάσεις και τέλος την ευθύνη για την λήψη των αποφάσεων. Με αυτόν τον τρόπο, ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να παρέχει γραπτές οδηγίες για την απαγόρευση ή μη διαφόρων ιατρικών παρεμβάσεων στο σώμα του, και παράλληλα δημιουργεί διάυλο επικοινωνίας με τους οικείους του και τον πληρεξούσιο του (όταν δεν θα δύναται να λάβει ο ίδιος ιατρικές αποφάσεις), ώστε να σεβαστούν τις αποφάσεις που έλαβε πρωτύτερα.

Η συγκεκριμένη διαδικασία αποτελεί ένα δύσκολο εγχείρημα τόσο για τον γιατρό, όσο και για τον ασθενή ¹⁶. Αρχικά για τον γιατρό, η συζήτηση για τον θάνατο είναι ένα ευαίσθητο θέμα. Φοβάται πως θα αφαιρέσει την ελπίδα από τον ασθενή, πως θα τον καταρρακώσει ψυχολογικά. Διστάζει γιατί δεν γνωρίζει πότε είναι η κατάλληλη στιγμή να το αναφέρει. Στο θέμα αυτό δεν υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες. Η μόνη καθοδήγηση είναι η σχέση του με τον ασθενή. Πρέπει να βρει την ψυχική δύναμη και να παρουσιάσει τα δεδομένα. Το προσδόκιμο, οι τρέχουσες παρηγορικές θεραπείες, οι πιθανές ιατρικές παρεμβάσεις, οι κίνδυνοι που ελλοχεύουν αλλά και ο θάνατος πρέπει να αναφερθούν και να συζητηθούν εκτενώς.

Για να γίνει πιο εύκολη η συζήτηση, μπορεί να παραπέμψει νωρίτερα τον ασθενή στην ανάγνωση εκπαιδευτικού υλικού και στην παρακολούθηση ειδικών βιντεοταινιών ώστε ο δεύτερος να προετοιμαστεί ,στο μέτρο του δυνατού¹⁷.

Από τη μεριά του, ο ασθενής αρχικά πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι πλησιάζει το τέλος. Πολλοί το αρνούνται, ξεσπάνε, κλαίνε, , προσπαθούν να αντλήσουν ελπίδα εκμαιεύοντας από τον ιατρό ένα ελπιδοφόρο σχόλιο. Σταδιακά αποδέχονται την κατάσταση τους και συμβιβάζονται με την σκληρή πραγματικότητα. Μέσω του ACP, αφουγκράζονται τις συνθήκες, κρίνουν βασισμένοι στις αξίες και στα ιδανικά τους, και αποφασίζουν για πιθανό περιορισμό των ιατρικών παρεμβάσεων στο τέλος της ζωής.

Η διαδικασία πραγματοποιείται σταδιακά. Ο ιατρός και ο ασθενής βρίσκονται σε συνεχή και ειλικρινή επικοινωνία χωρίς να χάνεται η ενσυναίσθηση και η ανθρωπιά. Ο πρώτος περιγράφει τις επιλογές και ο τελευταίος ρωτάει, ενημερώνεται, κρίνει. Λαμβάνουν αποφάσεις από κοινού "ραμμένες" στις προτιμήσεις του ασθενούς, σεβόμενοι ο ένας τον άλλο. Σημαντικό ρόλο παίζει και το χρονικό πλαίσιο. Έχει παρατηρηθεί ότι όσο πιο νωρίς πραγματοποιούνταν το ACP, οι ασθενείς περιοριζόταν σε συντηρητικές θεραπείες. Αντίθετα προς το τέλος της ζωής, σε καταστάσεις έντονου συναισθηματικού άγχους, αναζητούσαν πιο επιθετικές παρεμβάσεις¹⁸. Η ταχεία έναρξη είναι πολύ σημαντική ειδικά στους ηλικιωμένους, καθώς με την πάροδο του χρόνου διαβάλλονται από νευροψυχιατρικές διαταραχές π.χ Άνοια, και δεν έχουν την απαραίτητη επάρκεια για να κρίνουν και να λάβουν αποφάσεις.

Μέσα από το ACP, δίνεται η δυνατότητα στον ασθενή να καταγράψει τις Προγενέστερες οδηγίες (AdvancedDirectives–AD). Οι προγενέστερες οδηγίες είναι υπογεγραμμένα έντυπα, τα οποία περιέχουν τις επιθυμίες του σχετικά με τις μελλοντικές ιατρικές παρεμβάσεις προς το τέλος της ζωής. Στα έγγραφα περιέχεται η νόμιμη ενημερωμένη συγκατάθεση του και αναφέρεται ο πληρεξούσιος του (SurrogateDecisionMaker), όταν εκείνος

θα είναι ανήμπορος να λάβει αποφάσεις, χωρίς όμως να είναι απαραίτητο. Ο πληρεξούσιος επιβάλλεται να είναι άνω των 18, ώστε να μπορεί να λάβει αποφάσεις, και θα πρέπει να είναι άμεσα διαθέσιμος προς τους θεράποντες ιατρούς και με απαντήσεις σχετικά με την υγεία του ασθενούς. Οι περισσότεροι ασθενείς προτιμούν να έχουν ως πληρεξούσιο κάποιο μέλος της οικογένειάς τους, γιατί γνωρίζουν ότι, από αγάπη και σεβασμό, οι συγγενείς θα τιμήσουν και θα υλοποιήσουν σίγουρα τις επιθυμίες τους. Παρόλα αυτά, εν τέλει παρατηρούνται πολλά προβλήματα. Σε πολλές μελέτες, έχει αποδειχθεί ότι τελικά οι συγγενείς αποφασίζουν για πιο επιθετικές θεραπείες, σε αναντιστοιχία με τα πιστεύω του ασθενούς¹⁹. Σε άλλες περιπτώσεις τόσο οι SDM όσο και οι γιατροί δεν μπορούν να τιμήσουν τις επιθυμίες του ασθενούς, καθώς είναι αντίθετες από το νόμο. Ενδέχεται επίσης να λάβουν εντελώς αντίθετες αποφάσεις καθώς μπορεί να προκύψει κάποια νέα ελπιδοφόρο θεραπεία που, η οποία τη στιγμή της σύνταξης των οδηγιών να μην υπήρχε.

Υπάρχουν πολλά είδη AD. Μερικά από τα πιο σημαντικά είναι τα Healthcaresurrogate, LivingWill, DNR(DoNotResuscitate), POLST (Physicians Orders for Life Sustaining Treatment). Το Healthcaresurrogate καθορίζει τον πληρεξούσιο. Στη διαθήκη (livingwill) καθορίζονται οι τεχνικές που θα χρησιμοποιηθούν για την υποστήριξη της ζωής όπως η διασωλήνωση, ο μηχανικός αερισμός, η χρήση ινοτρόπων φαρμάκων, αντιβιοτικών, η ενυδάτωση, η σίτιση και η αιμοδιάλυση. Συνήθως η ΚΑΡΠΑ καταγράφεται σε ξεχωριστό έγγραφο (DNR). Για τη σύνταξη του συγκεκριμένου εγγράφου δεν είναι απαραίτητη η παρουσία νομικού εκπροσώπου. Με αυτόν τον τρόπο εκφράζονται επαρκώς οι επιθυμίες του ασθενούς. Όμως στην καθημερινή πρακτική υπάρχουν ασάφειες σχετικά με επείγουσες καταστάσεις. Ο ιατρός, στα πλαίσια του επείγοντος, μπορεί να παρακάμψει οδηγίες εφόσον διακρίνει μικρό και γρήγορο όφελος όπως π.χ η χρήση διουρητικών σε οξύ πνευμονικό οίδημα λόγω καρδιακής ανεπάρκειας. Αντιθέτως το DNRείναι ένα έγγραφο το οποίο νομικά δεν μπορεί να παρακαμφθεί από τους παρόχους υγείας. Στις ΗΠΑ ισχύει στις

περισσότερες πολιτείες. Τέλος, το POLST είναι η συμφωνία μεταξύ του γιατρού και του ασθενούς, κατά την οποία οι επιθυμίες του τελευταίου γίνονται ιατρικές οδηγίες και τηρούνται από όλο το σύστημα υγείας, ακόμα και το προνοσοκομειακό²⁰

1.5.4Οδηγίες μη ανάνηψης (DNR Orders)

DNR είναι η εφαρμογή της μη αναζωογόνησης του ασθενούς. Οι οδηγίες μη ανάνηψης είναι έντυπο, που συντάσσεται από νοσηλευτικό ή ιατρικό ίδρυμα, και στο οποίο περιέχονται ρητές οδηγίες, με βάση τις επιθυμίες του ασθενούς, οι οποίες απαγορεύουν στους ιατρικούς παρόχους την έναρξη ΚΑΡΡΙΑ, εφόσον διαπιστωθεί η αναστολή της καρδιακής ή αναπνευστικής λειτουργίας του ασθενούς και περιέλθει σε ανακοπή. Ο όρος DNR είναι ευρέως γνωστός σε όλη την υφήλιο και χρησιμοποιείται από πολλά ιατρικά ιδρύματα. Παρεμφερείς όροι είναι το DNAR (DoNotAttemptResuscitation) και το AND (AllowNaturalDeath). Η ΑΗΑ στις κατευθυντήριες οδηγίες της από το 2005 αντικατέστησε τον όρο DNR με τον όρο DNAR, καθώς έτσι γινόταν σαφέστερο ότι δεν θα πραγματοποιούνταν αναζωογόνηση. Μετέπειτα, το 2010, εισάγει τον όρο AND και αναφέρει ότι είναι πιο επιθυμητός, γιατί αναδεικνύει την φυσική συνέχεια των πραγμάτων ενός ασθενούς με νόσο περιοριστική για τη ζωή και τονίζει την φροντίδα στο τέλος της ζωής²¹. Πλέον θεωρείται ότι ο όρος DNR είναι παλιομοδίτικος, ξεπερασμένος. Δημιουργεί ανακρίβειες, αποτελεί τροχοπέδη στην επικοινωνία ιατρού- ασθενή και λοιπών μελών, και προσθέτει συναισθηματικό φορτίο²². Παρ' όλα αυτά, παραμένει ακόμα ο πιο δημοφιλής.

Η εντολή DNR είναι μία από τις εντολές άρνησης θεραπείας του ασθενούς, όμως, συγκριτικά με άλλες παρουσιάζει διαφορές. Ενώ η άρνηση άλλων θεραπειών- όπως μία χημειοθεραπεία, η λήψη αναλγητικών, η χρήση οξυγόνου- δεν έχει άμεσο θετικό ή αρνητικό

αποτέλεσμα στην υγεία του ασθενούς, η άρνηση της ΚΑΡΠΑ οδηγεί στον θάνατο. Φαίνεται ότι ενώ οι λοιπές θεραπείες και η άρνηση τους έχουν κατά περίπτωση διαχειριστικό χαρακτήρα, η ΚΑΡΠΑ πραγματοποιείται στα πλαίσια του επείγοντος, με αποτέλεσμα η απαγόρευση της να εγείρει ερωτήματα ηθικής στην παροχή υπηρεσιών από το ιατρικό προσωπικό. Επιπλέον η ΚΑΡΠΑ αποτελεί μια αρκετά σύνθετη διαδικασία με ταυτόχρονες ενέργειες σε διάφορα συστήματα. Ένα κομμάτι είναι ο αερισμός των πνευμόνων και η πιθανή διασωλήνωση του ασθενούς. Για την επανέναρξη της καρδιακής λειτουργίας πραγματοποιούνται θωρακικές συμπίεσεις και σε απινιδώσιμους ρυθμούς χορηγούνται απινιδώσεις. Καθετηριάζονται αγγεία και χορηγούνται ινότροπα φάρμακα. Στο έγγραφο της DNRεντολής, θα πρέπει να αποσαφηνίζεται ποιες από τις ενέργειες θα επιτρέπεται να πραγματοποιούνται και ποιες όχι. Ορισμένα ιδρύματα έχουν δημιουργήσει ειδικά έντυπα DNR στα οποία καταγράφονται με ακρίβεια οι δυνατότητες και οι περιορισμοί του ιατρικού παρόχου²⁰. Να σημειωθεί ότι ασχέτως με την εντολή DNR, όλοι οι ασθενείς μπορούν να λάβουν άλλες θεραπείες μη σχετιζόμενες με την ΚΑΡΠΑ, όπως αντιβιώσεις και αναλγητικά φάρμακα.

1.5.5 Θεραπεία υποστήριξης της ζωής: Διακοπή ή Απόσυρση

Από τη γέννηση της, η πρακτική της ιατρικής φροντίδας έχει ως σκοπό την παράταση και τη βελτίωση της ζωής. Ορισμένα παραδείγματα είναι οι χρονίως πάσχοντες ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο ή χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, οι οποίοι συνεχίζουν τη ζωή τους με μία σχετική ποιότητα. Πραγματοποιούν συνεδρίες αιμοκάθαρσης, λαμβάνουν οξυγόνο και φάρμακα βελτίωσης του αναπνευστικού αντίστοιχα. Όμως, ο άνθρωπος, προς το τέλος της ζωής, πλέον δεν ενδιαφέρεται για τη

συνέχειά της αλλά για έναν ήρεμο και γαλήνιο θάνατο. Η λεγόμενη "lifesustainingtreatment"(LST) περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή ή ειδικές συσκευές, των οποίων ο στόχος είναι να διατηρήσουν τη ζωή και να υποστηρίξουν τις ζωτικές λειτουργίες. Δεν είναι θεραπεία, δεν προσφέρουν ίαση, παρά μόνον εξασφαλίζουν τη βασική λειτουργία της ζωής. HLST είναι μία αγωγή, που συνήθως εφαρμόζεται σε ιατρικά ιδρύματα, σε εξειδικευμένους χώρους, από έμπειρο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, όπως η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Στην LST περιλαμβάνεται πλήθος παρεμβάσεων φαρμακολογικών και μη, όπως είναι ο μηχανικός αερισμός, ινóτροπα φάρμακα, αιμοδιάλυση, εντερική και παρεντερική διατροφή, ενδοφλέβια ενυδάτωση, ακτινοβολία, μετάγγιση, αντιβιοτική αγωγή και χειρουργική παρέμβαση.

Η διακοπή ή απόσυρση της θεραπείας είναι η διαδικασία, κατά την οποία ο ιατρικός πάροχος διακόπτει ή ανακαλεί την έναρξη μιας ιατρικής παρέμβασης με την λογική ότι ο ασθενής θα καταλήξει συνέπεια της ίδιας του της νόσου ή των επιπλοκών της²³. Οι βιοηθικές επιτροπές δεν διαχωρίζουν μεταξύ των δύο. Σε νομικό πλαίσιο, στις ΗΠΑ, στον Καναδά, στην Αυστραλία, στο Ηνωμένο Βασίλειο τόσο η διακοπή αλλά και η απόσυρση της θεραπείας θεωρείται νόμιμη. Στην Γαλλία το 2005, ορίστηκε, έπειτα από μεγάλη πολιτική αναταραχή, ο νόμος Leonetti, ο οποίος επιτρέπει τον περιορισμό και τη διακοπή θεραπείας για ασθενείς με επίμονα συμπτώματα μέχρι τον θάνατο, και τα διαχωρίζει από την ευθανασία²⁴.

Ηθικά όμως, υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο; Οι απόψεις δίστανται. Κατά γενική ομολογία θεωρείται ότι είναι ισότιμες. Όμως, από μελέτες²⁵, παρατηρήθηκε ότι το εργαζόμενο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ είχε διαφορετικές απόψεις. Ένα ποσοστό συμφωνούσε με την αρχική άποψη, και ένα ποσοστό διαχώριζε τις δύο καταστάσεις. Σύμφωνα με το άρθρο, πιθανώς αυτό οφείλεται γιατί, κατά την απόσυρση, ο ιατρικός πάροχος παραμένει παθητικός, κάτι που θεωρεί ηθικό, αλλά κατά τη διακοπή, πράττει, μία ενέργεια "ανήθικη" σύμφωνα με τις αξίες του.

Στην καθημερινότητα, η διαχείριση τέτοιων ασθενών και ο τρόπος λήψης των συγκεκριμένων αποφάσεων παίζουν πολύ μεγάλο ρόλο. Είναι σημαντικό να μην διαχωρίζεται η απόσυρση από τη διακοπή στη θεραπεία, καθώς δεν υπάρχει σημαντική κλινική διαφορά, μπορεί όμως να επιφέρει ρήξεις στις σχέσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Επιπλέον κάθε ιατρική παρέμβαση που πραγματοποιείται, οφείλει να γίνεται κατόπιν συναίνεσης του ασθενούς ή του πληρεξούσιου του, και εφόσον δεν επιθυμούν τη συνέχιση της συγκεκριμένης αγωγής, τότε αυτή να διακόπτεται ή να τροποποιείται.

Γενικότερα ο στόχος πρέπει να είναι το όφελος του ασθενούς. Η συνεχής εκτίμηση της κατάστασης οδηγεί σε τροποποίηση της υπάρχουσας θεραπείας και διαμορφώνει καλύτερα την άποψη για πιθανή διακοπή ή απόσυρση της θεραπείας. Το αποτέλεσμα: ο ασθενής έχει ένα γαλήνιο τέλος χωρίς δυσφορία, η οικογένεια ανακουφίζεται, το προσωπικό αποβάλλει περιττό άγχος και οι καθημερινές ιατρικές πρακτικές βελτιώνονται συνεχώς.

Όμως, στα πλαίσια έλλειψης εμπειρίας, δισταγμού ή πίεσης λαμβάνονται αποφάσεις με αντίθετα αποτελέσματα από την ευημερία του ασθενούς. Η επιθετική, ή ακόμα και η αμυντική ιατρική συμβάλλει αρνητικά υποβαθμίζοντας την ποιότητα ζωής στα τελικά στάδια. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της υπερβολικής συνταγογράφησης των αντιβιοτικών φαρμάκων σε ασθενείς τελικού σταδίου²⁶. Παρατηρήθηκε ότι σε ασθενείς στο τέλος της ζωής, λόγω καρκίνου ή χρονίων νόσων, με υποψία μικροβιακής λοίμωξης, χορηγήθηκαν ευρέως φάσματος αντιβιοτικά από τους περισσότερους γιατρούς χωρίς επαρκή λόγο, ενώ παρά την μη ανταπόκριση η φαρμακευτική θεραπεία συνεχίστηκε. Στις μόνες περιπτώσεις που δεν χορηγήθηκαν αντιβιοτικά εξαρχής, ήταν σε ασθενείς με πολυοργανική ανεπάρκεια ή άνοια.

Ένα άλλο μεγάλο κεφάλαιο είναι η σίτιση και η ενυδάτωση. Η ενυδάτωση, μια φαινομενικά ήπια παρέμβαση, είναι από τις αγωγές τις οποίες δεν διακόπτουν ποτέ οι ιατροί. Οι καρκινοπαθείς λόγω συνδρόμων

καχεξίας-καχεκτικότητας, έχουν αρκετές μεταβολές στην ομοιόσταση τους. Έχει παρατηρηθεί, πως ακόμα και όταν σταματούν να ενυδατώνονται επαρκώς, με βάση τα δεδομένα ενός φυσιολογικού ανθρώπου, κλινικά και βιοχημικά δεν παρουσιάζουν σημεία αφυδάτωσης. Έχουν βραδυψυχισμό, καχεξία, λήθαργο (πιθανά συμπτώματα αφυδάτωσης), όμως τις περισσότερες φορές τα είχαν και πριν τη διακοπή νερού. Όσον αφορά τη σίτιση, το μοναδικό της όφελος είναι σε καρκινοπαθείς με τοπικούς κεφαλής τραχήλου, οι οποίοι δυσκολεύονται στην κατάποση και δεν είναι τελικού σταδίου. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις δεν έχει βρεθεί ότι έχει πλεονεκτήματα, αντιθέτως φαίνεται ότι συντελεί στην ταχύτερη ανάπτυξη του όγκου²⁷. Ιδιαίτερα επιθετική είναι η παρηγορική χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία σε καρκινοπαθείς. Τέτοιου είδους θεραπείες πέραν του θεραπευτικού τους εύρους έχουν και αρκετές ανεπιθύμητες ενέργειες. Κάποιες είναι πιο τοπικές, όπως πτώση του τριχωτού της κεφαλής, ξηροδερμία, στοματίτιδα, τάση για έμετο και άλλες συστηματικές όπως καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος, με πιθανές επιπλοκές λοιμώξεων, ή σύνδρομο νευροπαθητικού πόνου άκρων ή κορμού. Είναι διαδικασίες επίπονες και βάνουσες σωματικά και ψυχολογικά. Εντούτοις πραγματοποιούνται και τις τελευταίες μέρες ζωής του ασθενούς χωρίς ιδιαίτερο αποτέλεσμα²⁸.

Η επιλογή της διακοπής θεραπείας δεν επηρεάζει τη συνολική διαχείριση του ασθενούς. Αρχικά, η λήψη μίας τέτοιας απόφασης στηρίζεται στην επικοινωνία και στη συνεργασία ιατρού και ασθενή ή πληρεξούσιου. Επιπλέον, δεν διακόπτονται οι υπόλοιπες ιατρικές παρεμβάσεις. Αταλάντευτος στόχος παραμένει η ανακούφιση των συμπτωμάτων και η ήρεμη μετάβαση στο θάνατο. Χαρακτηριστικά, σύμφωνα με την Κοινότητα Εντατικής Θεραπείας, προτείνεται η χρήση μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού σε ασθενείς με έξαρση χρόνιας αναπνευστικής νόσου, οι οποίοι αρνούνται την ενδοτραχειακή διασωλήνωση, εφόσον τους βοηθάει με την δύσπνοια και τους προσφέρει την άνεση που επιθυμούν²⁹. Διατηρείται επαρκής αναλγησία με την χορήγηση ισχυρών

παυσίπων και ήπια καταστολή για την εξάλειψη της δυσφορίας. Ο ασθενής δεν πρέπει να αισθάνεται ότι καταδικάζεται σε θάνατο.

1.6 Ευθανασία

1.6.1 Ορισμός

Η ευθανασία είναι μία πράξη η οποία έχει διχάσει την ιατρική κοινότητα ήδη από τα αρχαία χρόνια. Πηγάζει από το αρχαίο εύ, που σημαίνει καλός, και τον θάνατο. Με λίγα λόγια, είναι η πράξη κατά την οποία ο ιατρικός πάροχος προσφέρει έναν ήρεμο, λυτρωτικό θάνατο στον ασθενή. Μαζί με την ευθανασία προέκυψε και ο όρος ‘υποβοηθούμενη αυτοκτονία’. Η διαφορά των δύο πράξεων είναι ότι στην τελευταία, αυτός που εκτελεί την πράξη είναι ο ασθενής, πάντα με την βοήθεια του ιατρού.

Εμβραθύνοντας περισσότερο, είναι σημαντικό να κατανοήσουμε ότι ο σκοπός της πράξης είναι μεν ο θάνατος αλλά και η λύτρωση του ασθενούς από τις κακουχίες του. Ορισμένα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά είναι η συγκατάθεση του ασθενούς, αποτέλεσμα της αυτονομίας του, η νόσος, συνήθως μη αναστρέψιμη, ανίατη και εξοντωτική για την αυτοεκτίμηση του ασθενούς, και τέλος η αναλγησία κατά τον θάνατο, η οποία επιτυγχάνεται με τεράστιες δόσεις αναλγητικών, όπως των οπιοειδών, αναισθητικών και νευρομυικών αποκλειστών.

Σύμφωνα λοιπόν με τον WHO, ευθανασία είναι η πράξη που πραγματοποιείται από ένα άτομο με σκοπό την πρόκληση ανώδυνου θανάτου ενός άλλου ατόμου, ή η μη αποτροπή θανάτου σε περίπτωση νόσου τελικού σταδίου ή μη αναστρέψιμου κώματος. Βασική προϋπόθεση είναι ότι ο ασθενής υποφέρει σωματικά ή ψυχολογικά και η κατάσταση του δεν ελέγχεται με συμβατικές ιατρικές θεραπείες. Στις περιπτώσεις αυτές ο σκοπός της ευθανασίας είναι να ανακουφίσει την κατάσταση³⁰.

1.6.2 Υποκατηγορίες

Ανάλογα με τον σκοπό του θεράποντος ιατρού, την φύση της πράξης και τη συγκατάθεση του ασθενούς, υπάρχουν ορισμένες υποκατηγορίες της ευθανασίας. Αρχικά, μπορεί να ταξινομηθεί σε ενεργητική, κατά την οποία ο σκοπός του ιατρού είναι να συντομεύσει τον θάνατο, ή παθητική, στην οποία ο γιατρός δεν επισπεύδει τον θάνατο αλλά είτε διακόπτει είτε δεν συνεχίζει θεραπείες οι οποίες διατηρούν τον ασθενή εν ζωή. Επιπλέον, με βάση τις αντιλήψεις του ασθενούς, ταξινομείται σε εθελούσια(voluntary), κατά την οποία ο ασθενής συναινεί, μη εθελούσια(involuntary), κατά την οποία δεν υπάρχει η συναίνεση του ασθενούς, και ακούσια (nonvoluntary), κατά την οποία το άτομο δεν μπορεί να εκφράσει τις επιθυμίες του είτε λόγω φυσικής κατάστασης ή λόγω κόμματος, βαριάς νευρολογικής βλάβης κλπ. Όπως προαναφέρθηκε ανάλογα με το ποιός πράττει, γιατρός η ασθενής, διαχωρίζεται σε ευθανασία και υποβοηθούμενη αυτοκτονία, και τέλος ταξινομείται σε άμεση, όπου σκοπός του ιατρικού παρόχου είναι η επίσπευση του θανάτου, και έμμεση όπου ο σκοπός είναι η αναλγησία και η άνεση του ασθενούς και δευτερογενώς επιτυγχάνεται ο θάνατος³¹.

Από τις παραπάνω υποκατηγορίες προκύπτουν:

- 1.Εθελούσια ενεργητική ευθανασία
- 2.Μη εθελούσια ενεργητική ευθανασία
- 3.Ακούσια ενεργητική ευθανασία
- 4.Παθητική ευθανασία (διακοπή ή απόσυρση της θεραπείας)
- 5.Έμμεση ευθανασία
- 6.Υποβοηθούμενη αυτοκτονία

1.6.3 Ιστορική αναδρομή

Η ιστορία της ευθανασίας ξεκινάει από την αρχαία Ελλάδα. Ως γνωστόν, οι αρχαίοι Σπαρτιάτες σκότωναν τα βρέφη που παρουσίαζαν κάποια χαρακτηριστική ανωμαλία, πετώντας τα από το βουνό Καιάδα. Στα βιβλία του Πλάτωνα, τονίζεται ότι είναι φυσιολογική η σκέψη του θανάτου μπροστά στο εμπόδιο μιας βάρβαρης ασθένειας, για την αποφυγή μιας μακράς και βασανιστικής αγωνίας. Ειδικότερα, ο Πλάτωνας θεωρεί πως η φροντίδα των ασθενών με χρόνιες νόσους θα πρέπει να διακοπεί, καθώς η αξιοπρέπεια τους έχει καταρρακωθεί, βρίσκεται στο ναδίρ. Οι πυθαγόρειοι και οι αριστοτελικοί καταδίκάζαν την παρατεταμένη θεραπεία, γιατί διατηρούσε μεν τον ασθενή εν ζωή αλλά παρέτεινε τα βάσανα και την αγωνία του. Αντίθετα, ο Ιπποκράτης, στα κείμενα του, στοχεύει στην προστασία της ζωής που βρίσκεται σε θανάσιμο κίνδυνο με τα εργαλεία της ιατρικής.

Κατά την περίοδο της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας, αρχικά θεωρούνταν δόκιμο ένας βαρέως πάσχων να αυτοκτονήσει, εφόσον δεν είχε πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Όμως με την άνοδο και διάδοση του χριστιανισμού, οι απόψεις αντιστράφηκαν. Πλέον για του Χριστιανούς η αυτοκτονία θεωρούνταν έγκλημα. Το δικαίωμα της ταφής αφαιρούνταν από όποιον προσπαθούσε να αυτοκτονήσει, ενώ πολλοί εξοστρακίστηκαν από τις πόλεις τους και έχασαν τις περιουσίες τους. Τα δεινά, το να υποφέρει, θεωρούνταν ο δρόμος της δοξασίας του χριστιανισμού, καθώς αντικατόπτριζε τα πάθη του Χριστού για τους ανθρώπους. Αντίθετα στις μάχες, υπήρχε η λογική ‘mercykilling’, δηλαδή ο γρήγορος θάνατος των τραυματισμένων εχθρών, αφαιρώντας τους το δικαίωμα να γιαντρευτούν, απαλλάσσοντάς τους όμως από τον αφόρητο πόνο και την αγωνία.

Φτάνοντας στην εποχή της Αναγέννησης, η αναζωπύρωση των τεχνών και των επιστημών έχει ως αποτέλεσμα, την διαμόρφωση της έννοιας της ευθανασίας όπως τη γνωρίζουμε σήμερα. Μεγάλοι υποστηρικτές, όπως ο Τόμας Μορ και ο Φράνσις Μπέικον, θεωρούν ότι είναι αναγκαία η βοήθεια σε ένα βαρέως πάσχοντα για την επιτυχία ενός αξιοπρεπούς

θανάτου με την χρήση όλων των διαθέσιμων μέσων. Ειδικότερα, στα βιβλία του Τόμας Μορ, αναφέρεται ότι σε ένα ιδεατό κράτος πρέπει να παρέχεται ενδεδειγμένη φροντίδα στον θνήσκοντα. Φυσικά, υπήρξαν πάρα πολλοί αρνητές αυτών των θεωριών, προερχόμενοι κυρίως από τις εκκλησιαστικές και θεολογικές τάξεις.

Πλησιάζοντας στο παρόν, υπάρχουν οι πρώτες καταγραφές ευθανασίας. Το 1860 στην μάχη του Καλαταφίμι, οι στρατιώτες με βαριά τραύματα, παρακαλούν για την λύτρωση τους, η οποία επέρχεται με την χορήγηση οπιοειδών χαπιών. Από την άλλη, το 1873, στο τότε γνωστό περιοδικό 'PopularScienceMonthly', περιγράφονται περιπτώσεις ασθενών σε τελικό στάδιο, στους οποίους χορηγήθηκε χλωροφόρμιο για την επίσπευση του θανάτου τους.

Από το 1900 και για αρκετό καιρό, η έννοια της ευθανασίας αλλοιώθηκε. Αρχικά στο Λονδίνο, στα πλαίσια της ευγονικής, πραγματοποιούνταν στείρωσεις σε μειονότητες και εγκληματίες, και στη συνέχεια επεκτάθηκε και σε άλλες χώρες, όπως οι ΗΠΑ. Το αποκορύφωμα έγινε κατά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο και την εποχή των Ναζί, όπου, όποιος κρίνονταν ανάξιος να ζήσει, λόγω νοητικής ή σωματικής υστέρησης, δολοφονούνταν. Οι θεωρούμενοι «ανάξιοι» μεταφέρονταν σε ειδικά ιδρύματα, σανατόρια, και δολοφονούνταν από φονικές δόσεις αναισθητικών, μονοξειδίου του άνθρακα, ή μέσα σε θαλάμους αερίων. Με το τέλος του πολέμου, τα εγκλήματα των Ναζί καταδικάστηκαν, και δημιουργήθηκε ο Κώδικας της Νυρεμβέργης, ο οποίος αποτελεί μια δεκάδα ηθικών αρχών για την πραγματοποίηση πειραμάτων σε ανθρώπους.

Οι εγκληματικές ενέργειες των προηγούμενων χρόνων συγκλόνισαν την παγκόσμια κοινότητα, με αποτέλεσμα την δημιουργία νόμων, κανόνων και πρωτοκόλλων για την υπεράσπιση της ανθρώπινης ζωής και την αυτονομία και αυτοδιάθεση του ανθρώπου. Όμως η αλματώδης τεχνολογική πρόοδος της ιατρικής και των λοιπών επιστημών δημιούργησε ένα ιδιαίτερο φαινόμενο, την μεγάλη αύξηση των

υπερηλίκων, την εμφάνιση χρονίων νόσων αλλά και νέα μηχανήματα τα οποία διατηρούν το ανθρώπινο σώμα εν ζωή ακόμα και σε «φυτική» κατάσταση. Η ιδέα του τέλους της ζωής αλλάζει, δημιουργούνται αμφιβολίες και γεννιούνται ηθικά διλήμματα σχετικά με τον θάνατο, την αξιοπρέπεια και την αυτονομία του ανθρώπου. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της Κάρεν Ανν Κουίνλαν, μια νεαρής αμερικανίδας, η οποία, το 1975, μετά την κατανάλωση αλκοόλ και αναισθητικών φαρμάκων, έπεσε σε κωματώδη κατάσταση. Μεταφέρθηκε άμεσα στο νοσοκομείο, αλλά η κατάσταση της δεν βελτιώθηκε. Εν τέλει, το κώμα χαρακτηρίστηκε μη αναστρέψιμο. Οι γονείς της, αδυνατώντας να την βλέπουν σε τέτοια κατάσταση εισηγήθηκαν στο δικαστήριο την αφαίρεση του αναπνευστήρα, αναφέροντας πως η ίδια σε παλαιότερη περίοδο είχε τονίσει ότι δεν θα ήθελε μια ζωή διατηρημένη από μηχανήματα. Αν και την πρώτη φορά το αίτημα τους απορρίφθηκε, εν τέλει στο Ανώτατο Δικαστήριο του Νιου Τζέρσι δικαιώθηκαν, και ο αναπνευστήρας αφαιρέθηκε. Η Κάρεν Ανν μετά από μια δεκαετία, κατέληξε από πνευμονία. Το παράδειγμα της είναι ένα από τα πολλά παραδείγματα ευθανασίας στη σύγχρονη ιστορία³²

1.6.4 Χώρες Υπέρ της Ευθανασίας

Σήμερα, όλο και περισσότερες χώρες νομιμοποιούν την ευθανασία. Πρώτη ήταν η Ολλανδία, η οποία σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας νομιμοποίησε την εθελούσια ευθανασία το 2001³³. Ανεξάρτητα από τη νομιμοποίηση, η ευθανασία αποτελούσε μια συνήθη πρακτική στην Ολλανδία. Όπως αναφέρεται στο άρθρο, οι γιατροί ήδη δύο δεκαετίες πριν τη νομιμοποίηση πρόσφεραν ευθανασία στους ετοιμοθάνατους ασθενείς, ενώ ο συνήθης αριθμός περιστατικών ανά έτος

ήταν περίπου 3000. Πρώτη φορά το 1994 ψηφίστηκε νόμος που υποχρέωνε τους ιατρικούς παρόχους να αναφέρουν περιστατικά ευθανασίας στις Αρχές, οι οποίες έλεγχαν εάν η ευθανασία έγινε σύμφωνα με συγκεκριμένα πρωτόκολλα. Σε αντίθετη περίπτωση ο πάροχος καταδικάζονταν με μέγιστη φυλάκιση τα 12 χρόνια.

Μια άλλη σημαντική παράμετρος είναι ότι το μεγαλύτερο μέρος της κοινωνίας συμφωνεί με τη νομιμοποίηση της ευθανασίας. Εκτός της Ολλανδίας, το Βέλγιο το 2002, το Λουξεμβούργο το 2009 και η Ισπανία το 2021 νομιμοποίησαν την ευθανασία. Στην Ελβετία δεν έχει νομιμοποιηθεί, όμως επιτρέπεται να δοθούν θανατηφόρα φάρμακα εφόσον ο παραλήπτης είναι αυτός που κάνει την πράξη. Σύμφωνα με τον ποινικό κώδικα της Ελβετίας, η υποβοηθούμενη αυτοκτονία επιτρέπεται εφόσον δεν υποκινείται από ιδιοτελή κίνητρα. Στο Ηνωμένο Βασίλειο επιτρέπεται μόνο η παθητική ευθανασία, αν και έγιναν προσπάθειες, άκαρπες τελικά, για τη νομιμοποίηση της ενεργητικής. Στην Αμερική θεωρείται παράνομη, εκτός από ορισμένες πολιτείες στις οποίες, νόμιμα, επιτρέπεται η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ενώ σε Καναδά Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία είναι νόμιμη. Τέλος στην Ελλάδα αμφότερες θεωρούνται παράνομες.

1.6.5 Ελληνικό Ιατρικό Δίκαιο και Ευθανασία

Στο άρθρο 29 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ), περιγράφονται οι ιατρικές αποφάσεις για το τέλος της ζωής:

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

περίπτωση, συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του και φροντίζει ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπειά του μέχρι το σημείο αυτό.

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

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

Η ενεργητική ευθανασία, με βάση την 3^η παράγραφο του άρθρου 29 του ΚΙΔ, είναι μία πράξη ετεροπροσβολής και συνιστά την πιο απορριπτέα ηθικά και νομικά πράξη. Ποινικά, τιμωρείται με βάση του άρθρου 299 του ποινικού κώδικα(ΠΚ) ως ανθρωποκτονία με πρόθεση με ποινή τον θάνατο ή ισόβια κάθειρξη. Εφόσον όμως συντρέχουν οι προϋποθέσεις, δηλαδή επίμονη απαίτηση του θύματος και οίκτος, ο κατηγορούμενος τιμωρείται σύμφωνα με το άρθρο 300 ΠΚ με φυλάκιση. Επιπλέον λόγω του οίκτου η ποινή μπορεί να μειωθεί σύμφωνα με το άρθρο 84 ΠΚ.

Σύμφωνα με την πρώτη παράγραφο του άρθρου 29 του ΚΙΔ, οι πράξεις του ιατρού για την ανακούφιση και την αξιοπρέπεια του ασθενούς για ένα γλυκό θάνατο συνιστούν την έμμεση ευθανασία. Η έμμεση ευθανασία νομικά θεωρείται επιτρεπτή, σύμφωνα με το άρθρο 25 ΠΚ, μιας και το συμφέρον του ασθενή για ένα ανώδυνο θάνατο υπερέρχει του κινδύνου του συμφέροντος του για την παράταση στη ζωή, και σύμφωνα με την θεωρία της επιτρεπόμενης κινδυνώδους δράσης.

Η παθητική ευθανασία θεωρείται νομικά αποδεκτή. Διακόπτονται τα υποστηρικτικά μέσα ή παραλείπονται θεραπείες που διατηρούν τον ασθενή εν ζωή, και ο ίδιος καταλήγει ως απόρροια της νόσου του. Στην περίπτωση όμως που είτε ο ασθενής είτε οι οικείοι του επιθυμούν την συνέχιση της υποστήριξης, τότε ο ιατρός επιβάλλεται να συνεχίσει την θεραπεία, διαφορετικά διαπράττει ανθρωποκτονία με τελούμενη παράλειψη και διώκεται ποινικά από το άρθρο 299ΠΚ και άρθρο 15ΠΚ.

Βέβαια, υποστηρίζεται σύμφωνα με το άρθρο 2 του ΚΙΔ, ότι ο γιατρός μπορεί να διακόψει κάθε θεραπεία η οποία συμβάλλει στον εξευτελισμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Η περίπτωση που ο ασθενής αρνείται την συνέχιση υποστηρικτικών μέσων για τη ζωή, ονομάζεται αμφιμερής οριοθέτηση ιατρικού καθήκοντος. Ο ιατρός επιτρέπεται να παρέχει μόνο φροντίδα. Εάν ο ιατρός επέμβει και προσφέρει θεραπεία παρά την άρνηση του ασθενούς, τότε διώκεται ποινικά από το άρθρο 330 ΠΚ για παράνομη βία και προσβολή προσωπικότητας, το οποίο αίρεται από το άρθρο 25ΠΚ εφόσον τηρούνται οι προϋποθέσεις.

Οι διαθήκες ευθανασίας, θεωρητικά βάσει του άρθρου 29 ΚΙΔ, θα μπορούσαν να ισχύουν. Αυτό δεν γίνεται στην πραγματικότητα για δύο λόγους. Αρχικά ο ασθενής την κρίσιμη στιγμή δεν μπορεί να εκφράσει την άποψη του, οπότε δεν μπορεί να οριοθετηθεί το ιατρικό καθήκον. Και δεύτερον, η συναίνεση λειτουργεί μόνο υπέρ της ζωής.

Η διακοπή ή απόσυρση θεραπείας όταν το ιατρικό καθήκον έχει εξαντληθεί, κατατάσσεται οντολογικά στην ενεργητική, αφού ο ιατρός κάνει μια θετική ενέργεια, αλλά νομικά στην παθητική ευθανασία, μιας και ο ασθενής καταλήγει εξαιτίας της νόσου του. Νομικά, υπάρχουν πολλές θεωρίες που δικαιολογούν την συγκεκριμένη πράξη: α) η εξάντληση του ιατρικού χρέους, β) ο θάνατος επέρχεται λόγω της νόσου και όχι της διακοπής της θεραπείας και γ) πρόκειται για «παράλειψη που τελείται με ενέργεια» έχοντας κοινωνικό χαρακτήρα. Στην Ελλάδα, δεν υπάρχει νομοθετική ρύθμιση η οποία δικαιολογεί την συγκεκριμένη πράξη.

Συνοψίζοντας, το νομικό πλαίσιο δεν δικαιολογεί την πράξη της ευθανασίας. Αντιθέτως, ο ιατρός που θα προβεί σε τέτοιες ενέργειες, διώκεται ποινικά και, εφόσον δεν πληρούνται οι συνθήκες, αντιμετωπίζει πιθανή ισόβια κάθειρξη.³⁴

1.6.6 Επιχειρήματα υπέρ και κατά της Ευθανασίας

Στη σύγχρονη ζωή του υπερπληθυσμού, των πολλών χρονίων παθήσεων, των υπερηλικών αλλά και της έλλειψης εξοπλισμού, όπως φάνηκε την περίοδο του Covid, η ευθανασία απέκτησε αρκετούς υπέρμαχους αλλά και αρκετούς εχθρούς. Ένα βασικό επιχείρημα υπέρ της ευθανασίας, είναι ότι δικαιολογείται από την αυτονομία του ασθενούς. Η αυτονομία είναι ένα από τα τέσσερα βασικά στοιχεία της βιοηθικής και βασίζεται στη δύναμη του ατόμου να λαμβάνει αποφάσεις για τον εαυτό του. Με βάση αυτή τη λογική, όταν το άτομο θεωρεί ότι δεν μπορεί πλέον να ζήσει αξιοπρεπώς, δικαιούται να αποφασίσει τον χώρο, τον χρόνο και τον τρόπο του θανάτου του, και να επιλέξει μία αξιοπρεπή έξοδο από την ζωή. Το δεύτερο επιχείρημα βασίζεται στην αρχή της ωφέλειας. Στο τέλος της ζωής, ο ασθενής υποφέρει, αδυνατεί να φροντίσει τον εαυτό του, να είναι λειτουργικός να αυτοεξυπηρετηθεί, και πονάει ανεξέλεγκτα. Η μοναδική του λύτρωση του είναι η ευθανασία. Ακόμα όμως και η ιδέα της λύτρωσης χάρη στην ευθανασία, τον απαλλάσσει από το στρες και του προσφέρει ψυχολογική ασφάλεια. Σύμφωνα με τους υποστηρικτές, θεωρείται ότι δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ της διακοπής μιας υποστηρικτικής θεραπείας και της ευθανασίας. Ο λόγος είναι ότι και στις δύο περιπτώσεις ο σκοπός είναι η επίσπευση του θανάτου του ασθενή, ασχέτως εάν στη πρώτη ο ιατρός "πράττει" ενώ στη δεύτερη παραμένει παθητικός. Εφόσον δικαιολογείται η διακοπή θεραπείας, αντίστοιχα θα έπρεπε να δικαιολογείται και η ευθανασία. Τέλος, θεωρούν ότι η ευθανασία, παρά τις αντίθετες γνώμες για κακή πρακτική και υποβάθμιση της σχέσης γιατρού-ασθενή, έχει ευεργετικά αποτελέσματα. Από τη μία, θα βελτιώσει τις μεταξύ τους σχέσεις, ενισχύοντας το αίσθημα της ασφάλειας ότι ο θεράπων ιατρός θέλει να φροντίσει, να σεβαστεί και να πραγματοποιήσει την επιθυμία του ασθενή για θάνατο. Από την άλλη, θα εξελιχθεί και ο ιατρικός τομέας. Θα γίνει κατανοητό, ότι η ευθανασία είναι μέρος της

συνολικής ιατρικής πρακτικής, και αποτελεί ένα από τα καθήκοντα του ιατρού για την φροντίδα του μελλοθάνατου ασθενή.^{31,35}

Ισχυρά είναι και τα επιχειρήματα των εχθρών της ευθανασίας. Αρχικά, αποδέχονται μεν ότι η αυτονομία του ασθενούς είναι βασικό και αναφαίρετο δικαίωμα, υποστηρίζουν ότι μια δημοκρατική κοινωνία λειτουργεί υπό συγκεκριμένα πλαίσια ελευθερίας, και ορισμένες ατομικές πράξεις δεν μπορούν να δικαιολογηθούν υπό την σκέπη της αυτονομίας. Υποστηρίζουν επίσης ότι η πράξη της ευθανασίας καταργεί την αυτονομία με τον επικείμενο θάνατο. Με την σκέψη ότι ένα άτομο επιθυμεί να αυτοκτονήσει, δεν συνεπάγεται αμέσως ότι θα πρέπει να έχει τη βοήθεια ενός τρίτου. Εδώ έγκειται η μεγάλη διαφορά μεταξύ διακοπής θεραπείας και ευθανασίας. Στην πρώτη, ικανοποιώντας τις επιθυμίες του ασθενούς, ο ιατρός αποσύρει την υποστηρικτική θεραπεία. Στη δεύτερη όμως, παρανομεί. Επιπλέον, πράγματι φαίνεται ωφέλιμη και συμπονετική η βοήθεια στη λύτρωση ορισμένων εξαιρετικά δύσκολων περιπτώσεων, όμως έχει παρατηρηθεί ότι αρκετές φορές η παρεχόμενη φροντίδα σε αυτούς τους ασθενείς είναι ανεπαρκής. Δεν ρυθμίζεται σωστά η αναλγησία τους, η ενυδάτωση τους. Δεν λαμβάνουν συνολικά ικανοποιητικές παροχές. Υπάρχουν περιπτώσεις που δεν εμπίπτουν σε αυτή την κατηγορία, το ερώτημα που τίθεται όμως είναι πόσο μεγάλος είναι αυτός ο αριθμός, και εάν είναι αρκετός για τη νομιμοποίηση της ευθανασίας.

Σε κοινωνικό επίπεδο, η ευθανασία θεωρείται ότι θα έχει τραγικές συνέπειες. Αρχικά θα κατακρημνιστεί η σχέση γιατρού και ασθενή. Ο ασθενής θα διατηρεί αμφιβολίες για το ποιόν της ενασχόλησης του γιατρού σε σχέση με τη νόσο του. Η ευθανασία θα φαίνεται ως η εύκολη λύση, και θα υποκαταστήσει την όποια διάγνωση και πιθανή θεραπεία που μπορεί να προσφερθεί. Πολλές φορές με την βασική νόσο συνυπάρχει και δεύτερη η οποία μπορεί να έχει διαλάβει της προσοχής του ιατρού. Εάν δεν αντιμετωπιστεί η επικουρική νόσος, τότε τα συμπτώματα θα είναι ανεξέλεγκτα. Ένα παράδειγμα είναι η καταθλιπτική διαταραχή

που εμφανίζεται συχνά στους υπερήλικες και ουκ ολίγες φορές εκφράζεται με σωματικό χαρακτήρα. Στο Όρεγκον παρατηρήθηκε ότι από τον γηριατρικό πληθυσμό με καρκίνο που αποφάσισαν την ευθανασία, μόνο ένα μικρό ποσοστό ελέγχθηκε από ψυχίατρο για κατάθλιψη. Επιπρόσθετα, σε πιθανή νομιμοποίηση, κάποιοι ασθενείς ίσως εξαναγκαστούν σε ευθανασία από την ίδια τους την οικογένεια λόγω οικονομικών, κυρίως, κινήτρων. Από την άλλη, όλο και περισσότεροι ασθενείς με μη τελικού σταδίου νόσο θα επιδιώκουν την ευθανασία. Και το χειρότερο είναι ότι ο θάνατος φέρει περισσότερο θάνατο. Πρώτος ο ψυχολόγος Ντρειβιντ Φιλίπς περιέγραψε την επιδημία της αυτοκτονίας, καταδεικνύοντας ότι μετά από αυτοκτονίες επιφανών προσώπων, παρατηρήθηκε ραγδαία αύξηση των συνολικών αυτοκτονιών. Ακόμα, η νομιμοποίηση θα επιφέρει νομικές αλλαγές στον ιατρικό τομέα. Οι δικηγόροι θα εισέλθουν βίαια στον ιατρικό χώρο, και υπό αυτές τις συνθήκες οι γιατροί οι οποίοι τώρα ξεκινάνε να συνηθίζουν την έννοια της διακοπής της θεραπείας, θα καταφύγουν σε αμυντική ιατρική, με αποτέλεσμα τον αναχρονισμό της ιατρικής. Τέλος, το πιο σημαντικό είναι ίσως θα προτείνεται ευθανασία από ασθενείς τελικού σταδίου σε άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές, ηλικιωμένους με λειτουργικά προβλήματα, παιδιά με νοητική υστέρηση και άλλες συγγενείς νόσους. Εάν κρίνεται ότι ο θάνατος είναι πιο ωφέλιμος από μια ζωή με πόνο, τότε αυτό γιατί να μην ισχύσει στις παραπάνω περιπτώσεις; Με λίγα λόγια, θα ανοίξει ο ασκός του Αιόλου, θα δημιουργηθεί χάος, και θα οδηγηθούμε στην καταπάτηση του ηθικού κώδικα, την παραβίαση της δεοντολογίας αλλά και στον θρίαμβο του ρατσισμού ενάντια σε όσους αποκλίνουν από αυτό που θεωρείται υγιές.

Ένα επίμαχο σημείο στη συγκεκριμένη διαμάχη είναι η διακοπή θεραπείας συγκριτικά με την ευθανασία. Ενώ οι μεν κρίνουν ότι δεν υπάρχει ηθική διαφορά, οι δε δίνουν τεράστια βαρύτητα στην πράξη, φέροντας το παράδειγμα της Κάρεν Ανν, όπου η απόσυρση του αναπνευστήρα, δηλαδή η διακοπή θεραπείας δεν οδήγησε στον θάνατο της

αλλά η ασθενής έζησε άλλη μια δεκαετία. Σύμφωνα με τον E. Garrard, η διακοπή της θεραπείας δεν αποτελεί παθητική ευθανασία, εκτός αν πληροί τουλάχιστον τρία κριτήρια: α) ότι πράγματι διακόπτεται μια υποστηρικτική για τη ζωή θεραπεία β) ότι ο σκοπός είναι η επίσπευση του θανάτου και γ) ότι ο λόγος είναι το συμφέρον του ασθενή. Σε πολλές περιπτώσεις η διακοπή αγωγής πραγματοποιείται γιατί δεν προσφέρει κανένα αποτέλεσμα ή γιατί είναι πολυέξοδη³⁶. Με βάση τον παραπάνω ορισμό δεν ικανοποιείται το τελευταίο κριτήριο. Ένα παράδειγμα είναι ένας ασθενής στη ΜΕΘ με πανανθεκτικό μικρόβιο το οποίο δεν καλύπτεται από καμία από τις υπάρχουσες αντιβιώσεις. Άλλη περίπτωση είναι να διακόπτεται μια θεραπεία επειδή η ίδια είναι επιβλαβής για τον ασθενή. Εδώ το κίνητρο δεν είναι η επίσπευση θανάτου αλλά η προστασία του ασθενούς από ένα επιβλαβές σύμβαμα. Σίγουρα υπάρχει η έννοια της παθητικής ευθανασίας και πιθανώς θα προσφέρεται από ορισμένους γιατρούς, όμως δεν πρέπει να συγχέεται με κάθε διακοπή ή απόσυρση της θεραπείας εκτός αν πληροί τα παραπάνω κριτήρια.

1.6.7 Ανάγκη τήρησης μέτρων για την ορθή πρακτική πράξεων ευθανασίας

Η ατέρμονη σύγκρουση μεταξύ των υπερμάχων και των εχθρών της ευθανασίας έχει ένα κοινό σημείο, το οποίο είναι η διασφάλιση της σωστής πρακτικής. Πράγματι, η ευθανασία είναι μέρος της καθημερινής ιατρικής πρακτικής σε πολλές χώρες ανά την υφήλιο. Εντούτοις επιβάλλεται να τηρούνται ορισμένα μέτρα ασφαλείας και σωστής πρακτικής. Πολύ βασικό είναι ο ασθενής να έχει την πνευματική διαύγεια και ικανότητα λήψης αποφάσεων, στα πλαίσια αυτονομίας. Πρέπει να εκφράσει την επιθυμία του για ευθανασία, να ενημερωθεί ενδελεχώς από

έναν εξειδικευμένο ιατρό και μετά να συναινέσει εγγράφως για την τέλεση της πράξης. Επιπλέον, πρέπει να υποβληθεί σε κλινική εξέταση από έμπειρο ψυχίατρο για τον αποκλεισμό κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής. Σε πολλές χώρες εκτός του ψυχιάτρου, και ένας δεύτερος κλινικός ιατρός τον εξετάζει ενδελεχώς, για να αποκλειστεί το ενδεχόμενο λανθασμένης διάγνωσης (όσον αφορά το στάδιο της νόσου) ή ανεπαρκούς θεραπείας. Ακόμα, βασικός κανόνας είναι ότι η πράξη θα τελείται μόνο από ιατρό. Οποσδήποτε πρέπει να καταγράφονται όλα τα περιστατικά ευθανασίας και να διασφαλίζεται ότι θα υπάρχει αρμόδιος φορέας, ο οποίος θα ερευνά για τυχόν ιατρικές ή μη παραβιάσεις. Αυτά είναι τα βασικά μέτρα τα οποία επιβάλλεται να λαμβάνει κάθε ιατρονοσηλευτικό ίδρυμα όποιας χώρας έχει θεσπίσει ανάλογους νόμους. Στην καθημερινότητα όμως, το κάθε ίδρυμα θέτει τα δικά του πρωτόκολλα. Άλλα περιέχουν σαφείς και αυστηρές οδηγίες, και άλλα πιο χαλαρές και αυθαίρετες οδηγίες, ανάλογα πάντα και με τους εκάστοτε νόμους. Τηρούνται όμως όλα αυτά τα μέτρα; Η απάντηση μάλλον είναι αρνητική. Τα πρωτόκολλα, όπως δείχνουν πολλές μελέτες, δεν τηρούνται με σύνεση και συνεχώς παραβιάζονται. Ξεκινώντας από την αυτονομία του ασθενούς και την έντυπη συγκατάθεση του, στο Βέλγιο και στην Ολλανδία, καταγράφονται αρκετά περιστατικά χωρίς την συγκατάθεση του ασθενούς. Ειδικότερα στο Βέλγιο υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις μη εθελούσιας ή ακόμα και ακούσιας ευθανασίας, ενώ το ποσοστό έλλειψης συγκατάθεσης φτάνει στο 30%. Από την άλλη πλευρά του Ατλαντικού, στις ΗΠΑ σε αμερικάνικη έρευνα σε ποσοστό 15% δεν ερωτήθηκαν οι ασθενείς για το ενδεχόμενο ευθανασίας, αλλά η απόφαση πάρθηκε από την οικογένεια. Σε πολλές περιπτώσεις η ευθανασία δεν πραγματοποιείται από τον θεράποντα ιατρό αλλά την πράξη επωμίζεται το νοσηλευτικό προσωπικό, απουσία του ιατρού, και χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς. Επιπλέον, σε πολύ υψηλά ποσοστά η εκτίμηση από έναν δεύτερο εξειδικευμένο ιατρό αλλά και η ψυχιατρική αξιολόγηση απουσιάζουν. Είναι λογικό, πως με όλες αυτές τις

παραβιάσεις, δεν γίνεται σωστή καταγραφή των περιστατικών ευθανασίας³⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1 Σκοπός της Μελέτης

Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι η καταγραφή δεδομένων σχετικά με α) την επιβίωση των ασθενών στα πλαίσια της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης, β) την επιβίωση των ασθενών έπειτα από χρήση ή μη θεραπειών που υποστηρίζουν τη ζωή (LSTs), γ) τις προτιμήσεις των ασθενών σχετικά με την χρήση τόσο επεμβατικών

θεραπειών (συμπεριλαμβανομένης και της ΚΑΡΠΑ) δ) και τις προτιμήσεις περί ευθανασίας, στους ηλικιωμένους άνω των 60-65 ετών. Αντλώντας πληροφορίες από τα δεδομένα, θα δημιουργηθεί μια ολοκληρωμένη άποψη στα ηθικά διλήμματα περί διακοπής της ΚΑΡΠΑ, των θεραπειών που υποστηρίζουν τη ζωή αλλά και της ευθανασίας. Για να κρίνουμε εάν μία παρέμβαση είναι ηθική, πρέπει αρχικά να την κρίνουμε επιστημονικά. Άμα επιστημονικά είναι άρτια και παράγει αποτελέσματα, τότε είναι και άρτια να κριθεί. Οπότε λοιπόν, επιλέξαμε να δούμε τι έκβαση έχουν οι ηλικιωμένοι με συννοσηρότητες, δηλαδή οι περισσότεροι που λαμβάνουν ή είναι υποψήφιοι να λάβουν παρηγορική φροντίδα, σε σχέση με την ΚΑΡΠΑ και τις LSTs. Στην περίπτωση της ευθανασίας, αντικειμενικά, δεν θα μπορούσαν να υπάρχουν έρευνες καθώς το αποτέλεσμα είναι τελικό, αμετάκλητο και ο θάνατος δεν μπορεί να συγκριθεί με την παράταση ζωής.

Από μόνα τους όλα αυτά τα αποτελέσματα δεν είναι αρκετά για να έχουμε μια ολοκληρωμένη εικόνα. Θεωρώντας λοιπόν ότι στη σύγχρονη ιατρική κοινότητα, οι αποφάσεις δεν λαμβάνονται από τον ιατρό(πατερναλισμός), αλλά από τον ασθενή, μέσω της ειλικρινούς συζήτησης και συνεργασίας με τον ιατρό, κρίθηκε σκόπιμο να διερευνηθούν οι προτιμήσεις των ασθενών σχετικά με παρεμβάσεις που παρατείνουν, επαναφέρουν ή τερματίζουν τη ζωή. Έχοντας συγκεντρώσει όλες αυτές τις πληροφορίες, θα εξετάσουμε κάθε περίπτωση ξεχωριστά και στο τέλος θα παρουσιάσουμε το τελικό συμπέρασμα.

2.2 Κριτήρια Ένταξης

Τα κριτήρια ένταξης των άρθρων που χρησιμοποιήθηκαν στη παρούσα βιβλιογραφική μελέτη είναι

Α. Χρονολογία από το 2010 και έπειτα.

Β. Τα άρθρα που χρησιμοποιούνται να είναι γραμμένα στην αγγλική ή στην ελληνική γλώσσα, ή εφόσον η αρχική γλώσσα δεν είναι κάποια από τις αμφότερες, να παρέχουν μετάφραση στην αγγλική.

Γ. Τα άρθρα να έχουν δημοσιευτεί από επίσημους επιστημονικούς φορείς ή σε παγκοσμίως αναγνωρισμένα περιοδικά.

2.3 Στρατηγική Αναζήτησης

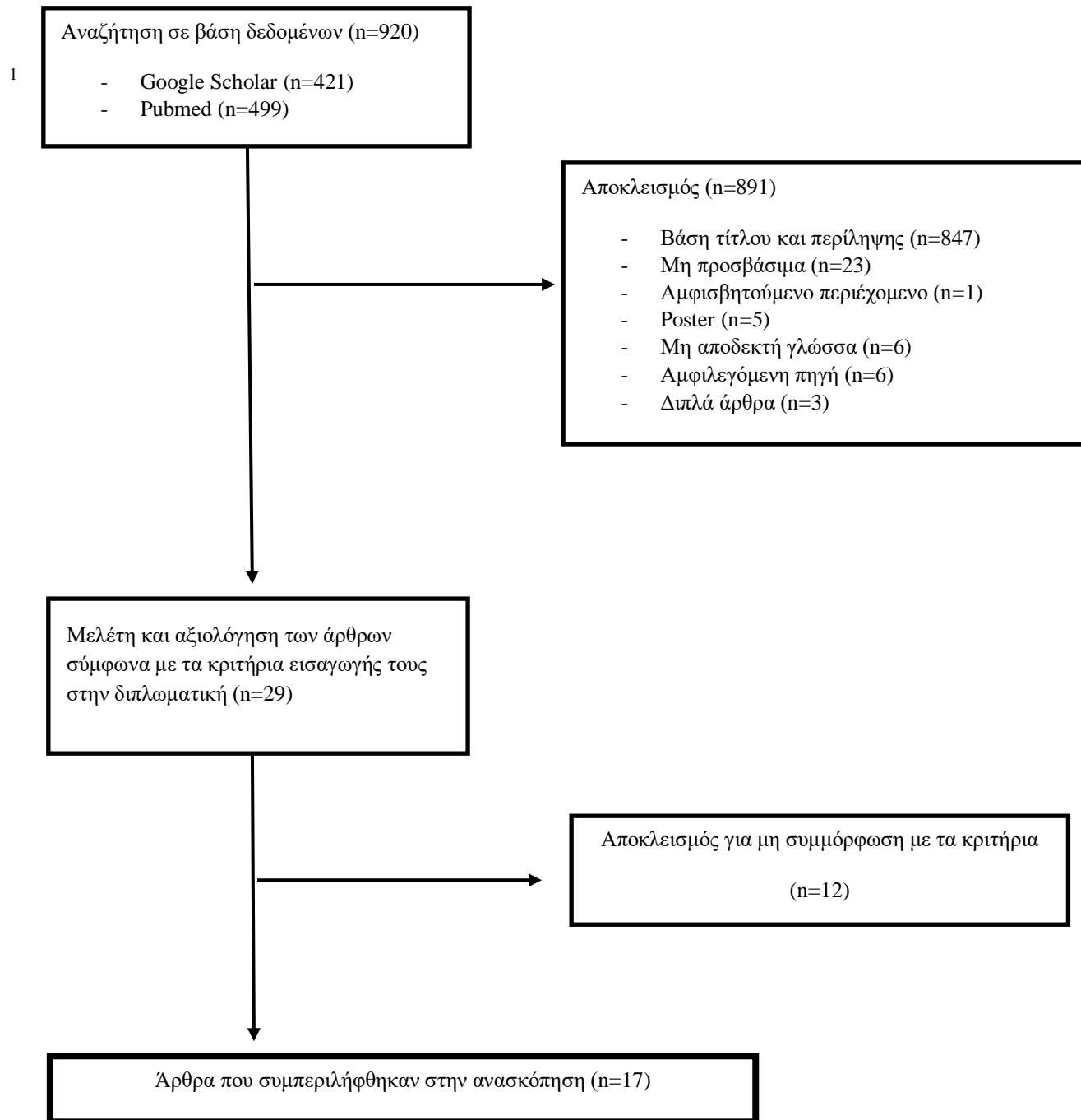
Πραγματοποιήθηκαν αναζητήσεις στις μηχανές αναζήτησης Googlescholar και PubMed, από το 2010 και έπειτα. Η αναζήτηση περιελάμβανε διάφορους όρους (π.χ. Καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση, ηλικιωμένοι, έκβαση, προτιμήσεις, θεραπείες που υποστηρίζουν τη ζωή, ευθανασία, διακοπή ή απόσυρση της θεραπείας κλπ) καθώς και συνδυασμούς τους στην αγγλική, με σκοπό την ανάδυση άρθρων τα οποία προσεγγίζουν τον σκοπό της τρέχουσας μελέτης. Η διαδικασία επιλογής άρθρων που συμπεριλαμβάνονται στη μελέτη απεικονίζεται στα αντίστοιχα διαγράμματα 1,2,3,4.

2.3 Εξαγωγή δεδομένων

Από την αναζήτηση που πραγματοποιήθηκε όσον αφορά τη έκβαση στα πλαίσια της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης, ανευρέθησαν 920 άρθρα, 29 από τα οποία επιλέχθηκαν ως πιθανές πηγές άντλησης πληροφοριών, εκ των οποίων χρησιμοποιήθηκαν τα 17. Όσον αφορά την έκβαση μετά από χρήση ή μη θεραπειών που υποστηρίζουν τη ζωή, ανευρέθησαν 711 άρθρα, από τα οποία επιλέχθηκαν ως πηγές τα 17, εκ των οποίων χρησιμοποιήθηκαν τα 11. Όσον αφορά το κομμάτι των προτιμήσεων των

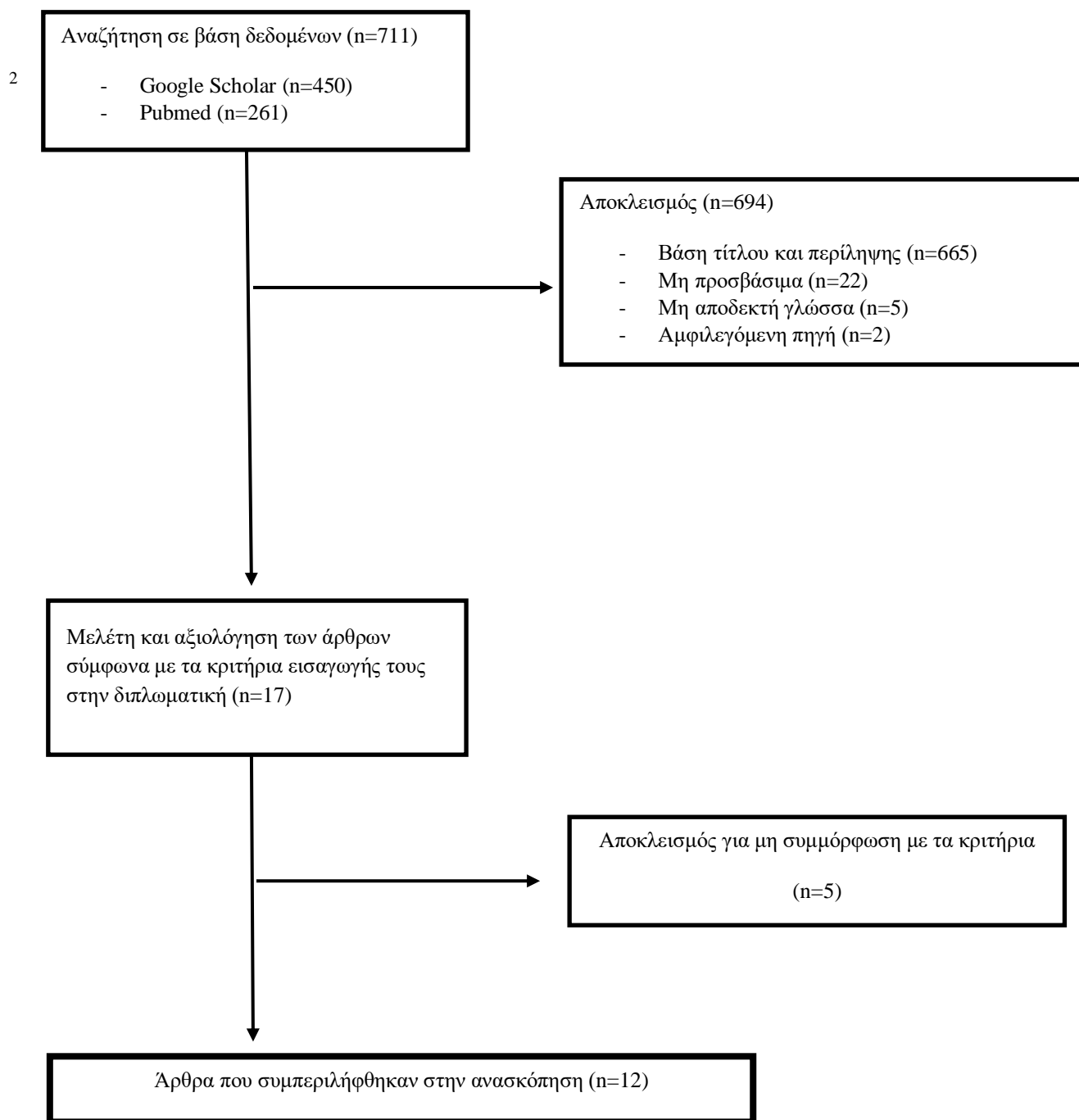
ηλικιωμένων, αντλήθηκαν 914 άρθρα, από τα οποία επιλέχθηκαν ως πηγές τα 39, εκ των οποίων χρησιμοποιήθηκαν τα 21. Τέλος για την ευθανασία, βρέθηκαν 305 άρθρα, εκ των οποίων επιλέχθηκαν για πηγή τα 20 και από τα οποία χρησιμοποιήθηκαν τα 8.

PRISMA CPR



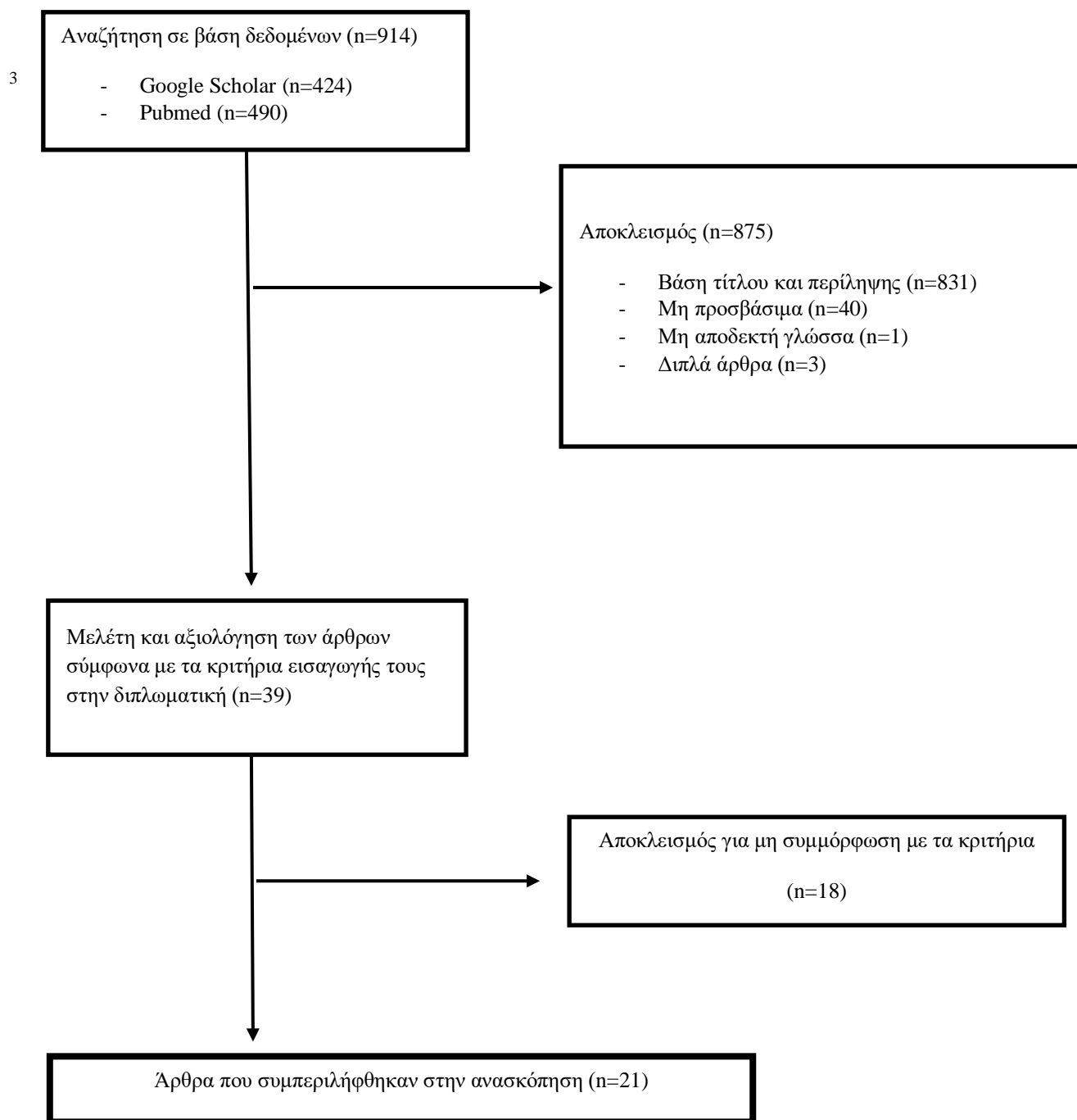
¹ Διάγραμμα βιβλιογραφικής ανασκόπησης

PRISMA End of Life Decisions : Life Sustaining Treatment



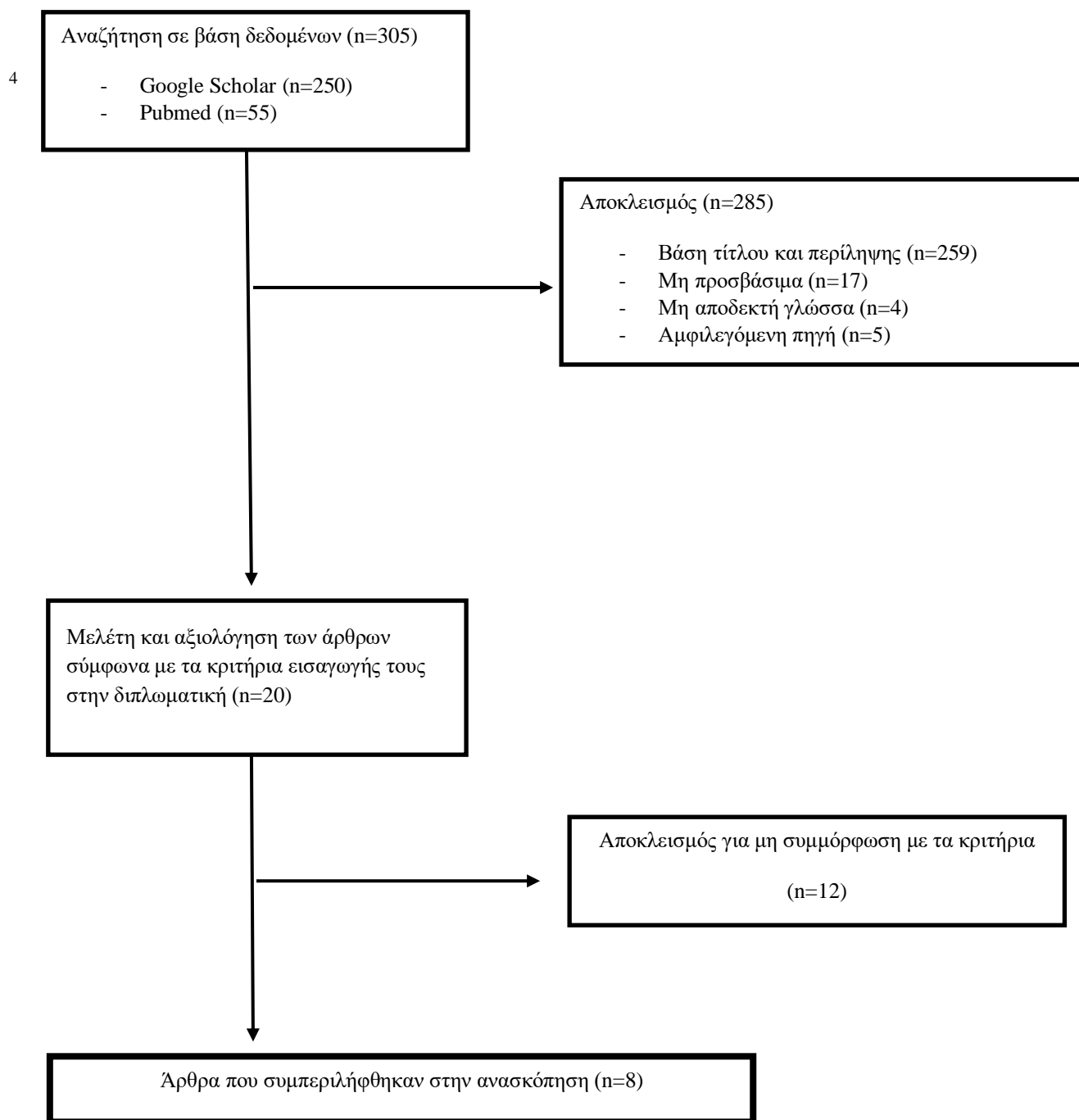
² Διάγραμμα βιβλιογραφικής ανασκόπησης

PRISMA End of Life Decisions - Preferences



³ Διάγραμμα βιβλιογραφικής ανασκόπησης

PRISMA Euthanasia Preferences



⁴ Διάγραμμα βιβλιογραφικής ανασκόπησης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ3 - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1 Έκβαση στα πλαίσια της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης

3.1.1 Επαναφορά αυτόματης κυκλοφορίας

Ο πρώτος στόχος της μελέτης είναι να αντληθούν πληροφορίες σχετικά με την ανάνηψη των ασθενών μετά από ΚΑΡΠΑ. Οι 7/17 μελέτες αναφέρουν την ανάνηψη των ασθενών³⁸⁻⁴⁴. Το ποσοστό ROSC ποικίλλει από 4.1% έως και 64%. Εμβαθύνοντας, οι καρδιακές ανακοπές μπορούν να ταξινομηθούν σε εντός νοσοκομείου (Inhospital cardiac arrest- IHCA) και εκτός νοσοκομείου (Out of Hospital Cardiac arrest-OHCA). Σε αυτά τα πλαίσια παρατηρήθηκε διαφορά στα ποσοστά, συγκεκριμένα μεταξύ 4.1% μέχρι 18.9% OHCA^{45,46} και 7% έως 64% (IHCA)^{38-40,42-44}. Από τις μελέτες που δεν αναφέρουν γραπτώς περί IHCA, το συμπέρασμα είναι αυτονόητο καθώς οι περισσότεροι ασθενείς προ της ανακοπής νοσηλεύονταν σε μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) ή σε τμήμα, παθολογικό ή χειρουργικό. Αξίζει να τονιστεί ότι σε πολλές μελέτες περιλαμβάνονταν ο αριθμός των ασθενών που έλαβαν ΚΑΡΠΑ και το ποσοστό επιβίωσης, χωρίς όμως να αναφέρεται πουθενά το ποσοστό ανάνηψης (ROSC). Αυτό δεν αποκλείει ότι η κατάληξη των θνησκόντων, ήταν κατά την νοσηλεία και όχι κατά τη διάρκεια της ΚΑΡΠΑ. Χαρακτηριστικά, αναφέρεται ότι από τους 4770 ασθενείς αποβίωσαντες, οι 3768 απεβίωσαν την ίδια μέρα⁴⁷. Τέλος, να γίνει μια σημαντική παρατήρηση ότι τα ποσοστά ανάνηψης μειώνονται όσο πιο μεγάλος είναι ο αριθμός των ασθενών στην εκάστοτε έρευνα.

3.1.2 Ενδονοσοκομειακή Θνητότητα και Επιβίωση

Το επόμενο πρωτογενές αποτέλεσμα καταγραφής είναι η θνητότητα και η συνολική επιβίωση μετά από ανακοπή και καταγράφηκε σε 14/17 μελέτες. Η ενδονοσοκομειακή θνητότητα (Inhospitalmortality) ξεκινούσε από 44% και έφτανε μέχρι 75% ενώ η ετήσια θνητότητα ήταν στο 87%^{39,42}. Το ποσοστό επιβίωσης έως την έξοδο από το νοσοκομείο ξεκινούσε από 0% μέχρι 32,4%^{38-40,43,44,47-53}. Τέλος, το ποσοστό επιβίωσης στις 30 ημέρες, στους 6 μήνες και στον 1 χρόνο, ξεκινούσε από 0% έως 27.8%^{38,39,43,50,53}. Και εδώ υπάρχουν αρκετά ενδιαφέροντα στοιχεία. Αρχικά τα υπερβολικά χαμηλά ποσοστά επιβίωσης κατά την έξοδο οφείλονται κυρίως σε καρδιακές ανακοπές εκτός νοσοκομειακού χώρου. Στη σύγκριση των δύο υποκατηγοριών, τα ποσοστά στην ΟΗCΑ είναι 0-12% και στην ΙΗCΑ 7-28%. Περαιτέρω ανάλυση δείχνει ότι οι ασθενείς που διακομίζονταν από νοσηλευτικά ιδρύματα, είχαν ποσοστά επιβίωσης 0-5.1%⁴⁹. Τέλος πρέπει να τονιστεί ότι τα ποσοστά επιβίωσης στους 6 και 12 μήνες ήταν μειωμένα σε σχέση με τα αυτά της εξόδου, αλλά δεν παρατηρήθηκαν αποκλίσεις άνω του 5%. Αυτό δεν ισχύει για όλες τις μελέτες εκτός από μία.⁴⁹

3.1.3 Νευρολογική και Λειτουργική Ακεραιότητα

Ένα ακόμα πολύ σημαντικό αποτέλεσμα είναι η νευρολογική- λειτουργική ακεραιότητα και η ποιότητα ζωής των επιζώντων, η οποία περιγράφεται σε 6/17 άρθρα. Ο βασικός δείκτης μέτρησης νοητικής λειτουργίας είναι το CPC (Cerebral Performance Category), του οποίου τα αποτελέσματα ποικίλλουν από 1 έως 5, με το 1-2 να φυσιολογικά και το 5 ως το χειρότερο (εγκεφαλικό θάνατος). Το CPC 1-2 ποίκιλε από 1% έως 93%^{38,39,51,53}. Εάν εξαιρέσουμε τα άρθρα σχετικά ΟΗCΑ, από τα οποία στο ένα το CPC 1-2 ήταν 1-4.8%³⁸, και στο άλλο αναφέρονταν ότι η πλειονότητα

των επιζώντων είχαν CPC 1-2, στα υπόλοιπα άρθρα το CPC ήταν 77.5%-93.1%. Επιπλέον, στη σύγκριση ασθενών με ΧΑΠ και χωρίς, οι πρώτοι με 15.4% παρουσίαζαν καλύτερο νευρολογικό αποτέλεσμα σε σχέση με τους τελευταίους 7.4%. Από την άλλη, το MRS (Modified Rankin Score) καταγράφει το βαθμό αναπηρίας. Εδώ παρατηρήθηκε ότι το 65.5% των ασθενών ένα χρόνο μετά την ανακοπή είχαν διατηρημένο MRS, το 30% είχε μειωμένο MRS κατά ένα βαθμό, και μόλις το 23.4% από τους ασθενείς με μειωμένο MRS αναγκάστηκε να νοσηλευτεί σε κέντρο αποκατάστασης³⁹. Τέλος, μόλις σε μία μελέτη περιγράφεται μειωμένη η ποιότητα ζωής, αλλά τα δεδομένα είναι ανεπαρκή, και σε άλλη μία καταγράφεται ότι σχεδόν οι μισοί ασθενείς μεταφέρθηκαν σε άλλο νοσοκομείο για φροντίδα (48%) και μόλις 3% νοσηλεύτηκε σε νοσηλευτικό ίδρυμα για αποκατάσταση³⁹.

3.1.4 Ηλικία και Συννοσηρότητες

Και στα 17 άρθρα είναι καταγεγραμμένη η ηλικία των ασθενών. Σε ορισμένα υπάρχει η διάμεση ηλικία, που ποικίλλει από 61.7 χρόνια μέχρι 77 έτη. Σε άλλα περιγράφονται ηλικιακά γκρουπ, σε ένα καταγράφεται το ηλικιακό φάσμα των ασθενών, από 4ημερών μέχρι 84 ετών, ενώ στα υπόλοιπα δεν υπάρχει σαφής καταγραφή της ηλικίας αλλά ο διαχωρισμός γίνεται ανάμεσα σε νέους, ηλικιωμένους και υπερήλικες. Επιπλέον 16/17 άρθρα παρουσιάζουν δεδομένα για τις συννοσηρότητες των ασθενών. Περιγράφονται νόσοι όπως η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), η καρδιακή ανεπάρκεια, ο καρκίνος, η τελικού σταδίου χρόνια νεφρική νόσος ή παρουσιάζονται δεδομένα από εργαλεία όπως το CCI (Charlson Comorbidity Index), το ACCI (Age-Adjusted Charlson Comorbidity Index), είτε το CFS (Clinical Frailty Score). Σε κάποια άρθρα περιγράφονται συγκεκριμένες ομάδες ασθενών, όπως ασθενείς με ψυχιατρική νόσο, ΧΑΠ, ή ασθενείς σε αιμοκάθαρση λόγω χρόνιας νεφρικής νόσου.

Από τα περισσότερα, είναι εμφανές και τονίζεται ότι η ηλικία είτε μόνη^{41,49,50,54} είτε σε συνδυασμό με συννοσηρότητα^{38-40,42-44,47,48,51-53,55} αποτελεί παράγοντα μειωμένης ανάνηψης των ασθενών μετά από ΚΑΡΠΑ, αυξημένης ενδονοσοκομειακής θνητότητας, μειωμένης επιβίωσης κατά την έξοδο από το νοσοκομείο, σε 6 μήνες και σε ένα έτος. Βέβαια όπου παρουσιάζονται οι συννοσηρότητες, τονίζεται επανειλημμένα ότι η ηλικία των ασθενών δεν αποτελεί τον μοναδικό ούτε τον κυρίαρχο παράγοντα για την ανεπιτυχή έκβαση, αλλά συμπληρώνει το βάρος των χρόνιων νόσων που κουβαλάει στις πλάτες του ο ηλικιωμένος. Όσον αφορά συγκεκριμένες ομάδες ασθενών, να τονιστεί πως στους ασθενείς με αιμοδιάλυση, όπως προαναφέραμε, αρνητικός παράγοντας επιβίωσης είναι η ηλικία, ενώ προστατευτικός παράγοντας αποδείχτηκε η χρήση εμφυτεύσιμου βηματοδότη και απινιδωτή⁴⁸ πιθανώς διότι η αιτία ανακοπής μάλλον είναι προϊόν ηλεκτρολυτικών διαταραχών, λόγω της νόσου, οι οποίες έχουν αρρυθμιολογικό δράση. Επιπλέον η θνητότητα αυξάνεται κατά 23% σε ασθενείς άνω των 65 χρονών με ψυχιατρική νόσο, ενώ σε ασθενείς με ΧΑΠ συμβαίνουν τα εξής παράδοξα, έχουν παρόμοια ποσοστά ROSC σε σχέση με τους ασθενείς ελέγχου, χαμηλότερα ποσοστά επιβίωσης, αλλά καλύτερα νευρολογικά αποτελέσματα. Τέλος, σε μία έρευνα σύγκρισης ασθενών με σήψη και χωρίς σήψη, δεν υπήρχαν εμφανείς διαφορές στην ανάνηψη των ασθενών, αλλά στην ενδονοσοκομειακή και την θνητότητα μετά από ένα έτος (75% vs 69% και 87% vs 75%)⁴².

3.2 Έκβαση μετά από χρήση μέτρων υποστήριξης της ζωής(LST)

3.2.1 Ηλικία και συννοσηρότητες

Σε όλα τα άρθρα είναι καταγεγραμμένη η ηλικία των ασθενών ή παρουσιάζεται με περιγραφικό τρόπο. Οι συμμετέχοντες είναι κυρίως

ασθενείς που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ και λαμβάνουν τη μέγιστη παρακολούθηση, φροντίδα και θεραπεία. Μόλις σε ένα άρθρο, οι ασθενείς δεν νοσηλεύονται αλλά είναι άτομα με χρόνια νεφρική νόσο, υπό τεχνητή κάθαρση ή σε αναμονή για μεταμόσχευση νεφρού⁵⁶. Η μέση ηλικία ποικίλλει από 60 έως και 84 χρόνια⁵⁷⁻⁶⁴. Τρία από τα έντεκα άρθρα περιγράφουν ηλικίες μόνο άνω των 80 ετών⁶⁵⁻⁶⁷. Μαζί με την ηλικία, καταγράφονται και οι εκτιμήσεις από τα εργαλεία εκτίμησης θνητότητας των ασθενών, όπως το APACHEScore και το SOFAScore. Επιπλέον, με την χρήση εργαλείων όπως το Knausscore, ClinicalFrailtyScore, CharlsonComorbidityIndex, καταγράφεται η ποιότητα ζωής, η λειτουργικότητα και οι συννοσηρότητες των ασθενών.

3.2.2 Οδηγίες μη ανάληψης- περιορισμός μέτρων διατήρησης της ζωής

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, οι περισσότεροι ασθενείς στη μελέτη μας, νοσηλεύονται στη ΜΕΘ. Στα περισσότερα άρθρα, κατά την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ, προτάθηκαν σε ορισμένους ασθενείς οδηγίες για την μη έναρξη καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης (DNRorder) και περιορισμοί στη χρήση θεραπειών και μέτρων απαραίτητα για την υποστήριξη της ζωής (πχ. Μηχανικός αερισμός, χρήση ινοτρόπων φαρμάκων κλπ). Ξεκινώντας από τα DNR orders, σε 4/11 άρθρα οι πληθυσμοί είναι ασθενείς που υπέγραψαν τέτοιες οδηγίες. Στις 2/4 μελέτες αποτελούσαν όλο τον πληθυσμό της έρευνας, στα πλαίσια σύγκρισης early vs late DNR orders^{57,63}. Στις υπόλοιπες, το ποσοστό ποικίλλει από 5.1-31% έως 49%^{60,61}. Η χρήση περιορισμού LSTs ποίκιλλε από 7.8% έως και 59%^{58,59,61,63-65}. Μόλις σε ένα άρθρο δεν υπήρξε συνεννόηση παρόχου και ασθενή, αλλά οι ασθενείς αυτοβούλως διέκοψαν τη θεραπεία τους. Είναι οι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο, οι οποίοι έκαναν καθημερινά συνεδρίες τεχνητής κάθαρσης νεφρού, και οι

οποίοι για δικούς τους προσωπικούς λόγους αποφάσισαν να σταματήσουν

56.

3.2.3 Θνητότητα

Βασικό αποτέλεσμα της μελέτης είναι η καταγραφή της συνολικής έκβασης των ασθενών. Στα 4/11 άρθρα η θνητότητα στη ΜΕΘ ήταν 12.5-50%^{58,59,62,66,67}. Εμβαθύνοντας περισσότερο και χωρίς να λαμβάνουμε υπόψιν τους περιορισμούς των LST, φαίνεται ότι η θνητότητα αυξάνεται σε εκθετικό βαθμό όταν οι ασθενείς είναι υπερήλικες, έχουν χαρακτηριστικά ευπάθειας (frailty) και η παρούσα νόσος τους είναι σοβαρή και τους επηρεάζει έντονα. Όταν είναι υπερήλικες αλλά δεν έχουν σημεία ευπάθειας και είναι πιο ήπια η νόσος τους, τα ποσοστά είναι αρκετά χαμηλά⁶⁶, χωρίς να αναιρείται ότι συγκριτικά με τις μικρότερες ηλικιακά ομάδες έχουν μεγαλύτερα ποσοστά θανάτων⁶². Αυτό δεν ισχύει στη σύγκριση μεταξύ ασθενών στην 8^η και 9^η ηλικία της ζωής⁶⁷, καθώς είχαν παρόμοια ποσοστά θανάτων.

Προσθέτοντας στην εξίσωση και τον περιορισμό των LST, τα ποσοστά αλλάζουν. Συγκεκριμένα, σε ασθενείς με περιορισμό LST ήταν 66% σε σχέση με πλήρη θεραπεία (17%)⁶⁵. Στη σύγκριση ασθενών με διακοπή ή απόσυρση της θεραπείας τα ποσοστά ήταν 53.1% με 93.1% στις 30 μέρες⁶⁴. Προσθέτοντας και τις DNRorders, τα ποσοστά ήταν 71.6% με 28.4% των ασθενών χωρίς τις ανάλογες οδηγίες⁶⁰. Η θνητότητα στους 6 μήνες και στον 1 χρόνο παρουσιάζουν λίγο πιο υψηλά ποσοστά αλλά οι τάσεις σε όλες τις υποκατηγορίες είναι παρόμοιες. Ενδιαφέρουσα είναι η σύγκριση ασθενών με πρώιμες και όψιμες οδηγίες DNR. Φαίνεται ότι η θνητότητα και στις δύο μελέτες σύγκρισης είναι παρόμοια^{60,63}, όμως η διαφορά βρίσκεται στη νοσηρότητα, καθώς στις πρώιμες οδηγίες περιγράφονται λιγότερα ποσοστά ντελίριου, ανάγκης μη επεμβατικού ή και επεμβατικού μηχανισμού, και συνολικά μικρότερη διάρκεια νοσηλείας

ανεξαρτήτως επιβίωσης, και στην επιλογή της παρηγορικής θεραπείας (26% vs20%).

Οι λόγοι των χαμηλών ποσοστών επιβίωσης είναι η ηλικία, οι συννοσηρότητες του ασθενούς το ποιόν και η σοβαρότητα της νόσου. Τα εργαλεία πρόγνωσης που χρησιμοποιήθηκαν (APACHE-SOFAScore) ανέδειξαν την υψηλή θνητότητα και επιβεβαιώθηκαν. Υπήρξαν και εξαιρέσεις⁶⁷, όπου το τελικό συμπέρασμα δείχνει ότι δεν είναι μάταιη η εντατική θεραπεία των υπερηλίκων. Αναφέρεται όμως στα πλαίσια περιορισμού κλινών, ότι έγινε έντονη διαλογή κατά την εισαγωγή στην εντατική. Όμως φαίνεται ότι η διαχείριση των ηλικιωμένων είναι πιο απαιτητική και χωρίς τα ανάλογα αποτελέσματα. Πρέπει επίσης να τονίσουμε ότι, εξαιτίας των ανωτέρω λόγων, οι ασθενείς σε συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό προτιμούν τον περιορισμό στις επεμβατικές θεραπείες και δίνουν εντολές κατά της αναζωογόνησης. Οι περισσότεροι καταλαβαίνουν ότι πλησιάζει το τέλος της ζωής, και γι' αυτό επιλέγουν λιγότερο παρεμβατικά μέτρα. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα των νεφροπαθών⁵⁶, οι οποίοι αποφάσισαν να αποσυρθούν από την θεραπεία κάθαρσης. Οι λόγοι θεωρούνται πως είναι ψυχοκοινωνικοί, βασίζονται στο γεγονός ότι υπήρξε υποβάθμιση της θεραπείας τους τελευταίους 12 μήνες (από πιθανή μεταμόσχευση σε μόνιμη αιμοκάθαρση και ούτω καθεξής) και στην εγγενή γνώση πως η θεραπεία τους, λόγω συννοσηροτήτων και ηλικίας, δεν είναι πλέον τόσο αποδοτική. Το ενδιαφέρον είναι ότι οι θάνατοι που προήλθαν από την απόσυρση αποτέλεσαν μόλις το 23% των θανάτων όλων των νεφροπαθών τη συγκεκριμένη περίοδο (8111/34318) με το ζενίθ να είναι τους πρώτους 2 μήνες και στη συνέχεια να παρατηρείται γρήγορη πτώση και έπειτα σταθερότητα.

3.2.4 Διαφορές στη χρήση επεμβατικών θεραπειών

Η συνολική χρήση των επεμβατικών θεραπειών είχε αρκετές διακυμάνσεις. Ανάλογα με την σοβαρότητα της νόσου ξεκινούσε από 15-16% (μηχανικός αερισμός και ινότροπη υποστήριξη) και έφτανε μέχρι 28-96%⁶⁶, χωρίς ωστόσο να αποφέρει και τους ανάλογους καρπούς. Επιπλέον δεν διέφερε μεταξύ των υπερηλίκων (>90 χρονών) και των λιγότερο ηλικιωμένων (65-89 χρονών), κυρίως στο μηχανικό αερισμό στην χρήση ινοτρόπων φαρμάκων και στην τοποθέτηση αρτηριακών γραμμών, εκτός από θεραπείες υποκατάστασης νεφρού^{62,67}. Σε μελέτη κατά την οποία οι ασθενείς υπέγραψαν οδηγίες μη αναζωογόνησης είτε πρώιμα είτε όψιμα, η πλειονότητα υποστηρίχθηκε με μηχανικό αερισμό, ινότροπη υποστήριξη, μεταγγίσεις και αιμοδιήθηση, ενώ για ένα πολύ μικρό ποσοστό ασθενών χρησιμοποιήθηκε ECMO, χωρίς διαφορές μεταξύ των δύο γκρουπ. Εντούτοις η ενδονοσοκομειακή θνητότητα ξεπερνούσε το 80%. Από την άλλη σε ελληνική μελέτη, κατά την οποία απεβίωσαν όλοι οι ασθενείς, στο 11% υπήρξε περιορισμός των θεραπειών. Από αυτό το 11%, στην πλειονότητα των ασθενών διακόπτονταν η ινότροπη υποστήριξη ενώ σε κάτω από τους μισούς μέχρι το 1/8 διακόπτονταν ο μηχανικός αερισμός, η αιμοδιήθηση και η αντιβιοτική αγωγή⁶¹.

Η εύρεση ενός μοναδικού συμπαγούς συμπεράσματος είναι δύσκολη και πιθανώς ανέφικτη. Από τη μία, πράγματι υπάρχουν υπερήλικες με ή χωρίς τα χρόνια προβλήματα τους οι οποίοι εν τέλει επωφελούνται από τις έντονα παρεμβατικές θεραπείες, καταφέρνουν να επιβιώσουν την παραμονή τους στην εντατική, στο νοσοκομείο και στο σπίτι τους ή σε κάποιο κέντρο αποκατάστασης. Από την άλλη παρατηρείται ότι όσο περισσότερο επιβαρυνμένος είναι ένας οργανισμός, η πιθανότητα να επανέλθει μέσω των επεμβατικών τεχνικών όλο και μειώνεται, με αποτέλεσμα να τίθεται πολύ σωστά το ερώτημα της ματαιότητας, από

τους γιατρούς. Όμως, μήπως θα έπρεπε να έχουν λόγο και οι ασθενείς για το ποιόν της ιατρικής τους κατάστασης και εξέλιξης;

3.3 Προτιμήσεις των ηλικιωμένων

3.3.1 Ηλικία και Συννοσηρότητες

Σε αυτή την ενότητα, θα διερευνηθούν οι προτιμήσεις των ενηλίκων σχετικά με τις αποφάσεις περί του τέλους της ζωής.

Σε όλα τα άρθρα μελέτης υπάρχουν καταγραφές της ηλικίας των εμπλεκόμενων. Οι εμπλεκόμενοι συνήθως είναι ασθενείς, σε άλλες περιπτώσεις είναι συμμετέχοντες σε ερωτηματολόγια, ενώ μπορεί να βρίσκονται σε δυάδες με ένα μέλος της οικογένειάς τους, το οποίο είναι ο πρωταρχικός ιατρικός φροντιστής (primary caregiver). Η μέση ηλικία ξεκινάει από 60 και φτάνει μέχρι και 86.6 έτη. Σε ορισμένα άρθρα υπάρχουν ηλικιακά γκρουπ <65 ετών μεταξύ 65-80 ετών και >80 ετών, σε άλλα καταγράφεται ότι οι ασθενείς είναι πάνω από μία συγκεκριμένη ηλικία πχ άνω των 65 ετών, ενώ πολλές φορές η ηλικία δίδεται περιγραφικά πχ. Οι γηραιότεροι. Από συννοσηρότητες, αρκετοί ασθενείς είναι καρκινοπαθείς προχωρημένου ή τελικού σταδίου⁶⁸⁻⁷⁰, άλλοι πάσχουν από ΧΑΠ⁷¹⁻⁷³, από συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια με ένα ποσοστό 26% να έχει εμφυτεύσιμοβηματοδότη-απινιδωτή⁷⁴, με νόσο Πάρκινσον⁷⁵, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό αναφέρεται γενικότερα ότι έχει αρκετές συννοσηρότητες και ευπάθειες⁷⁶⁻⁸². Οι συννοσηρότητες ήταν συμπληρωματικοί λόγοι, μαζί με την αυξημένη ηλικία, για την ένταξη και

ολοκλήρωση των ερωτηματολογίων, για την πλήρη καταγραφή των οδηγιών σχετικά με τον περιορισμό ή μη των επεμβατικών θεραπειών (LSTs) και για την εισαγωγή των ασθενών στα νοσοκομεία στα πλαίσια έξαρσης μιας χρόνιας νόσου. Τέλος, από την ομάδα των ασθενών, οι περισσότεροι νοσηλεύονταν στο νοσοκομείο ή σε νοσηλευτικό ίδρυμα.

3.4.2 Προτιμήσεις

Το βασικό συμπέρασμα από τις προτιμήσεις των ασθενών, είναι ότι εκτιμούν περισσότερο την παρηγορική φροντίδα από τις έντονα επιθετικές θεραπείες (LSTs). Όσον αφορά την απόρριψη της ΚΑΡΠΑ, τα ποσοστά ποικίλουν από 8% έως και 95%^{69,73,77,78,80,81}, ενώ για όσους την επιθυμούν κυμαίνονται από 9,4% μέχρι 67%^{72,73,82-84}. Εδώ πρέπει να τονιστεί πως σε ένα υποθετικό σενάριο με κακή πρόγνωση τα ποσοστά επιθυμίας υποχωρούν. Επιπλέον σε μία μελέτη παρατηρήθηκε ότι η επιθυμία για ΚΑΡΠΑ δεν συσχετιζόταν με τη παρούσα νόσο, αλλά με τις εσωτερικές πεποιθήσεις των ασθενών ανεξαρτήτως της υγείας τους. Προχωρώντας στον μηχανικό αερισμό, τα ποσοστά επιθυμίας μειώνονται ακόμα περισσότερο. Σε μία μελέτη τα ποσοστά φάνηκε ότι ήταν 56-81% αλλά στη μετά- ανάλυση που έγινε έπεσαν στο 48%⁸². Αντιθέτως τα ποσοστά αποφυγής ήταν από 8.2% μέχρι 70.4%^{69,77}. Συνολικά για LST, σε 4/21 τα ποσοστά επιθυμίας των LSTs ήταν από 10% μέχρι 50%^{73,74,80,82,84,85}, και τα ποσοστά επιθυμίας παρηγορικής φροντίδας από 8% έως 84.3%^{71,80,83,86}. Από τις παρατηρήσεις, οι νεότεροι και πιο εύρωστοι ασθενείς προτιμούσαν πιο επιθετικές θεραπείες, ενώ οι γηραιότεροι με κατανόηση της νόσου τους έκλιναν περισσότερο στην παρηγορική φροντίδα. Στα υποθετικά σενάρια που δίδονταν, έπαιξε σημαντικό ρόλο η τελική έκβαση. Εάν το αποτέλεσμα δεν επηρέαζε την νοητική και λειτουργική ικανότητα του ασθενούς τότε πράγματι οι περισσότεροι έκλιναν στις παρεμβατικές

θεραπείες. Σε αντίθετη περίπτωση άλλαζαν την άποψη τους. Εκτός των σεναρίων, αρκετοί παρά την εισαγωγή τους χωρίς οδηγίες, εν τέλει έθεταν περιορισμούς στην θεραπεία τους, και λιγότεροι αναιρούσαν τους περιορισμούς. Και εδώ η ηλικία, η σοβαρότητα της νόσου και η κατανόηση από τον ασθενή έπαιζε τον ρόλο της⁷⁹. Τέλος πρέπει να τονιστεί ότι οι περισσότεροι ήταν αναποφάσιστοι για την κατεύθυνση που θα ακολουθήσουν, είτε λόγω ανασφάλειας, είτε λόγω άγνοιας της κατάστασης τους.

3.4.3 Αρμονία απόψεων μεταξύ των οικογενειακών μελών και πρακτικές

Στο τελευταίο κομμάτι θα ερευνήσουμε την συμφωνία στις απόψεις μεταξύ των ασθενών και των άλλων μελών της οικογένειας καθώς και πιθανές λανθασμένες πρακτικές. Το συμπέρασμα είναι πως σε κάποιες περιπτώσεις πράγματι υπήρχε συμφωνία μεταξύ των δύο πλευρών, αλλά τις περισσότερες φορές δεν συμφωνούσαν^{71,75,78,81,87,88}. Το ποσοστό συμφωνίας μεταξύ των δύο κυμαίνονταν από 42,3%-62.1%. Συνήθως οι συγγενείς ήθελαν πιο παρεμβατικές θεραπείες ενώ ο πάσχων προτιμούσε κάτι πιο παρηγορικό. Ειδικότερα, η πιο μεγάλη διαφωνία υπήρχε όταν ο ασθενής δεν ήθελε καμία επεμβατική θεραπεία. Στη μόνη περίπτωση που ίσχυε το αντίθετο, ήταν στους παρκινσονικούς ασθενείς, πιθανώς, όπως αναφέρεται, γιατί οι περισσότεροι ήταν αρκετά νέοι, στην αρχή της νόσου τους ή είχαν προλάβει να προσαρμοστούν στην κινητική τους αναπηρία. Βέβαια, πάλι, όσοι είχαν γνώση της νόσου, εν τέλει απέρριπταν τις θεραπείες. Επιπλέον παρατηρήθηκε ότι δεν υπήρχε επικοινωνία μεταξύ τους σε μεγάλο βαθμό (43-68%), με τους τελευταίους να μην γνωρίζουν καν (41.8%) ότι οι συγγενείς τους ήθελαν εν τέλει παρηγορική φροντίδα.

Το ίδιο ίσχυε και για τους γιατρούς. Φάνηκε ότι δεν είχαν γνώση των επιθυμιών των ασθενών τους και έκριναν λανθασμένα τις πιθανές επιθυμίες τους⁷², ενώ δεν τους είχαν ενημερώσει ενδελεχώς και επαρκώς

για την εξέλιξη της νόσου τους. Όσοι ασθενείς γνώριζαν την πρόγνωση τους, επιθυμούσαν την παρηγορική φροντίδα^{69,73,74} σε σχέση με όσους δεν γνώριζαν, και, από τους τελευταίους, όταν την μάθαιναν, άλλαζαν τις οδηγίες τους. Ήταν ξεκάθαρο ότι οι γιατροί ελάχιστα εξερευνούν με τους ασθενείς το τέλος της ζωής με ποσοστά 11.3%-19.4%^{69,72,73}. Τέλος σε μία μελέτη παρατηρήθηκε ότι παρόλο που οι ασθενείς δεν ήθελαν επεμβατικές θεραπείες και ΚΑΡΠΑ, η πλειονότητα τις έλαβε παρά την θέληση της. Σε αυτή την παραφωνία, συνέβαλαν αρνητικά τα άλλα μέλη της οικογένειας λόγω της θέλησης τους να ζήσει ο συγγενής τους⁷⁸.

3.5 Προτιμήσεις Περί Ευθανασίας

3.5.1 Ηλικία και συννοσηρότητες

Όπως και στις προηγούμενες περιπτώσεις, η ηλικία των ασθενών είναι καταγεγραμμένη. Συνήθως οι πληθυσμοί είναι άνω των 60 χρονών με μία μέση ηλικία 60-82χρόνια⁸⁹⁻⁹², ή διαχωρίζονται σε ηλικιακά γκρουπ, στα οποία το ποσοστό των ηλικιωμένων άνω των 60 ετών ξεπερνάει το 50%^{93,94}, ή αναφέρεται ότι όλοι οι ασθενείς είναι άνωθεν μίας ηλικίας, με χαμηλότερη τα 55 έτη^{95,96}. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι συμμετέχοντες είναι ασθενείς με μία κρίσιμη νόσο, κυρίως με καρκίνο τελικού σταδίου^{89,91,95} ή υγιείς άνθρωποι, οι οποίοι στα πλαίσια της έρευνας εκφράζουν την άποψη τους.

3.5.2 Προτιμήσεις

Στις 5/8 μελέτες εξετάζονται οι προτιμήσεις των ασθενών οι οποίοι έχουν καταλήξει^{89-91,93,94}. Στις 3 από αυτές, το ποσοστό των ασθενών που υποβλήθηκαν σε εθελούσια ενεργητική ευθανασία ήταν από 1.6% έως 33%, ενώ μόλις 2 περιστατικά υποβλήθηκαν σε μη εθελούσια ενεργητική ευθανασία. Σε ορισμένες περιπτώσεις η ευθανασία ήταν μετά από πρώιμο

προγραμματισμό φροντίδας (advancedcareplanning) και των ADE (Advanced directives-Euthanasia), ενώ σε άλλες, οι ασθενείς, στο τέλος της ζωής, υπομένοντας μαρτυρικά, επιθυμούσαν τη συντόμευση του θανάτου τους. Για να υποβληθούν σε ευθανασία, δεν αρκούσε να το ζητήσουν μία φορά. Έπρεπε να το επαναλάβουν το αίτημα τους αρκετές φορές, και μόνο αφού εξεταζόταν από τους ιατρούς, τουλάχιστον 2 τις περισσότερες φορές, γινόταν αποδεκτό. Στα πλαίσια του ACP, δεν κατέληγαν όλοι οι ασθενείς λόγω ευθανασίας. Στην πραγματικότητα μόλις το 1/3 από όσους είχαν ως προτίμηση την ευθανασία, τελικά την υλοποιούσαν. Όμως, τουλάχιστον οι μισοί ασθενείς, στις 2/8 μελέτες, είχαν καταγεγραμμένη την προτίμηση της ευθανασίας, και ένα μεγάλο μέρος την τερματική καταστολή.

Ένα άλλο μεγάλο κεφάλαιο είναι η ενημέρωση αυτών των ασθενών. Κάτω από 2 στους 10 είχαν ενημερωθεί επαρκώς για την παρηγορική φροντίδα και την ευθανασία, ενώ οριακά οι μισοί ήθελαν περισσότερες πληροφορίες. Στην περίπτωση των υποθετικών σεναρίων, σε μία μελέτη δόθηκαν 3 καταστάσεις έντονα βαρέων νόσων χωρίς καλή πρόγνωση⁹². Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν σύμφωνοι στη συντόμευση του θανάτου τους, κάτω από το 1/3 δεν θα έμπαινε σε αυτή τη διαδικασία, οριακά τα 2/3 θα επιχειρούσαν να αυτοκτονήσουν, ενώ λίγο λιγότεροι από τους μισούς θα ήθελαν να προβούν σε υποβοηθούμενη αυτοκτονία (PatientAssistedsuicide). Αντίστοιχα, μια ασιατική μελέτη στη σύγκριση μεταξύ Κίνας, Ιαπωνίας και Κορέας, ανέδειξε ότι ένα ποσοστό από 7.7 έως 50.5% θα ήταν δεκτικό στην ευθανασία, περίπου οι μισοί και παραπάνω ασθενείς τουλάχιστον θα το σκέφτονταν και μόλις 1 στους 10 δεν θα το σκεφτόταν καν. Η πλειονότητα συμφώνησε ότι θα έπρεπε να δίδεται ως επιλογή. Σημειωτέον ότι σε καμία από αυτές τις χώρες δεν είναι νόμιμη η ευθανασία⁹⁵. Στην τελευταία μελέτη, γίνεται λόγος για τη νομιμοποίηση της ευθανασίας, με ένα τεράστιο ποσοστό των συμμετεχόντων να είναι υπέρ (81.7%), ενώ πάνω από τους μισούς θα

σκέφτονταν το σενάριο της ευθανασίας σε μια κακή πρόγνωση, και περίπου το 1/3 θέλουν ή είναι μέλη οργανώσεων υπέρ της ευθανασίας⁹⁶.

Τι είναι όμως αυτό που ωθεί έναν ασθενή να θέλει να συντομεύσει τον θάνατο του; Σίγουρα το ζήτημα είναι ιδιαίτερα σύνθετο και περίπλοκο και ο καθένας έχει τον δικό του τρόπο σκέψης. Και από τα όσα δείχνουν τα αποτελέσματα, υπάρχουν διαφορές. Γενικότερα, κανένα άρθρο δεν συσχέτισε την ηλικία, ούτε και το φύλο, με την επιθυμία για ευθανασία. Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, σε ορισμένες περιπτώσεις φάνηκε ότι η εκπαίδευση ήταν παράγοντας υπέρ της ευθανασίας, ενώ σε άλλες δεν είχε ιδιαίτερη συσχέτιση. Συγκεκριμένα, οι πιο μορφωμένοι ασθενείς είναι αυτοί που επίμονα αναζητούν την λύτρωση σε σχέση με τους λιγότερο μορφωμένους⁹³. Ένα άλλο διττό αποτέλεσμα είναι η αίσθηση του βάρους. Από τη μία παρουσιάζεται ότι η ενοχή αποτελεί παράγοντα της ευθανασίας, ενώ από την άλλη παρουσιάζεται πως επειδή ο ασθενής νιώθει το έντονο βάρος προς την οικογένεια του, δεν θα προβεί σε τέτοια πράξη⁹⁶. Μία απλή εξήγηση είναι ότι ο θάνατος του θα αποτελέσει ψυχολογικό, κοινωνικό ή και οικονομικό φορτίο για την οικογένεια του. Άλλοι θετικοί παράγοντες φαίνεται πως είναι η γρήγορη έναρξη της παρηγορικής φροντίδας, η απουσία των χημειοθεραπειών, η πρόγνωση, οι συννοσηρότητες και ο χρόνος από την διάγνωση της νόσου. Όσο περισσότερο ζούσαν οι ασθενείς τόσο περισσότερο αναζητούσαν αυτή την παρέμβαση, ίσως γιατί δεν έβλεπαν οριστική λύση στο πρόβλημα τους, και είχαν καθημερινή αγωνία, αδυναμία και πόνο⁹³.

Τέλος ο πιο σημαντικός θετικός παράγοντας ήταν η αξιοπρέπεια. Όλοι οι άνθρωποι μεγαλώνοντας, μαθαίνουν να ζουν μόνοι τους. Μπορούν να ικανοποιήσουν τις βασικές τους ανάγκες, να είναι λειτουργικοί, να επικοινωνούν με τους τριγύρω τους. Όλες αυτές οι ατέρμονες δυνατότητες και κατακτήσεις, του προσφέρουν εσωτερική ικανοποίηση. Στη σκέψη της απώλειας όλων αυτών φοβούνται. Αδυνατούν να πιστέψουν ότι θα

χάσουν τα λογικά τους, ότι δεν θα μπορούν να μιλήσουν με τους αγαπημένους τους, ότι δεν θα μπορούν να φάνε ή να περπατήσουν. Η θεωρητική απώλεια του ελέγχου τους κατακρημνίζει ψυχολογικά. Όπως είναι φυσικό, δεν προτιμούν τέτοια ζωή, είναι μια επίγειος κόλαση. Γι' αυτό και στρέφονται στη λύση ενός καλού θανάτου⁹⁶.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

4.1 ΚΑΡΠΑ

Η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση είναι μία μέθοδος επαναφοράς του αποβιώσαντος στη ζωή και πράγματι είναι μία μέθοδος με αποτελέσματα, που έχει σώσει αρκετούς ασθενείς από τον θάνατο. Στην περίπτωση των ηλικιωμένων με βαριές συννοσηρότητες, κακοήθειες ή καλοήθειες ή συνδυασμό ασθενειών ειδικά σε τελικό στάδιο φαίνεται ότι είναι μάταιη. Συγκριτικά τόσο στο κομμάτι της αρχικής ανάνηψης όσο και στο κομμάτι της συνολικής έκβασης (επιβίωση στην έξοδο από το νοσοκομείο, στους 6 και 12 μήνες αντίστοιχα) τα νούμερα των ηλικιωμένων υποφέρουν, και οι ίδιοι μαζί, σε σχέση με νεαρότερους ασθενείς. Τα ποσοστά είναι ακόμα πιο τραγικά για τις καρδιακές ανακοπές που συμβαίνουν σε χώρο εκτός νοσοκομείου. Φαίνεται ότι το πλήρωμα του χρόνου και οι χρόνιες παθήσεις φθείρουν τον οργανισμό, ο οποίος πλέον ξεμένει από εφεδρείες, και δεν μπορεί να υπομείνει το έντονο στρες. Από την άλλη βλέπουμε, ότι και οι ασθενείς καταλαβαίνουν το τέλος της ζωής τους και δεν επιθυμούν να επιστρέψουν. Όλο και περισσότεροι δηλώνουν επιθυμία για την

ανάκληση της ΚΑΡΠΑ και ένα μέρος,στις χώρες που είναι εφικτό, υπογράφει έγγραφα, κάποια νομικά κατοχυρωμένα, τα οποία έχουν σαφείς οδηγίες για την ανάκληση της ΚΑΡΠΑ.Παρόλα αυτά όμως, δεν μπορούμε να απαρνηθούμε τις προσφορά της ανάνηψης και των πρώτων βοηθειών. Δεν είναι όλες οι περιπτώσεις ίδιες. Είναι αντιδεοντολογικό και ανήθικο ένας γιατρός να μην προσφέρει ΚΑΡΠΑ σε έναν τυχαίο ηλικιωμένο που συνάντησε στο δρόμο ή σε έναν ενδονοσοκομειακό ασθενή ο οποίος πνίγηκε, καθώς στη μία περίπτωση δεν γνωρίζει το ιστορικό και το αίτιο της ανακοπής, ενώ στη δεύτερη αναγνωρίζει ότι το αίτιο είναι γρήγορα ανατάξιμο και δεν έχει ουδεμία σχέση με την παρούσα νόσο.

4.2 Διακοπή LSTs

Παρόμοια κατάσταση παρατηρείται και στην χρήση των θεραπειών και συσκευών επιθετικής υποβοήθησης της ζωής. Εδώ τα αποτελέσματα είναι λιγότερο σαφή, το σίγουρο είναι όμως ότι εκτός από τις συννοσηρότητες και την ηλικία παίζει έντονο ρόλο και η σοβαρότητα της έξαρσης της παρούσας νόσου του. Ουκ ολίγες φορές χρησιμοποιήθηκαν πολλά εργαλεία και σκορ που προβλέπουν τη φυσική κατάσταση, τη λειτουργικότητα του ασθενούς αλλά και την προβλεπόμενη θνητότητα του σε περίπτωση νοσηλείας του σε ΜΕΘ, και όσο πιο υψηλά τα νούμερα τόσο χειρότερη η πρόγνωση. Πολύ λίγα άτομα καταφέρνουν να επιβιώσουν και με τι κόστος; Η λειτουργικότητα τους, η νοητική τους ικανότητα, ο τρόπος ζωής τους, το μέρος που θα ζήσουν, όλα μεταβάλλονται. Άλλες φορές παραμένουν αμετάβλητα, αλλά τις περισσότερες φορές η ποιότητα τους μειώνεται. Εν τέλει αρκετοί καταλήγουν να διαμένουν σε οίκους ευγηρίας, κέντρα αποκατάστασης, νοσηλευτικά ιδρύματα φροντίδας και πολλοί καταλήγουν εκεί. Και εδώ, πάλι ένα μεγάλο ποσοστό δεν είναι διατεθειμένο να παλέψει μέχρι τέλους. Κάπου βάζει όρια, και αυτά τα όρια είτε λέγονται οδηγίες μη ανάνηψης

(DNRorders) είτε περιορισμοί στη χρήση θεραπειών που υποστηρίζουν τη ζωή. Όλο αυτό αποτυπώνεται στο γεγονός ότι οι περισσότεροι ασθενείς, ανάλογα την κατάσταση τους, την πρόγνωση, αλλά και την ηλικία (επειδή έχουν 'χορτάσει' τη ζωή) προτιμούν την παρηγορική φροντίδα, την ανακούφιση και την αξιοπρέπεια.

Και πάλι δεν μπορούμε να καταλήξουμε σε ένα ασφαλές συμπέρασμα. Από τη μία οι περισσότεροι θνήσκοντες είχαν ένα περιορισμό στη θεραπεία, που βέβαια φαντάζει λογικό, αφού δεν υποστηρίχθηκαν πλήρως. Από την άλλη τα καλύτερα ποσοστά επιβίωσης των ηλικιωμένων, οφείλονταν στην έντονη διαλογή. Μπορεί άραγε ένας ιατρός να επιλέγει επιλεκτικά τους ασθενείς που θα υποστηρίξει στο έπακρο; Και στην περίπτωση που το κάνει πόσο σίγουρος μπορεί να είναι για τα αποτελέσματα του; Θα έχει εξαιρετικά ποσοστά επιβίωσης; Και αν δεν έχει, δεν θα κλονιστεί η ψυχολογία του, η αυτοεκτίμηση των ικανοτήτων του, ακόμα και η σχέση του με τις οικογένειες των ασθενών;

Όλα αυτά είναι ερωτήματα τα οποία δεν μπορούν να απαντηθούν. Αυτό όμως που μπορεί να γίνει είναι η καλύτερη συνεργασία και επικοινωνία γιατρού και ασθενή, κάτι που σίγουρα πάσχει. Γνωρίζοντας τον ασθενή, δημιουργείται ένα ισχυρός δεσμός. Μέσα από αυτό μπορεί να γίνει σωστή ενημέρωση για την παρούσα νόσο του, για την συνολική του κατάσταση, την πρόγνωση του και τις πιθανές επιλογές που έχει. Από τη στιγμή που γίνεται αυτό, εμείς είμαστε υπεύθυνοι να τον βοηθήσουμε, χωρίς να τον χειραγωγήσουμε, να κάνει τις ανάλογες επιλογές του, και αφού το κάνει, πορευόμαστε μαζί σεβόμενοι, τηρώντας, τις επιλογές του. Αυτό ισχύει είτε είναι οδηγίες DNR, είτε είναι οδηγίες άρνησης εισαγωγής στη ΜΕΘ, διασωλήνωσης, αερισμού, ινότροπης υποστήριξης της καρδιάς, ακόμα και αντιβιώσεις, χημειο- ή ακτινοθεραπείες και ίσως και χειρουργική παρέμβαση. Σε περίπτωση που κάτι δεν συνάδει με τις επιστημονικές μας αξίες, είναι καλύτερο να αρνηθούμε ευγενικά, παρά με πράξεις μας να έρθουμε σε αντιπαράθεση με τα πιστεύω του ασθενούς. Όλα αυτά τα

ηθικά διλήμματα θα συνεχίζουν να υπάρχουν, αλλά μόνο με την συνεργασία και την επικοινωνία θα επιτύχουμε να μειώσουμε τόσο την εμφάνιση τους που πλέον δεν θα αποτελούν τροχοπέδη στην ηθική μας.

4.3 Ευθανασία

Είναι η ευθανασία ηθική; Πιθανώς είναι μία από τις λίγες ερωτήσεις που δεν μπορεί να απαντηθεί μεθοδικά και σφαιρικά χωρίς να υπάρχουν αντιπαραθέσεις. Υπάρχουν γιατροί που υποβάλλουν τους ασθενείς τους σε ευθανασία, υπάρχουν και εκείνοι που είναι αντίθετοι με την ίδια την έννοια της λέξης. Βέβαια, όλο και περισσότερες χώρες υιοθετούν νομικά πλαίσια, υπό τα οποία μπορούν να πραγματοποιηθούν τέτοιες πράξεις εφόσον πληρούνται τα ανάλογα κριτήρια. Επιπρόσθετα και οι κοινωνίες, ακόμα και αν δεν υπάρχει το ανάλογο νομικό πλαίσιο, φαίνεται να στρέφονται στην ιδέα της ευθανασίας. Οι ασθενείς πλέον αναζητούν μία λύση που θα τους λυτρώσει από τα βάσανα τους. Δεν έχουν άλλες ψυχικές δυνάμεις να υπομείνουν τον πόνο, το άγχος, την κατάθλιψη, την αδυναμία. Θέλουν να έχουν ποιότητα στη ζωή τους. Το μεγάλο ερώτημα είναι αν εμείς σαν θεράποντες ιατροί μπορούμε να τους προσφέρουμε αυτή την ποιότητα, χωρίς την ευθανασία, και στην περίπτωση που δεν μπορούμε, κατά πόσο μπορούμε να τους κοιτάμε ανήμποροι τη στιγμή που κατακρημνίζονται σωματικά και ψυχολογικά. Για έναν γιατρό αντίθετο με αυτή την ιδέα, είναι μια δολοφονία, για έναν ταλαιπωρημένο βαρέως πάσχοντα ασθενή, είναι η λύτρωση. Μήπως θα έπρεπε να αναθεωρήσουμε την ηθική και τα πιστεύω μας, και να τα προσαρμόσουμε ώστε να ταιριάζουν περισσότερο με τις ανάγκες της σύγχρονης κοινωνίας;

ΣΥΝΟΨΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Συνοψίζοντας, τα ηθικά διλήμματα που υπάρχουν σε σχέση με την ΚΑΡΠΑ και την χρήση των LSTs στους ηλικιωμένους δεν μπορούν να απαντηθούν καθολικά. Κάθε περίπτωση είναι διαφορετική και εξατομικευμένη. Αναγνωρίζοντας το γεγονός ότι η έκβαση συνήθως έχει αρνητικό πρόσημο, και ότι η πλειονότητα των ασθενών αναζητά λιγότερο επεμβατικές θεραπείες και περισσότερη παρηγορική φροντίδα, είναι καθήκον του ιατρού να επικοινωνεί, να αναλύει τα δεδομένα στον ασθενή, να του δίνει σωστές κατευθύνσεις και να ασπάζεται τις απόψεις του, ώστε να μειωθεί η ανάγκη να του διλήμματος. Όσον αφορά την ευθανασία, φαίνεται πως υπάρχει σαν σκέψη στο μυαλό των ασθενών και της κοινωνίας γενικότερα, και γίνεται όλο και περισσότερο αποδεκτή. Είναι στη διακριτική ευχέρεια των ιατρών το πώς θα διαχειριστούν αυτή την κατάσταση, εάν θα προσαρμόσουν τη νοοτροπία τους, όσοι δεν είναι θετικοί, και εφόσον δεν θέλουν, πρέπει να σκεφτούν εναλλακτικές επιλογές για να βοηθήσουν τους ασθενείς τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Temel, J. S. *et al.* *Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer* *Abs tr ac t. N Engl J Med* vol. 363 (2010).
2. Higginson, I. J. & Evans, C. J. *What Is the Evidence That Palliative Care Teams Improve Outcomes for Cancer Patients and Their Families?* www.journalppo.com.
3. Luddington Lisa, C. S. H. I. L. B. The need for palliative care for patients with non-cancer diseases : a review of the evidence. *Int J Palliat Nurs* **7**, 221–226 (2001).

4. Benini, F., Spizzichino, M., Trapanotto, M. & Ferrante, A. Pediatric palliative care. *Italian Journal of Pediatrics* vol. 34 Preprint at <https://doi.org/10.1186/1824-7288-34-4> (2008).
5. Kapo, J., Morrison, L. J. & Liao, S. Palliative care for the older adult. *Journal of Palliative Medicine* vol. 10 185–209 Preprint at <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9989> (2007).
6. Sheikh, M. *et al.* Hospice vs Palliative care: A comprehensive review for primary care physician. *J Family Med Prim Care***11**, 4168 (2022).
7. Orimo, H. *et al.* Reviewing the definition of ‘elderly’. *Geriatr Gerontol Int***6**, 149–158 (2006).
8. O’Brien, T. The impact of an aging population on palliative care. *J Pain Palliat Care Pharmacother***27**, 389–391 (2013).
9. The Story of Osiris and IsisText of Story. *Albany Institute of History and Art*.
10. Mitropoulou, P. & Fitzsimmons, S. *Cardiopulmonary resuscitation*.
11. Andersen, L. W., Holmberg, M. J., Berg, K. M., Donnino, M. W. & Granfeldt, A. In-Hospital Cardiac Arrest: A Review. *JAMA - Journal of the American Medical Association* vol. 321 1200–1210 Preprint at <https://doi.org/10.1001/jama.2019.1696> (2019).
12. Schneider, A. P., Nelson, D. J & Brown, D. D. In-Hospital Cardiopulmonary Resuscitation: A 30-Year Review. doi:10.3122/jabfm.6.2.91.
13. Yeung, J. *et al.* *Ethics Guidelines Key points*. (2021).
14. Stapleton, R. D., Ehlenbach, W. J., Deyo, R. A. & Curtis, J. R. Long-term outcomes after in-hospital CPR in older adults with chronic illness. *Chest***146**, 1214–1225 (2014).
15. Lawrence, -D H. *Principles of Biomedical Ethics Ethics and equity and the principles of justice do not change with the calendar Chapter Learning Objectives*.
16. Glare, P. A. & Sinclair, C. T. Palliative medicine review: Prognostication. *Journal of Palliative Medicine* vol. 11 84–103 Preprint at <https://doi.org/10.1089/jpm.2008.9992> (2008).
17. Volandes, A. E. *et al.* Randomized controlled trial of a video decision support tool for cardiopulmonary resuscitation decision making in advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology***31**, 380–386 (2013).

18. Enguidanos, S. & Ailshire, J. Timing of Advance Directive Completion and Relationship to Care Preferences. *J Pain Symptom Manage***53**, 49–56 (2017).
19. Ang, G. C., Zhang, D. & Jim Lim, K. H. Differences in attitudes to end-of-life care among patients, relatives and healthcare professionals. *Singapore Med J***57**, 22–28 (2016).
20. Baker, E. F. & Marco, C. A. Advance directives in the emergency department. *J Am Coll Emerg Physicians Open***1**, 270–275 (2020).
21. Morrison, L. J. *et al.* Part 3: Ethics: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* vol. 122 Preprint at <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.970905> (2010).
22. Breault, J. L. *DNR, DNAR, or AND? Is Language Important?*
23. canadian critical care Ist.
24. De Nonneville, A. *et al.* End-of-life practices in france under the claeys-leonetti law: Report of three cases in the oncology unit. *Case Rep Oncol***9**, 650–654 (2016).
25. Meiltoorp, G., Nilstun, ", Melltoorp, G. & Nilstun, T. *The difference between withholding and withdrawing life-sustaining treatment. Intensive Care Med* vol. 23 (1997).
26. Crispim, D. H., da Silva, I. O., de Carvalho, R. T. & Levin, A. S. End-of-life use of antibiotics: a survey on how doctors decide. *International Journal of Infectious Diseases***114**, 219–225 (2022).
27. Dunlop, R. J., Ellershaw, J. E., Baines, M. J., Sykes, N. & Saunders St Christopher, C. M. *On withholding nutrition and hydration in the terminally ill: has palliative medicine gone too far? A reply. Journal of medical ethics* vol. 21 (1995).
28. Woldie, I. *et al.* Chemotherapy during the last 30 days of life and the role of palliative care referral, a single center experience. *BMC Palliat Care***21**, (2022).
29. Curtis, J. R. *et al.* Noninvasive positive pressure ventilation in critical and palliative care settings: Understanding the goals of therapy. *Critical Care Medicine* vol. 35 932–939 Preprint at <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000256725.73993.74> (2007).
30. Gaikhe, V., Kotwaney, G. & Shanbag, P. Euthanasia : Right to Die with Dignity. *J Family Med Prim Care***3**, 476 (2014).

31. Emanuel, E. J. & Williams, S. D. *Euthanasia Historical, Ethical, and Empiric Perspectives Debat es about the ethics of euthanasia date from ancient Greece and Rome. In 1870.* <http://archinte.jamanetwork.com/>.
32. Picón-Jaimes, Y. A. *et al.* Euthanasia and assisted suicide: An in-depth review of relevant historical aspects. *Annals of Medicine and Surgery* vol. 75 Preprint at <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103380> (2022).
33. netherlands euthanasia 2001 who.
34. Λασκαρίδης Ι. Εμμανουήλ (Επιμέλεια). *ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΟΥ ΚΩΔΙΚΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ (N 3418/2005)*. (ΝΟΜΙΚΗΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ, 2013).
35. Dugdale, L. S., Lerner, B. H. & Callahan, D. *Pros and Cons of Physician Aid in Dying.* *YALE JOURNAL OF BIOLOGY AND MEDICINE* vol. 92 (2019).
36. Garrard, E. & Wilkinson, S. Passive euthanasia. *J Med Ethics***31**, 64–68 (2005).
37. Pereira Mbchb Msc, J. *EUTHANASIA: THE SAFEGUARD ILLUSION e38 Current OnCOIOlogy-VOLUME 18, number 2 Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls.* (2011).
38. Zanders, R., Druwé, P., Van Den Noortgate, N. & Piers, R. The outcome of in- and out-hospital cardiopulmonary arrest in the older population: a scoping review. *European Geriatric Medicine* vol. 12 695–723 Preprint at <https://doi.org/10.1007/s41999-021-00454-y> (2021).
39. Schluep, M. *et al.* Long-term survival and health-related quality of life after in-hospital cardiac arrest. *Resuscitation***167**, 297–306 (2021).
40. Qadeer, A., Parikh, P. B., Ramkishun, C. A., Tai, J. & Patel, J. K. Impact of chronic obstructive pulmonary disease on survival and neurologic outcomes in adults with in-hospital cardiac arrest. *PLoS One***16**, (2021).
41. Piegeler, T. *et al.* Sex and age aspects in patients suffering from out-of-hospital cardiac arrest a retrospective analysis of 760 consecutive patients. *Medicine (United States)***95**, e3561 (2016).
42. Koivikko, P., Arola, O., Inkinen, O. & Tallgren, M. One-Year Survival after Inhospital Cardiac Arrest-Does Prearrest Sepsis Matter? *Shock***50**, 38–43 (2018).
43. Chao, P. W. *et al.* Long-term outcomes in critically ill septic patients who survived cardiopulmonary resuscitation. *Crit Care Med***44**, 1067–1074 (2016).

44. Chakravarthy, M., Mitra, S. & Nonis, L. Outcomes of in-hospital, out of intensive care and operation theatre cardiac arrests in a tertiary referral hospital. *Indian Heart J***64**, 7–11 (2012).
45. Zanders, R., Druwé, P., Van Den Noortgate, N. & Piers, R. The outcome of in- and out-hospital cardiopulmonary arrest in the older population: a scoping review. *European Geriatric Medicine* vol. 12 695–723 Preprint at <https://doi.org/10.1007/s41999-021-00454-y> (2021).
46. Piegeler, T. *et al.* Sex and age aspects in patients suffering from out-of-hospital cardiac arrest a retrospective analysis of 760 consecutive patients. *Medicine (United States)***95**, e3561 (2016).
47. Hayashi, T. *et al.* Predictors Associated with Survival Among Elderly In-Patients Who Receive Cardiopulmonary Resuscitation in Japan: An Observational Cohort Study. *J Gen Intern Med***34**, 206–210 (2019).
48. Yang, C. H. *et al.* The incidence and survival after in-hospital cardiopulmonary cerebral resuscitation in end-stage kidney disease patients: A nationwide population-based study. *PLoS One***15**, (2020).
49. Van De Glind, E. M. *et al.* Pre-arrest predictors of survival after resuscitation from out-of-hospital cardiac arrest in the elderly a systematic review. *BMC Geriatr***13**, (2013).
50. Park, I. Y. *et al.* Survival after in-hospital cardiopulmonary resuscitation from 2003 to 2013: An observational study before legislation on the life-sustaining treatment decision-making act of Korean patients. *Medicine***99**, e21274 (2020).
51. Ibitoye, S. E., Rawlinson, S., Cavanagh, A., Phillips, V. & Shipway, D. J. H. Frailty status predicts futility of cardiopulmonary resuscitation in older adults. *Age Ageing***50**, 147–152 (2021).
52. Hirlekar, G. *et al.* Comorbidity and survival in out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation***133**, 118–123 (2018).
53. Hirlekar, G. *et al.* Survival and neurological outcome in the elderly after in-hospital cardiac arrest. *Resuscitation***118**, 101–106 (2017).
54. Sans Roselló, J. *et al.* “Impact of age on management and prognosis of resuscitated sudden cardiac death patients”. *IJC Heart and Vasculature***40**, (2022).
55. Desai, R., Amraotkar, A. R. & Toft, L. B. Impact of age, gender, race, and ethnicity on mortality in out-of-hospital cardiac arrest with psychiatric disorder in the United States. *Resuscitation* (2019) doi:10.1016/j.

56. Khou, V., De La Mata, N. L., Morton, R. L., Kelly, P. J. & Webster, A. C. Cause of death for people with end-stage kidney disease withdrawing from treatment in Australia and New Zealand. *Nephrology Dialysis Transplantation***36**, 1527–1537 (2021).
57. Wang, A. Y., Ma, H. P., Kao, W. F., Tsai, S. H. & Chang, C. K. Characteristics and outcomes of “Do Not Resuscitate” patients admitted to the emergency department–Intensive care unit. *Journal of the Formosan Medical Association***118**, 223–229 (2019).
58. Ibarz, M. *et al.* Sepsis at ICU admission does not decrease 30-day survival in very old patients: a post-hoc analysis of the VIP1 multinational cohort study. *Ann Intensive Care***10**, (2020).
59. Rubio, O. *et al.* Limitation of life support techniques at admission to the intensive care unit: A multicenter prospective cohort study. *J Intensive Care***6**, (2018).
60. Shah, S. *et al.* Early DNR in Older Adults Hospitalized with SARS-CoV-2 Infection During Initial Pandemic Surge. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine***39**, 1491–1498 (2022).
61. Kranidiotis, G. *et al.* End-of-life decisions in Greek intensive care units: A multicenter cohort study. *Crit Care***14**, (2010).
62. Shum, H. P., Chan, K. C., Wong, H. Y. & Yan, W. W. Outcome of elderly patients who receive intensive care at a regional hospital in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal***21**, 488–498 (2015).
63. Baek, M. S., Koh, Y., Hong, S.-B., Lim, C.-M. & Huh, J. W. Effect of Timing of Do-Not-Resuscitate Orders on the Clinical Outcome of Critically Ill Patients. *The Korean Journal of Critical Care Medicine***31**, 229–235 (2016).
64. Guidet, B. *et al.* Withholding or withdrawing of life-sustaining therapy in older adults (≥ 80 years) admitted to the intensive care unit. *Intensive Care Med***44**, 1027–1038 (2018).
65. Michel, P., Fadel, F., Ehrmann, S., Plantefève, G. & Gelée, B. Prognosis of Very Elderly Patients after Intensive Care. *J Clin Med***11**, (2022).
66. Mousai, O. *et al.* Clustering analysis of geriatric and acute characteristics in a cohort of very old patients on admission to ICU. *Intensive Care Med***48**, 1726–1735 (2022).

67. Garrouste-Orgeas, M. *et al.* Treatment intensity and outcome of nonagenarians selected for admission in ICUs: a multicenter study of the Outcomerea Research Group. *Ann Intensive Care***6**, (2016).
68. Kim, S. & Wang, M. Perception of Older People on Dying, Withdrawal of Life Sustaining Intervention and Advance Directives in South Korea. *International Journal of Elderly Welfare Promotion and Management***4**, 23–30 (2020).
69. Tang, S. T. *et al.* Preferences for life-sustaining treatments and associations with accurate prognostic awareness and depressive symptoms in terminally ill cancer patients' last year of life. *J Pain Symptom Manage***51**, 41-51.e1 (2016).
70. Schubart, J. R. *et al.* Advanced Cancer and End-of-Life Preferences: Curative Intent Surgery Versus Noncurative Intent Treatment. *J Palliat Med***18**, 1015–1018 (2015).
71. Chen, T. R., Hu, W. Y., Chiu, T. Y. & Kuo, H. P. Differences between COPD patients and their families regarding willingness toward life-sustaining treatments. *Journal of the Formosan Medical Association***118**, 414–419 (2019).
72. Downey, L., Au, D. H., Curtis, J. R. & Engelberg, R. A. Life-sustaining treatment preferences: Matches and mismatches between patients' preferences and clinicians' perceptions. *J Pain Symptom Manage***46**, 9–19 (2013).
73. Fuseya, Y. *et al.* Perspectives on End-of-Life Treatment among Patients with COPD: A Multicenter, Cross-sectional Study in Japan. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease***16**, 75–81 (2019).
74. Malhotra, C., Sim, D., Jaufeerally, F. & Finkelstein, E. A. Associations between understanding of current treatment intent, communication with healthcare providers, preferences for invasive life-sustaining interventions and decisional conflict: results from a survey of patients with advanced heart failure in Singapore. *BMJ Open***8**, (2018).
75. Li, W. *et al.* Treatment Preferences at the End-of-Life in Parkinson's Disease Patients. *Mov Disord Clin Pract***3**, 483–489 (2016).
76. Levy, C. *et al.* Life-Sustaining Treatment Decisions Initiative: Early Implementation Results of a National Veterans Affairs Program to Honor Veterans' Care Preferences. *J Gen Intern Med***35**, 1803–1812 (2020).
77. Messer, M. *et al.* Treatment preferences of hospitalized medical patients for life-sustaining interventions and intensive care unit admission. *British Journal of Anaesthesia* vol. 115 317–318 Preprint at <https://doi.org/10.1093/bja/aev237> (2015).

78. Biola, H., Sloane, P. D., Williams, C. S., Daaleman, T. P. & Zimmerman, S. Preferences Versus Practice: Life-Sustaining Treatments in Last Months of Life in Long-Term Care. *J Am Med Dir Assoc***11**, 42–51 (2010).
79. Kim, Y. S. *et al.* The Natural History of Changes in Preferences for Life-Sustaining Treatments and Implications for Inpatient Mortality in Younger and Older Hospitalized Adults. *J Am Geriatr Soc***64**, 981–989 (2016).
80. Tuesen, L. D. *et al.* Patient-physician conversations about life-sustaining treatment: Treatment preferences and participant assessments. *Palliat Support Care***21**, 20–26 (2023).
81. Chuang, I. F., Shyu, Y. I. L., Weng, L. C. & Huang, H. L. Consistency in end-of-life care preferences between hospitalized elderly patients and their primary family caregivers. *Patient Prefer Adherence***14**, 2377–2387 (2020).
82. González-González, A. I. *et al.* End-of-life care preferences of older patients with multimorbidity: A mixed methods systematic review. *Journal of Clinical Medicine* vol. 10 1–28 Preprint at <https://doi.org/10.3390/jcm10010091> (2021).
83. Levy, C. *et al.* Life-Sustaining Treatment Decisions Initiative: Early Implementation Results of a National Veterans Affairs Program to Honor Veterans' Care Preferences. *J Gen Intern Med***35**, 1803–1812 (2020).
84. Tan, W. S., Bajpai, R., Ho, A. H. Y., Low, C. K. & Car, J. Retrospective cohort analysis of real-life decisions about end-of-life care preferences in a Southeast Asian country. *BMJ Open***9**, (2019).
85. Xie, Y. *et al.* Investigation of the awareness of and demand for hospice care and attitudes towards life-sustaining treatment at the end of life among community residents in Hangzhou. *BMC Palliat Care***19**, (2020).
86. Chavez, G. *et al.* Reversals and limitations on high-intensity, life-sustaining treatments. *PLoS One***13**, (2018).
87. Liu, T. W. *et al.* Terminally Ill Taiwanese Cancer Patients' and Family Caregivers' Agreement on Patterns of Life-Sustaining Treatment Preferences Is Poor to Fair and Declines Over a Decade: Results From Two Independent Cross-Sectional Studies. *J Pain Symptom Manage***54**, 35-45.e4 (2017).
88. Lim, S., Hong, S. A. & Lee, H. S. Comparison of consensus on life-sustaining treatment of the Elderly in care facilities and family member dyad. *Osong Public Health Res Perspect***6**, 126–132 (2015).

89. Pardon, K. *et al.* Expressed wishes and incidence of euthanasia in advanced lung cancer patients. *European Respiratory Journal***40**, 949–956 (2012).
90. Bolt, E. E., Pasman, H. R. W., Deeg, D. J. H. & Onwuteaka-Philipsen, B. D. From Advance Euthanasia Directive to Euthanasia: Stable Preference in Older People? *J Am Geriatr Soc***64**, 1628–1633 (2016).
91. Ermers, D. J. M., Van Bussel, K. J. H., Perry, M., Engels, Y. & Schers, H. J. Advance care planning for patients with cancer in the palliative phase in Dutch general practices. *Fam Pract***36**, 587–593 (2019).
92. Dassel, K. B., Utz, R., Supiano, K., McGee, N. & Latimer, S. The Influence of Hypothetical Death Scenarios on Multidimensional End-of-Life Care Preferences. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine***35**, 52–59 (2018).
93. Chambaere, K. *et al.* Is educational attainment related to end-of-life decision-making? A large post-mortem survey in Belgium. *BMC Public Health***13**, (2013).
94. Beernaert, K., Haverbeke, C., Van Belle, S., Deliens, L. & Cohen, J. Information needs about palliative care and euthanasia: A survey of patients in different phases of their cancer trajectory. *Patient Educ Couns***101**, 132–138 (2018).
95. Ivo, K. *et al.* A survey of the perspectives of patients who are seriously ill regarding end-of-life decisions in some medical institutions of Korea, China and Japan. *J Med Ethics***38**, 310–316 (2012).
96. Vilpert, S., Borrat-Besson, C., Borasio, G. D. & Maurer, J. Associations of end-of-life preferences and trust in institutions with public support for assisted suicide evidence from nationally representative survey data of older adults in Switzerland. *PLoS One***15**, (2020).