



Ηθικά ζητήματα στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας κατά την πανδημία SARS-CoV-2

Δούκη Σταματίνα¹, Τουλιά Γεωργία², Παυλάτου Νίκη³

1. Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας, PhD(c) Ιατρική Σχολή Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, MSc, MHASc, Ακαδημαϊκή υπότροφος, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
2. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
3. Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παγκόσμια κοινότητα κλήθηκε να αντιμετωπίσει τη μεγαλύτερη κρίση των τελευταίων δεκαετιών με την εμφάνιση του αναπνευστικού συνδρόμου Sars-Cov-2, που αποτέλεσε πρόκληση για τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας, αλλά και στην ανάδυση, αναγνώριση και διαχείριση ηθικών ζητημάτων. Η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας κατέδειξε ότι τα ηθικά ζητήματα που αναδείχθηκαν, κατά τη διάρκεια της πανδημίας στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), ήταν: 1) Η σύγκρουση που προέρχεται από την ηθική στάση των επαγγελματιών υγείας για παροχή φροντίδας στους ασθενείς με Sars-CoV-2, με το φόβο για ενδεχόμενη μόλυνσή τους και μετάδοση του ιού στα μέλη της οικογένειάς τους 2) Η διαλογή ασθενών ως προς την προτεραιότητά τους για θεραπεία 3) Η επιλογή ασθενών για λήψη αναπνευστικής υποστήριξης 4) Η επιλογή ασθενών για κατ' οίκον φροντίδα 5) Ποιοί ασθενείς έπρεπε να έχουν νοσοκομειακή περίθαλψη 6) Η ανεπαρκής παροχή υπηρεσιών υγείας στις «νέες κλίνες ΜΕΘ» 7) Η επιδείνωση των ασθενών με συννοσηρότητες 8) Η διακύβευση των δικαιωμάτων των ασθενών και των οικογενειακών μελών, σχετικά με τη λήψη αποφάσεων 9) Ο διαχωρισμός των βαρέων πασχόντων από τα αγαπημένα τους πρόσωπα 10) Η έλλειψη δυνατότητας της οικογένειας να αποχαιρετήσουν το θανόντα μέλος τους και 11) Η πιθανή διάδοση της ιογενούς λοίμωξης στις περιοχές με λίγα κρούσματα, όπου διέθεταν κλίνες ΜΕΘ. Τα ηθικά ζητήματα που αναδείχθηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας στις ΜΕΘ, οφείλουμε να αποτελέσουν βάση για νέα στρατηγική πολιτικών υγείας με παρεμβάσεις και δράσεις, ώστε υπάρξει αποτελεσματική ανταπόκριση σε νέες προκλήσεις που θα προκύψουν.

Λέξεις Κλειδιά: Sars-CoV-2, ΜΕΘ, ηθικά ζητήματα, διλήμματα.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Δούκη Σταματίνα, E-mail: tan.douki@gmail.com

Rostrum of Asclepius® - "To Vima tou Asklepiou" Journal Volume 23, Supplement Issue 3A (July - September 2024)

SPECIAL ARTICLE

Ethical issues in Intensive Care Units during the SARS-CoV-2 pandemic

Douki Stamatina¹, Toylia Georgia², Pavlatou Niki³

1. RN of Mental Health, PhD (c) Department of Medicine at National and Kapodistrian University, MSc, MHASc, Academic Fellow of Nursing Department, University of West Attica, Greece
2. Associate Professor, Nursing Department, University of West Attica, Greece
3. Assistant Professor, Nursing Department, University of West Attica, Greece

ABSTRACT

The global community was confronted with the biggest crisis in decades with the emergence of the Sars-Cov-2 respiratory syndrome which challenged the sustainability of health systems and the emergence, recognition and management of ethical issues. The review of the international literature showed that the ethical issues that emerged during the pandemic in the ICU, were: 1) The conflict stemming from the ethical stance of health professionals in providing care to Sars-CoV-2 patients with the fear of their possible infection and transmission of the virus to their family members 2) Screening patients according to their priority for treatment 3) Selecting patients for respiratory support 4) Selecting patients for home care 5) Which patients should have hospital care 6) The inadequate provision of health services in the "new beds of ICU" 7) The deterioration of patients with co-morbidities 8) The compromised rights of patients and family members regarding decision-making 9) The separation of severely ill patients from their loved ones 10) The lack of opportunity for the family to say goodbye to their deceased member and 11) The possible spread of viral infection in areas with few cases where there were ICU beds. The ethical issues that emerged during the pandemic in NCDs should form the basis for a new health policy strategy with interventions and actions to respond effectively to new challenges that will arise.

Keywords: Sars-CoV-2, ICU, ethical issues, dilemmas.

Corresponding Author: Douki Stamatina, E-mail: tan.douki@gmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο ανθρώπινος πολιτισμός βρέθηκε σε μία κρίσιμη καμπή με την εμφάνιση του νέου αναπνευστικού συνδρόμου, του κορωνοϊού Sars-CoV-2, που εξαπλώθηκε ταχύτατα σε όλο τον κόσμο και διακύβευσε σοβαρά τη συνέχεια της ύπαρξής του.¹ Η παγκόσμια κοινότητα κλήθηκε να αντιμετωπίσει τη μεγαλύτερη κρίση των τελευταίων δεκαετιών. Η ταχεία εξάπλωση του ιού αποτέλεσε πρόκληση για την βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας, σχετικά με την πρόληψη των λοιμώξεων, τη διαχείριση επειγουσών καταστάσεων και τη διασφάλιση αποτελεσματικών στρατηγικών προκειμένου να προστατευθεί η δημόσια υγεία.^{2,3}

Ο νέος κορωνοϊός αρχικά εντοπίστηκε στην αγορά θαλασσινών Huanan της Κίνας, το Δεκέμβριο του 2019, όπου το 66% των εργαζομένων βρέθηκαν θετικοί.⁴ Τα επιβεβαιωμένα κρούσματα στην Κίνα αυξήθηκαν ραγδαία, το επίκεντρο της μολυσματικής λοίμωξης μετατοπίστηκε από την Κίνα στις Ηνωμένες Πολιτείες και παγκόσμια, επιφέροντας καταστρεπτικές συνέπειες, όπως: θανάτους και οικονομικά προβλήματα ευρείας κλίμακας.⁵ Στην Κίνα και στην Ιταλία, το υψηλότερο ποσοστό θανάτων καταγράφηκε στους ηλικιωμένους, στα

άτομα με σοβαρά υποκείμενα νοσήματα, στους επαγγελματίες υγείας (γιατροί, νοσηλευτές, οδηγοί ασθενοφόρων κ.ά), στους επαγγελματίες που συναλλάσσονταν με το κοινό (αστυνομικοί, ταμίες, οδηγοί ταξί κ.ά), στις φυλετικές μειονότητες και στους κοινωνικο-οικονομικά ασθενέστερους, με συνέπεια να χαρακτηριστούν ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες, έναντι του ιού Sars-CoV-2 και να απομονωθούν κοινωνικά.⁶

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), ανακήρυξε τη ραγδαία εξάπλωση της νόσου Corona Virus 2019 (COVID-19), ως διεθνή κατάσταση έκτακτης ανάγκης για τη δημόσια υγεία στις 30 Ιανουαρίου του 2020. Μέχρι τα τέλη Απριλίου του 2020 είχαν μολυνθεί περισσότεροι από 2.5 εκ. άνθρωποι και η αναπνευστική λοίμωξη είχε επιφέρει περίπου 165.000 θανάτους.⁷ Τα κρούσματα συνέχισαν να αυξάνονται, με πολλές χώρες να δέχονται πρόσθετα κύματα της ιογενούς λοίμωξης, περισσότερο ανησυχητικά από τα πρώτα.⁸ Τα περισσότερα κράτη επέβαλλαν περιοριστικά μέτρα (lockdown) που έπληξαν σημαντικά τις οικονομικές αγορές, ενώ τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και ειδικά οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) δέχτηκαν μεγάλη πίεση,⁹ παρόλο που επέδειξαν αξιολημείωτη



προσαρμοστικότητα.⁸ Σε βραχύ χρονικό διάστημα, τεράστιος αριθμός ασθενών με Sars-CoV-2 και με βαριά αναπνευστική ανεπάρκεια, υπερκάλυψε τις διαθέσιμες κλίνες των ΜΕΘ, καθώς έχρηζε κατεπείγουσας μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής και διασωλήνωση. Επιπροσθέτως, φάνηκε ότι ασθενείς που θα μπορούσαν να επιζήσουν κατέληξαν λόγω μη διαθέσιμων αναπνευστήρων.⁹ Παράλληλα, ανέκυσαν ηθικά και πρακτικά διλήμματα, απόρροια της ακραίας υπερφόρτωσης των υγειονομικών συστημάτων, κατά τη διάρκεια της πανδημίας, όπως: η διαλογή ασθενών ως προς την προτεραιότητά τους για θεραπεία, η επιλογή ασθενών για κατ' οίκον φροντίδα, καθώς και η επιλογή ασθενών για νοσοκομειακή περίθαλψη. Ωστόσο, οι επαγγελματίες υγείας προσπάθησαν να ανταποκριθούν σύμφωνα με τις δυνατότητές τους και τους διαθέσιμους πόρους, ακολουθώντας ενδεδειγμένες πρακτικές που αποδείχτηκαν αρκετές φορές ανεπαρκείς.¹⁰

ΠΑΝΔΗΜΙΑ SARS-CoV-2 και ΜΕΘ

Η πανδημία Sars-CoV-2 απείλησε σοβαρά τη σωματική και τη ψυχική υγεία των πληθυσμιακών ομάδων,¹⁰ ενώ σε επίπεδο εθνικών κρατών, παγκόσμια, έθεσε σε σοβαρό κίνδυνο τη δημόσια υγεία, τα κοινωνικά συστήματα, την ανθεκτικότητα των ΜΕΘ και των υγειονομικών συστημάτων,

τα οποία άγγιξαν τα όρια κατάρρευσης.¹¹ Στην Ευρώπη, η Ιταλία που αποτέλεσε την πρώτη χώρα εμφάνισης της ιογενούς λοίμωξης, δεν είναι γνωστό εάν είχε εκτιμήσει με ακρίβεια την αυξημένη της ευπάθεια, που συσχετιζόταν με το συγκεκριμένο βιολογικό κίνδυνο. Είναι πολύ πιθανό, η εξάπλωση του ιού να ξεκίνησε πολλές εβδομάδες πριν διαπιστωθεί η εμφάνιση του πρώτου κρούσματος. Ωστόσο, αυτό που έγινε αμέσως εμφανές ήταν η ανεπάρκεια των διαθέσιμων πόρων προκειμένου να αντιμετωπιστεί η επερχόμενη κρίση υγείας.¹² Στην Ινδία, η λοιμώδης αναπνευστική νόσος, προστέθηκε στη γενικότερη έλλειψη στρατηγικής πρόληψης για την αντιμετώπιση μεταδοτικών ασθενειών (όπως: η φυματίωση, η πνευμονία, οι διαρροϊκές ασθένειες κ. ά) και διασφάλισης δημόσιας υγείας, με ολέθρια αποτελέσματα για τη χώρα.^{13,14} Την πρωτοφανή εξάπλωση της ιογενούς λοίμωξης, κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν, κυρίως, οι ΜΕΘ και οι επαγγελματίες υγείας που τις στελέχωναν (νοσηλευτές, γιατροί), προκειμένου να αποτρέψουν την περαιτέρω μολυσματική διάδοση και να σωθούν ασθενείς. Στις ΜΕΘ καθημερινά εισάγονταν επιβεβαιωμένα κρούσματα με Sars-CoV-2, σε προτεραιότητα ως κατεπείγοντα για την παροχή άμεσης φροντίδας, ενώ οι επαγγελματίες υγείας με περιορισμένους πόρους σε ανθρώπινο δυναμικό και εξοπλισμό (αναπνευστήρες,

νοσοκομειακά κρεβάτια, μέσα ατομικής προστασίας) έδιναν μία άνιση μάχη στην «πρώτη γραμμή». Αξίζει να σημειωθεί, ότι ακόμη και στην Ιταλία που το υγειονομικό της σύστημα περίθαλψης θεωρείται ισχυρό στην Ευρώπη, με διαθεσιμότητα 3.2 κλίνες / 1.000 κατοίκους (αντίστοιχο ποσοστό στις ΗΠΑ είναι 2.8 κλίνες / 1000 άτομα), φάνηκε να μην μπορεί να ανταπεξέλθει στην άμεση περίθαλψη των βαρέων πασχόντων.¹⁵ Ωστόσο, οι χώρες κλήθηκαν να εισάγουν μία ξεκάθαρη στρατηγική αντιμετώπισης της υγειονομικής κρίσης, που να περιλαμβάνει την προστασία των επαγγελματιών υγείας από πιθανή μόλυνση, την ορθή διαχείριση των διαθέσιμων πόρων και την παροχή του καλύτερου επιπέδου υγειονομικής φροντίδας στους ασθενείς. Εντυπωσιακό είναι το παράδειγμα της Ισπανίας, όπου το 14% του μολυσμένου πληθυσμού ήταν επαγγελματίες υγείας, με επακόλουθο τον αυτοπεριορισμό και την αποχή τους από την εργασία, συνθήκη επιβαρυντική για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.¹⁶ Οι επαγγελματίες υγείας των ΜΕΘ που πιέζονταν σημαντικά έπρεπε να είναι ενεργοποιημένοι καθημερινά, ώστε να παρέχουν ταχεία κλινική διαχείριση των ασθενών με Sars-CoV-2, να λαμβάνουν μέτρα για την πρόληψη των λοιμώξεων, να παρέχουν νοσηλεία στους ασθενείς που δε νοσούν από τον ιό αλλά έχουν ανάγκη εισαγωγής σε ΜΕΘ, να τους προφυλάσσουν από πιθανή μόλυνση και συγχρόνως να

αυτοπροστατεύονται.¹⁷ Επιπλέον, όφειλαν να παρέχουν φροντίδα με κατάλληλη διαχείριση σε βαρέως πάσχοντες με διαφορετικές πολιτισμικές πεποιθήσεις, συμπεριφορές και στάσεις γύρω από τη ζωή και το θάνατο.¹⁸

ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Από την ανασκόπηση της σύγχρονης διεθνούς βιβλιογραφίας αναδείχτηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας των ΜΕΘ έρχονταν αντιμέτωποι με διάφορα ηθικά ζητήματα / διλήμματα παρέχοντας φροντίδα στους βαρέως πάσχοντες, κατά τη διάρκεια της πανδημίας.¹⁵

Η σύγκρουση που προερχόταν από την ηθική στάση των επαγγελματιών υγείας για παροχή φροντίδας στους ασθενείς με Sars-CoV-2, προσπαθώντας να τους διατηρήσουν στη ζωή, με το φόβο για ενδεχόμενη μόλυνσή τους και μετάδοση του ιού στα μέλη της οικογένειάς τους, αποτέλεσε σημαντικό ηθικό δίλημμα. Ο φόβος και η ανησυχία μήπως νοσήσουν, εντείνονταν στους επαγγελματίες υγείας που είχαν ηλικιωμένους ή μικρά παιδιά στο οικογενειακό τους περιβάλλον και τροφοδοτούνταν από τον περιορισμένο εξοπλισμό ατομικής προστασίας, την άνιση κατανομή του διαθέσιμου εξοπλισμού, καθώς και τις συνεχώς μεταβαλλόμενες συστάσεις για τη χρήση των προστατευτικών μέσων. Τα αυξημένα επίπεδα αβεβαιότητας και ανασφάλειας των επαγγελματιών υγείας στις ΜΕΘ επιβάρυναν σημαντικά τη ψυχική τους



υγεία. Διεθνή ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνουν το υψηλό ποσοστό ψυχολογικών αντιδράσεων (κυρίως άγχος και κατάθλιψη) των επαγγελματιών υγείας των ΜΕΘ, σε σχέση με άλλες ομάδες υγειονομικών που δεν παρείχαν άμεση φροντίδα στους ασθενείς.^{19,20}

Ο αυξανόμενος αριθμός των ασθενών με Sars-CoV-2 που έχρηζαν άμεσης εισαγωγής σε ΜΕΘ, οδηγούσε τους επαγγελματίες υγείας στην αξιολόγηση και στη διαχείριση των ασθενών κατά περίπτωση. Εξάλλου είναι γνωστό, ότι οι ασθενείς με δυσλειτουργία σημαντικών οργάνων, με αναπνευστική ανεπάρκεια και δύσπνοια, χρήζουν άμεσης εισαγωγής σε ΜΕΘ. Επιπροσθέτως, οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς από τον ιό, συνήθως ήταν μεγαλύτεροι από την ηλικία των 65 ετών και με υποκείμενα νοσήματα.¹⁵ Έτσι, οι επαγγελματίες υγείας λαμβάνοντας υπ' όψιν τις προαναφερόμενες παραμέτρους και τον εκτιμώμενο χρόνο διασωλήνωσης, έρχονταν αντιμέτωποι με το ηθικό ζήτημα σε ποιούς ασθενείς θα παρέχουν αναπνευστική υποστήριξη. Πιο συγκεκριμένα, καλούνταν να αποφασίσουν εάν έπρεπε να διατηρήσουν τη μηχανική υποστήριξη σε όσους νοσούσαν βαριά από την ιογενή λοίμωξη αλλά δεν είχαν προσδόκιμο επιβίωσης ή να την παρέχουν σε ασθενείς λιγότερο βαριά που είχαν πιθανότητες επιβίωσης. Ωστόσο, η διαχείριση των ασθενών στις ΜΕΘ από τους επαγγελματίες υγείας, κατά τη διάρκεια της

πανδημίας, δηλ. ποιός θα ζήσει και ποιός θα πεθάνει σε μία προσπάθεια κατανομής των πενιχρών πόρων, προσομοιάζε με συνθήκες πολέμου. Αξιοσημείωτο είναι, ότι η Ιταλία, η Ισπανία και οι Η.Π.Α., χώρες που επλήγησαν περισσότερο από την πανδημία προέβησαν σε νομοθετικές ρυθμίσεις που καθόριζαν όριο ηλικίας για την παροχή αναπνευστικής υποστήριξης, εξαιτίας της περιορισμένης διαθεσιμότητας αναπνευστήρων και νοσοκομειακών κλινών. Εξάλλου είχε καταστεί σαφές, ότι η αναπνευστική υποστήριξη ασθενούς που δεν θα επιβίωνε, στερούσε τη δυνατότητα από έναν άλλο που είχε πιθανότητες επιβίωσης. Επίσης, επισημαινόταν ότι η σοβαρότητα στους ασθενείς με Sars-CoV-2 ήταν σχετική, καθώς και οι αξιολογούμενοι σε ελαφριά κατάσταση ασθενείς μπορούσαν να εμφανίσουν ραγδαία επιδείνωση.¹⁵

Οι περισσότερες χώρες για να ανταπεξέλθουν στις αυξημένες ανάγκες κλινών ΜΕΘ, κατά τη διάρκεια της πανδημίας, δημιούργησαν την ταχεία εγκατάσταση «νέων κλινών-ΜΕΘ», είτε παρέχοντας διαθέσιμα δωμάτια εντός των νοσοκομείων, είτε κατασκευάζοντας νέες Μονάδες, όπως η Κίνα. Με αυτό τον τρόπο, αυξήθηκαν οι διαθέσιμες κλίνες περίπου 100% σε αρκετές χώρες και εξασφαλίστηκε η μεταφορά ασθενών που έχρηζαν μηχανικού αερισμού, αλλά συχνά συνεπαγόταν φτωχότερο επίπεδο θεραπείας και χειρότερη πρόγνωση των ασθενών. Τα δωμάτια που

μετατράπηκαν σε μονάδες ενδιάμεσης φροντίδας δεν ήταν σχεδιασμένα κατάλληλα και δεν διέθεταν την οργάνωση και τον επαρκή εξοπλισμό που απαιτείται στις ΜΕΘ. Επίσης, οι επαγγελματίες υγείας που στελέχωναν τις «νέες κλίνες ΜΕΘ» δεν διέθεταν την κατάλληλη εκπαίδευση και την απαιτούμενη τεχνογνωσία και εμπειρία.²¹ Αξίζει να σημειωθεί, ότι στην Ιταλία και στην Κίνα, προκειμένου να αυξηθούν οι κλίνες μηχανικού αερισμού, μετέτρεψαν χειρουργεία σε αυτοσχέδιες ΜΕΘ και διέθεσαν το προσωπικό για την ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού των ΜΕΘ, γεγονός που επηρέασε δυσμενώς και τους ασθενείς με σοβαρά προβλήματα υγείας (καρκίνος, διάσωση άκρου κ. ά) που ανέμεναν να χειρουργηθούν και καθυστέρησαν.^{15,17,22}

Η ταχεία εξάπλωση της πανδημίας και η άμεση εφαρμογή περιοριστικών μέτρων για τον περιορισμό της μολυσματικής διασποράς του ιού, επηρέασε σημαντικά και τις οικογένειες των ασθενών που νοσηλεύονταν στις ΜΕΘ (επιβεβαιωμένα κρούσματα και μη), καθώς ανέκυψαν ηθικά ζητήματα. Οι επισκέψεις των συγγενών απαγορεύτηκαν στις ΜΕΘ, αλλά οι επαγγελματίες υγείας των Μονάδων δεν διατήρησαν την αναμενόμενη επαφή μαζί τους, προκειμένου να τους παρέχουν ενημέρωση και βοήθεια. Έτσι, τα δικαιώματα των ασθενών και των οικογενειακών μελών, σχετικά με τη λήψη αποφάσεων, διακυβεύτηκαν καθώς θεωρήθηκε επιβλαβής η συμμετοχή τους,

κατά τη διάρκεια της πανδημίας.²¹ Στην περίπτωση δε, που ο ασθενής τους πέθαινε στη ΜΕΘ, τα μέλη της οικογένειας είχαν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν άγχος, κατάθλιψη, μετατραυματικό stress (PTSD) και να υποβαθμιστεί η ποιότητα ζωής τους,¹⁹ καθώς δεν είχαν τη δυνατότητα να αποχαιρετήσουν τον θανόντα. Ωστόσο, αρκετές μελέτες επισημαίνουν την αναγκαιότητα της ανοιχτής επικοινωνίας, κατά τη διάρκεια κρίσεων, ώστε τα μέλη της οικογένειας να ενημερώνονται και να κατανοούν τις αποφάσεις που ελήφθησαν για τους ασθενείς τους, από τη θεραπευτική ομάδα των ΜΕΘ.²¹ Εξάλλου, η εφαρμογή των πολιτικών που περιορίζουν την είσοδο των επισκεπτών στο νοσοκομείο πρέπει να σταθμίζεται με προσπάθειες ενίσχυσης της επικοινωνίας ανάμεσα στους ασθενείς και στα μέλη της οικογένειας, χρησιμοποιώντας τις νέες τεχνολογίες.

Η ένταση της πανδημικής κρίσης φάνηκε να διαφέρει μεταξύ των χωρών παγκόσμια, αλλά και μεταξύ των περιοχών της ίδιας χώρας. Οι «γεωγραφικές ανισότητες» που καταγράφηκαν, προκειμένου να μειωθούν, επιλέχθηκε η μεταφορά ασθενών από περιοχές που ήταν στο επίκεντρο της ιογενούς λοίμωξης και δεν υπήρχαν διαθέσιμα κρεβάτια ΜΕΘ σε περιοχές με λίγα κρούσματα που διέθεταν κλίνες Εντατικής Θεραπείας. Οι διακομιδές αυτές (με ελικόπτερα, αεροσκάφη κ.ά) πραγματοποιούνταν σε σύντομο χρονικό



διάστημα, συνοδεία εξειδικευμένου προσωπικού για να εξασφαλιστεί η επαρκής οργάνωση και η βέλτιστη ασφάλεια των ασθενών και ενός μέλους της οικογένειας, ενώ συχνά απαιτούσαν υψηλό κόστος. Το πρώτο ηθικό ζήτημα που προέκυπτε κατά τη μεταφορά των ασθενών, αφορούσε την ενημερωμένη συγκατάθεσή τους γιατί ενείχε τον κίνδυνο κλινικής επιδείνωσης, η οποία συχνά λαμβανόταν από μέλος της οικογένειας. Το δεύτερο ηθικό ζήτημα, αφορούσε την πιθανή διάδοση της ιογενούς λοίμωξης στις περιοχές με λίγα κρούσματα, όπου διέθεταν κλίνες ΜΕΘ.²¹

Τέλος, κατά τη διάρκεια της πανδημικής κρίσης φάνηκε να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο η διαφάνεια στην επικοινωνία με την κοινή γνώμη, ώστε να εξασφαλιστεί σχέση εμπιστοσύνης και να κατανοηθούν καλύτερα οι αποφάσεις που λαμβάνονταν από την επιστημονική ομάδα των ΜΕΘ.²¹

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πανδημία Sars-coV-2 αποτέλεσε τεράστια πρόκληση για την υγεία, σωματική και ψυχική, παγκόσμια. Έθεσε σε κίνδυνο τη βιωσιμότητα, την ανθεκτικότητα και τους μηχανισμούς ετοιμότητας των υγειονομικών συστημάτων και ταυτόχρονα απείλησε την κοινωνική συνοχή, τα ατομικά και οικογενειακά όρια, με ενδεχόμενη διάρρηξη. Διατάραξε την καθημερινότητα των πληθυσμιακών ομάδων, με κίνδυνο να

ανατρέψει τη μέχρι σήμερα κατεστημένη αντίληψη για τη ζωή. Η νέα καθημερινότητα και ο ιδιαίτερος τρόπος ζωής που συνεπάγεται μπορεί να διαρκέσουν για μεγάλο χρονικό διάστημα, καθιστώντας την πανδημία ένα πολυδιάστατο διεθνές πρόβλημα δημόσιας υγείας. Παρά το γεγονός όμως, ότι την περίοδο της πανδημίας αναδείχτηκε η χρησιμότητα του διαδικτύου για θεραπευτικούς σκοπούς, ωστόσο φάνηκε και η ανάγκη για περισσότερη ενημέρωση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, σχετικά με την διαδικτυακή επικοινωνία, ώστε να διασφαλίζεται η καλύτερη παροχή υποστήριξης και η προστασία των πληροφοριών που παρέχονται διαδικτυακά.

Η ιογενής λοίμωξη ανέδειξε ηθικά ζητήματα και υπερτόνισε τις ήδη υπάρχουσες ανισότητες υγείας, μεταξύ των χωρών παγκόσμια, μεταξύ των περιφερειών της ίδιας χώρας και ανάμεσα στις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες. Τα ηθικά ζητήματα που αναδείχτηκαν μπορούν να αποτελέσουν πολύτιμες πληροφορίες για τη χάραξη πολιτικών υγείας και για το σχεδιασμό κατάλληλων παρεμβάσεων και δράσεων, ικανών να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στις νέες προκλήσεις που θα προκύψουν, τόσο σε επίπεδο πρόληψης όσο και σε επίπεδο αντιμετώπισης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Jones DS. History in a Crisis-Lessons for Covid-19. The New England journal of medicine 2020;382(18):1681-1683.
2. Legido-Quigley H, Asgari N, Teo YY, et al. Are high-performing health systems resilient against the COVID-19 epidemic? Lancet 2020;395(10227):848-850.
3. Shamasunder S, Holmes SM, Goronga T, et al. COVID-19 reveals weak health systems by design: Why we must re-make global health in this historic moment. Glob Public Health 2020;15(7):1083-1089.
4. Wu YC, Chen CS, Chan YJ. The outbreak of COVID-19: An overview. J Chin Med Assoc 2020;83(3):217-220.
5. Seligman L. Russia Sends Plane With Medical Supplies to US for Coronavirus Response 2020. Available at: <https://www.politico.eu/article/coronavirus-russia-sends-plane-with-medical-supplies-to-us-for-response/>
6. Centre for Disease Control and Prevention. COVID-19 in racial and ethnic minority groups 2020. Available at: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/needextra-precautions/racial-ethnic-minorities.html>
7. Lai CC, Shih TP, Ko WC, Tang HJ, Hsueh PR. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. Int J Antimicrob Agents 2020;55(3):105924.
8. Society of Critical Care Medicine. ICU readiness assessment: we are not prepared for COVID-19 2020. Available at: <https://www.sccm.org/Blog/April-2020/ICU-Readiness-Assessment-We-Are-Not-Prepared-for>
9. White DB, Lo B. A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic. JAMA 2020;323(18):1773-1774.
10. Pawar M. The Global Impact of and Responses to the COVID-19 Pandemic: Introduction. In: COVID-19 Pandemic: Impact on and Implications for Community and Social Development. SAGE Publications 2020.
11. Singhal T. A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). Indian J Pediatr 2020;87(4):281-286.
12. Cereda D, Manica M, Tirani M, et al. The early phase of the COVID-19 epidemic in Lombardy, Italy. Epidemics 2021;37:100528.
13. Dasgupta M. Public health in India: Dangerous neglect. Economic & Political Weekly 2005;40(49):5159-5165.
14. Parmar D. Public health during pandemics and beyond. Economic & Political Weekly 2020;55(17):23-26.
15. Rosenbaum L. Facing Covid-19 in Italy - Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line. N Engl J Med 2020;382(20):1873-1875.
16. Brindle ME, Gawande A. Managing COVID-19 in Surgical Systems. Ann Surg 2020;272(1):e1-e2.



17. Chew MH, Koh FH, Ng KH. A call to arms: a perspective on safe general surgery in Singapore during the COVID-19 pandemic. *Singapore Med J* 2020;61(7):378-380.
18. Phua J, Weng L, Ling L, et al. Intensive care management of coronavirus disease 2019 (COVID-19): challenges and recommendations [published correction appears in *Lancet Respir Med*. 2020 May;8(5):e42]. *Lancet Respir Med* 2020;8(5):506-517.
19. Gries CJ, Engelberg RA, Kross EK, et al. Predictors of symptoms of posttraumatic stress and depression in family members after patient death in the ICU. *Chest* 2010;137(2):280-287.
20. Tan BYQ, Chew NWS, Lee GKH, et al. Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore. *Ann Intern Med* 2020;173(4):317-320.
21. Robert R, Kentish-Barnes N, Boyer A, Laurent A, Azoulay E, Reignier J. Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic. *Ann Intensive Care* 2020;10(1):84.
22. Zheng MH, Boni L, Fingerhut A. Minimally invasive surgery and the novel coronavirus outbreak: lessons learned in China and Italy. *Annals of surgery*, 2020;272(1):e5-e6.