

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΚΑΛΟΦΩΝΟΣ, MD, PhD¹, ΓΡΗΓΟΡΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, PhD²

¹ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ

² ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ, ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2014

ΑΣΘΕΝΗΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ – ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Παρά τις προόδους στη θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο και στους δείκτες επιβίωσης, περίπου 4.3 εκατομμύρια ασθενών καταλήγουν ετησίως από κακοήθεις νεοπλασματικές παθήσεις σε όλο τον κόσμο. Ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου στη Δύση με τάση να καταλάβει την πρώτη θέση - όπως έγινε πρόσφατα στις ΗΠΑ. Περίπου το 50% των ασθενών θεραπεύεται οριστικά, ενώ το υπόλοιπο 50% εμφανίζει ή αναμένεται να αναπτύξει μεταστάσεις και να καταλήξει αναπόφευκτα από τη νόσο. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO, 1990) ως παρηγορητική αγωγή (palliative care) ορίζεται η ενεργητική ολοκληρωμένη φροντίδα των ασθενών, των οποίων η νόσος δεν ανταποκρίνεται σε ριζική θεραπευτική αγωγή. Επομένως, ως τελικό στάδιο θεωρούμε την κατάσταση του ασθενούς κατά την οποία το σύνολο της φροντίδας και οι θεραπευτικοί στόχοι έχουν πλέον μετατεθεί από **την εκρίζωση** της νόσου, **στην ανακούφιση** των συμπτωμάτων και στην παροχή ολιστικής υποστηρικτικής αγωγής με κύριο σκοπό την επίτευξη ικανοποιητικού επιπέδου ποιότητας ζωής (Πίνακες 1, 2).

Πίνακας 1. Σύνδρομο τελικού σταδίου

- Προοδευτική εξέλιξη του αιτιολογικού παράγοντα
- Επιβίωση υπολογιζόμενη σε ημέρες ή εβδομάδες
- Κατάσταση Karnofsky < του 40%
- Έκπτωση της λειτουργίας ενός ή περισσότερων οργάνων
- Αποτυχία αποδεκτών θεραπευτικών μεθόδων
- Δεν υπάρχει προς εφαρμογή άλλη δοκιμασμένη ή πειραματική θεραπεία
- Εμφάνιση προοδευτικά μη ανατάξιμων επιπλοκών

Πίνακας 2. Βασικές αρχές παρηγορητικής αγωγής

- Δεν εστιάζει στη θεραπεία ή στην εκρίζωση της νόσου
- Δέχεται τη ζωή και θεωρεί το θάνατο ως φυσιολογική διαδικασία
- Η Ιατρική δε μπορεί να αποτρέψει το θάνατο, αλλά βοηθά τον ασθενή στα τελικά στάδια της νόσου
- Παρέχει σύστημα υποστήριξης για να βοηθήσει όσο πιο ενεργά γίνεται τον ασθενή ως το θάνατο
- Εστιάζει στη διατήρηση ικανοποιητικού επιπέδου ποιότητας ζωής και στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων
- Ο ασθενής πρέπει να λαμβάνει την καλύτερη δυνατή σωματική, ψυχολογική και

πνευματική υποστήριξη

- Η φροντίδα συμπεριλαμβάνει εκτός από τον ασθενή και τα κοντινά του πρόσωπα
- Υποστήριξη της οικογένειας να προσαρμοστεί και να αντιμετωπίσει την επικείμενη απώλεια – παροχή συμβουλευτικής για το πένθος όπου απαιτείται
- Δίνει έμφαση στην ανοικτή επικοινωνία μεταξύ ασθενούς, οικογένειας και ιατρικού προσωπικού
- Σεβασμός στις θρησκευτικές, πολιτισμικές αρχές και ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειας
- Απαραίτητη η διεπιστημονική προσέγγιση των προβλημάτων του ασθενούς στο πλαίσιο θεραπευτικής ομάδας

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η προαγωγή ή τουλάχιστο η διατήρηση της ποιότητας ζωής (ΠΖ) του ασθενούς και της οικογένειας αποτελεί κεντρικό στόχο της παρηγορητικής αγωγής και αποτελεί παράμετρο υψίστης σημασίας για τον ασθενή τελικού σταδίου. Η έννοια της ΠΖ είναι σύνθετη και πολυπαραγοντική περιλαμβάνει δε, κοινωνικές, πολιτισμικές και θρησκευτικές συνιστώσες που δυσχεραίνουν την αποδοχή ενός κοινού ορισμού. Παρόλα αυτά, ένας αποδεκτός ορισμός είναι ο εξής:

Ποιότητα Ζωής είναι η σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου καθώς και η ικανότητα του να ανταποκρίνεται στις καθημερινές λειτουργίες της ζωής του.

Η ΠΖ πρέπει να αξιολογείται από **τον ίδιο τον ασθενή**, τον πλέον αρμόδιο να περιγράψει την υποκειμενική του εμπειρία, ελπίδες και προσδοκίες και άμεσο αποδέκτη κάθε θεραπευτικής παρέμβασης με ό,τι αυτή μπορεί να επιφέρει σε εμφανείς ή αφανείς πτυχές της ζωής του. Η συνηθέστερη μέθοδος για την αξιολόγηση της ΠΖ είναι η χρήση ερωτηματολογίων που συμπληρώνονται από τον ασθενή, παράλληλα με άλλες αποδεκτές τεχνικές, όπως η προσωπική και τηλεφωνική συνέντευξη ή αυτοματοποιημένα μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή. Τα ερωτηματολόγια περιέχουν συνήθως κλειστές ερωτήσεις σε κλίμακες κατάταξης τύπου Likert 4, 5 ή 7 βαθμίσεων. Επίσης, χρησιμοποιούνται και οι γραμμικές ή οπτικές αναλογικές κλίμακες 10 εκατοστών (10 cm Linear or Visual Analogue Scales).

Αν και το ενδιαφέρον είναι εστιασμένο στην υποκειμενική εμπειρία του ασθενούς, θα αποτελούσε παράλειψη να μην τονιστεί η σημασία των δεικτών μέτρησης συνολικής λειτουργικότητας που συμπληρώνονται από το ιατρικό προσωπικό (proxy measures). Τα

κλασικά αυτά εργαλεία προσφέρουν πολύτιμες πληροφορίες, ιδίως όταν υπάρχει έλλειψη χρόνου ή ο ασθενής αδυνατεί να απαντήσει εξαιτίας γνωσιακής έκπτωσης, για παράδειγμα λόγω οργανικού ψυχοσυνδρόμου ή εγκεφαλικών μεταστασεων. Οι δημοφιλέστερες από αυτές είναι οι κλίμακες λειτουργικής κατάστασης (performance status - PS) κατά Karnofsky και ιδιαίτερα κατά WHO.

Κλίμακα Karnofsky	
100	Φυσιολογικός. Χωρίς παράπονα, χωρίς ενδείξεις νόσου.
90	Ικανός για τις φυσιολογικές δραστηριότητες. Ελάχιστο ευρήματα ή συμπτώματα νόσου.
80	Φυσιολογική δραστηριότητα με προσπάθεια. Υπάρχουν μερικά συμπτώματα ή σημεία νόσου.
100 – 80	Ικανός για φυσιολογική δραστηριότητα. Δεν απαιτείται ειδική φροντίδα.
70	Φροντίζει τον εαυτό του. Ανίκανος για φυσιολογική δραστηριότητα ή εργασία.
60	Χρειάζεται κατά περίπτωση βοήθεια, αλλά είναι ικανός να φροντίζει για τις περισσότερες από τις ανάγκες του.
50	Χρειάζεται υπολογίσιμη βοήθεια και συχνή ιατρική φροντίδα.
70 - 50	Ανίκανος να εργασθεί. Ικανός για διαβίωση στο σπίτι. Φροντίζει τις περισσότερες από τις ανάγκες του. Ποικίλλουσα ανάγκη για βοήθεια.
40	Ανίκανος. Χρειάζεται ειδική φροντίδα και βοήθεια.
30	Σοβαρά ανίκανος. Ένδειξη νοσοκομειακής νοσηλείας, παρόλο που δεν επαπειλείται θάνατος.
20	Βαριά άρρωστος. Αναγκαία η νοσοκομειακή νοσηλεία.
10	Ετοιμοθάνατος. Ταχεία εξέλιξη προς το μοιραίο.
0	Νεκρός.
40-0	Ανίκανος να φροντίσει τον εαυτό του. Ανάγκη νοσοκομειακής νοσηλείας ή ιδρυματικής φροντίδας. Ταχεία εξέλιξη της νόσου προς το θάνατο.

Δείκτης WHO	
0	Πλήρως ενεργός, ικανός για όλες τις δραστηριότητες που είχε πριν τη νόσηση, χωρίς περιορισμούς και χωρίς τη χρήση αναλγητικών.
1	Περιορίζεται στην εντατική δραστηριότητα αλλά περιπατητικός και ικανός για ελαφρά εργασία ή επιδίωξη καθιστικής εργασίας. Ασθενείς πλήρως ικανοί αλλά με τη χρήση αναλγητικών.

2	Περιπατητικός και ικανός για αυτοφροντίδα αλλά ανίκανος για οποιαδήποτε εργασία. Ανάγκη παραμονής στο κρεβάτι λιγότερο από το 50% του χρόνου του.
3	Ικανός για περιορισμένη αυτοφροντίδα. Σε πολυθρόνα ή κρεβάτι για περισσότερο από το 50% του χρόνου του.
4	Πλήρως ανάπηρος. Ανίκανος για οποιαδήποτε αυτοφροντίδα και πλήρως καθηλωμένος στο κρεβάτι.
5	Νεκρός

ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

Ο ασθενής στο τελικό στάδιο της νόσου είναι ιδιαίτερα ευάλωτος καθώς αντιμετωπίζει ευρύ φάσμα πολύπλοκων συμπτωμάτων και προβλημάτων, τα οποία απαιτούν διεπιστημονική συνεργασία και χειρισμό στα πλαίσια της ομάδας από ιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων. Η συχνότητα των συμπτωμάτων διαφοροποιείται ανάλογα με τον τύπο του νεοπλασματος. Για πρακτικούς λόγους, τα κυριότερα συμπτώματα του τελικού σταδίου μπορούν να κατηγοριοποιηθούν στα ακόλουθα τέσσερα επίπεδα:

1. Φροντίδα ασθενούς: Οργανικό Επίπεδο

Αντιμετώπιση:

- Πόνου
- Αδυναμίας / καχεξίας
- Ναυτίας - Εμέτων
- Ξηροστομίας
- Δύσπνοιας
- Αϋπνίας
- Δυσφαγίας
- Ανορεξίας
- Δυσκοιλιότητας
- Κατακλίσεων
- Λοιμώξεων

2. Φροντίδα Ασθενούς: Ψυχιατρικό Επίπεδο

Αντιμετώπιση:

- Άγχους

- Κατάθλιψη
- Συγχυτικών συνδρόμων
- Φόβου απόρριψης και εγκατάλειψης από οικείου
- Φόβου επικείμενου θανάτου - άγχος αφανισμού
- Αυτοκτονικού ιδεασμού (~ 1.5 > υγιείς)

Να γίνεται προσεκτική αξιολόγηση και να καλούνται οι ειδικοί ψυχικής υγείας όταν διαπιστώνονται ιδέες αυτοκτονίας. Η «αυτοκτονικότητα» μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα κατάθλιψης ή έκφραση αντίδρασης σε αόρητο σύμπτωμα της νόσου.

Παράγοντες Αυξημένου Κινδύνου Αυτοκτονικής Συμπεριφοράς

- Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο
- Μειωμένη λειτουργική ικανότητα (Performance Status – PS)
- Μη ελεγχόμενο άλγος
- Ηλικία > 60
- 0 – 5 μήνες μετά τη διάγνωση
- Κυρίως άντρες
- Καρκίνος πνεύμονα και στομάχου
- Ιστορικό αυτοκαταστροφικών ενεργειών κατά το παρελθόν

3. Φροντίδα Ασθενούς : Κοινωνικό Επίπεδο

- Αντιμετώπιση κοινωνικής απόσυρσης
- Ελαχιστοποίηση κοινωνικής απομόνωσης – περιθωριοποίησης
- Σημαντική παρουσία συγγενών
- Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να εκφράσει τις αγωνίες του
- Διευθέτηση εκκρεμών οικογενειακών, εργασιακών ή άλλων υποθέσεων
- Μέριμνα ώστε να καλυφθούν μερικές από τις κοινωνικές ανάγκες

4. Φροντίδα Ασθενούς : Πνευματικό Επίπεδο

Ο ασθενής συχνά βιώνει τον «υπαρξιακό θρήνο» :

- Ανάγκη να δώσει νόημα στη ζωή του
- Ανάγκη να έχει αξιοπρεπή θάνατο
- Ανάγκη για ελπίδα . . . πέρα από το θάνατο
- Σημαντικός ο ρόλος της θρησκείας - πνευματικότητας σε πολλούς ασθενείς
- Συχνά αναγκαία η παρουσία Ιερέα – Ποιμαντική Συμβουλευτική

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Η αντιμετώπιση των ασθενών τελικού σταδίου και η υποστήριξη των μελών της οικογένειας του θνήσκοντος ασθενούς αποτελεί δύσκολο και συναισθηματικά φορτισμένο έργο που απαιτεί ειδικές δεξιότητες εκ μέρους του ιατρικού προσωπικού.

- Το προσωπικό υγείας μονάδων τελικής νοσηλείας συχνά βιώνει επαγγελματική εξουθένωση (professional burnout) – συμπτώματα σε οργανικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο, όπως για παράδειγμα, έντονη αίσθηση κόπωσης, κεφαλαλγίες, γαστρεντερικές διαταραχές, άγχος, κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου, ελάττωση σεξουαλικής επιθυμίας, εντάσεις στις σχέσεις με οικείους, εσφαλμένες κλινικές εκτιμήσεις και δυσκολία συγκέντρωσης
- Επομένως, απαιτείται ειδική εκπαίδευση στην παρηγορητική αγωγή
- Η επικοινωνία με τον ασθενή δεν πρέπει να επαφίεται στο ταλέντο ή στην εμπειρία, αλλά είναι προϊόν μάθησης
- Μέριμνα για ενσωμάτωση μαθήματος δεξιοτήτων επικοινωνίας στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα των Ιατρικών Σχολών

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΓΙΑΤΡΟΥ – ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ειδικά στο τελικό στάδιο ενός απειλητικού για τη ζωή νοσήματος, η συστηματική, προσεκτική και εξατομικευμένη επικοινωνία με τον ασθενή και την οικογένεια είναι κομβικής σημασίας και αποτελεί σημαντικό μέσο ψυχοκοινωνικής στήριξης καθώς συμβάλλει στην εγκαθίδρυση κλίματος εμπιστοσύνης, προάγει τη συνολική ικανοποίηση και τη σφαιρικότερη αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενούς και της οικογένειας. Ο ασθενής πρέπει να είναι πληροφορημένος για την κατάστασή του, ώστε να λαμβάνει ενεργά μέρος στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπευτική αντιμετώπισή, αλλά και να προετοιμάζεται για το αναπόφευκτο. Η ειλικρίνεια συνδυαζόμενη με ευαισθησία, κατανόηση και εχεμύθεια είναι απαραίτητες όταν ο ασθενής ενημερώνεται για μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια. Επομένως, τονίζεται η ανάγκη για εξατομικευμένη πληροφόρηση βασισμένη στις ανάγκες, αλλά και στις αντοχές του ασθενούς. Οι βασικότερες δεξιότητες επικοινωνίας με τον ασθενή συνοψίζονται στον Πίνακα 3:

Πίνακας 3: Βασικές δεξιότητες επικοινωνίας

- Δίνουμε χρόνο στον ασθενή και τον αφήνουμε να μιλήσει
- Ακούμε προσεκτικά τις θέσεις και απόψεις του
- Εξατομικεύουμε την πληροφόρηση
- Χρήση απλής και κατανοητής γλώσσας
- Σταδιακή πληροφόρηση – υπάρχουν «ψυχολογικά όρια» αντοχής για την «ποσότητα»

της απειλητικής πληροφορίας που κάποιος μπορεί να δεχτεί

- Επιτρέπουμε συζήτηση επώδυνων θεμάτων
- Επιτρέπουμε σιωπή
- Μεταφέρουμε αυθεντική ελπίδα
- Είμαστε ευγενείς

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΙΔΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ

Ειδικές ομάδες θεωρούμε τα παιδιά και τους ασθενείς τρίτης ηλικίας (> 65 ετών). Παρά τις σημαντικές εξελίξεις που έχουν σημειωθεί στη θεραπευτική του παιδιατρικού καρκίνου, η νόσος παραμένει η δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα ατυχήματα, υπολογίζεται δε, ότι περίπου 20% με 25% των παιδιών με καρκίνο τελικά υποκύπτουν από τη νόσο. Αναφορικά με τους ηλικιωμένους, είναι τεκμηριωμένη η αύξηση του γενικού πληθυσμού > 65 ετών από 8% σε 18% τα τελευταία 40 χρόνια. Επίσης, υπολογίζεται ότι το 67% όλων των θανάτων από καρκίνο είναι σε ασθενείς > 65 ετών, ενώ ως το 2030 αναμένεται το 70% όλων των ογκολογικών ασθενών να είναι άνω των 65 ετών. Επομένως, η φροντίδα τόσο των παιδιών όσο και των ηλικιωμένων ασθενών αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα.

- Στο παρελθόν, η απόκρυψη από το παιδί του επικείμενου θανάτου είχε καθιερωθεί με σκοπό την προστασία του
- Σήμερα, υπάρχουν ενδείξεις ότι τα παιδιά από πολύ μικρή ηλικία χρειάζονται πληροφόρηση για να συζητούν, να εξωτερικεύουν και να διαχειρίζονται το φόβο και την ανησυχία τους
- Η επικοινωνία με τα παιδιά πρέπει να προσαρμόζεται στην ηλικία τους – π.χ. με ζωγραφική, σχέδια και παιχνίδια
- Οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν το δικαίωμα στην ιατρική περίθαλψη όπως ο κάθε νεώτερος ασθενής
- Οι ιδιαίτερες ανάγκες των ηλικιωμένων πρέπει να καλύπτονται
- Η αυτονομία και η αξιοπρέπεια των ηλικιωμένων ασθενών πρέπει να γίνονται σεβαστές.

ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΤΕΛΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

1. Απόφαση για Συνέχιση ή Διακοπή Θεραπείας

Το έντονο ενδιαφέρον που αποδίδεται σήμερα στην ΠΖ του ασθενούς τελικού σταδίου αντιπροσωπεύει την ενεργό προσπάθεια της σύγχρονης Ιατρικής να κάνει πράξη την Ιπποκράτειο ρήση: «*Ασκέειν, περί τα νοσήματα, δύο, ωφελείν, ή μη βλάπτειν*». Στον καρκίνο, ίσως περισ-

σότερο από κάθε άλλο νόσημα, η αποτελεσματική αντιμετώπιση του ασθενούς πρέπει να σκοπεύει στη μεγιστοποίηση του οφέλους και στην ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων. Δυστυχώς, μέχρι σήμερα η θεραπευτική αντιμετώπιση της προχωρημένης νόσου δεν επιφέρει στις περισσότερες περιπτώσεις την ίαση, επομένως είναι σημαντικό να αξιολογηθεί η πιθανότητα παράτασης μιας ζωής ιδιαίτερα επηρεασμένης από την ασθένεια και τη θεραπεία. Ακολούθως, στον Πίνακα 4, επιγραμματικά παρατίθενται κύρια σημεία που πρέπει κάθε μελλοντικός ιατρός να λαμβάνει σοβαρά υπόψη όταν αντιμετωπίζει το δίλημμα για συνέχιση ή διακοπή της θεραπευτικής αγωγής σε ασθενείς στην καταληκτική φάση ενός νοσήματος.

Πίνακας 4: Συνέχιση ή διακοπή θεραπείας; Κύρια σημεία

1. Για κάθε προτεινόμενη ιατρική παρέμβαση, πρέπει να αξιολογείται εάν ωφελεί τον ασθενή.
2. Οι ικανοί ενήλικοι ασθενείς έχουν το δικαίωμα μετά από ενημέρωση να αρνηθούν οποιαδήποτε ιατρική περίθαλψη.
3. Η απόφαση για έναρξη, συνέχιση, αλλαγή ή διακοπή της θεραπείας βασίζεται στην αξιολόγηση του οφέλους εξατομικευμένα για το συγκεκριμένο ασθενή.
4. Οι αποφάσεις των γονέων είναι συνήθως καθοριστικές, εκτός εάν «συγκρούονται» σοβαρά με τις απόψεις του ιατρικού προσωπικού για το συμφέρον του άρρωστου παιδιού.
5. Η συζήτηση με τον ασθενή, με μέλη της οικογένειας και της ιατρικής ομάδας είναι σημαντικό μέρος στη διαδικασία λήψης απόφασης για χορήγηση, συνέχιση ή διακοπή θεραπευτικής αγωγής.
6. Η απόφαση για πραγματοποίηση ή μη καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (CPR) πρέπει να λαμβάνεται εκ των προτέρων έχοντας λάβει υπόψη όλες τις παραμέτρους της κατάστασης του ασθενούς.
7. Οποιοσδήποτε αποφάσεις για έναρξη, συνέχιση ή διακοπή θεραπείας που παρατείνει τη ζωή, μαζί με τους λόγους που οδήγησαν στη συγκεκριμένη απόφαση, πρέπει να καταγράφονται λεπτομερώς στο ιστορικό του ασθενούς

2. Ευθανασία

Ο θάνατος είναι η αναπόδραστη κατάληξη της ζωής κάθε ανθρώπου. Ο Φρόνιτ ανέπτυξε κα τη θεωρία της ενόρμησης του θανάτου, η οποία αντιπαράκειται στις ενορμήσεις ζωής (libido). Ο τρόπος που θα φτάσει στο θάνατο απασχολεί συνεχώς τον άνθρωπο σε όλη την πορεία της ζωής του.

Η ανώδυνη επίσπευση του θανάτου ασθενούς που πάσχει από επώδυνη ανίατη νόσο με ή χωρίς τη συναίνεσή του, ορίζει σήμερα την έννοια της ευθανασίας. Ο όρος ευθανασία

εισήχθη από τον Άγγλο φιλόσοφο Roger Bacon (1215-1294), ο οποίος έγραψε: «Το έργο της Ιατρικής είναι η αποκατάσταση της υγείας και η καταπράυνση των πόνων, όχι μόνο όταν αυτή οδηγεί στη θεραπεία αλλά και όταν μπορεί να εξασφαλίσει έναν εύκολο και γαλήνιο θάνατο». Η θέση αυτή έφερε στο προσκήνιο διαμάχες και ήρθε σε αντίθεση με τη χριστιανική διδασκαλία. Το θέμα στη φιλοσοφική του διάσταση είναι παλαιότερο. Κατά τον Πλάτωνα, η ευθανασία είχε την έννοια της συμπάρστασης και της προετοιμασίας για την ήρεμη αποδοχή του θανάτου. Αργότερα στην πρωτοχριστιανική περίοδο, η ευθανασία είχε την ίδια έννοια με βαθύτερο πνευματικό και μεταφυσικό περιεχόμενο.

Οι διχογνωμίες για την ηθελημένη θανάτωση ασθενούς αρχίζουν και στο χώρο της Ιατρικής από την κλασική αρχαιότητα. Ο Ιπποκράτης στον όρκο του αναφέρει: «ούτε θα δώσω θανατηφόρο φάρμακο σε κανέναν, ούτε θα δώσω τέτοια συμβουλή». Αντίθετα, ο Ασκληπιός όπως αναφέρει ο Πλάτων στην Πολιτεία του: «... απέφευγε να θεραπεύεις τα χρόνια εσωτερικά νοσήματα, ως ανώφελο και για τον ασθενή και για την πόλη ...». Η Ιπποκρατική αντίληψη επικρατεί αν και αντιπαραθέσεις συνεχίζονται ακόμα και σήμερα χωρίς να υπάρχει κοινά αποδεκτή άποψη που να αφορά στην ευθανασία.

Σύγχρονες μορφές ευθανασίας

Η ευθανασία ανάλογα με τον τρόπο που εφαρμόζεται, διακρίνεται σε:

1. Ενεργητική – όταν γίνεται ενέργεια αφαίρεσης ζωής με ιατρική παρέμβαση
2. Παθητική – αποτελεί τη συνειδητή παράλειψη χρήσης θεραπευτικών μέσων (π.χ. φάρμακα, μηχανική υποστήριξη) είτε την απόσυρση τους.

Στις ΗΠΑ οι μορφές ευθανασίας σήμερα διακρίνονται:

1. Μη εθελοντική ενεργητική ευθανασία: Τερματισμός της ζωής ανίατου ασθενούς χωρίς τη συγκατάθεση του.
2. Εθελοντική ενεργητική ευθανασία: Τερματισμός της ζωής ανίατου ασθενούς που έχει ζητηθεί από τον ίδιο εφόσον είναι ικανός να δώσει τη συγκατάθεση του
3. Υποβοηθούμενη αυτοκτονία: Παροχή μέσων αυτοκτονίας από γιατρό που γνωρίζει ότι ο ασθενής θα τα χρησιμοποιήσει για να τερματίσει τη ζωή του
4. Διακοπή θεραπείας: Εκφράζεται από τον ίδιο τον ασθενή για να γίνει τώρα ή υπάρχει εκ των προτέρων γραπτή έκφραση τέτοιας επιθυμίας στο μέλλον

Ερωτήματα

Το θέμα της ευθανασίας σε επίπεδο βιοηθικής, νομικής και ιατρικής παραμένει ανοικτό. Επομένως, θα ήταν χρήσιμη η παράθεση ορισμένων καίριων ερωτημάτων:

1. Έχει ένα άτομο με ανίατη επώδυνη νόσο το δικαίωμα να επιλέξει έναν πρόωπο θάνατο;

2. Ποιος είναι ηθικά υπεύθυνος για την πράξη της ευθανασίας, ο ιατρός ή ο ασθενής;
 3. Η ΠΖ αποτελεί κριτήριο για διακοπή της θεραπείας;
 4. Οι ασθενείς έχουν δικαίωμα να αρνηθούν τη θεραπεία με στόχο τον τερματισμό της ζωής τους;
 5. Τί γίνεται με τους ασθενείς που δεν έχουν τη δυνατότητα να εκφράσουν τη θέληση τους (πχ. βρέφη, ασθενείς σε κώμα);
 6. Επιτρέπεται η χορήγηση αναλγητικών σε δυνητικά θανατηφόρες δόσεις;
 7. Μπορεί ο ασθενής να εφαρμόζει μόνος τη θανατηφόρο μέθοδο που του έχει υποδείξει και προετοιμάσει ο ιατρός (πχ «μηχανή ευθανασίας»);
- Τα περισσότερα από τα παραπάνω ερωτήματα δεν επιδέχονται οριστικής απάντησης, εξαρτώνται δε από το συγκεκριμένο άνθρωπο, τις επικρατούσες ηθικές, κοινωνικές και πολιτιστικές αντιλήψεις, το επίπεδο της επιστήμης, κ.α.

Επιχειρήματα κατά της ευθανασίας

1. Η ιδέα της ευθανασίας αντιστρατεύεται τη βασική εντολή: «ου φονεύσεις...»
2. Από φιλοσοφική και θεολογική άποψη ο άνθρωπος δεν είναι δημιουργός, αλλά διαχειριστής της ζωής και δεν μπορεί να παραιτηθεί από αυτή με δική του πρωτοβουλία
3. Έρχεται σε αντίθεση με τον ουσιαστικό ρόλο του γιατρού που είναι η προαγωγή της υγείας και η διατήρηση της ζωής. Η διπλή υπόσταση θεραπευτής ή “δήμιος” - λυτρωτής διαβρώνει και υπονομεύει τη σχέση εμπιστοσύνης του ασθενούς προς το γιατρό.
4. Η ευθανασία μπορεί να οδηγήσει σε ολισθηρό κατήφορο (*slippery slope*) με επέκταση της εφαρμογής της (π.χ., σε ασθενείς με οικονομική αδυναμία αντιμετώπισης της προχωρημένης νόσου).
5. Στις περισσότερες περιπτώσεις το αίτημα για ευθανασία αποτελεί συγκεκαλυμμένη “κραυγή για βοήθεια”, δηλαδή αίτημα εκ μέρους του ασθενούς για προσοχή, ενδιαφέρον, ανακούφιση των συμπτωμάτων και ανθρώπινη συμπαράσταση.

Επιχειρήματα υπέρ της ευθανασίας

1. Η αρχή της αυτονομίας του ασθενούς που υπαγορεύει το σεβασμό κάθε ανθρώπου ως ανεξάρτητης οντότητας με αρχές, πεποιθήσεις, δικαιώματα, συναισθήματα, φόβους, ενδιαφέροντα και ελεύθερη βούληση.
2. Η αρχή της δικαιοσύνης υπαγορεύει την ισότιμη προσέγγιση σε όλους τους ασθενείς καθώς και την ορθολογική χρήση των διαθέσιμων για την υγεία πόρων, που δεν είναι απεριόριστοι.

3. Η ιατρική είναι εφαρμοσμένη και όχι δογματική επιστήμη που δε δίνει αυστηρές και άκαμπτες διαταγές, αλλά οδηγίες και κατευθυντήριες γραμμές (guidelines) που έχουν “ελαστικότητα”.
4. Κάθε ασθενής δικαιούται εξατομικευμένης προσέγγισης όχι μόνο στο καθαρό ιατρικό μέρος της φροντίδας του αλλά και στις ηθικές της προεκτάσεις.

Επομένως, ναι ή όχι στην εφαρμογή της ευθανασίας;

- Πολυδιάστατο θέμα με μεγάλες κοινωνικές προεκτάσεις
- Σημαντικό δίλημμα λήψης απόφασης για συνέχιση υποστήριξης ασθενούς τελικού σταδίου
- Αποτελεί πρόκληση για την ιατρική κοινότητα
- **Ιατρική χωρίς ηθική δεν μπορεί να υπάρξει**
- Ανίατη ασθένεια, ίσως αποστασιοποιεί την ιδέα του θανάτου

Στις σύγχρονες κοινωνίες χρειάζονται σοβαρές προσπάθειες για ανάπτυξη πολυεπίπεδης σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής φροντίδας ως αντίδοτο στην ευθανασία και αντιμετώπιση του ασθενούς τελικής φάσης με όλες τις σύγχρονες θεραπευτικές – υποστηρικτικές μεθόδους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ:

ΒΟΗΘΩΝΤΑΣ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΝΑ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΤΕΙ ΓΙΑ ΕΝΑΝ «ΑΞΙΟΠΡΕΠΗ ΘΑΝΑΤΟ»

Η Παρηγορητική Αγωγή δέχεται τη ζωή και θεωρεί το θάνατο ως φυσιολογική διαδικασία. Θεωρεί επίσης, ότι ο σεβασμός και η προστασία της αξιοπρέπειας ενός ασθενούς τελικού σταδίου υπονοεί πρωτίστως την παροχή **άριστης υποστηρικτικής αγωγής (best supportive care)** σε κατάλληλο περιβάλλον με σκοπό όχι να επισπεύσει ούτε να μεταθέσει το θάνατο, αλλά να επιτρέψει στον ασθενή να πεθάνει με αξιοπρέπεια. Επομένως, στην καταληκτική φάση ενός νοσήματος ο γιατρός έχει σημαντικό ρόλο και κατά το δυνατόν οφείλει να βοηθά τον ασθενή:

- Να γνωρίζει ότι ο θάνατος πλησιάζει και να καταλάβει τι μπορεί να περιμένει
- Να είναι σε θέση να διατηρεί τον έλεγχο
- Να έχει αξιοπρέπεια και «ιδιωτικότητα» (privacy)
- Να έχει έλεγχο στην ανακούφιση του πόνου και στην αντιμετώπιση των άλλων συμπτωμάτων
- Να έχει επιλογή για το μέρος που θα νοσηλευτεί στην τελική φάση
- Να έχει επαρκή εξατομικευμένη πληροφόρηση
- Να έχει διαθέσιμη ψυχολογική και πνευματική υποστήριξη
- Να έχει επιλογή στην παρουσία ή μη άλλων προσώπων όταν το τέλος πλησιάζει

- Να έχει επαρκή χρόνο για διευθέτηση πρακτικών θεμάτων

Τέλος, κατά την άσκηση των καθηκόντων τους οι γιατροί θα πρέπει να έχουν κατά νου ότι εκτός από την ολιστική θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με τη χορήγηση της κατάλληλης αγωγής και την πραγματοποίηση των απαραίτητων υποστηρικτικών τεχνικών καθώς επίσης και των άλλων κλινικών πράξεων, θα πρέπει απαραίτητως να διακρίνονται από ευγένεια, σεβασμό, ευαισθησία και αίσθημα συμπόνιας σε όλους τους ασθενείς ειδικότερα όμως στον ασθενή τελικής φάσης.

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Οικονόμου ΓΒ, Καλόφωνος ΧΠ. Ποιότητα ζωής. Βασικές αρχές θεραπείας του καρκίνου, (2^η έκδοση). Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2006.
2. Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ. Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995.
3. Ρηγάτος Γ. Ψυχοκοινωνική ογκολογία. Ascent, Αθήνα 2000.
4. Ρηγάτος Γ. Θέματα Ψυχοκοινωνικής ογκολογίας. Ascent, Αθήνα 2007.
5. Barraclough J. Cancer and emotion: a practical guide to psycho-oncology. 3rd edn. Chichester: Wiley, 1999.
6. Holland JC. Psycho-Oncology Oxford University Press, New York 1998.
7. Bowling A. Measuring health: A review of quality of life measurement scales. Open University Press, Milton Keynes 1991.
8. Kim A, Fall P, Wang D. Palliative care: optimizing quality of life. J Am Osteopath Assoc. 2005; 105(Suppl 5):S9-14
9. Morrison LJ, Morrison RS. Palliative care and pain management. Med Clin North Am. 2006; 90:983-1004
10. Nelson KA, Walsh D, Behrens C, Zhukovsky DS, Lipnickey V, Brady D. The dying cancer patient. Semin Oncol. 2000; 27:84-9.
11. Komurcu S, Nelson KA, Walsh D, Donnelly SM, Homsy J, Abdullah O. Common symptoms in advanced cancer. Semin Oncol. 2000; 27:24-33.
12. Hem E, Loge JH, Haldorsen T, Ekeberg Ø. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. J Clin Oncol 2004; 22:4209-16.
13. Misono S, Weiss NS, Fann JR, Redman M, Yueh B. Incidence of suicide in persons with cancer. J Clin Oncol 2008; 26: 4731-8.
14. Khan SA, Gomes B, Higginson IJ. End-of-life care--what do cancer patients want? Nat Rev Clin Oncol. 2014; 11:100-8. doi: 10.1038/nrclinonc.2013.217.