

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ (Τ.Ε.Ι.)
ΣΧΟΛΗ : ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ (ΣΕΥΠ)
ΤΜΗΜΑ : ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ :

Ευθανασία: Εγκληματική πράξη ή πράξη σωτήριας;

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΚΟΥΡΑΧΑΝΗ ΜΑΡΙΑ.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ ΓΙΑΝΝΗΣ.

ΠΑΤΡΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2002

Η ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

ΘΕΡΜΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΣΤΗΝ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΜΟΡΦΩΤΙΚΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΕΡΕΥΝΩΝ (Ε.Ι.Ε), ΚΥΡΙΑ ΕΛ. ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΟΠΟΥΛΟΥ ΠΟΥ ΜΟΥ ΕΣΤΕΙΛΕ ΕΝΑ ΠΟΛΥΤΙΜΟ ΒΙΒΛΙΟ.

ΑΥΤΗ Η ΕΡΓΑΣΙΑ ΑΦΙΕΡΩΝΕΤΑΙ ΕΙΔΙΚΑ ΣΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΜΟΥ ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΑΔΕΡΦΟ ΜΟΥ.

ΑΦΙΕΡΩΝΕΤΑΙ ΕΠΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΦΙΛΗ ΜΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΜΕ ΤΑ ΘΕΡΜΑ ΜΟΥ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΜΕΣΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΜΟΥ ΣΤΟ INTERNET, ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟ ΑΡΧΟΝΤΩ ΓΙΑ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ, ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΩΝ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΠΗΓΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

ΤΕΛΟΣ ΑΦΙΕΡΩΝΕΤΑΙ ΣΤΟΝ ΔΑΣΚΑΛΟ ΠΟΥ ΕΙΧΑ ΣΤΟ ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΚΑΙ Η ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΖΩΗ ΜΟΥ ΗΤΑΝ ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΜΟΥ, ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΑΓΑΠΗΜΕΝΟΥΣ ΦΙΛΟΥΣ ΜΟΥ ΓΙΩΡΓΟ, ΚΑΙ ΕΛΕΝΗ.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5 –7
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ I</u>	
1.1 Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΑ ΠΕΡΙΟΔΟ ΩΣ ΣΗΜΕΡΑ	8-15
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ II</u>	
2.1 ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΚΑΙ Η ΟΡΘΟΔΟΞΗ- ΕΚΚΛΗΣΙΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΨΗ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΖΗΤΗΜΑ	16-20
2.2 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.	21-24
2.3 ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ-ΘΑΝΑΤΟΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ.	25-30
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ III</u>	
3.1 ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΑΙ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΝΑΚΥΠΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ ΤΟΥ. ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ.	31-50
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV</u>	
4.1 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ-ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΑΣΗ- ΟΠΤΙΚΗ ΓΩΝΙΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.	51-54
4.2 ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΥΠΟΣΤΑΣΗ-ΟΠΤΙΚΗ ΓΩΝΙΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.	55-57
4.3 ΝΟΜΙΚΗ ΥΠΟΣΤΑΣΗ-ΟΠΤΙΚΗ ΓΩΝΙΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.	58-71
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ V</u>	
5.1 ΕΡΕΥΝΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ ΓΙΑ ΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.	72-85
ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	86-97
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.	98-100

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το ζήτημα της ευθανασίας αναδεικνύεται στις μέρες μας, όλο και περισσότερο τόσο στην έντυπη όσο και στην μαζική, ηλεκτρονική δημοσιότητα. Η συχνότητα εμφάνισης του συγκεκριμένου θέματος στην επικαιρότητα υπαγορεύεται από την στάση του σύγχρονου ανθρώπου σε υποθέματα όπως η ασθένεια, ο θάνατος, ο αφόρητος πόνος, κ.λ.π., τα πρότυπα του σύγχρονου ανθρώπου. Έτσι ευθανασία καλείται κάθε πράξη που συντελεί στην επίσπευση του ιατρικώς επιβεβαιωμένου αναπόφευκτου και επικειμένου θανάτου είτε με την συμβολή τρίτου πρόσωπου (ενεργητική ευθανασία), είτε με την παράλειψη υποστηρικτικού μέσου για την ζωή (παθητική ευθανασία), προκειμένου να αποφευχθεί η επώδυνη αναμονή του αναπόφευκτου θανάτου.

Είναι γεγονός ότι ο σύγχρονος άνθρωπος δεν έχει σαφή εικόνα, έχει απομακρυνθεί από την ασθένεια και τον θάνατο, σε αυτό έχει συντελέσει κι η εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας που παρατείνει την παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο, ενώ το σύγχρονο πρότυπο του ανθρώπου βασίζεται στα έξης χαρακτηριστικά να είναι αρτιμελής-υγιής σωματικά και ψυχικά, να μην υφίσταται ασθένεια με σίγουρη θανατηφόρα κατάληξη γιατί ο θάνατος αντιμετωπίζεται ως κάτι ξένο-αποκομμένο από την ζωή, δεν αποτελεί εμπειρία-κομμάτι της ζωής, αφού έχει καταλήξει να είναι στα χεριά του γιατρού, μια ανακοίνωση από τον γιατρό σε διάδρομο νοσοκομείου ότι κάποιος αγαπημένο πρόσωπο πέθανε. Έπειτα γίνονται οι απαραίτητες διαδικασίες για την τελετή ταφής του αγαπημένου πρόσωπου από την οποία αποκλείονται να την παρακολουθήσουν κάποιοι όπως για παράδειγμα τα παιδιά.

Αν και η ευθανασία υπάρχει στην Ελβετία από τα τέλη της δεκαετίας του 70 με την μορφή της συμβολής του γιατρού στην αυτοκτονία του ασθενούς, κατά καιρούς παγκοσμίως στο προσκήνιο της δημοσιότητας, έχει φέρει το ζήτημα της ευθανασίας η Ολλανδία και μάλιστα πρόσφατα υπερψήφισε καινούργιο νόμο για το σχετικό θέμα με επιπρόσθετο νέο κριτήριο σε σύγκριση με το παλιό νόμο είναι ότι αν πρόκειται για παιδί κάτω των 16 ετών η απόφαση για εφαρμογή ή όχι της ευθανασίας πέφτει στους γονείς του. Άλλες χώρες που εφαρμόζουν την ευθανασία είναι η Δανία, η Κίνα, ο Καναδάς, η Αυστραλία στην

οποία δεν διάρκεσε πολύ λόγω της κατάρριψης σχετικού νόμου από την Ομοσπονδιακή κυβέρνηση της Αυστραλίας.

Η Ελληνική νομοθεσία και νομολογία τηρεί αρνητική στάση απέναντι στο ζήτημα της ευθανασίας. Όμως η ευθανασία δεν έχει γίνει μόνο αντικείμενο συζήτησης και προβληματισμού για την νομική επιστήμη, αλλά και για την ιατρική, ψυχολογία-ψυχιατρική, βιοηθική, την θρησκεία. Έτσι αρχικά θα αναφερθούμε στο φαινόμενο της ευθανασίας από την αρχαιότητα ως τις μέρες μας. Τι ονόμαζαν οι αρχαίοι ευθανασία, ποια τα κίνητρα εφαρμογής της, ποια η θέση της αρχαίας θρησκείας, ποιοι επιφανείς επέλεξαν την ευθανασία, που οφείλεται ο σημερινός ορισμός της ευθανασίας. Στα νεότερα χρόνια, όπως στις προσπάθειες για νομική αναγνώριση της ευθανασίας αλλά και δημιουργίας αναλόγων εταιρειών με αφετηρία το 1906 το Οχάιο, το 1935 την Μεγάλη Βρετανία, το Κονέκτικατ των Η. Π. Α. το 1938 κ. λ. π. και στους λόγους που κάποιες από αυτές τις Εταιρείες δεν ευδοκίμησαν, αλλά και στους επιφανείς των νεωτέρων χρόνων που επέλεξαν, ή αιτήθηκαν την ευθανασία όπως ο S. Freud.

Στο δεύτερο κεφαλαίο γίνεται μνεία στις μορφές της ευθανασίας, αλλά και στην Ορθόδοξη και γενικότερα Εκκλησιαστική άποψη του φαινομένου. Στην συνέχεια γίνεται αναφορά στην οικονομική και κοινωνική προέκταση της ευθανασίας και στα κριτήρια που έχει θεσπίσει ο Sackett για την οικονομική και κοινωνική προέκταση της ευθανασίας. Το δεύτερο κεφαλαίο τελειώνει με αναφορά στις δύο βασικά πολυσυζητημένες μορφές της ευθανασίας(ενεργητική και παθητική), σε σχέση με τον θάνατο και τις υπάρχουσες ιατρικές διατάξεις που καθορίζουν την συμπεριφορά και το ρόλο του γιατρού.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται εκτενής αναφορά στον καρκίνο και στα θέματα που προκύπτουν από την ύπαρξη του σε σχέση με την ευθανασία. Η ιδιαίτερη αναφορά μας στην συγκεκριμένη ασθένεια προέκυψε από το βιβλιογραφικό μας ταξίδι όπου φάνηκε ότι ο καρκίνος θεωρείται ιδιαίτερα προτιμητέα ασθένεια για την εφαρμογή της ευθανασίας από τους υποστηρικτές αυτής της πρακτικής λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών αυτής της ασθένειας όπως ο αφόρητος πόνος, οι ενδεχόμενες αναπηρίες κ.λ.π., γενικότερα αναγνωρίζεται ο καρκίνος ως η πιο εξευτελιστική ασθένεια για τον άνθρωπο.

Στο τέταρτο κεφαλαίο αναφερόμαστε στις επιστημονικές θέσεις παγκοσμίως για το ζήτημα της ευθανασίας, και στις δύο όψεις αυτού του ζητήματος, τόσο των υπερασφών όσο και των αντιμαχόμενων αυτής της πρακτικής, εξετάζοντας την ψυχιατρική- ψυχολογική- κοινωνική, αλλά και βιοηθική και συνάμα την νομική υπόσταση αυτού του φαινομένου.

Στο δε πέμπτο κεφαλαίο αναφερόμαστε σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί παγκοσμίως και σε στοιχεία για το φαινόμενο της ευθανασίας από την περιήγηση μας στο διαδίκτυο που αναδεικνύουν την πολυπλοκότητα, τον προβληματισμό την μερική γνώση, η άγνοια του φαινομένου της ευθανασίας διεθνώς, επιβεβαιώνοντας την βιβλιογραφική μας αναφορά. Χαρακτηριστικά παραδείγματα χώρων τέτοιων ερευνών είναι τόσο η Ολλανδία, το Όρεγκον όσο και η Ελλάδα σε πόλεις όπως η Αθήνα, η Πάτρα Ιωάννινα κ.λ.π.

Αξιοσημείωτο είναι ότι δεν σκοπεύουμε να ταχθούμε ούτε κατά ούτε υπέρ της εφαρμογής της ευθανασίας και αυτό γιατί και οι δύο πλευρές έχουν επιχειρήματα που ευσταθούν. Αν υποθέσουμε ότι ένας άνθρωπος έχει χάσει την αξιοπρέπεια του λόγω επώδυνης ανίατης ασθένειας, νομιμοποιούμε να του συντομεύσουμε την ζωή, ή κι ακόμη νομιμοποιούμε να συντομεύσουμε την ζωή κάποιου που είναι φυτό και έχει χάσει την αξιοπρέπεια του;

Ή μήπως η πρακτική της ευθανασίας δύναται να γίνεται και για οικονομικούς λόγους-να έχει οικονομική χρεία, για παράδειγμα δεν υπάρχει επαρκής αριθμός κρεβατιών, ή θεραπευτικά μέσα για όλους τους ασθενείς, όποτε κάποιιοι πληρώνουν το τίμημα του πρόωρου τέλους της ζωής τους; Τι είναι η ευθανασία εγκληματική πράξη ή πράξη σωτήριας; Θα μπορούσε να είναι και τα δύο όπως αποδεικνύει τόσο η βιβλιογραφία, όσο και η ερευνητική κινητικότητα παγκοσμίως για αυτό το θέμα. Ας ξεκινήσουμε το ταξίδι αναφοράς μας στο ζήτημα της ευθανασίας το τόσο παλιό, αλλά συνάμα το τόσο φλέγον, πολύπλοκο και επίκαιρο ζήτημα στις μέρες μας που διχάζει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

1.1 Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΑ ΠΕΡΙΟΔΟ ΩΣ ΣΗΜΕΡΑ.

Η Ευθανασία ως έννοια δεν ήταν άγνωστη τα αρχαία χρόνια. Πιο συγκεκριμένα στο έργο του Moore με τίτλο "Ουτοπία "σε μια πόλη(προϊόν του μυαλού-της φαντασίας),σε πάσχοντες που ο χρόνος της ζωής τους λιγοστεύει ιατρικά, οι κυβερνώντες κι οι ιερείς της φανταστικής πόλης, επέτρεπαν σε αυτούς που γνώριζαν για την κατάσταση τους εφόσον το επιθυμούσαν να επιλέξουν την ευθανασία, δηλαδή να τελειώσουν την ζωή τους χωρίς πόνο με τους έξης τρόπους:

α) με την συμβολή άλλων, πιθανότατα γιατρών με το να τους αφήσουν να πέσουν σε κώμα.

β) οι ίδιοι οι πάσχοντες επέλεγαν την αποχή από το φαγητό.

Όσοι επέλεγαν την ευθανασία ήταν τιμημένοι, ενώ οι αυτοκτονούντες, ήταν τα αποβράσματα της κοινωνίας, όταν οι λόγοι που τους οδηγούσαν σε αυτή την πράξη δεν συμβάδιζαν με τις αρχές-τα ιδανικά της κοινωνίας. Έτσι οδηγούνται χωρίς την πρέπουσα τελετή σε κάποιο έλος αφού απαγορευόταν να θάψουν ή να καούν- αποτεφρωθούν.

Όπως, και στο έργο "Ουτοπία" της φανταστικής πόλης, του Moore συναντάμε την ευθανασία, έτσι και στα Ομηρικά έπη μόνο που το ρόλο αυτό στην ομηρική πόλη Σύριη έχουν αναλάβει οι θεοί η Άρτεμη κι ο Απόλλωνας(αντί για τους γιατρούς),οι οποίοι σηματοδευανε με τα βέλη τους μόνο τους κατοίκους της τρίτης ηλικίας λυτρώνοντας τους από τις βαριές αρρώστιες, οδηγώντας τους στον θάνατο.

Όμως, με την άποψη του Moore, ότι οι ασθενείς που ο θάνατος πλησιάζει το κατώφλι τους είναι προτιμότερο να πεθάνουν εφόσον το επιθυμούν, να τελειώνουν δηλαδή χωρίς πόνο γρηγορότερα συμφωνεί κι ο Bacon (Άγγλος φιλόσοφος και πολιτικός).Ο ίδιος προσθέτει ότι η υιοθέτηση αυτής της τακτικής είναι η ανθρωπινότερη από την πλευρά του γιατρού, από το

να τους συντηρεί στη ζωή μέσα στον πόνο, για να τελειώσουν όταν έρθει η ώρα τους.

Ο Bacon διακρίνει την ευθανασία σε δύο μορφές:

- την εσωτερική ευθανασία(euthanasia interior) και
- την εξωτερική ευθανασία (euthanasia exterior).

Εσωτερική ευθανασία είναι η ψυχική προεργασία για να ανταποκριθεί με δύναμη και ηρεμία στον ερχόμενο-επικείμενο θάνατο ο αποδεδειγμένα ιατρικά καταδικασμένος σε θάνατο ασθενής.

Εξωτερική ευθανασία είναι οι πράξεις του γιατρού.

Ο Maurike Maeterlinck που ήταν Βέλγος λογοτέχνης με βραβείο Νόμπελ στο βιβλίο του με τίτλο: «Ο θάνατος», επισημαίνει: «Εύχομαι να έλθει σύντομα η ημέρα που ο γιατρός θα πάψει να θεωρεί καθήκον του να παρατείνει όσο το δυνατόν τους σπασμούς της απελπιστικής αγωνίας του μελλοθανάτου. Να επαναστατήσει η επιστήμη κατά της πλάνης αυτής και να τη θεωρούν οι άνθρωποι που θα έλθουν ως μια βάρβαρη πρόληψη που ευτυχώς πέρασε»,(Ιάσονα Ευαγγέλου, 2001).

Πριν δοθεί ο σημερινός ορισμός της ευθανασίας, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι την ευθανασία την συναντάμε και στους κλασσικούς χρόνους στο νησί του Αιγαίου Κέα, στο οποίο οι κάτοικοι του ζουν για παρά πολλά χρόνια(ιδίως οι γυναίκες)χωρίς προβλήματα υγείας.Αυτό συνέβαινε, γιατί το κλίμα του νησιού ήταν ιδιαίτερα φιλικό στον άνθρωπο.Έτσι δεν γνώριζαν την λέξη σωματική-πνευματική αρρώστια και τον πόνο.Για να μη τα γνωρίσουν στα έγκατα της τρίτης τους ηλικίας έκαναν ευθανασία οικειοθελώς με παπαρούνα ή κώνειο, είτε σε γιορτινή ατμόσφαιρα όπου ήταν καλεσμένοι όλοι οι κάτοικοι και φορούσαν στεφάνια, είτε στην οικία τους παρουσία συγγενών και στενών φίλων,όπως στην περίπτωση της γηραιάς κυρίας από την Ιουλίδα.

Αξιοσημείωτο σε αυτό το σημείο είναι,πως στην Μασσαλία επιτρεπόταν η ευθανασία,αρκεί αυτός που επιθυμούσε να προβεί σε τέτοια πράξη για τον εαυτό του,να κατέθετε τους λόγους για τους οποίους επιθυμεί να κάνει ευθανασία στην Βουλή των εξακοσίων. Αν η Βουλή έκρινε ότι άξιζε να

πραγματοποιηθεί η επιθυμία του, τότε η Πολιτεία του έδινε δηλητήριο αγνώστου κατασκευής αναμειγμένο με κώνειο.

Στην αρχαία Σπάρτη έριχναν τα παιδιά με μειονεξίες στον Καιάδα (υψηλή χαράδρα του Ταύγετου) αυτή την συμπεριφορά την ονόμαζαν ευθανασία. Η ευθανασία είναι η ελληνική λέξη που προσδιορίζει το θάνατο. Πιο συγκεκριμένα ευθανασία είναι ο καλός θάνατος (ευ-θάνατος). Οι αρχαίοι έλληνες με τον όρο ευθανασία, αυτό εννοούσαν δηλαδή τον καλό-τον ωραίο θάνατο, αλλά και τον ηρωικό θάνατο (π.χ. Λεωνίδα). Το ουσιαστικό ευθανασία το πρωτοβλέπουμε σε νέα κωμωδία της Ελληνιστικής Περιόδου: "Ὡν τοῖς θεοῖς ἄνθρωπος εὐχεται τύχειν τῆς ευθανασίας κρείττον οὐδὲν εὐχεται". Δηλαδή "ό,τι κυρίως ένας άνθρωπος εύχεται να κερδίσει από τους θεούς. Τίποτε άλλο καλύτερο δεν εύχεται από την ευθανασία." (Αφροδίτη Α. Αβαγιανου 2000, Ποσειδιππος Απόσπασμα 18,2).

Μια μορφή ευθανασίας που υπάρχει σήμερα και την συναντάμε και στην αρχαία Ελλάδα είναι η ενεργητική ευθανασία με την μορφή της βοήθειας του γιατρού στην αυτοκτονία. Σύμφωνα με την (Αφροδίτη Α. Αβαγιανου 2000), "Η πράξη της αυτοκτονίας στην αρχαιότητα ήταν ελεύθερη και άμεση. Μεγάλη σημασία έχουν τα κίνητρα, που ωθούσαν στην αυτοκτονία. Οι αρχαίοι αυτοκτονούσαν:

1) για να αποφύγουν τη δυσφήμιση ("δύσκλεια") και να διατηρήσουν μια έντιμη φήμη ("εύκλεια"),

2) για να αποφύγουν περαιτέρω βάσανα-η αυτοκτονία γίνεται εγγυήτρια της προσωπικής ελευθερίας,

3) για να δώσουν ένα τέλος στο άλγος, και

4) για να θυσιαστούν για το κοινό καλό, επιτελώντας το καθήκον ("χρέος"), δηλαδή αυτοκτονούν για χάρη ανώτερων, υψηλών, πατριωτικών ιδεωδών.

Η αρχαιοελληνική θρησκεία δεν απεκήρυσσε την αυτοκτονία και δεν έθετε καμία αιώνια τιμωρία σε εκείνους που εθελούσια πέθαιναν. Στα δόγματα της δεν περιέχεται η πίστη για μια αθάνατη ψυχή, για την οποία οι άνθρωποι πρέπει να

δίνουν λογαριασμό στο δημιουργό τους. Έτσι, νόμοι και θρησκεία άφηναν τον αρχαίο γιατρό ελεύθερο να πράξει σύμφωνα με τη συνείδηση του. "(Αφροδίτη Α. Αβαγιανου, 2000).

Τα προτιμητέα μέσα αυτοκτονίας για τους αρχαίους ήταν :

η απουσία από το φαγητό, το κώνιο, η αγχόνη, το βάραθρο, το ξίφος, αλλά κι ο κρημνός. Δικαιολογημένη θεωρείται στην αρχαιότητα κι η αυτοκτονία λόγω σοβαρής αγιάτρευτης αρρώστιας και λόγω γήρατος. Χαρακτηριστικά παραδείγματα στην πρώτη περίπτωση αποδοχής της αυτό-ευθανασίας αποτελούν ο Λατίνος συγγραφέας Πλίνιος ο πρεσβύτερος, ο Έλληνας συγγραφέας Διογένης Λαέρτιος, όμως κι ο Ζήνων ο εκπρόσωπος της Στωικής φιλοσοφίας, παραδέχεται ότι όταν πρόκειται για αγιάτρευτη ασθένεια είναι σαφώς δικαιολογημένη, σαφώς προτιμητέα η αυτό-ευθανασία δηλαδή η αυτοκτονία.

Στην δεύτερη περίπτωση στην αυτό-ευθανασία δηλαδή αυτοκτονία λόγω γηρατειών, οι αρχαίοι Έλληνες είχαν θετική στάση, γιατί θεωρούσαν ότι γηρατεία χωρίς πόνο και αρρώστια είναι ότι πιο καλό μπορεί να σου τύχει. Σε αντίθετη περίπτωση είναι προτιμητέα η αυτό-ευθανασία-αυτοκτονία για ανώδυνη έξοδο από την ζωή. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι νησιώτες της Κέας, στους οποίους έγινε εκτενής αναφορά παραπάνω.

Δεν πρέπει όμως, να μας διαφεύγει το γεγονός ότι φιλόσοφοι στα βαθιά τους γεράματα, επέλεξαν την αυτο-ευθανασία χρησιμοποιώντας ως μέσο την οικειοθελώς έλλειψη-στέρηση από το φαγητό. Χαρακτηριστικά ονόματα ήταν:

ο Πυθαγόρας, ο Ζήνων, ο Διονύσιος, ο Επικούρειος, ο Αναξαγόρας κι ο Εμπεδοκλής. Έτσι έχουμε την αυτό-ευθανασία των υψηλών γηραιών στρωμάτων της κοινωνίας, ή την λεγόμενη *stylish euthanasia*. Εκτός όμως, από τους φιλόσοφους ο θάνατος του Ρόδιου Δημάρατου που ήταν πατέρας τριών αθλητών Ολυμπιονικών της αρχαιότητας αναγνωρίστηκε ως ευθανασία, και θεωρήθηκε ότι πέθανε σε πλήρη-ολοκληρωμένη ευτυχία.

Η σημερινή έννοια της ευθανασίας έχει τις ρίζες της, στην αναγέννηση και πιο συγκεκριμένα στον Βασιον που όπως έχουμε προαναφέρει είναι

υποστηρικτής αυτής της τακτικής της επίσπευσης δηλαδή του θανάτου σε καταδικασμένο ασθενή. Σε ομώνυμο άρθρο του δανείστηκε την έννοια του Bacon και την πρωτοχρησιμοποίησε ο Williams, κι ένα χρόνο αργότερα ταυτίστηκε με τις απόψεις του Williams ο Βρετανός φιλόσοφος Tollemache.

Το 1906 ήταν το έτος στο Οχάιο που πρωτάρχισε προσπάθεια νομιμοποίησης της ευθανασίας, ακολούθησε το 1931 η Μεγάλη Βρετανία, στην οποία το 1935 ιδρύθηκε η Εταιρεία ευθανασίας με σκοπό την νομιμοποίηση της. Ένα χρόνο αργότερα κατατέθηκε στην Βουλή των Λόρδων, πρόταση αναφορικά με την νομική αναγνώριση της ευθανασίας που δεν έγινε δεκτή, γιατί υπερίσχυσαν οι ψήφοι κατά της νομικής αναγνώρισης του ζητήματος (34 κατά και 14 υπέρ).

Το 1938 εγκαθιδρύεται εταιρεία ευθανασίας και στο Κονεκτίκατ των Η.Π.Α. Όμως, ο Β΄ Παγκόσμιος πόλεμος κι η υιοθέτηση των Ναζί να οδηγούν σε βίαιο θάνατο άτομα διαφορετικά, δηλαδή 5.000 ανάπηρα μωρά και 100.000 ψυχασθενείς, αυτές οι έντονες-αισθητές μνήμες δεν ανέπτυξαν πρόσφορο έδαφος για την νομική αναγνώριση της ευθανασίας. Σε αυτό το σημείο θα ήταν αμέλεια μας να μην αναφέρουμε ότι μερικοί ταυτίζουν την συμπεριφορά των Ναζί με εκείνη των Σπαρτιατών που έριχναν τα νεογέννητα με μειονεξίες στον Καιάδα. Κι δύο αυτές συμπεριφορές αναγνωρίζονταν ως ευθανασία.

Μπορεί ο Β΄ παγκόσμιος πόλεμος να μην άνοιξε τον δρόμο για την νομική αναγνώριση της ευθανασίας όπως προείπαμε, εντούτοις η συνεχώς αυξανόμενη παρουσία του καρκίνου στον άνθρωπο, αλλά και η εμφάνιση μιας νέας ασθένειας του Aids, έφερε στο προσκήνιο το ζήτημα της ευθανασίας ξανά. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το έτος 1974. Πιο συγκεκριμένα η δίκη της Λιέγης όπου παρευρίσκονταν σαράντα προσωπικότητες, εκ των οποίων τρεις βραβευμένοι με Νόμπελ επιστήμονες, αναγνώρισαν νομικά την ευθανασία με την υπογραφή διεθνούς προκήρυξης, η οποία δημοσιεύθηκε στην Αμερικανική Επιθεώρηση: "The Humanist".

Επιπρόσθετα το Ακαδημαϊκό Ιατρικό Κέντρο (A.M.C.) της Ολλανδίας που εδρεύει πλησίον στο Άμστερνταμ κάνει ευθανασία σε ορισμένο αριθμό πασχόντων από Aids, αλλά και σε πάσχοντες από διάφορα άλλα ανυπόφορα

νοσήματα. «Σήμερα οι στατιστικές δίνουν για τις χώρες Δανία, Η.Π.Α., Μ. Βρετανία, Καναδά, Νέα Ζηλανδία, Δυτική Γερμανία, για τα έτη 1984-1985 ένα εκπληκτικά μεγάλο ποσοστό 68% υπέρ της ευθανασίας σε ορισμένες μορφές της. Αν και τα ποσοστά φαίνονται εντυπωσιακά, ο καθηγητής Γ. Καββαδίας παρατηρεί ότι στις διάφορες σφυγμομετρήσεις οι ερωτώμενοι δέχονται εύκολα την ιδέα της ευθανασίας όταν δεν την εσωτερικεύουν : «όχι εμένα και τους δικούς μου», αλλά τους «άλλους», πρόκειται για απαντήσεις «ιδεολογικές» που δεν καθρεφτίζουν τη βαθύτερη πραγματικότητα, αλλά που «διάκεινται εν ψυχρώ και εκτός πραγματικού ψυχολογικού και συναισθηματικού κλίματος» (Αθηνά Χρ. Γιαννοπούλου 1995). Με άλλα λόγια εύκολα κάποιος τάσσεται υπέρ της ευθανασίας, όταν δεν πρόκειται για τον ίδιο ή για κάποιο πρόσωπο αναφοράς στην ζωή του, όπως συγγενή ή φίλο, σε αντίθετη περίπτωση δύναται να έχει αρνητική στάση απέναντι στην ευθανασία.

Σ' αυτό το σημείο κρίνουμε απαραίτητο να αναφέρουμε παραδείγματα επιφανών ανθρώπων που τάχθηκαν υπέρ της ευθανασίας με το να την επιλέξουν και να την εφαρμόσουν είτε οι ίδιοι στον εαυτό τους με την μορφή της αυτοκτονίας, είτε να ζητήσουν από φιλικό ή συγγενικό πρόσωπο να προβεί σ' αυτή την ενέργεια. Ακόμη υπάρχουν παραδείγματα όπου ο ασθενής ζητά από τον γιατρό του να του κάνει ευθανασία ή ο ίδιος ο γιατρός εφαρμόζει ευθανασία σε ασθενή που ο θάνατος τον κοντοζυγώνει-είναι ζήτημα λίγων ημερών ή ωρών. Έτσι η ευθανασία είναι παλιό φαινόμενο για τον ιατρικό κόσμο.

Ο S.Freud που βασανιζόταν από καρκίνο της γνάθου για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 16 χρόνων, ζήτησε από τον συνάδελφο του Max Schur και προσωπικό του γιατρό να τον λυτρώσει επισπεύδοντας το θάνατο του, πράγμα που έκανε χορηγώντας στον Freud μορφίνη. Το έτος 1901 ο Ernest Hemingway αυτοκτόνησε, χρησιμοποιώντας το τουφέκι του με την κάνη στραμμένη στο πρόσωπο του, οδηγήθηκε σ' αυτή την πράξη γιατί γνώριζε ότι έπασχε από ασθένεια που ο θάνατος ήταν αναπόφευκτος.

Άλλο παράδειγμα ευθανασίας είναι ο George Zygmaniak 26 ετών που είχε πάθει ολική παράλυση, δηλαδή από τα πόδια ως τον λαιμό ζήτησε από τον αδερφό του να τον σκοτώσει. Ο Lester σεβάστηκε την επιθυμία του αδερφού του και τον σκότωσε με τουφέκι εξ επαφής.

Ο Eugene Bauer εισήχθη το `72 σε νοσοκομείο του Λονγκ Αϊλαντ, έπασχε από καρκίνο του λάρυγγα και μετά από πέντε μέρες έπεσε σε κώμα. Το υπόλοιπο ζωής του ήταν δύο μέρες μόνο. Μέλος της ιατρικής ομάδας ο Βίνσεντ Α. Μοντεμάρانو χορήγησε στον Bauer ενδοφλεβίως ισχυρή δόση χλωριδίου του καλίου. Ο συγκεκριμένος γιατρός κατηγορήθηκε ότι διέπραξε ανθρωποκτονία από πρόθεση.

Σύμφωνα με τον Κικέρωνα:" Ή ο θάνατος είναι το οριστικό και πλήρες τέλος-μας-οπότε δεν έχει καμιά σημασία για μας ή είναι μια απλή διάβαση που μας οδηγεί σε μια περιοχή όπου θα ζούμε παντοτινά- οπότε αποτελεί κάτι που πρέπει να ποθούμε. Πάντως αυτή η διπλή αλήθεια δεν είναι αυτονόητη. Η αδιαφορία μπροστά στο θάνατο ή, στην δεύτερη περίπτωση, ο πόθος του θανάτου είναι πράγματα που πρέπει να κατακτηθούν. Κι αυτό μπορεί να γίνει μόνο με την αγωγή του εαυτού μας. Από πολύ νεαρή ηλικία, πρέπει να μαθαίνουμε να φωτίζουμε το θάνατο. Ο άνθρωπος που δεν εκπαιδεύεται "εν θάνατο" δεν μπορεί να κατακτήσει την πνευματική γαλήνη" (Ζαν Ζιγκλέρ Μαλλιαρής,1982)". Αντίθετα το ιατρικό και νομικό λεξιλόγιο της εμπορευματικής κοινωνίας αποδίδει στον όρο αυτόν διαφορετική σημασία. Ευθανασία είναι η πράξη με την οποία ένας άνθρωπος χαρίζει το θάνατο σε κάποιον άλλο με την αποκλειστική πρόθεση να τον ανακουφίσει από τους πραγματικούς ή φανταστικούς πόνους του. Πρόκειται για το mercy killing των Αγγλοσαξόνων, την ανθρωποκτονία που διαπράττεται σαν χάρη, την απάντηση στις ρητές ή αδιατύπωτες αξιώσεις ενός ανθρώπου που υποφέρει από κάποιον πόνο" (Ζαν Ζιγκλέρ Μαλλιαρής,1982).

Όμως, ο ορισμός του Ζαν Ζιγκλέρ Μαλλιαρή για την ευθανασία δηλαδή την επίσπευση θανάτου λόγω αφόρητων πόνων προϋπάρχει ήδη μετά από τις αρχές του 20ου αιώνα. Πιο συγκεκριμένα, "το πρόβλημα της ευθανασίας, όπως είχε μπει μετά τις αρχές του 20ου αιώνα, αφορούσε σε δύο στοιχεία : Είχε σχέση, αφενός μεν, με το θάνατο αυτών που επρόκειτο να εκτελεστούν μετά από καταδίκη για διάφορα εγκλήματα, και αφετέρου, με αυτούς που είχαν προβλήματα αφόρητων οδυνών και πόνων". (Αθ. Κ. Κισάκης – Δεν έχει χρονολογία).

Έτσι μπορεί η ευθανασία των γηραιότερων-γεροντότερων που λάμβανε χώρα στην αρχαιότητα, καθώς και η αυτοκτονία- αυτοευθανασία των γενναίων στην μάχη που αναφέραμε στην αρχή να είναι ανύπαρκτα-άγνωστα στην σημερινή κοινωνία, εντούτοις η ευθανασία λόγω ασθενείας και αφόρητων πόνων με την συμβολή του γιατρού είναι υπαρκτή και σήμερα. Η διαφορά είναι ότι η αρχαιοελληνική θρησκεία και κοινωνία αποδεχόταν αυτή την πρακτική της ευθανασίας, ενώ για την σημερινή ελληνική κοινωνία και θρησκεία είναι απαράδεκτη και αποτελεί φλέγον ζήτημα. Ποιες είναι όμως, οι μορφές της ευθανασίας;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

2.1 ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΚΑΙ Η ΟΡΘΟΔΟΞΗ-ΕΚΚΛΗΣΙΑΣΤΙΚΗ

ΑΠΟΨΗ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΖΗΤΗΜΑ.

Οι κύριες μορφές της ευθανασίας είναι οι εξής :

α) Καθαυτό ευθανασία: είναι η πρόκληση θανάτου ασθενούς που υποφέρει από έντονους, ιδιαίτερα βασανιστικούς πόνους και είναι ιατρικά επιβεβαιωμένο ότι ο θάνατος είναι ζήτημα ελαχιστότατου χρόνου.

Οι απόψεις των γιατρών γι' αυτό το θέμα δίστανται, γιατί πολλές φορές δεν επαληθεύονται .

β) Κοινωνική ή ευγονική ευθανασία : η παύση της ζωής σε άτομα με ειδικές ανάγκες, όπως διανοητικά καθυστερημένων, ανιάτων με σωματικές αναπηρίες, νεογέννητων (αρχαίοι Σπαρτιάτες εγκατέλειπαν τα άρρωστα – μη υγιή βρέφη στον Καιάδα) ή και **εμβρύων**.

γ) Ενεργητική ή άμεση ευθανασία : Χορηγείται φαρμακευτική ουσία σε θανατηφόρα δόση π.χ. ένεση προκειμένου να πεθάνει ο ασθενής άμεσα.

δ) Παθητική ή έμμεση ευθανασία : Έλλειψη – αποστέρηση των απαραίτητων για τη ζωή. Ο θάνατος επέρχεται αργότερα.

ε) Εθελοντική ευθανασία : Διενεργείται ύστερα από επίμονο και επανειλημμένο αίτημα του ασθενούς.

στ) Μη ηθελημένη ευθανασία : Διενεργείται δίχως τη συναίνεση του ασθενούς.

(ζ) Δυσθανασία : είναι η έντονη επιθυμία του ασθενούς να διατηρηθεί στην ζωή με οποιοδήποτε θεραπευτικό μέσο όσο δύσκολο κι αν είναι, κι ας είναι το κόστος του αρκετά υψηλό, κι ας είναι αυτή η όποια διατήρηση ζωής για αρκετά μικρό χρονικό διάστημα. Την θέση αυτή του ασθενούς ακόμη δύναται να την υπαγορεύει η ανάγκη του ασθενούς να προλάβουν να τον δουν εν ζωή συγγενείς- φίλοι που μένουν μακριά σε άλλη χώρα- πόλη κ. λ. π. Ένα πρόβλημα που ανακύπτει και προβληματίζει τον γιατρό είναι, αν η εφαρμογή

της δυσθανασίας υπαγορεύεται από τρίτα πρόσωπα για ωφελιμιστικούς σκοπούς.

η) Ορθοθανασία: είναι η έντονη επιθυμία του ασθενούς, να μην καταβληθεί ιδιαίτερη προσπάθεια διατήρησης του στην ζωή, αν αυτή η προσπάθεια θα έχει ως αποτέλεσμα να ζήσει αλλά για πάρα πολύ λίγο χρονικό διάστημα.

θ) Επιταχυθανασία: είναι η πρόκληση-η συντόμευση του θανάτου σε ασθενή, που έτσι κι αλλιώς είναι αναπόφευκτος λόγω ανίατης-ανυπόφορης ασθένειας. Πάνω σε αυτό το είδος ευθανασίας ο Bacon απέδωσε στα αγγλικά την σημασία της Ελληνικής λέξης ευθανασία (Euthanasia).

ι) Ευθανασία υπό την μορφή συμβολαίου ή διαθήκης θανάτου (Living will): Παρουσία συμβολαιογράφου και δύο μαρτύρων, υπογράφεται από τον ενδιαφερόμενο ένα έγγραφο, στο οποίο αναγράφονται οι προϋποθέσεις σύμφωνα με τις οποίες αιτείται ένα αξιοπρεπή θάνατο, αν στο μέλλον το είδος ζωής του έχει γίνει ανυπόφορο, κι η διατήρηση της ζωής του με τεχνικά μέσα είναι ανώφελη-με μη ουσιαστικό αποτέλεσμα λόγω της ανίατης κατάστασης του. Είναι παθητική ηθελημένη-εκούσια ευθανασία, που επικυρώνεται με συμβολαιογραφική πράξη για τυχόν μελλοντική χρήση, σε περίπτωση που το επίπεδο ζωής βρίσκεται πολύ χαμηλά-δεν υπάρχει ένα ουσιαστικό ανθρώπινο επίπεδο ζωής μελλοντικά.

«Σήμερα γίνονται αποδεκτές κυρίως η παθητική και η εθελοντική ευθανασία. Πρόσφατα μάλιστα η Προτεσταντική εκκλησία της Ολλανδίας αποδέχθηκε την παθητική ευθανασία. Αντίθετα η ενεργητική ευθανασία θεωρείται απορριπτή σε όλες τις χώρες, πλην της Ουρουγουάης» (Αθηνά Χρ. Γιαννοπούλου, 1995).

Οι υπερασπιστές της ευθανασίας κυρίως των πιο παραδεκτών μορφών της, της εθελοντικής και παθητικής ευθανασίας που αναφέρθηκαν παραπάνω, στηρίζουν την θέση τους σε ορισμένους λόγους, το ίδιο ισχύει και για τους αντίθετους στην τακτική της ευθανασίας. Οι λόγοι και για τις δύο πλευρές είναι οι εξής:

i) Για τους υπερασπιστές της ευθανασίας ο οίκτος-συμπόνια για τη αδυσώπητη κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής είναι λόγος για

ευθανασία. Αρκετά φάρμακα έχουν ανακαλυφθεί που λειτουργούν καταπραϋντικά στον πόνο, κάποια όμως, λιγοστεύουν την διάρκεια ζωής.

Γεννάται το ερώτημα από τους υποστηρικτές της αντίθετης άποψης: Άραγε έχει ο γιατρός ή ο νοσηλευτής το δικαίωμα να αφαιρέσει την ζωή κάποιου με την χρήση καταπραϋντικών φάρμακων στον πόνο, ή μήπως είναι προτιμότερο να ανοίξει τα αυτιά του και να ακούσει τον ασθενή που υποφέρει υποστηρίζοντας τον ψυχολογικά, λιγοστεύοντας κατά αυτό τον τρόπο τον πόνο του; Δίνοντας του την δύναμη να τον αντέξει ή να του φαίνεται μηδαμινός. Άλλωστε δεν είναι και ελάχιστες οι φορές που ασθενείς έχουν δείξει ηρωική ανεκτικότητα που προκαλεί θαυμασμό.

ii) Το δικαίωμα του ανθρώπου να επιλέγει ένα "καλό"- αξιοσέβαστο θάνατο, δηλαδή οι υποστηρικτές της ευθανασίας ισχυρίζονται ότι ο άνθρωπος πρέπει να έχει την δυνατότητα επιλογής να συντομεύσει την ζωή του αξιοπρεπώς, όταν αυτή είναι ανυπόφορη λόγω ανίατης-θανατηφόρας ασθένειας.

Όμως, αντίκρουση σε αυτή την θέση αποτελεί το γεγονός αν ο άνθρωπος θέλει πραγματικά να τελειώσει πρόωρα την ζωή του, ή είναι απόφαση που την υπαγορεύουν τα βήναυσα άλγη που νιώθει και μόλις υποχωρήσουν παύει να υφίσταται η ανάγκη αυτή;

"Στατιστική ειδικών επιστημόνων, που ονομάζονται θανατολόγοι, έχει αποδείξει ότι ο άνθρωπος όσο περισσότερο πλησιάζει στο θάνατο, τόσο επιθυμεί να τον αποφύγει. Ο άνθρωπος ο οποίος αψηφούσε τη ζωή του όσο ήταν υγιής, όταν φθάσει στα τελευταία στάδια προσκολλάται επάνω της, όπως το όστρακο επάνω στο βράχο" (Αθηνά Χρ. Γιαννοπούλου 1995).

iii) Το είδος της ζωής : δηλαδή αξίζει να ζει ένας ασθενής που πάσχει από αγιάτρευτη-βασανιστική ασθένεια ή ο ασθενής που είναι φυτό, ή μήπως θα ήταν καλύτερα να δοθεί τέλος σε αυτή την κατάσταση; Στην μεν πρώτη περίπτωση ποιος εγγυάται ότι δεν θα βρεθεί θεραπεία, στην δε δεύτερη περίπτωση ποιος μπορεί να εγγυηθεί ότι ο ασθενής-φυτό δεν θα επιστρέψει στη ζωή; Υπάρχουν κι παραδείγματα θαύματος επιστροφής, δηλαδή κλινικά νεκρών στην ζωή.

Στους αντιμαχόμενους στην εφαρμογή της ευθανασίας συγκαταλέγεται κι η Ορθόδοξη εκκλησία, γιατί η ευθανασία έρχεται σε αντίθεση με την εντολή "Ου φονεύσεις», και δεν παραδέχεται την αυτοαφαίρεση της ζωής δηλαδή την αυτοκτονία, αλλά και έχει ως αξίωμα πως πίσω από ότι συμβαίνει στην ζωή, υπάρχει κάποιο κρυφό νόημα. Επιπρόσθετο αξίωμα της ορθόδοξης εκκλησίας, είναι ότι πάντοτε μπορούν να γίνουν θαύματα.

Και αν δεν γίνει κάποιο θαύμα, το πέρασμα από το σωματικό πόνο που συνοδεύεται και από το συναισθηματικό πόνο, θα οδηγήσει τον ανίατο ασθενή στην αναθεώρηση της ζωής του και αναγέννηση της ψυχής του. Σε συνεδρίαση της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος με πρόεδρο τον Αρχιεπίσκοπο Αθηνών, συζητήθηκε μεταξύ άλλων και το ζήτημα της ευθανασίας που ήταν στην επικαιρότητα λόγω της νομιμοποίησης του συγκεκριμένου ζητήματος από την ολλανδική κυβέρνηση. Μεταξύ άλλων έγινε αναφορά στα λόγια του Άγιου Γρηγόριου Παλαμά «η ύπαρξη του πόνου στην ανθρώπινη ζωή, όπως και κάθε δοκιμασία είναι «συνεργός προς σωτηρίαν» και ενίοτε κρείττων και αυτής της υγείας»(Flash gr.-care magazine 2000).

Παράλληλα ο Αρχιεπίσκοπος επεσήμανε την αρνητική του στάση για διαφορά ηθικά και ιατρικά ζητήματα σε ημερίδα που διοργάνωσε ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Αθηνών μεταξύ των οποίων για την ευθανασία και την εμπορευματική χρεία του δοσίματος οργάνων δίχως την πρέπουσα φροντίδα σεβασμού στο ανθρώπινο σώμα. Κατά την Εκκλησιαστική άποψη ευθανασία είναι ο ρόλος του γιατρού, δηλαδή η άμβλυση του σωματικού πόνου του ανίατου ασθενούς κι όχι η εσπευσμένη αφαίρεση της ζωής του, γιατί η ζωή του κάθε ασθενούς-ανθρώπου είναι θεϊκό δώρο μοναδικό-ξεχωριστό.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να επισημανθεί η αντίθετη θέση της καθολικής εκκλησίας, δηλαδή η καθολική εκκλησία τάσσεται υπέρ της ευθανασίας με απαραίτητη προϋπόθεση να μην υπάρχει ουσιαστική ζωή να' χει γίνει δηλαδή ανυπόφορη λόγω πόνων ή να υπάρχει τεχνητή ζωή.Στηρίζουν οι καθολικοί την άποψη τους αυτή στο έξης δόγμα:

ότι η τωρινή επί της γης ζωή είναι προσωρινή, ενώ η ζωή μετά το θάνατο είναι παντοτινή κι οδηγεί στην ολοκλήρωση του ανθρωπίνου όντος

Έτσι από τους προαναφερθέντες λόγους τόσο των υπερασπιστών της εφαρμογής της ευθανασίας, όσο και αυτών που αντιμάχονται την εφαρμογή της, προκύπτει ότι το συγκεκριμένο ζήτημα δεν είναι μόνο ατομικός ή δυαδικός προβληματισμός (που αφορά μόνο τον ασθενή ή τον ασθενή και τον γιατρό του), αλλά ανήκει στην σφαίρα και άλλων επιστημόνων και των μελών της εκάστοτε κοινωνίας με τα ιδανικά της. Ποια η διάσταση της ευθανασίας σύμφωνα με τις αρχές-τα ιδανικά και τα δεδομένα της σημερινής κοινωνίας;

2.2 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Η ευθανασία έχει διπλή διάσταση που είναι η ακόλουθη : οικονομική και κοινωνική. Με τον πρώτο όρο νοείται ότι τα μέσα θεραπείας που διαθέτει ένα νοσοκομείο δεν είναι υπεραρκετά, ώστε να καλύψουν τις ανάγκες όλων των ασθενών ακόμα κι εκείνων που το χρονικό όριο ζωής τους, είναι ιατρικώς αποδεδειγμένο ότι λιγοστεύει είναι άπλα θέμα λίγων ημερών ή ωρών.

Ως κοινωνική διάσταση της ευθανασίας νοείται αν αξίζει-είναι δίκαιο να μη ζειγείται ένας άνθρωπος μια κανονική-φυσιολογική ζωή, ώστε να έρθει ο θάνατος του που έτσι κι αλλιώς είναι αναπόφευκτος εξαιτίας της κατάστασης του. Έτσι οι υποστηρικτές της ευθανασίας, ισχυρίζονται ότι σε ασθενείς που πάσχουν από θανατηφόρα ασθένεια που είναι ζήτημα ελάχιστου χρόνου η κατάληξη τους, είναι προτιμότερο να επισπευτεί ο θάνατος τους με την μη χορήγηση των καταλλήλων μέσων για θεραπεία, ώστε να εξοικονομηθούν θεραπευτικά μέσα για τους ασθενείς που είναι απόλυτα ιατρικώς επιβεβαιωμένο ότι θα θεραπευθούν.

"Ο Sackett προτείνει κάποια συγκεκριμένα κριτήρια για την κοινωνική και οικονομική ευθανασία που θέλει να επιβάλλει:

1. Κάθε ενήλικο άτομο με πλήρη πολιτικά δικαιώματα-ευθύνες θα μπορεί, όσο ζει, να υπογράψει μια συμβολαιογραφική πράξη. Η πράξη αυτή, όπως και η διαθήκη, πρωτοκολλάται και φυλάγεται κατά τα δέοντα. Στην πράξη αυτή, το άτομο δηλώνει προς τους τυχόν θεράποντες γιατρούς κάτω από ποιες ακριβώς συνθήκες, κάτω από ποιες περιστάσεις και με την μεσολάβηση ποιων φυσικών προσώπων θα μπορούσε να τεθεί τέρμα στη ζωή-του.

2. Όταν δεν υπάρχει ένα τέτοιο στοιχείο, κάποιος συγγενής πρώτου βαθμού μπορεί, κατά τον ίδιο τρόπο, να υπογράψει ένα έγγραφο ίσου νομικού κύρους με το προηγούμενο και να ζητά τον τερματισμό, μέσα σε πλήρη αξιοπρέπεια, της ζωής του αρρώστου ο οποίος έχει χάσει πια τη συνείδηση-του. Συγγενείς πρώτου βαθμού θεωρούνται: τα παιδιά, ο σύζυγος ή σύζυγος του αρρώστου, καθώς και οι γονείς-του.

3. Σχετικά με τον άντρα ή τη γυναίκα, τον υπερήλικα ή το παιδί που ανήκουν στην κατηγορία των staff patients (άρρωστοι χωρίς κανένα γνωστό οικογενειακό δεσμό, χωρίς φιλικά πρόσωπα ή απλώς γνωστούς που να ασχολούνται μαζί-τους με τρόπο σχετικά κανονικό και να πηγαίνουν να τους βλέπουν στο νοσοκομείο), ο θάνατος μπορεί να προκαλείται κάτω από ορισμένες συνθήκες, χωρίς να προηγηθεί ερώτηση προς τον άρρωστο. Τρεις γιατροί-μέλη του συλλόγου των θεραπόντων γιατρών του νοσοκομείου-υπογράφουν ένα λεπτομερές έγγραφο που πιστοποιεί ότι, με βάση τις ανθρώπινα δυνατές προβλέψεις, ο άρρωστος δε θα μπορέσει να επανακτήσει τα μέσα για μια πλήρη ανθρώπινη ζωή. Ο δικαστής της περιοχής στην οποία υπάγεται το νοσοκομείο εκδίδει, στη συνέχεια, την απόφαση, που επιτρέπει στους θεράποντες γιατρούς να θανατώσουν τον ασθενή" (Ζαν Ζιγκλέρ Μαλλιαρής,1982).

Ο λόρδος Raglan έκανε μια έρευνα που αφορούσε την νομιμοποίηση της κοινωνικής ευθανασίας, δηλαδή αν η κοινωνική ευθανασία αναγνωριζόταν ως νόμιμη πράξη από την Πολιτεία, πόσοι από τους γιατρούς θα την εφαρμόζαν. Το ποσοστό που είχε θετική στάση στο συγκεκριμένο θέμα ήταν το 36,4% χωρίς όμως, να αντιλαμβάνεται και να εξετάζει τους προβληματισμούς-τα διλήμματα που αναδύονται από την νομιμοποίηση της κοινωνικής ευθανασίας.

Επιπρόσθετα ο Letourneau τάχθηκε κατά της άποψης κάποιων λόρδων, οι οποίοι έθεσαν ως πρόσφορη χρονική ηλικία τα 80 χρόνια (άνω της οποίας είναι προτιμότερο να μη ζει κανείς με προβλήματα υγείας), ισχυριζόμενος ότι δεν υφίσταται μοναδική πρόσφορη ηλικία, αλλά κάθε ηλικία είναι πρόσφορη. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν τόσο ο Winston Churchill που σε ηλικία άνω των 80 χρόνων, οδηγήθηκε σε κάποιες σημαντικές αποφάσεις για την Μ. Βρετανία, όσο κι ο Μιχαήλ Άγγελος, ο οποίος δημιούργησε σε παρόμοια ηλικία το καλύτερο του έργο.

Τι γίνεται όμως, με τους γιατρούς; Γιατί δεν προβαίνουν σε ευθανασία κάποιοι και κάποιοι άλλοι κάνουν το αντίθετο; Ορισμένοι γιατροί επιμένουν να διατηρούν στην ζωή έναν άνθρωπο που υποφέρει από βασανιστικούς πόνους χωρίς να υφίσταται θεραπεία για την περίπτωση τους-είναι ιατρικώς ανίατη, ακόμα κι όταν πρόσωπα αναφοράς συγγενής-φίλος του ασθενούς εκλιπαρούν

να δοθεί τέλος στο μαρτύριο του αγαπημένου τους πρόσωπου. Η άρνηση του γιατρού να συμμορφωθεί με την επιθυμία των πρόσωπων αναφοράς του ασθενούς είναι θετική, αν την υπαγορεύει η ιατρική του συνείδηση, αν όμως η άρνηση του αυτή δηλαδή η συνεχίσει της διατήρησης της ζωής του ασθενούς, αποσκοπεί στο να ανεβεί το ιατρικό του κύρος δεν είναι αποδέκτη τακτική.

Ο **Letourneau** αναφέρει ένα παράδειγμα ελεεινό-μη αποδεκτό. Τον Ιούνιο μήνα οι γιατροί των Πανλάκων νοσοκομείων, όφειλαν να μετατεθούν σε άλλη υπηρεσία. Έτσι ασθενείς με καταλυτικές ασθένειες διατηρούνταν στην ζωή με διάφορα μέσα, ώσπου να φύγουν οι εκπαιδευόμενοι ή οι μόνιμοι γιατροί και το βάρος της απόφασης σύνταξης βεβαίωσης θανάτου, έπεφτε στους νεοπροσληφθέντες γιατρούς, άλλοτε να το συντάσσουν ή να το αποφεύγουν.

Όμως, κι οι προτάσεις του Sackett για την οικονομική ευθανασία, αλλά και το θέμα του Letourneau για την τακτική των Πανλάκων γιατρών που προαναφέραμε είναι κατακριτέα, όχι μόνο από τους ανθρώπους, αλλά και από πολλούς γιατρούς.

Ένα ερώτημα που γεννάται είναι: Τι είναι αυτό που ωθεί ένα γιατρό στο να προβεί σε ευθανασία; Έχουμε αναφέρει σε προηγούμενες σελίδες ως λόγους τον οίκτο, τους αφόρητους πόνους κ.λ.π. Ποιος είναι όμως ο βαθύτερος λόγος αυτής της πράξης; Μήπως είναι ο φόβος του θανάτου;

Η Ιατρική Σχολή δεν εκπαιδεύει τον αυριανό γιατρό να μπορεί να ταξιδεύει με τον ανίατο ασθενή του ως την διασταύρωση που θα τον παραλάβει ο χάροντας-ο θάνατος. "Ο γιατρός θα έπρεπε να βοηθά τον ετοιμοθάνατο και να τον διευκολύνει να γνωρίσει ένα θάνατο σύμφωνο με το χαρακτήρα-του, ένα θάνατο που να ανταποκρίνεται στη ζωή που έζησε ίσαμε τότε. "(Ζαν Ζιγκλέρ Μαλλιάρης, 1982).

Όσο αφορά την ευθανασία η ελληνική κυβέρνηση σιωπά κι η κοινωνία δεν έχει σαφή θέση πάνω στο φλέγον ζήτημα για το σύγχρονο άνθρωπο. Υπάρχουν οι υποστηρικτές της ευθανασίας, μεταξύ των οποίων και γιατροί, οι οποίοι στηρίζουν την θέση τους στο γεγονός ότι είναι προτιμότερο για ασθενείς με ανίατες επώδυνες ασθένειες ή για ασθενείς τελικού σταδίου η επίσπευση του θανάτου τους.

Οι αντιμαχόμενοι της ευθανασίας, ισχυρίζονται ότι και ποιος μπορεί να αποκλείσει πως μέχρι να πραγματοποιηθεί η ευθανασία δεν θα έχει βρεθεί θεραπεία, ή δεν θα έχει γίνει θαύμα-σημειωθεί βελτίωση του ασθενούς, ή επιστροφή του στη ζωή, ή κι ακόμα ο συγγενής που αιτείται την ευθανασία για αγαπημένο του πρόσωπο δεν το κάνει για ωφελιμιστικούς σκοπούς (π.χ. για μια κληρονομιά);

Από τα προαναφερθέντα φαίνεται ότι ο σύγχρονος άνθρωπος, όπως δεν έχει σαφή εικόνα για την έννοια και την διαδικασία του θανάτου, έτσι δεν έχει αντίστοιχη εικόνα για την έννοια και την εφαρμογή της ευθανασίας, παρόλο που το επάγγελμα του γιατρού είναι συνυφασμένο με το θάνατο λόγω του ότι δεν έχουν ανακαλυφθεί θεραπευτικά μέσα για όλες τις ασθένειες. Εντούτοις οι ελληνικές κείμενες διατάξεις της Ιατρικής, όπως ο Ιπποκράτειος όρκος, η Διακήρυξη της Γενεύης που είναι η σύγχρονη μορφή του Ιπποκράτειου όρκου κ.λ.π. δεν έχουν συμπληρωθεί με το ποια πρέπει να είναι η συμπεριφορά του γιατρού απέναντι στην διαδικασία του θανάτου και στο θάνατο, ούτε από την οριοθέτηση για την εφαρμογή της ευθανασίας.

2.3. ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ-

ΘΑΝΑΤΟΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ.

Θάνατος είναι η φυσιολογική διαδικασία της διακοπής της γραμμής της ζωής. Ο θάνατος που επέρχεται με την διακοπή της καρδιακής λειτουργίας και της αναπνοής δεν είναι ουσιαστικά θάνατος, ο ουσιαστικός θάνατος επέρχεται με τον εγκεφαλικό θάνατο ύστερα από τέσσερα με πέντε λεπτά. Έτσι ο άνθρωπος του οποίου η καρδιακή λειτουργία έχει σταματήσει θεωρείται κλινικά νεκρός, αφού στο διάστημα των τεσσάρων με πέντε λεπτών μέχρι να επέλθει ο εγκεφαλικός θάνατος, μπορεί να επιτευχθεί με την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση επαναφορά του ανθρώπου στην ζωή. Τα νέα δεδομένα για τον καθορισμό του θανάτου είναι τα εξής: να υφίσταται διακοπή της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας, όλων των εγκεφαλικών λειτουργιών και του εγκεφαλικού στελέχους, όχι μόνο του εγκεφαλικού στελέχους.

Ο σύγχρονος άνθρωπος έρχεται αντιμέτωπος-δίνει καθημερινά μάχη με το θάνατο και αρκετά συχνά χάνει αυτή τη μάχη. Η συγκεκριμένη του ήττα εκλαμβάνεται από τον απλό άνθρωπο ως αδυναμία-ανικανότητα του γιατρού να νικήσει το θάνατο, παρόλο που η ιατρική έχει σημειώσει αξιόλογη πρόοδο και εξακολουθεί να σημειώνει καθημερινά. Όμως, κι ο ίδιος ο γιατρός πολλές φορές, εκλαμβάνει το τέλος ενός ασθενή του ως αδυναμία του-ανικανότητα του να ανταποκριθεί στο ρόλο του.

Με άλλα λόγια θεωρεί τον εαυτό του ένοχο για το θάνατο του ασθενή του-το εκλαμβάνει ως προσωπική του ανικανότητα, μη λαμβάνοντας υπόψη ότι δύναται να μην υπάρχουν τα κατάλληλα ιατρικά μέσα ή η θεραπεία που θα τον βοηθούσαν να ανταποκριθεί στο έπακρο στο ρόλο του. Σε μια τέτοια περίπτωση ο γιατρός έχει δικαίωμα να προβεί σε ευθανασία;

«Ως ευθανασία εννοούνται όλες οι πράξεις οι οποίες αποσκοπούν στον τερματισμό της ζωής του πάσχοντα ανθρώπου, κατά την καταληκτική ασθένεια και από οίκτο προς αυτόν. Η ευθανασία είναι δυνατό να διακριθεί:

- **Σ' ενεργητική**, η οποία επιτυγχάνεται με ορισμένες πράξεις και σε **παθητική**, η οποία είναι το βέβαιο αποτέλεσμα ορισμένων παραλείψεων. Η διάκριση στην

πρακτική δεν είναι πάντοτε δυνατή. Τόσο οι πράξεις όσο και οι παραλείψεις είναι δυνατό να έχουν ως σκοπό τον τερματισμό της ζωής του ασθενούς.

- **Σ` εκούσια**, η οποία επιχειρείται, **είτε** μετά από άμεση και παρούσα παράκληση του πάσχοντα, κατά το χρόνο της καταληκτικής ασθένειας του, **είτε** με προηγούμενη ρητή έγγραφη δήλωση βούλησης να παρασχεθεί ευθανασία και σε **ακούσια**, η οποία επιχειρείται χωρίς να υπάρχει εκφρασμένη η βούληση του ασθενή, αλλά κατά την εικαζόμενη βούληση του και από οίκτο προς αυτόν», (Ειρήνη Αναπλιώτη - Βαζαίου, 1988).

Σε αυτό το σημείο, αξίζει να σημειωθεί ότι το έτος 1973, Ολλανδή γιατρός εφάρμοσε ενεργητική ευθανασία στην μητέρα της, και κατόπιν ανέφερε αυτή της την ενέργεια στη δικαιοσύνη. Η συγκεκριμένη περίπτωση τράβηξε ιδιαίτερα την προσοχή του Ολλανδικού τύπου κι είχε ως αποτέλεσμα την νομική αναγνώριση της ευθανασίας, **όχι όμως, της ενεργητικής, αλλά της παθητικής, υπό ορισμένες προϋποθέσεις: να υφίσταται επώδυνη ασθένεια και να είναι ιατρικώς αποδεδειγμένο ότι δεν υπάρχει ελπίδα ανακούφισης- βελτίωσης ή κατάλληλης θεραπείας, αλλά και ταυτόχρονα να υφίσταται νομικός έλεγχος, κατά πόσο τηρούνται οι προ-υποθέσεις από δικαστή.**

Ο Ολλανδικός Ιατρικός Σύλλογος κατακρίνει την ενεργητική ευθανασία, παραδέχεται όμως, την παθητική ευθανασία, αρκεί να διασφαλίζεται ο εκάστοτε ασθενής με την έγγραφη στην βεβαίωση θανάτου του ως λόγος θανάτου η ευθανασία ολοκάθαρα. Με αυτό τον τρόπο τα νομικά κριτήρια για την παθητική ευθανασία δύναται να τεθούν υπό δικαστική κρίση.

«Η άποψη αυτή του Ολλανδικού Ιατρικού Συλλόγου, η οποία θεμελιώνεται στην αναγνώριση του γεγονότος, ότι στην πρακτική ασκείται ευθανασία, υπέστη τη δυσμενή κριτική των λοιπών κρατών της Ε. Ο. Κ. Οι θέσεις της πλειοψηφίας των συνδικαλιστικών οργανώσεων των γιατρών της Ε .Ο. Κ. ήταν συνοπτικά οι εξής:

- Η ευθανασία θεωρείται ότι αποτελεί μια εκχώρηση προνομίου ιατρικής συμπαράστασης κατά τη στιγμή του θανάτου.

- Ο γιατρός μπορεί συχνά να δώσει ελπίδες σ' αυτόν που πεθαίνει και όταν ακόμη η κατάσταση του είναι τραγική.
- Ουδέποτε ο γιατρός επιτρέπεται ν' αφήσει αβοήθητο τον ασθενή του και είναι υπεύθυνος γι' αυτόν μέχρι και την τελευταία του στιγμή.
- Σε κάθε περίπτωση ο γιατρός δεν θα πρέπει να χρησιμοποιεί τέτοια μέσα για τη διατήρηση του ασθενή στη ζωή, ώστε να μπορούσε να θεωρηθεί ότι η δραστηριότητα του αυτή, αποτελεί ένα αθέμιτο πειραματισμό. Κάθε μέσο που θα χρησιμοποιεί οφείλει να έχει ως αποκλειστικό σκοπό το συμφέρον του ασθενή.
- Η υπευθυνότητα του γιατρού απέναντι στον ασθενή πρέπει να διατηρείται ακέραια, χωρίς όμως ν' αγνοείται η βούληση του και η ανακούφιση του από τον πόνο κατά την καταληκτική ασθένεια» (Ειρήνη, Αναπλιώτη Βαζαίου 1988).

Η στάση του γιατρού απέναντι στον ανίατο ασθενή του, υπαγορεύεται από τις ακόλουθες διατάξεις: τον Ιπποκράτειο όρκο, την Διακήρυξη της Γενεύης, που είναι η σημερινή απεικόνιση του Ιπποκράτειου όρκου. Η Διακήρυξη της Λισσαβόνας, το έτος 1981 που αφορούσε τα δικαιώματα του ασθενή, αλλά και του Ελσίνκι που αναφερόταν στα πειράματα στον άνθρωπο την ίδια χρονιά. Η Διακήρυξη της Βενετίας που αναφερόταν στην ανίατη ασθένεια δυο χρόνια αργότερα. Ο Παγκόσμιος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας που η ύπαρξη του χρονολογείται από το 1948.

Το έτος 1963 είναι η χρονιά ορόσημο για την συνέλευση της Παγκοσμίας Ιατρικής Εταιρείας που θέσπισε τις 12 αρχές για την παροχή Υγειονομικής Φροντίδας, ανεξάρτητα του εθνικού συστήματος υγείας, είκοσι χρόνια αργότερα αυτές τις αρχές, αποδέχθηκε η Διακήρυξη της Βενετίας. Όμως, δεν πρέπει να μας διαφεύγει το γεγονός, ότι η πρόταση που αφορούσε τον Ευρωπαϊκό χάρτη για τα δικαιώματα του αρρώστου χρονολογείται από το έτος 1985.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος κατακρίνει την εφαρμογή της ευθανασίας, είτε πρόκειται για ενεργητική, είτε για παθητική, είτε γίνεται ακούσια, είτε εκούσια για κανένα λόγο δεν την παραδέχεται. Στηρίζει την αρνητική του θέση στο ότι η εφαρμογή της ευθανασίας μετατρέπει τον γιατρό

από προσάτη της ανθρώπινης υγείας, σε καταστροφέα της ανθρώπινης ύπαρξης και υγείας. Με λίγα λόγια η ευθανασία είναι κοινωνικά καταδικαστέα για τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

Όμως, εξέφρασε την αρνητική του στάση και ο Παγκόσμιος Ιατρικός Σύλλογος για την νομική αναγνώριση της ευθανασίας στην Ολλανδία. Συγκεκριμένα ο Παγκόσμιος Ιατρικός Σύλλογος τονίζει ότι η ευθανασία σε καμία μορφή της δεν δικαιολογείται γιατί έρχεται σε σύγκρουση με τους ιατρικούς ηθικούς κανόνες, πράγμα που παραδέχθηκαν και οι συμμετέχοντες σε συνάντηση της Επιτροπής Ιατρικής Ηθικής του συγκεκριμένου Συλλόγου, με εξαίρεση τον Ολλανδό εκπρόσωπο.

Παράλληλα έγινε προτροπή σε όλους τους γιατρούς να εναντιωθούν σε τυχόν νομική αναγνώριση της ευθανασίας σε τοπικό επίπεδο. Ο πρόεδρος του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου επεσήμανε ότι καθήκον του γιατρού είναι η συντήρηση- προστασία της ζωής και η συμπαράσταση των αρρώστων. Συνεπώς στόχος του γιατρού είναι η άμβλυση των τελευταίων στιγμών του ασθενούς και σε καμία περίπτωση η επίσπευση-επιτάχυνση τους.

Ο Ιπποκράτειος όρκος μεταξύ άλλων επισημαίνει ότι: «Δεν θα χορηγήσω θανατηφόρο φάρμακο σε κανένα και αν παρακληθώ, ούτε θα υποδείξω τέτοια συμβουλή» (Ειρήνη, Αναπλιώτη - Βαζαίου, 1988). Η Διακήρυξη της Γενεύης είναι η σημερινή απεικόνιση του Ιπποκράτειου όρκου χαρακτηριστικά τμήματα της διακήρυξης αυτής που σχετίζονται με το θέμα μας, το προβληματισμό μας για την ευθανασία είναι συγκεντρωμένα τα έξης:

Ο μέλλοντας γιατρός δεσμεύεται ότι θα δώσει και την ζωή του αν χρειαστεί για τον συνάνθρωπο του. Πρωταρχική του φροντίδα θα είναι η υγεία του ασθενούς, αλλά και η διαφύλαξη πάση θυσία της ιατρικής του τιμής και των ιατρικών παραδόσεων. Ο μέλλοντας γιατρός θα διακατέχεται και θα καλλιεργεί συνεχώς το σεβασμό στην ανθρωπινή ύπαρξη, και δεν θα επιπέσει ουδέποτε στο πειρασμό να παραβεί τις ιατρικές αρχές- αξίες αλλά και τα αξιώματα του Κώδικα του ανθρωπισμού.

Άξιο λόγου είναι ότι στην διακήρυξη της Γενεύης σε κάποιο τμήμα της γίνεται μνεία στο γεγονός ότι ο μέλλοντας γιατρός θα λειτουργεί ελεύθερος από

εθνικές- φυλετικές, θρησκευτικές προκαταλήψεις, πολιτικές πεποιθήσεις, κοινωνικά πολιτεύματα διασφαλίζοντας κατά αυτό τον τρόπο τις αρχές του επαγγέλματος του, αλλά και την ιατρική του εικόνα στους ασθενείς του. **Η 27^η Παγκόσμια Ιατρική Συνέλευση** που πραγματοποιήθηκε στο Μοναχό το έτος 1973, αποδεχομένη το προαναφερθέν τμήμα της διακήρυξης της Γενεύης, πρόσθεσε ότι ο δρόμος της Ιατρικής εκπαίδευσης είναι ανοιχτός σε όλους τους ανθρώπους. Αυτό σημαίνει ότι η ιατρική εκπαίδευση και η εφαρμογή της είναι κατά των φυλετικών διακρίσεων και σέβεται τις θρησκευτικές-πολιτικές πεποιθήσεις, όσων νέων επιθυμούν να ασκήσουν το ιατρικό επάγγελμα.

Σ' αυτό το σημείο θα ήταν μεγάλη μας παράλειψη αν δεν αναφερόμαστε στον Διεθνή Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και πιο συγκεκριμένα στις γενικές υποχρεώσεις των γιατρών που είναι οι ακόλουθες:

- **Ο γιατρός οφείλει** να διατηρεί σε υψηλότατο επίπεδο την επαγγελματική του συμπεριφορά.

- **Ο γιατρός δεν πρέπει** να επιτρέπει τα κίνητρα του κέρδους να επηρεάζουν την ελεύθερη και ανεξάρτητη κρίση του απέναντι στους ασθενείς του, κατά την άσκηση του επαγγέλματος του.

- **Ο γιατρός οφείλει**, σε όλες τις μορφές της ιατρικής πρακτικής, να αφιερώνεται στην παροχή της κατάλληλης ιατρικής υπηρεσίας με πλήρη τεχνική και ηθική ανεξαρτησία, με ευσπλαχνία και σεβασμό για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

- **Ο γιατρός οφείλει** να συναλλάσσεται έντιμα με τους ασθενείς και στους συναδέλφους και να αγωνίζεται καταγγέλλοντας εκείνους τους γιατρούς οι οποίοι είναι ανεπαρκείς είτε ως χαρακτήρες είτε ως ικανότητες ή δρουν με δόλο ή απάτη.

Οι ακόλουθες πρακτικές θεωρούνται ότι αποτελούν αντιδεοντολογική συμπεριφορά:

α. Η αυτοδιαφήμιση από τους γιατρούς, εκτός αν επιτρέπεται από τους νόμους της χώρας και από τον Κώδικα Δεοντολογίας της Εθνικής Ιατρικής Εταιρείας.

β. Η πληρωμή ή η αποδοχή μιας αμοιβής ή οποιαδήποτε άλλη θεώρηση αποκλειστικά για να προμηθεύσει την παραπομπή ενός ασθενή ή για την προδιαγραφή ή αναφορά ενός ασθενή από οποιαδήποτε πηγή.

- **Ο γιατρός οφείλει** να σέβεται τα δικαιώματα των ασθενών, των συναδέλφων του και όλων των άλλων επαγγελματιών (στον τομέα) της υγείας και οφείλει να διασφαλίζει την εμπιστοσύνη των ασθενών.

Ο γιατρός οφείλει να παίρνει όλες τις κατάλληλες προφυλάξεις όταν κοινοποιεί ανακαλύψεις ή άλλες τεχνικές ή θεραπεία μέσω μη επαγγελματικών καναλιών.

Ο γιατρός οφείλει να πιστοποιεί μόνον εκείνα τα οποία μπορεί προσωπικά να επαληθεύσει» (Ειρήνη, Αναπλιώτη – Βαζαίου, 1988). Έτσι από τις προαναφερθείσες ιατρικές διατάξεις φαίνεται ότι ο ρόλος του γιατρού έχει δυο βασικά χαρακτηριστικά την θεραπεία και φροντίδα του ασθενούς. Δεν γίνεται πουθενά μνεία για την εφαρμογή της ευθανασίας σε ασθενείς με ανίατες-επώδυνες ασθένειες. Ως δημοφιλέστερο χαρακτηριστικό παράδειγμα ανίατης, επώδυνης, που δύναται να συνοδεύεται και από αναπηρίες θανατηφόρας ασθένειας, είναι ο καρκίνος για τους υποστηρικτές της ευθανασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

3.1 ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΑΙ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΝΑΚΥΠΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ ΤΟΥ. ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ.

Καρκίνος είναι ο σχηματισμός κι η αύξηση των κύτταρων ενός τμήματος του ανθρωπίνου οργανισμού, όχι με τον συνηθισμένο-επιθυμητό τρόπο, αλλά με λανθασμένο τρόπο. Δηλαδή τα χρωμοσώματα που είναι η δομή - το στήριγμα των κύτταρων μας, δίνουν εντολή για την σωστή ανάπτυξη και λειτουργία των ανθρωπίνων οργάνων.

Μπορεί όμως, κάποιο χρωμόσωμα να δώσει λανθασμένη εντολή κι έτσι έχουμε ένα κύτταρο το οποίο εκτελεί λανθασμένη λειτουργία. Το συγκεκριμένο κύτταρο αντιμετωπίζεται από τα υπόλοιπα φυσιολογικά κύτταρα ως αποδιοπομπαίος τράγος, και ως απάντηση σε αυτή τους την συμπεριφορά το αποδιοπομπαίο κύτταρο φτιάχνει αμέσως κύτταρα παρόμοια με αυτό.

Είναι γεγονός ότι για πολλά είδη καρκίνων δεν γνωρίζουμε τους λόγους που τους προκαλούν σε ποσοστό 30%. Όμως, δεν είναι και λίγες οι μορφές καρκίνου που σχετίζονται με την διατροφή-το κάπνισμα, τα οιοπνευματώδη ποτά, την ατμόσφαιρα, το φυσικό και επαγγελματικό περιβάλλον στο τελευταίο συγκαταλέγονται οι συνθήκες εργασίας, που δύναται να ευνοούν την ανάπτυξη του καρκίνου. Η ανάπτυξη του καρκίνου ευνοείται και από την γενετική μας δομή δηλαδή τα στοιχεία-τα συστατικά που συνυπάρχουν με τα χρωμοσώματα μας κι όταν βρουν το κατάλληλο έδαφος συντελούν στην καρκινογένεση. Η ανάπτυξη του καρκίνου λόγω της γενετικής μας δομής, ανέρχεται σε ποσοστό 25-30%.

Κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ποιιά μέσα διαθέτει η ιατρική, προκειμένου να διαγνωσθεί οποιαδήποτε μορφή καρκίνου. Στην αρχική φάση μπορεί κι ο ίδιος ο πάσχοντας να παρατηρήσει κάτι ασυνήθιστο στο σώμα του, όπως για παράδειγμα μια παλιά ελιά που έχει αλλάξει χρώμα και μορφή, ψηλάφηση ενός εξογκώματος στο στήθος. Αλλαγή στις σωματικές ανάγκες (ούρηση-κόπρανα). Μια φλεγμονή που ταλαιπωρεί τον πάσχοντα στον λάρυγγα για πάρα πολύ

καιρό, ή ένας βήχας, παρατήρηση υπόπτου στοιχείου-εξογκώματος στους όρχεις. Οπουδήποτε στο σώμα κι αν εντοπιστεί ύποπτο στοιχείο, χρειάζεται ψηλάφηση.

Απαραίτητα στοιχεία για την διάγνωση είναι κι οι διατροφικές συνήθειες του πάσχοντα, το κάπνισμα, το σεξ, και γενικότερα άντληση στοιχείων από τον τρόπο ζωής του. Συγκέντρωση επίσης, στοιχείων από το οικογενειακό ιστορικό δηλαδή αν υπάρχουν στην οικογένεια γονείς, αδέρφια, θείοι, συγγενείς β` βαθμού που έπασχαν, ή πάσχουν από κάποια μορφή καρκίνου, για την καλύτερη-δυνατή κατανόηση των ενοχλήσεων των ασθενών. Γενικές και ειδικές αιματολογικές εξετάσεις, άπλες ακτινογραφίες όπως θώρακος για καρκίνο στα πνευμόνια, υπερηχογράφημα, αξονική τομογραφία, σπινθηρογράφημα, ενδοσκόπηση, βιοψία, κ. λ. π.

Με την ολοκλήρωση του απαραίτητου εργαστηριακού ελέγχου, γεννάται το ερώτημα αν ο γιατρός οφείλει να πει όλη την αλήθεια στον καρκινοπαθή ασθενή για την κατάσταση του; Η απάντηση στο συγκεκριμένο ερώτημα δεν είναι εύκολη, ούτε αυτονόητη για τον γιατρό, γιατί θα πρέπει να αποφασίσει αν τελικά αξίζει τον κόπο να γνωρίζει ο ασθενής του όλη την αλήθεια για την αρρώστια του, καθώς και το χρονικό όριο ζωής που ιατρικώς έχει.

Ένας ασθενής νοσηλεύτηκε σε ένα νοσοκομείο της Καλιφόρνια των Η.Π.Α. για αφαίρεση των πετρών που είχε στα νεφρά του. Κατά την διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, ο γιατρός εντόπισε όγκο στο πάγκρεας ενημέρωσε αμέσως την γυναίκα του ασθενούς, η οποία του έδωσε την συγκατάθεση της να τον αφαιρέσει. Αργότερα ενημέρωσε τον ασθενή και την γυναίκα του, ότι ο όγκος ήταν καρκίνος και σύστησε στον ασθενή έναν παθολόγο-ογκολόγο.

Ο τελευταίος στην πρώτη συνάντηση κατατόπισε πλήρως τον ασθενή για την μορφή του καρκίνου του, επισημαίνοντας ότι ενδέχεται η χημειοθεραπεία κι η ακτινοθεραπεία, να μην φέρουν το επιθυμητό αποτέλεσμα-να μην ανταποκριθεί ο οργανισμός του, αλλά αντίθετα να χειροτερέψει και να καταλήξει στον θάνατο, όπως κι άλλες παρόμοιες περιπτώσεις. Επιπρόσθετα ο παθολόγος-ογκολόγος έδωσε στον ασθενή ένα ερωτηματολόγιο 18 σελίδων που περιλάμβανε και την έξης ερώτηση: «Αν έπασχες κάποτε από ανίατη

ασθένεια θα ήθελες να το γνωρίζεις»; Αν και ο ασθενής τσέκαρε την θετική απάντηση, εντούτοις κατά την διάρκεια της σειράς χημειοθεραπείας-ακτινοθεραπείας, δεν ζήτησε να μάθει για το χρονικό όριο ζωής που του απέμενε.

Εννιά μήνες μετά υποτροπίασε κι ο ογκολόγος τον πληροφόρησε ότι η κατάσταση του-περίπτωση του εξελίχθηκε σε ανίατη. Τότε ο ασθενής οικειοθελώς σταμάτησε την χημειοθεραπεία και την έκθεση στην ακτινοβολία, ύστερα από δυο μήνες κατέληξε. Οι συγγενείς του ασθενούς, οδήγησαν τους γιατρούς σε δίκη κατηγορώντας τους, ότι δεν είχαν πληροφορήσει το αγαπημένο τους πρόσωπο για το χρονικό όριο ζωής που του απέμενε. Επιβλήθηκε χρηματική ποινή στους γιατρούς για την οικογένεια. Την πρωτοδίκη απόφαση ανέτρεψε η έφεση, όπου αναγνωρίστηκε ότι οι λέξεις καρκίνος κι υπότροπη υποδηλώνουν την αθεράπευτη ασθένεια με θανατηφόρα κατάληξη.

Επιπρόσθετο θέμα που ανακύπτει από την ύπαρξη του καρκίνου είναι ο πόνος. Ο πόνος είναι διττό φαινόμενο που σημαίνει ότι ο πόνος είναι φυσικός με συναισθηματική-ψυχολογική χρεία. Το πώς αντιδρά κανείς στον πόνο εξαρτάται από το πολιτιστικό του επίπεδο-την πολιτιστική του κληρονομιά, την θρησκευτική του πεποίθηση, την φυλετική του προέλευση, την προσωπική του εμπειρία, το ψυχολογικό του σθένος και την εξέλιξη της ασθενείας. Ο Κινεζικός λαός για παράδειγμα με πλούσια πολιτιστική κληρονομιά, μαθαίνει να αντέχει τον πόνο. Όπως και να έχει η ελάττωση-ελάφρυνση του πόνου των πιο πολλών καρκινοπαθών είναι δυνατή.

Αξίζει να σημειωθεί ότι κάθε χρονιά, οι διαγνώσεις καρκίνου φθάνουν τα έξι εκατομμύρια, εκ των οποίων οι μισές λαμβάνουν χώρα στις αναπτυσσόμενες και 4 εκατομμύρια καρκινοπαθείς πεθαίνουν τελικά. Σε ποσοστό 70% των καρκινοπαθών κατά την διάρκεια της εξέλιξης της αρρώστιας τους θα έχουν ως παρέα αναπόφευκτα τον αφόρητο πόνο, ανάλογα με την φάση της ασθενείας, ενώ το 25% των καρκινοπαθών πεθαίνει δίχως να έχει γνωρίσει την χαρά του πλήρη ελέγχου του πόνου. Η Π. Ο. Υ. (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας), στην εκστρατεία της κατά του καρκίνου, έχει τέσσερα βασικά μελήματα ένα από αυτά είναι η ανακούφιση-άμβλυνση του πόνου:

«Η αναγνώριση της σύνθετης φύσης του πόνου φαίνεται και από τον ορισμό που προτείνει η Διεθνής Ένωση για την μελέτη του πόνου:

Πόνος είναι ένα δυσάρεστο συναίσθημα ή εμπειρία που συνοδεύεται από πραγματική ή ιστική βλάβη. Ο πόνος είναι πάντα υποκειμενικός και κάθε άτομο χρησιμοποιεί την λέξη αυτή μέσω εμπειριών που σχετίζονται μαθησιακά από τραυματισμούς κατά την διάρκεια των πρώτων χρόνων της ζωής τους»(DR. ΙΩΑΝΝΗΣ Δ. ΣΠΗΛΙΩΤΗΣ, 1999).

Ο πόνος που αισθάνεται ο καρκινοπαθής τις περισσότερες φορές μπορεί να ελεγχθεί με θεραπευτική αγωγή, όμως υπάρχουν και είδη καρκινικού πόνου που δεν μπορούν να ελεγχθούν. Ο καρκινικός πόνος μπορεί να οφείλεται σε εξάπλωση του όγκου που δύναται να δημιουργεί πόνους στα οστά λόγω μεταστάσεων, ή κι ακόμη να είναι αποτέλεσμα διήθησης στα νεύρα ή στα σπλάχνα. Η χορήγηση μιας θεραπευτικής αγωγής, όπως χημειοθεραπεία, ή ακτινοθεραπεία, ή μια σειρά εγχειρήσεων δημιουργούν πόνους. Όμως ο καρκινικός πόνος μπορεί να έχει και ψυχολογική χρεία, δηλαδή να είναι προϊόν κατάθλιψης πάρα την κατάλληλη θεραπεία. Σημάδια κατάθλιψης είναι η αδυναμία-ελάττωση σκέψης, ανορεξία, αδυναμία ύπνου, απομόνωση από το συγγενικό-στενό και ευρύτερο περιβάλλον.

Υπάρχουν οι έξι κατηγορίες φαρμακευτικής αγωγής για την ανακούφιση από τον καρκινικό πόνο:

Μη ναρκωτικά αναλγητικά, ισχυρότερα αναλγητικά, ελαφρά οπιούχα, ισχυρά ναρκωτικά. Η πρώτη κατηγορία φαρμακευτικής αγωγής για τον ελαφρύ καρκινικό πόνο είναι η ίδια με την φαρμακευτική αγωγή για οποιοδήποτε άλλο ελαφρύ πόνο. Τέτοια φάρμακα με μη ναρκωτική δράση είναι η ασπιρίνη ή νοβαλζίνη-το Deron, ή ένα μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες.

Η δεύτερη κατηγορία φαρμακευτικής καταπολέμησης του καρκινικού πόνου, εκτός του ότι περιλαμβάνει τις προαναφερθείσες φαρμακευτικές ουσίες της πρώτης κατηγορίας, ενισχύεται και πιο δυνατά αναλγητικά. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η προπoxυφαίνη

Στην τρίτη κατηγορία κατά του καρκινικού πόνου είναι τα οπιούχα φάρμακα με δημοφιλέστερο αν και προκαλεί δυσκοιλιότητα, την κωδεΐνη.

Μπορεί να χορηγηθεί και μαζί με ασπιρίνη ή άλλο μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες. Σ' αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι σε δυνατότερους πόνους πριν την χρήση των ισχυρών ναρκωτικών προτιμάται η πεθιδίνη σε μορφή ένεσης για αθεράπευτο τύπο καρκίνου.

Η τελευταία κατηγορία είναι των ισχυρών ναρκωτικών. Το δημοφιλέστερο ισχυρό ναρκωτικό είναι η μορφίνη. Υπάρχει η αντίληψη ότι η μορφίνη χρησιμοποιείται σε ασθένειες τελικού σταδίου, κάτι που δεν συμβαίνει πάντοτε και είναι μύθος το ότι η μορφίνη προκαλεί εθισμό. Αν η χορήγηση της μορφίνης, είναι ελεγχόμενη ανάλογα με την περίπτωση-δεν γέννα αναπνευστικής φύσεως επιπλοκή κι άλλες επιπλοκές.

Όμως οι προαναφερθείσες φαρμακευτικές ουσίες δεν είναι αποτελεσματικές από μόνες τους, για όλες τις μορφές καρκίνου. Χρειάζεται ορισμένα περιστατικά να υποβληθούν και σε εγχείρηση. Ο γιατρός υποβάλλει σε εγχείρηση τους ασθενείς που το χρονικό όριο ζωής τους είναι ιατρικώς αποδεδειγμένα ελάχιστο, για να επιτευχθεί καλύτερη ανακούφιση από τον πόνο 2-3 μηνών. Επιπρόσθετες θεραπείες ανακούφισης-ελέγχου του πόνου είναι ο βελονισμός, η εργασιοθεραπεία, η ψυχολογική στήριξη. Η επιλογή από το γιατρό συγκεκριμένης θεραπευτικής αγωγής και απόκλιση κάποιας άλλης, υπαγορεύεται από το επίπεδο της ασθένειας.

Όπως και να έχει η ανακούφιση-ο έλεγχος του πόνου θα πρέπει να στηρίζεται στις ακόλουθες αρχές:

- Η δοσολογία των αναλγητικών να είναι τόση, όση ακριβώς είναι απαραίτητη σε κάθε περίπτωση.
- Μέλημα του γιατρού να είναι η καταπολέμηση της αϋπνίας.
- Να δίδονται οι κατάλληλες διατροφικές οδηγίες ανά περίπτωση.
- Να επιλέγεται κυρίως, η φαρμακευτική στοματική χρήση.
- Οι παρενέργειες να καταπολεμηθούν όπως τάση προς εμετό, εμετοί, δυσκοιλιότητα.

Πρωταρχικό-σπουδαίο μέλημα του γιατρού είναι η ψυχική ευφορία του ασθενούς, που επιτυγχάνεται με την παραπομπή τους ασθενούς σε αρμοδίους

ειδικούς (ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, κ.λ.π.), που θα τον στηρίξουν και θα τον ενθαρρύνουν να συμμετάσχει ξανά σε δραστηριότητες της ζωής-να ανακτήσει το ενδιαφέρον του για την ζωή. Όπως για παράδειγμα με την συμμετοχή του σε συζητήσεις-την επιδίωξη των κοινωνικών επαφών, τις ευχάριστες ενασχολήσεις όπως κινηματογράφο ή μουσική κ.λ.π.). Τα προαναφερθέντα όχι μόνο βοηθούν τον ασθενή να αποδεχθεί το γεγονός ότι πάσχει από καρκίνο, αλλά και συντελούν το στενό και ευρύτερο περιβάλλον του ασθενούς να λειτουργεί λιγότερο αγχωτικά απέναντι του, αποφεύγοντας κατά αυτό τον τρόπο να του μεταδώσουν την αγωνία τους για την ασθένεια που αν συνέβαινε κάτι τέτοιο θα μεγάλωνε-αύξανε τον καρκινικό πόνο του ασθενή.

Ένα εξίσου σημαντικό ζήτημα που ανακύπτει από την ύπαρξη του καρκίνου, και δημιουργεί προβληματισμό, είναι κατά πόσο ο καρκίνος είναι οδυνηρή ασθένεια με αναπόφευκτη θανατηφόρα κατάληξη, ώστε να αιτιολογείται η επίσπευση θανάτου(ευθανασία); Ποιος όμως, μπορεί να εγγυηθεί ότι ο καρκινοπαθής δεν θα βγει νικητής από τον καθημερινό του αγώνα με τον καρκίνο-ότι δεν θα ανταποκριθεί στην υπάρχουσα θεραπεία; Εκτός από την υπάρχουσα θεραπεία σημαντικό ρόλο στην νίκη του ασθενή κατά καρκίνου παίζει η ψυχή του, ή αλλιώς λειτουργεί η ψυχή βοηθητικά στην θεραπεία-λύτρωση από τον καρκίνο.

Στο άκουσμα της διάγνωσης του καρκίνου, ο ασθενής δύναται να μην αναφέρει στο συγγενικό-φιλικό του περιβάλλον ότι πάσχει από καρκίνο, ή δύναται να το αναφέρει μόνο στους πιο κοντινούς συγγενείς και φίλους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα για την πρώτη περίπτωση αποτελεί η ασθενής που έπασχε από καρκίνο του μαστού για δεκατέσσερα χρόνια, και παρουσίασε μεταστάσεις στο συκώτι και στα οστά, οι μόνοι που γνώριζαν για την αρρώστια ήταν ο άνδρας της κι η κόρη της. Εντούτοις συνέχισε κανονικά την ζωή της, κι εξακολούθησε να ασκεί την εργασία της, να οδηγεί δηλαδή μεγάλα φορτηγά.

Από το προαναφερθέν παράδειγμα φαίνεται καθαρά μια από τις αντιδράσεις, όσων μαθαίνουν ότι πάσχουν από καρκίνο που είναι να θεωρούν το καρκίνο ως μια ακόμη δυσκολία-αρνητική εμπειρία που όμως, κάτι καλό θα κρύβει από πίσω της. Αυτή η θετική θεώρηση τους βοηθά να συμφιλιωθούν με την διάγνωση και να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες που την συνοδεύουν και να

συνεχίσουν την ζωή τους. Υπάρχει και μια όχι τόσο υγιής αντίδραση από μια μερίδα ανθρώπων που μπορεί να εξελιχθεί σε υγιή.

Πιο συγκεκριμένα ο καρκινοπαθής πέραν από τις έξι φάσεις:

Την αρχική φάση της άρνησης: όπου δεν θέλει να παραδεχτεί ότι πάσχει από ανίατη ασθένεια και κυριαρχεί το ερώτημα με έντονο θύμο: Γιατί συμβαίνει σε εμένα; Παράλληλα ψάχνει να βρει επιβεβαίωση για το αντίθετο απ' άλλους γιατρούς ακόμη και του εξωτερικού. Ο θύμος μπορεί να εξελιχθεί σε υγιές φαινόμενο, αν βοηθηθεί ο καρκινοπαθής να τον εξωτερικεύσει, σε αντίθετη περίπτωση οδηγεί σε κατάθλιψη. Αν ενισχυθεί η αναζήτηση της αιτίας του θύμου κι ανακαλυφθεί η αιτία του θύμου, τότε το άτομο χρειάζεται να ενισχυθεί προκειμένου να χρησιμοποιήσει το θύμο του για να κρατηθεί από την ζωή.

Την δεύτερη φάση της αποδοχής κατά την οποία συνεργάζεται περίφημα με την ιατρική ομάδα κι είναι έτοιμος-ανοιχτός σε οποιαδήποτε μορφή θεραπείας.

Την τελική φάση της απομόνωσης, κατά την οποία ο καρκινοπαθής κατηγορεί τους γιατρούς για λανθασμένη θεραπεία. Εκνευρίζεται με τα οικεία του πρόσωπα, γίνεται σταδιακά εσωστρεφής-παύει να κάνει όνειρα ώσπου απομονώνεται-απομακρύνεται τελείως από τους δικούς του ανθρώπους.

Σε αυτό το σημείο άξιο λόγου είναι ότι ακόμη ένα κυρίαρχο συναίσθημα του καρκινοπαθούς είναι ο φόβος που γεννάται από την λανθασμένη εικόνα ή την άγνοια του για τον καρκίνο. Έτσι δύναται να νομίζει ότι ο καρκίνος πάντα είναι αθεράπευτη-θανατηφόρα ασθένεια, με πολύχρονους βασανιστικούς πόνους κι αναπηρίες. «Στην κυριολεξία οι ασθενείς τείνουν να «φοβούνται μέχρι θανάτου». Κατά την άσκηση της σύγχρονης ιατρικής έχει καταγραφεί οι ασθενείς που εκλαμβάνουν την διάγνωση του καρκίνου ως θανατική καταδίκη, να πεθαίνουν πολύ πιο σύντομα, πολύ πριν η νόσος προχωρήσει και επιφέρει αυτή το θάνατο» (Malin Dolinger M. D. Ernest Rosenbaum M.D. and Greg Gable, 1992).

Ο καρκινοπαθής χρειάζεται να αντιμετωπίσει-επεξεργαστεί τον φόβο, τον θύμο τόσο στην αρχική φάση της ασθένειας όσο και στην τελική φάση της

ασθένειας τον θύμο-την οργή-τον φόβο του αναπόφευκτου θανάτου, της κατάθλιψης που τον συνοδεύουν, έτσι ώστε να μην απομονωθεί από τους δικούς του ανθρώπους, και να είναι ομαλή η έξοδος του από την ζωή.

Η πραγματικότητα είναι ότι ορισμένοι πόνοι που προκαλούνται από συγκεκριμένες μορφές καρκίνου μπορούν να αντιμετωπισθούν ή να ελαττωθούν με φαρμακευτική αγωγή. Ο καρκίνος δεν συνεπάγεται πάντα αναπηρίες ή θάνατο, γιατί ορισμένοι ασθενείς πράγματι δεν κατάφεραν να ζήσουν όσο αναμενόταν ιατρικά, εντούτοις κάποιοι άλλοι έζησαν παραπάνω από το αναμενόμενο όριο επιβίωσης για τα δεδομένα αυτής της ασθένειας.

Εκείνο που χρειάζεται να κάνει ο γιατρός, είναι να μην προβεί σε προβλέψεις προτού ξεκινήσει η θεραπεία. Αντίθετα να ενημερώσει σωστά-δια φωτίσει τον ασθενή του για την μορφή καρκίνου από την οποία έχει προσβληθεί, με το να τον ενημερώσει για το είδος θεραπείας που θα χρειαστεί να υποβληθεί. Δημιουργώντας του, την πραγματική εικόνα για τους πόνους και τα συστήματα υποστήριξης, γιατί μόνο έτσι θα αμβλυθεί ο φόβος του.

Σημαντικό όμως, για τον καρκινοπαθή είναι να μπορεί να μην επηρεαστεί από το φόβο του συγγενικού και φιλικού περιβάλλοντος του, για την άγνωστη-λανθασμένη εικόνα που έχουν για τον καρκίνο. Έτσι ο ασθενής δύναται να αποκρύψει το γεγονός ότι πάσχει από καρκίνο από το στενό του περιβάλλον, ή να επιθυμεί να ενημερωθούν πλήρως οι δικοί του άνθρωποι για την ασθένεια του από τον γιατρό του.

Ο γιατρός χρειάζεται απαραίτητως-είναι στα καθήκοντα του να πληροφορήσει πλήρως τα αγαπημένα πρόσωπα του ανίατου ασθενούς για την κατάσταση του τελευταίου. Αυτό είναι το ιδανικότερο, γιατί αν είναι διαφωτισμένοι από τον γιατρό για την μορφή καρκίνου του αγαπημένου τους πρόσωπου, οι συγγενείς και οι φίλοι του θα τον διευκολύνουν στην πορεία του με τον καρκίνο. Όσο για τον ίδιο τον ασθενή να του παρέχει, όσες πληροφορίες ζητήσει εκείνος κι όχι παραπάνω. Για παράδειγμα, ο ασθενής δύναται να επιθυμεί να γνωρίζει ότι θα πεθάνει, να μην επιθυμεί όμως, να μάθει πόσος χρόνος ζωής ακριβώς του απομένει. Με άλλα λόγια, ο γιατρός οφείλει να

παρέχει όση δόση αλήθειας χρειάζεται-απαιτεί ο ασθενής κάθε φορά, τίποτα λιγότερο, τίποτα περισσότερο.

Ο καρκίνος έχει επίδραση στην αυτοέκτιμηση του ατόμου. Συμβαίνει μερικές φορές ο καρκινοπαθής να νομίζει ότι η ύπαρξη του καρκίνου είναι η θεία τιμωρία για κάτι που έκανε, ή ότι ο καρκίνος δημιουργήθηκε επειδή έχει αδύναμη προσωπικότητα, κι ότι αν είχε πιο ισχυρή προσωπικότητα, αυτό δεν θα συνέβαινε. Τα προαναφερθέντα δεν ισχύουν γιατί είναι προσωπικές αντιλήψεις. «Το να πάσχει κανείς από καρκίνο δεν σημαίνει φυσικά ότι είναι άχρηστος ή ένοχος για κάποιο φοβερό αμάρτημα. Ο καρκίνος μπορεί να προσβάλει τον καθένα σήμερα. Υπολογίζεται ότι στην Αμερική προσβάλλει ένα στα τέσσερα άτομα» (Malin Dolinger M.D., Ernest Rosenbaum M.D. and Greg Gable, 1992).

Το σίγουρο πάντως είναι ότι οι επιπτώσεις του καρκίνου έχουν ως άμεσο αποτέλεσμα την ελάττωση-μείωση της αυτοεκτίμησης του ατόμου. Οι επιπτώσεις του καρκίνου είναι οι ακόλουθες:

i) Οι σωματικές αλλαγές, οι οποίες προκλήθηκαν είτε από χειρουργικές επεμβάσεις(αφαίρεση των γεννητικών οργάνων για τους άνδρες, και για τις γυναίκες αντίστοιχα του μαστού που είναι συχνότατο φαινόμενο κυρίως στις γυναίκες), είτε από την χημειοθεραπεία ή την ακτινοβολία, όπως ελάττωση ή απώλεια των μαλλιών-ακρωτηριασμός κάποιου μέλους του σώματος, μεγάλη ξαφνική απώλεια βάρους, τάση προς εμετό, αποστροφή ή απόχρη από το φαγητό, και έντονο άλγος. Οι σωματικές αλλαγές θα τον κάνουν να μην αισθάνεται άνετα στην επαφή του με τα αγαπημένα του πρόσωπα.

Το σημαντικό είναι να μπορέσει ο καρκινοπαθής να συνειδητοποιήσει ότι ο εαυτός του έχει διπλή μορφή: είναι ο σωματικός κι ο ψυχικός εαυτός, καθώς και ότι ο ψυχικός εαυτός του είναι το κλειδί για να αντιμετωπίσει τα σωματικά προβλήματα και μεταβολές, έτσι θα ανέβει ψυχολογικά. «Μια καλή σκέψη είναι να έρθει σε επαφή με τα μέλη της ομάδας συμπαράστασης που έχουν επίσης υποστεί σωματικές αλλαγές. Μια τέτοια σχέση μπορεί να αποβεί επωφελής, διότι η κοινή αντιμετώπιση των δυσκολιών φέρνει πιο κοντά τους ανθρώπους. Όσοι απασχολούνται εθελοντικά στις ομάδες αυτές ή σε άλλους οργανισμούς κοινωνικής πρόνοιας μπορούν να βοηθήσουν

στη συναισθηματική προσαρμογή. Αλλά και ο ίδιος ο ασθενής μπορεί τελικά να αποδειχθεί πολύτιμος σύντροφος για άλλους και να ξεπεράσουν από κοινού τις αναπόφευκτες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν» (Malin Dolinger M.D., Ernest Rosenbaum M.D. and Greg Gable, 1992).

ii) Αδυναμία άσκησης ελέγχου και αυτονομίας που σημαίνει ότι κατά την διάρκεια της παραμονής του στο νοσοκομείο έχουν αναλάβει την φροντίδα του τόσο το ιατρικό όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό. Μόλις του δοθεί εξιτήριο από το νοσοκομείο, την περιποίηση-κάλυψη των αναγκών του αναλαμβάνουν τα οικεία του πρόσωπα. Έτσι δύναται να αισθάνεται «ανίκανος», ή άβολα που εξαρτάται από τα οικεία του πρόσωπα. Γι' αυτό το λόγο χρειάζεται να γίνουν τα έξης για να ανέβει η αυτοεκτίμηση του:

α) Στο μέτρο των δυνατοτήτων του και σταδιακά να ενθαρρυνθεί να περιποιείται μόνος του τον εαυτό του.

β) Να τρέφεται σωστά και να μην ξεφεύγει από το πρόγραμμα διατροφής του, και να γυμνάζεται όσο χρειάζεται (χωρίς υπερβολές) για να ενισχυθεί-αυξηθεί σταδιακά η δύναμη και η κινητικότητα του. Με την γυμναστική επιτυγχάνεται η καλύτερη πρόβλεψη και ανάρρωση της ασθένειας, καθώς και δεν συμβαίνει μυϊκή ανικανότητα. Όμως, η γυμναστική συντελεί και στην δημιουργία θετικής αυτοεικόνας του ασθενούς, αφού του παρέχει ψυχική ευφορία αντιμετωπίζοντας έτσι θετικά τις οποιοσδήποτε εξωτερικές αλλαγές (π.χ. μαστεκτομή), αλλά και συντελεί στην επιστροφή του στον εργασιακό χώρο, τις κοινωνικές επαφές και το σεξ.

γ) Να κράτα σημειωματάριο προόδου καθημερινά στο οποίο θα καταγραφεί τις καθημερινές του κατακτήσεις, διότι έτσι θα αρχίσει να νιώθει περήφανος για τον εαυτό του, αλλά και ολοκληρωμένος ως άτομο.

δ) Να διαλέξει μικροασχολίες στο σπίτι όπως την περιποίηση του κήπου ή γλαστρών, ή την περιποίηση μικρών ζώων, ή άλλη μικροασχολία που θα τον ανεβάσει ψυχολογικά.

«Είναι πιθανό το ηθικό του να ενισχυθεί αν συμμετάσχει σε προγράμματα συμπαράστασης, λόγου χάρη σε ειδικές συμβουλευτικές ομάδες ή οργανώσεις συμπαράστασης ασθενών. Αν υπάρχουν παρόμοιες ομάδες στην

περιοχή του, ας ζητήσει να ενημερωθεί από το ιατρικό προσωπικό, τους κοινωνικούς λειτουργούς, την εκκλησία. Μπορεί επίσης να έρθει σε επαφή με άλλους καρκινοπαθείς για να δημιουργήσουν μια τέτοια ομάδα» (Malin Dolinger M.D., Ernest Rosenbaum M.D. and Greg Gable, 1992).

iii) Επεξεργασία του συναισθήματος της απομόνωσης: ο καρκινοπαθής συχνά απομονώνεται από τα αγαπημένα του πρόσωπα. Αυτή του η αντίδραση είναι φυσιολογική, αν δεν διαρκεί πολύ και δεν είναι ποτισμένη στην θλίψη και στην προσωπική του αντίληψη ότι ο καρκίνος είναι «αναπόφευκτα» θανατηφόρα ασθένεια. Με άλλα λόγια αν κυρίαρχη προσωπική του αντίληψη είναι ότι ο καρκίνος είναι οπωσδήποτε θανατηφόρα ασθένεια και το τίμημα που πρέπει να πληρώσει για κάτι που έκανε, οδηγείται σταδιακά στην απομάκρυνση από τα αγαπημένα του πρόσωπα και στην καταρράκωση της αυτοεικόνας του.

Χρειάζεται να αντιδράσει άμεσα ο καρκινοπαθής και να ανακαλύψει χαράξει νέο νόημα και πορεία στην ζωή του συντροφιά με τον καρκίνο (αναδιαμόρφωση των σχέσεων του-ανακάλυψη νέων ενδιαφερόντων που θα του παρέχουν χαρά, ικανοποίηση-ευχαρίστηση). Στην αρχή ίσως νιώθει αμήχανα αξίζει όμως, να προσπαθήσει να κερδίσει την ζωή, γιατί τα δώρα από αυτή την προσπάθεια είναι ανεκτίμητα.

Συμβαίνει όμως, να μην μπορούν όλοι οι καρκινοπαθείς μόνοι τους, να συνειδητοποιήσουν-κατανοήσουν ότι πάσχουν από καρκίνο και να προχωρήσουν συντροφιά με αυτόν, να συνεχίσουν δηλαδή την ζωή τους κανονικά. Γι' αυτούς κρίνεται απαραίτητη η ψυχολογική ενίσχυση που σημαίνει ότι πρέπει να ληφθούν υπόψη οι παράγοντες που εισβάλλουν, επηρεάζουν, και αλλάζουν την ψυχική σύνθεση του καρκινοπαθούς.

Πιο συγκεκριμένα ο καρκινοπαθής ζει με τον φόβο του ερχομένου θανάτου, τον πόνο που προκαλεί είτε η ίδια η αρρώστια, είτε η θεραπευτική αγωγή. Συμβιώνει με την μετατροπή της εξωτερικής του εικόνας από επεμβάσεις, τα συναισθήματα άγχους για τις ποικίλες εξετάσεις, αλλά και μοναξιάς. Η κινητική του λειτουργία δεν είναι η ίδια όπως πριν την αρρώστια μειώνεται. Στην ψυχολογική στήριξη-ενίσχυση του ασθενούς μπορούν να βοηθήσουν όχι μόνο το οικογενειακό-φιλικό περιβάλλον, αλλά και ο

προσωπικός γιατρός του ασθενούς μαζί με την υπόλοιπη επιστημονική ομάδα(ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, κ .λ .π .).

Αξιοσημείωτο είναι πως υφίστανται - λειτουργούν ομάδες συμπαράστασης-στήριξης των καρκινοπαθών εντός και εκτός νοσοκομείου, για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων που αναδύονται από την οργανική-σωματική κατάσταση του καρκινοπαθούς. Πιο συγκεκριμένα, οι συγκεκριμένες ομάδες εντός νοσοκομείου έχουν ως κύριο μέλημα τους, την ηθική συμπαράσταση-στήριξη τόσο των ασθενών που έχουν κάνει θεραπεία για την καταπολέμηση κάποιας μορφής όγκου, όσο και του συγγενικού περιβάλλοντος των συγκεκριμένων ασθενών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιων ασθενών είναι, οι ασθενείς που έχουν υποστεί χειρουργική τομή στον λάρυγγα ή αφαίρεση των φωνητικών χορδών, κι έτσι πρέπει να ενισχυθούν για να προσπαθήσουν να ξαναμιλήσουν. Οι γυναίκες επίσης, που έχουν υποστεί μαστεκτομή, ή οι άνδρες που πάσχουν από καρκίνο των όρχεων, για οποιαδήποτε μορφή καρκίνου κι αν πρόκειται, τα ψυχολογικά προβλήματα που αναδύονται πρέπει να αναγνωριστούν και να δουλευτούν άμεσα.

Εκτός από τις ομάδες στήριξης εντός νοσοκομείου, υφίστανται και παρόμοιες ομάδες εκτός νοσοκομείου που απευθύνονται στους καρκινοπαθείς και στο στενό του περιβάλλον. Η Αντικαρκινική Εταιρεία της Αμερικής, αλλά και άλλοι παρόμοιοι οργανισμοί απαρτιζόμενοι από ειδικούς, έχουν στο δυναμικό τους προγράμματα που συντελούν στην αναγνώριση και στην επεξεργασία των ψυχολογικών και πνευματικών προβλημάτων που ανακύπτουν από την σωματική κατάσταση του καρκινοπαθούς. Χαρακτηριστικά προγράμματα είναι τα εξής:

α) «ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ», για γυναίκες που έχουν υποστεί μαστεκτομή(REACH TO RECOVERY).

β) Το πρόγραμμα, «ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΤΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΩ», με συναντήσεις κάθε εβδομάδα, (I CAN COPE).

Η WELLNESS COMMUNITY, είναι ένας ακόμη οργανισμός που έχει ως στόχο τη συνεύρεση των καρκινοπαθών που πάσχουν από την ίδια μορφή καρκίνου, μέσα από τα ποικίλα προγράμματα που λειτουργούν όπως

εκπαίδευσης, σεμιναρίων, ομάδες συζήτησης. Έτσι από τις προαναφερθείσες δραστηριότητες αμβλύνονται τα αισθήματα φόβου, κι οι ανησυχίες που είναι κοινά γι' αυτούς τους ασθενείς. Όμως, υπάρχουν και οργανισμοί που απευθύνονται αποκλειστικά σε νέους, γιατί ο νέος δύναται να αισθάνεται άβολα να συμμετάσχει σε κάποια (από τις ήδη υπάρχουσες) ομάδα στήριξης. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο οργανισμός "Vital options" που έχει την έδρα του στο Λος Άντζελες, κι αναπτύσσεται ταχύτατα σε ολόκληρη την Αμερική για την προσέγγιση και στήριξη περισσότερων νεαρών καρκινοπαθών.

Δύναται ο σκοπός, η δομή-διάθρωση των ομάδων στήριξης να διαφέρει, εντούτοις, όλες οι ομάδες έχουν ένα παρόμοιο χαρακτηριστικό που είναι η συνεύρεση των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα. Οι ευκαιρίες που παρέχονται σε όσους συμμετέχουν σε αυτές τις ομάδες είναι οι εξής:

- Ο καρκινοπαθής-μέλος της ομάδας δύναται να μιλήσει για το πρόβλημα του, και πως αυτό έχει επηρεάσει τη ζωή του, εξωτερικεύοντας στα υπόλοιπα μέλη την εμπειρία του.
- Έχει την δυνατότητα να ακούσει τα υπόλοιπα μέλη να μιλάνε για το πρόβλημα τους και την εμπειρία τους, αλλά και να λειτουργήσει ως στήριγμα για αυτούς αποκτώντας αίσθημα συντροφικότητας και άμβλυνσης του συναισθήματος της έντονης αγωνίας.
- Παρέχεται η δυνατότητα σε όλους να αλληλοβοηθηθούν, με το να ενημερωθούν μεταξύ τους για τον καλύτερο τρόπο αντιμετώπισης συγκεκριμένων προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο καθένας τους.

Ο αριθμός συμμετεχόντων κάθε φορά στην ομάδα, καθώς και ο τρόπος λειτουργίας των ομαδαρχών-υπεύθυνων στην ομάδα συντελούν στην ύπαρξη θετικών ή αρνητικών επιδράσεων. Όπως και να έχει ο καρκινοπαθής που επιθυμεί να συμμετάσχει σε μια ομάδα στήριξης, γιατί χρειάζεται βοήθεια για να αντιμετωπίσει τον καρκίνο-δεν μπορεί μόνος του, μπορεί να απευθυνθεί στα τοπικά παραρτήματα της Αντικαρκινικής Εταιρείας, όπου θα τον ενημερώσουν για τις ομάδες στήριξης που λειτουργούν στην περιοχή του. Όμως, και από τα ενημερωτικά φυλλάδια που κυκλοφορούν για τον καρκίνο, μπορεί κάποιος να αντλήσει τέτοια πληροφορία, αλλά και από ειδικευμένο νοσηλευτή στον τομέα

ογκολογίας, ή τον κοινωνικό λειτουργό, για παραπομπή σε συγκεκριμένες ομάδες ανάλογα με την περίπτωση.

Σ' αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθούμε σε ένα σημαντικό κεφαλαίο που σχετίζεται με τον καρκινοπαθή και είναι η ομαλή επιστροφή του στην εργασία. Άμεσο επακόλουθο της διάγνωσης του καρκίνου, είναι η μείωση της αυτοεικόνας του ασθενούς, ή τείνει να χαθεί τελείως η αυτοεικόνα του. Γι' αυτό το λόγο χρειάζεται για να επανακτήσει την ψυχική και πνευματική του ισορροπία να επιστρέψει στην εργασία του.

Συμβαίνει όμως, λόγω της κατάστασης του να αντιμετωπίζεται με επιφύλαξη κι αρνητισμό τόσο από τους συνάδελφους, όσο και από τους εργοδότες. Αυτό συμβαίνει γιατί οι μεν συνάδελφοι έχουν μια προσωπική-λανθασμένη αντίληψη για τον καρκίνο, που τους προκαλεί φόβο και τους ωθεί στο να απομονώνουν τον συνάδελφο τους. Οι δε εργοδότες δεν επιθυμούν να επιστρέψει ο καρκινοπαθής- εργαζόμενος γιατί λόγω της ιδιαίτερης κατάστασης του δεν θα είναι τόσο παραγωγικός όσο παλιότερα.

Δύναται να μην είναι σε θέση να αναλάβει τα παλιά του καθήκοντα, πράγμα που συνεπάγεται ότι θα πρέπει να εκπαιδευτεί σε διαφορετικό αντικείμενο εργασίας, κι αυτό απαιτεί πολύ χρόνο. Ακόμη οι άδειες για θεραπευτικούς λόγους, έχουν ως άμεσο επακόλουθο το οικονομικό κόστος-χάσιμο της επιχείρησης.

Σε έρευνα της Αντικαρκινικής Εταιρείας της Αμερικής, που υλοποιήθηκε την δεκαετία του `70 έδειξε ότι σε ποσοστό 25% δεν προσλήφθηκαν γιατί έκαναν θεραπεία, είτε αντιμετωπίζονταν με αρνητισμό. Οι μισοί δήλωσαν ότι λόγω του καρκίνου αντιμετώπισαν κάποιο πρόβλημα στην δουλειά τους. Εντούτοις υπάρχουν και δυο θετικά στοιχεία από την συγκεκριμένη έρευνα που είναι ότι για το 46% των καρκινοπαθών η ξανά προσαρμογή τους στην εργασία ήταν ομαλή. Επιπλέον το 75% με την ολοκλήρωση της θεραπείας πήρε αύξηση λόγω προαγωγής κι επιπρόσθετων καθηκόντων. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας, ώθησαν αρκετές Πολιτείες των Η.Π.Α. να καταψηφίσουν την επιφυλακτική-κατακριτέα στάση των ανθρώπων απέναντι στους πάσχοντες από ασθένειες όπως για παράδειγμα ο καρκίνος.

Από μια άλλη έρευνα το ποσοστό των καρκινοπαθών που είχαν θετικό κλίμα στην επιστροφή τους στα εργασιακά καθήκοντα φθάνει το 40-70%, ενώ σε ποσοστό 20-30% προάχθηκαν αναλαμβάνοντας νέα καθήκοντα. Σημαντικό είναι για τον καρκινοπαθή να επιστρέψει στην εργασία του αν το επιτρέπει η κατάσταση του, και οι συνάδελφοι του, αλλά και οι ανώτεροι του στην κλίμακα εργασίας να είναι φιλικοί και ενθαρρυντικοί απέναντι του. Θετικοί δεκτές των εξωτερικών και εσωτερικών αλλαγών του καρκινοπαθούς αποδεικνύοντας του ότι είναι ενεργό μέλος της ομάδας εργασίας.

«Το σπουδαιότερο είναι να διατηρήσει ο καρκινοπαθής μια θετική στάση παρά τις οποιεσδήποτε απορρίψεις. Οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι εργασιοθεραπευτές, οι φυσιοθεραπευτές, καθώς και οι επαγγελματικοί σύμβουλοι μπορούν να βοηθήσουν στην ομαλή επανένταξη του στο εργασιακό δυναμικό, στην ανεύρεση εργασίας που να ανταποκρίνεται στις ικανότητες του ή αν είναι απαραίτητο, στην επανεκπαίδευση του. Όμως το μυστικό είναι να μάθει κανείς να ζει με τον καρκίνο. Η θετική στάση θα ενισχύσει την αποφασιστικότητα και θα εξομαλύνει τις τυχόν δυσκολίες με εργοδότες και συναδέλφους» (Malin Dolinger M.D., Ernest Rosenbaum M.D. and Greg Gable, 1992).

Όμως, για να επανενταχθεί ο καρκινοπαθής στην εργασία του, ή γενικότερα για να ανακτήσει την χαμένη του σωματική και ψυχική ισορροπία, χρειάζεται να τον αποδεχθεί η οικογένεια του με τις εξωτερικές και εσωτερικές αλλαγές που του έχει επιφέρει ο καρκίνος και να τον στηρίξει. Πιο συγκεκριμένα η οικογένεια του καρκινοπαθούς, πρώτα από όλα έρχεται αντιμέτωπη με τον διαρκή-κυρίαρχο φόβο-αγωνία, ότι ο θάνατος θα χτυπήσει την πόρτα του αγαπημένου τους πρόσωπου.

Ακολουθούν τα έξης ζητήματα που απασχολούν τα μέλη της οικογένειας, όπως τι μπορούν να κάνουν οι ίδιοι για τον άνθρωπο τους που υποφέρει από την συγκεκριμένη αρρώστια; Πως θα αντιδράσουν το στενό και ευρύτερο περιβάλλον του ασθενούς στο άκουσμα της λέξης καρκίνος (παιδιά, στενοί συγγενείς, φίλοι κ.λ.π); Με ποιό τρόπο επίσης θα καλυφθούν τα έξοδα παραμονής στο νοσοκομείο και της θεραπευτικής αγωγής, αφού το αγαπημένο

τους πρόσωπο θα τεθεί εκτός των εργασιακών του υποχρεώσεων για μεγάλο χρονικό διάστημα και τι θα γίνει με τον ασφαλιστικό φορέα;

Ο καρκινοπαθής που είναι πλήρως ενημερωμένος για την κατάσταση του, ή εν μέρει για αυτή, ζει σε μια εναλλασσόμενη συναισθηματική κατάσταση με κυρίαρχα συναισθήματα τον φόβο, τον θύμο, την μείωση της θετικής εικόνας του εαυτού του, την απομόνωση από τους άλλους. Ο θύμος του έχει διπλή μορφή: α) αρνείται-δεν δέχεται με τίποτα ότι ο καρκίνος τον-την προτίμησε, β) αντιδρά παράλογα στα παιδιά του-της και στην-στον σύζυγο του-της ότι κι αν κάνουν το βρίσκει στραβό. Για παράδειγμα βρίσκει αφορμή για καβγά και ένταση από τις συνεχείς εξόδους της-του συζύγου του-της ,ή τους όχι τόσο καλούς βαθμούς των παιδιών στα σχολικά μαθήματα.

Ποια είναι η σωστότερη-καλύτερη αντιμετώπιση των συναισθηματικών εκρήξεων του καρκινοπαθούς από το στενό του περιβάλλον;I)Να ανακαλύψει τους λόγους αυτών των συναισθηματικών εκρήξεων, και II)να ενθαρρύνει να εξωτερικευτούν αυτές οι συναισθηματικές εκρήξεις για να τις μετατρέψει σε εποικοδομητικό διάλογο. Μόνο από την προαναφερθείσα στάση του στενού περιβάλλοντος του καρκινοπαθούς, και εφόσον έχει προηγηθεί η καταπολέμηση της λανθασμένης εικόνας για τον καρκίνο, (που δύναται να έχουν τόσο ο ίδιος ο ασθενής, όσο και το οικογενειακό-στενό του περιβάλλον, ή να προκαλεί αυτή την εικόνα στον ασθενή το οικογενειακό-στενό του περιβάλλον), με την σωστή ενημέρωση από τον γιατρό χωρίς να προβαίνει σε προβλέψεις για την κατάσταση του ασθενούς. Έτσι θα μπορέσουν οι κοντινοί άνθρωποι του ασθενούς, να ωθήσουν τον άνθρωπο τους σε παλιές δημιουργικές ενασχολήσεις ή στην αναζήτηση νέων δημιουργικών ενασχολήσεων.

Το μεγαλύτερο αντίκτυπο από το στενό περιβάλλον τον δέχονται ο, η σύζυγος και τα παιδιά του-της καρκινοπαθούς. Ο-η σύζυγος έρχεται αντιμέτωπος-η με επιπρόσθετες ευθύνες τόσο ίσως στον επαγγελματικό τομέα του-της συζύγου που ασθενεί(για παράδειγμα μπορεί να διαθέτει μαγαζί),λόγω της μακροχρόνιας θεραπείας, όσο και μέσα στην οικογένεια θα πρέπει να λειτουργήσει ως γέφυρα ανάμεσα στον-στην ασθενή και στους συγγενείς που στην προσπάθεια τους να στηρίξουν τον-την ασθενή, προκαλούν την αγανάκτηση του-της.

Έχει υποχρέωση επίσης, να καλύψει τα κενά του-της καρκινοπαθούς συζύγου στα παιδιά χωρίς να δηλώνει ή να δείχνει φανερά ότι εκείνος-εκείνη είναι απών-απούσα, αντίθετα να φέρεται σαν εκείνος- εκείνη να ήταν εκεί. Όμως, για να ανταποκριθεί ο, η σύζυγος στις επιπρόσθετες ευθύνες , χρειάζεται να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα αγωνίας για την συγκεκριμένη ασθένεια, την ανησυχία του-της για την υπάρχουσα θεραπευτική αγωγή. Ύστερα να επιτρέψει στον-στην ασθενή σύζυγο να κάνει το ίδιο, να εξωτερικεύσει δηλαδή τα αρνητικά του-της συναισθήματα όπως αγωνία, φόβο, θύμο, θλίψη για την συγκεκριμένη αρρώστια κ. λ. π.

Τα παιδιά βιώνουν έντονα τον καρκίνο που έχει προσβάλλει τον γονιό τους, ιδιαίτερα τα μικρότερα σε ηλικία, δεν μπορούν να εξηγήσουν γιατί ο μπαμπάς ή η μαμά λείπουν συχνά από το σπίτι, κάτι που υπαγορεύεται από την θεραπευτική αγωγή, ούτε το ότι κουράζεται εύκολα και δεν παίζει μαζί τους όπως παλιά, θεωρούν ότι δεν τα αγαπάει πια. Τα μεγαλύτερα σε ηλικία παιδιά δύναται να εκδηλώνουν την αγάπη τους στον άρρωστο γονιό τους σε υπέρτατο βαθμό, και με υπερπροστασία, αλλά και με το να κάνουν πράγματα που νομίζουν ότι θα χαροποιήσουν-δώσουν ευχαρίστηση στον άρρωστο γονιό τους.

Όπως και να έχει η οικογένεια πρέπει να μείνει δεμένη, πράγμα που σημαίνει ότι τα μέλη της να εκδηλώνουν την αγάπη τους στον καρκινοπαθή άνθρωπο τους, όχι σε υπέρτατο βαθμό ώστε να τον κάνουν να νιώθει άχρηστο αλλά το αντίθετο. Επιπλέον ο καρκινοπαθής να έχει την δυνατότητα να μοιραστεί με τους δικούς του ανθρώπους, τον φόβο και τον προβληματισμό του για την ασθένεια και τα αποτελέσματα της θεραπευτικής αγωγής, γιατί έτσι μόνο θα ενεργοποιηθεί-θα αποκτήσει ενδιαφέρον ξανά για την ζωή. Εν ολίγοις, το κλειδί για την επανένταξη του στις ομορφιές της ζωής είναι το δέσιμο της οικογένειας, να μείνει αλώβητο από τον καρκίνο και τις αντιξοότητες που τον συνοδεύουν.

Εξίσου σημαντικό κεφαλαίο-παράγοντας για τον καρκινοπαθή είναι η ψυχαγωγία τόσο κατά την διάρκεια νοσηλείας του στο νοσοκομείο, όσο και μόλις πάρει εξιτήριο από το νοσοκομείο. Ψυχαγωγία είναι καθετί που κεντρίζει το ενδιαφέρον και ευχαριστεί τον ασθενή-οποιαδήποτε ενασχόληση ευφραίνει την ψυχή του. Εντός νοσοκομείου μπορεί να είναι η συνομιλία με άλλους

καρκινοπαθείς, είτε για τον καρκίνο-το κοινό τους πρόβλημα, είτε μια ομαδική δραστηριότητα ζωγραφική, παίξιμο κάποιου ομαδικού διασκεδαστικού παιχνιδιού.

Με την επιστροφή του ασθενούς στο σπίτι, αν σωματικά είναι σε ικανοποιητικό σημείο, μπορεί να πάει κοντινές βόλτες με φίλους σε πάρκα-πλατείες ή ακόμη να πάει στο κινηματογράφο, θέατρο. Να παρακολουθήσει κωμικές ταινίες κι ευχάριστα προγράμματα στην τηλεόραση. Να ασχοληθεί με την ζωγραφική, να ακούσει μουσική, ή να αρχίζει να παίζει κάποιο μουσικό όργανο. Να συλλέγει αντικείμενα που του αρέσουν, όπως νομίσματα ή γραμματόσημα όλων των χωρών. Να φτιάξει το γενεαλογικό δένδρο, να εμπλουτίσει τις οικογενειακές-φιλικές φωτογραφίες με χαριτωμένα σχόλια κ.λ.π.

Όλες αυτές οι ψυχαγωγικές δραστηριότητες κι αρκετές άλλες, παρέχουν στον καρκινοπαθή την ψυχική ηρεμία και ισορροπία που χρειάζεται για να αντιμετωπίσει τις επιπτώσεις-δυσκολίες της συγκεκριμένης αρρώστιας κι ανοίγουν το δρόμο προς την αποκατάσταση και προς μια αισιόδοξη στάση για την ζωή, για παράδειγμα η ψυχαγωγία συντελεί στην σταδιακή επανένταξη του καρκινοπαθούς στην εργασία του και γενικότερα στις ομορφιές της ζωής. Γεννάται το ερώτημα για τους υποστηρικτές της ευθανασίας: Τι γίνεται με τον καρκινικό πόνο που δεν ελέγχεται πάρα την θεραπευτική αγωγή, και ιδίως με τους καρκινοπαθείς τελικής μορφής, ή πορείας;

Τα τελευταία χρόνια τόσο στην Ευρώπη, όσο και στις Η.Π.Α. η ενεργητική ευθανασία κερδίζει έδαφος. Αν και έχουν γίνει προσπάθειες για την νομιμοποίηση της, τόσο στην Ολλανδία, Η.Π.Α., όσο και στην Αυστραλία, και νομιμοποιήθηκε αρχικά, με δεύτερη σκέψη η νομιμοποίηση της ενεργητικής ευθανασίας έπαψε να ισχύει. Ο ιατρικός κόσμος δεν αποδέχεται στην πλειοψηφία του την ευθανασία σε οποιαδήποτε μορφή της, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας. Όμως, υπάρχουν κι οι μαχόμενοι υπέρ της ευθανασίας με δημοφιλέστερο από τα M.M.E. ως Dr. θάνατο ή με το πραγματικό του όνομα Dr. Kevorkian.

Ένα ζήτημα που προβληματίζει έντονα σήμερα, και θα εξακολουθήσει να προβληματίζει είναι, αν αξίζει ο καρκινοπαθής τελικού σταδίου, δηλαδή ο

καρκίνοπαθής που το χρονικό όριο ζωής του ιατρικώς είναι αποδεδειγμένο ότι είναι μικρότερο και από 3 μήνες, να ενισχύεται η ζωή του τεχνικά να του χορηγείται δηλαδή καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση-ανάληψη. «Ο προβληματισμός γύρω από αυτό το θέμα οδήγησε στην έκδοση οδηγιών στον Καναδά και στην Αγγλία που χαρακτηρίζουν σε ποιες περιπτώσεις δεν πρέπει να εκτελείται καρδιοαναπνευστική ανάληψη εάν ο ασθενής υποστεί καρδιακή ανακοπή. Αυτές είναι:

- Η κατάσταση του ασθενή να προδιαγράφει ως ανεπιτυχή την ανάληψη. Εάν η καρδιοαναπνευστική ανάληψη έρχεται σε αντίθεση με την επιθυμία του ασθενή.
- Εάν η προσδοκώμενη επιβίωση μετά την ανάληψη είναι με χαμηλή ποιότητα ζωής»(Dr. Ιωάννης Δ. Σπηλιώτης, 1999).

Το 1991 εδραιώθηκε η άποψη ότι καθήκον του γιατρού είναι, εφόσον ο ασθενής, ή μέλος της οικογένειας του έχει δηλώσει ότι θέλει να του γίνει ανάληψη, να εκτελέσει αυτή του-τους την επιθυμία, εκτός εάν ο ίδιος ο γιατρός θεωρεί ότι η ανάληψη δεν θα φέρει αλλαγή-αποτέλεσμα, με λίγα λόγια είναι περιττή. Όμως, και η προαναφερθείσα άποψη εμπεριέχει το στοιχείο του προβληματισμού-της προσωπικής άποψης, και γέννα τα έξης ερωτήματα:

- i) Με ποιο τρόπο-ποια κριτήρια ένα είδος θεραπείας θεωρείται περιττό;
- ii) Που στοχεύει η τεχνητή υποστήριξη στην διατήρηση της ζωής απλά, ή την διατήρηση ενός καλού επίπεδου ζωής-το είδος της ζωής;

Σε αυτό το σημείο κρίνουμε σκόπιμο να αναφέρουμε ότι σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στις Η. Π. Α. που απευθύνονταν τόσο σε ογκολογικούς ασθενείς, όσο και σε υγιή άτομα, αλλά και σε παρόμοιες έρευνες στην Ευρώπη, κυρίως Ιταλία, Γαλλία, Ολλανδία, έδειξαν ότι οι μισοί από τους συμμετέχοντες στις έρευνες, στην ερώτηση αν είχαν αφόρητους πόνους και βρισκόνταν σε τελική πορεία ασθενείας θα επέλεγαν την ευθανασία, απάντησαν θετικά.

Αποδείχθηκε έτσι, από το κοινό αποτέλεσμα των ερευνών ο προβληματισμός-το δίλημμα για το θέμα της ευθανασίας που δεν απασχολεί μόνο τον ιατρικό κόσμο, αλλά και την κοινωνία. Τον προβληματισμό για το

συγκεκριμένο θέμα τον γεννάνε τόσο οι θρησκευτικές πεποιθήσεις των χωρών που στην πλειοψηφία τους κατακρίνουν-έρχονται σε αντίθεση με την εφαρμογή της ευθανασίας, όσο και με την ηθική της ιατρικής, και της σημασίας της διοχέτευσης συναισθημάτων του συγγενικού και ευρύτερου περιβάλλοντος του ασθενούς (π. χ. φίλοι), προς τον ασθενή.

Ο ιατρικός κόσμος, όταν έρχεται αντιμέτωπος, με το να αποφασίσει αν θα εξακολουθήσει η χορήγηση ενός θεραπευτικού μέσου, ή η τεχνητή ζωή σε ασθενή με τελειωτική μορφή ασθένειας , καταθέτει την θρησκευτική άποψη: «Απελθέτω απ' εμού το ποτήριον τούτο». Ας δούμε τις διάφορες οπτικές γωνίες του φλέγοντος και επικαίρου ζητήματος που καλείται ευθανασία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

4.1 Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ- ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΑΣΗ-

ΟΠΤΙΚΗ ΓΩΝΙΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.

Ο σύγχρονος άνθρωπος κρατάει αποστάσεις από τον θάνατο, που σημαίνει ότι δεν το αντιμετωπίζει ως αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής, δυσκολεύεται να συνηθίσει την διακοπή της σχέσης που επιφέρει ο θάνατος αγαπημένου πρόσωπου. Δύναται ακόμη, να κρατάει σε απόσταση από την διαδικασία του θανάτου αγαπημένα του πρόσωπα για παράδειγμα τα παιδιά του. «Κοινωνιολογικές μελέτες σε παιδιά, μας δείχνουν ότι τα παιδιά σήμερα δεν έχουν σαφή απεικόνιση και αναπαράσταση του θανάτου» (Δ. Δαμίγος, 2000). Έτσι η κοινωνία του σήμερα δεν συντελεί-δεν δίνει την ευκαιρία, στον άνθρωπο να γνωρίσει το πραγματικό πρόσωπο του θανάτου.

Παλιότερα ο άνθρωπος σε οποία ηλικιακή βαθμίδα κι αν ανήκε, συμμετείχε ενεργά σε κάθε κομμάτι της ζωής, είχε σαφή εικόνα- άποψη τόσο για την γέννηση-τον γάμο και τον θάνατο. Ο άνθρωπος δηλαδή δεν ξεχώριζε τον θάνατο από τα υπόλοιπα κομμάτια της ζωής(την γέννηση τον γάμο κ. λ. π.), βίωνε την θλίψη και γενικότερα τον συναισθηματικό πόνο που συνοδεύει τον θάνατο ενός αγαπημένου πρόσωπου, και έβγαινε νικητής από αυτή την εμπειρία με το να εξακολουθήσει να γεύεται και τα υπόλοιπα κομμάτια της ζωής. Ο σημερινός άνθρωπος τηρεί επιφυλακτική στάση-απομακρύνεται από τον θάνατο, είναι ξένος-άγνωστος γι' αυτόν, και η ιατρική κοινωνία που είναι κομμάτι της ευρύτερης κοινωνίας δεν είναι προετοιμασμένη για την διαδικασία θανάτου και τον θάνατο, κι ας έρχεται ο γιατρός καθημερινά αντιμέτωπος με το πρόσωπο του θανάτου στο κρεβάτι του πόνου του ασθενούς.

Τι γίνεται όμως, με την επιθυμία ενός ανθρώπου για επίστευση του θανάτου του (ευθανασία), που ούτως ή άλλως είναι αναπόφευκτος λόγω αθεράπευτης ασθένειας; Ο **Δαμίγος** αντίκειται της υπάρχουσας αντίληψης ότι ο αθεράπευτα άρρωστος επιλέγει την ευθανασία γιατί θέλει να τελειώσει ανώδυνα την ζωή του, και αντίθετα καταθέτει ότι οδηγείται σε αυτή την απόφαση για να γλιτώσει τους συγγενείς του από την σωματική-ψυχική ταλαιπωρία, τον ψυχικό

πόνο που επιφέρει η αναμονή του αναπόφευκτου θανάτου του. Επισημαίνει επίσης, ότι αν ο ασθενής ήθελε πραγματικά να επισπεύσει τον θάνατο του, θα τον προκαλούσε μόνος του χωρίς να ζητήσει βοήθεια από τον γιατρό του.

Άξιο λόγου είναι ότι ο Peck συνδέει το φλέγον-επίκαιρο φαινόμενο της ευθανασίας με τον υλιστικό χαρακτήρα της σύγχρονης κοινωνίας. Πιο συγκεκριμένα επισημαίνει ότι η σύγχρονη εκπαίδευση είναι στη βάση της υλιστική-προετοιμάζει τον νέο άνθρωπο για να κατακτήσει το παρόν και το μέλλον, εφοδιάζοντας τον με τα απαραίτητα θετικά στοιχεία γι' αυτή την κατάκτηση. Δεν τον προετοιμάζει όμως, αντίστοιχα για την διαδικασία του θανάτου και για το ενδεχόμενο και της ύπαρξης στην ζωή του και του θανάτου.

Σημαντικό ακόμη είναι ότι αν και η Ορθόδοξη - Εκκλησιαστική άποψη κατακρίνει το φαινόμενο της ευθανασίας, ο **Peck** αναφέρει δυο παραδείγματα ιερέων που ζήτησαν την ευθανασία εκ των οποίων ο ένας ήταν γνωστός του. Πιο συγκεκριμένα ο **Βαν Ντούσεν** ήταν ιερέας –θεολόγος που είχε πάθει εγκεφαλικό εξαιτίας του οποίου έχασε την φωνή του, και ήταν 69 χρόνων. Η γυναίκα του ηλικίας περίπου 80 χρόνων ήταν ανάπηρη που ήταν αποτέλεσμα πολύχρονης οδυνηρής αρθρίτιδας. Και οι δυο ήταν αρκετό καιρό μέλη της Εταιρείας ευθανασίας της Αμερικής. Αν και οι δύο τους δεν έπασχαν από ανίατη ασθένεια, είχαν δηλώσει γραπτώς σε συγγενείς και φίλους ότι θα επιλέξουν την ευθανασία λόγω των ανυπόφορων γηρατειών από την πολύχρονη ιδιαίτερη κατάσταση του καθενός, εκφράζοντας με αυτό τον τρόπο και δημόσια ότι αποδέχονται το ζήτημα της ευθανασίας.

Το δεύτερο παράδειγμα που αναφέρει ο **Peck** αφορά ένα γνωστό του ιερέα με τον οποίο είχε συνεργαστεί επανειλημμένα και αρκετές φορές σε ιατρικά πλαίσια-ιατρικούς χώρους. Ο συγκεκριμένος ιερέας αν και ήταν υγιέστατος ζήτησε από τον συγγραφέα να του χορηγήσει υπνωτικά χάπια γιατί είχε αϋπνίες, αλλά κυρίως για να τα χρησιμοποιήσει αυτός ή η γυναίκα του σε περίπτωση που πάσχουν στο μέλλον από ανίατη-επώδυνη θανατηφόρα ασθένεια, έτσι ώστε να επισπεύσουν τον αναπόφευκτο θάνατο τους γλιτώνοντας από τους βάνουσους πόνους. Ο συγγραφέας αρνήθηκε να ικανοποιήσει το αίτημα του ιερέα εξηγώντας του πως αν έκανε κάτι τέτοιο θα ερχόταν σε αντίθεση με τις προσωπικές του αντιλήψεις-πεποιθήσεις και δεν επιχείρησε να αλλάξει την

γνώμη του ιερέα ή να συζητήσει μαζί του για την άποψη του γιατί γνώριζε, αν και δεν ήταν φίλοι ότι το μόνο που θα κατάφερνε θα ήταν να προκαλέσει την δυσανασχέτηση του ιερέα.

Αποδίδει ο **Peck** το γεγονός ότι οι συγκεκριμένοι ιερείς είχαν θετική θέση για την ευθανασία στον έξης λόγο ότι παρόλο που ως προς το επάγγελμα ήταν ιερείς ήταν κατά βάση υλιστές. Επισημαίνει επίσης, ότι συμβαίνει εκπρόσωποι της εκκλησίας-θρήσκοι να είναι υλιστές και το αντίθετο υλιστές να είναι θρήσκοι στο βάθος, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι όλοι οι υλιστές δύναται να είναι θρήσκοι στο βάθος ή το αντίθετο. Ο συγγραφέας θεωρεί ότι η εφαρμογή της ευθανασίας είναι ασέβεια προς το πρόσωπο του θεού που δημιουργεί-χαρίζει την ζωή και των όχι και τόσο ευχάριστων στιγμών που την συνοδεύουν όπως ο σωματικός πόνος που έχει ως αποτέλεσμα την ύπαρξη και του συναισθηματικού πόνου, και ότι πίσω απ' αυτές τις στιγμές κρύβεται κάποιο νόημα

Εντούτοις ο **Peck** παραδέχεται την εφαρμογή της ευθανασίας μόνο στην περίπτωση που κάποιος έχει μετατραπεί σε φυτό, μάλιστα κατά την διάρκεια εργασιακής του εμπειρίας ως γιατρός ήρθε αντιμέτωπος με έναν ασθενή που ήταν φυτό. Χορηγούσε στον συγκεκριμένο ασθενή φάρμακο για να τηρεί την αρτηριακή του πίεση σε φυσιολογικά επίπεδα, ώσπου μια μέρα η αρτηριακή πίεση του ασθενούς δεν σταθεροποιούνταν παρά την αυξανόμενη δόση και σε τακτά διαστήματα χορήγηση του φαρμάκου, αλλά και οι κόρες των ματιών του δεν ανταποκρίνονταν στο φως-ήταν διασταλμένες. Αποφάσισαν με τον προϊστάμενο να ελέγξουν αν ο εγκέφαλος του ασθενούς λειτουργεί με τον κινητό ηλεκτροεγκεφαλογράφο. Φάνηκε ότι ο ασθενής δεν ήταν εγκεφαλικά νεκρός-διατηρούσε μειωμένη αλλοπρόσαλλη εγκεφαλική λειτουργία.

Άξιο λόγου είναι ότι ο **Peck** δίχως να πει τίποτα στον προϊστάμενο του, ή σε κανέναν άλλον, διέκοψε την τεχνητή υποστήριξη επισπεύδοντας το θάνατο του συγκεκριμένου ασθενούς. Ο **Peck** δηλώνει ακόμα, ότι μαζί με την γυναίκα του, έχουν αποφασίσει σε περίπτωση που γίνουν φυτά να έχουν φροντίσει από νωρίτερα να τους εφαρμοστεί ευθανασία, αν παρουσιαστεί τέτοιο ενδεχόμενο στο μέλλον. Διερωτόμαστε αν αξίζει να εφαρμοστεί ευθανασία σε ανίατο με αφόρητους πόνους ασθενή που ο θάνατος του ούτως ή άλλως είναι αναπόφευκτος, στερώντας του έτσι την γνώση από την εμπειρία της διαδικασίας

του θανάτου και της ουσιαστικής γνώσης του ερχομένου φυσιολογικά κι όχι εσπευσμένα θανάτου; Σ` αυτή μας την απορία-δίλημμα, τόσο οι υποστηρικτές της ευθανασίας όσο κι οι αντιμαχόμενοι την εφαρμογή της θα έδιναν ο καθένας τους την δική τους απάντηση.

Όπως και να έχει, αν και η επιθυμία για ευθανασία, αυξάνει την σημερινή εποχή(ανεξάρτητα του λόγου που κάποιος την επιλέγει), δεν υπάρχει σαφή εικόνα-θέση για το συγκεκριμένο ζήτημα στην σύγχρονη κοινωνία. Αυτό συμβαίνει γιατί η σύγχρονη κοινωνία δεν έχει ωριμάσει αρκετά, ώστε να ταχθεί υπέρ ή κατά ή εν μέρει να αποδεχθεί την ευθανασία κι αυτό γιατί υπάρχουν αναπάντητα ηθικά ερωτήματα πάνω σ` αυτό το ζήτημα.

4.2. Η ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΥΠΟΣΤΑΣΗ-ΟΠΤΙΚΗ ΓΩΝΙΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.

Η Βιοηθική είναι ο κλάδος της διεπιστημονικής συνεργασίας που εξετάζει τα ηθικά προβλήματα που προκάλεσε η πρόοδος της Ιατρικής και της Τεχνολογίας λαμβάνοντας υπόψη και τα δικαιώματα του ανθρώπου. Η ευθανασία όπως έχουμε προαναφέρει, υπήρχε από την αρχαιότητα, και αξίζει να σημειωθεί ότι στην Αγγλία του 1935, υπήρχε Εταιρεία Ευθανασίας που είχε ως στόχο την νομιμοποίηση της, ύστερα από τρία χρόνια ιδρύθηκε αντίστοιχη εταιρεία και στην Πόλη Κονέκτικατ των Η.Π.Α. Όμως, κι η επιτροπή του Προέδρου στις Η.Π.Α. που έπαιξε σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη βιοηθικής,(είναι η επιτροπή που εξετάζει τα ηθικά προβλήματα της Ιατρικής, της Βιοιατρικής έρευνας και της ανθρώπινης συμπεριφοράς), πρώτη φορά συνεδρίασε το '80 και το πρώτο θέμα που συζητήθηκε ήταν η παθητική ευθανασία, δηλαδή η μη χορήγηση της κατάλληλης θεραπείας για επίσπευση του θανάτου του ανίατου ασθενούς.

Όπως και να 'χει είτε ενεργητική είτε παθητική ευθανασία, το θέμα είναι ποτέ προβαίνουμε σε μια τέτοια πράξη; Λέγεται ότι η ευθανασία είναι προτιμότερη από την διατήρηση της ζωής, σε χρόνιες αρρώστιες, όπως σε αρρώστιες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, ή αδιόρθωτες ζημιές που προκλήθηκαν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα από τροχαίο ατύχημα, σε άτομα της τρίτης ηλικίας με εγκεφαλική μαλάκυνση που είναι φυτά, σε καρκινοπαθείς. Ο καρκίνος συνήθως είναι μια αθεράπευτη ασθένεια που ταλαιπωρεί τον ασθενή με τους αφόρητους πόνους που την συνοδεύουν. Γι' αυτό γίνεται λόγος, ιδιαίτερα σε περίπτωση καρκίνου, να εφαρμόζεται η ευθανασία.

Άξιο λόγου είναι ότι στην Ολλανδία, και στο Όρεγκον των Η.Π.Α., αναγνωρίζεται ως νόμιμη η ευθανασία. Στην μεν πρώτη το ποσοστό των καρκινοπαθών στους οποίους εφαρμόστηκε η ευθανασία ήταν το 80%, ενώ στο Όρεγκον των Η.Π.Α. το 70% των καρκινοπαθών αυτοκτόνησαν με την συμβολή του γιατρού. Εντούτοις δεν είναι απολύτως βέβαιο πως οποία ασθένεια είναι αθεράπευτη σήμερα, θα εξακολουθήσει και να είναι αθεράπευτη επ' αόριστον, γιατί μπορεί να βρεθεί θεραπεία αρκετά σύντομα-από μέρα σε μέρα. Άλλωστε ο καρκίνος για ορισμένες μορφές του, δεν θεωρείται αφόρητη ασθένεια, γιατί

ιατρική έχει βελτιωθεί στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου.

Η διατήρηση της ζωής αθεράπευτου ασθενούς, γεννά ερωτήματα, όχι μόνο στον γιατρό ή στον ασθενή, αλλά και στους συγγενείς του, όπως αν αξίζει τον κόπο η διατήρηση ζωής ή αυτό το είδος ζωής για τον άνθρωπο τους; Οι συγγενείς δεν αντέχουν άλλο να βλέπουν τον άνθρωπο τους να υποφέρει, και το οικονομικό κόστος της διατήρησης της ζωής του είναι αρκετά μεγάλο. Έτσι οι συγγενείς του αθεράπευτα αρρώστου βρίσκονται σε μια αμφιθυμική κατάσταση να εξακολουθήσει ο συγγενής τους να διατηρείται στη ζωή, ή να λυτρωθεί από τον πόνο με την επίσπευση του θανάτου του, που έτσι κι αλλιώς σύντομα θα συμβεί; Επιπρόσθετο ερώτημα της βιοηθικής είναι αν οι συγγενείς του ασθενούς πραγματικά αιτούνται την εφαρμογή της ευθανασίας λόγω των αφόρητων πόνων του ανίατου καταδικασμένου σε θάνατο ασθενή, ή την αιτούνται για ωφελιμιστικούς σκοπούς όπως λόγω κληρονομιάς- οικονομικών συμφερόντων;

Όμως, κι ο γιατρός αναρωτιέται εάν αξίζει όντως, να κρατάει στην ζωή τον ασθενή του με τα πανάκριβα μέσα-τακτικές που τον κάνουν να υποφέρει, αφού έτσι και αλλιώς ο θάνατος θα πλησιάσει το κατώφλι του; Ένα ακόμη ερώτημα που βασανίζει τον γιατρό είναι να διατηρήσει ή όχι στην ζωή έναν υπέργηρο που πάσχει από αθεράπευτη ασθένεια; «Άγγλος ιατρός υπαινίχθη ότι μετά ορισμένη ηλικία-περίπου στα 80 χρόνια-η ιατρική δεν θα πρέπει να καταβάλει εξαιρετικές, ηρωικές προσπάθειες για να παρατείνει τη ζωή. Ο Sir Bernard Russel, ηλικίας τότε 96 ετών απάντησε ότι «αυτός ο ιατρός δεν είναι αρκετά μεγάλος για να κρίνει καλύτερα» (Διον. Ραζής, 2000).

Ο **Αντώνης Κουτσελίνης** που είναι καθηγητής της ιατροδικαστικής και τοξικολογίας, τονίζει ότι το Άρθρο 300 του Ποινικού Κώδικα, που σχετίζεται με την ανθρωποκτονία εξ οίκτου μετά από επίμονη και σπουδαία απαίτηση του ασθενούς, δεν είναι δυνατό να γίνει αντικείμενο συζήτησης για τους γιατρούς. Ο λόγος είναι ότι πολύ άπλα οι γιατροί σε καθημερινή βάση έρχονται αντιμέτωποι με τους ανίατους-καταδικασμένους σε θάνατο ασθενείς κι η επαφή μαζί τους και πρακτική έχει δείξει ότι οι αφόρητοι πόνοι δεν έχουν κάνει τον αθεράπευτα ασθενή να συμφιλιωθεί με τον θάνατο, αντίθετα του ζωηρεύουν την ελπίδα για ζωή.

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος δεν αποδέχεται το Συμβόλαιο-Διαθήκη θανάτου, ή οποιαδήποτε άλλη μορφή ευθανασίας. Γεννάται λοιπόν και το έξης ερώτημα για την βιοηθική, κι αν ακόμα ο ασθενής αιτηθεί την ευθανασία, ο γιατρός οφείλει να ανακουφίσει τον ασθενή από τους αφόρητους πόνους, μη προκαλώντας εσπευσμένα το θάνατο του; Να λειτουργήσει δηλαδή, το αίτημα του ασθενή για ευθανασία ενισχυτικά στο ρόλο του γιατρού, που είναι θεραπευτικός-ανακουφιστικός, παροχή φροντίδας- να μάχεται ενάντια στο θάνατο, ώσπου ο θάνατος να έρθει από μόνος του, χωρίς βοήθεια- εσπευσμένη πρόκληση του.

Ο **Ραζής Διονύσης** (2000), υποστηρίζει: «ότι υπάρχουν τρεις τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος της ευθανασίας. Ο πρώτος είναι ότι δεν υπάρχει πρόβλημα ευθανασίας. Ο ιατρός, η Πολιτεία και οι συγγενείς έχουν υποχρέωση να παρατείνουν τη ζωή των ασθενών κάτω από οποιεσδήποτε συνθήκες. Ο δεύτερος τρόπος είναι ο εντελώς αντίθετος. Είναι αυτό που λέγεται «ενεργητική ευθανασία», δηλαδή η βράχυνση της ζωής του ασθενούς που πάσχει από ανίατη και βασανιστική νόσο-πρακτική που ασκείται στην Ολλανδία και σε ορισμένες πολιτείες των Η.Π.Α. Και ο τρίτος τρόπος είναι αυτό που λέγεται «παθητική ευθανασία», δηλαδή δεν καταβάλλεται καμία ιδιαίτερη προσπάθεια για την παράταση της ζωής του ασθενούς, ενώ καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια για να απαλλαγεί από τα συμπτώματα. Θεωρητικά, φιλοσοφικά, θεολογικά, νομικά θα μπορούσαν να υποστηριχθούν ή να απορριφθούν και οι τρεις απόψεις».

Η ευθανασία δεν είναι μόνο ατομικό ζήτημα, ή και μόνο του γιατρού. Για την εφαρμογή της ευθανασίας ή όχι, χρειάζεται να δημιουργηθούν επιτροπές βιοηθικής σ` όλα τα νοσοκομεία, τις οποίες θα απαρτίζουν ο άρρωστος, ο γιατρός του, νοσηλευτές κοινωνικοί λειτουργοί, φιλόσοφοι, θεολόγοι, εκπρόσωποι της διοίκησης του νοσοκομείου και της Πολιτείας. «Οι Επιτροπές Βιοηθικής θα έχουν την ευθύνη της απόφασης για παθητική ή ενεργητική ευθανασία. Ακόμη, η λειτουργία των Επιτροπών Βιοηθικής θα διαμορφώσει νέες σχέσεις. Θα διαμορφώσει επίσης, ένα νέο ευρύτερο τρόπο σκέψης κατά τη λήψη αποφάσεων για σημαντικά σύγχρονα ιατρικά προβλήματα. Η Πολιτεία πρέπει να καθιερώσει και να κατοχυρώσει το θεσμό των Επιτροπών Βιοηθικής

στα νοσοκομεία» (Διονύσης Ραζής, 2000). Η αναφορά μας στο φαινόμενο της ευθανασίας θα ήταν ελλιπής αν δεν περιλάμβανε και την νομική οπτική γωνία-υπόσταση της ευθανασίας.

4.3. Η ΝΟΜΙΚΗ ΥΠΟΣΤΑΣΗ –ΟΠΤΙΚΗ ΓΩΝΙΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Η ευθανασία δεν αποτελεί ζήτημα για την Βιοηθική μόνο, αλλά και για την νομική επιστήμη. Από νομική σκοπιά η ευθανασία λαμβάνει τις έξης μορφές έννοιας:

α) Η ευθανασία είναι η επίσπευση του θανάτου του αθεράπευτα αρρώστου που ιατρικά είναι επιβεβαιωμένο ότι η γραμμή της ζωής του λιγοστεύει, και προκειμένου να αποφευχθεί περαιτέρω βάνουση εξασθένηση του μέχρι να έρθει το τέλος, αλλά και για να γλιτώσει από το άγχος του θανάτου, κόβεται πρόωρα η γραμμή της ζωής του. Απαραίτητες προϋποθέσεις γι' αυτό το είδος έννοιας της ευθανασίας είναι: να πρόκειται για ασθενή τελικού σταδίου που υποφέρει, αλλά και να 'χει σώας τα φρένα, να 'χει επίσης αιτηθεί κατά επανάληψη να γλιτώσει από την επώδυνη αναμονή του θανάτου.

β) Η ευθανασία είναι η επίσπευση ή η δημιουργία θανάτου αρρώστου ή ανάπηρου. Μπορεί να είναι ψυχικά άρρωστος ή οποιοσδήποτε άρρωστος. Οποία κι αν είναι η ασθένεια, δεν είναι απαραίτητο να είναι θανατηφόρα. Σε αυτή την μορφή έννοιας της ευθανασίας δεν είναι απαραίτητη η συγκατάθεση του ασθενούς για να γίνει ευθανασία, γιατί μπορεί πρακτικά να είναι αδύνατο να εκφράσει ο ασθενής την επιθυμία να τελειώσει νωρίτερα τη ζωή του λόγω της κατάστασης στην οποία βρίσκεται.

γ) Η Νομική επιστήμη δεν αναγνωρίζει ως ευθανασία την κοινωνική ή ευγονική ευθανασία, που σημαίνει ότι η νομική επιστήμη δεν αποδέχεται την θεώρηση ότι υπάρχουν ανώτεροι και κατώτεροι άνθρωποι, κι ότι αυτοί οι κατώτεροι άνθρωποι πρέπει να οδηγούνται στο θάνατο, για παράδειγμα οι φτωχοί, ή οι μαύροι, ή οι αλλόθρησκοι, κ.λ.π. Ένας τέτοιος θάνατος νομικά θεωρείται ανθρωποκτονία εκ προθέσεως. Επιπρόσθετα η ενεργητική ευθανασία νομικά θεωρείται πάντα ορισμένη πράξη, για παράδειγμα δίνεται θανατηφόρο φάρμακο σε άρρωστο τελικού σταδίου, προκειμένου να λυτρωθεί από την

βάναυση αρρώστια μια ώρα αρχύτερα, ενώ παθητική ευθανασία είναι η συνειδητή αμέλεια χορήγησης κάποιου φάρμακου απαραίτητου για την συνέχιση ζωής κάποιου ασθενούς, προκειμένου να επέλθει ο θάνατος του, που ούτως ή άλλως είναι αναπόφευκτος ιατρικά.

Γεννάται όμως το ερώτημα για την νομική επιστήμη: «Έχει δικαίωμα ο άνθρωπος στον θάνατο του, όπως ακριβώς έχει δικαίωμα στην ζωή; Το Ελληνικό Άρθρο 300 του Ποινικού Κώδικα, είναι το μοναδικό που συνδέεται με την ευθανασία. Τίτλος: Ανθρωποκτονία με συναίνεση. Κείμενο: 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», (Στέφανος Κουτσομπινάς, 2000).

Σύμφωνα με το συγκεκριμένο άρθρο η ευθανασία αντιμετωπίζεται ως ανθρωποκτονία με συναίνεση που σημαίνει τα ακόλουθα:

α) ότι δύναται να προβεί σε αυτή την πράξη-ανθρωποκτονία- ευθανασία οποιοσδήποτε, δηλαδή ο γιατρός, ο συγγενής, ακόμη κι ο φίλος δεν ορίζεται ένα συγκεκριμένο πρόσωπο, και

β) αρκεί η πράξη αυτή να γίνει, αφού το έχει ζητήσει επανειλημμένα ο αιτών και για σοβαρό λόγο (σπουδαία απαίτηση), δηλ. να συντρέχει ανίατη ασθένεια, την ώρα που ο ασθενής εκδηλώνει την συγκεκριμένη επιθυμία-το αίτημα για ευθανασία να μην υφίσταται αφόρητους πόνους, και παράλληλα να συντρέχει αίσθημα οίκτου από τον δράστη προς τον αιτούμενο.

γ) Η πράξη αυτή (ευθανασία), τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι 15 χρόνων λόγω του ότι συνυπάρχει ο οίκτος, κι όχι με κάθειρξη όπως στην ανθρωποκτονία από πρόθεση (που γίνεται από κακία και αγριότητα). Ο Ελληνικός Ποινικός Κώδικας δεν προβλέπει την ανίατη θανατηφόρα ασθένεια, πάρα μόνο την ανίατη ασθένεια σε συνδυασμό με τον οίκτο αυτού που προβαίνει στην πράξη.

Ποια όμως η θέση του ξένου Ποινικού Κώδικα για την ευθανασία; Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν η Δανία κι η Ολλανδία. Η μεν Δανία αποδέχεται την παθητική ευθανασία δηλαδή την συνειδητή πράξη αμελείας των απαραίτητων μέσων για την διατήρηση της ζωής σε άρρωστο που ο

θάνατος τον κοντοπλησιάζει. Ο Δανέζος γιατρός δεν οδηγείται σε αυτή την πράξη από οίκτο προς τον άρρωστο, αντίθετα εκτελεί την επιθυμία του ασθενή του που είναι να δώσει τέλος στον πόνο, αρκεί να έχει ειπωθεί συνειδητά και επανειλημμένα το αίτημα για παθητική ευθανασία από τον ασθενή, αλλά και να είναι επιβεβαιωμένο ότι δεν υπάρχει ελπίδα βελτίωσης της κατάστασης του ασθενούς κι ο θάνατος να πλησιάζει-να είναι ζήτημα ελάχιστου χρόνου. Τα μέσα που χρησιμοποιεί ο Δανέζος γιατρός για την εφαρμογή της ευθανασίας είναι να μη δώσει σκόπιμα το φάρμακο στον άρρωστο που του είναι απαραίτητο για να ζήσει, και να χρησιμοποιήσει ιατρικούς τρόπος που ελαχιστοποιούν τους πόνους αλλά επιφέρουν γρηγορότερα τον θάνατο.

Η δε Ολλανδία αποδέχεται κι αυτή την ευθανασία υπό ορισμένους όρους:

α) Να υφίσταται αθεράπευτη καταληκτική αρρώστια.

β) Αυτή η αρρώστια να συνοδεύεται από βασανιστικά-έντονα άλγη.

γ) Να υφίσταται επαναλαμβανόμενη κι ακλόνητη η επιθυμία του ασθενή να εφαρμοστεί η επίσπευση του θανάτου του, αρκεί να έχει σώα τα φρένα και να είναι γνώστης της πορείας της αρρώστιας του. Αυτό είναι εύθινη του γιατρού του κι είναι απαραίτητο να γίνει σωστά, δηλαδή ο γιατρός οφείλει να πληροφορήσει εκτενώς τον ασθενή του για την πάθηση του.

δ) Αρμόδιος να κρίνει, εάν χρειάζεται να εφαρμοστεί η ευθανασία είναι ο γιατρός, όχι όμως αποκλειστικά ολομόναχος, αλλά ζητώντας και την συμβολή στην τελική απόφαση και συναδέλφου του.

Απαραίτητη προϋπόθεση είναι ο συνάδελφος του να είναι ανεξάρτητος να μην έχει εμπλακεί συναισθηματικά δηλαδή με τον ασθενή, έτσι ώστε να μη γίνει όσο είναι εφικτό, λανθασμένη ιατρική εκτίμηση, ή κι ακόμη υπερβολική-αλόγιστη χρήση της ευθανασίας, λόγω της συναισθηματικής εμπλοκής του θεράποντος γιατρού με τον ασθενή του, που έχει όπως είναι αναμενόμενο αναπτυχθεί λόγω της μακροχρόνιας επαφής- αποτελεσμα της ασθενείας του τελευταίου.

Όταν ο γιατρός καταλήξει σε μια απόφαση, κοινοποιείται στον υπεύθυνο εισαγγελέα, ο οποίος αποφασίζει αν ο γιατρός είναι υπόλογος απέναντι στο νόμο-διώκεται για την απόφαση του. Με άλλα λόγια ο Ολλανδικός νόμος, βάζει φραγμό στην αυθαίρετη αλόγιστη χρήση της ευθανασίας-δεν την αποδέχεται εξ ολοκλήρου θέτοντας όρια που όποιος τα παραβιάσει έρχεται αντιμέτωπος με τον νόμο. «Η πραγματικότητα στην Ολλανδία είναι ότι στα δυο τρίτα των περιπτώσεων που οι ασθενείς ζητούν ευθανασία, η ευθανασία δεν γίνεται. Αυτό για να μην έχουμε λανθασμένη εικόνα. Είτε διότι δεν προλαβαίνει να γίνει είτε διότι ο γιατρός κρίνει ότι υπάρχει δυνατότητα θεραπείας ή οτιδήποτε άλλο», (Στέφανος Κουτσομπινας, 2000).

Άξιο λόγου είναι ότι το πρόσφατο άρθρο της εφημερίδας: «ΤΑ ΝΕΑ», το οποίο αναφέρεται στην ιστορική μέρα για την Ολλανδία που ήταν η Τρίτη 10 Απριλίου 2001, όπου η Ολλανδική Γερουσία υπερψήφισε νέο νόμο για την νομιμοποίηση της ευθανασίας. Οι όροι-τα κριτήρια για την εφαρμογή της ευθανασίας είναι οι ίδιοι-τα ίδια με τον προηγούμενο νόμο του 1993 που αναφέραμε παραπάνω, αλλά και περίπου τα ίδια με το ανάλογο νόμο του 2000, με επιπρόσθετα κριτήρια σε περίπτωση που ο ασθενής είναι κάτω των 16 χρόνων την απόφαση για εφαρμογή ή όχι της ευθανασίας βαραίνει-είναι αρμοδιότητα των γονιών του, αλλά και ο ασθενής να φύγει από την ζωή με το κατάλληλο ιατρικό μέσο. Ταυτόχρονα ο γιατρός οφείλει να είναι σίγουρος ότι όντως δεν υπάρχει κατάλληλη ανταποκρινόμενη θεραπεία για την κατάσταση του ασθενούς.

Η συγκεκριμένη απόφαση της Ολλανδικής Γερουσίας προκάλεσε ποικίλες αντιδράσεις όπως ήταν φυσικό. Προτού αναφερθούμε στις αντιδράσεις της υπερψήφησης του νέου νόμου στην Ολλανδία, κρίνουμε σκόπιμο να αναφερθούμε πρώτα στις αντιδράσεις που είχε προκαλέσει ο προηγούμενος νόμος με την νομική αναγνώριση εφαρμογής του. Έτσι το Βατικανό κατέκρινε την αναγνώριση από τους Ολλανδούς της ευθανασίας ως νόμιμης πράξης, γιατί όπως χαρακτηριστικά τόνισε ο αντιπρόσωπος του Πάπα Χοακίν Ναβάρο Βαλς, αυτή η πρακτική έρχεται σε σύγκρουση με τους ιατρικούς κανόνες.

Επιπρόσθετα η Εντελντράουντ Γκάτερερ που ήταν εισηγήτρια της Κοινοβουλευτικής Συνέλευσης του Συμβουλίου της Ευρώπης αλλά και

χριστιανοδημοκράτης είχε επισημάνει στο Στρασβούργο ότι η νομική αναγνώριση της ευθανασίας από την Ολλανδική Βουλή έρχεται σε σύγκρουση με την Ευρωπαϊκή συμφωνία που αφορά τα ανθρώπινα δικαιώματα και αναφερόμενη σε ανακοίνωση που εξέδωσε το Συμβούλιο της Ευρώπης, σχετική με το άρθρο 2 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης στο οποίο δεν αναγνωρίζεται ο θάνατος εκ προθέσεως σε κανέναν διασφαλίζοντας έτσι το δικαίωμα ιδίως του ανίατου ή ετοιμοθάνατου ασθενούς στην ζωή.

Παράλληλα η Γερμανή υπουργός Δικαιοσύνης Χέρτα Ντέμπλερ Γκμέλιν εξέφρασε την αντίθεση της για την νομική αναγνώριση της ευθανασίας, αλλά και ότι η Γερμανία δεν θα φθάσει ουδέποτε στο σημείο της Ολλανδίας, να αναγνωριστεί δηλαδή η ευθανασία ως νόμιμη ιατρική ενέργεια. Το ίδιο επεσήμανε κι ο υφυπουργός υγείας της Ρωσίας δηλαδή ότι ουδέποτε δεν θα αναγνωριζόταν μια τέτοια πράξη ως νόμιμη κι αυτό γιατί έρχεται σε σύγκρουση με το ρωσικό πολιτισμό, αλλά και ο ρώσος γιατρός ουδέποτε θα ικανοποιούσε σχετικό αίτημα του ασθενούς του. Τονίζει ακόμη ότι ο γιατρός δεν είναι σε θέση να κρίνει εάν ο οργανισμός είναι ικανός να αντιδράσει, ούτε να συμπεράνει ότι ήρθε η ώρα για κάποιον ασθενή να τον οδηγήσει στον θάνατο.

Ας δούμε τώρα τις αντιδράσεις που προκάλεσε η νέα νομική αναγνώριση της ευθανασίας από την Ολλανδική Γερουσία στις 10 Απριλίου του 2001. Πιο συγκεκριμένα έρευνα έδειξε ότι στην πλειοψηφία τους οι Ολλανδοί αποδέχονται-επικροτούν την εφαρμογή της ευθανασίας σε ποσοστό 85% αν πρόκειται για ανίατη-επώδυνη μη θεραπεύσιμη ασθένεια. Όμως υπάρχουν κι οι αποδοκιμαστές για την εφαρμογή της ευθανασίας εκ των όποιων οι ορισμένοι εκατοντάδες διαδηλωτών που κατέκλυσαν το κτίριο της Γερουσίας την Τρίτη το βράδυ με γραμμένα συνθήματα όπως: «Όχι στην απόφαση του ανθρώπου, ναι στην απόφαση του Θεού».

Παγκόσμιες οργανώσεις, για παράδειγμα η Scream Life κατακρίνει την εφαρμογή της ευθανασίας συνδέοντας την με την συμπεριφορά των Γερμανών υποστηρικτών του Ναζισμού. Αντίθετα κάποιες άλλες οργανώσεις θεωρούν θετικό το γεγονός ότι η Ολλανδική Γερουσία υπερψήφισε την εφαρμογή της ευθανασίας, γιατί έχουν την πεποίθηση ότι η συγκεκριμένη στάση των

Ολλανδών θα ανοίξει το δρόμο για παρόμοια απόφαση και στις υπόλοιπες χώρες.

Σε αυτό το σημείο κρίνουμε σκόπιμο να αναφερθούμε στο γεγονός της Βόρειας Πολιτείας της Αυστραλίας (Norden Territory), ο Πρωθυπουργός της Περόν κατάθεσε πρόταση στην Βουλή για το δικαίωμα του ανίατου ασθενούς να τελειώσει την ζωή του με την σύμπραξη-συμβολή του γιατρού, αρκεί να επιβεβαιώνεται η ανίατη κατάσταση του ασθενούς από δύο γιατρούς. Κατόπιν παραιτήθηκε για να αφήσει τα υποστηρικτικά μέλη του κόμματος να ψηφίσουν συνειδησιακώς ανεπηρέαστα-ελεύθερα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο Περόν πριν ένα χρόνο είχε χάσει την μητέρα του από αθεράπευτη-επώδυνη ασθένεια. Το Κοινοβούλιο της Βόρειας Πολιτείας της Αυστραλίας, ήταν το πρώτο που πήρε τέτοια θετική θέση για την ευθανασία, προκαλώντας μεγάλο προβληματισμό. Η Οργάνωση Δικαίωμα στη Ζωή, δήλωσε ότι η συγκεκριμένη απόφαση του τοπικού κοινοβουλίου είναι το μεγαλύτερο κακό στην ιστορία της Αυστραλίας.

Οι πρωθυπουργοί επίσης, των υπόλοιπων χώρων της Αυστραλίας δεν έκρυψαν την επιφυλακτικότητα τους για το ζήτημα της ευθανασίας. Η Ομοσπονδιακή Υπουργός Υγείας (δρ. Κάρμεν Λόρενς), επεσήμανε ότι το θέμα της ευθανασίας είναι λεπτό και σπουδαίας σημασίας, γι' αυτό το λόγο κρίνεται σκόπιμη η συνεργασία των Υπουργείων Υγείας όλων των Πολιτειών για να εξεταστεί το συγκεκριμένο θέμα εις βάθος. Έτσι δεν διάρκεσε πολύ-καταρρίφθηκε η απόφαση για εφαρμογή της ευθανασίας από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση της Αυστραλίας.

Όμως, η Αυστραλία δεν είναι η μοναδική χώρα του Πλανήτη όπου οι απόψεις για την εφαρμογή της ευθανασίας δίστανται. Χαρακτηριστικά στις Η. Π. Α. την διχρωμία απόψεων για το ζήτημα της ευθανασίας αποδεικνύουν και τα άρθρα που δημοσίευσε το Αγγλοαμερικανικό Περιοδικό Ιατρικής φύσης με τίτλο: «The New England Journal of Medicine». Στο πρώτο άρθρο οι Kathleen Foley και Dr Marcia Angell είναι υπερασπιστές ενός συστήματος υγείας, το οποίο θα δίνει την δυνατότητα στον ετοιμοθάνατο μιας ικανοποιητικής και αξιοπρεπούς σε είδος φροντίδα.

Στο ίδιο άρθρο κατακρίνονται οι θέσεις δύο δικαστών. Ο Stephen Reinhardt αναγνωρίζει την υποβοηθούμενη αυτοκτονία ως συνταγματικό δικαίωμα που είναι προτιμότερη από το να βυθιστεί ο καταδικασμένος σε θάνατο ασθενής ιατρικά σε μια μη ουσιαστική ιατρική βοηθητική αντιμετώπιση. Με την άποψη του **Stephen Reinhardt** συμφωνεί και ο συνάδελφος **Roger J. Meuer**, ο οποίος επισημαίνει ότι είναι ανώφελο να συνεχίζεται μια ζωή που ούτως ή άλλως πλησιάζει το τέλος. Αυτή η θέση όμως, μήπως υποδηλώνει την αδυναμία του ιατρικού συστήματος να παρέχει ουσιαστική βοήθεια στον ανίατο ασθενή που ο θάνατος τον κοντοζυγώνει.

Στο δεύτερο άρθρο του ίδιου περιοδικού κατατίθεται η θέση των υποστηρικτών της ευθανασίας που στηρίζεται στην ιατρική αρχή-ιδανικό της αυτοδιάθεσης του ασθενή και στο γεγονός ότι ο θάνατος είναι ιδιαίτερα μαρτυρικός- αδυσώπητος για ορισμένους ασθενείς όποτε θεωρούν ιδιαίτερα σκληρό και καθόλου συμπονετικό να μην προβούν σε επίσπευση θανάτου σε τέτοια περίπτωση. Αν και όπως προαναφέραμε στην προηγούμενη ενότητα που αφορούσε την Βιοηθική υπόσταση της ευθανασίας, στο Όρεγκον εφαρμόζεται νόμιμα(εδώ και τέσσερα χρόνια) η ευθανασία υπό την μορφή της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, εντούτοις για τις Η.Π.Α. γενικότερα, θεωρείται κατακριτέα-άνομη τακτική-πράξη.

Χαρακτηριστικό κοντινό χρονικά παράδειγμα για τον χαρακτηρισμό της ευθανασίας ως άνομης πράξης- ενέργειας αποτελεί ο **Dr Jack Kevorkian** για τις Η. Π. Α., ο οποίος είναι παθολόγος σε σύνταξη από το Μίτσιγκαν, συντέλεσε στην επίσπευση του θανάτου του Τομ Γιουκ που ήταν άρρωστος από πλαγία μυατροφική σκλήρυνση και του το είχε ζητήσει (εθελοντική ευθανασία), με εναίσιμη μορφή θανατηφόρου φάρμακου. Κατόπιν γνωστοποίησε την συγκεκριμένη του πράξη με την προβολή της βιντεοταινίας(την όποια είχε μαγνητοσκοπήσει), που τον έδειχνε να κάνει την θανατηφόρα ένεση στον Τομ Γιούκ, στην πιο γνώστη εκπομπή του καναλιού CBS με τίτλο: 60 minutes. Δήλωσε ακόμα ότι είχε εφαρμόσει υποβοηθούμενη αυτοκτονία και σε άλλους 130 ανίατους ασθενείς και παρότρυνε τους εισαγγελείς να ενεργοποιηθούν παίρνοντας θέση στο γεγονός.

Τρεις μέρες μετά την γνωστοποίηση στην τηλεόραση της εφαρμογής εθελοντικής ευθανασίας από τον Dr. Kevoorkian σε άρρωστο άνθρωπο, αναγνωρίστηκε αυτή του η πράξη ως φόνος δευτέρου βαθμού που σημαίνει ότι έλαβε την ποινή φυλάκισης από δέκα ως εικοσιπέντε χρόνια, αλλά και τρία ως επτά χρόνια για την χορήγηση θανατηφόρας δόσης φάρμακου σε ανίατο ασθενή. Ο Kevoorkian σχεδιάζει να ασκήσει έφεση όπου θα στηριχθεί στο γεγονός ότι στην πρώτη εκδίκαση της υπόθεσης του αφαιρέθηκε το δικαίωμα να καταθέσουν ως μάρτυρες υπεράσπισης η σύζυγος κι ο αδερφός του αποθνήσκοντα που θα αποδείκνυαν ότι ο άνθρωπος τους βασανιζόταν από ανυπόφορους πόνους, πράγμα που τους οδήγησε να αιτηθούν κι οι τρεις τους(εθελοντική ευθανασία),την εναίσιμη χορήγηση θανατηφόρου φάρμακου.

Ο νόμος δεν αναγνωρίζει ότι ο άνθρωπος δύναται να αιτηθεί να τον σκοτώσουν, εντούτοις ο Ντερέκ Χαμφρύ που είναι πρόεδρος της Οργάνωσης: «Έρευνα και Καθοδήγηση της Ευθανασίας», επεσήμανε ότι η σοβαρότητα της ποινής του Kevoorkian δεν θα καταστείλει την εφαρμογή της εθελοντικής ευθανασίας και της συμβολής του γιατρού στην αυτοκτονία, αντίθετα θα την αυξήσει σε πιο περιθωριακό επίπεδο. Δεν κρύβει παράλληλα τον ενθουσιασμό του για το γεγονός ότι ο Dr Kevoorkian μπορεί να μην είναι ο πρώτος γιατρός που εφάρμοσε την ευθανασία, ωστόσο είναι ο μοναδικός που δημοσιοποίησε αυτή του την πράξη προκειμένου να προκαλέσει την κοινή γνώμη για να πετύχει την παραδοχή της συγκεκριμένης τακτικής.

Στην Γερμανική νομολογία αναγνωρίζεται η ευθανασία κυρίως μόνο στην περίπτωση που υφίσταται ανίατη ασθένεια και ο θάνατος κοντοζυγώνει. Τίθενται βέβαια και ως κριτήρια εφαρμογής της ευθανασίας η επιθυμία του ανίατου ασθενούς να τελειώσει μια ώρα αρχύτερα την ζωή του που ούτως ή άλλως είναι ιδιαίτερα ελάχιστη και συνοδεύεται από έντονους, βασανιστικούς και επίμονους πόνους. Αν και ουσιαστικής σημασίας είναι το αρχικό κριτήριο που αναφέραμε δηλαδή ο θάνατος να κοντοζυγώνει και έτσι οποιαδήποτε υποστηρικτική βοήθεια κρίνεται ανώφελη(π. χ. τεχνητή αναπνοή ή τεχνητή τροφή κ. λ. π.). Στην ουσία για την Γερμανία η ευθανασία κι ειδικότερα η ευκαιρία-το προνόμιο να δώσει ο γιατρός φάρμακο που προκαλεί θάνατο είναι φόνος.

Ταυτόχρονα σε ξένο άρθρο του ελληνικού περιοδικού: «ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΤΩΡΑ» που εντοπίσαμε στο INTERNET γίνεται μνεία για την βίαιη συμπεριφορά των ακροδεξιών(skin heads), απέναντι σε ανάπηρα άτομα της Γερμανίας στις μέρες μας. Χαρακτηριστικά αναφέρονται τα έξης περιστατικά βίας. Ένας ηλικιωμένος που ήταν καθηλωμένος σε αναπηρική καρέκλα που την χειριζόταν μόνος του, είχε σπρωχτεί στις σκάλες υπογείου, ή είχε γίνει περίγελος μαθητών κι άλλες παρόμοιες επιθετικές συμπεριφορές που τον ώθησαν στην αυτοκτονία, αφήνοντας στην γυναίκα του ένα γράμμα στο οποίο διερωτόταν αν θα ήταν καλύτερα για τον ίδιο και σε ανθρώπους που βρίσκονταν σε ανάλογη κατάσταση να είχαν πεθάνει την περίοδο του Τρίτου Ράιχ πιθανότατα κάποιιοι να του το είχαν ξεστομίσει στο δρόμο.

Επιπρόσθετη βίαιη συμπεριφορά αποτελεί το γεγονός ότι άνθρωπος που είχε νοητική καθυστέρηση τον περιόρισαν σε απομακρυσμένη εξοχική έπαυλη όπου τον βίασαν για αρκετές μέρες βάνουσα. Αυτά τα περιστατικά δεν είναι τα μοναδικά διότι όπως επισημαίνεται στο συγκεκριμένο άρθρο αρκετοί άλλοι ανάπηροι άνθρωποι έχουν δηλώσει ότι έχουν πέσει θύματα βίας και ρατσισμού όχι μόνο από τους ακροδεξιούς(skin heads), αλλά και από άλλους ανθρώπους.

Επισημαίνεται ακόμη από τον **Uwe Frehse** του Ευρωπαϊκού δικτύου ανεξάρτητης διαβίωσης(ENIL), ότι η σημερινή κοινωνία δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στην εξωτερική ομορφιά τον ανώτατο βαθμό κινητικότητας αλλά και αυτονομίας πράγμα που σημαίνει ότι το δικαίωμα στο θάνατο δύναται να γίνει καθήκον στο θάνατο αυτών που δεν έχουν τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά αλλά ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Αυτό που αποκαλούν οι Γερμανοί «ενεργητική βοήθεια στο θάνατο», δεν είναι τίποτε άλλο από την ευθανασία και επιζητούν την νομική αναγνώριση της για τους αναπήρους.

Ο **Peter Singer** αναδύει ερωτήσεις όπως έχει δικαίωμα ένα ανάπηρο βρέφος στην ζωή, ή η ευτυχισμένη ζωή των γονιών του κρίνεται μέγιστης σημασίας; Αυτή η θέση δηλαδή το να αφαιρείται μια ζωή με την αιτιολογία της ύπαρξης της αναπηρίας προκειμένου να αποφευχθεί η δυστυχία αυτών που έφεραν αυτή την ζωή στο κόσμο, χρησιμοποιείται για να αναγνωριστούν νομικά περιστατικά εγκληματικής πράξης γονέων προς τα ανάπηρα μωρά τους. Η προαναφερθέντα θέση έχει γίνει αντικείμενο συζήτησης τόσο στα γερμανικά

πανεπιστήμια όσο και σε ορισμένες οργανώσεις αναπήρων. Το γερμανικό κίνημα αναπήρων κατακρίνει σφοδρά τέτοιες αντιλήψεις και το εκφράζει επενδύοντας σε πορείες κατακραυγής τέτοιων αντιλήψεων.

Γεννάται το ερώτημα κατά πόσο οι Γερμανοί δικαιούνται να μιλούν για ευθανασία τη στιγμή που έχουν διακριθεί για ένα καθόλου περήφανο ιστορικό παρελθόν εμπλουτισμένο με έντονα τα ρατσιστικά σημάδια προς όλους τους ανθρώπους συμπεριλαμβανόμενων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες; Ο Uwe Fehse τονίζει την μέγιστη σημασία της αυτοκυριαρχίας στην ζωή μας, έναντι της μηδαμινής κατακριτέας σημασίας στην αυτοκυριαρχία-δικαίωμα επιλογής στον θάνατο. Είναι γεγονός ότι η Γερμανική κυβέρνηση δεν αναγνωρίζει δικαιώματα στα άτομα με ειδικές ανάγκες που αν αναγνώριζε θα έσβηνε τις μουντές-μαύρες μνήμες του παρελθόντος.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα της ρατσιστικής διάθεσης και πρακτικής των Γερμανών αποτελεί η δίκη που έλαβε χώρα στην πόλη του Flesburg, όπου γερμανός δικαστής αναγνώρισε χρηματικό πόσο ως αμοιβή σε τουρίστες για την ψυχική αναστάτωση που τους προκάλεσε το γεγονός ότι στο ίδιο εστιατόριο με αυτούς γευμάτιζαν και άτομα με ειδικές ανάγκες. Αναφερθήκαμε σε αυτά τα γεγονότα της σύγχρονης Γερμανίας-την Γερμανική πραγματικότητα προκειμένου να προκαλέσουμε προβληματισμό γύρω από το ενδεχόμενο αναγνώρισης της ευθανασίας ως νόμιμης πρακτικής και της χωρίς όρια-ανεξέλεγκτης επέκτασή της όχι μόνο στην Γερμανία αλλά και στις υπόλοιπες χώρες του πλανήτη. Μετά τους Ολλανδούς οι κυβερνώντες του Βελγίου θα ψηφίσουν παρόμοιο νομοσχέδιο για την ευθανασία μέσα στο χρόνο.

Οι μεν Κινέζοι κυβερνώντες δίνουν την δυνατότητα στους γιατρούς που εργάζονται στα νοσοκομεία να προβούν σε ευθανασία, αρκεί να πρόκειται για ανίατο ασθενή που έχει επανειλημμένα και σταθερά αιτηθεί την ευθανασία, και να πρόκειται αποδεδειγμένα ιατρικά για καταλυτική-θανατηφόρα ασθένεια. Το ίδιο ισχύει και για την Σουηδία δηλαδή η συμβολή στην αυτοκτονία δεν διώκεται από το νόμο και ο γιατρός υπό ορισμένους όρους έχει το δικαίωμα να προβεί σε τράβηγμα του καλωδίου από την πρίζα της μηχανικής υποστήριξης που τον διατηρεί στην ζωή, αλλά και στην Ελβετία η βοήθεια –συμβολή του γιατρού στην

αυτοκτονία είναι νόμιμη από την λήξη της δεκαετίας του 1970, υπό την μορφή συνταγής φάρμακου σε δοσολογία που προκαλεί θάνατο.

Αν και οι Βρετανοί διώκουν νομικά την ευθανασία με ποινή την ισόβια κάθειρξη, υπάρχουν κι οι εξίσου ένθερμοι υποστηρικτές του αντίθετου δηλαδή της νομιμοποίησης της ευθανασίας, όχι μόνο στην Βρετανία, αλλά και στην Αυστραλία, Γαλλία και Ιταλία. Αξιοπρόσεκτο είναι ότι για τους Βρετανούς οι λέξεις προβλέπω και επιδιώκω τον θάνατο δεν έχουν την ίδια σημασία. Συγκεκριμένα η λέξη προβλέπω δεν δηλώνει ότι ο γιατρός είχε σκοπό-κατά νου να προκαλέσει και τον θάνατο αν και ενδέχεται άθελα του να τον προκαλέσει με την χρήση προστατευτικής ενέργειας στον ασθενή. Αντίθετα η λέξη επιδιώκω δηλώνει ότι ο γιατρός είχε αποκλειστικά ως σκοπό-κατά νου να προκαλέσει τον θάνατο-τον επιζητούσε για τον ασθενή του. Στην δεύτερη περίπτωση σε σχέση με την πρώτη είναι ότι στην δεύτερη ο γιατρός είναι προτιθέμενος να προκαλέσει τον θάνατο. Αυτό είναι που οι Βρετανοί αποκαλούν λογική διαφορά ανάμεσα στις δυο λέξεις που σχετίζονται με τον θάνατο.

Η εμπειρική διαφορά εστιάζεται στο γεγονός ότι όταν λέμε ότι ο γιατρός προαισθάνεται τον θάνατο σημαίνει ότι κάνει ότι περνάει από το χέρι του για να ανακουφίσει τον ασθενή από τον πόνο, ασχέτως αν αυτό επιφέρει ενδεχομένως τον θάνατο του. Με το επιδιώκει νοείται ότι προκαλεί τον θάνατο-προτίθεται να σκοτώσει τον ασθενή. Υπάρχει όμως κι η εννοιολογική διαφορά των προαναφερθέντων λέξεων που γίνεται ευκόλως κατανοητή αν υποθέσουμε ότι ένας γιατρός έχει έναν ασθενή που υποφέρει από αφόρητους πόνους, του χορηγεί λοιπόν μορφίνη για να καταπραΰνει τους πόνους. Αν οι πόνοι του ασθενούς κατασταλούν κι ο γιατρός πάψει να χορηγεί μορφίνη, ώσπου να ξαναεμφανιστούν οι πόνοι τότε δεν θεωρείται ότι είχε προδιάθεση να δολοφονήσει τον ασθενή, αν παρόλο που οι πόνοι έχουν κατασταλεί εξακολουθεί να χορηγεί μορφίνη, τότε αναγνωρίζεται ότι το μόνο που είχε κατά νου ήταν να προκαλέσει τον θάνατο του ασθενή.

Νομικά τόσο η Μεγάλη Βρετανία όσο και αρκετές άλλες χώρες παραδέχονται την πρόβλεψη του θανάτου δηλαδή καταβάλουν ιδιαίτερες προσπάθειες για την ανακούφιση του πόνου του ασθενούς, κι ας υπάρχει το ενδεχόμενο να επέλθει το ανεπιθύμητο τίμημα που είναι να προκαλέσει το

θάνατο του ασθενούς. Αντίθετα η νομική επιστήμη δεν αποδέχεται την επίστευση του θανάτου του ασθενούς δηλαδή την ευθανασία ως νόμιμο αυτοσκοπό του γιατρού-είναι δολοφονία.

Παράλληλα η ευθανασία από ηθικής πλευράς είναι ανήθικη πράξη ενώ η καταπράυνση του πόνου του ασθενούς αναγνωρίζεται ως ιερή-ηθική πράξη κι ως ενδέχεται να προκαλέσει τον θάνατο του ασθενούς, γιατί χαρακτηρίζεται ως διπλό αποτέλεσμα (double effect), δηλαδή στην προσπάθεια του ο γιατρός να εκτελέσει το ιερό του καθήκον που είναι να καταπραύνει-ελέγξει τον πόνο του ασθενούς, μπορεί να τα καταφέρει να ελέγξει τον πόνο, αλλά με αυτή του την πράξη μπορεί να επιφέρει άθελα του το ανεπιθύμητο αποτέλεσμα-την πρόκληση του θανάτου του ασθενούς. Χαρακτηριστικό παράδειγμα του διπλού αποτελέσματος(double effect), αποτελεί ο Βρετανός **Dr Moor** ο οποίος οδηγήθηκε στην δικαιοσύνη τον Μάιο του 1999 με την κατηγορία ότι τέλεσε ευθανασία όπως αποδείχθηκε όμως από την ακροαματική διαδικασία σκοπός του ήταν να τελήσει το ιατρικό του καθήκον που ήταν η ανακούφιση του πόνου ηλικιωμένου ασθενούς που έτυχε να προκαλέσει το θάνατο του ασθενούς. Έτσι η πράξη του δεν θεωρήθηκε ευθανασία κι αθωώθηκε.

Η **Τζένη Μπαρτ** που είναι μέλος του Βρετανικού Συλλόγου Εθελοντικής Ευθανασίας υποστηρίζει ότι χρειάζεται να νομιμοποιηθεί η ευθανασία αρκεί αυτός που την αιτείται να είναι επιβεβαιωμένα αθεράπευτα άρρωστος και να μην πάσχει από κατάθλιψη, να έχει σώα τα φρένα, η απόφαση του αυτή να μην υπαγορεύεται από τρίτα πρόσωπα. Επισημαίνει ακόμη τους τρόπους συμβολής του γιατρού στην επιθυμία του ασθενούς για επίστευση του θανάτου του όπως χορήγηση αναλγητικών φάρμακων ή θανάσιμο φάρμακο σε εναίσιμη μορφή κ. λ. π., αλλά και θεωρεί σημαντική την γνωστοποίηση των διαθηκών ζωής-θανάτου η επιθυμία κάποιου για τον τρόπο επίστευσης θανάτου σε περίπτωση που στο μέλλον αρρωστήσει θανάσιμα. Τέλος θεωρεί ότι εφόσον υπάρχει η υποστήριξη της ιατρικής κοινότητας αλλά και της κοινής γνώμης για την ευθανασία, οφείλουμε να ενεργοποιηθούμε για την νομιμοποίηση του συγκεκριμένου ζητήματος.

Τον Αύγουστο του 2001 είδε το φως της ηλεκτρονικής δημοσιότητας κι όχι μόνο, η περίπτωση μιας Βρετανίδας που πάσχει από αλλοιώσιμη ασθένεια

του νευρικού συστήματος από το 1999 και από τότε έχει εξελιχθεί ραγδαία κι έτσι έχει ξεκινήσει μια μάχη προκειμένου να της αναγνωριστεί το δικαίωμα να τερματίσει την ζωή της. Πρόκειται για την Dianne Preety που ζει στην πόλη Λούτον, επισημαίνει ότι το είδος της ζωής της βρίσκεται στο κατώτερο επίπεδο-έχει αλλάξει κι αιτείται την ευθανασία. Σημειώνει επίσης ότι η κρίση-αντίληψη του διευθυντή των προσαγωγών να κυνηγήσει νομικά τον άνδρα της, σε περίπτωση που συμβάλει στον πρόωρο θάνατο της, την έχει εξ ανάγκης στρέψει σε τακτικές θεραπείας που είναι εξευτελιστικές, και επώδυνες και συνάμα έρχονται σε σύγκρουση με τα ανθρώπινα δικαιώματα.

Στο πλευρό της 47χρονης Βρετανίδα βρίσκονται εκτός από τον άνδρα της, και τα παιδιά της, τα οποία τονίζουν ότι η μητέρα τους είναι ολοφάνερα αποφασισμένη να θέσει τέρμα στην ζωή της, απλά δεν έχει την δύναμη να το κάνει μόνη της. Τάσσονται στο πλευρό της ακόμη η Εταιρεία Εθελοντικής Ευθανασίας, αλλά και η ομάδα για τα δικαιώματα του πολίτη Liberty, η οποία τον περασμένο μήνα αιτήθηκε στον διευθυντή δημόσιων προσαγωγών να διασφαλίσει ότι ο άνδρας της άρρωστης δεν θα κυνηγηθεί από τον νόμο σε περίπτωση που επιχειρήσει να συμβάλει στον πρόωρο θάνατο της γυναίκας του, λαμβάνοντας υπόψη την παράγραφο 2 του νόμου περί ευθανασίας του 1961. Ο διευθυντής των δημόσιων προσαγωγών τόνισε ότι αν και καταλαβαίνει ότι θα είναι ιδιαίτερα δύσκολο και επώδυνο για όλα τα μέλη της οικογένειας δεν δύναται να το επιτρέψει.

Σε συνέντευξη που έδωσε ο άνδρας της άρρωστης στο BBC, εξέφρασε ότι μαζί με την γυναίκα του θα παλέψουν για να αλλάξουν τον υπάρχοντα νόμο, σε καμία περίπτωση όμως δεν θα παρανομήσουν, ενεργώντας αντίθετα στον υπάρχοντα νόμο. Αξιοσημείωτο είναι ότι η άρρωστη Βρετανίδα ταχυδρόμησε επιστολή στο πρωθυπουργό της χώρας, στην οποία αιτούνταν την τροποποίηση του νόμου περί εθελοντικής ευθανασίας στη Μεγάλη Βρετανία. Έτσι λίγους μήνες μετά την υπερψήφιση του νέου νόμου για την ευθανασία από την πρωτοπόρο που έφερε το συγκεκριμένο θέμα στο προσκήνιο της δημοσιότητας Ολλανδία, έγινε γνώστη παγκοσμίως η περίπτωση της 47χρονης Βρετανίδα που μάχεται για το δικαίωμα σε ένα αξιοπρεπή θάνατο, λόγω της

συνεχούς φθίνουσας πορείας της αρρώστια της, που την έχει φθάσει σε ένα ιδιαίτερα κατώτερο, επώδυνο είδος ζωής.

Στην αντίπερα όχθη ο Μάικ Γουίλς που είναι πρόεδρος της οργάνωσης: «Συμμαχία Υπέρ της Ζωής», δηλώνει ότι η οργάνωση του κατακρίνει τις Σκοτσέζικες εκλογές ιδίως όσο αφορά το θέμα της ευθανασίας. Αναγνωρίζει την ευθανασία ως θεληματικό φόνο των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας, των αθεράπευτα-καταληκτικών ασθενών, και αντιπαραθέτει την σημασία της επένδυσης χρημάτων για την πληρέστερη φροντίδα και ανακούφιση του πόνου των καταληκτικών ασθενών. Σημειώνει επίσης, ότι οι Ολλανδοί σκιάζονται να εισαχθούν σε νοσοκομείο, μήπως και τους εφαρμόσουν ευθανασία. Τέλος ο Μάικ Γουίλς συμφωνεί με την άποψη του Δρ. Κρίστοφερ Χούφελαντ του γιατρού από το Γκαίτε το 1806, που ήταν υπερασπιστής της συντήρησης της ζωής πάση θυσία, ασχέτως αν είναι ανώφελο ή όχι.

Στις 22 Μαρτίου 2002 γνωστοποιήθηκε από τα διεθνή M.M.E. και στη NET, η περίπτωση Βρετανίδας Κοινωνικής λειτουργού, που έπασχε από ολική παράλυση (από λαιμό ως τα πόδια) και τρεφόταν με τεχνικό τρόπο. Οι γιατροί της έδιναν 1% πιθανότητα βελτίωσης αλλά αρνιόνταν να προβούν σε ευθανασία. Βρετανίδα δικαστής έδωσε τη λύση αναγνωρίζοντας στην ασθενή (που επιθυμούσε να διατηρήσει την ανωνυμία της) το δικαίωμα για "αξιοπρεπή" θάνατο. Η Βρετανίδα δικαστής στηρίχτηκε για τη λήψη αυτής της απόφασης στο γεγονός ότι η πιθανότητα βελτίωσης ήταν ιδιαίτερα ελάχιστη και ότι το αίτημα της Κοινωνικής λειτουργού για ευθανασία είναι συνειδητοποιημένο, ανατρέποντας έτσι όσα ίσχυαν ανοίγοντας το δρόμο και σε άλλους Βρετανούς ασθενείς.

Εξίσου σημαντικής σημασίας είναι ότι η Ένωση Ελλήνων Ποινικολόγων καταδικάζει την εφαρμογή της ευθανασίας σε οποιαδήποτε μορφή της, σε περίπτωση που έχει συμβεί ο εγκεφαλικός θάνατος, αλλά ορισμένες οργανικές λειτουργίες είναι ακόμη υπαρκτές. Επιπρόσθετα ο πρόεδρος Κουβέλης του Δ. Σ.Α. (Δικηγορικού Συλλόγου Αθηνών), δηλώνει την διαφωνία του για την νομιμοποίηση της ευθανασίας.

Πιο συγκεκριμένα στηρίζει αυτή του την θέση στο γεγονός ότι η ιατρική διαρκώς και με γοργούς ρυθμούς, σημειώνει αξιόλογες προόδους. Έτσι ο χαρακτηρισμός μιας ασθένειας ως ανίατης είναι προσωρινός-στιγμιαίος,

γιατί μπορεί η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης να μας διαψεύσει και να μας αφήσει έκπληκτους για ακόμη μια φορά σε ελαχιστότατο χρονικό διάστημα-την επομένη στιγμή.

Ο γιατρός στις χώρες που δεν έχουν τεθεί νομικά όρια, τι οφείλει να κάνει; «Μια άρνηση με βάση όχι μόνο το φόβο των νομικών συνεπειών αλλά κυρίως τη βαθιά συναίσθηση του καθήκοντος και της υψηλής αποστολής που τάχθηκε να υπηρετεί. Και να αγωνίζεται ως το τέλος» (Αντ. Κουτσελινη – Μαν. Μιχαλοδημητράκη, 1984).

Ή μήπως «ορισμένα πράγματα όπως η ευθανασία αλλά και τα άλλα μείζονα ζητήματα που άπτονται της βιοηθικής, δεν μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο επιβολής στην κοινωνία μιας απόφασης που ελήφθη από κάποιους τεχνοκράτες ενός υπουργείου. Ειδεμή, είτε ο όποιος νόμος δεν θα εφαρμοσθεί είτε θα συνεχισθεί η σημερινή υποκρισία. Χρειάζεται λοιπόν ένας ανοικτός και ειλικρινής κοινωνικός διάλογος, ένας διάλογος επίσης διεπιστημονικός ούτως ώστε να δημιουργηθεί η κατάλληλη υποδοχή στην κοινωνία, ώστε να διαμορφωθεί τελικά ένας κανόνας δικαίου ο οποίος, αν μη τι άλλο να ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα» (Στέφανος Κουτσομπινας, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

5.1. ΕΡΕΥΝΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ ΓΙΑ ΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΗΣ

ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.

Από την περιήγηση μας στο διαδίκτυο (internet), ανακαλύψαμε-εντοπίσαμε έρευνες σχετικές με το φλέγον θέμα της ευθανασίας τόσο στον Ελλαδικό χώρο όσο και εκτός Ελλαδικού χώρου. Κρίνουμε σκόπιμο να αναφέρουμε τις έρευνες αυτές, γιατί αποδεικνύουν πόσο φλέγον και επίκαιρο είναι το συγκεκριμένο θέμα για την σύγχρονη κοινωνία. Έτσι θα ξεκινήσουμε με μια έρευνα που γνωστοποίησαν ευρύτερα οι Ολλανδοί κυβερνώντες το 1991, όπου αναδεικνύεται η αμφισβητούμενη χρεία του ζητήματος της ευθανασίας.

Συγκεκριμένα τα υποκείμενα της προαναφερθείσας έρευνας ήταν 405 γιατροί που έδωσαν συνέντευξη στους ερευνητές. Εκτός από την μέθοδο της

συνέντευξης χρησιμοποιήθηκαν και ερωτηματολόγια που αποσκοπούσαν σε 5.000 και παραπάνω θανάτους, αλλά και στην επιτήρηση εις βάθος 322 ασθενών για ένα εξάμηνο. Από αυτή την ερευνητική διαδικασία προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα:

σε ποσοστό 0,8% μέχρι 1,6% δόθηκαν θανατηφόρες δόσεις φάρμακων για να επισπευτεί ο θάνατος σε ασθενείς που δεν είχαν αιτηθεί κάτι τέτοιο. Σε ποσοστό 59% ο γιατρός ήταν γνώστης των βουλήσεων του αρρώστου. Αντίθετα σε ποσοστό 98% των περιστατικών αν για το γιατρό δεν ήταν εφικτό να μάθει την βούληση του ασθενούς λόγω της κατάστασης του συνομιλούσε για την επίσπευση του θανάτου του ασθενούς με συνάδελφους του, ή με τα οικεία πρόσωπα του ασθενούς.

Οι πιο πολλοί ασθενείς της έρευνας ένοιωθαν βασανιστικούς πόνους και δεν υπήρχε η ιατρική δυνατότητα αντιμετώπισης τους και ακόμη για το 86% επρόκειτο να κοπεί η γραμμή ζωής εντός μιας εβδομάδας. Κάποιοι παρατηρητές θα επισημάνουν ότι τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας είναι φρικιαστικά, και άλλοι ότι πρόκειται για ανθρώπινη, ειλικρινή φροντίδα, πράγμα που φανερώνει την διπλή και συνάμα αμφισβητούμενη διάσταση του ζητήματος της ευθανασίας. Στο τέλος της Ολλανδικής έρευνας επισημαίνεται η ανάγκη για ανάλογες έρευνες και σε άλλες χώρες προκειμένου να εντοπιστεί η σπουδαιότητα του μεγέθους-η ευρύτητα της πρακτικής της ευθανασίας και σε αυτές.

Στην συνέχεια κρίνουμε σκόπιμο να αναφερθούμε στην πρώτη χρονιά εμπειρίας από την εφαρμογή της ευθανασίας στο Όρεγκον. Πιο συγκεκριμένα στις 27 Οκτωβρίου 1997, στο Όρεγκον των Η.Π.Α. αναγνωρίστηκε ως νόμιμη η συμβολή του γιατρού στην αυτοκτονία του ασθενούς με την Πράξη για Αξιοπρεπή Θάνατο του Όρεγκον. Συλλέχθηκαν πληροφορίες από 23 συμμετέχοντα άτομα, στα οποία είχαν δοθεί οδηγίες για λήψη θανατηφόρας δόσης φάρμακου και σε άτομα που δεν τους είχαν δοθεί αυτές οι οδηγίες που ονομάστηκαν ασθενείς ελέγχου.

Αξιοπρόσεκτο είναι ότι τα άτομα που εφάρμοσαν τις οδηγίες δηλαδή που πήραν θανατηφόρα δόση φάρμακου αμέσως μετά κι οι δεκαπέντε

αποχαιρέτισαν την επίγεια ζωή, ενώ οι έξι πέθαναν από αρρώστιες που αλλοιώνουν-φθείρουν τον άνθρωπο, και δύο συνέχισαν να βρίσκονται εν ζωή την πρωτοχρονιά του 1999. Οι δεκαπέντε ασθενείς που έλαβαν θανατηφόρα φαρμακευτική δόση ήταν με κεντρική ηλικία τα 69 χρόνια, εκ των οποίων οι οκτώ ήταν άνδρες κι οι επτά γυναίκες. Κοινό γνώρισμα και των δεκαπέντε αποθνησκόντων από υπερβολική λήψη φάρμακου ήταν ότι ανήκαν στην λευκή φυλή. Το ξεχωριστό ήταν ότι οι δεκατρείς ήταν καρκινοπαθείς.

Όπως κι αν έχει, και οι δύο ομάδες των πασχόντων είχαν τα έξης κοινά γνωρίσματα, το φύλο, την φυλή, το μέρος διαμονής μεγαλούπολη ή επαρχιακή πόλη, το πνευματικό-εκπαιδευτικό επίπεδο, τον ασφαλιστικό φορέα και την παραμονή σε ίδρυμα. Παράλληλα και από τις δύο ομάδες ουδείς από τους πάσχοντες δεν φάνηκε να προβληματίζεται για την οικονομική επιβάρυνση της ασθένειάς του. Άξιο λόγου είναι ότι ένας μόνο πάσχοντας που πήρε υπερβολική δόση φάρμακου για να σπάσει την γραμμή της ζωής του μια ώρα αρχύτερα και οι ασθενείς ελέγχου προβληματίστηκαν για την αδυναμία να περιοριστεί ο πόνος, ή την πλήρη ανακούφιση από τον πόνο.

Εντούτοις η πλειοψηφία των πασχόντων που επέλεξαν να τερματίσουν την ζωή τους γρηγορότερα με υπερβολική δόση φάρμακου ήταν σημειωτέον άγαμοι, και δεν έκρυψαν τον φόβο και το προβληματισμό τους για την πιθανότητα χασίματος- έλλειψης της αυτοκυριαρχίας-ανεξαρτησίας τους και του ελέγχου των βιολογικών αναγκών τους. Επιπρόσθετα το 21% των συγκεκριμένων πασχόντων καθώς και το 84% των πασχόντων ελέγχου, είχαν γίνει εξ ολοκλήρου ανάπηροι όταν τερμάτισαν εσπευσμένα την ζωή τους.

Συνοπτικά το αίτημα για γράψιμο συνταγής φάρμακου και παροχή πληροφοριών για υπερβολική χρήση, ώστε να προκληθεί θάνατος έχει άμεση σχέση με την αδυναμία-έλλειψη της αυτοκυριαρχίας και του ελέγχου των βιολογικών αναγκών του ατόμου και δεν αφορά τον φόβο του ακατάπαυστου πόνου ή της οικονομικής επιβάρυνσης. Επιπλέον η επιλογή της συμβολής του γιατρού στην αυτοκτονία δεν αφορά-δεν λαμβάνει υπόψη το πνευματικό-εκπαιδευτικό επίπεδο ή τον ασφαλιστικό φορέα. Συνεπώς η εμπειρία της πρώτης χρονιάς από την εφαρμογή της ευθανασίας στο Όρεγκον των Η.Π.Α., δείχνει ότι η έλλειψη ελέγχου των βιολογικών αναγκών και της αυτοκυριαρχίας

του ατόμου υπερισχύουν έναντι του σταθερά ακατάπαυστου σωματικά πόνου για το αίτημα εφαρμογής της ευθανασίας.

Η ευθανασία αποτελεί ζήτημα σύγκρουσης-διάστασης των απόψεων και για την Ελλάδα. Σε έρευνα που διεξήγαγε ο ψυχιατρικός τομέας του Γενικού Περιφερικού Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, έλαβαν μέρος 417 άτομα (τόσο γιατροί, όσο και μέλη της κοινωνίας). Η συγκεκριμένη έρευνα είχε ως στόχο να εντοπίσει τις θέσεις-αντιλήψεις των λαμβανόμενων μέρος στην έρευνα, όσο αφορά τα ηθικά διλήμματα-ηθικό προβληματισμό για το θέμα της ευθανασίας, χρησιμοποιώντας ως μέθοδο τα ερωτηματολόγια στηριγμένα σε 28 σημεία.

Σε ποσοστό 88,3% δηλαδή στην πλειονότητα των απαντήσεων εντοπίστηκαν αντιλήψεις για το θέμα της ευθανασίας που είχαν ψυχιατρική βάση. Η διαδικασία συλλογισμού και οι λόγοι υιοθέτησης ή της απόρριψης της ευθανασίας στηρίχθηκαν σε ασύνειδες διαδικασίες. Άξιο λόγου είναι ότι σε ποσοστό 44,3% αυτών που συμπληρώσαν τα ερωτηματολόγια απέρριψαν την τεχνητή υποστήριξη της ζωής. Επιπλέον ως επικίνδυνοι λόγοι για το αίτημα της αυτοκτονίας και του εσπευσμένου θανάτου αναγνωρίστηκαν ο πόνος σε ποσοστό 66,2%, η απελπισία σε ποσοστό 60,2% καθώς και η κατάθλιψη σε ποσοστό 59,7%, αλλά και η ψυχοπαθολογία σε ποσοστό 38,6%.

Συνεπώς η έρευνα φανέρωσε ότι όχι μόνο ο πόνος αλλά και ψυχοκοινωνικοί λόγοι συντρέχουν έτσι ώστε κάποιος να επιλέξει και να αιτηθεί την ευθανασία. Φάνηκε επίσης από την έρευνα ότι τόσο οι γνώσεις των μελών της κοινωνίας, όσο και των επαγγελματιών υγείας της Θεσσαλονίκης πάνω στο θέμα της ευθανασίας είναι μηδαμινές. Γι' αυτό το λόγο καταλήγουν οι ερευνητές είναι αναγκαία και σημαντική η διοργάνωση συζητήσεων για το θέμα της ευθανασίας από τις Ιατρικές Εταιρείες. Αν και δεν αναφέρεται στην συγκεκριμένη έρευνα του Περιφερικού Γενικού Νοσοκομείου της Θεσσαλονίκης του Ψυχιατρικού Τομέα, ευελπιστούμε ότι νοείται πως αυτές οι συζητήσεις θα είναι ανοιχτές στο κοινό-στη κοινή γνώμη. Και σε αυτή την έρευνα αναδεικνύεται η πολυπλοκότητα και η σύγχυση που επικρατεί για το θέμα της ευθανασίας στα τέλη του εικοστού αιώνα προς την είσοδο του εικοστού-πρώτου.

Όμως, αξιοπρόσεκτο είναι επίσης ότι στο τρίτο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο Γeronτολογίας και Γηριατρικής που λαμβάνει χώρα στη Θεσσαλονίκη δόθηκε ερωτηματολόγιο στους παρευρισκόμενους. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο, και είχε συνταχθεί για μια μεγάλη Πανελλαδική έρευνα η οποία έχει συμπληρώσει κιόλας ένα χρόνο και την διεξάγουν τόσο οι γιατροί, όσο και οι λοιποί επιστήμονες των νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης σε συνεργασία με το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Ανάμεσα στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αυτής της έρευνας ήταν και η έξης: Ευθανασία με τη συγκατάθεση του ασθενούς, ναι ή όχι; Κατά την διάρκεια του τρίτου Συνεδρίου Γηριατρικής και Γeronτολογίας αποδείχθηκε πως ένας από τους παρευρισκόμενους που συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο είχε ικανοποιήσει την απαίτηση του ανίατου καταληκτικού αρρώστου για ευθανασία.

Στο συγκεκριμένο συνέδριο σημειώθηκε ότι τα τελευταία χρόνια η επικαιρότητα που έχουν γνωρίσει οι μορφές της ευθανασίας η ενεργητική κι η παθητική ευθανασία προκάλεσαν διλήμματα και συγκρούσεις απόψεων παγκοσμίως ιδίως στο τομέα της επιστήμης όχι μόνο σε αυτόν. Η πρώτη έρευνα που διεξαχθεί στην Ελλάδα απευθυνόταν τόσο σε σπουδαστές Νοσηλευτικής, νοσηλευτές βρεφονηπιοκόμους του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης, όσο και σε γιατρούς, ψυχολόγους, δημόσιους υπαλλήλους νοσοκομείων, και εκπαιδευτικούς.

Φάνηκε από την επεξεργασία των 417 ανώνυμων ερωτηματολογίων ότι σε ποσοστό 41% των συμμετεχόντων εκφράζονται θετικά για την νομική αναγνώριση της ευθανασίας αρκεί να υφίσταται αθεράπευτη τελικής μορφής ασθένεια κι αυτό το ποσοστό φθάνει το 58% αν τεθούν αμείλικτοι-άτεγκτοι ιατρικοί, κοινωνικοί, ηθικοί κανόνες-όροι. Τέλος οι ομιλητές τόνισαν ότι η νομική αναγνώριση της ευθανασίας στο τωρινό στάδιο εξέλιξης του ζητήματος της ευθανασίας θα γεννούσε πιο πολλά προβλήματα, από όσα θα επίλυε κι επιπρόσθετα οι σημαντικοί λόγοι στην πορεία μιας ασθένειας, για παράδειγμα ο πόνος, η κατάθλιψη, η ψυχοπαθολογία κ. λ. π. δύναται να επεξεργαστούν και είναι αρμοδιότητα των επαγγελματιών υγείας.

Από την περιήγηση μας στο Internet, εντοπίσαμε στα αρχεία της Ελληνικής Ιατρικής τα αποτελέσματα μιας έρευνας της Ιατρικής Σχολής του

Πανεπιστημίου Ιωαννίνων στην οποία συμμετείχαν 356 φοιτητές της ομώνυμης Σχολής. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και είχε ως στόχο την διερεύνηση της στάσης των λαμβανόμενων μέρος στην έρευνα σε διάφορα θέματα όπως για τις εκτρώσεις, την παθητική και ενεργητική ευθανασία, το AIDS, την τεχνητή γονιμοποίηση, και την ενσωμάτωση της Ιατρικής Ηθικής στην ιατρική εκπαίδευση.

Για το θέμα που μας απασχολεί, τα αποτελέσματα ήταν τα εξής:

σε ποσοστό 53,4% τάσσονται υπέρ της παθητικής ευθανασίας, ενώ ένα χαμηλό ποσοστό μόνο το 11,6 τάσσεται υπέρ της ενεργητικής ευθανασίας. Εκείνο που μας εντυπωσίασε στην συγκεκριμένη έρευνα είναι ότι σε ποσοστό 69,9% τάσσεται υπέρ της έκτρωσης, εάν πρόκειται για έμβρυο με προβλήματα, και σε ποσοστό 74,4% εάν είναι προϊόν βιασμού. Παράλληλα σε ποσοστό 57,5% τάσσονται κατά της συνέχισης της εγκυμοσύνης σε γυναίκες φορείς του Aids, αλλά και σε ποσοστό 85,7% θεωρούν ότι η εν γνώσει πράξη μεταφοράς του ιού από φορείς σε άλλους, θα πρέπει να αναγνωριστεί ως κολάσιμη-αξιόποινη πράξη. Αυτά τα στοιχεία για τις εκτρώσεις της συγκεκριμένης έρευνας τα ανάφερα για προβληματισμό, αλλά και γιατί ενδέχεται οι εκτρώσεις για θεραπευτικούς λόγους να γίνουν στο μέλλον αντικείμενο συζήτησης για να αναγνωριστούν ως ευθανασία, το ίδιο ενδέχεται να ισχύει και για τα έμβρυα των οποίων οι μητέρες είναι φορείς του Aids.

Εντοπίσαμε επίσης στο Internet ένα περιληπτικό άρθρο στα αγγλικά που αφορούσε μια ακόμη έρευνα του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων για τις επίκαιρες στάσεις και τα σχετικά δεδομένα έρευνας για το θέμα της ευθανασίας και τις ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις του θέματος. Επισημαίνεται ως κεντρικό σημείο της έρευνας το υψηλό ποσοστό των κλινικών γιατρών που ξεπέραν και το 50% σε συγκεκριμένες χώρες του Δυτικού κόσμου που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της ευθανασίας, όταν έρχονται σε επαφή με τελειωτικούς ασθενείς.

Παράλληλα επισημαίνεται ότι το συγκεκριμένο ζήτημα γέννα ερωτήματα που ζητούν απαραίτητα απάντηση από τον άμεσα εμπλεκόμενο γιατρό σε τέτοια κατάσταση αλλά και επισημαίνεται ότι οι συζητήσεις για το ζήτημα της

ευθανασίας αναλώνονται στους τομείς τόσο της θνητότητας, της νομοθεσίας, των επαγγελματικών κωδικών ηθικής και της θρησκείας. Τελικά η επιστημονική έρευνα δεν έχει κατορθώσει να πάρει ξεκάθαρες απαντήσεις, όσο αφορά τους λόγους που επιδρούν στο υψηλό αίτημα για ευθανασία του δυτικού κόσμου, ενώ η έκταση τόσο των ψυχολογικών όσο και των κοινωνικών προσεγγίσεων αναδεικνύουν σοβαρά ερωτήματα που έχουν σχέση με την στάση-θέση των σύγχρονων κοινωνιών απέναντι στο θάνατο. Η συζήτηση των επιστημόνων επικεντρώνεται στις απαραίτητες προϋποθέσεις για μια επιστημονική προσέγγιση μέσω της σχετικής έρευνας για τις προαναφερθείσες διαστάσεις του ζητήματος της ευθανασίας.

Σε αυτό το σημείο κρίνουμε σκόπιμο να αναφερθούμε σε μια εξίσου σημαντική έρευνα για το ζήτημα της ευθανασίας που διεξήχθη στην πόλη της Πάτρας. Σκοπός της έρευνας ήταν να εντοπίσει-διερευνήσει τις στάσεις απέναντι στην ευθανασία σε ποικίλες ομάδες του ελληνικού πληθυσμού. Αξιοπρόσεκτο είναι ότι όπως επισημαίνεται στην συγκεκριμένη έρευνα δεν υπάρχουν κοινά δεδομένα-στοιχεία στη χώρα μας, που να αφορούν αυτό το ερώτημα που τόσο ανοιχτά έχει γίνει αντικείμενο συζήτησης σε πολλές άλλες προοδευτικές κοινότητες.

Χρησιμοποιώντας ως μέθοδο τα κατάλληλα ερωτηματολόγια εξερευνήσαμε τις στάσεις απέναντι στην ευθανασία τόσο των γιατρών- μελών της Ιατρικής Ένωσης της Πάτρας η οποία αριθμεί 1148 μέλη, των μελών-δικηγόρων της δικηγορικής Ένωσης της Πάτρας η οποία αριθμεί 483 μέλη, όσο και των μελών του τμήματος-κλάδου δικαιοσύνης της Πάτρας που αριθμεί 200 μέλη, καθώς και κατά τον έκτο χρόνο των ιατρικών σπουδών τους 129 φοιτητές της Ιατρικής στην Πάτρα.

Από την επεξεργασία των ερωτηματολογίων φάνηκε ότι ο βαθμός ανταπόκρισης ήταν ιδιαίτερα χαμηλός στις πρώτες συμμετέχοντες ομάδες στις οποίες τα ερωτηματολόγια στάλθηκαν ταχυδρομικώς σε αντίθεση με την τελευταία ομάδα των φοιτητών Ιατρικής όπου τα ερωτηματολόγια είχαν δοθεί με άμεση επαφή, και ο βαθμός ανταπόκρισης θεωρήθηκε αρκούντως υψηλός. Όπως και να έχει και οι τέσσερις συμμετέχοντες ομάδες σε όλες τις ερωτήσεις δεν διέφεραν ως προς τις τάσεις τους σημαντικά, με εξαίρεση την ερώτηση που

αφορούσε την παθητική ευθανασία η οποία φάνηκε πως ήταν ελάχιστα προτιμητέα ανάμεσα στη συμμετέχουσα ομάδα των δικηγόρων. Για την εκτίμηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και οι τέσσερις ομάδες εξέφρασαν ελαχιστότατη προτίμηση γι' αυτό το είδος ευθανασίας σε σύγκριση με ανάλογα αποτελέσματα, συναφών ερευνών σε πολλά άλλα δυτικά κράτη.

Οι επιστήμονες που διεξήγαγαν την συγκεκριμένη έρευνα επεσήμαναν ότι μπορεί το δείγμα του Πατρινού πληθυσμού που επιλέχθηκε για διερεύνηση στο ζήτημα της ευθανασίας, να μην αντιπροσωπεύει το γενικό πληθυσμό εντούτοις τα δεδομένα που προέκυψαν από αυτή την έρευνα αναδεικνύουν ότι και στην Ελλάδα συμβαίνει το ίδιο δηλαδή όπως και στα άλλα κράτη, έτσι και στην Ελλάδα το ζήτημα της ευθανασίας συνεχώς κερδίζει το μεγαλύτερο ενδιαφέρον. Η διαφορά της Ελλάδας σε σχέση με τα άλλα κράτη είναι ότι μεταξύ των Ελλήνων ένα ελαχιστότατο ποσοστό θα τάσσόταν υπέρ της ευθανασίας κι ειδικότερα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας.

Εκτός από την προαναφερθείσα έρευνα πραγματοποιήθηκε και έρευνα για την ευθανασία από την Έδρα Δημόσιας και Διοικητικής Υγιεινής και την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, που διέφερε ως προς το σκοπό σε σύγκριση με όσες έρευνες έχουμε αναφέρει ως τώρα. Συγκεκριμένα σκοπός της έρευνας ήταν ο εντοπισμός της θέσης των γιατρών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας για την ελάττωση μιας ανώφελης θεραπείας αναφορικά με την ευθανασία. «Οι όροι ενεργητική και παθητική ευθανασία χρησιμοποιήθηκαν με τον τρόπο που πιστεύεται ότι γίνεται αντιληπτή η έννοια αυτή στον ελληνικό νοσοκομειακό χώρο: ο όρος «ενεργητική» ως χορήγηση μιας θανατηφόρας δόσης φάρμακου, η οποία επισπεύδει τον επικείμενο θάνατο του ασθενούς, ο δε όρος «παθητική» ως παύση ή μη χορήγηση θεραπείας, όταν αυτή δεν έχει πλέον κανένα όφελος για τον ασθενή» (Τ. Γκαρانه, Π. Δαλλα - Βοργια, Ι. Παπαδάτος, Τ. Κρεμαστινός, 1996).

Ως μέθοδος για την πραγματοποίηση του σκοπού της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα ανώνυμα ερωτηματολόγια που επιπρόσθετο χαρακτηριστικό τους ήταν η οικειοθελώς συμπλήρωση τους από τους εργαζόμενους γιατρούς των δεκαπέντε μεγαλύτερων πολυδύναμων Μονάδων Εντατικής Θεραπείας(ΜΕΘ) της χώρας. Ανταποκρίθηκαν 81γιατροί που

σημαίνει ότι το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 75,7%. Από την επεξεργασία των ερωτηματολογίων προέκυψαν τα ακόλουθα δεδομένα:

Ένα αξιόλογο ποσοστό των γιατρών έχει έμμεση γνώμη για σχετικά περιστατικά και για τις δύο μορφές ευθανασίας, τόσο της ενεργητικής όσο και της παθητικής σε ποσοστό 18,5% για την πρώτη μορφή ευθανασίας και 32,1% για την δεύτερη μορφή.

Οι μισοί από τους συμμετέχοντες ιατρούς στην συγκεκριμένη έρευνα παραδέχτηκαν ότι τα οικεία πρόσωπα των ασθενών, τους εξέφρασαν την επιθυμία για εφαρμογή είτε της ενεργητικής είτε της παθητικής ευθανασίας πράγμα που απορρίφθηκε από την πλειονότητα των ιατρών. Παράλληλα αναγνωρίζεται στην έρευνα ότι οι ιατροί δείχνουν ευνοϊκότερη στάση στην παθητική ευθανασία από ότι στην ενεργητική. Η ιατρική υποχρέωση αναγνωρίζεται ως ο κύριος λόγος για την αποφυγή εφαρμογής της ευθανασίας, ενώ ως σπουδαίος λόγος για την εφαρμογή της αναγνωρίζεται το δικαίωμα του ασθενούς σε ένα αξιοπρεπή θάνατο, αν και επισημαίνεται από την πλειονότητα των γιατρών πως η πρόοδος της ιατρικής τεχνολογίας δεν συντελεί-δεν το πετυχαίνει όλες τις φορές αυτό. Η θέση των γιατρών θεωρείται σπουδαίας σημασίας για την διαδικασία λήψης μιας απόφασής.

Τα δεδομένα που προέκυψαν από αυτή την έρευνα αναδεικνύουν ότι η παύση της γραμμής της ζωής, όταν συνδέεται με την έννοια της ευθανασίας και της συχνότητας της δεν είναι καθόλου εύκολο να ληφθεί μια απόφαση, πράγμα που φανερώνει ότι το ζήτημα της ευθανασίας είναι υπαρκτό και προκαλεί έντονο προβληματισμό και ιδίως προκαλεί διάσταση, καθώς οι απαντήσεις σε ποσοστιαία βάση διαχωρίζονται. Όλα τα προαναφερθέντα φανερώνουν πόσο αναγκαία κρίνεται η πληροφόρηση, εκπαίδευση, και διευκρίνιση μερικών μαύρων πτυχών για να γίνει αντιληπτό ότι το πολύπλευρο προκατειλημμένο ζήτημα της ευθανασίας δεν πρέπει να θεωρείται επίλυση αντίθετα να είναι ζήτημα διαλόγου και προβληματισμού. Κρίνεται αναγκαία ακόμη σε αυτή την έρευνα η ύπαρξη καθοδηγητικών σημείων.

Όμως, στην προαναφερθείσα έρευνα αναφέρεται και ο Ζηρογιάννης σε άρθρο του που κι αυτό το εντοπίσαμε στο διαδίκτυο στα αρχεία της ελληνικής

ιατρικής αλλά και στην ξένη αρθρογραφία και πηγές του διαδικτύου για το ζήτημα της ευθανασίας.

Κρίνουμε σκόπιμο να αναφέρουμε ότι η προαναφερθείσα έρευνα που συσχέτιζε την ευθανασία με την στάση των γιατρών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας της χώρας, σχολιάζεται στην αρχή του άρθρου του Ζηρογιάννη ως η πρώτη που μας παρέχει στατιστικά στοιχεία και συμπληρώνουμε ότι από την απευθείας, μας επαφή με την πηγή της προαναφερθείσας έρευνας μπορούμε να πούμε ότι πρόκειται για ιδιαίτερα προσεγμένη-εμπειριστατωμένη δουλειά.

Σε αυτό το σημείο θα αναφερθούμε στα νέα στοιχεία που μας παρέχει το άρθρο του Ζηρογιάννη με τίτλο: «Ο ιατρός δίπλα στο θνήσκοντα ασθενή». Συγκεκριμένα αποτελεί γεγονός ότι σε ορισμένες πολιτείες των Η. Π. Α, το ενδιαφέρον για την ευθανασία εκδηλώνεται και από την διενέργεια δημοψηφισμάτων κι όχι μόνο από την έντυπη πληροφόρηση, από τα Μ. Μ. Ε. κ.λ.π., δηλαδή πρόκειται για ένα ζήτημα που δεν αφορά μόνο τους ειδικούς (γιατρούς, ψυχολόγους κ . λ .π .), αλλά και τα μέλη της κοινωνίας. Ένα τέτοιο δημοψήφισμα που στόχευε να εντοπίσει εάν ο γιατρός έχει δικαίωμα να βοηθήσει ένα τελειωτικό ασθενή πραγματοποιήθηκε στην Ουάσιγκτον το 1990, από το οποίο προέκυψε ότι για λίγους ψήφους χάθηκε η πλειοψηφία γι' αυτό το ζήτημα και θεωρήθηκε ότι οφειλόταν στο ότι το δημοψήφισμα συνέπεσε με την δίκη του Dr Kevorkian ο οποίος κατηγορούταν εκείνη την περίοδο για την συμβολή στην αυτοκτονία δύο γυναικών ασθενών του.

Ο Γκαράνη και οι συνεργάτες του στην έρευνά τους που αφορούσε τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας σε σχέση με την ευθανασία στην οποία αναφερθήκαμε σε προηγούμενες σελίδες, κατάφεραν να έχουν ένα ικανοποιητικά αντιπροσωπευτικό ποσοστό συμμετοχής των γιατρών. Χρειάζεται να διενεργηθεί έρευνα που να εξετάσει κατά πόσο οι θέσεις των ειδικών γιατρών για το ζήτημα της ευθανασίας συμπίπτουν ή όχι, με εκείνες του συνόλου των γιατρών λαμβάνοντας υπόψη ως καθοριστικούς παράγοντες την ηλικία και το φύλο. Ενδέχεται να αναδείξει ουσιώδεις διαφωνίες εξαιτίας της ιδιαιτερότητας του ρόλου του γιατρού στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.

Όπως και να έχει, δεν είναι αποδεκτή η ενεργητική ευθανασία τόσο για την Ελλάδα την Αμερική όσο και για την υπόλοιπη Ευρώπη εκτός από την Ολλανδία. Παράλληλα έχει αποδειχθεί από έρευνες ότι η στάση των γιατρών εξαρτάται από τα θρησκευτικά τους ιδεώδη. Χαρακτηριστικά τόσο οι προτεστάντες, όσο και οι Εβραίοι έχουν πιο θετική στάση στο ζήτημα της ευθανασίας από ότι οι καθολικοί και οι χριστιανοί φουνταμενταλιστές, ενώ οι ορθόδοξοι Εβραίοι κατακρίνουν την εφαρμογή της ευθανασίας. Έχει επισημανθεί ακόμα από έρευνες ότι η στάση-θέση των γιατρών για την πρακτική της ευθανασίας εξαρτάται από την ειδικότητα τους. Συγκεκριμενοποιώντας οι γενικοί γιατροί έχουν θετικότερη στάση για την εφαρμογή της ευθανασίας, σε σύγκριση με τους γιατρούς διαφορετικής κατεύθυνσης. Αυτή η στάση των γενικών γιατρών είναι αποτέλεσμα της πολύχρονης επαφής τους με τον ασθενή.

Στην σύγχρονη εποχή έχει αρχίσει να συζητείται κι η συμμετοχή του ασθενούς σε αποφάσεις σχετικές με την ζωή του, έχει αρχίσει δηλαδή να εξανεμίζεται η αντίληψη ότι μόνο και αποκλειστικά ο γιατρός αποφασίζει για την ζωή του ασθενούς. Για παράδειγμα στις Η.Π.Α., ένας ασθενής που αιτείται την παύση της αιμοκάθαρσης και έχει σώα τα φρένα, το αίτημα του αυτό γίνεται σεβαστό, ενώ οι ασθενείς επιζητούν να έχουν και την ελευθερία επιλογής για παύση της διαδικασίας κάποιας θεραπείας ή για να αποφύγουν την έναρξη κάποιας θεραπείας που δεν εξασφαλίζει ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής. Η Αμερικανική Ιατρική Εταιρεία έχει θεσπίσει συγκεκριμένους κανόνες με ηθικά και νομικά κριτήρια-ιδανικά που καθορίζουν την ιατρική συμπεριφορά όσο αφορά την αιμοκάθαρση και συγκεκριμένα την προοπτική παύσης του θεραπευτικού μέσου που καλείται αιμοκάθαρση.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ο ορισμός που αφορά την έννοια της συντήρησης της ζωής με θεραπεία που σημαίνει κάθε θεραπευτικό μέσο το οποίο αποσκοπεί στη συντήρηση της ζωής δίχως να προκαλεί αναστρέψιμη-φθίνουσα πορεία της ασθενείας. Συνεπώς καθήκον του γιατρού είναι να υπακούσει στο αίτημα του ασθενούς που είναι να μη χρησιμοποιηθεί οποιοδήποτε θεραπευτικό μέσο που συντελεί στη συντήρηση της ζωής, κι αυτή του η απόφαση υπαγορεύεται από τα θρησκευτικά, πολιτικά, κοινωνικά του

ιδεώδη, αν ο γιατρός λειτουργήσει αντίθετα προς την βούληση του έχοντος σώα τα φρένα ασθενούς, παραβιάζει την αυτονομία-αυτοδιάθεση και αξιοπρέπεια του τελευταίου.

Ταυτόχρονα ο γιατρός έχει και ανακουφιστικό ρόλο που σημαίνει ότι καθήκον του γιατρού είναι και να απαλύνει τον πόνο- τις παρενέργειες της ασθένειας χωρίς να παραβιάζει τον Ιπποκράτειο όρκο. Επιδημιολογικά αποτελέσματα τόσο στην Ευρώπη όσο και στη Ν. Αμερική φανέρωσαν ότι το 12% του πληθυσμού ξεπέραν την ηλικία των 65 ετών. Η συγκεκριμένη ομάδα του πληθυσμού έρχονται κατά πρόσωπο με την στάση τους για την παύση της γραμμής της ζωής που επιδρά τόσο στο οικογενειακό περιβάλλον όσο και στην κοινωνία. Συνάμα η συγκεκριμένη ομάδα έχει δικαίωμα να παραμείνει αξιοπρεπής, αλλά και να εξακολουθήσει να θεωρείται το σεβαστό γεμάτο ενεργητικότητα κύτταρο της κοινωνίας.

Άξιο λόγου είναι ότι θεωρείται καθήκον του γιατρού που εργάζεται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας να συντελέσει έτσι ώστε ο ασθενής να επιλέξει το σωστό. Είναι μύθος να θεωρεί κάποιος ότι σε ασθενή που παύεται η υποστηρικτική βοήθεια της ζωής του ώσπου να επέλθει το τέλος του ότι δεν πονά αφόρητα. Έντεκα ασθενείς με τεχνητό νεφρό που τους παύτηκε η υποστηρικτική βοήθεια αναγνωρίστηκε το είδος της ζωής τους ως «καλό, ενώ σε τέσσερις ως κακό, πράγμα που αναδεικνύει την ανάγκη διεπιστημονικής συνεργασίας. Η παύση συντήρησης της ζωής με σύγχρονα υποστηρικτικά μέσα εκλαμβάνεται από τον ασθενή γενικά ως ανώφελη τακτική συνέχισης της ζωής εξαιτίας της υποβάθμισης του είδους της ζωής τους με την ύπαρξη έντονου και διαρκούς πόνου και την ανύπαρκτη-το σβήσιμο της αξιοπρέπειας του. Γι' αυτό ο νοήμων ασθενής που αιτείται και επιλέγει την παύση των υποστηρικτικών μέσων για την ζωή του δεν πρέπει να αφήνεται στην τύχη του, αντίθετα αποτελεί καθήκον τόσο η νοσηλευτική φροντίδα, όσο και η ψυχολογική, φιλοσοφική, θρησκευτική φροντίδα προκειμένου να αυξηθεί ίσως η γραμμή ζωής του αλλά και να ξαλαφρώσει ο ασθενής.

Την σύγχρονη εποχή τα νέα δεδομένα θέλουν την φροντίδα του τελειωτικού ασθενούς αντί για τον συγγενή να την αναλαμβάνει ο γιατρός, έτσι όλο και περισσότεροι άνθρωποι αφήνουν την τελευταία τους πνοή στα

νοσοκομεία και σε αυτό συντελεί κι η πρόοδος της ιατρικής τεχνολογίας που μεγιστοποιεί το χρονικό διάστημα νοσηλείας. Αρκετοί γιατροί θεωρούν ότι ο ασθενής δεν είναι σε θέση να επεξεργαστεί το ζήτημα της παύσης συντήρησης της ζωής των σύγχρονων μέσων της ιατρικής τεχνολογίας. Εντούτοις έχει βρεθεί ότι σε ποσοστό 71% σε ασθενείς που τους έγινε κατόπιν παρόμοια συζήτηση παραδέχθηκαν ότι κατάφεραν να έχουν την βέλτιστη αυτοκυριαρχία στη ζωή τους, το 53% ότι ξαλάφρωσε, ένα αξιόλογο ποσοστό 53% ένιωσε πιο καλά, ένα ελάχιστο ποσοστό 22% ένιωσε άβολα το 16% στεναχωρήθηκε, ενώ το 6% θεώρησε ότι τελείωσαν όλα.

Αξιοσημείωτο είναι ότι στην Ευρώπη σχετικές θέσεις όπως οι προαναφερθείσες δεν υφίστανται. Επιπρόσθετα από τις κλινικές έρευνες που έχουν διεξαχθεί και παρουσιάζουν ότι οι ασθενείς είναι ανοιχτοί σε συζήτηση για το ενδεχόμενο παύσης της υποστηρικτικής θεραπείας κάποια στιγμή, έχει γεννηθεί ο ουσιώδης προβληματισμός για το χρονικό διάστημα που θα περάσει από την ώρα που θα εκφράσει ένα τέτοιο αίτημα ο ασθενής ώσπου το συγκεκριμένο του αίτημα να γίνει πραγματικότητα, πράγμα που φανερώνει ότι το συγκεκριμένο ζήτημα διλήμματος έχει τεθεί επί τάπητος εις βάθος και πλάτος. Μόνο οι Η.Π.Α., απαντούν στο συγκεκριμένο δίλημμα με την αναγνώριση ότι ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκεκριμενοποιεί το αίτημα του-την βούληση του όσο είναι εν ζωή(patient self determination act).

Η κλινική στάση τεθεί όρια για την παύση συντήρησης ζωής με ιατρικά μέσα που θεμελιώνονται και ενεργοποιούνται από τις έννοιες «κόστος-ωφέλεια» για τον πάσχοντα. Για την νομική επιστήμη δεν αναγνωρίζεται ανάλογη στάση ακόμα και για τους κλινικά νεκρούς-φυτά για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα. Είναι γεγονός ότι σε αρκετά συγκεκριμένα περιστατικά νοσηλείας η πρακτική ορισμένων θεραπευτικών μέσων δείχνει κακίστη-πιο δυσάρεστη και από τον θάνατο. Το νέο-σύγχρονο ιατρικό μοντέλο που θέλει τον ασθενή να ενημερώνεται για την κατάσταση του και για τα σύγχρονα ιατρικά μέσα θεραπείας για την περίπτωση του και την αποτελεσματικότητά τους, τον εμπλέκει στο παιχνίδι της οποιασδήποτε προσωπικής επιλογής που κρίνεται καθοριστική για την εξέλιξη της αρρώστιας του- για την ίδια του την ζωή.

Τι γίνεται όμως, αν ο πάσχοντας δεν είναι σε θέση να επιλέξει; Τότε εμπλέκεται το οικογενειακό περιβάλλον, το οποίο ύστερα από την πλήρη επιστημονική και εμπειριστατωμένη διαφώτιση για την νοσηρή κατάσταση του αγαπημένου τους πρόσωπου καταλήγουν σε επιλογή σύμφωνα με την κλινική εικόνα του αγαπημένου τους πρόσωπου. Τελικά τα ηνία της επίλυσης του ζητήματος ανήκουν στο γιατρό, του οποίου η στάση δεν γίνεται να μην είναι ανάλογη-να παραβλέπει τις ηθικές αρχές, αλλά και την υπακοή στις ανθρώπινες αξίες.

Όπως αναφερθήκαμε στην προηγούμενη ενότητα που αφορούσε την νομική υπόσταση της ευθανασίας, αναμένεται μέσα στο χρόνο να νομιμοποιηθεί και στο Βέλγιο η ευθανασία. Εντυπωσιακή είναι η γνώμη των ειδικών, σύμφωνα με τους οποίους παραπάνω από ένας στους δέκα θανάτους στο Βέλγιο είναι αποτέλεσμα εφαρμογής της ευθανασίας, ή σε φάρμακα που δίδονται από γιατρούς για να επιτευχθεί η επίσπευση του θανάτου του ασθενούς. Ανάλογη έρευνα για τους θανάτους που καταγράφηκαν τους τέσσερις πρώτους μήνες το έτος 1998 φανέρωσε ότι εκατοντάδες θάνατοι συνέβησαν, ύστερα από θανατηφόρα δόση φάρμακου χωρίς την ολοφάνερη βούληση-συγκατάθεση του ασθενούς, παρόλο που στο Βέλγιο εξακολουθεί να είναι προς το παρόν άνομη πράξη.

Σε μια έρευνα που διεξήχθη στην Ολλανδία από ερευνητές των Πανεπιστημίων University Brussels and Ghent University είχε ως στόχο τους θανάτους που συνέβησαν τους πρώτους τέσσερις μήνες του 1998 σε τυχαίο δείγμα έδειξε ότι σε ποσοστό 1,3% που σημαίνει 705 θάνατοι είναι αποτέλεσμα ευθανασίας, ή συμβολής του γιατρού στην αυτοκτονία. Σε ποσοστό 3,2% των περιστατικών που μεταφράζεται σε 1.796 θανάτους δόθηκε θανατηφόρα δόση φάρμακων δίχως την άδεια του ασθενούς. Παράλληλα δόθηκαν σε ασθενείς προτού τον θάνατο τους περίπου σε ένα από τα πέντε περιστατικά αναλγητικά με ναρκωτική δράση για παράδειγμα μορφίνη σε κατάλληλη δόση, ώστε να προκαλέσουν εσπευσμένο θάνατο.

Άξιο λόγου είναι ότι από τα περιστατικά στο 16,4% οι γιατροί έκριναν ότι έπρεπε να παύσουν την θεραπεία στον άρρωστο, και στο 5,8% των άρρωστων που σημαίνει 3.261 θάνατοι, η παύση της θεραπείας προκλήθηκε από τον

γιατρό θεληματικά προκειμένου να επέλθει ο θάνατος του αρρώστου. Οι μελετητές εικάζουν ότι ανάλογη εφαρμογή δηλαδή παύση της ζωής του ασθενούς συναντάμε και στο Βέλγιο όπου διεξήχθη η έρευνα. Ο αριθμός ακόμη των θανάτων που προκλήθηκαν με την προαναφερθείσα τακτική συμπίπτει σχεδόν με τον αριθμό ανάλογων θανάτων στην Ολλανδία με την διαφορά ότι στην Ολλανδία η ευθανασία είναι νόμιμη πράξη.

Επιπλέον οι μελετητές τονίζουν ότι το ποσοστό φάρμακων σε δόσεις που προκαλούν τον θάνατο στους άρρωστους δίχως την ξεκάθαρα ειπωμένη συγκατάνευση τους είναι παρόμοιο-ανάλογο με εκείνο της Αυστραλίας, όταν εφαρμόστηκε η ευθανασία το μικρό χρονικό διάστημα πριν την κατάρριψη της από την Ομοσπονδιακή κυβέρνηση όπως έχουμε αναφέρει στην νομική υπόσταση της ευθανασίας.

Ο Δρ. Luc Deliens που είναι ο επικεφαλής της έρευνας του Πανεπιστημίου Free University του τμήματος, Medical Sociology and Health Sciences, επεσήμανε ότι η συγκεκριμένη έρευνα γέννησε ερωτήματα-απορίες για τον λόγο που οι γιατροί του Βελγίου υπερισχύουν απέναντι στους Ολλανδούς γιατρούς, όσο αφορά την εφαρμογή της παύσης της γραμμής της ζωής δίχως την νωρίτερα συγκατάνευση των αρρώστων. Ο Δρ. Luc Deliens δίνει την έξης ερμηνεία για το συγκεκριμένο φαινόμενο, δηλαδή ότι μια κοινωνία που δεν έχει εμβαθύνει στο θέμα της ευθανασίας, ίσως να ενδιαφέρεται ελάχιστα για το αν τηρούνται κριτήρια για την ελεγχόμενη πρακτική της ευθανασίας και συγκεκριμένα για την παύση της γραμμής της ζωής από ότι η κοινωνία που έχει εμβαθύνει στο ζήτημα της ευθανασίας, και συνυπάρχει με την θέσπιση ορίων για την εφαρμογή της ευθανασίας.

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την βιβλιογραφική και την ηλεκτρονική περιήγηση μας για το φλέγον, επίκαιρο, και πολύπλοκο ζήτημα της ευθανασίας προέκυψαν τα έξης συμπεράσματα και συνάμα ερωτήματα για το συγκεκριμένο ζήτημα. Αρχικά το θέμα της ευθανασίας είναι γνωστό από την αρχαιότητα και την σημερινή του έννοια την οφείλουμε στον φιλόσοφο και πολιτικό της αναγέννησης Bacon που είχε επισημάνει ότι η ευθανασία είναι η υποχρέωση του γιατρού να επισπεύσει τον θάνατο του ανίατου ασθενούς που βιώνει ιδιαίτερα έντονους και βασανιστικούς πόνους.

Όμως, οι αρχαίοι δεν εφαρμόζαν ή δεν τους εφαρμοζόταν ευθανασία μόνο σε περίπτωση ανίατης ασθενείας, αλλά ήταν παραδεκτός τρόπος ευτυχισμένης εξόδου από την ζωή για τους ηλικιωμένους που γινόταν σε γιορτινή ατμόσφαιρα, η παρουσία μόνο συγγενών και στενών φίλων, όπως στην περίπτωση της γηραιάς κυρίας από την Ιουλίδα. Ήταν ακόμη αποδεκτή τακτική για όσους ήθελαν να αποφύγουν τα βάσανα ή να διατηρήσουν την καλή τους φήμη, αποτελούσε ένα ηρωικό, ευτυχισμένο τέλος στο πεδίο της μάχης.

Σε αντίθεση με την σημερινή εποχή όπου η ευθανασία δεν είναι εξ ολοκλήρου αποδέκτη, υιοθετείται ως πρακτική με την έννοια που έχει δώσει ο Bacon στην Ολλανδία, στην Δανία, κ. λ. π., κυρίως η παθητική μορφή της ευθανασίας, ενώ σε άλλες χώρες όπως στην Ελλάδα, τηρείται στην πλειονότητα αρνητική στάση στο θέμα της ευθανασίας και υπάρχει έντονο κλίμα συζητήσεων και αναλόγων ερευνών γύρω από το συγκεκριμένο θέμα που αγγίζει τους διάφορους κλάδους της επιστημονικής κοινότητας, αλλά και την εκάστοτε θρησκεία κάθε χώρας.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να επισημανθεί ότι την σύγχρονη εποχή δεν υπάρχει καθολική αποδοχή από την ορθόδοξη θρησκεία για την πρακτική της ευθανασίας. Αυτό συμβαίνει γιατί στην αρχαιότητα δεν υπήρχε η αντίληψη ότι μια τέτοια πρακτική έρχεται σε σύγκρουση με τον Θεό-Δημιουργό. Συγκεκριμένα η ευθανασία για την Ορθόδοξη Εκκλησία και τους εκπρόσωπους της έρχεται σε αντίθεση με το Θεό, του οποίου είμαστε τα δημιουργήματα.

Με άλλα λόγια σε οποιαδήποτε μορφή της, είτε πρόκειται για ενεργητική ευθανασία δηλαδή για αυτοκτονία με την συμβολή του γιατρού, είτε πρόκειται για παθητική ευθανασία δηλαδή για ενέργεια παράλειψης, όπως για παράδειγμα το τράβηγμα του καλωδίου από την πρίζα είναι καταδικαστέα. Οι εκπρόσωποι της Ορθόδοξης Εκκλησίας στηρίζουν την αρνητική τους στάση και για τις δυο μορφές ευθανασίας στο επιπρόσθετο δόγμα ότι κάθε δοκιμασία όπως η αρρώστια κρύβει κάποιο νόημα αναγέννησης για τον άνθρωπο. Σε αντίθεση με τους Ορθόδοξους, οι προτεστάντες και καθολικοί αποδέχονται την ευθανασία, οι δε προτεστάντες και εβραίοι περισσότερο και από τους καθολικούς. Κάτι που δεν ισχύει για τους ορθόδοξους εβραίους αυτά αποδεικνύονται στην ελληνική αρθρογραφία του διαδικτύου για ξένη έρευνα που αφορούσε την στάση των γιατρών στην ευθανασία.

Όμως, αρνητική στάση απέναντι στην ευθανασία τηρεί κι πλειοψηφία των γιατρών, αυτό αποδεικνύεται τόσο από την στάση του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, όσο και από τον Παγκόσμιο Ιατρικό Σύλλογο, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η συγκεκριμένη πρακτική καταργεί το ρόλο του γιατρού που είναι ανακουφιστικός-καταπραυντικός. Συνάμα δεν αποτελεί υποχρέωση του γιατρού δεν αναγνωρίζεται σε ουδεμία ιατρική διάταξη, για καμία περίπτωση ακόμα κι αν πρόκειται για χρόνιο κλινικά νεκρό να σταματήσει πρόωρα η ζωή του. Μοναδική υποχρέωση του γιατρού είναι να βρίσκεται κοντά στον ασθενή ώσπου ο θάνατος να έρθει μόνος του όχι να προκληθεί.

Στην αντίπερα όχθη έχουμε τους υποστηρικτές γιατρούς της ευθανασίας, οι οποίοι θεωρούν ιατρική τους υποχρέωση να προβούν στην εφαρμογή αυτής της πρακτικής αν πρόκειται για ασθενή που είναι για χρόνια φυτό, ιδίως αν πρόκειται ανίατη ασθένεια χρησιμοποιώντας ως δημοφιλέστερο παραδεκτό παράδειγμα τον καρκίνο που συνήθως χαρακτηρίζεται από ανυπόφορους πόνους και παρουσιάζει διαρκώς φθίνουσα πορεία ώσπου να καταλήξει στον θάνατο. Και συχνά χρησιμοποιούνται επώδυνα μέσα θεραπείας που κάνουν ανυπόφορη την λιγοστή ζωή του ασθενούς λόγω της διαρκούς φθίνουσας πορείας της ασθένειάς του που ιατρικά είναι αποδεδειγμένο ότι θα καταλήξει στον θάνατο.

Από τα προαναφερθέντα φαίνεται ότι αν και οι απόψεις του ιατρικού κόσμου δίστανται για το ζήτημα της ευθανασίας η επικρατέστερη θέση του ιατρικού κόσμου είναι η απόρριψη-η μη αναγνώριση της ευθανασίας ως ιατρικής μεθόδου. Παράλληλα η ψυχολογία και η ψυχιατρική καταθέτει μεταξύ άλλων το εξής σημαντικό ότι ο σύγχρονος άνθρωπος έχει απομακρυνθεί από τον θάνατο και την διαδικασία του θανάτου δεν αποτελεί ένα οικείο επιπρόσθετο κομμάτι ζωής για αυτόν όπως είναι η βάπτιση, ή ο γάμος αλλά κάτι που θα προτιμούσε να αποφύγει ούτε καν να το σκέφτεται. Έτσι δεν έχει την δυνατότητα να γευτεί την αναγεννησιακή γνώση ψυχής που θα του χαρίσει η επαφή με την διαδικασία του θανάτου και τον θάνατο, η συμμετοχή του σε αυτό το γεγονός της ζωής.

Συμπερασματικά ο θάνατος σχετίζεται με την επιφυλακτική αποκρουστική στάση του σύγχρονου ανθρώπου απέναντι στην ασθένεια και τον αφόρητο πόνο που την συνοδεύει αναφύοντας έτσι την ενδεχόμενη προτίμηση του ανθρώπου για γρήγορο-εσπευσμένο ανώδυνο «ευτυχισμένο» θάνατο (ευθανασία), προκαλώντας έντονο προβληματισμό και συζητήσεις όχι μόνο στην ψυχολογική-ψυχιατρική γενικότερα ιατρική κοινότητα, αλλά και σε άλλους κλάδους της επιστημονικής κοινότητας.

Η ευθανασία έχει προβληματίσει το ίδιο έντονα τόσο την βιοηθική όσο και την νομική επιστήμη όπως ήταν φυσικό. Συγκεκριμένα γεννάται για την βιοηθική το ερώτημα αποτελεί ηθική πράξη η επιτάχυνση του θανάτου ανίατου ασθενούς που ζει μέσα στον αφόρητο πόνο κι είναι αποδεδειγμένο ιατρικά ότι η ζωή του λιγοστεύει, ή για τον ασθενή που είναι για χρόνια φυτό; Η κυρίαρχη-επικρατούσα παραδεκτή αντίληψη της βιοηθικής είναι ότι σε καμία περίπτωση ο γιατρός δεν πρέπει να ξεφεύγει από τον ρόλο του που είναι ο ανακουφιστικός και να συμπαρίσταται στον ασθενή ως την τελευταία του στιγμή, κι όχι να προκαλεί συνειδητά την τελευταία στιγμή του ασθενούς, δηλαδή τον θάνατο αλλά να μάχεται ενάντια σε αυτόν και να τον αφήσει να έρθει μόνος του.

Όπως και στους προηγούμενους κλάδους της επιστήμης, έτσι και στον κλάδο της νομικής οι απόψεις για το ζήτημα της ευθανασίας δίστανται παγκοσμίως. Έτσι η ευθανασία μπορεί να θεωρείται νόμιμη πράξη για την Ολλανδία, όχι όμως και σε χώρες όπως η Βρετανία κι η Ελλάδα. Για την Ελληνική νομική επιστήμη η ευθανασία αναγνωρίζεται ως ανθρωποκτονία με

συναίνεση που σημαίνει ότι τιμωρείται μέχρι 15 χρόνια φυλάκιση κι όχι με κάθειρξη όπως στην ανθρωποκτονία από πρόθεση. Αυτό συμβαίνει λόγω των αναγνωρίσιμων ελαφρυντικών στοιχείων αυτής της πράξης που είναι να υφίσταται ανίατη ασθένεια και να έχει αιτηθεί την ευθανασία επανειλημμένα, αλλά και την ώρα που την αιτείται να μην πόνια αφόρητα. Σημαντικό επίσης είναι ότι δεν γίνεται μνεία στην ανθρωποκτονία με συναίνεση για θανατηφόρα ασθένεια.

Σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί παγκοσμίως επιβεβαιώνεται και αναδύεται και σε ερευνητικό επίπεδο η διττή διάσταση του επίκαιρου όσο ποτέ άλλοτε ζητήματος της ευθανασίας. Έτσι σε έρευνα που γνωστοποίησε η Ολλανδική Κυβέρνηση το 1991, οι συμμετέχοντες γιατροί 405 στον αριθμό αλλά και από την παρατήρηση 322 ασθενών προέκυψε ότι οι γιατροί προέβησαν σε εφαρμογή της ευθανασίας σε ποσοστό που έφθανε μέχρι και το 1,6%, σε ασθενείς που δεν είχαν ζητήσει κάτι τέτοιο. Σε ποσοστό 59% ο γιατρός ήταν γνώστης της επιθυμίας του ασθενούς, ενώ σε ποσοστό 98% ο γιατρός δεν είχε την δυνατότητα να γνωρίζει την επιθυμία του ασθενούς λόγω της ιδιαίτερης κατάστασης του τελευταίου με αποτέλεσμα να συζητά την περίπτωση για ευθανασία με συνάδελφους, ή συγγενείς του ασθενούς.

Στην ίδια έρευνα επισημαίνεται ότι η πλειοψηφία των αρρώστων ζούσαν με αφόρητους πόνους, ενώ για το 86% ήταν ζήτημα μιας εβδομάδας να πεθάνουν. Η προαναφερθείσα έρευνα μας γέννησε ερωτήματα όπως: νομιμοποιείται ο γιατρός να αφαιρέσει μια ζωή πρόωρα την στιγμή που ο ίδιος ο ασθενής δεν έχει εκφράσει ανάλογη επιθυμία; Έχουν δικαίωμα οι συγγενείς του ασθενούς να δώσουν την συγκατάθεση τους για εφαρμογή της ευθανασίας, όταν ο ίδιος ο ασθενής δεν είναι σε θέση να αποφασίσει, κι αν δώσουν οι συγγενείς την συγκατάθεση τους για εφαρμογή της ευθανασίας είναι σίγουρο ότι δεν υπαγορεύεται για οικονομικούς λόγους;

Το σίγουρο είναι πάντως αυτό που επισημαίνεται και στο τέλος αυτής της έρευνας ότι χρειάζεται να γίνουν ανάλογες έρευνες και σε άλλες χώρες για να διερευνηθεί η στάση τους απέναντι στην ευθανασία. Και επίσης θα θέλαμε να προσθέσουμε ότι κρίνουμε απαραίτητο να γίνονται ανάλογες συζητήσεις και ημερίδες παγκοσμίως όπου θα κατατίθενται οι αντικρουόμενοι προβληματισμοί

ανοιχτά γύρω από το ζήτημα της ευθανασίας τόσο της επιστημονικής κοινότητας, όσο και του κοινωνικού συνόλου, στο οποίο θα πρέπει να δίνεται η δυνατότητα συμμετοχής σε τέτοιες εκδηλώσεις για να επιτευχθεί έτσι περαιτέρω εμβάθυνση της πολυπλοκότητας του ζητήματος της ευθανασίας.

Παράλληλα σε έρευνα που διενεργήθηκε στον Όρεγκον των Η.Π.Α., ύστερα από την νομιμοποίηση της ευθανασίας το 1997, φάνηκε ότι από τους συμμετέχοντες (23 συνολικά από τους οποίους οι 15 έλαβαν θανατηφόρα δόση φάρμακου, ενώ στους υπολοίπους δεν χορηγήθηκε ανάλογη δόση τέτοιου φαρμάκου κι ονομάστηκαν ασθενείς ελέγχου), κανένας τους και από τις δύο συμμετέχοντες ομάδες δεν εξέφρασαν ανησυχία για το οικονομικό κόστος της ασθένειάς τους.

Επιπλέον μόνο ένας ασθενής από τους ασθενείς που τους χορηγήθηκε θανατηφόρα δόση φάρμακου εξέφρασε την ανησυχία του για την αδυναμία αποτελεσματικής αντιμετώπισης του πόνου, κι οι ασθενείς ελέγχου εξέφρασαν την ίδια ανησυχία που σημαίνει ότι υπερίσχυσε η ανησυχία για την αδυναμία της αυτοκυριαρχίας έναντι του πόνου. Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι το δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας ήταν άγαμοι. Ίσως θα ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέρον να διενεργηθεί ανάλογη έρευνα με δείγμα παντρεμένους έτσι ώστε να δούμε εάν υπερισχύει η ανησυχία για αδυναμία αυτοελέγχου-απώλεια αυτοκυριαρχίας έναντι της αναποτελεσματικής αντιμετώπισης του πόνου και στους παντρεμένους ή συμβαίνει το αντίθετο.

Στο Βέλγιο είναι άνομη πράξη η ευθανασία προς το παρόν, εντούτοις σε έρευνα που έγινε στο Βέλγιο κι αφορούσε τους θανάτους που συνέβησαν τους πρώτους τέσσερις μήνες του 1998 φάνηκε ότι είχε εφαρμοστεί ευθανασία δηλαδή θεληματικά από τον γιατρό είχε γίνει πρόωρη παύση του νήματος της ζωής του ασθενούς, κι ο αριθμός εφαρμογής τέτοιων θανάτων συμπίπτει σχεδόν με τον αριθμό τέτοιων θανάτων και στην Ολλανδία όπως αποδεικνύεται από σχετική έρευνα που έγινε και στην Ολλανδία την ίδια χρονική περίοδο με το Βέλγιο.

Αυτό το φαινόμενο που συμβαίνει στο Βέλγιο, ο Luk Deliens που ήταν επικεφαλής της έρευνας του Free University, το αποδίδει στο γεγονός ότι η

ευθανασία δεν θεωρείται νόμιμη πράξη στο Βέλγιο, πράγμα που έχει οδηγήσει σε ανεξέλεγκτη χρήση της ευθανασίας, κάτι που δεν θα συνέβαινε αν είχαν τεθεί νομικά όρια σύμφωνα με τον ίδιο. Συνεπώς θεωρούμε ότι επιβάλλεται να γίνουν ανάλογες έρευνες και σε άλλες χώρες που δεν έχει νομιμοποιηθεί η ευθανασία για να δούμε ποιά εικόνα επικρατεί.

Όμως, η ευθανασία έχει γίνει όχι μόνο αντικείμενο συζητήσεων και προβληματισμού αλλά και ερευνών και στην Ελλάδα στην σχετική αναφορά μας σε έρευνες του διαδικτύου(internet) στο πέμπτο κεφαλαίο. Έτσι από την έρευνα του ψυχιατρικού τμήματος του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης που απέβλεπε να διερευνήσει τον ηθικό προβληματισμό απέναντι στην ευθανασία όχι μόνο των γιατρών, αλλά και των μελών της κοινωνίας, προέκυψε ότι η θετική ή η αρνητική στάση απέναντι στην ευθανασία έγινε χωρίς ιδιαίτερη σκέψη-ασυνείδητα.

Ταυτόχρονα προέκυψε από αυτή την έρευνα ότι συντρέχουν εκτός από σωματικοί λόγοι όπως ο πόνος σε ποσοστό 66,2%, και ψυχοκοινωνικοί λόγοι όπως 60,2% η απελπισία, ακολουθεί η κατάθλιψη με 59,7% κι η ψυχοπαθολογία με 38,6%. Σε ποσοστό 44,3% καταρρίφθηκε η τεχνητή υποστήριξη. Στην συγκεκριμένη έρευνα δεν διευκρινίζεται, το 44,3% που τάχθηκε κατά της τεχνητής υποστήριξης πόσοι ήταν γιατροί και πόσα ήταν σε αριθμό τα μέλη της κοινωνίας από τους συμμετέχοντες στην έρευνα. Το σίγουρο πάντως είναι ότι αναδεικνύεται η διττή διάσταση του προβλήματος της ευθανασίας κι η ελάχιστη γνώση πάνω σε αυτό το θέμα πράγμα που συντείνει στην ανάγκη διεξαγωγής σχετικών ημερίδων-συζητήσεων από τους ιατρούς ανοιχτές στο κοινό.

Ανάλογη Πανελλαδική έρευνα διενέργησε και το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης σε συνεργασία με τα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης της οποίας τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν και στους συμμετέχοντες στο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο Γηριατρικής και Γεροντολογίας όπου ένας από τους συμμετέχοντες παραδέχθηκε ότι εφάρμοσε ευθανασία σε ασθενή που το αιτήθηκε. Ακόμη το 41% παραδέχεται την εφαρμογή της ευθανασίας σε περίπτωση που πρόκειται για αθεράπευτη τελειωτική ασθένεια

και το ποσοστό αυτό φθάνει το 58% αρκεί να τεθούν άτεγκτα ηθικά, ιατρικά κ.λ.π. όρια.

Στην έρευνα του ψυχιατρικού τμήματος του Ιπποκράτειου νοσοκομείου Θεσσαλονίκης γίνεται λόγος για τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες όπως κατάθλιψη απελπισία κ. λ. π. σε σχέση με την επιλογή-αίτημα για ευθανασία, ενώ στην έρευνα των νοσοκομείων Θεσσαλονίκης σε συνεργασία με το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης επισημαίνεται ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες είναι ζήτημα που πρέπει να αντιμετωπίζεται από τους επαγγελματίες υγείας μόνο.

Σημαντικής σημασίας είναι κι η έρευνα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων που αφορούσε όχι μόνο την ευθανασία αλλά και άλλα θέματα όπως το Aids, οι αμβλώσεις, η τεχνητή γονιμοποίηση κ. λ. π. Σε αυτή την έρευνα έλαβαν μέρος 356 φοιτητές της Ιατρικής Σχολής όπου το 53,4% αποδέχεται την παθητική ευθανασία, ενώ το ποσοστό αποδοχής για την ενεργητική ευθανασία φθάνει μόνο το 11,6%. Μας προβλημάτισε το γεγονός ότι τα ποσοστά αιτιολογίας απέναντι στις αμβλώσεις ποικίλουν. Συγκεκριμένα το 69,9% από τους συμμετέχοντες αποδέχεται την άμβλωση εάν το έμβryo αντιμετωπίζει προβλήματα, και το 74,4% σε περίπτωση που είναι αποτέλεσμα βιασμού. Το 57,5% υποστηρίζει την παύση της εγκυμοσύνης σε περίπτωση που πρόκειται για μητέρα φορέα του Aids.

Ο προβληματισμός μας είναι αν έρθει μια μέρα όπου θα γίνονται αμβλώσεις για θεραπευτικούς λόγους όπου θα γίνουν αντικείμενο συζήτησης τέτοιου είδους αμβλώσεις για να αναγνωριστούν ως ευθανασία; Θα νομιμοποιούμαστε να αφαιρέσουμε μια ζωή πριν καν γεννηθεί κάποια μέρα με την αιτιολογία ότι είναι προβληματική; Ή για παράδειγμα αν πρόκειται για μετάδοση του Aids σε έμβryo που δεν θα έχει ακόμη βρεθεί η θεραπεία, θα νομιμοποιούμαστε να θεωρούμε την ευθανασία ως την κατάλληλη-ευτυχισμένη θεραπεία;

Ανάλογη έρευνα έγινε και στην Πάτρα στο μόνο που διαφοροποιούνταν ήταν ότι το δείγμα ήταν ποικίλο δηλαδή ήταν τόσο μέλη της Ιατρικής Ένωσης Πάτρας, της Δικηγορικής Ένωσης Πάτρας, του Τμήματος Δικαιοσύνης Πάτρας,

όσο και φοιτητές του Πανεπιστημίου της Πάτρας. Η συγκεκριμένη έρευνα έδειξε ότι η παθητική ευθανασία είναι σε μειωμένο βαθμό προτιμητέα ανάμεσα στους δικηγόρους σε σύγκριση με τις υπόλοιπες τρεις συμμετέχοντες ομάδες σε αυτή την έρευνα. Και για τις τέσσερις συμμετέχοντες ομάδες όμως, η πρακτική της ενεργητικής ευθανασίας είναι καταδικαστέα.

Πρόταση μας είναι να γίνει ανάλογη έρευνα και σε άλλες πόλεις της Ελλάδας δηλαδή που να περιλαμβάνεται στο δείγμα κι η αντιπροσωπευτική ομάδα των δικηγόρων από κάθε πόλη, έτσι ώστε να δούμε εάν η ιδιαίτερα μειωμένη προτίμηση των δικηγόρων της Πάτρας για την παθητική ευθανασία συμπίπτει-είναι παρόμοια και για τους δικηγόρους των άλλων πόλεων.

Άξιο λόγου είναι ότι η Έδρα Δημόσιας και Διοικητικής Υγιεινής σε συνεργασία με την Εθνική Σχολή Υγείας πρωτοτύπησαν στον ελλαδικό ερευνητικό χώρο διενεργώντας έρευνα σε 15 πολυδύναμες Μονάδες Εντατικής Θεραπείας της χώρας μας και το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 75,7%. Η συγκεκριμένη έρευνα έδειξε ότι σε ποσοστό 32,1% των γιατρών των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας έχει έμμεση γνώμη για την παθητική ευθανασία, ενώ το ποσοστό αυτό μειώνεται σε 18,5% για την ενεργητική ευθανασία. Οι μισοί από τους συγκεκριμένους γιατρούς επεσήμαναν ότι τα αγαπημένα πρόσωπα ασθενών τους έχουν αιτηθεί για εφαρμογή της ευθανασίας κι η πλειοψηφία των γιατρών απέρριψε σχετικό αίτημα.

Η ευθανασία είναι γεγονός ότι βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος και στον Ελλαδικό χώρο, αυτό το αποδεικνύει τόσο η σχετική βιβλιογραφία όσο και οι σχετικές έρευνες για το ζήτημα της ευθανασίας σε διαφορές πόλεις της Ελλάδας, σε διαφορετικές χρονικές περιόδους(ένα χρόνο ή δύο, ή και παραπάνω διαφορά μεταξύ τους). Το σίγουρο πάντως είναι ότι μπορεί το δείγμα από έρευνα σε έρευνα να διαφέρει ή να ποικίλει, εντούτοις το κοινό γνώρισμα των ελληνικών ερευνών είναι ότι υφίσταται ιδιαίτερα αρνητική στάση για την ενεργητική ευθανασία στον ελληνικό πληθυσμό (διαφορές επαγγελματικές ομάδες).

Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η ενεργητική ευθανασία ισοδυναμεί με αυτοκτονία με την συμβολή του γιατρού, και η αυτοκτονία αντίκειται στα

ορθόδοξα ελληνικά χριστιανικά ιδεώδη. Ταυτόχρονα η ιατρική και ειδικότερα η ψυχιατρική αναγνωρίζει ότι η αυτοκτονία είναι ενέργεια που συντελείται από άνθρωπο που βρίσκεται σε κρίση, και συνάμα για την βιοηθική είναι ανήθικη πράξη και γενικότερα για την ελληνική κοινωνία υποδηλώνει αδυναμία του ανθρώπου να αποδεχτεί ένα γεγονός-μια φάση της πραγματικότητας της ζωής.

Εξαιρετικής σημασίας είναι ότι οι έλληνες γιατροί των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας τηρούν παρόμοια αρνητική στάση στην πλειοψηφία τους με τους συνάδελφους τους που εργάζονται σε διαφορετικό τομέα σε νοσοκομειακό χώρο. Αυτή τους η στάση υπαγορεύεται τόσο από τα προσωπικά τους βιώματα, της θρησκευτικές τους ορθόδοξες αντιλήψεις, τους ιατρικούς, ηθικούς και νομικούς κανόνες που υφίστανται στην Ελλάδα.

Αξιοσημείωτο είναι ότι ο θάνατος κι ειδικότερα η συχνότητα στις μέρες μας της ύπαρξης ανίατης επώδυνης θανατηφόρας ασθένειας με δημοφιλέστερο παράδειγμα τον καρκίνο, σχετίζεται με την ευθανασία («τον καλό-ωραίο θάνατο»), σε συνδυασμό με την στάση του σύγχρονου ανθρώπου απέναντι στον θάνατο και στην ασθένεια-την αποκρουστική, φοβική εικόνα που έχει απέναντι σε αυτές τις δύο έννοιες. Συνάμα η ιατρική εκπαίδευση δεν περιλαμβάνει τακτικό-εβδομαδιαίο μάθημα που να σχετίζεται με τον θάνατο και την διαδικασία του θανάτου, έτσι ώστε οι μέλλοντες γιατροί να είναι σε θέση να προετοιμάσουν τον ασθενή για αυτό το κομμάτι ζωής, αλλά και να του συμπαρασταθούν ως την τελευταία του στιγμή.

Το νέο ιατρικό μοντέλο θέλει τον ασθενή να ενημερώνεται για την κατάσταση του για τα μέσα θεραπείας που υπάρχουν και την εξέλιξη της ασθένειάς του και να αποφασίζει για την ζωή του. Γεννάται έτσι το ερώτημα: Έχει δικαίωμα να αρνηθεί ο γιατρός σε ασθενή το αίτημα του για να συντομευτεί η ζωή του την στιγμή που έχει γίνει ανυπόφορη λόγω της συνεχούς φθίνουσας πορείας της ασθένειας και των θεραπευτικών μέσων που δεν συντελούν πάντα σε ένα αξιοπρεπές, ικανοποιητικό επίπεδο ζωής;

Πρόσφατο παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση της Βρετανίδας που αναφερθήκαμε στις προηγούμενες σελίδες. Η συγκεκριμένη γυναίκα που πάσχει από αλλοιώσιμη ασθένεια υποστηρίζει συνειδητά ότι η συνεχώς φθίνουσα

πορεία της ασθένειας της σε συνδυασμό με τα θεραπευτικά μέσα που εξ ανάγκης χρησιμοποιεί την έχουν οδηγήσει σε ένα κατώτατο αναξιοπρεπές επίπεδο ζωής. Σε αυτή την περίπτωση θα μπορούσε να θεωρηθεί η ευθανασία πράξη σωτηρίας και ανθρωπισμού, αλλά και σεβασμός στην αυτονομία του ανθρώπου.

Τι γίνεται όμως, όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να αιτηθεί την ευθανασία, η κλινική του εικόνα δηλαδή δεν του το επιτρέπει; Έχει ο γιατρός το δικαίωμα να προβεί σε ευθανασία για παράδειγμα σε ασθενή φυτό; Και πως μπορεί να είναι σίγουρος ο γιατρός ότι ο ασθενής-φυτό δεν θα επιστρέψει στην ζωή; Άλλωστε υπάρχουν και παραδείγματα επιστροφής κλινικά νεκρών στην ζωή.

Αν υποθέσουμε λοιπόν ότι ένας ασθενής δεν είναι σε θέση να δώσει την συγκατάθεση του για εφαρμογή της ευθανασίας κι ο γιατρός προβαίνει σε αυτή την πράξη, τότε αναγνωρίζεται ως εγκληματική γιατί παραβιάζει τους ιατρικούς, ηθικούς, νομικούς κανόνες και τα ανθρωπινά δικαιώματα. Συνάμα αν η εφαρμογή της ευθανασίας, γίνεται για οικονομικούς λόγους-ενέχει οικονομική χρεία, δηλαδή εφαρμόζεται είτε γιατί δεν υπάρχει επαρκής αριθμός κρεβατιών για όλους τους ασθενείς, είτε γιατί δεν επαρκούν τα θεραπευτικά μέσα για όλους τους ασθενείς. Έτσι για τους προαναφερθέντες λόγους δύναται να θεωρηθεί η ευθανασία τόσο πράξη σωτηρίας όσο και εγκληματική πράξη προκαλώντας διάσταση και έντονο προβληματισμό.

Αξιοσημείωτο είναι ότι η διπλή διάσταση του ζητήματος της ευθανασίας κι ο έντονος προβληματισμός μπορεί να οδηγήσουν στο να ενταθούν-μεγιστοποιηθούν οι προσπάθειες για ολοκληρωτικά αποτελεσματική αντιμετώπιση όλων των μορφών πόνου των ασθενειών. Παράλληλα μπορεί από τον προβληματισμό για το ζήτημα της ευθανασίας να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην ιατρική εκπαίδευση. Συγκεκριμένα στην ένταξη μαθήματος που να αφορά την διαδικασία του θανάτου και τον θάνατο, όχι ως σχετική αναφορά σε ενότητα κάποιου ιατρικού μαθήματος, ή ως προαιρετικό μάθημα, αλλά ως υποχρεωτικό εβδομαδιαίο μάθημα για όλες τις ιατρικές ειδικότητες και ιδιαίτερα να διδάσκεται σε πιο τακτά χρονικά διαστήματα στους ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς κι άλλες συναφείς ειδικότητες.

Ψάχνοντας τα τηλεοπτικά κανάλια ένα απόγευμα σταμάτησα στην Ε.Τ.1 στην εκπομπή με τίτλο: www.άνθρωποι.gr που παρουσιάζει ο Κώστας Χαρδαβέλλας. Θέμα της εκπομπής ήταν: Η Μέριμνα, Εταιρεία για την Φροντίδα παιδιών και οικογενειών στην αρρώστια και στον θάνατο. Καλεσμένοι ήταν η εθελόντρια (μάλλον) της Μέριμνας, αφού την ώρα που εντοπίσαμε την συγκεκριμένη εκπομπή έλεγε ότι το Διοικητικό Συμβούλιο αποτελείται από εθελοντές που είμαστε και οι ιδρυτές της συγκεκριμένης Εταιρείας και προσφέρουμε δωρεάν τις υπηρεσίες μας κι ότι υπάρχουν κι επαγγελματίες από το χώρο της υγείας που όπως είναι φυσικό και αναμενόμενο πληρώνονται.

Καλεσμένοι επίσης ήταν μέλη του συλλόγου: «Φίλοι της Μέριμνας», εκ των οποίων ο ένας είχε χάσει την σύζυγο του και το παιδί του σε τροχαίο ατύχημα και μίλησε για αυτή του την εμπειρία, και πόσο πολύ βοηθήθηκε από τους ειδικούς της Μέριμνας όχι να πνίξει αυτό το γεγονός, αλλά να αποδεχτεί αυτό το γεγονός και να συνεχίσει την ζωή του. Αγωνιζόμενος ως ενεργό μέλος του συλλόγου: «Φίλοι της Μέριμνας» με την γνωστοποίηση του έργου και των στόχων αυτής της ιδιωτικού δικαίου Εταιρείας, την οικονομική της ενίσχυση, αλλά κυρίως το ξεδίπλωμα της ξεχωριστής εμπειρίας που του έφερε ο θάνατος των αγαπημένων του προσώπων.

Ο τρίτος καλεσμένος ήταν δάσκαλος και τόνισε την σημασία να είναι σε θέση ο δάσκαλος να προετοιμάσει τους μαθητές του για τον θάνατο να μιλήσει με ειλικρίνεια και χωρίς επιφυλάξεις για αυτό το γεγονός της ζωής. Σε συνεργασία με ειδικό να γνωρίζει με ποιο τρόπο να συμπαρασταθεί-πώς να συμπεριφερθεί σε μαθητή που έχει χάσει αγαπημένο του πρόσωπο, να μπορέσει να δει τι πραγματικά έχει ανάγκη ο μαθητής του.

Κατά την διάρκεια της εκπομπής προβλήθηκε συνέντευξη που έδωσε νεαρός που έχει χάσει τον αδερφό του από ασθένεια. Και ο νεαρός επεσήμανε ότι βοηθήθηκε από την Μέριμνα στο να συνειδητοποιήσει τον θάνατο του αδερφού του και το τέλος της σχέσης τους που επέφερε ο θάνατος του, δεν έχει σβήσει όμως τις αναμνήσεις αυτής της σχέσης που είναι έντονες-ζωντανές στην μνήμη και στην καρδιά του.

Η εθελόντρια τόνισε ότι επιπρόσθετος στόχος της Μέριμνας είναι να επεκταθεί και σε άλλες πόλεις όπως Πάτρα, Θεσσαλονίκη, κ. λ. π. με την διοργάνωση σεμιναρίων για τους στόχους της Μέριμνας σε επαγγελματίες υγείας, έτσι ώστε να λειτουργήσουν παρόμοιες Εταιρείες και σε άλλες πόλεις για την Φροντίδα παιδιών και οικογενειών στην ασθένεια και στον θάνατο, αλλά και την καταπολέμηση της λανθασμένης και επιφυλακτικής εικόνας που έχει ο σύγχρονος άνθρωπος για την ασθένεια και τον θάνατο. Ίσως κάποια μέρα ο θάνατος να είναι το αναγεννησιακό φως για τον άνθρωπο που θα τον οδηγήσει στην ουσία της ζωής.

Τελικά τι είναι η ευθανασία πράξη σωτηρίας ή εγκληματική πράξη; Το σίγουρο είναι ότι θα μπορούσαν να είναι και τα δύο, δηλαδή τόσο πράξη σωτηρίας όσο και εγκληματική πράξη όπως εξηγήσαμε σε προηγούμενες σελίδες. Το ζήτημα της ευθανασίας συνάμα στον Ελλαδικό χώρο βρίσκεται σε εμβρυϊκό ερευνητικό επίπεδο που σημαίνει ότι χρειάζεται να γίνουν νέες έρευνες, δηλαδή να επαναληφθούν έρευνες που έχουν γίνει γιατί έχουν περάσει κάποια χρόνια για να δούμε αν έχει αλλάξει κάτι. Να επαναληφθούν ακόμη κάποιες που από πόλη σε πόλη διέφεραν ως προς το δείγμα και σε άλλες πόλεις, και γενικότερα να γίνουν έρευνες σε όλη την Ελλάδα για το ζήτημα της ευθανασίας.

Παράλληλα κρίνεται αναγκαίο να καταπολεμηθεί η άγνοια για το επίκαιρο θέμα της ευθανασίας με την διοργάνωση συζητήσεων και σεμιναρίων που θα έχουν την δυνατότητα συμμετοχής εκτός από τους επιστήμονες και το κοινό. Με άλλα λόγια να γίνει ανοιχτός διεπιστημονικός διάλογος στον οποίο δηλαδή θα συμμετέχουν και μέλη της κοινωνίας, όπου θα γίνει επισήμανση των σκοτεινών σημείων της ευθανασίας. Ο υπερασπιστής κάθε θέσης να εντοπίσει τα αδύναμα-σκοτεινά σημεία της δικής του θέσης και να τα παραδεχτεί, ταυτόχρονα να τα θέσει επί τάπητος και όχι να χάνεται στα αδύναμα-σκοτεινά σημεία της αντιμαχόμενης πλευράς. Έτσι μόνο θα υπάρξει ουσιαστικός διάλογος, από τον οποίο θα προκύψει λύση που θα ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα είτε είναι υπέρ της ευθανασίας είτε όχι, είτε είναι κάπου ενδιάμεσα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Βαζαίου – Αναπλιώτη Ειρήνη, «Καθημερινά Ιατρικά Προβλήματα», Αθήνα 1988.
2. Μιχαλοδημητράκης Μαν., Κουσελίνης Αντ, «Ιατρική Ευθύνη, Γενικά, Ειδικά Θέματα Ιατρικής Αμέλειας και Ιατρικής Ευθύνης», εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα 1984.
3. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Επιτροπή Ευρωπαϊκής Κοινότητας, Ευρώπη κατά του Καρκίνου, Σεμινάριο Νοσηλευτριών, «Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Φροντίδα στον Καρκινοπαθή», Αθήνα 1991.
4. Σπηλιώτης Δ. Ιωάννης, «Καρκίνος από την άγνοια στον φόβο», Αχαϊκές Εκδόσεις, Πάτρα 1999.
5. Γιαννοπούλου Χρ. Αθηνά, «Διλήμματα και Προβλήματα στην Σύγχρονη Νοσηλευτική, μια Άλλη Διάσταση στο Χώρο της Νοσηλευτικής Δεοντολογίας και Ευθύνης», Αθήνα 1995.
6. Dolinger Malin M.D., Rosenbaum Ernest M.D. and Gable Greg, Επιστημονική Επιμέλεια: Μαθας Χρ., «Ο Καρκίνος – Διάγνωση και Πρόληψη, Καθημερινή Αντιμετώπιση, Ένας Οδηγός για Όλους», εκδόσεις Κάτοπτρο 1992.
7. Μαλλιάρης Ζιγκλέρ Ζαν, «Οι Ζωντανοί και ο Θάνατος», εκδόσεις Παιδεία, Αθήνα 1982.
8. Κισάκης Κ. Αθ., Φιλόλογος Προτύπου Βαρβακείου Σχολής, «Κοινωνικά Δοκίμια» εκδόσεις Γρηγόρης Χ.Χ. (χωρίς χρονολογία).
9. Ελληνική Εταιρεία Προληπτικής Ιατρικής, «Πρόληψη, Έγκαιρη Διάγνωση και Διαφώτιση από τον Καρκίνο», Βιβλίο 2^ο, Αθήνα 1980.
10. Αβραμίδης Β. Αθανάσιος, «Ευθανασία», Εκδόσεις Ακρίτας, Αθήνα 1995.
11. Scott Peck, M. M.D., «Ευθανασία και Θνητότητα, η Άρνηση της Ψυχής», Ελληνικά Γράμματα 1997.
12. Γραμματικοπούλου Ελένη, «Ευθανασία, η σημαντική του «Καλού» θανάτου», Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών (Ε.Ι.Ε), Αθήνα 2000.

13. Διεθνή : «Υπέρμαχοι του Ευγενούς Θανάτου», Εφημερίδα «ΤΑ ΝΕΑ», Μ. Πέμπτη 12 Απριλίου 2001.
14. Στο Αφιέρωμα : «Ευθανασία : Το Έσχατο Δικαίωμα», «ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ», Τεύχος 95, Τρίτη 18 Ιανουαρίου 2001.
15. Hellenic MFA, «Η Ευθανασία στην Ολλανδία», (e mail) στο sales @athena.domi.gr
16. «Ευθανασία : Ένα Θέμα Παγκόσμιας Διαμάχης», Εφημερίδα «THE TIMES», Britain, 12 Μαΐου 1999, «Η Ευθανασία στην Ελλάδα», Vidalis et al, Aging (Miilano), April 1998, «Όρεγκον : Η Εμπειρία του Πρώτου Έτους», N. Engl. J. MED., Feb. 1999, Derek Humphry, «Η Υπόθεση του Dr. Jack Kevorkian», Euthanasia Research & Guidance Organization (Ergo).
17. D. Damigos, V. Siafaka, «Current Attitudes and Related Research Data on Euthanasia. The Psychological and Social Dimensions», (Medical School, University Of Ioannina), Μηνιαία ΈΚΔΟΣΗ Εταιρείας Ιατρικών Σπουδών, Τόμος 75, Τεύχος 3, Μάρτιος 1999.
18. Gillon Raanan, «Προβλέπω» και «Επιδιώκω» το Θάνατο δεν είναι το ίδιο», BMJ, May 29 1999.
19. «Ευθανασία με την Συγκατάθεση του Ασθενούς Ναι ή Όχι;» Δευτέρα 18 Νοεμβρίου 1996 στο <http://www.enet.gr/past/1996/11/18/on-line/keimena/greece/greece3.htm>.
20. Ottman Miles – Paul, Dinah Radtke, Από το περιοδικό της Disability «Awareness In Action». Μετάφραση Αφροδίτη Μπάκα, Περιοδικό «Αναπηρία» Τώρα Άρθρα : Αδημοσίευτα, Δημοσιευμένα «Γερμανία : «Βία Εναντίον των Ανθρώπων με Αναπηρίες», Τεύχη 1 ως 6, Τεύχος 12 και 17.
21. Papapetropoulos Th., Patrinos A., Pelekoudas V., VienopoulosA., Paschalis C., «Attitudes Toward Euthanasia Among Physicians, Lawyers, Judges and Medical Students In The City Of Patras», Iatriki 1997, Μηνιαία Έκδοση Εταιρείας Ιατρικών Σπουδών, Τόμος 72, Τεύχος1, Ιούλιος 1997.
22. Flash Gr. – Care Magazine – Νέα από τον Κόσμο, «Οι πρώτες Αντιδράσεις από την Νομιμοποίηση της Ευθανασίας», (Δημοσίευση 1/12/2000).

23. Flash Gr. – Care Magazine – Νέα από τον Κόσμο, «Ένας στους Δέκα Θανάτους στο Βέλγιο, είναι Αποτέλεσμα Ευθανασίας», (Δημοσίευση 25/11/2000).
24. Flash Gr. – Care Magazine – Νέα από την Ελλάδα, «Βασικά Σημεία Ηθικής και Ιατρικής Δεοντολογίας από τον Χριστόδουλο», (Δημοσίευση 19/2/2001).
25. Flash Gr. – Care Magazine – Νέα από την Ελλάδα, «Η Ιερά Σύνοδος Αντίθετη στην Ευθανασία», (Δημοσίευση 16/12/2000).
26. Flash Gr. – Care Magazine – Νέα από τον Κόσμο, «Όχι στην Ευθανασία από τον Παγκόσμιο Ιατρικό Σύλλογο», (Δημοσίευση 7/5/2001).
27. Flash Gr. – Care Magazine – Νέα από τον Κόσμο, «Βρετανίδα Αγωνίζεται για το Δικαίωμα στο Θάνατο», (Δημοσίευση 20/8/2001).
28. Γκαρانه Τ., Δαλλα – Βοργια Π., Παπαδάτος Ι., Κρεμαστινού Τ., «Εντατική Θεραπεία : Ηθικοί Προβληματισμοί στο Θέμα της Ευθανασίας», Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Αθήνα 1996.
29. Ζηρογιάννης Π. Ν., «Ο Ιατρός Δίπλα στον Θνήσκοντα Ασθενή», Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Αθήνα 1996.
30. Ευθυμίου Π., Τακουλη Λ., Τζιορα Σ., Δημολιατης Γ., Βελογιαννη Λ., «Απόψεις Ελλήνων Φοιτητών Ιατρικής σε Σύγχρονα Θέματα Βιοηθικής» Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Αθήνα 1995.
31. Τηλεοπτική Εκπομπή στην ΕΤ1 με τίτλο : «www.άνθρωποι.gr με Παρουσιαστή τον Κώστα Χαρδαβέλλα – Θέμα : «Μέριμνα, Εταιρεία για την Φροντίδα στην Αρρώστια και στον Θάνατο Παιδιών και Οικογενειών».

*Η Αναζήτηση των Στοιχείων για την Ευθανασία στο Internet έγινε ως www.euthanasia.gr ή www.ευθανασία.gr ή www.mercy.gr