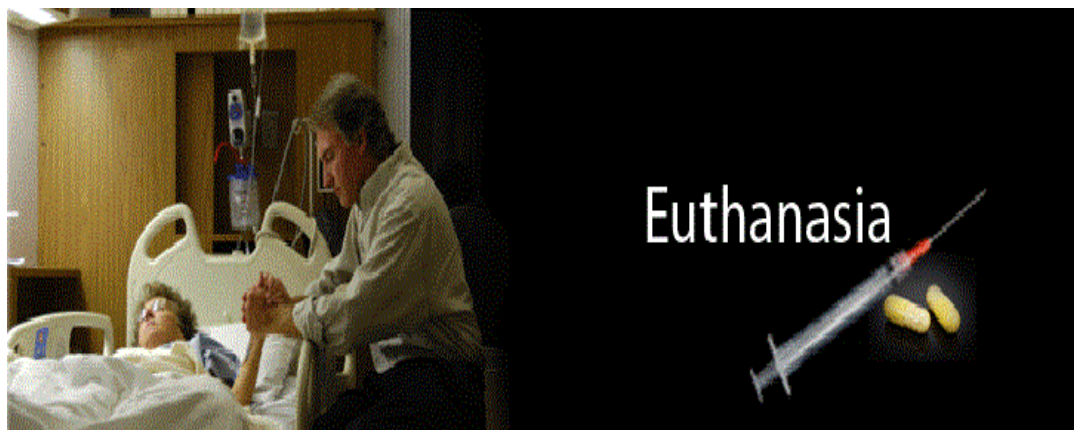




Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Τρίτη Ηλικία και Ευθανασία»
«The Third Age and Euthanasia»

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ: ΚΑΛΗΜΕΡΗ ΠΑΓΩΝΑ
ΠΟΛΥΧΡΟΝΑΚΗ ΕΛΕΝΗ
ΦΩΤΑΡΑΣ ΣΤΑΥΡΟΣ



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ : ΚΛΩΝΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

Πάτρα, 2012



Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ

Σ.Ε.ΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

«ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ»

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ:

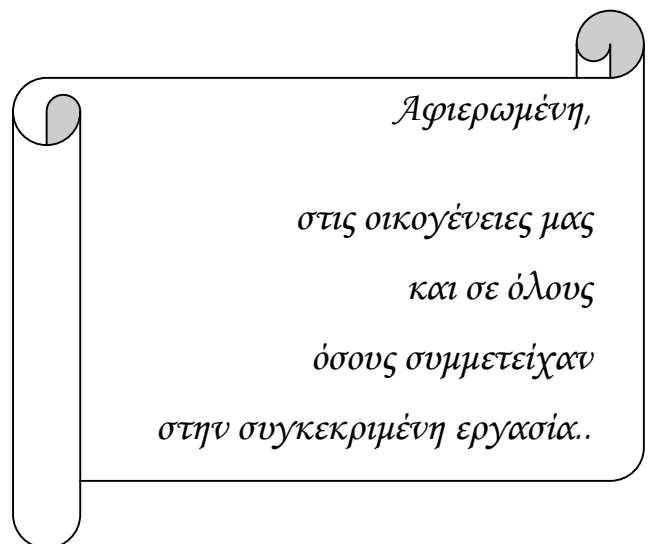
ΚΑΛΗΜΕΡΗ ΠΑΓΩΝΑ
ΠΟΛΥΧΡΟΝΑΚΗ ΕΛΕΝΗ
ΦΩΤΑΡΑΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

κ. ΚΛΩΝΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι) Πάτρας.

Πάτρα, 2012



*Αφιερωμένη,
στις οικογένειες μας
και σε όλους
όσους συμμετείχαν
στην συγκεκριμένη εργασία..*

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες	σελ. i
Περίληψη	σελ. ii
Abstract.....	σελ. iii
Εισαγωγή	σελ. iv
Εννοιολογική προσέγγιση	σελ. v

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ / ΕΡΕΥΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	σελ 1
1.1 Η έννοια του γήρατος στην Τρίτη και τέταρτη ηλικία.....	σελ 1
1.1.1 Ορισμός του Γήρατος.....	σελ 1
1.1.2 Τρίτη και Τέταρτη Ηλικία.....	σελ 1
1.2 Χαρακτηριστικά Τρίτης Ηλικίας.....	σελ 3
1.2.1 Γενικά Χαρακτηριστικά.....	σελ 3
1.2.2 Βιολογικές / Σωματικές Μεταβολές.....	σελ 4
1.2.3 Ψυχολογικές Μεταβολές.....	σελ 5
1.3 Τα προβλήματα της Τρίτης Ηλικίας.....	σελ 6
1.3.1 Σύνταξη.....	σελ 7
1.3.2 Υγεία.....	σελ 8
1.3.3 Οικογένεια.....	σελ 9
1.3.4 Πρόσβαση σε αγαθά και υπηρεσίες.....	σελ 10
1.3.5 Μοναξιά.....	σελ 11
1.3.6 Προθανάτια περίοδος.....	σελ 11
1.4 Θάνατος και Τρίτη Ηλικία.....	σελ 14
1.4.1 Η απώλεια.....	σελ 16
1.4.2 Η θλίψη.....	σελ 17
1.5 Δημογραφικά στοιχεία.....	σελ 18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.....	σελ 21
2.1 Ιστορική αναδρομή.....	σελ 21
2.1.1 Αρχαία Ελλάδα.....	σελ 21
2.1.2 Παλαιά Διαθήκη.....	σελ 23
2.1.3 Χριστιανικοί χρόνοι.....	σελ 23
2.1.4 Μεσαίωνας.....	σελ 24
2.1.5 Νεότεροι χρόνοι και Ναζιστική Γερμανία.....	σελ 25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΜΟΡΦΕΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.....σελ 28

3.1 Μορφές Ευθανασίας.....	σελ 28
3.1.1 Ενεργητική ευθανασία.....	σελ 28
3.1.2 Εκούσια ευθανασία.....	σελ 29
3.1.3 Ακούσια ευθανασία.....	σελ 29
3.1.4 Παθητική ευθανασία.....	σελ 30
3.1.5 Ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία.....	σελ 31
3.1.6 Ευγονική ευθανασία.....	σελ 32
3.1.7 Ορθοαθανασία.....	σελ 32
3.1.8 Δυσθανασία.....	σελ 32
3.1.9 Επιταχυθανασία.....	σελ 33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ.....σελ 34

4.1 Βιοηθική και Ευθανασία.....	σελ 34
4.1.1 Ιατρική Ηθική.....	σελ 35
4.1.2 Ηθική Φιλοσοφία.....	σελ 38
4.1.3 Οι Πυθαγόρειοι για την ευθανασία.....	σελ 38
4.1.4 Η άποψη του Πλάτωνα.....	σελ 39
4.1.5 Η Πλατωνική άποψη για τον Σωκράτη.....	σελ 40

4.1.6 Ο Αριστοτέλης για την ευθανασία.....σελ	40
4.1.7 Η στάση των Στωικών Φιλοσόφων.....σελ	41
4.2 Θεολογική προσέγγιση της Ευθανασίας.....σελ	42
4.2.1 Η θέση της Ορθόδοξης Εκκλησίας.....σελ	42
4.2.2 Η θέση της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας.....σελ	46
4.2.3 Η θέση των Προτεσταντικών Εκκλησιών - Ευαγγελιστές.....σελ	46
4.2.4 Η θέση του Μουσουλμανισμού.....σελ	48
4.2.5 Η θέση του Βουδισμού.....σελ	48
4.2.6 Η θέση του Ινδουισμού.....σελ	48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ.....σελ

5.1 Ιστορική Αναδρομή Μεταμοσχεύσεων	σελ 50
5.2 Μεταμοσχεύσεις και Ευθανασία.....σελ	51
5.3 Εγκεφαλικός Θάνατος	σελ 52
5.4 Πρωτόκολλο DNR	σελ 53
5.5 Ιατρικό Δίκαιο και Φροντίδα ασθενούς.....σελ	54
5.5.1 Υποχρεώσεις και Καθήκοντα των ιατρών.....σελ	54
5.5.2 Δικαιώματα ασθενών.....σελ	56
5.5.3 Ιατρική Ευθύνη.....σελ	57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: ΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....σελ

6.1 Νομική Προσέγγιση.....σελ	58
6.2 Νομοθεσία Αγγλοσαξονικών χωρών.....σελ	61
6.2.1 Βρετανία.....σελ	61
6.2.2 Γαλλία.....σελ	62
6.2.3 Γερμανία.....σελ	63
6.2.4 Βέλγιο.....σελ	64
6.2.5 Ολλανδία.....σελ	64

6.2.6 Ελβετία.....σελ 65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ: ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ: ΕΝΑ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΟ

ΔΙΛΗΜΜΑ.....σελ 67

7.1 Ευθανασία στην Ελλάδα και στην Ευρώπη.....σελ 67

7.1.1 Έρευνες περί Ευθανασίας.....σελ 67

7.2 Διαχρονικά διλήμματα για την ευθανασία.....σελ 74

7.2.1 Επιχειρήματα περί αποδοχής της ευθανασίας.....σελ 74

7.2.2 Επιχειρήματα περί μη αποδοχής της ευθανασίας.....σελ 76

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....σελ 74

8.1 Συμπεράσματα.....σελ 79

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ 82

ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΕΣ.....σελ 92

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: Άρθρα του Συντάγματος.....σελ 93

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.....σελ 95

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: Άρθρα από εφημερίδες.....σελ 106

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την υπεύθυνη καθηγήτρια μας, κυρία Κλωνή Παναγιώτα για την πολύτιμη βοήθειά και την σωστή καθοδήγηση της, καθ' όλη την διάρκεια της συνεργασίας μας. Ο μεγάλος βαθμός δυσκολίας του θέματος, μειώθηκε δραστικά με τη συμβολή, την εμπειρία και την ενθάρρυνση της.

Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε, ιδιαίτερα, τους υπευθύνους της Δημοτικής Βιβλιοθήκης Πατρών και της Βιβλιοθήκης του Α.Τ.Ε.Ι Πατρών, για την προσοχή και βοήθεια που μας παρείχαν, κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της βιβλιογραφικής μας έρευνας.

Τέλος, οφείλουμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες μας, για την στήριξη τους, τόσο οικονομικά, όσο και συναισθηματικά, καθ' όλη τη διάρκεια της ενασχόλησης μας με την συγκεκριμένη εργασία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία είναι μια βιβλιογραφική μελέτη που έχει θέμα την Τρίτη ηλικία και την Ευθανασία. Μελετήθηκε εκτεταμένα η ευθανασία και η Τρίτη ηλικία και δόθηκαν ορισμένες έρευνες σχετικά με το ζήτημα της Ευθανασίας. Θεωρούμε ότι, η σημαντικότητα της ερευνάς μας είναι σπουδαία καθώς, μπορεί ο επιστημονικός κόσμος αλλά και οι συμφοιτητές μας να ενημερωθούν για ένα θέμα που είναι ευαίσθητο και δεν συζητιέται άνετα στους πολιτικούς και ιατρικούς κύκλους. Αυτό, βέβαια συμβαίνει, όχι μόνο στην χώρα μας αλλά και έξω από τα δικά μας σύνορα. Η ευθανασία είναι ένα φλέγον ζήτημα το οποίο απασχολεί την ανθρωπότητα από τα αρχαία χρόνια. Η εργασία αυτή αναφέρει, όχι μόνο τις απόψεις της επιστημονικής κοινότητας αλλά και την θέση της εκκλησίας και των φιλοσόφων.

Ο σκοπός αυτής της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι, αφενός μεν, η ενημέρωση της φοιτητικής κοινότητας για το θέμα της ευθανασίας και πως αυτό σχετίζεται με την Τρίτη ηλικία αφετέρου δε, ο προβληματισμός του αναγνώστη για το αν τελικά η ευθανασία είναι επιλογή του τέλους της ζωής μας ή αν αποτελεί τρόπο αυτοκτονίας ή δολοφονίας.

ABSTRACT

This paper is a bibliographical study which has as a topic the euthanasia and the third age. It has been vastly studied the euthanasia and the third age and have been given some researches on the topic of euthanasia. We strongly believe that our study has a huge significance because we can update not only the scientific community but also our co students can be informed for a topic that is so sensitive that is not commonly discussed either in the political or in the medical circle. That happens not only in our country but also in other countries too. Euthanasia is a blazed topic which has been occupying humanity since the ancient eras.

The purpose of that literature review is to inform the student community for the euthanasia topic and how this can be connected with the elderly. Our purpose is also to speculate the reader about weather euthanasia is a choice or it consists a way to commit a suicide or a way of murder.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρακάτω εργασία καταπιάνεται με το ζήτημα της ευθανασίας στην Τρίτη ηλικία. Στο πρώτο μέρος αναλύεται διεξοδικά το θέμα της τρίτης ηλικίας. Σε αυτό το κεφάλαιο, ο αναγνώστης θα μπορέσει να πληροφορηθεί για θέματα που αφορούν την Τρίτη ηλικία όπως, τα χαρακτηριστικά αυτής της ηλικίας και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, τόσο σωματικά όσο και νοητικά. Ακόμα αναφερόμαστε, στον κοινωνικό αποκλεισμό που υφίσταται η συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα.

Το δεύτερο μέρος, πραγματεύεται την ευθανασία και κατατοπίζει τον αναγνώστη όσον αφορά τις μορφές της, την ιστορική αναδρομή της ευθανασίας αλλά και τον τρόπο αντιμετώπισης του συγκεκριμένου ζητήματος, όχι μόνο από την εκκλησία αλλά και από τους διάφορους φιλοσόφους ανά τα χρόνια. Ακόμη, αυτό το κεφάλαιο αναφέρει τις υποχρεώσεις που πρέπει να έχει ένας γιατρός απέναντι στον ασθενή του. Τέλος, αναφέρονται, οι νομοθετικές μεριμνήσεις άλλων χωρών που έχουν σχέση με την ευθανασία και καθ' αυτό τον τρόπο, ο αναγνώστης θα μπορέσει να συγκρίνει και να κρίνει τα εκάστοτε νομοθετικά μετρά των συγκεκριμένων χωρών. Επίσης, δίνεται η ευκαιρία, στον αναγνώστη, να διαβάσει και να κρίνει τα επιχειρήματα, τόσο αυτών που είναι υπέρ όσο και αυτών που είναι κατά της ευθανασίας.

Στο τρίτο και τελευταίο μέρος, παρατίθενται έρευνες που αφορούν το ζήτημα της ευθανασίας. Η συγκεκριμένη εργασία αντιμετωπίστηκε μόνο βιβλιογραφικά, λόγω του ότι, η ευθανασία αποτελεί ένα πολύ ευαίσθητο θέμα για την Τρίτη Ηλικία και η ενημέρωση της κοινότητας είναι μηδαμινή.

{Η παραπάνω πρόταση για μη διεξαγωγή έρευνας έγινε μετά από συνεννόηση της υπεύθυνης καθηγήτριας και του κοινωνικού λειτουργού που ήταν υπεύθυνος του φορέα που ζητήθηκε να γίνει η ερευνητική διαδικασία.}

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Γήρας: [< γήρα < γηράσκω ή γηράω] η γεροντική ηλικία (Νέο λεξικό της Ελληνικής, Σταφυλίδης, 1992).

Ηλικία: αδόκιμη ετυμολογία: < ήλιος + κίω (= περιστρέφω, ελίσσομαι, κινούμαι, πηγαίνω, πορεύομαι, έρχομαι (στα αρχαία ελληνικά). Όταν λοιπόν κάποιος μας λέει την ηλικία του, δηλώνει πόσες φορές έχει περιστραφεί γύρω από τον ήλιο κι αφού μια περιστροφή της γης γύρω από τον ήλιο είναι ένα έτος, μας δηλώνει πόσων ετών είναι (el.wiktionary.org, 2009).

Ηλικιωμένος: μετοχή του ηλικιώνομαι, αυτός που βρίσκεται σε προχωρημένη ηλικία (Νέο Λεξικό της Ελληνικής, Σταφυλίδης, 1992).

Μοναξιά: είναι η κατάσταση και το δυσάρεστο συναίσθημα που νιώθει ένα άτομο, όταν μένει μόνο του. Αυτό εκδηλώνεται όταν είναι εντελώς απομονωμένο ή δεν έχει επαφές με άλλα άτομα (Λεξικό της σύγχρονης ελληνικής δημοτικής γλώσσας, Εμμανουήλ Κριαρά, 1995).

Σύμφωνα με το Μπαμπινιώτη (2006), μοναξιά είναι η απουσία επικοινωνίας με τους άλλους ανθρώπους καθώς και η εσωτερική κατάσταση ενός ατόμου που, δεν έχει καμία ουσιαστική επαφή με τους συνανθρώπους του.

Ευθανασία: είναι κυρίως, ο αξιοπρεπής και ανώδυνος θάνατος με την χρήση κάποιας μεθόδου προκλήσεως τερματισμού της ζωής ενός ανθρώπου. Οι συγκεκριμένοι μέθοδοι δεν ακολουθούνται από οδυνηρά συμπτώματα και συντομεύουν την έκβαση κάποιας ανίατης ασθένειας (Biggs, 2001).

Βέβαια, πέρα από την έννοια του ανώδυνου θανάτου, στην εποχή μας, η ευθανασία περιλαμβάνει την θανάτωση νεογνών με προβλήματα υγείας, των ατόμων που είναι «κλινικά νεκροί» ή “χαίρουν” της παράτασης της ζωής τους, μέσω των μηχανημάτων τεχνητής υποστήριξης, γεγονός που προκαλεί έντονο προβληματισμό

σχετικά με τον ορισμό του ανώδυνου και καλού θανάτου (Stuart - Curter - Demy T, 1998).

Μεταμόσχευση: είναι μία χειρουργική επέμβαση όπου, υγιή όργανα, κύτταρα ή ιστοί μεταβιβάζονται από ένα νεκρό ή ζωντανό άτομο σε ένα άλλο, το οποίο νοσεί, έχοντας ως στόχο την αποκατάσταση της λειτουργίας των οργάνων του (EOM, 2010, UNOS, 2010). Βέβαια, η συγκεκριμένη επέμβαση πρέπει να διέπεται από συμβατή γενετική ταυτότητα ανάμεσα στον δότη και τον λήπτη. Η διαδικασία της μεταμόσχευσης ακολουθεί δύο στάδια, τα οποία είναι, αρχικά, η αφαίρεση των οργάνων, κυττάρων ή ιστών από τον δότη και στη συνέχεια η μετεμφύτευση τους στον λήπτη (Κούρτης, 2002).

Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση: είναι η άμεση αναγνώριση του επείγοντος και η παροχή οξυγόνου στα ζωτικά όργανα. Αυτό επιτυγχάνεται με την τεχνητή αναπνοή και τις θωρακικές συμπίεσεις, ωστόσο υπάρχουν προϋποθέσεις για την αποκατάσταση της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας μέσω εξειδικευμένης ιατρικής βοήθειας (Ασκητοπούλου, 1991).

Εντολές Μη Αναζωογόνησης [Do Not Resuscitate (DNR) Orders]: «Η τρέχουσα τεχνική της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης (ΚΑΡΠΙΑ) περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1960. Οι αρχικές εφαρμογές της αφορούσαν σε ανθρώπους κατά τα άλλα υγιείς, οι οποίοι εμφάνιζαν αιφνίδια, μη αναμενόμενη καρδιακή ανακοπή στο χειρουργείο ή λόγω πνιγμού. Οι επιτυχίες της, σε συνδυασμό με την απλότητα και την ευκολία εκμάθησής της, συνέβαλαν στην ταχεία επέκταση της χρήσης της. Κατέληξε μια θεραπεία ρουτίνας, η οποία εφαρμόζεται σε κάθε ασθενή που υφίσταται καρδιοαναπνευστική ανακοπή, ανεξάρτητα από την αιτία. Ωστόσο, η αδιάκριτη εφαρμογή της μπορεί να εντείνει την προτελευταία ταλαιπωρία ή να επιμηκύνει τη διαδικασία του θανάτου, χωρίς να αποφέρει όφελος. Συνεπώς, δεν πρέπει να εκτελείται αντανεκλαστικά, αλλά μετά από προειλημμένη απόφαση» (Burns et al, 2003: 1543)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: Τρίτη ηλικία

1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΚΑΙ ΤΕΤΑΡΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

1.1.1 Ορισμός του Γήρατος

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, το γήρας ορίζεται ως μία φυσιολογική διαδικασία, που ξεκινά από την σύλληψη του ανθρώπου και μεταβάλλεται συνεχώς, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Στα τελευταία έτη της ζωής ενός ανθρώπου, η ικανότητα που διαθέτει να προσαρμόζεται στο περιβάλλον μειώνεται σταδιακά. Οι λειτουργίες δεν μεταβάλλονται με ομοιόμορφο τρόπο στον ίδιο, με αποτέλεσμα την πιθανότητα, μία λειτουργία να εξασθενίσει με διαφορετική ταχύτητα σε κάποιον άλλο (W.H.O. 1983).

Το γήρας, σύμφωνα με τους Busse (1969) και Lemme (1995), χωρίζεται σε πρωτογενές και δευτερογενές. Το πρωτογενές, αφορά τις φυσιολογικές και εσωτερικές μεταβολές της βιολογικής γήρανσης, οι οποίες θα εμφανιστούν ακόμη και σε ένα υγιές άτομο. Το δευτερογενές γήρας χαρακτηρίζεται από παθολογικές αλλαγές, οι οποίες προέρχονται από εξωγενείς παράγοντες, όπως είναι το κοινωνικό περιβάλλον, η προσωπικότητα και η συμπεριφορά του ατόμου (Κωσταρίδου - Κωσταρίδου - Ευκλείδη - Ευκλείδη, 1999).

1.1.2 Τρίτη και Τέταρτη Ηλικία

Η διαδικασία της γήρανσης είναι πολυσύνθετη, καθότι διέπεται από συνεχήs μεταβολές στα κύτταρα, οι οποίες εξελίσσονται με το πέρασ του χρόνου. Βέβαια, ο ρυθμός από τον βαθμό γήρανσης διαφέρει σε κάθε άτομο, ανάλογα με τα οργανικά του συστήματα. Σύμφωνα, λοιπόν, με αυτά τα στοιχεία είναι δύσκολο να υπάρξει μία

συγκεκριμένη χρονική περίοδος που να σηματοδοτεί την έναρξη του γήρατος (Cauley, Dorman & Gangly, 1996).

Επίσης, ο ορισμός του ηλικιωμένου είναι δύσκολο να δοθεί με σαφήνεια. Ο πληθυσμός των ηλικιωμένων είναι ετερογενής και η φυσιολογική από την χρονολογική ηλικία, παρουσιάζουν πολλές διακρίσεις (Πλάτη, 2008).

«Επιπλέον η ενηλικίωση ή η γήρανση του ανθρώπινου οργανισμού αρχίζει μεταξύ 20-30 ετών και προχωρεί με ποικίλο ρυθμό, ακόμα και στα επίπεδα του ατομικού κυττάρου. Μια καλύτερη απεικόνιση αυτού του πληθυσμού και με πιο παραδεκτό ορισμό βασισμένο στα χαρακτηριστικά της ηλικίας του θα μπορούσε να τον διαιρέσει σε ενήλικες 55+, ηλικιωμένους 65+ και πολύ ηλικιωμένους 80+» (Erwin – Skidmore, 1985 στο Πλάτη, 2008).

Οι ομάδες ηλικιωμένων 80+ συνιστούν την τέταρτη ηλικία και τα άτομα χαρακτηρίζονται ως πολύ ηλικιωμένα ή υπερήλικες (Πλάτη, 2008).

Ο Bismarck (1889) ήταν ο πρώτος που έθεσε, τα 65 έτη, ως προϋπόθεση για τις παροχές από τα συστήματα ασφάλισης (Πλάτη, 2008). Ενώ τα Ηνωμένα Έθνη (1980), έθεσαν το 60^ο έτος, ως ηλικία όπου ένας άνθρωπος εισέρχεται στην Τρίτη ηλικία (World Health Organization Planning and Organization of Geriatric Services, 1974).

1.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

1.2.1 Γενικά Χαρακτηριστικά

Τα κριτήρια, όπου ένα άτομο κατατάσσεται στην Τρίτη Ηλικία, διαφοροποιούνται για τον καθένα, καθότι υπάρχει μεγάλη διαφορά ανάμεσα στο βιολογικό και το χρονολογικό γήρας (Πουλοπούλου, 1999). Το βιολογικό γήρας είναι η διαδικασία, όπου σταδιακά, η σύνθεση των ιστών και η λειτουργικότητα των οργάνων, μεταβάλλεται, έχοντας ως αποτέλεσμα την βιοσωματική και πνευματική έκπτωση του ατόμου, αυξάνοντας την πιθανότητα θανάτου. Κατά γενική παραδοχή, ένα άτομο εισέρχεται στην Τρίτη Ηλικία (Χρονολογικό γήρας), την στιγμή που συνταξιοδοτείται, δηλαδή περίπου κατά το 65^ο έτος της ζωής του (Πουλοπούλου, 1999).

Η Τρίτη Ηλικία, θεωρητικά, χωρίζεται σε τέσσερις δεκαετίες μεταξύ 60 και 100 ετών. Ο τρόπος, με τον οποίο, ο κάθε ηλικιωμένος αντιμετωπίζει αυτά τα στάδια, που συνήθως διέπονται από μεταβολές και σημαντικά γεγονότα, είναι προσωπική του υπόθεση και επιλογή (Tucker, 1997).

Σύμφωνα με τον Hayflick (1996), οι κύριοι παράγοντες που διέπουν την διαδικασία γήρανσης, είναι οι ακόλουθοι:

- Η κληρονομικότητα,
- Οι υγιεινές συνθήκες διαβίωσης,
- Το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον,
- Η συμπεριφορά και η προσαρμογή στο κοινωνικό περιβάλλον,
- Η ψυχοσύνθεση του καθενός.

Οι αλλαγές που αντιμετωπίζουν τα άτομα άνω των 65 ετών είναι, κυρίως, οι Βιοσωματικές και οι Νοητικές. Οι πρώτες, χαρακτηρίζουν περίπου το 85% εκ του συνόλου, το οποίο, συνήθως, ταλανίζεται από μία ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις,

όπως είναι τα αρθρικά και οι ρευματισμοί. Οι Νοητικές μεταβολές, εκφράζονται, κυρίως, με την έκπτωση της νοητικής λειτουργίας και ικανότητας (Tucker, 1997).

1.2.2 Βιολογικές / Σωματικές Μεταβολές

Μερικές από τις κυριότερες σωματικές και βιολογικές μεταβολές που αντιμετωπίζουν τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας, σύμφωνα με τους Δαρδαβέση (1993), Κωσταρίδου - Ευκλείδη (1999) και Δοντά (1981) είναι οι εξής:

- ✓ Στην αναπνευστική λειτουργία, καθότι μειώνεται το οξυγόνο στο αίμα, λόγω της λιγότερης ποσότητας αερίων στον πνεύμονα (κόπωση και δύσπνοια),
- ✓ Στο καρδιαγγειακό σύστημα, διότι η ποσότητα του αίματος, από τις αρτηρίες στα κύτταρα, μειώνεται συνεχώς,
- ✓ Στο πεπτικό σύστημα, καθότι μειώνονται τα γαστρικά υγρά κατά τη διάρκεια της πέψης (δυσπεψία),
- ✓ Στην εκκριτική λειτουργία, καθότι τα νεφρά δεν ανταποκρίνονται στην ποσότητα και τις διακυμάνσεις των υγρών του σώματος,
- ✓ Στο αναπαραγωγικό σύστημα, διότι με την πάροδο του χρόνου υπάρχουν μεταβολές στην σεξουαλικότητα των φύλων, οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν σωρεία ψυχολογικών προβλημάτων (λόγω ντροπής ή μείωση ικανότητας),
- ✓ Στους ομοιοστατικούς ρυθμιστικούς μηχανισμούς, διότι υπάρχουν συνεχές μεταβολές στην θερμοκρασία του σώματος, στην οξύτητα του αίματος κ.ά.
- ✓ Στο μυοσκελετικό σύστημα, λόγω της αύξησης των πιθανοτήτων πρόκλησης κακώσεων ή οστεοπόρωσης,
- ✓ Στο ουροποιητικό σύστημα, λόγω της πιθανής ακράτειας των ούρων,

- ✓ Στην ψυχολογία των ατόμων, καθότι μπορεί να αντιμετωπίσουν εγκεφαλικά επεισόδια, άνοια, σχιζοφρένεια, κ.ά.
- ✓ Στην κινητικότητα, διότι η μυϊκή δύναμη και η αντοχή των οστών μειώνεται, έχοντας ως αποτέλεσμα τον περιορισμό των κινήσεων και την πρόκληση πόνου,
- ✓ Στην εμφάνιση, καθότι τα μαλλιά ασπρίζουν, το βάρος και το ύψος αρχίζουν να μειώνονται και τέλος, εμφανίζονται περισσότερες ρυτίδες στο πρόσωπο και το σώμα.

1.2.3 Ψυχολογικές Μεταβολές

Οι κυριότερες ψυχολογικές μεταβολές / προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας, οι οποίες χρήζουν περαιτέρω ανάλυσης και θα παρατεθούν εκτενέστερα παρακάτω είναι οι εξής:

- ✓ Οι οργανικές ψυχώσεις λόγω της κάμψης λειτουργίας του εγκεφάλου,
- ✓ Οι λειτουργικές ψυχώσεις λόγω της έκπτωσης της μνήμης, της προσοχής και της συγκέντρωσης,
- ✓ Οι αντιδραστικές ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, λόγω της ευσυγκινησίας ή της κατάθλιψης από την πιθανή απώλεια κάποιου αγαπημένου προσώπου,
- ✓ Η κοινωνική απομόνωση, η έλλειψη ενδιαφερόντων, ο μαρασμός από την συνταξιοδότηση και η πλήρης κατάπτωση λόγω της μείωσης των βιολογικών λειτουργιών του οργανισμού.

(Μαλικιώση – Λοΐζου (1999) και τον Πετρουλάκη (1984))

Οι συγκεκριμένες ψυχολογικές μεταβολές που διαπιστώνονται στα άτομα της Τρίτης Ηλικίας, προκαλούν συνήθως, έντονη νευρικότητα, διανοητική κατάπτωση γρήγορη κόπωση, εύκολη συγκίνηση από πονοκεφάλους και μία γενικότερη χαλάρωση των δυνάμεων (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999).

1.3 ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Σύμφωνα με διάφορους ερευνητές τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας διαφοροποιούνται και ποικίλουν ανάλογα με την ωρίμανση του πληθυσμού και την μεταβολή του κοινωνικού ιστού (Πλάτη, 2008).

Παλαιότερα το οικογενειακό περιβάλλον του ηλικιωμένου αναλάμβανε την φροντίδα του. Με την αλλαγή όμως τόσο της νοοτροπίας του κοινωνικού συνόλου όσο και την επιτακτικότερη ανάγκη όλων των μελών να εργαστούν για να προσφέρουν στην οικογένεια, η φροντίδα των ηλικιωμένων έγινε μέριμνα της κοινωνίας (Πλάτη, 2008).

Τα σημαντικότερα προβλήματα που παρατηρούνται να αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι σύμφωνα με τον Δαρδαβέση (1981) είναι τα εξής:

- Οικονομικά προβλήματα: ο γεροντικός πληθυσμός αυξάνεται ταχύτατα και υπάρχει ανάγκη για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Σε συνδυασμό με τις χαμηλές συντάξεις δημιουργείται ένα αρκετά μεγάλο οικονομικό βάρος τόσο στους ίδιους τους ηλικιωμένους όσο και στο συγγενικό τους περιβάλλον.
- Προβλήματα κατοικίας και περιβάλλοντος: η διαμονή και η διαβίωση των ηλικιωμένων σε καταλύματα που δεν εξυπηρετούν τις επιθυμίες και τις ανάγκες τους, εμποδίζει την ενεργό δράση τους στα κοινωνικά δρώμενα και επηρεάζει ανασταλτικά τον ψυχισμό τους.
- Προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης: οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα με την καθημερινή τους υγιεινή και καθαριότητα του προσωπικού τους χώρου με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας αλλά και ψυχοσωματικά προβλήματα.
- Προβλήματα επικοινωνίας και ψυχαγωγίας: ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα των ηλικιωμένων είναι ότι δεν μπορούν να επικοινωνήσουν με τις μικρότερες ηλικίες λόγω του μορφωτικού τους επιπέδου αλλά και λόγω της ανάπτυξης της τεχνολογίας που τους καθιστά ανίκανους πολλές φορές να

την παρακολουθήσουν. Έτσι, δεν είναι σπάνιο φαινόμενο η κοινωνική απομόνωση των ηλικιωμένων.

1.3.1 Σύνταξη

Βάζουμε την σύνταξη των ηλικιωμένων ως πρόβλημα του γήρατος γιατί επιδρά αρνητικά πολλές φορές στην ψυχολογία των ηλικιωμένων. Αυτό συμβαίνει γιατί κατά της διάρκειας της ενήλικης ζωής του ανθρώπου σημαντικό ρόλο έπαιξε η εργασία του, τόσο κοινωνικά, όσο και ψυχολογικά. Η εργασία του κάθε ανθρώπου αποτελεί ορόσημο στην ζωή του. Η εργασία επηρεάζει την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθησή του ότι, μπορεί να είναι ανεξάρτητος και κυρίαρχος της ζωής του. Μέσα από την εργασία, ο άνθρωπος απολαμβάνει ποικιλία κοινωνικών ρόλων και νοιώθει χρήσιμος μέσα από αυτούς. Έτσι, ο άνθρωπος γερνάει χωρίς να αλλοιωθεί η προσωπικότητά του, μέχρι που κάποια στιγμή «βγαίνει στη σύνταξη» (Πετρουλάκης, 1984).

Η συνταξιοδότηση περιγράφεται πολλές φορές με ανάμεικτα συναισθήματα από τους συνταξιοδοτημένους. Από τη μία, νοιώθουν ανάλαφροι που, δεν θα πρέπει να αγχώνονται για τις εργασιακές τους υποχρεώσεις και θα μπορέσουν μετά από χρόνια εργασίας να απολαύσουν μια ανάπαυλα καθώς και να «γευθούν» τους κόπους τόσων χρόνων χωρίς πίεση. Από την άλλη, νοιώθουν περιθωριοποίηση και ανασφάλεια, καθότι είναι παραγκωνισμένοι από το παραγωγικό κομμάτι του πληθυσμού. (Tucker, 1999).

Οι μαρτυρίες ατόμων που έχουν βγει στην σύνταξη είναι μάλλον αντιφατικές. Ωστόσο, τα άτομα που βγήκαν σε πρόωρη σύνταξη αντιμετωπίζουν το γεγονός χειρότερα από τους υπόλοιπους. Ξαφνικά γίνονται απραγείς, καθότι οι κοινωνικοί ρόλοι αλλά και οι διαπροσωπικές τους σχέσεις αλλάζουν, ιδιαίτερα με άτομα που δημιουργούσαν κοινωνικές σχέσεις τόσο από το εργασιακό αλλά και ευρύτερο τους περιβάλλον (Tucker, 1999).

Η συνταξιοδότηση, λοιπόν, των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας, επιπρόσθετα, μπορεί να προκαλέσει και πληθώρα ψυχολογικών προβλημάτων, λόγω του γεγονότος

ότι χάνουν πολλά βασικά μέρη της ζωής και καθημερινότητας τους. Όπως αναφέρεται και παραπάνω, η εργασία για τον καθένα είναι πολύ σημαντική και αποτελεί ένα βασικό μέσο κοινωνικοποίησης του ατόμου (Gabner – Conrad, 2010).

Με το να απομακρυνθούν από το εργασιακό τους περιβάλλον, τα άτομα, αισθάνονται μη παραγωγικά και βάρος στην οικογένειά τους. Αυτά τα συναισθήματα πολλές φορές οδηγούν το άτομο στην απομόνωση και τον μαρασμό, ιδιαίτερα, όταν η διακοπή της εργασίας γίνεται για λόγους υγείας (Tucker, 1999).

Όλη αυτή η αρνητική ψυχολογία επιδρά άσχημα και στην υγεία του ατόμου. Δεν είναι τυχαίο ότι σε πολλές περιπτώσεις τα άτομα είναι υγιή κατά της διάρκειας της εργασιακής τους απασχόλησης, ενώ μετά τη συνταξιοδότηση τους, εμφανίζουν συμπτώματα γεροντικής ηλικίας (Tucker, 1999).

Σύμφωνα με έρευνες το 20% των συνταξιούχων πεθαίνει τα δύο πρώτα χρόνια μετά την συνταξιοδότησή του. Όταν η πρόωγη συνταξιοδότηση είναι επιλογή του ατόμου τα συναισθήματα είναι εντελώς διαφορετικά. Το άτομο αισθάνεται επιτυχημένο, απελευθερωμένο από τις υποχρεώσεις του, την ρουτίνα και την ανία. Όταν η συνταξιοδότηση γίνεται αφορμή να πετύχει άλλους στόχους ή του δίνει το δικαίωμα να κάνει κάποια πράγματα που δεν μπορούσε να κάνει λόγω των επαγγελματικών του υποχρεώσεων, τότε το άτομο αισθάνεται ανανεωμένο, δημιουργικό και δραστήριο (Πατσαλίδου, 2006).

1.3.2 Υγεία

Όταν το άτομο μπει στην τρίτη ηλικία αρχίζουν σταδιακά τα πρώτα σημάδια έκπτωσης των βιολογικών του αντιστάσεων με αποτέλεσμα να γίνονται πιο επιρρεπείς σε ασθένειες. Οι ενοχλήσεις στην υγεία του ανθρώπου γίνονται καθημερινό φαινόμενο καθώς η ικανότητα αντίστασης του στους ιούς με τα χρόνια αρχίζει και φθίνει. Λόγω των βιολογικών μεταβολών ο άνθρωπος μπορεί να αντιμετωπίσει και πληθώρα ψυχολογικών μεταβολών που είναι άρρητα συνδεδεμένα με την σωματική του κατάσταση. Τα άτομα που μπορούν και αντιμετωπίζουν την

έκπτωση των βιολογικών τους αντιστάσεων, παρατηρείται ότι αφού το δεχτούν, μπορούν να χαίρονται την ζωή τους (Πατσαλίδου, 2006).

Είναι γνωστό ότι όσο μεγαλώνει ο άνθρωπος η μυϊκή και κινητική του δραστηριότητα μειώνεται. Ωστόσο, ο οργανισμός του ηλικιωμένου μπορεί να προσαρμοστεί στην καθημερινή άσκηση. Παρόλα αυτά η προσαρμοστικότητα αυτή, είναι πολύ μικρότερη από των νέων ανθρώπων, καθώς τα ζωτικά όργανα των ηλικιωμένων έχουν αρκετά μικρότερη αντοχή από αυτά των μικρότερων σε ηλικία. Επιπροσθέτως, παρατηρείται έκπτωση των νευρομυϊκών ικανοτήτων, της πρωτεϊνοσύνθεσης και διάφορων ρυθμιστικών συστημάτων των ηλικιωμένων (Χανιώτης, 1992).

1.3.3 Οικογένεια

Οι σχέσεις μεταξύ της οικογένειας είναι υπεύθυνες, πολλές φορές, για το πρόβλημα διαμονής των ηλικιωμένων. Οι ηλικιωμένοι θέλουν να μείνουν στο περιβάλλον που έχουν περάσει τα πιο όμορφα χρόνια της ζωής τους. Επιπροσθέτως, είναι κρίσιμο για αυτούς να ζουν σε περιβάλλον που έχουν αναμνήσεις και έχουν αναπτύξει διάφορους συναισθηματικούς δεσμούς. Όταν αυτοί οι δεσμοί κόβονται αυθαίρετα μπορεί να δημιουργήσουν άσχημα συναισθήματα στους ηλικιωμένους (Πατσαλίδου, 2006).

Έχει παρατηρηθεί ότι ολοένα και περισσότεροι ηλικιωμένοι, περνούν στο περιθώριο της κοινωνικής ζωής. Τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας έρχονται αντιμέτωπα με πολύ σοβαρά οικονομικά προβλήματα, αυξημένη ανάγκη περίθαλψης, καθώς και με κοινωνικό αλλά και πολλές φορές, οικογενειακό παραγκωνισμό (Εμκε - Πουλοπούλου, 1999).

Ακόμη, σίγουρο είναι, πως, οι συνθήκες ζωής έχουν αλλάξει. Στα παλιά χρόνια ο άνθρωπος ζούσε, μεγάλωνε και πέθαινε μέσα στο σπίτι του, μαζί με την οικογένειά του, μαζί με τα παιδιά και τα εγγόνια του. Σήμερα, το κάθε παιδί φτιάχνει την δική του οικογένεια και ζει στο δικό του σπίτι μακριά από το πατρικό του, με

αποτέλεσμα ο ηλικιωμένος γονέας να μένει μόνος του τα τελευταία χρόνια της ζωής του (Πατσαλίδου, 2006).

Το γεγονός αυτό, έχει ως αποτέλεσμα, οι ηλικιωμένοι να νιώθουν έντονη ανασφάλεια μακριά από τα παιδιά και τα εγγόνια τους, η προσωπικότητά τους να αρχίζει να αποσυντίθεται και να μην έχουν κανέναν στο πλευρό τους, να τους δίνει κουράγιο για το τελικό στάδιο της ζωής τους (Κωσταρίδου - Κωσταρίδου - Ευκλείδη – Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999).

Επίσης, κατά κοινή ομολογία, η μορφή της οικογένειας σήμερα έχει αλλάξει, τόσο στη δομή όσο και στη λειτουργία της. Τα μέλη πια, δεν μένουν σπίτι λόγω εργασίας, εκπαίδευσης κλπ με αποτέλεσμα, οι παραδοσιακοί δεσμοί να χαλαρώνουν ανάμεσα στην οικογένεια και τα παιδιά να μην ανακατεύονται στην κοινωνική ζωή των παππούδων ή γιαγιάδων του. Οι ηλικιωμένοι, επίσης, βρίσκονται σε μειονεκτική θέση γιατί δεν μπορούν να παρακολουθήσουν τις αλλαγές της κοινωνίας, να αφομοιώσουν το νέο τρόπο σκέψης και να αποκτήσουν καινούριες γνώσεις (Πατσαλίδου, 2006).

Στην χώρα μας οι οικογένειες είναι ήδη επιφορτισμένες με την στήριξη και την φροντίδα των άνεργων μελών τους, που δεν μπορούν να αφήσουν την πατρική εστία, καθώς η ανεύρεση εργασίας είναι πολύ δύσκολη. Η υπερπροστατευτικότητα που δίνει η ελληνική οικογένεια στα μικρότερα μέλη της, αλλά και η συνεχής αύξηση των διαζυγίων, των μονογονεϊκών οικογενειών καθιστούν τα πράγματα ακόμη πιο δύσκολα για τους παππούδες και τις γιαγιάδες (Πατσαλίδου, 2006).

1.3.4 Πρόσβαση σε αγαθά και υπηρεσίες

Τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας, συχνά, καλούνται να αντιμετωπίσουν εμπόδια, σε περιπτώσεις όπως, όταν χρήζουν ιατρικής φροντίδας, όταν χρειάζονται φαρμακευτική αγωγή για διάφορες ασθένειες, όταν επιδιώκουν την ανανέωση των άδειων οδήγησης, όταν επιθυμούν την χορήγηση δανείου από κάποια τράπεζα ή όταν έρχονται σε επαφή με πολλές άλλες υπηρεσίες. Αυτά τα εμπόδια φανερώνουν δύο προβλήματα:

α) την αποστροφή των κοινωνικών υπηρεσιών στις επιθυμίες και ανάγκες της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας, λόγω της ηλικίας τους και

β) την αναγκαιότητα δημιουργίας ορισμένων στρατηγικών, οι οποίες θα βοηθούν τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας να έχουν καλύτερη πρόσβαση στο σύστημα υγείας και τις δημόσιες υπηρεσίες (Πουλοπούλου, 1999 & Πατσαλίδου, 2006).

1.3.5 Μοναξιά

Ένα από τα πιο σημαντικά και σοβαρά προβλήματα των ηλικιωμένων, αποτελεί και το αίσθημα της μοναξιάς και εγκατάλειψης. Η μοναξιά της Τρίτης Ηλικίας, έχει λάβει σοβαρές διαστάσεις και θα συνεχίσει να αυξάνεται, καθότι οι συντάξεις και τα χρήματα μειώνονται και η περιθωριοποίηση των ηλικιωμένων αυξάνεται δραματικά (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999).

Οι αλλαγές στην σύσταση της οικογένειας (από εκτεταμένη σε πυρηνική) αμβλύνουν το αίσθημα της μοναξιάς στα άτομα της Τρίτης Ηλικίας, καθώς μέσω αυτών, βιώνουν την κοινωνική απομόνωση, τον αποκλεισμό και οδηγούνται στην περιθωριοποίηση και την μελαγχολία (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999).

Ακόμη, οι ηλικιωμένοι έχουν άπλετο χρόνο, τον οποίο δεν μπορούν να τον διαθέσουν πουθενά, με αποτέλεσμα, η αδράνεια αυτή, να τους οδηγεί σε πολλές αρνητικές σκέψεις περί της ζωής. Αρκετές φορές, μάλιστα, θέτουν την τωρινή ζωή τους σε σύγκριση με την παλιά, διαπιστώνουν πολλές διαφορές και στεναχωρούνται (Βαρβόγλη, 2006).

1.3.6 Προθανάτια Περίοδος

Η περίοδος πριν τον θάνατο, για έναν ηλικιωμένο είναι πολύ σοβαρή και δύσκολη. Κρίνεται λοιπόν, σκόπιμο να αναφερθούν ορισμένες πληροφορίες σχετικά με την διαδικασία που ακολουθεί το άτομο, καθώς πορεύεται προς τον θάνατο.

Η προθανάτια περίοδος, συνήθως, χαρακτηρίζεται από πέντε στάδια, τα οποία είναι: το στάδιο της άρνησης, το στάδιο του θυμού, το στάδιο της διαπραγμάτευσης, το στάδιο της κατάθλιψης και το στάδιο της αποδοχής. Βέβαια, τα συγκεκριμένα στάδια μπορούν να παραληφθούν, να μπερδευτούν ή να εμφανιστούν με διαφορετική σειρά (Kubler – Ross, 1969).

Πιο συγκεκριμένα, το περιεχόμενο των σταδίων αυτών, σύμφωνα με την Βαδαλούκα (2002) και τον Μαρίνο (2005) είναι το εξής:

- Το στάδιο της άρνησης: η άρνηση του ατόμου να αποδεχθεί τα γεγονότα, αποτελεί έναν μηχανισμό αυτοπροστασίας, καθότι ο ίδιος αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα ως οδυνηρή και άδικη. Σε αυτό το στάδιο, λοιπόν, αρνείται την ασθένεια και τις συνέπειες της, διαστρεβλώνοντας την πραγματική όψη της ζωής του.
- Το στάδιο του θυμού: το άτομο νιώθει έντονο θυμό και πικρία, τα οποία προέρχονται κυρίως, από το αίσθημα αδικίας και της έλλειψης του αυτοελέγχου του. Η συγκεκριμένη αντίδραση, είναι απόλυτα φυσιολογική και αναμενόμενη, καθότι η ζωή του, αλλάζει ριζικά και το μέλλον του είναι αβέβαιο.
- Το στάδιο της διαπραγμάτευσης: το άτομο διακατέχεται από την ψευδαίσθηση ότι αν αποφύγει τελικά ή κάνει κάποιες ενέργειες θα μπορέσει να αποτρέψει ή να καθυστερήσει την έκβαση της ασθένειας ή ακόμα και τον θάνατο. Οι λεγόμενες «διαπραγματεύσεις» του ατόμου γίνονται κυρίως με τον Θεό και στόχο έχουν την θεραπεία ή την παράταση της ζωής του.
- Το στάδιο της κατάθλιψης: ο ασθενής αρχίζει να συνειδητοποιεί την κατάσταση της υγείας του και το ενδεχόμενο του θανάτου. Η κατάθλιψη του, μπορεί να είναι «αντιδραστική», να οφείλεται δηλαδή στις αλλαγές της ζωής του, μέσω της σύγκρισης παρελθόντος – παρόντος, είτε «προπαρασκευαστική», μέσω της σκέψης των αλλαγών που αναμένονται να συμβούν ενόψει του ενδεχόμενου του θανάτου.

- Το στάδιο της αποδοχής: το άτομο διακατέχεται από μία εσωτερική ηρεμία. Σταματάει πλέον να παλεύει για να σωθεί και αρχίζει να συμφιλιώνεται με τον επικείμενο θάνατο. Τακτοποιεί ορισμένες τελευταίες εκκρεμότητες σχετικές με τη ζωή του, νιώθει ήρεμος ψυχολογικά και έτοιμος να πεθάνει. Η λεκτική επικοινωνία με το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον, συνήθως είναι περιορισμένη, ενώ η γενική συμπεριφορά του, υποδηλώνουν την παραδοχή της κατάστασης του.

1.4 ΘΑΝΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Ο θάνατος είναι κάτι το αναμενόμενο και αναπόφευκτο στη ζωή του ανθρώπου. Η πορεία προς το θάνατο μπορεί να επέλθει ξαφνικά σαν αποτέλεσμα ατυχήματος, τραυματισμού ή παθολογικής κρίσης (καρδιακή προσβολή) ή μπορεί να είναι απόρροια μιας εκφυλιστικής νόσου, όπως ο καρκίνος ή μπορεί να συμβεί σε προχωρημένη ηλικία λόγω γήρατος ή από φυσικά αίτια. Σε πολλές περιπτώσεις ορισμένοι επιθυμούν το θάνατο και την επίσπευση του ή κάποιοι άλλοι τον φοβούνται και προσπαθούν να τον αποφύγουν (Taylor – Lillis - LeMone, 2006).

Ο θάνατος του/της συζύγου, είναι ένα πολύ αγχογόνο γεγονός κατά τη διάρκεια της τρίτης ηλικίας. Εκείνοι που επηρεάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό είναι οι άνδρες, από ότι οι γυναίκες. Αυτό έχει να κάνει κυρίως με το γεγονός ότι οι άνδρες είναι πιο ευάλωτοι, έχουν λιγότερους φίλους και επομένως δεν έχουν καμία άλλη κοινωνική ομάδα που να μπορεί να τους στηρίξει. Οι έντονες αντιδράσεις πένθους είναι δυνατό να κρατήσουν μέχρι δύο χρόνια, αν και συμβαίνει σε λιγότερες περιπτώσεις μια τέτοιου είδους αντίδραση και κυρίως όταν ο θάνατος είναι αναμενόμενος και προκαλείται από φυσικά αίτια (Bahr - Peterson, 1989).

Ορισμένοι από τους λόγους που κάποιοι ηλικιωμένοι ζουν περισσότερο είναι η καλή υγεία, τα οικονομικά μέσα που διαθέτουν έτσι ώστε να ζουν με άνεση κι όχι με στερήσεις καθώς και η ηλικία κατά την οποία πέθαναν οι γονείς του ηλικιωμένου. Το βιολογικό φύλλο παίζει πολύ σημαντικό ρόλο, καθώς οι γυναίκες ζουν κατά μέσο όρο επτά χρόνια περισσότερο από τους άνδρες (Tucker, 1999).

Τα ηλικιωμένα άτομα που διατηρούν ενεργές σχέσεις με άλλους συνανθρώπους κατά τα τελευταία χρόνια της ζωής τους, ζουν περισσότερο από εκείνα που έχουν πάψει να διατηρούν κοινωνικές σχέσεις. Σε πολλούς ηλικιωμένους λίγο πριν τον θάνατο παρατηρείται μια απότομη πτώση της νοητικής τους απόδοσης. Επομένως, ένα ηλικιωμένο άτομο είναι πολύ δύσκολο να αφιερώσει τον χρόνο που του απομένει για τα βασικά ζητήματα της ζωής του (Kubler - Ross, 1969).

Η ποιότητα ζωής καθορίζει σε μεγάλο βαθμό το προσδόκιμο όριο ζωής. Οι ηλικιωμένοι που είναι χαρούμενοι, δραστήριοι, δημοφιλείς είναι αυτοί που είναι λιγότερο επιρρεπείς στην κατάθλιψη και στα διάφορα άλλα γεροντικά νοσήματα. Αντιθέτως, οι ηλικιωμένοι που είναι μοναχικοί και απομονωμένοι, είναι πιο ευάλωτοι. Ο βαθμός κατά τον οποίο, οι ηλικιωμένοι έχουν ακόμη την ευθύνη και τον έλεγχο της ζωής τους, διαμορφώνει την επίδραση σε κάθε παράμετρο της υγείας τους (Tucker, 1999).

Στην διάρκεια αυτής της ηλικίας οι πολύ ηλικιωμένοι άνθρωποι που περιστοιχίζονται από τους θανάτους των συνομηλίκων τους, διακατέχονται από μοναξιά και κατάθλιψη, αν και σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να εκδηλώσουν μια ικανοποίηση ή ακόμη και ενοχή που ζουν οι ίδιοι, ενώ οι άλλοι όχι (Tucker, 1999).

Τα άτομα που δείχνουν να έχουν μεγαλύτερο άγχος για τον θάνατο είναι εκείνα που αναρωτιούνται τι θα συμβεί μετά το θάνατο. Στα άτομα που χαρακτηρίζονται από βαθύ θρησκευτικό συναίσθημα είναι πιο εμφανής αυτή η ανησυχία, από ότι σε άτομα που τους απασχολεί λιγότερο ή και καθόλου το θρησκευτικό συναίσθημα (Kubler - Ross, 1969).

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι πεθαίνουν στο σπίτι τους, δίπλα στη/στον σύζυγο, στα παιδιά ή άλλα συγγενικά τους πρόσωπα. Τα πλεονεκτήματα για αυτούς τους ηλικιωμένους που μεταβαίνουν από τη ζωή στο θάνατο στο «κρεβάτι του σπιτιού τους», είναι ότι το οικογενειακό περιβάλλον είναι γνώριμο και η αναφορά περιστατικών από τη ζωή του, έχουν ευεργετική επίδραση στον ψυχισμό του ηλικιωμένου (Δοντάς, 1981).

Αντιθέτως, ο θάνατος σε ένα Νοσοκομείο ή σε ένα Ίδρυμα Ηλικιωμένων, είναι μια ψυχρή και απρόσωπη διαδικασία, που συνήθως φέρνει σε επαφή το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, τον ηλικιωμένο και το περιβάλλον του. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι ηλικιωμένοι ασθενούν και παρουσιάζουν ποικίλα προβλήματα, όπως ημιπληγίες ή κατάγματα, δυσχέρειες επικοινωνίας, κατακλίσεις, υποτροπιάζουσες λοιμώξεις ή διάφορα άλλα επιβαρυντικά νοσήματα (Δοντάς, 1981).

Στη διάρκεια που ο βαριά άρρωστος ηλικιωμένος, αναμετρείται με το θάνατο, θα περίμενε κανείς να παρουσιάζει πολύ έντονα σημάδια άγχους ή αγωνίας. Όμως,

αυτό δεν συμβαίνει καθότι επεμβαίνουν οι μηχανισμοί αυτοπροστασίας που περιέχουν την άρνηση για την άφιξη του θανάτου και τη βεβαίωση της παρουσίας της ζωής. Στον πρώτο μηχανισμό εντάσσεται η αλλαγή της ψυχικής ισορροπίας των ηλικιωμένων, που αντιμετωπίζουν τον εαυτό τους ως ασθενή από μια βαριά και ανίατη αρρώστια, όμως μένουν ατάραχοι και αρνούνται να παραδεχθούν αυτό το γεγονός. Ο άλλος μηχανισμός εξαρτάται από τον ιατρό και γενικότερα από το περιβάλλον του ηλικιωμένου ασθενή που πεθαίνει (Taylor – Lillis - LeMone, 2006).

Βασικά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του βαριά ηλικιωμένου ασθενή είναι οι ανέκφραστοι φόβοι που προκαλεί το άγνωστο μυστήριο του θανάτου, η μοναξιά, η απομάκρυνση από τα αγαπημένα του πρόσωπα και ο φόβος της απώλειας της προσωπικότητας του. Η μόνη ευεργετική παρουσία δίπλα στο «κρεβάτι του θανάτου», είναι αυτή της παρουσίας φίλων και συγγενών που προκαλούν στον ετοιμοθάνατο ηλικιωμένο ένα αίσθημα ικανοποίησης και αγάπης. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μάλιστα, ο ηλικιωμένος προετοιμάζεται από το ιατρονοσηλευτικό ή και οικογενειακό του περιβάλλον για την κατάληξη του θανάτου (Δοντάς, 1981).

1.4.1 Η απώλεια

Η απώλεια εκδηλώνεται τις περισσότερες φορές με τον θάνατο ενός αγαπημένου μας προσώπου. Πέρα από την απώλεια του θανάτου, υπάρχουν και οι κατηγορίες της σωματικής απώλειας και της απώλειας αντικειμένων (Taylor – Lillis - LeMone, 2006).

Η απώλεια του θανάτου είναι εκείνη που επηρεάζει το άτομο σε μεγάλο βαθμό. Έχει μεγάλη επίδραση στην ψυχολογία του ατόμου και η ηλικία παίζει καθοριστικό ρόλο για την αντιμετώπιση της απώλειας. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι, αποδέχονται τον θάνατο σε γνωστικό επίπεδο, όμως πολλές φορές δεν μπορούν να τον αντιμετωπίσουν σε συναισθηματικό επίπεδο (Taylor- Lillis- LeMone, 2006).

1.4.2 Η θλίψη

Το άτομο που έχει βιώσει την απώλεια, τώρα νιώθει και το συναίσθημα της θλίψης. Η θλίψη ορίζεται ως μια φυσιολογική και αναμενόμενη ενδοψυχική διεργασία, η οποία εμφανίζεται μετά από οποιοδήποτε γεγονός που το άτομο αντιλαμβάνεται ως απώλεια (Taylor- Lillis- LeMone, 2006).

Η θλίψη και ο θρήνος για την απώλεια του αγαπημένου προσώπου, που βιώνεται από κάποιο άτομο ή και την ίδια την οικογένεια σε αρκετές περιπτώσεις έχει σοβαρές συνέπειες στην υγεία του ατόμου, κυρίως των ηλικιωμένων, καθώς συχνά οι άνθρωποι που πενθούν, παραμελούν τον εαυτό τους και κατ' επέκταση και την υγεία τους (Taylor- Lillis- LeMone, 2006).

1.5 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο παγκόσμιος πληθυσμός ανάμεσα στα έτη 1975-2050, αναμένεται να αυξηθεί κατά τρεις φορές. Ο αριθμός των ανθρώπων που θα είναι άνω των 60 ετών θα παρουσιάσει μια πενταπλάσια αύξηση, ενώ ο αριθμός των ηλικιωμένων που θα είναι άνω των 80 ετών, αναμένεται να επταπλασιαστεί (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999).

Το 2025 αναμένεται ο ηλικιωμένος πληθυσμός άνω των 65 ετών, παγκόσμια, να αυξηθεί από 214.000.000 που ήταν το 1950, σε 1.121.000.000 άτομα (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999).

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί το φαινόμενο ότι, ο πληθυσμός των ανεπτυγμένων χωρών παρουσιάζει έντονα σημάδια γήρανσης. Αυτό προκύπτει μέσω των κριτηρίων του Ο.Η.Ε*, τα οποία αναφέρουν πως, όταν το ποσοστό των ηλικιωμένων (άνω των 65 ετών) μίας χώρας είναι παραπάνω από 7%, τότε αυτή χαρακτηρίζεται ως γηρασμένη (Δαφέρμου, 2007-08).

Η πυραμίδα ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού, έχει μεταβληθεί σημαντικά. Αυτό το φαινόμενο έχει να κάνει κυρίως με την υπογεννητικότητα και τη μη φυσική αντικατάσταση των νεαρών ατόμων με των ηλικιωμένων (Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος, 1982).

Πιο συγκεκριμένα, ο παρακάτω πίνακας (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, 2000) απεικονίζει το ποσοστό των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας της Ελλάδας, σύμφωνα με την απογραφή του 1999 (συνολικός πληθυσμός ηλικιωμένων: 1.803.042, εκ των οποίων οι άνδρες ήταν 44,6% και οι γυναίκες 55,4%).

Πίνακας: Ποσοστό ηλικιωμένων της Ελλάδας ανά φύλο και συνολικά.

Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία.

*Ο.Η.Ε: Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών.

ΥΠΟΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
Ηλικίες 65 - 69	282.734 (35,2%)	317.568 (31,8%)	600.302 (33,3%)
Ηλικίες 70 - 74	226.699 (28,2%)	275.324 (27,5%)	502.023 (27,9%)
Ηλικίες 75 - 79	139.959 (17,4%)	187.320 (18,7%)	327.279 (18,1%)
Ηλικίες 80 - 84	79.223 (9,9%)	114.589 (11,5%)	193.812 (10,7%)
Ηλικίες 85+	74.861 (9,3%)	104.765 (10,5%)	179.626 (10%)
Σύνολο	803.476 (100%)	999.566 (100%)	1.803.042 (100%)

Οι πιο γηρασμένες περιφέρειες της Ελλάδας, με βάση τα τελευταία στοιχεία της ΕΣΥΕ, είναι η κεντρική και νότια Πελοπόννησος και τα νησιά του ανατολικού Αιγαίου. Οι νομοί με τα υψηλότερα ποσοστά ωρίμων πολιτών είναι η Λευκάδα, (22%), η Σάμος (21%), η Κεφαλονιά (21%). Ακολουθούν η Αρκαδία, η Λέσβος κι η Φωκίδα, όπου τα αντίστοιχα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 20-21% (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας, 2000).

Όμως, το ποσοστό των ηλικιωμένων αναμένεται να παρουσιάσει σημαντική αύξηση τις επόμενες δεκαετίες. Έτσι, λοιπόν, με βάση τις προβλέψεις της Ε.Σ.Υ.Ε*, το ποσοστό αυτό αναμένεται να αντιπροσωπεύει το 20% του συνολικού πληθυσμού της Ελλάδας. Επίσης, το ποσοστό των ηλικιωμένων γυναικών, θα συνεχίσει να υπερτερεί σε σχέση με εκείνο των ανδρών (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας, 2000).

Πίνακας: Ποσοστά του πληθυσμού των ηλικιωμένων (άνω των 65 ετών) της Ελλάδας για κάθε φύλο (προβολές ετών 2000-2020).

*Ε.Σ.Υ.Ε: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος.

	2000	2005	2010	2015	2020
ΑΝΔΡΕΣ					
Ηλικίες 65-79	12,4%	13,3%	13,0%	13,2%	13,7%
Ηλικίες 80-89	2,3%	2,7%	3,5%	4,2%	4,3%
Ηλικίες 90+	0,3%	0,4%	0,4%	0,6%	0,8%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ					
Ηλικίες 65-79	14,6%	15,6%	15,1%	15,1%	15,4%
Ηλικίες 80-89	3,3%	3,8%	4,8%	5,7%	5,9%
Ηλικίες 90+	0,5%	0,7%	0,7%	1,0%	1,3%

Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (1996)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: Ιστορική αναδρομή της ευθανασίας

2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

2.1.1 Αρχαία Ελλάδα

Στην αρχαιότητα ο όρος «ευθανασία» τις ελάχιστες φορές που χρησιμοποιήθηκε είχε μια εντελώς διαφορετική έννοια από την σημερινή ερμηνεία της λέξης. Ωστόσο το ζήτημα της επίστευσης του θανάτου φαίνεται πως απασχόλησε σοβαρά τον αρχαιοελληνικό στοχασμό (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003).

Η ευθανασία σαν λέξη μνημονεύεται πρώτη φορά, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν υπήρχε προγενέστερα, κατά τον 3^ο π.χ. αιώνα από τον κωμωδιογράφο Ποσίδιππο (Βούλγαρης, 2005). Εκφράζοντας το νόημα της σπάνιας αυτής λέξης, αναφέρει πως όλα όσα μπορεί να αποκτήσει ο άνθρωπος από τους θεούς, τίποτα δεν εύχεται περισσότερο από την ευθανασία. (Πρωτοπαπαδάκης, 1999). Ο Φίλωνας συνδυάζει την ευθανασία με την ευγηρία και ταυτίζεται με αυτήν σαν το μέγιστο αγαθό. Στον Πολύβιο, η ευθανασία αναφέρεται ως το «των αγαθών ανδρών άθλον», σαν το αποτέλεσμα μιας καλής και χρήσιμης ζωής (Πρωτοπαπαδάκης, 1999).

Ο Σοφοκλής στο έργο του «Φιλοκτήτης», καταπιάνεται με το δικαίωμα του θανάτου και είναι αντίθετος στην ιδέα της ευθανασίας. Οι Στωικοί φιλόσοφοι κατέφευγαν στην αυτοκτονία για να αποφύγουν τη φτώχεια ή την αναπηρία ή τους ανυπόφορους πόνους από μια ανίατη ασθένεια, καθώς και για να διαφυλάξουν την τιμή και αξιοπρέπεια τους κατά την αιχμαλωσία. Το πνεύμα της απαισιοδοξίας που τους χαρακτήριζε συνέβαλε αποφασιστικά προς αυτή την κατεύθυνση. Στην ιστορία, ως ευθανασία χαρακτηρίζεται και ο θάνατος του Ρόδιου Δημάρατου, πατέρα τριών Ολυμπιονικών που πεθαίνει στην υπέρτατη ευτυχία (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003).

Ο Πλάτωνας υποστηρίζει στον έργο του Πολιτεία, πως για μια ιδανική πολιτεία, αυτοί που δεν είναι υγιείς στο σώμα και στην ψυχή πρέπει να πεθαίνουν. Καταδικάζει, μέσω της περίπτωσης του γνωστού γυμναστή Ηρόδικου, όσους προσπαθούν με τεχνητά μέσα να παρατείνουν την διάρκεια της ζωής. Αντιδρά, στα επιτεύγματα της ιατρικής και στην αδιάφορη παράταση του βίου που αυτή προσφέρει, καθώς και το κέρδος που έχει μια τέτοια πράξη (Πλάτωνος Πολιτεία ΙΙΙ). Υποστηρίζει ακόμη, πως η ιατρική πρέπει να παίζει πρωταρχικό παράγοντα στην ζωή της πόλης και στην αναβάθμιση του βιοτικού επιπέδου της. Αναφέρει ακόμη, πως όταν ο θάνατος έχει φτάσει δεν έχει κανένα νόημα η παράταση της ζωής, αντιθέτως είναι ανούσια (Λυπουρλής, 2006 – Πρωτοπαπαδάκης, 1999).

Στην αρχαία Σπάρτη η «ευγονική» ευθανασία ήταν θεσμός της πόλης κράτους. Τα βρέφη τα οποία είχαν γεννηθεί με διάφορες δυσμορφίες, αφού τα εξέταζαν τα έριχναν στον Καιάδα για να απαλλάξουν την κοινωνία από τα παράσιτα και ταυτόχρονα να σωθούν και τα ίδια. Κάποιες φορές τα εγκατέλειπαν σε ερημικές τοποθεσίες, τους λεγόμενους «αποθέτας», όπου και πέθαιναν από έλλειψη τροφής και φροντίδας (Λεοντάκης, 1992).

Ο Πλούταρχος μας πληροφορεί πως, κάθε παιδί που θα γεννηθεί στην αρχαία Σπάρτη, ο πατέρας του, είχε την υποχρέωση να το φέρει στους πρεσβυτέρους της φυλής, οι οποίοι αφού το εξέταζαν και το έβρισκαν απόλυτα υγιές, το έδιναν ξανά στον πατέρα μαζί με την χορηγία κλήρου γης, όπως όριζε η νομοθεσία της πόλης-κράτους. Αντιθέτως, αν το έβρισκαν άρρωστο και δυσπλασικό, το έστελναν στο Βάραθρο του Ταύγετου, όπου και κατέληγε για θανάτωση, για να απαλλαγεί έτσι από το μαρτύριο της επώδυνης ζωής (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003).

Ο Βαλέριος Μάξιμος περιγράφει ότι στη Μασσαλία, υπήρχε κάποιο μέρος, όπου διατηρούσαν ένα δηλητηριώδες ποτό, το οποίο ήταν στην διάθεση εκείνου που κατέφευγε ενώπιον της γερουσίας με την δικαιολογία, πως η ζωή του ήταν δυστυχής και ήθελε να πεθάνει ήσυχα (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003).

Σύμφωνα με τον Στράβωνα, στη νήσο Κω σε παρόμοιες περιπτώσεις, έπαιρναν ανάλογο δηλητήριο για να τερματίσουν την ανούσια ζωή. Στην αρχαιότητα

συνηθίζεται ένας άνθρωπος με ανίατη ασθένεια να επιλέγει ο ίδιος τον τρόπο, με τον οποίο, θα τερματίσει τη ζωή του (Καράμπελας, 1987)

Στον όρκο του Ιπποκράτη επισημαίνεται πως «δεν θα χορηγήσω θανατηφόρο φάρμακο σε κανένα και αν παρακληθώ, ούτε θα υποδείξω τέτοια συμβουλή, επίσης δεν θα δώσω σε γυναίκα φάρμακα εκτρωτικά». Η ερμηνεία του αποσπάσματος αυτού του Ιπποκράτειου όρκου έρχεται σαν απόρροια της απόλυτης απαγόρευσης του γιατρού στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία του ασθενή, καθώς ο γιατρός πρέπει να βοηθάει τον ασθενή στην θεραπεία και την καλύτερη αντιμετώπιση του πόνου (Αναπλιώτη - Βαζαίου, 1993).

2.1.2 Παλαιά Διαθήκη

Στην Παλαιά Διαθήκη η ευθανασία επιτρέπεται μόνο όταν συμβαίνει σε περίοδο πολεμικής σύρραξης ή διωγμού κι όταν η πράξη αυτή υποδηλώνει αφοσίωση σε ανώτερες αξίες κι όχι ως περιφρόνηση της ζωής. Όσον αφορά την αυτοκτονία για την απαλλαγή από μια δυστυχισμένη ζωή κι όχι όταν αυτή λαμβάνει χώρα σε περίοδο πολέμου ή διωγμού, η πράξη καταδικάζεται και αποτελεί όνειδος για του επιζώντες συγγενείς του αυτόχειρα (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003 - Βασιλειών Α΄, 1969).

2.1.3 Χριστιανικοί χρόνοι

Στα κείμενα της χριστιανικής γραμματείας δεν συναντάται πουθενά η λέξη ευθανασία. Ίσως επειδή για τα διδάγματα του χριστιανισμού ο τρόπος με τον οποίο επέρχεται ο θάνατος είναι καθοριστικός παράγοντας και με αυτόν ο άνθρωπος οδηγείται στην πύλη της αιωνίας ζωής. Κάθε μορφή ευθανασίας είναι καταδικαστέα από την διδασκαλία των Αγίων Πατέρων, οι οποίοι είχαν θεσπίσει αυστηρούς κανόνες για τους παραβάτες (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003 - Παπαγιαννόπουλος, 1999).

Η ευθανασία ως ειρηνικός και γαλήνιος θάνατος συναντάται σε πολλές περιπτώσεις στην χριστιανική περίοδο. Στα συναξάρια των αγίων επαναλαμβάνεται

πολλές φορές η φράση «εν ειρήνη τελειούται». Η εν Χριστώ ζωή, παρέχει ειρηνική ζωή και γαλήνιο θάνατο. Εκδηλωτικό είναι το νόημα της γαλήνης και της χαράς και στους μάρτυρες της Εκκλησίας. Ο πιστός χριστιανός αποδέχεται κάθε δοκιμασία από τον Θεό με υπακοή και καρτερία, γιατί μέσω αυτής της διδασκαλίας κερδίζει τον Παράδεισο. Η στιγμή του θανάτου δεν τον φοβίζει, αλλά τον προετοιμάζει για τη μεγάλη στιγμή της εξόδου (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003).

2.1.4 Μεσαίωνας

Στα χρόνια του Μεσαίωνα, σύμφωνα με διάφορους ανθρωπιστικούς όρους, παρατηρούνται βασικές και πρωτοπόρες αλλαγές / ερμηνείες στις θεωρίες περί ζωής και θανάτου. Ωστόσο, η επιρροή από την Καθολική Εκκλησία δεν άφησε και πολλά περιθώρια να εξαπλωθεί και να εδραιωθεί ευρύτερα η ευθανασία (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003).

Ο άγγλος Φράνσις Μπέικον, καθολικός φιλόσοφος και νομικός, μεταφέρει στην αγγλική γλώσσα αυτούσια την αρχαία ελληνική λέξη για να παρουσιάσει με αυτό τον τρόπο την επίσπευση του θανάτου που θα είναι απόρροια της καταπράυνσης από τους σωματικούς πόνους ή από μια ζωή γεμάτη πίκρες και δυστυχία. Ο ίδιος είναι θετικός στην ιδέα της ευθανασίας, καθώς υποστηρίζει πως έργο της ιατρικής επιστήμης είναι η θεραπεία της ασθένειας και η ανακούφιση του ασθενούς, από τους πόνους. Η ανακούφιση αυτή, έχει αποτέλεσμα μόνο όταν επιφέρει την ίαση, αλλά και όταν χρησιμοποιείται για έναν γαλήνιο και ανώδυνο θάνατο (Πρωτοπαπαδάκης, 1999).

Ο Γεώργιος Γεμιστός Πλήθων, ένας από τους σημαντικότερους φιλοσόφους της εποχής και επηρεασμένος σε μεγάλο βαθμό από το έργο του Πλάτωνα, αναφέρει μεταξύ άλλων, την απέχθεια του για την συνηθισμένη, για την εποχή του μεσαίωνα, ποινή του ακρωτηριασμού που επιβαλλόταν σε όλους εκείνους που κατηγορούνταν για διάφορα αδικήματα. Ο ίδιος εκφράζει την άποψη ότι, θα ήταν προτιμότερο για αυτούς που είχαν κριθεί ένοχοι να υποβάλλονται στην θανατική ποινή, αφού με τον

τρόπο αυτό η ψυχή τους θα είχε απαλλαγεί από το σώμα και την αθλιότητα, καθώς και η πατρίδα από την ντροπή (Πρωτοπαπαδάκης, 1999).

Ο συγγραφέας Τόμας Μουρ, το 1516 στο έργο του «Ουτοπία», περιγράφει τη λέξη ευθανασία με την έννοια της οικειοθελούς αυτοκτονίας ή του υποβοηθούμενου θανάτου σε περιπτώσεις μη ιάσιμης ασθένειας και επώδυνης ζωής. Στις αρχές του 17^{ου} αιώνα, η ευθανασία εμφανίζεται ως ρεύμα επιρροής για ένα ειρηνικό και ανώδυνο θάνατο (Βούλγαρης, 2005)

Ένας από τους υπέρμαχους της ευθανασίας ήταν ο Φρίντριχ Νίτσε, ο οποίος σε ένα κείμενο του μεταξύ άλλων αναφέρει «Ο άρρωστος που έχει φθάσει στο όριο είναι πια ένα παράσιτο της κοινωνίας και της ζωής. Όταν ξεπεράσει μια ορισμένη κατάσταση, είναι ανήθικο να ζει ακόμα. Το να συνεχίσει σαν φυτό σε δειλή εξάρτηση από γιατρούς και τεχνάσματα, όταν το νόημα και δικαίωμα της ζωής έχει πια χαθεί, θα έπρεπε να προκαλεί τη βαθιά περιφρόνηση της κοινωνίας» (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003).

2.1.5 Νεότεροι χρόνοι και Ναζιστική Γερμανία

Τον 19^ο αιώνα, τον λεγόμενο αιώνα του ανθρωπισμού η επανεμφάνιση του ζητήματος της ευθανασίας ήταν αναμενόμενη. Αυτό συνέβη από την εκρηκτική πρόοδο που γνώρισε η ιατρική επιστήμη και η εξέλιξη της τεχνολογικής γνώσης (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003). Στις πρώτες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα εμφανίστηκαν διάφορες μορφές κοινωνικής παρέμβασης με προγράμματα ευγονικής ευθανασίας σε χώρες πολύ ανεπτυγμένες, όπως οι ΗΠΑ, η Σουηδία και η Γερμανία. (Βούλγαρης, 2005) Το 1912 ο Σοβιετικός Ποινικός Κώδικας επιτρέπει την ευθανασία, ο κώδικας όμως αυτός θα αποσυρθεί πολύ γρήγορα και έκτοτε δεν θα επανέλθει ποτέ ξανά σε ισχύ (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003).

Το 1920, ο καθηγητής της ψυχιατρικής Alfred Hoche και ο καθηγητής νομικής Karl Binding, εκδίδουν μια μελέτη που αφορούσε την διακοπή της ζωής του ανθρώπου, κατόπιν δικής του επιθυμίας. Στη μελέτη αυτή υποστηρίζεται, η υποβοήθηση στον θάνατο από ασθενείς που ζητούν αυτή την ενέργεια και θα πρέπει

κάτω από ενέργειες που προηγουμένως έχουν ελεγχθεί να λάβουν την βοήθεια αυτή από κάποιον ιατρό. Η διαδικασία αυτή έπρεπε να υλοποιηθεί και σε τροφίμους ψυχιατρείων, σε διανοητικά καθυστερημένους και σε ασθενείς με εγκεφαλική βλάβη. Η κοινωνία από αυτή την εφαρμογή θα είχε τεράστια κέρδη τόσο κοινωνικά, όσο και οικονομικά καθώς τα έξοδα από την φροντίδα υγείας για αυτές τις κατηγορίες ανθρώπων θα μπορούσαν να διοχετευθούν σε άλλες κατηγορίες ασθενών με μεγαλύτερες πιθανότητες ίασης (Πρωτοπαπαδάκης, 1999).

Οι πρώτες οργανωμένες απόπειρες νομιμοποίησης της ευθανασίας χρονολογούνται το 1935 στην Αγγλία με την ίδρυση της Euthanasia Legislation Society και το 1938 στις ΗΠΑ με την ίδρυση της Society for the Right to Die (Βούλγαρης, 2005).

Η πρώτη γνωστή εφαρμογή ευθανασίας, έγινε στη ναζιστική Γερμανία στο βρέφος Knauer, καθώς ο ίδιος ο πατέρας του ήταν εκείνος που ζήτησε προσωπικά από τον Αδόλφο Χίτλερ, την εφαρμογή της επειδή αυτό γεννήθηκε τυφλό, διανοητικά καθυστερημένο και με σωματική δυσπλασία. Ο Χίτλερ, έκανε δεκτή την έκκληση του πατέρα, αφού προηγουμένως είχε εμπιστευθεί τις απόψεις του προσωπικού του ιατρού (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003). Στο αμέσως χρονικό διάστημα ξεκίνησε η σύσταση μιας επιτροπής που σαν κύριο έργο θα είχε την καθιέρωση μιας πρακτικής μεθόδου που θα «δώριζε» τον θάνατο σε ανθρώπους που δεν είχαν καμία προοπτική «εύλογης» ζωής (Πρωτοπαπαδάκης, 1999).

Όταν ο Pfannmuller, δημιούργησε στην Γερμανία το «Hungerhauser» για γέροντες, η εφαρμογή της ευθανασίας στη χώρα είχε φθάσει σε πολύ μεγάλα ποσοστά και ήταν μια συνηθισμένη πρακτική. Αυτή η διαδικασία της ναζιστικής Γερμανίας απέναντι στους Εβραίους, τους ομοφυλόφιλους και άλλες «μη εύλογα ζώσες» κατηγορίες του πληθυσμού βασίστηκε στην παραπάνω τακτική. Μέχρι το 1939, 300.000 άτομα, εκ των οποίων τα μισά ήταν παιδιά, θανατώθηκαν στη Γερμανία με ή και χωρίς τη θέληση τους, πάντοτε για «ανθρωπιστικούς λόγους». Η ευθανασία, ακόμη, εμφανίστηκε μέσω της μαζικής και βασανιστικής, σε πολλές περιπτώσεις, δολοφονίας 7.000.000 ανθρώπων στα στρατόπεδα συγκέντρωσης της Γερμανίας (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003 – Biggs, 2001).

Όλες αυτές οι καταχρήσεις που έγιναν εκείνη την περίοδο, προκάλεσαν μια αρνητική ηθική χροιά στη συζήτηση της ευθανασίας και αυτό το γεγονός οδήγησε στην Διακήρυξη της Γενεύης το 1948, όπου η ευθανασία αποκηρύσσεται, εξίσου κατηγορηματικά με τους ιπποκράτειους γιατρούς (Πρωτοπαπαδάκης, 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: Μορφές Ευθανασίας

3.1 ΜΟΡΦΕΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Σύμφωνα με τον Πρωτοπαπαδάκη (2003) αλλά και πολλούς άλλους ερευνητές οι μορφές τις ευθανασίας μπορεί να διαφέρουν και να ποικίλουν ανάλογα με την προσωπικότητα και την ευρηματικότητα κάθε ανθρώπου που επιθυμεί να δώσει τέλος στην ζωή του.

Ωστόσο, οι επιστήμονες έχουν χωρίσει τις μορφές ευθανασίας σε δύο γενικές κατηγορίες και μετέπειτα σε μικρότερες υποκατηγορίες. Οι δύο βασικές μορφές ευθανασίας είναι η ενεργητική και η παθητική (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

3.1.1 Ενεργητική ευθανασία

Η ενεργητική ευθανασία διακρίνεται από την ύπαρξη δράσης, η οποία έχει ως αποτέλεσμα τον θάνατο του πάσχοντος, όπου χωρίς την συγκεκριμένη ενέργεια ο πάσχων θα μπορούσε να ζήσει για περισσότερο χρονικό διάστημα. Αυτό σημαίνει ότι, στην ενεργητική ευθανασία προκαλείται ο θάνατος αντί να επέρχεται με φυσική διαδικασία. Τα αίτια αυτής της ενέργειας μπορεί να ποικίλουν, όπως, π.χ., βασανισμός του ασθενή ή ανίατη ασθένεια που προορισμό έχει τον θάνατο, όμως την δεδομένη στιγμή αυτός δεν επήλθε από την ασθένεια αλλά από την ενέργεια κάποιου άλλου προσώπου (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

Ένα παράδειγμα ενεργητικής ευθανασίας είναι ο γιατρός που χορηγεί στον ασθενή κάποιο θανατηφόρο φάρμακο που επιφέρει τον θάνατο χωρίς πόνο και σε σύντομο χρονικό διάστημα. Τώρα με την σειρά της η ενεργητική ευθανασία διακρίνεται σε εκούσια και ακούσια (Αβραμίδης, 1995).

3.1.2 Εκούσια ευθανασία

Η εκούσια ευθανασία γίνεται μετά από παράκληση του ίδιου του ασθενούς και μετά από έγγραφη επιθυμία του ίδιου ότι θέλει να πεθάνει (Πρωτοπαπαδάκης, 2003). Αυτό μπορεί να γίνει με δύο τρόπους είτε με χορήγηση από τον ίδιο, κάποιας θανατηφόρας ουσίας είτε σε περίπτωση όπου αδυνατεί ο ασθενής, με την βοήθεια κάποιου τρίτου προσώπου (Αβραμίδης, 1995). Είναι αναγκαίο, ο ασθενής να έχει σώας τας φρένας, απόλυτη διαύγεια, επίγνωση της κατάστασής του και των επιλογών του. Είναι απαραίτητο να έχει ενημερωθεί από τους ιατρούς του, για την ποιότητα της ζωής που θα απολαμβάνει, το προσδόκιμο ζωής του αλλά και οτιδήποτε επηρεάζει τον τρόπο και την ποιότητα της ζωής του. Εάν πληρούνται οι παραπάνω προϋποθέσεις και τελεστεί ευθανασία, τότε αυτή ονομάζεται εκούσια (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

3.1.3 Ακούσια ευθανασία

Η ακούσια ευθανασία είναι αυτή που γίνεται στον ασθενή από φίλο, συγγενή ή γιατρό για να τον «βοηθήσουν» να απαλλαγεί από το «μαρτύριό» του, όταν αυτός είναι σε κατάσταση «φυτού» και δεν υπάρχει καμία ελπίδα αποκατάστασης του. Χαρακτηριστικό παράδειγμα ακούσιας ευθανασίας είναι η περίπτωση του Βασιλιά της Αγγλίας Γεωργίου του Ε΄ που βρισκόταν σε κώμα και με εντολή της Βασίλισσας Μαίρης και του Πρίγκιπα της Ουαλίας Εδουάρδου του Η΄, ο γιατρός του, του χορήγησε δύο θανατηφόρες ενέσεις μορφίνης και κοκαΐνης δίνοντας τέλος στην ζωή του, με αυτόν τον τρόπο (Αβραμίδης, 1995).

Αυτό το είδος της ευθανασίας μπορεί να αποτελέσει μορφή ανθρωποκτονίας αφού δεν ζητείται η γνώμη του ασθενούς. Μπορεί να είναι μια πράξη βασισμένη στην υλοποίηση κάποιου συμφέροντος οικονομικού κυρίως και έτσι να επιβάλλεται ο θάνατος (Μητροπολίτη Νικολάου, 2003).

3.1.4 Παθητική ευθανασία

Η ανάγκη να διαχωριστεί η ευθανασία σε ενεργητική και παθητική εκφράστηκε μόλις στα τέλη του περασμένου αιώνα καθώς μέχρι τότε δεν υπήρχε λόγος διαχωρισμού των δύο εννοιών. Με την πρόοδο της τεχνολογίας όμως εμφανίστηκε μια νέα κατηγορία ασθενών, αυτών που ζουν υποβοηθούμενοι από τα μηχανήματα υποστήριξης και είναι εγκεφαλικά νεκροί. Θεωρητικά, τέτοιου είδους ασθενείς μπορούν να ζήσουν έτσι για πολλά χρόνια, ακόμα και να καλύψουν το προσδόκιμο ζωής (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

Με τον όρο, λοιπόν, παθητική ευθανασία εννοούμε, την μη χρήση ή την διακοπή της χρήσης μηχανημάτων υποστήριξης που αποτέλεσμα έχει τον θάνατο του ασθενούς (Πρωτοπαπαδάκης, 2003). Η παθητική ευθανασία διαφέρει από την ενεργητική γιατί, η πρώτη θεωρείται παράλειψη σε αντίθεση με την δεύτερη που θεωρείται ενέργεια (Μητροπολίτη Νικολάου, 2003). Στην ενεργητική μορφή ευθανασίας η παρέμβαση κάποιου ατόμου προκαλεί τον θάνατο ενώ στην παθητική ευθανασία ο θάνατος προέρχεται από παθολογικά αίτια (Πρωτοπαπαδάκης, 2003). Είναι σημαντικό να γίνει ξεκάθαρο ότι τα μέλη της ομάδας υγείας δεν θα πρέπει να παίρνουν κανένα ενεργό ρόλο στην επιλογή της παθητικής ευθανασίας. Η απόφαση, αλλά και πολλές φορές, και η πράξη (κλείσιμο του μηχανήματος υποστήριξης) θα πρέπει να γίνεται από τους συγγενείς του ασθενούς (Πλάτη, 2008).

«Η διαφορά, λοιπόν, της μιας μορφής ευθανασίας με την άλλη βρίσκεται σε αυτό που θεωρείται αιτία θανάτου. Στη σύγχρονη ιατρική, η παθητική ευθανασία έχει επιβληθεί ηθικά ως πρακτική σε περιπτώσεις όπου η συνέχιση της θεραπείας ή της υποστήριξης δεν θα απέφερε βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς αλλά θα παρέτεινε το μαρτύριό του. Υπάρχουν πλέον προτροπές προς τους γιατρούς να φροντίζουν ώστε ο ασθενής να μην ταλαιπωρείται άδικα, ούτε να γίνεται αντικείμενο ιατρικών πειραμάτων, όταν το τέλος είναι δεδομένο και αναπόφευκτο» (Πρωτοπαπαδάκης, 2003 :52).

Για αυτό τον λόγο, η παθητική ευθανασία ηθικά θεωρείται ως υποταγή στην δύναμη της φύσης και όχι ως φόνος και έτσι ακριβώς αντιμετωπίζεται και νομικά. Οι κυρώσεις που δέχεται το ιατρικό προσωπικό για την τέλεση παθητικής ευθανασίας

είναι μηδαμινές και αυτό είναι η βασική διαφορά της από την ενεργητική ευθανασία που διώκεται ποινικά και επιβάλλει φυλάκιση πολλών ετών. Ένας λόγος ακόμα κατά τον οποίο αυτή η μορφή ευθανασίας δεν διώκεται ποινικά είναι ότι ο ασθενής έχει το δικαίωμα να αρνηθεί την θεραπεία και ο γιατρός ή ο νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος να το σεβαστεί και να συμμορφωθεί με την επιθυμία του. Σε αυτή την περίπτωση ο ασθενής καταγράφει την επιθυμία του και με τον τρόπο αυτό ο γιατρός δεν έχει καμία νομική κύρωση (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

Οι παραπάνω αποτελούν τις βασικές μορφές ευθανασίας. Εμείς ενδεικτικά θα αναφέρουμε και κάποιες άλλες μορφές.

3.1.5 Ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία

Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται πολύ όταν αναφερόμαστε στην ευθανασία. Χαρακτηριστικό αυτής της μορφής είναι ότι, απαλλάσσει τους εμπλεκόμενους από οποιαδήποτε ευθύνη σχετικά με τον θάνατο του ασθενούς (Πρωτοπαπαδάκης, 2003). Αυτό συμβαίνει γιατί ο ασθενής χορηγεί μόνος του στον εαυτό του την δόση του θανατηφόρου ναρκωτικού και δεν χρησιμοποιεί την βοήθεια κάποιου τρίτου προσώπου. Για αυτό και η συγκεκριμένη μορφή θεωρείται, από πολλούς αυτοκτονία και όχι ευθανασία (Elliott, 1969)

Ουσιαστικά όμως ο γιατρός βοηθάει έμμεσα είτε με την παρασκευή κάποιας θανατηφόρας ένεσης είτε με τη συνταγογράφηση κάποιων φαρμάκων ή και ακόμα με την δημιουργία κάποιας μηχανής που προκαλούν το θάνατο στον ασθενή (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

Στις Η.Π.Α ο συγκεκριμένος τρόπος ευθανασίας ονομάστηκε «αξιοπρεπής θάνατος» και οι υποστηρικτές του τονίζουν ότι ο καθένας έχει δικαίωμα στο θάνατο όπως ακριβώς και στη ζωή και έχει το δικαίωμα ο ίδιος να ρυθμίζει τον θάνατό του. Σύμφωνα με αυτή την θεωρία ενεργούσε και ο δόκτωρ Τζάκ Κεβόρκιαν, γνωστός και ως Δόκτωρ Θάνατος, ο οποίος εφηύρε μια μηχανή η οποία με το πάτημα ενός κουμπιού και με την βοήθεια μιας μάσκας οξυγόνου ή ενός ορού διοχέτευε διοξείδιο

του άνθρακα στον ασθενή που ήθελε να πεθάνει (Μητροπολίτη Νικολάου, 2007 – Καράμπελα, 1987).

3.1.6 Ευγονική ευθανασία

Αυτό το είδος της ευθανασίας αφορά στα παιδιά που έχουν γεννηθεί ή πρόκειται να γεννηθούν με κάποια σωματική ή νοητική ανωμαλία (σύνδρομο Down, δισχιδή ράχη κλπ). Με την σημερινή τεχνολογική ανάπτυξη, τέτοιου είδους εγκυμοσύνες μπορούν να διαγνωστούν γρήγορα και να διακοπούν. Συχνά παιδιά που γεννιούνται με τέτοιου είδους ανωμαλίες χρειάζονται επανειλημμένα και επώδυνα χειρουργεία, διαφορετικά είναι καταδικασμένα να πεθάνουν (Αβραμίδης, 1995).

3.1.7 Ορθοαθανασία

Με τον παραπάνω όρο εννοούμε την μη παροχή υπερβολικής φροντίδας σε κάποιον που πάσχει από κάποια ανίατη ασθένεια, με αποτέλεσμα τον αργό θάνατο από φυσικά αίτια και λόγω της ασθένειας. Όπως και με τις άλλες μορφές έτσι και με αυτή βασικό ζητούμενο είναι να αποτελεί αυτή η συμπεριφορά, επιθυμία του πάσχοντος για να αποκλειστεί η περίπτωση δολοφονίας από αμέλεια (Αβραμίδης, 1995). Τα άτομα που μπορεί να υποστούν αυτό το είδος ευθανασίας είναι άτομα που είναι εγκεφαλικά νεκροί (άνθρωποι - φυτά) ή άτομα που χρειάζονται συνεχή παροχή τεχνητής καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (Αναπλιώτης, 2003).

3.1.8 Δυσθανασία

Η δυσθανασία είναι μια καινούρια ορολογία σε ότι έχει να κάνει με την ευθανασία. Αφορά αρρώστους που χρειάζονται δύσκολές και δαπανηρές φροντίδες για να κρατηθούν στη ζωή και χωρίς αυτές θα πέθαιναν. Τότε ο ιατρός έχει το δικαίωμα να σταματήσει την συγκεκριμένη θεραπεία εφ' όσον έχει ζητηθεί από τον πάσχοντα. Θα πρέπει, όμως, να υπάρχουν σαφείς αποδείξεις που να εμφανίζουν την

καθαρή βούληση του ασθενή. Σε αντίθετη περίπτωση (αν δηλαδή η επιθυμία του αρρώστου είναι να ζήσει) και πάλι η ιατρική ομάδα είναι υποχρεωμένη να τον κρατήσει στη ζωή. Στις περισσότερες περιπτώσεις ο ασθενής ζητά να ζήσει για λίγο χρονικό διάστημα έως ότου τακτοποιήσει κάποιες υποχρεώσεις του ή μέχρι να αποχαιρετήσει τα συγγενικά του πρόσωπα (Αβραμίδης, 1995).

3.1.9 Επιταχυθανασία

«Ονομάζεται έτσι η σκόπιμη επιτάχυνση των βιολογικών διαδικασιών του θανάτου σε περιπτώσεις αναπότρεπτης επελεύσεως του, και της εκ τούτου απώλειας των προϋποθέσεων για ένα «ευ ζην». Θεωρούν δε οι εισηγητές της ότι, αποτελεί «υποχρέωση» του γιατρού να την εφαρμόσει, προς απαλλαγή του αρρώστου από την ήδη τραγική επιθανάτιο κατάστασή του. Η τέτοια ευθανασία, εκτός του ότι αντίκειται προς τον όρκο του γιατρού για το «μη βλάπτειν», επισύρει και τις ποινές του άρθρου 299 του Π.Κ.» (Αβραμίδης, 1995 :29).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: Βιοηθική και ευθανασία

4.1 ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Η έννοια του όρου Βιοηθική, είναι πρόσφατη, καθότι παρουσιάστηκε και χρησιμοποιήθηκε, το 1970, από τον αμερικανό ογκολόγο Van Reusselaer Potter (Kuczewski – Polansky, 2007).

Μερικά στοιχεία που υποδηλώνουν ότι η έννοια της Βιοηθικής προϋπήρχε, προκύπτουν από τον Διεθνή Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, ο οποίος συντάχθηκε το 1947 από την Διεθνή Οργάνωση Υγείας και την ΟΥΝΕΣΚΟ. Στην διακήρυξη της Γενεύης, τέθηκαν δέκα κανόνες για την ανθρώπινη ύπαρξη, που θα πρέπει να τηρούνται σε οποιαδήποτε πειραματική διαδικασία. Ένας από αυτούς ήταν και η εξασφάλιση της συγκατάθεσης του ατόμου για οτιδήποτε, η οποία συντελεί την βασική αρχή και αξία της Βιοηθικής (<http://el.wikipedia.org>).

Η δεκαετία, στην οποία αναπτύχθηκε ο συγκεκριμένος όρος, αποτελεί μία σπουδαία σελίδα στην ιστορία της γενετικής και της τεχνολογίας, καθότι στην Αγγλία, το 1978, γεννήθηκε το πρώτο παιδί σε δοκιμαστικό σωλήνα (Δεβετζόγλου, 2010).

Με την έναρξη της νέας αυτής εποχής, η Βιοηθική χαρακτηρίστηκε ως ο κλάδος της επιστήμης, που μελετά κυρίως τον αντίκτυπο από τα πειράματα και τη ραγδαία εξέλιξη της ιατρικής, τόσο στον άνθρωπο, όσο και στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Επομένως, η Βιοηθική θεωρείται η ασφαλιστική δικλίδα έναντι της ιλιγγιώδους προόδου της τεχνολογίας και της επιστήμης, αλλά και ο χώρος συνάντησης και συμφιλίωσης της επιστήμης και των ανθρώπινων αξιών. Με την έννοια αυτή, ακολούθως, συμπίπτει με την Ιατρική Ηθική, μέσω των διαφόρων ηθικών προβλημάτων ή διλημάτων που προκύπτουν από την εφαρμογή των ιατρικών τεχνολογιών και την Ηθική Φιλοσοφία (Δραγώνα – Μονάχου, 2010).

Οι αντιπροσωπευτικότερες ηθικές θεωρίες, μέσω των οποίων η Βιοηθική αξιολογεί και κατευθύνει την σύγχρονη ιατρική τεχνολογία, σύμφωνα με τους Kuczewski – Polansky (2007) είναι οι εξής:

- Οι ωφελμιστικές θεωρίες, όπου «μία πράξη είναι ορθή στο βαθμό που αυξάνει την περισσότερη ευτυχία για τους περισσότερους ανθρώπους ή, στην αρνητική τους διατύπωση, στο βαθμό που προξενεί όσο το δυνατόν λιγότερη δυστυχία για όσο το δυνατόν λιγότερους ανθρώπους» (Kuczewski – Polansky, 2007 :564).

- Οι δεοντοκρατικές θεωρίες, οι οποίες υποστηρίζουν ότι «μία πράξη είναι ορθή εφόσον είναι το είδος της πράξης, το οποίο υπαγορεύει κάποιος γενικός κανόνας ή αρχή, ανεξάρτητα από τα αποτελέσματα και τις συνέπειες που αυτή μπορεί να έχει» (Kuczewski – Polansky, 2007 :567).

- Η περιπτωσιολογική θεωρία, η οποία σκοπεύει να θεραπεύσει τα αδύναμα σημεία όλων των ηθικών θεωριών αρχών.

- Οι φεμινιστικές θεωρίες, οι οποίες ασκούν έντονη κριτική στις υπόλοιπες ηθικές θεωρίες αρχών και στις βιοϊατρικές παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται μέσω των τεχνολογικών μέσων.

- Η προσέγγιση των τεσσάρων αρχών που αποτελείται από ένα σύνολο πρόσφατων θεωριών δια μέσου της επιρροής των βιοϊατρικών τεχνολογιών.

- Οι θεωρίες των δικαιωμάτων του ανθρώπου, όπου περιλαμβάνονται διακηρύξεις από διάφορες οργανώσεις, όπως είναι η ΟΥΝΕΣΚΟ, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, κ.ά.

4.1.1 Ιατρική Ηθική

Με τον όρο «Ηθική», προσδιορίζεται ο κλάδος της επιστήμης που σχετίζεται με την Φιλοσοφία, την Θεολογία, την Ιατρική και την Θρησκεία, καθότι επιζητείται η ευδαιμονία (Γιαγκαζόγλου, 2002). Η λέξη αυτή προέρχεται από το «ήθος», δηλαδή

την υπακοή του ατόμου στην κοινωνία και την εκάστοτε ηθική που επικρατεί (Γιανναράς, 2002).

Από την άλλη, η «Ιατρική», είναι η επιστήμη που στοχεύει στην βελτίωση, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ατόμου. Ο επιστήμονας οφείλει να σέβεται την ανθρώπινη ζωή, ακόμη και υπό την περίπτωση να μην χρησιμοποιήσει τις ικανότητες και γνώσεις του ενάντια στην αξία και την αρχή του ανθρωπισμού (Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, 2005).

Πιο συγκεκριμένα, η Ιατρική Ηθική παρουσιάζεται στον όρκο του Ιπποκράτη, ο οποίος καταδικάζει αποκάλυπτα οποιαδήποτε μορφή ευθανασίας (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003). Ο όρκος αυτός προσδίδει τον ύψιστο σεβασμό προς τις ηθικές αξίες και αρχές της ζωής, καθ' όλο το πέρασμα των αιώνων και δεν επιτρέπει την προώθηση διαδικασιών τερματισμού της ζωής ενός ανθρώπου (Αβραμίδης, 1995).

Επομένως, η ηθική και νομική ευθύνη που αναλαμβάνει ο ιατρός είναι τεράστια, καθότι είναι υπεύθυνος για την προστασία των σημαντικότερων αγαθών του ανθρώπου, την ζωή και την υγεία του. Οι υποχρεώσεις και οι ευθύνες των ιατρών είναι πολλές και διαχωρίζονται κυρίως σε ηθικές, ποινικές, αστικές και πειθαρχικές. Η ηθική ευθύνη προέρχεται από το αίσθημα ανθρωπισμού του καθενός και οποιαδήποτε πράξη ή παράλειψη του ιατρού που αντιβαίνει την Ιατρική Δεοντολογία, έρχεται σε σύγκρουση με την συνείδηση του (Παιονίδης, 1990 - Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, 2005).

Επομένως, σύμφωνα με τα παραπάνω, ο ιατρός δεν έχει την δικαιοδοσία και τα κριτήρια για να αφαιρέσει την ζωή κανενός, καθότι υπάρχει επιπρόσθετα, και η πιθανότητα ανάνηψης ή εντοπισμού της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής (Γιαννοπούλου, 1995). Εξάλλου η ιατρική, σε όλες τις περιπτώσεις, οφείλει να σεβαστεί τη ζωή, την ηθική αυτονομία, καθώς και την επιλογή του αρρώστου να ζήσει (Αβραμίδης, 1995).

Η σύγχρονη ιατρική ηθική, σε μία προσπάθεια της, να διαμορφώσει έναν κύριο άξονα αντιμετώπισης των ιατρικών ηθικών διλημμάτων, συνέταξε μία δέσμη βασικών και γενικών αρχών, η οποία, σύμφωνα με τους Beauchamp & Childress, (1994) - Kelly, (1996) και τον Βιδάλη, (2007), περιλαμβάνει τα εξής:

- Το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης ή αυτονομίας, όπου το άτομο είναι αυτό που σκέφτεται, αποφασίζει, επιλέγει και εκτελεί για το ίδιο. Ο σεβασμός αυτού, στον βαθμό που δεν επηρεάζει την αυτονομία των εμπλεκόμενων στο πρόβλημα, αποτελεί ηθική υποχρέωση του ιατρού.
- Η εντιμότητα και η ειλικρίνεια, ως προς την ενημέρωση του ατόμου, χωρίς καμία πρόθεση παραπλάνησης του παραλήπτη.
- Η συγκατάθεση και η συναίνεση του ατόμου, εφόσον είναι σε θέση να δεχτεί ή να αρνηθεί την θεραπεία, τις διεργασίες και τις παρεμβάσεις του προβλήματος που αντιμετωπίζει.
- Το ιατρικό απόρρητο, το οποίο μόνο σε περιπτώσεις υπερισχύοντος δημοσίου συμφέροντος μπορεί να παρεκκλίνει.
- Βλάβη και όφελος, δηλαδή η προαγωγή της υγείας και η μείωση της βλάβης σε όλους του πάσχοντες. Αυτό βέβαια συμβαίνει με τους ασθενείς, οι οποίοι διαθέτουν την νοητική λειτουργία και μπορούν να αποφασίσουν για την έκβαση της θεραπείας τους. Οι ασθενείς που αδυνατούν να αποφασίσουν, θα πρέπει να τους παρέχεται ιατρική φροντίδα και θεραπεία με στόχο το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Με την λήψη, όμως, κάποιων διασφαλιστικών μέτρων, δικαιολογούνται και κάποιες ιατρικές ενέργειες που συνεπάγονται ελάχιστη ή αμελητέα βλάβη, με σκοπό την βοήθεια κάποιου άλλου (π.χ. η περίπτωση μη θεραπευτικής έρευνας που αφορά μικρού είδους παρεμβάσεις, όπως οι δοκιμασίες ελέγχου του αίματος).
- Η δικαιοσύνη και η Ισοτιμία, καθότι οι ασθενείς διαθέτουν το δικαίωμα της ισότιμης και απροκάλυπτης μεταχείρισης τους τόσο από τους ιατρούς, όσο και από τις υπηρεσίες υγείας.

Τέλος, μερικά παραδείγματα ευθανασίας στο παρελθόν, θα μπορούσαν να αποτελέσουν οι ασθενείς που έπασχαν από ανίατες αρρώστιες, όπως η λέπρα και η σύφιλη, οι οποίες σήμερα θεραπεύονται. Ακόμη και η ευθανασία που επιβάλλεται στα άτομα που πάσχουν από AIDS, θεωρείται επιλήψιμη, καθότι κανείς δεν αποκλείει το ενδεχόμενο της θεραπείας της, στο μέλλον (Αβραμίδης, 1995).

4.1.2 Ηθική Φιλοσοφία

Το ζήτημα της ευθανασίας συνδέεται με το φιλοσοφικό ερώτημα για το δικαίωμα ενός ανθρώπου στον θάνατο ή τη ζωή. Η ευθανασία βρίσκεται στο προσκήνιο από τις απαρχές της φιλοσοφίας και η ετυμολογία της λέξης, σημαίνει «καλός θάνατος» (Βούρτση, 2010).

Γενικά, όμως, οι αρχαίοι Έλληνες ήταν υποστηρικτές της ευθανασίας, παρόλο που ο ίδιος ο Ιπποκράτης με τον όρκο του, τάσσεται εναντίον της συγκεκριμένης πράξης και υπέρ της αξίας της ζωής, πέρα από το συμφέρον του ιατρού (Βούρτση, 2010).

Με την φράση «απαρχές της φιλοσοφίας» αναφερόμαστε κυρίως στον Πυθαγορισμό και στους φιλοσόφους της Αρχαίας Ελλάδας, δηλαδή τον Πλάτωνα, τον Σωκράτη, τον Αριστοτέλη και τους Στωικούς. Οι φιλόσοφοι αυτοί αντιλαμβάνονται τη ζωή, ως σύνολο και στοχάζονται τη σειρά των προτεραιοτήτων ενός ανθρώπου. Θεωρούν ότι ένα άτομο δεν έχει σαφή αντίληψη για τον καταληκτικό σκοπό της ζωής του, και για αυτό το λόγο προσπάθησαν να θέσουν ως έργο τους, μία σαφή και ορθή θεωρία περί αυτού του ζητήματος. Ακόμη, πιστεύουν ότι, όταν ένα άτομο κατανοήσει τον τελικό σκοπό της ζωής του, είναι σε θέση να κατατάξει τις προτεραιότητες του βάσει συγκεκριμένων αρχών, κρίνοντας ορθά (Annas, 1995).

4.1.3 Οι Πυθαγόρειοι για την ευθανασία

Οι Πυθαγόρειοι φιλόσοφοι που διαπραγματεύονται το ζήτημα της ευθανασίας ήταν ο Αλκμαίων, ο Εμπεδοκλής, ο Ίπασος, ο Φιλόλαος καθώς και ο Πλάτωνας (Kuczewski – Polansky, 2007).

Σύμφωνα με τα αποσπάσματα που σώθηκαν και τις μαρτυρίες, οι Πυθαγόρειοι δεν υποστήριζαν άμεσα μία συνεπή άποψη για το θέμα της ευθανασίας, καθότι τα σωζόμενα κείμενα αφήνουν απροκάλυπτα κενά. Πάντως, η πιο έγκυρη

πηγή πληροφόρησης που διαθέτουμε για τον Πυθαγόρα, από τον Πορφύριο, του αποδίδει τέσσερις πρωταρχικές θέσεις:

- Η ψυχή είναι αθάνατη (αθανασία),
- Η ψυχή μεταναστεύει σε άλλα είδη ζώων ή σωμάτων (μετεμψύχωση),
- Σε ορισμένα διαστήματα, ότι έχει συμβεί, συμβαίνει ξανά καθότι τίποτα δεν είναι νέο (αιώνια επανεμφάνιση)
- Όλοι οι ζωντανοί οργανισμοί πρέπει να θεωρούνται ότι ανήκουν στο ίδιο είδος (ενότητα του ζωντανού κόσμου) (Kuczewski – Polansky, 2007 & c, 1996).

Με βάσει, λοιπόν αυτές τις πρωταρχικές αρχές, συμπεραίνεται ο διχασμός ανάμεσα στους Πυθαγόρειους φιλόσοφους, καθότι υπάρχουν απόψεις και πεποιθήσεις υπέρ του τερματισμού της ζωής, άλλες είναι ουδέτερες και άλλες ενάντια (Kuczewski – Polansky, 2007).

4.1.4 Η άποψη του Πλάτωνα

Ο Πλάτων, μαθητής του Σωκράτη, αποτελεί έναν από τους πιο σπουδαίους Έλληνες αρχαίους φιλοσόφους. Γεννήθηκε το 427 π.Χ. και πέθανε το 347 π.Χ., αλλά η συγγραφή των διαλόγων του ξεκίνησε κατά την τελευταία δεκαετία της ζωής του (Πλάτων, 1992).

Ο Πλάτων πίστευε στην αρμονία της ζωής και για αυτό ήταν ενάντιος σε αυτό που ονομάζεται σήμερα, ενεργητική ευθανασία. Στα κείμενα του, αναφέρει την θανατική τιμωρία όσων ιατρών, οι οποίοι με την οποιαδήποτε ενέργεια τους, προκαλέσουν τον τερματισμό της ζωής ενός ανθρώπου (Πλάτων – Νόμοι, 1992).

Παρόλα αυτά, η θέση του Πλάτωνα έναντι της ευθανασίας, φαίνεται να παρεκκλίνει, σε κάποια άλλα κείμενα του, αναφερόμενος στον Ασκληπιό, όπου δηλώνει ότι, οι ασθενείς που υποφέρουν και δεν μπορούν να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή, δεν θα πρέπει να λαμβάνουν θεραπεία για την παράταση της ζωής τους.

Μολονότι είναι ταγμένος ενάντια στην ενεργητική ευθανασία, μέσω του τελευταίου, φαίνεται να αποδέχεται την παθητική (Πλάτων, 1992).

4.1.5 Η Πλατωνική άποψη για τον Σωκράτη

Ο Σωκράτης, δάσκαλος του Πλάτωνα, αποτέλεσε έναν από τους κορυφαίους φιλόσοφους στην Αρχαία Ελλάδα. Ο μαθητής του, υποστηρικτής της άποψης ότι είμαστε όλοι δούλοι των θεών και δεν έχουμε το δικαίωμα να τερματίσουμε την ζωή μας, εξηγεί τον θάνατο του Σωκράτη (Kuczewski – Polansky, 2007).

Σε ένα κείμενο του, αναφέρει ότι το τέλος της ζωής του δασκάλου του, ήταν αποτέλεσμα κάποιων θεϊκών παρεμβάσεων. Και εδώ, φαίνεται να τονίζει την άποψη του, περί αφέντη και δούλου, καθότι θεωρεί ότι μόνο οι θεοί μπορούν να παρέμβουν στην φυσική εξέλιξη των πραγμάτων και ειδικά στον θάνατο ενός προσώπου. Καθ' αυτό τον τρόπο, υποστηρίζει ότι, οι θεοί επιλέγουν να τερματίσουν ή να παρατείνουν την ζωή του καθενός, επιλέγοντας πάντοτε το αγαθό (Kuczewski – Polansky, 2007).

4.1.6 Ο Αριστοτέλης για την ευθανασία

Ο Αριστοτέλης, αποτελεί και αυτός με την σειρά του έναν από τους πιο σπουδαίους φιλόσοφους της Αρχαίας Ελλάδας. Γεννήθηκε το 384 π.Χ. και πέθανε το 323 π.Χ. (Αισχύλος, 1992).

Στα έργα του αναφέρεται, έμμεσα και κατηγορηματικά απέναντι στο ζήτημα της ευθανασίας, καθότι την θεωρεί ως μορφή της υποβοηθούμενης από τον ιατρό, αυτοκτονίας (Λυπουρλής, 2006). Από ένα απόσπασμα του έργου του «Ηθικά Ευδήμια», φανερώνεται ότι η ευθανασία με την παραπάνω μορφή, αποτελούσε μία πρακτική των Αρχαίων, σε περιπτώσεις ανίατων ασθενειών και ανυπόφορων πόνων του ασθενούς, με την χορήγηση δηλητηρίου από τον υπεύθυνο ιατρό (Καράμπελας, 1987).

4.1.7 Η στάση των Στωικών Φιλοσόφων

Ο Στωικισμός αποτελεί μία από τις πιο σημαντικές φιλοσοφικές σχολές των Ελληνιστικών και Ρωμαϊκών χρόνων κατά το 300 π.Χ., ιδρυθείσα στην Αθήνα, και η οποία, πρεσβεύει την άποψη ότι, η ανθρώπινη φύση είναι κομμάτι της παγκόσμιας φύσης και καθοδηγείται από τη λογική. Οι άνθρωποι, ως λογικά όντα, συγγενεύουν όχι μόνο με τα άλογα ζώα αλλά και με τις Θεότητες, διαθέτοντας το ένστικτο και την ηθική αίσθηση (<http://www.rassias.gr/STOIC.html>).

Πιο συγκεκριμένα, για το θέμα της ευθανασίας, οι Στωικοί φιλόσοφοι, δέχονταν την ευθανασία, με την μορφή της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, μόνο σε περιπτώσεις όπου η ασθένεια δεν επιδέχονταν καμία θεραπεία και οι πόνοι ήταν αβάσταχτοι. Καθ' αυτό τον τρόπο, τερμάτισε τη ζωή του και ο ιδρυτής της σχολής Ζήνωνας, πίνοντας δηλητήριο για να λυτρωθεί από τους ανυπόφορους πόνους (Emanuel, 1994).

4.2 ΘΕΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Η παρουσίαση των τοποθετήσεων των διαφόρων θρησκειών και δογμάτων της Ορθόδοξης και Ρωμαιοκαθολικής εκκλησίας, των Προτεσταντικών εκκλησιών, του Μουσουλμανισμού, του Βουδισμού και του Ινδουισμού πάνω στο λεπτό ζήτημα της ευθανασίας, κρίνεται αναγκαία, για να δοθεί με αυτό τον τρόπο, μια πληρέστερη εικόνα της θεολογικής προσέγγισης του συγκεκριμένου θέματος.

4.2.1 Η θέση της Ορθόδοξης Εκκλησίας

Το θέμα της ευθανασίας δεν αντιμετωπίζεται με γενικούς αφορισμούς και ηθικιστικές απλουστεύσεις. Κάθε τοποθέτηση πάνω σε αυτό το τόσο λεπτό ζήτημα, εξαρτάται από την ελευθερία του προσώπου, το οποίο καλείται να αποφασίσει για το συγκεκριμένο ζήτημα, γιατί κάθε άνθρωπος είναι μοναδικός και συγχρόνως κοινωνικός (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003).

Η Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, με υψηλό αίσθημα ευθύνης έχει καταθέσει τις θέσεις της σχετικά με το ζήτημα της ευθανασίας. Αναφέρει πως, η ανθρώπινη ζωή, είναι το υπέρτατο δώρο του Θεού προς τον άνθρωπο και πως η ζωή και το τέλος της βρίσκονται στα χέρια Του και μόνο (Ιώβ ιβ' 10).

Η ζωή έχει ανεκτίμητη αξία και είναι αναντικατάστατη. Κανένας δεν έχει το δικαίωμα να την αφαιρεί, ούτε τη δική του, μέσω της αυτοκτονίας, ούτε του άλλου, μέσω του φόνου. Η πράξη της ευθανασίας, με όποια μορφή κι αν γίνεται αυτή, δεν έχει καμία νομική και ηθική υπόσταση στην ορθόδοξη πίστη και οποιαδήποτε μορφή ευθανασίας, αποτελεί έγκλημα και απαγορεύεται (Αβραμίδης, 1995).

Ο άγιος Γρηγόριος ο Παλαμάς, αναφέρει πως, η ύπαρξη του πόνου στην ανθρώπινη ζωή και κάθε δοκιμασία που υπομένει ο άνθρωπος είναι «συνεργός προς την σωτηρίαν». Η εκκλησία μέσω της προσευχής ζητά από τον Θεό την απαλλαγή «από πάσης θλίψεως, οργής, κινδύνου και ανάγκης» και εύχεται το τέλος του

ανθρώπου να είναι «ανώδυνο, ειρηνικό, ανεπαίσχυντο». Οι άνθρωποι προσεύχονται για μια όσο το δυνατόν ανώδυνη και γαλήνια ζωή και δεν αποφασίζουν για την ζωή και το θάνατο τους (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003).

Η ευθανασία για την κοσμική αντίληψη θεωρείται ως «αξιοπρεπής θάνατος». Όμως, στην πραγματικότητα είναι μια μορφή υποβοηθούμενης αυτοκτονίας με τον συνδυασμό φόνου και αυτοχειρίας. Αυτό που οι κοσμικοί έχουν ονομάσει ως δικαίωμα στον θάνατο, αποτελεί στην ουσία, τη νομική κατοχύρωση της εφαρμογής της ευθανασίας και η οποία εξελίσσεται ως απειλή για την ζωή των ασθενών που αδυνατούν ή δεν είναι σε θέση να ανταποκριθούν οικονομικά στις απαιτήσεις και τις ανάγκες που συνεπάγεται η νοσηλεία και η θεραπεία τους (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003).

Τα πνευματικά αίτια, που συντελούν σε μια θετική στάση απέναντι στην ευθανασία, είναι συνήθως «ο άκρατος υλισμός, η έλλειψη πίστεως ή η άρνηση του Θεού, η πνευματική απογύμνωση του ανθρώπου, η θεώρηση του πόνου και της ασθένειας ως ατυχίας ή αδικίας, η διασύνδεση της ζωής μόνο με την εξωτερική ομορφιά και τη φυσική και οικονομική ευρωστία και η θεώρηση του θανάτου ως μοιραίου βιολογικού συμβάντος και όχι ως ενδιάμεσου σταδίου της πορείας του ανθρώπου προς την σωτηρία και την αθανασία» (Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, 2002).

Η εκκλησία πιστεύει στην «μετάβαση εκ του θανάτου προς την ζωή», θεωρώντας ότι, ο θάνατος του σώματος είναι ένας πολύ σημαντικός σταθμός στην μετεξέλιξη της ανθρώπινης φύσης. Επίσης, κάθε ιατρική πράξη που, συνειδητά, επισπεύδει τη στιγμή του θανάτου καταδικάζεται ως αντιδεδοντολογική και προσβλητική τόσο για τον ίδιο τον άνθρωπο, όσο και για το ιατρικό λειτούργημα (Κόϊος, 2003).

Κατά τις περιπτώσεις όπου ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται στην θεραπεία, καλό θα ήταν να χορηγούνται φάρμακα ηρεμίσσεως. Η αγάπη επιβάλλει με αυτό τον τρόπο την ανακούφιση του ασθενούς, ο οποίος δεν επιτρέπεται να ταλαιπωρείται

στερούμενος την απαραίτητη καταστολή. Ίσως είναι καλύτερα να περάσει από τον ύπνο στον θάνατο (Κόϊος, 2003).

Ο θάνατος για την ορθόδοξη εκκλησία, εκτός από βιολογικό φαινόμενο, είναι και ένα πολυσύνθετο γεγονός με μεταφυσικές προεκτάσεις. Στη Νεκρώσιμη Ακολουθία διαβάζουμε μεταξύ άλλων «όντως φοβερότατον το του θανάτου μυστήριο, πως ψυχή εκ του σώματος βιαίως χωρίζετε».

Ο άνθρωπος πλάσθηκε από τον Δημιουργό του ως αθάνατο ον. Η αθανασία είναι η φυσική του κατάσταση. Όμως, αυτή η σχέση διακόπηκε όταν μέσω της αμαρτίας εισήλθε στον κόσμο ο πόνος, η φθορά και ο θάνατος. Ο άνθρωπος δημιουργήθηκε με σώμα και ψυχή που βρίσκονται σε αρραγή ενότητα, την οποία διασπά το γεγονός του θανάτου. Όταν λοιπόν, συμβεί το γεγονός του θανάτου, το ανθρώπινο σώμα διαλύεται, όμως η ψυχή διατηρείται για να ενωθεί ξανά με το αναστημένο πλέον σώμα όπως αναφέρει η χριστιανική παράδοση (Κόϊος, 2003).

Η εκκλησία πιστεύει στην παράταση της ζωής με τα επιτεύγματα της ιατρικής και απορρίπτει την επιτάχυνση του θανάτου. Δεν ασπάζεται ως φυσικό θάνατο, έναν θάνατο ο οποίος προήλθε από τεχνητά μέσα και δεν δικαιολογεί σε καμία περίπτωση την επίσπευση του. Ο άνθρωπος δεν είναι σε θέση να εξουσιάζει τη ζωή του, γιατί δεν την δημιούργησε αυτός, αλλά του δωρίθηκε από τον ίδιο τον Θεό, ο οποίος έχει την αποκλειστική ευθύνη για το πότε θα επέλθει και ο θάνατος της. Από αυτή την αντίληψη απορρέει η ιερότητα της ψυχής και του σώματος (Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, 2002).

Ο άγιος Ιωάννης της Κλίμακος, αναφέρει πως ο πόνος οδηγεί στην ταπείνωση. Δεν ωφελεί μόνο τον ασθενή, αλλά και το περιβάλλον του. Αυτά τα οποία, ζει κάποιος δίπλα σε έναν ασθενή που νοσεί βαριά, είναι αυτά που τον προβληματίζουν, τον διδάσκουν, τον βοηθούν να αναθεωρήσει πολλές απόψεις του και να αγαπήσει την ίδια τη ζωή. Για έναν ασθενή, αλλά και για του οικείου του, ο σταυρός του μαρτυρίου είναι, σε πολλές περιπτώσεις, ασήκωτος. Υπάρχουν στιγμές που έρχεται η αδυναμία στις ψυχικές αντοχές, αλλά και στην ίδια την πίστη (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003).

Αυτή την δύσκολη και κρίσιμη στιγμή της ανθρώπινης αδυναμίας έρχεται ο πειρασμός της ευθανασίας. Όταν ο πόνος, είναι αφόρητος και μη αντιμετωπίσιμος, τότε καλείται ο ιατρός να του παράσχει τα ιατρικά επιτεύγματα, έστω και με τον κίνδυνο να προκαλέσει τον θάνατο χωρίς βεβαίως ποτέ να τον επιδιώκει. Ο άνθρωπος αυτό που χρειάζεται για να αντιμετωπίσει τον πόνο είναι η δύναμη, η εμπύχωση, η πίστη και η αγάπη. Κατά τις τελευταίες στιγμές της ζωής η γαλήνη είναι το ζητούμενο από τον ασθενή. Η ευθανασία δεν είναι η λύση στην ύπαρξη του πόνου προσφέροντας δήθεν έναν γαλήνιο και ανώδυνο θάνατο, αλλά είναι το αποτέλεσμα της καταφυγής των δειλών (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003).

Η ορθόδοξη εκκλησία πιστεύει, πως το αίτημα για ευθανασία από κάποιους βαριά ασθενείς δεν θα υπήρχε, αν αυτοί περιβάλλονταν από αγάπη και εσωτερική πίστη. Σε κοινωνίες που ευδοκιμεί η θρησκευτική πίστη και αγάπη, η ευθανασία δεν γνωρίζει πρόσφορο έδαφος, αντιθέτως σε κοινωνίες που αποτελούνται από άθρησκους και ατομικιστές, η ευθανασία ευδοκιμεί σε μεγάλο βαθμό (Κόϊος, 2003).

Από τη στιγμή της γέννησης του ανθρώπου, ο θάνατος είναι ένα δεδομένο και αναπόφευκτο γεγονός, αλλά αποτελεί και μυστήριο για την Εκκλησία. Ο άγιος Γρηγόριος ο Παλαμάς γράφει «ο χωρισμός της ψυχής από του σώματος, θάνατος εστί του σώματος». Ο Απόστολος Παύλος δεν χρησιμοποιεί για τον θάνατο την λέξη «χωρισμός», αλλά «ανάλυσις». Μιλάει περί «αναλύσεως» δηλαδή περί αναχωρήσεως από τον κόσμο της φθοράς και αναφέρει ότι μετά τον σωματικό θάνατο, ο άνθρωπος ζει «κατά την ψυχήν». Από αυτές τις αντιλήψεις συνεπάγεται πως για τον χριστιανισμό ο θάνατος δεν είναι ολέθριος, αλλά τελικά είναι κέρδος, αφού μέσω αυτού του γεγονότος οδηγεί τον άνθρωπο στην ανάσταση (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003).

Ο Μητροπολίτης Μεσογαίας και Λαυρεωτικής Νικόλαος Χατζηνικολάου, υπογραμμίζει «οι τελευταίες στιγμές της ζωής του ανθρώπου έχουν ιδιαίτερη αξία για τον ίδιο τον άνθρωπο. Έχουν όμως μεγαλύτερη σημασία από τις στιγμές της αιωνιότητας. Γιατί η ψυχή σε αυτές κρίνεται. Για αυτό και δεν πρέπει να επιταχύνεται ο θάνατος. Ο θάνατος είναι τόσο ιερό γεγονός για κάθε άνθρωπο ώστε

θα πρέπει με κάθε τρόπο να διατηρηθεί η καθαρότητα του» (Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, 2002).

Μια από τις κοσμικές αντιλήψεις της σύγχρονης εποχής γύρω από το μυστήριο του θανάτου, είναι αυτή που υποστηρίζει «το δικαίωμα στο θάνατο», γιατί προσεγγίζει το θάνατο ως γεγονός προσδιοριζόμενο όχι από τον Θεό, αλλά από τον ίδιο τον άνθρωπο. Βλέπει τον άνθρωπο από καθαρά χρησιμοθηρική, ευδαιμονική, υλιστική και εφήμερη προσέγγιση. Συνεπώς, τα άρρωστα άτομα ως άσχετα με την υλική κατανάλωση, ως ασύμφορα στην εξέλιξη του συστήματος και την ευδαιμονία πρέπει να απαλλάσσουν την κοινωνία από τη ζημιογόνο παρουσία τους και να απαλλάσσονται από τα βάσανα της ζωής (Μητροπολίτου, Νικολάου, 2007).

4.2.2 Η θέση της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας

Η άποψη της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας συμβαδίζει με αυτή της Ορθόδοξης, καθώς αρνείται την εφαρμογή οποιασδήποτε μορφής ευθανασίας και τονίζει παράλληλα την ανάγκη για ανακουφιστική θεραπεία από τον πόνο (Ευαγγέλου, 1999).

Η Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία πιστεύει ότι η ευθανασία είναι πράξη ή παράλειψη συγκεκριμένης αγωγής, με σκοπό την πρόκληση του θανάτου, για να εξαλειφθεί ο πόνος. Ο φόνος ενός ανθρώπου, παραβιάζει το θείο νόμο, προσβάλλει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, είναι έγκλημα κατά της ζωής και προσβολή της ανθρωπότητας (Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, 2002).

4.2.3 Η θέση των Προτεσταντικών Εκκλησιών – Ευαγγελιστές

Οι Ευαγγελιστές πιστεύουν ότι, τα ανθρώπινα όντα είναι φτιαγμένα κατ' εικόνα του Θεού και ότι η ζωή είναι ανεκτίμητη. Ο Θεός έχει δώσει στους ανθρώπους την υψηλότερη αξιοπρέπεια όλης της δημιουργίας. Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια απαγορεύει την ευθανασία, η οποία προκαλεί ενεργά το θάνατο ενός ανθρώπου (<http://www.euthanasia.com/evangel.html>).

Η ιατρική τεχνολογία, τα τελευταία 30 χρόνια, έχει αναπτύξει συστήματα που επέτρεψαν στους γιατρούς, την πιο αποτελεσματική φροντίδα για τους ασθενείς τους. Όμως, αυτή η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης είχε και ως αποτέλεσμα τη δυνατότητα να παρατείνουν τη διαδικασία του θανάτου πέρα από την κανονική του πορεία. Το γεγονός αυτό συχνά προκαλεί πόνο όχι μόνο στον ίδιο τον ασθενή, αλλά και στο συγγενικό ή φιλικό του περιβάλλον ή ακόμα και στους φροντιστές του ασθενούς (<http://www.euthanasia.com/evangel.html>).

Η τεχνολογία όμως, δημιουργεί και ερωτήματα ηθικής. Ένα από αυτά τα ερωτήματα είναι αν είναι ηθικά ορθό να αποσύρει ο γιατρός ένα σύστημα υποστήριξης της ζωής, που πιστεύεται ότι είναι μια ακατάλληλη επέκταση της διαδικασίας του θανάτου (<http://www.euthanasia.com/evangel.html>).

Η Εθνική Ένωση των Ευαγγελικών, πιστεύει ότι σε περιπτώσεις όπου, οι ασθενείς είναι στο τελικό στάδιο της ασθένειας, ο θάνατος φαίνεται να επίκειται και η θεραπεία δεν προσφέρει ιατρική ελπίδα για καμία ίαση, τότε είναι ηθικά σκόπιμο να ζητήσει την απόσυρση της υποστήριξης στη ζωή, επιτρέποντας έτσι το θάνατο. Σε τέτοιες περιπτώσεις, κάθε προσπάθεια πρέπει να γίνεται για να κρατηθεί ο ασθενής στη ζωή χωρίς πόνο και δυστυχία. Επίσης, πρέπει να παρέχεται στον ασθενή μια συναισθηματική και πνευματική υποστήριξη, μέχρι να καταλήξει (<http://www.euthanasia.com/evangel.html>).

Επίσης, όταν ο εγκεφαλικός φλοιός του ανθρώπου έχει υποστεί ζημία και δεν υπάρχει καμία ελπίδα επαναφοράς του, τότε πρέπει η οικογένεια ή το ιατρικό προσωπικό να αποσύρουν τα μηχανήματα υποστήριξης στη ζωή, το οποίο είναι ηθικό. Η Εθνική Ένωση των Ευαγγελικών πιστεύει ότι σε περιπτώσεις, όπου ο ασθενής έχει προέλθει εκτεταμένη εγκεφαλική βλάβη και δεν υπάρχει καμία σαφής ιατρική ένδειξη που να φαίνεται πως ο ασθενής βρίσκεται σε εγκεφαλικό θάνατο, μπορεί να αντιστρέψει την διαδικασία (<http://www.euthanasia.com/evangel.html>).

Ο Εγκεφαλικός θάνατος δεν είναι πάντα ισοδύναμος με το κώμα. Ένας ασθενής μπορεί αν ξυπνήσει από το κώμα, όχι όμως από τον εγκεφαλικό θάνατο. Η αποσύνδεση από τα μηχανήματα υποστήριξης αυτή τη στιγμή, είναι ηθικά επιτρεπτή

και οδηγεί τον ασθενή σε ένα αξιοπρεπή θάνατο (<http://www.euthanasia.com/evangel.html>).

Τέλος, η Εθνική Ένωση των Ευαγγελικών αναγνωρίζει ότι η αποσύνδεση από τα μηχανήματα παροχής στη ζωή είναι συναισθηματικό και ιδιαίτερα περίπλοκο ζήτημα. Επιπλέον, πιστεύει πως, η ιατρική περίθαλψη που χρησιμεύει μόνο για να παρατείνει τη διαδικασία του θανάτου έχει πολύ μικρή αξία κι ότι ο ασθενής έχει δικαίωμα σε έναν ανώδυνο και αξιοπρεπή θάνατο (<http://www.euthanasia.com/evangel.html>).

4.2.4 Η θέση του Μουσουλμανισμού

Οι μουσουλμάνοι είναι κατά της ευθανασίας. Πιστεύουν ότι ολόκληρη η ανθρώπινη ζωή είναι ιερή και επειδή είναι δοσμένη από τον Αλλάχ, μόνο αυτός έχει το δικαίωμα να αποφασίσει πόσο θα ζήσει ο καθένας. Ο άνθρωπος δεν έχει δικαίωμα να παρεμβαίνει σε αυτό. Η ευθανασία και η αυτοκτονία εξάλλου δεν περιλαμβάνονται μεταξύ των λόγων που επιτρέπονται για τη δολοφονία στο Ισλάμ (<http://www.bbc.co.uk/religion/religions/islam/islamethics/euthanasia.shtml>).

4.2.5 Η θέση του Βουδισμού

Οι βουδιστές δεν έχουν εκφράσει ομόφωνα και ξεκάθαρα την άποψη τους για την ευθανασία, κάτι που διαφαίνεται και από τις διδασκαλίες του Βούδα. Οι περισσότεροι από τους Βουδιστές είναι αντίθετοι με την ακούσια ευθανασία, ενώ η θέση τους για την εθελοντική ευθανασία είναι λιγότερο γνωστή (<http://www.bbc.co.uk/religion/religions/buddhism/buddhistethics/euthanasiasuicide.shtml>).

Επιπλέον, οι βουδιστές δίνουν μεγάλη έμφαση στη μη-βλάβη, για να αποφευχθεί έτσι η κατάληξη της ζωής. Η αναφορά για το τεχνητό τέλος της ζωής, σύμφωνα με την Βουδιστική διδασκαλία πρέπει να απαγορεύεται γιατί υποστηρίζει πως, ο θάνατος είναι ένα μεταβατικό στάδιο και ο αποθανών θα ξαναγεννηθεί σε μια

άλλη ζωή (<http://www.bbc.co.uk/religion/religions/buddhism/buddhistethics/euthanasiasuicide.shtml>).

4.2.6 Η θέση του Ινδουισμού

Η ευθανασία για τους ινδουιστές είναι επιτρεπτή. Είναι γνωστές οι απόψεις τους, οι οποίες, σύμφωνα με το (<http://www.bbc.co.uk/religion/religions/hinduism/hinduethics/euthanasia.shtml>) αναφέρουν ότι:

- Με την παροχή ιατρικής βοήθειας για τον τερματισμό μιας οδυνηρής ζωής, το άτομο που καταφεύγει σε αυτή τη μέθοδο, εκτελεί μια πολύ καλή πράξη και με τον τρόπο αυτόν εκπληρώνει τις ηθικές του υποχρεώσεις.
- Η χορήγηση ιατρικής βοήθειας για τον τερματισμό μιας ζωής, ακόμα κι αν αυτή είναι γεμάτη πόνο και δυστυχία, θα διαταράξει την χρονική αυτή στιγμή τον κύκλο του θανάτου και της αναγέννησης. Αυτή θεωρείται μια αρνητική πράξη.
- Ένα άλλο επιχείρημα είναι αυτό που φανερώνει ότι η διατήρηση ενός ανθρώπου στη ζωή με τεχνητό τρόπο, όπως, αυτός της μηχανικής υποστήριξης, δεν είναι αποδεκτός.
- Όμως, η χρήση μιας προσωρινής απόπειρας επούλωσης, όπως αυτής της τεχνητής διατήρησης της ζωής δεν θεωρείται πάντα ως αρνητική εξέλιξη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: Ιατρική και ευθανασία

5.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

Με την ανάπτυξη της τεχνολογίας και της ιατρικής επιστήμης, ο πόθος των ανθρώπων για καλύτερη ποιότητα ζωής αλλά και μακροζωίας επιτεύχθηκε και συνεχίζει μέχρι και σήμερα να προοδεύει. Σε αυτό βοήθησε σε μεγάλο βαθμό και η επιτυχής μεταμόσχευση υγείων οργάνων σε ανθρώπους (Baronio, 1804).

Μεταμοσχεύσεις οργάνων, πρώτη φορά, έγιναν τον 19^ο αιώνα. Η επιτυχία των μεταμοσχεύσεων στηρίχτηκε στην συμβολή του Alexis Carrel, ο οποίος κατάφερε να αποκαταστήσει την ροή του αίματος στα αγγεία μετά την συρραφή των οργάνων. Για το επίτευγμά του, αυτό, τιμήθηκε με το βραβείο Νόμπελ (Baronio, 1804).

Η πρώτη ανθρώπινη μεταμόσχευση έγινε στα νεφρά, από τον ιατρό Voronov το 1936, που μετά από μια ανεπιτυχή επέμβαση ανακάλυψε ότι, πρέπει να υπάρχει ταύτιση ομάδας αίματος μεταξύ δότη και λήπτη (Baronio, 1804).

Οι Murray και Harrison το 1954 έκαναν την πρώτη επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού με ασθενείς, δύο δίδυμα αδέρφια. Κατά της διάρκεια τις δεκαετίας του 1960, οι Shumway και Lower πέτυχαν την πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς σε σκύλο. Μετέπειτα, η πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς σε άνθρωπο έγινε από τον Bernard. Μια δεκαετία μετά, επιτεύχθηκε μεταμόσχευση του ήπατος, αφού πρώτα τελειοποιήθηκαν οι παραπάνω χειρουργικές μέθοδοι, από τους Calne και Denver (EOM, 2008).

Σήμερα η τεχνολογία αλλά και οι μέθοδοι μεταμόσχευσης έχουν εξελιχθεί τόσο, που είναι εφικτό να γίνονται πολλές μεταμοσχεύσεις ταυτόχρονα σε ένα ασθενή. Το επόμενο βήμα για την ιατρική αναμένεται να είναι οι μεταμοσχεύσεις κυττάρων αλλά και η μεταμόσχευση ενός μέρους του οργάνου χωρίς να χρειαστεί να αφαιρεθεί όλο το όργανο (EOM, 2008).

5.2 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Σήμερα στις ανεπτυγμένες κοινωνίες, είναι συχνό φαινόμενο να συνδέουν τις μεταμοσχεύσεις με την ευθανασία. Όσο περισσότερο τα ανεπτυγμένα κράτη επιμένουν και οδεύουν προς την νομιμοποίηση της ευθανασίας, γίνεται λόγος για χρησιμοθηρική τάση της ευθανασίας προκειμένου, να χρησιμοποιηθούν τα όργανα σε ανθρώπους που τα έχουν ανάγκη. Το επιχείρημα που προβάλλεται είναι ότι, αφού κάποιος επιθυμεί να δώσει τέλος στη ζωή του, είναι απόλυτα αποδεκτό να χρησιμοποιηθούν τα όργανά του για να σωθεί ένας άλλος άνθρωπος. Επομένως, μερικοί προτείνουν, οι άνθρωποι που επιθυμούν να δώσουν τέλος της ζωής τους μέσω της ευθανασίας αλλά ταυτόχρονα επιθυμούν να δωριστούν τα όργανά τους, με κάποιον τρόπο, να καθίστανται εγκεφαλικά νεκροί. Είναι πολύ σημαντικό για να είναι νομικά κατοχυρωμένοι, τόσο το ιατρικό προσωπικό όσο και η οικογένεια του ασθενούς, να υπάρχει γραπτή και υπογεγραμμένη η επιθυμία του ασθενούς να δωριστούν τα όργανα αλλά και η επιθυμία του, να του χορηγηθεί η ευθανασία (Αλλήλων Μέλη, 2005).

Το κόλλημα που υπάρχει στον ιατρικό κλάδο, που συνδέει την ευθανασία με τις μεταμοσχεύσεις είναι το δίλλημα για το, τι θεωρείται θάνατος. Σε πολλές περιπτώσεις, σημασία για να γίνει η δωρεά, δεν έχει ο θάνατος του ασθενούς αλλά η ποιότητα ζωής του και η στάση του ίδιου απέναντι στη ζωή. Αυτό που πρέπει να τονιστεί είναι ότι, τα όργανα δεν αφαιρούνται επειδή είναι ο δότης νεκρός αλλά επειδή ο ίδιος έχει αποφασίσει ότι η ποιότητα ζωής του δεν είναι αρεστή στο ίδιο. Σε αυτές τις περιπτώσεις εγκρίνεται η ευθανασία αλλά και η αφαίρεση των οργάνων για μεταμοσχεύσεις (Truog, 2007).

5.3 ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ

Ο εγκεφαλικός θάνατος σύμφωνα με διάφορους επιστήμονες αναφέρεται, στην καθολική και χωρίς περιθώρια ίασης, βλάβη του εγκεφάλου, με αποτέλεσμα να μην εκτελούνται καθόλου οι λειτουργίες του εγκεφάλου. Τότε, λέμε ότι ένας ασθενής είναι εγκεφαλικά νεκρός (Black, 1978).

Το σώμα του ανθρώπου αποτελείται από διάφορα είδη κυττάρων. Αυτά τα είδη κυττάρων αποτελούν και τα διάφορα όργανα που χρειάζεται ο άνθρωπος για να ζήσει. Για να «δουλέψει» όμως, σωστά ένα όργανο πρέπει να υπάρχει καλή λειτουργία και στα υπόλοιπα συστήματα τα οποία, είναι υπεύθυνα για να εύρυθμη λειτουργία των παραπάνω οργάνων (Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, ενδοκρινικό σύστημα κτλ.). Τα παραπάνω συστήματα οργανώνονται και λειτουργούν με βάση τις «εντολές» που δέχονται από τον εγκέφαλο. Όταν ο εγκέφαλος υπολειτουργεί ή δεν μπορεί να μεταφέρει τις «εντολές» για να λειτουργήσει το σώμα, τότε μπορούμε να πούμε ότι ο άνθρωπος είναι εγκεφαλικά νεκρός (Μπαλογιάννης, 1986).

Ο θάνατος επέρχεται προοδευτικά, καθώς ο θάνατος τόσο του εγκεφάλου όσο και των ιστών του ανθρώπου δεν είναι μια άμεση συνέπεια αλλά επιφέρεται αργά και βασανιστικά τόσο για τα μέλη της οικογένειας του ασθενούς όσο και για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό (Mori et al., 2000).

Οι γνωστικές λειτουργίες του εγκεφάλου αλλά και η μνήμη ή η συναισθηματική μνήμη του ανθρώπου είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με τον εξωτερικό φλοιό του εγκεφαλικού στελέχους, με αποτέλεσμα να πληγούν και αυτές σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου. Ο εγκεφαλικός θάνατος συνεπάγεται τον προοδευτικό θάνατο όλου του εγκεφάλου αλλά και των υπόλοιπων οργάνων. Μέσα σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα τα όργανα μπορούν να δοθούν για μεταμόσχευση (Γερολούκα - Κωστοπαναγιώτου, 2002).

Ο σωματικός θάνατος του ανθρώπου μπορεί να απέλθει το πολύ μέσα σε 72 ώρες για ενήλικα, ενώ σε 10-15 ώρες σε παιδί. Μέσα σε αυτό το διάστημα μπορεί το νοσηλευτικό προσωπικό να φροντίσει κατάλληλα τα όργανα έτσι ώστε να χρησιμοποιηθούν για μεταμόσχευση (Γερολούκα - Κωστοπαναγιώτου, 2002).

5.4 ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ DNR

Η αναζωογόνηση είναι μία ιατρική διεργασία που, θέτει ως στόχο της, την αποκατάσταση της καρδιακής ή αναπνευστικής λειτουργίας των ατόμων που υπέστησαν καρδιακή ή αναπνευστική λειτουργία. Οι εντολές Μη Εφαρμογής Αναζωογόνησης - ΜΕΑ (Do not Resuscitate – DNR) αφορούν κάποιες ιατρικές εντολές για τη μη ανάνηψη του ασθενούς, σε περιπτώσεις όπου ο ίδιος ο ασθενής (όντας διανοητικά ικανός) ή κάποιος οικείος του, έχει δηλώσει ότι δεν την επιθυμεί (<http://www.clevelandclinic.org/bioethics/policies/dnr.html>)

Το πρωτόκολλο DNR υιοθετήθηκε, για πρώτη φορά από το τμήμα Υγείας του Οχάιο για εθνική χρήση, ως ένα κατάλληλο εργαλείο για την Ιατρική επιστήμη. Ορίζει ότι, αυτοί που παρέχουν ιατρική φροντίδα, οφείλουν να σεβαστούν την απόφαση του ασθενούς και να πράξουν τα παρακάτω:

- Θα χορηγήσουν οξυγόνο ή νάρθηκα ακινητοποίησης, θα ελέγξουν την αιμορραγία, θα παρέχουν αναλγητικά φάρμακα, θα επικοινωνήσουν με άλλους φορείς παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, θα στηρίζουν ψυχολογικά / συναισθηματικά τον ασθενή, κ.ά.
- Δεν θα επιχειρήσουν θωρακικές συμπίεσεις, δεν θα τοποθετήσουν τεχνητό αεραγωγό, δεν θα παρέχουν φάρμακα ανάνηψης, αναπνευστική υποστήριξη ή καρδιολογικό έλεγχο, κ.ά. (<http://www.clevelandclinic.org/bioethics/policies/dnr.html>)

Παρόλα αυτά, η εφαρμογή των εντολών ΜΕΑ, είναι κρίσιμη και αμφίβολη σε ασθενείς με δυνητικά αναστρέψιμες ασθένειες. Οι εντολές DNR, συνήθως, λαμβάνονται σε περιπτώσεις αποτυχίας της Καρδιαναπνευστικής Αναζωογόνησης (ΚΑΡΠΑ) και ο θάνατος είναι αναμενόμενος. Αυτό όμως, δεν σημαίνει την εγκατάλειψη του ασθενούς ή την διακοπή της θεραπευτικής παρέμβασης. Τέλος, όταν καταγραφεί η οδηγία για ΜΕΑ (λόγω μάταιης εφαρμογής της ΚΑΡΠΑ), αρχικά, πρέπει να γνωστοποιηθεί στους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό και στην συνέχεια στο συγγενικό περιβάλλον του ασθενούς (Cotler, 2010 & Jan, 2011)

5.5 ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η αλματώδης εξέλιξη που γνώρισε η ιατρική επιστήμη στη σύγχρονη εποχή, είχε ως αποτέλεσμα την εισαγωγή νέων καινοτόμων μεθόδων για έννοιες όπως, η υγεία, η ασθένεια και η θεραπεία. Η σύγχρονη ιατρική τεχνολογία έχει καθορίσει σε πολύ μεγάλο βαθμό την αντιμετώπιση πολλών ασθενειών. Τα ιατρικά επιτεύγματα συντέλεσαν σε μεγάλο βαθμό στην αναβάθμιση του βιοτικού επιπέδου του ασθενούς και της καθημερινότητας του.

5.5.1 Υποχρεώσεις και Καθήκοντα των ιατρών

Με βάση τον ιατρικό κατάλογο του Βρετανικού General Medical Council (GMC, 1990) ο ιατρός πρέπει να δεσμευτεί και να τον ακολουθεί κατά συνέπεια. Σε περίπτωση, όπου ο ιατρός αναιρέσει τις διατάξεις του συγκεκριμένου καταλόγου, υφίσταται σοβαρές κυρώσεις, ακόμη και άρση της άδειας να εξασκεί την ιατρική.

Ο συγκεκριμένος κατάλογος παραθέτει τα παρακάτω: Το ιατρικό προσωπικό οφείλει να εμπνέει εμπιστοσύνη στους ασθενείς. Για να είναι δικαιολογημένη αυτή η εμπιστοσύνη, οι επαγγελματίες υγείας έχουν καθήκον να διατηρήσουν ένα καλό επίπεδο άσκησης της ιατρικής παροχής υπηρεσιών φροντίδας και να επιδείξουν σεβασμό για την ανθρώπινη ζωή. Επιπλέον οι ιατροί πρέπει να υπακούσουν στα παρακάτω:

1. Βασική προτεραιότητα των ιατρών αποτελεί η φροντίδα του ατόμου,
2. Ο ασθενής πρέπει να χαίρει της ευγένειας και της διακριτικότητας τους,
3. Σεβασμός των απόψεων, της προσωπικής ζωής και αξιοπρέπειας του ατόμου,
4. Πλήρης ενημέρωση των ασθενών,
5. Γνώση και σεβασμός των δικαιωμάτων των ασθενών σχετικά με τη φροντίδα τους,

6. Συνεχή πληροφόρηση και ανανέωση των γνώσεων και δεξιοτήτων τους,
7. Αυτογνωσία περί των ορίων της κατάρτισης τους,
8. Εντιμότητα και αξιοπρέπεια απέναντι στους ασθενείς,
9. Σεβασμός και τήρηση του ιατρικού απορρήτου,
10. Προστασία των ασθενών από τις προσωπικές τους απόψεις καθώς και ενημέρωση για τον κίνδυνο ενός ιατρικού προβλήματος,
11. Παροχή επιλογών στους ασθενείς,
12. Δεν καταχρώνται την ιατρική τους ιδιότητα,
13. Επιδιώκουν την σωστή συνεργασία με τους υπόλοιπους συναδέλφους τους, με στόχο το όφελος των ασθενών.

(GMC, 1990).

Προβλήματα, όμως, προκύπτουν με τον τρόπο που οι ιατροί ερμηνεύουν αυτά τα καθήκοντα και με τον τρόπο που αυτά εφαρμόζονται ή έρχονται σε σύγκρουση μεταξύ τους κάποιες φορές για το βάρος που πρέπει να δώσουν στην κάθε περίπτωση των ασθενών μεμονωμένα. (Κουμάντος, 2003).

Σε περίπτωση που ο ιατρός αδυνατεί να θεραπεύσει τον ασθενή, συμβάλλει στην καλύτερη προσπάθεια για την καταπράυνση των πόνων, την ανακούφιση από τα ενοχλήματα, την υποβοήθηση προς καλύτερη ανοχή της ασθένειας, ώστε να ζει ο ασθενής με αξιοπρέπεια ως τις τελευταίες στιγμές της ζωής του (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003)

Ορισμένες φορές οι ασθενείς οδηγούνται λόγω της παρεμβατικής ιατρικής σε καινοφανείς και καθαρά ιατρογενείς καταστάσεις, που οδηγούν σε πρωτόγνωρα διλήμματα και καταλήγουν σε αναπάντητα ερωτήματα για τους χειρισμούς των ιατρών και το αποτέλεσμα που αυτοί έχουν στον ασθενή (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003).

5.5.2 Δικαιώματα ασθενών

Ο ασθενής έχει το δικαίωμα σε μια συνολική αντιμετώπιση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει με σεβασμό και αξιοπρέπεια από την ιατρική κοινότητα. Έχει την αξίωση πως το ζήτημα του, θα εξετασθεί με την πρέπουσα προσοχή και σοβαρότητα, θα τηρηθεί το ιατρικό απόρρητο και η συνολική αξιολόγηση της κατάστασης του με την όσο το δυνατό καλύτερη θεραπεία της ασθένειάς του. Μερικά από τα σημαντικότερα δικαιώματα των ασθενών, σύμφωνα με τους Storch (1982) και Macara (1984) είναι:

- Ø Η εχέμυθη στάση του ιατρικού προσωπικού απέναντι στον ασθενή,
- Ø Το ιατρικό απόρρητο περί προσωπικών στοιχείων, ακόμη και μετά τον θάνατο του ασθενούς,
- Ø Ο σεβασμός του ασθενή, της ανθρώπινης ζωής και της αξιοπρέπειας του καθενός,
- Ø Το δικαίωμα της ελεύθερης απόφασης για την έκβαση της θεραπείας του,
- Ø Το δικαίωμα της ίσης μεταχείρισης και φροντίδας από τους ιατρούς και το λοιπό προσωπικό,
- Ø Το δικαίωμα της επιλογής του ιατρού και της άρσης συνεργασίας μαζί του, σε περίπτωση μη ικανοποίησης.

Η ανίατη και επώδυνη ασθένεια επιδρά καταλυτικά στην ψυχική ισορροπία του ασθενούς σε τέτοιο βαθμό, ώστε να θεωρείται σχεδόν αδύνατο ο ασθενής να εκφράσει τη βούληση του με διαύγεια σκέψεως και ο γιατρός οφείλει να πράξει το καλύτερο δυνατό διατηρώντας πάντα τον ασθενή στη ζωή. Όταν ο ασθενής δεν έχει συνείδηση και μετά βεβαιότητας, δεν υπάρχει ελπίδα ίασεως, το κενό της απουσίας συνειδήσεως του ασθενούς το καλύπτει η συνείδηση του ιατρού και των ασθενών. Γι' αυτό και είναι αναγκαία η καλλιεργημένη συνείδηση των ιατρών (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003).

5.5.3 Ιατρική Ευθύνη

Η αναγνώριση δικαιωμάτων στους ασθενείς δεν θα είχε κανένα νόημα αν δεν κατοχυρωνόταν και η ευθύνη όλων αυτών που σχετίζονται με την παροχή της υγείας. Σήμερα οι ιατροί έχουν την πλήρη ευθύνη για περιπτώσεις ασθενών, όπου δεν μερίμνησαν όσων θα έπρεπε ή ενήργησαν με δόλο και με ελαφριά ή βαριά αμέλεια κατά την άσκηση των καθηκόντων τους, στερώντας και σε ορισμένες περιπτώσεις την ίδια την ζωή του ασθενή (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003).

Αποζημίωση για πράξεις ή για παραλείψεις ιατρών, στα πλαίσια του αστικού δικαίου, προβλέπονται για στελέχη της ιατρικής κοινότητας και αφορούν κυρώσεις αστικές, πειθαρχικές, ακόμη και άρση της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος και παύση των καθηκόντων (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: Νομική προσέγγιση

6.1 ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΕΛΛΑΔΑΣ

Η Ελληνική πολιτεία, σύμφωνα με το Σύνταγμα, είναι υποχρεωμένη να προστατεύει την ανθρώπινη ζωή, είτε είναι γεννημένη είτε αγέννητη. Δικαιούχος του δικαιώματος στη ζωή είναι ο κάθε άνθρωπος, ενώ ο παραβάτης τιμωρείται με την χειροτέρα των ποινών. Εκτός όμως από το δικαίωμα στην ζωή, το Σύνταγμα μεριμνεί και για το δικαίωμα της αυτοδιαθέσεως της ζωής (Αβραμίδης, 1995).

Μέχρι σήμερα η ελληνική νομοθεσία δεν αναφέρεται ρητά στην ευθανασία αλλά έχει θεσπίσει νόμους που αφορούν τις υποχρεώσεις και τις ευθύνες του ιατρού σαν θεράποντα (Αβραμίδης, 1995).

«Αλλά και στον Ποινικό Κώδικα δεν χρησιμοποιείται ο όρος ευθανασία, αλλά μόνον «ανθρωποκτονία εξ οίκτου». Το συναίσθημα του οίκτου ο συγγραφέας το έβαλε ως λόγο για ηπιότερη μεταχείριση του δράστη. Ενώ η ατιμωρησία θα μπορούσε να οδηγήσει σε επικίνδυνες καταστάσεις.» (Αβραμίδης, 1995 :69).

Το ζήτημα της ευθανασίας καλύπτεται από συγκεκριμένα άρθρα του Ποινικού Κώδικα που έχουν να κάνουν με το δικαίωμα στη ζωή και την σημαντικότητα της προστασίας της που είναι τα εξής: Άρθρο 299 (ανθρωποκτονία με πρόθεση), Άρθρο 300 (ανθρωποκτονία με συναίνεση), Άρθρο 301 (συμμετοχή σε ανθρωποκτονία), Άρθρο 307 (παράλειψη λύτρωσης από κίνδυνο ζωής) (Βούλτσου, 2006).

Το άρθρο 299 εφαρμόζεται εφ' όσον ο θάνατος επήλθε από τον δράστη χωρίς την ξεκάθαρη έκφραση της επιθυμίας του θύματος και χωρίς την συναίνεσή του.

Υπάρχουν ορισμένες προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούνται για να εφαρμοστεί το άρθρο 300. Αυτές είναι: η σαφής και επίμονη απαίτηση του

πάσχοντος να τερματίσει την ζωή του. Απαραίτητο είναι το θύμα να πάσχει από ανίατη ασθένεια που διαγεγνωσμένα οδηγεί στο θάνατο και έχει πλήρη γνώση και πνευματική διαύγεια για τις επιθυμίες και τις απαιτήσεις του. Τέλος, ο δράστης να οδηγείται από αίσθημα οίκτου για αυτή του την πράξη (Κωνσταντινίδης, 2006). Η διαφορά στις προϋποθέσεις για να εφαρμοστεί το άρθρο 301 αντί του άρθρου 300 είναι ότι σύμφωνα με το άρθρο 301 ο θάνατος πρέπει να επέλθει με ενέργεια του ίδιου του θύματος (Μαργαρίτης, 1999).

Αυτό που πρέπει να τονιστεί είναι, ότι εάν γινόταν από το νομοθέτη αποδεκτή και χωρίς κυρώσεις η ευγονική ευθανασία, η επιταχυθανασία ή οποιαδήποτε άλλη μορφή ευθανασίας, πολλοί άνθρωποι δεν θα έπρεπε να αισθάνονταν ασφαλείς. Σύμφωνα με τον νόμο για το δικαίωμα του κάθε ανθρώπου στη ζωή ο ασθενής έχει δικαίωμα στην εκούσια δυσθανασία, την απαίτηση, δηλαδή, του ασθενούς να λαμβάνει όλες τις ιατρικές φροντίδες που θα τον κρατήσουν στη ζωή έστω και για ελάχιστο χρονικό διάστημα. Με την ίδια λογική ο ασθενής έχει δικαίωμα και στην εκούσια ορθοθανασία. Μπορεί, λοιπόν, να ζητήσει από την ιατρική ομάδα να μην απολαμβάνει καμία εξαιρετική φροντίδα από μέρους τους, με αποτέλεσμα να επέλθει ο θάνατος εξαιτίας της ανίατης ασθένειας και σε σύντομο χρονικό διάστημα (Αβραμίδης, 1995).

Σύμφωνα με τους νόμους του Ελληνικού κράτους η εκούσια και η ακούσια ευθανασία θεωρούνται αξιόποινες πράξεις και αυτός που τις διαπράττει τιμωρείται με φυλάκιση. Είναι ξεκάθαρα διατυπωμένο, στις διατάξεις που αφορούν την Ιατρική Δεοντολογία, ότι είναι καθήκον του ιατρού να προσπαθεί και να παλεύει για την περίθαλψη και την διάσωση της ανθρώπινης ζωής.

«Η Ψαρούδα –Μπενάκη, Καθηγήτρια Ποινικού Δικαίου, σαφώς διατυπώνει ότι «η με θετική πράξη ευθανασία, (ενεργητική, κατέβασμα διακόπτη) είναι πράξη ανθρωποκτονίας». Ενώ για την ευθανασία με αρνητική πράξη (δηλαδή να μην χορηγηθεί στον ασθενή κάποια πρόσθετη βοήθεια για να συντηρηθεί), εκεί το πράγμα «στασιάζεται» και «τίθεται το θέμα κατά πόσο υπάρχει νομική υποχρέωση του γιατρού να προσφέρει αυτή την πρόσθετη ιατρική υπηρεσία, προκειμένου να

συντηρήσει για κάποιο ακόμη χρονικό διάστημα τη ζωή που βρίσκεται στο στάδιο αυτό» (Αβραμίδης, 1995 :70).

Η θέση της Ένωσης Ελλήνων Ποινικολόγων απέναντι στην ευθανασία είναι αρνητική και τονίζουν ότι ακόμα και αν επέλθει εγκεφαλικός θάνατος αλλά κάποιες από τις λειτουργίες του οργανισμού δουλεύουν ακόμα, τότε από νομικής άποψης δεν είναι επιτρεπτή καμία ενέργεια ευθανασίας.

6.2 ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΑΓΓΛΟΣΑΞΟΝΙΚΩΝ ΧΩΡΩΝ

6.2.1 Βρετανία

Μόλις το 1969 έγινε η πρώτη προσπάθεια να δημιουργηθούν νόμοι που αφορούν την ευθανασία και το κατά πόσο έχει δικαίωμα ο ιατρός να βάλει τέλος στη ζωή του ασθενή. Η προσπάθεια αυτή, έγινε από τον λόρδο Ranglam και απέτυχε λόγω των αντιδράσεων του Ιατρικού Συλλόγου της Αγγλίας. Ανεπίσημα όμως, γίνεται μεγάλη συζήτηση για την νομιμοποίησή της και οι οπαδοί της ολοένα και πληθαίνουν στην Βρετανία. Οι πολίτες ζητούν να γίνει μια συζήτηση πάνω στο θέμα και φαίνονται αρκετά θετικοί στην νομική θέσπιση της ευθανασίας (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003).

Ωστόσο ακόμα και σήμερα, δεν υπάρχει νομικό πλαίσιο σύμφωνα με το οποίο, να κατοχυρώνεται η ευθανασία. Ο ιατρός όμως, που χορηγεί στον ασθενή παυσίπονο για να ελαττώσει τους πόνους του, με αποτέλεσμα τον θάνατο του ασθενή λόγω επιπλοκών, δεν διώκεται ποινικά (Grubb, 2001).

Σύμφωνα με μια έρευνα που διεξήχθη από το περιοδικό «Yours» και έγινε σε 2.500 αναγνώστες άνω των 69 χρόνων, οι εννέα στους δέκα πιστεύουν ότι πρέπει να κατοχυρωθεί νομικά, η άδεια στον ιατρό να μπορεί να τερματίζει την ζωή σε ανθρώπους με ανίατες και θανατηφόρες ασθένειες και σε ανθρώπους που υποφέρουν. Είναι θετικοί στην αλλαγή της νομοθεσίας και επιπλέον, οκτώ στους δέκα έχουν εκφράσει την άποψη σε στενά οικογενειακά τους πρόσωπα ότι επιθυμούν να πεθάνουν παρά να υποφέρουν από πόνους (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003).

Το Βρετανικό δίκαιο κατοχυρώνει το δικαίωμα του ασθενούς να αρνηθεί την αγωγή του αλλά και την θεραπεία του, μέσα στα πλαίσια την ελευθερίας της βούλησης, της αυτοδιάθεσης και της αυτονομίας του ατόμου (Morris, 1996).

Μεγάλη αντιπαράθεση υπάρχει και ανάμεσα στους ιατρικούς επιστήμονες (ιατρούς, γεροντολόγους, αναισθησιολόγους) για την νομική θέσπιση ή όχι της ευθανασίας. Πολλοί από αυτούς υποστηρίζουν ότι, ο ιατρός δεν θα έπρεπε σε καμία

περίπτωση να παίζει το ρόλο του Θεού αλλά και ότι η ευθανασία ανεξαρτήτως προθέσεως δεν παύει να είναι δολοφονία. Άλλοι πάλι, υποστηρίζουν ότι η ευθανασία με αργούς ρυθμούς μπαίνει ανεπίσημα στα νοσοκομεία, επομένως θα ήταν πιο ασφαλές για τους ασθενείς να υπάρχουν νόμοι που, να κατοχυρώνουν τα επιτρεπτά όρια και να διαχωρίζουν την δολοφονία από την ευθανασία (Morris, 1996).

6.2.2 Γαλλία

Στην Γαλλία δεν είναι κατοχυρωμένη η ευθανασία από τον νόμο και μάλιστα η τέλεσή της τιμωρείται αυστηρά και θεωρείται κακούργημα. Ωστόσο κατά καιρούς, ο ιατρικός κόσμος πολλές φορές έχει παραδεχτεί ότι, έχει χορηγήσει ευθανασία σε κάποιες περιπτώσεις που ζητήθηκε από τον ασθενή και που δεν υπήρχε περίπτωση ίασης. Η γαλλική κοινωνία από την άλλη, σύμφωνα με έρευνες διακεκριμένου Ινστιτούτου (ΣΟΦΡΕΣ), είναι υπέρ τις ευθανασίας σε ειδικές περιπτώσεις και συγκεκριμένα σε περιπτώσεις που ο ασθενής υποφέρει από πόνους (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003).

Αν και η νομοθεσία είναι ιδιαίτερα σκληρή, όσον αφορά την ευθανασία, αν και έχουν υπάρξει προσπάθειες, ιδιαίτερα μετά το 1980, να υπάρχει μια πιο ελαστική νομοθεσία, δεν υπήρξε κανένα αποτέλεσμα. Το γαλλικό κράτος είναι κάθετα αντίθετο στην νομιμοποίηση της ευθανασίας γιατί, φοβάται μήπως το φαινόμενο πάρει γενικές διαστάσεις και χρησιμοποιείται αργότερα κατά κόρων και σε άλλες ευαίσθητες πληθυσμιακές ομάδες (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003).

Αν και η ευθανασία σύμφωνα με το γαλλικό δίκαιο είναι παράνομη ωστόσο, αναγνωρίζεται το δικαίωμα του ασθενή να αρνηθεί οποιαδήποτε μορφή εξέτασης αλλά και θεραπείας. Παλαιότερα κατά το γαλλικό δίκαιο το δικαίωμα στη ζωή ήταν πιο σημαντικό από την γνώμη του ασθενή, πράγμα που άλλαξε με πρόσφατες ρυθμίσεις (Duguet, 2001). Εκτός από την άρνηση του ασθενούς για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, στην Γαλλία είναι ευρέως γνωστή και η παθητική ευθανασία. Σε αυτή την περίπτωση, ο ιατρός αποσυνδέει τον ασθενή από τα μηχανήματα που τον κρατούν στη ζωή, όταν αυτός διαγνωστεί ως «κλινικά νεκρός».

Σε τέτοιες περιπτώσεις ο ιατρός έχει την αποκλειστική ευθύνη και κανένας δεν στρέφεται ενάντια στο ιατρικό προσωπικό (Κουτσουμπίνα, 2000).

6.2.3 Γερμανία

Το θέμα της ευθανασίας προέκυψε εντονότερα μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο και με νωπές τις μνήμες των όσων διεπράχθησαν από την Ναζιστική Γερμανία, ο επιστημονικός κόσμος αντέδρασε με δύο διαφορετικούς τρόπους. Μερικοί ήταν, αυστηρά και κάθετα, αντίθετοι σε οποιαδήποτε μορφή ευθανασίας, ενώ άλλοι ήταν αρκετά ελαστικοί, εξετάζοντας κάθε μορφή και κάθε περίπτωση ευθανασίας ξεχωριστά. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι το κρατίδιο της Έσσης που, επιτρέπεται η ευθανασία σε ασθενείς εγκεφαλικά νεκρούς που δεν υπάρχει καμία ελπίδα ανάνηψης (Hilton, 1991).

Σε πολλούς συνεχίζει και υπάρχει η νοοτροπία ότι, για μερικούς ανθρώπους δεν αξίζει το αγαθό της ζωής και ότι, θα ήταν καλύτερο τόσο για αυτούς όσο και για την κοινωνία αν αυτοί έχαναν την ζωή τους. Η πράξη αφαίρεσης της ζωής ενός τέτοιου ανθρώπου, σύμφωνα με τους υποστηρικτές αυτής της θεωρίας είναι πράξη ανθρωπισμού. Για την γερμανική κοινωνία, η υποβοηθούμενη αυτοκτονία και ο φόνος από οίκτο, είναι πράξεις που φανερώνουν τον ανθρωπισμό του ιατρού, δεν είναι νομικά κατοχυρωμένες πράξεις και βαραίνουν μόνο τον ιατρό και όχι το ιατρικό προσωπικό (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003).

Η παθητική ευθανασία σύμφωνα με το Γερμανικό δίκαιο είναι νόμιμη κάτω από προϋποθέσεις. Αρχικά, θα πρέπει η νόσος να είναι ανίατη και ο θάνατος, σύμφωνα με τους ιατρούς, να είναι βραχυπρόθεσμος. Όταν ο ασθενής δεν μπορεί να εκφέρει άποψη, η επιθυμία για το αν θέλει να τερματιστεί η ζωή του, λαμβάνεται υπ' όψιν με βάση τη γενική στάση του ασθενούς απέναντι στη ζωή, τις αντιλήψεις και τις πεποιθήσεις του. Τα παραπάνω θα πρέπει να πληρούνται σε συνδυασμό με ανυπόφορους πόνους και σύντομο προσδόκιμο ζωής (Annas, 1991 - Μητροπολίτου Νικολάου, 2003).

6.2.4 Βέλγιο

Το νομοθετικό πλαίσιο του Βελγίου γύρω από την ευθανασία δεν διαφέρει πολύ, από αυτό της Ολλανδίας. Μερικές χώρες έχουν κατοχυρώσει νομοθετικά την ευθανασία και θεωρείται μια νόμιμη πράξη. Ωστόσο για να τελεστεί η ευθανασία θα πρέπει να υπάρχει οπωσδήποτε η συγκατάθεση του ασθενούς, η πράξη να είναι καλοζυγισμένη, να θεωρείται η έσχατη λύση, ο ασθενής να πάσχει από ανίατη ασθένεια και οι πόνοι να είναι διαρκείς και έντονοι (Βούλτσου, 2006).

Η νομιμοποίηση της ευθανασίας στο Βέλγιο, έγινε τον Μάιο του 2002 ψηφίστηκε από 86 βουλευτές και καταψηφίστηκε από 51 ενώ οι αποχές ήταν 10. Πολλοί βουλευτές ήταν κάθετοι στην νομιμοποίηση της ευθανασίας φέροντας σαν παράδειγμα την Ολλανδία όπου, το ποσοστό της χορήγησης ενεργητικής ευθανασίας χωρίς την συγκατάθεση του ασθενούς είναι 1/4 σε σύγκριση με τα ποσοστά του Βελγίου. Το γεγονός αυτό το χρεώνουν στο ότι, η Ολλανδία έχει νομιμοποιήσει την ευθανασία (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003).

«Σε έκθεση που δημοσιεύεται στο περιοδικό της Βρετανικής επιστημονικής επιθεωρήσεως «The Lancet» και περιλαμβάνει τα αποτελέσματα της τοπικής έρευνας που έγινε στη Φλάνδρα, επί τετράμηνο από ομάδες επιστημόνων των Πανεπιστημίων Βρυξελλών και Γάνδης, αναφέρονται ότι ποσοστό 3,3% των θανάτων στη Φλάνδρα του Βελγίου είναι έργο ιατρών που βοηθούν στον τερματισμό της ζωής, χωρίς να έχουν συναίνεση του ασθενούς. Ένα επιπλέον ποσοστό 1,1% οφείλεται σε πραγματική ευθανασία κατ' απαίτηση του πάσχοντος. Επίσης ότι, στην ίδια περιοχή 5,8%, οι ιατροί χορηγούσαν ισχυρά αναλγητικά σε ασθενείς με ανίατες παθήσεις με προφανή σκοπό να τερματισθεί η ζωή τους» (Μητροπολίτου Νικολάου, 2003 :41).

6.2.5 Ολλανδία

Το ζήτημα περί νομιμοποίησης της ευθανασίας άρχισε να συζητιέται στην Ολλανδία μετά το 1973. Τον Απρίλιο του 2001 ψηφίστηκε από την Βουλή, το νομοσχέδιο που νομιμοποιεί την ενεργητική ευθανασία, με 46 ψήφους υπέρ και 28 κατά. Σύμφωνα με το νομοσχέδιο, η ανάμειξη του ιατρού σε ενεργητική ευθανασία

δεν θεωρείται δολοφονία αλλά «αρωγή σε αυτοκτονία». Το ολλανδικό δίκαιο έχει θεσπίσει κάποιες προϋποθέσεις, οι οποίες πρέπει να ισχύουν για να μπορέσει ο ιατρός να κάνει την ευθανασία (Κουτσουμπίνα, 2000).

Αρχικά, θα πρέπει ο ιατρός να έχει την σύμφωνη και εκφρασμένη γνώμη του ασθενούς ότι, θέλει να βάλει τέρμα στην ζωή του. Ακόμα, ο ιατρός θα πρέπει να έχει ενημερώσει τον ασθενή για το αμετάβλητο της ασθένειας του, για το χρονικό διάστημα που εκτίμα ότι θα ζήσει, αλλά και για την ποιότητα της ζωής του καθ' αυτό το διάστημα. Επιπροσθέτως, ο ασθενής θα πρέπει να υποφέρει από οξείς πόνους, οι οποίοι θα συνεχιστούν μέχρι τον θάνατό του. Τέλος, ο ασθενής πρέπει να εξεταστεί από κάποιον άλλον ανεξάρτητο ιατρό, ο οποίος θα κάνει την διάγνωση του και θα εκφράσει και την δική του άποψη για την κατάσταση του ασθενούς (Κριαρή - Κατράνη, 2003).

Για να επικυρωθεί η ευθανασία, πρέπει να συσταθεί μια επιτροπή από τρεις νομικούς, έναν ιατρό και έναν ηθικολόγο, στην οποία θα πρέπει να αναφερθούν όλες οι περιπτώσεις και να επικυρωθεί η διαδικασία (Κριαρή - Κατράνη, 2003).

Η Ολλανδία επέκτεινε την έννοια της ευθανασίας, όχι μόνο σε πάσχοντες που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ασθένειάς τους, αλλά και σε χρόνια πάσχοντες που δεν βρίσκονται στο τελικό στάδιο. Ακόμη, έχουν παρατηρηθεί περιστατικά ευθανασίας όπου, ο ιατρός και το ιατρικό προσωπικό δεν είχαν την συναίνεση του ασθενή για να κάνουν ευθανασία (μη βουλική ευθανασία). Κάθε χρόνο εκτιμάται ότι, υποβάλλονται σε ευθανασία πάνω από 1000 ασθενείς χωρίς την θέληση τους (Βούλτσου, 2006).

6.2.6 Ελβετία

Από το 1940, στην Ελβετία είναι κατοχυρωμένη νομικά, η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Η συμμετοχή ιατρού σε αυτοκτονία δεν θεωρείται ποινικό αδίκημα και δεν υφίστανται κυρώσεις οι ιατροί που συνταγογραφούν φάρμακα με τα οποία μπορεί ο ασθενής να δώσει τέλος στη ζωή του. Παρόλα αυτά, επειδή, το ελβετικό κράτος φοβήθηκε την αύξηση των αυτοχειρών αλλοδαπών που

εισέρχονται στο κράτος, για αυτό τον λόγο, δημιούργησε φιλανθρωπικές οργανώσεις οι οποίες, έχουν ειδικές υπηρεσίες για αλλοδαπούς που επιθυμούν να βάλουν τέλος στη ζωή τους (Σπινέλλη, 2005).

Πιο συγκεκριμένα, στην Ελβετία, ο ιατρός μπορεί να δώσει στον ασθενή μία συνταγή με κάποια ουσία που προκαλεί τον θάνατο, την οποία λαμβάνει ο ίδιος ή με την βοήθεια των οικείων του, σε περιπτώσεις όπου ο ιατρός επισημάνει το αναπόφευκτο του θανάτου, λόγω ανίατης ασθένειας. Βέβαια, ο ιατρός δεν μπορεί να χορηγήσει ο ίδιος την θανατηφόρα δόση, παρά μόνο να γράψει τη συνταγή, να προετοιμάσει το φάρμακο ή ένα κοκτέιλ βαρβιτουρικών. Όλα τα παραπάνω συμβαίνουν στην κλινική “Dignitas”, η οποία έχει πολυάριθμα μέλη στην Ζυρίχη (Καραμπίνης, 2008).

Η συγκεκριμένη κλινική συνδράμει πολλούς ανθρώπους, οι οποίοι πάσχουν από θανατηφόρες ασθένειες ή είναι παράλυτοι, στην αυτοκτονία. Η σχετική νομοθεσία (Άρθρο 115 του Ελβετικού Ομοσπονδιακού Ποινικού Κώδικα) για την κλινική αναφέρει πως, η ποινική δίωξη του δράστη ασκείται μόνο όταν ο τελευταίος δρα με στόχο το προσωπικό του όφελος (π.χ κληρονομικά οφέλη), ενώ όταν το κίνητρο είναι αλτρουιστικό στην υποβοήθηση σε αυτοκτονία, η ευθανασία είναι νόμιμη (http://www.bioethics.gr/document.php?category_id=58&document_id=771).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ: Ευθανασία: ένα διαχρονικό δίλημμα

7.1 ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

7.1.1 Έρευνες περί ευθανασίας

Σε γνωστό τύπο της Αθήνας, τον Οκτώβριο του 1997, δημοσιεύθηκε μία έρευνα που έγινε στην Ελλάδα από ιατρούς της Νευρολογικής Κλινικής του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου, στην Πάτρα, σύμφωνα με στοιχεία που δόθηκαν από το περιοδικό «Ιατρική». Η έρευνα έγινε με ερωτηματολόγια που στάλθηκαν στα 1.148 μέλη του ιατρικού συλλόγου Πατρών, στα 483 μέλη του Δικηγορικού Συλλόγου Πατρών, στους 200 Δικαστικούς που υπηρετούν στην περιφέρεια του Εφετείου Πατρών και στους 129 τελειόφοιτους του τμήματος Ιατρικής της πόλης. Από αυτούς απάντησαν 300 γιατροί, 34 εισαγγελείς και δικαστές, 100 δικηγόροι και 100 φοιτητές. Το δείγμα ήταν μικρό αλλά οι απαντήσεις ενδεικτικές επί του θέματος.

Το 62,4% των γιατρών εγκρίνει γενικά την ευθανασία και από αυτούς το 52% θα συνέπραττε στην ευθανασία ασθενούς και το 50% στην ευθανασία συγγενούς. Το 24,3 % απάντησε ότι έχει συμπράξει ήδη σε παθητική ευθανασία, ένας ότι συνέπραξε σε ενεργητική και άλλος ένας σε υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

Την ευθανασία εγκρίνουν και οι δικηγόροι σε ποσοστό 58,4%, οι δικαστές και εισαγγελείς σε ποσοστό 63,6% καθώς και οι φοιτητές Ιατρικής σε ποσοστό 70%. Το 54,5% των δικηγόρων, το 63,6% των δικαστών και το 61,4% των φοιτητών θα συμφωνούσαν να γίνει ευθανασία σε συγγενή τους.

Το 1/3 των δικαστών και των δικηγόρων θεωρεί πως, η ευθανασία πρέπει να αποτελεί λόγο αίροντα τον άδικο χαρακτήρα της πράξης. Περίπου το ½ πιστεύουν πως πρέπει να αποτελεί ελαφρυντική περίπτωση στην επιμέτρηση της ποινής, ενώ το 1/3 δέχεται ότι, πρέπει να καταργηθεί το αξιόποιο της συμμετοχής σε υποβοηθούμενη Αυτοκτονία.

Σχετικά με την ενεργητική ή παθητική ευθανασία, σε άτομα διανοητικά καθυστερημένα ή ασθενείς με νόσο Alzheimer κλπ, δηλώνουν θετικοί, οι δικαστές σε ποσοστό 13,6%, οι γιατροί και οι δικηγόροι σε ποσοστό 20% και οι φοιτητές σε ποσοστό 8,9%.

Τη νομοθετική ρύθμιση της ευθανασίας ζήτησε το 81% των φοιτητών, το 73,3% των δικηγόρων, το 68,2% των δικαστών και το 68,5% των γιατρών.

Στο ερώτημα: Προτιμάτε να συμπράττει ο γιατρός ή άλλο πρόσωπο στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία και ενεργητική αυτοκτονία, οι δικηγόροι έδειξαν προτίμηση στο πρόσωπο του γιατρού στο 91,5%, ενώ οι γιατροί σε ποσοστό 24% επέλεξαν άλλο πρόσωπο!

Στο συμπέρασμά τους, οι 5 νευρολόγοι που μελέτησαν την έρευνα, κατέληξαν πως στη χώρα μας, η ζωή διατηρεί την απόλυτη αξία της, και πως οι ενδοοικογενειακοί δεσμοί, εξακολουθούν να είναι πολύ ισχυροί.

Πηγή: exandas.ert.gr.

Έρευνα Β'

Πώς απαντάμε στο δίλημμα της ευθανασίας

Γιατροί, νοσηλευτές και συγγενείς καρκινοπαθών τελικού σταδίου σε μεγάλη πανελλαδική έρευνα



Ένας στους πέντε Έλληνες γιατρούς έχει βρεθεί αντιμέτωπος με ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου που ζητούν ευθανασία. Την ίδια ώρα σχεδόν οι μισοί γιατροί- αλλά και οι συγγενείς- τάσσονται υπέρ της επίστευσης του θανάτου ασθενών με καρκίνο σε καταληκτικό στάδιο. Και αυτό παρά το γεγονός ότι στην πλειονότητά τους τόσο οι γιατροί όσο και οι συγγενείς και ο γενικός πληθυσμός δηλώνουν ότι πιστεύουν σε όσα κηρύσσει η Εκκλησία για την ευθανασία.

Τα παραπάνω αποκαλύπτει μεγάλη πανελλαδική έρευνα για την ευθανασία που πραγματοποιήθηκε από τη Μονάδα Ανακούφισης Πόνου και Παρηγορητικής Αγωγής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Είναι η πρώτη έρευνα στην οποία καταθέτουν τις απόψεις τους γιατροί, νοσηλευτές, συγγενείς ασθενών αλλά και δείγμα του γενικού πληθυσμού. Όπως προέκυψε από την έρευνα, πάνω από 43% των γιατρών και 41% των συγγενών δήλωσαν ότι θα συμφωνούσαν να μη γίνει καμία προσπάθεια ανάνηψης του ασθενούς με καρκίνο τελικού σταδίου σε περίπτωση καρδιακής ή αναπνευστικής ανακοπής.

Και ενώ, όπως διαπιστώνεται, οι ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου ζητούν ευθανασία από τους γιατρούς σε ποσοστό 20%, δεν εκφράζονται αντίστοιχα και προς τα μέλη της οικογένειάς τους: μόλις ένας στους δέκα συγγενείς ανέφερε ότι έχει γίνει αποδέκτης μιας τέτοιας επιθυμίας από τον ασθενή.

Σε ποσοστό 5,1% οι γιατροί και 8% οι νοσηλευτές απάντησαν ότι έχουν εμπειρία θανάτου κάποιου καρκινοπαθούς τελικού σταδίου ύστερα από απόφαση της ιατρικής ομάδας που τον παρακολουθούσε να μην προχωρήσει σε ιατρικές πράξεις που θα μπορούσαν να παρατείνουν τη ζωή του, χωρίς ωστόσο να παρέχουν ουσιαστική θεραπεία. Αντίστοιχα, 9,3% των γιατρών και 7,6% των νοσηλευτών δήλωσαν στους ερευνητές ότι διέκοψαν τις άσκοπες θεραπείες που κρατούσαν στη ζωή ασθενείς σε τελικό στάδιο

Πηγή: Κουκλάκη, 2010.

Σύμφωνα με τους Μπέκα & Νικουλιδάκη (2003), οι έρευνες περί ευθανασίας στην Ευρώπη είναι οι εξής:

ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ/ ΕΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ/ ΧΩΡΑ	ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
DiMola G. Et al, 1996 Ιταλία DiMola et al, 1996	Γιατροί μέλη της Ιταλικής Εταιρίας για την παροχή φροντίδας στο τελικό στάδιο Ανίατης ασθενείας(n=359)	32% υποστηρίζουν ότι η εθελοντική παθητική ευθανασία είναι επιτρεπτή σε ορισμένες περιπτώσεις 35% η ενεργητική ευθανασία είναι απορριπτέα σε όλες τις περιπτώσεις 16% ικανοποίησαν αίτημα του ασθενούς για ενεργητική ευθανασία 60% αρνήθηκαν να ικανοποιήσουν τέτοιο αίτημα / 52% υποστηρίζουν πως η σωστή φροντίδα εξαλείφει την ανάγκη για ευθανασία
Nilstun T., 1996 Σουηδία Nilstun, 1996	Γιατροί(n=245)	39% υποστηρίζουν ότι η ενεργητική ευθανασία είναι ηθικά αποδεκτή 25% υποστηρίζουν την νομιμοποίηση της ενεργητικής ευθανασίας
Forde R. Et al, 1997 Νορβηγία Forde et al, 1997	Γιατροί(n=974)	17% υποστηρίζουν την υποβοηθούμενη αυτοκτονία για τους ανίατους ασθενείς που το επιθυμούν 6% έχουν χορηγήσει συνταγή θανατηφόρας δόσης φαρμάκου 4% έχουν κάνει ευθανασία σε χρόνιους ασθενείς που υποφέρουν σωματικά και έχουν χαμηλή ποιότητα ζωής
Steinberg M.A et al, 1997	Γιατροί(n=387) Γενικός	70% του πληθυσμού επιθυμούν την νομιμοποίηση της ενεργητικής

<p>Αυστραλία Steinberg et al, 1997</p>	<p>πληθυσμός(n=910)</p>	<p>ευθανασίας 33% των γιατρών επιθυμούν την νομιμοποίηση της ενεργητικής ευθανασίας 78% του πληθυσμού και 54% των γιατρών υποστηρίζουν ότι οι γιατροί πρέπει να σέβονται την επιθυμία των ασθενών για τη διακοπή της λειτουργίας των μηχανημάτων που τους διατηρούν στη ζωή 65% του πληθυσμού υποστηρίζει ότι ο νόμος πρέπει να επιτρέπει στο γιατρό να κάνει ενεργητική ευθανασία 36% των γιατρών συμφωνούν</p>
<p>Cartwright C.M. et al, 1997 Αυστραλία Cartwright et al, 1997</p>	<p>Νοσηλευτικό προσωπικό στην εντατική θεραπεία (n=231) Γενικός πληθυσμός (n=1100) Ιατροί(n=901) Καρκίνοπαθείς ασθενείς(n=62)</p>	<p>61% του νοσηλευτικού προσωπικού υποστηρίζει την ενεργητική ευθανασία 50% του γενικού πληθυσμού και 60% των ασθενών είναι υπέρ 60%-80% των γιατρών είναι κατά</p>
<p>Radulovic S.and Mojsilovic S. 1998 Γιουγκοσλαβία Radulovic and Mojsilovic, 1998</p>	<p>Ογκολόγοι (n=30) Οικογενειακοί γιατροί (n=31) 3ετείς φοιτητές Ιατρικής (n=35) Νομικοί (n=30)</p>	<p>Υποστηρίζουν την νομιμοποίηση της ενεργητικής ευθανασίας: 61% των δικηγόρων 43% των ογκολόγων 30% των οικογ. γιατρών 23% των φοιτητών 36% θα έκαναν ευθανασία αν ήταν νόμιμη Είναι κατά της ενεργητικής ευθανασίας: 63% των ογκολόγων 65% των γιατρών</p>

		71% των φοιτητών 29% των δικηγόρων
Csef H. And Heindl B. 1998 Γερμανία Csef and Heindl, 1998	Ιατροί (n=93) Ασθενείς με Alzheimer (n=100) Φροντιστές τους(n=91)	Συμφωνούν με την εφαρμογή της ενεργητικής ευθανασίας: 56% των ασθενών 73% των φροντιστών Είναι κατά: 82% των γιατρών
Dierickx K. et al, 1998 Βέλγιο Dierickx et al, 1998	Ιατροί (n=208)	83% έχουν περιθάλψει ασθενείς σε μόνιμη φυτική κατάσταση 88% θεωρούν ηθικά επιτρεπτό να μη θεραπεύουν ασθένειες σε αυτούς τους ασθενείς 56% υποστηρίζουν τη διακοπή της τεχνητής χορήγησης διατροφής 80% διαφωνούν με τη νομική διευθέτηση αυτής της διακοπής
Grassi L. et al, 1999 Ιταλία Grassi et al, 1999	Ιατροί (n=336)	15% συμφωνούν με την ενεργητική ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία 70% συμφωνούν με την διακοπή της θεραπείας σε ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο ανίατης ασθένειας 40% πιστεύουν ότι ο ασθενής έχει δικαίωμα να αυτοκτονήσει 79% πιστεύουν ότι η παροχή καλύτερης φροντίδας θα εξάλειψε την ανάγκη για ευθανασία
Grassi L. et al, 2000 Ιταλία Grassi et al, 2000	Φοιτητές (n=160)	28% συμφωνούν με την ενεργητική ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία 67% συμφωνούν με τη διακοπή της Θεραπείας

Helou A. et al, 2000 Γερμανία Ryynanen et al, 2002	Γενικός πληθυσμός (n=98)	Σε δέκα υποθετικές περιπτώσεις ενεργητικής ευθανασίας η αποδοχή της ανέρχεται σε ποσοστό 85%-93%
Bittel N. et al, 2000 Σουηδία Bittel et al, 2000	Ιατροί (n=400)	56% διαφωνούν με την υποβοηθούμενη αυτοκτονία 69% διαφωνούν με την ενεργητική ευθανασία 75% διαφωνούν με την ενεργητική ευθανασία σε ψυχιατρικούς ασθενείς 84% υποστηρίζουν τη νομιμοποίηση για τους ασθενείς σε μόνιμη καθήλωση 10% έχουν εμπειρία από την εφαρμογή της ενεργητικής ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας στο νοσοκομειακό πλαίσιο
McGlade K.J. et al, 2000 Βόρεια Ιρλανδία McGlade et al, 2000	Ιατροί (n=1053)	70% θεωρούν ηθικά αποδεκτή την παθητική ευθανασία 40% θα έκαναν παθητική ευθανασία 70% απορρίπτουν την υποβοηθούμενη αυτοκτονία
Kuuppelomaki M., 2000 Φιλανδία Kuuppelomaki, 2000	Ασθενείς με Καρκίνο (n=32) Συγγενείς τους (n=13) Νοσοκόμοι (n=13) Ιατροί (n=13)	50% των νοσοκόμων και των συγγενών θεωρούν ηθικά αποδεκτή την ενεργητική ευθανασία

7.2 ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Οι άνθρωποι που υποστηρίζουν την εκούσια ευθανασία, δηλώνουν ότι, το άτομο έχει το δικαίωμα να αποφασίσει το ίδιο για την εξέλιξη της ζωής, το πεπρωμένο και τον αξιοπρεπή τρόπο θανάτου του. Εν αντιθέσει με τους υπερασπιστές της ευθανασίας, τα άτομα που αντιτάσσονται στο ζήτημα της ευθανασίας, ισχυρίζονται ότι, η επιστήμη και η ιατρική κάνει συνεχείς ανακαλύψεις και προόδους, με αποτέλεσμα ασθένειες που θεωρούνταν ανίατες, να θεραπεύονται (Πρωτοπαππαδάκης, 2003)

7.2.1 Επιχειρήματα περί αποδοχής της ευθανασίας

Οι υπέρμαχοι της εκούσιας ευθανασίας, παρουσιάζουν ως αποδεικτικά στοιχεία και επιχειρήματα, τα εξής:

- Το ωφελμιστικό επιχείρημα. Σύμφωνα λοιπόν, με αυτό το επιχείρημα, ο ηθικός κώδικας που δικαιολογεί μία πράξη ευθανασίας, ελέγχεται από την λειτουργικότητα και τα οφέλη που η ίδια προάγει, τόσο στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, όσο και στο ίδιο το άτομο (Πρωτοπαππαδάκης, 2003 – Γκμπάντι - Κουνουγέρη - Μανωλεδάκη - Συμεωνίδου - Καστανίδου, 2007).

Άξιο μελέτης, αποτελεί και το γεγονός ότι, όταν ένα άτομο πάσχει από μία ανίατη ασθένεια, την μεγαλύτερη ευθύνη και ταλαιπωρία, την επωμίζεται το οικογενειακό περιβάλλον, καθότι αφιερώνει πολύ χρόνο στην φροντίδα του ασθενούς, παραμελώντας πολλές φορές την δική τους ζωή και δραστηριότητα (Pratt – Nelson, 1992 – Battin, 1992). Ο θάνατος του προσώπου, επομένως, μπορεί να τους ανακουφίσει υποσυνείδητα, περισσότερο από ότι τον ίδιο ασθενή. Έτσι λοιπόν, από τη μία πλευρά έχουμε την αλλοίωση και την καταδυνάστευση του οικογενειακού περιβάλλοντος, κι από την άλλη την παράταση της ζωής ενός ανθρώπου μέσω των ιατρικών μηχανημάτων. Η ευθανασία, επομένως, σύμφωνα με αυτή την άποψη,

μπορεί να θεωρηθεί και να δικαιολογηθεί ηθικά και ως απόφαση του ίδιου του ασθενούς (Glover, 1995 - Πρωτοπαππαδάκης, 2003).

- Η αξιοπρέπεια του ασθενούς. Σύμφωνα με αυτό το επιχείρημα, η ζωή, παρόλο που συντελεί το ύψιστο αγαθό, δεν αποτελεί πάντοτε το σημείο κορύφωσης της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, και αντίθετα μπορεί να γίνει σοβαρό και αξεπέραστο εμπόδιο για τον ίδιο (Beauchamp, 1996).

Κανένας άνθρωπος, δεν είναι υποχρεωμένος να ανέχεται πράγματα και γεγονότα που τον υποβιβάζουν και τον υποτιμούν, όπως τον πόνο, το αποστειρωμένο ιατρικό περιβάλλον του νοσοκομείου καθώς και τον φόβο ότι θα γίνει πειραματόζωο της επιστήμης. Για αυτό το λόγο, η ευθανασία αποτελεί για τους ίδιους μία αξιοπρεπή διέξοδο, εφόσον έχει στερεύσει οποιαδήποτε άλλη πηγή ζωής (Πρωτοπαππαδάκης, 2003).

- Το δικαίωμα της αυτονομίας του ανθρώπου ή αλλιώς το δικαίωμα στον θάνατο. Σύμφωνα με αυτό το επιχείρημα, λόγω του ότι, ο άνθρωπος αποτελεί ένα αυτόνομο όν, εκτός από τις περιπτώσεις που υπάρχει διανοητικό πρόβλημα, διαθέτει το δικαίωμα να παίρνει αποφάσεις σε προσωπικά και κοινωνικά ζητήματα. Έτσι λοιπόν, έχει την δικαιοδοσία να αποφασίσει και για τον θάνατο του, όντως πνευματικά υγιής και γνωρίζοντας τις συνέπειες της απόφασης του. Η κοινωνία, από την άλλη, οφείλει να σεβαστεί την απόφαση του, ειδάλλως εάν αντιταθεί προσβάλλει ευθέως την προσωπικότητα του ατόμου (Stuart – Curter – Demy, 1998 - Forster, 1995).
- Η Καντιανή κατηγορητική προσταγή. Σύμφωνα με αυτό το επιχείρημα και την θεωρία του Καντ, ο άνθρωπος πρέπει να αντιμετωπίζεται ως σκοπός και όχι ως μέσο, καθότι η στάση μας απέναντι στους άλλους, θεωρείται ηθική, μόνο, όταν δεν έχει ως καταληκτικό σκοπό τις προσωπικές επιδιώξεις (Πρωτοπαππαδάκης, 2003).

Συμπερασματικά, λοιπόν, από τα παραπάνω, η ευθανασία θεωρείται ηθικά ορθή, μόνο εάν εστιάσουμε στο αγαθό σκοπό και τα κίνητρα της συγκεκριμένης

πράξης, η οποία γίνεται αποκλειστικά και μόνο, λόγω της συμπαθητικής μας στάσης, απέναντι στον συνάνθρωπο (Beauchamp - Childress, 1994).

- Το ανθρωπιστικό επιχείρημα. Σύμφωνα με το συγκεκριμένο επιχείρημα, η ευθανασία αποτελεί την ύψιστη πράξη ανθρωπισμού για έναν ασθενή, καθότι τον απαλλάσσει από τους αφόρητους σωματικούς και ψυχικούς πόνους (Πρωτοπαππαδάκης, 2003).

Η απόφαση του ασθενούς να τερματίσει τη ζωή του, συνήθως προέρχεται από την αδυναμία του να αντέξει τους πόνους ή την ιδέα ότι δεν υπάρχει κάποια θεραπεία για την ασθένεια του. Για αυτό το λόγο, ο συνάνθρωπος ή ο γιατρός είναι υποχρεωμένος και ηθικά δικαιωμένος, να τον απαλλάξει από την «μαρτυρική» ζωή του, με τον πιο ανώδυνο τρόπο (Skegg, 1984).

- Το καθήκον του ιατρού να απαλύνει τον πόνο του ασθενούς. Σύμφωνα με αυτό το επιχείρημα, παρότι η ιατρική ηθική βασίζεται πιστά στον Ιπποκρατικό όρκο και οφείλει να μην προκαλέσει βλάβη στον ασθενή, πολλές φορές τείνει να παρεκκλίνει. Αυτό βέβαια, δεν σημαίνει ότι, ένας ιατρός θα δράσει αυτόνομα, καθότι από την βαθύτερη μελέτη του όρκου, προκύπτει το συμπέρασμα ότι, ένας ιατρός οφείλει να ενεργεί πάντα για το καλό του ασθενή, ακόμη και αν αυτό σημαίνει την αφαίρεση της ζωής του (Beauchamp - Childress, 1994, Battin, 1994).

7.2.2 Επιχειρήματα περί μη αποδοχής της ευθανασίας

Τα άτομα που αντιτάσσονται στο ζήτημα της ευθανασίας, υποστηρίζουν ότι κανένας άνθρωπος, ακόμη και αυτός που υποφέρει δεν θέλει να πεθάνει (Κιτσάκης, 1990). Έτσι, λοιπόν παρουσιάζουν ως επιχειρήματα, τα εξής παρακάτω:

- Ο ολισθηρός κατήφορος: το άνοιγμα των ασκών του Αιόλου. Το επιχείρημα αυτό, στηρίζεται στην κακή χρήση και τον βαθμό επικινδυνότητας που μπορεί να έχει μία πράξη ευθανασίας. Ακόμη και στις περιπτώσεις όπου είναι θεμιτή ή προβάλλεται ως ηθική υποχρέωση του ιατρού, δεν μπορεί να

χαρακτηριστεί ως ηθική και ορθή πράξη, καθότι καταπατά τον σεβασμό ως προς τη ζωή και μπορεί να αποτελεί προσπάθεια δόλου του ασθενή. (Ανευβλαβής, 2001).

Οι πολέμιοι της ευθανασίας υποστηρίζουν πως, εάν ίσχυε το αντίθετο και καθιερωνόταν η ευθανασία, η πρακτική - απειλή της, θα εξαπλωνόταν στις κοινωνικά ή ηλικιακά μειονεκτικές ομάδες και θα επηρέαζε τις υπόλοιπες ευαίσθητες ομάδες. Έτσι, με αυτό τον τρόπο, θα άνοιγαν οι ασκοί του Αιόλου και οι σύγχρονες κοινωνίες θα οδηγούνταν στον ολισθηρό κατήφορο (Καίσαρης, 1999).

- Η ζωή ως υπέρτατη αξία. Σύμφωνα με αυτό το επιχειρήμα, η ζωή είναι το ύψιστο και απόλυτο αγαθό για έναν άνθρωπο. Οι υπερασπιστές αυτής της άποψης, αντιμετωπίζουν την ευθανασία, ως τρόπο στέρησης αυτού του αγαθού, δηλαδή της ουσίας της ανθρώπινης ύπαρξης και πρεσβεύουν ότι κανένα ανθρώπινο ον δεν διαθέτει το δικαίωμα να επιδιώξει την καταπάτηση αυτού (Stuart – Curter – Demy, 1998 – Πρωτοπαπαδάκης, 2003).
- *Primum non nocere*: η αποφυγή βλάβης του ασθενούς. Σύμφωνα με αυτό το επιχειρήμα και τον Ιπποκράτειο όρκο, το πρώτιστο ηθικό καθήκον ενός ιατρού είναι η προστασία της ζωής του ασθενή μέσω της αποφυγή βλάβης. Με βάση, λοιπόν τα παραπάνω, η ευθανασία αποτελεί διαστρέβλωση της αποστολής ενός ιατρού. Αντίθετα, μόνο σε περιπτώσεις, όπου ο πόνος του ασθενή είναι βασανιστικός και δεν υπάρχει ελπίδα σωτηρίας, η θέση του ιατρού μπορεί να μην συνιστά πράξη παραβίασης του όρκου (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).
- Επιχειρήματα θεολογικής φύσεως. Το πιο σπουδαίο επιχειρήμα της θρησκείας κατά της ευθανασίας είναι η άποψη ότι η ζωή αποτελεί το ύψιστο θείο δώρο. Σύμφωνα με τα θεολογικά επιχειρήματα, ο άνθρωπος είναι δημιούργημα του Θεού και η ύπαρξη του δεν ανήκει σε κανένα ανθρώπινο ον, αλλά ούτε και στον ίδιο, παρά μόνο στον δημιουργό του (Stuart – Curter – Demy, 1998).

Ο άνθρωπος θεωρείται δέκτης της ζωής και για αυτό το λόγο δεν έχει κανένα δικαίωμα επέμβασης στον τερματισμό της. Η ζωή είναι ιερή και δε μας επιτρέπεται να την αφαιρέσουμε από κανέναν (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ: Συμπεράσματα - Προτάσεις

8.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα συμπεράσματα που μπορούν να εξαχθούν από την πτυχιακή μας εργασία ποικίλουν. Η εργασία μας αναφέρεται στην Τρίτη Ηλικία, η οποία αντιπροσωπεύει το 20% του γενικού πληθυσμού της Ελλάδας, είναι μία ευπαθής κοινωνική ομάδα και αντιμετωπίζει πληθώρα προβλημάτων. Αυτά μπορούν να αφορούν κοινωνικά, ψυχολογικά, βιολογικά αλλά και βιοποριστικά προβλήματα. Ο ηλικιωμένος βλέπει ότι δεν μπορεί να προσφέρει όσα είχε συνηθίσει και δεν παίζει πια, πρωταγωνιστικό ρόλο στην κοινωνική και οικονομική ζωή της χώρας.

Η συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα μπορεί να υφίσταται κάποια μορφή κοινωνικού ρατσισμού, αφού δεν έχει εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες αλλά και στην κοινωνική ζωή. Αντιμετωπίζει τη μοναξιά, η οποία γιγαντώνεται καθώς ο ηλικιωμένος εισέρχεται στην προθανάτια περίοδο και έρχεται αντιμέτωπος με την απώλεια συγγενικών ή αγαπημένων προσώπων, γενικότερα καθώς και την θλίψη του γήρατος.

Ακόμα, τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας είναι πιο επιρρεπή σε διάφορα νοσήματα, τα οποία ξεπερνούν πιο δύσκολα, λόγω ηλικίας. Όλα τα παραπάνω, καθιστούν τους ηλικιωμένους, μία ευαίσθητη κοινωνική ομάδα που μπορεί εύκολα να γίνει εκμεταλλεύσιμη, τόσο από το κράτος, όσο και από την κοινωνία.

Αυτό συμβαίνει διότι ο ηλικιωμένος είναι συνδεδεμένος άρρηκτα με το κράτος, λόγω σύνταξης, αλλά και από την οικογένεια, λόγω ανάγκης περίθαλψης και φροντίδας.

Το θέμα της ευθανασίας είναι ένα θέμα διφορούμενο, το οποίο έχει απασχολήσει την ανθρωπότητα από τα αρχαία χρόνια. Με την ευθανασία έχει ασχοληθεί, τόσο ο θρησκευτικός όσο και ο φιλοσοφικός κόσμος. Η θέση της Ορθόδοξης Εκκλησίας είναι κατά της ευθανασίας, καθώς η ζωή θεωρείται θείο δώρο και υπέρτατη αξία. Άλλες μεγάλες θρησκείες, οι οποίες είναι κατήγοροι της ευθανασίας είναι η Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία και ο Μουσουλμανισμός. Αντίθετα,

οι Ευαγγελιστές και οι Ινδουιστές τάσσονται υπέρ της ευθανασίας, ενώ οι Βουδιστές επιτρέπουν μόνο την εκούσια ευθανασία.

Ακολούθως, όσον αφορά την Ηθική Φιλοσοφία, ένα μεγάλο ποσοστό του φιλοσοφικού κόσμου τάσσεται κατά της ευθανασίας με κάποιες εξαιρέσεις. Πιο συγκεκριμένα, ο Πλάτωνας τάσσεται κατά της ενεργητικής ευθανασίας, ενώ υποστηρίζει την Ορθοαθανασία όταν σημείο αναφοράς γίνεται η ανίατη ασθένεια και οι αφόρητοι πόνοι. Ακόμη ο Σωκράτης αλλά και ο Αριστοτέλης είναι κατά της πράξης της ευθανασίας, ενώ οι Στωικοί φιλόσοφοι πρεσβεύουν την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία και την ευθανασία με την προϋπόθεση της ανίατης ασθένειας.

Το ζήτημα της ευθανασίας είναι «μήλον της έριδος» όσον αφορά τη νομοθεσία των χωρών αλλά και την ιατρική ηθική.

Η νομιμοποίηση της ευθανασίας δεν υφίσταται στη χώρα μας, η οποία έχει θεσπίσει νόμους που αφορούν τις υποχρεώσεις και τις ευθύνες του ιατρού σαν θεράποντα, σε αντίθεση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, που έχουν κατοχυρώσει νομικά κάποιες μορφές ευθανασίας. Στον Ελληνικό ποινικό κώδικα δεν χρησιμοποιείται ο όρος ευθανασία, αλλά ο όρος ανθρωποκτονία εξ οίκτου. Επομένως, οποιοσδήποτε λόγος για χρήση της ευθανασίας εντός των συνόρων της χώρας μας, είναι αυθαίρετος και ανυπόστατος. Επιστημονικά και ανθρωπιστικά, ωστόσο, γίνεται εκτεταμένη αναφορά επί του θέματος.

Περιπτώσεις που μπορεί να αποτελέσουν υπόνοιες ευθανασίας είναι οι μεταμοσχεύσεις, τα περιστατικά ατόμων που είναι εγκεφαλικά νεκροί και η χρήση των ιατρικών εντολών του DNR. Ο επιστημονικός αλλά και ο απλός κόσμος προβληματίζεται έντονα σχετικά με την χρήση τους, σε συνάρτηση με την πράξη της ευθανασίας.

Η θέση υπέρ ή κατά της ευθανασίας, κρίνεται δύσκολη. Υπάρχουν περιπτώσεις, όπου η ευθανασία αποτελεί λύση ανάγκης και άλλες όπου θεωρείται εγκληματική ενέργεια. Τα ηθικά διλήμματα είναι πολλά και η αξία της ζωής υπέρτατη.

Ανησυχητικό για εμάς είναι το γεγονός ότι, αρκετές χώρες έχουν κατοχυρώσει νομικά μορφές ευθανασίας, κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις, όπως είναι η ύπαρξη ανίατης ασθένειας, αλλά και η διαυγής συναίνεση του ασθενή. Αυτό όμως, δεν αποκλείει περιπτώσεις δόλου και ακατάσχετης χρήσης της ευθανασίας στις ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες. Σαν ομάδα πιστεύουμε ότι, η ευθανασία δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται, πρωτίστως, εξαιτίας του φόβου της ακατάσχετης χρήσης της, από ανθρώπους που ίσως θα έχουν όφελος από τον θάνατο κάποιου ασθενή.

Ως εν δυνάμει κοινωνικοί λειτουργοί, από τη μία οφείλουμε να στηρίζουμε και να βοηθάμε τις ευπαθείς ομάδες και από την άλλη, να σεβόμαστε και να υποστηρίζουμε την ανθρώπινη ζωή και αξιοπρέπεια. Σχετικά με την ευθανασία, ο στόχος της ιατρικής επιστήμης είναι αφενός, να ανακουφίζει το πόνο και να προσπαθεί με κάθε τρόπο να προστατέψει και να διασφαλίσει την ζωή του ασθενούς, και αφετέρου να πασχίζει να καλυτερεύσει την ποιότητα ζωής του. Επομένως δεν πιστεύουμε ότι με την αλματώδη πρόοδο της επιστήμης μπορεί η ευθανασία να θεωρηθεί ως λύση. Εκτός όμως από την προσωπική μας άποψη η ελληνική νομοθεσία, ουσιαστικά, έχει κλείσει το θέμα, αφού δεν έχει κατοχυρώσει νομικά την ευθανασία. Γι' αυτό το λόγο οποιοσδήποτε υπαινιγμός ευθανασίας στο ελληνικό γίγνεσθαι είναι παράταιρος, παράνομος και μη ουσιαστικός. Η ζωή αποτελεί υπέρτατη αξία και η αφαίρεσή της θεωρείται ύβρις προς τον Θεό, τα κατοχυρωμένα ανθρώπινα δικαιώματα και την ελεύθερη βούληση του ανθρώπου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Ø Αβραμίδης Α., (1995), «Ευθανασία», Αθήνα: εκδ. Ακρίτας.
- Ø Αλλήλων Μέλη, (2005), «Οι Μεταμοσχεύσεις στο Φως της Ορθόδοξης Θεολογία και Ζωής», Αθήνα: εκδ. Σταμούλης.
- Ø Αναπλιώτης Α., (2003), «Το δικαίωμα στην Ευθανασία – Αθανασία», Αθήνα: εκδ. Zymel.
- Ø Αναπλιώτη - Βαζαίου Ε., (1993), «Καθημερινά ιατρικά προβλήματα», Αθήνα.
- Ø Ανευβλαβής Ε., (2001), «Η ελεήμων θανάτωση (mercy killing) ή ευθανασία: Μια αποκλειστική διάζευξη», Αθήνα: Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής.
- Ø Ασκητοπούλου Ε. Κ., (1991), «Επείγουσα και Εντατική Ιατρική», Αθήνα: εκδ. Λίτσας.
- Ø Βαδαλούκα Α.Μ., (2002), «Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο - ογκολογίας, πρόγραμμα Leonardo Da Vinci, εκπαίδευση εκπαιδευτικών, Ανακουφιστική αγωγή ασθενών τελικού σταδίου», Αθήνα: εκδ. Έλλην.
- Ø Βαρβόγλη Λ., (2006), «Τα αδιέξοδα της τρίτης ηλικίας», Αθήνα.
- Ø Βασιλειών Α', (1969), «Παλαιά Διαθήκη κατά τους εβδομήκοντα», Αθήνα: 6^η εκδ. Αδελφότης Θεολόγων «Η ζωή».
- Ø Βιδάλης Τ., (2007) «Βιοδίκαιο. Το πρόσωπο», Θεσσαλονίκη: εκδ. Σάκκουλα.
- Ø Βούλτσου Π., (2006) «Η Ποινική Προβληματική της Ευθανασίας», Αθήνα – Κομοτηνή: εκδ. Σάκκουλα.
- Ø Γερολούκα - Κωστοπαναγιώτου Γ., (2002), «Εγκεφαλικός θάνατος και φροντίδα του δότη οργάνων στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και το χειρουργείο», Αθήνα: Ιατρικές εκδ. Π.Χ Πασχαλίδης.

- Ø Γιαγκαζόγλου Στ., (2002), «Με τον τρόπο της αλληγορίας. Η συνάντηση Ελληνισμού και Χριστιανισμού», Αθήνα.
- Ø Γιανναράς Σ., (2002), «Σχεδιασμός εισαγωγής στην Φιλοσοφία», Αθήνα: εκδ. Δόμος (5^η έκδοση).
- Ø Γιαννοπούλου Α., (1995), «Διλήμματα και προβληματισμοί στη Σύγχρονη Νοσηλευτική», Αθήνα: εκδ. «Η Ταβιθά».
- Ø Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη Ε., Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., (2007) «Ευθανασία, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής», Αθήνα – Θεσσαλονίκη: εκδ. Σάκκουλα.
- Ø Δαρδαβέσης Θ., (1981), «Ιατροκοινωνικά προβλήματα και Δυνατότητες», Αθήνα: εκδ. Παρισιανός.
- Ø Δαρδαβέσης Θ., (1993), «Εισαγωγικά στοιχεία γηριατρικής και γεροντολογίας», Θεσσαλονίκη: εκδ. Παρισιανός.
- Ø Δαφέρμου Α., (2007-08) «Γεροντολογική Νοσηλευτική», Αθήνα.
- Ø Δοντάς, Α., (1981), «Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα - Προβλήματα και δυνατότητες», Αθήνα: εκδ. Παρισιανός.
- Ø Δραγώνα - Μονάχου Μ., (2010), «Η Βιοηθική και η διδακτική της, επιθεώρηση βιοηθικής», τόμος Α΄, Βιοηθική- Πανεπιστήμιο Κρήτης.
- Ø Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (1996)
- Ø Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (2000)
- Ø Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος (1982)
- Ø Έμκε - Πουλοπούλου Η., (1999). «Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες: Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Αθήνα: εκδ. Έλλην.
- Ø Ευαγγέλου Ι., (1999), «Το πρόβλημα της ευθανασίας», Αθήνα, - Κομοτηνή: εκδ. Σάκκουλα.

- Ø Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, Ειδική Συνοδική Επιτροπή Βιοηθικής (2002), «Οι απόψεις των θρησκειών για την ευθανασία», Θεσσαλονίκη: εκδ. Νεάπολις.
- Ø Ιώβ ιβ' 10
- Ø Καίσαρης Π., (1999), «Περί της Ευθανασίας», Πάτρα: Αχαϊκές Εκδ..
- Ø Καράμπελας Λ., (1987), «Η Ευθανασία και το Δικαίωμα στη Ζωή και στο Θάνατο (από ποινική άποψη)», Αθήνα: Εκδοτική Εστία.
- Ø Κιτσάκης Αθ., (1990) «Προσεγγίσεις σε σύγχρονα προβλήματα, κριτική σε παραδοσιακές αντιλήψεις», Αθήνα: εκδ. Γρηγόρης.
- Ø Κόϊος Ν. Γ., (2003), «Ηθική Θεώρηση των τεχνικών παρεμβάσεων στο ανθρώπινο γονιδίωμα», Αθήνα: εκδ. Κέντρο Βιοϊατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας.
- Ø Κουμάντος Γ., (2003) «Προβλήματα Βιοηθικής», Αθήνα: εκδ. Πόλις.
- Ø Κούρτης Μ., (2002) «Αστικό δίκαιο των μεταμοσχεύσεων (σύμφωνα με το ν.2737/1999)», Αθήνα: εκδ. Σάκκουλας, 2002.
- Ø Κουτσομπίνα Σ., (2000), «Ευθανασία η σημαντική του καλού θανάτου - Νομικά ζητήματα από την ευθανασία» Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών και Επιστήμης, Κοινωνία - Ειδικές Μορφωτικές Εκδηλώσεις.
- Ø Κριαράς Ε., (1995), «Λεξικό της σύγχρονης Ελληνικής δημοτικής γλώσσας», Αθήνα: Εκδοτική Αθηνών.
- Ø Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, (2005).
- Ø Κωνσταντινίδης Π., (2006), «Ευθανασία», Αθήνα – Κομοτηνή: εκδ. Σάκκουλα.
- Ø Κωσταρίδου – Ευκλείδη Α., (1999), «Γήρας και υγεία σε θέματα γεροψυχολογίας και Γεροντολογίας», Αθήνα: εκδ. Ελληνικά Γράμματα.

- Ø Λυπουρλής Δ., (2006) «Ου δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμον ουδέ υφηγήσομαι συμβουλήν τοιήνδε»: Η «Ευθανασία» στην καθημερινή ζωή της αρχαιότητας, Αθήνα – Θεσσαλονίκη: εκδ. Σάκκουλα.
- Ø Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., (1999) «Συμβουλευτική ψυχολογία», Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ø Μαργαρίτης Γ., (1999), «Ελληνική Ιστορία: Νεότερη και Σύγχρονη Ελληνική Ιστορία» Πάτρα: ΕΑΠ.
- Ø Μαρίνος Θ., (2005), «Ιατρικά Θέματα, Ο ασθενής απέναντι στο θάνατο», Θεσσαλονίκη: εκδ. Παρισιανός.
- Ø Μητροπολίτου Φθιώτιδος Ν., (2003) «Ευθανασία, Έγκλημα ή Ευεγερσία», Λαμία: εκδ. Ιεράς Μητροπόλεως Φθιώτιδος.
- Ø Μπαλογιάννης Σ., (1986), «Εγκεφαλικός Θάνατος», Αθήνα: εκδ. Ελληνική Ιατρική.
- Ø Μπέκα Μ., Νικολουδάκη Α.,(2003), «Στάσεις των φοιτητών του Α.Π.Θ. απέναντι στο θέμα της ευθανασίας», Θεσσαλονίκη.
- Ø Μπαμπινιώτης Γ.,(2006) «Λεξικό της νέας Ελληνικής γλώσσας», Αθήνα: εκδ. β'.
- Ø Παιονίδης Φ., (1990) «Επικλήσεις της συνείδησης και επιχειρηματολογία στην ιατρική ηθική», Αθήνα: εκδ. Βήτα.
- Ø Πατσαλίδου Α.,(2006), «Στάδια κρίσης της τρίτης ηλικίας», Αθήνα: εκδ. Παρισιανός.
- Ø Πετρουλάκης Ν.,(1984) «Ψυχολογία της προσαρμογής», Αθήνα: εκδ. Γρηγόρη.
- Ø Πλάτη Δ. Χρ., (2008), «Γεροντολογική Νοσηλευτική», Αθήνα: εκδ. Παρισιανός.
- Ø Πρωτοπαπαδάκης Ε., (2003), «Η Ευθανασία απέναντι στη σύγχρονη Βιοηθική», Αθήνα – Κομοτηνή: εκδ. Σάκκουλα.

- Ø Σπινέλλη Κ., (2005), «Εγκληματολογία» Αθήνα – Κομοτηνή: εκδ. β' Σάκκουλα.
- Ø Σταφυλίδης Ν., (1992), «Νέο Λεξικό της Ελληνικής» Αθήνα: εκδ. Σταφυλίδης.
- Ø Χανιώτης Ι. Φ., (1992), «Παθολογία», Αθήνα: εκδ. Λίτσας.

Ξένη Βιβλιογραφία

- Ø Admiraal P., (1996), “Euthanasia and Assisted Suicide, in Birth to Death”, Science and Bioethics: ed. Thomasma D. & Kushner T.
- Ø Annas J., (1995), “Prudence and Morality in ancient and modern Ethics”.
- Ø Bahr, Stephen J., & Evan T. Peterson (1989) “Aging and the Family”, Lexington, Massachusetts: Lexington Books.
- Ø Baronio G., (1804), “Degli Innesti Animmali, Stamperia e Fonderia del Genio, Guiseppe Barinio and the Sheep”, Milan.
- Ø Battin M., (1992), “Voluntary Euthanasia and the Risks of Abuse: Can we learn anything from the Netherlands?” Law, Medicine & Health Care.
- Ø Battin M., (1994), “the Least Worse Death”, New York: Oxford University Press.
- Ø Beauchamp T., Childress J., (1994), Principles of Biomedical Ethics, 4th edition, Oxford: Oxford University Press.
- Ø Beauchamp T., (1996), Intending Death, the Ethics of assisted suicide and euthanasia, New Jersey: Prentice Hall.
- Ø Biggs H., (2001), “Euthanasia, Death with Dignity and the Law”, Oxford - Portland Oregon: Hart Publishing,
- Ø Black P. M., (1978), “Brain Death”, NMJK.

- Ø Burns J. P., Edward J., Johnson J., (2003), “Do-not resuscitate order after 25 years”, Crit Care Med.
- Ø Cauley, J. A., Dorman J. S., & Gangly M., (1996) “Genetic and aging epidemiology: The merging of two disciplines”: Neurology Clinics.
- Ø Cotler M. P., (2000), “Do not resuscitate, order; clinical and ethical rationale and implications”, Med Law.
- Ø Emanuel E., (1994), “Euthanasia, Historical, Ethical and Empirical Perspectives”, Archives of Internal Medicine.
- Ø Gabner K., Conrad M., (2010), “ICT enabled independent living for elderly. A Status-quo analysis on products and the research landscape in the field of Ambient Assisted Living (AAL) in EU”.
- Ø General Medical Council – GMC, (1990)
- Ø Glover J., (1995), “Causing Death and Saving Lives”, Courts, Health Science & the Law.
- Ø Hare J., Pratt C. & Nelson C., (1992) “Agreement between patients and their self – selected surrogates on difficult medical decisions: Archives Internal Medicine.
- Ø Hayflick L., (1996) “How and why we age”, New York: Ballantine Books.
- Ø Hilton B., (1991), “First do no harm”, Nashville: Abington Press.
- Ø Jan M. M., (2011), “The decision of do not resuscitate in paediatric practice”, Saudi Med J.
- Ø Kelly, M. (1996) “A Code of Ethics For Health Promotion” Social Affairs Unit: Bury St. Edmunds.
- Ø Kübler - Ross, E. (1969) “On Death and Dying”. New York: Macmillan.
- Ø Mori K., Shingu K., Nakao S., Miler R D., (2000) “Anaesthesia, Churchill Livingston”, Philadelphia.
- Ø Skegg P., (1984), Law, Ethics and Medicine – Studies in Medical Law, Oxford: Clarendon Press.

- Ø Storch J., (1982). Patients' Rights. Canada.
- Ø Stuart G., Curter W., Demy T., (1998), "Suicide and Euthanasia", Grand Rapids: Kregel Publications.
- Ø Taylor C., Lillis C., LeMone P., (2006). Fundamentals of nursing (6th edition). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Ø Truog D. R., (2007), "Brain Death – Too Flawed to Endure, too Ingrained to Abandon", the Journal of Law, Medicine & Ethics.
- Ø WHO (1983) "Vienna International Plan of action on aging. World Health assembly on aging", New York, United Nations.
- Ø World Health Organization Planning and Organization of Geriatric Services (1974).

Μεταφρασμένη Βιβλιογραφία

- Ø Αισχύλος (1992) «ΙΚέτιδες» μετάφραση Τ. Ρούσσο, Αθήνα: εκδ. Κάκτος
- Ø Βούλγαρης Ε., (2005), «Διατριβή περί ευθανασίας» μετάφραση Δημολιάτης Γιάννης & Γαλανάκης Μανώλης, Αθήνα: εκδ. «Εξάντας».
- Ø Kuczewski G. M. – Polansky R. (2007) «Βιοηθική, αρχαία θέματα σε σύγχρονους προβληματισμούς» μετάφραση Μιχάλης Κατσιμίτσης, Αθήνα: εκδ. Τραύλος,
- Ø Tucker N.,(1997) «Εφηβεία, Ωριμότητα και Τρίτη ηλικία», Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ø Tucker N., (1999) «Εφηβεία, ωριμότητα και Τρίτη ηλικία», επιμέλεια Γιαννίτσας Νικόλαος, μετάφραση Γαλανάκη Ευαγγελία, Αθήνα: επόπτης ελληνικής εκδ. Παρασκευόπουλος Ιωάννης.
- Ø Πλάτωνα Πολιτεία, (1992) βιβλίο Γ'407b Μετάφραση Ι.Ν Γρυπάρη.

Ø Πλάτωνα Πολιτεία ΙΙΙ, βιβλίο Γ΄410 α , Μετάφραση Ι.Ν Γρυπάρη.

Επιστημονικά Περιοδικά

Ø Βούρτση Ρ., (2010). Ευθανασία στη φιλοσοφία και την ιστορία, στο http://suicidehelpklimaka.blogspot.com/2010/07/blogpost_328.html?zx=21a4de31b55c468d [πρόσβαση στις 16 Απριλίου 2012].

Ø Πρωτοπαπαδάκης Ε. Δ. (1999). «ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ (Σύντομη επισκόπηση)», στο www.geocities.com/protopapadakis/euthanasia.htm?200710 [πρόσβαση στις 16 Απριλίου 2012].

Ø Duguet A. M., (2001), “Euthanasia in France”: European Journal of Health Law, available at http://www.ccne-ethique.org/english/avis/a_063.htm#deb [πρόσβαση στις 3 Ιουλίου 2012].

Ø Elliott C., (1969), “Philosopher assisted suicide and euthanasia”, British Medical Journal, available at <http://www.bmj.com/content/313/7064/1088.2.extract> [πρόσβαση στις 15 Ιουνίου 2012].

Ø Grubb A., (2001): “Euthanasia in England - A Law Lacking Compassion?”: European Journal of Health Law, available at <http://heinonline.org/HOL/LandingPage?collection=journals&handle=hein.journals/eurjhlb8&div=17&id=&page=> [πρόσβαση στις 3 Ιουλίου 2012].

Ø Macara A. W., (1984), “Confidentiality - A decrepit concept? Discussion Paper”: Journal of Royal Society of medicine, available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1439946/pdf/jrsocmed00221-0047.pdf> [πρόσβαση στις 30 Απριλίου 2012].

Ø Morris A., (1996), “Life and Death Decisions: Die, my dear doctor? That’s the last thing I shall do”: European journal of Health Law, available at

<http://heinonline.org/HOL/LandingPage?collection=journals&handle=hein.journals/erjhlb3&div=9&id=&page=> [πρόσβαση στις 15 Ιουνίου 2012].

Άρθρα από Εφημερίδες

- Ø Καραμπίνης Π.Α., (2008), «Το δράμα της ευθανασίας».
- Ø Κουκλάκη Δ., (2010), «Πως απαντάμε στο δίλημμα της ευθανασίας», <http://www.tovima.gr/society/article/?aid=344326>, [πρόσβαση 9 Ιουνίου 2012].
- Ø Λεοντάκης Α., (8-12-1992) «Ο νόμος της Ιουλίδος, Γεροντοκτονία στην Κέα (Τζια)», Εφημερίδα Το Βήμα.

Αναφορές Υπουργείων ή άλλων Κυβερνητικών Οργανισμών

- Ø Ελληνική Δημοκρατία, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2010), «Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων», available at <http://www.eom.gr/> [πρόσβαση 26 Ιουνίου 2012].
- Ø United Network for Organ Sharing (2011): UNOS: “Donate Life [Homepage of United Network for Organ Sharing”, available at <http://www.unos.org/> [πρόσβαση 28 Ιουνίου 2012].

Βοηθητικές ηλεκτρονικές διευθύνσεις στο διαδίκτυο (internet)

- Ø EOM (2008),
http://www.eom.gr/articles_list.asp?e_cat_serial=001001001&e_cat_id=3
- Ø www.statistics.gr

- Ø www.ert.gr
- Ø <http://el.wikipedia.org>
- Ø el.wiktionary.org, 2009
- Ø exandas.ert.gr
- Ø <http://www.euthanasia.com/evangel.html>
- Ø <http://www.bbc.co.uk/religion/religions/islam/islamethics/euthanasia.shtml>
- Ø <http://www.bbc.co.uk/religion/religions/buddhism/buddhistethics/euthanasiasuicide.html>
- Ø <http://www.bbc.co.uk/religion/religions/hinduism/hinduethics/euthanasia.shtml>
- Ø http://www.bioethics.gr/document.php?category_id=58&document_id=771

ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΕΣ

1. ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΩΝ: Μεγάλου Αλεξάνδρου 1, 26334, Πάτρα,
Τηλέφωνο: 2610 -369028, Φαξ: 2610-369085, web:
<http://www.lib.teipat.gr/contact.html>

2. ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΠΑΤΡΩΝ: Μαιζώνος 110, 26221, Πάτρα,
Τηλέφωνο: 2610-277751, 2610-224813 & 2610-622428, Φαξ: 2610-623873, web:
<http://www.e-patras.gr/portal/web/common/343>

3. ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ: Πανεπιστημιούπολη, 26504,
Ρίο, Τηλέφωνο: 2610-997120 & 2610-997100, Φαξ: 2610-991711, web:
<http://www.upatras.gr/index/page/id/17>

4. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ: Τριών Ναυάρχων & Μαιζώνος,
26222, Πάτρα, Τηλέφωνο: 2610-362, Φαξ: 2610-362821 web: <http://lib.eap.gr/>

5. ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ: Εθνικής
Αμύνης 27, 54621, Θεσσαλονίκη, Τηλέφωνο: 2310-374800, Φαξ: 2310-221066, web:
<http://www.thelib.gr/index.php/2009-09-05-10-04-13/8-2009-04-03-14-21-31>

6. ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ ΠΟΛΥΓΥΡΟΥ ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ: Πολυτεχνείου
50, 63100, Πολύγυρος Χαλκιδικής, Τηλέφωνο: 23710-21310, Φαξ: 23710-22266,
web:http://www.polygyros.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=17&Itemid=60

7. ΔΑΝΕΙΣΜΟΣ ΒΙΒΛΙΩΝ & ΠΕΡΙΟΔΙΚΩΝ ΜΕΣΩ ΤΟΥ «ΖΕΦΥΡΟΣ»:
web:http://portal.lib.aegean.gr/portal/dt?AegeanLib/Body/Home/HomeBody.setSelected=AegeanLib/Body/Home/HomeBody/HomeHidden&last=false#portal_txt.phtml?prnbr=1198053923197

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΑΡΘΡΑ ΤΟΥ ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΟΣ

Άρθρο 47: Δικαιώματα Πολιτών

1. Το δικαίωμα στη ζωή είναι απαραβίαστο.
2. Κανένας Νόμος δεν θεσπίζει την θανατική ποινή, και καμία Αρχή δεν μπορεί να την εφαρμόζει.
3. Το Κράτος προστατεύει τη ζωή όσων στερούνται την ελευθερία τους, υπηρετώντας στο στράτευμα ή σε Δημόσιες Αρχές, ή όσων υπόκεινται στην Διοίκησή του με οποιονδήποτε τρόπο.

Άρθρο 104: Τρίτη Ηλικία

1. Το Κράτος εγγυάται στους ηλικιωμένους την πλήρη άσκηση των δικαιωμάτων και των εγγυήσεών τους.
2. Το Κράτος, με την αλληλέγγυα συμμετοχή της οικογένειας και της κοινωνίας, υποχρεούται να σέβεται την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, την αυτονομία τους και να παρέχει στους ηλικιωμένους, ολοκληρωμένη φροντίδα και τα οφέλη της κοινωνικής ασφάλισης που εξυψώνουν και εξασφαλίζουν την ποιότητα της ζωής τους.
3. Οι κάθε είδους συντάξεις που χορηγούνται μέσω του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης δεν μπορούν να είναι κατώτερες από τον κατώτατο μισθό που καταβάλλεται, βάσει της Εθνικής Συλλογικής Σύμβασης Εργασίας.
4. Στους ηλικιωμένους είναι εγγυημένο το δικαίωμα σε μία εργασία ανάλογη εκείνων που εκδηλώνουν την επιθυμία και την ικανότητα για τούτο.

Άρθρο 113: Κοινωνική Ασφάλιση

1. Καθένας έχει δικαίωμα στην κοινωνική ασφάλιση ως δημόσιο αγαθό μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, που εγγυάται την υγεία και εξασφαλίζει την προστασία στους τομείς της μητρότητας, της πατρότητας, της ασθένειας, αναπηρίας, καταστροφικών παθήσεων, ανικανότητας, ειδικών αναγκών, εργατικών ατυχημάτων, απώλειας της εργασίας, ανεργίας, γήρατος, χηρείας, απώλειας των γονέων σε νεαρή

ηλικία, κατοικίας, καθηκόντων επιβεβλημένων από την οικογενειακή ζωή και οποιασδήποτε άλλης περίπτωσης κοινωνικής πρόληψης.

2. Το Κράτος υποχρεούται να εξασφαλίζει την αποτελεσματικότητα αυτού του δικαιώματος, δημιουργώντας ένα καθολικό και ολοκληρωμένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης με συλλογική, ενιαία, αποτελεσματική και συμμετοχική χρηματοδότηση από άμεσες ή έμμεσες εισφορές.

Άρθρο 114: Κοινωνική Ασφάλιση

Η μη δυνατότητα οικονομικής εισφοράς δεν αποτελεί λόγο για αποκλεισμό των ατόμων από την προστασία του Κράτους.

ΠΟΙΝΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ

Άρθρο 299: Ανθρωποκτονία με πρόθεση

Όποιος με πρόθεση σκότωσε άλλον τιμωρείται με την ισόβια κάθειρξη. Αν η πράξη αποφασίστηκε και εκτελέστηκε σε βρασμό ψυχικής ορμής, επιβάλλεται η ποινή της πρόσκαιρης κάθειρξης.

Άρθρο 300: Ανθρωποκτονία με συναίνεση

Όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο γι' αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια τιμωρείται με φυλάκιση.

Άρθρο 301: Συμμετοχή σε αυτοκτονία

Όποιος με πρόθεση κατέπεισε άλλον να αυτοκτονήσει, αν τελέστηκε η αυτοκτονία ή έγινε απόπειρα της, καθώς και όποιος έδωσε βοήθεια κατ' αυτήν, τιμωρείται με φυλάκιση.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

ΚΩΔΙΚΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Άρθρο 2: Η άσκηση της ιατρικής ως λειτούργημα

1. Η άσκηση της ιατρικής είναι λειτούργημα που αποσκοπεί στη διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου, καθώς και στην ανακούφισή του από τον πόνο.
2. Ο ιατρός τηρεί τον όρκο του Ιπποκράτη, ασκεί το έργο του σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και πρέπει, κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, να αποφεύγει κάθε πράξη ή παράλειψη η οποία μπορεί να βλάψει την τιμή και την αξιοπρέπεια του ιατρού και να κλονίσει την πίστη του κοινού προς το ιατρικό επάγγελμα. Οφείλει, επίσης, να διατηρεί σε υψηλό επίπεδο την επαγγελματική του συμπεριφορά, ώστε να καταξιώνεται στη συνείδηση του κοινωνικού συνόλου και να προάγει το κύρος και την αξιοπιστία του ιατρικού σώματος. Ο ιατρός πρέπει να επιδεικνύει τη συμπεριφορά αυτή όχι μόνον κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, αλλά και στο πλαίσιο της γενικότερης κοινωνικής έκφρασης της προσωπικότητάς του.
3. Το ιατρικό λειτούργημα ασκείται σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Διέπεται από απόλυτο σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους χωρίς διάκριση φύλου, φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, ηλικίας, σεξουαλικού προσανατολισμού, κοινωνικής θέσης ή πολιτικής ιδεολογίας.
4. Ο ιατρός σέβεται την ανθρώπινη ζωή ακόμη και κάτω από απειλή και δεν χρησιμοποιεί τις γνώσεις του ενάντια στις αρχές του ανθρωπισμού. Δεν συντρέχει ούτε παρέχει υποστήριξη σε βασανιστήρια ή άλλες μορφές εξευτελιστικής και απάνθρωπης συμπεριφοράς, οποιαδήποτε και αν είναι η πράξη για την οποία κατηγορείται ή θεωρείται ένοχο ή ύποπτο το θύμα αυτών των διαδικασιών, σε καιρό ειρήνης ή πολέμου.

5. Ο ιατρός, επικαλούμενος λόγους συνείδησης, έχει δικαίωμα να μη μετέχει σε νόμιμες ιατρικές επεμβάσεις στις οποίες αντιτίθεται συνειδησιακά, εκτός από επείγουσες περιπτώσεις.
6. Αν η κρίση του ιατρού ενδέχεται να επηρεασθεί από μία ιατρική κατάσταση από την οποία υποφέρει, καθώς και εάν ο ιατρός πάσχει ή είναι φορέας ενός μεταδοτικού νοσήματος, πρέπει να αναζητήσει συμβουλή από ιατρό εργασίας ή κατάλληλα καταρτισμένους συναδέλφους σχετικά με την αναγκαιότητα ή τον τρόπο αλλαγής παροχής των υπηρεσιών του. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ιατρός δεν πρέπει να επαφίεται στην αποκλειστική προσωπική του εκτίμηση σχετικά με την ύπαρξη κινδύνου.

Άρθρο 3: Ηθική και επιστημονική ανεξαρτησία του ιατρού

1. Κάθε ιατρός απολαύει κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, επιστημονικής ελευθερίας και ελευθερίας της συνείδησής του, παρέχει δε τις ιατρικές του υπηρεσίες με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια.
2. Ο ιατρός ενεργεί με βάση: α) την εκπαίδευση που του έχει παρασχεθεί κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών του σπουδών, την άσκησή του για την απόκτηση τίτλου ιατρικής ειδικότητας και τη συνεχιζόμενη ιατρική του εκπαίδευση, β) την πείρα και τις δεξιότητες που αποκτά κατά την άσκηση της ιατρικής και γ) τους κανόνες της τεκμηριωμένης και βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής επιστήμης.
3. Ο ιατρός, κατά την άσκηση της ιατρικής, ενεργεί με πλήρη ελευθερία, στο πλαίσιο των γενικά αποδεκτών κανόνων και μεθόδων της ιατρικής επιστήμης, όπως αυτοί διαμορφώνονται με βάση τα αποτελέσματα της εφαρμοσμένης σύγχρονης επιστημονικής έρευνας. Έχει δικαίωμα για επιλογή μεθόδου θεραπείας, την οποία κρίνει ότι υπερτερεί σημαντικά έναντι άλλης, για τον συγκεκριμένο ασθενή, με βάση τους σύγχρονους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, και παραλείπει τη χρήση μεθόδων που δεν έχουν επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση.
4. Οποιαδήποτε διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδος, η οποία δεν εφαρμόζεται από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα, χαρακτηρίζεται ως πειραματική και η

εφαρμογή της επιτρέπεται μόνο σύμφωνα με το νομικό και δεοντολογικό πλαίσιο που διέπει τη διεξαγωγή της επιστημονικής έρευνας.

Άρθρο 4: Εξασφάλιση ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας

1. Ο ιατρός πρέπει να προάγει την ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την ίση κατανομή των πόρων. Οφείλει, επίσης, να αποφεύγει τη διακριτική μεταχείριση που προκύπτει από εκπαιδευτικές, νομικές, οικονομικές, κοινωνικές και γεωγραφικές διαφοροποιήσεις.
2. Ο ιατρός πρέπει να συνεργάζεται αρμονικά με τους συναδέλφους του και το λοιπό προσωπικό και να προβαίνει σε κάθε ενέργεια, προκειμένου να αποφευχθούν τα ιατρικά λάθη, να εξασφαλισθεί η ασφάλεια των ασθενών, να ελαχιστοποιηθεί η σπατάλη των πόρων και να μεγιστοποιηθούν τα αποτελέσματα της παροχής φροντίδας υγείας.
3. Ο ιατρός οφείλει, χωρίς να περιορίζεται η ηθική και επιστημονική ανεξαρτησία του, και χωρίς να παραβλέπει το όφελος του συγκεκριμένου ασθενή, να συνταγογραφεί και να προχωρεί μόνο στις ιατρικές πράξεις οι οποίες είναι απαραίτητες για την εξασφάλιση της ποιότητας, της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της υγειονομικής φροντίδας ή της θεραπείας που παρέχεται.
4. Ο ιατρός πρέπει, τόσο ατομικά όσο και μέσω των ιατρικών εταιρειών και συλλόγων, να συμβάλλει στη δημιουργία και εφαρμογή μηχανισμών που στοχεύουν στην ενθάρρυνση της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Άρθρο 8: Η ιατρική ως σχέση εμπιστοσύνης και σεβασμού

1. Η συμπεριφορά του ιατρού προς τον ασθενή του πρέπει να είναι αυτή που προσήκει και αρμόζει στην επιστήμη του και την αποστολή του λειτουργημάτος του.
2. Ο ιατρός φροντίζει για την ανάπτυξη σχέσεων αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ αυτού και του χρήστη – ασθενή. Ακούει τους ασθενείς του,

τους συμπεριφέρεται με σεβασμό και κατανόηση και σέβεται τις απόψεις, την ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπειά τους.

3. Ο ιατρός δεν παρεμβαίνει στην προσωπική και οικογενειακή ζωή του ασθενή, παρά μόνο στο μέτρο, στο βαθμό και στην έκταση που είναι αναγκαίο και αρκετό για την αποτελεσματική προσφορά των ιατρικών υπηρεσιών του εφόσον αυτό του έχει επιτραπεί.
4. Ο ιατρός, κατά την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών, σέβεται τις θρησκευτικές, φιλοσοφικές, ηθικές ή πολιτικές απόψεις και αντιλήψεις του ασθενή. Οι απόψεις του ιατρού σχετικά με τον τρόπο ζωής του ασθενή, τις πεποιθήσεις και την κοινωνική ή οικονομική κατάσταση του τελευταίου δεν επιτρέπεται να επηρεάζουν τη φροντίδα ή τη θεραπευτική αντιμετώπιση που παρέχεται.
5. Ο ιατρός δεν πρέπει να εκμεταλλεύεται την εμπιστοσύνη του ασθενή, να χρησιμοποιεί τη θέση του για τη σύναψη ανάρμοστων προσωπικών σχέσεων με τους ασθενείς ή τους συγγενείς τους, να ασκεί οικονομικές ή άλλες πιέσεις, να αποκαλύπτει εμπιστευτικές πληροφορίες και να συστήνει θεραπείες ή να παραπέμπει τους ασθενείς σε εξετάσεις οι οποίες δεν είναι προς το συμφέρον τους.
6. Όταν ο ιατρός, μετά το πέρας των καθηκόντων του, παραδίδει τη φροντίδα του ασθενή του σε άλλο συνάδελφό του, πρέπει να εξασφαλίζει ότι η διαδικασία παράδοσης γίνεται αποτελεσματικά και μετά από ακριβή και σαφή ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση, τις ανάγκες του ασθενή και τις υπάρχουσες εκκρεμότητες.
7. Ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να διευκολύνει τη συγκρότηση ιατρικού συμβουλίου, όταν το ζητούν ο ασθενής ή οι οικείοι του.

Άρθρο 9: Υποχρεώσεις του ιατρού προς τον ασθενή

1. Ο ιατρός δίνει προτεραιότητα στην προστασία της υγείας του ασθενή.
2. Ο ιατρός δεν μπορεί να αρνείται την προσφορά των υπηρεσιών του για λόγους άσχετους προς την επιστημονική του επάρκεια, εκτός εάν συντρέχει

ειδικός λόγος, που να καθιστά αντικειμενικά αδύνατη την προσφορά των υπηρεσιών του.

3. Ο ιατρός οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών ανεξάρτητα από την ειδικότητά του. Η υποχρέωση αυτή βαρύνει τον ιατρό, ακόμη και όταν δεν υπάρχουν τα κατάλληλα μέσα για την άσκηση της ιατρικής, και ισχύει μέχρι την παραπομπή του ασθενή σε ιατρό κατάλληλης ειδικότητας ή τη μεταφορά του σε κατάλληλη μονάδα παροχής υπηρεσιών φροντίδας και περίθαλψης. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός οφείλει να εξαντλήσει τις υπάρχουσες, κάτω από τις δεδομένες συνθήκες, δυνατότητες, σύμφωνα με τις επιταγές της ιατρικής επιστήμης.
4. Ο ιατρός μπορεί να διακόψει την παροχή των υπηρεσιών, που ήδη προσφέρει στον ασθενή του, για λόγους επιστημονικούς ή προσωπικούς και εφόσον δεν τίθεται σε άμεσο κίνδυνο η υγεία ή η ζωή του τελευταίου. Στην περίπτωση αυτή, οφείλει, εφόσον του ζητηθεί, να υποδείξει άλλο συνάδελφό του για την αναπλήρωσή του.
5. Ο ιατρός οφείλει, σε κάθε περίπτωση επέλευσης έκτακτης ανάγκης ή μαζικής καταστροφής, ανεξαρτήτως της ένταξής του σε σχέδιο αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών, να προσφέρει τις ιατρικές υπηρεσίες του, έστω και χωρίς αμοιβή ή αποζημίωση.

Άρθρο 11: Υποχρέωση ενημέρωσης

1. Ο ιατρός έχει καθήκον αληθείας προς τον ασθενή. Οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί, ανάλογα, στη λήψη αποφάσεων.
2. Ο ιατρός σέβεται την επιθυμία των ατόμων τα οποία επιλέγουν να μην ενημερωθούν. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ασθενής έχει δικαίωμα να ζητήσει

από τον ιατρό να ενημερώσει αποκλειστικά άλλο ή άλλα πρόσωπα, που ο ίδιος θα υποδείξει, για την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες ή και τους κινδύνους από την εκτέλεσή της, καθώς και για το βαθμό πιθανολόγησής τους.

3. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να καταβάλλεται κατά την ενημέρωση που αφορά σε ειδικές επεμβάσεις, όπως μεταμοσχεύσεις, μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, επεμβάσεις αλλαγής ή αποκαταστάσεως φύλου, αισθητικές ή κοσμητικές επεμβάσεις.
4. Αν τα πρόσωπα δεν έχουν την ικανότητα να συναινέσουν για την εκτέλεση ιατρικής πράξης, ο ιατρός τα ενημερώνει στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό. Ενημερώνει, επίσης, τα τρίτα πρόσωπα, που έχουν την εξουσία να συναινέσουν για την εκτέλεση της πράξης αυτής, κατά τις διακρίσεις του επόμενου άρθρου.

Άρθρο 12: Συναίνεση του ενημερωμένου ασθενή

1. Ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή.
2. Προϋποθέσεις της έγκυρης συναίνεσης του ασθενή είναι οι ακόλουθες: α) Να παρέχεται μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση, σύμφωνα με το προηγούμενο άρθρο. β) Ο ασθενής να έχει ικανότητα για συναίνεση. Αν ο ασθενής είναι ανήλικος, η συναίνεση δίδεται από αυτούς που ασκούν τη γονική μέριμνα ή έχουν την επιμέλειά του. Λαμβάνεται, όμως, υπόψη και η γνώμη του, εφόσον ο ανήλικος, κατά την κρίση του ιατρού, έχει την ηλικιακή, πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα να κατανοήσει την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης και τις συνέπειες ή τα αποτελέσματα ή τους κινδύνους της πράξης αυτής. Στην περίπτωση της παραγράφου 3 του άρθρου 11 απαιτείται πάντοτε η συναίνεση των προσώπων που ασκούν τη γονική μέριμνα του ανηλίκου. Αν ο ασθενής δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης, η συναίνεση για την εκτέλεση ιατρικής πράξης δίδεται από τον δικαστικό συμπαραστάτη, εφόσον αυτός έχει οριστεί. Αν δεν υπάρχει

δικαστικός συμπαραστάτης, η συναίνεση δίδεται από τους οικείους του ασθενή. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός πρέπει να προσπαθήσει να εξασφαλίσει την εκούσια συμμετοχή, σύμπραξη και συνεργασία του ασθενή, και ιδίως εκείνου του ασθενή που κατανοεί την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης, τους κινδύνους, τις συνέπειες και τα αποτελέσματα της πράξης αυτής. γ) Η συναίνεση να μην είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής και να μην έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη. δ) Η συναίνεση να καλύπτει πλήρως την ιατρική πράξη και κατά το συγκεκριμένο περιεχόμενό της και κατά το χρόνο της εκτέλεσής της.

3. Κατ' εξαίρεση δεν απαιτείται συναίνεση: α) στις επείγουσες περιπτώσεις, κατά τις οποίες δεν μπορεί να ληφθεί κατάλληλη συναίνεση και συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας, β) στην περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας ή γ) αν οι γονείς ανήλικου ασθενή ή οι συγγενείς ασθενή που δεν μπορεί για οποιονδήποτε λόγο να συναινέσει ή άλλοι τρίτοι, που έχουν την εξουσία συναίνεσης για τον ασθενή, αρνούνται να δώσουν την αναγκαία συναίνεση και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης, προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενή.

Άρθρο 13: Ιατρικό απόρρητο

1. Ο ιατρός οφείλει να τηρεί αυστηρά απόλυτη εχεμύθεια για οποιοδήποτε στοιχείο υποπίπτει στην αντίληψή του ή του αποκαλύπτει ο ασθενής ή τρίτοι, στο πλαίσιο της άσκησης των καθηκόντων του, και το οποίο αφορά στον ασθενή ή τους οικείους του.
2. Για την αυστηρή και αποτελεσματική τήρηση του ιατρικού απορρήτου, ο ιατρός οφείλει: α) να ασκεί την αναγκαία εποπτεία στους βοηθούς, στους συνεργάτες ή στα άλλα πρόσωπα που συμπράττουν ή συμμετέχουν ή τον στηρίζουν με οποιονδήποτε τρόπο κατά την άσκηση του λειτουργήματός του και β) να λαμβάνει κάθε μέτρο διαφύλαξης του απορρήτου και για το χρόνο μετά τη – με οποιονδήποτε τρόπο- παύση ή λήξη άσκησης του λειτουργήματός του.

3. Η άρση του ιατρικού απορρήτου επιτρέπεται όταν: α) Ο ιατρός αποβλέπει στην εκπλήρωση νομικού καθήκοντος. Νομικό καθήκον συντρέχει, όταν η αποκάλυψη επιβάλλεται από ειδικό νόμο, όπως στις περιπτώσεις γέννησης, θανάτου, μολυσματικών νόσων και άλλες, ή από γενικό νόμο, όπως στην υποχρέωση έγκαιρης αναγγελίας στην αρχή, όταν ο ιατρός μαθαίνει με τρόπο αξιόπιστο ότι μελετάται κακούργημα ή ότι άρχισε ήδη η εκτέλεσή του και, μάλιστα, σε χρόνο τέτοιο, ώστε να μπορεί ακόμα να προληφθεί η τέλεση ή το αποτέλεσμα του. β) Ο ιατρός αποβλέπει στη διαφύλαξη έννομου ή άλλου δικαιολογημένου, ουσιώδους δημοσίου συμφέροντος ή συμφέροντος του ίδιου του ιατρού ή κάποιου άλλου, το οποίο δεν μπορεί να διαφυλαχθεί διαφορετικά. γ) Όταν συντρέχει κατάσταση ανάγκης ή άμυνας.
4. Η υποχρέωση τήρησης ιατρικού απορρήτου αίρεται, εάν συναινεί σε αυτό εκείνος στον οποίο αφορά, εκτός εάν η σχετική δήλωσή του δεν είναι έγκυρη, όπως στην περίπτωση, που αυτή είναι προϊόν πλάνης, απάτης, απειλής, σωματικής ή ψυχολογικής βίας, ή εάν η άρση του απορρήτου συνιστά προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.
5. Οι ιατροί που ασκούν δημόσια υπηρεσία ελέγχου, επιθεώρησης ή πραγματογνωμοσύνης απαλλάσσονται από την υποχρέωση τήρησης του ιατρικού απορρήτου μόνο έναντι των εντολών τους και μόνο ως προς το αντικείμενο της εντολής και τους λοιπούς όρους χορήγησής της.
6. Η υποχρέωση τήρησης και διαφύλαξης του ιατρικού απορρήτου δεν παύει να ισχύει με το θάνατο του ασθενή.

Άρθρο 14: Τήρηση ιατρικού αρχείου

1. Ο ιατρός υποχρεούται να τηρεί ιατρικό αρχείο, σε ηλεκτρονική ή μη μορφή, το οποίο περιέχει δεδομένα που συνδέονται αρρήκτως ή αιτιωδώς με την ασθένεια ή την υγεία των ασθενών του. Για την τήρηση του αρχείου αυτού και την επεξεργασία των δεδομένων του εφαρμόζονται οι διατάξεις του ν. 2472/1997 (ΦΕΚ 50 Α').
2. Τα ιατρικά αρχεία πρέπει να περιέχουν το ονοματεπώνυμο, το πατρώνυμο, το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα, τη διεύθυνση του ασθενή, τις ημερομηνίες

της επίσκεψης, καθώς και κάθε άλλο ουσιώδες στοιχείο που συνδέεται με την παροχή φροντίδας στον ασθενή, όπως, ενδεικτικά και ανάλογα με την ειδικότητα, τα ενοχλήματα της υγείας του και το λόγο της επίσκεψης, την πρωτογενή και δευτερογενή διάγνωση ή την αγωγή που ακολουθήθηκε.

3. Οι κλινικές και τα νοσοκομεία τηρούν στα ιατρικά τους αρχεία και τα αποτελέσματα όλων των κλινικών και παρακλινικών εξετάσεων.
4. Η υποχρέωση διατήρησης των ιατρικών αρχείων ισχύει: α) στα ιδιωτικά ιατρεία και τις λοιπές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ιδιωτικού τομέα, για μία δεκαετία από την τελευταία επίσκεψη του ασθενή και β) σε κάθε άλλη περίπτωση, για μία εικοσαετία από την τελευταία επίσκεψη του ασθενή.
5. Ο ιατρός λαμβάνει όλα τα αναγκαία μέτρα, έτσι ώστε στην περίπτωση επιστημονικών δημοσιεύσεων να μην γνωστοποιείται με οποιονδήποτε τρόπο η ταυτότητα του ασθενή στον οποίο αφορούν τα δεδομένα. Εάν, λόγω της φύσης της δημοσίευσης, είναι αναγκαία η αποκάλυψη της ταυτότητας του ασθενή ή στοιχείων που υποδεικνύουν ή μπορούν να οδηγήσουν στην εξακρίβωση της ταυτότητάς του, απαιτείται η ειδική έγγραφη συναίνεσή του.
6. Ο ιατρός τηρεί τα επαγγελματικά του βιβλία με τέτοιο τρόπο, ώστε να εξασφαλίζεται το ιατρικό απόρρητο και η προστασία των προσωπικών δεδομένων.
7. Στα ιατρικά αρχεία δεν πρέπει να αναγράφονται κρίσεις ή σχολιασμοί για τους ασθενείς, παρά μόνον εάν αφορούν στην ασθένειά τους.
8. Ο ασθενής έχει δικαίωμα πρόσβασης στα ιατρικά αρχεία, καθώς και λήψης αντιγράφων του φακέλου του. Το δικαίωμα αυτό, μετά το θάνατό του, ασκούν οι κληρονόμοι του, εφόσον είναι συγγενείς μέχρι τετάρτου βαθμού.
9. Δεν επιτρέπεται σε τρίτο η πρόσβαση στα ιατρικά αρχεία ασθενή. Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται η πρόσβαση: α) στις δικαστικές και εισαγγελικές αρχές κατά την άσκηση των καθηκόντων τους αυτεπάγγελα ή μετά από αίτηση τρίτου που επικαλείται έννομο συμφέρον και σύμφωνα με τις νόμιμες διαδικασίες, β) σε άλλα όργανα της Ελληνικής Πολιτείας, που με βάση τις καταστατικές τους διατάξεις έχουν τέτοιο δικαίωμα και αρμοδιότητα.

10. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα πρόσβασης, σύμφωνα με τις οικείες διατάξεις, στα εθνικά ή διεθνή αρχεία στα οποία έχουν εισέλθει τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που τον αφορούν.

Άρθρο 29: Ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής

1. Ο ιατρός, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό της στάδιο, ακόμη και αν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή. Του προσφέρει παρηγορητική αγωγή και συνεργάζεται με τους οικείους του ασθενή προς αυτήν την κατεύθυνση. Σε κάθε περίπτωση, συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του και φροντίζει ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπειά του μέχρι το σημείο αυτό.
2. Ο ιατρός λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής, ακόμη και αν, κατά το χρόνο της επέμβασης, ο ασθενής δεν είναι σε θέση να τις επαναλάβει.
3. Ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενή να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου.

Νομοθεσία της Ελβετίας για την κλινική Dignitas

Article 115 of the Swiss Federal Criminal Code (StGB) states that:

“Whoever, from selfish motives, induces another person to commit suicide or aids him in it, shall be confined in the penitentiary for not over five years, or in the prison, provided that the suicide has either been completed or attempted.”

In plain English that means: anyone who helps someone to commit suicide, providing they are not acting out of selfish motives, cannot be punished. „Selfish motives” would be, for example, if through assisting in suicide someone could inherit assets earlier or would get rid of a financial obligation of support. Yet, the fact that someone

receives a normal financial compensation for assistance with suicide cannot fulfil the element of crime of “selfish motive”.

In the case of medically diagnosed hopeless or incurable illnesses, unbearable pain or unendurable disabilities, DIGNITAS offers its members the option of an accompanied suicide.

Naturally, each permitted use of a fatally effective medication requires a Swiss doctor’s prescription, for only by this means can the drug legally be procured.

DIGNITAS always establishes whether the pre-conditions to be complied with by DIGNITAS for assistance with suicide are met, and whether the wish to die reflects the settled and declared will of the member. In this, it is particularly important to determine whether the member’s capacity of discernment is impaired in any way, and whether anyone close to him/her, or third parties, are pushing the member towards suicide for any reason.

Περισσότερες πληροφορίες στην ιστοσελίδα της Κλινικής Dignitas:

<http://www.dignitas.ch>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

ΑΡΘΡΑ ΑΠΟ ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ

Ευάλωτη στην κατάθλιψη η τρίτη ηλικία

Γράφει ο ΚΩΣΤΑΣ ΛΩΛΗΣ, διευθυντής του ψυχιατρικού τμήματος του Σισμανόγλειου Νοσοκομείου

Ο 20ός αιώνας ξεκίνησε σαν αιώνας του άγχους και εξελίχθηκε σε αιώνα της κατάθλιψης. Ο 21ος συνεχίζει στην ίδια κατεύθυνση. Περίπου 20% των γυναικών και 10% των αντρών θα εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης στη διάρκεια της ζωής τους.



Όταν λέμε κατάθλιψη εννοούμε ότι το άτομο τουλάχιστον για 2 εβδομάδες έχει απολέσει τα ενδιαφέροντα του, την ευχαρίστηση για ό, τι του έδινε χαρά από δραστηριότητες και ψυχαγωγία και έχει ακεφιά, έλλειψη ελπίδας, αϋπνία ή υπερυπνία, χαμηλή ή αυξημένη όρεξη, μείωση ή απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας. Μπορεί, επίσης, να έχει σκέψεις αναξιότητας και αυτομομφής, ιδέες και απόπειρες αυτοκτονίας.

Η τρίτη ηλικία (άτομα μεγαλύτερα των 65 χρόνων) αποτελεί περίπου το 23% του πληθυσμού μας και είναι ιδιαίτερα ευάλωτη στην κατάθλιψη. Στατιστικά, πάνω από το 15% πάσχει από κατάθλιψη, ποσοστό που ανεβαίνει μέχρι το 25% σε περιβάλλον γηροκομείου.

Το τελευταίο μάς επιβεβαιώνει ότι οικογενειακοί και κοινωνικοί παράγοντες πυροδοτούν την εμφάνιση της νόσου. Η οικογένεια είναι μια πυρηνική (γονείς και παιδιά) και οι παππούδες, γιαγιάδες μένουν συνήθως μόνοι, με κάποια βοήθεια ή σε οίκους ευγηρίας. Ο παλαιός ρόλος της τρίτης ηλικίας, να δίδει συμβουλές και να καθοδηγεί τις νεότερες γενιές, έχει οριστικά απολεστεί.

Μόνοι λοιπόν (1 στους 3 ηλικιωμένους νιώθει μοναξιά), με μείωση των σωματικών και πνευματικών ικανοτήτων. Δεν ακούμε και δεν βλέπουμε το ίδιο καλά, η μυϊκή μας δύναμη μειώνεται, οι ρυτίδες γεμίζουν το σώμα και το πρόσωπό μας, η σεξουαλικότητα μειωμένη, σωματικές νόσοι εισβάλλουν από παντού, η νοητική μας ικανότητα σε έκπτωση. Πώς λοιπόν να μην έχουμε κατάθλιψη;

Μια κατάθλιψη βέβαια που αποδεδειγμένα προδιαθέτει για άνοια (μεγάλη μάλιστα της τρίτης ηλικίας) και άλλες σωματικές νόσους. Επίσης, προκαλεί σοβαρή επιβάρυνση της λειτουργικότητας των ηλικιωμένων, των συγγενών και των φροντιστών, απειλεί την ύπαρξή τους με το ενδεχόμενο της αυτοκτονίας. Η εφηβεία και η τρίτη ηλικία είναι οι πιο κρίσιμες ηλικίες για αυτοκτονία.

Σε όλο αυτό το ζοφερό κλίμα τι μπορούμε να προτείνουμε;

* Την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

Συγκεκριμένα, η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους υποδιαγιγνώσκεται γιατί συνήθως παρουσιάζεται σαν υπερβολική ενασχόληση με σωματικά συμπτώματα. Η θεραπεία συνήθως απαιτεί φάρμακα (αντικαταθλιπτικά) που έχουν επιτυχία πάνω από 80% και μειωμένες παρενέργειες σε σχέση με τα παλαιότερα. Επίσης, απαραίτητη είναι και η ψυχοθεραπεία. Το καλύτερο «φάρμακο» είναι να αισθάνεται κάποιος χρήσιμος στην οικογένειά του και στο περιβάλλον.

Τρέχουμε, επίσης, να βρούμε στη σύνταξη από δουλειές που δίνουν ικανοποίηση έργου και προσφοράς. Είναι χρήσιμο αυτό στην ψυχική μας υγεία; Με τη συνταξιοδότηση θα πρέπει να βρούμε ασχολίες, ενδιαφέροντα και να ενταχθούμε σε κοινωνικές ομάδες και δομές που θα μας επιτρέψουν να καλύπτουμε δημιουργικά το χρόνο μας.

Η παλιά ηγεμονική σχέση με τα παιδιά και τα εγγόνια ορθά έπαψε να υπάρχει, αλλά έχει αντικατασταθεί με τη συμπαράσταση και υποστήριξη των παιδιών και με μια γλυκιά και τρυφερή σχέση με τα εγγόνια μας. Ας το εκμεταλλευτούμε αυτό για το καλό όλων μας.

* Την ανάγκη για τη φιλοσοφική μας ενασχόληση με τα γηρατειά και το θάνατο.

Αντιμετωπίζουμε, δυστυχώς, περιπτώσεις ηλικιωμένων που προσπαθούν να μείνουν άυπνοι το βράδυ από το φόβο μήπως πεθάνουν στον ύπνο τους ξαφνικά. Η απειλή του θανάτου παραλύει κάθε σκέψη και δραστηριότητα. Φόβος, βέβαια, για κάτι που είναι το πιο σίγουρο ότι θα μας συμβεί.

Κάποιος είπε πως όσοι φοβούνται να ζήσουν, οι ίδιοι μετά φοβούνται και να πεθάνουν, υποδηλώνοντας ότι όσο ομαλή και γεμάτη παραστάσεις και έργα ζωής είναι η νεότητα, τόσο πιο εύκολα αντιμετωπίζουμε τη φυσική κατάληξη των γηρατειών και του θανάτου. Άλλωστε, τα γηρατειά δεν έρχονται ποτέ απροειδοποίητα. Τα άσπρα μαλλιά, οι ρυτίδες, η μείωση δύναμης και αντοχής μας προειδοποιούν από τα 50 μας χρόνια. Είναι σωστό από τότε να σκεπτόμαστε και να προετοιμαζόμαστε για την εξέλιξη αυτή στη ζωή μας.

Έχουμε ελπίδα;

Ας πάρουμε το πιο απαισιόδοξο σενάριο. Είμαστε γέροι και φοβισμένοι, η ζωή μας στάθηκε σκληρή, δεν μπορέσαμε να ζήσουμε και να δημιουργήσουμε αυτά που θέλαμε, δεν πιστεύουμε σε μια καλύτερη επόμενη ζωή ή στον παράδεισο. Έχουμε ελπίδα;

Είναι γεγονός ότι εκείνο που έχει σημασία και μένει από την παρουσία μας στη ζωή είναι οι πράξεις και τα έργα μας. Όμως οι γνώσεις μας, ο πολιτισμός μας, οι αξίες

μας, δεν είναι μόνο έργα του Μεγάλου Αλεξάνδρου, του Φρόνιτ, των πολιτικών κ.λπ., είναι αποτέλεσμα τρισεκατομμυρίων έργων ανώνυμων ανθρώπων.

Ένα χάνδι στα μαλλιά και ένα παραμύθι στον εγγονό μας ή στο γειτονόπουλο, μια συμβουλή για ηρεμία και αυτοσυγκράτηση στο θυμωμένο γιο μας ή το γείτονα, μια βοήθεια σε κάποιον πιο γέρο και ανήμπορο από εμάς δεν είναι σημαντική πράξη;

Ας δείξουμε γενναιότητα και -πραγματικά ή μεταφορικά- ας φυτέψουμε ένα σποροφόρο δέντρο, γνωρίζοντας ότι σίγουρα δεν θα προλάβουμε τους καρπούς του. Η επόμενη γενιά θα τους χαρεί. Η συνέχειά μας υπάρχει. Ίσως το τελευταίο είναι το καλύτερο φάρμακο για να αποφύγουμε την κατάθλιψη στα στερνά μας.

(<http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=245932>, ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ)

Η κλινική του ευσπλαχνικού θανάτου

Στη Ζυρίχη της Ελβετίας λειτουργεί μια ιδιότυπη κλινική, στην οποία καταφεύγουν ασθενείς με ανίατα νοσήματα από όλο τον κόσμο για να τερματίσουν τη ζωή τους. Εκμεταλλευόμενη τον νόμο που αναφέρει ότι όταν η υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν γίνεται από ιδιοτέλεια αλλά από συμπόνια, τότε δεν επιφέρει ποινές, οι υπεύθυνοι της κλινικής βοηθούν στα δέκα χρόνια της λειτουργίας της εκατοντάδες ασθενείς να τερματίσουν ήσυχα την όλο πόνους ζωή τους. Ιδρυτής της, ο Λούντβιχ Μινέλι, δικηγόρος το επάγγελμα, που έδωσε μάχες ώστε ο αξιοπρεπής θάνατος να μπορεί να είναι δικαίωμα όλων.

Η κλινική δέχεται σφοδρή κριτική από ανθρώπους που υποστηρίζουν ότι αρκετοί από τους ασθενείς που πέθαναν εκεί δεν ήταν στα τελευταία στάδια κάποιας ασθένειας, απλώς ήταν καταθλιπτικοί. Τα ηθικά προβλήματα που προκύπτουν είναι τεράστια και η κλινική είναι μονίμως στο στόχαστρο πολιτικών, ΜΜΕ και οργανώσεων «υπέρ της ζωής». Από την άλλη, οι υπεύθυνοι της κλινικής υποστηρίζουν ότι κάθε εισαγωγή ασθενή γίνεται έπειτα από ενδελεχή έρευνα και τα κριτήρια για να καταφύγει κάποιος εκεί είναι εξαιρετικά αυστηρά.

ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ - 21/02/2009

Διχάζει την παγκόσμια πανεπιστημιακή κοινότητα και την κοινή γνώμη η ολλανδική νομοθετική πρωτοβουλία

«Ναι» ή «όχι» στην ευθανασία

Οι ελληνικοί νόμοι και οι απόψεις των νομικών, των επιστημόνων και της Εκκλησίας

Ποιος μπορεί να σταθεί ανάμεσα στη ζωή και τον θάνατο ενός άλλου ανθρώπου και να αποφασίσει, χωρίς να χωριστεί ο ίδιος στα δύο, προς τα πού θα κλίνει η ζυγαριά; Η απόφαση της Ολλανδίας να νομιμοποιήσει υπό αυστηρές προϋποθέσεις την ευθανασία δίχασε την παγκόσμια κοινή γνώμη. Κανένα άλλο θέμα δεν έχει αγγίξει τόσο τον πυρήνα της ηθικής, της φιλοσοφικής και της βιολογικής ύπαρξης του ατόμου όσο η «διαχείριση» του θανάτου ενός ανιάτως πάσχοντα, ο οποίος περνά τις τελευταίες ημέρες της ζωής του βουτηγμένος στον πόνο και την απόγνωση. Πολλά επιχειρήματα υπέρ και κατά της ευθανασίας διατυπώθηκαν τις τελευταίες ημέρες. Η συζήτηση όμως που φούντωσε για μια ακόμη φορά δεν πρόκειται να κλείσει εύκολα, αφού στην ουσία παλεύουν δύο δικαιώματα: Το δικαίωμα στη ζωή και το δικαίωμα στον θάνατο.

Οι υποστηρικτές του νόμου στην Ολλανδία, στους οποίους περιλαμβάνονται και πολλοί γιατροί, πιστεύουν ότι προάγει τα δικαιώματα των ασθενών και φέρνει στο φως μια πρακτική που εφαρμοζόταν επί μακρόν. Οι πολέμιοι θυμήθηκαν τους νόμους της φασιστικής Γερμανίας, *«η ζωή σας δεν είναι πια ασφαλής στην Ολλανδία»* προειδοποίησαν, ανασύροντας όλη τη λίστα με τα επιχειρήματα κατά της ευθανασίας. Δεν είναι μόνο η Ολλανδία που έδειχνε ανοχή στην ευθανασία. Ακόμη και σε χώρες όπως η δική μας, στις οποίες το δίκαιο καταδικάζει την αφαίρεση της ζωής άλλου ανθρώπου έστω και από οίκτο, έστω και αν αυτός το ζητούσε επίμονα, υπάρχει κανείς που να μην έχει γνωρίσει στο στενό ή στο ευρύτερο οικογενειακό ή στο φιλικό περιβάλλον του ανθρώπους που αναγκάστηκαν να βρεθούν αντιμέτωποι με το δίλημμα αυτό και να πάρουν αποφάσεις που τους βάρυναν την ψυχή;

Στην Ελλάδα ο νόμος είναι εξαιρετικά σαφής σε ό, τι αφορά το θέμα της ευθανασίας. Στο άρθρο 303 του Ποινικού Κώδικα προβλέπεται ότι «όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο για αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια τιμωρείται με φυλάκιση». Αναγνωρίζεται δηλαδή η ύπαρξη ελαφρυντικού, το οποίο λαμβάνεται υπόψη στην επιμέτρηση της ποινής.

«Στη χώρα μας οι οικογενειακοί δεσμοί είναι πολύ ισχυροί, οι οικογένειες φροντίζουν τους ασθενείς τους. Επίσης δεν έχουν γίνει ιδιαίτερα αισθητές ομάδες πίεσης υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας. Αν κάτι αλλάξει στον νόμο είναι ότι θα μπορούσε να γίνει διάκριση ανάμεσα σε δύο περιπτώσεις: Στις περιπτώσεις παράλειψης παροχής βοήθειας για μακρότερη επιβίωση σε εκείνον που οδηγείται στον θάνατο και δεν θέλει την παράταση της ζωής του και στις άλλες όπου γίνεται ενεργητική επέμβαση στην ευθανασία. Οι πρώτες θα μπορούσαν να αντιμετωπίζονται ελαφρότερα», επισημαίνει ο καθηγητής Ποινικού Δικαίου στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης κ. Ν. Παρασκευόπουλος.

* Τα υπέρ και τα κατά

Υπέρ της ευθανασίας, αλλά μόνο στην περίπτωση που έχει διαπιστωθεί ο εγκεφαλικός θάνατος του ασθενούς, τάσσεται ο πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Αθήνας και διευθυντής της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του Ιατρικού Κέντρου Αθηνών κ. Κων. Οικονόμου.

«Θεωρώ ότι η μόνη περίπτωση που μπορεί κανείς να προβεί σε πράξη ευθανασίας είναι μόνον αυτή του επιβεβαιωμένου εγκεφαλικού θανάτου. Υπάρχουν αντικειμενικοί όροι που ο εγκεφαλικός θάνατος σήμερα διαπιστώνεται και κλινικά και εργαστηριακά. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις έχω τη γνώμη ότι η επιστήμη έχει προοδεύσει τόσο πολύ ούτως ώστε και τον πόνο να μπορεί να αντιμετωπίσει και συνθήκες αξιοπρεπούς διαβίωσης, ακόμη και σε ανθρώπους τελικών σταδίων, να μπορεί να παρέχει με την παρηγορητική ιατρική. Όλα αυτά και η απαίτηση ενός αρρώστου να υποστεί την ευθανασία στηρίζεται υποτίθεται στην ελεύθερη και ανεπηρέαστη βούλησή του. Πόσο όμως ελεύθερη και ανεπηρέαστη βούληση μπορεί να

έχει ένας άνθρωπος ο οποίος βρίσκεται υπό το κράτος του πόνου, του άγχους, του επικειμένου θανάτου;»

Εναντίον της νομιμοποίησης, αλλά υπέρ της ευθανασίας υπό προϋποθέσεις τάσσεται ο κ. Ν. Φίλιας, διευθυντής της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του Νοσοκομείου «Άγιος Σάββας». *«Είμαι εξαρχής εναντίον της νομιμοποίησης. Είναι κάτι που το έχω πει πολλές φορές. Πιστεύω όμως ότι πρέπει να γίνεται η ευθανασία, ότι υπάρχουν στιγμές που πρέπει να παίρνει θέση θεσμοθετημένη, κατά κάποιον τρόπο, μία ιατρική ομάδα. Επίσης, πρέπει να υπάρχει ευέλικτη αντιμετώπιση από το δικαστικό σώμα. Από την άλλη ούτε ο ασθενής ο ίδιος ούτε ο συγγενής είναι εις θέση, πολλές φορές, να ζητήσουν ή να απαιτήσουν κάτι τέτοιο. Υπάρχουν ασθενείς που πέφτουν σε κατάθλιψη, ζητούν να τερματιστεί η ζωή τους και όταν ξεκινάνε μια θεραπεία αντικαταθλιπτική, αλλάζουν γνώμη. Δεν λέω ότι ο γιατρός είναι αυτός που θα αποφασίζει για τα πάντα. Απλώς έχει τις προϋποθέσεις για να αποφασίσει. Αυτές όταν δεν υπάρχει νόημα, αυτό που λέγεται θεραπεία χωρίς ελπίδα».*

* Τι δέχεται η Ορθοδοξία

Η Εκκλησία δεν μπορεί παρά να αντιτίθεται σε οποιαδήποτε μέθοδο ευθανασίας. *«Η ζωή δεν ταυτίζεται απόλυτα με την βιολογική ύπαρξη του ανθρώπου, ούτε ο θάνατος είναι το τέλος της ζωής»*, παρατηρεί ο Μητροπολίτης Ναυπάκτου κ. Ιερόθεος. *«Ο θάνατος είναι ένα απλό συμβάν για τη μετάβαση του προσώπου σε έναν άλλο τρόπο προσωπικής ύπαρξης. Η ζωή δεν ανήκει στον άνθρωπο άλλα στον Θεό, γι' αυτό και δεν μπορεί να παρεμβαίνει κανείς σε κάτι που δεν το προσδιόρισε. Ο πόνος είναι ευεργετικός στη ζωή του ανθρώπου γιατί, εκτός των άλλων, αναπτύσσει και ισχυρούς δεσμούς αγάπης μεταξύ των ανθρώπων. Επομένως η Ορθόδοξη Εκκλησία δεν δέχεται τη λεγόμενη ευθανασία. Το ότι με νομοθετική κάλυψη γίνεται προσπάθεια στον ευρωπαϊκό χώρο να αντιμετωπισθούν τέτοια σοβαρά ζητήματα, τα οποία απασχόλησαν αιώνες τη φιλοσοφική και θεολογική σκέψη, όπως η ζωή, ο θάνατος, ο πόνος, η αγάπη*

μεταξύ των ανθρώπων για χάρη μάλιστα μιας χρησιμοθηρίας, ευζωίας και οικονομικών σκοπιμοτήτων, δεν είναι από τις καλές στιγμές των Ευρωπαίων. Και εμείς δεν έχουμε ανάγκη να τους μιμηθούμε, γιατί αυτή η πρακτική είναι ξένη προς την αρχοντική μας παράδοση, η οποία αντιμετωπίζει τέτοιου είδους θέματα πιο ανθρώπινα και ολοκληρωμένα τόσο σε υπαρξιακό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο».
ΑΓΩΓΕΣ Οι γάμοι μεταξύ ομοφυλοφίλων

Το PACS δεν καλύπτει την απόκτηση παιδιών (μέσω τεκνοποίησης ή υιοθεσίας) των ζευγαριών που συμβιώνουν, κυρίως για να αποφευχθεί η περίπτωση των ομοφυλόφιλων γονέων. Η Ολλανδία όμως έχει ήδη ψηφίσει νόμο που επιτρέπει τον γάμο και την υιοθεσία παιδιών από ομοφυλόφιλα ζευγάρια. Ο νόμος αυτός αναμένεται ότι θα τεθεί σε εφαρμογή τον Ιανουάριο. Και αν η Ολλανδία έχει πάει ένα βήμα μακρύτερα επιτρέποντας στα ομοφυλόφιλα ζευγάρια να αποκτήσουν παιδιά, σε πολλές χώρες γίνονται κινήσεις για την οικονομική τουλάχιστον αναγνώριση των ζευγαριών αυτών. Στη Νορβηγία και στη Σουηδία οι ομοφυλόφιλοι μπορούν να δηλώσουν στις αρχές ότι συμβιώνουν για να απολαύσουν ορισμένα από τα δικαιώματα των παντρεμένων ενώ πριν από έναν μήνα ακολούθησε και η γερμανική Κάτω Βουλή εγκρίνοντας σχετικό νομοσχέδιο, το οποίο όμως αναμένεται ότι θα αντιμετωπίσει σθεναρή αντίσταση στην Άνω Βουλή σε λίγες εβδομάδες.

Το Βερμόντ είναι η πρώτη αμερικανική πολιτεία που ενέκρινε τέτοιο νόμο, συμμορφούμενη όμως με δικαστική απόφαση και όχι υποκύπτοντας στην πίεση της κοινής γνώμης. Τρία ομοφυλόφιλα ζευγάρια (δύο γυναικεία και ένα αντρικό) πήγαν πέρυσι τις αρχές του Βερμόντ στα δικαστήρια με την κατηγορία ότι τους στερούσαν 300 πολιτειακά και 1.000 ομοσπονδιακά δικαιώματα λόγω του ότι δεν ήταν παντρεμένα. Και επειδή στις ΗΠΑ πολλά ζητήματα λύνονται δικαστικώς, όπως φάνηκε και από τις εκλογές, αρκετές πολιτείες έσπευσαν να ψηφίσουν νόμο που δεν αναγνωρίζει τα ζευγάρια του ίδιου φύλου από τον φόβο μήπως υπάρξουν μιμητές της αγωγής του Βερμόντ.

ΚΟΙΝΩΝΙΑ Το δικαίωμα στη συμβίωση

Η ευθανασία είναι μόνο το τελευταίο από μια σειρά ζητήματα που εντάσσονται στις νομοθεσίες των διαφόρων χωρών νομιμοποιώντας πρωτοποριακές πρακτικές οι οποίες τείνουν να γίνουν αποδεκτές από την κοινή γνώμη. Ανάλογη περίπτωση ήταν στο παρελθόν η άμβλωση και πέρυσι το PACS που ψηφίστηκε από τη γαλλική Βουλή. Το PACS είναι ένα συμβόλαιο που υπογράφουν τα ζευγάρια (ομοφυλόφιλα ή μη) που συζούν και επιθυμούν να απολαμβάνουν παρόμοια οικονομικά δικαιώματα με τους παντρεμένους.

Παρά το γεγονός ότι οι πολέμιοι του PACS, που υποστηρίζουν πως το νομοσχέδιο αποτελεί πλήγμα στην παραδοσιακή οικογένεια, επικέντρωσαν μεγάλο μέρος της κριτικής τους στη νομιμοποίηση των ομοφυλόφιλων ζευγαριών, το πρωτοποριακό στοιχείο του PACS είναι ότι καλύπτει πρωτίστως τα δικαιώματα των ετεροφυλόφιλων ζευγαριών που συμβιώνουν. Τα ζευγάρια αυτά αυξάνονται αριθμητικά στις σύγχρονες κοινωνίες αλλά, εν αντιθέσει προς τους ομοφυλοφίλους, δεν είναι οργανωμένα σε οργανώσεις ακτιβιστών.

Γι' αυτό, ενώ σε πολλές χώρες γίνεται έντονη δημόσια συζήτηση για τα δικαιώματα των ομοφυλόφιλων ζευγαριών, τα δικαιώματα των ετεροφυλόφιλων που συζούν περνούν σε δεύτερη μοίρα. Παράδειγμα, η Ελλάδα όπου το ζήτημα δεν έχει τεθεί ποτέ στο τραπέζι.

Το γαλλικό PACS ορίζει ότι δύο άτομα μπορούν να υπογράψουν ένα συμβόλαιο το οποίο τους δίνει το δικαίωμα να υποβάλουν κοινή φορολογική δήλωση, να κληρονομήσουν ο ένας τον άλλον, να απολαμβάνουν την κοινωνική ασφάλιση του συντρόφου τους κ.ά. «Από τις 15 Νοεμβρίου 1999 ως σήμερα 46.142 άτομα έχουν υπογράψει το PACS» λέει στο «Βήμα» εκπρόσωπος του γαλλικού υπουργείου Δικαιοσύνης. Στη Γαλλία μάλιστα έχει καθιερωθεί στην καθομιλουμένη ο όρος «pasce» που υποδηλώνει εκείνον που έχει υπογράψει PACS, σε αντιστοιχία με τον «παντρεμένο» που υποδηλώνει εκείνον που έχει τελέσει γάμο.

Το ενδιαφέρον στοιχείο του PACS είναι ότι ψηφίστηκε ενώ είχε την υποστήριξη μόνο του 49% των Γάλλων (ενώ στην Ολλανδία η ευθανασία έχει την υποστήριξη του 92%). Σήμερα, έναν χρόνο αργότερα, η νομοθεσία έχει καταφέρει να αλλάξει τα ήθη της κοινωνίας: το 70% των Γάλλων δηλώνει υπέρ του PACS και η τάση είναι αυξητική. (<http://www.tovima.gr/relatedarticles/article/?aid=128465>)