

Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ
ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ
ΤΩΝ ΙΕΡΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ

Σπουδάστριες :
Τζανέτου Κωνσταντίνα
Τσικερδή Κωνσταντίνα

Υπεύθυνη Καθηγήτρια:
Γεωργίου Κωνσταντίνα

ΠΑΤΡΑ ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2006

Στους γονείς μας

Απόστολο και Βασιλική Τσικερδή Διονύση και Αλεξάνδρα Τζανέτου

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε πρώτα από όλα την καθηγήτρια μας κ. Γεωργίου Κωνσταντίνα που δέχτηκε να συνεργαστεί μαζί μας και που όλο αυτό το διάστημα μας καθοδήγησε και μας βοήθησε με τις γνώσεις και την εμπειρία της για την ολοκλήρωση της μελέτης μας. Επίσης, ευχαριστούμε τους ιατρούς και τους ιερείς που μας παραχώρησαν τις συνεντεύξεις για την διεξαγωγή της έρευνάς μας.

Ακόμα, ευχαριστούμε τις υπεύθυνες Κοινωνικούς Λειτουργούς των πλαισίων της εξάμηνης πρακτικής μας άσκησης, την κ. Μαρία Παπακωνσταντίνου, προϊστάμενη της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Α.Ο.Ν.Α. « Ο Άγιος Σάββας » και την κ. Σεβλιανού Αριστέα, υπεύθυνη Κοινωνική Λειτουργός στο Γηροκομείο Βόλου, για την ανταλλαγή πληροφοριών, χρήσιμων για την διεξαγωγή αυτής της πτυχιακής εργασίας.

Επιπλέον, ευχαριστούμε θερμά τους γονείς μας που μας στήριξαν κατά την διάρκεια των σπουδών μας υλικά και συναισθηματικά. Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους συνέβαλλαν για την ολοκλήρωση της πτυχιακής εργασίας και όλους τους φίλους και γνωστούς που με τον τρόπο τους στάθηκαν δίπλα μας ηθικά και πρακτικά.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....σελ. 1

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Εισαγωγήσελ. 5

Σκοπός μελέτης.....σελ. 7

Ιστορική αναδρομή.....σελ. 8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

Θάνατος

1. Η αντιμετώπιση του θανάτου παλαιότερα και σήμερα.....σελ. 18

2. Κριτήρια πιστοποίησης θανάτου.....σελ. 21

3. Εγκεφαλικός θάνατος.....σελ. 23

4. Κλινικός θάνατος.....σελ. 24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

Ευθανασία

1. Ευθανασία.....σελ. 27

2. Είδη ευθανασίας.....σελ. 30

2.1. Ενεργητική ευθανασία.....σελ. 30

2.2. Παθητική ευθανασία.....σελ. 32

2.3. Ευθανασία δια της μη αναλήψεως.....σελ. 33

2.4. Ευθανασία του τύπου Living Will (Εθελοντική ευθανασία).....σελ. 34

2.5. Δυσθανασία.....σελ. 35

2.6. Ορθοθανασία.....σελ. 36

2.7. Επιταχυθανασία.....σελ. 36

2.8. Ευγονική ευθανασία.....σελ. 37

2.9. Έμμεση ενεργητική ευθανασία.....σελ.	38
2.10. Υποβοηθούμενη αυτοκτονία.....σελ.	39
3. Οικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ευθανασία.....σελ.	41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Η νομική προσέγγιση του δικαιώματος στο θάνατο.....σελ.	44
1. Η συνταγματική θεώρηση του δικαιώματος στο θάνατο.....σελ.	44
2.1. ποινική θεώρηση του δικαιώματος στο θάνατο.....σελ.	50
2.2. Οι απόψεις ελλήνων ποινικολόγων.....σελ.	54
2.3. Σκιαγράφηση του νομικού καθεστώτος σε σχέση με τα είδη ευθανασίας.....σελ.	57
3. Διεθνής νομοθεσία για το δικαίωμα στο θάνατο.....σελ.	60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Χριστιανισμός και ευθανασία.....σελ.	68
--------------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

Ασθενής και ευθανασία

1. Τα δικαιώματα του ασθενούς.....σελ.	78
2. Το περιεχόμενο της ελευθερίας στο κρίσιμο αίτημα του ασθενούς.....σελ.	82
2.1. Ανθρωποκτονία με συναίνεση.....σελ.	82
2.2. Συμμετοχή σε αυτοκτονία.....σελ.	82
2.3. Η διακοπή της θεραπείας κατ' απαίτηση του ασθενούς και η αυθαίρετη παροχή θεραπείας.....σελ.	83
3. Οι θέσεις του ασθενή απέναντι στην ευθανασία.....σελ.	85
4. Ο θάνατος στο σπίτι και στο νοσοκομείο. Ο ρόλος των συγγενών.....σελ.	89

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

Ιατρική και ευθανασία

1. Κανόνες ιατρικής δεοντολογίας.....σελ. 92
2. Η συναίνεση της ευθανασίας.....σελ. 95
3. Η νομική σημασία της συναίνεσης της ευθανασίας.....σελ. 97
4. Δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο γιατρός.....σελ. 99
5. Παράγοντες που επηρεάζουν την κρίση του γιατρού στην αντιμετώπιση ασθενών σε κρίσιμες καταστάσεις.....σελ. 102
6. Οι θέσεις του ιατρικού σώματος και η συμβολή των γιατρών.....σελ. 106

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΕΡΕΥΝΑ

- 1.1. Σημαντικότητα έρευνας.....σελ. 107
- 1.2. Στόχοι έρευνας.....σελ. 107
2. Μεθοδολογία έρευνας.....σελ. 108
 - 2.1. Δείγμα.....σελ. 108
 - 2.2. Εργαλείο έρευνας.....σελ. 108
 - 2.3. Άξονας (ερωτήσεων) συνέντευξης.....σελ. 109
 - 2.4. Διαδικασία εκτέλεσης της έρευνας.....σελ. 110
 - 2.5. Τρόπος διεξαγωγής της συνέντευξης.....σελ. 111
3. Αποτελέσματα έρευνας.....σελ. 112
4. Συζήτηση.....σελ. 115
5. Συμπεράσματα.....σελ. 118

ΣΚΕΨΕΙΣ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ.....σελ. 119

Βιβλιογραφία.....σελ.122

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....σελ.125

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Εισαγωγή

Αναμφισβήτητα το πρόβλημα της ευθανασίας απασχολεί τη σύγχρονη βιοηθική με ολοένα και αυξανόμενο ρυθμό. Είναι επίκαιρο, ενδιαφέρον και έντονα αμφιλεγόμενο θέμα. Έχει σημαντικές ηθικές, νομικές και πνευματικές πλευρές και η ανθρώπινη ευθύνη είναι πραγματικά πολύ μεγάλη.

Η ευθανασία είναι ένα θέμα παλιό όσο και η ιστορία, πολυσυζητημένο όσο λίγα πράγματα στον κόσμο. Ταυτόχρονα όμως, οι τοποθετήσεις γι' αυτήν αποτελούν κατά κάποιο τρόπο και ένα βαρόμετρο της πραγματικής αγάπης του ανθρώπου προς το συνάνθρωπό του.

Το θέμα αυτό απασχολεί ολόκληρη την ανθρωπότητα. Απασχολεί όμως γενικότερα τα επαγγέλματα που βρίσκονται θεματικά πιο κοντά στο πρόβλημα. Σ' αυτό το πλαίσιο εμπλέκονται δικαστές, νομικοί, κοινωνιολόγοι, θεολόγοι, γιατροί, βιολόγοι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, φιλόσοφοι, παιδαγωγοί κ.α. Απασχολεί όμως ιδιαίτερα και τον κοινό θνητό – τον άνθρωπο γενικά – και ειδικότερα τον πάσχοντα συνάνθρωπό μας.

Που έγκειται όμως το πρόβλημα της ευθανασίας ;

Όταν μιλάμε για πρόβλημα της ευθανασίας, αναφερόμαστε σε ένα μεγάλο ηθικό δίλημμα, στις αντίθετες και συγκρουόμενες απόψεις που εκφράζονται γύρω από το ζήτημα αυτό.

Υποστηρικτές και πολέμιοι της ευθανασίας εκφράζουν τα επιχειρήματά τους, ο καθένας, από τη δική του σκοπιά προσπαθεί να δώσει μια απάντηση, μια κάποια λύση στο πρόβλημα αυτό, που από τη μια πλευρά είναι συνυφασμένο, άρρηκτα δεμένο με τη ζωή και μάλιστα με την ποιότητά της και από την άλλη με το θάνατο, το βιολογικό αυτό φαινόμενο που χαρακτηρίζει κάθε έμβιο ον, τη

μοιραία καλύτερα, κατάληξη κάθε έμβιου όντος, το φαινόμενο εκείνο που αναπόφευκτα και αμετάκλητα κλείνει τον κύκλο ανέλιξης και εξέλιξης οποιασδήποτε βιολογικής μονάδας.

Οι υποστηρικτές της ευθανασίας κάνουν λόγο για «αξιοπρεπή θάνατο», για το «δικαίωμα στο θάνατο». Όταν η ζωή γίνεται ανυπόφορη και επώδυνη και δεν υπάρχει ελπίδα να σωθεί, τότε γίνεται συνώνυμη με μαρτύριο.

Από την άλλη όμως, ποιος μπορεί να κρίνει με σιγουριά ότι δεν υπάρχει ελπίδα; Ποιος θα πάρει την απόφαση για μια τέτοια πράξη; Ποιος μπορεί να εγγυηθεί ότι δεν πρόκειται για τραγικό λάθος; Η ευθανασία είναι πράξη λύτρωσης η εγκληματική πράξη;

Διάφορα ερωτήματα απασχολούν και περιμένουν απαντήσεις.

Σκοπός μελέτης

Σκοπός της εργασίας μας είναι:

Η μελέτη του φαινομένου της ευθανασίας και ειδικότερα των στοιχείων που συνθέτουν τις θέσεις διαφόρων απόψεων (θρησκείας, επιστήμης, νομοθεσίας, ασθενών).

Ιστορική αναδρομή

Η ευθανασία ως έννοια και πρακτική εφαρμογή ασφαλώς δεν είναι σημερινό μόνο φαινόμενο.

Οι αρχαίοι Έλληνες τάσσονταν, γενικά, υπέρ της πρακτικής, μολονότι ο ίδιος ο Ιπποκράτης, ο πατέρας της Ιατρικής όχι μόνο απαγόρευε την άσκησή της αλλά και την απλή υπόδειξή της σημειώνοντας σαφώς και κατηγορηματικώς στον όρκο του, δίνοντας έμφαση στην αξία της διατήρησης της ζωής και στο καλό του ασθενή, ανεξάρτητα από τα ιδιαίτερα συμφέροντα του ιατρού: «...ου δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμο, ουδέ υφηγήσομαι ζημβουλήν τοιήνδε...», που σημαίνει, δεν θα χορηγήσω θανατηφόρο φάρμακο σε κανένα, έστω και αν παρακληθώ, ούτε θα υποδείξω τέτοια συμβουλή. (Παναγόπουλος, 2002)

Κλασικό παράδειγμα ευθανασίας, υπό την έννοια του καλώς και ενδόξως θνήσκειν, είναι η περίπτωση του Διαγόρα, του διάσημου αθλητού που έζησε τον 5ο π.χ. αιώνα. Καταγόταν από τη Ρόδο και είχε ανακηρυχθεί νικητής σε τέσσερις Πανελλήνιους αγώνες. Οι τρεις γιοι του, σπουδαίοι αθλητές και αυτοί, νίκησαν την ίδια μέρα σε τρία διαφορετικά αγωνίσματα των Ολυμπιακών Αγώνων. Καθώς οι γιοι του τον σήκωσαν στους ώμους και τον περιέφεραν στο στάδιο, ο λαός φώναζε: «*Κάτθανε Διαγόρα. Ουκ εις τον Όλυμπον αναβήσει*», δηλαδή : «*Πέθανε τώρα Διαγόρα. Ποια άλλη καλύτερη στιγμή περιμένεις ; Δεν μπορεί να γίνει κι Ολύμπιος θεός*». Και πράγματι ο γέροντας πέθανε από τη συγκίνηση της μεγάλης χαράς. (Δίπλας, 2005)

Και δεν είναι βεβαίως το μόνο παράδειγμα, στους κλασσικούς χρόνους στο νησί του Αιγαίου Κέα, οι κάτοικοι ζούσαν για πάρα πολλά χρόνια, χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα υγείας και σ' αυτό τους βοήθησε το κλίμα του νησιού, που ήταν ιδιαίτερα φιλικό σ' αυτούς. Έτσι, δεν υπέφεραν από αρρώστια και πόνο. Μάλιστα όταν έφταναν στη τρίτη ηλικία έκαναν ευθανασία οικειοθελώς

με παπαρούνα ή κώνειο, σε γιορτινή ατμόσφαιρα είτε στην οικία τους παρουσία συγγενών και φίλων.

Στους ρωμαϊκούς χρόνους, οι στωικοί σοφοί «ευθανατούν» με την αυτοκτονία, κυρίως στη γεροντική ηλικία (Κλεάνθης, Ζήνων, Κάτων, Σενέκας κ.α.), είτε για να αποφύγουν βασανιστικούς πόνους από τραύματα ή ανίατη αρρώστια, είτε για να γλιτώσουν από αναπηρία, ή για να διασώσουν την τιμή τους στην αιχμαλωσία. (Δίπλας, 2005)

Ο Ζήνων έπνιξε τον εαυτό του, γιατί είχε πάθει εξάρθρωση στο πόδι από πτώση.

Ο Κλεάνθης αυτοκτόνησε όταν μετά από εντολή του γιατρού του υποβλήθηκε σε δίαιτα, προτίμησε όμως να μην την ακολουθήσει και αυτοκτόνησε, νομίζοντας ότι εκπλήρωσε την αποστολή του στον κόσμο αυτόν. Πολλοί Στωικοί αυτοκτόνησαν με επιδεικτικό και γελοίο τρόπο. Σημειωτέον, όμως, ότι οι πάντες αυτοκτόνησαν σε μεγάλη ηλικία. (Χρονόπουλος, 1980)

Ο Σενέκας μάλιστα στο έργο του «*Epistulae ad Lucilium*» γράφει: «Ακριβώς όπως θα διαλέξω το πλοίο μου, όταν πρόκειται να ταξιδεύσω ή το σπίτι μου, όταν πρόκειται να κατοικήσω, έτσι θα επιλέξω και τον θάνατό μου για το πέρασμά μου από τη ζωή». (Παναγόπουλος, 2002)

Η Αρχαία Σπάρτη είχε επινοήσει τον Καιάδα, μια υψηλή χαράδρα του Ταΰγετου και με αυτό τον τρόπο «επέλυε» τα προβλήματα των παιδιών με γενετικές ανωμαλίες ή καθυστέρηση αλλά και τους ανίατους αρρώστους ή τους εγκατέλειπαν σε ερημικές τοποθεσίες όπου πέθαιναν από έλλειψη φροντίδας. (D.R. Σπηλιώτης, 1999)

Ο Πλάτων στην «Πολιτεία» του διατύπωσε την άποψη ότι σε μια ιδανική πολιτεία μόνο οι σωματικά και πνευματικά υγιείς πρέπει να τυγχάνουν μέριμνας, ενώ οι πάσχοντες πρέπει να εγκαταλείπονται για να πεθάνουν.

Ανάλογες απόψεις εξέφρασε και ο Αριστοτέλης, ενώ αντίθετος στην ιδέα της ευθανασίας ήταν ο μεγάλος τραγικός ποιητής Σοφοκλής, ο οποίος στο έργο

του «Φιλοκτήτης» ασχολείται με το δικαίωμα του θανάτου και τοποθετείται ανεπιφύλακτα αρνητικά στην ιδέα της ευθανασίας.

Κατά το Μεσαίωνα, οι χριστιανοί, Εβραίοι και μουσουλμάνοι φιλόσοφοι ενστερνίστηκαν τις απόψεις του Ιπποκράτη ενάντια στην ευθανασία. Στην Ευρώπη, η ευθανασία αντιμετωπιζόταν σαν βαρύ αμάρτημα και η απόπειρα αυτοκτονίας ετιμωρείτο. Σ' αυτό συνέβαλε και η χριστιανική διδασκαλία για το ιερό και απαραβίαστο της ανθρώπινης ζωής.

Στην Παλαιά Διαθήκη η ευθανασία επιτρέπεται σε περίπτωση πολέμου ή διωγμού. Διαφορετικά, καταδικάζεται και η πράξη αποτελεί όνειδος για τους συγγενείς του αυτόχειρα.

Στη χριστιανική γραμματεία δεν συναντάμε τη λέξη ευθανασία. Η χριστιανική διδασκαλία δεν θεωρεί το θάνατο εφιάλτη αλλά πύλη της αιώνιας ζωής. Το ανθρώπινο σώμα είναι « ναός του Αγίου Πνεύματος» και αυτό το ναό έχει χρέος ο άνθρωπος να περιποιείται και να σέβεται. (Δίπλας, 2005)

Κατά τους νεότερους χρόνους υπέρ της ευθανασίας τάσσονται ο Thomas Moore και ο Francis Bacon. Ο πολιτικός και φιλόσοφος Bacon (1561 - 1626) υποστήριζε ότι οι ιατροί πρέπει να παρέχουν ήρεμο και εύκολο θάνατο στους ανίατους.

Ο Thomas Moore (1478 - 1535) στην «Ουτοπία» του, έκανε έκκληση σε γιατρούς και ιερείς να παρακινούν τους ανίατους ασθενείς να τερματίζουν μόνοι τους τη ζωή τους που έχει καταντήσει άχρηστη και οδυνηρή για τους ίδιους και τους οικείους τους. (Παναγόπουλος, 2002)

Άλλος ένας υποστηρικτής της ευθανασίας που αξίζει να αναφέρουμε είναι ο Freud. Στα 83 του χρόνια ο Sigmund Freud είχε υποστεί είδη 33 εγχειρήσεις. Υπόφερε, πάνω από δεκάξι χρόνια, είχε καρκίνο της γνάθου. Μη αντέχοντας άλλο, κάλεσε το φίλο του και συνάδελφό του Max Schur που ήταν και ο θεράπωντας γιατρός του, και του είπε: «Τώρα πια η ζωή είναι ένα συνεχές μαρτύριο και τίποτ' άλλο. Ένα μαρτύριο δίχως νόημα». Κάμποσο καιρό αργότερα ο Schur εξομολογήθηκε: «Του έδωσα δυο εκατοστόγραμμα μορφίνη.

Ύστερα από δώδεκα ώρες περίπου του ξανάδωσα την ίδια δόση. Ο Freud έπεσε σε κόμα και δεν ξαναξύπνησε». (Ζιγκλέρ, 1982)

Το πρόβλημα της ευθανασίας, όπως είχε μπει μετά τις αρχές του 2ου αιώνα, αφορούσε σε δυο στοιχεία: είχε σχέση, αφενός μεν, με το θάνατο αυτών που επρόκειτο να εκτελεστούν μετά από καταδίκη για διάφορα εγκλήματα, και αφετέρου, με αυτούς που είχαν προβλήματα αφόρητων οδυνών και πόνων.

Έτσι για τους καταδικασμένους σε θάνατο χρησιμοποιήθηκαν μέσα πιο ανώδυνα απ' τη λαιμητόμο ή τον τουφεκισμό, όπως η ηλεκτρική καρέκλα, και αυτό για λόγους ανθρωπιστικούς. (Τώρα πως μπορείς να επιβάλεις σαν τιμωρία το θάνατο κι απ' την άλλη μεριά να τον επιβάλεις με «ανθρωπιστικά» μέσα, αυτό είναι άλλη υπόθεση). Το θέμα βέβαια της ευθανασίας των καταδικασμένων σε θάνατο δε φαίνεται να απασχολεί και τόσο πολύ την ανθρωπότητα σήμερα και αυτό γιατί η θανατική ποινή έχει καταργηθεί και όπου ισχύει τείνει να καταργηθεί.

Ερχόμαστε τώρα στην άλλη περίπτωση της ευθανασίας, που επιδιώκεται για την απαλλαγή από ανίατες ασθένειες ή επώδυνες καταστάσεις γενικότερα, οι οποίες θεωρούνται αβάσταχτες. Ο Βαλέριος Μάξιμος αφηγείται ότι στη Μασσαλία υπήρχε ειδικό μέρος στο οποίο φυλασσόταν δηλητηριώδες ποτό για αυτούς που ήθελαν να πεθάνουν. Φυσικά την άδεια παρείχε η γερουσία, αν ο υποψήφιος την έπειθε για τους λόγους του εγχειρήματος του. (Κιτσάκης, 1988)

Στις αρχές του 20ου αιώνα, το 1920 ο Alfred Hoche, καθηγητής Ψυχιατρικής στο Freiburg και ο Karl Binding, καθηγητής Νομικής στη Λειψία, εξέδωσαν μια μελέτη σχετικά με την παύση της ζωής του ασθενούς κατόπιν απαίτησης του ίδιου. Η βοήθεια αυτή σύμφωνα με τους δύο επιστήμονες ήταν σύμφωνη με την ιατρική ηθική που δεν έπρεπε όμως να περιοριστεί στους εθελοντές αλλά να επεκταθεί και στα «άδεια κελύφη ανθρώπινων όντων», όπως οι ασθενείς με εγκεφαλική βλάβη, οι τρόφιμοι ψυχιατρείων και οι διανοητικός καθυστερημένοι». (Δίπλας, 2005)

Στην δεκαετία του 30 η ευθανασία περνά σε φάση εξάρσεως. Το 1935 ο γνωστός νομπελίστας φυσιολόγος Alexis Carrel έγραφε : «θα έπρεπε να ξεφορτωνόμαστε τους εγκληματίες και τους φρενοβλαβείς, ανθρώπινα και οικονομικά, σε μικρά ιδρύματα ευθανασίας που θα ήταν εφοδιασμένα με τα κατάλληλα αέρια». Το ίδιο έτος (1935) στη Νυρεμβέργη λαμβάνεται μυστική απόφαση για δυο προγράμματα ευθανασίας, που αποσκοπούσαν στην απαλλαγή της Γερμανικής κοινωνίας από ελαττωματικά παιδιά και ψυχιατρικούς αρρώστους. Τα προγράμματα άρχισαν το καλοκαίρι του 1939, το παιδικό σε 28 παιδιατρικά νοσοκομεία με 4.000 θύματα, και το πρόγραμμα ενηλίκων σε έξι ψυχιατρεία με θύματα 70.273 ψυχιατρικούς αρρώστους. Αξίζει να πούμε ότι η ευθανασία εφαρμόστηκε μέσα σε νοσοκομεία από γιατρούς χωρίς εξαναγκασμό. Ο Proctor το 1988 στην εργασία του Racial Hygiene που δημοσιεύθηκε από τις εκδόσεις του Harvard γράφει: «Ποτέ δεν διατάχθηκαν οι γιατροί να δολοφονήσουν ψυχιατρικούς αρρώστους και ελαττωματικά παιδιά. Τους παραχωρήθηκε η δυνατότητα να το κάνουν και εξεπλήρωσαν την αποστολή τους χωρίς διαμαρτυρία, πολλές φορές με δική τους πρωτοβουλία». (Παναγόπουλος, 2002)

Μια πολύ γνωστή περίπτωση ήταν αυτή του βρέφους Knauker, του οποίου την ευθανασία ζήτησε και επέτυχε ο ίδιος ο πατέρας του από τον Αδόλφο Χίτλερ επειδή γεννήθηκε τυφλό, διανοητικά καθυστερημένο και υπολειπόμενο σωματικά.

Στην συνέχεια οργανώθηκε επιτροπή που σαν σκοπό είχε να καθιερώσει μεθόδους με τις οποίες θα «εδωρίζεται» ο θάνατος σε ανθρώπους που δεν είχαν προοπτικές «εύλογης» ζωής. Η τακτική της ναζιστικής Γερμανίας απέναντι στους Εβραίους, τους ομοφυλόφιλους και άλλες «μη εύλογα ζώσες» κατηγορίες πληθυσμού, βασίστηκε στην παραπάνω θεώρηση.

Έτσι, μέχρι το ξέσπασμα του Β' Παγκοσμίου πολέμου θανατώθηκαν 300.000 άτομα για «ανθρωπιστικούς λόγους». Στη διάρκεια του πολέμου η

μαζική, αργή και βασανιστική εξόντωση επτά εκατομμυρίων ανθρώπων, ονομάστηκε από το γερμανικό ναζισμό «ευθανασία». (Δίπλας, 2002)

Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο οι τόνοι των υπερασπιστών της ευθανασίας έπεσαν, εξαιτίας της ναζιστικής θηριωδίας που ξεκίνησε ως ευθανασία με την ευρεία έννοια του όρου και κατέληξε σε γενοκτονία. Την τελευταία όμως 25ετία η ευθανασία επανεμφανίσθηκε με τρόπο δυναμικό. Σ' αυτό συνετέλεσαν, πρώτον η αποδοχή και νομιμοποίηση των αμβλώσεων στις περισσότερες χώρες του δυτικού κόσμου και δεύτερον η τεράστια πρόοδος της Ιατρικής και της Τεχνολογίας που έδωσαν τη δυνατότητα υποστήριξης της ζωής και παράτασης της διαδικασίας του θανάτου.

Με σύνθημα και σημαία το: «Δικαίωμα στο θάνατο με αξιοπρέπεια», δημιουργήθηκαν σύλλογοι ευθανασίας στις περισσότερες χώρες με χιλιάδες μέλη. Hemlock Society στις Η.Π.Α. Right to Die Society στον Καναδά, Voluntary Euthanasia Society στην Αγγλία, New South Wales Humanists Society στην Αυστραλία, Japanese Society For Dying with Dignity στην Ιαπωνία, German Society For Human Dying στην Γερμανία, The Netherlands Association For Voluntary Euthanasia στην Ολλανδία. (Παναγόπουλος, 2002)

Τέλος, αξίζει πιστεύω στο σημείο αυτό να αναφέρουμε ορισμένα σημαντικά γεγονότα – σταθμοί στην ιστορία της ευθανασίας στον 20ο αιώνα.

1906: Σχέδιο νόμου για την εθελοντική ευθανασία στην πολιτεία του Οχάιο.

1920: Εκδίδεται στη Γερμανία το βιβλίο "Απελευθέρωση της Καταστροφής των Ζώων Άνευ Αξίας", το οποίο στη συνέχεια αποτελεί την ιδεολογική βάση των ναζί για την ακούσια ευθανασία διαφόρων ομάδων.

1935: Ιδρύεται στην Αγγλία η Εταιρεία για την Εθελοντική Ευθανασία.

1936: Ο βασιλιάς Γεώργιος Ε', ο οποίος έπασχε από ανίατη μορφή καρκίνου, υποβάλλεται σε ευθανασία με μια υψηλή δόση μορφίνης.

- 1937:** Οι νομοθέτες της Νεμπράσκα καταγιηφίζουν σχέδιο νόμου που θα επέτρεπε την ενεργό ευθανασία στις Η.Π.Α.
- 1938:** Ιδρύεται η Εταιρεία Ευθανασίας των Η.Π.Α. στη Νέα Υόρκη.
- 1939:** Οι νομοθέτες της Νέας Υόρκης απορρίπτουν νομοσχέδιο που θα νομιμοποιούσε την πρακτική στις Η.Π.Α.
- 1949:** Η πρώτη υπόθεση ευθανασίας στην Ιαπωνία. Μια ημιπαράλυτη Κορεάτισσα χάνει κάθε ελπίδα να επιστρέψει στην πατρίδα της. Η γυναίκα παθαίνει κατάθλιψη και ο γιος της χορηγεί ποτάσα για να τερματίσει την οδύνη της. Κατηγορείται για φόνο και καταδικάζεται σε φυλάκιση ενός έτους με διετή αναστολή.
- 1962:** Το Ανώτατο Δικαστήριο της Ιαπωνίας νομιμοποιεί την ενεργό ευθανασία, εφόσον ικανοποιούνται έξι κριτήρια.
- 1969:** Σχετικό νομοσχέδιο για την εθελοντική ευθανασία απορρίπτεται από τη Βουλή των Λόρδων στη Βρετανία.
- 1973:** Σύλλογοι που υποστηρίζουν την εθελοντική ευθανασία ιδρύονται στην Ολλανδία.
- 1976:** Σύλλογοι που υποστηρίζουν την εθελοντική ευθανασία ιδρύονται και στην Ιαπωνία και τη Γερμανία.
- 1976:** Το Ανώτατο Δικαστήριο του Νιου Τζέρσι αποφαινεται ότι η Κάρεν Αν Κούνλιν, η οποία βρισκόταν σε κωματώδη κατάσταση, είχε δικαίωμα μέσω της οικογένειάς της να αρνηθεί θεραπεία που θα τη διατηρούσε εν ζωή.
- 1978:** Δημοσιεύεται στο Λονδίνο το βιβλίο του Ντέρεκ Χάμφρι «Ο δρόμος της Τζιν». Ο συγγραφέας περιγράφει πως βοήθησε τη γυναίκα του, η οποία έπασχε από ανίατη μορφή καρκίνου, να τερματίσει τη ζωή της.
- 1980:** Ο Σύλλογος για την εθελοντική ευθανασία στη Σκωτία δημοσιεύει ένα εγχειρίδιο αυτοκτονίας με τίτλο «Πώς να πεθάνεις με αξιοπρέπεια».
- 1981:** Δικαστήριο στο Ρότερνταμ προσδιορίζει σε ποιες περιπτώσεις δε θα διώκεται η ενεργός και η παθητική ευθανασία.

- 1983:** Ο υπουργός Δικαιοσύνης της Βρετανίας αποτυγχάνει να παρεμποδίσει τη διανομή του βιβλίου «Πώς να πεθάνεις με αξιοπρέπεια».
- 1984:** Το ανώτατο Δικαστήριο της Ολλανδίας εγκρίνει την εθελοντική ευθανασία υπό όρους.
- 1990:** Η Γερουσία των Η.Π.Α. υποχρεώνει τα νοσοκομεία να αποδέχονται την έγγραφη έγκριση ασθενών που επιθυμούν να υποβληθούν σε ευθανασία.
- 1991:** Καταψηφίζεται με ισχυρή πλειοψηφία νομοσχέδιο στην πολιτεία της Ουάσιγκτον που θα επέτρεπε την εθελοντική ευθανασία.
- 1992:** Ο Βρετανικός Ιατρικός Σύλλογος ανακοινώνει ότι υποστηρίζει την έγγραφη έγκριση ασθενών που επιθυμούν να υποβληθούν σε ευθανασία.
- 1993:** Η Ολλανδία διευρύνει την πολιτική ανοχής σε περιπτώσεις ευθανασίας, αλλά δεν νομιμοποιεί την πρακτική.
- 1994:** Νόμος του Όρεγκον επιτρέπει στους ιατρούς να χρησιμοποιούν θανατηφόρες ενέσεις, αλλά δεν τίθεται ποτέ σε ισχύ.
- 1994:** Εκπρόσωποι της κινεζικής Εθνοσυνέλευσης προτείνουν τη νομιμοποίηση της ευθανασίας.
- 1995:** Στην Αυστραλία ψηφίζεται νόμος για τα δικαιώματα όσων βρίσκονται στο τελικό στάδιο ασθένειας, βάσει του οποίου επιτρέπεται η ενεργός ευθανασία υπό προϋποθέσεις.
- 1995:** Το θέμα επανέρχεται στην Εθνοσυνέλευση της Κίνας με αφορμή τη φυλάκιση ενός άνδρα που βοήθησε την πάσχουσα από ανίατη ασθένεια σύντροφό του να αυτοκτονήσει.
- 1995:** Η Σιγκαπούρη θεσπίζει νόμο που εγγυάται το δικαίωμα στο θάνατο. Δεν νομιμοποιεί την πρακτική αλλά δίνει την επιλογή σε όσους πάσχουν από ανίατη αρρώστια να ζητήσουν εγγράφως να υποβληθούν σε ευθανασία.
- 1996:** Γερουσιαστής στις Φιλιππίνες προτείνει τη νομιμοποίηση της ευθανασίας πρεσβεύοντας ότι πρόκειται για δικαιώματα του ατόμου και όχι του κράτους. Η πρότασή του τυγχάνει ευρείας αποδοχής στο Κοινοβούλιο.

1996: Εφετείο του Όρεγκον κρίνει αντισυνταγματικό το νόμο που επιτρέπει την παθητική ευθανασία.

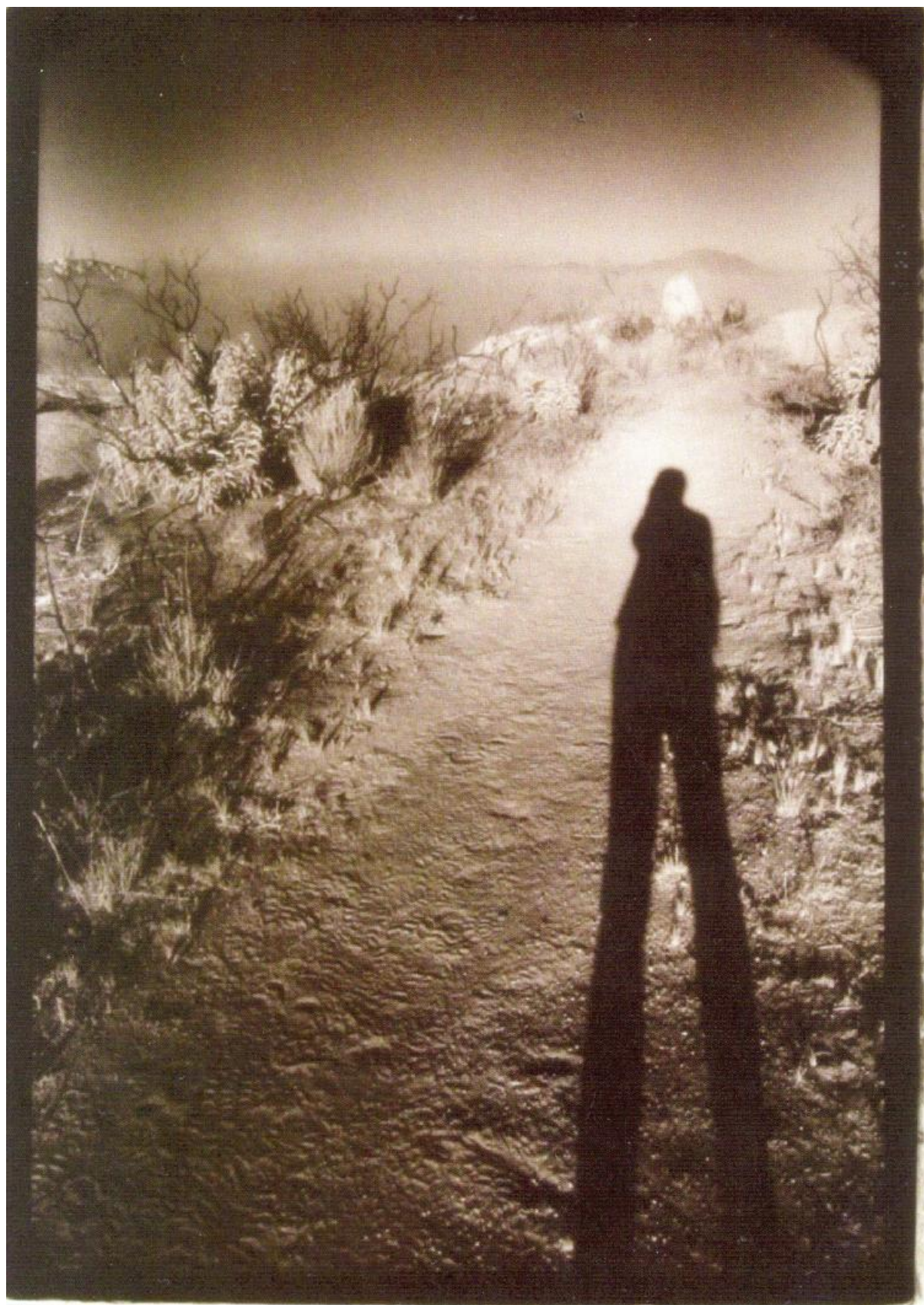
1997: Η Γερουσία της Αυστραλίας ανατρέπει το σχετικό νόμο που είχε ψηφιστεί τρία χρόνια νωρίτερα.

1997: Η Κολομβία νομιμοποιεί την ευθανασία για τους ασθενείς στο τελικό στάδιο, εφόσον έχουν οι ίδιοι δώσει σχετική έγκριση.

1999: Ο δρ. Τζακ Κεβόρκιαν καταδικάζεται σε κάθειρξη 15 έως 20 ετών για το ρόλο του σε θάνατο ασθενή που έπασχε από τη νόσο του Λου Γκέρινγκ, κάτι που μεταδόθηκε από το εθνικό τηλεοπτικό δίκτυο.

2000: Η Εθνική Επιτροπή Ηθικής της Γαλλίας εξακολουθεί να αντιτίθεται στην ευθανασία αλλά αναγνωρίζει ότι, πιθανώς, είναι αποδεκτή σε εξαιρετικές περιπτώσεις.

2001: Ελεύθερη δια νόμου η ευθανασία στην Ολλανδία. (www.sadness.gr, 2002)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

Θάνατος

1. Η αντιμετώπιση του θανάτου παλαιότερα και σήμερα.

Αν θα ήθελε κανείς να μελετήσει σε βάθος την ιδιαίτερη φυσιογνωμία ενός πολιτισμού, θα έπρεπε σίγουρα να σταθεί και να σπουδάσει με προσοχή τη στάση των ανθρώπων απέναντι στο θάνατο. Ο θάνατος ως οριακή στιγμή της ανθρώπινης ζωής μπορεί να φανερώσει τη βαθύτερη ουσία της φυσικής και πνευματικής μας υπόστασης και να καθορίσει τις συντεταγμένες εκείνες, που δίνουν το στίγμα των λαών μέσα στο χρόνο και την ιστορία. Ο θάνατος είναι η μυστηριώδης τάφρος που χωρίζει το φθαρτό με το άφθαρτο, τον κόσμο των αισθητών με τον κόσμο των «αύλων υπαρχόντων». (Ρήγιου, 1997)

Από την πρώτη στιγμή της εμφάνισής του στη γη ο άνθρωπος συνειδητοποίησε τη θνητότητά του. Η φθορά στη φύση, το πέσιμο των φύλλων, η μετατροπή του βράχου σε άμμο, προμήνυαν το δικό του τέλος. Για κάθε έμβιο ο θάνατος είναι ένα γεγονός αναπόδραστο. Από τη στιγμή που γεννιόμαστε αρχίζουμε να πεθαίνουμε με αλληπάλληλους μηχανισμούς, που υπακούν σ' έναν αμείλικτο νόμο. (Γκίκα, 2000)

Η απειλή του θανάτου λοιπόν, ήταν ανέκαθεν για τον ψυχισμό του ανθρώπου η σημαντικότερη πηγή άγχους.

Σε όλες τις περιόδους της ανθρωπότητας και σε κάθε πολιτισμικό πλαίσιο μπορούμε να δούμε την προσπάθεια του ανθρώπου να ελέγχει το άγχος του θανάτου, μέσα από διάφορες τελετουργικές και κοινωνικές εκδηλώσεις. Ο χρόνος και ο αριθμός των εκδηλώσεων που οι παραδοσιακές κοινωνίες του αφιέρωναν ήταν πολύ μεγάλος.

Τις τελευταίες δεκαετίες, πλήθος σημαντικών κοινωνιολογικών ερευνών επισημαίνουν τις μεγάλες αλλαγές που παρατηρούνται στις δυτικές κοινωνίες,

σχετικά με τον τρόπο που χειρίζονται τις καταστάσεις που αναφέρονται στην προοπτική ή το γεγονός του θανάτου.

Αν ιστορικά ανατρέξουμε τη θέση του ανθρώπου απέναντι στο θάνατο, θα δούμε, όπως περιγράφει στο βιβλίο του ο P. Aries, ότι από τα παλιά χρόνια μέχρι σήμερα έχει επέλθει μια πολύ μεγάλη αλλαγή όσον αφορά την αντιμετώπιση του θανάτου από τον άνθρωπο. Μέχρι το Μεσαίωνα ο θάνατος ήταν αποδεκτός χωρίς φόβο. Ο θάνατος ούτε συντομευόταν αλλά ούτε και παρατεινόταν. Ο θάνατος ήταν ένα κοινωνικό γεγονός και λάμβανε χώρα παρουσία της οικογένειας, των φίλων, των γειτόνων αλλά και των παιδιών. Και ο θνήσκων όχι μόνο γνώριζε αλλά και καθόριζε τη σχετική τελετουργία του θανάτου. Από το Μεσαίωνα και μέχρι το 1930 και με ακόμα μια πολύ μεγάλη επιτάχυνση μετά το 1930, η στάση των ανθρώπων απέναντι στο θάνατο άλλαξε από κάτι κοινό, φυσικό και ανερχόμενο σε κάτι ντροπιαστικό και απαγορευμένο. Αρχίσαμε να λέμε ψέματα. Πρώτα πρώτα λέγαμε ψέματα σ' αυτόν που επρόκειτο να πεθάνει, θέλοντας να του κρύψουμε το γεγονός, διότι τον λυπόμασταν, αλλά μετά αρχίσαμε να λέμε ψέματα, όχι για τον θνήσκοντα αλλά για μας τους ίδιους, γιατί εμείς είχαμε ανάγκη να πιστέψουμε ότι δεν υπάρχει θάνατος. Ο θάνατος είναι άσχημος και αποφεύγουμε να βλέπουμε την ασχήμια του. Νομίζω ότι πολλοί από εσάς θα έχετε δει ένα φιλμ, όπου η δουλειά κάποιου ήταν να μακιγιάρει τους νεκρούς, να κρύβει την ασχήμια του θανάτου. Οι άνθρωποι δεν πεθαίνουν πια στο σπίτι τους αλλά στο νοσοκομείο ή στο γηροκομείο. Ο θάνατος, παρουσία της οικογένειας, δεν αποτελεί πλέον αποδεκτό γεγονός και το ζούμε όλοι μας κάθε μέρα σε κάθε εφημερία. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς μεταφέρονται από τους συγγενείς τους στο Νοσοκομείο με παθήσεις τελικού σταδίου, γιατί δεν θέλουν να πεθάνουν στο σπίτι, δεν μπορούν να βλέπουν το θάνατο, κι έτσι ο θάνατος των ανθρώπων λαμβάνει χώρα στο θάλαμο του νοσοκομείου και πολύ συχνά με τον θνήσκοντα μόνο. (Ματάμης, 2002)

Οι σύγχρονες κοινωνίες λοιπόν, έχουν αρχίσει να διαμορφώνουν από τα μέσα του αιώνα μας ένα μοντέλο ζωής που στηρίζεται στην ευδαιμονία και στην εικόνα ενός σώματος χωρίς μειονεκτήματα και αδυναμίες. Στο μοντέλο αυτό ο πόνος, η σωματική αδυναμία, η αναπηρία κι η οδύνη που τις συνοδεύει, περιθωριοποιούνται. Πρόκειται δηλαδή για ένα εξιδανικευμένο μοντέλο, που δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, και η μη επίτευξή του μπορεί να έχει μεγάλες και αρνητικές επιπτώσεις στα άτομα που έχουν επενδύσει ολοκληρωτικά σ' αυτό. Η αύξηση του ποσοστού των καταθλίψεων και των αυτοκτονιών στις δυτικές κοινωνίες είναι ίσως ενδεικτικές των παραπάνω διαπιστώσεων.

Αν και ο θάνατος αποτελεί την πλέον προσωπική στιγμή για κάθε άτομο, η απειλή του θανάτου και η οδύνη που συνοδεύει το τέλος της ζωής, ιδιαίτερα όταν αυτό είναι αναμενόμενο, αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά μόνο μέσα από συλλογικές λειτουργίες, καθώς και με την ύπαρξη υποστηρικτικών πλαισίων, οικογενειακών και κοινωνικών. Μόνο έτσι η εμπειρία του επερχόμενου θανάτου μπορεί να αποκτήσει νόημα και η οδύνη που τη συνοδεύει να γίνει ανεκτή. Ο μεγάλος Άγγλος παιδίατρος και ψυχαναλυτής D.R. Winnicott έλεγε ότι η γέννηση και η ύπαρξή μας αρχίζει να αποκτά νόημα μέσα από τα μάτια των άλλων. Ίσως να ισχύει το ίδιο, σε μεγάλο βαθμό, και για το θάνατό μας.

2. Κριτήρια πιστοποίησης θανάτου.

Μηχανισμοί και τεχνικές που παρατείνουν το γεγονός του θανάτου, και καθυστερούν την έλευσή του, χρησιμοποιούνται καθημερινά. Αυτού του είδους η παράταση ζωής δημιουργεί δυο πολυσυζητημένα ηθικά διλήμματα:

- α) το χρονικό σημείο που επέρχεται πραγματικά ο θάνατος, συνδεδεμένο με τις έννοιες του κλινικού ή εγκεφαλικού θανάτου και
- β) την ευθανασία.

Όσον αφορά το πρώτο, διαπιστώνουμε ότι το χρονικό σημείο που επέρχεται ο θάνατος ορίζεται διαφορετικά στο πέρασμα του χρόνου εξαιτίας της ολοένα εξελισσόμενης επιστήμης.

Οι αρχαίοι πολιτισμοί όριζαν σαν θάνατο τη διακοπή της αναπνοής. Είναι γνωστό ότι οι κάτοικοι της Παλαιστίνης τοποθετούσαν ένα φτερό μπροστά στα ρουθούνια του νεκρού πριν τις νεκρικές προετοιμασίες. Αν το φτερό δεν εκινείτο ήταν σίγουροι ότι ο θάνατος είχε επέλθει. Όταν ο ρόλος της καρδιάς κατανοήθηκε, ως θάνατος ορίστηκε η απουσία σφυγμού. Με την ανακάλυψη του στηθοσκοπίου και του ηλεκτροκαρδιογραφήματος, η έννοια ταυτίστηκε πλήρως με τον καρδιακό θάνατο.

Τα πράγματα άρχισαν να αλλάζουν το 1950 όταν ο Engstrom κατασκεύασε τον πρώτο αναπνευστήρα. Έτσι άρχισαν να διατηρούνται στη ζωή άτομα σε κωματώδη κατάσταση που άλλοτε πέθαιναν. Το 1959 στη Lyon ο Jouvett μελέτησε τα εγκεφαλογραφήματα τεσσάρων ατόμων συνδεδεμένων με αναπνευστήρα. Το ΗΕΓ παρουσίαζε ισοηλεκτρική γραμμή. Στη συνέχεια οι Fishgold και Mathis κατέταξαν τις μορφές του κώματος και ονόμασαν το στάδιο αυτό της ηλεκτρικής σιγής «*coma depasse*» ή τελικό κώμα, που αργότερα θα ονομαστεί εγκεφαλικός ή κλινικός θάνατος. Όταν το Πανεπιστήμιο του Harvard ανακοίνωσε τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου το 1968, η έννοια νομιμοποιήθηκε.

Σήμερα στις νομοθεσίες όλων σχεδόν των χωρών ο εγκεφαλικός θάνατος ορίζεται ως πραγματικός θάνατος. Ήδη στην Ελλάδα ίσχυσε με τον Ν. 1383/83. Στη βιβλιογραφία όμως παραμένουν αμφιβολίες. Το δίλημμα αν πρέπει να αποσυνδεθεί ο ασθενής από το μηχάνημα συζητείται ευρέως.

Αρχικά πρέπει να γίνει σαφές ότι το επίθετο εγκεφαλικός δεν είναι ένας επιπλέον προσδιορισμός του θανάτου, ούτε σημαίνει ότι θνήσκει μονάχα ο εγκέφαλος, αλλά ότι διαπιστώνουμε το θάνατο του οργανισμού βάσει εξετάσεων που κάνουμε στον εγκέφαλο. Υπάρχουν τρεις καταστάσεις:

1. **Κλινικά νεκρός**, όπου ένα ποσοστό 80 – 90% των κυττάρων του εγκεφάλου, έχουν καταστραφεί.
2. **Άνθρωπος φυτό**, όπου έχει καταστραφεί γύρω στο 50% των εγκεφαλικών κυττάρων και
3. **Σύνδρομο κλειδωμένης συνείδησης**, όπου το ποσοστό φθοράς είναι 30%. (Γκίκα, 2000).

3. Εγκεφαλικός θάνατος

Ο εγκεφαλικός θάνατος ορίζεται διαφορετικά από χώρα σε χώρα.

Το 1968, η επιτροπή του Harvard όρισε ως κριτήριο ``εγκεφαλικού θανάτου``, την κατάργηση της δραστηριότητας ολόκληρου του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, ενώ το 1981, η επιτροπή που συστήθηκε από τον πρόεδρο των Η.Π.Α. διατύπωσε τον εξής ορισμό.

Ένας άνθρωπος είναι νεκρός εάν εμφανίζει :

- α) μη αναστρέψιμη παύση των λειτουργιών της κυκλοφορίας του αίματος και της αναπνοής.
- β) μη ανατρέψιμη παύση των λειτουργιών ολόκληρου του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου και του εγκεφαλικού στελέχους. (Καρακατσάνη, 2001)

Το 1971, δυο νευροχειρουργοί του Πανεπιστημίου της Minnesota, πρότειναν ως νέο κριτήριο «Εγκεφαλικού θανάτου», τη μη αναστρέψιμη παύση λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους. Αυτά τα κριτήρια σήμερα δέχεται η Ελλάδα. Υπάρχουν πολλές ενστάσεις που λένε ότι «η νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους» είναι παθολογοανατομικός όρος και δύναται να τεκμηριωθεί μόνο μετά την μεταθανάτια αφαίρεση του εγκεφάλου του ασθενούς. Άρα βάση αυτού, τα κριτήρια διαγνώσεως του «εγκεφαλικού θανάτου» είναι ανακριβή και κατ` άλλους αυθαίρετα. (Βρεττός, Καρατσάνης, Μπαλαμούτσος, Τσανάκα, 12-9-1999)

4. Κλινικός θάνατος

Χαρακτηρίζεται έτσι η κατάσταση στην οποία βρίσκεται ένα άτομο «μετά την παύση της λειτουργίας της καρδιάς» και «πριν επέλθει ο θάνατος του εγκεφάλου» και επέρχεται ο «οριστικός θάνατος».

Άρα ο «κλινικά νεκρός» δεν είναι (ακόμη) «νεκρός». Κατά τα ολίγα λεπτά της φάσεως του «κλινικού θανάτου», είναι δυνατόν να επιτευχθεί η «καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση» και η επαναφορά του ατόμου στη ζωή.

Κατέστη μάλιστα δυνατόν να επιμηκυνθούν τα όρια του «κλινικού θανάτου» επί αρκετά μακρό χρονικό διάστημα και, μάλιστα, με ενέργειες που μπορούν να αρχίσουν και εκτός νοσοκομείου, στον τόπο εργασίας ή στο δρόμο όπου κάποιος «έπεσε νεκρός», μέχρι να ολοκληρωθεί η προσπάθεια αναζωογονήσεώς του στο κατάλληλο νοσοκομειακό περιβάλλον.

Οι τέτοιες δυνατότητες, γνωστές «τοις πάσι», δημιούργησαν προβλήματα επειδή:

- α) «επερχόμενα στη ζωή άτομα» δεν είχαν αυτόματη καρδιακή λειτουργία ή αναπνοή, ή
- β) παρουσιάζουν μη ανατάξιμες βλάβες του εγκεφάλου, που έφθαναν μέχρι χωρίς καμία πιθανότητα να ανακτήσουν τις αισθήσεις τους.

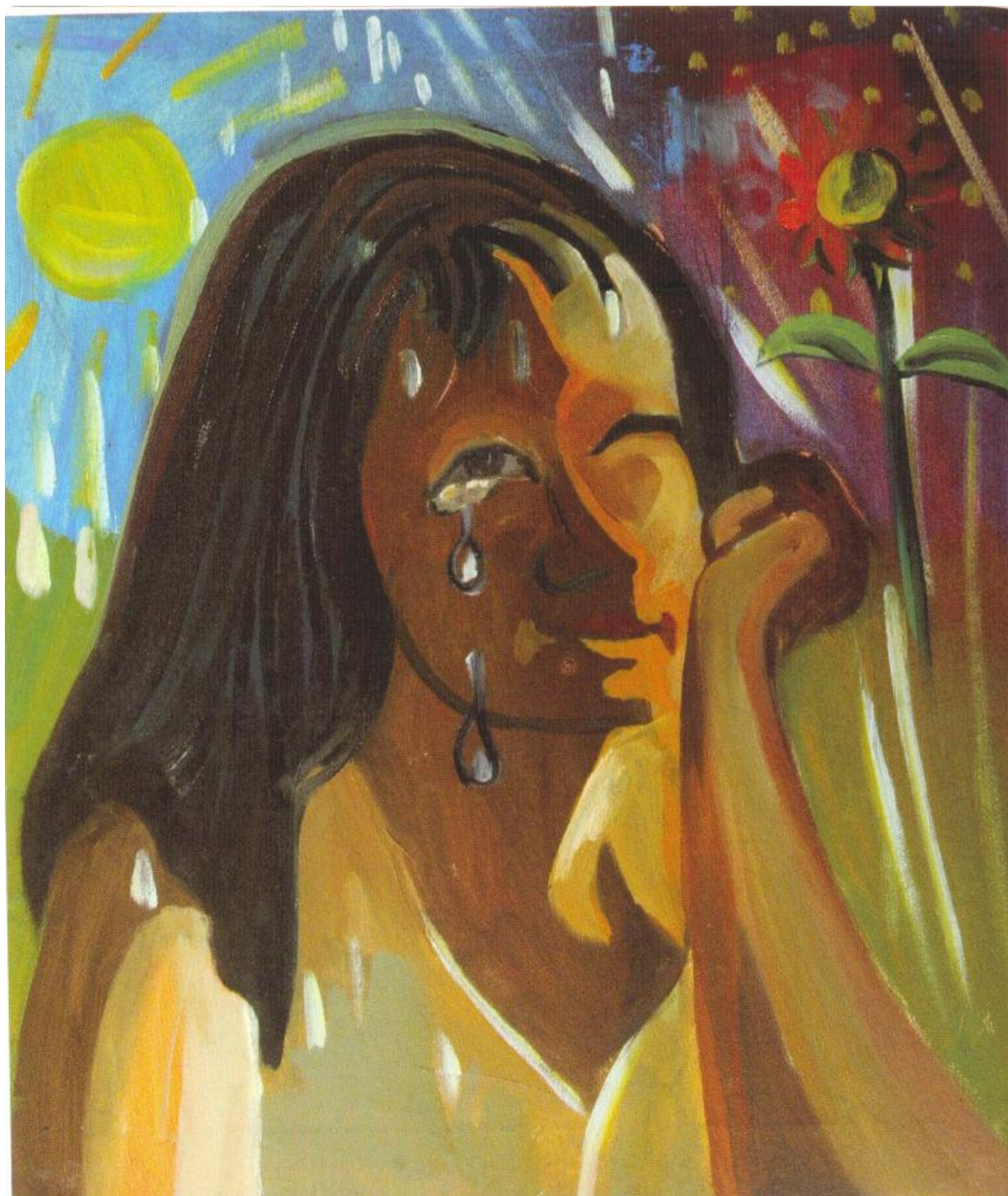
Οι αναπτυχθείσες υποστηρικτικές της ζωής τεχνικές, επί πλέον, μπορούν να στηρίξουν, στην τέτοια ζωή, επί μακρόν άτομα χωρίς διανοητικές λειτουργίες, δημιουργώντας προβλήματα ηθικής τάξεως, κοινωνικής φύσεως, οικονομικά, κοινωνικά, οικογενειακά, διάφορα άλλα και πολλά νομικής φύσεως, ιατρικής ευθύνης και δικαστικών περιπλοκών. (Αβραμίδης, 1995)

Πάντως, όπως προαναφέραμε, οι περισσότερες χώρες του κόσμου μεταξύ των οποίων και η χώρα μας, ταυτίζουν το θάνατο με τον εγκεφαλικό θάνατο. Με βάση την αποδοχή αυτή, μετά τον εγκεφαλικό θάνατο δεν υπάρχει ζωή, τα δε λειτουργούνται όργανα του ανθρώπου είναι δυνατόν να δοθούν για

μεταμόσχευση. Το Σύνταγμα προστατεύει τη ζωή αλλά δεν υποκαθιστά γιατρούς και βιολόγους στο να ορίσει την αρχή και το τέλος της.

Τέλος, πρέπει να πούμε ότι σε Μελέτες που έγιναν πάνω σε σώματα που κατά τον ορισμό του θανάτου ήταν νεκρά νευρολογικά, έδωσαν αποτελέσματα που τείνουν να ανατρέψουν την αρχή της «μη αναστρέψιμης απώλειας όλων των λειτουργιών του εγκεφάλου». Έτσι, έχουν δημιουργηθεί διλήμματα γύρω απ' αυτά τα νέα σύνδρομα, όπως για παράδειγμα, πότε πρέπει να σταματήσει η θεραπεία και πότε έχει επέλθει ο θάνατος. Επίσης, έχουν δημιουργηθεί θεμελιώδη ερωτήματα γύρω από την έννοια ιατρικών όρων όπως «συνείδηση» και πολλά άλλα. Ακόμη δυστυχώς δεν έχει επιτευχθεί συμφωνία των ειδικών για τον ακριβή προσδιορισμό αρκετών απ' αυτούς τους όρους και ειδικότερα για τον όρο «διαρκής κατάσταση φυτού». (Αναπλιώτης, 2003)

ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

1.Ευθανασία

Το ζήτημα της ευθανασίας είναι σύνθετο, τόσο που δεν υπάρχει καν ένας ορισμός που να μας βρίσκει όλους σύμφωνους.

Έχουμε βέβαια δει ήδη στο 1ο κεφάλαιο, την έννοια της ευθανασίας μέσα στην ιστορία, με ποιο τρόπο χρησιμοποιήθηκε και τι σήμαινε σε κάθε περίπτωση (είτε σαν τιμωρία για τους καταδικασμένους σε θάνατο είτε σαν απαλλαγή από ανίατες ασθένειες και επώδυνες καταστάσεις αλλά και σε άλλες περιπτώσεις).

Σ' αυτό το κεφάλαιο, θα εξετάσουμε την έννοια της ευθανασίας μέσα από ορισμούς που έχουν δοθεί γι' αυτήν.

Η λέξη ευθανασία από αρχαιοτάτων χρόνων σήμαινε τον καλό ή γλυκό θάνατο. Εννοείτε δε ως καλός θάνατος ο εύκολος – ο αιφνίδιος, ο ανώδυνος, χωρίς αγωνία – ο έντιμος, ο ευτυχής θάνατος (περίπτωση Διαγόρα) και ο ένδοξος θάνατος, π.χ. στον πόλεμο ή για την πίστη. Εκ του ρήματος «Ευθανατέω – ω = δηλαδή αποθνήσκω με καλόν, εύκολον ή ένδοξον θάνατον».

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

Η «ευθανασία» ορίζεται ακόμη ως «ηθελημένη θανάτωση ανιάτου ασθενούς, με τη συναίνεσή του ή χωρίς αυτή, προς ανακούφιση ή απολύτρωσή του από την επιθανάτια οδυνηρή αγωνία, από αφόρητους πόνους που τα υπάρχοντα θεραπευτικά μέσα αδυνατούν να καταπραΰνουν». (Αβραμίδης, 1995)

Ο όρος ευθανασία, στη σύγχρονη εποχή, χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Άγγλο Φιλόσοφο Francis Bacon ο οποίος υποστήριξε ότι «έργο της ιατρικής είναι η αποκατάσταση της υγείας και η καταπράυνση των πόνων, όχι όμως μόνον όταν η καταπράυνση αυτή μπορεί να οδηγήσει στην ίαση αλλά, και όταν μπορεί να χρησιμεύσει στην παροχή ενός γαλήνιου και εύκολου θανάτου». (Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο - Ογκολογίας, 1998)

Πρέπει όμως να πούμε, για την αποκατάσταση της αλήθειας, αλλά και για τη διαφορετικότητα των φιλοσοφιών ότι η λέξη ευθανασία αποτελεί αντιδάνειο της Αρχαίας Ελληνικής, όπου είχε ολοκληρωτικά αντιδιαμετρική σημασία. Στην ελληνική γλώσσα το ουσιαστικό ευθανασία σήμαινε «ευτυχισμένος, ήρεμος, ανώδυνος θάνατος» και αποτελούσε κανονικό παράγωγο του επιθέτου ευ – θάνατος – αυτός που πεθαίνει εύκολα, ευτυχισμένα. Βλέπουμε λοιπόν την αλλοίωση των νοημάτων που πιστεύω ότι δηλώνει και καταδειχνει τη βαθύτερη αλλαγή της στάσης ζωής του δυτικού ανθρώπου. (Ρήγιου, 1997)

Κατά την άποψη του Πλάτωνα, του Σωκράτη, του Sallustro αλλά και τον Κικέρωνα, ο θάνατος γίνεται σαφώς και συνειδητά αποδεχτός ως τόπος διάβασης και μόνο. Το πνεύμα των ανθρώπων άγεται στην εντελέχεια και σε μίαν ανθισμένη και χωρίς τέλος ζωής. Αυτός είναι ο «ευτυχής θάνατος», η ευθανασία.

Ο θάνατος που χαρίζουμε οι ίδιοι στον εαυτό μας, ο θάνατος που δεν μας έρχεται από κάποιον άλλο, ο λεγόμενος «φυσικός θάνατος» στον οποίο δεν μεσολαβεί καμιά ανθρώπινη ενέργεια – όλοι αυτοί οι «ευτυχείς» θάνατοι είναι ευθανασίες με την προϋπόθεση ότι βιώνονται με τη σαφή επίγνωση μιας ζωής πέρα από το θάνατο. Αντίθετα, το ιατρικό και νομικό λεξιλόγιο της εμπορευματικής κοινωνίας αποδίνει στον όρο αυτόν διαφορετική σημασία. Ευθανασία είναι η πράξη με την οποία ένας άνθρωπος χαρίζει το θάνατο σε κάποιον άλλο με την αποκλειστική πρόθεση να τον ανακουφίσει από τους πραγματικούς ή φανταστικούς πόνους του. Πρόκειται για το mercy - Killing

των Αγγλοσαξόνων, την ανθρωποκτονία που διαπράττεται σαν χάρη, την απάντηση στις ρητές ή αδιατύπωτες αξιώσεις ενός ανθρώπου που υποφέρει από κάποιον πόνο. (Ζιγκλέρ, 1982)

Ο Κιτσάκης στα «Κοινωνικά Δοκίμια» (1998) μίλησε για φυσική και τεχνητή ευθανασία εννοώντας ως φυσική, τον ανώδυνο και χωρίς αγωνία φυσιολογικό θάνατο και τεχνητή, την ευθανασία που επιδιώκεται για την απαλλαγή από ανίατες ασθένειες ή επώδυνες καταστάσεις γενικότερα, οι οποίες θεωρούνται αβάσταχτες.

Διαπιστώνουμε ότι, πολλοί ορισμοί έχουν διατυπωθεί για την ευθανασία, όλοι όμως κατατείνουν στο ίδιο, αρχικά τουλάχιστο, σημείο: ευθανασία είναι η πρόκληση ανώδυνου (σωματικά και ψυχικά) θανάτου, από ευσπλαχνία σε ανθρώπους που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο ανίατης ασθένειας ή βαρύτατου τραυματισμού, με σκοπό τη λύτρωση και ύστερα από προσωπική τους επιθυμία, με κίνητρο πάντα τον οίκτο, την αγάπη και το σεβασμό προ της αξιοπρέπεια του ανθρώπου.

Με την ίδια σχεδόν έννοια χρησιμοποιείται και ο όρος «υποβοηθούμενη αυτοκτονία», με τη διαφορά ότι στη πρώτη περίπτωση (ευθανασία) δράστης και θύμα δεν ταυτίζονται, ενώ στη δεύτερη, δράστης είναι εκείνος του οποίου ο θάνατος επέρχεται. Ούτως ή άλλως πάντως, αυτό που περιγράφεται είναι η βοήθεια που παρέχεται σε κάποιον επώδυνο θνήσκοντα, ο οποίος δεν έχει ο ίδιος δυνατότητες να δώσει τέλος στη ζωή του αλλά ζητά να τερματισθεί το μαρτύριο του. (Δίπλας, 2005)

Πάντως ή έννοια της ευθανασίας μπορεί να μελετηθεί καλύτερα, μόνο διηρημένη στις μορφές της. Γι' αυτό στη συνέχεια γίνεται διαχωρισμός στα είδη της ευθανασίας.

2. Είδη ευθανασίας

2.1. Ενεργητική ευθανασία.

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

Η *εκούσια ευθανασία* είναι εκείνη η οποία εφαρμόζεται σ' ένα πρόσωπο το οποίο επιθυμεί να θέσει τέρμα στη ζωή του και γίνεται: α) με τη λήψη από τον ίδιο θανατηφόρας δόσεως μιας κάποιας ουσίας (= ευθανασία δι' αυτοκτονίας) ή, β) με τη χορήγησή της σε κάποιον που τη ζητεί συνήθως από ένα γιατρό σαν ένα είδος «βοήθειας». Η τέτοια όμως «βοήθεια», αποτελεί πράξη συμμετοχής σε αυτοκτονία και μάλιστα τιμωρείται αυστηρά κατά το άρθρο 301 του Ελληνικού Ποινικού Κώδικα (Π.Κ.).

Περίπτωση εκούσιας ευθανασίας είναι εκείνη της Ίνγκριντ Φράνκ, ηλικίας 28 ετών, η οποία έμεινε παράλυτη ύστερα από αυτοκινητιστικό ατύχημα. Αυτοκτόνησε με υδροκυάνιο το οποίο της προσέφερε η Γκρέτλις Σβάρτμαν, ηλικίας 73 ετών, μέλος της Ενώσεως «Δικαίωμα και στο θάνατο», εν επίγνωση και με τη θέλησή της, και μάλιστα μπροστά σε βιντεοκάμερα ώστε να μη κατηγορηθεί κανείς από τα φιλικά της πρόσωπα.

Στην εκούσια ευθανασία, (αφού ο άρρωστος «πατά το κουμπί»), υπάγεται και η «συσκευή ευθανασίας» με μονοξείδιο του άνθρακα και μάσκα, την οποία επινόησε ο συνταξιούχος γιατρός Τζακ Κεβορκιάν, ο επονομασθείς «Ντόκτορ Θάνατος» (διότι «είναι περισσότερο γνωστός ως ένας συστηματικός φονιάς παρά ως γιατρός» Time, Dec 28, 1992), ή ο «άνθρωπος ο οποίος αντικατέστησε το θεό» για άλλους, αλλά και κατηγορήθηκε για δολοφονία, ενώ επί πλέον θεωρείται και ότι δεν είναι σε θέση να κρίνει ορθώς την αρρώστια π.χ. της Τζάνετ Άντκινς που έπασχε από την ασθένεια *Alzheimer*, ή την έκταση της

απελπισίας της, για να της προσφέρει τις συμβουλές του ή άλλες εναλλακτικές λύσεις.

Η ακούσια ευθανασία ή αλλιώς μη εθελοντική ενεργητική ευθανασία, είναι αυτή η οποία «προσφέρεται» από συγγενή ή φίλο ή από γιατρό, «για να τεθεί τέρμα στο μαρτύριο κάποιου που υποφέρει ή έχει καταντήσει «φυτό», «χωρίς να διαφαίνεται ελπίδες αποκαταστάσεως». Στην περίπτωση αυτή, χωρίς δε να λαμβάνεται ή να μπορεί να ληφθεί ή σύμφωνη γνώμη του ασθενούς, πρόκειται περί «ανθρωποκτονίας εκ προθέσεως», η οποία κατά το άρθρο 299 του Π.Κ. «τιμωρείται δια της ποινής του θανάτου ή της ισοβίου καθειρέξεως».

Τέτοιας ευθανασίας ήταν η περίπτωση του Βασιλιά της Αγγλίας Γεωργίου του Ε' ο οποίος βρισκόταν σε κώμα και, με εντολή της Βασίλισσας Μαίρης και του Πρίγκιπα της Ουαλίας Εδουάρδου του Η' του μετέπειτα Βασιλέα της Αγγλίας, ο γιατρός Ντέyson του έκανε δυο θανατηφόρες ενέσεις μορφίνης και κοκαΐνης, συντομεύοντας έτσι το τέλος του, στις 10.1.1936.

Η ηθελμημένη για ψυχολογικούς ή ψυχιατρικούς λόγους ευθανασία. Ακόμη και για μια «κατάθλιψη» όπως προβλέπεται και με το «Μέτρο 16» του νομοσχεδίου «*Death With Dignity Act*», της πολιτείας Όρεγκον, που «πέρασε» μεν από την τοπική Βουλή, εκκρεμεί όμως δημοψήφισμα ύστερα από την άρνηση επικυρώσεως από το Ομοσπονδιακό δικαστήριο των Η.Π.Α.

Παρόμοια «διάταξη» απορρίφθηκε και από το Ανώτατο Δικαστήριο της Ολλανδίας (της τόσο «προοδευτικής» σε θέματα ευθανασίας) με το αιτιολογικό ότι... «έλειπε το στοιχείο της ανίατης σωματικής νόσου».

Εκτός από την κατάθλιψη, βεβαίως, υπάρχουν και πολλές άλλες ψυχικές ασθένειες που όμως μπορούν και αυτές να θεραπευθούν. Ή μπορεί να νομίζουν κάποιοι ότι πάσχουν από μια «ανίατη ασθένεια» και να θέσουν τέρμα στη ζωή τους.

Όπως π.χ. συνέβη με γιατρό – περίφημο πράγματι για να διαγνωστική του δεινότητα – ο οποίος, νομίζοντας ότι πάσχει από καρκίνο του ήπατος και

φοβούμενος τις συνέπειες, έθεσε τέρμα στη ζωή του, ενώ νεκροτομικώς απεδείχθη ότι δεν υπήρχε η τέτοια νόσος. (Αβραμίδης, 1995)

2.2. Παθητική ευθανασία

Το πιο σημαντικό πεδίο, όμως, για την πράξη στα νοσοκομεία σήμερα, στο οποίο πρέπει να ληφθούν πολύ δύσκολες αποφάσεις, περιγράφει η λεγόμενη «παθητική ευθανασία».

Η σημασία της στηρίζεται στην εξέλιξη της σύγχρονης ιατρικής, με την οποία αυξήθηκαν οι πιθανότητες για τη διατήρηση και παράταση της ζωής, σ' ένα μέτρο που δεν μπορούσε πριν να το συλλάβει κανείς και κερδήθηκαν πολλά για τη ζωή και την υγεία του ανθρώπου. Από την άλλη μεριά, όμως, μπορεί η εφαρμογή όλων των διαθέσιμων τεχνικών ιατρικών μέτρων να καταλήξει σε μια χωρίς νόημα παράταση της ζωής που σβήνει.

Η παθητική ευθανασία ενεργείται: είτε α) με παραλήψεις (*Withholding*) χρησιμοποιήσεως θεραπευτικών προσπαθειών (όρων, φαρμάκων, μηχανημάτων υποστηρίξεως βασικών λειτουργιών της ζωής) είτε β) με την απόσυρση αυτών (*Withdrawing*). Όμως η διακοπή της λειτουργίας ενός μηχανήματος, το γύρισμα ενός μοχλού ή το κλείσιμο μιας στρόφιγγας, είναι μια πολύ δύσκολη απόφαση. Σε άλλες εποχές, το τέρμα της ζωής δεν δημιουργούσε προβλήματα για την διάγνωση του. Καθορίζονταν από το σταμάτημα της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας. Με την αποδοχή όμως του «εγκεφαλικού θανάτου» ως του τέρματος της ζωής, προέκυψαν πολλά νέα προβλήματα.

Σε τέτοιες περιπτώσεις δεν μπορούμε να γνωρίζουμε «πότε βγαίνει η ψυχή του ανθρώπου», πότε ακριβώς αποβιώνει για να τον αναγγείλουμε ως «νεκρός» ή να υπογράψουμε «πιστοποιητικό θανάτου» για να προβούμε π.χ. σε λήψη οργάνων του προς μεταμόσχευση, ενώ αυτά είναι ακόμη «ζωντανά», διότι υπάρχει σ' αυτά ακόμη η ζωογόνος κυκλοφορία, άρα δεν είναι ακόμη «πτωματικά».

Υπάρχουν δε και περιπτώσεις κατά τις οποίες, μετά την διάγνωση του «εγκεφαλικού θανάτου» ο άνθρωπος δεν ξεψύχησε αλλά επανήλθε στη ζωή, ενώ η «παθητική ευθανασία» σε μια τέτοια περίπτωση θα απέβαινε σε... δολοφονία.

Ενδιαφέρον είναι το ότι, σε πολλές περιπτώσεις η ευθύνη για την απόφαση στο «κλείσιμο ενός διακόπτη» στηρίζεως της ζωής, ανατίθεται στον άρρωστο ή στο περιβάλλον του. Και ήταν ο Αριστοτέλης Ωνάσης εκείνος που τράβηξε τον σωλήνα της τεχνητής αναπνοής από το γιο του Αλέξανδρο, στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Κ.Α.Τ.

Ένα τέτοιο δικαίωμα αναγνωρίστηκε από το Δικαστήριο του Μισσούρι στην περίπτωση της Νάνσυ Μπέθ Κρούζαν, 32 ετών, που βρισκόταν σε κώμα ύστερα από αυτοκινητιστικό ατύχημα και από εξαιτίας διετρέφετο τεχνητώς με σωλήνα. Επετράπη λοιπόν δικαστικώς στους γονείς της – οι οποίοι μένοντας όλα αυτά τα χρόνια σε τροχόσπιτο έξω από το Νοσοκομείο, την φρόντιζαν και πολύ τρυφερά την περιέθαλπαν και με προσευχή παρακάλεσαν το Θεό να τους φωτίσει για το καλύτερο – να τραβήξουν τον σωλήνα σιτίσεως. Στην ένσταση των γιατρών, το Ανώτατο Δικαστήριο της Ουάσιγκτον απεφάνθη ότι: «βάση σαφών και πειστικών αποδείξεων, η Κρούζαν δεν θα ήθελε να συνεχίσει μια ύπαρξη χωρίς διέξοδο», εφαρμόζοντας το Σύνταγμα το οποίο...«εγγυάται σε όλους του πολίτες το δικαίωμα να αρνηθούν την παροχή ιατρικής περιθάλψεως». (Αβραμίδης, 1995)

2.3. Ευθανασία δια της μη αναλήψεως.

Για την τέτοια ευθανασία, ο «ενδιαφερόμενος» υπογράφει στον φάκελο του ιστορικού της ασθένειας του ένα έντυπο, σύμφωνα με το οποίο, σε περίπτωση που περιέλθει σε κατάσταση τέτοια που η επάνοδος στη ζωή θα ήταν εκείνη ενός «φυτού», σε περίπτωση που προσβληθεί από κάποια ανίατη αρρώστια, «δεν επιθυμεί την δια τεχνικών μέσων άσκοπη παράταση της ζωής του».

Συμβαίνει όμως συχνά να μην ενημερώνεται ο άρρωστος επακριβώς για το τι χαρτιά υπογράφει όταν μπαίνει σε ένα Νοσοκομείο υπό το βάρος μιας αρρώστιας. Ή να μη γνωρίζει τις επιδράσεις της στην ψυχική ή την διανοητική του κατάσταση, που μπορεί να επηρεάζονται και από τυχόν χορηγηθέντα στο μεταξύ φάρμακα. Και, ενδέχεται, με τη βελτίωση της καταστάσεως του να ήθελε να αλλάξει γνώμη ενώ δεν θυμάται τίποτε για κάποιο τέτοιο χαρτί που υπέγραψε, στη «ζαλάδα» της διαδικασίας της εισαγωγής. (Αβραμίδης, 1995)

2.4. Ευθανασία του τύπου *Living Will* (Εθελοντική ευθανασία)

Για την εφαρμογή της, τα μέλη της «Εταιρίας Εθελοντικής Ευθανασίας» («Κοινότητα ή ΕΞΟΔΟΣ» για την Αγγλία, «Κοινότητα για τον ανώδυνο θάνατο» για τη Γερμανία), με την υπογραφή τους ενώπιον μαρτύρων και υπό τις προϋποθέσεις και όρους που διαλαμβάνονται στο σχετικό έγγραφο, εκχωρούν το δικαίωμα να διακοπεί η θεραπεία και μέσω αυτής, η διατήρηση στη ζωή που δεν επιθυμούν, όπως περιγράφεται στο «έγγραφο». Πρόκειται για ένα είδος εκούσιας παθητικής ευθανασίας με εκ των προτέρων λαμβανομένη απόφαση, για ένα «αξιοπρεπή θάνατο» που οι όροι καθορίζονται με συμβολαιογραφική πράξη. Γι' αυτό και χαρακτηρίζεται ως «Συμβόλαιο ή Διαθήκη θανάτου». (Αβραμίδης, 1995)

Βέβαια και σ' αυτού του είδους την ευθανασία όπως και στην προηγούμενη, υπάρχει περίπτωση να προκύψουν προβλήματα και κίνδυνοι.

«Πρέπει, όμως, να αναφερθεί ότι μπορεί να εμφανισθεί η περίπτωση όπου κάποιος να αλλάξει γνώμη και να μην προλάβει να το δηλώσει, πριν πέσει αιφνίδια σε κώμα ή η προσωπική του δήλωση να υποκρυφθεί από αυτόν που έχει συμφέρον από το θάνατό του». (Καράμπελας, 1987)

Αλλά τους φόβους του για «το δικαίωμα να αποφασίζει κανείς εκ των προτέρων για την ευθανασία του» εκφράζει και ο Παρασκευαΐδης Χ. ο οποίος αναφέρει:

«Υπάρχουν οπωσδήποτε περιπτώσεις αρρώστων που εκλιπαρούν το θάνατο για να λυτρωθούν από τα δεινά του πόνου. Όμως είναι άραγε πραγματικό το αίτημα αυτό; Τις περισσότερες φορές η αγωνιώδης κραυγή που επιζητεί τον θάνατο, δεν είναι τίποτε άλλο παρά φωνή που καλεί σε βοήθεια. Οι ιατροί έχουν, πολλές φορές, παρατηρήσει πόσον η επιθυμία για ζωή είναι έντονη και σ' αυτούς ακόμη τους βαριά αρρώστους. Γι' αυτό και παρά τους πόνους, παρά τις δυσκολίες, προσέχουν πολύ κάθε λόγον του ιατρού που έχει σχέση με την παράταση της ζωής των.

Ακόμη και αυτός που λέγει καθαρά: «Βγάλτε μου αυτά, και αφήστε με να πεθάνω ειρηνικά» δεν εκφράζει παρά την έσχατη δυσκολία του να ζήσει μια επώδυνη στιγμή. Λίγες μέρες αργότερα ίσως εκφράσει την ευγνωμοσύνη του σ' εκείνους που τον βοήθησαν να ξεπεράσει την δυσκολία του.» (Παρασκευαΐδης Χ. 1986, σελ.15 - 16)

Διδακτικός εν προκειμένω και ο μύθος του Αισώπου για τον ταλαιπωρούμενο από τα δεινά της άχαρης ζωής του εκείνο γέροντα, ο οποίος επίμονα παρακαλούσε τον Χάρο να του πάρει τη ζωή για να τον απαλλάξει από τα βάσανά του. Όταν όμως εκείνος εμφανίστηκε στο δρόμο του από το βουνό, ενώ ήταν φορτωμένος με ένα «δεμάτι» ξύλα, άλλαξε γνώμη στη «στιγμή» και είπε στο Χάρο: «λάθος κατάλαβες νεαρέ μου. Εγώ σε φώναξα να με βοηθήσεις στο κουβάλημα των ξύλων. Άντε λοιπόν, βάλε κι εσύ ένα χεράκι». (Αβραμίδης, 1995)

2.5 Δυσθανασία.

Είναι ένας νέος όρος στα της ευθανασίας. Χαρακτηρίζεται έτσι η παράσταση της ζωής του αρρώστου με δύσκολες και δαπανηρές ιατρικές φροντίδες, οι οποίες είναι δυσανάλογα αποδοτικές προς το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, με τις οποίες απλώς και μόνον διατηρείται το άτομο σε κάποιο είδος «ζωής», ενώ χωρίς αυτές θα πέθαινε. Σε μια τέτοια προσπάθεια, ο γιατρός νομιμοποιείται να αναστείλει τις φροντίδες του μόνον εάν ο ίδιος ο άρρωστος το

επιθυμεί και του το ζητήσει. Και είναι απόλυτα σεβαστή. Θα πρέπει όμως να υπάρχουν σαφής και πειστικές αποδείξεις για τη βούληση του αρρώστου.

Όπως, σεβαστή είναι η επιθυμία του αρρώστου-ή και των οικείων του, συγγενών ή και φίλων – να διατηρηθεί κάποιος στην οποιαδήποτε ζωή για κάποιο, συνήθως βραχύ, χρονικό διάστημα, μέχρι να τακτοποιήσει τυχόν εκκρεμότητες ή...«για να τον προλάβουν ζωντανό» κάποιοι δικοί του που θα πρέπει να φτάσουν δίπλα του από μακρινές αποστάσεις. Ο γιατρός σε τέτοιες περιπτώσεις έχει υποχρέωση να διατηρήσει τον ασθενή στη ζωή, εφ' όσον μπορεί. Αλλιώς παραβαίνει το καθήκον του θεραπευτού. Ενδέχεται όμως κάποιοι « τρίτοι » να την επιδιώκουν μέχρι να αποσπάσουν, και μόνον, κάποια ενδιαφέρουσα γι' αυτούς υπογραφή, προς εξυπηρέτηση δικών τους συμφερόντων. Δύσκολος και πάλι ο ρόλος του γιατρού. (Αβραμίδης, 1995)

2.6. Ορθοθανασία.

Χαρακτηρίζεται έτσι η μη προσφορά υπερβολικών φροντίδων, μεγαλύτερας εκτάσεως από εκείνη η οποία είναι συμβατή με την κατάσταση του ατόμου το οποίο πάσχει από ανίατη αρρώστια, και αφήνεται να σβήσει ήρεμα με τη φυσική επέλευση του θανάτου, εφ' όσον ο ίδιος ο ασθενής το επιθυμεί, και εφ' όσον ο θάνατος είναι ένα φυσικό γεγονός, όπως και αυτή η ίδια τη ζωή. Αυτό δε διότι κανένας νόμος και κανένας φραγμός δεν μπορεί να αποτρέψει την τελική καταστροφή της ζωής, αφού ο άνθρωπος δεν ζει «αεναώς» στον κόσμο αυτό... της γης. (Αβραμίδης, 1995)

2.7 Επιταχυθανασία.

Ονομάζεται έτσι η σκόπιμη επιτάχυνση των βιολογικών διαδικασιών του θανάτου σε περιπτώσεις αναπότρεπτης επελεύσεώς του, και της ως εκ τούτου απώλειας των προϋποθέσεων για ένα «ευ ζην». Θεωρούν δε οι εισηγητές της ότι αποτελεί «υποχρέωση» του γιατρού να την εφαρμόσει, προς απαλλαγή του αρρώστου από την ήδη τραγική επιθανάτιο κατάσταση του. Η τέτοια ευθανασία,

εκτός του ότι αντίκειται προς τον όρκο του γιατρού για το «μη βλάπτειν», επισύρει και τις ποινές του άρθρου 299 του Π.Κ. (Αβραμίδης, 1995)

2.8. Ευγονική ευθανασία

Αφορά σε παιδιά που γεννήθηκαν ή θα γεννηθούν με ατέλειες η σωματικές αναπηρίες, ανεγκέφαλα ή με μογγολοειδή ιδιωτία («σύνδρομο *Down*»), δισχιδή ράχη ή άλλες σωματικές δυσπλασίες και διάφορα άλλα, πολλά από τα οποία με τα σημερινά τεχνολογικά μέσα θα μπορούσαν να διαγνωσθούν και κατά τη διάρκεια της κησέως, και να οδηγήσουν σε διακοπή μιας τέτοιας «ανεπιθύμητης» εγκυμοσύνης.

Πολλά από τα τέτοια παιδιά παρουσιάζουν ανωμαλίες ασυμβίβαστες με ζωή περισσότερο από κάποιο βραχύ χρονικό διάστημα. Άλλα, για να επιζήσουν, έχουν ανάγκη από βαριές και ταλαιπωρητικές διορθωτικές χειρουργικές επεμβάσεις, στις οποίες θα έπρεπε να υποβληθούν επανειλημμένως. Ένα τέτοιο παιδί, μη χειρουργούμενο, είναι καταδικασμένο να πεθάνει. Το θέμα που τίθεται είναι: πόσο δικαιολογημένος είναι ένας γιατρός να μη καλέσει χειρουργό, αφήνοντας το να πεθάνει (παθητική ευθανασία δια παραλείψεως). Το δίλημμα για τον γιατρό είναι κάθε φορά διαφορετικό, και είναι ριψοκίνδυνο να θέτει κανείς γενικούς κανόνες. Πολλοί όμως θα διέκοπταν την υποστηρικτική θεραπεία στην περίπτωση που υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι έχει πεθάνει το εγκεφαλικό στέλεχος του παιδιού (παθητική ευθανασία δι' αποσύρσεως ή αφαιρέσεως).

Είναι διαφορετικό το θέμα για τον γιατρό, όταν ένα παιδί χαρακτηρίζεται «μη βιώσιμο» τις πρώτες ημέρες της ζωής του και άλλο να έχει να αντιμετωπίσει ένα παιδί που πάσχει από «μογγολισμό» με διανοητική καθυστέρηση δια βίου. Υπάρχουν δε τέτοια παιδιά που μεγαλώνουν με γονείς οι οποίοι διαθέτουν ηθική και ψυχική δύναμη, γίνονται αυτόνομα και ικανά για χειροποίητες εργασίες, είναι τρυφερά και μπορεί να γίνουν ευτυχισμένα.

Είναι άλλο το θέμα επίσης όταν, ανεγκέφαλα παιδιά π.χ. διατηρούνται «ζωντανά» με τεχνητά μέσα, για να μη καταστραφούν τα όργανα τους από την απουσία τροφοδοσίας και οξυγονώσεως, ώστε να μεταμοσχευτούν σε κάποιους που τα χρειάζονται για να μπορέσουν να ζήσουν. Κάθε χρόνο πολλά τέτοια παιδιά πεθαίνουν και η «βιοηθική της ιατρικής» σε τέτοια θέματα είναι τεραστίας σημασίας. Εκφράζονται και ανησυχίες μήπως η τέτοια «σωτηριώδης» τακτική μετατρέπεται κάποτε σε πράξη εξυπηρητήσεως ταπεινών συμφερόντων. Ή μήπως η τακτική αυτή βρει προεκτάσεις και σε άλλες «αθεράπευτες καταστάσεις», αργότερα. Πολλά άλλωστε διαδίδονται και για «εμπόριο οργάνων προς μεταμόσχευση». Ήδη δε, έχει αναφερθεί μεταμόσχευση κυττάρων από τέτοια παιδιά στον εγκέφαλο πασχόντων από τη νόσο του *Parkinson*, που όμως ξεσήκωσε διαμαρτυρίες από παντού για τους ανεπίτρεπτους αυτού του είδους πειραματισμούς. (Αβραμίδης, 1995, ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 4.6.1995)

Ο Μητροπολίτης Φθιώτιδος κάνει λόγο και για «κοινωνική» ευθανασία, συγκεκριμένα αναφέρει: «Η «ευγονική» ευθανασία αφορά τα παιδιά, ή μπορεί όμως να επεκταθεί και σε άλλες ευπαθείς ομάδες, οπότε ονομάζεται «κοινωνική». Η εποχή της νεωτερικότητας εισάγει τον «πολιτισμό» των υγιών και ευμόρφων ανθρώπων, ενώ η αναπηρία θεωρείται αποδιοπομπαία κατάσταση». (www.orthodoxie.net)

2.9. Έμμεση ενεργητική ευθανασία

Η ευθανασία του είδους αυτού γίνεται στα πλαίσια μιας φαρμακευτικής αγωγής, αλλά έμμεσα οδηγεί στην επίσπευση της ζωής. Η διαφορά από την ενεργητική ευθανασία ευρίσκεται στην υποκειμενική κάλυψη της πράξεως από τον ιατρό. Ενώ στην ευθεία ενεργητική ευθανασία γνωρίζει ο ιατρός ότι επιδιώκει να προκαλέσει τον θάνατο, στην έμμεση γνωρίζει ως ενδεχόμενο ότι μπορεί να επέλθει ο θάνατος και το αποδέχεται ως αναγκαίο κακό, μπορεί όμως και οι πόνοι να ελαττωθούν και η ζωή να επιμηκυνθεί. Για την αγωγή αυτή

απαραίτητη θεωρείται η ενημέρωση του ασθενούς για τους κινδύνους και η συναίνεσή του.

Στην περίπτωση αυτή υπάρχει μια ηθική αρχή, που ορίζει ότι ένα αποτέλεσμα που θα ήταν ηθικό λάθος αν προκαλείτο από πρόθεση, είναι αποδεκτό όταν προβλέπεται, αλλά δεν επιδιώκεται. Ο ιατρός μπορεί να προβλέψει ότι η χορήγηση υψηλής δόσεως αποειδών, για την αντιμετώπιση του πόνου ασθενών τελικού σταδίου, δυνατόν να ελαφρύνει τους πόνους, αλλά και να προκαλέσει τον θάνατο. (www.orthodoxie.net)

2.10. Υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

Κατά την υποβοηθούμενη αυτοκτονία παρέχονται μέσα, εν γνώσει ότι ο δέκτης σχεδιάζει να τα χρησιμοποιήσει για τερματισμό της ζωής του. Η υποβοηθούμενη από γιατρό αυτοκτονία αναφέρεται στην παροχή φαρμάκων ή άλλων παρεμβάσεων από τον γιατρό, εν γνώσει του ότι ο ασθενής θα τα χρησιμοποιήσει, για να θέσει τέρμα στη ζωή του. Στο Όρεγκον των Η.Π.Α. αυτός ο τρόπος ονομάστηκε «αξιοπρεπής θάνατος». Οι υποστηρικτές του τρόπου αυτού ευθανασίας ισχυρίζονται ότι, κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα στο θάνατο και συνεπώς μπορεί και πρέπει ο ίδιος να ρυθμίζει τη ζωή του.

Διεθνή σάλο είχε προκαλέσει ο γνωστός και προαναφερόμενος γιατρός Τζακ Κεβορκιάν ή Δόκτωρ θάνατος, ο οποίος είχε εφευρέσει μηχανήμα ευθανασίας. (www.orthodoxie.net)

«Η περίπτωση της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, στην οποία χορηγείται στον ίδιο τον ασθενή το φαρμακευτικό μέσο για την σύντμηση και τον τερματισμό της ζωής του, πρέπει να θεωρηθεί ως ιδιαίτερη μορφή ενεργητικής ευθανασίας». (Τσαϊτουρίδης, 2002)

Σε τελική ανάλυση η ευθανασία διακρίνεται από τους άλλους τρόπους διακοπής της ζωής ως η απόφαση που μπορεί να περιλαμβάνει.

α) Παραίτηση από θεραπευτική μέθοδο η διαδικασία που παρατείνει τη ζωή (π.χ. χρήση αναπνευστήρα, καρδιοπνευμονική ανάνηψη, αιμοκάθαρση,

παρεντερική διατροφή). Κλασσικό παράδειγμα της τελευταίας αποτελεί η περίπτωση παθητικής, μη εθελοντικής ευθανασίας.

β) Χορήγηση συνταγής αναλγητικών φαρμάκων «για ανακούφιση» από τον πόνο. Στην περίπτωση αυτή ο γιατρός δίνει τη συνταγή αλλά δε χορηγεί το φάρμακο. Αφορά περιπτώσεις υποβοηθούμενης από γιατρό αυτοκτονίας ή έμμεσης ευθανασίας.

γ) Πρόκληση ανώδυνου θανάτου η θανάτου από οίκτο ο οποίος εκτελείται από το γιατρό και σπανιότερα από την οικογένεια ή φίλο του ασθενούς. Πρόκειται συνήθως, για περίπτωση ενεργού εθελοντικής ευθανασίας. (Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και ψυχο - ογκολογίας, 1998)

3. Οικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ευθανασία

Ένας από τους πολύ σημαντικούς λόγους που παραθέτουν οι υποστηρικτές της ευθανασίας είναι το οικονομικό. «Σκεφτείτε τα χρήματα που θα σωθούν», έγραφε στο βιβλίο του ο Ντέρεκ Χάμφρι το 1998 στο «Ελευθερία στο θάνατο» πιέζοντας έτσι για τη νομιμοποίηση της ευθανασίας και γλυκαίνοντας τις αστικές κυβερνήσεις όλου του κόσμου.

Σήμερα στο δυτικό κόσμο, το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 είναι 12,7% ενώ το 2040 θα έχει διπλασιαστεί, εκτοξεύοντας τις συνολικές δαπάνες υγείας στα ύψη. (Χάμφρι, 1997)

Το κεφάλαιο πρέπει να «χειριστεί» αυτή τη κατάσταση. Προκειμένου για μια μακρόχρονη θεραπεία ή διατήρηση στη ζωή, καλύτερα ένας γρήγορος θάνατος και όχι μόνο για τις ανίατες ασθένειες. Η τάση που θα διαμορφωθεί στη περίθαλψη μετά τη νομιμοποίηση της ευθανασίας θα είναι ακριβώς αυτή. (www.prin.gr)

Ήδη η Μεγάλη Βρετανία είναι η πρώτη χώρα που συνέδεσε το σύστημα υγείας με το σύστημα ασφάλισης, με τη δημιουργία του «Εθνικού Συστήματος Υγείας», με παράλληλη προσπάθεια περιορισμού των δαπανών για την υγεία. Στη Μεγάλη Βρετανία σήμερα δεν παρέχονται υπηρεσίες αιμοδιάλυσης σε νεφροπαθείς ασθενείς άνω των 70 ετών και υπάρχει διαρκής εντολή, μετά το 65^ο έτος της ηλικίας, «ο ασθενής να μην αναζωογονείται» σε περίπτωση καρδιοαναπνευστικής ανεπάρκειας. Η άρνηση υπηρεσιών οδηγεί σε «ευθανασία» για κοινωνικοοικονομικούς λόγους με την ιδεολογική γλώσσα είτε της «εκλογίκευσης των δαπανών», είτε της «θέσης προτεραιοτήτων στον τομέα της υγείας». (Αναπλιώτης, 2003)

Το ζήτημα του κόστους μπαίνει και σε ατομικό επίπεδο. Ασθενείς των κατώτερων κοινωνικών στρωμάτων που θα αδυνατούν να καλύψουν τα έξοδα της θεραπείας της θα προτιμούν την εύκολη και πάμφθηνη λύση της ευθανασίας, ενώ αντίθετα όσοι θα έχουν τη δυνατότητα νοσηλείας θα την

εξαντλούν. Αυτό γίνεται ακόμα και σήμερα. Για παράδειγμα, είναι γνωστό ότι πλούσιοι πάσχοντες από AIDS ζουν για πολλά χρόνια και σχετικά αξιοπρεπώς, ενώ ήδη αυτές τις μέρες στην Ολλανδία έχουμε τις πρώτες αιτήσεις από φτωχούς, που μόλις που άρχισαν να νοσούν, οι οποίοι ζητούν να κάνουν χρήση του πρόσφατα «κεκτημένου δικαιώματος» τους. (www.prin.gr)

Ακόμα, με τη νομιμοποίηση της ευθανασίας γεννιούνται πλήθος ενστάσεων και σε επιστημονικό επίπεδο. Αν νομιμοποιηθεί η ευθανασία είναι πολύ πιθανό να επιβραδυνθεί η φαρμακευτική και θεραπευτική έρευνα. Όμως, οι ανίατες ασθένειες του σήμερα θα είναι οι θεραπεύσιμες ασθένειες του αύριο, όπως οι περισσότερες από τις ανίατες ασθένειες του χτες νικήθηκαν ή υποχώρησαν. (www.prin.gr)

ΝΟΜΟΣ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Η νομική προσέγγιση του δικαιώματος στο θάνατο

Στο κεφάλαιο αυτό επιδιώκεται η νομική προσέγγιση της ευθανασίας μέσα από τον καθορισμό του δικαιώματος στο θάνατο. Και αυτό γιατί, όσον αφορά τον ορισμό της ευθανασίας και τα εννοιολογικά στοιχεία της, η νομική θεωρία σε όλο τον κόσμο εμφανίζεται αντιφατική και διχασμένη. Οι θεωρητικοί κατακρίνουν ο ένας τον άλλο, οι μεν για υπερβολικά στενό ορισμό της έννοιας, οι δε για ανεπίτρεπτη διεύρυνση των ορίων της. Τη διάσταση αυτή ενισχύει το γεγονός ότι ο Νόμος δε δίνει έναν ορισμό της έννοιας και αντιμετωπίζει το θέμα αυτό με αποσπασματικό τρόπο, αποφεύγοντας τελικά να πάρει θέση ρητά υπέρ ή κατά της ευθανασίας.

Στην ίδια λογική κινείται και η ελληνική θεωρία, στην οποία οι θεωρητικοί ορίζουν την έννοια της ευθανασίας ο καθένας με το δικό του τρόπο, αλληλοκατηγορούμενοι για διεύρυνση ή περιορισμό της έννοιάς της. (Αναπλιώτης, 2003)

1. Η Συνταγματική θεώρηση του δικαιώματος στο θάνατο.

Το δικαίωμα στο θάνατο εξετάζεται κατ' αρχή από πλευράς συνταγματικού δικαίου, σε συνάρτηση με το δικαίωμα στη ζωή. Το δικαίωμα στη ζωή φαίνεται να είναι πλέον αυτονόητο, αποτελεί τη βάση για την απόλαυση των λοιπών δικαιωμάτων και ως απόλυτο δικαίωμα, είναι δυνατόν αν εκληφθεί και ως νομική υποχρέωση του ανθρώπου στη ζωή. Η αναγνώριση ενός δικαιώματος στο θάνατο έρχεται με τον τρόπο αυτό να περιορίσει την απολυτότητα του δικαιώματος στη ζωή.

Το ερώτημα είναι αν επιτρέπεται ο περιορισμός του δικαιώματος στη ζωή από την Πολιτεία, δηλαδή αν μπορεί το σύνταγμα να περιορίσει το δικαίωμα στη ζωή σε ορισμένες περιπτώσεις. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι το Σύνταγμα της Βαϊμάρης, το οποίο οδήγησε στη γνωστή θεωρία του ναζιστικού καθεστώτος, όπου αναγνωριζόταν το δικαίωμα καταστροφής της αποκαλούμενης «ανάξιας να ζει ζωής». Η αποκατάσταση αυτής της πολιτειακής παρεκτροπής, η οποία στοίχισε την ζωή σε εκατομμύρια ανθρώπους, έγινε με το ισχύον γερμανικό Σύνταγμα του 1949, με το οποίο κατοχυρώνεται το αυτονόητο του δικαιώματος στη ζωή για όλους χωρίς ουδεμία διάκριση.

Στην ελληνική έννομη τάξη σήμερα φαίνεται ότι περιορισμός του δικαιώματος στη ζωή από την Πολιτεία με συνταγματικής ισχύος διατάξεις (π.χ. με αναθεώρηση του άρθρου 5 παρ. 1 του Συντάγματος) δεν είναι δυνατόν να υπάρξει. Και αυτό γιατί, εκτός από την καθιέρωση της προστασίας της ανθρώπινης αξίας στο άρθρο 2 παρ. 1 του Συντάγματος, τίθεται και η γενική ρήτρα των «χρηστών ηθών» στο άρθρο 5 παρ. 1, καθώς και στις λοιπές συνταγματικές διατάξεις των άρθρων 25 παρ. 2 και 16 παρ. 2, οι οποίες υποχρεώνουν τον ερμηνευτή τους να λάβει υπόψη του, στην ερμηνεία των ατομικών δικαιωμάτων, τις «αξίες» που γίνονται αποδεκτές από την κυρίαρχη κοινωνική αντίληψη. Επομένως, τα ατομικά δικαιώματα και οι ατομικές ελευθερίες οφείλουν να ερμηνεύονται μέσα από τις κυρίαρχες κοινωνικές αντιλήψεις. (Αναπλιώτης, 2003)

Το δικαίωμα του ατόμου λοιπόν, να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του κατοχυρώνεται στο άρθρο 5 παρ. 1 του Συντάγματος, που αποτελεί εξειδίκευση και συγκεκριμενοποίηση της προστασίας της ανθρώπινης αξιοπρέπειας (άρθρο 2 παρ. 1 του Συντάγματος). Μέσω του δικαιώματος αυτού, σε συνδυασμό και με το άρθρο 57 του Αστικού Κώδικα, προστατεύονται όλες οι ανθρώπινες δραστηριότητες, με τις οποίες ο άνθρωπος ολοκληρώνεται και εκφράζεται ως προσωπικότητα και για τις οποίες δεν υφίσταται άλλη ρητή συνταγματική διάταξη. Το Κράτος δηλαδή υποχρεούται να απέχει από

ενέργειες, με τις οποίες εμποδίζεται αυτή η ανάπτυξη και επιπλέον να λαμβάνει θετικά μέτρα για να τη διευκολύνει.

Στο ελληνικό δίκαιο, όπως και σε άλλα δίκαια, δεν υπάρχουν συγκεκριμένες ρυθμίσεις που να αναφέρονται στα δικαιώματα του ανιάτως πάσχοντος και στις αντίστοιχες υποχρεώσεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, εν σχέσει με την ευθανασία. Έτσι η εξέταση του θέματος γίνεται με βάση τις συναφείς συνταγματικές διατάξεις, τις διατάξεις της Συμβάσεως περί Βιοϊατρικής (Σύμβαση του Οβιέδο για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική, την οποία η Ελλάδα κύρωσε με το ν. 2619/1998) και τις διατάξεις του Ποινικού Κώδικα.

Από το δικαίωμα περί αναπτύξεως της προσωπικότητας που αναφέραμε, σε συνδυασμό με την προστασία της αξίας του ανθρώπου, η θεωρία έχει επεξεργασθεί την έννοια του «δικαιώματος για έναν αξιοπρεπή θάνατο». Το περιεχόμενο του δικαιώματος αυτού είναι ασαφές και αμφίβολο. Σε γενικές γραμμές αναφέρεται στη δυνατότητα του ατόμου να «ρυθμίσει» τις τελευταίες στιγμές της ζωής του και να λάβει τις κατάλληλες αποφάσεις, ώστε τα τέλη του να είναι ανώδυνα, ανεπαίσχυντα και ειρηνικά. Ενώ δηλαδή το δικαίωμα στη ζωή σημαίνει ότι η ανθρώπινη ζωή προστατεύεται έναντι πάσης φύσεως προσβολών, το δικαίωμα για «ένα αξιοπρεπή θάνατο» σημαίνει ότι δεν επιτρέπεται να εξαναγκασθεί κάποιος να ζήσει, εάν αυτό συνδέεται με συνθήκες που τις αντιλαμβάνεται ως μαρτύριο.

Η Σύμβαση περί Βιοϊατρικής δεν αναφέρεται ρητώς στο θέμα αυτό, περιλαμβάνει όμως μερικές γενικές διατάξεις σχετικά με την προστασία των ατόμων που δεν είναι σε θέση να δώσουν τη συναίνεσή τους για διάφορους λόγους. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται οι ανήλικοι, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και εκείνα που δεν είναι σε θέση να διαμορφώσουν μια επιθυμία ή να την εκφράσουν συνεπεία ενός ατυχήματος ή επειδή ευρίσκονται σε κώμα. Στην περίπτωση αυτή επεμβάσεις είναι δυνατόν να διενεργηθούν, μόνο εάν έχουν άμεσο όφελος (άρθρο 6 παρ. 1) και μετά από άδεια του νόμιμου

αντιπροσώπου του ασθενούς ή μιας ειδικής αρχής (άρθρο 6 παρ. 3). (Γεωργιάδης, 2002)

Ένα από τα πιο διυστάμενα θέματα της συνταγματικής θεωρίας είναι αν το Σύνταγμα κατοχυρώνει δικαίωμα του ατόμου στο θάνατο και άρα στην αυτοκτονία.

Στη γενική διάταξη της ανάπτυξης της προσωπικότητας του άρθρου 5 παρ. 1 αναφέρεται, ότι καθένας έχει δικαίωμα να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του (.....), εφόσον δεν προσβάλλει τα δικαιώματα των άλλων και δεν παραβιάζει το Σύνταγμα ή τα χρηστά ήθη. Πρόκειται για γενική ρήτρα η οποία συμπληρώνει συνταγματικά κενά στο χώρο της ελεύθερης ανάπτυξης του ανθρώπου.

Κατά τους υποστηρικτές του δικαιώματος στο θάνατο αυτό αποτελεί εκδήλωση του γενικού δικαιώματος στην προσωπικότητα. Η κατοχύρωση της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας του ανθρώπου οδηγεί και στην ελευθερία του να δίνει τέρμα στη ζωή του και να έχει αξίωση κατά του κράτους (η οποία είναι μάλιστα και δικαστικά επιδιώξιμη) να απέχει από κάθε ενέργεια, που θα παρακώλυε την ανάπτυξη αυτού του δικαιώματός του. Κατά τη γνώμη αυτή η αυτοκτονία είναι συνταγματικά προστατευόμενη πράξη, κατά το άρθρο 5 παρ. 1, ως έκφραση του δικαιώματος στο θάνατο. Από τους υποστηρικτές του δικαιώματος στο θάνατο προβάλλεται επίσης η επικουρική εφαρμογή του άρθρου 2 παρ. 1 του Συντάγματος, η οποία αναφέρεται στην προστασία της αξίας του ανθρώπου που αποτελούν πρωταρχική υποχρέωση της πολιτείας. Κατά την άποψη αυτή ο κάθε άνθρωπος δικαιούται να πεθάνει με αξιοπρέπεια και εφόσον ο ίδιος δεν μπορεί να το εκφράσει, μπορεί ο δικαστής να εικάσει τη βούλησή του κρίνοντας αντικειμενικά και ανεξάρτητα και να επιτρέψει να προκληθεί ο θάνατος. Έτσι ο θάνατος αντιμετωπίζεται ως πραγμάτωση της ανθρώπινης αξίας. (Μάνεσης, 1982)

Υποστηρίζεται και η εντελώς αντίθετη άποψη, η οποία υιοθετείται και από τη νομολογία, ότι δηλαδή το Σύνταγμα δεν κατοχυρώνει δικαίωμα στο θάνατο,

(το οποίο συνεπάγεται πως ο κοινός νομοθέτης μπορεί να ρυθμίζει ελεύθερα τα θέματα αυτά). Κατά την άποψη αυτή το Σύνταγμα καθιερώνει μόνο δικαίωμα ζωής, εφόσον τα ατομικά δικαιώματα υπηρετούν τη ζωή και την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας και όχι την εξασθένηση και τον εξαφανισμό της. Ο χαρακτηρισμός λοιπόν της αυτοκτονίας και της απόπειρας αυτοκτονίας από τον κοινό νομοθέτη ως άδικης πράξης είναι κατά την άποψη αυτή συνταγματικά επιτρεπτός. Κατ' ακολουθία, ο χαρακτηρισμός της ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας, όπου ο ασθενής δεν μπορεί λόγω της σοβαρότατης κατάστασης της υγείας του να εκφράσει γνήσια τη βούλησή του με οποιοδήποτε τρόπο, γιατί από κανέναν δεν μπορεί να υποστηριχθεί η εφαρμογή του άρθρου 5 παρ. 1 του Συντάγματος για ελευθερία αυτοκαθορισμού.

Είναι προφανές ότι οι μη δεχόμενοι το δικαίωμα στο θάνατο δεν μπορούν να δεχθούν τη θεμελίωσή του ούτε στις περιπτώσεις αυτές. Αντίθετα το άρθρο 2 παρ. 1 χρησιμοποιείται για την υποστήριξη της άποψης ότι το Σύνταγμα δε δέχεται το δικαίωμα στο θάνατο. Κατά την άποψη αυτή θάνατος σημαίνει καταρράκωση της ανθρώπινης αξίας και άρα απάδει προς τις συνταγματικές επιταγές. Ο κοινός νομοθέτης μπορεί συνεπώς να αποδέχεται ή να ποινικοποιεί οποιεσδήποτε πράξεις ευθανασίας ή απόπειρας ευθανασίας.

Με δεδομένο ότι το δικαίωμα στη ζωή περιγράφεται ως απόλυτο δικαίωμα ανακύπτει το ερώτημα αν υπάρχει από τις έννομες τάξεις υποχρέωση στη ζωή, δηλαδή αν ο άνθρωπος έχει υποχρέωση στη ζωή, δηλαδή αν ο άνθρωπος έχει υποχρέωση να ζει.

Αν και η συγκεκριμένη θέση, έτσι οριζόμενη, φαίνεται ότι αντίκειται στη λογική, αποτελεί αναγκαίο συμπέρασμα της αναγνώρισης του δικαιώματος στη ζωή «ως απολύτου» δικαιώματος.

Συμπερασματικά αναφέρεται ότι κατά την κρατούσα γνώμη το δικαίωμα για προστασία της ζωής και της υγείας το οποίο υποχρεούται η Πολιτεία να προστατεύσει, αποτελεί αμυντικό δικαίωμα. Το δικαίωμα στη ζωή αντιμετωπίζεται όχι ως αντικειμενικός κανόνας δικαίου αλλά με επίκεντρο τον

κάθε άνθρωπο, ως ατομικό, αμυντικό δικαίωμα. Κατ' ακολουθία το δικαίωμα στη ζωή, υπάρχει μόνο εάν και εφόσον το επιθυμεί ο εκάστοτε θιγόμενος άνθρωπος και δεν στρέφεται κατά του ίδιου του φορέα του δικαιώματος, δηλαδή κατά του συγκεκριμένου ανθρώπου, ο οποίος αποφασίζει να «τερματίσει» τη ζωή του μόνος του και υλοποιεί την απόφασή του μόνος, χωρίς ουδεμία ανάμειξη άλλου προσώπου με οποιοδήποτε τρόπο. (Αναπλιώτης, 2003)

2.1. Η ποινική θεώρηση του δικαιώματος στο θάνατο.

Στην Ελλάδα ο Ποινικός Κώδικας δεν χρησιμοποιεί τον όρο ευθανασία, αλλά την εντάσσει στην ομάδα εκείνων των άρθρων που ασχολούνται με την ανθρωποκτονία.

Συγκεκριμένα στο Άρθρο 300 αναφέρεται «όστις απεφάσισεν και εξετέλεσεν ανθρωποκτονία επί τη σπουδαία και επιμόνω απαιτήσει του παθόντος και εξ οίκτου, ανιάτως πάσχοντα, τιμωρείται δια φυλακίσεως». Βέβαια, ο νομοθέτης δεν εξισώνει την ευθανασία με την κοινή ανθρωποκτονία από πρόθεση και γι' αυτό την τιμωρεί ελαστικότερα (10 ημέρες έως 5 χρόνια). (Δίπλας, 2005).

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

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

β) Η απαίτηση πρέπει να είναι «σπουδαία», δηλαδή σοβαρή και όχι αποτέλεσμα του πόνου της στιγμής.

γ) Το θύμα πρέπει να πάσχει από ανίατη ασθένεια ή σοβαρή σωματική αναπηρία, χωρίς να είναι απαραίτητος ο πόνος από αυτήν.

δ) Ο δράστης να γνωρίζει ότι 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 στη περίπτωση 300 του Ποινικού Κώδικα, αλλά θεωρείται «ανθρωποκτόνος με πρόθεση» (άρθρο 299/1

Ποινικός Κώδικας). Αυτό γιατί αποβλέπει ο νόμος στο κίνητρο του δράστη και στην κατάσταση και θέληση του θύματος, και όχι στο αποτέλεσμα της πράξης για το θύμα, που είναι η απαλλαγή του από τους πόνους.

Από την ανάπτυξη αυτή προκύπτει σαφώς το συμπέρασμα ότι κάθε καταστροφή ανθρώπινης γεννημένης ζωής, που αποβλέπει στην κοινωνική ή ευγονική ευθανασία, θεωρείται κοινή δολοφονία (άρθρο 299/1 του Ποινικού Κώδικα). (Καράμπελας, 1987)

Όσον αφορά στην επιείκεια του δράστη, το συναίσθημα του οίκτου, ο Έλληνας νομοθέτης το έλαβε υπ' όψη, ως λόγο για ηπιότερη μεταχείρισή του.

Από την άλλη, η ατιμωρησία του θα μπορούσε να οδηγήσει σε επικίνδυνες καταστάσεις. Και αν γινόταν αποδεκτή η κοινωνική ή η ευγονική ευθανασία, και αν καθιερώνονταν η πλήρης ατιμωρησία της επιθανάτιας ευθανασίας, πολλοί δεν θα έπρεπε να νιώθουν ασφαλείς.

Το δικαίωμα όμως στη ζωή, νομιμοποιεί την εκούσια «δυσθανασία», την απαίτηση δηλαδή του πάσχοντος να ληφθούν εξαιρετικές φροντίδες, εφ' όσον αυτό είναι δυνατό, για να παραταθεί η ζωή έστω και για λίγο. Επίσης, και την εκούσια «ορθοθανασία», την απαίτηση δηλαδή του πάσχοντος να μη ληφθούν εξαιρετικές φροντίδες που θα έχουν ως αποτέλεσμα μόνο την παράταση για λίγο της ζωής του.

Ο νομοθέτης θεωρεί την ευθανασία, είτε την εκούσια είτε την ακούσια, ως αξιόποινη πράξη. Στις δε «Περί Κανονισμού Ιατρικής Δεοντολογίας Διατάξεις» αναφέρεται ότι ... «ο ιατρός οφείλει απεριόριστη μέριμνα για τη διατήρηση και διάσωση της ανθρώπινης ζωής». (Αβραμίδης, 1995)

Ο ποινικός νομοθέτης, εκτός από τη γενική διάταξη περί ανθρωποκτονίας (άρθρο 299 του Π.Κ.) ποινικοποιεί ως προνομιούχα εγκλήματα, την ανθρωποκτονία με συναίνεση (άρθρο 300 Π.Κ.) και τη συμμετοχή σε αυτοκτονία (άρθρο 301 Π.Κ.). Αφήνει όμως ατιμώρητη την απόπειρα αυτοκτονίας και δεν ασχολείται καθόλου με το θέμα της ευθανασίας (το ποινικό μας δίκαιο, όπως είπαμε, δεν γνωρίζει καν τον όρο). Επί του προκειμένου δεν

πρόκειται για μια ελληνική πρωτοτυπία: όλοι σχεδόν οι ευρωπαϊκοί ποινικοί κώδικες δε χρησιμοποιούν τον όρο «ευθανασία», αλλά αντιμετωπίζουν τα θέματα αυτά με την εφαρμογή επιμέρους διατάξεων. Είναι προφανές ότι για την κατανόηση της ποινικής ευθύνης του τελούντος ευθανασία είναι απαραίτητη η εξέταση των άρθρων αυτών, της συμμετοχής σε αυτοκτονία και της ανθρωποκτονίας με συναίνεση. (Αναπλιώτης, 2003)

Συμμετοχή σε αυτοκτονία: Στον Ελληνικό Ποινικό Κώδικα δεν θεσπίστηκε ποινή για την απόπειρα αυτοκτονίας, καθώς κρίθηκε άσκοπη και αναποτελεσματική, ωστόσο κατά την κυρίαρχη άποψη «η συμπεριφορά του αυτόχειρος είναι απαγορευμένη – τούτο αποτελεί αναπόδραστον συνέπειαν της απολύτου αξίας – και προστασίας της ανθρώπινης ζωής. (Τσαϊτουρίδης, 2002)

Πιο συγκεκριμένα, ο ελληνικός Π.Κ. στο άρθρο 301 τιμωρεί αυτόν που πείθει άλλον ν' αυτοκτονήσει, ή παρέχει βοήθεια κατά την αυτοκτονία, (εφ' όσον αυτή συντελέσθηκε) ή έγινε απόπειρα αυτής.

Στην εισηγητική έκθεση του νόμου, στην οποία διευκρινίζεται η βούλησή του, ορίζεται πως: «Η αυτοκτονία δεν αναγράφεται μεταξύ των τιμωρητέων πράξεων, θεωρηθέντος ότι δικαιούται έκαστος να διαθέτει την ιδίαν αυτού ζωή. Ο διεγείρων όμως ή βοηθών άλλον εις τέλεσιν αυτοκτονίας, δεν διαθέτει την ιδίαν αυτού ζωή και γι' αυτό τιμωρείται».

Ανθρωποκτονία με συναίνεση: Η ανθρωποκτονία με συναίνεση ορίζεται στο άρθρο 300 του Π.Κ. ως εξής: «Όποιος αποφάσισε και τέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο γι' αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια, τιμωρείται με φυλάκιση» (από 10 ημέρες έως 5 χρόνια).

Στην εισηγητική έκθεση, αναφέρονται συγκεκριμένες περιπτώσεις ανθρωποκτονίας με συναίνεση, όπως: Ένας ασθενής ή ένας τραυματίας, του οποίου η κατάσταση δεν παρέχει κάποια ελπίδα, ικετεύει ως χάρη να του επιφέρει κάποιος άλλος το θάνατο, τον οποίο δεν είναι αυτός σε θέση να

επιφέρει στον εαυτό του. Δύο πρόσωπα στην απελπισία τους συμφωνούν να φονεύσει ο ένας τον άλλο, τυχαία όμως σώζεται ο ένας από τους δύο.

Τέλος, υπάρχει ειδική σκέψη για την ευθανασία, με την εξής αναφορά: «Η περίπτωση της ευθανασίας, (της εξ' οίκτου και άνευ απαιτήσεως του παθόντος ανθρωποκτονίας), αποκρούεται ως δυναμένη να δώσει αφορμή σε καταχρήσεις και να θέσει σε σπουδαίο κίνδυνο τη ζωή παντός ασθενούς, αναλόγως των συμφερόντων και των διαθέσεων των περιστοιχιζόντων αυτών προσώπων». (Αναπλιώτης, 2003)

2.2. Οι απόψεις των Ελλήνων ποινικολόγων

Για την πληρότητα του κειμένου σχετικά με την ενδεχόμενη αντιμετώπιση του θέματος της ευθανασίας είναι αναγκαίο να αναφερθούν οι θέσεις Ελλήνων ποινικολόγων, που ασχολήθηκαν τα τελευταία χρόνια με το θέμα αυτό.

Αρχικά μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζει η θέση του Χωραφά. **Ο Χωραφάς** παραδέχεται ότι, όλες οι περιπτώσεις ευθανασίας είναι ποινικά αξιόλογες κατά τα άρθρα 300 και 301 του Π.Κ., ακόμη και αν δε συντρέχουν οι προϋποθέσεις των ιδιωνύμων αυτών εγκλημάτων κατά το άρθρο 299 παρ. 1 Π.Κ.

Δικαιολογητική βάση του λόγου άρσης του άδικου κατά το Χωραφά είναι η αρχή του αληθούς συμφέροντος του θανατουμένου. Αίρεται ο άδικος χαρακτήρας της πράξης διότι η προσβολή του εννόμου αγαθού της ζωής, που γίνεται στις περιπτώσεις της ευθανασίας, εξυπηρετεί στην πραγματικότητα το αληθές συμφέρον του φορέα του.

Ο Κατσαντώνης ακολουθώντας εν μέρει τη διδασκαλία του Χωραφά θεωρεί ότι η αρχή της εξυπηρέτησης του αληθούς συμφέροντος του ασθενή αίρει τον άδικο χαρακτήρα της πράξης, με την προϋπόθεση ότι γίνεται με την συναίνεση του ασθενή, ο οποίος βρίσκεται στο στάδιο της επιθανάτιου αγωνίας, όπως άλλωστε συμβαίνει και στην κατ' απαίτηση ανθρωποκτονία. Όμως ο Κατσαντώνης υποστηρίζει ότι με κανένα τρόπο δεν πρέπει να συγχέεται η ανθρωποκτονία του άρθρου 300 του Π.Κ. με την ευθανασία, και με τον αποκλεισμό της εφαρμογής του 300 του Π.Κ., καταλήγει στην άρση του άδικου και στον αποκλεισμό της ποινής της φυλάκισης για τις περιπτώσεις ευθανασίας.

Ο Ανδρουλάκης, δεν συμφωνεί, ότι θα πρέπει να αντιδιαστείλουμε εντελώς τις περιπτώσεις που καταλαμβάνονται από το ρυθμιστικό πεδίο του άρθρου 300 του Π.Κ., απ' αυτές της ευθανασίας. Δεν υποστηρίζει ότι η εκούσια ευθανασία ρυθμίζεται κατ' αρχήν από το άρθρο 300 του Π.Κ., αλλά και δεν αποκλείει αντιμετώπιση ορισμένων περιπτώσεων ευθανασίας με την εφαρμογή του άρθρου αυτού.

Ο Κανάτσιος προτείνει την προσθήκη μιας δεύτερης παραγράφου στο 300 του Π.Κ., που η εφαρμογή της θα οδηγούσε στην ατιμωρησία του δράστη. Η πρότασή του μάλιστα έχει ως εξής «Μένει ατιμώρητος η πράξις η τελεσθείσα κατά τους όρους της παρ. 1 (άρθρο 300) και μεθ' ομόφωνον γνώμην τριών ειδικών ιατρών συμβολαιογραφικώς βεβαιούμενη».

Η Μαζαράκη προτείνει να είναι η πράξη της ευθανασίας μη καταλογιστή στο δράστη, επειδή η υπαιτιότητά του είναι «ανθρωπίνως αναπόφευκτη».

Ο Βουγιούκας θεωρεί ότι επειδή η ζωή συνιστά δικαίωμα και όχι υποχρέωση για το φορέα της, προτείνεται να υποδειχθεί στο νομοθέτη η αποποινικοποίηση (το «ανέγκλητον») της ευθανασίας με την απαραίτητη εξασφάλιση όλων των ουσιωδών εγγυήσεων προς αποφυγήν ενδεχομένων καταχρήσεων.

Ο Καράμπελας προτείνει τη διεξαγωγή συζήτησης προκειμένου να προστεθεί δεύτερο εδάφιο στο άρθρο 300 του Π.Κ. με το ακόλουθο περιεχόμενο «Το δικαστήριο μπορεί να απαλλάξει τον υπαίτιο από την ποινή σε περίπτωση που: α) το θύμα δεν μπορούσε να προκαλέσει τον ίδιο αυτού θάνατο που τόσο επιθυμούσε, εκτιμώντας τις ιδιαίτερες συνθήκες κάτω από τις οποίες ενήργησε και β) εφόσον γνωμάτευσαν, πριν από την πράξη του, τρεις ιατροί δημοσίου νοσοκομείου ομόφωνα ότι αα) η ταλαιπωρία του ψυχορραγούντος θα συνεχιζόταν, ββ) ο θάνατος του θα επακολουθούσε το επόμενο 24ωρο και γγ) δεν υπήρχε πλέον η δυνατότητα αποτελεσματικής αγωγής. (Αναπλιώτης, 2003)

Η Ένωση Ελλήνων Ποινικολόγων, πιο συγκεκριμένα, διατυπώνει ότι «αν παρά τον εγκεφαλικό θάνατο, κάποιες αυτόματες λειτουργίες του ανθρωπίνου οργανισμού, όπως π.χ. της αναπνοής, εξακολουθούν να υπάρχουν, κατά την ορθή νομική άποψη, δεν συγχωρείται να γίνει λόγος για οποιοδήποτε είδους επιτρεπόμενη ευθανασία».

Ο Φ. Κουβέλης, τ. πρόεδρος του Δ.Σ.Α. (Δικηγορικού Συλλόγου Αθηνών), υπήρξε απόλυτα σαφής όταν είπε: «Είμαι αντίθετος στη θεσμοθέτηση της ευθανασίας. Θεωρώ δε ότι η αντίθεσή μου αυτή ενισχύεται από τη γενική

παραδοχή ότι η επιστήμη συνεχώς και ραγδαία εξελίσσεται, ώστε να μην μπορούμε να πούμε σε καμιά περίπτωση ότι ένας άνθρωπος είναι οριστικά και χωρίς ελπίδα καταδικασμένος». «Κανένας δεν δικαιούται να προωθεί διαδικασίες ευθανασίας, όταν η επιστήμη από τη μια στιγμή στην άλλη μπορεί να συμβάλει για τη ζωή κάθε ανθρώπου». (Αβραμίδης, 1995)

2.3. Σκιαγράφηση του νομικού καθεστώτος σε σχέση με τα είδη ευθανασίας.

Ενεργητική ευθανασία.

Η ενεργητική ευθανασία θεωρείται ότι αποτελεί ανθρωποκτονία, για την οποία πιθανόν να συντρέχουν οι περιστάσεις του άρθρου 300 του Π.Κ., δηλαδή άμεση και επίμονη απαίτηση του θύματος και αντίστοιχα αισθήματα οίκτου του δράστη και τα ελαφρυντικά του άρθρου 84 παρ. 2β Π.Κ. (ότι δηλαδή στην πράξη του δεν ωθήθηκε από ταπεινά αίτια).

Οι λόγοι για τους οποίους η ενεργητική ευθανασία απορρίπτεται από την πλειονότητα των νομικών και γιατρών οφείλονται στους εγγενείς κινδύνους κατάχρησης. Η ζωή ασθενών και ηλικιωμένων θα έμπαινε σε κίνδυνο ή ίσως θα μπορούσε να ασκηθεί ψυχολογική πίεση σε ασθενείς να ζητήσουν τη θανάτωσή τους και επιπλέον θα ήταν δύσκολο να αποδειχθεί αν η θανάτωση του ασθενούς επήλθε πράγματι από απαίτησή του.

Έμμεση ευθανασία.

Η νομική θεμελίωση της άποψης σε σχέση με την έμμεση ευθανασία ποικίλλει, με επικρατούσα εκείνη ότι το άδικο αίρεται λόγω κατάστασης ανάγκης (άρθρο 25 παρ. 1 Π.Κ.) με τη δικαιολογητική βάση ότι η περιστολή των αβάστακτων πόνων έχει προτεραιότητα έναντι της ενδεχόμενης διατήρησης της ζωής για μικρό χρόνο. Πλέον σύμφωνα με τα πράγματα φαίνεται η άποψη ότι ο άδικος χαρακτήρας της πράξης αίρεται λόγω επιτρεπομένης κινδυνώδους δράσης του ιατρού, συμφυούς σε παρόμοιες περιπτώσεις.

Παθητική ευθανασία

Το Γερμανικό Ομοσπονδιακό Ακυρωτικό διατύπωσε τις απόψεις του σχετικά με την παράλειψη παράτασης ζωής από ένα γιατρό ως εξής (Krefelder Urteil): «Από την πλευρά του, επιτρέπεται ο γιατρός να λάβει υπόψη του ότι δεν

υφίσταται δικαιοῦκή υποχρέωση για διατήρηση της ζωής που σβήνει έναντι οιοδῦποτε τμήματος. Μέτρα για την επιμήκυνση της ζωής δεν είναι απαραίτητα, εκ του λόγου ότι είναι τεχνικῶς εφικτά. Εν ὄψει της μέχρι σήμερα, υπερβαινούσης τα ὄρια, προόδου της ιατρικής τεχνολογίας, καθοριστικό στοιχείο δεν είναι η αποτελεσματικότητα των μηχανημάτων, αλλά η προσανατολισμένη στον σεβασμό της ζωής και της αξιοπρέπειας απόφαση κατά περίπτωση σχετικά με τα ὄρια της ιατρικής υποχρέωσης για θεραπεία».

Για το ατιμῶρητο της παθητικής ευθανασίας υπάρχει σχεδόν ομοφωνία ότι πρέπει να συντρέχουν οι εξής προϋποθέσεις:

α) Η νόσος του ασθενούς να είναι – κατά ιατρική πεποίθηση ανίατη – ρέπουσα προς θανατηφόρο έκβαση και ο θάνατος να πρόκειται να επέλθει σε σύντομο χρονικό διάστημα.

β) Ο ασθενής να μην έχει δηλώσει ότι επιθυμεί παράταση της ζωής του. Αν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με το περιβάλλον, τότε θα πρέπει να αναζητηθεί η «εικαζόμενη συναίνεσή του», δηλαδή η βούληση που θα δήλωνε, αν μπορούσε να το κάνει.

γ) Ο δράστης να αποφάσισε την πράξη κινούμενος από οίκτο, μετά από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος, το οποίο θα πρέπει να έχει διαφωτιστεί επαρκῶς για την κατάσταση της υγείας του και θα πρέπει να είναι σε θέση να αντιληφθεί τη σημασία και τις συνέπειες της ἄρνησης της θεραπείας του. Επιπλέον η απόφαση δεν θα πρέπει να βασίζεται σε στιγμιαία καταθλιπτική διάθεση. (Γεωργιάδης, 2002).

Τέλος ο κ. Ν. Παρασκευόπουλος (καθηγητής Ποινικού Δικαίου στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης) επισημαίνει ότι: «στη χώρα μας δεν έχουν γίνει ιδιαίτερα αισθητές ομάδες πίεσης υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας. Αν κάτι αλλάξει στο νόμο, είναι ότι θα μπορούσε να γίνει διάκριση ανάμεσα σε δύο περιπτώσεις: Στις περιπτώσεις παράλειψης παροχής βοήθειας για μακρότερη επιβίωση σε εκείνον που οδηγείται στο θάνατο (παθητική ευθανασία) και δεν θέλει την παράταση της ζωής του και στις άλλες όπου

γίνεται ενεργητική παρέμβαση στην ευθανασία. Οι πρώτες θα μπορούσαν να αντιμετωπίζονται ελαφρότερα. (tovima.dolnet.gr)

3. Διεθνής νομοθεσία για το δικαίωμα στο θάνατο

Πολλές διατάξεις του Διεθνούς Δικαίου ορίζουν πως κανένας δεν επιτρέπεται να στερηθεί τη ζωή του από σκόπιμη ενέργεια τρίτου (Άρθρο 3 Παγκόσμια Διακήρυξη Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων).

Στην Ευρώπη απαντώνται αρκετά διαφορετικές νομοθεσίες σχετικά με την ευθανασία, με τη σημαντική πλειοψηφία των κρατών να εφαρμόζει καθεστώς απαγόρευσης. Εξάιρεση αποτελεί η Ολλανδία, η οποία αποποινικοποίησε την ευθανασία τον Απρίλιο του 2002 και την οποία ακολούθησε το Βέλγιο, το Μάιο του ίδιου έτους.

Εδώ βέβαια αξίζει να σημειωθεί ότι και στις χώρες που έχει κατοχυρωθεί η διενέργεια ευθανασίας ισχύουν αυστηροί κανόνες και προϋποθέσεις για την εκτέλεσή της.

1. Το αίτημα για την ευθανασία πρέπει να προέρχεται μόνο από τον ασθενή χωρίς αυτός να υπόκειται στην επιρροή και την πίεση άλλων.

2. Ο ασθενής πρέπει να βιώνει αφόρητο «βασανισμό» (όχι απαραίτητα σωματικό) χωρίς προοπτική βελτίωσης.

3. Πρέπει να έχει εξαντληθεί κάθε άλλη εναλλακτική προσπάθεια ανακούφισης του ασθενούς.

4. Η ευθανασία πρέπει να εκτελεσθεί από έναν γιατρό, ο οποίος πρώτα θα πρέπει να έχει συμβουλευθεί άλλους γιατρούς ειδικούς και πεπειραμένους στο αντικείμενο αυτό.

5. Ο γιατρός πρέπει να υποβάλει μια γραπτή έκθεση στις αρμόδιες αρχές και να ζητάει την έγκρισή τους. (Δίπλας, 2005)

Οι προσπάθειες νομιμοποίησης της ευθανασίας σε διεθνές επίπεδο είναι αρκετές. Το 1903 απερρίφθη πρόταση νομιμοποίησης στο Σαξονικό Κοινοβούλιο. Ανάλογη, χωρίς επιτυχία, απόπειρα έγινε και από τις αμερικανικές πολιτείες Ohio, Αϊωα και Washington μεταξύ των ετών 1906 και 1912. Το 1936 η Βρετανική Βουλή των Λόρδων απέρριψε πρόταση

νομιμοποίησης της ευθανασίας. Το 1987 ομάδα Αμερικανών στην California συνέταξε σχέδιο νόμου για την ευθανασία αλλά η προσπάθεια απέτυχε, γιατί δεν συγκεντρώθηκαν οι απαιτούμενες υπογραφές.

Η προσπάθεια επαναλήφθηκε το 1992 ως ιατρική βοήθεια στο θάνατο και απερρίφθη με 54% έναντι 46%. Το 1944 η πολιτεία Oregon των ΗΠΑ νομιμοποίησε υπό προϋποθέσεις την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Στο Βέλγιο η νομιμοποίηση της ευθανασίας έγινε πρόσφατα, ενώ στη Νορβηγία και στον Καναδά το θέμα της νομιμοποίησης συζητείται. (Παναγόπουλος, 2002)

Πιο αναλυτικά:

Γερμανία

Η ενεργητική ευθανασία με σκοπό τη χωρίς πόνο θανάτωση ενός θνησκόντα, ή ενός προσώπου που διανύει το τελευταίο στάδιο της νόσου, είναι κατά το γερμανικό δίκαιο σε κάθε περίπτωση άδικη και ποινικά κολάσιμη πράξη (παρ.211 του γερμανικού Ποινικού Κώδικα). Η κατ' απαίτηση του θνήσκοντα ανθρωποκτονία λίγο διαφέρει στην ποινική της αντιμετώπιση (παρ.211 του Γερμανικού Ποινικού Κώδικα). Στην περίπτωση της έμμεσης ευθανασίας μόνο το γερμανικό Δίκαιο εκφράζει επιείκεια δεχόμενο ότι η μείωση της επιθανάτιας αγωνίας δεν πληροί την αντικειμενική υπόσταση του «στοιχείου της πράξης θανάτωσης» κατά την προμνημονευόμενη 212 του Ποινικού Κώδικα, δηλαδή δεν κατευθύνεται εναντίον της ζωής, αλλά με την βοήθεια του γιατρού εξυπηρετεί τη ζωή.

Μεγάλη Βρετανία

Ως πρώτη προσπάθεια νομιμοποίησης του δικαιώματος στο θάνατο στη σύγχρονη ιστορία θα ήταν δυνατόν να θεωρηθεί το «περίεργο» νομοθέτημα με την ονομασία «Χάρτης για την ενεργητική ακουσία ευθανασία» που έγινε στη Μ. Βρετανία το 1936. Αυτό πραγματευόταν το τι θα έπρεπε να κάνει ο γιατρός, όταν δεν θα μπορούσε να ελέγξει τον πόνο του ασθενή του. Ακολούθησαν κάποιες άλλες προσπάθειες νομιμοποίησης χωρίς επιτυχία με

τελευταία αυτή, που έγινε από τον Roland Boyes το 1990, όταν εισήχθη στη Βουλή των κοινοτήτων σχέδιο νόμου που αργότερα ονομάστηκε περιπαικτικά ως «Ο κανόνας των δέκα λεπτών», γιατί τόσο χρόνο διήρκησε.

Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.

Οι Η.Π.Α. έχουν μακρά ιστορία στις απόπειρες νομοθέτησης του δικαιώματος στο θάνατο. Ειδικότερα, νομοσχέδια που αφορούν την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, εισήχθησαν στις Πολιτείες Οχάιο (1906), Νεμπράσκα (1937), Νέα Υόρκη (1947) και Αϊντάχο (1969) Κανένα όμως απ' αυτά δεν κατέληξε να περάσει ως νόμος κάποιας Πολιτείας, εξ' αιτίας της αντίθεσης που εξέφρασε η πλειοψηφία του αμερικάνικου λαού. Όμως κατά την διάρκεια των τριών τελευταίων δεκαετιών το 20ου αιώνα, στις Ηνωμένες Πολιτείες παρατηρείται μεταστροφή της κοινής γνώμης υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας. Ο πρώτος σύγχρονος νόμος υπέρ της ευθανασίας υπήρξε «Η πράξη για το φυσικό θάνατο» στην Πολιτεία Καλιφόρνια των Η.Π.Α. το 1976.

Στην εισαγωγή του σχετικού νόμου αναφέρονται τα ακόλουθα: Στα πλαίσια της αναγνώρισης της αξιοπρέπειας και της ιδιωτικής ζωής, οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να αναμένουν ότι η έννομη τάξη θα τους αναγνωρίσει το δικαίωμα να συντάσσουν την καλούμενη «προηγούμενη οδηγία»/ «διαθήκη εν ζωή» («*advanced directive*»/ «*living will*»), με την οποία ο φορέας του δικαιώματος στη ζωή δίνει οδηγίες στο γιατρό να απέχει από κάθε υποστηρικτική της ζωής διαδικασία στην περίπτωση της τελειωτικής κατάστασης». (βλ. παράρτημα σελ.126)

Κάτω από την επίδραση της απόφασης του ανώτατου δικαστηρίου των Η.Π.Α., στην υπόθεση Cruzan το 1990 αναισθητοποιήθηκε η κοινή γνώμη, με αποτέλεσμα μετά την ονομαζόμενη «δημόσια τακτική», να ψηφισθεί ο νόμος των Η.Π.Α., για τον «αυτοπροσδιορισμό του ασθενή», ο οποίος και τέθηκε σε εφαρμογή την 1η Δεκεμβρίου 1991.

Το 1991 επίσης υπήρξαν δύο πρωτοβουλίες για «το θάνατο με αξιοπρέπεια». Η πρώτη έλαβε χώρα στην Πολιτεία Ουάσιγκτον και η δεύτερη στην Πολιτεία Καλιφόρνια των Η.Π.Α. Η πρώτη κίνηση (Ουάσιγκτον 1991) γνωστή με το όνομα «Πρωτοβουλία των 119», συνέταξε ένα νομοσχέδιο με τον τίτλο «Πράξη η οποία αφορά το φυσικό θάνατο και τροποποιεί την RCW 70.122.010 και επ.1991», το οποίο όμως απορρίφθηκε επειδή δεν συγκέντρωσε τον απαιτούμενο αριθμό ψήφων στο σχετικό δημοψήφισμα που έγινε.

Το ίδιο συνέβη και με τις πρωτοβουλίες στην Καλιφόρνια. Η «Πράξη για τον Θάνατο με αξιοπρέπεια» του 1998 και η «Πράξη για τον θάνατο» με αξιοπρέπεια του 1992 δεν συγκέντρωσαν τον απαιτούμενο αριθμό ψήφων στα αντίστοιχα δημοψηφίσματα κι έτσι δεν τέθηκαν σε ισχύ.

Το πλέον σημαντικό για την κατοχύρωση του δικαιώματος στο θάνατο νομοθέτημα των Η.Π.Α. είναι ο νόμος της Πολιτείας Όρεγκον της 27-9-1997 για το «θάνατο με αξιοπρέπεια». Σ' αυτόν προβλέπεται η νομιμοποίηση της χορήγησης θανατηφόρας δόσης φαρμάκου.

Η Πολιτεία Όρεγκον είναι το πρώτο μέρος στο σύγχρονο κόσμο, το οποίο δια νόμου αποδίδει στο γιατρό το δικαίωμα και την εξουσία να συνταγογραφήσει θανατηφόρα δόση φαρμάκου με αποκλειστικό σκοπό το θάνατο του ασθενή του. Το Όρεγκον, μια Πολιτεία 11.200 μονίμων κατοίκων, χαρακτηρίζεται ως η «πρωτεύουσα του θανάτου» των Η.Π.Α.

Κινητήρια δύναμη πίσω από το νόμο αυτό ήταν ο Ντέρεκ Χαμφρεν (ο συγγραφέας της «Τελικής Εξόδου», ο οποίος αναφέρεται και στο κεφάλαιο για τις σύγχρονες τάσεις) και η εταιρία Χέλμοκ, η οποία «ευαισθητοποίησε» την κοινή γνώμη για την πρωτοπορία αυτή, στις κατά τα λοιπά συντηρητικές Η.Π.Α.

Αυστραλία

Το 1996 ψηφίσθηκε στο κράτος της βόρειας περιοχής της Αυστραλίας ένας νόμος με τον τίτλο «Τα δικαιώματα του θνήσκοντος» ή «Τα δικαιώματα του διανύοντος την τελειωτική ασθένεια» με αναγνώριση του δικαιώματος της

ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Ειδικότερα με τον εν λόγω νόμο αναγνωρίστηκε το δικαίωμα στο θάνατο με υποβοηθούμενη αυτοκτονία από γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, δια της αποδοχής της διαθήκης εν ζωή. Η νομοθετική αυτή ρύθμιση κατακρίθηκε ευρέως, οι αντιδράσεις ήταν άμεσες από όλες τις κατευθύνσεις και η διεθνής κατακραυγή ήταν τέτοια, ώστε η εν λόγω πράξη δεν επικυρώθηκε από την Κοινοπολιτεία όπως απαιτείται από το Συνταγματικό Χάρτη. Έτσι δεν τέθηκε ποτέ σε ισχύ ως νόμος της Αυστραλίας.

Ολλανδία

Η νομοθεσία της Ολλανδίας αποτελεί πρωταγωνιστή της Ευρώπης για τη νομιμοποίηση του δικαιώματος στο θάνατο. Στην Ολλανδία το δικαίωμα στο θάνατο έγινε δεκτό από την νομολογία. Με τον ισχύοντα μέχρι σήμερα νόμο 22572 της 9-2-1993, αναγνωρίζεται όχι μόνο το δικαίωμα του ατόμου στο θάνατο, αλλά και η εικαζόμενη βούληση του για τον τερματισμό της ζωής, δηλαδή η «ευθανασία» ως ανθρωποκτονία με όλες τις διακρίσεις. Το τελευταίο στάδιο πρωτοπορίας της Ολλανδίας είναι ο νόμος που ψηφίσθηκε από την Ολλανδική Βουλή στις 28 Νοεμβρίου 2000 και από τη Γερουσία στις 10-4-2001, μετά από συμπληρωματικές διευκρινίσεις και δηλώσεις.

Επισημαίνεται για τον Ελληνικό χώρο ότι η Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδας (Ι.Σ.Ι.), όπως και οι Εκκλησίες των λοιπών χριστιανικών δογμάτων αντέδρασαν έντονα κατά της ψήφισης αυτού του νόμου. (Αναπλιώτης, 2003)

Κύπρος

Ο Δικαστής του Ανωτάτου Δικαστηρίου κ. Τάκης Ηλιάδης, δήλωσε ότι «δεν γίνεται καμιά αναφορά πουθενά στη νομοθεσία σε σχέση με την ευθανασία. Αν συμβεί κάτι, τότε αυτό θα αποτελεί θέμα της Βουλής, αν θα ψηφίσει τροποποίηση του νόμου ή εγκρίνει την ευθανασία. Αν συμβεί κάτι τέτοιο από κάποιο γιατρό, τότε αυτός θα αντιμετωπίσει κατηγορία φόνου, με βάση το άρθρο 154, ακόμη και αν είχε προχωρήσει στην ευθανασία ασθενή με τη

θέληση του δεύτερου ή αν έχουν συμφωνήσει για τη διενέργεια της πράξης και άλλοι γιατροί».

Από την πλευρά του, ο πρόεδρος του Παγκύπριου Δικηγορικού Συλλόγου κ. Νίκος Παπαευσταθίου, ανέφερε επίσης ότι η ευθανασία απαγορεύεται σήμερα στην Κύπρο και ότι για να μπορέσει να γίνει επιτρεπτή, θα πρέπει αυτό να γίνει με βάση συγκεκριμένη νομοθεσία που θα ψηφίσει η Βουλή, στην οποία θα περιλαμβάνονται όροι και προϋποθέσεις για τη διενέργεια τέτοιας πράξης.

Καταλήγοντας, ο πρόεδρος του Παγκύπριου Συλλόγου επανέλαβε ότι η δική μας νομοθεσία, όχι μόνο δεν επιτρέπει, αλλά απαγορεύει την αφαίρεση ζωής κάποιου «Η αφαίρεση ζωής συνιστά ποινικό αδίκημα, που μπορεί να αποτελεί, είτε φόνο, είτε ανθρωποκτονία. Οπότε, αν γιατρός στην Κύπρο βοηθήσει ασθενή του να πεθάνει, θα αντιμετωπίσει κατηγορία φόνου». (www.politis-news.com)

Γαλλία

Θεωρείται παράνομη. Μάλιστα το 1991 οι Αρχές απαγόρευσαν την έκδοση οδηγού ευθανασίας «Τελική έξοδος» του Ντέρεκ Χάμφρι.

Ελβετία

Επιτρέπεται η υποβοηθούμενη αυτοκτονία ενηλίκων που πάσχουν από ανίατες ασθένειες και ζητούν επίμονα την ευθανασία.

Ισπανία.

Είναι παράνομη αν και πρόσφατα προβλήθηκε βίντεο παραπληγικού που διεκδικούσε και τελικά πέτυχε το δικαίωμά του στην ευθανασία.

Ιταλία.

Θεωρείται παράνομη. Εν τούτοις μεμονωμένες περιπτώσεις έχουν πραγματοποιηθεί.

Κίνα.

Είναι παράνομη, είχε όμως υποβληθεί πρόταση νόμου στο εθνικό λαϊκό Κογκρέσο.

Ινδία.

Είναι σε διαφορετικό πρίσμα. Επειδή η ιατρική περίθαλψη είναι ακριβή οι πτωχοί στέλνονται στο σπίτι τους να πεθάνουν.

Ιαπωνία

Η νομοθεσία δεν καλύπτει τους γιατρούς που θέτουν ενεργά τέρμα στη ζωή ασθενών που υποφέρουν.

Δανία

Είναι παράνομη παρά την επιθυμία του 68% των Δανών για συντόμευση της οδύνης των μελλοθανάτων.

Καναδάς

Η νομοθεσία είναι αντίστοιχη με αυτή των Η.Π.Α. (www.ευθανασία.gr).

ΧΡΙΣΤΙΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

Χριστιανισμός και ευθανασία

Για τη χριστιανική Θρησκεία και την Εκκλησία, ο θάνατος, εκτός από βιολογικό φαινόμενο, είναι και ένα πολυσύνθετο γεγονός με μεταφυσικές προεκτάσεις. Θεωρεί δε η εκκλησία «ως φοβερώτατον το του θανάτου μυστήριον».

Η ζωή για την Εκκλησία είναι δώρο Θεού στον άνθρωπο, έχει απόλυτη αξία άρα είναι αναντικατάστατη και κανένας δεν έχει το δικαίωμα να αφαιρεί τη ζωή κανενός, ούτε τη δική του (αυτοκτονία) ούτε του άλλου (φόνος). Και η πράξη της ευθανασίας, είτε ενεργητικής, είτε παθητικής, αποτελεί φόνο.

Στα θέματα της ευθανασίας, συμπορεύεται η Καθολική με την Ορθόδοξη Εκκλησία, ίσως δε σε κάποια και υπερθεματίζει, ρητώς δε «απαγορεύει» την επίσπευση του θανάτου ενός χωρίς ελπίδα επιβιώσεως δότου, για να σωθεί με τη μεταμόσχευση ένας δέκτης.

Ενδιαφέρεται, βεβαίως, και πράγματι η Εκκλησία για ένα «αξιοπρεπή θάνατο». Όμως, με πολύ διαφορετική έννοια από εκείνη της «ευθανασίας». Και μάλιστα, τιμά ιδιαιτέρως τη «μετάβαση εκ του θανάτου του προς την ζωήν» θεωρώντας ότι ο θάνατος του σώματος είναι ένας σημαντικός σταθμός στην περαιτέρω μετεξέλιξη του ανθρωπίνου όντος.

Η Εκκλησία σέβεται και τον γιατρό. Και προστάζει: «τίμα ιατρόν...και γάρ αυτόν έκτισε Κύριος». Ευλογεί δε και ενθαρρύνει τις προσπάθειές του στην υπηρεσία της ζωής αλλά, ως «ευθανασία» δέχεται μόνο εκείνη για την οποία εύχεται...«ειρηνικά τα τέλη της ζωής, ανώδυνα, ανεπαίσχυντα...» παραδεχόμενη όμως και ότι «κρείσσων θάνατος υπέρ ζωήν πικράν και ανάπαυσις αιώνιος ή αρρώστημα έμμονον».

Ο γιατρός, κατά την Εκκλησία, συμβάλλει στην τέτοια ευθανασία όταν εργάζεται για την καταπράυνση των πόνων, την ανακούφιση από τα ενοχλήματα, την καθυσύχαση της αγωνίας, την υποβοήθηση προς καλύτερη ανοχή των ταλαιπωριών, ώστε να ζει ο άνθρωπος μέχρι τέλους με αξιοπρέπεια, μέχρι και τις εσχατότατες στιγμές της ζωής του, μέχρι να περάσει στην «αντίπερα όχθη», μέχρι δηλαδή να «ξεψυχήσει» και να πάρει η ψυχή του το δρόμο για το χώρο στον οποίο ανήκει...στην αγκαλιά του Θεού.

Πόσοι και πόσοι δεν έχουν ξεψυχήσει έτσι με μια γλυκιά έκφραση ηρεμίας στο πρόσωπο, μέχρι και απέραντης γαλήνης, ακόμη και μ' ένα χαμόγελο στο στόμα!...Αυτή είναι Χριστιανική ευθανασία.

Η τέτοια συμπαράσταση του γιατρού φέρνει και άλλα αποτελέσματα. Είναι εκπληκτικό το πόσοι, από αυτούς που «έφτασαν μέχρι το τάφο» αλλά δεν πέθαναν, βγήκαν τελικά ... « κερδισμένοι» ή ανακάλυψαν ότι «έχει τόσα πολλά ακόμη, άγνωστα πριν, να τους προσφέρει η ζωή ώστε αν τα ήξεραν κανείς τους δεν θα ήθελε να πεθάνει». Και ευγνωμονούν την αρρώστια που τους « άλλαξε» ως ανθρώπους, τους ωρίμασε πνευματικά, αναθεώρησαν τη στάση τους στη ζωή, αφού η δοκιμασία τους έδωσε τη δυνατότητα της «καθάρσεως» και τους «έφερε πιο κοντά στο Θεό». (Αβραμίδης, 1995)

Ο Αρχιεπίσκοπος σε ομιλία του στο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργών που έγινε το 2000 σημείωσε πως με βάση στοιχεία διεθνών οργανώσεων που είναι εναντίον, στην Ολλανδία μερικώς είχε αποποινικοποιηθεί η ευθανασία από το 1994. Από τότε και μέχρι την τελευταία αναφορά της IAETF (International Anti Euthanasia Task Force) παρατηρήθηκαν πολλές περιπτώσεις που η ευθανασία επεβλήθη από τους συγγενείς του ασθενούς για λόγους συμφέροντος. Περιέγραψε μια εφιαλτική «λογική» κοινωνία. Όταν επικρατήσει η άποψη, τόνισε, ότι ο άνθρωπος πρέπει να πεθαίνει με «αξιοπρέπεια» τότε δεν αποκλείεται να επιβληθεί η απαλλαγή από ασθενείς πολύ ηλικιωμένους, που σύμφωνα με την άποψη των υπευθύνων για την τύχη τους, ολοκλήρωσαν τον κύκλο ζωής τους, δεν υπάρχει ελπίδα να επιζήσουν για πολύ, έχουν πόνους και

στοιχίζουν πολλά χρήματα στην κοινωνία, την οποία, κάθε μέρα που μένει στο νοσοκομείο και του χορηγούνται φάρμακα, την επιβαρύνει όλο και περισσότερο...

Δεν είναι μακριά η εποχή που τα 90 χρόνια θα είναι ο μ.ο. ζωής του ανθρώπου. Το 2020 οι πάνω από 65χρόνων κάτοικοι της Ελλάδος θα αποτελούν το 22% περίπου του πληθυσμού της και στην Ε.Ε. το 2005 το 10% του πληθυσμού θα είναι πάνω από 75 χρόνων...και συνεχίζει ο Αρχιεπίσκοπος, αν δεν επικρατήσει στις ψυχές των ανθρώπων ο νόμος της αγάπης και της πίστewος, τότε θα έλθει η εφιαλτική ώρα που ο άνθρωπος θα αντιμετωπίζεται ως αυτοκίνητο, που όταν παλιώνει και η συντήρησή του γίνεται πανάκριβη, πετιέται και γίνεται μπάλα από παλιοσίδερα. «Η ευθανασία σήμερα...Η γεροντοκτονία αύριο». Είναι να μην αρχίσουν τέτοιες παραχωρήσεις και υποχωρήσεις. (www.orthodoxie.net)

Όταν για πρώτη φορά, στις 28 Νοεμβρίου του 2000, η Ολλανδική Βουλή – στις αρχές Απριλίου του 2002 ετέθη ο συγκεκριμένος Νόμος σε ισχύ – αποφάσισε τη νομιμοποίηση της ευθανασίας, τις αμέσως επόμενες ημέρες, και συγκεκριμένα στις 14 Δεκεμβρίου του ίδιου έτους, η Ιερά Σύνοδος εξέδωσε Ανακοινωθέν :

1. Η ζωή μας αποτελεί υπέρτατο δώρο του Θεού, η αρχή και το τέλος του οποίου βρίσκονται στα χέρια του και μόνον. (Ιώβ, ιβ'10)

2. Οι στιγμές της ζωής μας που συνδέονται με την αρχή και το τέλος της, όπως και αυτές της αδυναμίας, του πόνου και των δοκιμασιών μας εγκρύπτουν μια μοναδική ιερότητα και περιποιούν μυστήριο που απαιτεί ιδιάζοντα σεβασμό εκ μέρους των συγγενών, των ιατρών, των νοσηλευτών και της κοινωνίας.

3. Οι ίδιες στιγμές ευνοούν το σύνδεσμο των ανθρώπων, την ανάπτυξη της κοινωνίας αγάπης, την εκδήλωση συμπόνιας και ελέους. Το αίτημα κάποιων ασθενών για ευθανασία στην ουσία αποτελεί ερώτημα της αγάπης μας προς αυτούς και της επιθυμίας μας να μείνουν κοντά μας.

4. Η ύπαρξη του πόνου στην ανθρώπινη ζωή, όπως και κάθε δοκιμασία, είναι «συνεργός προς σωτηρίαν» και ενίοτε «κρείττων και αυτής της υγείας» κατά τον Άγιο Γρηγόριο τον Παλαμά. Παρά ταύτα η Εκκλησία αναγνωρίζοντας την ασθένεια της ανθρώπινης φύσεως, πάντοτε φιλόανθρωπα ζητεί την απαλλαγή «από πάσης θλίψεως, κινδύνου και ανάγκης», ενίοτε δε εύχεται και για την ανάπαυση των οδυνομένων (ευχή εις ψυχορραγούντα). Οι άνθρωποι προσευχόμεστε, δεν αποφασίζουμε για τη ζωή και τον θάνατο.

5. Η ευθανασία, ενώ δικαιολογείται κοσμικώς ως «αξιοπρεπής θάνατος», στην πραγματικότητα αποτελεί υποβοηθούμενη αυτοκτονία, δηλαδή συνδυασμός φόνου και αυτοχειρίας. Και

6. Το λεγόμενο «δικαίωμα στον θάνατο» που αποτελεί τη νομική κατοχύρωση της ευθανασίας, θα μπορούσε να μετεξελιχθεί σε απειλή της ζωής των ασθενών που αδυνατούν να ανταποκριθούν οικονομικά στις απαιτήσεις της θεραπείας και νοσηλείας τους.

Αξιοσημείωτο είναι επίσης το κομμάτι της ομιλίας του Αρχιεπισκόπου που αναφέρεται στο Χριστιανό, εκθέτοντας και την άποψη της Εκκλησίας αλλά και την προσωπική του για το θέμα:

«Ο τίτλος της ομιλίας μου είναι «η Εκκλησία και το πρόβλημα της ευθανασίας». Βεβαίως ο Χριστιανός δεν έχει κανένα πρόβλημα, γιατί απορρίπτει την ευθανασία. Το πρόβλημα το έχει η κοινωνία εκείνη που επιτρέπει να υποβιβασθεί το κατ' εξοχήν δημιούργημα του Θεού σε σύνολο κυττάρων τυχαίως ευρεθέντων πάνω στον συγκεκριμένο Πλανήτη και τυχαίως συνεργαζομένων για να επιτελούνται οι λειτουργίες του. Στην κοινωνία εκείνη, η οποία μετατρέπεται σε άσπλαχνη εξουσία, που ενδιαφέρεται μόνο για τους υγιείς και ρωμαλέους και όλους τους υπόλοιπους τους οδηγεί στον δήθεν αξιοπρεπή θάνατο.

Εμείς κηρύσσουμε την Αγάπη και τον Σεβασμό του κάθε ανθρώπου, ανεξαρτήτως φυλής ή θρησκείας, από της συλλήψεως μέχρι της τελευτής του. Και άνθρωπος για εμάς είναι το έμβρυο, όπως και ο λογικά καταδικασμένος σε

θάνατο. Και να συμβουλευώ όσους υποστηρίζουν την ευθανασία να μην εθελotuφλούν. Ο άνθρωπος από την ώρα που γεννιέται ζει τον θάνατο, πότε με την απώλεια αγαπητού προσώπου, πότε με την ασθένεια, πότε με τις αλλαγές στο σώμα λόγω της εξέλιξης της ηλικίας. Και μόνο ο άνθρωπος ο οποίος νικά δια του Χριστού την αμαρτία, νικά τον θάνατο. Αυτή είναι η πραγματικότητα. Στον χωρίς Χριστό κόσμο ο θάνατος αποτελεί μια βασανιστική και ανυπέρβλητη πραγματικότητα, ό,τι άλλο κι αν φραστικά υποστηρίζεται, και επίσης χωρίς Χριστό απάνθρωπη καταντά και η κοινωνία, όσες διακηρύξεις κι αν γράφονται για ανθρώπινα δικαιώματα και για πολιτικές ελευθερίες». (Αρχιεπισκόπου Χριστόδουλου, 2002, σελ.17 - 27).

Ο Μητροπολίτης Φθιώτιδος σχετικά με το θέμα της ευθανασίας αναφέρει :
«Στην άκαμπτη στάση της Εκκλησίας μας κατά της ευθανασίας, μπορεί κάποιος να προσδώσει διάθεση σκληρότητας και αναλγησίας. Πώς είναι δυνατόν να βλέπεις κάποιον που υποφέρει, να εκλιπαρεί για τον τερματισμό της ζωής του και να μη συγκινείσαι; Να μη τον διευκολύνεις σ' αυτό που ζητάει;

Ο πόνος που για την σύγχρονη κοινωνία είναι ανάξιος λόγου, γιατί ενδιαφέρον έχει μόνο η ηδονή, δίνει μία άλλη αίσθηση της ζωής. Ο πόνος γίνεται μεγάλος παιδαγωγός για κάθε ψυχή την οποία στρέφει στον ορθό προσανατολισμό της. Η τεχνοκρατούμενη κοινωνία φοβείται και απορρίπτει την αξία του πόνου εν αντιθέσει προς την Εκκλησία, η οποία δια στόματος του Αποστόλου Παύλου διακηρύττει : «όταν γαρ ασθενώ, τότε δυνατός ειμί».

Η καλύτερη στάση για να αντιμετωπίσει κανείς τον πόνο δεν είναι η επανάσταση και η βία, ο γογγυσμός και η απιστία, αλλά η υποταγή στον πόνο. Και μαζί με την υποταγή η αγάπη. Ο Χριστός με την υπακοή και την αγάπη υπέταξε τον πόνο και κέρδισε τη νίκη μέσω του Σταυρού. Αν και ήταν ο ίδιος Θεός, έγινε άνθρωπος για να υποφέρει τις δοκιμασίες και να καταστεί το πρότυπο και το υπόδειγμα της πιο μεγάλης αντοχής στον πόνο. Υπόδειγμα ακόμα και για τη μεταμόρφωση της ανθρώπινης ψυχής μέσω του πόνου και της αγάπης.

Η ευθανασία δεν είναι λύση στο πρόβλημα του πόνου, είναι μάλλον εμπλοκή στο μεγάλο ζήτημα της αυτοσυνειδησίας του προσώπου, δια να μη ειπώ είναι ανατροπή των όσων ο Θεός ενομοθέτησε για τη σωτηρία του ανθρώπου.

Κοσμικά, η ευθανασία δικαιολογείται ως «αξιοπρεπής θάνατος», στην πραγματικότητα όμως, είναι αξιοπρεπής θάνατος πονεμένων και περιφρονημένων ανθρώπων.

Αυτό που χρειάζεται η ανθρωπότητα για να αντιμετωπίσει τον πόνο, είναι το κουράγιο, η εμπύχωση, η αγάπη και η πίστη. Η γαλήνια πνευματική κατάσταση και όχι η τεχνική του θανάτου είναι το ζητούμενο στις τελευταίες προ της εξόδου από τον κόσμο στιγμές της ζωής». (www.orthodoxie.net)

Ο Μητροπολίτης Ναυπάκτου, εκθέτει τέσσερις λόγους για τους οποίους η Εκκλησία δεν είναι δυνατόν να υποστηρίξει κάποια μορφή ευθανασίας:

Πρώτον. Η ζωή δεν είναι δημιούργημα δικό μας, αλλά δώρο Θεού. Και γι' αυτό δεν έχουμε αποκλειστικά δικαιώματα πάνω σε αυτήν. Ο Θεός είναι κύριος της ζωής και του θανάτου και κανείς άλλος. Ο άγιος Ιωάννης ο Δαμασκηνός κάνει λόγο για την διάκριση μεταξύ των «εφ' ημίν», όσων έχουμε εξουσία, και των «ουκ εφ' ημίν», όσων δηλαδή, δεν έχουμε αρμοδιότητα και εξουσία. Ασφαλώς το δώρο της ζωής ανήκει στα «ουκ εφ' ημίν» και επομένως υπάγεται στην αποκλειστικότητα του Θεού.

Δεύτερον. Δεν απολυτοποιείται η βιολογική ζωή. Είναι γνωστό ότι η ιστορία του ανθρώπου δεν τελειώνει με τον θάνατο, αλλά συνεχίζεται και πέρα απ' αυτόν. Και μπορεί κανείς να υπογραμμίσει ότι η ζωή μετά τον θάνατο έχει μεγάλη αξία και σπουδαιότητα. Έτσι λοιπόν τη διαδικασία του θανάτου την βλέπουμε και την αντιμετωπίζουμε ως απόκτηση και συνέχιση μιας άλλης ζωής.

Τρίτον. Ο πόνος στην ζωή του ανθρώπου είναι πολύ χρήσιμος και αποδοτικός, αρκεί να γνωρίζει ο άνθρωπος τον τρόπο να τον αντιμετωπίζει. Δυστυχώς ο λόγος για την ευθανασία ανθεί στις σύγχρονες κοινωνίες στις οποίες έχει αποβληθεί ο πόνος ως ανάξιος λόγου. Ο διάσημος ψυχοθεραπευτής

Victor Frankl, έχει υποστηρίξει την άποψη ότι ο πόνος αποτελεί ένα βασικό υπαρξιακό πρόβλημα, και δι' αυτού δίνεται στον άνθρωπο η μοναδική ευκαιρία για εσωτερική πληρότητα. Διδάσκει εμφαντικά ότι ο άνθρωπος δεν πρέπει να αγωνίζεται να αποφύγει τον πόνο, αλλά μάλλον να είναι διατεθειμένος να υποφέρει στην ζωή του, με την προϋπόθεση, βέβαια, ότι ο πόνος έχει κάποιο νόημα. Μάλιστα, υποστηρίζει ότι, όταν ο άνθρωπος αντιμετωπίζει μια αθεράπευτη ασθένεια, τότε του δίνεται η ευκαιρία «να εκπληρώσει και το πιο βαθύ του νόημα».

Οι περισσότεροι άνθρωποι αναζητούν την ευχαρίστηση, την απόλαυση και αποφεύγουν τον πόνο, αλλά είναι σίγουρο ότι η αντιμετώπιση, κατά σωστό τρόπο, του πόνου δίνει μια άλλη αίσθηση της ζωής, πιο ολοκληρωμένης και γνήσιας.

Τέταρτον. Η όλη διαδικασία του θανάτου, όσο και αν είναι επώδυνη, δεν είναι χαμένος χρόνος. Για τον άρρωστο είναι καιρός προετοιμασίας για την είσοδό του σε έναν άλλο «χώρο» ζωής, για τους συγγενείς και τους οικείους είναι ευκαιρία να εκφράσουν τα αισθήματα στοργής, αγάπης και συμπάθειας προς τα αγαπητά τους πρόσωπα. Για παράδειγμα, τα παιδιά έχουν την μοναδική ευκαιρία να ανταποδώσουν τις «οφειλές», την αγάπη τους προς τους γονείς. Και η πείρα έχει βεβαιώσει ότι τις περισσότερες φορές γύρω από το κρεβάτι ενός μελλοθάνατου επανασυνδέονται φιλίες, αναπτύσσεται η τρυφερότητα και η αγάπη, τις οποίες καταστρέφει η πολυτάραχη και αγχώδης κοινωνική σύγχρονη ζωή. Ο λόγος της ευθανασίας γίνεται σε κοινωνίες όπου επικρατεί αστοργία, αμοραλισμός και ατομικισμός. (www.vic.com/tscon/parembasis/2001)

Όλη η πνευματική παράδοση της ορθόδοξης Εκκλησίας είναι σταυρική και ασκητική. Οι πατέρες της Εκκλησίας διδάσκουν ότι με υπομονή, καρτερία και ευχαριστώντας το Θεό πρέπει να δεχόμαστε τις ασθένειες που μας επισκέπτονται. Η Αγία Συγκλητική που έπασχε επί χρόνια από βαρύτατο νόσημα σαπίζοντας πάνω στο κρεβάτι του πόνου έλεγε: «Μη ούν αδημονήσωμεν αρρωστούντες, άλλ' ευχαριστήσωμεν τω Θεώ τω πάντα

συμφερόντως οικονομούντι, και πολλάκις δια της προσκαίρου του φθειρομένου σώματος αρρωστής, τη αθανάτω ψυχή υγείαν και Σωτηρίαν χαρίζομένω αΐδιον». Ο Κύριος λέγει στον Απόστολο Παύλο, «η γαρ δύναμης μου εν ασθενεία τελειούται». Ο δε Παύλος τονίζει χαρακτηριστικά, «ήδιστα ούν καυχήσομαι εν ταίς ασθενείας μου, ίνα επισκηνώση επ' εμέ η δύναμις του Χριστού». Ο Δαυίδ δε σημειώνει χαρακτηριστικά: «Εν θλίψει επλάτυνάς με». Θα μπορούσε κανείς να καταθέσει ένα ατέλειωτο πλήθος από πατερικές απόψεις που να συνηγορούν προς την ίδια κατεύθυνση.

Δυστυχώς σήμερα ο λόγος της ασκητικής και σταυρικής υπέρβασης ακούγεται ξένος. Ο άνθρωπος έχοντας χάσει το πνευματικό του κέντρο έχασε και τον υπαρξιακό του προσανατολισμό. Θέλει ν' απομακρύνεται συνεχώς από το γεγονός του θανάτου, γιατί έτσι νομίζει ότι αποφεύγει την υπαρξιακή κρίση ή απομακρύνεται από το τέρμα των επίγειων απολαύσεων. Ένας ετοιμοθάνατος που παρατείνει την παρουσία του είναι μια διαρκής μνήμη θανάτου. Ο θάνατος πρέπει να σβήσει από το καθημερινό μας στερέωμα, να μηδενιστεί ως γεγονός. Γι' αυτό και στη Δύση ο θάνατος δεν έχει πια καμία αξία. Τείνει να ταυτιστεί με την ανυπαρξία, με το ακατανόητο μηδέν. Όλα πρέπει να εξαφανιστούν, σώμα και μνήμη. Και η ευθανασία είναι ένας σύντομος δρόμος προς αυτή την κατεύθυνση. («ΚΑΤΑΚΟΜΒΗ», 1997)

Ο Αρχιμανδρίτης Μηλιώνης σχετικά με τους ασθενείς αναφέρει: «Από την πρακτική πείρα, που έχω κατά 33έτη που υπηρετώ τους καρκινοπαθείς ασθενείς, ουδείς εκ των ασθενών μου εζήτησε να πεθάνει, αλλά αντιθέτως όλοι ζητούν να προσευχηθώ να γίνουν υγιείς και να ζήσουν. Συνεπώς πρόβλημα ευθανασίας δια τους ασθενείς δεν υπάρχει. Το πρόβλημα υπάρχει στο οικογενειακό περιβάλλον, που δεν ημπορούν ή δεν θέλουν να υποφέρουν και να βοηθήσουν τους ασθενείς των.» (Αρχιμανδρίτης Μηλιώνης, 2002, σελ.15)

Η Εκκλησία λοιπόν είναι αντίθετη σε κάθε μορφή ευθανασίας γιατί η ίδια ενδιαφέρεται να δώσει στον άνθρωπο τη ζωή. Επίσης είναι απαράδεκτος, διότι

έρχεται σε αντίθεση με την 6η εντολή του Μωσαϊκού Δεκάλογου με το «Ου φονεύσεις».

Η ευθανασία όμως, ως καλός, ήρεμος και εύκολος θάνατος όχι μόνο δεν απορρίπτεται από τη χριστιανική πίστη και την Εκκλησία αλλά αποτελεί και αντικείμενο προσευχής. Το επαναλαμβανόμενο στη Θεία Λειτουργία και σε πολλές εκκλησιαστικές ακολουθίες αίτημα για να είναι «χριστιανικά τα τέλη της ζωής ημών ανώδυνα, ανεπαίσχυντα, ειρηνικά και καλήν απολογία την επί του φοβερού βήματος του Χριστού», αλλά και η σύνδεση του οσιακού τέλους με τον εύκολο και ειρηνικό θάνατο βεβαιώνουν την άποψη αυτή.

«Το δικαίωμα στο θάνατο, κατά τη χριστιανική αντίληψη, δεν είναι το δικαίωμα να προκαλέσει κανείς ή να ζητήσει από τους άλλους το θάνατό του, αλλά το δικαίωμα να πεθάνει με ηρεμία και ειρήνη και αξιοπρέπεια, απολαμβάνοντας την αγάπη των ανθρώπων μέχρι τελευταίας πνοής. Ένα τέτοιο δικαίωμα είναι ιερό και σεβαστό». (Μητροπολίτου Χριστόδουλου, Κ. Παρασκευαΐδη, 1986, σελ.17)

ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

Ασθενής και ευθανασία

1. Τα δικαιώματα του ασθενούς.

Ο κάθε άνθρωπος ως μέλος του κοινωνικού συνόλου και σαν άτομο έχει δικαιώματα και υποχρεώσεις. Τα δικαιώματα ενός ανθρώπου ισχύουν σ' οποιαδήποτε κατάσταση βρίσκεται είτε σε κατάσταση υγείας είτε όταν χρήζει παροχή θεραπείας.

Σαν δικαίωμα ορίζεται η ελευθερία του ανθρώπου να απολαμβάνει κάτω από έννομο τάξη τα αγαθά. Έννομος τάξις παρέχεται στον άνθρωπο από τη πολιτεία ή από τον ηθικό νόμο. Τα δικαιώματα του ασθενούς μπορούμε να τα χωρίσουμε στις εξής κατηγορίες:

A. Το δικαίωμα της ενημέρωσης.

Το δικαίωμα της ενημέρωσης θεμελιώνεται και νομικά και ηθικά. Νομικά γιατί παρέχεται από το νόμο και ηθικά γιατί στηρίζεται στην ελευθερία του ασθενή, τη φιλαλήθεια και την ωφελιμότητα.

Τα είδη πληροφοριών που θα πρέπει να παρέχονται είναι πληροφορίες που ν' απευθύνονται στους πολίτες σχετικά με την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της ασθένειας. Τέτοιες πληροφορίες άρχισαν να δίνονται στους πολίτες από το 1960. Αρχικά αναφέρονταν στην άσκηση του σώματος και στην υγιεινή διατροφή και στη μετέπειτα πορεία προστέθηκαν καμπάνιες από τις κυβερνήσεις των χωρών σε παγκόσμια κλίμακα όπως καμπάνιες για το αλκοόλ, τα ναρκωτικά, το κάπνισμα κ.τ.λ. Σήμερα σ' όλα αυτά έχουν προστεθεί και μια μεγάλη ποικιλία βιβλιογραφίας με ιατρικές συμβουλές.

Ακόμα πολύ χρήσιμες είναι και οι πληροφορίες που αφορούν το σύστημα υγείας ώστε να ξέρουν οι πολίτες που θα πρέπει ν' απευθυνθούν σε περίπτωση ανάγκης, να γνωρίζουν τους κανόνες καθώς και την υποδομή και την οργάνωση του συστήματος.

Τέλος, έχουμε τις πληροφορίες που θα πρέπει ν' απευθύνονται στους ασθενείς. Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με τη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόγνωση. Οι πληροφορίες που δίνονται στους ασθενείς θα πρέπει να δίνονται σε γλώσσα την οποία να καταλαβαίνουν και όχι σε ξύλινη ορολογία όπως δυστυχώς γίνεται συχνά. (Γιαννοπούλου, 1995)

Αν ο ασθενής θέλει μπορεί να μην ασκήσει αυτό το δικαίωμά του. Για ν' απαλλαγεί όμως ο γιατρός από την ευθύνη για έλλειψη ενημέρωσης του ασθενούς πρέπει ν' αποδειχτεί ότι η πρωτοβουλία της παραίτησης από την ενημέρωση άνηκε αποκλειστικά στον ασθενή. (Ανδρουλάκη – Δημητριάδη, 1993)

B. Το δικαίωμα του σεβασμού

Ο σεβασμός των ανθρώπινων δικαιωμάτων είναι ιδιαίτερα σημαντικός στο πεδίο της υγείας. Ο σεβασμός περιλαμβάνει δικαιώματα όπως το δικαίωμα της εξατομικευμένης φροντίδας, το να βλέπεις τον ασθενή σαν πρόσωπο, να τον γνωρίζεις με τ' όνομά του και όχι σύμφωνα με την ασθένειά του. Σημαίνει να τον ακούς, να του εξηγείς πράγματα που για εκείνον είναι άγνωστα και είναι πιθανόν να του δημιουργούν το συναίσθημα του φόβου.

Ακόμα στο δικαίωμα του σεβασμού περιλαμβάνεται το δικαίωμα της εχεμύθειας και του απορρήτου. Χρέος όλων των επιστημόνων υγείας είναι να μην αποκαλύπτουν στοιχεία ή πληροφορίες που δίνει ο ασθενής κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων, εξετάσεων και της θεραπείας. Οι ασθενείς παρέχουν πιο εύκολα πληροφορίες όταν ξέρουν ότι θα τηρηθούν απόρρητες.

Στη συνέχεια, υπάρχει το δικαίωμα ν' αρνηθεί τη θεραπεία. Αυτό το δικαίωμα του ασθενούς δημιουργεί ηθικά διλήμματα στην επιστημονική ομάδα.

Από τη θέση του ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να ερευνήσει τα αίτια της άρνησης και να τ' αντιμετωπίσει.

Αίτια της άρνησης μπορεί να είναι:

- Αισθήματα φόβου που διακατέχουν τον ασθενή
- Άγνοια των συνεπειών της άρνησης
- Ελλιπής πληροφόρηση σχετικά με την κατάστασή του.

Επίσης, υπάρχει το δικαίωμα του να πεθάνει με αξιοπρέπεια όπου πολλοί το συμπεριλαμβάνουν στα δικαιώματα που περιέχονται στην έννοια του σεβασμού. Το δικαίωμα αυτό χρησιμοποιείται σαν επιχείρημα υπέρ της ευθανασίας.

Τέλος, υπάρχει το δικαίωμα ν' αρνηθεί να γίνει αντικείμενο πειραμάτων. Πολλά φάρμακα αλλά και τεχνικές θεραπείες δοκιμάστηκαν σε ανθρώπους που χρησιμοποιήθηκαν σαν πειραματόζωα. Τα πειράματα στους ανθρώπους είναι λιγότερο οδυνηρά και επικίνδυνα γιατί έχουν προηγηθεί σε ζώα. Η εκούσια προσφορά του ανθρώπου για πειραματόζωο γίνεται δεκτή αλλά με όρους, ενώ η χρησιμοποίηση ενός ανθρώπου χωρίς τη συγκατάθεσή του είναι απαράδεκτη. Τέτοια παραδείγματα έλαβαν χώρα στα Γερμανικά στρατόπεδα συγκεντρώσεως ομήρων όπως το Νταχάου κατά τη διάρκεια του ΄Β Παγκοσμίου Πολέμου. (Γιαννοπούλου, 1995)

Γ. Το δικαίωμα της συμμετοχής

Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συμμετέχει στις αποφάσεις που παίρνονται γι' αυτόν και στην αγωγή που του εφαρμόζεται. Για να μπορεί να υπάρχει ουσιαστική συμμετοχή οι ασθενείς πρέπει να γνωρίζουν:

- Τι ερωτήσεις πρέπει να κάνουν.
- Το ρόλο του καθενός από τους επιστήμονες υγείας.
- Τους τρόπους συμμετοχής.

Δ. Το δικαίωμα ίσης μεταχείρισης

Το δικαίωμα στηρίζεται στην ηθική επιταγή για δικαιοσύνη χωρίς περιορισμούς εθνικότητας, φυλής, θρησκεύματος, χρώματος, φύλου, πολιτικών ή κοινωνικών πεποιθήσεων όπως διακηρύχτηκε παγκόσμια στη Διακήρυξη Ανθρώπινων Δικαιωμάτων των Ηνωμένων Εθνών (1948) στα άρθρα 22 και 25 αλλά και στο Διεθνή Κώδικα. (Γιαννοπούλου, 1995)

2. Το περιεχόμενο της ελευθερίας στο κρίσιμο αίτημα του ασθενούς

2.1. Ανθρωποκτονία με συναίνεση

Η βοήθεια προς το θάνατο είναι αυτονόητη τόσο από νομικής όσο και από ιατρικής πλευράς όταν έχει εξαντληθεί οποιαδήποτε άλλη βοήθεια. Έτσι λοιπόν όταν η λύτρωση από τους πόνους δεν συνδέεται από οποιοδήποτε κίνδυνο συντμήσεως της ζωής αποτελεί όχι μόνο επιτρεπτή αλλά και επιβεβλημένη αποστολή του γιατρού.

Ο γιατρός για τη χορήγηση ανακουφιστικών φαρμάκων ή τη λήψη αναισθητικών μέτρων θα πρέπει να έχει τη συναίνεση του ασθενούς. Σε περιπτώσεις που ο ασθενής «τα έχει χαμένα» και δεν μπορεί να συναινέσει μόνος του τέτοια μέτρα που ανακουφίζουν από τους πόνους χωρίς να υπάρχει σύντμηση ζωής πρέπει να θεωρούνται απόλυτα επιτρεπτά.

Όταν όμως η ανακούφιση από τους πόνους μπορεί να προκαλέσει σύντμηση της ζωής (είτε με δοσολογία που δεν μπορεί να εκτιμηθεί πλήρως είτε με μια επίδραση διαρκούς φαρμακευτικής αγωγής) με τέτοιο τρόπο που να μπορεί ν' αποδειχτεί ότι υπάρχει αιτιώδης συνάφεια μεταξύ των ανακουφιστικών μέτρων και της επιτάχυνσης του δρόμου προς το θάνατο τότε μιλάμε για ανθρωποκτονία. Άσχετα με το αν ο ασθενής εξέφρασε επιθυμία γι' αυτά τα μέτρα ή όχι πρόκειται για ανθρωποκτονία εν συναινέσει. (Εσερ, 1985)

2.2. Συμμετοχή σε αυτοκτονία

Περίπτωση υποβοηθούμενης ευθανασίας θα μπορούσε να θεωρηθεί και η λεγόμενη συμμετοχή σε αυτοκτονία. (άρθρο 301 Π.Κ.) Έτσι όποιος έδωσε βοήθεια κατά την αυτοκτονία τιμωρείται με φυλάκιση. Δηλαδή το Ποινικό Δίκαιο δεν τιμωρεί την αυτοπροβολή, την αυτοκτονία αλλά τιμωρεί πολύ επιεικέστερα όμως από την κοινή ανθρωποκτονία την υποβοηθησή της ως ετεροπροσβολή.

Υποστηρίζεται μάλιστα ότι εάν ο Α πάσχει από αφόρητους πόνους και ζητεί βοήθεια για ν' αυτοκτονήσει από το φίλο του Β ο οποίος του δίνει δηλητήριο που ο Α παίρνει μόνος του η πράξη του Β δεν είναι αξιόποινη αφού συνιστά βοήθεια πριν από τη τέλεση της πράξης. Άδικη μπορεί να είναι η παράλειψη του Β να βοηθήσει τον Α όταν δημιουργείται κίνδυνος ζωής που αξιολογείται στο πλαίσιο του άρθρου 307. (Παντελίδου, 2002)

2.3. Η Διακοπή της θεραπείας κατ' απαίτηση του ασθενούς και η αυθαίρετη παροχή θεραπείας.

Η βούληση του ασθενούς για να επέλθει η επεικέστερη μεταχείριση όποιου προβαίνει ή σε ανθρωποκτονία με συναίνεση ή υποβοηθεί την αυτοκτονία έχει εξαιρετική σημασία. Η βούληση αυτή θα απαλλάξει το γιατρό από κάθε ποινική ευθύνη αν ο ασθενής δεν επιθυμεί τη θεραπεία του. Στο Ποινικό Δίκαιο υποστηρίζεται ότι το θεμελιώδες αγαθό στη ζωή περιλαμβάνει και το λεγόμενο δικαίωμα αυτοδιαθέσεως της ζωής.

Ο ιατρός θα πρέπει να σταματήσει κάθε προσπάθεια παροχής θεραπείας αν ο ασθενής που μπορεί να εκφράσει ελεύθερα τη βούληση του δεν επιθυμεί να ζήσει και φυσικά δεν θα διώκεται ποινικά αν πράξει κάτι τέτοιο. Στην περίπτωση αυτή η βούληση πρέπει να προέρχεται από ενήλικο που έχει συνείδηση της απόφασης του, δηλαδή οι ανήλικοι, αυτοί που βρίσκονται σε κώμα ή σε διατάραξη της συνειδήσεως τους και άνθρωποι με ψυχικές ασθένειες που δεν έχουν τη χρήση του λογικού, που δεν μπορούν ν' ασκήσουν το «δικαίωμα» διακοπής της ζωής επειδή δεν είναι σε θέση να εκφράσουν ελεύθερα και ανεπηρέαστα τη βούληση τους.

Εάν ο γιατρός παρακούσει τον ασθενή και συνεχίσει τη θεραπεία, κάτι τέτοιο μπορεί να μην αποτελεί άδικη και καταλογιστή πράξη σύμφωνα με τα άρθρα 20, 25 και 32 Π.Κ. (Παντελίδου, 2002)

Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν είναι πλέον σε θέση να εκφράσει τη συναίνεση του (π.χ. είναι σε κώμα, έχει γεροντική άνοια κ.τ.λ.) είχε όμως τη

πρόνοια να εκφράσει τη βούληση του σχετικά με το ενδεχόμενο αυτό και είχε δημοσιοποιήσει την επιθυμία του ως προς την έναρξη, συνέχιση ή τη διακοπή της θεραπείας του ή προς το ενδεχόμενο δωρεάς των οργάνων του, το άρθρο 9 του Ποινικού Κώδικα ορίζει ότι οι επιθυμίες του ασθενούς θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από το γιατρό, δεν τον υποχρεώνουν όμως να τις ακολουθήσει. Αυτή η προσεκτική διατύπωση οφείλεται στο γενικό προβληματισμό σχετικά με τη δυνατότητα του ατόμου ν' αποφασίζει εκ των προτέρων για θέματα για τα οποία δεν είναι δυνατόν να έχει σαφή και ασφαλή αντίληψη για τους εξής κυρίως λόγους:

α. Μία σοβαρή ασθένεια ενδέχεται ν' αλλάξει τον τρόπο αντιδράσεως και σκέψης ενός ατόμου. Δεν είναι καθόλου βέβαιο ότι ενώπιον του προσεγγίζοντος θανάτου το άτομο εξακολουθεί να έχει την ίδια επιθυμία την οποία εξέφρασε όταν το ενδεχόμενο αυτό ήταν απομακρυσμένο.

β. Η πρόοδος της επιστήμης είναι δυνατόν να προσφέρει προοπτικές που ήταν άγνωστες στον ασθενή κατά τη στιγμή της δημοσιοποιήσεως της επιθυμίας του. (Κριάρη - Κατράνη, 2002)

3. Οι θέσεις του ασθενή απέναντι στην ευθανασία.

Κάθε ασθενής, κυρίως εκείνος που βρίσκεται στο τελικό στάδιο θέλει να σωθεί από τον πόνο και τον θάνατο. Όταν πληροφορηθεί ή διαισθανθεί την αρνητική διάγνωση, αρνείται την πραγματικότητα της ανίατης αρρώστιας και κλείνεται στον εαυτό του. Την άρνηση και τα καταθλιπτικά συμπτώματα διαδέχονται ο θυμός και η οργή. Ακολουθεί ο συμβιβασμός και αρχίζει να γεννιέται κάποια ελπίδα και προσδοκία για τη ζωή. Στο σημείο αυτό επέρχεται ο θάνατος με μια αίσθηση γαλήνης. Η ψυχίατρος Elizabeth Kubler Ross που ανέπτυξε τη θεωρία των πέντε σταδίων «προσαρμογής» του ασθενούς με το θάνατο ύστερα από πολύχρονη έρευνα, επισημαίνει τη σχετικότητα της θεωρίας της και θεωρεί ότι αυτή δεν ισχύει για όλους τους ασθενείς. (Βασιλείου - Καλλιακμανάκη, 2002).

Το τελικό στάδιο της θεωρίας αυτής, «η αποδοχή», είναι πολύ ρεαλιστικό και όμορφο να το βλέπεις, αλλά οι περισσότεροι άνθρωποι δεν πεθαίνουν σ' αυτό το πέμπτο στάδιο. Οι περισσότεροι πεθαίνουν ενώ ακόμα βρίσκονται στη φάση της άρνησης, της διαπραγμάτευσης ή της κατάθλιψης. Η κατάθλιψη όταν φτάσουν εκεί είναι τόσο οδυνηρή ώστε δεν ξέρουν ότι μπορούν να την επεξεργαστούν και να την προσπεράσουν με αποτέλεσμα να επιστρέφουν στα προηγούμενα στάδια ιδιαίτερα στην άρνηση. (Peck, 1997)

Αρκετά συχνά ο ασθενής διατηρώντας ακέραιη την ψυχική και νοητική του κατάσταση μπορεί να διαμορφώσει μια θετική άποψη για την ευθανασία ή ακόμα να επικαλεστεί και την εφαρμογή της όταν η έκβαση της καταστάσεως της υγείας του γνωρίζει ότι είναι ιδιαίτερα δυσοίωνη λόγω της φθίνουσας πορείας της. Πάσχοντες από κακοήθη νεοπλάσματα και ανιάτων νευρολογικών παθήσεων επικαλούνται την ευθανασία ιδίως όταν βρίσκονται υπό το κράτος του σωματικού ή ψυχικού άλγους. (Μπαλογιάννης, 2002)

Ακόμη πιο σημαντικό είναι το γεγονός ότι δεν είναι απλώς ο πόνος ή ο φόβος του πόνου που οδηγεί τους ανθρώπους στην υιοθέτηση της ευθανασίας.

Είναι τα συμπτώματα μιας ασθένειας και συχνά οι παρενέργειες των φαρμάκων που καταστρέφουν την ποιότητα ζωής των ανθρώπων. (Χάμφρι, 1997)

Κοινωνικά και ψυχολογικά η θανατική διαδικασία εξυπακούει μια αλλαγή ταυτότητας.

Ο άνθρωπος που ψυχορραγεί γίνεται αργά αργά άλλος άνθρωπος, ένας άνθρωπος τελείως και ριζικά διαφορετικός από τον άνθρωπο που ήταν πριν περάσει στη θανατική διαδικασία. Η αντίληψη αλλάζει, η κοινωνική συμπεριφορά του αλλάζει, οι σχέσεις του με την πραγματικότητα αλλάζουν. (Ζιγκλέρ, 1982)

Οι παράγοντες που οι ασθενείς θεωρούν την ευθανασία σαν ενδεχόμενη λύση στο δράμα της ασθένειάς τους είναι οι εξής:

α. Η επικράτηση του σωματικού άλγους.

Η επικράτηση του σωματικού άλγους είναι ιδιαίτερα καταλυτική για την απόσβεση της επιθυμίας του ασθενούς για ζωή. Το συνεχές άλγος καθιστά έντονη την επιθυμία του θανάτου ως μόνη πλέον έξοδο από το διαρκές μαρτύριο. Το σωματικό άλγος επιδρά στο σύστημα του πάσχοντος και μεταβάλλει τις συναισθηματικές αντιδράσεις και τη συμπεριφορά του. Λίγα μόνο άτομα έχουν την υψηλή πνευματική καλλιέργεια και μπορούν ν' αντέξουν το έντονο άλγος και να διατηρούν συγχρόνως τη ψυχική τους αρμονία. (Μπαλογιάννης, 2002)

«Ο πόνος αποτελεί ουσιαστικά μια προσωπική εμπειρία και όχι ένα απλό «ερέθισμα – απάντηση» σύμπλεγμα». (Γκιάλα, 2002)

Ο Συναισθηματικός πόνος είναι ως επί το πλείστον ένα ψυχολογικό φαινόμενο. Αυτό το είδος πόνου είναι ο πρωταρχικός υποκινητής της ευθανασίας. (Peck, 1997)

β. Η επικράτηση της καταθλίψεως

Από το άλγος που έχει ο ασθενής κινητοποιείται η μονοαμινεργική δράση στους κρικοειδείς σχηματισμούς αποτέλεσμα της οποίας είναι η κινητοποίηση των διεργασιών της καταθλιπτικής αντίδρασης. Η κατάθλιψη πολύ συχνά συνοδεύει τον πόνο η αίσθηση του οποίου μεγιστοποιείται απ' αυτή ενώ παράλληλα αμβλύνονται και οι ψυχικές δυνάμεις του πάσχοντος ατόμου. Στο πλαίσιο της κατάθλιψης επέρχεται απόσβεση όλων των προσδοκιών του ασθενούς και σταδιακά ενισχύεται η επιθυμία του θανάτου η οποία έτσι κι αλλιώς υποδαυλίζεται από το σωματικό άλγος και έτσι ο ασθενής βλέπει το θάνατο σαν μοναδική δίοδο για την απαλλαγή του.

Η σκέψη του ασθενούς κατευθυνόμενη πολλές φορές από την κατάθλιψη στερείται τη δυνατότητα κριτικής θεώρησης και στρέφεται όλο και περισσότερο στους τρόπους επιτεύξεως και πραγματοποίησεως του θανάτου ο οποίος εκλαμβάνεται σαν τη μόνη λύτρωση από το σωματικό και ψυχικό άλγος. (Μπαλογιάννη, 2002)

γ. Η απόσβεση των προσδοκιών

Τόσο η φθίνουσα πορεία της υγείας του πάσχοντος, όσο και το ήδη καταθλιπτικό συναίσθημα αυτού συμβάλλουν στην απόσβεση όλων των προσδοκιών του ασθενούς για την ανάκτηση της υγείας του και την επιστροφή του στους προγενέστερους ρυθμούς της ζωής του. Το φάσμα της αναπηρίας και του θανάτου βρίσκεται σαν σκιά που αποκόβει κάθε ακτίνα ελπίδας και επιβάλλουν την ταχεία επέλευση του θανάτου. (Μπαλογιάννη, 2002)

δ. Η αίσθηση της κοινωνικής κατολισθήσεως, της απομονώσεως, της επιφορτίσεως των οικείων και ο φόβος της εγκατάλειψης

Παράλληλα με το πλαίσιο της κατάθλιψης αιωρείται στον ασθενή το φάσμα της κοινωνικής κατολίστεσης και της ψυχολογικής απομόνωσης ενώ ενισχύεται

το αίσθημα της θλίψης από την αίσθηση ότι επιπροστίθεται βάρος στους οικείους του από τη χρόνια και μη ανατασσίμενη πάθηση του.

Η τελευταία αυτή αίσθηση αποτελεί καταδυναστευτικό βίωμα για τους ασθενείς οι οποίοι αλγούν ψυχικά από την εμφανή καταπόνηση των οικείων τους από την ασθένεια τους. Έτσι επικαλούνται την ευθανασία όχι μόνο σαν μέτρο λύτρωσης από το σωματικό και ψυχικό άλγος αλλά και σαν την μόνη οδό απελευθέρωσης των οικείων του από τη συνεχή υπεραπασχόληση, τη φροντίδα, την σωματική τους και ψυχική τους ανάλωση, των οικονομικών επιβαρύνσεων και του αυξημένου ηθικού άλγους το οποίο επιπροστίθεται από την ασθένεια αυτών. Ιδίως η καθήλωση των οικείων και κυρίως των τέκνων από τα προβλήματα των πασχόντων γονέων και η λειτουργική αδρανοποίηση αυτών από το χώρο της εργασίας τους ή της παιδείας τους αποτελεί οδυνηρό βίωμα, την έξοδο από το οποίο επιζητούν επικαλούμενοι την ευθανασία.

Συχνά στη ψυχή των χρονίων και ανιάτως πασχόντων φωλιάζει ο φόβος της τελικής τους εγκατάλειψης από τους οικείους του λόγω της συνεχούς κοπώσεως αυτών εντός των νοσοκομειακών μονάδων για χρόνια και ότι θα εξέλθουν από τη ζωή μακριά από τη στοργική παρουσία των προσφιλών προσώπων τους, μακριά από το οικείο περιβάλλον τους μέσα σ' ένα ανώνυμο περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται η σκιά του θανάτου και πρυτανεύει η οδύνη της ψυχικής απομόνωσης. (Μπαλογιάννης, 2002)

4. Ο θάνατος στο σπίτι και στο νοσοκομείο. Ο ρόλος των συγγενών.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο ο θάνατος έχει γίνει μια διαδικασία που τα τελευταία χρόνια αντιμετωπίζεται σε νοσοκομεία, γηροκομεία ή άλλου είδους ιδρύματα.

Αναλυτικότερα, μέχρι το πρόσφατο παρελθόν ο άνθρωπος αντιμετώπιζε τις περισσότερες φορές το θάνατο στο σπίτι του, τριγυρισμένος από την οικογένειά του. Οι οικείοι του έχοντας ζήσει πολύ καιρό μαζί του αντιλαμβάνονταν τις ανάγκες του και τις επιθυμίες του, ήταν σε θέση να τον βοηθήσουν να γνωρίσει ένα θάνατο όσο γίνεται πιο γλυκό. Αν παραβρισκόταν κι ο γιατρός, βοηθούσε κι αυτός τον άρρωστο με τη παρουσία του και μόνο. Σπάνια έστελναν άρρωστο να πεθάνει στο νοσοκομείο.

Όμως τα πράγματα άλλαξαν πολύ και αυτό είναι αποτέλεσμα της αλλαγής του τρόπου ζωής μας. Πριν υπήρχε κάποιος, η μητέρα, η αδερφή που φρόντιζε τον άρρωστο σπίτι. Σήμερα οι περισσότεροι άνθρωποι ζουν χωριστά, σε διαμερίσματα και κανείς δεν είναι διαθέσιμος ώστε να περιποιηθεί τον άλλον όταν αρρωστήσει. Οι ρυθμοί της ζωής τους είναι εξαντλητικοί κυρίως λόγω της εργασίας τους μιας και η ζωή μας έχει γίνει πιο δύσκολη και με περισσότερες ανάγκες.

Έπειτα ένας ακόμα λόγος είναι ότι περισσότεροι άνθρωποι φοβούνται τον θάνατο και προσπαθούν ν' αποστασιοποιηθούν απ' αυτόν έτσι με το ν' αναλάβουν τη φροντίδα ενός ασθενούς που βρίσκεται σε τελικό στάδιο βγαίνουν στο φως οι δικές τους φοβίες και ανησυχίες για το θάνατο.

Ακόμα υπάρχουν και οικονομικοί λόγοι που συμβάλλουν σ' αυτή την αλλαγή. Τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν τα νοσήλια μόνο όταν ο ασθενής νοσηλεύεται σε νοσοκομείο. Η παραμονή του στο σπίτι με ιδιωτική φροντίδα είναι εξαιρετικά δαπανηρή.

Η τεχνολογική λειτουργικότητα του νοσοκομείου επιτρέπει κατά κανόνα την εφαρμογή αγωγής αποτελεσματικότερης απ' αυτήν που γίνεται σπίτι. Συχνά

όμως το νοσοκομείο επιβάλλει στους ετοιμοθάνατους μια επιθανάτια αγωνία πολύ πιο επώδυνη απ' αυτήν που περνάει κανείς σπίτι του. (Ζιγκλέρ, 1982)

Υπάρχουν όμως και άνθρωποι που ανέφεραν ότι ένιωσαν παράξενα ξελαφρωμένοι/ λυτρωμένοι με μια έννοια με την πολύ στενή συμμετοχή τους στη διαδικασία θανάτου ενός αγαπημένου ή συγγενικού τους προσώπου. Μιλούν γι' αυτόν λέγοντας πως ήταν ένας «καλός θάνατος». Μ' αυτό δεν εννοούν θάνατο με ευθανασία. Αυτό που εννοούν είναι ένας θάνατος που με κάποιο τρόπο καταφέρνει να ικανοποιήσει έξι κριτήρια:

1. Είναι ένας φυσικός θάνατος, όχι αποτέλεσμα αυτοκτονίας ή ανθρωποκτονίας.
2. Δεν περιέχει σωματικό πόνο, είτε η απουσία του πόνου είναι φυσιολογική είτε αποτέλεσμα της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής για την ανακούφιση του.
3. Το άτομο πεθαίνει γαληνεμένο, πράγμα που σημαίνει ότι πέτυχε τη συγχώρεση και τη συμφιλίωση μ' αυτούς που συνεχίζουν να ζουν.
4. Το άτομο είναι έτοιμο ενσυνείδητα να πεθάνει, με άλλα λόγια δεν βρίσκεται σε φάση άρνησης υποκρινόμενο ότι ο θάνατος του δεν είναι ακόμα γεγονός.
5. Με τον ένα ή με τον άλλο τρόπο, το άτομο έχει εκφράσει αυτή την ετοιμότητα και έχει πει το αντίο στους γύρω του.
6. Το άτομο είναι σε θέση να το κάνει αυτό γιατί πέρασε τη διαδικασία που απαιτείται ώστε να έχει απόλυτα συμφιλιωθεί με την ιδέα του θανάτου πριν τον συναντήσει. (Peck, 1997)

Τέλος, ο ασθενής θα πρέπει να έχει μια αντιμετώπιση σύμφωνη με τις αρχές της νομιμότητας, της ισότητας, της πολιτικής ουδετερότητας, της αιτιολογίας των πράξεων που αφορούν τον ίδιο, τον σεβασμό της προσωπικότητας, της τιμής, της σωματικής ακεραιότητας και της προστασίας της ζωής του. (www.inter/pares.org)

ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

Ιατρική και ευθανασία

1. Κανόνες ιατρικής δεοντολογίας

Στη σύγχρονη θεωρία του ιατρικού δικαίου δεν αμφισβητείται ότι η ιατρική ευθύνη μπορεί να πηγάζει από αθέτηση συμβατικών υποχρεώσεων που συνδέουν το γιατρό και ασθενή από αδικοπραξία ή από προσβολή της προσωπικότητας.

Όμως η ιατρική επιστήμη προερχόμενη από την ηθική επιταγή *salus aegroti suprema lex est*, κινείται μεταξύ τεχνικών γνώσεων, που επιτρέπουν την καλύτερευση ή την αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου και συχνά τη διάσωση της ζωής του και κανόνων ηθικών επιταγών που καθορίζουν τα όρια του επιτρεπτού της επέμβασης ανθρώπου στο αγαθό της ζωής και της υγείας άλλου ανθρώπου.

Οι κανόνες αυτοί συνήθως αποκαλούμενοι κανόνες ιατρικής δεοντολογίας αποτελούν για τους γιατρούς το βασικό οδηγό επαγγελματικής συμπεριφοράς, που ταυτόχρονα προσδιορίζει και το περιεχόμενο της αναμενόμενης από το γιατρό επιμέλειας ειδικά ως προς την αντιμετώπιση των απόλυτων αγαθών του ασθενούς.

Για το λόγο αυτό, η ιατρική δεοντολογία αποτελεί έμμεση πηγή ιατρικής ευθύνης, ως προς την υποχρέωση του γιατρού για ενημέρωση του ασθενούς, αλλά και όχι μόνο ως προς αυτήν. Οι κανόνες ιατρικής δεοντολογίας εκτείνονται και σε άλλα σημαντικά για την αξία του ανθρώπου προβλήματα και διαχωρίζουν το επιτρεπτό από το δυνατό. Όσο οι τεχνολογικές δυνατότητες προσφέρουν στη ιατρική τα μέσα επέμβασης στην ανθρώπινη φύση, τόσο

σημαντικότερη γίνεται η διαμόρφωση κανόνων ιατρικής δεοντολογίας. (Ανδρουλάκη - Δημητριάδη, 1993)

Η σημασία των κανόνων της ιατρικής δεοντολογίας ως έμμεσης πηγής της ιατρικής ευθύνης καταφαίνεται και από τις διεθνές προσπάθειες σχηματισμού ενιαίων κανόνων ιατρικής συμπεριφοράς.

Τα ανθρώπινα δικαιώματα του ασθενούς, διαμορφώθηκαν σε κανόνες αποδεκτούς από τα σύγχρονα κράτη στη Διακήρυξη της Λισσαβόνας (1981), που εκδόθηκε από την Παγκόσμια Ιατρική Ένωση.

Σύμφωνα με τη Διακήρυξη αυτή που περιλαμβάνει έξι ενότητες:

1. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να διαλέγει ελεύθερα το γιατρό του.
2. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να θεραπεύεται από γιατρό, ο οποίος είναι ελεύθερος ν' αναλάβει τη θεραπεία του, σύμφωνα με τις επιστημονικές αντιλήψεις του, χωρίς εξωτερικό επηρεασμό.
3. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα, αφού ενημερωθεί για την κατάσταση της υγείας του, να συμφωνήσει με τη θεραπεία που του προτείνεται ή να διαφωνήσει μ' αυτή και να μη δεχτεί θεραπεία.
4. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα ν' αναμένει, ότι ο γιατρός θα τηρήσει απόλυτη εχεμύθεια για την περίπτωση του.
5. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να πεθάνει με αξιοπρέπεια.
6. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα ν' αναμένει πνευματική και ψυχική στήριξη από το γιατρό του, την οποία μπορεί και να αρνηθεί.

Η Διακήρυξη περιλαμβάνει και προοίμιο, σύμφωνα με το οποίο ο γιατρός οφείλει να ενεργεί μόνο προς όφελος του ασθενούς, ανεξάρτητα από τις τυχόν τεχνικές, ηθικές, συνειδησιακές ή νομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζει. Αν οι νόμοι μιας πολιτείας ή η κυβέρνηση μιας χώρας αρνείται τα βασικά δικαιώματα του ασθενούς, όπως εκφράστηκαν στη Διακήρυξη, ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να βρει τρόπους να εξασφαλίσει στον ασθενή τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματά του.

Η Διακήρυξη των δικαιωμάτων του ασθενούς δεν δημιουργεί δικαιώματα για τον ασθενή, με τη νομική έννοια του όρου δικαίωμα. Δημιουργεί όμως για τους γιατρούς οδηγό ιατρικής δεοντολογίας, της οποίας τα όρια εξικνούνται μέχρι την υποχρέωση αντίδρασης ή και αντίστασης του γιατρού σε νόμους και καθεστώτα, που έρχονται σε αντίθεση με την ηθική, τα χρηστά ήθη ή τα ανθρώπινα δικαιώματα.

Στους κανόνες αυτούς, που διαμορφώνονται στο πλαίσιο κανόνων χρηστών ιατρικών ηθών που διέπουν τη σύμβαση ιατρικής αγωγής, ανήκουν και τα προβλήματα της γενετικής ιατρικής, των μεταμοσχεύσεων, των αναγκαστικών ιατρικών εξετάσεων και ιδιαίτερα των ιατρικών πειραμάτων και της ευθανασίας. (Ανδρουλάκη - Δημητριάδη, 1993)

2. Η συναίνεση της ευθανασίας

Μέχρι τώρα και σε ότι αφορά τη θεραπευτική ή τη διαγνωστική αγωγή, έχουμε καταλήξει στο συμπέρασμα, ότι οι κανόνες του ιατρικού δικαίου επιβάλλουν στο γιατρό να προσαρμόζεται προς τη βούληση του ασθενούς και κατά κανόνα, να μην προβαίνει σε ιατρικές πράξεις χωρίς τη συναίνεσή του.

Στη γλώσσα του ιατρικού δικαίου έχουν ήδη ενταχθεί οι όροι «διαθήκη περί ζωής (*living will*)», «διαθήκη του ασθενούς», οι οποίοι μπορούν να αποδοθούν στην ελληνική γλώσσα με τον όρο «διαθήκη ευθανασίας». Ευστοχότερα όμως αποδίδονται με τον όρο «συναίνεση ευθανασίας», διότι δεν πρόκειται για «διαθήκη», αλλά για συναίνεση του ασθενούς στη διακοπή της θεραπευτικής αγωγής. Συναίνεση που κατά την ορθότερη άποψη, πρέπει να δοθεί προς το γιατρό ειδικά και συγκεκριμένα, ενόψει υπαρκτής θανατηφόρας ασθένειας και αφού ο ασθενής ενημερωθεί από το γιατρό του για την εξέλιξη της ασθένειάς του και την πιθανότητα για το τέλος της ζωής του, εξ αιτίας της ασθένειας αυτής, να είναι αργό (εγκεφαλικά επεισόδια, καρδιακά, καρκίνος κ.ο.κ.) και να χρειαστεί να διατηρηθεί στη ζωή με μηχανήματα, που δεν θα έχουν άλλο σκοπό παρά μόνο την παράταση μιας υποτυπώδους ζωής (π.χ. αναπνοή, καρδιακοί παλμοί).

Η συναίνεση ευθανασίας δεν θα πρέπει να θεωρείται ισχυρή, όταν εκφράζεται από τον ασθενή κατά τρόπο γενικό και αφηρημένο, όταν ο άνθρωπος δεν πάσχει ή δεν γνωρίζει ότι πάσχει από θανατηφόρα ασθένεια, ούτε καν για την περίπτωση ατυχήματος, διότι ο άνθρωπος που αισθάνεται υγιής, αντιμετωπίζει το θάνατο ως μακρινό γεγονός και σκέπτεται διαφορετικά όταν δεν βρίσκεται μπροστά στο συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας.

Όπως δεν είναι ισχυρή συναίνεση θεραπευτικής αγωγής γενικά και αφηρημένα για οποιαδήποτε ασθένεια, έτσι δεν είναι ισχυρή και η «συναίνεση ευθανασίας» χωρίς να υφίσταται συγκεκριμένη ασθένεια που μπορεί να

ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

καταλήξει στο θάνατο. Για να είναι έγκυρη και σοβαρή η συναίνεση ευθανασίας, χρειάζεται ειδική και εμπειριστατωμένη ενημέρωση του ασθενούς γύρω από το ζήτημα της παράτασης της ζωής του με τεχνητά μέσα. (Ανδρουλάκη - Δημητριάδη, 1993)

3. Η νομική σημασία της συναίνεσης ευθανασίας

Τα προβλήματα που δημιουργούνται για το γιατρό, ο οποίος περιθάλπει το θνήσκοντα ασθενή είναι πολλά και πολυσύνθετα. Τίθονται όμως και γενικότερα προβλήματα «τελευταίας βούλησης», τα οποία δεν αφορούν μόνο το γιατρό, αλλά μπορεί να έχουν συνέπειες και για τους συγγενείς και ιδιαίτερα τους κληρονόμους του ασθενούς. (Εσερ, 1985)

Το ζήτημα της ενημέρωσης και της συναίνεσης ευθανασίας αμφισβητείται σφοδρότατα στην επιστήμη, ιδιαίτερα επειδή οι σύγχρονες τεχνικές ανακαλύψεις επιτρέπουν μακροχρόνια παράταση της ζωής του ανθρώπου με τεχνητά μέσα (μηχανήματα τεχνητής αναπνοής, τεχνητή κίνηση καρδιακών μυώνων κ.ο.κ.), πράγμα που ίσως δεν πρέπει να γίνεται χωρίς τη συναίνεση του, ιδιαίτερα όταν ο τρόπος αυτός παράτασης της ζωής συνεπάγεται και οδύνες.

Η άρχουσα άποψη δέχεται, ότι το δικαίωμα του ανθρώπου να εκφράζει ελεύθερα την προσωπικότητα του δεν εκτείνεται και στον τρόπο και το χρόνο του θανάτου του. Αρχίζει με τη γέννησή του και τελειώνει με τον θάνατό του, τον οποίο η ιατρική επιστήμη οφείλει να καθυστερήσει με όλα τα δυνατά και γνωστά σ' αυτήν μέσα. Κατά την άποψη αυτή στην ελεύθερη έκφραση της προσωπικότητας του ανθρώπου δεν συμπεριλαμβάνεται, ούτε η βούλησή του για να έρθει στη ζωή, ούτε για να φύγει από τη ζωή. Οι συνταγματικές εγγυήσεις και η αστική προστασία της προσωπικότητας (για το ελληνικό δίκαιο άρθρα 2, 5 Σ και 57 - 59 Α.Κ.) αφορούν κατά την άποψη αυτή, την αρχή και το τέλος της ζωής, μόνο ως προς τη διάρκεια της. (Ανδρουλάκη - Δημητριάδη, 1993)

Η άποψη αυτή επικρατεί κυρίως στην Ευρώπη αλλά και στην Αμερική και οφείλεται και στον οντολογικό περιορισμό της ελεύθερης έκφρασης και διάθεσης της ζωής του ανθρώπου από τον ίδιο, αλλά και στις βάσιμες υπόνοιες κατάχρησης της δυνατότητας «ευθανασίας» από γιατρούς, συγγενείς,

προσωπικό περίθαλψης ή απαλλαγής είτε του δημοσίου είτε των ασφαλιστικών ταμείων, είτε των συγγενών από «περιττή» δαπάνη περίθαλψης του ετοιμοθάνατου ασθενούς.

Το αίτημα του ασθενούς για ένα αξιοπρεπή θάνατο πρέπει να είναι σεβαστό από τους γιατρούς, στα πλαίσια του συνδέσμου εμπιστοσύνης που γεννάται μεταξύ γιατρού και ασθενούς από τη σύμβαση ιατρικής αγωγής. Ο ασθενής πρέπει να εφησυχάζει ότι ο γιατρός του δεν θα του παρατείνει άσκοπα τη ζωή του με τεχνητά μέσα, ιδιαίτερα όταν αυτό συνεπάγει οδύνες για τον ασθενή. (Ανδρουλάκη - Δημητριάδη, 1993)

4. Δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο γιατρός.

Η πραγματική έννοια της «ευθανασίας» γεννήθηκε δίπλα στο κρεβάτι του αρρώστου. Ανάμεσα βασικά σε κάποιον που υποφέρει από ανίατη πάθηση και στο περιβάλλον του ή το γιατρό που έχοντας εξαντλήσει κάθε θεραπευτικό μέσο δεν μπορεί πλέον να του δώσει έστω και την παραμικρή βοήθεια, έστω και απλή, παρηγορητική.

Για το γιατρό είναι μια στιγμή πολύ τραγική. Για τον ταγμένο να υπηρετεί τον άρρωστο με αφοσίωση και αυταπάρνηση κάτι τέτοιο σημαίνει βαθιά απόγνωση. Μια απόγνωση που ξεκινά από την αδυναμία του ν' ανακουφίσει έστω και για λίγο τον πόνο του συνανθρώπου του από τη βαθιά οδύνη που νιώθει βλέποντας το χάσιμο κάθε ελπίδας για ζωή. (Κουτσελίνης - Μιχαλοδημητράκης, 1984)

Ο γιατρός συναισθάνεται, σαν συντριπτικό βάρος τη μυριάδες φορές επαναλαμβανόμενη αποτυχία της απόπειράς του για επικοινωνία. Την συναισθάνεται κατά το τελευταίο στάδιο του διαλόγου με τον άρρωστο. (Ζιγκλέρ, 1984)

Έχει παρατηρηθεί ότι συχνά οι γιατροί όταν εξαντλήσουν τα μέσα που τους παρέχει η ιατρική και διαπιστώσουν ότι ο ασθενής οδεύει οριστικά προς το θάνατο, αλλάζουν εμφανώς συμπεριφορά. Αραιώνουν τις επισκέψεις ή τις κάνουν σύντομες και τυπικές και γίνονται απόμακροι. Αυτό εισπράττεται από τον ασθενή ως εγκατάλειψη και επιτείνεται η μοναξιά του. Στο στάδιο αυτό χρειάζεται μεγάλη προσοχή και υπομονή, κατανόηση και σεβασμός. Είναι απαραίτητο να αισθάνεται ο ασθενής ότι δεν είναι βάρος για τους άλλους, αλλά εξακολουθεί να έχει τη θέση του στη κοινωνία. Η αγάπη των οικείων αλλά και του γενικότερου νοσηλευτικού και ιατρικού περιβάλλοντός του είναι ίσως το πιο δυνατό φάρμακο. Οι ιατροί, οι νοσηλευτές/ τριες, οι συγγενείς και οι φίλοι

είναι συνοδοιπόροι του ασθενούς ως την τελευταία στιγμή. (Βασιλείου – Καλλιακμάνη, 2002)

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.

Ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο γιατρός που είναι υποχρεωμένος να έρχεται σ' επαφή με τους ασθενείς που έχουν περάσει στο στάδιο της θανατικής διαδικασίας είναι ότι υπάρχει μια σύγχυση στο επίπεδο των ευθυνών των δημόσιων αρχών και των γιατρών αντίστοιχα. Αναλυτικότερα, στα περισσότερα κράτη της Δυτικής Ευρώπης είναι συχνά τεράστιες και ως ένα βαθμό ανεξέλεγκτες οι επενδύσεις που γίνονται στον τομέα της «εθνικής άμυνας». Η περιστολή του προϋπολογισμού των ενόπλων δυνάμεων θεωρείται σχεδόν πράξη έσχατης προδοσίας.

Αντίθετα, οι επενδύσεις για τη δημόσια υγεία υπόκεινται και σε λογική αντιμετώπιση και σε πολιτική συζήτηση. Για παράδειγμα, για να πραγματοποιηθούν τρεις πυρηνικές εκρήξεις κοντά στην Ταϊτή η Γαλλία δαπάνησε έντεκα δισεκατομμύρια φράγκα και δέχτηκε μόνο μια ακαδημαϊκή συζήτηση εφόσον το ταμπού της «εθνικής άμυνας» προστατεύει τις δαπάνες από κάθε επικριτική εξέταση. (Ζιγκλερ, 1982)

Οι δαπάνες δεν συζητιούνται επειδή εξασφαλίζουν την επιβίωση του έθνους- και η επιβίωση του έθνους δεν μπορεί ν' αποτελεί θέμα συζήτησης. Αντίθετα, οι 400 εκατομμύρια ουραιμικοί της Γαλλίας που χρειάζονται να περνούν από θεραπεία τρεις φορές το χρόνο αποτελούν αντικείμενο ανοιχτής συζήτησης. Πρέπει λοιπόν, οι δαπάνες να ενταχθούν σε κάποιο σχεδιασμό και να επιβληθεί μια αυστηρή ιεράρχηση προτεραιοτήτων. Όμως οι περισσότερες κυβερνήσεις αφήνουν να δημιουργείται ένα κλίμα αβεβαιότητας στο χώρο της ιατρικής

συμπεριφοράς. Οι επενδύσεις για τη δημόσια υγεία θα 'πρεπε να έχουν απόλυτη προτεραιότητα.

Οι κλινικοί γιατροί θα 'πρεπε να είναι χορηγοί μιας ανωτέρου τύπου ηρεμίας. Προκειμένου να ενθαρρυνθεί ή και να δημιουργήσει κλίμα αξιοπρέπειας ο γιατρός θα πρέπει να προσπαθεί να συντηρήσει μέσα στον ετοιμοθάνατο την πίστη του στην οικουμενική τάξη, την ιδέα της ένταξής του στη κοινωνία καθώς και την ιδέα της ατομικότητάς του.

Ο γιατρός θα πρέπει να βοηθάει τον ετοιμοθάνατο και να τον διευκολύνει να γνωρίσει ένα θάνατο σύμφωνα με το χαρακτήρα του, ένα θάνατο που ν' ανταποκρίνεται στη ζωή που μέχρι τώρα έζησε. Για να γίνει όμως αυτό ο γιατρός θα πρέπει να είναι προετοιμασμένος για το θάνατο και να μην ξαναβρίσκει τη δική του ευθραυστότητα μπροστά στους ασθενείς που πεθαίνουν. (Ζιγκλέρ, 1982)

5. Παράγοντες που επηρεάζουν την κρίση του γιατρού στην αντιμετώπιση ασθενών σε κρίσιμες καταστάσεις.

Μέχρι πρόσφατα στο χώρο της ιατρικής επικρατούσε η αρχή ότι η ανθρώπινη ζωή πρέπει να παρατείνεται με κάθε τρόπο, όσο μικρές κι αν είναι οι ελπίδες για θεραπεία ή αποφυγή του θανάτου. Ή με βάση τις Ιπποκράτειες αρχές διαμορφωθείσα δεοντολογία του ιατρικού λειτουργήματος και η σχεδόν καθολικά αποδεκτή θέση για την ιερότητα και μοναδικότητα της κάθε ανθρώπινης ζωής, δημιουργούσαν την υποχρέωση στο γιατρό να προστατεύει και να μην καταλύει τη ζωή, η οποία σε καμία απολύτως περίπτωση δεν μετατρέπεται σε απαξία. Το καθήκον του γιατρού όπως διατυπώθηκε από ένα μεγάλο Άγγλο ιατρό στις αρχές του 20ού αιώνα είναι: «Να θεραπεύει κάπου κάπου, ν' ανακουφίζει συχνά και να παρηγορεί πάντοτε». Ο ιατρός ήταν ο συνοδοιπόρος του αρρώστου, όχι μόνο στην ασθένειά του αλλά και στον θάνατό του. Ήταν αυτός που αντιμαχόταν στο θάνατο, έστω κι αν ήξερε ότι το παιχνίδι θα ήταν χαμένο.

Σήμερα καλείται από την κοινωνία και τα άτομα να γίνει σύμμαχος και συνεργάτης του θανάτου. Αυτό το παλαιό ήθος της Ιατρικής σήμερα κατακρίνεται. Η άσκηση της ιατρικής φαίνεται να μετατοπίζεται από την ηθική των αρχών και των αξιών στην ηθική της συναίνεσης. Σήμερα ακούγονται φωνές για εγκατάλειψη και αντικατάσταση του όρκου του Ιπποκράτη τον οποίο θεωρούν απαρχαιωμένο και έξω από τη λογική της σύγχρονης κοινωνίας. Έτσι διαμορφώνεται ένα νέο ήθος ασκήσεως της ιατρικής, όπου διάφοροι παράγοντες παρεμβαίνουν και επηρεάζουν την κρίση του γιατρού σχετικά με την αντιμετώπιση ασθενών σε κρίσιμες και οριακές καταστάσεις. Οι κυριότεροι απ' αυτούς είναι οι ακόλουθοι:

1. Η αυτονομία του ασθενούς

Η αυτονομία του ασθενούς και η ελευθερία αυτοδιάθεσης του είναι αναφαίρετα και συνταγματικά κατοχυρωμένα δικαιώματα του. Η αξιοπρέπεια στον θάνατο φαίνεται να μετρά περισσότερο από τη διατήρηση της ζωής με κάθε τρόπο. Κατά τον Ολλανδό ογκολόγο και επισήμως ασκούντα ευθανασία καθηγητή Heintz, ο πιο σημαντικός λόγος ευθανασίας και μάλιστα σε ποσοστό άνω του 50% είναι το δικαίωμα του ασθενούς να πεθάνει με αξιοπρέπεια και η αντίληψη ότι δεν αξίζει κανείς να περιμένει ως το τέλος ένα θάνατο αναπόφευκτο.

2. Το μάταιο της θεραπείας (*Medical Futility*)

Το μάταιο της θεραπείας είναι μια κλινική εκτίμηση ότι μια ειδική παρέμβαση δεν θα οδηγήσει την επίτευξη ενός στόχου στον συγκεκριμένο ασθενή και συχνά συνδυάζεται με την υποκειμενική εκτίμηση για την ποιότητα ζωής του αρρώστου. Συχνά όμως οι εκτιμήσεις του ιατρού για την πιθανότητα επιτυχούς παρέμβασης είναι λανθασμένες. Ακόμη και η χρήση μαθηματικών μοντέλων εκτίμησης της πρόγνωσης δεν είναι ασφαλής. Εξ' άλλου σύμφωνα με πρόσφατο άρθρο που δημοσιεύτηκε στο *Bulletin of Medical Ethics* δεν είναι δυνατόν να μετρηθεί η ποιότητα ζωής ενός ατόμου επακριβώς και αξιόπιστα και επομένως δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως κριτήριο στις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας.

3. Η διανεμητική Δικαιοσύνη και η κατανομή των πόρων.

Τα οικονομικά της υγείας πουθενά στον κόσμο δεν πηγαίνουν καλά. Οι δαπάνες για την υγεία όχι μόνον βρίσκονται σε επικίνδυνα υψηλό επίπεδο, αλλά εμφανίζουν και ανοδική πορεία. Έτσι σήμερα ασκούνται ισχυρές πιέσεις από τους προμηθευτές υγείας για τον περιορισμό τους. Η νοσηλεία σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και η εφαρμογή σύγχρονης τεχνολογίας για τη διατήρηση

της ζωής είναι ακριβή υπόθεση και καταναλώνει ένα σημαντικό ποσό των δαπανών για την υγεία. Η σκέψη και η τάση που τείνει να επικρατήσει σήμερα είναι ο περιορισμός της κατανάλωσης πόρων και ανθρώπινου δυναμικού για αντιμετώπιση ασθενών με μικρή πιθανότητα καλού αποτελέσματος και η μεταφορά αυτών των πόρων για την αντιμετώπιση άλλων ασθενών με μεγαλύτερη πιθανότητα καλού θεραπευτικού αποτελέσματος.

Όμως κοινωνική δικαιοσύνη δεν είναι μόνο η λογική και δίκαιη κατανομή πόρων αλλά και η ίση δυνατότητα πρόσβασης στην υψηλή τεχνολογία. Ο αποκλεισμός από την υψηλή τεχνολογία κάποιων ασθενών λόγω μικρών πιθανοτήτων καλού θεραπευτικού αποτελέσματος συνιστά αδικία.

4. Η ηλικία του ασθενούς.

Τα ηλικιωμένα άτομα βρίσκονται σήμερα στο στόχαστρο πολιτικών, φιλοσόφων και σχεδιαστών υγείας γιατί αποτελούν καταναλωτές υπερβολικών ιατρικών πόρων. Ανοικτά πλέον σήμερα συζητείται αν τα ηλικιωμένα άτομα πρέπει να έχουν πρόσβαση στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και την σύγχρονη προηγμένη τεχνολογία, μάλιστα όταν οι διαθέσιμοι ιατρικοί πόροι είναι περιορισμένοι και ως εκ τούτου πρέπει να διοχετεύονται σε νεότερα άτομα με μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβιώσεως.

Στην εξοικονόμηση πόρων στοχεύει και η νομιμοποίηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, προς την οποία ωθούνται πολλές φορές τα ηλικιωμένα άτομα. Οι συζητήσεις για την φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων δεν έχουν μόνο θεωρητικό χαρακτήρα αλλά αντανακλούν την σημερινή πρακτική και την τάση για το μέλλον. Έτσι π.χ. το 1994 δημοσιεύτηκε στις εφημερίδες η αποκάλυψη ότι τα νοσοκομεία της Δανίας δεν έκαναν δεκτά στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας άτομα ηλικίας άνω των 70 ετών. Ακόμη σε έρευνα των Hill και συνεργατών που δημοσιεύτηκε το 1994 στο *British Medical Journal*, το 29% των ιατρών απήντησε ότι δεν θα έκαναν ανάνηψη σε ασθενείς

ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

άνω των 70 ετών, με μόνο κριτήριο την ηλικία τους. (Παναγόπουλος, 2002 σελ 48 - 51)

6. Οι θέσεις του ιατρικού σώματος και η συμβολή των γιατρών.

Σ' ένα επίπεδο περισσότερο πρακτικό κινούνται οι θέσεις που οι ίδιοι οι γιατροί εκφράζουν όσον αφορά στην ευθανασία. Ένα μέρος του ιατρικού σώματος θεωρώντας την απαραίτητη, σε ορισμένες περιπτώσεις και κάτω από ειδικές συνθήκες, αποδέχεται και την ανάγκη νομοθέτησής της. Υπάρχει όμως και ένα άλλο μέρος το οποίο ασυζητητί απορρίπτει μια τέτοια πρακτική υποστηρίζοντας ότι προορισμός του γιατρού είναι μόνο να αυξάνει και να παρατείνει τα χρονικά όρια της ζωής της ανθρώπινης ύπαρξης και πότε να πράττει το αντίθετο. Ίσως αυτό ακριβώς το πνεύμα να αντικατοπτρίζει και η σχετική ψηφοφορία μεταξύ των γιατρών στο «Denver Center for Health Ethics and Policy» που έδειξε ότι σε ποσοστό 60% οι γιατροί ευνοούν μεν τη νομοθετική ρύθμιση της ευθανασίας, αλλά το 50% περίπου αυτών αρνείται να την εφαρμόζει. (Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχοογκολογίας 1998)

Συμπερασματικά, η συμβολή του ιατρού συνίσταται στην προσπάθεια υφέσεως του σωματικού, ψυχικού, ηθικού και πνευματικού άλγους του πάσχοντος και στην εφαρμογή όλων των δυνατών θεραπευτικών μεθόδων για την ανάταξη της υγείας αυτού, ακόμη και στις πλέον δυσοίωνες προγνωστικώς ασθένειες. Το έργο του ιατρού χρειάζεται υψηλή ηθική δύναμη, υψηλή επιστημονική συγκρότηση και ακλόνητο αξιολογικό σύστημα πάνω στο οποίο θα στηρίζεται καθώς και αναλλοίωτες πνευματικές αξίες από τις οποίες θα τροφοδοτείται και θα αντιμετωπίζει τις στιγμές ψυχικής κοπώσεως. (Μπαλογιάννη, 2002)

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΈΡΕΥΝΑ

1.1. Σημαντικότητα έρευνας

Έχοντας σκιαγραφήσει παραπάνω την υπάρχουσα κατάσταση σε ότι αφορά το θέμα της ευθανασίας τόσο από κοινωνικής, νομικής, θρησκευτικής αλλά και ιατρικής απόψεως, διαφαίνεται ότι μια μελέτη που αφορά τις απόψεις ιερέων και ιατρών θα μπορούσε να φανεί ιδιαίτερα σημαντική, καθώς στοχεύει στη διερεύνηση και αξιολόγηση της υφιστάμενης κατάστασης που υπάρχει στην Ελλάδα σχετικά με την ευθανασία.

1.2. Στόχοι έρευνας

Οι στόχοι της παρούσας έρευνας συνοψίζονται στα εξής :

- Διερεύνηση των απόψεων των ιατρών σχετικά με το θέμα της ευθανασίας.
- Διερεύνηση των απόψεων των ιερέων σχετικά με το θέμα της ευθανασίας.

2. Μεθοδολογία έρευνας

2.1. Δείγμα

Κριτήριο λήψης δείγματος της ερευνάς μας, αποτέλεσε το επάγγελμα. Έτσι, ο πληθυσμός του δείγματος έχει κοινό χαρακτηριστικό το επάγγελμα και αποτελείται από δύο ομάδες οι οποίες καθορίζονται από τις δύο ξεχωριστές επαγγελματικές ιδιότητες, αυτή του ιερέα και του ιατρού, αφού αυτό που μας ενδιαφέρει είναι η άποψη ατόμων που εκπροσωπούν τα συγκεκριμένα επαγγέλματα.

Το δείγμα μας είναι βολικό ή αλλιώς τυχαίο, καθώς έχουν επιλεγθεί τα πλησιέστερα άτομα που χρησιμοποιούνται ως ερωτώμενοι.

Ο αριθμός ατόμων που αποτελούν το δείγμα μας είναι έξι άτομα από κάθε ομάδα ερωτηθέντων, δηλαδή έξι ιερείς και έξι ιατροί.

2.2. Εργαλείο έρευνας

Ως μέθοδος για τον καλύτερο τρόπο συλλογής πληροφοριών σχετικών με τους σκοπούς της παρούσας μελέτης επιλέχθηκε αυτή της συνέντευξης και συγκεκριμένα η δομημένη συνέντευξη, καθώς το περιεχόμενο της και η διαδικασία είναι οργανωμένη εκ των προτέρων. Η συνέντευξη λοιπόν, είναι το κατάλληλο εργαλείο της ερευνάς μας. Επίσης ο αριθμός του δείγματος «δώδεκα άτομα» επιτρέπει την προσωπική μας παρουσία κατά τη διεξαγωγή της έρευνας.

Όσον αφορά το περιεχόμενο της συνέντευξης, αποτελείται από ερωτήσεις ανοιχτού τύπου, οι οποίες ναι μεν παρέχουν ένα πλαίσιο αναφοράς για τις απαντήσεις των ερωτώμενων, ωστόσο βάζουν ελάχιστους περιορισμούς στις

απαντήσεις και στην έκφρασή τους. (Karlinger, 1970 στο Cohen, Manion, 1997).

Έτσι, λοιπόν, οι ανοιχτές ερωτήσεις όχι μόνο είναι ευέλικτες, αλλά ταυτόχρονα προσφέρουν την ευκαιρία για επιπλέον ερωτήσεις και εμπάθυνση, ώστε η προσέγγιση του θέματος να γίνει πιο ολοκληρωμένα και σε βάθος.

Τέλος, μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα μη αναμενόμενες απαντήσεις, οι οποίες μπορεί να υποδείξουν σχέσεις ή υποθέσεις που δεν έχουν εξεταστεί ως τώρα. (Cohen, Manion, 1997)

2.3. Άξονας (ερωτήσεων) συνέντευξης.

Ήδη έχει αναφερθεί ότι το εργαλείο της παρούσας έρευνας αποτέλεσε η μέθοδος της συνέντευξης. Οι συνεντεύξεις λοιπόν με όλους τους ερωτηθέντες ιατρούς και ιερείς, κινήθηκαν με βάση συγκεκριμένο άξονα ερωτήσεων, ο οποίος στηρίχθηκε ουσιαστικά στους δύο βασικούς στόχους της έρευνας. Έτσι λοιπόν, ο άξονας πάνω στον οποίο κινήθηκαν οι συνεντεύξεις συνοψίζεται στα εξής :

- Ποιες είναι οι απόψεις των ιατρών για το θέμα της ευθανασίας σε σχέση με την επιστήμη, την νομοθεσία, την θρησκεία και την προσωπική τους τοποθέτηση.
- Ποιες είναι οι απόψεις των ιερέων για το θέμα της ευθανασίας σε σχέση με την θρησκεία-Εκκλησία, την επιστήμη, την νομοθεσία και την προσωπική τους τοποθέτηση.

Ο παραπάνω άξονας αποτέλεσε τη βάση και το σκελετό πάνω στον οποίο κινήθηκαν όλες οι συνεντεύξεις. Ωστόσο, η ίδια η μέθοδος της συνέντευξης ως εργαλείο έρευνας παρέχει μια αρκετά μεγάλη ευελιξία στη διεξαγωγή των

ερωτήσεων, ενώ επιπλέον είναι δυνατή η εμβάθυνση και ολοκληρωμένη προσέγγιση του θέματος, σύμφωνα πάντα με την κατεύθυνση που δίνει ο συνεντευκτής στη διεξαγωγή της συζήτησης. (Cohen, Manion, 1997)

2.4. Διαδικασία εκτέλεσης της έρευνας

Ύστερα από το σχεδιασμό των αξόνων πάνω στους οποίους επρόκειτο να κινηθούν οι ερωτήσεις κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων με τους ιερείς και τους ιατρούς, ήρθαμε αρχικά σε τηλεφωνική επαφή μαζί τους, για να τους κάνουμε γνωστό την έρευνα την οποία πραγματοποιούμε και να ζητήσουμε τη συμβολή τους σ' αυτή.

Έτσι λοιπόν, επικοινωνήσαμε τηλεφωνικά με τη Μητρόπολη Βόλου και τη Μητρόπολη Φθιώτιδας καθώς και με τα νοσοκομεία «Μεταξά» στον Πειραιά και Α.Ο.Ν.Α «ο Άγιος Σάββας» προκειμένου να κλείσουμε ραντεβού με τους ιερείς και τους ιατρούς. (η επιλογή των νοσοκομείων ήταν αυτή επειδή και τα δύο νοσοκομεία είναι αντικαρκινικά ογκολογικά)

Αφού κλείσαμε τα ραντεβού, πραγματοποιήθηκαν στη συνέχεια οι συναντήσεις για να ληφθούν οι προκαθορισμένες συνεντεύξεις. Τέλος, έχοντας συλλέξει και καταγράψει τις πληροφορίες με βάση τους στόχους που είχαμε θέσει, προχωρήσαμε στη διεξαγωγή των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης.

2.5. Τρόπος διεξαγωγής συνέντευξης

Κατά τη διαδικασία εκτέλεσης της έρευνας αντιμετωπίσαμε κάποιες δυσκολίες τις οποίες δεν είχαμε φανταστεί πριν τη διεξαγωγή της.

Η αναζήτηση ιερέων για τη λήψη των συνεντεύξεων δεν ήταν τόσο εύκολη όσο πιστεύαμε. Στη πραγματικότητα οι μοναδικές μέρες που μπορείς εύκολα να συναντήσεις κάποιον ιερέα είναι οι μέρες λειτουργίας της εκκλησίας. Μην έχοντας λοιπόν τα επιθυμητά αποτελέσματα επικοινωνήσαμε με τις μητροπόλεις και μέσω αυτών κλείστηκαν τα απαραίτητα ραντεβού.

Σ' ότι αφορά τους ιατρούς, η διαδικασία ήταν πολύ πιο εύκολη επειδή αφενός έναν ιατρό τον βρίσκεις πιο εύκολα με την επίσκεψη σου στο νοσοκομείο και αφετέρου με τους περισσότερους ερωτώμενους ιατρούς υπήρχε συνεργασία λόγω της εξάμηνης πρακτικής άσκησης.

Η γενικότερη αντιμετώπιση των ερωτηθέντων ήταν καλή. Φάνηκαν αρκετά πρόθυμοι ν' απαντήσουν στις ερωτήσεις και έδειξαν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για το θέμα.

Υπήρξαν βέβαια και περιπτώσεις που φανερά προσπάθησαν ν' αποφύγουν την συνέντευξη. Για παράδειγμα, ένας ιερέας ενώ αρχικά φάνηκε δεκτικός στο να μας μιλήσει, στη συνέχεια όταν του εξηγήσαμε το θέμα για το οποίο θέλουμε την άποψη του, αρνήθηκε λέγοντάς μας απροκάλυπτα και ενώ φορούσε ράσα ότι: «Δεν είμαι ιερέας πια, δεν ασχολούμαι μ' αυτά».

Σ' ότι αφορά το θέμα χώρου που πάρθηκαν οι συνεντεύξεις, δεν υπήρξε πρόβλημα γιατί έγιναν είτε στα γραφεία των ιατρών είτε στα γραφεία των ιερέων.

Η μοναδική δυσκολία ήταν ότι σε κάποιες συνεντεύξεις υπήρξαν διακοπές από τηλέφωνα, ασθενείς κ.τ.λ.

Όλοι οι ερωτηθέντες μας παρείχαν τον απαραίτητο χρόνο που χρειαζόταν ώστε να έχουμε μια ολοκληρωμένη συνέντευξη.

3. Αποτελέσματα έρευνας

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων προέκυψαν τα παρακάτω: Όσον αφορά τους γιατρούς, στην ερώτηση για την προσωπική τους τοποθέτηση στο θέμα της ευθανασίας, δεν υπήρξε συγκεκριμένη άποψη που να τους αντιπροσωπεύει όλους. Μόνο δύο από τους γιατρούς συγκεκριμένα ήταν κατά της ευθανασίας, υποστηρίζοντας ότι: «Ο γιατρός έχει καθήκον να βοηθάει με οποιοδήποτε τρόπο τον ασθενή και να παρατείνει τη ζωή του και όχι να βοηθά στην επίσπευση του θανάτου του». Οι υπόλοιποι γιατροί, είχαν μια πιο ουδέτερη στάση. Πιστεύουν δηλαδή ότι δεν μπορούν να έχουν μια συγκεκριμένη απάντηση στην ερώτηση αν είναι υπέρ ή κατά της ευθανασίας γιατί θεωρούν ότι: «Κάθε περίπτωση είναι ξεχωριστή και μπορεί να είναι είτε υπέρ είτε κατά».

Ακόμα, τουλάχιστον οι μισοί από τους γιατρούς έχουν αντιμετωπίσει περιπτώσεις ευθανασίας, δεν δέχτηκαν όμως να βοηθήσουν ασθενείς να επισπεύσουν το θάνατο τους. Παρόλα αυτά, οι μισοί από τους γιατρούς παραδέχτηκαν ότι η μοναδική βοήθεια που μπορούν να προσφέρουν σε ασθενή με αίτημα ευθανασίας, είναι αυτή της χορήγησης μορφίνης που επισπεύδει το θάνατο. Όπως τόνισαν όμως: «Αυτό γίνεται μόνο σε περιπτώσεις που οι ασθενείς είναι σε τελικό στάδιο και έχουν αφόρητους πόνους». (Η μορφίνη ανακουφίζει από τον πόνο). Όλοι οι γιατροί στην ερώτηση που αφορούσε το πώς θ' αντιμετώπιζαν περίπτωση ευθανασίας σε συγγενικό τους ή αγαπημένο τους πρόσωπο, απάντησαν ότι: «Πιστεύω πώς θα είχα την ίδια αντιμετώπιση όπως με οποιοδήποτε άλλο ασθενή».

Στην ερώτηση για το τι πρεσβεύει η Ιατρική επιστήμη για το θέμα της ευθανασίας απάντησαν όλοι ότι σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας ο κάθε γιατρός οφείλει να ενεργεί προς όφελος του ασθενούς του και να προσπαθεί για τη θεραπεία του και την ίαση του εφόσον είναι δυνατόν.

Συγκεκριμένα ένας από τους γιατρούς μας είπε: «μπορώ να πω ότι η Ιατρική επιστήμη δεν είναι υπέρ της ευθανασίας αφού ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας υποστηρίζει ότι ο γιατρός πρέπει να κάνει ότι είναι δυνατό για να θεραπεύσει και να παρατείνει τη ζωή του ασθενούς».

Για το θέμα της ευθανασίας σε σχέση με το νομικό πλαίσιο, οι μισοί από τους συνεντευξιαζόμενους γιατρούς δεν γνώριζαν τι ισχύει νομικά. Οι υπόλοιποι απάντησαν ότι γνώριζαν πώς αν ένας γιατρός προβεί σε πράξη ευθανασίας διώκεται ποινικά.

Όταν ρωτήθηκαν για το πώς βλέπουν την άποψη της Εκκλησίας, η οποία θεωρεί ότι η ζωή του κάθε ανθρώπου είναι δώρο θεού και κανένας δεν έχει το δικαίωμα να την αφαιρεί, οι περισσότεροι συμφώνησαν με την άποψη αυτή και ένας από τους γιατρούς απάντησε: «συμφωνώ με την άποψη της Εκκλησίας γιατί ποτέ δεν ξέρεις τι μπορεί να συμβεί και πόσο μπορεί να ζήσει κάθε άνθρωπος. Για παράδειγμα, είχα έναν ασθενή με καρκίνο που πιστεύαμε ότι θα φύγει από τη ζωή μέσα σε διάστημα λίγων ημερών και εκείνος έζησε πάνω από ένα χρόνο. Το περιστατικό αυτό δεν είχε επιστημονική εξήγηση, μάλλον ο Θεός δεν ήθελε να φύγει ακόμα».

Όσον αφορά τους ιερείς, όλοι τόνισαν ότι η θρησκεία δεν αποδέχεται καμία πράξη που ν' αφαιρεί την ζωή ενός ατόμου γιατί είναι δώρο Θεού και μόνο Εκείνος μπορεί να το πάρει πίσω. Ένας ιερέας μας είπε έπ' αυτού: «η ζωή πολλών Αγίων αποτελεί παράδειγμα ανθρώπων που υπέφεραν και βασανίστηκαν, παρόλα αυτά όμως δεν επιζήτησαν τον θάνατο». Η Εκκλησία, σαν αντιπρόσωπος της θρησκείας κρατά αρνητική στάση για το θέμα της ευθανασίας. Όλοι οι ιερείς ήταν ξεκάθαροι σ' αυτό δίνοντας μας κοινή απάντηση ότι: «η Εκκλησία δεν υποστηρίζει την ευθανασία».

Η προσωπική τους τοποθέτηση για το θέμα της ευθανασίας ήταν και πάλι ομόφωνη. Όλοι οι ερωτώμενοι ιερείς τάσσονται κατά της ευθανασίας

ισχυριζόμενοι ότι: «η ζωή ενός ανθρώπου αποτελεί υπέρτατο δώρο Θεού, η αρχή και το τέλος του οποίου βρίσκονται στα χέρια Του και μόνο».

Οι συνεντευξιαζόμενοι ιερείς δεν έχουν αντιμετωπίσει περιπτώσεις ευθανασίας. Στην ερώτηση που τους έγινε για το τι θα έκαναν σ' αυτή την περίπτωση όλοι απάντησαν ότι θα προσπαθούσαν να τους μεταπείσουν και να ενισχύσουν την πίστη τους στο Θεό. Με τον ίδιο τρόπο θ' αντιμετώπιζαν και οποιοδήποτε συγγενικό τους ή αγαπημένο τους πρόσωπο που θα ζητούσε κάτι ανάλογο.

Στην ερώτηση για το αν έχουν ακούσει από συναδέλφους τους να έχουν αντιμετωπίσει περιπτώσεις ευθανασίας απάντησαν αρνητικά. Ομολογούν όμως, ότι έχουν ακούσει γενικότερα για την ύπαρξη τέτοιων περιπτώσεων στην Ελλάδα.

Σχετικά με το νομικό πλαίσιο που αφορά την ευθανασία, πιστεύουν όλοι ότι θα πρέπει να είναι τέτοιο που ξεκάθαρα ν' απαγορεύει τη νομιμοποίηση της ευθανασίας, καθώς την θεωρούν εγκληματική πράξη. Τα λόγια ενός ιερέα ήταν τα εξής: «Ο νόμος θα πρέπει να τιμωρεί αυτόν που κάνει πράξη ευθανασίας γιατί στην ουσία σκοτώνει έναν άνθρωπο».

Οι ιερείς γενικότερα κατακρίνουν όποιους τάσσονται υπέρ της ευθανασίας. Μιλώντας συγκεκριμένα για τους γιατρούς, οι οποίοι αντιπροσωπεύουν την επιστήμη, λένε ότι το καθήκον ενός γιατρού είναι να καταπραΰνει τους πόνους και να βοηθάει στην εξέλιξη της υγείας του ασθενούς και σε κάθε περίπτωση την παράταση της ζωής του.

4. Συζήτηση

Έχοντας ολοκληρωθεί και το κομμάτι των αποτελεσμάτων της έρευνας της παρούσας μελέτης, μπορούμε τώρα να κάνουμε μια συσχέτιση των αποτελεσμάτων της έρευνας με τη θεωρία.

Σε γενικότερες γραμμές, φαίνεται καθαρά ότι οι ερωτώμενοι γιατροί τάσσονται είτε κατά είτε κρατούν μια ουδέτερη στάση στο θέμα της ευθανασίας. Οι περισσότεροι πάντως, κρατούν ουδέτερη στάση.

Η Επιστήμη σαν κλάδος από την άλλη, φαίνεται να είναι κατά της ευθανασίας σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτώμενων ιατρών αφού αναφέρουν ότι ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας πρεσβεύει ότι ο γιατρός θα πρέπει να κάνει ότι περισσότερο μπορεί για την ίαση και την θεραπεία του ασθενούς του. Όλα τα παραπάνω συμφωνούν με το βιβλιογραφικό κομμάτι της παρούσας μελέτης στο οποίο φαίνεται ότι τα πράγματα είναι ρευστά και κάπως μπερδεμένα. Ενώ δηλαδή ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας που αποτελεί και το βασικό οδηγό επαγγελματικής συμπεριφοράς ενός γιατρού υποστηρίζει την προσπάθεια του για καλύτερευση, αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου και τη διάσωση της ζωής του, ταυτόχρονα, στα δικαιώματα του ασθενούς, όπως αυτά διαμορφώθηκαν σε κανόνες αποδεκτούς από τα σύγχρονα κράτη στη Διακήρυξη της Λισσαβόνας (1981), που εκδόθηκε από την Παγκόσμια Ιατρική Ένωση περιλαμβάνει μεταξύ άλλων ότι: «Ο ασθενής έχει το δικαίωμα, αφού ενημερωθεί για την κατάσταση της υγείας του, να συμφωνήσει με την θεραπεία που του προτείνεται ή να διαφωνήσει και να μην δεχτεί θεραπεία» όπως επίσης και ότι «ο ασθενής έχει το δικαίωμα να πεθάνει με αξιοπρέπεια» (βλ.σελ.93), φράση που σίγουρα θυμίζει το επιχείρημα που οι υποστηρικτές της ευθανασίας χρησιμοποιούν.

Θεωρείται λοιπόν τώρα περισσότερο λογική και δικαιολογημένη η μη ξεκάθαρη άποψη των ιατρών και η τήρηση ουδέτερης στάσης, αντιμετωπίζοντας κάθε περίπτωση ξεχωριστά.

Αυτό που κάνει ιδιαίτερη εντύπωση είναι ότι όσον αφορά τους γιατρούς και την ιατρική επιστήμη γενικότερα υπάρχουν αντιφάσεις τόσο στο τι είναι υποχρεωμένος να κάνει τελικά ο γιατρός, αφού ο Ιατρικός Κώδικας μπορεί να έρχεται σε αντίθεση με κάποια ανθρώπινα δικαιώματα του ασθενούς όπως είδαμε παραπάνω, όσο και στο νομικό πλαίσιο που τους αφορά.

Σχετικά με το νομικό πλαίσιο, οι μισοί γιατροί δεν γνωρίζουν απόλυτα τι ισχύει. Οι άλλοι μισοί γνωρίζουν ότι ο γιατρός διώκεται ποινικά. Πράγματι η βιβλιογραφία έρχεται να επιβεβαιώσει. Στο κεφάλαιο της θεωρίας που αναλύεται το νομοθετικό πλαίσιο της Ελλάδας, αναφέρεται ότι η πράξη ευθανασίας αποτελεί ποινικά κολάσιμη πράξη και άρα διώκεται ποινικά.

Οι αντιφάσεις όμως δεν σταματούν καθώς στην γλώσσα του ιατρικού δικαίου έχουν ήδη ενταχθεί οι όροι «διαθήκη περί ζωής (*living will*)», «διαθήκη του ασθενούς», οι οποίοι όροι στην ελληνική γλώσσα αποδίδονται με τον όρο «διαθήκη ευθανασίας», σύμφωνα με τους οποίους ο ασθενής έχει το δικαίωμα να επιλέξει να μην διατηρηθεί στη ζωή με μηχανήματα, που δεν θα έχουν άλλο σκοπό παρά μόνο την παράταση μιας υποτυπώδους ζωής. (βλ.σελ.95, σελ.126) Βέβαια στην Ελλάδα δεν ισχύουν, ακόμη τουλάχιστον, οι «διαθήκες ζωής».

Από τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται ότι ενώ οι γιατροί ισχυρίζονται ότι δεν έχουν κάνει ευθανασία, εντούτοις παραδέχονται ότι χορηγούν ποσότητα μορφίνης σε ασθενείς τελικού σταδίου, πράγμα που επισπεύδει το θάνατο του ασθενούς κατά λίγες ώρες, του ελαττώνει δε τους φρικτούς πόνους. Αυτή η διαδικασία γίνεται πάντα με τη συγκατάθεση του ασθενούς και του συγγενικού του περιβάλλοντος, σύμφωνα με τα λεγόμενα των ερωτηθέντων ιατρών.

Αυτό όμως σύμφωνα με τη βιβλιογραφία θεωρείται ως ένα είδος ευθανασίας και μάλιστα επιταχυσίας (βλ.σελ.39). Οι γιατροί βέβαια για ευνόητους

λόγους (η επιταχυσμένη επισύρει ποινές του άρθρου 299 του Π.Κ.), δύσκολα θα παραδεχόντουσαν κάτι τέτοιο κι έτσι πέφτουν σε αντίφαση.

Βλέπουμε λοιπόν ότι τα λεγόμενα και οι πράξεις των ιατρών σχετικά με το θέμα της ευθανασίας φαίνεται να επηρεάζονται από το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο στην Ελλάδα που καταδικάζει το ιατρικό σώμα σε περίπτωση που προβούν σε ενέργειες ευθανασίας. Επίσης οι γιατροί φαίνεται να επηρεάζονται και από τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις. Οι περισσότεροι ερωτώμενοι γιατροί συμφώνησαν με την άποψη της Εκκλησίας για το θέμα της ευθανασίας.

Από την άλλη, σ' ότι αφορά την άποψη των ιερέων για το θέμα της ευθανασίας, είδαμε ότι όλοι οι γιατροί ξεκάθαρα απαντούν ότι είναι κατά της ευθανασίας αντιπροσωπεύοντας την άποψη της Εκκλησίας η οποία θεωρεί ότι ο Χριστιανισμός σαν θρησκεία δεν μπορεί να επιτρέψει τέτοιου είδους πράξεις και να συμφωνεί μ' αυτήν που στην ουσία είναι η αφαίρεση της ανθρώπινης ζωής και δεν έχουμε το δικαίωμα να αποφασίζουμε εμείς γι' αυτή, παρά μόνο ο Θεός. Κατά συνέπεια όλοι οι ιερείς θεωρούν σωστό, όποιος συμμετέχει σε πράξη ευθανασίας, να διώκεται ποινικά. Επίσης, όλοι οι ιερείς συμφωνούν ότι ο γιατρός καθήκον έχει να φροντίζει για τη ζωή του ασθενή του και όχι να βοηθά για το θάνατό του.

Τα παραπάνω προκύπτουν ως αποτελέσματα της έρευνας. Αν όμως τα εξετάσουμε σε σχέση με τη θεωρία της παρούσας μελέτης, βλέπουμε ότι σ' αυτή την περίπτωση ξεκάθαρα υπάρχει ταύτιση, θεωρία και έρευνα συγκλίνουν και άρα η έρευνα επιβεβαιώνει τη θεωρία.

5. Συμπεράσματα έρευνας

Με την ολοκλήρωση της έρευνας τα συμπεράσματα που προκύπτουν σχετικά με τις απόψεις των ιατρών και των αντιπροσώπων της Εκκλησίας, δηλαδή των ιερέων, σχετικά με το θέμα της ευθανασίας είναι τα παρακάτω:

Βάση λοιπόν των αποτελεσμάτων, γενικότερα υπάρχει διχασμένη άποψη μεταξύ των ιατρών για το θέμα της ευθανασίας. Άλλοι τάσσονται κατά αλλά οι περισσότεροι κρατούν μια ουδέτερη στάση. Οι ερωτώμενοι γιατροί, ισχυρίζονται ότι δεν έχουν κάνει ευθανασία, έχουν ακούσει όμως για περιπτώσεις ευθανασίας από συναδέλφους τους. Παρόλα αυτά οι γιατροί παραδέχονται ότι χορηγούν μορφίνη σε ασθενείς τελικού σταδίου, που επισπεύδει το θάνατο, χωρίς όμως αυτό να το ονομάζουν ευθανασία αν και είναι. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι υπάρχουν περιπτώσεις ευθανασίας στην Ελλάδα. Πολλοί βέβαια γιατροί ομολογούν ότι δεν γνωρίζουν ακριβώς τη νομοθεσία για το θέμα της ευθανασίας στην Ελλάδα.

Από την άλλη μεριά, οι εκπρόσωποι της Εκκλησίας, οι ιερείς, σε καμία περίπτωση δεν υποστηρίζουν την ευθανασία σε οποιαδήποτε μορφή της. Μάλιστα προσπαθούν να μεταπείσουν όσους επιζητούν την ευθανασία και κατακρίνουν όσους συμμετέχουν σε αυτήν.

ΣΚΕΨΕΙΣ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ

Ολοκληρώνοντας τη παρούσα μελέτη και βάση των συμπερασμάτων προκύπτουν οι παρακάτω σκέψεις:

Αυτό που έχουμε αντιληφθεί είναι ότι οι ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο, τις περισσότερες φορές δεν έχουν αυτό που λέμε "ποιότητα ζωής." Συνήθως βρίσκονται σ' ένα θάλαμο νοσοκομείου, με προσωπικό που δεν είναι ειδικευμένο πάνω στη διαδικασία του θανάτου με παροχές ελάχιστες σε σχέση μ' αυτές που θα έπρεπε να έχει.

Ίσως, οι υπάρχουσες συνθήκες είναι ένας από τους σημαντικότερους λόγους που οδηγούν τον ασθενή, τους συγγενείς αλλά και τους Λειτουργούς Υγείας σε συναισθηματικά και πρακτικά αδιέξοδα.

Αδιέξοδο για τον ασθενή, γιατί βλέπει το σώμα του να φθείρεται, να χάνει τη λειτουργικότητα του και ν' αναγκάζεται να στηριχτεί στους άλλους έχοντας συγχρόνως και την αγωνία να μην γίνεται βάρος στους δικούς του ανθρώπους.

Αδιέξοδο για το συγγενικό του περιβάλλον, το οποίο έχει κουραστεί, σωματικά, ψυχικά και οικονομικά και έχει επιπλέον και την αγωνία για το πώς να φροντίσει τον ασθενή εφόσον βλέπει ότι τις περισσότερες φορές δεν μπορεί να τον ανακουφίσει.

Αδιέξοδο όμως και για τους Λειτουργούς Υγείας οι οποίοι έρχονται αντιμέτωποι με το θάνατο χωρίς υπεκφυγές πια, κάτι που τους βρίσκει απροετοίμαστους επιστημονικά και ψυχολογικά τις περισσότερες φορές.

Μία από τις προτάσεις που έχει γίνει εδώ και χρόνια στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και μας βρίσκει απόλυτα σύμφωνες είναι η δημιουργία ξενώνων τελικού σταδίου. Ξενώνες οι οποίοι να είναι στελεχωμένοι από εξειδικευμένο προσωπικό για τους ασθενείς τελικού σταδίου με παροχές ανακούφισης του πόνου που θα έδιναν ποιότητα ζωής στο τελικό στάδιο του ασθενούς.

Τέτοιοι ξενώνες είναι τα Hospice όπου ο κάθε ασθενής έχει το δικό του δωμάτιο μαζί με το συνοδό του, με ωραίο εσωτερικό αλλά και εξωτερικό περιβάλλον αφού συνήθως βρίσκονται σε παραθαλάσσια μέρη, με ειδικευμένο προσωπικό για ν' αντιμετωπίσουν και ν' ανακουφίσουν τον πόνο του ασθενούς.

Τα Hospice δεν είναι απλά ένα ωραίο κτίριο, σημαίνει πολλά περισσότερα, σημαίνει ποιότητα ζωής, αξιοπρέπεια και ελπίδα στις τελευταίες στιγμές της ζωής του ασθενούς. Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν ξενώνες τελικού σταδίου αν και γίνονται αξιόπαινες προσπάθειες από τους Λειτουργούς Υγείας τίποτα δεν έχει γίνει ακόμα στην πράξη.

Ακόμα, η παρηγορητική φροντίδα αποτελεί μια προσέγγιση που βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους, μέσω της πρόληψης και της ανακούφισης. Αυτό επιτυγχάνεται με την πρόωμη αναγνώριση της άρτιας εκτίμησης και αντιμετώπισης του άλγους και των άλλων προβλημάτων, σωματικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών. Παρέχει σύστημα υποστήριξης προκειμένου να βοηθήσει τους ασθενείς να παραμείνουν όσο είναι δυνατόν ενεργητικοί μέχρι το θάνατο και να υποστηρίξει την οικογένεια στην προσπάθειά της ν' αντεπεξέλθει κατά τη διάρκεια της νόσου του ασθενούς και κατά το ακόλουθο πένθος της.

Το κατάλληλα εξειδικευμένο προσωπικό και η κατάλληλη φροντίδα από μέρους τους αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα αίτησης ευθανασίας. Η καλύτερη λοιπόν επαγγελματική κατάρτιση των ιατρών αλλά και των άλλων λειτουργών υγείας θεωρούμε ότι είναι αναγκαία. Θα πρέπει να διευρύνουν τις γνώσεις τους πάνω στο θέμα του θανάτου και της ψυχολογίας των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν την επιθανάτια αγωνία είτε μέσω εξειδικευμένων μαθημάτων που θα γίνονται στις σχολές τους, είτε με ειδικά σεμινάρια που θα είναι υποχρεωμένοι να παρακολουθήσουν όσοι εργάζονται σε πλαίσια που αντιμετωπίζουν το θάνατο καθημερινά.

Σύμφωνα με την εμπειρία μας στα πλαίσια της εξάμηνης πρακτικής μας άσκησης στο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Αθηνών «ο Άγιος Σάββας» και στο Γηροκομείο Βόλου, όπου ο θάνατος είναι πρωταγωνιστής, αυτό που θεωρούμε επιτακτική ανάγκη είναι η δημιουργία ομάδων αποφόρτισης του προσωπικού από ειδικούς επαγγελματίες (ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς) ώστε το προσωπικό να μοιράζεται το βάρος που δέχεται στις πλάτες του καθημερινά.

Επίσης, το προσωπικό θα πρέπει να ενημερώνεται για τα συναισθήματα που επιφέρει η επιθανάτια αγωνία των ανθρώπων που είναι κοντά στο θάνατο (καρκινοπαθείς, ηλικιωμένοι κ.α.) και που αυτά επηρεάζουν την ψυχολογική τους κατάσταση, κάτι που θα πρέπει να λαμβάνει υπόψιν του όλο το προσωπικό που εργάζεται σε τέτοια πλαίσια για να έχει και την πρέπουσα συμπεριφορά. Σ' αυτό το σημείο η συμβολή και ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι εξέχουσας σημασίας.

Τέλος, η δράση όλων των υπευθύνων φορέων πρέπει να κατευθυνθεί στη διαδικασία αφενός ενημέρωσης και αφετέρου επεξεργασίας αποφάσεων στα θέματα αυτά. Οι κοινωνικές επιλογές θα πρέπει να εκφραστούν με γενναιότητα και τόλμη, που αποτελούν τα χαρακτηριστικά κάθε υπεύθυνης απόφασης και να μην επαφίενται στον ήδη πολλαπλώς επιβεβαρυμένο γιατρό.

Βεβαίως ο ποιητής αναφωνεί:

«ΥΛΗ ΑΙΙΔΑΚΤΗ Ο ΘΑΝΑΤΟΣ»

(Κική Δημουλά)

Μία κοινωνία όμως δεν έχει την πολυτέλεια να ζει μόνο με τους ποιητές όσο χρήσιμοι κι αν είναι...

Βιβλιογραφία

- Αποστολική Διακονία: «Το πρόβλημα της ευθανασίας», Έκδοση Α 2003. (Παντελίδου Κ., Κριάρη – Κατράνη Ι., Γκιάλα Μ., Παναγόπουλος Ε., Βασιλείου – Καλλιακμανάκη Π, Ματάμης Δ., Γεωργιάδης Α., Μπαλογιάννη Ι., Αρχιεπίσκοπος Αθηνών και πάσης Ελλάδος κ.κ. Χριστόδουλος.)
- Αβραμίδης Αθανάσιος: «Ευθανασία», Εκδ. Ακρίτας, 1995.
- Αναπλιώτης Ανάργυρος: «Το Δικαίωμα στην Ευθανασία – Αθανασία», Εκδ. Zymel, Αθήνα, 2003.
- Ανδρουλάκη - Δημητριάδη Ισμήνη: «Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς», Εκδ. Σάκκουλα Αντ. Ν., Αθήνα – Κομοτηνή, 1993.
- Γιαννοπούλου Αθηνά Χρ.: «Διλήμματα και προβληματισμοί στη σύγχρονη νοσηλευτική», Εκδ. « Η Ταβιθά», Αθήνα, 1995.
- Δίπλας Αθανάσιος: «Ομιλία σε σεμινάριο με τίτλο «ευθανασία» που πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα τον Ιανουάριο του 2005
- «Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία νοσηλευτικών σπουδών. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας.», Αθήνα, 1998. (Γκίκα Γ. Μαρία)
- «Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία νοσηλευτικών σπουδών. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας.», Αθήνα, 2000 (Αρχιμανδρίτης Νεκτάριος Γ. Μηλιώνης)
- Ζιγκλέρ Ζαν: «Οι ζωντανοί και ο θάνατος», Εκδ. Μαλλιάρης – Παιδεία, 1982
- Κουτσελίνης Αντ. Σ. - Μιχαλοδημητράκης Μαν.: «Ιατρική ευθύνη. Γενικά και ειδικά θέματα ιατρικής αμέλειας και ιατρικής ευθύνης», Εκδ. Gutenberg, Αθήνα, 1984
- Κιτσάκης Αθ. Κ.: «Κοινωνικά δοκίμια.», Εκδ. Γρηγόρης, Αθήνα, 1998
- Καρακατσάνης Κ.: «Εγκεφαλικός θάνατος. Ταυτίζεται με το θάνατο του ανθρώπου;», Εκδ. University Studio Press, Β΄ Έκδοση, 2001

- Καραμπέλας Δ. Λάμπρος: «Η Ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο», Εκδ. Εστία, Αθήνα, 1987
- Cohen Louis, Manion Lawrence: «Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας», Εκδ. Μεταίχμιο, 1994
- Μάνεσης Αρ.: «Συνταγματικά δικαιώματα», Εκδ. Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη, 1982
- Lilly Oncology on Canvas: «Expressions of a woman's cancer journey», Εκδ. Eli Lilly and Company, USA, 2005.
- Παρασκευαΐδης Χριστ., Μητροπολίτης Δημητριάδος: «Νεότερες όψεις του προβλήματος της ευθανασίας.», Αθήνα, 1986
- Peck Scott, M.D: «Ευθανασία και θνητότητα. Η άρνηση της ψυχής», Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1997.
- Ρήγιος Κωστής: «Το ανθρώπινο σώμα», Κατακόμβη, Εξαμηνιαία έκδοση Μητροπολιτικού - Καθεδρικού Ι.Ν. Αγίου Νικολάου Βόλου, Δεκέμβριος, 1997
- Σπηλιώτης Δ. Ιωάννης: «Καρκίνος. Από την άγνοια...στον φόβο», Εκδ. Αχαικές, Πάτρα, 1999
- Χάμφρι Ντέρεκ: «Τελική έξοδος», Εκδ. Ισοκράτης, 1997
- Χρονόπουλος Νικολ. Β.: «Το πρόβλημα της ευθανασίας», Αθήνα, 1980

Εφημερίδες:

- «Καθημερινή»: «Ελλείμματα του Νόμου για τις μεταμοσχεύσεις» 12.09.1999
Βρεττός Μ., Καρακατσάνης Κ., Μπαλαμούτσος Ν., Τσανάκα Ι.
- «Καθημερινή»: «Συσκευή για αυτοκτονία, Τζακ Κεβορκιάν» 23.06.1990.
- «Καθημερινή»: «Ο άνθρωπος που αντικατέστησε το θεό, Τζακ Κεβορκιάν» 1.08.1993.
- «Καθημερινή»: «Ο Τζακ Κεβορκιάν έπεισε το δικαστήριο» 25.05.1994.

Διευθύνσεις στο Διαδίκτυο :

- www.ευθανασία.gr (24-03-2006)
- www.prin.gr (30-03-2006)
- www.inter/pares.org (05-04-2006)
- www.sadness.gr (05-04-2006)
- [www.bioethics.org.gr/03-d Georg.html](http://www.bioethics.org.gr/03-d_Georg.html) (Γεωργιάδης, 03-04-2006)
- www.euthanasia.com (Τσαϊτουρίδης, 16-03-2006)
- <http://tovima.dolnet.gr/demo/owa/tobhma.printunique?e=B&f=13131&m=A48&aa=2&cookie=> (Κρουστάλλη Δήμητρα, 5-02-2006)
- <http://www.politis-news.com/cgi-bin/hweb?-A=494&-V=fakeloiarticles> (12-03-2006)
- <http://www.orthodoxie.net/gr/Texte/Texte-Varia/Pappa-Euthanasia-Gr.html,2001> (Βάσσω Παπάς)
- <http://www.vic.com/tscon/parembasis/2001/01-12-16-13.htm>. (Μητροπολίτης Ναυπάκτου Ιερόθεος)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ - ΑΘΑΝΑΣΙΑ

ΕΝΤΥΠΙΑ ΓΙΑ ΔΙΑΘΗΚΗ ΕΝ ΖΩΗ

I. ΕΝΤΥΠΙΟ.. ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΤΑΞΗ

1. Αυτό το έντυπο επιτρέπει να διορίσετε (δηλαδή σας δίνει τη δυνατότητα να κατονομάσετε) έναν εκπρόσωπο για να φροντίζει τα της υγείας σας, ο οποίος θα παίρνει αποφάσεις για θέματα που αφορούν την υγεία σας κάθε φορά που εσείς δε θα είστε σε θέση να αποφασίσετε για τον εαυτό σας. Επίσης σας επιτρέπει να δώσετε οδηγίες σχετικά με τις αποφάσεις σας που αφορούν τη θεραπεία σας, τις οποίες ο εκπρόσωπός σας οφείλει ν' ακολουθήσει.

2. Ο εκπρόσωπος υγείας σας πρέπει να είναι ενήλικος. Εκπρόσωπος υγείας σας ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ να είναι: α) ο θεράπων ιατρός σας, β) ένας υπάλληλος, λειτουργός, ή διοικητικός του νοσοκομείου, ιδρύματος παροχής νοσηλείας, ή άλλου ιδρύματος που με οποιοδήποτε τρόπο παρέχει κάποιου είδους φροντίδα υγείας, ή γ) ένα άτομο το οποίο κατά τη στιγμή του διορισμού είναι ασθενής ή τρόφιμος κάποιου απ' αυτά τα ιδρύματα. Μπορεί όμως οποιοδήποτε από τα άτομα αυτά να κατονομασθεί εκπρόσωπός σας για θέματα υγείας, εάν συνδέεται μαζί σας με συγγένεια εξ' αίματος, γάμου ή υιοθεσίας.

3. Είναι χρήσιμο να διορίσετε διάδοχο εκπρόσωπο (ή εκπροσώπους) για τα θέματα υγείας σας, ο οποίος (ή οι οποίοι) θ' αναλάβουν, εάν το άτομο της πρώτης σας επιλογής δεν είναι σε θέση να προσφέρει τις υπηρεσίες του. Υπάρχει χώρος στο έντυπο για να διορίσετε δύο διαδόχους εκπροσώπους για θέματα υγείας.

4. Πρέπει να πράξετε τα ακόλουθα για να είναι έγκυρος ο διορισμός του εκπροσώπου υγείας σας με το έντυπο αυτό:

Υπογράφετε το έντυπο και βάζετε την ημερομηνία ενώπιον δύο μαρτύρων έκαστος των οποίων είναι τουλάχιστον 18 ετών. (Εάν δεν είστε σε θέση να υπογράφετε το έντυπο και να βάζετε την ημερομηνία ο ίδιος, μπορείτε να δώσετε οδηγίες σε κάποιον τρίτο να το κάνει για σας, μπροστά σας). Οι δύο μάρτυρες πρέπει να υπογράψουν το έντυπο μπροστά σας και ο ένας μπροστά στον άλλο.

5. Οι μάρτυρες πρέπει να είναι ενήλικα άτομα. Δεν μπορεί κάποιος από τους μάρτυρες να είναι ο διορισθείς ως εκπρόσωπος, ούτε ένας από τους αναπληρωματικούς. Για άτομα που διαμένουν σε ιδρύματα που διευθύνονται ή λειτουργούν με άδεια του Υπουργείου

Ψυχικής Υγείας, ο ένας τουλάχιστον από τους μάρτυρες πρέπει να είναι γιατρός ή κλινικός ψυχολόγος με εξειδίκευση στη θεραπεία πνευματικών παθήσεων. Για άτομα που διαμένουν σε ιδρύματα που διοικούνται ή λειτουργούν με άδεια του Υπουργείου Πνευματικώς Αναπήρων, ο ένας τουλάχιστον μάρτυρας πρέπει να είναι άτομο που δε συνδέεται κατ' ουδένα τρόπο με το ίδρυμα και τουλάχιστον ο ένας εκ των μαρτύρων να είναι γιατρός ή κλινικός ψυχολόγος με εξειδίκευση στις πνευματικές αναπηρίες.

6. Η εξουσία του εκπροσώπου υγείας σας τίθεται σε ισχύ μόνο όταν το έντυπο αυτό δοθεί στο θεράποντα γιατρό σας και αφού αυτός έχει αποφανθεί, πως εσείς δεν έχετε πια την ικανότητα να παίρνετε και να διατυπώνετε τις αποφάσεις σας σχετικά με τη φροντίδα της υγείας σας.

7. Ένας γιατρός ή άτομο που παρέχει φροντίδα υγείας και δεν είναι σε θέση να συμμορφωθεί με τις επιθυμίες του ασθενή, πρέπει, μόλις αυτό είναι δυνατόν, να λάβει όλα τα απαραίτητα μέτρα για τη μεταβίβαση της φροντίδας του ασθενή σε άλλο γιατρό, ή σε κάποιο άλλο άτομο που παρέχει φροντίδα υγείας και είναι πρόθυμο να συμμορφωθεί με τις επιθυμίες του ασθενή.

8. Μπορείτε να ανακαλέσετε την ισχύ του εγγράφου αυτού οποιαδήποτε στιγμή θελήσετε και καθ' οιονδήποτε τρόπο, ανεξάρτητα από την πνευματική ή φυσική σας κατάσταση. Όταν προβείτε στην ανάκληση αυτή, ο θεράπων ιατρός σας θα καταστήσει την ανάκληση μέρος του ιατρικού σας φακέλου.

9. Πρέπει να ενημερώσετε το γιατρό σας για την ύπαρξη αυτού του εγγράφου. Συνιστάται να ζητήσετε από το γιατρό σας να κρατήσει ένα αντίγραφο αυτού του εγγράφου ως μέρος του ιατρικού σας φακέλου. Δώστε αντίγραφα του υπογεγραμμένου πρωτότυπου στον εκπρόσωπό σας για θέματα υγείας, στα μέλη της οικογένειάς σας και σε οποιονδήποτε άλλο κρίνετε σκόπιμο. Κρατείστε το πρωτότυπο έγγραφο σε ασφαλές μέρος στο οποίο οι άλλοι θα έχουν εύκολη πρόσβαση σε περίπτωση εκτάκτου ανάγκης και πείτε σε κάποιον το έγγραφο αυτό που φυλάσσεται.

10. Το έγγραφο αυτού του τύπου έχει εγκριθεί από το Διάταγμα για την Αφαίρεση των Συστημάτων που Υποστηρίζουν τη Ζωή, της Πολιτείας του Κονέκτικατ, 19α-570 έως 575.

Εάν έχετε οποιαδήποτε απορία γύρω από το έγγραφο αυτό ή θέλετε βοήθεια για τη συμπλήρωσή του, παρακαλείσθε να συμβουλευθείτε δικηγόρο. Για περισσότερα αντίγραφα της δήλωσης, παρακαλείσθε να αποστείλετε απαντητικό φάκελο (με τη διεύθυνσή σας και γραμματόσημο) στην παρακάτω διεύθυνση:

*Will 10 Live, Project
Suite 500,419 Seventh St.,
N. W Washington, D.C.
20004
H*

*Pro-Life Council
190 Main Street
East Haven, Connecticut, 06512
Για παρόμοιες πληροφορίες στις άλλες πολιτείες γράψτε - Will to Live
Project- ή ανοίξτε την παρακάτω σελίδα του διαδικτύου:
<http://www.nrlc.org/nrlc>...
Το έντυπο συντάχθηκε το 1996.*

ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ-ΑΘΑΝΑΣΙΑ

11. ΕΝΤΥΠΟ “Διαθήκη εν Ζωή” των Η.π.Α.

Δίνω εντολή σ' εκείνους/νους που μου παρέχουν φροντίδες υγείας και τον/τους εκπρόσωπους μου για θέματα υγείας να παίρνουν αποφάσεις οι οποίες γενικά θα είναι σύμφωνες με τις επιθυμίες μου για τη λήψη ιατρικών θεραπειών που θα με συντηρούν στη ζωή, καθώς και για τη λήψη ιατρικών θεραπειών που μπορούν να με θεραπεύσουν, να βελτιώσουν ή να παρεμποδίσουν τη φθίνουσα πορεία οποιασδήποτε ψυχοσωματικής κατάστασης, με την οποία είναι δυνατόν να βρεθώ αντιμέτωπος.

Η λήψη τροφής και νερού δεν αποτελούν ιατρική θεραπεία αλλά βασικές ανάγκες. Δίνω εντολή σ' εκείνους που μου παρέχουν φροντίδες υγείας και στον εκπρόσωπό μου για θέματα υγείας να μου δίνει /νουν τροφή και υγρά από το στόμα ή ενδοφλεβίως, να με σιτίζουν με σωλήνα, ή με οποιοδήποτε άλλο τρόπο, όσο είναι απαραίτητο για τη διατήρηση της ζωής μου και την εξασφάλιση της καλύτερης δυνατής κατάστασης της υγείας μου.

Δίνω εντολή να μου παρέχεται φαρμακευτική αγωγή για την ανακούφιση από τον πόνο, εφ' όσον η φαρμακευτική αυτή αγωγή δε χρησιμοποιείται για να προκαλέσει το θάνατό μου.

Δίνω εντολή να μου παρέχονται τα ακόλουθα: Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής Καρδιοαναπνευστική ανάνηψη (P) και

Εφαρμογή όλων των άλλων ιατρικών, τεχνικών και τεχνολογικών μεθόδων, συμπεριλαμβανομένων των χειρουργικών επεμβάσεων, έως του σημείου που κρίνεται απαραίτητο για τη διόρθωση, αναστροφή ή απάλειψη καταστάσεων που απειλούν τη ζωή μου ή θέτουν σε κίνδυνο την υγεία μου, ή επιπλοκών. Επίσης δίνω εντολή να μου παρέχεται η βασική περιθαλάπιση και ο,τι είναι που μπορεί να εμφανισθούν απ' αυτές τις καταστάσεις.

Αρνούμαι όμως, οποιαδήποτε θεραπεία χρησιμοποιεί ένα αγέννητο ή νεογέννητο παιδί, ή οποιοδήποτε ιστό ή όργανο προέρχεται από νεογέννητο παιδί ή αγέννητο, το οποίο προέρχεται από άμβλωση. Η άρνησή μου αυτή δεν ισχύει για τη χρήση ιστών και οργάνων που παίρνονται από αφαίρεση εμβρύου εξωμήτριου εγκυμοσύνης.

Αρνούμαι επίσης οποιαδήποτε θεραπεία χρησιμοποιεί όργανο ή ιστό άλλου απόμου και έχει ληφθεί κατά τρόπο που προκαλεί, συμβάλλει ή επιταχύνει το θάνατο του άλλου απόμου.

Οι οδηγίες που περιέχονται σ' αυτό το έγγραφο θέλω να τύχουν εφαρμογής, ακόμη και σε περίπτωση κατά την οποία υπάρχει υποψία απόπειρας αυτοκτονίας, κάποια στιγμή μετά την υπογραφή αυτού του εγγράφου.

Αιτούμαι και εντέλλομαι να μου παρέχεται ιατρική φροντίδα και θεραπεία για να διατηρούμαι στη ζωή, χωρίς να γίνονται διακρίσεις με βάση την ηλικία μου ή τη φυσική ή πνευματική μου ανικανότητα, ή την “ποιότητα” της ζωής μου. Απορρίπτω οποιαδήποτε πράξη ή παράλειψη έχει σκοπό να επιφέρει ή να συντομεύσει το θάνατό μου.

ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ - ΑΘΑΝΑΣΙΑ ΚΕΙΜΕΝΟ

----- εκπρόσωπος για τη φροντίδα της
Υγείας - Πολιτεία Κονέκτικατ. '
Θέληση για Ζωή

----- Εγώ, -----

----- (το όνομά σας) Διευθυνση -----

----- (τ/ διευθυνσή σας)

Τηλέφωνο -----

----- (τον αριθμό ή τους αριθμούς τηλεφώνου/νων σας)

Εξουσιοδοτώ τον / τ/ν -----

----- (όνομα εκπροσώπου)

Διεύθυνση -----

(τ/ διευθυνση του/τ/ς εκπροσώπου)

Τηλέφωνο -----

(τον αριθμό ή τους αριθμούς τηλεφώνου/νων του/τ/ς
εκπροσώπου)

σαν εκπρόσωπό μου για θέματα υγείας, να λαμβάνει οποιαδήποτε απόφαση
σχετικά με θέματα που αφορούν την υγεία μου για λογαριασμό μου και
σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται παρακάτω, στο έγγραφο αυτό.

Εάν το άτομο που ορίζω παραπάνω αρνείται ή δεν είναι σε θέση να ενεργεί
για λογαριασμό μου, ορίζω τα ακόλουθα άτομα (καθένα από τα οποία θα
ενεργεί μόνο και θα καλούνται διαδοχικά, σύμφωνα με τη σειρά που
κατονομάζονται):

A. ----- (όνομα
διαδόχου εκπροσώπου) Διευθυνση -----

----- (διεύθυνση διαδόχου εκπροσώπου)

Τηλέφωνο -----

----- (αριθμός/οί τηλεφώνου/νων διαδόχου εκπροσώπου)

ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

B. ----- (όνομα δευτέρου διαδόχου
εκπροσώπου) Διεύθυνση -----

(διεύθυνση δευτέρου διαδόχου εκπροσώπου)

Τηλέφωνο -----

----- (αριθμός τηλεφώνου/ων δευτέρου διαδόχου του)

να ενεργούν σαν εκπρόσωπός/ οι μου για ζητήματα που αφορούν την υγεία μου, να λαμβάνει/ουν οποιαδήποτε απόφαση για ό, τι αφορά την υγεία μου για λογαριασμό μου και σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται παρακάτω στο έγγραφο αυτό.

Ο διορισμός αυτός θα ισχύει μόνο όταν δεν είμαι πλέον ικανός/ή ν' αποφασίζω και να γνωστοποιώ τις αποφάσεις μου για τη φροντίδα της υγείας μου.

Πάει να ισχύει οποιαδήποτε προγενέστερη εξουσιοδότηση.

ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Δίνω εντολή σ' εκείνους που μου παρέχουν φροντίδες υγείας και στον εκπρόσωπό μου για θέματα υγείας να ακολουθήσει/ουν την παραπάνω τακτική ακόμη και αν εγώ κριθώ ανίκανος να παίρνω αποφάσεις.

Κατά το χρονικό διάστημα που θα είμαι ανίκανος να παίρνω αποφάσεις, ο εκπρόσωπός μου, όπως έχει κατονομασθεί παραπάνω, εξουσιοδοτείται να παίρνει αποφάσεις για λογαριασμό μου, για τα ιατρικά θέματα που με αφορούν, οι οποίες αποφάσεις θα είναι σε συμφωνία με την προαναφερόμενη θέλησή μου και αφού λάβει γνωμοδότηση εκείνου/ων που μου παρέχουν φροντίδες υγείας, αξιοποιώντας τις πλέον πρόσφατες διαγνώσεις ή και προγνώσεις για την ιατρική μου κατάσταση, κάτω από τους ειδικούς όρους που ορίζονται γραπτά για τις παρακάτω συνθήκες.

Όταν ο θάνατός μου
επίκειται:

A. Εάν πάσχω από ανίατη νόσο, ή υποστώ τραυματισμό και εν πάση περιπτώσει βρίσκομαι στο τελικό στάδιο κατά το οποίο θεωρείται πως επίκειται ο θάνατός μου - υπό την έννοια πως ένας γιατρός, ο οποίος επιδεικνύει την απαιτούμενη επιμέλεια, έχει την απαιτούμενη γνώση για την περίπτωση και ανάλογα με τις θεραπευτικές δυνατότητες σε σχέση με τις ιατρικές καταστάσεις που έχει ν' αντιμετωπίσει, θα έκρινε πως θα ζήσω μόνο για μια εβδομάδα ή ακόμη λιγότερο ακόμη και στην περίπτωση κατά την οποία θα μου γινόταν θεραπεία ή θα έπαιρνα την απαραίτητη φροντίδα για να σωθεί η ζωή μου- τα ακόλουθα μέτρα μπορούν ν' ανασταλούν ή ν' αποσυρθούν:

-- (Να είσθε όσο πιο συγκεκριμένοι είναι δυνατόν) -----

(Διαγράψτε τυχόν εναπομένουσες κενές γραμμές).

Όταν βρίσκομαι στο τελικό στάδιο της
νόσου:

B. Τελικό στάδιο Ανιάτου Περιστατικού. Εάν πάσχω από ανίατη νόσο ή τραυματισμό, και, ακόμη και αν ο θάνατος δεν επίκειται άμεσα, είμαι στο τελικό στάδιο αυτής της ανιάτης κατάστασης - υπό την έννοια πως ένας γιατρός, ο οποίος επιδεικνύει την απαιτούμενη επιμέλεια, έχει την απαιτούμενη γνώση για την περίπτωση και ανάλογα με τις θεραπευτικές δυνατότητες σε σχέση με τις ιατρικές καταστάσεις που έχει ν' αντιμετωπίσει, θα έκρινε πως θα ζήσω μόνο τρεις μήνες ή και λιγότερο, ακόμη και στην περίπτωση κατά την οποία θα μου γινόταν θεραπεία ή θα έπαιρνα την απαιτούμενη φροντίδα για να σωθεί η ζωή μου- τα ακόλουθα μέτρα μπορούν ν' ανασταλούν ή να αποσυρθούν:

(Να είσθε όσο πιο συγκεκριμένοι είναι δυνατόν) -----

(Διαγράψτε τυχόν εναπομένουσες κενές γραμμές).

ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ - ΑΘΑΝΑΣΙΑ

Γ. ' Άλλες ειδικές συνθήκες:

(Να είσθε όσο πιο συγκεκριμένοι είναι δυνατόν).

(Διαγράψτε τυχόν εναπομένουσες κενές γραμμές.)

Εάν είμαι έγκυος:

Δ. Ειδικές οδηγίες για κατάσταση εγκυμοσύνης. Εάν είμαι έγκυος, δίνω εντολή σ' εκείνον/νους που μου παρέχουν φροντίδες υγείας και τον εκπρόσωπο/πους μου για θέματα υγείας να κάνουν χρήση όλων των μέσων που θα μπορούσαν να μου σώσουν τη ζωή, χωρίς να ισχύει καμία από τις παραπάνω ειδικές συνθήκες, εάν υπάρχει πιθανότητα η παράταση της δικής μου ζωής να επιτρέψει στο παιδί μου να γεννηθεί ζωντανό. Δίνω επίσης εντολή να γίνει χρήση όλων των μέσων που θα μπορούσαν να μου σώσουν τη ζωή, ακόμη και αν νομικά έχω χαρακτηριστεί ως εγκεφαλικά νεκρή, εάν υπάρχει πιθανότητα αυτό να επιτρέψει στο παιδί μου να γεννηθεί ζωντανό. Εκτός, καθώς ειδικά ορίζω υπογράφοντας παρακάτω, από την εφαρμογή οποιασδήποτε αγωγής που θα μπορούσε να έχει σαν αποτέλεσμα το θάνατο του αγέννητου παιδιού μου και για την εφαρμογή της οποίας κανείς δεν εξουσιοδοτείται να συγκατατεθεί.

Εάν είμαι έγκυος και δε βρίσκομαι στο τελικό στάδιο ανίατης κατάστασης, καθώς αυτή καθορίζεται παραπάνω, οποιαδήποτε ιατρική εφαρμογή είναι απαραίτητη για να εμποδίσει το θάνατό μου έχει την έγκρισή μου, ακόμη και αν μπορεί αυτή να έχει σαν αποτέλεσμα το θάνατο του αγέννητου παιδιού μου, υπό την προϋπόθεση πως θα καταβληθεί κάθε δυνατή προσπάθεια να σωθεί και η δική μου ζωή και η ζωή του αγέννητου παιδιού μου.

(υπογραφή)

Το αίτημα αυτό γίνεται, μετά από προσεκτική εξέταση του θέματος και ενώ έχω σώας τας φρένας.

Υπεγραφή αυτό (ημέρα)----- (μήνας) -----
-έτος -----

Υπογραφή -----

Διεύθυνση -----

ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Το έγγραφο αυτό υπεγράφη ενώπιόν μου, από τον/την παραπάνω ονομαζόμενο/η.
(όνομα)

ο/η οποίος/α είναι ηλικίας δεκά οκτώ ετών ή μεγαλύτερος/η, έχει σώας τας φρένας και είναι ικανός/η να κατανοήσει τη φύση των συνεπειών των αποφάσεων για θέματα που αφορούν τη φροντίδα της υγείας του/της κατά τον χρόνο υπογραφής αυτού του εγγράφου.

Υπογραφή Πρώτου Μάρτυρα -----

Διεύθυνση -----

Υπογραφή Δευτέρου Μάρτυρα -----

Διεύθυνση -----

Το έντυπο συντάχθηκε το 1996.

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΘΕΙΤΕ ΤΟ ΔΙΚΗΓΟΡΟ ΣΑΣ ΠΡΙΝ ΣΤΗΝΤΑΞΕΤΕ ΤΗ ΘΕΛΗΣΗ ΣΑΣ
ΓΙΑ ΖΩΗ

ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

III. ΕΝΤΥΠΟ “Θάνατος με αξιοπρέπεια” του J Όρεγκον των ΗΠ.Α

Υπόδειγμα Αίτησης:

Η αίτηση για λήψη φαρμακευτικής αγωγής, καθώς νομιμοποιείται από το Νόμο, θα πρέπει κατ' ουσία να είναι σύμφωνη με τα ακόλουθα:

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΜΕ ΣΚΟΠΟ ΝΑ ΤΕΛΕΙΩΣΕΙ Η ΖΩΗ ΜΟΥ ΜΕ ΤΡΟΠΟ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΟ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΡΕΠΗ

Εγώ, -----, είμαι ευήλικος/η και έχω σάας τας φρένας.

Υποφέρω από -----, νόσος η οποία έχει χαρακτηριστεί από το θεράποντα γιατρό μου ανίατη και της οποίας έχει γίνει η ιατρική περιγραφή από ένα σύμβουλο γιατρό. (*)

Έχω πλήρως ενημερωθεί για τη διάγνωση της ασθένειάς μου, την πρόγνωση, τη φύση της θεραπευτικής αγωγής που θα μου χορηγηθεί και τους συναφείς εν δυνάμει κινδύνους, το αιναμένονο αποτέλεσμα, καθώς και για τις πιθανές ενιαλλακτικές θεραπείες, συμπεριλαμβανομένων των φροντιδών για ανιακουφισή μου, τη νοσηλεία σε ίδρυμα ασθενών που πάσχουν από ανίατη νόσο και βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους και των μεθόδων για τον έλεγχο του πόνου.

Αιτούμαι ο θεράπων γιατρός μου να μου δώσει, με συνταγή, φαρμακευτική αγωγή που θα τελειώσει τη ζωή μου με τρόπο ανθρωπιστικό και αξιοπρεπή.

----- Έχω πληροφορήσει την οικογένειά μου για την απόφασή μου αυτή και έχω λάβει τη/τις γνώμη/μες τους υπόψη μου.

----- Έχω αποφασίσει να μην πληροφορήσω την οικογένειά μου για την απόφασή μου.

----- Δεν έχω οικογένεια για να την πληροφορήσω για την απόφασή μου.

Καταλαβαίνω πως έχω το δικαίωμα ν' ανακαλέσω αυτή την αίτηση ανά πάσα στιγμή.

Αντιλαμβάνομαι πλήρως τη σπουδαιότητα αυτής της αίτησης και αιναμένω να πεθάνω όταν λάβω τη φαρμακευτική αγωγή που θα μου χορηγηθεί με συνταγή.

Κάνω την αίτηση αυτή αυτόβουλα και χωρίς καμία επιφύλαξη και αποδέχομαι πλήρως τις ηθικές ευθύνες των πράξεών μου.

Υπογραφή: -, - - - -

Ημερομηνία: -----

(*) “Συμβουλος γιατρός” σημαίνει γιατρός ειδικός είτε από τίτλο ειδικότητας ή από εμπειρία, ικανός να κάνει διαγνώσεις και προγνώσεις που αφορούν τη νόσο του ασθενή.

Δ'ΗΛΩΣΗ ΜΑΡΤΥΡΩΝ

Δηλώνουμε πως το άτομο που υπογράφει την αίτηση αυτή:

- (α) Μας είναι γνωστό ή έχει παρουσιάσει απόδειξη για την ταυτότητά του
- (β) Υπέγραψε την αίτηση αυτή ενώπιον μας
- (γ) Φαίνεται να έχει σόας τας φρένας και να μην τελεί υπό εξαναγκασμό.
- (δ) Κανείς από μας δεν είναι θεράπων γιατρός του ασθενή αυτού

- Μάρτυς 1/

Ημερομηνία _____

- Μάρτυς

2/

Ημερομηνία

«Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΔΙΧΑΖΕΙ ΤΟΥΣ ΑΜΕΡΙΚΑΝΟΥΣ»

Η περίπτωση της Τέρρυ Σκιάβο, της γυναίκας-φυτό που κρατιέται στη ζωή με τεχνητά μέσα εδώ και 15 χρόνια, έχει δημιουργήσει μεγάλη διαμάχη στις ΗΠΑ .. Είναι η κοινωνία υποχρεωμένη να διατηρεί την ζωή με οποιοδήποτε κόστος; Η μήπως, από κάποιο σημείο και μετά, θα πρέπει να επιτραπεί στην φύση να ακολουθήσει το δρόμο της; Και ποιος θα κρίνει πότε ήρθε η στιγμή αυτή;

Το 1990, η Τέρρυ Σιάβο ήταν 26 ετών όταν η καρδιά της ξαφνικά σταμάτησε προσωρινά να κτυπά. Το περιστατικό αυτό την άφησε με σοβαρή και μόνιμη βλάβη στον εγκέφαλο. Τα τελευταία 15 χρόνια η άτυχη γυναίκα ζούσε σε ένα δωμάτιο νοσοκομείου, στη Φλόριδα, τρεφόμενη με σωλήνα. Ο σύζυγος και κηδεμόνας της, Μάικλ Σκιάβο, έχει πεί ότι η Τερρυ δεν θα ήθελε να κρατιέται ζωντανή σε κατάσταση φυτού και έχει ζητήσει την αφαίρεση του σωλήνα. Όμως, οι γονείς της, Ρόμπερτ και Μαίρη Σίντλερ αμφισβητούν τα κίνητρα του γαμπρού τους, λέγοντας ότι επιδιώκει τον θάνατο της Τέρρυ, για να παντρευτεί μία άλλη γυναίκα, με την οποία έχει κάνει δύο παιδιά.

Οι Σίντλερ διαφωνούν με την διάγνωση των γιατρών, ότι η κόρη τους βρίσκεται σε κατάσταση φυτού μόνιμα και ότι έχει χάσει την εγκεφαλική της δραστηριότητα, την συνειδήσή της, και την δυνατότητα να σκέφτεται και να αισθάνεται. Την βλέπουν να ανοίγει τα μάτια της και νοιώθουν να τους σφίγγει το χέρι, οπότε πιστεύουν ότι διατηρεί κάποιες αισθήσεις. Όμως, αληθεύει αυτό; Η Τζάνις Μαρί Βίνικυ, του Κέντρου Ηθικής Δεοντολογίας του νοσοκομειακού κέντρου Ουάσινγκτον, λέει ότι δεν είναι δύσκολο να μπερδέψει κανείς αυτές τις υποτυπώδεις αυτές αντανακλαστικές κινήσεις με ενδείξεις αναγνώρισης.

"Άτομα που βρίσκονται σε φυτική κατάσταση έχουν ορισμένες φορές κύκλους ύπνου και αφύπνισης", λέει η κυρία Βίνικυ. "Ξυπνούν και ανοίγουν τα μάτια τους. Μάλιστα, δίνουν την εντύπωση πως σε κοιτάνε. Έχουν επίσης κάποιες αντανακλαστικές κινήσεις στα χέρια και στα πόδια. Όμως τίποτα από αυτά δεν γίνεται με πρόθεση ούτε και σε μόνιμη βάση".

Η περίπτωση Σκιάβο πήγε στο δικαστήριο της Φλόριδας το 2003. Ο δικαστής, δικαίωσε τον Μάικλ Σκιάβο και διέταξε να αφαιρεθεί ο σωλήνας σίτισης της συζύγου του, αλλά η απόφαση αυτή καθυστέρησε λόγω νομικών προβλημάτων. Ο κυβερνήτης της πολιτείας και αδελφός του προέδρου Μπους, Τζεμπ Μπους, βοήθησε να εγκριθεί νομοσχέδιο

που προέβλεπε την επανατοποθέτηση του σωλήνα. Στην συνέχεια, ο νόμος αυτός απορρίφθηκε από το ανώτατο πολιτειακό δικαστήριο, ως αντισυνταγματικός.

Οργανώσεις, που υπερασπίζονται το δικαίωμα της ζωής, πραγματοποιούν διαδηλώσεις και ασκούν πολιτικές πιέσεις για την δημιουργία νομοσχεδίων που να ανατρέπουν την απόφαση του δικαστηρίου της Φλόριδας. Η Ντόροθυ Τιμπς, που είναι μέλος της οργάνωσης "Εθνική Επιτροπή για το Δικαίωμα Ζωής, είπε: "Η Τέρρυ Σίντλερ Σιάβο, δεν έχει κάποια ανίατη ασθένεια. Απλά παρουσιάζει κάποιο είδος αναπηρίας. Και αν το καλοξετάσει κανείς, η περίπτωση της έχει να κάνει με τα δικαιώματα των ανθρώπων με αναπηρίες".

Οι υποστηρικτές της θεωρίας αυτής λένε ότι χρειάζεται ομοσπονδιακή παρέμβαση, ειδικά σε περιπτώσεις όπου υφίστανται αμφιβολίες για την ιατρική διάγνωση και όπου υπάρχουν διαφωνίες ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας. Όμως, η Τζάνις Μαρί Βίνικου λέει ότι οι οργανώσεις αυτές δεν ενδιαφέρονται τόσο για την διαδικασία, όσο για το τελικό αποτέλεσμα, το οποίο συνάδει με τις θρησκευτικές και πολιτικές τους απόψεις, άσχετα με την ποιότητα της ζωής του άλφα ή βήτα-ατόμου και άσχετα με το κόστος της φροντίδας.

"Νομίζω ότι θα κοστίζει πολλά περισσότερα χρήματα για το κοινωνικό σύνολο", λέει η κυρία Βίνικου "και δεν είμαι σίγουρη ποιό τελικά θα είναι το όφελος. Τι προσπαθούμε να επιτύχουμε; Ποίος είναι ο τελικός μας στόχος; Είναι η διατήρηση της ζωής; και αν ναι αξίζει η διατήρηση οποιουδήποτε είδους ζωή και με οποιοδήποτε οικονομικό κόστος; Θα πρέπει να κάνουμε τα πάντα για να σώσουμε τους πάντες για όσο μεγαλύτερο διάστημα γίνεται";

Οτιδήποτε συμβεί με την Τέρρυ Σκιάβο θα αποτελέσει προηγούμενο που θα μπορούσε να επηρεάσει χιλιάδες οικογένειες στις ΗΠΑ που αντιμετωπίζουν παρόμοια διλήμματα: πρέπει να διατηρούνται οι ελάχιστες ενδείξεις ζωής μέσω της ιατρικής τεχνολογίας για όσο το δυνατό μακρύτερο διάστημα, ή πρέπει κανείς να αφήνει το αγαπημένο του πρόσωπο να πεθάνει με ηρεμία;

ΟΛΛΑΝΔΙΑ: ΞΕΚΙΝΗΣΕ Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΠΟΠΟΙΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ

Ευθανασία με τον νόμο

Εδώ και είκοσι χρόνια, οι αρχές στην Ολλανδία έκαναν ... τα στραβά μάτια στην πρακτική της ευθανασίας. Τη Δευτέρα όμως, και επισήμως πλέον, αρχίζει στο Ολλανδικό Κοινοβούλιο ο τελικός κύκλος της διαδικασίας ψήφισης νομοθεσίας που αποποινικοποιεί την ευθανασία.

Αυτή η κίνηση έχει προκαλέσει σε πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες μεγάλη συζήτηση γύρω από το κατά πόσον θα έπρεπε τελικά να γενικευθεί η νομιμοποίηση της ευθανασίας. Οι απόψεις όμως δίστανται.

Το καλοκαίρι του 1998 η μητέρα της Νέλεκε Γιόρισεν, Μαρία, έμαθε ότι είχε καρκίνο και ότι είχε εξαπλωθεί σε ολόκληρη την κοιλιακή χώρα. Οι γιατροί στο νοσοκομείο του Ρότερνταμ είπαν ότι δεν μπορούσαν να της παρέχουν καμία άλλη βοήθεια πέραν του να τη ναρκώνουν με μορφίνη όταν οι πόνοι θα γίνονταν αφόρητοι. Τότε η Μαρία Γιόρισεν αποφάσισε ότι ήθελε να υποβληθεί σε ευθανασία επειδή «ήθελε να πεθάνει με αξιοπρέπεια, και όχι σαν κάποιο παλιόσκυλο», λέει σήμερα η Νέλεκε.



Μάνα και κόρη. Η Νέλεκε Γιόρισεν (πάνω) δεν αντιτάχθηκε στη θέληση της μητέρας της Μαρία (κάτω) να πεθάνει διά της μεθόδου της ευθανασίας

Τους αποχαιρέτησε

Η Νέλεκε Γιόρισεν πήρε τη μητέρα της σπίτι. Φώναξε την κόρη της και τον οικογενειακό γιατρό, ο οποίος τους εξήγησε τη διαδικασία της ευθανασίας. Έτσι λοιπόν η Νέλεκε έκανε ένα έγγραφο, όπου μητέρα της Μαρία δήλωνε επισήμως και εγγράφως ενώπιον και του οικογενειακού γιατρού και ενός άλλου γιατρού την επιθυμία της να υποβληθεί σε ευθανασία. Καθορίσθηκε επίσης συγκεκριμένη ημερομηνία και ώρα.

Μέχρι εκείνη την ημέρα, η Μαρία Γιόρισεν πέρασε τον χρόνο που της είχε απομείνει βάζοντας σε τάξη τις υποθέσεις της και αποχαιρετώντας οικείους, συγγενείς και φίλους αγαπημένους. Όταν ήρθε η ώρα να της κάνουν τη θανατηφόρο ένεση, η Μαρία Γιόρισεν αποχαιρέτησε την οικογένειά της και είπε στην κόρη της: «Είμαι έτοιμη για το ταξίδι. Δώσε μου ένα φιλί». Τότε η Νέλεκε της έπιασε το ένα χέρι και η εγγονή της το άλλο. Την ώρα που η ασθενής προσευχόταν, ο γιατρός τής έδωσε ένα αναισθητικό και λίγο αργότερα της έκανε την ένεση που σταμάτησε την καρδιά της. Η Νέλεκε Γιόρισεν χαρακτηρίζει την ιστορία αυτή ως «θλιβερή, αλλά ωραία».

Οι γιατροί δεν πρέπει να παίζουν τον ρόλο του Θεού

Ακριβώς την αντίθετη άποψη έχει όμως ο έγκριτος Βρετανός αναισθησιολόγος, Άντριου Λόσον, ο οποίος πιστεύει ότι οι γιατροί δεν πρέπει «να παίζουν τον Θεό»,

Όπως υποστηρίζει χαρακτηριστικά ο Άντριου Λόσον: «Αρνούμαι να αποδεχθώ ότι εμείς οι γιατροί, ως επαγγελματικός κλάδος, θα πρέπει να αγκαλιάσουμε τον φόνο, ακόμα και εάν ο φόνος αυτός διαπράττεται με τα καλύτερα κίνητρα, ακόμα και αν το δικαίωμα στον θάνατο νομιμοποιούνταν κάποτε. Αν εγώ χορηγήσω σε έναν συνάνθρωπό μου ένα φάρμακο, ή του κάνω μία ένεση, που

εγώ γνωρίζω ότι, χωρίς αμφιβολία, θα τερματίσει τη ζωή του και αυτός είναι πράγματι ο κυριος σκοπός μου αυτό είναι δολοφονία».

«Ως γιατροί έχουμε καθήκον να φροντίζουμε τους ασθενείς μας», συνεχίζει ο Λόσον. «Υπάρχει μία πάρα πολύ μεγάλη και ποΛΥ πραγματική διαφορά, ανάμεσα στο να σταματάμε να παρέχουμε υποστήριξη σε κάποιον, όταν αντιλαμβανόμαστε ότι η υποστήριξη αυτή δεν αποδίδει καρπούς, και στο να υποβάλουμε τον ασθενή σε μια θεραπεία που σκοπό έχει να προκαλέσει τον θάνατό του».

«Λέγεται ότι υπάρχει μεγάλη δημόσια ζήτηση για την ευθανασία και ότι, επομένως, εμείς οι γιατροί δεν έχουμε κανένα δικαίωμα να αρνηθούμε την παροχή τέτοιας βοήθειας, εάν μας ζητηθεί.

Αλλά λέγεται επίσης ότι ο κόσμος θα ψήφιζε και υπέρ της θέσπισης της θανατικής ποινής, εάν του δινόταν τέτοιο περιθώριο.

Εγώ νομίζω όμως ότι όσο οι γιατροί δεν πρέπει ποτέ να συμφωνήσουν να τραβήξουν τη σκανδάλη για να εκτελέσουν έναν μελλοθάνατο, άλλο τόσο δεν πρέπει ποτέ να συμφωνήσουν να ετοιμάσουν μια θανατηφόρο ένεση. Απλώς και μόνον επειδή μια ένεση δεν προκαλεί θόρυβο και δεν σκορπίζει αίματα παντού, δεν σημαίνει ότι είναι και ηθικώς ανώτερη από μια σφαίρα».

**ΤΑ ΝΕΑ , 02/11/2000 , Σελ.: Ν25
Κωδικός άρθρου: Α16884Ν251**

«BOMBA» ΤΟΥ ΚΑΘΗΓΗΤΗ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ ΤΩΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΩΝ ΧΑΡΒΑΡΝΤ ΚΑΙ ΑΘΗΝΩΝ ΔΗΜΗΤΡΗ ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ

«Η ευθανασία εφαρμόζεται αθόρυβα στην Ελλάδα»

ΑΡΕΤΗ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ

Η νεαρή γυναίκα στάθηκε αποφασισμένη μπροστά στην έδρα, πριν από λίγα χρόνια, σε μια δικαστική αίθουσα του Βελγίου. Τη βάραινε μια σοβαρή κατηγορία.

Είχε βοηθήσει την καρκινοπαθή μητέρα της να πεθάνει και να γλιτώσει τους φρικτούς πόνους που τη βασάνιζαν. «Μα καλά», τη ρώτησε ο αντεισαγγελέας. «Μιλάτε συνεχώς για στήριξη και βοήθεια προς την άρρωστη μητέρα σας. Τότε γιατί δεν βοηθήσατε και τον πατέρα σας που λίγα χρόνια πριν από εκείνη από την ίδια ανίατη αρρώστια;». Και εκείνη απάντησε δίχως δισταγμό: «Φαίνεται δεν τον αγαπούσα αρκετά για να κάνω κάτι τέτοιο!».



από
πέθανε

Η απάντηση ήταν τέτοια που συγκλόνησε όσους βρίσκονταν στην αίθουσα. Και έμεινε χαραγμένη και στη μνήμη του Γάλλου πατέρα της Αιματολογίας ς δρος Ζαν Πιέρ Σουλιέρ που κατέγραψε το περιστατικό στο βιβλίο του «Πεθαίνοντας εν ειρήνη».

Ήταν μια από εκείνες τις απαντήσεις που πρόσθεταν τη δική τους μικρή εκδοχή, τη δική τους δόση αλήθειας στο πολυσέλιδο και πάντα ατελείωτο βιβλίο της «ευθανασίας» ανά τον κόσμο. Κι ως παραμένει άγνωστο στους πολλούς αν καταδικάστηκε ή αθωώθηκε τελικά η γυναίκα που την έδωσε από την κατηγορία που τη βάραινε ...

Ήρθε η Ολλανδία πρόσφατα, με την απόφασή της να νομιμοποιήσει αυτό που τα είκοσι τελευταία χρόνια έτσι κι αλλιώς σ' όλα τα νοσοκομεία και τις κλινικές της χώρας συνέβαινε, να ταραξεί και να προκαλέσει σεισμό πολλών Ρίχτερ στη συνείδηση της ανθρωπότητας. Η σκηνή τραβήχθηκε με πάταγο και οι αρχές στην Ολλανδία δεν θα προσποιούνται πια ότι δεν ... βλέπουν αυτό που όλοι πάντα γνώριζαν. Η αποποινικοποίηση της ευθανασίας από το ολλανδικό Κοινοβούλιο και η θέσπιση σχετικής νομοθεσίας καταγράφεται ως παγκόσμιο γεγονός. Ο «ευγενής θάνατος» συγκέντρωσε αρχικά 104 ψήφους υπέρ και 40 κατά τον Νοέμβριο του 2000 στην Κάτω Βουλή της χώρας. Και στις 10 του φετινού Απριλίου η ολλανδική Γερουσία επικυρώνει την απόφαση, υπερψηφίζοντας το νομοσχέδιο και δίνοντας έτσι τη δυνατότητα να γίνει νόμος του κράτους. Μέχρι τις αρχές του επόμενου μήνα θα τεθεί σε Ισχυ ο νόμος αφού υπογραφεί από τη βασίλισσα Βεατρίκη και δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Όλα θα είναι πλέον πιο απλά στη γειτονική μας Ολλανδία; Το πρόβλημα λυθηκε ή μήπως οι ασκοί του Αιόλου άνοιξαν και κανείς δεν ξέρει προς τα που θα ταξιδέψουν; Το μέλλον θα δείξει. Αλλά όπως και να έχει, το κεφάλαιο της υποκρισίας έκλεισε για την Ολλανδία όπου τα δυο τελευταία χρόνια επισήμως έχουν καταχωρηθεί 4.339 τερματισμοί ζωής καταδικασμένων ασθενών, είτε μέσω της ενεργητικής ευθανασίας είτε μέσω της επικουρούμενης αυτοκτονίας ο γιατρός χορηγεί τα φάρμακα, αλλά τα παίρνει μόνος του ο ασθενής! Στην πλειονότητά τους (90%) οι ασθενείς ήταν καρκινοπαθείς στην τελική ευθεία ...

Κατέληξαν σ' αυτή τους την απόφαση οι Ολλανδοί ελαφρά τη καρδία; Μάλλον όχι. Η ευθανασία δεν γίνεται νόμος για να μετατρέπονται οι γιατροί από θεραπευτές σε εκτελεστές. Αλλά θα μπορούν να καταφευγουν σ' αυτή την πρακτική και να μη διώκονται από τις αρχές όταν συντρέχουν οι παρακάτω προϋποθέσεις:

- * Ο ασθενής υποφέρει από ανυπόφορους και ακατάπαυστους πόνους εξαιτίας κάποιας ασθένειας που έχει διαγνωσθεί ιατρικώς.
- * Η διάγνωση έχει επιβεβαιωθεί και από δευτερο γιατρό.
- * Οι γιατροί έχουν καταλήξει μετά βεβαιότητας στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει ουδεμία ελπίδα ανάρρωσης.
- * Ο ασθενής έχει ζητήσει επανειλημμένως βοήθεια προκειμένου να βάλει τέρμα στη ζωή του.
- * Αν είναι μικρότερος από 16 ετών, έχουν δώσει τη συγκατάθεσή τους οι γονείς του.

* Η ζωή του αρρώστου τερματίζεται με τον πλέον πρόσφορο ιατρικό Τρόπο ...

«Ξέρω περισσότερους από έναν γιατρούς που έχουν εφαρμόσει τη μέθοδο»

Ουδείς είναι έτοιμος στην Ελλάδα! Ούτε η ευρύτερη κοινωνία ούτε το ιατρικό σώμα μπορεί να μπει στη διαδικασία του ανοικτού διαλόγου για την ευθανασία, ποσο μάλλον για την αποποινικοποίησή της. Υπάρχει μία συστηματική άρνηση του θέματος που οι διαλλακτικοί την αποκαλούν «υποΚρηλαία» και οι αδιάλλακτοι «αντίσταση» σε ξένες προς την θρησκεία, τα ήθη και έθιμά μας και τις αρχές της ΙννοΚρηΤειΟΥ Ιατρικής ιδέες.

Μήπως αυτό σημαίνει ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχουν γιατροί που να κάνουν ευθανασία; Στατιστικές πάντως δεν υπάρχουν, όπως δεν υπάρχουν καταγραφές ή ανοικτές παραδοχές, εκτός από κάποιες σποραδικές. Αυτό που σίγουρα υπάρχει είναι σιωπή, μια σιωπή που μοιάζει επικίνδυνη.

Είναι μήπως ο φόβος για την ανάληψη της ευθύνης που κλείνει τα στόματα; Αν ερωτηθούν δέκα διαφορετικοί γιατροί, ο καθένας χωριστά, αν έκαναν ποτέ ευθανασία και οι δέκα θα απαντήσουν «όχι, ποτέ». Αν ερωτηθούν στην πορεία αν ξέρουν κάποιον γιατρό που να έκανε ευθανασία, θα απαντήσουν και πάλι «όχι, κανένας που να γνωρίζουμε». Και αν ερωτηθούν αν άκουσαν πως κάποιος γιατρός σε κάποιο νοσοκομείο έκανε μια φορά τουλάχιστον ευθανασία και οι δέκα θα απαντήσουν «ναι, έχουμε ακούσει, αλλά δεν ξέρουμε ποιος και πού ... ».

Όλοι έχουν ακούσει, αλλά ουδείς ξέρει κανέναν και ουδείς το έχει κάνει.

Αυτή είναι η δική μας πραγματικότητα ...

«Ο γιατρός έχει ορκισθεί να παρέχει βοήθεια στον πάσχοντα μέχρι την τελευταία στιγμή και ανακούφιση από τον πόνο, αλλά σε τέτοιες φαρμακευτικές δόσεις που να μην προκαλούν τον θάνατο, κάτι που συμβαίνει σε όλες τις χώρες της Ευρώπης πλην της Ολλανδίας!» Ο πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου κ. Μανώλης Καλοκαιρινός είναι κατηγορηματικά αντίθετος με το θέμα της ευθανασίας.

«Και αν η ενδεδειγμένη φαρμακευτική δόση δεν είναι αρκετή και ο άρρωστος συνεχίζει να πονάει και να βασανίζεται;» τον ρωτώ. «Όσο και να πονάει και να ταλαιπωρείται ο άρρωστος, ο γιατρός δεν πρέπει να του δώσει εκείνη τη δόση που θα τον ανακουφίσει, αλλά ταυτόχρονα μπορεί και να τον σκοτώσει», επιμένει ο κ. Καλοκαιρινός. «Δεν είναι μία ακραία και σκληρή ιατρική θέση, η θέση σας;» επιμένω. «Και ακραία είναι και σκληρή. Αλλά τόσα χρόνια χειρουργός έχουν δει πολλά τα μάτια μου. Προτιμώ να είμαι αυστηρός παρά να αφήνω περιθώρια. Και πιστεύω ότι με αυτήν τη θέση συμφωνεί η πλειονότητα των συναδέλφων μου. Προσωπικά δεν ξέρω ούτε έναν που να έχει κάνει ευθανασία ... ».



Ο δρ Κεβορκιάν, γνωστός και ως Δρ Θάνατος, ποζάρει με ... μοντέλο το οποίο φοράει μάσκα συνδεδεμένη με μηχανήμα που φέρνει τον ... ευγενή θάνατο

Πάνω ο Δημήτρης Τριχόπουλος: Η ευθανασία εφαρμόζεται αθόρυβα στην Ελλάδα, όπως έγινε και με τις εκτρώσεις. Κάτω: Ο πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου κ. Μανώλης Καλοκαιρινός: Ο γιατρός έχει ορκισθεί να παρέχει βοήθεια στον πάσχοντα και ανακούφιση από τον πόνο, αλλά σε τέτοιες φαρμακευτικές

Ο καθηγητής Επιδημιολογίας στις Ιατρικές Σχολές των Πανεπιστημίων δόσεις που να μην Χάρβαντ και Αθηνών κ. Δημήτρης Τριχόπουλος, δεν έχει ακούσει προκαλούν τον θάνατο απλώς ότι ορισμένοι γιατροί στην Ελλάδα μπορεί να κάνουν ευθανασία. «Ξέρω τουλάχιστον έναν και επειδή είμαι μάλλον μεγάλος σε ηλικία ξέρω περισσότερους από έναν», παραδέχεται ανοικτά. «Όλοι κάτι ξέρουμε περισσότερο! Αλλά όταν εκπαιδευόμαστε κάτω από τη γενική αρχή πως θα αγωνιζόμαστε σε κάθε περίπτωση για την προάσπιση της υγείας και της παράτασης της ζωής του ασθενούς, δεν είναι δυνατόν να αυτενεργήσουμε εύκολα γιατί έχει ήδη εγκατασταθεί στη στάση και τη συμπεριφορά μας ένα σύστημα εξαρτημένων αντανάκλαστικών ... ».

Αυτό εξηγεί, κατά τον κ. Τριχόπουλο, τη γενική τοποθέτηση των γιατρών που δεν έχουν «προβληματισθεί αρκετά ή δεν τους επιτρέπεται να προβληματισθούν αρκετά. Όλοι παγιδεύομαστε σ' αυτά που λέμε. Το επιχείρημα ότι ποτέ δεν ξέρεις την έκβαση, ότι ποτέ δεν ξέρεις πότε θα έρθει εκείνη η θαυματουργή πράξη το θαύμα που λέει ο λαός που θα ανατρέψει τα δεδομένα ενός συγκεκριμένου ασθενούς σε κάνει πολλές φορές να μη μπορείς να αντιμετωπίσεις κατάματα την πραγματικότητα μιας εξέλιξης που είναι χειρότερη και από τον θάνατο και για την οποία ο προκλητός θάνατος θα αποτελούσε μόνη επιλογή ... ».

«Αν αντιμετωπίζατε εσείς προσωπικά ένα τέτοιο ενδεχόμενο θα επιλέγατε τον προκλητό θάνατο;» τον ρωτώ. Και η απάντησή του με σοκάρει:

«Από νεαρός γιατρός έχω πάντα μαζί μου 80 περίπου χάπια για ένα τέτοιο ενδεχόμενο! Βέβαια, έχουν πια λήξει και πρέπει να τα ανανεώσω. Θα προτιμούσα να το ζητήσω να το κάνει πιο εύκολα και ανώδυνα κάποιος από τους γιατρούς που βγήκαν από τα χέρια μου. Οι μισοί γιατροί της Ελλάδας υπήρξαν μαθητές μου, ελπίζω ότι κάποιος θα με λυπηθεί, αν χρειασθεί. Στην περίπτωση που κανένας δεν θα το κάνει, έχω τα χάπια ... ».

Μιλάτε για πιθανή αυτοκτονία ...

«Όταν δεχόμαστε πως σκοπός της ζωής είναι η ευτυχία και η χαρά της ύπαρξης, δεν βλέπω γιατί να μην υποκαταστήσουμε κάτι που είναι έντονα αρνητικό με κάτι λιγότερο αρνητικό. Δεν είμαι άθεος, είμαι θρησκευόμενος άνθρωπος, αλλά όχι τυφλά θρησκευόμενος. Το θεολογικό επιχείρημα πως η ζωή είναι δώρο του Θεού και δεν μας ανήκει, δεν στέκει! Δώρο του Θεού είναι, αλλά όπως κάθε δώρο μάς ανήκει και είναι δική μας επιλογή πώς θα το διαθέσουμε ... ».

Τι είναι εντέλει ζωή και θάνατος;

«Η ζωή είναι ένα ταξίδι που αν κατορθώσουμε να του δώσουμε στοιχείο αποστολής, ομορφαίνει αν και δεν είναι πάντοτε εφικτό. Θάνατος δεν ξέρω τι είναι, μοιάζει να είναι το απόλυτο κακό, αλλά όταν βρίσκεις στην ίδια τη ζωή κάτι που είναι χειρότερο και από θάνατο ώστε ο προκλητός θάνατος να μοιάζει λύτρωση, τότε ουδείς έχει το δικαίωμα να υποχρεώσει αυτόν που υπομένει το χειρότερο, τους οικείους του και τον γιατρό του να επιλέξουν την πορεία προς το χειρότερο μόνο και μόνο γιατί ουδείς έχει το θάρρος και το σθένος να κάνει την τελική επιλογή θανάτου ... Ο γιατρός που θα επιχειρήσει κάτι τέτοιο δεν είναι ένας εκτελεστής, είναι ένας άνθρωπος με επιστημονική βεβαιότητα, ένας άνθρωπος που βοήθησε, στήριξε, αγάπησε και ταυτίστηκε με τον άρρωστο, ώστε να μπορέσει να αποδεχθεί και αυτή την πιο δύσκολη από όλες επιλογή ... ».

Πιστεύετε πως είναι διαδεδομένη η ευθανασία στην Ελλάδα;

«Φυσικά, αλλά εφαρμόζεται αθόρυβα, όπως έγινε και με τις εκτρώσεις! Καμιά φορά κάνει και μεγαλύτερα άλματα απ' ό,τι σε άλλες χώρες ... Για παρατηρήστε γύρω σας και πέστε μου πόσα παιδιά με συγγενείς διαμαρτίες υπάρχουν; Γεννιούνται αρκετά, επιβιώνουν ελάχιστα. Μήπως γι' αυτά τα παιδιά κάνει κάποιος κάποια στιγμή την επιλογή της ευθανασίας; Ας μην ξεχνάμε, ο ελληνικός λαός υπήρξε πάντοτε θαρραλέος στις επιλογές του. Έλυσε το θέμα των εκτρώσεων χωρίς κανείς να το πάρει είδηση όταν άλλες κοινωνίες, όπως αυτή των ΗΠΑ, σείονται ακόμη και δεν μπορούν να αποφασίσουν ... Έχει λυθεί και το θέμα της ευθανασίας από τον ελληνικό λαό και τους γιατρούς του ένα θέμα που έχει πιο εύκολη ηθική κατοχύρωση απ' ό,τι οι εκτρώσεις χωρίς να χρειασθεί να περάσουμε κάτω από τα φώτα της μεγάλης λεωφόρου, άρα και ενός νομοθετήματος. Απλώς, αποφεύγουμε να το συζητήσουμε ... ».

ΜΙΑ ΜΑΡΤΥΡΙΑ

Ζωή χειρότερη και από θάνατο ...

Το ανήμπορο αυτό πλάσμα, που κείτεται μήνες τώρα σ' ένα κρεβάτι, δεν θυμίζει σε τίποτα τον πατέρα της. Ό,τι έχει απομείνει δεν είναι παρά «οστά ντυμένα με δέρμα». Ένα άρρωστο σώμα που απόκαμε από χειρουργικές επεμβάσεις και θεραπευτικές πρακτικές. Ελπίδες δεν υπήρχαν από την αρχή. Ο καρκίνος δεν έδωσε έγκαιρα συμπτώματα και τελικά θριάμβευσε. Έκαναν όμως όλοι «παραπάνω» και απ' ό,τι μπορούσαν! Ο γιος, οι δύο κόρες, τα αδέρφια και τα πρωτοζάδερφα του αρρώστου, οι γιατροί ... Έτσι ο άρρωστος δεν έχει πια γεννητικά όργανα, έχει σωληνάκια για τις σωματικές του εκκρίσεις, πληγές σε όλο του το σώμα από τις κατακλίσεις, νεκρό τον ένα πνεύμονα, «μισό» στομάχι ... Το χειρότερο απ' όλα, δεν έχει φωνή ούτε σθένος να προβάλλει την παραμικρή διαμαρτυρία ...

Αν όλα αυτά συνέβαιναν δύο δεκαετίες πριν, «ο πατέρας μου θα είχε φύγει από τη ζωή με την αξιοπρέπεια που έζησε», ομολογεί η 40χρονη Μαρία, η πρωτότοκη.

Γενικό Κρατικό Αθηνών, «Σωτηρία», «Λαϊκό», «Άγιος Σάββας». Πέρασαν απ' όλα τα μεγάλα νοσοκομεία μέσα σε δέκα μήνες. «Αφήστε με παιδιά μου να φύγω, μην κάνετε τίποτα άλλο», εκλιπαρούσε εκείνος όταν μπορούσε να εκλιπαρήσει. Κι έκλαιγε σαν μικρό παιδί. Αλλά τον απόπαιρναν ο γιος και οι κόρες του, «τι είναι αυτά που λες πατέρα; Να, θα δεις, θα γυρίσεις όρθιος και γερός στο χωριό και θα ξαναοργώσεις τα χωράφια σου ... ».

Το ξέρει τώρα η Μαρία, όπως όλοι, όπως και εκείνος. Δεν θα γυρίσει όρθιος και γερός, ούτε τα χωράφια του θα οργώσει πάλι. Αλλά κανείς δεν το ξεστομίζει. Είναι σαν μια συνωμοσία, που υφαίνεται γύρω από το κρεβάτι του ετοιμοθάνατου. Ο άρρωστος ξέρει, νιώθει περισσότερο απ' όλους το τέλος που πλησιάζει, αλλά «εμείς δεν θέλουμε να ξέρουμε ότι ξέρει. Τρέφεται πια μόνο με τον ορό, δεν μπορεί να καταπιεί ούτε να μιλήσει. Όλες του οι λειτουργίες διεκπεραιώνονται από σωληνάκια. Ανακουφίζομαι όταν πέφτει σε βαθύ ύπνο, θέλω να πιστεύω ότι τότε δεν πονάει ... Αποφεύγω τα μάτια του, αυτό το βλέμμα του είναι σαν να με εκλιπαρεί για κάτι που αδυνατώ να προσφέρω ... ».

Τα είδε όλα η Μαρία και αν μπορούσε να γυρίσει πίσω, «τίποτα απ' όσα έγιναν δεν θα γινόταν. Θα κρατούσαμε τον άνθρωπό μας στο χωριό, στο σπίτι. Θα τον βοηθούσαμε να πεθάνει με αξιοπρέπεια όσο ήταν ζωντανός! Αυτό που συμβαίνει τώρα με τον πατέρα μου και με πολλούς άλλους ανθρώπους που γνώρισα στα νοσοκομεία είναι από εκείνα τα καθημερινά εγκλήματα, τα οποία ούτε καταγράφονται ούτε καταδικάζονται ... Σε τίποτα και κανέναν δεν ωφελεί να δίνεις παρατάσεις σε μια καταδικασμένη ζωή».

Είναι θέμα ωρών, ίσως και 2-3 ημερών. Απομένει η τελική επισφράγιση ενός εν ζωή θανάτου. Και ο θάνατος αυτός θα είναι λύτρωση για τη Μαρία, την αδελφή της την Ισμήνη, τον αδελφό τους τον Κωστή. Θα πονέσει λιγότερο «από όσο ήδη πονέσαμε και πονάμε ... ».

Να εύχεσαι τον θάνατο ενός λατρεμένου προσώπου, αλλά να μην τολμάς ούτε «βοήθεια» να ζητήσεις ούτε να κάνεις εσύ ο ίδιος κάτι, είναι το ίδιο τραγικό. Η Μαρία και τα αδέρφια της δεν μπόρεσαν καν να αποφύγουν «όλες εκείνες τις υπερβολές και τις υπερβάσεις που έγιναν στο όνομα της Ιατρικής. Τα τελευταία χειρουργεία θα μπορούσαν να μην είχαν γίνει, η επανάληψη της χημειοθεραπείας δεν είχε κανένα νόημα και εκείνο το βράδυ που σταμάτησε για λίγο η καρδιά του δεν υπήρχε λόγος για την ανάνηψη. Όλα οδηγούσαν σ' ένα αυξανόμενο μαρτύριο. Το μόνο που καταφέραμε, ήταν ότι εμποδίσαμε τον πατέρα μας να ξεκουραστεί την ώρα που έπρεπε και στέρησαμε το δικαίωμα στην ελευθερία και στις επιλογές κάποιου, που και ελεύθερος έζησε και με επιλογές ... ».

«Η στάση των ασθενών, των γιατρών και του γενικού πληθυσμού απέναντι στην ευθανασία»

Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει αρκετές έρευνες γύρω από τη στάση των γιατρών, των ασθενών και του γενικού πληθυσμού απέναντι στην ευθανασία.

Πολλές από αυτές τις έρευνες έχουν διεξαχθεί σε διάφορες πολιτείες της Αμερικής και κυρίως στο Michigan και το Oregon, λόγω συγκεκριμένων γεγονότων που αφορούσαν είτε στη δράση ατόμων, όπως ο Dr. Jack Kevoorkian, (Michigan) είτε στην κατάθεση ειδικού νομοσχεδίου (Oregon), και τα οποία συντέλεσαν στο να τεθεί η ευθανασία ως βασικό θέμα προβληματισμού για πολλές κοινωνικές και επαγγελματικές ομάδες.

Επιχειρώντας μια σύντομη αναφορά ορισμένων ερευνών, αριθμητικά αποτελέσματα των οποίων παρουσιάζονται στους πίνακες 1 και 2, αναφέρουμε την έρευνα του D.J. Doukas και συνεργατών του, από την οποία φάνηκε ότι ένα υψηλό ποσοστό γιατρών έχει δεχτεί αιτήματα ενεργητικής ευθανασίας ή υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και ορισμένοι από αυτούς τα έχουν πραγματοποιήσει. Αντίστοιχη έρευνα, που έγινε από τον J.G. Bachman και συνεργάτες του και στην οποία συμμετείχαν γιατροί και δείγμα από το γενικό πληθυσμό, έδειξε πως τόσο οι γιατροί όσο και ο γενικός πληθυσμός είναι θετικοί απέναντι στη νομιμοποίηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Όσον αφορά στο γενικό πληθυσμό, στην ερώτηση αν θα ζητούσαν οι ίδιοι ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία, σε περίπτωση που οι πράξεις αυτές ήταν νόμιμες, οι ίδιοι βρισκόνταν στο τελικό στάδιο μιας ασθένειας και υπέφεραν από αφόρητους πόνους, οι μισοί περίπου από τους ερωτηθέντες απάντησαν ότι θα το ζητούσαν.

Σχετικά με την πολιτεία του Oregon, από μια μελέτη που έγινε από την M.A. Lee και συνεργάτες της, φάνηκε ότι ένα υψηλό ποσοστό των γιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα υποστήριζαν τη νομιμοποίηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας για ορισμένες περιπτώσεις, ενώ, αν ήταν νόμιμη, περίπου οι μισοί από αυτούς θα χορηγούσαν ιατρική συνταγή για υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

Αντίστοιχα, και στην έρευνα που έγινε από την D.E Meier, φάνηκε πως το νομικό καθεστώς που επικρατεί σε κάθε πολιτεία, επηρεάζει τη στάση των γιατρών, και τα ποσοστά αυτών που θα συμμετείχαν σε πράξεις ευθανασίας αυξάνουν, αν οι πράξεις τέτοιου τύπου ήταν νόμιμες. Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα της έρευνας του J.S. Cohen, όπου συμμετείχαν ογκολόγοι, αιματολόγοι, παθολόγοι και ψυχίατροι.

Ανάλογες έρευνες έχουν γίνει και σε άλλες χώρες, όπως αυτή του G. Mola και των συνεργατών του που πραγματοποιήθηκε στο Μιλάνο και από την οποία προκύπτει ότι υψηλό ποσοστό των συμμετεχόντων έχει δεχτεί έστω μια φορά αίτημα ευθανασίας από ασθενή τελικού σταδίου κι ένα σημαντικό ποσοστό από αυτούς θεωρεί ότι υπάρχουν περιπτώσεις για τις οποίες η ευθανασία θεωρείται ηθικά σωστή.

Τέλος, όσον αφορά στην έρευνα του E.J. Emanuel και των συνεργατών του, όπου συμμετείχαν ογκολόγοι, ογκολογικοί ασθενείς και άτομα από το γενικό πληθυσμό, από τα αποτελέσματα φάνηκε πως οι ογκολόγοι θεωρούν την

υποβοηθούμενη αυτοκτονία πιο αποδεκτή από την ενεργητική ευθανασία, ενώ οι ογκολογικοί ασθενείς και ο γενικός πληθυσμός δε διαφοροποιεί τη στάση του απέναντι σ' αυτές τις δυο μορφές. Στην περίπτωση που πρόκειται για έναν ογκολογικό άρρωστο τελικού σταδίου που υποφέρει από έντονους πόνους, και οι τρεις ομάδες των ερωτηθέντων τοποθετήθηκε θετικά απέναντι στην ενεργητική ευθανασία, θεωρώντας αποδεκτή την αύξηση της χορηγούμενης δόσης μορφίνης, ακόμη κι αν αυτό έχει ως συνέπεια τον πρόωπο θάνατο του ασθενή.

Αναφορικά με τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού ογκολογικών τμημάτων απέναντι στην ευθανασία, από μια έρευνα που έγινε από την D.S.Richardson φάνηκε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων εάν συμμετείχε σε διαδικασία ευθανασίας, ακόμη κι αν ήταν νόμιμη και την είχε ζητήσει ο ίδιος ο ασθενής. Στο άρθρο της η Richardson αναφέρεται και σε μια ανάλογη έρευνα που έγινε στο Τόκιο, όπου στην ερώτηση αν οι συμμετέχοντες θα ενέκριναν την ευθανασία σε περίπτωση που οι ίδιοι ήταν άρρωστοι τελικού σταδίου, το 63% απάντησε θετικά, ενώ αν επρόκειτο για μέλος της οικογένειάς τους, το ποσοστό που τάσσόταν υπέρ της ευθανασίας ήταν 30%.

Από μια έρευνα που έγινε στην Ολλανδία από την L. Pijnenborg και συνεργάτες της σχετικά με τις ιατρικές αποφάσεις που τερματίζουν τη ζωή, μελετήθηκαν αναδρομικά περίπου 2300 περιπτώσεις θανάτου απ' όπου προέκυψε πως το ποσοστό των περιπτώσεων ευθανασίας (ενεργητικής ή παθητικής), που γίνονται χωρίς να υπάρχει σαφές εκφρασμένο αίτημα από τον ασθενή, είναι 1.8%. Στο 57% των περιπτώσεων ευθανασίας χωρίς εκφρασμένο αίτημα, ο γιατρός είχε ενημερωθεί για την επιθυμία του ασθενή από προηγούμενη συζήτηση μαζί του. Στο 56% των περιπτώσεων η κατάσταση του ασθενή δεν ήταν τέτοια που θα του επέτρεπε να πάρει μια ξεκάθαρη απόφαση, ενώ στο 41% των περιπτώσεων που δεν υπήρχε εκφρασμένο αίτημα και που συγχρόνως ο ασθενής ήταν ανίκανος να πάρει μια ανάλογη απόφαση, λόγω της κατάστασής του, ήταν η οικογένεια που είχε ζητήσει τη συντόμευση της ζωής του ασθενή. Στο 86% των περιπτώσεων η ζωή του ασθενή συντομεύτηκε από μερικές ώρες μέχρι μερικές μέρες, ενώ ο γιατρός γνώριζε τον ασθενή, κατά μέσο όρο 2.4 χρόνια (ο ειδικός) μέχρι 7.2 χρόνια (ο γενικός γιατρός).

Σ' ένα άρθρο τους ο H. Hendin και οι συνεργάτες του ασκούν μια κριτική απέναντι στην εξέλιξη των πράξεων ενεργητικής ευθανασίας και υποβοηθούμενης αυτοκτονίας από το 1990 ως το 1995 στην Ολλανδία. Αυτή η κριτική θεώρηση βασίζεται σε δυο μελέτες, που πραγματοποιήθηκαν κατά τα αντίστοιχα έτη και οι οποίες υποστηρίχτηκαν από τη Royal Dutch Medical Association. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με ερωτηματολόγια και συνεντεύξεις. Οι συγγραφείς θεωρούν ότι όλες οι ενδείξεις οδηγούν στο συμπέρασμα πως στην Ολλανδία η πρακτική γύρω από την ευθανασία παρουσιάζει αρκετές υπερβάσεις, παρά τους κανόνες που υπάρχουν για την εφαρμογή της. Ένα σημαντικό ποσοστό των γιατρών που φθάνει το 50%, φαίνεται να υποβάλλει στους ασθενείς την ιδέα της ευθανασίας, ενώ ένα ποσοστό % έχει προχωρήσει σε τερματισμό της ζωής χωρίς προηγούμενο σαφώς εκφρασμένο αίτημα. Τα δεδομένα για την ευθανασία στην Ολλανδία για τα έτη

199095 παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα που ακολουθεί των Η. Hendin και συνεργατών του.

Πίνακας 1. Σύνοψη διεθνών ερευνητικών δεδομένων

Ερευνητής	Υλικό	Θετική στάση		Αιτήματα για ευθανασία		Αποδοχή του αιτήματος	
		Ενεργητική	Υποβοηθούμενη	Ενεργητική	Υποβοηθούμενη	Ενεργητική	Υποβοηθούμενη
Emanuel et al., 1996 (Boston)	355 ογκολόγοι	97.4%		37.6%	50.6%	1.8%	13.5%
	155 ογκολ. ασθενείς	93.9%					
	193 γεν. πληθυσμού	91.8%					
Di Mola et al., 1996 (Italy)	359 μέλη της Ιατρικής Κοινότητας		32%		39%		11.5%
Doukas et al., 1995 (Michigan)	154 ογκολόγοι	15%	22%	43%	38%	4%	18%
Bachman et al., 1996 (Michigan)	1119 γιατροί		55%				22%
	998 γεν. πληθυσμός		66%				(υποθ. ερώτ.)
Cohen et al., 1994 (Washington)	938 ογκολ., αιματολόγοι, παθολόγοι, ψυχίατροι	42%	50%			33%	40%
						(υποθ.ερώτ.)	(υποθ.ερώτ.)
Richardson et al., 1994, (Illinois, Iowa, Indiana, Missouri)	148 νοσηλευτές		53%			23%	
Rijnenborg et al., 1993 (Netherlands)	5500 γιατροί						27%
							χωρίς αίτημα
Meier et al., 1998 (United States)	1902 γιατροί	24%	36%	11.1%	18.3%	4.7%	16%
	10 ειδικοτήτων						
Lee et al., 1996 (Oregon)	2761 γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων		60%		21%		7%

Πίνακας 2. Σύνοψη ελληνικών ερευνητικών δεδομένων

Ερευνητής	Υλικό	Θετική στάση		Αιτήματα για ευθανασία		Αποδοχή του αιτήματος	
		Ενεργητική	Υποβοηθούμενη	Ενεργητική	Υποβοηθούμενη	Ενεργητική	Υποβοηθούμενη
Ευθυμίου Π., 1995 (Ιωάννινα)	356 φοιτητές ιατρικής		64.5%				
Παπαπετρόπουλος Θ. και συν., 1997 (Πάτρα)	γιατροί, δικηγόροι, δικαστές, εκτοσείς φοιτητές	3.1%	5.1%			2.4%	3.1%
		7.9%	8.9%			(υποθ. ερώτ.)	(υποθ. ερώτ.)
		4.6%	18.2%				
		6.9%	6.9%				
Γκαράνης Τ. και συν., 1996	81 γιατροί ΜΕΘ			49.4%		7.3%	
				από συγγενείς			
				11.1%			
				από ασθενείς			

Πίνακας 3. Συγκριτικά δεδομένα για την ευθανασία στην Ολλανδία

Ιατρική απόφαση	Έρευνα 1990		Έρευνα 1995	
	Ερωτηματολόγιο	Συνέντευξη	Ερωτηματολόγιο	Συνέντευξη
<i>Ενεργητική Ευθανασία</i>	2189 (1.7)	2445 (1.9)	3253 (2.4)	3018 (2.3)
<i>Υποβοηθούμενη αυτοκτονία</i>	244 (0.2)	380 (0.3)	271 (0.2)	542 (0.4)
<i>Τερματισμός της ζωής χωρίς αίτημα</i>	1030 (0.8)	...	948 (0.7)	...
<i>Χορήγηση οπιοειδών με εκφρασμένο σκοπό τον τερματισμό της ζωής</i>	...	1350 (1.0)	...	1896 (1.4)
<i>Εκτίμηση του συνόλου των θανάτων που οφείλονταν στην παρέμβαση των γιατρών</i>	4813 (3.7)		6368 (4.7)	

(Αναφέρεται ο αριθμός των θανάτων και σε παρένθεση το ποσοστό επί του συνόλου των θανάτων, βασισμένα σε 128.786 θανάτους στην Ολλανδία κατά το 1990 και 135.546 θανάτων κατά το 1995.)

Στοιχεία για την κλινική πρακτική στις ευθανασίας στην Ολλανδία εμπεριέχονται και στο πρόσφατα δημοσιευμένο άρθρο της K. Faber-Langendoen στο οποίο αναφέρεται ότι από όλους τους θανάτους που συνέβησαν στην Ολλανδία το 1990, το 7% των περιπτώσεων (9000) είχαν εκφράσει αίτημα ενεργητικής ευθανασίας ή υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και το 30% αυτών των αιτημάτων (2700) εκπληρώθηκαν, αριθμός που αντιστοιχεί σε ποσοστό 2.9% των συνολικών θανάτων. Αντίστοιχα, για το 1995, το ποσοστό των πράξεων ευθανασίας στην Ολλανδία ήταν 3.4% επί του συνολικού αριθμού των θανάτων. Επιπλέον, περίπου 1000 άνθρωποι πέθαναν, ύστερα από κάποια πράξη ευθανασίας, χωρίς προηγούμενα εκφρασμένο αίτημα. Σύμφωνα με τα ίδια δεδομένα, το 72% όλων των περιπτώσεων ευθανασίας ή υποβοηθούμενης αυτοκτονίας στην Ολλανδία αφορά ογκολογικούς ασθενείς, ενώ από όλους τους θανάτους που οφείλονταν σε καρκίνο, εκτιμάται ότι το 12% ήταν αποτέλεσμα ευθανασίας ή υποβοηθούμενης αυτοκτονίας.

Όσον αφορά στον Ελληνικό χώρο, σε πρόσφατη έρευνα που έγινε στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων από τον Π. Ευθυμίου και συνεργάτες του 268 και στην οποία συμμετείχαν φοιτητές της Ιατρικής, φάνηκε ότι ένα υψηλό

ποσοστό αποδέχεται την παθητική ευθανασία σε άτομα προχωρημένης ηλικίας που πάσχουν από ανίατο νόσημα και ζητούν τα ίδια τη συντόμευση της ζωής τους, ενώ απορρίπτει την ενεργητική ευθανασία.

Στη Νευρολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών σε έρευνα του Χ. Παπαπετροπουλου και συνεργατών του, η οποία στόχευε στη διερεύνηση των τάσεων απέναντι στην ευθανασία, συμμετείχαν 2000 γιατροί, δικηγόροι, δικαστές και εκτοετείς φοιτητές της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Πατρών. Η απαντητικότητα στα ερωτηματολόγια, που στάλθηκαν ταχυδρομικά, ήταν πολύ χαμηλή γι' αυτό μπορούμε να πούμε ότι πρόκειται για μια αδρή καταγραφή των τάσεων απέναντι στην ευθανασία. Από τα αποτελέσματα της έρευνας, διαπιστώθηκε ένα χαμηλό ποσοστό συναίνεσης σε ότι αφορά στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία και την ενεργητική ευθανασία, σε σχέση με ποσοστά που προκύπτουν από μελέτες που έγιναν σε δυτικές κυρίως χώρες.

Τέλος, η μελέτη του και των συνεργατών του επικεντρώνεται στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζεται το ζήτημα της ευθανασίας σε 15 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.). Από τα αποτελέσματα της έρευνας φάνηκε ότι το ποσοστό των γιατρών που έχουν αντιληφθεί περιπτώσεις είτε ενεργητικής είτε παθητικής ευθανασίας είναι 18,5% και 32.1 % αντίστοιχα. Ενδιαφέρουσα είναι η διαπίστωση που απορρέει από τα αποτελέσματα της έρευνας σχετικά με τα αιτήματα ευθανασίας που προέρχονται από τους ίδιους τους ασθενείς, όπου το ποσοστό των αιτημάτων σ' αυτή την περίπτωση είναι αισθητά χαμηλότερο σε σύγκριση με τα αιτήματα που προέρχονται από τους συγγενείς είτε για την ενεργητική είτε για την παθητική ευθανασία.

Οι συγγραφείς δε σχολιάζουν τη μεγάλη διαφορά του ποσοστού των αιτημάτων που προέρχονται από τη οικογένεια και των αιτημάτων που προέρχονται από τους ασθενείς, πιθανά όμως να οφείλεται στην ιδιαιτερότητα των κλινικών καταστάσεων που αντιμετωπίζουν οι γιατροί στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΑΤΡΩΝ

- 1) Ποία είναι η άποψη της επιστήμης για το θέμα της ευθανασίας;
- 2) Ποία η προσωπικής σας τοποθέτηση;
- 3) Έχετε αντιμετωπίσει ποτέ περίπτωση ευθανασίας ;
- 4) Αν όχι, πως θα αντιδρούσατε σε μια τέτοια περίπτωση;
- 5) Την ίδια αντιμετώπιση θα είχατε και με ένα συγγενικό η αγαπημένο σας πρόσωπο;
- 6) Η εκκλησία είναι κατά της ευθανασίας. Ποία είναι η γνώμη σας γι' αυτό ;
- 7) Ποία είναι η άποψη σας για το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο στην Ελλάδα για το θέμα της ευθανασίας ;
- 8) Στην Ολλανδία η ευθανασία έχει αποποινικοποιηθεί από το 2002. Ποία είναι η γνώμη σας γι' αυτό;
- 9) Πιστεύετε ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό είναι κατάλληλα προετοιμασμένο ώστε να αντιμετωπίζει ανάλογες περιπτώσεις;

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΕΡΕΩΝ

- 1) Τι πρεσβεύει η χριστιανική θρησκεία για το θέμα της ευθανασίας ;
- 2) Ποια είναι η στάση της Εκκλησίας ως αντιπρόσωπος της χριστιανικής θρησκείας για το θέμα της ευθανασίας;
- 3) Η προσωπική σας τοποθέτηση για το θέμα της ευθανασίας ;
- 4) Έχετε αντιμετωπίσει ποτέ περίπτωση ευθανασίας ;
- 5) Την ίδια αντιμετώπιση θα είχατε και με ένα συγγενικό η αγαπημένο σας πρόσωπο;
- 6) Η εκκλησία είναι κατά της ευθανασίας. Ποία είναι η γνώμη σας γι' αυτό ;
- 7) Ποία είναι η άποψη σας για το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο στην Ελλάδα για το θέμα της ευθανασίας ;
- 8) Στην Ολλανδία η ευθανασία έχει αποποινικοποιηθεί από το 2002. Ποία είναι η γνώμη σας γι' αυτό;
- 9) Οι απόψεις των ιατρών για το θέμα της ευθανασίας διχάζονται. Πως κρίνετε εσείς αυτή την στάση τους;