

4820
Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



Θ Ε Μ Α

**“ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ: ΔΙΚΑΙΩΜΑ Ή «ΥΠΟΤΙΜΗΣΗ» ΤΗΣ
ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΥΠΟΣΤΑΣΗΣ;
Η ΣΤΑΣΗ ΚΑΤΟΙΚΩΝ ΤΗΣ ΠΟΛΕΩΣ ΤΩΝ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΤΟ ΑΜΦΙΛΕΓΟΜΕΝΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ”**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

**ΑΔΑΜΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ
ΚΑΤΣΙΚΕΡΟΥ ΕΛΕΝΗ**

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΠΑΤΡΑ 2002

Στη μάχη με τους Τούρκους ο γενναίος Αστραπόγιαννος απαίτησε από τον ακόλουθό του Λαμπέτη την αποκεφάλισή του καθώς ήταν βαριά τραυματισμένος.

*Λαμπέτη εσβύστηκα!...
Κόψε με γρήγορα...μή μ' αρνηθείς.
Χτύπα, Λαμπέτη μου! Απλώσε πιάσε
Σφίξε στα δάκτυλα τ' άσπρα μαλλιά...
Το χέρι εσταύρωσα...μη με φοβάσαι
Κόψε με...πάρε με στην αγκαλιά.
Ολόρθο επέταξε τ' άξιο λεπίδι
Τ' αγέρι εξέσχισε, παίρνει φτερό
Άστραψ' εσφύριξε γοργό σαν φίδι,
Το δένδρο ελύγισε στη γη νεκρό.*

ΒΑΛΑΩΡΙΤΗΣ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εργασία μας αυτή είναι το τελευταίο στάδιο για την απόκτηση του πτυχίου από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Στο διάστημα αυτό των προσπαθειών μας υπήρξαν άτομα που μοιράστηκαν μαζί μας την αγωνία και τους κόπους μας. Για το λόγο αυτό νιώθουμε την ανάγκη να τους ευχαριστήσουμε για τη βοήθεια και την συμπαράσταση τους.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλουμε στον καθηγητή μας, *Δετοράκη Ιωάννη* για τις πολύτιμες οδηγίες και συμβουλές του. Επίσης ευχαριστούμε το *Εθνικό Κέντρο Ερευνών* για τη συνεργασία τους και τους κατοίκους της πόλεως των Πατρών που υπήρξαν άκρως βοηθητικοί για την πραγματοποίηση της έρευνάς μας.

Κατσικερού Ελένη

Αδάμου Αναστασία

.....αφιερώνεται στους γονείς μας

“Στη διάρκεια όλης του της ζωής, πρέπει κανείς να συνεχίσει να μαθαίνει πώς να ζει και, πράγμα που θα σας ξαφνιάσει ακόμα πιο πολύ, αγαπητοί μου φίλοι, πρέπει κανείς να μαθαίνει πώς να πεθαίνει”

ΣΕΝΕΚΑΣ

“Όταν σκεφτόμαστε την ενέργεια που ο Θεός εκπέμπει στην ανατροφή και ανάπτυξη των ψυχών μέχρι την ώρα του φυσικού τους θανάτου, μου είναι αδιανόητο πως θα τις πετούσε απλώς, πως θα τις χαλαμίζει. Όχι, κάτι περισσότερο επιφυλάσσει σε μας ένα είδος μεταθανάτιας ζωής για την οποία προσπαθεί να μας προετοιμάσει”.

Ανώνυμος

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	1
-------------------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΙΣΧΥΟΥΣΕΣ ΝΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	8
2.1 Η ΣΤΑΣΗ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΧΩΡΩΝ ΠΑΝΩ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ	8
2.2 Η ΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ	11
2.3 Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΨΗ	18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΩΝ ΕΙΔΩΝ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ	25
3.1 ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	25
3.2 ΠΑΘΗΤΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	30
3.3 ΔΥΣΘΑΝΑΣΙΑ	32
3.4 ΟΡΘΟΘΑΝΑΣΙΑ	33
3.5 ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΔΙΑ ΤΗΣ ΜΗ ΑΝΑΝΗΨΕΩΣ	35
3.6 ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΤΟΥ ΤΥΠΟΥ LIVING WILL	36
3.7 ΕΠΙΤΑΧΥΘΑΝΑΣΙΑ	37
3.8 ΕΥΓΟΝΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	38
3.9 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΕΙΔΗ ΘΑΝΑΤΟΥ-Η ΣΤΙΓΜΗ ΤΗΣ ΕΚΠΝΟΗΣ	44
4.1 ΕΙΔΗ ΘΑΝΑΤΟΥ	44
4.2 Η ΣΤΙΓΜΗ ΤΗΣ ΕΚΠΝΟΗΣ	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΘΡΗΣΚΕΙΑ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	53
5.1 ΣΥΓΚΡΕΚΡΙΜΕΝΑ ΕΔΑΦΙΑ ΤΗΣ ΑΓΙΑΣ ΓΡΑΦΗΣ, ΠΟΥ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ	54
5.2 ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΙΣΤΙΑΝΙΚΗΣ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ ΣΤΑ ΔΙΑΦΟΡΑ ΕΙΔΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ	56
5.3 Η ΕΠΙΣΗΜΗ ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ	58
5.4 ΑΠΟΨΕΙΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΘΡΗΣΚΕΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ	60
5.5 Η ΑΠΟΨΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΟΣΩΝ ΑΝΤΙΚΡΟΥΟΥΝ ΤΗ ΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ	62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	63
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	63
6.1 ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ	64
6.2 ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ Π ΣΩΣΤΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	66
6.3 ΤΑ ΜΕΓΑΛΑ ΜΕΣΑ	71
6.4 Ο ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ Η ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ	72
6.5 ΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ	74

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΤΑ ΕΦΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ	77
----------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΟΟ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ	85
8.1 Ο ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ.....	86
8.2 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ.....	87
8.3 Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ.....	96

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑΤΟ

ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.....	101
9.1 ΗΘΙΚΕΣ ΑΝΤΙΡΡΗΣΕΙΣ.....	103
9.2 ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΡΡΗΣΕΙΣ.....	104
9.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΤΙΡΡΗΣΕΙΣ.....	106

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	107
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	120
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	134
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	138

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο κάθε άνθρωπος, σε όλη τη διάρκεια της ζωής του, καταβάλλει κάθε δυνατή προσπάθεια, ώστε ο βίος που διάγει να είναι όσο το δυνατόν καλύτερος. Η επίτευξη της ευμάρειας, της οικονομικής άνεσης, της συναισθηματικής ισορροπίας, η δημιουργία ενός ευτυχισμένου και υγιούς οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος κ.α., αποτελούν τα κομμάτια ενός παζλ, που η ολοκλήρωσή του συντελεί στο να έχει το κάθε άτομο, μια ομαλή, πλήρη και ευτυχισμένη πορεία ζωής.

Δυστυχώς όμως, η πορεία της ζωής, όσο επιτυχημένη κι αν είναι, δεν συνεχίζεται αιωνίως, παρά έρχεται η στιγμή που φτάνει στο τέλος της. Αυτό το πέρασμα από τη ζωή στο θάνατο, ανέκαθεν απασχολούσε τον άνθρωπο. Μάλιστα η καθιέρωση του όρου «ευθανασία», μαρτυρεί την αγωνία του να μπορέσει, υπό οποιεσδήποτε συνθήκες, να επιτύχει ένα καλό (ευ-)τέλος της ζωής και μάλιστα, αυτός ο προβληματισμός υπήρχε από την αρχαιότητα.

Βέβαια με το πέρασμα των χρόνων και με την παράλληλη πρόοδο και εξέλιξη της επιστήμης, η έννοια της «ευθανασίας», έχει πάρει μια καινούργια διάσταση και σημασία. Η ιατρική επιστήμη, έχει πλέον τον μηχανικό εξοπλισμό, που επιτρέπει στον γιατρό ή ακόμη και στον ίδιο τον ασθενή σε συνεργασία με

τον γιατρό του, να παρέμβουν στη φυσική και μοιραία κατάληξη της ζωής και το πέρασμα από τη ζωή στο θάνατο, να γίνει αυτόβουλα ή οικειοθελώς.

Οι απόψεις βέβαια, για το κατά πόσο κάτι τέτοιο είναι θεμιτό ή αθέμιτο, δίστανται. Υπάρχουν υπέρμαχοι, αλλά και επικριτές της «ευθανασίας» στη σημερινή της μορφή. Μάλιστα, πέραν από τη διαφορά απόψεων μεταξύ των ατόμων ή των ομάδων, υπάρχει έντονη διαφορά απόψεων και μεταξύ των χωρών. Αυτό φαίνεται, από τις διαφορές στις σχετικές νομοθεσίες και διατάξεις της κάθε χώρας.

Παρόλα αυτά, αν και μια κοινή και καθολική άποψη για την «ευθανασία» είναι δύσκολο, έως ανέφικτο να αποκτηθεί, η τελική απόφαση, ανήκει και πρέπει να ανήκει στο ίδιο το άτομο. Κάθε νομοθετική ρύθμιση, θα πρέπει να σέβεται τα προσωπικά δικαιώματα των ασθενών, που πάσχουν από κάποια ανίατη πάθηση ή που λόγω της βαριάς μορφής της ασθένειάς τους βρίσκονται σε τελικό στάδιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Το θέμα της ευθανασίας είναι πανάρχαιο, όσο και η ανθρωπότητα. Από την αρχή του μύθου μέχρι τα ιστορικά χρόνια, τα ανίατα και πάσχοντα άτομα θεωρήθηκαν άχρηστα και αντιπαραγωγικά σε πολλές κοινωνίες. Αρχικά, θα παρακολουθήσουμε σύντομα τη διαδρομή της μέσα στους αιώνες και την ερμηνεία που δίνει κάθε εποχή στον όρο «ευθανασία».

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

Η ιατρική επιστήμη αποδίδει την έννοια της ευθανασίας ως την «υπό τινός και αποκλειστικώς υπό τούτου, η, δια συμβολής του, γενόμενη θανάτωση, ετέρου πάσχοντος, περί του οποίου εξέλειπε κάθε ελπίδα θεραπείας του και ευρίσκεται εν απελπιστική κατάσταση, άνευ όμως απαιτήσεως του παθόντος» (Α. Κουτσελίνης, Ν. Μιχαλοδημητράκης, «Ιατρική Ευθύνη», Gutenberg, Αθήνα 1984).

Από την σκοπιά της θρησκείας, «ευθανασία» σημαίνει καλός θάνατος. Δηλαδή, την από οίκτο ή ευσπλαχνία ανθρωποκτονία ασθενών ή τραυματιών,

που η ζωή τους έχει γίνει μαρτυρική και δεν υπάρχει ελπίδα να αποφύγουν το θάνατο (Γ.Β.ΜΕΛΕΤΗ «Τι γίνεται μετά το θάνατο;», εκδόσεις ΖΩΗ).

Η ευθανασία συνηθιζόταν να ασκείται από πολλούς πρωτόγονους λαούς, οι οποίοι εγκατέλειπαν τους ηλικιωμένους και τους ανίατους ασθενείς, τους έθαβαν ζωντανούς ή τους στραγγάλιζαν. Η μεταχείριση αυτή είχε ως κίνητρο την αγάπη και τον οίκτο προς τον ασθενή και τον ηλικιωμένο συγγενή. Πρόκειται επομένως, περί ευθανασίας, η οποία συνίσταται εις τη θανάτωση της θεωρούμενης ως «ανάξια να ζει κανείς ζωή».

Αρκετοί ήταν οι οπαδοί της ευθανασίας κατά την αρχαιότητα. Η Αρχαία Σπάρτη είχε επινοήσει τον Καιάδα, μια υψηλή χαράδρα του Ταϋγέτου και με αυτό τον τρόπο “επέλυε” τα προβλήματα των παιδιών με γενετικές ανωμαλίες ή καθυστέρηση αλλά και τους ανίατους αρρώστους. (Καρκίνος “από την άγνοια...στο φόβο”)

Κατά την νομοθεσία της Μασσαλίας και της Κω, στην αρχαιότητα, ήταν επιτρεπτό να πίνουν δηλητήριο οι πολίτες, που δήλωναν στις Αρχές ότι ήθελαν να πεθάνουν ηρεμότερα παρά από βεβαρημένα γηρατειά.

Πριν την είσοδο του Χριστιανισμού, ο Πλάτωνας έγραψε στην «Πολιτεία» του (Βιβλ.ΙΙΙ 407) ότι οι γιατροί είχαν την υποχρέωση να θεραπεύουν μόνο τους άρτιους κατά το σώμα και την ψυχή. Τους “ελαττωματικούς” κατά το σώμα να αφήνουν αθεράπευτους, ώστε να πεθαίνουν μόνοι τους, καθώς είναι βάρος της εθνικής οικονομίας. Στην περίπτωση όμως των πνευματικά ασθενών, να τους θανατώνουν, καθώς είναι επικίνδυνοι για την κοινωνία.

Υπάρχουν ωστόσο, και περιπτώσεις κατά τις οποίες ο θάνατος ήταν προτιμότερος από τη ζωή, όπως είναι οι περιπτώσεις της ηθικής ευθανασίας. Ο Σωκράτης ήπια κώνειο για να αποφύγει τον εξευτελισμό της εκτέλεσης και η

Κλεοπάτρα της Αιγύπτου βρήκε «άπονο θάνατο» ως δείγμα ασπίδας για να αποφύγει την ντροπή και τα δεινά της αιχμαλωσίας. (ΠΑΝ. Δ. ΗΛΙΑΔΗ, «Ευθανασία και συμμετοχή εις αυτοκτονία», Πειραιεύς 1957).

Στην Σαρδηνία, κατά την αρχαιότητα, υπήρχε νόμος θανατώσεως των ηλικιωμένων από τους συγγενείς τους, ώστε να αποφεύγονται τα βάσανα που οφείλονται στα γεράματα. Επίσης, στην Κέα οι ηλικιωμένοι υποχρεούνταν από τον νόμο να αυτοκτονήσουν πίνοντας κώνειο.

Κατά τους ρωμαϊκούς χρόνους, την ευθανασία ασκούσαν κυρίως οι Στωικοί. Ο Στωικός σοφός ευθανατεί συνήθως με την αυτοκτονία. Ο Ζήνων π.χ. λόγω του ότι είχε πάθει εξάρθρωση στο πόδι από πτώση, "έπνιξε τον εαυτό του". Ο Κλεάνθης αυτοκτόνησε όταν υποβλήθηκε σε δίαιτα μετά από εντολή του γιατρού του, αλλά δεν την τήρησε και προτίμησε να αυτοκτονήσει, γιατί νόμιζε ότι εκπλήρωνε με τον τρόπο αυτό την αποστολή του στον κόσμο αυτό. Ο Κάτων, ο Σενέκας, ο Επίκτητος και άλλοι Στωικοί αυτοκτόνησαν με επιδεικτικό και γελοίο τρόπο. Πρέπει να τονιστεί όμως ότι οι άνωθεν αυτοκτόνησαν σε πολύ μεγάλη ηλικία (ΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚ. «Το πρόβλημα της ευθανασίας», Αθήνα 1980).

Ο Σενέκας (2-69 μ.Χ) υποστήριζε και αυτός «την καλή χρήση της ζωής και ότι ο θάνατος είναι το καλύτερο δώρο των Θεών προς τον άνθρωπο και ότι είναι το μόνο φαινομενικό κακό». Ο ίδιος αποφασίζει να πεθάνει μαζί με την αγαπημένη του συμβία κόβοντας τις φλέβες τους.

Σύμφωνα με τον M.Pohlenz, ο σοφός της παλαιότερης Στοάς δύναται να αυτοκτονήσει προκειμένου να σώσει την πατρίδα και τους φίλους του, να αποφύγει βασανιστικούς πόνους ή αναπηρία ή ανίατη ασθένεια. Κατά τη νεότερη Στοά, ο στωικός τερμάτιζε τη ζωή του για χάρη της πατρίδας, σε περίπτωση που η βία του τυράννου απαιτούσε ανήθικες αξιώσεις, σε χρόνιες ασθένειες, οι οποίες

δεν επιτρέπουν στο σώμα να υπηρετεί την ψυχή, σε αφόρητη φτώχεια και τέλος, στην περίπτωση της ψυχασθένειας. Οι στωικοί είχαν μια αισιόδοξη αντίληψη για την ζωή και όταν συνέτρεχε κάποιος από τους παραπάνω λόγους και ο στωικός δεν μπορούσε να περιμένει για οποιοδήποτε λόγο την ευτυχία, κατέφευγε στην ευθανασία κυριευόμενος από την απαισιοδοξία του. (Παν.Δ.Ηλιάδης «Ευθανασία και συμμετοχή εις αυτοκτονία»).

Τα πράγματα όμως αλλάζουν κατά τα χρόνια του Μεσαίωνα, καθώς η ευθανασία θεωρείται βαρύτατο αμάρτημα και η αυτοκτονία τιμωρείται. Η στάση αυτή φέρει την επιρροή της στην χριστιανική διδασκαλία, η οποία υποστηρίζει το ιερών και απαραβίαστο της ανθρώπινης ζωής καθώς και την καρτερικότητα και υπομονή στην αντιμετώπιση του ανθρώπινου πόνου.

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

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

Ο F. Bacon (1561-1626), Άγγλος πολιτικός και φιλόσοφος, υποστηρίζει πως χρέος των γιατρών είναι να χρησιμοποιήσουν την επιστήμη τους με τέτοιο τρόπο, ώστε αυτοί που πεθαίνουν, να φεύγουν από τη ζωή με τον ευκολότερο και πιο ανώδυνο τρόπο. Αναφέρονται από τον στοχαστή δυο έννοιες, η «εξωτερική ευθανασία» που αφορά τις ενέργειες του γιατρού που αποβλέπουν σε ανώδυνο θάνατο, και η «εσωτερική ευθανασία» που χαρακτηρίζει την ψυχική

προετοιμασία του ασθενή για την αντιμετώπιση του θανάτου (ΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚ., «Το πρόβλημα της ευθανασίας», Αθήνα 1980).

Σύμφωνα με τον Ηλιάδη, ο φιλόσοφος Νίτσε τάχθηκε υπέρ της ευθανασίας για εκείνους, οι οποίοι *“φυτοζωούν ανάνδρως”* και έχουν χάσει εντελώς την έννοια της αξίας του μέλλοντος. Ο Χρονόπουλος υποστηρίζει ότι ο Νίτσε αποκτούσε την ευθανασία με τρόπο που ταίριαζε στο αδίστακτο πιστεύω του, στην αμείλικτη σκληρότητά του. Ζητούσε την ευθανασία για *“τα παράσιτα της κοινωνίας”*, όπου γι' αυτόν είναι *“ακατανόητο να ζουν άλλο πια”*.

Ένας από τους πιο φανατικούς μαθητές του Νίτσε ήταν ο Αδόλφος Χίτλερ, ο παράφρων πολιτικός της εθνοσοσιαλιστικής Γερμανίας. Το ρατσιστικό πιστεύω του Χίτλερ ξεκινούσε από τις ανώτερες ράτσες για να καταλήξει με την ευθανασία σε αληθινές γενοκτονίες. Με το σύνθημά του «Μια γενιά πιο δυνατή θα εξαλείψει τους αδυνάτους», εκθείαζε τη φυλετική επιλογή για να προφυλάξει την καθαρότητα του γερμανικού αίματος.

Ο Γκάμπελς προπαγάνδιζε κατά τη περίοδο της ανεργίας «περισσότερα μέγαρα για τους τρελούς και καλύβες για τους εργάτες». Όταν ο Χίτλερ πήρε την εξουσία υπήρχαν έξι περίπου εκατομμύρια άνεργοι. Ο Τύπος μετέδιδε «όλοι οι ανίκανοι και οι αδύνατοι, αντίθετα με το νόμο της επιλογής, εξακολουθούν να θηλάζουν τις καλύτερες ζωτικές δυνάμεις. Ο πολιτικός αναθέτει στον έμπιστο γιατρό του Μπραντ όλους όσους θα κριθούν αθεράπευτοι. Και με την ίδρυση του Βερολίνου η ευθανασία ξεκίνησε. Σε λιγότερο από δεκαοκτώ μήνες είχαν εκτελεστεί περισσότεροι από εκατό χιλιάδες ασθενείς (Γ.Β.ΜΕΛΕΤΗ «Τι γίνεται μετά το θάνατο;», εκδόσεις ΖΩΗ).

Από την αναδρομή αυτή στα χρόνια της ιστορίας, η έννοια της ευθανασίας φαίνεται να προκαλεί μια σύγχυση. Βλέπουμε λοιπόν, πως σε

κάποιες περιπτώσεις η ευθανασία αναφέρεται στην αυτοκτονία, σε άλλες σε γενοκτονία φτωχών και ανιάτων ασθενών και άλλοτε πάλι σε περιπτώσεις όπου ευθανασία είναι η ιατρική διαδικασία κατά την οποία ο γιατρός επισπεύδει το θάνατο κάποιου ασθενή χωρίς ελπίδες ζωής.

Συμπερασματικά, το ζήτημα της ευθανασίας συγκεντρώνει πολλούς οπαδούς όπως και αντιπάλους. Των πρώτων η άποψη είναι ότι η ευθανασία επιβάλλεται από λόγους ανθρωπιστικούς, στην περίπτωση ατόμων που υποφέρουν από ανίατες ασθένειες. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο θάνατος σημαίνει απαλλαγή από το άλγος, ενώ η παράταση της ζωής συνέχιση του μαρτυρίου του πόνου. Όσοι είναι αντίθετοι με την ευθανασία υποστηρίζουν ότι κανείς, ή σχεδόν κανείς δεν θέλει το θάνατο. «Άλλωστε, λένε, ο γιατρός έχει καθήκον να θεραπεύει, να ανακουφίζει και να παρηγορεί». Σίγουρα, και οι δυο απόψεις μπορούν να ευσταθήσουν με τα ανάλογα επιχειρήματά τους.

Απαραίτητο στο σημείο αυτό, για την αποφυγή σύγχυσης του όρου «ευθανασία» με την «αυτοκτονία-αυτοχειρία» είναι να γίνει ένας διαχωρισμός των δυο εννοιών, καθώς η μελέτη αυτή αναφέρεται στην ευθανασία και όχι στην αυτοκτονία.

Η βασική διαφορά μεταξύ της ευθανασίας και της αυτοχειρίας έγκειται στο ότι η πρώτη είναι περισσότερο αντικειμενικά θεμελιωμένη από τη δεύτερη. Τα κίνητρα και οι λόγοι που ωθούν ένα άτομο στην αυτοκτονία θεωρείται κοινά αντιμετωπίσιμο, τόσο από την θεραπευτική ψυχολογική επαγγελματική αντιμετώπιση του ατόμου όσο και από την ευρεία άποψη ότι για όλα υπάρχει κάποια εναλλακτική λύση και ότι το άτομο μπορεί να βοηθηθεί και από το στενό οικογενειακό-κοινωνικό του περιβάλλον.

Αντίθετα, στην ευθανασία, η επιθυμία ή η απόφαση να τερματιστεί η ζωή του ατόμου προϋποθέτει την ύπαρξη ανίατης ασθένειας σε τελική φάση κατά την οποία ο ασθενής έχει εισέλθει ήδη στη διαδικασία του θανάτου και δεν υπάρχει εναλλακτική λύση, όπως στην περίπτωση της ευθανασίας. Την μόνη βοήθεια που μπορεί να δεχτεί είναι από τον θεράποντα ιατρό του με την διαδικασία της ευθανασίας ως μέσο ανακούφισης από ανυπόφορους πόνους, όπου η μόνη κατάληξη είναι ένας βέβαιος και επώδυνος θάνατος.

Η ευθανασία, όπως παρουσιάστηκε παραπάνω, μέσα στην εξελικτική διαδικασία του χρόνου απασχόλησε αρκετούς πληθυσμούς σε πολλές χώρες του κόσμου. Η Ελλάδα όμως, είναι μία από τις χώρες εκείνες, όπου έμεινε πρακτικά αμέτοχη πάνω στο θέμα αυτό, καθώς η ελληνική νομοθεσία δεν χρειάστηκε να εργαστεί για να συντάξει νόμους επιδοκιμάζοντας ή αποδοκιμάζοντας με ποινικές κυρώσεις όσους διαπράττουν ευθανασία ή προτρέπουν σε ευθανασία.

Παρόλα αυτά όμως, το θέμα της ευθανασίας είναι ιδιαίτερα πολυσυζητημένο και στη χώρα μας, καθώς προκαλεί μεγάλο ενδιαφέρον.

Στο επόμενο κεφάλαιο θα παρουσιαστούν αναλυτικά οι νομικές διαδικασίες και αποφάσεις που έχουν παρθεί από πολλές χώρες, προκαλώντας ποικίλες αντιδράσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΙΣΧΥΟΥΣΕΣ ΝΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

2.1 Η στάση διαφόρων χωρών απέναντι στο θέμα της ευθανασίας

Η ευθανασία αποτελεί ένα θέμα-πρόκληση, που έχει πλέον αποκτήσει ιδιαίτερη ιατρική, νομική, πολιτική, κοινωνική, ακόμη και οικονομική υπόσταση. Μια αλληλουχία γεγονότων σε παγκόσμιο επίπεδο, φαίνεται ότι επηρέασε ουσιαστικά τις εξελίξεις. Στα γεγονότα αυτά θα πρέπει να περιληφθούν και τα παρακάτω:

1. Η συστηματική πλέον δημοσίευση θέσεων για το θέμα της ευθανασίας σε έγκυρα ιατρικά περιοδικά.
2. Η μεθοδική προσπάθεια για νομιμοποίησή της σε διάφορες πολιτείες των Η.Π.Α. με συντονισμένες πρωτοβουλίες οργανώσεων πολιτών.
3. Η πολιτική θέση της κυβέρνησης της Ολλανδίας και τέλος
4. Η πρόσφατη νομιμοποίηση της ευθανασίας στην Αυστραλία.

Πιο αναλυτικά:

Ολλανδία: Η Βασιλική Ολλανδική Ιατρική Εταιρεία, το 1973, δημοσίευσε διάφορες απόψεις και οδηγίες, σχετικά με την άσκηση της ευθανασίας. Καθορίζει την άσκηση της ενεργητικής ευθανασίας, ως παράνομη και τιμωρεί εκείνον που

την ασκεί, με δώδεκα χρόνια φυλάκιση. Εν τούτοις, μια προφορική συμφωνία μεταξύ του αντίστοιχου τμήματος της Δικαιοσύνης και της Ιατρικής Εταιρείας, κάνει την πράξη της ευθανασίας νόμιμη, εάν τηρηθούν τα ακόλουθα:

- Υπάρχει η ηθελημένη απαίτηση του ασθενούς που έχει ενημερωθεί πλήρως για την ευθανασία.

Είναι πλήρης η πληροφόρηση του γιατρού και του ασθενή, για τη νόσο και την πρόγνωση.

Η απαίτηση του ασθενούς για ευθανασία θα πρέπει να είναι σαφής και επίμονη.

- Να έχουν ερευνηθεί οι λόγοι του ασθενούς για ευθανασία.

· Να δοθεί χρόνος στον ασθενή να το ξανασκεφθεί

· Ο γιατρός θα πρέπει να έχει τη σύμφωνη γνώμη και άλλων γιατρών, σχετικά με το ανίατο της νόσου.

(Δεοντολογία, Ε.Καμπούρα, Λάρισα 1995, σελ.19-20)

Αυστραλία: Στη χώρα αυτή για το θέμα της ευθανασίας δεν δρομολογήθηκε απλώς μια ευνοϊκή πολιτικοκοινωνική κυβερνητική αντιμετώπιση, όπως έγινε στην Ολλανδία, αλλά μια πρώτη νομοθετική ρύθμιση. Συγκεκριμένα, στις 24 Μαΐου του 1995 ψηφίστηκε στην Αυστραλία, η νομιμοποίηση της ενεργητικής ευθανασίας. Σύμφωνα με το νόμο αυτό, «ασθενής που βρίσκεται σε τελικό στάδιο νόσου, είναι διανοητικά υγιής και άνω των 18 ετών και ο οποίος υποφέρει έντονα σωματικά ή ψυχικά, «κατακτά» πλέον το δικαίωμα του αιτήματος για τερματισμό της ζωής του και μάλιστα με τη βοήθεια γιατρού».

Η.Π.Α.: Στις Η.Π.Α., διατηρώντας έναν πιο αυστηρό χαρακτήρα, απαιτείται ο «υποψήφιος» για ευθανασία, να έχει περιέλθει στο τελικό στάδιο με προσδόκιμο επιβίωσης μικρότερο των 6 μηνών, με ή χωρίς αγωγή.

Κολομβία: Μετά από μια σειρά αιτήσεων για ευθανασία, στις 20 Μαΐου του 1997, η Βουλή με σχετικό ψήφισμα, προχώρησε σε συνταγματική τροποποίηση, η οποία νομιμοποιεί την ευθανασία, για τα άτομα που πάσχουν από ανίατη ασθένεια σε τελικό στάδιο και έχουν δώσει την έγκρισή τους.

Αγγλία: Η κυβέρνηση της Αγγλίας δεν προχώρησε σε ενέργειες νομιμοποίησης της ευθανασίας. Παρόλα' αυτά, μια φιλανθρωπική οργάνωση κατήγγειλε στις 8 Δεκεμβρίου του 1999, ότι ένας μεγάλος αριθμός ιατρικού προσωπικού, εφαρμόζει «παθητική ευθανασία», προσπαθώντας κατ' αυτόν τον τρόπο, να ελευθερωθούν κάποια κρεβάτια, σε νοσοκομεία που υπάρχει συνωστισμός λόγω των πολυάριθμων ασθενών.

Ιαπωνία: Στην Ιαπωνία το ανώτατο Δικαστήριο, μετά από σχετική δίκη, εξέδωσε μια λίστα τεσσάρων προϋποθέσεων, κάτω από τις οποίες επιτρέπεται η υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

1. Ο ασθενής πάσχει από μη ανεκτό φυσικό πόνο.
2. Ο θάνατος είναι αναπότρεπτος και αναπόφευκτος.
3. Έχουν εξαντληθεί όλες οι θεραπευτικές μέθοδοι.
4. Ο/Η ασθενής έχει ξεκάθαρα εκφράσει την επιθυμία του για ευθανασία.

(www.religioustolerance.org)

2.2. Η στάση της Ελλάδας απέναντι στην ευθανασία- η ελληνική νομοθεσία

Το Ελληνικό Σύνταγμα έχει μεριμνήσει για το αμφιλεγόμενο θέμα της ευθανασίας. Το βασικό σκεπτικό του νομοθέτη είναι η προάσπιση των ανθρώπινων δικαιωμάτων σε όλη την πορεία του ανθρώπου από τη ζωή μέχρι και το θάνατό του.

Η κατάχρηση και η εκμετάλλευση των δικαιωμάτων του αυτών τιμωρείται από την ελληνική νομοθεσία.

Ο όρος «ευθανασία» δεν αναγνωρίζεται από το Ελληνικό Σύνταγμα με την έννοια που ευρέως χρησιμοποιείται. Η ευθανασία αναφέρεται όχι για ανθρώπινα όντα, αλλά μόνο για ζώα. Όσον αφορά τον άνθρωπο, μόνο η φράση «ανθρωποκτονία με συναίνεση» αποδίδει την έννοια της ευθανασίας, και για το λόγο αυτό τα σχετικά άρθρα είναι λιγοστά στον αριθμό αλλά επαρκή στο περιεχόμενο και την ισχύ.

Το όλο νομοθετικό ελληνικό έργο στηρίχτηκε στην οικουμενική διακήρυξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων (1948) του Ο.Η.Ε. παράλληλα με το άρθρο 2 της σύμβασης της Ρώμης (1950) για την προάσπιση των δικαιωμάτων αυτών, το οποίο όμως νομοθετεί για τα αναφαίρετα δικαιώματα που έχει ο άνθρωπος εν ζωή. Η σύμβαση αυτή υπογράφηκε και από την Ελλάδα και έχει τεθεί σε ισχύ με το Ν.2329/53. Η χώρα μας την επικύρωσε πάλι μετά την επανένταξή της στο Συμβούλιο της Ευρώπης με το Ν.Δ.53/1974.

Το άρθρο 299 του ποινικού κώδικα αναφέρει ότι:

« Όποιος επιφέρει το θάνατο ανθρώπινης ύπαρξης, έστω και αν πρόκειται για νεογέννητο μη βιώσιμο, λόγω πρόωρου τοκετού ή διαμαρτυρίας περί τη διάπλαση ή για άνθρωπο ετοιμοθάνατο από οποιοδήποτε λόγο, θεωρείται ένοχος ανθρωποκτονίας, και υπέχει ποινική ευθύνη κατά το άρθρο 299 του ποινικού κώδικα. Ο άδικος χαρακτήρας της πράξης αυτής (αφαίρεση της ανθρώπινης ζωής) αίρεται μόνο αν συντρέχει προβλεπόμενος από το νόμο λόγος αποκλεισμού του αδίκου, όπως π.χ. η άμυνα, η κατάσταση ανάγκης, η ενάσκηση της εκ της δημοσίας υπηρεσίας καθηκόντων (π.χ. η κατά τη νόμιμη διαδικασία εκτέλεση αμετάκλητης δικαστικής απόφασης που επέβαλε την ποινή του θανάτου) και μεταξύ δε των λόγων αυτών, δεν περιλαμβάνεται η συναίνεση του παθόντος, προκειμένου για εγκλήματα κατά της ζωής ή για επικίνδυνη ή βαριά σωματική βλάβη».

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

Το γεγονός ότι ο όρος της «ευθανασίας» δεν είναι εύχρηστος στον Ελληνικό ποινικό κώδικα, ο Έλληνας νομοθέτης, προσπαθώντας να συμπεριλάβει στο νομοθετικό του έργο κάθε περίπτωση κατάχρησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, αναφέρει κάποιες επιμέρους νομοθετικές διευθετήσεις σχετικές με το άρθρο 300. Οι κυριότερες από αυτές είναι:

Ο οίκτος

Το άρθρο 235 του Νορβηγικού ποινικού κώδικα αναφέρει ότι όποιος τιμωρεί ήπια την περίπτωση ανθρωποκτονίας του ασθενούς που βρίσκεται σε απελπιστική κατάσταση και στην οποία προβαίνει κάποιος κινούμενος από οίκτο, δεν χρειάζεται επιπρόσθετα απαίτηση του παθόντος για τη θανάτωσή του (βλ. Ελληνικός ποινικός κώδικας σελ. 454).

Νεώτεροι ποινικοί κώδικες είναι περισσότερο τολμηροί του Νορβηγικού. Έτσι το άρθρο 37 του ποινικού κώδικα της Ουρουγουάης επιτρέπει την ευθανασία από οίκτο και την συμμετοχή σ' αυτή. Όμοια το άρθρο 139 του Αυστριακού ποινικού κώδικα. Επίσης το άρθρο 157 του ποινικού κώδικα της Περουβίας κηρύσσει ανεύθυνο τον συμμετοχο αυτοκτονίας από οίκτο. Ο Σοβιετικός ποινικός κώδικας αναγνώρισε την ευθανασία κατά το 1922 και την κατήργησε κατά το 1935.

Η θανάτωση προσώπου προσφιλούς, με σκοπό λύτρωσης από τους πόνους και συντόμευσης της φρικτής ίσως αγωνίας, υπακούοντας την παράκληση του πάσχοντος, για τον οποίον ο θάνατος δεν είναι πλέον παρά το τέρμα των δεινών, μπορεί κάτω από ηθικό πρίσμα να θεωρηθεί από τον ίδιο τον δράστη ως ηρωισμός φιλαλληλίας και πράξη υπέρτατης θυσίας. Και είναι αλήθεια ότι σύμφωνα με το κοινό αίσθημα, δεν μπορεί να θεωρηθεί δολοφόνος αυτός που κάμπτεται από συναισθηματισμό στην πίεση ηθικού καταναγκασμού και που παρέχει προς τον δυστυχή την λύτρωση κατά την απαίτηση του, και ότι σωστά απολαμβάνει ειδικής ποινικής μεταχείρισης.

Απαίτηση παθόντος

Έχει μεγάλη διαφορά η συναίνεση από την απαίτηση, γιατί μετατίθεται η πρωτοβουλία για τη «συναίνεση» στον δράστη και για την «απαίτηση» στον παθόντα και ο νομοθέτης θέλει στην προκειμένη περίπτωση να έχει την πρωτοβουλία ο παθών, όταν αυτός βρισκόμενος σε απελπισία ή ως ασθενής ή ως τραυματίας, ικετεύει να βρεθεί κάποιος και να του επιφέρει το θάνατο τον οποίο δεν είναι σε θέση να προξενήσει ο ίδιος στον εαυτόν του. Άλλη μεταχείριση φαίνεται να έχει όμως νομικά η πράξη αν την πρωτοβουλία έχει ο δράστης και κατορθώσει να υποβάλλει την ιδέα της συγκατάθεσης προς θανάτωση στον παθόντα οπότε ο τελευταίος παραπλανημένος δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι κινείται με απόλυτη ελευθερία βούλησης. Τότε πρόκειται για κοινή και από πρόθεση ανθρωποκτονία.

Σοβαρή και επίμονη.

Η απαίτηση είναι πιο έντονη από την απλή αίτηση και πρέπει να είναι φανερά σταθερή και επίμονη δηλαδή να διατυπώνεται κατ' επανάληψη και να δηλώνει την αμετάκλητη απόφαση του πάσχοντος ο οποίος έχει σκεφθεί το θέμα με σοβαρότητα. Ο Ελληνικός όσο και ο Ελβετικός ποινικός κώδικας δεν απαιτούν *ρητή*, όπως ο Γερμανικός, αλλά *επίμονη* και *σπουδαία* (δηλ. σοβαρή) απαίτηση του παθόντος, επομένως η γνήσια θέληση γι' αυτόν που απαιτεί την ευθανασία είναι δυνατόν να συναχθεί και συμπερασματικά από διάφορες σαφείς και χωρίς ενδοιασμούς εκδηλώσεις π.χ. από διάφορες συμβολικές κινήσεις ή μιμικές κινήσεις όταν πρόκειται για αγράμματο κωφάλαλο, που έχει όμως διδαχθεί αρκετά τη ζωή από την κοινωνική πείρα του. Είναι απαραίτητο κατά τον Ελληνικό ποινικό κώδικα να συμπεριλαμβάνεται και η «απαίτηση», ως επίμονη και εσκεμμένη πρόταση-παρακλήση από τον παθόντα. Δεν είναι αναγκαίο η

πρόταση-παρακλήση αυτή να απευθύνεται σε συγκεκριμένο πρόσωπο, αλλά μπορεί να έχει και απρόσωπη κατεύθυνση και να απευθύνεται προς τους γνωστούς και άγνωστους του περιβάλλοντος και είναι αρκετό ότι ο δράστης της «ανθρωποκτονίας από ευσπλαχνία» γνωρίζει αυτή ακριβώς την εκδήλωση της ελεύθερης βούλησης του παθόντος και την εκτιμά ως σοβαρή και ειλικρινή και συνειδητά κατευθυνόμενη προς το θετικό αίτημα της θανάτωσής του (Παν.Δ.Ηλιάδης, «Ευθανασία και συμμετοχή εις αυτοκτονία», Πειραιεύς 1957).

Ειδικότερα με το άρθρο 300 του ποινικού κώδικα ο όρος της «ευθανασίας» όπως προαναφέρθηκε έμμεσα γίνεται δεκτός ως λόγος ηπιότερης μεταχείρισης του δράστη. Οι απαραίτητες προϋποθέσεις που ορίζονται σ' αυτό το άρθρο είναι οι εξής:

- Σε περίπτωση που ενεργήσει ο ίδιος ο ασθενής και ο τρίτος απλώς βοηθήσει στην προσπάθειά του να πεθάνει, ο τρίτος τελεί το έγκλημα που προβλέπει το άρθρο 301 του ποινικού κώδικα (συμμετοχή σε ανθρωποκτονία). Επίσης το θύμα πρέπει να είναι ενημερωμένο πλήρως για την κατάσταση της υγείας του.
- Η απαίτηση πρέπει να είναι «σπουδαία» , δηλαδή σοβαρή και όχι αποτέλεσμα του πόνου της στιγμής.
- Το θύμα πρέπει να πάσχει από ανίατη ασθένεια ή σοβαρή σωματική αναπηρία, χωρίς να είναι απαραίτητος ο πόνος από αυτήν.
- Ο δράστης να γνωρίζει ότι το θύμα πάσχει από ανίατη ασθένεια και να ενεργήσει μόνο από «οίκτο» για το θύμα. Σε περίπτωση που το κίνητρο είναι άλλο, π.χ. για να τον κληρονομήσει, δεν υπάγεται στην περίπτωση 300 του ποινικού κώδικα, αλλά θεωρείται «ανθρωποκτόνος με πρόθεση» (άρθρο 299/1 ποινικός κώδικας). Αυτό γιατί αποβλέπει ο νόμος στο κίνητρο του

δράστη και στην κατάσταση και θέληση του θύματος, και όχι στο αποτέλεσμα της πράξης για το θύμα, που είναι η απαλλαγή του από τους πόνους.

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

Σύμφωνα με τον Καράμπελα, αν θα πρέπει να γίνει προσθήκη εδαφίου στο άρθρο 300 του ποινικού κώδικα (περί ανθρωποκτονίας με συναίνεση) θα πρέπει να ορίζει ότι:

«Το δικαστήριο θα μπορούσε να απαλλάξει τον υπαίτιο από την ποινή, στην περίπτωση που:

α) Το θύμα δεν μπορούσε να προκαλέσει από φυσική αδυναμία το θάνατό του, που επιθυμούσε.

β) Εφόσον γνωμάτευσαν πριν από την πράξη του τρεις γιατροί δημοσίου νοσοκομείου ομόφωνα ότι:

- Η ταλαιπωρία του ψυχορραγούντος θύματος θα συνεχιζόταν,
- Ότι ο θάνατος θα επακολουθούσε οπωσδήποτε στο επόμενο 24ωρο, και
- Ότι δεν υπήρχε πλέον η δυνατότητα αποτελεσματικής παυσίπονης αρωγής».

Κατανοητό ωστόσο φαίνεται πως είναι το γεγονός ότι δεν υπάρχει άριστα διασαφηνισμένο άρθρο περί της ευθανασίας. Οι περιπτώσεις εκείνες που αίρουν την κακουργηματική πράξη προκαλούν μια ασάφεια με άμεσο αποτέλεσμα τον φόβο «καταχρήσεως» του δικαιώματος στην ευθανασία. Παράλληλα όμως με την άποψη αυτή προβάλλει και το επιχείρημα ότι δεν υπάρχει μόνο το δικαίωμα στη

ζωή αλλά υπάρχει και το δικαίωμα στον θάνατο, έναν αξιοπρεπή θάνατο. Το δικαίωμα αυτό, που νομοθετήθηκε από τον ποινικό κώδικα έμμεσα με την ατιμωρησία της αυτοκτονίας, και με το άρθρο 8 εδ.α του Β.Δ της 15/6-6/7 1955 «περί κανονισμού της ιατρικής δεοντολογίας» θεσπίζει πως τα ιατρικά μέσα που θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν προς όφελος του ασθενή δεν επιτρέπεται να εκλείψουν κυρίως στην περίπτωση εκείνη όπου ο ασθενής δεν έχει τη δυνατότητα να εκφράσει τη θέλησή του και μάλιστα αν γίνει γνωστό ότι ποτέ δεν θα δεχόταν κάτι τέτοιο, λόγω των πεποιθήσεων του.

Έντονα προβληματισμένος παρουσιάζεται και ο ιατρικός κόσμος με την ισχύουσα νομοθεσία και με την ιατρική δεοντολογία. Χαρακτηριστικά ο πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών κ. Οικονόμου σε συνέντευξή του στην εφημερίδα το «Έθνος» αναφέρει τα εξής : «Τα όρια της ευθανασίας στην Ελλάδα είναι θολά και ασαφή και, επιτέλους, η πολιτεία ας πάρει με ρεαλισμό την ευθύνη που της αναλογεί. Ακόμα και στα περιστατικά όπου αναλογεί. Ακόμα και στα περιστατικά όπου ακολουθούμε όλες τις προβλεπόμενες ιατρικές διαδικασίες, είμαστε νομικά απροστάτευτοι. Υπάρχει περίπτωση να έχουμε συγκατάβαση του οικογενειακού περιβάλλοντος για διακοπή της ζωής, να έχουμε κλινικά διαπιστωμένο εγκεφαλικό θάνατο, ο οποίος επισημαίνεται από ομάδα ιατρών και παρ' όλα αυτά να είμαστε υπόλογοι σε περίπτωση που κάποιος εκτιμά ότι η πράξη μας δεν είναι νόμιμη». (Έθνος «Ευθανασία, σηκώνουν τα χέρια ψηλά οι γιατροί», 11.10.1996).

Προφανές λοιπόν είναι ότι η ιατρική διαδικασία θεραπείας-αποκατάστασης και ευθανασίας δεν διευκολύνεται σήμερα από το Ελληνικό Σύνταγμα, γεγονός που οφείλεται στη μη λογική και ακατανόητη έννοια της ευθανασίας.

Είναι μια διαδικασία αρκετά επώδυνη συναισθηματικά, για όλους τους εμπλεκόμενους και γι' αυτό το λόγο η ευθανασία είναι δύσκολο και αμφιλεγόμενο θέμα.

2.3 Η ιατρική άποψη

Η εφαρμογή της τεχνητής ευθανασίας πολλές φορές απασχόλησε τον ιατρικό κόσμο και την κοινή γνώμη, χωρίς όμως ποτέ να δοθεί μια νομικά εφαρμόσιμη λύση. Η δυσχέρεια αυτή οφειλόταν στο ότι μια τέτοια πράξη ήταν ασυμβίβαστη με τη λογική και το ανθρώπινο συναίσθημα καθώς το έργο του ιατρού βασικά είναι να καταβάλλει κάθε προσπάθεια για τη διάσωση και παράταση της ζωής του ανθρώπου.

Η επιστήμη της ιατρικής έχει θεμελιωθεί και εδραιωθεί πάνω στις αρχές και το πνεύμα του όρκου του Ιπποκράτη. Όλη η ιατρική διαδικασία και η συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού στηρίζεται στον καθοριστικό αυτόν όρκο καθώς είναι ιδιαίτερα έντονο το ανθρωπιστικό πνεύμα του.

Ο όρκος του Ιπποκράτη, όπως παρατίθεται στη συνέχεια αναφέρεται σε κρίσιμα ζητήματα ανάμεσα σε αυτά και η ευθανασία.

Ο Ιπποκράτειος όρκος

- Ορκίζομαι, στον Απόλλωνα, τον γιατρό, στον Ασκληπιό, στην Υγεία, στην Πανάκεια και σε όλους τους θεούς, που βάζω μάρτυρες ότι θα εκπληρώσω τον όρκο μου και το συμβόλαιο αυτό, σύμφωνα με τη δύναμη και την κρίση μου.*
- Ότι θα θεωρώ εκείνον που μου δίδαξε την τέχνη αυτή, ίσον με τους γονείς μου, θα τον κάνω κοινωνό της περιουσίας μου και θα του προσφέρω από τα δικά μου ό,τι χρειάζεται. Τους*

απογόνους του θα θεωρώ ως αδελφούς μου και θα τους διδάξω την τέχνη αυτή, να επιθυμούν να μάθουν, χωρίς πληρωμή και χωρίς συμφωνία.

- Ότι θα μεταδώσω τους επαγγελματικούς κανόνες, τα θεωρητικά μαθήματα και τις υπόλοιπες διάφορες ασκήσεις στους γιους του δασκάλου μου, και σε μαθητές που θα έχουν συνδεθεί μαζί μου με όρκο και συμβόλαιο, κατά τη συνήθεια των γιατρών και σε κανέναν άλλον.
- Θα χρησιμοποιήσω τη θεραπευτική διαίτα μόνο για ωφέλεια των αρρώστων, όσο εξαρτάται από την δύναμη και την κρίση μου και (υπόσχομαι ότι) θα τους προφυλάξω από κάθε βλάβη και αδικία.
- Δεν θα χορηγήσω θανατηφόρο φάρμακο σε κανένα και αν παρακληθώ, ούτε θα υποδείξω τέτοια συμβουλή, επίσης δεν θα δώσω σε γυναίκα φάρμακα εκτριωτικά.
- Αγνή και καθαρή θα διατηρήσω τη ζωή μου και την τέχνη μου.
- Δεν θα χειρουργήσω αυτούς που πάσχουν από πέτρα, αλλά θα αφήσω την πράξη αυτή στους εξασκημένους.
- Σε όσα σπίτια μπαίνω, θα είναι για το καλό των αρρώστων, κρατώντας τον εαυτόν μου μακριά από κάθε θεληματική αδικία ή άλλη καταστροφή και προ πάντων μακριά από κάθε αφροδισιακή πράξη σε σώματα γυναικών και ανδρών, ελευθέρων ή δούλων.
- Όσα κατά τη διάρκεια της θεραπείας θα δω ή θα ακούσω, ή πέρα από τις ασχολίες μου στην καθημερινή ζωή, όσα δεν πρέπει ποτέ να κοινολογούνται στους έξω, θα τα αποσιωπώ, υπολογίζοντας ότι αυτά είναι μυστικά.
- Όσο λοιπόν θα τηρώ τον όρκο μου αυτό, και δεν θα τον παραβιάζω, είτε να πετυχαίνω στη ζωή και στην τέχνη μου, έχοντα καλό όνομα πάντοτε ανάμεσα στους ανθρώπους, αν όμως τον παραβώ και γίνω επίορκος, να πάθω τα αντίθετα.

Παράλληλα με τον όρκο του Ιπποκράτη, ο ιατρικός κόσμος στηριζόμενος στην αξία και καθοριζόμενη δεοντολογία του όρκου εξέφρασε απόψεις και πήρε έμπρακτη θέση αναφορικά με την ευθανασία.

Σε παγκόσμια κλίμακα έχουν παρθεί αποφάσεις μέσα από Διακηρύξεις επισημαίνοντας επίσημα την αντίθεση της Ιατρικής επιστήμης με την ευθανασία.

Μερικές από τις πιο σημαντικές διακηρύξεις παγκόσμιας εμβέλειας είναι:

- Ο Ιπποκράτειος όρκος.
- Η Διακήρυξη της Γενεύης του 1947, η οποία αποτελεί τη σύγχρονη έκφραση του Ιπποκράτειου Όρκου.
- Ο Διεθνής Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας του 1948.
- Η Διακήρυξη της Λισσαβόνας για τα δικαιώματα του ασθενή του 1981.
- Η Διακήρυξη του Ελσίνκι για τον πειραματισμό στον άνθρωπο του 1981.
- Η Διακήρυξη της Βενετίας για την τελειωτική ασθένεια του 1983.
- Οι Δώδεκα αρχές για την παροχή των Υγειονομικών Φροντίδων σε οποιοδήποτε εθνικό σύστημα υγείας, όπως υιοθετήθηκαν από την Συνέλευση της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρείας τον Οκτώβριο του 1963 και προσαρτήθηκαν στην Διακήρυξη της Βενετίας του 1983.
- Η πρόταση της Απόφασης για τον Ευρωπαϊκό Χάρτη των Δικαιωμάτων του Ασθενή στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, του 1985.

Τον Αύγουστο του 1987 στο Συμβούλιο της Ευρώπης, ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος εξέθεσε τις απόψεις του πάνω στο επίμαχο θέμα της ευθανασίας. Οι απόψεις αυτές συνοψίζονται ως εξής: « Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος έχει επανειλημμένα διακηρύξει την αντίθεσή του σε οποιαδήποτε μορφή πρακτικής την ευθανασίας (ενεργητικής ή παθητικής, εκούσιας ή ακούσιας) και για οποιοδήποτε λόγο. Η ευθανασία σε όλες τις διακρίσεις έχει την αυτής κοινωνική απαξία. Η πρακτική της ευθανασίας είναι δυνατό να οδηγήσει το γιατρό από εγγυητή και θεματοφύλακα της ανθρώπινης ζωής, σε κριτή του ποιος δικαιούται να ζήσει και κάποτε περισσότερο σε δήμειο.

Γίνεται δεκτό ότι, αναμφισβήτητο δικαίωμα του κάθε ανθρώπου είναι το να δεχθεί ή να αρνηθεί την οποιαδήποτε ιατρική αγωγή. Ουδείς γιατρός είναι δυνατό ποτέ να προβεί σε οποιαδήποτε ενέργεια στον ασθενή του χωρίς την άμεση,

έλλογη, πραγματική και προηγούμενη συγκατάθεση, μετά από πλήρη και κατανοητή ενημέρωσή του για την κατάσταση της υγείας του.

Το δικαίωμα όμως αυτό του ασθενή, δεν μπορεί να οδηγήσει το γιατρό του να προβεί σε πράξεις αφαίρεσης της ζωής του, ή σύντμησης του υπόλοιπου χρόνου του. Η ένσταση συνείδησης του γιατρού αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα του για την παροχή της οποιασδήποτε ιατρικής πράξης στον οποιοδήποτε.

Η παροχή βοήθειας σ' αυτόν που πεθαίνει αποτελεί ιδιαίτερο καθήκον του γιατρού. Η βοήθεια του γιατρού πρέπει να παρέχεται πάντοτε με ευσπλαχνία και σεβασμό στην προσωπικότητα του ασθενή, για την ανακούφισή του κατά την τελειωτική ασθένειά του». (Αναπλιώτου-Βαζαίου Ειρ. «Καθημερινά Ιατρικά Προβλήματα»).

Ο ιατρικός κόσμος, που είναι και ο άμεσα αρμόδιος, γιατί ο ίδιος θα προβεί στην «υλοποίηση» της ευθανασίας ή θα δώσει τη «συνταγή» διατυπώνει κάποιες επιφυλάξεις και προβάλλει κάποια επιχειρήματα. Τα επιχειρήματα αυτά είναι:

- Αν αναφερόμαστε στις τελευταίες στιγμές του ανθρώπου και στην αγωνία αυτών των στιγμών, δεν χρειάζεται επέμβαση, γιατί η συνείδηση δεν λειτουργεί, και επομένως, ο πόνος δε γίνεται αισθητός.
- Είναι συχνές οι περιπτώσεις «ξεγραμμένων» που επέζησαν. Άλλωστε οι ιατρικές πλάνες είναι συχνές. Η ιατρική δεν μπορεί πάντα να διατυπώσει σίγουρο και οριστικό και δεν είναι αλάθητη.
- Από τη στιγμή της απόφασης για ευθανασία μέχρι την πραγματοποίησή της κανείς δεν ξέρει αν ανακαλυφθεί κάποιο καινούργιο φάρμακο ή θεραπευτική μέθοδος. (Άλλωστε ο αγώνας μας, υποστηρίζουν, δεν είναι υπέρ του θανάτου, αλλά εναντίον αυτού).

Σε συνέδριο που έγινε στην Αθήνα τον Απρίλη του 1975 με θέμα «Ευθανασία και καρκίνος» ακούστηκε από γιατρούς η άποψη ότι ο μελλοθάνατος ζει την πιο σημαντική στιγμή της ζωής του. Μια στιγμή χωρίς παρελθόν και χωρίς μέλλον. Κάτι ανεπανάληπτο. «Με ποιο δικαίωμα επομένως οι γιατροί θα του στερήσουν αυτή τη στιγμή αποκτώντας θεικές ιδιότητες;». Εκφράστηκε ακόμα και η άποψη ότι «ο άρρωστος πρέπει να πεθαίνει με αξιοπρέπεια, δηλαδή να μη συντηρείται στη ζωή τη στιγμή που η συντήρησή του είναι απάνθρωπη».

Παρά το γεγονός ότι η πλειοψηφία των γιατρών εναντιώνεται προς το θέμα της ευθανασίας, σημειώνονται αρκετές ενστάσεις από υποστηρικτές της επιζητώντας τη νομική κατοχύρωσή της.

Ένα έμπρακτο παράδειγμα αναφέρεται όταν το 1986 εκδόθηκε μανιφέστο μιας μικρής ομάδας Γάλλων γιατρών, πέντε στον αριθμό, οι οποίοι διαδήλωναν την απόφασή τους να εξασφαλίσουν στους ασθενείς τους το «γλυκό θάνατο» και το λιγότερο «κακό θάνατο». Η ενέργειά τους λειτούργησε ως παράδειγμα προς μίμηση από πολλές άλλες ομάδες γιατρών ανά τον κόσμο, με αποτέλεσμα τη νομική κάλυψη αυτών σε μερικές χώρες, όπως η Ολλανδία, η Φιλανδία, η Αυστραλία, κάτω όμως από ορισμένες προϋποθέσεις. Μια από τις βασικές αυτές προϋποθέσεις, κατά τον Κουτσελίνι (βλ. βιβλιογραφία), είναι στις περιπτώσεις εκείνες, όπου έχει εξαντληθεί κάθε θεραπευτικό μέσο και ο γιατρός δεν μπορεί να δώσει πλέον καμία βοήθεια. Η θέση του γιατρού στην περίπτωση αυτή είναι ιδιαίτερα τραγική, καθώς βρίσκεται σε απόγνωση βλέποντας το χάσιμο κάθε ελπίδας για προσφορά ζωής.

Στην περίπτωση που ο ασθενής έχει επικοινωνία με το περιβάλλον και μπορεί να συζητηθεί με το γιατρό η θέση του γιατρού είναι ακόμα πιο δύσκολη. Ο ασθενής συχνά δεν πιστεύει, δεν μπορεί να παραδεχθεί ότι έφτασε

το τέλος. Ο άρρωστος και στον πιο ανυπόφορο πόνο του ελπίζει. Και η «σπουδαία και επίμονη» απαίτηση για θανάτωση κρύβει πάντοτε τη γεμάτη λαχτάρα προσμονή του να ακούσει από τον γιατρό ότι «θα γίνει καλά» ότι «δεν έχει δίκιο για αυτά που ζητάει». Η διαβεβαίωση αυτή του γιατρού είναι το καλύτερο φάρμακο, μια παρηγοριά (έστω και ψεύτικη).

Στην περίπτωση του ανίατου ασθενή, οι προσπάθειες του γιατρού θα πρέπει να είναι συνεχείς καθώς αναλαμβάνει την προσπάθεια όχι να κάνει καλά τον ασθενή, αλλά να προσπαθήσει να τον κάνει καλά.

Εξάλλου η κατάσταση του ασθενή αυτού δεν εξασφαλίζει μια σίγουρη απόφαση και διάγνωση, καθώς υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις όπου χρόνια ανίατοι ασθενείς επανήρθαν στη ζωή. Ποτέ δεν μπορεί να είναι κανείς απόλυτα βέβαιος για το ανίατο οποιασδήποτε καταστάσεως, αφήνοντας και κάποια περιθώρια για πιθανό λάθος ή και για μία έκπληξη ή και ένα θαύμα.

Η αβεβαιότητα της αναστρεψιμότητας είναι μια από τις πιο βασικές αναστολές των γιατρών. Για παράδειγμα στην Ολλανδία εφαρμόζεται η μέθοδος της ευθανασίας σε φορείς και ασθενείς του AIDS, ενώ ταυτόχρονα η επιστήμη συνεχίζει τις προσπάθειές της για την εύρεση του φαρμάκου για το AIDS.

Η απόφαση λοιπόν για τερματισμό της ζωής του φορέα του AIDS ίσως και να είναι αρκετά επιπόλαιη και βιαστική τη στιγμή που η εύρεση της θεραπείας βρίσκεται σε εξέλιξη.

Αναφορικά όμως με την επιλογή και απαίτηση του ασθενή για αξιοπρεπή θάνατο μέσω της ευθανασίας, ο θεράπων γιατρός καλείται να αναλογιστεί πως η επίμονη απαίτηση του πάσχοντος δεν είναι πάντοτε προϊόν λογικής σκέψης και ελεύθερης εκλογής της απόφασης, καθώς η επώδυνη ασθένεια επιδρά αρνητικά στην πνευματική λειτουργία του ασθενή. Είναι αδύνατον να έχει τη διαύγεια της

σκέψης ή την ορθή κρίση την οποία είχε πριν ασθενήσει. Επομένως, ο γιατρός δεν είναι υποχρεωμένος ούτε από το νόμο ούτε από τη συνείδησή του να συμμορφωθεί προς την απαίτηση του ασθενή για το θάνατο, αλλά προς την απαίτηση για ζωή. (Γιαλεντής Κ. «Σύγχρονα Ιατρικά Διλήμματα», Θεσ/κη 1981)

Συνοψίζοντας αναφέρουμε πως η στάση του ιατρικού κόσμου πάνω στο θέμα της ευθανασίας ποικίλει ανάλογα με την εκάστοτε κατάσταση και την προσωπική αντίληψη γιατρών, ενεργώντας πάντοτε σύμφωνα με τη συνείδησή τους. Παρατηρείται επίσης πως ναι μεν δέχονται οι γιατροί ότι η ζωή και ο θάνατος πρέπει να συνοδεύονται από αξιοπρέπεια, δεν φαίνονται όμως πρόθυμοι να δώσουν οι ίδιοι έναν τέτοιο θάνατο. Πάντως πολλοί γιατροί σε κατ' ιδίαν συζητήσεις δέχονται την ευθανασία, αποφεύγουν όμως δημόσια να εκφραστούν υπέρ αυτής για λόγους σκοπιμότητας. Είναι επίσης γεγονός ότι το κλίμα, στον ελλαδικό τουλάχιστο χώρο, δεν είναι ευνοϊκό για τέτοιες ενέργειες που μπορεί να χαρακτηριστούν τολμηρές. Όμως το πρόβλημα παραμένει γιατί ορισμένοι γιατροί θέτουν το εξής ερώτημα:

Γιατί είμαστε ανεκτικοί απέναντι στην ποινή του θανάτου, ή την επιζητούμε τώρα που δεν υπάρχει, και δεν συγκατανεύουμε από αγάπη για τον συνάνθρωπο, από ανθρωπιά, από σεβασμό στην προσωπικότητά του, να του σταματήσουμε το μαρτύριο όταν αυτό επιβάλλεται;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΩΝ ΕΙΔΩΝ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Η πρόκληση της ευθανασίας μπορεί να γίνει είτε με την συναίνεση του πάσχοντος (εφόσον το ζητάει ο ασθενής επίμονα από τον γιατρό ή τον νοσηλευτή), προκειμένου να απαλλαγεί από το μαρτύριο που καθημερινά υφίσταται , είτε χωρίς τη συγκατάθεση του πάσχοντος (από οίκτο ή σπάνια από δόλο) ο ιατρός ή ο νοσηλευτής αποφασίζει να διακόψει την μαρτυρική ζωή κάποιου αρρώστου που πρόκειται να πεθάνει.

Εν γένει η ευθανασία είναι μία ευρεία έννοια που χωρίζεται σε διάφορα είδη τα οποία αναλύονται στη συνέχεια:

3.1 ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Ενεργητική ευθανασία (θετική) είναι η κατάσταση εκείνη κατά την οποία εσκεμμένα ανατίθεται ή γίνεται ανάληψη από κάποιον άλλο η πράξη του τερματισμού της ζωής ενός προσώπου π.χ. η χρήση από έναν ιατρό μίας εναίσιμης θατηφόρου ουσίας (Δεοντολογία, Ε.Καμπούρα Λάρισα 1995)

Η ενεργητική ευθανασία χωρίζεται σε εκούσια και ακούσια

(Αβραμίδης Αθ., «Ευθανασία» σελ.17-18,εκδ.Ακρίτας 1995)

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

α) ΕΚΟΥΣΙΑ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ είναι εκείνη, η οποία εφαρμόζεται σε ένα πρόσωπο το οποίο επιθυμεί να δώσει τέλος στη ζωή του . Έδώ θα πρέπει να υπογραμμίσουμε πως σύμφωνα με την αναφορά του κ. Κουτσελίνη , ο ανίατος πάσχων θα πρέπει όχι μόνον να *επιθυμεί* , αλλά να *απαιτεί* και μάλιστα η απαίτηση αυτή θα πρέπει να είναι *σπουδαία και επίμονη*.

Η εκούσια ευθανασία γίνεται κυρίως :

- Με τη λήψη από τον ίδιο , θανατηφόρας δόσεως μιας κάποιας ουσίας ή
- Με τη χορήγησή της σε κάποιον που τη ζητεί –συνήθως από έναν ιατρό- σαν ένα είδος βοήθειας . Αυτού του είδους η βοήθεια αποτελεί πράξη συμμετοχής σε αυτοκτονία και τιμωρείται αυστηρά κατά το άρθρο 301 του

Ποινικού Κώδικα (Αβραμίδης Αθ. <<ευθανασία>>, εκδ. Ακρίτας 1993 , σελ. 18).

Στα πλαίσια της εκούσιας ευθανασίας υπάγεται και η συσκευή αυτοκτονίας ή ευθανασίας , με υποξείδιο του άνθρακα την οποία επινόησε ο συνταξιούχος Αμερικανός ιατρός Κεβορκιάν , ο γνωστός ως δόκτωρ θάνατος , που έκανε τον θάνατο ειδικότητα του (“Καθημερινή” 1.8.1993). Ο ίδιος παρέχει τις υπηρεσίες του στους ασθενείς που του ζητούν να τους βοηθήσει , αδιαφορώντας για τις επικρίσεις και της καταγγελίες που γίνονται από τους εναντίους του οι οποίοι ανήκουν στο χώρο της εκκλησίας , του Τύπου ή και του ιατρικού συλλόγου .

Οι επικριτές του τον κατηγορούν , παρ’ όλα τα εκατοντάδες γράμματα που λαμβάνει από τα άτομα που του ζητούν να τα βοηθήσει να πεθάνουν, ότι δεν είναι σε θέση να εκτιμήσει την αρρώστια. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση της Τζάνετ Ατκινς , που έπασχε από τη νόσο του Αλζχόκμερ , η οποία φοβούμενη ότι θα χάσει τα λογικά της , ταξίδεψε ως το Μίσιγκαν , αποφασισμένη να αυτοκτονήσει . Σύμφωνα με όλες τις εκτιμήσεις ο δρ.Κεβορκιάν δεν ήταν σε θέση να κρίνει την κατάσταση της απελπισίας της , για να της προσφέρει τις συμβουλές του ή εναλλακτικές λύσεις (<<Καθημερινή>> 23.6.1990)

Μία χαρακτηριστική περίπτωση ενεργητικής ευθανασίας είναι αυτή του Βορειοαυστραλού Μπομπ Ντεντ , 66 ετών , ο οποίος υπέφερε επί πέντε από καρκίνο του προστάτη και ζούσε με αφόρητους πόνους . Πριν δεχτεί τη θανατηφόρα ένεση με το νέο αυτόματο μηχάνημα του ιατρού Φίλιπ Ντισκέ , ο Νεντ μοιράστηκε μαζί του το “γέυμα του μελλοθάνατου” και τον παρακάλεσε να μην έχει τύψεις .

Έχοντας κατά νου ότι θα υπάρξουν έντονες αντιδράσεις , ο Νέντ συνέταξε την παραμονή του οικειοθελούς θανάτου του μία επιστολή προς τη βουλή της

Αυστραλίας , υπερασπιζόμενος τον ιατρό Νίτσε:"Αν εγώ ο ίδιος κρατούσα στη ζωή ένα μικρό ζώο, το οποίο τραβούσε τα δικά μου μαρτύρια , σίγουρα θα πήγαινα φυλακή...",αναφέρει μεταξύ άλλων στο συγκλονιστικό γράμμα του . Πρέπει να σημειωθεί ότι είναι η πρώτη νόμιμη ευθανασία , που ισχύει στα βόρεια εδάφη της Αυστραλίας από την 1^η Ιουλίου 1996 («Έθνος» 27.9.1996) .

β) Η ΑΚΟΥΣΙΑ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ (involuntary euthanasia) είναι αυτή η οποία «προσφέρεται από συγγενή ή φίλο ή από γιατρό , για να τεθεί τέρμα στο μαρτύριο κάποιου που υποφέρει ή έχει κατανήσει *φυτό* , χωρίς να διαφαίνεται ελπίδα αποκαταστάσεως» (Δεοντολογία Ε.Καμπούρα Λάρισα 1995)

Στην περίπτωση αυτή αν και δεν υπάρχει συναίνεση του ασθενούς θεωρείται όμως , ίσως και υπό το πρίσμα μιας πατερναλιστικής αντίληψης , ότι ως επιλογή είναι αυτή που μπορεί να διαφυλάξει τα γενικότερα συμφέροντα του ασθενούς – ατόμου κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο (Ευθανασία :Η ηθική του τέλους της ζωής)

Η ακούσια ευθανασία αφορά δύο περιόδους της ζωής του ανθρώπου :

❖ Νεογνική

❖ Γεροντική

και μπορεί να είναι :

❖ Θετική – άμεση

❖ Αρνητική – έμμεση

Στην πρώτη περίπτωση κατά τη νεογνική ηλικία , το πρόβλημα προβάλλει οξύ , σε δύο κυρίως περιπτώσεις και συγκεκριμένα μογγολοειδή ιδιοτεία (σύνδρομο down) και σε διαμαρτυρίες γενικός περί τη διάπλαση (δισχιδής ράχη)

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

Εδώ θα πρέπει να επισημάνουμε πως στην περίπτωση της ακούσιας ευθανασίας , όπου δεν λαμβάνεται ή δεν μπορεί να ληφθεί η σύμφωνη γνώμη του ασθενούς , πρόκειται περί ανθρωποκτονίας εκ προθέσεως , η οποία , κατά το άρθρο 299 του Ποινικού Κώδικα «τιμωρείται με την ποινή του θανάτου ή της ισόβιας κάθειρξης» (Αβραμίδης «Ευθανασία» , Εκδ. Ακρίτας 1995 , σελ. 19)

Μία περίπτωση ακούσιας ευθανασίας είναι η εξής :

Ο βασιλιάς της Αγγλίας , Γεώργιος ο Ε΄ , βρισκόταν σε κώμα και με εντολή της βασίλισσας Μαίρης και του πρίγκιπα της Ουαλίας Εδουάρδου του Η΄ , του μετέπειτα βασιλέα της Αγγλίας , ο ιατρός Ντειςόν του έκανε δύο θανατηφόρες ενέσεις μορφίνης και κοκαίνης , συντομεύοντας έτσι το τέλος του , στις 10.1.1936 («Το Βήμα» 14.2.1986)

3.2 ΠΑΘΗΤΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Η παθητική ευθανασία (αρνητική ευθανασία) διαφέρει από την ενεργητική στο ότι ο ιατρός ή ο νοσηλευτής δεν εισαγάγει κάτι θανατηφόρο στο σώμα του ασθενούς, αλλά προβαίνει στη διακοπή ενός θεραπευτικού σχήματος, που τον κρατούσε στη ζωή π.χ. διακόπτεται η μηχανική σύνδεση του ασθενούς με τον αναπνευστήρα κι έτσι μοιραία ο ασθενής πεθαίνει , εφόσον αδυνατεί να αναπνεύσει από μόνος του .

Έτσι , με τη διακοπή ή παράλειψη εφαρμογής μιας θεραπευτικής αγωγής,

Η μοιραία ασθένεια απλώς αφήνεται ανεμπόδιση να ακολουθήσει την πορεία της (Δεοντολογία Ε. Καμπούρα Λάρισα 1995 , σελ. 16)

Υπάρχουν πράγματι περιπτώσεις κατά τις οποίες , η διαδικασία του θανάτου ενός ασθενούς έχει τόσο πολύ προχωρήσει , ώστε να μην υπάρχει η δυνατότητα διατήρησής του στη ζωή . Σε πολλές , όμως , τέτοιες περιπτώσεις υπάρχει η δυνατότητα να παραταθεί η διαδικασία του θανάτου με τη λήψη μέτρων που διαθέτει η σύγχρονη ιατρική , όπως π.χ. τεχνητή παροχή οξυγόνου . Παρόμοιες είναι και οι περιπτώσεις κατά τις οποίες εμφανίζεται μία πολύ σοβαρή επιπλοκή σε αρρώστους οι οποίοι ήδη βρίσκονται στη διαδικασία του θανάτου . Για παράδειγμα ένας καρκινοπαθής που βρίσκεται σε τελικό στάδιο , προσβάλλεται ξαφνικά από πνευμονία .

Σε περιπτώσεις όπως και η παραπάνω τίθεται το σκληρό ερώτημα:

Από ηθικής πλευράς είναι επιτρεπτό να διακοπεί η παροχή ιατρικής βοήθειας και κατά συνέπεια να παραταθεί η διαδικασία του θανάτου ;

Επίσης: Επιτρέπεται να ο ιατρός να μη λάβει μέτρα ενάντια σε κάποια επιπλοκή , που εμφανίστηκε σε κάποιον ασθενή , ο οποίος βρίσκεται σε τελικό στάδιο ;(Ν.Χρονόπουλος «Το πρόβλημα της ευθανασίας», Αθήνα , 1980, σελ.25-27)

Εκφράζοντας τον προβληματισμό του πάνω στο θέμα της εφαρμογής ή μη της παθητικής ευθανασίας , ο καθηγητής της ιατρικής κ.Αβραμίδης , παρατηρεί:Παλαιότερα το τέρμα της ζωής καθορίζονταν από το σταμάτημα της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας και γι' αυτό το λόγο δε δημιουργούσε ιδιαίτερα προβλήματα στην εφαρμογή του . Με την αποδοχή όμως σήμερα του εγκεφαλικού θανάτου , ως τερματισμός της ζωής , προέκυψαν πολλά νέα προβλήματα. Σε τέτοιες περιπτώσεις δεν ξέρουμε πότε ακριβώς βγαίνει η ψυχή ενός ανθρώπου, ώστε να τον αναγγείλουμε ως νεκρό ή να υπογράψουμε το *πιστοποιητικό θανάτου* . Κι αυτό γιατί υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες , μετά τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου , ο άνθρωπος δεν ξεψύχησε , αλλά επανήλθε στη ζωή . Η παθητική ευθανασία σε αυτή την περίπτωση θα απέβαινε σε...δολοφονία.

Στην ουσία , ανάγκη να καταφύγει ο ιατρός σε λύσεις απελπισίας δεν υπάρχει, επειδή αυτός είναι ο «φρουρός» της ζωής και η ζωή πάντα ανθίσταται στον θάνατο. Όμως το ενδεχόμενο να προκληθεί με θεραπευτικές υπερβολές τεχνητή προέκταση των φυσικών ορίων της ζωής και διατήρηση μίας κατάστασης επ' αόριστον , με αποτέλεσμα μέχρι και την καταρράκωση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας του ασθενούς (με πλείστες όσες συνέπειες στον περίγυρό του , μια οικονομική αιμορραγία ή κατάρρευση και τη δημιουργία

πλείστων όσων ψυχολογικών προβλημάτων), αυτή είναι που δημιουργεί το πρόβλημα της ελαστικότητας στην παθητική ευθανασία.

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

3.3 ΔΥΣΘΑΝΑΣΙΑ

Μία άλλη πολύπλοκη έννοια είναι η δυσθανασία , που είναι η παράταση της ζωής του πάσχοντα με δαπανηρές και δύσκολες επεμβάσεις και περιθαλψη εν γένει. Αυτές οι δαπανηρές ιατρικές φροντίδες είναι δυσανάλογα αποδοτικές προς το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα , με τις οποίες απλά και μόνο διατηρείται το άτομο σε κάποιο είδος ζωής , ενώ χωρίς αυτές θα πέθαινε.

(Ελ.Καμπούρα , «Δεοντολογία» , Λάρισα , 1995, σελ.16)

Επί του θέματος αυτού , ο ιατρός νομιμοποιείται για την παροχή ή μη εκούσιας δυσθανασίας . Δηλαδή τη διατήρηση της ζωής αυτού που πάσχει από ανίατη ασθένεια , με εξαιρετικές φροντίδες , χωρίς τις οποίες ο ασθενής θα πέθαινε , μόνο όμως όταν ο ίδιος ο ασθενής το επιθυμεί. Στην αντίθετη περίπτωση , κατόπιν και πάλι της επιθυμίας του ασθενούς, ο ιατρός νομιμοποιείται να αναστείλει τις φροντίδες . Θα πρέπει όμως να υπάρχουν σαφείς και πειστικές αποδείξεις για τη βούληση του αρρώστου. (Καράμπελας Λ.

«Ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο», Εκδ. Εστία , Αθήνα 1987, σελ. 57-60)

Εν τέλει θα πρέπει να διασαφηνιστεί ότι , οι περιπτώσεις κατά τις οποίες ο ιατρός δεν έχει υποχρέωση να διατηρεί τον ασθενή στη ζωή , εφόσον μπορεί είναι:

Όταν γίνεται σεβαστή η επιθυμία του ασθενούς –ή και των οικείων του- να διατηρηθεί στην οποιαδήποτε ζωή , για κάποιο συνήθως βραχύ χρονικό διάστημα μέχρι να τακτοποιήσει τυχόν εκκρεμότητες ή... <<για να τον προλάβουν ζωντανό>>κάποιοι δικοί του , που θα πρέπει να φτάσουν δίπλα του από μακρινές αποστάσεις . Ενδέχεται όμως , κάποιοι «τρίτοι» να την επιδιώκουν μέχρι να αποσπάσουν , και μόνο , κάποια ενδιαφέρουσα γ'αυτούς υπογραφή , προς εξυπηρέτηση δικών τους συμφερόντων . Δύσκολος και πάλι ο ρόλος του ιατρού . (Αβραμίδης Αθ. «Ευθανασία», Εκδ. Ακρίτας , σελ.28)

3.4. ΟΡΘΟΘΑΝΑΣΙΑ

Επίσης επικρατεί και η έννοια της *ορθοθανασίας* .Σ'αυτή την περίπτωση, εγκαταλείπονται μεγαλεπήβολα σχέδια υψηλού κόστους περίθαλψης και οι διάφορες επεμβάσεις , με την άποψη ότι ανώδυνα θα επέλθει ο φυσικός θάνατος .(Καμπούρα Ελ. «Δεοντολογία», Λάρισα, 1995)

Πιο συγκεκριμένα ως ορθοθανασία , χαρακτηρίζεται η μη προσφορά υπερβολικών φροντίδων , μεγαλύτερης εκτάσεως από το να αφήνεται ο ασθενής που πάσχει από ανίατη ασθένεια , να σβήσει ήρεμα , με τη φυσική επέλευση του

θανάτου , εφόσον το επιθυμεί ο ίδιος και εφόσον ο θάνατος είναι ένα φυσικό γεγονός , όπως και η ίδια η ζωή. Αυτό δε , επειδή κανένας νόμος και κανένας φραγμός δεν μπορεί να αποτρέψει την τελική καταστροφή της ζωής , αφού ο άνθρωπος δεν ζει “αενάως” στον κόσμο αυτό. (Αβραμίδης Αθ. «ευθανασία», Εκδ. Ακρίτας , σελ. 28)

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

Ο νόμος , στο άρθρο 301 του ποινικού κώδικα , καθιερώνει το δικαίωμα της αυτοδιαθέσεως της ζωής , το οποίο επιτρέπει την αυτοκτονία (με το να μην τιμωρεί αυτόν που αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει , αλλά διασώθηκε) , δηλαδή το δικαίωμα στο θάνατο . Το δικαίωμα αυτό νομιμοποιεί και την εκούσια ορθοθανασία , δηλαδή την παράλειψη λήψεως εξαιρετικών φροντίδων , που θα έχουν ως αποτέλεσμα μόνο την παράταση για λίγο της ζωής αυτού που πάσχει από ανίατη ασθένεια , εφόσον ο ίδιος ο ασθενής το επιθυμεί, για να επέλθει φυσιολογικά ο θάνατός του .

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

3.5. ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΔΙΑ ΤΗΣ ΜΗ ΑΝΑΝΗΨΕΩΣ

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

Συμβαίνει όμως σε πολλές περιπτώσεις , ο άρρωστος να μην ενημερώνεται επακριβώς για τα χαρτιά που υπογράφει , υπό το βάρος κάποιας ασθένειας .Ή να μην γνωρίζει τις επιδράσεις της στην ψυχική ή διανοητική του κατάσταση .Και ενδέχεται , με τη βελτίωση της κατάστασής του , να μη θυμάται τίποτε για κάποιο τέτοιο χαρτί που υπέγραψε « μέσα στη ζάλη» της διαδικασίας της εισαγωγής. (Αβραμίδης Αθ. «ευθανασία» , Εκδ. Ακρίτας , σελ.23-24)

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

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

3.6. ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΤΟΥ ΤΥΠΟΥ LIVING WILL

(ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ)

Αυτού του τύπου η ευθανασία σημαίνει ότι , πρέπει να υπάρχει ανταπόκριση από πλευράς των ιατρών , στην επαναλαμβανόμενη και αυτόνομη απαίτηση του ασθενούς , να μην παραταθεί άσκοπα η ζωή του τις τελευταίες του μέρες , όταν θα έχει χάσει πλέον τη δυνατότητα επικοινωνίας , ή αν υποφέρει πολύ.(«Ευθανασία:η ηθική του τέλους της ζωής» σελ.234)

Για να ισχύσει όμως η ευθανασία τύπου living will , ή αλλιώς «διαθήκη εν ζωή», απαιτείται η ρητή και σαφής δήλωση του ενδιαφερόμενου , ενώπιον συμβολαιογράφου και εισαγγελικού λειτουργού , που ισχύει μόνο για ένα χρόνο αν δεν ανανεωθεί. Επιπλέον , απαιτείται ομόφωνη γνωμάτευση τριών ιατρών δημόσιου νοσοκομείου , ότι:

- ◆ Η πάθηση είναι αθεράπευτη,
- ◆ Ο θάνατος –ακόμη και με θεραπευτική αρωγή- μπορεί να επέλθει το αργότερο σε 6 μήνες
- ◆ Κατά το χρονικό αυτό διάστημα θα υποφέρει πολύ ο ασθενής και
- ◆ Δεν θα μπορεί ο ασθενής να εκφράσει τη θέλησή του , όταν βρεθεί στην κατάσταση αυτή , λόγω φυσικής αδυναμίας .

Επιπλέον, χρειάζεται γνωμάτευση από ψυχίατρο, ότι ο δηλών είναι ψυχικά υγιής και έχει πλήρη αντίληψη των συνεπειών της ενέργειάς του .Βέβαια , η σχετική *διαθήκη* ανακαλείται οποτεδήποτε, ακόμη και προφορικά.

(Λ.Καράμπελας , «ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο», Εκδ. Εστία 1987, σελ. 49-50).

Βέβαια και σε αυτού του τύπου την ευθανασία , πολλοί είναι οι προβληματισμοί που αναφύονται. Ο κ. Παρασκευαΐδης Χρ. στο βιβλίο του «Νεότερες όψεις του προβλήματος της ευθανασίας» , αναφέρει μεταξύ άλλων τα εξής :

Κατά πόσον το αίτημα αυτό για έναν αξιοπρεπή θάνατο είναι πραγματικό; Τις περισσότερες φορές , η αγωνιώδης κραυγή που επιζητεί το θάνατο δεν είναι τίποτε άλλο , παρά η κραυγή που καλεί σε βοήθεια. (Παρασκευαΐδης Χρ. «Νεότερες όψεις του προβλήματος της ευθανασίας» , Αθήνα 1986 ,σελ. 15-16)

3.7. ΕΠΙΤΑΧΥΘΑΝΑΣΙΑ

Ονομάζεται έτσι η σκόπιμη επιτάχυνση των βιολογικών διαδικασιών του θανάτου , σε περιπτώσεις αναπότρεπτης επελεύσεως του και της ως εκ τούτου απώλειας των προϋποθέσεων για ένα «ευ ζην». Οι εισηγητές της , δε , θεωρούν ότι αποτελεί υποχρέωση του ιατρού να την εφαρμόσει , προς απαλλαγεί του αρρώστου από την ήδη τραγική επιθανάτιο κατάστασή του. Αυτού του είδους η ευθανασία όμως , εκτός του ότι αντίκειται στον όρκο του γιατρού για το «μη βλάπτειν» , επισύρει και τις ποινές του άρθρου 299 του Ποινικού Κώδικα .Ο φιλόσοφος και νομικός Francis Bacon αναφέρεται ως ο πρώτος ο οποίος μετέφερε στην αγγλική γλώσσα την ελληνική λέξη ευθανασία και της έδωσε την έννοια της επισπεύσεως του θανάτου , προκειμένου να τεθεί τέρμα σε μια ζωή

γεμάτη πόνο και ταλαιπωρία. (Αβραμίδης Αθ. «Ευθανασία», εκδ. Ακρίτας , σελ. 29)

3.8. ΕΥΓΟΝΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Σχετίζεται με τα παιδιά που γεννήθηκαν ή θα γεννηθούν με σωματικές ατέλειες ή αναπηρίες , ανεγκέφαλα ή με μογγολοειδή ιδιοτεία , δισχιδή ράχη ή άλλες σωματικές δυσπλασίες ,τα οποία με τα σημερινά τεχνολογικά μέσα θα μπορούσαν να διαγνωστούν και κατά τη διάρκεια της κυήσεως και να οδηγήσουν σε διακοπή αυτής .(Αβραμίδης Αθ. «ευθανασία» εκδ. Ακρίτας , σελ. 30)

Στην περίπτωση της *ευγονικής ευθανασίας* δεν εξασφαλίζεται στον άνθρωπο –θύμα καλός θάνατος , αλλά προσφέρεται ο θάνατος αντί μιας άθλιας ζωής , με βάση την εκτίμηση αυτού που ενεργεί την ευθανασία , αλλά και των άλλων (κοινωνία-οικογένεια).

Είναι γνωστό ότι πολλά από αυτά τα παιδιά παρουσιάζουν ανωμαλίες ασυμβίβαστες με τη ζωή , περισσότερο από κάποιο βραχύ χρονικό διάστημα . Αλλά για να επιζήσουν έχουν ανάγκη από βαριές και ταλαιπωρητικές χειρουργικές επεμβάσεις , στις οποίες θα πρέπει να υποβληθούν επανειλημμένως .Ένα τέτοιο παιδί , μη χειρουργημένο είναι καταδικασμένο να πεθάνει .

Σχετικά με αυτό το θέμα , ο καθηγητής νευρολογίας στη Γαλλία κ.Μινκόφσκι , αναφέρει :Σήμερα αν με το υπερηχογράφημα μέσω του υμενώνους κρανίου των βρεφών , βλέπουμε ότι ο εγκέφαλος ενός παιδιού είναι

ολοκληρωτικά μεταμορφωμένος σε αίμα , δεν το επαναφέρουμε στη ζωή. Είναι η παθητική ευθανασία κατά τη γνώμη μου απόλυτα παραδεκτή. Για τον ίδιο λόγο , δεν υπάρχει καμία σύγκυση ανάμεσα στα παιδιά που πάσχουν από μογγολισμό και αυτά που χαρακτηρίζονται «μη βιώσιμα» από τις πρώτες ημέρες της ζωής τους. Για τη δεύτερη κατηγορία , συνεχίζοντας , θα πει «Πρέπει να ομολογήσω ότι απέναντι στις οικογένειες , απέναντι στη συνείδησή μου , απέναντι στο ίδιο το παιδί , μερικές φορές είναι καλύτερα να μη ζουν».

Από την άλλη πλευρά , είναι διαφορετικό το θέμα , όταν ένα παιδί χαρακτηρίζεται «μη βιώσιμο» τις πρώτες ημέρες της ζωής του και άλλο να έχεις να αντιμετωπίσεις ένα παιδί που πάσχει από «μογγολισμό με διανοητική καθυστέρηση δια βίου». Τα καθυστερημένα παιδιά διαφέρουν πολύ μεταξύ τους. Το παιδί που πάσχει από μογγολισμό (είναι αυτό που είναι λιγότερο «χτυπημένο» από τα καθυστερημένα , δεν είναι ανάπηρο ούτε ανίκανο) , αν μεγαλώσει στο σπίτι του από γονείς με ηθική και ψυχική δύναμη μπορεί να γίνει ένα ευτυχισμένο παιδί. Και υπάρχουν στον κόσμο οικογένειες που κάνουν ακριβώς αυτό. Είναι ένα παιδί ικανό , μπορεί να γίνει αυτόνομο , ικανό για χειροποίητες εργασίες . Μία κοινωνία όποια κι αν είναι , δεν έχει σκοπό να σκοτώνει τους καθυστερημένους της . (Μινκόφσκι Αλεξ. ,καθηγητής νευρολογίας , «Ακρόπολις»31.1.1988)

Ο κ. Μασώνης παιδίατρος και μέλος της ακαδημίας Αθηνών , αναφέρει: «Η θεμελιώδης διαφορά του παιδίατρου από τους άλλους γιατρούς είναι η αδυναμία του νεογνού να εκφράσει τη θέλησή του . Γι'αυτό και δεν μπορώ παρά να τοποθετηθώ , χωρίς όμως και να ταυτίζομαι, με τη θέση εκείνη που λέει , ότι είναι επιτρεπτή ηθικά η διακοπή κάθε υποστηρικτικής θεραπείας στην περίπτωση που υπάρχουν σαφείς αποδείξεις , ότι έχει πεθάνει το εγκεφαλικό

στέλεχος του παιδιού. Όπως και στην περίπτωση που θα γεννηθεί νεογνό ανεγκέφαλο με τις συναφείς επιπτώσεις .

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

Παρόμοιες απόψεις υποστηρίζει και ο καθηγητής Robert Debre: «Το να εφαρμόζουμε την ευθανασία για τα παραμορφωμένα μωρά , θα σήμαινε επάνοδο στην εποχή της Σπάρτης , γιατί όχι του Χίτλερ ... Τα μογγολικά παιδιά , επί παραδείγματι , είναι υπάρξεις ευτυχισμένες . Χαμογελούν, είναι εύθυμα , ευγενικά με όλο τον κόσμο. Δεν έχουμε το δικαίωμα να αποφασίσουμε την κατάργησή τους με την πρόφαση , ότι δεν έχουν τον βαθμό νόησης των άλλων ανθρώπων. Αντίθετα , έχουμε το καθήκον να τα βοηθήσουμε να ζήσουν μια ζωή στα μέτρα τους». (Γ.Β.Μελέτη , «Τι γίνεται μετά το θάνατο» εκδ. Ζωή, σελ. 235)

3.9. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Σχετίζεται με τη θανάτωση του ανθρώπου για λόγους κοινωνικούς, χωρίς αυτή να συνδέεται με επικείμενο βέβαιο θάνατο και ακόμη χωρίς τη συναίνεσή

του. Στην περίπτωση αυτή ο θάνατος «προσφέρεται» αντί μιας άθλιας ζωής η οποία μπορεί να είναι:

- ◆ επικίνδυνη
- ◆ μεγάλου κόστους για το κοινωνικό σύνολο ή την οικογένεια
- ◆ ανωφελής για την κοινωνία.

Στην περίπτωση αυτή υπάγεται :

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

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

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

B) Οικονομική επιβάρυνση της κοινωνίας . Για τα παραπάνω άτομα δαπανούνται πολύ περισσότερα χρήματα για διατροφή και για υγειονομική περίθαλψη , παρά για τους αρτιμελείς . Επιπλέον τα άτομα αυτά δεν συνεισφέρουν ή συνεισφέρουν ελάχιστα στο κοινωνικό σύνολο.

Για την ευθανασία διακυβεύονται τεράστια συμφέροντα οικονομικής φύσεως .Υπολογίζεται ότι το 20% των δαπανών για την υγεία , στις χώρες-μέλη της Ενωμένης Ευρώπης (ΕΟΚ) ξοδεύονται για τις τελευταίες ώρες των ασθενών. Το κρεβάτι του ετοιμοθάνατου , έχει κόστος δαπανών τέσσερις φορές μεγαλύτερο από το κανονικό. Και τίθεται το ερώτημα , γιατί να δαπανώνται τέτοια ποσά για τους ετοιμοθάνατους , όταν τα διατιθέμενα κονδύλια δεν επαρκούν για ασθενείς , οι οποίοι έχουν ελπίδες να ζήσουν .Οπότε πλέον η ζωή του ανθρώπου με την ευθανασία καταλήγει «λογιστική πράξη». (Αβραμίδης , «Ευθανασία», σελ.56-57)

Γ) Γενικότερα για την κοινωνία δημιουργούνται ανάγκες , οι οποίες απαιτούν ειδική αντιμετώπιση . Όπως , οργάνωση εκπαιδευτικών μονάδων , ιδρύματα, ειδικευμένοι εκπαιδευτικοί κ.τ.λ. Και όλα αυτά απαιτούν κονδύλια, σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων από την πολιτεία και ως εκ τούτου εμποδίζουν την ευρωστία και πρόοδο αυτής (Μητσόπουλος Νικ. «η λεγόμενη ευθανασία» , Αθήνα 1980σελ60-63)

Οι παραπάνω αντιλήψεις , ακραίες στο σύνολό τους , τείνουν να αντικαταστήσουν σιγά-σιγά την αντίληψη περί της ιερότητας της ζωής .

Εδώ όμως θα πρέπει να αναλογιστούμε , αν η ευθανασία προσφέρει ανακούφιση σε εκείνον που πάσχει ή σε εκείνον που δεν θέλει να συμπαρασταθεί και να σηκώσει το μαζί το βάρος της δοκιμασίας ;

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

Βέβαια σε μία **επιδερμική** εποχή , που λατρεύει τη δύναμη και την εξωτερική μονάχα ομορφιά και αρτιμέλεια , δύσκολα συμφιλιώνεται με ένα φαινομενικό ή πραγματικό ατύχημα. Με βάση όμως τον καθηγητή Debre , ο

άνθρωπος πρέπει να είναι σεβαστός σε όλη την τροχιά της ζωής του. Ο σεβασμός της ζωής είναι μία κατάσταση του πολιτισμού και η περιφρόνηση της ζωής , είναι μία επάνοδος στη βαρβαρότητα. (Γ.Β.Μελέτη «τι γίνεται μετά το θάνατο» εκδ Ζωή, 221,228 και 242)

Σε τελική ανάλυση , η ευθανασία διακρίνεται , ως η απόφαση που μπορεί να περιλαμβάνει:

- Παραίτηση από θεραπευτική μέθοδο ή διαδικασία που παρατείνει τη ζωή (π.χ. χρήση αναπνευστήρα , καρδιοπνευμονική ανάνηψη , αιμοκάθαρση ,παρεντερική διατροφή). Πρόκειται συνήθως για περίπτωση παθητικής , μη εθελοντικής ευθανασίας .
- Χορήγηση συνταγής αναλγητικών φαρμάκων , «για ανακούφιση» από τον πόνο. Στην περίπτωση αυτή ο ιατρός δίνει τη συνταγή αλλά δε χορηγεί το φάρμακο . Αφορά , περιπτώσεις υποβοηθούμενης από ιατρό ευθανασίας .
- Πρόκληση ανώδυνου θανάτου ή θανάτου από οίκτο , ο οποίος χαρακτηρίζεται από αλληλοεπικάλυψη των εννοιών της παθητικής εκτελείται από το γιατρό και σπανιότερα από την οικογένεια ή φίλο του ασθενούς . Πρόκειται συνήθως , για περίπτωση ενεργού εθελοντικής ευθανασίας .

Θα πρέπει πάντως να τονιστεί ότι οι οριοθετήσεις αυτές αποτελούν περισσότερο θεωρητικές αναγνωρίσεις της έννοιας της ευθανασίας , που στην πράξη σαφώς επικαλύπτονται . Έτσι , σε πολλές περιπτώσεις παρατηρείται μία περιοχή (γκρίζα περιοχή). Αυτό παρατηρείται π.χ. στην περίπτωση κατά την οποία χορηγείται παυσίπονο , το οποίο επιταχύνει το θάνατο ή στην εκούσια ευθανασία, που διακόπτεται η αγωγή σε άρρωστο που βρίσκεται σε κώμα .(ευθανασία:η ηθική του τέλους της ζωής)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΕΙΔΗ ΘΑΝΑΤΟΥ- Η ΣΤΙΓΜΗ ΤΗΣ ΕΚΠΝΟΗΣ

4.1.Είδη θανάτου

Η διαπίστωση και η διάγνωση του θανάτου είναι μια διαδικασία που την αναλαμβάνει ο θεράπωντος ιατρός του ασθενή λαμβάνοντας υπόψιν του ορισμένα κριτήρια, τα οποία δύνανται να πιστοποιήσουν την κατάληξη του ασθενή, τον θάνατό του. Τα κριτήρια αυτά προσαρμόζονται και αναθεωρούνται με την εξέλιξη της επιστήμης της Ιατρικής.

Τα προηγούμενα αποδεκτά κριτήρια μέχρι πριν μερικές δεκαετίες ήταν απόλυτα και κοινά αποδεκτά: «η παύση της κινούσης το αίμα καρδιακής λειτουργίας με απουσία παλμού και πτώση της αρτηριακής πίεσεως, της λειτουργίας της αναπνοής, του εγκεφάλου, των νεφρών, του ήπατος. Ήταν σαφές ότι μετά την παύση της καρδιακής λειτουργίας και της αναπνοής, ακολουθούσε ο θάνατος του εγκεφάλου, μετά την παρέλευση λίγων λεπτών»(Αβραμίδης Αθ.«Ευθανασία»,εκδ.Ακρίτας 1995,σελ.33)

Επιπλέον, σύμφωνα με τον Δρακόπουλο στην πλειοψηφία τους οι άνθρωποι πεθαίνουν με την κλασική έννοια του θανάτου. Διάφορες παθήσεις, όπως έμφραγμα του μυοκαρδίου, πνευμονική εμβολή, ανακοπή, οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια έχουν ως αποτέλεσμα την οριστική παύση των

ζωτικών λειτουργιών του ανθρώπινου οργανισμού, δηλαδή της αναπνοής και της καρδιακής λειτουργίας(Δρακόπουλος Σπ., Πειραϊκή Εκκλησία, Νοέμβριος 1993).

Η επιστήμη της Ιατρικής όμως, ακολουθεί την εξελικτική πορεία της τεχνολογίας και πλέον δύναται να παράσχει στο ασθενές άτομο καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση σε περίπτωση καρδιακής ανακοπής με την υποστήριξη υψηλών μέσων τεχνολογίας και τεχνικών ανάνηψης, τα οποία μπορούν να διατηρήσουν τις ζωτικές λειτουργίες του ασθενή ακόμα και όταν βρίσκεται σε κωματώδη κατάσταση.

Σύμφωνα με τα παραπάνω δεδομένα η διάγνωση του θανάτου ποικίλει καθώς αναφερόμαστε στην διακοπή λειτουργίας της καρδιάς και του εγκεφάλου, που είναι δυο διαφορετικοί θάνατοι με διαφορετικές επιπτώσεις στον ανθρώπινο οργανισμό, αναστρέψιμες και μη. Μιλάμε δηλαδή για τον καρδιακό και τον εγκεφαλικό θάνατο , των οποίων η ανάλυση ακολουθεί παρακάτω.

4.1.1. ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ

Σύμφωνα με τον Αβραμίδη στο βιβλίο του για την ευθανασία, «κλινικά νεκρό» μπορούμε να χαρακτηρίσουμε ένα άτομο όταν έχει επέλθει παύση της καρδιακής λειτουργίας του με το κρίσιμο σημείο προτού επέλθει και ο εγκεφαλικός θάνατος. Το χρονικό διάστημα από την καρδιακή ανακοπή μέχρι και την εγκεφαλική είναι 4-5 λεπτά της ώρας. Από τη στιγμή που θα σημειωθεί παύση της καρδιάς τίθεται σε λειτουργία η μηχανική υποστήριξη του καρδιακοαναπνευστικού συστήματος

του ασθενή με αποτέλεσμα την επαναφορά του ατόμου στη ζωή. Σε περίπτωση που δεν γίνει κάτι τέτοιο εφικτό τότε επέρχεται ο εγκεφαλικός θάνατος που είναι και οριστικός, μη αναστρέψιμος.

Η επαναφορά του κλινικά νεκρού ασθενή με την τεχνολογική μέθοδο μπορεί να δημιουργήσει ορισμένα προβλήματα κατά τον Αβραμίδη, όπως το ότι τα επερχόμενα αυτά άτομα δεν είχαν αυτόνομη καρδιακή λειτουργία και ότι συχνά παρουσίαζαν μη ανατάξιμες βλάβες του εγκεφάλου που έφτασαν μέχρι και χωρίς καμία δυνατότητα να αποκτήσουν τις αισθήσεις τους (Αβραμίδης Αθ. «Ευθανασία», εκδ.Ακρίτας 1995, σελ.34-35). Τα αποτελέσματα αυτά έχουν την επίδρασή τους και στο οικογενειακό και συγγενικό περιβάλλον του ασθενή δημιουργώντας θέματα οικονομικής, ηθικής, κοινωνικής και νομικής φύσεως με αντίκτυπο την οικογένεια του, καθώς το νοσηλευόμενο άτομο, που υποστηρίζεται μηχανικά δεν έχει την ικανότητα επιλογής και απόφασης για την κατάσταση στην οποία βρίσκεται και τη δυνατότητα επίλυσης των προβλημάτων που απορρέουν από αυτήν.

Για τους παραπάνω λόγους, ο θεράπων ιατρός βρίσκεται συχνά σε δίλημμα για το αν θα πρέπει να παραταθεί η ζωή του κλινικά νεκρού ασθενή, που εμπίπτει στη δική του ευθύνη και αρμοδιότητα, έστω και με την μηχανική υποστήριξη αναλογιζόμενος τα επακόλουθα προβλήματα που δημιουργούνται με την παράτασή αυτή.

Η ελληνική νομοθεσία κατανοώντας τη σοβαρότητα της προαναφερθείσας κατάστασης εξασφάλισε ασφαλιστικές δικλείδες προστατεύοντας με τον τρόπο αυτό τόσο το ιατρικό προσωπικό όσο και τα δικαιώματα του εκάστοτε ασθενή. Πλήρης αναφορά του συγκεκριμένου θέματος θα ακολουθήσει σε επόμενο κεφάλαιο.

4.1.2. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ

Απαραίτητο για την κατανόηση της έννοιας του εγκεφαλικού θανάτου είναι η προσπάθεια να περιγραφθεί σύντομα η εγκεφαλική λειτουργία και οι επιπτώσεις καταστροφής διάφορων ζωτικών εγκεφαλικών στελεχών.

Ο εγκέφαλος αποτελείται από δυο ημισφαίρια ελέγχοντας ζωτικές λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού, όπως είναι η καρδιακή, η αναπνευστική, η συνειδησιακή λειτουργία. Το ένα ημισφαίριο ελέγχει την αναπνοή και την καρδιά. Όταν λοιπόν, καταστραφεί το ημισφαίριο αυτό τότε το άτομο δεν μπορεί να ζήσει παρά μόνο υποστηριζόμενο με τεχνικά μέσα διατηρώντας κατά αυτό τον τρόπο το άλλο ημισφαίριο σε κατάσταση ενεργή. Έτσι, ενώ το άτομο είναι κλινικά νεκρό, παράλληλα είναι εγκεφαλικά ζων. Με την ολική ή μερική καταστροφή του εγκεφάλου το άτομο χάνει την βιολογική του αυτονομία, την νοητική, συναισθηματική και συνειδησιακή του δραστηριότητα, δεδομένο το οποίο οδήγησε σε ποικίλα ερωτηματικά για το πότε ο θάνατος είναι οριστικός. Συμπερασματικά, η οριστική και μη αναστρέψιμη βλάβη των δυο ημισφαιρίων του εγκεφάλου, και των εγκεφαλικών στελεχών, ονομάζεται

«εγκεφαλικός θάνατος»(Παπαγεωργίου Γ.,Πειραιϊκή Εκκλησία, Σεπτέμβριος 1996,σελ.89-90).

Ο εγκεφαλικός θάνατος (Brain death, brain stem death) είναι ο κοινά αποδεκτός ορισμός του θανάτου τα τελευταία είκοσι χρόνια τόσο από την νομοθεσία όσο και από την ιατρική επιστήμη. Η κατάσταση κατά την οποία το άτομο ζει μόνο εγκεφαλικά ενώ είναι κλινικά νεκρό και υποστηρίζεται από τεχνικά μέσα είναι μια τεράστια επιστημονική επίτευξη. Ένα από τα οφέλη που αξίζει να αναφερθεί είναι η μεταμόσχευση, η οποία μπορεί να εφαρμοστεί μόνο όταν το άτομο είναι έστω εγκεφαλικά εν ζωή. Στην περίπτωση αυτή ακολουθείται μια ακριβέστατη διαδικασία ώστε να επιτευχθεί η γρήγορη και ασφαλής αφαίρεση κάποιου ζωτικού οργάνου του κλινικά ασθενή και να γίνει η μεταμόσχευσή του σε κάποιον άλλο που χρήζει άμεσα του οργάνου.

Παρόλο όμως, που η μεταμόσχευση είναι μια πηγαία επίτευξη πολλοί είναι εκείνοι που θεωρούν πως η έννοια του όρου εγκεφαλικός θάνατος εξυπηρετεί την διαδικασία της μεταμόσχευσης και την ταυτίζουν με την έννοια της ευθανασίας.

4.2.Η στιγμή της εκπνοής

4.2.1. Ο ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΣ ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο κλασικός ορισμός της στιγμής της εκπνοής διατυπώθηκε γύρω στο 500 π.Χ. από τον Ιπποκράτη, περιγράφοντας τα συμπτώματα και τα εμφανή σημάδια που παρουσιάζει το άτομο που πεθαίνει:

«μέτωπο ρυτιδωμένο και στεγνό, μάτια άδεια, μύτη σουβλερή με χρώμα υπόμαυρο, κρόταφοι βαθουλωμένοι, κούφιοι και ρυτιδωμένοι, πηγούνι ρυτιδωμένο και σκιώδες, επιδερμίδα στεγνή, πελιδνή και μελανιασμένη, τρίχες των ρουθουνιών και των φρυδιών στρωμένες με ένα είδος θαμπής λευκής σκόνης, όψη έντονα στρεβλωμένη και δυσαναγνωρίσιμη».

Κατά τον Ιπποκράτη, ο θάνατος είναι το ολέθριο, απρόβλεπτο, απροσδόκητο γεγονός, ο εχθρός που επέρχεται αιφνιδιαστικά.

Οι απόψεις και ο ορισμός που αποδίδει ο Ιπποκράτης για την στιγμή της εκπνοής έχουν υπάρξει σημεία έντονης κριτικής από άλλους θεωρητικούς και επιστήμονες. Για παράδειγμα, πάνω στην παραπάνω άποψη ότι ο θάνατος είναι ένα αιφνίδιο γεγονός, ο Bichat αναφέρει ότι ο θάνατος είναι μια αργή διαδικασία, μία «χρονολογία», και όχι ένα γεγονός «χωρίς διάρκεια». Επιπλέον, ο ορισμός του Ιπποκράτη επικεντρώνεται μόνο στα εξωτερικά και εμφανή σημάδια του ατόμου, που πεθαίνει, χωρίς να δίνει έμφαση και στην ψυχική υπόσταση του οργανισμού. Η συνείδηση κατέχει, κυβερνά το σώμα σε μεγάλο βαθμό. Ωστόσο, δεν μπορεί να ενεργοποιηθεί, άρα να υπάρχει χωρίς αυτό: ο άνθρωπος είναι το σώμα του. Μακριά από αυτό χάνει την υποστασιακή του ακεραιότητα. Το

ανθρώπινο σύνθεμα αποβαίνει αδιανόητο έξω από αυτή την «συνυποστασιακότητα».

Το Γαλλικό Λεξικό Ιατρικής και Βιολογίας ορίζει την στιγμή της εκπνοής ως την πλήρη και οριστική διακοπή των ζωτικών λειτουργιών του ζωντανού οργανισμού σε συνδυασμό με την απώλεια της λειτουργικής του συνοχής και τη σταδιακή καταστροφή των ομάδων των ιστών, καθώς και των κυτταρικών μονάδων του (Dictionnaire francais de medicine et de biologie, Masson, 1970, τ. II, σελ. 862-863).

Το γαλλικό και το αμερικάνικο δίκαιο έχουν προβλέψει τον τρόπο και την ακριβή διαδικασία διάγνωσης του θανάτου από τον γιατρό, τόσο ιατρικά όσο και νομικά. Στη Γαλλία ο τρόπος ενέργειας του γιατρού σε περίπτωση θανάτου καθορίζεται από τα διατάγματα της 27^{ης} Απριλίου 1899 και της 31^{ης} Δεκεμβρίου 1941. Σε περίπτωση θανάτου ο γιατρός καλείται να εκτελέσει δύο πράξεις:

1. Αφού διαπιστώσει την εκπνοή και βεβαιωθεί ότι ο θάνατος είναι οριστικός και μη αναστρέψιμος, τότε υποχρεούται να συμπληρώσει και να καταχωρήσει το περιστατικό σε ένα ονομαστικό πιστοποιητικό, το οποίο είναι απαραίτητο για την σύνταξη του πιστοποιητικού του θανάτου. Το πιστοποιητικό αυτό μόνο επιτρέπει την άδεια ταφής. Στο έντυπο αυτό ο γιατρός φέρει την υποχρέωση της υπογραφής του.
2. Απαραίτητη στο σημείο αυτό είναι η σύνταξη του πιστοποιητικού θανάτου με αναγραφόμενη υποχρεωτικά την αιτία του θανάτου, δηλαδή, ασθένεια ή τραυματισμός, περιέχοντας προαιρετικά την διάγνωση καθώς και την υπογραφή του γιατρού.

4.2.2 Κριτήρια διάγνωσης θανάτου

Η διακήρυξη του Χάρβαρντ, με ειδική ανακοίνωσή της στις 5 Αυγούστου 1968 προσπάθησε να προσδιορίσει την έννοια του θανάτου και του μη αναστρέψιμου κώματος. Αναφέρεται στη στιγμή της εκπνοής τη στιγμή του θανάτου. Πολλές ήταν οι διατυπώσεις ειδικών πάνω στο θέμα αυτό και κυρίως στα κριτήρια διάγνωσης του θανάτου. Η διακήρυξη, λοιπόν, του Χάρβαρντ εμπειριστικώς κατέληξε στα εξής τέσσερα κριτήρια διάγνωσης.

1. Μη-προσληπτικότητα και μη-απόκριση

Ο εκπνοών ασθενής παρουσιάζει πλήρη έλλειψη αντιδράσεων σε εσωτερικά και εξωτερικά ερεθίσματα. Δεν αποκρίνεται με κανέναν δυνατό τρόπο σε οποιαδήποτε προκαλούμενο ερέθισμα ή πόνο.

2. Απουσία αναπνευστικών κινήσεων.

Παρατηρείται η απουσία αυθόρμητης κίνησης των μυών και της αναπνοής. Ο ασθενής τοποθετείται σε αναπνευστική συσκευή. Διακόπτεται η λειτουργία της συσκευής και διαπιστώνεται η πλήρης ή μη απουσία αυθόρμητης αναπνοής με τον εξής τρόπο: για τρία λεπτά διακόπτεται η παροχή ηλεκτρικού ρεύματος στη συσκευή και παρατηρούμε κατά το διάστημα αυτό αν ο ασθενής επιχειρεί να αναπνεύσει αυθόρμητα.

3. Απουσία αντανακλαστικών:

Τα κύρια χαρακτηριστικά που υποδηλώνουν την πλήρη απουσία αντανακλαστικών είναι: Η κόρη του ματιού παραμένει ακίνητη και διασταλμένη και δεν αντιδρά σε καμία άμεση πηγή έντονου φωτός. Ο γιατρός στρέφει το κεφάλι του αρρώστου και βρέχει τα αφτιά του με

παγωμένο νερό· καμιά κίνηση των βλεφάρων. Απουσία αντανακλαστικού του κερατοειδούς του φάρυγγα και των τενόντων· μη δυνατότητα πρόκλησης, με τη βοήθεια σφυριού, μυϊκής συστολής. Το πελματικό ερέθισμα μένει χωρίς απόκριση.

4. Επίπεδο εγκεφαλογράφημα:

Στο σημείο αυτό ο θεράπων ιατρός χρησιμοποιεί το ισοηλεκτρικό ή επίπεδο εγκεφαλογράφημα. Όταν ο ασθενής είναι νεκρός δεν παρουσιάζεται καμία εγκεφαλογραφική απόκριση στους θορύβους και στους νυγμούς. Οι ενδείξεις οι οποίες αποδεικνύουν τη μη αναστρέψιμη καταστροφή του εγκεφάλου ισχύουν καθολικά, εκτός από δύο περιπτώσεις: Πρώτο: όταν έχουμε υποθερμία, δηλαδή όταν η θερμοκρασία του σώματος είναι χαμηλότερη από τους 32,2 βαθμούς εκατοστιαίας κλίμακας. Δεύτερο: όταν έχουμε επίδραση παραγόντων κατατονίας, όπως τα βαρβιτουρικά, πάνω στο κεντρικό νευρικό σύστημα.

Σύμφωνα με τη νομοθεσία του Κάνσας KSA 77-202 («Έθνος») αναφέρεται ότι:

Ένα πρόσωπο θεωρείται νεκρό, εφόσον απουσιάζουν η αυθόρμητη αναπνοή και οι καρδιοσυστολές· εφόσον ο χρόνος που πέρασε από τη στιγμή της διακοπής των λειτουργιών δεν επιτρέπει να ελπίζουμε σε επανάληψή τους.

Ένα πρόσωπο θεωρείται νεκρό, εφόσον απουσιάζουν οι αυθόρμητες εγκεφαλικές λειτουργίες· ο γιατρός δοκίμασε να διατηρήσει ή να διεγείρει τις κυκλοφοριακές λειτουργίες και οι προσπάθειες αποδείχθηκαν χωρίς αποτέλεσμα. Ο θάνατος πρέπει να κηρυχτεί πριν διακοπεί η λειτουργία τεχνητών μέσων αναπνευστικής και κυκλοφοριακής βοήθειας, καθώς και πριν αφαιρεθεί οποιοδήποτε ζωτικό όργανο για μεταμοσχευτική χρήση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΘΡΗΣΚΕΙΑ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Εισαγωγή

Η χριστιανική εκκλησία τάσσεται εναντίον κάθε μορφής ευθανασίας , ενώ αγγίζει το θέμα αυτό , από την ηθική κυρίως πλευρά .

Πιο συγκεκριμένα, με βάση τη χριστιανική διδασκαλία , ο άνθρωπος έχει δημιουργηθεί «κατ'είκόνα και ομοίωσιν» του Θεού και ζωή του είναι απόλυτα ιερή και απαραβίαστη.

Κανείς δεν μπορεί να αποπειραθεί κατά της ζωής ενός ανθρώπου χωρίς να αντιταχθεί στην αγάπη του Θεού γι' αυτόν και χωρίς να διαπράξει ένα βαρύτατο έγκλημα. Επιπλέον, ο θεληματικός θάνατος ή η αυτοκτονία είναι το ίδιο απαράδεκτος, όσο και η ανθρωποκτονία. Μία τέτοια πράξη, αποτελεί άρνηση της κυριαρχίας του Θεού. Η χριστιανική τοποθέτηση απέναντι στη και στο θάνατο, δεν μπορεί να στηρίξει την ευθανασία.(Χρ.Παρασκευαΐδης«Νεότερες όψεις του προβλήματος της ευθανασίας»,Αθήνα 1986, σελ. 16-17)

Για τον χριστιανό, δεν υπάρχει μόνο η φυσική ζωή με το βιολογικό της κύκλο. Πέραν από αυτή, υπάρχει η υπερφυσική-πνευματική ζωή. Συνεπώς, για τον πιστό η αληθής ευθανασία είναι «η εν Χριστώ εκδημία εκ του κόσμου τούτου», αυτή που οδηγεί στη μέλλουσα δόξα. «Η εν Χριστό εκδημία» είναι άσχετη με το βιολογικό τρόπο θανάτου. Οποιοσδήποτε θάνατος , είτε από

ασθένεια είτε από ατύχημα, είτε στη γεροντική ηλικία είτε στη νεότητα, μπορεί να είναι «εν Χριστώ τερματισμός της παρούσας ζωής». (Αβραμίδης Αθ. «ευθανασία», εκδ. Ακρίτας 1995, σελ. 59-62)

5.1.ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ ΕΔΑΦΙΑ ΤΗΣ ΑΓΙΑΣ ΓΡΑΦΗΣ, ΠΟΥ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

Η Αγία Γραφή και γενικότερα η χριστιανική διδασκαλία, αναπτύσσει σαφή επιχειρήματα ενάντια στη θανάτωση ενός ανθρώπου. Πιο συγκεκριμένα αναφέρεται στο (Κατά Ιωάννη ευαγγέλιο, 8 Κεφ. 44 Εδάφ.), ότι «ο διάβολος είναι εξαρχής ανθρωποκτόνος. Ο Θεός είναι ο πατέρας της ζωής, ενώ ο διάβολος είναι ο πατέρας του θανάτου». Εξάλλου μία εκ των δέκα εντολών του Θεού, που φανερώνουν τον τρόπο που θέλει ο Κύριος να ζούμε, είναι «ου φονεύσεις»

Με βάση τη διδασκαλία του Χριστιανισμού, ο Θεός είναι ο Κύριος των πάντων. Σ'αυτόν δίδεται η πλήρη κυριότητα της αφαίρεσης ή όχι της ζωής, αναφέροντας στο (Α Σαμουήλ 2 Κεφ. 6 Εδάφ.),ότι «ο Κύριος θανατώνει και ζωοποιεί.»Δηλαδή τα πάντα εξαρτώνται από τη βούληση του Θεού.

Κανείς δεν έχει το δικαίωμα να φθείρει τη ζωή ενός ανθρώπου, όποια κι αν είναι, με οποιονδήποτε τρόπο και υπό οποιεσδήποτε συνθήκες ή προϋποθέσεις. «Δεν ξέρετε ότι το σώμα σας είναι ναός του Θεού; Αν κάποιος φθείρει τον ναό του Θεού, τούτον θα τον φθείρει ο Θεός», (Α Κορινθίους 3 Κεφ. 17Εδάφ.

Με βάση την ορθή Χριστιανική διδασκαλία, κάθε ζωή έχει άπειρη αξία ακόμη κι αν φαίνεται ότι δεν αξίζει τίποτα.

5.1.1. Η ΑΡΝΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΗΣ

Με βάση την άποψη του ψυχιάτρου Peck, «η ευθανασία, όπως ορίζεται, είναι μια μορφή αυτοκτονίας. Βέβαια, η δυστυχία αυτών που αυτοκτονούν μπορεί να είναι τρομερή και οι αυτοκτονίες συχνά αξίζουν τη συμπάθειά μας, γι' αυτό στόχος μου είναι να καταδικάσω το αμάρτημα, όχι τον αμαρτωλό. Ωστόσο, - συνεχίζει ο Peck-θεωρώ τις περισσότερες αυτοκτονίες ως αμαρτία και συγκεκριμένα, την αμαρτία της αλαζονείας. Είτε το συνειδητοποιούν είτε όχι, αυτό που λένε στον εαυτό τους οι περισσότεροι άνθρωποι που αυτοκτονούν είναι: «Δική μου είναι η ζωή και την κάνω ό,τι θέλω. Μια και είμαι δημιουργός του εαυτού μου, έχω το δικαίωμα να είμαι και δέμιός του». Αυτή είναι αλαζονεία σε απίστευτο βαθμό.» (Peck σελ. 185)

Δεν είμαστε δημιουργοί του εαυτού μας. Δεν μπορούμε να δημιουργήσουμε τον εαυτό μας, όπως δεν μπορούμε να δημιουργήσουμε ένα τριαντάφυλλο ή έναν κρίνο. Κατά τον τρόπο, που μπορούμε να ποτίσουμε και να φροντίσουμε λουλούδια, αλλά δεν μπορούμε να τα δημιουργήσουμε, έτσι μπορούμε να θρέψουμε και φροντίσουμε τον εαυτό μας, αλλά δεν είμαστε ούτε δημιουργήματα, ούτε κτήματα του εαυτού μας. Ο Θεός μας δημιούργησε και

Αυτός, έχει μερίδιο στην ύπαρξή μας. Κατ'επέκταση, σκοτώνοντας τον εαυτό μας, αρνούμαστε το Θεό. (Peck σελ. 186)

5.2.ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΙΣΤΙΑΝΙΚΗΣ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ ΣΤΑ ΔΙΑΦΟΡΑ ΕΙΔΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

α. Ενάντια στη λεγόμενη κοινωνική ή ευγονική ευθανασία.

Για τη θρησκεία όχι μόνο η θανάτωση ζωντανών ελαττωματικών ατόμων αποτελεί έγκλημα, αλλά και η θανάτωση εμβρύων, που πιθανόν να γεννηθούν ελαττωματικά. Αυτό γιατί, ενώ κάποιοι χαρακτηρίζουν ορισμένες σωματικές ατέλειες ή αναπηρίες ως τερατομορφισμούς, κατά την Ορθοδοξία, ένα παραμορφωμένο ή ανάπηρο άτομο, μπορεί να κρύβει μια όμορφη και άγια ψυχή. Στον άνθρωπο δεν βαραίνουν τόσο οι σωματικές αναπηρίες και οι διανοητικές ικανότητες. Πιο μεγάλη αξία έχει η ικανότητα της αγάπης, της θυσίας, της υπομονής. Συναισθήματα που έχουν το δικαίωμα να ζήσουν ανεξαιρέτως όλοι οι άνθρωποι, άρρωστοι ή υγιείς. (Γ.Β.Μελέτη «Τι γίνεται μετά το θάνατο;» Εκδ. Ζωή, σελ. 246-248)

β. Ενάντια στην ενεργητική ευθανασία.

Η άμεση θανάτωση με κάποια ένεση ή άλλο μέσο, ατόμου που οδεύει προς τον θάνατο, μέσω πόνων και βασάνων, είναι φόνος και σαφώς αντίκειται στη Θεία εντολή «ου φονεύσεις» (Μητσόπουλος Ν. Αθήνα 1980, σελ. 101).

γ. Παθητική ευθανασία και νεότερες αντιλήψεις.

Η παθητική ευθανασία, απεκρούετο από το χώρο της εκκλησίας μέχρι το 1957. Κατά το έτος αυτό, ο Πάπας Πίος ο XII, προσφωνώντας τα μέλη του ΙΧ Εθνικού συνεδρίου της εταιρείας Ιταλών αναισθησιολόγων, τόνισε: «Είναι ηθικώς αποδεκτή η χορήγηση καταπραϋντικών φαρμάκων, για τους πόνους των βαριά ασθενών, ακόμα και αν προβλέπεται ότι αυτή η φαρμακευτική αγωγή θα έχει ως συνέπεια την επίσπευση του θανάτου.»

Από τότε η θρησκεία έχει δεχτεί την εφαρμογή της παθητικής ευθανασίας, αλλά πάντα υπό ορισμένες προϋποθέσεις:

-Ο ασθενής να έχει απαιτήσει προκειμένου να θεραπευτεί, τη χρήση όλων των υπάρχοντων δυνατών μέσων.

-Να έχουν αποκλειστεί όλα τα ωφελιμιστικά κίνητρα, από το θάνατο του ασθενούς. Όταν δηλαδή, εν ονόματι της παθητικής ευθανασίας πεθαίνουν άνθρωποι, γιατί με την παράταση της ζωής τους, επιβαρύνουν τον προϋπολογισμό του κράτους και, επιπλέον, γιατί δεν μπορούν να συμβάλλουν στην οικονομική ανάπτυξη του κράτους. Επίσης, να έχει αποκλειστεί ενδεχόμενη συσχέτιση της παθητικής ευθανασίας με τις μεταμοσχεύσεις οργάνων, των ατόμων που βρίσκονται στη διαδικασία του θανάτου. Δηλαδή, όταν ψυχρά και ωφελιμιστικά επισπεύδεται ο θάνατος, όχι για να μην ταλαιπωρηθεί ο ασθενής, αλλά κυρίως για να εξυπηρετηθεί κάποιο άλλο άτομο.(Χρονόπουλος Ν. «Το πρόβλημα της ευθανασίας»Αθήνα 1980, σελ. 15-32)

Η παθητική ευθανασία γίνεται καθαρά αποδεκτή από τη θρησκεία, μόνον κατά την περίπτωση που έχει επέλθει νέκρωση του εγκεφάλου του ασθενούς και η ζωή του έχει περιοριστεί στις στοιχειώδεις βιολογικές λειτουργίες(με τεχνική υποστήριξη). Σε αυτές και μόνο τις περιπτώσεις ενδείκνυται η διακοπή της

εφαρμοζόμενης θεραπείας, γιατί η συνέχισή της δεν συντελεί, παρά στην τεχνητή υποστήριξη της ζωής ενός ανθρώπου, ο οποίος είναι ουσιαστικά νεκρός. Σε κάθε άλλη περίπτωση, η διακοπή ή άρνηση της θεραπείας δεν είναι παθητική, αλλά ενεργητική ευθανασία και γι' αυτό απορρίπτεται.

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

5.3. ΠΟΙΑ Η ΕΠΙΣΗΜΗ ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ;

Η εκκλησία έχει καθήκον να καθησυχάσει τις συνειδήσεις των περισσότερων, με το να διακηρύξει επίσημα τις θέσεις της σε θέματα, που αφορούν τόσο τον εγκεφαλικό θάνατο όσο το αν επιτρέπεται ή όχι η μεταμόσχευση οργάνων.

Με βάση ομόφωνα επιστημονικά κριτήρια, ένα άτομο είναι νεκρό όταν υπέστη:

- Μη αναστρέψιμη παύση της καρδιακής ή αναπνευστικής λειτουργίας ή
- Μη αναστρέψιμη παύση, όλων των λειτουργιών του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου και του εγκεφαλικού στελέχους. Απαιτείται επομένως,

κάτι παραπάνω από τη μη αναστρέψιμη παύση όλων των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους. Και όταν συμβεί αυτό με το εγκεφαλικό στέλεχος, καταργείται η αυτόματη αναπνοή σε δεύτερο στάδιο, ακολουθεί η κατάργηση της κυκλοφορίας και ύστερα οι λειτουργίες των ανωτέρων τμημάτων των ημισφαιρίων του εγκεφάλου. Άρα, με την επέλευση της νεκρώσεως του στελέχους του εγκεφάλου δεν επέρχεται την ίδια στιγμή ο θάνατος, αλλά λίγο αργότερα.

Στις περιπτώσεις αυτές, καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια να διατηρηθούν τα όργανά του ζωντανά, και δεν είναι, τουλάχιστον ακόμη, πρωματικά, όταν παραχωρούνται για μεταμόσχευση. Αυτό είναι ένα πολύ σοβαρό θέμα, που προκαλεί προβλήματα ηθικής τάξεως.

Επίσης, βασικό είναι το ερώτημα του *πότε ξεψυχάει ο άνθρωπος*. Η θέση της εκκλησίας για το πότε «μπαίνει» η ψυχή στον άνθρωπο είναι σαφής: «εξ άκρας συλλήψεως». Πότε, όμως, βγαίνει; Αν και πλέον έχει γίνει επίσημα δεκτός, ως θάνατος του ανθρώπου ο εγκεφαλικός θάνατος, πολλοί εναντιώνονται. Το θεωρούν ως...επιπόνηση προς εξυπηρέτηση άλλων σκοπών, δημιουργώντας πολλούς προβληματισμούς.

5.4. ΑΠΟΨΕΙΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΘΡΗΣΚΕΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Ισλαμισμός: Το Κοράνιο δηλώνει, ότι «δεν πρέπει να αφαιρείται ζωή που έχει δημιουργηθεί από τον Αλλάχ, εκτός από την περίπτωση απόδοσης δικαιοσύνης». «Μιας και δεν δημιουργούμε εμείς τους εαυτούς μας, δεν μας ανήκουν τα σώματά μας». Η προσπάθεια αφαίρεσης ζωής είναι έγκλημα στον Ισλαμισμό, καθώς και θανάσιμο αμάρτημα. Το Κοράνιο λέει: «Μην καταστρέφεται τους εαυτούς σας , γιατί ο Αλλάχ είναι σ'εσάς πολύ οικτίρμον» (Κοράνιο 4:29). Η άποψη ότι κάποιος δεν αξίζει να ζει, δεν υπάρχει στον Ισλαμισμό.

Καθολική εκκλησία:Ο Θεός έχει την κύρια ευθύνη για τη ζωή του καθενός, καθώς Αυτός τη δίνει. Ο Θεός είναι ο κυρίαρχος της ζωής και κατ'επέκταση, ο κυρίαρχος των πάντων.

Είμαστε υποχρεωμένοι να αποδεχόμαστε με ευγνωμοσύνη τη ζωή και να την αφιερώνουμε, για την τιμή Του και για τη σωτηρία των ψυχών μας. Είμαστε παραλήπτες αλλά όχι ιδιοκτήτες της ζωής, που ο Θεός μας έχει εμπιστευτεί. Γι'αυτό το λόγο, δεν έχουμε κανένα δικαίωμα να την απορρίπτουμε.

Μεμονίτες:Η επιτροπή των Μεμονιτών, εξέδωσε μια δήλωση σχετικά με την ευθανασία, το 1995. Η πεποίθησή τους είναι, ότι ο πόνος, η απομόνωση και ο φόβος είναι οι κύριοι παράγοντες, ωθούν τους ασθενείς σε τελικό στάδιο, να σκέφτονται την αυτοκτονία. Πιστεύουν ότι η πολιτεία δεν θα πρέπει να

«διευκολύνει» την αυτοκτονία, παρά να ελέγχει τον σωματικό και συναισθηματικό πόνο και να παρέχει υποστήριξη στον ασθενή, με την εγκατάσταση μιας κοινότητας φροντίδας.

Λουθηρανική εκκλησία: Η θεολογική επιτροπή της Λουθηρανικής εκκλησίας, εξέδωσε μία αναφορά στο θέμα της ευθανασίας:

Απορρίπτει την ευθανασία, γιατί περικλείει την αυτοκτονία ή/και τον φόνο. Κατ'αυτόν τον τρόπο, αντιτίθεται στον νόμο του Θεού. Με το να υποφέρει κάποιος, του δίνεται η ευκαιρία για χριστιανική μαρτυρία και υπηρεσία.

Ο Στρατός της Σωτηρίας: Ο Στρατός της Σωτηρίας πιστεύει, ότι οι άνθρωποι δεν έχουν το δικαίωμα να πεθάνουν μετά από προσωπική τους απόφαση. Μόνον ο Θεός είναι ο Κύριος της ζωής και του θανάτου.

Ορθόδοξος Ιουδαϊσμός: Η Ένωση των εκκλησιών του Ορθόδοξου Ιουδαϊσμού, συμπλήρωσαν μια δικογραφία τον Νοέμβριο του 1997 προς το Ανώτατο Δικαστήριο, αναφερόμενοι σε νόμους, οι οποίοι απαγορεύουν την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Ο Nathan Diament, προϊστάμενος του Ινστιτούτου δημοσίων υποθέσεων, δήλωσε:

Αυτό είναι ένα θέμα μεγάλης ηθικής σημασίας, για το οποίο η ιουδαϊκή παράδοση, έχει σαφείς αναφορές. Πιστεύουμε, ότι η αναγνώριση του δικαιώματος του οικειοθελούς θανάτου, των ασθενών σε τελικό στάδιο, αποτελεί ξεκάθαρη δήλωση, ενάντια στην αναγνώριση της ιερότητας της ανθρώπινης ζωής.

5.5. Η ΑΠΟΨΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΟΣΩΝ ΑΝΤΙΚΡΟΥΟΥΝ ΤΗ ΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ

Εν γένει, η άποψη της εκκλησίας είναι, ότι η ζωή είναι ένα δώρο από τον Θεό και κάθε άτομο, είναι μοναδικό. Μόνον ο Θεός μπορεί να δώσει μια ζωή και μόνον ο Θεός μπορεί να επιτρέψει τον τερματισμό αυτής. Ένα που διαπράττει αυτοκτονία, διαπράττει παράλληλα και μία αυτοκτονία.

Ο Θεός δεν μας στέλνει κάποια δοκιμασία που δεν μπορούμε να αντέξουμε, ενώ πάντα συμπαραστέκεται στους ανθρώπους που υποφέρουν. Η ενεργώς αναζήτηση ενός τρόπου να δοθεί τέλος στη ζωή, αντιπροσωπεύει την έλλειψη εμπιστοσύνης στην υπόσχεση του Θεού.

Φυσικά, υπάρχει ένα δεδομένο και αναπτυσσόμενο ποσοστό από αγνωστικιστές, αθεϊστές, ανθρωπιστές, μη Χριστιανούς, που δεν αποδέχονται αυτές τις αντιλήψεις που βασίζονται στη θεολογία.

Διαφωνούν κυρίως στο εξής:

Θεωρούν, ότι κάθε άτομο έχει αυτονομία πάνω στη δική του ζωή. Άτομα των οποίων η ποιότητα ζωής είναι ανύπαρκτη, θα έπρεπε να έχουν το δικαίωμα, να αποφασίσουν να αυτοκτονήσουν και να αναζητήσουν, βοήθεια σε αυτό το θέμα, εάν είναι απαραίτητο.

Μερικές φορές, μια ανίατη ασθένεια είναι τόσο επώδυνη, που κάνει τη ζωή να μοιάζει με αβάσταχτο μαρτύριο. Ο θάνατος σ'αυτή την περίπτωση θα πρέπει να εκπροσωπεί την ανακούφιση, από έναν μη ανεκτό πόνο, καθώς είναι ανώφελο, το άτομο να υφίσταται μια βασανιστική, παρατεταμένη, με αναπόφευκτο τέλος ζωή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ηθική και ψυχολογική διάσταση του προβλήματος της ευθανασίας, προκάλεσε πολλές διαμάχες και έδωσε το υλικό, για θεμελιωμένα αλλά διαμετρικά αντίθετα μεταξύ τους επιχειρήματα. Οι οπαδοί της ευθανασίας υποστηρίζουν, σε περίπτωση οδυνηρής και αποδεδειγμένα ανίατης πάθησης, η ζωή παύει να αποτελεί αγαθό και καταντά αβάσταχτο ψυχικό και σωματικό μαρτύριο, οπότε η ευθανασία, ως λύτρωση από τα δεινά, όχι μόνο δεν είναι πράξη ηθικά κολάσιμη, αλλά και προβάλλει ως καθήκον, για λόγους καθαρά ανθρωπιστικούς.

Κατά τους οπαδούς της ευθανασίας, η καθιέρωση του μέτρου, θα αποτελούσε ορθολογική πράξη φιλανθρωπίας και θα προκαλούσε ανακούφιση στα μέλη της κοινωνίας, τα οποία θα ηρεμούσαν με τη σκέψη, ότι λειτουργούν μηχανισμοί, που κάποτε θα τα απαλλάξουν, από τις ενδεχόμενα φρικτές συνθήκες του αναπόφευκτου τέλους τις ζωής τους.

Οι αντίπαλοι της ευθανασίας απορρίπτουν την άποψη, σύμφωνα με την οποία κάτω από συνθήκες αβάσταχτου πόνου, η ζωή χάνει την αξία της και μετατρέπεται σε σωματικό και ψυχικό μαρτύριο. Κατ' αυτούς, η αποτίμηση της

αξίας ή της απαξίας μιας ζωής, ακόμη και της πιο βασανισμένης, δεν υπάγεται στην ανθρώπινη αρμοδιότητα. Εξάλλου, η καθιέρωση του μέτρου δεν θα μειώσει, αλλά θα επιτείνει κατά τη γνώμη τους το υπαρξιακό άγχος. Θα δημιουργήσει ζωηρότατες αμφιβολίες, κατά πόσο στην περίπτωση του κάθε ενδιαφερόμενου, θα ισχύσουν αλάνθαστα επιστημονικά και ανθρωπιστικά κριτήρια και όχι κοινωνικοοικονομικές ή και πολιτικές σκοπιμότητες.

Κανένας δεν μπορεί να εμπιστευτεί σε τρίτους-ιδιαίτερα σε μια ταραγμένη και ηθικά αφερέγγυα εποχή, κατά την οποία οι ηθικές αξίες παρουσιάζουν ρευστότητα-το δικαίωμα, να αποφασίζουν για τη δική του τη ζωή. Η προοπτική μάλιστα ενδεχόμενων καταχρήσεων, θα προκαλούσε καχυποψία και πανικό, ιδιαίτερα σε άτομα προχωρημένης ηλικίας και σε ασθενείς. (εγκυκλοπαίδεια: Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, σελ.97)

6.1. ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ

Πριν γίνει μια προσέγγιση του θέματος της ηθικής στον τομέα της ευθανασίας, χρήσιμος θα ήταν ένας καταρχήν προβληματισμός στα εξής ερωτήματα:

Ποια ανθρώπινη κατάσταση μπορεί να χαρακτηρίζεται ως αφόρητη και ποιος λόγος, ως επαρκής για την επιλογή της «λύσης», της ευθανασίας;

- ♦ Υπάρχει κάποιος, που μπορεί να βαφτίζεται, ως ειδήμων με δικαίωμα απόφασης σε ένα ζήτημα τόσο σοβαρό, όσο αυτό του τερματισμού της ζωής του συνανθρώπου του;

- ◆ Πριν την οριστική αυτή απόφαση, έχει εξαντληθεί κάθε άλλη δυνατότητα;
 - ◆ Ποιες είναι οι αναμενόμενες πιθανές ατομικές, αλλά και κοινωνικές συνέπειες;
 - ◆ Οι δικλείδες ασφαλείας της κοινωνικής συνοχής λειτουργούν ικανοποιητικά, ώστε να επιτρέψουν τέτοιες επιλογές;
- (Ευθανασία: η ηθική του τέλους της ζωής, σελ.238).

Είναι γεγονός, ότι ποτέ στο παρελθόν ο γιατρός δεν έχει έρθει, κατά την άσκηση της ιατρικής, αντιμέτωπος με τόσο μεγάλα διλήμματα ιατρογενούς ή και κοινωνικής προέλευσης, όσο σήμερα. Οι παράγοντες που οδηγούν στη δημιουργία των προβλημάτων αυτών, είναι πολλοί και ίσως, ως βασικότερος θα πρέπει να θεωρηθεί η πρόοδος της τεχνολογίας και παράλληλη αύξηση των ιατρικών γνώσεων. Οι εξελίξεις αυτές συνέβαλαν στην παράταση του χρόνου της ζωής των ανθρώπων, έτσι ώστε σήμερα ο άνθρωπος να είναι σε θέση, «να ρυθμίζει» τα χρονικά όρια της ζωής του. Ως συνέπεια αυτής της εξέλιξης παρουσιάστηκαν νέα διλήμματα και ηθικά ερωτήματα, μερικά από τα οποία πριν δέκα χρόνια δεν θέτονταν καν.

Η υψηλή τεχνολογία, μέσα από μια μακρά διαδρομή ενδιάμεσης διαβάθμισης υλικών, κατέληξε στα «μηχανήματα», τα οποία αντικαθιστούν τη λειτουργία κάποιων οργάνων, όπως η τεχνητή καρδιά, ο τεχνητός νεφρός, ο αναπνευστήρας, οι τεχνητές τροφές. Και αποτελεί όντως μια πραγματικότητα, ότι σήμερα με τη χρήση των μέσων αυτών, καθίσταται δυνατή η διατήρηση της βιολογικής ζωής, για δυνητικά αόριστο χρονικό διάστημα. Από την άλλη πλευρά όμως, η γενίκευση της χρήσης όλων αυτών των θεραπευτικών και διαγνωστικών μέσων υψηλής τεχνολογίας, συνεπάγονται την αύξηση του κόστους περίθαλψης. Δεν μπορεί να αμφισβητηθεί, το ότι η αύξηση των δαπανών για ακραίες ή και

μάταιες θεραπείες, αφαιρεί χρήματα από άλλες μορφές θεραπειών, που θα μπορούσαν να αποδώσουν στην κοινωνία άτομα με πλήρη υγεία.

Ο προβληματισμός για την ανάγκη δημιουργίας ενός κοινωνικού ή νομικού μηχανισμού, που σε ορισμένες περιπτώσεις θα νομιμοποιούσε κάποιες διαδικασίες, ίσως ακόμη και αυτή της ευθανασίας, για καθαρά ανθρωπιστικούς λόγους δεν έχει ακόμη τεθεί. Αν και απαραίτητη για τις διαδικασίες αυτές θεωρείται η αβίαστη συναίνεση του ίδιου του ασθενούς, ο προβληματισμός από μόνος του ήδη προκαλεί ατέλειωτες θεωρητικές αντιπαραθέσεις. Οι αντιπαραθέσεις αυτές κάθε άλλο παρά σε κοινής αποδοχής συμπεράσματα οδηγούν. (Ευθανασία: Η ηθική του τέλους της ζωής, σελ.241)

6.2.ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΣΩΣΤΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Οι γιατροί ανθρωπιστές Shavelson και Quill, είναι σθεναροί υποστηρικτές της ενημερωμένης συγκατάθεσης των ασθενών, δηλ. οι ασθενείς θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι για την κατάστασή τους και για κάθε πιθανή θεραπεία. Να μπορούν κατ' επέκταση, να μοιραστούν την ευθύνη της λήψης απόφασης με τους γιατρούς, ακόμη και μέχρι το σημείο να απορρίψουν τις συστάσεις των γιατρών τους. Σε περιπτώσεις ευθανασίας, μοιάζει για τους Shavelson και Quill αποκλειστικά ζήτημα παροχής ιατρικών δεδομένων, πληροφόρησης με άλλα λόγια τόσο για τις παρενέργειες όσο και το ενδεχόμενο θεραπείας ή ύφεσης των συμπτωμάτων. Βέβαια, αυτό δεν σημαίνει ότι ο γιατρός θα πρέπει κατ' ανάγκη,

να συγκατατεθεί στο αίτημα του ασθενή για ευθανασία. Για παράδειγμα θα μπορούσε να αποκριθεί λέγοντας: «Πιστεύω ότι τώρα είσαι πολύ καταθλιπτικός για να πάρεις μια απόφαση. Ας το ξανασκεφτούμε όταν δεν θα είσαι τόσο πεσμένος» ή «Δεν είμαι καθόλου σίγουρος ότι η κατάστασή σου είναι τόσο επιβαρημένη. Ας κάνουμε κάποιες εξετάσεις σε λίγες βδομάδες και μετά βλέπουμε που βρισκόμαστε». (Peck σελ.275)

Ωστόσο, ο ασθενής θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα να ενημερώνεται για ψυχολογικά και πνευματικά ζητήματα, που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την απόφασή του. Αν οι γιατροί δεν ενημερώσουν τον ασθενή για τους λόγους που δεν θα πρέπει να επιλέξει την ευθανασία, περιορίζουν τον ρόλο τους, στην παροχή αποκλειστικά τεχνικών και ιατρικών επιχειρημάτων. Βέβαια, υπό μία έννοια αυτό είναι κατανοητό, μια και οι περισσότεροι γιατροί εκπαιδεύονται ελάχιστα στην κλινική ψυχολογία και καθόλου στη θεολογία. Ωστόσο, όσο κι αν αυτό είναι κατανοητό, πόσο πραγματικά, πλήρως και αντικειμενικά πληροφορούν τους ασθενείς τους υπό αυτές τις συνθήκες; Σίγουρα οι συνθήκες σωστής πληροφόρησης, απαιτούν μια πιο πολύπλευρη εκπαίδευση ώστε ο γιατρός να είναι περισσότερο συμβουλευτικός και λιγότερο κατευθυντικός, προς τον ασθενή. (Peck, σελ. 276)

Πώς όμως θα μπορούσε να γίνει παροχή ικανοποιητικής ψυχοπνευματικής πληροφόρησης σε έναν ασθενή, που ζητάει ευθανασία; Μια και κάθε τέτοιος ασθενής είναι μοναδικός, μπορεί να προταθεί ένας κανόνας , δηλ. οι ερωτήσεις να υποβάλλονται περίπου με την ακόλουθη σειρά:

- Ερωτήσεις γύρω από την αρρώστια τους, το ιστορικό της, την εξέλιξη και την πρόγνωση. Τα συναισθήματά τους προς αυτή, καθώς και τα συναισθήματά τους για τον θάνατο και διαδικασία αυτού.

- Τους λόγους για τους οποίους αποζητούν την ευθανασία.
- Τις οικογένειές και το σύστημα υποστήριξης που τους παρέχουν. Συγκρούσεις που μπορούν να εξομαλυνθούν. Τα «αντίο», που θέλουν να πουν.
- Τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις:
Η σχέση τους με τον Θεό είναι προσωπική;
Ποιες είναι οι απόψεις τους για την ψυχή;
Για ποιο λόγο, πιστεύουν, πως κάποιοι άνθρωποι υποστηρίζουν την ευθανασία και άλλοι την επικρίνουν;
- Για τι θα μπορούσαν να μετανιώσουν;
- Είχαν οποιαδήποτε εμπειρία, από περίθαλψη σε ίδρυμα και τι γνωρίζουν γι' αυτήν;
- Υπάρχουν οποιεσδήποτε ερωτήσεις που θα ήθελαν να υποβάλουν;
Κατ' αυτόν τον τρόπο, όταν είναι φυσικά δυνατή η ομαλή και ήρεμη επικοινωνία του γιατρού με τον ασθενή, επιτυγχάνεται ο προβληματισμός και η ενημέρωση του πάσχοντος, ώστε η τελική του απόφαση, να είναι συνειδητά επιλεγμένη και να μην αποτελεί λύση απελπισίας.

Επιπρόσθετα, με βάση τις μελέτες και τα πορίσματα ορισμένων ερευνητών, παραθέτουμε τον παρακάτω πίνακα, που αναλύει τα μοντέλα για τη λήψη ηθικής-δεοντολογικής απόφασης.

Βήματα Διεργασίας	<u>Murphy and Murphy</u>	<u>Curtin</u>	<u>Levine-Ariff And Groh</u>
1	Προσδιόρισε Το πρόβλημα υγείας	Πάρε πληροφορίες Για το ιστορικό του Προβλήματος	Όρισε το δίλημμα
2	Προσδιόρισε Το ηθικό πρόβλημα	Προσδιόρισε τα Ηθικά μέρη του προβλήματος	Προσδιόρισε Τα ιατρικά δεδομένα
3	Ανέφερε ποιος Σχετίζεται με Τη λήψη της απόφασης	Προσδιόρισε τα Ατομα που Σχετίζονται με τη Λήψη της απόφασης	Προσδιόρισε τα μη ιατρικά δεδομένα Α. άρρωστοι και Οικογένεια Β. εξωτερικοί Παράγοντες
4	Προσδιόρισε το Ρόλο του νοσηλευτή	Προσδιόρισε τις Πιθανές αλλαγές Και τα αποτελέσματά τους	Χωριστές υποθέσεις που απορρέουν από Τα γεγονότα
5	Σκέψου όσα Περισσότερα Ενδεχόμενα μπορείς	Εφάρμοσε τις σχετικές Δεοντολογικές Θεωρίες και αρχές	Προσδιόρισε μέρη Που χρειάζονται Διευκρίνιση

<p>6</p>	<p>Σκέψου τις Συνέπειες Κάθε ενδεχομένου</p>	<p>Λύσε το δίλημμα</p>	<p>Προσδιόρισε αυτούς Που παίρνουν την Απόφαση</p>
<p>7</p>	<p>Φτάσε σε Μια απόφαση</p>	<p>Ενέργησε με Βάση την απόφαση</p>	<p>Εφάρμοσε τις ηθικές Αρχές</p>
<p>8</p>	<p>Σκέψου αν η Απόφαση Ταιριάζει με τη φιλοσοφία σου για τη φροντίδα των ασθενών</p>		<p>Προσδιόρισε τις εναλλακτικές λύσεις</p>
<p>9</p>	<p>Ακολούθησε την Κατάσταση μέχρι Να μπορείς να δεις Τα ουσιαστικά Αποτελέσματα Της απόφασής σου Και χρησιμοποίησε Αυτή την Πληροφόρηση για να Βοηθηθείς στη Μελλοντική Λήψη αποφάσεων</p>		<p>Συνέχισε</p>

6.3. ΤΑ ΜΕΓΑΛΑ ΜΕΣΑ

Η αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής των άλλων, περικλείει πολλούς κινδύνους. Βέβαια, ακόμα πιο επικίνδυνο είναι να παίρνουμε αποφάσεις ζωής και θανάτου, που βασίζονται στη δική μας προσωπική εκτίμηση, για την ποιότητα ζωής των άλλων.

Πολλοί ιατροί, έχουν μια έντονη τάση να ξεγράφουν πάρα πολλούς ανθρώπους με πάρα πολλούς τρόπους και για πάρα πολλούς λόγους: για την ηλικία, το χρώμα του δέρματος, τη θρησκεία, τη διανοητική καθυστέρηση, την ψυχασθένεια κ.α. Χαρακτηριστικό επίσης είναι, ότι σε ένα μεγάλο αριθμό ηλικιωμένων ανθρώπων, γίνεται λαθεμένη διάγνωση και θεωρείται ότι έχουν αθεράπευτη άνοια, ενώ η πραγματική τους κατάσταση δεν είναι άλλη, από μια εν δυνάμει ιάσιμη κατάθλιψη.

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, πραγματοποιούνται μερικές ιατρικές θεραπείες, οι οποίες ανήκουν ασφαλώς στα «**μεγάλα μέσα**». Μερικά από αυτά είναι: η διατήρηση της αρτηριακής πίεσης του ασθενούς, η αιμοκάθαρση κ.α. Άλλες θεραπείες ίσως δεν μπορούν σαφώς να συγκαταλεχθούν στα «**μεγάλα μέσα**». Για παράδειγμα, η χημειοθεραπεία και η ακτινοβολία στη θεραπεία των καρκίνων, που έχουν σχεδόν πάντα παρενέργειες και όχι σπάνια, αυτές οι παρενέργειες είναι εξαιρετικά δυσάρεστες και εξασθενίζουν τον οργανισμό. Αν αυτές οι θεραπείες έχουν πιθανότητα να οδηγήσουν σε αποθεραπεία, ή έστω σε μια μακρόχρονη υποχώρηση της ασθένειας, δεν πρέπει γενικά να θεωρηθούν τα «**μεγάλα μέσα**». Αν όμως οδηγούν μόνο σε μια βραχυπρόθεσμη ύφεση, τότε σίγουρα αυτές οι θεραπείες εμπίπτουν στην κατηγορία των «**μεγάλων μέσων**».

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί, ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες έγινε μία μελέτη που κόστισε 28 εκατομμύρια δολάρια και κάλυψε πάνω από εννέα χιλιάδες ασθενείς με χρόνια και βαριά νοσήματα, σε πέντε διαφορετικά ιατρικά κέντρα, σε διάστημα δέκα χρόνων. Αυτή η μελέτη ανέφερε, ότι ένας ανησυχητικά μεγάλος αριθμός των υπό μελέτη ασθενών, υπέστησαν άσκοπα παρατεταμένους και συχνά οδυνηρούς θανάτους, ως αποτέλεσμα χρήσης αδικαιολόγητων «μεγάλων μέσων». (Peck σελ. 41-51)

Παρά τα αποτελέσματα των ερευνών, όμως, πλέον ζητήματα σχετικά με την εφαρμογή ή όχι των «μεγάλων μέσων», για την παράταση της ζωής θα πρέπει να αποκλειστούν, κατά την άποψη του Peck, ο οποίος υποστηρίζει ότι: «Αυτά τα ερωτήματα δεν αποτελούν πια ζήτημα εθνικής συζήτησης. Ήταν πριν από είκοσι με τριάντα χρόνια, που δεν μπορούσε να αναφερθεί το τράβηγμα του καλωδίου από την πρίζα και κατά συνέπεια, δεν μπορούσε να καθοδηγήσει τη λήψη της δέουσας επιμέρους απόφασης. Όμως το κλίμα έχει αλλάξει. Λόγω της επιτυχίας του, το θέμα δεν είναι πια ζήτημα ευθανασίας. Το να τραβήξουμε το καλώδιο από την πρίζα και η σωστή χρονική στιγμή που θα το κάνουμε, είναι απλώς ζήτημα σωστής εξάσκησης της ιατρικής.»(Peck, σελ.162)

6.4. Ο ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ Η ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ

Το αίσθημα του πόνου, είναι μια κατάσταση που συχνά, λόγω της αφόρητης έντασής της, οδηγεί τον ασθενή στο να επιθυμεί τον τερματισμό της

ζωής του. Βέβαια, ο φυσικός πόνος δεν είναι πάντα σταθερός, παρά έχει διάφορες διαβαθμίσεις. Χωρίζεται:

- Στον **ήπιο** πόνο, που είναι ανεκτός και ανακουφίζεται με κατάλληλα φάρμακα, όπως η ασπιρίνη.
- Στον **μέτριο** πόνο, που μπορεί να είναι ανεκτός για ώρες ή μέρες και αντιμετωπίζεται με ελαφρά οπιούχα.
- Στον **έντονο** ή **βασανιστικό** πόνο, που μπορεί γενικά να αντιμετωπιστεί μόνο με μορφίνη.

Η αποτυχία να αντιμετωπιστεί κατάλληλα ένας τέτοιος μετριασμένος, έντονος ή βασανιστικός πόνος με αναλγητικά φάρμακα, είναι ιατρικό σφάλμα. (ευθανασία: η ηθική του τέλους της ζωής σελ. 240)

Στο θέμα του φυσικού πόνου όμως, οι ιατροί νιώθουν ιδιαίτερα άβολα και κυρίως με το να δώσουν αναλγητικά φάρμακα, που μπορούν να επιταχύνουν τον θάνατο. Άλλωστε, μέχρι σήμερα οι φοιτητές στην ιατρική, εκπαιδεύονται λίγο ή και καθόλου, είτε στον θάνατο και την προετοιμασία του θανάτου, είτε σε προχωρημένες τεχνικές ελέγχου του πόνου. Γι' αυτόν τον λόγο, νιώθουν μεγάλη ικανοποίηση όταν νικούν τον θάνατο, αλλά είναι εξαιρετικά αμήχανοι απέναντι στην ιδέα της υποβοηθούμενης διαδικασίας του θανάτου, καταλήγοντας συχνά σε αυτό που λέγεται **διπλή συνέπεια**.

Σχετικά με το θέμα της **διπλής συνέπειας**, ο Δρ. Ρόπμερτ Ι. Μίσμπιν αναφέρει τα εξής:

«Πολλές φορές οι ιατροί βρίσκονται αντιμέτωποι με ποικίλα διλήμματα. Για παράδειγμα, σε έναν ασθενή με καρκίνο στους πνεύμονες και διευρυμένη μετάσταση, θα μπορούσε να επιτραπεί να απορρίψει τα ακραία μέτρα της τοποθέτησης μηχανικής αναπνευστικής υποστήριξης. Τότε όμως, τι θα έπρεπε

να κάνει ο γιατρός του ασθενή, για να κατανικήσει τον πόνο και την αγωνία του τελευταίου, μπροστά σε μια επικείμενη αναπνευστική ανεπάρκεια; Ο παθολόγος έχει την άδεια να δώσει στον ασθενή μορφίνη, παρόλο που μια τέτοια θεραπεία θα επιτάχυνε τον θάνατο του ασθενή. Αυτό βασίζεται στην αρχή της **διπλής συνέπειας**, σύμφωνα με την οποία επιτρέπεται να αναλάβει κανείς μια πρωτοβουλία, που έχει κάποια κακά αποτελέσματα, με την προϋπόθεση, ότι αποσκοπεί απώτερα, σε ένα καλό αποτέλεσμα. Ωστόσο το κακό αποτέλεσμα δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέσο για να επιτευχθεί το καλό. Έτσι, στον ασθενή με καρκίνο θα μπορούσε να χορηγηθούν αυξανόμενες δόσεις μορφίνης, για να ελεγχθεί ο πόνος και η αγωνία, παρόλο που στο τέλος θα μπορούσε αυτή η θεραπεία να λιγοστέψει τη ζωή του». (Peck σελ.278-280)

6.5. ΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Πολλοί επιστήμονες υποστηρίζουν, ότι η εφαρμογή-νομιμοποίηση της ευθανασίας αποτελεί την ύψιστη κατοχύρωση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων για αυτοδιαχείριση. Είναι ένα κατοχυρωμένο δικαίωμα, που δεν μπορεί ούτε και πρέπει, να αφαιρείται στο τέλος της ζωής. Η ανακούφιση του πόνου, αποτελεί υποχρέωση της υγειονομικής ομάδας και ως τέτοιου είδους ανακούφιση, είναι και η πράξη της ευθανασίας. Η παράταση του πόνου και της ζωής, που βρίσκεται στα τελικά στάδια μιας νόσου, ισοδυναμεί με παράταση θανάτου. Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια χάνει κάθε υπόσταση, όταν με τη βοήθεια του τεχνικού εξοπλισμού

(αναπνευστήρας κ.τ.λ.) παρατείνεται η ζωή. Η παρεχόμενη «ποιότητα ζωής» σ' αυτές τις περιπτώσεις, προβληματίζει έντονα. (Δεοντολογία Ε.Καμπούρα, Λάρισα 1995, σελ80)

Από την άλλη πλευρά όμως, πώς θα ήταν τα πράγματα, αν κοινωνία νομιμοποιούσε την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ως δικαίωμα; Εκεί δεν θα υπήρχε ανάγκη προσωπικής σχέσης γιατρού-ασθενή στο ζήτημα, ούτε χώρος για οποιαδήποτε διαπραγμάτευση. Οι γιατροί θα υποχρεούνταν αυτόματα, να δώσουν τέλος στη ζωή των αιτούντων, ακόμη κι αν αυτοί κάλυπταν μόνο περιορισμένα, σχεδόν με μαθηματική λογική καθορισμένα, κριτήρια διάγνωσης και πρόγνωσης.

Αυτό, όμως θα ήταν το λιγότερο. Τα τελευταία είκοσι χρόνια, η αμερικανική κοινωνία μετακινήθηκε με αυξανόμενη ταχύτητα προς τη διοικούμενη περίθαλψη. Ιατρική περίθαλψη, δηλαδή, την οποία διαχειρίζονται απρόσωπα όχι γιατροί, αλλά ασφαλιστικές εταιρείες ή γραφειοκράτες δημόσιοι υπάλληλοι, οι οποίοι ενδιαφέρονται μόνο για το χρήμα. Σε τέτοιους διαχειριστές η ευθανασία θα φαίνεται τόσο θετική από οικονομική άποψη, που θα ήταν κουτοί να μην την ενθαρρύνουν. Μπορούμε να φανταστούμε τα ασφαλιστικά πριμ, που θα προσφέρονταν σε εθελοντές ευθανασίας ή οι υψηλές αποδοχές σε γιατρούς, για την παροχή των υπηρεσιών τους σε ευθανασίες.

Αυτό το δυνητικό σενάριο πήρε το όνομα «ολισθηρή πλαγιά». Με αυτόν τον όρο, οι επικριτές της ευθανασίας υπαινίσσονται, ότι η εδραίωση του δικαιώματος στην ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, θα σπρώξει την κοινωνία σε μια απότομη κατηφόρα, προς μια ακόμη μεγαλύτερη έλλειψη σεβασμού, απέναντι στην αξία της ανθρώπινης ζωής.(Peck, σελ.295-297)

Εν γένει, το θέμα της νομιμοποίησης ή μη της ευθανασίας, καθώς και η προσέγγιση της ηθικής του πλευράς, αποτελούν ένα πλαίσιο έντονων διαφωνιών και συγκρούσεων. Οι απόψεις διαφέρουν και αυτό δεν έχει να κάνει απλώς με τη διαφορετικότητα των κοινωνικών δομών, αλλά και με τις προσωπικές πεποιθήσεις και αντιλήψεις. Οπότε είναι αρκετά δύσκολο να βρεθεί κοινή και ευρέως αποδεκτή λύση, σε ένα τόσο αμφιλεγόμενο και εξατομικευμένο θέμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΤΑ ΕΦΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Η διαδικασία του θανάτου είναι από τα θέματα εκείνα που έχουν προσεγγίσει το ενδιαφέρον πολλών θεωρητικών και επιστημόνων. Τα στάδια τα οποία περνάει ένα άτομο μέχρι τον οριστικό και μη αναστρέψιμο θάνατο έχουν μελετηθεί και έχουν πλήρως αναλυθεί από την Elisabeth Kubler-Ross , διδάκτωρ της ιατρικής, η οποία ήταν η πρώτη επιστήμονας που κατ' επανάληψη βρέθηκε δίπλα σε ετοιμοθάνατους ανθρώπους ρωτώντας τι ακριβώς ένιωθαν γι' αυτό. Από το 1965 διευθύνει στο νοσοκομείο Billings του Σικάγο ένα σεμινάριο με 50 περίπου μέλη, κοινωνιολόγοι, γιατροί, θεολόγοι και νοσοκόμες.

Το αντικείμενο μελέτης είναι σχεδόν όλοι οι βαριά ασθενείς (terminally ill) και καταλήγει στο ότι ο ετοιμοθάνατος περνά από επτά διαφορετικά συνειδητά στάδια. Αυτά τα επτά στάδια ονομάζονται:

- Σοκ
- Άρνηση
- Θυμός
- Κατάθλιψη
- Παζαρέματα
- Παραδοχή
- Δεκάθεξη

Ορισμένα από τα στάδια δεν είναι «συνεχή». Η συνολική διαδικασία βασίζεται σε δύο μεγάλους «χρόνους». Πρώτος είναι ο χρόνος του σώματος.

Αρχίζει με την ελάχιστη σχισμή που χωρίζει την ασθένεια από την επιθανάτια αγωνία και τερματίζεται με τη φυσιολογική καταστροφή που ονομάζεται θάνατος. Όμως μέσα στην επιθανάτια αγωνία φανερώνεται και ένας άλλος δεύτερος χρόνος που δηλώνει μια ανυσματική κατεύθυνση και έναν τύπο ανιούσας και όχι κατιούσας εξέλιξης. Πρόκειται για το χρόνο της συνείδησης. Ο χρόνος αυτός αρθρώνεται, δε κάθε στάδιο της επιθανάτιας αγωνίας και μάλιστα με ποικίλες διατυπώσεις, ως μόνιμη ελπίδα μιας αυτόνομης επιβίωσης της συνείδησης μετά το θάνατο.

Στη συνέχεια σύμφωνα με την Elisabeth Kubler-Ross το καθένα από τα επτά στάδια επιθανάτιας αγωνίας αναλύεται ως εξής:

Στάδιο 1^ο : ΣΟΚ. Η ανακοίνωση της ασθένειας που μέλλει να οδηγήσει μέσα σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα στην επιθανάτια αγωνία προκαλεί σχεδόν πάντα κάποιο σοκ, έστω και αν ο γιατρός εκφραστεί με υπαινιγμούς. Το σοκ έχει ποικίλη διάρκεια. Προκαλεί διάφορα ψυχολογικά αποτελέσματα, ανάλογα με την αγωγή, την ηλικία, τη θρησκευτική πίστη ή τη χαρακτηριστική δομή του υποκειμένου. Ο Robert Jay Lifton αναφέρει όλες αυτές τις καταστάσεις: «Το πιο έκδηλο ψυχολογικό γνώρισμα αυτής της άμεσης εμπειρίας είναι το αίσθημα της αιφνίδιας και ολοκληρωτικής μετάβασης από την κατάσταση μιας ομαλής ύπαρξης σ' ένα «ενώπιος ενωπίω» με το θάνατο». Για πολλές μέρες, μερικές φορές και για μήνες, το υποκείμενο δεν καταφέρνει να ενσωματώσει στη ζωή του το τραύμα αυτό. Μια νέα και απροσδόκητη πραγματικότητα εισβάλλει στη συνείδησή του. Ο άνθρωπος βλέπει το γύρω κόσμο να διαλύεται, αφού ο κόσμος αυτός υπάρχει μόνο σε σχέση με τη συνείδησή του. Ο Martin Buber λέει, αναφερόμενος στη στιγμή αυτή: «η ανθρώπινη τάξη του όντος συντρίβεται». Για πρώτη φορά στη ζωή του, το ον διακρίνει τη μοναξιά, την γύμνια του. Την

αντιλαμβάνεται αλλά δεν μπορεί να την αποδεχθεί. Γιατί, σύμφωνα με όλες τις ενδείξεις, αυτός ο κόσμος που διαλύεται, αυτός ο κόσμος που καταρρέει, αυτή η ανθρώπινη τάξη που συντρίβεται, δεν παύουν να υπάρχουν για τους άλλους. Το ανθρώπινο πρόσωπο ζει την εμπειρία του χωρισμού του από τον κόσμο. Απέναντι στη δυστυχία του, ο κόσμος δείχνει μια οδυνηρή αδιαφορία. Σαν να μην συμβαίνει τίποτα, ο κόσμος συνεχίζει να επιδίδεται στις ασχολίες του. Για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα, ο τραυματισμένος άνθρωπος θα προσπαθήσει να κάνει ότι δεν καταλαβαίνει τίποτα. Αφού ο κόσμος δεν φαίνεται να συγκινείται καθόλου απ' αυτό που του συμβαίνει, ο άνθρωπος ο προορισμένος για τον θάνατο, θα επιχειρήσει και αυτός, για κάποιο χρονικό διάστημα, να συμπεριφερθεί σαν να μην συνέβαινε τίποτα. Και έτσι επιδίδεται, κατά προτίμηση, στις πιο μάταιες δραστηριότητες.

Στάδιο 2ο: ΑΡΝΗΣΗ. Όμως η νέα πραγματικότητα εμφανίζεται. Ο τραυματισμένος άνθρωπος αναλαμβάνει ένα νέο καθήκον: να ξεπεράσει το ψυχολογικό του σοκ, να ανοιχτεί ο ίδιος στις πραγματικές αντιληπτικές παραστάσεις του και να ανακαλύψει κάποιο νόημα στη συνάντησή του με τον θάνατο. Η ταυτότητα του υποκειμένου αρχίζει τότε προοδευτικά να αλλάζει. Το υποκείμενο αντιλαμβάνεται ήδη πως είναι διαφορετικό από τους ανθρώπους που το περιβάλλουν. Μια νέα αποστασιοποίηση παράγεται ανάμεσα στη συνείδησή του και στα αντικείμενα που η συνείδηση αυτή προσλαμβάνει. Έτσι αρχίζει η επιθανάτια αγωνία. Πολύ σύντομα, ύστερα από δύο τρεις μέρες το πολύ, εγκαινιάζεται ένα δεύτερο στάδιο, το στάδιο της εκλογίκευσης του γεγονότος. Η εκλογίκευση παίρνει πάντα, σε πρώτη φάση, τη μορφή της άρνησης. Ορισμένοι ασθενείς επιχειρούν να βρουν κάποιο γιατρό ή, κάποτε κάποτε, και κάποιο θεραπευτή, που θα ακύρωνε τη θλιβερή διάγνωση. Περιφέρονται, λοιπόν, από

εργαστήριο σε εργαστήριο και από γιατρό σε γιατρό. Σιγά σιγά, η αυταπόδεικτη αλήθεια εγκαθίσταται μέσα τους. Ο ζων άνθρωπος αρχίζει να αποδέχεται, ως ένα βαθμό τη μεταβολή της κατάστασής του. Υποτάσσεται στην αγωγή που του επιβάλλουν, μπαίνει στο νοσοκομείο με τη διάθεση να αποδεχθεί τη στρατηγική που ορίζεται από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Στάδιο 3ο: ΘΥΜΟΣ. Τούτη η παραδοχή συνοδεύεται από μια εξέγερση, συχνά έντονη. Καθώς αποχωρίζεται βαθμιαία τον κόσμο των ζώντων, ο άνθρωπος αντιλαμβάνεται, στιγμές στιγμές τουλάχιστον, τον κόσμο αυτόν σαν ένα κόσμο εχθρικό. Ο γιατρός που τον εξετάζει φεύγει κάθε βράδυ, ο ιερέας τον παρατά, γιατί άλλα καθήκοντα τον καλούν, οι νοσοκόμες ζουν και μια εξωνοσοκομειακή ζωή. Οι θόρυβοι του έξω κόσμου φτάνουν στα αυτιά του. Ακούει τις ειδήσεις από το ραδιόφωνο, βλέπει εκπομπές στην τηλεόραση, ξέρει ότι υπάρχουν πολλές πιθανότητες να μην μπορέσει ποτέ πια να συμμετάσχει στον κόσμο τούτο. Μερικές φορές η συμπεριφορά του γίνεται επιθετική, απελπισμένη. Ο Murray Parks, υποστηρίζει ότι είναι τελείως λάθος να μιλάμε για «παράλογο φόβο μπροστά στο θάνατο». Ο ετοιμοθάνατος αποχωρίζεται σταδιακά έναν τελείως πραγματικό κόσμο. Ο φόβος μην αφήσεις τον κόσμο των ζώντων δεν είναι καθόλου παράλογος. Πράγματι, ο ετοιμοθάνατος έχει χίλιους δυο λόγους να αρνείται αυτή την αναχώρηση, να απορρίπτει αρχικά την αναγκαιότητά της και να εξεγείρεται, κατόπι, εναντίον της αυταπόδειχτης αλήθειάς της.

Στάδιο 4ο: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ. Ένα μεταγενέστερο στάδιο για τους περισσότερους ετοιμοθάνατους, φαίνεται να αποτελεί να αποτελεί την πιο μακρόχρονη φάση. Πρόκειται για το στάδιο της σοβαρής κατάθλιψης. Συχνά επιτείνεται από εξωγενείς, περιστασιακές έγνοιες που μια σωστή νοσοκομειακή

διοίκηση θα μπορούσε να τις αμβλύνει. Είναι οι έγνοιες της μητέρας που αφήνει πίσω της παιδιά που δεν έχουν που να πάνε. Είναι οι έγνοιες για τον σύντροφο της ζωής σου που έχει προβλήματα και θα χάσει τώρα και το στήριγμά του. Συχνότατα προσθέεται και η τεράστια έγνοια για το υψηλό κόστος εντατικής θεραπείας. Η έγνοια αυτή δεν βαραίνει μόνο δεν βαραίνει μόνο στη ζωή της οικογένειας έξω από το νοσοκομείο. Βαραίνει κυρίως τη συνείδηση του αρρώστου που νιώθει ένοχος γιατί επιβάλλει τέτοια έξοδα τους δικούς του. Στο σημείο αυτό, λοιπόν, δημιουργείται μια φάση ημιεπικοινωνίας. Το ενδιαφέρον για τη θεραπεία εξασθενεί. Ο άρρωστος δεν πιστεύει τις διαψεύσεις του νοσηλευτικού προσωπικού. Αντιλαμβάνεται τις εκδηλώσεις στοργής είτε των δικών του είτε των νοσοκόμων ή των γιατρών σαν μια στρατηγική που κατάστρωσαν οι ζώντες για να τον εξαπατήσουν και να του αποκρύψουν την πραγματική του κατάσταση. Καταστάσεις που απορρέουν από τη στάση αυτή: δυσπιστία, απάθεια, μοναξιά.

Στάδιο 5ο: ΠΑΖΑΡΕΜΑΤΑ. Στο στάδιο αυτό, ο άνθρωπος που έχει περάσει στη θανατική διαδικασία ξαναρχίζει να σκέφτεται λογικά. Αισθάνεται τον εαυτόν του σαν ένα πρόσωπο που παλεύει με τον προσωποποιημένο, τον απειλητικό θάνατο. Δίνει υποσχέσεις και όρκους: « Αν γιατρευτώ, αν μπορέσω να βγω για μια ακόμα φορά από το νοσοκομείο, θα κάνω τούτο ή εκείνο». Αυτό είναι το παζάρεμα.

Στάδιο 6ο: ΠΑΡΑΔΟΧΗ. Ο ετοιμοθάνατος περνά τώρα σε μια φάση γαλήνης. Αποχαιρετά τους δικούς του, διακανονίζει τις υποθέσεις του, ακολουθεί τις οδηγίες των γιατρών, των νοσοκόμων. Τις ακολουθεί σαν να μην πρόκειται πια γι' αυτόν τον ίδιο, αλλά για ένα πλάσμα ξένο. Ο ετοιμοθάνατος απομακρύνεται από τον κόσμο των ζώντων. Μιλά, σκέφτεται, διαλογίζεται πια σε

σχέση με μια ζωή- τη δική του ζωή- η οποία, κατά ένα μεγάλο ποσοστό, ανήκει ήδη στο παρελθόν. Ταυτόχρονα, περιμένει το θάνατο. Ορισμένοι ετοιμοθάνατοι εύχονται απερίφραστα τον ερχομό του. Σχεδόν όλοι εκδηλώνουν απέναντί του μια έντονη περιέργεια. Κάθε επιθανάτια αγωνία, με τα διάφορα στάδιά της, δε συνιστά προοδευτική έκπτωση της συνείδησης. Απεναντίας ισοδυναμεί με προχώρημα της συνείδησης, η οποία, ξεπερνώντας διαδοχικά διάφορα επίπεδα, οδηγείται σε ολοένα πιο καινούργιες αντιληπτικές παραστάσεις, που το νοητό τους ισοδύναμο ποτέ, ίσαμε με κείνη τη στιγμή, δεν το είχε γνωρίσει.

Στάδιο 7^ο: ΔΕΚΑΘΕΞΗ. Με τον ερχομό του έβδομου και τελευταίου σταδίου που ονομάζεται δεκάθεξη, τερματίζεται οποιαδήποτε επικοινωνία. Ο ετοιμοθάνατος είναι ακόμα παρών, το σώμα του, σύμφωνα με τις σημερινές παραμέτρους της βιολογίας, συνεχίζει να ζει, αλλά η συνείδησή του μοιάζει να έχει κυριευτεί από μια αντίληψη της πραγματικότητας που κανένας ζων δεν μπορεί πια να τη συμμαριστεί.

Σ' όλη τη θανατική διαδικασία υπάρχει, θα λέγαμε, μια διαρκής ελπίδα που προσλαμβάνει ποικίλες μορφές, ανάλογα με τα στάδια που διανύει ο ετοιμοθάνατος. Τελικά στο προτελευταίο στάδιο της επιθανάτιας αγωνίας- το στάδιο της παραδοχής- η ελπίδα μεταβάλλεται σε ελπίδα μεταθανάτιας επιβίωσης. Οποιος γιατρός θα έλεγε στον ασθενή του ότι δεν υπάρχει πια καμία ελπίδα, δεν θα διέπραττε, μόνο ένα σοβαρό ψυχολογικό σφάλμα, αλλά θα υποστήριζε και ένα ιατρικό ψεύδος. Παρά τις καθημερινές προόδους της σημερινής επιστήμης και τη συνεχή ανάπτυξη της τεχνολογίας της, το μυστήριο των σωμάτων παραμένει ακέραιο, κυρίως στην περίπτωση που το σώμα προσβάλλεται από βαριά ασθένεια. Ο οργανισμός του αρρώστου, αυτό το μυστηριώδες σώμα που είναι φορέας μιας συνείδησης, μιας βούλησης και μιας

ακλόνητης ελπίδας, δεν ενδίδει στο επικείμενο τέλος του. Εκπληκτικές αναρρώσεις, ακόμα και θεραπείες αναφέρονται από την Kubler-Ross. Οι καταστάσεις αυτές διαπιστώθηκαν σε άντρες και γυναίκες στους οποίους το σώμα των θεραπόντων γιατρών είχε ομολογήσει την αποτυχία όλων των παραδεχτών μεθόδων θεραπευτικής στρατηγικής. Πολλοί γιατροί, ιδιαίτερα όσοι κουράρουν ασθενείς που πάσχουν από προχωρημένο καρκίνο, επιβεβαιώνουν, βασιζόμενοι στην κλινική τους εμπειρία, τη θέση της Kubler-Ross.

Σύμφωνα με τον Palmer: « Με τον όρο καρκίνος τελευταίου σταδίου νοούμε τον καρκίνο που δεν ελέγχεται με τα διαθέσιμα και χρησιμοποιημένα μέσα. Η ώρα του θανάτου εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Δεν καθορίζεται μόνο από τη σωματική κατάσταση του αρρώστου. Όταν αποφασίσουμε τη διακοπή κάθε είδους αγωγής, πρέπει να ειδοποιούμε σχετικά τον ασθενή και – πράγμα πολύ σπουδαίο- την οικογένειά του. Όλοι τρομάζουν βλέποντας ότι έρχονται ξαφνικά αντιμέτωποι με την πραγματικότητα του θανάτου. Το μόνο που μπορούμε να κάνουμε εμείς είναι να εξασφαλίσουμε στον ασθενή ηρεμία και ανακούφιση των πόνων του(Palmer R. L., παρέμβαση στο συνέδριο «Management of Patient with Terminal Cancer», Geriatrics, Δεκέμβριος 1969.).

Στο τελευταίο στάδιο της επιθανάτιας αγωνίας, η Kubler-Ross γράφει: «φτάνει μια στιγμή στη ζωή του αρρώστου, που οι πόνοι σταματούν. Μια στιγμή κατά την οποία ο άρρωστος βυθίζεται σε μια κατάσταση απόμακρης συνείδησης, δεν τρώει πια σχεδόν καθόλου και ό,τι τον περιβάλλει γίνεται θολό. Αναστατωμένοι από την αναμονή, μην ξέροντας αν είναι προτιμότερο να φύγουν ή να μείνουν για να παρευρεθούν στη στιγμή του θανάτου του, οι συγγενείς αρχίζουν τα πήγαιν' έλα. Τη στιγμή αυτή είναι ήδη πολύ αργά για λόγια. Και όμως, τη στιγμή αυτή ο άρρωστος έχει τη μεγαλύτερη ανάγκη βοήθειας. Είναι

επίσης πολύ αργά για οποιαδήποτε επέμβαση. Είναι όμως πολύ νωρίς για τον τελικό αποχωρισμό. Είναι η στιγμή της θεραπείας της σιωπής προς τον άρρωστο και της διαθεσιμότητας προς τους συγγενείς του».

Είναι εκπληκτική η αντιστροφή των ρόλων που συντελείται εκείνη τη στιγμή. Ο ζών άνθρωπος- ο ιερέας, ο γιατρός, ο συγγενής- που κάθεται στην άκρη του κρεβατιού δεν γνωρίζει τίποτα. Ο ετοιμοθάνατος γνωρίζει τα πάντα. Και αν δεν τα γνωρίζει, αποκτά, εν πάση περιπτώσει, μια εκπληκτική αντίληψη. Όλη η περασμένη του ζωή περνά από τα χέρια του σ' ένα κλάσμα του δευτερολέπτου. Το βλέμμα του πάνω στους άλλους και στον εαυτό του αποκτά μια εξαιρετική διαύγεια.

Κατά τις τελευταίες στιγμές της επιθανάτιας αγωνίας, ο ετοιμοθάνατος ζει ολοκληρωτικά σύμφωνα με την νέα του αντίληψη. Καμία επικοινωνία δεν συντελείται μ' αυτούς που τον περιβάλλουν. Το χέρι δεν αντιδρά πια στη φιλική πίεση. Το βλέμμα του ετοιμοθάνατου πλανιέται αλλού. Μια πρωτόγνωρη έκφραση, άγνωστη στους ζώντες, αποτυπώνεται στο πρόσωπό του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΟΟ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

Απαραίτητη προϋπόθεση για τη σωστή λειτουργία μέσα στο χώρο του νοσοκομείου με στόχο την πρέπουσα μεταχείριση των ασθενών, είναι η συνεργασία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με τον ασθενή. Για την επίτευξη της συνεργασίας αυτής επιτακτική είναι η ύπαρξη διεπιστημονικής ομάδας, αποτελούμενη από το γιατρό, το νοσηλεύτη, τον κοινωνικό λειτουργό και άλλων επαγγελματιών υγείας.

Η άποψη που επικρατεί συνήθως είναι πως η διεπιστημονική ομάδα ενεργεί αυτόνομα, χωρίς να συμπεριλαμβάνεται και ο ασθενής ως μέλος της. Στην περίπτωση αυτή ο κίνδυνος είναι φανερός. Αν ο άρρωστος δεν αναγνωριστεί σαν μέλος της ομάδας, αυτό θα οδηγήσει στην επιβολή μιας πατερναλιστικής ηθικής. Ο πατερναλισμός, που φιλοσοφικά σημαίνει την τάση να συμπεριφερόμαστε σαν πατέρας προς παιδί, να αποφασίζουμε δηλαδή εμείς για κάποιον, όπως συνήθως κάνουν οι γονείς, συνεπάγεται τον κίνδυνο κατάργησης των δικαιωμάτων του αρρώστου, πράγμα που αντίκειται στις αρχές της νοσηλευτικής διεργασίας. Το ενδεχόμενο αυτό αποδεικνύει ότι υπάρχει επιτακτική ανάγκη να γίνει σαφής καθορισμός των μελών της θεραπευτικής ομάδας, στα οποία να περιλαμβάνεται και ο άρρωστος, ενώ δεν πρέπει να αγνοηθούν και οι συγγενείς.

Κάθε ένα μέλος της διεπιστημονικής ομάδας βιώνει διαφορετικά και μοναδικά συναισθήματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας ή κούρας ενός ασθενή και κυρίως ενός ετοιμοθάνατου ασθενή.

8.1. Ο ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

Αναφορικά με το γιατρό, η σχέση του με τον ασθενή είναι αυστηρά περιορισμένη χρονικά και έτσι την καθιστά άκρως επαγγελματική. Οι στιγμές που δύναται να αφιερώσει ο γιατρός για επικοινωνία με τον ασθενή του είναι λιγοστές. Ο γιατρός όμως συναισθάνεται σαν συντριπτικό βάρος τη μυριάδες φορές επαναλαμβανόμενη αποτυχία της απόπειράς του για επικοινωνία γνωρίζοντας πως ο ασθενής προχωρά προς την επιθανάτια διαδικασία. Ορισμένοι γιατροί ενδίδουν σ' ένα φυσιολογικό πειρασμό. Υιοθετούν μια παρεκκλίνουσα συμπεριφορά. Μην μπορώντας να συμμεριστούν τη θανατική διαδικασία που περνά ο ασθενής, μη γνωρίζοντας τι να αποκριθούν στις πιεστικές ερωτήσεις του, προσπαθούν να τον κάνουν να σωπάσει. Το επάγγελμα του νοσοκομειακού γιατρού-επάγγελμα που σημαίνει ανάληψη ευθύνης απέναντι σε βαριά πάσχοντες ασθενείς-είναι ένα επάγγελμα τραγικό. Η καθημερινή πράξη του γιατρού αυτού εκτυλίσσεται σε μια περιοχή σκοτεινή, που η ανθρώπινη νόηση φαίνεται ανίκανη να τη φωτίσει.

Προκειμένου να ενθαρρύνει ή και να δημιουργήσει ένα κλίμα αξιοπρέπειας, ο γιατρός θα έπρεπε να προσπαθεί πεισματικά να συντηρήσει μέσα στον ετοιμοθάνατο την πίστη του στην οικουμενική τάξη, την ιδέα της ένταξής του στην κοινωνία, καθώς και την ιδέα της ατομικότητάς του. 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. Για πολύ καιρό τα λειτουργήματα του ιερέα και του γιατρού ήταν συνυφασμένα. Σήμερα, οι άρρωστοι αναθέτουν και τους δύο ρόλους στο γιατρό που τους κουράρει. Ο γιατρός πρέπει να το συνειδητοποιεί αυτό, πρέπει επίσης να έχει επίγνωση ότι οι άρρωστοι έχουν την τάση να θεωρούν δικές τους τις πεποιθήσεις του γιατρού όποια και αν είναι η πίστη του τελευταίου.

8.2. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

Σημαντική παρουσία της διεπιστημονικής ομάδας μέσα σ' ένα νοσοκομείο είναι οι νοσηλεύτες. Βασική προϋπόθεση για να είναι η φροντίδα μας θεραπευτική, είναι η ανάπτυξη σωστών διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ νοσηλευτή-αρρώστου. Τέτοιες σχέσεις δημιουργούνται όταν υπάρχει κατανόηση και αμοιβαία εμπιστοσύνη. Το αίσθημα της εμπιστοσύνης κυριαρχεί στην καρδιά του αρρώστου, όταν η συμπεριφορά του νοσηλευτή αποπνέει συνέπεια ειλικρίνεια, σεβασμό προς την προσωπικότητά του, αλλά κυρίως αγάπη. Αφιερώνοντας αρκετό χρόνο με συχνές επισκέψεις και επαφές με τον ασθενή αναπτύσσουν μια έντονη διαπροσωπική σχέση. Γνωρίζουν την όλη πορεία του ασθενή και συνδιαλέγονται μαζί του μοιραζόμενοι τις ανησυχίες και τα συναισθήματά του. Το έργο του νοσηλευτή είναι αρκετά δύσκολο κάτω από αυτό το πρίσμα.

Η επιστήμη της νοσηλευτικής είναι καθιερωμένη μέσα και από την δεοντολογία της, η οποία οριοθετεί και καθορίζει τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι τόσο στα μέλη της υπόλοιπης διεπιστημονικής ομάδας όσο και στον ασθενή. Έτσι λοιπόν, η νοσηλευτική δεοντολογία αποβλέπει στο:

- ◆ να ενημερώνει το νοσηλευτή για τα επαγγελματικά του καθήκοντα και τον επιβαλλόμενο τρόπο συμπεριφοράς του στο χώρο εργασίας.

- ◆ να τον βοηθάει να αναπτύσσει σωστές διαπροσωπικές σχέσεις τόσο με τους συνεργάτες, όσο και με τους αρρώστους και τους συνοδούς τους.
- ◆ να τον ευαισθητοποιεί και να τον βοηθά να συνειδητοποιεί τις ευθύνες που αναλαμβάνει.
- ◆ να τον προσανατολίζει να βλέπει τον άρρωστο σαν μια μοναδική ψυχοσωματική ολότητα με ανάγκες και δικαιώματα.
- ◆ να του παρέχει τις βασικές γνώσεις και να τον οπλίζει για τα προβλήματα που προκύπτουν από τη σύγκρουση των καθηκόντων και τα δεοντολογικά διλήμματα στην καθημερινή πράξη.

Ο ρόλος την νοσηλεύτριας –νοσοκόμας ποικίλει μέσα στο χρόνο. Προτού αναγνωριστεί ως ισάξιο μέλος της επιστημονικής ομάδας, το κίνητρο της νοσοκόμας στηριζόταν στο ανθρώπινο ιδεώδες, στη φιλαλληλία και στο συναίσθημα. Ο ρόλος της αυτός στηριζόταν κατά κύριο λόγο στην αδύναμη θέση που βρισκόταν ο ασθενής επιφέροντας κατ' αυτόν τον τρόπο σοβαρό κίνδυνο τόσο στον ασθενή όσο και στον ίδιο της τον εαυτό.

(Γιαννοπούλου Αθ.)

Η επιμονή της νοσοκόμας να προβάλλει τον εαυτόν της ως μητρικό υποκατάστατο για τον ασθενή της και να τον θεωρεί σαν παιδί της δίνει λαβή σε τραγικές αυταπάτες. Ο άρρωστος αντιμετωπίζεται σαν ένα πλάσμα καθυστερημένο, εγωκεντρικό, αγχώδες. Ένα πλάσμα χωρίς κατανόηση και παραιτημένο από κάθε επιθυμία αποκατάστασης της υγείας του. Του αφαιρούνται, έτσι, οι ευθύνες του ως ενήλικου ατόμου. Ο ασθενής γίνεται ανίκανος να πάρει αποφάσεις και ασχολείται πια μόνο με τα συμπτώματα της αρρώστιας του. Σ' αυτή την περίπτωση η μητρική υποκατάσταση αποδειχνεται μια δόλια μορφή εγωκεντρισμού.

Το γεγονός ότι ο άρρωστος είναι ανίκανος, εύθραστος, παθητικός ενέχει μια χρησιμότητα: δημιουργεί ένα ρόλο στη νοσοκόμα, το ρόλο της μητέρας, με την έννοια ακριβώς που η εξουσιαστική μητέρα παίζει ρόλο πρωταρχικής σημασίας μέσα στον κόσμο του παιδιού. Το ίδιο γεγονός διευκολύνει τη νοσοκόμα να ασκήσει έλεγχο και χειραγώγηση πάνω στον ασθενή, να τον εμποδίσει να διαταράξει τη λειτουργία του νοσοκομειακού συστήματος. Η αντίληψη για τις σχέσεις οδήγησε στην κατάπιξη του στοιχείου «ανθρώπινο πλάσμα» μέσα στο πρόσωπο του αρρώστου. Η νοσοκόμα, αναλαμβάνοντας ρόλο μητέρας, δεν είναι σε θέση να προσεγγίσει ένα ανθρώπινο πλάσμα που περνά κρίση. Με την έννοια αυτή, οι νοσοκόμες στάθηκαν ανίκανες να συμβάλουν θετικά στην ανθρώπινη υγεία.

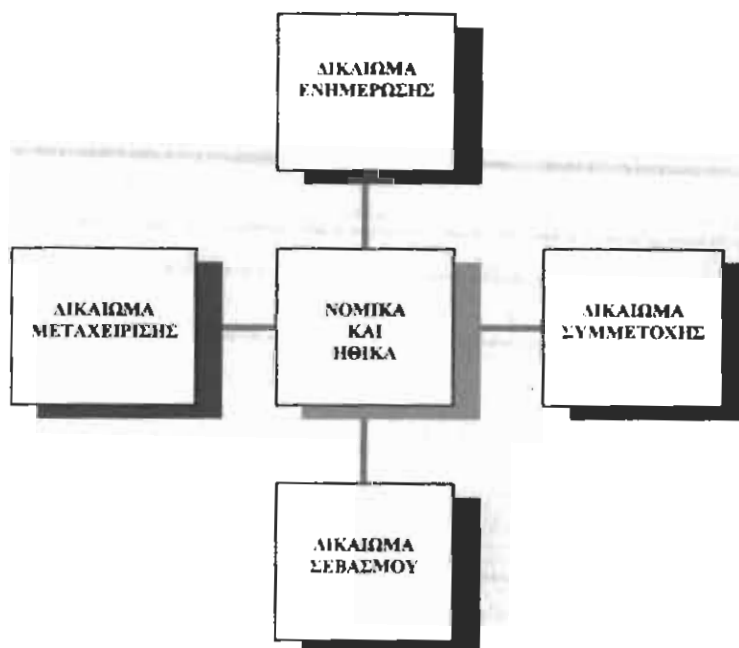
Επιτακτική επομένως προέβαλλε η ανάγκη να επαναπροσδιοριστεί ο ρόλος του νοσηλευτή και να οριοθετηθεί για την προστασία κυρίως του ασθενή, ο οποίος βρίσκεται στην μειονεκτική θέση να μην μπορεί να αποφασίσει ο ίδιος για τον εαυτόν του και να υπερασπιστεί τα δικαιώματά του.

Ο Κώδικας Δικαιωμάτων του αρρώστου την Αμερικανικής Ένωσης Νοσοκομείων, που εκδόθηκε το 1973, αναγνώρισε για πρώτη φορά στον άρρωστο το δικαίωμα να ενημερώνεται λεπτομερειακά για την κατάστασή του, να συμμετέχει στη φροντίδα, να αρνείται τη θεραπεία. Το 1976 το Ευρωκοινοβούλιο διατύπωσε τα πέντε δικαιώματα του αρρώστου που πεθαίνει. Η απόφαση αυτή ενσωματώθηκε στη διακήρυξη της Ελβετικής Ιατρικής Ακαδημίας.

Πέρα από το δικαίωμα του αρρώστου να εκφράζει τη θέση του στα ζητήματα που προκύπτουν γύρω από την κατάστασή του, ο ρόλος του νοσηλευτή στην απόφαση είναι καθοριστικός. Η νοσηλευτική διεργασία έκανε τους νοσηλευτές να νιώσουν ότι έχουν χρέος ν' αντιμετωπίζουν προσωπικά τις

καταστάσεις και όχι να δηλώνουν άγνοια και να κρύβονται πίσω από την κολλαρισμένα τους ποδιά. Οι σύγχρονοι νοσηλευτές έχουν και γνώσεις και κατάρτιση, ώστε είναι εντελώς αδικαιολόγητο να λαμβάνεται μια απόφαση χωρίς τη συμμετοχή τους. Οι νοσηλευτές είναι εκείνοι που βρίσκονται όλο το 24ωρο κοντά στον άρρωστο και γι' αυτό ακριβώς έχουν το δικαίωμα να λαμβάνουν μέρος σε κάθε απόφαση.

Για πρώτη φορά έγινε λόγος για δικαιώματα των αρρώστων με τη διακήρυξη της American Hospital Association. Τα δικαιώματα του αρρώστου κατατάσσονται σε:



A. Το δικαίωμα της ενημέρωσης. Οι άρρωστοι πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με:

- τη διάγνωση

Οι πληροφορίες που δίνονται στους αρρώστους πρέπει να δίνονται σε γλώσσα που να την καταλαβαίνουν. Πρέπει να αποφεύγεται η χρήση της άκαμπτης επιστημονικής ορολογίας. Υπάρχουν άρρωστοι που δεν θέλουν πληροφορίες, που δεν θέλουν να παίρνουν αποφάσεις για τη θεραπεία τους. Θέλουν ο γιατρός να αποφασίζει γι' αυτούς. Αναγκαία είναι η ευαισθησία που πρέπει να δείχνει το προσωπικό στους εξαρτώμενους αρρώστους.

B. Το δικαίωμα του σεβασμού. Το δικαίωμα αυτό προστατεύεται από το Διεθνή Κώδικα Ηθικών Καθηκόντων ο οποίος λέει: «Στενά συνυφασμένα με τη Νοσηλευτική είναι ο σεβασμός προς τη ζωή, η αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα του αρρώστου».

Ο «σεβασμός» περιλαμβάνει δικαιώματα όπως:

1. Το δικαίωμα της εξατομικευμένης φροντίδας:

Αυτό σημαίνει να βλέπεις τον άρρωστο σαν πρόσωπο, να τον γνωρίζεις με το όνομά του και όχι με την ονομασία της αρρώστιάς του. Σημαίνει να τον ακούς, να του δίνεις εξηγήσεις για πράγματα που σε σένα μεν είναι τόσο γνωστά, σε κείνον όμως παραμένουν άγνωστα δημιουργώντας του αισθήματα φόβου. Σημαίνει να τον ενημερώνεις για την υγεία του ειλικρινά, σημαίνει να τον γνωρίζεις και να αντιμετωπίζεις τις προσωπικές του ανάγκες.

2. Το δικαίωμα της εχεμύθειας:

Χρέος του νοσηλευτή είναι να προσέχει, ώστε να μην εκτίθενται τα όσα αποκαλύπτουν οι άρρωστοι κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων, των εξετάσεων, της θεραπείας.

3. Το δικαίωμα να αρνηθεί τη θεραπεία:

Το δικαίωμα αυτό του αρρώστου δημιουργεί φοβερά ηθικά διλήμματα στη θεραπευτική ομάδα. Από τη θέση του ο νοσηλευτής είναι πλέον αρμόδιος να ερευνήσει τα αίτια της άρνησης και να τα αντιμετωπίσει.

Αίτια της άρνησης μπορεί να είναι:

- Αισθήματα φόβου που διακατέχουν τον άρρωστο,
- Άγνοια των συνεπειών της άρνησης,
- Ελλιπής πληροφόρηση σχετικά με την κατάστασή του,
- Θρησκευτικές πεποιθήσεις (μεταγγίσεις αίματος σε μάρτυρες του Ιεχωβά).

4. Το δικαίωμα να αρνηθεί να γίνει αντικείμενο πειραμάτων:

Η χρησιμοποίηση του ανθρώπου σαν πειραματόζωο χωρίς την συγκατάθεσή του είναι απαράδεκτη. Τέτοια πειράματα έλαβαν χώρα στα Γερμανικά στρατόπεδα συγκεντρώσεως ομήρων, όπως το γνωστό Νταχάου, κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου. Η εκούσια προσφορά του ανθρώπου για πειραματόζωο γίνεται δεκτή, αλλά με όρους. Είναι μεν αγαθή πράξη, όταν όμως γίνεται αλόγιστα αγγίζει τα όρια της αυτοκτονίας.

5. Το δικαίωμα να αρνηθεί να γίνει αντικείμενο εκπαίδευσης:

Η χρησιμοποίηση των αρρώστων σαν εκπαιδευτικά αντικείμενα σπουδαστών μπορεί να δημιουργήσει φυσικά ή ψυχολογικά προβλήματα στους αρρώστους, δεδομένου ότι λείπουν πολλές δεξιότητες στους σπουδαστές.

6. Το δικαίωμα να πεθάνει με αξιοπρέπεια:

Το δικαίωμα αυτό που χρησιμοποιείται σαν επιχείρημα υπέρ της ανθρώπινης ευθανασίας είναι αμφιβόλου υπόστασης. Έχει ο άρρωστος δικαίωμα να αποφασίζει πως και πότε θα πεθάνει τη στιγμή που δεν είναι αυτός ο εξουσιαστής της ζωής και του θανάτου;

Γ. Το δικαίωμα της συμμετοχής. Ο άρρωστος έχει το δικαίωμα να συμμετέχει στις αποφάσεις που παίρνονται για αυτόν και στην αγωγή που του εφαρμόζεται. Σήμερα ο νοσηλευτής έχει υποχρέωση να ενθαρρύνει τον άρρωστο να συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα του, γιατί αυτό αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμά του, που στηρίζεται στην ελευθερία και υπευθυνότητα.

Δ. Το δικαίωμα της ίσης μεταχείρισης. Διακηρύχθηκε παγκόσμια στη Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων των Ηνωμένων Εθνών (1948) στα άρθρα 22 και 25 και στο Διεθνή Κώδικα στη δεύτερη παράγραφο: «η νοσηλευτική είναι ανεξάρτητη από περιορισμούς εθνικότητας, φυλής, θρησκειώματος, χρώματος, φύλου, πολιτικών ή κοινωνικών πεποιθήσεων».

Παράλληλα με τα δικαιώματα του ασθενή όταν βρίσκεται μέσα στο νοσοκομείο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να γνωρίζει και τις ανάγκες του αρρώστου.

Ο άνθρωπος δεν αποτελείται από σώμα και ψυχή σαν δύο στοιχεία ανεξάρτητα, αλλά είναι μια ψυχοσωματική ολότητα. Επομένως η νοσηλευτική φροντίδα δεν πρέπει να αναφέρεται μονόπλευρα στο σώμα, αλλά και στην ψυχή του ασθενή.

Οι κυριότερες πνευματικές ανάγκες του αρρώστου είναι:

α. Η ανάγκη της ασφάλειας. Το άγνωστο περιβάλλον του Νοσοκομείου και η αλλαγή του τρόπου ζωής του, του δημιουργούν φοβερή ανασφάλεια. Ο φόβος του πόνου, του θανάτου, της αναπηρίας, της εξάρτησης από τους άλλους επιτείνουν το αίσθημα της ανασφάλειας του αρρώστου. Πολλοί από τους φόβους αυτούς μπορούν να νικηθούν ή να ελαττωθούν με τη συζήτηση και την ενημέρωση από τον νοσηλευτή.

β. Η ανάγκη της κατανόησης. Ο νοσηλευτής στην άσκηση του έργου του πρέπει να δημιουργεί περιβάλλον στο οποίο οι αξίες, τα ήθη, τα έθιμα και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις του ατόμου να είναι σεβαστές. Είναι απαραίτητο να σχηματίσουμε την πνευματική και ψυχολογική εικόνα του αρρώστου, ώστε να μπορέσουμε να κατανοήσουμε τις ενέργειές του και να καταρτίσουμε το σχέδιο των δικών μας ενεργειών. Δεν είναι απαραίτητα μεγάλα χρονικά διαστήματα για επικοινωνία. Για να σχηματίσουμε την εικόνα του αρρώστου ας προσπαθήσουμε σιγά-σιγά στα λίγα λεπτά κάθε επικοινωνίας μας. Πρέπει να προσπαθούμε να γεμίζουμε τις συναντήσεις μας με ουσιαστικές και όχι μακροσκελείς και ανώφελες συζητήσεις.

γ. Η ανάγκη της ακρόασης. Συχνά στην εκτέλεση του έργου μας δεν ακούμε τον άλλον. Γιατί:

- Γιατί νομίζουμε ότι χάνουμε χρόνο. Λίγοι νοσηλευτές και μάλιστα με υπεύθυνες θέσεις έχουν την δυνατότητα να έχουν πάνω από μια συνάντηση μισής ώρας με τον κάθε άρρωστο στην διάρκεια της εβδομάδας.
- Το να ακούσεις τον άρρωστο συνεπάγεται πνευματικό και συναισθηματικό δέσιμο. Έτσι ο πόνος του αποχωρισμού, όταν ο άρρωστος πεθάνει, γίνεται πιο βαθύς.
- Ίσως φοβόμαστε ότι δεν έχουμε τις ικανότητες για ένα τέτοιο έργο.

Οι νοσηλευτές είναι ανάγκη να γίνουν καλύτεροι ακροατές. Μερικοί τρόποι για να το πετύχουν αυτό είναι:

- ✘ Να συνειδητοποιήσουν ότι είναι απαραίτητο να «ακούν» τον άρρωστο, γιατί τον κάνουν να νιώθει ότι έχει αξία, τον βοηθούν να νιώθει άνεση και ασφάλεια.
- ✘ Να γίνει η ακρόασή τους ποιοτική και όχι ποσοτική.

- ✘ Να προσπαθούν να ακούσουν όχι μόνο εκείνο που λέγεται, αλλά και όσα ο άρρωστος δεν εκφράζει.
- ✘ Να συνειδητοποιήσουν ότι δεν υπάρχουν δύσκολοι και εύκολοι άρρωστοι, αλλά άρρωστοι με δύσκολα ή εύκολα προβλήματα.
- ✘ Να αρχίσουν σιγά-σιγά είναι μια καλή συμβουλή. Να προσπαθούν να ακούσουν πραγματικά ένα πρόσωπο και όχι γενικά όλους τους αρρώστους του θαλάμου μαζί.

Συμπερασματικά, σύμφωνα με τον Ζαν Ζίγκλερ στο βιβλίο του «Οι ζωντανοί και ο θάνατος» (βλ. βιβλιογραφία) το νοσηλευτικό προσωπικό για να είναι σε θέση να βοηθήσει αποτελεσματικά τον ετοιμοθάνατο, θα πρέπει:

1. να μένει κοντά του, να ξέρει να αντιλαμβάνεται την ανάγκη του για ανθρώπινες επαφές.
2. να διευκολύνει τα πρόσωπα που παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή του. Κυρίως τα παιδιά, που αρκετά συχνά δεν είναι παρόντα, αλλά θα μπορούσαν να προσφέρουν μεγάλη τόνωση στον άρρωστο.
3. να του προμηθεύει ό,τι αγαπά και ό,τι έχει συνηθίσει. Λόγου χάρη, φαγητό, προσφιλή ποτά, ρούχα. Να ικανοποιεί όλες του τις ανάγκες και όχι μόνο αυτές για φάρμακα.
4. να του δίνει την ευκαιρία να βάζει τάξη στις υποθέσεις του, να τον βοηθάει στην σύνταξη της διαθήκης, στο διακανονισμό των χρεών του. Να του εξασφαλίζει την πνευματική συμπαράσταση που χρειάζεται.
5. να λογαριάζει την ανάγκη του να μιλάει για τον θάνατό του. Να ξέρει να σωπαίνει όταν πρέπει. Να ξέρει να αλλάζει συζήτηση. Η νοσοκόμα που έχει θρησκευτική πίστη θα πρέπει να είναι ανοικτή στα προβλήματα, στα ερωτήματα και τις αμφιβολίες του αρρώστου σε σχέση με τα πνευματικά ζητήματα. Ρόλος

της δεν είναι να τον προσηλυτίσει αλλά να είναι διαθέσιμη, ώστε να απαντά στις ερωτήσεις του, για τον Θεό και το υπερπέραν. Ακούγοντάς τον, όταν της μιλά για τη ζωή του, διαβεβαιώνοντας τον πως την έζησε σωστά και πως επιτέλεσε το χρέος του, τον βοηθά. Είναι αλήθεια ότι για τους ανθρώπους που πεθαίνουν νέοι αυτό το τελευταίο σημείο δεν έχει και τόση σημασία. Πράγματι πολύ λίγα πράγματα μπορείς να πεις για το «γιατί» του θανάτου.

8.3. Ο Κοινωνικός Λειτουργός

Μέλος απαραίτητο της διεπιστημονικής ομάδας είναι και ο επαγγελματίας Κοινωνικός Λειτουργός, ο οποίος καλείται παράλληλα με τα υπόλοιπα μέλη να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που προκύπτουν όταν ο ασθενής εισέρχεται στην επιθανάτια διαδικασία.

Ο ασθενής περνάει μια έντονη κρίση την οποία αναγκάζεται να αντιμετωπίσει παθητικά. Άλλοι μιλούν για λογαριασμό του. Αυτοί οι άλλοι παρερμηνεύουν την αδιατύπωτη σκέψη του, σταθμίζουν τις ανέκφραστες επιθυμίες του, αποφασίζουν τι θα ήταν γι' αυτόν μια ζωή «αξιοβίωτη», και τι για την οικογένειά του μια ζωή «αφόρητη». Ο άνθρωπος, που ως ένα βαθμό είναι υποκείμενο του πεπρωμένου του, προτού διαβεί το κατώφλι του νοσοκομείου, γλιστρά ανεπαίσθητα στην κατάσταση του ανθρώπου-αντικείμενο. Με άλλα λόγια γίνεται αντικείμενο μιας πράξης και μιας λογικότητας που του είναι ριζικά ξένες.

Οι κλινικοί γιατροί του νοσοκομείου αντιμετωπίζουν τον βαριά άρρωστο σαν άνθρωπο που έχει ολότελα στερηθεί την ανθρώπινη οικολογία του. Έτσι όμως ο ασθενής χάνει την ανθρώπινη μοναδικότητά του. Το ίδρυμα επιβάλλει στον άρρωστο μια νέα ταυτότητα, τελείως άσχετη με την προσωπική ιστορία, το

προσωπικό πεπρωμένο και την ανθρώπινη οικολογία του συγκεκριμένου υποκειμένου. Η ταυτότητα αυτή εξαρτάται πια μόνο από τη θέση του υποκειμένου μέσα στο δίκτυο σχέσεων του νοσοκομειακού χώρου. Μια νέα λογικότητα, που δεν είναι λογικότητα που διέπει τη ζωή του αρρώστου και τις διαδοχικές επιλογές που διέπουν αυτή τη ζωή, επιβάλλεται κατά κράτος στον άρρωστο και του υπαγορεύει έναν πρωτοφανή κώδικα συμπεριφοράς. Ο άρρωστος οφείλει να συμμορφώνεται με τον κυρίαρχο νοσοκομειακό λόγο.

Α' ΣΤΑΔΙΟ

Ο απώτερος σκοπός του Κοινωνικού Λειτουργού είναι να μάθει το άτομο να αισθάνεται ενεργητικό με εμπιστοσύνη στον εαυτόν του, να εκφράζει τα δικά του συναισθήματα, αντιλήψεις, ανάγκες, ακόμα και αν όλα αυτά δεν είναι πλήρως αποδεκτά από τους άλλους και να βρει την δύναμη και την ελπίδα να αγωνιστεί για τη ζωή του.

Συγκεκριμένα οι στόχοι είναι:

1. να βοηθηθούν τα άτομα να εκφράσουν τα συναισθήματά τους (φόβο, άγχος, κατάθλιψη)
2. να αντιμετωπιστούν τα άμεσα προβλήματα που συνδέονται με την αρρώστια.
3. να βοηθηθούν ώστε να μπορούν να ζουν με τη γνώση της σοβαρής αρρώστιας και των συνεπειών της και να μπορούν να αντιμετωπίζουν την αβεβαιότητα και άλλες σχετικές ανησυχίες.
4. να βοηθηθούν ώστε να προσαρμοστούν στην νέα εικόνα σώματος και εαυτού.
5. να ευαισθητοποιηθούν σε θέματα που αφορούν προσωπικά προβλήματα και ανάγκες.

6. να ενεργοποιηθούν προς την Κοινωνική τους επανένταξη (εάν αυτή είναι εφικτή).

Ένα δεύτερο βήμα είναι να βοηθηθούν τα άτομα να συνειδητοποιήσουν πως δεν είναι πάντα θύματα της αρρώστιας αλλά και πως οι ίδιοι μπορούν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη ή στην καταπολέμησή της.

Και ένα τρίτο βήμα είναι να ενισχυθεί η πίστη των ατόμων στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας και της αμυντικής ικανότητας του οργανισμού. Οι κύριες τεχνικές που χρησιμοποιούνται με σκοπό την ενίσχυση του αμυντικού συστήματος είναι η μέθοδος της χαλάρωσης και της διανοητικής φαντασίωσης (ο ασθενής ενθαρρύνεται να απεικονίσει στη φαντασία του, συμβολικές εικόνες π.χ. του καρκίνου και το τι πιστεύει πως συμβαίνει στο σώμα του).

Παράλληλα με την εργασία με τον ασθενή ο Κοινωνικός Λειτουργός εργάζεται και με την οικογένειά του με σκοπό:

- να οδηγηθεί η οικογένεια να πάρει την καλύτερη δυνατή στάση απέναντι στον πάσχοντα και να σπάσει τη σιωπή με την οποία συχνά περιβάλλεται το άτομο.
- Να ενθαρρύνει την οικογένεια να συζητήσει με τον ασθενή τις ιδιαίτερες ανάγκες και τα συναισθήματά του.
- Να βοηθούν τα μέλη της οικογένειας να αντιμετωπίσουν τα δικά τους προβλήματα που δημιουργούνται από την εμφάνιση της ασθένειας και να εκφράσουν τα δικά τους συναισθήματα δηλαδή την ένταση τις ενοχές και τη θλίψη τους.

Β΄ ΣΤΑΔΙΟ

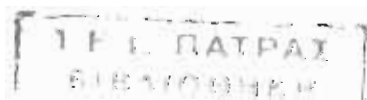
Αναφέρεται συνήθως σε καρκινοπαθείς οι οποίοι αποτελούν μέλη μιας ομάδας. Σκοπός της θεραπείας είναι το άτομο να βοηθηθεί και να οδηγηθεί μεθοδικά στην αποκατάσταση της συναλλαγής που θα οδηγήσει στην αμοιβαία διαφοροποίηση, μια διαφοροποίηση που πρέπει να γίνει **α)** στις αξίες, **β)** στους ρόλους που αναθέτονται και αναλαμβάνονται και **γ)** στα μέσα που χρησιμοποιούνται για την εκπλήρωση των στόχων. Συγκεκριμένα στην προσπάθεια τα άτομα να βρουν και να λύσουν τα πρακτικά τους προβλήματα, ενθαρρύνονται στο να εντοπίσουν υγιέστερους τρόπους αντιμετώπισης των κρίσιμων καταστάσεων στη ζωή τους, να αναδιοργανώσουν το σύστημα αξιών και πεποιθήσεών τους και να επανεξετάσουν το σύστημα πίστης τους για κοινωνικές σχέσεις, τα γεγονότα της ζωής τους και τις ευρύτερες αντιλήψεις τους για τον κόσμο. Με άλλα λόγια σκοπός της θεραπείας είναι να βοηθηθεί το άτομο να αυτοδιαφοροποιηθεί και να αυτοοργανωθεί σε σχέση με τον εαυτό του και το περιβάλλον, έτσι ώστε να οδηγηθεί σε μια συνεχή ανοδική πορεία.

Το άτομο θα χρειαστεί να αναπτύξει μια σειρά από επιδεξιότητες:

α) να μπορεί να μπει στη θέση του άλλου, αυτό σημαίνει ότι χρειάζεται διαφοροποίηση στις γνωστικές-εννοιολογικές και συγκινησιακές του διεργασίες όπως και στους τύπους συμπεριφοράς του,

β) να μάθει να συνεργάζεται και να μπαίνει σε διάλογο με τα άλλα μέλη της ομάδας. Η αποκατάσταση αυτού του διαλόγου απαιτεί από το άτομο βασική εμπιστοσύνη για τους άλλους «άνοιγμα», ειλικρίνεια και το σπουδαιότερο να μην επιδιώκει τον έλεγχο των άλλων.

γ) το άτομο χρειάζεται μια λειτουργική και εφαρμοσμένη αυτογνωσία με την έννοια του τι μπορεί και τι δεν μπορεί να κάνει, τι θέλει και πόσο θέλει να το κάνει. Από τη μεριά της η ομάδα, πρέπει να κρατάει όσο πιο καθαρό γίνεται το σκοπό της για όλους. Πρέπει δηλαδή οι αξίες της να είναι συνεπείς προς την «διεργασία του ζην» και να τονώνουν τη συνεργασία. Αυτή η προϋπόθεση κάνει ώστε η εκπλήρωση ατομικών και ομαδικών στόχων να γίνεται για αμοιβαία ωφέλεια, ώστε η εκπλήρωση του ενός να ενισχύει την προσπάθεια για την εκπλήρωση του άλλου. (Διαδίκτυο, βλ. βιβλιογραφία).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑΤΟ

ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Η ευθανασία είναι ένα επίκαιρο, ενδιαφέρον και έντονα αμφιλεγόμενο θέμα. Έχει σημαντικές ηθικές, νομικές και πνευματικές πλευρές και η ανθρώπινη ευθύνη είναι πραγματικά πολύ μεγάλη. Απασχολεί ζωηρά τους γιατρούς διεθνώς. Ορισμένες μάλιστα χώρες της Ενωμένης Ευρώπης, με πρώτη την Ολλανδία, έχουν προχωρήσει στη νομιμοποίηση της, με όλες τις συνέπειες μιας τέτοιας ενέργειας.

Ο λόγος του Θεού στο βιβλίο της Εξόδου 23:7 προστάζει: "Μείνε μακριά από κάθε άδικη υπόθεση και μη γίνεις αιτία να θανατωθεί ο αθώος και ο δίκαιος". Ο άνθρωπος δημιουργήθηκε "κατ' εικόνα και ομοίωση" του Θεού και ο σεβασμός του δικαιώματος της ζωής είναι ευθύνη όλων μας.

Εδώ θα πρέπει να διευκρινίσουμε ότι διακοπή θεραπείας που δεν πιστεύεται ότι βοηθάει τον ασθενή με σκοπό να επιτραπεί η επέλευση του φυσικού θανάτου, χωρίς πρόσθετες άσκοπες προσπάθειες, δε μπορεί να θεωρηθεί παθητική ευθανασία. Ο σκοπός της θεραπείας είναι να ανακουφίσει τον ασθενή και για το λόγο αυτό χρησιμοποιούνται τα πιο αποτελεσματικά θεραπευτικά μέσα. Αν στη διάρκεια αυτής της θεραπείας ο ασθενής πεθάνει,

πρόκειται για φυσικό θάνατο και όχι ευθανασία. Αν όμως διακοπεί αποτελεσματική θεραπεία για να επιταχυνθεί η επέλευση του θανάτου, τότε καθαρά πρόκειται για ευθανασία.

Το δικαίωμα της ζωής είναι ιερό και είναι ευθύνη της κοινωνίας να το διαφυλάξει. Όμως, αυτό δε σημαίνει ότι πρέπει να γίνει με οποιοδήποτε μέσο και με οποιοδήποτε κόστος, αδιαφορώντας για τα αποτελέσματα και τις συνέπειες των ενεργειών μας. Ο φυσικός θάνατος είναι κάτι το αναπόφευκτο: "Και όπως είναι καθορισμένο για τους ανθρώπους μια φορά να πεθάνουν..." (Εβραίους 9:27). Ο κάθε ασθενής αποτελεί και μια ιδιαίτερη περίπτωση. Υπάρχουν περιπτώσεις που πρέπει να σεβόμαστε τον άρρωστο και να μη παρεμβαίνουμε στη φυσική διαδικασία του θανάτου, επιβάλλοντάς του πρόσθετο μαρτύριο, και προσβάλλοντας την αξιοπρέπειά του, όταν η ιατρική δεν μπορεί να εμποδίσει το θάνατο. Και η ποιότητα της ζωής του αρρώστου πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη. Χρειάζεται από μέρους του θεράποντος Ιατρού σοφία, σύνεση και σεβασμός στην προσωπικότητα του άρρωστου. Εξάλλου, υπάρχουν αρκετές διαγνωστικές ή και θεραπευτικές ενέργειες που είναι αδύνατο να εφαρμοστούν χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς ή του άμεσου συγγενικού περιβάλλοντος.

Δύσκολα διλήμματα οπωσδήποτε. Από την άλλη μεριά, όμως, ποιος μας έδωσε το δικαίωμα και για πόσο χρονικό διάστημα να παρατείνουμε μια ζωή που σβήνει;

Εδώ προκύπτει ένα καίριο ερώτημα: Πόσο ασφαλής είναι η διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού φλοιού; Μέχρι πρόσφατα υπήρχαν κάποιες μικρές αμφιβολίες. Τώρα όμως έχει αναπτυχθεί μια νέα διαγνωστική τεχνική - η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων = Positron Emission Tomography (PET) -

που καταγράφει την αιματική ροή και το μεταβολισμό της γλυκόζης στον εγκεφαλικό φλοιό και βγάζει από διλήμματα τους Χριστιανούς Ιατρούς.

Βασική αρχή της κλασικής Κλινικής Ιατρικής είναι η διατήρηση της ζωής και όχι η πρόκληση του θανάτου. Η θέση της είναι σαφής: Η ευθανασία δε πρέπει να νομιμοποιηθεί γιατί θα μειώσει την ευαισθησία των ιατρικών αποφάσεων σε καταστάσεις που μεταβάλλονται με το χρόνο. Υπάρχουν πολύ σοβαρές αντιρρήσεις που θα τις διακρίνουμε σε τρεις κατηγορίες:

9.1. Ηθικές αντιρρήσεις

α) Ο άνθρωπος είναι πνευματική υπόσταση κάτι που αναγνωρίζεται παγκόσμια. Δε γνωρίζουμε το θέλημα τον Θεού σχετικά με το προσδόκιμο της επιβίωσης του οποιονδήποτε ατόμου. "Ο Θεός δίνει σε όλους ζωή και πνοή και τα πάντα" (Πράξεις 17:25). Η φροντίδα των γιατρών πρέπει να είναι προσεκτική και να διατηρούν υψηλό επίπεδο κλινικής ιατρικής. Η αποστολή του νόμου δεν είναι να ρυθμίζει τις καθημερινές κινήσεις τους αλλά να αποτρέπει τις απαράδεκτες πρακτικές που είναι σίγουρα κακές.

β) Η αποστολή του ανθρώπου είναι να κατοικεί τη γη. Έχουμε υποχρέωση να φροντίζουμε τον εαυτό μας αλλά και τους άλλους. Κανένας δεν έχει δικαίωμα να αφαιρεί τη ζωή τον άλλον.

γ) Τα παθήματα και οι αρρώστιες είναι συνυφασμένες με την ύπαρξη μας. Στόχος των γιατρών είναι η ανακούφιση και η θεραπεία. Η πρόταση της ευθανασίας σαν λύση του πολύπλοκου προβλήματος των ανθρώπινων δεινοπαθημάτων είναι πολύ επικίνδυνη τακτική. Η νομιμοποίηση της ευθανασίας θα διαταράξει τη σχέση αρρώστου - υγειονομικού προσωπικού. Θα κλονιστεί η

εμπιστοσύνη των ασθενών όταν θα γνωρίζουν ότι, εκείνοι στους οποίους ανάθεσαν τη φροντίδα της ζωής τους, έχουν το δικαίωμα να τους θανατώσουν.

9.2 Πρακτικές αντιρρήσεις

Υπάρχουν πολλοί λόγοι που μπορεί να οδηγήσουν τον ασθενή να ζητήσει ευθανασία ή τους συγγενείς να την επιδιώξουν. Είναι όμως αβάσιμοι γιατί είναι ασταθείς, μεταβάλλοντας με το χρόνο και επηρεάζονται από ποικίλους παράγοντες.

α) Η κατάθλιψη συχνά συνοδεύεται από τάσεις αυτοκτονίας. Η απαίτηση του αρρώστου για ευθανασία είναι ενδεχόμενο να προέρχεται από κάποια λανθάνουσα καταθλιπτική συνδρομή. Επομένως, υπάρχει ο κίνδυνος να οδηγηθούν στο θάνατο ασθενείς που χρειάζονται τη φροντίδα και τη θεραπεία. Πολλές από τις καταστάσεις αυτές είναι παροδικές και ιάσιμες.

β) Από κακή πληροφόρηση ασθενείς και οικογένειες είναι ενδεχόμενο να καταλήξουν στο συμπέρασμα ότι η κατάσταση είναι απελπιστική. Το κυριότερο επιχείρημα των υποστηρικτών της ευθανασίας είναι η αυτοδιάθεση του αρρώστου και μάλιστα υποστηρίζουν ότι όταν ο ασθενής πρόκειται να πεθάνει σύντομα γιατί θα πρέπει να τον αφήσουμε να υποφέρει; Πόσο ευσταθεί, όμως, αυτό το επιχείρημα;. Πόσο σίγουρα μπορούμε να το χρόνο επέλευσης τον θανάτου; Στο *British Medical Journal* δημοσιεύτηκε ένα άρθρο με τον πολύ εύστοχο τίτλο: "Patients with terminal cancer" who have neither terminal illness nor cancer. (Ασθενείς με τελικό στάδιο καρκίνου που δεν βρίσκονταν στο τελικό στάδιο, ούτε είχαν καρκίνο). Αναφέρονται τέσσερις περιπτώσεις ασθενών, από

γ) Δεν είναι δυνατόν να γνωρίζουμε τα κίνητρα της οικογένειας όταν ζητούν για τον άρρωστο τους ευθανασία. Απαλλαγή από το βάρος της αρρώστιας, κάποιο οικονομικό όφελος ή κληρονομικές υποθέσεις είναι ενδεχόμενο να υπάρχουν.

δ) Προβλήματα εργασίας και μεγάλες οικονομικές δυσκολίες συχνά οδηγούν σε μαύρη απελπισία. Όμως, αντί της ευθανασίας, είμαστε σε θέση να προτείνουμε το δώρο της ελπίδας: "Ευλογητός ο Θεός και Πατέρας του Κυρίου μας Ιησού Χριστού, ο οποίος σύμφωνα με το πολύ έλεός του, μας αναγέννησε σε ζωντανή ελπίδα, μέσω της ανάστασης του Ιησού Χριστού από τους νεκρούς" (Α' Πέτρου 1:3).

ε) Η δήλωση του ασθενούς που γίνεται από πριν (Living Will) δεν μπορεί να προβλέψει την πραγματική κατάσταση που θα δημιουργηθεί. Πόσο ελεύθερη είναι η απόφασή του; Η επιρροή του ιατρού είναι πολύ μεγάλη.

ζ) Ποιος ο λόγος να καταφύγουμε στην ευθανασία; Υπάρχουν αποτελεσματικές εναλλακτικές λύσεις. Η δυνατότητα φροντίδας των ασθενών με ανίατα νοσήματα δεν απαιτεί πολύπλοκες μεθόδους ή υψηλή τεχνολογία. Το μόνο που χρειάζεται είναι το πραγματικό ενδιαφέρον για τον ασθενή.

9.3. Κοινωνικές αντιρρήσεις

α) Η νομιμοποίηση των αμβλώσεων άλλαξε ριζικά το ηθικό κλίμα της κοινωνίας, με τη σκέψη ότι αφού είναι νόμιμο να γίνει η άμβλωση άρα είναι και ηθικό. Κάτι ανάλογο είναι φυσικό να συμβεί αν νομιμοποιηθεί η ευθανασία.

β) Η νομιμοποίηση της ευθανασίας θα δημιουργήσει μια κατηγορία ανθρώπων που θα αισθάνονται ότι είναι, ή θα γίνουν, ανεπιθύμητοι π.χ. χρόνιες παθήσεις και προχωρημένη ηλικία.

γ) Ο κίνδυνος να γίνει κατάχρηση του νόμου είναι πολύ μεγάλος. Το αποδεικνύει η εμπειρία της Ολλανδίας. Μέχρι το Σεπτέμβριο τον 1991 αναφέρθηκαν 1990 περιπτώσεις ευθανασίας από τις οποίες στις 1030 δεν υπήρχε ξεκάθαρη έκφραση της θέλησης του αρρώστου. Το 70% των περιπτώσεων ευθανασίας αναφέρθηκαν παράνομα ως θάνατοι από φυσικά αίτια. Σε μια πρόσφατη μελέτη στο Lancet αναφέρεται, πάλι για την Ολλανδία, ότι μέχρι το Μάιο τον 1993 το 41% των περιπτώσεων ευθανασίας έγινε χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς.

δ) Οι υποστηρικτές της ευθανασίας είναι πολύ πιθανά να φτάσουν στο σημείο ότι δε πρέπει να ξοδεύουμε για τη θεραπεία νόσων που προκλήθηκαν από κάποιες καταχρήσεις π.χ. πολυφαγία, αλκοολισμός, τοξικομανία, AIDS.
(www.godlovesyou.com)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Θέλοντας να εξετάσουμε τη στάση και την αντίληψη των κατοίκων της πόλης Πατρών σχετικά με το θέμα της «Ευθανασίας» εφαρμόσαμε μια στατιστική ανάλυση σε δείγμα 180 ατόμων χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο SPSS και καταλήξαμε στα ακόλουθα συμπεράσματα.

Πίνακας 1. Κατανομή 180 ατόμων ανάλογα με την περιοχή

ΠΕΡΙΟΧΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ (%) ΑΤΟΜΩΝ
ΚΕΝΤΡΟ	90 (50%)
ΠΡΟΑΣΤΙΟ	90 (50%)

Το δείγμα μας αποτελείται από 90 άτομα από το κέντρο της Πάτρας και από 90 άτομα από το προάστιο.

Πίνακας 2. Κατανομή 180 ατόμων ανάλογα με το φύλο

ΦΥΛΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ (%) ΑΤΟΜΩΝ
ΑΝΔΡΑΣ	82 (45,6%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	98 (54,4%)

Το 54,4% του δείγματος είναι γυναίκες και το 45,6% του δείγματος το αποτελούν άνδρες.

Πίνακας 3. Κατανομή 180 ατόμων ανάλογα με την ηλικία τους

ΗΛΙΚΙΑ (ΣΕ ΕΤΗ)	ΑΡΙΘΜΟΣ (%) ΑΤΟΜΩΝ
Μέχρι 20	16 (8,9%)
20 – 40	109 (60,6%)
40 και άνω	55 (30,6%)

Η ηλικία των ατόμων του δείγματος κυμαίνεται από 13 έως 75 ετών. Το 60,6% των ατόμων του δείγματος είναι ηλικίας από 20 έως 40 ετών. Το 30,6% των ατόμων του δείγματος είναι ηλικίας από 40 ετών και άνω.

Πίνακας 4. Κατανομή 180 ατόμων ανάλογα με τον τόπο κατοικίας τους στα παιδικά τους χρόνια

ΖΗΣΑΤΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΚΑ ΣΑΣ ΧΡΟΝΙΑ ΣΕ :	ΑΡΙΘΜΟΣ (%) ΑΤΟΜΩΝ
ΧΩΡΙΟ	36 (20%)
ΚΩΜΟΠΟΛΗ	17 (9,4%)
ΠΟΛΗ	126 (70%)

Το 70% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι έζησαν τα παιδικά τους χρόνια σε πόλη ενώ το 20% του δείγματος απάντησαν ότι έζησαν τα παιδικά τους χρόνια σε χωριό.

Πίνακας 5. Κατανομή 180 ατόμων ανάλογα με τον τόπο κατοικίας τους τα τελευταία πέντε χρόνια

ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ 5 ΧΡΟΝΙΑ ΖΕΙΤΕ ΣΕ :	ΑΡΙΘΜΟΣ (%) ΑΤΟΜΩΝ
ΧΩΡΙΟ	1 (0,6%)
ΚΩΜΟΠΟΛΗ	3 (1,7%)
ΠΟΛΗ	176 (97,8%)

Το 97,8% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι τα τελευταία πέντε χρόνια ζουν σε πόλη.

Πίνακας 6. Κατανομή 180 ατόμων ανάλογα με το μορφωτικό τους επίπεδο

ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ (%) ΑΤΟΜΩΝ
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	36 (20%)
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	17 (9,4%)
ΛΥΚΕΙΟ	60 (33,3%)
ΑΝΩΤΕΡΗ ΣΧΟΛΗ	15 (8,3%)
ΑΝΩΤΑΤΗ ΣΧΟΛΗ	45 (25%)
ΑΛΛΟ	7 (3,9%)

Το 33,3% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι είναι απόφοιτοι λυκείου, ενώ το 25% του δείγματος απάντησαν ότι είναι απόφοιτοι ανώτατης σχολής.

Πίνακας 7. Κατανομή 180 ατόμων ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα τους

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΤΕΡΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ (%) ΑΤΟΜΩΝ
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	89 (49,4%)
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	32 (17,8%)
ΛΥΚΕΙΟ	18 (10%)
ΑΝΩΤΕΡΗ ΣΧΟΛΗ	15 (8,3%)
ΑΝΩΤΑΤΗ ΣΧΟΛΗ	18 (10%)
ΑΛΛΟ	2 (1,1%)

Το 49,4% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι ο πατέρας τους είναι απόφοιτος δημοτικού, ενώ το 17,8% του δείγματος απάντησαν ότι ο πατέρας τους είναι απόφοιτος γυμνασίου.

Πίνακας 8. Κατανομή 180 ατόμων ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας τους

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ (%) ΑΤΟΜΩΝ
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	108 (60%)
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	10 (5,6%)
ΛΥΚΕΙΟ	19 (10,6%)
ΑΝΩΤΕΡΗ ΣΧΟΛΗ	13 (7,2%)
ΑΝΩΤΑΤΗ ΣΧΟΛΗ	14 (7,8%)
ΑΛΛΟ	2 (1,1%)

Το 60% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι η μητέρα τους έχει επίπεδο μόρφωσης δημοτικού, ενώ το 10,6% του δείγματος απάντησαν ότι η μητέρα τους είναι απόφοιτος λυκείου.

Πίνακας 9. Κατανομή 180 ατόμων ανάλογα με την επαγγελματική τους κατάσταση

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ (%) ΑΤΟΜΩΝ
ΑΝΕΡΓΟΣ	52 (28,9%)
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	48 (26,7%)
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	16 (8,9%)
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	52 (28,9%)
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	10 (5,6%)

Το 28,9% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι είναι άνεργοι, ενώ το ίδιο ποσοστό απάντησε ότι είναι ελεύθεροι επαγγελματίες.

Πίνακας 10. Κατανομή 180 ατόμων ανάλογα με το θρήσκευμα

ΘΡΗΣΚΕΥΜΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ (%) ΑΤΟΜΩΝ
ΧΡΙΣΤΙΑΝΟΣ ΟΡΘΟΔΟΞΟΣ	161 (89,4%)
ΕΥΑΓΓΕΛΙΚΟΣ / ΚΗ	6 (3,3%)
ΧΡΙΣΤ. ΔΙΑΜΑΡΤΥΡΟΜΕΝΟΣ	9 (5%)

Το 89,4% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι στο θρήσκευμα είναι χριστιανοί ορθόδοξοι.

Πίνακας 11. Κατανομή 180 ατόμων ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ (%) ΑΤΟΜΩΝ
ΕΓΓΑΜΟΣ	87 (48,3%)
ΑΓΑΜΟΣ	93 (51,7%)

Το 51,7% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι είναι άγαμοι και το 48,3% του δείγματος απάντησαν ότι είναι έγγαμοι.

Πίνακας 12. Κατανομή 180 ατόμων ανάλογα με το αν γνωρίζουν την έννοια της «ευθανασίας»

ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ «ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ» ;	ΑΡΙΘΜΟΣ (%) ΑΤΟΜΩΝ
ΝΑΙ	170 (94,4%)
ΟΧΙ	10 (5,6%)

Το 94,4% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι γνωρίζουν την έννοια της «ευθανασίας».

Πίνακας 13. Κατανομή 180 ατόμων σχετικά με το τι νομίζουν ότι είναι η ευθανασία

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΕΙΝΑΙ :	ΑΡΙΘΜΟΣ (%) ΑΤΟΜΩΝ
Καλός τρόπος ζωής	
Καλός θάνατος	25 (13,9%)
Αφαίρεση της ζωής κάποιου κατά την διάρκεια κάποιας ανίατης ασθένειας	150 (83,3%)

Το 83,3% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι η ευθανασία είναι η αφαίρεση της ζωής κάποιου κατά την διάρκεια κάποιας ανίατης ασθένειας.

Πίνακας 14. Κατανομή 180 ατόμων σχετικά με το αν γνωρίζουν αν εφαρμόζεται η ευθανασία στην Ελλάδα

ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΑΝ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ;	ΑΡΙΘΜΟΣ (%) ΑΤΟΜΩΝ
ΝΑΙ	23 (12,8%)
ΟΧΙ	107 (59,4%)
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	49 (27,2%)

Το 59,4% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι η ευθανασία δεν εφαρμόζεται στην Ελλάδα, ενώ το 27,2% του δείγματος απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν αν εφαρμόζεται στην Ελλάδα.

Πίνακας 15. Κατανομή 180 ατόμων σχετικά με το αν γνωρίζουν αν η ευθανασία κατοχυρώνεται από την ελληνική νομοθεσία

ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΑΝ ΚΑΤΟΧΥΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ;	ΑΡΙΘΜΟΣ (%) ΑΤΟΜΩΝ
ΝΑΙ	19 (10,6%)
ΟΧΙ	86 (47,8%)
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	74 (41,1%)

Το 47,8% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι η ευθανασία δεν κατοχυρώνεται από την ελληνική νομοθεσία, ενώ το 41,1% του δείγματος απάντησαν ότι δεν το γνωρίζουν.

Πίνακας 16. Κατανομή 180 ατόμων σχετικά με το αν είναι υπέρ του να αφαιρούν οι άνθρωποι την ζωή τους

ΕΙΣΤΕ ΥΠΕΡ ΤΟΥ ΝΑ ΑΦΑΙΡΟΥΝ ΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΤΗΝ ΖΩΗ ΤΟΥΣ ;	ΑΡΙΘΜΟΣ (%) ΑΤΟΜΩΝ
ΝΑΙ	46 (25,6%)
ΟΧΙ	134 (74,4%)

Το 74,4% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι δεν είναι υπέρ του να αφαιρούν οι άνθρωποι την ζωή τους.

Πίνακας 17. Κατανομή 180 ατόμων σχετικά με το πώς θα αντιδρούσαν αν κάποιος συγγενικό τους πρόσωπο έπασχε από ανίατη ασθένεια π.χ. καρκίνος και βρίσκονταν στην τελική φάση

	ΑΡΙΘΜΟΣ (%) ΑΤΟΜΩΝ
Θα του δίνετε φάρμακα για να παρατείνετε την ζωή του, έστω και για μικρό χρονικό διάστημα, ακόμα και αν έχει έντονους πόνους ;	105 (58,3%)
Δεν θα του χορηγούσατε φάρμακα και θα τον αφήνατε να πεθάνει σε πιο σύντομο χρονικό διάστημα :	19 (10,6%)
Θα επιλέγατε την άμεση διακοπή της ζωής του ασθενούς, ώστε να μην υποφέρει ;	52 (28,9%)

Το 58,3% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι θα έδιναν φάρμακα στο συγγενικό τους πρόσωπο που πάσχει από ανίατη ασθένεια για να του παρατείνουν την ζωή έστω για μικρό χρονικό διάστημα, ακόμα και αν έχει έντονους πόνους. Το 28,9% του δείγματος απάντησαν ότι θα επέλεγαν την άμεση διακοπή της ζωής του ασθενούς ώστε να μην υποφέρει.

Πίνακας 18. Κατανομή 180 ατόμων σχετικά με το τι θα επέλεγαν να κάνουν αν κάποιος ήταν κλινικά νεκρός (φυτό) και ζούσε με την υποβοήθεια μηχανημάτων

	ΑΡΙΘΜΟΣ (%) ΑΤΟΜΩΝ
Θα επιμείνате να παραμείνει στη ζωή με την μηχανική υποστήριξη ;	86 (47,8%)
Θα ζητούσατε /επιθυμούσατε να σταματήσει η μηχανική υποστήριξη και να τερματιστεί η ζωή του ;	57 (31,7%)
Άλλο	35 (19,4%)

Το 47,8% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι θα επέμεναν να παραμείνει στην ζωή με την μηχανική υποστήριξη κάποιος που θεωρείται κλινικά νεκρός. Το 31,7% του δείγματος απάντησαν ότι θα επιθυμούσαν την διακοπή της μηχανικής υποστήριξης με σκοπό να τερματιστεί η ζωή κάποιου που θεωρείται κλινικά νεκρός.

Πίνακας 19. Κατανομή 180 ατόμων σχετικά με το πώς θα αντιδρούσαν αν κάποιος συγγενής τους έπασχε από ανίατη ασθένεια και τους έλεγε ότι θα επιθυμούσε να του γίνει ευθανασία

	ΑΡΙΘΜΟΣ (%) ΑΤΟΜΩΝ
Θα μεσολαβούσατε στο γιατρό να του κάνει ευθανασία ;	34 (18,9%)
Θα σεβόσασταν την γνώμη του ασθενούς αλλά θα μένατε αμέτοχος /η ;	54 (30%)
Θα προσπαθούσατε να τον μεταπείσετε ;	89 (49,4%)

Το 49,4% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι αν κάποιος συγγενής τους έπασχε από ανίατη ασθένεια και τους έλεγε ότι θα επιθυμούσε να του γίνει ευθανασία θα προσπαθούσαν να τον μεταπείσουν. Ενώ το 18,9% του δείγματος απάντησαν ότι σε ανάλογη περίπτωση θα μεσολαβούσαν στον γιατρό για να γίνει ευθανασία στον ασθενή.

Πίνακας 20. Κατανομή 180 ατόμων σχετικά με το αν είχαν ή έχουν στο συγγενικό οικογενειακό τους περιβάλλον κάποιο άτομο που να πάσχει από ανίατη ασθένεια

ΕΧΕΤΕ ΣΤΟ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΣΑΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΠΟΙΟ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΝΑ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΑΝΙΑΤΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ;	ΑΡΙΘΜΟΣ (%) ΑΤΟΜΩΝ
ΝΑΙ	72 (40%)
ΟΧΙ	108 (60%)

Το 60% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι στο συγγενικό – οικογενειακό τους περιβάλλον δεν έχουν κάποιο άτομο που να πάσχει από κάποια ανίατη ασθένεια.

Πίνακας 21. Κατανομή 72 ατόμων που απάντησαν ότι έχουν στο συγγενικό τους περιβάλλον κάποιο άτομο που πάσχει από ανίατη ασθένεια σχετικά με το αν το άτομο αυτό έχει εκφράσει ποτέ την επιθυμία να του γίνει ευθανασία

ΤΟ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΣΑΣ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΑΝΙΑΤΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΕΧΕΙ ΕΚΦΡΑΣΕΙ ΠΟΤΕ ΤΗΝ ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΝΑ ΤΟΥ ΓΙΝΕΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ;	ΑΡΙΘΜΟΣ (%) ΑΤΟΜΩΝ
ΝΑΙ	5 (6,9%)
ΟΧΙ	67 (93,1%)

Το 93,1% των ατόμων του δείγματος που έχουν στο συγγενικό τους περιβάλλον κάποιο άτομο που πάσχει από ανίατη ασθένεια απάντησαν ότι το άτομο αυτό δεν έχει εκφράσει ποτέ την επιθυμία να του γίνει ευθανασία λόγω της σοβαρής και μη αντιστρέψιμης κατάστασης της ασθένειας του.

Πίνακας 22. Κατανομή 180 ατόμων σχετικά με το αν πιστεύουν ότι θα ζητούσαν ποτέ για τον εαυτό τους να τους γίνει ευθανασία

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΘΑ ΖΗΤΟΥΣΑΤΕ ΕΣΕΙΣ ΠΟΤΕ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ ΝΑ ΣΑΣ ΓΙΝΕΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ;	ΑΡΙΘΜΟΣ (%) ΑΤΟΜΩΝ
ΝΑΙ	77 (42,8%)
ΟΧΙ	100 (55,6%)

Το 55,6% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι δεν θα ζητούσαν ποτέ για τον εαυτό τους να τους γίνει ευθανασία, ενώ το 42,8% του δείγματος πιστεύουν ότι θα ζητούσαν να τους γίνει ευθανασία.

Πίνακας 23. Κατανομή 77 ατόμων που πιστεύουν ότι θα ζητούσαν για τον εαυτό τους να τους γίνει ευθανασία σχετικά με τους λόγους για τους οποίους θα την επέλεγαν

ΣΕ ΠΟΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΘΑ ΕΠΙΛΕΓΑΤΕ ΝΑ ΣΑΣ ΓΙΝΕΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ;	ΑΡΙΘΜΟΣ (%) ΑΤΟΜΩΝ
Αν πάσχατε από ανίατη ασθένεια ;	9 (11,7%0
Αν πάσχατε από ανίατη ασθένεια και ήσασταν σε τελικό στάδιο ;	61 (79,2%)
Αν είχατε κάποιο ψυχικό-συναισθηματικό πρόβλημα ;	2 (2,6%)
Για άλλο λόγο	5 (6,5%)

Το 79,2% των ατόμων του δείγματος που απάντησαν ότι θα ζητούσαν για τον εαυτό τους να τους γίνει ευθανασία θα το επέλεγαν αν έπασχαν από ανίατη ασθένεια και ήταν σε τελικό στάδιο.

Πίνακας 24. Κατανομή 180 ατόμων σχετικά με τους λόγους για τους οποίους θα απόρριπταν την ευθανασία

ΓΙΑ ΠΟΙΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ ΘΑ ΑΠΟΡΡΙΠΤΑΤΕ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ;	ΑΡΙΘΜΟΣ (%) ΑΤΟΜΩΝ
Συναισθηματικούς-ψυχολογικούς	26 (14,4%)
Θρησκευτικής πίστεως	50 (27,8%)
Προσωπική αντίληψη-ιδεολογία	44 (24,4%)
Άλλο	9 (5%)

Το 27,8% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι θα απόρριπταν την ευθανασία για λόγους θρησκευτικής πίστεως, ενώ το 24,4% του δείγματος για λόγους ιδεολογίας και προσωπικής αντίληψης.

Πίνακας 25. Κατανομή 180 ατόμων σχετικά με το αν πιστεύουν ότι η ευθανασία ταυτίζεται με το θέλημα του Θεού

ΓΝΩΡΙΖΕΤΑΙ ΑΝ Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΤΑΥΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΘΕΛΗΜΑ ΤΟΥ ΘΕΟΥ ;	ΑΡΙΘΜΟΣ (%) ΑΤΟΜΩΝ
ΝΑΙ	22 (12,2%)
ΟΧΙ	157 (87,2%)

Το 87,2% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι δεν πιστεύουν ότι η ευθανασία ταυτίζεται με το θέλημα του Θεού.

Πίνακας 26. Κατανομή 180 ατόμων σχετικά με την γνώμη τους για το χωρίο που αναφέρεται στην Καινή Διαθήκη : «Ο Διάβολος είναι ανθρωποκτόνος, αυτός παρακινεί τους ανθρώπους για αφαίρεση ζωής» (Ιωάννης 8Κεφ. 44Εδαφ.)

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ ΠΑΝΩ ΣΤΟ ΧΩΡΙΟ ΑΥΤΟ ;	ΑΡΙΘΜΟΣ (%) ΑΤΟΜΩΝ
Συμφωνώ απόλυτα	54 (30%)
Συμφωνώ	30 (16,7%)
Δεν συμφωνώ	21 (11,7%)
Απόλυτα δεν συμφωνώ	28 (15,6%)
Δεν γνωρίζω	45 (25%)

Το 30% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι συμφωνούν απόλυτα με το χωρίο που αναφέρεται στην Καινή Διαθήκη.

Πίνακας 27. Κατανομή 74 ατόμων που απάντησαν ότι η εφαρμογή της ευθανασίας επιδρά θετικά στο Ε.Σ.Υ. (Εθνικό Σύστημα Υγείας) σχετικά με τους λόγους που το πιστεύουν

ΓΙΑ ΠΟΙΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΕΠΙΔΡΑ ΘΕΤΙΚΑ ΣΤΟ Ε.Σ.Υ ;	ΑΡΙΘΜΟΣ (%) ΑΤΟΜΩΝ
Γιατί μειώνονται οι δαπάνες / εξοικονομούνται χρήματα	16 (21,6%)
Εξασφαλίζονται περισσότεροι χώροι νοσηλείας	17 (23%)
Αποδεσμεύεται το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό από καταδικασμένες περιπτώσεις ασθενών και ασχολείται περισσότερο με άλλες περιπτώσεις ασθενών	41 (55,4%)

Το 55,4% των ατόμων του δείγματος που απάντησαν ότι εφαρμογή της ευθανασίας επιδρά θετικά στο Ε.Σ.Υ. το πιστεύουν διότι με αυτό τον τρόπο αποδεσμεύεται το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό από καταδικασμένες περιπτώσεις ασθενών και ασχολείται περισσότερο με άλλες περιπτώσεις ασθενών.

Πίνακας 28. Κατανομή 93 ατόμων που απάντησαν ότι η εφαρμογή της ευθανασίας επιδρά αρνητικά στο Ε.Σ.Υ. (Εθνικό Σύστημα Υγείας) σχετικά με τους λόγους που το πιστεύουν

ΓΙΑ ΠΟΙΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΕΠΙΔΡΑ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΤΟ Ε.Σ.Υ. ;	ΑΡΙΘΜΟΣ (%) ΑΤΟΜΩΝ
Δίνεται το δικαίωμα στους γιατρούς να αφαιρούν τη ζωή των ασθενών, αντίθετα με τον όρκο τους	46 (49,5%)
Μπορεί να γίνει χρήση αθέμιτων / παράνομων μέσων ευθανασίας	26 (28%)
Μπορεί να προκληθεί φόβος και δυσπιστία στους πολίτες για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό	21 (22,6%)

Το 49,5% των ατόμων του δείγματος που απάντησαν ότι η εφαρμογή της ευθανασίας επιδρά αρνητικά στο Ε.Σ.Υ. το πιστεύουν διότι με αυτό τον τρόπο δίνεται το δικαίωμα στους γιατρούς να αφαιρούν τη ζωή των ασθενών, αντίθετα με τον όρκο τους.

Πίνακας 29. Κατανομή 180 ατόμων σχετικά με το αν τάσσονται υπέρ του να νομιμοποιηθεί η ευθανασία στο ελληνικό κράτος, όπως έχει γίνει για παράδειγμα στην Ολλανδία

ΤΑΣΣΕΣΤΕ ΥΠΕΡ ΤΟΥ ΝΑ ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΘΕΙ Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ ;	ΑΡΙΘΜΟΣ (%) ΑΤΟΜΩΝ
ΝΑΙ	62 (34,4%)
ΟΧΙ	114 (63,3%)

Το 63,3% των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι δεν συμφωνούν με την νομιμοποίηση της ευθανασίας στο ελληνικό κράτος.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Εφαρμόσαμε το μη παραμετρικό τεστ χ^2 για να εξετάσουμε αν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ διαφόρων μεταβλητών που προσδιορίζουν τα χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος όπως η περιοχή που διαμένουν, το φύλο, η ηλικία, οι γραμματικές γνώσεις, η οικονομική κατάσταση και άλλων παραγόντων που προσδιορίζουν την στάση τους στο θέμα της ευθανασίας. Μετά την εμφάνιση μέσω των παραπάνω τεστ σημαντικών σχέσεων εξάρτησης μεταξύ των μεταβλητών εφαρμόσαμε τον μη παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης Gamma προκειμένου να μετρηθεί ο βαθμός εξάρτησης. Ο συντελεστής Gamma μας δείχνει την σχέση που υπάρχει μεταξύ δύο παραμέτρων. Όταν ο ρυθμός αύξησης είναι ο ίδιος και για τις δύο παραμέτρους η τιμή του συντελεστή αυξάνεται, ενώ όταν ο ρυθμός αύξησης είναι αρνητικός η τιμή τους ελαττώνεται.

Ο συντελεστής δεν έχει μονάδες και παίρνει τιμές μεταξύ του -1 και 1 . Όταν ο συντελεστής παίρνει την τιμή 0 σημαίνει ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών.

Πίνακας 30. Κατανομή 180 ατόμων όπου υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της περιοχής που διαμένουν και αν γνωρίζουν την έννοια που εκφράζει η ευθανασία ($p = 0,001$, Gamma = $-0,657$)

ΠΕΡΙΟΧΗ	Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΕΙΝΑΙ :	
	Καλός θάνατος	Αφαίρεση της ζωής κάποιου κατά την διάρκεια κάποιας ανίατης ασθένειας
ΚΕΝΤΡΟ	5 (5,7%)	82 (94,3%)
ΠΡΟΑΣΤΙΟ	20 (22,7%)	68 (77,3%)

Το 94,3% των ατόμων που κατοικούν στο κέντρο της πόλης απάντησαν ότι η ευθανασία είναι η αφαίρεση της ζωής κάποιου κατά την διάρκεια κάποιας ανίατης ασθένειας, ενώ μόνο το 77,3% των ατόμων τους δείγματος που κατοικούν στο προάστιο γνωρίζουν την έννοια της ευθανασίας.

Πίνακας 31. Κατανομή 180 ατόμων όπου υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της περιοχής που διαμένουν και το αν γνωρίζουν αν εφαρμόζεται η ευθανασία στην Ελλάδα ($p = 0,002$, Gamma = 0,166)

ΠΕΡΙΟΧΗ	ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΑΝ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ;		
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
ΚΕΝΤΡΟ	19 (21,1%)	45 (50%)	26 (28,9%)
ΠΡΟΑΣΤΙΟ	4 (4,5%)	62 (69,7%)	23 (25,8%)

Το 69,7% των ατόμων που διαμένουν στο προάστιο απάντησαν ότι δεν εφαρμόζεται η ευθανασία στην Ελλάδα, ενώ μόνο το 50% των ατόμων που κατοικούν στο κέντρο της πόλης έδωσαν την ίδια απάντηση.

Πίνακας 32. Κατανομή 180 ατόμων όπου υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της περιοχής που διαμένουν και αν είχαν ή έχουν στο συγγενικό – οικογενειακό τους περιβάλλον κάποιο άτομο που να πάσχει από ανίατη ασθένεια ($p = 0,006$, Gamma = 0,400)

ΠΕΡΙΟΧΗ	ΕΧΕΤΕ ΣΤΟ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΣΑΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΠΟΙΟ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΝΑ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΑΝΙΑΤΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΚΕΝΤΡΟ	45 (50%)	45 (50%)
ΠΡΟΑΣΤΙΟ	27 (30%)	63 (70%)

Το 50% των ατόμων που κατοικούν στο κέντρο της πόλης απάντησαν ότι είχαν ή έχουν στο συγγενικό – οικογενειακό τους περιβάλλον κάποιο άτομο που να πάσχει από ανίατη ασθένεια, ενώ μόνο το 30% των ατόμων του δείγματος που διαμένουν στο προάστιο απάντησε το ίδιο.

Πίνακας 33. Κατανομή 180 ατόμων όπου υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου και το αν είναι υπέρ του να αφαιρούν οι άνθρωποι την ζωή τους ($p = 0,002$, Gamma = 0,495)

ΦΥΛΟ	ΕΙΣΤΕ ΥΠΕΡ ΤΟΥ ΝΑ ΑΦΑΙΡΟΥΝ ΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΤΗ ΖΩΗ ΤΟΥΣ;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΝΔΡΑΣ	30 (36,6%)	52 (63,4%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	16 (16,3%)	82 (83,7%)

Το 83,7% των γυναικών του δείγματος απάντησαν ότι δεν συμφωνούν οι άνθρωποι να αφαιρούν την ζωή τους, ενώ μόνο το 63,4% των ανδρών του δείγματος υποστηρίζει το ίδιο.

Πίνακας 34. Κατανομή 180 ατόμων όπου υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου και του τι θα έκαναν αν κάποιο συγγενικό τους πρόσωπο έπασχε από κάποια ανίατη ασθένεια και βρίσκονταν στην τελική φάση ($p = 0,017$, Gamma = - 0,302)

ΦΥΛΟ	ΚΑΠΟΙΟ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΣΑΣ ΠΡΟΣΩΠΟ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΑΝΙΑΤΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΤΕΛΙΚΗ ΦΑΣΗ:		
	Θα του δίνετε φάρμακα για να παρατείνετε τη ζωή του, για μικρό χρονικό διάστημα, ακόμα και αν έχει έντονους πόνους	Δεν θα του χορηγούσατε φάρμακα και θα τον αφήνατε να πεθάνει σε πιο σύντομο χρονικό διάστημα	Θα επιλέγατε την άμεση διακοπή της ζωής του ασθενούς, ώστε να μην υποφέρει
ΑΝΔΡΑΣ	42 (52,5%)	6 (7,5%)	32 (40%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	63 (65,6%)	13 (13,5%)	20 (20,8%)

Το 40% των ανδρών του δείγματος απάντησαν ότι αν κάποιο συγγενικό τους πρόσωπο έπασχε από ανίατη ασθένεια και βρίσκονταν στην τελική φάση θα

επέλεξαν την άμεση διακοπή της ζωής του ασθενούς ώστε να μην υποφέρει, ενώ μόνο το 20,8% των γυναικών του δείγματος είναι σύμφωνο με αυτή την ενέργεια.

Πίνακας 35. Κατανομή 180 ατόμων όπου υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου και του τι θα έκαναν αν κάποιος συγγενής τους έπασχε από ανίατη ασθένεια και τους έλεγε ότι επιθυμούσε να του γίνει ευθανασία (p = 0,003, Gamma = 0,248)

ΦΥΛΟ	ΑΝ ΚΑΠΟΙΟΣ ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΑΣ ΕΠΑΣΧΕ ΑΠΟ ΑΝΙΑΤΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΣΑΣ ΕΛΕΓΕ ΟΤΙ ΕΠΙΘΥΜΟΥΣΕ ΝΑ ΤΟΥ ΓΙΝΕΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ:		
	Θα μεσολαβούσατε στον γιατρό να του κάνει ευθανασία	Θα σεβόσασταν την γνώμη του ασθενούς αλλά θα μένατε αμέτοχος /η	Θα προσπαθούσατε να τον μεταπείσετε
ΑΝΔΡΑΣ	24 (30%)	19 (23,8%)	37 (46,3%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	10 (10,3%)	35 (36,1%)	52 (53,6%)

Το 30% των ανδρών του δείγματος απάντησαν ότι αν κάποιος συγγενής τους έπασχε από ανίατη ασθένεια και τους έλεγε ότι θα επιθυμούσε να του γίνει ευθανασία θα μεσολαβούσαν στο γιατρό για να γίνει, ενώ μόνο το 10,3% των γυναικών του δείγματος απάντησαν ότι θα έκαναν το ίδιο.

Πίνακας 36. Κατανομή 74 ατόμων όπου υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου και των λόγων που θεωρούν ότι η εφαρμογή της ευθανασίας επιδρά θετικά στο Ε.Σ.Υ. (Εθνικό Σύστημα Υγείας) ($p = 0,001$, $\text{Gamma} = - 0,588$)

ΦΥΛΟ	ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΟΤΙ Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΕΠΙΔΡΑ ΘΕΤΙΚΑ ΣΤΟ Ε.Σ.Υ ΔΙΟΤΙ :		
	Μειώνονται οι δαπάνες / εξοικονομούνται χρήματα	Εξασφαλίζονται περισσότεροι χώροι νοσηλείας	Αποδεσμεύεται το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό από καταδικασμένες περιπτώσεις ασθενών και ασχολείται με άλλες περιπτώσεις ασθενών
ΑΝΔΡΑΣ	1 (2,9%)	9 (26,5%)	24 (70,6%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	15 (37,5%)	8 (20%)	17 (42,5%)

Το 37,5% των γυναικών του δείγματος που απάντησαν ότι η εφαρμογή της ευθανασίας επιδρά θετικά στο Ε.Σ.Υ. το πιστεύουν γιατί μειώνονται οι δαπάνες και εξοικονομούνται χρήματα, ενώ μόνο το 2,9% των ανδρών του δείγματος που πιστεύουν ότι η ευθανασία επιδρά θετικά στο Ε.Σ.Υ. συμφωνεί για τον ίδιο λόγο.

Πίνακας 37. Κατανομή 180 ατόμων όπου υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου και του αν τάσσονται υπέρ του να νομιμοποιηθεί η ευθανασία στο ελληνικό κράτος, όπως έχει γίνει για παράδειγμα στην Ολλανδία ($p = 0,010$, $\text{Gamma} = 0,388$)

ΦΥΛΟ	ΤΑΣΣΕΣΤΕ ΥΠΕΡ ΤΟΥ ΝΑ ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΘΕΙ Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ ;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΝΔΡΑΣ	37 (45,1%)	45 (54,9%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	25 (26,6%)	69 (73,4%)

Το 45,1% των ανδρών του δείγματος απάντησαν ότι είναι υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας στο ελληνικό κράτος, ενώ μόνο το 26,6% των γυναικών του δείγματος τάσσεται υπέρ της νομιμοποίησης.

Πίνακας 38. Κατανομή 180 ατόμων όπου υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του τόπου που έζησαν τα παιδικά τους χρόνια και το αν γνωρίζουν την έννοια της ευθανασίας ($p = 0,001$, Gamma = 0,605)

ΖΗΣΑΤΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΚΑ ΣΑΣ ΧΡΟΝΙΑ ΣΕ :	Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΕΙΝΑΙ :	
	Καλός θάνατος	Αφαίρεση της ζωής κάποιου κατά την διάρκεια κάποιας ανίατης ασθένειας
ΧΩΡΙΟ	11 (32,4%)	23 (67,6%)
ΚΩΜΟΠΟΛΗ	4 (23,5%)	13 (76,5%)
ΠΟΛΗ	10 (8,1%)	113 (91,9%)

Το 91,9% των ατόμων που έζησαν τα παιδικά τους χρόνια σε πόλη απάντησαν ότι η έννοια της ευθανασίας είναι η αφαίρεση της ζωής κάποιου κατά την διάρκεια κάποιας ανίατης ασθένειας, ενώ μόνο το 67,6% των ατόμων που έζησαν τα παιδικά τους χρόνια σε χωριό γνώριζε την έννοια της ευθανασίας.

Πίνακας 39. Κατανομή 180 ατόμων όπου υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του τόπου που έζησαν τα παιδικά τους χρόνια και το αν γνωρίζουν αν η ευθανασία κατοχυρώνεται από την ελληνική νομοθεσία ($p = 0,001$, Gamma = - 0,218)

ΖΗΣΑΤΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΚΑ ΣΑΣ ΧΡΟΝΙΑ ΣΕ :	ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΑΝ Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΤΟΧΥΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ;		
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
ΧΩΡΙΟ	3 (8,6%)	8 (22,9%)	24 (68,6%)
ΚΩΜΟΠΟΛΗ	2 (11,8%)	14 (82,4%)	1 (5,9%)
ΠΟΛΗ	14 (11,1%)	63 (50%)	49 (38,9%)

Το 82,4% των ατόμων που έζησαν τα παιδικά τους χρόνια σε κωμόπολη απάντησαν ότι η ευθανασία δεν κατοχυρώνεται από την ελληνική νομοθεσία, ενώ μόνο το 22,9% των ατόμων που έζησαν τα παιδικά τους χρόνια σε χωριό το γνώριζαν.

Πίνακας 40. Κατανομή 180 ατόμων όπου υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του τόπου που έζησαν τα παιδικά τους χρόνια και του τι θα έκαναν αν κάποιος θεωρείται κλινικά νεκρός (φυτό) και ζει με υποβοήθεια μηχανημάτων ($p = 0,038$, Gamma = - 0,107)

	ΑΝ ΚΑΠΟΙΟΣ ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΝΕΚΡΟΣ ΚΑΙ ΖΕΙ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΗΘΕΙΑ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΩΝ :		
ΖΗΣΑΤΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΚΑ ΣΑΣ ΧΡΟΝΙΑ ΣΕ :	Θα επιμείνате να παραμείνει στη ζωή με την μηχανική υποστήριξη	Θα ζητούσατε να σταματήσει η μηχανική υποστήριξη και να τερματιστεί η ζωή του	Άλλο
ΧΩΡΙΟ	14 (40%)	13 (37,1%)	8 (22,9%)
ΚΩΜΟΠΟΛΗ	7 (41,2%)	10 (58,8%)	
ΠΟΛΗ	65 (52%)	33 (26,4%)	27 (21,6%)

Το 52% των ατόμων που έζησαν τα παιδικά τους χρόνια σε πόλη απάντησαν για κάποιον που θεωρείται κλινικά νεκρός και ζει με την υποβοήθεια μηχανημάτων θα επέμεναν να παραμείνει στη ζωή με την μηχανική υποστήριξη, ενώ μόνο το 40% των ατόμων του δείγματος που έζησαν τα παιδικά τους χρόνια σε χωριό θα έκανε το ίδιο.

Πίνακας 41. Κατανομή 180 ατόμων όπου υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του τόπου που έζησαν τα παιδικά τους χρόνια και του τι θα έκαναν αν κάποιος συγγενής τους έπασχε από ανίατη ασθένεια και τους έλεγε ότι θα επιθυμούσε να του γίνει ευθανασία ($p = 0,006$, $\text{Gamma} = 0,059$)

ΖΗΣΑΤΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΚΑ ΣΑΣ ΧΡΟΝΙΑ	ΑΝ ΚΑΠΟΙΟΣ ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΑΣ ΕΠΑΣΧΕ ΑΠΟ ΑΝΙΑΤΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΣΑΣ ΕΛΕΓΕ ΟΤΙ ΘΑ ΕΠΙΘΥΜΟΥΣΕ ΝΑ ΤΟΥ ΓΙΝΕΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ :		
ΣΕ :	Θα μεσολαβούσατε στο γιατρό να του κάνει ευθανασία	Θα σεβόσασταν την γνώμη του ασθενούς αλλά θα μένατε αμέτοχος /η	Θα προσπαθούσατε να τον μεταπείσετε
ΧΩΡΙΟ	6 (17,1%)	13 (37,1%)	16 (45,7%)
ΚΩΜΟΠΟΛΗ		11 (64,7%)	6 (35,3%)
ΠΟΛΗ	28 (22,6%)	29 (23,4%)	67 (54%)

Το 54% των ατόμων που έζησαν τα παιδικά τους χρόνια σε πόλη απάντησαν ότι αν κάποιος συγγενής τους έπασχε από ανίατη ασθένεια και τους έλεγε ότι θα επιθυμούσε να του γίνει ευθανασία θα προσπαθούσαν να τον μεταπείσουν, ενώ μόνο το 35,3% των ατόμων που έζησαν τα παιδικά τους χρόνια σε κωμόπολη απάντησαν ότι θα προσπαθούσαν να τον μεταπείσουν.

Πίνακας 42. Κατανομή 180 ατόμων όπου υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της οικογενειακής τους κατάστασης και του αν είναι υπέρ του να αφαιρούν οι άνθρωποι την ζωή τους ($p = 0,001$, $\text{Gamma} = 0,668$)

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΙΣΤΕ ΥΠΕΡ ΤΟΥ ΝΑ ΑΦΑΙΡΟΥΝ ΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΤΗ ΖΩΗ ΤΟΥΣ ;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΕΓΓΑΜΟΣ	35 (40,2%)	52 (59,8%)
ΑΓΑΜΟΣ	11 (11,8%)	82 (88,2%)

Το 40,2% των ατόμων του δείγματος που είναι έγγαμοι απάντησαν ότι είναι υπέρ του να αφαιρούν οι άνθρωποι τη ζωή τους, ενώ μόνο το 11,8% των ατόμων που είναι άγαμοι είναι υπέρ αυτής της άποψης.

Πίνακας 43. Κατανομή 180 ατόμων όπου υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της οικογενειακής τους κατάστασης και του τι θα έκαναν αν κάποιος συγγενικό τους πρόσωπο έπασχε από ανίατη ασθένεια και βρισκόταν στην τελική φάση ($p = 0,017$, $\text{Gamma} = - 0,281$)

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΚΑΠΟΙΟ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΣΑΣ ΠΡΟΣΩΠΟ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΑΝΙΑΤΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΤΕΛΙΚΗ ΦΑΣΗ		
	Θα του δίνετε φάρμακα για να παρατείνετε τη ζωή του, έστω για μικρό χρονικό διάστημα ακόμη και αν έχει έντονους πόνους	Δεν θα του χορηγούσατε φάρμακα και θα τον αφήνατε να πεθάνει σε πιο σύντομο χρον. διάστημα	Θα επιλέγατε την άμεση διακοπή της ζωής τους ασθενούς ώστε να μην υποφέρει
ΕΓΓΑΜΟΣ	45 (53,6%)	6 (7,1%)	33 (39,3%)
ΑΓΑΜΟΣ	60 (65,2%)	13 (14,1%)	19 (20,7%)

Το 39,3% των έγγαμων ατόμων απάντησαν ότι αν κάποιος συγγενικό τους πρόσωπο έπασχε από ανίατη ασθένεια και βρισκόταν στην τελική φάση θα επέλεγαν την άμεση διακοπή της ζωής τους ασθενούς ώστε να μην υποφέρει, ενώ την ίδια απόφαση θα έπαιρνε μόνο το 20,7% των άγαμων ατόμων του δείγματος.

Πίνακας 44. Κατανομή 180 ατόμων όπου υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της οικογενειακής τους κατάστασης και του τι θα έκαναν αν κάποιος θεωρείται κλινικά νεκρός (φυτό) και ζει με υποβοήθεια μηχανημάτων ($p = 0,001$, Gamma = 0,235)

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΑΝ ΚΑΠΟΙΟΣ ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΝΕΚΡΟΣ ΚΑΙ ΖΕΙ ΜΕ ΥΠΟΒΟΗΘΕΙΑ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΩΝ :		
	Θα επιμείνате να παραμείνει στη ζωή με την μηχανική υποστήριξη	Θα ζητούσατε να σταματήσει η μηχανική υποστήριξη και να τερματιστεί η ζωή του	Άλλο
ΕΓΓΑΜΟΣ	43 (50%)	37 (43%)	6 (7%)
ΑΓΑΜΟΣ	43 (46,7%)	20 (21,7%)	29 (31,5%)

Το 43% των ατόμων που είναι έγγαμοι απάντησαν ότι για κάποιον που θεωρείται κλινικά νεκρός και ζει με υποβοήθεια μηχανημάτων θα ζητούσαν να σταματήσει η μηχανική υποστήριξη και να τερματιστεί η ζωή του, ενώ μόνο το 21,7% των άγαμων ατόμων θα επιθυμούσε το ίδιο σε μια τέτοια περίπτωση.

Πίνακας 45. Κατανομή 180 ατόμων όπου υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας των ατόμων του δείγματος και του αν είναι υπέρ του να αφαιρούν οι άνθρωποι τη ζωή τους ($p = 0,036$, Gamma = - 0,365)

ΗΛΙΚΙΑ (ΣΕ ΕΤΗ)	ΕΙΣΤΕ ΥΠΕΡ ΤΟΥ ΝΑ ΑΦΑΙΡΟΥΝ ΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΤΗ ΖΩΗ ΤΟΥΣ ;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΜΕΧΡΙ 20	3 (18,8%)	13 (81,3%)
20 – 40	22 (20,2%)	87 (79,8%)
40 ΚΑΙ ΑΝΩ	21 (38,2%)	34 (61,8%)

Το 38,2% των ατόμων ηλικίας άνω των 40 ετών απάντησαν ότι είναι υπέρ του να αφαιρούν οι άνθρωποι τη ζωή τους, ενώ μόνο το 18,8% των ατόμων του δείγματος ηλικίας έως 20 ετών συμφωνούν με αυτή την άποψη.

Πίνακας 46. Κατανομή 180 ατόμων όπου υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας των ατόμων του δείγματος και του τι θα έκαναν αν κάποιο συγγενικό τους πρόσωπο έπασχε από ανίατη ασθένεια και βρίσκονταν στην τελική φάση ($p = 0,014$, $\text{Gamma} = 0,257$)

ΗΛΙΚΙΑ (ΣΕ ΕΤΗ)	ΚΑΠΟΙΟ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΣΑΣ ΠΡΟΣΩΠΟ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΑΝΙΑΤΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΤΕΛΙΚΗ ΦΑΣΗ		
	Θα του δίνετε φάρμακα για να παρατείνετε τη ζωή του, έστω για μικρό χρονικό διάστημα ακόμη και αν έχει έντονους πόνους	Δεν θα του χορηγούσατε φάρμακα και θα τον αφήνατε να πεθάνει σε πιο σύντομο χρον. διάστημα	Θα επιλέγατε την άμεση διακοπή της ζωής τους ασθενούς ώστε να μην υποφέρει
ΜΕΧΡΙ 20	8 (50%)	3 (18,8%)	5 (31,3%)
20 – 40	72 (67,9%)	12 (11,3%)	22 (20,8%)
40 ΚΑΙ ΑΝΩ	25 (46,3%)	4 (7,4%)	25 (46,3%)

Το 46,3% των ατόμων ηλικίας 40 ετών και άνω απάντησαν ότι αν κάποιο συγγενικό τους πρόσωπο έπασχε από ανίατη ασθένεια και βρίσκονταν σε τελική φάση θα επέλεγαν την άμεση διακοπή της ζωής του ασθενούς ώστε να μην υποφέρει, ενώ μόνο το 20,8% των ατόμων του δείγματος ηλικίας από 20 έως 40 ετών θα έπαιρνε την ίδια απόφαση.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Για την πραγματοποίηση της έρευνας, μοιράστηκαν 180 ερωτηματολόγια, εκ των οποίων συμπληρώθηκαν και τα 180. Η έρευνα έγινε σε δύο περιοχές της πόλεως των Πατρών, συγκεκριμένα, στο κέντρο της πόλης και σε προάστια ονόματι Ψαροφάι και Ζαρουχλίκια.

Η επεξεργασία του δείγματος έγινε με βάση ορισμένες μεταβλητές, όπως η περιοχή μόνιμης κατοικίας, το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση. Πιο συγκεκριμένα, η επεξεργασία του δείγματος έδειξε ότι:

-Μεταβλητή, περιοχή μόνιμης κατοικίας

Αναφορικά με την εφαρμογή της ευθανασίας στην Ελλάδα, σύμφωνα με τον πίνακα 31, το 69,7% των ατόμων που διαμένουν στο προάστιο, απάντησαν ότι δεν εφαρμόζεται η ευθανασία στη χώρα μας. Ενώ από τους κατοίκους του κέντρου, Ένα ποσοστό 50% έδωσε την ίδια απάντηση. Άρα διαπιστώνουμε, ότι οι κάτοικοι του προαστίου, είναι πιο ενημερωμένοι σχετικά με την κατάσταση που επικρατεί στην Ελλάδα.

-Μεταβλητή, φύλο

Σε μια συγκριτική μελέτη ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες σχετικά με τη στάση τους απέναντι στο θέμα της ευθανασίας, όπως φαίνεται στον πίνακα 33, το 83,7% των γυναικών δηλώνει κατά της ευθανασίας, ενώ μόνο το 63,4% των ανδρών υποστηρίζει το ίδιο. Ανάλογα αποτελέσματα δείχνει και ο πίνακας 34, όπου φαίνεται ότι ένα ποσοστό 20,8% των γυναικών τάσσεται κατά της άμεσης διακοπής της ζωής ενός συγγενή, που βρίσκεται σε τελική φάση

ανίατης ασθένειας (terminally ill), ενώ το 40% των ανδρών τάσσεται υπέρ αυτής της απόφασης.

Επιπρόσθετα, οι γυναίκες εξακολουθούν να έχουν μια πιο συντηρητική στάση απέναντι στην ευθανασία, καθώς στον πίνακα 37 φαίνεται, ότι μόνο το 26,6% των γυναικών τάσσεται υπέρ της νομιμοποίησής της στην Ελλάδα, σε αντίθεση με τους άνδρες, που φτάνουν το ποσοστό του 45,1%.

Παρά την αρνητική στάση των γυναικών για την ευθανασία, ο γυναικείος πληθυσμός με ποσοστό 37,5%, θεωρεί ότι η εφαρμογή της ευθανασίας θα επιδρούσε θετικά στο Ε.Σ.Υ., για τον λόγο ότι μειώνονται οι δαπάνες και εξοικονομούνται χρήματα. Η πλειοψηφία των ανδρών του δείγματος, συμφωνεί με την άποψη των γυναικών, ότι η εφαρμογή της ευθανασίας επιδρά θετικά στο Ε.Σ.Υ., αλλά μόνο το 2,9% έχει τη γνώμη, ότι το πλεονέκτημα βρίσκεται στη μείωση των δαπανών και στην εξοικονόμηση χρημάτων.

-Μεταβλητή, τόπος διαβίωσης των παιδικών χρόνων.

Αναφορικά με το αν η ευθανασία κατοχυρώνεται από την ελληνική νομοθεσία, μεγάλο ποσοστό αυτών που έζησαν τα παιδικά τους χρόνια σε πόλη και κωμόπολη (50% και 82,4% αντίστοιχα) είναι γνώστες του θέματος, σε σύγκριση με αυτούς που έζησαν σε χωριό, απ' τους οποίους μόνο το 22,9είχε γνώση του θέματος.

Εν συνεχεία, το 54% όσων έζησαν σε πόλη, απαντούν ότι θα προσπαθούσαν να μεταπείσουν έναν συγγενή τους, ο οποίος έπασχε από ανίατη ασθένεια και θα επιθυμούσε να του γίνει ευθανασία, πίνακας 51. Ενώ μόνο το 35,3% απ' όσους έζησαν σε χωριό δίνουν ανάλογη απάντηση.

-Μεταβλητή, έγγαμος - άγαμος

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαφορά στα ποσοστά, μεταξύ των έγγαμων και άγαμων, σχετικά με το αν είναι υπέρ του να αφαιρούν οι άνθρωποι τη ζωή τους (πιν. 45). Το 40,2% των έγγαμων ατόμων απάντησαν ότι είναι υπέρ, ενώ ανάλογα απάντησε μόνο το 11,8% των άγαμων.

Επιπλέον, στην περίπτωση που κάποιος θεωρείται κλινικά νεκρός και ζει με βοήθεια μηχανημάτων (πιν.44), το 43% των έγγαμων ατόμων απάντησε ότι θα ζητούσαν να σταματήσει η μηχανική υποστήριξη, ενώ μόνο το 21,7% των άγαμων ατόμων θα επιθυμούσε το ίδιο. Εδώ βλέπουμε, ότι τα έγγαμα άτομα είναι πιο εξοικειωμένα στο θέμα της ευθανασίας και του θανάτου κατ' επέκταση, απ' ότι τα άγαμα.

-Μεταβλητή, ηλικία

Σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει να σχολιάσουμε ότι με βάση τον πίνακα 47, το 53,3% των ατόμων ηλικίας από 20 έως 40 ετών απάντησε ότι για κάποιον που θεωρείται κλινικά νεκρός και ζει με υποβοήθεια μηχανημάτων, θα επέμεναν να παραμείνει στη ζωή με τη μηχανική υποστήριξη, ενώ μόνο το 25% των ατόμων του δείγματος ηλικίας μέχρι 20 ετών θα επιθυμούσε το ίδιο. Έτσι, βλέπουμε, ότι τα νεαρότερα άτομα δίνουν μεγαλύτερη βάση στην καλή ποιότητα της ζωής.

Αναφορικά με την περίπτωση που κάποιο συγγενικό πρόσωπο έπασχε από ανίατη ασθένεια, το 32,1% (πιν. 48) των ατόμων ηλικίας 40 ετών και άνω απάντησαν, ότι θα μεσολαβούσαν στον γιατρό για να του κάνει ευθανασία, ενώ μόνο το 11,1% των ατόμων ηλικίας 20-40 ετών θα έκανε το ίδιο.

Εντύπωση προκαλούν οι απαντήσεις στην ερώτηση που αναφέρεται στο αν η ευθανασία ταυτίζεται με το θέλημα του Θεού (πιν. 50), καθώς το

25% των νεαρών ατόμων ηλικίας μέχρι 20 ετών, απάντησαν θετικά, ενώ μόνο το 7,3% των ατόμων ηλικίας 20-40 ετών έδωσε θετική απάντηση.

Εν γένει, παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, ο τόπος καταγωγής και διαμονής κ.α. οδηγούν σε μια διαφορετική στάση και αντιμετώπιση του «λεπτού» αυτού ζητήματος της ευθανασίας. Μια κοινή και πόσο μάλλον μια οικουμενική στάση και αντίληψη επί του θέματος αυτού, θα ήταν εξαιρετικά δύσκολη, έως ανέφικτη.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η ευθανασία είναι κατά βάση ένα πολύ κρίσιμο ζήτημα, που συνοδεύεται από μια ποικιλία και πολυμορφία στάσεων και αντιλήψεων. Οι στάσεις και οι αντιλήψεις αυτές εν γένει, έχουν μια πολυπαραγοντική προέλευση και είναι δύσκολο τόσο να προσεγγιστούν, όσο και να αναλυθούν.

Παρόλ' αυτά, θα θέλαμε να παραθέσουμε κάποιες προτάσεις, που θα μπορούσαν ίσως να φανούν λειτουργικές στο θέμα της ευθανασίας.

Οι προτάσεις αυτές είναι οι εξής:

- Θα μπορούσε να γίνει κάποια νομοθετική ρύθμιση, ώστε κάθε ενήλικο άτομο, με πλήρη πολιτικά δικαιώματα-ευθύνες να μπορεί, όσο ζει, να υπογράψει μια συμβολαιογραφική πράξη. Η πράξη αυτή, όπως και η διαθήκη, θα πρωτοκολλάται και θα φυλάγεται. Με την πράξη αυτή, το άτομο θα μπορεί να δηλώνει προς τους τυχόν θεράποντες ιατρούς, κάτω από ποιες ακριβώς συνθήκες, κάτω από ποιες περιστάσεις και με τη μεσολάβηση ποιών φυσικών προσώπων, θα μπορούσε να τεθεί τέρμα στη ζωή του.
- Επιπλέον, στην περίπτωση που δεν υπάρχει κάποιο στοιχείο σαν αυτό που προαναφέρθηκε, κάποιος συγγενής πρώτου βαθμού θα μπορούσε, κατά τον ίδιο τρόπο, να υπογράψει κάποιο 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 συνείδησή του. Συγγενείς πρώτου βαθμού θεωρούνται: τα παιδιά, ο σύζυγος ή η σύζυγος του αρρώστου, καθώς και οι γονείς του.

- Όσον αφορά το Ε.Σ.Υ., καλό θα ήταν τα νοσοκομεία να είναι εφοδιασμένα με επιτροπές δεοντολογίας. Σε αυτές θα μπορούσαν να υποβάλλονται, οι περιπτώσεις των ασθενών που ζήτησαν ευθανασία. Βέβαια οι επιτροπές θα αποτελούνται από ειδικά καταρτισμένο επιστημονικό προσωπικό και θα συνεδριάζουν σε τακτά χρονικά διαστήματα. Το επιστημονικό αυτό προσωπικό μπορεί να αποτελείται, από γιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, επισκέπτες υγείας, ώστε να υπάρχει μια πολύπλευρη και όσο το δυνατόν πιο αντικειμενική προσέγγιση της κάθε περίπτωσης.
- Στην περίπτωση που υπάρχει έλλειψη των προαναφερθέντων επιτροπών, ο κάθε γιατρός προσωπικά που έρχεται αντιμέτωπος με κάποιο αίτημα για ευθανασία, θα μπορούσε να συνεργάζεται με κάποιον άλλο «σύμβουλο» γιατρό. Ο σύμβουλος γιατρός θα διασφαλίζει την ελεύθερη βούληση του ασθενή και τη λογική του αιτήματός του, την ακρίβεια της διάγνωσης και της πρόγνωσης και θα πλήρως τις εναλλακτικές λύσεις, προς την κατεύθυνση της ανακούφισης του πόνου. Επιπρόσθετα, θα μπορεί να αναθεωρεί τα δεδομένα που στηρίζουν το ζήτημα και να εξετάζει προσωπικά τον ασθενή.
- Τέλος καλό θα ήταν, κάποιος ασθενής που πάσχει από ανίατη ασθένεια, να μπορεί να επικοινωνεί και να συνομιλεί, πέραν από τον θεράποντα γιατρό του και με κάποιον ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, ή ακόμη και ιερέα. Έτσι, ο ασθενής θα μπορεί να μοιράζεται τα βαθύτερα συναισθήματά του, τις πιο κρυφές σκέψεις του ή και τις μεταφυσικές ανησυχίες του. Αυτό ίσως τον βοηθήσει να προσεγγίσει διαφορετικά την ασθένειά του, ακόμα και να επιλέξει τον φυσικό θάνατο, που σε άλλη

περίπτωση θα ήθελε να αποφύγει. Κατ' αυτόν τον τρόπο δηλαδή, δίνεται στον ασθενή η δυνατότητα να δει και να αντιμετωπίσει, ο ίδιος, το πρόβλημά του πιο πολύπλευρα και να είναι πιο συνειδητοποιημένος όσον αφορά την επιλογή του, για τον τρόπο που θα επιλέξει να τερματιστεί η ζωή του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΑΝΑΠΛΙΩΤΟΥ ΕΙΡ.- ΒΑΖΑΙΟΥ, ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ
2. ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ Α.Β., ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΚΡΙΤΑΣ, 1995
3. ΒΟΥΓΙΟΥΚΑΣ Ε. ΑΝΤΩΝΗΣ, Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ART OF TEXT, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1993
4. ΓΙΑΝΝΑΡΑΣ ΧΡΗΣΤΟΣ, ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΟΠΟΙΗΣΗ, ΝΕΑ ΣΥΝΟΡΑ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΙΒΑΝΗ 2000
5. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΑΘ.ΧΡ., ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΕΚΔΟΣΗ Β', ΕΚΔΟΣΕΙΣ «Η ΤΑΒΙΘΑ» Σ.Α, ΑΘΗΝΑ 1995
6. ΓΙΑΛΕΝΤΗΣ Κ., ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1981
7. ΔΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΣΠ., «ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ», ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ «ΠΕΙΡΑΪΚΗ ΕΚΚΛΗΣΙΑ», ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 1993
8. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ, ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ, ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΜΑΡΤΙΟΣ-ΙΟΥΝΙΟΣ 1999
9. ΗΛΙΑΔΗΣ ΠΑΝ., ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΕΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ, ΠΕΙΡΑΙΕΥΣ 1957
10. ΚΑΡΑΜΠΕΛΑΣ Δ. ΛΑΜΠΡΟΣ, Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗ ΖΩΗ ΚΑΙ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΣΤΙΑ, ΑΘΗΝΑ 1987

11. ΚΑΤΡΟΥΓΚΑΛΟΣ Γ., ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗ ΖΩΗ ΚΑΙ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΣΑΚΚΟΥΛΑ, ΑΘΗΝΑ-ΚΟΜΟΤΗΝΗ 1993

12. ΚΙΤΣΑΚΗΣ ΑΘ., ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΔΟΚΙΜΙΑ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΙΒΛΙΟΠΩΛΕΙΟ ΓΡΗΓΟΡΗ, ΑΘΗΝΑ

13. ΚΟΥΤΣΕΛΙΝΗΣ ΑΝΤ., ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ GUTENBERG, ΑΘΗΝΑ 1984

14. ΜΑΤΣΩΝΗΣ ΝΙΚΟΣ, «ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΟΝ ΑΞΙΟΠΡΕΠΗ ΘΑΝΑΤΟ», 4-5 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 1987, ΣΕΛ.15

15. ΜΗΤΣΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚ., Η ΛΕΓΟΜΕΝΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ, ΑΘΗΝΑ 1980

16. ΜΕΛΕΤΗ Γ.Β., ΤΙ ΓΙΝΕΤΑΙ ΜΕΤΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ;, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΖΩΗ

17. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΧΡΙΣΤΟΔ., «ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ Ή ΚΑΡΔΙΑΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ;», ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ «ΠΕΙΡΑΪΚΗ ΕΚΚΛΗΣΙΑ», ΤΕΥΧΟΣ ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 1996

18. ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΙΔΗΣ ΧΡΙΣΤΟΔ., ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΟΨΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ, ΑΘΗΝΑ 1986

19. ΠΟΙΝΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΣΑΚΚΟΥΛΑ, 1993

20. ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ, ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ, ΙΑΤΡΙΚΗ, 1999, τ.75

21. ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ, ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ, μτφ.ΚΟΝΙΣΠΙΩΤΟΥ ΚΩΝΙΝΑ, ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ, ΑΘΗΝΑ 1995

22. ΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚ., ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ, ΑΘΗΝΑ 1980

23. «ΕΘΝΟΣ» 12.9.1980

24. «ΒΗΜΑ» 14.2.1986

25. «ΕΘΝΟΣ» : « ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ, ΣΗΚΩΝΟΥΝ ΤΑ ΧΕΡΙΑ ΨΗΛΑ ΟΙ ΓΙΑΤΡΟΙ»,
11.10.1996

26. «ΕΘΝΟΣ»: «Η ΠΡΩΤΗ ΝΟΜΙΜΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ», 27.9.1996

27. DICTIONNAIRE FRANCAIS DE MEDICINE ET DE BIOLOGIE, MASSON 1970,
T.11, σελ.862-863

28. SCOTT PECK, MD, Η ΑΡΝΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΗΣ, ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ,
μτφ.ΠΑΠΑΣΤΑΥΡΟΥ ANNA, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, ΑΘΗΝΑ 1997

29. SMITH SV., TERMINALITY, SCOTLAND 1983

30. WALTON JOHN, ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ, ΙΑΤΡΙΚΕΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΙΤΣΑΣ, 1985

31. ΖΙΓΚΛΕΡ ΖΑΝ, ΟΙ ΖΩΝΤΑΝΟΙ ΚΑΙ Ο ΘΑΝΑΤΟΣ, μτφ. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ,
ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΜΑΛΛΙΑΡΗΣ, ΑΘΗΝΑ 1982

32. ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ , ΜΙΝΚΟΘΣΙ ΑΛΕΞ, ΚΑΘ. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ «ΑΚΡΟΠΟΛΙΣ»
31.1.1988, www.godlovesyou.com

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Α ΜΕΡΟΣ
ΑΤΟΜΙΚΑ-ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο: Άνδρας _____

Γυναίκα _____

2. Ηλικία: _____

3. Ζήσατε τα παιδικά σας χρόνια σε : χωριό _____

κωμόπολη _____

πόλη _____

4. Πού ζήσατε τα τελευταία πέντε (5) χρόνια ;

5. Ποια είναι η περιοχή της τωρινής διαμονής, κατοικίας σας ;

6. Επίπεδο μόρφωσης: Δημοτικό

Γυμνάσιο_____

Λύκειο_____

Ανώτερη Σχολή_____

Ανώτατη Σχολή_____

7. Επίπεδο μόρφωσης: Πατέρα

Μητέρα

Δημοτικό _____

Δημοτικό _____

Γυμνάσιο _____

Γυμνάσιο _____

Λύκειο _____

Λύκειο _____

Ανώτερη Σχολή _____

Ανώτερη Σχολή _____

Ανώτατη Σχολή _____

Ανώτατη Σχολή _____

Άλλο _____

Άλλο _____

8. Επάγγελμα _____

9. Θρήσκευμα _____

10. Οικογενειακή κατάσταση : Έγγαμος _____

Άγαμος _____

Αριθμός παιδιών _____

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Γνωρίζεται την έννοια της «ευθανασίας» ;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

2. Η έννοια της «ευθανασίας» είναι :

α. Καλός θάνατος

β. Αφαίρεση της ζωής κάποιου κατά τη διάρκεια κάποιας ανίατης ασθένειας

3. Εφαρμόζεται η ευθανασία στην Ελλάδα;

ΝΑΙ _____

ΟΧΙ _____

ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ _____

4. Η εφαρμογή της ευθανασίας κατοχυρώνεται από την ελληνική νομοθεσία;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ _____

5. Είστε υπέρ του να αφαιρούν οι άνθρωποι τη ζωή τους(όχι με την αυτοκτονία) ;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

6. Υποθετική περίπτωση

Κάποιο συγγενικό σας πρόσωπο πάσχει από ανίατη ασθένεια π.χ καρκίνος, και βρίσκεται στην τελική φάση:

Α. Θα του δίνετε, μέσω του γιατρού του, φάρμακα για να παρατείνεται τη ζωή του, έστω και για μικρό χρονικό διάστημα, ακόμη και αν έχει έντονους πόνους;

Β. Δεν θα του χορηγούσατε φάρμακα και θα τον αφήνατε να πεθάνει σε πιο σύντομο χρονικό διάστημα;

Γ. Θα επιλέγατε την άμεση διακοπή της ζωής του ασθενούς, ώστε να μην υποφέρει;

7. Αν κάποιος θεωρείται κλινικά νεκρός(φυτό) και ζει με υποβοήθεια μηχανημάτων:

A. Θα επιμείνατε να παραμείνει στη ζωή με την μηχανική υποστήριξη;

B. Θα ζητούσατε\ επιθυμούσατε να σταματήσει η μηχανική υποστήριξη και να τερματιστεί η ζωή του;

Γ. Άλλο

8. Αν κάποιος συγγενής σας έπασχε από ανίατη ασθένεια και σας έλεγε ότι επιθυμούσε να του γίνει ευθανασία:

A. Θα μεσολαβούσατε στο γιατρό να του κάνει ευθανασία;

B. Θα σεβόσασταν τη γνώμη του ασθενούς αλλά, θα μένατε αμέτοχος\η;

Γ. Θα προσπαθούσατε να τον μεταπείσετε;

9. Είχατε ή έχετε στο συγγενικό-οικογενειακό σας περιβάλλον κάποιο άτομο, που να πάσχει από ανίατη ασθένεια ;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

(Αν ΝΑΙ συνεχίστε στην ερώτηση 10. Αν ΟΧΙ συνεχίστε στην ερώτηση 12)

10. Αυτό το άτομο εξέφρασε ποτέ την επιθυμία να του γίνει ευθανασία;

ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

(Αν ΝΑΙ συνεχίστε στην ερώτηση 11. Αν ΟΧΙ συνεχίστε στην ερώτηση 12)

11.Εσείς πώς αντιδράσατε στην επιθυμία του συγγενικού σας ατόμου να του γίνει ευθανασία;

A. Σεβαστήκατε/ αποδεχτήκατε την επιθυμία του

B. Δεν το λάβατε σοβαρά υπόψη σας

Γ. Προσπαθήσατε να του αλλάξετε γνώμη

Δ. Αδιαφορήσατε

Ε. Άλλο

12. Πιστεύετε ότι θα ζητούσατε εσείς ποτέ για τον εαυτό σας να σας γίνει ευθανασία ;

ΝΑΙ _____

ΟΧΙ _____

(Αν απαντήσατε ΝΑΙ συνεχίστε στην ερώτηση 13 αν απαντήσατε ΟΧΙ συνεχίστε στην ερώτηση 14)

13. Αν ΝΑΙ σε ποια περίπτωση ;

A. Αν πάσχατε από ανίατη ασθένεια;

B. Αν πάσχατε από ανίατη ασθένεια και ήσασταν σε τελικό στάδιο ;

Γ. Αν είχατε κάποιο ψυχικό-συναισθηματικό πρόβλημα;

Δ. Για άλλο λόγο

14. Για ποιους λόγους θα απορρίπτατε την ευθανασία;

A. συναισθηματικούς-ψυχολογικούς ;

B. θρησκευτικής πίστewς

Γ. προσωπική αντίληψη-ιδεολογία ;

Δ. Άλλο

15. Η ευθανασία ταυτίζεται με το θέλημα του Θεού ;

ΝΑΙ _____

ΟΧΙ _____

**16. Στην Καινή Διαθήκη αναφέρεται το εξής : «Ο διάβολος είναι ανθρωποκτόνος, αυτός παρακινεί τους ανθρώπους για αφαίρεση ζωής.» (Ιωάννης 8Κεφ. 44Εδάφ.)
Ποια η γνώμη σας πάνω στο χωρίο αυτό;**

A. Απόλυτα συμφωνώ

B Συμφωνώ

Γ. Δεν συμφωνώ

Δ. Απόλυτα δεν συμφωνώ

Ε. Δεν γνωρίζω

17. Θεωρείτε ότι η ευθανασία επιδρά θετικά ή αρνητικά στο Ε.Σ.Υ.; (Εθνικό Σύστημα Υγείας)

ΑΝ ΘΕΤΙΚΑ ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ;

A. Γιατί μειώνονται οι δαπάνες / εξοικονομούνται χρήματα.

B. Εξασφαλίζονται περισσότεροι χώροι νοσηλείας.

Γ. Αποδεσμεύεται το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό από καταδικασμένες περιπτώσεις ασθενών και ασχολείται περισσότερο με άλλες περιπτώσεις ασθενών.

ΑΝ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ ;

A. Δίνεται το δικαίωμα στους γιατρούς να αφαιρούν τη ζωή των ασθενών, αντίθετα με τον όρκο τους.

B. Μπορεί να γίνει χρήση αθέμιτων /παράνομων μέσων ευθανασίας.

Γ. Μπορεί να προκληθεί φόβος στους πολίτες για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

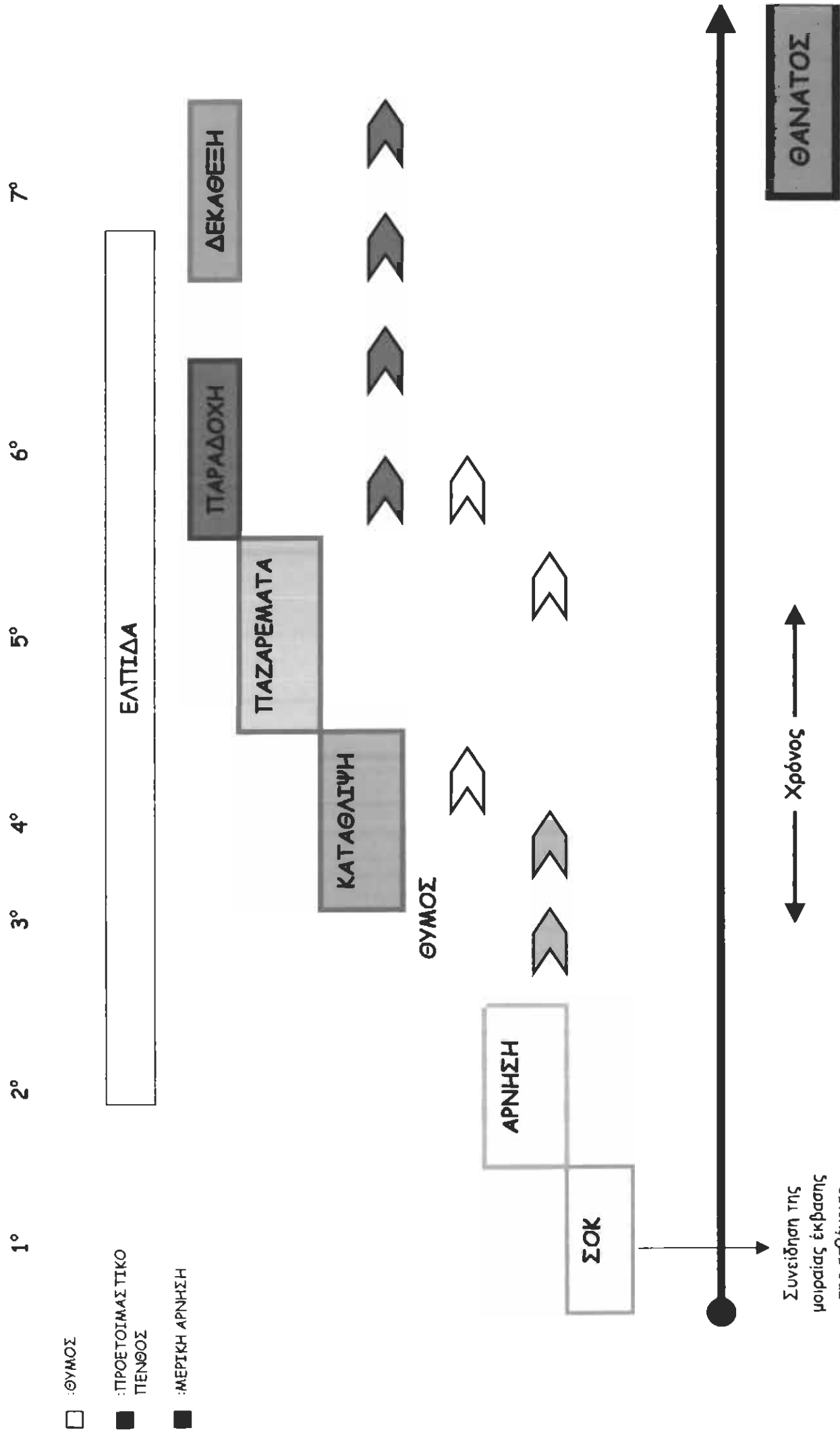
18. Τάσσετε υπέρ του να νομιμοποιηθεί η ευθανασία στο ελληνικό κράτος, όπως έχει γίνει για παράδειγμα στην Ολλανδία ;

ΝΑΙ _____

ΟΧΙ _____

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΤΑ 7 ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΘΑΝΑΤΙΑΣ ΑΓΩΝΙΑΣ



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

ΔΟΚΤΟΡ ΘΑΝΑΤΟΣ: ΤΖΑΚ ΚΕΒΟΡΚΙΑΝ

ΔΟΚΤΟΡ ΘΑΝΑΤΟΣ: ΣΙΠΜΑΝ

Abortion | Adoption | Euthanasia | News | Misc. | Organizations | Pregnancy Help | New
 Ultimate: Euthanasia: Patients helped to die by Dr. Jack Kevorkian

PATIENTS HELPED TO DIE BY DR. JACK KEVORKIAN

Name	Year	Sex	Age	Diagnosis
1. Janet Adkins	1990	F	54	Alzheimer's Disease
2. Sherry Miller	1991	F	43	MS
3. Marjorie Wantz	1991	F	58	Abdominal and Pelvic Pain
4. Susan William	1992	F	52	MS
5. Lois F. Hawes	1992	F	52	lung cancer
6. Catherine Andreye	1992	F	46	breast cancer
7. Marguerite Tate	1992	F	70	ALS
8. Marcella Lawrence	1992	F	67	heart dz, emphysema, failing liver, arthritis
9. Jack. E. Miller	1993	M	53	bone cancer
10. Stanley Ball	1993	M	82	pancreatic cancer, blind
11. Mary Biernat	1993	F	73	breast cancer
12. Elaine Goldbaum	1993	F	47	MS
13. Hugh E. Gale Sr.	1993	M	70	emphysema, Congestive Heart dz
14. Martha Ruwart	1993	F	41	duodenal and ovarian cancer
15. Jonathon Grenz	1993	M	44	mouth and throat cancer
16. Ronald Mansur	1993	M	54	bone and lung cancer
17. Thomas Hyde Jr.	1993	M	30	ALS
18. Donald O'Keefe	1993	M	73	bone cancer
19. Merian Frederick	1993	F	72	ALS
20. Ali Khalili	1993	M	61	bone cancer
21. Margaret Garrish	1994	F	72	rheumatoid arthritis, colonic diverticulitis, osteoporosis, legs amputated, loss of one eye
22. John Evans	1995	M	78	Pulmonary Fibrosis
23. Nicholas Loving	1995	M	27	ALS
24. Erika Garcellan	1995	F	60	ALS
25. Esther Cohan	1995	F	45	MS, painful ulcers

26. Patricia Cashman	1995	F	58	breast (and bone?) cancer
27. Linda Henslee	1996	F	48	MS
28. Austin Bastable	1996	M	53	MS
29. Ruth Neuman	1996	F	69	Uterine Cancer, diabetes, stroke, paralysis
30. Lona Jones	1996	F	58	Brain Cancer
31. Bette Lou Hamilton	1996	F	67	Syringomyelia
32. Shirley Kline	1996	F	63	Bowel Cancer
33. Rebecca Badger	1996	F	39	MS (Disputed by Medical Examiner)
34. Elizabeth Mertz	1996	F	59	ALS
35. Judith A. Curren	1996	F	42	Chronic Fatigue & Immune Dysfunction Syndrome
36. Louise Siebens	1996	F	76	ALS
37. Patricia Smith	1996	F	40	MS
38. Pat DiGangi	1996	M	66	Cancer, Stroke
39. Jack Leatherman	1996	M	73	Pancreatic cancer
40. Isabel Correa	1996	F	60	Spinal diseases, pain
41. Richard Faw	1996	M	71	Colon Cancer
42. Wallace J. Spolar	1996	M	70	Multiple Sclerosis
43. Nancy de Soto	1996	F	55	ALS
44. Barbara A Collins	1996	F	65	Ovarian Cancer
45. Loretta Peabody	1996	F	54	MS
46. Elaine Lousie Day	1997	F	79	ALS
47. Lisa Lansing	1997	F	42	Crohn's Disease
48. Helen P. Livengood	1997	F	59	Severe arthritis pain & crippling esophagus problems
49. Albert Miley	1997	M	41	quadraplegia
50. Janette Knowles	1997	F	75	ALS
51. Heidi Aseltine	1997	F	27	AIDS
52. Delouise Bacher	1997	F	63	M.S.
53. Janis Morgan	1997	F	40	Chronic Fatigue Syndrome, Fibromyalgia
54. Lynne Lennox	1997	F	54	MS

55. Dorinda Scheipsmeier	1997	F	51	MS
56. Karen Shoffstal	1997	F	34	MS



Visit other sites created by Women and Children First!

- Crisis Pregnancy Centers Online
- RoevWade.Org
- Women and Children First

Contact Us!

GO TO THE MAIN PAGE

Portions © 1995-2002 Woman and Children First.

Ακολούθως παραθέτουμε ένα άρθρο που εκδόθηκε σε τοπική Θεσσαλική εφημερίδα «Νέος Αγών», στις 20-7-02. Συγκεκριμένα:

«ΠΑΝΩ ΑΠΟ ΤΡΙΑΚΟΣΙΟΥΣ ΦΕΡΕΤΑΙ ΝΑ ΣΚΟΤΩΣΕ Ο ΔΟΚΤΩΡ ΘΑΝΑΤΟΣ»

ΛΟΝΔΙΝΟ

Ο πρώην οικογενειακός ιατρός Χάρολντ Σίπμαν, που καταδικάστηκε σε ισόβια δεσμά για τον θάνατο 15 ασθενών του, στην ουσία έχει σκοτώσει περίπου 300 ανθρώπους, σύμφωνα με επίσημη έρευνα της οποίας τα ευρήματα ενδεχομένως να δημοσιευτούν μέσα στην τρέχουσα εβδομάδα, σύμφωνα με τον σημερινό βρετανικό τύπο.

Μία έρευνα για τις δολοφονίες του μεγαλύτερου κατά συρροή φονιά στην ιστορία της χώρας, που πραγματοποιείται υπό την εποπτεία της δικαστή Τζάνετ Σμίθ, αρχικά εστιάστηκε σε 800 περιπτώσεις υπόπτων θανάτων, για να περιοριστεί κατόπιν σε 500 υποθέσεις.

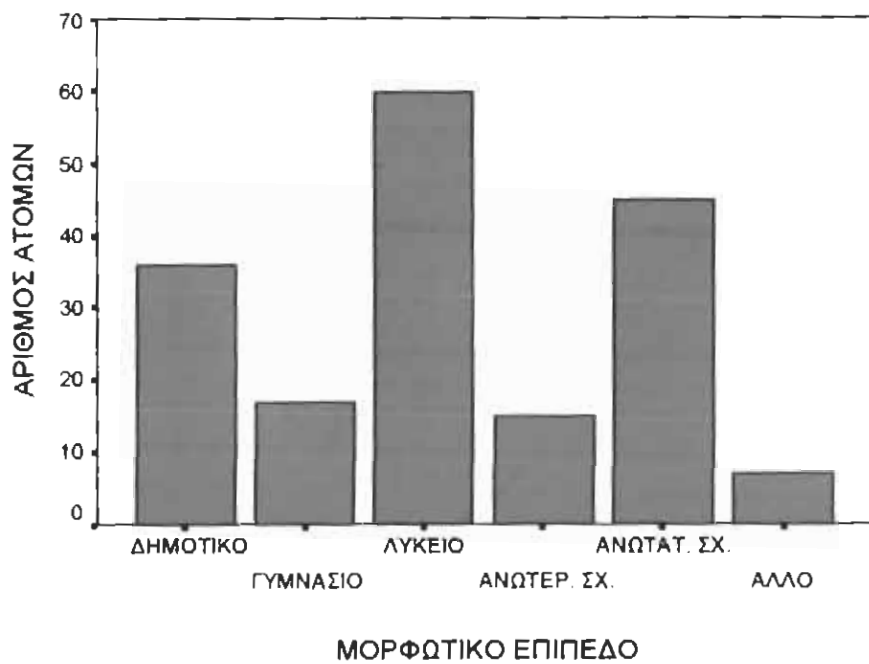
Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της έρευνας, που μπορεί να αποκαλυφθούν στη διάρκεια της εβδομάδος, ο Δρ. Σίπμαν έχει σκοτώσει περίπου 300 ανθρώπους στη διάρκεια της 30ετούς σταδιοδρομίας του, σύμφωνα με την εφημερίδα Ντέιλι Τέλεγκραφ, ενώ η Ντέιλι Εξπρές προσδιορίζει σε 297 τον αριθμό των θυμάτων του σατανικού γιατρού.

Ο 55χρονος Σίπμαν καταδικάστηκε τον Ιανουάριο του 2000 σε ισόβια κάθειρξη. Ο υπουργός Εσωτερικών Ντέιβιντ Μπλάνκετ επισήμανε την

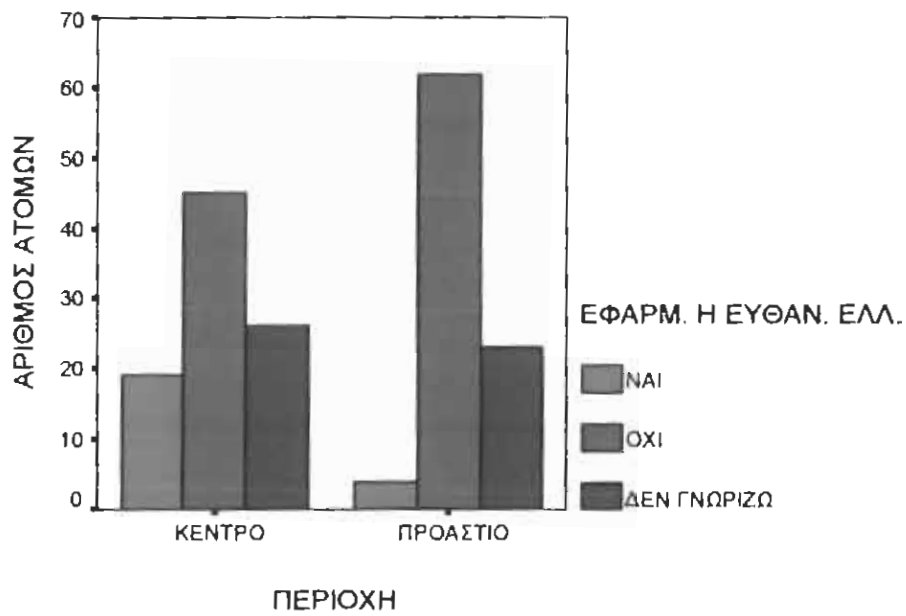
περασμένη Πέμπτη, πως η ποινή του δεν πρόκειται να μειωθεί και ο κατά συρροήν δολοφόνος θα περάσει το υπόλοιπο του βίου του πίσω από τα κάγκελα.

Επονομαζόμενος μετά την καταδίκη του ως Δρ. Θάνατος, ο Σίπμαν σκότωνε τους ασθενείς του το απόγευμα, μέσα στην κατοικία του, με μία ένεση μορφίνης. Ο ίδιος εξακολουθεί να αρνείται τις πράξεις του, ενώ επίσης και τα κίνητρά του αποτελούν ένα άλυτο μυστήριο.

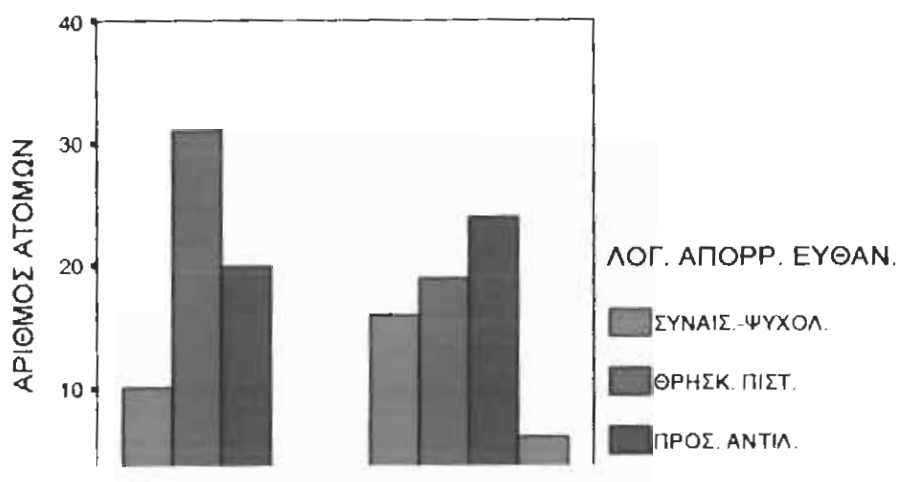
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

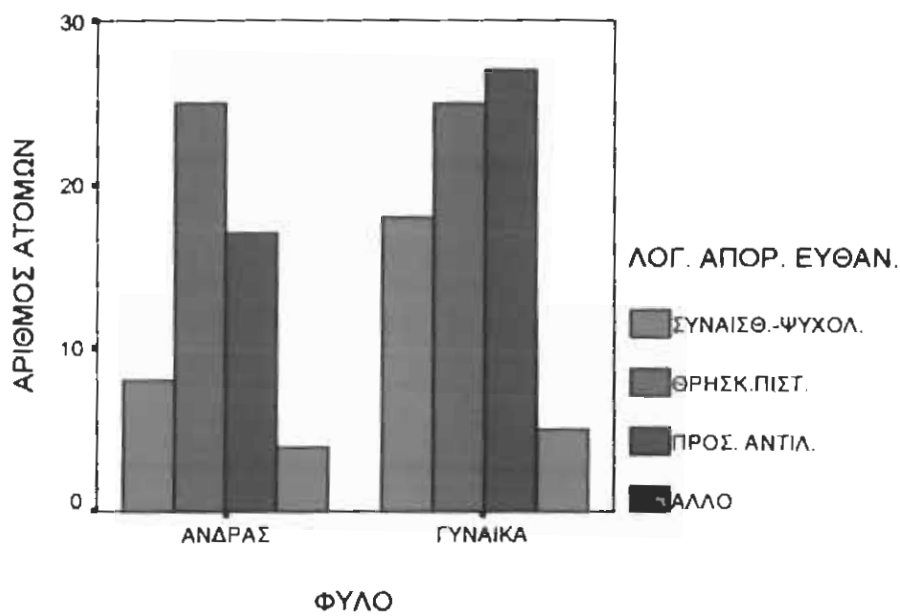


Σχήμα 1. Κατανομή 180 ατόμων ανάλογα με το μορφωτικό τους επίπεδο

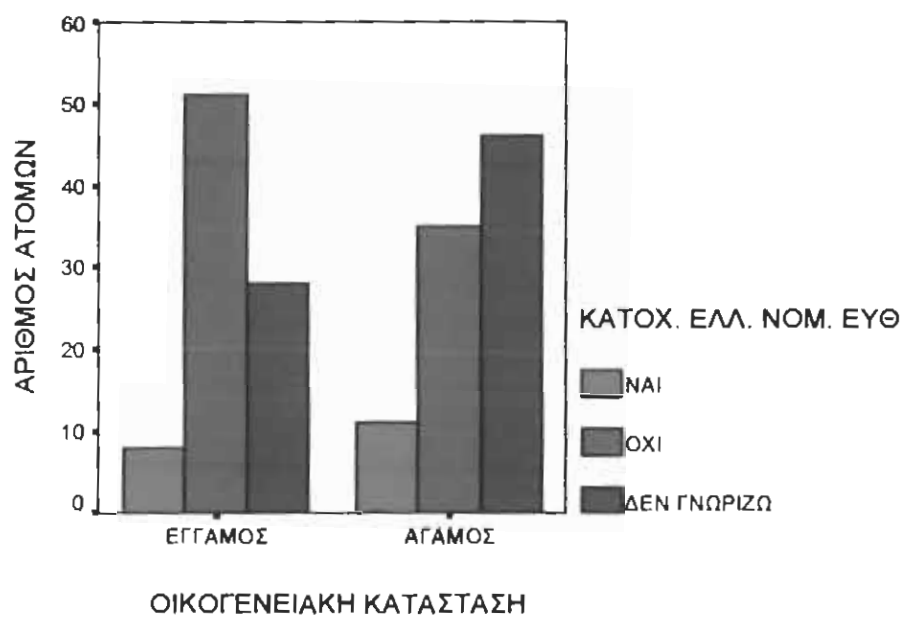


Σχήμα 3. Κατανομή 180 ατόμων ανάλογα του τόπου διαμονής και το αν γνωρίζουν αν εφαρμόζεται η ευθανασία στην Ελλάδα

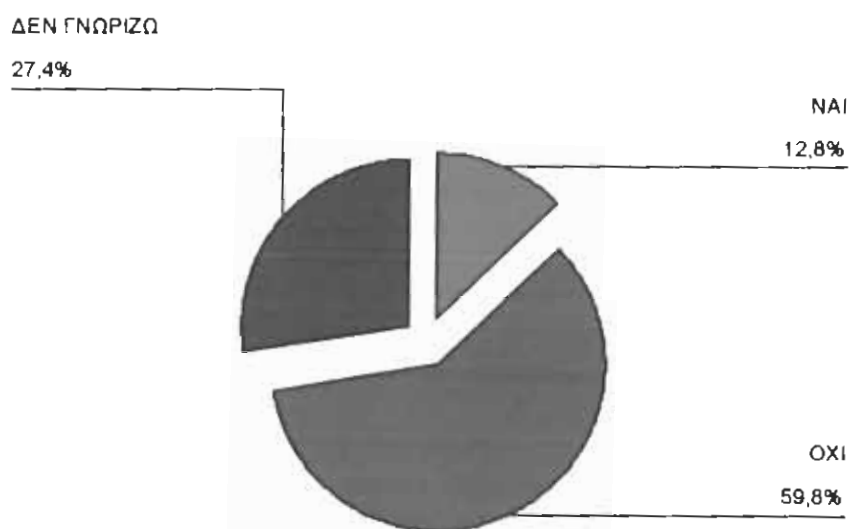




Σχήμα 5. Κατανομή 180 ατόμων ανάλογα με το φύλο τους και τους λόγους που θα απέρριπταν την ευθανασία



Σχήμα 6. Κατανομή 180 ατόμων ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση και το αν γνωρίζουν αν κατοχυρώνεται η ευθανασία από την ελληνική νομοθ.



Σχήμα 7. Κατανομή 180 ατόμων σχετικά με το αν γνωρίζουν αν εφαρμόζεται η ευθανασία την Ελλάδα