Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό
Ίδρυμα Κρήτης

Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας Και Πρόνοιας
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα: ***Στάσεις και αντιλήψεις των φοιτητών Νοσηλευτικής απέναντι στην ευθανασία.***

Πτυχιακή εργασία
Χρόνος εκπόνησης: 11 Μήνες
Επιβλέπων καθηγητής: Κακαβελάκης Κυριάκος
Σπουδάστριες: Κοντογιάννη Δήμητρα
Παπουτσάκη Άννα
Προμπονά-Κοττάκη Αικατερίνη

Ηράκλειο 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΜΕΡΟΣ Α' ΓΕΝΙΚΟ

Εισαγωγή ..... σελ 2

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ιστορική αναδρομή ..... σελ 3-7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Ευθανασία..... σελ 8-30

2.1 Ορισμός ευθανασίας
2.2 Ταξινόμηση ευθανασίας
2.2.1 Ενεργητική ευθανασία
2.2.2 Παθητική ευθανασία
2.3 Αίτια ευθανασίας
2.4 Καρδιακός θάνατος και ευθανασία
2.5 Εγκεφαλικός θάνατος και ευθανασία
2.5.1 Η σχέση της ευθανασίας με την μεταμόσχευση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Οι κοινωνικές και οι ηθικές διαστάσεις της ευθανασίας..... σελ 31-35

3.1 Εισαγωγή
3.2 Κοινωνικές και ηθικές διαστάσεις
3.3 Κοινωνικές και ηθικές επιπτώσεις

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Χριστιανισμός και ευθανασία..... σελ 36-44

4.1 Εισαγωγή
4.2 Η πρόταση της εκκλησίας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Η νομοθεσία για την ευθανασία ..... σελ 45-59

5.1 Εισαγωγή
5.2 Η εξέλιξη των ατομικών ελευθεριών στα ελληνικά συντάγματα
5.3 Η ευθανασία από τη σκοπιά του ποινικού δικαίου
5.3.1 Ανθρωποκτονία με συναίνεση
5.3.2 Συμμετοχή σε αυτοκτονία
5.3.3 Η διακοπή της θεραπείας κατ' απαίτηση του ασθενούς και η αυθαίρετη παροχή θεραπείας
5.4 Ζητήματα αστικής ευθύνης

5.4.1 Η συναίνεση του ασθενούς ως αναγκαία προϋπόθεση της παροχής θεραπείας και η υποχώρηση της αρχής αυτής.
5.4.2 Η συναίνεση για τη μη παροχή ή για τη διακοπή της θεραπείας και η ευθύνη εκείνου που παρέχει υπηρεσίες.
5.5 Ευθανασία και ατομικά δικαιώματα
5.6 Απόλυτο το δικαίωμα στη ζωή
5.7 Αλλοδαπό δίκαιο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Η βιοϊατρική ηθική και η ευθανασία – ηθικοί προβληματισμοί.....σελ 60-65
6.1 Η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής - Ευρωπαϊκή Σύμβαση ανθρωπίνων δικαιωμάτων και Βιοϊατρικής.
6.2 Κοινωνικοί και ηθικοί προβληματισμοί

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Παραδείγματα και μύθοι σχετικά με την ευθανασία 66-76

ΜΕΡΟΣ Β' ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

1. Περίληψη ..... σελ 77

2. Εισαγωγή ..... σελ 78

3. Υλικό και Μέθοδος.....σελ 79-80

4. Αποτελέσματα.....σελ 81-82

5. Συζήτηση.....σελ 82-84

6. Συμπεράσματα .....σελ 84-85

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. Ευρετήριο πινάκων

2. Ερωτηματολόγιο

3. Βιβλιογραφία

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Είναι γεγονός πως η ευθανασία είναι ένα πολυσχιδές και περίπλοκο θέμα. Η ευθανασία είναι για την κοινωνία ένα καινούριο, δύσκολο ζήτημα, ένα θέμα που σοκάρει επειδή άπτεται ευαισθησιών και προσωπικών συγκινησιακών καταστάσεων. Οι απόψεις περί του θέματος αυτού διχάζουν την σημερινή ελληνική κοινωνία. Το θέμα της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι: «Στάσεις και αντιλήψεις των φοιτητών Νοσηλευτικής απέναντι στην ευθανασία». Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η παρουσίαση της στάσης και των αντιλήψεων των φοιτητών Νοσηλευτικής απέναντι στο καίριο ζήτημα της ευθανασίας. Επίσης θα απαντηθεί αν και κατά πόσο επηρεάζεται η στάση απέναντι στην ευθανασία κυρίως από την εκπαίδευση που λαμβάνουν, αλλά επίσης και τα θρησκευτικά και πνευματικά «πιστεύω» αυτών.

Η δομή της εργασία αποτελείται από δύο μέρη. Το Α' Μέρος-Γενικό, το οποίο περιλαμβάνει την παρουσίαση των νομικών, τεχνικών και κοινωνικών διαστάσεων του ζητήματος της ευθανασίας, μέσα από την ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας. Και το Β' Μέρος-Ερευνητικό, στο οποίο παρουσιάζεται η μελέτη που πραγματοποιήσαμε προκείμενου να διερευνηθούν οι στάσεις και οι αντιλήψεις των φοιτητών Νοσηλευτικής απέναντι στην ευθανασία. Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε πήραν μέρος οι εγγεγραμμένοι φοιτητές Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης, που φοιτούσαν κατά τη διάρκεια της έρευνας στο πρώτο και το τελευταίο εξάμηνο. Οι φοιτητές κλήθηκαν να απαντήσουν στο ειδικά δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο καταγράφει εκτός από τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, το επίπεδο ενημέρωσης τους σχετικά με την αναγκαιότητα ή όχι της ύπαρξης της καθώς επίσης και τη στάση τους απέναντι στην εφαρμογή της. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε ανώνυμα και δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στον τρόπο χρησιμοποίησης των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων.

Κλείνοντας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον επιβλέποντα καθηγητή μας Κακαβελάκη Κυριάκο για τη βοήθεια, καθοδήγηση και συμβουλή του στην εργασία αυτή. Επίσης ευχαριστούμε θερμά την καθηγήτρια μας Χαραλαμπάκη Ελένη για τη βοήθειά της στο ερευνητικό μέρος. Και τέλος ευχαριστούμε όλους τους φοιτητές της Νοσηλευτικής που συμμετείχαν στην έρευνα της εργασίας αυτής απαντώντας τα ειδικά δομημένα ερωτηματολόγια.

ΜΕΡΟΣΑ'
ΓΕΝΙΚΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο θάνατος ήταν πάντα για τον άνθρωπο κάτι το αδιανόητο. Μόνο που σε παλαιότερες εποχές είχε γίνει λίγο πολύ αποδεκτός ως φυσικό γεγονός – όπως και είναι άλλωστε – και, όταν ερχόταν, δεν προκαλούσε τα προβλήματα που συνεπάγεται σήμερα.

Αν η μετάβαση απ' το ζωντανό σώμα στο άψυχο ξάφνιαζε και φόβιζε πάντα, δε σημαίνει όμως ότι δεν αναπτύχθηκαν μηχανισμοί άμυνας σ' αυτόν τον φόβο. Πρώιμα η κληρονομημένη παράδοση, οι μάγοι – γιατροί, η θρησκευτική πίστη, όλα κινητοποιήθηκαν για να δώσουν εξηγήσεις που γίνονταν αποδεκτές και μάλιστα μέχρι τις αρχές του 19^{ου} αιώνα. Ο πρωτόγονος για να αμυνθεί στο φόβο του θανάτου κάνει υποκατάσταση του φθαρτού σώματος με το "πνεύμα". Το θεωρεί κατά κάποιο τρόπο υλικό και γι' αυτό βάζει υλικά αντικείμενα καθημερινής χρήσης στην ταφή όχι για το νεκρό σώμα, αλλά για το "πνεύμα". Αυτή η αντίληψη εξουδετέρωνε πολύ το φόβο του θανάτου και συμπληρώθηκε πρώιμα από τελετές με επίκεντρο τον ετοιμοθάνατο που επιζήσανε σχεδόν αναλλοίωτες στους αιώνες. Δεν έχει κανείς παρά να μελετήσει ακόμη στις μέρες μας το θάνατο ως γεγονός στην μικρή κοινωνία του χωριού της ελληνικής επαρχίας. Το ξενύχτι δίπλα στον ετοιμοθάνατο, η προθανάτια θρησκευτική φροντίδα αλλά παραπάνω η συγκέντρωση των μελών της οικογένειας κοντά του συντελούν στην ήρεμη, τις περισσότερες φορές, αναμονή του τέλους απ' αυτόν που φεύγει και εξοικειώνει αυτούς που μένουν με το γεγονός. Στη βάση όλων αυτών βρισκόταν και βρίσκεται, όπου απαντά αυτή η συμπεριφορά, μικρότερη ή μεγαλύτερη αποδοχή της συνέχισης της ζωής που για το θρησκευόμενο μάλιστα είναι καθορισμένη απ' τον παντοδύναμο Θεό και σημαίνει πάντα αιώνια μακαριότητα για τον αναμάρτητο, αλλά και για τον αμαρτωλό που μετάνιωσε. Έτσι κανείς δεν έκρυβε απ' τους νεότερους το θάνατο και τα παιδιά, σχεδόν πάντα, επιτρεπόταν να παρακολουθήσουν το τέλος αυτού που πέθαινε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Από το 19^{ο} αιώνα οι παραδοσιακές συνθήκες αντιμετώπισης του θανάτου αλλάζουν σιγά-σιγά και είναι χαρακτηριστικό πως επισημαίνονται άλλες πρακτικές, ιδίως στις ευρωπαϊκές αστικές κοινωνίες. Ο θάνατος θεωρείται τώρα κάτι το κακό και η παρουσία του ενοχλεί αυτούς που ζουν και κινούνται στον ίδιο χώρο. Η φροντίδα του ετοιμοθάνατου θα μετατεθεί στο νοσοκομείο, όπου ο γιατρός και το νοσηλευτικό προσωπικό θα παρασταθούν στη δύσκολη τελευταία ώρα, ενώ συνήθως το συγγενικό περιβάλλον περιμένει την εξέλιξη στο χώρο αναμονής. Όσο για τα παιδιά, αυτά απομακρύνονται έγκαιρα, ώστε οριστικά να αποστερηθούν την εμπειρία του θανάτου. Ποιοι παράγοντες συντέλεσαν σ' αυτήν την αλλαγή; Κύρια δύο, ο ένας είναι ο φόβος του τέλους που σίγουρα έγινε εντονότερος στο σύγχρονο άνθρωπο, γι' αυτό απωθεί επίμονα και καθετί που του τον θυμίζει. Το άλλο είναι η ίδια η ιατρική επιστήμη, που έχει στο πρόγραμμά της την παράταση της επιβίωσης κάτω από δυο μηχανισμούς πίεσης: του συγγενικού περιβάλλοντος, που μεταθέτει στο γιατρό τη φροντίδα που εκείνο έχει συνήθως αρνηθεί, αλλά και της ιατρικής συλλογιστικής ότι υπάρχουν πάντα περιθώρια να αποφευχθεί ο θάνατος. Και τούτο γιατί μέχρι σήμερα είναι γενικά παραδεκτή η άποψη πως ο γιατρός έχει ευθύνη και αποστολή να αναχαιτίζει και να εμποδίζει, όσο μπορεί, το θάνατο ακόμη και όταν είναι αναπόφευκτος.

Αυτή η νοοτροπία επισημαίνεται ιδίως απ' το 19^{ο} αιώνα και ύστερα. Ίσως πίσω απ' αυτήν κρύβεται η προβληματική του ίδιου του γιατρού και η δική του αντίδραση: αρνείται το θάνατο των άλλων γιατί τον αρνείται προπάντων για τον εαυτό του. Ωστόσο και άλλοι παράγοντες μπήκαν στη μέση τα τελευταία χρόνια. Η χειρουργική επέμβαση που αποφασίζεται με μέτρα "χειρουργικά", δηλαδή η εγχείρηση είναι συνηθισμένο φαινόμενο στην εποχή μας. Πόσο από μια μεγάλη, δύσκολη εγχείρηση προσδοκούμε αποτέλεσμα που να αντισταθμίζει την οδύνη μιας μακριάς και επώδυνης ανάρρωσης, δεν εξετάζεται συνήθως. Δίπλα στις ανθρωποσωτήριες μεγάλες επεμβάσεις υπάρχουν και εκείνες που γίνονται με ασήμαντο ή μηδενικό προσδόκιμο επιβίωσης. Έτσι ύστερα από μια οδυνηρή

μετεγχειρητική πορεία με ποικίλα τεχνικά όργανα και συσκευές εφαρμοσμένα στον άνθρωπο, ο θάνατος έρχεται συνήθως με πόνο, όταν μάλιστα η χρήση των ναρκωτικών αποφεύγεται γιατί θα επιτάχυνε την κατάληξη, που όμως είναι αναπότρεπτη.

Αλλά και οι νοσηλευτικοί μηχανισμοί, που κάθε περιστατικό – και μάλιστα αυτό που απαιτεί ξεχωριστές φροντίδες ή περισσότερες από μία επεμβάσεις – είναι κερδοφόρο, έχουν κάθε λόγο να ενθαρρύνουν την παροχή περίθαλψης σε τέτοιους άρρωστους, πολλές φορές ανεξάρτητα από τη θέλησή τους αλλά σε συνεννόηση με τους συγγενείς. Σήμερα έχει γίνει καθολική συνείδηση πως η υγεία είναι δικαίωμα του ανθρώπου που πρέπει να διαφυλαχτεί και τα συστήματα υγείας να οικοδομηθούν έτσι, ώστε να στοχεύουν στην συντήρησή της ως πάγιας κατάστασης. Ο θάνατος, έχει κοινωνικό χαρακτήρα ως προς τα αίτια του και την παρουσία του σε μεγάλο βαθμό, συνεπώς η αντιμετώπισή του πρέπει να είναι κοινωνική. Είναι ουσιαστικό να δημιουργήσουμε για τον ετοιμοθάνατο εκείνες τις συνθήκες που θα του ξαναδώσουν τη ζεστασιά που τον συνόδευε όταν η κοινωνική και η οικογενειακή σχέση ήταν στενή. Ο ρόλος του γιατρού σ' αυτήν την περίπτωση είναι σημαντικός και γίνεται ακόμη σημαντικότερος μια και έχει να αντιμετωπίσει την οργισμένη αντίθεση και άρνηση του ανθρώπου της εποχής μας απέναντι στο θάνατο.

Είναι κοινή διαπίστωση πως η σύγχρονη ιατρική, η διαποτισμένη από τα τεχνολογικά ευρήματα, αντιμετωπίζει ψυχρά και συνεπώς, απαράδεκτα το θάνατο. Αυτό το πολύπλοκο γεγονός που, όπως έδειξαν οι παρατηρήσεις της Ε. Κύμπλερ – Ρος και των συνεργατών της, έχει διάφορα στάδια που διαδέχονται το ένα το άλλο, δε γίνεται πάντα έτσι. Αν η προθανάτια κατάσταση είναι μεγάλης διάρκειας, μπορούν ίσως να επισημανθούν αυτά τα στάδια. Στις αρρώστιες όμως ταχείας εξέλιξης ο άρρωστος μπορεί να καθηλωθεί μέχρι τέλος στην άρνηση. Εδώ η παρέμβαση του γιατρού κατά κύριο λόγο, άλλα και του νοσηλευτικού και τεχνικού προσωπικού είναι αποφασιστική. Δε θα τον βοηθήσουν να μην πεθάνει, θα τον βοηθήσουν όμως πώς να πεθάνει, και αυτό είναι πολύ σημαντικό.

Τέλος, ο γιατρός έχει χρέος να συνειδητοποιήσει τα προβλήματα που του βάζει ο θάνατος, όπως κάνει το ίδιο για την πρόληψη και την περίθαλψη.

Η ευθανασία είναι δεμένη με το θάνατο είτε ως "παθητική" είτε ως "ενεργητική". Η παθητική ευθανασία έχει παλαιότατη ιστορία. Δε σημαίνει βέβαια συντόμευση της ζωής αλλά προσπάθεια να γίνει ο θάνατος ευκολότερα δεχτός. Δεν ήταν στην αρμοδιότητα του γιατρού αλλά των άλλων συγγενικών προσώπων, των φίλων και από τα πρώτα χριστιανικά χρόνια και του ιερέα. Από τα αρχαία κείμενα ο «Κρίτωνας» του Πλάτωνα έχει την εικόνα – χωρίς να είναι αυτός ο στόχος της συγγραφής – μιας συγκέντρωσης για παθητική ευθανασία που θα επέτρεπε στο Σωκράτη να αποδεχτεί το αναπόφευκτο ευκολότερα. Αυτή την «παθητική» ευθανασία έχουμε χρέος να την εξασφαλίσουμε στον άρρωστο που πεθαίνει, όπως ειπώθηκε παραπάνω, και αυτό το χρέος βαραίνει τον σύγχρονο γιατρό.

Αλλιώτικο είναι το πρόβλημα της ενεργητικής ευθανασίας, της συντομότερης δηλαδή έλευσης του θανάτου με την φροντίδα του γιατρού. Ίσως να εφαρμοζόταν σιωπηρά από πολύ παλιά, αλλά δεν υπάρχουν βέβαιες μαρτυρίες. Όμως το 4^{ο} αιώνα π.Χ το πρόβλημα υπάρχει ώστε να τεθεί ως μία από τις ουσιαστικές απαγορεύσεις στον όρκο του Ιπποκράτη. Εκεί ο αρχαίος συγγραφέας δηλώνει : «και να μου ζητήσουν φάρμακο θανατηφόρο σε κανέναν δε θα δώσω και ούτε θα βγει από μένα μια τέτοια συμβουλή». Όλοι οι σύγχρονη σχολιαστές θεωρούν ότι το κείμενο είναι αποδοκιμασία ενεργητικής ευθανασίας. Ο Έλληνας της κλασικής περιόδου φαίνεται ότι χρησιμοποιεί συχνά το δηλητήριο προκειμένου να λυτρωθεί από τους πόνους κάποιας ανίατης και επώδυνης αρρώστιας. Ο Edelstein υποστήριξε πειστικά ότι η αυτοκτονία για λύτρωση από τον πόνο ήταν καθημερινή πραγματικότητα και ο μόνος που μπορούσε να προμηθεύσει το δηλητήριο ήταν ο γιατρός. Η ρητή απαγόρευση, που αναγράφεται στον «Όρκο» ήταν ένα από τα επιχειρήματα του Edelstein, ώστε να τον χαρακτηρίσει κείμενο επηρεασμένο από πυθαγόρειες διδασκαλίες, αφού στην αρχαιότητα μόνο οι πυθαγόρειοι απαγόρευαν την αυτοκτονία (Λυπουρλή Δ., ό.π., σσ 90-91, 99-100) .

Είναι ενδιαφέρον ότι στις αρχές του 16^{ου} αιώνα υψώνεται μια φωνή που υπερασπίζεται την ευθανασία, όχι όμως από γιατρό αλλά από φιλόσοφο. Είναι αυτή του Θωμά Μορ, όπως εκφράστηκε μέσα στο βιβλίο του με τίτλο «Ουτοπία», που κυκλοφορήθηκε το 1516. Η ενεργητική παρέμβαση για λύτρωση από το μαρτυρικό θάνατο υποστηρίζεται καθαρά από τον Μορ: «αν η αρρώστια είναι όχι μόνο ανυπόφορη αλλά και βασανιστική και σπαραχτική χωρίς ανάπαυλα, τότε οι ιερείς και οι δημόσιοι λειτουργοί (πρέπει να) προτρέπουν τον άνθρωπο… να

ελευθερωθεί από αυτήν την πικρή ζωή… ή αλλιώς να επιφέρει με τη θέλησή του σε άλλους να τον λυτρώσουν». Ίσως αυτό εδώ είναι το πρώτο κείμενο που υποστηρίζει την ευθανασία χωρίς επιφύλαξη. Αν δεν σημειώθηκε τότε κάποια ιατρική αντίδραση σε ένα τέτοιο κήρυγμα, αυτό οφείλεται στο ότι ο γιατρός δεν ήταν εκείνος που έμενε κοντά στον άρρωστο τις τελευταίες του ώρες. Έτσι αν η ευθανασία γινόταν αποδεκτή, θα ήταν έργο του ιερέα και των συγγενών να το αποφασίσουν, ως οι τελευταίοι που παρευρίσκονταν κοντά στον ετοιμοθάνατο.

Η πρώτη μελέτη που γράφτηκε για την ευθανασία από γιατρό είναι εκείνη του καθηγητή Καρλ Μαρξ (C-F. H. Marx), γνωστού ιστορικού της ιατρικής και συνεπώνυμου του ιδρυτή του επιστημονικού σοσιαλισμού. Σ' αυτήν την εργασία, που έχει τον τίτλο «προπαρασκευή για ιατρική ευθανασία», εκφράζεται περισσότερο η αντίληψη της συμπαράστασης στον άρρωστο που πεθαίνει, η «παθητική» ευθανασία που προαναφέρθηκε. Σ' αυτή αξιοσημείωτη είναι η προτροπή να μην βασανίζεται ο άρρωστος με άσκοπες φαρμακευτικές ή άλλες θεραπείες, αλλά να εφαρμόζεται μόνο καταστολή του πόνου με παυσίπονα ή αναισθητικά. Στα τελικά συμπεράσματά του όμως, δεν πλησιάζει τις θέσεις που είχε υποστηρίξει ο Μορ και είναι αντίθετος στη σκέψη για επίσπευση του θανάτου. Ίσως ο ίδιος με την εργασία του να στόχευε περισσότερο στην επικαιροποίηση του προβλήματος παρά στην εξεύρεση της λύσης αυτού.

Όπως και στην περίπτωση του Μορ, πάλι ένας λόγιος και όχι γιατρός φέρνει για εξέταση το θέμα της ενεργητικής ευθανασίας το τέλος του 19^{ου} αιώνα με ένα δημοσίευμά του. Είναι ο δοκιμιογράφος Σάμουελ Ουίλλιαμς (S.D. Williams) και το έργο του είχε τον τίτλο «ευθανασία». Το κείμενο έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τις πρωτότυπες και τολμηρές απόψεις που διακηρύσσει.

«Σε όλες τις περιπτώσεις μιας απαισιόδοξης και οδυνηρής αρρώστιας αναγνωρίζεται το καθήκον του γιατρού όταν ο άρρωστος εκφράζει την επιθυμία… να οδηγήσει ανώδυνα αυτόν που υποφέρει σε γρήγορο και ανώδυνο θάνατο. Υιοθετούνται όλες οι απαραίτητες προφυλάξεις για να αποτρέψουν πιθανή κατάχρηση ενός τέτοιου καθήκοντος και παίρνονται μέτρα για να είναι αποδεκτή η θέση πέρα από κάθε πιθανότητα αμφιβολίας ή ερωτηματικών ότι τα φάρμακα χρησιμοποιήθηκαν σύμφωνα με την επιθυμία που είχε εκφράσει ο άρρωστος».

Από τότε πολλοί καταπιάστηκαν με το θέμα και πολλές μονογραφίες γράφτηκαν από αρνητές της – συνήθως ήταν πιστοί χριστιανοί – αλλά και υποστηρικτές της, που οι περισσότεροι ήταν γιατροί.

Στο μεταξύ, τον 20^{ο} αιώνα άλλα στοιχεία, ξένα προς την ιατρική φόρτισαν το θέμα με πρόσθετες αρνητικές θέσεις. Η θεωρία, για παράδειγμα, του «καθαρού γένους των Αρείων» που έδωσε τις γενοκτονίες των Εβραίων και των Τσιγγάνων στη Ναζιστική Γερμανία, δίνει μια ιδέα για το που μπορεί να οδηγήσει η εκμετάλλευση επιστημονικών ή επιστημονικοφανών θεωριών. Παρόλα αυτά, ίσως σε ένα πολύ μικρό αριθμό θα μπορούσε να ήταν εφικτή η εφαρμογή της ευθανασίας, ύστερα από αίτηση του ίδιου του ετοιμοθάνατου και με την συναίνεση ενός ιατρικού συμβουλίου· αυτό θα αποφάσιζε ενεργώντας με μια ιατρική αλλά και κατά κάποιο τρόπο δικαστική εξουσία κάτι τέτοιο. Η ιδέα είναι ενθαρρυντική αλλά καιροφυλαχτεί ο κίνδυνος για κατάχρησή της πέρα από τις επιθυμίες ή τις επιδιώξεις της ιατρικής.

Σε ένα ενδιαφέρον δημοσίευμά του το 1951, ο καθηγητής Λ. Πορτ δείχνει τα σκαλοπάτια αυτής της ολισθηρής κλίμακας:

«Πώς θα απαγορευτεί στο γιατρό να ακολουθήσει τους επικίνδυνους δρόμους που οδηγούν από την ευθανασία του ετοιμοθάνατου στην ευθανασία του ανίατου, και έπειτα από την μεμονωμένη ευθανασία στη συλλογική ευθανασία; Πώς ύστερα δεν θα καταλήξουμε στην ευθανασία ποινικού δικαίου που θα περιοριζόταν στην αρχή στους μεγάλους εγκληματίες για να επεκταθεί έπειτα στο πλήθος των κακοποιών, που θεωρούνται ως ανώμαλοι; Και πώς, τέλος, να μη φοβάται κανείς, σαν ακραία συνέπεια την ευθανασία που θα εφαρμοζόταν στην τάδε ή την δεινά φυλετική κοινότητα;»

Σε μια εποχή που οι θεωρίες για διάφορες ανάμεσα στους ανθρώπους με βάση το χρώμα ή την φυλή τους όχι μόνο επιζούν αλλά έχουν βγει στο προσκήνιο με την εικόνα δήθεν επιστημονικών θεωριών, χρειάζεται μεγάλη προσοχή. Ο σεβασμός για τον άνθρωπο, που μας κάνει να σκεφτόμαστε την ενεργητική ευθανασία, πρέπει και να δυσκολέψει την οποιαδήποτε καθιέρωσή της. Υπάρχουν ακόμα πολλές ύαινες στον κόσμο που θα θελήσουν να επωφεληθούν (Πεντογάλου Γεράσιμος Η.).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2
ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

2.1 Ορισμός ευθανασίας

Η λέξη ευθανασία από αρχαιοτάτων χρόνων σήμαινε τον καλό ή γλυκό θάνατο. Ως καλός θάνατος θεωρούνταν ο εύκολος, ο αιφνίδιος, ο ανώδυνος, χωρίς αγωνία, ο έντιμος, ο ευτυχής θάνατος (περίπτωση Διαγόρα) και ο ένδοξος θάνατος πχ στον πόλεμο ή για την πίστη. Προέρχεται από το ρήμα ευθανατεύω-ω = δηλαδή αποθνήσκω με καλό, εύκολο ή ένδοξο θάνατο.

Ο φιλόσοφος, πολιτικός και νομικός Francis Bacon αναφέρεται ως ο πρώτος ο οποίος μετέφερε στην Αγγλική γλώσσα την Ελληνική λέξη ευθανασία (euthanasia) και της έδωσε τη σημασία της επισπεύσεως του θανάτου, προκειμένου να μετριασθεί ο σωματικός πόνος ή για να τεθεί τέρμα σε μία γεμάτη πόνο και ταλαιπωρίες ζωή (Αβραμίδης Αθανάσιος). Σήμερα όμως, όσοι μιλούν για ευθανασία εννοούν έναν ανώδυνο ή αξιοπρεπή θάνατο – όπως λένε – με την εφαρμογή κάποιας μεθόδου για τον τερματισμό της ζωής του ανθρώπου. Πρόκειται για τη μέθοδο πρόκλησης του θανάτου, χωρίς οδυνηρά συμπτώματα, για τη συντόμευση της αγωνίας μιας οδυνηρής και μοιραίας έκβασης νόσου.

Η ευθανασία ορίζεται ακόμη ως η ηθελημένη θανάτωση ανίατου ασθενούς, με τη συναίνεσή του ή χωρίς αυτή, για ανακούφιση ή απολύτρωσή του από την επιθανάτια οδυνηρή αγωνία, από αφόρητους πόνους που τα υπάρχοντα θεραπευτικά μέσα αδυνατούν να καταπραΰνουν.

Το πρόβλημα έχει γίνει περισσότερο περίπλοκο σήμερα επειδή συνεχώς αυξάνεται ο πληθυσμός των ανθρώπων οι οποίοι πάσχοντες από ανίατες αρρώστιες ή από τις συνέπειες διαφόρων ατυχημάτων, επηζούν διάγοντας μία ζωή φυτική ή χωρίς αξιοπρέπεια. Όπως και των ασθενών ή των ηλικιωμένων εκείνων οι οποίοι χάρη στις προόδους της ιατρικής και της τεχνολογίας, διατηρούνται με υπερβολικές φροντίδες σε μία ζωή – όπως λένε – ανάξια να τη ζει κανείς ή μη επιθυμητή.

Γίνεται λόγος για τη διακοπή μιας επώδυνης ζωής χωρίς ελπίδα με την ευθανασία. Όμως αυτό το «χωρίς ελπίδα» ποιος θα το κρίνει; Και, ποιος θα πάρει

την απόφαση; Ενώ θα τίθεται το αμείλικτο ερώτημα «μήπως πρόκειται και για τραγικό λάθος;». Αυτό δε γιατί υπάρχουν περιπτώσεις που ενώ χαρακτηρίσθηκαν «χωρίς ελπίδα», αποκαταστάθηκαν σε μία τελείως κανονική ζωή.

Αποδεικνύεται εκ των πραγμάτων ότι οι άνθρωποι μεταβάλλουν τις θέσεις και τις διαθέσεις τους για την ευθανασία, ανάλογα με την περίσταση. Έτσι, διαφορετικά αποφασίζουν: α) πριν «έρθει η ώρα» και γι' αυτούς, β) όταν μπαίνουν σε Νοσοκομείο για ένα χρόνιο νόσημα ή για κάποια οξεία διαταραχή της υγείας τους ή, γ) όταν παραστεί ανάγκη να μπουν επειγόντως σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ). Αλλά και εκεί, ανάλογα με τους φόβους τους ή τις δικαιολογημένες ή μη, διαβλεπόμενες από τους ίδιους προοπτικές, που μπορεί να είναι και λανθασμένες. Ενώ τα πάντα τροποποιούνται μόλις «περάσει η μπόρα» Είναι, επίσης, άλλο πράγμα να εκφράζεται κανείς γενικά και αόριστα για το θέμα όταν πρόκειται για τους άλλους και πολύ διαφορετικό, όταν πρόκειται για τον εαυτό του.

Οι περιπτώσεις του αντικειμένου της ευθανασίας είναι πολλές και η συζήτηση θα διευκολυνθεί από μία κατάταξή τους.

2.2 Ταξινόμηση ευθανασίας

Η κατάταξη των ειδών της ευθανασίας στηρίζεται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: την ενεργητική και την παθητική ευθανασία. Κατά την ευθανασία, επιβάλλεται ή προσφέρεται ο θάνατος και πολλοί διερωτώνται για την ορθότητα του όρου. Αυτό γιατί το «ευ» για ένα προκαλούμενο θάνατο αποτελεί αντίφαση.

1) ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	**2) ΠΑΘΗΤΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ**
Α) Εκούσια	**Α) Με παράλειψη χρησιμοποίησης θεραπευτικών προσπαθειών**
Β) Ακούσια	**Β) Με την απόσυρσή τους**
Γ) Ηθελημένη για ψυχολογικούς ή ψυχιατρικούς λόγους	

Πίνακας 2.1 Ταξινόμηση ευθανασίας

2.2.1 Ενεργητική ευθανασία

Η ενεργητική ευθανασία είναι μία εσκεμμένη ενέργεια με ανάθεση, ή ανάληψη από κάποιον άλλον, της πράξης του τερματισμού της ζωής ενός προσώπου, πχ ένα γιατρό με μία ένεση φαρμάκου ή αέρα στη φλέβα ή με κάποια συσκευή. Η ενεργητική ευθανασία διακρίνεται σε εκούσια, ακούσια και την ηθελημένη για ψυχολογικούς ή ψυχιατρικούς λόγους ευθανασία.

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

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

Στην εκούσια ευθανασία υπάγεται και η περίπτωση του συνταξιούχου γιατρού Τζάκ Κεβορκιάν, ο οποίος επινόησε μία «συσκευή ευθανασίας» που περιλαμβάνει μονοξείδιο του άνθρακα και μάσκα, με την οποία ο ασθενής «πατάει μόνος του το κουμπί». Ο γιατρός, γνωστός και ως «Ντόκτορ θάνατος» (γιατί είναι περισσότερο γνωστός ως ένας συστηματικός φονιάς παρά ως γιατρός) ή ως «ο άνθρωπος που αντικατέστησε το Θεό», κατηγορήθηκε για δολοφονία.

Β) Η ακούσια ευθανασία είναι αυτή που «προσφέρεται» από συγγενή ή φίλο ή γιατρό, για να τεθεί τέρμα στο μαρτύριο κάποιου που υποφέρει ή έχει καταντήσει «φυτό» χωρίς να υπάρχει ελπίδα αποκατάστασης. Στην περίπτωση αυτή, χωρίς να λαμβάνεται ή να μπορεί να ληφθεί η σύμφωνη γνώμη του ασθενούς πρόκειται για

«ανθρωποκτονία εκ προθέσεως», η οποία κατά το άρθρο 299 του Π.Κ τιμωρείται με την ποινή του θανάτου ή της ισόβιας κάθειρξης.

Γ) Η ηθελημένη για ψυχολογικούς ή ψυχιατρικούς λόγους ευθανασία. Ακόμη και σε περίπτωση μίας απλής κατάθλιψης όπως προβλέπει το νομοσχέδιο «Death With Dignity Act» το οποίο απορρίφθηκε ακόμη και από το Ανώτατο Δικαστήριο της Ολλανδίας (η οποία είναι τόσο ανοιχτή και προοδευτική σε θέματα ευθανασίας), με το αιτιολογικό ότι απουσίαζε το στοιχείο της ανίατης σωματικής νόσου. Εκτός από την κατάθλιψη υπάρχουν και πολλές άλλες ψυχικές ασθένειες που όμως μπορούν και αυτές να θεραπευτούν. Μπορεί, επίσης να νομίζουν κάποιοι ότι πάσχουν από μία ανίατη ασθένεια και να θέσουν τέρμα στη ζωή τους. Όπως πχ συνέβη με γιατρό, περίφημο για τη διαγνωστική του δεινότητα, ο οποίος νομίζοντας ότι πάσχει από καρκίνο του ήπατος και φοβούμενος για τις συνέπειες, έθεσε τέρμα στη ζωή του, ενώ νεκροτομικά αποδείχθηκε ότι δεν υπήρχε τέτοια νόσος.

2.2.2 *Παθητική ευθανασία*

Η παθητική ευθανασία ενεργείται είτε: **α)** με παράλειψη χρησιμοποίησης θεραπευτικών προσπαθειών (όπως ορών, φαρμάκων, μηχανημάτων υποστήριξης βασικών λειτουργιών της ζωής) ή **β)** με την απόσυρσή τους. Όμως η διακοπή της λειτουργίας ενός μηχανήματος, το γύρισμα ενός μοχλού ή το κλείσιμο μιας στρόφιγγας, είναι μία πολύ δύσκολη απόφαση. Σε άλλες εποχές, το τέρμα της ζωής δεν δημιουργούσε προβλήματα για τη διάγνωσή του. Καθορίζονταν από το σταμάτημα της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας. Με την αποδοχή όμως του «εγκεφαλικού θανάτου» ως του τέρματος της ζωής, προέκυψαν πολλά νέα προβλήματα.

Υπάρχουν επίσης και περιπτώσεις κατά τις οποίες μετά τη διάγνωση του «εγκεφαλικού θανάτου» ο άνθρωπος δεν ξεψύχησε αλλά επανήλθε στη ζωή, ενώ η παθητική ευθανασία σε μία τέτοια περίπτωση θα απέβαινε σε δολοφονία. Ενδιαφέρον είναι ότι, σε πολλές περιπτώσεις η ευθύνη για την απόφαση στο «κλείσιμο ενός διακόπτη» στήριξης της ζωής, ανατίθεται στον άρρωστο ή στο περιβάλλον του. Όπως και ο Αριστοτέλης Ωνάσης ήταν εκείνος που τράβηξε τον σωλήνα της τεχνητής αναπνοής από το γιό του Αλέξανδρο, στη ΜΕΘ του Κ.Α.Τ.

<u>Επίσης αναγράφονται και άλλοι διάφοροι όροι σχετικά με την ευθανασία. Μερικοί από αυτούς είναι:</u>

1) Ευθανασία της μη ανάνηψης

Για αυτήν την ευθανασία, ο ενδιαφερόμενος υπογράφει στον φάκελο του ιστορικού της ασθενείας του ένα έντυπο, σύμφωνα με το οποίο, σε περίπτωση που περιέλθει σε κατάσταση τέτοια που η επάνοδος στη ζωή θα ήταν εκείνη ενός «φυτού», ή σε περίπτωση που προσβληθεί από κάποια ανίατη ασθένεια, ότι δεν επιθυμεί την άσκοπη παράταση της ζωής του με τεχνικά μέσα.

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

<u>ΠΡΟΣΟΧΗ!!!</u> Το έντυπο αυτό που υπογράφει ο ασθενής δεν έχει καμία σχέση με τις οδηγίες για μη αναζωογόνηση προς τους γιατρούς της ΜΕΘ για περιπτώσεις που, όπως προέκυψε εκ της πείρας, είναι ατελέσφορο να καταβληθεί προσπάθεια αναζωογόνησης σε περίπτωση καρδιοαναπνευστικής ανακοπής ή σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου.

2) Εθελοντική ευθανασία ή του τύπου Living Will

Πρόκειται για ένα είδος εκούσιας παθητικής ευθανασίας με εκ των προτέρων λαμβανόμενη απόφαση, για ένα αξιοπρεπή θάνατο που οι όροι καθορίζονται με συμβολαιογραφική πράξη. Γι' αυτό και χαρακτηρίζεται ως «Συμβόλαιο ή Διαθήκη θανάτου».

Για την εφαρμογή της, τα μέλη της Εταιρίας Εθελοντικής Ευθανασίας με την υπογραφή τους ενώπιον μαρτύρων και υπό τις προϋποθέσεις και όρους που περιλαμβάνονται στο σχετικό έγγραφο, εκχωρούν το δικαίωμα να διακοπεί η θεραπεία και μέσω αυτής, η διατήρηση στη ζωή που δεν επιθυμούν, όπως περιγράφεται στο έγγραφο.

3) Δυσθανασία

Είναι ένας νέος όρος σχετικά με την ευθανασία. Χαρακτηρίζεται έτσι η παράταση της ζωής του αρρώστου με δύσκολες και δαπανηρές ιατρικές φροντίδες, οι οποίες είναι δυσανάλογα αποδοτικές ως προς το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, με τις οποίες απλά και μόνο το άτομο διατηρείται σε κάποιο είδος ζωής, ενώ χωρίς αυτές θα πέθαινε.

Σε μια τέτοια προσπάθεια, ο γιατρός νομιμοποιείται να αναστείλει τις φροντίδες του μόνον εάν ο ίδιος ο άρρωστος το επιθυμεί και του το ζητήσει. Και είναι απόλυτα σεβαστή. Θα πρέπει όμως να υπάρχουν σαφείς και πειστικές αποδείξεις για τη βούληση του αρρώστου. Όπως σεβαστή είναι η επιθυμία του αρρώστου – ή και των οικείων του, συγγενών και φίλων – να διατηρηθεί κάποιος στην οποιαδήποτε ζωή για κάποιο, συνήθως βραχύ, χρονικό διάστημα, μέχρι να τακτοποιήσει τυχόν εκκρεμότητες ή «για να τον προλάβουν ζωντανό» κάποιοι δικοί του που θα πρέπει να φθάσουν δίπλα του από μακρινές αποστάσεις.

Ο γιατρός σε τέτοιες περιπτώσεις έχει υποχρέωση να διατηρήσει τον ασθενή στη ζωή, εφ' όσον μπορεί. Αλλιώς παραβαίνει το καθήκον του θεραπευτού. Ενδέχεται όμως κάποιοι τρίτοι να την επιδιώκουν μέχρι να αποσπάσουν και μόνο, κάποια ενδιαφέρουσα γι' αυτούς υπογραφή, προς εξυπηρέτηση δικών τους συμφερόντων. Δύσκολος και πάλι ο ρόλος του γιατρού.

4) Ορθοθανασία

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

5) Επιταχυθανασία

Έτσι, ονομάζεται η σκόπιμη επιτάχυνση των βιολογικών διαδικασιών του θανάτου σε περιπτώσεις αναπότρεπτης επέλευσής του και της ως εκ τούτου απώλειας των προϋποθέσεων για ένα «ευ ζην» θεωρούν δε οι εισηγητές της ότι

αποτελεί υποχρέωση του γιατρού να την εφαρμόσει, προς απαλλαγή του αρρώστου από την ήδη τραγική επιθανάτια κατάστασή του. Αυτή η ευθανασία, εκτός του ότι αντίκειται προς τον όρκο του γιατρού για το «μη βλάπτειν» επισύρει και τις ποινές του άρθρου 299 του Π.Κ.

6) Ευγονική ευθανασία

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

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

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

Είναι άλλο το θέμα επίσης, όταν ανεγκέφαλα παιδιά πχ διατηρούνται «ζωντανά» με τεχνητά μέσα για να μην καταστραφούν τα όργανά τους από την απουσία τροφοδοσίας και οξυγόνωσης, ώστε να μεταμοσχευθούν σε κάποιους που τα χρειάζονται για να μπορέσουν να ζήσουν. Κάθε χρόνο πολλά τέτοια παιδιά

πεθαίνουν και η βιοηθική της ιατρικής σε τέτοια θέματα είναι τεραστίας σημασίας. Εκφράζονται και ανησυχίες μήπως αυτή η «σωτηριώδης» τακτική μετατρέπεται κάποτε σε πράξη εξυπηρέτησης ταπεινών συμφερόντων. Ή μήπως αυτή η τακτική βρει προεκτάσεις και σε άλλες «αθεράπευτες καταστάσεις» αργότερα. Πολλά άλλωστε διαδίδονται και για εμπόριο οργάνων προς μεταμόσχευση. Ήδη έχει αναφερθεί μεταμόσχευση κυττάρων από τέτοια παιδιά στους εγκεφάλους πασχόντων από τη νόσο του Parkinson, που όμως ξεσήκωσε διαμαρτυρίες από παντού για τους ανεπίτρεπτους αυτού του είδους πειραματισμούς (Αβραμίδης Αθανάσιος).

2.3 Αίτια Ευθανασίας

Τα επιχειρήματα που συνήθως χρησιμοποιούνται υπέρ της ευθανασίας και ιδίως για τις δυο πιο «δημοφιλέστερες» μορφές της που προαναφέρθηκαν είναι:

Α. Ο οίκτος, το έλεος για τον ασθενή.
Β. Το δικαίωμα του ανθρώπου στη ζωή.
Γ. Το δικαίωμα του ασθενή να πεθάνει με αξιοπρέπεια.
Δ. Η ποιότητα ζωής.

Ας αναλύσουμε με τη σειρά τα αίτια:

Α. Ο οίκτος ,το έλεος για τον ασθενή.

Ο καθηγητής της Ιατροδικαστικής Τοξικολογίας Αντ. Κουτσελίνης υπογραμμίζει ότι «η επίμονη και σπουδαία απαίτηση του πάσχοντα» (άρθρο 300 του Π.Κ), δεν είναι για τον γιατρό έννοιες ανοιχτές για συζήτηση, αφού γνωρίζει καλά και ζει καθημερινά ότι, εξοικείωση του ασθενή με τον θάνατο σε τέτοιο βαθμό ώστε να τον επιζητεί, δεν υπάρχει.«Ο ασθενής, και μέσα στον πιο ανυπόφορο πόνο του, πάντα ελπίζει» (Αβραμίδης 1995).

Σχετικά με το θέμα του οίκτου θα παρατηρήσουμε ότι:

1. Η επιστήμη σήμερα έχει εφεύρει πολλά αναλγητικά φάρμακα. Βέβαια εδώ δημιουργείται ένα νέο δίλημμα: Μήπως και τα αναλγητικά φάρμακα αποτελούν

μέσο ευθανασίας; Γιατί είναι γνωστό πως τα φάρμακα αυτά οδηγούν σε απώλεια της συνείδησης και συντομεύουν το χρόνο ζωής. Στη Γαλλία, την Ελβετία και την Ισπανία, παρατηρείται ένα παράδοξο φαινόμενο: αποφεύγουν τη χορήγηση αναλγητικών ακόμη και στα τελικά στάδια της ασθένειας, για να μην «εξαρτάται» ο ασθενής από αυτά. Όταν ο πόνος γίνει αφόρητος και ο ασθενής ζητά επίμονα να πεθάνει, τότε του προσέφεραν το γνωστό «κοκτέιλ», ένα μίγμα από ισχυρά αναλγητικά. Στο πρόβλημα των αναλγητικών θα μπορούσε να ισχυριστεί κανείς ότι υπάρχουν και άλλοι τρόποι για να αντιμετωπιστεί ο πόνος. Δεν πρέπει εξάλλου να ξεχνάμε ότι ο πόνος δεν είναι απλά και μόνο σωματικό φαινόμενο. Συνδέεται στενά και με την ψυχική σφαίρα του ανθρώπου. Το να καθίσεις και να ακούσεις τον ασθενή δρα καλύτερα και από το αποτελεσματικότερο αναλγητικό. (Polleti 1985)

2. Ο οίκτος πρέπει να μας οδηγήσει στην προσπάθεια να ενισχύσουμε ψυχικά τον ασθενή και τους δικούς του. Πολλές φορές στην προσπάθεια μας αντικρίζουμε ασθενείς που υπομένουν με καρτερία τα βάσανα, με αποτέλεσμα ο οίκτος μας να μετατρέπεται σε αληθινό θαυμασμό.

3. Ο οίκτος δεν δικαιολογείται. Και τούτο γιατί ποιος είπε ποτέ στους ανθρώπους ότι σε αυτόν τον κόσμο ο βίος είναι ανθόσπαρτος και χωρίς πόνο;

4. Ο οίκτος δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να ταυτιστεί με την πραγματική αγάπη. Πρόκειται μάλλον για ένα σύμπλεγμα εγωιστικών αισθημάτων που ανάμεσά τους πρυτανεύει το αίσθημα της απαλλαγής από την ευθύνη για τον ασθενή.

Β. Το δικαίωμα του ανθρώπου στη ζωή.

Στο δεύτερο επιχείρημα έχουμε να απαντήσουμε τα εξής: Ο άνθρωπος δεν έχει δικαίωμα να τερματίζει μόνος του τη ζωή του ή να ζητά από άλλον τον τερματισμό της. Και αυτό γιατί η ζωή δεν του ανήκει. Του δόθηκε από το Θεό. Λέγεται χαρακτηριστικά: «πώς μπορεί ο άνθρωπος να διαλέξει τον τρόπο που θα πεθάνει αφού δεν μπορεί να διαλέξει πότε θα γεννηθεί;» (Rumbold 1986).

Ας υποθέσουμε όμως ότι αναγνωρίζουμε στον ασθενή το δικαίωμα να αποφασίζει για τη ζωή του. Στην περίπτωση των νεογέννητων βρεφών, των παιδιών ή των ψυχασθενών, ποιος θα ήταν υπεύθυνος να αποφασίσει (Rumbold 1986);

Εξάλλου η επιθυμία που εκφράζει ο βαριά ασθενής να πεθάνει, δεν αποτελεί μόνιμη επιθυμία του. Συνήθως όταν περάσει το οξύ στάδιο του πόνου δεν εκφράζει πια την επιθυμία αυτή. Στατιστική ειδικών επιστημόνων, που ονομάζονται θανατολόγοι, έχει αποδείξει ότι ο άνθρωπος όσο περισσότερο πλησιάζει στο θάνατο, τόσο επιθυμεί να τον αποφεύγει (Barbyshire 1987). Ο άνθρωπος ο οποίος αψηφούσε την ζωή του όσο ήταν υγιής, όταν φτάσει στα τελευταία στάδια προσκολλάται επάνω της όπως το όστρακο επάνω στο βράχο (Πρωίμου 1973).

Γ. Το Δικαίωμα του ασθενή να πεθάνει με αξιοπρέπεια.

Έχει συζητηθεί τελευταία το περίφημο δικαίωμα του ασθενή να πεθάνει αξιοπρεπώς. Το1976 το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο όρισε τα πέντε δικαιώματα του ασθενή που πεθαίνει:

α) Το δικαίωμα της ελευθερίας.

β) Το δικαίωμα της αξιοπρέπειας και της προσωπικής ακεραιότητας.

γ) Το δικαίωμα να ενημερώνεται πλήρως.

δ) Το δικαίωμα της ίσης συμμετοχής στη φροντίδα.

ε) Το δικαίωμα να μην υποφέρει.

Σε τι όμως συνίσταται το δικαίωμα να πεθαίνει αξιοπρεπώς; Ο καρκίνος είναι συχνά μια ασθένεια αμείλικτη και βασανιστική. Στα τελικά στάδια ο ασθενής εμφανίζει βαριά καχεξία, έχει απώλεια ούρων, απώλεια κοπράνων κ.α. Είναι μια εικόνα για την οποία ειπώθηκε ότι «Ο άνθρωπος χάνει την αξιοπρέπειά του». Σε άρθρο μάλιστα του "Atlantic Montly" υποστηρίζεται ότι στα μεγάλα Αντικαρκινικά Νοσοκομεία της Αμερικής ισχύει η φράση «στερούμε το θάνατο από την αξιοπρέπεια του (Ραζής 1973).

Αλλά αποτελεί πράγματι αυτό καταρράκωση της αξιοπρέπειας του ανθρώπου ή μήπως η αξιοπρέπεια του ανθρώπου είναι κάτι πολύ βαθύτερο και δεν έχει σχέση με όσα ο άνθρωπος δεν προκαλεί μόνος; Το να είναι κάποιος ασθενής ακόμη και στον έσχατο βαθμό δεν μας επιτρέπει σε καμία περίπτωση να μιλάμε για καταρράκωση της αξιοπρέπειάς του. Ας φροντίσουμε εμείς για τη διαφύλαξη της δικής μας αξιοπρέπειας, η οποία καταρρακώνεται με άλλους τρόπους και ας παραμένει στη συνείδησή μας ο ασθενής πάντοτε πρόσωπο αξιοσέβαστο και ιερό και η ασθένεια φυσικό και όχι ηθικό κακό (Μπρατσιώτης 1973).

Δ. Η ποιότητα της ζωής.

Ας έρθουμε τώρα και στο επίμαχο σημείο της ποιότητας της ζωής. Ενώ η παραδοσιακή ηθική κάνει λόγω για την ιερότητα της ζωής για τον απόλυτο σεβασμό προς την αξία της ζωής - αυτή η ηθική αντικατοπτρίζεται και στο Διεθνή Κώδικα Ηθικών Καθηκόντων - αντίθετα οι υποστηρικτές της ευθανασίας προτείνουν μια νέα «αξία», την ποιότητα ζωής (Rumbold 1986). Εγείρονται όμως τα ερωτήματα:

- Τι σημαίνει ποιότητα της ζωής;
- Ποιος μας διαβεβαιώνει ότι αν αρχίσουμε να κλονίζουμε τη απόλυτη, την απαραβίαστη αξία της ανθρώπινης ζωής, δεν θα κατρακυλήσουμε σε κατήφορους που δεν ξέρουμε που θα μας βγάλουν;
- Ποιος μας διαβεβαιώνει ότι δεν θα επαναληφθούν τα τραγικά σφάλματα του Ναζισμού με την φιλοσοφία της "Lebensunwertes Leben" (Ανδρουλάκης 1973);

Είναι γνωστό ότι όταν αρχίσει κάτι κακό πηγαίνει στο χειρότερο και τα σκαλιά αυτής της σκάλας του κακού δεν τελειώνουν και φτάνουν στο στρατόπεδο συγκεντρώσεως ομήρων και στους φούρνους και σε όλα τα άλλα τα οποία γνωρίσαμε.

- Το πρόβλημα «ποιότητα ζωής» παρουσιάζεται ιδιαίτερα έντονο στους ψυχασθενείς και στους κλινικά νεκρούς, τους καλούμενους «φυτά», που ο εγκέφαλος τους έχει «ανεπιστρεπτί» καταστραφεί. Έχει νόημα σε μια ύπαρξη, μια παράταση ζωής, όταν ο άνθρωπος κατάντησε «φυτό»; Κάθε νοσηλευτής διερωτάται «ποιος ο σκοπός της παράτασης της ζωής του ανθρώπου αυτού και της παράτασης του μαρτυρίου και της οικονομικής αποστράγγισης της οικογένειάς του; Πρέπει να συνεχιστεί η απασχόληση του προσωπικού, των συγγενών και η κατάληψη του κρεβατιού, όταν υπάρχει σειρά ασθενών που αναμένουν να εισαχθούν στο Νοσοκομείο; (Πρώιμου 1973).

Σε τελική ανάλυση όμως, ποιος μπορεί να κρίνει αν ο άνθρωπος «φυτό» ξέφυγε από το σκοπό του; Οι άνθρωποι, έστω και αν είναι γιατροί ή νοσηλευτές; Μήπως όμως τότε και αυτοί παρεκκλίνουν των ορίων τους σαν άνθρωποι και ιδιοποιούνται αποκλειστικά δικαιώματα του Δημιουργού-Θεού; (Μπρατσιώτης 1973, Oliver 1985). Ποιος όμως είναι, βάσει της Δεοντολογίας, ο σκοπός του νοσηλευτή; Δεν είναι να διατηρεί τη ζωή, να προσφέρει ζωή; Μήπως όταν

αρνείται την παράταση της ζωής ενός ασθενούς - έστω και αν αυτός έχει καταντήσει «φυτό» - εκτρέπεται από το σκοπό του;

Αλλά με τι κριτήρια αποφαινόμαστε ότι μια ζωή είναι άσκοπη και ανώφελη; Πως χαρακτηρίζουμε έναν άνθρωπο «φυτό»; Γνωρίζουμε τι ακριβώς γίνεται μέσα του; Είναι σα να λέμε ότι επειδή η συσκευή του ραδιόφωνου ή της τηλεόρασης έπαθε κάποια βλάβη και δεν μας επιτρέπει πια να ακούσουμε ή να βλέπουμε τον εκφωνητή, άρα και ο εκφωνητής αχρηστεύθηκε ή χάθηκε. Και όμως ο αθέατος εκφωνητής δεν έχει πάθει τίποτα και εξακολουθεί να μιλάει, έστω και αν το ραδιόφωνο χάλασε και δεν μπορούμε να τον ακούσουμε (Μελέτης 1977).

Πέρα από όσα αναφέρθηκαν στην αντίκρουση των επιχειρημάτων, η ευθανασία δεν γίνεται δεκτή και για τους εξής λόγους (Μητσόπουλος 1984):

- Πάντα υπάρχει το ενδεχόμενο να βρεθεί το φάρμακο για μια ασθένεια μέχρι σήμερα ανίατη.
- Υπάρχει ο κίνδυνος εκμετάλλευσης της ευθανασίας για λόγους προσωπικούς, οικονομικούς, πολιτικούς κλπ. Εάν ο νομοθέτης αποποινικοποιούσε την ευθανασία, δεν θα ήξερε κυριολεκτικά ο ασθενής αν ο νοσηλευτής που μπαίνει στην πόρτα του, που τον πλησιάζει στο κρεβάτι του νοσοκομείου, είναι ο νοσηλευτής ή ο δήμιος ή ο δολοφόνος. Αυτό θα γκρέμιζε οριστικά τη σχέση νοσηλευτή-ασθενή, που βασίζεται στην εμπιστοσύνη.
- Η νομιμοποίηση της ευθανασίας θα σήμαινε ότι οι νοσηλευτές δεν θα ήταν πλέον νοσηλευτές αλλά νεκροθάφτες με πανεπιστημιακό δίπλωμα (Μπρατσιώτης 1973).(Γιαννοπούλου Αθηνά Χρ.)

2.4 Καρδιακός θάνατος και ευθανασία

Πριν από μερικές δεκαετίες ο θάνατος του ανθρώπου διαπιστωνόταν εύκολα και συνέπιπτε με τη μη αναστρέψιμη διακοπή των ζωτικών λειτουργιών της αναπνοής και της κυκλοφορίας. Σε λίγα λεπτά επακολουθούσε η οριστική νέκρωση του εγκεφάλου (σημειωτέον ότι και παλαιότερα, όπως και τώρα, ιατρικά ο θάνατος ταυτιζόταν πάντοτε με τη νέκρωση του εγκεφάλου). Ο θάνατος ήταν ξεκάθαρος στο μυαλό των ανθρώπων και δεν άφηνε περιθώρια αμφιβολιών, σε αντίθεση με τη σύγχυση που δημιουργούν σήμερα διάφοροι δυσνόητοι όροι όπως:

κλινικός θάνατος, εγκεφαλικός θάνατος, εγκεφαλικό στέλεχος, φλοιώδης θάνατος ή "φυτό", καρδιακός και βιολογικός θάνατος (Δαφέρμου Μαρία, σημειώσεις Γηριατρικής).

Εκτιμάται ότι περίπου 600.000 άνθρωποι στις ΗΠΑ πεθαίνουν αιφνιδιαστικά κάθε χρόνο, ενώ στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι 3.000-7.000 άνθρωποι χάνουν ξαφνικά τη ζωή τους σε ένα επεισόδιο ελάχιστου χρόνου. Το πιο σημαντικό, όμως είναι ότι έτσι ξαφνικά δεν πεθαίνουν μόνο άτομα που έχουν ιστορικό εμφράγματος αλλά και άλλα που δεν έχουν εμφανίσει ποτέ καρδιολογικό σύμπτωμα. Στις ομάδες υψηλού κινδύνου, στα άτομα δηλαδή που θα πρέπει να προσέχουν για να μην γίνουν υποψήφια θύματα, περιλαμβάνονται οι παχύσαρκοι, οι υπερτασικοί, οι διαβητικοί, οι καπνιστές και αυτοί που έχουν οικογενειακό ιστορικό με τέτοιες παθήσεις. Όλοι αυτοί θα έπρεπε να υποβάλλονται συχνά σε καρδιολογικό έλεγχο. Αιφνίδιος καρδιακός θάνατος (ΑΚΘ) είναι ο φυσικός θάνατος λόγω καρδιακών αιτίων, με απότομη απώλεια των αισθήσεων, μέσα σε διάστημα μιας ώρας από την έναρξη των οξέων συμπτωμάτων. Μπορεί να προϋπάρχει ή όχι καρδιακή νόσος, αλλά ο χρόνος και ο τρόπος θανάτου είναι απρόσμενος.

Καρδιακή ανακοπή είναι η αιφνίδια διακοπή της καρδιακής λειτουργίας ως αντλίας, η οποία μπορεί να είναι αναστρέψιμη αν υπάρξει άμεση παρέμβαση, αλλά οδηγεί σε θάνατο χωρίς παρέμβαση. Έχουν κατά καιρούς δοθεί πολλοί ορισμοί για τον ΑΚΘ, γεγονός που οφείλεται στην οπτική γωνία από την οποία αντιμετωπίζεται το θέμα από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, νομικούς, επιδημιολόγους κλπ. Η σοβαρότητα του προβλήματος του αιφνίδιου καρδιακού θανάτου σαν πρόβλημα δημόσιας υγείας είναι αυτονόητη, αλλά η συχνότητα του δεν είναι απόλυτα σαφής.

Αιτιολογία καρδιακού θανάτου

Η ***στεφανιαία νόσος***, με όλο το φάσμα των κλινικών της εκδηλώσεων, φαίνεται ότι ευθύνεται για ποσοστό τουλάχιστον 80% των περιπτώσεων ΑΚΘ σε ενήλικες. Στις περιπτώσεις αυτές θα πρέπει να περιλάβουμε, εκτός από την συνήθη αθηροσκληρυντική αιτία, τις συγγενείς ανωμαλίες των στεφανιαίων, την εμβολή των στεφανιαίων, και την στεφανιαία αρτηρίτιδα. Σε καρδιακή ανεπάρκεια ισχαιμικής αρχής ο κίνδυνος ΑΚΘ είναι αντιστρόφως ανάλογος του

κλάσματος εξωθήσεως. Επισημαίνεται ότι ο ΑΚΘ μπορεί να είναι η πρώτη και μοναδική εκδήλωση στεφανιαίας νόσου.

Οι ***μυοκαρδιοπάθειες*** είναι η δεύτερη συχνότερη αιτία με ποσοστό 10-15% των ΑΚΘ. Σε ασθενείς με ***διατατική μυοκαρδιοπάθεια*** ή **βαριά *καρδιακή ανεπάρκεια*** (NYHA≥III) οι μισοί θάνατοι εκδηλώνονται ως ΑΚΘ.

Το ερώτημα αν η θνητότητα της ***υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας*** οφείλεται κυρίως σε αιμοδυναμικές παραμέτρους (απόφραξη) ή σε αρρυθμιογένεση δεν έχει απαντηθεί σαφώς. Είναι όμως ξεκάθαρο ότι οι διάφορες μεταλλάξεις έχουν διαφορετικά ποσοστά ΑΚΘ. Αν στο οικογενειακό αναμνηστικό πάσχοντος με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια υπάρχουν περιπτώσεις ΑΚΘ τότε η πρόγνωση είναι χειρότερη και η θεραπευτική αντιμετώπιση πρέπει να είναι πιο επιθετική.

Η ***αρρυθμιογόνος δυσπλασία της δεξιάς κοιλίας*** είναι μια μορφή γονιδιακά μεταδιδόμενης μυοκαρδιοπάθειας που προσβάλλει την δεξιά κοιλία και προδιαθέτει ιδιαίτερα για σοβαρές κοιλιακές αρρυθμίες και ΑΚΘ. Μια μορφή της νόσου έχει αναγνωριστεί στην Νάξο, και ευθύνεται για την μεγάλη συχνότητα ΑΚΘ σε συγκεκριμένες οικογένειες του νησιού.

Η ***μυοκαρδίτιδα,*** στην οξεία της φάση, μπορεί να προκαλέσει ΑΚΘ, ακόμα και χωρίς τη συνύπαρξη καρδιακής ανεπάρκειας. Το ίδιο ισχύει και για περιπτώσεις προσβολής της καρδιάς από συστηματικά νοσήματα, όπως ***κολλαγονοπάθειες, σαρκοείδωση, αμυλοείδωση*** κλπ.

Η ***κοιλιακή υπερτροφία*** είναι ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για ΑΚΘ, πιθανόν μέσω μηχανισμού αρρυθμιογένεσης. Ενδεχομένως τα υπεύθυνα για την υπερτροφία αίτια να είναι επίσης παράγοντες κινδύνου για ΑΚΘ (π.χ. υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, στένωση αορτής).

Η βαριά ***στένωση αορτής*** παλαιότερα ήταν συχνή αιτία ΑΚΘ. Με την καθιέρωση των χειρουργικών τεχνικών αντικατάστασης της βαλβίδος ο κίνδυνος έχει περιοριστεί σε ασθενείς αδιάγνωστους, που δεν έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ή σε δυσλειτουργία προσθετικής βαλβίδας. Παραμένει μετά την αντικατάσταση ο κίνδυνος θρομβοεμβολικού επεισοδίου, και ο κίνδυνος ΑΚΘ από την συχνά συνυπάρχουσα υπερτροφία αριστερής κοιλίας ή καρδιακή ανεπάρκεια.

Η ***πρόπτωση μιτροειδούς*** είναι μια αρκετά συχνή ανωμαλία, η οποία συνδυάζεται με αρρυθμίες. Παρ' όλα αυτά η συχνότητα ΑΚΘ είναι σχετικά μικρή.

Οι υπόλοιπες **βαλβιδοπάθειες** συνδέονται πολύ σπανιότερα με ΑΚΘ.

Η ***ενδοκαρδίτιδα*** μπορεί να προκαλέσει ΑΚΘ λόγω ρήξης βαλβιδικού τμήματος, στεφανιαίας ή συστηματικής εμβολής. Συνήθως όμως ο θάνατος από ενδοκαρδίτιδα δεν πληρεί τα κριτήρια του ΑΚΘ.

Από τις ***συγγενείς καρδιοπάθειες*** συχνότερα συνδέονται με ΑΚΘ η αορτική στένωση και επικοινωνίες μεταξύ αριστερών και δεξιών κοιλοτήτων, με ανάπτυξη συνδρόμου Eisenmenger. Σε ορισμένες περιπτώσεις ο κίνδυνος ΑΚΘ παραμένει ακόμα και μετά από ικανοποιητική χειρουργική διόρθωση συγγενών καρδιοπαθειών (τετραλογία Fallot, μετάθεση μεγάλων αγγείων κλπ).

Οι ***ανωμαλίες του συστήματος παραγωγής και αγωγής*** του ηλεκτρικού ερεθίσματος της καρδιάς είτε συγγενείς (συγγενής πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός), είτε επίκτητες μπορεί να προκαλέσουν ΑΚΘ.

Η ύπαρξη ***παραπληρωματικών δεματίων*** (σύνδρομο Wolff-Parkinson-White κλπ) συνδέεται συνήθως με μη θανατηφόρες αρρυθμίες. Αν όμως το δεμάτιο έχει βραχεία ανερέθιστη περίοδο η εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής μπορεί να οδηγήσει σε κοιλιακή μαρμαρυγή. Αυξημένος είναι ο κίνδυνος σε ασθενείς με πολλαπλά παραπληρωματικά δεμάτια.

Η ***παράταση του Q-T*** διαστήματος στο ΗΚΓ προδιαθέτει για την εμφάνιση θανατηφόρων αρρυθμιών. Αυτή μπορεί να οφείλεται σε γενετικά μεταδιδόμενο νόσημα ή να είναι επίκτητη. Τα σύνδρομα Jervell και Lange-Nielsen κληρονομούνται με υπολειπόμενο αυτοσωματικό τύπο και συνοδεύονται από κώφωση. Το σύνδρομο Romano-Ward κληρονομείται με επικρατούντα αυτοσωματικό τύπο και δεν συνοδεύεται από κώφωση. Η επίκτητη παράταση του Q-T μπορεί να οφείλεται σε αντιαρρυθμικά ή ψυχοφάρμακα, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, τοξικές ουσίες, υποθερμία ή βλάβη του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Πρόληψη του Αιφνίδιου Θανάτου

Η ετήσια θνητότητα από ΑΚΘ στον γενικό πληθυσμό είναι περίπου 0,2%. Το ποσοστό αυτό είναι σχετικά μικρό και σε συνδυασμό με την έλλειψη κατάλληλων μεθόδων για screening test καθιστά πρακτικά αδύνατο τον προληπτικό έλεγχο του γενικού πληθυσμού. Πρέπει όμως να καταβάλλεται προσπάθεια για έγκαιρη

διάγνωση καρδιοπαθειών που μπορεί να προδιαθέτουν για ΑΚΘ, και στη συνέχεια να γίνεται διαστρωμάτωση κινδύνου για το συγκεκριμένο ασθενή.

Οι τεχνικές που παρέχουν στοιχεία για την αναγνώριση των ασθενών υψηλού κινδύνου είναι:

1. Η εκτίμηση της λειτουργικότητας της αριστεράς κοιλίας (κυρίως ηχωκαρδιογραφικά ή με ραδιοϊσοτοπική κοιλιογραφία). Το κλάσμα εξωθήσεως της αριστεράς κοιλίας είναι ευαίσθητη προγνωστική παράμετρος τόσο σε μετεμφραγματικούς όσο και σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια.

2. Η συνεχής περιπατητική ηλεκτροκαρδιογραφία (Holter ρυθμού). Αν και δίνει πληροφορίες για αρρυθμίες ή αλλοιώσεις ισχαιμικού τύπου η αξία της στον καθορισμό της πρόγνωσης είναι αμφιλεγόμενη.

3. Το συμψηφιστικό ηλεκτροκαρδιογράφημα για ανεύρεση όψιμων δυναμικών έχει υψηλή αρνητική προβλεπτική ισχύ. Η απουσία παθολογικών ευρημάτων και μάλιστα σε συνδυασμό με καλό κλάσμα εξωθήσεως υποδεικνύουν καλή πρόγνωση.

4. Η διακύμανση της καρδιακής συχνότητας (Heart rate variability). Μειωμένη διακύμανση της καρδιακής συχνότητας προοιωνίζει πτωχή πρόγνωση. Η παράμετρος αυτή συνεκτιμάται με τις προαναφερθείσες. Ο συνδυασμός μειωμένης διακύμανσης με παρουσία όψιμων δυναμικών θεωρείται αρκετά ισχυρός δείκτης κακής πρόγνωσης.

5. Ο ηλεκτροφυσιολογικός έλεγχος είναι κέντρο μεγάλης συζήτησης για το κατά πόσον συνεισφέρει στην πρόγνωση. Σίγουρο θεωρείται ότι η μη πρόκληση κοιλιακής ταχυκαρδίας κατά την μελέτη υποδηλώνει καλή πρόγνωση και δεν απαιτείται αντιαρρυθμική αγωγή.

6. Ο καθορισμός της ευαισθησίας των τασεοϋποδοχέων. Μετά από χορήγηση μικρής εφ' άπαξ δόσεως φαινυλεφρίνης παρακολουθείται η αύξηση της αρτηριακής πίεσης και η επακόλουθος μείωση της καρδιακής συχνότητας. Η αναλογία αύξησης του καρδιακού κύκλου προς την αύξηση της αρτηριακής πίεσης είναι μέτρο της ευαισθησίας των τασεοϋποδοχέων που με τη σειρά του είναι δείκτης επιρρέπειας για εμφάνιση κοιλιακής ταχυκαρδίας.

7. Η εναλλαγή της αναπόλωσης σχετίζεται με την πρόκληση κοιλιακής ταχυκαρδίας κατά την ηλεκτροφυσιολογική μελέτη.

8. Η διασπορά του διαστήματος QT (μεταβλητότητα του QT στις 12 απαγωγές του ΗΚΓ ηρεμίας) σχετίζεται με αρρυθμίες

9. Αναζήτηση δεικτών φλεγμονής (όπως η μέτρηση με μέθοδο υψηλής ευαισθησίας της CRP) οι οποίοι μπορεί να υποδηλώνουν υψηλό κίνδυνο ρήξης της αθηρωματικής πλάκας με επακόλουθο οξύ ισχαιμικό επεισόδιο

Για τις περισσότερες από τις προαναφερθείσες μεθόδους δεν είναι ακόμα σαφής η προβλεπτική αξία. Έτσι το έργο του καθορισμού της πρόγνωσης συγκεκριμένου ασθενούς παραμένει δύσκολο και αβέβαιο (Ηλεκτρονική διεύθυνση).

2.5 Εγκεφαλικός θάνατος και ευθανασία

Ο "Εγκεφαλικός Θάνατος" ορίζεται διαφορετικά από χώρα σε χώρα και με το πέρασμα του χρόνου παρατηρείται "προοδευτική ελάττωση των απαραίτητων προϋποθέσεων για τη διάγνωσή του". Έτσι, το 1968, η επιτροπή Harvard όρισε ως κριτήριο "Εγκεφαλικού Θανάτου" την κατάργηση της δραστηριότητας ολόκληρου του ΚΝΣ (Κεντρικού Νευρικού Συστήματος), ενώ το 1981 η νέα επιτροπή εμπειρογνωμόνων για το θέμα του θανάτου που συστήθηκε από τον τότε πρόεδρο των ΗΠΑ διατύπωσε τον νέο "ενιαίο ή ομοιόμορφο" ορισμό ("uniform determination") του θανάτου, σύμφωνα με τον οποίο ένας άνθρωπος είναι νεκρός εάν εμφανίζει είτε: **α)** μη αναστρέψιμη παύση των λειτουργιών της κυκλοφορίας και της αναπνοής, είτε **β)** μη αναστρέψιμη παύση όλων των λειτουργιών ολόκληρου του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου και του εγκεφαλικού στελέχους.

Εγκεφαλικός θάνατος (brain death) σημαίνει μη αναστρέψιμη βλάβη του εγκεφάλου, με μόνιμη απώλεια όλων των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους (brain stem death). Έχει γίνει αποδεκτό, ότι θάνατος του εγκεφάλου σημαίνει θάνατος του ατόμου, δηλαδή, το βιολογικό τέλος κάθε ατόμου. Θεωρείται ως η διαχωριστική γραμμή μεταξύ ζωής και θανάτου του ατόμου. Έτσι, άνθρωποι με εγκεφαλικό θάνατο δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται θεραπευτικά ως ζώντες, αλλά να υποβάλλονται σε κατάλληλη υποστήριξη προκειμένου να διατηρηθούν τα όργανα τους στην καλύτερη δυνατή βιολογική κατάσταση, ώστε να μπορούν να προσφέρουν ζωή σε άλλους ανθρώπους.

Ο εγκεφαλικός θάνατος εκφράζει το θάνατο του ατόμου και όχι την παρουσία ενός νεκρού εγκεφάλου μέσα σε ένα ζωντανό ακόμη σώμα. Η ζωή εξασφαλίζεται

με τον κεντρικό ρυθμιστικό ρόλο συστημάτων, όπως του κεντρικού νευρικού, ενδοκρινικού και ανοσιακού, επί όλων των ζωντανών κυττάρων του οργανισμού. Όμως, ενώ η διακοπή της λειτουργίας του ενδοκρινικού και ανοσιακού συστήματος δεν συνεπάγεται άμεσα το θάνατο, η παύση της λειτουργίας της καρδιάς και του κεντρικού νευρικού συστήματος συνεπάγονται την άμεση διακοπή της επικοινωνίας μεταξύ του ρυθμιστικού κέντρου και των περιφερικών κυττάρων, με αποτέλεσμα το θάνατο του οργανισμού. Η παύση της καρδιακής λειτουργίας μπορεί, αν αντιμετωπισθεί άμεσα με τον αλγόριθμο της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης, να επανακτηθεί και πάλι. Οι προσπάθειες της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης εγκαταλείπονται μόνον όταν η καρδιακή παύση είναι πλέον μόνιμη και έχει προκαλέσει μη αντιστρεπτή βλάβη στον εγκέφαλο. Έτσι, η αποδοχή του εγκεφαλικού θανάτου αφορά μόνον την μόνιμη παύση της λειτουργίας του εγκεφάλου και όχι της καρδιάς.

Οι ανώτερες ψυχικές και γνωστικές λειτουργίες, όπως σκέψη, αντίληψη, μνήμη, που έχουν ως κέντρο το φλοιό του εγκεφάλου, εξαρτώνται κυρίως από το δικτυωτό σχηματισμό του εγκεφαλικού στελέχους. Η βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους συνεπάγεται διαταραχή της λειτουργίας του δικτυωτού σχηματισμού και συνεπώς, δυσλειτουργία ολοκλήρου του εγκεφάλου. Γι' αυτό, αποδεχόμαστε ότι η ανεπανόρθωτη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους είναι ικανή και αναγκαία προϋπόθεση για να θεωρηθεί ο εγκέφαλος νεκρός. Αυτό διατυπώνεται και στο μνημόνιο της Βρετανικής Ιατρικής Ακαδημίας, το 1976, για τον προσδιορισμό της έννοιας του εγκεφαλικού θανάτου, που έχουν υιοθετήσει και οι χώρες της Δ. Ευρώπης. Στις ΗΠΑ, εκτός από την απώλεια των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους, συμπληρώνεται απαραίτητα και η απώλεια των λειτουργιών του φλοιού, η οποία επέρχεται σε πολύ σύντομο χρόνο μετά την παύση λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους.

Προϋποθέσεις διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου

Η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου τίθεται από τρεις γιατρούς ειδικούς και έμπειρους σ' αυτό το θέμα, οι οποίοι δεν ανήκουν σε καμία μεταμοσχευτική ομάδα και οποίοι είναι:

- Ο θεράπων ιατρός του ασθενούς

- Ένας νευρολόγος ή νευροχειρουργός
- Ένας αναισθησιολόγος

Η βασική μέθοδος διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου είναι η νευρολογική κλινική εξέταση, συμπληρωμένη από ειδικές εργαστηριακές εξετάσεις (ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, διακρανιακό υπερηχογράφημα - Doppler, αγγειογραφία, σπινθηρογράφημα εγκεφάλου), ανάλογα με τις ενδείξεις. Οι γιατροί που διαγιγνώσκουν τον εγκεφαλικό θάνατο είναι: νευρολόγος ή νευροχειρουργός, αναισθησιολόγος και εντατικολόγος. Εκτός, όμως από τις διαδοχικές κλινικές εκτιμήσεις, προκειμένου να αποφανθεί κανείς για το θάνατο κάποιου ατόμου, πρέπει να πληρούνται οι εξής προϋποθέσεις, **(Πίνακας 2.2).**

Προϋποθέσεις διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου
1. Καθορισμός διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου.
2. Αποκλεισμός της αιτίας του κώματος: φάρμακα, νοσήματα, κλινικές καταστάσεις.
3. Διαφορική διάγνωση από άλλα αίτια που μπορούν να μιμηθούν εγκεφαλικό θάνατο
4. Διόρθωση κάθε αιτίας που μπορεί να δημιουργήσει σύγχυση στη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου.

Πίνακας 2.2

Κλινικά κριτήρια διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου

Η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου είναι καταρχήν κλινική. Στον **πίνακα 2.4** αναφέρονται τα κλινικά κριτήρια διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου. Ο κλινικός έλεγχος γίνεται με απόλυτη προσοχή, καθώς με βάση αυτόν αποφαίνεται κανείς για το θάνατο ενός ατόμου. Η πλήρης νευρολογική εξέταση περιλαμβάνει τη διαφορική διάγνωση του κώματος, την παρουσία μόνιμης και διαρκούς άπνοιας και την απουσία αντανακλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους. Η κλινική εκτίμηση της ακεραιότητας του εγκεφαλικού στελέχους γίνεται με χαρακτηριστικές αντανακλαστικές κινήσεις που σχετίζονται με τους πυρήνες που εδρεύουν στο στέλεχος (αντανακλαστικά του εγκεφαλικού στελέχους).

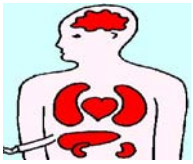
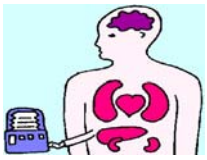
Κλινικά κριτήρια διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου.
1. Κώμα (βαθμολογία 3, σύμφωνα με την Κλίμακα Γλασκώβης)
2. Μόνιμη και διαρκής άπνοια.
3. Απουσία αντανακλαστικών εγκεφαλικού στελέχους:
- αντίδρασης κορών στο φως – κόρες σε μέση θέση με διαστολή 4-6 mm.
-αντανακλαστικών κερατοειδούς.
- αντίδρασης στο ψυχρό.
-φαρυγγικών αντανακλαστικών
- βήχα κατά την αναρρόφηση της τραχείας
-αντανακλαστικών θηλασμού (σε νεογνά και βρέφη)
- λειτουργίας αναπνευστικού κέντρου, όταν $PaCO_2$ = 60 mmHg ή + 20 mmHg πάνω από τα συνηθισμένα επίπεδα $PaCO_2$ που είχε το άτομο.

Πίνακας 2.4

Για την επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου, πραγματοποιούνται τουλάχιστον δύο κλινικές εκτιμήσεις, σε μεσοδιάστημα ανάλογο με την ηλικία του ατόμου, **(Πίνακας 2.3).**

Μεσοδιάστημα μεταξύ των κλινικών εκτιμήσεων για την επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου.	
Ηλικία	**Μεσοδιάστημα μεταξύ των δύο κλινικών εκτιμήσεων**
Ενήλικες	Τουλάχιστον 6 ώρες
Παιδιά μεταξύ 2 μηνών και 1 έτους	Τουλάχιστον 24 ώρες
Παιδιά μικρότερα των 2 μηνών	Τουλάχιστον 48 ώρες

Πίνακας 2.3

	Σε ένα φυσιολογικό σώμα, τα όργανα (η καρδιά, οι πνεύμονες, το ήπαρ, οι νεφροί κλπ.) και ο εγκέφαλος είναι κόκκινα σε χρώμα και τροφοδοτούνται με αίμα. Ο εγκέφαλος έχει τον έλεγχο όλου του σώματος και χρειάζεται καλή παροχή αίματος εμπλουτισμένου με οξυγόνο για να κάνει σωστά τη δουλειά του.
	Αν ο εγκέφαλος υποστεί μια σοβαρή βλάβη ή αν διακοπεί η παροχή αίματος στον εγκέφαλο δεν μπορεί πλέον να «φροντίσει» το υπόλοιπο σώμα. Για να συνεχιστεί η λειτουργία των άλλων οργάνων οι γιατροί χρησιμοποιούν έναν αναπνευστήρα.
	Ακόμα και με τη βοήθεια του αναπνευστήρα ο εγκέφαλος που έχει υποστεί μια σοβαρή βλάβη μπορεί να νεκρώσει. Χωρίς τον εγκέφαλο το υπόλοιπο σώμα του ανθρώπου δεν μπορεί να επιβιώσει. Όταν νεκρώσει ο εγκέφαλος ο άνθρωπος είναι νεκρός.
	Τα όργανα παύουν να λειτουργούν όταν νεκρώσει ο εγκέφαλος. Ένας αναπνευστήρας μπορεί να κρατήσει κάποια ζωτικά όργανα εν ζωή για λίγο όμως χρονικό διάστημα.

Πίνακας 2.5 Εικονική επεξήγηση εγκεφαλικού θανάτου.

2.5.1 Η σχέση της ευθανασίας με την μεταμόσχευση

Με την ευθανασία συνδέονται άμεσα ο εγκεφαλικός θάνατος και οι μεταμοσχεύσεις. Διότι εάν κατά την λήψη οργάνων σώματος από ασθενή "κλινικά νεκρό", δεν έχει επέλθει ακόμα ολοκληρωτικά ο θάνατος, όπως υποστηρίζουν μερικοί, τότε πρόκειται περί ευθανασίας, χάριν βεβαίως της αγάπης προς τον συνάνθρωπο.

Η σύνδεση του ήδη φορτισμένου συναισθηματικά όρου "εγκεφαλικός θάνατος" με τις μεταμοσχεύσεις δημιούργησε νέες αμφιβολίες και πρόσθεσε νέα ερωτηματικά. Στα ιατρικά χρονικά δεν υπάρχει ούτε μία περίπτωση επανόδου στη ζωή ατόμου που χαρακτηρίστηκε "εγκεφαλικά νεκρό". Εφόσον τεθεί η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, δεν έχει κανένα νόημα η περαιτέρω σύνδεση του νεκρού με τον αναπνευστήρα, εκτός από την περίπτωση που υπάρχει συναίνεση των συγγενών για δωρεά οργάνων του θανούντος, οπότε η αποσύνδεσή του μπορεί να καθυστερήσει για ακόμα λίγες ώρες, ώσπου να γίνει η αφαίρεση των

οργάνων. Πρέπει να τονιστεί ότι είναι καθοριστικό η συγκατάθεση να ζητηθεί και να δοθεί από τους συγγενείς το συντομότερο δυνατό μετά τη διαπίστωση του εγκεφαλικού θανάτου. Όσο περνούν οι ώρες – παρά την τεχνητή διατήρηση αναπνοής και κυκλοφορίας – δεν επιτυγχάνεται επαρκής οξυγόνωση των ιστών με αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα άρα και στη βιωσιμότητα των προσφερόμενων οργάνων και, τελικά, σε σύντομο χρονικό διάστημα επέρχεται και η οριστική διακοπή της καρδιακής λειτουργίας (καρδιακός θάνατος), την οποία ο περισσότερος κόσμος από άγνοια θεωρεί ως ώρα του πραγματικού θανάτου του ατόμου.

Συμπερασματικά, δυνητικός δότης ιστών και συμπαγών οργάνων είναι μόνο το άτομο που απεβίωσε από εγκεφαλική βλάβη και την ώρα του θανάτου του βρισκόταν στη Μ.Ε.Θ (δηλαδή το νεκρό άτομο του οποίου τα υπόλοιπα όργανα – πλην του εγκεφάλου – εξακολουθούν για λίγο χρονικό διάστημα να ζουν, γιατί αιματώνονται με τεχνητά μέσα). Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις θανάτου – από οποιαδήποτε αιτία και σε οποιονδήποτε άλλο χώρο πλην της Μ.Ε.Θ – δεν τίθεται θέμα δωρεάς οργάνων, παρά μόνο ιστών, οι οποίοι όμως πρέπει να αφαιρεθούν εντός 8-10 ωρών, αν και τούτο πρακτικά είναι ανέφικτο για διάφορους λόγους.

Εξυπακούεται ότι στην περίπτωση του δυνητικού δότη θα γίνει κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος, για να αποκλειστούν τυχόν άλλες συνυπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις, όπως νεοπλάσματα, AIDS και διάφορα άλλα μεταδοτικά και μη νοσήματα, που αποτελούν απόλυτη αντένδειξη για δωρεά οργάνων και ιστών.

Επίσης, από τις μεταμοσχευτικές ομάδες θα κριθεί – βάσει παρακλινικών εξετάσεων – η καταλληλότητα των προσφερόμενων οργάνων. Για παράδειγμα, ένας βαρύς καπνιστής 50 ετών μπορεί να είναι ακατάλληλος δότης καρδιάς και πνευμόνων, αλλά κατάλληλος για δωρεά ήπατος, παγκρέατος, νεφρών και ιστών.

Τα συμπαγή όργανα μετά την αφαίρεσή τους μεταφέρονται υπό συνθήκες ασηψίας και κατάλληλης θερμοκρασίας και μεταμοσχεύονται εντός καθορισμένου χρονικού διαστήματος, διαφορετικά αφενός δεν πρόκειται να λειτουργήσουν και αφετέρου θα οδηγήσουν στο θάνατο τους λήπτες καρδιάς, ήπατος και πνευμόνων ή θα θέσουν σε μεγάλο κίνδυνο τη ζωή των ληπτών νεφρού ή παγκρέατος. Συγκεκριμένα, η καρδιά ή οι πνεύμονες μεταμοσχεύονται εντός 2-5 ωρών, το ήπαρ μέχρι 8-10 ώρες και οι νεφροί μέχρι 48 ώρες το αργότερο. Πάντως, όσο πιο γρήγορα γίνει η μεταμόσχευση, τόσο καλύτερη είναι

η ποιότητα του μοσχεύματος. Όσον αφορά τα υπόλοιπα μοσχεύματα (δερματικά, οστικά, κερατοειδής), μετά από κατάλληλη επεξεργασία τους μπορούν να συντηρηθούν επ' αόριστων, μέχρι να βρεθεί ο κατάλληλος λήπτης.

Εκατοντάδες άτομα πεθαίνουν κάθε χρόνο στις Μ.Ε.Θ από βαριές εγκεφαλικές βλάβες, των οποίων τα όργανα θα μπορούσαν να σώσουν πολλούς από βέβαιο θάνατο και άλλων να βελτιώσουν κατά πολύ την ποιότητα ζωής τους. Η έκκληση για προσφορά δεν προκαλεί πρόσθετο πόνο στους συγγενείς. Εκτεταμένες έρευνες έχουν αποδείξει ότι – τουλάχιστον μακροπρόθεσμα- ισχύει το αντίθετο. Η αίσθηση ότι τα όργανα του αγαπημένου τους προσώπου, που απεβίωσε, δίνουν δυνατότητα ζωής στον πάσχοντα συνάνθρωπο, απαλύνει τον πόνο τους.

Και τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι είμαστε η πρώτη χώρα στην Ευρώπη σε ανθρωποθυσίες στο βωμό της ασφάλτου με 2-3 χιλιάδες νεκρούς κάθε χρόνο από τροχαία δυστυχήματα και οι τελευταίοι στις μεταμοσχεύσεις. Η ακατανόητη αυτή απώλεια, ιδίως νέων ατόμων, θα ήταν λιγότερο άσκοπη, αν ξεπερνούσαμε τις προκαταλήψεις μας και δίναμε τη συγκατάθεσή μας για δωρεά ιστών και οργάνων, αφού το 20-30% αυτών των νεκρών πληρούν τα κριτήρια του δυνητικού δότη και θα υπερκάλυπταν τις μεταμοσχευτικές ανάγκες της χώρας μας (Δαφέρμου Μαρία, σημειώσεις Γηριατρικής).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3
ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ΗΘΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

3.1 Εισαγωγή

Στις αρχές της δεκαετίας του ’90 άρχισε η ευρύτερη συζήτηση και η δημοσιοποίηση του προβλήματος της «ευθανασίας», οι Κοινωνικές Επιστήμες δεν είχαν ακόμη σαφή τοποθέτηση απέναντί του, ίσως επειδή δεν είχε προηγηθεί σχετική συζήτηση για τις θεσμικές του συνέπειες. Στο τέλος της ίδιας δεκαετίας περισσότερα από 20 μεγάλα διεθνή συνέδρια και ένας σεβαστός αριθμός δημοσιεύσεων έδειξαν τη σοβαρότητα του προβλήματος και κυρίως τις τάσεις που κατευθύνουν τις δύο αυτονόητες τοποθετήσεις «υπέρ» ή «κατά» της ευθανασίας. Με άλλα λόγια, οι ερευνητές του ειδικού χώρου διχάστηκαν. Έτσι σήμερα, άλλοι δέχονται την ευθανασία ως ελεύθερη βουλητική επιλογή, βιοκοινωνική αναγκαιότητα ή προσωπική ψυχοσυναισθηματική απόφαση, ενώ άλλοι την απορρίπτουν ως ενδεχόμενη αφορμή θεσμικών στρεβλώσεων και κυρίως ως αυθαίρετη παρέμβαση στην ηθική της δημιουργίας, με πλήθος κοινωνικών και πολιτιστικών αδιεξόδων.

Οι δύο τάσεις δεν προέκυψαν τυχαία. Αναδύθηκαν στην επικαιρότητα, όταν το σχετικό πρόβλημα απέκτησε υψηλή δημοσιότητα λόγω της διακοινωνικής του εμβέλειας, αφού αναφέρεται σε ένα όχι σύνηθες γεγονός, που διαταράσσει τον ύπνο της συνειδησιακής στατικότητας της κοινωνίας. Φυσικά η δημοσιότητα αυτή αναπαράχθηκε πληθωρικά από τα Μ.Μ.Ε και έδειξε να ευαισθητοποιεί τη συλλογική συνείδηση.

Από κοινωνιομετρικές προσεγγίσεις της κοινής γνώμης έχει προκύψει ότι κάθε μαζική ευαισθητοποίησή της αναλύεται σε δύο τύπους αποδεκτών της συγκλονιστικής ειδήσεως. Ο ένας τύπος είναι ειδησεογραφικός, ενώ ο άλλος είναι συνειδησιακός.

3.2 Κοινωνικές και ηθικές διαστάσεις

Πέρα από τις θεωρητικές εκτιμήσεις η ενεργητική ευθανασία εκδηλώνεται ως έκφραση ατομικού ή δι-ατομικού (κοινωνικού) αδιεξόδου, που όμως καταλήγει οπωσδήποτε στη διατομική κοινωνική συναίνεση. Στην ευθανασία συναντάται η ατομική με την έξω-ατομική βούληση, και μόνο μετά τη συνάντησή τους είναι δυνατή η πραγματοποίησή της. Το σημείο αυτό είναι σημαντικό, διότι ορίζει τη διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στην ευθανασία σε πρώτο πρόσωπο και την αυτοκτονία. Στον διατομικό προβληματισμό επικρατεί το ενδεχόμενο να λείπει η βούληση του ασθενούς όταν βαρύτατες σωματικές κακώσεις δεν επιτρέπουν συνείδηση της καταστάσεως. Στις περιπτώσεις αυτές ο διάλογος που οδηγεί στις τελικές αποφάσεις γίνεται ανάμεσα στους συγγενείς και τον θεράποντα ιατρό.

Η λήψη απόφασης για την πραγματοποίηση της ευθανασίας χωρίζεται σε δύο φάσεις. Η πρώτη ορίζεται ως προσωπική επιλογή του ασθενούς. Η πρωτογενής απόφαση βαραίνει ηθικά την πλευρά του ασθενούς και μόνο έμμεσα μετακινεί την ευθύνη για τη διακοπή της ζωής σε κάποιο δεύτερο πρόσωπο, το οποίο μπορεί να είναι ή συγγενικό ή ο θεράποντας ιατρός. Βέβαια αυτή η έμμεση ευθύνη εισάγει δευτερογενώς ηθικό ζήτημα το οποίο προσδιορίζει την πράξη της ευθανασίας, αφού χωρίς «συνεργία» θα είχαμε μόνο αυτοκτονία.

Η δεύτερη φάση, πού φαίνεται να διατηρεί και τα υψηλότερα ποσοστά στο σύνολο των περιπτώσεων είναι αυτή, στην οποία συναντώνται η βούληση του ασθενούς και η συναισθηματική κάμψη – συμπόνια προσώπου του άμεσου περιβάλλοντος ή του θεράποντα ιατρού. Χαρακτηριστικό των περιπτώσεων αυτών είναι η μεγάλη ηλικία των ασθενών, η κλειστή απόφαση υπερήλικων συζύγων, μετά τη λήψη της οποίας και την πραγματοποίηση της ευθανασίας όχι σπάνια ο εναπομείναντας αυτοκτονεί ή κατατρύχεται από ενοχές για το υπόλοιπο της ζωής του. Επίσης πρόσφατα, μετά την εξάπλωση του AIDS ή των ναρκωτικών, προσφιλή ή συγγενικά πρόσωπα συνεργούν στην ευθανασία για την απαλλαγή του ασθενούς από τους φρικτούς πόνους του τελευταίου σταδίου. Όλες οι παραπάνω περιπτώσεις χαρακτηρίζονται ως παραλλαγές της ενεργητικής ευθανασίας, γιατί εμπεριέχουν συναίνεση με την «ελεύθερη» βούληση του μελλοθάνατου.

3.3 Κοινωνικές και ηθικές επιπτώσεις

Το πρόβλημα της ευθανασίας συνδέεται με τη συναισθηματική φόρτιση των ενδοοικογενειακών σχέσεων, εκφράζεται η αγωνία για τις επιπτώσεις του στα άλλα μέλη της οικογένειας και κυρίως στα νεότερα. Εδώ εμπλέκεται το πρόβλημα της αγωγής, με λογικές επιφυλάξεις για την ανάπτυξη της προσωπικότητας αλλά και την ψυχική ισορροπία των παιδιών και των νέων, όταν με την πάροδο του χρόνου και την προοδευτική ωριμότητα, σημαντικές πράξεις των μεγαλύτερων, κατά το παρελθόν, τοποθετηθούν κάτω από την απόλυτη κρίση εξιδανικεύσεων ή προσδοκιών και καταδικαστούν.

Τέτοιες παρατηρήσεις δημιουργούν πολλά κοινωνικά και ηθικά ζητήματα, η εκτίμηση των οποίων δεν είναι καθόλου εύκολη. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούμε τη γνωστή μετακοινωνιολογική οπτική, που αξιοποιεί τις διαπιστώσεις σχεδόν όλων των κοινωνικών επιστημών και ιδιαίτερα της κοινωνιολογίας της θρησκείας.

Πρέπει να σημειώσουμε ότι η ευθανασία εμφανίζεται με διαρκώς διευρυνόμενες διαστάσεις ιδιαίτερα στις λεγόμενες μεταβιομηχανικές κοινωνίες του δυτικού κόσμου. Προβλήματα ευθανασίας δεν φαίνεται να απασχολούν, τουλάχιστον αυτή τη στιγμή, τις χώρες του Τρίτου Κόσμου. Διαπιστώνουνε συγκρίνοντας τα πως οδηγούμαστε σε δύο σημαντικές παρατηρήσεις. Η πρώτη συνδέεται με τη νέα φιλοσοφία για τη ζωή και τον πολιτισμό κάτω από την οπτική αντιλήψεων ηθικού φιλελευθερισμού, και ατομικών δικαιωμάτων. Η δεύτερη θα πρέπει να αναζητηθεί στην κρίση της αυθεντίας, στη σχετικοποίηση της έμφυτης μεταφυσικής αναφοράς και στη γενικότερη προβολή της ατομικής βούλησης. Κάνοντας μια πρώτη εκτίμηση, η πρώτη αναφέρεται στην κοινωνική προοπτική και εύλογα παράγει κοινωνικές επιπτώσεις, ενώ η δεύτερη συνδέεται με τη μεταφυσική διάσταση και αναφέρεται σε ηθικές επιπτώσεις.

Η επικράτηση του φιλελευθερισμού, παρόλο που ευνόησε να κατοχυρωθούν τα ατομικά δικαιώματα, συνέβαλε ουσιαστικά στην ατομικοποίηση της κοινωνικής ζωής, αφού με την προβολή της ατομικής ελευθερίας άμβλυνε και εκτόπισε τα κοινωνικά αιτήματα. Η κοινωνική ηθική περιφρονήθηκε ως αναχρονιστική παρέμβαση στις διεκδικήσεις της ατομικής βούλησης και η ατομική ηθική μεταβλήθηκε σε κυρίαρχο κανόνα των κοινωνικών σχέσεων. Πιο

χαρακτηριστική περίπτωση είναι η μεταφορά του αγαθού της ανθρώπινης ζωής από τη σφαίρα της συλλογικής μέριμνας στη σφαίρα της ατομικότητας.

Η άποψη αυτή, σαφώς εγωκεντρική, απολυτοποιεί τη χρήση του ατομικού δικαιώματος και αδιαφορεί για τις οποιεσδήποτε κοινωνικές αντιρρήσεις. Εδώ φαίνεται ότι εστιάζεται η λογική των δυτικών κοινωνιών, σε αντίθεση προς τις κοινωνίες του Τρίτου Κόσμου και των χωρών της Άπω Ανατολής, όπου το αγαθό της ανθρώπινης ζωής αποτελεί ακόμη κεντρικό πρόβλημα της συλλογικής συνείδησης και είναι αδιανόητη η υπαγωγή και ή ένταξή του στη σφαίρα των ατομικών δικαιωμάτων.

Η ζωή, ενώ μέχρι χθες ήταν για όλους τους λαούς και τους πολιτισμούς θείο δώρο, σήμερα έφθασε να εκτιμάται ως τελικό αποτέλεσμα φυσικο-χημικών διεργασιών και ο άνθρωπος νομίζει ότι κατέχει απόλυτα ιδιοκτησιακά δικαιώματα στη βιολογική του οντότητα. Η ατομική βούληση έφτασε να υπερισχύει κάθε νομικής, ηθικής ή θρησκευτικής επιταγής και το αγαθό της ζωής περιορίζεται στον έλεγχο των ατομικών συναισθηματικών ή συγκινησιακών μεταπτώσεων. Η έλλειψη πίστεως ευνόησε την απελπισία την στιγμή που κορυφώνεται ο πόνος, κλόνισε την εσχατολογική προσδοκία της μεταθάνατου ζωής, μείωσε τη συναισθηματική και πνευματική αντοχή της ύπαρξης και απομάκρυνε τον δυναμισμό της καρτερίας. Έτσι ο θάνατος αντιμετωπίζεται σαν λύτρωση και έξοδος από το μαρτύριο του πόνου, αφού πια έχει χαθεί η έσχατη ελπίδα, και η αφαίρεση της ζωής δεν δείχνει να αποτελεί αμάρτημα με θρησκευτική ή ηθική σημασία.

Στις λεπτομέρειες αυτών των αποκλίσεων πρέπει να αναζητήσουμε τις κοινωνικές και ηθικές επιπτώσεις της ευθανασίας. Ήδη ο υπερτονισμός του ατομικού δικαιώματος και η υπαγωγή σε αυτό της οικείας ζωής νομιμοποιεί την αυτοκτονία, όμως θα απαιτήσει το δικαίωμα της φονικής αντιπαλότητας, με τάση να επεκτείνεται σε ομαδικές συγκρούσεις και τελικά να καταλύει την κοινωνική τάξη και το νόμο. Οι επιπτώσεις αυτές ανάγονται συνήθως σε θεωρητικά ενδεχόμενα, που όμως δεν απέχουν από την πραγματικότητα, αφού απασχόλησαν και απασχολούν τη συλλογική συνείδηση.

Η πιο σημαντική συνέπεια του παραπάνω υπερτονισμού εστιάζεται κυρίως στην αξία της ανθρώπινης ζωής, που παύει να αποτελεί ύψιστο αγαθό. Η εκτίμηση αυτή ως υποκειμενική στάση υπαγορεύεται από απαισιοδοξία, αδράνεια και αδιαφορία, ενώ ως αντικειμενική τοποθέτηση κινείται από «ανθρωπιστική

επιείκεια», αλλά ίσως και από λογική, που σχετικοποιεί το ανθρώπινο πρόσωπο και βλέπει μηχανιστικά πίσω από τα θεραπευτικά αδιέξοδα ως μοναδική λύση την ευθανασία. Η λεγόμενη «ανθρωπιστική επιείκεια» λειτουργεί ως έκφραση παρασυμπαθητικών συναισθημάτων, είναι έξω από τα κίνητρα της αυθεντικής φιλανθρωπίας και μόνο καταχρηστικά θα μπορούσε να δικαιολογηθεί.

Στην ίδια κατεύθυνση εντοπίζονται και συνυπάρχουν με τις κοινωνικές και οι ηθικές επιπτώσεις. Πίσω από τα αξεπέραστα προβλήματα της συνείδησης, με τις ενοχές, τις τύψεις και τη συγκινησιακή φόρτιση, είναι επίσης ενδεχόμενη η κοινωνική απόρριψη και ο κοινωνικός στιγματισμός. Σύμφωνα με τη γνωστή διαθρησκειακή – κοινωνιολογική εκτίμηση, η ατομική ηθική, παρά την αναγνώριση των δικαιωμάτων και της αυτονομίας της, αδυνατεί και ίσως δεν θα μπορέσει ποτέ να υποσκελίσει την ευρύτερη κοινωνική ηθική, που μορφοποιήσαν θρησκευτικές δοξασίες σε ποικίλους τύπους πολιτισμών. Αυτή η κοινωνική ηθική, παρ' όλες τις ενδημικές μεταπτώσεις της, στηρίζεται σταθερά στο φυσικό δίκαιο και τη θεαρχική αρχή. Ότι λοιπόν, αντιβαίνει σε αυτή την ηθική, ουσιαστικά εμφανίζεται ως πρόκληση των καιρών και η τύχη του έχει εκ των προτέρων προσδιοριστεί. Αργά ή γρήγορα αναμένεται εκφυλισμός.

Αντίθετα η ηθική, που εμπνέεται από την ορθόδοξη πίστη, αρνείται να αποδεχτεί τη λογικοποίηση και τη σχετικοποιήση του αγαθού της ζωής. Κάτι τέτοιο θα ήταν υποτίμηση της ανθρώπινης αξίας. Η θεολογία της εκκλησίας μας η οποία βρίσκει σύμφωνη ένα μεγάλο αριθμό κοινωνικών ερευνητών ανάγει τη ζωή στην υπέρτατη αρχή, στο δημιουργό και αποδέχεται τη βούλησή του για τη πορεία και τις μεταπτώσεις της. Η εκκλησία ευλογεί το έργο της ιατρικής που ασκεί προνοιακή μέριμνα για τη θεραπεία, τη στήριξη και τη βελτίωση της ζωής. Αυτό το έργο θεραπεύει τις συνέπειες που επέβαλε στην ανθρώπινη φύση η φθορά της πτώσεως. Αρνείται την εωσφορική οίηση για υποκατάσταση της θεαρχικής αρχής και προσπαθεί να γνωρίσει το κεντρικό νόημα του πόνου και τη βαθύτερη σχέση του με την αμαρτία και την πτώση. Στην προοπτική αυτή η ευθανασία χάνει τη σημασία και τις απαιτήσεις της. Για την χριστιανική ηθική και βέβαια στο πλαίσιο της ορθοδόξου παραδόσεως η ευθανασία δεν υπάρχει ούτε ως πρόβλημα ούτε ως αδιέξοδο (Επιστημονικό συμπόσιο).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4
ΧΡΙΣΤΙΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

4.1 Εισαγωγή

Τα χρόνια που εμφανίζεται ο Χριστιανισμός η αυτοκτονία θα οριστεί ως αμάρτημα και θα περιοριστεί σημαντικά. Έτσι και η ευθανασία για λύτρωση από την επώδυνη αρρώστια θα πάψει να έχει έκταση. Ίσως και τα υστερότερα χρόνια, όπως υποστηρίζεται πειστικά από πολλούς, δεν έπαψε να υπάρχει αλλά ποτέ δεν απασχόλησε τις κοινωνίες ιδιαίτερα. Μέχρι το 19^{ο} αιώνα η χριστιανική άποψη για την αποδοχή του πόνου, που συνοδεύει το θάνατο, και η απαγόρευση ευθανασίας κυριαρχεί στην καθημερινή πρακτική.

Η Εκκλησία είναι αντίθετη σε κάθε μορφή ευθανασίας γιατί η ίδια ενδιαφέρεται να δώσει στον άνθρωπο τη ζωή, πριν το θάνατο και μετά από αυτόν. Η ευθανασία ως καλός, ήρεμος και εύκολος θάνατος όχι μόνο δεν απορρίπτεται από τη χριστιανική πίστη και την Εκκλησία αλλά αποτελεί και αντικείμενο προσευχής. Το επαναλαμβανόμενο αίτημα στη θεία Λειτουργία και σε πολλές εκκλησιαστικές ακολουθίες είναι «χριστιανικά τα τέλη της ζωής ημών ανώδυνα, ανεπαίσχυντα, ειρηνικά και καλήν απολογία την επί του φοβερού βήματος του Χριστού», αλλά και η σύνδεση του οσιακού τέλους με τον εύκολο και ειρηνικό θάνατο βεβαιώνουν την άποψη αυτή.

Μόνο ο Θεός ως δωρεοδότης της ζωής μπορεί και δικαιούται να αποφασίζει για το τέλος κάθε ανθρώπου, αν θα είναι επώδυνο ή όχι και ακόμη περισσότερο για το πότε θα έρθει αυτό. Η Εκκλησία εκτός από τον οσιακό και ανώδυνο θάνατο τιμά και το μαρτυρικό και επώδυνο θάνατο, και μάλιστα όταν οφείλεται όχι μόνο σε ομολογία του Χριστού αλλά και σε αρρώστιες και άλλες οδυνηρές δοκιμασίες που ο άνθρωπος αγωνίζεται και υπομένει με ελπίδα στο Θεό. Ο πόνος συνδέεται με το νόμο του θανάτου και έχει καθαρτική αξία. Επομένως ο καλός ή ο κακός θάνατος δεν προσδιορίζεται από την εξωτερική του μορφή, αλλά από την εσωτερική κατάσταση με την οποία τον αντιμετωπίζει ο άνθρωπος.

Ο πόνος στη ζωή του ανθρώπου είναι πολύ χρήσιμος και αποδοτικός, αρκεί να γνωρίζει ο άνθρωπος τον τρόπο να τον αντιμετωπίσει. Ο διάσημος

ψυχοθεραπευτής Victor Frankl υποστήριξε ότι ο πόνος αποτελεί ένα βασικό υπαρξιακό πρόβλημα και δι' αυτού δίνεται η μοναδική ευκαιρία στον άνθρωπο για εσωτερική πληρότητα. Διδάσκει ότι ο άνθρωπος δεν πρέπει να αγωνίζεται να αποφύγει τον πόνο, αλλά μάλλον να είναι διατεθειμένος να υποφέρει στη ζωή του, με την προϋπόθεση, βέβαια ότι ο πόνος έχει κάποιο νόημα. Οι περισσότεροι άνθρωποι αναζητούν την ευχαρίστηση, την απόλαυση και αποφεύγουν τον πόνο, αλλά είναι σίγουρο ότι η αντιμετώπιση του πόνου δίνει μια άλλη αίσθηση της ζωής, πιο ολοκληρωμένης και γνήσιας.

Ο άνθρωπος που πονάει, ζει έντονα, επιστρέφει στον εαυτό του, φιλοσοφεί τη ζωή, ωριμάζει πνευματικά. Ο απόστολος Παύλος, έχοντας κατανοήσει βαθιά το νόημα του πόνου, όχι μόνο δεν παραπονιέται και δε γογγύζει, αλλά αντίθετα χαίρεται και καυχιέται για τα παθήματά του (Κολ. 1, 24· Ρωμ. 5,3-5). Γνωρίζει ότι οι ασθένειες και οι δοκιμασίες τον φέρνουν πιο κοντά στο Θεό και τον κάνουν να αισθάνεται πραγματικά δυνατός. «Όταν ασθενώ, λέγει, δυνατός ειμί» (2 Κορ. 12, 10).

Η ιστορία αναφέρει πολλά παραδείγματα ανθρώπων που είχαν την ασθένεια μόνιμη σύντροφο της ζωής τους και όμως δεν τους εμπόδισε να εκπληρώσουν το χρέος τους στη ζωή και να κατακτήσουν την ευτυχία. Εκτός από τον απόστολο Παύλο, που αναφέραμε πιο πάνω, αξίζει να αναφέρουμε άλλα δύο ιστορικά παραδείγματα, τον Μ. Βασίλειο και την Έλλεν Κέλλερ.

Ο Μ. Βασίλειος παρά την ασθενή του κράση και την ασθένεια που τον συντρόφευε στη ζωή του, αναδείχθηκε σε κορυφαία εκκλησιαστική φυσιογνωμία.

Η Έλλεν Κέλλερ, τυφλή και κωφάλαλη από τη νηπιακή της ηλικία, τέλειωσε Πανεπιστήμιο, έγραψε αξιόλογα βιβλία και πέθανε υπηρετώντας με τη ζωή της τους κωφάλαλους και ανήμπορους. Παράλληλο φαινόμενο στην Ελλάδα έχουμε τον παράλυτο Στυλιανόπουλο, που πέρασε τη ζωή του στο Άσυλο Ανιάτων Αθηνών, μεταγράφοντας ολόκληρη σχεδόν την Αγία Γραφή και άλλα θρησκευτικά βιβλία στη γραφή των τυφλών.

Η όλη διαδικασία του θανάτου, όσο και αν είναι επώδυνη, δεν είναι χαμένος χρόνος. Για το μεν άρρωστο είναι καιρός προετοιμασίας για την είσοδό του σε έναν άλλο "χώρο" ζωής, για τους συγγενείς και τους οικείους είναι ευκαιρία να εκφράσουν τα αισθήματα στοργής, αγάπης και συμπάθειας προς τα αγαπητά τους πρόσωπα. Τα παιδιά έχουν την μοναδική ευκαιρία να ανταποδώσουν τις "οφειλές", την αγάπη τους προς τους γονείς. Τις περισσότερες φορές γύρω από το

κρεβάτι ενός μελλοθανάτου επανασυνδέονται φιλίες, αναπτύσσεται η τρυφερότητα και η αγάπη, τις οποίες καταστρέφει η πολυτάραχη και αγχώδης κοινωνική σύγχρονη ζωή. Ο λόγος της ευθανασίας γίνεται σε κοινωνίες όπου επικρατεί αστοργία, αμοραλισμός και ατομικισμός.

Σύμφωνα με τις απόψεις της εκκλησίας, με την ευθανασία ο άνθρωπος καταλύει: **α)** την παρουσία του Θεού και την Πρόνοιά Του για τον κόσμο, **β)** το έργο που πρόσφερε ο Χριστός για τη σωτηρία του κόσμου, **γ)** την ψυχοσωματική σύσταση του ανθρώπου, που αντιμετωπίζεται μηχανικά και υλιστικά και **δ)** τη θέση του δημιουργήματος που επεμβαίνει στο έργο του Δημιουργού, με τη δικαιολογία ότι δεν μπορεί να βλέπει το συνάνθρωπό του να πάσχει και να υποφέρει αδιάκοπα (Ηλεκτρονική διεύθυνση).

Σε συμπόσιο που πραγματοποιήθηκε στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Κραϊόβα Ρουμανίας με θέμα την ευθανασία, εκφράστηκε η άποψη ενός εκπροσώπου της Εκκλησίας ότι φτάσαμε στο σημείο να μιλάμε για αξιοπρέπεια στον θάνατο, ή για υποβοήθηση να επισυμβεί ο θάνατος από συμπόνια, γιατί υποχώρησε η αγάπη και η πίστη προς τον Θεό και τον συνάνθρωπο και αντικαταστάθηκαν από τον ωφελιμισμό και τη λογική. Ως Χριστιανοί δεν μπορούμε να δεχθούμε την άμεση ή έμμεση διακοπή της ζωής, διότι πιστεύουμε ότι δεν έχουμε αυτό το δικαίωμα. Η ζωή δεν είναι κάτι το δικό μας, κάτι που μας ανήκει, ούτε το δημιουργήσαμε εμείς για να το διαχειριζόμαστε όπως μας αρέσει.

Στις 14 Δεκεμβρίου του 2002, η Ιερά Σύνοδος εξέδωσε Ανακοινωθέν με αφορμή τη νομιμοποίηση της ευθανασίας (στις αρχές Απριλίου του 2002) από την Ολλανδική Βουλή, του οποίου τα κύρια σημεία είναι τα εξής:

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

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

3. Οι ίδιες στιγμές ευνοούν τον σύνδεσμο των ανθρώπων, την ανάπτυξη της

κοινωνίας αγάπης, την εκδήλωση συμπόνιας και ελέους. Το αίτημα κάποιων ασθενών για ευθανασία στην ουσία αποτελεί ερώτημα της αγάπης μας προς αυτούς και της επιθυμίας μας να μείνουν κοντά μας.

4. Η ύπαρξη του πόνου στην ανθρώπινη ζωή, όπως και κάθε δοκιμασία, είναι «συνεργός προς σωτηρίαν» και ενίοτε «κρείττων και αυτής της υγείας» κατά τον Άγιο Γρηγόριο τον Παλαμά (ΕΠΕ, Θεσσαλονίκη 1985, τ.9. σελ.264). Παρά ταύτα η Εκκλησία αναγνωρίζοντας την ασθένεια της ανθρώπινης φύσεως πάντοτε φιλάνθρωπα ζητεί την απαλλαγή «από πάσης θλίψεως, κινδύνου και ανάγκης», ενίοτε δε εύχεται και για την ανάπαυση των οδυνομένων (ευχή εις ψυχορραγούντα). Οι άνθρωποι προσευχόμαστε, δεν αποφασίζουμε για τη ζωή και τον θάνατο.

5. Η ευθανασία ενώ δικαιολογείται κοσμικώς ως "αξιοπρεπής θάνατος" στην πραγματικότητα αποτελεί υποβοηθούμενη αυτοκτονία, δηλαδή συνδυασμό φόνου και αυτοχειρίας.

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

4.2 Η πρόταση της Εκκλησίας

Βαθύτερα πνευματικά αίτια που οδηγούν σε μια θετική στάση έναντι της ευθανασίας είναι συνήθως ο άκρατος υλισμός, η πνευματική απογύμνωση του ανθρώπου, η έλλειψη πίστεως ή η άρνηση του Θεού, η θεώρηση του πόνου και της ασθένειας ως ατυχία ή αδικία, η αποϊεροποίηση της ζωής, η διασύνδεση της μόνο με την εξωτερική ομορφιά και την φυσική και οικονομική ευρωστία και η θεώρηση του θανάτου ως μοιραίου κοινωνικοβιολογικού συμβάντος και όχι ως ενδιάμεσου σταδίου της πορείας του ανθρώπου.

Σε μια τέτοια κοινωνία, οι έννοιες θυσία, υπομονή, απαντοχή και εγκαρτέρηση είναι άγνωστες, ενώ οι έννοιες έλεος, συμπόνια και ευσπλαχνία είναι παρερμηνευμένες.

Η ευθανασία, ενώ δικαιολογείται κοσμικώς ως «αξιοπρεπής θάνατος», στην ενεργητική της μορφή, αποτελεί υποβοηθούμενη αυτοκτονία, δηλαδή συνδυασμό φόνου και αυτοχειρίας. Για τον λόγο αυτό, είναι παρακμιακό κοινωνικό φαινόμενο απαξιώσεως του ανθρώπου.

Οι στιγμές της ζωής μας που συνδέονται με την αρχή και το τέλος της, όπως και αυτές της αδυναμίας, του πόνου και των δοκιμασιών μας, κρύπτουν μια μοναδική ιερότητα και αποτελούν μυστήριο που απαιτεί ιδιάζοντα σεβασμό εκ μέρους των συγγενών, των γιατρών, των νοσηλευτών και της κοινωνίας ολόκληρης. Οι στιγμές αυτές, αν αντιμετωπιστούν πνευματικά και με προσευχή, διευκολύνουν την ταπείνωση και την αναζήτηση του Θεού και προσφέρουν στον άνθρωπο την εμπειρία της θεϊκής χάριτος και του θαύματος.

Οι ίδιες στιγμές ευνοούν τον σύνδεσμο των ανθρώπων, την ανάπτυξη κοινωνίας αγάπης, την εκδήλωση συμπόνιας και ελέους. Το αίτημα κάποιων ασθενών για ευθανασία, στην ουσία αποτελεί ερώτημα της αγάπης μας προς αυτούς και της επιθυμίας μας να μείνουν κοντά μας. Στις στιγμές αυτές μπορεί κανείς να ζήσει τη χάρη του Θεού και την αγάπη των ανθρώπων.

Η Εκκλησία αναγνωρίζει την ασθένεια της ανθρώπινης φύσεως και ότι «κρείσσων θάνατος υπέρ ζωήν πικρόν και ανάπαυσις αιώνιος ή αρρώστημα έμμονον»(Σοφ. Σειρ. λ 17). Γι’ αυτό και με πολλή κατανόηση αντικρίζει όσους λυγίζουν μπροστά στον αφόρητο πόνο και τον θάνατο. Ο λόγος της αλήθειας της είναι πάντα φιλάνθρωπος και η φιλανθρωπία της κοσμείται από την αλήθεια.

Η αγάπη από την φύση της δεν είναι απλό συναίσθημα αλλά πόνος και μετοχή στο σταυρό του πάσχοντος αδελφού. «Αγαπώ» δεν σημαίνει «απαλλάσσω» τον άλλο από το βάρος της ζωής, αλλά σηκώνω και εγώ το βάρος του πόνου του ή του προσφέρω τη ζωή μου ή πολύ περισσότερο του προσφέρω την αλήθεια και την αγάπη του Θεού. Η αγάπη νοείται μόνον εν αληθεία.

Η Εκκλησία μας πιστεύει στην αθανασία της ψυχής, στην ανάσταση του σώματος, στην αιώνια προοπτική και πραγματικότητα, στους πόνους ως «στίγματα του Κυρίου Ιησού εν τω σώματι ημών» (Γαλ. στ΄ 17), στις δοκιμασίες

ως αφορμές και ευκαιρίες σωτηρίας, στη δυνατότητα αναπτύξεως κοινωνίας αγάπης και συμπαραστάσεως μεταξύ των ανθρώπων.

Με βάση αυτά:

α) διακηρύσσει ότι η ζωή μας βρίσκεται στα χέρια και μόνον του Θεού, ότι το κάθε τι που μας συμβαίνει είναι προς το συμφέρον μας, ότι δεν έχουμε το δικαίωμα να διορθώσουμε το σχέδιο του Θεού και

β) κάθε θάνατο που αποτελεί αποτέλεσμα ανθρώπινων επιλογών -όσο «καλός» και αν ονομάζεται- τον απορρίπτει ως «ύβριν» κατά του Θεού. Κάθε μη ιατρική πράξη που συνειδητά επισπεύδει τη στιγμή του θανάτου την καταδικάζει ως αντιδεοντολογική και προσβλητική του ιατρικού λειτουργήματος.

Οι άνθρωποι προσευχόμαστε, δεν αποφασίζουμε για την ζωή και τον θάνατο.

Στη σύγχρονη μορφή ευθανασίας, ως επίσπευση και πρόκληση θανάτου, η Εκκλησία αντιπροτείνει την ευθανασία ως υπέρβαση του θανάτου. Ευζωία και ευθανασία, για την Εκκλησία σημαίνουν ζωή και θάνατος με νόημα και προοπτική. Η επιλογή του θανάτου όταν προέρχεται από άρνηση του θελήματος του Θεού είναι αμαρτία. Αντίθετα, ο πόθος του θανάτου όταν πηγάζει από την αγάπη του Θεού αποτελεί μοναδική ευλογία, ειδική χάρη και σπάνια αρετή («επιθυμίαν έχω αναλύσαι και συν Χριστώ είναι», Φιλιπ α΄ 23).

Στην παράδοση της εκκλησίας αναφέρονται πολλά παραδείγματα αγίων που δεν θέλησαν να καταφύγουν σε γιατρούς ή φάρμακα για την θεραπεία τους, αλλά αφέθηκαν εξ ολοκλήρου στην πρόνοια του Θεού για την περαιτέρω εξέλιξη της υγείας και της ζωής τους. Υπάρχουν και περιπτώσεις ασκητών οι οποίοι κατέφυγαν στη χρήση φαρμάκων ή άλλων ιατρικών μέσων και θεώρησαν το εγχείρημά τους αυτό ως απόκλιση από την οδό της τελειότητας.

Το γεγονός αυτό δεν υπαινίσσεται επαμφοτερίζουσα στάση της Εκκλησίας, αλλά καταδεικνύει τον απόλυτο σεβασμό στην ελευθερία του ανθρώπου και στην σημασία της εσωτερικής προαιρέσεώς του.

Γι’ αυτό, πίσω από κάθε λόγο του ασθενή πρέπει να διακρίνουμε τη βαθύτερη κατάσταση της ψυχής του, η οποία και ερμηνεύει τις επιθυμίες και επιλογές του. Ένας ασκητής, όταν αρνείται την θεραπεία σε νοσοκομείο και επιλέγει το ασκητήριο του, δεν ενεργεί ευθανασιακά. Αντίθετα κάποιος που χωρίς ελπίδα και υπομονή αρνείται την ιατρική συμπαράσταση και βοήθεια περικόπτει το μήκος της ζωής του ένοχα.

Στην περίπτωση που ο ασθενής δεν έχει συνείδηση, αλλά υπάρχει ελπίδα ιάσεως, ο γιατρός πρέπει να βοηθήσει με κάθε τρόπο στην συντήρηση της ανθρώπινης ζωής.

Όταν ο ασθενής δεν έχει συνείδηση και δεν υπάρχει ελπίδα ίασης, το κενό της απουσίας συνειδήσεως του ασθενή το καλύπτει η συνείδηση του γιατρού και των συγγενών. Γι' αυτό και υπογραμμίζεται η ανάγκη καλλιεργημένης συνειδήσεως των γιατρών. Στις περιπτώσεις που ο γιατρός, στηριζόμενος στις γνώσεις, στο αισθητήριο, στην εμπειρία, στην αγάπη προς τον ασθενή και στην πίστη του στο Θεό, αισθάνεται πως πρέπει να αποφύγει την χρήση επιθετικών μέσων που περισσότερο ταλαιπωρούν και καθόλου δεν θεραπεύουν, αυτό δεν κηλιδώνει την ηθική του ακεραιότητα.

Η χρήση της ιατρικής επεμβάσεως καλό είναι να εκτείνεται μέχρι του σημείου που οι επιπλοκές και τα επιπρόσθετα προβλήματα που δημιουργεί δεν βασανίζουν περισσότερο απ' όσο ανακουφίζουν. Ο πόνος παραχωρείται από τον Θεό, δεν πρέπει να προκαλείται ούτε να επιτείνεται από την ιατρική. Η παράταση της ζωής και η ανακούφιση από τον πόνο πρέπει να συνεργούν στη βούληση του Θεού και όχι να αποτελούν αυτοσκοπό.

Το ενδεχόμενο να προκληθεί με θεραπευτικές υπερβολές, τεχνητή παράταση των φυσικών ορίων της ζωής και διατήρηση κατάστασης επ' αόριστον, με αποτέλεσμα μέχρι και την καταρράκωση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας του ασθενή, είναι κάτι στο οποίο δεν θα έπρεπε να οδηγηθεί ο γιατρός ούτε συνειδητά να συμπράξει.

Στα όρια μεταξύ ευθανασίας με παράλειψη και ευθανασίας με πράξη κινούνται οι περιπτώσεις όπου:

α) εφαρμόζεται ήδη με μεθόδους συντηρήσεως (π.χ. μηχανική υποστήριξη) χωρίς προοπτική ανακάμψεως, οπότε το ερώτημα είναι αν με θετική πράξη επιτρέπεται να διακοπεί η τροφοδοσία και

β) χορηγούνται συνειδητά καταπραϋντικά και παυσίπονα που ενδεχομένως επισπεύδουν τον θάνατο.

Στην πρώτη περίπτωση, η θετική πράξη επιφορτίζει τη συνείδηση με αίσθημα ενοχής για συμμετοχή στον θάνατο του ασθενή, ενώ στη δεύτερη περίπτωση, η απουσία αμεσότητας και βεβαιότητας για κάτι τέτοιο δεν επιβαρύνουν τη συνείδηση. Εδώ το άμεσο και βέβαιο είναι η ανακούφιση του ασθενή από τους πόνους.

Στην πρώτη περίπτωση της καθαρής με θετική πράξη ευθανασίας δεν υπάρχει καμιά δυνατότητα δικαιολόγησης και γι' αυτό ούτε ή υπό προϋποθέσεις νομιμοποίηση της είναι ηθικά επιτρεπτή.

Ο πολιτικός και κατ' επέκταση ο νομοθέτης δεν μπορούν να αυτοαναγορεύονται σε ρυθμίσεις της ζωής και του θανάτου.

Η καλλιέργεια υγιών σχέσεων αγάπης και κοινωνίας και ότι άλλο ισχυροποιεί τον άνθρωπο, ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει τον θάνατο και τον πόνο, συντελούν στην αντιμετώπιση της δοκιμασίας και στην μετατροπή της από προσωπική αγωνία σε αφορμή υγιούς μεθέξεως και κοινωνίας.

Στις περιπτώσεις που ο ασθενής βρίσκεται σε τέτοιο πανικό και διακατέχεται από τον πειρασμό να αποζητάει την ευθανασία, η Εκκλησία μπορεί με την παρουσία της, τον παρηγορητικό λόγο, την αποτελεσματική προσευχή της, το μυστήριο του αγίου ευχελαίου, την αγάπη της, να δώσει τόση ελπίδα και ανακούφιση που να είναι εντονότερη από τον φόβο του πόνου και την επιθυμία του θανάτου. Τότε η ευθανασία δεν απουσιάζει μόνο από το φρόνημα της Εκκλησίας, αλλά δεν έχει πλέον θέση και στις επιλογές του ασθενή.

Η Εκκλησία για να κάνει αισθητή την παρουσία της στις στιγμές των κρίσιμών αποφάσεων και δοκιμασιών δεν πρέπει να περιμένει τους ασθενείς, αλλά καλείται η ίδια να τους συναντά διεισδύοντας διακριτικά και αποτελεσματικά στα νοσοκομεία. Για το λόγο αυτό, συνίσταται αφ' ενός μεν να υποστηρίξει το θεσμό των νοσοκομειακών ιερέων, αφ' ετέρου δε, να προβεί στην οργάνωση εθελοντικών ομάδων στα νοσοκομεία, με σκοπό την φωτισμένη συμπαράσταση των βαριά ασθενών. Αν η εγκατάλειψη οδηγεί στην ευθανασία, η αγάπη, η συμπαράσταση και η ουσιαστική ελπίδα ενισχύουν την αγάπη στη ζωή (Επιστημονικό συμπόσιο).

Από ορθόδοξη χριστιανική πλευρά (Μητσόπουλος 1984), η ευθανασία είναι καταδικαστέα γιατί:

1. Αντίκειται στο «ου φονεύσεις».

2. Κάθε στιγμή της ζωής του χριστιανού στον κόσμο έχει σωτηριολογική σημασία. Ο ληστής, ήδη επάνω στο σταυρό, κερδίζει τον παράδεισο. «Ληστής έως το τέλος κλέβοντας κι αυτόν ακόμα τον παράδεισο» (Ι. Αυγουστίνος).

3. Ο πόνος και η θλίψη αποτελούν μέσα συμμετοχής στο πάθος του Θεανθρώπου και μίμηση Αυτού.

4. Ο πιστός δεν παύει ποτέ να ελπίζει στο Θεό, ο οποίος όχι σπάνια επιτελεί και θαύματα.

5. Ο καθορισμός της ώρας του θανάτου ενός ανθρώπου δεν είναι αρμοδιότητα κάποιου υγειονομικού παράγοντα. Εναπόκεινται στην κρίση και το θέλημα του Θεού (Γιαννοπούλου Αθηνά Χρ.).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Η ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

5.1 Εισαγωγή

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 μετασχηματισθεί 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. 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. Kevrockian, 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 (Ηλεκτρονική διεύθυνση).

5.2 Η εξέλιξη των ατομικών ελευθεριών στα ελληνικά συντάγματα

Από τα πρώτα, κιόλας, συντάγματα της ελληνικής επαναστάσεως, ο νομοθέτης θέλησε να προστατεύσει τις ατομικές ελευθερίες και να ρυθμίσει το θέμα αυτό. Το θεώρησε χρέος του μετά την μακροχρόνια παραβίασή τους.

- **Σύνταγμα της Επιδαύρου (1822):** ιδιαίτερο τμήμα με τίτλο «Περί των Γενικών Δικαιωμάτων των κατοίκων της Επικράτειας της Ελλάδος» (Δημητρόπουλος Ανδρέας Γ.), όπου διασφαλίζονταν, κατά ατελή, βέβαια, τρόπο, η τιμή, η ασφάλεια, η ιδιοκτησία και η ελευθερία της θρησκευτικής συνειδήσεως. Επιπλέον υπήρχε ρύθμιση για την κατάργηση των βασανιστηρίων και της ποινής της δήμευσης.
- **Σύνταγμα του Άστρους (1823):** ιδιαίτερο τμήμα και σε αυτό το σύνταγμα με τον τίτλο «Περί των Πολιτικών Δικαιωμάτων των Ελλήνων» (Δημητρόπουλος Ανδρέας Γ.). Η προστασία των ατομικών ελευθεριών ήταν βελτιωμένη, καθώς μία νέα σειρά διατάξεων αφορούσε στην κατάργηση του θεσμού της δουλείας, στην καθιέρωση του δικαιώματος της ελευθεροτυπίας, του αναφέρεσθαι και του νόμιμου δικαστή. Επιπλέον επέκτεινε και στους αλλοδαπούς που διέμεναν στην Ελλάδα την προστασία της ιδιοκτησίας, της τιμής και της ασφάλειας, στο οποίο μέχρι τότε (με το σύνταγμα της Επιδαύρου) υπήρχε εγγύηση μόνο για τους Έλληνες.
- **Σύνταγμα της Τροιζήνας (1827):** στην προστασία των ατομικών ελευθεριών το σύνταγμα αυτό ήταν το αρτιότερο και το πληρέστερο από τα επαναστατικά συντάγματα. Με ιδιαίτερο τμήμα με τίτλο «Δημόσιον Δίκαιον των Ελλήνων» (Δημητρόπουλος Ανδρέας Γ.) καθιέρωνε την ισότητα, την ιδιοκτησία, την προσωπική ελευθερία, την αναλογική κατανομή των φορολογικών βαρών, το προσιτό των «δημοσίων επαγγελμάτων» για όλους του Έλληνες. Επιπλέον κατοχύρωνε την ελευθερία του τύπου και της εκπαίδευσης, την αρχή της μη

αναλογικότητας όλων των νόμων και την απαλλοτρίωση μετά από αποζημίωση, όμως μόνο για δημόσιο όφελος (Αλιβιζάτος Νίκος Κ.).

- **Σύνταγμα του 1844:** στο τμήμα με τίτλο «Περί του δημοσίου δικαίου των Ελλήνων» (Δημητρόπουλος Ανδρέας Γ.) επαναλαμβάνονταν τα άρθρα των συνταγμάτων της επαναστάσεως για την προστασία των ατομικών ελευθεριών. Για πρώτη φορά, όμως, κατοχυρωνόταν το απόρρητο των επιστολών, η εγγύηση του «φυσικού δικαστή» και το ορκωτό σύστημα.
- **Σύνταγμα του 1864:** για πρώτη φορά στα χρονικά της Ελλάδας κατοχυρώνεται το δικαίωμα του συνέρχεσθαι και του συνεταιρίζεσθαι, καταργείται η ποινή του πολιτικού θανάτου, η μεταχείριση των πολιτικών εγκληματιών προβλέπεται επιεικέστερη και προστατεύεται αποτελεσματικότερα η προσωπική ελευθερία, η προσωπική ασφάλεια και η ελευθερία του τύπου (Αλιβιζάτος Νίκος Κ.).
- **Αναθεώρηση του 1911:** κατοχύρωνε πληρέστερα τις ατομικές ελευθερίες και ειδικά την προσωπική ασφάλεια, την φορολογική ισότητα, το δικαίωμα του συνεταιρίζεσθαι και το άσυλο της κατοικίας (Αλιβιζάτος Νίκος Κ.).
- **Σύνταγμα του 1927:** βελτιώνεται η προστασία ορισμένων ατομικών ελευθεριών, όπως αυτή της ισότητας, της ζωής, της τιμής, της ελευθερίας, προστατεύεται η τέχνη, η επιστήμη, ο γάμος και το απόρρητο των επιστολών επεκτείνεται τόσο στα τηλεγραφήματα όσο και στα τηλεφωνήματα. Πολλές διατάξεις των προηγούμενων συνταγμάτων επαναλαμβάνονται.
- **Σύνταγμα του1952:** ιδιαίτερο τμήμα με τίτλο «Περί του Δημοσίου δικαίου των Ελλήνων» (Δημητρόπουλος Ανδρέας Γ.), όπου εκτός από την επιπλέον κατοχύρωση των ήδη αναφερθέντων, σε προηγούμενα συντάγματα, ατομικών ελευθεριών, ρυθμίζεται η αρχή ουδεμία ποινή άνευ νόμου, η δωρεάν παιδεία και προστατεύεται η ζωή.
- **Σύνταγμα του 1975:** πρόκειται για το ισχύον σύνταγμα, όπου στο δεύτερο μέρος υπάρχει ιδιαίτερος τίτλος «ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα». Η αναθεώρηση του 1986 δεν ασχολήθηκε με τις διατάξεις αυτές ενώ αντίθετα η αναθεώρηση του 2001 ρύθμισε πολλές από αυτές. Επαναλήφθηκαν όλες οι ρυθμίσεις των επαναστατικών συνταγμάτων. Επιπλέον, κατοχυρώνεται η ραδιοτηλεόραση, το περιβάλλον, η εργασία.

5.3 Η ευθανασία από τη σκοπιά του ποινικού δικαίου

Ευθανασία αποκαλείται ο ήρεμος, ανώδυνος και αξιοπρεπής θάνατος και όταν το βέβαιο και επικείμενο τέλος της ζωής επισπεύδεται με ανθρώπινη πράξη για να γλιτώσει ο πάσχων από αφόρητους πόνους ή από βασανισμό. Έτσι η συμπεριφορά του ανθρώπου ενδιαφέρει όχι μόνο την ηθική αλλά και την έννομη τάξη. Η ζωή ως πρώτιστο στοιχείο της αξίας του ανθρώπου, ανάγεται με ρητό συνταγματικό κανόνα σε απόλυτο έννομο αγαθό που προστατεύεται κυρίως με τις δραστικές διατάξεις των άρθρων 299 ως 307 του ποινικού κώδικα. Είναι οι διατάξεις που περιγράφουν και απειλούν με ποινές τα εγκλήματα κατά της ζωής, από τα οποία το βαρύτερο, υπό διάφορες μορφές, είναι η ανθρωποκτονία από πρόθεση. Για την ορθότερη κατανόηση του ζητήματος, αν η «ανθρωπογενής» ευθανασία συνιστά ποινικώς αξιόλογη αδικοπραγία, είναι χρήσιμη, για εμάς τους μη νομικούς, η σύντομη επισήμανση ορισμένων γενικών διατάξεων του Ποινικού μας Κώδικα που προσδιορίζουν την έννοια του εγκλήματος και οριοθετούν την ποινική ευθύνη. Έτσι ορίζουν:

α) Το άρθρο 14 ότι «έγκλημα είναι πράξη άδικη και καταλογιστή στο δράστη της, η οποία τιμωρείται από το νόμο» και ότι «στις διατάξεις των ποινικών νόμων ο όρος "πράξη" περιλαμβάνει και τις παραλείψεις».

β) Το άρθρο 15 ότι «όπου ο νόμος για την ύπαρξη αξιόποινης πράξης απαιτεί να έχει επέλθει ορισμένο αποτέλεσμα, η μη αποτροπή του τιμωρείται όπως η πρόκλησή του με ενέργεια, αν ο υπαίτιος της παράλειψης είχε ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να παρεμποδίσει την επέλευση του αποτελέσματος».

γ) Το άρθρο 27 παρ. 1 ότι «με δόλο (πρόθεση) πράττει όποιος θέλει την παραγωγή των περιστατικών που κατά το νόμο απαρτίζουν την έννοια κάποιας αξιόποινης πράξης. Επίσης όποιος γνωρίζει ότι από την πράξη του ενδέχεται να παραχθούν αυτά τα περιστατικά και το αποδέχεται». Στην πρώτη περίπτωση ο δόλος (ως βαρύτερη μορφή υπαιτιότητας) καλείται άμεσος. Στην δεύτερη ονομάζεται ενδεχόμενος.

δ) Το άρθρο 34 ότι «η πράξη δεν καταλογίζεται στο δράστη αν, όταν τη διέπραξε, λόγω νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών ή διατάραξης της συνείδησης, δεν είχε την ικανότητα να αντιληφθεί το άδικο της πράξης του ή να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψή του για το άδικο αυτό».

Από τις παραπάνω διατάξεις συνάγονται τα εξής ενδιαφέροντα:

Πρώτον, για να υπάρξει «πράξη» (κατά την έννοια του αρ. 14 ΠΚ) πρέπει το επελθόν αποτέλεσμα (βλάβη ή διακινδύνευση έννομου αγαθού) να τελεί σε αντικειμενικό αιτιώδη σύνδεσμο προς τη συμπεριφορά του δράστη (πράξη ή παράλειψη). Πρέπει, δηλαδή, η συμπεριφορά αυτή να είναι ένας από τους (τυχόν περισσότερους) όρους χωρίς των οποίων δεν θα μπορούσε να επέλθει το αποτέλεσμα αυτό (conditio sine qua non). Αν, επομένως, στην συγκεκριμένη περίπτωση, το δυσμενές αποτέλεσμα θα έχει επέλθει και αν έλειπε η συμπεριφορά του δράστη, ο αιτιώδης αυτός σύνδεσμος αποκαλείται και, άρα, δεν υφίσταται σε «πράξη» του φερόμενου ως δράστη.

Δεύτερον, η πράξη είναι άδικη όταν αποδοκιμάζεται από την έννομη τάξη. Όταν, δηλαδή, αντιβαίνει σε κάποιον επιτακτικό ή απαγορευτικό κανόνα δικαίου. Εν τούτοις κάθε τέτοιος κανόνας δεν περιέχει τελειωτική εκτίμηση ορισμένης πράξεως, αλλά εκφράζει μόνο μία κατ' αρχήν εκτίμηση (αποδοκιμασία) της πράξεως από την άποψη της έννομης πράξης. Τούτο σημαίνει ότι κατ' αρχήν αποδοκιμαζόμενη πράξη είναι άδικη εφόσον δεν συντρέχει λόγος που αποκλείει τον άδικο χαρακτήρα της. Σειρά τέτοιων λόγων θεσπίζεται με ρητές διατάξεις του Ποινικού Κώδικα (άμυνα, κατάσταση ανάγκης, προσταγή, άσκηση δικαιώματος ή καθήκοντος κ.α).

Τρίτον, για την ύπαρξη εγκλήματος δεν αρκεί η συμπεριφορά να είναι άδικη. Πρέπει να είναι και καταλογιστή στο δράστη. Καταλογισμός είναι η κρίση ότι ορισμένη πράξη μπορεί να επισύρει τον ψόγο του δράστη με την έννοια της αποδοκιμασίας του από την έννομη πράξη για την προσωπική του αντίθεση προς το δίκαιο. Κατ' αρχήν μόνη ή μη συμμόρφωση του δράστη προς απαγορευτικό ή επιτακτικό κανόνα δικαίου καθιστά τον τελευταίο άξιο αποδοκιμασίας από την έννομη τάξη. Αν, όμως, σε συγκεκριμένη περίπτωση, λόγω των συντρεχουσών περιστάσεων, δεν είναι ανθρωπίνως δυνατό να αναμένεται από τον μέσο κοινωνικό άνθρωπο συμμόρφωση προς τις προσταγές του δικαίου, ο δράστης είναι άξιος συγγνώμης δεδομένου ότι οι η συγκεκριμένη ψυχική στάση του, συνολικά εκτιμώμενη, δεν φανερώνει έλλειψη σεβασμού προς τους όρους της κοινωνικής ζωής και επομένως ή τελεσθείσα πράξη δεν μπορεί να προκαλέσει το ψόγο της έννομης τάξης. Έτσι και ενόψει του ότι η βασική προϋπόθεση του καταλογισμού είναι και η υπαιτιότητα του δράστη (δόλος ή αμέλεια), μεταξύ των λόγων συγγνώμης, που αποκλείουν τον καταλογισμό, αναγνωρίζεται και το

ανθρωπίνως αναπόφευκτο της υπαιτιότητας, δηλαδή η κατάσταση εκείνη της συνείδησης εξαιτίας της οποίας δεν μπορούμε ανθρωπίνως να αναμένουμε ούτε και νομικώς να αξιώσουμε από το δράστη συμπεριφορά σύμφωνη προς τους κανόνες του δικαίου. Η κατάσταση αυτή της συνείδησης μπορεί να εμφανιστεί κυρίως με τις εξής βασικές μορφές:

α) όταν ο δράστης κατά την τέλεση της πράξης δεν είχε και δεν μπορούσε να έχει συνείδηση του (ουσιαστικώς) αδίκου της συμπεριφοράς του, πράγμα που συμβαίνει στην περίπτωση της συγγνωστής νομικής πλάνης (άρθρο 31 παρ.2 ΠΚ) και

β) όταν ο δράστης είχε μεν συνείδηση του αδίκου της πράξης, αλλά οι εξαιρετικές συνθήκες, υπό τις οποίες ενεργούσε, άσκησαν επάνω του τέτοια ψυχολογική πίεση, ώστε η συμμόρφωση προς το νομικώς δέον υπερτείνει τις δυνατότητες του μέσου κοινωνικού ανθρώπου. Κατά την έκφραση του Αριστοτέλη στα Ηθικά Νικομάχεια, ο δράστης έπραξε τα μη δέοντα «δια τοιαύτα, α την ανθρώπινη φύση υπερτείνει και μηδείς αν υπομείναι». Τέτοιες περιπτώσεις, ως λόγοι αποκλείοντες τον καταλογισμό, ρυθμίζονται με ρητές διατάξεις του ΠΚ (άρθρα 31 § 2, 23, 25 § 3, 32). Πέραν όμως του θετικού δικαίου αναγνωρίζονται από την επιστήμη και άλλες περιπτώσεις ανθρωπίνως μη φευκτού της υπαιτιότητας (ως λόγοι συγγνώμης), όπως συμβαίνει όταν ο δράστης αντιμετώπισε σύγκρουση καθηκόντων και βρέθηκε σε ηθική αμηχανία περί του πρακτέου, ή όταν ο δράστης, πιστεύοντας λανθασμένα ότι πρόκειται για κατάσταση ανάγκης που αποκλείει τον καταλογισμό (αρ. 32 ΠΚ), προβαίνει στην πράξη του με την πεποίθηση ότι θυσιάζει ένα έννομο αγαθό για να διασώσει ένα άλλο μεγαλύτερης αξίας.

Υπό το φως των ανωτέρω παρατηρήσεων μπορούμε ήδη ευκολότερα και πιο συστηματικά να προσεγγίσουμε το θέμα «ευθανασία» από την άποψη του ισχύοντος ποινικού δικαίου. Κατά τη νομικώς λογική τάξη τίθενται και πρέπει να εξεταστούν τα ακόλουθα ζητήματα:

Α) η ευθανασία, ως ανθρώπινη συμπεριφορά (πράξη ή παράλειψη), που αποσκοπεί να καταστήσει το βέβαιο και επικείμενο θάνατο ενός ανθρώπου λιγότερο επώδυνο και περισσότερο αξιοπρεπή ή να απαλλάξει τον αφορήτως πάσχοντα από το μαρτύριο μιας βαρύτατης και ευτελιστικής αναπηρίας, είναι κατ' αρχήν ανθρωποκτονία από πρόθεση με το ελαφρυντικό ότι ο υπαίτιος ωθήθηκε στην πράξη του από αίτια μη ταπεινά. Η πράξη απειλείται με ποινή

καθείρξεως 10 έως 20 ετών (αρ 299 παρ.1 σε συνδ. Με αρ. 83 στοιχ α΄ και 84 παρ.2 στοιχ. β΄ ΠΚ). Αν η πράξη αποφασίστηκε και εκτελέστηκε σε βρασμό ψυχικής ορμής, με το ίδιο πάντα ελαφρυντικό, η προβλεπόμενη ποινή μειώνεται σε φυλάκιση 2 ετών έως κάθειρξη 12 ετών. Η δεύτερη αυτή περίπτωση είναι πρακτικώς απίθανο να συντρέξει στο πρόσωπο του δράστη γιατρού, ως προς τον οποίο, αν δεν ανήκει στον πολύ στενό συγγενικό κύκλο του θύματος, είναι αδιανόητη η συνδρομή βρασμού ψυχικής ορμής.

Β) ως προς το ζήτημα αν στην αιτιώδη διαδικασία του θανάτου η συμπεριφορά ορισμένου ανθρώπου (γιατρού ή άλλου) λειτούργησε ως conditio sine qua non, πρέπει να διακρίνουμε μεταξύ «ενεργητικής» και «παθητικής» ευθανασίας. Αν ο γιατρός χορηγήσει κάποια θανατηφόρο ουσία και επιταχύνει έτσι το θάνατο, δεν μπορεί να γίνει λόγος για έλλειψη αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ της ενέργειας του και του επελθόντος θανάτου. Διότι, και αν έλειπαν τα νοσηρά αίτια που θα οδηγούσαν αναπόφευκτα στο θάνατο, μόνη η χορήγηση της ανωτέρω ουσίας αρκούσε για το θανάσιμο αποτέλεσμα. Αλλιώς έχει το πράγμα στην περίπτωση της παθητικής ευθανασίας, εκείνης δηλαδή που συντελείται με την παράλειψη παροχής μέσων που θα επιβράδυναν την επέλευση του θανάτου. Η απάντηση βρίσκεται στο άρθρο 15 του ΠΚ. Μπορεί, δηλαδή, να υποστηριχθεί ότι, εφόσον ο γιατρός δεν βαρύνεται με ιδιαίτερη νομική υποχρέωση (είτε από το νόμο, είτε από σύμβαση, είτε από τη φύση της αποστολής και τον όρκο του) να επιβραδύνει, απλά και μόνο, τον άλλως αναπότρεπτο θάνατο, διατηρώντας τεχνητά κάποιες επιμέρους βιολογικές λειτουργίες του πάσχοντος (αναπνοή, καρδιακό παλμό κ.λ.π.), ή μη παροχή των σχετικών ιατρικών μέσων και η εκ τούτου επιτάχυνση του θανάτου δεν συνιστά την αντικειμενική υπόστασή της δια παραλείψεως τελούμενης ανθρωποκτονίας από πρόθεση. Αν όμως ο πάσχων (ή εκείνος που έχει την επιμέλεια του προσώπου του) εκφράσει αντίθετη βούληση, ο γιατρός δεσμεύεται συμβατικώς και άρα έχει, κατ' αρχήν, ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να μην παραλείψει τις ενέργειες που μπορούν να παρεμποδίσουν την άμεση επέλευση του θανάτου.

Γ) η ευθανασία, ως συμπεριφορά που πλήττει καίρια το έννομο αγαθό της ζωής, είναι πράξη νομικώς άδικη. Υποστηρίζεται εν τούτοις ότι ο άδικος χαρακτήρας της «ευθανασίας» αποκλείεται, εφόσον εξ ορισμού επιχειρείται προς εξυπηρέτηση του αληθινού συμφέροντος του (συναινούντος) θανούμενου, αλλά και διότι νεότερες τάχα πολιτισμικές αντιλήψεις ή εθιμικοί κανόνες ή η δικανική

συνείδηση του λαού ή το επικρατέστερο κοινωνικό συμφέρον ή το επαγγελματικό καθήκον του ιατρού καθιστούν την ευθανασία επιτρεπτή. Οι απόψεις αυτές, ανεξάρτητα από την επικίνδυνη ασάφεια και την εσωτερική τους αντιφατικότητα, είναι ριζικώς ασύμβατες τόσο προς τη συνταγματική τάξη, η οποία, με το άρθρο 5 παρ.2 του Συντάγματος, τοποθετεί την ανθρώπινη ζωή σε περιωπή απολύτως προστατευόμενου αγαθού, όσο και προς την όλη οικονομία του Ποινικού μας Κώδικα, ο οποίος όχι μόνο δεν περιέλαβε την «ευθανασία» στον κατάλογο των λόγων που αποκλείουν το άδικο της πράξεως (αρ 20 έπ.), αλλά αντιθέτως ανήγαγε σε ιδιώνυμα αδικήματα, τιμωρούμενα απλώς με ηπιότερες ποινές, την ανθρωποκτονία από οίκτο (αρ. 300) και τη συμμετοχή σε αυτοκτονία με τη μορφή της υποβοηθήσεως του αυτοκτονούντος (αρ. 301). Επομένως η εκδοχή ότι η ευθανασία δεν έχει αφεαυτής άδικο χαρακτήρα δεν βρίσκει στην ελληνική έννομη τάξη το απαραίτητο νομοθετικό έρεισμα. Αποκλεισμός του αδίκου μπορεί να χωρίσει, κατ' εξαίρεση, μόνον όταν οι γενικώς παραδεκτοί κανόνες της ιατρικής επιστήμης και δεοντολογίας υπαγορεύουν στη συγκεκριμένη περίπτωση τη διακοπή μιας βεβαιωμένα μάταιης φαρμακευτικής ή άλλης υποστήριξης προκειμένου να συντομευθεί το στάδιο της οδυνηρότητας ή εξευτελιστικής επιθανάτιας αγωνίας.

Δ) η άδικη πράξη της ευθανασίας είναι πάντοτε καταλογιστή στο δράστη. Κατ' αρχήν μια παρατήρηση ως προς το στοιχείο της υπαιτιότητας: η ευθανασία είναι πράξη που τελείται πάντοτε και μόνο από πρόθεση. Ο γιατρός με την ενέργεια ή την παράλειψή του είτε επιδιώκει ευθέως τον (ανώδυνο και ανεπαίσχυντο) θάνατο του πάσχοντος, είτε επιδιώκει την ανακούφισή του με τη χορήγηση ουσιών και, μολονότι γνωρίζει ότι αυτές ενδέχεται να επιφέρουν το θάνατο του ασθενούς, αποδέχεται το αποτέλεσμα αυτό. Η έννομη τάξη στην πρώτη περίπτωση καταλογίζει άμεσο και στη δεύτερη ενδεχόμενο δόλο. Αν ο γιατρός, χορηγώντας τις παραπάνω ουσίες, δεν προέβλεψε ή πίστεψε ότι δεν θα έχουν ανθρωποκτόνο δράση, η πράξη του δεν έχει χαρακτήρα ευθανασίας. Πρόκειται για κοινή ανθρωποκτονία από αμέλεια (άρθρα 28 και 302 ΠΚ). Σοβαρότατο, όμως, είναι το ζήτημα αν στην περίπτωση της ευθανασίας – ιδίως της «παθητικής»- συντρέχουν ή όχι λόγοι συγγνώμης που αποκλείουν τον καταλογισμό της πράξεως στο δράστη. Ειδικότερα, αν και πότε συντρέχει το ανθρωπίνως αναπόφευκτο της υπαιτιότητας είτε λόγω νομικής πλάνης (τουτέστι σφαλερής αλλά συγγνωστής πεποιθήσεως του δράστη ότι είχε καθήκον ή

δικαίωμα να προβεί στην ευθανασία), είτε λόγω συγκρούσεως του καθήκοντος να διαφυλαχτεί η ανθρώπινη ζωή με το καθήκον να γίνει σεβαστή και να προστατευτεί ή αξιοπρέπεια του θνήσκοντος ανθρώπου (ως υπέρτατο έννομο αγαθό, κατά τη ρητή επιταγή του άρθρου 2 παρ. 1 του Συντάγματος), είτε λόγω εξαιρετικών περιστάσεων με τέτοια ψυχολογική πίεση πάνω στο δράστη, ώστε η δυνατότητά του να συμμορφωθεί προς το νομικώς δέον να έχει εκμηδενιστεί. Τέλος, είναι αυτονόητο -και έχει ήδη τονιστεί- ότι οι προαναφερόμενες περιστάσεις δεν συντρέχουν αναγκαίως σε κάθε περίπτωση ευθανασίας.

Ενόψει όλων των προεκτεθέντων μπορεί να συναχθεί το ακόλουθο βασικό συμπέρασμα: ότι για καμιά περίπτωση ευθανασίας δεν υπάρχει γενικός κανόνας απαλλαγής από την ποινική ευθύνη και ότι, επομένως, κάθε συγκεκριμένη περίπτωση πρέπει αναποφεύκτως να υποβάλλεται σε δικαστικό έλεγχο προκειμένου να κριθεί: α) αν ο θάνατος ήταν αποτέλεσμα ευθανασίας (ενεργητικής ή παθητικής) ή κοινής ανθρωποκτονίας από οίκτο (που προϋποθέτει σπουδαία και επίμονη απαίτηση –όχι απλή συναίνεση- του ανίατου πάσχοντα), ή συμμετοχής σε αυτοκτονία, β) αν συντρέχει στο πρόσωπο του δράστη ο λόγος αποκλεισμού του αδίκου που αναφέρθηκε παραπάνω (υπό στοιχείο Γ), ή γ) αν συντρέχει λόγος αποκλεισμού του καταλογισμού (ή κάποια ελαφρυντική περίσταση) (Επιστημονικό συμπόσιο).

5.3.1 Ανθρωποκτονία με συναίνεση

Θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι το άρθρο 300 ΠΚ, η λεγόμενη ανθρωποκτονία με συναίνεση είναι η κατεξοχήν περίπτωση νομοθετημένης ευθανασίας. Σύμφωνα με τη διάταξη αυτή, 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. Όπως φαίνεται από τη διατύπωση του νόμου, πρόκειται για ανθρωποκτονία, για έγκλημα που στρέφεται κατά της ζωής, η όποια όμως τιμωρείται επιεικέστερα, επειδή ο νομοθέτης έλαβε υπόψη το κίνητρο του δράστη που είναι ο οίκτος προς το θύμα, την κατάσταση του θύματος που πάσχει από ανίατη ασθένεια και τη θέλησή του θύματος, το οποίο όχι απλώς πρέπει να συναινεί στη θανάτωσή του, αλλά να την απαιτεί σπουδαίως και επιμόνως, δηλαδή με συναίσθηση της καταστάσεως και του αιτήματος και επαναλαμβανόμενη φορτικότητα. Εάν

συντρέχουν αυτές οι προϋποθέσεις, ο δράστης τιμωρείται επιεικέστερα από την κοινή ανθρωποκτονία, δηλαδή με φυλάκιση, ποινή που διαρκεί από δέκα ημέρες έως πέντε χρόνια.

Δεν είναι λίγα τα προβλήματα που προκύπτουν από την ερμηνεία της διάταξης αυτής, όπως π.χ η έννοια της ανίατης ασθένειας επειδή ο όρος ή αμφισβητείται από τη σύγχρονη ιατρική ή μπορεί να αναφέρεται σε ασθένειες που είναι μεν ανίατες (π.χ διαβήτης), αλλά αντιμετωπίσιμες. Εξάλλου ερωτάται αφενός αν θα περιλαμβάνει και ψυχικές παθήσεις, όπου όμως συνήθως θα απουσιάζει η ελεύθερη βούληση και αφετέρου εάν θα έπρεπε να προβλεφθεί να μπορεί η πράξη να θεωρηθεί ατιμώρητη όταν έγινε από συγγενή, όπως υπάρχει ανάλογη ρύθμιση στην ανθρωποκτονία από αμέλεια (άρθρο 302 § 2 ΠΚ).

Πάντως αξίζει να τονιστεί η σημασία που δίνει η διάταξη αυτή στη βούληση του ίδιου του θύματος. Με άλλα λόγια, αν αυτή απουσιάζει, ο οίκτος του ιατρού ή η ανίατη πάθηση δεν αρκούν για να τιμωρηθεί ο δράστης επιεικέστερα: Αυτός θα τιμωρηθεί για ανθρωποκτονία από πρόθεση (299 § 1 ΠΚ). Επίσης αν ο ασθενής εκφράσει τη βούλησή του υποθετικά, πριν δηλαδή να περιέλθει σε τέτοια κατάσταση με τη λεγόμενη «διαθήκη ευθανασίας», αυτό δεν αρκεί για να τιμωρηθεί επιεικέστερα ο δράστης, επειδή η επίμονη απαίτηση του άρθρου 300 ΠΚ πρέπει να διατυπωθεί, όταν ο ασθενής θα βρίσκεται στην ανίατη κατάσταση και όχι εκ των προτέρων.

5.3.2. Συμμετοχή σε αυτοκτονία

Περίπτωση υποβοηθούμενης ευθανασίας θα μπορούσε να θεωρηθεί και η λεγόμενη συμμετοχή σε ευθανασία και μάλιστα η δεύτερη περίπτωσή της, σύμφωνα με την οποία, όποιος έδωσε βοήθεια κατά την αυτοκτονία, τιμωρείται με φυλάκιση. Το ποινικό δίκαιο δεν τιμωρεί την αυτοπροσβολή, την αυτοκτονία, αλλά τιμωρεί, πολύ επιεικέστερα όμως από την κοινή ανθρωποκτονία, την υποβοήθηση της ως ετεροπροσβολή. Υποστηρίζεται μάλιστα ότι εάν κάποιος πάσχει από αφόρητους πόνους και ζητεί βοήθεια για να αυτοκτονήσει από το φίλο του, ο οποίος του δίνει δηλητήριο η πράξη αυτή δεν είναι αξιόποινη, αφού συνιστά παροχή βοήθειας πριν από την τέλεση της πράξης.

5.3.3 Η διακοπή της θεραπείας κατ' απαίτηση του ασθενούς και η αυθαίρετη παροχή θεραπείας

Η βούληση αυτή θα απαλλάξει το γιατρό από κάθε ποινική ευθύνη, αν ο ασθενής δεν επιθυμεί τη θεραπεία του. Στο ποινικό δίκαιο υποστηρίζεται ότι το θεμελιώδες αγαθό στη ζωή περιλαμβάνει και το λεγόμενο δικαίωμα αυτοδιαθέσεως της ζωής. Ο γιατρός θα πρέπει να σταματήσει κάθε προσπάθεια παροχής θεραπείας, αν ο ασθενής που μπορεί να εκφράσει ελεύθερα τη βούλησή του, δεν επιθυμεί να ζήσει και φυσικά δεν θα διώκεται ποινικά αν πράξει κάτι τέτοιο. Αν όμως ο γιατρός «παρακούσει» τον ασθενή και συνεχίσει τη θεραπεία υποστηρίζεται ότι κάτι τέτοιο αποτελεί άδικη και καταλογιστή πράξη, σύμφωνα με τα άρθρα 20, 25 και 32 του ΠΚ.

5.4 Ζητήματα αστικής ευθύνης

5.4.1 Η συναίνεση του ασθενούς ως αναγκαία προϋπόθεση της παροχής θεραπείας και η υποχώρηση της αρχής αυτής.

Εκτός από την ποινική ευθύνη, ο γιατρός έχει και αστική ευθύνη, δηλαδή ευθύνη που έχει ως συνέπεια την αποζημίωση του ασθενούς ή των οικείων του, όταν από την παρεχόμενη ιατρική υπηρεσία έχει προκληθεί βλάβη της υγείας ή και ο θάνατος. Ειδικά για το ζήτημα της ευθανασίας θεωρήθηκε από παλιά πρόβλημα του ποινικού δικαίου και δεν δόθηκε ιδιαίτερη σημασία στην αστική ευθύνη. Μια από τις σημαντικότερες περιπτώσεις της αδικοπρακτικής αστικής ευθύνης, παρουσιάζεται σήμερα διευρυμένη, διότι αρκεί η παράβαση της γενικής υποχρεώσεως πρόνοιας, ασφάλειας και προστασίας των άλλων. Στο ελληνικό δίκαιο, στο οποίο προστατεύεται το δικαίωμα στη προσωπικότητα ανήκει η ζωή, η υγεία και η σωματική ακεραιότητα. Επιπλέον υποστηρίζεται ότι από το συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας συνάγεται ότι και ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να ενημερώνει τον ασθενή για την ενδεδειγμένη θεραπεία και να έχει την σύμφωνη γνώμη του. Αλλιώς η λεγόμενη αυθαίρετη ιατρική πράξη αποτελεί προσβολή της προσωπικότητας του ασθενούς και μάλιστα ακόμη και αν τον έχει ωφελήσει. Αν όμως πρόκειται για επείγοντα περιστατικά, ο γιατρός έχει υποχρέωση να

παράσχει τις ιατρικές του υπηρεσίες και να βοηθήσει τον ασθενή, ακόμη και όταν αυτός δεν έχει συνείδηση.

5.4.2 Η συναίνεση για τη μη παροχή ή για τη διακοπή της θεραπείας και η ευθύνη εκείνου που παρέχει υπηρεσίες.

Σε σχέση με τη λεγόμενη «συναίνεση ευθανασίας», δηλαδή τη διακοπή της θεραπευτικής αγωγής, αφού ο ασθενής ενημερωθεί ειδικά για την θανατηφόρα ασθένειά του, έχουν υποστηριχθεί αντίθετες απόψεις. Η πρώτη, υποστηρίζει ότι οι συνταγματικές εγγυήσεις δεν εκτείνονται στην αρχή της ζωής και στον τρόπο του θανάτου, αλλά μόνο στη διάρκεια της ζωής. Η αντίθετη άποψη, υποστηρίζει το αίτημα για αξιοπρεπή θάνατο και δέχεται ότι με ορισμένες προϋποθέσεις η συναίνεση ευθανασίας πρέπει να γίνεται αποδεκτή ειδικότερα όταν εκφράζει ελεύθερη βούληση και όταν αναφέρεται στη μη παράταση της ζωής με τεχνητά μέσα. Αν ο γιατρός συνεχίσει τη θεραπεία, προβαίνει σε αυθαίρετη θεραπευτική πράξη. Η συναίνεση πρέπει να δίνεται εγγράφως και είναι αυστηρά προσωπική, δεν μπορεί να δοθεί από ανηλίκους, από πρόσωπα που στερούνται της χρήσης του λογικού ή δεν έχουν συνείδηση των πράξεων τους. Εάν η συναίνεση απουσιάζει, ο γιατρός έχει υποχρέωση να διατηρήσει στη ζωή τον ασθενή με κάθε μέσο. Συγκρίνοντας τις δυο απόψεις καταλήγουμε πως η ορθότερη είναι η πρώτη (Επιστημονικό συμπόσιο).

5.5 Ευθανασία και ατομικά δικαιώματα

Το δικαίωμα στη ζωή που έχει κάθε άνθρωπος, ανεξάρτητα από την εθνικότητα, τη θρησκεία ή τις πεποιθήσεις του, κατοχυρώνεται στο Σύνταγμά μας. Βεβαίως, ως προς τη διάθεση της ζωής του καθενός από την αρχή της, κατά τη διάρκειά της και όσον αφορά στο τέλος της, υπάρχουν συγκεκριμένα όρια και περιορισμοί.

Τα Συντάγματα επιβάλλουν περιορισμούς στην άσκηση των συνταγματικών δικαιωμάτων για την πρόληψη των καταχρήσεων, έτσι ώστε η άσκηση θεμελιώδους δικαιώματος να μη δημιουργεί αφόρητη κατάσταση για τα άτομα που ζουν σε μια κοινωνία. Η ελευθερία κάθε ατόμου συνιστά το όριο μέχρι του οποίου φτάνει εκείνη των άλλων ατόμων, λαμβανομένου υπόψη, ότι το άτομο δε

ζει απομονωμένο, αλλά μέσα σε σύνολο συνανθρώπων του που έχουν τα ίδια δικαιώματα, ώστε να επιβάλλεται ο αμοιβαίος σεβασμός αυτών.

Φορείς του δικαιώματος είναι κάθε φυσικό πρόσωπο, προφανώς και οι αλλοδαποί, δεδομένου ότι η προστασία δεν περιορίζεται στους έλληνες πολίτες, αλλά σε «όλους όσους βρίσκονται στην ελληνική επικράτεια… αδιακρίτως εθνικότητας, φυλής, γλώσσας, θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων» (Ηλεκτρονική διεύθυνση).

5.6 Απόλυτο το δικαίωμα στη ζωή

Το δικαίωμα στη ζωή είναι απόλυτο και ορισμένες φορές μετατρέπεται σε υποχρέωση νομική και ταυτόχρονα ηθική. Πέρα από ατομικό δικαίωμα πρόκειται και για έναν αντικειμενικό κανόνα δικαίου αλλά και στις δύο περιπτώσεις πρόκειται για υποχρέωση του κράτους και όχι του πολίτη. Η κρατική εξουσία υποχρεώνεται σε ενέργεια ακόμα και όταν δεν προβάλλεται αξίωση συγκεκριμένου πολίτη καθώς και σε μέριμνα γενικά για τη διαφύλαξη της ζωής του ανθρώπινου είδους στο σύνολο. Πρόκειται για προληπτικά μέτρα ασφαλείας που έχουν αφηρημένο χαρακτήρα και εξυπηρετούν το γενικό συμφέρον.

Επομένως, η αντικειμενική διάσταση του δικαιώματος στη ζωή «παράγει έννομες συνέπειες ανεξάρτητα από τη θέληση συγκεκριμένων προσώπων-φορέων του, όχι όμως και εναντίον της» (Κατρούγκαλος Γεώργιος Σ.). Στις περιπτώσεις δηλαδή όπου δεν υπάρχει κίνδυνος της ζωής ως συνολικό αγαθό λειτουργεί ως ατομικό αμυντικό δικαίωμα (Ηλεκτρονική διεύθυνση).

5.7 Αλλοδαπό δίκαιο

Συνοπτική εικόνα των θέσεων των κρατών περί ευθανασίας:
Ολλανδία
Με απόφαση της άνω Βουλής (10 Απριλίου 2002) νομιμοποιείται υπό όρους.
Βρετανία
Είναι εκτός νόμου αν και αποτελεί την έδρα της "Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Σωματείων για το δικαίωμα στο θάνατο". Το ιατρικό προσωπικό μπορεί να λαμβάνει αποφάσεις.

Η.Π.Α.

Επιτρέπεται μόνο στην πολιτεία Όρεγκον από το έτος 1994.

Αυστραλία

Εφαρμόσθηκε το 1995 πειραματικά. Το 1996 στις βόρειες πολιτείες νομιμοποιήθηκε η υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Με ψήφιση νέου νόμου από το Κοινοβούλιο απαγορεύθηκε το 1997.

Γαλλία

Θεωρείται παράνομη. Μάλιστα το 1991 οι Αρχές απαγόρευσαν την έκδοση οδηγού ευθανασίας "Τελική έξοδος" του Ντέρεκ Χάμφρεϊ.

Γερμανία

Επιτρέπεται μόνο στο κρατίδιο της Εσσης για ασθενείς πού βρίσκονται σε κώμα.

Βέλγιο

Είναι εκτός νόμου, αλλά έχει ξεκινήσει μεγάλη συζήτηση στη Βουλή.

Ελβετία

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

Ισπανία

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

Ιταλία

Θεωρείται παράνομη. Εν τούτοις μεμονωμένες περιπτώσεις έχουν πραγματοποιηθεί.

Κίνα

Είναι παράνομη, έχει όμως υποβληθεί πρόταση νόμου στο Εθνικό λαϊκό Κογκρέσο.

Ινδία

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

Ιαπωνία

Η νομοθεσία δεν καλύπτει τούς γιατρούς πού θέτουν ενεργά τέρμα στη ζωή ασθενών πού υποφέρουν.

Δανία

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

Καναδάς

Η νομοθεσία είναι αντίστοιχη με αυτή των Η.Π.Α.

Ελλάς

Είναι παράνομη. Η κοινή γνώμη άπαντα αρνητικά. Το μικρότερο ποσοστό υπέρ της νομιμοποιήσεώς της είναι στη Δεξιά και το μεγαλύτερο στην Αριστερά (Ηλεκτρονική διεύθυνση).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6
Η ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ – ΗΘΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ

6.1 Η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής - Ευρωπαϊκή Σύμβαση ανθρωπίνων δικαιωμάτων και Βιοϊατρικής.

Η Σύμβαση αυτή, την οποία υπέγραψε η Ελλάδα στις 4/4/1997 και κύρωσε η Βουλή με το νόμο 2619 στις 19/6/1998, ισχύει ως εσωτερικό δίκαιο υπερνομοθετικής ισχύος, βάσει του άρθρου 28 παρ. 1 του Συντάγματος. Η Σύμβαση αποτελεί το τελευταίο βήμα του Συμβουλίου της Ευρώπης στο πεδίο που τέμνεται από τις συνεχώς εξελισσόμενες Βιοϊατρικές επιστήμες αφενός και την προστασία των ατομικών δικαιωμάτων αφετέρου.

Στη Σύμβαση δεν περιλαμβάνονται ειδικές διατάξεις σχετικά με την ευθανασία. Το θέμα είναι ιδιαιτέρως ακανθώδες και δεν ήταν δυνατόν να υπάρξει συναίνεση ούτε ως προς το κατ' αρχήν επιτρεπτό ούτε ως προς τους ειδικότερους όρους που θα μπορούσαν να διέπουν τις εξαιρέσεις από την γενική προστασία της ζωής, η οποία κατοχυρώνεται στο άρθρο 2 της ΕΣΔΑ και εξυπονοείται ως η διέπουσα αρχή της Συμβάσεως περί Βιοϊατρικής.

Υπάρχουν όμως ορισμένες διατάξεις με ειδικό ενδιαφέρον για το υπό εξέταση θέμα: Σύμφωνα με το άρθρο 5 η ελεύθερη και μετά από ενημέρωση συναίνεση αποτελεί το γενικό κανόνα που θα πρέπει να διέπει την κάθε μορφής επέμβαση (διαγνωστική, προληπτική, θεραπευτική) στον τομέα της υγείας. Όπως αναφέρεται στην συνοδεύουσα επεξηγηματική έκθεση, η αρχή αυτή υπογραμμίζει την αυτονομία του ασθενούς έναντι του Ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και επιδιώκει να περιορίσει την πατερναλιστική συμπεριφορά, η οποία ίσως αγνοεί τις επιθυμίες του ασθενούς. Στην ίδια έκθεση αναφέρεται ότι ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται σχετικά με τη φύση, το σκοπό, τις συνέπειες και τους

κινδύνους της επεμβάσεως σε σχέση με την δική του, συγκεκριμένη κατάσταση, όπως επίσης και σχετικά με τις πιθανές εναλλακτικές αγωγές.

Περαιτέρω, το άρθρο 9 αναφέρεται στην περίπτωση κατά την οποία ο ασθενής δεν είναι πλέον σε θέση να εκφράσει τη συναίνεσή του (διότι έχει π.χ περιπέσει σε κώμα, η διότι έχει γεροντική άνοια), είχε όμως την πρόνοια να εκφράσει την βούλησή του σχετικά με το ενδεχόμενο αυτό και είχε δημοσιοποιήσει την επιθυμία του ως προς την έναρξη/συνέχιση ή τη διακοπή της θεραπείας του ή ως προς το ενδεχόμενο της δωρεάς των οργάνων του (στην περίπτωση, π.χ του εγκεφαλικού θανάτου). Το άρθρο 9 ορίζει ότι οι επιθυμίες του ασθενούς θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, δεν επιβάλλει όμως στον ιατρό την υποχρέωση να τις ακολουθήσει υποχρεωτικώς. Αυτή η προσεκτική διατύπωση οφείλεται στον γενικό προβληματισμό σχετικά με την δυνατότητα του ατόμου να αποφασίζει εκ των προτέρων για θέματα, για τα οποία δεν είναι δυνατόν να έχει σαφή και ασφαλή αντίληψη για τους εξής, κυρίως, λόγους:

1. Μια σοβαρή ασθένεια ενδέχεται να αλλάξει τον τρόπο αντίδρασης και σκέψης ενός ατόμου. Δεν είναι καθόλου βέβαιο ότι, ενώπιον του προσεγγίζοντος θανάτου, το άτομο εξακολουθεί να έχει την ίδια επιθυμία, την οποία εξέφρασε όταν το ενδεχόμενο αυτό ήταν απομακρυσμένο.

2. Η πρόοδος της επιστήμης είναι δυνατόν να προσφέρει προοπτικές, που ήταν άγνωστες στον ασθενή κατά τη στιγμή της δημοσιοποιήσεως της επιθυμίας του. Για τον λόγο αυτό συνιστάται στην επεξηγηματική έκθεση της Συμβάσεως να εκτιμά ο ιατρός εάν οι επιθυμίες του ασθενούς ισχύουν στη συγκεκριμένη περίπτωση εν όψει της τεχνολογικής προόδου της Ιατρικής, όπου αυτό είναι δυνατόν.

3. Η υλοποίηση αυτής της διατάξεως επαφίεται στην εθνική νομοθεσία, που θα πρέπει να ορίσει, αν θα τηρείται κάποιος τύπος, με τον οποίο θα εκφράζεται και θα δημοσιοποιείται η βούληση του ασθενούς, όπως επίσης και τους όρους, υπό τους οποίους η βούληση αυτή εκφράζεται εγκύρως ή ανακαλείται.

Από τη διάταξη, πάντως, του άρθρου 5 και υπό προϋποθέσεις και του άρθρου 9, σε συνδυασμό με την προστασία της αξιοπρέπειας που προβλέπει το άρθρο 1 της Συμβάσεως, συνάγεται ότι ο ασθενής μπορεί να αρνηθεί οποιαδήποτε επέμβαση ή θεραπεία, ακόμη και αν δεν είναι προς το συμφέρον του. Υπέρ της

ερμηνείας αυτής συνηγορεί και η διάταξη του άρθρου 26 παρ. 1, που αναφέρεται στους περιορισμούς των δικαιωμάτων που κατοχυρώνονται από τη Σύμβαση: Σύμφωνα με αυτή, τα δικαιώματα, μεταξύ των οποίων και το άρθρο 5, είναι δυνατόν να περιοριστούν για την εξυπηρέτηση συλλογικών αγαθών, όπως είναι η δημόσια ασφάλεια, η πρόληψη του εγκλήματος, η προστασία της δημόσιας υγείας ή τα δικαιώματα και οι ελευθερίες τρίτων (όχι, δε, και τα δικαιώματα ή οι ελευθερίες του ιδίου του ασθενούς).

Επιπλέον επιχείρημα εξ αντιδιαστολής είναι δυνατόν να συναχθεί από το άρθρο 6, παρ. 1, το οποίο προβλέπει ότι επιτρέπονται οι επεμβάσεις στα πρόσωπα που δεν έχουν ικανότητα συναίνεσης, όπως είναι οι ανήλικοι ή τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, εφόσον εξυπηρετούν το άμεσο συμφέρον τους. Για τις επεμβάσεις αυτές απαιτείται η συναίνεση του αρμοδίου και επιφορτισμένου με την επιμέλεια του αρμοδίου και επιφορτισμένου με την επιμέλειά τους ατόμου ή οργάνου (άρθρου 6 παρ. 3).

Ειδικώς ως προς τα άτομα με ψυχικές διαταραχές προβλέπεται στο άρθρο 7 ότι επεμβάσεις χωρίς συναίνεση επιτρέπονται μόνον εάν είναι απαραίτητες για να αποτραπεί σοβαρή βλάβη της υγείας τους. Με το άρθρο 7, δηλαδή, προστίθεται ακόμη μια προϋπόθεση (ή προστασία της υγείας του ψυχικώς πάσχοντος) στις ήδη προαναφερθείσες προϋποθέσεις του άρθρου 26, οι οποίες προβλέπουν περιορισμό των δικαιωμάτων της Συμβάσεως. Με τη ρύθμιση αυτή επιδιώκεται να προστατευτεί αφενός η υγεία του ασθενούς (η θεραπεία χωρίς συναίνεση επιτρέπεται μόνο εάν είναι απαραίτητη για τη σωτηρία της υγείας του) και αφετέρου η αυτονομία του (η θεραπεία χωρίς συναίνεση απαγορεύεται, στην περίπτωση που δεν κινδυνεύει η υγεία του).

Κατά την τελική εκτίμηση του ιατρού σχετικά με την διακοπή ή συνέχιση της θεραπείας δεν θα πρέπει να εμφιλοχωρούν χρησιμοθερικές εκτιμήσεις (π.χ σχετικά με το οικονομικό κόστος και την επιβάρυνση της οικογένειας ή της νοσοκομειακής μονάδας), δεδομένου ότι στο άρθρο 2 της Συμβάσεως ορίζεται ρητώς ότι το συμφέρον και η ευημερία του ατόμου υπερισχύουν έναντι του συμφέροντος της κοινωνίας ή της επιστήμης (Επιστημονικό συμπόσιο).

6.2 Κοινωνικοί και ηθικοί προβληματισμοί

Πολλές συζητήσεις πραγματοποιούνται τα τελευταία χρόνια για την αξία της ανθρώπινης ζωής, όταν αυτή φθάσει σε οριακή κατάσταση και δεν υπάρχει

δυνατότητα για περαιτέρω επιβίωση ή ανάταξη της ποιοτικής στάθμης αυτής, υπό την έννοια της βελτιώσεως της νοητικής ή και της σωματικής καταστάσεως του πάσχοντος ατόμου, σε τέτοιο σημείο ώστε να αποκτήσει στοιχειώδη λειτουργικότητα.

Παλαιότερα προέκυπταν ανάλογες συζητήσεις κυρίως όταν η ιατρική επιστήμη αντιμετώπιζε την τραγικότητα των επώδυνων ανίατων νοσημάτων ή όταν βρισκόταν ενώπιον ασθενών με εγκεφαλικό θάνατο, στους οποίους διατηρούσαν σε λειτουργικότητα μόνο τα ζωτικά τους όργανα με συνεχή αναπνευστική και καρδιαγγειακή υποστήριξη.

Αργότερα οι συζητήσεις επεκτάθηκαν και πέραν των ορίων του εγκεφαλικού θανάτου και περιέλαβαν και τους ασθενείς που βρίσκονταν σε συνεχή φυτική κατάσταση, καθώς και εκείνους που είχαν χάσει οριστικά την δυνατότητα της φυσιολογικής λειτουργικότητας του φλοιού των εγκεφαλικών ημισφαιρίων. Και ενώ το εγκεφαλικό στέλεχος διατηρούσε την λειτουργικότητά του, εν τούτοις οι πάσχοντες δεν είχαν την δυνατότητα της συνειδητής εντάξεως τους στην πραγματικότητα.

Στις μέρες μας οι συζητήσεις έχουν λάβει ευρύτερες διαστάσεις, ακόμα και για την αξία της ζωής των ατόμων εκείνων, των οποίων η λειτουργικότητα είναι ελαττωμένη, χωρίς όμως να βρίσκονται σε κατάσταση εγκεφαλικού θανάτου ή σε πλήρη κατάργηση της λειτουργικότητας του εγκεφαλικού φλοιού.

Σαφές παράδειγμα των επικίνδυνων διαστάσεων, τις οποίες είναι δυνατόν να λάβει η αποδοχή της έννοιας του ανθρώπου, μόνο από την βιολογική άποψη, εντός της οποίας περιλαμβάνονται η σωματική λειτουργικότητα και ο βιολογικός ψυχισμός αυτού και των τραγικών αποφάσεων, στις οποίες μπορεί να οδηγηθεί η ιατρική επιστήμη και ευρύτερα η ανθρώπινη κοινωνία, δίδεται από την απόφαση ευρωπαϊκών χωρών να θεσμοθετήσουν την ευθανασία, την πρόταση των θεραπόντων ιατρών ή την επιθυμία του πάσχοντος ή των άμεσων συγγενών αυτού, σε περιπτώσεις ανιάτων και επώδυνων ασθενειών, στις οποίες δεν υπάρχει προσδοκία ίασης ή μερικής ανάταξης.

Η ευθανασία θα μπορεί να εφαρμόζεται είτε με την παρέμβαση των γιατρών (με την ενεργητική έννοια), είτε με την διακοπή υποστήριξης των ζωτικών λειτουργιών του πάσχοντος. Είναι όμως αναμφισβήτητο γεγονός ότι η άρση οποιασδήποτε ιατρικής βοήθειας από τους βαριά πάσχοντες ισοδυναμεί με την

καταδίκη αυτών σε θάνατο και είναι ανάλογη με την πρόκληση θανάτου, όταν στερούμε τροφή και νερό από βρέφος ή ιατρική βοήθεια από άρρωστο υπερήλικα.

Παλαιότερα είχε κριθεί νόμιμη η διακοπή ιατρικής βοήθειας σε ασθενείς, οι οποίοι δεν είχαν την δυνατότητα να επανέλθουν από κώμα ή βρίσκονταν σε συνεχή φυτική κατάσταση. Ήδη το 1993 η βουλή των Λόρδων στην Αγγλία αποφάσισαν ότι οι γιατροί θα μπορούσαν νόμιμα να διακόψουν οποιαδήποτε ιατρική βοήθεια, συμπεριλαμβανομένης και της τροφής και του νερού από τον Anton Bland, ασθενή ο οποίος βρισκόταν σε φυτική κατάσταση. Η υπόθεση Bland, όπως παλαιότερα και η υπόθεση Karen Guinlan στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, έφεραν το θέμα της ευθανασίας εκ νέου στην επιφάνεια, σε οδυνηρή πλέον μορφή.

Το τραγικό φαινόμενο στις μέρες μας, είναι ότι η ευθανασία δεν συζητάτε πλέον υπό την έννοια της λυτρώσεως του πάσχοντος από τα συνεχή άλγη της ανίατης ασθένειάς του, η οποία κατά κανόνα είναι καοήθης νεοπλασία, αλλά υπό την έννοια της αποφυγής της Αματαιοπονίας των προσπαθειών των γιατρών και της καταπονήσεως των συγγενών, ο οποίος χωρίς να πονά πλέον περιέπεσε σε μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση ή υπέστη ελαχιστοποίηση της λειτουργικότητάς του.

Το αποτέλεσμα αυτών των συζητήσεων και των σημερινών απόψεων είναι ότι η τρέχουσα εκτίμηση της ζωής γίνεται υπό την αποκλειστική άποψη της ποιοτικής στάθμης αυτής και όχι υπό την έννοια της αναγνωρίσεως της αξίας της ζωής καθ' εαυτή. Ο γιατρός ως εκ τούτου από θεραπευτής του πάσχοντος καθίσταται, με τη συναίνεση της πολιτείας, κριτής της επιβίωσης αυτού και οριοθέτης της ζωής και του θανάτου του, ενίοτε δε και εκτελεστής αυτού, όπως στη γνωστή περίπτωση του γιατρού Cox, ο οποίος προκάλεσε το θάνατο της ασθενούς του, με την ενδοφλέβια χορήγηση ικανής ποσότητας χλωριούχου νατρίου.

Εν τούτοις στις περισσότερες περιπτώσεις, ο γιατρός προκαλεί έμμεσα τον θάνατο, διακόπτοντας την σίτιση και την θεραπευτική αγωγή ή σε βαρύτερες περιπτώσεις την μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η βούληση του πάσχοντος, η οποία βεβαίως, λόγω της βαριάς νευρολογικής κατάστασής του, δε θα ήταν δυνατό να εκφρασθεί.

Παράλληλα, για την λήψη απόφασης εφαρμογής της ευθανασίας ουδόλως προσμετράται το ενδεχόμενο της ανανήψεως του πάσχοντος, το οποίο

ελαχιστοποιείται μεν γι' αυτούς που βρίσκονται σε φυτική κατάσταση, αλλά δεν είναι δυνατόν να αποκλεισθεί.

Ποια τα αίτια της αλλοιώσεως της ιατρικής συνειδήσεως τα τελευταία έτη και της αποδοχής της ευθανασίας από τους γιατρούς, οι οποίοι εξ ορισμού καλούνται να ενισχύουν και την τελευταία σπίθα της ζωής, αγωνιζόμενοι τόσο για την κλινική προσφορά όσο και για την έρευνα, για την προέκταση των ορίων της ζωής, δεν είναι απολύτως γνωστά.

Οι κατ' επανάληψη συζητήσεις, οι οποίες έγιναν στις Ηνωμένες Πολιτείες και στις Αγγλοσαξονικές χώρες, μετά από την τραγική περίπτωση της Karen Ann Qirland, προ εικοσιπενταετίας η οποία συγκλόνισε τους κύκλους της ιατρικής, της θεολογίας και της νομικής, οδήγησαν στην άποψη, ότι η ευθανασία ή ευρύτερα η λήψη αποφάσεων για την παράταση ή μη της ζωής των βαρέων και χωρίς προσδοκία ίασης πασχόντων, αποτελεί φλέγον θέμα, διότι οι δυνατότητες μεταμόσχευσης οργάνων και κατ' επέκταση της παράτασης της ζωής διαφόρων ασθενών, οι οποίοι διατηρούν ακέραια την ψυχονοητική λειτουργικότητά τους, αλλά απειλείται η περαιτέρω επιβίωση τους, συνέπεια ανεπάρκειας ενός ή περισσοτέρων ζωτικών οργάνων, επιβάλλει την εύρεση μοσχευμάτων, η οποία τελικά επιλύεται, με την λήψη αυτών, από ασθενείς που βρίσκονται σε κατάσταση εγκεφαλικού θανάτου.

Η τοποθέτηση αυτή απέναντι στην ευθανασία σημαίνει τροποποίηση των κριτηρίων της ιατρικής ηθικής και ίσως τροποποίηση όλου του αξιολογικού συστήματος, το οποίο αποτελεί το ουσιαστικό περιεχόμενο αυτής (Επιστημονικό συμπόσιο).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΥΘΟΙ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Παράδειγμα 1

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

Οι Σιντλερ διαφωνούν με την διάγνωση των γιατρών, ότι η κόρη τους βρίσκεται σε κατάσταση φυτού μόνιμα και ότι έχει χάσει την εγκεφαλική της δραστηριότητα, την συνείδησή της, και την δυνατότητα να σκέφτεται και να αισθάνεται. Την βλέπουν να ανοίγει τα μάτια της και νοιώθουν να τους σφίγγει το χέρι, οπότε πιστεύουν ότι διατηρεί κάποιες αισθήσεις.

Όμως, αληθεύει αυτό; Η Τζάνις Μαρί Βινίκυ, του Κέντρου Ηθικής Δεοντολογίας του νοσοκομειακού κέντρου Ουάσινγκτον, λέει ότι δεν είναι δύσκολο να μπερδέψει κανείς αυτές τις υποτυπώδεις αυτές αντανακλαστικές κινήσεις με ενδείξεις αναγνώρισης. «Άτομα που βρίσκονται σε φυτική κατάσταση έχουν ορισμένες φορές κύκλους ύπνου και αφύπνισης», λέει η κυρία Βινίκυ. «Ξυπνούν και ανοίγουν τα μάτια τους. Μάλιστα, δίνουν την εντύπωση πως σε κοιτάνε. Έχουν επίσης κάποιες αντανακλαστικές κινήσεις στα χέρια και στα πόδια. Όμως τίποτα από αυτά δεν γίνεται με πρόθεση ούτε και σε μόνιμη βάση».

Η περίπτωση Σκιάβο πήγε στο δικαστήριο της Φλόριδας το 2003. Ο δικαστής, δικαίωσε τον Μάικλ Σκιάβο και διέταξε να αφαιρεθεί ο σωλήνας σίτισης της συζύγου του, αλλά η απόφαση αυτή καθυστέρησε λόγω νομικών προβλημάτων. Ο κυβερνήτης της πολιτείας και αδελφός του προέδρου Μπους, Τζεμπ Μπους, βοήθησε να εγκριθεί νομοσχέδιο που προέβλεπε την επανατοποθέτηση του σωλήνα. Στην συνέχεια, ο νόμος αυτός απορρίφθηκε από το ανώτατο πολιτειακό δικαστήριο, ως αντισυνταγματικός.

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

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

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

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

Είναι η κοινωνία υποχρεωμένη να διατηρεί την ζωή με οποιοδήποτε κόστος; Η μήπως, από κάποιο σημείο και μετά, θα πρέπει να επιτραπεί στην φύση να ακολουθήσει το δρόμο της; Και ποιος θα κρίνει πότε ήρθε η στιγμή αυτή;

Παράδειγμα 2

Παρόμοια υπόθεση έκρινε και το ιρλανδικό Ακυρωτικό δικαστήριο και αποφάσισε για την τύχη μιας γυναίκας που βρισκόταν σε σχεδόν φυτική κατάσταση επί περίπου 23 έτη, διατηρούσε, όμως ελάχιστα στοιχεία διανοητικής ικανότητας. Οι συγγενείς της γυναίκας, με σύμφωνη γνώμη και δύο θεολόγων, είχαν ζητήσει από τους ιατρούς και το νοσοκομείο να διακόψουν την τεχνητή παροχή τροφής και ενυδάτωσης. Το προσωπικό του νοσοκομείου αρνήθηκε για λόγους ιατρικής δεοντολογίας να διακόψει την αγωγή ή να επιτρέψει τη μεταφορά της ασθενούς σε άλλο ίδρυμα. Εν συνεχεία οι συγγενείς κατέφυγαν στη δικαιοσύνη και τελικώς εκδόθηκε κατά πλειοψηφία η απόφαση του Ακυρωτικού, η οποία επέτρεπε στους συγγενείς να μεταφέρουν την ασθενή σε άλλο νοσοκομείο.

Παράδειγμα 3

Σημαντικό γεγονός αποτέλεσε η δίκη σχετικά με μια γυναίκα, στην οποία παρασχέθηκε βοήθεια από ένα ψυχίατρο για να αυτοκτονήσει. Έπασχε από κατάθλιψη συνεπεία θλιβερών γεγονότων (διαζύγιο και θάνατοι των δύο παιδιών της) και ο ιατρός της, μετά από λίγες συναντήσεις, θεώρησε ότι η κατάστασή της ήταν αφόρητη και χωρίς ελπίδα ιάσεως. Συμβουλεύτηκε 7 ανεξάρτητους ιατρούς που επιβεβαίωσαν την άποψή του, κανείς όμως δεν εξέτασε προσωπικώς τη γυναίκα. Δεν εξακριβώθηκε εάν η γυναίκα ήταν και ψυχικώς ασθενής. Η τελική απόφαση εκδόθηκε από τον Ολλανδικό Άρειο Πάγο και είναι σημαντική διότι νομολόγησε ότι βοήθεια σε αυτοκτονία θα πρέπει να παρέχεται ακόμη και ψυχικώς ασθενείς που είναι σε θέση να αποφασίσουν σχετικώς. Στην προκείμενη περίπτωση επρόκειτο περί καταθλίψεως, που δεν υπάγεται στις ψυχιατρικές παθήσεις, αλλά το αίτημα της ασθενούς έγινε δεκτό βάσει των γενικών αρχών της κατάστασης ανάγκης που μπορεί να έχει εφαρμογή στις σωματικές και στις ψυχικές παθήσεις. Το Δικαστήριο έκρινε ότι ο ιατρός θα έπρεπε να είχε στείλει τη γυναίκα για αγωγή σε ψυχίατρο, να είχε ζητήσει την υποχρεωτική εισαγωγή της

σε ίδρυμα και να είχε προτείνει εξέτασή της ασθενούς και από ένα άλλο ιατρό. Εν κατακλείδι, το Δικαστήριο καταδίκασε τον ιατρό αλλά δεν επέβαλε ποινή.

Παράδειγμα 4

Το1995 εμφανίσθηκε και η περίπτωση ευθανασίας σε ένα νεογέννητο, με σοβαρό πρόβλημα, που διαγνώσθηκε από πολλούς ιατρούς. Η ιατρική αγωγή θεωρήθηκε μάταιη. Μετά από συμφωνία με νευρολόγο και νευροχειρουργό και τη σύμφωνη γνώμη των γονέων, που δεν ήθελαν να ταλαιπωρηθεί το παιδί τους, ο θεράπων ιατρός αποφάσισε να θέσει τέλος στη ζωή του. Στο ποινικό δικαστήριο ο ιατρός αναφέρθηκε στην κατάσταση ανάγκης, λόγω της υγείας του βρέφους και της συνεχούς και επαναλαμβανομένης επιθυμίας των γονέων. Το δικαστήριο δέχθηκε ότι για την ύπαρξη κατάστασης ανάγκης πρέπει να συντρέχουν τα εξής στοιχεία: αφόρητος και χωρίς προοπτικές θεραπείας πόνος, επαναλαμβανομένη και σταθερή επιθυμία των γονέων, συμφωνία της ιατρικής πρακτικής με την ιατρική δεοντολογία. Ο ιατρός αθωώθηκε, αν και η απόφαση κατακρίθηκε στο νομικό τύπο.

Παράδειγμα 5

Άλλο παράδειγμα ευθανασίας με τη σημερινή έννοια είναι η περίπτωση της Μαρίας Γιόρισεν από το Ρότερνταμ της Ολλανδίας. Το καλοκαίρι του 1998 προσβλήθηκε από καρκίνο των εντέρων ο οποίος σε λίγο διάστημα εξαπλώθηκε σε ολόκληρη την κοιλιακή χώρα. Οι γιατροί στο νοσοκομείο είπαν ότι δεν θα μπορούσαν τίποτε άλλο να της παρείχαν παρά μορφίνη όταν οι πόνοι θα γίνονται αφόρητοι. Τότε απεφάσισε να υποβληθεί σε ευθανασία επειδή ήθελε να πεθάνει με αξιοπρέπεια και όχι σαν κάποιο παλιόσκυλο. Αφού γύρισε στο σπίτι της, φώναξε την κόρη της και τον οικογενειακό γιατρό, ο οποίος τούς εξήγησε την διαδικασία της ευθανασίας. Εκεί, η κόρη της Ντελέκε Γιόρισεν, συνέταξε ένα επίσημο έγγραφο ενώπιον δύο γιατρών στο οποίο δήλωνε η Μητέρα της την επιθυμία της να υποβληθεί σε ευθανασία. Καθορίστηκε μάλιστα και η συγκεκριμένη ημερομηνία και ώρα.

Μέχρι εκείνη την ημέρα, η Μαρία Γιόρισεν πέρασε τον χρόνο πού της είχε απομείνει βάζοντας σε τάξη τις υποθέσεις της και αποχαιρετώντας οικείους, συγγενείς και φίλους. Όταν ήρθε η ώρα να της κάνουν τη θανατηφόρο ένεση,

αποχαιρέτισε την οικογένειά της και είπε στην κόρη της: "Είμαι έτοιμη για το ταξίδι. Δώσε μου ένα φιλί". Τότε η Ντελέκε της έπιασε το ένα χέρι και η εγγονή της το άλλο. Την ώρα πού η ασθενής προσευχόταν, ο γιατρός της έδωσε ένα αναισθητικό και λίγο αργότερα της έκανε την ένεση πού σταμάτησε την καρδιά της. Η κόρη της χαρακτήρισε την ιστορία αυτή ως "θλιβερή αλλά ωραία" (Ηλεκτρονική διεύθυνση).

Παράδειγμα 6

Άλλη μια περίπτωση, η οποία αναφέρεται σ' ένα μικρό κορίτσι που έπασχε από νόσο του νευρικού συστήματος και ήταν αναγκασμένο να ζει μόνιμα με την υποστήριξη αναπνευστικής συσκευής. Σκεφτόταν και μιλούσε κανονικά, αλλά η κατάστασή του χειροτέρευε με γρήγορο ρυθμό, είχε αφόρητους πόνους και τελικά οι γιατροί αποφάνθηκαν ότι οι πιθανότητες να σωθεί ήταν μηδαμινές. Οι γονείς της μικρής, άνθρωποι με έντονο θρησκευτικό συναίσθημα, αγωνιούσαν μη μπορώντας να αποφασίσουν αν έπρεπε να σταματήσουν τη λειτουργία της συσκευής. Τελικά, ένας από τους γιατρούς τους πρότεινε να διαπιστώσουν αν ο Θεός ήθελε ή όχι να αναπνεύσει η μικρή τους μόνη της. Εκείνοι δέχτηκαν, ο γιατρός αφαίρεσε τη συσκευή και η μικρή πέθανε ύστερα από 4 ώρες.

Παράδειγμα 7

Η Pamela Muller, σύζυγος γιατρού, γέννησε σε νοσοκομείο του Danville(Illinois) δίδυμα σιαμαία φρικτά παραμορφωμένα, που είχαν κοινά εντόσθια, γεννητικά όργανα και μέρος του κυκλοφορικού συστήματος. Οι γιατροί, με τη σύμφωνη γνώμη του άτυχου πατέρα και συναδέλφου τους, τοποθέτησαν τα σιαμαία στον ειδικό θάλαμο των νεογέννητων και κρέμασαν στο κρεβατάκι τους μια πινακίδα που έγραφε: «Να μην τους δοθεί τροφή σύμφωνα με επιθυμία των γονέων». Μερικές όμως νοσοκόμες δεν μπορούσαν να τα βλέπουν να αργοπεθαίνουν και τα έτρεφαν με ορούς. Κάποιος ειδοποίησε μυστικά τις τοπικές αρχές και ο εισαγγελέας άσκησε δίωξη εναντίον των γονέων και του παιδιάτρου του νοσοκομείου με την κατηγορία της απόπειρας φόνου. Τον Αύγουστο του 1981 τα σιαμαία ήταν τεσσάρων μηνών και βρίσκονταν στη μονάδα εντατικής παρακολούθησης μιας παιδιατρικής κλινικής του Σικάγου

χωρίς καμιά ελπίδα να διαχωριστούν, αφού τυχόν χειρουργική επέμβαση θα σήμαινε θάνατο και για τα δύο.

Παράδειγμα 8

Ο H.Sander, γιατρός στη μικρή αμερικανική πόλη Manchester της πολιτείας New Hampshire, συνδεόταν με φιλικό δεσμό με την οικογένεια Baroto. Η ηλικιωμένη κυρία Baroto έπασχε από καρκίνο και ζούσε μαρτυρική ζωή, που σαν συνέπεια είχε να καταστήσει εξίσου μαρτυρική και τη ζωή του συζύγου της, ο οποίος της συμπαραστεκόταν με όλες του τις δυνάμεις. Ο γιατρός Sander, που εξαιτίας των σχέσεών του με την οικογένεια ζούσε όλη αυτή τη τραγωδία και ως γιατρός γνώριζε ότι δεν υπάρχει ελπίδα σωτηρίας, μπήκε το πρωί της 4^{ης} Δεκεμβρίου 1949 στο δωμάτιο του νοσοκομείου που νοσηλευόταν η ασθενής και, αντί να προβεί στη συνηθισμένη καταπραϋντική ένεση, διενεργεί στην ασθενή ενδοφλέβια ένεση 10cc αέρα, ο οποίος μπαίνοντας στο κυκλοφορικό της σύστημα επέφερε άμεσο θάνατο εξαιτίας εμβολής. Πιστεύοντας ο γιατρός ότι έκανε ανθρωπιστικό έργο έγραψε την πράξη του στο βιβλίο του νοσοκομείου, με αποτέλεσμα να μηνυθεί και να συλληφθεί στη συνέχεια με την κατηγορία της ανθρωποκτονίας από πρόθεση. Η δίκη του έγινε το Μάρτιο του 1950. Ένα μεγάλο μέρος της κοινής γνώμης, πολλοί επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων, ακόμη και ιερείς, τάχθηκαν υπέρ του γιατρού Sander. Την ίδια θέση υποστήριξαν ο σύζυγος και η κόρη του θύματος, οι οποίοι προσήλθαν στο δικαστήριο και κατέθεσαν σαν μάρτυρες υπεράσπισης και χαρακτήρισαν το "δολοφόνο" γιατρό σαν ευεργέτη της νεκρής. Ο αμερικάνικος τύπος καθώς και μεγάλη μερίδα του παγκόσμιου τύπου τάχτηκε με το μέρος του "δολοφόνου", τέλος δε οι ένορκοι αποφάνθηκαν ότι ο Sander είχε ενεργήσει σαν ανθρωπιστής και τον αθώωσαν.

Παράδειγμα 9

Μία νεαρή γυναίκα, που πέθανε από πολλαπλή σκλήρυνση, έπεσε σε κώμα και οι γιατροί του νοσοκομείου όπου νοσηλευόταν συμφώνησαν ότι δε μπορούσαν πια να της προσφέρουν καμία βοήθεια. Ένα βράδυ η άρρωστη – πάντοτε σε κώμα- παρουσίασε έντονα σημάδια δύσπνοιας και οι γονείς της κάλεσαν τη νοσοκόμα και της ζήτησαν να φέρει ένα γιατρό. Εκείνη τους ζήτησε να βγουν έξω από το δωμάτιο και, αντί να καλέσει σε βοήθεια, περίμενε ώσπου η

άρρωστη να σταματήσει να αναπνέει. Τότε κάλεσε ένα γιατρό και εκείνος ανήγγειλε στους γονείς το θάνατο της κόρης τους. «Ήταν το πιο σκληρό πράγμα που έκανα ποτέ», παραδέχτηκε η νοσοκόμα.

Παράδειγμα 10

Μία νέα κοπέλα 30 ετών έμεινε "φυτό" από συνδυασμό αλκοόλ και φαρμάκων. Οι γιατροί μετά από αρκετό καιρό δεν ήλπιζαν ότι μπορεί να συνέλθει. Οι γονείς της τους ζητούσαν να σταματήσουν να την κρατούν στη ζωή και, όπως προέβλεπε η νομοθεσία της συγκεκριμένης Πολιτείας, προσέφυγαν στα δικαστήρια για να ζητήσουν άδεια να προβούν σε ευθανασία της κόρης τους. Ο δικαστής, έντονα θρησκευόμενος, ζήτησε γνωμοδότηση του Ανώτατου Ιατρικού Συμβουλίου της Πολιτείας. Δέκα γιατροί ήταν κατηγορηματικοί: «Θα είναι για πάντα "φυτό". Να της γίνει ευθανασία». Στη συνεδρίαση του δικαστηρίου ο δικαστής επικαλούμενος προσωπική δυσκολία να πάρει απόφαση ζήτησε από τους γονείς εξαήμερη προθεσμία πριν εκδώσει την απόφασή του. Στις πέντε ημέρες η κοπέλα συνήλθε εντελώς, σαν να γύριζε από άλλο κόσμο και σαν να μην είχε πάθει ποτέ της τίποτα…(Δαφέρμου Μαρία, σημειώσεις Γηριατρικής).

Παράδειγμα 11

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

Παράδειγμα 12

Στην εκούσια ευθανασία, (αφού ο άρρωστος «πατά το κουμπί»), υπάγεται και η συσκευή ευθανασίας» με μονοξείδιο του άνθρακα και μάσκα, την οποία επινόησε ο συνταξιούχος γιατρός Τζάκ Κεβορκιάν, ο επονομασθείς «Ντόκτορ θάνατος» (διότι «είναι περισσότερο γνωστός ως ένας συστηματικός φονιάς παρά ως γιατρός» -Time, Dec. 28, 1992), ή ο «άνθρωπος ο οποίος αντικατέστησε το Θεό» για άλλους, αλλά και κατηγορήθηκε για δολοφονία. Ενώ επί πλέον

θεωρείται ότι δεν είναι σε θέση να κρίνει ορθώς την αρρώστια – π.χ. της Τζάνετ Άντκινς που έπασχε από την ασθένεια Αλζχάιμερ, ή την έκταση της απελπισίας της, για να της προσφέρει τις συμβουλές του ή άλλες εναλλακτικές λύσεις.

Παράδειγμα 13

Τέτοια ευθανασία επίσης ήταν και η περίπτωση του Βασιλιά της Αγγλίας Γεωργίου του Ε, ο οποίος βρισκόταν σε κώμα και, με εντολή της Βασίλισσας Μαίρης και του Πρίγκηπα της Ουαλίας Εδουάρδου του Η του μετέπειτα Βασιλέα της Αγγλίας, ο γιατρός Ντέυσον του έκανε δύο θανατηφόρες ενέσεις μορφίνης και κοκαΐνης, συντομεύοντας έτσι το τέλος του, στις 10.1.1936.

Παράδειγμα 14

Γιατρός, περίφημος πράγματι για τη διαγνωστική του δεινότητα, ο οποίος νομίζοντας ότι πάσχει από καρκίνο του ήπατος και φοβούμενος τις συνέπειες, έθεσε τέρμα στη ζωή του, ενώ νεκροτομικά αποδείχθηκε ότι δεν υπήρχε τέτοια νόσος.

Παράδειγμα 15

Ο Αριστοτέλης Ωνάσης ήταν αυτός που τράβηξε τον σωλήνα της τεχνητής αναπνοής από το γιό του Αλέξανδρο, στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Κ.Α.Τ.

Παράδειγμα 16

N.T.B.R, not to be ressuscitated, έγραφε ο διευθυντής ενός λονδρέζικου νοσοκομείου στο φάκελο μερικών ασθενών πάνω από εξήντα πέντε χρονών, που είχαν προσβληθεί από νεφρικές ή πνευμονικές αθεράπευτες παθήσεις, πριν από δεκαέξι το λιγότερο μήνες. Το βιβλίο του Dr Mair, Ομολογία ενός χειρούργου, ξεσήκωσε στη Γαλλία την κατακραυγή μέσα στο ιατρικό σύνολο και ευκολονόητο. Έγραφε πολύ απλά: «Σκότωσα κατά τη διάρκεια της καριέρας μου περίπου 20 ασθενείς. Η ευθανασία, σε πολύ ακριβείς περιπτώσεις, είναι μια ευλογία. Πολλοί άλλοι γιατροί κάνουν κρυφά το ίδιο με μένα». Και πρόσθετε: «Πρέπει από τώρα να μιλάμε γι' αυτό το θέμα καθαρά». Είναι φανερό ότι ο Dr

Mair ήθελε να σοκάρει. Αν, αντί να δηλώνει «σκότωσα…» είχε γράψει «άφησα να πεθάνουν…», θα έλεγε το ίδιο πράγμα μετατρέποντας την ενεργητική ευθανασία σε παθητική (Λεον Σβαρτσενμπεργκ – Πιερ Βιανσον – Ποντέ).

Παράδειγμα 17

Μία σπάνια για τα παγκόσμια ιατρικά χρονικά, υπόθεση ανάρρωσης από κώμα, φέρνει στο φως της δημοσιότητας, η εφημερίδα Ντζιένικ της Πολωνίας. Ο 65χρονος σήμερα Γιάν Γκρζέμπσκι, κατάφερε να συνέλθει από κώμα μετά από 19 χρόνια. Ο χρόνος σταμάτησε για αυτόν το 1988, όταν εργαζόμενος στους σιδηροδρόμους, χτυπήθηκε από τρένο. Το μόνο που θυμάται από τότε, είναι η Πολωνία του κομμουνιστικού καθεστώτος. Ο Γιαν, θα χρειαστεί αρκετό χρόνο για να προσαρμοστεί στην πραγματικότητα του 2007. σύμφωνα με τη σύζυγό του, είναι εντυπωσιασμένος από την τεράστια τεχνολογική πρόοδο, την πληθώρα προϊόντων στην αγορά και την κατάργηση των δελτίων για τα τρόφιμα.

Μύθος 1

Στην Κέα, τη σημερινή Τζιά, εφαρμοζόταν «γεροντοκτονία» και, όσοι ξεπερνούσαν τα εξήντα, έπρεπε να πιούν το κώνειο για να πεθάνουν με την αντίληψη ότι όποιος δεν μπορεί να ζει καλά και να απολαμβάνει τη ζωή, δεν θα έπρεπε να συνεχίζει να ζει.

Μύθος 2

Οι Κάσπιοι, όταν οι γονείς τους έφταναν στα εβδομήντα, τους έκλειναν κάπου και τους εγκατέλειπαν εκεί, ώστε να πεθάνουν από την πείνα.

Μύθος 3

Και ένα άλλο είδος «γεροντοκτονίας» είναι το εφαρμοζόμενο σε κάποιες πρωτόγονες κοινωνίες με τη δοκιμασία του «κοκκοφοίνικα», ενός υψηλού κοκκοφοίνικα», ενός υψηλού κοκκοφοίνικα, στον οποίο αναγκάζουν να ανέβει ο ασθενής ή ο γέροντας, και τον οποίο κουνούν δυνατά από κάτω. Αν μπορεί να κρατηθεί, του επιτρέπουν να ζήσει, θεωρώντας τον χρήσιμο για την κοινωνία, αν όμως πέσει και σκοτωθεί, τότε δεν έχουν τύψεις, διότι αποδεδειγμένα δεν είναι ικανός να ζήσει (Αθανάσιος Αβραμίδης).

Μύθος 4

Ο μυθικός βασιλιάς της Μαγνησίας Φιλοκτήτης (13ος αιώνας π.Χ.) είχε εκστρατεύσει κατά της Τροίας, όταν στην νήσο Τένεδο τον δάγκωσε ένα δηλητηριώδες φίδι με αποτέλεσμα να έχει αφόρητους πόνους και το τραύμα να αποπνέει ανυπόφορη δυσοσμία. Κάτω από την κατάσταση αυτή παρακαλούσε τούς στρατιώτες του να τον σκοτώσουν, διότι δεν άντεχε τούς πόνους. Εκείνοι όμως δεν του ικανοποιούν το αίτημα, αλλά τον αποβιβάζουν στη νήσο Λήμνο και τον εγκαταλείπουν για να πεθάνει σιγά - σιγά. Στους Ρωμαϊκούς χρόνους οι στωικοί σοφοί "ευθανατούν" με την αυτοκτονία στην γεροντική ηλικία. (Κλεάνθης, Ζήνων, Κάτων, Σενέκας, κ.α.).

Μύθος 5

Κλασσικό παράδειγμα ευθανασίας με την έννοια του καλώς και ενδόξως θνήσκειν είναι η περίπτωση του Διαγόρα του διάσημου αθλητού, ο οποίος έζησε τον 5ο π.Χ. αιώνα, καταγόταν από τη Ρόδο και είχε ανακηρυχθεί νικητής σε τέσσερις πανελληνίους αγώνες. Οι τρεις γιοί του ήταν και αυτοί σπουδαίοι αθλητές και την ίδια μέρα και οι τρεις νίκησαν σε διαφορετικά αγωνίσματα των Ολυμπιακών αγώνων. Ο παλιός αθλητής πατέρας τους, ασπρομάλλης πια, είχε δακρύσει από υπερηφάνεια και ικανοποίηση για τα παιδιά του και καθώς οι γιοί του τον σήκωσαν στους ωμούς και τον περιέφεραν στο στάδιο ο λαός φώναζε: «Κάτθανε Διαγόρα. Ουκ εις τον Ολυμπον αναβήσει» δηλαδή, «πέθανε τώρα Διαγόρα. Ποια άλλη καλύτερη στιγμή περιμένεις; Δεν μπορεί δα να γίνεις Ολύμπιος θεός». Και πράγματι ο γέροντας πέθανε από τη συγκίνηση της μεγάλης χαράς (Ηλεκτρονική διεύθυνση).

Μύθος 6

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

ξύλων. Άντε λοιπόν, βάλε και συ ένα χεράκι». Και ο μύθος λέει πολλά (Αθανάσιος Αβραμίδης).

Μύθος 7

Ο Πλάτων, ο οποίος επέκρινε τον Ηρόδικο, διδάσκαλο και γυμναστή, επειδή όταν προσβλήθηκε από θανάσιμη ασθένεια, συνδυάζοντας τη γυμναστική με την ιατρική, «έκανε μακρύ και βραδύ τον θάνατό του» και «βασάνιζε μ' αυτόν τον τρόπο πρώτα και περισσότερο τον εαυτό του, αλλά και πολλούς άλλους μαζί, φτάνοντας (με τη τέτοια «σοφία» του) σε βαθιά γεράματα». Και όταν ρωτήθηκε «αν θα νομοθετούσε για την πόλη μια ιατρική και δικαστική που θα φρόντιζε μόνον για εκείνους τους πολίτες οι οποίοι έχουν υγιές σώμα και καλή ψυχή, ενώ τους άλλους που δεν έχουν τέτοιο σώμα θα τους άφηνε να πεθάνουν, εκείνους δε των οποίων η ψυχή είναι εκ φύσεως κακή και αδιόρθωτη, θα τους καταδίκαζε σε θάνατο», απάντησε: «Αυτό απεδείχθη το καλύτερο που έχουμε να κάνουμε και γι' αυτούς τους ίδιους και για την πόλη».

Μύθος 8

Ευθανασία μπορεί να χαρακτηρισθεί και η θανάτωση από τους Ναζί, ύστερα από απόφαση της Εθνικοσοσιαλισικής Κυβέρνησης της Γερμανίας, των 80.000 Γερμανών που έπασχαν από αθεράπευτες ασθένειες (εφαρμογή της φιλοσοφίας του Νίτσε). Όπως και των 6 εκατομμυρίων Εβραίων τους οποίους, αφού τους κατέστησαν «άχρηστους» για δουλειά με τις ανυπόφορες συνθήκες σκληρής καταναγκαστικής εργασίας, τους θανάτωσαν στους θαλάμους αεριών, εξαφανίζοντας τα πτώματά τους στα διάφορα κρεματόρια.

ΜΕΡΟΣ Β'

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

1. Περίληψη

Λέξεις κλειδιά: εκπαίδευση, ευθανασία, σπουδαστές επιστημών υγείας

Σκοπός **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. Ιατρικές και νοσηλευτικές απόψεις των σπουδαστών έχουν ερευνηθεί αλλά έχει υπάρξει περιορισμένος αριθμός μελετών των αποτελεσμάτων της εκπαίδευσης στις απόψεις τους. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η εκτίμηση της στάσης των σπουδαστών Νοσηλευτικής απέναντι στην ευθανασία και το κατά πόσο αυτή επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες οι οποίοι κυρίως σχετίζονται με την εκπαίδευσή τους.**

Υλικό-Μέθοδος **Το δείγμα της έρευνας αφορούσε τους σπουδαστές των εξαμήνων Α και Ζ του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Ηρακλείου στο διάστημα από τον Οκτώβρη του 2006 έως και τον Ιούνιο του 2007. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν από σπουδαστές του Α και Ζ εξαμήνου του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Ηρακλείου. Οι σπουδαστές αξιολογήθηκαν για τις στάσεις και αντιλήψεις τους σχετικά με την ευθανασία. Παρουσιάζεται η συσχέτιση με διάφορες μεταβλητές όπως το φύλο, η ηλικία, το θρήσκευμα και το εξάμηνο σπουδών.**

Αποτελέσματα **Απαντήθηκαν 102 ερωτηματολόγια επί δείγματος 163 σπουδαστών σε Α και Ζ εξάμηνο. Από τους 102 φοιτητές που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο, η σύγκριση μεταξύ των δύο εξαμήνων έδειξε ότι δεν υπάρχει κάποια σημαντική διαφορά στις απαντήσεις τους.**

Συμπεράσματα **Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης προτείνουν ότι μία σειρά μαθημάτων στην ευθανασία πρέπει να περιληφθεί σε προγράμματα σπουδών των ιατρικών σχολών, των σχολών επιστημών υγείας και των σχολείων περιποίησης. Αυτό θα βοηθούσε να αποτρέψει την κατάχρηση της ευθανασίας και να ενθαρρύνει τη θέσπιση κανονισμών σχετικά με το θέμα στο εγγύς μέλλον.**

2. Εισαγωγή

Η ευθανασία είναι η πρακτική της δολοφονίας χωρίς πόνο ενός προσώπου που πάσχει από μια ασθένεια που δεν μπορεί να θεραπευτεί[1]. Οι έννοιες και της ενεργητικής και της παθητικής ευθανασίας είναι υπό συζήτηση σε όλο τον κόσμο, ειδικά στις αναπτυγμένες χώρες[2-5]. Το 2001 Το ολλανδικό Κοινοβούλιο σύνταξε ένα νέο νομοσχέδιο για την ενεργό εθελοντική ευθανασία, η οποία νομιμοποιήθηκε τώρα. Εντούτοις, η ενεργητική ευθανασία δεν νομιμοποιήθηκε στις χώρες όπως η Γερμανία και η Μεγάλη Βρετανία[2-5].

Αν και η ευθανασία και η βοηθημένη αυτοκτονία δεν καθορίζονται σαφώς στον Τούρκικο Ποινικός κώδικας, θεωρούνται ως δολοφονία (τιμωρητέα από τη φυλάκιση 24-30 χρόνια) και ως πειθώ και βοήθεια να διαπραχτεί αυτοκτονία (τιμωρείται με φυλάκιση 3-10 χρόνια). Στο πρόσφατα έτοιμο σχέδιο ποινικού δικαίου, η παράγραφος σχετικά με την ευθανασία είναι διευθυνμένη "δολοφονία μετά από απαίτηση", προτείνοντας ότι, εάν ένας γιατρός τερματίσει τη ζωή ενός ασθενή που πάσχει από αφόρητο πόνο και μια μοιραία ασθένεια, κατά παράκληση του ασθενή, ο γιατρός θα καταδικαστεί σε φυλάκιση για ένα έως τρία χρόνια.

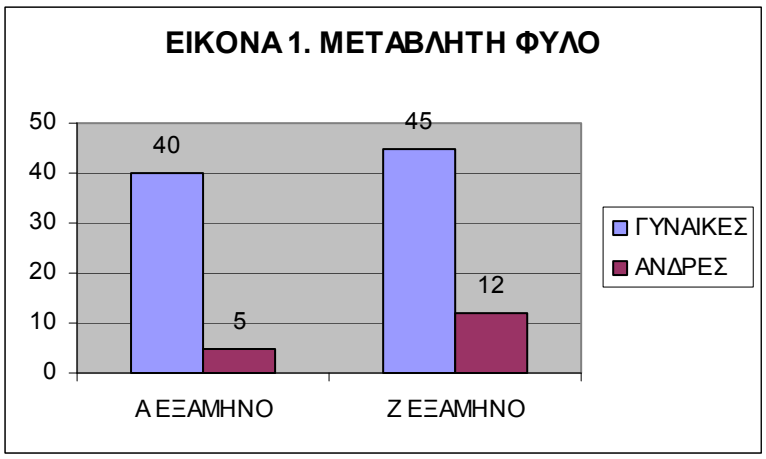
Η ευθανασία απαγορεύθηκε από τη δήλωση των δικαιωμάτων των ασθενών που έγιναν από τον Τούρκο Υπουργείο Υγείας[2,3,6].

Έχουν γίνει μελέτες σε ιατρούς παθολόγους, νοσηλεύτριες, εργαζόμενους υγειονομικής περίθαλψης, δικηγόρους και άλλες ομάδες εργαζομένων σε διάφορες χώρες[2,3,7-9]. Μέσα σ' αυτές τις μελέτες ο κύριος στόχος ήταν να ερευνηθεί ποιοι εργαζόμενοι υγειονομικής περίθαλψης, γιατροί και νοσοκόμες σκέφτονται για την ευθανασία επειδή είναι το πρώτιστο ιατρικό προσωπικό και, επιπλέον, είναι σε πιο στενή επαφή με τους ασθενείς από άλλους. Ιατρικές και νοσηλευτικές απόψεις των σπουδαστών έχουν ερευνηθεί επίσης,[10-15] αλλά έχει υπάρξει περιορισμένος αριθμός μελετών των αποτελεσμάτων της εκπαίδευσης στις απόψεις τους[16,17].

Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η εκτίμηση της στάσης των σπουδαστών Νοσηλευτικής απέναντι στην ευθανασία και το κατά πόσο αυτή επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες οι οποίοι κυρίως σχετίζονται με την εκπαίδευσή τους.

3. Υλικό και μέθοδος

Η παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε από τον Οκτώβρη του 2006 έως και τον Ιούνιο του 2007. Το υλικό της αποτέλεσαν οι απαντήσεις που δόθηκαν από σπουδαστές των εξαμήνων Α και Ζ του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (85 στους 102), ηλικίας από 20-25 ετών (Μ.Ο. ηλικίας 23,5 έτη) (πίνακας Α).



Ηλικία	*Α εξάμηνο*	*Ζ εξάμηνο*
<20	-	**-**
20-25	45	**56**
26-30	-	**1**
>30	-	**-**
Σύνολο	45	57

Πίνακας Α: Μεταβλητή Ηλικία

Ερευνήθηκαν οι απόψεις και οι αντιλήψεις τους για την ευθανασία πριν και μετά την ολοκλήρωση σειράς μαθημάτων και άλλων εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων της σχολής.

Για τις ανάγκες της εργασίας δομήθηκε ερωτηματολόγιο, με βάση αντίστοιχα που είχαν χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν για μελέτες στο εξωτερικό[18-22]. Οι μεταβλητές που καταγράφηκαν ήταν: το φύλο, η ηλικία, το θρήσκευμα και το εξάμηνο σπουδών. Οι ερωτήσεις που τέθηκαν διερευνούσαν τη γνώμη των συμμετεχόντων για την ευθανασία και για την νομιμοποίησή της στην Ελλάδα, το κατά πόσο είναι έτοιμη η ελληνική κοινωνία να δεχτεί την εφαρμογή της και το

πρόσωπο που πρέπει να λαμβάνει την απόφαση για τον τερματισμό της ζωής – αν υποτεθεί ότι αυτή η απόφαση είναι εφικτή). Επίσης ζητήθηκε η άποψη των ερωτώμενων πάνω στο κατά πόσο θα ήταν οι ίδιοι διατεθειμένοι να εφαρμόσουν ευθανασία σε ασθενείς ή οικεία τους πρόσωπα. **(πίνακας Β)**

Μεταβλητές:

- ***Φύλο***
- ***Ηλικία***
- ***Θρήσκευμα***
- ***Εξάμηνο σπουδών***

Ερωτήσεις:

- ***Ποια είναι η γνώμη σας για την ευθανασία;***
- ***Ποια είναι η γνώμη σας για τη νομιμοποίησή της στην Ελλάδα;***
- ***Κατά πόσο είναι έτοιμη η ελληνική κοινωνία να δεχτεί την εφαρμογή της;***
- ***Σε περίπτωση ανίατης ασθένειας η λήψη για τον τερματισμό της ζωής αφορά μόνο τον ασθενή;***
- ***Είναι σωστό ο γιατρός να εφαρμόσει, υπό ορισμένες προϋποθέσεις, ευθανασία χωρίς την συγκατάθεση του ασθενή;***
- ***Θα δίνατε τη συγκατάθεσή σας για διακοπή της μηχανικής υποστήριξης της ζωής σε έναν ασθενή με εγκεφαλικό θάνατο στη ΜΕΘ, προκειμένου να νοσηλευτεί ένας άλλος που έχει ανάγκη;***
- ***Θα δικαιολογούσατε την εφαρμογή ευθανασίας σε κάποιον ασθενή;***
- ***Θα δίνατε τη συγκατάθεσή σας για εφαρμογή ευθανασίας σε κάποιο δικό σας πρόσωπο;***
- ***Θα πραγματοποιούσατε ευθανασία σε έναν ασθενή σας;***

Πίνακας Β. Μεταβλητές που καταγράφηκαν και ερωτήσεις που τέθηκαν.

Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων έγινε με τη βοήθεια περιγραφικής στατιστικής, ενώ για μέρος αυτών έγινε στατιστική επεξεργασία με τη δοκιμασία x^2 προκειμένου να προσδιοριστούν οι διαφορές μεταξύ των δύο συγκρινόμενων ομάδων.

4. Αποτελέσματα

Συνολικά μοιράστηκαν 163 ερωτηματολόγια σε φοιτητές Νοσηλευτικής του Α και Ζ εξαμήνου. Το σύνολο των φοιτητών τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο ήταν 86 για το Α' εξάμηνο και 77 για το Ζ' εξάμηνο. Απαντήθηκαν 102 ερωτηματολόγια, από τα οποία τα 45 ήταν σε φοιτητές του Α' εξαμήνου και τα 57 σε φοιτητές του Ζ' εξαμήνου (ποσοστό συμμετοχής 52,3% και 74%, αντίστοιχα).

Συνοπτικά, οι απαντήσεις των ερωτώμενων καταγράφονται στον **πίνακα Γ**.

Ερωτήσεις	Α εξάμηνο					Ζ εξάμηνο				
	Ναι/ θετική	Όχι/ αρνητική	Χωρίς σαφή άποψη	Ίσως	Δεν ξέρω/ δεν απαντώ	Ναι/ θετική	Όχι/ αρνητική	Χωρίς σαφή άποψη	Ίσως	Δεν ξέρω/ δεν απαντώ
Ποια είναι η γνώμη σας σχετικά με την ευθανασία	6	20	18	-	1	10	25	20	-	2
Είστε υπέρ ή κατά της νομιμοποίησης της ευθανασίας στην Ελλάδα;	11	34	-	-	-	17	40	-	-	-
Είναι έτοιμη η ελληνική κοινωνία για να δεχτεί την εφαρμογή της ευθανασίας;	0	45	-	-	-	1	56	-	-	-
Πιστεύετε ότι η λήψη για τερματισμό της ζωής σε περίπτωση ανίατης ασθένειας πρέπει να είναι μόνο του ασθενή;	27	10	-	5	3	30	15	-	2	10
Είναι σωστό ο ιατρός να εφαρμόσει, υπό ορισμένες προϋποθέσεις, ευθανασία χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή;	3	39	-	-	3	5	45	-	-	7
Θα δίνατε τη συγκατάθεσή σας για διακοπή της μηχανικής υποστήριξης της ζωής σε έναν ασθενή με εγκεφαλικό θάνατο στη ΜΕΘ, προκειμένου να νοσηλευτεί ένας άλλος ασθενής που το έχει ανάγκη;	12	15	-	15	3	15	17	-	18	7

Θα δικαιολογούσατε σε κάποια περίπτωση την εφαρμογή ευθανασίας σε κάποιον ασθενή;	19	26	-	-	-	25	32	-	-	-
Θα δίνατε τη συγκατάθεσή σας για εφαρμογή ευθανασίας σε κάποιο δικό σας πρόσωπο;	6	26	-	-	-	10	47	-	-	-
Θα πραγματοποιούσατε ευθανασία σε έναν ασθενή σας;	1	30	-	10	4	5	30	-	15	

Πίνακας Γ: Αποτελέσματα έρευνας.

Η σύγκριση των απαντήσεων ανάμεσα στις δύο ομάδες έδειξε ότι δεν υπάρχει κάποια σημαντική διαφορά στις απαντήσεις τους.

5. Συζήτηση

Οπωσδήποτε το δικαίωμα στη ζωή είναι πάντα ζωντανό και καθημερινά ενισχυόμενο από την εξέλιξη της επιστήμης. Κανένας δεν δικαιούται να προωθεί διαδικασίες ευθανασίας, όταν υπάρχει ζωντανή η ελπίδα, η επιστήμη πρέπει να συμβάλει αποτελεσματικότερα για την επιβίωση του κάθε ανθρώπου. Υπό αυτό το πρίσμα, η αποδοχή της ευθανασίας ενέχει τον κίνδυνο να αμβλύνει την έφεση για περαιτέρω προσπάθειες και ανακάλυψη νέων μεθόδων στηρίξεως της ζωής ή επαναφοράς στη ζωή. Περίτρανη απόδειξη αποτελεί η επινόηση της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης με την οποία, άλλοτε καταδικασμένοι σε θάνατο άνθρωποι, επαναφέρονται τώρα στη ζωή με ευκολία και ρυθμούς «ρουτίνας», αποδιδόμενοι στην κοινωνία και επερχόμενοι στις δραστηριότητές τους.

Άλλα τέτοια παραδείγματα προέρχονται από τις άλλοτε ανίατες αρρώστιες, λέπρα και σύφιλη, πολύ βασανιστικές και για χρόνια, που τώρα όμως θεραπεύονται. Σήμερα, εφαρμόζεται ευθανασία για το AIDS, ενεργητική με αυτοκτονία ή με «υποβοήθηση», π.χ στην Ολλανδία, ή και αλλού. Ποιος όμως είναι σε θέση να αποκλείσει το ενδεχόμενο να υπάρξει κάποτε θεραπεία και για το AIDS… ή με μία «νέα μετάλλαξη», να παύσει ο ιός να είναι παθογόνος για τον άνθρωπο;

Ποτέ βεβαίως δεν μπορεί να είναι κανείς απολύτως βέβαιος για το ανίατο μιας οποιασδήποτε κατάστασης, αφήνοντας και κάποια περιθώρια για πιθανό λάθος ή και για μία έκπληξη, ή ακόμη και ένα «θαύμα» (Α. Αβραμίδης, 2003).

Δεν πρέπει ωστόσο να παραβλέπουμε και την άλλη άποψη · συνακόλουθη της προσπάθειας για διατήρηση στη ζωή πρέπει να είναι και η δυνατότητα εξασφάλισης της ποιότητας ζωής. Είναι αρκετό άραγε να διατηρούμε απλά έναν άνθρωπο στη ζωή με οποιοδήποτε κόστος ακόμα και όταν αυτό συνεπάγεται ένα μαρτύριο για τον άνθρωπο; Μήπως αυτό φανερώνει μια άκρως εγωιστική αντιμετώπιση και άρνηση της πραγματικότητας;

Είναι γεγονός ότι το ζήτημα της ευθανασίας έχει βγει για τα καλά στο προσκήνιο, δημιουργώντας πλήθος ερωτημάτων, και διλλημάτων ηθικής, φιλοσοφικής, κοινωνιολογικής και θεολογικής φύσεως. Υπάρχει άραγε διαφορά ανάμεσα στο να σκοτώσεις κάποιον ή να τον αφήσεις να πεθάνει; Πιστεύετε ότι οι Νοσηλευτές μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην απόφαση για ευθανασία; Ποια είναι η κατάσταση στην Ελλάδα του σήμερα; Ζητείται η γνώμη του Νοσηλευτή; Οι συζητήσεις γύρω από την ευθανασία έχουν οδηγήσει σε κάποιο καλό αποτέλεσμα;

Η παρούσα εργασία επιχείρησε να προσεγγίσει το ζήτημα, ψηλαφώντας τον παλμό και αναζητώντας την άποψη νέων ανθρώπων, μελλοντικών λειτουργών της υγείας. Η πρώτη διαπίστωση που εξάγεται είναι ότι κατά τη διάρκεια των σπουδών τους οι φοιτητές δεν ενημερώνονται επαρκώς και δεν ευαισθητοποιούνται σχετικά με το θέμα της ευθανασίας – αλλά και για άλλα αντίστοιχα ζητήματα βιοηθικής και σύγχρονου προβληματισμού, τα οποία θα βιώσουν στην επαγγελματική τους ζωή. Οι απόψεις σχετικά με τη σκοπιμότητα και τη χρησιμότητα της ευθανασίας είναι μοιρασμένες, με σαφή υπεροχή ωστόσο αυτών που την αντιμετωπίζουν αρνητικά και με επιφύλαξη.

Τα βιώματα και ενδεχομένως οι θρησκευτικές πεποιθήσεις υπερισχύουν και διαμορφώνουν την άποψη των ερωτώμενων, η οποία δεν μεταβάλλεται μετά από τρία χρόνια σπουδών.

Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων συμφωνεί ότι η ελληνική κοινωνία δεν είναι έτοιμη να δεχτεί την εφαρμογή της ευθανασίας. Άραγε θα πρέπει να τη δεχτεί; Η χώρες που την εφαρμόζουν είναι πιο προοδευτικές και εξελιγμένες;

Μεγάλο ποσοστό συμφωνεί ότι η απόφαση για ευθανασία πρέπει να είναι μόνο του ίδιου του ασθενή. Ακόμα όμως και σε αυτή την περίπτωση, δικαιούται ο ιατρός και ο νοσηλευτής να τερματίσει τη ζωή του ανθρώπου; Τι γίνεται στην

περίπτωση που επιπλέον ο ασθενής δεν έχει ίδια βούληση; (όταν π.χ. βρίσκεται σε κώμα)

Μοιρασμένες απόλυτα είναι οι απόψεις αναφορικά με το αν πρέπει να εφαρμόζεται ευθανασία σε έναν ασθενή χωρίς ελπίδα, προκειμένου να νοσηλευτεί στη ΜΕΘ κάποιος άλλος που έχει προσδόκιμο επιβίωσης. Η αλήθεια είναι ότι βλέπουμε να εφαρμόζεται στην πράξη ο νόμος της ζούγκλας «ο θάνατός σου η ζωή μου». Τέτοιου είδους διλλήματα δεν θα πρέπει σε καμιά περίπτωση να τίθενται. Οι οργανωμένες και πολιτισμένες πολιτείες – κράτη θα πρέπει να μεριμνούν για όλους τους ασθενείς, χωρίς την ανάγκη επιβίωσης κάποιου εις βάρος ενός άλλου.

Σημαντικό ποσοστό συμμετεχόντων (μέχρι 79%) θα δικαιολογούσε μεμονωμένη εφαρμογή ευθανασίας σα κάποιον ασθενή. Στο σημείο αυτό πρέπει να γίνει ιδιαίτερη μνεία στο θεσμό των μεταμοσχεύσεων, όπου ουσιαστικά εφαρμόζεται ευθανασία σε εγκεφαλικά νεκρούς ασθενείς – οι οποίοι επιστημονικά ουδεμία ελπίδα επαναφοράς στη ζωή έχουν – προκειμένου να χαριστεί ζωή σε κάποιους άλλους. Η σωστή εφαρμογή του αυστηρού πλαισίου αναγνώρισης του εγκεφαλικού θανάτου και η συναίνεση του ασθενή αποτελούν εχέγγυα για την ορθή εφαρμογή των μεταμοσχεύσεων.

Κάποιοι από τους ερωτώμενους θα δικαιολογούσαν εφαρμογή ευθανασίας σε ασθενείς τελικού σταδίου, στους οποίους δεν υπάρχει εκτός από προοπτική επιβίωσης, δυνατότητα αντιμετώπισης του πόνου. Γι' αυτή την περίπτωση ασθενών υπάρχουν σοβαρές ενστάσεις από την Εκκλησία, η οποία δεν αποδέχεται τον πόνο σαν αιτία που πρέπει να επισπευστεί το τέλος της ζωής.

Μικρό ποσοστό συμμετεχόντων θα εφάρμοζε ευθανασία σε κάποιον ασθενή του αλλά και έδινε συγκατάθεση για κάποιο προσφιλές του πρόσωπο. Ο ήδη έντονος προβληματισμός μεγιστοποιείται όταν κάποιος καλείται να παίξει πρωταγωνιστικό ρόλο.

6. Συμπεράσματα

Μελετώντας τα αποτελέσματα της έρευνας καταλήξαμε στα εξής συμπεράσματα:

Η ευθανασία αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά ζητήματα προβληματισμού στο χώρο της βιοηθικής.

Επιβάλλεται η σωστή ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των λειτουργών υγείας.

Προς αυτή την κατεύθυνση θα συμβάλλει η διδασκαλία σχετικών μαθημάτων αλλά και ο προβληματισμός των σπουδαστών μέσα στην κλινική πράξη, υπό την καθοδήγηση καταρτισμένων και ενημερωμένων διδασκόντων. Αυτό θα βοηθούσε στην αποτροπή κατάχρησης της ευθανασίας και στην ενθάρρυνση θέσπισης κανονισμών σχετικά με το θέμα στο εγγύς μέλλον.

Ο θάνατος είναι αναπόφευκτη συνέπεια της ζωής εξαιτίας του γεγονότος αυτού εγείρονται πολλά ηθικά προβλήματα με την αυξανόμενη χρήση της τεχνολογίας και με την αύξουσα επιτυχία των παρεχόμενων αγωγών, φαίνεται ότι τα προβλήματα μάλλον θα αυξηθούν παρά θα μειωθούν. Πολλοί τύποι αντιμετώπισης και πολλές αξίες των επαγγελματιών υγείας σχετικά με το θάνατο είναι πολύ προσωπικές και σχετίζονται με τις δικές τους αντιδράσεις στο θάνατο. Για την κατανόηση των ηθικών προβλημάτων γύρω από το θάνατο και το θνήσκοντα, ο σημαντικότερος ίσως παράγοντας είναι η εξέταση των προσωπικών μας συναισθημάτων για το θέμα αυτό (R.S Downie and K.C Calman).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΜΕΡΟΣ Α' ΓΕΝΙΚΟ

Πίνακας 2.1: Ταξινόμηση ευθανασίας.....σελ 9

Πίνακας 2.2: Προϋποθέσεις διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου .....σελ 26

Πίνακας 2.3: Μεσοδιάστημα μεταξύ των κλινικών εκτιμήσεων για την επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου .....σελ 27

Πίνακας 2.4: Κλινικά κριτήρια διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου .....σελ 27

Πίνακας 2.5: Εικονική επεξήγηση εγκεφαλικού θανάτου.....σελ 28

ΜΕΡΟΣ Β' ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

Πίνακας Α: Μεταβλητή ηλικία..... ....σελ 77

Πίνακας Β: Μεταβλητές που καταγράφηκαν και ερωτήσεις που τέθηκαν ...σελ 78

Πίνακας Γ: Αποτελέσματα έρευνας .....σελ 79

Εικόνα 1: Μεταβλητή φύλο.....σελ 79

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Το παρόν ερωτηματολόγιο διερευνά τις απόψεις και τη στάση των συμμετεχόντων σχετικά με την ευθανασία και αποτελεί το μεθοδολογικό εργαλείο σχετικής μελέτης που πραγματοποιούμε στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας. Παρακαλούμε, αν θέλετε να συμμετάσχετε, απαντήστε όλες τις παρακάτω ερωτήσεις σύμφωνα με τις απόψεις που σας εκφράζουν καλύτερα. Ευχαριστούμε για τη συμμετοχή!

- Φύλο: Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐
- Ηλικία: <20 ☐ 20-25☐ 26-30 ☐ >30 ☐
- Εξάμηνο σπουδών:.....
- Ανεξάρτητα με το αν εκκλησιάζεστε ή όχι, πώς θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας:

  1. Θρησκευόμενος ☐ 2. Όχι θρησκευόμενος ☐ 3. Άθεος ☐ 4. Τίποτα από αυτά/ αδιάφορος ☐
- Θρήσκευμα/ δόγμα:

  1. Χριστιανός Ορθόδοξος ☐ 2. Καθολικός ☐ 3. Μουσουλμάνος ☐
  4. Άλλο:.....
- Ποια είναι η γνώμη σας σχετικά με την ευθανασία:
  Θετική …Αρνητική …Χωρίς σαφή άποψη (θετική & αρνητική) …Δεν ξέρω/δεν απαντώ …
- Είστε υπέρ ή κατά της νομιμοποίησης της ευθανασίας στην Ελλάδα; Υπέρ …. Κατά ….
- Είναι έτοιμη η ελληνική κοινωνία για να δεχτεί την εφαρμογή της ευθανασίας; ΝΑΙ …. ΟΧΙ ….

- Πιστεύετε ότι η λήψη για τερματισμό της ζωής σε περίπτωση ανίατης ασθένειας πρέπει να είναι μόνο του ασθενή; ΝΑΙ …. ΟΧΙ…. ΙΣΩΣ …. Δεν ξέρω/δεν απαντώ ….
- Είναι σωστό ο ιατρός να εφαρμόσει, υπό ορισμένες προϋποθέσεις, ευθανασία χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή; ΝΑΙ…. ΟΧΙ …. Δεν ξέρω/δεν απαντώ ….
- Θα δίνατε τη συγκατάθεσή σας για διακοπή της μηχανικής υποστήριξης της ζωής σε έναν ασθενή με εγκεφαλικό θάνατο στη ΜΕΘ, προκειμένου να νοσηλευτεί ένας άλλος ασθενής που το έχει ανάγκη; ΝΑΙ …. ΟΧΙ …. ΙΣΩΣ …. Δεν ξέρω/δεν απαντώ ….
- Θα δικαιολογούσατε σε κάποια περίπτωση την εφαρμογή ευθανασίας σε κάποιο δικό σας πρόσωπο; ΝΑΙ …. ΟΧΙ ….
- Θα πραγματοποιούσατε ευθανασία σε έναν ασθενή σας; ΝΑΙ …. ΙΣΩΣ …. ΟΧΙ …. Δεν ξέρω/ δεν απαντώ ….

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αβραμίδης Αθανάσιος, Ευθανασία, 1995, Εκδόσεις Ακρίτας, σελ. 13-32, 29.
- Αλιβιζάτος Νίκος Κ., Εισαγωγή στην ελληνική συνταγματική ιστορία Α΄ 1981, σελ 37, 85, 104.
- Γιαννοπούλου Αθηνά Χρ., Διλήμματα και Προβληματισμοί στη Σύγχρονη Νοσηλευτική, Αθήνα 2003, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ» Σ.Α, σελ. 258-265.
- Διδακτικές σημειώσεις καθηγήτριας Δαφέρμου Μαρίας Γηριατρικής Νοσηλευτικής.
- Δημητρόπουλος Ανδρέας Γ., Συνταγματικά δικαιώματα Γ ΄ 2004, σελ. 17-18, παρ.23-28.
- Κατρούγκαλος Γεώργιος Σ., Το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο, Αθήνα-Κομοτηνή 1993, Εκδόσεις Αντ. Ν.Σάκκουλα, σελ.74-75.
- Λεον Σβαρτσενμπεργκ – Πιερ Βιανσον – Ποντέ, Ν' αλλάξουμε το θάνατο, Αθήνα 1982, Εκδόσεις Πύλη, Μετάφραση Ελένη Μπουκουβάλα, σελ. 282.
- Πεντογάλου. Γεράσιμος Η., Εισαγωγή στην Ιστορία της Ιατρικής, Θεσσαλονίκη 1983, Εκδόσεις Παρατηρητής, σελ. 263-274.
- Ομιλίες στο Επιστημονικό Συμπόσιο με θέμα "Το πρόβλημα της Ευθανασίας", που διοργανώθηκε από την Ειδική Συνοδική Επιτροπή Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της εκκλησίας της Ελλάδος, Νεάπολη Θεσσαλονίκης 17 & 18 Μαΐου 2002, Εκδόσεις «Αποστολική Διακονία» σελ. 123-130, 167-175, 232-239, 255-260.
- R.S Downie and K.C Calman,ΥΓΙΗΣ ΣΕΒΑΣΜΟΣ η ηθική στην φροντίδα υγείας, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσα.
- Ηλεκτρονική διεύθυνση: www.google.gr.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Wehmeier S, ed. Oxford advanced learner's dictionary, sixth edition Oxford: Oxford University Press, 2000: 450.
2. Inceoglu S. Olme Hakkı-Otanazi (Right to die/euthanasia). Istanbul: Ayrıntı Yayınları, 1999: 135-254 (in Turkish).
3. Ozkara E. Otanazide Temel Kavramlar ve Guncel Tartismalar (Basic concepts and current discussion about euthanasia). Ankara: Seckin Press, 2001: 11-46 (in Turkish).
4. Weber W. Netherlands legalise euthanasia. Lancet 2001; 357: 1189.
5. Bernheim JL. Euthanasia in Europe. Lancet 2001; 357: 1038.
6. The Patients' Rights Written Regulations. Turkish Ministry of Health Of.cial Newspaper 1998 Aug 1; 23420. (TC Saghk Bakanligi. Hasta Haklari Yonetmeligi. 1 Agustos 1998. Resmi Gazete) (in Turkish).
7. Dickinson GE, Lancaster CF, Clark D, Ahmedzai SH, Noble W. UK physicians' attitudes toward active voluntary euthanasia and physician-assisted suicide. Death Stud 2002; 26; 479-90.
8. Tanida N, Asai A, Ohnishi M et al. Voluntary active euthanasia and the nurse: a comparison of Japanese and Australian nurses. Nurs Ethics 2002; 9: 313-22.
9. Radulovic S, Mojsilovic S. Attitudes of oncologists, family doctors, medical students and lawyers to euthanasia. Support Care Cancer 1998; 6: 410-15.
10. Etzersdorfer E, Vijayakumar L, Schony W, Grausgruber A, Sonneck G. Attitudes towards suicide among medical students: comparison between Madras (India) and Vienna (Austria). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998; 33: 104-10.
11. Caralis PV, Hammond JS. Attitudes of medical students, housestaff, and faculty physicians toward euthanasia and termination of life-sustaining treatment. Crit Care Med 1992; 20: 683-90.
12. Ramirez Rivera J, Rodriguez R, Otero Igaravidez Y. Attitudes toward euthanasia, assisted suicide and termination of life-sustaining treatment of Puerto Rican medical students, medical residents, and faculty. Bol Asoc Med P R 2000; 92: 18-21.
13. Schioldborg P. Students' attitudes to active euthanasia. Tidsskr Nor Laegeforen 1999; 119: 2515-19.
14. Ramirez-Rivera J, Ramos O. Euthanasia and relief of suffering: attitudes of medical students.Bol Asoc Med P R 1995; 87: 164-66.
15. Grassi L, Asostini M, Rossin P, Masnani K. Medical students' opinions of euthanasia and physician-assisted suicide in Italy. Arch Intern Med 2000; 160: 2226-27.
16. Muller MT, Onwuteaka-Philipson RD, Kriegsman DM, van der Wal C. Voluntary active euthanasia and doctor-assisted suicide: knowledge and attitudes of Dutch medical students Med Educ 1996; 30: 428-33.
17. Hayes RP, Stomchemine AS, Kinlaw K, Dell ML, Loomis A. Changing attitudes about end-oflife decision making of medical students during third-year clinical clerkships. Psychosomatics 1999; 40: 205-11.
18. Sørbye LW, Sørbye S, Sørbye SW. Nursing students' attitudes towards assisted suicide and euthanasia--a study from four different schools of nursing. Scand J Caring Sci. 1995;9(2):119-22.

19. Muller MT, Onwuteaka-Philipsen BD, Kriegsman DM, van der Wal G. Voluntary active euthanasia and doctor-assisted suicide: knowledge and attitudes of Dutch medical students. Med Educ. 1996 Nov;30(6):428-33.
20. Ahmed AM, Kheir MM. Attitudes towards euthanasia among final-year Khartoum University medical students. East Mediterr Health J. 2006 May-Jul;12(3-4):391-7.
21. Fekete S, Osvath P, Jegesy A. Attitudes of Hungarian students and nurses to physician assisted suicide. J Med Ethics. 2002 Apr;28(2):126.
22. Ahmed AM, Kheir MM. Attitudes towards euthanasia among final-year Khartoum University medical students. East Mediterr Health J. 2006 May-Jul;12(3-4):391-7.