

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ

**«Το Βιοηθικό δίλημμα των επαγγελματιών υγείας σε Μονάδες  
Χημειοθεραπείας για την έναρξη της Καρδιοαναπνευστικής  
Αναζωογόνησης»**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΨΙΛΟΓΙΑΝΝΗ ΖΑΦΕΙΡΑ

ΑΘΗΝΑ, ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2025

## ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ

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

Της Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας κας Ψιλογιάννη Ζαφείρας

#### Εξεταστική Επιτροπή

- Ξάνθος Θεόδωρος, Επιβλέπων
- Ιακωβίδου Νικολέττα
- Εκμεκτζόγλου Κωνσταντίνος

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή, η οποία ορίστηκε από τη Γενική συνέλευση της Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ στην Συνεδρίαση της 28/06/2023, για την αξιολόγηση και εξέταση της Υποψηφίας κας Ψιλογιάννη Ζαφείρας, συνεδρίασε σήμερα ...../...../.....

Η Επιτροπή διαπίστωσε ότι η Διπλωματική Εργασία της κας Ψιλογιάννη Ζαφείρας με τίτλο **“Το Βιοηθικό δίλημμα των επαγγελματιών υγείας σε Μονάδες Χημειοθεραπείας για την έναρξη της Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης”**, 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/τρια 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

- |                               |               |
|-------------------------------|---------------|
| • Ξάνθος Θεόδωρος (Επιβλέπων) | Υπογραφή..... |
| • Ιακωβίδου Νικολέττα         | Υπογραφή..... |
| • Εκμεκτζόγλου Κωνσταντίνος   | Υπογραφή..... |

## Πίνακας Περιεχομένων

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ- ABSTRACT.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	7
➤ Κεφάλαιο 1: Μονάδες Χημειοθεραπείας.....	7
○ 1.1 Ορισμός και Σκοπός.....	7
○ 1.2 Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας.....	8
➤ Κεφάλαιο 2: Καρδιαναπνευστική αναζωογόνηση σε ασθενείς με καρκίνο.....	10
○ 2.1 Ορισμός ΚΑΡΠΑ.....	10
○ 2.2 Καρκίνος ως χρόνια νόσος.....	12
○ 2.3 Ιατρική Μатаιότητα και ΚΑΡΠΑ: Παράγοντες Πρόγνωσης σε Ασθενείς με Καρκίνο.....	15
➤ Κεφάλαιο 3: Εντολή μη αναζωογόνησης (DNR).....	20
○ 3.1 Από τις Πρώτες Οδηγίες έως τις Σύγχρονες Εντολές Αποφάσεων στο Τέλος της Ζωής.....	20
○ 3.2 Εντολή μη αναζωογόνησης και Νομοθεσία.....	22
○ 3.3 Διεπιστημονική Προσέγγιση στις Αποφάσεις DNR.....	24
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	26
➤ Εισαγωγή.....	26
➤ Σκοπός.....	26
➤ Υλικό και Μέθοδος.....	27
➤ Στατιστική Ανάλυση.....	28
➤ Αποτελέσματα.....	31
➤ Συζήτηση.....	51
➤ Συμπεράσματα-Προτάσεις.....	56
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	59
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	69

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία με τίτλο «Το Βιοηθικό δίλημμα των επαγγελματιών υγείας σε Μονάδες Χημειοθεραπείας για την έναρξη της Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης» εκπονήθηκε στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Αναζωογόνηση» του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Το κενό στην επιστημονική τεκμηρίωση και τη νομοθετική ρύθμιση σχετικά με την εφαρμογή της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (ΚΑΡΠΑ) σε ογκολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα αποτέλεσε το βασικό κίνητρο για την παρούσα μελέτη. Η εργασία διερευνά τα ηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας στις Μονάδες Χημειοθεραπείας, αναλύει τα δεδομένα της σύγχρονης βιβλιογραφίας και παρουσιάζει τα ευρήματα της έρευνας που διεξήχθη σε επαγγελματίες υγείας των μονάδων αυτών στην περιοχή της Αθήνας, εστιάζοντας στις προκλήσεις και τις ανάγκες τους.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα μελέτη εξετάζει τα βιοηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας στις Μονάδες Χημειοθεραπείας σχετικά με την έναρξη ή την αναστολή της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (ΚΑΡΠΑ). Η εργασία διερευνά τις ηθικές προκλήσεις που σχετίζονται με τη διατήρηση της ζωής, την ποιότητά της και τον σεβασμό στις επιθυμίες των ασθενών, ειδικά σε περιπτώσεις ασαφών ή αντικρουόμενων αποφάσεων. Η ανάλυση βασίζεται σε ποσοτική έρευνα, αξιοποιώντας ένα σταθμισμένο ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε από επαγγελματίες υγείας δημόσιων Μονάδων Χημειοθεραπείας στην Αθήνα. Τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν την ανάγκη για σαφέστερο νομοθετικό πλαίσιο, βελτιωμένη εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και μεγαλύτερης ευαισθητοποίησης σε θέματα βιοηθικής. Συμπερασματικά, προτείνεται η θεσμοθέτηση κατευθυντήριων γραμμών που να επιτρέπουν τη λήψη τεκμηριωμένων και ηθικά ορθών αποφάσεων στις Μονάδες Χημειοθεραπείας.

**Λέξεις-κλειδιά:** βιοηθική, καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, εντολή μη αναζωογόνησης, χημειοθεραπεία, επαγγελματίες υγείας

## ABSTRACT

This study examines the bioethical dilemmas faced by healthcare professionals in Chemotherapy Units regarding the initiation or discontinuation of cardiopulmonary resuscitation (CPR). It explores ethical challenges related to life preservation, quality of life, and respect for patient preferences, particularly in cases of unclear or conflicting decisions. The analysis is based on quantitative research, utilizing a weighted questionnaire completed by healthcare professionals working in public Chemotherapy Units in Athens. The findings highlight the need for clearer legislative frameworks, improved training for medical and nursing staff, and increased awareness of bioethical issues. In conclusion, the study suggests the establishment of guidelines that facilitate informed and ethically sound decision-making in Chemotherapy Units.

**Keywords:** bioethics, cardiopulmonary resuscitation, do-not-resuscitate order, chemotherapy, healthcare professionals

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) αποτελεί μια κρίσιμη ιατρική διαδικασία, σχεδιασμένη να επαναφέρει τη λειτουργία της κυκλοφορίας του αίματος και της αναπνοής σε περιπτώσεις καρδιοαναπνευστικής ανακοπής. Η εφαρμογή της απαιτεί ταχύτατες αποφάσεις και επηρεάζει άμεσα την πιθανότητα επιβίωσης του ασθενούς (1). Στους ογκολογικούς ασθενείς, όμως, που βρίσκονται υπό χορήγησης θεραπείας, η απόφαση να προχωρήσει κανείς σε ΚΑΡΠΑ συχνά συνοδεύεται από σοβαρά ηθικά και δεοντολογικά διλήμματα. Αυτά απορρέουν από την ανάγκη εξισορρόπησης μεταξύ της επιδίωξης παράτασης της ζωής και της διατήρησης μιας ικανοποιητικής ποιότητας αυτής, καθώς και από την επιτακτική ανάγκη σεβασμού των επιθυμιών του ασθενούς (2,3)

Η χημειοθεραπεία, αν και αποτελεί βασικό εργαλείο στη μάχη κατά του καρκίνου, συχνά προκαλεί εξαντλητικές παρενέργειες και αυξάνει τον κίνδυνο σοβαρών επιπλοκών, όπως η καρδιοαναπνευστική ανεπάρκεια (4). Στις περιπτώσεις όπου οι καρκινοπαθείς βιώνουν καρδιοαναπνευστική ανακοπή, οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να λάβουν αποφάσεις που καθορίζουν τόσο την πρόγνωση όσο και τη μελλοντική ποιότητα ζωής του ασθενούς με την πολυπλοκότητα των διλημμάτων αυτών να επιδεινώνεται όταν οι πιθανότητες επιβίωσης είναι περιορισμένες (5)

Παράλληλα, η έλλειψη ενιαίων κατευθυντήριων γραμμών για την εφαρμογή ΚΑΡΠΑ σε ογκολογικούς ασθενείς δημιουργεί ένα πεδίο ασάφειας, οδηγώντας σε διαφορετικές προσεγγίσεις ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας. Οι αποφάσεις που λαμβάνονται επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από παράγοντες όπως η επαγγελματική εμπειρία, η εκπαίδευση στη βιοηθική, οι κλινικές συνθήκες και οι προσωπικές πεποιθήσεις (6,7). Αυτή η πολυπλοκότητα αναδεικνύει την ανάγκη για καλύτερη εκπαίδευση και φιλοδοξεί για σαφέστερες οδηγίες και υποστήριξη του προσωπικού, ώστε να μειωθεί η ψυχολογική επιβάρυνση και να ενισχυθεί η ικανότητά τους να λαμβάνουν τεκμηριωμένες και ηθικά ορθές αποφάσεις.

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

#### Μονάδες Χημειοθεραπείας

##### 1.1 Ορισμός και Σκοπός

Οι Μονάδες Χημειοθεραπείας αποτελούν εξειδικευμένα τμήματα ενσωματωμένα ή μη σε νοσοκομεία ή ογκολογικά κέντρα, με κυρίαρχη αποστολή τη χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων σε ασθενείς με καρκίνο. Στόχος των ογκολογικών θεραπευτικών σχημάτων και ευρέως χρησιμοποιούμενων μεθόδων για την αντιμετώπιση του καρκίνου είναι η καταστροφή των καρκινικών κυττάρων και την αποτροπή της περαιτέρω εξάπλωσής τους (8,9).

Η λειτουργία αυτών των τμημάτων βασίζεται στην χρήση προηγμένων συστημάτων ασφάλειας και έμπειρου προσωπικού, διασφαλίζοντας τη σωστή χορήγηση των θεραπειών και την αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών ή επιπλοκών. Ο πρωταρχικός σκοπός των Μονάδων Χημειοθεραπείας δεν περιορίζεται μόνο στην καταπολέμηση της ασθένειας, αλλά επεκτείνεται στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, μέσω της διαχείρισης των παρενεργειών και της προσαρμογής της θεραπείας στις ατομικές ανάγκες κάθε ασθενούς (10,11).

Παράλληλα, βασικό πυλώνα στην οργάνωση για προσφορά ολοκληρωμένης φροντίδας αποτελούν οι διεπιστημονικές ομάδες επαγγελματιών υγείας, όπως ογκολόγοι ιατροί, νοσηλευτές, φαρμακοποιοί και κοινωνικοί λειτουργοί. Η ομαδική προσέγγιση επιτρέπει την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας, η οποία δεν περιορίζεται στη σωματική υγεία αλλά περιλαμβάνει και την ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών (12).

Όπως αναμένεται, το περιβάλλον στις Μονάδες Χημειοθεραπείας χαρακτηρίζεται από αυστηρές διαδικασίες που επισφραγίζουν την ασφάλεια, ενώ έχει προληφθεί και αντιμετώπιση έκτακτων καταστάσεων, όπως καρδιοαναπνευστική ανακοπή. Σε τέτοιες περιπτώσεις, οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να λάβουν αποφάσεις βασισμένες στις αρχές της βιοηθικής, λαμβάνοντας υπόψη τις εξατομικευμένες ανάγκες και την κλινική κατάσταση του ασθενούς (13,14).

## 1.2 Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας

Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στις Μονάδες Χημειοθεραπείας διαδραματίζουν έναν σύνθετο και πολυδιάστατο ρόλο, που δεν περιορίζεται στην απλή χορήγηση φαρμάκων, όπως προαναφέρθηκε, αλλά εκτείνεται στην ψυχολογική και κοινωνική στήριξη των ασθενών και την ενεργή συμμετοχή στη λήψη κρίσιμων ιατρικών αποφάσεων. Ο ρόλος τους στην πρόληψη, ανίχνευση και διαχείριση επιπλοκών, όπως η καρδιοαναπνευστική ανακοπή, είναι κομβικός για την προστασία της ζωής τους (15-17).

Εκτός από την άμεση ιατρική φροντίδα, οι επαγγελματίες υγείας στις Μονάδες Χημειοθεραπείας συμμετέχουν στην επικοινωνία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, βοηθώντας τους να κατανοήσουν τις επιλογές που έχουν στη διάθεσή τους. Αυτό περιλαμβάνει την παροχή πληροφοριών σχετικά με τις παρενέργειες της θεραπείας και τις πιθανές προοπτικές επιτυχίας ή αποτυχίας των παρεμβάσεων (18). Η ενημέρωση αυτή εντάσσεται στο πλαίσιο της ηθικής υποχρέωσης των επαγγελματιών υγείας για την προώθηση της αυτονομίας του ασθενούς, παρέχοντάς του την ευκαιρία να εκφράσει τις επιθυμίες του και να συμμετάσχει ενεργά στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την υγεία του (19,20).

Σε περιπτώσεις καρδιοαναπνευστικής ανακοπής, οι επαγγελματίες υγείας απαιτείται να δράσουν άμεσα και να λάβουν αποφάσεις που μπορούν να επηρεάσουν καθοριστικά την έκβαση της θεραπείας. Σε αυτό το πλαίσιο, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να σταθμίσουν τα οφέλη και τους κινδύνους της ΚΑΡΠΑ, λαμβάνοντας υπόψη την ευαλωτότητα του ασθενούς, την ποιότητα ζωής του, και τις επιθυμίες του ιδίου ή της οικογένειας (21). Ο επαγγελματικός και βιοηθικός τους ρόλος απαιτεί συνδυασμό κλινικών γνώσεων, εμπειρίας, και ευαισθησίας, ώστε να είναι σε θέση να ανταποκριθούν με αποτελεσματικότητα και ανθρώπινη προσέγγιση σε αυτά τα σύνθετα περιστατικά (22,23).

Πιο αναλυτικά, ένα ευρύ φάσμα ικανών επαγγελματιών αποτελεί το ανθρώπινο δυναμικό της φροντίδας του καρκίνου, αντανakλώντας την πολύπλευρη φύση της νόσου, τις θεραπευτικές μεθόδους της και τη φροντίδα επιβίωσης μετά τη θεραπεία. Αυτή η διεπιστημονική ομάδα περιλαμβάνει άτομα που διαθέτουν εξειδικευμένη εκπαίδευση στην ογκολογία, παράλληλα με άλλους ειδικούς, κλινικούς ιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης και οικογενειακούς φροντιστές (24).

Στο επίκεντρο του εννοιολογικού πλαισίου αυτής της ομάδας βρίσκονται οι ασθενείς συμβολίζοντας την αρχή ότι η παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας για τον καρκίνο εξαρτάται από ένα επιδέξιο, αξιόπιστο διεπαγγελματικό δυναμικό, ικανό να ευθυγραμμίζει τις πρακτικές του με τις ατομικές ανάγκες, αξίες και προτιμήσεις των ασθενών (25). Η πραγματοποίηση αυτού του σημείου αναφοράς απαιτεί την παρουσία επαρκούς αριθμού κλινικών ιατρών υγειονομικής περίθαλψης εξοπλισμένων με ογκολογική εκπαίδευση στο εργατικό δυναμικό (26).

Επιπρόσθετο και σημαντικό μέλημα των μελών των διεπαγγελματικών ομάδων φροντίδας για τον καρκίνο αποτελεί η ικανότητα να συγχρονίζουν τις προσπάθειές τους με τους άλλους παρόχους φροντίδας των ασθενών (27). Σαφώς, το εργατικό δυναμικό πρέπει να διαθέτει τις απαιτούμενες δυνατότητες για να θέσει σε λειτουργία το προαναφερθέν πλαίσιο, σημείο που ευθυγραμμίζεται εμφανώς με την πρωτοποριακή έκθεση του Ινστιτούτου Ιατρικής (IOM) του 1999, η οποία υπογράμμισε τη σημασία των συντονισμένων και έμπειρων επαγγελματιών για την παροχή βέλτιστης φροντίδας (28,29).

Η σημερινή κατάσταση της φροντίδας για τον καρκίνο υπολείπεται σημαντικά του καθιερωμένου προτύπου. Οι προβλέψεις δείχνουν ότι οι ελλείψεις στο εργατικό δυναμικό αναμένεται να επιδεινωθούν στο εγγύς μέλλον, γεγονός που συμβιώνει με την ανεπάρκεια δυνατοτήτων του εκπαιδευτικού συστήματος για την ταχεία εκπαίδευση νέου προσωπικού (30). Η ίδια εκδηλώνεται με την συχνή αναποτελεσματική συνεργασία μεταξύ διαφορετικών κλινικών ιατρών και ομάδων φροντίδας, που ενέχει ως συνέπεια οι ασθενείς να περιηγούνται σε ένα ασύνδετο και αβέβαιο τοπίο και οι φροντιστές συχνά βρίσκονται να επωμίζονται ένα σημαντικό βάρος ιατρικών ευθυνών χωρίς την επαρκή εκπαίδευση ή υποστήριξη (31,32).

Την ίδια ακριβώς στιγμή, οι μεταβαλλόμενες δημογραφικές εξελίξεις ασκούν νέες πιέσεις σε αυτό το σύστημα παροχής υπηρεσιών, με τη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου να κλιμακώνεται λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και των παρατεταμένων ποσοστών επιβίωσης μεταξύ των επιζώντων του καρκίνου. Οι εξελίξεις στην ιατρική επιστήμη, όπως η εμφάνιση νέων χημειοθεραπευτικών σχημάτων που χαρακτηρίζονται από μειωμένη τοξικότητα, αλλά απαιτούν συχνότερη χορήγηση, συμβάλλουν στην εκτίναξη του όγκου της παροχής φροντίδας για τον καρκίνο (33).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση σε ασθενείς με καρκίνο

#### 2.1 Ορισμός ΚΑΡΠΑ

Η Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) είναι μια σωτήρια αλληλουχία ενεργειών που στοχεύει στην αποκατάσταση της κυκλοφορίας του αίματος και της αναπνοής σε άτομα που έχουν υποστεί καρδιακή ανακοπή (34,35). Η ΚΑΡΠΑ περιλαμβάνει συμπίεσεις στο θώρακα και τεχνητές αναπνοές, που αποσκοπούν στην προσωρινή υποστήριξη της λειτουργίας του κυκλοφορικού και αναπνευστικού συστήματος έως ότου αποκατασταθεί η φυσιολογική λειτουργία της καρδιάς ή εφαρμοστούν πιο εξειδικευμένες παρεμβάσεις (36).

Η αιφνίδια καρδιακή ανακοπή είναι μια απότομη παύση της καρδιακής λειτουργίας που προκαλεί άμεση διακοπή της κυκλοφορίας του αίματος. Κυριότερο αίτιο είναι η κοιλιακή μαρμαρυγή, μια δυνητικά θανατηφόρα διαταραχή του καρδιακού ρυθμού, και ευθύνεται για εκατοντάδες χιλιάδες περιπτώσεις στην Ευρώπη κάθε χρόνο. Συνήθως, τα άτομα που παθαίνουν καρδιακή ανακοπή χάνουν γρήγορα τις αισθήσεις τους λόγω της έλλειψης αιματικής ροής προς τον εγκέφαλο, ενώ μπορεί να εμφανιστούν ακαθόριστα συμπτώματα όπως πόνος στο στήθος, αίσθημα παλμών και δύσπνοια λίγο πριν την ανακοπή. Εάν δεν υπάρξει άμεση ιατρική παρέμβαση, η κατάσταση οδηγεί σε θάνατο μέσα σε λίγα λεπτά, με την πιθανότητα επιβίωσης να παραμένει χαμηλή, από 5% έως 20% (37).

Η βασική διαφορά μεταξύ αιφνίδιου καρδιακού θανάτου και καρδιακής ανακοπής είναι η αναστρεψιμότητα. Στον αιφνίδιο καρδιακό θάνατο, η διακοπή των ζωτικών λειτουργιών είναι μη αναστρέψιμη, ενώ στην καρδιακή ανακοπή μπορεί να αναστραφεί με έγκαιρη καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση και απινίδωση. Οι αιτίες της καρδιακής ανακοπής είναι ποικίλες και μπορεί να είναι καρδιακής ή μη καρδιακής προέλευσης (38).

Η τεχνική της ΚΑΡΠΑ βασίζεται στην προσπάθεια διατήρησης επαρκούς κυκλοφορίας αίματος μέσω εξωτερικών συμπίεσεων στο θώρακα, καθώς και στην παροχή οξυγόνου μέσω τεχνητής αναπνοής (39). Η ανάπτυξη της ΚΑΡΠΑ προέκυψε από τις μελέτες του 20ου αιώνα, όταν γιατροί και επιστήμονες άρχισαν να κατανοούν τη σημασία της συνεχούς ροής αίματος στον εγκέφαλο για την αποτροπή της μόνιμης

νευρολογικής βλάβης. Σημαντική συμβολή στη διαμόρφωση της ΚΑΡΠΑ είχαν οι ανακαλύψεις γύρω από τη λειτουργία της καρδιάς και την αναζωογόνηση, κυρίως από τις τεχνικές που ανέπτυξαν ο Δρ. Peter Safar και οι συνεργάτες του, οι οποίοι πρότειναν τον συνδυασμό εξωτερικών συμπίεσεων και τεχνητής αναπνοής (40,41).

### ***2.1.1 Στοιχεία τεχνικής της ΚΑΡΠΑ και η σημασία της Άμεσης Εφαρμογής***

Η τεχνική της ΚΑΡΠΑ περιλαμβάνει δύο κύρια μέρη: τις συμπίεσεις στο θώρακα και τις τεχνητές αναπνοές. Οι συμπίεσεις στο θώρακα στοχεύουν στη δημιουργία πίεσης που αναγκάζει το αίμα να κυκλοφορεί στον οργανισμό και, κυρίως, στον εγκέφαλο, προστατεύοντας τα ευαίσθητα εγκεφαλικά κύτταρα από την υποξία, δηλαδή την έλλειψη οξυγόνου. Οι τεχνητές αναπνοές, από την άλλη, αποκαθιστούν το επίπεδο οξυγόνου στο αίμα και βοηθούν στη διατήρηση των βασικών φυσιολογικών διεργασιών (42).

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες, η συχνότητα των συμπίεσεων συνιστάται να είναι τουλάχιστον 100-120 ανά λεπτό, με βάθος συμπίεσης περίπου 5-6 εκατοστά για ενήλικες, ώστε να επιτυγχάνεται επαρκής κυκλοφορία αίματος. Η τεχνική αυτή, γνωστή ως «hands-only CPR» σε περιπτώσεις όπου ο διασώστης δεν μπορεί να παρέχει τεχνητές αναπνοές, θεωρείται επαρκής για την προσωρινή υποστήριξη του κυκλοφορικού συστήματος (43).

Ωστόσο, η ΚΑΡΠΑ πρέπει να ξεκινά το συντομότερο δυνατόν σε περιπτώσεις καρδιακής ανακοπής, καθώς η καθυστέρηση μειώνει σημαντικά τις πιθανότητες επιβίωσης και αυξάνει τον κίνδυνο μόνιμων βλαβών στον εγκέφαλο λόγω της υποξίας. Ειδικά τα πρώτα 4-6 λεπτά είναι κρίσιμα, καθώς μετά από αυτό το χρονικό διάστημα αρχίζει να προκύπτει μη αναστρέψιμη εγκεφαλική βλάβη (44). Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, η έγκαιρη έναρξη ΚΑΡΠΑ από παρευρισκόμενα άτομα (bystander CPR) μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες επιβίωσης των θυμάτων κατά 2-3 φορές. Η άμεση ΚΑΡΠΑ σε συνδυασμό με τη χρήση απινιδωτή, εάν είναι διαθέσιμος, προσφέρει τις βέλτιστες προοπτικές για την επιβίωση του ατόμου, καθώς ο απινιδωτής μπορεί να αποκαταστήσει τον κανονικό ρυθμό της καρδιάς μέσω ηλεκτρικού σοκ (45).

### **2.1.2 Ηθικά Διλήμματα και Κατευθυντήριες Οδηγίες στην Εφαρμογή της ΚΑΡΠΑ**

Η λήψη απόφασης για την έναρξη ή τη μη εφαρμογή της ΚΑΡΠΑ δεν είναι πάντα απλή, ειδικά σε περιπτώσεις όπου οι ασθενείς έχουν υποκείμενες χρόνιες ή μη αναστρέψιμες καταστάσεις υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας ή σε μονάδες όπως αυτές των χημειοθεραπειών συχνά έρχονται αντιμέτωποι με διλήμματα σχετικά με το αν θα πρέπει να ξεκινήσουν την ΚΑΡΠΑ, λαμβάνοντας υπόψη την ποιότητα ζωής του ασθενούς, τη σοβαρότητα της υποκείμενης ασθένειας, καθώς και τις πιθανότητες ανάρρωσης και επιβίωσης. Οι ηθικές αρχές που διέπουν τέτοιες αποφάσεις περιλαμβάνουν τον σεβασμό στην αυτονομία του ασθενούς, την αρχή ωφέλειας και της μη βλάβης, καθώς και την εκτίμηση της πρόγνωσης, ιδίως σε περιπτώσεις όπου η εφαρμογή ΚΑΡΠΑ δεν θα οδηγήσει σε ένα ουσιαστικό ή θετικό αποτέλεσμα για τον ασθενή (46,47).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες που παρέχονται από διεθνείς οργανισμούς, όπως η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία (American Heart Association - ΑΗΑ), επικαιροποιούνται συνεχώς και παρέχουν συγκεκριμένες οδηγίες σχετικά με την εφαρμογή της ΚΑΡΠΑ σε ειδικές ομάδες ασθενών, καθώς και τη χρήση της σε περιπτώσεις με μη ρεαλιστική προσδοκία επιβίωσης. Οι οδηγίες αυτές αναγνωρίζουν την ανάγκη για αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς και της πιθανότητας επιτυχούς έκβασης (48).

Η εκπαίδευση στην ΚΑΡΠΑ αποτελεί κεντρικό πυλώνα για τη βελτίωση των ποσοστών επιβίωσης. Η σωστή εκπαίδευση βοηθά τους επαγγελματίες υγείας αλλά και τους πολίτες να εξοικειωθούν με τις τεχνικές της ΚΑΡΠΑ, ενώ η επαναλαμβανόμενη εξάσκηση ενισχύει την αυτοπεποίθηση και την ταχύτητα απόκρισης σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης (49). Τα τελευταία χρόνια, ενισχύεται η εκπαίδευση και η χρήση εξωτερικών αυτόματων απινιδωτών (AEDs) στους δημόσιους χώρους, καθιστώντας τη δυνατότητα διάσωσης πιο προσβάσιμη (50).

## **2.2 Καρκίνος ως χρόνια νόσος**

Ο καρκίνος είναι μια σοβαρή ασθένεια που μπορεί να αποβεί θανατηφόρα, κατά την οποία τα καρκινικά κύτταρα αναπτύσσονται ανεξέλεγκτα και διασπείρονται σε διάφορα μέρη του σώματος, είτε τοπικά είτε μέσω της κυκλοφορίας του αίματος ή του λεμφικού συστήματος (μετάσταση). Ανάλογα με την αρχική του εμφάνιση, ο καρκίνος διακρίνεται σε διάφορους τύπους, μερικοί από τους πιο συνηθισμένους στην

Ευρώπη να περιλαμβάνουν τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες, τον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού, τον καρκίνο του προστάτη και τον καρκίνο του πνεύμονα. Αυτοί οι τέσσερις τύποι αντιπροσωπεύουν το 50,5% των περιπτώσεων καρκίνου στην Ευρώπη, με τον καρκίνο του πνεύμονα να είναι ο πιο θανατηφόρος. Συνολικά, ο καρκίνος ευθύνεται για το 20% των θανάτων, αποτελώντας τη δεύτερη πιο συχνή αιτία θνησιμότητας μετά τις καρδιαγγειακές παθήσεις, σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (51,52).

Όσον αφορά την διάγνωση του καρκίνου, η ίδια βασίζεται στην ταυτοποίηση του σταδίου της νόσου, το οποίο καθορίζεται μέσω κλινικών, απεικονιστικών και παθολογοανατομικών εξετάσεων. Η σταδιοποίηση προσδιορίζεται αρχικά με τη διάγνωση και δεν αλλάζει στη διάρκεια της νόσου, αν και μπορεί να γίνει επανασταδιοποίηση, συνήθως μετά από θεραπεία.

Υπάρχουν τρεις κύριες κατηγορίες ασθενών με καρκίνο:

Ασθενείς με δυνητικά ιάσιμη νόσο: Αυτοί είναι οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση και λαμβάνουν ή όχι συμπληρωματική θεραπεία (μετεγχειρητική), ή που είναι υποψήφιοι για χειρουργική επέμβαση μετά από χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία (προεγχειρητική). Στόχος της θεραπείας είναι η ίαση ή η παρακολούθηση μετά την επέμβαση.

Ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο υπό θεραπεία: Αυτοί είναι οι ασθενείς με καρκίνο που δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί χειρουργικά και λαμβάνουν ογκολογική θεραπεία για να σταθεροποιήσουν την ασθένεια και να ανακουφιστούν από τα συμπτώματα. Η θεραπεία αποσκοπεί στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και στην αύξηση της επιβίωσης, αν και η νόσος δεν είναι ιάσιμη.

Ασθενείς που λαμβάνουν παρηγορητική αγωγή: Αυτοί οι ασθενείς λαμβάνουν μόνο παρηγορητική θεραπεία, με στόχο την ανακούφιση των συμπτωμάτων και την υποστήριξη του ασθενούς, χωρίς πρόθεση για αύξηση της επιβίωσης (53).

Η εκτίμηση της λειτουργικής κατάστασης των ασθενών με καρκίνο γίνεται με τη βοήθεια κλιμάκων, όπως η κλίμακα του Διεθνούς Οργανισμού Υγείας (WHO) και η κλίμακα ECOG, οι οποίες αξιολογούν τη γενική κατάσταση του ασθενούς (54). Η κλίμακα Karnofsky, για παράδειγμα, υπολογίζει το ποσοστό λειτουργικής ικανότητας του ασθενούς, με υψηλότερο ποσοστό να υποδηλώνει καλύτερη κατάσταση (55). Αυτές οι κλίμακες όχι μόνο προσφέρουν μια αντικειμενική εκτίμηση της υγείας του

ασθενούς, αλλά καθοδηγούν και τις αποφάσεις για την επιλογή της κατάλληλης ογκολογικής θεραπείας.

**Πίνακας 1:** Λειτουργική κατάσταση ογκολογικών ασθενών κατά ECOG/WHO (54)

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 (55)

Προσδιορισμός	%	Κριτήρια
<p>Ικανός να συνεχίσει την κανονική δραστηριότητα και να εργαστεί. Καμία ιδιαίτερη φροντίδα δεν χρειάζεται.</p>	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.
	70	Αυτοεξυπηρετείται. Ανίκανος να συνεχίσει την φυσιολογική δραστηριότητα ή να επιτελέσει έντονη εργασία.
	60	Χρειάζεται περιστασιακή βοήθεια, αλλά είναι σε θέση να φροντίσει για τις περισσότερες από τις ανάγκες του.
<p>Ανίκανος να εργαστεί. Ικανός να ζει στο σπίτι, να φροντίζει τις περισσότερες από τις προσωπικές του ανάγκες. Βοήθεια ποικίλου βαθμού χρειάζεται.</p>	50	Χρειάζεται σημαντική βοήθεια και συχνή ιατρική φροντίδα.
	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.
<p>Ανίκανος να φροντίσει τον εαυτό του. Χρειάζεται ανάλογη θεσμική ή νοσοκομειακή βοήθεια. Η νόσος εξελίσσεται πιθανά γρήγορα.</p>	10	Ετοιμοθάνατος. Η μοιραία θανατηφόρος διαδικασία προχωράει γρήγορα.
	0	Νεκρός.

### 2.3 Ιατρική Μатаιότητα και ΚΑΡΠΑ: Παράγοντες Πρόγνωσης σε Ασθενείς με Καρκίνο

Η συζήτηση για την ιατρική ματαιότητα έχει αποκτήσει ιδιαίτερη σημασία στις Μονάδες Χημειοθεραπείας και στις περιπτώσεις που προκύπτουν διλήμματα σχετικά με την εφαρμογή καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, ειδικά όταν εφαρμόζεται σε ασθενείς με προχωρημένο στάδιο καρκίνου. Η έννοια της ιατρικής ματαιότητας, παρότι δεν ορίζεται αυστηρά στη διεθνή βιβλιογραφία, αφορά στην αδυναμία μιας ιατρικής παρέμβασης να επιτύχει ουσιαστικά αποτελέσματα για τη βελτίωση της υγείας ή της ποιότητας ζωής του ασθενούς. Η λήψη αποφάσεων σε τέτοιες περιπτώσεις εξαρτάται από παράγοντες όπως η πρόγνωση, η λειτουργική κατάσταση του ασθενούς, οι επιθυμίες του ίδιου και της οικογένειάς του, καθώς και η ηθική

υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας να αποφεύγουν την πρόκληση περαιτέρω ταλαιπωρίας.

Η Ιατρική Μатаιότητα διακρίνεται σε δύο βασικές κατηγορίες:

Ποσοτική ματαιότητα: Όταν η πιθανότητα επιτυχίας μιας παρέμβασης είναι εξαιρετικά χαμηλή, για παράδειγμα κάτω από 1%

Ποιοτική ματαιότητα: Όταν η παρέμβαση δεν αναμένεται να προσφέρει καμία ουσιαστική βελτίωση στη ζωή του ασθενούς, ακόμη και αν τεχνικά είναι επιτυχής (56).

Παρά τις συνεχιζόμενες προσπάθειες των τελευταίων δεκαετιών, τα ποσοστά επιβίωσης για τους ασθενείς που υφίστανται ανακοπή εντός νοσοκομείου και υποβάλλονται σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση κυμαίνονται από 0% έως 32%, με τη μέση τιμή να κυμαίνεται γύρω στο 15-17,5% (57,58). Αντίστοιχα, για τους ασθενείς που υφίστανται ανακοπή εκτός νοσοκομείου, το ποσοστό επιβίωσης στην Ευρώπη είναι 9%, ενώ παγκοσμίως κυμαίνεται γύρω στο 7-7,6% (59,60).

Όσον αφορά τους ασθενείς με καρκίνο, τα ποσοστά επιβίωσης μετά από καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση είναι πολύ χαμηλότερα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Μια μετα-ανάλυση από τους Reisfield et al. το 2006, η οποία περιλάμβανε 42 μελέτες και 1707 ασθενείς με καρκίνο που υπέστησαν ανακοπή εντός νοσοκομείου και υποβλήθηκαν σε αναζωογόνηση, ανέδειξε ποσοστό επιβίωσης με εξιτήριο από το νοσοκομείο μόλις 6,2% (58). Σε άλλη μετα-ανάλυση των Ebell και Afonso, το ποσοστό επιβίωσης των ογκολογικών ασθενών ήταν 6,6%, ενώ για τους μη ογκολογικούς ασθενείς ήταν 13,8% (57). Ακολούθως, μια μεγάλη αναδρομική μελέτη των Lin et al. που περιλάμβανε 11.710 ασθενείς, έδειξε ότι η επιβίωση των ασθενών με καρκίνο μετά από ανακοπή εντός νοσοκομείου ήταν επίσης χαμηλότερη σε σχέση με τους μη ογκολογικούς ασθενείς (11,6% έναντι 15,3%,  $P < 0.001$ ) (61). Στον αντίποδα, η επιβίωση των ασθενών με καρκίνο μετά από εξωνοσοκομειακή ανακοπή παραμένει ασαφής, με μια μικρή μελέτη να δείχνει εξαιρετικά χαμηλά ποσοστά, καθώς μόλις το 4,9% των ασθενών παίρνουν εξιτήριο από το νοσοκομείο (62).

Ως ακολουθίας της πτωχής πρόγνωσης για τους ασθενείς με καρκίνο, πρόσφατα δεδομένα έδειξαν ότι οι ασθενείς αυτοί που εισήχθησαν σε μονάδες εντατικής θεραπείας (MEΘ) στη Γαλλία μετά από επιτυχή καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση είτε εντός είτε εκτός νοσοκομείου είχαν σχετικά ικανοποιητικά ποσοστά επιβίωσης. Συγκεκριμένα, το 18% αυτών των ασθενών αποχώρησαν από το νοσοκομείο. Η

θνητότητα στις ΜΕΘ και η εξάμηνη επιβίωση δεν παρουσίασαν σημαντικές διαφορές μεταξύ ασθενών με συμπαγείς ή αιματολογικές κακοήθειες, ούτε σε σχέση με ομάδα μαρτύρων χωρίς ιστορικό καρκίνου που υπέστη ανακοπή εκτός νοσοκομείου (63).

Από τα παραπάνω δεδομένα προκύπτει ότι η αναγνώριση των παραγόντων που επηρεάζουν την έκβαση των ογκολογικών ασθενών μετά από ανακοπή είναι κρίσιμη, προκειμένου να κατανοηθεί ποια ομάδα ασθενών μπορεί να επωφεληθεί περισσότερο από την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. Αν και οι ασθενείς με καρκίνο έχουν γενικά χειρότερη πρόγνωση μετά από καρδιοαναπνευστική ανακοπή σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, η επιβίωση φαίνεται να είναι ακόμη πιο περιορισμένη στους ασθενείς με μεταστατική νόσο.

Σύμφωνα με τη μετα-ανάλυση των Reisfield et al., οι ασθενείς με τοπική νόσο είχαν ποσοστό επιβίωσης με εξιτήριο από το νοσοκομείο 9,5%, ενώ για αυτούς με μεταστατική νόσο ήταν μόλις 5,6% (58). Οι μελέτες που περιλήφθηκαν στην ανάλυση δείχνουν ότι πριν το 1990, οι ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο είχαν μηδενική επιβίωση, ενώ αργότερα παρατηρήθηκε αύξηση του ποσοστού επιβίωσης στο 7,8%. Στην μετα-ανάλυση των Ebell και Afonso (2010), η οποία περιλάμβανε 35 μελέτες και 96.499 ασθενείς με ενδονοσοκομειακή ανακοπή, έδειξε ότι η παρουσία μεταστατικής κακοήθειας σχετίζεται με σημαντική αύξηση των πιθανοτήτων αποτυχίας επιβίωσης με εξιτήριο από το νοσοκομείο, με το ποσοστό επιβίωσης στους ασθενείς αυτούς να είναι μόλις 1,9% (57).

Αναφορικά με τον τύπο του καρκίνου, τα διαθέσιμα δεδομένα είναι περιορισμένα, καθιστώντας δύσκολη την εξαγωγή σαφών συμπερασμάτων. Η παρουσία αιματολογικής κακοήθειας στους ασθενείς με ανακοπή που υποβλήθηκαν σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση έχει συσχετιστεί με σημαντικά χαμηλότερη επιβίωση με εξιτήριο από το νοσοκομείο (OR 3,9), με το ποσοστό επιβίωσης να υπολογίζεται στο 1,3% (36). Από τη μετα-ανάλυση των Reisfield et al., προκύπτει ότι οι ασθενείς με συμπαγείς όγκους είχαν επιβίωση 7,1% με εξιτήριο από το νοσοκομείο, ενώ για τους ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες, το αντίστοιχο ποσοστό ήταν μόλις 2% (58). Μια μελέτη των Taran et al. διαπίστωσε ίδια επιβίωση 30 ημερών για ασθενείς με συμπαγείς και αιματολογικές κακοήθειες, ωστόσο, νεότερα δεδομένα δείχνουν ότι οι ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες έχουν σημαντικά χαμηλότερη επιβίωση μετά από ανακοπή εντός νοσοκομείου σε σχέση με άλλους καρκινοπαθείς (64,65).

Συμπερασματικά, τα δεδομένα καταδεικνύουν ότι όταν η καρδιακή ανακοπή είναι αναμενόμενη λόγω της κλινικής κατάστασης των ασθενών, τα ποσοστά επιβίωσης μετά από καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση είναι πολύ χαμηλότερα σε σύγκριση με εκείνα των ασθενών στους οποίους η ανακοπή είναι απρόσμενο γεγονός (1,1% έναντι 12,4% αντίστοιχα) (57). Επί παράθεσης της μελέτης των Ewer et al. βρέθηκε μηδενική επιβίωση για 171 ασθενείς με καρκίνο που παρουσίασαν αναμενόμενη ανακοπή και υποβλήθηκαν σε αναζωογόνηση (66).

Προχωρώντας στη φυσική κατάσταση των ασθενών με καρκίνο, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ασθενείς με χειρότερη λειτουργική κατάσταση παρουσιάζουν πιο άσχημη πρόγνωση μετά από ανακοπή. Η μελέτη των Vitelli et al. δεν εντόπισε συσχέτιση μεταξύ μεταστατικής νόσου και επιβίωσης μετά από καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, αλλά ανέδειξε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της λειτουργικής κατάστασης των ασθενών και της επιβίωσης (67). Πιο συγκεκριμένα, ασθενείς με κλίμακα Karnofsky  $\leq 50\%$  είχαν πιθανότητα επιβίωσης με εξιτήριο μόλις 2,3%, ενώ αυτοί με κλίμακα Karnofsky  $> 50\%$  είχαν πιθανότητα 17,5%. Τα δεδομένα αυτά συμβαδίζουν με ευρήματα από μη επιλεγμένους ασθενείς, ενισχύοντας την άποψη ότι η γενικότερη φυσική και λειτουργική κατάσταση των ασθενών επηρεάζει περισσότερο την επιβίωσή τους, παρά η παρουσία μεταστατικής νόσου (58,68). Επιπλέον, οι ασθενείς που εισήχθησαν σε ΜΕΘ και υποβλήθηκαν σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση παρουσίασαν πολύ μικρότερα ποσοστά επιβίωσης (2,2%) σε σχέση με αυτούς που νοσηλεύτηκαν σε θαλάμους (10,1%) (58).

Όσον αφορά τον παράγοντα της ηλικίας, η βιβλιογραφία δεν είναι τόσο επαρκής σχετικά με την επίδρασή της στην έκβαση της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης σε ογκολογικούς ασθενείς. Ωστόσο, σύμφωνα με τους Ebell και Afonso, η ηλικία άνω των 70 ετών στους μη επιλεγμένους ασθενείς συνδέεται με χαμηλότερη επιβίωση, με το ποσοστό να συγκρατείται στο 10,6% έναντι 17,2% (57), γεγονός που καταλήγει στο ότι η ηλικία ενδέχεται να επηρεάζει και την πρόγνωση των ογκολογικών ασθενών.

Στο σημείο αυτό, είναι βαρύνουσας σημασίας να αναφερθεί ότι η επιβίωση μετά από ανακοπή για τους ασθενείς με καρκίνο συνήθως καταγράφεται μέχρι το εξιτήριο από το νοσοκομείο. Ωστόσο, άλλοι σημαντικοί παράγοντες είναι η νευρολογική κατάσταση και η επιβίωση μετά το εξιτήριο. Τα δεδομένα είναι περιορισμένα, με μια μικρή αναδρομική μελέτη να δείχνει επιβίωση με εξιτήριο 9,6% και 6% επιβίωση στις 6 εβδομάδες από το

εξιτήριο (69), ενώ σε πιο πρόσφατη μελέτη με 133 ασθενείς που εισήχθησαν σε ΜΕΘ λόγω ανακοπής, τα ποσοστά επιβίωσης με καλή νευρολογική έκβαση (Cerebral Performance Categories 1 ή 2) ήταν 17%, ενώ η εξάμηνη επιβίωση ήταν 14% (62).

Ένα σημαντικό περιοριστικό στοιχείο στις κλινικές μελέτες που εξετάζουν την πρόγνωση των ασθενών με καρκίνο μετά από ανακοπή, το οποίο αναλύεται εκτενώς παρακάτω, είναι οι εντολές αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, οι οποίες συνήθως αφορούν ασθενείς με προχωρημένη νόσο ή επιβαρυσμένη κλινική κατάσταση, και ενδέχεται να υπερεκτιμούν την επιβίωση των υπολοίπων ασθενών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### Εντολή μη αναζωογόνησης (DNR)

#### 3.1 Από τις Πρώτες Οδηγίες έως τις Σύγχρονες Εντολές Αποφάσεων στο Τέλος της Ζωής

Η εξέλιξη της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (ΚΑΡΠΑ) στη μορφή που την γνωρίζουμε σήμερα, με συνδυασμό θωρακικών συμπίεσεων και εμφυσήσεων, ξεκινά το 1960. Πριν από αυτήν την περίοδο και ενώ είχαν δοκιμαστεί διάφορες τεχνικές για την υποστήριξη της αναπνοής, η προσθήκη των θωρακικών συμπίεσεων θεωρήθηκε κρίσιμη για την ενίσχυση της κυκλοφορίας του αίματος (70). Μετά το πέρασμα μίας πενταετίας, εκδόθηκαν οι πρώτες επίσημες οδηγίες για την ΚΑΡΠΑ από την Επιτροπή Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης της Εθνικής Ακαδημίας Επιστημών των ΗΠΑ (71).

Πιο αναλυτικά, η ΚΑΡΠΑ καθιερώθηκε αποσκοπώντας στην αναζωογόνηση των ασθενών που είχαν επαρκείς πιθανότητες επιβίωσης, δηλαδή αυτών που δεν βρισκόταν σε τελικό στάδιο ανίατης ασθένειας τη στιγμή της καρδιοαναπνευστικής ανακοπής. Στηρίχθηκε στην ιδέα ότι οι τεχνικές αναζωογόνησης μπορούν να αναστρέψουν αυτή την επείγουσα κατάσταση, υπό το πρίσμα ότι ήταν υγιείς πριν την ανακοπή. Ωστόσο, με την πάροδο των ετών, η ΚΑΡΠΑ εφαρμόστηκε σε όλους τους ασθενείς ανεξαρτήτως υποκείμενων παθήσεων, γεγονός που οδήγησε συχνά σε περιπτώσεις όπου η αναζωογόνηση δεν αποκαθιστούσε την υγεία, αλλά παρατείνονταν η ταλαιπωρία και ο θάνατος του ασθενούς (72-74).

Στα τέλη της δεκαετίας του 1960, αρκετοί γιατροί ξεκίνησαν να αμφισβητούν την εφαρμογή της ΚΑΡΠΑ σε όλες τις περιπτώσεις εφαρμόζοντας ημιτελείς προσπάθειες ή αποφεύγοντας την αναζωογόνηση όταν δεν υπήρχε πρόβλεψη για θετικό αποτέλεσμα (71,73). Αυτή η προσέγγιση δημιούργησε την ανάγκη για επίσημες στρατηγικές και νομικές ρυθμίσεις, ώστε οι γιατροί να μπορούν να λαμβάνουν αποφάσεις για την αναζωογόνηση, οι οποίες καταγράφονταν πλέον στον ιατρικό φάκελο των ασθενών. Ως εκ τούτου, το 1976 καθιερώθηκαν οι εντολές «do not resuscitate» (DNR), που έδιναν στους ασθενείς ή στους γιατρούς τη δυνατότητα να αποφασίσουν την αποφυγή αναζωογόνησης σε περίπτωση που αυτή κρινόταν μάταιη (71,75,76).

Πιο συγκεκριμένα, η εντολή μη αναζωογόνησης (Do Not Resuscitate - DNR) υποδηλώνει τη ρητή επιθυμία ενός ατόμου να παραιτηθεί από τα μέτρα διάσωσης σε περίπτωση απώλειας των αισθήσεων ή παύσης της καρδιακής ή αναπνευστικής λειτουργίας. Ελλείψει αυτής της οδηγίας, οι επαγγελματίες υγείας είναι υποχρεωμένοι να λάβουν μέτρα που αποσκοπούν στην αναζωογόνηση του ατόμου.

Οι τεχνικές εφαρμογής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης περιλαμβάνουν: Θωρακικές συμπίεσεις: όπως προαναφέρθηκε, η μέθοδος περιλαμβάνει επαναλαμβανόμενη συμπίεση του θώρακα για τη διατήρηση της κυκλοφορίας του αίματος σε όλο το σώμα μέχρι να αποκατασταθεί η φυσιολογική καρδιακή λειτουργία όταν η καρδιά παύσει να χτυπάει επαρκώς.

Διασωλήνωση: σε περιπτώσεις όπου η αναπνοή τίθεται σε κίνδυνο λόγω ασθένειας ή τραυματισμού, μπορεί να είναι απαραίτητη η διασωλήνωση. Η διαδικασία αυτή συνεπάγεται την εισαγωγή ενδοτραχειακού σωλήνα μέσω του στόματος στον αεραγωγό, διευκολύνοντας τον τεχνητό αερισμό μέσω σύνδεσης με αναπνευστήρα.

Καρδιοανάταξη: χρησιμοποιείται για τη διόρθωση μη φυσιολογικών καρδιακών ρυθμών, όπως αρρυθμίες και κολπική μαρμαρυγή και περιλαμβάνει τη χορήγηση ηλεκτρικού σοκ στην καρδιά μέσω ηλεκτροδίων ή τη χρήση φαρμάκων.

Ενδοφλέβια (IV) φάρμακα: ορισμένα φάρμακα, συμπεριλαμβανομένης της επινεφρίνης, και της αμιωδαρόνης χρησιμοποιούνται συνήθως σε συμβάντα επείγουσας αναζωογόνησης για την αποκατάσταση της καρδιακής λειτουργίας (77).

Επομένως, οι οδηγίες DNR διασφαλίζουν ότι σε περιπτώσεις καρδιοαναπνευστικής ανακοπής δεν θα εφαρμοστούν τα παραπάνω μέτρα, μειώνοντας τους κινδύνους ανεπιθύμητων τραυματισμών, όπως κατάγματα πλευρών, διατρήσεις πνευμόνων ή εγκεφαλική βλάβη από ανεπαρκή ροή αίματος (78-80).

Η εξέλιξη αυτών των εντολών οδήγησε τον Reverend Chuck Meyer, εν έτη 2000, στην εισαγωγή του όρου «allow natural death» (AND) , αποσκοπώντας να αντιπροτείνει ως εναλλακτική μία πιο θετική διατύπωση, βοηθώντας τον ασθενή και τους συγγενείς του να αποδεχτούν πιο εύκολα το αποτέλεσμα και να πάρουν πιο συνειδητές αποφάσεις (81,82).

### 3.2 Εντολή μη αναζωογόνησης και Νομοθεσία

Η προσέγγιση της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης και της αναστολής της διαφέρει σημαντικά μεταξύ των χωρών. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι επίσημες κατευθυντήριες γραμμές του Βρετανικού Ιατρικού Συμβουλίου απαιτούν από τον γιατρό να συζητήσει με τον ασθενή, για τον οποίο κρίνεται ακατάλληλη η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, ώστε να καταγράψει την εντολή DNACPR. Αν ο ασθενής διαφωνεί και ζητά να του παρασχεθεί αναζωογόνηση, η νομική θέση είναι ότι "δεν έχει κανένα δικαίωμα σε θεραπεία που θεωρείται κλινικά ακατάλληλη". Αντίθετα, αν ο ασθενής επιθυμεί την εντολή DNACPR και η αναζωογόνηση είναι ιατρικά ενδεδειγμένη, η νομική θέση είναι ότι "οι ενήλικες με πλήρη πνευματική διαύγεια έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία, ακόμη κι αν αυτή η άρνηση οδηγεί σε θάνατο" (83).

Ακολούθως, στις Ηνωμένες Πολιτείες, το ζήτημα συναντάται ακόμη πιο περίπλοκο, με την κάθε πολιτεία να υιοθετεί διαφορετικούς κανόνες. Στο σύνολο, η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία διατηρεί την πρακτική των εντολών DNAR, οι οποίες πρέπει να προσδιορίζουν σαφώς τις ενέργειες που πρέπει να ληφθούν σε περίπτωση απειλητικής κατάστασης για τη ζωή. Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει συζήτηση με τον ασθενή, τους συγγενείς του ή τον νόμιμο εκπρόσωπό του για τις επιθυμίες του σχετικά με την αναζωογόνηση (84).

Αντίστροφα με τα προαναφερθέντα, στην Ελλάδα η νομοθεσία δεν προβλέπει εντολές αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης. Σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Νόμος 3418/2005, άρθρο 29), σε περίπτωση τελικού σταδίου ανίατης ασθένειας, ο γιατρός οφείλει να σέβεται την αυτονομία του ασθενούς και τις επιθυμίες του, συνεργαζόμενος με τους οικείους του για την παροχή παρηγορητικής φροντίδας. Η επιθυμία του ασθενούς να καταλήξει δεν νομιμοποιεί την επιτάχυνση του θανάτου, ούτε υπάρχουν προβλέψεις για την αναστολή ιατρικών πράξεων, όπως η ΚΑΡΠΑ (85).

Οι αποφάσεις σχετικά με την εντολή DNR παραμένουν ασαφείς λόγω κοινωνικών και νομικών περιορισμών, γεγονός που δυσχεραίνει την εφαρμογή τους. Η έλλειψη σαφών κατευθυντήριων γραμμών και η περιορισμένη ενημέρωση των ασθενών οδηγούν σε καθυστερήσεις και ασυνέπειες στη λήψη αποφάσεων. Ειδικά στην ογκολογική φροντίδα, όπου οι αποφάσεις αυτές είναι συχνές λόγω της δυσμενούς

πρόγνωσης, εντείνεται η ανάγκη για συστηματική αντιμετώπιση (86,87). Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων ασθενών δείχνει να ανησυχεί για την αποτελεσματικότητα της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης και για τις πιθανές επιπλοκές, ενώ δεν είναι αμελητέο το ποσοστό αυτών που δεν γνωρίζουν επακριβώς τι περιλαμβάνει η εφαρμογή της. Συχνά, οι ηλικιωμένοι ασθενείς τείνουν να αποφεύγουν την ΚΑΡΠΑ, ιδιαίτερα όταν η πρόγνωση είναι δυσοίωνη, και προτιμούν να συζητούν με τους επαγγελματίες υγείας ώστε να κατανοήσουν καλύτερα τις επιλογές τους (88).

Σε αναλογία, μελέτη με τόπο διεξαγωγής την Ελλάδα αποκαλύπτει ότι οι ογκολογικοί ασθενείς συχνά δεν ενημερώνονται επαρκώς για τις επιλογές DNR. Παράλληλα, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι θα επιθυμούσαν να γνωρίζουν τις πιθανότητες επιτυχίας της ΚΑΡΠΑ και την επίδραση στην ποιότητα ζωής τους. Σημαντικός παράγοντας στη λήψη απόφασης ήταν η ανοιχτή επικοινωνία με τους γιατρούς τους, ενώ αρκετοί δήλωσαν ότι θα ήθελαν να συμμετέχουν περισσότερο στις σχετικές αποφάσεις. Η έρευνα υπογραμμίζει την ανάγκη για εξατομικευμένες συζητήσεις με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, ώστε να αποφεύγονται παρεμβάσεις που δεν συνάδουν με τις αξίες τους (89).

Όλα τα παραπάνω συντελούν στο γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν σημαντικές ηθικές προκλήσεις κατά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τις εντολές DNR. Παρά τις διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές, παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στις πρακτικές εφαρμογής τους στην Ελλάδα, οι οποίες επηρεάζονται από κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, τις στάσεις απέναντι στον θάνατο και τις νομικές διατάξεις. Η έλλειψη νομικών πλαισίων δημιουργεί αβεβαιότητα στους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι καλούνται να προβούν σε αποφάσεις βασισμένες σε ηθικές αρχές, όπως η αποφυγή πρόκλησης βλάβης και ο σεβασμός στην αυτονομία του ασθενούς (90). Είναι προφανές ότι οι αποφάσεις DNR απαιτούν μια συνεργατική προσέγγιση από διάφορους τομείς, με σωστή καθοδήγηση και ανοιχτό διάλογο ανάμεσα στους ασθενείς, τις οικογένειες και τους επαγγελματίες υγείας.

### 3.3 Διεπιστημονική Προσέγγιση στις Αποφάσεις DNR

#### 3.3.1 Συμμετοχή των Ιατρών

Στις χώρες όπου οι εντολές αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (DNR) είναι νομικά επιτρεπτές, ο θεράπων ιατρός έχει την ευθύνη να αναγνωρίσει τους ασθενείς, ιδιαίτερα τους ογκολογικούς, που πληρούν τα κριτήρια για αυτές τις εντολές. Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο γιατρός δεν υποχρεούται να χορηγήσει καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση αν την κρίνει ιατρικώς ακατάλληλη, εφόσον ο ασθενής δεν συμφωνεί, ούτε αν ο ασθενής την αρνείται (78).

Τα κριτήρια για την αναγνώριση των ασθενών με καρκίνο που είναι υποψήφιοι για εντολές DNR περιλαμβάνουν παράγοντες όπως η κακή λειτουργική κατάσταση, η πρόβλεψη της καρδιοαναπνευστικής ανακοπής, η αύξηση της έκτασης των μεταστάσεων και η συννοσηρότητα, όπως προχωρημένη ηλικία, υπόταση και σήψη (91). Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η συννοσηρότητα, συμπεριλαμβανομένων καταστάσεων όπως η γνωστική δυσλειτουργία και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, είναι καθοριστικός παράγοντας στην απόφαση για την εφαρμογή των εντολών DNR (92).

Ωστόσο, κάθε ιατρός μπορεί να προσεγγίσει διαφορετικά τη λήψη αυτών των αποφάσεων. Παράγοντες όπως η προσωπική εμπειρία του ιατρού στη φροντίδα ασθενών με τελικό στάδιο καρκίνου και η μεγαλύτερη ηλικία του έχουν συνδεθεί με αυξημένες πιθανότητες να επιλέξει την αναστολή της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης. Από την άλλη, η αρνητική στάση του ιατρού απέναντι στην αναστολή θεραπειών που διατηρούν τη ζωή μπορεί να οδηγήσει στην αποφυγή τέτοιων εντολών (93). Ο ιατρός έχει την ευθύνη για τη θεραπευτική αγωγή, αλλά ο ασθενής έχει το δικαίωμα να είναι ενημερωμένος για τις επιλογές του, συμπεριλαμβανομένων των εντολών DNR. Οι Reid et al. υποστηρίζουν ότι οι ιατροί οφείλουν να συζητούν τις επιλογές θεραπείας με τους ασθενείς, προτείνοντας τη συζήτηση εντολών DNR σε πρώιμο στάδιο της ασθένειας, όταν η αναζωογόνηση μπορεί ακόμη να θεωρηθεί κατάλληλη, ώστε να κατανοηθούν οι στόχοι της θεραπείας (94,95).

Η συζήτηση για την αναστολή της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης δεν είναι εύκολη και οι ιατροί συχνά φοβούνται ότι μπορεί να προκαλέσουν άγχος στους ασθενείς ή να αντιμετωπίσουν νομικές επιπλοκές. Η εκπαίδευση των ιατρών στις επικοινωνιακές δεξιότητες κατέχει κομβικό ρόλο στην ενίσχυση αυτών των συζητήσεων, καθώς η

κατάλληλη εκπαίδευση έχει αποδειχθεί ότι οδηγεί στον όλο και πιο ανοιχτό διάλογο με τους ασθενείς και σε καλύτερη καταγραφή σχετικών οδηγιών (96). Οι ίδιοι είναι αναγκαίο να γνωρίζουν ότι οι περισσότεροι ασθενείς επιθυμούν να συζητήσουν τις εντολές αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, ενώ έχουν ήδη συζητήσει το θέμα με τους συγγενείς τους (97,98). Συνεπώς, οι προσεγγίσεις αυτές προτείνεται να μην αναβάλλονται, ενώ ταυτόχρονα ενθαρρύνεται η επαρκής ενημέρωση και οι εξηγήσεις σχετικά με την αναζωογόνηση πριν την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο, ώστε να είναι πλήρως ενημερωμένοι (99).

### **3.3.2 Συμμετοχή των Νοσηλευτών**

Ο ρόλος των νοσηλευτών στις αποφάσεις σχετικά με τις εντολές DNR έχει αναδειχθεί ως ζήτημα βαρύνουσας σημασίας. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι νοσηλευτές είναι ενεργοί να συμμετέχουν σε αυτές τις συζητήσεις και προτείνουν μια συνεργασία πολλαπλών ειδικοτήτων για τη διαχείριση των αποφάσεων στο τέλος της ζωής (100). Ωστόσο, πολλοί από αυτούς αναφέρουν ανεπαρκή συνεργασία με τους ιατρούς και αντιφάσεις σχετικά με την συμμετοχή του οικογενειακού περιβάλλοντος στις αποφάσεις αυτές (101). Η εκπαίδευση τόσο του ιατρικού όσο και του νοσηλευτικού προσωπικού είναι κρίσιμη για την ενίσχυση της επικοινωνίας και τη βελτίωση της αυτής της συνεργασίας (102,103).

Είναι σύνηθες οι νοσηλευτές να αναπτύσσουν στενές σχέσεις με τους ασθενείς, ειδικά όταν οι τελευταίοι όντας καρκινοπαθείς παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα στο νοσοκομείο. Αυτή η σχέση τους επιτρέπει να ξεκινούν συζητήσεις σχετικά με τις εντολές αναστολής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης και να προσφέρουν πολύτιμη υποστήριξη στους ασθενείς και τις οικογένειές τους (104). Με τη συμμετοχή τους, η νοσηλευτική φροντίδα μπορεί να βελτιωθεί, ενώ η καλύτερη ενημέρωση και κατανόηση των παραμέτρων που οδηγούν στις αποφάσεις αυτές ενδέχεται να ενισχύσουν τη συνολική ποιότητα της φροντίδας (95,105).

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### Εισαγωγή

Ο καρκίνος είναι η δεύτερη κύρια αιτία θνησιμότητας παγκοσμίως, προκαλώντας περίπου 8.8 εκατομμύρια θανάτους το 2015, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας . Υπολογίζεται ότι ένας στους έξι θανάτους σε παγκόσμιο επίπεδο συνδέεται με τον καρκίνο (52). Παρά την πρόοδο στις ογκολογικές θεραπείες, οι οποίες έχουν βελτιώσει την επιβίωση των ασθενών, πολλοί από αυτούς φτάνουν στο τελικό στάδιο της ασθένειας, το οποίο είναι κυρίως παρηγορητικό. Σε αυτό το πλαίσιο, οι ιατροί και οι επαγγελματίες υγείας γενικότερα συχνά καλούνται να αντιμετωπίσουν ηθικά διλήμματα, με κύριο ερώτημα αν οι ασθενείς αυτοί θα πρέπει να υποβληθούν σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση σε περίπτωση ανακοπής.

Όπως αναλύθηκε προηγουμένως, τα στοιχεία δείχνουν ότι οι ασθενείς με καρκίνο έχουν χαμηλότερες πιθανότητες επιβίωσης μετά από καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση εντός νοσοκομείου (57,58,60,105). Αν και πολλοί ασθενείς ενδέχεται να ωφεληθούν από την αναζωογόνηση, η οποία μπορεί να μειώσει τη συνολική θνησιμότητα, όταν εφαρμόζεται σε ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου ή άλλες ανίατες ασθένειες, συνήθως προσφέρει μόνο παράταση της διαδικασίας του θανάτου και αυξάνει την ταλαιπωρία των ασθενών. Για τον λόγο αυτό, πολλές χώρες έχουν θεσπίσει κανόνες που προβλέπουν την αναστολή της εφαρμογής της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (όπως οι εντολές DNR, DNAR, DNACPR, AND) για ασθενείς στους οποίους δεν αναμένεται να προσφέρει κάποιο όφελος.

### Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει τα βιοηθικά διλήμματα που προκύπτουν για τους επαγγελματίες υγείας στις Μονάδες Χημειοθεραπείας σχετικά με την έναρξη ή την αναστολή της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης. Ειδικότερα, στόχος είναι να κατανοηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τη λήψη αποφάσεων, να αποτυπωθούν οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας, καθώς και να εξεταστούν οι ηθικές και επικοινωνιακές προκλήσεις που αντιμετωπίζονται κατά τη διαδικασία αυτή. Με τον τρόπο αυτό, η μελέτη αποσκοπεί στη συμβολή και στη δημιουργία αποτελεσματικότερων

πρακτικών και ηθικών κατευθυντήριων γραμμών για τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

### **Υλικό και Μέθοδος**

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε για την συγκέντρωση των στοιχείων είναι ποσοτική, με διάρκεια διεξαγωγής από τον Νοέμβριο 2024 έως τον Ιανουάριο 2025 και το ερευνητικό εργαλείο από το οποίο αντλήθηκαν οι πληροφορίες είναι ένα σταθμισμένο ερωτηματολόγιο 23 ερωτήσεων, οι οποίες κατανέμονται σε 5 ενότητες (παράρτημα). Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε δημογραφικές πληροφορίες των επαγγελματιών υγείας και στη συνέχεια, ερωτήσεις που αξιολόγησαν τα έτη εμπειρίας στον τομέα της υγείας και σε Μονάδες Χημειοθεραπείας, τη γνώση και την εκπαίδευση σχετικά με την Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ), καθώς και τις ηθικές τους απόψεις και αντιλήψεις για τη διαδικασία λήψης αποφάσεων σε ογκολογικούς ασθενείς.

Για τη στάθμιση και αξιολόγηση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου, εφαρμόστηκαν οι διαδικασίες της εσωτερικής συνάφειας και της αξιολόγησης μέσω επανεξέτασης (test-retest). Αυτές οι μέθοδοι εξασφάλισαν την εγκυρότητα, τη σταθερότητα και την επαναληψιμότητα των απαντήσεων των επαγγελματιών υγείας στο δείγμα.

Αρχικά, η εσωτερική συνάφεια των ερωτήσεων αξιολογήθηκε μέσω του συντελεστή Cronbach's alpha, ο οποίος μετρά την ομοιογένεια των απαντήσεων σε κάθε θεματική ενότητα του ερωτηματολογίου, με τιμή 0,82 υποδεικνύοντας υψηλή αξιοπιστία. Για την επαναληψιμότητα των απαντήσεων στο χρόνο, εφαρμόστηκε το test-retest σε δείγμα 20 επαγγελματιών υγείας με διάστημα δύο εβδομάδων μεταξύ των δύο εφαρμογών. Οι απαντήσεις των δύο εφαρμογών συγκρίθηκαν με συντελεστή συσχέτισης (Pearson) ο οποίος ανήλθε στο 0,87, επιβεβαιώνοντας την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ως προς τη σταθερότητά του. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν το ερωτηματολόγιο ως αξιόπιστο εργαλείο συλλογής δεδομένων, παρέχοντας έγκυρες πληροφορίες για τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα βιοηθικά διλήμματα της Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης σε Μονάδες Χημειοθεραπείας.

Ο πληθυσμός της παρούσας μελέτης αποτελείται από επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε Μονάδες Χημειοθεραπείας νοσοκομείων του Δημοσίου Τομέα στην περιοχή της Αθήνας. Η διαδικασία επιλογής του δείγματος σχεδιάστηκε ώστε να διασφαλίσει μια αντιπροσωπευτική ομάδα επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε δημόσιες μονάδες χημειοθεραπείας. Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν βάσει προκαθορισμένων κριτηρίων, όπως ο επαγγελματικός τους ρόλος, και συγκεκριμένα ιατροί και νοσηλευτές ανεξαρτήτως βαθμίδας και η ειδική εμπειρία σε μονάδες χημειοθεραπείας. Η επιλογή δεν ήταν απολύτως τυχαία, καθώς στόχος ήταν να συμπεριληφθούν επαγγελματίες με διαφορετικά επίπεδα βαθμίδων και ετών εμπειρίας, ώστε να καταγραφεί ένα ευρύ φάσμα απόψεων σχετικά με τη λήψη αποφάσεων για την ΚΑΡΠΑ.

Για τη μείωση της μεροληψίας στην επιλογή, οι προσκλήσεις συμμετοχής διανεμήθηκαν σε διάφορες δημόσιες μονάδες χημειοθεραπείας στην Αθήνα. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και ανώνυμη, διασφαλίζοντας ότι οι ερωτώμενοι μπορούσαν να εκφράσουν ελεύθερα τις ηθικές ανησυχίες και τις κλινικές τους εμπειρίες χωρίς εξωτερικές πιέσεις.

Σύμφωνα με τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν πριν τη διανομή του ερωτηματολογίου, ο πληθυσμός στόχος της μελέτης περιλάμβανε 87 Ιατρούς και 71 Νοσηλευτές, δηλαδή συνολικά 158 επαγγελματίες υγείας. Βάσει αυτού του πληθυσμού, το απαιτούμενο αντιπροσωπευτικό δείγμα, με περιθώριο σφάλματος 5%, υπολογίστηκε ότι αντιστοιχεί σε 113 άτομα. Εν τέλει, από τους 158 επαγγελματίες υγείας στους οποίους διανεμήθηκε το ερωτηματολόγιο, ανταποκρίθηκαν απαντώντας 121 άτομα, υπερκαλύπτοντας τον απαιτούμενο αριθμό δείγματος και προσφέροντας μια επαρκή και αξιόπιστη βάση για ανάλυση.

### **Στατιστική Ανάλυση**

Για τη διαδικασία ανάλυσης της παρούσας μελέτης, ακολουθήθηκε μια συστηματική μεθοδολογική προσέγγιση που εξασφάλισε την αξιόπιστη επεξεργασία και ερμηνεία των δεδομένων. Με τη χρήση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov ελέγχθηκαν οι κατανομές των ποσοτικών μεταβλητών ως προς την κανονικότητα της κατανομής τους. Για εκείνες που κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες

τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) για την περιγραφή τους, ενώ για εκείνες που δεν κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν επιπλέον και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartilerange). Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών.

Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney (όταν η κατανομή της μεταβλητής δεν ήταν κανονική). Για τη σύγκριση μεταξύ τριών ή περισσότερων ομάδων χρησιμοποιήθηκε αντίστοιχα ο μη παραμετρικός Kruskal-Wallis. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman ( $\rho$ ).

Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis, χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τη βαθμολογία ηθικών απόψεων και αντιλήψεων, την συχνότητα αντιμετώπισης του διλήμματος έναρξης ή αποφυγής ΚΑΡΠΑ σε ασθενή σε χημειοθεραπεία και τον βαθμό στον οποίο λαμβάνεται υπόψη η ποιότητα ζωής του ασθενούς πριν ληφθεί απόφαση για ΚΑΡΠΑ, από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης ( $\beta$ ) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Όταν η κατανομή τη εξαρτημένης δεν ήταν κανονική, χρησιμοποιήθηκε στις παλινδρομήσεις ο λογαριθμικός μετασχηματισμός αυτής. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 26.0.

Τέλος, τα αποτελέσματα της ανάλυσης ερμηνεύθηκαν σε συνδυασμό με τη σχετική βιβλιογραφία, ώστε να αναδειχθούν οι κύριες τάσεις και διαφοροποιήσεις που επηρεάζουν τη λήψη αποφάσεων για την εφαρμογή της Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης (ΚΑΡΠΑ). Τα στατιστικά ευρήματα συνδέθηκαν με ηθικές θεωρίες και πρακτικές δεοντολογίας, όπως αυτές περιγράφονται στη θεωρητική ενότητα της διπλωματικής. Με αυτόν τον τρόπο, κατέστη δυνατή η εξαγωγή ποιοτικών και ποσοτικών συμπερασμάτων, τα οποία προσφέρουν πολύτιμες πληροφορίες για τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε Μονάδες Χημειοθεραπείας, ενώ συμβάλλουν στη γενίκευση των αποτελεσμάτων για την υποστήριξη μελλοντικών παρεμβάσεων και εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Για τη διαμόρφωση μιας ολοκληρωμένης εικόνας σχετικά με τις απόψεις και τις εμπειρίες των επαγγελματιών υγείας στην απόφαση έναρξης της ΚΑΡΠΑ, αρχικά παρουσιάζονται συνοπτικά τα αποτελέσματα που προέκυψαν από το ερωτηματολόγιο. Αυτά παρέχουν μια πρώτη κατανόηση των τάσεων και των προτιμήσεων που επικρατούν στην πρακτική εφαρμογή της ΚΑΡΠΑ, όπως και των παραγόντων που επηρεάζουν τις σχετικές αποφάσεις.

Στη συνέχεια, παρατίθεται μια λεπτομερή ανάλυση των δεδομένων μέσω συγκρίσεων στατιστικής σημαντικότητας. Αυτές οι συγκρίσεις επιτρέπουν την εμβάθυνση στα ευρήματα, αποκαλύπτοντας πιθανούς συσχετισμούς μεταξύ μεταβλητών, όπως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, οι επαγγελματικές εμπειρίες, και οι αντιλήψεις για κρίσιμες παραμέτρους όπως η ποιότητα ζωής και η υποστήριξη από την ομάδα. Με αυτόν τον τρόπο, αναδεικνύονται όχι μόνο τα βασικά μοτίβα που επικρατούν, αλλά και οι παράγοντες που ενδεχομένως διαφοροποιούν τις αντιλήψεις και συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας.

## Αποτελέσματα

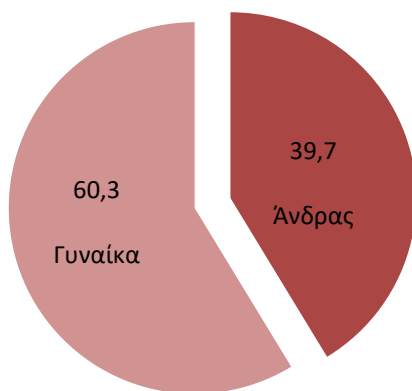
### Χαρακτηριστικά των ασθενών της μελέτης

Το δείγμα αποτελούταν από 121 επαγγελματίες υγείας, το 60,3% των οποίων ήταν γυναίκες. Το 49,6% ανήκε στην ηλικιακή κατηγορία 21 έως 40 ετών, το 33,9% στην κατηγορία 41 έως 50, το 9,1% ήταν μεταξύ 20 και 30 ετών και το 7,4% ήταν 51 ετών ή μεγαλύτεροι. Πάνω από τους μισούς, το 58,7%, ήταν νοσηλευτές. Επίσης, τα έτη προϋπηρεσίας στον τομέα της υγείας ήταν 11-20 για το 35,5%, 6-10 για το 30,6%, 21 ή περισσότερα για το 21,5% και 0 έως 5 για το 12,4%. Συγκεκριμένα σε μονάδες χημειοθεραπείας το 39,7% εργαζόταν 6 έως 10 έτη, το 25,6% 11 έτη ή παραπάνω και το 24,8% 3 έως 5 έτη. Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται αναλυτικά τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

*Πίνακας 3: Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων*

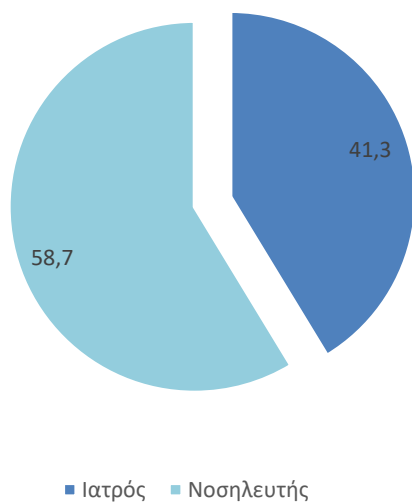
		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Φύλο</b>	Άνδρας	48	39,7
	Γυναίκα	73	60,3
<b>Ηλικία</b>	20-30	11	9,1
	31-40	60	49,6
	41-50	41	33,9
	51+	9	7,4
<b>Ειδικότητα</b>	Ιατρός	50	41,3
	Νοσηλευτής	71	58,7
<b>Χρόνια εμπειρίας στον τομέα υγείας</b>	0-5	15	12,4
	6-10	37	30,6
	11-20	43	35,5
	21+	26	21,5
<b>Εμπειρία σε Μονάδες Χημειοθεραπείας (σε χρόνια)</b>	0-2	12	9,9
	3-5	30	24,8
	6-10	48	39,7
	11+	31	25,6

Δίνεται το γράφημα για το φύλο των συμμετεχόντων,



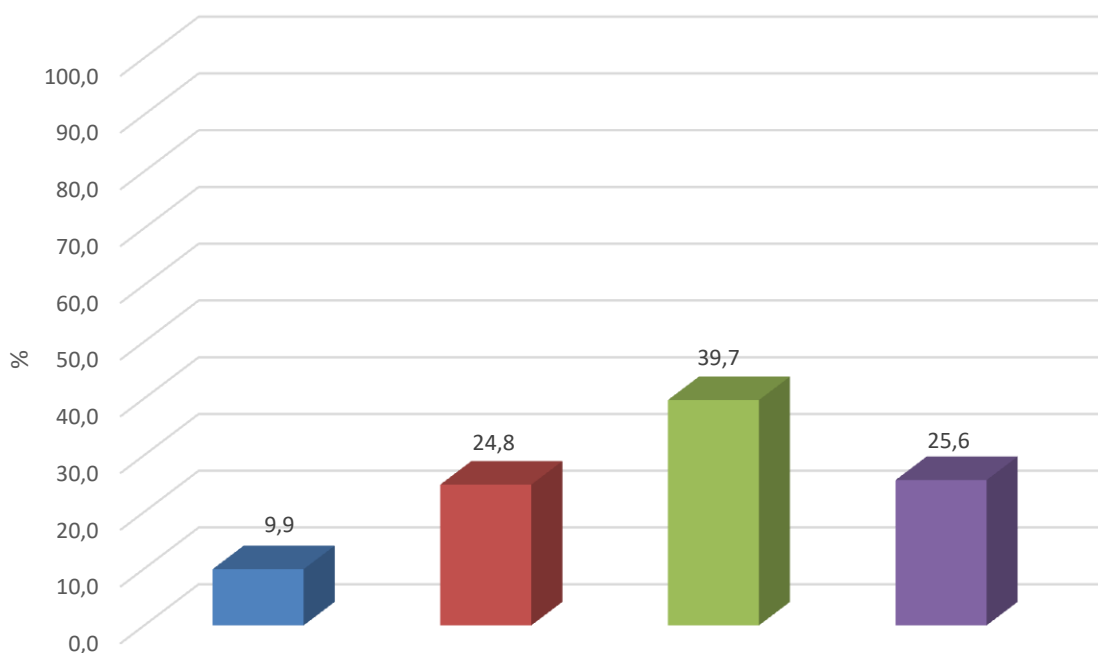
*Εικόνα 1: Φύλο συμμετεχόντων*

καθώς και το γράφημα για την ειδικότητά τους.



*Εικόνα 2: Ειδικότητα συμμετεχόντων*

Στην συνέχεια, το γράφημα για τα έτη προϋπηρεσίας σε Μονάδες Χημειοθεραπείας.



*Εικόνα 3: Εμπειρία σε Μονάδες Χημειοθεραπείας σε χρόνια*

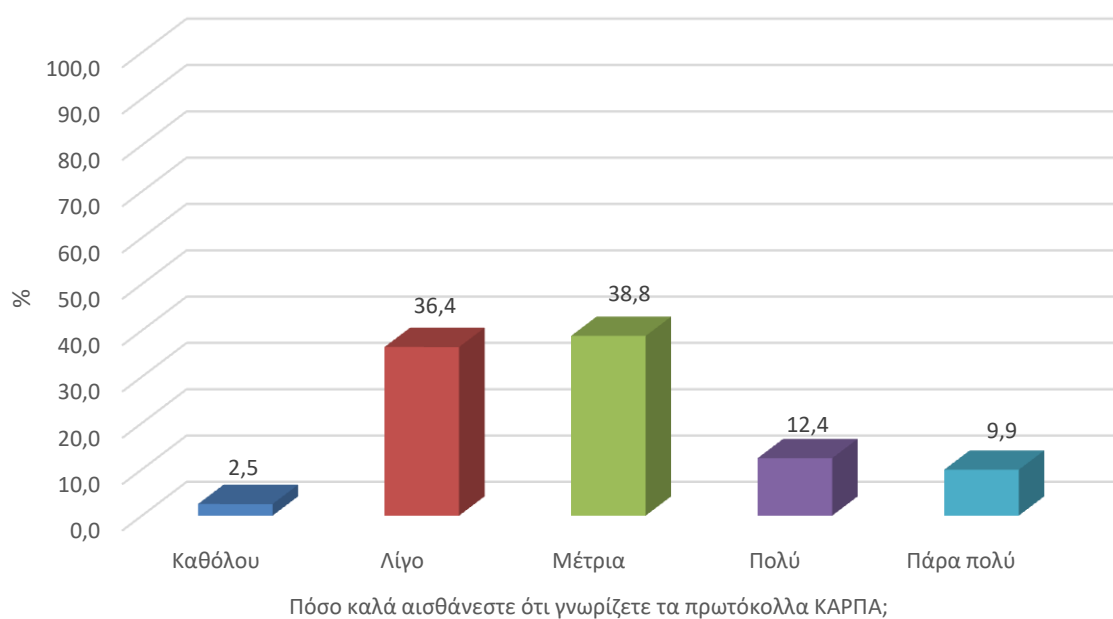
### **Γνώση και Εκπαίδευση στην ΚΑΡΠΑ**

Παρακάτω παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ενότητα γνώσης και εκπαίδευσης στην ΚΑΡΠΑ του ερωτηματολογίου (παράρτημα). Μόνο το 12,4% αισθάνονταν ότι γνώριζε πολύ καλά τα πρωτόκολλα ΚΑΡΠΑ, ενώ ακόμα χαμηλότερο και ίσο με 9,9% ήταν το ποσοστό όσων αισθάνονταν ότι τα γνώριζαν πάρα πολύ καλά. Εκπαίδευση σχετικά με την ΚΑΡΠΑ είχε το 68,6% και σε θέματα Βιοιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας είχε το 43,8%. Το 10,7% συμμετείχε συχνά σε σχετικά εκπαιδευτικά σεμινάρια και το 52,9% πιο σπάνια. Σε πραγματικά περιστατικά ΚΑΡΠΑ σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία συμμετείχαν μερικές φορές το 43,8%, συχνά το 29,8% και πάντα μόλις το 2,5%.

**Πίνακας 4: Γνώση και Εκπαίδευση σχετικά με την ΚΑΡΠΑ**

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Πόσο καλά αισθάνεστε ότι γνωρίζετε τα πρωτόκολλα ΚΑΡΠΑ;</b>	Καθόλου	3	2,5
	Λίγο	44	36,4
	Μέτρια	47	38,8
	Πολύ	15	12,4
	Πάρα πολύ	12	9,9
<b>Έχετε λάβει εκπαίδευση στην ΚΑΡΠΑ;</b>	Όχι	38	31,4
	Ναι	83	68,6
<b>Πόσο συχνά συμμετέχετε σε εκπαιδευτικά σεμινάρια για την ΚΑΡΠΑ;</b>	Ποτέ	44	36,4
	Σπάνια	64	52,9
	Συχνά	13	10,7
<b>Έχετε λάβει εκπαίδευση σε θέματα Βιοιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας;</b>	Όχι	68	56,2
	Ναι	53	43,8
<b>Πόσο συχνά έχετε εμπλακεί σε πραγματικά περιστατικά ΚΑΡΠΑ σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία;</b>	Ποτέ	12	9,9
	Σπάνια	17	14,0
	Μερικές φορές	53	43,8
	Συχνά	36	29,8
	Πάντα	3	2,5

Εν συνεχεία, παρατίθεται το γράφημα σχετικά με την γνώση της ΚΑΡΠΑ.



**Εικόνα 4: Γνώση της ΚΑΡΠΑ**

Ομοίως, το γράφημα για την λήψη εκπαίδευσης στην ΚΑΡΠΑ.



**Εικόνα 5: Εκπαίδευση στην ΚΑΡΠΑ**

## Ηθικές Απόψεις και Αντιλήψεις

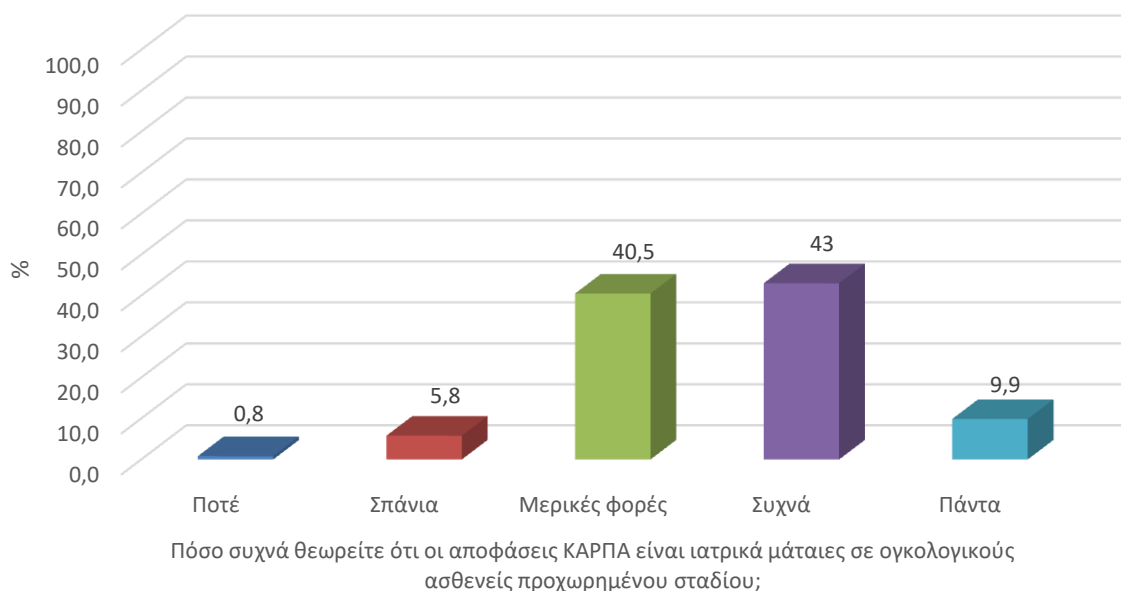
Ακολούθως περιγράφονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ενότητα 3 σχετικά με τις ηθικές απόψεις και αντιλήψεις. Το 20,7% θεωρούσε πως οι ογκολογικοί ασθενείς που υπόκεινται σε χημειοθεραπεία θα πρέπει συχνά να έχουν πρόσβαση σε ΚΑΡΠΑ και το 10,7% πως θα έπρεπε να έχουν πάντα. Επίσης, το 57,9% αισθάνονταν συχνά ότι οι αποφάσεις για ΚΑΡΠΑ προκαλούν προσωπικά ηθικά διλήμματα, γεγονός που για το 3,3% συνέβαινε πάντα. Το 39,7% έβρισκε πολύ σημαντικό και το 19,8% πάρα πολύ σημαντικό τον σεβασμό της επιθυμίας του ασθενούς σε αποφάσεις ΚΑΡΠΑ ενώ το 43% τις αξιολογούσε συχνά ως ιατρικά μάταιες σε ογκολογικούς ασθενείς προχωρημένου σταδίου, ενώ το 9,9% πίστευε ότι αυτό συμβαίνει πάντα. Η ιατρική ματαιότητα επηρεάζει την απόφαση για ΚΑΡΠΑ πολύ για το 14,9% και πάρα πολύ για το 5,8%. Τα αντίστοιχα ποσοστά για μικρή επιδείνωση της υγείας ήταν 3,3% και 0,8%. Όταν υπάρχει μέτρια επιδείνωση 15,7% και 0,8%, για σοβαρή αυξάνονται σε 30,6% και 9,9%, ενώ για τελικό στάδιο της νόσου είναι ίσα με 11,6% και 32,2%.

*Πίνακας 5: Ηθικές απόψεις και αντιλήψεις των συμμετεχόντων σχετικά με την εφαρμογή της ΚΑΡΠΑ*

		N	%
<b>Θεωρείτε ότι οι ογκολογικοί ασθενείς που υπόκεινται σε χημειοθεραπεία θα πρέπει πάντα να έχουν πρόσβαση σε ΚΑΡΠΑ;</b>	Ποτέ	3	2,5
	Σπάνια	31	25,6
	Μερικές φορές	49	40,5
	Συχνά	25	20,7
	Πάντα	13	10,7
<b>Πόσο συχνά αισθάνεστε ότι οι αποφάσεις για ΚΑΡΠΑ προκαλούν προσωπικά ηθικά διλήμματα;</b>	Ποτέ	8	6,6
	Σπάνια	13	10,7
	Μερικές φορές	26	21,5
	Συχνά	70	57,9
	Πάντα	4	3,3
<b>Πόσο σημαντικός είναι ο σεβασμός της επιθυμίας του ασθενούς σε αποφάσεις ΚΑΡΠΑ;</b>	Καθόλου	4	3,3
	Λίγο	7	5,8
	Μέτρια	38	31,4

	Πολύ	48	39,7
	Πάρα πολύ	24	19,8
<b>Πόσο συχνά θεωρείτε ότι οι αποφάσεις ΚΑΡΠΑ είναι ιατρικά μάταιες σε ογκολογικούς ασθενείς προχωρημένου σταδίου;</b>	Ποτέ	1	0,8
	Σπάνια	7	5,8
	Μερικές φορές	49	40,5
	Συχνά	52	43,0
	Πάντα	12	9,9
<b>Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι η ιατρική ματαιότητα επηρεάζει την απόφαση για ΚΑΡΠΑ;</b>	Καθόλου	6	5,0
	Λίγο	43	35,5
	Μέτρια	47	38,8
	Πολύ	18	14,9
	Πάρα πολύ	7	5,8
<b>Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι η ιατρική ματαιότητα επηρεάζει την απόφαση για ΚΑΡΠΑ, όταν υπάρχει μικρή επιδείνωση της υγείας του ασθενούς;</b>	Καθόλου	3	2,5
	Λίγο	98	81,0
	Μέτρια	15	12,4
	Πολύ	4	3,3
	Πάρα πολύ	1	0,8
<b>Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι η ιατρική ματαιότητα επηρεάζει την απόφαση για ΚΑΡΠΑ, όταν υπάρχει μέτρια επιδείνωση της υγείας του ασθενούς;</b>	Καθόλου	1	0,8
	Λίγο	70	57,9
	Μέτρια	30	24,8
	Πολύ	19	15,7
	Πάρα πολύ	1	0,8
<b>Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι η ιατρική ματαιότητα επηρεάζει την απόφαση για ΚΑΡΠΑ, όταν υπάρχει σοβαρή επιδείνωση της υγείας του ασθενούς;</b>	Καθόλου	0	0,0
	Λίγο	16	13,2
	Μέτρια	56	46,3
	Πολύ	37	30,6
	Πάρα πολύ	12	9,9
<b>Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι η ιατρική ματαιότητα επηρεάζει την απόφαση για ΚΑΡΠΑ, όταν ο ασθενής βρίσκεται σε τελικό στάδιο της νόσου;</b>	Καθόλου	0	0,0
	Λίγο	2	1,7
	Μέτρια	66	54,5
	Πολύ	14	11,6
	Πάρα πολύ	39	32,2

Παρακάτω αντικατοπτρίζεται το γράφημα των απαντήσεων σχετικά με την ερώτηση «Πόσο συχνά θεωρείτε ότι οι αποφάσεις ΚΑΡΠΑ είναι ιατρικά μάταιες σε ογκολογικούς ασθενείς προχωρημένου σταδίου;».



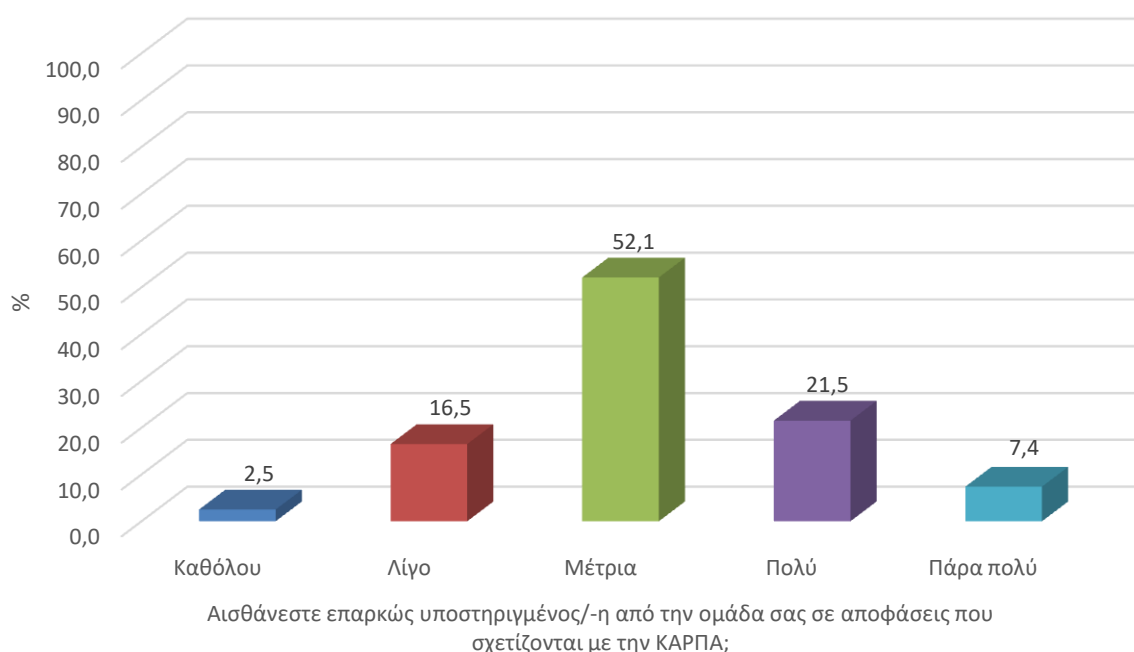
**Εικόνα 6:** Η Ιατρική Μαιαιότητα στις αποφάσεις εφαρμογή της ΚΑΡΠΑ.

### **Απόψεις και Εμπειρίες για την Απόφαση Έναρξης ΚΑΡΠΑ**

Παρατίθενται, ακολούθως, οι απαντήσεις σχετικά με τις απόψεις και εμπειρίες για την απόφαση έναρξης ΚΑΡΠΑ (ενότητα 4<sup>η</sup>). Το 20,7% βρισκόταν συχνά, και το 5% πάντα, σε θέση να ξεκινήσει ή να αποφύγει την ΚΑΡΠΑ σε ασθενή σε χημειοθεραπεία. Επιπλέον, το 13,2% πίστευε σε μεγάλο βαθμό, και το 6,6% σε πολύ μεγάλο βαθμό, πως λαμβάνεται υπόψη η ποιότητα ζωής του ασθενούς πριν ληφθεί απόφαση για ΚΑΡΠΑ στην κλινική στην οποία εργάζονταν. Τέλος, το 21,5% αισθανόταν πως είχε πολύ, και το 7,4% πάρα πολύ επαρκή υποστήριξη από την ομάδα του σε αποφάσεις που σχετίζονται με την ΚΑΡΠΑ.

**Πίνακας 6:** Απόψεις και Εμπειρίες για την Απόφαση Έναρξης ΚΑΡΠΑ

		N	%
<b>Έχετε βρεθεί ποτέ σε θέση να ξεκινήσετε ή να αποφύγετε την ΚΑΡΠΑ σε ασθενή σε χημειοθεραπεία;</b>	Ποτέ	11	9,1
	Σπάνια	15	12,4
	Μερικές φορές	64	52,9
	Συχνά	25	20,7
	Πάντα	6	5,0
<b>Σε ποιο βαθμό λαμβάνεται υπόψη η ποιότητα ζωής του ασθενούς πριν ληφθεί απόφαση για ΚΑΡΠΑ στην κλινική στην οποία εργάζεστε;</b>	Καθόλου	4	3,3
	Λίγο	58	47,9
	Μέτρια	35	28,9
	Πολύ	16	13,2
	Πάρα πολύ	8	6,6
<b>Αισθάνεστε επαρκώς υποστηριγμένος/-η από την ομάδα σας σε αποφάσεις που σχετίζονται με την ΚΑΡΠΑ;</b>	Καθόλου	3	2,5
	Λίγο	20	16,5
	Μέτρια	63	52,1
	Πολύ	26	21,5
	Πάρα πολύ	9	7,4



**Εικόνα 7:** Αίσθημα υποστήριξης για αποφάσεις σχετικές με την ΚΑΡΠΑ

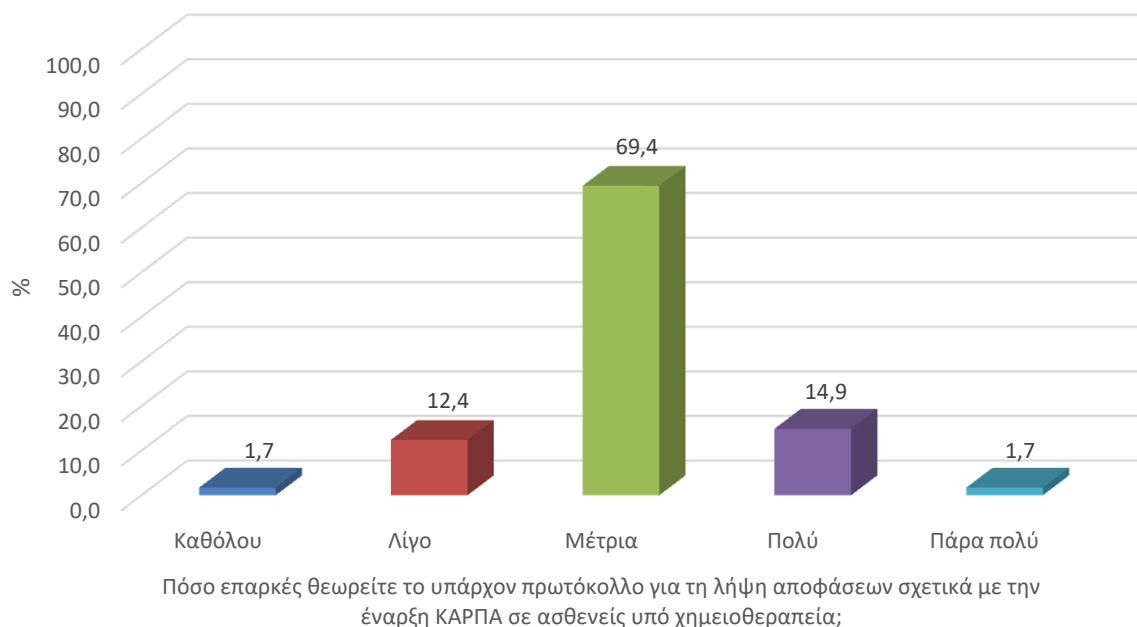
## Βιοηθικά Διλήμματα

Προχωρώντας με τις απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα βιοηθικά διλήμματα (ενότητα 5<sup>η</sup>), αρχικά για την λήψη αποφάσεων ΚΑΡΠΑ, το 70,2% θεωρούσε πως έπρεπε να υπάρχει ισορροπία μεταξύ ιατρικής ομάδας και ασθενή και όταν ο ασθενής δεν μπορεί να εκφράσει επιθυμία, η απόφαση να ανήκει στην οικογένεια και την ιατρική ομάδα, σύμφωνα με το 64,5%. Το 69,4% έβρισε μέτρια την επάρκεια του υπάρχοντος πρωτοκόλλου για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την έναρξη ΚΑΡΠΑ σε ασθενείς υπό χημειοθεραπεία, το 14,9% το χαρακτήρισε πολύ επαρκές και μόλις το 1,7% πάρα πολύ επαρκές. Τέλος, το 37,2% πίστευε πως υπάρχει κενό στη βιοηθική πολιτική γύρω από την έναρξη ΚΑΡΠΑ σε ασθενείς που βρίσκονται υπό χημειοθεραπεία, και για το 5,8% το κενό αυτό ήταν πάρα πολύ μεγάλο.

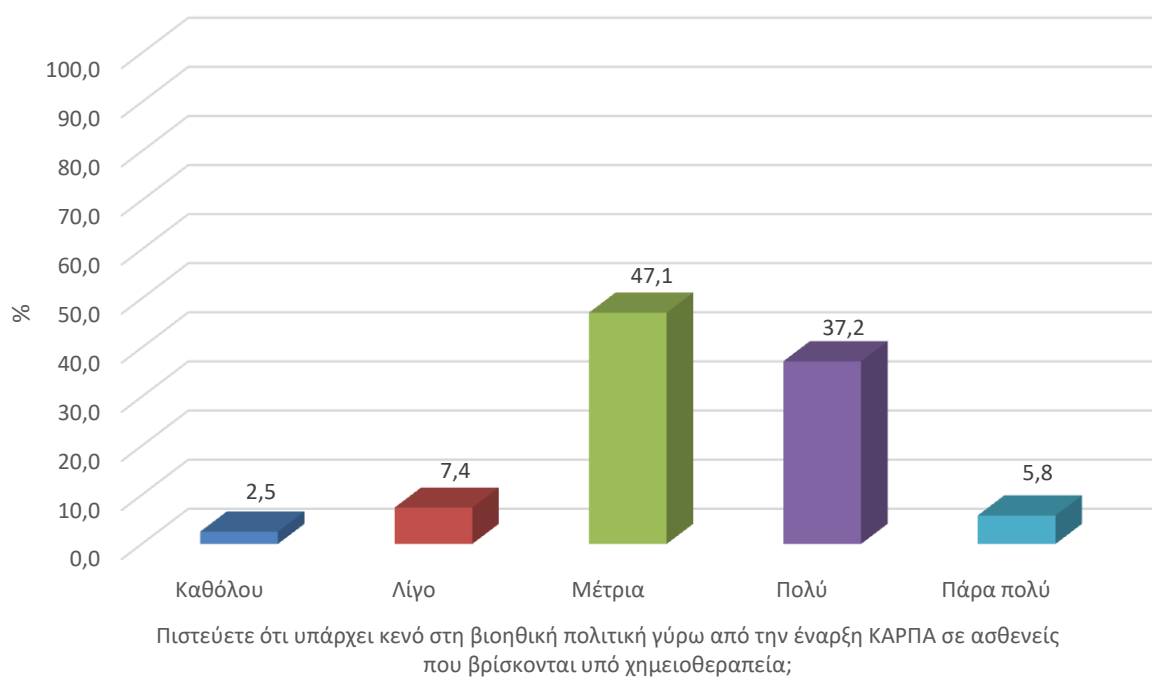
**Πίνακας 7:** Βιοηθικά διλήμματα σχετικά με την εφαρμογή της ΚΑΡΠΑ

		N	%
<b>Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι οι αποφάσεις για ΚΑΡΠΑ θα πρέπει να λαμβάνονται από την ιατρική ομάδα ή τον ίδιο τον ασθενή;</b>	Αποκλειστικά από την Ιατρική ομάδα	6	5,0
	Κυρίως από την Ιατρική ομάδα	16	13,2
	Ισορροπία μεταξύ Ιατρικής ομάδας και ασθενή	85	70,2
	Κυρίως από τον ασθενή	13	10,7
	Αποκλειστικά από τον ασθενή	1	0,8
<b>Σε περιπτώσεις που ο ασθενής δεν μπορεί να εκφράσει επιθυμία, σε ποιον πιστεύετε ότι ανήκει η απόφαση για ΚΑΡΠΑ;</b>	Στην οικογένεια	17	14,0
	Στην ιατρική ομάδα	26	21,5
	Και στους 2	78	64,5
<b>Πόσο επαρκές θεωρείτε το υπάρχον πρωτόκολλο για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την έναρξη ΚΑΡΠΑ σε ασθενείς υπό χημειοθεραπεία;</b>	Καθόλου	2	1,7
	Λίγο	15	12,4
	Μέτρια	84	69,4
	Πολύ	18	14,9
	Πάρα πολύ	2	1,7
<b>Πιστεύετε ότι υπάρχει κενό στη βιοηθική πολιτική γύρω από την έναρξη ΚΑΡΠΑ σε ασθενείς που βρίσκονται υπό χημειοθεραπεία;</b>	Καθόλου	3	2,5
	Λίγο	9	7,4
	Μέτρια	57	47,1
	Πολύ	45	37,2
	Πάρα πολύ	7	5,8

Αντίστοιχα, ακολουθεί το γράφημα για την αξιολόγηση του πρωτοκόλλου λήψης αποφάσεων σχετικά με την έναρξη ΚΑΡΠΑ σε ασθενείς υπό χημειοθεραπεία, καθώς και το γράφημα για κενό στη βιοηθική πολιτική γύρω από την έναρξη ΚΑΡΠΑ στους ίδιους ασθενείς.



**Εικόνα 8:** Αξιολόγηση του πρωτοκόλλου λήψης αποφάσεων σχετικά με την έναρξη ΚΑΡΠΑ σε ασθενείς υπό χημειοθεραπεία



**Εικόνα 9:** Αξιολόγηση της Βιοηθικής πολιτικής σχετικά με την εφαρμογή της ΚΑΡΠΑ

Από τις ερωτήσεις της ενότητας 3 υπολογίστηκε ένα συνολικό σκορ ηθικών απόψεων και αντιλήψεων ως μέσος όρος των επιμέρους ερωτήσεων (και αφού έγινε αντιστροφή της δεύτερης και τέταρτης ερώτησης). Η βαθμολογία στη διάσταση αυτή κυμαινόταν από 2,2 έως 4,2 μονάδες με μέση τιμή 3 μονάδες (SD=0,5). Ο συντελεστής αξιοπιστίας ήταν 0,75 σε αυτή τη διάσταση, μεγαλύτερος από 0,7 υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία.

**Πίνακας 8:** Συνολικό σκορ των ηθικών απόψεων και αντιλήψεων

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)
<b>Σκορ ηθικών απόψεων και αντιλήψεων</b>	2,2	4,2	3 (0,5)	2,8 (2,6 – 3,4)

Στη συνέχεια, ελέγχθηκε η βαθμολογία στη διάσταση αυτή με βάση τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Σημαντική βρέθηκε η διαφορά ανάλογα με την ηλικία με τους συμμετέχοντες που ήταν άνω των 40 ετών να είναι πιο θετικοί στη διενέργεια ΚΑΡΠΑ, σε σχέση με όσους ήταν 20 – 40 ετών και ανάλογα με την λήψη εκπαίδευσης για ΚΑΡΠΑ, με όσους είχαν λάβει τέτοιου είδους εκπαίδευση είναι πιο θετικοί στη διενέργεια της, σε σχέση με όσους δεν είχαν λάβει.

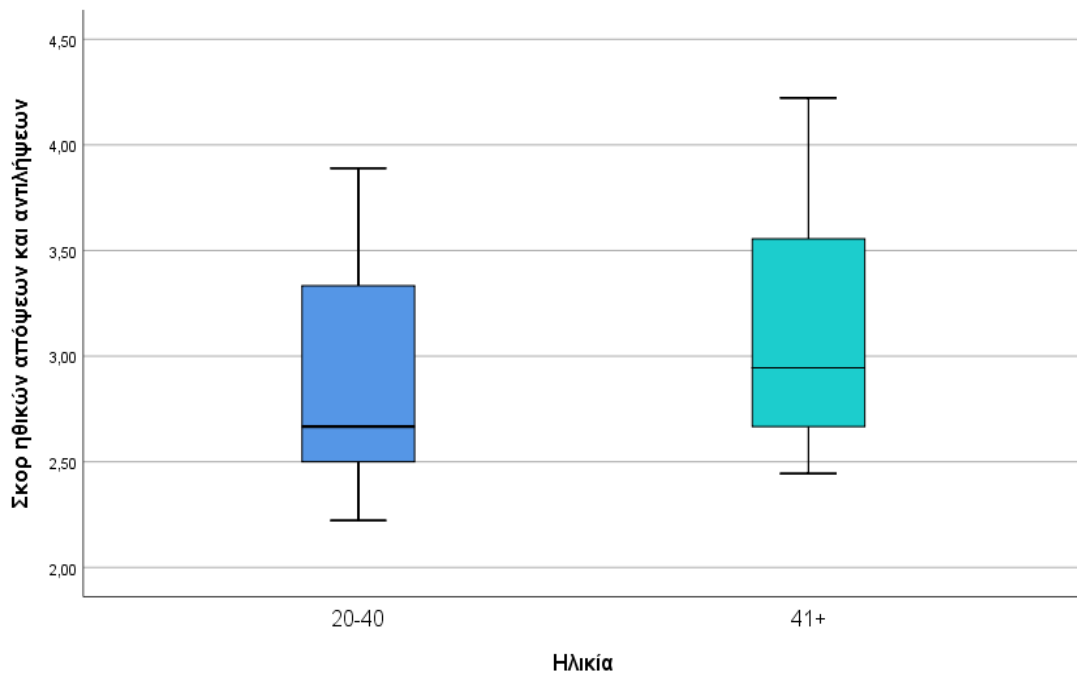
**Πίνακας 9:** Ηθικών απόψεων και αντιλήψεων ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

		Σκορ ηθικών απόψεων και αντιλήψεων		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
<b>Φύλο</b>	Άνδρας	2,9 (0,5)	2,7 (2,6 – 3,4)	0,259+
	Γυναίκα	3 (0,5)	2,8 (2,6 – 3,4)	
<b>Ηλικία</b>	20-40	2,9 (0,5)	2,7 (2,4 – 3,3)	<b>0,037+</b>
	41+	3,1 (0,5)	2,9 (2,7 – 3,6)	
<b>Ειδικότητα</b>	Ιατρός	3 (0,5)	2,9 (2,7 – 3,3)	0,271+
	Νοσηλεύτης	2,9 (0,5)	2,7 (2,6 – 3,4)	
<b>Χρόνια εμπειρίας στον τομέα υγείας:</b>	0-5	3,1 (0,6)	3,2 (2,4 – 3,6)	0,070++
	6-10	3 (0,4)	2,8 (2,7 – 3,4)	
	11-20	2,8 (0,5)	2,7 (2,4 – 3)	
	21+	3 (0,5)	2,8 (2,7 – 3,6)	
<b>Εμπειρία σε Μονάδες Χημειοθεραπείας (σε χρόνια)</b>	0-5	3 (0,5)	3 (2,6 – 3,4)	0,419++
	6-10	2,9 (0,4)	2,7 (2,6 – 3,1)	
	11+	2,9 (0,5)	2,7 (2,6 – 3,3)	

Έχετε λάβει εκπαίδευση στην ΚΑΡΠΑ;	Όχι	2,7 (0,4)	2,6 (2,4 – 2,7)	<0,001+
	Ναι	3,1 (0,5)	3 (2,7 – 3,4)	

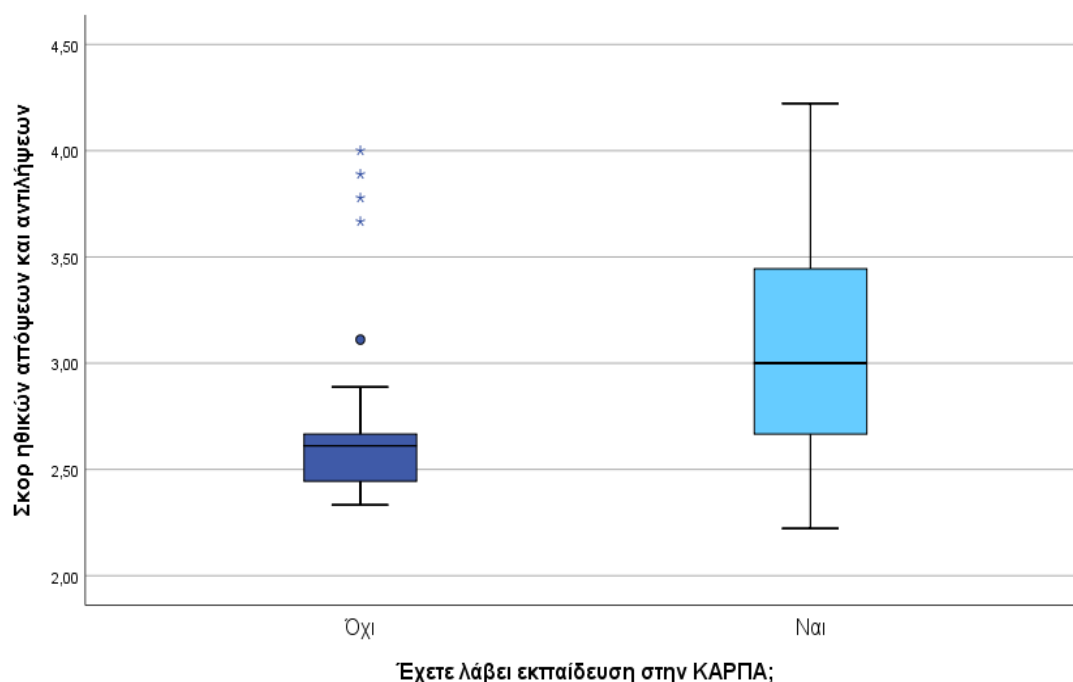
\*+Mann-Whitney test ++Kruskal-Wallis test

Έπεται το γράφημα της βαθμολογίας για τις ηθικές απόψεις και αντιλήψεις ανάλογα με την ηλικία.



*Εικόνα 10: Ηθικές απόψεις και αντιλήψεις ανάλογα με την ηλικία*

Ακολουθεί και το γράφημα της βαθμολογίας για τις ηθικές απόψεις και αντιλήψεις ανάλογα με την λήψη εκπαίδευσης σε ΚΑΡΠΑ.



**Εικόνα 11:** Ηθικές απόψεις και αντιλήψεις ανάλογα με την λήψη εκπαίδευσης σε ΚΑΡΠΑ.

Αντίστοιχα ελέγχθηκαν οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της ενότητας 4 σχετικά με τις απόψεις και τις εμπειρίες στην απόφαση έναρξης ΚΑΡΠΑ, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και την εκπαίδευσή τους για ΚΑΡΠΑ. Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις της ενότητας αυτής κυμαίνονταν από 1 έως 5 μονάδες και υψηλότερες τιμές αντιστοιχούν σε πιο συχνή αντιμετώπιση έναρξης ή αποφυγής ΚΑΡΠΑ, απόδοση μεγαλύτερης σημασίας στην ποιότητα ζωής του ασθενούς πριν την έναρξη της και μεγαλύτερη λήψη υποστήριξης από την ομάδα σε αποφάσεις σχετικά με την ΚΑΡΠΑ.

Η βαθμολογία στην ερώτηση σχετικά με την συχνότητα εύρεσης σε θέση έναρξης ή αποφυγής ΚΑΡΠΑ σε ασθενή σε χημειοθεραπεία βρέθηκε να σχετίζεται με την ειδικότητα και την λήψη εκπαίδευσης για ΚΑΡΠΑ. Οι γιατροί και όσοι είχαν λάβει εκπαίδευση ΚΑΡΠΑ αντιμετώπιζαν λιγότερο συχνά αυτό το δίλημμα, σε σχέση με τους νοσηλευτές και όσους δεν είχαν λάβει εκπαίδευση αντίστοιχα.

**Πίνακας 10:** Απόφαση έναρξης ή αποφυγής της ΚΑΡΠΑ ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και την εκπαίδευσή τους για ΚΑΡΠΑ

		Έχετε βρεθεί ποτέ σε θέση να ξεκινήσετε ή να αποφύγετε την ΚΑΡΠΑ σε ασθενή σε χημειοθεραπεία;		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
<b>Φύλο</b>	Άνδρας	3 (0,9)	3 (3 – 3)	0,908+
	Γυναίκα	3 (1)	3 (3 – 4)	
<b>Ηλικία</b>	20-40	3,1 (0,9)	3 (3 – 4)	0,108+
	41+	2,8 (1)	3 (2 – 3)	
<b>Ειδικότητα</b>	Ιατρός	2,7 (0,8)	3 (2 – 3)	<b>0,003+</b>
	Νοσηλεύτης	3,2 (1)	3 (3 – 4)	
<b>Χρόνια εμπειρίας στον τομέα υγείας:</b>	0-5	3,1 (1,2)	3 (2 – 4)	0,581++
	6-10	2,9 (0,9)	3 (3 – 3)	
	11-20	3,1 (0,9)	3 (3 – 4)	
	21+	2,9 (0,9)	3 (3 – 3)	
<b>Εμπειρία σε Μονάδες Χημειοθεραπείας (σε χρόνια)</b>	0-5	3,1 (1,1)	3 (2 – 4)	0,881++
	6-10	3 (0,8)	3 (3 – 3,5)	
	11+	2,9 (0,9)	3 (3 – 3)	
<b>Έχετε λάβει εκπαίδευση στην ΚΑΡΠΑ;</b>	Όχι	3,4 (0,7)	3 (3 – 4)	<b>0,001+</b>
	Ναι	2,8 (1)	3 (2 – 3)	

\* +Mann-Whitney test ++Kruskal-Wallis test

Ο βαθμός στον οποίο θεωρούν οι συμμετέχοντες ότι λαμβάνεται υπόψη η ποιότητα ζωής του ασθενούς πριν ληφθεί απόφαση για ΚΑΡΠΑ στην κλινική εργασίας τους διέφερε ανάλογα με τα έτη εργασίας τους στον τομέα της υγείας. Συγκεκριμένα, μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni σημαντική ήταν η διαφορά ανάμεσα σε όσους εργάζονταν 0 έως 5 έτη και όσους εργάζονταν 21 ή περισσότερα έτη. Οι πρώτοι θεωρούσαν ότι η ποιότητα ζωής του ασθενούς λαμβάνεται υπόψη σε μεγαλύτερο βαθμό, σε σχέση με τους δεύτερους.

*Πίνακας 11: Συσχέτιση της εκτίμησης της ποιότητας ζωής του ασθενούς στην απόφαση έναρξης ΚΑΡΠΑ με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και την εκπαίδευσή τους για ΚΑΡΠΑ*

		Σε ποιο βαθμό λαμβάνεται υπόψη η ποιότητα ζωής του ασθενούς πριν ληφθεί απόφαση για ΚΑΡΠΑ στην κλινική στην οποία εργάζεσθε;		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
<b>Φύλο</b>	Ανδρας	2,5 (0,9)	2 (2 – 3)	0,122+
	Γυναίκα	2,8 (1)	3 (2 – 3)	
<b>Ηλικία</b>	20-40	2,7 (0,9)	3 (2 – 3)	0,801+
	41+	2,7 (1,1)	2 (2 – 3)	
<b>Ειδικότητα</b>	Ιατρός	2,7 (1,1)	2 (2 – 4)	0,711+
	Νοσηλεύτης	2,7 (0,9)	3 (2 – 3)	
<b>Χρόνια εμπειρίας στον τομέα υγείας:</b>	0-5	3,2 (0,8)	3 (3 – 4)	0,017+ +
	6-10	2,6 (1,2)	2 (2 – 4)	
	11-20	2,8 (0,9)	3 (2 – 3)	
	21+	2,4 (0,7)	2 (2 – 3)	
<b>Εμπειρία σε Μονάδες Χημειοθεραπείας (σε χρόνια)</b>	0-5	3 (1,1)	3 (2 – 4)	0,266+ +
	6-10	2,6 (0,9)	2 (2 – 3)	
	11+	2,6 (0,9)	2 (2 – 3)	
<b>Έχετε λάβει εκπαίδευση στην ΚΑΡΠΑ;</b>	Όχι	2,6 (0,7)	2 (2 – 3)	0,383+
	Ναι	2,8 (1,1)	2 (2 – 4)	

\* +Mann-Whitney test ++Kruskal-Wallis test

Όσον αφορά την υποστήριξη από την ομάδα των συμμετεχόντων σε αποφάσεις που σχετίζονται με την ΚΑΡΠΑ, η ίδια δεν βρέθηκε να διαφέρει ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

*Πίνακας 12: Αίσθημα υποστήριξης από την ομάδα στην απόφαση έναρξης ΚΑΡΠΑ ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και την εκπαίδευσή τους για ΚΑΡΠΑ*

		Αισθάνεστε επαρκώς υποστηριγμένος/-η από την ομάδα σας σε αποφάσεις που σχετίζονται με την ΚΑΡΠΑ;		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
<b>Φύλο</b>	Ανδρας	3,2 (0,9)	3 (3 – 4)	0,760 +
	Γυναίκα	3,1 (0,8)	3 (3 – 4)	
<b>Ηλικία</b>	20-40	3,2 (0,8)	3 (3 – 4)	0,516 +
	41+	3,1 (0,9)	3 (2 – 4)	
<b>Ειδικότητα</b>	Ιατρός	3,1 (0,8)	3 (3 – 3)	0,298 +
	Νοσηλεύτης	3,2 (0,9)	3 (3 – 4)	
<b>Χρόνια εμπειρίας στον τομέα υγείας:</b>	0-5	3,1 (1,1)	3 (3 – 4)	0,924 ++
	6-10	3,2 (1)	3 (3 – 4)	
	11-20	3,2 (0,8)	3 (3 – 4)	
	21+	3 (0,8)	3 (3 – 3)	
<b>Εμπειρία σε Μονάδες Χημειοθεραπείας (σε χρόνια)</b>	0-5	3,1 (1)	3 (3 – 4)	0,414 ++
	6-10	3,3 (0,7)	3 (3 – 4)	
	11+	3 (0,9)	3 (2 – 4)	
<b>Έχετε λάβει εκπαίδευση στην ΚΑΡΠΑ;</b>	Όχι	3,2 (0,7)	3 (3 – 4)	0,855 +
	Ναι	3,1 (0,9)	3 (3 – 4)	

\*+Mann-Whitney test ++Kruskal-Wallis test

Ακολούθως ελέγχθηκε με τον συντελεστή συσχέτισης του Spearman η σχέση ανάμεσα στην γνώση πρωτοκόλλων ΚΑΡΠΑ, στη βαθμολογία ηθικών απόψεων και αντιλήψεων, στην συχνότητα αντιμετώπισης έναρξης ή αποφυγής ΚΑΡΠΑ, στην απόδοση σημασίας στην ποιότητα ζωής του ασθενούς πριν την έναρξη της και στην λήψη υποστήριξης από την ομάδα σε αποφάσεις σχετικά με την ΚΑΡΠΑ. Η συσχέτιση ήταν σημαντική και θετική ανάμεσα στη βαθμολογία ηθικών απόψεων και αντιλήψεων και στην γνώση των πρωτοκόλλων, άρα καλύτερη γνώση των πρωτοκόλλων σχετιζόταν με πιο θετική στάση απέναντι στη διενέργεια ΚΑΡΠΑ. Αντίθετα, ήταν αρνητική ανάμεσα στην συχνότητα αντιμετώπισης έναρξης ή αποφυγής ΚΑΡΠΑ σε ασθενή σε χημειοθεραπεία και στην γνώση των πρωτοκόλλων,

άρα καλύτερη γνώση σχετιζόταν με λιγότερο συχνή αντιμετώπιση του διλλήματος έναρξης ή αποφυγής.

**Πίνακας 13:** Συσχέτιση της αυτό-αξιολόγησης γνώσεων ΚΑΡΠΑ με ηθικές αντιλήψεις, εμπειρία και υποστήριξη από την ομάδα

		Πόσο καλά αισθάνεστε ότι γνωρίζετε τα πρωτόκολλα ΚΑΡΠΑ;
Σκορ ηθικών απόψεων και αντιλήψεων	rho	0,26
	P	<b>0,004</b>
Έχετε βρεθεί ποτέ σε θέση να ξεκινήσετε ή να αποφύγετε την ΚΑΡΠΑ σε ασθενή σε χημειοθεραπεία;	rho	-0,27
	P	<b>0,002</b>
Σε ποιο βαθμό λαμβάνεται υπόψη η ποιότητα ζωής του ασθενούς πριν ληφθεί απόφαση για ΚΑΡΠΑ στην κλινική στην οποία εργάζεσθε;	rho	0,08
	P	0,353
Αισθάνεστε επαρκώς υποστηριγμένος/-η από την ομάδα σας σε αποφάσεις που σχετίζονται με την ΚΑΡΠΑ;	rho	-0,03
	P	739

Για την εύρεση των παραγόντων που σχετίζονταν ανεξάρτητα με τη βαθμολογία ηθικών απόψεων και αντιλήψεων, την συχνότητα αντιμετώπισης του διλλήματος έναρξης ή αποφυγής ΚΑΡΠΑ σε ασθενή σε χημειοθεραπεία και τον βαθμό στον οποίο λαμβάνεται υπόψη η ποιότητα ζωής του ασθενούς πριν ληφθεί απόφαση για ΚΑΡΠΑ έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες στις διαστάσεις αυτές και ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, το βαθμό γνώσης των πρωτοκόλλων ΚΑΡΠΑ και την παρακολούθηση εκπαίδευσης σχετικά με αυτή. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων δίνονται στους πίνακες που ακολουθούν.

- **Με εξαρτημένη μεταβλητή την βαθμολογία ηθικών απόψεων και αντιλήψεων**  
Η γνώση των πρωτοκόλλων ΚΑΡΠΑ και η λήψη εκπαίδευσης σε αυτή βρέθηκαν να σχετίζονται με την βαθμολογία ηθικών απόψεων και αντιλήψεων. Συγκεκριμένα:
  - Καλύτερη γνώση των πρωτοκόλλων σχετιζόταν με αυξημένη βαθμολογία στη διάσταση ηθικών απόψεων και αντιλήψεων.

- Επίσης, υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση αυτή είχαν όσοι είχαν λάβει εκπαίδευση στην ΚΑΡΠΑ, σε σχέση με όσους δεν είχαν λάβει.

**Πίνακας 14:** Συσχέτιση της γνώσης και λήψη εκπαίδευσης στην ΚΑΡΠΑ με την βαθμολογία ηθικών απόψεων και αντιλήψεων

	<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>b‡</b>	<b>P</b>
<b>Φύλο</b> (Γυναίκα vs Άντρας)	0,018	0,012	0,129	0,125
<b>Ηλικία</b> (41+ vs 20-40)	0,012	0,016	0,086	0,460
<b>Ειδικότητα</b> (Νοσηλεύτης vs Γιατρός)	0,042	0,026	0,201	0,061
<b>Χρόνια εμπειρίας στον τομέα υγείας:</b> 6-10 vs 0-5	0,005	0,021	0,035	0,800
<b>Χρόνια εμπειρίας στον τομέα υγείας:</b> 11-20 vs 0-5	-0,017	0,021	-0,119	0,420
<b>Χρόνια εμπειρίας στον τομέα υγείας:</b> 21+ vs 0-5	0,020	0,029	0,117	0,494
<b>Πόσο καλά αισθάνεστε ότι γνωρίζετε τα πρωτόκολλα ΚΑΡΠΑ;</b>	0,018	0,007	0,263	<b>0,010</b>
<b>Έχετε λάβει εκπαίδευση στην ΚΑΡΠΑ;</b> (Ναι vs Όχι)	0,054	0,017	0,362	<b>0,002</b>

\*+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα ±τυποποιημένος συντελεστής

\*\*Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογαριθμικός μετασχηματισμός της εξαρτημένης

- **Με εξαρτημένη μεταβλητή την συχνότητα αντιμετώπισης διλλήματος έναρξης ή αποφυγής ΚΑΡΠΑ σε ασθενείς σε χημειοθεραπεία.**

Η γνώση των πρωτοκόλλων ΚΑΡΠΑ βρέθηκε να σχετίζεται με τη συχνότητα αντιμετώπισης έναρξης ή αποφυγής ΚΑΡΠΑ σε ασθενή σε χημειοθεραπεία. Καλύτερη γνώση σχετιζόταν με λιγότερο συχνή αντιμετώπιση του διλλήματος έναρξης ή αποφυγής ΚΑΡΠΑ σε ασθενή σε χημειοθεραπεία.

**Πίνακας 15:** Συσχέτιση της γνώσης ΚΑΡΠΑ με την συχνότητα αντιμετώπισης έναρξης ή αποφυγής της

	<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>b‡</b>	<b>P</b>
<b>Φύλο</b> (Γυναίκα vs Άντρας)	0,001	0,032	0,002	0,984
<b>Ηλικία</b> (41+ vs 20-40)	-0,027	0,044	-0,079	0,531
<b>Ειδικότητα</b> (Νοσηλεύτης vs Γιατρός)	0,011	0,044	0,030	0,810
<b>Χρόνια εμπειρίας στον τομέα υγείας:</b> 6-10 vs 0-5	0,007	0,055	0,019	0,896
<b>Χρόνια εμπειρίας στον τομέα υγείας:</b> 11-20 vs 0-5	-0,009	0,057	-0,026	0,871
<b>Χρόνια εμπειρίας στον τομέα υγείας:</b> 21+ vs 0-5	-0,019	0,077	-0,046	0,803
<b>Πόσο καλά αισθάνεστε ότι γνωρίζετε τα πρωτόκολλα ΚΑΡΠΑ;</b>	-0,041	0,019	-0,235	<b>0,033</b>
<b>Έχετε λάβει εκπαίδευση στην ΚΑΡΠΑ;</b> (Ναι vs Όχι)	-0,061	0,045	-0,164	0,178

\*+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα ±τυποποιημένος συντελεστής

\*Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογαριθμικός μετασχηματισμός της εξαρτημένης

- **Με εξαρτημένη μεταβλητή τον βαθμό στον οποίο λαμβάνεται υπόψη η ποιότητα ζωής του ασθενούς πριν ληφθεί απόφαση για ΚΑΡΠΑ.**

Τα έτη εργασίας τους στον τομέα της υγείας σχετίζονταν με τον βαθμό στον οποίο θεωρούν οι συμμετέχοντες ότι λαμβάνεται υπόψη η ποιότητα ζωής του ασθενούς πριν ληφθεί απόφαση για ΚΑΡΠΑ στην κλινική εργασία τους. Όσοι εργάζονταν 6 έως 10 έτη ή 21 ή περισσότερα θεωρούσαν ότι η ποιότητα ζωής του ασθενούς λαμβάνεται λιγότερο υπόψη, σε σχέση με όσους εργάζονταν 0 έως 5 έτη.

**Πίνακας 16:** Συσχέτιση ετών εργασίας στον τομέα της υγείας με την εκτίμηση της ποιότητας ζωής του ασθενούς πριν από απόφαση για ΚΑΡΠΑ

	<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>b±</b>	<b>P</b>
<b>Φύλο</b> (Γυναίκα vs Άντρας)	0,047	0,028	0,152	0,097
<b>Ηλικία</b> (41+ vs 20-40)	0,018	0,039	0,057	0,653
<b>Ειδικότητα</b> (Νοσηλεύτης vs Γιατρός)	-0,005	0,039	-0,017	0,892
<b>Χρόνια εμπειρίας στον τομέα υγείας:</b> 6-10 vs 0-5	-0,109	0,049	-0,331	<b>0,030</b>
<b>Χρόνια εμπειρίας στον τομέα υγείας:</b> 11-20 vs 0-5	-0,056	0,051	-0,177	0,271
<b>Χρόνια εμπειρίας στον τομέα υγείας:</b> 21+ vs 0-5	-0,142	0,068	-0,385	<b>0,040</b>
<b>Πόσο καλά αισθάνεστε ότι γνωρίζετε τα πρωτόκολλα ΚΑΡΠΑ;</b>	-0,002	0,017	-0,015	0,894
<b>Έχετε λάβει εκπαίδευση στην ΚΑΡΠΑ;</b> (Ναι vs Όχι)	0,038	0,040	0,115	0,348

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα ±τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογαριθμικός μετασχηματισμός της εξαρτημένης

## Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν σημαντικές σχέσεις μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων, της γνώσης των πρωτοκόλλων ΚΑΡΠΑ, των ηθικών απόψεων και αντιλήψεων, της εμπειρίας στη λήψη αποφάσεων ΚΑΡΠΑ και της εκτίμησης της ποιότητας ζωής του ασθενούς πριν από την απόφαση έναρξής της. Οι διαφορετικές μεταβλητές που εξετάστηκαν ανέδειξαν σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τις αποφάσεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την εφαρμογή ή μη της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης.

Αναφορικά με το φύλο, οι γυναίκες αποτελούν την πλειοψηφία του δείγματος (60,3%), γεγονός που αντανακλά τη γενικότερη κατανομή των επαγγελματιών υγείας. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από την αυξημένη παρουσία γυναικών στον χώρο της νοσηλευτικής και άλλων παραϊατρικών επαγγελμάτων. Ωστόσο, στη συγκεκριμένη μελέτη δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών όσον

αφορά τη στάση τους απέναντι στην ΚΑΡΠΑ ή τη λήψη σχετικών αποφάσεων ( $p=0,125$ ). Αυτό συμφωνεί με προηγούμενες μελέτες που έχουν εντοπίσει ότι το φύλο δεν αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στη διαμόρφωση ηθικών απόψεων και στην εμπλοκή των επαγγελματιών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για ΚΑΡΠΑ (106).

Η ηλικιακή κατανομή των συμμετεχόντων δείχνει ότι η πλειοψηφία ανήκει στην ομάδα 31-40 ετών (49,6%), με μικρότερα ποσοστά στις ηλικιακές ομάδες 20-30 ετών (9,1%) και 51+ ετών (7,4%). Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι συμμετέχοντες ηλικίας 41 ετών και άνω εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στις ηθικές απόψεις και αντιλήψεις για την ΚΑΡΠΑ σε σχέση με όσους ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 20-40 ετών ( $p=0,037$ ). Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από την επαγγελματική εμπειρία που αποκτάται με την πάροδο των ετών, η οποία ενδέχεται να επηρεάζει τη στάση των επαγγελματιών απέναντι στην εφαρμογή της ΚΑΡΠΑ, δίνοντας έμφαση σε πρακτικές λύσεις και λαμβάνοντας υπόψη τα κλινικά δεδομένα των ασθενών (107).

Σχετικά με την ειδικότητα, οι νοσηλευτές αποτελούν το 58,7% του δείγματος, ενώ οι ιατροί το 41,3%. Αν και οι ιατροί εμπλέκονται περισσότερο στη λήψη στρατηγικών αποφάσεων, η στατιστική ανάλυση δεν έδειξε σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων ως προς τις ηθικές αντιλήψεις για την ΚΑΡΠΑ ( $p=0,271$ ). Παρόμοια αποτελέσματα έχουν αναφερθεί και σε άλλη μελέτη που έδειξε ότι τόσο οι ιατροί όσο και οι νοσηλευτές διαθέτουν συγκρίσιμες ηθικές αντιλήψεις λόγω της εκπαίδευσής τους στην ιατρική δεοντολογία. Αυτό ενδέχεται να οφείλεται στο γεγονός ότι και οι δύο επαγγελματικές ομάδες εκπαιδεύονται σε θέματα δεοντολογίας και ηθικής, με αποτέλεσμα να έχουν παρόμοιες αντιλήψεις σχετικά με την αναγκαιότητα ή μη της ΚΑΡΠΑ (108).

Επιπλέον, η εμπειρία στον τομέα της υγείας επηρεάζει τη στάση απέναντι στην ΚΑΡΠΑ. Συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες με 0-5 έτη προϋπηρεσίας αποδίδουν μεγαλύτερη σημασία στην ποιότητα ζωής του ασθενούς πριν από τη λήψη απόφασης για ΚΑΡΠΑ, σε σύγκριση με όσους έχουν πάνω από 21 έτη προϋπηρεσίας ( $p=0,017$ ). Σύμφωνα με την τρέχουσα βιβλιογραφία, παρατηρούνται διαφορές στις στάσεις και τις αντιλήψεις των επαγγελματιών ανάλογα με τα χρόνια εμπειρίας τους (108). Αυτό μπορεί να αντικατοπτρίζει την ευαισθητοποίηση των νεότερων επαγγελματιών στις αρχές της βιοηθικής, καθώς κατά την εκπαίδευσή τους δίνεται έμφαση σε ηθικές και ανθρωπιστικές πτυχές της ιατρικής περίθαλψης.

Αντίθετα, οι πιο έμπειροι επαγγελματίες συχνά έχουν διαμορφώσει διαφορετικές αντιλήψεις μέσα από την πολυετή κλινική πρακτική. Μπορεί να εστιάζουν περισσότερο σε πρωτόκολλα και λιγότερο σε ηθικά διλήμματα, καθώς έχουν αντιμετωπίσει περισσότερες περιπτώσεις επείγουσας ιατρικής. Ορισμένοι είναι πιο πρόθυμοι να εφαρμόσουν ΚΑΡΠΑ, ανεξαρτήτως της γενικής κατάστασης του ασθενούς, ενώ άλλοι, βασισμένοι στην εμπειρία τους, μπορεί να θεωρούν την ΚΑΡΠΑ αναποτελεσματική σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, όπως σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου.

Όσον αφορά τη γνώση των πρωτοκόλλων ΚΑΡΠΑ, η ανάλυση κατέδειξε σημαντική θετική συσχέτιση με τη βαθμολογία στις ηθικές απόψεις και αντιλήψεις ( $\rho=0,26$ ,  $p=0,004$ ). Οι επαγγελματίες με μεγαλύτερη εξοικείωση στα πρωτόκολλα ΚΑΡΠΑ εμφανίζουν πιο θετική στάση απέναντι στη διενέργεια της διαδικασίας, γεγονός που μπορεί να σχετίζεται με αυξημένη αυτοπεποίθηση και ικανότητα λήψης τεκμηριωμένων αποφάσεων. Επιπλέον, η λήψη επίσημης εκπαίδευσης στην ΚΑΡΠΑ συσχετίστηκε με υψηλότερη βαθμολογία στις ηθικές απόψεις και αντιλήψεις ( $p=0,002$ ), γεγονός που επιβεβαιώνει τη σημασία της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στην ΚΑΡΠΑ για την ενίσχυση της θετικής στάσης απέναντι στη διαδικασία αυτή.

Η σχέση μεταξύ της γνώσης των πρωτοκόλλων ΚΑΡΠΑ και των ηθικών απόψεων των επαγγελματιών υγείας έχει μελετηθεί σε διάφορες έρευνες. Σύμφωνα με μελέτη που διερεύνησε τις πεποιθήσεις των ιατρών σχετικά με την απόφαση μη εφαρμογής καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, βρέθηκε ότι ο αριθμός των περιστατικών που είχαν αντιμετωπίσει οι επαγγελματίες επηρέαζε τα κριτήρια που χρησιμοποιούσαν για την εφαρμογή της ΚΑΡΠΑ. Συγκεκριμένα, οι ιατροί που είχαν αντιμετωπίσει περισσότερα από 100 περιστατικά είχαν λιγότερα κριτήρια για την εφαρμογή της ΚΑΡΠΑ σε σύγκριση με εκείνους που είχαν αντιμετωπίσει λιγότερα περιστατικά (109). Επιπλέον, οι κατευθυντήριες οδηγίες του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Αναζωογόνησης τονίζουν τη σημασία της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στη νομική και ηθική βάση των αποφάσεων για την αναζωογόνηση, υπογραμμίζοντας ότι η κατάλληλη εκπαίδευση μπορεί να ενισχύσει την κατανόηση και την εφαρμογή των πρωτοκόλλων ΚΑΡΠΑ (110).

Σημαντική είναι και η αρνητική συσχέτιση που εντοπίστηκε μεταξύ της αυτό-αξιολόγησης των γνώσεων ΚΑΡΠΑ και της συχνότητας που οι επαγγελματίες βρέθηκαν σε δίλημμα σχετικά με την έναρξη ή αποφυγή της ΚΑΡΠΑ σε ασθενείς που

υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία ( $r_{ho}=-0,27$ ,  $p=0,002$ ). Οι επαγγελματίες με μεγαλύτερη γνώση των πρωτοκόλλων φαίνεται να αντιμετωπίζουν λιγότερο συχνά τέτοια διλήμματα, πιθανώς λόγω της αυξημένης σαφήνειας σχετικά με τις ενδείξεις και αντενδείξεις της ΚΑΡΠΑ και, συνεπώς, της μειωμένης αβεβαιότητας στη λήψη αποφάσεων.

Η σχέση μεταξύ της αυτό-αξιολόγησης των γνώσεων ΚΑΡΠΑ και της συχνότητας διλημμάτων σχετικά με την έναρξη ή αποφυγή της ΚΑΡΠΑ σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία δεν έχει μελετηθεί εκτενώς στη διαθέσιμη βιβλιογραφία. Ωστόσο, είναι λογικό να υποθέσουμε ότι οι επαγγελματίες υγείας με μεγαλύτερη γνώση των πρωτοκόλλων ΚΑΡΠΑ αντιμετωπίζουν λιγότερα διλήμματα, καθώς έχουν σαφέστερη κατανόηση των ενδείξεων και αντενδείξεων της διαδικασίας, μειώνοντας έτσι την αβεβαιότητα στη λήψη αποφάσεων.

Η συνεχής εκπαίδευση και η εξοικείωση με τα πρωτόκολλα ΚΑΡΠΑ μπορούν να ενισχύσουν την αυτοπεποίθηση των επαγγελματιών υγείας, επιτρέποντάς τους να λαμβάνουν αποφάσεις με μεγαλύτερη σιγουριά. Αν και δεν βρέθηκαν συγκεκριμένες μελέτες που να εξετάζουν αυτή τη συσχέτιση σε ασθενείς υπό χημειοθεραπεία, η γενική αρχή ότι η αυξημένη γνώση μειώνει τα ηθικά διλήμματα μπορεί να εφαρμοστεί και σε αυτό το πλαίσιο.

Όσον αφορά τον βαθμό στον οποίο λαμβάνεται υπόψη η ποιότητα ζωής του ασθενούς πριν από την απόφαση για ΚΑΡΠΑ, τα έτη προϋπηρεσίας στον τομέα της υγείας βρέθηκαν να έχουν σημαντική επίδραση. Οι επαγγελματίες με 0-5 έτη εμπειρίας τείνουν να θεωρούν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι η ποιότητα ζωής λαμβάνεται υπόψη στη διαδικασία λήψης αποφάσεων σε σύγκριση με εκείνους που έχουν πάνω από 21 έτη εμπειρίας ( $p=0,040$ ). Το εύρημα αυτό μπορεί να ερμηνευθεί από την αυξημένη θεωρητική κατάρτιση των νεότερων επαγγελματιών, σε αντίθεση με την εμπειρική προσέγγιση των παλαιότερων, που ενδέχεται να δίνουν μεγαλύτερη έμφαση σε κλινικά δεδομένα παρά σε ηθικά κριτήρια.

Ορισμένες μελέτες υποδεικνύουν ότι η εμπειρία μπορεί να επηρεάζει τις αντιλήψεις και τις προσεγγίσεις των επαγγελματιών. Για παράδειγμα, σε μια μελέτη που αξιολόγησε το επίπεδο γνώσεων των επαγγελματιών υγείας στη Βασική Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση, το δείγμα αποτελούνταν από 145 επαγγελματίες υγείας, εκ των οποίων οι 81 ήταν νοσηλευτές και ιατροί. Η μελέτη αυτή ανέδειξε τη σημασία της συνεχούς

εκπαίδευσης και της θεωρητικής κατάρτισης, ιδιαίτερα για τους νεότερους επαγγελματίες, στην ενίσχυση των γνώσεών τους και στη διαμόρφωση των στάσεών τους απέναντι στην ΚΑΡΠΑ (111).

Επιπλέον, η παρηγορητική φροντίδα, η οποία εστιάζει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, δίνει έμφαση στην αναγνώριση, αξιολόγηση και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που προκαλούν αυτές οι ασθένειες. Αυτή η προσέγγιση μπορεί να επηρεάζει τις αποφάσεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την εφαρμογή της ΚΑΡΠΑ, λαμβάνοντας υπόψη την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Συνολικά, αν και δεν υπάρχουν άμεσες μελέτες που να συγκρίνουν τις στάσεις επαγγελματιών με διαφορετικά έτη εμπειρίας ως προς την ποιότητα ζωής των ασθενών κατά τη λήψη αποφάσεων για την ΚΑΡΠΑ, η διαθέσιμη βιβλιογραφία υποδηλώνει ότι η θεωρητική κατάρτιση και η έμφαση στην ποιότητα ζωής μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με την εμπειρία και την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας (112).

Τέλος, η ανάλυση έδειξε ότι η υποστήριξη από την ομάδα σε αποφάσεις σχετικές με την ΚΑΡΠΑ δεν επηρεάζεται σημαντικά από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά ή την εκπαίδευση στην ΚΑΡΠΑ, καθώς δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $p=0,855$ ). Αυτό υποδηλώνει ότι η αίσθηση υποστήριξης των επαγγελματιών στη λήψη αποφάσεων για ΚΑΡΠΑ δεν εξαρτάται από την εμπειρία ή τις γνώσεις τους, αλλά πιθανώς σχετίζεται με τη δομή και τη συνεργασία εντός των επαγγελματικών ομάδων.

Αυτό το εύρημα συμφωνεί με προηγούμενες μελέτες που έχουν υπογραμμίσει τη σημασία της ομαδικής συνεργασίας και της οργανωτικής δομής στην αποτελεσματικότητα των επαγγελματιών υγείας κατά την εκτέλεση διαδικασιών όπως η ΚΑΡΠΑ (113). Η αίσθηση αλληλοϋποστήριξης μεταξύ των μελών της ομάδας φαίνεται να είναι καθοριστική για την αποτελεσματικότητα των αποφάσεων και των ενεργειών που αναλαμβάνονται σε κρίσιμες καταστάσεις. Έτσι, η ενίσχυση της συνεργασίας και η βελτίωση της επικοινωνίας μέσα στις ομάδες υγείας ενδέχεται να αποτελούν κλειδιά για τη βελτίωση των διαδικασιών ΚΑΡΠΑ, ανεξάρτητα από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά ή την εκπαίδευση των μελών της ομάδας.

Η ανάγκη για μια ενδυναμωμένη ομαδική συνεργασία είναι επίσης ενισχυμένη από το γεγονός ότι το περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης απαιτεί ταχύτητα και ακριβείς ενέργειες, χαρακτηριστικά που μπορούν να επιτευχθούν μόνο όταν υπάρχει καλή

επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, κάτι που έχει αποδειχθεί και σε άλλες μελέτες στον τομέα της υγειονομικής φροντίδας.

## **Συμπέρασματα - Προτάσεις**

Συνοψίζοντας, έπειτα της παράθεσης και ανάλυσης των αποτελεσμάτων, υπογραμμίζεται η σημασία των δημογραφικών χαρακτηριστικών, της γνώσης των πρωτοκόλλων ΚΑΡΠΑ, των ηθικών απόψεων και αντιλήψεων και της εμπειρίας ως παράγοντες που επηρεάζουν τις αποφάσεις των επαγγελματιών υγείας κατά την εφαρμογή της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης και την εκτίμηση της ποιότητας ζωής τους ασθενούς.

Συνολικά, τα ευρήματα αναδεικνύουν την ανάγκη για μια πιο συστηματική και τεκμηριωμένη προσέγγιση στη λήψη αποφάσεων, η οποία θα λαμβάνει υπόψη την ποιότητα ζωής των ασθενών, τις ιατρικές ενδείξεις και τις προσωπικές τους επιθυμίες. Η απουσία σαφούς νομοθετικού πλαισίου στην Ελλάδα δημιουργεί αβεβαιότητα στους επαγγελματίες υγείας και μπορεί να οδηγήσει σε παρερμηνείες ή ασυνέπειες στις αποφάσεις περί αναζωογόνησης. Για τον λόγο αυτό, προτείνεται η δημιουργία ενός νομικού πλαισίου που θα επιτρέπει στους ασθενείς να εκφράζουν εκ των προτέρων τις επιθυμίες τους σχετικά με την αναζωογόνηση, ενώ παράλληλα θα προστατεύει τους επαγγελματίες υγείας από νομικές επιπλοκές όταν αποφασίζουν με βάση την τεκμηριωμένη ιατρική πρακτική.

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας αποτελεί κεντρικό πυλώνα στη διαχείριση των πολύπλοκων ηθικών διλημμάτων που σχετίζονται με την ΚΑΡΠΑ και τις εντολές μη αναζωογόνησης (DNR). Είναι απαραίτητη η ενίσχυση της εκπαίδευσης σε ζητήματα βιοηθικής, επικοινωνίας με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, καθώς και λήψης αποφάσεων σε περιπτώσεις ασθενειών προχωρημένου σταδίου. Προγράμματα προσομοίωσης και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις θα μπορούσαν να ενσωματωθούν στην ιατρική και νοσηλευτική συνεχιζόμενη εκπαίδευση, ώστε οι επαγγελματίες να είναι καλύτερα προετοιμασμένοι για να διαχειριστούν δύσκολες καταστάσεις και να υποστηρίξουν τους ασθενείς με σεβασμό και ευαισθησία. Επιπλέον, η διαρκής κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες θα

βελτιώσει την ποιότητα των αποφάσεων που λαμβάνονται στις Μονάδες Χημειοθεραπείας.

Η εφαρμογή σαφών κλινικών πρωτοκόλλων αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση για τη διασφάλιση μιας συνεπούς και δίκαιης αντιμετώπισης των ασθενών. Η ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών που θα βασίζονται σε διεθνή πρότυπα και θα λαμβάνουν υπόψη τα επιστημονικά δεδομένα για την αποτελεσματικότητα της ΚΑΡΠΑ στους ογκολογικούς ασθενείς είναι απαραίτητη. Παράλληλα, απαιτείται η δημιουργία μηχανισμών διεπιστημονικής συνεργασίας μεταξύ ιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων και νομικών συμβούλων, ώστε οι αποφάσεις να είναι όσο το δυνατόν πιο αντικειμενικές και σύμφωνες με τις αρχές της βιοιατρικής ηθικής και δεοντολογίας. Η ύπαρξη μιας οργανωμένης διαδικασίας διαλόγου και τεκμηρίωσης των αποφάσεων περί αναζωογόνησης θα βοηθήσει στη μείωση του άγχους και της αβεβαιότητας που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας κατά τη διαχείριση τέτοιων περιστατικών.

Η επικοινωνία μεταξύ των ασθενών, των οικογενειών τους και των επαγγελματιών υγείας αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για τη λήψη αποφάσεων που σέβονται την αυτονομία του ασθενούς και ανταποκρίνονται στις προσδοκίες του. Η έλλειψη επαρκούς ενημέρωσης μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένες αποφάσεις ή σε περιττές ιατρικές παρεμβάσεις που δεν συνάδουν με τις επιθυμίες των ασθενών. Είναι αναγκαία η ανάπτυξη στρατηγικών για τη βελτίωση της επικοινωνίας, όπως η καθιέρωση τακτικών συναντήσεων με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, η χρήση κατανοητών ενημερωτικών φυλλαδίων, καθώς και η εισαγωγή ειδικά εκπαιδευμένων συμβούλων βιοηθικής στις Μονάδες Χημειοθεραπείας. Ακολούθως, η δημιουργία ενός εθνικού μητρώου προχωρημένων οδηγιών (advance directives), όπου οι ασθενείς θα μπορούν να καταγράψουν εκ των προτέρων τις επιθυμίες τους σχετικά με την αναζωογόνηση, θα συμβάλει στη βελτίωση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων και θα προσφέρει μεγαλύτερη ασφάλεια τόσο στους ασθενείς όσο και στους επαγγελματίες υγείας (114).

Για το μέλλον, η δημιουργία ενός εθνικού πλαισίου για τις αποφάσεις περί αναζωογόνησης αποτελεί προτεραιότητα, διασφαλίζοντας ότι οι αποφάσεις λαμβάνονται με βάση τις επιθυμίες των ασθενών και τις ιατρικές ενδείξεις. Ταυτόχρονα, η περαιτέρω έρευνα στη βιοηθική και στις προτιμήσεις των ασθενών θα μπορούσε να οδηγήσει στην ανάπτυξη καλύτερων εργαλείων αξιολόγησης και υποστήριξης της κλινικής πρακτικής. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας πρέπει να ενισχυθεί με προγράμματα ειδικής

κατάρτισης, ενώ η βελτίωση της επικοινωνίας με τους ασθενείς θα μπορούσε να επιτευχθεί μέσω ηλεκτρονικών πλατφορμών και ειδικών συμβούλων βιοηθικής. Επιπρόσθετα, η διεθνής συνεργασία θα προσφέρει πολύτιμη γνώση και ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών που μπορούν να εφαρμοστούν στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Η εφαρμογή αυτών των προτάσεων μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας και να διασφαλίσει ότι οι αποφάσεις σχετικά με την ΚΑΡΠΑ λαμβάνονται με επιστημονικά, ηθικά και ανθρωποκεντρικά κριτήρια. Μέσα από τη συνεχή εκπαίδευση, τη συνεργασία και την ενίσχυση της βιοηθικής σκέψης, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να ανταποκριθούν με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και ευαισθησία στις προκλήσεις της κλινικής πράξης, προάγοντας την παροχή φροντίδας που εστιάζει στον ασθενή και στις αξίες του.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. American Heart Association. Part 1: Executive Summary: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2020;142(16\_suppl\_2):S337-S357
2. Marchetti C, De Felice F, Romito A, Iacobelli V, Sassu CM, Corrado G, Ricci C, Scambia G, Fagotti A. Chemotherapy resistance in epithelial ovarian cancer: Mechanisms and emerging treatments. *Semin Cancer Biol*. 2021;77:144–166. doi:10.1016/j.semcancer.2021.08.011.
3. Giza E, Jordan G, et al. Impact of Cardiopulmonary Resuscitation on Survival in Cancer Patients; 2020 PMID: 34396244
4. Sanders J, Temin S, et al. Palliative care for patients with cancer: ASCO Guideline Update;2024 PMID: 38748941, doi: [10.1200/JCO.24.00542](https://doi.org/10.1200/JCO.24.00542)
5. Sandroni C, Nolan J, Cavallaro F, Antonelli M. Ethical challenges in resuscitation. *Intensive Care Med*. 2018;44(6):703–716. doi:10.1007/s00134-018-5198-0.
6. Schildmann J, Tan J, Salloch S, Vollmann J. Ethical issues in oncology practice: a qualitative study of stakeholders' experiences and expectations. *BMJ Open*. 2013;3(9):e003591. doi:10.1136/bmjopen-2013-003591.
7. Hansson M, Hakama M, Högberg T, Lenner P, Pontén J, Rånstam J, et al. The ethics of DNR-decisions in oncology and hematology care: a qualitative study. *Acta Oncol*. 2013;52(5):889–895. doi:10.3109/0284186X.2012.744466.
8. National Cancer Institute. Chemotherapy to Treat Cancer. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types/chemotherapy> (Ελέγχθηκε στις 03-02-2025)
9. American Cancer Society. How Chemotherapy Drugs Work. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/managing-cancer/treatment-types/chemotherapy/how-chemotherapy-drugs-work.html> (Ελέγχθηκε στις 03-02-2025)
10. Jones TL, Hamilton S, Murry N. Current evidence of education and safety requirements for the nursing administration of chemotherapy: An integrative review. *Eur J Oncol Nurs*. 2015; 19(5):577–588. doi:10.1016/j.ejon.2015.03.004.
11. Matchett K, et al. Advances in Precision Medicine: Tailoring individualized therapies;2017 PMID: 29068364

12. Ullrich A, Theochari M, et al. Ethical challenges in family caregivers of patients with advanced cancer. *BMC Palliat Care*;2020. doi.org/10.1186/s12904-020-00573-6.
13. Mehnert A, Brähler E, Faller H, Härter M, Keller M, Schulz H, et al. Patient experiences and needs in cancer care- results from a nationwide cross-sectional study in Germany. *Eur J Cancer*. 2016; 68:107–113. doi:10.1016/j.ejca.2016.09.002.
14. Berian JR, Rosenthal RA, Baker TL, Coleman J, Finlayson E, Katlic MR, et al. Beyond the Do-not-resuscitate Order: An Expanded Approach to Decision-making Regarding Cardiopulmonary Resuscitation in Older Surgical Patients. *Ann Surg*. 2017;265(4):794–800. doi:10.1097/SLA.0000000000001900.
15. Levit L, Balogh E, Nass S, Ganz PA, editors. Delivering high-quality cancer care: Charting a new course for a system in crisis. Washington, DC: National Academies Press; 2013. Doi: 10.17226/18359
16. Institute of Medicine. Ensuring quality cancer care. Washington, DC: National Academy Press; 1999. Doi: 10.17226/6467
17. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *J Nurs Adm*. 2010;40(7-8 Suppl):S45–51. doi:10.1097/NNA.0b013e3181e939b0.
18. Blegen MA, Goode CJ, Spetz J, Vaughn T, Park SH. Nurse staffing effects on patient outcomes: safety-net and non-safety-net hospitals. *Med Care*. 2011; 49(4):406–414. doi:10.1097/MLR.0b013e3182029210.
19. Reinhard SC, Levine C, Samis S. Family caregivers providing complex chronic care to their spouses. AARP Public Policy Institute; 2012.
20. Yarbro CH, Wujcik D, Gobel BH. Cancer nursing: principles and practice. 7th ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning; 2018.
21. American Nurses Association and the Oncology Nursing Society. Scope and standards of oncology nursing practice. Washington, DC: American Nurses Publishing; 1996.
22. Greco KE. The clinical nurse specialist in oncology. In: Yarbro CH, Wujcik D, Gobel BH, editors. Cancer nursing: principles and practice. 7th ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning; 2018.
23. National Cancer Institute. Cancer trends progress report. NIH; 2012.
24. Needman J, Taylor J, Nomikos D. Canadian Cancer Trials Group. *Integrating patient-centred research in the Canadian Cancer Trials Group*; 2021. PMID: 33494312
25. Carmen P. *Can cancer prevention be better integrated into primary care?* National Cancer Institute; 2023. Available from: <https://www.cancer.gov/news-events/cancer->

- currents-blog/2023/integrating-cancer-prevention-primary-care. (Ελέγχθηκε στις 03-02-2025)
26. World Health Organization (WHO). *Global cancer burden growing, amidst mounting need for services*; 2024 Available from: <https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services> . (Ελέγχθηκε στις 03-02-2025)
  27. Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press; 2001. PMID: 25057539. Doi: 10.17226/10027
  28. American Cancer Society. *Cancer care for the whole patient: meeting psychosocial health needs*. Washington, DC: National Academies Press; 2008. PMID: 20669419. Doi: 10.17226/11993
  29. National Cancer Policy Board. *Ensuring quality cancer care*; 2001 PMID: 25101447
  30. World Health Organization. *Global health workforce shortage to reach 12.9 million by 2035*. 2013. *Health workforce: The health workforce crisis*; 2009. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/q-a-on-the-health-workforce-crisis> . (Ελέγχθηκε στις 03-02-2025)
  31. Mariotto A, Enewold L, et al. *Workforce Caring for Cancer Survivors in the United States: Estimates and Projections of Use*; 2022. PMID: 35171249. Doi: 10.1093/jnci/djac036
  32. Reinhard, S.C. *Home Alone Revisited: Family Caregivers Providing Complex Care*; 2019. Available at: <https://www.aarp.org/ppi/info-2018/home-alone-family-caregivers-providing-complex-chronic-care.html>. (Ελέγχθηκε στις 03-02-2025)
  33. Institute of Medicine. *Ensuring Quality Cancer Care through the Oncology Workforce: Sustaining Care in the 21st Century: Workshop Summary*; 2009 *PubMed*. Washington (DC): National Academies Press (US). PMID: 25009939 DOI: 10.17226/12613
  34. Perkins GD, et al. *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation*. *Resuscitation*. 2015; 95:81-99.
  35. Meaney PA, et al. *Cardiopulmonary resuscitation in resource-limited health systems*. *Circulation*. 2010; 122:1877-82.
  36. Kleinman ME, et al. *Part 5: Adult Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality*. *Circulation*. 2015;132

37. Zipes DP. Sudden cardiac death: definitions and causes. *J Am Coll Cardiol.* 2019;74(6):790–802.
38. Naser N, Hadziomerovic A. Epidemiology of sudden cardiac death and its prevention. *J Cardiol Clin Pract.* 2019;8(3):160-168.
39. Safar P, et al. History of CPR. *Circulation.* 1993; 88:2283-98.
40. Cardiovascular collapse and sudden cardiac death. *Crit Care Med.* 2011;39:1727-30.
41. Cummins RO, et al. Recommended guidelines for uniform reporting of data from out-of-hospital cardiac arrest: the Utstein Style. *Ann Emerg Med.* 1991; 20:861-74.
42. Neumar RW, et al. Cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation outcome reports: update and simplification of the Utstein templates for resuscitation registries. *Circulation.* 2009; 122:2042-50.
43. Abella BS, et al. Quality of cardiopulmonary resuscitation during in-hospital cardiac arrest. *JAMA.* 2005; 293:305-10.
44. AHA guidelines update. *Circulation.* 2015;132:482-500.
45. Stiell IG, et al. Improved out-of-hospital cardiac arrest survival. *Ann Emerg Med.* 1999; 34:592-600.
46. Kouwenhoven WB, et al. Closed-chest cardiac massage. *JAMA.* 1960; 173:1064-7.
47. Breault JL. Ethical issues in resuscitation. *Bioethics in Resuscitation.* 2007;4(3):159-64.
48. AHA guidelines update. *Circulation.* 2020;142
49. Marsch SC, et al. Simulation in resuscitation training. *Resuscitation.* 2004;63:233-8.
50. Weisfeldt ML, et al. Survival after application of AEDs. *Circulation.* 2004;110:2240-7.
51. 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.
52. World Health Organization. Cancer-Fact Sheet. Updated February, 2017. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>. (Ελέγχθηκε στις 03-02-2025)
53. National Cancer Institute. Cancer staging. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/staging> (Ελέγχθηκε στις 03-02-2025)

54. 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.
55. 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.
56. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: Its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med.* 1990;112(12):949-954
57. 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.
58. 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.
59. 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.
60. 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.
61. 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.
62. 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.
63. 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.
64. 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.
65. 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.

66. 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.
67. Vitelli CE, Cooper K, Rogatko A, Brennan MF. Cardiopulmonary resuscitation and the patient with cancer. *J Clin Oncol* 1991;9:111–5.
68. 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.
69. 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.
70. WB K, JR J, Knickerbocker G. Closed-chest cardiac massage. *JAMA* 1960;173:1064–7.
71. 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.
72. McLennan S. CPR policies and the patient’s best interests. *Resuscitation* 2012;83:168–70.
73. Jude JR, Elam JO. *Fundamentals of Cardiopulmonary Resuscitation*. Philadelphia:F.A. Davis Company; 1965.
74. Burns JP, Edwards J, Johnson J, Cassem NH, Truog RD. Do-not-resuscitate order after 25 years. *Crit Care Med* 2003; 31:1543–50.
75. Rabkin MT, Gillerman G, Rice NR. Orders Not to Resuscitate. *N Engl J Med* 1976; 295:364–6.
76. 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.
77. MedlinePlus Medical Encyclopedia. Do Not Resuscitate (DNR) orders. Available at: <https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000473.htm>. (Ελέγχθηκε στις 03-02-2025)
78. Zhang, L., Zhu, Y., Zhang, S., & Xu, X. (2019). Cardiopulmonary resuscitation (CPR) complications encountered in forensic autopsy cases. *BMC Emergency Medicine*, 19(1), Article 54. <https://doi.org/10.1186/s12873-019-0234-5>
79. Welbourn M, Efstathiou N. Brain injury post-resuscitation: pathophysiology and management. *Crit Care Med*. 2018; 46(6)

80. Adam, A. G., Papathanassoglou, E. D., & Tsoumakas, K. (2013). Attitude of elderly patients towards cardiopulmonary resuscitation in Greece. *Nursing in Critical Care*, 18(1), 15-23.
81. Meyer C. Allow natural death: an alternative to DNR? 2005. Available at: <http://hospicepatients.org/and.html>. (Ελέγχθηκε στις 03-02-2025).
82. 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.
83. 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).
84. Mancini ME, Diekema DS, Hoadley TA, Kadlec KD, Leveille MH, McGowan JE, et al. Part 3: Ethical Issues. *Circulation* 2015;132:S383 LP-S396.
85. Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. Νόμος 3418/2005. ΦΕΚ 287/Α’/28.11.2005. Available from: <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/159804/nomos-3418-2005>. (Ελέγχθηκε στις 03-02-2025)
86. Mentzelopoulos SD, Slowther AM, Fritz Z, Sandroni C, Xanthos T, Callaway C, et al. Ethical challenges in resuscitation. *Intensive Care Med.* 2018;44(6):686-91. doi:10.1007/s00134-018-5113-6.
87. Μπουτσούρης Γ, Αικατερίνης Α, Καραγιάννης Ν, Σπύρου Ε. Ηθικές Προκλήσεις και Αποφάσεις DNR στην Ογκολογική Φροντίδα. *Ελληνική Επιθεώρηση Ογκολογίας.* 2019;12(3):115-22.
88. Apostolou M, Xylourgidis N, Papadopoulos A. Attitude of elderly patients towards cardiopulmonary resuscitation in Greece. *BMC Geriatr.* 2021;21(1):89. doi:10.1186/s12877-021-02025-8.
89. Kouloulis V, Kontogeorgos G, Stamatopoulos A, Alexandris C. Views of cancer patients regarding cardiopulmonary resuscitation in Greece. *Support Care Cancer.* 2020;28(9):4243-51. doi:10.1007/s00520-020-05420-2.
90. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life. Geneva: WHO; 2012. Available from: <https://www.who.int/tools/whoqol>. (Ελέγχθηκε στις 03-02-2025)

91. Kjørstad OJ, Haugen DF. Cardiopulmonary resuscitation in palliative care cancer patients. *Tidsskr Den Nor Lægeforening Tidsskr Prakt Med Ny Række* 2013;133:417–21.
92. 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.
93. 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.
94. 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.
95. 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.
96. 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.
97. Ebell MH. Practical guidelines for do-not-resuscitate orders. *Am Fam Physician* 1994;50:1293–9.
98. 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.
99. 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.
100. 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.
101. Silén M, Svantesson M, Ahlström G. Nurses’ Conceptions of Decision Making Concerning Life-Sustaining Treatment. *Nurs Ethics* 2008;15:160–73.
102. 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.
103. Bunch EH. Delayed clarification: information, clarification and ethical decisions in critical care in Norway. *J Adv Nurs* 2000;32:1485–91.
104. Pettersson M, Hedström M, Höglund AT. Striving for good nursing care. *Nurs Ethics* 2014;21:902–15.

105. Miller AH, Sandoval M, Wattana M, Page VD, Todd KH. Cardiopulmonary resuscitation outcomes in a cancer center emergency department. Springerplus 2015;4:106.
106. Reisfield GM, et al. Survival outcomes of cancer patients undergoing CPR; 2006. PMID: 16987581 DOI: 10.1016/j.resuscitation.2006.02.022
107. Ντάλλας Δ. Στάσεις, πεποιθήσεις και ηθικά διλήμματα των επαγγελματιών υγείας, κατά την Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΙΑ), σε ασθενείς με χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης ή επιθυμία μη αναζωογόνησης (διπλωματική εργασία). Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο; 2023; p.76 Available from: <https://apothesis.eap.gr/archive/item/192070?lang=en> (Ελέγχθηκε στις 03-02-2025)
108. Πατσάκη Α. Διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας, σχετικά με το δικαίωμα ασθενών καταληκτικών νοσημάτων να υποβληθούν σε ευθανασία και να αρνηθούν την εφαρμογή ΚΑΡΠΙΑ (διπλωματική εργασία). Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο; 2022; p.89 Available from: <https://apothesis.eap.gr/archive/download/99a5c309-f886-4d34-89bf-a01243c6e2e2.pdf> (Ελέγχθηκε στις 03-02-2025)
109. Ντάλλας Δ. Στάσεις, πεποιθήσεις και ηθικά διλήμματα των επαγγελματιών υγείας, κατά την Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΙΑ), σε ασθενείς με χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης ή επιθυμία μη αναζωογόνησης (διπλωματική εργασία). Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο; 2023; p.101-102 Available from: <https://apothesis.eap.gr/archive/item/192070?lang=en> (Ελέγχθηκε στις 03-02-2025)
110. Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης. Η ηθική της αναζωογόνησης και των αποφάσεων στο τέλος της ζωής; 2015 Available from: [https://anesthesia.gr/download/TOMOS\\_25/16.-H-Hthikh-Ths-Anazwogonhshs-Kai-Twn-Apofasewn-Sto-Telos-Ths-Zwhs.pdf](https://anesthesia.gr/download/TOMOS_25/16.-H-Hthikh-Ths-Anazwogonhshs-Kai-Twn-Apofasewn-Sto-Telos-Ths-Zwhs.pdf) . (Ελέγχθηκε στις 03-02-2025)
111. Δελακοβία Α. Αξιολόγηση των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας στη Βασική Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση; (διπλωματική εργασία). Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο;2018;p.88 Available from: <https://apothesis.eap.gr/archive/item/91095> (Ελέγχθηκε στις 03-02-2025)
112. Κυργιάννη Α. Παρηγορητική Ιατρική: Η Ευρωπαϊκή τακτική και η κατάσταση στην Ελλάδα (διπλωματική εργασία). Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης; 2016 p.41 Available from: <https://ikee.lib.auth.gr/record/287623/files/GRI-2017-18473.pdf> (Ελέγχθηκε στις 03-02-2025)

113. Malten H et al. The role of bystanders, first responders, and emergency medical service providers in timely defibrillation and related outcomes out-of-hospital cardiac arrest; 2015 PMID: 26386371. Doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.09.002
114. National Institute on Aging. Advance Care Planning: Advance Directives for Health Care; 2022. Available from: <https://www.nia.nih.gov/health/advance-care-planning/advance-care-planning-advance-directives-health-care>. (Ελέγχθηκε στις 03-02-2025)

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### Ερωτηματολόγιο

#### Ενότητα 1: Δημογραφικά Στοιχεία

1. Φύλο:
    - Άνδρας
    - Γυναίκα
  2. Ηλικία:
    - 20-30
    - 31-40
    - 41-50
    - 51+
  3. Ειδικότητα:
    - Ιατρός
    - Νοσηλεύτης
  4. Χρόνια εμπειρίας στον τομέα υγείας:
    - 0-5
    - 6-10
    - 11-20
    - 21+
  5. Εμπειρία σε Μονάδες Χημειοθεραπείας (σε χρόνια):
    - 0-2
    - 3-5
    - 6-10
    - 11+
- 

#### Ενότητα 2: Γνώση και Εκπαίδευση στην ΚΑΡΠΑ

1. Πόσο καλά αισθάνεστε ότι γνωρίζετε τα πρωτόκολλα ΚΑΡΠΑ;
  - 1 (Καθόλου)
  - 2 (Λίγο)
  - 3 (Μέτρια)
  - 4 (Πολύ)
  - 5 (Πάρα πολύ)
2. Έχετε λάβει εκπαίδευση στην ΚΑΡΠΑ;
  - Ναι
  - Όχι
3. Πόσο συχνά συμμετέχετε σε εκπαιδευτικά σεμινάρια για την ΚΑΡΠΑ;
  - Συχνά
  - Σπάνια

- Ποτέ
  - 4. Έχετε λάβει εκπαίδευση σε θέματα Βιοιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας;
    - Ναι
    - Όχι
  - 5. Πόσο συχνά έχετε εμπλακεί σε πραγματικά περιστατικά ΚΑΡΠΑ σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία;
    - 1 (Ποτέ)
    - 2 (Σπάνια)
    - 3 (Μερικές φορές)
    - 4 (Συχνά)
    - 5 (Πάντα)
- 

### Ενότητα 3: Ηθικές Απόψεις και Αντιλήψεις

1. Θεωρείτε ότι οι ογκολογικοί ασθενείς που υπόκεινται σε χημειοθεραπεία θα πρέπει πάντα να έχουν πρόσβαση σε ΚΑΡΠΑ;
  - 1 (Ποτέ)
  - 2 (Σπάνια)
  - 3 (Μερικές φορές)
  - 4 (Συχνά)
  - 5 (Πάντα)
2. Πόσο συχνά αισθάνεστε ότι οι αποφάσεις για ΚΑΡΠΑ προκαλούν προσωπικά ηθικά διλήμματα;
  - 1 (Ποτέ)
  - 2 (Σπάνια)
  - 3 (Μερικές φορές)
  - 4 (Συχνά)
  - 5 (Πάντα)
3. Πόσο σημαντικός είναι ο σεβασμός της επιθυμίας του ασθενούς σε αποφάσεις ΚΑΡΠΑ;
  - 1 (Καθόλου)
  - 2 (Λίγο)
  - 3 (Μέτρια)
  - 4 (Πολύ)
  - 5 (Πάρα πολύ)
4. Πόσο συχνά θεωρείτε ότι οι αποφάσεις ΚΑΡΠΑ είναι ιατρικά μάταιες σε ογκολογικούς ασθενείς προχωρημένου σταδίου;
  - 1 (Ποτέ)
  - 2 (Σπάνια)
  - 3 (Μερικές φορές)
  - 4 (Συχνά)
  - 5 (Πάντα)

5. Σε ποίο βαθμό πιστεύετε ότι η ιατρική ματαιότητα επηρεάζει την απόφαση για ΚΑΡΠΑ;
- 1 (Καθόλου)
  - 2 (Λίγο)
  - 3 (Μέτρια)
  - 4 (Πολύ)
  - 5 (Πάρα πολύ)
6. Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι η ιατρική ματαιότητα επηρεάζει την απόφαση για ΚΑΡΠΑ, ανάλογα με τον βαθμό επιδείνωσης της υγείας του ασθενούς; (Παρακαλώ αξιολογήστε κάθε βαθμό επιδείνωσης ξεχωριστά στην παρακάτω κλίμακα από 1 έως 5, όπου 1 = Καθόλου και 5 = Πάρα πολύ)
- Μικρή επιδείνωση της υγείας:  1  2  3  4  5
  - Μέτρια επιδείνωση της υγείας:  1  2  3  4  5
  - Σοβαρή επιδείνωση της υγείας:  1  2  3  4  5
  - Τελικό στάδιο της νόσου:  1  2  3  4  5
- 

#### **Ενότητα 4: Απόψεις και Εμπειρίες για την Απόφαση Έναρξης ΚΑΡΠΑ**

1. Έχετε βρεθεί ποτέ σε θέση να ξεκινήσετε ή να αποφύγετε την ΚΑΡΠΑ σε ασθενή σε χημειοθεραπεία;
- 1 (Ποτέ)
  - 2 (Σπάνια)
  - 3 (Μερικές φορές)
  - 4 (Συχνά)
  - 5 (Πάντα)
2. Σε ποιο βαθμό λαμβάνεται υπόψη η ποιότητα ζωής του ασθενούς πριν ληφθεί απόφαση για ΚΑΡΠΑ στην κλινική στην οποία εργάζεσθε;
- 1 (Καθόλου)
  - 2 (Λίγο)
  - 3 (Μέτρια)
  - 4 (Πολύ)
  - 5 (Πλήρως)
3. Αισθάνεστε επαρκώς υποστηριγμένος/-η από την ομάδα σας σε αποφάσεις που σχετίζονται με την ΚΑΡΠΑ;
- 1 (Καθόλου)
  - 2 (Λίγο)
  - 3 (Μέτρια)
  - 4 (Πολύ)
  - 5 (Πάρα πολύ)

---

### Ενότητα 5: Βιοηθικά Διλήμματα

1. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι οι αποφάσεις για ΚΑΡΠΑ θα πρέπει να λαμβάνονται από την ιατρική ομάδα ή τον ίδιο τον ασθενή;
  - 1 (Αποκλειστικά από την Ιατρική ομάδα)
  - 2 (Κυρίως από την Ιατρική ομάδα)
  - 3 (Ισορροπία μεταξύ Ιατρικής ομάδας και ασθενή)
  - 4 (Κυρίως από τον ασθενή)
  - 5 (Αποκλειστικά από τον ασθενή)
2. Σε περιπτώσεις που ο ασθενής δεν μπορεί να εκφράσει επιθυμία, σε ποιον πιστεύετε ότι ανήκει η απόφαση για ΚΑΡΠΑ;
  - Στην οικογένεια
  - Στην ιατρική ομάδα
  - Και στους δύο
3. **Πόσο επαρκές θεωρείτε το υπάρχον πρωτόκολλο για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την έναρξη ΚΑΡΠΑ σε ασθενείς υπό χημειοθεραπεία;**
  - 1 (Καθόλου επαρκές)
  - 2 (Λίγο επαρκές)
  - 3 (Μέτρια επαρκές)
  - 4 (Πολύ επαρκές)
  - 5 (Πάρα πολύ επαρκές)
4. Πιστεύετε ότι υπάρχει κενό στη βιοηθική πολιτική γύρω από την έναρξη ΚΑΡΠΑ σε ασθενείς που βρίσκονται υπό χημειοθεραπεία;
  - 1 (Καθόλου)
  - 2 (Λίγο)
  - 3 (Μέτρια)
  - 4 (Πολύ)
  - 5 (Πάρα πολύ)