

Τεχνητή παράταση ζωής στη ΜΕΘ: Υπάρχει ανώφελη θεραπεία; (Άγγελος Αλεκόπουλος)

/ [Πεμπουσία](#)

Image not found or type unknown



Τα προτελευταία διλήμματα της μη κλιμάκωσης και της απόσυρσης της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής.

Η ανάγκη αποφυγής της άσκοπης και μάταιης καταπόνησης των θνησκόντων στη Μ.Ε.Θ. οδήγησε στην καθιέρωση των πρακτικών της μη κλιμάκωσης (withholding) και της απόσυρσης (withdrawal) της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής (life support treatment). Ως μη κλιμάκωση ορίζεται η απόφαση της μη εφαρμογής επιπρόσθετων θεραπειών ή μη αύξησης της έντασης των ήδη παρεχομένων. Ως απόσυρση ορίζεται η απόφαση διακοπής του συνόλου ή τμήματος της χορηγουμένης αγωγής, χωρίς υποκατάστασή της από ισοδύναμη εναλλακτική.

Κατά τη βυζαντινή περίοδο, μαρτυρούνται περιστατικά παραίτησης ιατρών από

την ενεργητική θεραπεία ασθενών τελικού σταδίου. Η αρχαία και μεσαιωνική Ιατρική δεν έβλεπαν το θάνατο ως τον απόλυτο εχθρό. Οι πολιτισμικές και οι θρησκευτικές τους ορίζουσες εστίαζαν στην προτελεύτια γαλήνη και όχι στην απεγνωσμένη, μέχρις εσχάτων, πάλη εναντίον του. Η μη εφαρμογή φορτικών ανώφελων θεραπειών σε ασθενείς χωρίς ελπίδα ανάκαμψης αποτελούσε έναν άγραφο νόμο, μια καθιερωμένη και ηθικά αποδεκτή πρακτική. Η επιστημονική επανάσταση του 17ου αιώνα μεταβάλλει ριζικά το τοπίο. Η παράταση της ζωής προκρίνεται από τον F. Bacon ως η ευγενέστερη αποστολή της Ιατρικής.

Από τα μέσα του 20ού αιώνα, η εφεύρεση και η σταδιακή τελειοποίηση των υποστηρικτικών της ζωής τεχνολογιών δημιουργεί πρωτόγνωρα δεδομένα. Ασθενείς, οι οποίοι σε προγενέστερες εποχές θα είχαν προ πολλού καταλήξει, καθίσταται δυνατόν να συντηρούνται στη ζωή για μεγάλα χρονικά διαστήματα, παραμένοντες σε κατάσταση έλλειψης συνειδητότητας και απουσίας επικοινωνίας με το περιβάλλον, ώσπου, αναπότρεπτα, να επέλθει ο θάνατος, ως τελικό συμβάν μιας αλυσίδας επιπλοκών. Καινοφανή προτελευταία διλήμματα ανακύπτουν, τα οποία, εκ των πραγμάτων, δεν ετίθεντο παλαιότερα. Χαρακτηριστικές περιπτώσεις είναι αυτές ασθενών που βρίσκονται σε εξακολουθητική ή μόνιμη φυτική κατάσταση^[1], όπου ο χρόνος επέλευσης του θανάτου μπορεί δυνητικά να παραταθεί επ' άοριστον με τη χρήση υποστηρικτικών αγωγών, και άρα η απόφαση περί της παράτασης του ορίου ζωής του ασθενούς δεν είναι προφανής.

Το 1957, ο πάπας Πίος Β΄, απαντώντας σε ερωτήματα για τη χρήση του μηχανικού αερισμού, δηλώνει ότι οι γιατροί δεν είναι ηθικά υποχρεωμένοι να μεταχειρίζονται υπερβολικά (extraordinary) μέσα για να καθυστερούν την επέλευση του θανάτου.

Η κοινοβουλευτική συνέλευση του Συμβουλίου της Ευρώπης, το 1976, αναγνωρίζει την επιθυμία των ασθενών για έναν αξιοπρεπή και ειρηνικό θάνατο. Διακηρύσσει ότι η παράταση της ζωής δεν πρέπει να συνιστά τον αποκλειστικό σκοπό της Ιατρικής και ότι η ανακούφιση από τον πόνο αποτελεί εξίσου σπουδαία μέριμνα. Το 1999 επισημαίνει ότι η τεχνητή παράταση της διαδικασίας του θανάτου απειλεί την αξιοπρέπεια του θνήσκοντα ασθενούς. Ζητάει από τα κράτη-μέλη να προστατεύσουν το δικαίωμα αυτοκαθορισμού του και να διασφαλίσουν ότι οι εκπεφρασμένες επιθυμίες του λαμβάνονται υπ' όψιν από τον ιατρό, που, ωστόσο, παραμένει ο τελικά υπεύθυνος για τις θεραπευτικές αποφάσεις.^[2]

Αποτελέσματα ερευνών υποδεικνύουν ότι το θνήσκει στον αφιλόξενο χώρο της Μ.Ε.Θ. είναι μια δύσκολη και οδυνηρή εμπειρία. Σε μια μελέτη ασθενών που επέζησαν μετά από παρατεταμένο μηχανικό αερισμό, τα 2/3 αυτών ενθουμούνταν τη νοσηλεία τους στη Μ.Ε.Θ. και την παρουσία του τραχειοσωλήνα και

αναμιμνήσκονταν μια ποικιλία ψυχικών και σωματικών ενοχλημάτων: πόνο, φόβο, αγωνία, διαταραχές του ύπνου, αδυναμία ομιλίας/επικοινωνίας, δίψα, δυσκολία κατάποσης, εφιάλτες, μοναξιά. Σε άλλη μελέτη, καταγράφονταν σε πραγματικό χρόνο τα βιώματα καρκινοπαθών νοσηλευομένων στη Μ.Ε.Θ. που είχαν τη δυνατότητα να επικοινωνούν. Οι ασθενείς αυτοί παραπονούνταν, επιπλέον όσων αναφέρθηκαν προηγουμένως, και για τα εξής: πείνα, κατάθλιψη, δύσπνοια, περιορισμοί στο επισκεπτήριο, δυσφορία προκαλούμενη από το ρινογαστρικό σωλήνα, τις ενδοτραχειακές αναρροφήσεις και τις αρτηριοκεντήσεις. Κοινές τεχνικές, όπως η τοποθέτηση καθετήρα σε κεντρική φλέβα και η αφαίρεση παροχέτευσης τραύματος ή θηκαρίου μηριαίας αρτηρίας, έχει αποδειχθεί ότι είναι αρκετά επώδυνες για τους ασθενείς.^[3]

Με αφορμή λοιπόν τα παραπάνω, αναμφίβολο όφελος του ασθενούς τελικού σταδίου παραμένει η ανακούφιση του από τους πόνους και την ταλαιπωρία. Κρίσιμο στοιχείο, εν προκειμένω, είναι η ιατρική γνωμάτευση ότι ο ασθενής βρίσκεται στο τελικό και μη αναστρέψιμο στάδιο της ασθένειας, δηλαδή ότι η κατάστασή του προοδευτικά θα επιδεινώνεται, τα δε αποτελέσματα της επιδείνωσης δεν μπορούν να αντιστραφούν μέσω ιατρικής αγωγής και ο θάνατος μάλλον θα επέλθει σε σύντομο χρονικό διάστημα. Πόσο «σύντομο» πρέπει να είναι αυτό το διάστημα, όμως, προκειμένου η διάγνωση περί επικείμενου θανάτου να θεωρηθεί ακριβής;

Σύμφωνα με την ιατρική κοινότητα, η πιθανότητα λάθους του γιατρού είναι ελάχιστη, όταν το «σύντομο» αναφέρεται στις επόμενες ώρες ή/και μέρες. Η διάγνωση είναι αρκετά ακριβής, όταν αφορά τις επόμενες 2-3 εβδομάδες, ενώ τα περιθώρια λάθους αυξάνονται σημαντικά πέραν των 2-3 μηνών. Έτσι, δεν είναι ασύνηθες κάποιοι ασθενείς να επιβιώνουν διπλάσιο και τριπλάσιο χρονικό διάστημα, από ότι είχε αρχικά προβλεφθεί, όταν η αρχική διάγνωση τους έδινε 6-8 μήνες ζωής. Η ακρίβεια της διάγνωσης περί επικείμενου θανάτου επηρεάζεται, επίσης, και από το είδος της ασθένειας. Για παράδειγμα, το περιθώριο λάθους μειώνεται, εάν πρόκειται για καρκινοπαθείς σε τελικό στάδιο, ενώ μπορεί να είναι σημαντικό στην περίπτωση ασθενών που πάσχουν από καρδιακή ανεπάρκεια ή νευροεκφυλιστικές ασθένειες (π.χ. σκλήρυνση κατά πλάκας).^[4]

Στο πλαίσιο αυτό η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής το 2006, στην εισήγησή της με θέμα «Τεχνητή παράταση της ζωής», υιοθετεί τις θεμελιώδεις αρχές του ωφελείν και του μη-βλάπτειν και υποστηρίζει ότι στον ασθενή τελικού σταδίου «ως αναμφισβήτητο όφελος παραμένει μόνον η ανακούφιση από τους πόνους και την ταλαιπωρία. Αντίθετα, η τεχνητή παράταση των βιολογικών λειτουργιών, χωρίς ελπίδα θεραπείας, μπορεί να θεωρηθεί βλάβη». Ακόμη, θεωρεί ότι «η

εξακολούθηση ή μη της παρέμβασης δεν μπορεί να επαφίεται μόνον στην κρίση του ιατρού» και ότι «η απόφαση πρέπει να λαμβάνεται από τον ίδιο τον ασθενή, εφόσον αυτός είναι σε θέση να εκφράσει τη γνώμη του, ή από τους οικείους του». Η Επιτροπή αναγνωρίζει το ενδεχόμενο να ανακύψει σύγκρουση γνώμων μεταξύ θεράποντος ιατρού και οικείων του ασθενούς. Για την επίλυση της διαφωνίας, προτείνει τη μεσολάβηση της επιτροπής δεοντολογίας του νοσοκομείου και την παρέμβαση των κοινωνικών λειτουργών. Εάν, όμως, η αντίθεση είναι τόσο έντονη, ώστε να αποβαίνουν άκαρπες οι προσπάθειες εξομάλυνσής της, η Επιτροπή εκτιμά ότι «ο θεράπων οφείλει να αποχωρήσει, αφού εξασφαλίσει την παρακολούθηση του ασθενούς από άλλον ιατρό της επιλογής των οικείων του».[5]

[1] Με τον όρο φυτική κατάσταση αναφερόμαστε σε τρεις κλινικές περιστάσεις: α) την οξεία φυτική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ξαφνική έναρξη και σοβαρή εγκεφαλική βλάβη (π.χ. λόγω τραύματος), β) την εκφυλιστική φυτική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από σταδιακή επιδείνωση με το χρόνο (π.χ. τελικά στάδια της νόσου Alzheimer) και γ) την εκ γενετής φυτική κατάσταση που αφορά την γέννηση νεογνών που τους λείπει το μεγαλύτερο μέρος του εγκεφάλου. Η φυτική κατάσταση θεωρείται εξακολουθητική όταν διαρκεί περισσότερο από ένα μήνα στην οξεία μορφή και μόνιμη όταν είναι μη αναστρέψιμη (περιπτώσεις β και γ)

[2] Γ. Κρανιδιώτης, Β. Γεροβασίλης κ.α. : «Προτελευταία διλήμματα στη μονάδα εντατικής θεραπείας Μη κλιμάκωση και απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2010. 27(1):18-36

[3] Γ. Νταβώνη, Μ. Μπαγιάτη-Λεβάκου, Μ. Δάντσιου,: «Ηθικοί προβληματισμοί για τον περιορισμό της θεραπείας και αποφάσεις στο τέλος της ζωής», Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης 2013, Τόμος 6- Τεύχος 2.

[4] Έκθεση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής, «Σχετικά με την τεχνητή παράταση της ζωής», Εισηγητές: Κ.Μανουλάκου, Τ.Βιδάλης στο διαδικτυακό τόπο: <http://www.bioethics.gr/index.php/el/gnomes/109-texniti-paratasi-zois>, ημερομηνία ανάκτησης 25-09-2015

[5] Γ. Κρανιδιώτης, Β. Γεροβασίλης κ.α. : «Προτελευταία διλήμματα στη μονάδα εντατικής θεραπείας Μη κλιμάκωση και απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2010. 27(1):18-36 -Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, «Εισήγηση σχετικά με την τεχνητή παράταση της ζωής» Αθήνα, 2006

Παρατήρηση: το παρόν κείμενο αποτελεί τμήμα της Διπλωματικής Εργασίας “Βιοηθικά προβλήματα στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας” που εκπόνησε ο κ. Άγγελος Αλεκόπουλος, στο πλαίσιο του προγράμματος “Σπουδές στην Ορθόδοξη Θεολογία” της Σχολής Ανθρωπιστικών Σπουδών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου (ΕΑΠ), με επιβλέποντα καθηγητή τον κ. Νικόλαο Κόιο και την οποία η Πεμπτουσία δημοσιεύει με τη μορφή σειράς άρθρων.