

Μετέχουσα σπουδάστρια: *Μεϊδάνη Σωτηρία*

Υπεύθυνος εκπαιδευτικός: *Παπαδημητρίου Αθανάσιος*
Επίκουρος καθηγητής

Ευθανασία: Πράξη ανθρωπισμού ή αυτοκτονία



*Πτυχιακή για τη λήψη πτυχίου στην κοινωνική εργασία
από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας
του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΤΕΙ) Πάτρας*

Πάτρα, Μάιος 1997

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

2072

Περίληψη μελέτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η προσπάθεια να κατανοηθεί το πρόβλημα της καλούμενης «Ευθανασίας» και των μορφών της. Να διερευνηθούν οι απόψεις που έχουν εκφραστεί γύρω από αυτό (θρησκευτικές, ιατρικές), καθώς και όσα πέτυχαν να εκφραστούν με διατάξεις νόμων. Και κυρίως, γίνεται προσπάθεια να εκφραστούν όλες οι τρομερές ανησυχίες, που εύλογα προκαλούνται όταν κανείς βρίσκεται αντιμέτωπος με το ερώτημα: Πότε τελειώνει το δώρο της ζωής και πότε εμείς μπορούμε να επισπεύσουμε την ανάκλησή του;

Αναλυτικότερα: Αρχικά, γίνεται μια ιστορική αναδρομή της έννοιας που είχε ο όρος «Ευθανασία» από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα. Στη συνέχεια, ο σημερινός ορισμός και τα είδη στα οποία χωρίζεται.

Στο δεύτερο μέρος, γίνεται μια ανάλυση των απόψεων και των προβλημάτων των διαφόρων πλευρών, που συνδέονται άμεσα και που καλούνται να διατυπώσουν επίσημα τη θέση τους απέναντι στην «Ευθανασία» και ενίοτε να δώσουν λύση σε αυτό το τόσο δύσκολο πρόβλημα.

Αρχικά, παρατίθενται τα είδη θανάτου, ο επίσημος ορισμός αυτού και πώς σήμερα έχει συνδεθεί με την ευθανασία. Κατόπιν, αναφέρεται το πώς ο κόσμος της Ιατρικής προσεγγίζει το θέμα και ποιοι οι προβληματισμοί του γύρω απ' αυτό.

Όσον αφορά στη θρησκεία, αρχικά διατυπώνεται η γενική τοποθέτησή της απέναντι στο πρόβλημα, και στη συνέχεια η θέση που παίρνει απέναντι στα διάφορα είδη της ευθανασίας.

Στο κεφάλαιο που αφορά στο νόμο, τέλος, γίνεται μια ιστορική αναδρομή των προσπαθειών που έχουν γίνει για νομιμοποίηση της «ευθανασίας» ανά τον κόσμο.

Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά στην ελληνική νομοθεσία και στο τι ισχύει, καθώς και με τις νομοθεσίες άλλων χωρών.

Το συμπέρασμα που προκύπτει από την παράθεση και ανάλυση των απόψεων των διαφόρων πλευρών είναι ότι η πλειοψηφία αυτών, τουλάχιστον στον ελλαδικό χώρο, τάσσεται κατά της ευθανασίας. Δεν παύει, όμως, το πρόβλημα, το δίλημμα θα λέγαμε καλύτερα (της εφαρμογής ή όχι της «ευθανασίας») να είναι (έστω και για τη μειοψηφία) υπαρκτό. Και, όπως φαίνεται και στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες, είτε «κρυφά», σιωπηλά, είτε κάποτε με την κάλυψη του νόμου και την ανοχή της κοινωνίας, η «ευθανασία» εφαρμόζεται.

Έτσι, λοιπόν, η εισήγηση που γίνεται στο μέρος αυτό και που είναι απόρροια του θεωρητικού υλικού, είναι η εξής: Παρά το γεγονός ότι η «ευθανασία» ως μέσο βοήθειας προς τον θνήσκοντα, αποκρούεται και καταδικάζεται, παρά ταύτα θα πρέπει να τύχει ενδελεχούς μελέτης και έρευνας. Επιστήμονες, θρησκεία, κυβερνήσεις και οργανισμοί θα πρέπει να αντιμετωπίσουν το θέμα, οριοθετώντας το σύμφωνα με τα νέα δεδομένα.

Ο νόμος σήμερα στην Ελλάδα είναι ασαφής. Ο γιατρός, κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, έρχεται αντιμέτωπος με πολλά ηθικά διλήμματα και ζητά μεγαλύτερη νομική κάλυψη. Επισημαίνεται, λοιπόν, η ανάγκη για έρευνα, προς σαφέστατα νομικά και βοηθητικά κριτήρια, λαμβάνοντας υπόψη τις εκτιμήσεις προγνώσεως, τις «αξίες» της κοινωνίας μας και τις πνευματικές και ηθικές διαστάσεις του προβλήματος, ούτως ώστε να αναζητηθεί μια σωστή, κατά το δυνατόν, λύση.

Μετέχουσα σπουδάστρια: *Μεϊδάνη Σωτηρία*

Υπεύθυνος εκπαιδευτικός: *Παπαδημητρίου Αθανάσιος*
Επίκουρος καθηγητής

Ευθανασία: Πράξη ανθρωπισμού ή αυτοκτονία

*Πτυχιακή για τη λήψη πτυχίου στην κοινωνική εργασία
από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας
του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΤΕΙ) Πάτρας*

Πάτρα, Μάιος 1997

Αναγνώριση

Στους γονείς μου
Κωνσταντίνο και Γεωργία Μείδανη

Περιεχόμενα

Περίληψη μελέτης.....	2
Αναγνώριση μελέτης.....	3

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

Εισαγωγή

Το πρόβλημα.....	6
Σκοπός της μελέτης.....	8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

Βιβλιογραφική μελέτη

1. Η έννοια του όρου άλλοτε και τώρα.....	10
2. Κατάταξη ειδών ευθανασίας.....	15
2.1 Ενεργητική ευθανασία.....	15
2.2. Παθητική ευθανασία.....	18
3. Ευθανασία διά της μη ανανήψεως.....	19
4. Ευθανασία του τύπου Living will.....	20
5. Δυσθανασία.....	21
6. Ορθοθανασία.....	22
7. Επιχθυθανασία.....	22
8. Επιτάχυνση του θανάτου του καταδικασμένου σε θάνατο από οίκτο.....	23
9. Ευγονική ευθανασία.....	23
10. Κοινωνική ευθανασία.....	25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

Νόμος και ευθανασία

1. Προσπάθειες νομιμοποίησης της ευθανασίας.....	28
2. Η νομοθεσία στην Ελλάδα.....	30
3. Η νομοθεσία άλλων κρατών.....	35

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Θρησκεία και ευθανασία

1. Εισαγωγή.....	36
------------------	----

2. Επιχειρήματα κατά της ευθανασίας	37
2.1 Ειδικότερη τοποθέτηση της Ορθοδοξίας	39
3. Εκκλησία και ιατρικά συνειδησιακά διλήμματα	41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Ιατρική και ευθανασία

1. «Καρδιακός θάνατος», «εγκεφαλικός θάνατος» και «ευθανασία»	43
1.1. «Κλινικός θάνατος»	43
1.2. «Μη ανατάξιμο κώμα» και «εγκεφαλικός θάνατος»	44
1.2.1. «Ορισμός και οδηγίες για τον καθορισμό του θανάτου»	46
1.3. Επιφυλάξεις για τον «εγκεφαλικό θάνατο» και η ευθανασία στις μεταμοσχεύσεις	47
1.4. «Η ευθανασία στις μονάδες εντατικής θεραπείας»	48
2. Ειδικότερη τοποθέτηση της ιατρικής επιστήμης απέναντι στην ευθανασία	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

Συμπεράσματα	56
Εισηγήσεις	60
Βιβλιογραφία	61

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Εισαγωγή

Το πρόβλημα

«Φαύλοι βροτών ου πονείν δυνάμενοι θανείν αιρούσιν»
(Αριστοτέλης)

«Ο Θεός τον πόθον της ζωής ενέσπειρεν κολύων εαυτούς αναιρείν... και μήτε αυτομάτως επί τον θάνατο
ιέναι ποτέ, κύν μυρία αν έχη δεινά»
(Χρυσόστομος)

«Κάθε ζωή έχει άπειρη αξία, ακόμα και όταν δεν αξίζει τίποτα»
(Dr. Jacques Sarano)
Πράξη αζάπης ή λιποταξία;

«Η θεραπευτική μανία είναι μια ανώφελη ανθρωπιά, τόσο για τον άρρωστο όσο και για τους συγγενείς
του».

‘Το καθήκον του γιατρού είναι να κάνει τα αδύνατα δυνατά για να διατηρήσει κάποιον στη ζωή, έστω κι
αν μένει μια σπιθα ελπίδας».

«Αν ο άρρωστος το ζητάει, γιατί να αρνηθούμε να επισπεύσουμε το θάνατό του, για να τεθεί τέρμα στους
πόνους του;».

«Δεν ανήκει στο γιατρό το δικαίωμα να συνιομεύσει τη ζωή κάποιου, αλλά να κάνει υποφερτή την αρρώστιά
του».

Απόψεις αντίθετες και συγκρουόμενες. Γύρω από αυτές περιστρέφεται πάντα το μεγάλο πρόβλημα της ευθανασίας.
Υπέρμαχοι και πολέμιοί της, ο καθένας από τη σκοπιά του, παίρνει και την ανάλογη θέση.

Ποιος νομιμοποιείται να μιλήσει για την «ευθανασία»;

«Όποιος θα πέρασε νύχτες ολόκληρες και μέρες και μήνες ακούγοντας αδιάκοπα ανάμεσα σε αβίαστα

βογγιά τη σπαρακτική φωνή ενός αγαπημένου προσώπου, να κητεύει να τελειώσει επιτέλους το μαρτύριό του, ας μην σπεύσει να επιφέρει μια αυστηρή κρίση για τα προβλήματα συνειδήσεως που θέτει η ευθανασία».

Πολύπλοκο το πρόβλημα. Γιατροί, αδελφές, νομικοί, κοινωνιολόγοι, φιλόσοφοι, θεολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, ασθενείς, συγγενείς, Τύπος, πλειόραση, εκπροσωπούν συχνά τις πιο ακραίες απόψεις. Από την πλήρη νομιμοποίηση ως την πλήρη απόρριψη.

Το παράδοξο είναι πως και οι δυο κινούνται από ανθρωπιστικά ελατήρια, από την αγάπη στον άνθρωπο, από σεβασμό στην προσωπικότητά του.

Το πώς τοποθετούμαστε απέναντι στην «ευθανασία», που ετυμολογικά σημαίνει τον καλό θάνατο, τον ήπιο, τον ευτυχημένο, τον ανώδυνο θάνατο, δηλαδή αυτόν ο οποίος επέρχεται χωρίς σωματική οδύνη ή ψυχική αγωνία, έχει να κάνει με τη γενικότερη θεώρηση του ανθρώπου.

Πώς τοποθετούμαστε γενικότερα απέναντι στον άνθρωπο; Ποιος είναι ο προορισμός του; Τι είναι η ζωή και οι δοκιμασίες της; Πώς νιώθουμε την υπαρξιακή αγωνία μπροστά στη σκέψη του θανάτου; (Γ.Β. Μελέτη εκδ. ΖΩΗ «Τι γίνεται μετά το θάνατο;», σελ. 217, 219, 220).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειώσουμε τα εξής:

Όπως είναι γνωστό, το θέμα της ευθανασίας απασχόλησε τον τελευταίο καιρό έντονα, όπως φάνηκε και μέσα από τα ΜΜΕ, με ερεθίσματα από άλλα κράτη. Δυστυχώς, η ελληνική βιβλιογραφία, όσον αφορά στο χώρο των κοινωνικών επιστημών, είναι ιδιαίτερα φτωχή.

Συνέπεια των παραπάνω είναι:

α) Από τη συγκεκριμένη μελέτη απουσιάζουν εκτεταμένες αναφορές τόσο από τη φιλοσοφική προσέγγιση όσο και από την προσέγγιση των κοινωνικών επιστημών, λόγω ανυπαρξίας σχετικής βιβλιογραφίας. Για την κάλυψη του κενού έχει γίνει αναφορά σε δημοσιεύματα στον Τύπο, τα οποία ο αναγνώστης παρακαλείται να λάβει υπόψη ανάλογα με τη βαρύτητά τους.

β) Οι τομείς στους οποίους υπάρχει μεγαλύτερη αναφορά είναι η Ιατρική, η Νομική και η Θρησκεία, τομείς οι οποίοι έχουν εκφράσει τον προβληματισμό τους σχετικά με το θέμα της ευθανασίας.

Όπως διαφαίνεται και κατά την ανάλυση του θέματος, τον τελευταίο καιρό έχουν πολλαπλασιαστεί οι υπέρ της ευθανασίας φωνές. Από την άλλη πλευρά, όμως, βρίσκονται και οι σφοδροί επικριτές αυτής, που υποστηρίζουν ότι η πράξη αυτή παραβιάζει τις ιερές αρχές του σεβασμού της ζωής.

Και αυτό, γιατί η ευθανασία συζητείται για πάρα πολλές περιπτώσεις. Πέρα, λοιπόν, από την έννοια της σύντηξης της επιθανάτιας αγωνίας ενός προσώπου που πεθαίνει επώδυνα, γίνεται συζήτηση εφαρμογής της σε ενδεχόμενες προγεννητικές αναπηρίες, για παραμορφωμένα ή ανάπηρα βρέφη, για τους ανθρώπους-φτυιά. Για διάφορες φρενοβλάβειες. Επίσης, γίνεται διάκριση ανάμεσα στην ενεργητική και παθητική ευθανασία, καθώς και κάποια άλλα είδη.

Όποια, όμως, μορφή κι αν έχει, η εφαρμογή της ή όχι θα πρέπει να μας προβληματίσει. Τον τελευταίο καιρό ήρθε στο φως της δημοσιότητας ένα συνταρακτικό γεγονός: Έλληνας γιατρός έκανε ευθανασία σε ασθενή του, που έπασχε από ανίατη νόση, και βρισκόταν στο τελευταίο στάδιο αυτής. Επίσης, από έρευνα που διενεργήθηκε στον ελληνικό χώρο, ένα μεγάλο μέρος γιατρών τάσσεται υπέρ της ευθανασίας. (Βλέπε «Έθνος» 18.11.1996 και 11.10.1996). Είναι προφανές ότι θα έχουν υπάρξει και θα υπάρξουν περιστατικά επιβολής

ή εφαρμογής της ευθανασίας που ποτέ δεν θα κοινοποιηθούν. Το πρόβλημα, λοιπόν, είναι υπαρκτό και, πιστεύω, το «ανά χειράς» θα έχει επληρώσει το σκοπό του αν συμβάλει σε ένα γόνιμο διάλογο μεταξύ και αντιτιθέμενων απόψεων και, σύμφωνα με τα νέα δεδομένα, ώστε η «ευθανασία» να καθίσταται πράγματι ευθανασία!

Σήμερα, λοιπόν, επαναλαμβάνω ότι όσοι μιλούν για «ευθανασία» εννοούν ένα «ανώδυνο ή αξιοπρεπή» θάνατο —όπως λένε— με την εφαρμογή κάποιας μεθόδου για τον τερματισμό της ζωής του ανθρώπου. Πρόκειται για τη «μέθοδο προκλήσεως του θανάτου, άνευ οδυνηρών συμπτωμάτων, προς συντόμηση της αγωνίας μιας λίαν οδυνηρής και μοιραίας εκβάσεως της νόσου».

Το ζήτημα έχει γίνει σήμερα περίπλοκο, επειδή συνεχώς αυξάνεται ο αριθμός των ανθρώπων οι οποίοι πάσχοντες από ανίατες αρρώστιες ή από τις συνέπειες διαφόρων ατυχημάτων, επιζούν διάγοντας μια ζωή «φυσική» ή «χωρίς αξιοπρέπεια». Όπως και των ασθενών ή των ηλικιωμένων εκείνων οι οποίοι χάρη στις προόδους της ιατρικής και της τεχνολογίας, διατηρούνται με «υπερβολικές φροντίδες» σε μια ζωή —όπως λένε— «ανάξια να τη ζει κανείς» ή μη επιθυμητή.

Γίνεται, λοιπόν, λόγος για τη «διακοπή μιας επώδυνης ζωής χωρίς ελπίδα» με την «ευθανασία». Γίνεται, επίσης, λόγος για «δικαίωμα στο θάνατο», για «αυτοκαθορισμό» και σεβασμό των συμφερόντων του αρρώστου και απαλλαγή αυτού από ένα «άσκοπο μαρτύριο». Όμως, αυτό το «χωρίς ελπίδα» και το «άσκοπο» των προσπαθειών, ποιος θα το κρίνει; Και ποιος θα πάρει την απόφαση; Ενώ θα τίθεται το αμείλικτο ερώτημα «μήπως πρόκειται και για τραγικό λάθος;». Το «ανίατο» μιας ασθένειας σήμερα ποιος αποκλείει να γίνει «ιάσιμο» αύριο και μάλιστα μέσα σε χρονικό διάστημα απροβλέπτως βραχύ;

Επίσης, η «οδυνηρή αγωνία» και ο ανθρώπινος πόνος είναι πράγματι μαρτύρια χωρίς αξία; Θα μπορούσαν άραγε να αντιμετωπιστούν επαρκώς, με αγάπη και φροντίδα ώστε να είναι απαραίτητη η θανάτωση του ασθενούς. Σκέψεις που ζητούν προβληματισμό και απαντήσεις.

Σήμερα, όμως, τόσο η νομοθεσία όσο και η Εκκλησία, από την πλευρά τους, δεν έχουν διατυπώσει σαφείς και ξεκάθαρες θέσεις επί του θέματος της «ευθανασίας», με αποτέλεσμα ιατροί, ασθενείς και συγγενείς να αντιμετωπίζουν σε αρκετές περιπτώσεις συνειδησιακά και ηθικά προβλήματα.

Από την άλλη πλευρά, η κοινωνία διατηρεί μια στάση ανοχής και μια τάση απόκρυψης περιπτώσεων μεμονωμένων, όπου, χωρίς καμιά κάλυψη εφαρμόζεται η «ευθανασία» (Αβραμίδης Αθ. «Ευθανασία», εκδ. Ακρίτας 1995, σελ. 13-14 και 90).

Σκοπός της μελέτης

Η διαπίστωση του πιο πάνω προβλήματος αποτέλεσε την αφορμή για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης που σαν σκοπό της έχει:

α. Την παράθεση και περιγραφή των περιπτώσεων του «αντικειμένου» της ευθανασίας, οι οποίες συνθέτουν το πρόβλημα.

β. Την αξιολόγηση των θέσεων και των απόψεων των διαφόρων πλευρών, τα ηθικά και συνειδησιακά των νομικά προβλήματα, που γεννιούνται στους εκάστοτε «συνεργούς» στην επιβολή ή υποβοήθηση εφαρμογής

της ευθανασίας.

γ. Την ανίχνευση του βαθμού προβληματισμού της κοινωνίας μας σήμερα, καθώς και των τρόπων και μέσων αντιμετώπισης αυτού (εφαρμογή ή όχι της ευθανασίας);.

δ. Την ανάδειξη της αναγκαιότητας, η οποία προβάλλει εντονότερη στις μέρες μας, των διαφόρων φορέων (κοινωνία, νόμος, ιατρική, θρησκεία) να εσκήψουν επάνω στο θέμα και να δώσουν απαντήσεις.

ε. Και τέλος, τη διατύπωση κάποιων παραμέτρων και ενδεικτικών κινήσεων, που θα μπορούσαν να γίνουν ώστε να δοθούν κάποιες απαντήσεις στα διλήμματα που γενιούνται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

Βιβλιογραφική μελέτη

1. Η έννοια του όρου, άλλοτε και τώρα

Το θέμα της ευθανασίας είναι πανάρχαια, όσο και ο άνθρωπος. Από την αρχή του μύθου μέχρι τα ιστορικά χρόνια, τα ανίατα και πάσχοντα άτομα θεωρήθηκαν άχρηστα και αντιπαραγωγικά σε πολλές κοινωνίες. Αρχικά, θα παρακολουθήσουμε σύντομα τη διαδρομή της μέσα στους αιώνες και την ερμηνεία που δίνει κάθε εποχή στον όρο «ευθανασία». Αυτό, ασφαλώς, θα υποβοηθήσει σε μια καλύτερη θεώρηση του προβλήματος.

Ο όρος «ευθανασία» (ευ-θάνατος) βρίσκεται σε χρήση στην αρχαία Ελλάδα, όπως και το ρήμα ευθανάτω και το επίρρημα ευθανάτως και σημαίνει τον ευτυχημένο, τον ήπιο και ανώδυνο θάνατο, δηλαδή το θάνατο ο οποίος επέρχεται χωρίς σωματική οδύνη ή ψυχική αγωνία. Σημαίνει ακόμα και τον εύδοξο θάνατο, χάριν ενός ευγενούς σκοπού.

Η λέξη ευθανασία χρησιμοποιείται και σήμερα με την πρώτη της σημασία, που είναι και η κύρια έννοια της, ενώ η δεύτερη σημασία της σχετίζεται με την έννοια της αυτοθυσίας.

Έντονα άρχισε να τίθεται το θέμα σε ερευνητική βάση πριν από τέσσερις εκατονταετίες. Ο πρώτος που έθεσε το θέμα θεωρείται ο Άγγλος φιλόσοφος και συγγραφέας Thomas More, ο οποίος προέβαλε την ιδέα ότι είναι σωστό να πείθουμε τους πάσχοντες από οδυνηρές και ανιαρές ασθένειες να τερματίζουν μόνοι τη ζωή τους ή να συγκατατίθενται σε ανώδυνη θανάτωσή τους. Αυτό υποστήριξε στο κοινωνικό-πολιτικό του μυθιστόρημα «Η ουτοπία».

Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ένα απόσπασμα αυτού: «...Όταν οι άνθρωποι αρρωστήσουν, τους φροντίζουν με μεγάλη συμπάθεια και τους δίνουν ό,τι χρειαστεί από ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ή ειδική τροφή, που θα τους βοηθούσε πιθανόν να αναλάβουν. Στην περίπτωση της μόνιμης αναπηρίας, οι νοσοκόμες προσπαθούν να τους κάνουν ό,τι μπορούν για να ανακουφίσουν τα συμπτώματά τους. Μα εάν, εκτός που είναι αθεράπευτη η ασθένεια προκαλεί και ασταμάτητο βασανιστικό πόνο, μερικοί ιερείς και κυβερνητικοί αξιωματούχοι επισκέπτονται το πρόσωπο που ανέφερα και του λένε τα εξής περίπου:

Ας δούμε τα πράγματα όπως είναι. Ποτέ δεν θα μπορέσεις να ζήσεις φυσιολογικά. Φέρνεις μονάχα ενόχληση στους άλλους και βάρος στον εαυτό σου — στην πραγματικότητα ζεις μια μεταθανάτια ζωή. Γι' αυτό, γιατί να συνεχίζεις να τρέφεις τα μικρόβια; Εφόσον η ζωή σου είναι βάσανο, γιατί διατάξεις να πεθάνεις; Είσαι φυλακισμένος σε μια αίθουσα βασανιστηρίων, γιατί δεν δραπετεύεις να γλιτώσεις σ' ένα καλύτερο κόσμο; Ή πες πώς συμφωνείς και εμείς θα φροντίσουμε για την απελευθέρωσή σου. Είναι απλώς κοινή λογική να περικόψεις τις ζημιές σου. Είναι ακόμη πράξη ευσέβειας να πάρεις τη συμβουλή από τον ιερέα, γιατί

αυτός μιλάει από μέρους του Θεού.

Εάν ο άρρωστος βρει αυτά τα επιχειρήματα πειστικά, τότε δεν τρώει μέχρι να πεθάνει, είτε του δίνουνε υπνωτικά και βάζουν ανώδυνο τέλος στα βάσανά του. Μ' αυτό είναι αυστηρά εθελοντικό και, αν προτιμάει να μείνει ζωντανός, καθείς θα του συμπεριφέρεται το ίδιο ευγενικά όπως και πρώτα. Η επίσημα επικυρωμένη ευθανασία θεωρείται έντυμος θάνατος...». (Ν. ΜΗΤΣΟΠΟΥΛΟΣ, «Η ΛΕΓΟΜΕΝΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ»).

Η σχετική έρευνα έχει, επίσης, δείξει ότι η ευθανασία ασκείται από πολλούς πρωτόγονους λαούς, οι οποίοι εκθέτουν εις την εγκατάλειψη, γέροντες ή ανιάτως ασθενείς, τους θάβουν ζωντανούς ή τους στραγγαλίζουν. Αυτή η μεταχείριση των ενήλικων και των ανιάτων ασθενών δεν αποτελεί γενικό κανόνα συμπεριφοράς των πρωτόγονων και, εν πάση περιπτώσει, όπου απαντάται έχει σχεδόν πάντοτε ως κίνητρο την αγάπη και τον οίκτο προς τον ασθενή και το γέροντα συγγενή. Πρόκειται, επομένως, εδώ περί ευθανασίας, η οποία συνιστάται εις τη θανάτωση της θεωρουμένης ως «ανάξια να ζει ζωής».

Η ευθανασία έχει οπαδούς τόσο στη θεωρία όσο και στην πράξη και στην αρχαιότητα. Χαρακτηριστική στην αρχαία Ελλάδα είναι η περίπτωση των Σπαρτιατών, οι οποίοι εφόνευαν τα παραμορφωμένα και ανάπηρα νεογέννητα, ρίχνοντάς τα στον Καιάδα, διότι πίστευαν ότι αυτό απαιτούσε το συμφέρον των ιδίων των ατυχών αυτών υπάρξεων και κυρίως της πολιτείας. Είναι φανερό ότι εδώ πρόκειται για ευθανασία με την κύρια έννοια του όρου, διότι τα κίνητρα είναι κυρίως ευγονικής φύσεως και δευτερευόντως λόγω οίκτου.

Άλλη περίπτωση που ανάγεται στην αρχαιότητα: στη νομοθεσία της Μασσαλίας και της Κω θεωρούσαν επιτρεπτό να πίνουν δηλητήριο οι πολίτες που δήλωναν στις αρχές ότι ήθελαν να πεθάνουν ηρεμότερα, παρά από βεβαρημένα γηρατειά.

Για λόγους ευγονίας, αλλά και από οίκτρο προς τους πάσχοντες, τάσσεται υπέρ της ευθανασίας και ο Πλάτωνας. Αυτός υποστηρίζει ότι η Ιατρική δεν πρέπει να ενδιαφέρεται για τους εκ γενετής ασθενείς, τόσο για να μην παρατείνονται τα βάσανά τους όσο και για να μη φέρνουν στη ζωή και άλλα δυστυχημένα πλάσματα (Πλάτωνος Πολιτεία, βιβλ. Γ 407).

Παρακάτω, ο Πλάτωνας υποστηρίζει ότι η πολιτεία πρέπει να φροντίζει για τη θεραπεία μόνο εκείνων που έχουν γεννηθεί σωματικά και ψυχικά υγιείς, ενώ οι μεν εκ γενετής σωματικά ασθενείς θα πρέπει να αφήνονται να πεθαίνουν, οι δε ψυχικά ασθενείς θα πρέπει να θανατώνονται (Πλάτωνος Πολιτεία, βιβλ. Γ 410).

Κατά τους Ρωμαϊκούς χρόνους, την ευθανασία ασκούν κυρίως οι Στωικοί. Ο Στωικός σοφός «ευθανατεί» συνήθως με την αυτοκτονία. Ο Ζήνων π.χ. έπνιξε τον εαυτό του, διότι από πτώση είχε πάθει εξάρθρωση στο πόδι. Ο Κλεάνθης αυτοκτόνησε όταν υποβλήθηκε σε δίαιτα μετά από εντολή του γιατρού του, αλλά δεν την εκτέλεσε και προτίμησε να αυτοκτονήσει, γιατί νόμιζε ότι εκπλήρωσε την αποστολή του στον κόσμο αυτόν. Ο Κάτων, ο Σενέκας και άλλοι Στωικοί αυτοκτόνησαν με επιδεικτικό και γελοίο τρόπο. Σημειωτέον, όμως, ότι οι πάντες αυτοκτόνησαν σε μεγάλη ηλικία (ΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚ. Το πρόβλημα της ευθανασίας, σελ. 7-8, Αθήνα 1980).

Χαρακτηριστικά, η εφημερίδα «Οικονομικός» στις 12 Μαΐου 1988, σε έρευνα που κάνει επί του θέματος, αναφέρει αναλυτικά για τις περιπτώσεις των Κάτων και Σενέκα (σελ. 27-28):

Στη ρωμαϊκή περίοδο πολλοί φιλόσοφοι συνηγορούν ανοιχτά υπέρ της ευθανασίας, εκδηλώνοντας και έμπρακτα την πίστη τους σ' αυτήν. Ο Κάτων, πολεμώντας με τους δημοκρατικούς τον Ιούλιο Καίσαρα, μετά

την ήττα του Πομπήιου στα Φάρσαλα (48 π.Χ.) με τα λείψανα του στρατού του, συνεχίζει την αντίσταση στην Αφρική, αρνείται να διαφύγει στην Ισπανία και μάχεται απολυταρχικές δυνάμεις. Το βράδυ, καθώς γράφει ο Pierre Crimal, όταν όλα είχαν τελειώσει, έπεσε στο κρεβάτι του και διάβασε στον «Φαίδωνα» τις τελευταίες ώρες του Σωκράτη. Είχε δίπλα του το ξίφος. Μόλις τελείωσε την ανάγνωση, το τράβηξε από τη θήκη του και το βύθισε στο στήθος.

Ο Σενέκας (2-69 μ.Χ.) υποστήριζε και αυτός «την καλή χρήση της ζωής και ότι ο θάνατος μπορεί να είναι καλός όταν απαλλάσσει ένα άνθρωπο από μια αφόρητη ζωή ή όταν γίνεται δεκτός για να εξυπηρετήσει άλλους ή την πατρίδα».

Σε μια επιστολή προς το φίλο του Λουκίλο γράφει γύρω στα τέλη της ζωής του ότι «ο θάνατος είναι το καλύτερο δώρο των θεών προς τον άνθρωπο και ότι είναι μόνο φαινομενικό κακό».

Ο ίδιος αποφασίζει να πεθάνει μαζί με την αγαπημένη του συμβία Παυλίνα. Ο Σενέκας της κόβει τις φλέβες του χεριού της ταυτόχρονα με τις δικές του. Ήταν ηλικιωμένος και τρομερά αδύνατος, χάνοντας το αίμα του πολύ αργά. Έτσι, αναγκάστηκε να ανοίξει και τις φλέβες στις κνήμες του, δοκιμάζοντας δυνατούς πόνους, ενώ ο ίδιος, καλώντας τους γραμματείς του, τους υπαγορεύει ένα μνημειώδη λόγο. Τότε, ζητά από το γιατρό του Στράτιο Ανναίο να του δώσει συμπληρωματικό δηλητήριο που ο φίλος του γιατρός από οίκτρο δεν το αρνείται και το τέλος επέρχεται («Οικονομικός» 12 Μαΐου 1988).

Ο M. Rohlfenz υποστηρίζει ότι ο σοφός της παλαιότερης Στοάς ήταν δυνατόν να αυτοκτονήσει προκειμένου να σώσει την πατρίδα και τους φίλους, να αποφύγει βασανιστικούς πόνους ή αναπηρία ή ανίατη ασθένεια. Στη νεότερη Στοά, σε πέντε κατά κανόνα περιπτώσεις, ήταν δυνατόν ο Στωικός να θέσει τέρμα στη ζωή του: ή για χάρη της πατρίδας, σε περίπτωση που η βία του τυράννου απαιτούσε ανήθικες αξιώσεις σε περίπτωση χρονίας παθήσεως, η οποία δεν επιτρέπει στο σώμα να υπηρετεί την ψυχή, σε περίπτωση αφόρητης φτώχειας και, τέλος, σε περίπτωση ψυχασθένειας. Ως προς τα κίνητρα δε κυριότερο ήταν το πνεύμα της απαισιοδοξίας. Αυτό φαίνεται ήταν απόρροια του γεγονότος ότι οι Στωικοί είχαν μια ευδαιμονικότερη για τη ζωή αντίληψη, η οποία έκανε την αξία της εάν ο φιλόσοφος δεν μπορούσε να περιμένει για οποιοδήποτε λόγο την ευτυχία από αυτόν.

Κατά τους χρόνους του Μεσαίωνα, η ευθανασία θεωρούνταν βαρύτατο αμάρτημα και η αυτοκτονία τιμωρείτο. Αυτή η θεώρηση ήταν αναμφίβολα αποτέλεσμα της επίδρασης της χριστιανικής διδασκαλίας, η οποία υποστηρίζει το ιερών και απαραβίαστο της ανθρώπινης ζωής αφ' ενός, αλλά και την καρτερικότητα και την υπομονή στην αντιμετώπιση του πόνου αφ' ετέρου.

Κατά τους νεότερους χρόνους υπέρ της ευθανασίας τάσσονται δυο σπουδαίοι στοχαστές. Οι Thomas Morus και Francis Bacon.

Ο Thomas Morus (1478-1535), Άγγλος φιλόσοφος και κοινωνιολόγος, στο έργο του Υτορία, τάσσεται υπέρ της ευθανασίας. Ειδικότερα, υποστηρίζει ότι στις περιπτώσεις των ανιάτως ασθενών θα πρέπει να ασκηθεί ευθανασία με την προϋπόθεση, όμως, της συγκατάθεσης του ασθενούς. Για το σκοπό αυτό, θα πρέπει οι ιερείς και τα αρμόδια όργανα να πείσουν τον πάσχοντα να πεθάνει, είτε με αποδοχή από την τροφή είτε με τη χρήση υπνωτικού ποτού.

Ο F. Bacon δε (1561-1626), επίσης Άγγλος πολιτικός και φιλόσοφος, είναι ο πρώτος που υποστηρίζει

ότι οι γιατροί έχουν το χρέος να χρησιμοποιήσουν την επιστήμη έτσι ώστε αυτοί που πεθαίνουν να φεύγουν από τη ζωή με τον ευκολότερο και ανώδυνο τρόπο. Ο Bacon, μάλιστα, χρησιμοποιεί τον όρο «εξωτερική ευθανασία» για τις ενέργειες του γιατρού που αποβλέπουν σε ανώδυνο θάνατο και τον όρο «εσωτερική ευθανασία», προκειμένου να χαρακτηρίζει την ψυχική προετοιμασία του θρῆσκοντος, για την αντιμετώπιση του θανάτου (ΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚ. «Το πρόβλημα της ευθανασίας», σελ. 9-10, Αθήνα 1980).

Συνεχίζοντας, αναφέρουμε: «Από τα τέλη κιάλας του περασμένου αιώνα, ο Νίτσε αποκτούσε την ευθανασία με τρόπο που ταίριαζε στο αδιάστακτο πιστεύω του, στην αμείλικτη σκληρότητά του. Ζητούσε την ευθανασία “για τα παράσιτα της κοινωνίας”. Και γι’ αυτόν, κοινωνικά παράσιτα ήταν “οι άρρωστοι αυτοί, που έχασαν το νόημα του μέλλοντος” και γι’ αυτόν “είναι ακατανόητο να ζουν άλλο πια”».

Μόλις το 1974 σαράντα προσωπικότητες, ανάμεσά τους και τρία Νόμπελ, υπέγραψαν ένα διεθνές μανιφέστο, που έγραφε και τα εξής: «Κάνουμε έκκληση στη φωτισμένη κοινή γνώμη, που προχωρεί πέρα από τα παραδοσιακά ταμπού και προσανατολίζεται σε μια στάση πονετική απέναντι στους ανώφελους πόνους τη στιγμή του θανάτου... Καμιά ορθολογιστική ηθική δεν μπορεί να απαγορεύσει κατηγορηματικά στον άνθρωπο να θέσει τέρμα στη ζωή του, αν έχει προσβληθεί από μια τρομερή αρρώστια και τα γνωστά φάρμακα είναι χωρίς αποτέλεσμα... Τασσόμεθα υπέρ της ευθανασίας. (Η διακήρυξη αυτή δημοσιεύτηκε το 1974 στην αμερικανική επιθεώρηση The Humanists). (Γ.Β. ΜΕΛΕΤΗ «Τι γίνεται μετά το θάνατο;» ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΖΩΗ, σελ. 220-221).

Τελειώνοντας, θα αναφερθεί κάποια περίπτωση όπου η ευθανασία πήρε οργανωμένη μορφή, για λόγους φυλετικούς ή κοινωνικούς. Τα κίνητρα εδώ ήταν καθαρά υλιστικά. Κλασικό πλέον παράδειγμα, η ευθανασία του Χίτλερ.

Είναι γνωστό το ρατσιστικό πιστεύω του Χίτλερ. Ξεκινούσε από τις ανώτερες ράτσες για να καταλήξει με την «ευθανασία» σε αληθινές γενοκτονίες. Με το σύνθημά του «Μια γενιά πιο δυνατή θα εξαλείψει τους αδυνάτους», εθείαζε τη φυλετική επιλογή για να προφυλάξει την καθαρότητα του γερμανικού αίματος.

Η προπαγάνδα εξάλλου, οργίαζε για να προπαρασκευάσει τα πνεύματα. «Περισσότερα μέγαλα για τους τρελούς και καλύβες για τους εργάτες», επαναλάμβανε ο Γκάμπελς σε ένα λαό χτυπημένη από την ανεργία. Έξι εκατομμύρια άνεργοι υπήρχαν όταν ο Χίτλερ πήρε την εξουσία. Με συνθήματα στον καθημερινό Τύπο, προσπαθούσαν να εξάψουν τα πνεύματα: «Όλοι οι ανίκανοι και οι αδύνατοι, αντίθετα με το νόμο της επιλογής, εξακολουθούν να θηλάζουν τις καλύτερες ζωτικές δυνάμεις».

Το 1939 ο πόλεμος έχει απορροφήσει την προσοχή του λαού. Μοναδική ευκαιρία για να εκτελέσει ο Χίτλερ το σχέδιό του. Αναθέτει στον έμπιστο γιατρό του Μπραντ όλους όσοι θα κριθούν αθεράπευτοι. Έτσι, ίδρυσε στο Βερολίνο ειδικό γραφείο, το περίφημο Κέντρο T4. Μόλις ετοιμάστηκαν οι κατάλογοι του θανάτου, ειδικά αυτοκίνητα με νοσοκόμους, που δεν ήταν παρά όργανα των SS, τους παραλάμβαναν. Η διαδικασία ήταν σύντομη. Σε ένα παράπηγμα, τους αφαιρούσαν όλα τα ρούχα. Ένας γιατρός τους εξέταζε τυπικά. Προχωρούσαν πενήντα-πενήντα στο θάλαμο του νιούζ. Ένας γιατρός άνοιγε το γκάζι και από εκεί τα πτώματα μεταφέρονταν στα κρεατόρια. Σε λιγότερο από δεκαοκτώ μήνες είχαν εκτελεστεί περισσότεροι από εκατό χιλιάδες ασθενείς (Γ.Β. ΜΕΛΕΤΗ «Τι γίνεται μετά το θάνατο;», εκδόσεις ΖΩΗ, σελ. 229-232).

Από την ιστορική αυτή ανασκόπηση είναι φανερό ότι υπάρχει μια μεγάλη σύγχυση ως προς την έννοια

της ευθανασίας. Και αυτό, γιατί για ευθανασία μιλά ο Στωικός που αυτοκτονεί, ευθανασία χρησιμοποιεί ο χιλιερισμός την εξόντωση χιλιάδων ανθρώπων, που έπασχαν από βαρύτατες και ανίατες ασθένειες, ευθανασία θεωρείται και η επίσπευση του θανάτου με τη βοήθεια του γιατρού, για ασθενείς οι οποίοι είναι κλινικά νεκροί. Είναι συνεπώς απόλυτα αναγκαίο να προσδιοριστεί με τη σημερινή της έννοια η ευθανασία.

Κατ' αρχήν, πρέπει να διαστέλλουμε σαφώς την έννοια της ευθανασίας από την αυτοχειρία. Η βασική διαφορά μεταξύ ευθανασίας και αυτοχειρίας έγκειται στο ότι η πρώτη είναι περισσότερο αντικειμενικά θεμελιωμένη από τη δεύτερη. Πράγματι, στην περίπτωση της αυτοκτονίας οι λόγοι ή οι αφορμές που ωθούν τον άνθρωπο στο απονενοπημένο διάβημά του, όσο σοβαροί κι αν είναι, τις περισσότερες φορές μπορούν να αντιμετωπιστούν με την παροχή ψυχολογικής ή κοινωνικής βοήθειας.

Αντίθετα, στην περίπτωση της ευθανασίας, η επιθυμία να τεθεί τέρμα στη ζωή του ανθρώπου, δεν απορρέει από μια οποιαδήποτε δυσχέρεια της ζωής, αλλά από τη δραματική κατάσταση κατά την οποία ο άνθρωπος βλέπει την ίδια την ατομική του ύπαρξη να φθίνει και την οργανική του υπόσταση να καταρρέει, συνέπεια της ανίατης ασθένειας που τον έχει πλήξει θανάσιμα. Εδώ ο άνθρωπος έχει εισέλθει στη διαδικασία του θανάτου και δεν υπάρχει δυνατότητα αποτροπής του.

Διάκριση, επίσης, γίνεται από ορισμένους και μεταξύ της ευθανασίας και της, όπως λέγεται, «αναξίας να ζη ζωής».

Πρόκειται για σωματικά ή πνευματικά ανάπηρα άτομα, ανιάτως πάσχοντες, εξαιτίας τραυματισμού του εγκεφάλου και, τέλος, άνθρωποι οι οποίοι, λόγω γήρατος, έχουν πάθει μαλάκυνση του εγκεφάλου. Στις περιπτώσεις αυτές δεν επιτρέπεται να γίνει χρήση του όρου της ευθανασίας, γιατί δεν πρόκειται για ανθρώπους που βρίσκονται στη διαδικασία του θανάτου (ΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, «Το πρόβλημα της ευθανασίας», Αθήνα 1980, σελ. 14-15).

Σημείωση: Η ανωτέρω περίπτωση, στη βιβλιογραφία, χρησιμοποιείται εκτενώς και μάλιστα με τους όρους κοινωνική ή ευγονική ευθανασία.

Στις ημέρες μας, ο όρος ευθανασία, ο οποίος αρχικά είχε την έννοια του κακού, ήρεμου και ανώδυνου θανάτου, ήτοι τη βοήθεια για έναν καλό θάνατο, σημαίνει την παροχή βοήθειας για έναν ήρεμο θάνατο, αλλά με την ηθελπημένη και σκόπιμη επίσπευση αυτού.

Αυτή η έννοια της ευθανασίας προϋποθέτει ότι: α) πρόκειται πάντα για ανθρώπους οι οποίοι βρίσκονται στη διαδικασία του θανάτου, β) οι εν λόγω άνθρωποι υποφέρουν από τον πόνο και γ) η άσκηση της ευθανασίας σημαίνει βοήθεια και ανακούφιση από τη βασανιστική διαδικασία του θανάτου (ΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚ., «Το πρόβλημα της ευθανασίας», Αθήνα 1980, σελ. 14-16).

Ευθανασία είναι η σύντηψη της με ευρεία έννοια επιθανάτιας αγωνίας ενός προσώπου που πεθαίνει επώδυνα (Πάπυρος Λαρούς - Μπρυτάνικα).

Παρόμοια είναι και η ερμηνεία που δίνει η θρησκεία από την πλευρά της. «Ετυμολογικά ευθανασία σημαίνει καλός θάνατος. Δηλαδή, την από οίκτο ή ευσπλαχνία ανώδυνη ανθρωποκτονία ασθενών ή τραυματιών, που η ζωή τους έχει γίνει μαρτυρική και δεν υπάρχει ελπίδα να αποφύγουν το θάνατο (Γ.Β. ΜΕΛΕΤΗ «Τι γίνεται μετά το θάνατο;», Εκδ. ΖΩΗ, σελ. 220).

Από ιατρική σκοπιά, ο κ. Κουτσελίνης στο βιβλίο «Ιατρική ευθύνη» αναφέρει: «Με τον όρο ευθανασία

εννοείται η υπό τινός και αποκλειστικώς υπό τούτου, η, διά συμβολής του, γενόμενη θανάτωσις, ετέρου πάσχοντος, περί του οποίου εξέλειπε κάθε ελπίδα θεραπείας του και ευρίσκεται εν απελπιστική κατάσταση, άνευ όμως της απαιτήσεως του παθόντος» (Αντ. Κουτσελίνης, Να. Μιχαλοδημητράκης «Ιατρική ευθύνη», Gutenberg, Αθήνα 1984, σελ. 139).

«Η ευθανασία ορίζεται, τέλος, ως “ηθελμένη” θανάτωση ασθενούς με τη συνέναισή του ή χωρίς αυτή, προς ανακούφιση ή απολύτρωσή του από την επιθανάτια αγωνία, από αφόρητους πόνους που τα υπάρχοντα θεραπευτικά μέσα αδυνατούν να καταπραΰνουν» (Αθ. Αβραμίδης, «Ευθανασία», εκδ. Ακρίτας 1995, σελ. 13-14).

Γίνεται, λοιπόν, λόγος για «οδυνηρή αγωνία», για «ανθρώπινο πόνο», που, όμως, προκαλούν τα εύκολα ερωτήματα: Αυτή η οδυνηρή αγωνία δεν θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί επαρκώς, ώστε να μην είναι απαραίτητη η ηθελμένη θανάτωση ενός ασθενούς ακόμη και «ανιάτου» μεν σήμερα, «ιασίμου» όμως αύριο, και σε χρονικό διάστημα που μπορεί να είναι απροβλέπτως βραχύ; Για πόσους και πόσους —οι οποίοι εφαινονται ότι βρίσκονται σε «επιθανάτια αγωνία»— με κάποια «αγωγή» δεν έχει αποδειχθεί τελικά βεβιασμένη ή λανθασμένη μια τέτοια «εκτίμηση»;

Γίνεται, επίσης, λόγος για τη «διακοπή μιας επώδυνης ζωής χωρίς ελπίδα» με την ευθανασία. Όμως, αυτό το «χωρίς ελπίδα» ποιος θα το κρίνει; Και ποιος θα πάρει την απόφαση; Ενώ θα τίθεται το αμείλικτο ερώτημα «μήπως πρόκειται για τραγικό λάθος»; Αυτό δε, διότι υπάρχουν περιπτώσεις που ενώ χαρακτηρίστηκαν χωρίς ελπίδα, αποκαταστάθηκαν σε μια τελείως κανονική ζωή (Αβραμίδης Αθ. «Ευθανασία», εκδ. Ακρίτας 1995, σελ. 14-15).

Το θέμα της ευθανασίας, όπως θα φανεί και παρακάτω, είναι ανεξάντλητο. Η αφαίρεση της ζωής ενός ανθρώπου δεν είναι εύκολο πράγμα. Όσο περνά ο καιρός όλο και περισσότερο ανακινείται το θέμα. Με τους υπέρμαχους και τα επιχειρήματά τους, από τη μια πλευρά, και από την άλλη τους σφοδρούς επικριτές της, που υποστηρίζουν ότι η πράξη αυτή παραβιάζει τις ιερές αρχές του σεβασμού της ζωής.

Πρέπει, όμως, να αναφερθεί ότι η ευθανασία συζητείται και για πολλές άλλες περιπτώσεις. Για ενδεχόμενες προγεννητικές αναπηρίες. Για παραμορφωμένα ή ανάπηρα βρέφη. Για τους ανθρώπους φυτά. Για διάφορες φρενοβλάβειες. Επίσης, γίνεται διάκριση ανάμεσα στην ενεργητική και παθητική ευθανασία. Επειδή, λοιπόν, οι περιπτώσεις του αντικειμένου της ευθανασίας είναι πολλές κρίνεται σκόπιμη μια κατάταξή τους.

2. Κατάταξη ειδών ευθανασίας

2.1. Ενεργητική ευθανασία

Η ενεργητική ευθανασία είναι μια εσκεμμένη ενέργεια με ανάθεση ή ανάληψη από κάποιον άλλον της πράξεως του τερματισμού της ζωής ενός προσώπου π.χ. ένα γιατρό με μια ένεση φαρμάκου ή αέρα στη φλέβα ή με κάποια «συσκευή».

Η ενεργητική ευθανασία χωρίζεται σε εκούσια και ακούσια (γίνεται αναφορά παρακάτω για τα δυο αυτά είδη). (Αβραμίδης Αθ., «Ευθανασία», σελ. 17-18, εκδ. Ακρίτας 1995).

Για το ίδιο θέμα ο κ. Χρονόπουλος αναφέρει: Στην ενεργητική ευθανασία σκοπός μας είναι να επιφέρουμε ωρίτερα το θάνατο στον θνήσκοντα άνθρωπο. Με άλλα λόγια, εδώ πρόκειται όχι για τον οποιονδήποτε πάσχοντα, αλλά για τον βαρύτερα πάσχοντα, που με απόλυτη βεβαιότητα έχει εισέλθει στη διαδικασία του θανάτου χωρίς την ελάχιστη προοπτική βελτιώσεως της κατάστασής του. Σε αυτές τις περιπτώσεις τίθεται το θέμα της ενεργητικής ευθανασίας, που σημαίνει, όπως είπαμε, ενεργό επέμβαση στη διαδικασία του θανάτου και αντικατάσταση της φυσικής αιτίας αυτού από κάποια τεχνητή. Την απόφαση για την ενεργητική ευθανασία μπορεί να πάρει είτε ο ίδιος ο πάσχων, εφόσον είναι ικανός για κάτι τέτοιο, είτε άλλα πρόσωπα, όταν ο πάσχων έχει χάσει την αυτοσυνειδησία του, όπως π.χ. οικείοι, συγγενείς, φίλοι ή οι θεράποντες ιατροί (Χρονόπουλος Νίκ. «Το πρόβλημα της ευθανασίας», Αθήνα 1980, σελ. 17).

ι) Εκούσια ευθανασία είναι εκείνη η οποία εφαρμόζεται σε ένα πρόσωπο το οποίο επιθυμεί να θέσει τέρμα στη ζωή του. Μάλιστα, ο κ. Κουτσελίνης («Ιατρική ευθύνη») αναφέρει ότι ο ανιάτως πάσχων πρέπει όχι μόνο να «επιθυμεί», αλλά να «απαιτεί» και μάλιστα η απαίτηση αυτή θα πρέπει να είναι «σπουδαία και επίμονη».

Η εκούσια ευθανασία γίνεται: α) με τη λήψη από τον ίδιο θανατηφόρας δόσεως μιας κάποιας ουσίας (ευθανασία δι' αυτοκτονίας) ή β) με τη χορήγησή της σε κάποιον που τη ζητεί —συνήθως από ένα γιατρό— σαν ένα είδος βοήθειας. Η τέτοια, όμως, «βοήθεια» αποτελεί πράξη συμμετοχής σε αυτοκτονία και μάλιστα τιμωρείται αυστηρά κατά το άρθρο 301 του Ποινικού Κώδικα (Π.Κ.) (Αβραμίδης Αθ. «Ευθανασία», εκδ. Ακρίτας 1993, σελ. 18).

Περίπτωση εκούσιας ευθανασίας είναι αυτή της Δυτικογερμανίδας Ίγκριτ Φρανκ, 28 ετών: «Μια νεαρή κοπέλα, παράλυτη, κρατώντας με δυσκολία το κεφάλι ψηλά, κάθεται μπροστά από ένα ποτήρι το οποίο περιέχει κάποια δηλητηριώδη ουσία. Κοιτάζοντας ευθεία μπροστά της, παίρνει στο στόμα της το καλαμάκι που βρίσκεται στο ποτήρι και αδειάζει το περιεχόμενό του. Το δηλητήριο της προσέφερε η Γκρέτλις Σβάρτμαν, ηλικίας 73 ετών, μέλος της ενώσεως “Δικαίωμα στο θάνατο”.

Η Ίγκριτ Φρανκ έσπασε το λαιμό της σε αυτοκινητιστικό δυστύχημα, με αποτέλεσμα να μείνει παράλυτη. Αποφάσισε η ίδια να θέσει τέρμα στη ζωή της, δεν ήθελε όμως να θεωρηθεί κανένας υπεύθυνος για το θάνατό της. Έτσι, ζήτησε να κινηματογραφήσουν την αυτοκτονία της». («ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ», Τρίτη 5.7.1988).

Χαρακτηριστική, επίσης, πρόσφατη περίπτωση ενεργητικής εκούσιας ευθανασίας είναι αυτή του Βορειοαυστραλού 66χρονου Μπομπ Νεντ, συνταξιούχου ταππουργού από το Ντάργουικ, ο οποίος υπέφερε εδώ και πέντε χρόνια από καρκίνο του προστάτη και ζούσε με αφόρητους πόνους. Πριν δεχτεί τη θανατηφόρα ένεση με το νέο αυτόματο μηχάνημα του δόκτορα Φίλιπ Νιτοκέ, ο Νεντ μοιράστηκε μαζί με το γιατρό του «το γεύμα του μελλοθάνατου» και τον παρακάλεσε να μην έχει τύψεις.

Γνωρίζοντας ότι θα υπάρξουν σφοδρές αντιδράσεις, ο Νεντ συνέταξε την παραμονή του οικειοθελούς θανάτου του μια ανοιχτή επιστολή προς τη Βουλή της Αυστραλίας, υπερασπιζόμενος το γιατρό Νίτοσε: «Αν εγώ ο ίδιος κρατούσα στη ζωή ένα μικρό ζώο, το οποίο τραβούσε τα δικά μου μαρτύρια, σίγουρα θα πήγαινα φυλακή...», αναφέρει μεταξύ άλλων στο συγκλονιστικό γράμμα του. Πρέπει να σημειωθεί ότι είναι η πρώτη νόμιμη ευθανασία, που ισχύει στα βόρεια εδάφη της Αυστραλίας από την 1η Ιουλίου 1996 («Έθνος» 27.9.1996).

Στην εκούσια ευθανασία (αφού ο άρρωστος «πατά το κουμπί) υπάγεται και η «συσκευή αυτοκτονίας» ή ευθανασίας, με υποξείδιο του άνθρακα και μάσκα την οποία επινόησε ο 63χρονος συνταξιούχος Αμερικανός

Τζακ Κερβοκιάν, ο γιατρός που έκανε το θάνατο ειδικότητά του, γνωστός ως «Νιόκτορ θάνατος» ή «ο άνθρωπος που αντικατέστησε το Θεό» («Καθημερινή» 1.8.1993). Στην ίδια εφημερίδα αναφέρεται ότι η νομοθετική εξουσία του Μίτσιγκαν έκρινε την ειδικότητά του έγκλημα σε βαθμό κακουργήματος. Ο ίδιος ο Κερβοκιάν παρέχει τις υπηρεσίες του στους ασθενείς που του ζητούν να τους βοηθήσει, αδιαφορώντας για τις επικρίσεις και τις καταγγελίες των διαφωνούντων στο χώρο της Εκκλησίας, στον Τύπο και των συναδέλφων του γιατρών: «Δεν μπορώ να σταματήσω», ισχυρίζεται. «Υπάρχει πολύ ανθρώπινη δυστυχία γύρω μας» («ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ», 25.5.1994).

Οι επικριτές του τον κατηγορούν, παρ' όλα τα εκατοντάδες γράμματα που λαμβάνει από άτομα που του ζητούν να τα βοηθήσει να πεθάνουν, ότι δεν είναι σε θέση να εκτιμήσει την αρρώστια. Χαρακτηριστική περίπτωση αυτή της Τζάνετ Άικινς, που έπασχε από τη νόσο του Αλζχόικμερ, η οποία, φοβούμενη ότι θα χάσει τα λογικά της, ταξίδεψε ως το Μίτσιγκαν, αποφασισμένη να αυτοκτονήσει. Σύμφωνα με όλες τις εκτιμήσεις, ο δρ. Κερβοκιάν δεν ήταν σε θέση να κρίνει την έκταση της απελπισίας της, για να της προσφέρει τις συμβουλές του ή εναλλακτικές λύσεις («ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ» 23.6.1990).

ii) Η ακούσια ευθανασία είναι αυτή η οποία «προσφέρεται από συγγενή ή φίλο ή από γιατρό, για να τεθεί τέρμα στο μαρτύριο κάποιου που υποφέρει ή έχει καταντίσει “φυτό”, χωρίς να διαφαίνεται ελπίδα αποκαταστάσεως».

Στην περίπτωση αυτή, χωρίς να λαμβάνεται ή να μπορεί να ληφθεί η σύμφωνη γνώμη του ασθενούς, πρόκειται περί ανθρωποκτονίας εκ προθέσεως, η οποία, κατά το άρθρο 299 του Ποινικού Κώδικα «τιμωρείται διά της ποινής του θανάτου ή της ισοβίου καθειρέξεως» (Αβραμίδης, «Ευθανασία», Εκδ. Ακρίτας 1995, σελ. 19).

Η ακούσια ευθανασία (involuntary euthanasia) αφορά δυο περιόδους της ζωής του ανθρώπου (νεογνική - γεροντική) και μπορεί να είναι ενεργητική (θετική - άμεση) ή παθητική (αρνητική - έμμεση).

Στην πρώτη περίπτωση κατά τη νεογνική ηλικία, το πρόβλημα προβάλλει οξύ, σε δυο κυρίως περιπτώσεις και συγκεκριμένα στην μογγολοειδή ιδιοτεία (σύνδρομο Down) και σε διαμαρτυρίες γενικώς περί τη διάπλαση (διοχιδής ράχη).

Η δεύτερη περίπτωση αφορά άτομα μεγάλης ηλικίας, ανιάτως πάσχοντα. Άτομα για τα οποία δεν υπάρχει πλέον θεραπευτική ελπίδα, ο θάνατος είναι αναπόφευκτος και επικείμενος, παράλληλα δε, υποφέρουν από πόνους ισχυρούς, έλλειψη δυνατότητας αυτοεξυπηρέτησης, κατακλίσεις και τα λοιπά. Σε ορισμένες περιπτώσεις ο θάνατος είναι ήδη γεγονός, όπως στις περιπτώσεις του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους, ενώ εξακολουθεί να υπάρχει αναπνοή και κυκλοφορία (Α.Δ. Καράμπελας, «Η ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και το θάνατο», Αθήνα, Εκδοτική Εστία 1987).

Περίπτωση ακούσιας ευθανασίας είναι η εξής: Η περίπτωση του βασιλιά της Αγγλίας, Γεωργίου του Ε, ο οποίος βρισκόταν σε κώμα και με εντολή της βασίλισσας Μαίρης και του πρίγκιπα της Ουαλίας Εδουάρδου του Η, του μετέπειτα βασιλέα της Αγγλίας, ο γιατρός Ντεϊσόν του έκανε δυο θανατηφόρες ενέσεις μορφίνης και κοκαΐνης, συντομεύοντας έτσι το τέλος του, στις 10.1.1936 («Το Βήμα» 14.2.1986).

Ο ιατρός Αβραμίδης Αθ., αναφέρει και μια τρίτη περίπτωση ενεργητικής ευθανασίας.

iii) Είναι η ηθελπημένη για ψυχολογικούς ή ψυχιατρικούς λόγους ευθανασία. Ακόμα και για μια κατάθλιψη,

όπως προβλέπεται και με το «Μέτρο 16» του νομοσχεδίου «Death with Dignity Act» της πολιτείας Όρεγκον, που πέρασε μεν από την τοπική Βουλή, εκκρεμεί όμως δημοψήφισμα ύστερα από την άρνηση επικυρώσεως από το Ομοσπονδιακό Δικαστήριο των ΗΠΑ.

Παρόμοια διάταξη απορρίφτηκε και από το Ανώτατο Δικαστήριο της Ολλανδίας (της τόσο «προοδευτικής» στα θέματα ευθανασίας) με το αιτιολογικό ότι δεν υπήρχε το στοιχείο της «ανιάτης σωματικής νόσου». Εκτός από την κατάθλιψη, βέβαια, υπάρχουν και πολλές άλλες ψυχικές ασθένειες που μπορούν και αυτές να θεραπευτούν (Αβραμίδης Αθ., «Ευθανασία», Εκδ. Ακρίτας 1995, σελ. 20).

2.2. Παθητική ευθανασία

Παλαιότερα, το επίκεντρο του ενδιαφέροντος βρισκόταν στην ενεργητική ευθανασία (Active Euthanasia), ενώ σήμερα το ενδιαφέρον των συζητήσεων έχει στραφεί κυρίως προς το πρόβλημα της παθητικής ευθανασίας (Passive Euthanasia), διότι παρουσιάζει εντελώς ιδιαίτερο ενδιαφέρον και για τους ασθενείς και για τους οικείους τους, αλλά και για το γιατρό, για τον οποίο αποτελεί ένα πιεστικό πρόβλημα.

Λέγοντας παθητική ευθανασία εννοούμε την ηθελπημένη διακοπή ή παράλειψη μιας θεραπευτικής αγωγής (οροί, φάρμακα, μηχανήματα υποστηρίξης βασικών λειτουργιών της ζωής), η εφαρμογή της οποίας θα είχε ως συνέπεια την παράταση της ζωής του ασθενούς, ο οποίος είναι καταδικασμένος. Με τη διακοπή ή παράλειψη εφαρμογής μιας θεραπευτικής αγωγής, η μοιραία ασθένεια απλώς αφήνεται ανεμπόδιστη να ακολουθήσει την πορεία της.

Υπάρχουν, πράγματι, περιπτώσεις κατά τις οποίες η διαδικασία του θανάτου ενός ασθενούς έχει τόσο πολύ προχωρήσει, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα διατήρησής του στη ζωή. Σε πολλές, όμως, τέτοιες περιπτώσεις υπάρχει η δυνατότητα να παραταθεί η διαδικασία του θανάτου με τη λήψη μέτρων που διαθέτει η σύγχρονη Ιατρική, όπως π.χ. τεχνητή παροχή οξυγόνου. Παρόμοιες είναι και οι περιπτώσεις κατά τις οποίες εμφανίζεται μια ιδιαίτερα σοβαρή επιπλοκή σε ασθενείς οι οποίοι ήδη βρίσκονται στη διαδικασία του θανάτου. Τέτοια περίπτωση είναι π.χ. ενός καρκινοπαθούς που βρίσκεται κοντά στο θάνατο και ξαφνικά προσβάλλεται από πνευμονία.

Σε περιπτώσεις, λοιπόν, όπως οι παραπάνω, τίθεται το σκληρό ερώτημα: Είναι ηθικά επιτρεπτό να διακοπεί η παροχή ιατρικής βοήθειας, η οποία εάνδ εν διεκόπτετο, ως μόνη συνέπεια θα είχε την παράταση της διαδικασίας του θανάτου; Και ακόμη: Επιτρέπεται να αδρανήσει ο γιατρός και να μη λάβει μέτρα εναντίον μιας επιπλοκής, η οποία εμφανίζεται σε περιπτώσεις επίσης καταδικασμένων, που βρίσκονται στη διαδικασία του θανάτου;

Είναι, λοιπόν, προφανές ότι σε αυτές τις περιπτώσεις πρόκειται για μια παθητική στάση έναντι του ασθενούς, γιατί παραιτούμαστε από κάθε μέσο που ως μόνη συνέπεια θα είχε την παράταση της διαδικασίας του θανάτου. Θα ήταν, λοιπόν, δυτόν η παθητική ευθανασία να ορισθεί και ως «παραίτηση από τη χρησιμοποίηση κάθε τεχνικού μέσου που θα είχε ως συνέπεια την παράταση της ζωής σε μια διαδικασία θανάτου» (ΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚ. «Το πρόβλημα της ευθανασίας», Αθήνα 1980, σελ. 25-27).

Προβληματιζόμενος επάνω στο θέμα της εφαρμογής ή μη της παθητικής ευθανασίας, ο καθηγητής της

Ιατρικής κ. Αβραμίδης, προσθέτει: Με βάση τον ορισμό, η διακοπή της λειτουργίας ενός μηχανήματος, το γύρισμα ενός μοχλού ή το κλείσιμο μιας στρόφιγγας είναι μια πολύ δύσκολη απόφαση. Σε όλες τις εποχές, το τέρμα της ζωής δεν δημιουργούσε προβλήματα για τη διάγνυσή του. Καθοριζόταν από το σταμάτημα της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας. Με την αποδοχή, όμως, σήμερα του εγκεφαλικού θανάτου, ως τέρματος της ζωής, προέκυψαν πολλά νέα προβλήματα. Σε τέτοιες περιπτώσεις δεν μπορούμε να γνωρίζουμε πότε βγαίνει η ψυχή ενός ανθρώπου· πότε ακριβώς αποβιώνει για να τον αναγγείλουμε ως «νεκρό» ή να υπογράψουμε «πιστοποιητικό θανάτου», για να προβούμε π.χ. σε λήψη οργάνων προς μεταμόσχευση, ενώ αυτά είναι ακόμη «ζωντανά», διότι υπάρχει σ' αυτά ακόμα η ζωογόνος κυκλοφορία, άρα δεν είναι ακόμα «πτωματικά».

Υπάρχουν δε και περιπτώσεις κατά τις οποίες, μετά τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, ο άνθρωπος δεν ξεψύχησε, αλλά επανήλθε στη ζωή, ενώ η παθητική ευθανασία σε αυτές τις περιπτώσεις θα απέβαινε σε... δολοφονία. (Για καλύτερη κατανόηση, βλέπε κεφάλαιο Καρδιακός ή εγκεφαλικός θάνατος).

Ανάγκη, λοιπόν, να καταφύγει ο γιατρός σε λύσεις απελπισίας δεν υπάρχει, επειδή αυτός είναι ο φρουρός της ζωής και η ζωή ανθίσταται πάντα στο θάνατο. Όμως, το ενδεχόμενο να προκληθεί με θεραπευτικές υπερβολές τεχνητή προέκταση των φυσικών ορίων της ζωής και διατήρηση μιας κατάστασης επί αόριστον, με αποτέλεσμα μέχρι και την καταρράκωση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας του ασθενούς (με πλείστες όσες συνέπειες στον περίγυρό του, μια οικονομική αιμορραγία ή κατάρρευση και τη δημιουργία πλείστων όσων ψυχολογικών προβλημάτων), αυτή είναι που δημιουργεί το πρόβλημα της ελαστικότητας στην παθητική ευθανασία.

Ενδιαφέρον είναι ότι η ευθύνη σε πολλές περιπτώσεις για την απόφαση στο «κλείσιμο ενός διακόπτη» στηρίξεως της ζωής ανατίθεται στον άρρωστο ή το περιβάλλον του (Αβραμίδης Αθ. «Ευθανασία», Εκδ. Ακρίτας 1995, σελ. 21-22 και 86-87).

Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση του Αλέξανδρου Ωνάση, γιου του Αριστοτέλη Ωνάση, ο οποίος μετά από αεροπορικό δυστύχημα στις 21 Ιανουαρίου 1973, υπέστη μωλωπισμό και Οίδημα του εγκεφαλικού φλοιού. Ο δεξιός λωβός είχε πολτοποιηθεί και η δεξιά μετωπική κοιλότητα είχε θρυμματιστεί. στις 23 Ιανουαρίου, κατόπιν εντολής του Αριστοτέλη Ωνάση, οι γιατροί στη μονάδα εντατικής θεραπείας του ΚΑΤ, όπου νοσηλεύόταν, αποσύνθεσαν το μηχανήμα και η καρδιά του Αλέξανδρου έπαψε πια να χτυπά... («24 ΩΡΕΣ» 24.11.1988).

3. Ευθανασία διά της μη ανανήψεως

Γι' αυτό το είδος της ευθανασίας ο «ενδιαφερόμενος» υπογράφει στο φάκελο του ιστορικού της ασθένειάς του, ένα έντυπο, σύμφωνα με το οποίο, σε περίπτωση που περιέλθει σε κατάσταση τέτοια που η επάνοδος στη ζωή θα ήταν εκείνη ενός «φυτού» ή στην περίπτωση που προσβληθεί από κάποια ανίατη ασθένεια, «δεν επιθυμεί την διά τεχνικών μέσων άσκοπη παράταση της ζωής του».

Συμβαίνει, όμως, σε πολλές περιπτώσεις να μην ενημέρωνεται ο άρρωστος επακριβώς για τα χαρτιά που υπογράφει όταν μπαίνει στο νοσοκομείο, υπό το βάρος κάποιας αρρώστιας. Ή να μη γνωρίζει τις επιδράσεις της στην ψυχική ή διανοητική του κατάσταση, που μπορεί να επηρεάζονται και από τυχόν χορηγηθέντα στο μεταξύ φάρμακα. Και ενδέχεται με τη βελτίωση της κατάστασής του, να μη θυμάται τίποτα για κάποιο τέτοιο

χαρτί που υπέγραψε στη «ζαλάδα» της διαδικασίας της εισαγωγής (Αβραμίδης Αθ. «Ευθανασία», Εκδ. Ακρίτας, σελ. 23-24).

Από την άλλη, υπάρχει η πιθανότητα να μην είναι ο ασθενής πλήρως ενημερωμένος για τη σοβαρότητα ή μη της κατάστασής του, όταν από τους θεράποντες ιατρούς κρίνεται ότι δεν είναι σε θέση να σηκώσει το βάρος μιας αποκαλυπτικής, πέρα ως πέρα, ενημέρωσης.

Στις περιπτώσεις αυτές, είναι δυνατόν ο ασθενής να επέλθει σε κατάσταση ταραχής και σύγχυσης και να προχωρήσει σε «ενέργειες» στις οποίες δεν θα έφτανε αν ήταν νηφάλιος. (Παρασκευαΐδης Χριστ. «Πόση αλήθεια πρέπει να λέγεται στον άρρωστο;», Αθήνα 1983, σελ. 9-10).

4. Ευθανασία του τύπου *Living Will* (εθελοντική ευθανασία)

Η ευθανασία του τύπου *Living Will*, ή αλλιώς «συμβόλαιο ή διαθήκη θανάτου», σημαίνει ότι ο ασθενής ή και πριν ασθενήσει κάποιος μπορεί να ορίζει τις τελευταίες ημέρες του να μην παρατείνει άσκοπα τη ζωή του, όταν θα έχει πλέον χάσει τη δυνατότητα επικοινωνίας ή αν υποφέρει πολύ.

Για να ισχύσει αυτή η «διαθήκη εν ζωή» απαιτείται η ρητή και σαφής δήλωση του ενδιαφερομένου ενήλικου, ενώπιον συμβολαιογράφου, παρουσία εισαγγελικού λειτουργού, που θα ισχύει μόνο για ένα χρόνο, αν δεν ανανεωθεί. Επίσης, απαιτείται ομόφωνη γνωμάτευση τριών γιατρών δημοσίου νοσοκομείου, ότι: α) η πάθηση είναι αθεράπευτη, β) ο θάνατος και με τη θεραπεία (αρωγή) που θα μπορούσε να επέλθει το αργότερο σε 6 μήνες, γ) κατά το χρονικό αυτό διάστημα θα υποφέρει πολύ ο ασθενής, και δ) να μην μπορεί να εκφράσει ο ασθενής τη θέλησή του όταν βρεθεί στην κατάσταση αυτή από φυσική αδυναμία.

Πρέπει να χρειάζεται, ακόμα, γνωμάτευση ενός ψυχιάτρου της Ιατροδικαστικής Υπηρεσίας ότι αυτός που δηλώνει είναι ψυχικά υγιής και έχει πλήρη αντίληψη των συνεπειών της ενέργειάς του. Η σχετική έκθεση του συμβολαιογράφου πρέπει να ορίζει ότι θα είναι απόρρητη και ότι θα μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνο από τον ενδιαφερόμενο και αν θέλει να ανακαλίτε οποτεδήποτε με οποιονδήποτε τρόπο και με προφορική ακόμα δήλωση.

Πρέπει, όμως, να αναφερθεί ότι μπορεί να εμφανιστεί η περίπτωση όπου κάποιος να αλλάξει γνώμη και να μην προλάβει να το δηλώσει, πριν πέσει αιφνίδια σε κώμα ή η προσωπική του δήλωση να αποκρυφθεί από αυτόν που έχει συμφέρον από το θάνατό του. (Καράμπελας Α. «Ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο», Εκδ. Εστία 1987, σελ. 49-50).

Βέβαια, και σε αυτού του τύπου την ευθανασία πολλοί είναι οι προβληματισμοί που αναφύονται. Ο Παρασκευαΐδης Χρ. (Μητροπολίτης Δημητριάδος), στο βιβλίο του «Νεότερες όψεις του προβλήματος της ευθανασίας», αναφέρει: «Κατά πόσον το αίτημα αυτό για έναν αξιοπρεπή θάνατο είναι πραγματικό; Τις περισσότερες φορές, η αγωνιώδης κραυγή που επιζητεί το θάνατο δεν είναι τίποτε άλλο παρά η κραυγή που καλεί σε βοήθεια. Οι γιατροί έχουν πολλές φορές παρατηρήσει πόσο η επιθυμία για ζωή είναι έντονη, ακόμα και σε αυτούς τους βαριά άρρωστους. Εντούτοις, τίθεται το ζήτημα, αν παρόλα αυτά, δικαιούμεθα να

αγνοήσουμε τη θέληση ενός ανθρώπου που από πριν έχει δηλώσει την επιθυμία του να πεθάνει αξιοπρεπώς, όταν βρεθεί σε κατάσταση επώδυνης και ανίατης ασθένειας. Είμαστε, όμως, και πάλι βέβαιοι ότι η απόφαση αυτή που πάρθηκε σε ανύποπτο χρόνο, θα εκφράζει και την αληθινή βούληση του αρρώστου, στη δεδομένη στιγμή της οδύνης του;

Πολλοί τέτοιοι άρρωστοι, όταν έχουν καλή περιποίηση, δεν θέλουν να πεθάνουν, έστω και αν υποφέρουν.

Πέραν αυτού, όπως προαναφέρθηκε, η εξασφάλιση κάποιας δήλωση του ασθενή ότι επιθυμεί να τον αθανατώσουν, αν δεν μπορεί να θεραπευτεί, δεν καλύπτει έναντι ενδεχομένων καταχρήσεων που είναι δυνατόν να συμβούν. (Παρασκευαΐδης Χριστόδουλος: «Νεότερες όψεις του προβλήματος της ευθανασίας», Αθήνα 1986, σελ. 15-16).

5. Δυσθανασία

Είναι ένας όρος στα της ευθανασίας. Χαρακτηρίζεται έτσι η παράταση της ζωής του αρρώστου, με δύσκολες και δαπανηρές ιατρικές φροντίδες, οι οποίες είναι δυσανάλογα αποδοτικές προς το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, με τις οποίες απλώς και μόνο διατηρείται το άτομο σε κάποιο είδος «ζωής», ενώ χωρίς αυτές θα πέθανε. (Αβραμίδης Αθ. «Ευθανασία», Εκδ. Ακρίτας, σελ. 26).

Επί του θέματος αυτού, ο γιατρός νομιμοποιείται για την παροχή ή μη εκούσιας δυσθανασίας. Δηλαδή, είτε διατήρηση στη ζωή αυτού που πάσχει από ανίατη ασθένεια, με εξαιρετικές φροντίδες, ενώ χωρίς αυτές (που είναι δυνατές) ο ασθενής θα πέθανε, μόνο όμως όταν ο ίδιος ο ασθενής το επιθυμεί. Στην αντίθετη περίπτωση, κατόπιν και πάλι επιθυμίας του ασθενούς, ο γιατρός νομιμοποιείται να αναστείλει τις φροντίδες. Θα πρέπει, όμως, να υπάρχουν σαφείς και πειστικές αποδείξεις για τη βούληση του αρρώστου. (Καράμπελας Λ. «Ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και το θάνατο», Εκδ. Εστία, Αθήνα 1987, σελ. 59-60).

Για το θέμα αυτό, ο αντισταγγελέας Εφετών Β. Παππάς αναφέρει: «Υπάρχει το ενδεχόμενο να προκληθεί από τη χρήση της ιατροβιολογικής τεχνολογίας και τη θεραπευτική υπερβολή τεχνητή προέκταση των φυσικών ορίων της ζωής. Η δυνατότητα αυτή της Ιατρικής έχει κολοσσιαία σημασία, αλλά και συνέπειες. Ανατρέπει τα μέχρι τώρα δεδομένα της “ζωής” και του “θανάτου” και καταλύει ορισμένες αρχές που εμπιστεύοντο ως ισχυρές και απαρασάλευτες στην αιωνικότητα. Μεταξύ δε των ανατροπών αυτών και των αναστατώσεων που επιφέρει, μεταθέτει και το πρόβλημα της ευθανασίας σε άλλο βάθρο. Το μεταθέτει από την αγωνία του ανυπόφορου φυσικού πόνου, στην κατάσταση της συντηρούμενης φυτικής ζωής.

Στις περιπτώσεις αυτές, ποια είναι τα σύνορα μεταξύ ζωής και θανάτου; Και πότε επιφέρουμε τη θανάτωση ζωντανού ή τη θεραπευτική εγκατάλειψη του νεκρού;».

Και καταλήγοντας, τοποθετείται ο ίδιος προσωπικά: «Όταν τα πράγματα φτάσουν στο σημείο όπου ο ασθενής χάσει την ικανότητα διακρίσεως και τη δύναμή του να εκφράζει την αληθινή θέλησή του, ο γιατρός δεν υποχρεούται να συνεχίσει την ασυνθηκολόγητη προσπάθειά του, επιμένοντας στη θεραπευτική υπερβολή. (Αντισταγγελέας Εφετών Β. Παππάς, «Καθημερινή» 2.7.1977).

Οι περιπτώσεις στις οποίες ο γιατρός δεν έχει υποχρέωση να διατηρεί τον ασθενή στη ζωή, εφόσον μπορεί είναι: Όταν γίνεται σεβαστή η επιθυμία του ασθενούς —ή και των οικείων του, συγγενών ή και φίλων— να

διατηρηθεί κάποιος στην οποιαδήποτε ζωή, για κάποιο συνήθως βραχύ χρονικό διάστημα μέχρι να τακτοποιήσει τυχόν εκκρεμότητες ή... «για να τον προλάβουν ζωντανό» κάποιοι δικοί του, που θα πρέπει να φτάσουν δίπλα του από μακρινές αποστάσεις. Ενδέχεται, όμως, κάποιοι «τρίτοι» να την επιδιώκουν μέχρι να αποσπάσουν, και μόνο, κάποια ενδιαφέρουσα γι' αυτούς υπογραφή, προς εξυπηρέτηση δικών τους συμφερόντων. Δύσκολος και πάλι ο ρόλος του γιατρού. (Αβραμίδης Αθ., «Ευθανασία», Εκδ. Ακρίτας 1995, σελ. 26-27).

5. Ορθοθανασία

Χαρακτηρίζεται έτσι η μη προσφορά υπερβολικών φροντίδων, μεγαλύτερης εκτάσεως από εκείνη, η οποία πάσχει από ανίατη αρρώστια και αφήνεται να σβήσει ήρεμα, με τη φυσική επέλευση του θανάτου, εφόσον ο ίδιος ο ασθενής το επιθυμεί και εφόσον ο θάνατος είναι ένα φυσικό γεγονός, όπως και αυτή η ίδια η ζωή. Αυτό δε, διότι κανένας νόμος και κανένας φραγμός δεν μπορεί να αποτρέψει την τελική καταστροφή της ζωής, αφού ο άνθρωπος δεν ζει «αενάως» στον κόσμο αυτό. (Αβραμίδης Αθ., «Ευθανασία», Εκδ. Ακρίτας, σελ. 28).

Σχετικά με την «ορθοθανασία» και τα «δικαιώματα του ασθενούς», ο κ. Καράμπελας αναφέρει:

«Ο νόμος, στο άρθρο 301 του Ποινικού Κώδικα, καθιερώνει το “δικαίωμα αυτοδιαθέσεως της ζωής”, το οποίο επιτρέπει την αυτοκτονία (με το να μην τιμωρεί αυτόν που αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει, αλλά διασώθηκε), δηλαδή το δικαίωμα στο θάνατο. Το δικαίωμα αυτό νομιμοποιεί και την εκούσια ορθοθανασία, την παράλειψη δηλαδή λήψεως εξαιρετικών φροντίδων (περιποιήσεων), που είναι δυνατές, που θα έχουν ως αποτέλεσμα μόνο την παράταση για λίγο της ζωής αυτού που πάσχει από ανίατη αρρώστια, εφόσον ο ίδιος ο ασθενής το επιθυμεί, για να επέλθει φυσιολογικά ο θάνατός του, αφού η βούληση του ασθενούς είναι ο υπέρτατος νόμος (*Voluntas Aegroti Suprema Lex*) και όχι “η σωτηρία του ασθενούς” (*Salus Aegroti Superem Lex*).

Επομένως απαγορεύεται η ακούσια ορθοθανασία. Δηλαδή, η απαίτηση του ασθενούς, που πάσχει από ανίατη αρρώστια, να διατηρηθεί ή όχι στη ζωή, είναι σεβαστή και επιβάλλεται να ικανοποιείται». (Καράμπελας, «Η ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο», Αθήνα, Εκδοτική Εστία 1987, σελ. 59).

7. Επιταχυνθείσα

Ονομάζεται έτσι η σκόπιμη επιτάχυνση των βιολογικών διαδικασιών του θανάτου, σε περιπτώσεις αναπότρεπτης επελεύσεώς του και της ως εκ τούτου απώλειας των προϋποθέσεων για ένα «ευ ζην». Θεωρούν δε οι εισηγητές της ότι αποτελεί «υποχρέωση» του γιατρού να την εφαρμόσει, προς απαλλαγή του αρρώστου από την ήδη τραγική επιθανάτιο κατάστασή του. Η τέτοια ευθανασία, εκτός του ότι αντίκειται στον όρκο του γιατρού για το «μη βλάπτειν», επισύρει και τις ποινές του άρθρου 299 του Ποινικού Κώδικα. Ο φιλόσοφος και νομικός Francis Bacon αναφέρεται, ως ο πρώτος ο οποίος μετέφερε στην αγγλική γλώσσα την ελληνική λέξη ευθανασία και της έδωσε την έννοια της επισπεύσεως του θανάτου, προκειμένου να μετριαστεί ο σωματικός

πόνος, ή για να τεθεί τέρμα σε μια γεμάτη πόνο και ταλαιπωρίες ζωή. (Αβραμίδης Αθ., «Ευθανασία», Εκδ. Ακρίτας, σελ. 29).

8. Επιτάχυνση του θανάτου του καταδικασμένου σε θάνατο από οίκτο

Ευθανασία θεωρείται και η επιτάχυνση του θανάτου του ανθρώπου, που δεν είναι ασθενής, όταν είναι βέβαιος ο θάνατός του και δεν υπάρχει δυνατότητα από τη νομοθεσία να συνεχιστεί η ζωή του, για να μειωθεί η αγωνία του, από οίκτο. Στην περίπτωση αυτή υπάγεται η θανάτωση του καταδικασμένου σε θάνατο.

Συνήθως, ο νομοθέτης ορίζει τον τρόπο θανάτωσης του καταδικασμένου σε θάνατο. Αυτό κάνει και η ελληνική νομοθεσία. Η θανάτωσή του από οποιονδήποτε με διαφορετικό τρόπο και αν ακόμη γίνει με τον παραπάνω σκοπό (από οίκτο για να μην υποφέρει) θεωρείται κοινή ανθρωποκτονία με πρόθεση (άρθρο 299/1 Ποινικός Κώδικας).

9. Ευγονική ευθανασία

Αφορά σε παιδιά που γεννήθηκαν ή θα γεννηθούν με ατέλειες ή σωματικές αναπηρίες, ανεγκέφαλα ή με μογγολοειδή ιδωτία («σύνδρομο Down»), δισχιδή ράχη ή άλλες σωματικές δυσπλασίες και διάφορα άλλα πολλά, από τα οποία με τα σημερινά τεχνολογικά μέσα θα μπορούσαν να διαγνωσθούν και κατά τη διάρκεια της κύησης και να δομηθούν σε διακοπή μιας τέτοιας «ανεπιθύμητης» εγκυμοσύνης. (Αβραμίδης Αθ., «Ευθανασία», Εκδόσεις Ακρίτας, σελ. 30).

Για το ίδιο θέμα, ο κ. Καράμπελας Α. αναφέρει: Η ευθανασία είναι η θανάτωση για λόγους ευγονικούς του εμβρύου, χωρίς η ενέργεια αυτή να συνδέεται με επικείμενο βέβαιο θάνατο και ακόμα χωρίς τη συναίνεσή του.

Στην περίπτωση αυτή δεν εξασφαλίζεται στον άνθρωπο-θύμα καλός θάνατος, αλλά προσφέρεται ο θάνατος αντί μιας άθλιας ζωής, η οποία θα είναι κατά την άποψη αυτού που ενεργεί τέτοια για το θύμα και για τους άλλους (κοινωνία - οικογένεια). Δηλαδή:

- i) Επικίνδυνη ή
- ii) μεγάλου κόστους για το κοινωνικό σύνολο ή την οικογένεια ή
- iii) ανωφελής (και πάλι κατά την άποψη αυτού που ενεργεί) για την κοινωνία. (Καράμπελας Α., «Ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο», Αθήνα, Εκδ. Εστία 1987).

Είναι γνωστό ότι πολλά από αυτά τα παιδιά παρουσιάζουν ανωμαλίες ασυμβίβαστες με τη ζωή, περισσότερο από κάποιο βραχύ χρονικό διάστημα. Αλλά για να επιζήσουν έχουν ανάγκη από βαριές και ταλαιπωρητικές διορθωτικές χειρουργικές επεμβάσεις, στις οποίες θα έπρεπε να υποβληθούν επανειλημμένως. Ένα τέτοιο παιδί, μη χειρουργημένο, είναι καταδικασμένο να πεθάνει. Το θέμα που τίθεται είναι: Πόσο δικαιολογημένος είναι ένας γιατρός να μην καλέσει χειρουργό, αφήνοντάς το να πεθάνει (παθητική ευθανασία διά παραλείψεως). Το δίλημμα για το γιατρό είναι μεγάλο και κάποιος κοινά παραδεκτός κανόνας δεν υπάρχει.

Ο κ. Ματσώνης, παιδίατρος και μέλος της Ακαδημίας Αθηνών, αναφέρει: «Η θεμελιώδης διαφορά του

παιδιάτρου από τους άλλους γιατρούς είναι η αδυναμία του νεογνού να εκφράσει τη θέλησή του. Γι' αυτό και δεν μπορώ, παρά να τοποθετηθώ, χωρίς όμως και να ταυτίζομαι, με τη θέση εκείνη που λέει ότι είναι επιτρεπτή ηθικά η διακοπή κάθε υποστηρικτικής θεραπείας στην περίπτωση που υπάρχουν σαφείς αποδείξεις ότι έχει πεθάνει το εγκεφαλικό στέλεχος του παιδιού. Όπως επίσης και στην περίπτωση που θα γεννηθεί νεογνό ανεγκέφαλο με τις συναφείς επιπτώσεις.

Στις περιπτώσεις αυτές, είναι τόσο πρόδηλη η απόλυτη βεβαιότητα ότι ο θάνατος είναι αναπόφευκτος, ώστε η παθητική ευθανασία, δηλαδή η μη ενεργητική ιατρική προσπάθεια, με βρίσκει όχι απλώς σύμφωνο, αλλά υπέρμαχο. Οι περιπτώσεις που οι γονείς ζητούν ευθανασία αφορά σχεδόν πάντα σε νεογνό με ικανό βαθμό πνευματικής καθυστέρησης ή με πολύ σοβαρές συγγενείς διαμαρτυρίες». (Ματσώνης Ν., «Καθημερινή», 4-5 Οκτωβρίου 1987).

Για το ίδιο θέμα, ο καθηγητής Νευρολογίας στη Γαλλία κ. Μινκόφσκι, αναφέρει: Σήμερα, αν με το υπερηχογράφημα μέσω του υμενώδους κρανίου των βρεφών, βλέπουμε ότι ο εγκέφαλος ενός παιδιού είναι ολοκληρωτικά μεταμορφωμένος σε αίμα, δεν το επαναφέρουμε στη ζωή. Είναι η παθητική ευθανασία, κατά τη γνώμη μου, απόλυτα παραδεκτική. Για τον ίδιο, δεν υπάρχει καμιά σύγκριση ανάμεσα στα παιδιά που πάσχουν από μογγολισμό (καθυστερημένα παιδιά) και αυτά που χαρακτηρίζονται «μη βιώσιμα» από τις πρώτες ημέρες της ζωής τους. Για τη δεύτερη κατηγορία, συνεχίζοντας, θα πει: «Πρέπει να ομολογήσω ότι απέναντι στις οικογένειες, απέναντι στη συνείδησή μου, απέναντι στο ίδιο το παιδί, μερικές φορές είναι καλύτερα να μη ζουν». (Μινκόφσκι Αλεξ., καθηγητής Νευρολογίας, «Ακρόπολις» 31.1.1988).

Από την άλλη πλευρά, είναι διαφορετικό το θέμα, όταν ένα παιδί χαρακτηρίζεται «μη βιώσιμο» τις πρώτες ημέρες της ζωής του και άλλο να έχεις να αντιμετωπίσεις ένα παιδί που πάσχει από «μογγολισμό με διανοητική καθυστέρηση διά βίου». Ο καθηγητής Μινκόφσκι αναφέρει σχετικά: Τα καθυστερημένα παιδιά διαφέρουν πολύ μεταξύ τους. Το παιδί που πάσχει από μογγολισμό (είναι αυτό που είναι λιγότερο «χτυπημένο» από τα καθυστερημένα, δεν είναι ανάπηρο ούτε ανίκανο), αν μεγαλώσει στο σπίτι του από γονείς με ηθική και ψυχική δυναμική, μπορεί να γίνει ένα ευτυχημένο παιδί. Και υπάρχουν στον κόσμο οικογένειες που κάνουν ακριβώς αυτό. Είναι ένα παιδί ικανό, μπορεί να γίνει αυτόνομο, ικανό για χειροποίητες εργασίες. Μια κοινωνία, όποια κι αν είναι, δεν έχει σκοπό να σκοτώνει τους καθυστερημένους της. Και επιμένω πολύ σ' αυτό το σημείο, εγώ που εφαρμόζω όταν χρειάζεται στις πρώτες ημέρες της ζωής ένα είδος ευθανασίας (παθητική), αποφεύγοντας να επαναφέρω στη ζωή με τεχνητό τρόπο, παιδιά που δεν είναι βιώσιμα. (Μη βιώσιμα ο καθηγητής Μινκόφσκι θεωρεί τα παιδιά που έχουν υποστεί σοβαρά εγκεφαλικά τραύματα και ο εγκέφαλός τους έχει γεμίσει αίμα. Τα παιδιά αυτά μπορούν να ζήσουν πολύ καιρό, αλλά εντελώς ανίκανα και χωρίς να αντιδρούν καθόλου). (Μινκόφσκι Αλεξ., καθηγητής Νευρολογίας, «Ακρόπολις» 31.1.1988).

Παρόμοιες απόψεις υποστηρίζει και ο καθηγητής Robert Debre:

«Το να εφαρμόζουμε την ευθανασία για τα παραμορφωμένα μωρία θα σήμαινε επάνοδο στην εποχή της Σπάρτης, γιατί όχι του Χίτλερ... Τα μογγολικά παιδιά, επί παραδείγματι, είναι υπάρξεις ευτυχημένες. Χαμογελούν, είναι εύθυμα, ευγενικά με όλο τον κόσμο. Δεν έχουμε το δικαίωμα να αποφασίσουμε την κατάργησή τους με την πρόφαση ότι δεν έχουν το βαθμό νοημοσύνης των άλλων ανθρώπων. Αντίθετα, έχουμε το καθήκον να τα βοηθήσουμε να ζήσουν μια ζωή στα μέτρα τους». (Γ.Β. ΜΕΛΕΤΗ, «Τι γίνεται μετά τ

θάνατο;», Εκδόσεις ΖΩΗ, σελ. 235).

Είναι εντελώς διαφορετικό το θέμα, επίσης, όταν αναγκέφαλα παιδιά, π.χ. διατηρούνται ζωντανά με τεχνητά μέσα, για να μην καταστραφούν τα όργανά τους, από την απουσία τροφοδοσίας και οξυγονώσεως, ώστε να μεταμοσχευθούν σε κάποιους που τα χρειάζονται για να μπορέσουν να ζήσουν. Κάθε χρόνο πολλά τέτοια παιδιά πεθαίνουν και η «βιοηθική της Ιατρικής» σε τέτοια θέματα είναι τεράστιας σημασίας. Εκφράζονται και ανησυχίες μήπως η τέτοια «σωτηριώδης τακτική» μετατρέπεται κάποτε σε πράξη εξυπηρέτησεως ταπεινών συμφερόντων. Ή μήπως η τακτική αυτή βρει προεκτάσεις και σε άλλες «αθεράπευτες καταστάσεις». Πολλά, άλλωστε, διαδίδονται για «εμπόριο οργάνων προς μεταμόσχευση».

Χαρακτηριστικά αναφέρουμε: «Φοβερές είναι οι καταγγελίες της κ. Αλίκης Γιωτοπούλου - Μαραγκοπούλου, καθηγήτριας Εγκληματολογίας στο Πάντειο Πανεπιστήμιο και προέδρου του Ιδρύματος Μαραγκοπούλου για τα ανθρώπινα δικαιώματα` καταγγελίες που αναφέρονται στην αφαίρεση οργάνων από συνανθρώπους μας και μάλιστα ανυπεράσπιστα παιδιά. Πρόκειται για καταγγελίες γεγονότων που με τον ηπιότερο χαρακτηρισμό θα τα ονομάζαμε εγκλήματα. Να χάσει κάποιος το μάτι του, διότι του συνέβη κάποιο ατύχημα, το καταλαβαίνουμε. Να χάσει κανείς το νεφρό του διότι προσεβλήθη από κάποια σοβαρή ασθένεια, είναι κατανοητό. Μα να απαγάγονται ή να πωλούνται νεαρές υπάρξεις, παιδιά του Θεού, για να χρησιμοποιηθούν με την αφαίρεση των οργάνων του σώματός τους ως μέσος αποκαταστάσεως της υγείας άλλων ανθρώπων, συνήθως μεγάλων σε ηλικία μόνο και μόνο γιατί διαθέτουν αυτοί χρήματα, είναι εντελώς απαράδεκτο. Πρόκειται για θυσία στο θεσμό του πιο υλιστικού συμφέροντος». (Περιοδικό «Πειραιϊκή Εκκλησία», τεύχος Οκτωβρίου 1993).

Επειδή, όμως, πάρα πολλά έχουν αναφερθεί και γραφτεί για το θέμα των μεταμοσχεύσεως, θα υπάρξει πληρέστερη ανάλυση του μεγάλου αυτού προβλήματος (μεταμοσχεύσεις) και το πώς αυτό συνδέεται με την ευθανασία σε ειδικό κεφάλαιο «Αμβλώσεις και ευθανασία».

10. Κοινωνική ευθανασία

Η θανάτωση για λόγους κοινωνικούς του ανθρώπου, χωρίς αυτή να συνδέεται με επικείμενο βέβαιο θάνατο και ακόμα χωρίς τη συναίνεσή του. Στην περίπτωση αυτή δεν εξασφαλίζεται στον άνθρωπο-θύμα καλός θάνατος, αλλά προσφέρεται ο θάνατος αντί μιας άθλιας ζωής, η οποία θα είναι κατά την άποψη αυτού που ενεργεί τέτοια για τους άλλους (κοινωνία-οικογένεια). Δηλαδή:

- i) επικίνδυνη,
- ii) μεγάλου κόστους για το κοινωνικό σύνολο ή την οικογένεια,
- iii) ανωφελής (και πάλι κατά την άποψη αυτού που ενεργεί) για την κοινωνία.

Στην περίπτωση αυτή υπάγεται:

Η θανάτωση κατάκοιτων γερόντων και γενικά κάθε αναπήρου που δεν μπορεί να αυτοπεριποιηθεί μόνιμα, των ψυχοπαθών, ιδίως αυτών που είναι επικίνδυνοι και αυτών που πάσχουν από ανίατες και μεταδοτικές ασθένειες. (Λάμπρος Δ. Καράμπελας, «Η ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο» (από κοινωνική άποψη), Αθήνα, Εκδ. Εστία 1987, σελ. 19-20).

Όπως φάνηκε και από την ιστορική αναδρομή, αυτού του είδους η ευθανασία φτάνει πολύ βαθιά στην ιστορία

του ανθρωπίνου γένους.

«Ο Δαρβίνος διατύπωσε τη θεωρία της εξελίξεως και τους νόμους της επιλογής των ειδών. Σύμφωνα με αυτή, επιζούν μόνο οι ζωικοί οργανισμοί, που είναι πιο δυνατοί». Αλλά τη θεωρία του την εκμεταλλεύτηκαν οι μεταγενέστεροι. Δεν τη σταμάτησαν στο ζωικό βασίλειο. Οι νεοδαρβινιστές θέλησαν να την εφαρμόσουν και στον άνθρωπο. Αυτό που ισχύει για τον κόσμο των ζώων, είπαν, γιατί να μην ισχύει και στον κόσμο των ανθρώπων;

Περισσότερο, όμως, από κάθε άλλον εκείνος που έπαιξε βασικό ρόλο και επέδρασε αποφασιστικά για τη δημιουργία καθαρόαιμης ράτσας ή υπερανθρώπων ήταν ο Νίτσε. Κατ' αυτόν, «θα έπρεπε να θανατώνονται τα παράσιτα της κοινωνίας, αλλά και οι άνθρωποι οι οποίοι φυτοζωούν έχοντας χάσει το αίσθημα του μέλλοντος».

Στην Κέα, τη σημερινή Τζιά, εφαρμοζόταν «γεροντοκτονία», ένα είδος κοινωνικής ευθανασίας, όπου όσοι ξεπερνούσαν τα εξήντα, έπρεπε να πιούν το κώνειο για να πεθάνουν, με την αντίληψη ότι όποιος δεν μπορεί να ζει καλά και να απολαμβάνει τη ζωή του, δεν θα έπρεπε να συνεχίσει να ζει. Γεροντοκτονία επίσης εφαρμόζαν και οι Μισοαγέτες, Έρουλοι, Βακτριανοί, στη Σαρδώ (Σαρδηνία) περισσότερο ως έθιμο.

Τέλος, κοινωνική ευθανασία θα πρέπει να ονομαστεί και η θανάτωση από τους Ναζί, ύστερα από απόφαση της εθνικοσοσιαλιστικής κυβέρνησης της Γερμανίας, των 80.000 Γερμανών που έπασχαν από ανίατες ασθένειες (εφαρμογή της φιλοσοφίας του Νίτσε).

«Σε τέτοιες περιπτώσεις δεν εξασφαλίζεται στον άνθρωπο-θύμα πλέον ένας καλός θάνατος», αλλά επιβάλλεται ο θάνατος αντί μιας άθλιας ζωής ή απλώς ανεπιθύμητης, κατά την άποψη μάλιστα αυτού που την αποφασίζει». (Αβραμίδης Αθ. «Ευθανασία», Εκδ. Ακρίτας 1995, σελ. 54-56).

Οι υποστηρικτές αυτού του είδους της ευθανασίας, προβάλλουν τα εξής επιχειρήματα:

α) Η ζωή είναι χωρίς νόημα, αν δεν μπορεί ο άνθρωπος να τη ζήσει στην πληρότητά της. Οι μόνιμα ασθενείς ή ανάπηροι δεν μπορούν να ζήσουν, όπως και οι υπόλοιποι άνθρωποι. Στερούνται διαρκώς πολλές απολαύσεις της ζωής και γενικότερα τη δυνατότητα δράσεως. Η ζωή τους γίνεται συν τω χρόνω, όχι μόνο «αφόρητη», αλλά «περιττή» και «άχρηστη». Επίσης, αντιμετωπίζουν πληθώρα ψυχοσωματικών προβλημάτων λόγω των δυσχερειών και των προβλημάτων που δημιουργούνται σε αυτούς και τους οικείους τους, από τις προσπάθειές τους για διατήρηση στη ζωή.

β) Οικονομική επιβάρυνση της κοινωνίας. Για τα παραπάνω άτομα δαπανούνται πολύ περισσότερα χρήματα για διατροφή και υγειονομική περίθαλψη, παρά για τους αρτιμελείς. Επιπλέον, τα άτομα αυτά δεν συνεισφέρουν ή συνεισφέρουν ελάχιστα για το κοινωνικό σύνολο. Το παραγωγικό τους έργο είναι ανύπαρκτο.

Μάλιστα, για το θέμα αυτό ο Αβραμίδης, στο βιβλίο του «Ευθανασία», αναφέρει χαρακτηριστικά:

«Περί την ευθανασία, διακυβεύονται τεράστια συμφέροντα φύσεως οικονομικής, όπως ασφαλιστικών εταιρειών, Ταμείων Υγείας, κρατικών οργανισμών και άλλων. Υπολογίζεται ότι το 20% των δαπανών για την υγεία στις χώρες-μέλη της Ενωμένης Ευρώπης (ΕΟΚ) ξοδεύονται για τις τελευταίες ώρες των ασθενών. Ότι το κρεβάτι του ετοιμοθάνατου έχει κόστος δαπανών τέσσερις φορές μεγαλύτερο από το κανονικό. Και θέτουν το ερώτημα, γιατί να δαπανώνται τέτοια ποσά για τους ετοιμοθάνατους, όταν τα διατιθέμενα κονδύλια δεν επαρκούν για ασθενείς οι οποίοι έχουν ελπίδες να ζήσουν, οπότε πλέον η ζωή του ανθρώπου με την ευθανασία

καταλήγει “λογιστική πράξη”». (Αβραμίδης, «Ευθανασία», σελ. 56-57).

γ) Γενικότερη επιβάρυνση των οικείων του πάσχοντος και παρεμπόδιση της παραγωγής της ευρρωστίας της κοινωνίας. Η φροντίδα και η συμβίωση με έναν άρρωστο ή ανάπηρο άτομο απαιτεί διάθεση χρόνου και ψυχικής αντοχής.

Γενικότερα, όλη η διαμόρφωση της ζωής της οικογένειας, κατοικία, εργασία, ψυχαγωγία, κοινωνικές εκδηλώσεις, εξαρτώνται και καθορίζονται από το άρρωστο μέλος.

Από την άλλη πλευρά, για την κοινωνία δημιουργούνται ανάγκες, οι οποίες απαιτούν ειδική αντιμετώπιση. Όπως, οργάνωση ειδικών εκπαιδευτικών μονάδων, ειδικά σχολεία, ειδικευμένοι εκπαιδευτικοί, τεχνικά μέσα, ίδρυση και συντήρηση ειδικών ιδρυμάτων. Όπως και για την επαγγελματική αποκατάσταση αυτών των ατόμων απαιτείται ειδική μέριμνα από την πολιτεία.

Όλες οι ανωτέρω ενέργειες απαιτούν κονδύλια, σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων από την πολιτεία, κάτι που εμποδίζει ως ένα βαθμό την ευρρωστία της και την «πρόοδο» αυτής. (Μητσόπουλος Νικ., «Η λεγόμενη ευθανασία», Αθήνα 1980, σελ. 60-61 και 62-63).

Οι παραπάνω αντιλήψεις, ακραίες στο σύνολό τους, τείνουν και επιδιώκουν να αντικαταστήσουν σιγά-σιγά την αντίληψη περί της ιερότητας της ζωής. Όμως, κανείς δεν έχει το δικαίωμα να «φθείρει τη ζωή του ανθρώπου, όποια κι αν είναι, με οποιονδήποτε τρόπο» (Α' Κορ. 3, 17) και «επειδή η κάθε ζωή έχει άπειρη αξία, ακόμα και όταν φαίνεται ότι δεν αξίζει τίποτα» (Μαρκ. 8, 36).

Στο βιβλίο «Τι γίνεται μετά το θάνατο» του Γ. Β. ΜΕΛΕΤΗ, παρατίθεται ένας πολύ ωραίος προβληματισμός γύρω από το θέμα.

«Η ευθανασία, στην όποια μορφή της, είναι πράξη πρωισμού ή αδυναμίας; Γίνεται γιατί πράγματι προσφέρει ανακούφιση σ' εκείνον που πάσχει ή γιατί προσφέρει ανακούφιση σ' εκείνον που δεν θέλει να συμπαρασταθεί και να σηκώσει μαζί το βάρος της δοκιμασίας; Είναι πράξη αγάπης ή φυγή και λιποταξία από το χρέος της αγάπης;

Μήπως μέσα στο πρόσωπο της αγωνίας των άλλων προβάλλεται το πρόσωπο της δικής μας αγωνίας;».

«Βέβαια, μια επιδερμική εποχή που λατρεύει τη δύναμη και την εξωτερική μονάχα ομορφιά και αρτιμέλεια, δύσκολα συμφιλιώνεται με ένα φαινομενικό ή πραγματικό ατύχημα. Μια τέτοια εποχή μετράει και ζυγίζει τις αξίες με υλιστικά και χρησιμοθηρικά κριτήρια. Γι' αυτήν δεν βαραίνει η χριστιανική ανθρωπιστική τοποθέτηση, τα ψυχικά χαρίσματα, ο πνευματικός πλούτος».

«Αλλά εκείνο που χαρακτηρίζει τον άνθρωπο δεν είναι η μορφή των μελών του, είναι η διάνοια, το χάρισμα του λόγου, η έννοια του καλού και του κακού και, προ πάντων, η αθάνατη ψυχή».

«Ο άνθρωπος, διακήρυττε ο καθηγητής Debre, πρέπει να είναι σεβαστός σε ολόκληρη την τροχιά της ζωής του. Ο σεβασμός της ζωής είναι μια κατάσταση του πολιτισμού και η περιφρόνηση της ζωής, είναι μια επάνοδος στη βαρβαρότητα». (Γ.Β. ΜΕΛΕΤΗ, Εκδ. ΖΩΗ, σελ. 221, 228 και 242).

Κράτος δε και κοινωνία έχουν υποχρέωση από το Σύνταγμα να προστατεύουν τη ζωή, ως «ύψιστον αγαθόν», ανεξάρτητα από την ηλικία του ατόμου και από το αν είναι ή όχι υγιής ή ανάπηρος (άρθρο 5/2 του Συντάγματος του 1975). Επίσης, η ελληνική νομοθεσία (όπως θα φανεί και στο επόμενο κεφάλαιο) δεν συγχωρεί κανένα είδος ευθανασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

Νόμος και ευθανασία

1. Προσπάθειες νομιμοποίησης της ευθανασίας

Από την αρχή του αιώνα μας, υποβάλλονται σε διάφορα Κοινοβούλια, νομοσχέδια για τη νόμιμη κατοχύρωση της ευθανασίας. Το 1903 στη Βουλή της Σαξωνίας, το 1906 και 1912 στα νομοθετικά σώματα των ΗΠΑ και το 1936 στη Βουλή των Λόρδων υπό τη συσταθείσα εταιρεία προς «νομιμοποίηση της ευθανασίας».

Με το νομοσχέδιο αυτό, προβλεπόταν ότι επιτρέπεται η σύντηξη της ζωής του ασθενούς, εφόσον θα ήταν μεγαλύτερος από 21 ετών και θα έπασχε από νόσημα ανίατο και αθεράπευτο, το οποίο επίσης θα προκαλούσε και αφόρητους πόνους. Σύμφωνα με το νομοσχέδιο αυτό, έπρεπε να υποβληθεί η σχετική αίτηση από τον ίδιο τον ασθενή και πιστοποιητικά δυο γιατρών, από τα οποία να προέκυπταν ότι υπάρχουν οι παραπάνω προϋποθέσεις και στη συνέχεια θα αποφάσιζε μια κρατική επιτροπή. Το νομοσχέδιο, όμως, αυτό απορρίφτηκε όπως και τα προηγούμενα.

Η σύμβαση της Ρώμης του 1950 στο οικείο άρθρο για την υπεράσπιση των δικαιωμάτων του ανθρώπου και των θεμελιωδών ελευθεριών, ορίζει: «Το δικαίωμα εκάστου ανθρώπου εις τη ζωή, προστατεύεται υπό του νόμου». (Η σύμβαση αυτή υπογράφηκε και από την Ελλάδα και τέθηκε σε ισχύ με το Ν. 2329/1953).

Το 1952 υποβάλλεται στο ΟΗΕ έκκληση 2.000 ατόμων που ζητούν να καθιερωθεί «ως ανθρώπινο δικαίωμα» η ευθανασία, γι' αυτούς που τους καταπονεί μια αθεράπευτη ασθένεια. Δεν επακολούθηε καμιά σχετική απόφαση του Διεθνούς Οργανισμού.

Πρόσφατα, όμως, στο Παρίσι, οι εκπρόσωποι των ιατρικών συλλόγων απ' όλες της χώρες της ΕΟΚ, ψηφίζουν ομόφωνα ένα κοινό κείμενο «Επαγγελματικής δεοντολογίας» με τον τίτλο: «Ευρωπαϊκός οδηγός ιατρικής ηθικής». Αυτό το κείμενο αποτελεί σταθμό στην όλη πορεία του προβλήματος. Διαβιβάζεται στα κοινοτικά όργανα στις Βρυξέλλες, με στόχο να συμβάλλει στον εναρμονισμό των κανόνων που διέπουν το ιατρικό επάγγελμα, σε πολλές περιπτώσεις υποδεικνύοντας συμπεριφορές ηθικά ορθές με ένα σύγχρονο πνεύμα.

Θέματα μεγάλης σημασίας αντιμετωπίζονται σ' αυτό το ντοκουμέντο. Το επαγγελματικό απόρρητο, η δημοσιότητα των επιστημονικών ανακαλύψεων, η αντισύλληψη, η μεταμόσχευση κ.λπ. Αλλά περισσότερο το άρθρο που ελκύει την προσοχή και το ενδιαφέρον, έχει σαν τίτλο «Βοήθεια στον ετοιμοθάνατο». Να τι αναφέρει το σχετικό άρθρο:

«Η Ιατρική σε όλες τις περιστάσεις υπηρετεί το σεβασμό της ζωής, της ηθικής αυτονομίας και της ελεύθερης επιλογής του αρρώστου. Ωστόσο, ο γιατρός μπορεί σε περίπτωση αθεράπευτης και μοιραίας

ασθένειας να περιοριστεί στην απάλυψη του πόνου, χορηγώντας στον άρρωστο τις κατάλληλες θεραπείες και εξασφαλίζοντάς του όσο είναι δυνατόν την ποιότητα μιας ζωής που σβήνει. Είναι επιτακτικό καθήκον να συνδράμει τον ετοιμοθάνατο μέχρι τέλους, ενεργώντας με τρόπο που θα επιτρέψει στον ασθενή τη διάτηρη της αξιοπρέπειάς του». Μα, όπως παρατηρεί η ερευνήτρια του θέματος, Έρη Βινιεράτου, «σ' αυτές τις λέξεις διακρίνεται κάποια νομοποίηση της παθητικής ευθανασίας, δηλαδή στη διακοπή θεραπειών ή στη χορήγηση φαρμάκων που μετριάζουν τον πόνο, αλλά συντομεύουν τη ζωή. (Χρονόπουλος Ν., Αθήνα 1980, σελ. 10-12, και «Οικονομικός» 12 Μαΐου 1988).

Την 1.6.1975 οι Γερμανοί επίσκοποι, με διακήρυξή τους με θέμα «Το δικαίωμα ζωής του ανθρώπου και η ευθανασία», δέχτηκαν ότι ο θάνατος είναι η τελευταία αποστολή την οποία έχει να εκπληρώσει ο άνθρωπος.

Η Βουλή του Συμβουλίου της Ευρώπης με το 779/2.1.1976 ψήφισμά του, ζήτησε από τα κράτη-μέλη να λάβουν τα κατάλληλα μέτρα για να εξασφαλιστεί στους ανθρώπους η ευκαιρία ψυχολογικής προετοιμασίας για την αντιμετώπιση του θανάτου. (Α.Δ. Καραμπέλας «Η ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο», Αθήνα 1987, Εκδ. Εστία, σελ. 27-29).

«Η ευθανασία σε όλες τις χώρες του κόσμου, μέχρι πρότινος τουλάχιστον, πλην της Ουρουγουάης, εθεωρείτο έγκλημα. Υπήρξαν, όμως, καταγγελίες για πράξεις ευθανασίας, χωρίς να επιβληθεί ποινή. Αυτό ενθάρρυνε τους αγωνιζόμενους υπέρ της ευθανασίας και πρόσφερε επιχειρήματα υπέρ της αποποινικοποίησης και θεσμοθετήσεώς της».

Στο Όρεγκον των ΗΠΑ, ψηφίστηκε νόμος περί ευθανασίας (Death with Dignity Act) για έναν «αξιοπρεπή θάνατο», στον οποίο με το «Μέτρο 16» προβλέπεται το δικαίωμα για τη νόμιμη ευθανασία σε όσους πάσχουν από κάποια ανίατη ασθένεια και τους μένουν μόνο έξι μήνες ζωής, υπό την προϋπόθεση της σχετικής βεβαίωσης πρί της καταστάσεώς τους από δυο γιατρούς, για την κατάλιψη δε από έναν ψυχίατρο. Προβλέπεται ένα χρονοδιάγραμμα διαδικασιών και επί οριστικής αποφάσεως ο γιατρός θα είναι υποχρεωμένος να γράψει το κατάλληλο φάρμακο σε θανατηφόρο δόση, για ένα γρήγορο και ανώδυνο θάνατο. Το φάρμακο ο άρρωστος θα προμηθευτεί από το φαρμακείο και τη στιγμή που θα το αποφασίσει, θα το πάρει μόνος του, ενώ ο γιατρός θα είναι παρών.

Ο νόμος αυτός της πολιτείας του Όρεγκον επρόκειτο να αρχίσει, εφαρμοζόμενος από τις 6.12.1994. Ανεστάλλη όμως, αρχικά μέχρι τις 19.12.1994 από το Ομοσπονδιακό Δικαστήριο των ΗΠΑ και τώρα εκκρεμεί δημοψήφισμα προς τη λήψη αποφάσεως, επειδή η πλειοψηφία των κατοίκων έχει θορυβηθεί, εκτός δε από το Όρεγκον και γενικότερα στις ΗΠΑ. Θεωρείται δε μια τέτοια νομοθέτηση ως αντισυνταγματική, επειδή αφαιρεί από τους πάσχοντες από ανίατες αρρώστιες το δικαίωμα της ισότιμης προστασίας.

Στην Ολλανδία, όπου από εικοσαετίας με κοινωνική ανοχή, αν και παράνομη, εφαρμόζεται η ευθανασία και τα δικαστήρια επέβαλλαν επί σχετικών καταγγελιών μικρές μόνο ποινές, έγιναν παρατηρήσεις οι οποίες οδήγησαν σε κυβερνητική έρευνα, στην οποία προΐστατο ο εισαγγελέας του Ανωτάτου Δικαστηρίου της χώρας.

Κατ' αυτήν, η οποία διενεργήθηκε το 1991 και μόλις προσφάτως ήρθε στο φως της δημοσιότητας: σε 8.100 θανάτους, που δεν κατεγράφησαν ως περιπτώσεις ευθανασίας, οι γιατροί χορήγησαν υπερβολικά δόση φαρμάκων για να θανατώσουν τους ασθενείς τους, από τους οποίους οι 4.941 δεν είχαν επιζητήσει το θάνατό τους. Σε 2.300 περιπτώσεις οι γιατροί εφήρμοσαν ευθανασία με τη συγκατάθεση του ασθενούς, σε 400 παρέιχαν

τα μέσα αυτοκτονίας και σε 1.040 ενήργησαν αυτοβούλως. Λόγω της κατακραυγής, πάντως, από την ανωτέρω κυβερνητική έρευνα τον Ιανουάριο του 1994, ψηφίστηκε νόμος σύμφωνα με τον οποίο «οι γιατροί μπορούν να εφαρμόζουν ευθανασία και χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς, αν κρίνουν ότι αυτή θα ήταν η επιθυμία του πάσχοντος». Απαιτείται, όμως, και πάλι ειδική διαδικασία με 28 όρους και αίτημα στον εισαγγελέα, ο οποίος το παραπέμπει σε Συμβούλιο Εισαγγελέων, το οποίο αποφασίζει αν θα προχωρήσει σε περαιτέρω σχετική ανάκριση ή όχι. Επομένως, και εκεί η αυθαίρετη εφαρμογή της ευθανασίας παραμένει ποινικό αδίκημα και επισύρει ποινή καθείρξεως μέχρι και 12 ετών. Και η χωρίς τη συγκατάθεση του αρρώστου, τιμωρείται επίσης. (Αβραμίδης Αθ. «Ευθανασία», Εκδ. Ακρίτας 1995, σελ. 71-74).

«Η βόρεια Πολιτεία της Αυστραλίας είναι η μόνη στον κόσμο, της οποίας η Βουλή ψήφισε νόμο (που ισχύει από την 1η Ιουλίου 1996), σύμφωνα με τον οποίο παρέχεται η δυνατότητα στους πάσχοντες από ανίατες ασθένειες να θέτουν τέρμα στη ζωή τους με τη βοήθεια γιατρών, υπό την προϋπόθεση της διαγνώσεως του ανιάτου της ασθένειας από δυο γιατρούς. Το σχετικό νομοσχέδιο εισήγαγε στη Βουλή ο πρωθυπουργός Περόν, ο οποίος ένα χρόνο νωρίτερα είχε δει τη μητέρα του να πεθαίνει από ανίατη ασθένεια». (Αβραμίδης Αθ., «Ευθανασία», Εκδ. Ακρίτας 1995, σελ. 74).

Και για το ίδιο θέμα διαβάζουμε στην εφημερίδα «Έθνος»:

«Ο πρώτος άνθρωπος στον κόσμο που έκανε χρήση της πρόσφατης νομοθεσίας για την ευθανασία στη Βόρεια Αυστραλία πέθανε χτες με τη θέλησή του στο σπίτι του. Πρόκειται για τον καρκινοπαθή 66χρονο Μπομπ Ντεντ, ο οποίος υπέφερε εδώ και πέντε χρόνια. Η ιστορία αυτή έχει ξεσηκώσει θύελλα αντιδράσεων στην Αυστραλία, από την Εκκλησία, το κόμμα της αντιπολίτευσης, καθώς και εκπροσώπων της κοινότητας των ιθαγενών Αβοριγίων, οι οποίοι έχουν καταδικάσει το νόμο για την ευθανασίας. («Έθνος», 27.9.1996).

2. Η νομοθεσία στην Ελλάδα

Γενικά, το αγαθό της ανθρώπινης ζωής είναι ένα από τα σοβαρότερα ανθρώπινα δικαιώματα που αναγνωρίζει η οικουμενική διακήρυξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων (1948) του ΟΗΕ. Επίσης, στο άρθρο 2 της σύμβασης της Ρώμης (1950) για την προστασία των δικαιωμάτων του ανθρώπου ορίζεται ότι: «Το δικαίωμα εκάστου προσώπου εις τη ζωή, προστατεύεται από το νόμο».

Η σύμβαση αυτή υπογράφηκε και από την Ελλάδα και έχει τεθεί σε ισχύ με το Ν. 2329/53. Η χώρα μας την επικύρωσε πάλι, μετά την επανένταξή της στο Συμβούλιο της Ευρώπης, με το Ν.Δ. 53/1974.

Η ελληνική νομοθεσία προστατεύει με συνταγματική διάταξη το αγαθό της ζωής. Στο άρθρο 512 του Συντάγματος του 1975 ορίζεται ότι: «Πάντες ευρισκόμενοι εντός της ελληνικής επικρατείας, απολαύουν απολύτου προστασίας της ζωής». (Καράμπελας Δ.Α., «Η ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο» (από ποινική άποψη), Αθήνα 1987, Εκδ. Εστία, σελ. 30-32).

Ο ελληνικός Ποινικός Κώδικας δεν χρησιμοποιεί τον όρο «ευθανασία». Στη νομοθεσία, μόνο για την προστασία των ζώων, χρησιμοποιείται ο όρος αυτός και ακόμα ρυθμίζεται πώς μπορεί να γίνει ευθανασία γι' αυτά, όταν γίνουν ανίκανα για τη χρήση που προορίζονται, από οιαδήποτε αιτία.

Οι όροι που χρησιμοποιούνται είναι: «ανθρωποκτονία με συναίνεση» και «ανθρωποκτονία χωρίς συναίνεση».

Συγκεκριμένα: «Όποιος επιφέρει το θάνατο ανθρώπινης υπάρξεως, έστω και αν πρόκειται για νεογέννητο μη βιώσιμο, λόγω πρόωρου τοκετού ή διαμαρτυρίας περί τη διάπλαση ή για άνθρωπο ετοιμοθάνατο εξ οιασδήποτε λόγου, θεωρείται ένοχος ανθρωποκτονίας και υπέχει ποινική ευθύνη κατά το άρθρο 299 του Ποινικού Κώδικα.

Ο άδικος χαρακτήρας της πράξεως αυτής (αφαίρεση της ανθρώπινης ζωής) αίρεται μόνο αν συντρέχει προβλεπόμενος από το νόμο λόγος αποκλεισμού του αδικού, όπως: π.χ. η άμυνα, η κατάσταση ανάγκης, η ενάσκηση των εκ της δημοσίας υπηρεσίας καθηκόντων (π.χ. η κατά τη νόμιμη διαδικασία εκτέλεση αμετάκλητης δικαστικής απόφασης που επέβαλε την ποινή του θανάτου) και μεταξύ δε των λόγων αυτών, δεν περιλαμβάνεται η συναίνεση του παθόντος, προκειμένου για εγκλήματα κατά της ζωής ή για επικίνδυνη ή βαριά σωματική βλάβη».

Επίσης, στο άρθρο 300 του Ποινικού Κώδικα ορίζεται ότι: «Όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία, ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο γι' αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια, τιμωρείται με φυλάκιση» (δηλαδή, με φυλάκιση από δέκα ημέρες μέχρι πέντε χρόνια).

Από τη διατύπωση του άρθρου προκύπτει το εξής: Η πρόκληση θανάτου ενός ανθρώπου ή η επιτάχυνσή του, εάν ο θάνατος είναι βέβαιος λόγω της κατάστασης του ασθενούς, έστω κι αν γίνει ύστερα από «απαίτηση» (όχι απλή συναίνεση) αυτού του ιδίου του θύματος και όταν ακόμα το μοναδικό κίνητρο του δράστη είναι ο οίκτος, δηλαδή η απαλλαγή του ανθρώπου από την ταλαιπωρία ή την επιθανάτια αγωνία, είναι αξιόποινη πράξη. Η πράξη, όμως, αυτή τιμωρείται με ποινή πολύ μικρότερη, σε σύγκριση με την ποινή που προβλέπεται για την κοινή ανθρωποκτονία με πρόθεση, στο άρθρο 299/1 του Ποινικού Κώδικα. Αυτό συμβαίνει γιατί ο νομοθέτης έλαβε υπόψη το κίνητρο του δράστη στην περίπτωση αυτή, που είναι ο οίκτος για το θύμα και ακόμη, την κατάσταση και τη θέληση του θύματος.

Ο Έλληνας νομοθέτης, όμως, δεν δέχτηκε να τιμωρείται ηπιότερα και εκείνος που προκαλεί από οίκτο το θάνατο του άλλου, όταν πάσχει από ανίατη αρρώστια ή βαριά σωματική αναπηρία και αν, ακόμη, είναι βέβαιος ο θάνατός του, αν δεν υπάρχει η επίμονη απαίτηση του ιδίου. Επομένως, αν κάποιος ενεργήσει χωρίς να υπάρχει η «επίμονη απαίτηση» (όχι απλώς συναίνεση) του θύματος, έστω και αν υπάρχουν όλες οι άλλες προϋποθέσεις που αναφέρει το ίδιο άρθρο (300 του Ποινικού Κώδικα), θα τιμωρηθεί σύμφωνα με το άρθρο 299/1 για «ανθρωποκτονία με πρόθεση».

Ο οίκτος μόνο, χωρίς τις άλλες προϋποθέσεις του άρθρου 300 του Ποινικού Κώδικα, επ' ουδενί δεν αποτελεί λόγο ηπιότερης μεταχείρισης, γιατί αυτό θα έδινε αφορμή σε καταχρήσεις και θα έθετε σε κίνδυνο τη ζωή κάθε ασθενούς, ανάλογα με τις διαθέσεις και τα συμφέροντα «των περιστοιχιζόντων αυτόν προσώπων».

Ειδικότερα, με το άρθρο 300 του Ποινικού Κώδικα, αν και δεν αναφέρεται ρητά σ' αυτόν ο όρος «ευθανασία», έμμεσα γίνεται δεκτό, ως λόγος ηπιότερης μεταχείρισης του δράστη. Οι απαραίτητες προϋποθέσεις που ορίζονται σ' αυτό το άρθρο είναι οι εξής:

α) Η επίμονη απαίτηση του θύματος για να προκληθεί ο θάνατός του από τρίτον (μπορεί να είναι ο οποιοσδήποτε). Σε περίπτωση που ενεργήσει ο ίδιος ο ασθενής και ο τρίτος απλώς βοηθήσει στην προσπάθειά του να πεθάνει, ο τρίτος τελεί το έγκλημα που προβλεπεί το άρθρο 301 του Ποινικού Κώδικα (συμμετοχή σε αυτοκτονία). Επίσης, το θύμα πρέπει να είναι ενημερωμένο πλήρως για την κατάσταση της υγείας του.

β) Η απαίτηση πρέπει να είναι «σπουδαία», δηλαδή σοβαρή και όχι αποτέλεσμα του πόνου της συγγής.
 γ) Το θύμα πρέπει να πάσχει από ανίατη ασθένεια ή σοβαρή σωματική αναπηρία, χωρίς να είναι απαραίτητος ο πόνος από αυτήν.

δ) Ο δράστης να γνωρίζει ότι ο θύμα πάσχει από ανίατη ασθένεια και να ενεργήσει μόνο από «οίκτο» για το θύμα. Σε περίπτωση που το κίνητρο είναι άλλο, π.χ. για να τον κληρονομήσει, δεν υπάχεται στη περίπτωση 300 του Ποινικού Κώδικα, αλλά θεωρείται «ανθρωποκτόνος με πρόθεση» (άρθρο 299/1 Ποινικός Κώδικας). Αυτό γιατί αποβλέπει ο νόμος στο κίνητρο του δράστη και στην κατάσταση και θέληση του θύματος, και όχι στο αποτέλεσμα της πράξης για το θύμα, που είναι η απαλλαγή του από τους πόνους.

Από την ανάπτυξη αυτή προκύπτει σαφώς το συμπέρασμα ότι κάθε καταστροφική ανθρώπινης γεννημένης ζωής, που αποβλέπει στην κοινωνική ή ευγονική ευθανασία, θεωρείται κοινή δολοφονία (άρθρο 299/1 του Ποινικού Κώδικα). (Καράμπελας Δ. Λάμπρος, «Η ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο», από ποινική άποψη, Αθήνα 1987, Εκδ. Εστία, σελ. 38-45).

Σχετικά με το θέμα αυτό, ο ποινικός Γιώργος Σ. Κατρουγκάλος αναφέρει: «Η ελληνική θεωρία και νομολογία δεν αποδέχονται την ύπαρξη ενός συνταγματικού ατομικού δικαιώματος στο θάνατο. Και αυτό γιατί, πρώτον, πολλές φορές η επιθυμία αυτοκαταστροφής δεν είναι παρά ένας τρόπος για να προσελκύσει κανείς την προσοχή των γύρω του και να ενταχθεί εκ νέου στο κοινωνικό περιβάλλον. Είναι σεβαστός ο σκεπτικισμός των γιατρών που επισημαίνουν ότι “πολλές φορές, μια απόπειρα θανάτου κρύβει την επιθυμία να συμπεριληφθεί κανείς ξανά στους ανθρώπους και όχι να αποκοπεί οριστικά από αυτούς, με το θάνατο”.

Δευτερον και σημαντικότερον, η άσκηση του δικαιώματος στο θάνατο εμπεριέχει σοβαρούς κινδύνους καταχρήσεων. Αφ’ ενός, εμφολωχρεί το ενδεχόμενο ενός κοινωνικοβιολογικού δαρβινισμού, ο οποίος, όπως ορθά γράφεται, θα οδηγήσει στον Καιάδα τις “εξαιρέσεις, τους ανθρώπους με απωθητικές αρρώστιες” αφ’ ετέρου, η νοοτροπία “να τελειώνουμε με αυτούς, περιμένουν άλλοι” είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη σε μια εποχή πλήρους οικονομικής αποτίμησης και κοστολογίας της ανθρώπινης ζωής.

Ως αναγκαία, αν και όχι πάντα ικανή συνθήκη για την αποφυγή των κινδύνων αυτών, προβάλλει η ύπαρξη δικαστικής απόφασης, η οποία θα διαπιστώνει ότι θα συντρέχουν οι προϋποθέσεις για την άσκηση του δικαιώματος στο θάνατο, όταν ο ενδιαφερόμενος δεν είναι σε θέση να ενεργήσει από μόνος του (ευθανασία)». (Κατρουγκάλος Σ. Γεώργιος, «Το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο», Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή 1993, σελ. 111-113).

Η απουσία, όμως, σαφούς νομικού πλαισίου για την «ευθανασία» και όλες τις περιπτώσεις που υπάγονται σ’ αυτήν, έχει οδηγήσει το θέμα σε μέγιστο πρόβλημα ιατρικής και ηθικής δεοντολογίας. Αναφέρονται περιπτώσεις ασθενών, όπου οι γιατροί παίρνουν απολύτως δικαιολογημένα την απόφαση διακοπής της μηχανικής υποστήριξης αυτών, χωρίς όμως να είναι νομικά κατοχυρωμένοι. Ακόμα και μετά τη διάγνωση του «εγκεφαλικού θανάτου» (που σήμερα έχει γίνει αποδεκτός ως επίσημος θάνατος), ο νόμος δεν προβλέπει ρητά ότι πρέπει να διακόπτεται η ζωή του ασθενούς. Λόγω της σύγχυσης που έχει προκληθεί, πολλές είναι οι καταγγλίες στον Τύπο από γιατρούς κυρίως, για αποσαφήνιση του θέματος.

Ο πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών κ. Κώστας Οικονόμου αναφέρει στην εφημερίδα το «Έθνος» τα εξής: «Τα όρια της ευθανασίας στην Ελλάδα είναι θολά και ασαφή και, επιτέλους, η πολιτεία ας πάρει με

ραλισμό την ευθύνη που της αναλογεί. Ακόμα και στα περιστατικά όπου αναλογεί. Ακόμα και στα περιστατικά όπου ακολουθούμε όλες τις προβλεπόμενες ιατρικές διαδικασίες, είμαστε νομικά απροσπάτετοι. Υπάρχει περίπτωση να έχουμε συγκατάβαση του οικογενειακού περιβάλλοντος για διακοπή της ζωής, να έχουμε κλινικά διαπιστωμένο εγκεφαλικό θάνατο, ο οποίος επισημαίνεται από ομάδα ιατρών και παρ' όλα αυτά να είμαστε υπόλογοι σε περίπτωση που κάποιος εκτιμά ότι η πράξη μας δεν είναι νόμιμη».

Στην ίδια εφημερίδα, ο διευθυντής της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου «Άγιοι Ανάργυροι» κ. Κώστας Μπαλτόπουλος, επισημαίνει: «Όταν η πολιτεία δεν έχει νομοθετήσει για το θέμα, δεν μπορεί ο γιατρός να παίζει το ρόλο του νομοθέτη. Η πολιτεία πρέπει να βρει τρόπο να αντιμετωπίσει τις περιπτώσεις ασθενώς τελικού σταδίου, που ζητούν τη λύτρωση με την ευθανασία. Αυτό δεν μπορεί να είναι απόφαση ενός ανθρώπου μόνο» («Έθνος», 11.10.1996).

Σε πανελλαδική έρευνα που έγινε για πρώτη φορά στην Ελλάδα και ήρθε στο φως της δημοσιότητας πρόσφατα, με αφορμή το 3ο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο Γηριατρικής και Γεροντολογίας στη Θεσσαλονίκη, αναφέρονται τα εξής: «Στην έρευνα αυτή συμπληρώθηκαν 417 ανώνυμα ερωτηματολόγια, από τέσσερις ομάδες ατόμων που ήταν γιατροί, νοσηλευτές, σπουδαστές νοσηλευτικών σχολών και διοικητικό προσωπικό νοσοκομείων, ψυχολόγοι και εκπαιδευτικοί. Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε ότι το 41,1% τάσσεται υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας. Το ποσοστό αυτό εκτινάσσεται στο 58,5% σε περίπτωση που υπάρξουν αυστηροί περιορισμοί». («Έθνος», 18.11.1996).

Υπάρχουν, βέβαια, και οι επικριτές, οι οποίοι αρνούνται τυχόν νομιμοποίηση της ευθανασίας, έστω και με προϋποθέσεις. Ο Φ. Κουβέλης, τώως πρόεδρος του Δικηγορικού Συλλόγου Αθηνών, ήταν απόλυτα σαφής όταν δήλωσε: «Είμαι αντίθετος στη θεσμοθέτηση της ευθανασίας. Θεωρώ δε ότι η ανυπακομή μου αυτή ενισχύεται από τη γενική παραδοχή ότι η επιστήμη συνεχώς και ραγδαία εξελίσσεται, ώστε να μην μπορούμε να πούμε σε καμιά περίπτωση ότι ένας άνθρωπος είναι οριστικά και χωρίς ελπίδα καταδικασμένος. Κανείς δεν δικαιούται να προωθεί διαδικασίες ευθανασίας όταν η επιστήμη από τη μια στιγμή στην άλλη μπορεί να συμβάλει και να αλλάξει τη ζωή κάθε ανθρώπου». («Μεσημβρινή», 29.2.1988).

Ο προβληματισμός είναι μεγάλος και θα πρέπει με περίσκεψη και περισυλλογή να εξεταστεί το ενδεχόμενο της θεσμοθέτησής ενός δικαιώματος στην ευθανασία.

Η ισχύουσα νομοθεσία, η οποία ξεκάθαρα τονίζει ότι, προκειμένου να προστατευθεί «το συμφέρον του ασθενούς» και «το δικαίωμα στη ζωή, που είναι το ύψιστο δικαίωμα του ανθρώπου», δεν εγκρίνει κανένα είδος ευθανασίας ακόμα και αν επίκειται θάνατος από ανίατη ασθένεια. Βέβαια, το συναισθημα του οίκτου και τις ενέργειες που μπορούν να προκύψουν από την πίεση που ασκεί αυτό, ο Έλληνας νομοθέτης το αξιολόγησε, όπως προαναφέρθηκε. Δηλαδή το έλαβε υπόψη του, όταν βέβαια συντρέχουν και οι άλλες προϋποθέσεις του άρθρου 300 του Ποινικού Κώδικα ως λόγους ηπιότερης μεταχείρισης του δράστη κατά την επιμέτρηση της ποινής.

Δεν δέχεται, όμως, τίποτα περισσότερο, γιατί η αιμωρησία της ευθανασίας θα μπορούσε να οδηγήσει σε επικίνδυνες καταστάσεις. Αν γινόταν αποδεκτή η κοινωνική ή ευγονική ευθανασία, πολλοί δεν θα έπρεπε να νιώθουν ασφαλείς.

«Κάποιοι άλλοι ενδιαφερόμενοι γι' αυτούς —δήθεν ή πραγματικά— ή για τον εαυτό τους ή για τους

άλλους, θα τους πρόσφεραν το θάνατο, αντί μιας ζωής που δεν τους αρέσει (στους τρίτους) να ζήσουν τα θύματα, που όμως την επιθυμούν. Οι γέροντες, οι ανάπηροι, οι ψυχασθενείς και άλλες κατηγορίες ανθρώπων, όπως όσοι πάσχουν από μεταδοτικές αθεράπευτες ασθένειες, οι τοξικομανείς κ.λπ., θα θανατώνονταν με το σκεπτικό ότι η ζωή γι' αυτούς θα ήταν άθλια, χωρίς νόημα ή επιβλαβής για τους άλλους ή ότι η ζωή τους έχει σοβαρό κόστος ή ότι, τέλος, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τη γέννηση ελαττωματικών απογόνων.

«Την ανθρώπινη ζωή, λοιπόν, δεν πρέπει να τη θεωρούμε ιδιοκτησία κανενός, ούτε να επιτρέπουμε την καταστροφή της ή τη διατήρησή της, από το αν έχει όφελος ή βλάβη η κοινωνία από την ύπαρξή της». (Καράμπελας Α., Αθήνα 1987, Εκδ. Εσία, σελ. 47-48 και 60).

Από το φόβο, λοιπόν, «καταχρήσεως» του δικαιώματος στην ευθανασία η πολιτεία είναι επικυβερνητική. Βέβαια, από την άλλη πλευρά δεν θα πρέπει να λησμονείται ότι: «Παράλληλα με το δικαίωμα στη ζωή, υπάρχει και ένα άλλο δικαίωμα που είναι και αυτό σημαντικό. Είναι το δικαίωμα για έναν αξιοπρεπή θάνατο. Το δικαίωμα αυτό που νομοθετήθηκε από τον Ποινικό Κώδικα, έμμεσα με την ατιμωρησία της αυτοκτονίας και με το άρθρο 8 εδ. α του Β.Δ. της 15/6-6/7 1955 "Περί κανονισμού της ιατρικής δεοντολογίας", δεν πρέπει να παραβλέπεται κυρίως στις περιπτώσεις όπου είναι μειωτικά για την αξιοπρέπεια του ατόμου τα μέσα που λαμβάνονται για παράταση της ζωής του, απλώς, έστω και για λίγο. Και κυρίως, όταν ο ίδιος ο ασθενής δεν έχει τη δυνατότητα να εκφράσει τη θέλησή του, αν μάλιστα γίνει γνωστό ότι ποτέ δεν θα δεχόταν κάτι τέτοιο, λόγω των πεποιθήσεών του, π.χ. θρησκευτικών». (Καράμπελας Α., Αθήνα 1987, Εκδ. Εσία, σελ. 53-54).

Η μόνη περίπτωση, κατά τον κ. Καράμπελα (νομικό), όπως αναφέρει στο βιβλίο του «Η ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο», που θα μπορούσε να γίνει αντικείμενο συζήτησης για να εξακριβωθεί αν είναι σκόπιμο και σύμφωνο με το περί δικαίου αίσθημα του λαού, στο όνομα του οποίου και για λογαριασμό του οποίου γίνονται οι νόμοι, είναι η εξής:

Αν θα πρέπει να γίνει προσθήκη εδαφίου στο άρθρο 300 του Ποινικού Κώδικα (περί ανθρωποκτονίας με συναίνεση) που να ορίζει ότι:

«Το δικαστήριο θα μπορούσε να απαλλάξει τον υπαίτιο από την ποινή, στην περίπτωση που α) το θύμα δεν μπορούσε να προκαλέσει από φυσική αδυναμία το θάνατό του, που επιθυμούσε, β) εφόσον γνωμάτευσαν πριν από την πράξη του τρεις γιατροί δημοσίου νοσοκομείου ομόφωνα ότι:

- i) η ταλαιπωρία του ψυχορραγούντος θύματος θα συνεχιζόταν,
- ii) ότι ο θάνατος θα επακολουθούσε οπωσδήποτε στο επόμενο 24ώρο, και
- iii) ότι δεν υπήρχε πλέον η δυνατότητα αποτελεσματικής παυσίπονης αρωγής».

Δεν χρειάζεται να τονιστεί ότι και αν νομοθετηθεί η δυνατότητα αφέσεως της ποινής από το δικαστήριο, δεν θα αποποινοικοποιηθεί, ούτε και πρέπει η ευθανασία σε καμιά περίπτωση ούτε και στην περίπτωση εκούσιας επιθανάτιας ευθανασίας, έστω και αν αφορά ψυχορραγούντα που υποφέρει πολύ. Αυτό, γιατί θα εξακολουθεί να είναι «άδικη και καταλογιστή» πράξη η συμπεριφορά αυτή. Με τη διάταξη αυτή θα είναι δυνατόν να μην κλειστεί στη φυλακή ο παραβάτης του άρθρου 300 του Ποινικού Κώδικα, που μπορεί να είναι ο οποιοσδήποτε, όταν η πράξη του αυτή είναι μεν «άδικη και καταλογιστή», αλλά και «προϊόν ψυχικής πίεσεως».

Μια τέτοια κίνηση θα αποτελέσει προσπάθεια αντιμετώπισης του προβλήματος, που γίνεται επιτακτικό στην περίπτωση που προαναφέρθηκε, οριοθετώντας το σύμφωνα με τα νέα δεδομένα.

Στην περίπτωση αυτή, βέβαια, δεν υπάγεται ούτε η επιθανάτια ευθανασία χωρίς τη συναίνεση του θύματος, ούτε άλλο είδος, πλην της «επιθανάτιας με συναίνεση ευθανασίας». (Καράμπελας Λ., Αθήνα 1987, Εκδ. Εστία, σελ. 55-57).

3. Η νομοθεσία άλλων κρατών

«Ο σοβιετικός Ποινικός Κώδικας του 1922 είχε διάταξη σύμφωνα με την οποία έμενε ατιμώρητος αυτός που θανάτωνε από οίκτο. Η διάταξη, όμως, αυτή καταργήθηκε. Ο Ποινικός Κώδικας του 1933 δεν περιέχει ανάλογη διάταξη και ο δράστης ανθρωποκτονίας με συναίνεση, τιμωρείται κατά την κοινή διάταξη περί ανθρωποκτονίας με πρόθεση».

Όπως η ελληνική νομοθεσία, έτσι και οι ιταλική, γερμανική, αυστριακή, ελβετική, νορβηγική, δανική, έχουν ειδικές διατάξεις με τις οποίες η ανθρωποκτονία με τη συναίνεση του παθόντος, τιμωρείται ηπιότερα απ' ό,τι η κοινή ανθρωποκτονία με πρόθεση. Κάθε μια από τις παραπάνω νομοθεσίες έχει διάφορες προϋποθέσεις για την ηπιότερη μεταχείριση του δράστη, ο οποίος, όμως, πρέπει να αποβλέπει με την πράξη του στην απαλλαγή του θύματος από τους πόνους.

Αντίθετα, σε γαλλική, βελγική, τσεχοσλοβακική, αγγλική, καναδική, βουλγαρική νομοθεσία δεν υπάρχει τέτοια ειδική διάταξη, γι' αυτό η ανθρωποκτονία με συναίνεση θα τιμωρηθεί όπως η κοινή ανθρωποκτονία με πρόθεση. Το ίδιο συμβαίνει και με τη νομοθεσία πολλών άλλων κρατών. Ειδικότερα, η γαλλική και η βελγική νομοθεσία, με ρητή διάταξή τους (άρθρο 23 του γαλλικού Ιατρικού Κώδικα και 21 του βελγικού Ιατρικού Κώδικα) αποκρούουν την ευθανασία. (Καράμπελας Δ. Λάμπρος, Αθήνα 1987, Εκδοτική Εστία, σελ. 46).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Θρησκεία και ευθανασία

1. Εισαγωγή

Η Ορθόδοξη Χριστιανική Εκκλησία αγγίζει το θέμα της ευθανασίας από ηθική κυρίως πλευρά. Η Ορθοδοξία και η Εκκλησία τάσσεται εναντίον κάθε μορφής ευθανασίας. Αναλυτικότερα, παραθέτονται τα εξής:

«Η Ορθόδοξος Ελληνική Εκκλησία αρνείται στον οποιονδήποτε το δικαίωμα να αποφασίζει ο ίδιος για το θάνατο το δικό του ή των άλλων. Η ζωή είναι δώρο του Θεού και κανείς δεν μπορεί να την αφαιρέσει. Ο άνθρωπος έχει δημιουργεί “κατ’ εικόνα και ομοίωσιν” του Θεού και η ζωή του είναι απολύτως ιερή και απαραβίαστη. “Ουδείς ημών εαυτώ ζῆ και ουδείς εαυτώ αποθνήσκει· εάν τε γαρ ζώμεν, των Κυρίω ζώμεν, εάν τε αποθνήσκομεν, τω Κυρίω αποθνήσκομεν. Εάν τε ουν ζώμεν, εάν τε αποθνήσκομεν, του Κυρίου εομέν” (Ρωμ. 1δ’ 7-8)».

«Το επίσημο κείμενο που εδημοσίευσε στις 26.6.1980 η Ιερά Σύνοδος για τη Διδασκαλία της Πίστεως της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας “περί ευθανασίας”, που περιέχει την αυθεντική διδασκαλία της Εκκλησίας αυτής για το προκείμενο ζήτημα· τονίζει: την αξία της ανθρώπινης ζωής και τον ιερό χαρακτήρα και το απαραβίαστο της. Συνέπεια αυτών των αρχών είναι ότι κανείς δεν μπορεί να αποπειραθεί κατά της ζωής ενός ανθρώπου χωρίς να αντιταχθεί στην αγάπη του Θεού γι’ αυτόν και χωρίς να διαπράξει ένα βαρύτατο έγκλημα. Κάθε άνθρωπος έχει καθήκον να προσαρμόζει τη ζωή του στα σχέδια του Θεού. Του έχει προσφερθεί η ζωή σαν αγαθό. Ο θεληματικός θάνατος ή η αυτοκτονία είναι το ίδιο απαράδεκτος όσο και η ανθρωποκτονία: μια τέτοια πράξη, αποτελεί άρνηση της κυριαρχίας του Θεού και του σχεδίου της αγάπης του. Η χριστιανική τοποθέτηση απέναντι στη ζωή και στο θάνατο, δεν μπορεί να στηρίξει την ευθανασία» (Χριστόδουλος Παρασκευαΐδης, «Νεότερες όψεις του προβλήματος της ευθανασίας», Αθήνα 1986, σελ. 16-17).

Για τη θρησκεία ο θάνατος, ο πόνος, η επίγεια ζωή έχουν ιδιαίτερο νόημα υπό το πρίσμα της αιωνιότητας. Στο βιβλίο του Γ.Β. ΜΕΛΕΤΗ «Τι γίνεται μετά το θάνατο;», διαβάζουμε ότι υπό το πρίσμα αυτό και οι πιο μεγάλες δυσκολίες και τα πιο συντριπτικά χτυπήματα της ζωής παίρνουν άλλο νόημα. Αποκτούν άλλο περιεχόμενο. Για το Χριστιανό δεν υπάρχει μόνο η φυσική ζωή με το βιολογικό κύκλο της. Πέρα από αυτήν υπάρχει η πνευματική, η υπερφυσική ζωή. Έτσι, οποιαδήποτε αναπηρία, οποιαδήποτε αρρώστια φωτίζεται με ένα υπερκόσμιο φως και αντιμετωπίζεται σωστά με τη μεταφυσική θεώρηση. Με μια τέτοια προοπτική ο άνθρωπος δεν παρουσιάζεται ποτέ στην ηττοπάθεια και στο μαρασμό. Αντιμετωπίζει με πίστη όλες τις αντιξοότητες και από εκεί αντλεί θάρρος και δύναμη. Στ’ αφτιά του αντηχεί η φωνή του Αποστόλου Παύλου

«ουκ άξια τα παθήματα του νυν καιρού προς την μέλλουσαν δόξαν αποκαλυφθήναι εις ημάς» (Ρωμ. ν' 18). Για το Χριστιανό επομένως, η ευθανασία δεν έχει νόημα. Το πρόβλημα αυτό υπάρχει κυρίως για μια κοντόθωρη κοινωνία που πιστεύει μόνο σε γήινες πραγματικότητες (Γ.Β. ΜΕΛΕΤΗ, Εκδ. ΖΩΗ, σελ. 244-245).

Αυτά μας διδάσκει η Εκκλησία, η οποία στέκεται με σεβασμό απέναντι στον άνθρωπο και ζει σ' αυτόν που «ξεψυχάει». Και τονίζει ότι ασφαλώς ενδιαφέρεται η Εκκλησία για έναν αξιοπρεπή θάνατο, αλλά με πολύ διαφορετική έννοια, από αυτήν της ευθανασίας.

Και μάλιστα, τμήμα ιδιαίτερα τη «μετάβαση εκ του θανάτου προς τη ζωή», θεωρώντας ότι ο θάνατος του σώματος είναι ένας σημαντικός σταθμός, στη μετεξέλιξη του ανθρώπινου όντος. με το θάνατο «ως η γέφυρα η μετάγουσα εκ της κάτω ζωής εις την άνω» περνά στην αιώνια ζωή, όπου εξακολουθεί να ζει με διαφορετικό πλέον τρόπο, αφού έχει χωριστεί από το σώμα.

Συνεπώς, για το Χριστιανό η αληθής ευθανασία είναι «η εν Χριστώ εκδημία εκ του κόσμου τούτου», αυτή που οδηγεί στη μέλλουσα μακαριότητα και δόξα. «Η εν Χριστώ εκδημία» είναι άσχετη με το βιολογικό τρόπο θανάτου. Οποιοσδήποτε θάνατος, είτε από ασθένεια είτε από ατύχημα είτε στη γεροντική ηλικία είτε στη νεότητα, μπορεί να είναι «εν Χριστώ τερματισμός της παρούσας ζωής». Η ευθανασία για το Χριστιανό δεν συνδέεται με το θάνατο τον απαλλαγμένο από πόνους και βάσανα. Αντίθετα, πόσοι και πόσοι πέθαναν ζώντας φοβερούς σωματικούς πόνους ή γενικότερα ευρισκόμενοι σε άθλια σωματική κατάσταση και εντούτοις έχοντας την καλύτερη δυνατή «ευθανασία». Αυτοί είναι οι μάρτυρες της πίστωσης του Χριστού, οι οποίοι τερμάτισαν την επίγειο ζωή τους μετά από πολλά βάσανα και δοκιμασίες. Συμπεραίνει, λοιπόν, κανείς ότι αυτός που θεωρείται «κακός θάνατος» για τον κόσμο, αποτελεί τον «καλό», τον «τίμιο» θάνατο του Χριστού. (Αβραμίδης Αθ., «Ευθανασία», Εκδ. Ακρίτας 1995, σελ. 59-61).

2. Επιχειρήματα κατά της ευθανασίας

Στο βιβλίο του κ. Μπτσόπουλου «Η λεγόμενη ευθανασία» διαβάζουμε: Τα βασικά επιχειρήματα που αναπτύσσει η Εκκλησία και ο Χριστιανισμός γενικότερα, κατά της ατιμωρησίας της ευθανασίας, ακόμη και αυτής που εμφανίζεται με τη μορφή της εκούσιας επιθανάτιας ευθανασίας, είναι τα εξής:

1. «Η ζωή του ανθρώπου ανήκει στο Θεό και η ευθανασία είναι φόνος». Η ζωή, κατά τη χριστιανική αντίληψη, όπως προαναφέρθηκε, δεν είναι δημιούργημα του ανθρώπου, αλλά δώρο του Θεού. Ο Τριαδικός Θεός δεν είναι μόνο δημιουργός της ανθρωπότητας, αλλά και αυτός που της έδωσε τη ζωή. Επομένως, η ζωή του ανθρώπου προέρχεται από το Θεό και εξαρτάται από Αυτόν, ανήκει και σε Εκείνον. Έτσι, ο άνθρωπος ζει τη ζωή του, την απολαμβάνει, αλλά δεν έχει δικαίωμα να την τερματίζει, γιατί έτσι επεμβαίνει στο έργο του Θεού.

2. «Η σωτηριολογική σημασία, της σύμφωνα με το Χριστό, παρούσας ζωής». Η παρούσα ζωή έχει αξία αυτή καθ' εαυτή, άσχετα με τον τρόπο διαβίωσης και αποτελεί το στάδιο μέσα από το οποίο κατορθώνεται η απόκτηση της «μέλλουσας μακαριότητας». Κάθε στιγμή έχει σωτηριολογική σημασία. Από τον τρόπο διαβίωσης του κάθε ανθρώπου και τη στάση του απέναντι στο θάνατο θα εξαρτηθεί η μέλλουσα «αιώνια» ζωή του. (Μπτσόπουλος Νικ., Αθήνα 1980, σελ. 91-94).

3. «Η σημασία του πόνου και των θλίψεων για την “εν Χριστώ σωτηρία” του ανθρώπου».

Συνήθως, όταν ο άνθρωπος ζει μια ζωή ταλαιπωρημένη από αβάσταχτους, αφόρητους πόνους, χωρίς ελπίδα ίασεως, εκεί συχνά λέγεται: «Μα ο άνθρωπος αυτός υποφέρει και μαζί με αυτόν πονούν και δοκιμάζονται και οι οικείοι του» και εκεί είναι που προβάλλεται επιτακτικό το αίτημα της ευθανασίας.

Όμως, και εδώ η Εκκλησία έρχεται να δώσει τη δική της απάντηση. «Ο πόνος έχει μεγάλη αξία για τη σωτηρία της ψυχής. Μέσω αυτού δίνεται η ευκαιρία για μετάνοια και γι’ αυτό δεν θα πρέπει να συντομεύεται η ζωή, για να αποφύγει την επιθανάτια αγωνία ο άνθρωπος. Ο πόνος, εξάλλου, είναι και “σήμα κινδύνου” για τον άνθρωπο, σήμα για λήψη μέτρων και προετοιμασία». (Καράμπελας Α., Αθήνα 1987, Εκδ. Εστία, σελ. 28).

Επίσης, στο βιβλίο του Γ.Β. ΜΕΛΕΤΗ «Τι γίνεται μετά το θάνατο;», διαβάζουμε σχετικά με τον πόνο: Ο αληθινός πιστός στέκεται με γενναιότητα απέναντι στον πόνο και τη θλίψη. Στις κρίσιμες ώρες της δοκιμασίας όταν αισθάνεται την καρδιά του να ματώνει και τα γόνατά του να λυγίζουν, δεν τα χάνει. Πολύ περισσότερο δεν σκέφτεται την εύκολη λύση της φυγής και της λιποταξίας. Τις δοκιμασίες τις θεωρεί, ως πούμπε, φυσικές για να εισέλθει στο πάθος του Χριστού. Κανείς δεν θα ισχυριστεί ότι ο πόνος καθ’ εαυτόν είναι κάτι καλό και αυτό γιατί ανήκει τιμή και έπαινος σε όλες εκείνες τις ευγενικές υπάρξεις που αγωνίζονται νύχτα και μέρα να τον ανακουφίσουν. Ο πιστός, όμως, τον πόνο τον μεταμορφώνει. Με την υπομονή του, τον κάνει ευπρόσδεκτη θυσία στο Θεό. Μέσα από αυτό το πρίσμα ιδωμένος ο πόνος, αποκτά αξία ασύγκριτη και δεν είναι άσκοπος. Οι δοκιμασίες έχουν πάντα ένα μεγάλο νόημα. (Γ.Β. ΜΕΛΕΤΗ, Εκδόσεις ΖΩΗ, σελ. 236-238).

«Επειδή, λοιπόν, η αρρώστια και ο πόνος είναι μια δυνή δοκιμασία για την αδύνατη, εύθραυστη ανθρώπινη φύση μας, γι’ αυτό η Εκκλησία μας εύχεται νυχθημερόν: “Υπέρ των εν ασθενείας κατακειμένων... και υπέρ του ρυσθηναι ημάς από πάσης θλίψεως...”».

«Όμως, ο πόνος αυτός μπορεί να μαλακώσει και να καταπραϊνθεί. Ο Ι. Χρισόστομος λέει σχετικά: «Φέρε στο νου σου τις φοβερές δοκιμασίες των μαρτύρων’ τον πριονισμό, τα μαχαιρώματα, τους ραβδισμούς κ.τ.λ. Σύγκρινέ τα με το δικό σου μαρτύριο. Θα δεις τότε ότι εσύ λιγότερο υποφέρεις! Και με τον τρόπο αυτό θα παρηγορήσει. Και ο πόνος σου θα μαλακώνει». (Αρχιμανδρίτης Βασ. Π. Μπακογιάννης, Περιοδικό «Αποστολική Διακονία», σελ. 82-83).

Επίσης, για εκείνους που επικαλούνται τον οίκτο και τη συμπόνια, ως λόγους για την «επιβολή» της ευθανασίας, δίδεται η εξής απάντηση:

«Αλλά γιατί να καταφύγει στην ευθανασία ο ιατρός ή ο συγγενής, όταν ανακαλύπτει ότι ο βαριά άρρωστος μπορεί και πρέπει να αντιμετωπιστεί σωστά από τους ιατρούς, νοσοκόμους και συγγενείς, αρκεί να γίνει δεκτό ότι έχει δικαίωμα στην επιμελημένη φροντίδα όλων μας. Μια φροντίδα που το φάσμα της είναι ευρύτατο και περιλαμβάνει τη σωστή ιατρική αγωγή, μέχρι και την εξασφάλιση άνετων συνθηκών διαβίωσης, θερμής συμπαράστασης στις ψυχολογικές και πνευματικές του ανάγκες, αναγνώριση δηλαδή της διπολικής ψυχοσωματικής του ιδιότητας. Υπό το πρίσμα αυτό και υπαρχούσης αυτής της διεξόδου, μήπως η ευθανασία είναι όχι η οδός του οίκτου, αλλά αντίθετα ο εύκολος τρόπος για να απαλλαγούμε το συντομότερο από έναν ενοχλητικό συνάνθρωπο, επειδή δεν διαθέτουμε τα απαραίτητα αποθέματα αγάπης και αντοχής για να τον περιποιηθούμε και να του συμπαρασταθούμε στις τελευταίες στιγμές του;». (Παρασκευαΐδης Χριστ., «Νεότερες

όψεις του προβλήματος της ευθανασίας», Αθήνα 1986, σελ. 15).

Τέλος, μια άλλη όψη και σημασία του πόνου είναι αυτή που τον συνδέει με τα πάθη του Χριστού. Ο πόνος, ο σωματικός και ο ψυχικός, και οι θλίψεις είναι για τον πιστό μέσα συμμετοχής στο πάθος του Θεανθρώπου και μίμηση Αυτού. Ο Ιησούς Χριστός έζησε τον πόνο σε ύψιστο βαθμό. Αυτό καθίσταται προφανές μέσα από τη Σταύρωση, το μαρτυρικό θάνατο, την ψυχική του θλίψη, από τη στάση των ανθρώπων και το βάρος των αμαρτημάτων που επωμίστηκε, όλων των ανθρώπων, όλων των εποχών, για χάρι της σωτηρίας της ανθρωπότητας. Ο πιστός Χριστιανός συγκρίνοντας το δικό του πόνο, τον βρίσκει πολύ μικρό έναντι αυτού που υπέμεινε ο Χριστός. Και γενικά, ο πιστός βλέπει τα πάθη του ως μίμηση του πάθους του Χριστού και συμμετοχή εις αυτό. «Μίμηση Χριστόν τον Θεόν. Πάθε και αυτός διά της σεαυτού σωτηρίας, ως Εκείνος έπαθε διά σε». (Μπισσόπουλος Ν., «Η λεγόμενη ευθανασία», Αθήνα 1980, σελ. 94-96).

4. «Το γεγονός ότι δεν έχει βρεθεί ακόμα τρόπος ώστε να μπορεί κανείς να πει με βεβαιότητα ότι κάποια αρρώστια είναι αθεράπευτη, αφού, όχι σπάνια, διαπιστώνεται ότι οι άρρωστοι που, κατά την επιστήμη, ήταν αθεράπευτοι, τελικά, άγνωστο πώς, έγιναν καλά. (Δηλαδή δεν υπάρχει το απόλυτο στη διάγνωση και στην πρόγνωση). Κάτι τέτοιο, λοιπόν, αποκλείει την εφαρμογή της ευθανασίας».

«Επίσης, η πρόοδος της επιστήμης έχει ως αποτέλεσμα να ανακαλύπτονται νέα φάρμακα και μέθοδοι θεραπείας, με τις οποίες θεραπεύονται αυτοί που μέχρι πριν λίγο καιρό χαρακτηρίζονταν αθεράπευτοι. Επομένως, δεν αποκλείετε καθόλου να έχουμε τη θανάτωση με ευθανασία, ανθρώπων που η διάσωσή τους θα ήταν δυνατή αν δεν είχαν θανατωθεί». (Μπισσόπουλος Ν., «Η λεγόμενη ευθανασία», Αθήνα 1980, σελ. 98-99).

2.1. Ειδικότερη τοποθέτηση της Ορθοδοξίας

α. Ενάντια στη λεγόμενη κοινωνική ή ευγονική ευθανασία.

«Η θανάτωση διανοητικώς καθυστερημένων, ανιάτως πασχόντων, σωματικώς αναπήρων και γενικά προσώπων που έχουν κακή διάπλαση, αποτελεί φόνο και βαρυτάτη αμαρτία».

Για τη θρησκεία, μάλιστα, όχι μόνο η θανάτωση ζωντανών ελαττωματικών ατόμων αποτελεί έκλημα, αλλά και η θανάτωση εμβρύων, που πιθανόν να γεννηθούν ελαττωματικά. Κατά την ορθόδοξη πίστη το έμβryo από τη στιγμή της σύλληψής του είναι ψυχοσωματική ύπαρξη. (Μπισσόπουλος Ν., «Η λεγόμενη ευθανασία», Αθήνα 1980, σελ. 100-101).

Η εφαρμογή της ευθανασίας σε αυτές τις περιπτώσεις είναι ψυχρή δολοφονία και έχει να κάνει με την υλική εποχή στην οποία ζούμε. Κάποιοι χαρακτηρίζουν ορισμένες σωματικές ατέλειες ή αναπηρίες ως τερατομορφισμούς. Όμως, κατά την Ορθοδοξία, ένα παραμορφωμένο άτομο ή ανάπηρο μπορεί να κρύβει μια όμορφη εσωτερική και άγια ψυχή. Στον άνθρωπο δεν βαραίνουν τόσο οι σωματικές αναπηρίες και διανοητικές αδυναμίες. Η μεγάλη αξία έχει η ικανότητα της αγάπης, της θυσίας, της υπομονής. Συναισθήματα που έχουν το δικαίωμα να ζήσουν όλοι ανεξαιρέτως οι άνθρωποι, άρρωστοι ή υγιείς. (Γ.Β. ΜΕΛΕΤΗ, «Τι γίνεται μετά το θάνατο», Εκδ. ΖΩΗ, σελ. 246-247).

β. Ενάντια στην ενεργητική ευθανασία.

Σύμφωνα και με όσα προαναφέρθηκαν, η ενεργητική ευθανασία, δηλαδή η άμεση θανάτωση με κάποια ένεση ή άλλο μέσο, ατόμου που οδεύει προς το θάνατο μέσω πόνων και βασάνων, είναι καθαρός φόνος και σαφώς αντίκειται στη θεία εντολή «ου φονεύσεις». Ολόκληρη η θεωρία της χριστιανισμής για την ευθανασία έρχεται σε αντίθεση με αυτό το είδος της. (Μητσόπουλος Ν., Αθήνα 1980, σελ. 101).

γ. Παθητική ευθανασία και νεότερες αντιλήψεις.

Η παθητική ευθανασία, η ηθελμένη δηλαδή διακοπή μιας φαρμακευτικής αγωγής, η εφαρμογή της οποίας θα είχε ως συνέπεια την παράταση της ζωής του ασθενούς, η οποία είναι αμετάκλητα καταδικασμένη, απεκρούετο από το χώρο της Εκκλησίας μέχρι το 1957. Κατά το έτος αυτό και συγκριμένα την 24η Φεβρουαρίου 1957, ο Πάπας Πίος ο XII, προσφωνώντας τα μέλη του ΙΧ Εθνικού Συνεδρίου της εταιρείας Ιταλών αναισθησιολόγων, τόνισε: «Είναι ηθικώς αποδεκτή η χορήγηση καταπραϊντικών φαρμάκων, για τους πόνους των βαριά ασθενών, ακόμα και αν προβλέπεται ότι αυτή η φαρμακευτική αγωγή θα έχει ως συνέπεια την επίσηυση θανάτου».

Από τότε, η θρησκεία έχει δεχθεί την εφαρμογή της παθητικής ευθανασίας, αλλά πάντα υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Και οι προϋποθέσεις αυτές είναι οι εξής: α) Ο ασθενής να έχει απαιτήσει, προκειμένου να θεραπευθεί, τη χρήση όλων των υπάρχοντων δυνατών μέσων, β) να έχουν αποκλειστεί όλα τα ωφελμιστικά κίνητρα, από το θάνατο του ασθενούς. Όταν, δηλαδή, εν ονόματι της παθητικής ευθανασίας πεθαίνουν άνθρωποι, γιατί με την παράταση της ζωής τους, επιβαρύνουν τον προϋπολογισμό του κράτους και, επιπλέον, γιατί δεν μπορούν να συμβάλλουν στην οικονομική ανάπτυξη του κράτους. Επίσης, να έχει αποκλειστεί ενδεχόμενη συσχέτιση της παθητικής ευθανασίας με τις μεταμοσχεύσεις οργάνων, των ατόμων που βρίσκονται στη διαδικασία του θανάτου. Δηλαδή, όταν ψυχρά και ωφελμιστικά επισπεύδεται ο θάνατος, όχι για να μην ταλαιπωρηθεί ο ασθενής, αλλά κυρίως για να εξυπηρετηθεί κάποιο άλλο άτομο.

Είναι πολύ δύσκολο να προσδιοριστούν επακριβώς οι περιπτώσεις που θα μπορούσε να επιτραπεί το είδος αυτό της ευθανασίας. Η στάση της Εκκλησίας δεν έχει αποσφραγισθεί πλήρως. Σίγουρα, η διακοπή της τεχνητής υποστήριξης και παράτασης της ζωής, δεν μπορεί να εφαρμοστεί εκεί όπου υπάρχει και η ελάχιστη προοπτική ζωής ή όταν ο ασθενής επιθυμεί να ζήσει, έστω και υπό αυτές τις συνθήκες. Επίσης, δεν μπορεί να εφαρμοστεί, όταν η διάγνωση και η πρόβλεψη της μοιραίας πορείας της κατάστασης του ασθενούς δεν είναι απολύτως βέβαιη.

Σε όλες τις περιπτώσεις ασθενειών θα πρέπει να εξαντλούνται τα μέσα ίασεως του ασθενούς, χωρίς όμως να φτάσουμε στο αντίθετο άκρο της «αντί πάσης θυσίας διατηρήσεως της ζωής». Δηλαδή, να αρνούμαστε το θάνατο ως ανεπανόρθωτη και τελεσίδικη συμφορά και να καταβάλλεται προσπάθεια διατηρήσεως του ασθενούς στη ζωή, ως «πειραματοζώου ή γιατί ο γιατρός δεν μπορεί να δεχτεί την "ήττα" και τη φυσική του αδυναμία να προσφέρει "ίαση"».

Οι μόνες περιπτώσεις όπου καθαρά γίνεται αποδεκτή η εφαρμογή της παθητικής ευθανασίας και από τη θρησκεία είναι εκείνες όπου έχει επέλθει η νέκρωση του εγκεφάλου του ασθενούς και η ζωή του έχει περιοριστεί στις στοιχειώδεις βιολογικές λειτουργίες (με τεχνητή υποστήριξη). Σε αυτές και μόνο τις περιπτώσεις ενδείκνυται η διακοπή της εφαρμοζόμενης θεραπείας, γιατί η συνέχισή της δεν συντελεί, παρά στην τεχνητή διατήρηση της ζωής ενός ανθρώπου, ο οποίος είναι ουσιαστικά νεκρός. Σε κάθε άλλη περίπτωση η διακοπή

ή άρνηση της θεραπείας δεν είναι παθητική, αλλά ενεργητική ευθανασία και γι' αυτό απορρίπτεται.

Πάντως, στις περιπτώσεις στις οποίες θα αποφασίζετο η παθητική ευθανασία, έχει μεγάλη σημασία ο τρόπος χειρισμού του όλου θέματος. Ο ιατρός δε, πρέπει να λάβει υπόψη του όλους τους παράγοντες (ψυχολογική κατάσταση και θέληση ασθενούς και συγγενών) και να ενεργήσει με περίσταση και λεπτότητα. (Χρονόπουλος Ν., «Το πρόβλημα της ευθανασίας», Αθήνα 1980, σελ. 26-28 και 29-32).

3. Εκκλησία και ιατρικά συνειδησιακά διλήμματα

«Η Ορθόδοξη Εκκλησία, αναγνωρίζοντας την ιδιαιτερότητα της σχέσης γιατρού-ασθενή, σέβεται το γιατρό και προστάζει: “Τίμα ιατρόν.. και γαρ αυτόν έκτισε Κύριος” (Σοφ. Σειρ. 38, 1). Ευλογεί δε και ενθαρρύνει τις προσπάθειές του στην υπηρεσία της ζωής, αλλά ως “ευθανασία” δέχεται μόνο εκείνη, για την οποία εύχεται “ειρηνικά τα τέλη της ζωής, ανώδυνα, ανεπαίσχυντα...”, παραδεχόμενη όμως και ότι “κρείσσων θάνατος, υπέρ ζωήν πικράν και ανάπαυσιν αιώνιος ή αρρώστια έμμονον”». (Σοφ. Σειρ. 30, 17).

«Ο γιατρός, κατά την Εκκλησία, συμβάλλει στην τέτοια ευθανασία, όταν εργάζεται για την καταπράυνση των πόνων, την ανακούφιση από τα ενοχλήματα, την καθυσύχαση της αγωνίας, την υποβοήθηση στην καλύτερη ανοχή των ταλαιπωριών, ώστε να ζει ο άνθρωπος μέχρι τέλους, με αξιοπρέπεια, μέχρι και τις εσχάτοτατες στιγμές της ζωής του. Με τη συντρόφευση και την ηθική συμπαράσταση, σε συνεργασία με το οικογενειακό περιβάλλον, με πορεία δίπλα σε εκείνον, ακρόαση στους φόβους και σιωπή στις εκρήξεις του. Μια τέτοιου είδους συμπαράσταση επεκτείνεται και στον ψυχικό κόσμο του αρρώστου και μάλιστα σε μια τόσο κρίσιμη στιγμή, με λεπτούς κλυδωνισμούς της ψυχής, μέχρι να περάσει στην... “αντίπερα όχθη” μέχρι δηλ. να ξεψυχήσει και να πάρει η ψυχή του το δρόμο για το χώρο στον οποίο ανήκει... στην αγκαλιά του Θεού» (Χριστοδ. Παρασκευαΐδη, «Το δικαίωμα σε έναν αξιοπρεπή θάνατο», από το βιβλίο «Ευθανασία» του Αβραμίδη Αθ., εκδ. Ακρίτας, σελ. 61-62).

«Η τέτοια συμπαράσταση του γιατρού φέρνει και άλλα αποτελέσματα. Είναι εκπληκτικό το πόσοι από αυτούς που “έφτασαν μέχρι τον τάφο”, αλλά δεν πέθαναν, βγήκαν αληθινά κερδισμένοι από την ταλαιπωρία τους, διότι ρύθμισαν προβλήματα που τους “έτρωγαν” και διαταραγμένες σχέσεις με οικείους τους ή ανακάλυψαν ότι “έχει τόσα πολλά ακόμα, άγνωστα πριν, να τους προσφέρει η ζωή, ώστε εάν τα ήξεραν, κανείς τους δεν θα ήθελε να πεθάνει. Και ευγνωμονούν την αρρώστια που τους άλλαξε ως ανθρώπους, τους ωρίμανσε πνευματικά και αναθεώρησαν τη στάση τους στη ζωή, αφού η δοκιμασία τους έδωσε τη “δυνατότητα της καθάρσεως” και τους “έφερε πιο κοντά στο Θεό”». (Αβραμίδης Αθ., Εκδ. Ακρίτας 1995, σελ. 62-63).

Πέρα, όμως, από τις γενικές τοποθετήσεις, τα ηθικά διλήμματα για τους γιατρούς και μη, είναι πολλά και επιβάλλεται να δοθεί απάντηση από τη διοίκηση της Εκκλησίας, αλλά και από την κορυφή της Ορθοδοξίας.

Η Εκκλησία έχει καθήκον να καθυσύχασει τις συνειδήσεις των περισσότερων, με το να διακηρύξει επίσημα τις θέσεις της σε θέματα κατ' αρχήν που αφορούν στον «εγκεφαλικό θάνατο» και τις περιπτώσεις όπου επιτρέπεται ή όχι η μεταμόσχευση οργάνων.

Διαβάζουμε στο βιβλίο του Αβραμίδη Ν. «Ευθανασία»: Κατά τα ομοίμορφα επιστημονικά κριτήρια (όπως θα δούμε αναλυτικότερα στο κεφάλαιο που αφορά στην Ιατρική), ένα άτομο είναι νεκρό όταν υπέστη είτε α)

μη αναστρέψιμη παύση της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας ή β) μη αναστρέψιμη παύση, όλων των λειτουργιών του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου και του «εγκεφαλικού στελέχους». Απαιτείται επομένως κάτι περισσότερο από τη «μη αναστρέψιμη παύση όλων των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους». Και όταν συμβεί αυτό με το εγκεφαλικό στέλεχος, καταργείται η αυτόματη αναπνοή σε «δεύτερο στάδιο», ακολουθεί η κατάργηση της κυκλοφορίας και ύστερα οι λειτουργίες των ανωτέρων τμημάτων των ημισφαιρίων του εγκεφάλου. Άρα, με την επέλευση της νεκρώσεως του στελέχους του εγκεφάλου δεν επέρχεται την ίδια στιγμή ο θάνατος, αλλά λίγο αργότερα. Επομένως, ο άνθρωπος δεν έχει «ξεψυχήσει» ακόμα τη στιγμή εκείνη.

Και στις περιπτώσεις αυτές, καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια να διατηρηθούν τα όργανα του «ζωντανά» και δεν είναι, τουλάχιστον ακόμα, «πτωματικά», όταν παραχωρούνται για μεταμόσχευση. Αυτό είναι ένα πολύ σοβαρό θέμα που δημιουργεί προβλήματα ηθικής τάξεως για πολλούς γιατρούς, δότες και λιγότερο για τους λήπτες. Επ' αυτού τι λέει η Εκκλησία;

Σήμερα, επίσημα έχει γίνει δεκτός ως θάνατος του ανθρώπου, ο «εγκεφαλικός θάνατος». Πολλοί, όμως, εναντιώνονται και το θεωρούν ως... «ειπινόση» προς εξυπηρέτηση άλλων σκοπών, δημιουργώντας καλοπροαίρετα και με πολλές ανησυχίες, προβληματισμούς ηθικής τάξεως και διλήμματα.

Επίσης, βασικό είναι το ερώτημα του «πότε ξεψυχάει ο άνθρωπος». Η θέση της Εκκλησίας για το πότε «μπαίνει» η ψυχή στον άνθρωπο είναι σαφής: «εξ άκρας συλλήψεως». Πότε, όμως, βγαίνει; Αν η καρδιά εξακολουθεί να είναι το κέντρο της ζωής, τότε με την καρδιακή ανακοπή εξέρχεται; Και αν σε κάποιον γίνει επιτυχής αναζωογόνηση επανέρχεται;

Πολύ σχετικό με τα παραπάνω είναι και το εξής: Εξακολουθεί ή όχι για την Εκκλησία να είναι η καρδιά το κέντρο της ζωής; Ισχύει δηλαδή και σήμερα η επίκληση στον Άγιο Γρηγόριο τον Παλαμά ο οποίος έγραψε τα εξής εκπληκτικά: «Εν τη καρδιά ως εν οργάνω, το λογιστικόν ημών είναι επιστάμεθα ακριβώς' ... εκεί γαρ εστίν ο νους και πάντες οι λογισμοί της ψυχής».

«Όταν μετά το θάνατο του εγκεφαλικού στελέχους δεν υποστηριχθεί η καρδιακή λειτουργία, καταργείται η κυκλοφορία ως αναπόδραστη συνέπεια. Με την καταστροφή του δε, η δραστηριότητα των εγκεφαλικών ημισφαιρίων δεν μπορεί να ολοκληρωθεί, με συνέπεια να μην είναι δυνατή η γνωστική ή συναισθηματική ζωή. Μήπως, λοιπόν, «το κέντρο της ζωής» σε τελική ανάλυση —αν αυτή θα είναι η τελική— εδράζεται και στο στέλεχος του εγκεφάλου;».

«Τα ερωτήματα αυτά, όπως και πολλά άλλα, χρειάζονται απάντηση από την Ορθόδοξη Εκκλησία, ώστε να επιλύονται κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο, τα συνειδησιακά προβλήματα εκείνων που είναι επιφορτισμένα με τη λήψη αποφάσεων». (Αβραμίδης Αθ., «Ευθανασία», Εκδ. Ακρίτας 1995, σελ. 63-67).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Ιατρική και ευθανασία

1. «Καρδιακός θάνατος», «εγκεφαλικός θάνατος» και «ευθανασία»

Μέχρι πριν από λίγες δεκαετίες τα πράγματα ήταν απλά για τη διαπίστωση, τη διάγνωση και την πιστοποίηση του επελθόντος θανάτου. Τα κριτήρια ήταν γενικώς παραδεκτά και κανείς δεν τα αμφισβητούσε. Ήταν δε αυτά: «Η παύση της κίνησης το αίμα καρδιακής λειτουργίας με απουσία παλμού και πτώση της αρτηριακής πίεσεως, της λειτουργίας της αναπνοής, του εγκεφάλου, των νεφρών, του ήπατος. Ήταν σαφές ότι μετά την παύση της καρδιακής λειτουργίας και της αναπνοής, ακολουθούσε ο θάνατος του εγκεφάλου, μετά την παρέλευση λίγων λεπτών» (Αβραμίδης Αθ. «Ευθανασία», Εκδ. Ακρίτας 1995, σελ. 33).

Ο κ. Δρακόπουλος Σπ., χειρουργός στη Μονάδα Μεταμοσχεύσεων του «Ευαγγελισμού», σε άρθρο του στο περιοδικό «Πειραϊκή Εκκλησία», αναφέρει: «Στην πλειοψηφία τους οι άνθρωποι αποθνήσκουν με την κλασική έννοια του θανάτου. Διάφορες παθήσεις, όπως π.χ. έμφραγμα του μυοκαρδίου, πνευμονική εμβολή, ανακοπή, οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια, έχουν ως αποτέλεσμα την οριστική παύση των ζωτικών λειτουργιών του οργανισμού, δηλαδή της αναπνοής και της καρδιακής λειτουργίας. Άρα, το θάνατο του ατόμου, όπως από αιώνες γνωρίζουμε. (Πειραϊκή Εκκλησία, Νοέμβριος 1993).

Τα πράγματα, όμως, σήμερα έχουν αλλάξει από τη στιγμή που επιτυγχάνεται καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, με τα σύγχρονα τεχνολογικά μέσα, σε καρδιακή ανακοπή.

«Πράγματι, μέχρι τη δεκαετία του '50 δεν υπήρχαν τα κατάλληλα μηχανήματα για τη διατήρηση της ζωής με τεχνητή υποστήριξη και το μόνο που μπορούσε να κάνει ο γιατρός σε περίπτωση καρδιακής ανακοπής ήταν να περιμένει να δει αν ο ασθενής θα κατάφερνε από μόνος του να επανακτήσει τις φυσικές λειτουργίες και κυρίως την αναπνοή. Από τη δεκαετία του '50, όμως, και μετά, αναπτύχθηκαν οι τεχνικές ανάνηψης, που με τον καιρό βελτιώθηκαν ώστε σήμερα οι γιατροί να είναι σε θέση να διατηρούν τις ζωτικές λειτουργίες ενός ασθενούς σε κώμα, με την αποκλειστική βοήθεια ειδικών μηχανημάτων». (Παρασκευαΐδης Χρ., «Εγκεφαλικός ή καρδιακός θάνατος;», Αθήνα 1992, σελ. 6-7).

1.1. «Κλινικός θάνατος»

Πριν περάσουμε στον ορισμό και την ανάλυση του «εγκεφαλικού θανάτου» καλό και σκόπιμο είναι να γίνει ο διαχωρισμός του από τον κλινικό θάνατο (ο οποίος δεν είναι οριστικός θάνατος), προς αποφυγήν κάθε παρεξήγησης.

«Κλινικός θάνατος χαρακτηρίζεται η κατάσταση στην οποία βρίσκεται ένα άτομο, μετά την παύση της λειτουργίας της καρδιάς και πριν επέλθει ο θάνατος του εγκεφάλου. Δηλαδή, πριν από την παρέλευση 4-5 λεπτών, μετά τα οποία ακολουθεί “ο θάνατος του εγκεφάλου και επέρχεται ο οριστικός θάνατος”. Άρα, ο κλινικά νεκρός δεν είναι ακόμα νεκρός. Κατά τα ολίγα λεπτά της φάσεως του κλινικού θανάτου, είναι δυνατόν να επιτευχθεί “καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση” και η επαναφορά του ατόμου στη ζωή. Κατέστη μάλιστα σήμερα δυνατόν να επιμκυνθούν τα όρια του “κλινικού θανάτου” επί αρκετά μακρό χρονικό διάστημα και μάλιστα με ενέργειες που μπορούν να αρχίσουν και εκτός νοσοκομείου. Π.χ. στον τόπο όπου “έπεσε κάποιος νεκρός” προκειμένου να διατηρηθεί ζωντανός μέχρι τη μεταφορά του στο νοσοκομείο.

Οι τέτοιες δυνατότητες δημιούργησαν κάποια προβλήματα γιατί α) “επανερχόμενα στη ζωή άτομα” δεν είχαν αυτόνομη καρδιακή λειτουργία ή β) παρουσίαζαν μη ανατάξιμες βλάβες του εγκεφάλου που έφτασαν μέχρι και χωρίς καμιά δυνατότητα να αποκτήσουν τις αισθήσεις τους». (Αβραμίδης Αθ. «Ευθανασία», Εκδ. Ακρίτας 1995, σελ. 34-35).

Η δυνατότητα, όμως, αυτή (παράτασης της ζωής με τεχνητά μέσα επί μακρόν) έχει δημιουργήσει ποικίλα προβλήματα, ηθικής, κοινωνικής, οικονομικής τάξεως, οικογενειακά και διάφορα άλλα νομικής φύσεως και ιατρικής ευθύνης, όπως αναλύει ο ιατρός κ. Γεώργιος Παπαγεωργίου. Η παράταση της ζωής του ασθενούς που προσφέρει ή άλλες φορές επιβάλλει η ιατρική τεχνολογία, έχει, σε ορισμένες περιπτώσεις, τέτοια ποιότητα που είναι αμφίβολο αν είναι αποδεκτή από τον ασθενή ή αν έχει νόημα γι’ αυτόν.

Συγκεκριμένα, πολλές φορές ο γιατρός είναι υποχρεωμένος ανεξάρτητα από τις προσωπικές, θρησκευτικές ή φιλοσοφικές πεποιθήσεις του, να δώσει λύση σε ένα πρόβλημα το οποίο είναι σύνθετο, γιατί δεν αφορά μόνο αυτόν και τον ασθενή, αλλά και άλλους (οικογένεια, άλλους ασθενείς). Το πρόβλημα είναι επιτακτικό και έχει αντίκτυπο στο κοινωνικό σύνολο. Σε τέτοιες περιπτώσεις η ελεύθερη βούληση του ασθενούς μπορεί να έρθει σε σύγκρουση με τις ηθικές αντιλήψεις του γιατρού, ο οποίος βρίσκεται σε δίλημμα. Το πρόβλημα, της διατήρησης δηλαδή του ασθενούς στη ζωή, η οποία δεν έχει αυτόνομη καρδιακή λειτουργία και αναπνοή, είναι και οικονομικό.

Η ιατρική δεοντολογία επιτάσσει ότι οι ασθενείς όλοι πρέπει να απολαύουν νοσηλείας και θεραπείας σε μια δίκαιη αναλογία με τους άλλους ασθενείς και με τη συνολική δυνατότητα διαθέσεως των οικονομικών πόρων. Εάν, όμως, οι πόροι είναι περιορισμένοι, ποιοι θα προηγηθούν και ωφεληθούν από την εφαρμογή θεραπείας;

Στην πράξη, κάθε γιατρός είναι υποχρεωμένος να παράσχει τη μεγαλύτερη δυνατή φροντίδα στους αρρώστους που εμπίπτουν στη δική του ευθύνη και αρμοδιότητα.

Έτσι, όμως, πάρα πολλοί γιατροί έχουν κατηγορηθεί από προγραμματιστές υγείας και πολιτικούς ότι δεν λαμβάνουν υπόψη τους τους υγειονομικούς πόρους και ότι δεν συμπεριφέρονται με γνώμονα το γενικό καλό.

Τη νέα αυτή τεχνολογική ανακάλυψη συνοδεύουν αναπάντεχα προβλήματα που συνεχώς αναφύονται. (Περιοδικό «Πειραϊκή Εκκλησία», «Ο εγκεφαλικός θάνατος», τεύχος Σεπτεμβρίου 1996, σελ. 90-92).

1.2. «Μη ανατάξιμο κώμα» και εγκεφαλικός θάνατος»

Οι πρόοδοι της επιστήμης οδήγησαν σε αμφισβήτηση «του αξιώματος» να θεωρείται η καρδιά ως «το

κέντρο της ζωής» ή να θεωρείται ως «ζων» άτομο, το οποίο έχει υποστεί αμετακλήτως βαριές και εκτεταμένες εγκεφαλικές βλάβες, ενώ η αναπνοή ενδέχεται να διατηρείται με μηχανήματα τεχνητής αναπνοής και η καρδιά σε λειτουργία με ηλεκτρικές διεγέρσεις του καρδιακού παλμού. Έτσι, την τελευταία κυρίως εικοσαετία, εμφανίστηκε η έννοια του «εγκεφαλικού θανάτου», η οποία είναι απόρροια όχι μόνο της προόδου της επιστήμης, αλλά και της δημιουργίας των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας.

«Ο εγκέφαλος αποτελείται από δυο κύρια μέρη, τα ημισφαίρια, όπου εδράζονται κυρίως οι φυτικές λειτουργίες (ρύθμιση αναπνοής, κυκλοφορίας κλπ.). Η οριστική καταστροφή (θάνατος) του εγκεφαλικού στελέχους αποκλείει τη δυνατότητα διατήρησης της κυκλοφορίας. Αυτό σημαίνει ότι ο ασθενής αποκλείεται πλέον να διατηρηθεί στη ζωή χωρίς μηχανική υποστήριξη της αναπνοής και φαρμακευτική συντήρηση της αρτηριακής πίεσης. Επιπλέον, μέσω του εγκεφαλικού στελέχους ολοκληρώνεται η δραστηριότητα των εγκεφαλικών ημισφαιρίων, όπου εδράζονται οι ανώτερες λειτουργίες. Το εγκεφαλικό στέλεχος δημιουργεί μηχανισμούς εγρήγορης, οι οποίοι θέτουν σε λειτουργία τα εγκεφαλικά ημισφαίρια. Μόνο έτσι ενεργοποιείται ο μηχανισμός συνείδησης και είναι δυνατή η γνωστική και συναισθηματική ζωή. Βλέπουμε, λοιπόν, ότι ένα τέτοιο άτομο, με οριστική και ανεπανόρθωτη καταστροφή (θάνατο) είτε ολόκληρου του εγκεφάλου είτε μόνο του εγκεφαλικού στελέχους, αφ' ενός δεν είναι βιολογικά αυτόνομο άτομο, αφ' ετέρου δεν έχει νοητική, συναισθηματική και συνειδησιακά εγκεφαλικά δραστηριότητα. Η διατήρηση στη ζωή ενός τέτοιου ατόμου είναι δυνατή μόνο με τεχνητά μέσα και πάλι δεν μπορεί να είναι απεριόριστη. Η μακρόχρονη διατήρηση ανθρώπων σ' αυτή την κατάσταση δημιούργησε ερωτηματικά για το αν τέτοια άτομα θεωρούνται νεκρά ή όχι και αμφιβολίες για το αν ο μέχρι τότε ορισμός του θανάτου ήταν ακριβής. Η οριστική και αμετάκλητη (μη αναστρέψιμη) βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους ονομάστηκε "εγκεφαλικός θάνατος" (Brain death ή Brain stem death)». (Γ. Παπαγεωργίου, χειρουργός, περιοδικό «Πειραιϊκή Εκκλησία», Σεπτέμβριος 1996, σελ. 89-90).

Προς εξέταση του «εγκεφαλικού θανάτου» συστάθηκε βρετανική επιτροπή, η οποία σε ειδικό συνέδριο όρισε τον «εγκεφαλικό θάνατο» και έδωσε τα απαραίτητα κριτήρια για τη διάγνωση του (Depocrtunents of Health on the Adnce of the Conference of Royall Colleges and faculties of the United Kingdom), όπως διαβάζουμε στο βιβλίο του John Walton «Νευρολογία»: Κατά την επιτροπή αυτή, «ένα όργανο, ο εγκέφαλος, ο οποίος δεν λειτουργεί πλέον και δεν υπάρχει πιθανότητα να ξαναλειτουργήσει, είναι από κάθε άποψη νεκρό».

«Η διάγνωση του "εγκεφαλικού θανάτου" συνίσταται να επιβεβαιώνεται από δυο έμπειρους γιατρούς που εξετάζουν ανεξάρτητα· οι δοκιμασίες θα πρέπει να επαναληφθούν μετά από 24 ώρες και πριν από την απόφαση για διακοπή των μέσων διατήρησης στη ζωή του αρρώστου και την αφαίρεση οργάνων για μεταμόσχευση. Σήμερα θεωρείται περιττό να γίνεται ΗΕΓ (ηλεκτροεγκεφαλογράφημα), γιατί αυτό μπορεί να δείξει φυσιολογικό ρυθμό εγρήγορης σε περιπτώσεις μη αναστρέψιμης βλάβης του στελέχους».

Οι προϋποθέσεις για τη διάγνωση του «εγκεφαλικού θανάτου» είναι:

1. Ο ασθενής βρίσκεται σε βαθύ κώμα:

α) Δεν υπάρχει υποψία ότι η κατάστασή του οφείλεται σε κατασταλτικά φάρμακα.

β) Θα πρέπει να έχει αποκλειστεί η πρωτοπαθής υποθερμία ως αίτιο του κώματος.

γ) Θα πρέπει να έχουν αποκλειστεί ενδοκρινείς ή μεταβολικές διαταραχές που μπορεί να είναι υπεύθυνες

ή να συμβάλλουν στο κώμα.

2. Ο ασθενής να διατηρείται στον αναπνευστήρα γιατί η αυτόματη αναπνοή ήταν προηγούμενα ανεπαρκής ή είχε καταργηθεί.

α) Θα πρέπει να έχουν αποκλειστεί ως αίτια της αναπνευστικής ανεπάρκειας ή παύσης τα μυοχαλαρωτικά (ουσίες που προκαλούν αποκλεισμό της νευρομυϊκής σύναψης) ή άλλες ουσίες.

3. Δεν πρέπει να υπάρχει αμφιβολία ότι η κατάσταση του ατόμου οφείλεται σε μη ιάσιμη ανατομική βλάβη του εγκεφάλου. Θα πρέπει να έχει πλήρως επιβεβαιωθεί η διάγνωση της διαταραχής που οδήγησε στον εγκεφαλικό θάνατο. (John Walton, «Νευρολογία», Ιατρικές εκδ. Λίτσας 1984, σελ. 128).

Κατά τον ιατρό κ. Αβραμίδη Αθ., «παρά την αποδοχή του εγκεφαλικού θανάτου» η επιστημονική πρόοδος προχώρησε στη διαμόρφωση ενός «ομοειδούς ορισμού του θανάτου», ούτως ώστε να μην δίνεται προτεραιότητα σε κάποια από τις δυο μορφές αυτού, «εγκεφαλικό» και «καρδιοαναπνευστικό».

Ο νέος αυτός «ομοειδής ορισμός» του θανάτου εδόθη από τους «Ιατρικούς Συλλόγους Διάγνωσης του Θανάτου». Οι σύμβουλοι αυτοί είναι της «επιτροπής του προέδρου των ΗΠΑ για τη μελέτη των ηθικών προβλημάτων στην Ιατρική και Βιο-Ιατρική και την έρευνα της συμπεριφοράς».

1.2.1. «Ορισμός και οδηγίες για τον καθορισμό του θανάτου»

«Ένα άτομο το οποίο υπέστη είτε α) μη αναστρέψιμη παύση της κυκλοφοριακής και αναπνευστικής λειτουργίας ή β) μη αναστρέψιμη παύση όλων των λειτουργιών του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου και του εγκεφαλικού στελέχους, είναι νεκρό. Ο ορισμός του θανάτου πρέπει να γίνει σύμφωνα με τους παραδεγεμένους ιατρικούς κανόνες. Αυτό δε, διότι η ιατρική επιστήμη κατέληξε στο ότι ο θάνατος μπορεί να επέλθει είτε με καρδιοαναπνευστικά είτε με νευρολογικά κριτήρια.

«Τα κριτήρια τα οποία χρησιμοποιούν οι γιατροί για να καθορίσουν ότι ο θάνατος έχει επέλθει, θα πρέπει:

α) Να αποκλείουν λάθη κατατάξεως ενός ζώντος ατόμου ως νεκρού.

β) Να επιτρέπουν να γίνεται η αναγγελία του χωρίς καθυστέρηση άνευ λόγου.

γ) Να είναι ευπροσάρμοστα σε ποικίλες κλινικές καταστάσεις.

δ) Να είναι σαφή και προσιτά προς επικύρωση».

Τα νέα αυτά κριτήρια καλύπτουν από ιατρικής πλευράς τις ανάγκες τόσο για τη διαπίστωση του καρδιοαναπνευστικού όσο και του εγκεφαλικού θανάτου. Ιδιαίτερη επιμέλεια καταβάλλεται για την εκτίμηση και διαπίστωση της παύσεως «όλων των λειτουργιών ολόκληρου του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου και του εγκεφαλικού στελέχους» και όχι μόνο τη λειτουργία του εγκεφαλικού στελέχους. Επιμέλεια και για τον τρόπο ελέγχου της μη ύπαρξης αναπνοής.

Είναι γνωστό ότι σήμερα όλες οι χώρες του κόσμου, με εξαίρεση τη Δανία, τις επιφυλάξεις της Ιαπωνίας και την απόρριψή του από τις ισλαμικές χώρες, αποδέχονται τον «εγκεφαλικό θάνατο» ως το βιολογικό τέρμα της ζωής. (Αβραμίδης Αθ., Εκδ. Ακρίτας 1995, σελ. 38-40 και 44).

Βέβαια, πριν κλείσουμε αυτό το κεφάλαιο είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί ότι αυτή η καθιέρωση του «εγκεφαλικού θανάτου» σήμερα από την επιστήμη, δεν φαίνεται να είναι τελεσίδικη και καθολικά αποδεκτή από όλο τον ιατρικό κόσμο. Από τη μια πλευρά, είναι πολύ δύσκολη η απόφαση διατήρησης στη ζωή των

αρρώστων με εγκεφαλική βλάβη, με αναπνευστήρα και άλλα τεχνικά μέσα, απεριόριστα και από την άλλη, γιατί δεν μπορεί να απαντήσει κανείς με βεβαιότητα στην ερώτηση αν η εγκεφαλική βλάβη είναι μη αναστρέψιμη και ότι επίκειται καρδιακή παύση, ώστε να αρχίσουν προετοιμασίες για την αφαίρεση οργάνων, προκειμένου να χρησιμοποιηθούν για μεταμόσχευση (John Walton, «Νευρολογία», Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας 1984, σελ. 128).

Ο κ. Παρασκευαΐδης στο βιβλίο του «Εγκεφαλικός ή καρδιακός θάνατος», αναφέρει:

Από την ιστορική αναδρομή φαίνεται ότι ο «εγκεφαλικός θάνατος ή το μη ανατάξιμο κώμα», όπως αλλιώς λέγεται, αναφέρθηκε για πρώτη φορά το 1968 από τη λεγόμενη Επιτροπή του Haggard (ή Committee of the Harvard Medical School). Η επιτροπή αυτή καθιέρωσε έκτοτε τρία στάδια κριτηρίων θανάτου: 1. Την έλλειψη αντιλήψεως και αντανακλαστικών. 2. Την έλλειψη κινήσεως και αναπνοής επί τουλάχιστον μια ώρα. 3. Την ισοηλεκτρική γραμμή επί διάστημα τουλάχιστον 24 ωρών. Τα κριτήρια, όμως, αυτά δεν είναι πάντα επαρκή. Το 1981 δημοσιεύτηκε στις ΗΠΑ ο νέος νόμος «The United States Uniform Determination of Death Act», που κρύπτει την ισοτιμία μεταξύ «εγκεφαλικού θανάτου» και θανάτου ενός ατόμου. Μετά το 1968 ακολούθησαν και άλλες δημοσιεύσεις, από διάφορους φορείς, για τον καθορισμό κριτηρίων του εγκεφαλικού θανάτου. Παρά ταύτα, η επιστήμη δεν φαίνεται να είναι απολύτως βέβαιη για όλα αυτά. Τα κράτη δεν συμφωνούν απόλυτα και σε όλα τα σημεία, ενώ οι επιστήμονες προτείνουν πολλά και διάφορα. (Παρασκευαΐδης, Αθήνα 1992, σελ. 14-15).

Αυτές οι αμφισβητήσεις, κατά τον Αβραμίδη Αθ., έχουν τη θέση τους α) λόγω των εμπλοκών που υπάρχουν με την ευθανασία, β) των προβλημάτων που προκύπτουν στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, και γ) της τακτικής που εφαρμόζεται για την εξεύρεση μοσχευμάτων ικανών προς μεταμόσχευση. (Αβραμίδης Αθ., Εκδ. Ακρίτας 1995, σελ. 40).

1.3. Επιφυλάξεις για τον «εγκεφαλικό θάνατο» και η ευθανασία στις μεταμοσχεύσεις

Ενώ έχουν τεθεί σαφώς (κατά το δυνατόν) από επιστημονικής πλευράς τα του καρδιαναπνευστικού και εγκεφαλικού θανάτου, διατυπώνονται επιφυλάξεις για τον εγκεφαλικό θάνατο σε σχέση με τις μεταμοσχεύσεις.

Όπως ήδη έχει αναφερθεί, εφόσον τεθεί η διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους, η περαιτέρω θεραπευτική υποστήριξη θεωρείται «άσκοπη» εκτός και πρόκειται με δωρεά οργάνων να γίνει μεταμόσχευση. Τα άτομα αυτά έχουν απωλέσει ικανότητα αυτόνομης αναπνοής και χορηγείται η τεχνητή αναπνοή, διότι χωρίς αυτή η βλάβη του στελέχους επηρεάζει τις βασικές λειτουργίες της ζωής και τα άτομα καταλήγουν ταχύτατα. Άρα μεσολαβεί κάποιος χρόνος.

Εδώ πρέπει να τονιστεί ότι δεν είναι επιστημονικώς ορθό να αναφέρεται ο «εγκεφαλικός θάνατος» ως «κλινικός θάνατος» και επίσης το ότι ο σε «φυτική κατάσταση» δεν είναι εγκεφαλικά νεκρός. Γιατί υπάρχουν μεν διαταραχές λειτουργίας υψηλότερων κέντρων των εγκεφαλικών ημισφαιρίων, όμως το εγκεφαλικό στέλεχος είναι και παραμένει ζωντανό και σε τέτοιες καταστάσεις ο άνθρωπος θεωρείται και είναι ζωντανός.

«Η εισαγωγή, όμως, του εγκεφαλικού θανάτου ως κριτηρίου παύσης της ζωής, συνέπεσε χρονικά με την ανάπτυξη των μεταμοσχεύσεων, με αποτέλεσμα να υπάρχουν και εκείνοι οι οποίοι υποπτεύονται ότι... ήταν

“επιπόσι” για τη διευκόλυνση εξευρέσεως οργάνων προς μεταμόσχευση, εφόσον τα “πτωματικά” από τους καρδιοαναπνευστικά νεκρούς, αποδεικνύονται ακατάλληλα. Έτσι, η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου γίνεται επιλήψιμη και διαβλητή για “σκόπιμη επίσωση του θανάτου” προκειμένου να ληφθούν από έναν “ιδανικό δότη” όργανα για μεταμόσχευση. Στις περιπτώσεις αυτές θυσιάζεται κάποιος, πριν ξεψυχήσει, ούτως ώστε να δοθεί ζωή σε κάποιον άλλον που εναγωνίως περιμένει.

Το άτομο αυτό (ο δότης) δεν έχει γίνει ακόμα πτώμα, “δεν έχει σβήσει η ζωή μέσα του”, σκέφτονται μερικοί. Και αυτό γιατί έχουν υπάρξει περιπτώσεις όπου μετά τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου και την αφαίρεση του μηχανήματος ακολούθησε προς έκπληξη των παρισταμένων η αυτόματη αναπνοή και το άτομο επανήλθε στη ζωή». (Βλέπε περιοδικό «ΕΝΑ» 9.3.1988, Κάρεν Αν Κουίνλαν «Η 30χρονη για πάντα φυτό»). Ή και για κάποια άλλα δημοσιεύματα που έχουν να κάνουν με «εμπορία οργάνων σώματος» (Βλέπε «Καθημερινή» 13.9.1993, «Μας ζήτησαν χρήματα για μόσχευμα» ή περιοδικό «Πειραιϊκή Εκκλησία», Σεπτέμβριος 1993: «Μεταμοσχεύσεις και θάνατος, η σκοπιμότητα, οι υποψίες, η ευθύνη»). Στα δημοσιεύματα αυτά νεφροπαθείς και άλλοι ασθενείς καταγγέλλουν περιπτώσεις εμπορίας οργάνων σε έρευνα που διενεργήθηκε από εκπροσώπους του Ιδρύματος για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου.

Παρά, όμως, τα μεμονωμένα περιστατικά που κατά καιρούς έχουν έρθει στο φως της δημοσιότητας και σπλώνουν το θέμα των μεταμοσχεύσεων, είναι σίγουρο και αποδεκτό από την πλειοψηφία του ιατρικού κόσμου και γενικότερα, ότι η δωρεά σώματος συνιστά ζήτημα μεγάλου ανθρωπισμού. Κανένας δεν δικαιούται να παραμένει απαθής, εμπρός στο δράμα που ζουν οι ασθενείς, οι οποίοι περιμένουν το «σωτήριο δότη». Πρέπει, επίσης, να τονιστεί ότι τόσο διεθνώς όσο και στη χώρα μας τα κριτήρια διάγνωσης του «εγκεφαλικού θανάτου» είναι και εφαρμόζονται με μεγάλη αυστηρότητα. Άλλωστε, όπως διαβάζουμε στο βιβλίο του νομικού Γ. Κατρουγκάλου «Το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο»: «Ο Έλληνας νομοθέτης με το νόμο 1383/1983 επιτρέπει τη μεταμόσχευση ιστών ή οργάνων, αλλά μόνο με την ελεύθερη συναίνεση του δότη και ελλείψει οποιουδήποτε οικονομικού ανταλλάγματος». (Κατρουγκάλας, Αθήνα-Κομοτηνή 1993, σελ. 128).

Κλείνοντας το μεγάλο αυτό κεφάλαιο των μεταμοσχεύσεων, ο ιατρός κ. Αβραμίδης τονίζει: «Δεν είναι βεβαίως ορθό αυτό που υποστηρίχτηκε ότι δηλαδή “επινοήθηκε ο εγκεφαλικός θάνατος για να διευκολυνθούν οι μεταμοσχεύσεις”. Σίγουρα θα πρέπει να προαχθούν οι μεταμοσχευτικές δυνατότητες. Όμως, για το πώς θα γίνει αυτό, είναι ανάγκη πλέον να αποτελέσει αντικείμενο πληρέστερης μελέτης των προβλημάτων, με υπευθυνότητα η οποία ασφαλώς και δεν λείπει. Και με σεβασμό προς τη ζωή. Και υπολογισμό των απόψεων όλων’ και εκείνων οι οποίοι για λόγους συνειδησιακούς ενίστανται. Για να τους κερδίσουν ενδεχομένως και αυτούς». (Αβραμίδης Αθ., «Ευθανασία», Εκδ. Ακρίτας 1995, σελ. 42-46).

1.4. «Η ευθανασία στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας»

Με την παρόδο του χρόνου έχει αποκτηθεί σημαντική πείρα στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) για τα αποτελέσματα των προσπαθειών προς αποκατάσταση βαρέως πασχόντων. Έχει διαμορφωθεί κατάλογος περιπτώσεων και πίνακες οδηγιών για τις διάφορες περιπτώσεις για τις οποίες κρίνεται άσκοπη η οποιαδήποτε προσπάθεια ανανήψεως (Do not Resuscitate Orders-N.N.RO) σε περίπτωση που συμβεί καρδιοαναπνευστική

ανακοπή.

Σε ό,τι αφορά στην ευθανασία, η επικέντρωση στις ΜΕΘ γίνεται στην τακτική που ακολουθείται για τη λήψη αποφάσεως: α) προς συνέχιση ή εγκατάλειψη των προσπαθειών για περαιτέρω συνέχιση της ζωής και β) προς τον περιορισμό των φροντίδων στηρίξεως της ζωής.

Έχει γίνει λόγος για την παραχώρηση υπερβολικών αρμοδιοτήτων και υπερβολικής δικαιοδοσίας «ζωής και θανάτου» στο γιατρό και κάποιοι φοβούνται «κατάχρηση εξουσίας». Από την άλλη πλευρά, όμως, κάποιοι γιατροί θεωρούν ότι οι νόμοι είναι ασαφείς όταν από το ένα μέρος απαιτείται από το γιατρό το μέγιστο των προσπαθειών για τη διάσωση της ζωής, ενώ από το άλλο επικρίνεται η μη εφαρμογή περισσότερων προσπαθειών. Οι οποίες, όμως, θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν από κάποιους και ως υπερβολικές. Σε γενικές γραμμές, όμως, υπάρχει η έκθεση κριτηρίων η οποία σέβεται απόλυτα τους «παραδεδεγμένους ιατρικούς κανόνες» και επαφίεται με εμπιστοσύνη στους γιατρούς κατά τα παραδεδεγμένα της ορθής εφαρμογής τους. Υπάρχουν, άλλωστε, και οι νόμοι, με τους οποίους και ο γιατρός ελέγχεται. Επειδή, όμως, πολλές από τις οδηγίες και τα κριτήρια επιδέχονται ερμηνείες, γι' αυτό χρειάζεται περισσότερη μελέτη της διαδικασίας της ζωής και του θανάτου, κυρίως στις ΜΕΘ.

Πρόβλημα δημιουργείται και εκεί είναι που γίνεται ένταση και γεννιέται φόβος όταν, «παρά τις οδηγίες για τη μη ανάληψη προσπάθειας υποστηρίξεως της ζωής» (D.N.R Orders), εφηρμόσθη καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και επετεύχθη σε αρκετούς αποκατάσταση στη ζωή για μεγαλύτερο ή μικρότερο χρονικό διάστημα και αρκετοί από αυτούς εξήλθαν από το νοσοκομείο. Οπότε, διερωτάται κανείς αν ο γιατρός είχε το δικαίωμα να τους στερήσει τη ζωή.

Γι' αυτό, λοιπόν, απαιτείται από τους γιατρούς, οι οποίοι βρίσκονται στο επίκεντρο των προσπαθειών και φέρουν πάντα τη μεγαλύτερη ευθύνη, ανάγκη για έρευνα και έκδοση σαφέστερων νομικών και βοηθητικών κριτηρίων. (Αβραμίδης Αθ., Εκδ. Ακρίτας 1995, σελ. 47, 51-52).

2. Ειδικότερη τοποθέτηση της ιατρικής επιστήμης απέναντι στην ευθανασία

Ο όρος «ευθανασία» βρίσκεται έξω από τα διδάγματα και τις επιταγές της θεραπευτικής. Ο γιατρός υπηρετεί τη ζωή, ιατρεύει. Επί σειρά αιώνων και μέχρι σήμερα το ιατρικό ήθος έχει θεμελιωθεί στο άκρως ανθρωπιστικό πνεύμα του όρκου του Ιπποκράτη, τον οποίο δίνει ο γιατρός, υποσχόμενος μεταξύ άλλων και τούτο: «... ου δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμον, ουδέ υφηνήσομαι ξυμβουλίην τοιάνδε· ομοίως δε ουδέ γυναικί πεσσόν φθόριον δώσω. Αγνώς δε και οσίως διατηρήσω βίον τον εμόν και τέχνην την εμήν...». (Χρονόπουλος Ν., Αθήνα 1980, σελ. 22).

Στο βιβλίο του νομικού κ. Καράμπελα Α. «Ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και το θάνατο», διαβάζουμε: «Η άποψη του Ιπποκράτη είναι και σήμερα αποδεκτή από την ιατρική δεοντολογία. Σε διακηρύξεις του ιατρικού κόσμου, σε διεθνές επίπεδο τονίζεται κατά τρόπο κατηγορηματικό ότι ο γιατρός οφείλει να σέβεται την ανθρώπινη ζωή, από την αρχή της.

Τέτοια κείμενα είναι:

- Ο παγκόσμιος χάρτης της Ιατρικής του 1947.
- Η Διακήρυξη της Γενεύης του 1948 της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρείας.
- Ο Διεθνής Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, της 22ης Παγκόσμιας Ιατρικής Συνέλευσης του Σίδνεϊ του 1968.
- Η Διακήρυξη του Όσλο, που ψηφίστηκε στην 35η Παγκόσμια Ιατρική Συνέλευση της Βενετίας του 1983».

Όπως φαίνεται και στο κεφάλαιο «Νόμος και ευθανασία», ο Έλληνας νομοθέτης δεν απαλλάσσει κανένα είδος ευθανασίας από επιβολή ποινής μάλιστα με το άρθρο 9 του Β.Δ. 26/5-6/7/1955 «περί Κανονισμού Ιατρικής Δεοντολογίας», νομοθέτησε την υποχρέωση καθήκον του γιατρού για την προστασία της ζωής του ανθρώπου και για την παράτασή της, όσο είναι δυνατόν. (Καράμπελας Λ., Αθήνα 1987, Εκδ. Εστία, σελ. 31 και 36).

Κατά την πιο πρόσφατη διακήρυξη των θέσεων του Συμβουλίου της Επιτροπής της American Medical Association επί των Ηθικών και Δικαστικών Υποθέσεων:

«Αυτό το οποίο χαρακτηρίζεται ως ενεργητική ευθανασία είναι ένας ευφημισμός για την εκ προθέσεως θανάτωση ενός προσώπου και δεν αποτελεί μέρος της ασκήσεως της Ιατρικής, είτε με τη συγκατάθεση είτε χωρίς τη συγκατάθεση του αρρώστου. Κατά το νόμο, ένα πρόσωπο το οποίο φονεύει ένα άλλο πρόσωπο υπό αυτές τις συνθήκες, είναι ένοχος ανθρωποκτονίας... και ο «εκ προθέσεως τερματισμός της ζωής μιας ανθρώπινης υπάρξεως από κάποιον άλλον εξ οίκτου, βρίσκεται σε αντίθεση με την ιατρική παράδοση και τους κατ' εξοχήν κανόνες για την ανθρώπινη αξία».

Οι απόψεις τους Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου για την ευθανασία (ΠΙΣ), όπως εκφράστηκαν σε απάντησή του στο ερωτηματολόγιο που τέθηκε από το Συμβούλιο της Ευρώπης τον Αύγουστο του 1987, συνοψίζονται στα εξής: «Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος έχει επανειλημμένα διακηρύξει την αντίθεσή του σ' οποιαδήποτε μορφή πρακτικής της ευθανασίας (ενεργητικής ή παθητικής, εκούσιας ή ακούσιας και για οποιονδήποτε λόγο). Η ευθανασία σε όλες τις διακρίσεις έχει την αυτή κοινωνική απαξία. Η πρακτική της ευθανασίας είναι δυνατόν να οδηγήσει το γιατρό από εγγυητή και θεματοφύλακα της ανθρώπινης ζωής, σε κριτή και δήμε, του ποιος δικαιούται να ζήσει και ποιος όχι. Γίνεται δεκτό ότι αναμφισβήτητο δικαίωμα του κάθε ανθρώπου είναι το να δεχτεί ή να αρνηθεί την οποιαδήποτε ιατρική αγωγή. Όμως, το δικαίωμα αυτό του ασθενή, δεν μπορεί να οδηγήσει το γιατρό του να προβεί σε πράξεις αφαίρεσης της ζωής του, ή σύντημης του υπολοίπου χρόνου του. Η ένταση συνείδησης του γιατρού αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμά του, για την παροχή της οποιασδήποτε ιατρικής πράξης στον οποιονδήποτε...» και δεν αποδέχεται ο ΠΙΣ την Living Will, γνωστή και ως «διαθήκη θανάτου». (Αβραμίδης Αθ., «Ευθανασία», Εκδ. Ακρίτας 1995, σελ. 76-78).

Στο βιβλίο του κ. Παρασκευαΐδη Χρ. «Νεότερες όψεις του προβλήματος της ευθανασίας», διαβάζουμε σχετικά με το θέμα «Ιατρική και ευθανασία»:

«Η Διακήρυξη της Βενετίας του 1983 για την τελική φάση της αρρώστιας, περιλαμβάνει τα εξής κεφαλαίωδη:
1. Ο γιατρός έχει σαν αποστολή να θεραπεύει και στο μέτρο του δυνατού να ανακουφίζει τους πόνους, έχοντας

πάντοτε στο νου του το συμφέρον του ασθενούς, 2. Η αρχή αυτή δεν επιδέχεται εξαίρεσης, ούτε στην περίπτωση ανίατης ασθένειας ή επιδείνωσης της κατάστασης».

Η πλειοψηφία του ιατρικού κόσμου απορρίπτει την ευθανασία ως αντίθετη προς την ιατρική δεοντολογία και τον όρκο του Ιπποκράτη· αυτό, βέβαια, δεν σημαίνει ότι εκλείπουν και οι υποστηρικτές αυτής. Τα τελευταία χρόνια, μάλιστα, πληθαίνουν οι πιέσεις που ασκούνται από συγκεκριμένες ομάδες ενδιαφερομένων προς τις κυβερνήσεις και προς την κοινή γνώμη, προκειμένου να αλλάξει η νοοτροπία του κόσμου και να αναγνωριστεί νομοθετικά το δικαίωμα στο θάνατο, όπως ακριβώς υπάρχει αναγνωρισμένο το δικαίωμα στη ζωή. Ο πειρασμός του λεγόμενου «γλυκού θανάτου» κατακτά συνεχώς έδαφος.

Κατά το παρισινό «Figaro», οκτώ ιατροί στους 10 τάσσονται υπέρ της ευθανασίας («Figaro», 19.9.1984).

Έρευνα που διεξήγαγε το ιατρικό περιοδικό «Topus», απέδειξε πως από τους ερωτηθέντες ιατρούς, αν είχαν αντιμετωπίσει περίπτωση ευθανασίας: 29% απάντησε θετικά και 70% απάντησε αρνητικά. Στο ερώτημα, όμως, τι θα επέλεγαν αν βρίσκονταν «μπροστά σε ασθενή καταδικασμένο»: 5% απάντησαν πως θα κατέφευγαν σε θεραπευτική αγωγή, 66% ότι θα ενεργούσαν παθητική ευθανασία και 24% ενεργητική ευθανασία.

Στις 4.1.1986 εκδόθηκε μανιφέστο πέντε Γάλλων ιατρών με το οποίο διεδίδωναν την απόφασή τους να εξασφαλίσουν στους ασθενείς τους το λιγότερο κακό θάνατο. Όλα αυτά, αλλά κυρίως περιπτώσεις άσκησης της ευθανασίας από πολλούς ιατρούς ανά τον κόσμο, οι οποίες αν και δεν βλέπουν το φως της δημοσιότητας, παρά ταύτα γίνονται δεκτές μεταξύ των ιατρών, δείχνουν ότι το πρόβλημα της ευθανασίας συνεχώς οξύνεται. Ήδη, ορισμένες χώρες (όπως έχει αναφερθεί στο κεφάλαιο «Νόμος και ευθανασία»), π.χ. η Ολλανδία και η Φινλανδία υπό προϋποθέσεις και η Αυστραλία πρόσφατα, έχουν προχωρήσει στη νομιμοποίηση της ευθανασίας. (Παρασκευαΐδης Χρ., Αθήνα 1986, σελ. 9-10).

Πέρα, όμως, από τις γενικές αυτές τοποθετήσεις και όπως προαναφέρθηκε, η ιατρική επιστήμη δεν μπορεί να δεχθεί και να στηρίξει την ευθανασία. Χωρίς και πάλι αυτό να σημαίνει ότι δεν υπάρχουν τα ηθικά διλήμματα και οι προβληματισμοί. Την κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο γιατρός, όταν του ζητείται να εφαρμόσει ευθανασία, μας περιγράφει με πολύ ωραίο τρόπο ο ιατρός κ. Κουτσελίνης.

Κατά τον κ. Κουτσελίνη, η πραγματική έννοια της «ευθανασίας» γεννήθηκε δίπλα στο κρεβάτι του αρρώστου. Ανάμεσα σε αυτόν που υποφέρει από ανίατη ασθένεια και στον κατ' εξοχήν αρμόδιο για την εκτίμηση και θεραπεία της κατάστασής του, του γιατρού. Στις περιπτώσεις, λοιπόν, όπου έχει εξαντληθεί κάθε θεραπευτικό μέσο και ο γιατρός δεν μπορεί να δώσει πλέον καμιά βοήθεια, σε αυτές τις περιπτώσεις η θέση του είναι τραγική. «Για τον ταγμένο να υπηρετεί τον άρρωστο με αφοσίωση και αυταπάρνηση κάτι τέτοιο σημαίνει βαθιά απόγνωση. Μια απόγνωση που ξεκινά από την αδυναμία του να ανακουφίσει έστω και για λίγο τον πόνο του συνανθρώπου του, από τη βαθιά οδύνη που νιώθει, βλέποντας το χάσιμο κάθε ελπίδας για ζωή. Σκέπτεται το θάνατο σαν λύτρωση. Σαν μέσο θα έλεγε κανείς, που στον άρρωστο που υποφέρει θα έφερνε μια οριστικά ανακούφιση και γαλήνη. Και μόνο με τη σκέψη αυτή, μιας τραγικής στιγμής, θα μπορούσε ίσως να συζητηθεί η ευθανασία. Γιατί άλλη βάση δεν υπάρχει και η επιχειρηματολογία των οπαδών της, που προσπαθεί να την καλύψει φιλοσοφικά δεν αντέχει σε μεγάλη συζήτηση».

Το πολυθρυσλούμενο «δικαίωμα του αποθνήσκειν» συζητείται ευρύτατα. Δικαίωμα ζωής υπάρχει και είναι επιτακτική η ανάγκη να αγωνιστεί κανείς γι' αυτό. Πέρα, όμως, από την αντίθετη αυτή άποψη, μια τέτοια

φιλοσοφική θεώρηση του δικαιώματος ζωής και θανάτου δεν έχει σχέση με την ευθανασία.

Συνδέεται με την αυτοκτονία, κάτι τελείως διαφορετικό που συγχέεται όμως από τους απολογητές της ευθανασίας, ίσως σκόπιμα και από έλλειψη άλλων επιχειρημάτων.

Ο κ. Κουτσελίνης, έχοντας μελετήσει την ελληνική νομοθεσία σχετικά με την ευθανασία και παράλληλα ζώντας δίπλα στον άρρωστο, μας αναφέρει χαρακτηριστικά:

«Η επίμονη και σπουδαία απαίτηση του πάσχοντα που ζητά ο νόμος για την εφαρμογή της ευθανασίας είναι για το γιατρό έννοιες ανοιχτές για συζήτηση, αφού γνωρίζει καλά —το ζει καθημερινά— ότι εξοικείωση του άρρωστου με το θάνατο, σε τέτοιο σημείο ώστε να τον επιζητεί, δεν υπάρχει».

Ο άρρωστος στο δικό μας το χώρο συχνά δεν πιστεύει, δεν μπορεί να παραδεχτεί ότι έφτασε το τέλος. Ο άρρωστος και στον πιο ανυπόφορο πόνο του, ελπίζει. Και η «σπουδαία και επίμονη» απαίτηση για θανάτωση κρύβει πάντοτε τη γεμάτη λαχτάρα προσμονή του, να ακούσει από το γιατρό ότι θα «γίνει καλά», ότι «δεν έχει δίκιο γι' αυτά που ζητάει». Αυτή η διαβεβαίωση του γιατρού είναι το καλύτερο φάρμακο για τον άρρωστο (έστω και ψεύτικη, όπως δυστυχώς συμβαίνει πολλές φορές), βάλσαμο παρηγορίας που μετρατρέπει την επίκληση για θάνατο «γιατρέ, λύτρωσέ με» σε μια κραυγή αγωνίας «γιατρέ, σώσε με».

Ζητάει ακόμα ο νομοθέτης «ανίατη ή σοβαρή σωματική αναπηρία». Αλλά η έννοια του ανιάτου δεν αποτελεί δίκαιο για το γιατρό, για να εγκαταλείψει τις προσπάθειές του. Ο γιατρός αναλαμβάνει την προσπάθεια όχι «να κάνει καλά τον άρρωστο», αλλά «να προσπαθήσει να τον κάνει καλά» και η προσπάθεια αυτή περιλαμβάνει ολόκληρο το φάσμα, από την πλήρη ίαση μέχρι και τη συμπτωματική ανακούφιση. Αλλά και η έννοια του «ανιάτου» είναι για το γιατρό εξαιρετικά ευρεία. Ανίατη είναι η κακοήθης νεοπλασία που έχει κακή πρόγνωση και μικραίνει το προσδόκιμο της επιβίωσης, αλλά ανίατος είναι και ο σακχαρώδης διαβήτης που η θεραπευτική του κάλυψη μεταβάλλει την ποιότητα της ζωής και το άτομο συνεχίζει να ζει με διαφορετικό τρόπο. Άλλωστε, όπως συμπληρώνει και ο γιατρός κ. Αβραμίδης, στο βιβλίο του «Ευθανασία»: «Ποτέ δεν μπορεί κανείς να είναι απολύτως βέβαιος για το ανίατο οποιασδήποτε καταστάσεως, αφήνοντας και κάποια περιθώρια για πιθανό λάθος ή και για μια έκπληξη ή και, γιατί όχι, ακόμα και ένα θαύμα. Τέτοια παραδείγματα προέρχονται από τις άλλοτε ανίατες ασθένειες, λέπρα και σύφιλη, πολύ βασανιστικές και για χρόνια, που όμως τώρα θεραπεύονται. Σήμερα εφαρμόζεται ευθανασία για το AIDS ενεργητική με αυτοκτονία ή με “υποβοήθηση”, π.χ. στην Ολλανδία. Ποιος, όμως, είναι σε θέση να αποκλείσει το ενδεχόμενο να υπάρξει κάποια θεραπεία και για το AIDS... ή με μια “νέα μετάλλαξη” να παύσει ο ιός να είναι παθογόνος για τον άνθρωπο; Τέλος, το δικαίωμα στη ζωή είναι πάντα ζωντανό και καθημερινά ενισχυόμενο από την εξέλιξη της επιστήμης. Κανένας δεν έχει το δικαίωμα να προωθήσει διαδικασία ευθανασίας, όταν υπάρχει και η ελπίδα από τη μια στιγμή πν άλλη, η επιστήμη να μπορεί να συμβάλει αποτελεσματικότερα για τη ζωή του κάθε ανθρώπου. Ενώ η αποδοχή της ευθανασίας, ενέχει τον κίνδυνο να αμβλύνει την έφεση για περαιτέρω προσπάθειες και ανακάλυψη νέων μεθόδων στηρίξεως της ζωής ή επαναφοράς στη ζωή. Περίτρανη απόδειξη αυτού είναι η επινόηση της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, με την οποία, άλλοτε καταδικασμένοι σε θάνατο άνθρωποι, επαναφέρονται τώρα στη ζωή με ευκολία και ρυθμούς “ρουτίνας”, αποδιδόμενοι στην κοινωνία και επανερχόμενοι στις δραστηριότητές τους». (Αβραμίδης Αθ., Εκδ. Ακρίτας 1995, σελ. 88-89).

Συνεχίζοντας την ανάλυση και αιτιολόγηση των επιχειρημάτων του, ο κ. Καράμπελας τονίζει ότι «το

δεύτερο στοιχείο της σοβαρής σωματικής αναπηρίας σε καμιά περίπτωση δεν στοιχειοθετεί δίκαιο, για μια σπουδαία και επίμονη απαίτηση θανάτωσης. Ακόμα και η μόνιμη αναπηρία (100% σε ποσοστά) έχει τη θέση της στη ζωή».

Έχουν γίνει και αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία, πολλές βολιδοσκοπήσεις των γιατρών και αναφέρονται αριθμητικά δεδομένα σε ποσοστά παραδοχής ή απόρριψης της ευθανασίας σε οποιαδήποτε μορφή. Πέρα, όμως, από κάθε φιλοσοφική και κοινωνική θεώρηση του προβλήματος, ο γιατρός πρέπει ως το τέλος να παραμένει αταλάντευτα πιστός στον όρκο του. Σε καμιά περίπτωση δεν μπορεί να μετατραπεί ο γιατρός σε κριτή και πολύ περισσότερο σε δήμο. (Αντ. Κουτσελίνη και Μαν. Μιχαλοδημητράκη, «Ιατρική ευθύνη», Gutenberg, Αθήνα 1984, σελ. 139-140, καθώς και εισαγωγή του βιβλίου του κ. Καράμπελα από τον ιατρό Αντ. Κουτσελίνη: Λ.Δ. καράμπελας, Αθήνα, Εκδ. Εστία 1987, σελ. 9-11).

Όσον αφορά ειδικά στο σεβασμό της επιθυμίας του ασθενούς για την άσκηση της ευθανασίας, την οποία θεωρούν ως απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή της ενεργητικής ευθανασίας, όλοι οι υποστηρικτές της, αυτή από τους περισσότερους ιατρούς, θεωρείται επισφαλής. «Η επίμονη απαίτηση του πάσχοντος δεν είναι πάντοτε προϊόν υγιούς λογικής σκέψης και ελεύθερης εκλογής της αποφάσεως». «Η ανίατη και επώδυνη ασθένεια» επιδρά επί της πνευματικής λειτουργίας του ασθενούς. Είναι αδύνατον να έχει τη διαύγεια της σκέψης ή την ορθή κρίση την οποία είχε πριν ασθενήσει. Επομένως, ο γιατρός δεν υποχρεούται να συμμορφωθεί προς την απαίτηση του ασθενούς, αλλά προς την απαίτηση της ζωής». Συνεχίζοντας, ο ιατρός κ. Αβραμίδης, ο οποίος έχει μελετήσει το θέμα της ευθανασίας, υποστηρίζει: Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να πεθάνει με αξιοπρέπεια, σύμφωνα και με τη διακήρυξη της Λισσαβώνας του 1981 για τα δικαιώματα του ασθενούς. Έχει ακόμα το δικαίωμα να δέχεται ή να αρνείται θεραπεία μετά τη λήψη των κατάλληλων πληροφοριών. Δεν είναι, όμως, νομικό ότι τα δικαιώματα του αρρώστου μπορεί να επεκτείνονται μέχρι του σημείου να απαιτεί ο άρρωστος από το γιατρό —ο ίδιος προσωπικά ή το περιβάλλον αυτού— να γίνεται το όργανο αφαίρεσης της ζωής. Η ένσταση συνείδησης του γιατρού είναι απαραβίαστη και αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμά του, για την παροχή οποιασδήποτε βοήθειας.

Άλλωστε, τα παραδείγματα ανθρώπων που «κατιδικάστηκαν» από την επιστήμη τελείδικα στον «αναπότρεπτο» θάνατο, οι οποίοι τελικά επέζησαν, δεν είναι καθόλου λίγα. Αρκετές δε περιπτώσεις είναι τόσο καταπληκτικές, ώστε να μην τολμά «ελαφρά τη καρδία» ή αβασάνιστα να λαμβάνει ο γιατρός αποφάσεις τερματισμού της ζωής ενός ανθρώπου. Αντίθετα, αισθάνεται πιο άνετα και πιστός στο καθήκον του, όταν αφήνεται απερίσπαστος να κρίνει και να αποφασίσει, σύμφωνα με τις γνώσεις του και τη φωνή της συνειδήσεώς του. Ανάγκη να καταφύγει ο γιατρός σε λύσεις απελπισίας δεν υπάρχει. Η ελληνική νομοθεσία δεν υποχρεώνει κανέναν και πολύ περισσότερο το γιατρό να γίνει... δήμιος του αρρώστου του.

«Φαντάζεται κανείς πού θα φτάναμε —και ας ελπίζουμε ότι δεν θα φτάσουμε ποτέ— στο σημείο να έχουμε στον τόπο μας μια, ας πούμε, “Ιατρική Εταιρεία Ευθανασίας”; Και δεν μας φέρνει στο μυαλό κάτι τέτοιο τη γνωστή εκείνη “Εταιρεία Δολοφόνων”; Και δεν θα έτρεμε πλέον ο κάθε άρρωστος, ή δεν θα κλονιζόταν η εμπιστοσύνη του στη θέα του γιατρού, με το φόβο ότι πιθανόν έρχεται με τη σήριγγα στο χέρι ένας ίσως και πληρωμένος εκτελεστής;».

Αυτά, βέβαια, όσον αφορά στην ενεργητική ευθανασία: όμως, υπάρχει και το ενδεχόμενο να προκληθεί με θεραπευτικές υπερβολές, τεχνητή προέκταση των φυσικών ορίων της ζωής και διατήρηση μιας κατάστασης

επ' αόριστον, με αποτέλεσμα μέχρι και την καταρράκωση της αξιοπρέπειας του ασθενούς (με πλείστες όσες συνέπειες στον περίγυρό του, μια οικονομική αιμορραγία ή κατάρρευση, καθώς και τη δημιουργία ψυχολογικών προβλημάτων). Αυτή η περίπτωση είναι που δημιουργεί μια κάποια ελαστικότητα από την πλευρά των γιατρών και είναι η λεγόμενη παθητική ευθανασία.

Είναι μια κατάσταση στην οποία ο γιατρός «δεν υποχρεούται να συνεχίσει μια ασυνθηκολόγητη προσπάθεια... εν υπερβολαίς». Σε αυτές τις περιπτώσεις, σταθμίζοντας τα δεδομένα και τις συνέπειες και μη μπορώντας πλέον να εμποδίσει τον επερχόμενο θάνατο, συνθηκολογεί και επιτρέπει στον ασθενή του να πεθαίνει «ήσυχα και με αξιοπρέπεια». Πάντα, όμως, με συμπεριφορά συνεχούς επιμελείας εκ μέρους του και σεβασμό προς τον άρρωστο, μέχρι και την τελευταία στιγμή της ζωής του. Άλλωστε, οι τεχνικές δυνατότητες της σύγχρονης Ιατρικής θα πρέπει να εφαρμόζονται υπέρ και όχι εναντίον του ασθενούς. (Αβραμίδης Αθ., Εκδ. Ακρίτας 1995, σελ. 81, 82, 83, 86, 87).

Για την περίπτωση της παράτασης της ζωής του ασθενούς με τεχνητά μέσα, όταν ο θάνατος αυτού είναι βέβαιος, έχει προνοήσει ο Έλληνας νομοθέτης. Κατ' αρχάς, το καθήκον του θεραπευτή να θεραπεύει να ανακουφίσει και να διατηρήσει έστω και για λίγο τον ασθενή στη ζωή έχει κάποια όρια. Ειδικότερα: Δεν πρέπει να ενεργήσει αν δεν το θέλει ο (ενήλικος) ασθενής, όταν βέβαια έχει την ικανότητα για καταλογισμό και δεν είναι επικίνδυνος για τους άλλους ανθρώπους. Και αυτό, γιατί δεν πρέπει να λησμονείται ότι παράλληλα με το δικαίωμα στη ζωή, υπάρχει και το δικαίωμα για έναν αξιοπρεπή θάνατο. Το δικαίωμα αυτό που νομοθετήθηκε από τον Ποινικό Κώδικα έμμεσα με την αιτιωρησία της αυτοκτονίας και με το άρθρο 8 εδ. α του Β.Δ. της 15/6-6/7/1955 «περί κανονισμού της ιατρικής δεοντολογίας», δεν πρέπει να προβλέπεται κυρίως στις περιπτώσεις όπου τα μέσα που λαμβάνονται για την παράταση της ζωής του ασθενούς, είναι μειωτικά για την αξιοπρέπειά του και παρατείνουν απλώς τη ζωή του, όταν μάλιστα ο ίδιος ο ασθενής δεν έχει τη δυνατότητα να εκφράσει (λόγω ασθένειας) τη θέλησή του. (Καράμπελας, Αθήνα, Εκδ. Εστία 1987, σελ. 51 και 53).

Κατά τον κ. Αβραμίδα, τέτοια προβλήματα ηθικής και δεοντολογικής σημασίας, όπως είναι η ευθανασία, προκύπτουν συνεχώς σε κάθε γιατρό. Πολύ πιο συχνά, όμως, συμβαίνουν και σε πολύ δυσκολότερη θέση βρίσκονται οι γιατροί των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, οι οποίοι κάθε στιγμή είναι υποχρεωμένοι να πάρουν μια απόφαση η οποία δεν είναι και τόσο εύκολη πάντοτε, σε σημείο που πολλοί γιατροί θα εύχονταν... «να μην τους είχε τύχει». (Βλέπει κεφάλαιο 10).

Όλες πάντως οι νομοθεσίες, τόσο η ελληνική όσο και κάποιων άλλων χωρών, επαφίενται στην «κρίση του γιατρού», στις αποφάσεις και στις ενέργειές του, ο οποίος είναι υποχρεωμένος να εφαρμόζει «τους παραδεδεγμένους ιατρικούς κανόνες», υποκείμενος βέβαια και αυτός στις νομοθετικές διατάξεις με τις οποίες ελέγχεται η εφαρμογή των υποχρεώσεών του. Το γεγονός, όμως, ότι ο ασθενής αφήνεται να ενεργήσει κατά συνείδηση και η απουσία ενός σαφούς νομικού πλαισίου, οριοθέτησεως του θέματος της ευθανασίας, είναι που δημιουργεί έντονο πρόβλημα και κάνει επιτακτική την εξεύρεση κάποιας λύσης. (Αβραμίδης, Αθήνα, Εκδ. Ακρίτας 1995, σελ. 84 και 85).

Κάποια πρόσφατα δημοσιεύματα στον Τύπο έρχονται να επιβεβαιώσουν «του λόγου το αληθές».

«Ευθανασία, σπκώνουν τα χέρια ψηλά οι γιατροί» («Έθνος», 11.10.1996). Συγκεκριμένα τίθεται το ερώτημα: «Ποιος αποφασίζει να βγάλει την μπρίζα; Η απουσία νομικού πλαισίου», τονίζει ο πρόεδρος του

Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, «είναι τόσο έντονη που σε πολλές περιπτώσεις, όπως π.χ. κλινική διαπίστωση εγκεφαλικού θανάτου, ο νόμος να μην προβλέπει ότι πρέπει να διακόπτεται η ζωή». «Προκειται για ένα θέμα με ηθική, κοινωνική και ανθρωπιστική διάσταση, που πρέπει να μελετηθεί. Η πολιτεία πρέπει να βρει έναν τρόπο να αντιμετωπίσει τους ασθενείς τελικού σταδίου που ζητούν λύτρωση με την ευθανασία. Αυτό δεν μπορεί να είναι απόφαση ενός μόνο ανθρώπου». (Μπαλιτόπουλος Γ., διευθυντής στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του νοσοκομείου «Άγιοι Ανάργυροι»).

Επίσης, «ευθανασία από Έλληνα γιατρό»: Έλληνας γιατρός έκανε ευθανασία σε ασθενή του, ο οποίος έπασχε από ανίατη νόσο και βρισκόταν στο τελευταίο στάδιο. Η συγκλονιστική αποκάλυψη έγινε στη Θεσσαλονίκη, στη διάρκεια του 3ου Πανευρωπαϊκού Συνεδρίου Γηριατρικής και Γεροντολογίας. («Έθνος», 18.11.1996).

Οφείλει, λοιπόν, κράτος, κοινωνία και Ορθοδοξία να προσφέρουν μια κάποια ολοκληρωμένη θεώρηση του θέματος «ευθανασία», καθώς και συμπαράσταση στον ιατρό και τον ετοιμοθάνατο. «Διότι τίποτε και κανείς δεν μπορεί να εξουσιοδοτήσει το φόνο ενός αθώου ανθρώπου, η ζωή του οποίου δεν του ανήκει». (Αβραμίδης, Εκδ. Ακρίτας 1995, σελ. 91 και 92).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

Συμπεράσματα

Είναι, όπως φάνηκε με τη θεωρητική προσέγγιση, ανεξάντλητο το θέμα της «ευθανασίας». Προσπάθησα, λοιπόν, να μεταφέρω τόσο παλαιότερες όσο και τις νεότερες πτυχές του θέματος, καθώς οι μελέτες και ο προβληματισμός τις αποκαλύπτουν καθημερινώς.

Η αφαίρεση της ζωής ενός ανθρώπου, έστω και από οίκτο, δεν είναι εύκολο πράγμα. Ιδίως, όταν πρόκειται να ζήσει κανείς τη στιγμή εκείνη και να δώσει με τα χέρια του το σύνθημα για την αφαίρεσή της. Όλοι μπορούμε να καταπιανόμαστε με το θέμα αυτό φιλολογικά και ίσως και να δεχτούμε εύκολα την ιδέα της ευθανασίας, όταν όμως δεν χρειάζεται να εσωτερικεύσουμε ή να υποκειμενικοποιήσουμε, όταν δηλαδή το πρόβλημα δεν αφορά «εμάς» ή «τους δικούς μας», αλλά τους «άλλους». Πρόκειται για ιδεολογικές τοποθετήσεις που δεν καθρεφτίζουν μιαν πραγματική κατάσταση και είναι εκτός ψυχολογικής και συναισθηματικής πίεσης. Γι' αυτό και η κοινωνιολογική ανάλυση του θέματος δεν μπορεί να δώσει απαντήσεις, όπως και οι έρευνες πάνω σ' αυτό είναι περιορισμένες.

Δεν ήταν φιλοδοξία μου —και δεν θα μπορούσε να ήταν— να καλύψω το θέμα από όλες τις πλευρές. Σίγουρα έχουν μείνει πολλά αναπάντητα ερωτήματα, νομικού, ηθικού, κοινωνικού και θρησκευτικού περιεχομένου. Είναι, όμως, ένα θέμα «επίκαιρο» για δεκαετίες και πάντα «ανοιχτό». Αφορά στη ζωή χιλιάδων ανθρώπων και τα δικαιώματα όλων μας.

Η ευθανασία είναι μια κλασική περίπτωση διεκδίκησης του δικαιώματος στο θάνατο. Του αξιοπρεπούς και χωρίς πόνους και ψυχική αγωνία θανάτου.

Νομίζω, ότι όταν αναφερόμαστε στην ευθανασία, θέτουμε το ζήτημα της ελευθερίας του να πάρει κάποιος την κορυφαία απόφαση. Ποιος, όμως, παίρνει αυτή την απόφαση; Πόσο σταθερή είναι υπό το κράτος των πόνων και του κλίματος της ασθένειας; Πόσο στενή και πόσο ευρεία είναι η έννοια της ευθανασίας; Είναι απλώς η απαλλαγή από την επιθανάτια αγωνία ή ανακύπτει από τη στιγμή της επιθανάτιας διάγνωσης; Αλλά και πόσο μια διάγνωση είναι τελεσίδικη; Ο θάνατος ενός ανθρώπου είναι προσωπικός ή γενικός;

Η μελέτη μάς οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η πλειοψηφία εθνικών ή άμεσα συνδεομένων και μη πάνω στο θέμα, τουλάχιστον στον ελληνικό χώρο, απορρίπτει την ευθανασία ως μέσο θανάτωσης ενός ασθενούς. Το χριστιανικό πλαίσιο κηρύττει το δόγμα «είμαστε διαχειριστές της ζωής και όχι ιδιοκτήτες».

Από την άλλη πλευρά, η Ιατρική υποστηρίζει ότι η πρακτική της ευθανασίας είναι δυνατόν να οδηγήσει το γιατρό από εγγυητή και θεματοφύλακα της ζωής, σε κριτή του ποιος δικαιούται να ζήσει και κάποτε, περισσότερο σε δήμιο...

Για τη νομική σημασία της ευθανασίας, υπάρχει κάποια σύγχυση επειδή ο ελληνικός Ποινικός Κώδικας δεν αναφέρει ρητά τον όρο «ευθανασία», αλλά μιλά για «συνέργεια σε αυτοκτονία» και στην προσπάθειά του να προστατέψει τη ζωή ως το υπέρτατο αγαθό του ανθρώπου, καταδικάζει και τιμωρεί οποιαδήποτε μορφή υποβοήθησης στο θάνατο.

Η αρνητική αυτή στάση της κοινωνίας μας απέναντι στη μέθοδο της ευθανασίας εξηγείται εύκολα. Πίσω από αυτήν κρύβεται ο φόβος ότι αν ο τερματισμός της ζωής των ανθρώπων γίνει επιτρεπτός σε ορισμένες περιπτώσεις, για καθαρά ανθρωπιστικούς λόγους, δεν θα μπορούσαμε να είμαστε βέβαιοι ότι θα περιοριζόταν στις περιπτώσεις αυτές.

Σε γενικές γραμμές, θα έλεγα ότι η κοινωνική ή ευγονική ευθανασία, δηλαδή η θανάτωση διανοητικώς καθυστερημένων, ανιάτως σωματικώς πασχόντων και αναπήρων, συνιστά ως φόνος, αμαρτία και απορρίπτεται. Η θανάτωση εμβρύων, τα οποία προβλέπεται ότι θα γεννηθούν ψυχικά ασθενή ή σωματικά ανάπηρα, συνιστά επίσης φόνος. Όλοι έχουμε τα δικαιώματά μας στη ζωή.

Μια κοινωνία, όποια κι αν είναι αυτή, δεν έχει το δικαίωμα να σκοτώνει τους αναπήρους της ή τους καθυστερημένους ανθρώπους, παρά να τους περιβάλλει με φροντίδα και αγάπη. Διαφορετικά, δεν θα διαφέραμε και πολύ από τη ναζιστική νοοτροπία, της κοινωνικής και ευγονικής ευθανασίας του Χίτλερ.

Η ενεργητική ευθανασία, δηλαδή η άμεση θανάτωση με κάποια ένεση ή άλλο ανώδυνο τρόπο, ανθρώπου που βρίσκεται στη διαδικασία του θανάτου, μέσα από πόνο και βάσανα δεν μπορεί να τύχει κάποιας κατηγορηματικής απάντησης. Κάποιοι ίσως θα συμφωνούσαν ότι στην περίπτωση αυτή ο θάνατος όχι μόνο δεν αποτελεί συμφορά, αλλά προσφέρει λύτρωση. Είναι δικαίωμα του ασθενούς.

Πώς μπορεί, όμως, κανείς «ελαφρά τη καρδία» να αγνοήσει τα τόσο σημαντικά ερωτήματα που ανακύπτουν; Έχει, δηλαδή, κανείς το δικαίωμα κάτω από οποιοδήποτε συνθήκες, να δίνει τέλος σε μια ζωή; Και μήπως ο πόνος είναι εξαγνισμός και ο τερματισμός του δεν ερπίζει στις δυνατότητες του ανθρώπου. Ακόμα, μια απόφαση για τον τερματισμό της ζωής ενός προσφιούς προσώπου μπορεί να ληφθεί ψυχολογικά και ανθρώπινα εύκολα; Ή μήπως στην περίπτωση αυτή βρίσκεται κανένας στην κατάσταση του να λέει ότι η ευθανασία είναι δεκτή, αρκεί να μη σου τύχει;

Τα ερωτήματα αυτά δεν μπορούν να απαντηθούν με ένα συγγνώμη ναι ή όχι.

Γίνεται δεκτό ότι αναμφισβήτητο δικαίωμα του ασθενούς είναι το να δεχτεί ή να αρνηθεί την οποιαδήποτε ιατρική αγωγή. Κανείς γιατρός δεν είναι δυνατόν να προβεί σε οποιαδήποτε ενέργεια, χωρίς την άμεση, έλλογη και πραγματική συγκατάθεση του αρρώστου, μετά από πλήρη και κατανοητή ενημέρωσή του για την κατάσταση της υγείας του.

Το δικαίωμα, όμως, αυτό του ασθενούς δεν μπορεί να οδηγήσει το γιατρό σε πράξεις αφαίρεσης της ζωής του ή σύντμησης του υπόλοιπου χρόνου του.

Η ένσταση συνείδησης του γιατρού αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμά του. Η παροχή βοήθειας σε αυτόν που πεθαίνει αποτελεί, αντίθετα, ιδιαίτερο καθήκον του.

Και στις περιπτώσεις όπου υπάρχει γνωμάτευση για την αναπόφευκτη έκβαση της νόσου προς το θάνατο, κατά πόσο αυτή η ιατρική γνωμάτευση είναι απόλυτη; Ως την τελευταία στιγμή πολλά μπορούν να συμβούν και ο ασθενής να βελτιωθεί ή να ανακαλυφθούν νέα μέσα θεραπείας.

Αυτά στην περίπτωση που ο ασθενής έχει την καθαρότητα της συνειδήσεώς του, την αναγκαία να λάβει μια τέτοια απόφαση. Υπάρχει, όμως, και η κατάσταση εκείνη και ίσως είναι η συχνότερη που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να λάβει μια απόφαση: Είτε γιατί είναι παιδί, είτε γιατί η συνείδησή του είναι διαταραγμένη, είτε γιατί βρίσκεται σε κώμα. Έτσι, η λήψη κάποιας αποφάσεως μετατοπίζεται στο περιβάλλον. Και εδώ τα πράγματα γίνονται πολυπλοκότερα. Γιατί είναι δυνατόν το περιβάλλον να λάβει μια απόφαση με βάση την επιδίωξη ταπεινών συμφερόντων, κληρονομικών και άλλων. Η αντικειμενικότητα του περιβάλλοντος, δυστυχώς, δεν μπορεί να εξασφαλιστεί. Ακόμα και η ιατρική γνωμάτευση για το τέλος της ζωής, δεν είναι σίγουρο ότι έχει ληφθεί ανεπηρέαστη από εξωιατρικούς παράγοντες, πολλές φορές συμφεροντολογικούς.

Απέναντι στη ζωή έχουμε υποχρέωση να σταθούμε με δέος και σεβασμό. Και ο λόγος αναφοράς όλων των ανωτέρω, τίθεται με κύριο σκοπό την τήρηση αυτής ακριβώς της υποχρέωσης.

Ένα γεγονός, όμως, το οποίο δεν μπορεί να αμφισβητηθεί και ένα σημαντικό συμπέρασμα της εργασίας αυτής είναι ότι οι κοινωνίες και σιγά σιγά και η ελληνική κινούνται στην αδήριτη ανάγκη να δεχτούν «υπό προϋποθέσεις» κάποιες μορφές ευθανασίας ή έστω να διενεργηθούν συζητήσεις ούτως ώστε να διαλευκανθούν κάποιες σκοτεινές πλευρές του θέματος, οι οποίες θα πρέπει να γίνουν και πιο ξεκάθαρες νομικά.

Και εδώ λαμβάνει χώρα η περίπτωση της παθητικής ευθανασίας.

Η βιοιατρική επιστήμη σήμερα εξελίσσεται ταχύτατα και έχει την ικανότητα να διατηρεί στη ζωή, με τεχνητά μέσα, άτομα που σε παλαιότερες εποχές, χωρίς αυτήν τη βοήθεια των τεχνολογικών μηχανημάτων και υπό φυσιολογικές συνθήκες θα είχαν χάσει τη ζωή τους.

Υπάρχουν οι περιπτώσεις όπου ο άρρωστος είναι πλέον εγκεφαλικά νεκρός, χωρίς δυνατότητες επαναφοράς. Οι περιπτώσεις παιδιών τα οποία θεωρούνται μη βιώσιμα, δηλαδή παιδιά τα οποία έχουν υποστεί σοβαρά εγκεφαλικά τραύματα και ο εγκέφαλός τους έχει γεμίσει αίμα και τα οποία δεν έχουν πιθανότητες να επιζήσουν.

Η Ιατρική σήμερα μας πληροφορεί ότι όταν σε ένα άτομο έχει επέλθει εγκεφαλικός θάνατος και ταυτόχρονα έχει χάσει την ικανότητα αυτόματης αναπνευστικής και καρδιακής λειτουργίας, θεωρείται επισήμως νεκρό. Στην περίπτωση αυτή το άτομο διατηρείται στη ζωή τεχνητά, αν έχει αποφασιστεί να γίνει κάποια μεταμόσχευση οργάνων.

Με βάση τις παραπάνω κλινικές καταστάσεις και πολλές άλλες που οι γιατροί καθημερινά αντιμετωπίζουν κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους και που διεξοδικά αναλύθηκαν στην παρούσα εργασία, προκύπτουν τα εξής σημαντικά συμπεράσματα.

Οι παραπάνω καταστάσεις ερμηνεύονται και θα πρέπει να αντιμετωπίζονται μόνο με την αναγωγή τους στην απαραίτητη ηθική ποιότητα του ανθρώπου που καλείται να λάβει την απόφαση εφαρμογής ή όχι της ευθανασίας.

Και εδώ οι αντικρουόμενες απόψεις είναι πολλές και σημαντικές.

Η απόφαση τερματισμού της ζωής ενός ανθρώπου, ο οποίος έχει χαρακτηριστεί «χωρίς ελπίδα» ανικρούεται από τα παραδείγματα ανθρώπων που «καταδικάστηκαν» από την επιστήμη τελεσιδικά στον «αναπότρεπτο θάνατο» τελικά, όμως, επέζησαν. Ορισμένες δε περιπτώσεις είναι τόσο καταπληκτικές ώστε να μην τολμού αβασάνιστα κάποιοι γιατροί να λαμβάνουν τέτοιες αποφάσεις.

Όμως, το ενδεχόμενο να προκληθεί με θεραπευτικές υπερβολές τεχνητή προέκταση των φυσικών ορίων της ζωής και διατήρηση μιας κατάστασης επ' αόριστον με αποτέλεσμα μέχρι και την καταρράκωση της

ανθρώπινης αξιοπρέπειας σε συνδυασμό και με πλείστα άλλα προβλήματα, όπως οικονομική κατάρρευση της οικογένειας, ψυχολογική πίεση, δαπάνες από πλευράς νοσοκομείου, είναι η απάντηση αυτών που υποστηρίζουν ότι εδώ ο γιατρός θα πρέπει να συνθηκολογήσει και να δεχθεί να αφήσει τον ασθενή να πεθάνει ήσυχα με την εφαρμογή της παθητικής ευθανασίας που για εκείνους σημαίνει σεβασμός της αξιοπρέπειας του αρρώστου.

Παράλληλα, δεν χωρεί αμφιβολία ότι οι σχέσεις εγκεφαλικού θανάτου και μεταμοσχεύσεων είναι στενότερες, αφού η συντριπτική πλειοψηφία των προς μεταμόσχευση οργάνων προέρχονται από «εγκεφαλικά νεκρά» άτομα και μόνο μια ελάχιστη μειοψηφία από ζώντες δότες. Είναι βέβαια φανερό ότι άλλο πράγμα είναι ο εγκεφαλικός θάνατος και άλλο οι μεταμοσχεύσεις. Όμως, επειδή κατά καιρούς πολλά έχουν ακουστεί, για επινόηση του εγκεφαλικού θανάτου προς εξυπηρέτηση των μεταμοσχεύσεων, καθώς και για εμπορία οργάνων ατόμων που με κάποιο τρόπο έμειναν εγκεφαλικά νεκροί, πληθαίνουν οι αμφισβητήσεις για την αγνότητα των κινήτρων και την μη ύπαρξη υλιστικού συμφέροντος από την αφαίρεση των οργάνων και το θάνατο του δότη.

Κανείς σίγουρα δεν μπορεί να αμφισβητήσει τη σωτήρια σημασία των μεταμοσχεύσεων για την υποστήριξη της ζωής κάποιων ανθρώπων. Θα πρέπει, όμως, όπως θα φανεί και στις προτάσεις, να εξασφαλιστούν η τήρηση όλων των κανόνων δεοντολογίας. Επίσης, πριν αποφασιστεί η αφαίρεση των οργάνων θα πρέπει να έχουν εξαντληθεί όλα τα υφιστάμενα μέσα υποστηρίξεως και αποκαταστάσεως της ζωής των δωτών. Με σεβασμό στο πρόσωπο αυτών και χωρίς να εγκαταλείπονται οι ιατρικές προσπάθειες, προκειμένου να σωθούν κάποιοι άλλοι επειδή έχουν την οικονομική δυνατότητα να «αγοράσουν τη ζωή τους».

Εισιγήσεις

Το θέμα της ευθανασίας προβληματίζει ανέκαθεν και θα προβληματίζει τον άνθρωπο, γιατί ακριβώς είναι ένα πολυσύνθετο πρόβλημα, που όσο και αν υπάρχουν λόγοι για να συμφωνήσει ή να διαφωνήσει κανείς, δεν απαντάται με λίγες λέξεις και κυρίως δεν μπορεί να δοθεί κάποια κατηγορηματική απάντηση.

Η εργασία αυτή κλείνει με πολλά αναπάντητα ερωτήματα, με απόψεις εκ διαμέτρου αντίθετες, που το καθιστούν ως ένα από τα μεγαλύτερα διλήμματα ηθικής του ανθρώπου.

Το θετικό στοιχείο, όμως, και προς αυτό θα πρέπει να κατευθυνθούμε είναι το ότι μέσα από την εργασία αναπτύχθηκαν σοβαροί προβληματισμοί σχετικά με το τι είναι η ευθανασία και ποιος δικαιούται να πάρει την απόφαση γι' αυτήν, όπως και το πώς εξασφαλίζεται ότι γίνεται με τη θέληση του ασθενούς, σε περιπτώσεις ασθενών φυτών; Ή πώς εξασφαλίζεται ότι η εφαρμογή της ευθανασίας γίνεται για λόγους που αποσκοπούν στη λύτωση του πάσχοντος αρρώστου και όχι στην ωφέλεια από όποιους έχουν συμφέρον;

Αυτά και πολλά άλλα ερωτήματα και προβληματισμοί μπορούν να οδηγήσουν σε ένα γόνιμο διάλογο όλων των ενδιαφερομένων και άμεσα εμπλεκόμενων πλευρών, ούτως ώστε, αν όχι να δοθεί κάποια λύση, τουλάχιστον να διαφωτιστούν και να διευκρινιστούν κάποιες πτυχές του τόσο πολύπλοκου προβλήματος.

Στο σημείο αυτό, θα ήθελα να τονίσω το ρόλο του Κ.Α. δίπλα στον άρρωστο άνθρωπο και δη σ' αυτόν που πεθαίνει, καθώς και να προτείνω την εμπλοκή και τον προβληματισμό του στο θέμα της ευθανασίας.

Δυστυχώς, δεν υπάρχουν στη βιβλιογραφία της κοινωνικής εργασίας αναφορές γύρω από αυτό· είναι, λοιπόν, καιρός τόσο στη θεωρητική αναζήτηση όσο και στην εκπαίδευση και το επάγγελμα να ξεκινήσει κάποια μελέτη του προβλήματος.

Είναι γνωστό ότι ένας από τους βασικούς τομείς εργασίας του κοινωνικού λειτουργού είναι ο τομέας της υγείας, όπου η δραστηριότητα και το έργο του είναι ευρεία και περιλαμβάνει ενέργειες διαγνωστικού, συμβουλευτικού και θεραπευτικού χαρακτήρα. Συγκεκριμένα, ο κοινωνικός λειτουργός στον τομέα της υγείας συμβάλλει στην πρόληψη ή την αντιμετώπιση συναισθηματικών σωματικών ή κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων που δημιουργούνται λόγω κλονισμού της σωματικής ή της ψυχικής υγείας του ασθενούς.

Έχοντας, λοιπόν, αποκτήσει ο Κ.Α. τη γνώση για το ρόλο του στο νοσοκομείο και τον προβληματισμό και ενημέρωση σχετικά με την ευθανασία, κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής του, θα μπορεί στο χώρο του νοσοκομείου, σε συνεργασία με το γιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό, να προσφέρουν στοργή και συμπαράσταση στον ετοιμοθάνατο μέχρι και την τελευταία στιγμή της ζωής του. Και πάντα με γνώμονα το σεβασμό της ζωής και της προσωπικότητας του ασθενούς ως υπέρτατες και ύψιστες αξίες.

Βιβλιογραφία

- Αβραμίδης Αθανάσιος: «Ευθανασία», Εκδ. Ακρίτας 1995.
- Βαβλίδας Αθανάσιος: «Αμβλώσεις και ευθανασία», Αθήνα 1986.
- Γαλάνης Χρήστος: «Μεταμοσχεύσεις και θάνατος», Περιοδικό «Πειραϊκή Εκκλησία», Σεπτέμβριος 1993.
- Δοξιάδης Σπ.: «Ιατρική ηθική μέσω επιτροπών», «Καθημερινή» 5.2.1989.
- Δρακόπουλος Σπ.: «Εγκεφαλικός θάνατος», Περιοδικό «Πειραϊκή Εκκλησία», Νοέμβριος 1993.
- «Έθνος»: «Ευθανασία, σπκώνουν τα χέρια ψηλά οι γιατροί», 11.10.1996.
- «Έθνος»: «Η πρώτη νόμιμη ευθανασία», 27.9.1996, σελ. 31.
- «Έθνος»: «Ευθανασία από Έλληνα γιατρό», 18.11.1996, σελ. 24.
- «Καθημερινή»: «Μας ζήτησαν χρήματα για μόσχευμα», 13.5.1993.
- Καραμπέλας Δ. Λάμπρος: «Η ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο», Αθήνα, Εκδ. Εστία, 1987.
- Κατρουγκάλος Γεώργιος: «Το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο», Εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή 1993.
- Κερβακάν Τζακ:
 - α) «Συσκευή για αυτοκτονία», «Καθημερινή», 23.6.1990.
 - β) «Σάλος για τη μηχανή αυτοκτονίας», «Ελεύθερος Τύπος» 29.10.1991.
 - γ) Τζακ Κερβοκιάν: «Ο άνθρωπος που αντικατέστησε το Θεό», «Καθημερινή» 1.8.1993.
 - δ) «Ο Τζακ Κερβοκιάν έπεισε το δικαστήριο», «Καθημερινή» 25.5.1994.
- Κουτσελίνης Αντων.: «Ιατρική ευθύνη», εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1984.
- Κυριαζίδης Παύλος: «Ευθανασία: Τα επιχειρήματα πολεμίων των υποστηρικτών της», «Οικονομικός» 12.5.1988, σελ. 26-27.
- Ματσώνης Νίκος: «Το δικαίωμα στον αξιοπρεπή θάνατο», 4-5 Οκτωβρίου 1987, σελ. 15.
- ΜΕΛΕΤΗ Γ.Β.: «Τι γίνεται μετά το θάνατο;», Εκδ. ΖΩΗ.
- «Μεσημβρινή»: Έρευνα των απόψεων και των θέσεων (αλφαβητικά): Αναπλιώτου-Βαζαίου Ειρ., Δοξιάδης Σπ., Καββαδίας Γ., Κουτσελίνης Αντ., Μαραγκοπούλου-Γιωτοπούλου Αλ., Μπτοόπουλος Ν., ΠΙΣ, Ψαρούδα-Μπενάκη, Φωτέας Π.
- Μπτοόπουλος Νικ.: «Η λεγόμενη ευθανασία», Αθήνα 1980.
- Μινόφσκι Αλεξ., καθηγητής Νευρολογίας: «Η ευθανασία στην κρίση των γιατρών», «Ακρόπολις» 31.1.1988.
- Μπακογιάννης Π. Βασίλειος, Αρχιμανδρίτης: «Υγεία και αρρώστια», Αποστολική Διακονία, σελ. 82-83.
- Παρασκευαΐδης Χριστοδ., Μητροπολίτης Δημητριάδος: «Νεότερες όψεις του προβλήματος της ευθανασίας», Αθήνα 1986.
- Παρασκευαΐδης Χριστοδ.: «Εγκεφαλικός ή καρδιακός θάνατος;», Αθήνα 1992.

- Παρασκευαΐδης Χριστοδ.: «Πόση αλήθεια πρέπει να λέγεται στον άρρωστο;», Αθήνα 1983.
- Παπαγεωργίου Γεώργιος: «Ο εγκεφαλικός θάνατος», Περιοδικό «Πειραιϊκή Εκκλησία», τεύχος Σεπτεμβρίου 1996, σελ. 89-92.
- Παππάς Β., αντεισαγγελέας Εφετών: «Ο γιατρός δεν έχει υποχρέωση να προστατεύει τεχνητά τη ζωή», «Καθημερινή» 2.7.1987.
- Χατζηφώτης Δ.: «Εις θάνατον η ευθανασία από την Εκκλησία», «Έθνος» 10.10.1996.
- Χρονόπουλος Νικολ. Β.: «Το πρόβλημα της ευθανασίας», Αθήνα 1980.
- Walton John: «Νευρολογία», Ιατρικές Εκδ. Αίττας 1984.

