

*"Ευδοκασία... ένα δίδαγμα με πολλές
παραδόσεις και ο ρόλος των νοσηλευτών."*

Συγγραφέτριες :

Κουλουριδάκη Στέλλα
Χροκιάδη Αθανασία

Επιστημονική επιμέλεια :

Κος. Στεφανόπουλος Νικόλαος

ΠΑΤΡΑ 2003



Προλογικό σημείωμα

Για τη συγγραφή της εργασίας μας οφείλουμε να αναγνωρίσουμε την πολύτιμη βοήθεια που προσέφεραν:

- Οι οικογένειές μας, που με την αμέριστη κατανόησή τους, μας στήριξαν κατά την διάρκεια της διεκπεραίωσης της μελέτης μας.
- Του υπεύθυνου καθηγητή μας κ. Στεφανόπουλο Νικόλαο , που μας εμπιστεύθηκε και επιμελήθηκε επιστημονικά τη μελέτη μας.
- Ο Αρχιμανδρίτης και Πρωτοσύγκελος Θηβών και Λεβαδείας, Πάτερ Φιλόθεος, για την θρησκευτική προσέγγιση του θέματος.
- Η Ματσαγγούρα-Σαμέλη Μαρία, ιατρός-παθολόγος του Διαβητολογικού τμήματος του «Λαϊκού» νοσοκομείου Αθηνών, για την ιατρική προσέγγιση του θέματος .
- Ο Καραβιτάκης Μάρκος, ιατρός-παιδίατρος, Χανίων, για την παροχή ιατρικών γνώσεων.
- Η Παντελάκη Ειρήνη, απόφοιτος Παιδαγωγικής Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Bari Ιταλίας.
- Ο Κουλουριδάκης Σπύρος, Μηχανικός δικτύων υπολογιστών του Πολυτεχνείου Κρήτης, για την επιμέλεια της τεχνικής επεξεργασίας της εργασίας μας.
- Το νοσηλευτικό προσωπικό Παθολογικού και Μ.Ε.Θ (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας), του «Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ρίου» και του νοσοκομείου του «Αγίου Ανδρέα» Πατρών, για την συνεργασία-συμμετοχή τους στην διεκπεραίωση των ερωτηματολογίων μας.
- Οι φοιτητές του τμήματος Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών, του Α' και του Ζ' εξαμήνου, για την πολύτιμη συνεργασία τους.
- Η Κοτσώνη Αγγελική, επισκέπτρια υγείας του κέντρου υγείας Χαλανδρίτσας, για τη φιλική διάθεση υλικού, που χρησιμοποιήθηκε στο θεωρητικό μέρος της εργασίας μας.

- *Ο Ειρηνοδίκης δικαστηρίων Μεσολογγίου, για την νομική παροχή πληροφοριών.*
- *Το βιβλιοπωλείο « ΣΩΤΗΡ » για την προσφορά του φωτογραφικού υλικού.*



« Μακάριος άνήρ ός ύπομένει πειρασμόν, ότι δόκιμος γενόμενος λήψεται τόν στέφανον τής ζωής, όν έπηγγείλατο ό Κύριος τοίς άγαπώσιν αυτόν ».

Πανευτυχής είναι ο άνθρωπος, που βαστάζει με υπομονή και καρτερία την δοκιμασία των θλίψεων. Και είναι πανευτυχής, διότι όταν διά της δοκιμασίας γίνει σταθερός και δοκιμασμένος και γυμνασμένος, θα λάβει το λαμπρό και ένδοξο στέφανο της αιώνιας ζωής, το οποίο υποσχέθη ο Κύριος σ' εκείνους που τον αγαπούν.

(Ιακ. α'12 - Έρμηνεία Π. Ν. Τρεμπέλα).

Αρτικόλεξα

κ.ο.κ = και ούτω καθεξής

κ.α = και άλλα/οι

κ.τ.λ = και τα λοιπά

Μ.Ε.Θ = μονάδα εντατικής θεραπείας

βλ = βλέπε

π.χ = παραδείγματος χάριν

σ.τ.μ = σύντμηση

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|-------------------------|-------|
| Προλογικό σημείωμα..... | I-II |
| Αφιέρωση..... | III |
| Αρτικόλεξα..... | IV |
| Εισαγωγή εργασίας | 1 - 4 |

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

| | |
|--|---------|
| 1.1 Αρχαία Ελλάδα..... | 6 - 7 |
| 1.2 Μεσαίωνας | 8 |
| 1.3 Νεώτερα χρόνια..... | 9 - 10 |
| • Ναζιστική Γερμανία | |
| 1.4 Τί εννοούμε σήμερα με τον όρο ευθανασία..... | 10 - 12 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

| | |
|---|---------|
| 2.1 Ένα πρόβλημα με πολλές διαστάσεις..... | 13 - 17 |
| • Ηθικές αντιρρήσεις | |
| • Πρακτικές αντιρρήσεις | |
| • Κοινωνικές αντιρρήσεις | |
| 2.2 Οικονομική και κοινωνική διάσταση της ευθανασίας..... | 18 - 22 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

| | |
|---------------------------------|---------|
| 3.1 Θρησκεία και ευθανασία..... | 23 - 24 |
|---------------------------------|---------|

| | |
|---|---------|
| 3.2 «Ευθανασία ή Αθανασία»; | 24 - 27 |
| 3.3 Επιχειρήματα κατά της ευθανασίας | 27 - 29 |
| 3.4 Ειδικότερη τοποθέτηση της Ορθοδοξίας | 29 - 32 |
| 3.5 Εκκλησία και ιατρικά συνειδησιακά διλήμματα | 32 - 34 |
| 3.6 Από πλευράς της χριστιανικής ηθικής | 34 - 35 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

| | |
|--|---------|
| 4.1 Έννοια της ευθανασίας σε σχέση με τις μορφές της –Θάνατος και ιατρικές διατάξεις | 36 - 42 |
| 4.2 Καρδιακός θάνατος, εγκεφαλικός θάνατος και ευθανασία | 42 - 48 |
| • Κλινικός θάνατος | |
| • Μή ανατάξιμο κώμα και εγκεφαλικός θάνατος | |
| • Ορισμός και οδηγίες για τον καθορισμό του θανάτου | |
| 4.3 Η βιοηθική υπόσταση – οπτική γωνία της ευθανασίας | 48 - 51 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

| | |
|---|---------|
| 5.1 Η ευθανασία στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ) | 52 |
| 5.2 Ο προορισμός των Μ.Ε.Θ | 53 |
| 5.3 Σημερινή εικόνα | 53 - 54 |
| 5.4 Διαγνωστικά μέσα, προσωπικό | 54 - 55 |
| 5.5 Προοπτική και αποτελέσματα της εντατικής θεραπείας | 55 - 57 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

| | |
|--|---------|
| 6.1 Ο νοσηλευτής μπροστά στο τέλος της ζωής του αρρώστου, αντιμετώπιση του θανάτου, ψυχολογική και πνευματική επιβάρυνση | 58 - 61 |
| 6.2 Μηχανισμοί άμυνας και συμπεριφοράς του προσωπικού απέναντι στον θάνατο | 61 - 64 |
| 6.3 Προτάσεις για την εκτόνωση των συναισθημάτων του νοσηλευτή | 64 - 65 |
| 6.4 Νοσηλευτική φροντίδα στο τελικό στάδιο της ζωής του | 65 - 66 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

| | |
|---|---------|
| 7.1 Η νομική υπόσταση – οπτική γωνία της ευθανασίας | 67 - 68 |
| • Νομικό καθεστώς | |
| 7.2 Ηνωμένο Βασίλειο..... | 68 - 69 |
| • Αγγλία | |
| • Σκωτία | |
| 7.3 Ηνωμένες πολιτείες | 70 |
| 7.4 Καναδάς..... | 70 - 71 |
| 7.5 Ολλανδία..... | 71 - 74 |
| 7.6 Βέλγιο..... | 74 - 75 |
| 7.7 Ελλάδα..... | 76 - 78 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

| | |
|---|---------|
| 8.1 Έρευνες και στοιχεία από το διαδίκτυο για το ζήτημα της ευθανασίας..... | 79 - 96 |
|---|---------|

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IX

| | |
|---|----------|
| 9.1 Αποσπάσματα από βιβλία για το δίλημμα της ευθανασίας..... | 97 – 104 |
| • M. SCOTT PECK, M. D | |
| • ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΟΛΙΟΠΟΥΛΟΣ | |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ X

| | |
|--|-----------|
| 10.1 Μαρτυρίες ανθρώπων που «βίωσαν» την ευθανασία..... | 105 - 108 |
| • Ζωή χειρότερη και από θάνατο | |
| • Η πρώτη νόμιμη υποβοηθούμενη αυτοκτονία στον κόσμο είναι γεγονός | |
| • Βρετανίδα κέρδισε το δικαίωμα στο.....θάνατο, Λονδίνο | |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ XI

| | |
|--|-----------|
| 11.1 Συνεντεύξεις – Απόψεις για το δίλημμα της ευθανασίας..... | 109 - 116 |
| • Κατά της ευθανασίας τάσσεται ο Αρχιεπίσκοπος | |
| • «Δρ.Θάνατος» | |
| • «Ουδείς είναι έτοιμος στην Ελλάδα...» | |
| • Συζήτηση στο Αγρίνιο για την ευθανασία - Ευζωία. | |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ XII

| | |
|---|-----------|
| 12.1 Ερωτήσεις – Απαντήσεις που διατυπώθηκαν κατά την διάρκεια σεμιναρίου σχετικά με την ευθανασία..... | 117 - 129 |
| • Ερωτήσεις και Απαντήσεις | |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ XIII

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| Γενικά Συμπεράσματα – Προτάσεις..... | 130 - 131 |
|--------------------------------------|-----------|

ΚΕΦΑΛΑΙΟ XIV

| | |
|--------------------|-----------|
| Αντί επιλόγου..... | 132 |
| Βιβλιογραφία..... | 133 - 136 |

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

| | |
|--|-----------|
| 1. Είδος - Σκοπός της έρευνας..... | 138 |
| 2. Υλικό – Μέθοδος..... | 138 |
| 3. Πληθυσμός – Δείγμα..... | 139 |
| 4. Όργανο συλλογής μελέτης..... | 139 |
| 5. Συλλογή δεδομένων..... | 139 |
| 6. Αποτελέσματα – Διαγράμματα..... | 140 - 187 |
| 7. Στατιστική ανάλυση αποτελεσμάτων..... | 188 - 203 |
| 8. Συμπεράσματα- Προτάσεις..... | 204 |

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

| | |
|---------------------|-----------|
| Ερωτηματολόγιο..... | 205 - 210 |
|---------------------|-----------|

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄

| | |
|---|-----------|
| 1.Καταγγελία..... | 211 - 212 |
| 2.Όρκος του Ιπποκράτη..... | 213 |
| 3.Ποινικός κώδικας..... | 214 |
| 4.Συνέντευξη από την Ιατρό – Παθολόγο, Κα. Ματσαγγούρα – Σαμέλη Μαρία..... | 215 - 216 |
| 5.Περί ευθανασίας..... | 217 |
| 6.Φωτογραφικό υλικό..... | 218 - 221 |

ΕΙΣΑΓΩΓΗ



Το δίλημμα με τις πολλές διαστάσεις :

“Ο Θεός τον πόθον της ζωής ενέσπειρεν κλύων εαυτούς αναιρείν...και μήτε αυτομάτως επί τον θάνατο ιέναι ποτέ, κύν μυρία αν έχη δεινά”

(Χρυσόστομος)

“Κάθε ζωή έχει άπειρη αξία, ακόμη και όταν δεν αξίζει τίποτα”

(Dr. Jacques Sarano)

“Το καθήκον του γιατρού είναι να κάνει τα αδύνατα δυνατά για να διατηρήσει κάποιον στη ζωή, έστω κι αν μένει μια σπίθα ελπίδας”

“Αν ο άρρωστος το ζητάει, γιατί να αρνηθούμε το θάνατό του, για να τεθεί τέρμα στους πόνους του ;”

“Δεν ανήκει στο γιατρό το δικαίωμα να συντομεύσει τη ζωή κάποιου, αλλά να κάνει υποφερτή την αρρώστιά του”

“Η θεραπευτική μανία είναι ανώφελη ανθρωπιά, τόσο για τον άρρωστο όσο και για τους συγγενείς του”

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

Ποιος νομιμοποιείται να μιλήσει για την «ευθανασία» ;

“ Όποιος θα πέρασε νύχτες ολόκληρες και μέρες και μήνες ακούγοντας αδιάκοπα ανάμεσα σε αβάσταχτα βογκητά τη σπαρακτική φωνή ενός αγαπημένου προσώπου, να ικετεύει να τελειώσει επιτέλους το μαρτύριό του, ας μην σπεύσει να επιφέρει μια αυστηρή κρίση για τα προβλήματα συνειδήσεως που θέτει η ευθανασία”.

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

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

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

αρνητική στάση απέναντι στο ζήτημα της ευθανασίας. Όμως η ευθανασία δεν έχει γίνει μόνο αντικείμενο συζήτησης και προβληματισμού για την νομική επιστήμη, αλλά και για την ιατρική, ψυχολογία-ψυχιατρική, βιοηθική, την θρησκεία.

Το **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ** περιλαμβάνει τα εξής κεφάλαια :

Έτσι αρχικά, στο πρώτο κεφάλαιο θα αναφερθούμε στο φαινόμενο της ευθανασίας από την αρχαιότητα ως τις μέρες μας. Τι ονόμαζαν οι αρχαίοι ευθανασία, ποια τα κίνητρα εφαρμογής της, ποια η θέση της αρχαίας θρησκείας, ποιοι επιφανείς επέλεξαν την ευθανασία, που οφείλεται ο σημερινός ορισμός της ευθανασίας.

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

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην Ορθόδοξη και γενικότερα εκκλησιαστική άποψη του φαινομένου καθώς επίσης και πώς η εκκλησία μας αντιμετωπίζει τα διάφορα ιατρικά συνειδησιακά διλήμματα.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παραθέτουμε τις περιπτώσεις στις οποίες τίθεται ζήτημα ευθανασίας. Επίσης αναλύουμε την ευθανασία αναφορικά με τις μορφές της και τις διάφορες ιατρικές διατάξεις, εξετάζοντας συνάμα και την βιοηθική υπόσταση αυτού του φαινομένου.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναφερόμαστε στον πρωταρχικό ρόλο που κατέχουν οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ), και το πώς η ευθανασία αντιμετωπίζεται μέσα σ' αυτές.

Στο έκτο κεφάλαιο σημαντική θέση κατέχει ο ρόλος του νοσηλευτή που βρίσκεται μπροστά στο τέλος της ζωής του αρρώστου, αντιμετωπίζοντας την ψυχολογική και την πνευματική επιβάρυνση.

Στο έβδομο κεφάλαιο αναφερόμαστε στο νομικό καθεστώς της ευθανασίας, τόσο στην χώρα μας όσο και παγκοσμίως.

Στο δε όγδοο κεφαλαίο αναφερόμαστε σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί παγκοσμίως και σε στοιχεία για το φαινόμενο της ευθανασίας από την περιήγηση μας στο διαδίκτυο που αναδεικνύουν την πολυπλοκότητα, τον προβληματισμό την μερική γνώση, η άγνοια

του φαινομένου της ευθανασίας διεθνώς επιβεβαιώνοντας την βιβλιογραφική μας αναφορά. Χαρακτηριστικά παραδείγματα χωρών τέτοιων ερευνών η Ολλανδία, το Ορεγκον όσο και η Ελλάδα σε πόλεις όπως η Αθήνα, η Πάτρα, Ιωάννινα κ.λ.π.

Στο ένατο κεφάλαιο ανατρέξαμε στις φιλοσοφικές αναζητήσεις συγγραφέων για το πώς αντιλαμβάνονται την ιδέα της ευθανασίας μέσα από την δική τους οπτική γωνία.

Στο δέκατο κεφάλαιο σημαντικές είναι οι μαρτυρίες ανθρώπων, στις οποίες παρουσιάζεται το πώς ο καθένας ξεχωριστά βίωσε το δίλημμα της ευθανασίας όταν βρέθηκε αντιμέτωπος με αυτό.

Στο ενδέκατο κεφάλαιο καταγράφονται οι προσωπικές τοποθετήσεις επιφανών ανθρώπων για το φλέγον ζήτημα της ευθανασίας.

Στο δωδέκατο κεφάλαιο αναφερόμαστε σε ερωτήσεις και απαντήσεις που διατυπώθηκαν κατά την διάρκεια σεμιναρίου σχετικά με την ευθανασία.

Το **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ** περιλαμβάνει την έρευνά μας μαζί με το ερωτηματολόγιό μας και στατιστικούς πίνακες σχετικά με την άποψη επαγγελματιών νοσηλευτών και φοιτητών νοσηλευτικής για το θέμα της ευθανασίας.

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

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

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι



1.1 Αρχαία Ελλάδα

Η ευθανασία έννοια γνωστή από την αρχαία εποχή σημαίνει καλός θάνατος, όπως το δηλώνει η ετυμολογία της λέξεως : ευ + θάνατος. Ο όρος έχει δύο παρεμφερείς σημασίες, οι οποίες όμως δε ταυτίζονται απόλυτα. Σύμφωνα με την **πρώτη**, ευθανασία είναι ο θάνατος που επέρχεται κάτω από καλές συνθήκες, ο ευχάριστος, ο ήρεμος και ανώδυνος θάνατος. Σύμφωνα με τη **δεύτερη**, ευθανασία είναι ο θάνατος που επισπεύδετε, προκειμένου να μετριαστεί ο σωματικός πόνος ή που προκαλείτε για να τεθεί τέρμα σε μια γεμάτη πόνο και ταλαιπωρίες ζωή. (1)

Η ελληνική γλώσσα έχει προσφέρει εκατοντάδες λέξεις στην ορολογία των επιστημών. Οι περισσότερες από αυτές χρησιμοποιούνται αναλλοίωτες. Στην κατηγορία αυτή ανήκει και ο όρος ευθανασία, απaráλλακτος σε γραφή και έννοια σε όλες τις λατινογενείς γλώσσες. Παρότι καταφανώς ελληνική λέξη, στην αρχαία, κλασική και ελληνιστική καθώς και στην όψιμη πατερική γραμματεία συναντάται μόλις πέντε φορές. Λόγο για αυτήν κάνουν ο Πολύβιος, ο Φίλων ο Ιουδαίος, ο Κλήμης ο Αλεξανδρεύς, ο Ποσίδιππος και ο Αίλιος. Το βέβαιο είναι πως η έννοια που σήμερα ο όρος έχει, όσο ασαφής και να είναι, δεν σχετίζεται διόλου με αυτήν που η αρχαία γραμματεία παρέδωσε. Για τους προαναφερθέντες συγγραφείς ευθανασία φαίνεται βέβαια να σημαίνει καλός θάνατος, αλλά αυτός επέρχεται μάλλον φυσικά, ως αποτέλεσμα της παρόδου του χρόνου ή ως θείο δώρημα. Η φυσική ροή ή το έργο του θεού σε κανένα απόσπασμα δεν φαίνεται ή δεν υπονοείται ότι παραβιάζεται. Στον Πολύβιο η ευθανασία αναφέρεται ως το «των αγαθών ανδρών άθλον», επιστέγασμα μιας καλής και χρήσιμης ζωής. Από τον Φίωνα παραλληλίζεται με την ευγηρία ή και ταυτίζεται με αυτήν, ούσα ούτως ή άλλως το μέγιστο αγαθό. Το ίδιο πρεσβεύει και ο Κλήμης, ενώ και ο Αίλιος την μνημονεύει ανάμεσα στα μέγιστα αγαθά μαζί με την φιλία, την παιδεία, τον πλούτο, την δόξα. Το γεγονός ότι την τοποθετεί τελευταία δεν έχει σίγουρα να κάνει με την αξιολόγησή της αλλά με την λογική χρονική διαδοχή των αγαθών. Ο κωμωδιογράφος Ποσίδιππος εκφράζει το νόημα αυτής της σπάνιας λέξης λέγοντας πως, από όλα όσα μπορεί να αποσπάσει από τους θεούς ο άνθρωπος, τίποτα δεν εύχεται περισσότερο από την ευθανασία: «Ούτω πολύπουν κακόν η λύπη εστί». (2)

Είναι γνωστό το ενδιαφέρον που οι μακρινοί μας πρόγονοι έδειχναν για το τέλος της ζωής τους, αφού πίστευαν ότι αποτελούσε το επιστέγασμα μιας ζωής, ικανό να την αμαυρώσει ή να την καθιερώσει. Η σχέση τους με τον θάνατο ήταν διαφορετική, άλλωστε και ο θάνατος ήταν εν πολλοίς διαφορετικός. Ο Χριστιανισμός και οι άλλες εσχατολογικές θρησκείες δεν είχαν εμφανιστεί, όπως άλλωστε ούτε το AIDS, ο καρκίνος και η σκλήρυνση κατά πλάκας. Οι συνθήκες ήταν καταφανώς διαφορετικές και ο αρχαίος Έλλην κανένα λόγο δεν είχε να σκέφτεται εάν θα καταφέρει να τελειώσει χωρίς πόνο την ζωή του. Ενδιαφερόταν περισσότερο για την αδυναμία που επιφέρουν τα γηρατειά, μια πιθανή πηγή ταπεινώσης, κάτι που θα του στερούσε ότι μια ολόκληρη ζωή αποζητούσε: την αθανασία μέσω της δόξας, την υστεροφημία. (2)

Παρόλο το γεγονός όμως ότι ο όρος «ευθανασία» τις λίγες φορές που χρησιμοποιείται σημαίνει κάτι εντελώς διαφορετικό απ' ότι σήμερα, το ζήτημα της επίσπευσης του θανάτου φαίνεται πως απασχόλησε σοβαρά τον αρχαιοελληνικό στοχασμό. Ο όρκος του Ιπποκράτη αποτελεί απόδειξη τούτου, το γεγονός δε πως ένα τέτοιο κείμενο παίρνει θέση έναντι του ζητήματος, φανερώνει πως κάθε άλλο παρά περιθωριακό για την αρχαιοελληνική διανόηση ήταν αυτό. Στην αρχαία Σπάρτη, άλλωστε, είναι γνωστό πως μια μορφή ευθανασίας, η λεγόμενη σήμερα ευγονική, ήταν καθιερωμένη πρακτική. Βρέφη τα οποία έφεραν δυσμορφίες και ανεπάρκειες που θα καθιστούσαν την μελλοντική τους ζωή επώδυνη και επαχθή για τα ίδια αλλά και για την πόλη, θανατώνονταν. Για την ακρίβεια, εγκαταλείπονταν σε έρημες τοποθεσίες, τους «αποθέτας», όπου και πέθαιναν από έλλειψη φροντίδας. Το πιο σημαντικό όμως, είναι πως όλα τα βρέφη έπρεπε να περάσουν από τον έλεγχο αυτό, εάν ήθελαν να απολάβουν της ιδιότητας του Σπαρτιάτη και να έχουν κλήρο, πράγμα που δείχνει πως η ευγονική ευθανασία στην Σπάρτη ήταν θεσμός της πόλης –κράτους. (2)

Ο ίδιος ο Πλάτωνας καταφάσκει την ευθανασία υποστηρίζοντας πως σε μια ιδανική πολιτεία οι μη υγιείς στο σώμα πρέπει να εγκαταλείπονται για να πεθάνουν. Ερωτώμενος μάλιστα, εάν θα νομοθετούσε για την πόλη μια «ιατρική» και μια «δικαστική» που θα φρόντιζε μόνο για εκείνους τους πολίτες που είναι υγιείς ως προς το σώμα αλλά και την ψυχή, η οποία θα άφηνε να πεθάνουν όσοι δεν είναι σωματικά υγιείς ενώ τους έχοντας κακή εκ φύσεως ψυχή θα κατεδίκαζε σε θάνατο, απαντά πως αυτό θα ήταν το καλύτερο τόσο για την πόλη όσο και για τους ίδιους. Κατακρίνει δε, στο πρόσωπο του Ηρόδικου, όσους προσπαθούν τεχνητά να παρατείνουν την ζωή τους, ενώ νοσοούν θανάσιμα. Προτείνει δηλαδή ο Πλάτων ευθανασία για κοινωνικούς κυρίως λόγους, αφού στο συγκεκριμένο έργο ως νομοθέτης λειτουργεί. Ο θάνατος του επιβλαβούς για την πόλη πολίτη δικαιώνεται από την ευημερία των υπολοίπων που η παρουσία του θα στερούσε, αλλά και από την ανακούφιση του ίδιου. Αντιδρά, επίσης, στην -χάρη στα επιτεύγματα της ιατρικής- ανούσια παράταση της ζωής, για οποιοδήποτε λόγο και αν συμβαίνει αυτή. Κατ' αυτόν, η ιατρική πρέπει να συμβάλει στην αναβάθμιση της ποιότητας της ζωής του ανθρώπου καθώς και της ζωής της πόλης. Χρονική παράταση της ανθρώπινης ζωής, όταν το αδυσώπητο κάλεσμα του θανάτου έχει ακουστεί, είναι ανούσια. (2)

1.2 Μεσαίωνας

Στα χρόνια που ακολούθησαν οι ιστορικές συνθήκες και οι μεταβολές στην ανθρώπινη ζωή απέσπασαν το ενδιαφέρον από το τέλος της ζωής, το οποίο θεωρήθηκε αποκλειστικά έργο του Θεού, και το έστρεψαν στον τρόπο ζωής. Η έννοια του θανάτου εμπλουτίστηκε με πολυάριθμες προσκτήσεις, ανθρωποποιήθηκε εν πολλοίς, και έτσι από απαραίτητο στάδιο της ζωής, όπως ήταν για τους αρχαίους Έλληνες, αναδύθηκε από το συλλογικό υποσυνείδητο η αρχετυπική εικόνα του μαύρου καβαλάρη ή του θεριστή στην Δύση, εικόνες άσχετες με την παρακαταθήκη του Ελληνισμού, οι οποίες υποδηλώνουν την διαφορά στάσης των εποχών και των λαών απέναντι στον θάνατο. Αυτό που κάποτε ήταν αναπόσπαστο -και σε καμία περίπτωση τελευταίο- στάδιο της ζωής ή ευκαιρία για παγίωση και καθιέρωση στην ιστορική αξιολογική ιεραρχία της κοινωνίας, τώρα είναι ξένο στην αρχή και αργότερα, με την επανάσταση στην ιατρική, εχθρικό. Ο καθολικισμός κατέστησε απαγορευμένο το τελευταίο καταφύγιο μιας υπερήφανης ή για άλλους δειλής ψυχής: την αυτοκτονία. Αν ο Αλκιβιάδης ή ο Δημοσθένης είχαν γεννηθεί κατά την διάρκεια του Μεσαίωνα μόνο δια της νηστείας θα μπορούσαν να επιδιώξουν το απονενομημένο διάβημα. Σε μια εποχή λοιπόν που η ζωή ατενίζεται ως απόλυτο αγαθό, ως θείο δώρο, και η αμφισβήτησή της θίγει ευθέως τον δότη της, καμία θέση δεν υπάρχει για ιδέες όπως η ευθανασία. (2)

Στα τέλη όμως μιας τέτοιας εποχής, και από έναν καθολικό, γίνεται για πρώτη φορά χρήση του όρου ευθανασία με τρόπο παραπλήσιο με τον σύγχρονο. Ο άγγλος φιλόσοφος, πολιτικός και νομικός Francis Bacon μεταφέρει στην αγγλική γλώσσα αυτούσια την ελληνική λέξη για να δηλώσει την επίσπευση του θανάτου με σκοπό την αποφυγή του σωματικού πόνου ή τον τερματισμό μιας γεμάτης βάσανα και δυστυχία ζωής. Ο ίδιος είναι υπέρμαχος της, αφού υποστηρίζει πως έργο της ιατρικής είναι η αποκατάσταση της υγείας και η καταπράυνση των πόνων του ασθενούς. Η καταπράυνση αυτή έχει αξία όχι μόνον όταν οδηγεί στην ίαση, αλλά και όταν χρησιμεύει εις την παροχή ενός θανάτου γαλήνιου και εύκολου. (2)

1.3 Νεώτερα χρόνια

Ναζιστική Γερμανία

Η επάνοδος του θέματος στο προσκήνιο ύστερα από τον 19^ο αιώνα, τον αιώνα του ανθρωπισμού, ήταν αναμενόμενη. Το περιεχόμενο όμως και η μορφή που πήρε ήταν απροσδόκητο όσο και αποκρουστικό. Το 1920 οι Alfred Hoche, καθηγητής Ψυχιατρικής στο Freiburg, και ο Karl Binding, καθηγητής νομικής στη Λειψία, εξέδωσαν μια μελέτη σχετικά με την παύση της ζωής του ασθενούς κατόπιν απαίτησης αυτού. Υποστήριξαν πως ασθενείς που ζητούσαν υποβοήθηση προς θάνατον θα έπρεπε, κάτω από κάποιες πολύ προσεκτικά ελεγμένες συνθήκες, να μπορούν να την λάβουν από κάποιον γιατρό. Η βοήθεια αυτή ήταν, κατά τους δυο επιστήμονες, σύμφωνη με την ιατρική ηθική και κυρίως μια λύση γεμάτη συμπόνια σε ένα επώδυνο πρόβλημα. Η συμπόνια αυτή δεν θα έπρεπε όμως να περιοριστεί κατά τους συγγραφείς στους εθελοντές, αλλά και στα «άδεια κελύφη ανθρωπίνων όντων», όπως οι με εγκεφαλική βλάβη ασθενείς, οι τρόφιμοι ψυχιατρείου και οι διανοητικώς καθυστερημένοι, εάν βέβαια με επιστημονικά κριτήρια μπορούσε να αποδειχθεί «μη δυνατότητα βελτίωσης ενός ψυχικά νεκρού ατόμου». Τα κέρδη για την κοινωνία θα ήταν μεγάλα, υποστήριξαν, εάν η οικονομική ενίσχυση που κατευθυνόταν στην διατήρηση και φροντίδα «ασήμαντης ζωής» διοχετευόταν σε αυτούς που πραγματικά την χρειαζόνταν, τους κοινωνικά και ψυχοσωματικά υγιείς. Μια δημοσκόπηση το 1920 αποκάλυψε πως το 73% των γονέων και κηδεμόνων βαρέως αναπήρων παιδιών θα επικροτούσαν τον τερματισμό της ζωής σε παιδιά όπως τα δικά τους, βέβαια από ειδικευμένο ιατρικό προσωπικό. Το υπουργείο δικαιοσύνης περιέγραψε την πρόταση ως «επιτρέπουσα στους γιατρούς να τερματίσουν το μαρτύριο ανιάτων ασθενών, ύστερα από δική τους αίτηση, σύμφωνα με τις απαιτήσεις του αληθούς ανθρωπισμού». Η πρώτη γνωστή περίπτωση εφαρμογής της παραπάνω θέσης είναι αυτή του βρέφους Knauer, του οποίου την ευθανασία ζήτησε ο ίδιος ο πατέρας του από τον Αδόλφο Χίτλερ επειδή γεννήθηκε τυφλό, διανοητικά καθυστερημένο και σωματικά όχι άρτιο. Σίγουρα στην κατάσταση αυτή θα ήταν καλύτερος ο θάνατος για το βρέφος, υποστήριξε ο πατέρας, και ο Χίτλερ, αφού συμβουλευτήκε τον προσωπικό του γιατρό, τον Karl Brandt, έκανε δεχτή την έκκληση του πατέρα. Τους αμέσως επόμενους μήνες σχηματίστηκε μια επιτροπή με σκοπό να καθιερώσει πρακτικές μεθόδους με τις οποίες θα «εδωρίζετο» ο θάνατος σε ανθρώπους που δεν είχαν προοπτικές «εύλογης» ζωής. Στο νοσοκομείο Eglfing- Haar ως μέσο χρησιμοποιήθηκε η πείνα ενώ σε άλλα η έλλειψη θέρμανσης. Όταν ο Hermann Pfannmuller δημιούργησε «Hungerhauser» για γέροντες, η ευθανασία στην Γερμανία αποτελούσε ήδη υπόθεση ιατρικής ρουτίνας. (2)

Η τακτική της ναζιστικής Γερμανίας απέναντι στους Εβραίους, τους ομοφυλόφιλους και άλλες «μη εύλογα ζώσες» κατηγορίες πληθυσμού βασίστηκε στην παραπάνω

προγενέστερη τακτική, πράγμα που οι επικριτές της ευθανασίας δεν χάνουν ευκαιρία να τονίσουν. Πράγματι, μέχρι το ξέσπασμα του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου 300.000 άτομα θανατώθηκαν στην Γερμανία με την θέλησή τους ή χωρίς, πάντοτε για ανθρωπιστικούς λόγους, εκ των οποίων το ήμισυ αποτελούσαν παιδιά. Ανεξάρτητα από το εάν κάποιος τάσσεται υπέρ ή κατά της ευθανασίας, δεν μπορεί παρά να δεχθεί πως η αποδοχή και η χρήση τέτοιων πρακτικών προετοίμασε άριστα την κοινή τουλάχιστον γνώμη να δεχθεί πως για κάποιους ανθρώπους η ζωή αποτελεί βάρος από το οποίο η απαλλαγή τους θα αποτελούσε έσχατη ένδειξη ανθρωπισμού. Βέβαια πολλές φορές οι άνθρωποι αυτοί σαφώς εξεδήλωναν την θέλησή τους για ζωή. Αυτό όμως δεν ήταν παρά μια ακόμη ένδειξη της βαρύτητας της κατάστασής τους, αφού δεν μπορούσαν καν να συνειδητοποιήσουν πόσο ευεργετικός θα ήταν για αυτούς ο θάνατος. Η μαζική, αργή και βασανιστική πολλές φορές δολοφονία επτά περίπου εκατομμυρίων ανθρώπων ονομάστηκε από τον γερμανικό ναζισμό ευθανασία. Καλός θάνατος, δηλαδή, είτε για το άτομο, είτε για την κοινωνία, ή και για τους δυο. Η θέση αυτή υποστηρίχθηκε μέχρι τέλους. Ο Brandt στην κατάθεσή του κατά την δίκη του στην Νυρεμβέργη επέμεινε:

«Το κίνητρο ήταν η επιθυμία να βοηθηθούν άτομα που δεν μπορούσαν να βοηθήσουν τον εαυτό τους και η επιμήκυνση της ζωής τους, τους προκαλούσε βασανισμό... ποτέ δεν θέλησα ή πίστευα πως κάνω τίποτα παραπάνω από το να συντομεύσω την μαρτυρική ύπαρξη τέτοιων δυστυχημένων όντων». Η μόνη του αναστολή προέρχονταν από το γεγονός πως οι θάνατοι αυτοί προκάλεσαν πόνο στους συγγενείς των νεκρών. Ήταν όμως βέβαιος πως ο χρόνος έχει δείξει και σε αυτούς ακόμη πως οι αποδέκτες ευθανασίας «βρήκαν μια ευχάριστη ανακούφιση από το μαρτύριό τους»

Πολλοί στα λόγια αυτά έσπευσαν να βρουν την άγρια λάμψη του νιτσεϊκού λυκόφωτος, της καταδίκης από τον αλληγορικό φιλόσοφο των «παρασίτων της κοινωνίας, των αρρώστων... που έχουν χάσει την ζωή του μέλλοντος». Πιθανότατα βέβαια τα λόγια αυτά είχαν γραφεί για τους ίδιους. (2)

1.4 Τί εννοούμε σήμερα με τον όρο «Ευθανασία»

Είναι γνωστό πως η ανθρώπινη σκέψη μπορεί, ειδικά εάν είναι διατεθειμένη να παραβλέψει κάποια μικρά ή μεγαλύτερα σφάλματα της λογικής, να εκλογικεύσει διάφορες καταστάσεις, ακόμη και εγκληματικές. Η ναζιστική πρακτική από καμία άποψη δεν υπήρξε ανθρωπιστική, ωφέλιμη ή ηθικά επαινετή. Τα σαθρά ιδεολογικά θεμέλια στα οποία βασίστηκε, δεν μπορούν να καλύψουν το γεγονός πως η ναζιστική «ευθανασία» ούτε ανταποκρίνεται ούτε καλύπτεται από τον όρο, έστω και λεκτικά. (3)

Επειδή όμως το παρελθόν είναι πρόσφατο, όσο και μελανό, πρώτο μέλημα των ασχολούμενων θεωρητικά με την ευθανασία είναι να προσδιορίσουν επακριβώς την έννοια, ορίζοντας τί είναι ευθανασία ή πολλές φορές τί δεν είναι. Όλοι οι ορισμοί κατατείνουν στο ίδιο, αρχικά τουλάχιστον, σημείο: ευθανασία είναι ο ήρεμος και αξιοπρεπής θάνατος ενός ανθρώπου, με δράστη διάφορο του θύματος, και κατόπιν απαίτησης του τελευταίου. Με την ίδια σχεδόν έννοια χρησιμοποιούνται οι όροι «υποβοηθούμενη αυτοκτονία» (assisted suicide) και «φόνος από οίκτο» (mercy killing). Η μεταξύ τους διαφορά είναι πως με τον πρώτο όρο δηλώνουμε πως ο δράστης είναι εκείνος του οποίου ο θάνατος επέρχεται, ενώ στις άλλες περιπτώσεις δράστης και θύμα δεν ταυτίζονται. Ούτως ή άλλως πάντως, αυτό που περιγράφεται είναι η βοήθεια που παρέχεται σε κάποιον επωδύνως θνήσκοντα, ο οποίος δεν έχει την δυνατότητα ο ίδιος να δώσει τέλος στη ζωή του, αλλά ζητά να τερματισθεί το μαρτύριό του. Αν ο παραπάνω περιγραφικός ορισμός θεωρηθεί ορθός και πλήρης, δεν μένει παρά να βρεθούν οι βαρύνουσες έννοιες του. Αυτό ενισχύεται από το γεγονός πως πάνω στις δυο αυτές συνιστώσες του ορισμού της ευθανασίας έχουν επέλθει διαφοροποιήσεις και αποτελούν σημείο τριβής. Πράγματι, ως προς την πρώτη, γίνεται διάκριση εκούσιας (voluntary) και μη (non-voluntary) ευθανασίας. Σε ότι αφορά στην δεύτερη συνιστώσα, η διάκριση γίνεται σε ενεργητική (active) και παθητική (passive) ευθανασία, με έμφαση στην πρώτη. Η δεύτερη διάκριση λειτουργεί σε άμεση συνάρτηση με την σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην πράξη και την παράληψη, την ενεργητική δηλαδή αφαίρεση της ζωής του ασθενούς ή την ανασχεση της θεραπείας ή της τροφής. Η πρώτη διάκριση δεν είναι καθιερωμένη στην βιβλιογραφία, και αυτό επειδή ως ευθανασία νοείται κυρίως η κατόπιν απαίτησης του ασθενούς αφαίρεση της ζωής του. (3)

Η απαίτηση του ασθενούς είναι λογικό να έχει πρωτεύουσα σημασία. Ο λόγος είναι απλός. Είναι ο μόνος τρόπος που διαθέτουμε για να ξεχωρίσουμε την ευθανασία από την δολοφονία. Έχει τεράστια λοιπόν σημασία να έχει εκφράσει ο ασθενής την βούλησή του να απαλλαγεί από την επώδυνη ζωή του, και μάλιστα αυτό θα πρέπει να το έχει κάνει εν πλήρη συνειδήσει και όχι υπό την πίεση, ψυχολογική ή σωματική, μιας προσωρινής πιθανώς επιδείνωσης της κατάστασής του. Η απόφαση πρέπει να είναι σταθερή, αποτέλεσμα εκτίμησης και στάθμισης της κατάστασης από τον ασθενή, ο οποίος έχει πλήρως ενημερωθεί από τον θεράποντα ιατρό, και έχει κρίνει πως, δεδομένων των συνθηκών, προτιμότερο είναι για τον ίδιο να μην συνεχίσει να ζει. (3)

Μια τέτοια απόφαση είναι πιθανόν κάποιος να αδυνατεί να την λάβει, εξαιτίας της κατάστασής του. Πολύ συχνά αναφέρεται στην βιβλιογραφία η περίπτωση μιας αμερικανίδας, της Karen Ann Quinlan, η οποία μεταφέρθηκε το 1975 σε νοσοκομείο του New Jersey σε κωματώδη κατάσταση, χωρίς καμία ελπίδα ανάνηψης. Στην κατάσταση αυτή παρέμεινε για δέκα ολόκληρα χρόνια. Την απόφαση για την παύση της μηχανικά υποστηριζόμενης ζωής της έλαβε ο πατέρας της το 1985, κατόπιν δικαστικής άδειας. Σε αυτήν την περίπτωση έχουμε μη-εθελοντική παθητική ευθανασία. Το γεγονός ότι το άτομο το οποίο θα δεχθεί τις επιπτώσεις μιας τέτοιας απόφασης αδυνατεί να συμμετάσχει

στην λήψη της, δημιουργεί μια σειρά από προφανή ηθικά και νομικά προβλήματα, τόσο στους συγγενείς όσο και στους γιατρούς. Για την αντιμετώπιση τέτοιων περιπτώσεων, κατά τις οποίες το άτομο δεν θα έχει την δυνατότητα να εκφράσει την πιθανή θέλησή του για τερματισμό της ζωής, μόνο μέσο είναι η "εν ζωή διαθήκη" (Living Will). Ο όρος χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Luis Kutner το 1969 για να περιγράψει ένα έγγραφο με το οποίο ένας διανοητικά ικανός ενήλικος προϋπαγορεύει οδηγίες σχετικά με την ιατρική του αντιμετώπιση σε περίπτωση μελλοντικής του αδυναμίας. Το έγγραφο αυτό είναι διαθήκη, υπό το νόημα ότι εκφράζει τις επιθυμίες του ατόμου. Και είναι "εν ζωή", διότι αποκτά ισχύ προ του θανάτου του. Είναι βέβαια προφανές πως η χρήση των living wills δεν λύνει περισσότερα προβλήματα από αυτά που δημιουργεί. Αποτελεί βέβαια μια εξασφάλιση αναφορικά με την πρόθεση του θύματος σε σχέση με την συνέχιση ή όχι της ζωής του στην τρέχουσα κατάσταση, όμως αυτή ανήκει στο παρελθόν και κανείς δεν γνωρίζει εάν διατηρεί και για πόσο την ισχύ της. Άλλωστε η απόφαση αυτή πρέπει να βασίζεται, εκτός των άλλων, σε γνώση των ιατρικώς τεκταινομένων, τα οποία όμως υπόκεινται σε αλλαγές τόσο συχνές, όσο γρήγορη είναι η πρόοδος της τεχνολογίας. Πώς είναι δυνατόν να έχει ισχύ μια διαθήκη που συντάχθηκε στο παρελθόν, αφού η πρόοδος της επιστήμης μεταβάλλει όχι μόνο τις συνέπειες αλλά και την ίδια την ουσία των παθήσεων; Ίσως αυτός να είναι ένας λόγος για τον οποίο οι εν ζωή διαθήκες δεν έχουν νομική ισχύ ούτε στην Ολλανδία, την πιο δεκτική ίσως χώρα σε ότι αφορά καινοτόμες ρυθμίσεις σχετικές με την ευθανασία. Ποιες είναι όμως, οι μορφές της ευθανασίας ; (3)



2.1 Ένα πρόβλημα με πολλές διαστάσεις

Η ευθανασία είναι ένα επίκαιρο, ενδιαφέρον και έντονα αμφιλεγόμενο θέμα. Έχει σημαντικές ηθικές, νομικές και πνευματικές πλευρές και η ανθρώπινη ευθύνη είναι πραγματικά πολύ μεγάλη. Απασχολεί ζωηρά τους γιατρούς διεθνώς. Ορισμένες μάλιστα χώρες της Ενωμένης Ευρώπης, με πρώτη την Ολλανδία, έχουν προχωρήσει στη νομιμοποίηση της, με όλες τις συνέπειες μιας τέτοιας ενέργειας. (4)

Ο λόγος του Θεού στο βιβλίο της Εξόδου 23:7 προστάζει: "Μείνε μακριά από κάθε άδικη υπόθεση και μη γίνεις αιτία να θανατωθεί ο αθώος και ο δίκαιος". Ο άνθρωπος δημιουργήθηκε "κατ' εικόνα και ομοίωση" του Θεού και ο σεβασμός του δικαιώματος της ζωής είναι ευθύνη όλων μας. (4)

Ευθανασία σημαίνει καλός, ωραίος, ένδοξος θάνατος. Ο ανώδυνος θάνατος. Ως ιατρικός όρος σημαίνει εσκεμμένη υποβοήθηση για ήρεμο και εύκολο θάνατο. Διακρίνονται πέντε μορφές ευθανασίας :

1. Η θεληματική ευθανασία είναι όταν τη ζητάει ο ασθενής. Με νομικούς όρους αυτό σημαίνει "βοηθούμενη αυτοκτονία ή ανθρωποκτονία κατ' επίκληση".
2. Η αθέλητη ευθανασία εφαρμόζεται από κάποιον ή κάποιους σε πάσχοντα που, εκείνη τη στιγμή, δεν είναι σε θέση να εκδηλώσει τη θέλησή του.
3. Η βίαιη ευθανασία γίνεται χωρίς τη θέληση του ασθενή.
4. Η παθητική ευθανασία, συχνά χρησιμοποιείται ως όρος για να δείξει την πρόκληση ή την επιτάχυνση του θανάτου με θεληματική διακοπή της αποτελεσματικής θεραπείας, σε αντίθεση με την:
5. Ενεργητική ευθανασία που σημαίνει εσκεμμένη βλάβη για να προκληθεί ή να επιταχυνθεί ο θάνατος. (4)

Εδώ θα πρέπει να διευκρινίσουμε ότι διακοπή θεραπείας που δεν πιστεύεται ότι βοηθάει τον ασθενή με σκοπό να επιτραπεί η επέλευση τον φυσικού θανάτου, χωρίς πρόσθετες άσκοπες προσπάθειες, δε μπορεί να θεωρηθεί παθητική ευθανασία. Ο σκοπός της θεραπείας είναι να ανακουφίσει τον ασθενή και για το λόγο αυτό χρησιμοποιούνται τα πιο αποτελεσματικά θεραπευτικά μέσα. Αν στη διάρκεια αυτής της θεραπείας ο ασθενής πεθάνει, πρόκειται για φυσικό θάνατο και όχι ευθανασία. Αν όμως διακοπεί αποτελεσματική θεραπεία για να επιταχυνθεί η επέλευση του θανάτου, τότε καθαρά πρόκειται για ευθανασία. (4)

Το δικαίωμα της ζωής είναι ιερό και είναι ευθύνη της κοινωνίας να το διαφυλάξει. Όμως, αυτό δε σημαίνει ότι πρέπει να γίνει με οποιοδήποτε μέσο και με οποιοδήποτε κόστος, αδιαφορώντας για τα αποτελέσματα και τις συνέπειες των ενεργειών μας. Ο φυσικός θάνατος είναι κάτι το αναπόφευκτο: "Και όπως είναι καθορισμένο για τους ανθρώπους μια φορά να πεθάνουν...". Ο κάθε ασθενής αποτελεί και μια ιδιαίτερη περίπτωση. Υπάρχουν περιπτώσεις που πρέπει να σεβόμαστε τον άρρωστο και να μη παρεμβαίνουμε στη φυσική διαδικασία του θανάτου, επιβάλλοντάς του πρόσθετο μαρτύριο, και προσβάλλοντας την αξιοπρέπειά του, όταν η ιατρική δεν μπορεί να εμποδίσει το θάνατο. Και η ποιότητα της ζωής του αρρώστου πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη. Χρειάζεται από μέρος τον θεράποντος Ιατρού σοφία, σύνεση και σεβασμός στην προσωπικότητα του άρρωστου. Εξάλλου, υπάρχουν αρκετές διαγνωστικές ή και θεραπευτικές ενέργειες που είναι αδύνατο να εφαρμοστούν χωρίς τη συγκατάθεση τον ασθενούς ή του άμεσου συγγενικού περιβάλλοντος. (4)

Δύσκολα διλήμματα οπωσδήποτε. Από την άλλη μεριά, όμως, ποιος μας έδωσε το δικαίωμα και για πόσο χρονικό διάστημα να παρατείνουμε μια ζωή που σβήνει; (4)

Τι είναι θάνατος; Σύμφωνα με τον ορισμό της Ιατρικής Σχολής τον Harvard, θάνατος είναι η ανεπανόρθωτη και πλήρης παύση της λειτουργίας ολόκληρου του εγκεφάλου. Αυτός είναι ο πλήρης εγκεφαλικός θάνατος. Υπάρχει όμως και ο θάνατος τον εγκεφαλικού φλοιού. Εγκεφαλικός φλοιός είναι η έδρα της προσωπικότητας - αυτό που λέμε άνθρωπος. Και στις δυο περιπτώσεις, η γνώμη των περισσότερων χριστιανών Ιατρών, και μάλιστα των ειδικών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, είναι ότι δεν μπορούμε να μιλάμε για ύπαρξη ψυχής σ' αυτή τη φάση και δεν δικαιολογείται η διατήρηση με τεχνητά μέσα. (4)

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

μεταβολισμό της γλυκόζης στον εγκεφαλικό φλοιό και βγάζει από διλήμματα τους Χριστιανούς Ιατρούς. (4)

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

A. Ηθικές αντιρρήσεις

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

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

γ) Τα παθήματα και οι αρρώστιες είναι συνυφασμένες με την ύπαρξη μας. Στόχος των γιατρών είναι η ανακούφιση και η θεραπεία. Η πρόταση της ευθανασίας σαν λύση του πολύπλοκου προβλήματος των ανθρώπινων δεινοπαθημάτων είναι πολύ επικίνδυνη τακτική. Η νομιμοποίηση της ευθανασίας θα διαταράξει τη σχέση αρρώστου - υγειονομικού προσωπικού. Θα κλονιστεί η εμπιστοσύνη των ασθενών όταν θα γνωρίζουν ότι, εκείνοι στους οποίους ανάθεσαν τη φροντίδα της ζωής τους, έχουν το δικαίωμα να τους θανατώσουν. (4)

B. Πρακτικές αντιρρήσεις

Υπάρχουν πολλοί λόγοι που μπορεί να οδηγήσουν τον ασθενή να ζητήσει ευθανασία ή τους συγγενείς να την επιδιώξουν. Είναι όμως αβάσιμοι γιατί είναι ασταθείς, μεταβάλλοντας με το χρόνο και επηρεάζονται από ποικίλους παράγοντες. (4)

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

β) Από κακή πληροφόρηση ασθενείς και οικογένειες είναι ενδεχόμενο να καταλήξουν στο συμπέρασμα ότι η κατάσταση είναι απελπιστική. Το κυριότερο επιχείρημα των υποστηρικτών της ευθανασίας είναι η αυτοδιάθεση του αρρώστου και μάλιστα υποστηρίζουν ότι όταν ο ασθενής πρόκειται να πεθάνει σύντομα γιατί θα πρέπει να τον αφήσουμε να υποφέρει; Πόσο ευσταθεί, όμως, αυτό το επιχείρημα;. Πόσο σίγουρα μπορούμε να το χρόνο επέλευσης τον θάνατο; Στο British Medical Journal δημοσιεύτηκε ένα άρθρο με τον πολύ εύστοχο τίτλο: "Patients with terminal cancer" who have neither terminal illness nor cancer. (Ασθενείς με τελικό στάδιο καρκίνου που δεν βρίσκονταν στο τελικό στάδιο, ούτε είχαν καρκίνο). Αναφέρονται τέσσερις περιπτώσεις ασθενών, από σύνολο 1635 που παραπέμφθηκαν για περίθαλψη σε άσυλο ανιάτων και που αποδείχθηκε αργότερα ότι δεν είχαν καρκίνο και βελτιώθηκε η κατάστασή τους.

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

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

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

ς) Ποιος ο λόγος να καταφύγουμε στην ευθανασία; Υπάρχουν αποτελεσματικές εναλλακτικές λύσεις. Η δυνατότητα φροντίδας των ασθενών με ανίατα νοσήματα δεν απαιτεί πολύπλοκες μεθόδους ή υψηλή τεχνολογία. Το μόνο που χρειάζεται είναι το πραγματικό ενδιαφέρον για τον ασθενή. (4)

Γ. Κοινωνικές αντιρρήσεις

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

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

γ) Ο κίνδυνος να γίνει κατάχρηση του νόμου είναι πολύ μεγάλος. Το αποδεικνύει η εμπειρία της Ολλανδίας. Μέχρι το Σεπτέμβριο του 1991 αναφέρθηκαν 1990 περιπτώσεις ευθανασίας από τις οποίες στις 1030 δεν υπήρχε ξεκάθαρη έκφραση της θέλησης του αρρώστου. Το 70% των περιπτώσεων ευθανασίας αναφέρθηκαν παράνομα ως θάνατοι από

φυσικά αίτια. Σε μια πρόσφατη μελέτη στο Lancet αναφέρεται, πάλι για την Ολλανδία, ότι μέχρι το Μάιο τον 1993 το 41% των περιπτώσεων ευθανασίας έγινε χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς.

δ) Οι υποστηρικτές της ευθανασίας είναι πολύ πιθανά να φτάσουν στο σημείο ότι δε πρέπει να ξοδεύουμε για τη θεραπεία νόσων που προκλήθηκαν από κάποιες καταχρήσεις π.χ. πολυφαγία, αλκοολισμός, τοξικομανία, AIDS. (4)

2.2 Οικονομική και κοινωνική διάσταση της ευθανασίας

Η ευθανασία έχει διττή διάσταση που είναι η ακόλουθη : οικονομική και κοινωνική. Με τον πρώτο όρο νοείται ότι τα μέσα θεραπείας που διαθέτει ένα νοσοκομείο δεν είναι υπεραρκετά, ώστε να καλύψουν τις ανάγκες όλων των ασθενών ακόμα κι εκείνων που το χρονικό όριο ζωής τους, είναι ιατρικώς αποδεδειγμένο ότι λιγοστεύει και είναι απλά θέμα λίγων ημερών ή ωρών. (5)

Ως κοινωνική διάσταση της ευθανασίας νοείται αν αξίζει-είναι δίκαιο να μη ζει - γεύεται ένας άνθρωπος μια κανονική-φυσιολογική ζωή ,ώσπου να έρθει ο θάνατος του που έτσι κι αλλιώς είναι αναπόφευκτο εξαιτίας της κατάστασής του. Έτσι οι υποστηρικτές της ευθανασίας, ισχυρίζονται ότι σε ασθενείς που πάσχουν από θανατηφόρα ασθένεια που είναι ζήτημα ελάχιστου χρόνου η κατάληξη τους, είναι προτιμότερο να επισπευτεί ο θάνατος τους με την μη χορήγηση των καταλλήλων μέσων για θεραπεία, ώστε να εξοικονομηθούν θεραπευτικά μέσα για τους ασθενείς που είναι απόλυτα ιατρικώς επιβεβαιωμένο ότι θα θεραπευθούν. (5)

Σκεφτείτε τα χρήματα που θα σωθούν. Ο οικονομικός ρεαλισμός είναι λοιπόν η κύρια απάντηση στην ερώτηση «γιατί τώρα;». Αυτά έγραφε το 1998 στο βιβλίο του Ελευθερία στο θάνατο ο Ντ. Χάμφρι, ένας από τους υπέρμαχους της ευθανασίας, πιέζοντας για τη νομιμοποίησή της, γλυκαίνοντας τις αστικές κυβερνήσεις όλου του κόσμου. Και ήδη, μετά την πολιτεία του Ορεγκον στις ΗΠΑ, η Ολλανδία έγινε τη βδομάδα που μας πέρασε η πρώτη χώρα η Βουλή της οποίας νομιμοποίησε την ευθανασία, ενώ η συζήτηση πλέον άνοιξε σε πλήθος χώρες. (6)

Το κεντρικό σημείο του όλου θέματος, όμως, αναμφισβήτητα είναι ο οικονομικός παράγοντας, όπως απροσχημάτιστα λέει και ο Χάμφρι. Σήμερα στο δυτικό κόσμο το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 είναι 12,7% ενώ το 2040 θα έχει διπλασιαστεί, εκτοξεύοντας τις συνολικές δαπάνες υγείας στα ύψη. Το κεφάλαιο πρέπει να «χειριστεί» αυτή την κατάσταση. Προκειμένου για μια μακρόχρονη ακριβή θεραπεία ή διατήρηση στη ζωή, καλύτερα ένας γρήγορος θάνατος και όχι μόνο για τις ανίατες ασθένειες. Και δεν νομίζουμε ότι αμφιβάλλει κανείς ότι η τάση που θα διαμορφωθεί στην περίθαλψη μετά την τυχούσα νομιμοποίηση της ευθανασίας θα είναι ακριβώς αυτή. Ήδη στη Βρετανία, στο πλαίσιο της εισαγωγής ιδιωτικοοικονομικών κριτηρίων στο χώρο της περίθαλψης, αποφασίστηκε να δίνονται ειδικά μπόνους στα γηριατρικά εκείνα ιδρύματα που «φροντίζουν» να έχουν μεγαλύτερο αριθμό θανάτων ηλικιωμένων ατόμων ετησίως,

ανακουφίζοντας έτσι τον προϋπολογισμό. Στην ίδια κατεύθυνση θα κινηθούν και οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, που ανεπιφύλακτα θα πιέζουν προς τη λύση της ευθανασίας αντί να καλύψουν τα έξοδα της θεραπείας, ακόμα και για θεραπεύσιμες ασθένειες. (6)

Το ζήτημα του κόστους μπαίνει όμως και στο ατομικό επίπεδο. Ασθενείς των κατώτερων κοινωνικών στρωμάτων που θα αδυνατούν να καλύψουν τα έξοδα της θεραπείας θα προτιμούν την εύκολη και πάμφθηνη λύση της ευθανασίας, ενώ αντίθετα όσοι θα έχουν τη δυνατότητα νοσηλείας θα την εξαντλούν. Και αυτό γίνεται ακόμα και σήμερα. Για παράδειγμα, είναι γνωστό ότι οι πλούσιοι πάσχοντες από AIDS ζουν για πολλά χρόνια και σχετικά αξιοπρεπώς, ενώ ήδη αυτές τις μέρες στην Ολλανδία έχουμε τις πρώτες αιτήσεις από φτωχούς, που μόλις που άρχισαν να νοσούν, οι οποίοι ζητούν να κάνουν χρήση του πρόσφατα «κεκτημένου δικαιώματός» τους! (6)

Αλλά και στο επιστημονικό επίπεδο γεννιέται πλήθος ενστάσεων. Αν νομιμοποιηθεί η ευθανασία είναι προφανές ότι θα επιβραδυνθεί η φαρμακευτική και θεραπευτική έρευνα. Όμως, οι ανίατες ασθένειες του σήμερα θα είναι οι θεραπεύσιμες ασθένειες του αύριο, όπως οι περισσότερες από τις ανίατες ασθένειες του χτες νικήθηκαν ή υποχώρησαν μη αναστρέψιμα από την επιστήμη του σήμερα. Και σκοπός της ιατρικής επιστήμης είναι ακριβώς να κάνει τα πάντα προκειμένου να εξασφαλίσει τη διατήρηση της ζωής του κάθε ανθρώπου, ενάντια σε ένα συνεχώς διευρυνόμενο δαρβινισμό - φυσικό και κοινωνικό - ο οποίος καταδικάζει τους αδύνατους στο σύγχρονο Καιάδα. (6)

Τέλος, πάντα θα ελλοχεύει το ζήτημα του για ποιους λόγους κάποιος θα καταφεύγει στην ευθανασία. Για παράδειγμα, στις ΗΠΑ έκανε αίτηση για ευθανασία μια μητέρα που έπαθε κατάθλιψη μετά το θάνατο των δύο παιδιών της σε τροχαίο. Και η ολλανδή υπουργός Υγείας, Ε.Μπορστ, δηλώνει ξεδιάντροπα: «Δεν είμαι ενάντια στη χορήγηση χαπιών αυτοκτονίας σε ανθρώπους που είχαν αρκετά στη ζωή». (6)

Εάν η άνοδος του καπιταλισμού γέννησε τη σύγχρονη ιατρική, όπως πολύ εύστοχα ανέφερε ο Σάββας Μιχαήλ στο τεύχος 41 (Μάιος - Ιούνιος 2001) του περιοδικού Ουτοπία, τώρα στο παρακμιακό του στάδιο η σχέση γιατρού - ασθενούς αντικαθίσταται από τη σχέση «αγοραστών υπηρεσιών υγείας» - ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών - «πωλητών υπηρεσιών υγείας». Για πρώτη φορά στη σύγχρονη ιστορία δεν θα είναι ο γιατρός που θα παίρνει τις αποφάσεις με ιατρικά κριτήρια, αλλά η αρχή του κόστους - αποτελέσματος. Ο καπιταλισμός καλείται να «απαντήσει» στο πρόβλημα της πληθυσμιακής πίεσης και των νοσούντων «αποκλεισμένων» με μόνο άξονα όχι τη φυσική αναπαραγωγή της κοινότητας, αλλά τη διευρυμένη αναπαραγωγή του κεφαλαίου. Και όπως έξοχα διατύπωσε ο Μ. Φουκό: «Ενώ στη φεουδαρχία ο άρχοντας είχε την εξουσία να χαρίσει τη ζωή ή να δίνει το θάνατο, η αστική εξουσία δίνει τη ζωή (προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου των γεννήσεων, ευγονική κ.λπ.) και χαρίζει το θάνατο με την ευθανασία». (6)

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

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

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

3. Σχετικά με τον άντρα ή τη γυναίκα, τον υπερήλικα ή το παιδί που ανήκουν στην κατηγορία των staff patients (άρρωστοι χωρίς κανένα γνωστό οικογενειακό δεσμό, χωρίς φιλικά πρόσωπα ή απλώς γνωστούς που να ασχολούνται μαζί τους με τρόπο σχετικά κανονικό και να πηγαίνουν να τους βλέπουν στο νοσοκομείο), ο θάνατος μπορεί να προκαλείται κάτω από ορισμένες συνθήκες, χωρίς να προηγηθεί ερώτηση προς τον άρρωστο, Τρεις γιατροί-μέλη του συλλόγου των θεραπόντων γιατρών του νοσοκομείου - υπογράφουν ένα λεπτομερές έγγραφο που πιστοποιεί ότι, με βάση τις ανθρώπινα δυνατές προβλέψεις, ο άρρωστος δε θα μπορέσει να επανακτήσει τα μέσα για μια πλήρη ανθρώπινη ζωή. Ο δικαστής της περιοχής στην οποία υπάγεται το νοσοκομείο εκδίδει, στη συνέχεια, την απόφαση, που επιτρέπει στους θεράποντες γιατρούς να θανατώσουν τον ασθενή". (5)

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

να εξετάζει τους προβληματισμούς-τα διλήμματα που αναδύονται από την νομιμοποίηση της κοινωνικής ευθανασίας. (5)

Επιπρόσθετα ο Letourneau τάχθηκε κατά της άποψης κάποιων λόρδων, οι οποίοι έθεσαν ως πρόσφορη χρονική ηλικία τα 80 χρόνια (άνω της οποίας είναι προτιμότερο να μη ζει κανείς με προβλήματα υγείας), ισχυριζόμενος ότι δεν υφίσταται μοναδική πρόσφορη ηλικία, αλλά κάθε ηλικία είναι πρόσφορη. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν τόσο ο Winston Churchill που σε ηλικία άνω των 80 χρόνων, οδηγήθηκε σε κάποιες σημαντικές αποφάσεις για την Μ. Βρετανία, όσο κι ο Μιχαήλ Άγγελος, ο οποίος δημιούργησε σε παρόμοια ηλικία το καλύτερο του έργο. (5)

Τι γίνεται όμως, με τους γιατρούς; Γιατί δεν προβαίνουν σε ευθανασία κάποιοι και κάποιοι άλλοι κάνουν το αντίθετο; Ορισμένοι γιατροί επιμένουν να διατηρούν στην ζωή έναν άνθρωπο που υποφέρει από βασανιστικούς πόνους χωρίς να υφίσταται θεραπεία για την περίπτωση τους, είναι ιατρικώς ανίατη, ακόμα κι όταν πρόσωπα αναφοράς συγγενής-φίλος του ασθενούς εκλιπαρούν να δοθεί τέλος στο μαρτύριο του αγαπημένου τους πρόσωπου. Η άρνηση του γιατρού να συμμορφωθεί με την επιθυμία των πρόσωπων αναφοράς του ασθενούς είναι θετική, αν την υπαγορεύει η ιατρική του συνείδηση, αν όμως η άρνηση του αυτή δηλαδή η συνέχιση της διατήρησης της ζωής του ασθενούς, αποσκοπεί στο να ανεβεί το ιατρικό του κύρος δεν είναι αποδέκτη τακτική. (5)

Ο Letourneau αναφέρει ένα παράδειγμα ελεεινό-μη αποδεκτό. Τον Ιούνιο μήνα οι γιατροί των Πανλάκων νοσοκομείων, όφειλαν να μετατεθούν σε άλλη υπηρεσία. Έτσι ασθενείς με καταλυτικές ασθένειες διατηρούνταν στην ζωή με διάφορα μέσα, ώσπου να φύγουν οι εκπαιδευόμενοι ή οι μόνιμοι γιατροί και το βάρος της απόφασης σύνταξης βεβαίωσης θανάτου, έπεφτε στους νεοπροσληφθέντες γιατρούς, άλλοτε να το συντάσσουν ή να το αποφεύγουν. (5)

Όμως, κι οι προτάσεις του Sackett για την οικονομική ευθανασία, αλλά και το θέμα του Letourneau για την τακτική των Παν/άκων γιατρών που προαναφέραμε είναι κατακριτέα, όχι μόνο από τους ανθρώπους, αλλά και από πολλούς γιατρούς. (5)

Ένα ερώτημα που γεννάται είναι: Τι είναι αυτό που ωθεί ένα γιατρό στο να προβεί σε ευθανασία; Έχουμε αναφέρει σε προηγούμενες σελίδες ως λόγους τον οίκτο, τους αφόρητους πόνους κλπ. Ποιος είναι όμως ο βαθύτερος λόγος αυτής της πράξης; Μήπως είναι ο φόβος του θανάτου; (5)

Η Ιατρική Σχολή δεν εκπαιδεύει τον αυριανό γιατρό να μπορεί να ταξιδεύει με τον ανίατο ασθενή του ως την διασταύρωση που θα τον παραλάβει ο χάροντας-ο θάνατος. "Ο γιατρός θα έπρεπε να βοηθά τον ετοιμοθάνατο και να τον διευκολύνει να γνωρίσει ένα θάνατο σύμφωνο με το χαρακτήρα του, ένα θάνατο που να ανταποκρίνεται στη ζωή που έζησε ίσαμε τότε.". (5)

Όσο αφορά την ευθανασία η ελληνική κυβέρνηση σιωπά κι η κοινωνία δεν έχει σαφή θέση πάνω στο φλέγον ζήτημα για το σύγχρονο άνθρωπο. Υπάρχουν οι υποστηρικτές της ευθανασίας, μεταξύ των οποίων και γιατροί, οι οποίοι στηρίζουν την θέση τους στο γεγονός ότι είναι προτιμότερο για ασθενείς με ανίατες επώδυνες ασθένειες ή για ασθενείς τελικού σταδίου η επίσπευση του θανάτου τους. (5)

Οι αντιμαχόμενοι της ευθανασίας, ισχυρίζονται ότι και ποιος μπορεί να αποκλείσει πως μέχρι να πραγματοποιηθεί η ευθανασία δεν θα έχει βρεθεί θεραπεία, ή δεν θα έχει γίνει θαύμα-σημειωθεί βελτίωση του ασθενούς, ή επιστροφή του στη ζωή, ή κι ακόμα ο συγγενής που αιτείται την ευθανασία για αγαπημένο του πρόσωπο δεν το κάνει για ωφελμιστικούς σκοπούς (π.χ. για μια κληρονομιά); (5)

Από τα προαναφερθέντα φαίνεται ότι ο σύγχρονος άνθρωπος, όπως δεν έχει σαφή εικόνα για την έννοια και την διαδικασία του θανάτου, έτσι δεν έχει αντίστοιχη εικόνα για την έννοια και την εφαρμογή της ευθανασίας, παρόλο που το επάγγελμα του γιατρού είναι συνυφασμένο με το θάνατο λόγω του ότι δεν έχουν ανακαλυφθεί θεραπευτικά μέσα για όλες τις ασθένειες. Εντούτοις οι ελληνικές κείμενες διατάξεις της Ιατρικής, όπως ο Ιπποκράτειος όρκος, η Διακήρυξη της Γενεύης που είναι η σύγχρονη μορφή του Ιπποκράτειου όρκου κλπ δεν έχουν συμπληρωθεί με το ποια πρέπει να είναι η συμπεριφορά του γιατρού απέναντι στην διαδικασία του θανάτου και στο θάνατο, ούτε από την οριοθέτηση για την εφαρμογή της ευθανασίας. (5)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ



3.1 Θρησκεία και ευθανασία

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

«Η Ορθόδοξος Ελληνική Εκκλησία αρνείται στον οποιονδήποτε το δικαίωμα να αποφασίζει ο ίδιος για το θάνατο το δικό του ή των άλλων. Η ζωή είναι δώρο του Θεού και κανείς δεν μπορεί να την αφαιρέσει. Ο άνθρωπος έχει, δημιουργεί "κατ' εικόνα και μοιώσιν" του Θεού και η ζωή του είναι απολύτως ιερή και απαραβίαστη. "Ουδείς ημών εαυτώ ζη και ουδείς εαυτώ αποθνήσκει εάν τε γαρ ζώμεν, των Κυρίω ζώμεν, εάν τε αποθνήσκομεν, τω Κυρίω αποθνήσκομεν. Εάν τε ουν ζώμεν, εάν τε αποθνήσκομεν, του Κυρίου εσμέν". (7)

«Το επίσημο κείμενο που εδημοσίευσε στις 26.6.1980 η Ιερά Σύνοδος για τη Διδασκαλία της Πίστεως της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας "περί ευθανασίας", που περιέχει την αυθεντική διδασκαλία της Εκκλησίας αυτής για το προκείμενο ζήτημα τονίζει: την αξία της ανθρώπινης ζωής και τον ιερό χαρακτήρα και το απαραβίαστο της. Συνέπεια αυτών των αρχών είναι ότι κανείς δεν μπορεί να αποπειραθεί κατά της ζωής ενός ανθρώπου χωρίς να αντιταχθεί στην αγάπη του Θεού γι' αυτόν και χωρίς να διαπράξει ένα βαρύτατο έγκλημα. Κάθε άνθρωπος έχει καθήκον να προσαρμόζει τη ζωή του στα σχέδια του Θεού. Του έχει προσφερθεί η ζωή σαν αγαθό. Ο θεληματικός θάνατος ή η αυτοκτονία είναι το ίδιο απαράδεκτος όσο και η ανθρωποκτονία: μια τέτοια πράξη, αποτελεί άρνηση της κυριαρχίας του Θεού και του σχεδίου της αγάπης του. Η χριστιανική τοποθέτηση απέναντι στη ζωή και στο θάνατο, δεν μπορεί να στηρίξει την ευθανασία». (7)

Για τη θρησκεία ο θάνατος, ο πόνος, η επίγεια ζωή έχουν ιδιαίτερο νόημα υπό το πρίσμα της αιωνιότητας. Στο βιβλίο του «Τι γίνεται μετά το θάνατο;», διαβάζουμε ότι υπό το πρίσμα αυτό και οι πιο μεγάλες δυσκολίες και τα πιο συντριπτικά χτυπήματα της ζωής

παίρνουν άλλο νόημα. Αποκτούν άλλο περιεχόμενο. Για το Χριστιανό δεν υπάρχει μόνο η φυσική ζωή με το βιολογικό κύκλο της. Πέρα από αυτήν υπάρχει η πνευματική, η υπερφυσική ζωή. Έτσι, οποιαδήποτε αναπηρία, οποιαδήποτε αρρώστια φωτίζεται με ένα υπερκόσμιο φως και αντιμετωπίζεται σωστά με τη μεταφυσική θεώρηση. Με μια τέτοια προοπτική ο άνθρωπος δεν παρουσιάζεται ποτέ στην ήττοπάθεια και στο μαρασμό. Αντιμετωπίζει με πίστη όλες τις αντιξοότητες και από εκεί αντλεί θάρρος και δύναμη. Στ' αφτιά του αντηχεί η φωνή του Αποστόλου Παύλου «ουκ άξια τα παθήματα του νυν καιρού προς την μέλλουσαν δόξαν αποκαλυφθήναι εις ημάς». Για το χριστιανό επομένως, η ευθανασία δεν έχει νόημα. Το πρόβλημα αυτό υπάρχει κυρίως για μία κοντόθωρη κοινωνία που πιστεύει μόνο σε γήινες πραγματικότητες. (8)

Αυτά μας διδάσκει η Εκκλησία, η οποία στέκεται με σεβασμό απέναντι στον άνθρωπο και ζει σ' αυτόν που «ξεψυχάει». Και τονίζει ότι ασφαλώς ενδιαφέρεται η Εκκλησία για έναν αξιοπρεπή θάνατο, αλλά με πολύ διαφορετική έννοια, από αυτήν της ευθανασίας. (3)

Και μάλιστα, τιμά ιδιαίτερα τη «μετάβαση εκ του θανάτου προς τη ζωή», θεωρώντας ότι ο θάνατος του σώματος είναι ένας σημαντικός σταθμός, στη μετεξέλιξη του ανθρωπίνου όντος με το θάνατο «ως η γέφυρα η μετάγουσα εκ της κάτω ζωής εις την άνω» περνά στην αιώνια ζωή, όπου εξακολουθεί να ζει με διαφορετικό πλέον τρόπο, αφού έχει χωριστεί από το σώμα. (3)

Συνεπώς, για το Χριστιανό η αληθής ευθανασία είναι «η εν Χριστώ εκδημία εκ του κόσμου τούτου», αυτή που οδηγεί στη μέλλουσα μακαριότητα και δόξα. «Η εν Χριστώ εκδημία» είναι άσχετη με το βιολογικό τρόπο θανάτου. Οποιοσδήποτε θάνατος, είτε από ασθένεια είτε από ατύχημα είτε στη γεροντική ηλικία είτε στη νεότητα, μπορεί να είναι «εν Χριστώ τερματισμός της παρούσας ζωής». Η ευθανασία για το Χριστιανό δεν συνδέεται με το θάνατο τον απαλλαγμένο από πόνους και βάσανα. Αντίθετα, πόσοι και πόσοι πέθαναν ζώντας φοβερούς σωματικούς πόνους ή γενικότερα ευρισκόμενοι σε άθλια σωματική κατάσταση και εντούτοις έχοντας την καλύτερη δυνατή «ευθανασία». Αυτοί είναι οι μάρτυρες της πίστεως του Χριστού, οι οποίοι τερμάτισαν την επίγειο ζωή τους μετά από πολλά βάσανα και δοκιμασίες. Συμπεραίνει, λοιπόν, κανείς ότι αυτός που θεωρείται «κακός θάνατος» για τον κόσμο, αποτελεί τον «καλό», τον «τίμιο» θάνατο του Χριστού. (3)

3.2 « Ευθανασία ή αθανασία »:

Η θεολογική θέση στο ζήτημα της ευθανασίας είναι γνωστή και άγνωστη.

Παραμένει πασίγνωστη η αρνητική τοποθέτηση της εκκλησιαστικής παράδοσης απέναντι στην ευθανασία. Μένει όμως άγνωστη η θεολογική λογική με την οποία θεμελιώνεται μια τέτοια άρνηση που μάλιστα εκφέρεται με απόλυτα κατηγορηματικό τρόπο. (9)

Η κατηγορηματική άρνηση της ευθανασίας εκ μέρους της εκκλησίας απορρέει από μία συγκεκριμένη θεολογική λογική. Αξίζει τον κόπο να υπενθυμίσουμε εντελώς παρενθετικά ότι η ευθανασία ανήκει στην ίδια κατηγορία φαινομένων, όπως π.χ. η αυτοκτονία και η έκτρωση, που εξίσου απορρίπτονται από την θρησκεία, εξ αιτίας της ίδιας θεολογικής λογικής. Με την αυτοκτονία σημειώνεται παρέμβαση του ανθρώπου στο τέλος της ζωής, ενώ με την έκτρωση στην αρχή του φαινομένου της ζωής. Στην άμβλωση διακόπτεται η ζωή, προτού καν αρχίσει, ενώ με την αυτοχειρία συμβαίνει το ίδιο, προτού όμως να τελειώσει η ζωή του ανθρώπου. (9)

Είτε στην αρχή είτε στο τέλος της ζωής σημειώνεται ανθρώπινη παρέμβαση σε κατιτί που προϋπάρχει του συγκεκριμένου ατόμου και θα συνεχίσει να υπάρχει μετά από αυτό, δηλαδή στο γεγονός της ζωής. Επί πλέον - και κυρίως! - η ζωή κάθε όντως και δημιουργήμα ενός άλλου όντως, του «άλλως άλλου», του «αλλιώςίκα Άλλου», του «Μεγάλου Άλλου». Σύμφωνα με τις μονοθεϊστικές θρησκείες (ιουδαϊσμός, χριστιανισμός, μουσουλμανισμός), αυτός ο μέγας «άλλως Άλλος» ονομάζεται Θεός, γίνεται αντιληπτός ως οντότητα προσωπική και πιστεύεται ότι είναι η ανεπανάληπτη πρωταρχική πηγή της ζωής, Πατέρας, Παντοκράτορας, «Ποιητής ουρανού και γης, ορατών τε πάντων αοράτων», σύμφωνα με τον χριστιανισμό «Σύμβολον της Πίστεως». (9)

Κάθε ανθρώπινη παρέμβαση στην ροή της ζωής ανασταλτικά, τόσο στην αρχή της με την αντισύλληψη, όσο και στο τέλος της με την αυτοκτονία ή την ευθανασία, συνιστά αναστολή του έργου του Θεού. Συνεπώς αντιστρατεύεται τόσο τον Θεό όσο και την ίδια την ζωή. Δηλαδή στρέφεται εναντίον του Δημιουργού και του δημιουργήματος, του πλάστη και του πλάσματος, του κτίστη και του κτίσματος, του κτιστού και του άκτιστου, του ποιητή και του ποιήματος. (9)

Με μία τέτοια θεολογική λογική καταδικάζεται η ευθανασία μαζί με την αυτοκτονία, την δολοφονία, την άμβλωση, τον ευνουχισμό και κάθε άλλη μορφή ατομικής παρέμβασης στον γεγονός της ζωής. Το μόνο που επιτρέπεται στον άνθρωπο από την θρησκεία είναι να ζήσει την ζωή και ό,τι του απαγορεύεται είναι η αναστολή, η διακοπή και η διατάραξη της ζωής σε κάθε φάση με την αντισύλληψη είτε στην ακροτελεύτια φάση με τον αυτοχειρισμό, στον οποίο ταξινομείται η ευθανασία. (9)

«Ζω την ζωή» σύμφωνα με την θεολογική λογική σημαίνει «σχετίζομαι με το άλλο μου». Εάν τεθεί σε έναν ενήμερο θεολόγο το ερώτημα «τι είναι ζωή;» ή, ακόμα χειρότερα, αν του ζητηθεί να ορίσει το γεγονός της ζωής, τότε και αφού προηγουμένως αποκηρύξει μετά βδελυγμίας την δυνατότητα καν να υπάρξει ποτέ κάποιος ορισμός της ζωής, θα σας εμπιστευθεί εντελώς σχηματικά την απάντηση του με τον ακόλουθο τρόπο: «η ζωή είναι

σχέση», «ζω θα πει σχετίζομαι», «ζω σημαίνει ότι σχετίζομαι με το άλλο μου». (9)

Αυτό το «άλλο μου» είναι καθετί έξω και πέρα από εμένα, πριν από το άτομό μου και πάνω από την ύπαρξη μου, απέναντι στο εγώ μου, μακριά από την οντότητα μου, κατέναντι στον εαυτό μου: στο «άλλο μου» ανήκουν ο κόσμος, η φύση, η κοινωνία, τα έμψυχα και τα άψυχα, τα έλλογα και τα άλογα, τα εγκόσμια και τα υπερβατικά, τα ορατά και τα αόρατα, ο Θεός, ο μεγάλος «άλλως Άλλος». Όχι μόνο τα κτίσματα, αλλά και ο κτίστης τους εμπεριέχεται στην οντότητα του «άλλου». (9)

Συνεπώς η σχέση κάθε ανθρώπου με το «άλλο» του εμπεριέχει τον Θεό ως δυνατότητα μέσα στα όρια της πίστη εφ' όσον το άτομο έχει προβεί στην επιλογή της θρησκευτικής πίστης εκούσια, ελεύθερα και συνειδητά. Οποίος αδιαφορεί για το μεταφυσικό ερώτημα και την θρησκευτική απορία, όπως ο αγνωστικιστής και ο διάφορος, ή έχει λάβει αρνητική θέση στο περί Θεού ερώτημα για λόγους συνειδησιακής εντιμότητας, όπως ο άθεος και ο άθρησκος, όλοι αυτοί οι συμπολίτες μας δεν δεσμεύονται καθόλου από την θεολογική καταδίκη της ευθανασίας. Το πρόβλημα υφίσταται κυρίως για εκείνους τους συνανθρώπους μας που έχουν επιλέξει την δέσμευση της πίστης, οι οποίοι άλλωστε αυθόρμητα χρεώνονται με την εμπίωση της πίστης τους μέσα στην ζωή τους, γι' αυτό αναρωτιούνται για τον αποχρώντα λόγο της θρησκευτικής άρνησης της ευθανασίας ή των άλλων παρεμφερών πρακτικών ανακοπής της ζωής, όπως είναι η αυτοκτονία και η αντισύλληψη. (9)

Σύμφωνα με την θεολογική λογική, η ζωή είναι σχέση. «Ζω» θα πει «μετέχω», συμμετέχω και σχετίζομαι, κοινωνώ και επικοινωνώ. Η ζωή για την πίστη είναι πάντοτε μετοχή, κοινωνία και επικοινωνία, αναφορά και διαφορά: διαφορά ανάμεσα στο εγώ και στο άλλο, συνάμα όμως αναφορά του εγώ στο άλλο. Καθένας και καθεμία, καθετί χωριστά και όλα τα όντα μαζί διαφέρουν μεταξύ τους και αναφέρονται το ένα στο άλλο, αδιάκοπα και αμοιβαία. Η διαφορά και η αναφορά είναι ο καμβάς και το υφάδι που συνυφαίνουν την ζωή. (9)

Ο θάνατος ως άρση και αναίρεση της ζωής καταργεί την αναφορά και τη διαφορά: όταν όλα νεκρώνουν, τότε παγώνουν και παγιώνονται, μένουν αμέτοχα και άσχετα, ομοιόμορφα και άμορφα, ταυτόσημα και εξομοιωμένα ισοπεδωτικά. Η ποικιλία και η ενότητα χαρακτηρίζουν τη ζωή. Η ομοιομορφία και ο χωρισμός ταιριάζουν στο θάνατο αποκλειστικά. Τελικά, θάνατος είναι η σχάση, δηλαδή η διακοπή της σχέσης, η άρνηση της αναφοράς, η αναίρεση της σχέσης, ο χωρισμός και ο διαχωρισμός, η αίρεση και η διαίρεση της πραγματικότητας σε εξατομικευμένες οντότητες, ο κατακερματισμός και η κατάτμηση της ζωής σε ατομικότητες. (9)

Η ζωή είναι η σχέση και ο θάνατος η σχάση, δηλαδή μη-σχέση. Ότι ενέχει ιδιάζουσα σημασία για την θεολογική λογική είναι η σχεσιακότητα της ζωής, δηλαδή η αναφορικότητα σε αντίθεση προς την ατομικότητα. Η πραγματικότητα γίνεται κατανοητή

ως αναφορικότητα, δηλαδή ως σύνολο πλήρες σχέσεων, σαν πλέγμα αμοιβαίων αλληλεξαρτήσεων και σαν ιστός απειραρίθμων μορφών ζωής γεμάτων από ποικιλίες. Η αναφορικότητα αντιπαράκειται στην ατομικότητα, η οποία εκλαμβάνεται ως κατιτί αρνητικό, που έχει την διαίρεση, τη σχάση, τον χωρισμό, οδηγώντας έτσι στον θάνατο, τον κατεξοχήν χωρισμό με την τέλεια απομόνωση του ανθρώπου. (9)

Ατομικότητα ή αναφορικότητα είναι οι δύο πόλοι του βασικού διλήμματος που τίθεται ενώπιον του ανθρώπου για να ζήσει τη ζωή του. Η εκκλησιαστική παράδοση συνιστά να υιοθετήσουμε την αναφορικότητα αντί για την ατομικότητα. Συνεπώς να προκρίνουμε τη σχέση αντί για τη σχάση, τη ζωή αντί για τον θάνατο. Κι έτσι η πίστη απαγορεύει κάθε ατομική παρέμβαση στο φαινόμενο της ζωής που επιφέρει τη διακοπή του.. Με μία τέτοια θεολογική λογική, στο όνομα της σχεσιακότητας της πραγματικότητας και εξ αιτίας της αναφορικότητας της ζωής, η εκκλησία αντιτάσσεται στην ευθανασία, όπως άλλωστε και κάθε μονοθεϊσμός. Εάν τώρα κάτι τέτοιο δικαιώνεται από την ίδια τη ζωή ή διαψεύδεται από την πραγματικότητα, παραμένει ένα ακόμα διαρκώς ανοικτό ερώτημα προς περαιτέρω συζήτηση. (9)

3.3 Επιχειρήματα κατά της ευθανασίας

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

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

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

3. «Η σημασία του πόνου και των θλίψεων για την "εν Χριστώ σωτηρία" του ανθρώπου». Συνήθως, όταν ο άνθρωπος ζει μια ζωή ταλαιπωρημένη από αβάσταχτους, αφόρητους πόνους, χωρίς ελπίδα ιάσεως, εκεί συχνά λέγεται: «Μα ο άνθρωπος αυτός υποφέρει και μαζί με αυτόν πονούν και δοκιμάζονται και οι οικείοι του» και εκεί είναι που προβάλλεται επιτακτικό το αίτημα της ευθανασίας. (10)

Όμως, και εδώ η Εκκλησία έρχεται να δώσει τη δική της απάντηση. «ο πόνος έχει μεγάλη αξία για τη σωτηρία της ψυχής. Μέσω αυτού δίνεται η ευκαιρία για μετάνοια και γι' αυτό δεν θα πρέπει να συντομεύεται η ζωή, για να αποφύγει την επιθανάτια αγωνία ο άνθρωπος. Ο πόνος, εξάλλου, είναι και "σήμα κινδύνου" για τον άνθρωπο, σήμα για λήψη μέτρων και προετοιμασία». (11)

Επίσης, στο βιβλίο του Γ.Β. ΜΕΛΕΤΗ «Τι γίνεται μετά το θάνατο;», διαβάζουμε σχετικά με τον πόνο: Ο αληθινός πιστός στέκεται με γενναιότητα απέναντι στον πόνο και τη θλίψη. Στις κρίσιμες ώρες της δοκιμασίας όταν αισθάνεται της καρδιά του να ματώνει και τα γόνατά του να λυγίζουν, δεν τα χάνει. Πολύ περισσότερο δεν σκέφτεται την εύκολη λύση της φυγής και της λιποταξίας. Τις δοκιμασίες τις θεωρεί, ας πούμε, φυσικές για να εισέλθει στο πάθος του Χριστού. Κανείς δεν θα ισχυριστεί ότι ο πόνος καθ' εαυτόν είναι κάτι καλό και αυτό γιατί ανήκει τιμή και έπαινος σε όλες εκείνες τις ευγενικές υπάρξεις που αγωνίζονται νύχτα και μέρα να τον ανακουφίσουν. Ο πιστός, όμως, τον πόνο τον μεταμορφώνει. Με την υπομονή του, τον κάνει ευπρόσδεκτη θυσία στο Θεό. Μέσα από αυτό το πρίσμα ιδωμένος ο πόνος, αποκτά αξία ασύγκριτη και δεν είναι άσκοπος. Οι δοκιμασίες έχουν πάντα ένα μεγάλο νόημα. (8)

«Επειδή, λοιπόν, η αρρώστια και ο πόνος είναι μια δυνή δοκιμασία για την αδύνατη, εύθραυστη ανθρώπινη φύση μας, γι' αυτό η Εκκλησία μας εύχεται νυχθημερόν: "Υπέρ των εν ασθενίαις κατακειμένων... και υπέρ του ρυσθήναι ημάς από πάσης θλίψεως...». (12)

«Όμως, ο πόνος αυτός μπορεί να μαλακώσει και να καταπραΰνθει. Ο Ι. Χρυσόστομος λέει σχετικά: «Φέρε στο νου σου τις φοβερές δοκιμασίες των μαρτύρων' τον πριονισμό, τα μαχαιρώματα, τους ραβδισμούς κ.τ.λ. Σύγκρινέ τα με το δικό σου μαρτύριο. Θα δεις τότε ότι εσύ λιγότερο υποφέρεις! Και με τον τρόπο αυτό θα παρηγορείσαι. Και ο πόνος σου θα μαλακώνει». (12)

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

«Αλλά γιατί να καταφύγει στην ευθανασία ο ιατρός ή ο συγγενής, όταν ανακαλύπτει ότι ο βαριά άρρωστος μπορεί και πρέπει να αντιμετωπιστεί σωστά από τους ιατρούς,

νοσοκόμους και συγγενείς, αρκεί να γίνει δεκτό ότι έχει δικαίωμα στην επιμελημένη φροντίδα όλων μας. Μια φροντίδα που το φάσμα της είναι ευρύτατο και περιλαμβάνει τη σωστή ιατρική αγωγή, μέχρι και την εξασφάλιση άνετων συνθηκών διαβίωσης, θερμής συμπαράστασης στις ψυχολογικές και πνευματικές του ανάγκες, αναγνώριση δηλαδή της διπολικής ψυχοσωματικής του ιδιότητας. Υπό το πρίσμα αυτό και υπαρχούσης αυτής της διεξόδου, μήπως η ευθανασία είναι όχι η οδός του οίκτου, αλλά αντίθετα ο εύκολος τρόπος για να απαλλαγούμε το συντομότερο από έναν ενοχλητικό συνάνθρωπο, επειδή δεν διαθέτουμε τα απαραίτητα αποθέματα αγάπης και αντοχής για να τον περιποιηθούμε και να του συμπαρασταθούμε στις τελευταίες στιγμές του. (7)

Τέλος, μια άλλη όψη και σημασία του πόνου είναι αυτή που τον συνδέει με τα πάθη του Χριστού. Ο πόνος, ο σωματικός και ο ψυχικός, και οι θλίψεις είναι για τον πιστό μέσα συμμετοχής στο πάθος του Θεανθρώπου και μίμηση Αυτού. Ο Ιησούς Χριστός έζησε τον πόνο σε ύψιστο βαθμό. Αυτό καθίσταται προφανές μέσα από τη Σταύρωση, το μαρτυρικό θάνατο, την ψυχική του θλίψη, από τη στάση των ανθρώπων και το βάρος των αμαρτημάτων που επωμίστηκε, όλων των ανθρώπων, όλων των εποχών, για χάρη της σωτηρίας της ανθρωπότητας. Ο πιστός Χριστιανός συγκρίνοντας το δικό του πόνο, τον βρίσκει πολύ μικρό έναντι αυτού που υπέμεινε ο Χριστός. Και γενικά, ο πιστός βλέπει τα πάθη του ως μίμηση του πάθους του Χριστού και συμμετοχή εις αυτό. «Μίμησαι Χριστόν τον Θεόν. Πάθε και αυτός διά της σεαυτού σωτηρίαν, ως Εκείνος έπαθε διά σε». (10)

Το γεγονός ότι δεν έχει βρεθεί ακόμα τρόπος ώστε να μπορεί κανείς να πει με βεβαιότητα ότι κάποια αρρώστια είναι αθεράπευτη, αφού, όχι σπάνια, διαπιστώνεται ότι οι άρρωστοι που, κατά την επιστήμη, ήταν αθεράπευτοι, τελικά, άγνωστο πώς, έγιναν καλά. (Δηλαδή δεν υπάρχει το απόλυτο στη διάγνωση και στην πρόγνωση). Κάτι τέτοιο, λοιπόν, αποκλείει την εφαρμογή της ευθανασίας». (10)

«Επίσης, η πρόοδος της επιστήμης έχει ως αποτέλεσμα να ανακαλύπτονται νέα φάρμακα και μέθοδοι θεραπείας, με τις οποίες θεραπεύονται αυτοί που μέχρι πριν λίγο καιρό χαρακτηρίζονταν αθεράπευτοι. Επομένως, δεν αποκλείετε καθόλου να έχουμε τη θανάτωση με ευθανασία, ανθρώπων που η διάσωσή τους θα ήταν δυνατή αν δεν είχαν θανατωθεί». (10)

3.4 Ειδικότερη τοποθέτηση της Ορθοδοξίας

A. Ενάντια στη λεγόμενη κοινωνική ή ευγονική ευθανασία.

«Η θανάτωση διανοητικώς καθυστερημένων, ανιάτως πασχόντων, σωματικώς

αναπήρων και γενικά προσώπων που έχουν κακή διάπλαση, αποτελεί φόνο και βαρυτάτη αμαρτία».

Για τη θρησκεία, μάλιστα, όχι μόνο η θανάτωση ζωντανών ελαττωματικών ατόμων αποτελεί έγκλημα, αλλά και η θανάτωση εμβρύων, που πιθανόν να γεννηθούν ελαττωματικά. Κατά την ορθόδοξη πίστη το έμβρυο από τη στιγμή της σύλληψής του είναι ψυχοσωματική ύπαρξη. (10)

Η εφαρμογή της ευθανασίας σε αυτές τις περιπτώσεις είναι ψυχρή δολοφονία και έχει να κάνει με την υλιστική εκδοχή στην οποία ζούμε. Κάποιοι χαρακτηρίζουν ορισμένες σωματικές ατέλειες ή αναπηρίες ως τερατομορφισμούς. Όμως, κατά την Ορθοδοξία, ένα παραμορφωμένο άτομο ή ανάπηρο μπορεί να κρύβει μια όμορφη ευγενική και άγια ψυχή. Στον άνθρωπο δεν βαραίνουν τόσο οι σωματικές αναπηρίες και διανοητικές ικανότητες. Πιο μεγάλη αξία έχει η ικανότητα της αγάπης, της θυσίας, της υπομονής. Συναισθήματα που έχουν το δικαίωμα να ζήσουν όλοι ανεξαιρέτως οι άνθρωποι, άρρωστοι ή υγιείς. (8)

B. Ενάντια στην ενεργητική ευθανασία.

Σύμφωνα και με όσα προαναφέρθηκαν, η ενεργητική ευθανασία, δηλαδή η άμεση θανάτωση με κάποια ένεση ή άλλο μέσο, ατόμου που οδεύει προς το θάνατο μέσω πόνων και βασάνων, είναι καθαρός φόνος και σαφώς αντίκειται στη θεία εντολή «ου φονεύσεις». Ολόκληρη η θεωρία της χριστιανισμής για την ευθανασία έρχεται σε αντίθεση με αυτό το είδος της. (10)

Γ. Παθητική ευθανασία και νεότερες αντιλήψεις.

Η παθητική ευθανασία, η ηθελημένη δηλαδή διακοπή μιας φαρμακευτικής αγωγής, η εφαρμογή της οποίας θα είχε ως συνέπεια την παράταση της ζωής του ασθενούς, η οποία είναι αμετάκλητα καταδικασμένη, απεκρούετο από το χώρο της Εκκλησίας μέχρι το 1957. Κατά το έτος αυτό και συγκεκριμένα την 24η Φεβρουαρίου 1957, ο Πάπας Πίος ο XII, προσφωνώντας τα μέλη του ΙΧ Εθνικού Συνεδρίου της εταιρείας Ιταλών αναισθησιολόγων, τόνισε: «Είναι ηθικώς αποδεκτή η χορήγηση καταπραϋντικών φαρμάκων, για τους πόνους των βαριά ασθενών, ακόμα και αν προβλέπεται ότι αυτή η φαρμακευτική αγωγή θα έχει ως συνέπεια την επίσπευση θανάτου». (13)

Από τότε, η θρησκεία έχει δεχθεί την εφαρμογή της παθητικής ευθανασίας, αλλά

πάντα υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Και οι προϋποθέσεις αυτές είναι οι εξής :

α) Ο ασθενής να έχει απαιτήσει, προκειμένου να θεραπευθεί, τη χρήση όλων των υπαρχόντων δυνατών μέσων

β) Να έχουν αποκλειστεί όλα τα ωφελμιστικά κίνητρα, από το θάνατο του ασθενούς. Όταν, δηλαδή, εν ονόματι της παθητικής ευθανασίας πεθαίνουν άνθρωποι, γιατί με την παράταση της ζωής τους, επιβαρύνουν τον προϋπολογισμό του κράτους και, επιπλέον, γιατί δεν μπορούν να συμβάλλουν στην οικονομική ανάπτυξη του κράτους. Επίσης, να έχει αποκλειστεί ενδεχόμενη συσχέτιση της παθητικής ευθανασίας με τις μεταμοσχεύσεις οργάνων, των ατόμων που βρίσκονται στη διαδικασία του θανάτου. Δηλαδή, όταν ψυχρά και ωφελμιστικά επισπεύδεται ο θάνατος, όχι για να μην ταλαιπωρηθεί ο ασθενής, αλλά κυρίως για να εξυπηρετηθεί κάποιο άλλο άτομο. (13)

Είναι πολύ δύσκολο να προσδιοριστούν επακριβώς οι περιπτώσεις που θα μπορούσε να επιτραπεί το είδος αυτό της ευθανασίας. Η στάση της Εκκλησίας δεν έχει αποσαφηνισθεί πλήρως. Σίγουρα, η διακοπή της τεχνητής υποστήριξης και παράτασης της ζωής, δεν μπορεί να εφαρμοστεί εκεί όπου υπάρχει και η ελάχιστη προοπτική ζωής ή όταν ο ασθενής επιθυμεί να ζήσει, έστω και υπό αυτές τις συνθήκες. Επίσης, δεν μπορεί να εφαρμοστεί, όταν η διάγνωση και η πρόβλεψη της μοιραίας πορείας της κατάστασης του ασθενούς δεν είναι απολύτως βέβαιη. (13)

Σε όλες τις περιπτώσεις ασθενειών θα πρέπει να εξαντλούνται τα μέσα ίασεως του ασθενούς, χωρίς όμως να φτάσουμε στο αντίθετο άκρο της «αντί πάσης θυσίας διατηρήσεως της ζωής». Δηλαδή, να αρνούμαστε το θάνατο ως ανεπανόρθωτη και τελεσίδικη συμφορά και να καταβάλλεται προσπάθεια διατηρήσεως του ασθενούς στη ζωή, ως «πειραματοζώου ή γιατί ο γιατρός δεν μπορεί να δεχτεί την "ήττα" και τη φυσική του αδυναμία να προσφέρει "ίαση" ». (13)

Οι μόνες περιπτώσεις όπου καθαρά γίνεται αποδεκτή η εφαρμογή της παθητικής ευθανασίας και από τη θρησκεία είναι εκείνες όπου έχει επέλθει η νέκρωση του εγκεφάλου του ασθενούς και η ζωή του έχει περιοριστεί στις στοιχειώδεις βιολογικές λειτουργίες (με τεχνητή υποστήριξη). Σε αυτές και μόνο τις περιπτώσεις ενδείκνυται η διακοπή της εφαρμοζόμενης θεραπείας, γιατί η συνέχισή της δεν συντελεί, παρά στην τεχνητή διατήρηση της ζωής ενός ανθρώπου, ο οποίος είναι ουσιαστικά νεκρός. Σε κάθε άλλη περίπτωση η διακοπή ή άρνηση της θεραπείας δεν είναι παθητική, αλλά ενεργητική ευθανασία και γι' αυτό απορρίπτεται. (13)

Πάντως, στις περιπτώσεις στις οποίες θα αποφασίζεται η παθητική ευθανασία, έχει

μεγάλη σημασία ο τρόπος χειρισμού του όλου θέματος. Ο ιατρός δε, πρέπει να λάβει υπόψη του όλους τους παράγοντες (ψυχολογική κατάσταση και θέληση ασθενούς και συγγενών) και να ενεργήσει με περίσταση και λεπτότητα. (13)

3.5 Εκκλησία και ιατρικά συνειδησιακά διλήμματα

«Η Ορθόδοξη Εκκλησία, αναγνωρίζοντας την ιδιαιτερότητα της σχέσης γιατρού-ασθενή, σέβεται το γιατρό και προστάζει : "Τίμα ιατρόν.. και γαρ αυτόν έκτισε Κύριος". Ευλογεί δε και ενθαρρύνει τις προσπάθειές του στην υπηρεσία της ζωής, αλλά ως "ευθανασία" δέχεται μόνο εκείνη, για την οποία εύχεται "ειρηνικά τα τέλη της ζωής, ανώδυνα, ανεπαίσχυντα..." , παραδεχόμενη όμως και ότι "κρείσσων θάνατος, υπέρ ζωήν πικράν και ανάπαυσιν αιώνιος ή αρρώστια έμμονον"». (3)

«Ο γιατρός, κατά την Εκκλησία, συμβάλλει στην τέτοια ευθανασία, όταν εργάζεται για την καταπράυνση των πόνων, την ανακούφιση από τα ενοχλήματα, την καθυσύχαση της αγωνίας, την υποβοήθηση στην καλύτερη ανοχή των ταλαιπωριών, ώστε να ζει ο άνθρωπος μέχρι τέλους, με αξιοπρέπεια, μέχρι και τις εσχατότατες στιγμές της ζωής του. Με τη συντρόφευση και την ηθική συμπαράσταση, σε συνεργασία με το οικογενειακό περιβάλλον, με πορεία δίπλα σε εκείνον, ακρόαση στους φόβους και σιωπή στις εκρήξεις του. Μια τέτοιου είδους συμπαράσταση ελεγκτείται και στον ψυχικό κόσμο του αρρώστου και μάλιστα σε μια τόσο κρίσιμη στιγμή, με λεπτούς κλυδωνισμούς της ψυχής, μέχρι να περάσει στην... "αντίπερα όχθη" μέχρι δηλ να ξεψυχήσει και να πάρει η ψυχή του το δρόμο για το χώρο στον οποίο ανήκει... στην αγκαλιά του Θεού» (3)

«Η τέτοια συμπαράσταση του γιατρού φέρνει και άλλα αποτελέσματα. Είναι εκπληκτικό το πόσοι από αυτούς που "έφτασαν μέχρι τον τάφο", αλλά δεν πέθαναν, βγήκαν αληθινά κερδισμένοι από την ταλαιπωρία τους, διότι ρύθμισαν προβλήματα που τους "έτρωγαν" και διαταραγμένες σχέσεις με οικείους τους ή ανακάλυψαν ότι "έχει τόσα πολλά ακόμα, άγνωστα πριν, να τους προσφέρει η ζωή, ώστε εάν τα ήξεραν, κανείς τους δεν θα ήθελε να πεθάνει. Και ευγνωμονούν την αρρώστια που τους άλλαξε ως ανθρώπους, τους ωρίμασε πνευματικά και αναθεώρησαν τη στάση τους στη ζωή, αφού η δοκιμασία τους έδωσε τη "δυνατότητα της καθάρσεως" και τους "έφερε πιο κοντά στο Θεό"». (3)

Πέρα, όμως, από τις γενικές τοποθετήσεις, τα ηθικά διλήμματα για τους γιατρούς και μη, είναι πολλά και επιβάλλεται να δοθεί απάντηση από τη διοίκηση της Εκκλησίας, αλλά και από την κορυφή της Ορθοδοξίας. (3)

Η Εκκλησία έχει καθήκον να καθησυχάσει τις συνειδήσεις των περισσοτέρων, με το

να διακηρύξει επίσημα τις θέσεις της σε θέματα κατ' αρχήν που αφορούν στον «εγκεφαλικό θάνατο» και τις περιπτώσεις όπου επιτρέπεται ή όχι η μεταμόσχευση οργάνων. (3)

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

A) Η αναστρέψιμη παύση της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας,

B) Μη αναστρέψιμη παύση, όλων των λειτουργιών του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου και του «εγκεφαλικού στελέχους».

Απαιτείται επομένως κάτι περισσότερο από τη «μη αναστρέψιμη παύση όλων των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους». Και όταν συμβεί αυτό με το εγκεφαλικό στέλεχος, καταργείται η αυτόματη αναπνοή σε «δεύτερο στάδιο», ακολουθεί η κατάργηση της κυκλοφορίας και ύστερα οι λειτουργίες των ανωτέρων τμημάτων των ημισφαιρίων του εγκεφάλου. Άρα, με την επέλευση της νεκρώσεως του στελέχους του εγκεφάλου δεν επέρχεται την ίδια στιγμή ο θάνατος, αλλά λίγο αργότερα. Επομένως, ο άνθρωπος δεν έχει «ξεψυχήσει» ακόμα τη στιγμή εκείνη. (3)

Και στις περιπτώσεις αυτές, καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια να διατηρηθούν τα όργανα του «ζωντανά» και δεν είναι, τουλάχιστον ακόμα, «πτωματικά», όταν παραχωρούνται για μεταμόσχευση. Αυτό είναι ένα πολύ σοβαρό θέμα που δημιουργεί προβλήματα ηθικής τάξεως για πολλούς γιατρούς, δότες και λιγότερο για τους λήπτες. Επ' αυτού τι λέει η Εκκλησία; (3)

Σήμερα, επίσημα έχει γίνει δεκτός ως θάνατος του ανθρώπου, ο «εγκεφαλικός θάνατος». Πολλοί, όμως, εναντιώνονται και το θεωρούν ως... «επινόηση» προς εξυπηρέτηση άλλων σκοπών, δημιουργώντας καλοπροαίρετα και με πολλές ανησυχίες, προβληματισμούς ηθικής τάξεως και διλήμματα. (3)

Επίσης, βασικό είναι το ερώτημα του «πότε ξεψυχάει ο άνθρωπος». Η θέση της Εκκλησίας για το πότε «μπαίνει» η ψυχή στον άνθρωπο είναι σαφής: «εξ άκρας συλλήψεως». Πότε, όμως, βγαίνει; Αν η καρδιά εξακολουθεί να είναι το κέντρο της ζωής, τότε με την καρδιακή ανακοπή εξέρχεται; Και αν σε κάποιον γίνει επιτυχής αναζωογόνηση επανέρχεται. (3)

Πολύ σχετικό με τα παραπάνω είναι και το εξής: Εξακολουθεί ή όχι για την

Εκκλησία να είναι η καρδιά το κέντρο της ζωής; Ισχύει δηλαδή και σήμερα η επίκληση στον Άγριο Γρηγόριο τον Παλαμά ο οποίος έγραψε τα εξής εκπληκτικά: «Εν τη καρδιά ως εν οργάνω, το λογιστικόν ημών είναι επιστάμεθα ακριβώς ... εκεί γαρ εστίν ο νους και πάντες οι λογισμοί της ψυχής». (3)

«Όταν μετά το θάνατο του εγκεφαλικού στελέχους δεν υποστηριχθεί η καρδιακή λειτουργία, καταργείται η κυκλοφορία ως αναπόδραστη συνέπεια. Με την καταστροφή του δε, η δραστηριότητα των εγκεφαλικών ημισφαιρίων δεν μπορεί να ολοκληρωθεί, με συνέπεια να μην είναι δυνατή η γνωστική ή συναισθηματική ζωή. Μήπως, λοιπόν, «το κέντρο της ζωής» σε τελική ανάλυση -αν αυτή θα είναι η τελική- εδράζεται και στο στέλεχος του εγκεφάλου;». (3)

«Τα ερωτήματα αυτά, όπως και πολλά άλλα, χρειάζονται απάντηση από την Ορθόδοξη Εκκλησία, ώστε να επιλύονται κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο, τα συνειδησιακά προβλήματα εκείνων που είναι επιφορτισμένα με τη λήψη αποφάσεων». (3)

3.6 Από πλευράς της χριστιανικής ηθικής

Η ευθανασία υπό το πρίσμα της χριστιανικής ηθικής είναι τελείως απαράδεκτος, η χριστιανική ηθική, τονίζει ιδιαίτερα την ιερότητα της ανθρώπινης ζωής. (14)

Διότι καθώς ελέγχει και στην εισαγωγή η ευθανασία έρχεται σε αντίθεση με την 6η εντολή του Μωσαϊκού Δεκαλόγου με το «Ου φονεύσεις». Η απαγόρευση αυτή υψώνεται ως ανυπέρβλητο φράγμα. Η χριστιανική ηθική διδάσκει ότι μόνο ο θεός είναι κύριος της ζωής απόλυτος. Δεν επιτρέπεται σε μας τους ανθρώπους να δίνουμε το θάνατο στους εαυτούς μας, αλλά και στους άλλους δια της ευθανασίας. (14)

Ακόμη και οι ίδιοι οι εθνικοί ειδωλολάτρες (Πυθαγόρας και Κικέρων) είχαν σαφή αντίληψη στο νου τους και την εξέφρασαν στα έργα τους, ότι είναι «παράνομο ν' απομακρυνόμαστε από την ζωή χωρίς την εντολή εκείνου που έδωσε την ζωή», δηλ. του Θεού. (14)

Όσο τέλος αφορά στην πλήρη αναισθησία (καταστολή), αυτή είναι ηθικώς επιτρεπτή αρκεί να μην επιταχύνει τον θάνατον και να μην στερεί τον ασθενή, τουλάχιστον κατά διαστήματα της διαύγειας, η οποία θα του επιτρέπει να φροντίζει δια τα υπέρτατα συμφέροντα της ψυχής του και να ρυθμίζει τα καθήκοντά του ως προς το δίκαιον. (14)

Για τους χριστιανούς, λοιπόν, η αρρώστια έχει ένα βαθύτερο νόημα, που όταν το κατανοήσει ο ασθενής τότε δύναται στην αρρώστια του να δείξει υπομονή και καρτερία. Μεταξύ των αγίων της Εκκλησίας μας υπάρχουν και ορισμένοι, που έφθασαν ένεκα της

ασθενείας των στην δυνατή ανθρώπινη τελειότητα, στην οποία δεν θα έφθαναν χωρίς την ασθένεια και τον μεγάλο πόνο. Διότι ο Θεός επιτρέπει δια της ασθενείας ν' αναδεικνύονται μάρτυρες εκείνοι οι ασθενείς που με υπομονή και καρτερία σηκώνουν το μαρτυρικό σταυρό του πόνου και της οδύνης. Τούτο το τονίζει ιδιαίτερα ο άγιος Ιωάννης ο Χρυσόστομος. «Συ τοίνυν καν οίκοι μένης, και τη κλίνη προσηλωμένης, μη νόμιζε αργόν βίον ζην' το γαρ υπό των δημίων ελκομένων, σπαραττομένων, τεινομένων, των τα έσχατα πασχόντων χαλεπώτερα υπομένεις, δήμιον διηνεκή και σύνοικον έχουσα, της αρρωστίας ταύτης την υπερβολήν». (14)

«Συ λοιπόν κι αν μένης στο σπίτι σου και κατάκεισαι κλινήρης, μη νόμιζε ότι διάγεις βίον αργόν' διότι συ υποφέρεις περισσότερα από εκείνους τους οποίους οι δήμιοι σύρουν, σπαράσσουν, τεντώνουν και βασανίζουν μέχρι θανάτου, έχουσα δήμιον σύνοικον και διαρκώς βασανίζονται την βαρείαν σου αυτή ασθένεια». (14)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV



4.1 Έννοια της ευθανασίας σε σχέση με τις μορφές της – Θάνατος και ιατρικές διατάξεις.

Θάνατος είναι η φυσιολογική διαδικασία της διακοπής της γραμμής της ζωής. Ο θάνατος που επέρχεται με την διακοπή της καρδιακής λειτουργίας και της αναπνοής δεν είναι ουσιαστικά θάνατος, ο ουσιαστικός θάνατος επέρχεται με τον εγκεφαλικό θάνατο ύστερα από τέσσερα με πέντε λεπτά. Έτσι ο άνθρωπος του οποίου η καρδιακή λειτουργία έχει σταματήσει θεωρείται κλινικά νεκρός, αφού στο διάστημα των τεσσάρων με πέντε λεπτών μέχρι να επέλθει ο εγκεφαλικός θάνατος, μπορεί να επιτευχθεί με την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση επαναφορά του ανθρώπου στην ζωή. Τα νέα δεδομένα για τον καθορισμό του θανάτου είναι τα εξής: να υφίσταται διακοπή της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας, όλων των εγκεφαλικών λειτουργιών και του εγκεφαλικού στελέχους, όχι μόνο του εγκεφαλικού στελέχους. (15)

Ο σύγχρονος άνθρωπος έρχεται αντιμέτωπος-δίνει καθημερινά μάχη με το θάνατο και αρκετά συχνά χάνει αυτή τη μάχη. Η συγκεκριμένη του ήττα εκλαμβάνεται από τον απλό άνθρωπο ως αδυναμία-ανικανότητα του γιατρού να νικήσει το θάνατο, παρόλο που η ιατρική έχει σημειώσει αξιόλογη πρόοδο και εξακολουθεί να σημειώνει καθημερινά. Όμως, κι ο ίδιος ο γιατρός πολλές φορές, εκλαμβάνει το τέλος ενός ασθενή του ως αδυναμία του-ανικανότητα του να ανταποκριθεί στο ρόλο του. (15)

Με άλλα λόγια θεωρεί τον εαυτό του ένοχο για το θάνατο του ασθενή του- το εκλαμβάνει ως προσωπική του ανικανότητα, μη λαμβάνοντας υπόψη ότι δύναται να μην υπάρχουν τα κατάλληλα ιατρικά μέσα ή η θεραπεία που θα τον βοηθούσαν να ανταποκριθεί στο έπακρο στο ρόλο του. Σε μια τέτοια περίπτωση ο γιατρός έχει δικαίωμα να προβεί σε ευθανασία; (15)

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

- Σ' ενεργητική, η οποία επιτυγχάνεται με ορισμένες πράξεις και σε παθητική, η οποία είναι το βέβαιο αποτέλεσμα ορισμένων παραλείψεων. Η διάκριση στην πρακτική δεν είναι πάντοτε δυνατή. Τόσο οι πράξεις όσο και οι παραλείψεις είναι δυνατό να έχουν ως σκοπό τον τερματισμό της ζωής του ασθενούς.

- Σ' εκούσια, η οποία επιχειρείται, είτε μετά από άμεση και παρούσα παράκληση του πάσχοντα, κατά το χρόνο της καταληκτικής ασθένειας του, είτε με προηγούμενη ρητή έγγραφη δήλωση βούλησης να παρασχεθεί ευθανασία και σε ακούσια, η οποία επιχειρείται χωρίς να υπάρχει εκφρασμένη η βούληση του ασθενή, αλλά κατά την εικαζόμενη βούληση του και από οίκτο προς αυτόν», (15)

Σε αυτό το σημείο, αξίζει να σημειωθεί ότι το έτος 1973, Ολλανδή γιατρός εφάρμοσε ενεργητική ευθανασία στην μητέρα της, και κατόπιν ανέφερε αυτή της την ενέργεια στη δικαιοσύνη. Η συγκεκριμένη περίπτωση τράβηξε ιδιαίτερα την προσοχή του Ολλανδικού τύπου κι είχε ως αποτέλεσμα την νομική αναγνώριση της ευθανασίας, **όχι όμως της ενεργητικής, αλλά της παθητικής, υπό ορισμένες προϋποθέσεις: να υφίσταται επώδυνη ασθένεια και να είναι ιατρικώς αποδεδειγμένο ότι δεν υπάρχει ελπίδα ανακούφισης- βελτίωσης ή κατάλληλης θεραπείας, αλλά και ταυτόχρονα να υφίσταται νομικός έλεγχος, κατά πόσο τηρούνται οι προϋποθέσεις από δικαστή.** (15)

Ο Ολλανδικός Ιατρικός Σύλλογος κατακρίνει την ενεργητική ευθανασία,

παραδέχεται όμως, την παθητική ευθανασία, αρκεί να διασφαλίζεται ο εκάστοτε ασθενής με την έγγραφη στην βεβαίωση θανάτου του ως λόγος θανάτου η ευθανασία ολοκάθαρα. Με αυτό τον τρόπο τα νομικά κριτήρια για την παθητική ευθανασία δύναται να τεθούν υπό δικαστική κρίση. (15)

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

- Η ευθανασία θεωρείται ότι αποτελεί μια εκχώρηση προνομίου ιατρικής συμπαράστασης κατά τη στιγμή του θανάτου.
- Ο γιατρός μπορεί συχνά να δώσει ελπίδες σ' αυτόν που πεθαίνει και όταν ακόμη η κατάσταση του είναι τραγική.
- Ουδέποτε ο γιατρός επιτρέπεται ν' αφήσει αβοήθητο τον ασθενή του και είναι υπεύθυνος γι' αυτόν μέχρι και την τελευταία του στιγμή.
- Σε κάθε περίπτωση ο γιατρός δεν θα πρέπει να χρησιμοποιεί τέτοια μέσα για τη διατήρηση του ασθενή στη ζωή, ώστε να μπορούσε να θεωρηθεί ότι η δραστηριότητα του αυτή, αποτελεί ένα αθέμιτο πειραματισμό. Κάθε μέσο που θα χρησιμοποιεί οφείλει να έχει ως αποκλειστικό σκοπό το συμφέρον του ασθενή.
- Η υπευθυνότητα του γιατρού απέναντι στον ασθενή πρέπει να διατηρείται ακέραια, χωρίς όμως ν' αγνοείται η βούληση του και η ανακούφιση του από τον πόνο κατά την καταληκτική ασθένεια» (15)

Η στάση του γιατρού απέναντι στον ανίατο ασθενή του, υπαγορεύεται από τις ακόλουθες διατάξεις τον Ιπποκράτειο όρκο, την Διακήρυξη της Γενεύης, που είναι η σημερινή απεικόνιση του Ιπποκράτειου όρκου. Η Διακήρυξη της Λισσαβόνας,

το έτος 1981 που αφορούσε τα δικαιώματα του ασθενή, αλλά και του Ελσίνκι που αναφερόταν στα πειράματα στον άνθρωπο την ίδια χρονιά. Η Διακήρυξη της Βενετίας που αναφερόταν στην ανίατη ασθένεια δυο χρόνια αργότερα. Ο Παγκόσμιος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας που η ύπαρξη του χρονολογείται από το 1948. (15)

Το έτος 1963 είναι η χρονιά ορόσημο για την συνέλευση της Παγκοσμίας Ιατρικής Εταιρείας που θέσπισε τις 12 αρχές για την παροχή Υγειονομικής Φροντίδας, ανεξάρτητα του εθνικού συστήματος υγείας, είκοσι χρόνια αργότερα αυτές τις αρχές, αποδέχθηκε η Διακήρυξη της Βενετίας. Όμως, δεν πρέπει να μας διαφεύγει το γεγονός, ότι η πρόταση που αφορούσε τον Ευρωπαϊκό χάρτη για τα δικαιώματα του αρρώστου χρονολογείται από το έτος 1985. (15)

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος κατακρίνει την εφαρμογή της ευθανασίας, είτε πρόκειται για ενεργητική, είτε για παθητική, είτε γίνεται ακούσια, είτε εκούσια για κανένα λόγο δεν την παραδέχεται. Στηρίζει την αρνητική του θέση στο ότι η εφαρμογή της ευθανασίας μετατρέπει τον γιατρό από προστάτη της ανθρώπινης υγείας, σε καταστροφέα της ανθρώπινης ύπαρξης και υγείας. Με λίγα λόγια η ευθανασία είναι κοινωνικά καταδικαστέα για τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο. (15)

Όμως, εξέφρασε την αρνητική του στάση και ο Παγκόσμιος Ιατρικός Σύλλογος για την νομική αναγνώριση της ευθανασίας στην Ολλανδία. Συγκεκριμένα ο Παγκόσμιος Ιατρικός Σύλλογος τονίζει ότι η ευθανασία σε καμία μορφή της δεν δικαιολογείται γιατί έρχεται σε σύγκρουση με τους ιατρικούς ηθικούς κανόνες, πράγμα που παραδέχθηκαν και οι συμμετέχοντες σε συνάντηση της Επιτροπής Ιατρικής Ηθικής του συγκεκριμένου Συλλόγου, με εξαίρεση τον Ολλανδό εκπρόσωπο. (15)

Παράλληλα έγινε προτροπή σε όλους τους γιατρούς να εναντιωθούν σε τυχόν νομική αναγνώριση της ευθανασίας σε τοπικό επίπεδο. Ο πρόεδρος του

Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου επεσήμανε ότι καθήκον του γιατρού είναι' η συντήρηση- προστασία της ζωής και η συμπαράσταση των αρρώστων. Συνεπώς στόχος του γιατρού είναι η άμβλυση των τελευταίων στιγμών του ασθενούς και σε καμία περίπτωση η επίσπευση - επιτάχυνση τους. (15)

Ο Ιπποκράτειος όρκος μεταξύ άλλων επισημαίνει ότι: «Δεν θα χορηγήσω θανατηφόρο φάρμακο σε κανένα και αν παρακληθώ, ούτε θα υποδείξω τέτοια συμβουλή». (15)

Η Διακήρυξη της Γενεύης είναι η σημερινή απεικόνιση του Ιπποκράτειου όρκου χαρακτηριστικά τμήματα της διακήρυξης αυτής που σχετίζονται με το θέμα μας, το προβληματισμό μας για την ευθανασία είναι συγκεντρωμένα τα έξης:

«Ο μέλλοντας γιατρός δεσμεύεται ότι θα δώσει και την ζωή του αν χρειαστεί για τον συνάνθρωπο του. Πρωταρχική του φροντίδα θα είναι η υγεία του ασθενούς, αλλά και η διαφύλαξη πάση θυσία της ιατρικής του τιμής και των ιατρικών παραδόσεων. Ο μέλλοντας γιατρός θα διακατέχεται και θα καλλιεργεί συνεχώς το σεβασμό στην ανθρωπινή ύπαρξη, και δεν θα επιπέσει ουδέποτε στο πειρασμό να παραβεί τις ιατρικές αρχές- αξίες αλλά και τα αξιώματα του Κώδικα του ανθρωπισμού». (15)

Άξιο λόγου είναι ότι στην διακήρυξη της Γενεύης σε κάποιο τμήμα της γίνεται μνεία στο γεγονός ότι ο μέλλοντας γιατρός θα λειτουργεί ελεύθερος από εθνικές- φυλετικές, θρησκευτικές προκαταλήψεις, πολιτικές πεποιθήσεις, κοινωνικά πολιτεύματα διασφαλίζοντας κατά αυτό τον τρόπο τις αρχές του επαγγέλματος του, αλλά και την ιατρική του εικόνα στους ασθενείς του. Η 27η **Παγκόσμια Ιατρική Συνέλευση** που πραγματοποιήθηκε στο Μοναχό το έτος 1973, αποδεχομένη το προαναφερθέν τμήμα της διακήρυξης της Γενεύης, πρόσθεσε ότι ο δρόμος της Ιατρικής εκπαίδευσης είναι ανοιχτός σε όλους τους ανθρώπους. Αυτό σημαίνει ότι η ιατρική εκπαίδευση και η εφαρμογή της είναι κατά των φυλετικών διακρίσεων και σέβεται τις θρησκευτικές-πολιτικές πεποιθήσεις, όσων νέων επιθυμούν να ασκήσουν το ιατρικό επάγγελμα. (15)

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

- Ο γιατρός οφείλει να διατηρεί σε υψηλότερο επίπεδο την επαγγελματική του συμπεριφορά.
- Ο γιατρός δεν πρέπει να επιτρέπει τα κίνητρα του κέρδους να επηρεάζουν την ελεύθερη και ανεξάρτητη κρίση του απέναντι στους ασθενείς του, κατά την άσκηση του επαγγέλματος του.
- Ο γιατρός οφείλει, σε όλες τις μορφές της ιατρικής πρακτικής, να αφιερώνεται στην παροχή της κατάλληλης ιατρικής υπηρεσίας με πλήρη τεχνική και ηθική ανεξαρτησία, με ευσπλαχνία και σεβασμό για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια.
- Ο γιατρός οφείλει να συναλλάσσεται έντιμα με τους, ασθενείς και στους συναδέλφους και να αγωνίζεται καταγγέλλοντας εκείνους τους γιατρούς οι οποίοι είναι ανεπαρκείς είτε ως χαρακτήρες είτε ως ικανότητες ή δρουν με δόλο ή απάτη. (15)

Οι ακόλουθες πρακτικές θεωρούνται ότι αποτελούν αντιδεοντολογική συμπεριφορά :

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

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

- Ο γιατρός οφείλει να σέβεται τα δικαιώματα των ασθενών, των συναδέλφων του και όλων των άλλων επαγγελματιών (στον τομέα) της υγείας και οφείλει να διασφαλίζει την εμπιστοσύνη των ασθενών.
- Ο γιατρός οφείλει να παίρνει όλες τις κατάλληλες προφυλάξεις όταν κοινοποιεί ανακαλύψεις ή άλλες τεχνικές ή θεραπεία μέσω μη επαγγελματικών καναλιών.
- Ο γιατρός οφείλει να πιστοποιεί μόνον εκείνα τα οποία μπορεί προσωπικά να επαληθεύσει Έτσι από τις προαναφερθείσες ιατρικές διατάξεις φαίνεται ότι ο ρόλος του γιατρού έχει δυο βασικά χαρακτηριστικά, την θεραπεία και φροντίδα του ασθενούς. Δεν γίνεται πουθενά μνεία για την εφαρμογή της ευθανασίας σε ασθενείς με ανίατες - επώδυνες ασθένειες. (15)

4.2 Καρδιακός θάνατος, εγκεφαλικός θάνατος και ευθανασία.

Μέχρι πριν από λίγες δεκαετίες τα πράγματα ήταν απλά για τη διαπίστωση, τη διάγνωση και την πιστοποίηση του επελθόντος θανάτου. Τα κριτήρια ήταν γενικώς παραδεκτά και κανείς δεν τα αμφισβητούσε. Ήταν δε αυτά: «Η παύση της κίνησης καρδιακής λειτουργίας με απουσία παλμού και πτώση της αρτηριακής πίεσεως, της λειτουργίας της αναπνοής, του εγκεφάλου, των νεφρών, του ήπατος. Ήταν σαφές ότι μετά την παύση της καρδιακής λειτουργίας και της αναπνοής, ακολουθούσε ο θάνατος του εγκεφάλου, μετά την παρέλευση λίγων λεπτών'». (3)

Ο κ. Δρακόπουλος Σπ., χειρουργός στη Μονάδα Μεταμοσχεύσεων του «Ευαγγελισμού», σε άρθρο του στο περιοδικό «Πειραιϊκή Εκκλησία», αναφέρει: «Στην πλειοψηφία τους οι άνθρωποι αποθνήσκουν με την κλασική έννοια του θανάτου. Διάφορες παθήσεις, όπως π.χ. έμφραγμα του μυοκαρδίου, πνευμονική εμβολή, ανακοπή, οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια, έχουν ως αποτέλεσμα την οριστική παύση των ζωτικών λειτουργιών του οργανισμού, δηλαδή της αναπνοής και της καρδιακής λειτουργίας. Άρα, το θάνατο του ατόμου, όπως από αιώνες γνωρίζουμε. (16)

Τα πράγματα, όμως, σήμερα έχουν αλλάξει από τη στιγμή που επιτυγχάνεται καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, με τα σύγχρονα τεχνολογικά μέσα, σε καρδιακή ανακοπή. (17)

«Πράγματι, μέχρι τη δεκαετία του '50 δεν υπήρχαν τα κατάλληλα μηχανήματα για τη διατήρηση της ζωής με τεχνητή υποστήριξη και το μόνο που μπορούσε να κάνει ο γιατρός σε περίπτωση καρδιακής ανακοπής ήταν να περιμένει να δει αν ο ασθενής θα κατάφερνε από μόνος του να επανακτήσει τις φυσικές λειτουργίες και κυρίως την αναπνοή. Από τη δεκαετία του '50, όμως, και μετά, αναπτύχθηκαν οι τεχνικές ανάνηψης, που με τον καιρό βελτιώθηκαν ώστε σήμερα οι γιατροί να είναι σε θέση να διατηρούν τις ζωτικές λειτουργίες ενός ασθενούς σε κώμα, με την αποκλειστική βοήθεια ειδικών μηχανημάτων». (17)

Α) Κλινικός θάνατος

Πριν περάσουμε στον ορισμό και την ανάλυση του «εγκεφαλικού θανάτου» καλό και σκόπιμο είναι να γίνει ο διαχωρισμός του από τον κλινικό θάνατο (ο οποίος δεν είναι οριστικός θάνατος), προς αποφυγήν κάθε παρεξηγήσεως. «Κλινικός θάνατος χαρακτηρίζεται η κατάσταση στην οποία βρίσκεται ένα άτομο, μετά την παύση της λειτουργίας της καρδιάς και πριν επέλθει ο θάνατος του εγκεφάλου. Δηλαδή, πριν από την παρέλευση 4-5 λεπτών, μετά τα οποία ακολουθεί "ο θάνατος του εγκεφάλου και επέρχεται ο οριστικός θάνατος". Άρα, ο κλινικά νεκρός δεν είναι ακόμα νεκρός. Κατά τα ολίγα λεπτά της φάσεως του κλινικού θανάτου, είναι δυνατόν να επιτευχθεί "καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση" και η επαναφορά του ατόμου στη ζωή. Κατέστη μάλιστα σήμερα δυνατόν να επιμηκυνθούν τα όρια του "κλινικού θανάτου" επί αρκετά μακρό χρονικό διάστημα και μάλιστα με ενέργειες που μπορούν να αρχίσουν και εκτός νοσοκομείου. Π.χ. στον τόπο όπου "έπεσε κάποιος νεκρός" προκειμένου να διατηρηθεί ζωντανός μέχρι τη μεταφορά του στο νοσοκομείο. (3)

Οι τέτοιες δυνατότητες δημιούργησαν κάποια προβλήματα γιατί α) "επανερχόμενα στη ζωή άτομα" δεν είχαν αυτόνομη καρδιακή λειτουργία ή β) παρουσίαζαν μη ανατάξιμες βλάβες του εγκεφάλου που έφτασαν μέχρι και χωρίς καμιά δυνατότητα να αποκτήσουν τις αισθήσεις τους». (18)

Η δυνατότητα, όμως, αυτή (παράτασης της ζωής με τεχνητά μέσα επί μακρόν) έχει δημιουργήσει ποικίλα προβλήματα, ηθικής, κοινωνικής, οικονομικής

τάξεως, οικογενειακά και διάφορα άλλα νομικής φύσεως και ιατρικής ευθύνης, όπως αναλύει ο ιατρός κ. Γεώργιος Παπαγεωργίου. Η παράταση της ζωής του ασθενούς που προσφέρει ή άλλες φορές επιβάλλει η ιατρική τεχνολογία, έχει, σε ορισμένες περιπτώσεις, τέτοια ποιότητα που είναι αμφίβολο αν είναι αποδεκτή από τον ασθενή ή αν έχει νόημα γι' αυτόν. (18)

Συγκεκριμένα, πολλές φορές ο γιατρός είναι υποχρεωμένος ανεξάρτητα από τις προσωπικές, θρησκευτικές ή φιλοσοφικές πεποιθήσεις του, να δώσει λύση σε ένα πρόβλημα το οποίο είναι σύνθετο, γιατί δεν αφορά μόνο αυτόν και τον ασθενή, αλλά και άλλους (οικογένεια, άλλους ασθενείς). Το πρόβλημα είναι επιτακτικό και έχει αντίκτυπο στο κοινωνικό σύνολο. Σε τέτοιες περιπτώσεις η ελεύθερη βούληση του ασθενούς μπορεί να έρθει σε σύγκρουση με τις ηθικές αντιλήψεις του γιατρού, ο οποίος βρίσκεται σε δίλημμα. Το πρόβλημα, της διατηρήσεως δηλαδή του ασθενούς στη ζωή, η οποία δεν έχει αυτόνομη καρδιακή λειτουργία και αναπνοή, είναι και οικονομικό. (18)

Η ιατρική δεοντολογία επιτάσσει ότι οι ασθενείς όλοι πρέπει να απολαύουν νοσηλείας και θεραπείας σε μια δίκαιη αναλογία με τους άλλους ασθενείς και με τη συνολική δυνατότητα διαθέσεως των οικονομικών πόρων. Εάν, όμως, οι πόροι είναι περιορισμένοι, ποιοι θα προηγηθούν και ωφεληθούν από την εφαρμογή θεραπείας; (18)

Στην πράξη, κάθε γιατρός είναι υποχρεωμένος να παράσχει τη μεγαλύτερη δυνατή φροντίδα στους αρρώστους που emπίπτουν στη δική του ευθύνη και αρμοδιότητα. Έτσι, όμως, πάρα πολλοί γιατροί έχουν κατηγορηθεί από προγραμματιστές υγείας και πολιτικούς ότι δεν λαμβάνουν υπόψη τους, τους υγειονομικούς πόρους και ότι δεν συμπεριφέρονται με γνώμονα το γενικό καλό. Τη νέα αυτή τεχνολογική ανακάλυψη συνοδεύουν αναπάντεχα προβλήματα που συνεχώς αναφύονται. (18)

B) Μη ανατάξιμο κώμα και εγκεφαλικός θάνατος

Οι πρόοδοι της επιστήμης οδήγησαν σε αμφισβήτηση «του αξιώματος» να θεωρείται η καρδιά ως «το κέντρο της ζωής» ή να θεωρείται ως «ζών» άτομο, το οποίο έχει υποστεί αμετακλήτως βαριές και εκτεταμένες εγκεφαλικές βλάβες, ενώ η αναπνοή ενδέχεται να διατηρείται με μηχανήμα τεχνητής αναπνοής και η καρδιά σε λειτουργία με ηλεκτρικές διεγέρσεις του καρδιακού παλμού. Έτσι, την τελευταία κυρίως εικοσαετία, εμφανίστηκε η έννοια του «εγκεφαλικού θανάτου»,

η οποία είναι απόρροια όχι μόνο της προόδου της επιστήμης, αλλά και της δημιουργίας των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας. (19)

«Ο εγκέφαλος αποτελείται από δυο κύρια μέρη, τα ημισφαίρια, όπου εδράζονται κυρίως οι φυτικές λειτουργίες (ρύθμιση αναπνοής, κυκλοφορίας κ.λπ.). Η οριστική καταστροφή (θάνατος) του εγκεφαλικού στελέχους αποκλείει τη δυνατότητα διατήρησης της κυκλοφορίας. Αυτό σημαίνει ότι ο ασθενής αποκλείεται πλέον να διατηρηθεί στη ζωή χωρίς μηχανική υποστήριξη της αναπνοής και φαρμακευτική συντήρηση της αρτηριακής πίεσης. Επιπλέον, μέσω του εγκεφαλικού στελέχους ολοκληρώνεται η δραστηριότητα των εγκεφαλικών ημισφαιρίων, όπου εδράζονται οι ανώτερες λειτουργίες. Το εγκεφαλικό στέλεχος δημιουργεί μηχανισμούς εγρήγορσης, οι οποίοι θέτουν σε λειτουργία τα εγκεφαλικά ημισφαίρια. Μόνο έτσι ενεργοποιείται ο μηχανισμός συνείδησης και είναι δυνατή η γνωστική και συναισθηματική ζωή. Βλέπουμε, λοιπόν, ότι ένα τέτοιο άτομο, με οριστική και ανεπανόρθωτη καταστροφή (θάνατο) είτε ολόκληρου του εγκεφάλου είτε μόνο του εγκεφαλικού στελέχους, αφ' ενός δεν είναι βιολογικά αυτόνομο άτομο, αφ' ετέρου δεν έχει νοητική, συναισθηματική και συνειδησιακή εγκεφαλική δραστηριότητα. Η διατήρηση στη ζωή ενός τέτοιου ατόμου είναι δυνατή μόνο με τεχνητά μέσα και πάλι δεν μπορεί να είναι απεριόριστη. Η μακρόχρονη διατήρηση ανθρώπων σ' αυτή την κατάσταση δημιούργησε ερωτηματικά για το αν τέτοια άτομα θεωρούνται νεκρά ή όχι και αμφιβολίες για το αν ο μέχρι τότε ορισμός του θανάτου ήταν ακριβής. Η οριστική και αμετάκλητη (μη αναστρέψιμη) βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους ονομάστηκε "εγκεφαλικός θάνατος" (Brain death ή Brain stem death)». (19)

Προς εξέταση του «εγκεφαλικού θανάτου» συστήθηκε βρετανική επιτροπή, η οποία σε ειδικό συνέδριο όρισε τον «εγκεφαλικό θάνατο» και έδωσε τα απαραίτητα κριτήρια για τη διάγνωση του (Depocrtunents of Health on the Adnce of the Conference of Royall Colleges and faculties of the United Kingdom), όπως διαβάζουμε στο βιβλίο του John Walton «Νευρολογία»: Κατά την επιτροπή αυτή, «ένα όργανο, ο εγκέφαλος, ο οποίος δεν λειτουργεί πλέον και δεν υπάρχει πιθανότητα να ξαναλειτουργήσει, είναι από κάθε άποψη νεκρό». (20)

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

εγρήγορσης σε περιπτώσεις μη αναστρέψιμης βλάβης του στελέχους». (20)

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

1. Ο ασθενής βρίσκεται σε βαθύ κώμα:

- α) Δεν υπάρχει υποψία ότι η κατάσταση του οφείλεται σε κατασταλτικά φάρμακα.
- β) Θα πρέπει να έχει αποκλειστεί η πρωτοπαθής υποθερμία ως αίτιο του κώματος.
- γ) Θα πρέπει να έχουν αποκλειστεί ενδοκρινείς ή μεταβολικές διαταραχές που μπορεί να είναι υπεύθυνες ή να συμβάλλουν στο κώμα.

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

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

3. Δεν πρέπει να υπάρχει αμφιβολία ότι η κατάσταση του ατόμου οφείλεται σε μη ιάσιμη ανατομική βλάβη του εγκεφάλου. Θα πρέπει να έχει πλήρως επιβεβαιωθεί η διάγνωση της διαταραχής που οδήγησε στον εγκεφαλικό θάνατο. (20)

Κατά τον ιατρό κ. Αβραμίδη Αθ., «παρά την αποδοχή του εγκεφαλικού θανάτου» η επιστημονική πρόοδος προχώρησε στη διαμόρφωση ενός «ομοειδούς ορισμού του θανάτου», ούτως ώστε να μην δίνεται προτεραιότητα σε κάποια από τις δυο μορφές αυτού, «εγκεφαλικό» και «καρδιοαναπνευστικό». (3)

Ο νέος αυτός «ομοειδής ορισμός» του θανάτου εδόθη από τους «Ιατρικούς Συλλόγους Διάγνωσης του Θανάτου». Οι σύμβουλοι αυτοί είναι της «επιτροπής του προέδρου των ΗΠΑ για τη μελέτη των ηθικών προβλημάτων στην Ιατρική και Βιοιατρική και την έρευνα της συμπεριφοράς». (3)

Γ) Ορισμός και οδηγίες για τον καθορισμό του θανάτου

«Ένα άτομο το οποίο υπέστη είτε :

α) μη αναστρέψιμη παύση της κυκλοφοριακής και αναπνευστικής λειτουργίας
ή

β) μη αναστρέψιμη παύση όλων των λειτουργιών του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου και του εγκεφαλικού στελέχους, είναι νεκρό. Ο ορισμός του θανάτου πρέπει να γίνει σύμφωνα με τους παραδεδεγμένους ιατρικούς κανόνες. Αυτό δε, διότι η ιατρική επιστήμη κατέληξε στο ότι ο θάνατος μπορεί να επέλθει είτε με καρδιοαναπνευστικά είτε με νευρολογικά κριτήρια». (3)

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

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

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

γ) Να είναι ευπροσάρμοστα σε ποικίλες κλινικές καταστάσεις.

δ) Να είναι σαφή και προσιτά προς επικύρωση». (3)

Τα νέα αυτά κριτήρια καλύπτουν από ιατρικής πλευράς τις ανάγκες τόσο για τη διαπίστωση του καρδιοαναπνευστικού όσο και του εγκεφαλικού θανάτου. Ιδιαίτερη επιμέλεια καταβάλλεται για την εκτίμηση και διαπίστωση της παύσεως «όλων των λειτουργιών ολόκληρου του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου και του εγκεφαλικού στελέχους» και όχι μόνο τη λειτουργία του εγκεφαλικού στελέχους. Επιμέλεια και για τον τρόπο ελέγχου της μη ύπαρξης αναπνοής. Είναι γνωστό ότι σήμερα όλες οι χώρες του κόσμου, με εξαίρεση τη Δανία, τις επιφυλάξεις της Ιαπωνίας και την απόρριψή του από τις ισλαμικές χώρες, αποδέχονται τον «εγκεφαλικό θάνατο» ως το βιολογικό τέρμα της ζωής. (3)

Βέβαια είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί ότι αυτή η καθιέρωση του «εγκεφαλικού θανάτου» σήμερα από την επιστήμη, δεν φαίνεται να είναι τελεσίδικη και καθολικά αποδεκτή από όλο τον ιατρικό κόσμο. Από τη μια πλευρά, είναι πολύ δύσκολη η απόφαση διατήρησης στη ζωή των αρρώστων με εγκεφαλική βλάβη) με αναπνευστήρα και άλλα τεχνικά μέσα, απεριόριστα και από την άλλη, γιατί δεν μπορεί να απαντήσει κανείς με βεβαιότητα στην ερώτηση αν η εγκεφαλική βλάβη είναι μη αναστρέψιμη και ότι επίκειται καρδιακή παύση, ώστε να αρχίσουν προετοιμασίες για την αφαίρεση οργάνων, προκειμένου να χρησιμοποιηθούν για μεταμόσχευση (20)

Ο κ. Παρασκευαΐδης στο βιβλίο του (εγκεφαλικός ή καρδιακός θάνατος), αναφέρει :

Από την ιστορική αναδρομή φαίνεται ότι ο «εγκεφαλικός θάνατος ή το μη

ανατάξιμο κώμα», όπως αλλιώς λέγεται, αναφέρθηκε για πρώτη φορά το 1968 από τη λεγόμενη Επιτροπή του Haggard (ή Committee of the Harvard Medical School), Η επιτροπή αυτή καθιέρωσε έκτοτε τρία στάδια κριτηρίων θανάτου :

1. Την έλλειψη αντιλήψεως και αντανακλαστικών.
2. Την έλλειψη κινήσεως και αναπνοής επί τουλάχιστον μια ώρα.
3. Την ισοπλεκτρική γραμμή επί διάστημα τουλάχιστον 24 ωρών.

Τα κριτήρια, όμως, αυτά δεν είναι πάντα επαρκή. Το 1981 δημοσιεύτηκε στις ΗΠΑ ο νέος νόμος «The United States Uniform Determination of Death Act», που κηρύσσει την ισοτιμία μεταξύ «εγκεφαλικού θανάτου» και θανάτου ενός ατόμου. Μετά το 1968 ακολούθησαν και άλλες δημοσιεύσεις, από διάφορους φορείς, για τον καθορισμό κριτηρίων του εγκεφαλικού θανάτου. Παρά ταύτα, η επιστήμη δεν φαίνεται να είναι απολύτως βέβαιη για όλα αυτά. Τα κράτη δεν συμφωνούν απόλυτα και σε όλα τα σημεία, ενώ οι επιστήμονες προτείνουν πολλά και διάφορα. (17)

Αυτές οι αμφισβητήσεις, κατά τον Αβραμίδη Αθ., έχουν τη θέση τους :

- α) λόγω των εμπλοκών που υπάρχουν με την ευθανασία,
- β) των προβλημάτων που προκύπτουν στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, και
- γ) της τακτικής που εφαρμόζεται για την εξεύρεση μοσχευμάτων ικανών προς μεταμόσχευση. (3)

4.5 Η Βιοηθική υπόσταση – οπτική γωνία της ευθανασίας.

Σε κάθε εποχή η επιστήμη έχει να επιδείξει νέα επιτεύγματα, τα οποία επηρεάζουν σημαντικά τη ζωή του ανθρώπου, συχνά μάλιστα κατά τρόπο που επιφέρουν μεγάλες κοινωνικές αλλαγές. Η σύγχρονη εποχή μας χαρακτηρίζεται, μεταξύ άλλων, από τις διαρκώς αυξανόμενες δυνατότητες επεμβάσεων επί της ίδιας της ζωής, οι οποίες δημιουργούν την εντύπωση ότι ο άνθρωπος καθίσταται πλέον κύριος της ζωής και κατ' επέκτασιν του θανάτου. Οι νέες εξελίξεις στο χώρο της βιολογίας και ιατρικής είναι πραγματικά εντυπωσιακές: ο άνθρωπος μπορεί π.χ. να παρατείνει τη ζωή του μετά από μεταμόσχευση οργάνου, να γίνει γονέας ακόμη και μετά θάνατον χάρη στη μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης, ή και να επέμβει στο γενετικό υλικό αποφασίζοντας εκ των προτέρων για τη μέλλουσα ζωή. Οι δυνατότητες αυτές της λεγομένης βιοτεχνολογίας προκαλούν ευφορία για

τα νέα επιτεύγματα αλλά και έντονο προβληματισμό, καθώς ενέχουν σοβαρότατους κινδύνους για την ανθρώπινη ζωή. Αντιλαμβανόμενη η επιστήμη τη σημασία και τις πιθανές συνέπειες των επιτευγμάτων της στρέφεται προς την βιοηθική, το νέο εκείνον διεπιστημονικό κλάδο που προέκυψε ακριβώς από την ανάγκη αξιολόγησης των εξελίξεων αυτών. Η βιοηθική καλείται λοιπόν να μελετήσει τις νέες εφαρμογές της βιολογίας και ιατρικής και να αποφανθεί αν το τεχνικά εφικτό είναι συγχρόνως ηθικά αποδεκτό και προς το συμφέρον του ανθρώπου. (21)

Η Βιοηθική είναι ο κλάδος της διεπιστημονικής συνεργασίας που εξετάζει τα ηθικά προβλήματα που προκάλεσε η πρόοδος της Ιατρικής και της Τεχνολογίας λαμβάνοντας υπόψη και τα δικαιώματα του ανθρώπου. Η ευθανασία όπως έχουμε προαναφέρει, υπήρχε από την αρχαιότητα, και αξίζει να σημειωθεί ότι στην Αγγλία του 1935, υπήρχε Εταιρεία Ευθανασίας που είχε ως στόχο την νομιμοποίηση της, ύστερα από τρία χρόνια ιδρύθηκε αντίστοιχη εταιρεία και στην Πόλη Κονέκτικατ των Η.Π.Α Όμως, κι η επιτροπή του Προέδρου στις Η.Π.Α που έπαιξε σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη βιοηθικής, (είναι η επιτροπή που εξετάζει τα ηθικά προβλήματα της Ιατρικής, της Βιοιατρικής έρευνας και της ανθρώπινης συμπεριφοράς), πρώτη φορά συνεδρίασε το '80 και το πρώτο θέμα που συζητήθηκε ήταν η παθητική ευθανασία, δηλαδή η μη χορήγηση της κατάλληλης θεραπείας για επίσπευση του θανάτου του ανίατου ασθενούς. (22)

Όπως και να 'χει είτε ενεργητική είτε παθητική ευθανασία, το θέμα είναι ποτέ προβαίνουμε σε μια τέτοια πράξη; Λέγεται ότι η ευθανασία είναι προτιμότερη από την διατήρηση της ζωής, σε χρόνιες αρρώστιες, όπως σε αρρώστιες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, ή αδιόρθωτες ζημιές που προκλήθηκαν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα από τροχαίο ατύχημα, σε άτομα της τρίτης ηλικίας με εγκεφαλική μαλάκυνση που είναι φυτά, σε καρκινοπαθείς. Ο καρκίνος συνήθως είναι μια αθεράπευτη ασθένεια που ταλαιπωρεί τον ασθενή με τους αφόρητους πόνους που την συνοδεύουν. Γι' αυτό γίνεται λόγος, ιδιαίτερα σε περίπτωση καρκίνου, να εφαρμόζεται η ευθανασία. (22)

Αξιο λόγου είναι ότι στην Ολλανδία, και στο Όρεγκον των Η.Π.Α, αναγνωρίζεται ως νόμιμη η ευθανασία. Στην μεν πρώτη το ποσοστό των

καρκινοπαθών στους οποίους εφαρμόστηκε η ευθανασία ήταν το 80%, ενώ στο Όρεγκον των Η.Π.Α το 70% των καρκινοπαθών αυτοκτόνησαν με την συμβολή του γιατρού. Εντούτοις δεν είναι απολύτως βέβαιο πως οποία ασθένεια είναι αθεράπευτη σήμερα, θα εξακολουθήσει και να είναι αθεράπευτη επ' αόριστον, γιατί μπορεί να βρεθεί θεραπεία αρκετά σύντομα-από μέρα σε μέρα. Άλλωστε ο καρκίνος για ορισμένες μορφές του, δεν θεωρείται αφόρητη ασθένεια, γιατί ιατρική έχει βελτιωθεί στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου. (22)

Η διατήρηση της ζωής αθεράπευτου ασθενούς, γεννά ερωτήματα, όχι μόνο στον γιατρό ή στον ασθενή, αλλά και στους συγγενείς του, όπως αν αξίζει τον κόπο η διατήρηση ζωής ή αυτό το είδος ζωής για τον άνθρωπο τους; Οι συγγενείς δεν αντέχουν άλλο να βλέπουν τον άνθρωπο τους να υποφέρει, και το οικονομικό κόστος της διατήρησης της ζωής του είναι αρκετά μεγάλο. Έτσι οι συγγενείς του αθεράπευτα αρρώστου βρίσκονται σε μια αμφιθυμική κατάσταση να εξακολουθήσει ο συγγενής τους να διατηρείται στη ζωή, ή να λυτρωθεί από τον πόνο με την επίσπευση του θανάτου του, που έτσι κι αλλιώς σύντομα θα συμβεί; Επιπρόσθετο ερώτημα της βιοηθικής είναι αν οι συγγενείς του ασθενούς πραγματικά αιτούνται την εφαρμογή της ευθανασίας λόγω των αφόρητων πόνων του ανίατου καταδικασμένου σε θάνατο ασθενή, ή την αιτούνται για ωφελμιστικούς σκοπούς όπως λόγω κληρονομιάς- οικονομικών συμφερόντων; (22)

Όμως, κι ο γιατρός αναρωτιέται εάν αξίζει όντως, να κρατάει στην ζωή τον ασθενή του με τα πανάκριβα μέσα-τακτικές που τον κάνουν να υποφέρει, αφού έτσι και αλλιώς ο θάνατος θα πλησιάσει το κατώφλι του; Ένα ακόμη ερώτημα που βασανίζει τον γιατρό είναι να διατηρήσει ή όχι! στην ζωή έναν υπέργηρο που πάσχει από αθεράπευτη ασθένεια; «Άγγλος ιατρός υπαινίχθη ότι μετά ορισμένη ηλικία-περίπου στα 80 χρόνια-η ιατρική δεν θα πρέπει να καταβάλλει εξαιρετικές, ηρωικές προσπάθειες για να παρατείνει τη ζωή. Ο Sir Bernard Russel, ηλικίας τότε 96 ετών απάντησε ότι «αυτός ο ιατρός δεν είναι αρκετά μεγάλος για να κρίνει καλύτερα». (22)

Ο Αντώνης Κουτσελίνης που είναι καθηγητής της ιατροδικαστικής και τοξικολογίας, τονίζει ότι το Άρθρο 300 του Ποινικού Κώδικα, που σχετίζεται με την ανθρωποκτονία εξ οίκτου μετά από επίμονη και σπουδαία απαίτηση του ασθενούς, δεν είναι δυνατό να γίνει αντικείμενο συζήτησης για τους γιατρούς. Ο λόγος είναι ότι πολύ άπλα οι γιατροί σε καθημερινή βάση έρχονται αντιμέτωποι με τους ανίατους-καταδικασμένους σε θάνατο ασθενείς κι η επαφή μαζί τους και πρακτική έχει δείξει ότι οι αφόρητοι πόνοι δεν έχουν κάνει τον αθεράπευτα ασθενή να συμφιλιωθεί με τον θάνατο, αντίθετα του ζωηρεύουν την ελπίδα για ζωή. (22)

Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος δεν αποδέχεται το Συμβόλαιο-Διαθήκη θανάτου, ή οποιαδήποτε άλλη μορφή ευθανασίας. Γεννάται λοιπόν και το έξης ερώτημα για την βιοηθική, κι αν ακόμα ο ασθενής αιτηθεί την ευθανασία, ο γιατρός οφείλει να ανακουφίσει τον ασθενή από τους αφόρητους πόνους, μη προκαλώντας εσπευσμένα το θάνατο του; Να λειτουργήσει δηλαδή, το αίτημα του ασθενή για ευθανασία ενισχυτικά στο ρόλο του γιατρού, που είναι θεραπευτικός-ανακουφιστικός, παροχή φροντίδας- να μάχεται ενάντια στο θάνατο, ώσπου ο θάνατος να έρθει από μόνος του, χωρίς βοήθεια- εσπευσμένη πρόκληση του. (22)

Ο Ραζής Διονύσης (2000), υποστηρίζει: «ότι υπάρχουν τρεις τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος της ευθανασίας. Ο πρώτος είναι ότι δεν υπάρχει πρόβλημα ευθανασίας. Ο ιατρός, η Πολιτεία και οι συγγενείς έχουν υποχρέωση να παρατείνουν τη ζωή των ασθενών κάτω από οποιοσδήποτε συνθήκες. Ο δεύτερος τρόπος είναι ο εντελώς αντίθετος. Είναι αυτό που λέγεται «ενεργητική ευθανασία», δηλαδή η βράχυνση της ζωής του ασθενούς που πάσχει από ανίατη και βασανιστική νόσο-πρακτική που ασκείται στην Ολλανδία και σε ορισμένες πολιτείες των Η.Π.Α. Και ο τρίτος τρόπος είναι αυτό που λέγεται «παθητική ευθανασία», δηλαδή δεν καταβάλλεται καμία ιδιαίτερη προσπάθεια για την παράταση της ζωής του ασθενούς, ενώ καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια για να απαλλαγεί από τα συμπτώματα. Θεωρητικά, φιλοσοφικά, θεολογικά, νομικά θα μπορούσαν να υποστηριχθούν ή να απορριφθούν και οι τρεις απόψεις». (22)

Η ευθανασία δεν είναι μόνο ατομικό ζήτημα, ή και μόνο του γιατρού. Για την εφαρμογή της ευθανασίας ή όχι, χρειάζεται να δημιουργηθούν επιτροπές βιοηθικής σ' όλα τα νοσοκομεία, τις οποίες θα απαρτίζουν ο άρρωστος, ο γιατρός του, νοσηλευτές κοινωνικοί λειτουργοί, φιλόσοφοι, θεολόγοι, εκπρόσωποι της διοίκησης του νοσοκομείου και της Πολιτείας. «Οι Επιτροπές Βιοηθικής θα έχουν την ευθύνη της απόφασης για παθητική ή ενεργητική ευθανασία. Ακόμη, η λειτουργία των Επιτροπών Βιοηθικής θα διαμορφώσει νέες σχέσεις. Θα διαμορφώσει επίσης, ένα νέο ευρύτερο τρόπο σκέψης κατά τη λήψη αποφάσεων για σημαντικά σύγχρονα ιατρικά προβλήματα. Η Πολιτεία πρέπει να καθιερώσει και να κατοχυρώσει το θεσμό των Επιτροπών Βιοηθικής στα νοσοκομεία». (22)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

5.1 Η ευθανασία στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ)



Εντατική θεραπεία

Ορισμός

Η εντατική θεραπεία (Intensive care medicine or critical care medicine) είναι κλάδος της ιατρικής επιστήμης που ασχολείται κατ' εξοχήν με την αντιμετώπιση ασθενών με οξεία απειλητικά νοσήματα για τη ζωή, μέσα σε έναν ειδικά διαμορφωμένο χώρο. Περιλαμβάνει επίσης την ανάνηψη και μεταφορά βαρέως πασχόντων ή πολυτραυματιών, είτε από κάποιο άλλο τμήμα του νοσοκομείου, είτε από έξω. (23)

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας - ΜΕΘ (Intensive Care Unit - ICU) είναι ειδικά εξοπλισμένο και στελεχωμένο τμήμα του νοσοκομείου, αφιερωμένο στην αντιμετώπιση ασθενών με απειλητικά για τη ζωή νοσήματα, βαρείες κακώσεις ή επιπλοκές. (23)

Η ιστορική εξέλιξη των ΜΕΘ σχετίζεται με την ανάπτυξη των αιθουσών μετεγχειρητικής ανάνηψης ή με την εμφάνιση της επιδημίας πολιομυελίτιδας στις αρχές του 1950, όταν η χρήση της μηχανικής αναπνοής είχε σαν αποτέλεσμα την ελάττωση της θνησιμότητας. Όμως, η εντατική θεραπεία δεν περιορίζεται στη μετεγχειρητική ανάνηψη ή τη χρήση των αναπνευστήρων. Τη δεκαετία 1960-70 αναπτύχθηκαν οι μονάδες εμφραγμάτων για την αντιμετώπιση των αρρυθμιολογικών επιπλοκών των εμφραγμάτων του μυοκαρδίου. Στη δεκαετία 1970-80 οι Gram(-) λοιμώξεις, η σήψη και η σηπτική καταπληξία και η βαρύτητα των εκδηλώσεών τους άρχισαν να αναγνωρίζονται. Στο διάστημα 1980-90 το ενδιαφέρον της εντατικής θεραπείας στράφηκε στην παθοφυσιολογική αντιμετώπιση του συνδρόμου της πολλαπλής οργανικής ανεπάρκειας. Σήμερα, η εντατική θεραπεία είναι ξεχωριστή ειδικότητα με ευρύ φάσμα νοσημάτων τα οποία έχουν ως κοινό παρονομαστή τη μεγάλη βαρύτητα, τις αναπτυσσόμενες επιπλοκές και την απειλή της ζωής. (23)

5.2 Ο προορισμός των ΜΕΘ

Τα συνήθη νοσήματα τα οποία αντιμετωπίζονται στη ΜΕΘ αφορούν τις παρακάτω νοσολογικές οντότητες: την αντιμετώπιση και ανάνηψη κάθε μορφής καταπληξίας (shock), την οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια, την αντιμετώπιση του πολυτραυματία ασθενούς, ανεπάρκειες από τα διάφορα οργανικά συστήματα (καρδιαγγειακή, οξεία νεφρική ανεπάρκεια, οξεία αιματολογικά και επείγοντα γαστρεντερολογικά νοσήματα, οξείες μεταβολικές και ηλεκτρολυτικές ανωμαλίες), δηλητηριάσεις, περιβαλλοντικές βλάβες, σοβαρές λοιμώξεις, σήψη, χειρουργικά ορθοπεδικά, γυναικολογικά, νευροχειρουργικά και επείγοντα νευρολογικά περιστατικά, μετεγχειρητικές επιπλοκές, καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, μεταμοσχεύσεις οργάνων κ.λπ. (23)

Ορθά η ΜΕΘ χαρακτηρίζεται ως **το νοσοκομείο μέσα στο νοσοκομείο** για να υποδηλωθεί η μεγάλη σπουδαιότητά της όσον αφορά το φάσμα και τη βαρύτητα των νοσημάτων που καλείται να αντιμετωπίσει. (23)

5.3 Σημερινή εικόνα

Ο τύπος, το μέγεθος και η θέση της ΜΕΘ, βασίζεται στην πολιτική υγείας, στη δομή του νοσοκομείου και τα γεωγραφικά δεδομένα της περιοχής. Με εξαίρεση τις στεφανιαίες μονάδες και τις νεογνικές ΜΕΘ, οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς εισάγονται στην εντατική μονάδα του νοσοκομείου και αντιμετωπίζονται από ειδικούς εντατικολόγους. (23)

Ο αριθμός των κρεβατιών της ΜΕΘ σε ένα νοσοκομείο κυμαίνεται σε 4-10% του συνολικού αριθμού. Η ΜΕΘ επιβάλλεται να βρίσκεται πλησίον των σχετικά κρίσιμων περιοχών του νοσοκομείου όπως επείγοντα ιατρεία, χειρουργεία. Επίσης, προβλέπεται να υπάρχει άμεση πρόσβαση σε ακτινολογικά εργαστήρια και αξονικό τομογράφο. Η ΜΕΘ πρέπει να διαθέτει ευρυχωρία ώστε να επιτυγχάνεται εύκολη πρόσβαση στον ασθενή. Ο χώρος για κάθε κρεβάτι πρέπει να είναι 5-10 τ.μ. και η ύπαρξη ορισμένων δωματίων των 10-15 τ.μ. είναι αναγκαία για περιπτώσεις μεταδοτικών λοιμώξεων. Η περιοχή των ασθενών πρέπει να εκτείνεται σε ανοικτή μεγάλη επιφάνεια με φυσικό φως, κεντρικό νοσηλευτικό σταθμό με σωστή αρχιτεκτονική ώστε να διευκολύνεται η νοσηλευτική παρακολούθηση. (23)

Κάθε κρεβάτι είναι εξοπλισμένο με αναπνευστήρες, καρδιοσκόπια (μόνιτορς), συσκευές αναρρόφησης, 2 παροχές πεπιεσμένου αέρα και 3 οξυγόνου, αρκετές πρίζες, μηχανισμούς και θέσεις ανάρτησης μηχανικών συσκευών με τέτοιο τρόπο ώστε να μην παρακωλύεται η νοσηλεία. Άλλα τμήματα της ΜΕΘ περιλαμβάνουν χώρους εργαστηρίου, βιβλιοθήκης, ανάπαυσης, συλλογής ακαθάρτων ειδών κ.ά. (23)

5.4 Διαγνωστικά μέσα, προσωπικό

Η ποσότητα, το είδος και η πολυπλοκότητα των μηχανημάτων παρακολούθησης επηρεάζεται από το μέγεθος και το ρόλο της ΜΕΘ. Τα μόνιτορς θα πρέπει κατά προτίμηση να διαθέτουν δυνατότητες αποθήκευσης και επαναφοράς δεδομένων. (23)

Όσον αφορά τη θεραπεία, τα παρακάτω μηχανήματα θα πρέπει να είναι άμεσα διαθέσιμα: ενδοτράχεια διασωλήνωση, ηλεκτρική απινίδωση, βρογχοσκόπηση, προσωρινή βηματοδότηση, σύστημα κλειστής παροχέτευσης θώρακος, καθετρισμός δεξιών κοιλοτήτων της καρδίας με τον καθετήρα SWAN-GANZ, συστήματα εξωνεφρικής κάθαρσης. (23)

Η στελέχωση της ΜΕΘ περιλαμβάνει ειδικά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό το οποίο έχει εξειδικευθεί στην επείγουσα και εντατική θεραπεία και του οποίου η ποιότητα πιστοποιείται σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες με τη χορήγηση ειδικού διπλώματος κατόπιν εξετάσεων (European diploma in intensive care). Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελείται από πεπειραμένους νοσηλευτές με ικανότητα παρακολούθησης των ζωτικών λειτουργιών του ασθενούς, εκτέλεσης επειγόντων παρεμβάσεων (διασωλήνωσης) και συλλογής αιμοδυναμικών παραμέτρων. Η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται μέσα από καλά οργανωμένα σεμινάρια και παρακλινική άσκηση. Η αριθμητική σχέση νοσηλευτικού προσωπικού ανά ασθενή κυμαίνεται από 1:1 μέχρι 1:2 ανάλογα με τη ΜΕΘ. Οι φυσιοθεραπευτές, οι κλινικοί φαρμακοποιοί, οι τεχνολόγοι ιατρικών οργάνων αποτελούν επίσης αναπόσπαστο τμήμα για την εύρυθμη λειτουργία της ΜΕΘ. Οι πρώτοι ασχολούνται με τη φυσιοθεραπεία του αναπνευστικού συστήματος και χειρίζονται επίσης τους αναπνευστήρες, οι δεύτεροι έχουν σοβαρό ρόλο στον καθορισμό και την επιλογή των φαρμακευτικών ουσιών που θα χρησιμοποιηθούν στη θεραπεία, ενώ οι τρίτοι ασχολούνται με τη συντήρηση και ανάπτυξη των πολυσύνθετων ιατρικών μηχανημάτων (αναπνευστήρων, ειδικών μόνιτορς, ηλεκτρονικών υπολογιστών κ.λπ.) τα οποία είναι απαραίτητα για την παθοφυσιολογική παρακολούθηση των βαρέως πασχόντων. (23)

Οι ΜΕΘ, περισσότερο από κάθε τμήμα του νοσοκομείου, αναπτύσσουν ερευνητικά προγράμματα, εκπαιδευτικά σεμινάρια και κλινικές συναντήσεις για την εκτίμηση θεραπευτικών παρεμβάσεων. (23)

Το σύστημα κλινικού αυτοελέγχου (audit) το οποίο είναι σημαντικό για τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας, τις ανεπάρκειες, τη βελτίωση των υπηρεσιών αλλά και του κόστους νοσηλείας, αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της ομαλής λειτουργίας της μονάδας. (23)

Κάθε ΜΕΘ οφείλει να έχει γραπτά πρωτόκολλα για την εισαγωγή και έξοδο των ασθενών, σαφή καθορισμό κλινικών αρμοδιοτήτων και δραστηριοτήτων. Επίσης η θεραπεία, οι αιμοδυναμικοί έλεγχοι οι παράμετροι των αναπνευστήρων, η διασωλήνωση και αποσωλήνωση, η αντιμετώπιση και πρόληψη των λοιμώξεων, πρέπει να στηρίζονται αυστηρά σε γραπτά πρωτόκολλα τα οποία θα πρέπει να αναθεωρούνται κανονικά. (23)

5.5 Προοπτική και αποτελέσματα της εντατικής θεραπείας

Για πολλούς βαρέως πάσχοντες οι ΜΕΘ αναμφίβολα σώζουν ζωές. Τέτοια παραδείγματα αφορούν ασθενείς μετά από καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, μεταμοσχεύσεις οργάνων, πολυτραυματίες, φαρμακευτικές δηλητηριάσεις, σύνδρομο Guillain Barret κ.ά. Επίσης, η επιλεγμένη εισαγωγή ασθενών υψηλού κινδύνου, όπως οι μετεγχειρητικοί ασθενείς, συνοδεύεται από μικρή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Περισσότερο βαρέως ασθενείς παρουσιάζουν μεγαλύτερη θνησιμότητα κατά τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ, αλλά και στο άμεσο διάστημα μετά την έξοδό τους. Σε αυτούς περιλαμβάνονται οι ασθενείς με σοβαρή σήψη, ανοσοκαταστολή, νεοπλασματική νόσο, πολυοργανική ανεπάρκεια και βαρεία χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια. Στην κατηγορία αυτή η μακροχρόνιος επιβίωση εξαρτάται από την ηλικία και τη βαρύτητα της νόσου και επηρεάζεται από τη διάγνωση. (23)

Η ποιότητα ζωής των ασθενών μετά τη νοσηλεία σε ΜΕΘ παρουσιάζει σημαντικές μεταβολές οι οποίες εξαρτώνται από την προηγούμενη κατάσταση υγείας (αναπνευστική ανεπάρκεια, καρδιακή ανεπάρκεια) και τη βαρύτητα της νόσου για την οποία εισήχθησαν στη ΜΕΘ. Ιδιαίτερη σημασία έχει η ποιότητα ζωής για τους νέους πολυτραυματίες οι οποίοι μετά τη ΜΕΘ έχουν σημαντικές ψυχολογικές διαταραχές, καθώς επίσης και δυσκολίες στην εργασία, ή στις κοινωνικές σχέσεις τους. Εξαιτίας αυτού του γεγονότος τα τελευταία χρόνια αναπτύσσονται προγράμματα αποκατάστασης με επίκεντρο τη ΜΕΘ για τη βοήθεια αυτών των ομάδων ασθενών. (23)

Το κόστος της εντατικής θεραπείας είναι περίπου 3-4 φορές υψηλότερο συγκριτικά με τα συνήθη τμήματα του νοσοκομείου. Στις ΗΠΑ οι ΜΕΘ λαμβάνουν περίπου το 15-20% του συνολικού ετήσιου κεφαλαίου του νοσοκομείου. Λόγω της χρήσης νέων θεραπευτικών τεχνικών και φαρμάκων είναι βέβαιο ότι το κόστος λειτουργίας στη ΜΕΘ θα εξακολουθήσει να ανέρχεται.(23)

Πέρα από το υψηλό κόστος η μη ορθή χρήση των δυνατοτήτων των ΜΕΘ έχει και άλλες συνέπειες. Ο ασθενής μπορεί να υποστεί μεγάλη και μη αναγκαία ταλαιπωρία και απώλειες της αξιοπρέπειάς του, ενώ οι συγγενείς μπορεί επίσης να υφίστανται σημαντικές συναισθηματικές πιέσεις. Άλλοτε πάλι μπορεί η θεραπεία να παρατείνει απλά τη διεργασία του θανάτου ή να διατηρεί μια αμφιβόλου ποιότητας ζωή, ή ακόμη οι κίνδυνοι από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις να υπερβαίνουν το πιθανό όφελος. Γι' αυτό η ΜΕΘ είναι το κατεξοχήν τμήμα του νοσοκομείου όπου σε καθημερινή βάση η ιατρική ηθική, ο τρόπος επιλογής των ασθενών που θα εισαχθούν, η ευθανασία και η αφαίρεση ή διακοπή μιας θεραπείας αποτελούν ανυπέρβλητες δυσκολίες. Από πρακτικής πλευράς υπάρχουν περιπτώσεις στη ΜΕΘ όπου όλες οι θεραπείες, συμπεριλαμβανομένων και των πιο σύνθετων και δαπανηρών, δεν μπορούν να αλλάξουν την πρόγνωση. Πέρα από το οικονομικό κόστος, το συναισθηματικό «κόστος» στους συγγενείς αλλά και στο προσωπικό, να διατηρεί τον ασθενή «ζωντανό» μέχρι το τέλος, είναι βαρύ. Η οικογένεια και οι φίλοι γίνονται αιχμάλωτοι της τεχνολογίας, όταν η υποστηρικτική θεραπεία, αντί να σώσει μια ζωή καθυστερεί τον αναπόφευκτο επικείμενο θάνατο. (23)

Όπως και να έχουν τα θέματα της ηθικής, η ΜΕΘ δεν παύει να είναι το κομμάτι εκείνο του νοσοκομείου με τις αυστηρότερες τεχνικές προδιαγραφές και τις περισσότερες ανάγκες σε εξοπλισμό, τελευταίας τεχνολογίας. Τα μηχανήματα που χρησιμοποιούνται καθημερινά είναι πολλά και η καλή λειτουργία τους είναι απόλυτα αναγκαία για τη ζωή των ασθενών. Στις επόμενες ενότητες θα γνωρίσουμε κάποια από αυτά, θα δούμε τις ιδιαιτερότητές τους και τις δυσκολίες που υπάρχουν για να βρίσκονται σε καλή λειτουργία. (23)

Με την πάροδο του χρόνου έχει αποκτηθεί σημαντική πείρα στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) για τα αποτελέσματα των προσπαθειών προς αποκατάσταση βαρέως πασχόντων. Έχει διαμορφωθεί κατάλογος περιπτώσεων και πίνακες οδηγιών για τις διάφορες περιπτώσεις για τις οποίες κρίνεται άσκοπη η οποιαδήποτε προσπάθεια ανανήψεως (Do not Resuscitate - D.O.R.S.) σε περίπτωση που συμβεί καρδιοαναπνευστική ανακοπή. (3)

Σε ό,τι αφορά στην ευθανασία, η επικέντρωση στις ΜΕΘ γίνεται στην

τακτική που ακολουθείται για τη λήψη αποφάσεως:

- α) προς συνέχιση ή εγκατάλειψη των προσπαθειών για περαιτέρω συνέχιση της ζωής και
- β) προς τον περιορισμό των φροντίδων στηρίξεως της ζωής. (3)

Έχει γίνει λόγος για την παραχώρηση υπερβολικών αρμοδιοτήτων και υπερβολικής δικαιοδοσίας «ζωής και θανάτου» στο γιατρό και κάποιοι φοβούνται «κατάχρηση εξουσίας». Από την άλλη πλευρά, όμως, κάποιοι γιατροί θεωρούν ότι οι νόμοι είναι ασαφείς όταν από το ένα μέρος απαιτείται από το γιατρό το μέγιστο των προσπαθειών για τη διάσωση της ζωής, ενώ από το άλλο επικρίνεται η μη εφαρμογή περισσότερων προσπαθειών. Οι οποίες, όμως, θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν από κάποιους και ως υπερβολικές. Σε γενικές γραμμές, όμως, υπάρχει η έκθεση κριτηρίων η οποία σέβεται απόλυτα τους «παραδεδεγμένους ιατρικούς κανόνες» και επαφίεται με εμπιστοσύνη στους γιατρούς κατά τα παραδεδεγμένα της ορθής εφαρμογής τους. Υπάρχουν, άλλωστε, και οι νόμοι, με τους οποίους και ο γιατρός ελέγχεται. Επειδή, όμως, πολλές από τις οδηγίες και τα κριτήρια επιδέχονται ερμηνείες, γι' αυτό χρειάζεται περισσότερη μελέτη της διαδικασίας της ζωής και του θανάτου, κυρίως στις ΜΕΘ. (3)

Πρόβλημα δημιουργείται και εκεί είναι που γίνεται ένσταση και γεννιέται φόβος όταν, «παρά τις οδηγίες για τη μη ανάληψη προσπάθειας υποστηρίξεως της ζωής» (D.N.R Orders), εφημέριος Καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και επετεύχθη σε αρκετούς αποκατάσταση στη ζωή για μεγαλύτερο ή μικρότερο χρονικό διάστημα και αρκετοί από αυτούς εξήλθαν από το νοσοκομείο. Οπότε, διερωτάται κανείς αν ο γιατρός είχε το δικαίωμα να τους στερήσει τη ζωή. (3)

Γι' αυτό, λοιπόν, απαιτείται από τους γιατρούς, οι οποίοι βρίσκονται στο επίκεντρο των προσπαθειών και φέρουν πάντα τη μεγαλύτερη ευθύνη, ανάγκη για έρευνα και έκδοση σαφέστερων νομικών και βοηθητικών κριτηρίων. (3)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI



6.1 Ο Νοσηλευτής μπροστά στο τέλος της ζωής του αρρώστου, αντιμετώπιση του θανάτου, ψυχολογική και πνευματική επιβάρυνση.

Το ενδιαφέρον για την ψυχολογία του νοσηλευτικού προσωπικού εμφανίστηκε τα τελευταία χρόνια. Στο φαινόμενο αυτό συνέβαλαν οι αλλαγές στην περίθαλψη, όπως προέκυψαν κυρίως από την τεχνολογική εξέλιξη των θεραπευτικών ενεργειών που παρατείνουν τη ζωή των ασθενών. (14)

Θα πρέπει επίσης να λάβουμε υπ' όψη τις αυξημένες απαιτήσεις και κοινωνικές πιέσεις προς τους επαγγελματίες υγείας στην σύγχρονη εποχή. Φαίνεται ότι ο σημερινός άνθρωπος επένδυσε υπερβολικά για τις δυνατότητες που προσφέρουν οι τεχνολογικές εξελίξεις στον τομέα της υγείας. Πολλές φορές η προσδοκία του φθάνει σε σημείο να θεωρεί ότι μπορεί να μείνει αθάνατος. Έτσι δέχεται δυσκολότερα την ανθρώπινη μοίρα, και την ματαίωση που αισθάνεται την προβάλλει στους επαγγελματίες υγείας. (14)

Παλαιότερα οι σοβαρά ασθενείς παρέμειναν στο σπίτι με τη φροντίδα της οικογένειας και των θεραπόντων. Αντιθέτως σήμερα παραμένουν στα νοσοκομεία ακόμη και ασθενείς τελικού σταδίου χωρίς ελπίδες ζωής. (14)

Εξ' άλλου οι σημερινοί επαγγελματίες υγείας δεν είναι προετοιμασμένοι από την εκπαίδευσή τους να αντιμετωπίσουν τις αυξημένες σημερινές πιέσεις. Η εκπαιδευτική δραστηριότητα επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση της νόσου, αποφεύγοντας να αντιμετωπίσει το θέμα ποιότητας ζωής ενός ασθενούς, κατά τη θεραπεία του, και την περίπτωση θανάτου, συμβάλλοντας στην δημιουργία «θεραπευτών ηρώων» που θα σώζουν κάθε ασθενή, χωρίς προετοιμασία για την ματαίωση που υπάρχει εκ των πραγμάτων σ' αυτή την εργασία. (14)

Και οι νοσηλευτές νομίζω ότι δεν είναι προετοιμασμένοι να

αντιμετωπίσουν τα προβλήματα του ασθενούς στις σημερινές συνθήκες. Φαίνεται μάλιστα ότι αυτό είναι παγκόσμιο φαινόμενο, αν σκεφθεί κανείς την ευρεία αρθρογραφία και την διατύπωση του όρου Burn-out που σημαίνει: κόπωση, εξουθένωση, «κάψιμο» των εργαζομένων. (14)

Οι νοσηλευτές μάλιστα υφίστανται την μεγαλύτερη πίεση, καθώς είναι από τον ρόλο τους πιο κοντά στον άρρωστο, ζουν την καθημερινότητά του, τις αντιδράσεις του, τις σχέσεις του, οικογενειακές και κοινωνικές. (14)

Όπως είναι γνωστό ο άνθρωπος που ασθενεί διέρχεται κάποιες φάσεις που αναφέρονται κατά σειρά :

- 1.σοκ
- 2.άρνηση
- 3.θυμός
- 4.διαπραγμάτευση
- 5.θλίψη (ή και κατάθλιψη)
- 6.αποδοχή.

Φαίνεται ότι και οι νοσηλευτές διέρχονται ανάλογες φάσεις μαζί με τον ασθενή. Οι αντιδράσεις αυτές είναι πιο εμφανείς στην πρώτη περίοδο άσκησης, αλλά υπάρχουν και στην συνέχεια αν και αντιρροπισμένες από εξισορροπιστικούς μηχανισμούς. (14)

Πως αντιδρά ασυνείδητα κάθε νοσηλευτής εξαρτάται από τα προσωπικά του βιώματα, πώς έχει επεξεργασθεί αυτά τα βιώματα, τα στοιχεία προσωπικότητάς του και την εκπαίδευσή του. (14)

Στην αρχή όλοι υποστηρίζουν ότι επηρεάζονται κατά τον ίδιο τρόπο από όλους τους ασθενείς και αντιδρούν όπως θα ζητούσε το καθήκον. Στην συνέχεια όμως δέχονται ότι έχουν διαφορετικές αντιδράσεις σε κάθε ασθενή και επηρεάζονται απ' αυτές στην συμπεριφορά τους. (14)

«Σε μια ομάδα είχαμε κουβεντιάσει εκτενώς το θέμα του θανάτου, διαδοχικά σε 6 με 8 συναντήσεις στα πλαίσια 35 συναντήσεων σε ένα ακαδημαϊκό έτος. Εκεί φάνηκε πως τα βιώματά μας, οι αντιλήψεις μας, έχουν σχέση με τις αντιδράσεις μας στο γεγονός του θανάτου. Έτσι ο θάνατος μιας ασθενούς μητέρας με παιδιά απασχολούσε αυτούς με ανάλογη ηλικία και κατάσταση. Η μεγαλύτερη κοινή συμφωνία υπήρχε στο θέμα ηλικίας του ασθενούς. Συμφωνούσαν οι περισσότεροι ότι θλίνονται όταν οι θνήσκοντες ασθενείς είναι νέοι, θεωρώντας ότι δεν έχουν κλείσει τον κύκλο της ζωής τους, σε αντίθεση με τους ηλικιωμένους. Ένα μέλος όμως της ομάδας δήλωσε ότι την απασχολεί και θλίβεται όταν πρόκειται για ηλικιωμένους ασθενείς,

προκαλώντας την έκπληξη των άλλων μελών. Κουβεντιάσαμε λοιπόν αυτό το θέμα, για να προκύψει ότι αυτή η νοσηλεύτρια είχε ανατραφεί μέχρι την ηλικία της πρώτης εφηβείας από τον παππού και τη γιαγιά». (14)

Η φάση του σοκ του νοσηλευτή πλησιάζει εκείνη του ασθενούς τον πρώτο καιρό της εργασίας, ενώ ακολούθως γίνεται ηπιότερη με την βοήθεια της ελπίδας ότι με κατάλληλους χειρισμούς θα υπάρξει θεραπεία.

Η άρνηση είναι μικρότερη ή μεγαλύτερη ανάλογα με την ασυνείδητη αντίδραση ένεκα προσωπικών βιωμάτων, π.χ. ο ασθενής έχει την ίδια νόσο που έχει ή είχε αγαπημένο πρόσωπο του νοσηλευτή. Η άρνηση πρέπει να προσεχθεί διότι οδηγεί στην παράβλεψη των προβλημάτων του ασθενούς.

Η φάση του θυμού είναι αρκετά δύσκολη καθώς ο ασθενής προβάλλει έντονα το θυμό του, και οι νοσηλευτές πρέπει να καταβάλλουν προσπάθεια να μην εμπλακούν, καθώς έχουν την τάση να προσλάβουν αυτό το συναίσθημα.

Στη διαπραγμάτευση υπάρχει μεγαλύτερη συμμαχία. Όλοι εύχονται, όπως και ο ίδιος ο ασθενής, να παραταθεί η ζωή του για να δει τα παιδιά να μεγαλώνουν, να σπουδάζουν, να παντρεύονται κ.λ.π. Η διαπραγμάτευση είναι αρκετά ανακουφιστική, και για μας είναι ελπιδοφόρα.

Η φάση της θλίψης βιώνεται με ανάλογη θλίψη. Σ' αυτή τη φάση κινητοποιούνται περισσότερο και πολλές φορές ζητούν την ψυχολογική στήριξη του ασθενούς από τους ειδικούς.

Η φάση της αποδοχής φαίνεται να είναι ακόμη δυσκολότερη. Υπάρχει σύγχυση και δυσκολία διάκρισης από την κατάθλιψη. Συνήθως λαμβάνεται ως κατάθλιψη, αλλά δεν είναι. Ο θυμωμένος, θορυβώδης ίσως άρρωστος, καθίσταται ήσυχος, ήρεμος, χωρίς απαιτήσεις, στην φάση της αποδοχής με τάση απομόνωσης. (14).

Το συναίσθημα που βιώνει είναι ότι μετά έρχεται ο Θάνατος, κάτι που μας τρομάζει, μας βάζει ενοχές, αίσθημα αναξιότητας που δεν σώσαμε τον ασθενή. Δεν είναι βέβαια συνδεδεμένη η φάση της αποδοχής αναγκαστικά με το Θάνατο. Ο ασθενής σ' αυτή την φάση θέλει την απλή συμπαράσταση και κατανόηση, ενώ αισθάνεται απαλλαγμένος από αγωνίες. (14)

Σ' αυτή τη φάση πρέπει να δοθεί προσοχή διότι συχνά αντιδρούμε σπασμωδικά, προσπαθώντας να φέρουμε τον ασθενή σε προηγούμενες φάσεις, κατά τη γνώμη μας «πιο αγωνιστικές», χαλώντας την ηρεμία του

ασθενούς και μια φάση στην οποία εκόπιασε για να φθάσει. (14)

Όλες αυτές οι διεργασίες είναι ψυχοπιεστικές και φαίνεται να επιβαρύνουν προσωπικά τους νοσηλευτές με αντίκτυπους στην κοινωνική και οικογενειακή ζωή. Νομίζω όμως ότι είναι και μια ευκαιρία να γνωρίσει κάποιος τον εαυτό του, τον συνάνθρωπό του, την ζωή την ίδια και να βγει σοφότερος. (14)

Είναι ίσως το μοναδικό επάγγελμα που προσφέρει αυτή την ευκαιρία, κατά την άκση, καθώς δίδει την δυνατότητα να γνωρίζει τον άνθρωπο στο βάθος, σε σύγκριση με άλλα επαγγέλματα. Συνήθως όμως ο νοσηλευτής δεν είναι προετοιμασμένος να χειρισθεί, να επεξεργασθεί αυτό το υλικό, ούτε οι συνθήκες εργασίας του δίνουν αυτή την ευκαιρία. (14)

Θα πρέπει οι ίδιοι επαγγελματίες υγείας να δημιουργήσουν τις συνθήκες και τον τρόπο που θα αξιοποιήσουν όλη αυτή την εμπειρία από την εργασία τους. (14)

Μια τέτοια προσπάθεια έχει γίνει με λειτουργία ομάδων του νοσηλευτικού προσωπικού, στα νοσοκομεία «ΜΕΤΑΞΑ» και «ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ». Στις ομάδες αυτές γίνεται προσπάθεια να αποκτηθούν εκείνα τα εργαλεία γνώσεων, που να δίνουν την δυνατότητα αξιοποίησης και επεξεργασίας των συναισθημάτων στην νοσηλευτική εργασία. (14)

Η ευχή είναι αυτά τα εργαλεία να δίνονται όσον γίνεται εγκαίρως κατά την εκπαίδευση στις σχολές, και να συνεχίζεται ή προσπάθεια κατόπιν στην εργασία.(14)

6.2 Μηχανισμοί άμυνας και συμπεριφοράς του προσωπικού απέναντι στο θάνατο.

Στην προσπάθεια του να ελέγξει και να μειώσει το άγχος που δημιουργεί ο θάνατος, κάθε μέλος του προσωπικού υγείας ενεργοποιεί ασυνείδητα ορισμένους φυσιολογικούς μηχανισμούς άμυνας και συμπεριφορές. Το φάσμα των αμυντικών μηχανισμών ποικίλλει αναλόγως με το άτομο. Όταν ορισμένοι μηχανισμοί άμυνας χρησιμοποιούνται συνεχώς και χωρίς διάκριση, μετατρέπονται σε ανασταλτικούς παράγοντες που έχουν

σοβαρές συνέπειες στην επικοινωνία και στην παροχή ποιοτικής φροντίδας στον άρρωστο. Ενδεικτικά παρακάτω αναφέρονται μερικοί από τους μηχανισμούς αυτούς :

- **Ο μηχανισμός της άρνησης** συνίσταται στην αδυναμία του ατόμου να αναγνωρίσει την πραγματικότητα μιας τραυματικής κατάστασης. Μέσα από την άρνηση μειώνει το άγχος του και αποφεύγει την κατάθλιψη. Για παράδειγμα αργοπορεί να ανταποκριθεί στο κάλεσμα του αρρώστου, γιατί δεν αξιολογεί ως «κρίσιμη» την κατάσταση του, ασχολείται με τις τεχνικές λεπτομέρειες που αφορούν την φροντίδα του ή με πρωτόκολλα θεραπείας που αποβλέπουν στον έλεγχο της ασθένειας ή την θεραπεία.
- **Ο μηχανισμός της εκλογίκευσης** επιτρέπει στο νοσηλευτή να αναλύει «λογικά» την παρούσα κατάσταση, απωθώντας έτσι τα οδυνηρά συναισθήματα του. Για παράδειγμα, ο νοσηλευτής αποφεύγει να επισκεφτεί τον άρρωστο προβάλλοντας λογικά επιχειρήματα: «Έτσι και αλλιώς δεν καταλαβαίνει», «Δεν μπορώ να του προσφέρω τίποτα άλλο», «Δεν έχει νόημα, σύντομα θα πεθάνει» κ.λ.π.
- **Ο μηχανισμός της προβολής** αφορά την απόδοση προσωπικών οδυνηρών συναισθημάτων, σκέψεων ή προθέσεων σε άλλα άτομα, αντικείμενα ή καταστάσεις. Για παράδειγμα, ο νοσηλευτής που νοιώθει αδύναμος και αμήχανος μπροστά στον άρρωστο, χωρίς να ξέρει τι να πει ή άρρωστο, αντί να τα αναγνωρίσει ως δικά του. Έτσι τον αποφεύγει, ισχυριζόμενος ότι ο ασθενής δεν επιθυμεί να του μιλούν, να τον ενοχλούν ή να τον επισκέπτονται.
- **Ο μηχανισμός της μετάθεσης** επιτρέπει στον νοσηλευτή να μεταβιβάσει τα συναισθήματα που του προκαλεί ένα συγκεκριμένο γεγονός ή κατάσταση σε κάποιο άλλο πρόσωπο, αντικείμενο ή κατάσταση. Για παράδειγμα, νοσηλευτής που νοιώθει θυμό για το άδικο της υποτροπής ενός αρρώστου, με τον οποίο είναι συνδεδεμένος, μεταθέτει την οργή του και «εκτονώνεται» πάνω στους συναδέλφους ή και στα μέλη της οικογένειας του.

(24)

Πολλοί από τους προαναφερόμενους μηχανισμούς χρησιμοποιούνται σε συλλογικό επίπεδο από τα μέλη μιας Μονάδας Κλινικής που επιδιώκει να προστατευθεί από το άγχος που προκαλούν οι συχνοί θάνατοι ασθενών. Έτσι, μερικές φορές, τα μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού δένονται μεταξύ τους και αλληλοϋποστηρίζονται. Άλλες φορές, όμως, συσπειρώνονται για να εκφράσουν το θυμό, την απελπισία και την επιθετικότητα τους προς κάποιο στόχο. Αναζητούν διαρκώς ένα «αποδιοπομπαίο τράγο» που εναλλακτικά μπορεί να είναι ένας «δύσκολος» συγγενής, άλλοτε ένας συνάδελφος, η διοίκηση, η πολιτεία η οποιοσδήποτε άλλος. Ο στόχος αυτός, στην ουσία, τους επιτρέπει να εκφορτίσουν τα έντονα συναισθήματα τους αυτά όμως παραμένουν ανεπεξέργαστα, γιατί δεν αναγνωρίζονται οι πραγματικές τους αιτίες που είναι άμεσα συνδεδεμένες με τη φύση μιας δύσκολης δουλειάς, όπου η απειλή του θανάτου ή της αναπηρίας αποτελούν καθημερινή πραγματικότητα. (24)

Μια άλλη κοινή αντίδραση που χρησιμοποιείται ως μέθοδος εκτόνωσης είναι το **χιούμορ**. Όταν όμως γίνεται σε βάρος του ασθενούς είναι κυνικό ή μακάβριο, εκφράζει μια βαθύτερη επιθετικότητα. Η λεκτική αυτή βία χρησιμοποιείται από το προσωπικό που επιδιώκει να αντεπεξέλθει στην πραγματική βία του θανάτου και συμβάλλει στη «διασκέδαση» των αισθημάτων αδυναμίας που βιώνουν οι επαγγελματίες της υγείας, όταν δεν μπορούν να ανατρέψουν το αναπόφευκτο του θανάτου. (24)

Μια άλλη συνήθης αντίδραση αφορά το «**παιχνίδι των πιθανοτήτων**». Οι νοσηλευτές βάζουν στοιχήματα όσον αφορά τη διάγνωση, θεραπεία, πρόγνωση και πιθανότητα επιβίωσης του αρρώστου. Αυτές οι αντιδράσεις συχνά εκδηλώνουν το βαθύτερο άγχος τους μπροστά στην αβεβαιότητα που προκαλεί η κατάσταση της υγείας του αρρώστου ή και ο επικείμενος θάνατος. (24)

Μια ακόμα αμυντική συμπεριφορά τη διαρκή **υπερδραστηριότητα** ή

ακατάπαυστη ομιλία του νοσηλευτή που δεν επιτρέπει στον άρρωστο να αναπτύξει τις προσωπικές σκέψεις και τα συναισθήματα του, ενώ ταυτόχρονα προστατεύεται από την άμεση επαφή με τα δικά τους συναισθήματα. (24)

Όλοι οι θάνατοι που συμβαίνουν μέσα σ' ένα Τμήμα- Μονάδα δεν προκαλούν την ίδια ψυχική ένταση στο νοσηλευτικό προσωπικό. Κάθε άρρωστος επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο το νοσηλευτικό προσωπικό. Όταν προϋπάρχει μακρόχρονη και στενή σχέση και όταν η ταύτιση με τον άρρωστο είναι έντονη (λόγω ηλικίας, χαρακτηριστικών ή τρόπου ζωής), τότε η διεργασία θρήνου που βιώνει ο επαγγελματίας είναι ιδιαίτερα οδυνηρή. Επίσης, όταν οι θάνατοι είναι συχνοί και αλληπάλληλοι, τότε ο νοσηλευτής βιώνει μια «υπερφόρτιση πένθους»(bereavement overload) που συμβάλλει στην επαγγελματική εξουθένωση. Αντιμέτωπο με πολλαπλές απώλειες, χωρίς να έχει το χρόνο ούτε τη δυνατότητα να αφομοιώσει και αποδεχθεί καθεμία χωριστά, απωθεί μαζικά τα συναισθήματα του, με αποτέλεσμα να δυσκολεύεται όλο και περισσότερο να βιώσει και να επεξεργαστεί ένα σύνολο οδυνηρών εμπειριών. (24)

6.3 Προτάσεις για την εκτόνωση των συναισθημάτων του νοσηλευτή.

Πέρα από την συνειδητοποίηση των αμυντικών μηχανισμών, τις τακτικές συνεδρίες για την παρακολούθηση των νοσηλευτών, και τις εποπτικές ομάδες, με την συμμετοχή ενός ψυχολόγου ή ψυχαναλυτή εκτός ομάδας ή δικτύου, υπάρχουν και κάποιες άλλες στρατηγικές καταπολέμησης του άγχους. (25)

Οι Lazarus και Folkman περιγράφουν ως εξής τον όρο «coping», «Πρόκειται για το σύνολο των προσπαθειών σε επίπεδο αντίληψης και συμπεριφοράς, με στόχο τον έλεγχο, την περιστολή ή την ανοχή στις εξωτερικές ή εσωτερικές πιέσεις που απειλούν ή ξεπερνούν τις δυνάμεις του ατόμου». Πιο συγκεκριμένα, για να αντιμετωπίσουμε τις εντάσεις και εσωτερικές και εξωτερικές συγκρούσεις που αποσυντονίζουν τις καθημερινές μας δραστηριότητες, θέτουμε σε εφαρμογή τρόπους σκέψεις, συμπεριφορές,

καθώς και μέτρα στήριξης που ποικίλουν ανάλογα με την περίσταση. (25)

- **Στρατηγικές που στοχεύουν στο συναίσθημα:** Αφορούν στον αυτοέλεγχο, την απάθεια ή, ακόμα, την αποφυγή της συγκίνησης. Η αποφυγή των συγκινήσεων συνεπάγεται την ενεργοποίηση κάποιων αμυντικών μηχανισμών, όπως είναι η τάση φυγής, η απάρνηση της πραγματικότητας η μοιρολατρία και η παραίτηση.
- **Οι στρατηγικές που επικεντρώνονται στο χειρισμό του προβλήματος :** επιτρέπουν στο άτομο να παραμένει σε εγρήγορση και να αντιδρά δυναμικά.
- **Ο στόχος του «coping»:** είναι η προσπάθεια επανεκτίμησης του προβλήματος. Πρόκειται, λοιπόν, για μια απόπειρα γεφύρωσης του χάσματος ανάμεσα στις απειλές που δέχεται το άτομο και στα μέσα που διαθέτει για να τις αντιμετωπίσει. (25)

Παρ'όλα αυτά, μόνο με συνεπή και επίπονη προσπάθεια μπορούμε να πετύχουμε την αυτογνωσία και την επιλογή των κατάλληλων αντιδράσεων ανάλογα με την περίσταση. (25)

6.4 Νοσηλευτική Φροντίδα αρρώστου στο τελικό στάδιο της ζωής του.

Όσοι ανήκουμε στα επαγγέλματα υγείας έχουμε στενή σχέση με το θάνατο. Και αυτό γιατί υπηρετούμε τον φύσει θνητόν άνθρωπο. (26)

Όταν ο άρρωστος πλησιάζει στο τέλος της επίγειας ζωής του και αρχίζει η αγωνία του θανάτου, οι νοσηλευτές συνήθως είναι οι μόνοι οι οποίοι παρευρίσκονται κοντά του για να τον βοηθήσουν εφ' όσον η νοσηλευτική φροντίδα προσφέρεται 24 ώρες το 24ωρο. Εκεί όπου και η πλέον περίπλοκος και υπερσύγχρονος θεραπεία σταματάει, η νοσηλεία συνεχίζει να πραγματοποιεί τους σκοπούς της: την ανακούφιση, την υποστήριξη του αρρώστου, την προστασία των δικαιωμάτων και την εκπλήρωση των αναγκών του1. Τότε η αποστολή των νοσηλευτών είναι μοναδική. Η θέση τους κεντρική, η ευθύνη τους μεγάλη και το έργο τους σημαντικό στη βοήθεια του αρρώστου που πεθαίνει αλλά συγχρόνως ζει. (26)

Οι νοσηλευτές περισσότερο από κάθε άλλη φορά έχουν την ευκαιρία να δουν τον άνθρωπο που πεθαίνει σαν πρόσωπο, σαν ανεπανάληπτη

προσωπικότητα και εικόνα του Θεού. Πρέπει να είναι έτοιμοι να χρησιμοποιήσουν όλη τη νοσηλευτική τέχνη και επιστήμη για να βοηθήσουν τον άρρωστο να ζήσει κάθε μέρα και ώρα μέχρι τη στιγμή του θανάτου του όσο το δυνατόν με μεγαλύτερη ψυχική και σωματική άνεση, αξιοπρέπεια και ανακούφιση². Να ζήσει «ανώδυνα, ανεπαίσχυντα και ειρηνικά» τα τέλη της ζωής του. (26)

Νοσηλεύοντας τον ετοιμοθάνατο οι νοσηλευτές περιποιούνται με σεβασμό και επιμέλεια το πονεμένο σώμα του και το διατηρούν καθαρό. Του αλλάζουν θέση. Τον υποβοηθούν στην αναπνοή και στην τόνωση της κυκλοφορίας του αίματος. Μεριμνούν για τη διατροφή από το στόμα ή παρεντερικά, δροσίζουν τα φρυγμένα χείλη από το πυρετό και σπογγίζουν τον ιδρώτα του. Ανακουφίζουν τον πόνο και τη δυσφορία του. Προσπαθούν με το νοσηλευτικό διάλογο ή την ευσυνείδητη σιωπή τους να μεταβιβάσουν στον ασθενή ενδιαφέρον, αγάπη, κατανόηση και συμμερισμό στην αγωνία του μπροστά στο μυστήριο του θανάτου. (26)

Τον βεβαιώνουν ότι είναι κοντά του και επανέρχονται συχνά στο θάλαμο έτοιμοι και διαθέσιμοι για βοήθεια. Αποδέχονται τον άρρωστο που πεθαίνει όπως κι' αν συμπεριφέρεται, δηλαδή δέχονται τη σιωπή του, την απόσυρση, τη λύπη, την οποιαδήποτε αντίδραση, την πλήρη εξάρτηση ή απόρριψη της φροντίδας τους, τη συναίσθηματική αποσύνδεση από τους ανθρώπους και το περιβάλλον του. Οι νοσηλευτές συχνά διαπιστώνουν τις πνευματικές ανησυχίες και τα ενδιαφέροντα του αρρώστου που πεθαίνει, διότι προβληματίζεται στα βάθη της συνείδησής του. Στην περίπτωση αυτή αναλαμβάνει ο Ιερέας του Νοσοκομείου την εκπλήρωση των αιτημάτων του αρρώστου για πνευματική επικοινωνία, ιερή Εξομολόγηση και Θ. Κοινωνία εφόσον είναι Ορθόδοξος Χριστιανός. Αν ανήκει σε άλλο δόγμα αναλαμβάνουν την ευθύνη οι συγγενείς του αρρώστου. (26)

Η οικογένεια του αρρώστου που πεθαίνει εκδηλώνει. αγωνία, θλίψη, πόνο με διάφορους τρόπους. Η κατανόηση και η παρηγοριά καθώς και η καθοδήγησή της πως να συμπεριφέρεται στον άρρωστο θεωρούνται νοσηλευτική ευθύνη. (26)

Πως όμως αισθάνεται ο νοσηλευτής και η νοσηλεύτρια όταν ο άρρωστος πεθαίνει; Συνήθως αισθάνονται λύπη και υπερένταση. Ίσως να δοκιμάζουν αισθήματα ενοχής διότι δεν έκαναν ό,τι έπρεπε όταν τον νοσήλευαν ή να δοκιμάσουν αίσθημα αποτυχίας των νοσηλευτικών και θεραπευτικών προσπαθειών τους ή ακόμα κάποια πικρία διότι ο ασθενής έφθασε αργά παραμελημένος οπότε δεν έγινε δυνατή η διάσωσή του. Ο άρρωστος που πεθαίνει πολλές φορές γίνεται αφορμή να εγερθούν στην ψυχή των

νοσηλευτών μερικά καίρια ερωτήματα :

Ποια η αξία της ζωής;

Γιατί ο πόνος;

Ποιο το νόημα του θανάτου;

Τι υπάρχει μετά θάνατο;

Ευκαιρία να φιλοσοφήσουν και οι νοσηλευτές πάνω στο μυστήριο του θανάτου.

Όταν επέλθει ο θάνατος, οι νοσηλευτές κάνουν την αρχική εξακρίβωση και εν συνεχεία καλούν το γιατρό να διαπιστώσει κλινικά το θάνατο.

Ακολουθεί η φροντίδα του σώματος του νεκρού, μια πράξη πραγματικά ιερή, που είναι δικαίωμα του αρρώστου να γίνει σεβαστή η ιερότητα του σώματός του μετά θάνατον. (26)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII



7.1 Η Νομική υπόσταση – οπτική γωνία της ευθανασίας.

Νομικό καθεστώς

Είναι γεγονός πως η ευθανασία είναι ένα πολυσχιδές και περίπλοκο θέμα. Επιπλέον, είναι ένα "μοντέρνο" θέμα, από την άποψη πως από τα μέσα του προηγούμενου αιώνα και έπειτα άρχισαν επιφυλακτικά να ακούγονται οι πρώτοι ψίθυροι σχετικά με αυτήν, οι οποίοι μόλις στις μέρες μας έχουν μετασηματισθεί σε λόγο διαρθρωμένο. Η ευθανασία είναι για την κοινωνία ένα καινούριο, δύσκολο ζήτημα, ένα θέμα που σοκάρει επειδή άπτεται ευαισθησιών και προσωπικών συγκινησιακών καταστάσεων. Αν λοιπόν η κοινωνία είναι ακόμη μη πλήρως εξοικειωμένη με το θέμα, είναι λογικό και η νομοθεσία να μην είναι ξεκάθαρη σε ότι αφορά στην ευθανασία. Αυτό είναι αναμενόμενο, εάν δεχθούμε πως οι νόμοι δεν είναι παρά τα κατάστιχα στα οποία γράφονται οι θελήσεις μας. (2)

Αυτό που μπορεί κανείς με ασφάλεια να πει είναι πως ακόμα σε κανένα κράτος δεν υπάρχει ειδική διάταξη για την ευθανασία ή ορισμός της. Σε πολλές περιπτώσεις μάλιστα έγκειται στο αρμόδιο δικαστήριο να αποφασίσει ποια από τις αντιτιθέμενες διατάξεις θα εφαρμόσει. Σε άλλες περιπτώσεις, ελλείψει νομικού πλαισίου, αναζητείται καταφύγιο στην νομολογία ή αποφεύγεται η αυτεπάγγελτη ανάμειξη του αρμοδίου εισαγγελέα για να μην δημιουργηθεί νομικό προηγούμενο, όπως στην περίπτωση του J. Kenrockian, του περιβόητου doctor death, όταν κρίνεται πως η κοινή γνώμη είναι εμφανώς υπέρ της εν λόγω πρακτικής. Οι περιπτώσεις καταδίκης γιατρών ή συγγενών που συνήργησαν ή διενήργησαν ευθανασία είναι ελάχιστες στις περισσότερες χώρες και τις πιο πολλές φορές συμβολικές. Ενώ όμως οι Ποινικοί Κώδικες πολλών κρατών όμως, συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν την ευθανασία ως ανθρωποκτονία, ή στην καλύτερη περίπτωση σαν συνέργια σε αυτοκτονία, είναι δύσκολο για τα αρμόδια δικαστήρια να συμβιβάσουν το γράμμα του

νόμου με τις απαιτήσεις των καιρών, τα δικαιώματα των ασθενών και τις υποχρεώσεις της κοινωνίας προς αυτούς, το νομικό και το ανθρωπιστικό καθήκον των ιατρών. Κύρια όμως προσπάθεια αποτελεί η συμπόρευση με την κοινή γνώμη. Οι υποθέσεις που αφορούν στην ευθανασία είναι υψηλού ενδιαφέροντος και για το λόγο αυτό το κοινό ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένο. Όπως θα φανεί και στη συνέχεια, στην αναφορά που θα γίνει στο νομικό καθεστώς κάποιων χωρών που κατέχουν σημαντική θέση σε ότι αφορά στην νομική αντιμετώπιση της ευθανασίας, πολλές φορές η κοινή γνώμη έχει επηρεάσει αποφασιστικά το νομικό γίνεσθαι στο συγκεκριμένο θέμα. (2)

7.2 Ηνωμένο Βασίλειο

Αγγλία

Η πρώτη προσπάθεια να δημιουργηθεί νομοθετικό πλαίσιο για την ευθανασία έγινε στην Αγγλία το 1969. Τότε ο Λόρδος Rangan παρουσίασε ένα σχετικό νομοσχέδιο (Euthanasia Bill) στην Βουλή των Λόρδων. Η προσπάθεια απέτυχε, όπως και πολλές άλλες που ακολούθησαν. Όλα τα προταθέντα νομοσχέδια είχαν χαρακτήρα καθοδηγητικό και όχι δυνητικό, αντίθετα με τα συμβαίνοντα στην Ολλανδία, πράγμα που ίσως εξηγεί και την αρνητική αντιμετώπιση που συνάντησαν. Το ιδιαίτερο επίσης πολιτικό σύστημα που ισχύει στην Αγγλία και οι επιπτώσεις του στο νομικό της καθεστώς (η αυτοκτονία είναι αδίκημα στην Αγγλία) έχουν συνεργήσει στην αρνητική αντιμετώπιση μιας ιδιαίτερης νομοθετικής αντιμετώπισης της ευθανασίας. (2)

Σημαντικό ρόλο στην θεσμοθετημένη αντιμετώπιση της ευθανασίας έχει, όπως και στην Ολλανδία, ο Βρετανικός Ιατρικός Σύλλογος (British Medical Association- BMA). Η στάση που μέχρι σήμερα έχει κρατήσει χαρακτηρίζεται διφορούμενη και απέχουσα από τις τρέχουσες εξελίξεις. Σε πολλές περιπτώσεις ο BMA έχει κατηγορηθεί για συντηρητισμό και από τα μέλη του. Η αρχή έγινε το 1988, όταν αρνήθηκε κατηγορηματικά για τα μέλη του την δυνατότητα παρέμβασης στην ζωή του ασθενούς ή την ειδική αντιμετώπιση από τον νόμο ιατρού που έλαβε μέρος ή διενήργησε ευθανασία. Η άποψη αυτή δεν άλλαξε ούτε αργότερα. Το 1993 με ψήφους 4-1 αρνήθηκε κατηγορηματικά την δημιουργία νομοθεσίας για την ευθανασία. (2)

Σημαντική ώθηση στις εξελίξεις, όχι στο επίπεδο της νομοθεσίας αλλά σε αυτό της νομολογίας, έδωσε η υπόθεση Anthony Bland. Ο ασθενής αυτός περιέπεσε σε κωματώδη κατάσταση, η οποία θεωρήθηκε μη αναστρέψιμη, και από τους συγγενείς του ζητήθηκε η παύση των βοηθητικών μηχανημάτων που τον κρατούσαν στην ζωή. Ο ασθενής είχε σε ανύποπτο χρόνο υπογράψει advance directive. Το δικαστήριο έκρινε νόμιμη την παύση της ιατρικής

αγωγής και υποστήριξης, περιλαμβανομένης και της παροχής τροφής και νερού. Εφαρμόζοντας την αρχή Bolam, η οποία υποστηρίζει πως η απόφαση για παροχή περίθαλψης πρέπει να στηρίζεται στην ιατρική γνώμη και δεν απαιτείται όταν δεν υπάρχουν ελπίδες, η Βουλή των Λόρδων διακήρυξε πως οι ιατροί μπορούν να ενεργούν με βάση αυτό που πιστεύουν πως ανταποκρίνεται καλλίτερα στα συμφέροντα του ασθενούς, και έτσι να εφαρμόζουν ή να σταματούν θεραπείες, όταν τις κρίνουν ακατάλληλες. Η ίδια επιτροπή, γνωστή σαν Walton Committee, περιέγραψε την ευθανασία περισσότερο σαν σκόπιμη παρέμβαση παρά σαν σκόπιμη παράλειψη για τον τερματισμό της ζωής. Η διακήρυξη αυτή προσέδωσε κύρος στις «εκ των προτέρων οδηγίες» (Living Wills, Advance Directives), οι οποίες θεωρήθηκε πως εάν είναι διατυπωμένες σαφώς και έχουν εφαρμογή στις περιστάσεις, είναι εξίσου δεσμευτικές νομικά με κάθε τρέχουσα απόφαση που λαμβάνεται από έναν πνευματικά επαρκή ασθενή. (2)

Κατόπιν τούτων ο BMA ενσωμάτωσε στο ετήσιο έντυπό του την επίσημη αποδοχή των advance directives καθώς και κανόνες - προτάσεις σχετικά με αυτές. Παράλληλα πρότεινε αυτές να μην είναι δεσμευτικές νομικά για τους γιατρούς, παρά μόνο απαλλακτικές σε περίπτωση διενέργειας ευθανασίας. (2)

Σκοτία

Είναι χωρίς αμφιβολία πως από τον 13^ο αιώνα η αυτοκτονία, τουλάχιστον σε ορισμένες περιπτώσεις, είχε καταστεί έγκλημα υπό τον κοινό Αγγλικό νόμο θεωρούμενη «αδίκημα έναντι του Θεού και των ανθρώπων» και επέφερε δήμευση περιουσίας και μη ταφή σε καθαγιασμένο χώρο. Η αναγνώριση πως ο νόμος περί αυτοκτονίας είχε μικρά ή σχεδόν καθόλου αποτρεπτικά αποτελέσματα, οδήγησε στο Διάταγμα περί αυτοκτονίας του 1961. Αυτό επέφερε αποποινικοποίηση της αυτοκτονίας και της απόπειρας αυτοκτονίας. (2)

Εντούτοις, το άρθρο 2 του Διατάγματος δηλώνει πως η διευκόλυνση αυτοκτονίας παραμένει αδίκημα, επιφέροντας ανώτερη ποινή 14ετούς κάθειρξης. Μια προσπάθεια του Λόρδου Jenkins να εξαιρεθεί η περίπτωση που ο συνεργός «ενήργησε από καλή πρόθεση και υπέρ του θανόντος» καταψηφίστηκε. Η κατηγορία που θα αντιμετωπίσει ο διενεργών την ευθανασία καθώς και η διαδικασία που θα ακολουθηθεί δεν είναι σαφής, εξαρτάται αποκλειστικά από την γνώμη του Lord Advocate. Θεωρητικά, η κατηγορία μπορεί να είναι ανθρωποκτονία εκ προθέσεως. Το γεγονός αυτό κάνει τις αποφάσεις τις σχετιζόμενες με ευθανασία απρόβλεπτες. (2)

Το 1980 ο 78χρονος Robert Hunter, ο οποίος έδωσε τέλος στη ζωή της πάσχουσας από γεροντική άνοια γυναίκας του, καταδικάστηκε σε φυλάκιση δύο χρόνων. Από την άλλη πλευρά το 1996 αθώωθηκαν οι Paul Bradley και David Hainsworth. Ο πρώτος διενήργησε ευθανασία στον σε τελικό στάδιο άρρωστο αδελφό του και ο δεύτερος αποπειράθηκε να προκαλέσει ασφυξία στον 82 ετών σε τελικό στάδιο πατέρα του. Και οι δυο ομολόγησαν την ενοχή τους. Κατά τους μελετητές αυτό αποδεικνύει πως οι δικαστές -αλλά και οι ένορκοι- έχουν αρχίσει να βλέπουν τέτοιες υποθέσεις υπό το πρίσμα μεγαλύτερης συμπαθείας. (2)

7.3 Ηνωμένες Πολιτείες

Η αναφορά στο νομικό καθεστώς των Η.Π.Α. το σχετιζόμενο με την ευθανασία είναι μια δύσκολη εργασία . Αυτό συμβαίνει εξ αιτίας του γεγονότος πως στις Η.Π.Α. η νομοθεσία αποτελεί πολιτειακό προνόμιο και καθήκον, με μόνη δέσμευση την συμμόρφωση προς το σύνταγμα. Για τον λόγο αυτό θα ήταν αδύνατο να αναφερθούμε στην νομική αντιμετώπιση της ευθανασίας στις Η.Π.Α. σαν να ήταν ενιαία- δεν είναι. Η ευθανασία άλλωστε αποτελεί ένα καινούριο σχετικά ζήτημα, με περιορισμένες εμφανίσεις στο κοινωνικό γίγνεσθαι, άρα μια κοινή στάση είναι ακόμη πιο δύσκολο να υιοθετηθεί. Θα ήταν επίσης δύσκολο ή και άσκοπο ακόμη να αναφερθεί κάποιος στα συμβαίνοντα σε κάθε πολιτεία. Η αναφορά μας θα αφορά σε συγκεκριμένες υποθέσεις και αποφάσεις που σημάδεψαν την αντιμετώπιση του ζητήματος αυτού στην πολύ συντηρητική και συνάμα πολύ προοδευτική αυτή χώρα. (2)

7.4 Καναδάς

Η νομική αντιμετώπιση που έχει η ευθανασία στον Καναδά είναι αντίστοιχη με αυτήν στις Η.Π.Α., με την διαφορά ότι αυτό συμβαίνει στην περίπτωση αυτή παρά την ενάντια νομοθεσία. (2)

Η πρώτη καταδίκη ιατρού που διενήργησε ευθανασία δημοσιεύτηκε το 1996 για τον Maurice Geneaux. Σύμφωνα με τον καναδικό Ποινικό Κώδικα, όποιος προκαλεί τον θάνατο άλλου για οποιοδήποτε λόγο δια πράξεως ή

παράλειψης είναι ένοχος ανθρωποκτονίας. Δεν αποτελεί υπερασπιστικό επιχείρημα η θέληση του θανόντος, αφού κανείς δεν έχει το δικαίωμα να συναινέσει στην θανάτωσή του, και τέτοια συναίνεση δεν αίρει τις ποινικές ευθύνες του ατόμου που προκάλεσε τον θάνατο του συναινούντος. (2)

Η προηγούμενη δεκαετία δεν επέφερε αλλαγές στον τρόπο αντιμετώπισης της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας -η παθητική ευθανασία δεν αντιμετωπίζεται καν- αλλά σκέψεις αναθεώρησης του ποινικού κώδικα για ευνοϊκότερη αντιμετώπιση τέτοιων περιπτώσεων, προς την κατεύθυνση της προστασίας των γιατρών που διενεργούσαν σε μεγάλη κλίμακα πλέον ευθανασία. (2)

Σημαντική ώθηση στις εξελίξεις έδωσε μια πρόσφατη υπόθεση. Ο Robert Latimer, αγρότης από το Saskatchewan, θανάτωσε το 1994 την βαριά παραπληγική 12χρονη κόρη του Tracy, χορηγώντας της διοξείδιο του άνθρακα. Τον Οκτώβρη του 1997 κρίθηκε ένοχος από το δικαστήριο για φόνο δεύτερου βαθμού, αδίκημα που επιφέρει ελάχιστη κάθειρξη 10 ετών. Η υπόθεση απέσπασε έντονη δημοσιότητα και προκάλεσε την παρέμβαση της Υπουργού Δικαιοσύνης, Ann McLellan, η οποία δήλωσε πως θα έπρεπε πιθανόν να επέλθει μείωση των ποινών για φόνους δεύτερου βαθμού - περιπτώσεις ευθανασίας-, καθώς επίσης να εισαχθεί ένας νέος όρος στον Ποινικό Κώδικα, αυτός της ανθρωποκτονίας από οίκτο, όπως το 1995 είχε προτείνει επιτροπή της Γερουσίας. (2)

7.5 Ολλανδία

Είναι σχεδόν επιβεβλημένο να ξεκινήσουμε αυτή την σύντομη αναφορά μας από τα ισχύοντα στην Ολλανδία, μια και το νομικό της σύστημα υπερασπίζεται την πιο προωθημένη νομικά θέση στο ζήτημα αυτό. (2)

Η ευθανασία ορίζεται στον Ολλανδικό Ποινικό Κώδικα από το 1886 ήδη ως σκόπιμη πράξη από έναν γιατρό για τον τερματισμό της ζωής ενός ασθενούς, κατόπιν της επίμονης απαίτησης αυτού. Ο ορισμός αυτός ισχύει μέχρι σήμερα, με μικρές τροποποιήσεις. Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, επίσης, ορίζεται ως η σκόπιμη βοήθεια που παρέχεται σε ένα άτομο για να τερματίσει την ζωή του κατόπιν απαίτησής του. Η θανάτωση όμως, έστω και κατόπιν επίμονης και εν συνειδήσει απαίτησης του θύματος, αντιμετωπίζεται ως φόνος. Αδίκημα επίσης είναι η παροχή βοήθειας σε αυτοχειρία. Το 1959 ο Βασιλικός Ολλανδικός Ιατρικός Σύλλογος υποστήριξε πως οι γιατροί δεν επιτρέπεται να ενεργούν με σκοπό τον τερματισμό ή την συντόμευση της ζωής. Δεν επιτρέπεται επίσης να διακόπτουν την απαραίτητη για την

διατήρηση της ζωής φροντίδα. Η κρίση αναφορικά με την αξία της ζωής δεν εντάσσεται στα ιατρικά καθήκοντα. Το 1970 η συζήτηση για την ευθανασία μετεφέρθη στο Ολλανδικό Κοινοβούλιο και συστάθηκε μια επιτροπή Συμβούλων Υγείας για να γνωμοδοτήσει σχετικά με το εάν είναι επιτρεπτή η παρέμβαση στον τερματισμό της ζωής. (2)

Το σημαντικότερο βήμα όμως για την αντιμετώπιση της ευθανασίας με τρόπο παρεμφερή με τον σύγχρονο έγινε το 1971. Τότε η γιατρός Geertruida Postma παραπέμφθηκε σε δίκη με την κατηγορία πως επιτάχυνε τον θάνατο της μητέρας της με τη χορήγηση θανάσιμης δόσης μορφίνης. Η υπόθεση μετετράπη σε δημόσια αντιδικία, αφού το ενδιαφέρον που επεδείχθη από την κοινή γνώμη ήταν πολύ μεγαλύτερο από την δημοσιότητα που δόθηκε. Δυο χρόνια αργότερα, το κακουργιοδικείο της πόλης Leeuwarden καταδίκασε την Postma σε φυλάκιση μιας εβδομάδος με αναστολή και της επέβαλλε δικαστική επιτήρηση ενός χρόνου. Η απόφαση στηρίχθηκε στο άρθρο 40 του ποινικού κώδικα, το οποίο αναφέρεται στην ανωτέρα βία (force majeure) και στην ανάγκη. Θεωρήθηκε δηλαδή, πως ο γιατρός μπορεί να επικαλεσθεί την ανάγκη εάν ενήργησε υπό την σαφή απαίτηση ασθενούς ανιάτως πάσχοντος και ευρισκομένου στο τελικό στάδιο της ασθένειας, ο οποίος δοκιμάζει επίμονο και αφόρητο πόνο. (2)

Το 1984 ο Βασιλικός Ολλανδικός Ιατρικός Σύλλογος εξέδωσε «κανόνες δέοντος χειρισμού» για την ευθανασία. Ο σημαντικότερος από αυτούς είναι :

- πως ευθανασία μπορεί να διενεργηθεί μόνο από γιατρό. Από εκεί και πέρα, η απαίτηση για ευθανασία πρέπει να προέρχεται αποκλειστικά από τον ασθενή και να είναι πλήρως ελεύθερη και εθελοντική.
- η απαίτηση του ασθενούς πρέπει να είναι διαρκής και επίμονη, προϊόν ώριμης σκέψης.
- ο ασθενής πρέπει να βιώνει αφόρητο (αλλά όχι απαραίτητα σωματικό) βασανισμό, χωρίς να υπάρχει προοπτική βελτίωσης
- η ευθανασία πρέπει να αποτελεί το τελευταίο καταφύγιο, όταν όλες οι άλλες λύσεις έχουν εξετασθεί και αποδειχθεί ελλειπείς.

- ο γιατρός πρέπει να συμβουλευθεί άλλους ειδικούς και πεπειραμένους στο πεδίο αυτό συναδέλφους του.(2)

Οι προϋποθέσεις αυτές ενσωματώθηκαν στο ολλανδικό νομικό σύστημα και αποτελούν πλέον κριτήριο για το κολάσιμο ή μη της πράξης, σε ότι αφορά στον γιατρό που διενεργεί ή υποβοηθεί την ευθανασία. (2)

Σήμερα πλέον στην Ολλανδία διενεργείται ευθανασία και σε άτομα πάσχοντα από ψυχολογικές παθήσεις (κατάθλιψη, κατατονική σχιζοφρένεια) καθώς και σε ασθενείς ανιάτων μεν, όχι θανατηφόρων δε ασθενειών. Δύο πρόσφατες υποθέσεις (Νοέμβριος 1995) που δικάστηκαν πρωτοβάθμια με αθωωτικές αποφάσεις για τους γιατρούς αναζωπύρωσαν τον νομικό διάλογο, και αυτό διότι αφορούν σε βρέφη. Και στις δυο περιπτώσεις οι ιατροί αθωώθηκαν δυνάμει του άρθρου 40 περί ανωτέρας βίας και ανάγκης. (2)

Η προτεινόμενη από τον ιατρικό σύλλογο και εφαρμοζόμενη πρακτική συνίσταται σε μια ένεση που επιφέρει κώμα και μια δεύτερη που σταματά την λειτουργία της καρδιάς. Οι ασθενείς ενθαρρύνονται να κάνουν οι ίδιοι την πρώτη ένεση στον εαυτό τους, εάν αυτό είναι εφικτό. (2)

Η ολλανδική κοινωνία είναι ιδιαίτερα εξοικειωμένη με το ζήτημα, σε βαθμό που ήδη από το 1990 Ολλανδοί γιατροί εμπλέκονταν στο 9% των ετήσιων θανάτων στην χώρα. Από τις περιπτώσεις αυτές, οι μισές χαρακτηρίζονταν ενεργητική μη εθελοντική ευθανασία -απουσίαζε δηλαδή η συγκατάθεση του «θύματος». (2)

Πρέπει, τέλος, να διευκρινιστεί πως όλα τα παραπάνω δεν καθιστούν την ευθανασία στην Ολλανδία μια νόμιμη διαδικασία. Αυτό που έχει επιτευχθεί είναι να αθωώνονται οι ιατροί που την διενεργούν δυνάμει του άρθρου 40 περί ανωτέρας βίας, και μόνο εάν έχουν ακολουθήσει την προβλεπόμενη διαδικασία.(2)

Μόνο μέσα στο 1999, οι Ολλανδοί γιατροί φέρονται να έχουν συμβάλει στον τερματισμό της ζωής 2.216 ασθενών είτε μέσω της ευθανασίας είτε μέσω της επικουρούμενης αυτοκτονίας, όπου ο γιατρός παρέχει τα φάρμακα αλλά δεν τα χορηγεί ο ίδιος στον ασθενή. Το 90% των ασθενών αυτών ήταν καρκινοπαθείς. (27)

Ο βασικός συνήγορος του νομοσχεδίου, το φιλελεύθερο κόμμα D66, επαίνεσε την έγκρισή του. «Απευθύνεται σε ασθενείς που υποφέρουν και δεν έχουν ελπίδες ανάνηψης. Οι άνθρωποι αυτοί θέλουν να πεθάνουν με αξιοπρεπή, ευγενή τρόπο», δήλωσε ο πρόεδρος της ολλανδικής Βουλής, Τομ

Ντε Γκραφ. (27)

Οι αποφάσεις που οδήγησαν στη νομιμοποίηση

Το ιστορικό βήμα της ολλανδικής Κάτω Βουλής προς τη νομιμοποίηση της ευθανασίας ήταν, ουσιαστικά, η κατάληξη μιας σειράς αποφάσεων που αντανakλούν την αυξανόμενη ανεκτικότητα των αρχών απέναντι στην πρακτική αυτή. (27)

1973 Ολλανδικό δικαστήριο καταδικάζει μία ιατρό, που έκανε στη μητέρα της μια μοιραία ένεση μορφίνης, σε μια εβδομάδα φυλάκιση με αναστολή και ένα χρόνο επιτήρηση. (27)

1984 Το Ανώτατο Δικαστήριο της Ολλανδίας ανατρέπει την καταδίκη ενός ιατρού που έθεσε τέλος στη ζωή μίας ηλικιωμένης γυναίκας κατ' απαίτησή της. (27)

1993 Το ολλανδικό Κοινοβούλιο υιοθετεί νόμο για τη ρύθμιση της ευθανασίας που περιλαμβάνει έναν κατάλογο 28 προϋποθέσεων. Η ευθανασία παραμένει εγκληματική πράξη, αλλά οι ιατροί που ακολουθούν τις κατευθυντήριες γραμμές δεν απειλούνται με τιμωρία. (27)

1994 Το Ανώτατο Δικαστήριο της Ολλανδίας επικυρώνει την καταδίκη, αλλά αρνείται να επιβάλει ποινή σε έναν ιατρό που βοήθησε μία ετοιμοθάνατη γυναίκα να αυτοκτονήσει. (27)

1995 Ολλανδικό δικαστήριο κρίνει δικαιολογημένη την πράξη δύο ιατρών που έθεσαν τέλος στη ζωή δύο σοβαρά άρρωστων μωρών κατόπιν αιτήσεως των γονιών τους. (27)

1997 Η κυβέρνηση υιοθετεί νέα μέτρα, σύμφωνα με τα οποία οι περιπτώσεις ευθανασίας δεν παραπέμπονται πλέον απευθείας στους εισαγγελείς αλλά σε μία ανεξάρτητη επιτροπή ιατρών, νομικών και ειδικών σε θέματα δεοντολογίας. (27)

1999 Η κυβέρνηση καταθέτει στη Βουλή νομοσχέδιο για τη νομιμοποίηση της ευθανασίας. (27)

Η πρώτη χώρα στον κόσμο όπου θα εφαρμόζεται νόμιμα η ευθανασία είναι η Ολλανδία, καθώς τίθεται σε ισχύ ο αμφιλεγόμενος νόμος που είχε

ψηφίσει τον περασμένο χρόνο το Κοινοβούλιο της χώρας. Ο νόμος, η θέσπιση του οποίου είχε προκαλέσει πέρυσι πολλές αντιδράσεις στη διεθνή κοινή γνώμη, νομιμοποιεί μεν την ευθανασία, είναι ωστόσο και πολύ περιοριστικός, καθώς επιτρέπει την εφαρμογή της μόνο σε περιπτώσεις που η κατάσταση των ασθενών κριθεί ανίατη και εξαιρετικά επώδυνη. (28)

Ο Ολλανδικός νόμος ορίζει ως αναγκαία προϋπόθεση ότι ο ασθενής υποφέρει και ότι υπάρχει δεύτερη ιατρική διάγνωση, όπως μετέδωσε το BBC. Ο ρόλος των γιατρών και το δικαίωμα κάθε ανθρώπου να επιλέξει πότε θα πεθάνει είναι δύο από τα πιο πολύπλοκα ζητήματα από νομικής και ηθικής πλευράς στην συζήτηση που έχει αρχίσει σε αρκετές χώρες για την ευθανασία. Η ευθανασία εφαρμοζόταν επί δεκαετίες στην Ολλανδία χωρίς νομική κατοχύρωση, ωστόσο το Κοινοβούλιο της χώρας προχώρησε στη νομιμοποίηση της πρακτικής αυτής τον περασμένο Απρίλιο. (28)

7.6 Βέλγιο.

Το Βέλγιο είναι η δεύτερη ευρωπαϊκή χώρα που ψήφισε νόμο ο οποίος επιτρέπει την ευθανασία. (29)

Δια νόμου επιτρέπεται πλέον η ενεργός ευθανασία και στο Βέλγιο. Η βελγική Βουλή με τις ψήφους του κυβερνητικού συνασπισμού των φιλελεύθερων, σοσιαλιστών και πρασίνων ενέκρινε χθες το σχετικό νομοσχέδιο, το οποίο είχε εγκριθεί ήδη το φθινόπωρο από τη βελγική Γερουσία. Ο νέος νόμος προβλέπει πως ένας γιατρός μπορεί να συμβάλει στην ευθανασία ενός ασθενή του, όταν ο τελευταίος υποφέρει από αφόρητους σωματικούς και ψυχικούς πόνους οι οποίοι δεν μπορούν πλέον να αντιμετωπιστούν ιατρικά. Ο γιατρός όμως θα πρέπει να είναι σίγουρος ότι ο ασθενής έχει τις αισθήσεις του, έχει λάβει οικιοθελώς την απόφασή του και έχει επανειλημμένα ζητήσει τον θάνατό του. Το αίτημα αυτό δεν πρέπει να είναι απόρροια εξωτερικών πιέσεων. Επίσης πριν την οριστική έγκριση της απόφασης θα πρέπει να έχει προηγηθεί η εξέταση του νοσηλευτικού προσωπικού και των συγγενών του ασθενή, ενώ από την υποβολή του αιτήματος μέχρι την εκτέλεση της απόφασης θα πρέπει να έχει περάσει τουλάχιστον ένας μήνας. Σε μερικά σημεία η βελγική νομοθεσία είναι πιο φιλελεύθερη από την ολλανδική, ενώ σε άλλα πιο περιοριστική. Η ευθανασία επιτρέπεται μόνο σε ενήλικους ασθενείς και μια ανεξάρτητη επιτροπή πρέπει να αποφανθεί εάν ο θεράπων ιατρός χρησιμοποίησε τη σωστή θεραπεία. Σε αντίθεση με τη σχετική νομοθεσία στην Ολλανδία στο Βέλγιο, δικαίωμα στην ευθανασία έχουν και οι ασθενείς οι οποίοι δεν βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της ασθένειάς τους, άτομα δηλαδή που δεν πρόκειται να πεθάνουν

σύντομα. Μια ομάδα ωστόσο βουλευτών ψήφισαν εναντίον του σχετικού άρθρου :

«Δεν είμαστε κατά, αλλά υπέρ της ευθανασίας τόνισε ο Ζοζέ Αρενς, ο νόμος όμως ανοίγει το δρόμο για εκμετάλλευση. Επιθυμίας μας είναι η ευθανασία να αποτελέσει πραγματικά την τελευταία δυνατότητα που διαθέτουμε και να υποφέρουν οι ασθενείς λιγότερο, αφού όμως πριν έχουμε εξαντλήσει όλες τις άλλες θεραπευτικές δυνατότητες που διαθέτουμε και εφόσον η ασθένεια βρίσκεται στο τελευταίο της στάδιο». (29)

Από την άλλη πλευρά οι υποστηρικτές της σχετικής ρύθμισης είναι σίγουροι πως ο νόμος αποτελεί μια ισορροπημένη λύση για αυτό το κατεξοχήν ηθικό πρόβλημα. (29)

«Παράλληλα με τον νόμο περί ευθανασίας θα πρέπει να θεσπίσουμε και έναν άλλο νόμο που θα αφορά την ανάπτυξη των ιατρικών υπηρεσιών που έχουν σχέση με την ευθανασία. Κάθε ασθενής θα πρέπει να έχει το δικαίωμα θεραπείας που θα περιορίζει τους πόνους. Με αυτόν τον τρόπο η κυβέρνηση θα αποφύγει δυσάρεστες καταστάσεις και διακρίσεις, όπου μοναχικοί άνθρωποι ή άτομα με ειδικά προβλήματα και οικονομικές δυσκολίες υποβάλλουν αίτηση για ευθανασία. Οι γιατροί πρέπει να είναι υποχρεωμένοι να ενημερώνουν τους ασθενείς του οι οποίοι επιθυμούν θέσουν τέρμα στη ζωή τους για τις δυνατότητες θεραπείας στα νοσοκομεία». (29)

Εντύπωση πάντως προκάλεσε το γεγονός πως στο καθολικό Βέλγιο η σχετική πρόταση δεν προκάλεσε σοβαρές διαμαρτυρίες. Σύμφωνα μάλιστα με τις δημοσκοπήσεις ένα ποσοστό των Βέλγων που κυμαίνεται ανάμεσα στο 70% και στο 80% είναι υπέρ της ευθανασίας όπως ακριβώς ορίζει ο σχετικός νόμος. (29)

7.7 Ελλάδα

Ο Ελληνικός Ποινικός Κώδικας δεν χρησιμοποιεί τον όρο «ευθανασία». Οι διατάξεις που ρυθμίζουν το επίμαχο ζήτημα ανήκουν στην ομάδα εκείνη των άρθρων που ασχολούνται με την ανθρωποκτονία, κάτι που είναι δηλωτικό για την στάση του νομοθέτη απέναντι στο θέμα. Το άρθρο 300 που ρυθμίζει τα της ευθανασίας αναφέρει πως «όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο, γι' αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια, τιμωρείται

με φυλάκιση» (10 ημέρες έως πέντε χρόνια). Από τα παραπάνω προκύπτει πως ακόμη και αν το ίδιο το θύμα έχει ζητήσει τον θάνατό του και ο θύτης κινήθηκε με μοναδικό κίνητρο τον οίκτο, η πράξη αντιμετωπίζεται ως αξιόποινη και τιμωρείται. Βέβαια ο νομοθέτης δεν εξισώνει την ευθανασία με κοινή ανθρωποκτονία από πρόθεση, και γι' αυτό την τιμωρεί ελαστικότερα. Απαιτεί όμως να υπάρχει απαίτηση και μάλιστα επίμονη από την πλευρά του θύματος. Με τον τρόπο αυτό αποφάσκει την μη-εθελοντική επιθανάτια ευθανασία, ακόμη και εάν αποκλειστικό κίνητρο είναι ο οίκτος. Στην προκείμενη περίπτωση ο δράστης θα τιμωρηθεί ως διαπράξας ανθρωποκτονίας από πρόθεση. Αυτό αποτελεί και την βασική διαφορά της ελληνικής δικαστικής πρακτικής με αυτή των χωρών που προαναφέρθηκαν. Κάτι ακόμη στο οποίο τα δικαστήρια μέχρι σήμερα επιμένουν, ενώ σε άλλες χώρες υπάρχει μεγαλύτερη ελαστικότητα, είναι αυτό της ανίατης ασθένειας, η οποία νοείται ως σωματική. (30)

Αυτό που συντηρεί τον διάλογο επί του θέματος στο χώρο του ποινικού δικαίου είναι απόψεις έγκριτων νομικών που υποστηρίζουν πως ο νομοθέτης κολάζει την κατ' απαίτηση ανθρωποκτονία, αλλά δεν παίρνει θέση για την ευθανασία. Οι υπέρμαχοι της άποψης αυτής υποστηρίζουν πως το ζήτημα της ευθανασίας τίθεται ακόμη και όταν δεν υπάρχει σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος καθώς επίσης πως η ευθανασία αφορά κυρίως άτομο που πεθαίνει με τρόπο επώδυνο, και όχι άτομα γενικώς πάσχοντα από ανίατες ασθένειες. «Αυτό που δικαιώνει την πράξη είναι η συναίνεση στο στάδιο της επιθανάτιας αγωνίας σε συνδυασμό με την εξυπηρέτηση του αληθινού συμφέροντος του ασθενούς». (30)

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

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

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

γ) Η πράξη αυτή (ευθανασία), τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι 15 χρόνων λόγω του ότι συνυπάρχει ο οίκτος, κι όχι με κάθειρξη όπως στην ανθρωποκτονία από πρόθεση (που γίνεται από κακία και αγριότητα). Ο Ελληνικός Ποινικός Κώδικας δεν προβλέπει την ανίατη θανατηφόρα ασθένεια, πάρα μόνο την ανίατη ασθένεια σε συνδυασμό με τον οίκτο αυτού που προβαίνει στην πράξη. (22)

Εξίσου σημαντικής σημασίας είναι ότι η Ένωση Ελλήνων Ποινικολόγων καταδικάζει την εφαρμογή της ευθανασίας σε οποιαδήποτε μορφή της, σε περίπτωση που έχει συμβεί ο εγκεφαλικός θάνατος, αλλά ορισμένες οργανικές λειτουργίες είναι ακόμη υπαρκτές. Επιπρόσθετα ο πρόεδρος Κουβέλης του Δ.Σ.Α (Δικηγορικού Συλλόγου Αθηνών), δηλώνει την διαφωνία του για την νομιμοποίηση της ευθανασίας. (31)

Πιο συγκεκριμένα στηρίζει αυτή του την θέση στο γεγονός ότι η ιατρική διαρκώς και με γοργούς ρυθμούς, σημειώνει αξιόλογες προόδους. Έτσι ο χαρακτηρισμός μιας ασθένειας ως ανίατης είναι προσωρινός-στιγμιαίος, γιατί μπορεί η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης να μας διαψεύσει και να μας αφήσει έκπληκτους για ακόμη μια φορά σε ελαχιστότατο χρονικό διάστημα-την επομένη στιγμή. (31)

Ο γιατρός στις χώρες που δεν έχουν τεθεί νομικά όρια, τι οφείλει να κάνει; «Μια άρνηση με βάση όχι μόνο το φόβο των νομικών συνεπειών αλλά κυρίως τη βαθιά συναίσθηση του καθήκοντος και της υψηλής αποστολής που τάχθηκε να υπηρετεί. Και να αγωνίζεται ως το τέλος». (31)

Αξίζει να σημειωθεί ότι έχει δημοσιευθεί καταγγελία εις βάρος του νοσοκομείου Ιωαννίνων για εφαρμογή ευθανασίας. (Βλέπε παράρτημα ΙΙ)

Ή μήπως «ορισμένα πράγματα όπως η ευθανασία αλλά και τα άλλα μείζονα ζητήματα που άπτονται της βιοηθικής, δεν μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο επιβολής στην κοινωνία μιας απόφασης που ελήφθη από κάποιους τεχνοκράτες ενός υπουργείου. Ειδεμή, είτε ο όποιος νόμος δεν θα εφαρμοσθεί είτε θα συνεχισθεί η σημερινή υποκρισία. Χρειάζεται λοιπόν ένας

ανοικτός και ειλικρινής κοινωνικός διάλογος, ένας διάλογος επίσης διεπιστημονικός ούτως ώστε να δημιουργηθεί η κατάλληλη υποδοχή στην κοινωνία, ώστε να διαμορφωθεί τελικά ένας κανόνας δικαίου ο οποίος, αν μη τι άλλο να ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα». (22)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII



8.1 Έρευνες και στοιχεία απο το διαδίκτυο για το ζήτημα της ευθανασίας

Από την περιήγηση μας στο διαδίκτυο (internet), ανακαλύψαμε-εντοπίσαμε έρευνες σχετικές με το φλέγον θέμα της ευθανασίας τόσο στον Ελλαδικό χώρο όσο και εκτός Ελλαδικού χώρου. Κρίνουμε σκόπιμο να αναφέρουμε τις έρευνες αυτές, γιατί αποδεικνύουν πόσο φλέγον και επίκαιρο είναι το συγκεκριμένο θέμα για την σύγχρονη κοινωνία. Έτσι θα ξεκινήσουμε με μια έρευνα που γνωστοποίησαν ευρύτερα οι Ολλανδοί κυβερνώντες το 1991, όπου αναδεικνύεται η αμφισβητούμενη χρεία του ζητήματος της ευθανασίας. (32)

Συγκεκριμένα τα υποκείμενα της προαναφερθείσας έρευνας ήταν **405** γιατροί που έδωσαν συνέντευξη στους ερευνητές. Εκτός από την μέθοδο της συνέντευξης χρησιμοποιήθηκαν και ερωτηματολόγια που αποσκοπούσαν σε **5.000** και παραπάνω θανάτους, αλλά και στην επιτήρησή εις βάθος **322** ασθενών για ένα εξάμηνο. Από αυτή την ερευνητική διαδικασία προέκυψαν τα έξης αποτελέσματα :

- Σε ποσοστό 0,8% μέχρι 1.6% δόθηκαν θανατηφόρες δόσεις φάρμακων για να επισπευτεί ο θάνατος σε ασθενείς που δεν είχαν αιτηθεί κάτι τέτοιο.
- Σε ποσοστό 59% ο γιατρός ήταν γνώστης των βουλήσεων του αρρώστου.
- Σε ποσοστό 98% των περιστατικών αν για το γιατρό δεν ήταν εφικτό να

μάθει την βούληση του ασθενούς λόγω της κατάστασης του συνομιλούσε για την επίσπευση του θανάτου του ασθενούς με συνάδελφους του, ή με τα οικεία πρόσωπα του ασθενούς. Οι πιο πολλοί ασθενείς της έρευνας ένιωθαν βασανιστικούς πόνους και δεν υπήρχε η ιατρική δυνατότητα αντιμετώπισης τους.

- Και ακόμη για το 86% επρόκειτο να κοπεί η γραμμή ζωής εντός μιας εβδομάδας. Κάποιοι παρατηρητές θα επισημάνουν ότι τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας είναι φρικιαστικά, και άλλοι ότι πρόκειται για ανθρώπινη, ειλικρινή φροντίδα, πράγμα που φανερώνει την διττή και συνάμα αμφισβητούμενη διάσταση του ζητήματος της ευθανασίας. Στο τέλος της Ολλανδικής έρευνας επισημαίνεται η ανάγκη για ανάλογες έρευνες και σε άλλες χώρες προκειμένου να εντοπιστεί η σπουδαιότητα του μεγέθους-η ευρύτητα της πρακτικής της ευθανασίας και σε αυτές. (32)

Στην συνέχεια κρίνουμε σκόπιμο να αναφερθούμε στην πρώτη χρονιά εμπειρίας από την εφαρμογή της ευθανασίας στο Όρεγκον. Πιο συγκεκριμένα στις 27 Οκτωβρίου 1997, στο Όρεγκον των Η.Π.Α αναγνωρίστηκε ως νόμιμη η συμβολή του γιατρού στην αυτοκτονία του ασθενούς με την Πράξη για Αξιοπρεπή Θάνατο του Όρεγκον. Συλλέχθηκαν πληροφορίες από 23 συμμετέχοντα άτομα, στα οποία είχαν δοθεί οδηγίες για λήψη θανατηφόρας δόσης φάρμακου και σε άτομα που δεν τους είχαν δοθεί αυτές οι οδηγίες που ονομάστηκαν ασθενείς ελέγχου. (32)

Αξιοπρόσεκτο είναι ότι τα άτομα που εφάρμοσαν τις οδηγίες δηλαδή που πήραν θανατηφόρα δόση φάρμακου αμέσως μετά κι οι δεκαπέντε αποχαιρέτισαν την επίγεια ζωή, ενώ οι έξι πέθαναν από αρρώστιες που αλλοιώνουν-φθείρουν τον άνθρωπο, και δύο συνέχισαν να βρίσκονται εν ζωή την πρωτοχρονιά του 1999. Οι δεκαπέντε ασθενείς που έλαβαν θανατηφόρα φαρμακευτική δόση ήταν με κεντρική ηλικία τα 69 χρόνια, εκ των οποίων οι οκτώ ήταν άνδρες κι οι επτά γυναίκες. Κοινό γνώρισμα και των δεκαπέντε αποθνησκόντων από υπερβολική λήψη φάρμακου ήταν ότι ανήκαν στην

λευκή φυλή. Το ξεχωριστό ήταν ότι οι δεκατρείς ήταν καρκινοπαθείς. (32)

Όπως κι αν έχει, και οι δύο ομάδες των πασχόντων είχαν τα έξης κοινά γνωρίσματα, το φύλο, την φυλή, το μέρος διαμονής μεγαλούπολη ή επαρχιακή πόλη, το πνευματικό-εκπαιδευτικό επίπεδο, τον ασφαλιστικό φορέα και την παραμονή σε ίδρυμα. Παράλληλα και από τις δύο ομάδες ουδείς από τους πάσχοντες δεν φάνηκε να προβληματίζεται για την οικονομική επιβάρυνση της ασθένειάς του. Άξιο λόγου είναι ότι ένας μόνο πάσχοντας που πήρε υπερβολική δόση φάρμακου για να σπάσει την γραμμή της ζωής του μια ώρα αρχύτερα και οι ασθενείς ελέγχου προβληματίστηκαν για την αδυναμία να περιοριστεί ο πόνος, ή την πλήρη ανακούφιση από τον πόνο. (32)

Εντούτοις η πλειοψηφία των πασχόντων που επέλεξαν να τερματίσουν την ζωή τους γρηγορότερα με υπερβολική δόση φάρμακου ήταν σημειωτέον άγαμοι, και δεν έκρυψαν τον φόβο και το προβληματισμό τους για την πιθανότητα χασίματος- έλλειψης της αυτοκυριαρχίας-ανεξαρτησίας τους και του ελέγχου των βιολογικών αναγκών τους. Επιπρόσθετα το 21 % των συγκεκριμένων πασχόντων καθώς και το 84% των πασχόντων ελέγχου, είχαν γίνει εξ ολοκλήρου ανάπηροι όταν τερμάτισαν εσπευσμένα την ζωή τους. (32)

Συνοπτικά το αίτημα για γράψιμο συνταγής φάρμακου και παροχή πληροφοριών για υπερβολική χρήση, ώστε να προκληθεί θάνατος έχει άμεση σχέση με την αδυναμία-έλλειψη της αυτοκυριαρχίας και του ελέγχου των βιολογικών αναγκών του ατόμου και δεν αφορά τον φόβο του ακατάπαυστου πόνου ή της οικονομικής επιβάρυνσης. Επιπλέον η επιλογή της συμβολής του γιατρού στην αυτοκτονία δεν αφορά-δεν λαμβάνει υπόψη το πνευματικό-εκπαιδευτικό επίπεδο ή τον ασφαλιστικό φορέα. Συνεπώς η εμπειρία της πρώτης χρονιάς από την εφαρμογή της ευθανασίας στο Όρεγκον των Η.Π.Α, δείχνει ότι η έλλειψη ελέγχου των βιολογικών αναγκών και της αυτοκυριαρχίας του ατόμου υπερισχύουν έναντι του σταθερά ακατάπαυστου σωματικά πόνου για το αίτημα εφαρμογής της ευθανασίας. (32)

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

- Σε ποσοστό **88,3%** δηλαδή στην πλειονότητα των απαντήσεων εντοπίστηκαν αντιλήψεις για το θέμα της ευθανασίας που είχαν ψυχιατρική βάση. Η διαδικασία συλλογισμού και οι λόγοι υιοθέτησης ή της απόρριψης της ευθανασίας στηρίχθηκαν σε ασύνειδες διαδικασίες.
- Σε ποσοστό **44,3%** αυτών που συμπληρώσαν τα ερωτηματολόγια απέρριψαν την τεχνητή υποστήριξη της ζωής. (32)

Επιπλέον ως επικίνδυνοι λόγοι για το αίτημα της αυτοκτονίας και του εσπευσμένου θανάτου αναγνωρίστηκαν :

- ο πόνος σε ποσοστό **66,2%**,
- η απελπισία σε ποσοστό **60,2%**
- η κατάθλιψη σε ποσοστό **59,7%**,
- η ψυχοπαθολογία σε ποσοστό **38,6%**.

Συνεπώς η έρευνα φανέρωσε ότι όχι μόνο ο πόνος αλλά και ψυχοκοινωνικοί λόγοι συντρέχουν έτσι ώστε κάποιος να επιλέξει και να αιτηθεί την ευθανασία. Φάνηκε επίσης από την έρευνα ότι τόσο οι γνώσεις των μελών της κοινωνίας, όσο και των επαγγελματιών υγείας της Θεσσαλονίκης πάνω στο θέμα της ευθανασίας είναι μηδαμινές. Γι' αυτό το λόγο καταλήγουν οι ερευνητές είναι αναγκαία και σημαντική η διοργάνωση συζητήσεων για το θέμα της ευθανασίας από τις Ιατρικές Εταιρείες. Αν και δεν αναφέρεται στην συγκεκριμένη έρευνα του Περιφερικού Γενικού

Νοσοκομείου της Θεσσαλονίκης του Ψυχιατρικού Τομέα, ευελπιστούμε ότι νοείται πως αυτές οι συζητήσεις θα είναι ανοιχτές στο κοινό-στη κοινή γνώμη. Και σε αυτή την έρευνα αναδεικνύεται η πολυπλοκότητα και η σύγχυση που επικρατεί για το θέμα της ευθανασίας στα τέλη του εικοστού αιώνα προς την είσοδο του εικοστού-πρώτου. (32)

Όμως, αξιοπρόσεκτο είναι επίσης ότι στο τρίτο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο Γεροντολογίας και Γηριατρικής που λαμβάνει χώρα στη Θεσσαλονίκη δόθηκε ερωτηματολόγιο στους παρευρισκόμενους. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο, και είχε συνταχθεί για μια μεγάλη Πανελλαδική έρευνα, η οποία έχει συμπληρώσει κιόλας ένα χρόνο και την διεξάγουν τόσο οι γιατροί, όσο και οι λοιποί επιστήμονες των νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης σε συνεργασία με το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Ανάμεσα στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αυτής της έρευνας ήταν και η έξης: Ευθανασία με τη συγκατάθεση του ασθενούς, ναι ή όχι; Κατά την διάρκεια του τρίτου Συνεδρίου Γηριατρικής και Γεροντολογίας αποδείχθηκε πως ένας από τους παρευρισκόμενους που συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο είχε ικανοποιήσει την απαίτηση του ανίατου καταληκτικού αρρώστου για ευθανασία. (32)

Στο συγκεκριμένο συνέδριο σημειώθηκε ότι τα τελευταία χρόνια η επικαιρότητα που έχουν γνωρίσει οι μορφές της ευθανασίας η ενεργητική κι η παθητική ευθανασία προκάλεσαν διλήμματα και συγκρούσεις απόψεων παγκοσμίως ιδίως στο τομέα της επιστήμης όχι μόνο σε αυτόν. Η πρώτη έρευνα που διεξαχθεί στην Ελλάδα απευθυνόταν τόσο σε σπουδαστές Νοσηλευτικής, νοσηλευτές βρεφονηπιοκόμους του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης, όσο και σε γιατρούς, ψυχολόγους, δημόσιους υπαλλήλους νοσοκομείων, και εκπαιδευτικούς. (32)

Φάνηκε από την επεξεργασία των **417 ανώνυμων** ερωτηματολογίων ότι :

- σε ποσοστό 41 % των συμμετεχόντων εκφράζονται θετικά για την

νομική αναγνώριση της ευθανασίας αρκεί να υφίσταται αθεράπευτη τελικής μορφή ασθένεια

- σε ποσοστό 58%, φτάνει αν τεθούν αμείλικτοι-άτεγκτοι ιατρικοί, κοινωνικοί, ηθικοί κανόνες-όροι.

Τέλος οι ομιλητές τόνισαν ότι η νομική αναγνώριση της ευθανασίας στο τωρινό στάδιο εξέλιξης του ζητήματος της ευθανασίας θα γεννούσε πιο πολλά προβλήματα, από όσα θα επίλυε κι επιπρόσθετα οι σημαντικοί λόγοι στην πορεία μιας ασθένειας, για παράδειγμα ο πόνος, η κατάθλιψη, η ψυχοπαθολογία κ. λ. π. δύναται να επεξεργαστούν και είναι αρμοδιότητα των επαγγελματιών υγείας. (32)

Από την περιήγηση μας στο Internet, εντοπίσαμε στα αρχεία της Ελληνικής Ιατρικής τα αποτελέσματα μιας έρευνας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων στην οποία συμμετείχαν **356 φοιτητές** της ομώνυμης Σχολής. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και είχε ως στόχο την διερεύνηση της στάσης των λαμβανόμενων μέρος στην έρευνα σε διάφορα θέματα όπως για τις εκτρώσεις, την παθητική και ενεργητική ευθανασία, το AIDS, την τεχνητή γονιμοποίηση, και την ενσωμάτωση της Ιατρικής Ηθικής στην ιατρική εκπαίδευση. (32)

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

- σε ποσοστό **53,4%** τάσσονται υπέρ της παθητικής ευθανασίας,
- ενώ ένα χαμηλό ποσοστό μόνο το **11,6** τάσσεται υπέρ της ενεργητικής ευθανασίας. (32)

Εκείνο που μας εντυπωσίασε στην συγκεκριμένη έρευνα είναι ότι :

- σε ποσοστό **69,9%** τάσσεται υπέρ της έκτρωσης, εάν πρόκειται για έμβρυο με προβλήματα,
- σε ποσοστό **74,4%** εάν είναι προϊόν βιασμού.
- Παράλληλα σε ποσοστό **57,5%** τάσσονται κατά της συνέχισης της

- εγκυμοσύνης σε γυναίκες φορείς του Aids,
- αλλά και σε ποσοστό **85,7%** θεωρούν ότι η εν γνώσει πράξη μεταφοράς του ιού από φορείς σε άλλους, θα πρέπει να αναγνωριστεί ως κολάσιμη - αξιόποινη πράξη. (32)

Αυτά τα στοιχεία για τις εκτρώσεις της συγκεκριμένης έρευνας τα ανάφερα για προβληματισμό, αλλά και γιατί ενδέχεται οι εκτρώσεις για θεραπευτικούς λόγους να γίνουν στο μέλλον αντικείμενο συζήτησης για να αναγνωριστούν ως ευθανασία, το ίδιο ενδέχεται να ισχύει και για τα έμβρυα των οποίων οι μητέρες είναι φορείς του Aids. (32)

Εντοπίσαμε επίσης στο Internet ένα περιληπτικό άρθρο στα αγγλικά που αφορούσε μια ακόμη έρευνα του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων για της επίκαιρες στάσεις και τα σχετικά δεδομένα έρευνας για το θέμα της ευθανασίας και τις ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις του θέματος. Επισημαίνεται ως κεντρικό σημείο της έρευνας το υψηλό ποσοστό των κλινικών γιατρών που ξεπέραν και το 50% σε συγκεκριμένες χώρες του Δυτικού κόσμου που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της ευθανασίας, όταν έρχονται σε επαφή με τελειωτικούς ασθενείς. (32)

Παράλληλα επισημαίνεται ότι το συγκεκριμένο ζήτημα γέννα ερωτήματα που ζητούν απαραίτητως απάντηση από τον άμεσα εμπλεκόμενο γιατρό σε τέτοια κατάσταση αλλά και επισημαίνεται ότι οι συζητήσεις για το ζήτημα της ευθανασίας αναλώνονται στους τομείς τόσο της θνητότητας, της νομοθεσίας, των επαγγελματικών κωδικών ηθικής και της θρησκείας. Τελικά η επιστημονική έρευνα δεν έχει κατορθώσει να πάρει ξεκάθαρες απαντήσεις, όσο αφορά τους λόγους που επιδρούν στο υψηλό αίτημα για ευθανασία του δυτικού κόσμου, ενώ η έκταση τόσο των ψυχολογικών όσο και των κοινωνικών προσεγγίσεων αναδεικνύουν σοβαρά ερωτήματα που έχουν σχέση με την στάση-θέση των σύγχρονων κοινωνιών απέναντι στο θάνατο. Η συζήτηση των επιστημόνων επικεντρώνεται στις απαραίτητες προϋποθέσεις για μια επιστημονική προσέγγιση μέσω της σχετικής έρευνας για τις προαναφερθείσες διαστάσεις του ζητήματος της ευθανασίας. (32)

Σε αυτό το σημείο κρίνουμε σκόπιμο να αναφερθούμε σε μια εξίσου σημαντική έρευνα για το ζήτημα της ευθανασίας που διεξήχθη στην πόλη της **Πάτρας**. Σκοπός της έρευνας ήταν να εντοπίσει-διερευνήσει τις στάσεις απέναντι στην ευθανασία σε ποικίλες ομάδες του ελληνικού πληθυσμού. Αξιοπρόσεκτο είναι ότι όπως επισημαίνεται στην συγκεκριμένη έρευνα δεν υπάρχουν κοινά δεδομένα-στοιχεία στη χώρα μας, που να αφορούν αυτό το ερώτημα που τόσο ανοιχτά έχει γίνει αντικείμενο συζήτησης σε πολλές άλλες προοδευτικές κοινότητες. (32)

Χρησιμοποιώντας ως μέθοδο τα κατάλληλα ερωτηματολόγια εξερευνήσαμε τις στάσεις απέναντι στην ευθανασία τόσο των **γιατρών-μελών της Ιατρικής Ένωσης της Πάτρας η οποία αριθμεί 1148 μέλη, των μελών δικηγόρων της δικηγορικής Ένωσης της Πάτρας η οποία αριθμεί 483 μέλη, όσο και των μελών του τμήματος-κλάδου δικαιοσύνης της Πάτρας που αριθμεί 200 μέλη** καθώς και κατά τον έκτο χρόνο των ιατρικών σπουδών τους **129 φοιτητές της Ιατρικής στην Πάτρα**. (32)

Από την επεξεργασία των ερωτηματολογίων φάνηκε ότι ο βαθμός ανταπόκρισης ήταν ιδιαίτερα χαμηλός στις πρώτες συμμετέχοντες ομάδες στις οποίες τα ερωτηματολόγια στάλθηκαν ταχυδρομικώς σε αντίθεση με την τελευταία ομάδα των φοιτητών Ιατρικής όπου τα ερωτηματολόγια είχαν δοθεί με άμεση επαφή, και ο βαθμός ανταπόκρισης θεωρήθηκε αρκούντως υψηλός. Όπως και να έχει και οι τέσσερις συμμετέχοντες ομάδες σε όλες τις ερωτήσεις δεν διέφεραν ως προς τις τάσεις τους σημαντικά, με εξαίρεση την ερώτηση που αφορούσε την παθητική ευθανασία η οποία φάνηκε πως ήταν ελάχιστα προτιμητέα ανάμεσα στη συμμετέχουσα ομάδα των δικηγόρων. Για την εκτίμηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και οι τέσσερις ομάδες εξέφρασαν ελαχιστότατη προτίμηση γι' αυτό το είδος ευθανασίας σε σύγκριση με ανάλογα αποτελέσματα, συναφών ερευνών. σε πολλά άλλα δυτικά κράτη. (32)

Οι επιστήμονες που διεξήγαγαν την συγκεκριμένη έρευνα επεσήμαναν ότι μπορεί το δείγμα του Πατρινού πληθυσμού που επιλέχθηκε για διερεύνηση στο ζήτημα της ευθανασίας, να μην αντιπροσωπεύει το γενικό πληθυσμό εντούτοις τα δεδομένα που προέκυψαν από αυτή την έρευνα αναδεικνύουν ότι και στην Ελλάδα συμβαίνει, το ίδιο δηλαδή όπως και στα άλλα κράτη, έτσι και στην Ελλάδα το ζήτημα της ευθανασίας συνεχώς κερδίζει το μεγαλύτερο ενδιαφέρον. Η διαφορά της Ελλάδας σε σχέση με τα άλλα κράτη είναι ότι μεταξύ των Ελλήνων ένα ελαχιστότατο ποσοστό θα τασσόταν υπέρ της ευθανασίας κι ειδικότερα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. (32)

Εκτός από την προαναφερθείσα έρευνα πραγματοποιήθηκε και έρευνα για την ευθανασία από την Έδρα Δημόσιας και Διοικητικής Υγιεινής και την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, που διέφερε ως προς το σκοπό σε σύγκριση με όσες έρευνες έχουμε αναφέρει ως τώρα. Συγκεκριμένα σκοπός της έρευνας ήταν ο εντοπισμός της θέσης των γιατρών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας για την ελάττωση μιας ανώφελης θεραπείας αναφορικά με την ευθανασία. «οι, όροι ενεργητική και παθητική ευθανασία χρησιμοποιήθηκαν με τον τρόπο που πιστεύεται ότι γίνεται αντιληπτή η έννοια αυτή στον ελληνικό νοσοκομειακό χώρο: ο όρος «ενεργητική» ως χορήγηση μιας θανατηφόρας δόσης φάρμακου, η οποία επισπεύδει τον επικείμενο θάνατο του ασθενούς. ο δε όρος «παθητική» ως παύση ή μη χορήγηση θεραπείας, όταν αυτή δεν έχει πλέον κανένα όφελος για τον ασθενή» (33)

Ως μέθοδος για την πραγματοποίηση του σκοπού της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα ανώνυμα ερωτηματολόγια που επιπρόσθετο χαρακτηριστικό τους ήταν η οικειοθελώς συμπλήρωση τους από τους εργαζόμενους γιατρούς των δεκαπέντε μεγαλύτερων πολυδύναμων **Μονάδων Εντατικής Θεραπείας(ΜΕΘ)** της χώρας. **Ανταποκρίθηκαν 81γιατροί** που σημαίνει ότι το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 75,7%. Από την επεξεργασία των ερωτηματολόγιων προέκυψαν τα ακόλουθα δεδομένα :

Ένα αξιόλογο ποσοστό των γιατρών έχει έμμεση γνώμη για σχετικά

περιστατικά και για τις δύο μορφές ευθανασίας, τόσο της ενεργητικής όσο και της παθητικής:

- σε ποσοστό 18,5% για την πρώτη μορφή ευθανασίας
- και 32,1 % για την δεύτερη μορφή.

Οι μισοί από τους συμμετέχοντες ιατρούς στην συγκεκριμένη έρευνα παραδέχτηκαν ότι τα οικεία πρόσωπα των ασθενών, τους εξέφρασαν την επιθυμία για εφαρμογή είτε της ενεργητικής είτε της παθητικής ευθανασίας πράγμα που απορρίφθηκε από την πλειονότητα των ιατρών. Παράλληλα αναγνωρίζεται στην έρευνα ότι οι ιατροί δείχνουν ευνοϊκότερη στάση στην παθητική ευθανασία από ότι στην ενεργητική. Η ιατρική υποχρέωση αναγνωρίζεται ως ο κύριος λόγος για την αποφυγή εφαρμογής της ευθανασίας, ενώ ως σπουδαίος λόγος για την εφαρμογή της αναγνωρίζεται το δικαίωμα του ασθενούς σε ένα αξιοπρεπή θάνατο, αν και επισημαίνεται από την πλειονότητα των γιατρών πως η πρόοδος της ιατρικής τεχνολογίας δεν συντελεί-δεν το πετυχαίνει όλες τις φορές αυτό. Η θέση των γιατρών θεωρείται σπουδαίας σημασίας για την διαδικασία λήψης μιας απόφασής. (33)

Τα δεδομένα που προέκυψαν από αυτή την έρευνα αναδεικνύουν ότι η παύση της γραμμής της ζωής, όταν συνδέεται με την έννοια της ευθανασίας και της συχνότητας της δεν είναι καθόλου εύκολο να ληφθεί μια απόφαση, πράγμα που φανερώνει ότι το ζήτημα της ευθανασίας είναι υπαρκτό και προκαλεί έντονο προβληματισμό και ιδίως προκαλεί διάσταση, καθώς οι απαντήσεις σε ποσοστιαία βάση διαχωρίζονται. Όλα τα προαναφερθέντα φανερώνουν πόσο αναγκαία κρίνεται η πληροφόρηση, εκπαίδευση, και διευκρίνιση μερικών μαύρων πτυχών για να γίνει αντιληπτό ότι το πολύπλευρο προκατειλημμένο ζήτημα της ευθανασίας δεν πρέπει να θεωρείται επίλυση αντίθετα να είναι ζήτημα διαλόγου και προβληματισμού. Κρίνεται αναγκαία ακόμη σε αυτή την έρευνα η ύπαρξη καθοδηγητικών σημείων. (33)

Όμως, στην προαναφερθείσα έρευνα αναφέρεται και ο Ζηρογιάννης σε άρθρο του που κι αυτό το εντοπίσαμε στο διαδίκτυο στα αρχεία της ελληνικής ιατρικής αλλά και στην ξένη αρθρογραφία και πηγές του διαδικτύου για το ζήτημα της ευθανασίας. (34)

Κρίνουμε σκόπιμο να αναφέρουμε ότι η προαναφερθείσα έρευνα που συσχέτιζε την ευθανασία με την στάση των γιατρών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας της χώρας, σχολιάζεται στην αρχή του άρθρου του Ζηρογιάννη ως η πρώτη που μας παρέχει στατιστικά στοιχεία και συμπληρώνουμε ότι από την απευθείας, μας επαφή με την πηγή της προαναφερθείσας έρευνας μπορούμε να πούμε ότι πρόκειται για ιδιαίτερα προσεγμένη-εμπεριστατωμένη δουλειά. (34)

Σε αυτό το σημείο θα αναφερθούμε στα νέα στοιχεία που μας παρέχει το άρθρο του Ζηρογιάννη με τίτλο: «ο ιατρός δίπλα στο θνήσκοντα ασθενή». Συγκεκριμένα αποτελεί γεγονός ότι σε ορισμένες πολιτείες των Η. Π. Α, το ενδιαφέρον για την ευθανασία εκδηλώνεται και από την διενέργεια δημοψηφισμάτων κι όχι μόνο από την έντυπη πληροφόρηση, από τα Μ. Μ. Ε. κ.λ.π., δηλαδή πρόκειται για ένα ζήτημα που δεν αφορά μόνο τους ειδικούς (γιατρούς, ψυχολόγους κ . λ .π .), αλλά και τα μέλη της κοινωνίας. Ένα τέτοιο δημοψήφισμα που στόχευε να εντοπίσει εάν ο γιατρός έχει δικαίωμα να βοηθήσει ένα τελειωτικό ασθενή πραγματοποιήθηκε στην Ουάσιγκτον το 1990, από το οποίο προέκυψε ότι για λίγους ψήφους χάθηκε η πλειοψηφία γι' αυτό το ζήτημα και θεωρήθηκε ότι οφειλόταν στο ότι το δημοψήφισμα συνέπεσε με την δίκη του Dr Kevorkian ο οποίος κατηγορούταν εκείνη την περίοδο για την συμβολή στην αυτοκτονία δύο γυναικών ασθενών του. (34)

Ο Γκαράνης και οι συνεργάτες του στην έρευνά τους που αφορούσε τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας σε σχέση με την ευθανασία στην οποία αναφερθήκαμε σε προηγούμενες σελίδες, κατάφεραν να έχουν ένα σε ικανοποιητικά αντιπροσωπευτικό ποσοστό συμμετοχής των ιατρών. Χρειάζεται να διενεργηθεί έρευνα που να εξετάσει κατά πόσο οι θέσεις των

ειδικών γιατρών για το ζήτημα της ευθανασίας συμπίπτουν ή όχι, με εκείνες του συνόλου των γιατρών λαμβάνοντας υπόψη ως καθοριστικούς παράγοντες την ηλικία και το φύλο. Ενδέχεται να αναδείξει ουσιώδεις διαφωνίες εξαιτίας της ιδιαιτερότητας του ρόλου του γιατρού στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. (33)

Όπως και να έχει, δεν είναι αποδεκτή η ενεργητική ευθανασία τόσο για την Ελλάδα την Αμερική όσο και για την υπόλοιπη Ευρώπη εκτός από την Ολλανδία. Παράλληλα έχει αποδειχθεί από έρευνες ότι η στάση των γιατρών εξαρτάται από τα θρησκευτικά τους ιδεώδη. Χαρακτηριστικά τόσο οι προτεστάντες, όσο και οι Εβραίοι έχουν πιο θετική στάση στο ζήτημα της ευθανασίας από ότι οι καθολικοί και οι χριστιανοί φουνταμενταλιστές, ενώ οι ορθόδοξοι Εβραίοι κατακρίνουν την εφαρμογή της ευθανασίας. Έχει επισημανθεί ακόμα από έρευνες ότι η στάση-θέση των γιατρών για την πρακτική της ευθανασίας εξαρτάται από την ειδικότητα τους. Συγκεκριμενοποιώντας οι γενικοί γιατροί έχουν θετικότερη- στάση για την εφαρμογή της ευθανασίας, σε σύγκριση με τους γιατρούς διαφορετικής κατεύθυνσης. Αυτή η στάση των γενικών γιατρών είναι αποτέλεσμα της πολύχρονης επαφής τους με τον ασθενή. (33)

Στην σύγχρονη εποχή έχει αρχίσει να συζητείται κι η συμμετοχή του ασθενούς σε αποφάσεις σχετικές με την ζωή του, έχει αρχίσει δηλαδή να εξανεμίζεται η αντίληψη ότι μόνο και αποκλειστικά ο γιατρός αποφασίζει για την ζωή του ασθενούς. Για παράδειγμα στις Η.Π.Α, ένας ασθενής που αιτείται την παύση της αιμοκάθαρσης και έχει σώα τα φρένα, το αίτημα του αυτό γίνεται σεβαστό, ενώ οι ασθενείς επιζητούν να έχουν και την ελευθερία επιλογής για παύση της διαδικασίας κάποιας θεραπείας ή για να αποφύγουν την έναρξη κάποιας θεραπείας που δεν εξασφαλίζει ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής. Η Αμερικανική Ιατρική Εταιρεία έχει θεσπίσει συγκεκριμένους κανόνες με ηθικά και νομικά κριτήρια-ιδανικά που καθορίζουν την ιατρική συμπεριφορά όσο αφορά την αιμοκάθαρση και συγκεκριμένα την προοπτική παύσης του θεραπευτικού μέσου που καλείται αιμοκάθαρση. (33)

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ο ορισμός που αφορά την έννοια της συντήρησης της ζωής με θεραπεία που σημαίνει κάθε θεραπευτικό μέσο το οποίο αποσκοπεί στη συντήρηση της ζωής δίχως να προκαλεί αναστρέψιμη φθίνουσα πορεία της ασθένειας. Συνεπώς καθήκον του γιατρού είναι να υπακούσει στο αίτημα του ασθενούς που είναι να μη χρησιμοποιηθεί οποιοδήποτε θεραπευτικό μέσο που συντελεί στη συντήρηση της ζωής, κι αυτή του η απόφαση υπαγορεύεται από τα θρησκευτικά, πολιτικά, κοινωνικά του ιδεώδη, αν ο γιατρός λειτουργήσει αντίθετα προς την βούληση του έχοντος σώα τα φρένα ασθενούς, παραβιάζει την αυτονομία-αυτοδιάθεση και αξιοπρέπεια του τελευταίου. (33)

Ταυτόχρονα ο γιατρός έχει και ανακουφιστικό ρόλο που σημαίνει ότι καθήκον του γιατρού είναι και να απαλύνει τον πόνο- τις παρενέργειες της ασθένειας χωρίς να παραβιάζει τον Ιπποκράτειο όρκο. Επιδημιολογικά αποτελέσματα τόσο στην Ευρώπη όσο και στη Ν. Αμερική φανέρωσαν ότι το 12% του πληθυσμού ξεπέρνα την ηλικία των 65 ετών. Η συγκεκριμένη ομάδα του πληθυσμού έρχονται κατά πρόσωπο με την στάση τους για την παύση της γραμμής της ζωής που επιδρά τόσο στο οικογενειακό περιβάλλον όσο και στην κοινωνία. Συνάμα η συγκεκριμένη ομάδα έχει δικαίωμα- να παραμείνει αξιοπρεπής, αλλά και να εξακολουθήσει να θεωρείται το σεβαστό γεμάτο ενεργητικότητα κύτταρο της κοινωνίας. (33)

Άξιο λόγου είναι ότι θεωρείται καθήκον του γιατρού που εργάζεται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας να συντελέσει έτσι ώστε ο ασθενής να επιλέξει το σωστό. Είναι μύθος να θεωρεί κάποιος ότι σε ασθενή που παύεται η υποστηρικτική βοήθεια της ζωής του ώσπου να επέλθει το τέλος του ότι δεν πονά αφόρητα. Έντεκα ασθενείς με τεχνητό νεφρό που τους παύτηκε η υποστηρικτική βοήθεια αναγνωρίστηκε το είδος της ζωής τους ως «καλό, ενώ σε τέσσερις ως κακό, πράγμα που αναδεικνύει την ανάγκη διεπιστημονικής συνεργασίας. Η παύση συντήρησης της ζωής με σύγχρονα υποστηρικτικά μέσα εκλαμβάνεται από τον ασθενή γενικά ως ανώφελη τακτική συνέχισης

της ζωής εξαιτίας της υποβάθμισης του είδους της ζωής τους με την ύπαρξη έντονου και διαρκούς πόνου και την ανύπαρκτη-το σβήσιμο της αξιοπρέπειας του. Γι' αυτό ο νοήμων ασθενής που αιτείται και επιλέγει την παύση των υποστηρικτικών μέσων για την ζωή του δεν πρέπει να αφήνεται στην τύχη του,

αντίθετα αποτελεί καθήκον τόσο η νοσηλευτική φροντίδα, όσο και η ψυχολογική φιλοσοφική, θρησκευτική φροντίδα προκειμένου να αυξηθεί ίσως η γραμμή ζωής του αλλά και να ξαλαφρώσει ο ασθενής. (33)

Την σύγχρονη εποχή τα νέα δεδομένα θέλουν την φροντίδα του τελειωτικού ασθενούς αντί για τον συγγενή να την αναλαμβάνει ο γιατρός, έτσι όλο και περισσότεροι άνθρωποι αφήνουν την τελευταία τους πνοή στα νοσοκομεία και σε αυτό συντελεί κι η πρόοδος της ιατρικής τεχνολογίας που μεγιστοποιεί το χρονικό διάστημα νοσηλείας. Αρκετοί γιατροί θεωρούν ότι ο ασθενής δεν είναι σε θέση να επεξεργαστεί το ζήτημα της παύσης συντήρησης της ζωής των σύγχρονων μέσων της ιατρικής τεχνολογίας. Εντούτοις έχει βρεθεί ότι :

- σε ποσοστό 71 % σε ασθενείς που τους έγινε κατόπιν παρόμοια συζήτηση παραδέχθηκαν ότι κατάφεραν να έχουν την βέλτιστη αυτοκυριαρχία στη ζωή τους,
- το 53% ότι ξαλάφρωσε,
- ένα αξιόλογο ποσοστό 53% ένιωσε πιο καλά,
- ένα ελάχιστο ποσοστό 22% ένιωσε άβολα
- το 16% στεναχωρήθηκε,
- ενώ το 6% θεώρησε ότι τελείωσαν όλα. (33)

Αξιοσημείωτο είναι ότι στην Ευρώπη σχετικές θέσεις όπως οι προαναφερθείσες δεν υφίστανται. Επιπρόσθετα από τις κλινικές έρευνες που έχουν διεξαχθεί και παρουσιάζουν ότι οι ασθενείς είναι ανοιχτοί σε συζήτηση για το ενδεχόμενο παύσης της υποστηρικτικής θεραπείας κάποια στιγμή, έχει γεννηθεί ο ουσιώδης προβληματισμός για το χρονικό διάστημα που θα

περάσει από την ώρα που θα εκφράσει ένα τέτοιο αίτημα ο ασθενής ώσπου το συγκεκριμένο του αίτημα να γίνει πραγματικότητα, πράγμα που φανερώνει ότι το συγκεκριμένο ζήτημα διλήμματός έχει τεθεί επί τάπητος εις βάθος και πλάτος. Μόνο οι Η.Π.Α, απαντούν στο συγκεκριμένο δίλημμα με την αναγνώριση ότι ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκεκριμενοποιεί το αίτημα του την βούληση του όσο είναι εν ζωή (Patient self determination act). (33)

Η κλινική στάση τεθεί όρια για την παύση συντήρησης ζωής με ιατρικά μέσα που θεμελιώνονται και ενεργοποιούνται από τις έννοιες «κόστος-ωφέλεια» για τον πάσχοντα. Για την νομική επιστήμη δεν αναγνωρίζεται ανάλογη στάση ακόμα και για τους κλινικά νεκρούς-φυτά για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα. Είναι γεγονός ότι σε αρκετά συγκεκριμένα περιστατικά νοσηλείας η πρακτική ορισμένων θεραπευτικών μέσων δείχνει κακίστη-πιο δυσάρεστη και από τον θάνατο. Το νέο-σύγχρονο ιατρικό μοντέλο που θέλει τον ασθενή να ενημερώνεται για την κατάσταση του και για τα σύγχρονα ιατρικά μέσα θεραπείας για την περίπτωση του και την αποτελεσματικότητά τους, τον εμπλέκει στο παιχνίδι της οποιασδήποτε προσωπικής επιλογής που κρίνεται καθοριστική για την εξέλιξη της αρρώστιας του- για την ίδια του την ζωή. (33)

Τι γίνεται όμως, αν ο πάσχοντας δεν είναι σε θέση να επιλέξει; Τότε εμπλέκεται το οικογενειακό περιβάλλον, το οποίο ύστερα από την πλήρη επιστημονική και εμπειρισταωμένη διαφώτιση για την νοσηρή κατάσταση του αγαπημένου τους πρόσωπο υ καταλήγουν σε επιλογή σύμφωνα με την κλινική εικόνα του αγαπημένου τους πρόσωπου. Τελικά τα ηνία της επίλυσης του ζητήματος ανήκουν στο γιατρό, του οποίου η στάση δεν γίνεται να μην είναι ανάλογη-να παραβλέπει τις ηθικές αρχές, αλλά και την υπακοή στις ανθρώπινες αξίες. (33)

Όπως αναφερθήκαμε στην προηγούμενη ενότητα που αφορούσε την νομική υπόσταση της ευθανασίας, αναμένεται μέσα στο χρόνο να νομιμοποιηθεί και στο Βέλγιο η ευθανασία. Εντυπωσιακή είναι η γνώμη των

ειδικών, σύμφωνα με τους οποίους παραπάνω από ένας στους δέκα θανάτους στο Βέλγιο είναι αποτέλεσμα εφαρμογής της ευθανασίας, ή σε φάρμακα που δίδονται από γιατρούς για να επιτευχθεί η επίσπευση του θανάτου του ασθενούς. Ανάλογη έρευνα για τους θανάτους που καταγράφηκαν τους τέσσερις πρώτους μήνες το έτος 1998 φανέρωσε ότι εκατοντάδες θάνατοι συνέβησαν, ύστερα από θανατηφόρα δόση φάρμακου χωρίς την ολοφάνερη βούληση-συγκατάθεση του ασθενούς, παρόλο που στο Βέλγιο εξακολουθεί να είναι προς το παρόν άνομη πράξη. (33)

Σε μια έρευνα που διεξήχθη στην Ολλανδία από ερευνητές των Πανεπιστημίων University Brussels and Ghent University είχε ως στόχο τους θανάτους που συνέβησαν τους πρώτους τέσσερις μήνες του 1998 σε τυχαίο δείγμα έδειξε ότι :

- σε ποσοστό **1,3%** που σημαίνει **705** θάνατοι είναι αποτέλεσμα ευθανασίας, ή συμβολής του γιατρού στην αυτοκτονία.
 - Σε ποσοστό **3,2%** των περιστατικών που μεταφράζεται σε **1.796** θανάτους δόθηκε θανατηφόρα δόση φάρμακων δίχως την άδεια του ασθενούς.

Παράλληλα δόθηκαν σε ασθενείς προτού τον θάνατο τους περίπου σε ένα από τα πέντε περιστατικά αναλγητικά με ναρκωτική δράση για παράδειγμα μορφίνη σε κατάλληλη δόση, ώστε να προκαλέσουν εσπευσμένο θάνατο. (33)

Άξιο λόγου είναι ότι από τα περιστατικά :

- στο **16,4%** γιατροί έκριναν ότι έπρεπε να παύσουν την θεραπεία στον άρρωστο,
- στο **5,8%** των άρρωστων, που σημαίνει **3.261 θάνατοι**, η παύση της θεραπείας προκλήθηκε από τον γιατρό θεληματικά προκειμένου να επέλθει ο θάνατος του αρρώστου. (33)

Οι μελετητές εικάζουν ότι ανάλογη εφαρμογή δηλαδή παύση της ζωής του ασθενούς συναντάμε και στο Βέλγιο όπου διεξήχθη η έρευνα. Ο αριθμός ακόμη των θανάτων που προκλήθηκαν με την προαναφερθείσα τακτική συμπίπτει σχεδόν με τον αριθμό ανάλογων θανάτων στην Ολλανδία με την διαφορά ότι στην Ολλανδία η ευθανασία είναι νόμιμη πράξη. (33)

Επιπλέον οι μελετητές τονίζουν ότι το ποσοστό φάρμακων σε δόσεις που προκαλούν τον θάνατο στους άρρωστους, δίχως την ξεκάθαρα ειπωμένη συγκατάνευση τους είναι παρόμοιο-ανάλογο με εκείνο της Αυστραλίας, όταν εφαρμόστηκε η ευθανασία το μικρό χρονικό διάστημα πριν την κατάρριψη της από την Ομοσπονδιακή κυβέρνηση όπως έχουμε αναφέρει στην νομική υπόσταση της ευθανασίας. (33)

Ο Δρ. Luc Deliens που είναι ο επικεφαλής της έρευνας του Πανεπιστημίου Free University του τμήματος, Medical Sociology and Health Sciences, επεσήμανε ότι η συγκεκριμένη έρευνα γέννησε ερωτήματα-απορίες για τον λόγο που οι γιατροί του Βελγίου υπερισχύουν απέναντι στους Ολλανδούς γιατρούς, όσο αφορά την εφαρμογή της παύσης της γραμμής της ζωής δίχως την νωρίτερα συγκατάνευση των αρρώστων. Ο Δρ. Luc Deliens δίνει την έξης ερμηνεία για το συγκεκριμένο φαινόμενο, δηλαδή ότι μια κοινωνία που δεν έχει εμβαθύνει στο θέμα της ευθανασίας, ίσως να ενδιαφέρεται ελάχιστα για το αν τηρούνται κριτήρια για την ελεγχόμενη πρακτική της ευθανασίας και συγκεκριμένα για την παύση της γραμμής της ζωής από ότι η κοινωνία που έχει εμβαθύνει στο ζήτημα της ευθανασίας, και συνυπάρχει με την θέσπιση ορίων για την εφαρμογή της ευθανασίας. (33)

Σύμφωνα με έρευνα που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό Νοσηλευτικής για την διερεύνηση των απόψεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την απόφασή του για διακοπή της ζωής καταληκτικών ασθενών, τα αποτελέσματα ήταν τα εξής :

Η πλειονότητα του δείγματος (64,2%) εργαζόταν σε Μ.Ε.Θ. και το 29,3% σε παθολογικά τμήματα. Η υπερίσχυση των γυναικών στο δείγμα (86,2%) εξηγείται από το γεγονός ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα παραδοσιακά ή το γυναικείο και μόλις κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες προσχώρησαν άνδρες σε αυτό. Το εύρημα ότι :

- το 59,8% του δείγματος διαφωνεί ή είναι αναποφάσιστο για τη διακοπή της επιθετικής αγωγής με σκοπό την επίσπευση του θανάτου και

- το 40,2% συμφωνεί αντανακλούν τις γενικότερες τάσεις που επικρατούν στον χώρο της υγείας με υπέρ και κατά απόψεις, οι οποίες συχνά τεκμηριώνονται με τους όρους ευσπλαχνία, ποιότητα ζωής, ηθική πράξη, για να δικαιολογήσουν την παθητική ευθανασία.

- το 76,2% του δείγματος διαφωνεί ή είναι προβληματισμένο, ως προς την απόφαση συναίνεσης για την επιτάχυνση θανάτου καταληκτικού ασθενούς με φάρμακα ή άλλα μέσα, ίσως γιατί γνωρίζει ότι, οποιαδήποτε μέθοδος και αν ακολουθηθεί, το αποτέλεσμα θα είναι το ίδιο. (35)

Στη διεθνή νοσηλευτική βιβλιογραφία τα ποσοστά που δίνουν οι σχετικές έρευνες αλλάζουν συνεχώς υπέρ της παθητικής ευθανασίας. Σε άλλη έρευνα που έγινε στον ελλαδικό χώρο βρέθηκε το 88,2% των νοσηλευτών να τάσσεται υπέρ της παράτασης της Ζωής. Γενικότερα, η νοσηλευτική αρθρογραφία αντιμετωπίζει αρνητικά την ευθανασία με άλλα μέσα, όπως οι στερήσεις τροφής και υγρών, επειδή θεωρεί ότι η πείνα και η δίψα είναι παγκόσμιες ανάγκες του ανθρώπινου γένους.(35)

Το μικρό ποσοστό των ενημερωμένων μελών του νοσηλευτικού προσωπικού (13% καλά έως πολύ καλά ενημερωμένο) οι η σχετική περί ευθανασίας νομοθεσία δείχνει ότι, παρά το γεγονός της εισαγωγής της διδασκαλίας του αντικειμένου της νομοθεσίας στην τριτοβάθμια νοσηλευτική εκπαίδευση, η ανάγκη της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στις νομικές ρυθμίσεις είναι προφανής. (35)

- το 59,8% του δείγματος διαφωνεί ή είναι αναποφάσιστο για τη νομοθετική ρύθμιση της ευθανασίας στη χώρα μας,

- το 40,2% του δείγματος που επιθυμεί τη νομοθετική κατοχύρωσή της δεν είναι αμελητέο. Το εύρημα αυτό φανερώνει κάποιες αλλαγές στις παραδοσιακές ηθικές αξίες της Νοσηλευτικής, που θέλει τον νοσηλευτή υποστηρικτή για τη συνέχιση της Ζωής παρά υπεύθυνο για τη διακοπή της. (35)

Αναφορικά με τη σημαντικότητα της συμμετοχής ατόμων στη λήψη απόφασης, σημαντικότερη θεωρείται η ενεργητική συμμετοχή του ασθενούς (98,6%). Ο Ελληνικός ΑΚ αναφέρεται με μεγάλη σαφήνεια στην ικανότητα ενός ατόμου να προβεί σε δικαιοπραξία στο άρθρο 127, θεωρώντας ικανό κάθε άτομο που έχει συμπληρώσει το δέκατο όγδοο έτος της ηλικίας του, δηλαδή κάθε ενήλικο. Όμως στο άρθρο 1666, παρ. 1 του Κώδικα συμπληρώνεται ότι υποβάλλεται σε δικαστική συμπαράσταση ο ενήλικας: «όταν λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής ή λόγω σωματικής αναπηρίας αδυνατεί, εν όλω ή εν μέρει, να φροντίζει μόνος για τις υποθέσεις του». (35)

Ως προς τις διαδικασίες για τη λήψη απόφασης επίσπευσης θανάτου καταληκτικού ασθενούς, σημαντικότερη θεωρείται η πλήρης ενημέρωση του ασθενούς(92,6%) και ακολουθεί η παρουσία περισσότερων του ενός ιατρών (89%), καθώς και η αναγκαιότητα ψυχιατρικής εξέτασης (53,4%). Η παρουσία τρίτων στη διαδικασία της συναίνεσης διασφαλίζει περισσότερο την αξιοπιστία της, ενώ για τη σημαντικότητα της ψυχιατρικής εξέτασης, μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 92 ασθενείς τελικού σταδίου, οι 17 από αυτούς που ζήτησαν υποβοηθούμενη αυτοκτονία παρουσίαζαν έκδηλα κλινικά συμπτώματα κατάθλιψης. Άλλωστε οι ψυχίατροι θεωρούν σημαντικό τον ρόλο τους σε οποιαδήποτε μορφή ευθανασίας, αφού όπως υποστηρίζουν η απόφαση διακατέχεται από άγχος, κατάθλιψη ή θλίψη. Η δυσκολία λήψης συναίνεσης δυστυχώς δεν είναι αρνητικό προνόμιο μόνο των ψυχιατρικών ασθενών. Οι Grisso και Appelbaum (1995) αξιολόγησαν 75 σχιζοφρενικούς ασθενείς, 92 ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη και 82 καρδιολογικούς ασθενείς σχετικά με την ικανότητά τους να αποφασίσουν για τη θεραπεία τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι και για τις τρεις ομάδες η πληροφορημένη συναίνεση ήταν εμφανώς ελλειμματική. Αυτή η διαπίστωση, όπως υποστηρίζουν οι συγγραφείς, δείχνει ότι μάλλον η ψυχική νόσος δεν αποτελεί το μοναδικό πρόβλημα στη λήψη πληροφορημένης συναίνεσης. (35)

Τέλος, ως προς την κατάσταση του ασθενούς, φαίνεται ότι υφίσταται μικρή υπεροχή υπέρ του εγκεφαλικού θανάτου. (35)

Ο μεγάλος όμως αριθμός των ασυμπλήρωτων απαντήσεων σε αυτή την περιοχή δεν επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. (35)

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δεν προσφέρονται για γενικεύσεις, αφενός εξαιτίας του μικρού αριθμού του δείγματος και αφετέρου λόγω των αδυναμιών που εντοπίστηκαν στο ερωτηματολόγιο. Σε εξέλιξη βρίσκεται ήδη η δεύτερη φάση της έρευνας, η οποία έχει λάβει υπόψη της όλα τα παραπάνω. (35)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΧ



9.1 Αποσπάσματα από βιβλία για το δίλημμα της ευθανασίας

M. SCOTT PECK, M. D

- «Δολοφονία, αυτοκτονία και φυσικός θάνατος»

Μία από τις προθέσεις μου υπήρξε να αποδείξω ότι ο συναισθηματικός πόνος, ο φυσικός πόνος και το τράβηγμα του καλωδίου από την πρίζα είναι συχνά σύνθετα ζητήματα. Αυτό το κάνω, γιατί είμαι ενάντιος στο να προσεγγίζω τόσο σημαντικά ζητήματα όπως η ευθανασία με τρόπο υπεραπλουστευμένο. Στο κεφάλαιο αυτό θα ολοκληρώσω τα περί των πολυπλοκοτήτων που ενυπάρχουν, επισημαίνοντας τις διακρίσεις μεταξύ φόνου, αυτοκτονίας και φυσικού θανάτου. Πολλοί με μια πρώτη ματιά μπορεί να μη θεωρήσουν περίπλοκες αυτές τις διακρίσεις, θα δούμε ωστόσο πως και αυτές έχουν το δικό τους μερίδιο στην αμφιβολία. Αυτή την αμφιβολία πρέπει να πολεμήσουμε πριν φτάσουμε πια, στο τέλος του κεφαλαίου αυτού, σε έναν ορισμό της ευθανασίας.

«Φόνος»

Ο φόνος και η αυτοκτονία είναι δύο μορφές θανάτωσης. Αλλά η στάση μας απέναντι τους διαφέρει σημαντικά. Για το δολοφόνο συνήθως νιώθουμε οργή και την επιθυμία να τον δούμε να τιμωρείται. Για τον αυτόχειρα είναι πλέον παράνομη στις Ηνωμένες Πολιτείες, και δεν θυμάμαι κανέναν που να αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει τυπικά να οδηγήθηκε στη δικαιοσύνη. Μπορεί να νοσηλεύθηκε, ίσως και χωρίς τη θέληση του, αλλά δεν φυλακίστηκε ποτέ.

Γιατί αυτή η διαφορά; Είναι σαφώς ζήτημα θέλησης. Αυτός που φονεύει στερεί τη ζωή σε κάποιον, ενάντια στη θέληση του τελευταίου. Η αυτοκτονία

μπορεί να είναι αυτο-παραβίαση του εαυτού μας, είναι όμως μια παραβίαση σε συμφωνία με τη θέληση του θύματος. Άρα δεν είναι φόνος.

Επομένως, ο ορισμός του φόνου θα μας φαινόταν απλός: η στέρηση της ζωής κάποιου, ενάντια στη θέληση του θύματος. Και όμως κάθε άλλο παρά απλό είναι.

Συλλογιστείτε πρώτα το ζήτημα της προσαγωγής ενός δολοφόνου στη δικαιοσύνη μέσα από μια νομική διαδικασία. Δεν είναι ένα απλοϊκό ζήτημα ενοχής ή μη ενοχής. Υπάρχει μια τεράστια γκάμα πιθανών ετυμηγοριών: ένοχος για φόνο σε πρώτο βαθμό ή σε δεύτερο βαθμό, ένοχος όχι για φόνο αλλά για ανθρωποκτονία, αθώος για λόγους διανοητικής διαταραχής.

Φυσικά, πολλοί από αυτούς που σκοτώνουν, σκοτώνουν κατά λάθος. Ο νηφάλιος οδηγός, του οποίου το αυτοκίνητο χτυπάει τη νύχτα στο δρόμο έναν ποδηλάτη με σκούρα ρούχα, στερεί τη ζωή στον ποδηλάτη χωρίς τη θέληση του τελευταίου. Όμως ο οδηγός δεν είχε πρόθεση να σκοτώσει. Δεν ήταν καν απρόσεκτος. Επομένως, ο φόνος μοιάζει να έχει πολλά να κάνει όχι μόνο με τη θέληση του θύματος", αλλά και με τη θέληση του δράστη. Ο οδηγός πιθανώς να μη διωχθεί καθόλου.

Ούτε ο στρατιώτης θα διωχθεί αν, υπηρετώντας την πατρίδα του, σκοτώσει σκόπιμα έναν εχθρό στο πεδίο της μάχης. Ο στρατιώτης είχε, και πολύ μάλιστα, την πρόθεση να σκοτώσει, και όμως η ανταμοιβή του θα είναι ένα μετάλλιο, όχι μια τιμωρία. Η έννοια του φόνου μοιάζει να αμβλύνεται σε καιρό πολέμου.

Όχι απόλυτα, όμως. Στην εποχή μας, προσπαθούμε να διαχωρίσουμε μάχιμους από μη μάχιμους. Ο στρατιώτης που σκοτώνει έναν άοπλο πολίτη μπορεί πράγματι να δικαστεί ως εγκληματίας πολέμου. Ωστόσο, και αυτές οι διακρίσεις τείνουν να μπουν στο περιθώριο, όσο ο πόλεμος φουντώνει. Δεν είναι πάντα σαφής ο διαχωρισμός μάχιμων από μη μάχιμους. Ενδεχομένως, όπως έγινε με την ατομική βόμβα που έπεσε στη Χιροσίμα και το Ναγκασάκι και το βομβαρδισμό της Δρέσδης και του Τόκιο, ακόμα και οι "καλοί", μπορεί να αποφασίσουν να εξολοθρεύσουν ολόκληρα αστικά κέντρα. (36)



Ίσως είναι πολύ καθυστερημένη μια συζήτηση γύρω από τη διαφορά μεταξύ κωδικοποιημένης ηθικής και καταστασιακής ηθικής.

Είναι πάγια θέση της καταστασιακής ηθικής ότι δεν μπορεί γίνει καμιά

ηθική κρίση για καμιά πράξη χωρίς να ληφθεί υπό όλη η κατάσταση ή το πλαίσιο μέσα στο οποίο συμβαίνει. Για παράδειγμα, άλλη κατάσταση είναι εκείνη του οδηγού με άδεια οδήγησης, ο οποίος σκοτώνει τη νύχτα τον ποδηλάτη, έχοντας απόλυτη νηφαλιότητα πνεύματος. Είναι εντελώς διαφορετική, αν ο οδηγός είναι υπό την επήρεια οινοπνεύματος και δεν έχει άδεια οδήγησης γιατί του αφαιρέθηκε, επειδή οδηγούσε μεθυσμένος.

Ο κώδικας της ηθικής είναι το αντίθετο από την καταστασιακή ηθική. Ο Κώδικας του Χαμουραμπί και οι Δέκα Εντολές είναι παραδείγματα αρχαίων ηθικών κωδίκων που δηλώνουν ποιες πράξεις είναι λαθεμένες εκ προοιμίου, ανεξάρτητα από την περίσταση. Η Έκτη Εντολή, για παράδειγμα, δηλώνει ξεκάθαρα: «Ου φονεύσεις». Δεν λέει: «Ου φονεύσεις άνθρωπον, πλην Φίλισταιών» «Ου φονεύσεις εκτός καιρού πολέμου», ή «Ου φονεύσεις ειμή μόνον ευρισκόμενος εν αμύνη». Λέει: «Ου φονεύσεις», τελεία και παύλα!

Επί εκατοντάδες χρόνια, η ανάπτυξη της κοινωνίας απομακρύνθηκε από τους κώδικες της ηθικής και στράφηκε προς την καταστασιακή ηθική. Αν πάτε στο γραφείο του δικηγόρου σας, θα δείτε πιθανότατα μια τεράστια βιβλιοθήκη στον τοίχο με δερματόδετα βιβλία. Πολλά από τα βιβλία αυτά περιέχουν δικαστικές αποφάσεις που δημιουργούν νομικά προηγούμενα, όπως για παράδειγμα: «Ου λύσεις συμβόλαιον... εκτός από περιπτώσεις όπως του Τζόουνς εναντίον Σμιθ... ή όπως στην περίπτωση του Λίμποβιτς εναντίον Ο' Ράιλι... ή στην περίπτωση του Οσάκα εναντίον Τσιου». Αυτές οι δικαστικές αποφάσεις δημιουργούν προηγούμενο ακριβώς γιατί περιγράφουν καταστάσεις στις οποίες ο κώδικας κρίνεται μη εφαρμόσιμος.

Γενικά, είμαι πολύ υπέρ αυτής της κοινωνικής κίνησης. Σε γενικές γραμμές, είναι μια πολιτισμένη εξέλιξη η μετάβαση από την υπεραπλούστευση στην πολυπλοκότητα. Ωστόσο, όπως μερικά από τα πιο στοχαστικά μέλη της λεγόμενης θρησκευόμενης δεξιάς, έχω κι εγώ μιαν ανησυχία. Η ανησυχία μου είναι ότι η καταστασιακή ηθική μπορεί πράγματι να ενθαρρύνει ορισμένες καταστάσεις στις οποίες τα πάντα επιτρέπονται. Ο πόλεμος είναι μια τέτοια κατάσταση. Δεδομένου ότι ο πόλεμος βρίσκεται από αμφισβητήσεις, η καταστασιακή ηθική σε καιρό πολέμου μπορεί σχεδόν να μας ωθήσει στη ρήση ότι ο σκοπός αγιάζει τα μέσα. Αυτή όμως είναι μια πάρα πολύ αναξιόπιστη ρήση. Από τη μια, κάποιος έφτασε να ρωτήσει κάποτε: «Αν ο σκοπός δεν αγιάζει τα μέσα, τότε τι τα αγιάζει;». Από την άλλη, παρατηρείται μια αληθινή επιπλοκή, όταν οι άνθρωποι γίνονται εγκληματίες πολέμου, για να κατατροπώσουν άλλους εγκληματίες πολέμου. Δεν λέω πως δεν μπορεί να υπάρξει ποτέ δίκαιος πόλεμος. Πιστεύω, όμως, ότι μόνο ο πρωτόγονος, απόλυτος ηθικός κανόνας "Ου φονεύσεις" μπορεί να μας καθυστερήσει να ξεκινήσουμε τον πόλεμο, έτσι ώστε τουλάχιστον να προλάβουμε να συλλογιστού-

με κατά πόσο θα είναι ένας δίκαιος ή ένας άδικος πόλεμος.

Πέρα από την αυτο-άμυνα και τον πόλεμο. Το κράτος νομιμοποιεί το "φόνο" με μεγαλύτερη ή μικρότερη διάθεση αμφιθυμίας, σε δύο άλλες καταστάσεις : την άμβλωση και τη θανατική ποινή.

Εδώ χρησιμοποιώ τη λέξη "φόνος" σε εισαγωγικά, επειδή υπαινίσσεται μια κρίση ηθικού κώδικα που είναι ιδιαίτερα αμφισβητήσιμη. Πράγματι, το κράτος γενικά νομιμοποιεί την άμβλωση και τη θανατική ποινή (σ.τ.μ. αυτό βέβαια ισχύει στις ΗΠΑ. Στην Ελλάδα, η άμβλωση επιτρέπεται υπό όρους, αλλά η θανατική ποινή έχει καταργηθεί), επειδή θεωρεί ότι και στις δύο αποφάσεις εφαρμόζεται μια καταστασιακή ηθική. Θεωρεί ότι η εγκυμοσύνη μπορεί να είναι μια τόσο βασανιστική κατάσταση, όπου να μην είναι ανάγκη να γίνεται σεβαστή η ιερότητα της ζωής. Κατ' αναλογία, υποστηρίζει ότι μερικά εγκλήματα είναι τόσο ειδεχθή, που να συνιστούν μια κατάσταση, όπου θα δικαιολογείται η εσχάτη των ποινών.

Ωστόσο, δεν θα έλεγα πως η εφαρμογή είτε του ηθικού κώδικα είτε της καταστασιακής ηθικής διακρίνεται για τη συνέπειά της. Πολλοί από αυτούς που υποστηρίζουν την καταστασιακή ηθική σε ό,τι αφορά την άμβλωση είναι οι πιο ένθερμοι πολέμιοι της θανατικής ποινής. Αντίθετα, πολλοί από εκείνους που θα έστελναν την άβλωση στο πυρ το εξώτερον, στη βάση ενός απόλυτου ηθικού κώδικα περί ιερότητας της ζωής, είναι εκείνοι που περισσότερο υποστηρίζουν κάθε περιορισμό που δυσχεραίνει την εκτέλεση των εγκλημάτων.

Πολεμώντας για_τη συνέπεια, πολλοί σχολιαστές και νομομαθείς ήδη συνέδεσαν το ζήτημα της ευθανασίας με το ζήτημα των αμβλώσεων. Αν μια γυναίκα έχει το δικαίωμα να δώσει τέλος σε μια εγκυμοσύνη με τη συμπαράσταση της ιατρικής επιστήμης τίθεται υπό αμφισβήτηση το γιατί να μην έχουν οι άνθρωποι ένα παρόμοιο δικαίωμα σε ιατρική βοήθεια, για να δώσουν τέλος στην ίδια τους τη ζωή. Θυμάμαι όμως τον Έμερσον, ο οποίος είπε: «Μια κοινή αντίληψη περί συνέπειας είναι ο "μπαμπούλας" των στενόμυαλων». Νομίζω πως το έθεσε λίγο αυστηρά. Πιστεύω πραγματικά ότι, κατά κανόνα, αξίζει τον κόπο να αγωνιζόμαστε για τη συνέπεια. Ωστόσο, πιστεύω ότι είναι ανόητο να τη θεοποιούμε. Συγκεκριμένα σε αυτή την περίπτωση, πιστεύω ότι θα βρούμε τον μπελά μας, αν προσπαθήσουμε να συνδέσουμε τόσο στενά τα ζητήματα της άμβλωσης, θανατικής ποινής και της ευθανασίας.

Όπως θα δούμε, μερικά από τα θεολογικά ερωτήματα σχετικά με την ευθανασία έχουν κοινά χαρακτηριστικά με τις άλλες δύο έννοιες. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι πρέπει να τα μελετούμε ταυτόχρονα. Κάνοντας κάτι τέτοιο, το μόνο που θα πετύχουμε είναι να θολώσουμε τα νερά και να μειώσουμε την αξία κάθε συζήτησης . Δεν συνηγορώ υπέρ της απουσίας ακεραιότητας. Φυσικά, το ζήτημα

της ιερότητας της ζωής είναι κεντρικό και στις τρεις συζητήσεις και θα έπρεπε σε όλες να ληφθεί υπόψη. Αλλά είναι επίσης κεντρικό ζήτημα σε υποθέσεις όπως τα δικαιώματα των ζώων, των φυτών και της προστασίας του περιβάλλοντος. Ταυτόχρονα, υπάρχουν βαθιά ζητήματα που δεν είναι κοινά στην άμβλωση, την ευθανασία και τη θανατική ποινή. Το θέμα αυτού του βιβλίου είναι η ευθανασία. Δεν μπορώ να καλύψω ακριβοδίκαια και τα τρία ζητήματα. Πιστεύω ότι η άμβλωση και η θανατική ποινή χαίρουν της δέουσας κοινωνικής προσοχής. Η ευθανασία όχι, κατά τη γνώμη μου. Όσο αυθαίρετο και αν φανεί, δεν έχω σκοπό εδώ να αναδιψήσω στις έντονες αμφιβολίες τόσο της άμβλωσης όσο και της θανατικής ποινής.

Θα πω, όμως, ένα πράγμα: χαίρομαι για την έντονη δημόσια διαμάχη γύρω από τη θανατική ποινή και την άμβλωση. Αν θριάμβευε μια ακραία πλευρά ή η άλλη, είτε στη μια είτε στην άλλη διαμάχη, θα έφριττα. Έχω μια ταπεινή τάση να γίνομαι γκρινιάρης, ένας καταστροφολόγος που συχνά φοβάται πως η κοινωνία γίνεται βορά

των σκυλιών. Ωστόσο, όσον αφορά τη θανατική ποινή και την άμβλωση, νομίζω πως τώρα βρισκόμαστε σχεδόν εκεί που οφείλαμε να είμαστε. Όσο δυσάρεστη και δύσκολη και αν είναι αυτή η συζήτηση, είμαι περήφανος που η κοινωνία μας αποφάσισε να τη φέρει εις πέρας. Δεν αποφεύγουμε τις πολυπλοκότητές της. Τουλάχιστον, σε αυτές τις δύο περιπτώσεις, ως έθνος, νομίζω ότι σε υπαρκτό επίπεδο εργαζόμαστε "συλλογικά" σωστά, για να δώσουμε το πρέπον νομικό πλαίσιο της δυστυχίας. (36)



Πού "κολλάει", λοιπόν, ο λεγόμενος φόνος από ευσπλαχνία, η ευθανασία;

Όρισα το φόνο ως τη σκόπιμη και από πρόθεση αφαίρεση της ζωής ενός ανθρώπου ενάντια στη θέλησή του. Παρόλο που μπορεί να φανεί βαρετό, πρέπει να κοιτάξουμε από πιο κοντά αυτές τις λέξεις.

Πρώτα τις έννοιες "ζωή" και "αφαίρεση". Αν ως "ζωή" ορίζουμε την παρουσία χτύπου της καρδιάς και ενός-δύο εγκεφαλικών κυμάτων σε έναν αναισθητο και αναμφίβολα ετοιμοθάνατο ασθενή, ο οποίος είναι αγκιστρωμένος στη ζωή με τεράστια και περίπλοκα συστήματα υποστήριξης, και αν ως "αφαίρεση της ζωής" ορίζουμε τη μερική κατάργηση ενός από όλα αυτά τα συστήματα, τότε εκείνο το πρωί στο θάλαμο της νευροχειρουργικής, πάνω από τριάντα χρόνια πριν, υπήρξα ένοχος για φόνο, όταν έστριψα τη στρόφιγγα στον ορό του Τόνι. Αλλά, δεν πιστεύω πως τον "σκότωσα" εκείνο τον ασθενή. Νομίζω πως υπάρχει μια καίρια διάκριση μεταξύ της αφαίρεσης μιας ζωής και της διευκόλυνσης του θανάτου. Η

παύση τα υποστηρικτικών μέσων κάτω από τόσο ξεκάθαρες συνθήκες δεν είναι, κατά τη γνώμη μου, φόνος. Δεν είναι θανάτωση. Επομένως, δεν είναι καν μια σπλαχνική θανάτωση. Ούτε αυτό που ενδεχομένως θα ορίσω ως ευθανασία είναι. Είναι απλώς η πράξη του να τραβήξει το καλώδιο από την πρίζα και να επιτρέψει το φυσικό θάνατο κάποιου που ήδη πεθαίνει.

Ήδη αναφέρθηκα στο γεγονός ότι, από τα τέλη του Σεπτεμβρίου 1939 ως τις αρχές του Αυγούστου 1941, η ναζιστική κυβέρνηση της Γερμανίας θανάτωσε σε θαλάμους αερίων ή με ενέσεις θανάτου 70.000 ανθρώπους ποικίλης προέλευσης, οι οποίοι ήταν διανοητικά καθυστερημένοι, σχιζοφρενείς ή έπασχαν από γεροντική άνοια. Αποκάλεσαν αυτό το καλά οργανωμένο σχέδιο Πρόγραμμα Ευθανασίας. Εδώ δεν υπήρχε ζήτημα αφαίρεσης της ζωής. Σ' αυτούς τους ανθρώπους δεν επιτράπηκε να πεθάνουν. Δολοφονήθηκαν και οι ίδιοι οι Ναζί το αποκάλεσαν σπλαχνική θανάτωση. Τη θεώρησαν σπλαχνική, γιατί υπέθεταν ότι η ζωή των θυμάτων τους ήταν τόσο άθλια, που θα ήταν πολύ καλύτερα αν τους τη στερούσαν.

Ωστόσο, οι υποθέσεις πάντα μπορούν να αμφισβητηθούν και το προφανές ερώτημα είναι: ποια ήταν η επιθυμία των θυμάτων; Οι αξιωματούχοι των Ναζί μπορεί να ισχυρίστηκαν ότι τα θύματα ήταν σε τόσο άθλια κατάσταση που δεν θα μπορούσαν καν να εκφράσουν τη βούλησή τους. Και όμως, ώσπου να θανατωθούν, τα θύματα έτρωγαν αχόρταγα και έπιναν άπληστα την τροφή και το νερό που τους προμήθευαν. Δεν ήταν συνδεδεμένοι με συστήματα υποστήριξης της ζωής. Δεν υπάρχει η παραμικρή υπόνοια ότι είχαν έστω και στο ελάχιστο τάσεις κατάθλιψης ή αυτοκτονίας. Μπορούμε δικαιολογημένα να θεωρήσουμε ότι τα θύματα θανατώθηκαν παρά τη θέλησή τους, όπως ακριβώς μπορούμε να υποθέσουμε ότι η πράξη των Ναζί είχε πολύ περισσότερα οικονομικά κίνητρα παρά ότι την υποκίνησε οποιαδήποτε επιθυμία να φανούν σπλαχνικοί.

Τι όμως ωθεί ένα σύζυγο στις μέρες μας, όπως ενδεχομένως συμβαίνει, να σκοτώσει την εδώ και χρόνια καθηλωμένη από την αρρώστια σύζυγό του, η οποία εξακολουθεί να πεινάει και να διψάει; Χωρίς καν να ζητήσει τη συγκατάθεσή της; Ο άντρας θα πει: «Έπρεπε να τη γλιτώσω από τα βάσανά της. Ήταν μια πράξη ελέους». Αλλά, αν δεν υπάρχουν στοιχεία που να αποδεικνύουν το αντίθετο, η υπόθεση που κάνουμε είναι ότι τα βάσανα που ήθελε να ανακουφίσει ήταν τα δικά του και ότι η ευσπλαχνία του ήταν η άφεση των αμαρτιών ενός φονιά.

Τότε τι γίνεται με την υποβοηθούμενη αυτοκτονία; Είναι φόνος; Εδώ τα πράγματα είναι πιο σκοτεινά. Όταν ο άνθρωπος θέλει πραγματικά να πεθάνει, όσοι του συμπαραστέκονται σε αυτό –αν έχουν οποιαδήποτε ενοχή– είναι ένοχοι ενός εγκλήματος χωρίς θύμα. Μπορεί ποτέ ένα έγκλημα χωρίς θύμα να ονομαστεί φόνος; Ακόμα και αν κηρύσσεται έγκλημα σε κάποιες πολιτείες, είναι στ' αλήθεια

έγκλημα;

Αυτές οι ερωτήσεις είναι πολύ περίπλοκες για να τις απαντήσω για την ώρα. Ενδεχομένως να δώσω γνώμες, πριν όμως μπορέσω να το κάνω αυτό όπως αρμόζει, πρέπει να εξετάσουμε μερικά άλλα ζητήματα. Για παράδειγμα, δεν έχουμε ακόμα δει το ζήτημα της αυτοκτονίας και πώς πρέπει να διακρίνεται από το φυσικό θάνατο. Θα ακολουθήσουν και άλλα ζητήματα, η δε ευθανασία είναι μόνο ένα από αυτά. Πράγματι, το ζήτημα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας θα είναι το τελευταίο ζήτημα για το οποίο θα μιλήσω μέσα σε αυτό το βιβλίο.

«Αυτοκτονία»

Οι μεταβολές της ανθρώπινης συμπεριφοράς δεν έχουν τέλος. Θυμάμαι κάμποσες δεκαετίες πριν, που διάβαζα στις εφημερίδες για κάποιον άνθρωπο ο οποίος προσλάμβανε τους εγκληματίες, τον έναν μετά τον άλλο, για να τον σκοτώσουν στην έρημο. (Οι εγκληματίες δεν ήταν βλάκες. Έφευγαν στα κρυφά παίρνοντας την αμοιβή τους και αφήνοντας, φυσικά, τη δουλειά ανεκτέλεστη). Αυτή ήταν μια ακραία περίπτωση. Ωστόσο, χιλιάδες άνθρωποι κάθε χρόνο οργανώνουν τη δολοφονία τους με πιο ύπουλους τρόπους. Συνήθως αρνούνται ότι είναι αυτοκτονικοί, αλλά οι ψυχίατροι που τους βλέπουν έχουν διαφορετική άποψη. Μια έντονη επιθυμία θανάτου μπορεί να είναι ολότελα ασυνείδητη.

Η αυτοκτονία και ο φόνος μοιάζουν να σχετίζονται και από πολιτισμική άποψη. Οι πολιτισμοί που έχουν υψηλό ποσοστό ανθρωποκτονιών τείνουν να έχουν χαμηλό ποσοστό αυτοκτονιών και αντίστροφα: έθνη με ασυνήθιστα υψηλό ποσοστό αυτοκτονιών τείνουν με εξαιρέσεις να έχουν μιά ασυνήθιστα χαμηλή συχνότητα ανθρωποκτονιών. Δεν ισχυρίζομαι ότι αυτοκτονία και φόνος είναι δύο πλευρές του ίδιου νομίσματος, είναι όμως κατά κάποιο τρόπο συγγενείς. (36)

ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΟΛΙΟΠΟΥΛΟΣ

«Αναταράχθηκε τό τέλμα της αδιαφορίας και ή αρυτίδωτη επιφάνεια της καθημερινότητας με τό προηγούμενο φύλλο. Στη χειμερία νάρκη του κρατικού ενδιαφέροντος και στην ύπνώττουσα συνείδηση των συναδέλφων προεκλήθη ό

πνευματικός γαλβανισμός, έφθασε τό εγερτήριο μήνυμα ενός προβληματισμού σε ζωτικά θέματα όπως τών μεταμοσχεύσεων. της γενετικής κ.α.

Αυτό ζητά ό αρθρογράφος της στήλης αυτής, κάθε αρθρογράφος επαγγελματίας η ερασιτέχνης, που ανεβαίνει μαζί με τους αναγνώστες του βήμα με βήμα τις δύσκολες του στοχασμού ανηφοριές για να φθάσει στις απόκρημνες κορυφές της υπεύθυνης θεώρησης του σήμερα και του αύριο... στις ύψηλες επάλξεις τού γνήσιου προβληματισμού, της συνειδητοποίησης των προβλημάτων που σκεπάζει η τέφρα τού καθημερινού και της απάθειας. Και ή φωνή του, δειλή και σιγανή, ακούγεται πιό έντονα καθώς ανακλάται στις ψυχές και στις σκέψεις όχι μόνο των φίλων και των συναδέλφων, αλλά και τών υπευθύνων της πολιτείας ταγών που με γυμνασμένη διορατικότητα κατακυριεύονται από τό πάθος της αλήθειας, του ανθρωπισμού, της βοήθειας προς την επιστήμη... Και ό λόγος για τις μεταμοσχεύσεις και την ανάγκη νά αναθεωρηθεί ό νόμος...

Η φαλκίδευση της νομοθεσίας στό χθες υφίσταται τα ρήγματα από της επιστήμης τήν εξέλιξη και προκαλει τήν αγανάκτηση και την άνταρσία, καθώς συντρίβει τούς άρμους της συνολικής προσπάθειας, επιστήμης και κοινωνίας, για μια μακρύτερη και πιό ευτυχισμένη διάρκεια ζωής... Της ζωής που ζητά ένα νέο όργανο η μέρος τού σώματος από κάποιο νεκρό για να διατηρηθεί... Της ζωής που ζητά τών νόμων τήν αναθεώρηση...

Και για την αλλαγή τών νόμων, για τήν πιό «ανθρώπινη!» και πιό επιστημονική τους προσαρμογή, παρεμβαίνουν πρόσωπα, που από μειωμένη συνείδηση ευθύνης, από εγωπαθή «γεροντοκορισμό» για τό χθές και αδυναμία νά συλλάβουν τό αύριο, αρνούνται τήν ανανέωση, θρυμματίζουν τα νέα είδωλα. βάζουν τήν τροχοπέδη... αναστέλλουν! Και όμως «οι καιροί ου μενετοί...» (Θουκ. 1.142) και «νυν καιρός έρδειν» (Σοφ. Ήλ. 1368).

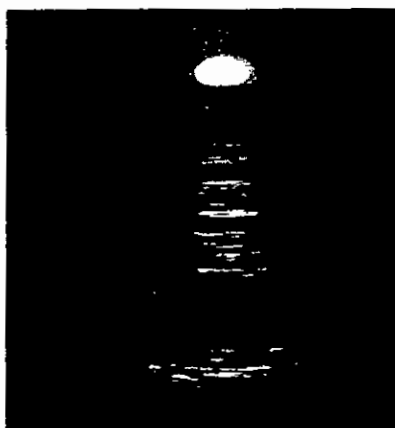
Ό νέος επιστήμονας, είναι πάντα ή αιώνια μορφή του Προμηθέα που διαμαρτύρεται κατά του κατεστημένου, της βίας και του κράτους, είναι ή πρώτη φωνή... της ελευθερίας και της βούλησης. Από τον Προμηθέα και μετά γίνεται δυνατός ό διάλογος ανάμεσα στόν 'Ανθρωπο και την 'Αλήθεια ('Επιστήμη, Θεό ή Πεπρωμένο ή όποιο όνομα και μορφή αν πάρει!), ανάμεσα στον άνθρωπο και την 'Ανάγκη...

Την ανάγκη, σε κάθε εκδήλωση ζωής και σκέψης, θέλει να προβάλει ή εφημερίδα μας. Γι' αυτό καταπάνεται με τα θέματα αυτά.

Γνωρίζει τις αντιδράσεις, τό πνεύμα της αδιαφορίας τών υπευθύνων, τό χλευασμό τών... ειδικών! (ακόμη τη συκοφαντία στά χείλη μερικών)... αλλά πιστεύει και ελπίζει ότι εκεί που υπάρχει ή τελμάτωση, ή νεκρωμένη συνείδηση

και ή αδιαφορία (όχι μόνο κρατική αλλά και του καθενός μας!), μπορεί ν' ακουσθεί κάποιο εγερτήριο σάλπισμα, τό κέντρισμα για την αφύπνιση και την εγρήγορση, ή πνευματική και ηθική μας νεκρανάσταση.. (37)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ X



10.1 Μαρτυρίες ανθρώπων που «βίωσαν» την ευθανασία.

Ζωή χειρότερη και από θάνατο...

Το ανήμπορο αυτό πλάσμα, που κείτεται μήνες τώρα σ' ένα κρεβάτι, δεν θυμίζει σε τίποτα τον πατέρα της. Ό,τι έχει απομείνει δεν είναι παρά «οστά ντυμένα με δέρμα». Ένα άρρωστο σώμα που απόκαμε από χειρουργικές επεμβάσεις και θεραπευτικές πρακτικές. Ελπίδες δεν υπήρχαν από την αρχή. Ο καρκίνος δεν έδωσε έγκαιρα συμπτώματα και τελικά θριάμβευσε. Έκαναν όμως όλοι «παραπάνω» και απ' ό,τι μπορούσαν! Ο γιος, οι δύο κόρες, τα αδέρφια και τα πρωτοξάδερφα του αρρώστου, οι γιατροί... Έτσι ο άρρωστος δεν έχει πια γεννητικά όργανα, έχει σωληνάκια για τις σωματικές του εκκρίσεις, πληγές σε όλο του το σώμα από τις κατακλίσεις, νεκρό τον ένα πνεύμονα, «μισό» στομάχι... Το χειρότερο απ' όλα, δεν έχει φωνή ούτε σθένος να προβάλλει την παραμικρή διαμαρτυρία... (38)

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

Γενικό Κρατικό Αθηνών, «Σωτηρία», «Λαϊκό», «Αγιος Σάββας». Πέρασαν απ' όλα τα μεγάλα νοσοκομεία μέσα σε δέκα μήνες. «Αφήστε με παιδιά μου να φύγω, μην κάνετε τίποτα άλλο», εκλιπαρούσε εκείνος όταν μπορούσε να εκλιπαρήσει. Κι έκλαιγε σαν μικρό παιδί. Αλλά τον απόπαιρναν ο γιος και οι κόρες του, «τι είναι

αυτά που λες πατέρα; Να, θα δεις, θα γυρίσεις όρθιος και γερός στο χωριό και θα ξαναοργώσεις τα χωράφια σου...». (38)

Το ξέρει τώρα η Μαρία, όπως όλοι, όπως και εκείνος. Δεν θα γυρίσει όρθιος και γερός, ούτε τα χωράφια του θα οργώσει πάλι. Αλλά κανείς δεν το ξεστομίζει. Είναι σαν μια συνωμοσία, που υφαίνεται γύρω από το κρεβάτι του ετοιμοθάνατου. Ο άρρωστος ξέρει, νιώθει περισσότερο απ' όλους το τέλος που πλησιάζει, αλλά «εμείς δεν θέλουμε να ξέρουμε ότι ξέρει. Τρέφεται πια μόνο με τον ορό, δεν μπορεί να καταπιεί ούτε να μιλήσει. Όλες του οι λειτουργίες διεκπεραιώνονται από σωληνάκια. Ανακουφίζομαι όταν πέφτει σε βαθύ ύπνο, θέλω να πιστεύω ότι τότε δεν πονάει... Αποφεύγω τα μάτια του, αυτό το βλέμμα του είναι σαν να με εκλιπαρεί για κάτι που αδυνατώ να προσφέρω...». (38)

Τα είδε όλα η Μαρία και αν μπορούσε να γυρίσει πίσω, «τίποτα απ' όσα έγιναν δεν θα γινόταν. Θα κρατούσαμε τον άνθρωπό μας στο χωριό, στο σπίτι. Θα τον βοηθούσαμε να πεθάνει με αξιοπρέπεια όσο ήταν ζωντανός! Αυτό που συμβαίνει τώρα με τον πατέρα μου και με πολλούς άλλους ανθρώπους που γνώρισα στα νοσοκομεία είναι από εκείνα τα καθημερινά εγκλήματα, τα οποία ούτε καταγράφονται ούτε καταδικάζονται... Σε τίποτα και κανέναν δεν ωφελεί να δίνεις παρατάσεις σε μια καταδικασμένη ζωή». (38)

Είναι θέμα ωρών, ίσως και 2-3 ημερών. Απομένει η τελική επισφράγιση ενός εν ζωή θανάτου. Και ο θάνατος αυτός θα είναι λύτρωση για τη Μαρία, την αδελφή της την Ισμήνη, τον αδελφό τους τον Κωστή. Θα πονέσει λιγότερο «από όσο ήδη πονέσαμε και πονάμε...». (38)

Να εύχεται τον θάνατο ενός λατρεμένου προσώπου, αλλά να μην τολμάς ούτε «βοήθεια» να ζητήσεις ούτε να κάνεις εσύ ο ίδιος κάτι, είναι το ίδιο τραγικό. Η Μαρία και τα αδέρφια της δεν μπόρεσαν καν να αποφύγουν «όλες εκείνες τις υπερβολές και τις υπερβάσεις που έγιναν στο όνομα της Ιατρικής. Τα τελευταία χειρουργεία θα μπορούσαν να μην είχαν γίνει, η επανάληψη της χημειοθεραπείας δεν είχε κανένα νόημα και εκείνο το βράδυ που σταμάτησε για λίγο η καρδιά του δεν υπήρχε λόγος για την ανάνηψη. Όλα οδηγούσαν σ' ένα αυξανόμενο μαρτύριο. Το μόνο που καταφέραμε, ήταν ότι εμποδίσαμε τον πατέρα μας να ξεκουραστεί την ώρα που έπρεπε και στερήσαμε το δικαίωμα στην ελευθερία και στις επιλογές κάποιου, που και ελεύθερος έζησε και με επιλογές...». (38)



Η πρώτη νόμιμη υποβοηθούμενη αυτοκτονία στον κόσμο, είναι γεγονός.

Ένας 66 χρόνος Αυστραλός που έπασχε από ανίατη μορφή καρκίνου του προστάτη αυτοκτόνησε με τη βοήθεια του γιατρού του, κάνοντας χρήση σχετικού νόμου που νομιμοποιεί την ευθανασία υπό προϋποθέσεις. (39)

Ο Μπόμπ Ντέντ, άλλοτε ξυλουργός, που τα τελευταία πέντε χρόνια υπέφερε από τον καρκίνο και δεν είχε καμία ελπίδα να ζήσει, τερμάτισε τη ζωή του «με αξιοπρέπεια», όπως ο ίδιος έγραψε σε επιστολή του. Ο Ντέντ είχε συνδεθεί με ειδικούς σωλήνες που τροφοδοτούσαν τον οργανισμό του με βαρβιτουρικά και μυοχαλαρωτικά. Ο ασθενής είχε πλάι του ένα φορητό υπολογιστή, όπου ο γιατρός του, ο Αυστραλός δρ Φίλιπ Νίτσκε, του υπέβαλε σειρά ερωτημάτων και εκείνος απαντούσε πιέζοντας κάποια πλήκτρα. Η τελευταία ερώτηση ήταν: Είσαι σίγουρος ότι θέλεις να πεθάνεις; Ναι, έγραψε ο Ντεντ και τότε ο γιατρός έστειλε τη μοιραία ποσότητα μέσω της διασωλήνωσης. Το «μηχάνημα του θανάτου», όπως το αποκαλούν οι επικριτές της όλης λογικής της ευθανασίας, έκανε τη δουλειά του. (39)

Οργισμένη η Εκκλησία της Αυστραλίας αντέδρασε στην πρώτη εφαρμογή του νόμου περί ευθανασίας, παγκοσμίως. Ο Ρωμαιοκαθολικός Επίσκοπος είπε ότι όλοι οι Αυστραλοί «θα πρέπει να ντρέπονται». (39)

Ο ίδιος ο Ντεντ, στην επιστολή του γράφει ότι η εκκλησία και ο νόμος θα πρέπει να είναι δύο ξεχωριστά πράγματα και συμπληρώνει: Αν διαφωνείτε με την εθελοντική ευθανασία μην την κάνετε, αλλά μη μου αρνείστε το δικαίωμα να την εφαρμόσω. (39)



Βρετανίδα κέρδισε το δικαίωμα στο... θάνατο ΛΟΝΔΙΝΟ

Παράλυτη Βρετανίδα που διατηρείται στη ζωή με τεχνητή υποστήριξη αναπνοής κέρδισε χθες δικαστικώς το δικαίωμά της να πεθάνει. (40)

Πρόκειται για την πρώτη τέτοιου είδους απόφαση της βρετανικής

Δικαιοσύνης και αποτελεί αναγνώριση του δικαιώματος των ασθενών να αρνούνται την ιατρική φροντίδα ακόμη και παρά τη θέληση των γιατρών τους. (40)

Η 43χρονη γυναίκα, η ταυτότητα της οποίας δεν αποκαλύφθηκε, ζητούσε τη διακοπή της λειτουργίας του συστήματος αναπνευστικής υποστήριξης, το οποίο την κρατά στη ζωή εδώ και ένα χρόνο από τότε που η ρήξη ενός αιμοφόρου αγγείου στο λαιμό της την άφησε παράλυτη από το λαιμό και κάτω. (40)

Από την πλευρά τους, οι γιατροί που την παρακολουθούσαν τόνιζαν ότι ο τερματισμός της ζωής ενός ανθρώπου, ο οποίος δεν είναι καταδικασμένος σε βέβαιο θάνατο από την κατάσταση της υγείας του, αντίκειται στην ηθική τους. Η ακροαματική διαδικασία διήρκεσε τρεις μέρες και η ασθενής μπόρεσε να την παρακολουθήσει από το κρεβάτι του νοσοκομείου, στο οποίο είναι καθηλωμένη, μέσω τηλεοπτικής σύνδεσης. Η απόφαση του δικαστηρίου που δικαίωσε το αίτημα της κ. Μ. είναι η πρώτη στο είδος της. (40)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΧΙ



11.1 Συνεντεύξεις – απόψεις για το δίλημμα της ευθανασίας.

« Ομιλία Σεβ.Μητροπολίτου Δημητριάδος κ. Χριστοδούλου »

Ομάδες που αντιδρούν στο νόμο για την ευθανασία, ο οποίος τέθηκε σε ισχύ την 1η Ιουλίου, προσφεύγουν στο Ανώτατο Δικαστήριο και η δίκη έχει οριστεί για τις 15 Νοεμβρίου είναι χαρακτηριστικές στο σημείο αυτό οι διαπιστώσεις ενός ιατρού, του E. P. Seravalli, δημοσιευμένες στις 29-12-1988 στο «The New England Journal of Medicine» πού καταθέτει την εμπειρία του από την προσέγγιση του θανάτου στα πρόσωπα ασθενών του.

Σας μεταφέρω μερικά αποσπάσματα με ενδιαφέρον περιεχόμενο, πού θα δια φωτίσουν ελπίζω τον προβληματισμό μας :

«Όποτε βρισκόμουν με κάποιον στο τελικό στάδια μιας θανατηφόρας νόσου, αισθανόμουν ανήμπορος να επικοινωνήσω, όπως προηγουμένως, μαζί του. Ένοιωθα μία απόσταση μεταξύ μας, πού μεγάλωνε συνεχώς κι όταν τελικά έμπαινα στο θάλαμο, με διαπερνούσαν ήδη δυσάρεστα συναισθήματα. Στηριγμένος σ' αυτήν ακριβώς την έλλειψη επικοινωνίας, πού αρχίζει όταν πια ο άρρωστος έχει χάσει κάθε ελπίδα διάσωσης, συνειδητοποίησα τελικά ότι θεωρούσα ανέκαθεν τον κόσμο του ετοιμοθάνατου σαν κάτι πού κανείς δεν μπορεί ή δεν θα' πρεπε να παραβιάζει. Έτσι περίμενα τον ετοιμοθάνατο μάλλον να' ρθει σε μένα παρά να πάω εγώ σ' αυτόν. Φοβόμουν αυτά τον κόσμο του επικείμενου θανάτου, μέχρις ότου κάποτε ένας στενός φίλος, τον καιρό πού αργοπέθαινε, μου εξομολογήθηκε την ανάγκη να εκφράσει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του.

Συνεπαρμένος από τούτη την εμπειρία, άρχισα να εξετάζω τα γραπτά όσων βρίσκονταν στο τέλος της ζωής τους, προσπαθώντας με τον τρόπο αυτό να καταλάβω τις ανάγκες τους. Έκείνο πού διαπίστωσα είναι ότι όσοι αντικρίζουν τελεσίδικα τον θάνατο κυριεύονται από μίαν έντονη επιθυμία. Να νιώθουν ότι εξακολουθούν ν' αποτελούν μέρος του κόσμου των ζωντανών, ότι η γνώμη τους ακούγεται και πώς οι γύρω τους εκτιμούν ότι μπορούν ακόμη να προσφέρουν... Ο ετοιμοθάνατος συνήθως αντιλαμβάνεται πάτε το τέλος του είναι κοντά, παρατηρώντας τον εαυτό του, τους γύρω του, ίσως και άπά κάποιο ιδιαίτερο ένστικτο. Κι όταν αυτή η ιδέα του αναπόφευκτου γίνει αποδεκτή, μπαίνει σε μία φάση όπως έγραφε ο γιατρός Hans Zinsser πριν πεθάνει «εντονότερων συναισθημάτων και λογικότερης αντίληψης των πραγμάτων».

Το πλησίασμα του θανάτου φαίνεται ότι συνοδεύεται άπά ορισμένες λεπτές εσωτερικές διεργασίες πού οξύνουν την ευαισθησία γενικά του άτομου. Όπως με δίδαξε η πείρα δεν αποτελούν ασυνήθιστα φαινόμενα για φαν άρρωστο ετοιμοθάνατο, η εμφάνιση μιας πιο έντονης αίσθησης της ζωής και μίας τρομακτικής σχεδόν ανάγκης για ανθρώπινη επαφή και επικοινωνία... (Εδώ παρεμβάλλεται η ιστορία του ασθενούντος πατέρα του πού πέθανε στο νοσοκομείο γνωρίζοντας τον επικείμενο θάνατο του, και συνεχίζει) Αναλογίζομαι με θλίψη την αλλαγή πού παρουσίασε ο προσωπικός του γιατρός στη διάρκεια της τελευταίας του νοσηλείας. Μόλις χειροτέρεψε η κατάσταση του πατέρα, ο γιατρός σταμάτησε να είναι φιλικός και ζεστός, οι επισκέψεις του έγιναν σπάνιες και σύντομες. Ο τρόπος του έγινε απόμακρος, σχεδόν εχθρικός.

Τώρα καταλαβαίνω ότι η θανατηφόρα διαδικασία μπορεί να απελευθερώσει καταλυτικά συναισθήματα όχι μόνο από τη μερίδα των αρρώστων, αλλά και άπά τη μεριά των θεραπόντων. Ο γιατρός μπορεί να μην είναι προετοιμασμένος να χειρισθεί μία τέτοια κατάσταση είτε σαν ειδικός επιστήμονας ή και σαν απλός παριστάμενος. Ίσως σαν αποτέλεσμα της εκπαίδευσης και της «θέσης» τους όπως τη θέλει η κοινωνία, οι γιατροί φοβούνται τελικά να αισθανθούν ανήμποροι για βοήθεια και να εκδηλώσουν αυτή την αδυναμία τους στον άρρωστο. Αν και ξέρουν ότι η γνώση και η τεχνολογική πρόοδος δεν είναι πάντα σε θέση να ελέγξουν τα ανθρώπινα νοσήματα, οι περισσότεροι θεωρούν ότι αποτελεί ευθύνη τους να κρατούν σχεδόν άνευ όρων, τους ασθενείς τους ζωντανούς. Και κάτι τέτοιο μου φέρνει στο νου ένα φίλο μου πού «τελειώνοντας» μέσα σε πόνους άπά πνευμονική κακοήθεια, μου έλεγε :

«Πέφτω, κι αυτοί (οι γιατροί) με σηκώνουν. Ξαναπέφτω και με ξανασηκώνουν». Παρέθεσα τα εκτενή αυτά αποσπάσματα το άρθρο αυτό διότι αυτά εγράφησαν από ένα γιατρό με προσωπικές εμπειρίες και διότι οι εμπειρίες αυτές και οι διαπιστώσεις οριοθετούν σωστά τις ανάγκες των θνησκόντων και την ανταπόκριση σ' αυτές πού εμείς οφείλουμε να δείξουμε. Όσο κι αν αυτό φαίνεται

εκ πρώτης όψεως απλό ή και αυτονόητο, η πραγματικότητα είναι διαφορετική. Η προσέγγιση του θνήσκοντα ανθρώπου προϋποθέτει μία υπεύθυνη και αληθινή στάση απέναντι στη ζωή και συνιστά τη Λυδία λίθο της πνευματικής μας συγκρότησης. Με τη στάση του απέναντι στο θάνατο και τους θνήσκοντες ο άνθρωπος εκφράζει το νόημα πού αποδίδει στη ζωή και αποδεικνύει την αναγνώριση ή μη στον πλησίον της μεγαλοσύνης και της αξιοπρέπειας πού τον συνοδεύουν δια βίου. Και η διαπίστωση αυτή ευρίσκεται στη βάση κάθε κίνησης για την διοργάνωση των τελευταίων φροντίδων των θνησκόντων συνανθρώπων μας. Με άλλα λόγια η ηθική πλευρά του ζητήματος προσλαμβάνει τεράστια σημασία πού επηρεάζει την αγωγή για την ανακούφιση του πόνου, τη συμπαράσταση στους γέροντες, την αντιμετώπιση της ευθανασίας. (41)



« Κατά της Ευθανασίας τάσσεται ο Αρχιεπίσκοπος »

Κατά της ευθανασίας τάχθηκε ο Αρχιεπίσκοπος Χριστόδουλος, μιλώντας στο 220 Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής, λέγοντας χαρακτηριστικά ότι εκείνοι που κρύβονται πίσω από τις συγκεκριμένες απόψεις, επιθυμούν «ο ασθενής να μας αδειάζει τη γωνιά».

Στη συνέχεια ο Προκαθήμενος της Ελλαδικής Εκκλησίας, Χριστόδουλος, επιβράβευσε τους γιατρούς για το έργο που προσφέρουν στον τόπο, παρά το γεγονός ότι πολλές φορές γίνονται θύματα λασπολογίας και ανήθικων συκοφαντιών. Επίσης, προέτρεψε τους γιατρούς να μη θεωρούν την Ελλάδα και τους Έλληνες, υποδεέστερους των άλλων λαών και κρατών, προκειμένου να εξαλειφθεί η αντίληψη της δουλοπρέπειας,

Σχολιάζοντας το θέμα της ευθανασίας ο Αρχιεπίσκοπος, επεσήμανε ότι «ο πόνος μεγαλώνει όταν δεν είναι κανένας δίπλα στο βαρέως ασθενούντα και απαλύνεται από την παρουσία συγγενών και φίλων που ο ασθενής γνωρίζει ότι τον αγαπούν ειλικρινά». Μετά λύπης όμως, ο Προκαθήμενος παρατήρησε ότι αυτά τα ευγενή και άγια αισθήματα έχουν εκλείψει από τη σύγχρονη κοινωνία.

Αναφερόμενος τέλος, στον τρόπο αντιμετώπισης του νεκρού κατά τη διαδικασία ταφής του, άφησε σαφείς αιχμές, σημειώνοντας ότι πλέον τα παλιά έθιμα έχουν αντικατασταθεί από μία βιομηχανία καλλωπισμού του νεκρού. (42)



«Ο Δρ. Κεβορκιάν γνωστός και ως Δρ.Θάνατος»

«..Το επιχείρημα ότι ποτέ δεν ξέρεις την έκβαση, ότι ποτέ δεν ξέρεις πότε θα έρθει εκείνη η θαυματουργή πράξη -τα θαύμα που λέει ο λαός - που θα ανατρέψει τα

δεδομένα ενός συγκεκριμένου ασθενούς σε κάνει πολλές φορές να μη μπορείς να αντιμετωπίσεις κατάματα την πραγματικότητα μιας εξέλιξης που είναι χειρότερη και από τον θάνατο και για την οποία ο προκλητός θάνατος θα αποτελούσε μόνη επιλογή...».

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

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

Μιλάτε για πιθανή αυτοκτονία...

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

Τι είναι εντέλει ζωή και θάνατος:

«Η ζωή είναι ένα ταξίδι που αν κατορθώσουμε να του δώσουμε στοιχεία αποστολής, ομορφαίνει αν και δεν είναι πάντοτε εφικτό. Θάνατος δεν ξέρω τι είναι, μοιάζει να είναι το απόλυτα κακό, αλλά όταν βρίσκεις στην ίδια τη ζωή κάτι που είναι χειρότερο και από θάνατο ώστε ο προκλητός θάνατος να μοιάζει λύτρωση, τότε ουδείς έχει το δικαίωμα να υποχρεώσει αυτόν που υπομένει τα χειρότερα, τους οικείους του και τον γιατρό του να επιλέξουν την πορεία προς το χειρότερο μόνο και μόνο γιατί ουδείς έχει το θάρρος και το σθένος να κάνει την

τελική επιλογή θανάτου... Ο γιατρός που θα επιχειρήσει κάτι τέτοιο δεν είναι ένας εκτελεστής, είναι ένας άνθρωπος με επιστημονική βεβαιότητα, ένας άνθρωπος που βοήθησε, στήριξε, αγάπησε και ταυτίστηκε με τον άρρωστο, ώστε να μπορέσει να αποδεχθεί και αυτή την πιο δύσκολη από όλες επιλογή...».

Πιστεύετε πως είναι διαδεδομένη η ευθανασία στην Ελλάδα;

«Φυσικά, αλλά εφαρμόζεται αθόρυβα, όπως έγινε και με τις εκτρώσεις! Καμιά φορά κάνει και μεγαλύτερα άλματα απ' ό,τι σε άλλες χώρες... Για παρατηρήστε γύρω σας και πέστε μου πόσα παιδιά με συγγενείς διαμαρτίες υπάρχουν; Γεννιούνται αρκετά, επιβιώνουν ελάχιστα. Μήπως γι' αυτά τα παιδιά κάνει κάποιος κάποια στιγμή την επιλογή της ευθανασίας; Ας μην ξεχνάμε, ο ελληνικός λαός υπήρξε πάντοτε θαρραλέος στις επιλογές του. Έλυσε το θέμα των εκτρώσεων χωρίς κανείς να το πάρει είδηση όταν άλλες κοινωνίες, όπως αυτή των ΗΠΑ, σείονται ακόμη και δεν μπορούν να αποφασίσουν... Έχει λυθεί και το θέμα της ευθανασίας από τον ελληνικό λαό και τους γιατρούς του - ένα θέμα που έχει πιο εύκολη ηθική κατοχύρωση απ' ό,τι οι εκτρώσεις - χωρίς να χρειασθεί να περάσουμε κάτω από τα φώτα της μεγάλης λεωφόρου, άρα και ενός νομοθετήματος. Απλώς, αποφεύγουμε να το συζητήσουμε...». (38)



«Ουδείς είναι έτοιμος στην Ελλάδα...»

Ο πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου κ. Μανώλης Καλοκαιρινός είναι κατηγορηματικά αντίθετος με το θέμα της ευθανασίας.

«Και αν η ενδεδειγμένη φαρμακευτική δόση δεν είναι αρκετή και ο άρρωστος συνεχίζει να πονάει και να βασανίζεται;» τον ρωτώ.

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

Ο καθηγητής Επιδημιολογίας στις Ιατρικές Σχολές των Πανεπιστημίων

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

Αυτό εξηγεί, κατά τον κ. Τριχόπουλο, τη γενική τοποθέτηση των γιατρών που δεν έχουν «προβληματισθεί αρκετά ή δεν τους επιτρέπεται να προβληματισθούν αρκετά. Όλοι παγιδευόμαστε σ' αυτά που λέμε...(38)



« Συζήτηση στο Αγρίνιο για την Ευθανασία – Ευζωία ».

Μιά σημαντική συνάντηση-συζήτηση πραγματοποιήθηκε στο Αγρίνιο, με διοργανωτή την Ιατρική Εταιρεία Αγρινίου (με Πρόεδρο τον Καρδιολόγο κ. **Νικόλαο Μάτσα**). Καλεσμένοι να αναπτύξουν εισηγήσεις ο **Σεβ. Μητροπολίτης** μας κ. **Ιερόθεος**, ο **Χειρουργός κ. Παναγιώτης Σπύρου**, ο **Ιατρός κ. Βορίδης**, ο οποίος τελικά δεν μπόρεσε να ανταποκριθεί στην πρόσκληση, και ο κ. **Κώστας Ζουράρης**. Την συζήτηση συντόνιζε, με πείρα και ευστροφία, ο δημοσιογράφος **Γιάννης Τριάντης**.

Ο Σεβασμιώτατος στην εισήγησή του :

• ανέφερε τις αρχές στις οποίες στηρίζεται η ευθανασία (ως ανώδυνος και αξιοπρεπής θάνατος) : «την αρχή των δικαιωμάτων, πού είναι απόρροια του διαφωτισμού και της νεωτερικότητας», και «την αρχή της απολυτοποίησης της βιολογικής ζωής σε συνδυασμό με την ευδαιμονία και την χρησιμοθηρία» «Σε αυτούς τους δύο άξονες στηρίζεται και η μηχανιστική αντίληψη της ανθρωπίνης ζωής πού καλλιεργεί εν πολλοίς και η σύγχρονη ιατρική».

- αντιμετώπισε την ευθανασία με βάση την προοπτική αυτών πού την υποστηρίζουν και όχι με βάση «ηθικά» κριτήρια,
- ανέπτυξε την διάκριση βιοηθικής - βιοθεολογίας,
- παρουσίασε πέντε αρχές της βιοθεολογίας : «ότι η βιολογική ζωή δεν ταυτίζεται απόλυτα με την ύπαρξη του ανθρώπου, ο πόνος είναι ευεργετικός,

γιατί ανοίγει τα όρια της ύπαρξης, ο θάνατος δεν συνδέεται με το τέλος της βιολογικής ζωής, αλλά ο βιολογικός θάνατος τελειοποιεί την βιολογική ζωή, η αγάπη από την φύση της δεν είναι ένα συναίσθημα, αλλά πόνος και σταυρός και αποδοχή του αλλοτρίου σταυρού, και η ζωή επεκτείνεται και μετά τον θάνατο, οπότε ο τρόπος με τον οποίο ζή και πεθαίνει κανείς έχει συνέπεια στην αιώνια ύπαρξή του».

- αντιμετώπισε το θέμα του πόνου τέλος,
- παρουσίασε δύο σύγχρονα παραδείγματα ευζωίας και ευθανασίας, ως επίρρωση των όσων ανέφερε.

Ο Καθηγητής-Χειρουργός κ. Σπύρου στις εισαγωγικές σκέψεις του :

- έκανε σαφή διάκριση ευζωίας «καλοπέρασης», ευζωίας ασθενή και «ευζωίας» περιβάλλοντος,

- είπε ότι το θέμα της ευθανασίας τίθεται όταν δεν δύναται η επιστήμη να βοηθήσει τον άνθρωπο στην ίαση, και άρα το ερώτημα είναι «πόσο μπορεί να βοηθήσει η επιστήμη».

Στις απαντήσεις του ήταν...κοφτερός, μη διστάζοντας να χρησιμοποιήσει σκληρές εκφράσεις για την ευθανασία.

Επίσης, ο κ. Κώστας Ζουράρης, έκανε ορισμένες εισαγωγικές σκέψεις οι οποίες είχαν ως κεντρικά σημεία ότι:

Το πρόβλημα της ευθανασίας είναι ψευτοπρόβλημα, είναι τεχνικό πρόβλημα, διότι απορροφάται από την ευζωία. Συμπέρανε και συμφώνησε ότι ο Σεβασμιώτατος ταύτισε σχεδόν στην εισήγησή του τις έννοιες ευθανασία και ευζωία. Το ευ ζείν σημαίνει ευ θνήσκειν, δηλαδή να μπορείς να αποτιμήσεις την ζωή σου ανεπαίσχυντα.

Χαρακτηριστική και αντιπροσωπευτική της όλης συζήτησης ήταν, κατά την γνώμη μας, η απάντηση πού έδωσε ο Σεβασμιώτατος σε ερώτηση ιατρού:

Ερώτηση: Παίρνω ευκαιρία από τον στίχο του Ελύτη, πού διάβασε ο Πρόεδρος στον χαιρετισμό του: Η πρώτη αλήθεια είναι ο θάνατος, να αναζητήσουμε την δεύτερη. Αυτοπροσδιορίζεται ή προσδιορίζεται ως αλήθεια ο θάνατος και δεν αυτοπροσδιορίζεται ή προσδιορίζεται η ζωή. Ή εν πάση περιπτώσει ποιά είναι η μεγαλύτερη αλήθεια την οποία πρέπει ή μπορούμε να γνωρίζουμε: η ζωή ή ο θάνατος.

Απάντηση: Ο Σεβασμιώτατος, για να επιβεβαιώσει την ρήση του Ελύτη, ανέφερε τι λέγει ο Μ. Χάϊντεγκερ για την αυτοσυνειδησία του ανθρώπου πως είναι θνητός.

Και συνέχισε....

«Καί λέγει ο Χάϊντεγκερ, ότι το πρώτο πού αισθάνεται ο άνθρωπος ότι είναι μια ύπαρξη που οδεύει προς θάνατον και η αυτογνωσία αυτή είναι η πραγματική αλήθεια πού λέει ο Ελύτης. Τί απομένει να δούμε; Σύμφωνα με τον Γ. Σεφέρη, το "τί είναι παράδοση και τί είναι πολιτισμός". Είναι "τα συμπεμφωνημένα υπονοούμενα", αυτά τα υπονοούμενα πού όλη η κοινότητα γνωρίζει και στην δική μας παράδοση ακριβώς φαίνεται αυτή η δεύτερη αλήθεια... Η πρώτη αλήθεια είναι ο θάνατος... Η δεύτερη μεγάλη αλήθεια, η μετά τον θάνατο, είναι τί νόημα δίνω στην ζωή, και αυτό είναι πολύ σημαντικό για μένα, και εκεί βλέπω την ευζωία και την εκεί βλέπω την ευθανασία...». (43)



12.1 Ερωτήσεις – απαντήσεις που διατυπώθηκαν κατά την διάρκεια σεμιναρίου σχετικά με την ευθανασία.

Καθημερινά πεθαίνουν άνθρωποι. Οι περισσότεροι από εμάς φοβούνται το θάνατο. Μας τρομάζει και διερωτόμαστε: "Τι θα συμβεί σ' εμένα μετά το θάνατο;"

Πολλοί λένε: "Δεν γνωρίζουμε τι υπάρχει μετά. Κανένας δεν έχει ποτέ επιστρέψει από τους μεταθανάτιους κόσμους". Ακόμα και οι χριστιανικές εκκλησίες δεν είναι σε θέση να μας δώσουν μια ικανοποιητική απάντηση, σ' αυτό το υπαρξιακό ζήτημα. (44)

Για όποιον θεωρεί τη "ζωή" σαν την ύπαρξη μεταξύ της γέννησης και του θανάτου, η καταγωγή του και ο μελλοντικός του προορισμός παραμένουν ένα μυστήριο. (44)

Σ' αυτό το βιβλίο δεν παρουσιάζουμε μυστήρια, αλλά την αλήθεια, που πολλοί δεν γνωρίζουν πια, δηλαδή πως ο θάνατος δεν είναι μια κάθετη τομή στη ζωή μας, αλλά η πόρτα που διαβαίνουμε προς την ύπαρξη σε μια άλλη διάσταση. (44)

Η πόρτα που μας οδηγεί σε μια ζωή που θα είναι τόσο πιο φωτεινή, όσο πιο συνειδητά ο άνθρωπος έχει φέρει σε πέρας την αποστολή της γήινης του ζωής. (44)

Ο θάνατος είναι, επομένως, ένας σταθμός της πορείας, που η ψυχή μας διανύει για να φτάσει σε μια τέλεια ζωή!

Εάν αντιληφθούμε τι είναι αληθινά η ζωή, δεν έχουμε πια λόγο να φοβόμαστε το θάνατο. Η ζωή μας συνεχίζεται και εμείς οι ίδιοι καθορίζουμε πως. (44)

Τι είναι η ζωή;

Η ζωή, η ζωή μας, είναι μήπως εκείνο το μικρό χρονικό διάστημα μεταξύ της αρχής και του τέλους της γήινης ζωής, μεταξύ της γέννησης και του θανάτου, μεταξύ των δύο αναπόφευκτων γεγονότων, που τις περισσότερες φορές είναι σηματοδεδειμένα από δυσκολίες και βάσανα; Μπορεί μονάχα να λεχθεί, πως η ζωή μιας ανθρώπινης ύπαρξης αρχίζει με τη σύλληψή της, αναπτύσσεται μέσα στη μητρική κοιλότητα, μετά ο άνθρωπος γεννιέται, ζει μερικές δεκαετίες, πεθαίνει και μετά τον ενταφιασμό επιστρέφει στο στάδιο των εξ ων συνετέθη; (των ξεχωριστών συστατικών από τα οποία αποτελείτο;) Ή μήπως υπάρχει κάτι άλλο; Η ψυχή είναι μόνο ένα συμπλήρωμα του γήινου σώματος μαζί με το οποίο διαλύεται; Ο οργανισμός του ανθρώπου είναι μήπως καθορισμένος αποκλειστικά από κληρονομικούς παράγοντες των γονέων και προγόνων; Το σώμα αναπτύσσεται και ωριμάζει μόνο σύμφωνα με τους νόμους της κληρονομικότητας; (44)

Πολλοί είναι πεπεισμένοι γι' αυτό. Άλλοι αποδέχονται με μεγαλύτερη ή μικρότερη πεποίθηση την ύπαρξη του ανθρώπου ή μέρος αυτού - δηλαδή της ψυχής - μετά το θάνατο. Μερικοί πιστεύουν πως ο νεκρός αναπαύεται μέσα στον τάφο, μέχρι την ανάσταση του σώματος, γι' αυτό και χαράσσουν πάνω στην επιτάφια πλάκα: "Αναπαύεται εν ειρήνη". Θεωρούν πως, παρά την εμφανή διάλυση, το σώμα θα μπορέσει να αναστηθεί εκ νέου. (44)

Όποιος ζητά διευκρινήσεις για τη ζωή και το θάνατο από τις χριστιανικές εκκλησίες, ανακαλύπτει πως αυτές δεν είναι σε θέση να δώσουν ουδεμία εξήγηση, σε σχέση με το τι συμβαίνει μετά το θάνατο, από τη στιγμή που η Βίβλος δεν περιέχει συγκεκριμένες πληροφορίες πάνω σ' αυτό το θέμα. Πολλά πρόσωπα που είναι δεμένα στην εκκλησία, φοβούνται πως θα πρέπει να υποφέρουν μέσα στην κόλαση, μετά το θάνατο ή πως θα καταδικαστούν αιώνια, μετά τη δεύτερα παρουσία. (44)

Ο σύγχρονος και εξελιγμένος άνθρωπος του εικοστού αιώνα, αποφεύγει το θέμα του θανάτου. Για εκείνον υπάρχει μόνο η πραγματικότητα, που καταφέρνει να συλλάβει με τις πέντε αισθήσεις και με το νου. Αυτός θεωρεί μόνο τη ζωή του σώματος, που αυτός πειραματίζεται, σαν μια εναλλαγή περιοδικών φάσεων. Αν και η αληθινή του καταγωγή και το νόημα του πεπρωμένου του παραμένουν γι' αυτόν ένα άλυτο αίνιγμα, αυτός είναι πεπεισμένος πως η ζωή συνίσταται σ' αυτό που συγκεκριμένα πειραματίζεται σε υλικό επίπεδο. Επειδή η συνείδησή του είναι επηρεασμένη από τον υλισμό, αυτός αποφεύγει να αναλογιστεί για το τέλος της γήινης του ζωής, δηλαδή για το θάνατο, επειδή θεωρεί πως ο θάνατος σβήνει την ύπαρξή του. (44)

Ο άνθρωπος αγαπά επομένως, τη ζωή του, που έστω και αν του φέρνει διάφορες αντιξοότητες, του προσφέρει επίσης ποικίλες ικανοποιήσεις και ενδιαφέροντα. Θα ήθελε να ζήσει επί μακρόν και να μη βλέπει να πεθαίνουν ούτε οι άλλοι. Συχνά οι φίλοι και οι συγγενείς προσπαθούν να διατηρούν στη ζωή, εκείνον που είναι ήδη σηματοδεδεμένος από το θάνατο. Ο φόβος και η αμάθεια έχουν κάνει το θάνατο για πολύ καιρό ένα ταμπού. Αυτή η συμπεριφορά έχει αλλάξει εδώ και λίγα χρόνια, αφότου μερικοί γιατροί ανέλαβαν την αποστολή να βοηθούν τους ετοιμοθάνατους ασθενείς, αντί να τους αγνοούν, όταν κάθε θεραπεία καθίσταται περιττή.(44)

Οι εμπειρίες που έχουν γίνει στα όρια του θανάτου, έχουν προβληματίσει και επιτρέπουν ν' αντικριστεί αυτό το γεγονός κάτω από ένα νέο φως. Αυτές έχουν ενθαρρύνει τη διεύρυνση του περιορισμένου ορίζοντα της γνώσης της ζωής. Κατά συνέπεια, ένας αυξανόμενος αριθμός ατόμων προγεύεται ή πιστεύει ήδη στην αλήθεια, που είναι έμφυτη στην αντίληψη της ζωής των ανθρώπων, που ζούνε σε χώρες λιγότερο υλιστικές από τις δικές μας, που θεωρούν το θάνατο σαν ένα σταθμό, που αποτελεί μέρος ενός φυσικού κύκλου της ζωής. Αυτοί είναι πεπεισμένοι πως, μετά από το θάνατο του σώματος, ο λεγόμενος "νεκρός" - δηλαδή η ψυχή του - συνεχίζει να ζει. Είναι γνωστό, επίσης, σε πολλούς πως - στη διάρκεια του πρόσκαιρου - η ψυχή μπορεί να ζήσει διάφορες γήινες ζωές, προσλαμβάνοντας διάφορα γήινα σώματα. (44)

Και σ' εμάς επίσης, απλές λαϊκές δοξασίες διδάσκουν, πως η ύπαρξη συνεχίζεται. Όταν, σήμερα, οι επιστήμονες που μελετάνε το φαινόμενο του θανάτου δημοσιεύουν τα αποτελέσματα των επιστημονικών τους ερευνών, συμβαίνει να διαβάζουμε πράγματα εν μέρει γνωστά. Πράγματι, ακόμα κι' αν οι θεωρίες των φυσικών επιστημών και τα δόγματα της εκκλησίας έχουν καταφέρει να σιγήσουν αρχαίες αλήθειες, ξεριζώνοντάς τες από τη συνείδησή μας, δεν έχουν καταφέρει να αποδείξουν το αντίθετο και ούτε ν' αλλάξουν τα πραγματικά γεγονότα, απορρίπτοντας τα απλά. (44)

Το περιεχόμενο αυτού του βιβλίου αναφέρεται στις θεμελιώδεις εμπειρίες της ανθρωπότητας. Διορθώνει όμως πολλά σημεία και προσθέτει πληροφορίες εν μέρει νέες, φτάνοντας στον κόσμο πέραν της ύλης, μέσα στον κόσμο του Πνεύματος. Η πηγή γνώσης από την οποία αντλούμε και που διαδίδουμε, είναι εκείνη του Πνεύματος. Το Θείο, έχει αποκαλύψει σε κάθε εποχή και αποκαλύπτει επίσης και σήμερα, αυτές τις θεμελιώδεις αλήθειες, δια μέσου προφητικού στόματος. (44)

Εμείς δεν κάνουμε άλλο, παρά να ντύσουμε με λόγια αυτή την αλήθεια, που μας δίνεται από τη θεϊκή Πηγή. (44)

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

Πάνω στο θέμα που έχει εδώ αναπτυχθεί, η ΟΙΚΟΥΜΕΝΙΚΗ ΖΩΗ έχει οργανώσει σεμινάρια σε πολλές πόλεις. Κατά τη διάρκεια διαλόγων, στο τέλος των διαλέξεων, είχε διαφανεί πάντα μεγάλο ενδιαφέρον για θέματα που πήγαιναν πέρα από το ειδικό θέμα της εκάστοτε διάλεξης και που εξυπηρετούσαν στο να συμπληρώσουν και να προσθέσουν λεπτομέρειες. (44)

Αφού συγκεντρώθηκαν και επιλέχθηκαν οι ερωτήσεις που είχαν γίνει στα διάφορα σεμινάρια, διαπιστώθηκε πως μερικές από αυτές είχαν τεθεί πολλές φορές, με διαφορετικό τρόπο. (44)

Πιστεύοντας πως αυτές ενδιαφέρουν πολλούς αναγνώστες, το δεύτερο μέρος είναι αφιερωμένο σε μια σειρά ερωτήσεων και απαντήσεων πάνω σε θεμελιώδη θέματα. (44)

1η ερώτηση

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ασχολούνται συχνά με την ευθανασία. Τι μπορεί να επιφέρει στην ψυχή η συντόμευση του πόνου, προκαλώντας έναν πρόωρο θάνατο, για παράδειγμα από οίκτο;

Απάντηση

Δεν είναι όλα όσα θα θέλαμε να κάνουμε για να δώσουμε ανακούφιση στον ετοιμοθάνατο, πραγματική βοήθεια για την ψυχή του. Είναι επιτρεπτό να βοηθήσουμε το σώμα που υποφέρει και από το οποίο η ψυχή αποχωρίζεται και οφείλουμε να το κάνουμε, αλλά δεν θα πρέπει να επιβραδύνουμε τον ονομαζόμενο θάνατο ή να συντομεύσουμε τη γήινη ζωή με φάρμακα.

Μια συγκεκριμένη και θετική βοήθεια δεν συνίσταται στο να καταστήσουμε τον αποχωρισμό της ψυχής από το φυσικό σώμα όσο το δυνατόν πιο ευχάριστο, κάνοντάς την να χάσει τη συνείδηση με τα φάρμακα. Η ασθένεια και ο πόνος χρησιμεύουν για να εξαγνίζουν την ψυχή. Η ασθένεια και ο πόνος έχουν, επομένως, μια καλή σημασία από πνευματικής σκοπιάς. Εάν αναγνωρίζουμε σ' αυτά μια ευκαιρία για να εξαγνίσουμε τις ενοχές μας και τα αποδεχόμαστε, αυτά μπορούν να εκτελέσουν καλύτερα τη λειτουργία τους. (44)

2η ερώτηση

Αυτό σημαίνει πως όποιος πραγματοποιεί την ευθανασία ενοχοποιείται ;

Απάντηση

Ναι, λίγο ή πολύ. Όποιος παρεμβαίνει στην πορεία της ζωής, είτε για να την συντομεύσει, είτε για να την παρατείνει πάση θυσία, ενοχοποιείται. Εάν γνωρίζω έναν πνευματικό Νόμο και τον παραβαίνω, η ενοχή μου είναι μεγαλύτερη, παρά όταν ενεργώ από άγνοια και με καλή πίστη. (44)

3η ερώτηση

Εάν έχω πραγματώσει την ευθανασία και στη συνέχεια αναγνωρίσω πως δεν έχω ενεργήσει ορθά, πώς μπορεί να με συγχωρέσει η ψυχή του νεκρού;

Απάντηση

Μην έλθετε σε άμεση επαφή με την ψυχή, άλλωστε είναι ενάντια στο Νόμο να ερχόμαστε σε επαφή με τους νεκρούς. Αλλά προσευχηθείτε στο Θεό να εξηγήσει το συμβάν σ' εκείνη την ψυχή. Αυτός είναι η σύνδεση. Μπορούμε να ζητήσουμε συγχώρεση από την ψυχή, μέσω Εκείνου. Θα πρέπει, επομένως, να ζητήσουμε συγχώρεση από την ψυχή, διαμέσου της λυτρωτικής δύναμης του Χριστού. (44)

4η ερώτηση

Εμείς έχουμε το καθήκον να διατηρούμε τη ζωή. Αν ένα μωρό που δεν είναι σε θέση να ζήσει, διατηρείται στη ζωή με τεχνητές επεμβάσεις, μπορεί να λεχθεί πως κακά έχειπραχθείέναντίτου;

Απάντηση

Σ' αυτή την περίπτωση, αν ένα μωρό διατηρείται στη ζωή πάση θυσία, αυτό μπορεί να έχει προβλεφθεί από το κάρμα του μωρού. Παρ' όλ' αυτά, στην προκειμένη περίπτωση, ο γιατρός δεν τηρεί τους πνευματικούς Νόμους. Εάν σε ένα μωρό έχει επιτραπεί να πεθάνει σε τρυφερή ηλικία, πρέπει να λάβουμε υπ' όψη μας πως η ψυχή ενός μωρού μπορεί να εξελιχθεί πιο γρήγορα. Εσείς αναφέρατε, πως εμείς έχουμε το καθήκον να διατηρούμε τη ζωή. Τώρα σας ερωτώ: ποια ζωή; Η αληθινή μας ζωή είναι η πνευματική ζωή, όχι αυτή η τωρινή, η γήινη. (44)

5η ερώτηση

Τίποτε όμως δεν συμβαίνει τυχαία. Οι γιατροί είναι σ' αυτή την περίπτωση μόνο ένα όργανο. Δεν έχουν μήπως το καθήκον να σεβαστούνε τη ζωή;

Απάντηση

Προτού ενσαρκωθεί κάθε ύπαρξη, πληροφορείται πάνω σε ό,τι την περιμένει στη γήινή της ζωή. Γι' αυτό, αν μετά από μια μέρα γήινης ζωής ένα νεογέννητο μπορεί να επιστρέψει πίσω, είναι σίγουρα μια χάρη για την ψυχή του. Εάν κατακρατούμε τεχνητά αυτή την ψυχή, ενοχοποιούμαστε. Η ιατρική, στη σημερινή κατάσταση των πραγμάτων, δεν ενεργεί σύμφωνα με τους πνευματικούς Νόμους.

Το μωρό μπορεί να κρατηθεί στη ζωή, μόνο αν αυτή η πιθανότητα έχει επίσης προβλεφθεί μέσα στην ψυχή του μωρού, σαν κάρμα. Παρ' όλα' αυτά ο γιατρός ενοχοποιείται, αφού οι γιατροί θα έπρεπε να γνωρίζουν τους πνευματικούς Νόμους, κατά τρόπο ώστε να επεμβαίνουν μόνο όταν αυτό είναι δυνατό να γίνει συνειδητά, δηλαδή βάσει αυτών των Νόμων. Γενικά θα έπρεπε σε κάθε περίπτωση να προσπαθούμε να τηρούμε τους σοφούς Νόμους του Ουράνιου Πατέρα, κάνοντας να πηγάζουν απ' αυτούς τα έργα. Οι υψηλές δυνάμεις που ενεργούν μέσα στη θεϊκή Θέληση, μας οδηγούν πάντα στη σωτηρία μας, είτε εμείς το συνειδητοποιούμε μια δεδομένη στιγμή, είτε όχι. (44)

6η ερώτηση

Δεχόμαστε την περίπτωση ενός ανθρώπου που πεθαίνει και έχει δηλωθεί κλινικά νεκρός. Έχει ζήσει συνειδητά τις φάσεις του θανάτου. Αυτός ξέρει πως είναι κλινικά νεκρός, άλλωστε αυτή ήταν η τελευταία του σκέψη. Επαναφέρεται όμως στη ζωή. Θα είναι η ίδια ψυχή που θα επιστρέψει σ' αυτό το σώμα;

Απάντηση

Σίγουρα σ' αυτή την περίπτωση το αργυρό νήμα δεν έχει ακόμα αποκοπεί, διαφορετικά αυτή δεν θα μπορούσε πια να ανακληθεί. Εάν η ψυχή αποχωρισθεί γρήγορα από το σώμα, όπως μετά από ένα δυστύχημα, το αργυρό νήμα που δεν έχει ακόμα αποκοπεί, συνδέει ακόμα το σώμα και την ψυχή. (44)



ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την βιβλιογραφική και την ηλεκτρονική περιήγηση μας για το φλέγον, επίκαιρο, και πολύπλοκο ζήτημα της ευθανασίας προέκυψαν τα έξης συμπεράσματα και συνάμα ερωτήματα για το συγκεκριμένο ζήτημα.

Είναι σαφές πως η ευθανασία είναι ένα ιδιαίτερα περίπλοκο ζήτημα. Εξετάζοντάς την κανείς έρχεται αντιμέτωπος με πολυποίκιλα προβλήματα, τα οποία ανήκουν σε περισσότερους από έναν χώρους. Η ιατρική πρακτική, η νομική σκέψη, η ηθική υπόσταση του ανθρώπου, όλα αυτά συνδυάζονται για να δημιουργήσουν έναν κυκεώνα προβληματισμού από τον οποίο η δραπέτευση είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Αυτό αποδεικνύεται από την διάσταση των απόψεων που αφορούν το θέμα, καθώς και από την ένταση με την οποία αυτές προβάλλονται. Τι ακριβώς είναι άνθρωπος και πότε πεθαίνει; Ποιά δικαιώματα έχει ο ίδιος αλλά και ο περίγυρός του, η ίδια η κοινωνία κατά την πιο κρίσιμη ώρα της ζωής του; Μπορεί ο θάνατος και ο τρόπος που αυτός θα επέλθει να λάβει ηθική τιμή για τον θανόντα αλλά και για το κοινωνικό σύνολο ολόκληρο; Και εάν πρόκειται για ζήτημα προσωπικής επιλογής, δικαιούται ο νόμος να παρεμβαίνει με κανονιστικές διατάξεις; Αυτά είναι μερικά μόνο από τα προβλήματα που αναφύονται -όχι όλα.

Κυρίως όμως η ευθανασία είναι θέμα έντονα υπαρξιακό, προσβάλλει με την κυριολεκτική σημασία έντονα τον ανθρωπισμό μας και μας καλεί να λάβουμε θέση είναι πρόβλημα που δύσκολα μπορεί οποιοσδήποτε από εμάς να το ξεπεράσει αδιάφορα, με μια σύντομη και ανώδυνη τοποθέτηση.

Είναι βέβαιο πως ο προβληματισμός που αυτή η μελέτη θέλησε να προβάλλει, χωρίς να πρωτοτυπεί ή να καλύπτει εντελώς το θέμα, θα συνεχίσει να

υφίσταται και να ταλαιπωρεί την σκέψη μας. Και τούτο, επειδή η ευθανασία αφορά στην πιο οριακή στιγμή της ανθρώπινης ζωής, μια στιγμή κατά την οποία τίθεται σε δοκιμασία ολόκληρο το οικοδόμημα του ανθρωπισμού και των ανθρώπινων αξιών, λίγο πριν εκμηδενιστούν οριστικά από τον θάνατο.

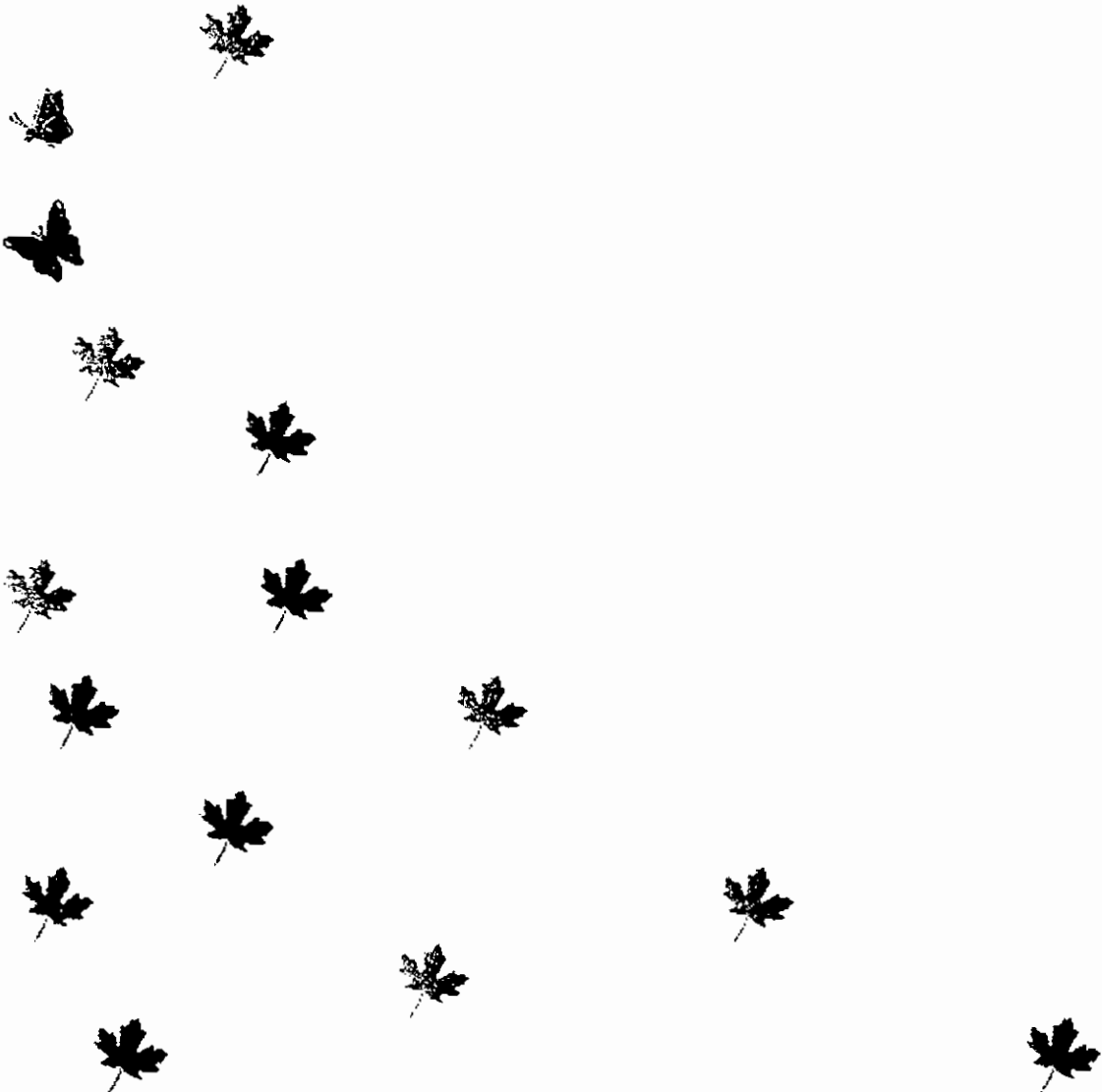
Έτσι μέσα από τους παραπάνω προβληματισμούς μας που προκύπτουν από την βιβλιογραφική μας ανασκόπηση, παραθέτουμε τις εξής προτάσεις :

- ➔ Δημιουργία ειδικών ιδρυμάτων, που στοχεύουν στην παροχή φροντίδας ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους.
- ➔ Ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας για παράταση της ζωής, υποστηρίζοντάς τη με μηχανικά μέσα και συμβολή στην εμφάνιση ηθικών διλημμάτων.
- ➔ Η Ευθανασία να γίνει αντικείμενο συζήτησης και προβληματισμού για την νομική επιστήμη.
- ➔ Ενημέρωση των μελών του νοσηλευτικού προσωπικού στη σχετική περί ευθανασίας νομοθεσία.
- ➔ Εισαγωγή της διδασκαλίας του αντικειμένου της νομοθεσίας των διαφόρων ηθικών διλημμάτων στην τριτοβάθμια νοσηλευτική εκπαίδευση.
- ➔ Ανάλυση ενεργά παρεμβατικού ρόλου από πλευράς νοσηλευτή για την αντιμετώπιση αυτής της περιόδου κρίσης.



Τί είναι εντέλει ζωή και θάνατος ;

« Η ζωή είναι ένα ταξίδι που αν κατορθώσουμε να του δώσουμε στοιχείο αποστολής, ομορφαίνει αν και δεν είναι πάντοτε επικτό. Θάνατος δεν ξέρω τι είναι, μοιάζει να είναι κάτι το απόλυτα αναπόφευκτο.....»



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. «ΛΑΡΟΥΣ – ΜΠΡΙΤΑΝΝΙΚΑ», εγκυκλοπαίδεια, τόμος 25^{ος}, εκδοτικός οργανισμός Πάπυρος, 1984, σ.97
2. From Internet : www.Protopapadakis.gr/the%20purpose.htm
Πρωτοπαπαδάκης Βαγγέλης : ...Θανάτου,(θυσία, αυτοκτονία, ευθανασία)
Σεπτέμβριος 1999...συνθήκες, 2002
3. Αβραμίδης Α., «Ευθανασία», επίτομος, εκδόσεις Ακρίτας, Αθήνα 1995, σ. 33 – 35, 38 – 40, 44, 47, 51 – 52, 59 – 67
4. From Internet : www.Jesuslovesyou.gr/euthanasia.htm
Η θέση του χριστιανού στο θέμα της ευθανασίας, 2002
5. Μαλλιαρής Ζαν – Ζιγκλέρ, «Οι ζωντανοί και ο θάνατος», επίτομος, εκδόσεις
Παιδεία, Αθήνα 1982, σ. 409 – 417
6. Σαριδάκης Μάνος, «ΠΡΙΝ», εφημερίδα της Ανεξάρτητης Αριστεράς,
Κυριακή 7 Απριλίου, έτος 11^ο, φύλλο 56, σ. 20
7. Παρασκευαΐδης Χ., «Νεώτερες όψεις του προβλήματος της ευθανασίας»,
επίτομος, εκδόσεις Χρυσοπηγή, Αθήνα 1986, σ. 15 – 17
8. Μελέτης Γ.Β, «Τί γίνεται μετά το θάνατο», επίτομος, εκδόσεις Αδελφότης
Θεολόγων η Ζωή, σ. 236 – 238, 244 – 247
9. From Internet : www.geocities.com/moiroulas/efthanasia.htm
«Η αρνητική τοποθέτηση της εκκλησιαστικής παράδοσης απέναντι στην
ευθανασία», Φεβρουάριος 1998, 2002
10. Μητσόπουλος Ν, «Η λεγόμενη ευθανασία», επίτομος, Αθήνα 1980, σ. 91 –
96, 98 – 101
11. Καράμπελας Δ.Λ., «Η ευθανασία και το δικαίωμα στην ζωή και στον
θάνατο», επίτομος, εκδόσεις Εστία, Αθήνα 1987, σ. 28
12. Μπακογιάννης Π.Β, «Υγεία και αρρώστια», περιοδικό «Αποστολική Διακο-
νία», Πάτρα 1997, σ. 82 – 83

13. Χρονόπουλος Ν.Β, « Το πρόβλημα της ευθανασίας», Αθήνα 1980, σ. 26 –32
14. Μηλιώνης Ν.Γ, «Ελληνική Αντικαρκινική εταιρεία – νοσηλευτικών σπουδών, μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-ογκολογίας Μαρτίου – Ιουνίου 1999», Αθήνα 2000, σ. 14 – 15, 38 – 40
15. Βαζαίου – Αναπλιώτη Ε., «Καθημερινά ιατρικά προβλήματα», Αθήνα 1988, σ. 116 - 118
16. Δρακόπουλος Σ., «Εγκεφαλικός θάνατος», περιοδικό «Πειραϊκή Εκκλησία», τεύχος Νοεμβρίου 1993, σ. 90 – 92
17. Παρασκευαΐδης Χ., «Εγκεφαλικός ή καρδιακός θάνατος», εκδόσεις Χρυσοπηγή, Αθήνα 1992, σ. 6 – 7, 14 – 15
18. Δρακόπουλος Σ., «Εγκεφαλικός θάνατος», περιοδικό, «Πειραϊκή εκκλησία», τεύχος Σεπτεμβρίου 1996
19. Παπαγεωργίου Γ., « Εγκεφαλικός θάνατος», περιοδικό, «Πειραϊκή εκκλησία», τεύχος Σεπτεμβρίου 1996, σ. 89 – 92
20. Walton John, «Νευρολογία», ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 1984, σ. 128
21. From Internet : www.cnc.gr/congress/internal-medicine/Scientific.htm
 Βάντσος Μ., «Βιοηθική και Θεολογικός προβληματισμός», Δημοσίευση από εισήγηση στο 31^ο Ιερατικό Συνέδριο Ι.Μ Γερμανίας, Μόναχο 30 Οκτωβρίου έως 2 Νοεμβρίου 2000, 2002
22. Ραζής Δ., «Οι πρώτες αντιδράσεις από την νομιμοποίηση της ευθανασίας», περιοδικό, «Flash Gr – Care Magazine – Νέα από τον κόσμο», δημοσίευση 1 Δεκεμβρίου 2000
23. From Internet : www.nsph.gr.gr/toimeis/dim/dioik-yg.htm, 2002
24. Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., «Η ψυχολογία στο χώρο της Υγείας», εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, έκδοση 1^η, Αθήνα 1995, σ. 160
25. Bacqu Marie – Frederique, «Πένθος και υγεία άλλοτε και σήμερα. Το σόκ της απώλειας. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις. Η αντιμετώπιση». Μετάφραση : Κουτρούμπα Χριστίνα, Επιμέλεια : Ευαγγελοπούλου Χρυσούλα – Γραμμένος

- Θάνος, Εκδόσεις Θυμάρι, έκδοση 1^η, Αθήνα, Ιούλιος 2001, σ. 233 – 236
26. Αθανάτου Ε.Κ., «Κλινική Νοσηλευτική, Βασικές και Ειδικές Νοσηλείες», έκδοση 8^η βελτιωμένη, σ. 619 - 620
27. Κωδικός άρθρου : Α 16907907 Ν 351, εφημερίδα, «ΤΑ ΝΕΑ», 29/11/2000, σ. Ν 35
28. Εφημερίδα, «ΒΗΜΑ», 3/4/2002, Αθήνα
29. From Internet : www.webnow.netfirms.com, 2002
30. Ανδρέου Ν.Φ., «Ελληνικός Ποινικός Κώδικας», έκδοση 3^η, 1999, σ. 679-681
31. Μιχαλοδημητράκης Μ. – Κουτσελίνης Α., «Ιατρική Ευθύνη, γενικά – ειδικά θέματα ιατρικής αμέλειας και ιατρικής ευθύνης», εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα 1984, σ. 190
32. From Internet : www.euthanasia.gr ή www.ευθανασία.gr ή www.mercy.gr, 2002
33. Γκαράνης Τ., Δάλλα – Βοργία Π., Παπαδάτος Ι., Κρεμαστινός Τ., «Εντατική θεραπεία : ηθικοί προβληματισμοί στο θέμα της ευθανασίας», Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Αθήνα 1996
34. Ζηρογιάννης Π.Ν., « Ο ιατρός δίπλα στον θνήσκοντα ασθενή», Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1996
35. Πριάμη Μ. Μερκούρης, Δαλλή Ε., Τουρούκη Γ. τριμηνιαίο περιοδικό «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ», , τόμος 40, τεύχος 4^ο, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2001, σ. 46 –50
36. Scott M., Peck M.D, «Ευθανασία και θνητότητα, η άρνηση της ψυχής», εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1997, σ. 50 – 53, 137 – 150
37. Κολιόπουλος Ι., «Χωρίς ψευδαισθήσεις», , άρθρα – δοκίμια σε ιατροκοινωνικά θέματα, Αθήνα 1978, σ. 20 – 22
38. From Internet : www.disabled.gr/gr-arts/euthanasia.html
«ΤΑ ΝΕΑ», εφημερίδα, δημοσιογράφος Αθανασίου Α., «Η ευθανασία στην Ελλάδα, βόμβα του καθ. Επιδημιολογίας, Τριχόπουλου Δ., στις ιατρικές

σχολές των πανεπιστημίων Harvard και Αθηνών, 23/4/2001», 2002

39. From Internet : www.hr.org/E/1996/96-11-18-dir/keimena/greece.3.htm
«Ένας έκανε...πολλοί θέλουν. Αίτημα ασθενή που βρισκόταν στο τελευταίο στάδιο ανιάτης νόσου», 2002
40. From Internet : www.webnow.gr/online/page.html
«Ευθανασία...Βρετανίδα κέρδισε το δικαίωμα στον θάνατο, Λονδίνο»,
Online, τεύχος 17, 2002
41. From Internet : www.imd.html/gr/section_02/med/speeches/01/01.htm
«Ιερά Μητρόπολη Δημητριάδος...και εξέλιξη, γιατί εκεί ως δικαίωμα σε έναν αξιοπρεπή θάνατο εκλαμβάνεται η ευθανασία...», 2002
42. From Internet : www.antenna.gr/news/show-article.asp
Κατηγορία : κοινωνία. «Κατά της ευθανασίας τάσσεται ο αρχιεπίσκοπος»,
2002
43. From Internet : www.parembasis.gr/2001/1-12-16-13.htm
«Συζήτηση στο Αγρίνιο για την ευθανασία – Ευζωία – Θέμα συζήτησης η ευθανασία και η ευζωία, 2002
44. From Internet : www.daswort.com/el/s407_21.html
«Από πού έρχομαι, που πάω...4^η ερώτηση. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ασχολούνται συχνά με την ευθανασία...». Universelles leben.,
Haugerring 7, w- 97070 Worzburg, Germany, αριθμός βιβλίου s 407 el,
2002

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΕΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΩΝ

- From Internet : www.sadness.gr/news/94
Ειδησεογραφία – καταγγελίες για ευθανασία σε νοσοκομείο των Ιωαννίνων,
2002
- Φίλιππος Ν.Ανδρέου, «Ποινικός κώδικας», έκδοση 3^η, 1999, σ. 679 – 981
- «Βασική νοσηλευτική Ι», επιμέλεια : Γεωργούση Παρασκευή, (Σημειώσεις),
Πάτρα 1999, σ. 17

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

1. Είδος και σκοπός της έρευνας.

Η έρευνα επιλέχθηκε και είναι πιλοτική - διερευνητική, με σκοπό την καταγραφή της άποψης των επαγγελματιών νοσηλευτών της Πάτρας και των φοιτητών νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας για το δίλημμα της ευθανασίας στην εποχή μας.

Οι επιμέρους σκοποί της πιλοτική έρευνας ήταν:

- Να διερευνηθεί κατά πόσο οι νοσηλευτές έχουν βιώσει περιστατικά ευθανασίας κατά την διάρκεια της επαγγελματικής τους πορείας.
- Να διερευνηθεί κατά πόσο η ανθρώπινη ευαισθησία τους έπαιξε ρόλο.
- Να διαπιστωθεί κατά πόσο η εκπαιδευτική τους γνώση επηρεάζει και σε ποιο βαθμό, προκειμένου να παρθεί η απόφαση της ευθανασίας.
- Να διαπιστωθεί εάν και πόσο η θρησκευτική τους συνείδηση, παίζει ρόλο στην διεκπεραίωση μιας τόσο δύσκολης απόφασης.
- Να διαπιστωθεί κατά πόσο οι νοσηλευτές είναι σωστά προετοιμασμένοι για την ψυχολογική υποστήριξη των ατόμων που βρίσκονται αντιμέτωποι με το δίλημμα της ευθανασίας.

2. Υλικό και μέθοδος.

Στην μελέτη χρησιμοποιήθηκε ποσοτική προσέγγιση και ο ερευνητικός σχεδιασμός άνηκε στην κατηγορία της προοπτικής επισκόπησης.

3. Πληθυσμός - Δείγμα.

Ο πληθυσμός - στόχος ήταν επαγγελματίες νοσηλευτές, που εργάζονται στα νοσοκομεία Πάτρας, «Ρίου» και «Αγίου Ανδρέα» καθώς επίσης και φοιτητές νοσηλευτικής του Α΄ και του Ζ΄ εξαμήνου του Α.Τ.Ε.Ι Πατρών. Το δείγμα αυτό επιλέχθηκε από πληθυσμό σαράντα επαγγελματιών νοσηλευτών, εκ των οποίων οι είκοσι εργάζονται σε παθολογικά τμήματα και οι άλλοι είκοσι σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Επίσης στην δειγματοληψία αυτή, συμμετείχαν σαράντα φοιτητές του Α΄ εξαμήνου και σαράντα φοιτητές του Ζ΄ εξαμήνου.

4. Όργανο Συλλογής Μελέτης.

Προκειμένου να απαντηθούν πλήρως οι αντικειμενικοί σκοποί της μελέτης, παρατέθηκαν ερωτήσεις που αφορούσαν κυρίως στη διερεύνηση της γνώσης των νοσηλευτών σχετικό με το δίλημμα της ευθανασίας .

5. Συλλογή δεδομένων.

Η έρευνά μας διήρκεσε από μέσα Οκτωβρίου έως και τέλη Νοεμβρίου 2002. Καθένα από τα εκατόν είκοσι ερωτηματολόγια που δόθηκαν, εξηγούσε το σκοπό της μελέτης μας και διαβεβαίωνε παράλληλα τους νοσηλευτές – φοιτητές που συμμετείχαν, για την εθελοντική τους συμμετοχή και την τήρηση της ανωνυμίας και εμπιστευτικότητας. Ο συνολικός αριθμός των ερωτηματολογίων που επιστράφηκαν ήταν εκατόν είκοσι.

Αποτελέσματα – Συζήτηση

6.1 Δημογραφικά στοιχεία ερωτηθέντων (Ερωτήσεις 2 έως 10)

6.□ Ηλικία ερωτηθέντων (ερώτηση 2)

Στο διάγραμμα 1 διακρίνεται η ηλικία των ερωτηθέντων. Φαίνεται ότι το ποσοστό 40% των εργαζομένων νοσηλευτών του Παθολογικού τμήματος βρίσκεται στην ηλικία των 19 – 24, το ποσοστό 20% είναι στην ηλικία των 25 – 30, το ποσοστό 15% είναι στην ηλικία 31 – 36, το ποσοστό 5% στην ηλικία 37 – 42 και το ποσοστό 20% είναι στην ηλικία 43 – 48, ενώ στην Μ.Ε.Θ το ποσοστό 10% βρίσκεται στην ηλικία 20 – 25, το ποσοστό 35% βρίσκεται στην ηλικία 26 – 31, το ποσοστό 40% βρίσκεται στην ηλικία 32 – 37, το ποσοστό 5% βρίσκεται στην ηλικία 38 – 43, το ποσοστό 10% βρίσκεται στην ηλικία 44 – 50. Όσο αφορά τους φοιτητές νοσηλευτικής, το ποσοστό 80% του Α' εξαμήνου βρίσκεται στην ηλικία των 18 – 20, το 10% στην ηλικία των 20 – 26, το 10% στην ηλικία 27 – 32 ενώ το 84% του Ζ' εξαμήνου βρίσκεται στην ηλικία των 20 – 23, το 13% στην ηλικία 24 – 29, το 3% στην ηλικία 30 – 35.

II) Φύλο ερωτηθέντων (ερώτηση 3)

Στο διάγραμμα 2 φαίνεται το φύλο των ερωτηθέντων, από το οποίο προκύπτει ότι το 80% του παθολογικού τμήματος είναι γυναίκες ενώ το 20% είναι άντρες, επίσης το 65% της Μ.Ε.Θ είναι γυναίκες ενώ το 35% είναι άντρες. Στους φοιτητές νοσηλευτικής του Α' εξαμήνου το 80% είναι γυναίκες ενώ το 20% είναι άντρες και στο Ζ' εξάμηνο το 90% είναι γυναίκες ενώ το 10% είναι άντρες.

III) Οικογενειακή κατάσταση ερωτηθέντων (ερώτηση 4)

Στο διάγραμμα 3 φαίνεται ότι το 55% του παθολογικού τμήματος είναι άγαμοι, και το 45% είναι έγγαμοι, ενώ το 55% της Μ.Ε.Θ είναι άγαμοι και το 45% έγγαμοι. Στους φοιτητές νοσηλευτικής του Α' εξαμήνου το 90% είναι άγαμοι, το 5% είναι έγγαμοι, το 0% είναι διαζευγμένοι, και το 5% απάντησαν άλλο. Αντίστοιχα το 85% του Ζ' εξαμήνου είναι άγαμοι, το 10% έγγαμοι, το 5% διαζευγμένοι και το 0% απάντησαν άλλο.

IV) Τόπος καταγωγής ερωτηθέντων (ερώτηση 5)

Στο διάγραμμα 3 φαίνεται ότι το 20% του παθολογικού τμήματος κατάγονται από αγροτική περιοχή, το 5% από ημιαστική περιοχή και το

75% από αστική περιοχή. Στη Μ.Ε.Θ, το 30% από αγροτική περιοχή, το 30% από ημιαστική και το 40% από αστική. Στους φοιτητές του Α' εξαμήνου, το 28% κατάγονται από αγροτική περιοχή, το 28% από ημιαστική και το 44% από αστική. Στο Ζ' εξάμηνο, το 18% από αγροτική περιοχή, το 57% από ημιαστική, το 25% από αστική.

V) Μορφωτικό επίπεδο ερωτηθέντων (ερώτηση 7)

- Στο διάγραμμα 4 φαίνεται ότι το 5% του παθολογικού τμήματος έχουν τελειώσει Α.Ε.Ι, το 60% Τ.Ε.Ι και το 35% Δ.Ε. Στην Μ.Ε.Θ, το 0% είναι από Α.Ε.Ι, το 65% από Τ.Ε.Ι και το 35% Δ.Ε. Οι φοιτητές του Α' και του Ζ' εξαμήνου ανήκουν στο Τ.Ε.Ι.

VII) Θρησκεία ερωτηθέντων (ερώτηση 10)

Στο διάγραμμα 5 προκύπτει ότι το 100% όλων των ερωτηθέντων, είναι Χριστιανοί Ορθόδοξοι.

6.2 Απόψεις ερωτηθέντων σχετικά με την ευθανασία (ερωτήσεις 11 – 25)

◆ Ερώτηση 11

Στο διάγραμμα 5 το οποίο αφορά τον ορισμό της ευθανασίας, στο παθολογικό τμήμα το 80% απάντησε σωστά και το 20% λάθος. Στην Μ.Ε.Θ, το 60% απάντησε σωστά και το 40% λάθος. Το ποσοστό 70% του Α' εξαμήνου απάντησε σωστά ενώ το 30% λάθος. Το ποσοστό 87% του Ζ' εξαμήνου απάντησε σωστά ενώ το 13% λάθος.

◆ Ερώτηση 12

Στο διάγραμμα 6 το οποίο αφορά την υποτιθέμενη ερώτηση για το αν θα συμφωνούσαν να εφαρμοστεί ευθανασία σε άτομο του οικογενειακού τους περιβάλλοντος, το 35% του παθολογικού τμήματος απάντησε Ναι και το 65% Όχι.

Στην Μ.Ε.Θ το 30% συμφώνησε και το 70% διαφώνησε. Το 40% του Α' εξαμήνου απάντησε Ναι και το 60% Όχι. Το 20% του Ζ' εξαμήνου απάντησε Ναι και το 80% Όχι.

◆ Ερώτηση 13

Στο διάγραμμα 7 το οποίο αναφέρεται στο αν οι ίδιοι θα το ζητούσαν ποτέ για τον εαυτό τους, στο παθολογικό τμήμα το 35% απάντησε Ναι, το 35% Όχι και το 30% Ίσως. Στην Μ.Ε.Θ το 15% απάντησε Ναι, το 30% Όχι και το 55% Ίσως. Το 18% του Α' εξαμήνου απάντησε Ναι, το 38% Όχι και το 44% Ίσως. Το 8% του Ζ' εξαμήνου απάντησαν Ναι, το 33% Όχι και το 59% Ίσως.

◆ **Ερώτηση 14**

Στο διάγραμμα 8 που αναφέρεται στο αν έχουν βιώσει περιστατικό ευθανασίας, το 5% του παθολογικού τμήματος απάντησε **Ναι** και το 95% **Όχι**. Το 30% της Μ.Ε.Θ, απάντησε **Ναι** και το 70% **Όχι**. Το 13% του Α' εξαμήνου απάντησε **Ναι** και το 87% **Όχι**. Το 0% του Ζ' εξαμήνου απάντησε **Ναι** και το 100% **Όχι**.

◆ **Ερώτηση 15**

Στο διάγραμμα 9 που αναφέρεται για το αν θα μπορούσαν να καταλάβουν τους ανθρώπους που θέλησαν να τους κάνουν ευθανασία, το 15% του παθολογικού τμήματος απάντησε **Καθόλου**, το 55% **Λίγο**, το 30% **Πολύ**. Το 10% της Μ.Ε.Θ απάντησε **Καθόλου**, το 50% **Λίγο**, το 40% **Πολύ**. Το 8% του Α' εξαμήνου απάντησε **Καθόλου**, το 38% **Λίγο**, το 54% **Πολύ**. Το Ζ' εξαμήνου απάντησε το 5% **Καθόλου**, το 50% **Λίγο**, το 45% **Πολύ**.

◆ **Ερώτηση 16**

Στο διάγραμμα 10 για το αν υπάρχει νόμος που να επιτρέπει την ευθανασία στην Ελλάδα, το 10% του παθολογικού τμήματος απάντησε **Ναι** και το 90% **Όχι**. Το 20% της Μ.Ε.Θ απάντησε **Ναι** και το 80% **Όχι**. Το 8% του Α' εξαμήνου απάντησε **Ναι**, και το 92% **Όχι**. Το 10% του Ζ' εξαμήνου απάντησε **Ναι**, και το 90% **Όχι**.

◆ **Ερώτηση 17**

Στο διάγραμμα 11 για το αν η θρησκευτική συνείδησή τους θα έπαιζε ρόλο και σε ποιό βαθμό, το 25% του παθολογικού τμήματος απάντησε **Καθόλου**, το 0% **Λίγο**, το 20% **Μέτρια**, το 25% **Πολύ** και το 30% **Πάρα πολύ**. Το 20% της Μ.Ε.Θ απάντησε **Καθόλου**, το 15% **Λίγο**, το 20% **Μέτρια**, το 30% **Πολύ** και το 15% **Πάρα πολύ**. Το Α' εξαμήνου απάντησε το 13% **Καθόλου**, το 10% **Λίγο**, το 18% **Μέτρια**, το 28% **Πολύ** και το 30% **Πάρα πολύ**. Το Ζ' εξαμήνου απάντησε το 15% **Καθόλου**, το 13% **Λίγο**, το 20% **Μέτρια**, το 15% **Πολύ** και το 37% **Πάρα πολύ**.

◆ **Ερώτηση 18**

Στο διάγραμμα 12 για το αν θα έπρεπε να υπάρχει νόμος που να επιτρέπει την ευθανασία υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις, το 50% του παθολογικού απάντησε **Ναι** και το 50% **Όχι**. Το 60% της Μ.Ε.Θ απάντησε **Ναι** και το 40% **Όχι**. Το 55% του Α' εξαμήνου απάντησε **Ναι** και το 45% **Όχι**. Το 70% του Ζ' απάντησε **Ναι** και το 30% **Όχι**.

◆ **Ερώτηση 19**

Στο διάγραμμα 13 για το αν ήταν νόμος του κράτους θα συμφωνούσαν να κάνουν ευθανασία σε ασθενείς, το 15% του παθολογικού απάντησε **Ναι**, το 70% **Όχι** και το 15% **Ίσως**. Το 0% της Μ.Ε.Θ απάντησε **Ναι**, το 70% **Όχι** και το 30% **Ίσως**. Το 13% του Α' εξαμήνου απάντησε **Ναι**, το 43% **Όχι** και το 44% **Ίσως**. Το 5% του Ζ' εξαμήνου απάντησε **Ναι**, το 35% **Όχι** και το 60% **Ίσως**.

◆ **Ερώτηση 20**

Στο διάγραμμα 14 για το αν ελλοχεύουν κίνδυνοι μετά την εφαρμογή ενός τέτοιου νόμου, το 85% του παθολογικού απάντησε **Ναι**, το 0% **Όχι** και το 15% **Ίσως**. Το 50% της Μ.Ε.Θ απάντησε **Ναι**, το 15% **Όχι** και το 35% **Ίσως**. Το 77% του Α' εξαμήνου απάντησε **Ναι**, το 20% **Όχι** και το 3% **Ίσως**. Το 84% του Ζ' εξαμήνου απάντησε **Ναι**, το 3% **Όχι** και το 13% **Ίσως**.

◆ **Ερώτηση 21**

Στο διάγραμμα 15 για το αν συμφωνούν για την επιτάχυνση θανάτου καταληκτικού ασθενή με φάρμακα ή άλλα μέσα, το 25% του παθολογικού απάντησε **Διαφωνώ απόλυτα**, το 45% **Διαφωνώ**, το 10% **Είμαι αναποφάσιτος**, το 15% **Συμφωνώ** και το 5% **Δεν γνωρίζω**. Το 20% της Μ.Ε.Θ απάντησε **Διαφωνώ απόλυτα**, το 25% **Διαφωνώ**, το 20% **Είμαι αναποφάσιτος**, το 20% **Συμφωνώ** και το 15% **Δεν γνωρίζω**. Το 29% του Α' εξαμήνου απάντησε **Διαφωνώ απόλυτα**, το 23% **Διαφωνώ**, το 28% **Είμαι αναποφάσιτος**, το 10% **Συμφωνώ** και το 10% **Δεν γνωρίζω**. Το 23% του Ζ' απάντησε **Διαφωνώ απόλυτα**, το 34% **Διαφωνώ**, το 27% **Είμαι αναποφάσιτος**, το 13% **Συμφωνώ** και το 3% **Δεν γνωρίζω**.

◆ **Ερώτηση 22**

Στο διάγραμμα 16 για το αν η άμβλωση κατατάσσεται στην ευθανασία, το 35% του παθολογικού απάντησε **Ναι**, το 45% **Όχι** και το 20% **Δεν γνωρίζω**. Το 20% της Μ.Ε.Θ απάντησε **Ναι**, το 60% **Όχι** και το 20% **Δεν γνωρίζω**. Το 50% του Α' εξαμήνου απάντησε **Ναι**, το 25% **Όχι** και

το 25% Δεν γνωρίζω. Το 52% του Ζ' απάντησε Ναι, το 35% Όχι και το 13% Δεν γνωρίζω.

◆ **Ερώτηση 23**

Στο διάγραμμα 17 για το αν η εκκλησία καταδικάζει την ευθανασία ως πράξη η οποία αντιβαίνει στην ομαλή σχέση του ανθρώπου με τον θεό και εκφράζει : **αυτοκαταστροφικότητα, απιστία και απουσία της χριστιανικής ελπίδας**, απάντησαν το 75% του παθολογικού, το 75% της Μ.Ε.Θ, το 70% του Α' και το 77% του Ζ' εξαμήνου. Ενώ ότι εκφράζει : **μια στεία σχέση του ανθρώπου με το φυσικό κόσμο**, απάντησαν το 25% του παθολογικού, το 25% της Μ.Ε.Θ, το 30% του Α' και το 23% του Ζ' εξαμήνου.

◆ **Ερώτηση 24**

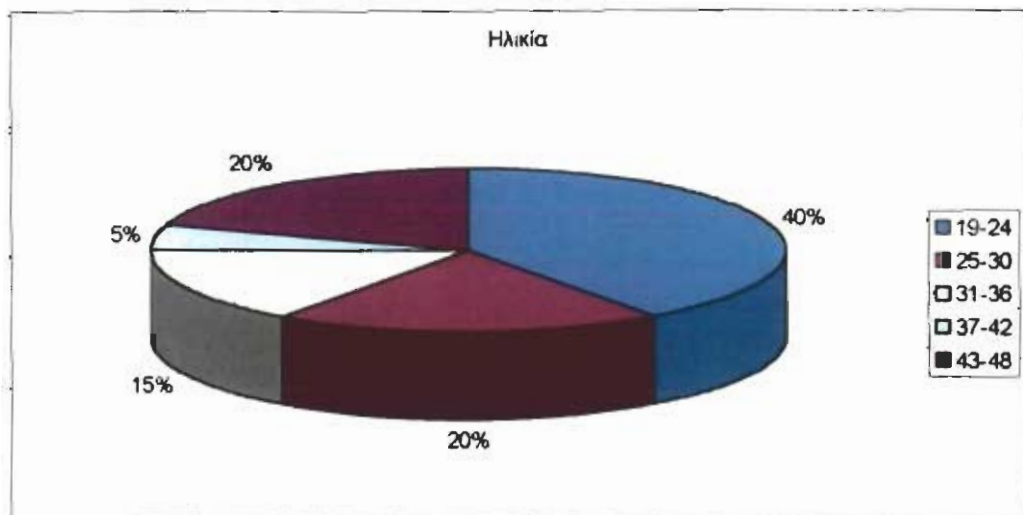
Στο διάγραμμα 18 για το ποιά κατάσταση θεωρούν σημαντικότερη για την λήψη απόφαση ευθανασίας, απάντησαν το 35% του παθολογικού την **ανίατη νόσο**, το 15% τον **καταληκτικό ασθενή**, το 0% τους **ανυπόφορους πόνους** και το 50% τον **εγκεφαλικό θάνατο**. Το 15% της Μ.Ε.Θ την **ανίατη νόσο**, το 20% τον **καταληκτικό ασθενή**, το 15% τους **ανυπόφορους πόνους** και το 50% τον **εγκεφαλικό θάνατο**. Το 18% του Α' εξαμήνου απάντησε την **ανίατη νόσο**, το 15% τον **καταληκτικό ασθενή**, το 30% τους **ανυπόφορους πόνους** και το 37% τον **εγκεφαλικό θάνατο**. Το 13% του Ζ' εξαμήνου την **ανίατη νόσο**, το 13% τον **καταληκτικό ασθενή**, το 74% τους **ανυπόφορους πόνους** και το 27% τον **εγκεφαλικό θάνατο**.

◆ **Ερώτηση 25**

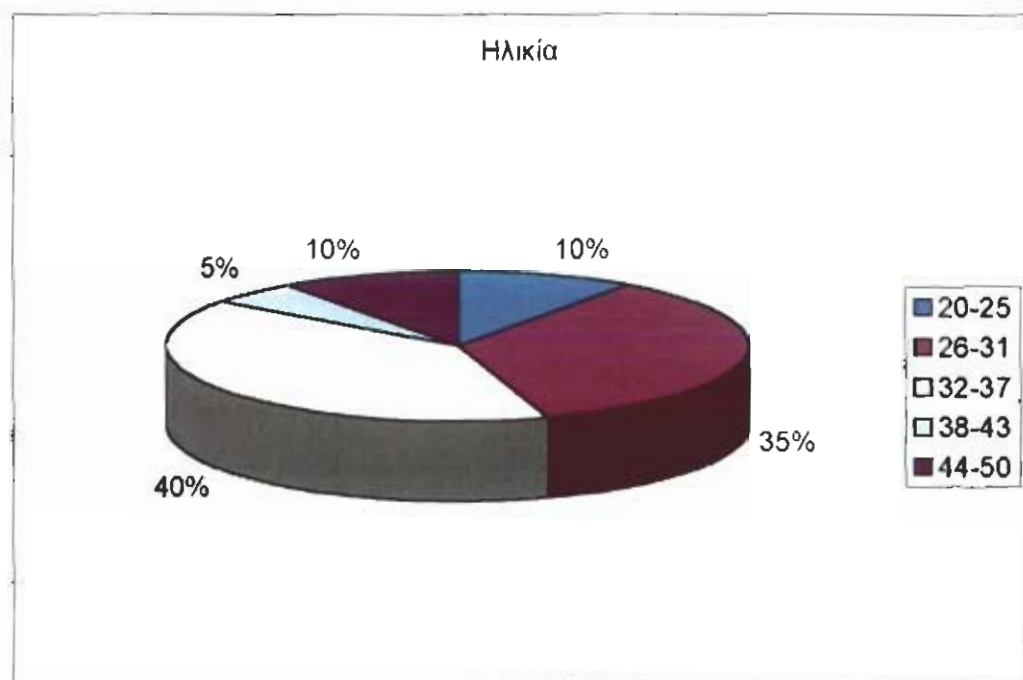
Στο διάγραμμα 19 για το αν θα επέλεγαν την ευθανασία στο υποτιθέμενο περιστατικό, το 20% του παθολογικού απάντησε Ναι, το 50% Όχι και το 30% **Είμαι αναποφάσιτος**. Το 15% της Μ.Ε.Θ Ναι, το 40% Όχι και το 45% **Είμαι αναποφάσιτος**. Το 23% του Α' εξαμήνου Ναι, το 57% Όχι και το 20% **Είμαι αναποφάσιτος**. Το 5% του Ζ' εξαμήνου Ναι, το 70% Όχι και το 25% **Είμαι αναποφάσιτος**.

7. Διαγράμματα

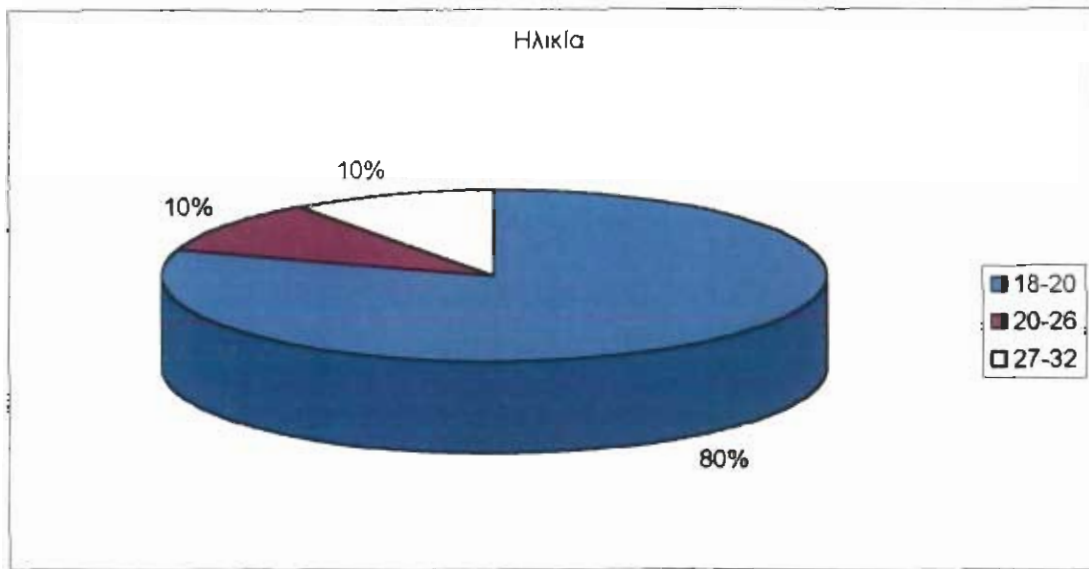
Ερώτηση 2 «Ηλικία» Παθολογικός τομέας



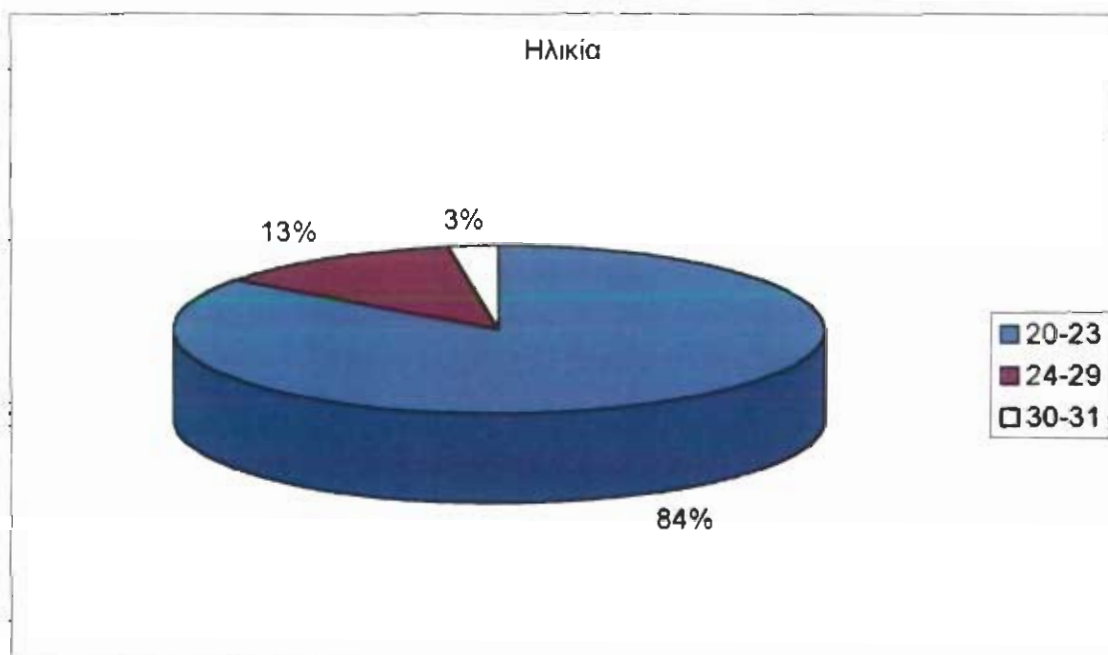
Μ.Ε.Θ



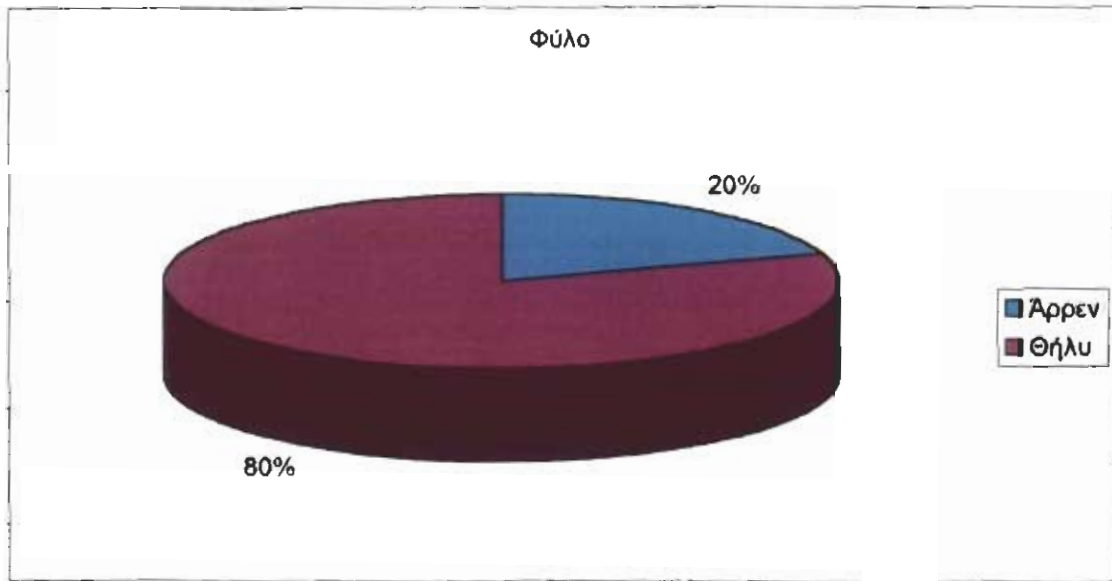
Α εξάμηνο



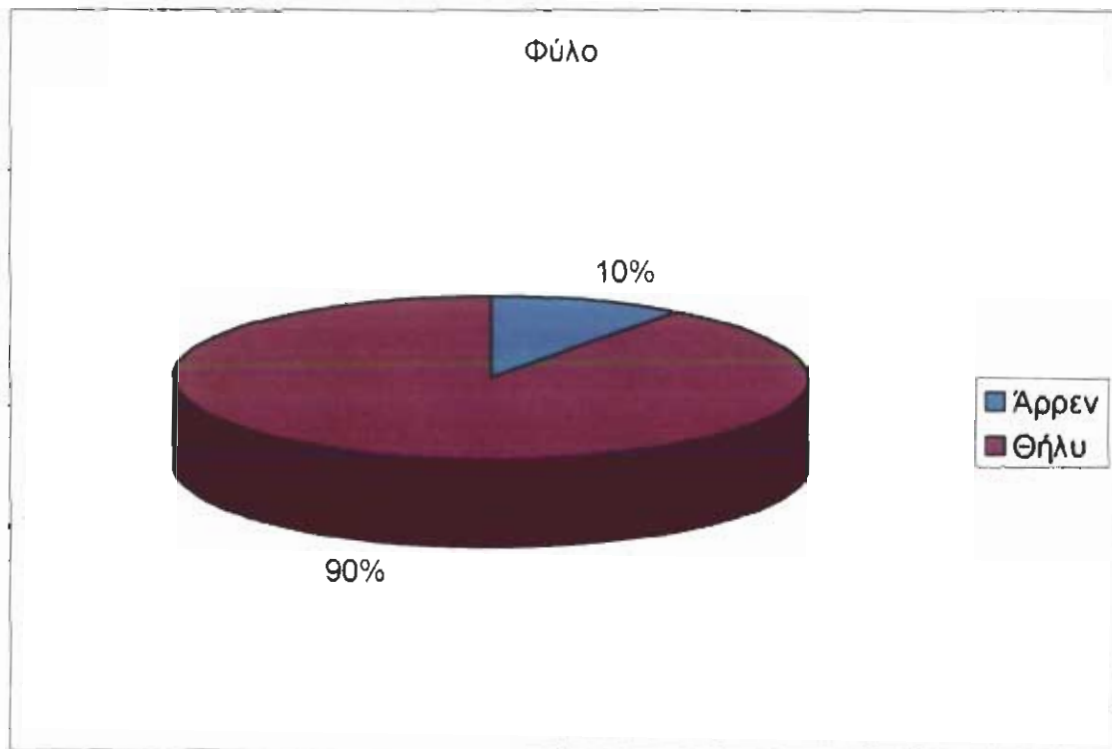
Ζ εξάμηνο



Α εξάμηνο

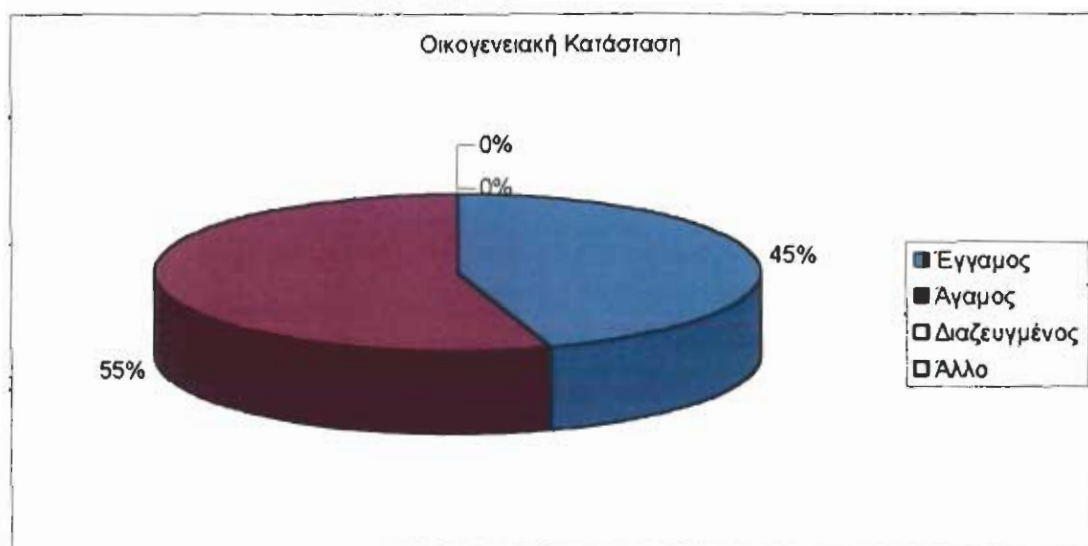


Ζ εξάμηνο

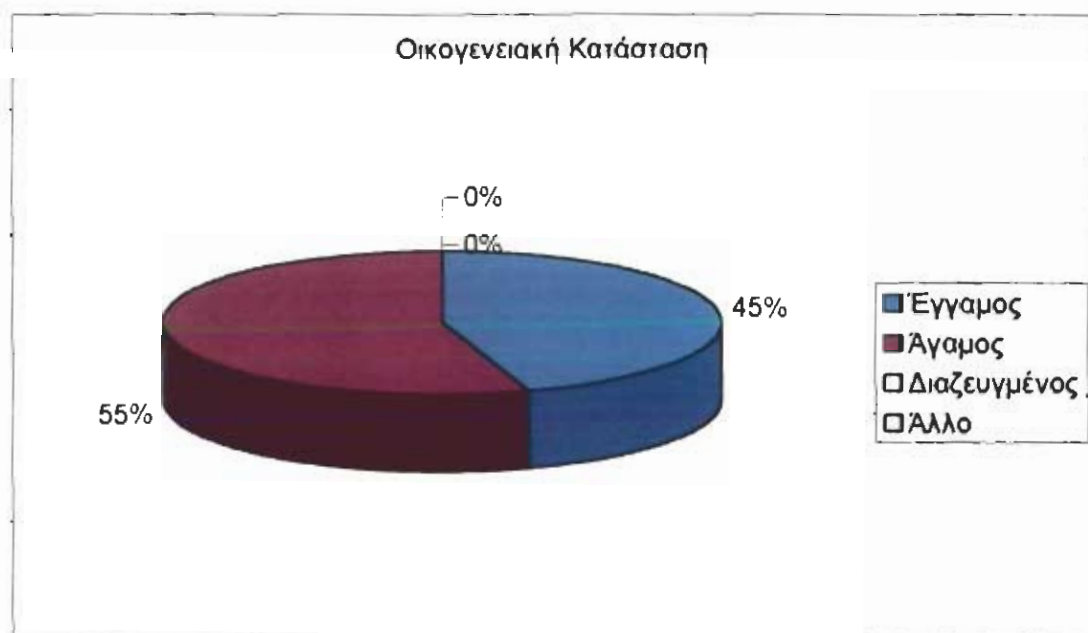


Ερώτηση 4 «Οικογενειακή κατάσταση»

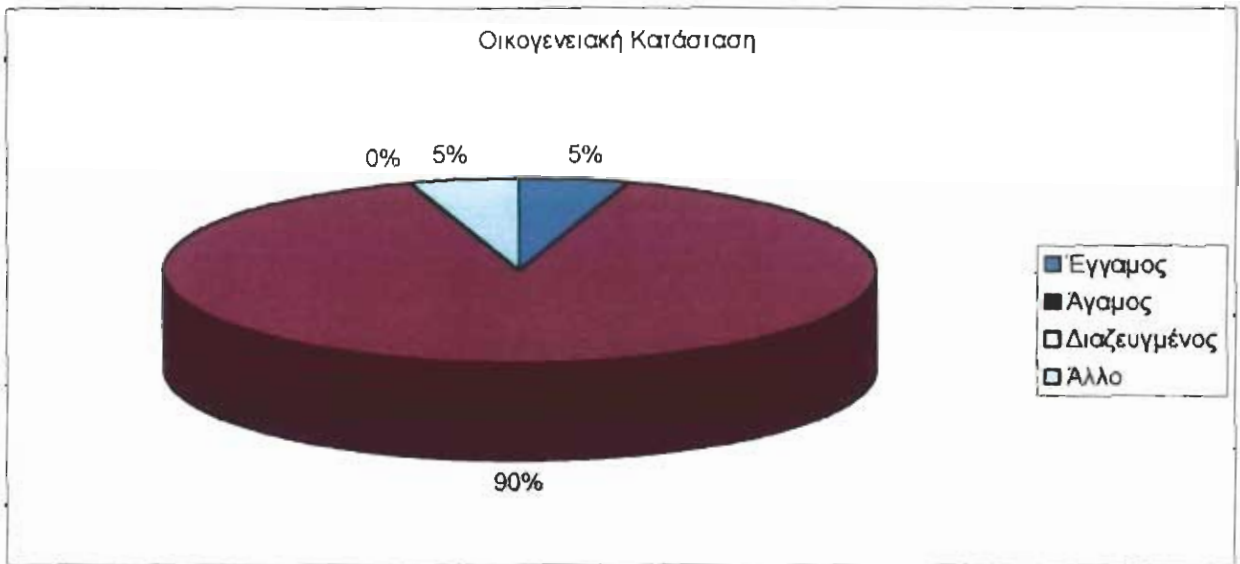
Παθολογικός τομέας



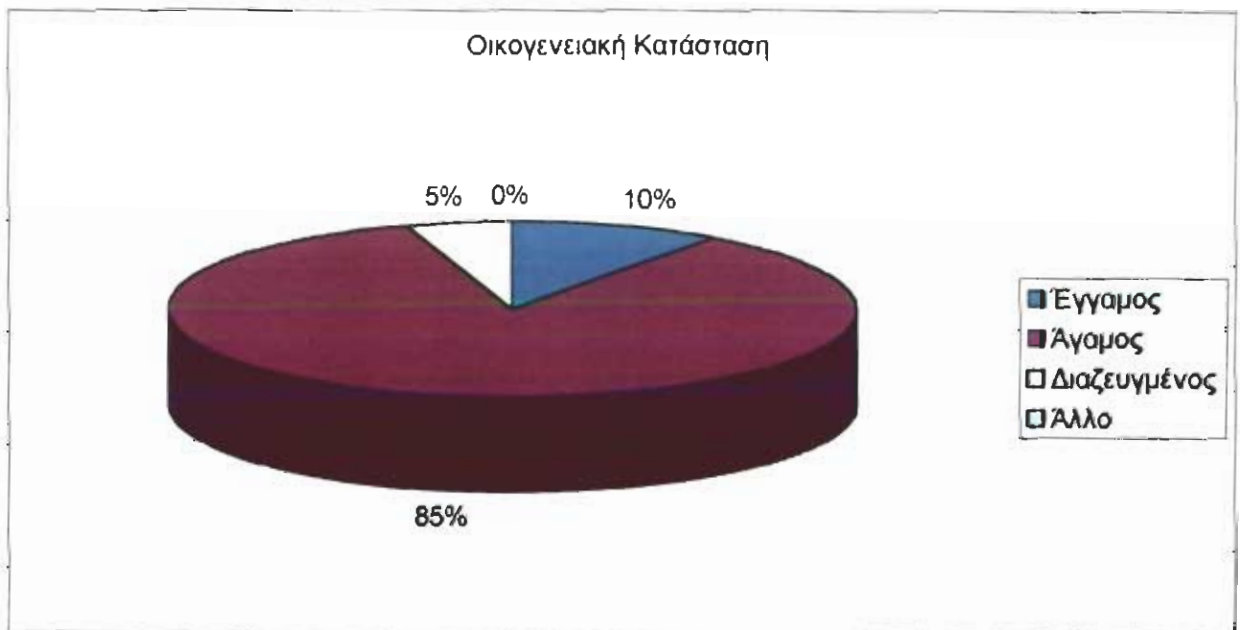
Μ.Ε.Θ



Α εξάμηνο

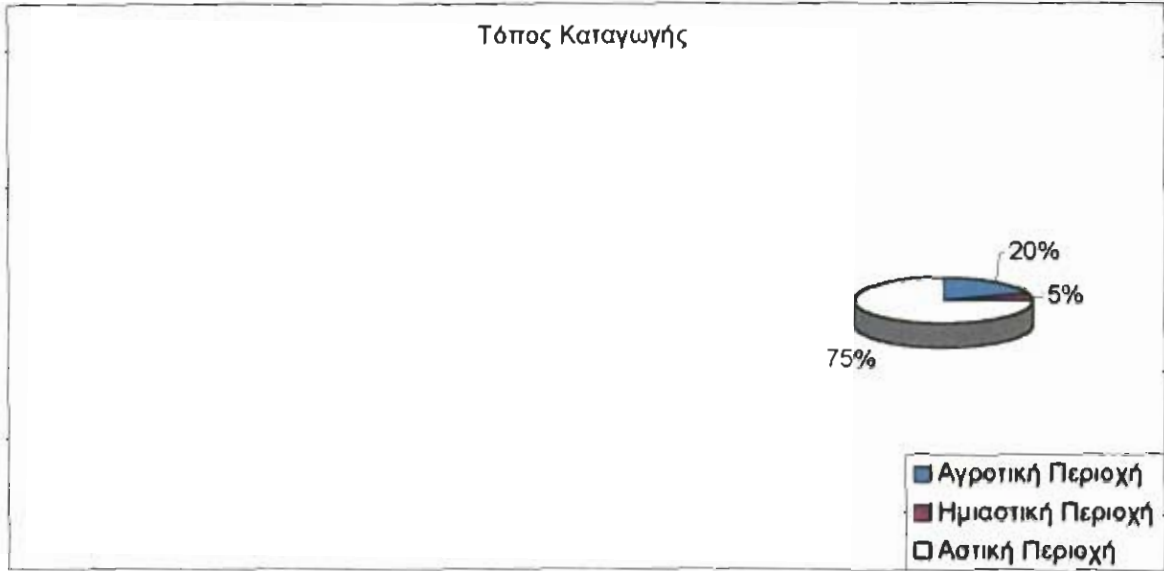


Ζ εξάμηνο

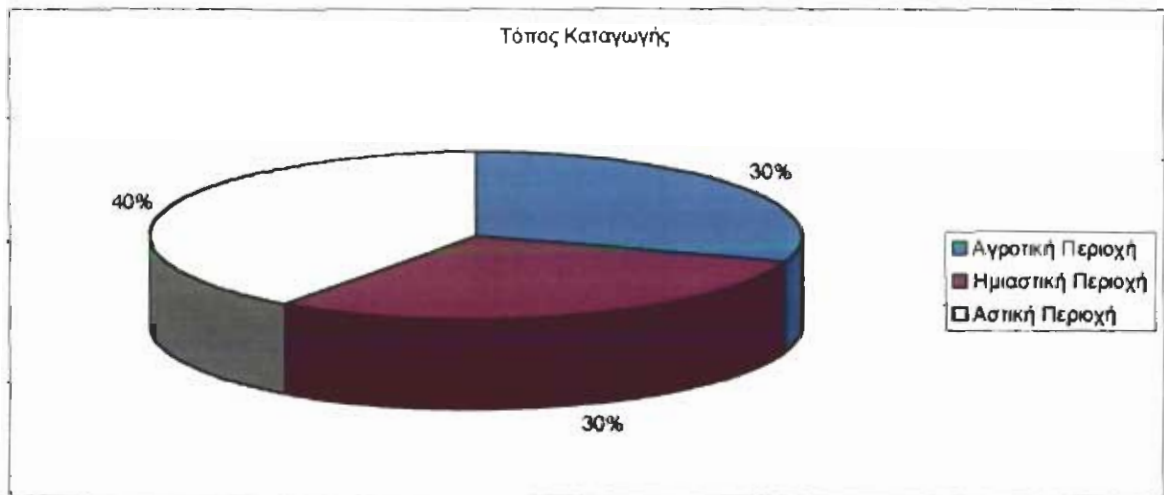


Ερώτηση 5 «Τόπος καταγωγής»

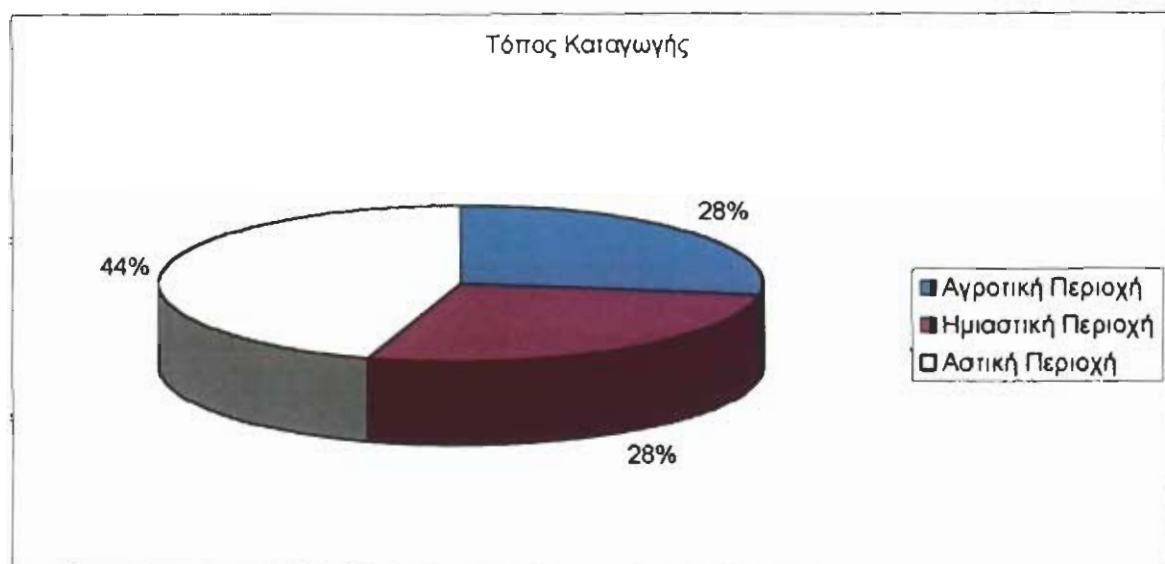
Παθολογικός τομέας



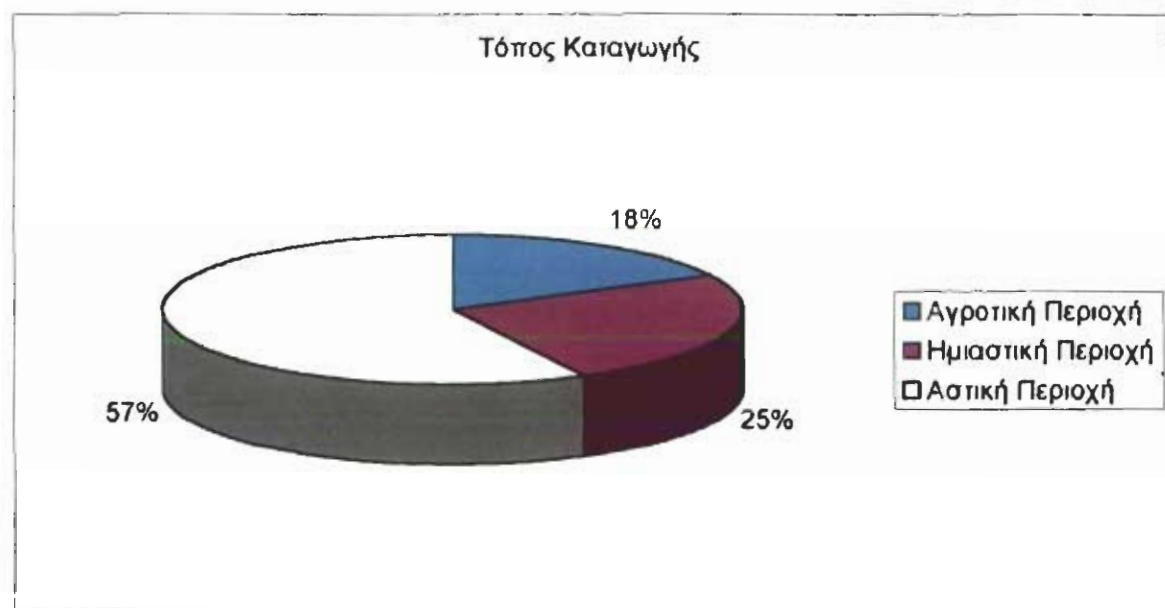
Μ.Ε.Θ



Α εξάμηνο

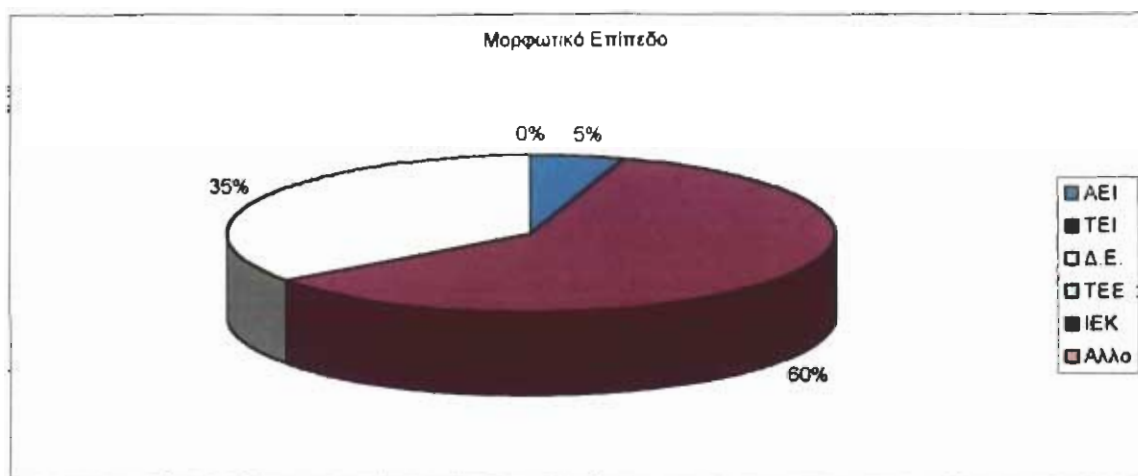


Ζ εξάμηνο

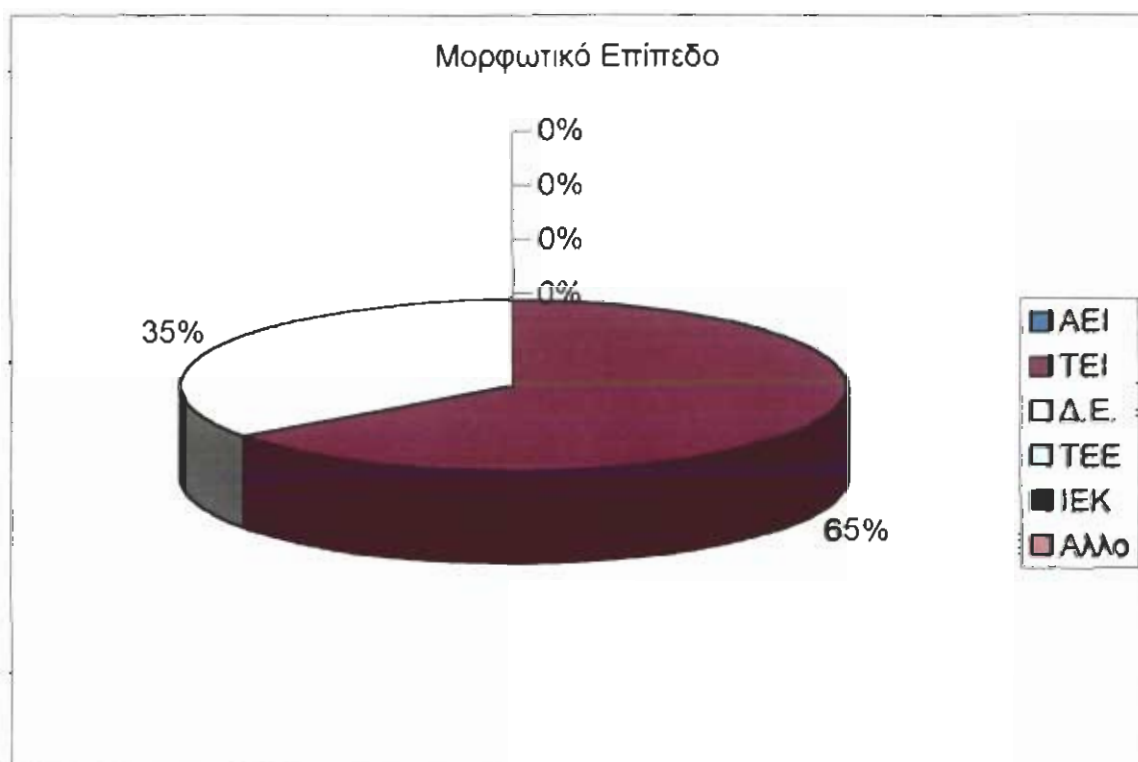


Ερώτηση 7 «Μορφωτικό επίπεδο»

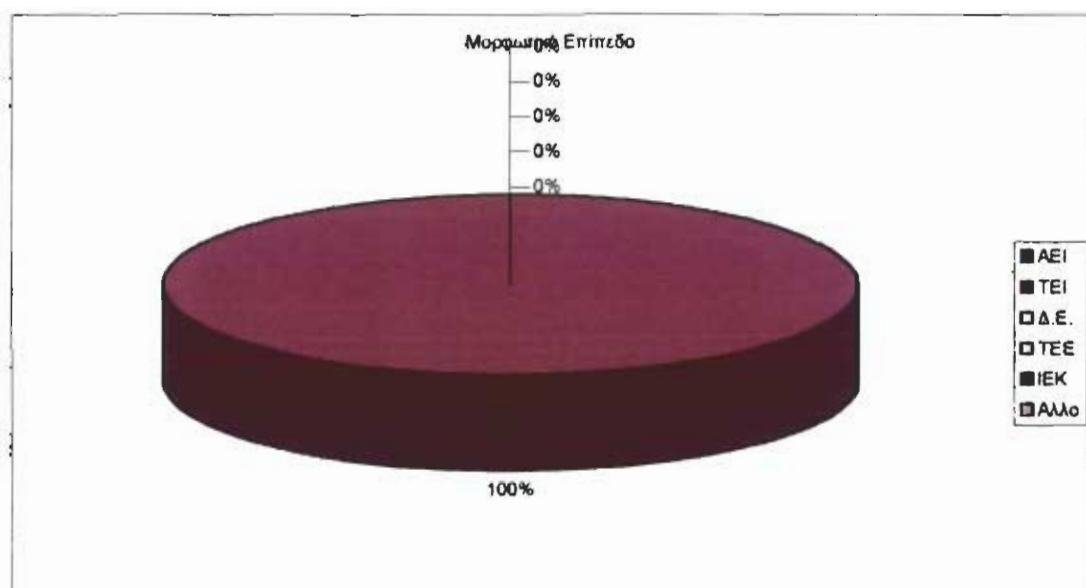
Παθολογικός τομέας



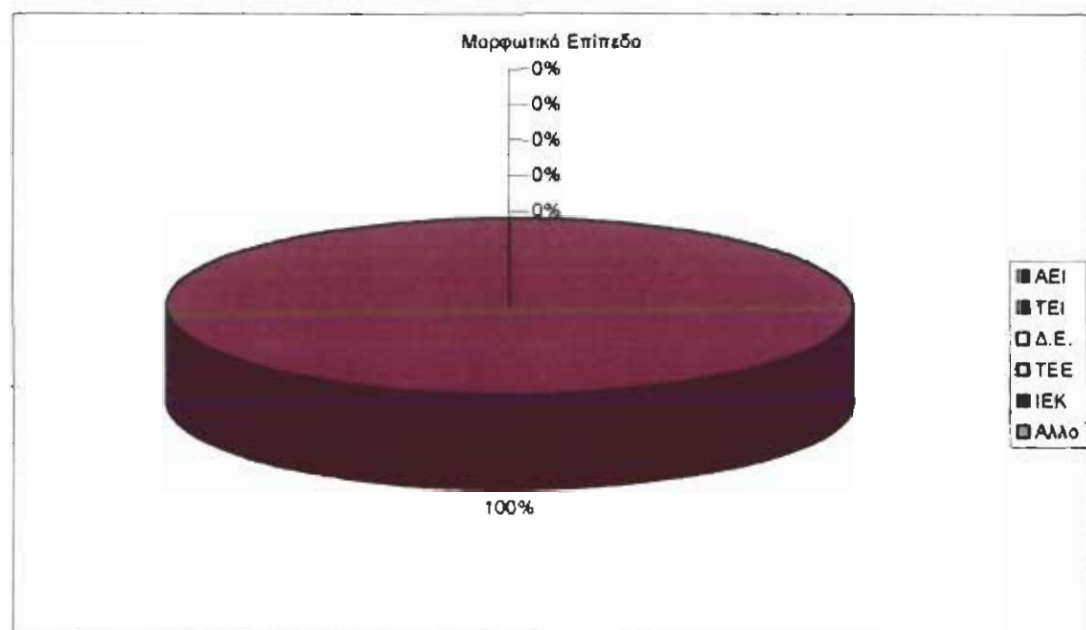
Μ.Ε.Θ



Α εξάμηνο

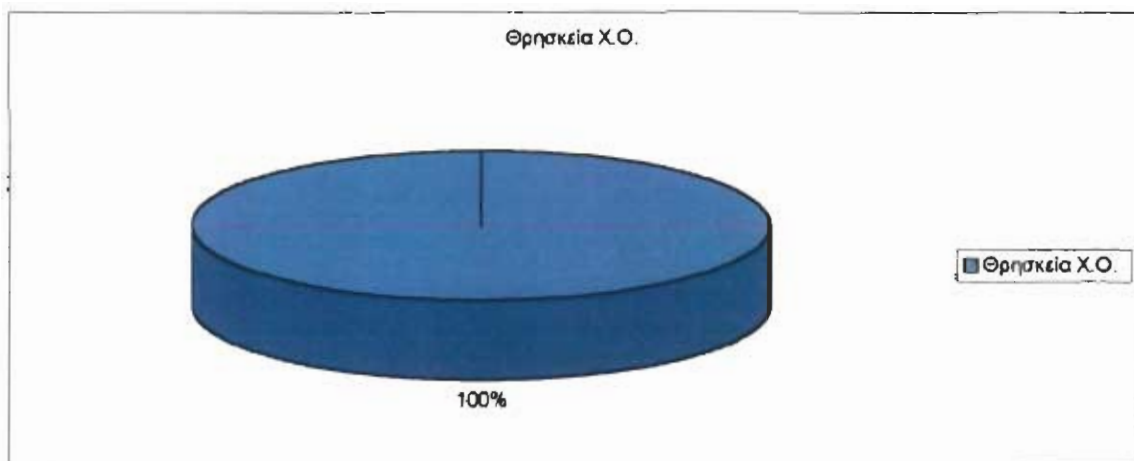


Ζ εξάμηνο

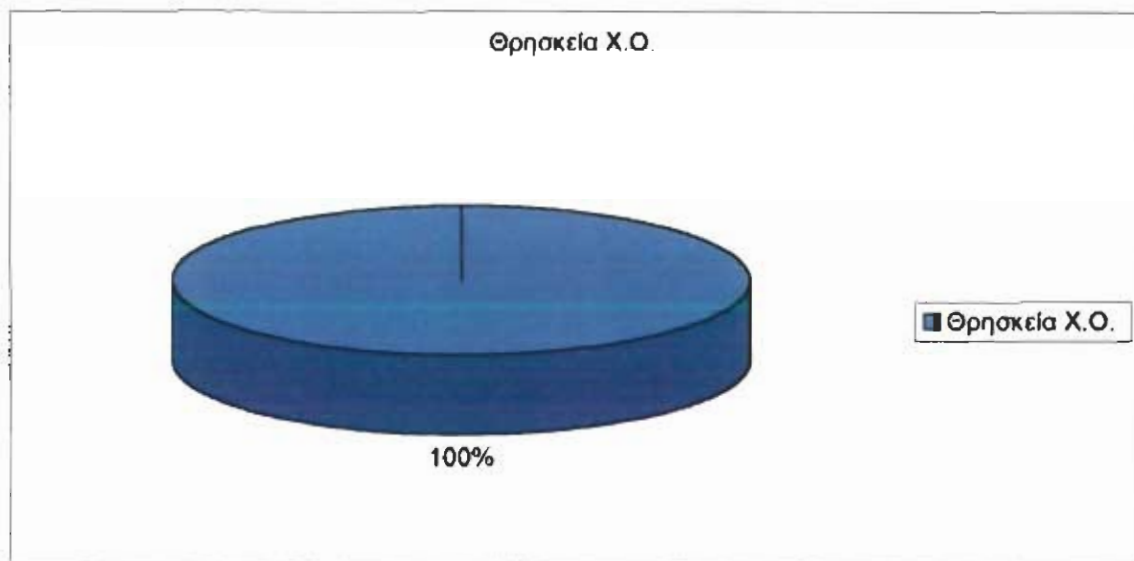


Ερώτηση 10 «Θρησκεία»

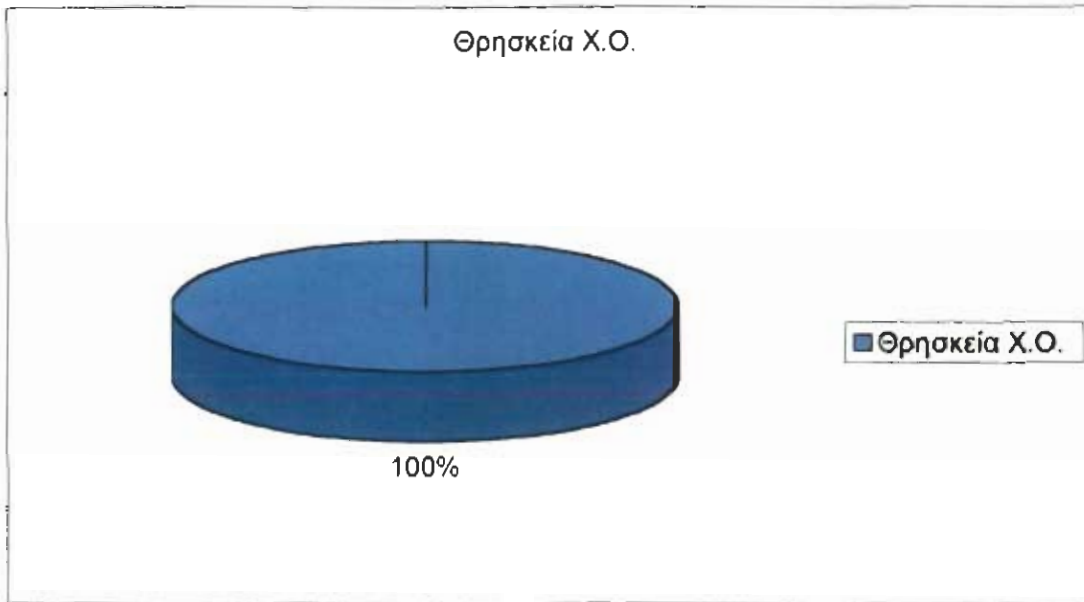
Παθολογικός τομέας



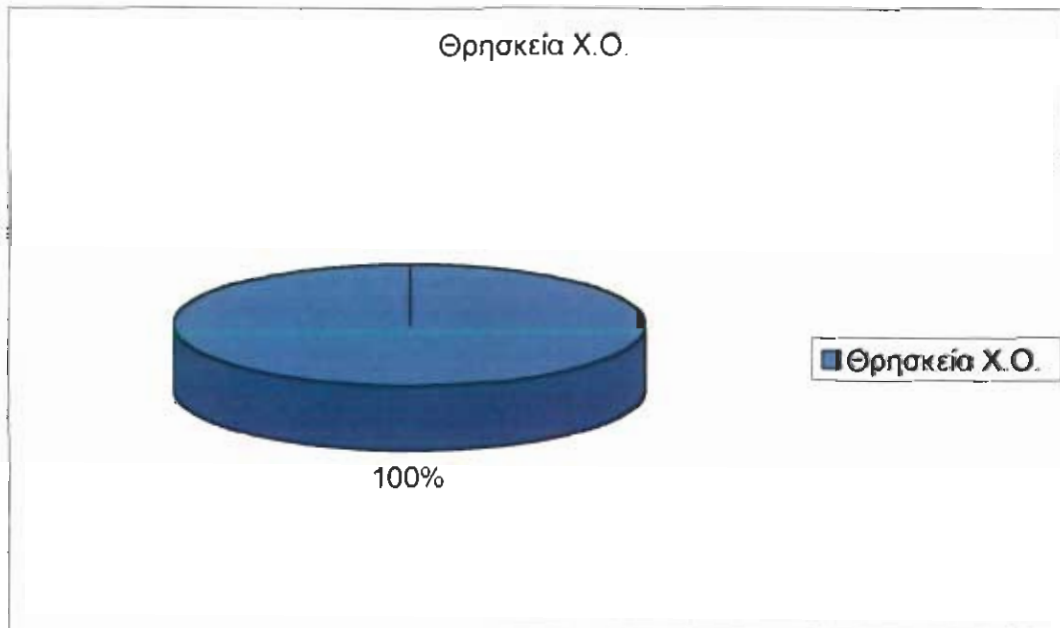
Μ.Ε.Θ



Α εξάμηνο

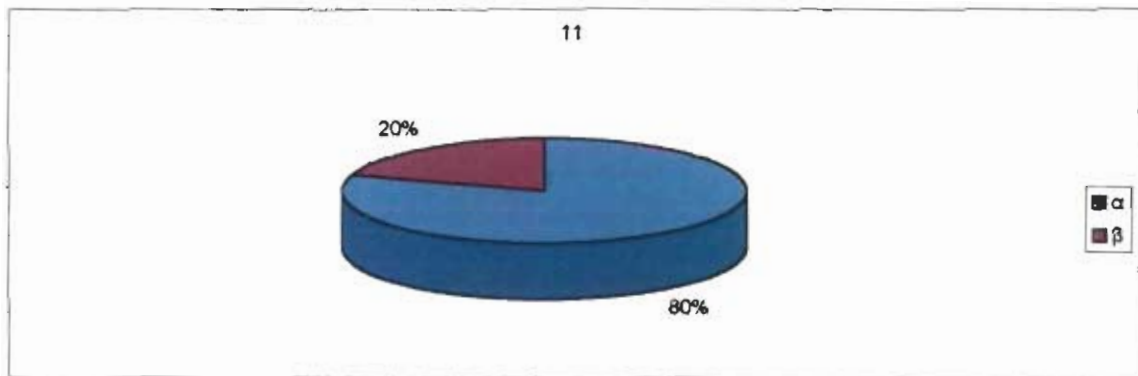


Ζ εξάμηνο

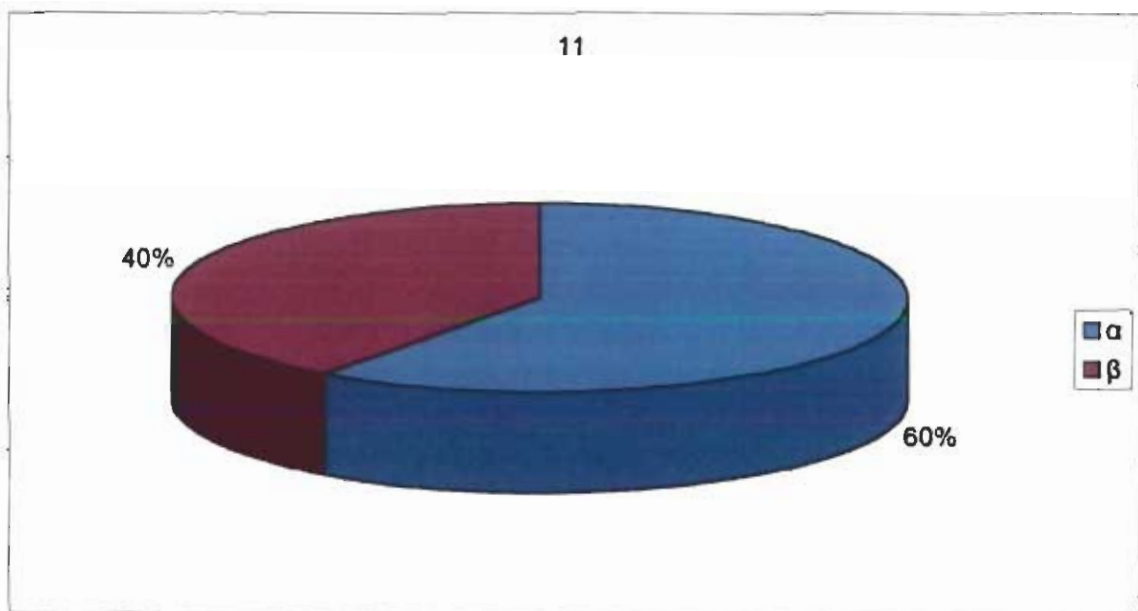


Ερώτηση 11 «Ποιός είναι ο σωστός ορισμός : α) ευθανασία "ευ+θάνατος" = η ηθελημένη θανάτωση ασθενή με τη συναίνεση του ή χωρίς αυτή. Β) ευθανασία "ευ+θάνατος" = ο ευτυχισμένος θάνατος ασθενή που επέρχεται φυσιολογικά ολοκληρώνοντας τον κύκλο της ζωής του.

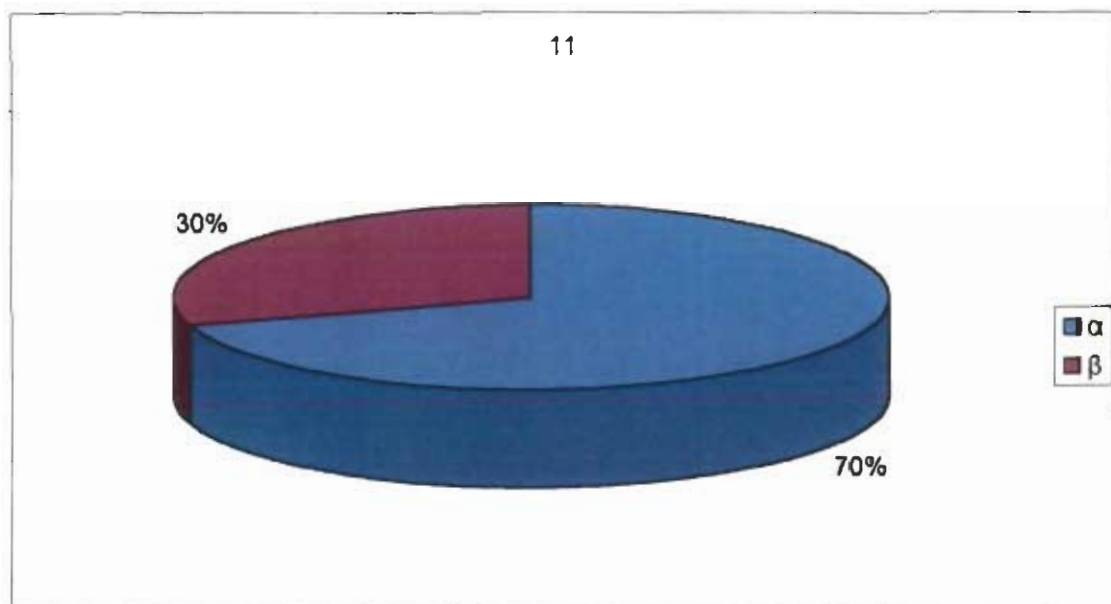
Παθολογικός τομέας



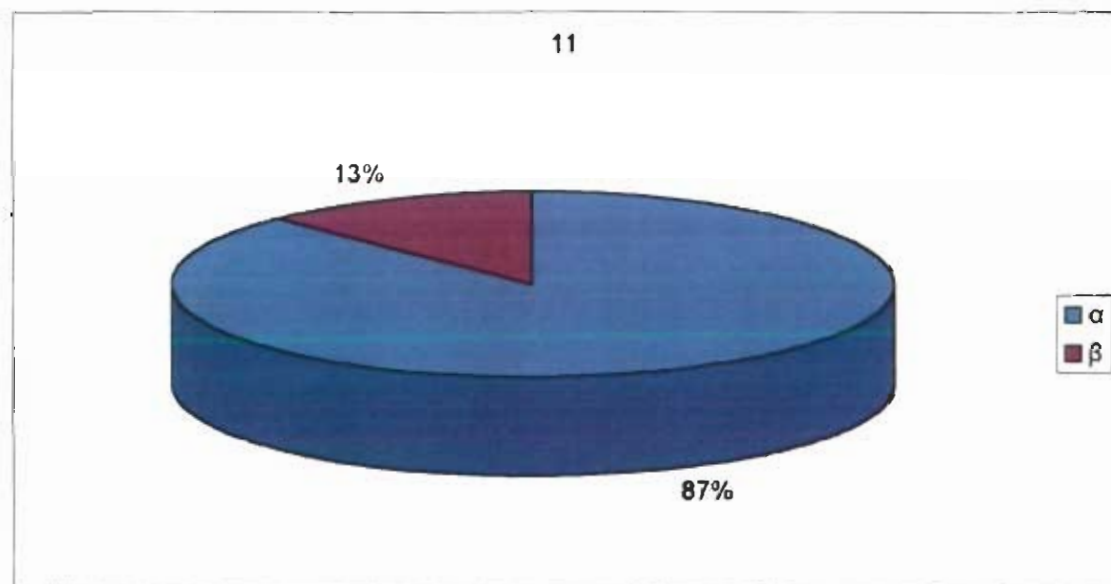
Μ.Ε.Θ



Α εξάμηνο

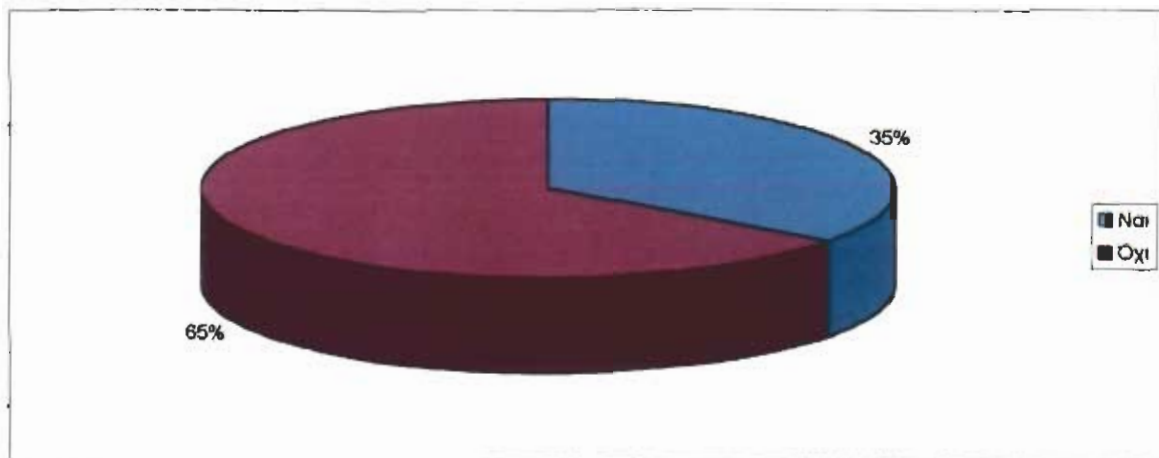


Ζ εξάμηνο

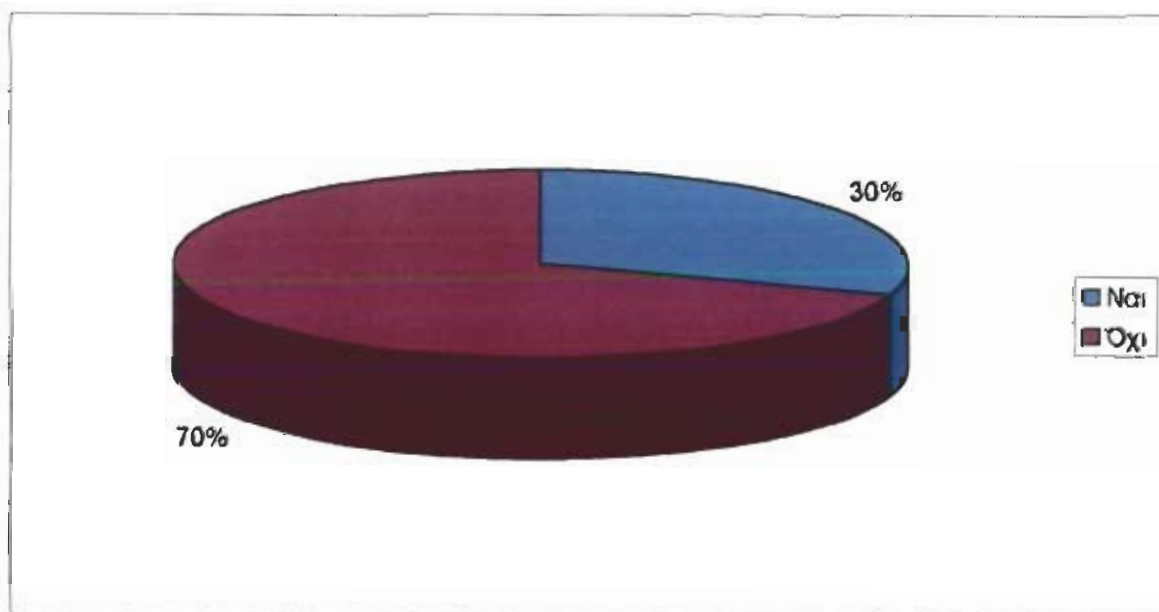


Ερώτηση 12 «Ας υποθέσουμε ότι υπάρχει στην οικογένειά σας πάσχων άτομο από ανίατη νόσο που διανύει το τελικό στάδιο της ζωής με αφόρητους πόνους και σας ζητάει να το λυτρώσετε απ' αυτούς θα το κάνατε ;

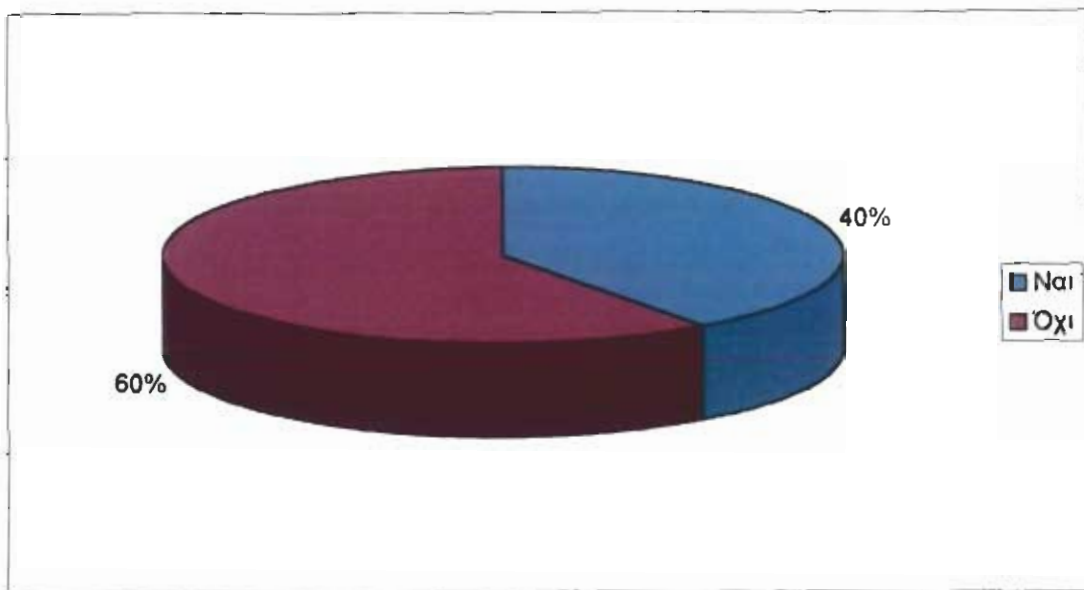
Παθολογικός τομέας



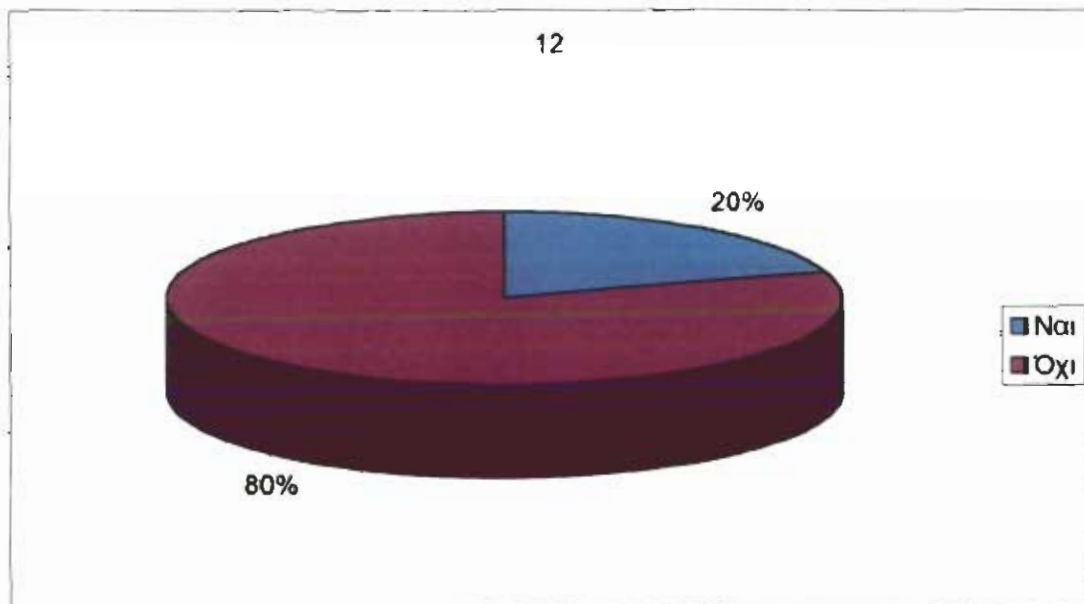
Μ.Ε.Θ



Α εξάμηνο

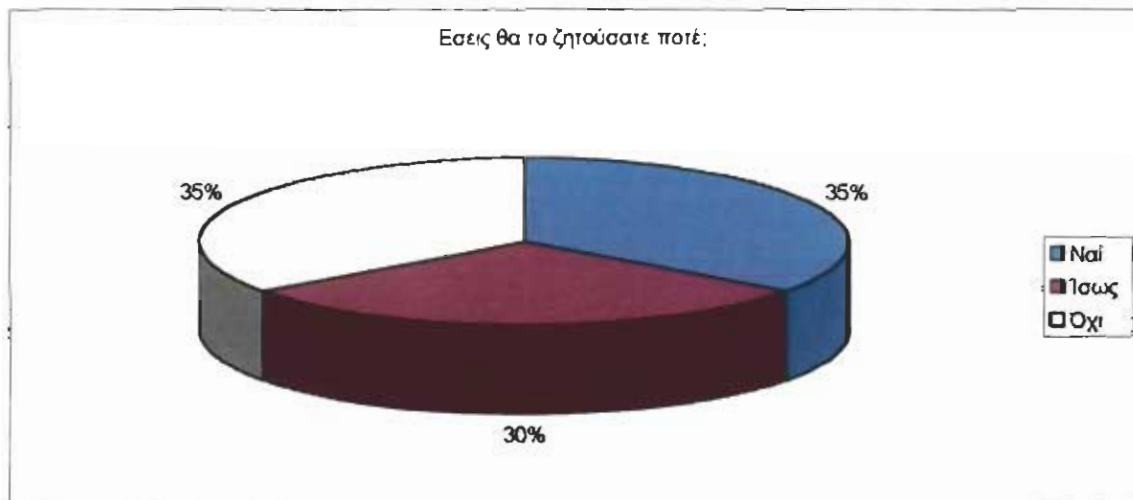


Ζ εξάμηνο

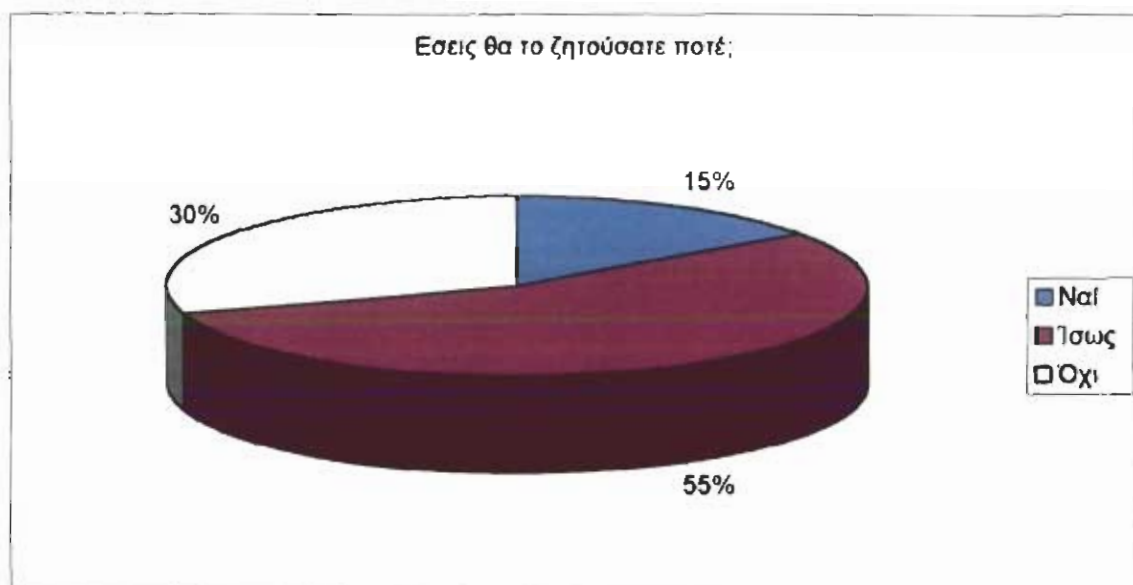


Ερώτηση 13 «Εσείς θα το ζητούσατε ποτέ;»

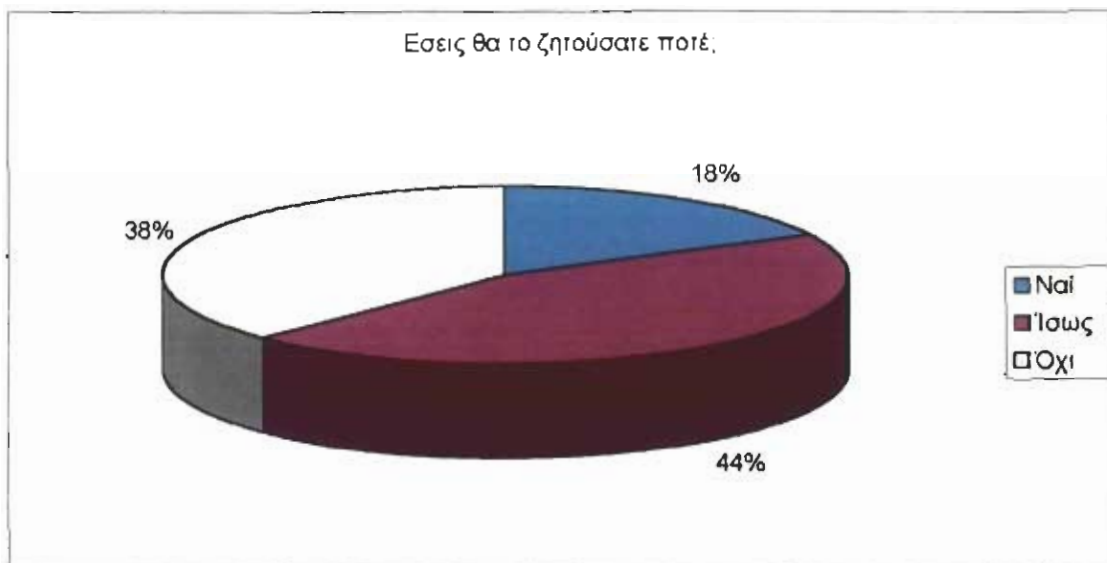
Παθολογικός τομέας



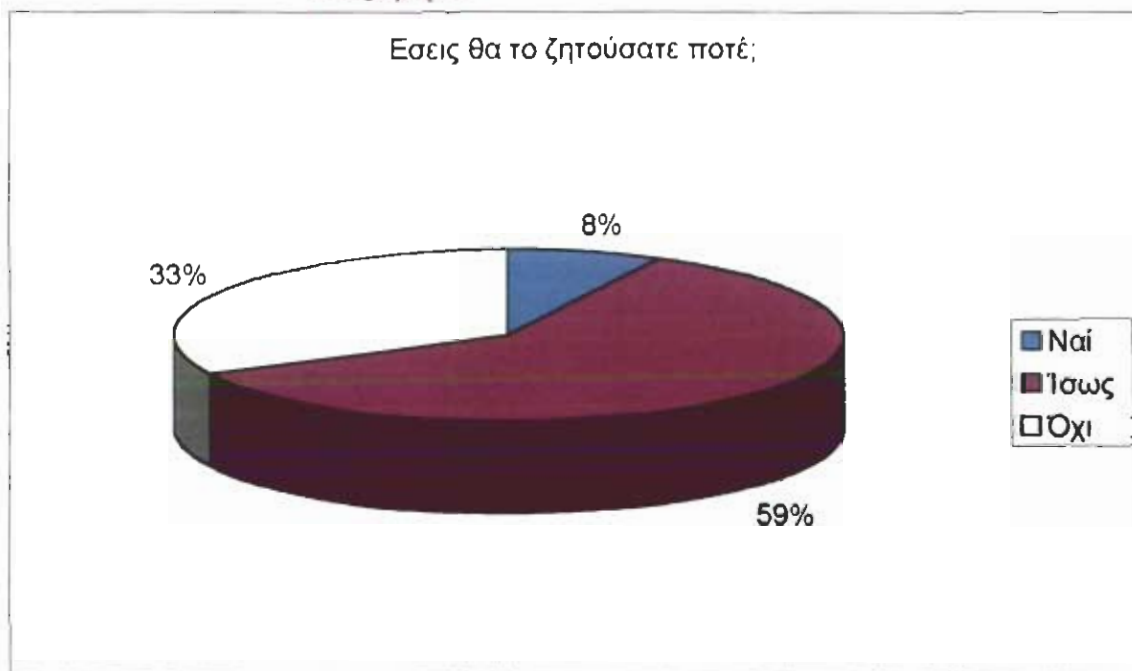
Μ.Ε.Θ



Α εξάμηνο

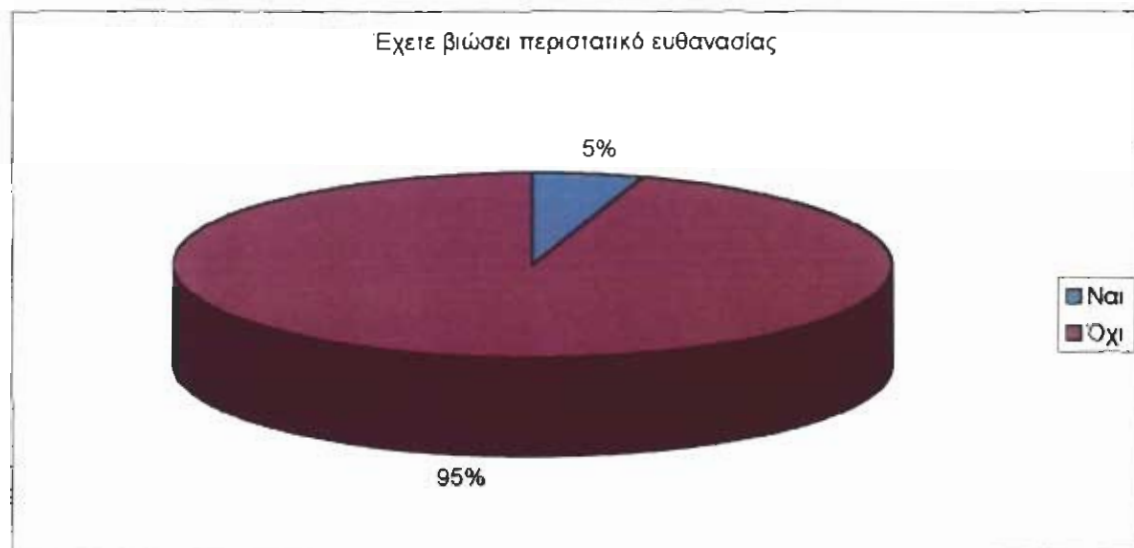


Ή εξάμηνο

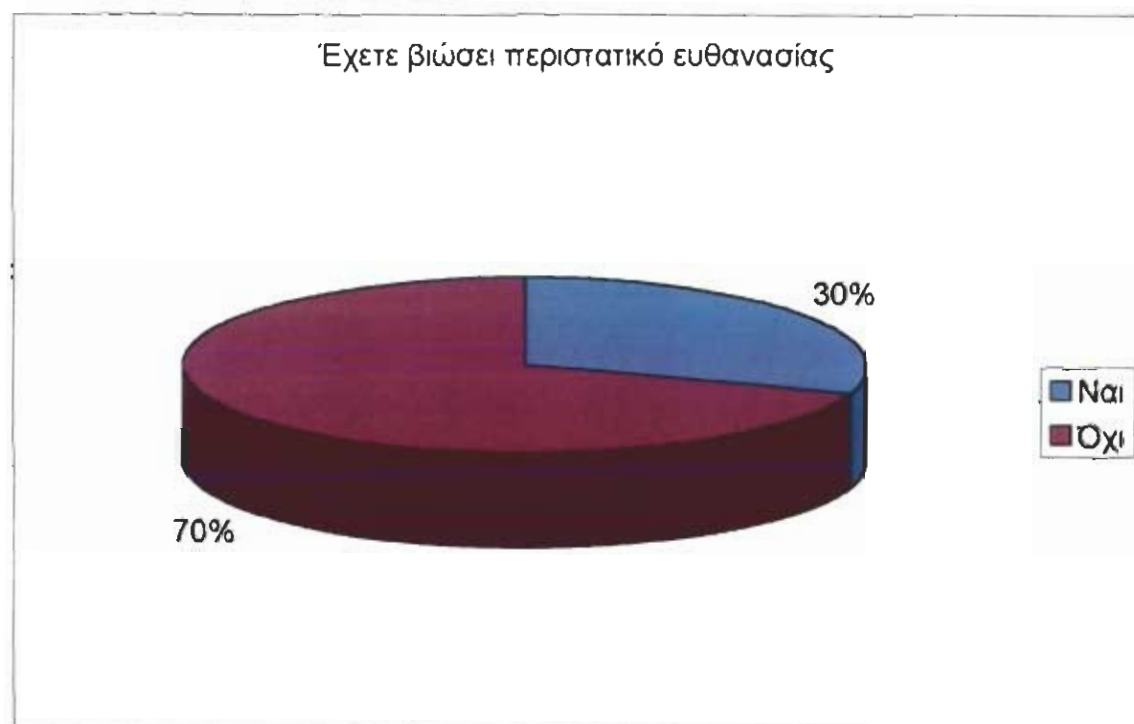


Ερώτηση 14 «Έχετε βιώσει περιστατικό ευθανασίας; »

Παθολογικός τομέας

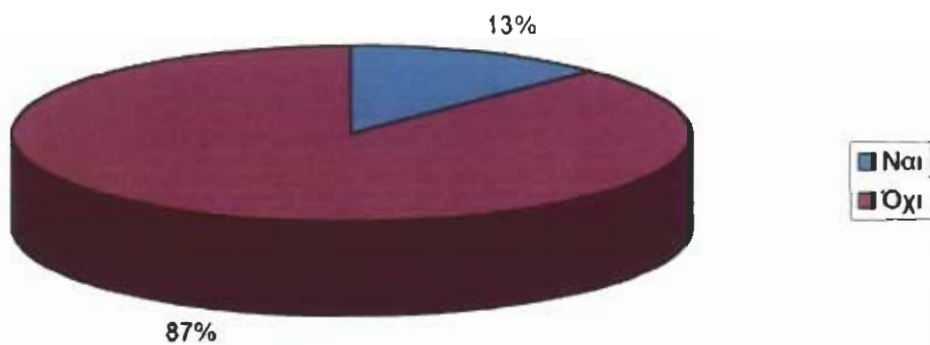


Μ.Ε.Θ



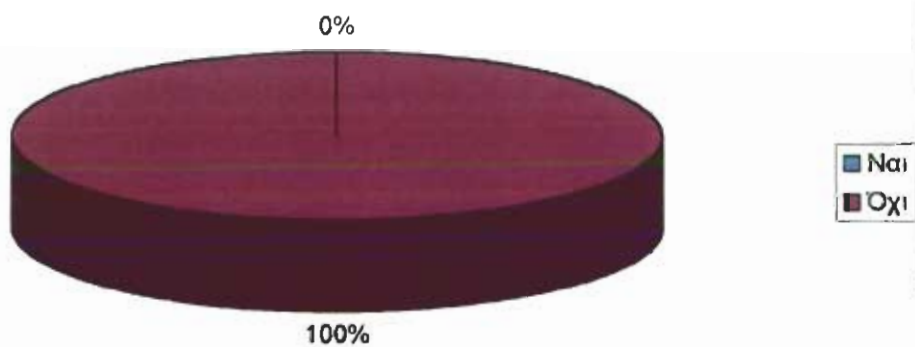
Α εξάμηνα

Έχετε βιώσει περιστατικό ευθανασίας



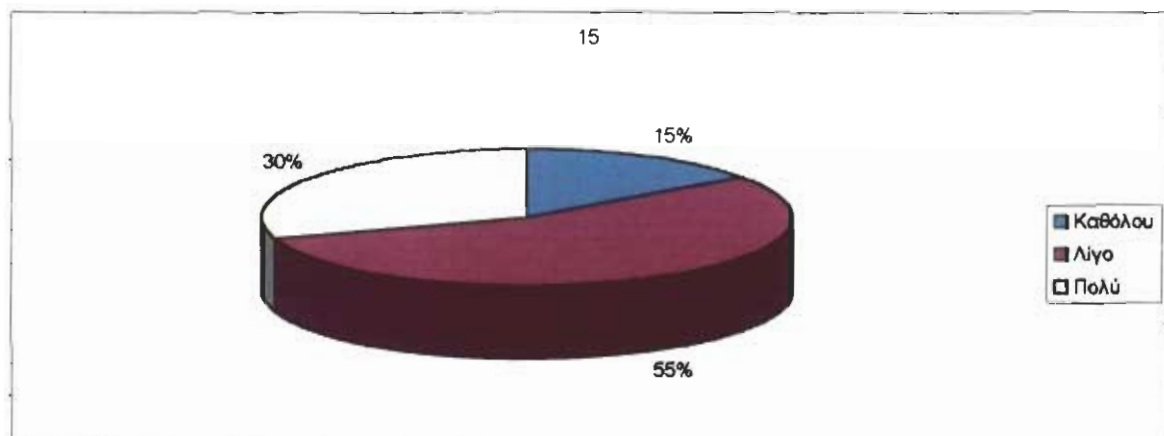
Ζ εξάμηνο

Έχετε βιώσει περιστατικό ευθανασίας

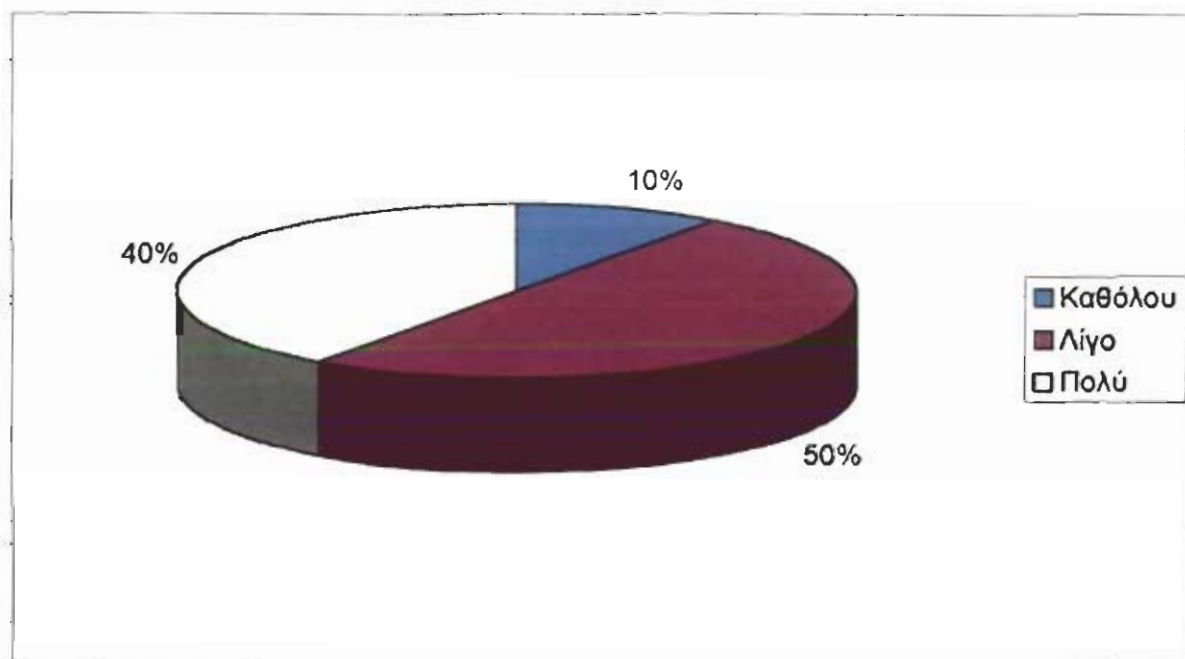


Ερώτηση 15 « Μπορείτε να καταλάβετε τους ανθρώπους που θέλησαν να κάνουν ευθανασία; »

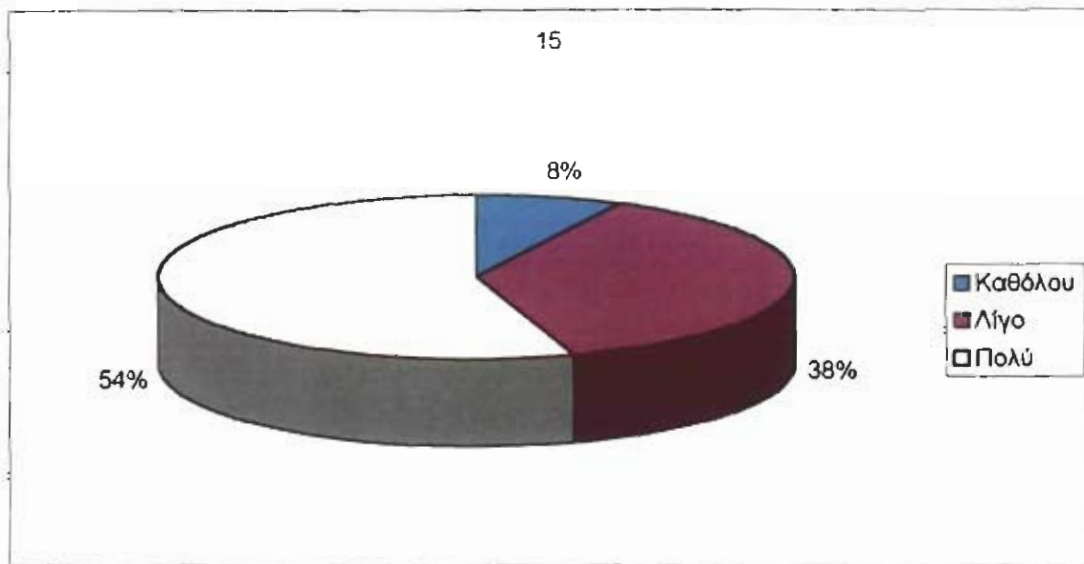
Παθολογικός τομέας



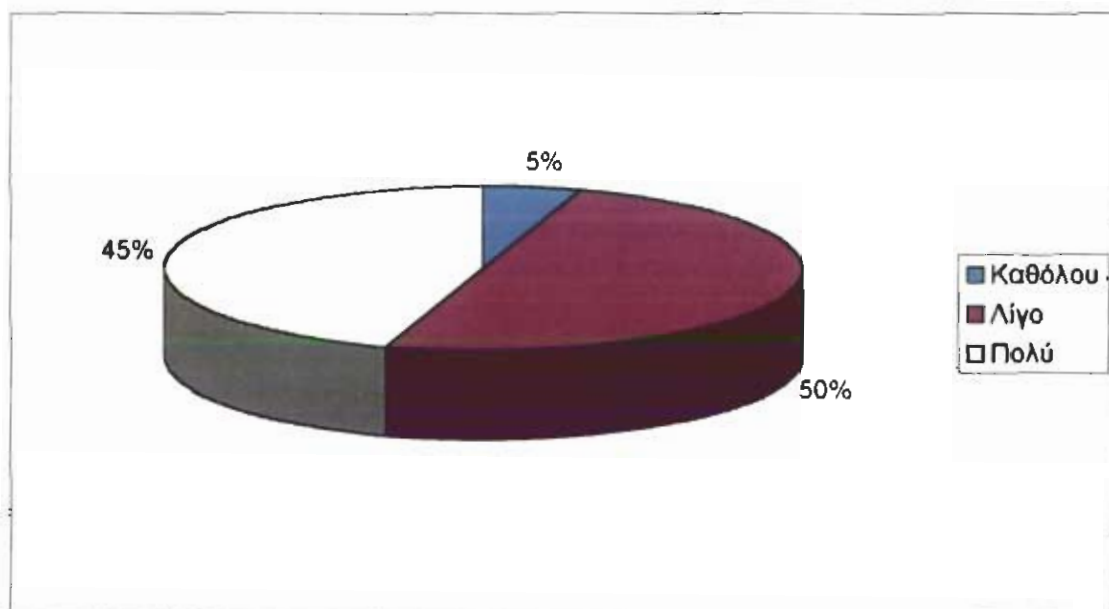
Μ.Ε.Θ



Α εξάμηνο.

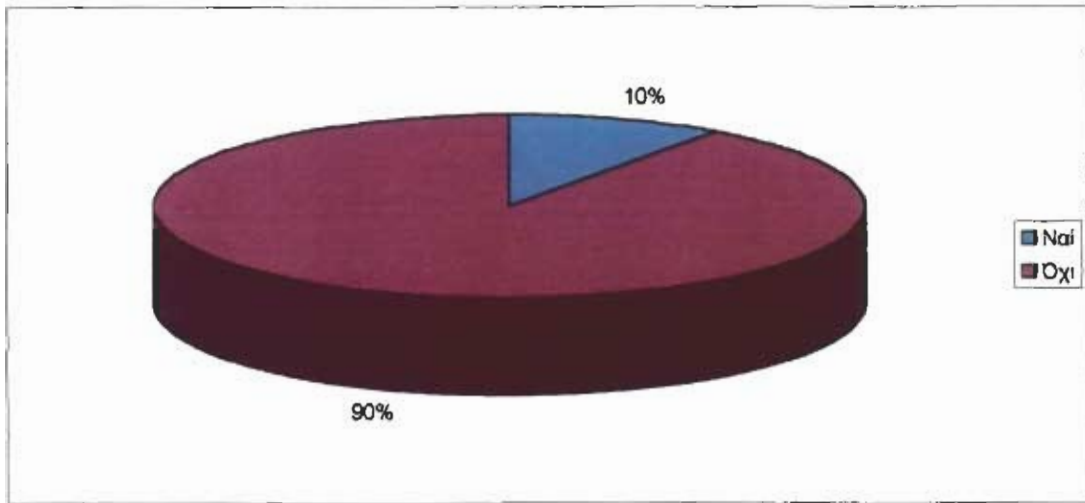


Ζ εξάμηνο

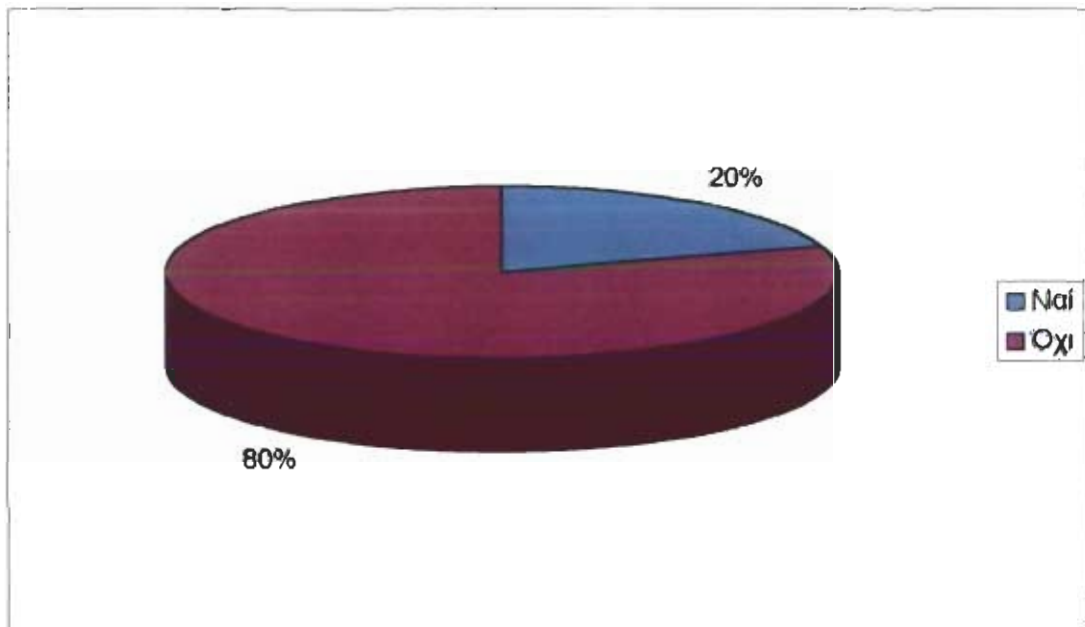


Ερώτηση 16 «Υπάρχει νόμος που να επιτρέπει την ευθανασία στην Ελλάδα ;»

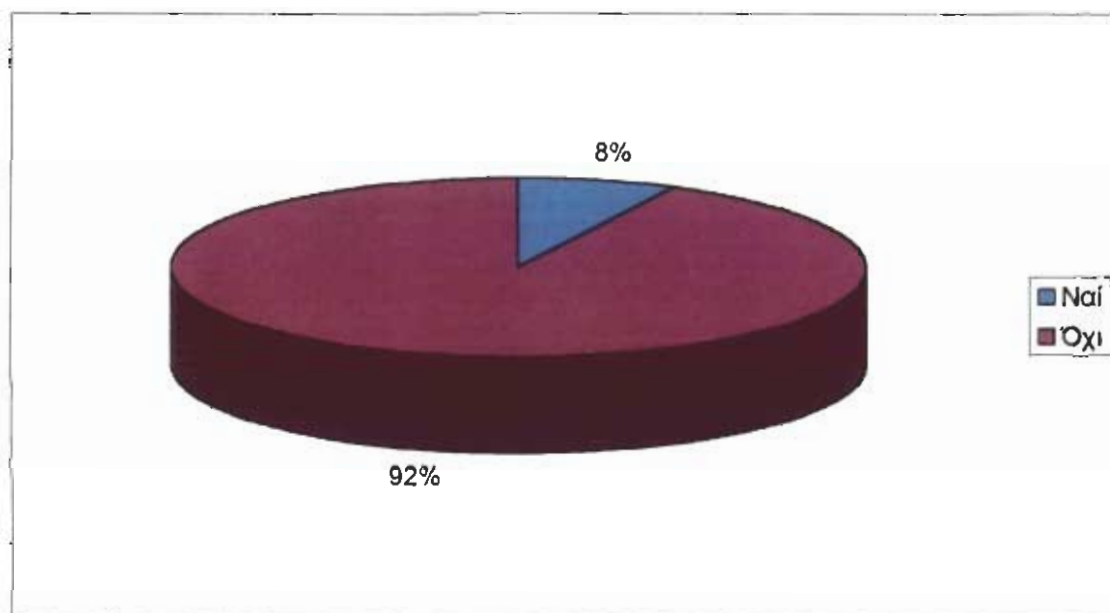
Παθολογικός τομέας



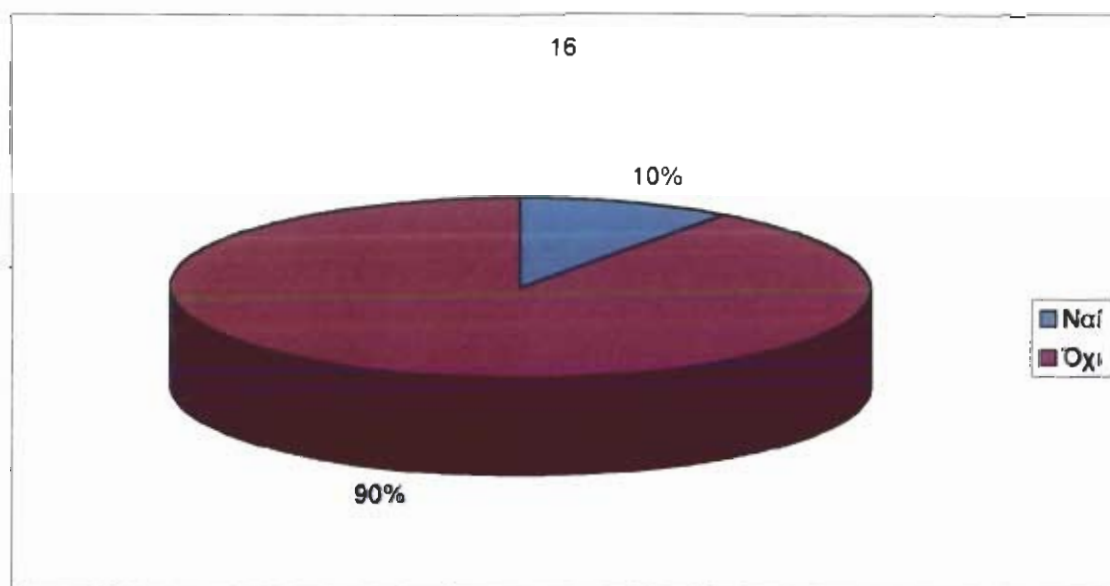
Μ.Ε.Θ



Α εξάμηνο.

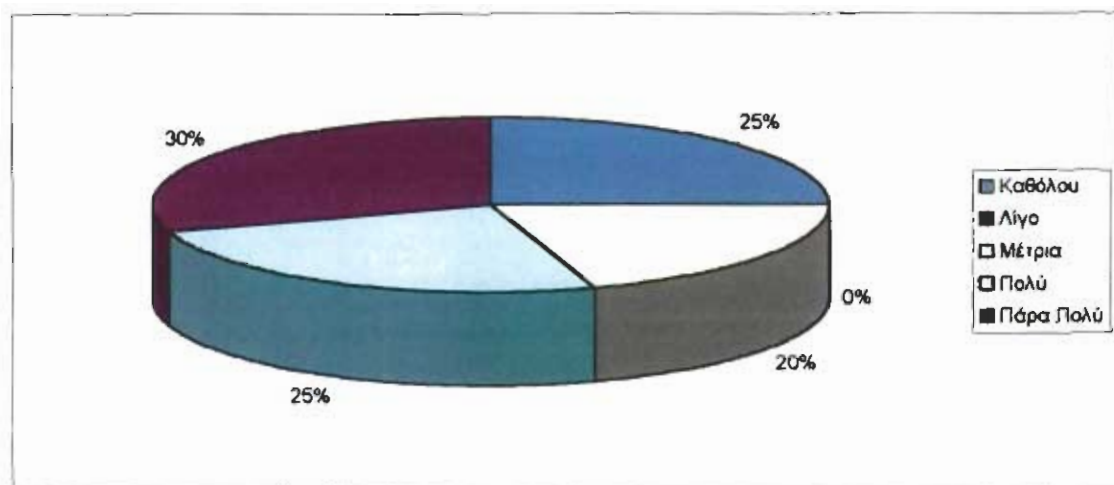


Ζ εξάμηνο

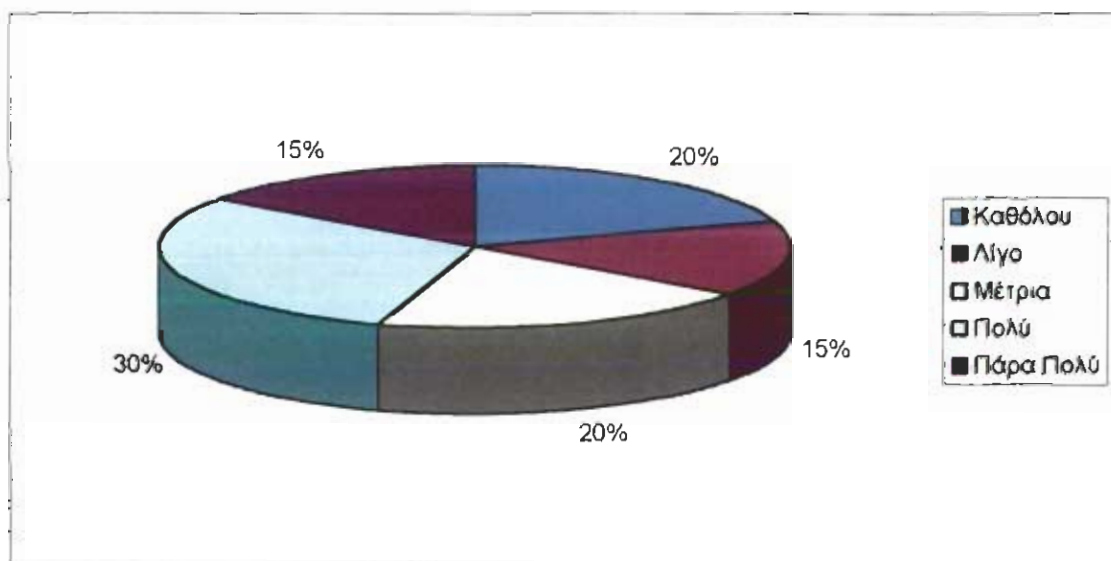


Ερώτηση 17 «Η θρησκευτική σας συνείδηση τί ρόλο θα έπαιζε στην απόφασή σας;»

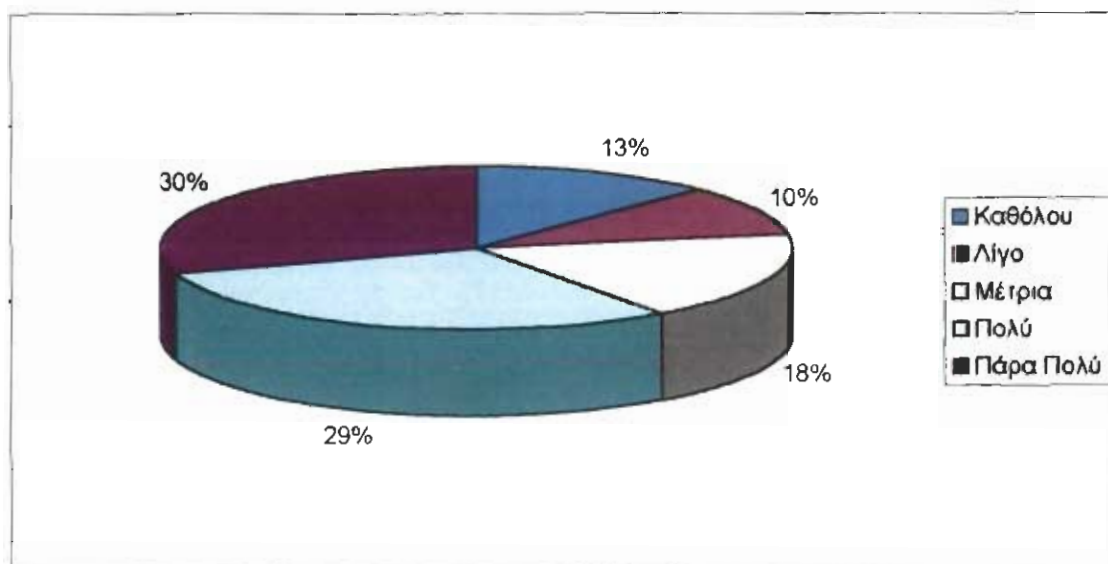
Παθολογικός τομέας



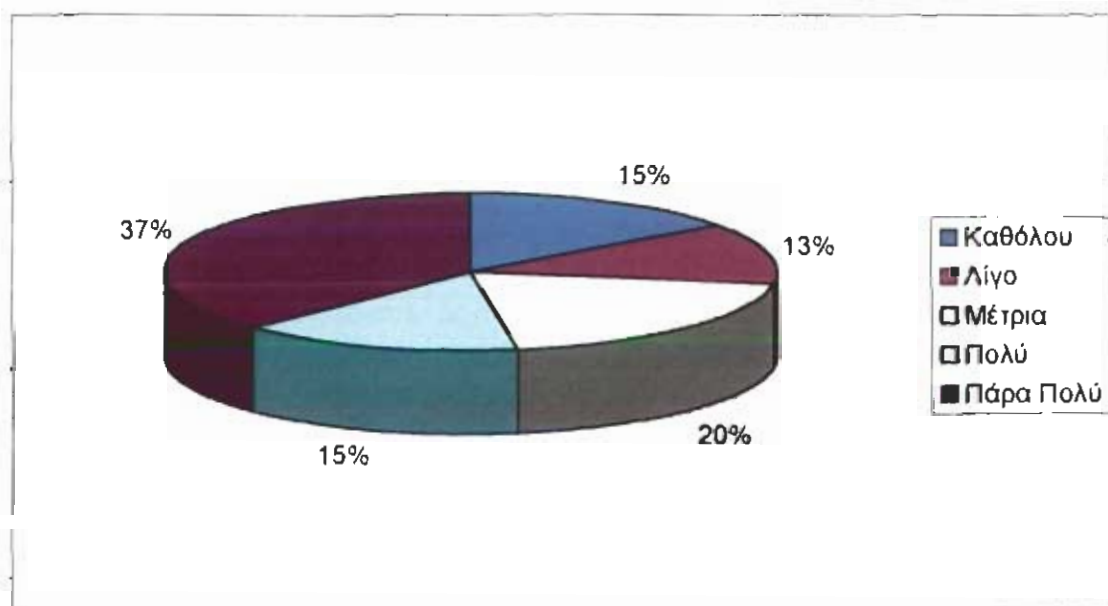
Μ.Ε.Θ



Α εξάμηνο

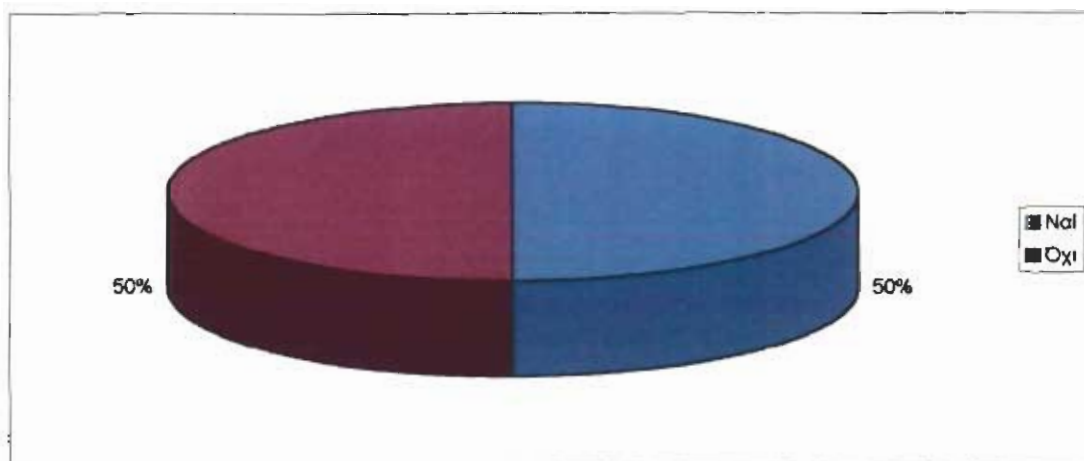


Ζ εξάμηνο

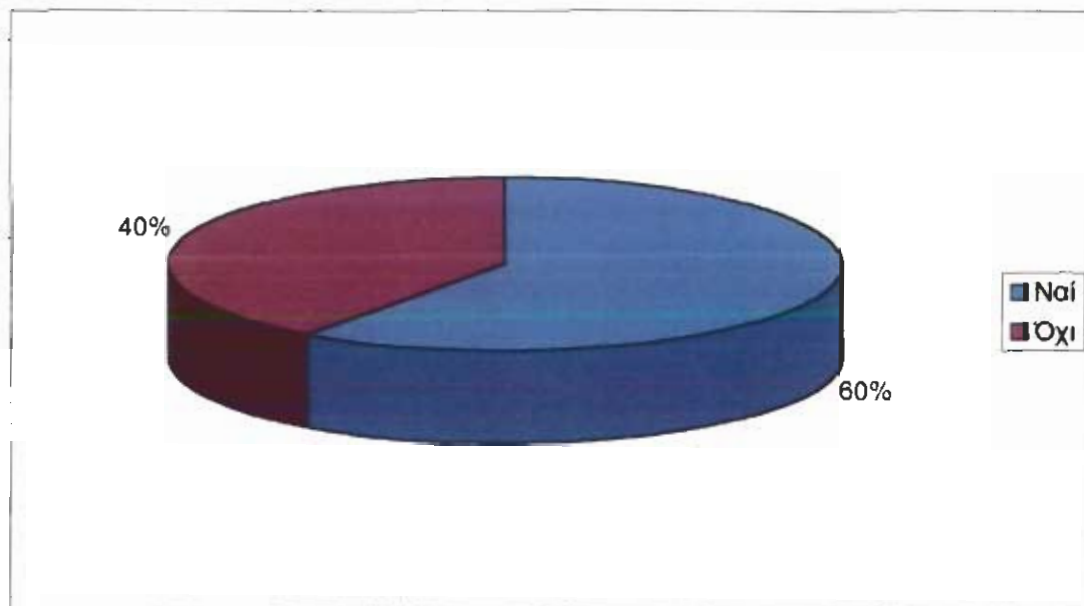


Ερώτηση 18 « Πιστεύετε ότι έπρεπε να υπάρχει νόμος που να επιτρέπει την ευθανασία υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις; »

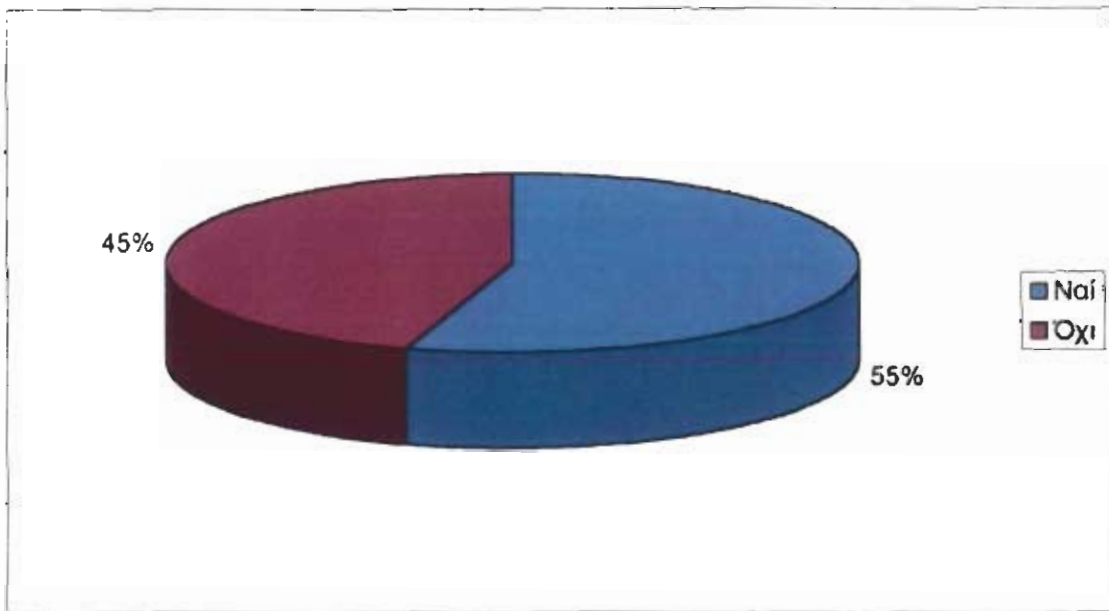
Παθολογικός τομέας



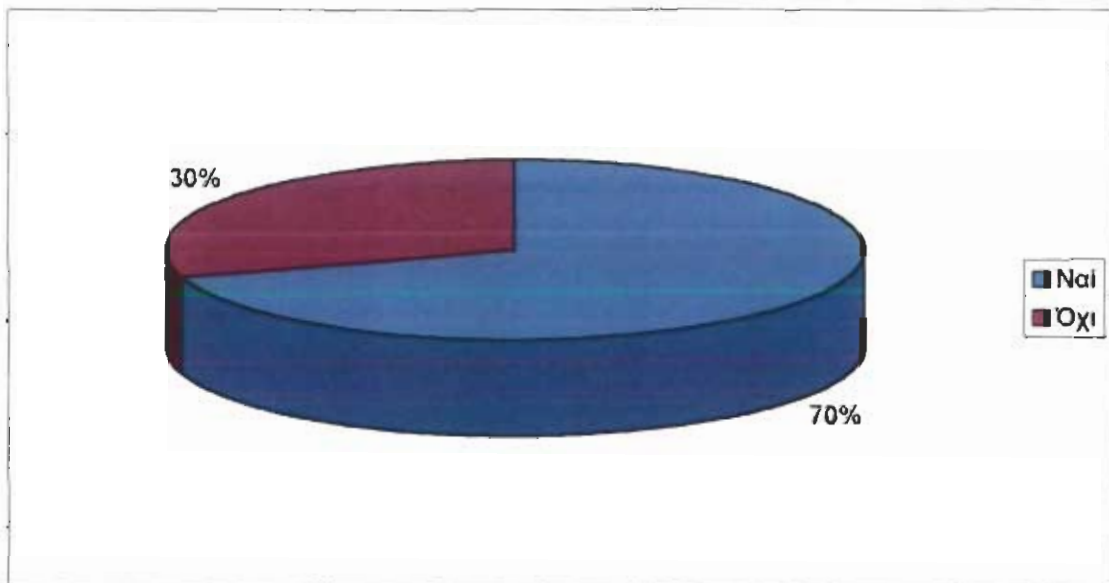
Μ.Ε.Θ



Α εξάμηνο

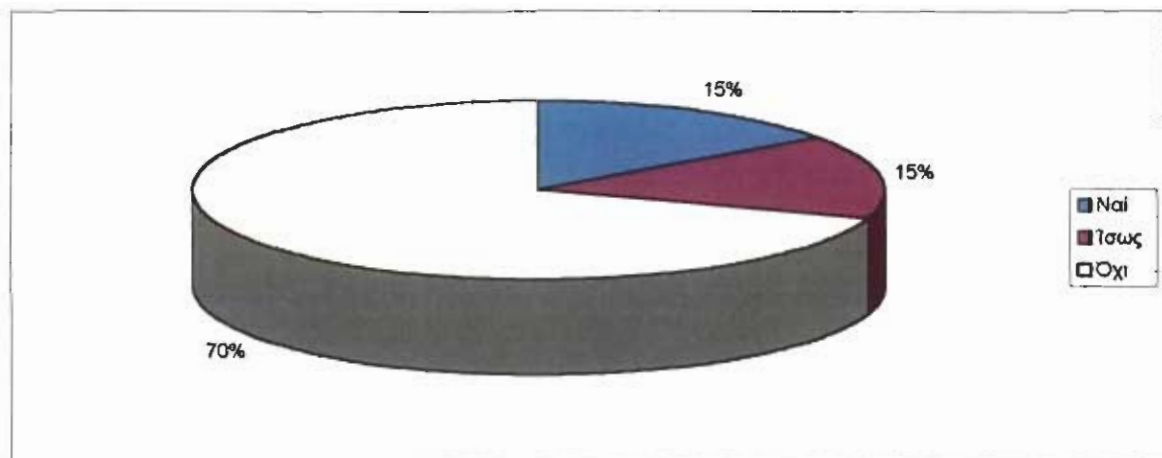


Ζ εξάμηνο

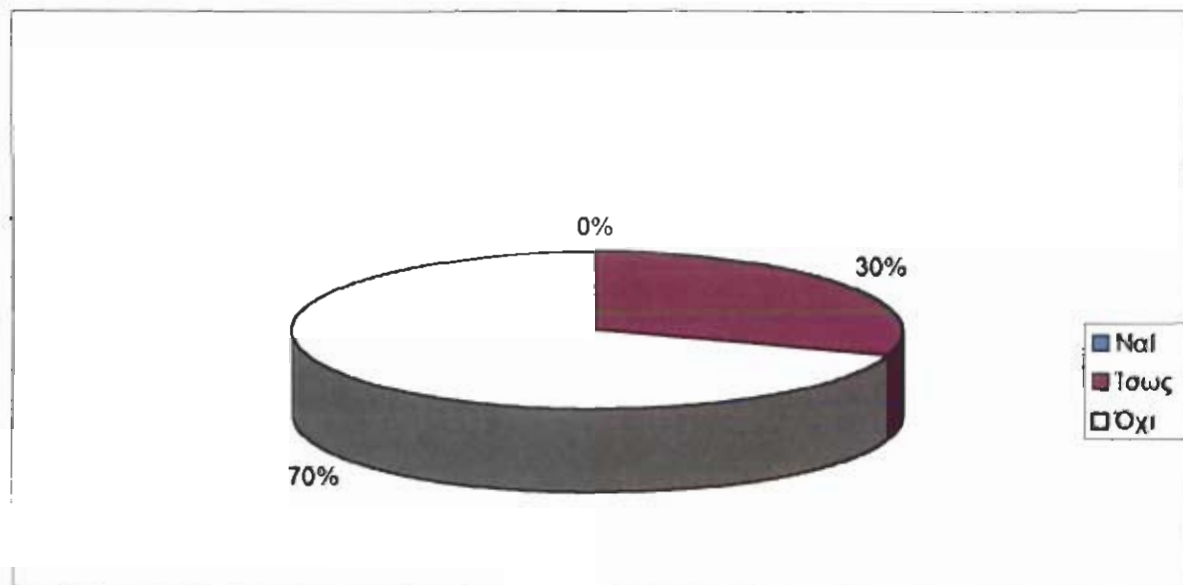


Ερώτηση 19 « Αν η ευθανασία ήταν νόμος του κράτους, θα δεχόσασταν να κάνετε ευθανασία σε ασθενείς; »

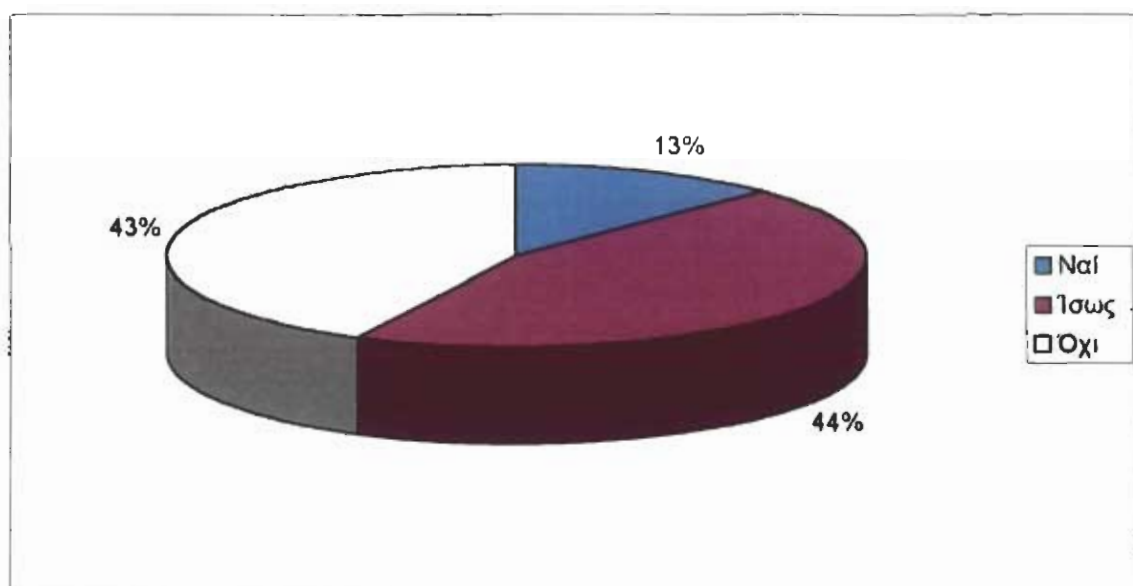
Παθολογικός τομέας



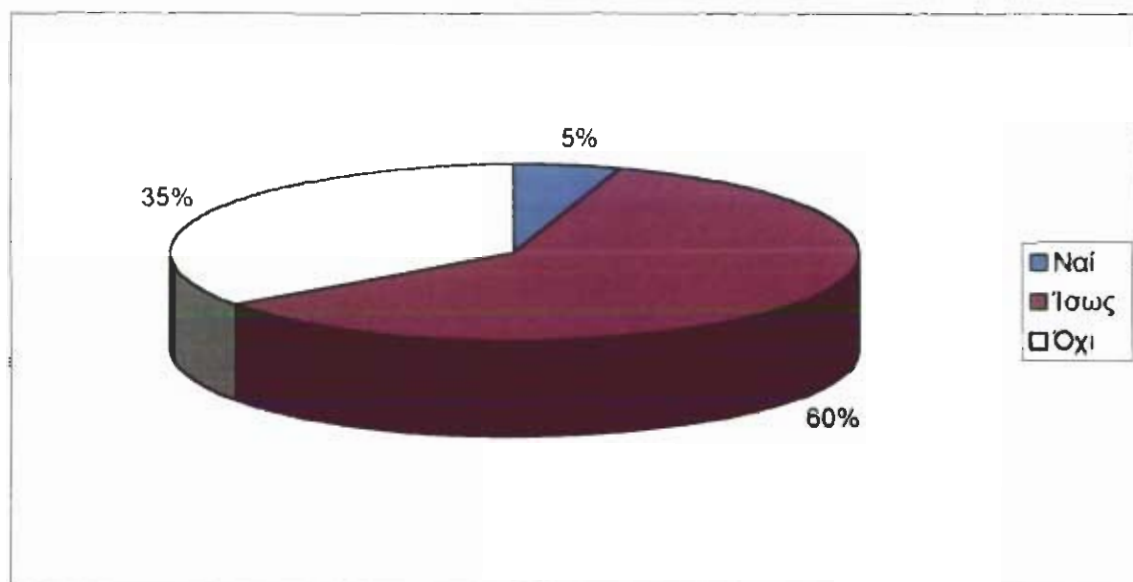
Μ.Ε.Θ



Α εξάμηνο

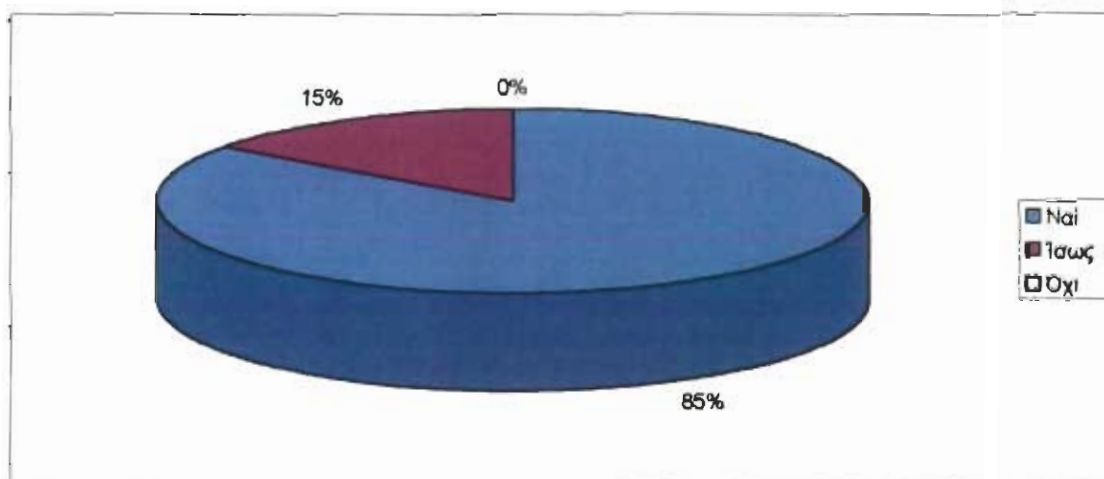


Ζ εξάμηνο

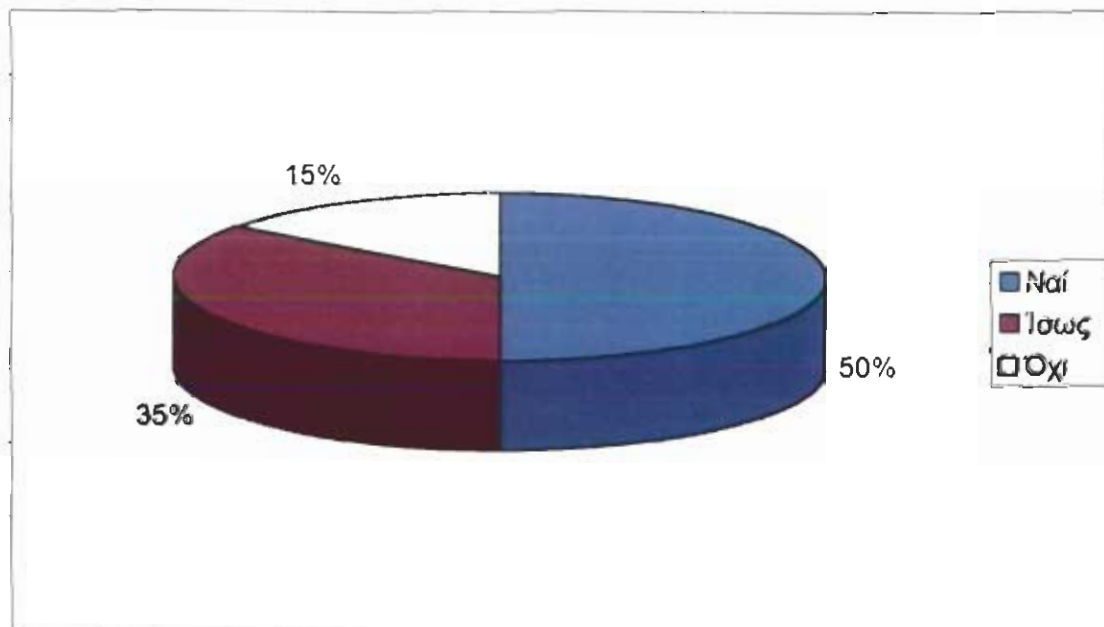


Ερώτηση 20 « Ελλοχεύουν κίνδυνοι μετά την εφαρμογή ενός τέτοιου νόμου; »

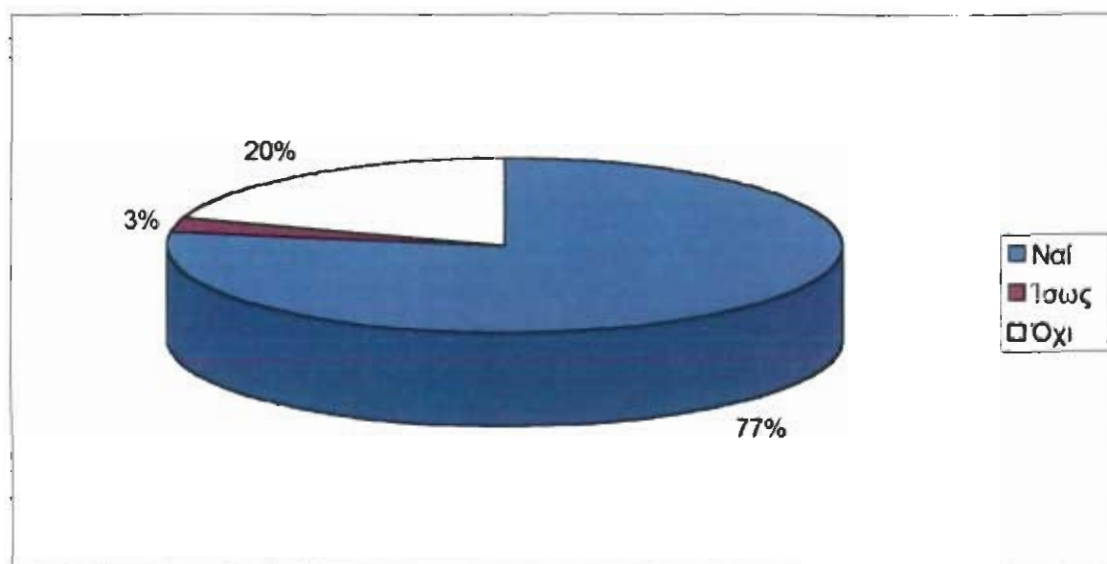
Παθολογικός τομέας



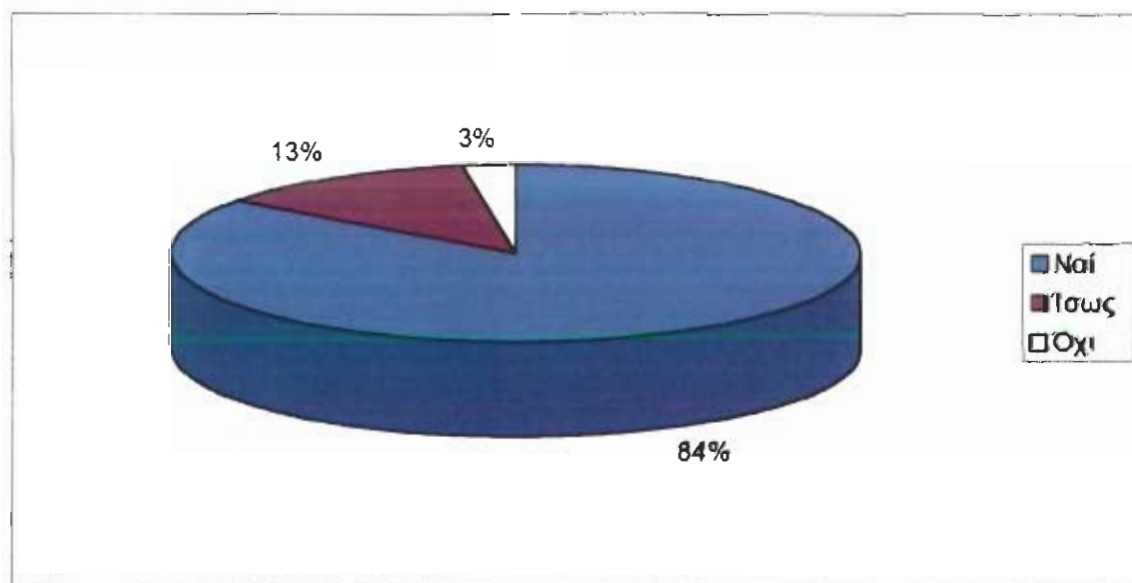
Μ.Ε.Θ



Α εξάμηνο.

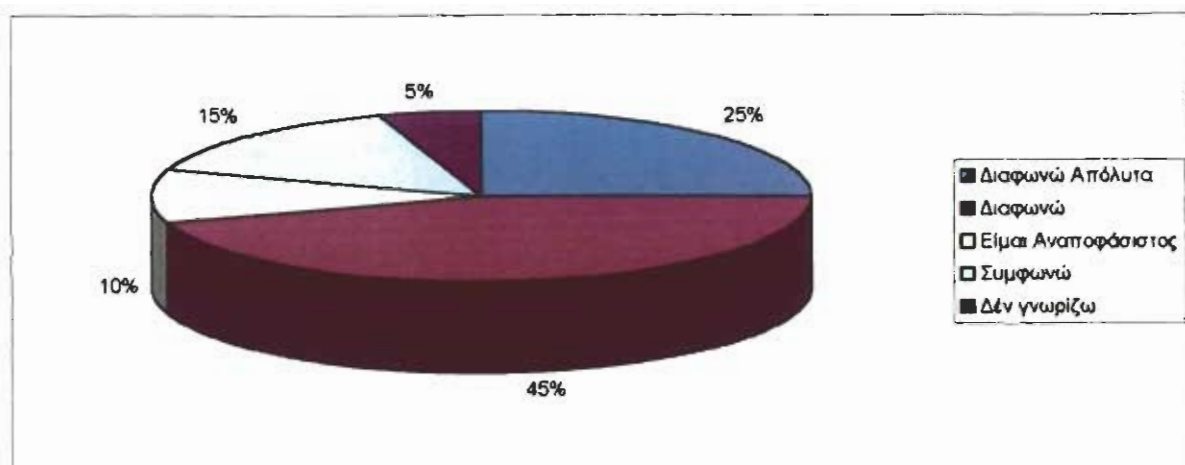


Ζ εξάμηνο

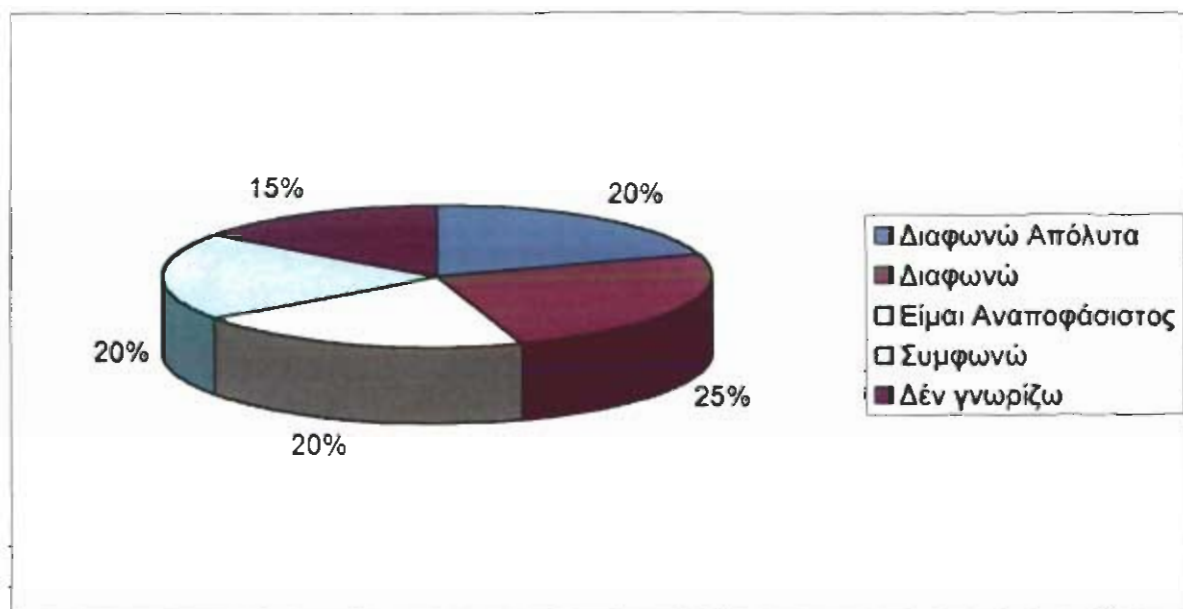


Ερώτηση 21 « Συμφωνείτε για την επιτάχυνση θανάτου καταληκτικού ασθενούς με φάρμακα ή άλλα μέσα; »

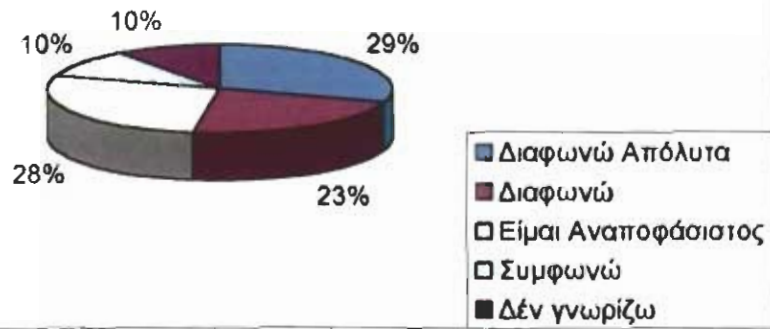
Παθολογικός τομέας



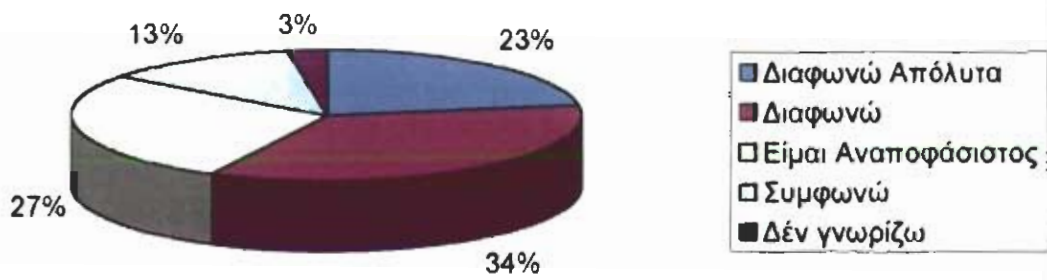
Μ.Ε.Θ



Α εξάμηνο

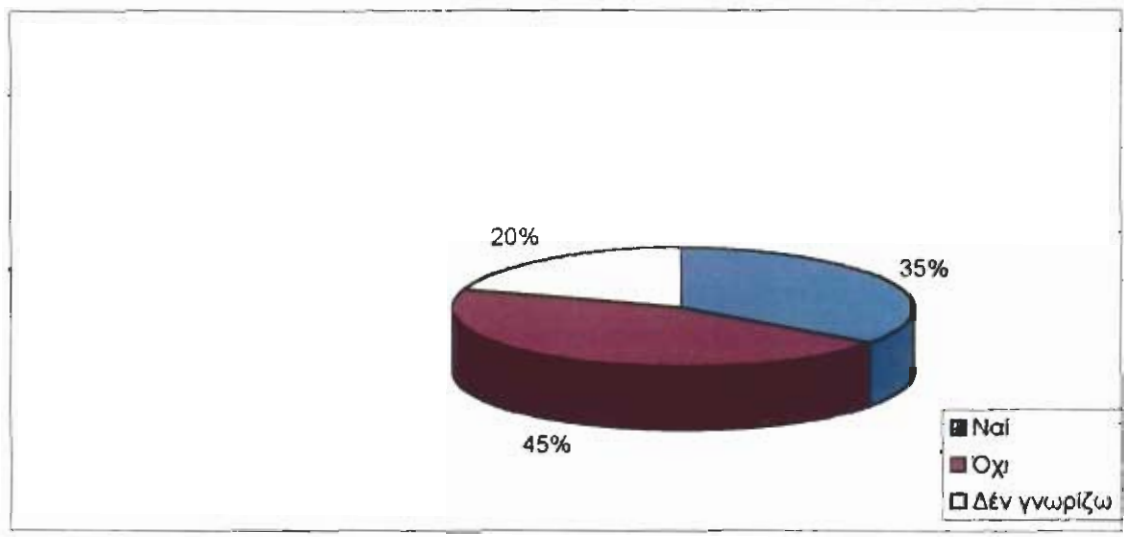


Ζ εξάμηνο

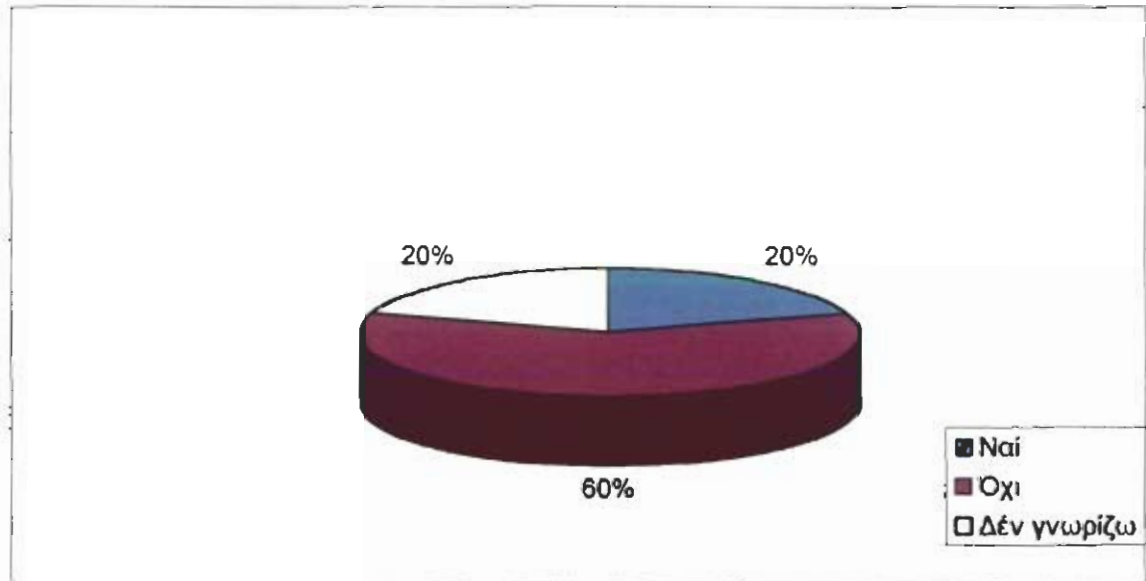


ρώτηση 22 « Πιστεύεται ότι η άμβλώση κατατάσσεται στην ευθανασία;»

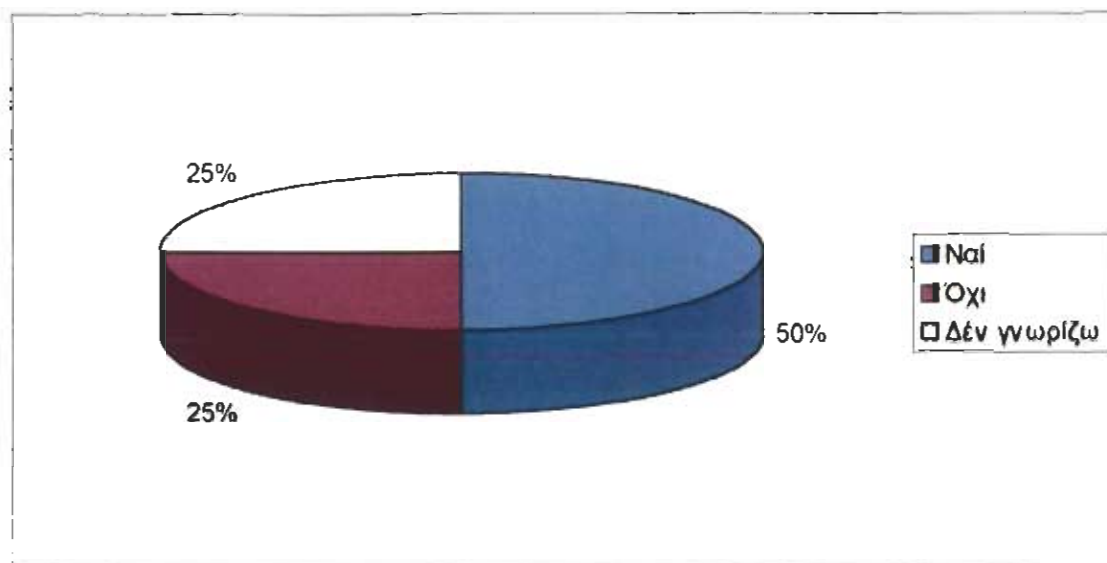
Παθολογικός τομέας



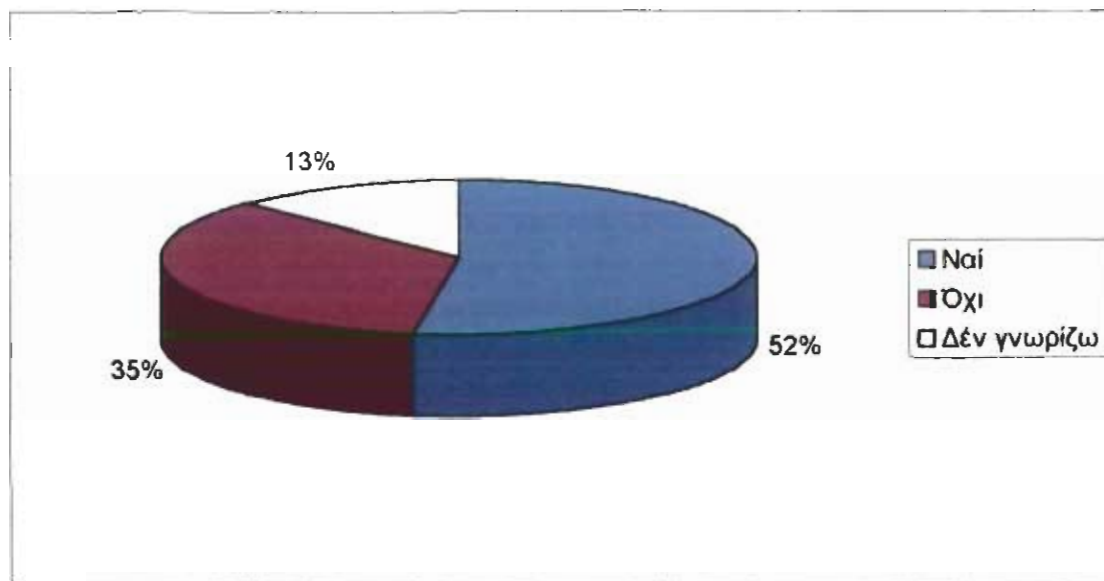
Μ.Ε.Θ



Α εξάμηνο

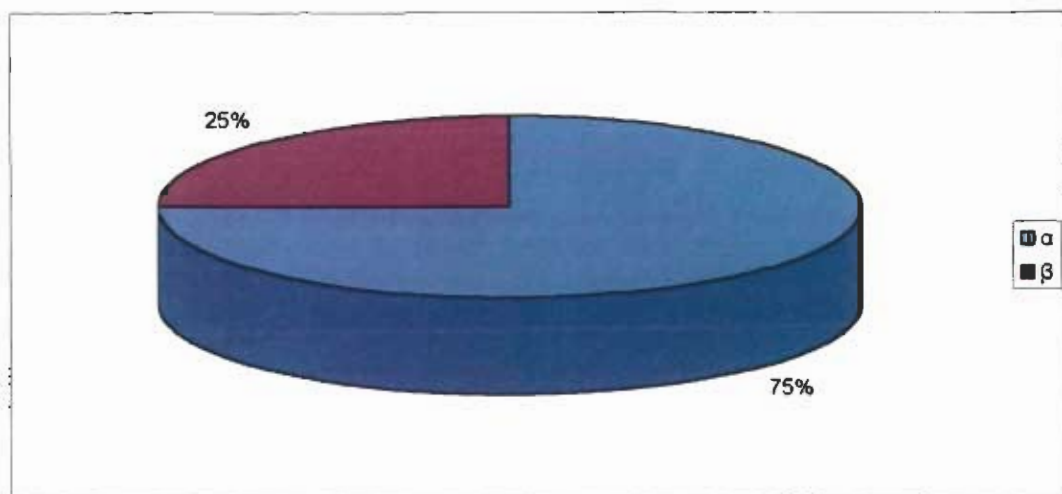


Ζ εξάμηνο

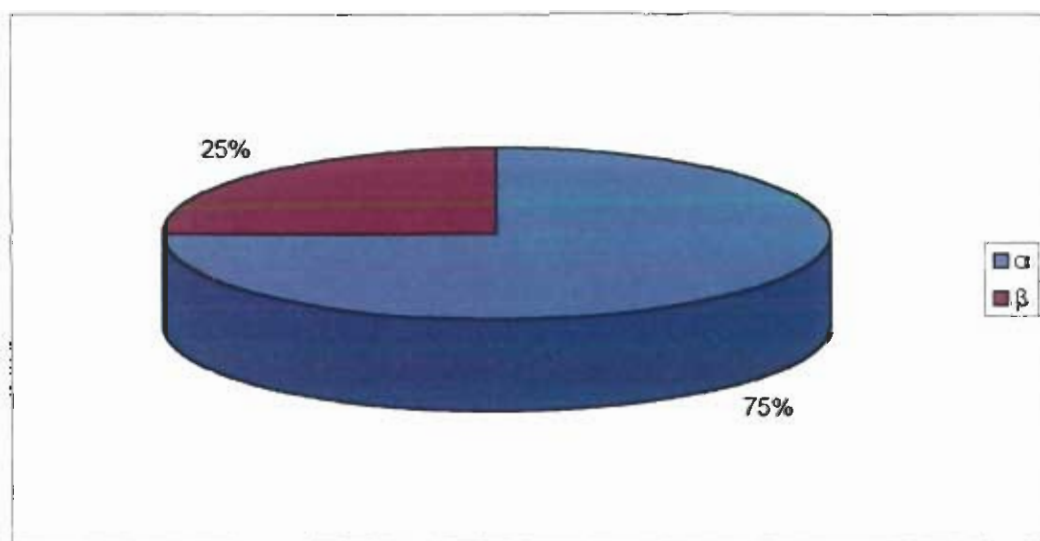


Ερώτηση 23 «Η εκκλησία καταδικάζει την ευθανασία ως πράξη η οποία αντιβαίνει στην ομαλή σχέση του ανθρώπου με τον Θεό και εκφράζει :
α) Αυτοκαταστροφικότητα, απιστία και απουσία της χριστιανικής ελπίδας.
β) Μια στείρα σχέση του ανθρώπου με το φυσικό κόσμο. »

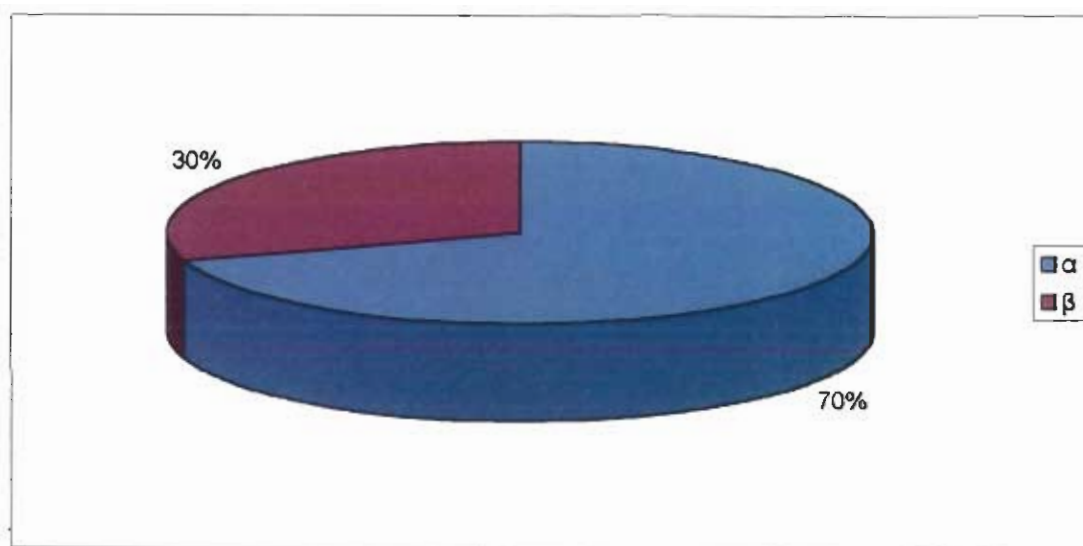
Παθολογικός τομέας



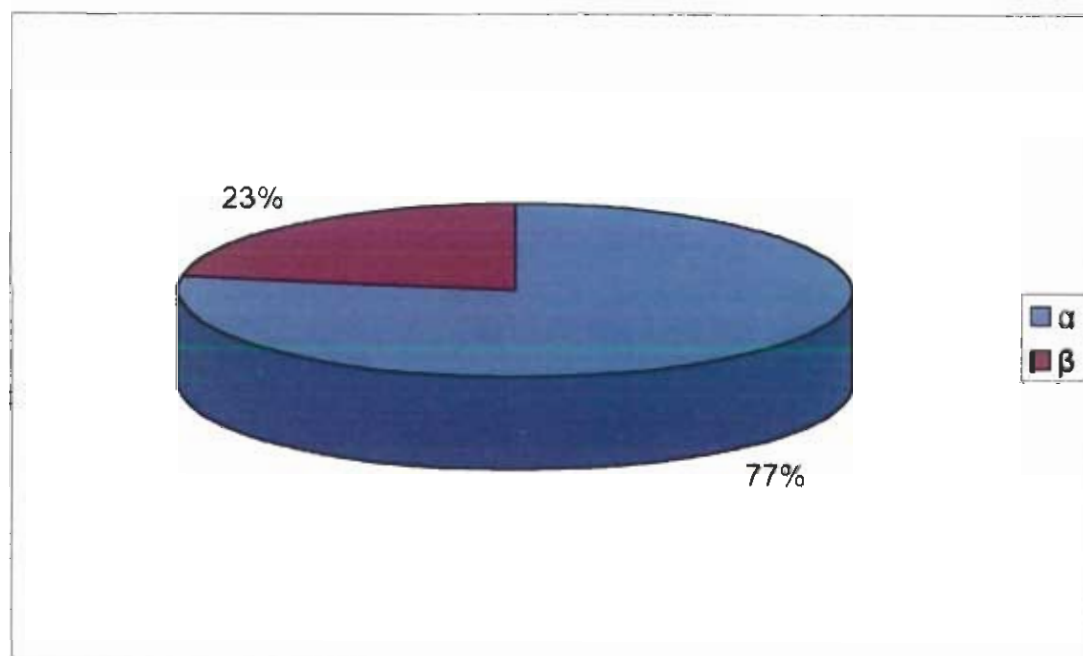
Μ.Ε.Θ



Α εξάμηνο

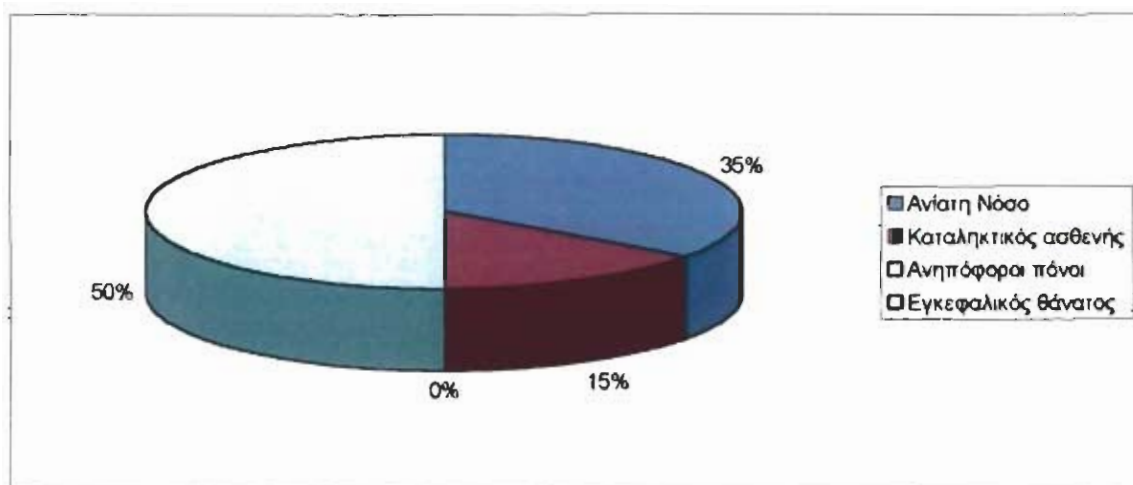


Ζ εξάμηνο

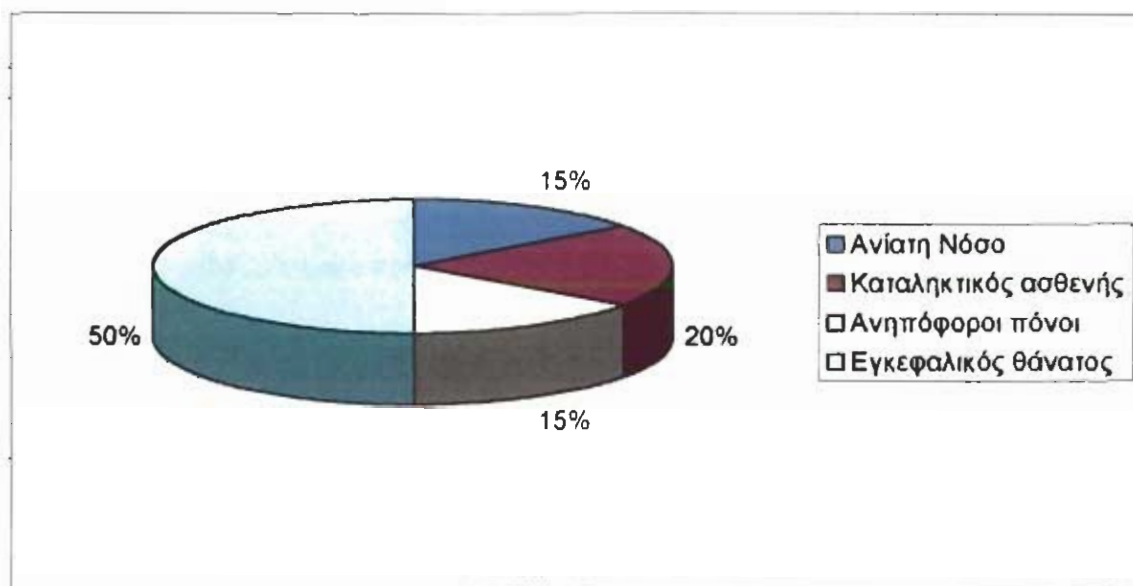


Ερώτηση 24 « Ποιά κατάσταση θεωρείται σημαντικότερη για τη λήψη απόφασης ευθανασίας; »

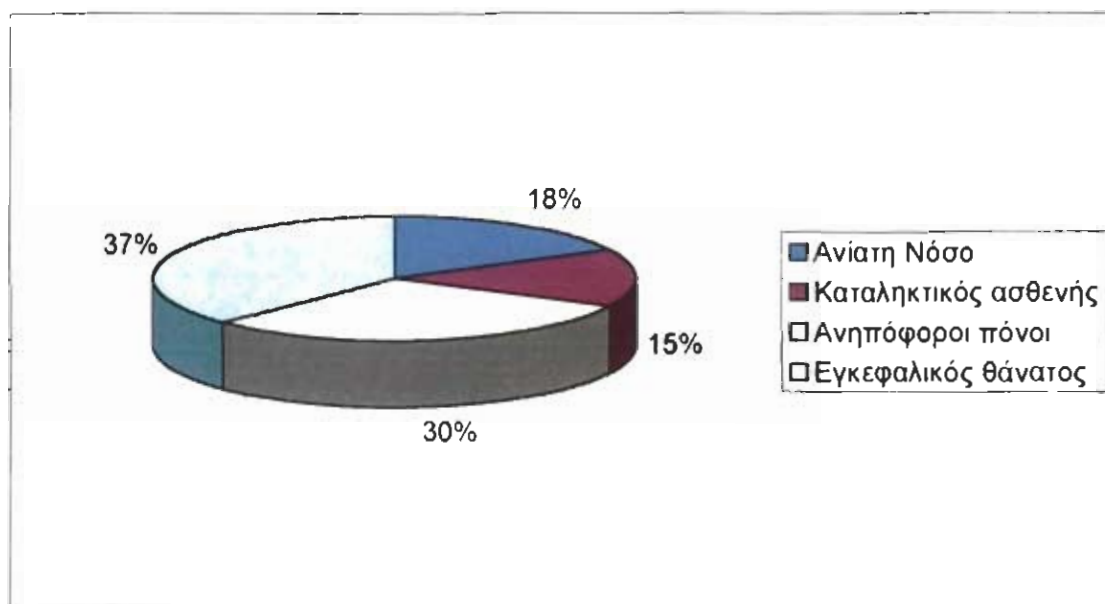
Παθολογικός τομέας



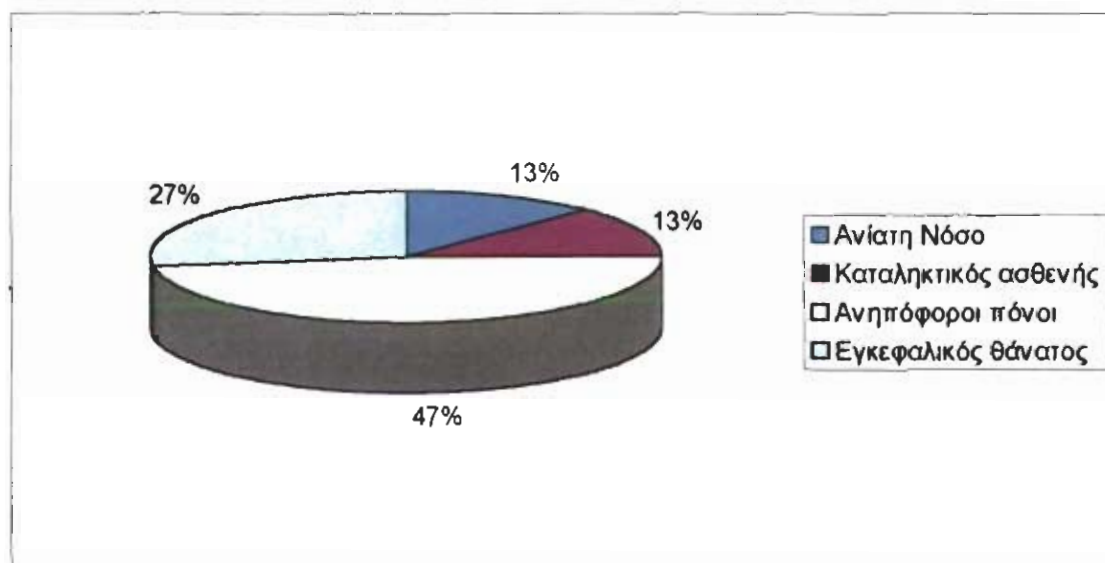
Μ.Ε.Θ



Α εξάμηνο

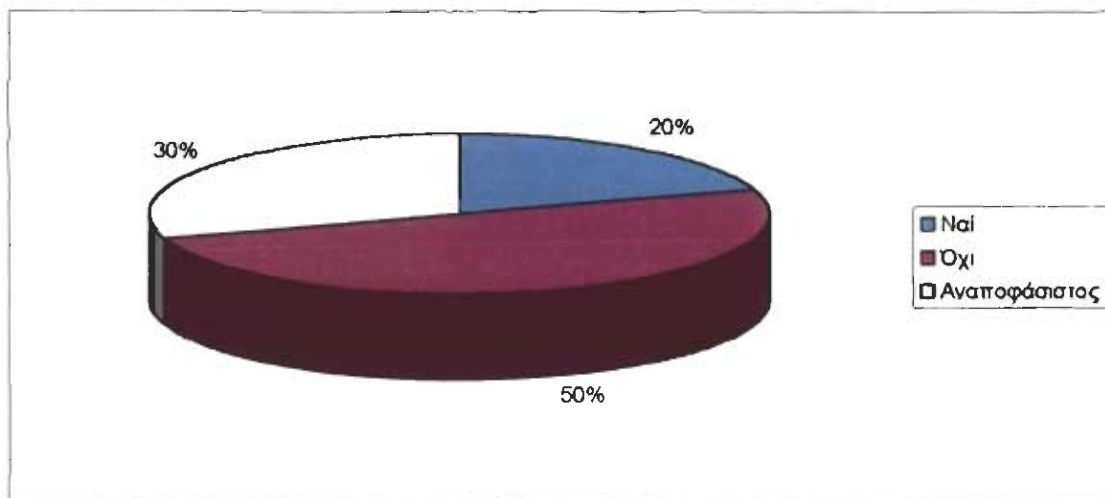


Ζ εξάμηνο

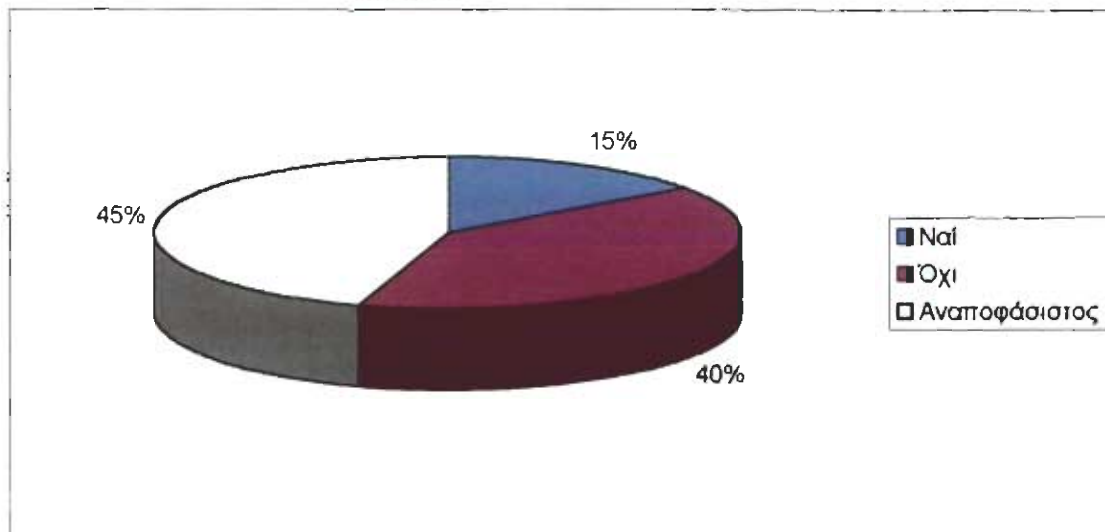


Ερώτηση 25 « Ας υποθέσουμε ότι είστε στη Μ.Ε.Θ. παραμεθόριου περιοχής όπου υπάρχει ένα κρεβάτι στο οποίο βρίσκεται ασθενής ηλικίας 65 χρόνων και έρχεται περιστατικό τροχαίου ατυχήματος ηλικίας 20 ετών που χρήζει άμεσης ανάγκης νοσηλείας στη Μ.Ε.Θ. . Θα επιλέγατε την ευθανασία στον ήδη υπάρχοντα ασθενή της εντατικής με σκοπό τη νοσηλεία του νέου ασθενή; »

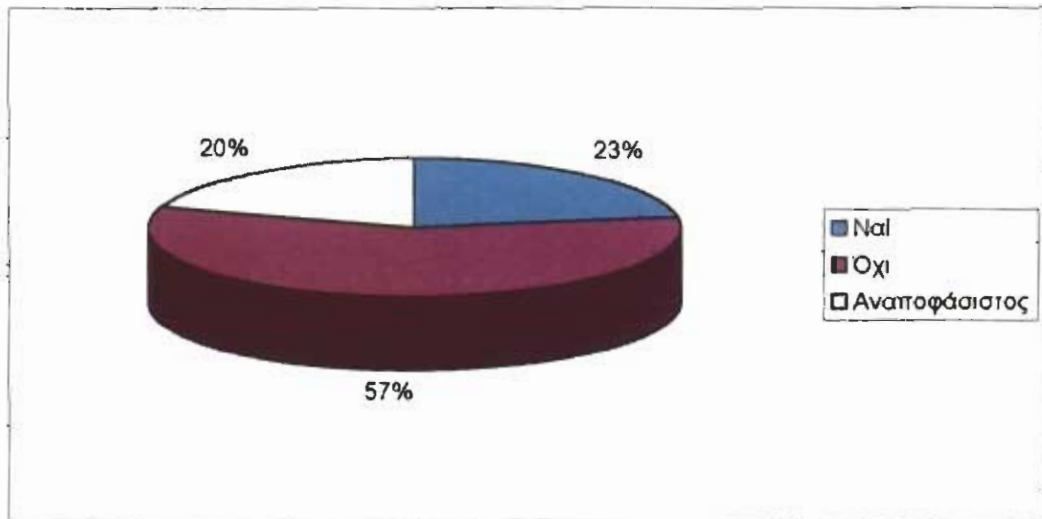
Παθολογικός τομέας



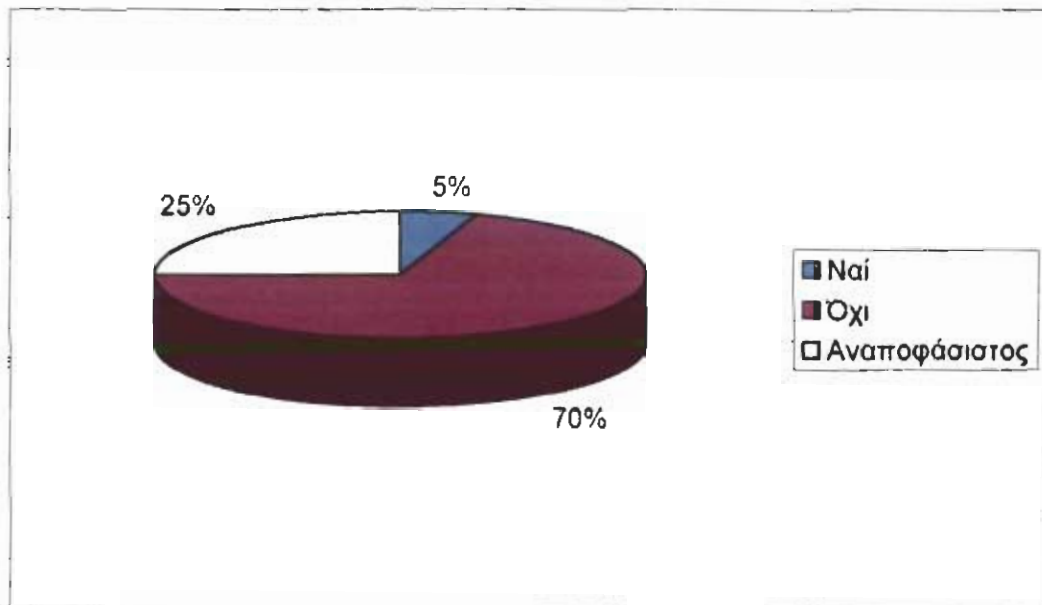
Μ.Ε.Θ



Α εξάμηνο



Ζ εξάμηνο



**ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ**

Ερώτηση 11

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΣΩΣΤΟ | ΛΑΘΟΣ |
|----------------------------|-------------|------------------|
| ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ | 80 | 20 |
| ΜΕΘ | 60 | 40 |
| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | | 1 |
| χ^2 | 8.6 | |
| P | | < 0.05 |
| Α' ΕΞ. | 70 | 30 |
| Ζ' ΕΞ. | 87 | 13 |
| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | | 1 |
| χ^2 | 7.58 | |
| P | | <0.05 |

P<0,05 : Διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των υποομάδων (Παθολογικό-ΜΕΘ , Α-'Ζ εξ.) Δηλαδή οι δύο ομάδες έχουν εντελώς διαφορετικές απόψεις ως προς το συγκεκριμένο θέμα.

| ΕΡΩΤΗΣΗ | 12 | | |
|--------------------------|-----|-----|--------|
| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΝΑΙ | ΌΧΙ | ΙΣΩΣ |
| ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ | 35 | 35 | 30 |
| ΜΕΘ | 15 | 30 | 55 |
| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | | | 2 |
| Χ² | | | 15.7 |
| P | | | < 0.05 |
| Α' ΕΞ. | 18 | 38 | 44 |
| Ζ' ΕΞ. | 8 | 33 | 59 |
| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | | | 2 |
| Χ² | | | 15.7 |
| P | | | <0.05 |

P<0,05 : Διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των υποομάδων (Παθολογικό-ΜΕΘ , Α-Ζ εξ.) Δηλαδή οι δύο ομάδες έχουν εντελώς διαφορετικές απόψεις ως προς το συγκεκριμένο θέμα.

| ΕΡΩΤΗΣΗ | 13 | |
|--------------------------|-------------|------------------|
| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΝΑΙ | ΌΧΙ |
| ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ | 5 | 95 |
| ΜΕΘ | 30 | 70 |
| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | | 1 |
| Χ² | 19.9 | |
| P | | < 0.05 |
| Α' ΕΞ. | 13 | 87 |
| Ζ' ΕΞ. | 0 | 100 |
| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | | 1 |
| Χ² | 11.8 | |
| P | | <0.05 |

P<0,05 : Διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των υποομάδων (Παθολογικό-ΜΕΘ , Α'-Ζ εξ.) Δηλαδή οι δύο ομάδες έχουν εντελώς διαφορετικές απόψεις ως προς το συγκεκριμένο θέμα.

| ΕΡΩΤΗΣΗ | | 14 | |
|--------------------------|-----|-------------|-----------------|
| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΝΑΙ | ΌΧΙ | |
| ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ | | 10 | 90 |
| ΜΕΘ | | 20 | 80 |
| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | | | 4 |
| Χ² | | 6.59 | |
| P | | | >0.05 |
| A' ΕΞ. | | 8 | 92 |
| Z' ΕΞ. | | 10 | 90 |
| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | | | 4 |
| Χ² | | 3.39 | |
| P | | | >0.05 |

$P > 0,05$: Δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των υποομάδων (Παθολογικό-ΜΕΘ, Α-Ζ εξ.). Όσον αφορά την ερώτηση αυτή.

| ΕΡΩΤΗΣΗ | 15 | | |
|--------------------------|---------|------|-----------------|
| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΚΑΘΟΛΟΥ | ΛΙΓΟ | ΠΟΛΥ |
| ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ | 15 | 55 | 30 |
| ΜΕΘ | 10 | 50 | 40 |
| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | | | 4 |
| Χ² | | | 6.59 |
| P | | | >0,05 |
| A' ΕΞ. | 8 | 38 | 54 |
| Z' ΕΞ. | 5 | 50 | 45 |
| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | | | 4 |
| Χ² | | | 3.39 |
| P | | | >0,05 |

P>0,05 : Δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των υποομάδων (Παθολογικό-ΜΕΘ, Α-Ζ εξ.). Όσον αφορά την ερώτηση αυτή.

| ΕΡΩΤΗΣΗ | 16 | |
|--------------------------|-------------|-----------------|
| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΝΑΙ | ΌΧΙ |
| ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ | 10 | 90 |
| ΜΕΘ | 20 | 80 |
| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | | 1 |
| Χ² | 3.18 | |
| P | | >0.05 |
| A' ΕΞ. | 8 | 92 |
| Z' ΕΞ. | 10 | 90 |
| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | | 1 |
| Χ² | 3.18 | |
| P | | >0.05 |

P>0,05 : Δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των υποομάδων (Παθολογικό-ΜΕΘ, Α-Ζ εξ.). Όσον αφορά την ερώτηση αυτή.

| ΕΡΩΤΗΣΗ | 17 | | | | |
|--------------------------|--------------|----|-------------|-----------|--------|
| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ | | ΜΕΤΡΙΑ ΠΟΛΥ | ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ | |
| ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ | 25 | 0 | 20 | 25 | 30 |
| ΜΕΘ | 20 | 15 | 20 | 30 | 15 |
| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | | | | | 4 |
| Χ² | | | | | 21 |
| P | | | | | < 0.05 |
| Α' ΕΞ. | 13 | 10 | 18 | 28 | 30 |
| Ζ' ΕΞ. | 15 | 13 | 20 | 15 | 37 |
| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | | | | | 4 |
| Χ² | | | | | 5.3 |
| P | | | | | <0.05 |

P<0,05 : Διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των υποομάδων (Παθολογικό-ΜΕΘ , Α-Ζ εξ.) Δηλαδή οι δύο ομάδες έχουν εντελώς διαφορετικές απόψεις ως προς το συγκεκριμένο θέμα.

| ΕΡΩΤΗΣΗ | | 18 | |
|--------------------------|-----|-------------|-----------------|
| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΝΑΙ | ΌΧΙ | |
| ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ | 50 | 50 | |
| ΜΕΘ | 60 | 40 | |
| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | | | 1 |
| Χ² | | 1.64 | |
| P | | | >0.05 |
| A' ΕΞ. | 55 | 45 | |
| Z' ΕΞ. | 70 | 30 | |
| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | | | 1 |
| Χ² | | 4.18 | |
| P | | | <0.05 |

P>0,05 : Δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των υποομάδων (Παθολογικό-ΜΕΘ). Όσον αφορά την ερώτηση αυτή.

P<0,05 : Διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των υποομάδων (Α-Ζ εξ.) Δηλαδή οι δύο ομάδες έχουν εντελώς διαφορετικές απόψεις ως προς το συγκεκριμένο θέμα.

| ΕΡΩΤΗΣΗ | | 19 | | |
|--------------------------|-----|-----|------|--------|
| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΝΑΙ | ΌΧΙ | ΙΣΩΣ | |
| ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ | | 15 | 70 | 15 |
| ΜΕΘ | | 0 | 70 | 30 |
| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | | | | 2 |
| Χ² | | | | 20 |
| P | | | | < 0.05 |
| Α' ΕΞ. | | 13 | 43 | 44 |
| Ζ' ΕΞ. | | 5 | 35 | 60 |
| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | | | | 2 |
| Χ² | | | | 5.3 |
| P | | | | <0.05 |

P<0,05 : Διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των υποομάδων (Παθολογικό-ΜΕΘ , Α-Ζ εξ.) Δηλαδή οι δύο ομάδες έχουν εντελώς διαφορετικές απόψεις ως προς το συγκεκριμένο θέμα.

| ΕΡΩΤΗΣΗ | 20 | | |
|--------------------------|-----|-----|-------|
| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΝΑΙ | ΌΧΙ | ΙΣΩΣ |
| ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ | 85 | 0 | 15 |
| ΜΕΘ | 50 | 15 | 35 |
| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | | | 2 |
| Χ² | | | 32.1 |
| P | | | <0.05 |
| A' ΕΞ. | 77 | 20 | 3 |
| Z' ΕΞ. | 84 | 3 | 13 |
| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | | | 2 |
| Χ² | | | 32.1 |
| P | | | <0.05 |

P<0,05 : Διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των υποομάδων (Παθολογικό-ΜΕΘ , Α-'Z εξ.) Δηλαδή οι δύο ομάδες έχουν εντελώς διαφορετικές απόψεις ως προς το συγκεκριμένο θέμα.

| ΕΡΩΤΗΣΗ | | 21 | | | | | |
|------------------------------------|--------|-------|-------|-------------|-------|-------------|-----------------|
| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΔΙΑΦΩΝ | ΕΙΜΑΙ | | | ΣΥΜΦΩ | ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ | |
| | Ω | ΑΠΟΛΥ | ΔΙΑΦΩ | ΑΝΑΠΟΦΑΣΙΣΤ | ΝΩ | | |
| | ΤΑ | ΝΩ | ΟΣ | | | | |
| ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ | | 25 | 45 | | 10 | 15 | 5 |
| ΜΕΘ | | 20 | 25 | | 20 | 20 | 15 |
| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | | | | | | | 4 |
| Χ² | | | | | | | 15.3 |
| P | | | | | | | <0.05 |
| Α' ΕΞ. | | 29 | 23 | | 28 | 28 | 10 |
| Ζ' ΕΞ. | | 23 | 34 | | 27 | 13 | 3 |
| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | | | | | | | 4 |
| Χ² | | | | | | | 10.7 |
| P | | | | | | | <0.05 |

P<0,05 : Διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των υποομάδων (Παθολογικό-ΜΕΘ , Α-Ζ εξ.) Δηλαδή οι δύο ομάδες έχουν εντελώς διαφορετικές απόψεις ως προς το συγκεκριμένο θέμα.

| ΕΡΩΤΗΣΗ | 22 | | | |
|--------------------------|-----|-----|-------------|--------|
| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΝΑΙ | ΌΧΙ | ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ | |
| ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ | 35 | 45 | 20 | |
| ΜΕΘ | 20 | 60 | 20 | |
| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | | | | 2 |
| Χ² | | | | 6.23 |
| P | | | | < 0.05 |
| A' ΕΞ. | 50 | 25 | 25 | |
| Z' ΕΞ. | 52 | 35 | 13 | |
| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | | | | 2 |
| Χ² | | | | 5.5 |
| P | | | | >0.05 |

P<0,05 : Διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των υποομάδων (Παθολογικό-ΜΕΘ) Δηλαδή οι δύο ομάδες έχουν εντελώς διαφορετικές απόψεις ως προς το συγκεκριμένο θέμα.

P>0,05 : Δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των υποομάδων (A - Z εξ.). Όσον αφορά την ερώτηση αυτή.

| ΕΡΩΤΗΣΗ | 23 | |
|--------------------------|----------------------|-----------------|
| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΟΤΗΤΑ | ΣΤΕΙΡΑ ΣΧΕΣΗ |
| ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ | 75 | 25 |
| ΜΕΘ | 75 | 25 |
| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | | 1 |
| Χ² | | 0.02 |
| P | | >0.05 |
| A' ΕΞ. | 70 | 30 |
| Z' ΕΞ. | 77 | 23 |
| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | | 1 |
| Χ² | | 0.9 |
| P | | >0.05 |

P>0,05 : Δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των υποομάδων (Παθολογικό-ΜΕΘ, Α-'Z εξ.). Όσον αφορά την ερώτηση αυτή.

| ΕΡΩΤΗΣΗ | | 24 | | | |
|---|---------------------|-----------------------------|-------------------------|------------------------|--------------------------------|
| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΝΙΑΤ Η ΝΟΣΟΣ | ΚΑΤΑΛΗΚΤΙ ΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ | ΑΝΥΠΟΦ ΟΡΟΙ ΠΟΝΟΙ | ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ | |
| ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ | 35 | 15 | 0 | 50 | |
| ΜΕΘ | 15 | 20 | 15 | 50 | |
| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ Σ Χ² Ρ | | | | | 3 23.7 <0.05 |
| Α' ΕΞ. | 18 | 15 | 30 | 37 | |
| Ζ' ΕΞ. | 13 | 13 | 74 | 27 | |
| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ Χ² Ρ | | | | | 3 18.2 <0.05 |

P<0,05 : Διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των υποομάδων (Παθολογικό-ΜΕΘ , Α-Ζ εξ.) Δηλαδή οι δύο ομάδες έχουν εντελώς διαφορετικές απόψεις ως προς το συγκεκριμένο θέμα.

| ΕΡΩΤΗΣΗ | 25 | | |
|--------------------------|-----------------------------|----|----|
| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΝΑΙ ΟΧΙ ΕΙΜΑΙ ΑΝΑΠΟΦΑΣΙΣΤΟΣ | | |
| ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ | 20 | 50 | 30 |
| ΜΕΘ | 15 | 40 | 45 |
| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | | | |
| Χ² | 4.87 | | |
| P | >0.05 | | |
| A' ΕΞ. | 23 | 57 | 20 |
| Z' ΕΞ. | 5 | 70 | 25 |
| ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ | | | |
| Χ² | 13.5 | | |
| P | <0.05 | | |

P>0,05 : Δεν διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των υποομάδων (Παθολογικό-ΜΕΘ). Όσον αφορά την ερώτηση αυτή.

P<0,05 : Διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απόψεων των υποομάδων (Α-Ζ εξ.) Δηλαδή οι δύο ομάδες έχουν εντελώς διαφορετικές απόψεις ως προς το συγκεκριμένο θέμα.

8. Συμπεράσματα – Προτάσεις

Αυτή η μελέτη περιορίζεται από το μικρό μέγεθος του δείγματος και αυτό δεν επιτρέπει γενίκευση των αποτελεσμάτων στο μεγαλύτερο πληθυσμό των Ελλήνων νοσηλευτών, επαγγελματιών και φοιτητών.

Έτσι ύστερα από τη διεξοδική μελέτη των αποτελεσμάτων της ερευνάς μας καταλήξαμε στις εξής προτάσεις :

- Η ανάγκη για περαιτέρω μελέτες πάνω στην γνώση και στην πράξη των νοσηλευτών, όσον αφορά το δίλημμα της ευθανασίας, ώστε να επεκταθούν τα αποτελέσματα.
- Εισαγωγή της διδασκαλίας του αντικειμένου της νομοθεσίας στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.
- Ενθάρρυνση της ανθρωπιστικής αντιμετώπισης των ασθενών από τους νοσηλευτές.
- Καθορισμός και σύσταση ομάδων υποστήριξης των ασθενών και των συγγενών τους καθ' όλη την διάρκεια της δοκιμασίας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Σκοπός του ερωτηματολογίου είναι η καταγραφή της άποψης των επαγγελματιών νοσηλευτών της Πάτρας και των φοιτητών νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι Πάτρας για το δίλημμα της ευθανασίας στην εποχή μας, με γνώμονα την επαγγελματική εμπειρία, την ανθρώπινη ευαισθησία και την εκπαιδευτική γνώση σ'αυτές τις περιπτώσεις

1. Ανώνυμο :

2. Ηλικία :

3. Φύλο :

A) Άρρεν

B) Θήλυ

4. Οικογενειακή κατάσταση :

A) Έγγαμος /η

B) Άγαμος /η

Γ) Διαζευγμένος /η

Δ) Άλλο

5. Τόπος καταγωγής :

A) Αγροτική περιοχή

B) Ημιαστική περιοχή

Γ) Αστική περιοχή

6. Τομέας εργασίας :
- A) Παθολογικός
 - B) Εντατική μονάδα θεραπείας
 - Γ) Σπουδαστές

7. Μορφωτικό επίπεδο :

- A) Α.Ε.Ι.
- B) Τ.Ε.Ι.
- Γ) Δ.Ε.
- Δ) Τ.Ε.Ε.
- E) Ι.Ε.Κ.
- ΣΤ) Άλλο

8. Εξάμηνο φοίτησης :

- A) Α
- B) Ζ

9. Χρόνια εργασίας :

10. Θρησκεία :

11. Ποίος κατά τη γνώμη σας είναι ο σωστός ορισμός της «ευθανασίας» ;

- A) Ευθανασία «ευ + θάνατος» : η 'ηθελημένη' θανάτωση ασθενή με τη συναίνεσή του ή χωρίς αυτή.
- B) Ευθανασία «ευ + θάνατος» : ο ευτυχισμένος θάνατος ατόμου που επέρχεται φυσιολογικά ολοκληρώνοντας τον κύκλο της ζωής του.

12. Ας υποθέσουμε ότι υπάρχει στην οικογένεια σας πάσχων άτομο από ανίατη νόσο που διανύει το τελικό στάδιο της ζωής του με αφόρητους πόνους και σας ζητάει να το λυτρώσετε απ' αυτούς θα το κάνατε ;

Ναι

Όχι

13. Εσείς θα το ζητούσατε ποτέ ;

Ναι

Όχι

Ίσως

14. Έχετε βιώσει περιστατικό ευθανασίας ;

Ναι

Όχι

15. Μπορείτε να καταλάβετε τους ανθρώπους που θέλησαν να τους κάνουν ευθανασία ;

Καθόλου

Λίγο

Πολύ

16. Υπάρχει νόμος που να επιτρέπει την ευθανασία στην Ελλάδα ;

Ναι

Όχι

17. Η θρησκευτική σας συνείδηση τι ρόλο θα έπαιζε στην απόφασή σας ;

Καθόλου

Λίγο

Μέτρια

Πολύ

Πάρα πολύ

18. Πιστεύετε ότι έπρεπε να υπάρχει νόμος που να επιτρέπει την ευθανασία υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις ;

Ναι

Όχι

19. Αν η ευθανασία ήταν νόμος του κράτους θα δεχόσασταν να κάνετε ευθανασία σε ασθενείς ;

Ναι

Όχι

Ίσως

20. Ελλοχεύουν κίνδυνοι μετά την εφαρμογή ενός τέτοιου νόμου ;

Ναι

Όχι

Ίσως

21. Συμφωνείτε για την επιτάχυνση θανάτου καταληκτικού ασθενή με φάρμακα ή άλλα μέσα ;

Διαφωνώ απόλυτα

Διαφωνώ

Είμαι αναποφάσιστος

Συμφωνώ

Δεν γνωρίζω

22. Πιστεύεται ότι η άμβλωση κατατάσσεται στην ευθανασία ;

Ναι

Όχι

Δεν γνωρίζω

23. Η εκκλησία καταδικάζει την ευθανασία ως πράξη η οποία αντιβαίνει στην ομαλή σχέση του ανθρώπου με τον θεό και εκφράζει : (επιλέξτε 1)

A) Αυτοκαταστροφικότητα, απιστία και απουσία της χριστιανικής ελπίδας.

B) Μια στεία σχέση του ανθρώπου με το φυσικό κόσμο.

24. Ποια κατάσταση θεωρείται σημαντικότερη για την λήψη απόφασης ευθανασίας ;

A) Ανίατη νόσο

B) Καταληκτικός ασθενής

Γ) Ανυπόφοροι πόνοι

Δ) Εγκεφαλικός θάνατος

25. Ας υποθέσουμε ότι είστε στη Μ.Ε.Θ. (μονάδα εντατικής θεραπείας) παραμεθόριου περιοχής όπου υπάρχει ένα κρεβάτι στο οποίο βρίσκεται ασθενής ηλικίας 65 χρόνων και

έρχεται περιστατικό τροχαίου ατυχήματος ηλικίας 20 ετών που χρήζει άμεσης ανάγκης νοσηλείας στη Μ.Ε.Θ. Θα επιλέγατε την ευθανασία στον ήδη υπάρχοντα ασθενή της εντατικής με σκοπό τη νοσηλεία του νέου ασθενή ;

Ναι

Όχι

Είμαι αναποφάσιτος

Σας ευχαριστούμε για την συνεργασία.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Καταγγελία για ευθανασία σε νοσοκομείο των Ιωννίνων

Ημερομηνία : 18/07/2002

Μήνυση για ανθρωποκτονία από πρόθεση με μορφή ευθανασίας κατά των υπευθύνων του νοσοκομείου Χατζηκώστα των Ιωννίνων κατέθεσαν την τρίτη οι γονείς του 32χρόνου Καχριμάνη, ο οποίος πέθανε τον περασμένο Σεπτέμβριο στο εν λόγω νοσοκομείο. Ο 32χρονος έπασχε από μεσοφηλίωμα επιζηκώτος, μία σπάνια μορφή καρκίνου, και υποβλήθει σε εγχείρηση στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο Κάρτις του Λονδίνου.

Στη συνέχεια είχε νοσηλευτεί σε ιατρικό κέντρο της Αθήνας και κατά διαστήματα νοσοκομείο Χατζηκώστα των Ιωννίνων.

Εκεί μεταφέρθηκε στις 8 Σεπτεμβρίου, όπου έπειτα από τρεις ώρες πέθανε.

Τώρα οι γονείς του κατηγορούν τους γιατρούς ότι εφάρμοσαν κάποια μορφή ευθανασίας. Από την πλευρά τους οι γιατροί, μέσω του προέδρου της επιστημονικής επιτροπής του νοσοκομείου, Κώστα Γκόσιου, ο οποίος διεξήγαγε σχετική έρευνα, αντέκρουσαν τους ισχυρισμούς.

Ο Κ. Γκόσιος δήλωσε ότι ο Καχριμάνης είχε νοσηλευτεί για πρώτη φορά στο Χατζηκώστα τον Οκτώβριο του 1999, όπου έγινε και η διάγνωση της ανίατης ασθένειάς του.

Στο Κάρτις έγινε αφαίρεση, με οδηγίες για χημειοθεραπεία στην Ελλάδα κατά την επιστροφή του.

Του έγινε χημειοθεραπεία σε ιατρικό κέντρο της Αθήνας και κατά διαστήματα νοσηλεύτηκε στο νοσοκομείο Χατζηκώστα .

Στις 8 Σεπτεμβρίου μεταφέρθηκε στο νοσοκομείο με βαριά καρκινική καχεξία και παρά τις προσπάθειες των γιατρών, πέθανε τρεις ώρες αργότερα.

Τέλος, οι γιατροί αρνούνται κατηγορηματικά ότι έγινε οποιασδήποτε μορφής ευθανασίας στον 32χρονο και αποδίδουν το θάνατό του στη σοβαρότατη ασθένειά του.

Σχετική παραπομπή:

<http://www.in.gr/news/article.asp?lngEntityID=198838>



**Η μετάφραση του ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ ΟΡΚΟΥ, όπως την
απέδωσε ο Κωστής Παλαμάς:**

"Ορκίζομαι να θεωρώ τους διδασκάλους μου οΙτινες μ' εδίδαξαν ταύτην την τέχνην ίσα με τους γεννήσαντάς με. Την δε τέχνην ταύτην να μη μεταχειρίζομαι δια την ιδικήν μου ευμάρεια εις τον βίον αλλ'εις δόξαν του θεού και δια την σωτηρίαν των ανθρώπων ως προς τιμήν και προς ωφέλειαν της προς αυτήν πίστεως. Πιστώς και με ακριβειαν ενεργών σύμφωνα με τας δυνάμεις και την κρίσιν μου θα κάμνω κάθε πράγματο οποίον είναι έργον Ιατρού. Εις δε τους νοσούντας, είτε πλούσιοι είναι, είτε πένητες, με την ιδίαν σπουδήν θα τρέξω να προσφέρω την εκ της τέχνης μου επικουρίαν. Δεν θα διακυβεύσω δε παραλόγως την ζωήν. Ουδέ θα ιατρεύσω δια να χρηματισθώ. ή και από σφοδράν επιθυμίαν της διαφημίσεως. Εις όσας οικίας και αν εισέλθω θα το κάμω αποκλειστικώς. δια να ωφελήσω τους πάσχοντας. αφήνων κατά μέρος κάθε αδικίαν. Όσα δε κατά την θεραπείαν ή και χωρίς να ιατροπορεύω είτε ίδω είτε ακούσω από τον βίον των ανθρώπων εξ' εκείνων, τα οποία δεν πρέπει να λέγωνται έξω από του καθενός την οικίαν θ'αποσιωπάω θεωρών ταύτα ως μη δυνάμενα να λεχθώσι. Θα επικαλούμαι δε την τέχνην μου όσο δύναμαι, καταβάλλων κάθε προσπάθειαν δια να εφαρμόσω τους νόμους της. Προς τους ομοτέχνους δε φιλοφρόνως και φιλανθρώπως θα φέρωμαι πάντοτε, τούτους δε ως άλλους άρρενας αδελφούς, αναγνωρίζων, θα συντρέχω, ώστε να προκύπη εκ' τούτου ωφέλεια εις τους πάσχοντας. Και. αν μεν εκτελέσω αυτήν την υπόσχεσίν μου. Εύχομαι να επιτύχω εις τον βίον και την τέχνην και ν'αποκτήσω βοηθόν τον θεόν. Αν δε την παραβώ. τ'αντίθετα τούτων να γίνουν".

Σχετική παραπομπή :

ΒΑΣΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ Ι (Σημειώσεις Α' εξ.) Γεωργούση Παρασκευή,
Καθηγήτρια Εφαρμογών.

ΠΟΙΝΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ

Ανθρωποκτονία με συναίνεση

Άρθρο 300. Όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο γι' αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια τιμωρείται με φυλάκιση.

Η ελαφρότερη μεταχείριση του δράστη οφείλεται κυρίως στη λιγότερο επικίνδυνη προσωπικότητα του δράστη, ο οποίος κινείται στην πράξη ωθούμενος από το αίτιο του οίκτου, γεγονός το οποίο εκφράζει όχι κακότητα αλλά αγαθή προαίρεση. (Ηλ. Γάφος, Ποιν. Δίκαιο τ. Δ' σελ. 28).

Οφείλεται ακόμη στη συγγένεια που παρουσιάζει με την ατιμώρητη πράξη της αυτοκτονίας.

Η ανθρωποκτονία του άρθρου 300 ΠΚ πρέπει να αποφασίστηκε με την απαίτηση του παθόντος.

Η απαίτηση είναι μια έννοια διαφορετική από τη συναίνεση, για την ύπαρξή της δε, είναι απαραίτητη μια ενεργητική πρωτοβουλία του θύματος, επιζητούσα να επιτύχει στο δράστη το σχηματισμό της απόφασης για τη θανάτωση. (Ηλ. Γάφος Δ' 29).

Η ευθανασία από νομική άποψη. (Μελέτη Α. Καράμπελα, Αντ. Εφ. Αθηνών Ποιν. Χρον. ΛΣΤ' 539).

Είναι αδιάφορος ο τρόπος με τον οποίο εκδηλώνεται η απαίτηση, όπως είναι αδιάφορο αν απευθύνεται ειδικώς στο δράστη ή σε ορισμένο κύκλο προσώπων. (Ηλ. Γάφος Δ' 30).

Η απαίτηση του παθόντος πρέπει να είναι επίμονη και σπουδαία. Σπουδαία δε είναι όταν ανταποκρίνεται προς την αληθή βούληση του θανατουμένου. Όταν εκφράζει τη σοβαρή επιθυμία του να θέσει τέρμα στη ζωή του.

Επίμονη είναι η απαίτηση όταν εκφράζεται κατά τρόπο συνεχή και σταθερό. (Ηλ. Γάφος Δ' 32).

Το κίνητρο στο πρόσωπο του δράστη πρέπει να είναι ο οίκτος και όχι άλλος λόγος. Η ανίατη πάθηση, κρίνεται αντικειμενικά και όχι κατά την υποκειμενική κρίση του δράστη. Η ευθανασία με τη μορφή της επιτάχυνσης από τρίτον του βέβαιου θανάτου, από οίκτο, του προσώπου που πάσχει από ανίατη ασθένεια, που μπορεί να κριθεί επιτρεπόμενη, με βάση την αρχή της εξυπηρέτησης του αληθούς συμφέροντος του θανατουμένου και μπορεί να αρθεί ο άδικος χαρακτήρας της πράξεως. (Ν.Χωραφάς Γεν. Αρχές Ποιν. Δικαίου, τόμος Α' σελ 190 - 192, Αλ. Κατσαντώνης, Ποιν. Χρον. ΚΣΤ' 236, Δ. Ντζιώρας, Επίτομη ερμηνεία πκ έκδ. 1965 σελ 479).

Σχετική παραπομπή :

ΠΟΙΝΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ, Ανδρέου Φίλιππος, δικηγόρος παρ'Αρείω Πάγω, μέλος ένωσης Ελλήνων ποινικολόγων.

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΑΤΡΟ – ΠΑΘΟΛΟΓΟ
Κα. ΜΑΤΣΑΓΓΟΥΡΑ – ΣΑΜΕΛΗ ΜΑΡΙΑ

-Είστε υπέρ ή κατά της ευθανασίας ;

Είναι πολύ δύσκολο για κάποιον γιατρό να πεί αν είναι υπέρ ή κατά σ' αυτό το θέμα. Είναι δύσκολη η απόφαση να προχωρήσεις σ' αυτό το βήμα, εφόσον η ζωή του κάθε ανθρώπου είναι αναφαίρετο δικαίωμα. Ως άνθρωπος αλλά και ως γιατρός πιστεύω ότι η ελπίδα για τον κάθε άνθρωπο χάνεται πάντα τελευταία.

-Μπορείτε να μπειτε στη θέση τους και να καταλάβετε τους ανθρώπους, που θέλησαν να τους κάνουν ευθανασία; Έχετε βιώσει ποτέ τέτοιο περιστατικό;

Για τους περισσότερους γιατρούς είναι δεδομένο ότι θα κάνουν ότι μπορούν από ιατρικής πλευράς, ότι είναι προσδόκιμο τουλάχιστον, ως και την τελευταία στιγμή. Μπορώ να καταλάβω αυτούς τους ανθρώπους, αλλά δεν θα' κανα ποτέ ευθανασία. Είμαι πολύ νέα για να πάρω μια τέτοια απόφαση!

Υπήρχε κάποιο περιστατικό ανθρώπου, εγκεφαλικά νεκρός, που οι συγγενείς του με παρότρυναν να τον βοηθήσω να καταλήξει. Ένωσα πολύ άσχημα, αρνήθηκα όμως και προτίμησα να προσφέρω ότι μπορούσα παρηγορητικά και συμπτωματικά, έστω και αν αυτό ήταν μια παράταση του θανάτου του. Μετά από λίγες μέρες κατέληξε...

-Εσείς θα το ζητάγατε ποτέ;

Καταρχήν, για να γίνει ευθανασία σε κάποιον ασθενή, θα πρέπει να συμφωνεί και ο ίδιος και οι συγγενείς του και μετά δημιουργείται έγγραφο η απόφαση αυτή, εφόσον βέβαια πραγματοποιηθεί ιατρικό συμβούλιο.

Τώρα στο αν θα το ζητάγα, ίσως αν ήξερα ότι δεν υπάρχει καμία άλλη λύση. Από την εμπειρία που έχω όμως, η αλήθεια είναι ότι η ιατρική επιστήμη δεν έχει πάντα και τα πιο επιθυμητά αποτελέσματα.

-Η θρησκευτική σας συνείδηση θα έπαιζε ρόλο στην απόφασή σας ;

Φυσικά και θα με επηρέαζε. Πιστεύω ότι υπάρχει η ανώτερη δύναμη που ελέγχει τα πάντα πάνω από μας .

-Πιστεύετε ότι θα έπρεπε να νομιμοποιηθεί η ευθανασία στην Ελλάδα ;

Είμαι τελείως αρνητική σε αυτό. Φυσικά ούτε και κάτω από κάποιες συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Πρέπει να κάνουμε τα πάντα ως το τελευταίο στάδιο. Το έχουμε ορκιστεί αυτό. Δεν αξίζει η καταπάτησή του. Αν και υπάρχουν έγγραφες διαταγές (D.N.A.R ORDERS), κυρίως για απογοητευτικές καταστάσεις, στις οποίες είμαστε υποχρεωμένοι να χορηγούμε μόνο φάρμακα, ώστε να μην πονάει ο ασθενής , αλλά δεν τους γίνεται ανάνηψη. Στην ουσία δηλαδή τους αφήνεις να πεθάνουν.

ΠΕΡΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

(Από τον Πρωτοσύγγελο και Αρχιμανδρίτη Θηβών και Λεβαδείας, Πάτερ Φιλόθεο).

«...Η Ορθόδοξη θεολογία της εκκλησίας μας δεν αφήνει περιθώρια, αναγνωρίζοντας και κατανοώντας από το φάσμα του ανθρώπινου πόνου και της ανθρώπινης τραγικότητας, για να δεχθεί ούτε στην έσχατη και πιο οριακή περίπτωση την λύση της ευθανασίας.

Γιατί πιστεύει πως τόσο η ζωή όσο και ο θάνατος, είναι καθορισμένα από τον Θεό με όρια που κανείς άνθρωπος δεν μπορεί από μόνος του να τα υπερβαίνει, γιατί παίζουν τεράστιο ρόλο στην ζωή του σ' αυτόν τον κόσμο αλλά έχουν και άμεσες επιπτώσεις στην μετέπειτα ζωή του στον άχρονο χρόνο της αιωνιότητας.

Όλες οι πράξεις, οι ενέργειες και πόσο μάλλον η υπόθεση της εκούσιας αφαίρεσης της ζωής έχουν καθοριστική αξία για την ζωή μας ολόκληρη, σαν δώρο του Θεού.

Όπως επίσης πιστεύοντας κανείς στο Ευαγγέλιο και στον Ιησού έχει εναποθέσει σε αυτόν τις ελπίδες του ακόμη και στις πιο δύσκολες και αδιέξοδες ώρες, χωρίς να υπερβαίνει το άγιο θέλημά του, έστω και αν αυτό το θέλημα επιτρέπει έναν άβατο πόνο ή μία σκληρή και οδυνηρή τελευταία του πράξη, την τραγικότητα που κρύβει η ευσπλαχνία και η αγάπη για να μη χαθεί το πλάσμα του, αλλά δια του πόνου να εξαλείψει το χειρόγραφο των αμαρτιών του και έτσι απρόσκοπτα να εξέλθει η ψυχή του σώματος για να ανέβει στον ουρανό ή να αγιαστεί ακόμη περισσότερο όταν αυτό προλογείται στο σχέδιο του Θεού με την τυρρανία ενός βασανιστικού τέλους προκειμένου να λάμψει ακόμη περισσότερη η αρετή και η καθαρότητα της ψυχής του στην αιώνια πατρίδα.

Κανένας δεν έχει το δικαίωμα της αφαίρεσης της ζωής ενός συνανθρώπου του, μάλιστα σε μια εποχή που ο πόνος τουλάχιστον αντιμετωπίζεται σχεδόν ολοκληρωτικά με την προηγμένη νοσηλεία της αναισθητοποίησης, ωστόσο το ερώτημα είναι προσωπικό και όχι γενικό γιατί τεράστιο ρόλο παίζει και ο συναισθηματικός του αγώνας που μπορεί να ανατρέψει ακόμη και την πιο σοβαρή αντίρρηση για την ευθανασία ή και το αντίθετο....»





Η Μαρία με το Χριστό. Στο άνω μέρος του πίνακα φαίνεται το Χριστό με το σώμα του, όπως ήταν κατά την αναστάση. Η Μαρία με το Χριστό φαίνεται να περπατάει στον ουρανό.



«Ὅτι ἐπιπέσαν ἄνθρωποι, ἵνα εἰσέλθωσιν εἰς τὴν πόλιν, ἀλλὰ οὐκ ἔβρισκον αὐτὴν»



**«Δανείζει Θεω ὁ ἐλεῶν πτωχόν,
κατὰ δὲ τὸ δόμο αὐτοῦ ἀνταποδώσει αὐτῷ»**
(Παροιμία Σολομῶντος 19: 17)

19 ΕΚΔΟΣ: Ο ΕΛΛΗΝ-ΕΚΔΟΣΕΙΣ 100 - 105 10 ΑΘΗΝΑΙ



**«Σήμερον πάσα κτίσις ἀγάλλεται καὶ χαίρει
ὅτι Χριστὸς ἀνέστη καὶ Ἄδης ἐσκυλεύθη»**
(Κανὼν τοῦ Πλάτωνα)



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

