

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΒΙΟΘΕΙΚΗ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ

ΜΕΤΑΠΤ. ΦΟΙΤΗΤΗΣ: π. Ανάργυρος Παυλής

ΑΘΗΝΑ

ΙΟΥΝΙΟΣ 2018

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ Του Μεταπτυχιακού Φοιτητή π. Ανάργυρου Παυλή

Εξεταστική Επιτροπή

- Ν. Ιακωβίδου , Επιβλέπουσα
- Ι. Σιαφάκα
- Θ. Ξάνθος

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίστηκε απο την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Συνεδρίαση της/...../..... για την αξιολόγηση και εξέταση του υποψηφίου π. Ανάργυρου Παυλή, συνεδρίασε σήμερα .../.../.....

Η Επιτροπή διαπίστωσε ότι η Διπλωματική Εργασία του π. Ανάργυρου Παυλή με τίτλο «Βιοηθική και Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση», 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 την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's). Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία, ο υποψήφιος 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

- | | |
|-----------------|------------------------------|
| • Ν. Ιακωβίδου, | Επιβλέπουσα (Υπογραφή) _____ |
| • Ι. Σιαφάκα, | (Υπογραφή) _____ |
| • Θ. Ξάνθος, | (Υπογραφή) _____ |

Αφιέρωση

Στον πατέρα μου Ιωάννη Παυλή!

Ευχαριστίες

ΔΟΞΑ ΤΩ ΘΕΩ!

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	σελ.7
ΜΕΡΟΣ 1 ^ο - ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ (II)	
1. Γενικά.....	σελ.10
2. Ιστορική αναδρομή.....	σελ.10
3. Γενικά για την ΚΑΡΠΑ.....	σελ.11
4. Γενικά για την Βιοηθική.....	σελ.12
4.1 Η αρχή της αυτονομίας.....	σελ.13
4.2 Η αρχή του οφελείν.....	σελ.13
4.3 Η αρχή του μη βλάπτειν.....	σελ.13
4.4 Η αρχή της δικαιοσύνης.....	σελ.14
4.5 Η αρχή της Αξιοπρέπειας και Ειλικρίνειας.....	σελ.14
5. Προγενέστερες οδηγίες.....	σελ.14
6. Οδηγίες Μη Ανάνηψης.....	σελ.15
7. Βιοηθικά ζητήματα που έχουν σχέση με την ΚΑΡΠΑ και σχετική νομοθεσία.....	σελ.16
8. Πότε μια αγωγή θεωρείται μάταιη.....	σελ.19
9. Φυσική παρουσία και ενημέρωση οικείων και συγγενών κατά την διάρκεια ιατρικών συμβάντων όπως στην περίπτωση της ΚΑΡΠΑ.....	σελ.21
10. Δύο υποθέσεις ορόσημα σχετικά με το βιοηθικό σκέπτεσθαι.....	σελ.22
11. Βιοηθική ΚΑΡΠΑ και έρευνα.....	σελ.23
ΜΕΡΟΣ 2 ^ο - ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ (III)	
Εισαγωγή.....	σελ.26
Σκοπός.....	σελ.26
Υλικό και Μέθοδος.....	σελ.27
Αποτελέσματα.....	σελ.28

Συζήτηση.....	σελ.28
Συμπεράσματα – Προτάσεις.....	σελ.32
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	σελ.34
ABSTRACT.....	σελ.35
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	σελ.37

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στα πλαίσια της Μεταπτυχιακής μου Εργασίας με θέμα «Βιοηθική και Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση» θα προσπαθήσουμε να μελετήσουμε τα όρια μέσα στα οποία θα πρέπει να κινούνται οι επιστήμονες υγείας και κάθε άλλος που ασχολείται με την Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση, ώστε το πρακτέον του να είναι, όχι μόνο «νόμιμο», αλλά και βιοηθικά «αποδεκτό».

Στην πραγματικότητα, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις δεν έχουν ανάγκη εξωτερικής αιτιολόγησης. Ως εκ τούτου, ένας διαχωρισμός μεταξύ της θρησκείας και της επιστήμης, τόσο οντολογικά όσο και επιστημονικά, μάλλον υπάρχει. Για παράδειγμα, η θρησκεία και η επιστήμη προσφέρουν μια πολύ διαφορετική οντολογία (θεωρία για το τι είναι εκεί έξω) και επιστημολογία (τρόπους για να καταλάβω τι είναι εκεί έξω). Παρόλα αυτά μια επιφανειακή αντιπαράθεση που ίσως μπορεί να παρατηρηθεί σε κάποιες περιπτώσεις, μεταξύ θρησκείας και επιστήμης, δεν μας εμποδίζει να παραδεχτούμε ότι, όταν συνδυάζονται η θρησκευτική πεποίθηση με τον επιστημονικό ρεαλισμό, μπορούν να προσφέρουν ολοκληρωμένες απαντήσεις σε επιστημονικά ερωτήματα και προβληματισμούς σχετικά με ηθικά ζητήματα και όχι μόνο, να προσφέρουν μοναδική και καίρια συμβολή στην ιατρική έρευνα και να δώσουν απαντήσεις σε δυσεπίλυτα ζητήματα τα οποία προκύπτουν κατά την εφαρμογή των επιστημονικών επιτευγμάτων, στην ανθρώπινη καθημερινή πραγματικότητα.

Η βιοηθική είναι ένας τομέας της Ιατρικής έρευνας στον οποίο ο παραπάνω συνδυασμός διαδραματίζει καίριο ρόλο. Ασχολείται με αμφιλεγόμενα ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα τα οποία προκύπτουν από τα νέα δεδομένα και τις νέες δυνατότητες που προσφέρονται από την πρόοδο της επιστήμης.¹

Ακόμα και πρακτικές όπως η Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ), η οποία είναι μια επείγουσα παρέμβαση δυνητικά σωτήρια για τον άρρωστο χωρίς την εφαρμογή της οποίας ο

ασθενής σίγουρα θα πεθάνει, σε κάποιες περιπτώσεις θα πρέπει να μην γίνεται καθόλου ή θα πρέπει να διακόπτεται. Πολύ συνοπτικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι σε κάθε μας παρέμβαση, όχι μόνο στη περίπτωση της ΚΑΡΠΑ αλλά και γενικότερα, θα πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη μας αν αυτό που κάνουμε παρατείνει τη ζωή του αρρώστου ή απλά παρατείνει τη διαδικασία του θανάτου του.² Αν σε αυτό προσθέσουμε την ελλιπή ή και καθόλου πληροφόρηση, την βραχύτητα του χρόνου μέσα στον οποίο θα πρέπει να παρέμβουμε, το οικογενειακό περιβάλλον, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, την ηλικία και πλειάδα άλλων παραγόντων με τους οποίους θα βρεθούν αντιμέτωποι όλοι αυτοί που ενδεχομένως θα ασχοληθούν με την ΚΑΡΠΑ, καταλαβαίνουμε ότι προκύπτει πληθώρα ερωτημάτων και ερωτηματικών, στα οποία θα προσπαθήσουμε να δώσουμε απάντηση στη συνέχεια.

Ό,τι είναι νόμιμο δεν είναι απαραίτητα και βιοηθικό και ό,τι είναι βιοηθικό δεν είναι απαραίτητα και Ορθόδοξα αποδεκτό! Εγώ θα αναφερθώ σε αυτά που σε γενικές γραμμές θεωρούνται από βιοηθικής άποψης «επιτρεπτά». Παρόλα αυτά θα κάνω ιδιαίτερη μνεία και σε αυτά που θεωρώ «Ορθόδοξα αποδεκτά» ρίχνοντας και μια ματιά στην «Ουράνια Βιβλιογραφία» όπως αυτή εκφράζεται από σύγχρονους Αγίους και Πατέρες της Εκκλησίας μας.

ΜΕΡΟΣ 1^ο - ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Γενικά.

Τα επιτεύγματα της επιστήμης σώζουν καθημερινά χιλιάδες ζωές μπορούν όμως ταυτόχρονα να επιμηκύνουν την προτελευταία αγωνία του θανάτου ασθενών που έχουν πάρα πολύ λίγες πιθανότητες να επιβιώσουν ή να συνεχίσουν να έχουν ένα βίο ποιοτικά αποδεκτό.³ Πολλά άτομα σήμερα προσπαθούν να «ξεχάσουν» την ύπαρξη του θανάτου. Η κοινωνία μας γερνάει, αλλά οι άνθρωποι όλο και περισσότερο προσπαθούν να δείχνουν όσο πιο νέοι και υγιείς γίνεται. Παρόλα αυτά η ζοφερή πραγματικότητα της ασθένειας και του πόνου, ψυχικού και πνευματικού, χτυπάνε όλο και πιο συχνά τις πόρτες ενός πληθυσμού ο οποίος στο σύνολό του παρουσιάζεται όλο και πιο γερασμένος. Προσπαθούμε να καθησυχάσουμε τους εαυτούς μας σκεπτόμενοι την τάχα «παντοδυναμία» της επιστημονικής προόδου έως ότου έλθουμε τελικά προσωπικά αντιμέτωποι με αυτό που εμείς αντιλαμβανόμαστε ως «αποτυχία της Ιατρικής να μας σώσει» και που στην πραγματικότητα είναι το αναπόσπαστο τμήμα της εξέλιξης του ανθρώπινου οργανισμού που ονομάζεται Τέλος και Θάνατος.⁴⁻⁶

Ο θάνατος από ένα γεγονός στο οποίο παλιότερα συμμετείχε ένα μεγάλο μέρος της τοπικής κοινωνίας με έθιμα, συνήθειες και «ανθρώπινες εκδηλώσεις» οι οποίες έτειναν να μειώσουν το συναισθηματικό φορτίο των οικείων, τείνει πλέον να λαμβάνει χώρα σε συνθήκες «μοναξιάς» και «απομόνωσης». Οι άνθρωποι δεν πεθαίνουν πλέον στην γλυκιά οικογενειακή θαλπωρή του σπιτιού τους, αλλά πολλοί από αυτούς φεύγουν «μόνοι τους» στο «ψυχρό» και «ξένο» περιβάλλον ενός χώρου νοσηλείας. Στην Ευρώπη έως και 50% των θανάτων συμβαίνουν σε νοσοκομείο.⁷

2. Ιστορική αναδρομή.

Τόσο στη Χριστιανική, όσο και στην Ελληνική παράδοση, η αναβολή του θανάτου με οποιοδήποτε τίμημα δεν έχει καμία βάση.⁸ Σύμφωνα με τον Ιπποκράτη ο Ιατρός θα πρέπει να αποδεχτεί τα όρια της επιστήμης του και δεν θα πρέπει να προσπαθεί να θεραπεύσει «ασθενείς χωρίς ελπίδα».⁹ Ο Πλάτων υποστηρίζει ότι ο Ασκληπιός, προκειμένου να μην παρατείνει τα

βάσανά των αρρώστων, δεν επιχειρούσε θεραπεία στη οποία οι ασθενείς ήταν μέχρι το εσωτερικό τους άρρωστοι.¹⁰ Ο Μέγας Βασίλειος δεν είναι σύμφωνος με τις μέχρι υπερβολής προσπάθειες προκειμένου να διατηρηθεί στη ζωή ένας άνθρωπος.¹¹ Και στην περίπτωση του Βυζαντίου οι Ιατροί δεν συνέχιζαν την θεραπεία αρρώστων σε τελικό στάδιο.¹² Στο Μεσαίωνα δινόταν πολύ μεγάλη σημασία κατά κύριο λόγο στη γαλήνη και στην κατά το δυνατό ηρεμία του ανθρώπου που πέθαινε.¹¹ Με την βιομηχανική επανάσταση του 17^{ου} αιώνα τα πράγματα αλλάζουν και η με κάθε μέσο «σωτηρία» της ζωής παρουσιάζεται από τον F. Bacon ως «ο κατεξοχήν ρόλος της Ιατρικής».⁸ Με την έλευση του 20^{ου} αιώνα η τεχνολογία επέτρεψε την παράταση της ζωής ατόμων, για μεγάλα χρονικά διαστήματα, χωρίς συνείδηση και επικοινωνία με το περιβάλλον, που σε άλλες εποχές θα είχαν καταλήξει. Έτσι άρχισαν να προκύπτουν δυσεπίλυτα βιοηθικά ζητήματα, τα οποία παλιότερα δεν υφίσταντο, όπως για παράδειγμα πως θα πρέπει να αντιμετωπίζονται οι ασθενείς αυτοί έως ότου μια αλυσίδα επιπλοκών τους οδηγήσει τελικά στο θάνατο.

Η Επιτροπή Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος αποδέχεται ότι η τεχνολογία στο χώρο των Επιστημών Υγείας δεν παρέτεινε μόνο τη ζωή των ανθρώπων επάνω στον πλανήτη μας, αλλά δυστυχώς κάποιες φορές η κατάχρηση αυτής της ίδιας τεχνολογίας, καταντάει να παρατείνει τη διαδικασία του θανάτου και την προθανάτια ταλαιπωρία των ασθενών. Οι επιστήμονες Υγείας θα πρέπει πάντα να λαμβάνουν υπόψη τους μήπως με τις ενέργειες και παραλήψεις τους περισσότερο βασανίζουν, παρά ανακουφίζουν τον πάσχοντα συνάνθρωπό τους καταρρακώνοντας ταυτόχρονα και την αξιοπρέπειά του.^{13,14}

3. Γενικά για την ΚΑΡΠΑ

Η ΚΑΡΠΑ για πρώτη φορά εμφανίστηκε με τη σημερινή της μορφή γύρω στο 1960. Αρχικά χρησιμοποιήθηκε σε καρδιακές ανακοπές στο χειρουργείο ή μετά από πνιγμό σε κατά τα άλλα «υγιείς ανθρώπους». Σήμερα χρησιμοποιείται σε κάθε περίπτωση καρδιακής ανακοπής,

ανεξαρτήτως αιτιολογίας.¹⁵ Πολλοί είναι οι παράγοντες που παίζουν ρόλο στη λήψη μιας πολύπλοκης απόφασης, όπως αυτή του αν τελικά θα επιχειρηθεί ή όχι η ΚΑΡΠΑ, μεταξύ των οποίων προσωπικοί, θρησκευτικοί, κοινωνικοί, νομικοί, οικονομικοί, εθνικοί και διεθνείς, χωρίς βεβαίως ποτέ να παραβλέπετε η αξιοπρέπεια του αρρώστου.¹⁶⁻²⁶ Πολλές φορές τόσο σπουδαίες και δύσκολες αποφάσεις, ειδικά εκτός νοσοκομείου, θα πρέπει να λαμβάνονται μέσα σε λίγα δευτερόλεπτα και έχοντας ελλιπή ενημέρωση για το περιστατικό.

4. Γενικά για την Βιοηθική

Η βιοηθική ασχολείται με τα ηθικά προβλήματα τα οποία προκύπτουν στις Ιατροβιολογικές Επιστήμες. Δύο από τις αρχές της, τις συναντάμε ίδει στον Ιπποκράτη τον 5^ο αιώνα π.Χ. «*Ασκέειν περί τα νοσήματα δύο, ωφελείν ή μη βλάπτειν*». Πρόκειται για το «ωφελείν» και το «μη βλάπτειν».²⁷

Η βιοηθική στηρίζεται σε πέντε αρχές:²⁸

- Σεβασμός της αυτονομίας (respect for autonomy).
- Ωφελείν (beneficence).
- Μη βλάπτειν (non maleficence).
- Δικαιοσύνη (justice).
- Αξιοπρέπεια και Ειλικρίνεια.

4.1 Η αρχή της αυτονομίας

Σύμφωνα με την αρχή της αυτονομίας ο άρρωστος έχει δικαίωμα να αποδεχτεί ή να απορρίψει οποιοδήποτε είδος θεραπείας. Κάθε απόφαση από μέρους του ασθενούς θα πρέπει να είναι σκόπιμη (intentional), απαλλαγμένη από επιρροές και να στηρίζεται στην σωστή πληροφόρηση εκ μέρους του Ιατρού και την ορθή κατανόηση από μέρους του αρρώστου.²⁹ Παρόλα αυτά σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του αγγλόφωνου πληθυσμού των ΗΠΑ, το 52% προτιμούσαν τις τελικές αποφάσεις να τις παίρνουν οι Ιατροί.³⁰ Έτσι στην έννοια της αυτονομίας θα μπορούσαμε να συμπεριλάβουμε το ότι ο ασθενής μπορεί να αρνηθεί την πληροφόρηση και το δικαίωμά του να αποφασίσει ο ίδιος αν θα κάνει ή όχι την θεραπεία.²⁹ Παρόλα αυτά ναι μεν ο άρρωστος μπορεί να απόρριψη μια θεραπεία η οποία στη κυριολεξία θα του σώσει τη ζωή, αλλά δεν μπορεί να ζητήσει να του παρασχεθούν θεραπείες τις οποίες οι Ιατροί θεωρούν μάταιες.^{31,32} Η απόσυρση ή μη κλιμάκωση της θεραπείας συμφωνούν απόλυτα με τις αρχές της Βιοηθικής.

4.2 Η αρχή του οφελείν

Η αρχή του οφελείν μας λέει με απλά λόγια ότι ο Ιατρός πρέπει να δρα προς όφελος του ασθενούς φροντίζοντας για τη θεραπεία της νόσου, τη μείωση της αναπηρίας και της σωματικής και ψυχικής ταλαιπωρίας και γενικότερα την προάσπιση κάθε «δικαιώματος» του ασθενούς.^{29,32} Η με κάθε τρόπο «παράταση της ζωής» δεν συνάδει με την αρχή του οφελείν. Όταν η θεραπεία ταυτίζεται με μια «απέλπιδα προσπάθεια», οι Truog και συν. προτείνουν ότι καλό είναι να επικεντρωνόμαστε κυρίως στην ανακούφιση και ως επί το πλείστον στην «παρηγορητική φροντίδα» του πάσχοντος ατόμου.³¹

4.3 Η αρχή του μη βλάπτειν

Η αρχή του μη βλάπτειν μας υπαγορεύει την υποχρέωση του Ιατρού να μην κάνει ενέργειες οι οποίες θα βλάψουν με οποιοδήποτε τρόπο τον ασθενή. Δυστυχώς, όσον αφορά την ΚΑΡΠΑ, αυτό

σε μεγάλο ποσοστό δεν συμβαίνει στη χώρα μας. Η πλειοψηφία των ιατρών και νοσηλευτών σήμερα, δεν είναι εκπαιδευμένη στη βασική και εξειδικευμένη υποστήριξη της ζωής, με αποτέλεσμα τα πάρα- πολύ χαμηλά ποσοστά επιβίωσης μετά από ανακοπή.³³⁻³⁶ Σύμφωνα με κάποιους συγγραφείς, το «μη βλάπτει», σε κάποιες συγκεκριμένες καταστάσεις, μπορεί να θεωρηθεί σπουδαιότερο του «οφελείν».^{29,32} Κάθε τι το οποίο αυξάνει την ένταση και τη διάρκεια της προθανάτιας αγωνίας είναι αντίθετο με την αρχή του μη βλάπτει.

4.4 Η αρχή της δικαιοσύνης

Η αρχή της δικαιοσύνης υπαγορεύει την καθ' όλα ίση πρόσβαση στο Σύστημα Υγείας μιας χώρας, ανεξαρτήτως κοινωνικής τάξης, φίλου, φυλής, εθνικότητας ή θρησκευτικών πεποιθήσεων και την δίκαιη διανομή των υπάρχοντων διαθέσιμων πόρων. Όταν οι πόροι είναι περιορισμένοι θα πρέπει να κατανέμονται με γνώμονα την αντιμετώπιση εκείνων των περιπτώσεων που έχουν τις μεγαλύτερες πιθανότητες να «ιανθούν».^{29,32}

4.5 Η αρχή της Αξιοπρέπειας και Ειλικρίνειας

Σύμφωνα με την αρχή της Αξιοπρέπειας και Ειλικρίνειας πρέπει πάντα να σεβόμαστε την αξιοπρέπεια των αρρώστων και να τους παρέχουμε σωστή, ειλικρινή και ακριβή πληροφόρηση σχετικά με την «κατάστασή τους». Θα πρέπει επίσης να δηλώνεται κάποια πιθανή «σύγκρουση συμφερόντων» εφόσον υφίσταται.³⁷

5. Προγενέστερες οδηγίες

Στη διεθνή βιβλιογραφία, οι προγενέστερες οδηγίες μέσω των οποίων οι άρρωστοι εκφράζουν τις «προτιμήσεις» τους μπορούν να χωριστούν σε τρεις κατηγορίες:³⁸

- Διαθήκη ζωής (living will).

- Μέσω πληρεξούσιου (ή αντιπροσώπου). Στην περίπτωση που δεν υπάρχει πληρεξούσιος, ο αντιπρόσωπος επιλέγεται από τους πλησιέστερους συγγενείς με την εξής τάξη: Σύζυγος- Γονέας- Ενήλικο τέκνο.³⁹ Παρόλα αυτά πολλές φορές οι πληρεξούσιοι και οι αντιπρόσωποι καταβεβλημένοι και οι ίδιοι, με συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, αντί να εκφράσουν τις πραγματικές επιλογές του αρρώστου, επηρεάζονται κυρίως από τις δικές τους πεποιθήσεις και εκφράζουν κυρίως τα δικά τους «πιστεύω».^{40,41}
- Συνδυασμός των παραπάνω.

Παρόλα αυτά σχετικά με τις προγενέστερες οδηγίες ενσκήπτουν κάποια ηθικά και πρακτικά ζητήματα:

- Δεν είναι πολύ διαδεδομένες.
- Αλλάζουν και επηρεάζονται από το άγχος, την ένταση και την κατάθλιψη τα οποία συνοδεύουν πολλές φορές την ασθένεια. Καλό είναι λοιπών να μην παραμένουμε τυφλά προσκολλημένοι απλά στο τι αναγράφεται σε ένα κείμενο, αλλά να υπάρχει, αν είναι δυνατών, μια πιο στενή συνεργασία μεταξύ ασθενούς (αν έχει τη δυνατότητα επικοινωνίας), συγγενών και Ιατρών, πριν ληφθούν οι τελικές αποφάσεις.^{42,43}
- Δεν είναι δυνατών να προβλεφθούν όλες οι πιθανές «εξελίξεις».⁴⁰

6. Οδηγίες Μη Ανάνηψης (Do not attempt resuscitation -DNAR)

Σύμφωνα με την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής οι «Οδηγίες Μη Ανάνηψης» ανήκουν στις «Προγενέστερες Οδηγίες» και συγκεκριμένα στις λεγόμενες «Διαθήκες Ζωής» (Living Wills). Αυτές εκφράζουν την Ιατρική αντιμετώπιση ενός ασθενούς σε κάποιες συγκεκριμένες «Κρίσιμες Καταστάσεις» κατά την διάρκεια των οποίων θα αδυνατεί να εκφράσει μόνος του τη θέλησή του.

Στις οδηγίες αυτές είτε ορίζεται κάποιος «Νόμιμος Αντιπρόσωπος», είτε το ίδιο το άτομο δηλώνει τι επιθυμεί να γίνει και τι όχι, σε κάποιες συγκεκριμένες «Κρίσιμες Καταστάσεις», όπως για παράδειγμα σε μια Καρδιακή Ανακοπή. Οι παραπάνω οδηγίες στοχεύουν στην προστασία της «αυτονομίας του ασθενούς σε θέματα που σχετίζονται με την υγεία του και έχουν ισχύ ακόμα και αν ο ασθενής δεν μπορεί να δηλώσει ότι «άλλαξε γνώμη».

Από βιοηθικής πλευράς η οδηγία «Μη Ανάνηψης» η οποία σχετίζεται με την ΚΑΡΠΑ έχει δύο ιδιαιτερότητες:

- Κατά πρώτων αφορά μια επείγουσα κατάσταση κατά την οποία ο ασθενής δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με το περιβάλλον και ως εκ τούτου να εκφράσει ο ίδιος τη θέλησή του. Από την άλλη η κρισιμότητα της κατάστασης και η αμεσότητα της παρέμβασης η οποία απαιτείται, καθιστούν σχεδόν πάντα αδύνατη την άμεση πληροφόρηση των διασωστών, εκτός βέβαια και αν ο ασθενής ήδη νοσηλεύεται και ως εκ τούτου οι «τοποθετήσεις» του σε σχέση με την ΚΑΡΠΑ είναι ήδη γνωστές. Και σε αυτή την περίπτωση πάντως δεν μπορούμε να αποκλείσουμε την πιθανότητα ο ασθενής να έχει αλλάξει γνώμη.
- Και κατά δεύτερων μιλάμε για μια θεραπεία της οποίας η άρνηση ή η άκαιρη διακοπή της, συνεπάγεται άμεσο θάνατο!⁴⁵

7. Βιοηθικά ζητήματα που έχουν σχέση με την ΚΑΡΠΑ και σχετική νομοθεσία.

Σύμφωνα με το Ελληνικό Δίκαιο για τις «Προγενέστερες Οδηγίες» μιλάει το άρθρο 9 της Σύμβασης του Οβιέδο (ν.2619/1998)⁴⁶ σύμφωνα με το οποίο κάθε ασθενής ο οποίος έχει ικανότητα συναίνεσης και είναι ενήλικας, δεν υποχρεούται να υποβληθεί σε Ιατρικές πράξεις ενάντια στη βούλησή του, ακόμα και αν διατρέχει άμεσο κίνδυνο η ζωή του. Τα παραπάνω δεν ισχύουν σε

περίπτωση Απόπειρας Αυτοκτονίας.⁴⁷ Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (άρθρο 12 του ν.3418/2005) ορίζει ότι σε περίπτωση που ο ασθενής είναι ανίκανος να συναινέσει στην εκτέλεση μιας Ιατρικής Πράξης, αποφασίζουν οι πλησιέστεροι συγγενείς.⁴⁸ Σε περίπτωση όμως επείγοντος περιστατικού (άρθρο 9 του ν.3418/2005), όπως στην περίπτωση ατόμου που χρειάζεται ΚΑΡΠΑ, ο Ιατρός δεν χρειάζεται την συναίνεση των συγγενών για να ξεκινήσει ΚΑΡΠΑ. Ο Ιατρός μπορεί βεβαίως και να κρίνει ότι η «Θεραπεία Είναι Ανώφελη», όπως για παράδειγμα στην περίπτωση που η Καρδιοαναπνευστική Ανακοπή αποτελεί απλά τον αναπόφευκτο επίλογο μιας παθολόγου μη αναστρέψιμης διαδικασίας.⁴⁸

Σύμφωνα με την Επιτροπή Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος η ιατροφαρμακευτική τεχνολογία δεν παρατείνει μόνο τη ζωή, αλλά ενίοτε και τη διαδικασία του θανάτου. Η χρήση της ιατρικής επέμβασης καλό είναι να εκτείνεται μέχρι του σημείου όπου οι επιπλοκές και τα επιπρόσθετα προβλήματα που δημιουργεί δεν βασανίζουν περισσότερο από όσο ανακουφίζουν. Συστήνεται η αποφυγή χρήσης επιθετικών μέσων που περισσότερο ταλαιπωρούν και καθόλου δεν θεραπεύουν. Θυμίζει τέλος ότι υπάρχει το ενδεχόμενο να προκληθεί με θεραπευτικές υπερβολές τεχνητή παράταση των φυσικών ορίων της ζωής και διατήρησης μιας κατάστασης «επ' αόριστων», με αποτέλεσμα εκτός των άλλων και την καταρράκωση της αξιοπρέπειας του ασθενούς.⁴⁹

Θα πρέπει λοιπόν να λαμβάνουμε υπόψη μας την ταλαιπωρία που υφίσταται ο ασθενής σε σχέση πάντα με το όφελος που περιμένουμε να πρόκυψη από την εν λόγω θεραπεία. Δημιουργείται η ανάγκη μην κλιμάκωσης ή και απόσυρσης κάθε είδους αγωγής, όταν αυτή κρίνεται «μάταιη». Αυτή η μη κλιμάκωση ή και απόσυρση είναι σύμφωνη με τις αρχές της Βιοηθικής και δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να συγχέεται με την ευθανασία. Μην ξεχνάμε ότι η συνέχιση «κάποιων απέλπιδων προσπαθειών» όχι μόνο πλήττει την αξιοπρέπεια του ασθενούς και επιβαρύνει με διάφορους τρόπους, οικονομικούς και ψυχολογικούς, τους συγγενείς, αλλά στην ουσία επιμηκύνει

«την διαδικασία του θανάτου» καθώς και τον ψυχοσωματικό πόνο του ασθενούς.³⁹ Το να εξασφαλίσουμε ένα ανώδυνο και ειρηνικό τέλος για τον άνθρωπο που πεθαίνει θα πρέπει να θεωρείται ισάξιο του να παράσχουμε κάθε δυνατή και «πρέπουσα» θεραπεία σε οποιονδήποτε μπορεί να σωθεί!⁵⁰

Εδώ θα θέλαμε να τονίσουμε ότι δεν θα πρέπει να συγχέουμε τη διακοπή ή τη μη κλιμάκωση μιας θεραπείας με την ευθανασία ή με την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Στην ευθανασία οι πράξεις και οι παραλήψεις κάποιου άλλου ατόμου έχουν σαν σκοπό τη θανάτωση του αρρώστου. Στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία το άλλο άτομο φτάνει στο σημείο να χορηγεί και θανατηφόρα φάρμακα, ξέροντας ότι ο ασθενής θα τα χρησιμοποιήσει για να θέσει τέλος στη ζωή του. Αντίθετα η διακοπή ή απόσυρση μιας αγωγής σκοπό έχουν το να μην ταλαιπωρείται ο άρρωστος με «ανώφελες» θεραπείες, ενώ το τέλος έρχεται «φυσιολογικά» σαν απόρροια της εξέλιξης της νόσου.⁵¹

Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης (European Resuscitation Council) όταν υπάρχει διαφωνία μεταξύ Ιατρών και συγγενών υπερισχύει η γνώμη των Ιατρών.⁵² Σύμφωνα με τον Ελληνικό Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας ο Ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενούς, εκτός κι αν πρόκειται για μια κατάσταση απειλητική για τη ζωή που χρειάζεται άμεση παρέμβαση. Αν ο ασθενής δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης, η συναίνεση για την εκτέλεση ιατρικής πράξης παρέχεται από τον δικαστικό συμπαραστάτη, εφόσον αυτός έχει οριστεί. Αν δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης, η συναίνεση δίνεται από τους οικείους του ασθενούς. Ο ιατρός λαμβάνει υπ' όψιν τις επιθυμίες που έχει εκφράσει ο ασθενής ακόμη και αν, κατά το χρόνο της επέμβασης, ο ασθενής δεν είναι σε θέση να τις επαναλάβει. Ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενούς να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων, οι οποίες στοχεύουν στη επίσπευση του θανάτου.

Ο Ιατρός σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό της στάδιο, ακόμη και αν εξαντληθούν όλα τα άλλα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενούς, συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του και φροντίζει ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπειά του. Τα παραπάνω αναγραφόμενα στον Ελληνικό Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας είναι απόλυτα σύμφωνα με τη Σύμβαση του Οβιέδο για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη Βιοϊατρική, η οποία έχει επικυρωθεί και από την Ελληνική Βουλή και ως εκ τούτου έχει ισχύ και ως Εθνικό Δίκαιο.^{53,54}

Η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής το 2006 με τίτλο «Τεχνητή παράταση της ζωής» αναφέρεται ότι η τεχνητή παράταση των βιολογικών λειτουργιών, χωρίς ελπίδα θεραπείας, μπορεί να θεωρηθεί βλάβη. Η εξακολούθηση ή μη, της παρέμβασης δεν μπορεί να επαφίεται μόνο στην κρίση του ιατρού. Η απόφαση πρέπει να λαμβάνεται και από τον ίδιο τον ασθενή, εφόσον αυτός είναι σε θέση να εκφράσει την γνώμη του, ή από τους οικείους του. Σε περίπτωση αμετάκλητης «ασυμφωνίας» μεταξύ Ιατρών και συγγενών ο θεράπων οφείλει να αποχωρήσει, αφού εξασφαλίσει την παρακολούθηση του ασθενούς από άλλον ιατρό της επιλογής των οικείων του».⁵⁵ Ο επικεφαλής Ιατρός είναι ο πλέον αρμόδιος για την ενημέρωση ασθενούς και συγγενών. Παρόλα αυτά ο Ιατρός διατηρεί το δικαίωμα να μην ενημερώσει πλήρως τον άρρωστο εφόσον κρίνει ότι αυτό θα μπορούσε να «βλάψει» ανεπανόρθωτα τον πάσχοντα (Θεραπευτικό Προνόμιο ή therapeutic privilege).²⁹ Επίσης η παρουσία του οικογενειακού Ιατρού και κληρικού, όταν οι άρρωστοι είναι πιστοί άνθρωποι, είναι πολύ ευεργετική³⁹. Επίσης ψυχολόγοι, ψυχίατροι και κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να έχουν ευεργετικό ρόλο στην επίλυση πιθανών προβλημάτων.⁵⁶

8. Πότε μια αγωγή θεωρείται μάταιη

Σε κάποιες περιπτώσεις, την αποτελεσματικότητα μιας αγωγής μπορούμε να τη διαπιστώσουμε μόνο μετά τη χορήγησή της.³¹ Σ' αυτές τις περιπτώσεις δεν είναι σωστό να μην

ξεκινήσουμε την αγωγή αλλά καλό είναι να ξεκινήσουμε την υποτιθέμενη θεραπεία και εφόσον δεν αποδίδει, σε αυτή την περίπτωση να τη διακόψουμε. Σύμφωνα με την ρωμαιοκαθολική μεσαιωνική θεολογία υπάρχει η αρχή του «Διπλού Αποτελέσματος» (Principle of double effect) το οποίο λέει: Μια ενέργεια η οποία έχει δύο πιθανές εκβάσεις, μια θετική και μια αρνητική, θεωρείται ότι είναι ηθικά επιτρεπτό να λάβει χώρα εφόσον, η αρνητική έκβαση να μην είναι πιθανή αλλά σε καμία περίπτωση επιθυμητή, δεν είναι ανήθικη, τα μέσα που χρησιμοποιούνται είναι «ενδεδειγμένα και καλά» και τέλος η σοβαρότητα των λόγων που την επιβάλλουν, δικαιολογούν το «ρίσκο» αρνητικής έκβασης.⁵¹ Μία αγωγή θεωρείται «φυσιολογικά μάταιη» (physiologic futility), με τη στενή έννοια, όταν δεν φέρει σε επίπεδο φυσιολογίας κανένα αποτέλεσμα. Για παράδειγμα ΚΑΡΠΑ σε αποκεφαλισμένο.⁵⁷

Παρόλα αυτά είναι καλό να κάνουμε διάκριση μεταξύ φυσιολογικού αποτελέσματος (effect) και θεραπευτικού οφέλους (benefit). Σε γενικές γραμμές μπορούμε να θεωρήσουμε μάταιη μία αγωγή η οποία δεν θα μπορέσει, όπως φαίνεται, να εκπληρώσει τους στόχους για την επίτευξη των οποίων τέθηκε σε εφαρμογή, καταλήγοντας απλά να «ταλαιπωρεί» ασθενή και συγγενείς χωρίς κανένα ουσιαστικό «όφελος».^{57,58}

Όταν η ανακοπή επέρχεται σαν φυσική και αναπόφευκτη εξέλιξη μιας σειράς παθολογιών ή κρίνεται ότι για οποιοδήποτε λόγο η ΚΑΡΠΑ θα αποβεί «μάταιη», καλό είναι να μην επιχειρείται καθόλου. Η απόφαση για μη αναζωογόνηση (DNAR) θα πρέπει να αναγράφεται στο διάγραμμα του αρρώστου και να είναι προϊόν συναπόφασης μεταξύ ασθενούς, Ιατρών και συγγενών, εφόσον βέβαια υπάρχει αυτή η δυνατότητα.¹⁵

9. Φυσική παρουσία και ενημέρωση οικείων και συγγενών κατά την διάρκεια ιατρικών συμβάντων όπως στην περίπτωση της ΚΑΡΠΑ

Φαίνεται ότι οι συγγενείς θέλουν να ενημερώνονται σχετικά με την πρόγνωση των αρρώστων τους αν και μπορεί να αμφιβάλλουν ως προς την ακρίβειά της. Μάλλον αυτό τους βοηθάει να προετοιμαστούν καλύτερα για το επικείμενο πένθος αν και κάποιες φορές μπορεί να εκλαμβάνουν λανθασμένα, την «αβεβαιότητα» της πρόγνωσης, ως «αναπόφευκτο συμβάν». ⁵⁹ Πάντως οι Ιατροί σε γενικές γραμμές έχουν την τάση να μην εκθέτουν με απόλυτη σαφήνεια τις εκτιμήσεις τους σχετικά με τις πιθανότητες επιβίωσης ενός ατόμου. ⁶⁰

Όταν υπάρχουν διαφωνίες πρέπει να παρέχεται η δυνατότητα να ζητηθεί και δεύτερη Ιατρική γνώμη και εφόσον δεν αρθεί το αδιέξοδο η υπόθεση παραπέμπεται στην Επιτροπή Δεοντολογίας του Νοσοκομείου, της οποίας όμως η απόφαση δεν είναι δεσμευτική. ^{31,39} Η Επιτροπή Δεοντολογίας αποτελείται κατά τα 2\3 από Ιατρούς και νοσηλευτές και κατά το 1\3 συγκροτείται από άλλους υπαλλήλους του Νοσοκομείου ή από την κοινότητα. Σ' αυτήν επίσης θα πρέπει να συμμετέχουν ένας νομικός και ένας επαγγελματίας υγείας εξειδικευμένος σε θέματα βιοηθικής. Οι αποφάσεις της, όπως προείπαμε, δεν είναι δεσμευτικές και δουλεύει κυρίως ως «ανεξάρτητος διαμεσολαβητής» (third party). ⁶¹

Η παρουσία των οικείων κατά την διάρκεια της ΚΑΡΠΑ εισήχθη στην Ιατρική πράξη γύρω στο 1980 και στη συνέχεια έγινε συνήθη πρακτική σε πολλές χώρες. ⁶¹⁻⁶⁷ Πολλοί οικείοι θα ήθελαν να είναι παρόντες κατά τη διάρκεια της ΚΑΡΠΑ και μεταξύ αυτών που έζησαν αυτή την εμπειρία το 90% θα το ξανάκαναν. Οι περισσότεροι γονείς θα ήθελαν να βρίσκονται με το παιδί τους σε αυτές τις δύσκολες στιγμές. ⁶³ Η εμπειρία αυτή βοηθάει στο να διαχειριστούν οι οικείοι καλύτερα τον θάνατο του προσφιλούς τους προσώπου. Θα πρέπει παρόλα αυτά η επιλογή να είναι δική τους και αν είναι δυνατόν να παρευρίσκεται και κάποιος ο οποίος με πολύ αγάπη και κατανόηση θα

σταθεί δίπλα τους σε αυτές τις δύσκολες στιγμές τους όπως κάποιος Ιερέας, κάποιος ψυχίατρος ή ψυχολόγος.^{68,69}

10. Δύο υποθέσεις ορόσημα σχετικά με το βιοηθικό σκέπτεσθαι

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται δύο υποθέσεις ορόσημα σε ότι αφορά το βιοηθικό σκέπτεσθαι, που έλαβαν χώρα στις ΗΠΑ.¹⁴

Η υπόθεση της Karen Quinlan (22 χρονών, νοσηλευόταν 1 χρόνο στη ΜΕΘ) η οποία το 1976 εβρισκόμενη σε επιμένουσα φυτική κατάσταση υποστηριζόταν με μηχανικό αερισμό και χορήγηση υγρών και τροφής. Σύμφωνα με το ανώτατο δικαστήριο του New Jersey ο ασθενής μπορεί να αρνηθεί την Ιατρική βοήθεια και το δικαίωμά του αυτό σε περίπτωση μη συνειδητότητας περνάει στο νόμιμο αντιπρόσωπό του. Ο αναπνευστήρας αφαιρέθηκε και η ασθενής έζησε άλλα 10 χρόνια!

Η υπόθεση της Nancy Cruzan (35 χρονών, νοσηλευόταν 4 χρόνια στη ΜΕΘ) η οποία το 1987 εβρισκόμενη σε επιμένουσα φυτική κατάσταση ενυδατωνόταν και σιτιζόταν μέσω ρινογαστρικού σωλήνα. Σύμφωνα με το ανώτατο δικαστήριο των ΗΠΑ επιβεβαιώνεται το δικαίωμα του ασθενούς, που έχει επικοινωνία με το περιβάλλον, να αρνηθεί την Ιατρική βοήθεια. Σε περίπτωση μη συνειδητότητας θα πρέπει να διασφαλίζεται ότι οι αποφάσεις του νόμιμου αντιπροσώπου αντικατοπτρίζουν τις πεποιθήσεις του ασθενούς. Επίσης αποφάσισε ότι η χορήγηση τροφής και υγρών με ρινογαστρικό σωλήνα δεν διαφέρει από τις άλλες παρεμβάσεις προς υποστήριξη της ζωής. Ο ρινογαστρικός σωλήνας αφαιρέθηκε και η ασθενής πέθανε.

Κατόπιν των δύο παραπάνω αποφάσεων το Κογκρέσο το 1990 με το νόμο περί αυτοκαθορισμού του αρρώστου (patient self- determination act) δίνει το δικαίωμα στον ασθενή να εκφράζει εκ των προτέρων εγγράφως τις «προτιμήσεις τους» σε ανάλογα θέματα, πριν χάσει την συνείδησή του και τη δυνατότητα επικοινωνίας με το περιβάλλον.⁵

Το 1976 το Συμβούλιο Της Ευρώπης αναγνώρισε το δικαίωμα των αρρώστων σε ένα αξιοπρεπή και ειρηνικό τέλος. Η παράταση της ζωής δεν είναι η μόνη μεριμνά της Ιατρικής επιστήμης. Θα πρέπει να λαμβάνονται επίσης υπόψη η ανακούφιση του πόνου, ψυχικού και σωματικού, και η αποφυγή της «αναίτιας ταλαιπωρίας» του πάσχοντος. Το 1999 αποφάνθηκε επίσης ότι η «παράταση της διαδικασίας του θανάτου» πλήττει την αξιοπρέπεια του αρρώστου και καλεί τα Κράτη- Μέλη να εξασφαλίσουν το δικαίωμα αυτοκαθορισμού του πάσχοντος καθώς και το σεβασμός του δικαιώματος αυτού, από μέρους του Ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Παραμένει πάντως ξεκάθαρο ότι τις τελικές αποφάσεις σχετικά με την ενδεδειγμένη θεραπεία τις λαμβάνουν πάντα οι θεράποντες Ιατροί.⁷⁰

11. Βιοηθική, ΚΑΡΠΑ και έρευνα

Οι ασθενείς δεν μπορούν να συμμετέχουν σε ερευνητικές μελέτες χωρίς τη νόμιμη γραπτή συγκατάθεση από μέρους τους. Τα τελευταία 10 χρόνια έχουν εισαχθεί, τόσο στις ΗΠΑ, όσο και στην Ευρώπη, αυστηρά νομικά πλαίσια με τα οποία ρυθμίζονται οι προϋποθέσεις συμμετοχής αρρώστων στην έρευνα, τα οποία περιορίζουν αισθητά τη συμμετοχή ασθενών σε μελέτες που έχουν να κάνουν με την ΚΑΡΠΑ.^{71,72} Υπάρχουν βάσιμες ενδείξεις ότι αυτοί οι «κανόνες» εμποδίζουν την πρόοδο στον τομέα της ΚΑΡΠΑ.⁷³ Θα μπορούσε κανείς να υποστηρίξει ότι τα παραπάνω νομικά πλαίσια έρχονται σε αντίθεση με το ουσιαστικό δικαίωμα κάθε ανθρώπου να έχει πρόσβαση σε όσο το δυνατόν καλύτερη ιατρική αντιμετώπιση, όπως αυτό ορίζεται από την συνθήκη του Helsinki.⁷⁴

Σε ότι αφορά την έρευνα και την εκπαίδευση πάνω σε πτώματα, οι απόψεις δίστανται. Έτσι πολλοί, κατά κύριο λόγο σε ισλαμικές χώρες, το θεωρούν «απαράδεκτο», ενώ άλλοι τα θεωρούν επιβεβλημένο, προκειμένου να διευκολυνθεί η επιστημονική πρόοδος η οποία σε τελική ανάλυση θα φανεί ευεργετική για τους υπολείπους.^{75,76} Η Ορθόδοξη τοποθέτηση στο παραπάνω θέμα είναι

ότι επιτρέπεται η έρευνα και η εκπαίδευση, με σεβασμό στο σκήνωμα του συνανθρώπου μας και εφόσον βέβαια έχουμε την άδεια του ίδιου και των συγγενών.

ΜΕΡΟΣ 2^ο - ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ (III)

Εισαγωγή

Σύμφωνα με την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής η ΚΑΡΠΑ συνίσταται σε μια αλληλουχία Ιατρικών Πράξεων και Επεμβάσεων οι οποίες, ή θα πρέπει να εκτελούνται σύμφωνα με τον σχετικό αλγόριθμο, ή θα πρέπει να αναστέλλονται τελείως. «Εν μέρη» εκτέλεσή της κρίνεται αδόκιμη τόσο από Ιατρικής όσο και από Ηθικής άποψης.¹⁴ Για τους ίδιους λόγους που προχωράμε στη διακοπή μιας θεραπείας, προχωράμε και στην ενδεχόμενη μη κλιμάκωσή της. Και στις δύο περιπτώσεις ο Ιατρός αντιλαμβάνεται ότι η ταλαιπωρία την οποία υφίσταται ο ασθενής, είναι δυσανάλογη του αναμενόμενου θεραπευτικού οφέλους. Έτσι από ηθικής άποψης και οι δύο αποφάσεις είναι αποδεκτές.³¹

Υπολογίζεται ότι στην Ευρώπη η πιθανότητα του αιφνίδιου καρδιακού θανάτου κυμαίνεται μεταξύ 0,4-1/1000 κάτοικοι/ χρόνο. Αν δηλαδή σκεφτούμε ότι σήμερα στην Ευρώπη ζούνε περίπου 730 εκατομμύρια άνθρωποι, 350.000-700.000 από αυτούς πεθαίνουν από Αιφνίδιο Καρδιακό θάνατο.⁷⁷ Στην Ευρώπη περίπου 300.000 άνθρωποι υφίστανται καρδιακή ανακοπή στην οποία έχουμε παρέμβαση από μέρους των Μηχανισμών Άμεσης Ιατρικής Επέμβασης.⁷⁸ (EMS). Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) η καρδιακή ανακοπή είναι η 4^η αιτία εξωνοσοκομειακού θανάτου.⁷⁹

Σκοπός

Στην εργασία μας θα προσπαθήσουμε να παρουσιάσουμε, τόσο από Ορθόδοξη όσο και από μη Ορθόδοξη σκοπιά, το βιοηθικό υπόβαθρο μιας πολύπλοκης απόφασης! Αυτής του αν θα επιχειρηθεί ή θα διακοπεί η ΚΑΡΠΑ, στον συγκεκριμένο κάθε φορά ασθενή!

Υλικό και Μέθοδος

Προσπαθήσαμε μέσω μιας ανασκόπησης σχετικής βιβλιογραφίας να φτιάξουμε μια περιληπτική αλλά και εμπειριστατωμένη εργασία στην οποία να παρουσιάζεται, τόσο από Ορθόδοξη όσο και από μη Ορθόδοξη σκοπιά, το βιοηθικό υπόβαθρο μιας πολύπλοκης απόφασης! Αυτής του αν θα επιχειρηθεί ή θα διακοπεί η ΚΑΡΠΑ, στον συγκεκριμένο κάθε φορά ασθενή!

- **Στρατηγική αναζήτησης:** Η αναζήτηση περιλάμβανε άρθρα από το 2000 και μετά τα οποία αναφέρονταν στη βιοηθική και την ΚΑΡΠΑ. Η αναζήτηση των άρθρων πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας πληθώρα διαθέσιμων διαδικτυακών βάσεων μεταξύ των οποίων Pubmed και Google Scholar. Αξιολογήθηκαν σχετικά άρθρα που προτεινόταν από τις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων και ελέγχθηκαν με χειροκίνητη αναζήτηση λίστες αναφορών δημοσιευμένων άρθρων. Για κάθε βάση δεδομένων η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε από την πρώτη διαθέσιμη ηλεκτρονικά βιβλιογραφία που δημοσιεύτηκε από το 2000 και έπειτα στα Ελληνικά, Ιταλικά και Αγγλικά. Εν συντομία οι λέξεις κλειδιά ήταν: ΚΑΡΠΑ, βιοηθική, νομοθεσία, προτελευταία διλήμματα, παράταση της διαδικασίας του θανάτου, απόφαση για μη αναζωογόνηση (DNAR) στην Ελληνική, Ιταλική και Αγγλική γλώσσα και με πολλαπλούς συνδυασμούς ανάλογα με τις δυνατότητες της εκάστοτε βάσης δεδομένων. Σε περίπτωση που υπήρχαν περισσότερα από ένα άρθρο με το ίδιο αντικείμενο μελέτης και την ίδια μεθοδολογία επιλέχτηκε η τελευταία δημοσίευση και αν είναι απαραίτητο συμπληρώθηκε την πιο πλήρη και πρόσφατη έκδοσης του άρθρου.
- **Αποτελέσματα:** Από τα άρθρα που εντοπίστηκαν από την αναζήτηση σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που τέθηκαν και μετά την αφαίρεση των άρθρων που βρέθηκαν

πολλαπλές φορές ανήλθαν σε 323. Από τα 323 άρθρα τα 200 εξαιρέθηκαν έπειτα από επανεξέταση του τίτλου και της περίληψής τους. Τα κείμενα των 123 άρθρων που απόμειναν αξιολογήθηκαν διεξοδικά για να καθοριστεί η ένταξη ή ο αποκλεισμός τους. Ευρέθησαν επίσης και 2 ομιλίες.

- **Εξαγωγή των δεδομένων:** Το κριτήριο της επιλεξιμότητας των άρθρων ήταν η σχέση τους με την εργασία μου «Βιοηθική και Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση» και η απόφαση για την ένταξη ή τον αποκλεισμό τους ήταν ιεραρχική, βασιζόμενη αρχικά στον τίτλο του άρθρου, στη συνέχεια στη περίληψη και τελικά στο κείμενο. Η φόρμα εξαγωγής δεδομένων που δημιουργήθηκε συμπεριέλαβε στοιχεία για τους συγγραφείς των άρθρων, τον τύπο δημοσίευσης, το έτος δημοσίευσης, το όνομα του άρθρου και την χώρα που έγινε η μελέτη.

Συζήτηση

Οι προσπάθειες αναζωογόνησης που τελικά δεν στέφονται από επιτυχία αποτελούν ένα μεγάλο ποσοστό όλων των προσπαθειών αναζωογόνησης. Σε χώρες, όμως, όπου η προνοσοκομειακή άμεση υγειονομική παρέμβαση βρίσκεται σε υψηλό επίπεδο, στο ένα τρίτο έως και στους μισούς ασθενείς έχουμε επανάκτηση της αυτόματης κυκλοφορίας (ROSC) μετά από την ΚΑΡΠΑ. Από αυτούς ένα ποσοστό κατορθώνει να επιβιώσει στη ΜΕΘ. Και από αυτούς που εξέρχονται του νοσοκομείου, ένα ακόμα μικρότερο ποσοστό παρουσιάζει μια ικανοποιητική νευρολογική έκβαση. Είναι δε δύσκολο να προβλέψουμε την τελική νευρολογική έκβαση του αρρώστου τις πρώτες τρεις μέρες μετά την ανάκτηση της αυτόματης κυκλοφορίας (ROSC).⁸⁰

Έχει παρατηρηθεί ότι σε αρρώστους με σήψη ή σε αυτούς τελικού σταδίου όπως με νεφρική ανεπάρκεια, κύρωση του ήπατος, κακοήθεις νεοπλασίες, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και πολυοργανική δυσλειτουργία, η ΚΑΡΠΑ δεν είναι τόσο αποτελεσματική όπως στην περίπτωση

ασθενών με καρδιοαγγειακά νοσήματα.⁸¹ Τα άτομα που τελικά επιβιώνουν μετά από ΚΑΡΠΑ μπορεί να παρουσιάσουν συμπτώματα όπως άγχος, κατάθλιψη, μετατραυματικό stress και γνωστικές δυσκολίες. Οι Ιατροί θα πρέπει να μάθουν ν' αναγνωρίζουν τα παραπάνω συμπτώματα στους ασθενείς τους και να βοηθούν κατά δύναμη στην αντιμετώπισή τους.^{82,83} Κάποιες ειδικές συνθήκες όπως η υποθερμία την στιγμή της καρδιακής ανακοπής αυξάνουν την πιθανότητα καλής νευρολογικής έκβασης. Σ' αυτές τις περιπτώσεις προγνωστικά κριτήρια όπως ασυστολία διάρκειας πέραν των 20 λεπτών δεν θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη.⁸⁴

Θα θέλαμε να τονίσουμε ότι ο θάνατος μπορεί να πιστοποιηθεί μόνο από Ιατρό. Οι ασθενείς με πρωτογενές καρδιακό επεισόδιο, στους οποίους γίνεται ΚΑΡΠΑ κατά την μεταφορά τους στο Νοσοκομείο, χωρίς να ανακτήσουν σφυγμό κατά τη διάρκεια της μεταφοράς, λίγες φορές επιβιώνουν χωρίς νευρολογικά υπολείματα.^{85,86} Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του European Resuscitation Council του 1015, θεωρείται «δικαιολογημένο» να μην ξεκινήσουμε ΚΑΡΠΑ ή να την διακόψουμε, τόσο στους ενήλικες, όσο και στα παιδιά, εφόσον συντρέχει ένας τουλάχιστον από τους παρακάτω παράγοντες:

- Δεν είναι ασφαλές να πλησιάσουμε τον ασθενή. (π.χ. ύπαρξη ηλεκτροφόρων καλοδίων)
- Υπάρχουν οδηγίες Μη Αναζωογόνησης (Do not attempt resuscitation -DNAR)
- Κατά τη διάρκεια Εξειδικευμένης Υποστήριξης της Ζωής (ALS), παρουσία ασυστολίας που διαρκεί πάνω από 20 λεπτά, χωρίς άλλους αναστρέψιμους παράγοντες

Σε προοπτική μελέτη σε μια ελβετική ΜΕΘ ζητήθηκε από το Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να εκτιμούν σε καθημερινή βάση το κατά πόσο κρίνουν μάταιη τη συνέχιση της θεραπείας κάποιων ασθενών, αναφορικά με την επιβίωση και την μελλοντική ποιότητα ζωής τους. Έξι μήνες μετά την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ, σε τηλεφωνική συνέντευξη με τους εν λόγω αρρώστους που

επέζησαν, το 91% των οποίων είχε κριθεί μάταιη η θεραπεία τους λόγω υποτιθέμενης «κακής» μελλοντικής ποιότητας ζωής, δήλωναν οι ίδιοι οι ασθενείς ότι είχαν μια καλή ποιότητα ζωής.⁸⁷ Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι η μελλοντική ποιότητα ζωής ενός πάσχοντος δεν είναι εύκολο να προβλεφθεί και καλό θα ήταν να είμαστε ιδιαίτερα προσεκτικοί αναφορικά με αποφάσεις οι οποίες συμπεριλαμβάνουν σαν κριτήριο την ποιότητα ζωής του ασθενούς!

Η παράταση της ΚΑΡΠΑ μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να επιτρέψει την δωρεά οργάνων (μεταμοσχεύσεις) από κάποιον συγκεκριμένο ασθενή.^{88,89} Παρόλα αυτά, κάποιοι θεωρούν ανεπίτρεπτο να ξεκινήσουμε ή να παρατείνουμε κάποιες θεραπείες, προκειμένου να κρατήσουμε στη ζωή έναν άρρωστο, με μοναδικό σκοπό την μεταμόσχευση των οργάνων του.^{90,91} Ότι είναι νόμιμο δεν είναι πάντα και ηθικό. Και ότι είναι βιοηθικό δεν είναι πάντα και Ορθόδοξα αποδεκτό. Σήμερα δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ποιότητα ζωής και σχεδόν καμία σημασία στην ποιότητα ψυχής!

Ισχύει άραγε το: Μεταμοσχεύσεις= Ο Θάνατός σου, η Ζωή μου;

Ας δούμε τις απόψεις τριών μεγάλων Αγίων του αιώνα μας, του Αγίου Πορφυρίου του καυσοκαλυβίτη, του Αγίου Παΐσιου του αγιορήτου και του Αγίου Ιακώβου Τσαλίκη όπως μας τα μεταφέρει ο γέροντα Ακάκιος καυσοκαλυβίτης, πνευματικό παιδί του Αγίου Πορφυρίου του καυσοκαλυβίτη, σε ομιλία του στις 29-1-2018 στη Λεμεσό της Κύπρου με θέμα “Ο Άγιος Πορφύριος ως Ιατρός ψυχών και σωμάτων”. «Ο Άγιος Πορφύριος έλεγε κατηγορηματικά: Ένας θάνατος υπάρχει. Όταν η ψυχή βγει από το σώμα. Ο λεγόμενος κλινικός ή εγκεφαλικός θάνατος δεν είναι θάνατος. Ο άνθρωπος ζει και Ο ΘΕΟΣ μπορεί να παρατείνει τη ζωή του έστω και αν ζει σαν φυτό. Ο εγκέφαλος μπορεί να μην επικοινωνεί, αλλά η ψυχή στον έσω άνθρωπο, στο βάθος της καρδιάς, μπορεί να ζει δυνατές πνευματικές στιγμές. Μπορεί τα νοερά χέρια της ψυχής του στραμμένα προς ΤΟΝ ΘΕΟ να ζητούν συγχώρεση αμαρτιών, ολοκλήρωση μετανοίας, ένωση με ΤΟΝ ΠΛΑΣΤΗ μας. Κανείς δεν έχει το δικαίωμα να διακόψει τη ζωή του ενός, για να δώσει ζωή

στον άλλο. Δεν μπορούμε να παίρνουμε ζωντανά όργανα από κάποιον, εφόσον αυτό θα προκαλέσει τον θάνατό του (μόνο ζωντανά όργανα μπορούν να μεταμοσχευθούν). Δεν μπορεί να ισχύει το «ο θάνατος σου η ζωή μου». Μόνο ΕΝΑΣ έχει δικαίωμα ζωής και θανάτου πάνω στον άνθρωπο, ο μοναδικός ΚΥΡΙΟΣ της ζωής και του θανάτου, Ο ΘΕΟΣ. Αν βέβαια θέλουμε να δώσουμε για μεταμόσχευση ένα μάτι ή ένα νεφρό ή στην περίπτωση της μεταμόσχευσης του μυελού των οστών, έχουμε κάθε δικαίωμα να το κάνουμε. Αλλά την διακοπή της ζωής με το πρόσχημα του ‘κλινικού’ ή του ‘εγκεφαλικού’ θανάτου, με σκοπό την μεταμόσχευση των ακόμα ζωντανών οργάνων ή με οποιαδήποτε άλλη σκοπιμότητα, κανείς δεν έχει το δικαίωμα να αποφασίσει ή προαποφασίσει. Ούτε Ιατροί, ούτε συγγενείς, ούτε τέλος και ο ίδιος ο ασθενής. Αυτό ανήκει στο ΘΕΟ και μόνο! Την ίδια γνώμη είχαν και ο Άγιος Παΐσιος ο αγιορείτης και ο Άγιος Ιάκωβος Τσαλίκης και ο Αρχιμανδρίτης π. Σωφρόνιος (Σαχάρωφ).». Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι η νευρολογική έκβαση, τουλάχιστον σύμφωνα με τα Ορθόδοξα «πιστεύω», θα πρέπει να λαμβάνεται βέβαια υπόψιν, αλλά δεν θα πρέπει να έχει εξέχουσα βαρύτητα στις αποφάσεις μας σχετικά με την ΚΑΡΠΑ.

Επίσης, οι Μιάρης και συν. Αναφέρουν ότι σε έρευνα που έγινε σε 200 Έλληνες καρκινοπαθείς (94 άνδρες, 106 γυναίκες) το 88,5% επιθυμούσε να του γίνει ΚΑΡΠΑ σε περίπτωση ενδονοσοκομιακής ανακοπής χωρίς περεταίρω ερωτήσεις (χωρίς δηλαδή να ερωτηθούν για αυτό το θέμα εκ των προτέρων).⁹² Ο Άγιος Παΐσιος ήταν και ο ίδιος καρκινοπαθής τελικού σταδίου. Ο χειρουργός ο οποίος τον χειρούργησε και προσωπικός Ιατρός του κ. Γεώργιος Μπλάτζας σε συνέντευξή του στη εκπομπή της ΕΡΤ2 «Φωτεινά Μονοπάτια», Επεισόδιο 12, αναφέρει ότι όταν πλησίαζε ο θάνατος, του ζήτησε να διακοπεί κάθε θεραπεία, ακόμη και η κορτιζόνη, και να τον αφήσει ουσιαστικά να κοιμηθεί (πεθάνει) ειρηνικά!

Πολύ απλά θα μπορούσαμε να πούμε ότι σύμφωνα με τις Ορθόδοξες πεποιθήσεις η Ζωή είναι μια. Ξεκινάει με τη σύλληψή μας και δεν τελειώνει ποτέ! Ο θάνατος είναι απλά μια διαχωριστική

γραμμή την οποία διαβαίνει η ψυχή όταν βγαίνει από το σώμα. Ένας μόνο θάνατος υπάρχει. Αυτός του διαχωρισμού της ψυχής από το σώμα! Το νόημα του θανάτου έγκειται στο ότι μετά τον θάνατο δεν υπάρχει Μετάνοια! Εφόσον λοιπόν η ψυχή όσο είναι μέσα στο σώμα μπορεί να μετανοεί, κάθε παράταση της παραμονής της μέσα στο σώμα μπορεί να εκληφθεί σαν μια «δεύτερη ευκαιρία» να μετανοήσει, να καλυτερεύσει την ποιότητά της και να σωθεί!

Λαμβάνοντας υπόψιν τα παραπάνω νομίζω ότι είναι Ορθόδοξα αποδεκτό κατά περίπτωση και σύμφωνα με τη θέληση του αρρώστου σε τελικό στάδιο, ή να τον αφήνουμε απλά να πεθάνει ειρηνικά, ή εφόσον και ο ίδιος το επιθυμεί, να γίνονται προσπάθειες να τον κρατήσουμε στη ζωή συμπεριλαμβανόμενης και της ΚΑΡΠΑ. Εφόσον όμως δεν γνωρίζουμε σίγουρα τι ακριβώς θέλει ο άρρωστος θα πρέπει να κάνουμε ΚΑΡΠΑ σε κάθε περίπτωση!

Συμπεράσματα – Προτάσεις (Ε)

Πρώτα- πρώτα θα πρέπει να τονίσουμε την ανάγκη εναρμόνισης νομοθετικής, πρακτικής, καθώς και σε θέματα ορολογίας, όχι μόνο σε ευρωπαϊκό, αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο σε ό,τι αφορά την ΚΑΡΠΑ.

Όταν η ανακοπή επέρχεται σαν φυσική και αναπόφευκτη εξέλιξη μιας σειράς παθολογιών ή κρίνεται ότι για οποιοδήποτε λόγο η ΚΑΡΠΑ θα αποβεί «μάταιη», καλό είναι να μην επιχειρείται καθόλου. Η απόφαση για μη αναζωογόνηση (DNAR) θα πρέπει να αναγράφεται στο διάγραμμα του αρρώστου και να είναι προϊόν συναπόφασης μεταξύ ασθενούς, Ιατρών και συγγενών, εφόσον βέβαια υπάρχει αυτή η δυνατότητα.¹⁵ Θα θέλαμε εδώ να θυμίσουμε ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχει νομοθετικό πλαίσιο που να ασχολείται ειδικά με την ΚΑΡΠΑ.

Έχει αποδειχτεί ότι σχεδόν πάντα σε ασθενείς με πολυοργανική ανεπάρκεια τελικού σταδίου και ελλείψει αναστρέψιμων παραγόντων, η ΚΑΡΠΑ είναι «μάταιη».⁹³⁻⁹⁸ Επίσης η

αποτελεσματικότητα της είναι στενά συνδεδεμένη με παράγοντες όπως ο χρόνος που πέρασε μεταξύ της ανακοπής και του ξεκινήματος της ΚΑΡΠΑ ή της απινίδωσης. Η ηλικία του αρρώστου μπορεί μιν να επηρεάσει την απόφαση των διασωστών όμως έχει σχετικά μικρή προγνωστική αξία.⁹⁸⁻¹⁰⁰

Σε πολλές περιπτώσεις η ΚΑΡΠΑ δεν αποδίδει και για αυτό θα πρέπει να διακοπεί. Σπουδαίο ρόλο σε ότι αφορά την επιτυχή έκβαση ή όχι της ΚΑΡΠΑ παίζουν τόσο ο χρόνος που μεσολαβεί μεταξύ του επεισοδίου της ανακοπής και της αρχής της ΚΑΡΠΑ ο οποίος συμαρτυρείται από τους παρόντες, όσο και ο χρόνος που μεσολαβεί πριν την απινίδωση, καθώς και από το ρυθμό στο ηλεκτροκαρδιογράφημα με τον οποίο παρουσιάζεται το καρδιακό επεισόδιο, τη διάρκεια της Εξειδικευμένης Υποστήριξης της Ζωής (ALS) επί εμμένουσα παρουσία ασυστολίας, έλλειψη ROSC και απουσία αναστρέψιμων αιτιών.¹⁰¹ Κατά τη διάρκεια της εξωνοσοκομιακής καρδιακής ανακοπής η ΚΑΡΠΑ θα πρέπει να αρχίζει άμεσα. Εν το μεταξύ να συγκεντρώνονται οι πληροφορίες που αφορούν τον άρρωστο και να διακόπτεται εφόσον, παρόλη την ALS, ο ασθενής παραμένει σε ασυστολία.

Σε γενικές γραμμές η ΚΑΡΠΑ θα πρέπει να συνεχίζεται εφόσον ο άρρωστος παραμένει σε κοιλιακή μαρμαρυγή. Παρόλα αυτά είναι αποδεκτό κατά τη διάρκεια Εξειδικευμένης Υποστήριξης της Ζωής (ALS) παρουσία ασυστολίας που διαρκεί πάνω από 20 λεπτά, χωρίς άλλους αναστρέψιμους παράγοντες, να εγκαταλείπονται περεταίρω προσπάθειες ανάνηψης.^{16,102} Παρόλα αυτά κάθε ασθενής είναι μια ξεχωριστή και ιδιαίζουσα περίπτωση και σαν τέτοια θα πρέπει να αντιμετωπίζεται!

Πολλές φορές, ειδικά σε περιπτώσεις παιδιών, έχουμε μια παράταση των προσπαθειών ΚΑΡΠΑ. Αν και οι μέχρι τώρα μελέτες δεν δικαιολογούν μια τέτοια συμπεριφορά, υπάρχουν κάποια νέα ενθαρρυντικά δεδομένα προς αυτή την κατεύθυνση¹⁰³ Στην περίπτωση ενός νεογνού που μόλις γεννήθηκε με απουσία καρδιακού παλμού, ο οποίος παραμένει μη ανιχνεύσιμος για

πάνω από 10 λεπτά, μπορεί να θεωρηθεί δικαιολογημένη η εγκατάλειψη περαιτέρω προσπαθειών ανάνηψης.¹⁰⁴

Αυτή τη στιγμή στην Ευρώπη υπάρχουν σημαντικές διαφορές από μέρους των Ιατρών, στην αντιμετώπιση των «προγενέστερων γραπτών οδηγιών» των ασθενών. Σε άλλες χώρες είναι δεσμευτικές και σε άλλες όχι.¹⁶ Εφόσον υπάρχουν οδηγίες μη ανάνηψης (DNAR), σε περίπτωση καρδιοαναπνευστικής ανακοπής δεν θα πρέπει να επιχειρείται ΚΑΡΠΑ. Οι άλλες ενδεικνυόμενες θεραπείες όμως (όπως θεραπεία του πόνου, καταστολή...), εφόσον κρίνεται ότι συμβάλουν στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του αρρώστου, θα πρέπει να συνεχίζονται. Η απόφαση μη αναζωογόνησης (DNAR), παίρνεται από τον πιο πεπειραμένο Ιατρό της θεραπευτικής ομάδας, σε συμφωνία και συνεργασία με τις γνώμες των άλλων συναδέλφων, που έχουν επιληφθεί της θεραπείας και ιάσεως, αν είναι δυνατόν, του κάθε ασθενούς.

Στην παρουσίαση της κατάστασης του αρρώστου τόσο στον ίδιο όσο και στους συγγενείς, ο Ιατρός θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο σίγουρος για την διάγνωση και την πρόγνωση της ασθένειας και αν είναι δυνατόν να ζητούμε και μια δεύτερη άποψη από κάποιον πιθανών πιο ειδήμονα από μας, στη συγκεκριμένη περίπτωση. Σύμφωνα με την αρχή της αυτονομίας ο άρρωστος έχει το δικαίωμα να αρνηθεί την θεραπεία, δεν έχει όμως το δικαίωμα να ζητήσει κάποιο συγκεκριμένο είδος θεραπείας, όπως για παράδειγμα να επιχειρηθεί ΚΑΡΠΑ σε οποιαδήποτε περίπτωση ακόμα και αν κριθεί μάταιη.¹⁰⁵ Οι οδηγίες των Ιατρών θα πρέπει να είναι ακριβείς, διεξοδικές, εύκολα κατανοητές και να μπορούν να πραγματοποιηθούν στις υπάρχουσες συνθήκες.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ανακοπή είναι η πλέον επείγουσα κατάσταση. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να παρουσιαστεί, τόσο από Ορθόδοξη όσο και από μη Ορθόδοξη σκοπιά, το βιοηθικό υπόβαθρο της πολύπλοκης απόφασης της έναρξης καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (ΚΑΡΠΑ).

ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε μια ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας. Η αναζήτηση περιλάμβανε άρθρα από το 2000 και μετά τα οποία αναφέρονταν στη βιοηθική και την ΚΑΡΠΑ. Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν «καρδιοαναπνευστική αναζωογόνησης», «βιοηθική», «νομοθεσία», «προτελευταία διλήμματα», «παράταση της διαδικασίας του θανάτου», «απόφαση για μη αναζωογόνηση». Η αναζήτηση των άρθρων πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας πληθώρα διαθέσιμων διαδικτυακών βάσεων μεταξύ των οποίων PubMed και Google Scholar. Τα άρθρα που ανευρέθηκαν αξιολογήθηκαν βάσει τίτλου και περιλήψεως, ενώ έγινε και διασταύρωση των βιβλιογραφικών αναφορών των άρθρων. Όλα τα άρθρα στην Αγγλική, Ιταλική και Ελληνική γλώσσα συμπεριλήφθηκαν στην αξιολόγηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά ανευρέθηκαν 323 άρθρα. Από αυτά, τα 200 εξαιρέθηκαν μετά από αξιολόγηση του τίτλου και της περίληψής τους και λόγω διπλών βιβλιογραφιών. Τα κείμενα των 123 άρθρων που απόμειναν αξιολογήθηκαν διεξοδικά για να καθοριστεί η ένταξη ή ο αποκλεισμός τους. Τελικά, στην ανάλυση συμπεριελήφθησαν 105 άρθρα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Είναι Ορθόδοξα αποδεκτό κατά περίπτωση και σύμφωνα με τη θέληση του αρρώστου σε τελικό στάδιο, είτε να τον αφήνουμε να πεθάνει ειρηνικά ή εφόσον και ο ίδιος το επιθυμεί, να γίνεται έναρξη ΚΑΡΠΑ. Εφόσον, όμως, δεν γνωρίζουμε σίγουρα τι ακριβώς θέλει ο άρρωστος θα πρέπει να εφαρμόζουμε ΚΑΡΠΑ σε κάθε περίπτωση.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Cardiac arrest is the penultimate emergency. The purpose of this study was to present, both from the Orthodox and non-Orthodox perspectives, the bioethical background of the complex decision to initiate cardiopulmonary resuscitation (CPR).

METHODS: The literature search was performed using several databases, including PubMed and Google Scholar, from 2000 until now. All the available studies addressing important aspects on the

topic were included. The inclusion criteria were cardiac arrest, bioethics, legislation, dilemmas on death, and death prolongation. All English, Italian, and Greek articles were included, while cross-referencing was performed using the bibliographies from the articles obtained.

RESULTS: The literature search was completed by selecting the studies based on inclusion criteria as judged by title, abstract and complete manuscript. Information was extracted from each included article on the study's inclusion criteria. Assessment of the articles for the stated criteria based on title, abstract or full text resulted in 105 articles being selected for final review.

CONCLUSIONS: It is Orthodoxly accepted, on a case-by-case basis and according to the will of the patient, either to allow natural death or to initiate CPR if desired. In case we do not know the patients' will, CPR should be immediately started.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Lolas F. Bioethics and animal research: A personal perspective and a note on the contribution of Fritz Jahr. *Biological Research (Santiago)* 2008;41(1):119–123.
2. Limitation of Resuscitation Documentation and Orders. From <doi: <http://www.doh.wa.gov/portals/1/documents/2300/hospolicies/childreusel.pdf>
3. FISHER M. Ethical issues in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care* 2004, 10:292- 298
4. NELSON JE. Identifying and overcoming the barriers to high-quality palliative care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2000, 34(Suppl 11):S324- S331
5. FISHER KA. *In defiance of death*. Praeger, Westport, Connecticut, 2008
6. CALLAHAN D. Death and the research imperative. *N Engl J Med* 2000, 342:654- 656
7. VAN DER HEIDE A, DELIENS L, FAISST K, NILSTUNT T, NORUP M, PACI E ET AL. End-of-life decision-making in six European countries: Descriptive study. *Lancet* 2003, 362:345- 350
8. HALL K. Intensive care ethics in evolution. *Bioethics* 1997. 11:241- 245
9. Ιπποκράτης. *Περί Τέχνης*. III, 5
10. Πλάτων. *Πολιτεία*, 407d
11. Μέγας Βασίλειος. *Όροι κατά πλάτος*. Β' απόκρισις, 55, ΕΠΕ, τ. 8, 394, 16- 401, 1
12. LASCARATOS J, POULAKOU- REBELAKOU E, MARCETOS S. Abandonment of terminally ill patients in the Byzantine era. An ancient tradition? *J Med Ethics* 1999, 25:254- 258
13. Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής. Σύσταση. Η δεσμευτικότητα των «οδηγιών μη ανάνηψης». Ελληνική Δημοκρατία Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής. Διαθέσιμο: http://www.bioethics.gr/images/pdf/GNOMES/SYSTASH_DNR_final%20GR.pdf.
Ανάρτηση Δεκέμβριος 9, 2013.

14. Κρανιδιώτης Γ, Γεροβασίλης Β, Τασούλης Α, Νανάς Σ. Προτελεύτια διλήμματα στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Μη κλιμάκωση και απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. Διαθέσιμο: www.mednet.gr/archives/2010-1/pdf/18.pdf. Ανάρτηση 2010; 27(1):18-36.
15. BURNS JP, EDWARDS J, JOHNSON J, CASSEM NH, TRUOG RD. Do-not-resuscitate order after 25 years, Crit Care Med 2003, 31:1543- 1550
16. Baskett PJ, Lim A. The varying ethical attitudes towards resuscitation in Europe. Resuscitation 2004;62:267- 73.
17. da Costa DE, Ghazal H, Al Khusaiby S. Do Not Resuscitate orders and ethical decisions in a neonatal intensive care unit in a Muslim community. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2002;86:F115- F9.
18. Richter J, Eisemann M, Zgonnikova E. Doctors' authoritarianism in end-of-life treatment decisions. A comparison between Russia, Sweden and Germany. J Med Ethics 2001;27:186- 91.
19. De Leeuw R, Cuttini M, Nadai M, et al. Treatment choices for extremely preterm infants: an international perspective. J Pediatr 2000;137:608- 16.
20. Sprung CL, Cohen SL, Sjokvist P. et al. End-of-Life Practices in European Intensive Care Units: The Ethicus Study. JAMA 2003;290:790- 7.
21. Ho NK. Decision- making: initiation and withdrawing life support in the asphyxiated infants in developing countries. Singapore Med J 2001;42:402- 5.
22. Cuttini M, Nadai M, Kaminski M, et al. End-of-life decision in neonatal intensive care: physicians' self-reported practices in seven European countries. The Lancet 2000;355:2112- 8.
23. Konishi E. Nurses' Attitudes Towards Developing a Do Not Resuscitate Policy in Japan. Nursing Ethics 1998;5:218- 27.

24. Muller JH, Desmond B. Ethical dilemmas in a cross-cultural context. A Chinese example. *West J Med* 1992;157:323- 7.
25. Edgren E. The ethics of resuscitation; differences between Europe and the USA – Europe should not adopt American guidelines without debate. *Resuscitation*;23:85- 90.
26. Bulow H-H, Sprung C, Reinhart K, ed al. The world’s major religions’ points of view on end-of life decisions in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine* 2008;34:423- 30.
27. Ιπποκράτης. *Επιδημιών το πρώτον*, II, 11
28. Beauchamp TL, Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*. 6th ed. Oxford: Oxford University Press: 2008.
29. BEAUCHAMP TL, CHILDRESS JF. *Principles of biomedical ethics*. 6th ed. Oxford University press, New York, 2009
30. LEVINSON W, KAO A, KUBY A, THISTED RA. Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. *J Gen intern Med* 2005, 20:531- 535
31. TRUOG RD, CAMPBELL ML, CURTIS JR, HAAS CE, LUCE JM, RUBENFELD GD ET AL. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 2008, 36:953- 963
32. GAVRIN JR. Ethical considerations at the end of life in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2007, 35(Suppl 2):S85-S94
33. Xanthos T, Akrivopoulou A, Pantazopoulos I, Aroni F, Datsis A, Iacovidou N. Evaluation of nurses' theoretical knowledge in Basic Life Support: a study in a district Greek hospital. *Int Emerg Nurs* 2012;20:28-32

34. Pantazopoulos I, Aggelina A, Barouxis D, Papapanagiotou P, Troupis G, Kotsiomititis E, Demestihia T, Xanthos T. Cardiologists' knowledge of the 2005 American Heart Association Resuscitation Guidelines: The Athens Study. *Heart Lung* 2011;40:278-84
35. Passali C, Pantazopoulos I, Dontas I, Patsaki A, Barouxis D, Troupis G, Xanthos T. Evaluation of nurses' and doctors' knowledge of basic & advanced life support resuscitation guidelines. *Nurse Educ Pract* 2011;11:365-9
36. Chalkias A, Koutsovasilis A, Mystrioti D, Dragoumanos V, Xanthos T. Outcomes of cardiopulmonary resuscitation efforts in a Greek tertiary hospital. *Acute Card Care* 2013;15:34-7
37. Shuster M, Billi GE, Bossaert L, et al. 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Part 4: Conflict of interest management before, during and after the 2010 International Consensus Conference on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Resuscitation* In Press.
38. NISHIMURA A, MUELLER PS, EVENSON LK, DOWNER LL, BOWRON CT, THIEKE MP ET AL. Patients who complete advance directives and what they prefer. *Mayo Clin Proc* 2007, 82:1480- 1486
39. CARLET J, THIJIS LG, ANTONELLI M, CASSEL J, COX P, HILL NET AL. Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003. *Intensive Care Med* 2004, 30:770- 784
40. SHALOWITZ DI, GARRET- MAYER E, WENDLER D. The accuracy of surrogate decision makers: A systematic review. *Arch Intern Med* 2006, 166:493- 497
41. MARKS MA, ARKES HR. Patient and surrogate disagreement in end-of-life decision: Can surrogates accurately predict patients' preferences? *Med Decis Making* 2008, 28:524- 531

42. FRIED TR, O'LEARY J, VAN NES P, FRAENKEL L. Inconsistency over time in the preferences of older persons with advanced illness for life- sustaining treatment. *Am Geriatr Soc* 2007, 55:1007- 1014
43. MARTIN DK, EMANUEL LL, SINGER PA. Planning for the end of life. *Lancet* 2000, 356:1672- 1676
44. LO B, STEINBROOK R. Resuscitating advance directives. *Arch Intern Med* 2004, 356:1501- 1506
45. *Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής , Σύσταση επί του θέματος «Η Δεσμευτικότητα των οδηγιών μη ανάνηψης» , Αθήνα 2013, στον διαδικτυακό τόπο : <http://www.bioethics.gr/>*
46. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Νόμος 2619/1998(ΦΕΚ Α'132). 1998, Ιούνιος 19. Διαθέσιμο: http://fst.aua.gr/sites/fst.aua.gr/files/oviedo_convention_gr.pdf.
47. Χριστόπουλος Σ. Η συναίνεση του ασθενούς κατά την ιατρική και οικονομική ενημέρωση. *Ιατρικό Δίκαιο*. Διαθέσιμο: http://www.iatrikodikaio.com/html/categories/astiki/020514_sunainesi_asthenous_kata_tin_iatriki_oikonomiki_enimerwsi.html. Ανάρτηση Μάιος, 2014.
48. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Νόμος υπ' αριθ. 3418. 2005, Νοέμβριος 28. Διαθέσιμο: <http://www.ish.gr/content/attachements.el/3418-2005.pdf>.
49. ΙΕΡΑ ΣΥΝΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ. Ειδική Συνοδική Επιτροπή Βιοηθικής: Βασικές θέσεις επί της ηθικής της ευθανασίας. Αθήνα. 2002
50. MULARSKI RA, OSBORNE ML. The changing ethics of death in the ICU. In: Curtis JR, Rubenfeld GD (eds) *Managing death in the intensive care unit, the transition from cure to comfort*. Oxford University Press, New York, 2001
51. ENGELHARDT HT. *The foundations of bioethics*. 2nd ed. Oxford University Press, New York, 1996

52. BASKETT PJ, STEEN PA, BOSSAERT L, EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 8. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation* 2005, 67(Suppl 1):S171- S180
53. Νόμος 3418 (ΦΕΚ Α' 287/28. 11. 2005). Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. Άρθρα 12, 29
54. Νόμος 2619/1998 (ΦΕΚ Α' 132). Κύρωση της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της Βιολογίας και της Ιατρικής: Σύμβαση για τα ανθρώπινα δικαιώματα και την Βιοϊατρική. Κεφάλαιο II
55. ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ. Εισήγηση σχετικά με την τεχνητή παράταση της ζωής. Αθήνα. 2006
56. BURNS JP, MELLO MM, STUDDERT DM, PUOPOLO AL, TRUOG RD, BRENNAN TA. Results of a clinical trial on care improvement for the critically ill. *Crit Care Med* 2003, 31:2107- 2117
57. ANONYMOUS. Consensus statement of Society of Critical Care Medicine's Ethics Committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments. *Crit Care Med* 1977, 25:887- 891
58. ANONYMOUS. Medical futility in end-of-life care: Report of the Council on Ethical and judicial Affairs. *JAMA* 1999, 281:937- 941
59. ZIER LS, BURACK JH, MICCO G, CHIPMAN AK, FRANK JA, LUCE JM ET AL. Doubt and belief in physicians' ability to prognosticate during critical illness: The perspective of surrogate decision makers. *Crit Care Med* 2008, 36:2341- 2347
60. WHITE DB, ENGELBERG RA, WENRICH MD, LO B. CURTIS JR. Prognostication during physician- family discussions about limiting life support in intensive care units. *Crit Care Med* 2007, 35:442- 448

61. TOMPSON DR. The role of ethics' committees in end-of-life care. In: Crippen DW (ed) End-of-life communication in the ICU. Springer Verlag, New York, 2008
62. Doyle CJ, Post H, Burney RE, Maino J, Keefe M, Rhee KJ. Family participation during resuscitation: an option. *Ann Emerg Med* 1987;16:673- 5.
63. Bole ET, Moore GP, Brummett C, Nelson DR. Do parents want to be present during invasive procedures performed on their children in the emergency department? A survey of 400 parents. *Ann Emerg Med* 1999;34:70- 4.
64. Azoulay E, Sprung CL. Family-physician interactions in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2004;32:2323- 8.
65. Boudreaux ED, Francis JL, Loyacano T. Family presence during invasive procedures and resuscitation in the emergency department: a critical review and suggestions for future research. *Ann Emerg Med* 2002;40:193- 205.
66. Fulbrook P, Latour JM, Albarran JW, Fulbrook P. Pediatric critical care nurses' attitudes and experiences of parental presence during cardiopulmonary resuscitation: a European survey. *International Journal of Nursing Studies* 2007;44:1238- 49.
67. Fulbrook P, Latour J, Albarran J, et al. The presence of family members during cardiopulmonary resuscitation: European federation of Critical Care Nursing associations, European Society of Pediatric and Neonatal Intensive Care and European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions Joint Position Statement. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2007;6:255- 8.
68. Eichhorn DJ, Meyers T, Guzzetta CE, et al. Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation: Hearing the Voice of the Patient. *AJN, American Journal of Nursing* 2001;101:48- 55.
69. Wagner JM. Lived Experience of Critically Ill Patients' Family Members During Cardiopulmonary Resuscitation. In; 2004:416- 20.

70. PARLIAMENTARY ASSEMBLY OF THE COUNCIL OF EUROPE. Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying. (Recommendation 1418) 1999
71. U.S. Department of Health and Human Services; Protection of Human Subjects: Informed Consent and Waiver of Informed Consent Requirements in Certain Emergency Research. Final Rules. Codified at 21 CFR, Part 50, and 45 CFR, Part 46. Federal Register 1966;61:51500- 33.
72. Fontaine N, Rosengren B. Directive/20/EC of the European Parliament and Council of 4th April 2001 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States relating to the implementation of good clinical practice in the conduct of trials on medical products for human use. The Official Journal of the European Communities 2001;212:34- 44.
73. Lemaire F, Bion J, Blanco J, et al. The European Union Directive on Clinical Research: present status of implementation in EU member states' legislations with regard to the incompetent patient. Intensive Care Med 2005;31:476- 9.
74. Association WM. Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects adopted by the 18th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, June 1964 and amended at the 29th, 35th, 41st, 48th, 52nd, 55th and 59th WMA Assemblies In. Helsinki: World Medical Association; 1964.
75. Morag RM, DeSouza S, Steen PA, et al. Performing Procedures on the Newly Deceased for Teaching Purposes: What If We Were to Ask? Arch Intern Med 2005;165:92- 6.
76. Hergenroeder GW, Prator BC, Chow AF, Powner DJ. Postmortem intubation training: patient and family opinion. Medical Education 2007;41:1210- 6.
77. Sans S, Kesteloot H, Kromhout D. The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. Task Force of the European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics in Europe. Eur Heart J 1997;18:1231- 48.

78. Atwood C, Eisenberg MS, Herlitz J, Rea TD. Incidence of EMS- treated out-of-hospital cardiac arrest in Europe. *Resuscitation* 2005;67:75- 80.
79. Nichol G, Aufderheide TP, Eigel B, et al. Regional systems of care for out-of-hospital cardiac arrest: A policy statement for the American Heart Association. *Circulation* 2010;121:709- 29.
80. Deakin CD, Nolan JP, Soar J, et al. European Resuscitation Council Guidelines for resuscitation 2010. Section 4. Adult Advanced Life Support. *Resusc.* 2010;81.
81. DUMOT JA, BURVAL DJ, SPRUNG J, WATERS JH, MRAOVIC B, KARAFKA MT ET AL. Outcome of adult cardiopulmonary resuscitations at a tertiary referral centre including results of “limited” resuscitations. *Arch Intern Med* 2001, 161:1751- 1758
82. Moulaert VRMP, Verbunt JA, van Heugten CM, Wuade DT. Cognitive impairments in survivors of out-of-hospital cardiac arrest: A systematic review. *Resuscitation* 2009;80:297- 305.
83. Stiell I, Nichol G, Wells J, et al. Health-related quality of life is better for cardiac arrest survivors who received citizen cardiopulmonary resuscitation. *Circulation* 2003;108:1939- 44.
84. $\chi^2/7$ Gilber M, Busunt R, Skagseth A, Nilsen PA, Solbo JP. Resuscitation for accidental hypothermia of 13,7°C w/ circulatory arrest. *Lancet* 2000;355:375- 6.
85. Kellermann AL, Hackman BB, Somes G. Predicting the outcome of unsuccessful prehospital advanced cardiac life support. *JAMA* 1993;270:1433- 6.
86. Olasveengen TM, Wik L, Steen PA. Quality of cardiopulmonary resuscitation before and during transport in out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation* 2008;76:185- 90
87. FRICK S, EUHLINGER DE, ZUERCHER ZENKLUSEN RM. Medical futility: Predicting outcome of intensive care unit patients by nurses and doctors- a prospective comparative study. *Crit Care Med* 2003, 31:456- 461

88. Fondevila C, Hessheimer Aj,Ruiz A, et al. Liver transplant using donors after unexpected cardiac death: novel preservation protocol and acceptance criteria. *Am J Transplant* 2007;7:1849- 55.
89. Mateos- Rodriguez A, Pardillo- Ferrer L, Navalporto- Pascual JM, Barba- Alonso C, Martin- Maldonado ME, Andres- Belmonte A. Kidney transplant function using organs from non-heart-beating donors maintained by mechanical chest compressions. *Resuscitation* 2010;81:904- 7.
90. Bell D. Emergency medicine and organ donation—A core responsibility at a time of need or threat to professional integrity. *Resuscitation*; In press,Corrected Proof.
91. Rady MY, VerheijdeJL, McGregor JL. Scientific, legal, and ethical challenges of end-of-life organ procurement in emergency medicine. *Resuscitation*; In Press, Corrected Proof.
92. Miaris N, Samantas E, Siafaka I, Logothetis E, Iacovidou N, Chalkias A, Xanthos T. Views of cancer patients regarding cardiopulmonary resuscitation in Greece. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2018 Apr 19:e12850. doi: 10.1111/ecc.12850.
93. Danciu SC, Klein L, Hossein MM, Ibrahim L, Coyle BW, Kehoe RF. A predictive mode for survival after in-hospital cardiopulmonary arrest. *Resuscitation* 2004;62;35- 42.
94. Dautzenberg PL, Broekman TC, Hooyer C, Schonwetter RS, Duursma SA. Review: patient related predictors of cardiopulmonary resuscitation of hospitalized patients. *Age Ageing* 1993;22:464- 75.
95. Haukoos JS, Lewis RJ, Niemann JT. Prediction rules for estimating neurologic outcome following out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation* 2004;63:145- 55.
96. Herlitz J, Engdahl J, Svensson L, Young M, Angquist K-A, Holmberg S. Can we define patients with no chance of survival after out-of-hospital cardiac arrest? *Heart* 2004;90:114- 8.

97. Herliz J, Svensson L, Silfverstolpe J, et al. Characteristics and outcome amongst young adults suffering from out-of-hospital cardiac arrest in whom cardiopulmonary resuscitation is attempted. *Journal of Internal Medicine* 2006;260:435- 41.
98. Herliz J, Engdahl J, Angquist K-A, Young M, Holmberg S. Factors associated with an increased chance of survival among patients suffering from an out-of-hospital cardiac arrest in a national perspective in Sweden. *American Heart Journal* 2005;149:61- 6.
99. Herliz J, Svensson L, Young M, Angquist KA, Holmberg S. Characteristics and outcome among children suffering from out of hospital cardiac arrest in Sweden. *Resuscitation* 2005;64:37- 40.
100. Ebell MH. Prearrest predictors of survival following in-hospital cardiopulmonary resuscitation a meta-analysis. *J Fam Pract* 1992;34:551- 8.
101. Larkin GL, Copes WS, Nathanson BH, Kaye W. Pre-resuscitation factors associated with mortality in 49,130 cases of in-hospital cardiac arrest: A report from the National Registry for Cardiopulmonary Resuscitation. *Resuscitation* 2010;81:302- 11.
102. Bonnin MG, Pepe PE, Kimball Kt, Clark PS, Jr. Distinct criteria for termination of resuscitation in the out-of-hospital setting. *JAMA* 1993;270:1457- 62.
103. Nadkarni VM, Larkin GL, Peberdy MA, et al. First documented rhythm and clinical outcome from in-hospital cardiac arrest among children and adults. *JAMA* 2006;295:50- 7.
104. Wyiiiie J, Richmond S. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 7. Resuscitation of babies at birth. *Resuscitation* 2010;81.
105. Forde R, Aasland OG, Steen PA. Medical end-of-life decision in Norway. *Resuscitation* 2002;55:235- 40.