

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

«ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ  
ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ-  
ΒΙΟΗΘΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΦΟΙΤΗΤΗΣ:

ΜΙΑΡΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ:

2014117

ΑΘΗΝΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2017

## ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ

### ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Του Μεταπτυχιακού Φοιτητή Μίαρη Νικολάου

#### Εξεταστική Επιτροπή

- Σιαφάκα Ιωάννα, Επιβλέπουσα
- Ξάνθος Θεόδωρος
- Ιακωβίδου Νικολέττα

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίστηκε από την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών Συνεδρίαση της ...../...../..... για την αξιολόγηση και εξέταση του υποψηφίου του Μίαρη Νικολάου, συνεδρίασε σήμερα ...../...../.....

Η Επιτροπή **διαπίστωσε** ότι η Διπλωματική Εργασία του του Μίαρη Νικολάου με τίτλο «*Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση στον καρκινοπαθή τελικού σταδίου – Βιοηθικοί προβληματισμοί*», είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπειριστατωμένη.

Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ' όψιν το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους ..... προτείνει την απονομή στον παραπάνω Μεταπτυχιακό Φοιτητή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's).

Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία ο υπονήφιος έλαβε για τον βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους ....., για τον βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους ....., και για τον βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους ..... Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «.....».

#### Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

- Σιαφάκα Ιωάννα, Επιβλέπουσα (Υπογραφή) \_\_\_\_\_
- Ξάνθος Θεόδωρος, (Υπογραφή) \_\_\_\_\_
- Ιακωβίδου Νικολέττα, (Υπογραφή) \_\_\_\_\_

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

➤ Πρόλογος.....	σελ. 1
➤ Εισαγωγή.....	σελ. 2
➤ Γενικό μέρος.....	σελ. 4
• Κεφάλαιο 1.....	σελ. 4
<i>Καρδιοαναπνευστική ανακοπή και καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση</i>	
1.1 Καρδιοαναπνευστική ανακοπή.....	σελ. 4
1.2 Καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.....	σελ. 5
1.3 Η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση σε ειδικές καταστάσεις.....	σελ. 5
1.4 Από την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση για όλους... στις εντολές αναστολής της.....	σελ. 6
1.5 Αναστολή της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης και νομοθεσία.....	σελ. 8
• Κεφάλαιο 2.....	σελ. 10
<i>Η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση στους ασθενείς με καρκίνο</i>	
2.1 Ο καρκίνος ως χρόνια νόσος.....	σελ. 10
2.2 Πρόγνωση των ασθενών με καρκίνο που λαμβάνουν καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.....	σελ. 13
2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την επιβίωση των ασθενών με καρκίνο μετά την ανακοπή.....	σελ. 15
2.4 Προβλέποντας την έκβαση της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης και αποφασίζοντας την αναστολή της.....	σελ. 18
2.5 Επηρεάζουν οι εντολές αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης την λοιπή ιατρική φροντίδα;.....	σελ. 22

• Κεφάλαιο 3.....σελ. 24	
<i>Αποφασίζοντας τις εντολές αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης στους ασθενείς με καρκίνο</i>	
3.1 Η συμμετοχή των ιατρών.....σελ. 24	
3.2 Η συμμετοχή των ασθενών.....σελ. 26	
3.3 Η συμμετοχή των νοσηλευτών.....σελ. 30	
3.4 Η συμμετοχή των συγγενών.....σελ. 31	
3.5 Καταλληλότερος χρόνος για εντολές αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης στους ασθενείς με καρκίνο.....σελ. 33	
3.6 Προβληματισμοί και οδηγίες αναφορικά με την λήψη αποφάσεων στο τέλος της ζωής σε ασθενείς με καρκίνο.....σελ. 34	
➤ <b>Ειδικό μέρος</b> .....σελ. 40	
• Εισαγωγή.....σελ. 40	
• Σκοπός.....σελ. 41	
• Υλικό και μέθοδος.....σελ. 42	
• Αποτελέσματα.....σελ. 45	
• Συζήτηση.....σελ. 57	
• Συμπεράσματα – προτάσεις.....σελ. 62	
➤ <b>Περίληψη</b> .....σελ. 63	
➤ <b>Abstract</b> .....σελ. 65	
➤ <b>Βιβλιογραφία</b> .....σελ. 66	
➤ <b>Παράρτημα</b> .....σελ. 81	

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία με τίτλο «Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση στον καρκινοπαθή τελικού σταδίου – βιοηθικοί προβληματισμοί» εκπονήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση» του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Το επιστημονικό και νομοθετικό κενό για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση σε ασθενείς με καρκίνο στην Ελλάδα αποτέλεσε το κίνητρο για την συγκεκριμένη εργασία, η οποία επιχειρεί να αναλύσει τα δεδομένα από την τρέχουσα βιβλιογραφία και να παρουσιάσει τα αποτελέσματα σχετικής έρευνας σε ασθενείς με καρκίνο σε ένα ελληνικό ογκολογικό νοσοκομείο.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αιφνίδια καρδιοαναπνευστική ανακοπή αποτελεί μία από τις βασικές αιτίες θανάτου παγκοσμίως. Η προσπάθεια επαναφοράς των θυμάτων ανακοπής με την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση αποτελεί μία πρόκληση για την ιατρική επιστήμη, αφού η επιτυχία της μπορεί να συμβάλλει στην μείωση της συνολικής θνησιμότητας. Ενώ η βελτίωση της αποτελεσματικότητας της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης είναι επιβεβλημένη, το ίδιο επιβεβλημένη είναι και η αναγνώριση των ασθενών εκείνων που αναμένεται να επωφεληθούν από αυτήν την παρέμβαση.

Οι ασθενείς με χρόνια θανατηφόρα νοσήματα αποτελούν μια ειδική κατηγορία που θα πρέπει να προσεγγιστεί με προσοχή, αφού στα τελευταία στάδια αυτών των νοσημάτων η ανακοπή μπορεί να είναι ένα αναπόφευκτο γεγονός και η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση μπορεί να μην έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν και οι ασθενείς με νεοπλασίες.

Ο καρκίνος αποτελεί μία χρόνια ασθένεια με διάφορα στάδια. Παρά τις σύγχρονες ογκολογικές θεραπείες που έχουν αυξήσει τα ποσοστά επιβίωσης, πολλοί ασθενείς καταλήγουν σε τελικό στάδιο, όπου η ανακοπή και ο θάνατος είναι αναμενόμενα γεγονότα. Η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση των ασθενών με καρκίνο έχει πτωχότερη πρόγνωση από τον γενικό πληθυσμό, ενώ στο τελικό στάδιο μπορεί να δώσει παράταση σε μια επίπονη και μη αναστρέψιμη κατάσταση. Η αναγνώριση των ασθενών που αναμένεται να επωφεληθούν ή όχι από την αναζωογόνηση απαιτεί προσεκτική εξατομικευμένη προσέγγιση από τους θεράποντες ιατρούς τους.

Ενώ στις νομοθεσίες πολλών χωρών του εξωτερικού έχει θεσπιστεί η αναστολή της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης και λαμβάνουν χώρα σχετικές συζητήσεις με ενημέρωση και συμμετοχή του ασθενούς σε αυτές, κάτι τέτοιο δυστυχώς σπάνια

συμβαίνει στα ελληνικά νοσοκομεία. Συνεπώς, η γνώση και η άποψη των Ελλήνων ασθενών για την ανακοπή και την αναζωογόνηση δεν είναι γνωστά.

Η διπλωματική αυτή εργασία έχει σκοπό να διερευνήσει το θέμα της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης σε ασθενείς με νεοπλασίες. Το γενικό μέρος περιλαμβάνει τα βιβλιογραφικά δεδομένα σχετικά με την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και τις εντολές αναστολής της σε ασθενείς με καρκίνο, ενώ επιχειρείται να δοθεί το περιβάλλον ηθικό πλαίσιο λήψης τέτοιων αποφάσεων. Τέλος, το ειδικό μέρος περιλαμβάνει τα αποτελέσματα έρευνας για την γνώση και την άποψη ασθενών με καρκίνο σχετικά με την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### Καρδιοαναπνευστική ανακοπή και καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση

#### 1.1 Καρδιοαναπνευστική ανακοπή

«Καρδιοαναπνευστική ανακοπή» ονομάζεται η διακοπή της λειτουργίας της κυκλοφορίας ή της αναπνοής ή και των δύο. Αυτό οδηγεί σε ανεπαρκή αιμάτωση ή/και οξυγόνωση των οργάνων του σώματος. Εάν δεν εφαρμοστούν άμεσα μέτρα υποστήριξης της κυκλοφορίας και της αναπνοής επέρχεται σύντομα μη αναστρέψιμη βλάβη των ζωτικών λειτουργιών και βιολογικός θάνατος.

Στην βιβλιογραφία συναντάται συχνότερα ο όρος «καρδιακή ανακοπή» ή «αιφνίδια καρδιακή ανακοπή» που αναφέρεται στην αιφνίδια διακοπή της λειτουργίας της καρδιάς σε κάποιο άτομο με ή χωρίς καρδιολογικό ιστορικό και αποτελεί μία από τις σημαντικότερες αιτίες θνησιμότητας στην Ευρώπη, αριθμώντας 55-113 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους ή 350.000-700.000 θύματα ετησίως [1-5]. Οι περιπτώσεις καρδιακής ανακοπής που συμβαίνουν εντός νοσοκομείου υπολογίζονται σε 1-5 ανά 1000 εισαγωγές [2,6].

Η συχνότερη αιτία αιφνίδιας καρδιακής ανακοπής είναι η στεφανιαία νόσος που ενοχοποιείται σε ποσοστό 65-70% των περιπτώσεων εκτός νοσοκομείου, με τη μορφή, είτε των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων (οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, ασταθής στηθάγχη), είτε της χρόνιας σταθερής στεφανιαίας νόσου [7-9]. Το 10% των αιφνίδιων καρδιακών ανακοπών εκτός νοσοκομείου αφορά άλλες καρδιοπάθειες στις οποίες



υπάρχει διαταραχή της δομής της καρδιάς επίκτητη ή συγγενής [7-10], ενώ απουσία δομικής διαταραχής της καρδιάς αναφέρεται σε ποσοστό 5-10%, όπου το αίτιο είναι αρρυθμιολογικό [7,11-13]. Τέλος, 15-25% των καρδιακών ανακοπών οφείλονται σε εξωκαρδιακά αίτια [7,11,14].

## **1.2 Καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση**

Καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (ανάνηψη) ονομάζεται η αλληλουχία των ενεργειών που αποσκοπούν στην διατήρηση ή επαναφορά των θυμάτων καρδιοαναπνευστικής ανακοπής στην ζωή. Περιλαμβάνει άμεσα μέτρα υποστήριξης και αποκατάστασης της κυκλοφορίας και της αναπνοής, διόρθωση των αναστρέψιμων αιτιών που οδήγησαν στην ανακοπή και υποστήριξη του πάσχοντος μετά από επιτυχή ανάνηψη με στόχο την βαθμιαία αποκατάσταση των βλαβών.

Οι αλγόριθμοι και οι οδηγίες βασικής και εξειδικευμένης καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης σε διάφορες καταστάσεις καρδιοαναπνευστικής ανακοπής παρέχονται από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης με τις τελευταίες οδηγίες να έχουν δημοσιευτεί το 2015 [15]. Το ποσοστό επιτυχούς ανάνηψης με εξιτήριο από το νοσοκομείο υπολογίζεται στην Ευρώπη σε 9% για τις περιπτώσεις ανακοπής εκτός νοσοκομείου, ενώ δεδομένα από το Ηνωμένο Βασίλειο υπολογίζουν την αντίστοιχη επιβίωση από ανακοπή εντός νοσοκομείου με εξιτήριο σε 18,4% για όλους τους καρδιακούς ρυθμούς [3,16].

## **1.3 Η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση σε ειδικές καταστάσεις**

Η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση είναι αναμφίβολα μια παρέμβαση η οποία μπορεί να είναι ιδιαίτερα επωφελής σε κάποιους ασθενείς και να συμβάλλει στην

μείωση της συνολικής θνησιμότητας. Υπάρχουν όμως ειδικές καταστάσεις που η καρδιοαναπνευστική ανακοπή και ο θάνατος είναι αναπόφευκτα γεγονότα μιας επιβαρυσμένης και μη αναστρέψιμης ιατρικής κατάστασης. Σε αυτές τις περιπτώσεις η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση μπορεί να είναι μάταιη λόγω των μικρότερων ποσοστών επιτυχίας, ενώ μπορεί να προσφέρει απλώς παράταση της επίπονης πορείας προς τον θάνατο. Σε αυτές τις καταστάσεις ανήκουν τα χρόνια θανατηφόρα νοσήματα, όπως ο καρκίνος.

#### **1.4 Από την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση για όλους... στις εντολές αναστολής της**

Η ιστορία της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης με την μορφή που την γνωρίζουμε σήμερα, δηλαδή της συνδυασμένης εφαρμογής θωρακικών συμπίεσεων και εμφυσήσεων αρχίζει το 1960, όταν μετά από τις τεχνικές υποστήριξης της αναπνοής που είχαν εφαρμοστεί τα προηγούμενα έτη, εισήχθησαν οι θωρακικές συμπίεσεις για την υποστήριξη της κυκλοφορίας [17]. Οι πρώτες οδηγίες καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης εκδίδονται το 1965 από την «επί τούτω επιτροπή καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης» που θεσπίστηκε από την Εθνική Ακαδημία Επιστημών του Εθνικού Συμβουλίου Έρευνας των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής [18].

Έτσι καθιερώνεται η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση ως ιατρική πράξη, η οποία προορίζεται για «τον ασθενή που μπορεί να σωθεί» και «ενδείκνυται για τον ασθενή που κατά της διάρκεια της καρδιοαναπνευστικής ανακοπής δεν είναι στο τελικό στάδιο ανίατης ασθένειας» [19,20]. Οι τεχνικές αναζωογόνησης σε τέτοιους ασθενείς «στην καλύτερη περίπτωση θα τους επαναφέρουν στην θανατηφόρα κατάσταση» [19,20]. Έτσι, αναφέρεται σαφώς ότι ο γιατρός θα πρέπει να αποβλέπει στην αναζωογόνηση

εκείνων των ασθενών που «είχαν καλή υγεία πριν την ανακοπή και που είναι πιθανό να επανέλθουν σε μια φυσιολογική κατάσταση» [19,20].

Εντούτοις, η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση άρχισε να εφαρμόζεται αδιάκριτα σε όλους τους ασθενείς που πάθαιναν ανακοπή στα νοσοκομεία ανεξαρτήτως υποκείμενων παθήσεων. Το αποτέλεσμα ήταν να παρατηρούνται συχνά περιπτώσεις, που η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, αντί να επαναφέρει τον ασθενή στην φυσιολογική κατάσταση, έδινε μόνο παράταση στην ταλαιπωρία και στον θάνατό του [19,21]. Έτσι, στα τέλη της δεκαετίας του 1960 πολλοί γιατροί άρχισαν να μην εφαρμόζουν καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση ή να μην καταβάλλουν πλήρη προσπάθεια, όταν την θεωρούσαν ακατάλληλη [19,21]. Εμφανίστηκαν μάλιστα διάφορες ορολογίες, όπως «αργός κωδικός» (slow code) που υπονοούσε την ημιτελή αναζωογόνηση σε αντιστοιχία με τον «μπλε κωδικό» (code blue) που ήταν η πλήρης καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση [21]. Αυτό οδήγησε στην ανάγκη να υπάρξει μια επίσημη στρατηγική η οποία θα είχε και νομική ισχύ. Αρχικά η απόφαση να μην γίνει καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση καταγραφόταν στον ιατρικό φάκελο. Αργότερα, το 1976, δημιουργήθηκαν οι εντολές «do not resuscitate» (= «μην αναζωογονήσετε») (DNR), οι οποίες αρχικά δίδονταν εγγράφως από τους ασθενείς, αλλά μετέπειτα πολλά νοσοκομεία έδιναν την δυνατότητα στους γιατρούς για εντολές DNR, εάν έκριναν ότι η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση θα ήταν μάταιη [19,22,23]. Έτσι, η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση άρχισε να εφαρμόζεται σε όλους τους ασθενείς, εκτός αν είχαν εντολές DNR.

Οι εντολές DNR αργότερα αντικαταστάθηκαν από τις εντολές «do not attempt resuscitation» (=«μην επιχειρήσετε αναζωογόνηση») (DNAR), καθώς θεωρήθηκε ότι αυτή η ορολογία μειώνει στον ασθενή ή στους συγγενείς του την προσδοκία ότι η αναζωογόνηση θα είναι πιθανώς επιτυχής και δημιουργεί καλύτερο συναισθηματικό

περιβάλλον [24]. Και οι δύο όμως ορολογίες, DNR και DNAR δημιουργούν, ενδεχομένως, σύγχυση για το ποιες ενέργειες δεν πρέπει να γίνουν, γιατί η αναζωογόνηση δεν περιλαμβάνει μόνο την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να στερούνται και άλλες ιατρικές θεραπείες ή πράξεις [25]. Έτσι, στο Ηνωμένο Βασίλειο καθιερώθηκε ο όρος «do not attempt cardiopulmonary resuscitation» (=«μην επιχειρήσετε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση») (DNACPR).

Πολλοί θεωρούν τις εντολές DNACPR, DNAR και DNR προβληματικές γιατί περικλείουν άρνηση, καθώς ζητείται από τους ασθενείς και τους συγγενείς τους να αποφασίσουν να μην γίνει κάποια παρέμβαση, το οποίο μπορεί να ερμηνευτεί ως αναστολή ιατρικής θεραπείας. Έτσι, τους δημιουργούν άγχος και συναισθηματική φόρτιση. Προτείνεται δε αντί αυτών η ορολογία «allow natural death» (=«επιτρέψτε φυσικό θάνατο») (AND), η οποία εισήχθη για πρώτη φορά το 2000 από τον Reverend Chuck Meyer και υιοθετήθηκε από διάφορα νοσοκομεία και κέντρα περίθαλψης [26]. Οι εντολές AND λαμβάνονται στα πλαίσια συζητήσεων για τις αποφάσεις στο τέλος της ζωής και επιτρέπουν, ενδεχομένως, στον ασθενή και στους συγγενείς να δεχθούν ευκολότερα το αποτέλεσμα, το οποίο είναι η φυσική συνέχεια μιας μη αναστρέψιμης κατάστασης, και με αυτό τον τρόπο να αποφασίσουν ορθότερα [27].

### **1.5 Αναστολή της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης και νομοθεσία**

Το θέμα της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης και της αναστολής της διαφέρει μεταξύ των χωρών. Σύμφωνα με τις επίσημες οδηγίες από το Βρετανικό Ιατρικό Συμβούλιο, ο γιατρός οφείλει να συζητήσει με τον ασθενή για τον οποίο θεωρεί ακατάλληλη την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, ώστε να συμπληρώσει το έντυπο για την εντολή DNACPR. Σε περίπτωση που ο ασθενής διαφωνεί και απαιτεί καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, ορίζεται σαφώς ότι «δεν έχει κανένα νομικό

δικαίωμα σε θεραπεία που είναι κλινικά ακατάλληλη» [28]. Στην αντίθετη περίπτωση που ο ασθενής επιθυμεί εντολή DNACPR, ενώ η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση κρίνεται κατάλληλη, τότε ορίζεται πάλι σαφώς ότι «οι ενήλικες με πνευματική διαύγεια έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία, ακόμα και αν αυτή η άρνηση καταλήγει σε θάνατο» [28].

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής το θέμα είναι πιο περίπλοκο, καθώς οι διάφορες πολιτείες υιοθετούν διαφορετικούς κανόνες. Η Αμερικάνικη Καρδιολογική Εταιρεία διατηρεί τις εντολές DNAR, οι οποίες πρέπει να περιγράφουν σαφώς τις ενέργειες που θα πρέπει να γίνουν σε περίπτωση απειλητικής για την ζωή κατάστασης. Των εντολών DNAR προηγείται συζήτηση με τον ασθενή, τους συγγενείς του ή νόμιμο αντιπρόσωπο σχετικά με τις επιθυμίες του ασθενούς για την αναζωογόνηση [29].

Στην Ελλάδα η νομοθεσία δεν επιτρέπει εντολές αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης. Πιο συγκεκριμένα, ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας που περιγράφεται με τον Νόμο 3418 του 2005 προβλέπει στο άρθρο 29 για τις αποφάσεις στο τέλος της ζωής ότι στο τελικό στάδιο ανίατης ασθένειας ο ιατρός οφείλει να σέβεται την αυτονομία και τις επιθυμίες του ασθενούς και να συνεργάζεται με τους οικείους του για την παροχή παρηγορητικής αγωγής [30]. Η δε επιθυμία του ασθενούς να πεθάνει δεν δικαιολογεί νομικά πράξεις που επισπεύδουν τον θάνατο [30]. Δεν υπάρχει καμία αναφορά για την αναστολή ιατρικών πράξεων, όπως η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση στους ασθενείς με καρκίνο

#### 2.1 Ο καρκίνος ως χρόνια νόσος

Ο καρκίνος αποτελεί μία δυνητικά θανατηφόρα ασθένεια κατά την οποία καρκινικά κύτταρα αναπαράγονται ανεξέλεγκτα με αποτέλεσμα να επεκτείνονται τοπικά ή σε απομακρυσμένες θέσεις του οργανισμού. Ανάλογα του σημείου έναρξης διακρίνονται διάφοροι τύποι καρκίνου, συμπεριλαμβανομένων και των αιματολογικών κακοηθειών. Ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες, ο καρκίνος του παχέος εντέρου και του ορθού, ο καρκίνος του προστάτη και ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελούν τους 4 συχνότερους τύπους καρκίνου στην Ευρώπη, καθώς συνολικά αφορούν περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις καρκίνου (50,5%) [31]. Ο καρκίνος του πνεύμονα έχει την μεγαλύτερη θνητότητα, ενώ ο καρκίνος ευθύνεται συνολικά για 20% της συνολικής θνησιμότητας στην Ευρώπη, όντας η δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου μετά τις καρδιαγγειακές παθήσεις σύμφωνα με τα στοιχεία του Διεθνή Οργανισμού Υγείας. [31,32].

Στους ασθενείς με καρκίνο τα καρκινικά κύτταρα μπορούν να μετακινηθούν σε άλλα σημεία του οργανισμού με απευθείας επέκταση, αιματογενώς και μέσω του λεμφικού συστήματος (μετάσταση). Ανάλογα με την έκταση προκύπτουν και τα διάφορα στάδια της νόσου. Η σταδιοποίηση είναι, είτε κλινική-απεικονιστική που γίνεται κλινικά και με τις απεικονιστικές εξετάσεις, είτε παθολογοανατομική που καθορίζεται από την παθολογοανατομική έκθεση. Η σταδιοποίηση του καρκίνου γίνεται αρχικά με την διάγνωση και δεν αλλάζει στην πορεία της νόσου, μπορεί όμως να γίνει επανασταδιοποίηση, όπως μετά από μια συγκεκριμένη θεραπεία [33]. Στην περίπτωση αυτή μπροστά από το στάδιο τίθεται το γράμμα r (από την λέξη restaging, δηλαδή επανασταδιοποίηση).

Μπορούν να διακριθούν τρεις κατηγορίες ασθενών με καρκίνο:

1. **Ασθενείς με δυνητικά ίασιμη νόσο.** Εδώ ανήκουν οι ασθενείς που έχουν χειρουργηθεί και λαμβάνουν ή όχι μετεγχειρητική συμπληρωματική ογκολογική θεραπεία (adjuvant treatment) ή είναι υποψήφιοι να χειρουργηθούν, αφού προηγηθεί ογκολογική θεραπεία (neoadjuvant treatment). Στους ασθενείς αυτούς στόχος της θεραπευτικής προσέγγισης είναι η ίαση. Εδώ ανήκουν και οι ασθενείς που μετά το χειρουργείο είναι σε παρακολούθηση.
2. **Ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο υπό ογκολογική θεραπεία.** Εδώ ανήκουν οι ασθενείς με μη εξαιρέσιμη χειρουργικά νόσο. Στόχος της ογκολογικής θεραπείας είναι η σταθεροποίηση του καρκίνου, η αναστολή επιδείνωσης και η ανακούφιση των συμπτωμάτων. Στους ασθενείς αυτούς η νόσος είναι ανίατη, αλλά λαμβάνουν ογκολογικά προσανατολισμένη θεραπεία ή είναι υποψήφιοι για να λάβουν. Η θεραπεία αυτή έχει στόχο να τους αυξήσει την επιβίωση.
3. **Ασθενείς που λαμβάνουν παρηγορητική αγωγή.** Οι ασθενείς αυτοί λαμβάνουν μόνο παρηγορητική αγωγή και δεν λαμβάνουν καμία ογκολογική θεραπεία. Στόχος της θεραπείας είναι η παρηγορητική φροντίδα και όχι η αύξηση της επιβίωσης.

Τέλος, η λειτουργική κατάσταση (Performance Status) των ασθενών με καρκίνο εκτιμάται με διάφορες κλίμακες. Η κλίμακα της Ανατολικής Συνεργαζόμενης Ογκολογικής Ομάδας (Eastern Cooperative Oncology Group-ECOG) και του Διεθνή Οργανισμού Υγείας (World Health Organization-WHO) βαθμολογεί την λειτουργική κατάσταση των ογκολογικών ασθενών σε κλίμακα από 0 (άριστη λειτουργική κατάσταση) έως 5 (νεκρός) (πίνακας 1) [34]. Με την κλίμακα Karnofsky εξάγεται το ποσοστό της λειτουργικής κατάστασης, που είναι τόσο καλύτερη όσο υψηλότερο είναι αυτό το ποσοστό (πίνακας 2) [35]. Οι κλίμακες αυτές, εκτός από την αντικειμενική

εκτίμηση της γενικής κατάστασης των ασθενών, παίζουν σημαντικό ρόλο στον θεραπευτικό χειρισμό τους (χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία κλπ.).

**Πίνακας 1:** Λειτουργική κατάσταση ογκολογικών ασθενών κατά ECOG/WHO [34].

ΒΑΘΜΟΣ	ECOG PERFORMANCE STATUS
0	Πλήρως ενεργός, είναι σε θέση να συνεχίσει όλες τις προ της ασθένειας δραστηριότητες χωρίς περιορισμούς
1	Περιορισμένος σε επίπονη σωματική δραστηριότητα, αλλά περιπατητικός και σε θέση να επιτελεί ελαφρά ή καθιστική εργασία, π.χ., ελαφρές εργασίες σπιτιού, εργασίες γραφείου
2	Περιπατητικός και ικανός προς πλήρη αυτοεξυπηρέτηση, αλλά ανίκανος να επιτελεί οποιαδήποτε εργασία. Εκτός κρεβατιού για περισσότερο από 50% των ωρών που είναι ξύπνιος
3	Ικανός προς μερική μόνο αυτοεξυπηρέτηση, καθηλωμένος στο κρεβάτι ή την καρέκλα για περισσότερο από 50% των ωρών που είναι ξύπνιος
4	Πλήρης αναπηρία. Ανίκανος προς όποια αυτοεξυπηρέτηση. Πλήρως καθηλωμένος στο κρεβάτι ή την καρέκλα
5	Νεκρός



**Πίνακας 2:** Λειτουργική κατάσταση ογκολογικών ασθενών κατά Karnofsky [35].

Προσδιορισμός	%	Κριτήρια
Ικανός να συνεχίσει την κανονική δραστηριότητα και να εργαστεί. Καμία ιδιαίτερη φροντίδα δεν χρειάζεται.	100	Φυσιολογική κατάσταση. Χωρίς παράπονα. Χωρίς στοιχεία της ασθένειας.
	90	Ικανός να συνεχίσει την κανονική δραστηριότητα. Ελαφρά σημεία ή συμπτώματα της νόσου .
	80	Η φυσιολογική δραστηριότητα γίνεται με προσπάθεια. Μερικά σημεία ή συμπτώματα της ασθένειας.
Ανίκανος να εργαστεί. Ικανός να ζει στο σπίτι, να φροντίζει τις περισσότερες από τις προσωπικές του ανάγκες. Βοήθεια ποικίλου βαθμού χρειάζεται.	70	Αυτοεξυπηρετείται. Ανίκανος να συνεχίσει την φυσιολογική δραστηριότητα ή να επιτελέσει έντονη εργασία.
	60	Χρειάζεται περιστασιακή βοήθεια, αλλά είναι σε θέση να φροντίζει για τις περισσότερες από τις ανάγκες του.
	50	Χρειάζεται σημαντική βοήθεια και συχνή ιατρική φροντίδα.
Ανίκανος να φροντίζει τον εαυτό του. Χρειάζεται ανάλογη θεσμική ή νοσοκομειακή βοήθεια. Η νόσος εξελίσσεται πιθανά γρήγορα.	40	Με αναπηρία. Χρειάζεται ειδική φροντίδα και βοήθεια.
	30	Με σοβαρή αναπηρία. Νοσηλεία ενδείκνυται, αν και ο θάνατος δεν επίκειται.
	20	Πολύ άρρωστος. Απαραίτητη η νοσηλεία. Απαραίτητη η ενεργή υποστηρικτική αγωγή.
	10	Ετοιμοθάνατος. Η μοιραία θανατηφόρος διαδικασία προχωράει γρήγορα.
	0	Νεκρός.

## 2.2 Πρόγνωση των ασθενών με καρκίνο που λαμβάνουν καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση

Παρά τις προσπάθειες των τελευταίων δεκαετιών τα ποσοστά επιβίωσης με εξιτήριο από το νοσοκομείο των ασθενών που υφίστανται ανακοπή εντός νοσοκομείου και υποβάλλονται σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση κυμαίνονται από 0% έως 32%, με μέση τιμή 15-17,5% [36,37]. Το αντίστοιχο ποσοστό επιβίωσης για τα θύματα ανακοπής εκτός νοσοκομείου έχει υπολογιστεί σε 9% για την Ευρώπη, ενώ η μέση τιμή παγκοσμίως υπολογίζεται σε 7-7,6% [3,38].

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, τα ποσοστά επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο που υποβάλλονται σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση υπολείπονται κατά πολύ των αντίστοιχων ποσοστών στον γενικό πληθυσμό. Στην μετα-ανάλυση των Reisfield et al. το 2006, η οποία συμπεριέλαβε 42 μελέτες που αφορούσαν 1707 ασθενείς με καρκίνο που έπαθαν ανακοπή εντός νοσοκομείου και υποβλήθηκαν σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, το ποσοστό επιβίωσης με εξιτήριο από το νοσοκομείο υπολογίστηκε σε 6,2% [37]. Άλλη μετα-ανάλυση των Ebell και Afonso υπολόγισε την αντίστοιχη επιβίωση ογκολογικών ασθενών στο 6,6% συγκριτικά με το 13,8% των μη ογκολογικών ασθενών [36]. Μεγάλη αναδρομική μελέτη των Lin et al. που συμπεριέλαβε 11.710 ασθενείς έδειξε ότι η επιβίωση με εξιτήριο από το νοσοκομείο ήταν μικρότερη στους ογκολογικούς από τους μη ογκολογικούς ασθενείς μετά από καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση λόγω ανακοπής εντός νοσοκομείου (11,6% έναντι 15,3% αντίστοιχα,  $P < 0.001$ ) [39]. Η επιβίωση των ασθενών με καρκίνο που παθαίνουν ανακοπή εκτός νοσοκομείου είναι άγνωστη, με τα λίγα δεδομένα μίας μικρής μελέτης 41 ογκολογικών ασθενών να δείχνουν πολύ πτωχή πρόγνωση με επιβίωση με εξιτήριο από το νοσοκομείο μόλις 4,9% [40].

Η επιβίωση μετά την ανακοπή των ασθενών με καρκίνο δεν έχει αλλάξει σημαντικά τα τελευταία χρόνια [41]. Παρά την πτωχή πρόγνωση, πρόσφατα δεδομένα έδειξαν καλά ποσοστά επιβίωσης των ογκολογικών ασθενών που εισήχθησαν σε μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) στην Γαλλία μετά από επιτυχή καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση λόγω ανακοπής εντός και εκτός νοσοκομείου [42]. Συγκεκριμένα, 18% των ασθενών αυτών έλαβαν εξιτήριο από το νοσοκομείο. Η θνητότητα στις ΜΕΘ και η εξάμηνη επιβίωση δεν διέφεραν σημαντικά ανάμεσα στους ασθενείς με συμπαγείς ή αιματολογικές κακοήθειες, ούτε συγκριτικά με ομάδα μαρτύρων εξομοίωσης χωρίς ιστορικό καρκίνου που υπέστη ανακοπή εκτός νοσοκομείου.

### **2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την επιβίωση των ασθενών με καρκίνο μετά την ανακοπή**

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι είναι σημαντικό να ανιχνευτούν οι παράγοντες εκείνοι που επηρεάζουν την έκβαση των ογκολογικών ασθενών που υφίστανται ανακοπή, ώστε να αναγνωρισθεί η κατηγορία εκείνη που αναμένεται να επωφεληθεί από την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.

Ενώ οι ασθενείς με καρκίνο έχουν γενικά πιο άσχημη πρόγνωση μετά από καρδιοαναπνευστική ανακοπή σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό και τους ασθενείς χωρίς καρκίνο, η επιβίωση φαίνεται να είναι πτωχότερη στους ασθενείς με μεταστατική νόσο. Σύμφωνα με την μετα-ανάλυση των Reisfield et al. οι ασθενείς με τοπική νόσο είχαν ποσοστό επιβίωσης με εξιτήριο από το νοσοκομείο 9,5%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους ασθενείς με μεταστατική νόσο ήταν μόλις 5,6% [37]. Οι μελέτες μάλιστα που συμπεριλήφθηκαν έδειχναν μηδενικά ποσοστά επιβίωσης στους ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο πριν το 1990, αργότερα όμως αυξήθηκαν στο 7,8%. Η μετα-ανάλυση των Ebell και Afonso το 2010 που συμπεριέλαβε 35 μελέτες και 96.499 θύματα ενδονοσοκομειακής ανακοπής έδειξε ότι η παρουσία μεταστατικής κακοήθειας συσχετίζεται σημαντικά [λόγος πιθανοτήτων-Odds Ratio (OR) 4,8] με την αποτυχία επιβίωσης με εξιτήριο από το νοσοκομείο [36]. Η επιβίωση σε αυτούς τους ασθενείς ήταν μόλις 1,9%.

Αναφορικά με τον τύπο του καρκίνου τα δεδομένα είναι λίγα για να εξαχθεί ασφαλές συμπέρασμα. Η παρουσία αιματολογικής κακοήθειας μεταξύ ασθενών που υποβλήθηκαν σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση λόγω ενδονοσοκομειακής ανακοπής έχει συσχετιστεί σημαντικά με μικρότερη επιβίωση με εξιτήριο από το νοσοκομείο (OR 3,9), η οποία υπολογίστηκε στο 1,3% [36]. Η μετα-ανάλυση των Reisfield et al. έδειξε 7,1% επιβίωση με εξιτήριο μετά από ανακοπή εντός νοσοκομείου

για τους ασθενείς με συμπαγείς όγκους συγκριτικά με 2% αντίστοιχη επιβίωση για τους ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες [37]. Η μελέτη των Taran et al. βρήκε ίδια επιβίωση 30 ημερών για τους ασθενείς με συμπαγείς και αιματολογικές κακοήθειες μετά από ενδονοσοκομειακή ανακοπή, αλλά νεότερα δεδομένα έδειξαν ότι ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες έχουν σημαντικά μικρότερη επιβίωση μετά από ανακοπή εντός νοσοκομείου συγκριτικά με άλλους ασθενείς με καρκίνο [43,44].

Τα δεδομένα δείχνουν ότι, στις περιπτώσεις που η καρδιακή ανακοπή είναι αναμενόμενη λόγω κλινικής κατάστασης, οι ασθενείς έχουν πολύ μικρά ποσοστά επιβίωσης μετά από καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση συγκριτικά με τους ασθενείς εκείνους που η ανακοπή είναι απρόσμενο γεγονός (επιβίωση με εξιτήριο 1,1% συγκριτικά με 12,4% αντίστοιχα) [36]. Παρομοίως, οι Ewer et al. βρήκαν μηδενική επιβίωση σε 171 ασθενείς με καρκίνο που είχαν αναμενόμενη ανακοπή και υποβλήθηκαν σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση [45].

Σχετικά με την φυσική κατάσταση των ασθενών με καρκίνο, υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν χειρότερη πρόγνωση μετά από ανακοπή για τους ασθενείς με χειρότερη λειτουργική κατάσταση. Έτσι, οι Viteli et al., ενώ δεν βρήκαν συσχέτιση μεταξύ μεταστατικής νόσου και επιβίωσης μετά από καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, βρήκαν ισχυρή συσχέτιση αυτής με την λειτουργική κατάσταση των ασθενών [46]. Συγκεκριμένα, ασθενείς με κλίμακα Karnofsky  $\leq 50\%$  είχαν πιθανότητα επιβίωσης με εξιτήριο από το νοσοκομείο μόλις 2,3%, ενώ εκείνοι με κλίμακα Karnofsky  $> 50\%$  είχαν πιθανότητα αντίστοιχης επιβίωσης 17,5%. Τα δεδομένα αυτά, που συμβαδίζουν με ευρήματα σε μη επιλεγμένους ασθενείς, ίσως δείχνουν κατά τους Reisfield et al. ότι η παρουσία μεταστατικής νόσου δεν προβλέπει καθεαυτή την αποτυχία επιβίωσης μετά από καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, αλλά μάλλον η γενικότερη φυσική κατάσταση, ώστε οι ασθενείς με την χειρότερη λειτουργική κατάσταση να έχουν την

μικρότερη πιθανότητα να επιβιώσουν και να πάρουν εξιτήριο από το νοσοκομείο [37,47]. Επίσης, οι συγγραφείς βρήκαν ότι οι ασθενείς που νοσηλεύονταν και υποβλήθηκαν σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση εντός μονάδων εντατικής θεραπείας, όντας σε πιο επιβαρυσμένη κατάσταση από τους ασθενείς των θαλάμων, είχαν πολύ μικρότερη επιβίωση (2,2% έναντι 10,1%) [37].

Αναφορικά με την ηλικία, η βιβλιογραφία στερείται δεδομένων που να συσχετίζουν σημαντικά την ηλικία των ογκολογικών ασθενών με την έκβαση της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης. Εντούτοις, σύμφωνα με τους Ebell και Afonso, η ηλικία >70 ετών σε μη επιλεγμένους ασθενείς συσχετίζεται σημαντικά με χαμηλότερη επιβίωση (OR 1,54, επιβίωση με εξιτήριο 10,6% έναντι 17,2%) [36]. Είναι λογικό να υποθέσει κανείς ότι η ηλικία ίσως επηρεάζει και την πρόγνωση των ασθενών με καρκίνο.

Η επιβίωση των θυμάτων ανακοπής που υποβάλλονται σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση συνηθίζεται να μετράται στις διάφορες μελέτες μέχρι το εξιτήριο από το νοσοκομείο. Σημαντικά όμως αποτελέσματα είναι, αφενός η νευρολογική έκβαση, αφετέρου η επιβίωση μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, ειδικά για την ομάδα των ασθενών με καρκίνο. Αυτά είναι άγνωστα, με τα λίγα στοιχεία να προέρχονται από μια μικρή αναδρομική μελέτη 83 ασθενών με καρκίνο που υποβλήθηκαν σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση μετά από καρδιακή ανακοπή εντός νοσοκομείου [48]. Η μελέτη αυτή έδειξε 9,6% επιβίωση με εξιτήριο από το νοσοκομείο και 6% επιβίωση στις 6 εβδομάδες από το εξιτήριο [48]. Μόλις 3 ασθενείς (3,6%) επιβίωσαν στους 6 μήνες και στον 1 χρόνο με κλίμακα λειτουργικής κατάστασης ECOG/WHO 1-2 [48]. Πρόσφατη μελέτη που συμπεριέλαβε 133 ασθενείς με καρκίνο που εισήχθησαν σε ΜΕΘ λόγω ανακοπής εντός και εκτός νοσοκομείου έδειξε 17% επιβίωση με καλή νευρολογική έκβαση (κλίμακα Cerebral Performance Categories 1 ή 2 [49]) και 14%

επιβίωση στους 6 μήνες (τα ποσοστά αυτά αφορούν μόνο τους ασθενείς που εισήχθησαν στις μονάδες εντατικής θεραπείας και όχι αυτούς που συνολικά υποβλήθηκαν σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση) [42]. Η 6μηνη επιβίωση δεν διέφερε σημαντικά από ομάδα μαρτύρων εξομοίωσης [42].

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι βασικός περιορισμός στις κλινικές μελέτες που προσεγγίζουν την επιβίωση των ασθενών με καρκίνο μετά την ανακοπή είναι ότι επηρεάζονται από τις εντολές αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης. Οι μελέτες αυτές συμπεριλαμβάνουν ασθενείς χωρίς τέτοιες εντολές, που σημαίνει ότι ενδεχομένως η επιβίωση των ασθενών με καρκίνο συνολικά να υπερεκτιμάται, αφού οι εντολές αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης αφορούν συνήθως ασθενείς με προχωρημένη νόσο ή άσχημη κλινική κατάσταση και επομένως με πιο πτωχή πρόγνωση.

#### **2.4 Προβλέποντας την έκβαση της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης και αποφασίζοντας την αναστολή της**

Διάφοροι ερευνητές έχουν κατά καιρούς προσπαθήσει να ανιχνεύσουν με αναδρομικές μελέτες και μετα-αναλύσεις τα χαρακτηριστικά των ασθενών πριν την ανακοπή που επηρεάζουν την επιβίωσή τους. Στην κατεύθυνση αυτή, αναπτύχθηκαν διάφορα μοντέλα που ενσωμάτωναν αυτά τα χαρακτηριστικά και φιλοδοξούσαν να προβλέψουν την έκβαση της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης και άρα τους ασθενείς εκείνους που πιθανά να είναι υποψήφιοι για εντολές αναστολής της αναζωογόνησης. Μερικά από αυτά είναι το «Pre-arrest morbidity (PAM) score», το «Modified PAM index», το «Prognosis after Resuscitation (PAR) score» και το «Dartmouth Score (DS)» (πίνακας 3) [50-53]. Σύμφωνα με τους George et al. ασθενείς με βαθμολογία 7 στο PAM score είχαν 15% επιβίωση μετά από καρδιοαναπνευστική

αναζωογόνηση, ενώ κανένας ασθενής δεν επιβίωσε με βαθμολογία 8 [50]. Οι Cohn et al. προτείνουν στην μετα-ανάλυσή τους ότι το PAM index μπορεί να προβλέψει τις περιπτώσεις θανάτου αντί επιβίωσης και καταλήγουν ότι η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση μπορεί να ανασταλεί σε PAM index>8 [50,54]. Ο Ebel προτείνει την τροποποίηση του PAM score, το PAR score, δίνοντας μεγαλύτερη βαρύτητα στον μεταστατικό καρκίνο, στην ηλικία >70 ετών και εισάγοντας την λειτουργική κατάσταση [51]. Σύμφωνα με την μελέτη του, κανένας ασθενής δεν επιβίωσε με PAR score >8. Οι Dautzenberg et al. προτείνουν αλλαγές του PAM score, το Modified PAM index, ως πιθανό εργαλείο για εντολές DNR και αναγνωρίζουν ότι οι ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο είναι ανάμεσα σε αυτούς με την μικρότερη επιβίωση [52]. Πρόσφατα, σε μελέτη των Merja et al. βαθμολογία DS  $\geq 9$  ή DS  $\leq 7$  προέβλεπε την επιβίωση ή τον θάνατο αντίστοιχα στο 88% των ασθενών [53].

**Πίνακας 3:** Μοντέλα πρόγνωσης ασθενών μετά από καρδιοαναπνευστική ανακοπή. Κάθε παράγοντας λαμβάνει τους αντίστοιχους βαθμούς [50-53].

	DS	PAM	PAR	MPI
Ηλικία>70	2		2	1
Στηθάγγη		1		
Χωρίς στηθάγγη	4			2
Άνοια				
Χωρίς άνοια	1			
Αναπνευστική ανεπάρκεια				
Χωρίς αναπνευστική ανεπάρκεια	2			
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο	5	1		2
Υπόταση	3	3		3
Παθολογικό PaO <sub>2</sub>	3			
Παθολογικά διττανθρακικά	3			
Κώμα	2	1		1
Καρκίνος	1	3		2
Μεταστατικός καρκίνος			10	
Μη μεταστατικός καρκίνος			3	
Καθηλωμένος στο σπίτι		3	5	2
Καρδιακή ανεπάρκεια		1		1
Κίρρωση		1		
Σήψη		1	5	1
Πνευμονία		3	3	2
Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου		1	-2	1
Υπό μηχανικό αερισμό		1		1
Καρδιακός καλπασμός		1		1
Ολιγουρία		1		1
Παθολογική κρεατινίνη		3	3	2

Merja S, Lilien RH, Ryder HF. Clinical Prediction Rule for Patient Outcome after In-Hospital CPR: A New Model, Using Characteristics Present at Hospital Admission, to Identify Patients Unlikely to Benefit from CPR after In-Hospital Cardiac Arrest. *Palliat Care* 2015;9:19–27.

Η παρουσία μεταστατικού καρκίνου ή αιματολογικής κακοήθειας, η ηλικία πάνω από 70, 75 ή 80 ετών, η μαύρη φυλή, οι αλλαγές νοητικής κατάστασης, η εξάρτηση από άλλους για καθημερινές δραστηριότητες, οι διαταραχές νεφρικής λειτουργίας, η υπόταση κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο και η νοσηλεία για πνευμονία, τραύμα ή ιατρική μη καρδιολογική διάγνωση έχουν συσχετιστεί σημαντικά με πτωχή επιβίωση με εξιτήριο από το νοσοκομείο στην μεταανάλυση των Ebel και Afonso που συμπεριέλαβε 96.499 ασθενείς [36]. Αντιθέτως, οι διαγνώσεις και η συννοσηρότητα καρδιαγγειακών παθήσεων συσχετίστηκαν με καλύτερη επιβίωση [36]. Τα ευρήματα αυτά παρότι παρέχουν κάποια στοιχεία που μπορεί να φανούν χρήσιμα για πιθανές εντολές αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, δεν έχουν επικυρωθεί σε άλλους πληθυσμούς.

Με βάση τα παραπάνω στοιχεία σε συνδυασμό με τις λίγες μελέτες που δείχνουν την επιβίωση των ασθενών με καρκίνο που αναλύθηκαν διεξοδικά στις προηγούμενες ενότητες ο κλινικός γιατρός καλείται να αποφασίσει σε ποιον ασθενή η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση είναι ακατάλληλη, ώστε να εκτιμήσει την πιθανότητα εντολών αναστολής της. Οι Sculier et al. καταλήγουν ότι η παρουσία καρκίνου δεν είναι από μόνη της αντένδειξη καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης και ότι οι καρκινοπαθείς ασθενείς πρέπει να εκτιμώνται όπως και οι υπόλοιποι ασθενείς [55]. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, η αιτία της ανακοπής, η λειτουργική κατάσταση (performance status), το στάδιο της νόσου και οι επιθυμίες του ασθενούς πρέπει να είναι τα βασικά κριτήρια για εντολές αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης [55]. Οι ίδιοι συγγραφείς καταλήγουν ότι, όταν οι ογκολογικές θεραπείες έχουν εγκαταλειφθεί, τότε η επιβίωση μετά την ανακοπή είναι πτωχή και η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση πρέπει να ανασταλεί [55]. Τελικά, κατά τους Varon et al. η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση δεν έχει καμία θέση σε ασθενείς με εξελισσόμενη μη ελεγχόμενη κακοήθεια ή πολυοργανική ανεπάρκεια [56].



Συμπερασματικά, ένας κλινικός ιατρός πρέπει να λάβει υπόψη τους ακόλουθους παράγοντες για την διενέργεια ή μη καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης στους ασθενείς με καρκίνο [57]:

- Το μεταστατικό στάδιο ποικίλει από μετάσταση σε έναν μόνο λεμφαδένα έως μεταστατικές μάζες σε ζωτικά όργανα. Η παρουσία μεταστατικής νόσου πρέπει να εκτιμηθεί αναλόγως της έκτασής της, παρόλο που συχνά υποδεικνύει τελικά παρηγορητικά στάδια.
- Οι δείκτες πρόβλεψης της έκβασης της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, όπως το PAM score, περιλαμβάνουν αρκετές από τις καταστάσεις που υπάρχουν στα τελικά στάδια του καρκίνου και ίσως δείχνουν σε κάποιο βαθμό την έκταση της νόσου.
- Η αναστολή ογκολογικής θεραπείας στους ασθενείς που λαμβάνουν μόνο υποστηρικτική αγωγή υποδεικνύει κατά βάση προχωρημένη νόσο.
- Η πτωχή λειτουργική κατάσταση (performance status) είναι σημαντικό κριτήριο της ικανότητας του ασθενούς να ανταπεξέλθει της ανακοπής.
- Οι ασθενείς με αναμενόμενη καρδιακή ανακοπή είναι συνήθως στα τελικά στάδια του καρκίνου.

Όσο περισσότεροι από τους παραπάνω παράγοντες υπάρχουν και σε όσο μεγαλύτερο βαθμό, τόσο πιο πτωχή είναι η πρόγνωση των ασθενών με καρκίνο μετά την ανακοπή. Αυτοί οι ασθενείς δεν αναμένεται να επωφεληθούν τόσο από την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και άρα είναι υποψήφιοι για εντολές αναστολής της. Των αποφάσεων αυτών πρέπει πάντοτε να προηγηθεί εκτεταμένη συζήτηση με τον ασθενείς. Φαίνεται άλλωστε ότι οι ασθενείς με καρκίνο και άλλες ασθένειες τελικού σταδίου είναι πρόθυμοι να συζητήσουν αυτά τα θέματα με τους ιατρούς τους [56].

## **2.5 Επηρεάζουν οι εντολές αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης την λοιπή ιατρική φροντίδα;**

Οι εντολές αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (DNR, DNAR, DNACPR) αφορούν αποκλειστικά την μη πραγματοποίηση καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης σε περίπτωση καρδιοαναπνευστικής ανακοπής και όχι άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις ή ιατρικές πράξεις. Στην βιβλιογραφία υπάρχουν ελάχιστα δεδομένα σχετικά με την επίπτωση των εντολών μη εφαρμογής καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης στην συνολική θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών γενικά και των ασθενών με καρκίνο ειδικότερα. Ενώ κάποιες μελέτες αναδεικνύουν αρνητική επίπτωση των εντολών DNR σε θεραπευτικές επιλογές, ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις που δεν συνδέονται με την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, άλλοι ερευνητές δεν επιβεβαιώνουν τέτοια συσχέτιση [58,59,60,61].

Το ίδιο αμφιλεγόμενα είναι και τα δεδομένα στους ασθενείς με καρκίνο με τις μελέτες να είναι ελάχιστες. Οι Keenan et al. αναδεικνύουν σημαντικές αλλαγές στην φροντίδα των ασθενών με καρκίνο μετά την απόφαση για εντολές DNR στην μονάδα εντατικής θεραπείας σε ένα ογκολογικό κέντρο [62]. Συγκεκριμένα, βρέθηκε μείωση της φυσικής εξέτασης από τον γιατρό και μικρότερος αριθμός ιατρικών οδηγιών, διαγνώσεων, εργαστηριακών και ακτινολογικών εξετάσεων και καταγραφών διαγραμμάτων παρακολούθησης στους ασθενείς με εντολές DNR, ενώ η χορήγηση ενδοφλέβιας φαρμακευτικής αγωγής παρέμεινε ανεπηρέαστη [62].

Αυτές τις αλλαγές δεν επιβεβαίωσε μία αυστραλιανή αναδρομική μελέτη των Azad et al., η οποία έδειξε συνέχιση των περισσότερων ιατρικών παρεμβάσεων με υψηλή συχνότητα σε ασθενείς με καρκίνο μετά την απόφαση εντολών DNR [63]. Ειδικότερα, οι αιμοληψίες, η ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών και παραγώγων αίματος, οι απεικονιστικές εξετάσεις, η ακτινοθεραπεία και η κλήση της ομάδας επείγουσας

ιατρικής συνεχίστηκαν στο 79% ή και περισσότερο των περιπτώσεων, ενώ υπήρξε σαφής μείωση στις εισαγωγές στην μονάδα εντατικής θεραπείας και στην χορήγηση χημειοθεραπείας [63]. Τα ίδια συμπεράσματα βρέθηκαν και σε παιδιατρικούς ασθενείς (ηλικία έως 22 ετών) με καρκίνο με εντολές DNR, όπου σε μια σειρά 200 ασθενών βρέθηκε συνέχιση χορήγησης παραγώγων αίματος, αντιβιοτικών, κορτικοστεροειδών, ενδοφλέβιων υγρών και συνέχιση των αιμοληπιών και των χειρουργικών παρεμβάσεων σε περισσότερες από 75% των περιπτώσεων [64].

Έλλειψη δεδομένων υπάρχει και σχετικά με την έκβαση της νοσηλείας των ασθενών με καρκίνο που έχουν εντολές αναστολής καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης. Και εδώ τα αποτελέσματα είναι αμφιλεγόμενα. Ενδεικτικά, 39% ποσοστό επιβίωσης με εξιτήριο για το σπίτι βρέθηκε σε δείγμα 200 νοσηλευόμενων ασθενών με καρκίνο που είχαν εντολές DNR σε ογκολογικό κέντρο παρηγορητικής φροντίδας, ενώ σε άλλη μελέτη εξιτήριο από το νοσοκομείο πήρε το 66% από τους 270 ογκολογικούς ασθενείς που είχαν επίσης εντολές DNR [63,65].

Συμπερασματικά, δεν υπάρχουν δεδομένα που να καταλήγουν ασφαλώς ότι οι εντολές αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης επηρεάζουν σαφώς την υπόλοιπη θεραπευτική φροντίδα των ασθενών με καρκίνο. Στις περιπτώσεις που αναδεικνύεται μείωση των ιατρικών και νοσηλευτικών παρεμβάσεων, αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι εντολές αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης συχνά τίθενται λίγο πριν ο ασθενής πεθάνει [66]. Σε αυτό το τελικό στάδιο, οι θεραπείες διατήρησης του ασθενούς στην ζωή, δεν αναμένεται να τον ωφελήσουν ιδιαίτερα, ούτε να αυξήσουν σημαντικά την επιβίωσή του. Επίσης, παρατηρείται συχνά το φαινόμενο, είτε οι ίδιοι οι ασθενείς, είτε οι συγγενείς τους, να κατανοούν την κατάσταση και να ζητούν αναστολή και άλλων παρεμβάσεων πλην της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης [66].

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### **Αποφασίζοντας τις εντολές αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης στους ασθενείς με καρκίνο**

#### **3.1 Η συμμετοχή των ιατρών**

Στις χώρες που επιτρέπονται νομικά οι εντολές αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης ο θεράπων ιατρός καλείται να αναγνωρίσει τους ασθενείς με καρκίνο που είναι υποψήφιοι για αυτές τις εντολές. Σε ορισμένες χώρες, όπως στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο γιατρός δεν είναι υποχρεωμένος να παρέχει καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, όταν την θεωρεί ιατρικώς ακατάλληλη και ο ασθενής δεν συμφωνεί, αλλά ούτε και να την παρέχει, όταν ο ασθενής την αρνείται [28].

Στο προηγούμενο κεφάλαιο αναλύθηκαν διεξοδικά οι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση των ασθενών με καρκίνο μετά την ανακοπή. Η κακή λειτουργική κατάσταση, η αναμενόμενη καρδιακή ανακοπή με βάση την κλινική κατάσταση, η αναστολή ειδικής ογκολογικής θεραπείας, η αύξηση της έκτασης των μεταστάσεων, το επιβαρυνόμενο ιστορικό και οι συνυπάρχουσες καταστάσεις (προχωρημένη ηλικία, υπόταση, σήψη κλπ.) είναι κοινώς αποδεκτά κριτήρια για την αναγνώριση των ασθενών με καρκίνο που είναι υποψήφιοι για εντολές αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης [57]. Η συννοσηρότητα είναι ένα σημαντικό κριτήριο. Ασθενείς με αυξημένη συννοσηρότητα, περιλαμβάνοντας τον καρκίνο, την γνωστική δυσλειτουργία και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, φαίνεται να έχουν περισσότερες εντολές DNR [67]. Απαιτείται, εντούτοις, εξατομικευμένη προσέγγιση του κάθε ασθενούς, καθώς οι ασθενείς με καρκίνο έχουν μεγάλη ετερογένεια.

Κάθε ιατρός, όμως, ενδέχεται να προσεγγίσει και να αντιμετωπίσει διαφορετικά έναν ασθενή. Η μεγαλύτερη ηλικία του ιατρού και η προσωπική εμπειρία του στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου είναι παράγοντες που έχουν συνδεθεί με συχνότερη επιλογή από μέρους του για αναστολή της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης σε περίπτωση καρκίνου τελικού σταδίου [68]. Αντιθέτως, η αρνητική του στάση στην αναστολή θεραπειών διατήρησης της ζωής και η προσάρτηση μεγαλύτερης αξίας στην παράταση της ζωής επηρέαζαν στην ίδια μελέτη τον ιατρό ενάντια στην απόφαση αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης [68].

Ο ιατρός είναι υπεύθυνος για την θεραπευτική αγωγή του ασθενούς. Από την άλλη πλευρά, ο ασθενής έχει δικαίωμα να ενημερώνεται για την θεραπεία του. Τίθεται, όμως, το ερώτημα: πρέπει ο ιατρός να συζητήσει με τον ασθενή την θεραπεία που δεν θεωρεί κατάλληλη για αυτόν, όπως είναι η αναστολή της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης [66]; Σύμφωνα με τους Reid et al. ο ιατρός οφείλει ηθικώς να συζητάει τις αποφάσεις θεραπείας με τον ασθενή και προτείνουν συζητήσεις για εντολές DNAR σε πρωτότερο στάδιο της ασθένειας, όταν ακόμα η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση παραμένει μία κατάλληλη επιλογή, στα πλαίσια μιας γενικότερης συζήτησης σχετικά με τους στόχους της θεραπείας [66,69].

Η συζήτηση με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους για αποφάσεις αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης δεν είναι εύκολη. Οι ιατροί μπορεί να νιώθουν μία αίσθηση αποτυχίας ή να φοβούνται ότι θα προκαλέσουν άγχος και αναστάτωση στους ασθενείς [69]. Επίσης, πολλές φορές φοβούνται νομικές προσφυγές [69]. Σε κάθε περίπτωση, τέτοιες συζητήσεις απαιτούν επικοινωνιακές δεξιότητες στις οποίες οι ιατροί πρέπει να εκπαιδευτούν, αφού έχει φανεί ότι η εκπαίδευσή τους οδηγεί σε αύξηση των συζητήσεων με τους ασθενείς για αποφάσεις σχετικά με τις θεραπείες

διατήρησης της ζωής, όπως η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, και αύξηση των καταγραφών σχετικών οδηγιών [70].

Ο ιατρός πρέπει να γνωρίζει ότι οι περισσότεροι ασθενείς ενδιαφέρονται σαφώς να συζητήσουν το θέμα της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης και των εντολών αναστολής της [69,71,72]. Οι περισσότεροι ασθενείς μάλιστα έχουν συζητήσει το θέμα με τους συγγενείς τους [71]. Τα δεδομένα αυτά δείχνουν ότι οι ιατροί δεν πρέπει να αναβάλλουν τέτοιες συζητήσεις, ενώ η καλύτερη εισαγωγή στο θέμα, η καλύτερη επεξήγηση της αναζωογόνησης και των πιθανοτήτων επιβίωσης και η παροχή πληροφοριών πριν την εισαγωγή στον θάλαμο, ώστε ο ασθενής και ο αντιπρόσωπός του να έχουν ενημερωθεί ότι θα συζητηθεί το θέμα της αναζωογόνησης, προτείνονται από ορισμένους ασθενείς ως μέτρα βελτίωσης προς αυτή την κατεύθυνση [73].

Συμπερασματικά, ο ιατρός οφείλει να σταθμίσει, όχι μόνο την πιθανότητα άμεσης επιτυχίας της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, αλλά και το προσδόκιμο και την ποιότητα ζωής του ασθενούς με βάση το στάδιο της ασθένειάς του και την συννοσηρότητα, όπως επίσης και τις επιθυμίες του. Στην περίπτωση που θεωρεί την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση ιατρικώς μάταιη, τότε δεν αναμένει όφελος για τον ασθενή του και οφείλει να συζητήσει με τον ίδιο και τους συγγενείς του το θέμα αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης.

### **3.2 Η συμμετοχή των ασθενών**

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, υπάρχουν δεδομένα ότι οι περισσότεροι ασθενείς θα ήθελαν να συζητήσουν το θέμα της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης και της αναστολής της με τους ιατρούς τους, ενώ οι περισσότεροι το έχουν ήδη συζητήσει με τους συγγενείς τους [69,71,72]. Βέβαια, απαραίτητη προϋπόθεση για την συμμετοχή

τους σε μια τέτοια απόφαση είναι η γνώση τους για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, τις διαδικασίες που περιλαμβάνει, τις πιθανότητες επιτυχίας της και την ποιότητα ζωής μετά από αυτήν. Αρνητικό ρόλο σε αυτό παίζει η τηλεόραση, η οποία επηρεάζει αναμφίβολα σε σημαντικό βαθμό τις αντιλήψεις των ανθρώπων. Σε μελέτη του Van den Bulck υπήρξε θετική συσχέτιση μεταξύ της παρακολούθησης τηλεοπτικών ιατρικών έργων και της υπερεκτίμησης των πιθανοτήτων επιβίωσης μετά από καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση λόγω ανακοπής εντός νοσοκομείου σε μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στο Βέλγιο [74].

Σύμφωνα με την μελέτη των Heyland et al. μόνο το 2,7% από τους 447 ασθενείς με σοβαρές παθήσεις (μεταξύ αυτών και μεταστατικός καρκίνος) στον Καναδά απάντησαν ότι το ποσοστό επιβίωσης μετά από ανακοπή και καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση στην περίπτωση τους είναι  $\leq 10\%$  [75]. Η υπερεκτίμηση από τους ασθενείς των ποσοστών επιβίωσης μετά από καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση επιβεβαιώνεται και από άλλες μελέτες [72,76]. Φαίνεται, μάλιστα, ότι οι ασθενείς αυτοί που έχουν λανθασμένη εντύπωση για τις πιθανότητες επιβίωσης είναι πιο πιθανό να επιθυμούν καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση [76]. Τα δεδομένα αυτά δεν επιβεβαιώθηκαν από μελέτη που συμπεριέλαβε 60 ασθενείς με καρκίνο, σύμφωνα με την οποία το 58% των ασθενών αυτών επιθυμούσε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, παρά το γεγονός ότι γνώριζαν τα χαμηλά ποσοστά επιτυχίας της [77]. Η επίπτωση, επομένως, της ενημέρωσης στην προτίμηση των ασθενών φαίνεται αμφιλεγόμενη, με κάποιους ερευνητές να δείχνουν αύξηση της πιθανότητας επιλογής αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης μετά από ενημέρωση και κάποιους άλλους να μην υποστηρίζουν τέτοια επίδραση [78,79].

Διάφοροι ερευνητές έχουν προσπαθήσει να ανιχνεύσουν τα χαρακτηριστικά των ασθενών που επηρεάζουν την στάση τους στο θέμα της διενέργειας

καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης ή αναστολής της και γενικότερα στις αποφάσεις στο τέλος της ζωής. Οι Oliver et al. δημοσίευσαν τα αποτελέσματα συνεντεύξεων σε 23 Αυστραλιανούς ασθενείς με καρκίνο σχετικά με τις εντολές DNR [80]. Στην μελέτη αυτή οι ασθενείς ελάμβαναν τις εντολές DNR ως αυτόνομο δικαίωμά τους και ευθύνη τους. Για να παίρνουν τέτοιου είδους αποφάσεις θα βασίζονταν σε ιατρικές πληροφορίες σχετικά με το αποτέλεσμα της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης και τις συνέπειές της, αλλά και σε συναισθηματικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Σύμφωνα με τους Elliott και Oliver το ρεπερτόριο του μοντερνισμού («modernist repertoire»), που αντιπροσωπεύει την σύμφυτη ικανότητα του ατόμου να αιτιολογεί, και το ρεπερτόριο του ρομαντισμού («romanticist repertoire»), που αντιπροσωπεύει το συναίσθημα, επιδρούν στην διαδικασία λήψης τέτοιων αποφάσεων [81].

Η μικρότερη ηλικία, η καλύτερη λειτουργική κατάσταση, η μη καυκάσια φυλή και η παρουσία αντιπρόσωπου για αποφάσεις στο τέλος της ζωής έχουν συσχετιστεί με μεγαλύτερη προτίμηση για ενεργητική και επιθετική ιατρική αντιμετώπιση, μεταξύ των οποίων η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και ο μηχανικός αερισμός, σε μελέτη 380 ασθενών με προχωρημένο καρκίνο σε συμβουλευτικό πρόγραμμα παρηγορητικής ιατρικής [82]. Σύμφωνα με τους Rose et al. η καλύτερη εκτίμηση επιβίωσης από τους ασθενείς και τους ιατρούς φάνηκε να συνδέεται με μεγαλύτερη προτίμηση της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης σε ασθενείς ηλικίας 45 ετών και άνω με καρκίνο τελικού σταδίου, ενώ στην ίδια μελέτη η καλύτερη ποιότητα ζωής εκτιμώμενη από τον ίδιο τον ασθενή φάνηκε να συνδέεται με μεγαλύτερη προτίμηση της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης στο ηλικιακό φάσμα 45-64 ετών [83]. Οι συγγραφείς καταλήγουν ότι οι προτιμήσεις των ασθενών συνδέονται με τις πρακτικές που εφαρμόζονται μόνο στην ομάδα των ηλικιωμένων ασθενών ( $\geq 65$  ετών), αλλά όχι στην ομάδα των μεσηλικών (45-64 ετών), οι οποίοι ζητούν μεγαλύτερη συμμετοχή στις διαδικασίες αποφάσεων ιατρικής φροντίδας [83].



Σύμφωνα με κάποιους ερευνητές, οι προτιμήσεις των ασθενών για τις αποφάσεις στο τέλος της ζωής δεν λαμβάνονται υπόψη από τους ιατρούς τους. Μεγάλη μελέτη που έλαβε χώρα στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και συμπεριέλαβε 9.105 ασθενείς με απειλητικές για την ζωή καταστάσεις (μεταξύ αυτών και καρκίνο) και με μέση εξάμηνη επιβίωση 50%, έδειξε ότι οι ιατροί και οι συγγενείς δεν ήταν ενήμεροι για τις προτιμήσεις των ασθενών και η φροντίδα που ελάμβαναν δεν συμβάδιζε με τις προτιμήσεις τους ή την πρόγνωσή τους [84]. Στους 1955 από αυτούς τους ασθενείς που ρωτήθηκαν για τις προτιμήσεις τους για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, οι μεγαλύτερης ηλικίας, οι καρκινοπαθείς, οι γυναίκες, όσοι πίστευαν ότι η πρόγνωσή τους είναι πτωχή και όσοι ήταν εξαρτημένοι από άλλους για τις καθημερινές τους δραστηριότητες ήταν λιγότερο πιθανό να επιθυμούν καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση [84]. Εντολές DNR έλαβαν οι μισοί μόνο από αυτούς που δεν επιθυμούσαν να λάβουν καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση [84].

Διάφορα άλλα χαρακτηριστικά των ασθενών έχουν συνδεθεί, επίσης, με τις εντολές αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης. Εκτός από την ηλικία, η κατάχρηση φαρμάκων ή αλκοόλ, η χρήση αναπηρικού αμαξιδίου, η άνοια και ο σοβαρός πόνος έχουν φανεί να επηρεάζουν ασθενείς και ιατρούς υπέρ των εντολών DNR [85]. Η θρησκεία, ίσως παίζει κάποιο ρόλο, με τους προτεστάντες ασθενείς να φαίνεται να προτιμούν περισσότερο αποφάσεις αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, ενώ η θρησκοληψία επηρεάζει υπέρ θεραπειών διατήρησης της ζωής, μεταξύ αυτών και της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης [86,87]. Τέλος, φαίνεται ότι η αποδοχή εντολών DNR στους καρκινοπαθείς είναι πιο συχνή σε ασθενείς με δύσπνοια, ενώ η απόρριψή τους είναι πιο συχνή σε ασθενείς με ναυτία και πόνο [65].

Στην Ελλάδα σπάνια λαμβάνουν χώρα συζητήσεις σχετικά με την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση στα νοσοκομεία. Συνεπώς, η γνώση και οι

προτιμήσεις των Ελλήνων ασθενών για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση είναι άγνωστα. Τα λίγα δεδομένα προέρχονται από μελέτη σε 300 νοσηλευόμενους ασθενείς (εκτός από καρκινοπαθείς) ηλικίας >60 ετών σε 5 ελληνικά νοσοκομεία [88]. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ασθενείς είχαν πτωχή επίγνωση της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης. Παρ' όλα αυτά, 87,7% των ασθενών αυτών δήλωσαν ότι επιθυμούσαν να υποβληθούν σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση σε περίπτωση ανακοπής εντός νοσοκομείου.

### **3.3 Η συμμετοχή των νοσηλευτών**

Διάφορες μελέτες έχουν διερευνήσει τις απόψεις και τις εμπειρίες των νοσηλευτριών σχετικά με τις αποφάσεις στο τέλος της ζωής. Φαίνεται ότι θα ήθελαν να συμμετέχουν στις αποφάσεις για εντολές αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης και προτείνουν προσέγγιση του θέματος από ομάδα πολλαπλών ειδικοτήτων [89]. Εντούτοις, διακρίνουν έλλειψη συνεργασίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών, εμπόδια στην συμμετοχή του ασθενούς, ενώ αμφιβολίες εκφράζουν και για τον ρόλο της οικογένειας στις αποφάσεις για θεραπείες διατήρησης της ζωής [90]. Το αποτέλεσμα είναι να βλέπουν τις αποφάσεις αυτές ως αβέβαιες [90].

Γενικότερα, ορισμένοι ερευνητές διαπιστώνουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό θα ήθελε να συμμετέχει στις αποφάσεις στο τέλος της ζωής και επισημαίνουν τον πολύ σημαντικό τους ρόλο σε αυτό, ενώ άλλοι διακρίνουν μια πιο παθητική στάση [91,92]. Στόχος μιας σωστής προσέγγισης σε τέτοια ηθικά θέματα πρέπει να είναι η εκπαίδευση ιατρών και νοσηλευτών και η δημιουργία οδηγιών για την καλύτερη επικοινωνία μεταξύ ιατρών, νοσηλευτών και ασθενούς [91]. Οι νοσηλεύτριες αναπτύσσουν ιδιαίτερες σχέσεις με τους ασθενείς, συνεπώς η συμβολή τους στις συζητήσεις σχετικά με την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και των εντολών αναστολής της είναι

ιδιαίτερα σημαντική, αλλά θέλουν πλήρη διάκριση των ρόλων και των ευθυνών τους [93].

Οι ασθενείς με καρκίνο συχνά έχουν παρατεταμένες νοσηλείες με αποτέλεσμα οι νοσηλεύτριες να αναπτύσσουν στενές σχέσεις με τους ίδιους και τις οικογένειές τους. Αυτή η στενή σχέση τους επιτρέπει συχνά να ξεκινούν συζητήσεις σχετικά με τις εντολές αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, ενώ όταν οι αποφάσεις αυτές λαμβάνονται, αυτό τους επιτρέπει να περνούν περισσότερο χρόνο με τους ασθενείς και την οικογένειά τους [94]. Με την συμμετοχή των νοσηλευτριών, των ασθενών και των συγγενών τους στην συζήτηση, η νοσηλευτική φροντίδα μπορεί να βελτιωθεί με την ενημέρωση και καλύτερη κατανόηση των παραγόντων που οδήγησαν στις εντολές αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης [66,94].

### **3.4 Η συμμετοχή των συγγενών**

Σύμφωνα με τους Ackroyd et al. οι ασθενείς με καρκίνο και οι συγγενείς τους επιθυμούν την συμμετοχή των τελευταίων στις αποφάσεις για εντολές αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης [77]. Στην συγκεκριμένη μελέτη οι προτιμήσεις των συγγενών τους, μάλιστα, φάνηκε να συμβαδίζουν με τις απόψεις των ασθενών. Συμφωνία στις 2 ομάδες βρέθηκε και σε μεγάλη μελέτη των Yun et al. στην Κορέα, ενώ οι Hwang et al. βρίσκουν ότι η οικογένεια επιλέγει λίγο περισσότερο την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση για τον ασθενή, βασισμένη στην ποιότητα ζωής του [95,96]. Παλαιότερα ευρήματα υποδεικνύουν μια πιο επιθετική τακτική για θεραπείες διατήρησης της ζωής από τους συγγενείς, ενώ μεγάλη ετερογένεια υπάρχει τελικά στην λήψη αποφάσεων από την οικογένεια [97,98].

Συχνά οι ασθενείς δεν έχουν την απαραίτητη πνευματική διαύγεια για να συμμετέχουν σε συζητήσεις για τις αποφάσεις στο τέλος της ζωής, την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και τις εντολές αναστολής της. Τότε, αναλόγως και των οδηγιών της κάθε χώρας και του νοσοκομείου, στις συζητήσεις αυτές συμμετέχουν οι συγγενείς ή οι νόμιμοι αντιπρόσωποι του ασθενούς. Πολλές φορές, όμως, αποτυγχάνουν να εκφράσουν τις πραγματικές επιθυμίες των ασθενών, αν και οι ασθενείς φαίνεται να τους εμπιστεύονται στην αναδιαμόρφωση των προτιμήσεών τους [84]. Οι αποφάσεις των συγγενών συχνά αντανακλούν τις επιθυμίες των ίδιων παρά των ασθενών σχετικά με την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και την παράταση της ζωής [99].

Οι διαφορές μεταξύ των οικογενειακών μελών σχετικά με τις αποφάσεις στο τέλος της ζωής είναι συχνές. Οι Winter και Parks δείχνουν ότι η μεγαλύτερη ενδοοικογενειακή διχόνοια, συνδέεται με μεγαλύτερη επιλογή για θεραπείες διατήρησης της ζωής και μικρότερη προτίμηση παρηγορητικής φροντίδας από τους νόμιμους αντιπροσώπους του ασθενούς [100].

Αναφορικά με την παρουσία της οικογένειας κατά την διάρκεια της αναζωογόνησης, δεδομένα από ασθενείς που επιβίωσαν μετά από επιτυχή αναζωογόνηση δείχνουν ότι η πλειοψηφία την επιθυμεί [101]. Η ίδια μελέτη καταλήγει ότι οι ασθενείς θεωρούν ότι θα έπρεπε να ερωτώνται σχετικά με την παρουσία ή όχι της οικογένειάς τους κατά την διάρκεια της αναζωογόνησής τους [101].

### **3.5 Καταλληλότερος χρόνος για εντολές αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης στους ασθενείς με καρκίνο**

Οι συζητήσεις για αναστολή της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης συχνά λαμβάνουν χώρα αργά κατά την διάρκεια εξέλιξης της ασθένειας. Σύμφωνα με την ανασκόπηση των Osinski et al. οι εντολές DNR ετέθησαν κατά μέσο όρο τις τελευταίες 15 ημέρες πριν τον θάνατο στις δημοσιευμένες μελέτες ασθενών με καρκίνο [65,66,102-104]. Η ηλικία είναι ένας σημαντικός παράγοντας, αφού στους ηλικιωμένους ασθενείς οι αποφάσεις αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης φάνηκε να λαμβάνονται πιο νωρίς [105]. Επίσης, νωρίτερα ίσως λαμβάνονται και στις γυναίκες ασθενείς ειδικά όταν οι ιατροί είναι γυναίκες [106].

Παρά όμως την προσπάθεια διάδοσης της χρήσης των εντολών αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, οι μισοί μόνο από τους ασθενείς που δεν την επιθυμούν λαμβάνουν τέτοιες εντολές, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως [84]. Παρά ταύτα, στην μελέτη των Levin et al. που συμπεριέλαβε 206.437 ασθενείς με καρκίνο φάνηκε ότι 86% από αυτούς που απεβίωσαν εντός νοσοκομείου είχαν εντολές DNR. Μόνο 53% από αυτές είχαν υπογραφεί από τους ίδιους τους ασθενείς, ενώ 34% είχαν υπογραφεί από τους νόμιμους αντιπροσώπους τους, επειδή την στιγμή της απόφασης οι ασθενείς δεν είχαν πνευματική διαύγεια [104]. Η διάμεση δε ημέρα υπογραφής ήταν η ημέρα 0, δηλαδή η ημέρα του θανάτου.

Θετικά αποτελέσματα φαίνεται να απορρέουν από την έγκαιρη συζήτηση των θεμάτων που αφορούν το τέλος της ζωής. Οι Mori et al. έδειξαν ότι οι ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής και παρηγορητικής φροντίδας, όπως αυτή αποτυπώθηκε από τα οικογενειακά μέλη που τους φρόντιζαν, όταν οι συζητήσεις για τα θέματα του τέλους της ζωής λάμβαναν χώρα πριν την τελική είσοδο στο νοσοκομείο, ανεξαρτήτως των αποφάσεων για εντολές αναστολής της

καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης [107]. Στο ίδιο πλαίσιο εντάσσονται και τα αποτελέσματα των Hui et al. που δείχνουν ότι η έγκαιρη αναγνώριση των ασθενών με καρκίνο τελικού σταδίου που είναι κοντά στον θάνατο έχει ως αποτέλεσμα καλύτερη ποιότητα φροντίδας, ενώ σύμφωνα με τους Caissie et al. η καταγραφή της κατάστασης αναζωογόνησης εντός 48 ωρών από την είσοδο στο νοσοκομείο επιφέρει λιγότερο επιθετική περίθαλψη στο τέλος της ζωής ασθενών με προχωρημένο καρκίνο [108,109].

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι στόχος του θεράποντος ιατρού οφείλει να είναι η έγκαιρη αναγνώριση του ασθενούς με καρκίνο που επιδεινώνεται και που φτάνει στο τελικό στάδιο της ασθένειας κοντά στον θάνατο. Στην φάση αυτή, η πιο ολοκληρωμένη και η πιο έγκαιρη συζήτηση των ευρύτερων θεμάτων για το τέλος της ζωής συμπεριλαμβανομένης της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης φαίνεται να οδηγεί σε καλύτερο σχεδιασμό της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας και τελικά σε καλύτερης ποιότητας συνολική περίθαλψη.

### **3.6 Προβληματισμοί και οδηγίες αναφορικά με την λήψη αποφάσεων στο τέλος της ζωής σε ασθενείς με καρκίνο**

Πριν φτάσουμε στο στάδιο της λήψης αποφάσεων στο τέλος της ζωής, πρέπει να αναλυθούν η κατηγορία των ασθενών που τους αφορούν και τι περιλαμβάνουν. Όπως αναφέρθηκε στο πρώτο κεφάλαιο, ο καρκίνος είναι μια χρόνια ασθένεια που περιλαμβάνει διάφορα στάδια. Οι αποφάσεις στο τέλος της ζωής αφορούν κατά κανόνα τους ασθενείς τελικού σταδίου. Διάφοροι συγγραφείς προσπάθησαν να ορίσουν το τελικό στάδιο του καρκίνου. Σύμφωνα με την Jane McCusker υπάρχουν δύο κοινά στάδια στους ασθενείς με κλινικό καρκίνο [110]. Το στάδιο ενεργητικής θεραπείας (active treatment period) στο οποίο η ογκολογική θεραπεία, αν δίνεται, έχει στόχο την αύξηση της επιβίωσης. Ακολουθεί το στάδιο τελικής φροντίδας (terminal care period)

στο οποίο υπάρχει εξελισσόμενη κακοήθεια και η θεραπεία δεν μπορεί να αυξήσει την επιβίωση. Συνεπώς, ο στόχος της θεραπείας είναι το βασικό κριτήριο για την διάκριση.

Οι αποφάσεις στο τέλος της ζωής αφορούν τις θεραπευτικές παρεμβάσεις στον ασθενή που βρίσκεται στο στάδιο τελικής φροντίδας και πλησιάζει προς τον θάνατο. Σε αυτές περιλαμβάνεται και η απόφαση για την διενέργεια ή μη καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, όταν ο ασθενής υποστεί καρδιοαναπνευστική ανακοπή. Σε αυτές τις περιπτώσεις η ανακοπή είναι συχνά αναμενόμενο γεγονός. Δεδομένου των πολύ χαμηλών ποσοστών επιβίωσης, η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση είναι σε αυτές τις περιπτώσεις μάταιη.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Ιατρικό Σύλλογο μάταιη είναι μια θεραπεία, όταν δεν προσφέρει καμία λογική ελπίδα επαναφοράς ή βελτίωσης ή από την οποία ο ασθενής δεν μπορεί μόνιμα να αποκομίσει οποιοδήποτε όφελος [111,112]. Η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση είναι μάταιη, όταν οι πιθανότητες επιβίωσης με καλή ποιότητα ζωής είναι ελάχιστες [111,113]. Όπως αναφέρθηκε και στο πρώτο κεφάλαιο, από τις ρίζες της την δεκαετία του 1960 η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση προορίζεται για «τον ασθενή που μπορεί να σωθεί» και «ενδείκνυται για τον ασθενή που, κατά της διάρκειας της καρδιοαναπνευστικής ανακοπής δεν είναι στο τελικό στάδιο ανίατης ασθένειας» [19,20]. Η πρόγνωση των ασθενών με καρκίνο μετά από ανακοπή και οι παράγοντες που την επηρεάζουν αναλύθηκαν στο δεύτερο κεφάλαιο.

Είναι σαφές ότι στα θέματα που αφορούν τις αποφάσεις στο τέλος της ζωής σε έναν ασθενή με καρκίνο αναμφισβήτητο ρόλο παίζει η πρόγνωση του. Αυτή είναι που θα καθορίσει σε μεγάλο βαθμό τους στόχους της θεραπείας και το ενδεχόμενο εντολών αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης. Η βιβλιογραφία, πάντως, δείχνει ότι οι ιατροί τείνουν να υπερεκτιμούν την πρόγνωση των ασθενών με καρκίνο τελικού

σταδίου, γεγονός που μπορεί να επηρεάζει την λήψη αποφάσεων και άρα το διάστημα του ασθενούς μέχρι τον θάνατο [114]. Στην κατεύθυνση αυτή, διάφοροι ερευνητές προσπάθησαν να διαμορφώσουν προγνωστικά μοντέλα, τα οποία δεν έχουν υιοθετηθεί στην καθημερινή κλινική πράξη [115].

Υπάρχουν διαφορετικές στρατηγικές ανά τον κόσμο σχετικά με την λήψη αποφάσεων στο τέλος της ζωής, όπως είναι και οι εντολές αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, που εξαρτώνται από το νομικό και ηθικό πλαίσιο της κάθε χώρας και ενδεχομένως και του κάθε νοσοκομείου. Στις αποφάσεις αυτές εμπλέκονται βασικά τρεις ομάδες, η συμμετοχή των οποίων αναλύθηκε διεξοδικά παραπάνω: οι ασθενείς, οι συγγενείς τους και οι ιατροί. Ο ρόλος των νοσηλευτών, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικός.

Μπορούν να αναγνωριστούν τρία μοντέλα λήψης αποφάσεων [116-119]. Στο πατερναλιστικό μοντέλο (paternalist model) ο ιατρός λαμβάνει τις ιατρικές αποφάσεις βασιζόμενος στην ιατρική του γνώση για τον ασθενή, ενώ ο ρόλος του ασθενούς είναι να συναινεί σε αυτές τις αποφάσεις. Στο καταναλωτικό μοντέλο (consumerist model) ή πληροφοριακό μοντέλο (informative model) ή τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων (informed decision making) ή τεκμηριωμένη επιλογή (informed choice) ο ιατρός δίνει στον ασθενή τις εναλλακτικές επιλογές, προκειμένου ο ασθενής να λάβει την απόφαση και ο ιατρός να την εκτελέσει. Τέλος, το μοντέλο της από κοινού λήψης αποφάσεων (shared decision making model) προτείνεται από πολλούς ως το ιδανικό μοντέλο που βρίσκει κοινό έδαφος μεταξύ των δύο άκρων, δηλαδή του πατερναλιστικού και καταναλωτικού μοντέλου. Το μοντέλο αυτό έχει κερδίσει πολλούς υποστηρικτές, ενώ συνοδεύει και συχνά απαιτεί την εμπιστοσύνη στις σχέσεις ιατρού και ασθενή [120].

Κανένα μοντέλο δεν μπορεί να καλύψει από μόνο του την μεγάλη ετερογένεια των ασθενών, των προτιμήσεών τους και των καθημερινών κλινικών πρακτικών και



απαιτήσεων. Κάθε ασθενής απαιτεί επομένως αυτόνομη προσέγγιση σχετικά με την λήψη αποφάσεων στο τέλος της ζωής και τις εντολές αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, ο δε κλινικός ιατρός πρέπει να είναι ευέλικτος στην αλληλεπίδρασή του με τον ασθενή και να έχει επικοινωνιακές δεξιότητες [70,116,121].

Διάφοροι ερευνητές έχουν κατά καιρούς προτείνει οδηγίες για την απόφαση εντολών αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, οι οποίες σχετίζονται και με το νομικό πλαίσιο της κάθε χώρας. Σε γενικές γραμμές απαιτείται έγκαιρη έναρξη της συζήτησης στους ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο, καθώς αυτό φαίνεται να βελτιώνει την ποιότητα της φροντίδας τους, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως. Πολλοί προτείνουν έναρξη της συζήτησης σε πρώιμο στάδιο με ένταξη της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης στα πλαίσια γενικότερης συζήτησης για τους στόχους της θεραπείας [66,69]. Απαιτείται ενημέρωσή τους για τις πιθανότητες επιτυχίας της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης και κατόπιν συζήτηση για εντολές αναστολής της. Παρόντες πρέπει να είναι και οι συγγενείς, εκτός αν οι ασθενείς το αρνούνται. Το θέμα της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης μπορεί να ενταχθεί σε ένα πλαίσιο κατάρτισης πρώιμου σχεδίου φροντίδας (advance care plan) για το τέλος της ζωής [122]. Η εικόνα 1 δείχνει την ηθική προσέγγιση των Reid et al. στο θέμα της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης των ασθενών με καρκίνο [69].

ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ			
ΩΦΕΛΕΙΑ	<b>Ασθενής με αντίληψη ΚΑΑ ωφέλιμη</b>  Πλήρης συζήτηση με τον ασθενή (και τους συγγενείς αν θέλουν)  Προχωρήστε με ΚΑΑ, εκτός αν ο ασθενής αρνηθεί	<b>Ασθενής με αντίληψη ΚΑΑ μη ωφέλιμη</b>  Συζητήστε την ΚΑΑ ως μέρος ενός ρεαλιστικού θεραπευτικού σχεδίου (αν ο ασθενής θέλει συζήτηση)  Απόφαση DNAR	ΜΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΒΛΑΒΩΝ
	<b>Ασθενής χωρίς αντίληψη ΚΑΑ ωφέλιμη</b>  Συζητήστε με τους συγγενείς για να εξακριβώσετε τις επιθυμίες του ασθενούς στο παρελθόν  Προχωρήστε με ΚΑΑ-εκτός αν υπάρχει έγκυρη εκ των προτέρων οδηγία	<b>Ασθενής χωρίς αντίληψη ΚΑΑ μη ωφέλιμη</b>  Ενημερώστε και συζητήστε με τους συγγενείς και την νοσηλευτική ομάδα  Εντολή DNAR	
ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗ			

Reid C, Jeffrey D. Do not attempt resuscitation decisions in a cancer centre: addressing difficult ethical and communication issues. Br J Cancer 2002;86:1057–60.

**Εικόνα 1:** Ηθική προσέγγιση της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (ΚΑΑ) κατά Reid et al. [69]

Προβλήματα μπορούν να προκύψουν σε τρεις περιπτώσεις: 1) Ο ιατρός να θεωρεί μάταιη την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, αλλά ο ασθενής να την επιθυμεί. 2) Ο ιατρός να θεωρεί ωφέλιμη την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, αλλά ο ασθενής να την αρνείται. 3) Ο ασθενής να μην έχει πνευματική διαύγεια για να μπορέσει να επιλέξει. Στις περιπτώσεις αυτές, ρόλο παίζει το νομικό καθεστώς της κάθε χώρας. Ενδεικτικά, όπως αναφέρθηκε και στο πρώτο κεφάλαιο, στο Ηνωμένο Βασίλειο το Βρετανικό Ιατρικό Συμβούλιο ορίζει σαφώς ότι ο ιατρός δεν είναι υποχρεωμένος να παρέχει καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση όταν δεν την θεωρεί ωφέλιμη για τον ασθενή, ενώ ο ασθενής έχει δικαίωμα να αρνηθεί οποιαδήποτε θεραπεία [28]. Στην

περίπτωση που δεν έχει την πνευματική αντίληψη να αποφασίσει, αυτό γίνεται από τους νόμιμους αντιπροσώπους του [28]. Στην Ελλάδα ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας δεν επιτρέπει εντολές αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης [30].

# ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος αποτελεί την δεύτερη αιτία θνησιμότητας παγκοσμίως αριθμώντας 8.8 εκατομμύρια θανάτους το 2015 σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας [32]. Περίπου ένας στους 6 θανάτους παγκοσμίως εκτιμάται ότι οφείλεται σε καρκίνο [32]. Παρόλο που οι σύγχρονες ογκολογικές θεραπείες έχουν αυξήσει την επιβίωση των ασθενών με καρκίνο, πολλοί από αυτούς καταλήγουν στο τελικό παρηγορητικό στάδιο της ασθένειάς τους. Έτσι, οι ιατροί, αλλά και όλοι οι επαγγελματίες υγείας, αντιμετωπίζουν συχνά ηθικά διλήμματα, ένα από τα οποία είναι το εάν οι ασθενείς αυτοί είναι υποψήφιοι για καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση ή όχι σε περίπτωση ανακοπής.

Όπως αναλύθηκε διεξοδικά και στο γενικό μέρος, τα δεδομένα δείχνουν ότι οι ασθενείς με καρκίνο έχουν πτωχότερη επιβίωση με εξιτήριο μετά από καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση εντός νοσοκομείου [36,37,39,41]. Πολλοί ασθενείς μπορεί να ωφεληθούν από την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, η οποία μπορεί έτσι να συμβάλλει στην μείωση της συνολικής θνησιμότητας. Όταν, όμως, αυτή εφαρμόζεται σε ασθενείς τελικού σταδίου καρκίνου και άλλων χρόνιων θανατηφόρων ασθενειών, προσφέρει μόνο παράταση της πορείας προς τον θάνατο και επομένως της ταλαιπωρίας των ασθενών αυτών. Γι' αυτό έχουν θεσπιστεί σε διάφορες χώρες του κόσμου κανόνες για την αναστολή εφαρμογής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (εντολές DNR, DNAR, DNACPR, AND) σε ασθενείς που δεν αναμένεται να τους ωφελήσει.

## ΣΚΟΠΟΣ

Η αναστολή εφαρμογής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης δημιουργεί έντονο προβληματισμό καθημερινά στα νοσοκομεία σχετικά με το ποιοι ασθενείς είναι υποψήφιοι για τέτοιες εντολές, ποιοι πρέπει να συμμετέχουν σε τέτοιες συζητήσεις και ποιοι τελικά πρέπει να λαμβάνουν την απόφαση αυτή. Το θέμα αυτό αποτελεί και ερευνητικό επίκεντρο διαφόρων μελετών. Τέτοιες συζητήσεις δυστυχώς σπάνια λαμβάνουν χώρα στα ελληνικά νοσοκομεία. Συνεπώς, η άποψη των Ελλήνων ασθενών με καρκίνο για το θέμα αυτό είναι άγνωστη. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει την γνώση και την άποψη των ασθενών με καρκίνο σχετικά με την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση σε ένα ελληνικό ογκολογικό νοσοκομείο και να ανιχνεύσει τυχόν παράγοντες που επηρεάζουν την στάση τους.

## ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η μελέτη διενεργήθηκε στο Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι» το χρονικό διάστημα από τον Ιούνιο έως τον Οκτώβριο 2016, αφού εγκρίθηκε το ερευνητικό πρωτόκολλο από το επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου. Στην μελέτη μπορούσαν να συμμετέχουν ασθενείς με καρκίνο όλων των σταδίων ηλικίας 18 ετών και άνω. Η συμμετοχή στην μελέτη ήταν ανώνυμη. Προκειμένου να ελεγχθεί η νοητική κατάσταση των συμμετεχόντων, χρησιμοποιήθηκε η Συνοπτική Δοκιμασία Νοητικής Επίδοσης (Abbreviated Mental Test Score-AMTS) (παράρτημα) [123]. Στην έρευνα συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με βαθμολογία  $AMTS \geq 8$ . Οι υπόλοιποι αποκλείστηκαν.

Για κάθε ασθενή που συμμετείχε στην μελέτη γινόταν συλλογή των δημογραφικών στοιχείων, των διαγνωσμένων νεοπλασιών με την τρέχουσα θεραπευτική προσέγγιση, του ατομικού αναμνηστικού και της λειτουργικής του κατάστασης κατά ECOG [34]. «Μεταστατική νόσο» είχαν οι ασθενείς με μεταστατικές εστίες σε σημεία του οργανισμού που περιλαμβάνονταν στα M1 στάδια κατά το σύστημα TNM σύμφωνα με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ογκολογικής Εταιρείας την περίοδο της έρευνας [124]. Όπως αναφέρθηκε και στο γενικό μέρος, οι «θεραπείες δυνητικής ίασης» περιλάμβαναν είτε μετεγχειρητικές επικουρικές είτε προεγχειρητικές θεραπείες και στόχευαν στην ίαση του καρκίνου. Οι ασθενείς «παρηγορητικής φροντίδας» δεν λάμβαναν καμία ογκολογική θεραπεία. Ο θεραπευτικός στόχος σε αυτή την περίπτωση ήταν η ανακούφιση των συμπτωμάτων και όχι η αύξηση της επιβίωσής τους.

Βασικό εργαλείο της μελέτης αποτέλεσε ένα σταθμισμένο ερωτηματολόγιο 33 ερωτήσεων το οποίο δινόταν στους ασθενείς προς συμπλήρωση παρουσία των ερευνητών (παράρτημα) [88,125]. Το ερωτηματολόγιο εκτιμήθηκε από ψυχίατρο του νοσοκομείου. Της τελικής εφαρμογής του ερωτηματολογίου, προηγήθηκε πιλοτικό

στάδιο στο οποίο συμμετείχαν 20 ασθενείς με τα ίδια κριτήρια. Κάθε ερώτηση που δεν ήταν κατανοητή στους συμμετέχοντες κατά το πιλοτικό στάδιο επαναδιατυπώθηκε, ώστε να είναι πιο σαφής. Ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach  $\alpha$  του ερωτηματολογίου υπολογίστηκε σε 0,58 ( $p < 0,001$ ), ενώ η ισχύς της μελέτης ήταν 94%.

Στους ασθενείς που συμμετείχαν στην μελέτη δόθηκε συνοδευτικό ενημερωτικό φυλλάδιο που περιελάμβανε τον σκοπό της έρευνας, τους ορισμούς των όρων «καρδιοαναπνευστική ανακοπή» και «καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση» και οδηγίες για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Προκειμένου να εξαλειφθεί το άγχος ή η υποχρέωση συμμετοχής στην έρευνα, οι ασθενείς διαβεβαιώθηκαν ότι η συμμετοχή τους στην μελέτη ήταν ανώνυμη και εθελοντική και ότι τα προσωπικά τους δεδομένα ήταν πλήρως προστατευμένα.

Μετά την συλλογή των δεδομένων, ακολούθησε στατιστική ανάλυση με την χρήση της 23<sup>ης</sup> έκδοσης του SPSS για Windows. Χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική. Συσχετίσεις μεταξύ συνεχών ή διατακτικών μεταβλητών διερευνήθηκαν με την χρήση του συντελεστή συσχέτισης Spearman. Προκειμένου να αναζητηθούν τα χαρακτηριστικά των ασθενών που σχετίζονται με την προτίμησή τους για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, δημιουργήθηκαν 2 ομάδες ασθενών: η πρώτη περιελάμβανε εκείνους που επιθυμούσαν καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, ενώ στη δεύτερη ομάδα συμπεριλήφθηκαν εκείνοι που, είτε δεν ήταν σίγουροι, είτε δεν την επιθυμούσαν. Οι ασθενείς της τελευταίας ομάδας αναλύθηκαν μαζί, γιατί εκείνοι που ήταν αρνητικοί για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση ήταν πολύ λιγότεροι συγκριτικά με εκείνους που ήταν θετικοί, με αποτέλεσμα η ανάλυση αυτών των δύο ομάδων να μην ήταν τόσο αξιόπιστη. Διαφορές στις ποιοτικές μεταβλητές ανάμεσα στις 2 ομάδες αναζητήθηκαν με την χρήση της δοκιμασίας  $X^2$  (Chi square). Το ακριβές τεστ του Fisher χρησιμοποιήθηκε όπου παραβιάζονταν οι συνθήκες του  $X^2$  για τις

αναμενόμενες συχνότητες, ενώ η μετατροπή κατά Monte Carlo χρησιμοποιήθηκε σε τέτοιες περιπτώσεις για πίνακες μεγαλύτερους από 2x2. Τέλος, η δοκιμασία Mann-Whitney U χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να αναζητηθούν διαφορές στις διασπορές των συνεχών ή διατακτικών μεταβλητών ανάμεσα στις 2 ομάδες, καθώς οι μεταβλητές αυτές δεν ακολουθούσαν κανονικές κατανομές, είτε στον συνολικό πληθυσμό της μελέτης, είτε σε κάθε ομάδα χωριστά. Στατιστικώς σημαντικές θεωρήθηκαν οι διαφορές με  $p \text{ value} < 0,005$  για όλες τις στατιστικές δοκιμασίες.



## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### Χαρακτηριστικά των ασθενών της μελέτης

Συνολικά το ερωτηματολόγιο διαμοιράστηκε σε 218 ασθενείς με καρκίνο. Από αυτούς οι 4 απέτυχαν στην δοκιμασία AMTS, ενώ 14 ασθενείς δεν επιθυμούσαν να συμμετέχουν καθόλου στην έρευνα. Τελικά, συλλέχθηκαν 200 ερωτηματολόγια με ποσοστό ανταπόκρισης 91,7%. Από τους συμμετέχοντες, οι 94 (47%) ήταν άνδρες και οι 106 (53%) γυναίκες. Η μέση ηλικία τους ήταν 62,8 έτη [ελάχιστη=35, μέγιστη=88, τυπική απόκλιση (SD)=10,08]. Η έρευνα ήταν καλώς ανεκτή από τους ασθενείς, καθώς μόνο 27 (13,5%) ασθενείς θεώρησαν το ερωτηματολόγιο αγχωτικό.

Τα δημογραφικά και ιατρικά χαρακτηριστικά των ασθενών περιλαμβάνονται στους πίνακες 4 και 5 αντίστοιχα. Συνολικά, 150 (75%) ασθενείς είχαν μεταστατική νόσο, 35 (17,5%) ασθενείς ήταν υπό θεραπεία δυνητικής ίασης, ενώ 161 (80,5%) ασθενείς λάμβαναν θεραπεία για προχωρημένο (ανίατο) καρκίνο και 4 (2%) ασθενείς ήταν σε τελικό στάδιο υπό παρηγορητική φροντίδα την χρονική στιγμή της έρευνας. Η μέση λειτουργική κατάσταση των ασθενών κατά ECOG ήταν 0,8 (SD=1,10).

**Πίνακας 4:** Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

	n	(%)
<b>Φύλο</b>		
Άνδρες	94	47
Γυναίκες	106	53
<b>Ηλικία (συμπληρωμένα έτη)</b>		
35-45	10	5
46-55	32	16
56-65	77	38,5
66-75	62	31
>75	19	9,5
<b>Εθνικότητα</b>		
Ελληνική	196	98
Κυπριακή	1	0,5
Αλβανική	2	1
Ρουμάνικη	1	0,5
<b>Θρησκεία</b>		
Χριστιανοί ορθόδοξοι	194	97
Χριστιανοί καθολικοί	1	0,5
Μουσουλμάνοι	1	0,5
Μάρτυρες Ιεχωβά	1	0,5
Άθεοι	3	1,5
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		
Ελεύθεροι (ποτέ παντρεμένοι)	16	8
Ανύπαντρο ζευγάρι	1	0,5
Παντρεμένοι	148	74
Διαζευγμένοι/σε διάσταση	17	8,5
Χήροι	18	9
<b>Παιδιά (βιολογικά/υιοθετημένα/θετά)</b>		
Ναι	171	85,5
Όχι	29	14,5
<b>Ανώτατο επίπεδο εκπαίδευσης/κατάρτισης</b>		
Κανένα/Δημοτικό σχολείο	39	19,5
Γυμνάσιο/Λύκειο	88	44
Πανεπιστήμιο/Τεχνολογική εκπαίδευση	73	36,5
<b>Εργασία</b>		
Άνεργοι	41	20,5
Εργαζόμενοι	34	17
Συνταξιούχοι	125	62,5

**Πίνακας 5:** Ιατρικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

	n	%
<b>Τύπος πρωτοπαθούς καρκίνου*</b>		
Καρκίνος παχέος εντέρου και ορθού	52	26
Καρκίνος μαστού	40	20
Καρκίνος πνεύμονα	34	17
Καρκίνος παγκρέατος-φύματος Vater	21	10,5
Γυναικολογικός καρκίνος	13	6,5
Καρκίνος οισοφάγου-στομάχου	12	6
Καρκίνος προστάτη	10	5
Καρκίνος νεφρού-ουροδόχου κύστης	8	4
Καρκίνος κεφαλής-τραχήλου	3	1,5
Άλλοι τύποι καρκίνου	11	5,5
Καρκίνος αγνώστου πρωτοπαθούς εστίας	8	4
<b>Λειτουργική κατάσταση κατά ECOG</b>		
0	112	56
1	55	27,5
2	11	5,5
3	14	7
4	8	4
<b>Έκταση νόσου</b>		
Μεταστατική	150	75
Μη μεταστατική	50	25
<b>Θεραπευτικός στόχος</b>		
Θεραπεία δυνητικής ίασης	35	17,5
Αύξηση επιβίωσης σε προχωρημένο καρκίνο	161	80,5
Παρηγορητική φροντίδα	4	2
<b>Εισαγωγές σε νοσοκομεία**</b>		
Καμία	30	15
1-5	153	76,5
6-10	11	5,5
>10	6	3

\*Ορισμένοι ασθενείς είχαν περισσότερους από έναν διαγνωσμένο τύπο καρκίνου

\*\*Αριθμός εισαγωγών σε νοσοκομεία από την έναρξη της νόσου. Εισαγωγές για λήψη αντικαρκινικών θεραπειών δεν περιλαμβάνονται.

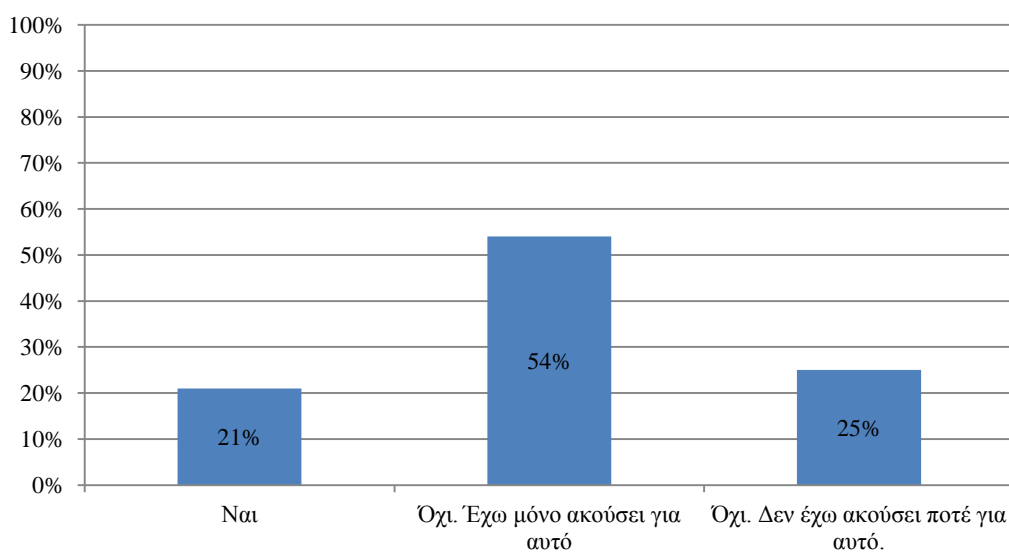
Από τους 200 ασθενείς της μελέτης, 107 (53,5%) θεωρούσαν την κατάσταση της υγείας τους χειρότερη από τον μέσο όρο των ατόμων της ηλικίας τους, ενώ 161 (80,5%) και 175 (87,5%) ασθενείς δήλωσαν τουλάχιστον μέτρια ικανοποιημένοι με την ποιότητα της ζωής τους και τις υπηρεσίες υγείας της πόλης τους αντίστοιχα. Μαζί με την οικογένειά τους ζούσαν 168 (84%) ασθενείς, ενώ 28 (14%) ασθενείς ζούσαν μόνοι. Από τους τελευταίους, 24 (85,7%) ασθενείς έβλεπαν την οικογένειά τους τουλάχιστον

μία φορά την εβδομάδα. Συχνές κοινωνικές δραστηριότητες εκτός σπιτιού είχαν 105 (52,5%) ασθενείς, ενώ 119 (59,5%) ασθενείς δήλωσαν ότι δεν χρειάζονταν βοήθεια για τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Η μέση εξάρτηση από άλλους σε κλίμακα από 1 (εντελώς ανεξάρτητος) έως 5 (εξαρτημένος για τα πάντα) ήταν 2,27 (SD=1,10).

### Η γνώση των ασθενών για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση

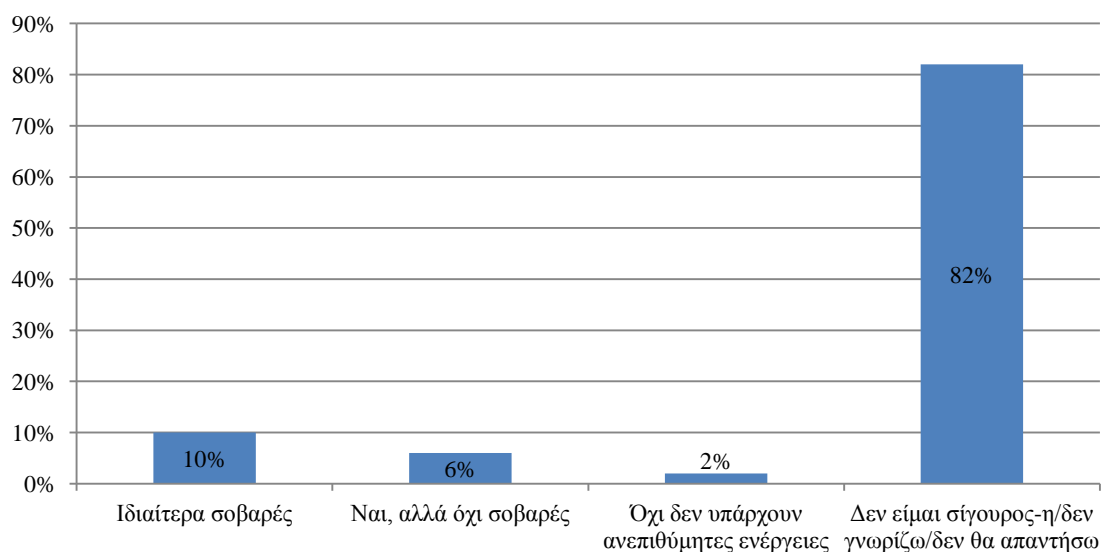
Μόνο 42 (21%) ασθενείς δήλωσαν ότι γνώριζαν τι πραγματικά γίνεται όταν κάποιος υποβάλλεται σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, ενώ 108 (54%) ασθενείς είχαν μόνο ακούσει για αυτό και 50 (25%) ασθενείς δεν είχαν ακούσει ποτέ για αυτό στο παρελθόν (εικόνα 2). Η γνώση αυτή δεν σχετιζόταν με το φύλο ή την ηλικία. Υπήρχε, όμως, θετική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου της γνώσης για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και του επιπέδου εκπαίδευσης (συντελεστής συσχέτισης Spearman  $r_s=0,239$ ,  $p=0,001$ ). Μόνο 20 (10%) ασθενείς συνολικά και 4 από τους 42 (9,5%) που δήλωσαν ότι γνώριζαν τι περιλαμβάνει η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση πίστευαν ότι αυτή έχει σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες (εικόνα 3).

*Γνωρίζετε τι πραγματικά γίνεται όταν κάποιος υποβάλλεται σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση;*



**Εικόνα 2:** Η γνώση των ασθενών για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.

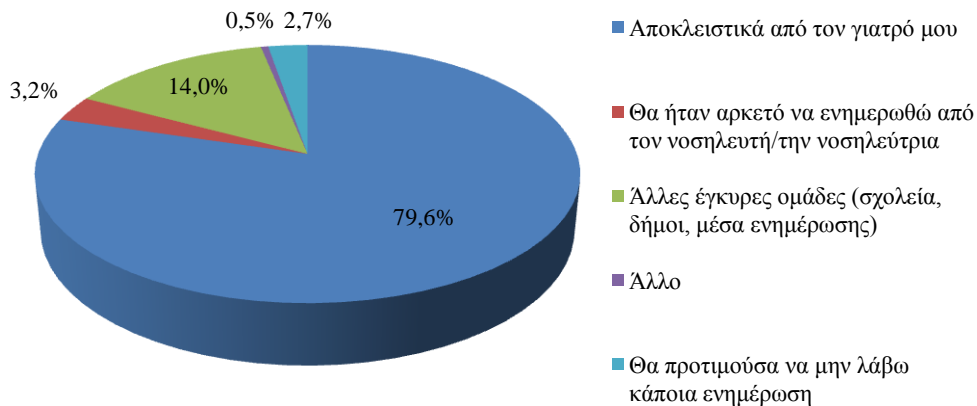
*Γνωρίζετε τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες που θα μπορούσε να έχει η διαδικασία καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης και αν ναι, πόσο σοβαρές νομίζετε ότι είναι;*



**Εικόνα 3:** Η γνώση των ασθενών για τις ανεπιθύμητες ενέργειες της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης.

Σχετικά με την πηγή πληροφόρησης, 61 (30,5%) ασθενείς δήλωσαν ότι ενημερώθηκαν από τα μέσα ενημέρωσης και 16 (8%) ασθενείς από τον γιατρό τους. Μόνο ένας (0,5%) ασθενής δήλωσε ότι έχει ενημερωθεί για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση στα πλαίσια της ασθένειάς του. Από τους 14 ασθενείς που δήλωσαν ότι έχουν ενημερωθεί πλήρως, οι 11 (78,6%) βρήκαν την διαδικασία πληροφόρησης ενδιαφέρουσα. Από τους 186 ασθενείς που δεν δήλωσαν πλήρως ενημερωμένοι, οι 148 (79,6%) προτιμούσαν να ενημερωθούν για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση αποκλειστικά από τον γιατρό τους (εικόνα 3). Ο ρόλος των νοσηλευτών σε αυτή την περίπτωση θα ήταν επαρκής μόνο για 6 (3,2%) ασθενείς, ενώ 26 (14%) ασθενείς θα βασίζονταν σε άλλες έγκυρες ομάδες (σχολεία, δήμοι, μέσα ενημέρωσης).

Πώς θα προτιμούσατε να ενημερωθείτε για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση;



**Εικόνα 3:** Προτιμήσεις πληροφόρησης των μη πλήρως ενημερωμένων ασθενών για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (186 ασθενείς).

Στους ασθενείς που συμμετείχαν στην μελέτη ζητήθηκε να εκτιμήσουν πόσοι από τους 100 που παθαίνουν ανακοπή εντός νοσοκομείου και υποβάλλονται σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση επιβιώνουν και παίρνουν εξιτήριο από το νοσοκομείο. Συνολικά απάντησαν 133 (66,5%) και 128 (64%) άτομα για την περίπτωση μη επιλεγμένων και ασθενών με καρκίνο αντίστοιχα (πίνακας 6). Η μέση εκτιμώμενη επιβίωση με εξιτήριο από το νοσοκομείο ήταν 56,6% (ελάχιστη=2%, μέγιστη=99%, SD=25,16) για τους μη επιλεγμένους ασθενείς, ενώ οι καρκινοπαθείς έλαβαν 42,1% μέση εκτιμώμενη επιβίωση (ελάχιστη=0%, μέγιστη=90%, SD=24,56). Οι δύο εκτιμήσεις συσχετιζόνταν θετικά (συντελεστής Spearman  $r_s=0,847$ ,  $p<0,001$ ). Επίσης υπήρχε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των συμμετεχόντων και της εκτίμησης της επιβίωσης που έδιναν και για τις δύο περιπτώσεις (συντελεστής Spearman  $r_s=-0,297$ ,  $p=0,001$  για μη επιλεγμένους ασθενείς,  $r_s=-0,270$ ,  $p=0,002$  για τους καρκινοπαθείς). Η εκτίμηση επιβίωσης δεν σχετιζόταν με την αναφερόμενη γνώση για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. Επιπλέον, 10% και 17,5% των ασθενών

της μελέτης εκτίμησαν την επιβίωση να είναι 0%-20% συνολικά και στους καρκινοπαθείς αντίστοιχα, ενώ 39% και 19% των συμμετεχόντων πίστευαν ότι περισσότεροι από τους μισούς (>50%) μη επιλεγμένους και ασθενείς με καρκίνο αντίστοιχα επιβιώνουν με εξιτήριο από το νοσοκομείο μετά από καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. Μόνο 20 (10%) συμμετέχοντες πίστευαν ότι οι ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονται σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση εντός νοσοκομείου έχουν ποσοστό επιβίωσης με εξιτήριο  $\leq 10\%$ .

**Πίνακας 6:** Εκτίμηση των συμμετεχόντων για το ποσοστό επιβίωσης με εξιτήριο μετά από καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση εντός νοσοκομείου συνολικά και σε ασθενείς με καρκίνο.

Εκτίμηση επιβίωσης (%)	Συνολικά			Σε ασθενείς με καρκίνο		
	n	%	Αθροιστικά %	n	%	Αθροιστικά %
0-10	12	6	6	20	10	10
11-20	8	4	10	15	7.5	17.5
21-30	8	4	14	18	9	26.5
31-40	7	3.5	17.5	13	6.5	33
41-50	20	10	27.5	24	12	45
51-60	17	8.5	36	12	6	51
61-70	27	13.5	49.5	8	4	55
71-80	19	9.5	59	13	6.5	61.5
81-90	10	5.0	64	5	2.5	64
91-100	5	2.5	66.5	0	0	64
Δεν γνωρίζω/Χωρίς απάντηση	67	33.5	100	72	36	100
Total	200	100		200	100	

### **Οι απόψεις των ασθενών για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση**

Ο πίνακας 7 συνοψίζει τις απόψεις των ασθενών για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. Συνολικά 177 (88,5%) ασθενείς επιθυμούσαν να υποβληθούν σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση στην περίπτωση που πάθαιναν ανακοπή εντός νοσοκομείου (εικόνα 4). Τα χαρακτηριστικά των ασθενών που σχετίζονται με τις προτιμήσεις τους για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση φαίνονται στον πίνακα 8.

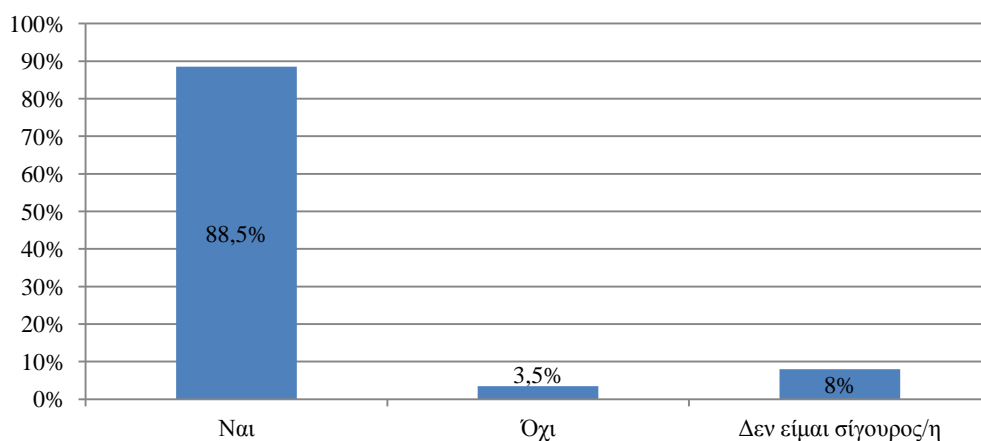
Οι άνδρες ασθενείς (93,6%) προτιμούσαν την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση περισσότερο από τις γυναίκες (84%). Μεγαλύτερη άρνηση ή αβεβαιότητα βρέθηκε στους άγαμους (25%), στους/στις χήρους/ες (27,8%) και σε εκείνους που δεν είχαν παιδιά (27,6%). Θετική στάση για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση ήταν πιο πιθανή στους εργαζόμενους (100%) και σε εκείνους που θεωρούσαν την κατάσταση της υγείας τους καλύτερη του μέσου όρου της ηλικίας τους (96,9%), ενώ 54,5% των ασθενών που δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένοι με την ποιότητα της ζωής τους, είτε δεν ήταν σίγουροι, είτε ήταν εναντίον της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης. Επιπλέον, 8 (28.6%) από τους ασθενείς που ζούσαν μόνοι, 8 (28.6%) από εκείνους που συνήθως απαιτούσαν βοήθεια για τις βασικές καθημερινές δραστηριότητες και 9 (22%) από εκείνους χωρίς κοινωνική δραστηριότητα εκτός σπιτιού δεν ήταν υπέρμαχοι της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης. Οι 3 (75%) από τους 4 ασθενείς που δήλωσαν ότι είχαν υποβληθεί σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση στο παρελθόν, την επιθυμούσαν και πάλι σε περίπτωση ανακοπής, ενώ και οι 4 ασθενείς δήλωσαν ότι θυμόντουσαν τι είχε συμβεί.



**Πίνακας 7:** Σύνοψη των απόψεων των ασθενών σχετικά με την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.

	Ναι n (%)	Όχι n (%)	Δεν είμαι σίγουρος/η n (%)
Εάν σας συμβεί ανακοπή μέσα στο νοσοκομείο, θα θέλατε να υποβληθείτε σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση;	177 (88,5%)	7 (3,5%)	16 (8%)
Το έχετε σκεφτεί αυτό προηγουμένως;	56 (28%)	144 (72%)	
Πιστεύετε ότι ως ασθενής έχετε το δικαίωμα να επιλέγετε ή να αρνείστε την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση;	127 (63,5%)	42 (21%)	31 (15,5%)
Πιστεύετε ότι πρέπει να ερωτάστε για τις επιθυμίες σας σχετικά με την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση όταν έρχεστε στο νοσοκομείο;	141 (70,5%)	38 (19%)	21 (10,5%)
Υποθέτοντας ότι είναι δυνατό για έναν από τους συγγενείς σας να είναι παρών κατά την διάρκεια καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησής σας συμφωνείτε με αυτό;	111 (55,5%)	68 (34%)	21 (10,5%)

*Εάν σας συμβεί ανακοπή μέσα στο νοσοκομείο, θα θέλατε να υποβληθείτε σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση;*



**Εικόνα 4:** Προτιμήσεις των ασθενών σε περίπτωση ανακοπής εντός νοσοκομείου.

**Πίνακας 8:** Τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων σε συνάρτηση με την επιθυμία τους για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.\*

Επιθυμία για καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση					
	Ναι n (%)	Μη σίγουρος-η/Όχι n (%)	Σύνολο n	$\chi^2$ Chi square	p Value (2-sided)
<b>Μεταβλητή</b>					
<b>Φύλο<sup>a</sup></b>					
Ανδρες	88 (93,6)	6 (6,4)	94	4,563 df=1	0,033
Γυναίκες	89 (84)	17 (16)	106		
<b>Οικογενειακή κατάσταση<sup>b</sup></b>					
Ελεύθερος (ποτέ παντρεμένοι)	12 (75)	4 (25)	16	8,306	0,026
Παντρεμένος/ανύπαντρο ζευγάρι	136 (91,3)	13 (8,7)	149		
Διαζευγμένος/σε διάσταση	16 (94,1)	1 (5,9)	17		
Χήρος/α	13 (72,2)	5 (27,8)	18		
<b>Παιδιά<sup>c</sup></b>					
Ναι	156 (91,2)	15 (8,8)	171	0,008	
Όχι	21 (72,4)	8 (27,6)	29		
<b>Εργασία<sup>b</sup></b>					
Άνεργος	33 (80,5)	8 (19,5)	41	7,951	0,019
Εργαζόμενος	34 (100)	0 (0)	34		
Συνταξιούχος	110 (88)	15 (12)	125		
<b>Κατάσταση υγείας για την ηλικία<sup>a</sup></b>					
Άνω της μέσης	31 (96,9)	1 (3,1)	32	6,648 df=2	0,036
Στην μέση	57 (93,4)	4 (6,6)	61		
Κάτω της μέσης	89 (83,2)	18 (16,8)	107		
<b>Ποιότητα ζωής<sup>b</sup></b>					
Πολύ ικανοποιημένος	11 (91,7)	1 (8,3)	12	15,534	0,002
Αρκετά ικανοποιημένος	69 (94,5)	4 (5,5)	73		
Μέτρια ικανοποιημένος	67 (88,2)	9 (11,8)	76		
Μερικώς ικανοποιημένος	25 (89,3)	3 (10,7)	28		
Καθόλου ικανοποιημένος	5 (45,5)	6 (54,5)	11		
<b>Διαμονή<sup>c</sup></b>					
Μόνος	20 (71,4)	8 (28,6)	28	0,006	
Όχι μόνος	157 (91,3)	15 (8,7)	172		
<b>Κοινωνική δραστηριότητα εκτός σπιτιού<sup>a</sup></b>					
Καμία	32 (78)	9 (22)	41	8,437 df=2	0,015
Σπάνια	46 (85,2)	8 (14,8)	54		
Συχνή	99 (94,3)	6 (5,7)	105		
<b>Βοήθεια για καθημερινές δραστηριότητες<sup>a</sup></b>					
Όχι	110 (92,4)	9 (7,6)	119	9,832 df=2	0,007
Περιστασιακά	47 (88,7)	6 (11,3)	53		
Συνήθως	20 (71,4)	8 (28,6)	28		
Σύνολο	177 (88,5)	23 (11,5)	200		

\*Μόνο στατιστικά σημαντικές διαφορές περιλαμβάνονται (p<0,05)

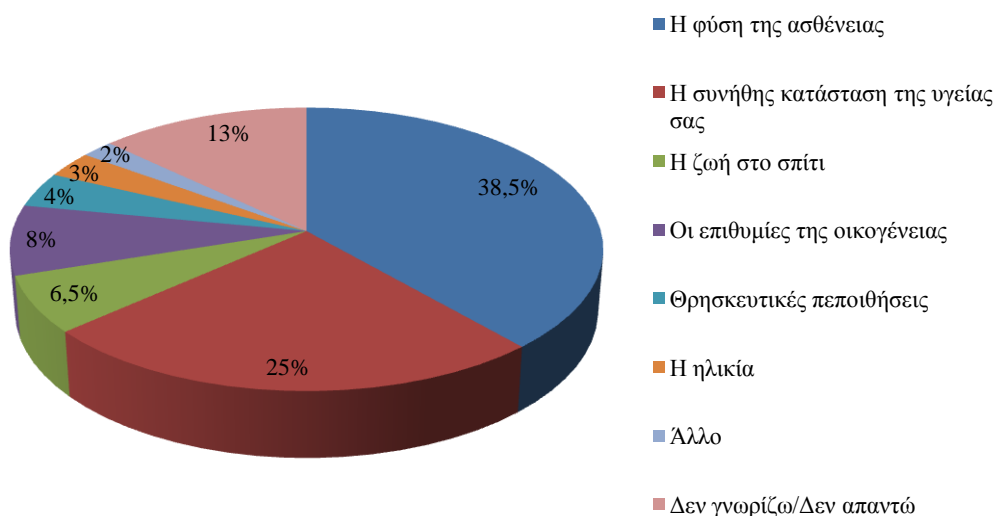
df: degrees of freedom (βαθμοί ελευθερίας)

(a) Pearson Chi Square

(b) Fisher's Exact Test (Μέθοδος Monte Carlo)

(c) Fisher's Exact Test (πίνακας 2x2)

Η φύση της ασθένειας και η συνήθης κατάσταση της υγείας θεωρούνταν οι πιο σημαντικοί παράγοντες για την επιλογή σε 77 (38,5%) και 50 (25%) ασθενείς αντίστοιχα (εικόνα 5). Σε περίπτωση, καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης κατά την διάρκεια νοσηλείας για προχωρημένο καρκίνο, 125 (62,5%) ασθενείς θα ζητούσαν από τον γιατρό να διασφαλίσει ότι δεν θα υπάρχουν υπολειπόμενες λειτουργικές αναπηρίες, ενώ 29 (14,5%) ασθενείς θα ήθελαν να είναι ανώδυνη.



**Εικόνα 5:** Παράγοντες που ήταν οι πιο σημαντικοί για τους συμμετέχοντες στις προτιμήσεις τους για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση σε περίπτωση ανακοπής.

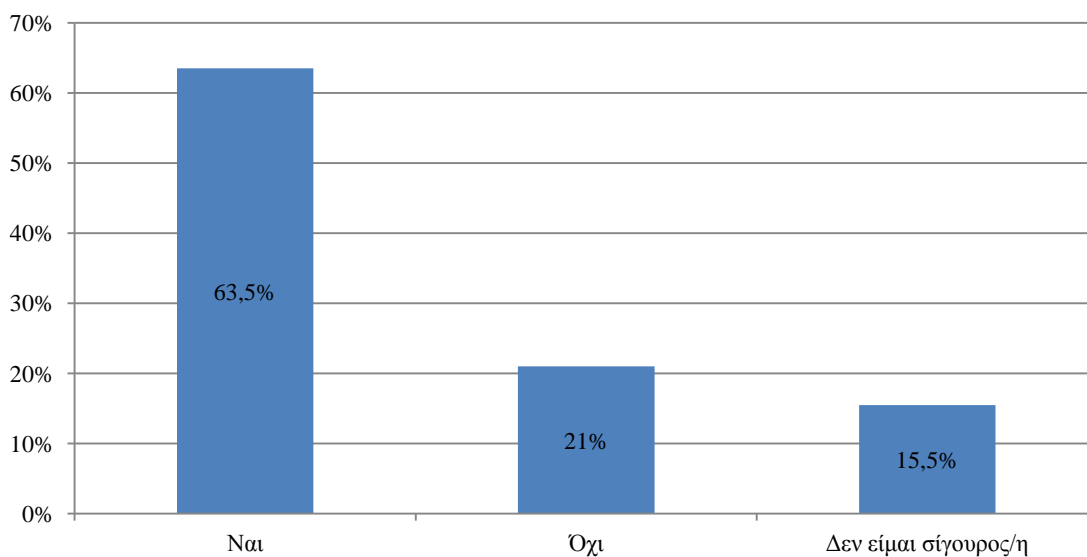
Σχετικά με την λήψη αποφάσεων για την εφαρμογή ή μη καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, οι περισσότεροι, 72 (36%) ασθενείς, θα θέλανε αυτό να αποφασιστεί από τους ίδιους, την οικογένειά τους και τον γιατρό τους από κοινού, ενώ 50 (25%) ασθενείς θα ήθελαν την απόφαση αυτή να λάβει μόνο ο γιατρός (πίνακας 9). Παρόλο που 144 (72%) ασθενείς δεν είχαν σκεφτεί ποτέ για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση προηγουμένως και 170 (85%) δεν είχαν ποτέ συζητήσει αυτό το θέμα με κάποιον, 127 (63,5%) ασθενείς πίστευαν ότι έχουν το δικαίωμα να επιλέγουν ή να αρνούνται την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, ενώ 141 (70,5%) θεωρούσαν ότι

πρέπει να ερωτώνται για το θέμα αυτό όταν έρχονται στο νοσοκομείο (πίνακας 7, εικόνα 6). Αυτό θα πρέπει να γίνεται προφορικά για 105 (52,5%) ασθενείς, ενώ 84 (42%) ασθενείς θα προτιμούσαν να ερωτώνται γραπτώς μέσα στον ιατρικό τους φάκελο.

**Πίνακας 9:** Η άποψη των συμμετεχόντων για την λήψη της απόφασης για την διενέργεια ή όχι καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης.

Απόφαση από:	n (%)
Τον ασθενή μόνο	22 (11)
Την οικογένεια μόνο	1 (0,5)
Τον γιατρό μόνο	50 (25)
Τον ασθενή και την οικογένεια	7 (3,5)
Τον ασθενή και τον γιατρό	41 (20,5)
Την οικογένεια και τον γιατρό	7 (3,5)
Τον ασθενή, την οικογένεια και τον γιατρό από κοινού	72 (36)

*Πιστεύετε ότι πρέπει να ερωτάστε για τις επιθυμίες σας σχετικά με την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση όταν έρχεστε στο νοσοκομείο;*



**Εικόνα 6:** Η άποψη των συμμετεχόντων για το εάν πρέπει να ερωτώνται για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση όταν έρχονται στο νοσοκομείο.

Τέλος, 111 (55,5%) ασθενείς θα ήθελαν έναν συγγενή να είναι παρών κατά την διάρκεια της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης. Σε περίπτωση, όμως, καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης κατά την νοσηλεία για προχωρημένο καρκίνο, μόνο 19 (9,5%) ασθενείς θα επέμεναν για την παρουσία συγγενούς αντί της εξασφάλισης ανώδυνης έκβασης (14,5%) και χωρίς λειτουργικές αναπηρίες (62,5%).

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Παρόλο που η γνώση των ασθενών της μελέτης για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση κρίνεται πτωχή, οι περισσότεροι ασθενείς την επιθυμούσαν σε περίπτωση ανακοπής εντός νοσοκομείου, ενώ θα ήθελαν να συμμετέχουν στην διαδικασία λήψης τέτοιων αποφάσεων. Μόνο το 21% των ασθενών δήλωσαν ότι γνώριζαν τι πράξεις περιλαμβάνει η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, ενώ όλοι οι υπόλοιποι ασθενείς δήλωσαν μερικώς ή τελείως απληροφόρητοι. Τα αποτελέσματα αυτά συμβαδίζουν με προηγούμενα ευρήματα σε ηλικιωμένους ασθενείς στην Ελλάδα [88]. Οι ασθενείς με ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης ήταν πιο πιθανό να δηλώσουν ότι έχουν καλύτερη γνώση. Παρά ταύτα, δεν βρέθηκε σχέση με την ηλικία ή το φύλο. Επιπλέον, οι περισσότεροι ασθενείς θεωρούσαν ότι η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση δεν έχει σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, κάτι το οποίο δεν σχετιζόταν με την αναφερόμενη γνώση των ασθενών αυτών.

Ενώ μόλις το 8% των ασθενών ανέφεραν το γιατρό τους ως την πηγή ενημέρωσής τους, 79,6% αυτών που δεν ήταν πλήρως ενημερωμένοι για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση θα ήθελαν να ενημερωθούν αποκλειστικά από εκείνον/η. Ενδιαφέρον είναι ότι θα βασίζονταν περισσότερο σε άλλες πηγές ενημέρωσης, όπως είναι τα μέσα ενημέρωσης, οι δήμοι και τα σχολεία, παρά στους νοσηλευτές και τις νοσηλεύτριες. Παρά ταύτα, όπως αναφέρθηκε και στο γενικό μέρος, το νοσηλευτικό προσωπικό αναπτύσσει ιδιαίτερες σχέσεις με τους ασθενείς, επομένως ο ρόλος του στις συζητήσεις για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικός [91,92].

Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών της μελέτης (88,5%) θα ήθελαν να υποβληθούν σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση σε περίπτωση ανακοπής εντός νοσοκομείου, παρόλο που σχεδόν κανένας ασθενής δεν είχε ενημερωθεί για την καρδιοαναπνευστική

αναζωογόνηση στα πλαίσια της ασθένειάς του. Οι ασθενείς με δυνητικά ιάσιμη νόσο και εκείνοι που ήταν σε προχωρημένο ή τελικό στάδιο είχαν παρόμοιες προτιμήσεις. Άλλωστε, προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς σε τελικό στάδιο μπορεί να επιθυμούν ακόμα και τότε την αναζωογόνηση [77,126]. Η φύση της ασθένειας και η συνήθης κατάσταση της υγείας θεωρούνταν οι πιο σημαντικοί παράγοντες που επηρέαζαν τις επιθυμίες των ασθενών της μελέτης για καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. Οι ασθενείς που θεωρούσαν την κατάσταση της υγείας τους καλύτερη του μέσου όρου της ηλικίας τους ήταν περισσότερο πιθανό να επιθυμούν να υποβληθούν σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, ενώ η δυσaráεσκεια για την ποιότητα ζωής και η συνήθης ανάγκη για βοήθεια για τις καθημερινές δραστηριότητες επηρέαζαν αρνητικά την στάση των ασθενών. Παρόλο που καμία σχέση με την λειτουργική κατάσταση των ασθενών κατά ECOG δεν βρέθηκε σε αυτή την εργασία, προηγούμενα ευρήματα έχουν δείξει ότι ασθενείς με καλύτερη λειτουργική κατάσταση μπορεί να επιθυμούν περισσότερο επιθετικές παρεμβάσεις σε περίπτωση προχωρημένου καρκίνου [82]. Η ηλικία δεν φάνηκε να παίζει κάποιο ρόλο όπως υποδεικνύουν παλαιότερα ευρήματα, ενώ η διαπροσωπική και κοινωνική συμπεριφορά σχετιζόταν με την επιθυμία για καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση [82,88,125].

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα φάνηκε να υπερεκτιμούν την αποτελεσματικότητα της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης. Η μέση εκτιμώμενη επιβίωση με εξιτήριο μετά από καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση εντός νοσοκομείου ήταν 56,6% συνολικά και 42,1% για ασθενείς με καρκίνο. Οι εκτιμήσεις αυτές, όμως, απέχουν πολύ από την πραγματικότητα. Παρόλο που τα ευρήματα από τις διάφορες μελέτες ποικίλλουν, η μέση επιβίωση με εξιτήριο μετά από καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση εντός νοσοκομείου υπολογίζεται σε 15-17,5% συνολικά και 6,2-11,6% για τους ασθενείς με καρκίνο [36,37,39]. Υπερεκτίμηση της αποτελεσματικότητας της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης έχει καταγραφεί και σε άλλες μελέτες

[72,75,76]. Οι νεότεροι ασθενείς της μελέτης φάνηκε να δίνουν μεγαλύτερα ποσοστά επιβίωσης, ενώ οι εκτιμήσεις δεν φάνηκε να σχετίζονται με την αναφερόμενη γνώση τους ή την στάση τους σχετικά με την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. Μόνο 10% των συμμετεχόντων πίστευαν ότι η επιβίωση των ασθενών με καρκίνο είναι  $\leq 10\%$ . Παρομοίως, οι Heyland et al. έδειξαν ότι μόνο 2,7% από τους 447 βαρέως πάσχοντες ασθενείς (με τελικού σταδίου καρκίνο ή άλλες προχωρημένες ιατρικές παθήσεις) πίστευαν ότι η πιθανότητα επιβίωσης με εξιτήριο μετά από καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση εντός νοσοκομείου ήταν  $\leq 10\%$  στην περίπτωσή τους [75].

Οι εκτιμήσεις των ασθενών σχετικά με την αποτελεσματικότητα της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης ίσως επηρεάζουν την επιθυμία τους. Στην μελέτη των Zijlstra et al., οι ασθενείς με σωστή εκτίμηση της επιβίωσης έτειναν να είναι λιγότερο πρόθυμοι να υποβληθούν σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση από εκείνους που δεν είχαν ρεαλιστικές εκτιμήσεις [76]. Παρομοίως, οι Murphy et al. έδειξαν ότι η εκμάθηση της σωστής επιβίωσης επηρέασε αρνητικά τις επιθυμίες των ασθενών που ερεύνησαν [78]. Παρά ταύτα, τα ευρήματα των Ackroyd et al. ήταν διαφορετικά σε μία ομάδα 60 ασθενών με καρκίνο [77]. Παρόλο που οι ασθενείς της μελέτης ενημερώθηκαν για την πιθανά χαμηλή πρόγνωση, 58% αυτών επιθυμούσαν την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση [77].

Παρά το γεγονός ότι έχει βρεθεί ότι οι περισσότεροι ασθενείς ενδιαφέρονται να συζητήσουν για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και ότι έχουν ήδη συζητήσει αυτό το θέμα με τους συγγενείς τους, η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών αυτής της εργασίας δεν είχαν σκεφτεί ποτέ για αυτό, ούτε το είχαν συζητήσει ποτέ με κάποιον [69,71,72]. Ωστόσο, οι περισσότεροι ασθενείς (63,5%) πίστευαν ότι έχουν το δικαίωμα να επιλέγουν ή να αρνούνται την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και ακόμη περισσότεροι (70,5%) θεωρούσαν ότι θα έπρεπε να ερωτώνται σχετικά με τις επιθυμίες

τους για αυτήν όταν έρχονται στο νοσοκομείο. Σύμφωνα με τους Oliver et al. σε μελέτη που αφορούσε 23 Αυστραλούς ασθενείς με καρκίνο, οι συμμετέχοντες θεωρούσαν τις αποφάσεις για το εάν θα υποβληθούν ή όχι σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση ως προσωπικό τους δικαίωμα, ενώ θα εξέταζαν τις πιθανές ιατρικές παραμέτρους σε συνδυασμό με κοινωνικά και συναισθηματικά κριτήρια για να λάβουν την απόφασή τους [80].

Παρά τις διχαστικές απόψεις για τα πρόσωπα που θα πρέπει να αποφασίζουν σχετικά με την διενέργεια ή μη καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, οι περισσότεροι ασθενείς (36%) προτιμούσαν μία συλλογική απόφαση του ασθενή, της οικογένειας και του γιατρού. Οι καρκινοπαθείς φαίνεται από την βιβλιογραφία να επιθυμούν τους συγγενείς τους να συμμετέχουν στην διαδικασία λήψης τέτοιων αποφάσεων [77]. Παρά ταύτα, ενώ οι συγγενείς μπορεί να αντανακλούν τις πραγματικές επιθυμίες των ασθενών που αντιπροσωπεύουν, άλλοι συγγραφείς έχουν δείξει μια πιο επιθετική τακτική των συγγενών σχετικά με την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και άλλες παρεμβάσεις διατήρησης της ζωής, αποτυγχάνοντας με αυτόν τον τρόπο να εκφράσουν τις πραγματικές απόψεις των ασθενών που εκπροσωπούν [77,95-98].

Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς της παρούσας μελέτης επιθυμούσαν να είναι ένας συγγενής παρών κατά την διάρκεια της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης. Οι Benjamin et al. έδειξαν ότι 72% των ασθενών στο τμήμα επειγόντων επιθυμούσαν την οικογένειά τους παρούσα κατά την διάρκεια αναζωογόνησης, ενώ οι Albarran et al. κατέληξαν ότι οι ασθενείς που είχαν επιβιώσει από επιτυχή αναζωογόνηση ήταν περισσότερο πιθανό να επιθυμούν έναν συγγενή παρών κατά την διάρκεια αναζωογόνησης από ασθενείς που δεν είχαν υποβληθεί σε αναζωογόνηση [101,127]. Εντούτοις, σε περίπτωση καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης κατά την διάρκεια νοσηλείας για προχωρημένο καρκίνο, η διαβεβαίωση απουσίας υπολειπόμενων



λειτουργικών ανωμαλιών ή η εξασφάλιση ανώδυνης έκβασης ήταν τελικά πιο σημαντικά για τους ασθενείς της παρούσας εργασίας από την παρουσία ενός συγγενή.

Η παρούσα εργασία παρουσιάζει κάποιους περιορισμούς. Αρχικά, το δείγμα των συμμετεχόντων ήταν μικρό και προέρχεται από ένα ογκολογικό κέντρο. Επομένως, ίσως είναι δύσκολο να γενικευτούν τα αποτελέσματα στον συνολικό πληθυσμό των ασθενών με καρκίνο στην Ελλάδα. Παρά ταύτα, συμπεριλήφθηκε στην μελέτη ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα, αφού το μέγεθος του δείγματος παρείχε ισχύ 94%. Τέλος, το άγχος μπορεί να επηρέασε ορισμένους ασθενείς στις απαντήσεις τους.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Όπως αναφέρεται και στην μελέτη των Chliara et al., συγκεκριμένα μέτρα σχετικά με το θέμα της αναζωογόνησης στην Ελλάδα φαίνονται επιβεβλημένα [88]. Παρόλο που υπάρχει παγκόσμιο ενδιαφέρον για τις αποφάσεις στο τέλος της ζωής συμπεριλαμβανομένης της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, οι αποφάσεις για την αναστολή διενέργειάς της δεν έχουν ακόμη νομοθετηθεί στην Ελλάδα. Επομένως, νομοθετικές πρωτοβουλίες προς αυτή την κατεύθυνση θα πρέπει να ξεκινήσουν το συντομότερο. Έπειτα, η πτωχή γνώση των ασθενών που συμμετείχαν στην παρούσα εργασία σχετικά με την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση υποδεικνύει ότι συζητήσεις και ενημερωτικές δραστηριότητες θα πρέπει επίσης να λάβουν χώρα. Το χαμηλό ποσοστό άγχους (13,5%) που βρέθηκε, άλλωστε, θα πρέπει να αποτελέσει ενθάρρυνση για τέτοιες στρατηγικές.

Συνοψίζοντας, παρόλο που οι περισσότεροι ασθενείς της συγκεκριμένης έρευνας είχαν πτωχή γνώση για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, την επιθυμούσαν σε περίπτωση ανακοπής εντός νοσοκομείου, ενώ θα ήθελαν να συμμετέχουν στην λήψη τέτοιων αποφάσεων. Άμεσες ενημερωτικές και νομοθετικές πρωτοβουλίες κρίνονται επιβεβλημένες, προκειμένου να υπάρξει ορθότερη διαχείριση του ηθικού αυτού θέματος, εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα την καλύτερη δυνατή ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) στους ασθενείς με καρκίνο είναι ένα ηθικό θέμα παγκόσμιου ενδιαφέροντος. Η παρούσα εργασία προσπαθεί να αναλύσει την γνώση και τις απόψεις των ασθενών με καρκίνο σχετικά με την ΚΑΡΠΑ στην Ελλάδα.

**Μέθοδος:** Η μελέτη έλαβε χώρα με την μορφή ερωτηματολογίου σε ένα μεγάλο ελληνικό ογκολογικό νοσοκομείο από τον Ιούνιο έως τον Οκτώβριο 2016. Ασθενείς με επαρκή πνευματική αντίληψη ηλικίας άνω των 18 ετών μπορούσαν να συμμετέχουν στην έρευνα.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά, 200 ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια (94 άνδρες, 106 γυναίκες) μέσης ηλικίας 62,8 ετών έλαβαν μέρος στην μελέτη. Μόνο 42 (21%) ασθενείς ανέφεραν ότι γνώριζαν τι ακριβώς περιλαμβάνει η ΚΑΡΠΑ και μόνο 20 (10%) ασθενείς θεωρούσαν ότι η ΚΑΡΠΑ έχει σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, ενώ η μέση εκτιμώμενη επιβίωση με εξιτήριο μετά από ΚΑΡΠΑ εντός νοσοκομείου ήταν 56.6% [ελάχιστη=2%, μέγιστη=99%, τυπική απόκλιση (SD)=25.16] και 42.1% (ελάχιστη=0%, μέγιστη=90%, SD=24.56%) στην περίπτωση μη επιλεγμένων ασθενών και καρκινοπαθών αντίστοιχα. Παρά την πτωχή τους γνώση, 177 (88.5%) ασθενείς επιθυμούσαν να υποβληθούν σε ΚΑΡΠΑ στην περίπτωση ανακοπής εντός νοσοκομείου, 127 (63.5%) θεωρούσαν ότι είχαν το δικαίωμα να επιλέγουν ή να αρνούνται την ΚΑΡΠΑ και 141 (70.5%) πίστευαν ότι θα έπρεπε να ερωτώνται για αυτό όταν έρχονται στο νοσοκομείο. Οι περισσότεροι ασθενείς (36%) ήθελαν η απόφαση αυτή να λαμβάνεται από τους ίδιους, την οικογένειά τους και τον ιατρό τους από κοινού.

**Επίλογος:** Παρόλο που οι ασθενείς με καρκίνο που συμμετείχαν στην μελέτη δεν είχαν επίγνωση της ΚΑΡΠΑ, οι περισσότεροι την επιθυμούσαν στην περίπτωση ανακοπής

εντός νοσοκομείου και θα ήθελαν να ερωτώνται για αυτό. Συμβαδίζοντας με τις προσπάθειες των υπόλοιπων χωρών, συγκεκριμένα μέτρα θα πρέπει να ληφθούν στην Ελλάδα για την διαχείριση αυτού του ηθικού προβλήματος.

## ABSTRACT

**Introduction:** Cardiopulmonary resuscitation (CPR) in cancer patients is an ethical issue of worldwide interest. This study tries to explore the knowledge and views of cancer patients regarding CPR in Greece.

**Methods:** A questionnaire-based study was carried out in a major Greek oncology hospital from June to October 2016. Conscious cancer patients aged over 18 years old could participate in the survey.

**Results:** Overall, 200 eligible cancer patients (94 male, 106 female) of a mean age of 62.8 years took part in the study. Only 42 (21%) patients indicated that they knew what CPR really involves and only 20 (10%) patients thought that CPR has serious side effects, while the mean estimated in-hospital CPR survival rate to hospital discharge was 56.6% [minimum=2%, maximum=99%, standard deviation (SD)=25.16] and 42.1% (minimum=0%, maximum=90%, SD=24.56%) in case of unselected and cancer patients respectively. Despite their poor knowledge, 177 (88.5%) patients were willing to undergo CPR in case of an in-hospital arrest, 127 (63.5%) thought that they had the right to choose their CPR status and 141 (70.5%) believed that they should be asked about it when they enter the hospital. Most patients (36%) wanted their CPR status to be decided by themselves, their family and their doctor jointly.

**Conclusion:** Although cancer patients of this study were not aware of CPR, most of them were in favor of CPR in case of an in-hospital arrest and they would like to be asked about it. In line with worldwide efforts, specific measures should be taken in Greece in order to manage this ethical issue.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. American Heart Association. About cardiac arrest. Διαθέσιμο στο internet: [http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/More/CardiacArrest/About-Cardiac-Arrest\\_UCM\\_307905\\_Article.jsp#.WC-Gin2HwdU](http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/More/CardiacArrest/About-Cardiac-Arrest_UCM_307905_Article.jsp#.WC-Gin2HwdU) [Ελέγχθηκε 07/04/2017].
2. European Resuscitation Council. Chapter 1: Advanced Life Support in perspective. Διαθέσιμο στο: European Resuscitation Council Guidelines 2015 Edition-Advanced Life Support. Έκδοση 2015.
3. Berdowski J, Berg RA, Tijssen JGP, Koster RW. Global incidences of out-of-hospital cardiac arrest and survival rates: Systematic review of 67 prospective studies. *Resuscitation* 2016;81:1479–87.
4. Gräsner JT, Herlitz J, Koster RW, Rosell-Ortiz F, Stamatakis L, Bossaert L. Quality management in resuscitation - Towards a European Cardiac Arrest Registry (EuReCa). *Resuscitation* 2016;82:989–94.
5. Gräsner J-T, Bossaert L. Epidemiology and management of cardiac arrest: What registries are revealing. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2016;27(3):293-306.
6. Sandroni C, Nolan J, Cavallaro F, Antonelli M. In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival. *Intensive Care Med* 2007;33:237–45.
7. Uptodate. Pathophysiology and etiology of sudden cardiac arrest. Διαθέσιμο στο internet: <http://www.uptodate.com/contents/pathophysiology-and-etiology-of-sudden-cardiac-arrest> [Ελέγχθηκε 07/04/2017]

8. Zheng Z, Croft J, Giles W, Ayala C, KJ Greenlund, Keenan N, et al. State-specific mortality from sudden cardiac death--United States, 1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1999;51:123–6.
9. Zheng ZJ, Croft JB, Giles WH, Mensah GA. Sudden cardiac death in the United States, 1989 to 1998. *Circulation* 2001;104:2158–63.
10. Eckart RE, Scoville SL, Campbell CL, Shry EA, Stajduhar KC, Potter RN, et al. Sudden death in young adults: A 25-year review of autopsies in military recruits. *Ann Intern Med* 2004;141:829–34.
11. Drory Y, Turetz Y, Hiss Y, Lev B, Fisman EZ, Pines A, et al. Sudden unexpected death in persons <40 years of age. *Am J Cardiol* 2016;68:1388–92.
12. Chugh SS, Kelly KL, Titus JL. Sudden cardiac death with apparently normal heart. *Circulation* 2000;102:649–54.
13. Survivors of Out-of-Hospital Cardiac Arrest With Apparently Normal Heart. Need for Definition and Standardized Clinical Evaluation. *Circulation* 1997;95:265 LP-272.
14. Kuisma M, Alaspaa A. Out-of-hospital cardiac arrests of non-cardiac origin. Epidemiology and outcome. *Eur Heart J* 1997;18:1122–8.
15. European Resuscitation Council. CPR guidelines 2015. Διαθέσιμο στο internet: <https://cprguidelines.eu> [Ελέγχθηκε 07/04/2017].
16. Nolan JP, Soar J, Smith GB, Gwinnutt C, Parrott F, Power S, et al. Incidence and outcome of in-hospital cardiac arrest in the United Kingdom National Cardiac Arrest Audit. *Resuscitation* 2016;85:987–92.
17. WB K, JR J, Knickerbocker G. Closed-chest cardiac massage. *JAMA* 1960;173:1064–7.

18. Cardiopulmonary resuscitation: Statement by the ad hoc committee on cardiopulmonary resuscitation of the division of medical sciences, national academy of sciences—national research council. *JAMA* 1966;198:372–9.
19. McLennan S. CPR policies and the patient’s best interests. *Resuscitation* 2012;83:168–70.
20. Jude JR, Elam JO. *Fundamentals of Cardiopulmonary Resuscitation*. Philadelphia: F.A. Davis Company; 1965.
21. Burns JP, Edwards J, Johnson J, Cassem NH, Truog RD. Do-not-resuscitate order after 25 years. *Crit Care Med* 2003;31:1543–50.
22. Rabkin MT, Gillerman G, Rice NR. Orders Not to Resuscitate. *N Engl J Med* 1976;295:364–6.
23. Swig L, Cooke M, Osmond D, Luce JA, Brody R V, Bird C, et al. Physician responses to a hospital policy allowing them to not offer cardiopulmonary resuscitation. *J Am Geriatr Soc* 1996;44:1215–9.
24. Breault JL. DNR, DNAR, or AND? Is Language Important? *Ochsner J* 2011;11:302–6.
25. Beach MC, Sean Morrison R. The effect of do-not-resuscitate orders on physician decision-making. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:2057–61.
26. Meyer C. Allow natural death: an alternative to DNR? 2005. Διαθέσιμο στο internet: <http://hospicepatients.org/and.html> [Ελέγχθηκε 07/04/2017].
27. Xanthos T. ‘Do not attempt cardiopulmonary resuscitation’ or ‘allowing natural death’? The time for resuscitation community to review its boundaries and its terminology. *Resuscitation* 2016;85:1644–5.



28. British Medical Association, Resuscitation Council (UK), Royal College of Nursing. Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation. Guidance from the British Medical Association, the Resuscitation Council (UK), and the Royal College of Nursing (previously known as the "Joint Statement"). 3<sup>rd</sup> edition (1<sup>st</sup> revision 2016). Διαθέσιμο στο internet: <https://www.resus.org.uk/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?allId=16643>. [Ελέγχθηκε: 07/04/2017].
29. Mancini ME, Diekema DS, Hoadley TA, Kadlec KD, Leveille MH, McGowan JE, et al. Part 3: Ethical Issues. *Circulation* 2015;132:S383 LP-S396.
30. Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. Νόμος 3418/2005. ΦΕΚ 287/Α'/28.11.2005. Διαθέσιμο online: [http://www.et.gr/idoscs-nph/search/pdfViewerForm.html?args=5C7QrtC22wHrZvzjsKBkq3dtvSoClrL87e\\_1TwhCA6l5MXD0LzQTLWPU9yLzB8V68knBzLCmTXKaO6fpVZ6Lx9hLsJlUqeiQVT50uNIZv-bjfYkJbX3O9NnP GQv69mIRC\\_c\\_CtPVO0w](http://www.et.gr/idoscs-nph/search/pdfViewerForm.html?args=5C7QrtC22wHrZvzjsKBkq3dtvSoClrL87e_1TwhCA6l5MXD0LzQTLWPU9yLzB8V68knBzLCmTXKaO6fpVZ6Lx9hLsJlUqeiQVT50uNIZv-bjfYkJbX3O9NnP GQv69mIRC_c_CtPVO0w). [Ελέγχθηκε 07/04/2017].
31. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JWW, Comber H, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer* 2013;49:1374–403.
32. World Health Organization. Cancer-Fact Sheet. Updated February, 2017. Διαθέσιμο στο internet: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>. [Ελέγχθηκε 07/04/2017].
33. USA National Cancer Institute. Cancer staging. Διαθέσιμο στο internet: <https://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/staging> [Ελέγχθηκε 07/04/2017].
34. Oken M, Creech R, Tormey D, Horton J, Davis T, McFadden E, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 1982;5:649–56.

35. Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LF, Burchenal JH. The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. With particular reference to bronchogenic carcinoma. *Cancer* 1948;1:634–56.
36. Ebell MH, Afonso AM. Pre-arrest predictors of failure to survive after in-hospital cardiopulmonary resuscitation: A meta-analysis. *Fam Pract* 2011;28:505–15.
37. Reisfield GM, Wallace SK, Munsell MF, Webb FJ, Alvarez ER, Wilson GR. Survival in cancer patients undergoing in-hospital cardiopulmonary resuscitation: A meta-analysis. *Resuscitation* 2006;71:152–60.
38. Sasson C, Rogers MAM, Dahl J, Kellermann AL. Predictors of survival from out-of-hospital cardiac arrest a systematic review and meta-analysis. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010;3:63–81.
39. Lin MH, Peng LN, Chen LK, Chen TJ, Hwang SJ. Cardiopulmonary resuscitation for hospital inpatients in Taiwan: An 8-year nationwide survey. *Resuscitation* 2012;83:343–6.
40. Hwang JP, Patlan J, de Achaval S, Escalante CP. Survival in cancer patients after out-of-hospital cardiac arrest. *Support Care Cancer* 2010;18:51–5.
41. Miller AH, Sandoval M, Wattana M, Page VD, Todd KH. Cardiopulmonary resuscitation outcomes in a cancer center emergency department. *Springerplus* 2015;4:106.
42. Champigneulle B, Merceron S, Lemiale V, Geri G, Mokart D, Bruneel F, et al. What is the outcome of cancer patients admitted to the ICU after cardiac arrest? Results from a multicenter study. *Resuscitation* 2015;92:38–44.

43. Taran A, Guarino M, Kolm P, Petrelli N. Cardiopulmonary resuscitation inpatient outcomes in cancer patients in a large community hospital. *Del Med J* 2012;84:117–21.
44. Zafar W, Ghafoor I, Jamshed A, Gul S, Hafeez H. Outcomes of In-Hospital Cardiopulmonary Resuscitation Among Patients With Cancer: Experience From Pakistan. *Am J Hosp & Palliat Care* 2015.
45. Ewer MS, Kish SK, Martin CG, Price KJ, Feeley TW. Characteristics of cardiac arrest in cancer patients as a predictor of survival after cardiopulmonary resuscitation. *Cancer* 2001;92:1905–12.
46. Vitelli CE, Cooper K, Rogatko A, Brennan MF. Cardiopulmonary resuscitation and the patient with cancer. *J Clin Oncol* 1991;9:111–5.
47. Ballew KA, Philbrick JT, Caven DE, Schorling JB. Predictors of survival following in-hospital cardiopulmonary resuscitation: A moving target. *Arch Intern Med* 1994;154:2426–32.
48. Varon J, Walsh GL, Marik PE, Fromm RE. Should a cancer patient be resuscitated following an in-hospital cardiac arrest? *Resuscitation* 1998;36:165–8.
49. Jennett B, Bond M. Assessment of outcome after severe brain damage. *Lancet* 1975;1:480–4.
50. George AL, Folk BP, Crecelius PL, Campbell WB. Pre-arrest morbidity and other correlates of survival after in-hospital cardiopulmonary arrest. *Am J Med* 1989;87:28–34.
51. Ebell MH. Prearrest predictors of survival following in-hospital cardiopulmonary resuscitation: a meta-analysis. *J Fam Pract* 1992;34:551–8.

52. Dautzenberg PLJ, Broekman TCJ, Hooyer C, Schonwetter RS, Duursma SA. Review: Patient-related predictors of cardiopulmonary resuscitation of hospitalized patients. *Age Ageing* 1993;22:464–75.
53. Merja S, Lilien RH, Ryder HF. Clinical Prediction Rule for Patient Outcome after In-Hospital CPR: A New Model, Using Characteristics Present at Hospital Admission, to Identify Patients Unlikely to Benefit from CPR after In-Hospital Cardiac Arrest. *Palliat Care* 2015;9:19–27.
54. Cohn EB, Lefevre F, Yarnold PR, Arron MJ, Martin GJ. Predicting survival from in-hospital CPR. *J Gen Intern Med* 1993;8:347–53.
55. Sculier JP. Cardiopulmonary resuscitation in cancer patients: indications and limits. *Clin Intensive Care* 1995;6:72–5.
56. Varon J, Marik PE. Cardiopulmonary Resuscitation in Patients With Cancer. *Am J Hosp Palliat Med* 2007;24:224–9.
57. Kjørstad OJ, Haugen DF. Cardiopulmonary resuscitation in palliative care cancer patients. *Tidsskr Den Nor Lægeforening Tidsskr Prakt Med Ny Række* 2013;133:417–21.
58. Richardson DK, Zive D, Daya M, Newgard CD. The impact of early do not resuscitate (DNR) orders on patient care and outcomes following resuscitation from out of hospital cardiac arrest. *Resuscitation* 2016;84:483–7.
59. Moffat S, Skinner J, Fritz Z. Does resuscitation status affect decision making in a deteriorating patient? Results from a randomised vignette study. *J Eval Clin Pract* 2016;22:917–23.
60. Beach MC, Sean Morrison R. The effect of do-not-resuscitate orders on physician decision-making. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:2057–61.

61. Chu W, Hynes-Gay P. The influence of DNR orders on patient care in adult ICUs: a review of the evidence. *Dynamics*. 2002;13:14–21
62. Keenan CH, Kish S, Varon J. The influence of Do-Not-Resuscitate orders on care provided for patients in the Surgical Intensive Care Unit of a cancer center. *Chest* 1996;110.
63. Azad AA, Siow S-F, Tafreshi A, Moran J, Franco M. Discharge patterns, survival outcomes, and changes in clinical management of hospitalized adult patients with cancer with a do-not-resuscitate order. *J Palliat Med* 2014;17:776–81.
64. Baker JN, Kane JR, Rai S, Howard SC, Hinds PS. Changes in medical care at a pediatric oncology referral center after placement of a do-not-resuscitate order. *J Palliat Med* 2010;13:1349–52.
65. Parsons HA, de la Cruz MJ, Zhukovsky DS, Hui D, Delgado-Guay MO, Akitoye AE, et al. Characteristics of patients who refuse do-not-resuscitate orders upon admission to an acute palliative care unit in a comprehensive cancer center. *Cancer* 2010;116:3061–70.
66. Osinski A, Vreugdenhil G, de Koning J, van der Hoeven JG. Do-not-resuscitate orders in cancer patients: a review of literature. *Support Care Cancer* 2016:1–9.
67. De Decker L, Annweiler C, Launay C, Fantino B, Beauchet O. Do not resuscitate orders and aging: Impact of multimorbidity on the decision-making process. *J Nutr Health Aging* 2014;18:330–5.
68. Hinkka H, Kosunen E, Metsänoja R, Lammi U-K, Kellokumpu-Lehtinen P. To resuscitate or not: a dilemma in terminal cancer care. *Resuscitation* 2016;49:289–97.

69. Reid C, Jeffrey D. Do not attempt resuscitation decisions in a cancer centre: addressing difficult ethical and communication issues. *Br J Cancer* 2002;86:1057–60.
70. BM R, Wagner M, Magnussen C, Ross J, Papa L, Ash J. Promoting inpatient directives about life-sustaining treatments in a community hospital: Results of a 3-year time-series intervention trial. *Arch Intern Med* 1995;155:2317–23.
71. Ebell MH. Practical guidelines for do-not-resuscitate orders. *Am Fam Physician* 1994;50:1293–9.
72. Frank C, Heyland DK, Chen B, Farquhar D, Myers K, Iwaasa K. Determining resuscitation preferences of elderly inpatients: A review of the literature. *CMAJ* 2003;169:795–9.
73. Bressers JP, Algra A, Dautzenberg PL, van Delden JJ. [Discussing the resuscitation policy at a geriatric ward: the experience of patients or their representatives]. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2011;42:256–62.
74. Van den Bulck JJM. The impact of television fiction on public expectations of survival following inhospital cardiopulmonary resuscitation by medical professionals. *Eur J Emerg Med* 2002;9:325–9.
75. Heyland DK, Frank C, Groll D, Pichora D, Dodek P, Rocker G, et al. Understanding Cardiopulmonary Resuscitation Decision Making: Perspectives of Seriously Ill Hospitalized Patients and Family Members. *Chest* 2006;130:419–28.
76. Zijlstra TJ, Leenman-Dekker SJ, Oldenhuis HKE, Bosveld HEP, Berendsen AJ. Knowledge and preferences regarding cardiopulmonary resuscitation: A survey among older patients. *Patient Educ Couns* 2016;99:160–3.

77. Ackroyd R, Russon L, Newell R. Views of oncology patients, their relatives and oncologists on cardiopulmonary resuscitation (CPR): questionnaire-based study. *Palliat Med* 2007;21:139–44.
78. Murphy DJ, Burrows D, Santilli S, Kemp AW, Tenner S, Kreling B, et al. The influence of the probability of survival on patients' preferences regarding cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med* 1994;330:545–9.
79. Houben CHM, Spruit MA, Groenen MTJ, Wouters EFM, Janssen DJA. Efficacy of Advance Care Planning: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc* 2016;15:477–89.
80. Olver IN, Elliott JA, Blake-Mortimer J. Cancer patients' perceptions of do not resuscitate orders. *Psychooncology* 2002;11:181–7.
81. Elliott J a, Olver IN. End-of-life decision making is more than rational. *Commun Med* 2005;2:21–34.
82. Maida V, Peck J, Ennis M, Brar N, Maida AR. Preferences for active and aggressive intervention among patients with advanced cancer. *BMC Cancer* 2010;10:592.
83. Rose JH, O'Toole EE, Dawson N V., Lawrence R, Gurley D, Thomas C, et al. Perspectives, preferences, care practices, and outcomes among older and middle-aged patients with late-stage cancer. *J Clin Oncol* 2004;22:4907–17.
84. Covinsky KE, Fuller JD, Yaffe K, Johnston CB, Hamel MB, Lynn J, et al. Communication and decision-making in seriously ill patients: findings of the SUPPORT project. The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:S187–93.

85. Ebell MH, Doukas DJ, Smith MA. The do-not-resuscitate order: A comparison of physician and patient preferences and decision-making. *Am J Med* 2016;91:255–60.
86. Chevaux F, Gagliano M, Waeber G, Marques-Vidal P, Schwab M. Patients' characteristics associated with the decision of "do not attempt cardiopulmonary resuscitation" order in a Swiss hospital. *Eur J Intern Med* 2016;26:311–6.
87. Winter L, Dennis MP, Parker B. Preferences for Life-Prolonging Medical Treatments and Deference to the Will of God. *J Relig Health* 2008;48:418.
88. Chliara D, Chalkias A, Horopanitis EE, Papadimitriou L, Xanthos T. Attitude of elderly patients towards cardiopulmonary resuscitation in Greece. *Geriatr Gerontol Int* 2014;14:874–9.
89. Giles H, Moule P. "Do not attempt resuscitation" decision-making: a study exploring the attitudes and experiences of nurses. *Nurs Crit Care* 2004;9:115–22.
90. Silén M, Svantesson M, Ahlström G. Nurses' Conceptions of Decision Making Concerning Life-Sustaining Treatment. *Nurs Ethics* 2008;15:160–73.
91. Albers G, Francke AL, de Veer AJE, Bilsen J, Onwuteaka-Philipsen BD. Attitudes of nursing staff towards involvement in medical end-of-life decisions: A national survey study. *Patient Educ Couns* 2016;94:4–9.
92. Bunch EH. Delayed clarification: information, clarification and ethical decisions in critical care in Norway. *J Adv Nurs* 2000;32:1485–91.
93. Jepson J. Do not attempt resuscitation decisions: the nursing role. *Br J Nurs* 2003;12:1038–42.
94. Pettersson M, Hedström M, Höglund AT. Striving for good nursing care. *Nurs Ethics* 2014;21:902–15.



95. Yun YH, Han KH, Park S, Park BW, Cho C-H, Kim S, et al. Attitudes of cancer patients, family caregivers, oncologists and members of the general public toward critical interventions at the end of life of terminally ill patients. *Can Med Assoc J* 2011;183:E673–9.
96. Hwang IC, Keam B, Kim YA, Yun YH. Factors Related to the Differential Preference for Cardiopulmonary Resuscitation Between Patients With Terminal Cancer and That of Their Respective Family Caregivers. *Am J Hosp Palliat Med* 2014;33:20–6.
97. Tang ST, Liu T-W, Lai M-S, Liu L-N, Chen C-H. Concordance of Preferences for End-of-Life Care Between Terminally Ill Cancer Patients and Their Family Caregivers in Taiwan. *J Pain Symptom Manage* 2016;30:510–8.
98. Tang ST, Wen F-H, Liu LN, Chiang M-C, Lee SCK, Chou MC, et al. A Decade of Changes in Family Caregivers' Preferences for Life-Sustaining Treatments for Terminally Ill Cancer Patients at End of Life in the Context of a Family-Oriented Society. *J Pain Symptom Manage* 2016;51:907–915.e2.
99. Marks MAZ, Arkes HR. Patient and Surrogate Disagreement in End-of-Life Decisions: Can Surrogates Accurately Predict Patients' Preferences? *Med Decis Mak* 2008;28:524–31.
100. Winter L, Parks SM. Family Discord and Proxy Decision Makers' End-of-Life Treatment Decisions. *J Palliat Med* 2008;11:1109–14.
101. Albarran J, Moule P, Bengler J, McMahan-Parkes K, Lockyer L. Family witnessed resuscitation: The views and preferences of recently resuscitated hospital inpatients, compared to matched controls without the experience of resuscitation survival. *Resuscitation* 2016;80:1070–3.

102. Stein RA, Sharpe L, Bell ML, Boyle FM, Dunn SM, Clarke SJ. Randomized Controlled Trial of a Structured Intervention to Facilitate End-of-Life Decision Making in Patients With Advanced Cancer. *J Clin Oncol* 2013;31:3403–10.
103. Oh D-Y, Kim J-H, Kim D-W, Im S-A, Kim T-Y, Heo DS, et al. CPR or DNR? End-of-life decision in Korean cancer patients: a single center's experience. *Support Care Cancer* 2006;14:103–8.
104. Levin TT, Li Y, Weiner JS, Lewis F, Bartell A, Piercy J, et al. How do-not-resuscitate orders are utilized in cancer patients: Timing relative to death and communication-training implications. *Palliat Support Care* 2008;6:341–8.
105. Hakim RB, Teno JM, Harrell FE, Knaus WA, Wenger N, Phillips RS, et al. Factors Associated with Do-Not-Resuscitate Orders: Patients' Preferences, Prognoses, and Physicians' Judgments. *Ann Intern Med* 1996;125:284–93.
106. Crosby MA, Cheng L, DeJesus AY, Travis EL, Rodriguez MA. Provider and Patient Gender Influence on Timing of Do-Not-Resuscitate Orders in Hospitalized Patients with Cancer. *J Palliat Med* 2016;19:728–33.
107. Mori M, Ellison D, Ashikaga T, McVeigh U, Ramsay A, Ades S. In-advance end-of-life discussions and the quality of inpatient end-of-life care: a pilot study in bereaved primary caregivers of advanced cancer patients. *Support Care Cancer* 2013;21:629–36.
108. Hui D, Con A, Christie G, Hawley PH. Goals of Care and End-of-Life Decision Making for Hospitalized Patients at a Canadian Tertiary Care Cancer Center. *J Pain Symptom Manage* 2016;38:871–81.
109. Caissie A, Kevork N, Hannon B, Le LW, Zimmermann C. Timing of code status documentation and end-of-life outcomes in patients admitted to an oncology ward. *Support Care Cancer* 2014;22:375–81.

110. McCusker J. The terminal period of cancer: Definition and descriptive epidemiology. *J Chronic Dis* 1984;37:377–85.
111. Bossaert LL, Perkins GD, Askitopoulou H, Raffay VI, Greif R, Haywood KL, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. *Resuscitation* 2016;95:302–11.
112. World Medical Association. Chapter Two-Physicians and Patients. *Medical Ethics Manual*. 3<sup>rd</sup> Edition. Διαθέσιμο στο internet: [https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics\\_manual\\_3rd\\_Nov2015\\_en\\_1x1.pdf#page=38](https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics_manual_3rd_Nov2015_en_1x1.pdf#page=38) [Ελέγχθηκε 07/04/2017].
113. DB W, RD T. The cardiopulmonary resuscitation-not-indicated order: Futility revisited. *Ann Intern Med* 1995;122:304–8.
114. Glare P, Virik K, Jones M, Hudson M, Eychmuller S, Simes J, et al. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ* 2003;327:195.
115. Jimenez Gordo AM, Feliu J, Dominguez J, Molina R, Camara JC, Alonso A, et al. Survival prediction in terminally ill cancer patients: Description and validation of a new predictive score. *J Clin Oncol* 2009;27:9595.
116. Trivedi S. Physician perspectives on resuscitation status and DNR order in elderly cancer patients. *Reports Pract Oncol Radiother* 2016;18:53–6.
117. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997;44:681–92.
118. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992;267:2221–6.

119. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns* 2016;60:301–12.
120. Kraetschmer N, Sharpe N, Urowitz S, Deber RB. How does trust affect patient preferences for participation in decision-making? *Heal Expect* 2004;7:317–26.
121. Elliott JA, Olver I. Dying cancer patients talk about physician and patient roles in DNR decision making. *Heal Expect* 2011;14:147–58.
122. Olver NI, Elliott AJ. Translating into Practice Cancer Patients’ Views on Do-Not-Resuscitate Decision-Making. *Cancers* 2016;8.
123. Hodkinson HM. Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly. *Age Ageing* 1972;1:233–8.
124. European Society for Medical Oncology. ESMO clinical practice guidelines. Διαθέσιμο στο internet: <http://www.esmo.org/Guidelines> [Ελέγχθηκε 02/06/2016].
125. Bruce-Jones P, Roberts H, Bowker L, Cooney V. Resuscitating the elderly: what do the patients want? *J Med Ethics*. 1996;22(3):154-159
126. Elliott JA, Olver IN. The Implications of Dying Cancer Patients’ Talk on Cardiopulmonary Resuscitation and Do-Not-Resuscitate Orders. *Qual Health Res*. 2007;17(4):442-455.
127. Benjamin M, Holger J, Carr M. Personal Preferences Regarding Family Member Presence during Resuscitation. *Acad Emerg Med*. 2004;11(7):750-753.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### AMTS - Abbreviated Mental Test Score [123]

Συνοπτική Δοκιμασία Νοητικής Επίδοσης

Συμπληρώνεται από τον ερευνητή

*Οδηγίες:*

- Κάνετε στον ασθενή όλες τις παρακάτω ερωτήσεις.
- Βαθμολογία: Κάθε σωστή απάντηση του ασθενούς λαμβάνει έναν βαθμό. Στο τέλος υπολογίστε την συνολική βαθμολογία.

Ερωτήσεις	Βαθμοί
1. Ποια είναι η ηλικία σας;	<input type="checkbox"/>
2. Τι ώρα είναι τώρα;	<input type="checkbox"/>
3. Παρακαλώ κρατείστε στην μνήμη σας την παρακάτω διεύθυνση. Επαναλάβετε μετά από εμένα: "Ηρακλείου 28, Βόλος" <i>Ο ασθενής θα πρέπει να επαναλάβει την διεύθυνση στο τέλος.</i>	<input type="checkbox"/>
4. Τι έτος έχουμε;	<input type="checkbox"/>
5. Ποιο είναι το όνομα του νοσοκομείου που βρίσκεστε;	<input type="checkbox"/>
6. Μπορείτε να αναγνωρίσετε ..... δύο ανθρώπους; (γιατρός, νοσηλεύτης/νοσηλεύτρια κλπ)	<input type="checkbox"/>
7. Ποια είναι η ημερομηνία γέννησής σας (ημέρα και μήνας επαρκή);	<input type="checkbox"/>
8. Ποιο έτος έγινε ο Πρώτος Παγκόσμιος Πόλεμος;	<input type="checkbox"/>
9. Ποιο είναι το όνομα του σημερινού πρωθυπουργού;	<input type="checkbox"/>
10. Παρακαλώ μετρήστε ανάποδα από το 20 μέχρι το 1	<input type="checkbox"/>
Μπορείτε να θυμηθείτε την διεύθυνση που σας έδωσα προηγουμένως; (Βαθμός στην ερώτηση 3)	
<b>Σύνολο</b>	<input type="checkbox"/> /10

## Ερωτηματολόγιο

### **1. Πώς χαρακτηρίζετε την κατάσταση της υγείας σας (για την ηλικία σας);**

- Καλύτερη της μέσης κατάστασης υγείας των ατόμων της ηλικίας σας
- Ίδια με την μέση κατάσταση υγείας των ατόμων της ηλικίας σας
- Χειρότερη της μέσης κατάστασης υγείας των ατόμων της ηλικίας σας

### **2. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ποιότητα ζωής σας;**

- Πολύ ικανοποιημένος/η
- Αρκετά ικανοποιημένος/η
- Μέτρια ικανοποιημένος/η
- Μερικώς ικανοποιημένος/η
- Καθόλου ικανοποιημένος/η
- Δεν γνωρίζω/Δεν θα απαντήσω

### **3. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις υπηρεσίες υγείας της πόλης σας (δημόσια νοσοκομεία, δημόσια θεραπευτήρια/ιατρεία, κέντρα υγείας κλπ.);**

- Πολύ ικανοποιημένος/η
- Αρκετά ικανοποιημένος/η
- Μέτρια ικανοποιημένος/η
- Μερικώς ικανοποιημένος/η
- Καθόλου ικανοποιημένος/η
- Δεν γνωρίζω/Δεν θα απαντήσω

**4. Ζείτε μόνιμα με:**

- Ένα ή περισσότερα μέλη του στενού ή/και ευρύτερου οικογενειακού κύκλου (σύζυγος, αδέρφια, παιδιά, γονείς, γιαγιάδες, παππούδες, εγγόνια, θείοι, θείες, ξαδέρφια, ανίψια κλπ.)
- Έναν φίλο/μία φίλη
- Συγκάτοικο
- Προσωπικό/ή νοσοκόμο/α (αποκλειστικό/ή)
- Άλλη διευθέτηση. Παρακαλώ καθορίστε: .....
- Μόνος/η

**5. Στην περίπτωση που ζείτε μόνος/η σας, πόσο συχνά βλέπετε την οικογένειά σας;**

- Περισσότερο από μια φορά την εβδομάδα
- Σχεδόν μία φορά την εβδομάδα
- Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα
- Τηλεφωνική επικοινωνία μόνο
- Καμία επικοινωνία/δεν έχω οικογένεια
- Δεν ζω μόνος

**6. Ποια είναι η κοινωνική σας δραστηριότητα εκτός σπιτιού;**

- Καμία
- Σπάνια
- Συχνή

**7. Φροντίζετε/νοιάζεστε για κάποιο άτομο με αναπηρία;**

- Ναι
- Όχι
- Όχι επί του παρόντος, αλλά στο παρελθόν ναι

**8. Χρειάζεστε οποιαδήποτε βοήθεια για τις βασικές καθημερινές δραστηριότητες;**

- Συνήθως
- Περιστασιακά
- Όχι

**9. Σε κλίμακα 1-5, πόσο εξαρτημένος/η είστε από άλλους ανθρώπους;**

**(1=πλήρως ανεξάρτητος/η, 5=εξαρτημένος/η για τα πάντα).**

**Παρακαλώ συμπληρώστε έναν αριθμό 1-5: .....**

**10. Πόσες φορές στο παρελθόν έχετε νοσηλευτεί συνολικά σε νοσοκομείο από την εκδήλωση της ασθένειάς σας μέχρι σήμερα; (Περιλαμβάνονται νοσηλείες για διερεύνηση, χειρουργεία, επιπλοκές κλπ. Δεν περιλαμβάνονται νοσηλείες για λήψη αντικαρκινικών θεραπειών ή ακτινοθεραπειών.)**

- Καμία
- 1-5
- 6-10
- >10



**11. Έχετε υποβληθεί ποτέ σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση;**

- Ναι
- Όχι
- Δεν έχω αντιληφθεί/δεν ξέρω

**12. Αν ναι, θυμάστε τι συνέβη;**

- Ναι
- Όχι
- Δεν έχω υποβληθεί σε αναζωογόνηση

**13. Γνωρίζετε τι πραγματικά γίνεται όταν κάποιος υποβάλλεται σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση;**

- Ναι
- Όχι. Έχω μόνο ακούσει για αυτό
- Όχι. Δεν έχω ακούσει ποτέ για αυτό

**14. Πώς μάθατε για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση;**

- Από τον/την γιατρό μου
- Από συγγενείς/φίλους
- Από τα μέσα ενημέρωσης
- Από προσωπική εμπειρία
- Άλλο. Παρακαλώ καθορίστε: .....
- Δεν είμαι ενημερωμένος/η

**15. Τι πιστεύετε για την διαδικασία πληροφόρησης σχετικά με την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση;**

**Αυτή η ερώτηση είναι MONO για τους ανθρώπους εκείνους που έχουν λάβει πλήρη ενημέρωση για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.**

- Σκληρή/χωρίς καμία ευαισθησία
- Αδιάφορη
- Ενδιαφέρουσα
- Δεν έχω αντιληφθεί/δεν ξέρω

**16. Πώς θα προτιμούσατε να ενημερωθείτε σχετικά με την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση;**

**Αυτή η ερώτηση είναι MONO για τους ανθρώπους εκείνους που ΔΕΝ έχουν λάβει πλήρη ενημέρωση για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.**

- Αποκλειστικά από τον/την γιατρό μου
- Θα ήταν αρκετό να ενημερωθώ από τον/την νοσηλευτή/νοσηλεύτρια
- Άλλες έγκυρες ομάδες (σχολεία, δήμοι, μέσα ενημέρωσης)
- Θα προτιμούσα να μην λάβω κάποια ενημέρωση
- Άλλο. Παρακαλώ καθορίστε: .....

**17. Πόσοι από τους 100 ασθενείς που παθαίνουν ανακοπή εντός νοσοκομείου και υποβάλλονται σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση πιστεύετε ότι επιβιώνουν και τελικά παίρνουν εξιτήριο από το νοσοκομείο;**

- Παρακαλώ συμπληρώστε ένα ποσοστό: .....%
- Δεν γνωρίζω/δεν θα απαντήσω

**18. Πόσοι από τους 100 ασθενείς με καρκίνο που παθαίνουν ανακοπή εντός νοσοκομείου και υποβάλλονται σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση πιστεύετε ότι επιβιώνουν και τελικά παίρνουν εξιτήριο από το νοσοκομείο;**

- Παρακαλώ συμπληρώστε ένα ποσοστό: .....%
- Δεν γνωρίζω/δεν θα απαντήσω

**19. Γνωρίζετε τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες που θα μπορούσε να έχει η διαδικασία καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης και αν ναι, πόσο σοβαρές νομίζετε ότι είναι;**

- Ιδιαίτερα σοβαρές
- Ναι, αλλά όχι σοβαρές
- Όχι δεν υπάρχουν ανεπιθύμητες ενέργειες
- Δεν είμαι σίγουρος/η
- Δεν γνωρίζω/Δεν θα απαντήσω

**20. Έχετε ποτέ ενημερωθεί για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση στα πλαίσια της ασθένειάς σας;**

- Ναι
- Όχι

**21. Αν ναι, παρακαλώ αναλύστε:**

.....  
.....

**22. Εάν σας συμβεί ανακοπή μέσα στο νοσοκομείο, θα θέλατε να υποβληθείτε σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση;**

- Ναι
- Όχι
- Δεν είμαι σίγουρος/η

**23. Το έχετε σκεφτεί αυτό προηγουμένως;**

- Ναι
- Όχι

**24. Πιστεύετε ότι ως ασθενής έχετε το δικαίωμα να επιλέγετε ή να αρνείστε την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση;**

- Ναι
- Όχι
- Δεν είμαι σίγουρος/η

**25. Θα θέλατε αυτό να αποφασιστεί από:**

- Εσάς μόνο
- Την οικογένειά σας μόνο
- Τον/την θεράποντα γιατρό σας μόνο
- Εσάς και την οικογένειά σας μόνο
- Εσάς και τον/την θεράποντα γιατρό σας μόνο
- Την οικογένειά σας και τον/την θεράποντα γιατρό σας μόνο
- Εσάς, την οικογένειά σας και τον/την θεράποντα γιατρό σας από κοινού
- Άλλο/α άτομο/α. Παρακαλώ καθορίστε: .....

**26. Ποιον από τους ακόλουθους παράγοντες θεωρείτε τον πιο σημαντικό για την επιλογή σας;**

- Η φύση της ασθένειας
- Η συνήθης κατάσταση της υγείας σας
- Η ζωή στο σπίτι
- Οι επιθυμίες της οικογένειάς σας
- Θρησκευτικές πεποιθήσεις
- Η ηλικία σας
- Η προηγούμενη εμπειρία σας αναζωογόνησης
- Άλλο. Παρακαλώ καθορίστε: .....
- Δεν γνωρίζω/Δεν θα απαντήσω

**27. Έχετε συζητήσει αυτή την ερώτηση με κάποιον στο παρελθόν; Αν ναι, με ποιον;**

- Την οικογένειά σας μόνο
- Τον/την γιατρό σας μόνο
- Την οικογένειά σας και τον/την γιατρό σας
- Οποιοδήποτε άλλο/άλλους. Παρακαλώ καθορίστε: .....
- Μόνο κατά την διάρκεια της τρέχουσας έρευνας

**28. Έχετε ποτέ εμπλακεί σε παρόμοια απόφαση για στενό συγγενή;**

- Ναι
- Όχι

**29. Πιστεύετε ότι πρέπει να ερωτάστε για τις επιθυμίες σας σχετικά με την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση όταν έρχεστε στο νοσοκομείο;**

- Ναι
- Όχι
- Δεν είμαι σίγουρος/η

**30. Υπό την προϋπόθεση ότι ερωτάστε, πώς θα προτιμούσατε να ενημερωθείτε από το ιατρικό προσωπικό σχετικά με την στάση σας περί καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης και να αποφασίσετε για αυτήν;**

- Προφορικά
- Γραπτώς μέσα στον ιατρικό σας φάκελο
- Μέσω ενός συγγενή/φίλου
- Άλλο. Παρακαλώ καθορίστε: .....
- Δεν είμαι σίγουρος/η

**31. Υποθέτοντας ότι είναι δυνατό για έναν από τους συγγενείς σας να είναι παρών κατά την διάρκεια καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησής σας (είτε μέσα στο ίδιο δωμάτιο, είτε έχοντας απλά οπτική επαφή), συμφωνείτε με αυτό;**

- Ναι
- Όχι
- Δεν είμαι σίγουρος/η

**32. Σε περίπτωση καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης εντός νοσοκομείου κατά την διάρκεια νοσηλείας για προχωρημένο καρκίνο, τι θα ζητούσατε από τον γιατρό σας να διασφαλίσει;**

- Την παρουσία συγγενούς
- Ότι είναι ανώδυνη
- Να μην μου αφήσει λειτουργικές αναπηρίες
- Δεν αντιλαμβάνομαι/δεν ξέρω

**33. Βρήκατε αυτό το ερωτηματολόγιο αγχωτικό;**

Ναι

Όχι