

Bioethica

Vol 7, No 1 (2021)

Bioethica



Futile treatment: Medical and Theological approach

Spiridon K Volteas, Vasileios Fanaras

doi: [10.12681/bioeth.26533](https://doi.org/10.12681/bioeth.26533)

Copyright © 2021, Spiridon K Volteas, Vasileios Fanaras



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

To cite this article:

Volteas, S. K., & Fanaras, V. (2021). Futile treatment: Medical and Theological approach. *Bioethica*, 7(1), 20–33.
<https://doi.org/10.12681/bioeth.26533>

Πρωτότυπη Εργασία

Η μάταιη θεραπεία (futile treatment): Ιατρική και θεολογική προσέγγιση

Σπυρίδων Βολτέας¹, Βασίλειος Φανάρας^{2,3}

¹ Διευθυντής Χειρουργικού τμήματος ΕΣΥ Ιπποκρατείου ΓΝΑ, Αθήνα, Ελλάδα.

² Επίκουρος Καθηγητής Βιοηθικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Ελλάδα

³ Εμπειρογνώμονας Ηθικής και Δεοντολογίας, Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Βρυξέλλες, Βέλγιο.



fanarasb@soctheol.uoa.gr

Περίληψη

Η παρούσα μελέτη επικεντρώνεται στο θέμα της μάταιης θεραπείας (futile treatment) και προσεγγίζεται από την ιατρική και θεολογική άποψη, αποτελώντας πρωτότυπο εγχείρημα. Η δυσκολία της αντικειμενικοποίησης των κριτηρίων, τα οποία καθιστούν μια θεραπεία ως μάταιη εγείρει σημαντικά διλήμματα για την ιατρική ηθική και δεοντολογία, καθώς και για την εξέταση του θέματος από βιοηθική σκοπιά. Ταυτόχρονα στη συζήτηση εμφανίζονται και θεολογικές απόψεις, οι οποίες αφορούν την ασθένεια, τη διακοπή ή μη της θεραπείας, αλλά και τον επικείμενο θάνατο του ασθενούς. Η παρούσα δημοσίευση αποσκοπεί να συμβάλλει στο διάλογο και να αποτελέσει αφορμή για συζήτηση στον Ελλαδικό χώρο.

Λέξεις κλειδιά: Μάταιη θεραπεία, ασθενείς τελικού σταδίου, ιατρική ηθική, βιοηθική, θεολογία.

Futile treatment: Medical and Theological approach

Spiridon K. Volteas¹, Vasileios Fanaras^{2,3}

¹ Consultant General Surgeon, Hippocrates Hospital, Athens, Greece.

² Assistant Professor in Bioethics, Faculty of Social Theology and the Study of Religion, National and Kapodistrian University of Athens, Greece.

³ Ethics Expert, European Commission, Brussels, Belgium.

Abstract

This is a medical and theological approach of Futile Treatment, an issue that raises severe medical and bioethical dilemmas. We discuss the difficulties in establishing objective criteria to discontinue treatment and present the theological views on the subject with emphasis to orthodox theology. This paper aims to contribute to the subject and also rise a debate in Greece.

Keywords: Futile treatment, terminally ill patients, medical ethics, bioethics, theology.

1. Εισαγωγή

Ως μάταιη θεραπεία (futile treatment) ορίζεται μια σειρά θεραπευτικών ενεργειών που συζητείται να σταματήσουν ως μη επιτυχείς ή και βλαπτικές για τον ασθενή τελικού σταδίου και να αντικατασταθούν από παρηγορική-ανακουφιστική αγωγή. Η αδυναμία όμως καθορισμού σαφών κριτηρίων για την αντικειμενικοποίηση της ματαιότητας μιας θεραπείας, καθώς και οι ποικίλες δεοντολογικές και κοινωνικές αντιδράσεις που εγείρονται διαχρονικά, καθιστούν ενίοτε την απόφαση για τερματισμό μιας θεραπείας ιδιαίτερα δυσχερή, εγείροντας ταυτόχρονα σημαντικά βιοηθικά διλήμματα. Κορυφαία θέματα όπως η επιμονή στην θεραπεία παρά την αποτυχία της, λόγω μη υπάρξεως εναλλακτικής θεραπευτικής προτάσεως, η συναίνεση του ασθενούς στην πρόταση διακοπής, η άρνηση περαιτέρω θεραπευτικών ενεργειών και η αντικατάστασή τους με παρηγορικές ενέργειες, η επιβολή απόψεων εκ μέρους των θεραπόντων και η λήψη αποφάσεων από τρίτους, σε ασθενείς που δεν έχουν δυνατότητα συναινεσεως, αποτελούν το βασικό αντικείμενο της παρούσης μελέτης. Στην μελέτη επίσης γίνεται ανάλυση των θρησκευτικών απόψεων πάνω στο θέμα, με έμφαση στο ότι η ιατρική απόφαση για την ματαιότητα της θεραπείας δεν συγκρούεται με την Ορθόδοξη χριστιανική ηθική, αφού η διαπίστωσή της γίνεται στα επιστημονικά πλαίσια της ιατρικής ευθύνης και δεοντολογίας και δεν εμπλέκει θεολογικές απόψεις, ενώ η επιμονή στην συνέχιση μιας ιατρικώς χαρακτηριζόμενης μάταιας θεραπείας δεν έχει θεολογική βάση και πολύ περισσότερο δεν συνιστά ηθικά αποδεκτή πράξη.

Πράγματι, οι θεραπευτικές αποφάσεις στους ασθενείς τελικού σταδίου είναι ιδιαίτερα δύσκολες διότι περιλαμβάνουν πολλές αβεβαιότητες, που σχετίζονται με την επάρκεια της επιλεγείσης θεραπείας, την έκβασή της, αλλά και τις επιπλοκές της. Οι θεράποντες ιατροί, ενόψει θεραπευτικών αδιεξόδων, συχνά αναγκάζονται

- είτε να προτείνουν αλλαγή του θεραπευτικού σχήματος, με άλλα σχήματα λιγότερο αποτελεσματικά,

- είτε να επιλέξουν επιθετικές, αλλά μη γενικώς αποδεκτές θεραπείες,
- είτε να αποφασίσουν την διακοπή της θεραπείας, χαρακτηρίζοντάς την ως μη επωφελή και, άρα, μάταιη.

Η μάταιη θεραπεία, ένα θέμα ιδιαίτερα δύσκολο με τεράστιες ιατρικές, ηθικές, δεοντολογικές και θεολογικές προεκτάσεις, είναι το αντικείμενο της παρούσης μελέτης.

2. Η έννοια της μάταιης θεραπείας

Ενιαία αντίληψη πάνω στην έννοια της μάταιης θεραπείας δεν υπάρχει, αφού οι προσπάθειες για τον καθορισμό της ματαιότητας ή μη μιας θεραπείας έχουν προκαλέσει, ήδη από την αρχαιότητα, σύγχυση, αντιπαραθέσεις, ηθικούς προβληματισμούς και ατέρμονες φιλοσοφικές συζητήσεις (Lascaratos *et al*, 1999). Ως όρος πάντως η ματαιότητα από ιατρική άποψη αναφέρεται σε μια θεραπευτική ενέργεια που πρέπει να σταματήσει (Terra and Powell, 2012) για τέσσερις βασικούς λόγους:

- είτε γιατί έχει αποτύχει,
- είτε γιατί είναι βέβαιον ότι θα αποτύχει,
- είτε γιατί υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι δεν θα είναι επωφελής,
- είτε γιατί μπορεί να προκαλέσει μείζονα βλάβη στον ασθενή.

Τα βασικά προβλήματα στον ορισμό είναι, αφενός με ποιά αντικειμενικά κριτήρια καθορίζεται η ματαιότητα και αφετέρου το πως διαφοροποιείται (επίσης αντικειμενικά) μια επαρκής και επωφελής θεραπεία από μια λιγότερο επωφελή, μια μη επωφελή και μια επικίνδυνη και τελικά απορριπτέα θεραπεία (Cantor, 2003).

3. Η εκτίμηση και τελική αποδοχή της ματαιότητας της θεραπείας

Η εκτίμηση ότι μια θεραπεία είναι μάταιη και πρέπει να διακοπεί, έχει πολύ σοβαρές κλινικές και ηθικές συνέπειες. Η διακοπή της θεραπείας σημαίνει αποδοχή του γεγονότος ότι ο ασθενής σύντομα θα καταλήξει, κάτι που δεν γίνεται εύκολα δεκτό από τους θεράποντες. Από την άλλη βεβαίως πλευρά, οι θεράποντες δεν θα πρέπει να δικαιούνται να συνεχίζουν μάταιες θεραπείες, ιδίως όταν αυτές έχουν επίδραση

στην ποιότητα του υπολοίπου της ζωής των ασθενών: αντιθέτως, οι θεράποντες οφείλουν να μεταφέρουν τον ασθενή σε παρηγορητική φροντίδα όταν όλες οι διαθέσιμες θεραπείες αποδεδειγμένα δεν έχουν καμία εύλογη πιθανότητα να παράσχουν κάποιο όφελος, ή όταν έχουν σημαντικές παρενέργειες. Πράγματι, η συνέχιση μιας θεραπείας λόγω ανασφάλειας του ιατρού, επιμονής του ασθενούς ή του περιβάλλοντός του και ανάγκης για «κάλυψη» της θεραπευτικής ομάδας και του νοσοκομείου λόγω του φόβου τυχόν νομικών συνεπειών, θα πρέπει να θεωρείται κακή εφαρμογή των αρχών της ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας και να απορρίπτεται (Cantor, 2003, Downar *et al*, 2015). Σημεία τριβής από την συνέχιση μιας μάταιης θεραπείας αποτελούν η ενδεχόμενη πρόκληση βλάβης στον ασθενή (παραβίαση της αρχής της ωφελείας), ο σεβασμός των επιθυμιών των ασθενών (παραβίαση της αρχής της αυτονομίας) και η εξυπηρέτηση των συμφερόντων των ασθενών και του κοινωνικού συνόλου (παραβίαση της αρχής της δικαιοσύνης), όπως οι αρχές αυτές ορίζονται από την Βιοηθική (Terra and Powell, 2012).

Παρόλα ταύτα είναι γεγονός ότι πολλοί ασθενείς συνεχίζουν να λαμβάνουν μια μάταιη θεραπεία για λόγους που σχετίζονται, τόσο με τον ιατρό, όσο και με τον ασθενή, αλλά και το νοσηλευτικό ίδρυμα όπου αυτός φιλοξενείται (Willmott *et al*, 2016). Οι πλέον σημαντικοί είναι προφανώς οι σχετιζόμενοι με τον ιατρό, δεδομένου ότι αυτός σε όλη του την ζωή εκπαιδεύεται και επιδιώκει την θεραπεία, θεωρώντας οτιδήποτε άλλο (και κυρίως την απόσυρση από την θεραπεία) ως εγκατάλειψη του ασθενούς. Για τον λόγο αυτό πολλοί θεράποντες συνεχίζουν να διενεργούν κλινικές, εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις που είναι πρακτικά δίχως νόημα, αλλά γίνονται απλά για να καθησυχάσουν τον ασθενή και τους οικείους του ότι η ομάδα συνεχίζει να ασχολείται με ζήλο με το πρόβλημά του: συχνά επίσης οι θεράποντες αποφασίζουν και πραγματοποιούν επεμβάσεις και παρεμβάσεις χωρίς ιδιαίτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα, εντασσόμενες απλώς στα πλαίσια της αντιλήψεως ότι ο θάνατος δεν πρέπει να επέλθει «αμαχητί». Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με τον ιατρό αφορούν το επίπεδο της εμπειρίας

του, την προσήλωσή του στην θεραπευτική διαδικασία, την ενδεχόμενη δυσκολία να αντιμετωπίσει ψυχολογικά και κατά πρόσωπο τον θνήσκοντα ασθενή, την αντίληψη ότι ο θάνατος ενός ασθενούς αποτελεί προσωπική αποτυχία του ιατρού, τον φόβο για νομικές συνέπειες, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις του ιδίου του ιατρού και τις κακές επικοινωνιακές δεξιότητες που ενδεχομένως έχει (Jox. 2012, Saric, Prkic and Jukic, 2017).

Όσον αφορά τον ρόλο του ασθενούς στην αποδοχή ή μη μιας θεραπείας ως μάταιης, πρέπει να γίνει κατανοητό ότι ο ασθενής τελικού σταδίου είναι ένας άνθρωπος που βιώνει μια ιδιαίτερη κατάσταση και συχνά καλείται ο ίδιος να επιλέξει τι τελικώς επιθυμεί για τον εαυτό του. Οι αποφάσεις όμως που θα πάρει ο ασθενής είναι δυνατόν να προκαλέσουν έντονο προβληματισμό στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, αφού τεράστια βιοηθικά διλήμματα μπορεί να προκύψουν (Sprung, 2003, Tan, Chum and Kim, 2003, Terra and Powell, 2012, Kearns and Gordijn, 2018) όταν οι θεράποντες κληθούν να εφαρμόσουν (μολονότι ενδεχομένως διαφωνούν) την επιθυμία του ασθενούς

- να μην διακόψει μια θεραπεία, συνήθως την χημειοθεραπεία, ασχέτως αποτελέσματος ή παρενεργειών, αφού η συνέχιση της αγωγής αντανάκλα πρώτον την ελπίδα που διατηρεί ο ασθενής για ίαση και δεύτερον την ενδεχόμενη μη πλήρη κατανόηση της καταστάσεώς του,
- να επιλέξει να διακόψει μια εφαρμοζόμενη θεραπεία, ή να μην υποβληθεί σε περαιτέρω προτεινόμενη χειρουργική, φαρμακευτική ή άλλη παρέμβαση, αφού η διακοπή αντανάκλα την κόπωσή του, την μη αντοχή του στις παρενέργειες και την απογοήτευσή του,
- να μην δεχθεί να γίνει αναζωογόνηση (όπως για παράδειγμα μετά από μια καρδιακή ανακοπή),
- να αρνηθεί να γίνει διασωλήνωση (όπως για παράδειγμα σε βαρεία αναπνευστική ανεπάρκεια, απειλητική για την ζωή), επιλέγοντας ουσιαστικά στις δύο τελευταίες περιπτώσεις να καταλήξει.

Όσον αφορά τους συγγενείς, που είναι σύνηθες να πιέζουν για (επιθετική μάλιστα)

συνέχιση της αγωγής (Kearns and Gordijn, 2018), η στάση τους προέρχεται από

- την άρνηση ή αδυναμία τους να πάρουν αποφάσεις εν ονόματι ενός ασθενούς που δεν έχει την δυνατότητα να το κάνει (ασθενείς διασωληνωμένοι ή χωρίς πνευματική διαύγεια), λόγω του αιφνιδιασμού που υφίστανται, της κακής ψυχολογίας τους, της δυσκολίας να αντιληφθούν την πραγματική κατάσταση και της ελλείψεως γνώσεων και εμπειριών,
- την απροθυμία τους να επωμισθούν το ηθικό (αλλά ίσως και νομικό) βάρος της ευθύνης για την «εγκατάλειψη» του ασθενούς,
- την σύγχυσή τους από την προγνωστική ασάφεια, δηλαδή την αντικειμενική αδυναμία που έχει η θεραπευτική ομάδα να καθορίσει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, αλλά και το προσδόκιμο ζωής του ασθενούς και
- την αδυναμία τους να αντιληφθούν το πεπρασμένο των δυνατοτήτων της ιατρικής.

Τέλος, κάποια επίδραση στις θεραπευτικές αποφάσεις ίσως έχει και η πολιτική του θεραπευτικού ιδρύματος να επιδιώκει την συνέχιση μιας θεραπείας, κάτι που γίνεται κυρίως για νομικούς λόγους (Tan, Chum and Kim, 2003, Willmott *et al*, 2016, Terra and Powell, 2012).

Είναι προφανές ότι οι κλινικοί ιατροί έχουν την ηθική και νομική υποχρέωση να ανθίστανται σε αποφάσεις ασθενών (αλλά και συγγενών, όταν αυτές αποκλίνουν σημαντικά από τις επιθυμίες των ασθενών τους), όταν αυτές απέχουν από την δική τους ιατρική κρίση και αντίληψη περί μη προκλήσεως βλάβης (Stanford University, 2009, White and Pope, 2012, Tryggvason *et al*, 2014, Szawarski, 2016). Στην αμερικανική πραγματικότητα οι ιατροί, όταν διαφωνούν, δικαιούνται να απόσχουν από την περαιτέρω νοσηλεία ενός ασθενούς, με την προϋπόθεση να εξασφαλίσουν την συνέχιση της φροντίδας από έναν άλλο ιατρό (Daar 1995). Το βασικό όμως ερώτημα είναι με ποιο υπόβαθρο μπορούν οι ιατροί να αντιμετωπίσουν αυτά τα διλήμματα, αφού δεν είναι βέβαιο ότι έχουν την εκπαίδευση και εμπειρία προς τούτο. Η εκπαίδευση θεωρείται ότι πρέπει να ξεκινήσει στις ιατρικές σχολές, τα νοσοκομεία αλλά και την κοινότητα, βελτιώνοντας την ικανότητα

ιατρών και νοσηλευτών στην αντιμετώπιση του θνήσκοντος ασθενούς και εκπαιδεύοντας την κοινότητα σχετικά με την διαδικασία του θανάτου και τα όρια της ιατρικής στην αποτροπή του (Willmott *et al*, 2016).

4. Η δυσκολία στον αντικειμενικό καθορισμό της ματαιότητας μιας θεραπείας

Από την ιατρική κοινότητα έχουν γίνει σημαντικές προσπάθειες καθορισμού «δεικτών ματαιότητας», ώστε να υπάρξει αντικειμενικός προσδιορισμός των περιπτώσεων εκείνων όπου μια επιθετική, μη αποτελεσματική ή βλαπτική θεραπεία πρέπει να αντικατασταθεί από απλή υποστήριξη και ανακούφιση του ασθενούς εν αναμονή του θανάτου. Η προσπάθεια αυτή δεν τελεσφόρησε για δύο λόγους: λόγω της προφανούς αδυναμίας να αντικειμενοποιηθούν τα προγνωστικά σημεία, αλλά και λόγω των εντόνων ιατρικών, κοινωνικών και θρησκευτικών αμφισβητήσεων και αντιδράσεων που προκλήθηκαν (Luce and Wachter, 1994, Schneiderman, Jecker and Jonsen, 1990, Gampel, 2006, Terra, 2006, Tornelli, 2007, Terra and Powell, 2012). Οι πλέον σημαντικές αντιδράσεις ήταν ότι

- ο καθορισμός μια θεραπείας ως μάταιης μόνο από τον ιατρό, ενισχύει την δεσπόζουσα θέση του έναντι του ασθενούς και των συγγενών του, καταργώντας την αυτονομία του ασθενούς,
- πριν από κάθε απόφαση πρέπει να υπάρξει κοινωνική και δεοντολογική συμφωνία (social and professional consensus) πάνω στον ορισμό της ματαιότητας και τον καθορισμό των ορίων των ιατρικών πράξεων, ώστε να γίνει ευρέως αποδεκτή η απόσυρση από την θεραπεία,
- ο καθορισμός της ματαιότητας ως υποχρεωτικής πρακτικής απειλεί την ελεύθερη άσκηση των προσωπικών και θρησκευτικών πεποιθήσεων, τόσο των ασθενών και των συγγενών τους, όσο και των θεραπόντων.

Από την συνολική θεώρηση όσων παρατίθενται στις ενότητες 3 και 4 αναδεικνύονται τρεις σημαντικές δυσκολίες των θεραπόντων στην απόφαση να αποσυρθεί μια θεραπευτική προσπάθεια, χαρακτηριζόμενη ως

μάταιη: η ανυπαρξία κανόνων, ο ηθικός και επιστημονικός προβληματισμός για την ορθότητα αυτής καθ αυτής της αποφάσεως των θεραπόντων να θεωρήσουν μια θεραπεία μάταιη, αλλά και η δυσκολία να αντιμετωπίσουν τον θάνατο του ασθενούς, όχι ως προσωπική αποτυχία, αλλά ως υπαρκτή πραγματικότητα.

5. Βιοηθικά διλήμματα στην μάταιη θεραπεία

Όπως είναι κατανοητό, σημαντικά βιοηθικά διλήμματα ανακύπτουν όταν οι προαναφερθείσες επιλογές του ασθενούς, ιδίως αυτές που σημαίνουν τον βέβαιο θάνατό του, θεωρούνται υποχρεωτικές, ως νομικές επιταγές, για τους ιατρούς, τους νοσηλευτές, τα θεραπευτικά ιδρύματα και το οικογενειακό περιβάλλον. Βιοηθικά διλήμματα επίσης προκύπτουν από τις αντίστοιχες αποφάσεις των συγγενών, που λαμβάνονται στο όνομα του ασθενούς, δεδομένου ότι η υπάρχουσα νομική υπόσταση της εννοίας του «οικείου προσώπου» περιπλέκει έτι περαιτέρω το θέμα σε περίπτωση διαφωνίας. Στον κώδικα ιατρικής δεοντολογίας (ν. 3418/2005) στο άρθρο 1 παρ. 4. αναφέρεται ότι «Κατά τον παρόντα Κώδικα: α) στην έννοια «ασθενής» περιλαμβάνεται κάθε χρήστης των υπηρεσιών υγείας και β) στην έννοια «οικείος» περιλαμβάνονται οι συγγενείς εξ' αίματος και εξ' αγχιστείας σε ευθεία γραμμή, οι θετοί γονείς και τα θετά τέκνα, οι σύζυγοι, οι μόνιμοι σύντροφοι, οι αδελφοί, οι σύζυγοι και οι μόνιμοι σύντροφοι των αδελφών, καθώς και οι επίτροποι ή οι επιμελητές του ασθενούς και όσοι βρίσκονται υπό δικαστική συμπαράσταση». Δυστυχώς όμως δεν καθορίζεται, ούτε υπάρχει νομολογία, σχετικά με θέματα όπως

- ποιός θα είναι ο εκπρόσωπος της οικογένειας, ο οποίος θα λάβει αποφάσεις (ή θα ανακοινώσει τις αποφάσεις της οικογένειας) για λογαριασμό του ασθενούς,
- πως αυτός αναδεικνύεται,
- πόσο δεσμευτικές είναι για τους θεράποντες οι απόψεις που εκφράζει και
- εάν μπορεί ο θεράπων
 - να αρνηθεί να εφαρμόσει τις οδηγίες του, εφόσον διαφωνεί,
 - να αμφισβητήσει την συλλογικότητα της αποφάσεως ή

- να ζητήσει από την οικογένεια την αντικατάστασή του σε περίπτωση αδυναμίας συνεννοήσεως.¹

Αποτέλεσμα των ανωτέρω είναι η συχνή σύγκρουση μεταξύ ελλιπούσης ή ατελούς συναινέσεως και ιατρικού λάθους, αφού μια επιπλοκή που έχει μεν παρουσιασθεί στον ασθενή ή τους οικείους του αλλά δεν έχει πλήρως κατανοηθεί από αυτούς, νοείται ως ιατρικό λάθος επιφέροντας νομικές συγκρούσεις (Studdert, 2003, Appel, 2005, Μαλάμη, 2018). Το θέμα άπτεται απολύτως της εννοίας της μάταιης θεραπείας που εδώ εξετάζουμε, γιατί η συναίνεση του ασθενούς σε επιθετική θεραπεία, η άρνησή του σε αυτήν ή η επιλογή μιας άλλης θεραπείας που ο θεράπων δεν εγκρίνει, θα επηρεάσουν καταλυτικά την πορεία της θεραπευτικής διαδικασίας. Όπως μάλιστα σημειώνεται: «Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας δεν παρέχει ασφαλές έρεισμα κατά την λήψη της απόφασης από μέρους του ιατρού, πράγμα που καταδεικνύεται και από το γεγονός ότι στην ελληνική δικαστηριακή πρακτική δεν υπάρχει νομολογία ως προς το ζήτημα της συναίνεσης, καθώς κατά κανόνα συγχέεται με το ιατρικό σφάλμα, δηλαδή ιατρικές πράξεις, οι οποίες είχαν κάποιες δυσμενείς συνέπειες, όχι λόγω ιατρικού σφάλματος, αλλά αποτελούσαν εξαρχής πιθανή παρενέργεια-επιπλοκή της πράξης και για τις οποίες ο ιατρός δεν είχε ενημερώσει ως όφειλε τον ασθενή» (Μαλάμη, 2018).

Να σημειωθεί παρενθετικά ότι, για να είναι έγκυρη η συναίνεση ή η άρνηση ενός ασθενούς στην προτεινόμενη θεραπεία, πρέπει να πληρούνται τρεις βασικές προϋποθέσεις: πρώτον, ο ασθενής να λάβει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες, ώστε να καταλήξει σε μια απόφαση, δεύτερον να έχει την ψυχική και νοητική ικανότητα να κατανοήσει τα δεδομένα, ώστε να καταλήξει στην απόφαση και τρίτον να

¹ Έχει προταθεί από την νομική θεωρία να προβλέπεται ο διορισμός προσωρινού δικαστικού συμπαραστάτη από τον εισαγγελέα, κάτι όμως που δεν μπορεί να λειτουργήσει στις περισσότερες περιπτώσεις λόγω του επείγοντος και της πολυπλοκότητας του θέματος για τον μη ειδικό (Μαλάμη, 2018).

είναι απαλλαγμένος από εξαναγκασμό. Οι εμπιστευτικές πληροφορίες που συζητούνται μεταξύ ιατρού και ασθενούς πρέπει να καλύπτουν όλες τις εναλλακτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις που είναι κατάλληλες για την αντιμετώπιση της νόσου ή της καταστάσεώς του, συμπεριλαμβανομένων των πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών (Cantor, 2003). Εάν ο ασθενής μετά από όλα αυτά αποφασίσει, είτε να συναινέσει, είτε να αρνηθεί την προτεινόμενη θεραπεία, οι θεράποντες θεωρείται ότι είναι νομικά υποχρεωμένοι να συμμορφωθούν με αυτήν την απόφαση, δεν είναι όμως ηθικά υποχρεωμένοι να εκτελέσουν μια απόφαση ή μια αγωγή με τη οποία δεν συμφωνούν. Πράγματι, οι ιατροί, μολονότι θα έπρεπε να έχουν την δυνατότητα να αρνηθούν τις θελήσεις των οικείων και, σε περίπτωση σημαντικής διαφωνίας, να παραιτηθούν από τη δέσμευσή του προς τον ασθενή, δυστυχώς δεν καλύπτονται νομικά για την πράξη τους αυτή γιατί η νομολογία στις περισσότερες περιπτώσεις ευνοεί τις αποφάσεις των ασθενών και των συγγενών τους και όχι τους θεράποντες (Stanford University, 2009, Luce, 2010, White and Pope, 2012, Tryggvason *et al*, 2014). Το δικαίωμα για απόσυρση δίδεται στον θεράποντα μόνο στις περιπτώσεις διαφωνίας με τις αποφάσεις ενός ιατρικού συμβουλίου: πράγματι, στην παράγραφο 4 του άρθρου 22 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας αναφέρεται ότι «Εάν προκύψει διαφορά γνώμων, ο θεράπων ιατρός μπορεί είτε να αποδεχθεί τη γνώμη του συμβούλου ιατρού είτε, εφόσον την κρίνει άστοχη ή επιζήμια, να αποποιηθεί την ευθύνη. Στην περίπτωση αυτή γνωστοποιεί τη διαφωνία του στον άρρωστο ή στην οικογένειά του και ζητά τη συγκρότηση άλλου συμβουλίου εάν το κρίνει σκόπιμο και προς το συμφέρον του ασθενή. Εφόσον η οικογένεια προτιμήσει τη γνώμη του συμβούλου ή αποκρούσει τη σύσταση νέου συμβουλίου, ο θεράπων ιατρός δικαιούται να αποσυρθεί.».

Όλα τα παραπάνω έχουν οδηγήσει σε αδιέξοδα, αλλά και καταγιστικά διλήμματα από βιοηθικής απόψεως πάνω στο θέμα της μάταιης θεραπείας (Piers *et al*, 2011, Eijkholt, 2020). Για τον λόγο αυτό έγινε σημαντική προσπάθεια στην διάρκεια των τελευταίων τριάντα ετών να αναπτυχθούν θεολογικές απόψεις στο πλαίσιο

του βιοηθικού διλήμματος, μερικές από τις οποίες παρουσιάζονται εν συντομία στην συνέχεια.

6. Θρησκευτικές αντιλήψεις για τη μάταιη θεραπεία

Η πνευματική προετοιμασία και υποστήριξη θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική από τους ασθενείς τελικού σταδίου. Σε σχετική μελέτη το 91% των ασθενών αυτών δήλωσε ότι πράγματι έχει τέτοια ανάγκη, με το 67% να επιθυμεί η ανάγκη αυτή να ληφθεί υπόψιν από τους θεράποντες (Pearce 2012), ενώ σε άλλη μελέτη μόνο το 39% δήλωσε ότι επιθυμεί οι θεράποντες να έχουν τις ίδιες με αυτούς θρησκευτικές αντιλήψεις (Woll 2008). Αυτό σημαίνει ότι στην βιοηθική προσέγγιση αποτελεί παράλειψη να μην λαμβάνονται υπόψιν στις θεραπευτικές αποφάσεις και οι απόψεις του θρησκευόμενου ασθενή (Clarfield *et al*, 2003). Για τον λόγο αυτό αναπτύχθηκαν βιοηθικές αντιλήψεις επί του θέματος από θεολογική άποψη, που θα μπορούσαν ενδεχομένως να αποβούν ιδιαίτερα χρήσιμες στο πεδίο που εδώ διερευνούμε.

Στον Βουδισμό, όπου βασική δοξασία είναι ότι η ζωή είναι συνυφασμένη με τον πόνο, την οδύνη, τα γηρατειά, την ασθένεια και τελικά τον θάνατο, ο πόνος μπορεί να ξεπεραστεί μόνο με την επίτευξη της Νιρβάνα: για τον λόγο αυτό ο διαλογισμός θεωρείται απαραίτητος και υιοθετείται από το 99% των βουδιστών (Chan & Hegney 2012, Wiist *et al*. 2012, Goodman, 2014, Moore 2014). Με βάση την πεποίθηση αυτή, ο βουδιστής μπορεί να θεωρήσει ότι οι υπερβολικές προσπάθειες των θεραπόντων για να παρατείνει ο βίος του είναι μάταιες, αφού ο θάνατος είναι η φυσική κατάληξη: η αναληγτική αγωγή όμως, όπως και οι λοιπές θεραπευτικές ενέργειες που θα προσφέρουν πνευματική διαύγεια, ώστε να μπορεί το άτομο να διαλογιστεί, θεωρούνται από τους βουδιστές αναγκαίες (Chan & Hegney, 2012).

Στον Ιουδαϊσμό οι ιατροί θεωρούνται απεσταλμένοι του Θεού για την θεραπεία των πιστών στην γη (Moore, 2014) και πρέπει να αγωνισθούν για τον ασθενή με κάθε μέσον ώστε να επιτύχουν την μέγιστη δυνατή επιβίωση (Patterson Balducci, & Meyer, 2002, Woll,

2008). Ο Θεός είναι ο μόνος θεραπευτής, ο θάνατος θεωρείται μέρος του κύκλου της ζωής και ως πραγματική θεραπεία λογίζεται η θεραπεία που επιτυγχάνεται μόνο μέσω της πίστεως (Moore, 2014). Στην βάση αυτή, η χρήση μη συμβατικών θεραπευτικών μεθόδων στους ασθενείς τελικού σταδίου, αποτελεί πεδίο αμφισβητήσεων μεταξύ των ραββίνων: πλειοψηφούσα άποψη πάντως είναι η απαγόρευση μη αποδεδειγμένων-εγκεκριμένων εναλλακτικών θεραπειών, ενώ απαραίτητη θεωρείται η ανακούφιση από τον πόνο (Moore, 2014). Γενικά η επιλογή της θεραπείας πρέπει να συζητείται μεταξύ του ασθενούς και του θεράποντος, συχνά με την παρουσία ραββίνου με γνώσεις βιοηθικής (Fosarelli, 2011), αφού αυτό θα διασφαλίσει ότι η επιλεγείσα θεραπεία θα είναι σύμφωνη με την πίστη και τις αξίες του ασθενούς (Moore, 2014). Ο ασθενής δεν επιτρέπεται να αρνηθεί μια επιβεβλημένη θεραπεία, ενώ κατά τα έθιμα της Εβραϊκής Παράδοσης ο ιατρός μπορεί να κάνει μια παρέμβαση ακόμα και χωρίς την συγκατάθεση του ασθενούς, με δεδομένη την εκ του Θεού υποχρέωσή του να παρέχει την επιβεβλημένη θεραπεία: αυτό φυσικά, όπως είναι προφανές, έρχεται σε αντίθεση με τις βιοηθικές κατευθύνσεις της δυτικής ιατρικής, με εύλογες επιπτώσεις στην θεραπεία των Εβραίων ασθενών (Steinberg, 2003a, 2003b). Εν κατακλείδι η απόσυρση της θεραπείας θεωρείται από τους περισσότερους ραββίνους που είναι εξειδικευμένοι στην βιοηθική ως επίσπευση του θανάτου και ως εκ τούτου δεν γίνεται αποδεκτή (Woll, 2008).

Από την χριστιανική άποψη η Καθολική εκκλησία αποδέχεται πλήρως τα σύγχρονα ιατρικά επιτεύγματα και την θεραπευτική τους χρήση, ενώ ταυτόχρονα υλοποιεί το διάταγμα του Πάπα Ιωάννη Παύλου του Β', το οποίο εντέλλει ότι «οι πιστοί δεν υποχρεούνται να αναζητούν έκτακτα ή δυσανάλογα μέσα διατήρησης της ζωής» (Narayan, 2006). Σύμφωνα μάλιστα με οδηγίες που παρήγαγε υπό την αιγίδα της Catholic Health Association of the United States το καθολικό νοσοκομείο St. Francis Medical Center στην Χαβάη, «εάν ακολουθηθούν όλα τα διαδικαστικά βήματα και διαπιστωθεί ότι μια θεραπεία είναι ιατρικά μάταιη, ο ιατρός θα πρέπει να ενθαρρύνεται και

να υποστηρίζεται κατά την μετάβαση στην ανακουφιστική φροντίδα» (Tan, Chum and Kim, 2003).

Στο Ισλάμ, η οικογένεια ως σύνολο έχει τον τελικό λόγο στις θεραπευτικές αποφάσεις, γνωρίζοντας ότι η θεραπεία πρέπει να περιορίζεται στις θεραπευόμενες μόνο περιπτώσεις (Woll, 2008). Η πνευματική διάσταση είναι ιδιαίτερα εμφανής στους ασθενείς τελικού σταδίου, δεδομένου ότι για τον μουσουλμάνο η ασθένεια προέρχεται από τον Αλλάχ και είναι δοκιμασία της πίστης (Ahmad, Muhammad, & Abdullah, 2011, Lazenby & Khatib, 2012). Για τον λόγο αυτό σε σχετική μελέτη η ανάγνωση του κορανίου και η προσευχή ήταν οι μέθοδοι εκλογής για να αντιμετωπισθεί το στρες στους μουσουλμάνους ασθενείς τελικού σταδίου, σε ποσοστά 74.8% and 69.9% αντίστοιχα (Akhu-Zaheya & Alkhasawneh, 2012). Στο Ισλάμ θεωρείται ότι η θεραπεία πρέπει να συνεχίζεται έως ότου η κατάσταση θεωρηθεί αμετάκλητα μη αντιστρέψιμη και για τον λόγο αυτό η παράταση της ζωής με τεχνητά μέσα δεν είναι αποδεκτή (Woll, 2008, Clarfield *et al*, 2003).

7. Η Ορθόδοξη χριστιανική προσέγγιση περί της ματαιότητας της θεραπείας

Για το θέμα της ματαιότητας της θεραπείας, έμμεσες αναφορές μπορούν να αντληθούν, σύμφωνα με τα παραπάνω ιατρικά δεδομένα για την μάταια θεραπεία από την χριστιανική άποψη, σε κείμενα σχετικά με την συνέχιση ή την διακοπή της θεραπείας στο θέμα της ευθανασίας (Ιερά Σύνοδος της Ιεραρχίας της Εκκλησίας της Ελλάδος, 2000 και 2002) ,αλλά και της ανακουφιστικής ή παρηγορητικής φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου (Νικολάου Μητροπολίτου Μεσογαίας και Λαυρεωτικής, 2009).

Το θέμα ως πρωτίστως ιατρική επιλογή εμπίπτει στην ιατρική ηθική, αλλά σαφώς εγείρονται και βιοηθικά διλήμματα από θεολογικής απόψεως. Η επιστημονική γνώση, κατάρτιση και εμπειρία του ιατρού, ο οποίος υποστηρίζει ότι ιατρικώς η θεραπεία καθίσταται μάταιη για τον ασθενή, δεν μπορεί να αμφισβητηθεί με θεολογικά επιχειρήματα (Επίσημα κείμενα της Αγίας και Μεγάλης

Συνόδου της Ορθοδόξου Εκκλησίας, 2016). Συνεπώς, ο ιατρός ως ηθικό πρόσωπο που αποφασίζει και ενεργεί επ'ωφελεία του ασθενούς, έχει την ευθύνη, σύμφωνα και με τον όρκο του, να λάβει μια τέτοια απόφαση και να χαρακτηρίσει μάταιη μια θεραπεία. Η πληροφόρηση περί ματαιότητας της θεραπείας προς τον ασθενή ή τους συγγενείς εμπίπτει στην ιατρική ηθική και δεοντολογία και πραγματοποιείται με υπευθυνότητα από τον θεράποντα ιατρό. Ο τρόπος με τον οποίο θα ενημερωθεί ο ασθενής αποτελεί άλλη συζήτηση, αλλά αν πρόκειται για μάταια θεραπεία, αποτελεί μονόδρομο. Από την άλλη πλευρά και οι συγγενείς θα πρέπει να ενημερώνονται για την περίπτωση της ματαιότητας μιας θεραπείας για το δικό τους άνθρωπο και να συνεπικουρούν το θεράποντα ιατρό.

Η αμφισβήτηση της ματαιότητας μιας θεραπείας, είτε από τον ασθενή, είτε από τους συγγενείς, σύμφωνα με τις θρησκευτικές τους αντιλήψεις, έχει σαφώς θεολογικό ενδιαφέρον. Συγκεκριμένα, σε ιατρικώς αποδεδειγμένα μάταιη θεραπεία, η επιμονή και εμμονή στην συνέχισή της με το επιχείρημα της επέμβασης του Θεού δεν συνιστά ηθικά αποδεκτή πράξη, καθώς η θεία επέμβαση και η πίστη στο «θαύμα» δεν σχετίζεται με την χορήγηση της θεραπείας. Από την άλλη πλευρά βεβαίως η πίστη στο «θαύμα» και την θεραπεία σύμφωνα με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις των ασθενών και συγγενών δεν θα πρέπει να υποτιμάται από τους ιατρούς, αλλά σαφώς διακρίνεται από την επιστημονική γνώση που καθιστά τη θεραπεία μάταιη (Νικολάου Μητροπολίτου Μεσογαίας και Λαυρεωτικής, 2009).

Η ζωή αποτελεί δώρο του Θεού και ο θάνατος έχει ιερό χαρακτήρα (Νικολάου Μητροπολίτου Φθιώτιδος, 2003) Το δίλημμα βασίζεται στην αντίληψη της σχέσης πίστης και επιστήμης του θρησκευόμενου ασθενούς και των συγγενών. Η πίστη είναι υπόθεση της καρδιάς, βασιζόμενη στο «*τα αδύνατα παρά ανθρώποις, δυνατά παρά το Θεό εστί*» (Λουκ. 18, 27) και στην ρήση: «*Εμβλέψατε εις αρχαίας γενεάς και ίδετε, τις ενεπίστευσε Κυρίω και κατησχύνθη; ή τις ενέμεινε τω φόβω αυτού και εγκατελείφθη; ή τις επεκαλέσατο αυτόν, και υπερείδεν αυτόν;*» (Σοφία Σειράχ 2,10). Η στάση αυτή δεν αντιβαίνει στην επιστημονική γνώση και πράξη,

καθώς η πίστη στον Θεό ξεπερνά τα επιστημονικά δεδομένα, ιδίως στην περίπτωση του επικείμενου θανάτου. Συνεπώς, η πίστη στο «υπερ-φύσιν» και «υπερ-λόγον» της επέμβασης του Θεού σε ασθενή του οποίου η θεραπεία καθίσταται ιατρικώς μάταιη, δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται υποτιμητικά ή με χλεύη από τον ιατρό, αλλά στα πλαίσια της κατανόησης της ετερονομίας και της εν γένει θρησκευτικής πίστης και ζωής του ασθενούς ή των συγγενών του. Η θεολογική αυτή στάση σαφώς και αντικρούεται με την συγκεκριμένη απόφαση του ιατρού να ορίσει την θεραπεία ως μάταιη στα πλαίσια της αυτονομίας, αλλά από χριστιανικής απόψεως είναι αποδεκτή.

Από την άλλη πλευρά, η αποδοχή της ματαιότητάς μιας θεραπείας από θρησκευόμενο ασθενή ή τους συγγενείς του δεν συνεπάγεται παραίτηση από την ζωή, ολιγοψυχία ή απιστία από θεολογικής απόψεως, καθώς στην περίπτωση της μάταιης θεραπείας τα ανθρωπίνως δυνατά έχουν εξαντληθεί. Συνεπώς, η ιατρική απόφαση για την ματαιότητα της θεραπείας δεν συγκρούεται με την Ορθόδοξη χριστιανική ηθική, καθώς η διαπίστωσή της γίνεται στα επιστημονικά πλαίσια της ιατρικής ευθύνης και δεοντολογίας και δεν εμπλέκει θεολογικές απόψεις. Η επιμονή στην συνέχιση της ιατρικώς χαρακτηριζόμενης μάταιας θεραπείας δεν έχει θεολογική βάση και πολύ περισσότερο δεν συνιστά ηθικά αποδεκτή πράξη.

8. Συμπεράσματα

Η Βιοηθική, ως διεπιστημονικός κλάδος, δεν στοχεύει στον περιορισμό ή την ποδηγέτηση της ιατρικής προόδου, αλλά έχει διακηρυγμένο σκοπό την διασφάλιση, τόσο του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, όσο και την ασφάλεια του ασθενούς, τον σεβασμό στην αυτονομία του και την ορθή και δίκαιη εφαρμογή των νέων ιατρικών ανακαλύψεων. Αυτό συμβαίνει διότι τα νέα επιτεύγματα της ιατρικής και της βιοτεχνολογίας δεν είναι κατ' ανάγκην θετικά, ούτε όμως και πάντοτε ηθικώς αποδεκτά από την ευρύτερη κοινότητα: η γνώση οφείλει να παράγεται και να χρησιμοποιείται κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο, με δικαιοσύνη και αντικειμενικότητα, όπως ορίζουν οι τρέχουσες

βιοηθικές αντιλήψεις της δεδομένης εποχής που εφαρμόζονται. Όμως υπάρχουν κατά την γνώμη μας δύο πολύ βασικά προβλήματα στην εφαρμογή στον δυτικό κόσμο: η ουδετερότητα και η ευθύνη.

Πράγματι, η Ιατρική Ηθική, στα πλαίσια της ουδετερότητας που επιδιώκει (θρησκευτικής, φυλετικής, πολιτισμικής, οικονομικής), αλλά και της αυτονομίας δεν λαμβάνει καθόλου υπόψιν την θρησκευτικότητα του ασθενούς και ιδίως, στο πεδίο που εδώ μας ενδιαφέρει, των πεποιθήσεών του για την μέλλουσα ζωή και υπόσταση. Επίσης, λόγω της ταχείας εφαρμογής των νέων μεθόδων, συχνά δεν υπάρχει αρκετός χρόνος ώστε αυτές να ελεγχθούν για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά τους, αλλά ούτε και για να αναπτυχθούν αντίστοιχες βιοηθικές αρχές σχετικά με την ορθή εφαρμογή τους: αυτό αφήνει την ευθύνη σχετικά με την ορθότητα ή μη μιας εφαρμογής στην εμπειρία, την καλή θέληση, την ακεραιότητα, στις ηθικές αρχές και τις μεταφυσικές πεποιθήσεις του χρήστη. Αυτό όμως, όπως είναι φυσικό, δεν μπορεί να γίνει ευρύτερα αποδεκτό, ούτε από την επιστημονική κοινότητα, αλλά ούτε και από το κοινωνικό σύνολο, δεδομένου ότι ο χρήστης ιατρός δεν είναι βέβαιον ότι κατέχει το αναγκαίο προς τούτο υπόβαθρο, ή και την απαραίτητη ουδετερότητα, ώστε να δράσει υπεύθυνα. Πρόκειται για ένα τεράστιο κενό, δεδομένου ότι οι υπεύθυνες αποφάσεις των θεραπόντων αποτελούν την βάση της θεραπευτικής διαδικασίας και είναι δυνατόν να οδηγήσουν στα άκρα τις ηθικές, βιοηθικές, θεολογικές, νομικές, επαγγελματικές και κοινωνικές συνισταμένες της ιατρικής επιστήμης.

Οι αποφάσεις σχετικά με την ματαιότητα ή μη της θεραπείας των ασθενών τελικού σταδίου, επηρεάζονται ακριβώς από τις δύο αυτές συγκεκριμένες ελλείψεις. Η επιθετική θεραπεία δημιουργεί ένα πολύ κακό κλίμα και το μόνο που δεν πρέπει να συμβεί είναι ο ασθενής, για τον οποίο είναι αναγκαία η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία, η ανοσοθεραπεία, η γονιδιακή θεραπεία ή οποιαδήποτε άλλη επικουρική θεραπευτική παρέμβαση, να αμφιβάλλει για τα κίνητρα των θεραπόντων. Για τους προβληματισμούς που εγείρονται τα τελευταία χρόνια σχετικά με την υπερ-διάγνωση (overdiagnosis), την επιλογή της ορθής

θεραπείας και την υπερβολική θεραπεία (overtreatment), η αμερικανική εταιρεία κλινικής ογκολογίας ASCO εκπόνησε έναν κατάλογο ορθής επιλογής θεραπείας με τον τίτλο «Choosing Wisely» (Schnipper *et al*, 2012). Από ιατρικής πλευράς απαιτείται επίσης τις θεραπευτικές αποφάσεις να λαμβάνει ένα θεσμοθετημένο ογκολογικό συμβούλιο, όπου η ομοφωνία είναι πολύ σημαντική: πράγματι, δεν είναι δυνατόν ο θεράπων να κληθεί να εφαρμόσει την άποψη ενός συμβουλίου με την οποία διαφώνησε, ενώ η ομαδική απόφαση ενισχύει την αμεροληψία και προωθεί την εμπιστοσύνη (Cantor, 2003). Ο ιατρός δεν δικαιούται να επιβάλλει μόνος θεραπευτικές απόψεις στον ασθενή και τους οικείους του, ακόμα και όταν είναι απόλυτα πεπεισμένος ότι δρα προς όφελος του ασθενούς: όταν μάλιστα ευρίσκεται σε θεραπευτικό αδιέξοδο ή κάνει αμυντική ιατρική (δεν συζητώνται άλλες περιπτώσεις, όπου εμπλέκεται το οικονομικό όφελος), το να επιβάλλει την άποψή του για συνέχιση ή απόσυρση μιας θεραπείας, είναι μια πράξη σίγουρα αντιδεοντολογική και ενδεχομένως ποινικά κολάσιμη.

Η θρησκευτικότητα του συνόλου των εμπλεκομένων είναι προφανές ότι αποτελεί σημαντικό παράγοντα που θα επηρεάσει την λήψη των αποφάσεων, όπως και το υπόβαθρο των θεραπόντων που θα αναλάβουν την ευθύνη να προτείνουν, να αποδεχθούν ή να απορρίψουν μεθόδους και παρεμβάσεις. Σε αυτό είναι απαραίτητη η συμβολή της Βιοηθικής από τη θεολογική άποψη. Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και οι αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα στο τέλος του κύκλου ζωής απαιτούν γνώση, εμπειρία, ανοικτή επικοινωνία και στενή συνεργασία μεταξύ ασθενών και ιατρών. Η εκπαίδευση των ιατρών πάνω στην Βιοηθική, η αλήθεια προς τους ασθενείς, η κατανόηση του σημαντικού ρόλου της θρησκευτικότητας του ασθενούς και των πολιτισμικών του καταβολών, αλλά και η εμπιστοσύνη την οποία οφείλουν να εμπνέουν οι θεράποντες με την προσηνή τους στάση, η τήρηση του απορρήτου και η αίσθηση δικαιοσύνης στην πορεία αντιμετώπισης της νόσου, συμβάλλουν σημαντικά στην καταλλαγή του ασθενούς. Αποτέλεσμα θα είναι η γαλήνη προ του θανάτου και η αποφυγή συμπεριφορών όπως η αυτοκτονική διάθεση, το αίτημα για

απόσυρση από την θεραπεία, η επιλογή ακραίων θεραπευτικών σχημάτων και η προσφυγή σε πρακτικές ευθανασίας. Προφανώς υπάρχουν σημαντικά θέματα που θα συνεχίσουν να προκαλούν τριβή μεταξύ της θεολογικής προσέγγισης και των άλλων επιστημονικών απόψεων της Βιοηθικής, όπως η άρνηση της προτεινόμενης θεραπείας και η συναίνεση στην προτεινόμενη διακοπή της θεραπείας, εκ μέρους του ασθενούς ή των οικείων του: εάν όμως κοινός τόπος όλων είναι η γαλήνη του ασθενούς προ του θανάτου, μια γενναία στάση απέναντι στην μάταια θεραπεία ίσως συμβάλλει σημαντικά στο πεδίο αυτό.

Βιβλιογραφία

- Ahmad, F., binti Muhammad, M., Abdullah, A. A. (2011). Religion and Spirituality in Coping with Advanced Breast Cancer: Perspectives from Malaysian Muslim Women. *Journal of Religion and Health* 50(1), 36-45.
- Ankeny, R.A., Clifford, R., Christopher F C Jordens, C.F.C., Ian H Kerridge, I.H., Rod Benson, R. (2005). Religious perspectives on withdrawal of treatment from patients with multiple organ failure. *MJA* 183(11/12).
- Akhu-Zaheya, L. M., Alkhasawneh, E. M. (2012). Complementary alternative medicine use among a sample of Muslim Jordanian oncology patients. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 18(2), 121-126.
- Appel, J.M. (2005). Defining death: When physicians and families differ. *Journal of Medical Ethics* 31(11), 641-642.
- Chan, T. W., Desley Hegney, D. (2012). Buddhism and Medical Futility. *Journal of Bioethical Inquiry* 9(4), 433-8.
- Clarfield, A. M., Gordon, M., Markwell, H., Alibhai, S.M.H. (2003). Ethical Issues in End-of-Life Geriatric Care: The Approach of Three Monotheistic Religions—Judaism, Catholicism, and Islam. *Journal of the American Geriatrics Society* 51(8), 1149-1154.
- Cantor, M.D., Braddock C.H., Derse, A.R., Edwards, D.M., Logue, G.L., Nelson, W., Prudhomme, A.M., Pearlman, R.A., Reagan, J.E., Wlody, G.S., Fox, E. (2003). Do-Not-Resuscitate Orders and Medical Futility, Author Affiliations Article Information. *Arch Intern Med* 163(22), 2689-2694.
- Daar JF (1995). Medical futility and implications for physician autonomy. *Am J Law Med* 21, 221- 240.
- Downar, J., You, J.J., Bagshaw, S.M., Golan, E., Lamontagne, F., Burns, K., Kavita, S.S., Seely, A., Meade, M., Fox-Robichaud, A., Cook, D., Turgeon, A.F., Dodek, P., Xiong, W., Fowler, R., on behalf of the Canadian Critical Care Trials Group (2015). Nonbeneficial Treatment Canada. Definitions, Causes, and Potential Solutions from the perspective of Healthcare Practitioners. *Critical Care Medicine* 43: 270-81.
- Eijkholt. M. (2020). Medicine's collision with false hope: The False Hope Harms (FHH) argument. Διαθέσιμο στο https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bioe.12731?utm_source=TrendMD&utm_medium=cpc&utm_campaign=Bioethics_TrendMD_0&sid=WOL_tmd1b, ανάκτηση 10.02.2021.
- Επίσημα κείμενα της Αγίας και Μεγάλης Συνόδου της Ορθοδόξου Εκκλησίας (Κρήτη, 16 έως 25 Ιουνίου 2016), Η Αποστολή της Ορθοδόξου Εκκλησίας εις τον σύγχρονον κόσμο, Στ' «Η αποστολή της Ορθοδόξου Εκκλησίας εν μαρτυρία αγάπης εν διακονία», παράγραφοι 11 και 12. Διαθέσιμο στο www.oac.gr, ανάκτηση 10.02.2021.
- Fosarelli, P. (2008). Prayers and Rituals at a Time of Illness and Dying: The Practices of Five World Religions. West Conshohocken, Templeton Press.
- Gambel. E. (2006). Does professional autonomy protect medical futility judgements? Διαθέσιμο στο <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-8519.2006.00480.x>, ανάκτηση 10.02.2021.
- Goodman, C. (2014), Ethics in Indian and Tibetan Buddhism, in *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, Edward N.

Zalta (ed.). Διαθέσιμο στο <http://plato.stanford.edu/archives/fall2014/entries/ethics-indian-buddhism/>, ανάκτηση 10.02.2021.

Ιερά Σύνοδος της Ιεραρχίας της Εκκλησίας της Ελλάδος, Ειδική Συνοδική Επιτροπή Βιοηθικής, «Ευθανασία», Δελτίον Τύπου (14.12.2000). Διαθέσιμο στο <http://www.bioethics.org.gr/03c.html#3>, ανάκτηση 10.02.2021.

Ιερά Σύνοδος της Ιεραρχίας της Εκκλησίας της Ελλάδος, Ειδική Συνοδική Επιτροπή Βιοηθικής, «Βασικές θέσεις επί της ηθικής της Ευθανασίας» (06.11.2002). Διαθέσιμο στο http://www.bioethics.org.gr/03_b.html#4, ανάκτηση 10.02.2021.

Jox, R.J., Schaidler, A., Marckmann, G., Borasio, G.D. (2012). Medical futility at the end of life: the perspectives of intensive care and palliative care clinicians. *Journal of Medical Ethics* 38(9), 540-5.

Kearns, A.J., Gordijn, B., (2018). Withholding and life-saving treatment: ordinary/extraordinary means. *Analiza i Egzystencja* 42. Διαθέσιμο στο https://www.researchgate.net/publication/328946897_Withholding_and_Withdrawing_Life-Saving_Treatment_OrdinaryExtraordinary_Means_Autonomy_Futility

Kearns and Gordijn 2018, ανάκτηση 10.02.2021.

Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, ν. 3418/2005, ΦΕΚ Α/287, 28.11.2005, διαθέσιμο στο <https://www.lawspot.gr/nomikes-pliories/nomothesia/nomos-3418-2005>, ανάκτηση 10.02.2021.

Lascaratos, J., Poulakou-Rebelakou, E., Marketos, S. (1999). Abandonment of terminally ill patients in the Byzantine era. An ancient tradition? *Journal of Medical Ethics* 25, 254-258.

Lazenby, M., Khatib, J. (2012). Associations among Patient Characteristics, Health-Related Quality of Life, and Spiritual Well-Being among Arab Muslim Cancer Patients. *Journal of Palliative Medicine* 15(12), 1321-1324.

Luce, J. M. (2010). End-of-Life Decision Making in the Intensive Care Unit. *Am J Respir Crit Care Med* 182, 6-11.

Luce, J.M., Wachter, R.M. (1994). The ethical appropriateness of using prognostic scoring systems in clinical management. *Crit Care Clin* 10, 229-241.

Μαλάμη, Μ. Α. (2018). Η συναίνεση του ασθενούς στις ιατρικές πράξεις. Μια ανοιχτή πληγή. *Crime Times*, Κέντρο Μελέτης του Εγκλήματος, 6. Διαθέσιμο στο <http://www.crimetimes.gr/h-synainesh-tou-asthenoy-s-stis-iatrikes-prakseis/>, ανάκτηση 10.02.2021.

Moore, R. E. (2014). Religious Practices and Considerations for Cancer

Treatment of Christian, Jewish, Islamic, and Buddhist Patients. Honors Projects 291. Διαθέσιμο στο <https://scholarworks.gvsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1344&context=honorsprojects>, ανάκτηση 10.02.2021.

Narayan, M.C.M. (2006). Caring For Patients Of Diverse Religious Traditions: Catholicism. *Home Healthcare Nurse* 24(3), 183-186.

Niebroj, L. (2006). The influence of religious beliefs on health care: Between medical futility and refusal of treatment. *J Physiol Pharmacol* 57 (Supp 4), 241.249. Διαθέσιμο στο <https://www.researchgate.net/publication/6724413>, ανάκτηση 02.02.2021.

Νικολάου Μητροπολίτου Μεσογαίας και Λαυρεωτικής. (2009). Εξαντλητικές Παρεμβάσεις στις ΜΕΘ, Όροι και Όρια, Παράταση ζωής ή Παρεμπόδιση Θανάτου; Ηθικοί Προβληματισμοί. Διαθέσιμο στο <http://www.bioethics.org.gr/Paratasizois%20parempodisithnatou.pdf>, ανάκτηση 10.02.2021.

Νικολάου Μητροπολίτου Φθιώτιδος. (2003). Η θέσις της Εκκλησίας επί του θέματος της Ευθανασίας. Διαθέσιμο στο http://www.ecclesia.gr/greek/holysynod/eisigiseis/nikolaou_efthanasia.htm, ανάκτηση 10.02.2021.

- Patterson, S., Balducci, L., Meyer, R. (2002). The book of Job: A 2,500-year-old current guide to the practice of oncology; The nexus of medicine and spirituality. *Journal of Cancer Education* 17(4), 237-40.
- Pearce, M. J., Coan, A. D., Li, J. E. H., Koenig, H. G., & Abernethy, A. P. (2012). Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients. *Supportive Care in Cancer* 20(10), 2269-2276.
- Piers, R.D., Azoulay, E., Ricou, B., Dekeyser Ganz, F., Decruyenaere, J., Max, A., Michalsen, A., Maia, P.A., Owczuk, R., Rubulotta, F., Depuydt, P., Meert, A.P., Reyners, A.K., Aquilina, A., Bekaert, M., Van den Noortgate, N.J., Schrauwen, W.J., Benoit, D.D., for the APPROPRIUS Study Group of the Ethics Section of the ESICM (2011). Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. *JAMA* 28; 306(24), 2694-703.
- Saric, L., Prkic, I., Jukic, M., (2017). Futile treatment - a review. *Journal of Bioethical Inquiry* 14, 329-337.
- Schneiderman, L. J., Jecker, N. S., Jonsen, A. R. (1990). Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications. *Annals of Internal Medicine* 112(12), 949-954.
- Schnipper LE, Smith TJ, Raghavan D, Blayney, D.W., Ganz, P.A., Mulvey, T.M., Dana S. Wollins, D.S. (2012). American Society of Clinical Oncology identifies five key opportunities to improve care and reduce costs: The Top Five list for oncology. *J Clin Oncol* 30, 1715-1724.
- Stanford University (2009). Court Cases Relevant to Futile Treatment. Διαθέσιμο στο <http://web.stanford.edu/~mvr2j/sfsu09/extra/court%20cases%20futile%20treatment>, ανάκτηση 10.02.2021.
- Steinberg, A. (2003a). Medicine. In *Encyclopedia of Jewish Medical Ethics* (Vol. 2, pp. 633-649). Jerusalem, Israel: Feldheim Publishers.
- Steinberg, A. (2003b). Terminally ill. In *Encyclopedia of Jewish Medical Ethics* (Vol. 3, pp. 1046-1088). Jerusalem, Israel: Feldheim Publishers.
- Sprung, C.L., Cohen, S.L., Sjøkvist, P., Baras, M., Bulow, H.H., Hovilehto, S., Ledoux, D., Lippert, A., Maia, P., Phelan, D., Schobersberger, W., Wennberg, E., Woodcock, T., for the Ethicus Study Group (2003). End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA* 290(6), 790-7.
- Studdert, D.M., Mello, M.M., Burns, J.P., Puopolo, A.L., Galper, B.Z., Truog, R.D., Brennan, T.A. (2003). Conflict in the care of patients with prolonged stay in the ICU: types, sources, and predictors. *Intensive Care Med* 29(9), 1489-97.
- Szawarski, P. (2016). Classic cases revisited: Mr David James, futile interventions and conflict in the ICU. *J Intensive Care Soc* 17(3), 244-251.
- Tan, S.Y., Chun, B., Kim, E. (2003). Creating a medical futility policy. *Health Progress* 14-20. Διαθέσιμο στο <https://www.chausa.org/publications/health-progress/article/july-august-2003/creating-a-medical-futility-policy>, ανάκτηση 10.02.2021.
- Terra, S.M. (2006). Approach to Medical Futility in a Community Hospital: Is Use of a Prognostic Scoring System Applicable? *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice* 4(4). Διαθέσιμο στο <https://nsuworks.nova.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://scholar.google.gr/&httpsredir=1&article=1128&context=ijahsp/>, ανάκτηση 10.02.2021.
- Terra, S.M., Powell, S.K. (2012). Editorial: Is a Determination of Medical Futility Ethical? *Professional Case Management* 17(3), 103-106.
- Truog, R.D., Campbell, M.L., Curtis, R., Haas, C.E., Luce, J.M., Rubenfeld, G.D., Rushton, C.H., Kaufman, D.C. (2014). Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. Διαθέσιμο στο <https://www.aarc.org/wp->

<content/uploads/2014/08/recommendations-for-eol-in-icu-accm.pdf>, ανάκτηση 10.02.2021.

Tonelli, M.R. (2007). What medical futility means to clinicians. HEC Forum 19(1), 83-93.

White, D.B., Pope, T.M. (2012). The Courts, Futility, and the Ends of Medicine. JAMA 307(2), 151-152.

Wiist, W. H., Sullivan, B. M., St George, D. M., Wayment, H. A. (2012). Buddhists'

Religious and Health Practices. Journal of Religion and Health 51(1), 132-47.

Willmott, L., White, B.P., Gallois, C., Parker, M., Graves, N., Winch, S., Callaway, L.,

Shepherd, N., Close, E. (2016). Reasons doctors provide futile treatment at the end of life: A qualitative study. Journal of Medical Ethics. Διαθέσιμο στο <http://eprints.qut.edu.au/95734/>, ανάκτηση 10.02.2021.

Woll, M. L., Hinshaw, D. B., Pawlik, T. M. (2008). Spirituality and Religion in the Care of Surgical Oncology Patients with Life-Threatening or Advanced Illnesses. Annals of Surgical Oncology 15(11), 3048-3057.