



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»  
ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

## Ευθανασία και άγχος θανάτου

### Σπουδάστρια:

Δουβόγιαννη Μαρία, Ιατρός (Α.Μ. 37)

### Επιβλέπων καθηγητής:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

### Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ευαγγέλου Άγγελος, Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Καλφακάκου Βασιλική, Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 2007

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- Είδη ευθανασίας
- Ιστορία της ευθανασίας
- Η θέση των θρησκειών για την ευθανασία
- Το νομικό πλαίσιο για την ευθανασία
- Το δόγμα του διπλού αποτελέσματος
- Εκούσια ενεργητική ευθανασία
- Αυτοκτονία υποβοηθούμενη από ιατρό
- Το πρόβλημα της πρόθεσης θανάτου
- Πρόθεση/πρόβλεψη και θανάτωση
- Απόσυρσης της θεραπείας έναντι θανάτωσης των ασθενών
- Το δικαίωμα άρνησης της θεραπείας
- Οι πρωταρχικοί στόχοι της ιατρικής σε περιπτώσεις ζωής και θανάτου
- Φυσικός και ψυχολογικός πόνος
- Σχέση ασθενούς –ιατρού.
- Ο όρκος του Ιπποκράτη
- Το άγχος θανάτου
- Οι απόψεις για την ευθανασία
- Οι απόψεις για την ευθανασία στον ελληνικό χώρο
- Ευθανασία και άγχος θανάτου.

Σε ορισμένες περιπτώσεις ανίατων ασθενειών η οδύνη, ο πόνος και η σωματική δυσφορία είναι τόσο έντονη που ο ασθενής και οι συγγενείς του εκφράζουν την επιθυμία να επιταχυνθεί το τέλος και ζητούν από το γιατρό τη βοήθειά του. Τα αιτήματα αυτά φαίνεται να αυξάνουν παρά τα τεχνολογικά επιτεύγματα της Ιατρικής στην ανακούφιση του πόνου και της οδύνης των ασθενών.(Δαμίγος Δ, Σιαφάκα Β: Θέματα Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας,σελ.1011-1043. Στο:Βασικές Αρχές Θεραπείας του Καρκίνου, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2002.

(1) Η λέξη ευθανασία εκ του ρήματος <<ευθανατέω-ω>, σημαίνει τον καλό ή εύκολο με την κυριολεκτική έννοια θάνατο, τον ένδοξο ,τον έντιμο και ευτυχή θάνατο.Μια τέτοια θεώρηση της ευθανασίας ,ως τελείωση μιας ηθικής πορείας της ζωής , ήταν στην αρχαιότητα γενικά παραδεκτή στα πλαίσια μιας προσπάθειας για το κοινό καλό του κοινωνικού συνόλου.Στο ατομικό επίπεδο η ευθανασία ως σημαίνον του αιφνίδιου και ανώδυνου θανάτου ήταν δεκτή σε περιπτώσεις άφατης ευτυχίας εκεί που δεν υπάρχει περαιτέρω προσμονή της αγαθής τύχης . (2) Όμως ο όρος ευθανασία , με την σημερινή εννοιολογική κοινή φόρτιση του ανώδυνου χωρίς αγωνία-αξιοπρεπούς τέλους της ζωής ενός ανθρώπου, ο οποίος πάσχει από ανίατη και οδυνηρή νόσο, χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από το Francis Bacon <<Σκοπός της Ιατρικής είναι η αποκατάσταση της υγείας και η καταπράυνση των πόνων.Η καταπράυνση αυτή μπορεί να οδηγήσει στην ίαση,αλλά και να χρησιμεύσει στην εξασφάλιση ενός γαλήνιου και ανώδυνου θανάτου>> υποστηρίξε ο Αγγλός φιλόσοφος εγκαινιάζοντας τον νέο κύκλο προβληματισμού για την euthanasia. Αντίθετη άποψη,εκφράζουν πανεπιστημιακοί και νοσοκομειακοί ιατροί της χώρας μας.<<Η επίσπευση ή πρόκληση του θανάτου με την θεληματική ευθανασία αποτελεί οδυνηρή φυγή από την πραγματικότητα και όχι αξιοπρεπή επιλογή.Αντίθετα η συνειδητή αποχή της δοκιμασίας και της οδύνης της χρόνιας νόσου έχει μεταφυσικές προεκτάσεις, συχνότατα λυτρωτικές συνέπειες για τον πάσχοντα και ευεργετικά αποτελέσματα για το περιβάλλον του, γιατί δίνεται η δυνατότητα στους άλλους να δείξουν έμπρακτα την αγάπη τους.>

Διακρίνουμε τα είδη της από το ποιός παίρνει την απόφαση για την ευθανασία

- 1) Παθητική εκούσια ή άκουσια "
- 2) Ενεργητική εκούσια ή άκουσια
- 3) Υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

Και στις τρεις μορφές ο ρόλος του ιατρού είναι καθοριστικός .Ένας θάνατος θεωρείται ευθανασία ενός από τα τρία παραπάνω είδη μόνο αν πληρούνται οι παρακάτω προϋποθέσεις .

- 1) Εκτός από τον ασθενή , πρέπει να υπάρχει τουλάχιστον άλλο ένα άτομο η δράση του οποίου να συμβάλλει αιτιολογικά στο θάνατο του ασθενούς , ο οποίος να έχει πρόθεση για τον θάνατό του.
- 2) Το άτομο που αποβιώνει πρέπει είτε να πάσχει από οξεία συμπτώματα της νόσου είτε να έχει περιέλθει ( η να πρόκειται να περιέλθει σύντομα ) σε μη αναστρέψιμο κώμα και η κατάσταση αυτή από μόνη της να είναι ο πρώτιστος λόγος του θανάτου.
- 3) Το μέσο που επιλέγεται για να επέλθει ο θάνατος πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο ανώδυνο ή πρέπει να υπάρχει επαρκής αιτιολόγηση για την χρήση μιας πιο επώδυνης μεθόδου.

Η υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία συχνά θεωρείται μορφή ενεργητικής ευθανασίας , επειδή στην περίπτωση αυτή ο θάνατος συχνά φαίνεται να είναι αυτοκτονία και παράλληλα να υποβοηθάται από τον ιατρό. Η φράση υποβοηθούμενος θάνατος και ειδικότερα θάνατος υποβοηθούμενος από ιατρό αν και δεν χρησιμοποιείται ευρέως περιλαμβάνει αρκετές μορφές βοήθειας υπαγόμενες στην ίδια γενική κατηγορία.Τόσο η υποβοηθούμενη αυτοκτονία όσο και η εκούσια ενεργητική ευθανασία περιλαμβάνουν κάποια μορφή βοήθειας για να επέλθει ο θάνατος ενός άλλου προσώπου

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθούμε και σε δύο άλλους όρους που έχουν σχέση με την ευθανασία (3)

Δυσθανασία: Είναι νέος όρος με τον οποίο χαρακτηρίζονται οι προσπάθειες παρατάσεως της ζωής ενός αρρώστου με υπερβολικές, δύσκολες και δαπανηρές φροντίδες, δυσανάλογες σε απόδοση προς το επιδιωκόμενο ή δυνάμενο να επιτευχθεί αποτέλεσμα Την τέτοια προσπάθεια νομιμοποιείται ο ιατρός να την διακόψει εφ'όσον αυτή είναι η επιθυμία του αρρώστου και το ζητήσει ο ίδιος. .Η δυσθανασία γίνεται σεβαστή είτε αυτή είναι επιθυμία του αρρώστου είτε των συγγενών για να προλάβουν π.χ ζωντανό τον άνθρωπό τους κάποιοι συγγενείς ή για να τακτοποιηθούν κάποιες εκρεμμότητες.

Ορθοθανασία : Είναι η προσφορά των φροντίδων εκείνων οι οποίες είναι συμβατές με την κατάσταση του ασθενούς ,ο οποίος αφήνεται να σβήσει ήρεμα με την φυσική για την κατάστασή του επέλευση του θανάτου σύμφωνα με την επιθυμία του , τη στιγμή που όπως η ζωή έτσι και ο θάνατος είναι ένα φυσικό γεγονός για κάθε ζώντα οργανισμό.

(1) Ο Tom Beauman υποστηρίζει πως για να διατηρηθεί η διάκριση μεταξύ του θανατώνω-φονεύω και σκοτώνω κάποιον και του αφήνω κάποιον να πεθάνει πρέπει να καταφύγουμε σε σαφέστερα, ακριβέστερα νοήματα χρήσιμα για την ιατρική δεοντολογία. Για παράδειγμα θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ο όρος θανάτωση στις περιπτώσεις στις οποίες κάποιος από πρόθεση και ανατιολόγητα προκαλεί τον θάνατο μιας άλλης ανθρώπινης ύπαρξης – μια χρήση που σαφώς εκτείνεται πέρα από το νόημα που έχει η λέξη στην κοινή γλώσσα.

Πολλοί σήμερα χρησιμοποιούν τον όρο θανάτωση- ακόμα και θανάτωση από οίκτο αποκλειστικά ως κανονιστικό όρο που σημαίνει ανατιολόγη ανθρωποκτονία. Από την οπτική τους γωνιά ,οι αιτιολογημένες πράξεις διακανονισμού του θανάτου στην ιατρική δεν μπορούν να αποτελέσουν περιπτώσεις θανάτωσης , πρέπει να είναι περιπτώσεις στις οποίες οι ιατροί επιτρέπουν σε κάποιον να πεθάνει :οι ιατροί δεν σκοτώνουν όταν αποσύρουν μια θεραπεία διατήρησης στην ζωή σύμφωνα με την επιθυμία ή το συμφέρον ενός ασθενούς και οι ασθενείς δεν αυτοκτονούν όταν απέχουν από την θεραπεία . Ωστόσο ,αν ένας ιατρός παραλείψει την δέουσα περίθαλψη αποσύροντας την θεραπεία , τότε ο ιατρός σκοτώνει τον ασθενή.

Το να ισχυριστεί κάποιος ότι η θανάτωση δεν διαφέρει ηθικά από το να αφήσει κάποιον να πεθάνει είναι σαν να λέει

ότι ο σωστός χαρακτηρισμός μιας πράξης ως θανάτωσης ή ως συμπεριφοράς με την οποία αφήνει κάποιον να πεθάνει δεν προσδιορίζει αν ο ένας τύπος δράσης είναι καλύτερος ή χειρότερος από τον άλλο ή αν είναι αποδεκτός οποιοδήποτε από τους δυό.Ο συγγραφέας υποστηρίζει ότι ούτε το να θανατώνουμε ούτε το να αφήνουμε κάποιον να πεθάνει είναι από μόνο του μεμπτό και από την άποψη αυτή πρέπει να διακρίνονται και τα δύο από την δολοφονία, η οποία είναι αυτή καθαυτή παράνομη πράξη .

Σύμφωνα με τον Beauman θα ήταν παράλογο να θεωρηθούν ηθικά δικαιολογημένες όλες οι περιπτώσεις που αφήνει κανείς κάποιον να πεθάνει και από την άποψη αυτή είναι εξίσου παράλογο να θεωρούνται όλες οι μορφές θανάτωσης ( για παράδειγμα σε συνθήκες αυτοάμυνας) αδικαιολόγητες. Η κρίση ότι μια πράξη θανάτωσης ή μια πράξη με την οποία αφήνουμε κάποιον να πεθάνει είναι δικαιολογημένη ή αδικαιολόγητη συνεπάγεται ότι γνωρίζουμε και κάτι άλλο σχετικά με την πράξη πέρα από το ότι πρόκειται για περίπτωση θανάτωσης ή περίπτωση που αφήνουμε κάποιον να πεθάνει. Το κίνητρο του πράτοντος ( είτε καλοπροαίρετο είτε κακοπροαίρετο , για παράδειγμα ) η

απαίτηση του ασθενούς και οι συνέπειες της πράξης του έχουν όλα σχέση με τα ζητήματα της αιτιολόγησης.

.Συνεπώς τα ζητήματα σχετικά με την θανάτωση και το αν αφήνουμε κάποιον να πεθάνει απέχουν πολύ από τα απλά προβλήματα γύρω από το νόημα των λέξεων. Οι φιλοσοφικές αυτές διακρίσεις έχουν άμεση και πρακτική σχέση με τα σύγχρονα ζητήματα της υποβοηθούμενης από τον ιατρό αυτοκτονίας.

Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι η υπόθεση Rondriguez κατά της Βρετανικής Κολούμπια η οποία τελικά έφτασε μέχρι το Ανώτατο Δικαστήριο του Καναδά. Μια 42χρονη γυναίκα που έπασχε από την νόσο του Lougehrig (A.L.S) ήθελε να της αναγνωριστεί το δικαίωμα να τη βοηθήσει κάποιος ιατρός να θέσει τέρμα στην ζωή της. Το δικαστήριο απέρριψε το αίτημα της με το εξής σκεπτικό.; μπορεί να γίνουν σαφείς διακρίσεις με βάση την πρόθεση μεταξύ παρηγορητικής φροντίδας και υποβοηθούμενης από τον ιατρό αυτοκτονίας και μεταξύ απόρριψης της θεραπείας και ενεργητικής ευθανασίας. Η ανακούφιση του πόνου μέσω της χορήγησης φαρμάκου που είναι γνωστό ότι θα επισπεύσουν το θάνατο είναι μια πράξη που τελείται μόνο με την πρόθεση του μετριασμού του πόνου. Στην υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία αντίθετα η πρόθεση της χορήγησης φαρμάκων είναι να προκληθεί ο θάνατος. Κατά τον ίδιο τρόπο ,η πρόθεση μετριασμού του πόνου μέσω της απόσυρσης της θεραπείας δεν είναι η ίδια με την πρόθεση πρόκλησης του θανάτου που υπάρχει στην ενεργητική ευθανασία.

## ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

(4) Τα σπέρματα των αντιλήψεων περι ευθανασίας είναι ιδιαίτερα έντονα στην αρχαία ελληνική κοινωνία. Στην Σπάρτη ως γνωστόν υπήρχε ο θεσμός της εξόντωσης κάθε ανάπηρου αρσενικού νεογνού, ένας θεσμός που δικαιολογήθηκε άλλοτε ως μέσο ευγονικής, άλλοτε ως μέσο προστασίας της κοινωνίας από περιττά βάρη και άλλοτε ως μεσό σωτηρίας των ίδιων των θανατουμένων που υποτίθεται ότι απαλλάσσονταν έτσι από τις δυσκολίες τις οποίες επεφύλλασε η ζωή στην προβληματική ύπαρξη. (5) Αντίστοιχες απόψεις εκφράστηκαν σχεδόν σε όλο τον ελληνικό χώρο. Στην Μασσαλία και στην Κω υπήρχε νομοθετική ρύθμιση σύμφωνα με την οποία οι πολίτες που δήλωναν μπροστά στις αρχές της πόλης ότι επιθυμούν να τερματιστεί η ζωή τους γιατί δεν είναι ευτυχισμένοι από αυτή, επιτρέπονταν να το πράξουν πίνοντας ένα δηλητηριώδες φυτό.

(6) Μολονότι είθισται να θεωρείται ο ιπποκράτειος όρκος ως υπόδειγμα ηθικής καθαρότητας και ως διακήρυξη κατά της ευθανασίας φαίνεται πως οι αρχαίοι ιατροί με την εξαίρεση των Πυθαγορείων ,δεν ήταν τόσο απόλυτοι στις απόψεις τους.Σημαντική και

παραμελημένη είναι η διατύπωση πως οι ιατροί δεν αναλάμβαναν καταληκτικούς ασθενείς είχαν δηλαδή κάποιο πνεύμα παθητικής ,όπως θα λέγαμε σήμερα ευθανασίας. Η λαογραφία αρέσκεται να εμφανίζει φιλοσόφους να αυτοκτονούν ,από τον Φερεκύδη και τον Εμπεδοκλή ,τον Αναξαγόρα , μια σειρά από Στωικούς και Κυνικούς μέχρι τον Πορφύριο.Ο Πλάτων αναφέρει στην πολιτεία του ότι κάθε πολίτης έχει να εκπληρώσει ορισμένο καθήκον σε μια ευνοούμενη πολιτεία και δεν έχει το δικαίωμα να ζει μέσα στις ασθένειες και φάρμακα ,μόνο οι σωματικά και πνευματικά υγιείς πρέπει να τυγχάνουν μέριμνας ενώ οι πάσχοντες πρέπει να εγκαταλείπονται στο θάνατο.Ανάλογες απόψεις εξέφρασε και ο Αριστοτέλης.

(4) Σε αντίθεση με τον αρχαίο ελληνικό και ρωμαϊκό κόσμο η εβραϊκή κοινωνία ,κυριαρχείται από τη διδασκαλία της Βίβλου και κυρίως από την 6 εντολή (ου φονεύσεις),έτσι είχε απορρίψει πολλούς αιώνες πριν, κάθε είδους θεωρία για την συντόμευση της ζωής των μειονεκτούντων. Πραγματική επανάσταση απειτέλεσε ο χριστιανισμός που σταθηκε αντίθετος σε οποιαδήποτε χρησιμοθηρικό κριτήριο για την αξία ή απαξία της ζωής .

Παρόλα αυτά κατά τα μεσαιωνικά χρόνια δεν ήταν καθόλου σπάνιες οι περιπτώσεις <φιλανθρωπικής> ομαδικής δολοφονίας ανθρώπων άρρωστων π.χ από χολέρα,πανώλη,λέπρα. Κατά τους αιώνες που ακολούθησαν άρχισε η φιλοσοφική θεμελίωση της αυτοκτονίας.Ο Φράνσις Μπιαίικον υποστήριξε ότι οι ιατροί πρέπει να παρέχουν ήρεμο και εύκολο θάνατο στους ανίατους έτσι ώστε να τους λυτρώνουν από τους πόνους και την επιθανάτια αγωνία. Ένα μήνα αργότερα ,ο Τόμας Μουρ στην <Ουτοπία> συσχέτισε την ευθανασία με την αυτοκτονία και έκανε έκκληση σε ιατρούς να παρακινούν τους ανίατα ασθενείς να τερματίζουν μόνοι τους την ζωή τους η οποία έχει καταντήσει άχρηστη και οδυνηρή στους ίδιους και στους συγγενείς τους.

Κατά τον 19 αιώνα ο προβληματισμός στρέφεται στην χρήση ευθανασίας σε περιπτώσεις μόνο ανιάτων και σοβαρών παθήσεων .Χαρακτηριστική ήταν η περίπτωση του Γάλλου δικηγόρου Λενάν που θανάτωσε το 1898 την παράλυτη μητέρα του για να την απαλλάξει από τους πόνους και αθώθηκε από το καρκουροδικείο των Παρισίου. Το 1922 ο Σοβιετικός Ποινικός Κώδικας επέτρεψε την εφαρμογή της ευθανασίας ,αλλά σύντομα αποσύρθηκε αυτή η διάταξη και ποτέ πια δεν επανήλθε σε ισχύ. Το 1940 όμως η κυβέρνηση της Γερμανίας αποφάσισε την εξόντωση 80000 Γερμανών ασθενών που έπασχαν από ανίατες ασθένειες (ανήμποροι ,γέροντες ,ομοφυλόφιλοι,αλήτες) και στην πορεία επεκτάθηκαν σε ολόκληρες ομάδες (Εβραίοι, Αθίγγανοι).Η απόφαση αυτή αποτελεί ένα τρανταχτό παράδειγμα κατάχρησης του μέτρου της ευθανασίας και ακόμα και σήμερα αποτελεί ένα επιχείρημα εναντίον στην νομιμοποίησή της.

(5) Τα τελευταία χρόνια το πρόβλημα της ευθανασίας προβλημάτισε την κοινή γνώμη με δύο υποθέσεις. Το 1949 στην πολιτεία New Hampshire ο ιατρός Sanders έκανε ευθανασία σε ηλικιωμένη γυναίκα που έπασχε από καρκίνο και η ζωή της είχε γίνει μαρτυρική. Η κοινή γνώμη, επιστήμονες, ο διεθνής τύπος ήταν μαζί του και έκαναν κινήσεις συμπαράστασης για αυτόν. Οι ένορκοι θεώρησαν ότι πράγματι έπραξε ανθρωπιστικά και τον αθώωσαν.

(7) Μια άλλη περίπτωση ήταν η δράση του Αμερικάνου ιατρού Κερκοβιάν (γνωστού ως Δόκτωρ –Θάνατος) ο οποίος δεν αρκέστηκε στην προπαγάνδισή της ευθανασίας, αλλά δραστηριοποιήθηκε και πρακτικά προς αυτή την κατεύθυνση διευκολύνοντας ασθενείς που πάσχουν από ανίατες ασθένειες να θέτουν τέρμα στην ζωή τους με την χρήση μιας συσκευής δικής του επινόησης. Η τηλεοπτική παρουσίαση του γεγονότος προκάλεσε κύματα αντίδρασης της κοινής γνώμης και την καταδίκη του Κερκοβιάν. <<Κανένας κύριε, δεν είναι πάνω από το νόμο. Είχατε το θράσος να βγείτε στην τηλεόραση να δείξετε στον κόσμο αυτό που κάνατε και προκαλέσατε την δικαιοσύνη να σας σταματήσει. Λοιπόν κύριε τελείωσε.>. Με αυτά τα λόγια η δικαστής Τζέσικα Κούπερ προανήγγειλε την ποινή που είχε επιβληθεί στον Κερκοβιάν. Η δικαστής απέρριψε το ενδεχόμενο να αφεθεί ο κατηγορούμενος με εγγύηση, θεωρώντας πως αν βγει από την φυλακή θα κάνει ευθανασία και σε άλλους ανθρώπους.

#### Η ΘΕΣΗ ΤΩΝ ΘΡΗΣΚΕΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

(8) Η ευθανασία κατά τις τρεις μονοθεϊστικές θρησκείες. Στρεφόμενοι καταρχάς προς τις τρεις μονοθεϊστικές θρησκείες τον Ιουδαϊσμό, τον Χριστιανισμό, και το Ισλάμ, βλέπουμε ότι οι θρησκείες αυτές επιδοκιμάζουν την αξία της ζωής και αποδέχονται την ιατρική αγωγή και τεχνολογία που θεραπεύει και παρατείνει την ανθρώπινη ζωή. Οι τρεις μονοθεϊστικές θρησκείες αποδοκιμάζουν την ευθανασία. Για τις μονοθεϊστικές θρησκείες ο άνθρωπος είναι δημιούργημα του Θεού και επομένως η ζωή δεν ανήκει σε αυτόν αλλά στα χέρια του δημιουργού, που τον έπλασε και τον έφερε στην ύπαρξη. Τόσο η Ιουδαϊκή θρησκεία όσο ο Χριστιανισμός δέχονται ότι ο άνθρωπος δημιουργήθηκε κατ' εικόνα και καθ' όμοίωση του Θεού, πράγμα που σημαίνει ότι προικίστηκε με λογική και ελευθερία βούλησης και είναι υπεύθυνος να αποφασίζει για τον εαυτό του και το καλό της ανθρωπότητας. Ότι η ζωή είναι ιερή και απαγορεύεται να την αφαιρέσουμε δέχεται και το Ισλάμ με τις δικές του ερμηνείες. Για το Ισλάμ ο άνθρωπος είναι εκπρόσωπος του θεού επί της γης. Έτσι τόσο το Ισλάμ όσο και ο Χριστιανισμός και ο Ιουδαϊσμός, με τις ιδιαίτερες ερμηνείες του καθέναν, δέχονται



ότι ο άνθρωπος οφείλει να είναι καλός διαχειριστής της θείας δημιουργίας ,αλλά δεν έχει το δικαίωμα να την καταστρέφει .Η ζωή και η δημιουργία δεν ανήκει σε αυτόν αλλά στο Θεό.

(9) Ο Μητροπολίτης Περγάμου κ. Ιωάννης Ζηζιούλας μιλάει για την ευθανασία.<<Κάθε νομοθετική ρύθμιση που επιτρέπει την ευθανασία εγκυμονεί κινδύνους για το ανθρώπινο πρόσωπο ,οι οποίοι δεν πρέπει να παραβλέπονται .Γι αυτό η Εκκλησία όπως η ευχή εις ψυχορράγοντα μια ευχή συγκλονιστική ως προς το περιεχόμενο και τον σκοπό της ,δεν αντιτίθεται κατ'άρχην στην ευθανασία αλλά προτιμάει να την ζητά από τον Θεό παρά από τους ανθρώπους.

(10) Ο μητροπολίτης Ναυπάκτου Ιερόθεος επισημαίνει:<<Το είναι του ανθρώπου δεν συνίσταται απλώς στην ευζωία ,αλλά στο νόημα που δίνει κανείς στην ζωή του.Το νόημα μπορεί να βρεθεί στην ζωή όχι μέσα από την πράξη ή τις εμπειρικές αξίες αλλά επίσης και μέσα από τα βάσανα.Η ελευθερία δεν συνίσταται στην απελευθέρωση από τα δύσκολα και τραγικά γεγονότα ,αλλά στην ελεύθερη στάση απέναντι στις δυσκολίες.Όταν δίνει κανείς νόημα στον πόνο ,τότε βιώνει την έκσταση της αγάπης ,αποκτά την αίσθηση της ομορφίας Επιπλέον ο άνθρωπος είναι αποτέλεσμα σχέσεων ,καρπός αγάπης δύο ανθρώπων που συνεργάζονται με τον Θεό ,δηλ είναι κοινωνικό όν.Αυτό σημαίνει ότι δεν μπορεί να συμπεριφέρεται ως άτομο και μέσα από τα ατομικά δικαιώματα ,αλλά ως πρόσωπο και μέσα από τις προσωπικές σχέσεις. .Έτσι δεν έχουμε ατομικό δικαίωμα στον θάνατο ,όπως δεν έχουμε δικαίωμα στην ζωή.Το μόνο δικαίωμα –καθήκον είναι να αισθανόμαστε το δώρο της ζωής ,να χαιρόμαστε τις περιπέτειες της ζωής να υπερβαίνουμε τον πόνο και τις δοκιμασίες της ζωής με υπευθυνότητα ,να αισθανόμαστε τις σχέσεις μας με τους ανθρώπους σαν μια ανταλλαγή δώρων ,να ζούμε προσωπικά και κοινωνικά.>

### Ινδουϊσμός

Σε όλη την ινδική σκέψη και ζωή , από την αρχαιότητα εποχή των Βέδων εως σήμερα το διακριτικό γνώρισμα είναι η επικέντρωση στο πνευματικό στοιχείο της ύπαρξης,Η ηθική τάξη του σύμπαντος επίσης είναι μια αποδεκτή διδασκαλία για όλους τους διανοούμενους του Ινδουισμού.Το κάρμα και επαναγέννηση ή μετενσάρκωση , είναι τα μέσα με τα οποία η ηθική τάξη του σύμπαντος ,το ντάρμα καθορίζει την ζωή του ανθρώπου.Η ζωή αλυσσοδεμένη στον κύκλο των συνεχών μετενσαρκώσεων ,δεν έχει αξία,είναι πηγή θλίψεων . Ο ινδουιστής όμως πιστεύει πως πρέπει να ζήσει στην παρούσα ζωή σύμφωνα με τους κανόνες που του επιβάλλει το ντάρμα ,ο παγκόσμιος φυσικός και ηθικός νόμος που διέπει τα πάντα και δίνει νόημα και σκοπό στην ζωή ,για να πετύχει την ελευθερία από την οδυνηρή ύλη.Οι περισσότεροι από τους Ινδουιστές δέχονται ότι η εφαρμογή της

ευθανασίας σε ασθενή προκαλεί τον βίαιο χωρισμό της ψυχής από το σώμα σε χρόνο αφύσικο του κύκλου που έχει καθορίσει ο αιώνιος νόμος (ντάρμα) και επομένως θα κοστίσει την επαναγέννηση σε άλλη ζωή, αθλιώτερη της παρούσης. Λέγεται μάλιστα ότι ο ιατρός θα επωμισθεί και το ανολοκλήρωτο κάρμα του ασθενούς, δηλ το έργο του που έμεινε ατελές, λόγω της απότομης διακοπής της ζωής του.

### Βουδισμός

Ο Βουδισμός είναι θρησκεία που γεννήθηκε τον 6 π.χ αιώνα στην Β.Α Ινδία και παίζει για αιώνες μεγάλο ρόλο στις περισσότερες χώρες την Απω Ανατολής. Ο Βούδας, δεν απομακρύνθηκε ουσιαστικά από τις βασικές διδασκαλίες του Ινδουισμού αλλά τις ερμήνευσε με νέο τρόπο. Ο πόνος του ανθρώπου και όλων των όντων αποτελεί τη αφετηρία και το κέντρο της διδασκαλίας του. Όταν ο άνθρωπος απαλλαγεί από την άγνοια και τις συνέπειες του εγωισμού, δηλ του πόθου και της προσκόλλησης στα φθαρτά και μεταβλητά πράγματα του κόσμου, πετυχαίνει το νιρβάνα, που είναι μια υπερκοσμική μακαριότητα, άφθαρτη και απεριγράπτη. Περιγράφεται ως ελευθερία, από την άγνοια, τον εγωισμό και τον πόνο. Ο βουδισμός δεν μπορεί να αποδεχθεί την ευθανασία, διότι θα οδηγούσε τον άνθρωπο στον φαύλο κύκλο των μετενσαρκώσεων και θα στερούσε τον άνθρωπο από το ύψιστο αγαθό που είναι το νιρβάνα. Ο Βουδισμός δεν έχει πάρει επίσημη στάση απέναντι στην αποφυγή ή μη της ευθανασίας, και αυτό μεταφράζεται από ορισμένους διανοούμενους της εποχής μας ως ανοχή απέναντι στην πράξη της ευθανασίας, λόγω του ότι ο Βουδισμός διδάσκει την συμπόνοια προς τον άνθρωπο και όλα τα όντα.

### Ιαπωνία. Σιντοϊσμός – Βουδισμός

Μια άλλη διάσταση έχουν τα πράγματα στην Ιαπωνία, η οποία είναι μια κοινωνία της τεχνολογίας αλλά και της προσκόλλησης στην παράδοση. Δύο κύριες θρησκείες συνυπάρχουν, ο Σιντοϊσμός και ο Βουδισμός που ζυμώθηκαν η μία με την άλλη. Η ηθική του Σιντοϊσμού βασίζεται στην Ορθή οδό των κάμι, δηλ σε ένα είδος πνευματολογίας. Η λέξη κάμι σημαίνει αόρατα πνεύματα που βρίσκονται παντού στην φύση και είναι η αντίστοιχη ιαπωνική λέξη για τους Θεούς. Τα κάμι δίνουν ιερότητα στην φύση και στην ζωή. Όλα τα κάμι δεν είναι τέλεια. Η ηθική αυτή προσπαθεί να προωθήσει την αρμονία και την καθαρότητα σε όλες τις σφαίρες της ζωής. Το να διατηρεί κανείς την αρμονία του συνόλου είναι το υψηλότερο αγαθό από το να αποτρέπει ένα μερικό σφάλμα. Αυτό δημιούργησε προβληματισμούς στον τομέα της ιατρικής ηθικής. Συζητήσεις περί ευθανασίας στην Ιαπωνία άρχισαν στην δεκαετία του 1960 και από το 1980 και ύστερα προωθούνται από την Japan Ethics Association. Οι συζητήσεις αυτές βλέπουν με συμπάθεια την ευθανασία αλλά δεν παύουν να διατυπώνουν και μια σειρά σοβαρών προβληματισμών. Από την μια μεριά γίνεται λόγος για το δικαίωμα του ανθρώπου για ένα

αξιοπρεπή θάνατο και την ανακούφιση των οικείων του ,από την άλλη όμως δεν έχουν καταλήξει ακριβώς στις συνθήκες κάτω από τις οποίες θα γίνεται αποδεκτό το αίτημα της ευθανασίας ,όπως π.χ.του εγκεφαλικά αλλά όχι σωματικά νεκρού ανθρώπου.

Κίνα =Κομφουκιανισμός-Ταιοισμός.

Ο μεγάλος και πανάρχαιος πολιτισμός της Κίνας ,σήμερα εκπροσωπεί -ται πολιτικώς από το καθεστώς της Λαϊκής Δημοκρατίας ,που κρατά απόσταση από την παλαιά θρησκευτική παράδοση της χώρας. Ο κινέζικος ωστόσο οικουμενισμός ,η αντίληψη δηλ, ότι τον κόσμο διέπει η αρμονία του μικρόκοσμου και του μακρόκοσμου ,έμαθε στον κινέζικο λαό να βρίσκει οργανική ενότητα ανάμεσα στις αντιθέσεις της ζωής και να ζει με θετικό τρόπο την τάξη και αρμονία του σύμπαντος.

Κομφουκιανισμός και Ταιοισμός γεννήθηκαν τον 6 π.χ αιώνα και δέσποσαν στο κοινωνικό στερέωμα της Κίνας έως το 1949.

Ο κομφουκιανισμός θεωρεί τον ανθρώπινο σώμα δώρο του Ουρανού και δέχεται ότι ο άνθρωπος ,που είναι φύση αγαθός , μπορεί να γίνει αληθινός άνθρωπος εφόσον εναρμονίζει τον εαυτό του με το Τάο , την οδό του παγκόσμιου ηθικού νόμου , η αλλιώς την θέληση του Ουρανού .Με βάση την αρχή αυτή μπροστά στο ζήτημα της ευθανασίας ένας κομφουκιανιστής δεν θα ανατρέξει στην ηθική του αυτονομία και στο δικαίωμά του να αποφασίζει για την ζωή του , αρετές τις οποίες επικαλείται ο άνθρωπος της Δύσης , αλλά θα ζητήσει να μάθει πρώτον αν μια τέτοια απόφαση συνάδει με την κοινωνική σταθερότητα και αρμονία των ανθρώπινων σχέσεων και δεύτερον αν προωθεί τις κύριες κομφουκικές ηθικές αρετές της ανθρωπιάς και της τιμιότητας.Επομένως ο γιος ή η κόρη που εκφράζουν το βαθύ τους σεβασμό προς τον ασθενή πατέρα, θα δεχθούν κάθε ιατρικό μέσο που θα ανακουφίσει τους πόνους του αλλά θα είναι σκεπτικοί απέναντι στην εφαρμογή της ευθανασίας.Ο Κομφουκιανισμός δέχεται τον <<αξιοπρεπή θάνατο >>με πολιτική όμως γλώσσα, δηλ όταν ο άνθρωπος αντιμετωπίζει την ατίμωση από εξωτερικό και βάρβαρο εχθρό .Επομένως η ευθανασία ως αξιοπρεπής θάνατος στον Κομφουκιανισμό είναι μια εξαιρετικά περιορισμένη περίπτωση.

Ταιοισμός :Η φύση είναι το βιβλίο του Τάο ή αλλιώς της παγκόσμιας αρχής που αποτελεί την ουσία του κόσμου, όπως εκφράζεται στο πασίγνωστο βιβλίο Ταο-Τε –Τσίνγκ, του Λάο Τσε . Το Ταο είναι τα πάντα Το Ταό ενεργεί με απραξία και όμως δραστηριοποιεί την αδράνεια.Η απραξία όμως εδώ δεν σημαίνει αδράνεια , αλλά την συμμετοχή του ανθρώπου στην αρμονία της φύσης.Η φύση είναι το μεγάλο εργαστήριο του κόσμου που δημιουργεί τα πάντα αλλά εκφράζεται με ηρεμία.

Επιδίωξη του Ταιοισμού είναι η αθανασία του σώματος .Όλοι οι μεγάλοι μύστες του Ταιοισμού αναζητούν την αθανασία του σώματος μελετώντας μεθόδους φυσιολογίας και με την αλχημεία , και επιδιώκουν να ζήσουν και να ενώσουν βαθιά μέσα τους τις δύο αρχές

της έσχατης αλήθειας ,το γιν και το γιανγκ , την ύλη και το πνεύμα , την ζωή και τον θάνατο. Ο ταιοιστής θέτει έντονα το ερώτημα της θεραπείας του ανθρώπου και της παράτασης στο μέγιστο δυνατό χρόνο ζωής.Η λύση όμως του προβλήματος αυτού δυσκολεύεται όταν επεμβαίνει η εξωτερική ιατρική ,και κυρίως η μηχανική υποστήριξη του ασθενούς. Ο ταιοιστής δέχεται μόνο τις ήπιες ιατρικές θεραπείες και μόνο στην περίπτωση που το σώμα του ασθενούς θα μπορέσει να ανανήψει και να επιστρέψει στην αρχική φυσική του κατάσταση ,σύμφωνα με την φυσική ροή του Ταό. Αν όμως η ιατρική επέμβαση είναι μάταιη και ο άνθρωπος τείνει προς το θάνατο , τότε ο ταιοιστής θεωρεί ως πρόπον αγαθό να αφεθεί στο Ταό.Πρόκειται δηλ για ένα είδος παθητικής ευθανασίας , αφού δεν γίνεται αποδεκτή η τεχνική υποστήριξη του ασθενούς.

### ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

(11) Οι νομοθεσίες γενικά διαφόρων κρατών αντιμετωπίζουν με δυσπιστία στην πλειοψηφία τους την ευθανασία και την απαγορεύουν , ελάχιστες όμως έκαναν τα πρώτα βήματα προς την κατεύθυνση της αναγνώρισής της.Ειδικότερα :

α) Στην Πολιτεία του Όρεγκον των ΗΠΑ νομιμοποιήθηκε η ευθανασία από τον Νοέμβριο του 1994 κάτω από προϋποθέσεις.

β) Στην Ιαπωνία η ευθανασία απαγορεύονταν και το 1995 καταδικάστηκε ιατρός σε ποινή φυλάκισης 2 ετών γιατί βοήθησε καρκινοπαθή , που είχε ελάχιστες μέρες μόνο ζωής , να πεθάνει.Μετά από αυτό, σήμερα επιτρέπη η ευθανασία κάτω από αυστηρές προϋποθέσεις

γ) Ομοίως κάτω από αυστηρές προϋποθέσεις αναγνωρίστηκε η ευθανασία και στις βόρειες επαρχίες της Αυστραλίας από τις 25-5-1995 Σύμφωνα με νόμο που άρχισε να ισχύει από τον Ιούλιο του 1996 , κάθε ασθενής άνω των 18 ετών μπορεί να αποφασίσει τον θάνατό του,εφόσον είναι σε θέση, έχει δηλαδή την ικανότητα,νοητική και σωματική

(12) δ ) Η Ολλανδία είναι η πρώτη χώρα στον κόσμο στην οποία βάσει νόμου επιτρέπη η ευθανασία, αν και υπάρχει ο περιορισμός ότι δεν επιτρέπεται να εφαρμοστεί σε πολίτες άλλης χώρας,ακόμη κι αν αυτοί νοσηλεύονται στην Ολλάνδία και εκεί το ζητήσουν σε νοσοκομειακό ιατρό. Ευθανασία για την ολλανδική νομοθεσία σημαίνει τον τερματισμό της ζωής ενός ασθενούς από ιατρό , μετά από παράκληση του ασθενούς και θα πρέπει να ισχύουν οι εξής προϋποθέσεις

-Ο ασθενής πραγματοποιεί μια έκκληση στον ιατρό εθελοντικά

- Η έκκληση αυτή γίνεται μετά από ώριμη σκέψη

- Η επιθυμία του να τερματίσει την ζωή του είναι έντονη και επαναλαμβανόμενη.

- Ο ασθενής ζει αποδεδειγμένα μαρτυρικά.

- Ο ιατρός έχει και την σύμφωνη γνώμη άλλου συναδέλφου του.

Ο Βασιλικός Ιατρικός Σύλλογος και το Υπουργείο Δικαιοσύνης της Ολλανδίας συμφώνησαν σε μια διαδικασία νομιμοποίησης της ευθανασίας, η οποία ακολουθεί τα παρακάτω στάδια:

- Ο ιατρός που πραγματοποιεί ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν εκδίδει πιστοποιητικό θανάτου. Πληροφορεί τον Ιατρικό Επιθεωρητή συμπληρώνοντας ένα εκτεταμένο ερωτηματολόγιο

Ο ιατρικός επιθεωρητής δίνει αναφορά στον αρμόδιο εισαγγελέα.

- Ο αρμόδιος εισαγγελέας αποφασίζει αν η ευθανασία ή η υποβοηθούμενη αυτοκτονία έγιναν βάσει του νόμου ή όχι, οπότε ο ιατρός θα πρέπει να διωχθεί ποινικά..

Τα τελευταία χρόνια οι περισσότερες δυτικές κοινωνίες έχουν έρθει αντιμέτωπες με το θέμα της ευθανασίας. Όποια χώρα την απασχόλησε το θέμα αυτό ανέτρεξε στο ολλανδικό μοντέλο για να μελετήσει πιθανή εφαρμογή του, έστω και με κάποιες τροποποιήσεις. Αποδείχθηκε όμως πως η εφαρμογή του δεν μπορεί να έχει τη ίδια αποτελεσματικότητα σε άλλες χώρες γιατί υπάρχουν κάποιες παράμετροι που διαφοροποιούν την Ολλανδία από τις άλλες χώρες. Αυτές είναι ;

- Η ποιότητα του ολλανδικού συστήματος υγείας. Η Ολλανδία διαθέτει ένα από τα καλύτερα συστήματα υγείας. Η πλειοψηφία του πληθυσμού καλύπτεται από ιδιωτικά προγράμματα ασφάλισης που εγγυούνται καλές συνθήκες νοσηλείας.

- Η εφαρμογή μεθόδων για τον έλεγχο του πόνου είναι ιδιαίτερα προηγμένη: κέντρα ελέγχου του πόνου λειτουργούν σε κάθε νοσοκομείο σε αντίθεση με άλλες χώρες που διαθέτουν ελάχιστα τέτοια κέντρα.

- Κατά την διάρκεια της ναζιστικής κατοχής οι ολλανδοί ιατροί οδηγήθηκαν στην πλειοψηφία τους στα στρατόπεδα συγκεντρώσεως, γιατί εμπόδισαν το έργο της θανάτωσης των ετοιμοθάνατων ασθενών από τους Γερμανούς αποκρύπτοντας τα ονόματά τους. Ο παράγοντας αυτός ενισχύει την καλή σχέση ιατρού και ασθενή περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη χώρα. Επιπλέον, επειδή υπάρχει ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, οι περισσότεροι ασθενείς γνωρίζουν τον ιατρό τους πολλά χρόνια πριν.

(13) Η επικρατέστερη μέχρι στιγμής άποψη στην Ελλάδα όπου το θέμα δεν έχει απασχολήσει ή εστω σπάνια, την κοινή γνώμη είναι εκείνη που αρνητικά αντιμετωπίζοντας το ζήτημα και στηριζόμενη στην αυστηρή γραμματική διατύπωση του α.301Π.Κ, δεν δέχεται ότι συντρέχει για τον γιατρό λόγος άρσεως του αδίκου χαρακτήρα της ευθανασίας. Επομένως, αν αυτός παράσχει στον ασθενή τα προς επιτάχυνση του θανάτου του μέσα, θα διωχθεί ποινικά ως συμμετοχος σε ανθρωποκτονία, ενώ αν την πράξη που επιφέρει συντόμευση της ζωής επιχειρήσει αμέτοχος τρίτος, ο τελευταίος θα κριθεί ως υπαίτιος ανθρωποκτονίας.

## ΤΟ ΔΟΓΜΑ ΤΟΥ ΔΙΠΛΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ( DDE)

(14) Μια σεβαστή προσπάθεια συμβιβασμού των διχογνωμιών σχετικά με την πρόθεση του θανάτου είναι το δόγμα του διπλού αποτελέσματος. που συχνά ονομάζεται και αρχή του διπλού αποτελέσματος .Το δόγμα αυτό βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην βασική διάκριση μεταξύ των σκοπούμενων αποτελεσμάτων και των προβλεπόμενων αποτελεσμάτων,Το DDE αποσκοπεί στο να αιτιολογήσει τον ισχυρισμό ότι μια μεμονωμένη πράξη που έχει δύο προβλεπόμενα αποτελέσματα (συνέπειες) ένα καλό ( όπως η διάσωση της ζωής ) και ένα επιβλαβές (όπως ο θάνατος) δεν είναι πάντα ηθικά απαγορευμένη.Η προϋπόθεση κλειδί είναι ότι ,αν το επιβλαβές αποτέλεσμα δεν είναι εσκεμμένο ( επέρχεται χωρίς πρόθεση ) τότε η πράξη μπορεί , κάτω από ορισμένες περιστάσεις να είναι αιτιολογήσιμη.

Ένα πολύ γνωστό παράδειγμα της χρήσης του DDE είναι η περίπτωση της ασθενούς που υποφέρει πολύ και ζητάει την βοήθεια γιατρού για να τερματίσει την ζωή της .Αν ο ιατρός την σκοτώσει κατευθείαν για να μην υποφέρει ,ο θάνατος της προκαλείται από πρόθεση. Μήπως τα πράγματα αλλάζουν όμως αν ο ιατρός χορηγήσει στην ασθενή ένα φάρμακο για να την ανακουφίσει από τους πόνους γνωρίζοντας ότι υπάρχει σημαντικός κίνδυνος ο θάνατος να επέλθει ταχύτερα ως αποτέλεσμα της φαρμακοθεραπείας ;Αν ο ιατρός αρνηθεί να χορηγήσει το τοξικό αναλγητικό η ασθενής θα υποφέρει. Αν όμως της χορηγήσει το φάρμακο μπορεί έτσι να επισπεύσει το θάνατο της.Σύμφωνα με το DDE κατά την χορήγηση φαρμάκου ο ιατρός πρέπει να έχει πρόθεση να ανακουφίσει τον ασθενή από τους πόνους και όχι να επισπεύσει τον θάνατο της.Αν δεν υπάρχει πρόθεση για θανατηφόρο αποτέλεσμα , τότε η πράξη δεν μπορεί να απαγορευτεί.

Σύμφωνα με τις επικρατούσες διατυπώσεις στο DDE πρέπει να πληρούνται τέσσερις όροι ή στοιχεία για να είναι επιτρεπτή μια πράξη που έχει και καλά και κακά αποτελέσματα.Ο καθένας από αυτούς είναι αναγκαία προϋπόθεση και όλοι μαζί αποτελούν από κοινού επαρκείς προϋποθέσεις μιας ηθικά επιτρεπτής πράξης παρά το κακό αποτέλεσμα.

- 1) Καλή ή ουδέτερη πράξη. Η πράξη πρέπει να είναι καλή ή ουδέτερη από ηθική άποψη , ανεξάρτητα από τα αποτελέσματα της.
- 2) Πρόθεση.Ο πράττων πρέπει να έχει πρόθεση μόνο για το καλό αποτέλεσμα.Το κακό αποτέλεσμα μπορεί να το προβλέπει και να το επιτρέπει ,αλλά δεν έχει πρόθεση για αυτό.

- 3) Άμεσα μέσα. Το κακό αποτέλεσμα πρέπει να αποτελεί μέσο για την επίτευξη του καλού αποτελέσματος.( σε αντίθετη περίπτωση ο πράττων έχει πρόθεση για το κακό αποτέλεσμα στα πλαίσια επιδίωξης του καλού αποτελέσματος )
- 4) Αναλογικότητα.Το καλό αποτέλεσμα πρέπει αναλογικά να υπερέχει του κακού.Αυτή η μεγαλύτερη βαρύτητα του καλού αποτελέσματος αντισταθμίζει την ανοχή του προβλεπόμενου κακού αποτελέσματος.

Οι επικριτές του DDE διατείνονται ότι είναι δύσκολο και ίσως αδύνατο να αποδειχθεί μέσω των προϋποθέσεων του DDE μια ηθικά σημαντική διαφορά μεταξύ πολλών περιπτώσεων , όπως της χορήγησης σε ένα ασθενή ενός επιπλέον αναλγητικού φαρμάκου και της χορήγησης θανατηφόρας δόσης του ίδιου φαρμάκου.

Ακόμα και αν δεχτούμε το DDE , ίσως να μην μπορεί να επιλύσει πολλά πιεστικά προβλήματα σχετικά με την πρόκληση βλάβης , το να αφήνει κανείς κάποιον να πεθαίνει και την θανάτωση , που αποτελούν σήμερα αντικείμενο συζητήσεων στην βιοιατρική ιθική ,περιλαμβανόμενων των ζητημάτων γύρω από την υποβοηθούμενη αυτοκτονία και την εκούσια ενεργητική ευθανασία .Το DDE αφορά αποκλειστικά περιστάσεις στις οποίες επέρχεται τόσο ένα κακό όσο ένα καλό αποτέλεσμα, αλλά συχνά το κρίσιμο ερώτημα είναι αν ο θάνατος είναι καλό ή κακό.Στο DDE δεν υπάρχει κανένα στοιχείο που να μπορεί να κρίνει το θέμα αυτό, πέρα από την πρώτη από τις τέσσερις προϋποθέσεις του.Αν λοιπόν κάποιος δεν μπορεί να αποφασίσει με βάση το DDE αν οι διάφορες μορφές ευθανασίας επιφέρουν ένα καλό η κακό αποτέλεσμα , το ερώτημα αυτό θα πρέπει να απαντηθεί για λόγους ανεξάρτητους από το DDE.

(15) Δεύτερον , η αξιολόγηση της πρόθεσης βάσει του κανόνα του διπλού αποτελέσματος είναι προβληματική , γιατί δύσκολα μπορεί να γίνει από εξωτερικό παράγοντα ενώ συχνά έρχεται σε αντίθεση με άλλα συστήματα ανάλυσης της ανθρώπινης πρόθεσης . Επίσης , σύμφωνα με την σύγχρονη ψυχολογία , η ανθρώπινη πρόθεση είναι πολυστρωματική, ασαφής ,υποκειμενική κι συχνά αντιφατική. Το DDE δεν λαμβάνει υπόψην του την πολυπλοκότητα ,αντιθέτως η πρόθεση κρίνεται βάσει της παρουσίας ή απουσίας σαφούς στόχου.

Επιπλέον στα περισσότερα ηθικά , κοινωνικά και νομικά πλαίσια, οι άνθρωποι θεωρούνται υπεύθυνοι για όλες τις λογικά προβλέψιμες συνέπειες των πράξεων τους και όχι μόνο για τις επιδιωκόμενες συνέπειες. Οι ιατροί δεν εξαιρούνται από αυτή την αντίληψη περί ηθικής ευθύνης , η οποία ενθαρρύνει τους ανθρώπους να επιδεικνύουν την απαραίτητη υπευθυνότητα στις πράξεις τους και τους καθιστά υπεύθυνους για ό,τι βρίσκεται υπό έλεγχο τους .

(14) Όσοι συμφωνούν με το δόγμα επισημαίνουν ότι με την επίκληση του , επιλύονται ή αποφεύγονται κάποια επώδυνα ηθικά διλήμματα, μέσω της διάκρισης των περιπτώσεων αιτιολογήσιμης και μη αιτιολογήσιμης θανάτωσης..Πιο συγκεκριμένα το δόγμα του διπλού αποτελέσματος μας επιτρέπει να λαμβάνουμε υπόψη τις συνέπειες χωρίς να οδηγούμαστε σε μια αμιγώς συνεπειοκρατική ηθική. Για παράδειγμα το δόγμα μπορεί να εξηγήσει γιατί θα ήταν επιτρεπτό ένας μηχανικός να κατευθύνει ένα ανεξέλεγκτο βαγόνι με σπασμένα φρένα σε μια σιδηροτροχία , όπου θα σκοτωθεί ένα άτομο , για να μην κινηθεί ανεξέλεγκτα σε μια άλλη όπου θα φονεύονταν πέντε άτομα, ενώ ένας δικαστής θα ήταν λάθος να στείλει για εκτέλεση έναν αθώο για να σώσει άλλους πέντε. Η εξήγηση είναι ότι παρότι ο μηχανικός σκοτώνει ένα άτομο, δεν έχει πρόθεση για τον θάνατο του ενώ ο δικαστής θα έστελνε από πρόθεση στο θάνατο ένα άτομο για να σώσει άλλους πέντε. Μαθαίνουμε ότι το δόγμα έχει άλλο ένα πλεονέκτημα : μας απελευθερώνει από την δύναμη των ηθικών εκβιαστών. Για παράδειγμα, αν ένας ανηλεής τύραννος ή τρομοκράτης μας πει να σκοτώσουμε ένα αθώο άτομο αλλιώς θα σκοτώσει πέντε, μπορούμε να αποφύγουμε να αισθανθούμε υποχρεωμένοι να συμμορφωθούμε , αν μας παρηγορεί το γεγονός ότι οι θάνατοι που θα προκύψουν από την άρνηση μας, είναι απλώς προβλεπόμενοι αλλά δεν έχουμε πρόθεση γι' αυτούς.

Το DDE μας επιτρέπει να πιαστούμε γερά από την απόλυτη απαγόρευση της θανάτωσης από πρόθεση ενώ μπορούμε ακόμα, τουλάχιστον σε μερικές περιπτώσεις, να λαμβάνουμε υπ' όψη τις συνέπειες, ακόμα και αν αυτό απαιτεί να θανατώνουμε – χωρίς όμως να καταλήγει σε καθαρή συνεπειοκρατία.

Η ανεπάρκεια του δόγματος είναι πολύ βαθύτερη όμως . Αυτό που είναι πιο εντυπωσιακό και ενοχλητικό είναι ότι το ίδιο το δόγμα είναι εντελώς τυφλό στο όλο ζήτημα της συναίνεσης. Σίγουρα η συναίνεση πρέπει να έχει τουλάχιστον ηθική σημασία σε μερικές περιπτώσεις θανάτωσης από πρόθεση , ακόμα και αν αποδεικνύονταν ότι δεν ήταν αποφασιστική ως αιτιολόγηση. Κάθε άποψη , περιλαμβανόμενου και του DDE που θεωρεί ότι η θανάτωση από πρόθεση μπορεί να αιτιολογηθεί , αντιμετωπίζει ένα οδυνηρό δίλημμα: είτε θα πρέπει να δεχτούμε ότι η συναίνεση έχει σημασία για την δυνατότητα αιτιολόγησης της απόσυρσης των μέσων υποστήριξης της ζωής, αλλά όχι για την δυνατότητα αιτιολόγησης της θανάτωσης από πρόθεση , είτε ότι η συναίνεση είναι άσχετη και δεν έχει καμία σημασία σε καμία από τις δύο περιπτώσεις.



(16) Το κυρίαρχο και ευρύτερο ηθικό πρόβλημα σχετικά με την εκούσια ενεργητική ευθανασία συχνά παρουσιάζεται από τους υποστηρικτές και στα πλαίσια των δικαιωμάτων αυτονομίας των ασθενών και είναι το εξής :αν οι διανοητικά ικανοί ασθενείς έχουν το νόμιμο και ηθικό δικαίωμα να αρνηθούν την θεραπεία με αποτέλεσμα τον θάνατό τους , δεν υπάρχει ανάλογο ηθικό δικαίωμα προσφυγής στην συνδρομή ιατρών για να βοηθηθούν οι ασθενείς να προκαλέσουν τον θάνατο τους με την χρήση ενεργητικών μέσων ; Και δεν είναι ηθικά αποδεκτό για τους ιατρούς να βοηθήσουν τους ασθενείς τους ;

Πολλοί επίσης υποστηρίζουν πως υπάρχει αντίστοιχο νόμιμο δικαίωμα , δηλαδή είναι υπέρ της νομιμοποίησης της εκούσιας ενεργητικής ευθανασίας και της υποβοηθούμενης από τον ιατρό αυτοκτονίας. Σύμφωνα με μια άποψη που προβάλλεται από τους υπέρμαχους της εκούσιας ενεργητικής ευθανασίας , η βοήθεια των ιατρών είναι αιτιολογημένη αν μια κατάσταση αποτελεί αφόρητο βάρος για τον ασθενή ,η αντιμετώπιση του πόνου είναι ανεπαρκής και μόνο ένας θάνατος είναι πιθανό να μπορεί να προσφέρει ανακούφιση. Όπως υποστηρίζουν <<Αν ένας ασθενής ακολουθούσε θεραπεία που θα τον διατηρούσε στην ζωή, θα μπορούσε να την σταματήσει και θα μπορούσε με αυτό τον τρόπο να διαλέξει να πεθάνει . Αφού όμως δεν υποβάλλεται σε τέτοια θεραπεία , το μόνο που μπορεί να κάνει είναι να του προσφέρεται παρηγορητική φροντίδα μέχρι να αποβιώσει από φυσικό θάνατο.>> Η θέση αυτή , κατά τους επικριτές της, φαίνεται να καταδικάζει τον ασθενή να ζήσει μέχρι τέλους μια ζωή που δεν θέλει. Οι υπέρμαχοι της ευθανασίας θεωρούν σήμερα την άρνηση παροχής βοήθειας στους ασθενείς αυτούς ,για να πεθάνουν μια μορφή σκληρότητας που παραβιάζει τα δικαιώματα των ασθενών και εμποδίζει την εκπλήρωση των υποχρεώσεων των ιατρών που απορρέουν από την σχέση εμπιστοσύνης με τους ασθενείς.

Σύμφωνα με τους υποστηρικτές της ευθανασίας αναδύεται το εξής ερώτημα: Αν υπάρχει το δικαίωμα παύσης μιας θεραπείας που διατηρεί την ζωή , γιατί να μην υπάρχει και το δικαίωμα τερματισμού της ζωής μέσω διακανονισμού με τον ιατρό ; Η παραδοσιακή άποψη που εξακολουθεί να επικρατεί είναι ότι η θανάτωση πρέπει να απαγορεύεται ολοσχερώς στην ιατρική και σε περιορισμένες μόνο περιπτώσεις να επιτρέπεται να αφήσουμε κάποιον να πεθάνει. Τα δικαστήρια ,σε ολοένα μεγαλύτερο βαθμό εξετάζουν την ποιότητα ζωής και τις πιθανότητες ανάρρωσης των ασθενών και όχι απλώς μια γενική αρχή που απαιτεί σεβασμό στην ζωή. Όσοι υποστηρίζουν τις ιατρικές και νομικές παραδόσεις επικαλούνται δύο επιχειρήματα. Το πρώτο είναι ότι η θανάτωση των ασθενών δεν είναι συμβατή με τους παραδοσιακά καθορισμένους ρόλους της νοσηλείας, φροντίδας και θεραπείας-και η εκούσια ενεργητική ευθανασία είναι μια μορφή θανάτωσης.

Το δεύτερο επιχείρημα –σχετικά με τις κοινωνικές συνέπειες – είναι πιο πολύπλοκο και έχει καταλήξει να αποτελεί κεντρικό αντικείμενο συζήτησης λόγω της πρόβλεψης σοβαρών κινδύνων που θα προέκυπταν για την κοινωνία ως αποτέλεσμα της νομιμοποίησης της εκούσιας ενεργητικής ευθανασίας.

Το κύριο επιχείρημα αυτού του τύπου ονομάζεται επιχείρημα σφήνα ή επιχείρημα του ολισθηρού κατήφορου, και έχει ως εξής: ακόμα και αν συγκεκριμένες πράξεις θανάτωσης είναι μερικές φορές ηθικά δικαιολογημένες στην περίπτωση πάσχοντων από ανίατα νοσήματα κατάκοιτων ασθενών, αν επικυρώνονταν οι πρακτικές θανάτωσης, αυτό θα συνεπάγονταν σοβαρούς κοινωνικούς κινδύνους κατάχρησης, εσφαλμένης χρήσης και αμέλειας..

Το επιχείρημα δεν είναι ότι οι αρνητικές συνέπειες θα επέλθουν αμέσως με την νομιμοποίηση, αλλά ότι θα προκύψουν σταδιακά με την πάροδο του χρόνου, καθώς οι πρακτικές αυτές θα γίνουν οι συνήθεις τρόποι μεταχείρισης των σοβαρών αρρώστων και τραυματισμένων ασθενών.

Η επιτυχία ή αποτυχία των επιχειρημάτων αυτών σχετικά με τις αρνητικές συνέπειες της νομιμοποίησης εξαρτάται από τις θεωρητικές προβλέψεις της προοδευτικής διάβρωσης της ηθικής ευαισθησίας της κοινωνίας και των μορφών προστασίας που διαθέτει για τα ευάλωτα μέλη της.

Η νομιμοποίηση της εκούσιας ενεργητικής ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας απέκτησε τα τελευταία χρόνια υποστηρικτές. Σε τρεις πολιτείες των Ηνωμένων Πολιτειών, τα δικαστήρια επικύρωσαν την δυνατότητα παραχώρησης νόμιμων δικαιωμάτων σε διανοητικά ικανούς ασθενείς πάσχοντες από νόσους τελικού σταδίου να τερματίσουν την ζωή τους με την επαγγελματική αρωγή ιατρών.

#### ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟ.

(17) Ένα θεμελιώδες ερώτημα σχετικά με την υποβοηθούμενη από ιατρό αυτοκτονία αφορά το γιατί κάποιες πράξεις πρόκλησης θανάτου από ιατρούς είναι ηθικά καταδικαστέες ενώ άλλες όχι. Τι είναι αυτό που κάνει την πράξη της υποβοήθησης να αποτελεί σφάλμα όταν είναι σφάλμα και τι την κάνει αποδεκτή όταν είναι αποδεκτή.

Οι περισσότεροι άνθρωποι πιστεύουν ότι δεν είναι πάντα ηθικά εσφαλμένο να προκαλούμε τον θάνατο κάποιου. Για παράδειγμα, μπορούμε αιτιολογημένα να σκοτώσουμε κάποιον όταν βρισκόμαστε σε αυτοάμυνα. Σύμφωνα με τον συγγραφέα G.D. Pellegrino και τους υπέρμαχους της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, η πρόκληση του θανάτου του είναι σφάλμα όχι επειδή θέτει τέλος στην ζωή του, αλλά επειδή προκαλείται αδικαιολόγητη βλάβη ή απώλεια στο άτομο αυτό. Αν η πράξη δεν προκαλεί

αδικαιολόγητη βλάβη , η περίπτωση διαφέρει.Συνεπώς , αυτό που καθιστά σφάλμα την θανάτωση ή την << υποβοήθηση >> της πρόκλησης του θανάτου όταν είναι σφάλμα , είναι το γεγονός ότι ένα άτομο υφίσταται αδικαιολόγητα βλάβη , δηλ ζημιώνεται αδικαιολόγητα το συμφέρον του κατά τρόπο που δεν θα είχε θίγει διαφορετικά.Ειδικότερα , προκαλείται στο άτομο απώλεια αγαθών και της ικανότητας να σχεδιάζει και να επιλέγει το μέλλον του.

.Αν όμως ένα άτομο επιλέγει τον θάνατο αντί των τυπικών αγαθών και σχεδίων της ζωής , τότε η υποβοήθηση του ατόμου αυτού για να επιφέρει το θάνατο του μπορεί ούτε να το βλάπτει ούτε να το αδικεί. Η μη παροχή βοήθειας σε ετοιμοθάνατους αυτής της κατηγορίας είναι δυνατόν να διακόπτει ή να ματαιώνει τα σχέδια τους και από την δική τους οπτική γωνία , μπορεί να τους προκαλεί ζημιά,να θίγει την αξιοπρέπεια τους ή να τους οδηγεί στην απόγνωση.

Όσοι υιοθετούν την άποψη αυτή σκέφτονται επίσης ως εξής: Αν η παθητική στάση με την οποία αφήνουμε τον ασθενή να πεθάνει δεν βλάπτει ούτε αδικεί τον ασθενή επειδή δεν παραβιάζει τα δικαιώματά του, τότε ούτε η υποβοηθούμενη αυτοκτονία , ούτε η εκούσια ενεργητική ευθανασία βλάπτουν ή αδικούν το άτομο που πεθαίνει.Αν αυτό είναι σωστό , τότε εκείνοι που πιστεύουν ότι μερικές φορές είναι ηθικά αποδεκτό να αφήνουμε τους ανθρώπους να πεθαίνουν ,πρέπει να δώσουν μια διαφορετική ερμηνεία της αδικίας της θανάτωσης.Από την άποψη αυτή , η υποχρέωση της αιτιολόγησης βαραίνει τα άτομα που θα αρνιόντουσαν την βοήθεια προς εκείνους που έχουν διαρκή και λογική επιθυμία να πεθάνουν και όχι σε εκείνους που θα τους βοηθήσουν. Αυτός είναι ο πυρήνας του επιχειρήματος υπέρ της ηθικής αιτιολόγησης των πράξεων υποβοηθούμενης αυτοκτονίας παρ'ότι δεν βοηθάει και πολύ στην στήριξη της νομιμοποίησης μιας πρακτικής ή πολιτικής.Υποστηρίζει όμως επίσης το επιχείρημα αυτό αν είναι έγκυρο ,την υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία ;

: Η πιο πολυσυζητημένη από τις πρόσφατες υποθέσεις που αφορούν την υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι του ιατρού Timothy Quill, ο οποίος ανέφερε δημόσια την συμβολή του στην υποβοήθηση μιας ασθενούς με λευχαιμία να πεθάνει. Ο Quill συνταγογράφησε τα βαρβιτουρικά που του ζήτησε η 45 χρονή αυτή γυναίκα , η οποία ήταν ασθενής του για πολλά χρόνια.Πολλοί πιστεύουν πως η πράξη του Quill ήταν αιτιολογημένη για τους εξής λόγους.Η ασθενής είχε την πνευματική διαύγεια και ενήργησε με την θέλησή της.Υπήρχε μακρόχρονη και συνεχιζόμενη σχέση ασθενούς και ιατρού.Η λήψη της απόφασης έγινε από την ασθενή και τον ιατρό και μετά από πλήρη ενημέρωση της ασθενούς.Πριν από την απόφαση προηγήθηκε διεξοδική συζήτηση.Είχαν εξετασθεί και απορριφθεί όλες οι εναλλακτικές λύσεις .Η ασθενής είχε την σταθερή

επιθυμία να πεθάνει. Η ασθενής υπέφερε αφόρητα και θεωρούσε ότι η κατάσταση αυτή της στερούσε το δικαίωμα να ζει με αξιοπρέπεια (κατά την γνώμη της τουλάχιστον.) Και το μέσο που χρησιμοποιήθηκε για τον τερματισμό της ζωής της ήταν όσο το δυνατό πιο ανώδυνο. Το 1994, ο Quill υπεραμύνθηκε των απόψεων του με βάση όχι τόσο τα δικαιώματα των ασθενών όσο την ευσπλαχνική ανταπόκριση του ιατρού σε μια έκτακτη περίπτωση όπου ο πόνος είναι συγκλονιστικός και δεν υπάρχουν άλλες ικανοποιητικές επιλογές.

Παρ'όλο αυτά, κάποιοι θεώρησαν την πράξη του Quill αδικαιολόγητη. Παρέβη ένα νόμο της πολιτείας της Νέας Υόρκης που απαγορεύει την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, εκθέτοντας τον εαυτό του σε ποινική ευθύνη και δημιουργώντας την πιθανότητα άσκησης δίωξης για παράβαση καθήκοντος από το Υπουργείο Υγείας. Ο Quill ενεργούσε από πρόθεση ενάντια στο νόμο της πολιτείας και τους καθιερωμένους κανόνες ιατρικής δεοντολογίας. Επιπλέον, για να προστατέψει τόσο τον εαυτό του όσο και την οικογένεια της ασθενούς και για να αποφύγει την νομική έρευνα, είπε ψέματα στον ιατροδικαστή αναφέροντας ότι η ασθενής που έπασχε από ανίατο νόσημα είχε πεθάνει από οξεία λευχαιμία. Το ειδικό σώμα ενόρκων που συγκλήθηκε, για να κρίνει αν τα σε βάρος του στοιχεία ήταν επάρκη για την παραπομπή σε δίκη, αρνήθηκε να τον παραπέμψει.

Μπορεί τελικά η κοινωνία να επιτρέπει μορφές υποβοηθούμενης αυτοκτονίας όπως του Quill και ταυτόχρονα να προστατεύει τις ζωές των ευάλωτων μελών της; Το ερώτημα αυτό μας οδηγεί στο θέμα των δυσεπίλυτων προβλημάτων των νόμων και των πολιτικών που αφορούν την υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία

## ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΠΡΟΘΕΣΗΣ ΘΑΝΑΤΟΥ

Ο Allen Buchan τυποστηρίζει πως όλοι σχεδόν οι ηθικοί κώδικες και οι ηθικές θεωρίες, θρησκευτικές ή κοσμικές, περιλαμβάνουν την γενική απαγόρευση της αφαίρεσης της ζωής ενός ανθρώπου από πρόθεση (18). Η απαγόρευση αυτή βρίσκεται επίσης στον πυρήνα του ποινικού νόμου: όχι απλώς ο φόνος αποτελεί την σοβαρότερη εγκληματική πράξη, αλλά και η συναίνεση του ίδιου του θύματος δεν αναγνωρίζεται ως άμυνα στην ανθρωποκτονία. Αυτό που επιπλέον ισχύει σε όλους τους νόμους είναι το γεγονός ότι η πρόθεση της *mens rea* (ένοχης σκέψης, αδικοπραξίας από πρόθεση και με γνώση ότι η πράξη είναι άδικη) του ποινικού νόμου ερμηνεύεται έτσι ώστε να είναι συμβατή με την αφαίρεση ζωής με καλό κίνητρο του πράττοντος. Το γεγονός ότι κάποιος σκοτώνει κάποιον άλλο με πρόθεση να τον ωφελήσει – για παράδειγμα, θέτοντας τέρμα στην δυστυχία του –

δεν αποτελεί ούτε λόγο απαλλαγής ούτε αιτιολόγηση. Αυτό που αποτελεί τη *mean rea* που απαιτείται να είναι μια θανάτωση ή αυτοκτονία είναι η πρόθεση της θανάτωσης, όχι το κίνητρο της.

Η νομική απαγόρευση της θανάτωσης από πρόθεση δεν περιορίζεται στην θανάτωση άλλου προσώπου. Μέχρι τον αιώνα μας, η αυτοκτονία θεωρείτο έγκλημα και μέχρι σήμερα η υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι κακούργημα στις περισσότερες χώρες του κόσμου.

Οι κώδικες ηθικής δεοντολογίας, από τον όρκο του Ιπποκράτη μέχρι τις αποφάσεις που υιοθέτησε η Αμερικάνικη Ιατρική Εταιρία, συνήθως απαγορεύουν στους ιατρούς να θανατώσουν ασθενείς ακόμα και με τα πιο αγνά κίνητρα και με την συναίνεση ή τις οδηγίες των ασθενών. Ιδιαίτερα σε όσους θεωρούν ότι είναι θεραπευτές και σωτήρες ζώων, η ιδέα ότι μπορεί να είναι επιτρεπτό να θανατώνουν ασθενείς – πόσο μάλλον ο ισχυρισμός ότι αυτό μπορεί να τους το επιβάλλει η αυτονομία του ασθενούς – είναι δυνατόν να φαντάζει πέρα και πέρα απαράδεκτη, ακόμα και απωθητική.

Υπάρχει ωστόσο μια διαφορετική θέση, που εκφράζεται από τους υπέρμαχους της ευθανασίας ότι σε ορισμένες περιπτώσεις η αφαίρεση της ζωής ενός αθώου από πρόθεση είναι ηθικά επιτρεπτή, τουλάχιστον σε ορισμένα ιατρικά περιβάλλοντα. Είναι αλήθεια πως όσοι συμερίζονται την πεποίθηση αυτή μερικές φορές διαφωνούν μεταξύ τους είτε ως προς το σε ποιές περιπτώσεις επιτρέπεται η θανάτωση από πρόθεση είτε ως προς το ποιές περιπτώσεις συνιστούν περιστάσεις στις οποίες υπάρχει πρόθεση για τον προκαλούμενο θάνατο.

Το πρόβλημα με την θανάτωση από πρόθεση συνεπώς είναι η προφανής αντίφαση ανάμεσα αφενός μεν στην υπακοή στην απαγόρευση της αφαίρεσης της ζωής ενός αθώου από πρόθεση, αφετέρου δε στην πεποίθηση από ορισμένους ιατρούς ότι τουλάχιστον σε περιπτώσεις όπως οι παραπάνω, η θανάτωση από πρόθεση είναι επιτρεπτή. Επειδή όμως η απαγόρευση της θανάτωσης από πρόθεση είναι συνιφασμένη με τον κοινωνικό ιστό, ίσως δεν επαρκεί μια απλή αλλαγή των πεποιθήσεων για να επιλυθεί το πρόβλημα. Ίσως απαιτούνται αλλαγές των θεσμών μας και των κοινωνικών μας ρόλων επίσης. Τίθεται λοιπόν η κοινωνία, σύμφωνα με την άποψη των υπέρμαχων της ευθανασίας, απέναντι σε μια αντίφαση και καλείται να κάνει αλλαγές στους θεσμούς της και στο τρόπο που οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν την ζωή και τον θάνατο.

Σύμφωνα με τον A. Buchan στην προσπάθεια απάντησης αυτών των προβληματισμών έχουν διατυπωθεί φιλοσοφικά οι εξής στρατηγικές.

Στρατηγική πρώτη .

Παραδεχόμαστε ότι ο τερματισμός της ζωής μιας αθώας ανθρώπινης ύπαρξης από πρόθεση είναι πάντα σφάλμα , αλλά προβάλλουμε το επιχείρημα ότι κάποιες περιπτώσεις που φαίνεται ότι αφορούν αιτιολογημένη θανάτωση από πρόθεση δεν αποτελούν σφάλμα , επειδή το εν λόγω άτομο είναι ήδη νεκρό..Κατά την άποψη αυτή , το να επιφέρουμε από πρόθεση τον θάνατο ενός βρέφους που γεννιέται χωρίς εγκέφαλο ή ενός ηλικιωμένου ατόμου που έχει χάσει μόνιμα πλέον κάθε επαφή με το περιβάλλον σημαίνει ότι επιφέρουμε τον θάνατο ενός συστήματος οργάνων , όχι μιας ανθρώπινης ύπαρξης.Τη στρατηγική αυτή μπορούμε να την ονομάσουμε <<στρατηγική της άποψης ότι τα άτομα είναι ήδη νεκρά.>>( they are already dead strategy )

#### Στρατηγική δεύτερη

Υπερασπιζόμαστε την γενική απαγόρευση , αλλά μόνο υπό την προϋπόθεση ότι η εφαρμογή της περιορίζεται σε ανθρώπινες υπάρξεις που έχουν συμφέροντα.Υποστηρίζουμε ότι μερικά ανθρώπινα όντα δεν διαθέτουν τις στοιχειώδεις ικανότητες ευχαρίστησης και πόνου που απαιτούνται για να έχουν συμφέροντα , συνεπώς δεν καλύπτονται από την γενική απαγόρευση.Η στρατηγική αυτή ονομάζεται<< στρατηγική της άποψης ότι αν δεν υπάρχουν συμφέροντα , δεν υπάρχει δικαίωμα στην ζωή.>>( no interests no right to life strategy)

#### Στρατηγική Τρίτη

Επιβεβαιώνουμε την γενική απαγόρευση χωρίς εξαιρέσεις , αλλά υποστηρίζουμε ότι σε όλες τις περιπτώσεις στις οποίες η θανάτωση ενός αθώου προσώπου είναι αιτιολογήσιμη , ο θάνατος ήταν προβλεπόμενος μεν , αλλά όχι εσκεμμένος. ή ισχυριζόμαστε ότι το δόγμα του διπλού αποτελέσματος προσθέτει τόση υποστηρικτική βαρύτητα στην απαγόρευση της θανάτωσης από πρόθεση που πρέπει να αναθεωρήσουμε τις υπάρχουσες παραδοχές.Αυτή είναι η < στρατηγική του διπλού αποτελέσματος>( double effect strategy )

#### Στρατηγική Τέταρτη

Παραδεχόμαστε ότι παρ'ότι κατ' αρχήν η θανάτωση από πρόθεση μιας αθώας ανθρώπινης ύπαρξης μερικές φορές είναι επιτρεπτή υπάρχουν ορισμένα ζητήματα , τα οποία αν αυτά συνεξεταστούν , δείχνουν ότι μια ηθικά ακέραιη δημόσια πολιτική δεν πρέπει να επιτρέπει καθόλου εξαιρέσεις στην απαγόρευση , τουλάχιστον σε ιατρικά περιβάλλοντα.Τα ζητήματα αυτά αφορούν τη δυνατότητα σφάλματος της ανθρώπινης κρίσης , τους κινδύνους κατάχρησης δικαιώματος , τη διάβρωση της εμπιστοσύνης του ασθενούς και την τάση ολίσθησης προς ηθικά απαράδεκτες πρακτικές σχετικά με τον θάνατο.Η στρατηγική αυτή λέγεται<< στρατηγική της συνεχής δημόσιας πολιτικής > ,και εξηγεί γιατί οι περισσότερες νομοθεσίες είναι ενάντια στις διάφορες μορφές ευθανασίας .( prudent public policy strategy )

## Στρατηγική Πέμπτη

Δεχόμαστε ότι οι αιτιολογημένες περιπτώσεις θανάτωσης από πρόθεση είναι βασισμένες σε αρχές εξαιρέσεις της γενικής απαγόρευσης που υποστηρίζονται από ευρέως αποδεκτές και εύλογες ηθικές αξίες, περιλαμβανόμενων εκείνων στις οποίες στηρίζεται η ίδια η απαγόρευση. Την στρατηγική αυτή την ονομάζουμε < στρατηγική των βασισμένων σε αρχές εξαιρέσεων > (principled exception strategy). Η στρατηγική των βασισμένων σε αρχές εξαιρέσεων έχει δύο κύριες παραλλαγές: μια μετριοπαθή εκδοχή κατά την οποία αιτιολογήσιμες εξαιρέσεις της γενικής απαγόρευσης είναι μόνο οι περιπτώσεις στις οποίες το άτομο που πρόκειται να θανατωθεί συναινεί σε αυτό, και μια ριζοσπαστική εκδοχή που δέχεται την πιθανότητα της αιτιολογήσιμης μη εκούσιας θανάτωσης από πρόθεση.

Οι παραπάνω στρατηγικές θεμελιώνουν τα θεωρητικά και ηθικά επιχειρήματα που αναπτύσσονται υπέρ ή και κατά της ευθανασίας. Οι ιατροί ίσως φοβούνται ότι αυτό που ξεκίνησε ως αγώνας απελευθέρωσης των ασθενών από τον ανεπιθύμητο έλεγχο των ιατρών θα έχει ως αποτέλεσμα οι ασθενείς να ασκούν υπέρμετρο έλεγχο στους ιατρούς. Είναι χρήσιμο να παρατηρήσουμε ότι η πρώτη από τις 10 εντολές είναι < ου φονεύσεις > και όχι < ου φονεύσεις παρά μόνο κάτω από αυτές ή εκείνες τις συνθήκες > ή < ου φονεύσεις αθώο >.

## ΠΡΟΘΕΣΗ – ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΚΑΙ ΘΑΝΑΤΩΣΗ

(19) Στην συζήτηση περί ευθανασίας, όπως αναφέρει ο Raymond G Frey υπάρχουν πολλές διενέξεις για τη πρόθεση / πρόβλεψη, πράξη/ παράληψη και ενεργητικότητα / παθητικότητα.

Ο R. G Fray χρησιμοποιεί ένα παράδειγμα για να εξηγήσει το σημείο αυτό. < Στην περίπτωση ενός ασθενούς που χρειάζεται ολοένα και μεγαλύτερες δόσεις αναλγητικών για να μην υποφέρει, ένας ιατρός προτείνει να χορηγηθεί μεγαλύτερη δόση που είναι αναγκαία για να τον ανακουφίσει από τον πόνο, γνωρίζοντας ωστόσο ότι το συγκεκριμένο φάρμακο σε αυξημένη δοσολογία μπορεί να επισπεύσει τον θάνατο του ασθενούς προκαλώντας αναπνευστική καταστολή. Είναι επιτρεπτή η πράξη του ιατρού; Σύμφωνα με ορισμένους είναι επιτρεπτή, αφού άμεση πρόθεση του ιατρού είναι η ανακούφιση του πόνου και όχι η πρόκληση του θανάτου και απλώς προβλέπει ως πιθανή ανεπιθύμητη ενέργεια της πράξης του ότι μπορεί κατώ από ορισμένες συνθήκες να προκληθεί αναπνευστική καταστολή και συνεπώς ο θάνατος του ασθενή. Αν άμεση πρόθεση του ιατρού ήταν να προκαλέσει τον θάνατο του ασθενούς, δηλαδή αν αποσκοπούσε στον θάνατο είτε ως σκοπό είτε ως μέσο, η πράξη του, κατά την ολοκλήρωση της, θα ήταν

φόνος .Με τον τρόπο αυτό λοιπόν , κάποιος θέλουν να κάνουν την ηθική διάκριση ανάμεσα στην θανάτωση από πρόθεση του ασθενούς από το ιατρό και στην πρόκληση του θανάτου του ασθενούς από τον ιατρό εν γνώση του ότι η ενέργειά του θα επιφέρει τον θάνατο.

Άλλοι , έχουν ισχυρές αμφιβολίες για το αν είναι δυνατόν να γίνει μια τέτοια ηθική διάκριση στην βάση αυτή.Τίποτα δεν βασίζεται στο γεγονός ότι μπορούν να υπάρχουν βαθμοί πρόβλεψης των συνεπειών.Ακόμα και αν μπορούσαμε να συμφωνήσουμε ότι οι συνέπειες μπορούν να προβλεφθούν ως δυνατές ή μετά βίας πιθανές , το γεγονός είναι ότι ο ιατρός μας προβλέπει ως πιθανό τον θάνατο του ασθενούς..Και πάλι τίποτα εδώ δεν επηρεάζεται από τον ισχυρισμό ότι ένας πράττων μπορεί να μην καταφέρει να προβλέψει ορισμένες συνέπειες και ότι μπορούμε να πούμε ότι ο ιατρός αυτός θα όφειλε να τις είχε προβλέψει.Καμιά πλευρά της συγκεκριμένης διένεξης δεν υποστηρίζει ότι ο συγκεκριμένος ιατρός είναι αμελής ή απρόσεκτος και έτσι ,κατα κάποιον τρόπο μπορεί να καταδικαστεί ανεξάρτητα από την απόφαση που πάρθηκε στην περίπτωση του ασθενούς.

Ο λόγος που είναι σημαντικό τουλάχιστον να υπάρχει επίγνωση της διάκρισης μεταξύ του επιτρεπτού και της ευθύνης στην περίπτωση του ιατρού είναι το ότι η συζήτηση περί επιτρεπτού δίνει στον ιατρό έναν οδηγό δράσης που λέει ότι αν χορηγηθεί το φάρμακο , δεν θα αμαυρωθεί η εικόνα του χαρακτήρα του ιατρού Με άλλα λόγια , κατά βάθος η άποψη των ηθικών διαφορών συμπικνώνεται στο εξής :παρ'ότι οι πράξεις δυνητικά μπορούν να προκαλούν το θάνατο , ο ιατρός που θανατώνει από πρόθεση τον ασθενή είναι χειρότερος άνθρωπος από εκείνον που απλώς γνωρίζει ότι μπορεί να επιφέρει τον θάνατο του ασθενή.Στην συζήτηση περί ευθύνης στο επίπεδο αυτό,είναι δυνατόν να παραβλεφθεί αυτό το ζήτημα για τον χαρακτήρα.Δηλαδή , ο ιατρός , μπορεί να ξέρει ότι θα είναι υπεύθυνος για έναν θάνατο όποια απόφαση και αν πάρει , αλλά ότι η εικόνα του χαρακτήρα του δεν θα αμαυρωθεί ,μόνο αν αποφασίσει να ενεργήσει με τον ένα τρόπο μάλλον παρά με τον άλλο.Αφού ο φόνος μπορεί να αμαυρώσει σημαντικά την υπόληψη κάποιου, φαίνεται ότι είναι σημαντικό να το γνωρίζει αυτό ο ιατρός.

Για τους υποστηρικτές της άποψης των ηθικών διαφορών η οποία μας ενδιαφέρει , δεν υπάρχει ηθικό ισοδύναμο για ένα υπερασπιστικό επιχείρημα < βρώμικων χεριών >για τον ιατρό που έχει άμεση πρόθεση για τον θάνατο του ασθενούς.Εγείρεται τώρα ένα σημαντικό ερώτημα :Μπορεί κάποιος να μην έχει πρόθεση για αυτό ,αν ξέρει ότι μπορεί να συμβεί ;Ο ιατρός συλλογίζεται τι να κάνει και προσπαθεί να καταλάβει τις ηθικές διαστάσεις της περίπτωσης.

Η γνώμη εκείνων που βρίσκουν ηθική διαφορά ως προς το χαρακτήρα μεταξύ της θανάτωσης από πρόθεση και του να επιφέρει κανείς εις γνώση του το θάνατο είναι ότι ο



ιατρός μπορεί. Το ερώτημα εδώ δεν είναι αν οι ιατροί, γνωρίζοντας ότι θα ακολουθηθεί ή θα επισπευθεί ο θάνατος, επιθυμούν ή θέλουν το αποτέλεσμα αυτό. Παράδειγμα: Προτίθεμαι να σας επιστρέψω τα 5 ευρώ που σας οφείλω, αλλά θέλω πραγματικά να το κάνω αυτό; Προτίθεμαι να συμπεριλάβω στην φορολογική μου δήλωση μια εκτακτή αμοιβή μου, αν και δεν έχω καμία ιδιαίτερη επιθυμία να το κάνω.

Το ερώτημα που τίθεται, ωστόσο, δεν είναι -και δεν πρέπει να μπερδευτούμε και να νομίσουμε ότι είναι- αν οι ιατροί πρέπει να επιθυμούν αυτό που προτίθενται να κάνουν. Το ερώτημα είναι μάλλον αν μπορούν να μην έχουν πρόθεση γι' αυτό που ξέρουν ότι μπορεί να συμβεί αν χορηγήσουν το φάρμακο. Με λίγα λόγια, το ερώτημα δεν αφορά την σχέση ανάμεσα στην πρόθεση και στην επιθυμία, αλλά ανάμεσα στην πρόθεση και στην πρόβλεψη.

Για την πρόθεση και την πρόβλεψη ο πράττων πρόβλεπει μεν, αλλά δεν θέλει την προκείμενη συνέπεια. Τι γίνεται όμως αν ο πράττων προβλέπει και θέλει αυτή την συνέπεια; Στην περίπτωση αυτή, θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο πράττων έχει καταλήξει να επηρεάζει με την θέληση του τη συνέπεια, είτε ως μέσο είτε ως σκοπό, και ότι συνεπώς έχει πρόθεση γι' αυτήν. Για τον λόγο αυτό, στην περίπτωση των ιατρών μπορεί να φαίνεται σημαντικό ότι προβλέπουν μεν αλλά δεν θέλουν το θάνατο που μπορεί να προκύψει από την πράξη της χορήγησης του φαρμάκου. Ο ιατρός προβλέπει το θάνατο του ασθενούς ως κάτι που μπορεί να συμβεί, αν προβεί στην χορήγηση φαρμάκου.

Κάτω από αυτές τις συνθήκες, ο λόγος που τίθεται πιεστικά το ερώτημα για το αν είναι δυνατό να μην υπάρχει πρόθεση είναι ότι ο ιατρός μοιάζει να είναι ο παράγοντας που επιφέρει το θάνατο του ασθενούς, με την έννοια ότι αν πάρει τη μια απόφαση αντί της άλλης, ο ασθενής θα πεθάνει.

Υπάρχουν όμως και οι περιπτώσεις όπου ο θάνατος του ασθενούς είναι προϊόν επιλογής ή απόφασης.

Πχ. Σε περιπτώσεις όπου, επειδή απειλείται η ζωή της μητέρας γίνεται θεραπευτική απόξεση. Η θεραπευτική απόξεση γίνεται με άμεση πρόθεση του θάνατο του εμβρύου και αυτό είναι φόνος άρα απαγορεύεται. Ενώ, αν δεν γίνει η απόξεση και όπως θα λέγαμε αφήσει την μητέρα να πεθάνει, αυτό θα ισοδυναμούσε με πρόβλεψη του θανάτου της μητέρας ως συνέπεια της μη τέλεσης της χειρουργικής επέμβασης και αυτή η επιλογή που αφήνει την μητέρα να πεθάνει, ή όπως λέγεται μερικές φορές << αφήνει την φύση να ακολουθήσει τον δρόμο της >>, παρ' ότι είναι ένα τραγικό γεγονός, δεν απαγορεύεται. Δεν αρκεί όμως να λέμε έτσι αόριστα ότι <επιτρέπεται> στην μητέρα να πεθάνει: ο ιατρός είναι αυτός που το επιτρέπει ή την αφήνει να πεθάνει. Μόνο αν ο ιατρός πάρει την μια απόφαση έναντι της άλλης πεθαίνει η μητέρα και τον έλεγχο της απόφασης αυτής τον έχει ο ιατρός. Η μητέρα δεν ήταν ανάγκη να πεθάνει αλλά από τη άλλη ούτε

και το έμβρυο έπρεπε να πεθάνει.Όποια και από τις δύο εναλλακτικές λύσεις και αν ακολουθηθεί , οφείλεται άμεσα στο πως επέλεψε να ασκήσει ο ιατρός τον έλεγχο στην απόφαση για το αν θα χειρουργούσε ή όχι το έμβρυο και μέσω αυτού του ελέγχου, φέρει ευθύνη για την απόφαση αυτή.

Είναι λάθος να νομίζουμε ότι ο έλεγχος που έχει ένας ιατρός σε μια κατάσταση μπορεί να εκδηλωθεί μόνο μέσω της δράσης και της παρέμβασης και ποτέ μέσω της μη δράσης και της μη παρέμβασης.Το αν θα παρέμβει ο ιατρός ή όχι είναι δική του απόφαση.Μπορεί να αποφασίσει να πραγματοποιήσει θεραπευτική απόξεση ή να μην προβεί στην ενέργεια αυτή.Ο ιατρός δεν ξεφεύγει από το δίχτυ της ευθύνης του ελέγχου εκκωρώντας την απόφαση για το τι πρέπει να κάνει στην περίπτωση.Ας εξετάσουμε την περίπτωση της απόξεσης .Αν ο ιατρός αποφασίσει να προβεί στην επέμβαση ,τότε παρεμβάνει και προκαλεί ένα θάνατο.Ωστόσο , αν αποφασίσει να μην προβεί στην επέμβαση , άρα να μην παρέμβει δεν προκαλεί αυτός το θάνατο της μητέρας.Θα μπορούσε να λεχθεί ότι το θάνατο της προκαλεί η φύση ή η ασθένεια της.

Επιπλέον υπάρχει σημαντική διαφορά εννοιολογική, ανάμεσα στην πρόθεση και στην πρόβλεψη.όταν έχεις πρόθεση να κάνεις κάτι , προσπαθείς με κάθε τρόπο να το πετύχεις κάτι που δεν ισχύει όταν απλά προβλέπεις ότι κάτι μπορεί να συμβεί..Αν παρά ότι επιτεύχθηκε ανακούφιση από τον πόνο και την κατάθλιψη ο ιατρός συνεχίσει την χορήγηση οπιοειδών τότε είναι σαφές πως ο ιατρός δεν προέβλεπε στον θάνατο του ασθενούς αλλά τον επιδίωκε.Είναι γεγονός πως για αν συνεχίσουν οι ασθενείς να βοηθούνται έτσι ώστε να έχουν έναν ειρηνικό και ήσυχο θάνατο , οι ιατροί πρέπει να συνεχίσουν να μπορούν να χορηγούν επαρκή αγωγή , ακόμα και όταν προβλέπουν ότι η θεραπεία μπορεί κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες να επισπεύσει τον θάνατο στον ασθενή. (20)

#### ΑΠΟΣΥΡΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΝΑΝΤΙ ΘΑΝΑΤΩΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

(21) Σε μια πολύ σημαντική μελέτη που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό Lancet ο Van dez Maars και οι συνεργάτες του παρουσίασαν πληροφορίες σχετικά με τα γεγονότα γύρω από τον θάνατο Ολλανδών ασθενών.Σύμφωνα με τα στοιχεία τους, το 75% των ασθενών που πέθαναν είχαν λάβει οπιοειδή για να ανακοφιστούν από τον πόνο και άλλα συμπτώματα σε δόσεις τόσο υψηλές που ίσως τελικά συντόμευαν την ζωή τους.

Ως επι το πλείστον η συντόμευση της ζωής περιλάμβανε ώρες ή μέρες ,αλλά μερικές φορές περιλάμβανε ακόμα και εβδομάδες ή μήνες.Στο 6% των περιπτώσεων αυτών , ο κύριος στόχος ήταν ο τερματισμός της ζωής .Σύμφωνα με τα στοιχεία των μελετών ,σε άλλο ένα 17,5% των ασθενών που πέθαιναν , δεν χορηγήθηκε ή αποσύρθηκε η θεραπεία

παράτασης της ζωής. Η επακόλουθη μη παράταση της ζωής ήταν ξεκάθαρος στόχος στο 50% των περιπτώσεων και το υπολογιζόμενο διάστημα ζωής από το οποίο παραιτήθηκαν οι ασθενείς ήταν σημαντικά μεγαλύτερο απ' ό,τι στις περιπτώσεις ασθενών που ελάμβαναν υψηλές δόσεις οπιοειδών. Τέλος, σύμφωνα με τα στοιχεία τους, χορήγηση θανατηφόρων φαρμακευτικών ουσιών κατ' απαίτηση του ασθενούς έλαβε χώρα στο 1.8% του συνόλου των θανάτων και πραγματοποιήθηκε χωρίς ρητή απαίτηση ακριβώς πριν από την χορήγηση των θανατηφόρων φαρμακευτικών ουσιών στο 98% του συνόλου των θανάτων. Ο συγγραφέας εισήγαγε έναν νέο όρο, την ιατρική απόφαση σχετικά με το τέλος της ζωής. (medical decision concerning the end of life MDEL) που αποσκοπεί στην κάλυψη και των τριών αυτών αποφάσεων, και ισονόμισαν την αναφορά τους με τον ισχυρισμό ότι οι MDEL χρήζουν πολύ περισσότερης προσοχής στην έρευνα, την διδασκαλία και την δημόσια συζήτηση, αφού λαμβάνονται στο 38% του συνόλου των θανάτων.

. Όποιος τύπος απόφασης και αν λαμβάνεται (για την χορήγηση οπιοειδών, την μη χορήγηση ή την απόσυρση της φροντίδας και την χορήγηση των θανατηφόρων φαρμακευτικών ουσιών) η απόφαση πιθανώς ακολουθείται σε κάθε περίπτωση από τον θάνατο του ασθενούς νωρίτερα από το χρονικό σημείο κατά το οποίο θα είχε επέλθει αν δεν είχε ληφθεί η απόφαση αυτή και λαμβάνεται εν γνώση της πιθανότητας να συμβεί αυτό. Άλλοι θα θεωρήσουν ότι ο όρος αυτός δεν είναι χρήσιμος, ακριβώς επειδή καλύπτει σωριδόν και τους τρεις τύπους περιπτώσεων, αφήνοντας σημαντικές ηθικές διακρίσεις μεταξύ τους, διακρίσεις που έχουν να κάνουν με τις προθέσεις των εμπλεκόμενων πλευρών, την αιτία θανάτου ή την φύση των πράξεων εκτέλεσης της απόφασης. Από ηθική άποψη, η μη χορήγηση ή η απόσυρση της θεραπείας διατήρησης της ζωής είναι σημαντικά διαφορετική από την χορήγηση των θανατηφόρων φαρμακευτικών ουσιών.

(22) Ο James Rachels δημοσίευσε το 1975 το ακόλουθο επιχείρημα. Ένας λόγος που τόσοι πολλοί νομίζουν ότι υπάρχει σημαντική ηθική διαφορά μεταξύ της ενεργητικής και της παθητικής ευθανασίας είναι το ότι νομίζουν ότι το να θανατώνεις κάποιον είναι καλύτερο από το να τον αφήνεις να πεθάνει. Είναι όμως ; Το να θανατώνεις κάποιον είναι αυτό καθαυτό χειρότερο από το να τον αφήνεις να πεθάνει : Για να μελετήσουμε το ζήτημα αυτό, μπορούμε να εξετάσουμε δύο περιπτώσεις που είναι ακριβώς ίδιες, με την διαφορά ότι στην μια κάποιος θανατώνει ένα άλλο άτομο ενώ στην άλλη το αφήνει να πεθάνει.

Στην πρώτη ο Smith πρόκειται να κληρονομήσει μια μεγάλη περιουσία αν συμβεί κάτι στο 6χρονο ξαδερφό του. Ένα βράδυ την ώρα που κάνει το παιδί το μπάνιο του ο Smith μπαίνει κρυφά στο λουτρό και το πνίγει. Κατόπιν φροντίζει ο θάνατος του να φανεί ως ατύχημα. Στην δεύτερη, ο Jones θα κληρονομήσει επίσης μια τεράστια περιουσία αν συμβεί κάτι στον 6χρονο ξάδελφο του. Όπως και ο Smith μπαίνει κρυφά

στο λουτρό με σκοπό να πνίξει το παιδί στην μπανιέρα.Καθώς μπαίνει όμως βλέπει το παιδί να γλυστράει , να χτυπάει το κεφάλι του και να πέφτει στο νερό. Ο Jones παρακολουθεί καταχαρούμενος ο ξάδερφος του να πεθαίνει χωρίς να κάνει τίποτα.Ο Smith λοιπόν σκότωσε το παιδί ενώ ο Jones το άφησε να πεθάνει.Αυτή είναι η μόνη διαφορά μεταξύ τους.Συμπεριφέρθηκε άραγε καλύτερα από ηθική άποψη ο ένας από τους δύο τους ; Αν η διάκριση μεταξύ του να θανατώνεις και του να αφήνεις να πεθάνει κάποιος ήταν αυτή καθεαυτή σημαντικό ζήτημα ,θα έπρεπε να πει κανείς ότι η συμπεριφορά του Jones ήταν λιγότερο κατακριτέα από του Smith .Υπάρχει όμως κανείς που θέλει πραγματικά να υποστηρίξει κάτι τέτοιο; Νομίζω πως όχι.>

Σκέψεις ως επιχείρημα αναδιόρθωσης του επιχειρήματος του Rachiels

- 1) Αν υπάρχει ηθικά σημαντική διαφορά μεταξύ της χορήγησης θανατηφόρων ουσιών και της μη χορήγησης ή της απόσυρσης της θεραπείας διατήρησης της ζωής , υπάρχει επειδή η μεν περιλαμβάνει θανάτωση ενώ οι δε περιλαμβάνουν το να αφήνεις κάποιον να πεθάνει και μεταξύ αυτών των δύο υπάρχει σημαντική ηθική διαφορά
- 2) Αν υπάρχει ηθικά σημαντική διαφορά μεταξύ του να θανατώνεις και να αφήνεις κάποιον να πεθάνει , τουλάχιστον σε μερικές περιπτώσεις θα επρόκειτο για επαρκώς σημαντική διαφορά,έτσι θα είχε αξιόλογη ηθική σημασία σε κάθε περίπτωση.
- 3) Η μόνη διαφορά ανάμεσα στην συμπεριφορά του Smith και την συμπεριφορά του Jones είναι ότι η μια περιλαμβάνει θανάτωση ενώ η άλλη περιλαμβάνει το να αφήσεις κάποιον να πεθάνει.
- 4) Διαισθητικά , ωστόσο οι συμπεριφορές τους είναι εξίσου κακές , άρα πρόκειται για περίπτωση στην οποία η διαφορά μεταξύ του να θανατώνεις και του να αφήνεις κάποιον να πεθάνει δεν έχει αξιόλογη ηθική σημασία.
- 5) Συνεπώς , δεν υπάρχει ηθικά σημαντική διαφορά σε οποιαδήποτε περίπτωση μεταξύ του να θανατώνεις και του να αφήνεις κάποιον να πεθάνει και μεταξύ της χορήγησης θανατηφόρων ουσιών και της μη χορήγησης ή απόσυρσης της θεραπείας διατήρησης της ζωής. Παρ' όλα αυτά όπως υσχυρίζονται οι επικριτές του επιχειρήματος του Rachiel η σημαντική διαφορά στα παραπάνω παραδείγματα και στην περίπτωση του ιατρού που αποφασίζει την ενεργητική ή την παθητική ευθανασία είναι ότι και στις δύο παραπάνω αναφερόμενες περιπτώσεις , το άτομο που προκαλεί τον θάνατο ,είτε αφήνει το άλλο άτομο να πεθάνει έχει ιδίον συμφέρον ( τα χρήματα) ενώ στην περίπτωση του ιατρού που αποφασίζει για την ενεργητική ή παθητική ευθανασία δεν υπάρχει ή τουλάχιστον δεν πρέπει να υπάρχει προσωπικό συμφέρον.

Έχει προωθηθεί κατά καιρούς από τους υποστηρικτές της ευθανασίας μια εισήγηση, κατά την οποία υπάρχουν μέθοδοι θεραπείας τόσο δαπανηρές που η κοινωνία μας δεν είναι υποχρεωμένη να τις παρέχει σε ορισμένους ασθενείς, ακόμα και αν η μη παροχή τους σημαίνει ότι οι ασθενείς αυτοί θα πεθάνουν νωρίτερα από το αν είχαν λάβει αυτές τις μορφές θεραπείας. (23) Η πρόταση αυτή στην πραγματικότητα είναι σε μεγάλο βαθμό σύμφωνη με τις παρατηρήσεις μας σχετικά με την περιορισμένη έκταση των θυσιών που είμαστε υποχρεωμένοι να κάνουμε για να αποφύγουμε να αφήσουμε να πεθάνουν άνθρωποι.

Χρειαζόμαστε μια διάκριση μεταξύ του να θανατώνουμε και του να αφήνουμε κάποιον να πεθάνει η οποία να μεταχειρίζεται τις συνήθεις αποφάσεις όπως να γράφονται οι εντολές μη ανάνηψης ή να μην χορηγούνται αντιβιοτικά, ακόμα και να αφαιρούνται τα σωληνάκια από ασθενείς που δεν μπορούν να ζήσουν αλλιώς, ως περιπτώσεις στις οποίες ο ασθενής αφήνεται να πεθάνει και όχι ως θανατώσεις. Αφού οι συνήθεις αποφάσεις αυτές συχνά λαμβάνονται με σκοπούμενο στόχο ή μέσο τον θάνατο του ασθενούς, δεν είναι επαρκής η εξήγηση της πρόθεσης θανάτου. Η εξήγηση της πρόκλησης θανάτου ίσως ταιριάζει, αλλά εξαρτάται από την αναγκαία περαιτέρω ανάλυση τόσο της διάκρισης μεταξύ αιτιών και απαραίτητων προϋποθέσεων όσο και της μεταφυσικής της αιτιότητας.

## ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΑΡΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Είναι ευρέως διαδεδομένη η πεποίθηση, όπως τονίζει η Ann Davis ότι οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα τόσο ηθικά όσο και νομικά να αρνηθούν να δεχτούν τη θεραπεία που θα έσωζε την ζωή τους. (24) Δεν πιστεύουν όμως όλοι από όσους υποστηρίζουν τα δικαιώματά αυτά ότι οι ασθενείς επιτρέπεται να λάβουν υποστήριξη ή βοήθεια για να τερματίσουν την ζωή τους, ακόμα και όταν αυτό θα περιλαμβάνει την << παθητική >>, αλλά σκόπιμη μη χορήγηση ή απόσυρση της σωτήριας θεραπείας μάλλον παρά την << ενεργητική >> χρησιμοποίηση μέτρων τερματισμού της ζωής. Θεωρείται ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ της αποδοχής του δικαιώματος ενός ασθενούς ή να αρνηθεί την θεραπεία με την οποία θα σωζόνταν η ζωή του (αφενός και της αποδοχής της αυτοκτονίας, της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας ή της ευθανασίας (αφετέρου).

Αν πολλοί άνθρωποι αποδίδουν ηθική σημασία στην διάκριση μεταξύ του σεβασμού της άρνησης της θεραπείας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας ή της εφαρμογής της ευθανασίας, εύλογα μπορούμε να σκεφτούμε ότι οι νόμοι μας και οι

κοινωνικές πολιτικές μας θα έπρεπε να κάνουν το ίδιο.Υπάρχουν λόγοι τόσο ηθικοί όσο και πρακτικοί για να θεωρήσουμε ότι οι κοινωνικές πολιτικές πρέπει να περιορίζονται από τις ευρέως διαδεδομένες ηθικές πεποιθήσεις και να συμφωνούν με αυτές.Οι πεποιθήσεις αυτές, αν τις εξετάσουμε προσεκτικά,ίσως φανούν ασύνδετες ή ανεπαρκώς αιτιολογημένες.Αν λοιπόν στηρίζουμε το βάρος της κοινωνικής πολιτικής σε μια τόσο αδύναμη βάση , ίσως αυτό να ευνοούσε τις σοφιστίες , την σύγχυση και τις καταχρήσεις.

Τόσο οι ευρέως διαδεδομένες ηθικές πεποιθήσεις μας, όσο και οι νομικές μας παραδόσεις αναγνωρίζουν ότι οι ασθενείς έχουν τουλάχιστον κάποιο είδος δικαιώματος να αρνούνται την ιατρική θεραπεία που ενδεχομένως θα τους έσωζε την ζωή.Και παρ'ότι το δικαίωμα αυτό μπορεί να καταπατηθεί σε ακραίες περιστάσεις , γενικά θεωρείται ισχυρό.Με την προϋπόθεση να είναι διανοητικά ικανοί, να έχουν πνευματική διαύγεια ( δηλ να είναι σε θέση να κάνουν τη λογική σύνδεση μέσου-σκοπού και να κατανοήσουν τις συνέπειες των επιλογών τους) και να είναι ενήμεροι σχετικά με την φύση και τις συνέπειες της προτεινόμενης θεραπείας και των εναλλακτικών της λύσεων ,οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να αρνούνται την θεραπεία ακόμα και όταν η θεραπεία αυτή φαίνεται ευεργετική και οι λόγοι απορριψής της δεν φαίνονται και πολύ πειστικοί. Οι ασθενείς μπορούν να απορρίψουν την σωτήρια θεραπεία ακόμα και αν συντρέχουν τα παρακάτω.

- 1) Η θεραπεία θεωρείται ότι είναι απαραίτητη για την διατήρηση της ζωής του ασθενούς και είναι πολύ πιθανόν ο ασθενής να πεθάνει χωρίς αυτήν.Ο θάνατος του ασθενούς θα ήταν έτσι μια προβλεπόμενη συνέπεια της μη θεραπείας και ο ασθενής το καταλαβαίνει αυτό.
- 2) Η θεραπεία είναι τόσο αποτελεσματική όσο και ασφαλής : είναι πιθανόν η ζωή του ασθενούς να παρατείνονταν με την θεραπεία και ο κίνδυνος ιατρικών επιπλοκών ή ανεπιθύμητων ενεργειών είναι μικρός.
- 3) Η θεραπεία έχει ως στόχο την αποκατάσταση :αν ο ασθενής δεχόταν την θεραπεία , δεν θα επιζούσε απλώς,αλλά θα επιζούσε σε μια κατάσταση που δεν θα κρίνονταν ιατρικά απαράδεκτη ( δηλ η προβλεπόμενη μεταθεραπευτική ιατρική κατάσταση του ασθενούς δεν θα χαρακτηριζονταν από αφόρητους πόνους,σοβαρή παραμόρφωση ή σημαντική απώλεια της αξιοπρέπειας )
- 4) Η θεραπεία δεν είναι ούτε δαπανηρή σε βαθμό απαγορευτικό , ούτε εξαιρετικά πολύπλοκη από τεχνολογικής πλευράς .
- 5) Θεωρείται εύλογο, ότι αν ο ασθενής δέχονταν να υποβληθεί στην θεραπεία ( και όσο αν ο ασθενής υποβάλλονταν χωρίς την θέληση του σε αυτή ), θα μπορούσε να συνεχίσει να ζει με ένα τρόπο ζωής που θα άξιζε τον κόπο να την ζει κανείς.Παρ'

ότι μπορεί να υπάρχει κάποιος κίνδυνος να αντιδράσει ο ασθενής στην εξαναγκαστική υποβολή του στην θεραπεία νοιώθοντας ψυχική δυσφορία και ταπείνωση , υπάρχει σημαντική πιθανότητα τα προβλήματα να ξεπεραστούν , ακόμα και αν η προσπάθεια αποκατάστασης μιας ικανοποιητικής ζωής για τον ασθενή περιλάμβανε μια περίοδο εντατικής θεραπείας ή νοσηλείας.

Υπάρχουν λόγοι να πιστεύει κανείς ότι ο ασθενής αρνείται την θεραπεία όχι απλώς επειδή έχει αντίρρηση για την συγκεκριμένη μορφή θεραπείας αυτή καθαυτή ως επώδυνη ή εξευτελιστική , αλλά γιατί πιστεύει πως η συνέχιση της ζωής του κάτω από τέτοιες συνθήκες θα διακύβευε σημαντικά προσωπικά ιδεώδη ή αξίες του. Ο ασθενής είτε ακολουθεί μια οργανωμένη θρησκεία ή προσωπικό δόγμα που απαγορεύει αυτή την μορφή θεραπείας , είτε απλώς πιστεύει , για δικούς του λόγους , ότι η υποβολή του στην θεραπεία θα διακύβευε τις αξίες του κατά τρόπους απαράδεκτους.

Κανένα δικαίωμα δεν είναι ιερό , ούτε προστατεύεται με μεγαλύτερη μέριμνα από το κοινό δίκαιο , από το δικαίωμα κάθε ατόμου να κατέχει και να ελέγχει τον ίδιο του τον εαυτό , ελεύθερο από κάθε περιορισμό ή παρέμβαση των άλλων .

Ο ισχυρισμός περί μη αναστρεψιμότητας της αφαίρεσης της ζωής είναι σωστός ως προς το ότι αν αφαιρέσουμε την ζωή του ασθενούς δεν μπορούμε να διορθώσουμε το σφάλμα μας αν αργότερα κρίνουμε ότι η πρότερη απόφαση τερματισμού της ζωής του ήταν λανθασμένη. Το επιχείρημα αυτό, προβάλλεται κατά της θανατικής ποινής : αν διαπιστωθεί αργότερα ότι ένας αθώος καταδικάστηκε κατά λάθος και εκτελέστηκε , δεν είναι δυνατή καμία διόρθωση του λάθους αυτού. Σε καμία περίπτωση δεν μπορούμε να αποκαταστήσουμε την ζωή του θανόντος , αν αργότερα αποφασίσουμε ότι η αφαίρεση της ζωής του ήταν λάθος.

## ΟΙ ΠΡΩΤΑΡΧΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΘΑΝΑΤΟΥ

Ένα λογικό σημείο εκκίνησης για μια συζήτηση με αντικείμενο το ρόλο του ιατρού που αφήνει τον ασθενή του να πεθάνει ή τον θανατώνει είναι η εξέταση των κυρίων αξιών των σκοπών της ιατρικής. Σύμφωνα με το κέντρο Hastings , τέσσερις βασικές αξίες πηγάζουν από τις ηθικές παραδόσεις της ιατρικής και νοσηλευτικής και από τις ηθικές , θρησκευτικές και νομικές παραδόσεις της κοινωνίας μας. (25 ) Οι αξίες αυτές είναι :

- 1) Η ευημερία του ασθενούς ( αυτό που τον συμφέρει περισσότερο)

- 2) Η αυτονομία του ασθενους ( το δικαίωμα του στην αυτοδιάθεση)
- 3) Η ακεραιότητα του επαγγελματία της φροντίδας της υγείας
- 4) Η δικαιοσύνη ή ισονομία.

Η προεδρική Επιτροπή ( President 's Commission ) υποστηρίζει ότι <η κύρια βάση για την ιατρική θεραπεία των ασθενών είναι η προοπτική ότι θα προαχθεί το συμφέρον κάθε ατόμου και ειδικότερα το συμφέρον της ευημερίας του.Συνεπώς η θεραπεία κανονικά αποσκοπεί να ωφελήσει τον ασθενή , μέσω της διατήρησης της ζωής , της ανακούφισης του από τον πόνο και τις ταλαιπωρίες , της προστασίας του από τις αναπηρίες και την επαναφορά του στην μέγιστη αποτελεσματική λειτουργικότητα >

< Όμως ποιοί είναι οι κατάλληλοι σκοποί και αξίες όταν οι θεραπείες δεν είναι αποτελεσματικές για τους σκοπούμενους στόχους τους ,όταν δεν εξυπηρετείται κανένας από τους σκοπούς αυτούς και ο ασθενής υποφέρει από αφόρητο πόνο για τον οποίο δεν υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία ; Ο ιατρός πρέπει απλώς να παρατηρεί και να αφήνει την φύση να ακολουθήσει τον δρόμο της ή κάτω από αυτές τις συνθήκες μπορεί να αιτιολογήσει την υποβοηθούμενη αυτοκτονία ή ευθανασία ;> Θέτει τον παραπάνω προβληματισμό ο Conwell στο New England Journal of Medicine (26)

Από κλινική και ηθική άποψη υπάρχουν τέσσερις κατηγορίες ηθικά διακριτών πράξεων :1) Να αφήνουμε κάποιον να πεθάνει ( μέσω της εγκατάλειψης της θεραπείας ) 2) Η παρηγορητική φροντίδα 3) η υποβοηθούμενη απο τον ιατρό αυτοκτονία και 4) η ευθανασία . Οι κατηγορίες αυτές είναι ευρέες και είναι δυνατόν να υπάρχουν γκριζες ζώνες μεταξύ τους σε κάποιες περιστάσεις Παρ' όλα αυτά , υπάρχουν αρκετά σημαντικές διακρίσεις ώστε να είναι εφικτή η εδραίωση των κατηγοριών αυτών.

## . ΦΥΣΙΚΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Υπό κλινική έννοια , πρέπει να βλέπουμε τον πόνο στις ευρύτερες διαστάσεις του , ως φαινόμενο τόσο φυσικό (σωματικό ) , όσο και ψυχολογικό.Ο Eric Cassell περιγράφει τι είναι να υποφέρει κανείς με τον εξή ορισμό : (27) << Κατάσταση σοβαρής ψυχικής δυσφορίας συνδεδεμένης με τα συμβάντα που απειλούν την ακεραιότητα του ατόμου >>Σημειώνει ότι << η ανακούφιση του ατόμου που υποφέρει θεωρείται ένας από τους πρωταρχικούς στόχους της ιατρικής τόσο από τους ασθενείς όσο και από το γενικό κοινό, όχι όμως πάντα και από τους εκπροσώπους του ιατρικού επαγγέλματος >>. Επίσης << οι ασθενείς και οι φίλοι και οι οικογένειες τους , δεν διαχωρίζουν το να υποφέρει κανείς στις φυσικές και μη φυσικές πηγές με τον τρόπο που το κάνουν οι ιατροί , οι οποίοι ενδιαφέρονται πρώτιστα για τις φυσικές πηγές >>



Ένας ασθενής είναι δυνατόν να υποφέρει τρομερά και όμως να είναι ελεύθερος από τον πόνο ή την φυσική δυσφορία << Κάποιος χωρίς φυσικό πόνο , ακόμα και χωρίς συμπτώματα μπορεί να υποφέρει .Οι άνθρωποι μπορούν να υποφέρουν από αυτά που έχουν χάσει από τον εαυτό τους σε σχέση με τον κόσμο των αντικειμένων, των γεγονότων , των σχέσεων . Όταν υποφέρουμε έτσι , αυτό συμβαίνει λόγω της ακεραιότητας μας ως προσώπων, της συνοχής και της αριότητας μας, και προέρχεται όχι μόνο από την ακεραιότητα του σώματος αλλά και από την πληρότητα του δικτύου των σχέσεων μας με τον εαυτό μας και τους άλλους >. Και ο Cassell συνεχίζει << Όλοι αναγνωρίζουμε ορισμένα τραύματα , που σχεδόν πάντα μας κάνουν να υποφέρουμε : τον θάνατο προσφιλών προσώπων ή το να βλέπουμε να υποφέρουν , την απελπισία , το μαρτύριο, την απώλεια εργασίας ,την βαθεία προδοσία , την φυσική αγωνία,την απομόνωση , την έλλειψη στέγης ,την έκπτωση της μνήμης και τον ακατάπαυστο φόβο .>> Θα μπορούσαμε επίσης να προσθέσουμε την επίγνωση της απώλειας της ίδιας μας της προσωπικότητας , όπως στα πρώιμα στάδια της νόσου του Alzheimer . Η Janet Adking, η πρώτη ασθενής στην οποία εφάρμοσε ευθανασία ο Δρ Kevozkian , αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα του φαινομένου αυτού.

Σχεδόν όλοι τονίζει ο Cassell φαίνεται να συμφωνούν ότι μερικοί ιατροί δεν τα καταφέρνουν καθόλου καλά να κατανοήσουν και να ανακουφίσουν τους ασθενείς που υποφέρουν και ότι αυτή είναι μια από τις κινητήριες δυνάμεις πίσω από το κίνημα της ευθανασίας.

Μια ομοσπονδιακή συμβουλευτική επιτροπή, αναφερόμενη σε δεκάδες αναφορές , κατέληξε στο συμπέρασμα << Το 50% έως και 60% των ασθενών με πόνους καρκίνου έζησαν το τελευταίο κομμάτι της ζωής τους υποφέροντας από σοβαρούς πόνους για τους οποίους δεν υπήρχε ανακούφιση >> και κάλεσε τους ειδικούς να κάνουν καλύτερη χρήση των σύγχρονων γνώσεων και της τεχνολογίας για τον έλεγχο του πόνου, εντατικότερων επιμορφωτικών προγραμμάτων με αντικείμενο την αντιμετώπιση του πόνου για τους επαγγελματίες της φροντίδας της υγείας, διευρυσμένων ερευνών για την ανάπτυξη νέων φαρμακευτικών και μη φαρμακολογικών θεραπειών και ελέγχων στα νοσοκομεία για να διασφαλιστεί η αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση του πόνου από πλευράς ιατρών

## ΣΧΕΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ – ΙΑΤΡΟΥ

Στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες, είναι συνηθισμένη η στενή σχέση ασθενούς-ιατρού που μπορεί να διαρκεί αρκετά χρόνια. Ο ιατρός συχνά ξέρει πολύ καλά τις ανάγκες , τους στόχους και τις προσωπικές αξίες του ασθενούς ( και της οικογένειας

του) Στις Ηνωμένες Πολιτείες συμβαίνει ακριβώς το αντίθετο.Ακόμα και αν η Αμερικάνικη Ιατρική Εταιρία, εκφράζει βαθειά θλίψη για την χαμηλή συχνότητα της στενής σχέσης ασθενούς –ιατρού σε αυτή την χώρα. (28)

Στην Ολλανδία, οι ιατροί που χορηγούν ευθανασία γενικά έχουν μακρόχρονη σχέση με τον ασθενή, η οποία επιτρέπει στον ιατρό να έχει πρόσβαση στις ζωτικές αυτές πληροφορίες. Στην Η.Π.Α ,όπως και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας ,οι ιατροί σπάνια γνωρίζουν τους ασθενείς τους όσο καλά θα έπρεπε να τους γνωρίζουν για να αξιολογήσουν σωστά την παράκλησή τους για ευθανασία.Επιπλέον στην Ελλάδα, τώρα τα τελευταία χρόνια άρχισε να εφαρμόζεται ο θεσμός του γενικού ιατρού και ακόμα η πλειοψηφία των ασθενών επισκέπτονται το νοσοκομείο για τα προβλήματα υγείας τους, χωρίς να έχουν συστηματική παρακολούθηση και χωρίς να έχει αναπτυχθεί μια σχέση μεταξύ ιατρού-ασθενή.

Πολλοί ιατροί και θεωρητικοί της ηθικής υποστηρίζουν ότι η υποβοηθούμενη από ιατρό αυτοκτονία και η ενεργητική ευθανασία θα υπονόμειαν σοβαρά την πίστη και την εμπιστοσύνη των ασθενών στους ιατρούς. Την άποψη αυτή αντικρούουν όμως δύο επιχειρήματα που χρησιμοποιούν οι υπέρμαχοι της ευθανασίας Πρώτον πολλοί ασθενείς ήδη δεν έχουν και πολλή πιστή και εμπιστοσύνη στους ιατρούς τους. Δεν πιστεύουν ότι οι ιατροί τους διαθέτουν αρκετή ευσπλαχνία ,θάρρος και λογική για να τους αφήσουν να πεθάνουν με όσο το δυνατό πιο ανθρωπιστικό τρόπο. Μάλιστα αυτή είναι και μια από τις κινητήριες δυνάμεις πίσω από το ενδιαφέρον για την ευθανασία στις Ηνωμένες Πολιτείες και σε άλλες χώρες.

Δεύτερον , όχι απλώς μπορεί να είναι εσφαλμένο το παραπάνω επιχείρημα , αλλά είναι δυνατόν να συμβαίνει ακριβώς το αντίθετο.Αν περισσότεροι ιατροί ήταν πρόθυμοι να βοηθήσουν τους ασθενείς τους να υποφέρουν όσο το δυνατό λιγότερο και με όσο το δυνατό λιγότερη απώλεια της αξιοπρέπειάς τους , τότε οι ασθενείς μπορεί να πίστευαν και να εμπιστεύονταν περισσότερο και όχι λιγότερο τους παραπάνω ιατρούς. Στην Ολλανδία , η ευθανασία τις περισσότερες φορές λαμβάνει χώρα στα πλαίσια της σχέσεως ασθενούς ιατρού .Στις Ηνωμένες Πολιτείες , σε οποιαδήποτε περιβάλλον η σχέση ασθενούς –ιατρού είναι μάλλον η εξαίρεση και όχι ο κανόνας.

Μελέτες στις Ηνωμένες Πολιτείες διαπιστώνουν σταθερά ότι το αμερικανικό κοινό , σε ποσοστό πάνω από 50% ,είναι υπέρ της δυνατότητας των πολιτών να ελέγχουν την ίδια τους την ζωή στο τέλος της και να επιτρέπεται να την τερματίζουν είτε μόνοι τους είτε με την βοήθεια ιατρών. Η Christine Cassel και η Δρ Daine Meier σχολιάζουν :

< Ο φόβος και η αγωνία που νιώθουν πολλοί άνθρωποι μπροστά στην προοπτική των χρόνιων ασθενειών που καταβάλλουν τους πάσχοντες και τους οδηγούν στον θάνατο έχει τις ρίζες τους,τουλάχιστον εν μέρη στο φόβο ότι η ιατρική τεχνολογία θα παρατείνει το

μαρτύριό τους και ότι θα έχουν ελάχιστο ως και καθόλου έλεγχο της εφαρμογής της. Στο πλαίσιο αυτό , η επανειλημμένη και σταθερή απόρριψη από πλευράς των εκπροσώπων του ιατρικού επαγγέλματος οποιασδήποτε συμμετοχής των ιατρών στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία αρχίζει να φαίνεται ιδιοτελής με την έκφραση που αποδίδει σε μια επαγγελματική ευσυνειδησία που μοιάζει να είναι τυφλή στις ανάγκες των ασθενών.>

Μόνο οι ιατροί , και μερικές φορές μόνο οι ψυχίατροι , διαθέτουν την εμπειρία και την εκπαίδευση που απαιτείται για να εκτιμηθεί σωστά η ψυχικά κατάσταση ενός μεμονωμένου ασθενούς. Οι ψυχίατροι είναι καταλληλότεροι από τους περισσότερους ιατρούς να κρίνουν αν η απόφαση αυτοκτονίας επηρεάζεται από κάποιο ψυχικό νόσημα .Ακόμα και οι ιατροί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης δεν καταφέρνουν συχνά να αναγνωρίσουν την θεραπεύσιμη κατάθλιψη στους ασθενείς ιδιαίτερα μεταξύ των ηλικιωμένων.Η διάκριση μεταξύ καταθλιπτικής διάθεσης ή λύπης που αναπτύσσεται ως φυσική αντίδραση σε μια σοβαρή ασθένεια και του κλινικού καταθλιπτικού συνδρόμου που απαιτεί θεραπεία , είναι πολύ λεπτή και πρέπει να γίνεται από ιατρό.

Ο ασθενής πόσο πολύ υποφέρει; Υποφέρει ψυχολογικά, σωματικά,ή και τα δύο;Υποφέρει σε τόσο ακραίο βαθμό που έχουν εξαντληθεί πλέον όλες οι εναλλακτικές λύσεις ανακούφισης ;

## Ο ΟΡΚΟΣ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ

<< ΟΥ ΔΩΣΩ ΔΕ ΟΥΔΕ ΦΑΡΜΑΚΟΝ ΟΥΔΕΝΙ ΑΙΤΗΘΕΙΣ ΘΑΝΑΣΙΜΟΝ ΟΥΔΕ ΥΦΗΓΗΣΟΜΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΗΝ ΤΟΙΗΝΔΕ . >>

<Και να μου το ζητήσουν , φαρμάκι θανατηφόρο σε κανέναν δεν θα δώσω, κι ούτε θα βγει από μένα μια τέτοια συμβουλή >Αυτό είναι το πιο μικρό από τα έργα της << Ιπποκρατικής συλλογής >> αλλά και το πιο σημαντικό από όλα.Ο ιατρός που δίνει την επίσημη στιγμή , όρκο για τον τρόπο θα ασκήσει γενικά την τέχνη του,δηλώνει υπεύθυνα ότι ποτέ, κατά την άσκηση του ιατρικού του έργου , δεν πρόκειται να δώσει σε ασθενή φάρμακο θανατηφόρο .Υπήρχε πράγματι περίπτωση να ζητήσει ασθενής από ιατρό να του χορηγήσει φάρμακο για να δώσει τέλος στην ζωή του ;Υπήρχε πράγματι ιατρός που έδινε τέτοιες συμβουλές σε ασθενή ; Για να μιλάει με αυτόν τον τρόπο ο ιατρός των όρκων θα πρέπει να υπάρχουν άλλοι ιατροί που δεν λειτούργησαν με τον τρόπο , τον μόνο που ο ορκιζόμενος εδώ ιατρός αποδέχεται γαι τον εαυτό του. (29)

Όμως οι άλλοι ιατροί που ίσως από υπερβολική συμπόνια, ίσως από το κυνήγι του κέρδους, δέχονταν να συμβάλουν στο να οδηγηθεί ένας άνθρωπος στο τέλος της ύπαρξης του απουελούσαν την εξαίρεση; Η μήπως αυτό ήταν μια συνήθης τακτική, που απλώς δεν την αποδέχονταν ο ιατρός του Όρκου, ή ο κάθε ιατρός που δέχονταν να δώσει αυτό τον όρκο:

; Υπάρχουν λοιπόν δύο τάσεις για την αντιμετώπιση του θέματος αυτό στην αρχαιότητα:

Οι σημερινοί εμνηευτές του Όρκου αντιλαμβάνονται την φράση < ου δώσω ουδέ φάρμακο ουδενί αιτηθείς θανάσιμον > ως κατηγορηματική άρνηση του ιατρού να συνεργήσει σε αυτοκτονία και δεν θα συμβουλεύσει ποτέ ασθενή να πάρει δηλητήριο. Στα 1932 ο Karl Deicligaber παρουσίασε τις σκέψεις του για την Ιατρική επαγγελματική ηθική του Ιπποκρατικού όρκου. Ο γερμανός φιλόλογος οδηγήθηκε στην πίστη ότι το κείμενο αυτό πρέπει να ανήκει στα τέλη του 5 ου αι. π.χ. Η πίστη αυτή προήλθε βασικά από δύο παρατηρήσεις 1) Για τον Έλληνα αυτής της εποχής, τον Έλληνα της Ιωνίας, είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστική η προσήλωση στην ιδέα της δικαιοσύνης, της εγκράτειας και της σωφροσύνης. 2) Η ηθική του Όρκου είναι κατά τον Γερμανό φιλόλογο, βασικά η απολλώνια ηθική, αφού η αγνότητα που θέλει τον για τον εαυτό του ο ιατρός είναι το ιδιαίτερο γνώρισμα του θεού Απόλλωνα. η έννοια < δίκαιος ιατρός >, συμπίπτει με την έννοια < απολλώνιος ιατρός >.

Ο Ludwig Edelstein – σύγχρονος του Deicligaber - με μια αυστηρή ανάλυση του Όρκου οδηγήθηκε ότι η μορφή με την οποία τον έχουμε εμείς σήμερα είναι έργο ενός πυθαγόρειου ιατρού του δεύτερου μισού του 4ου αιώνα π.χ.. Είναι υπαγορευμένη από μια ορισμένη φιλοσοφική διδασκαλία: οι Πυθαγόρειοι ήταν οι μόνοι στην αρχαιότητα που απαγόρευαν την αυτοκτονία. Ο πυθαγόρειος τρόπος του βίου θεωρούσε αθέμιτη, με τον όποιο τρόπο και αν γίνονταν, τη ναφαίρεση της ζωής.

Στο κείμενο του Όρκου βλέπουμε τον σεβασμό προς την ζωή, τον σεβασμό προς τον άρρωστο, τον σεβασμό προς την προσωπικότητα του αρρώστου, τον σεβασμό προς την επιστήμη και τους εργατές της, την επιθυμία για διάκριση στην επιστήμη και στην κοινωνία μόνο με έντιμα και αξιοπρεπή μέσα.

Η εποχή μας, μια εποχή με έντονα δικά της χαρακτηριστικά, που ο ιατρός μπορεί να επέμβει σε μεγαλύτερο βαθμό στην διατήρηση ενός ατόμου στην ζωή ή στον τερματισμό της, έχει ανάγκη να ξαναανακαλύψει τις αρχές του όρκου και να ανάζητήσει ενδεχομένως νέους κανόνες επαγγελματικής δεοντολογίας.

Ένα από τα σπουδαιότερα χαρακτηριστικά του ανθρώπου , σε αντιδιαστολή με τα άλλα είδη , είναι η ικανότητα του να συλλαμβάνει την έννοια του μέλλοντος και αναπόφευκτα του θανάτου. Στην χημεία και την φυσική κάθε στοιχείο καθορίζεται σχεδόν πάντα από γεγονότα που έχουν προηγηθεί , στους ανθρώπους η σημερινή συμπεριφορά τους δεν εξαρτάται μόνο από το παρελθόν αλλά ισχυρότερα από την στάση τους στα μελλοντικά γεγονότα τονίζει οHerman Faifel.

Ο θάνατος είναι κάτι που συμβαίνει σε όλους μας.Πριν ακόμα έρθει , είναι μια απύουσα παρουσία.Μερικοί υποστηρίζουν πως ο φόβος του θανάτου είναι οικουμενική αντίδραση και δεν μπορεί κανείς να την αποφύγει.Αν το σκεφτούμε καλύτερα η έννοια της ατομικότητας και της μοναδικότητας του καθενός μας αποκτά πλήρες νόημα μόνο όταν συνειδητοποιούμε ότι πρέπει να πεθάνουμε.Και σε αυτή την συνάντηση με τον θάνατο ο καθένας μας ανακαλύπτει την λαχτάρα του για αθανασία.(30)

Λίγο πιο κοντά στον ψυχολογικό πυρήνα , ο Φρόυντ είπε ότι υπάρχει μια ασυνείδητη επιθυμία θανάτου στους ανθρώπους , που την συνέδεσε με ορισμένες τάσεις αυτοκαταστροφής. Αν και οι ενορμήσεις θανάτου είναι αρχικά στραμμένες προς το εσωτερικό και τείνουν προς την αυτοκαταστροφή, δευτερογενώς κατευθύνονται προς το εξωτερικό , εμφανιζόμενες τότε με την μορφή της επιθετικής ενόρμησης ή της ενόρμησης καταστροφής. Σε αντίθεση με τις άλλες βασικές έννοιες της φρουδικής θεωρίας αυτή η συγκεκριμένη –η ύπαρξη ενστίκτων θανάτου – δεν έγινε αποδεκτή από το σύνολο των ψυχοθεραπευτών. Ίσως η αποδοχή της ύπαρξης ενστίκτων θανάτου , να δημιουργεί σοβαρό ναρκισσιστικό πλήγμα στο ανθρώπινο είδος , ίσως πάλι να γεννά ηττοπάθεια η οποία είναι σε πλήρη αντίθεση με την δύναμη και αισιοδοξία που απαιτεί κάθε μορφή θεραπείας .Ο ογκολόγος που θα πιστέψει στην ύπαρξη ενστίκτου θανάτου θα είναι ο ίδιος , όπως και πριν απέναντι στον άρρωστο και στον εαυτό του ;

Η Μέλανι Κλάιν πιστεύει ότι ο φόβος του θανάτου βρίσκεται στην ρίζα όλων των ιδεών καταδίωξης και έμμεσα του άγχους.Ο Πάουλ Τίλιχ , βασιζει την θεωρία του για το άγχος στην οντολογική διατύπωση ότι ο άνθρωπος είναι πεπερασμένος και υπόκειται στην μη-ύπαρξη. Η ανασφάλεια μπορεί θαυμάσια να γίνει σύμβολο του θανάτου. Κάθε απώλεια μπορεί να αντιπροσωπεύει την ολική απώλεια . Ο Γιούνγκ βλέπει το δεύτερο μισό της ζωής του ανθρώπου να κυριαρχείται από τις στάσεις του ατόμου απέναντι στο θάνατο.

Σε μια ευρύτερη προοπτική, όχι μόνο η ψυχολογία αλλά και ο Δυτικός και μη πολιτισμός γενικά,μπροστά στο θάνατο είναι έτοιμοι να το βάλλουν στα πόδια,να κρυφτούν και να καταφύγουν στην ανάπτυξη μιας τέχνης που κύριο ενδιαφέρον της είναι να δημιουργεί μεγαλύτερες ζωντανές ιδιότητες στον νεκρό.

(31) Οι αρχαίοι Εβραίοι θεωρούν το σώμα του νεκρού σαν κάτι ακάθατο, που δε έπρεπε να το αγγίζει κανείς.Οι Ινδιάνοι μιλούσαν για τα κακά πνεύματα και έριχναν βέλη

στον αέρα για να τα δώσουν .Πολλοί άλλοι πολιτισμοί χρησιμοποιούν τελετουργίες , που φροντίζουν το <κακό νεκρό> ,και όλες έχουν την προέλευση τους στο αίσθημα οργής που υπάρχει μέσα σε όλους μας ακόμα και αν δεν μας αρέσει να το παραδεχτούμε. Η παράδοση της επιτύμβιας στήλης μπορεί να ανάγεται στην επιθυμία να κρατήσουμε τα κακά πνεύματα μέσα στο χώμα και τα πετραδάκια , που πολλοί πενθώντας βάζουν πάνω στον τάφο είναι κατάλοιπα της ίδιας επιθυμίας.

Ο θάνατος είναι ακόμα ένα φοβερό,τρομακτικό γεγονός και ο φόβος του θανάτου είναι ένας καθολικός φόβος ακόμα και όταν νομίζουμε ότι τον νικήσαμε σε πολλά επίπεδα.

(30) Οι απώλειες των δύο παγκοσμίων πολέμων μαζί με την κληρονομία του επικείμενου ολοκαυτώματος , έφεραν στο προσκήνιο τα τελευταία χρόνια την προσωρινότητα της ζωής. Ο υπαρξισμός στον αιώνα μας, όπως εκφράζεται στην φιλοσοφία του Σέλερ , του Γιάσπερς και του Χάιντεγκερ , έχει τοποθετήσει την εμπειρία του θανάτου κοντά στο κέντρο της ανάλυσης του για την ανθρώπινη κατάσταση . Έχει τονίσει τον θάνατο περισσότερο ως συστατικό μέρος παρά απλό τέλος της ζωής,και παρουσίασε την ιδέα ότι μόνο ενσωματώνοντας την έννοια του θανάτου στον εαυτό μπορεί να προκύψει μια αυθεντική και αληθινή ύπαρξη.Για να καταλάβει απόλυτα τον εαυτό του ο άνθρωπος θα πρέπει να αντιμετωπίσει τον θάνατο, να συνειδητοποιήσει τον δικό του επικείμενο θάνατο.

Η στάση του ανθρώπου απέναντι στην ζωή και τον θάνατο και η εξοικείωση του με αυτόν αλλάζει τα τελευταία χρόνια. Παλαιά οι αθηνείς πέθαιναν στο σπίτι τους ανάμεσα στους φίλους και συγγενείς που πήγαιναν να τους αποχαιρετήσουν και στην διαδικασία αυτή του αποχαιρετισμού συμμετείχαν όλοι: από παιδική ηλικία αντιμετώπιζαν τον θάνατο σαν μέρος της ζωής , σαν μια εμπειρία που τους βοηθούσε να μεγαλώσουν και να ωριμάσουν.

(31) Στην σημερινή εποχή πεθαίνει κανείς μόνος , κατά τρόπο απρόσωπο,στον θάλαμο ενός νοσοκομείου με αποφάσεις να λαμβάνονται χωρίς την γνώμη του , μακριά από πρόσωπα και άτομα που αγαπάει , σαν να είναι κρυμμένος από τα νεώτερα μέλη της οικογένειας που < προστατεύονται> απο την εμπειρία αυτή του θανάτου , με τρόπο που καθιστά το θάνατο κάτι ασαφές , συγκεχυμένο ,μακρινό που απωθείται από την σκέψη των ανθρώπων και από τις εμπειρίες τους

Η παθιασμένη πίστη στην νεότητα, που εκφράζεται στην σημερινή κοινωνία,αντανακλά σε κάποιο βαθμό άγχη που αφορούν το θάνατο.Ένας από τους λόγους που αποφεύγουμε τους ηλικιωμένους , είναι επειδή μας θυμίζουν τον θάνατο. Οι επαγγελματίες που έρχονται σε επαφή με χρόνιους και ανίατους ασθενείς .παρουσιάζουν συχνά παρόμοιες τεχνικές αποφυγής του θανάτου.Αναπτύσσουν αντιφοβικές τάσεις με τις οποίες απορρίπτουν συχνά τον ετοιμοθάνατο επειδή επαναδραστηριοποιεί ή ξυπνάει τους δικούς

τους φόβους για τον θάνατο – για να μην μιλήσουμε για τον πληγωμένο ναρκισσισμό και την έλλειψη καταξίωσης του ιατρού που δουλειά του είναι να σώζει ζωές , όταν έρχεται αντιμέτωπος με έναν ετοιμοθάνατο ασθενή, που αντιπροσωπεύει την αμφισβήτηση των βασικών του ικανοτήτων. Θα ήταν ενδιαφέρον νομίζω να δούμε εδώ τι σχέση έχει στους ιατρούς η επιλογή ενός επαγγέλματος που υπόσχεται σωτηρία ζωής με την προσωπική στάση απέναντι στον θάνατο. Μια υπόθεση που ενισχύεται διαρκώς, είναι πως ένας από τους βασικότερους λόγους για τους οποίους ορισμένοι ιατροί ακολουθούν τον κλάδο αυτό είναι να ελέγξουν τα δικά τους άγχη για τον θάνατο

Είναι μήπως η συγκέντρωση μας γύρω από τον εξοπλισμό , την πίεση του αίματος , τους ορούς τις μεταγγίσεις η απελπισμένη μας προσπάθεια να αρνηθούμε τον επικείμενο θάνατο , που είναι τόσο τρομακτικός και στενάχωρος , ώστε να μεταθέτουμε όλη μας την γνώση στις μηχανές εφόσον αυτές είναι λιγότερο κοντά μας από το πρόσωπο μιας άλλης ανθρώπινης ύπαρξης , που υποφέρει , που θα μπορούσε να μας θυμίσει ακόμα μια φορά την έλλειψη της παντοδυναμίας μας , τα όρια και τις αποτυχίες μας , και τέλος την ίδια την θνητότητά μας ;

## ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Το θέμα της ευθανασίας έχει απασχολήσει πολύ τα διάφορα κράτη της Ευρώπης και της Αμερικής τα τελευταία χρόνια. Στο διαδίκτυο μπορεί να ανατρέξει κανείς σε πολλά άρθρα για την στάση τόσο του κοινού όσο και του ιατρικού προσωπικού απέναντι στην ευθανασία. Ενδεικτικά αναφέρονται τα εξής :

(32) Σε εθνική έρευνα για την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία που έγινε στην Αμερική σε ένα δείγμα 1900 ατόμων ένα 11% των ιατρών απάντησαν πως υπήρχαν περιπτώσεις που θα ήθελαν να επισπεύσουν τον θάνατο συνταγογράφοντας χάπια και ένα 7% ότι θα παρείχαν μια θανατηφόρο ένεση, 36% και 24% αντίστοιχα απάντησαν πως θα το έκαναν αυτό αν ήταν νόμιμο. Το 18% των ιατρών ανέφεραν να έχουν λάβει ένα τέτοιο αίτημα από ασθενή για υποβοηθούμενη αυτοκτονία και ένα 11% αίτημα για θανατηφόρο ένεση. Το 16% των ατόμων που είχαν λάβει τέτοιο αίτημα ή το 3.3% ολόκληρου του δείγματος ανέφεραν ότι είχαν γράψει τουλάχιστον μια συνταγή φαρμάκου για την επίσπευση του θανάτου και 4.7% είπαν ότι έχουν τουλάχιστον μια φορά χορηγήσει θανατηφόρο ένεση. Βλέπουμε λοιπόν πως μια σημαντική αναλογία των ιατρών στην Αμερική έχουν λάβει αίτημα για υποβοηθούμενη αυτοκτονία και ένα 6% έχουν πραγματοποιήσει τέτοιο αίτημα, ποσοστό καθόλου ευκαταφρόνητο.

(33) Μετά από τον νόμο που νομιμοποιούσε την ευθανασία στην Ολλανδία , κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες έγινε μια εθνική έρευνα απολογισμού που κατέλειξε στα εξής αποτελέσματα. Ένα 2.3% των θανάτων όπως προκύπτει από την έρευνα και ένα 2.4% όπως προκύπτει από το ποιοποιητικό θανάτου υπολογίζεται πως ήταν αποτέλεσμα ευθανασίας και ένα 0.4% και 0.25 αντίστοιχα ήταν αποτέλεσμα υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Σε ένα ποσοστό 0.7% ο θάνατος είχε επέλθει χωρίς την αίτηση από τον ασθενή. Ο πόνος και παρόμοια συμπτώματα ανακουφίζονταν με δόσεις οπιοειδών που θα μπορούσαν να επισπεύσουν το θάνατο στο 14.7% με 19.1% των περιπτώσεων και αποφάσεις για απόσυρση θεραπείας ή μη υποστήριξη έγιναν στο 20.2% των περιπτώσεων . Τα αιτήματα για την ευθανασία φαίνεται να έχουν αυξηθεί από το 1990 και ο τερματισμός της ζωής του ασθενή χωρίς την σαφή αίτηση του φαίνεται να έχει μειωθεί λίγο. Για κάθε τέτοια απόφαση εκτός από αυτές που αφορούν την απόσυρση υποστηρικτικών μέσων ο καρκίνος φαίνεται να είναι η πιο συχνή διάγνωση

(34) Σε παρόμοιες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί και σε άλλα κράτη παρατηρούμε ανάλογες τάσεις . Στην Αγγλία ,σε μια έρευνα που πήραν μέρος 273 ιατροί από αυτούς το 12% είχαν ικανοποιήσει αίτημα για επίσπευση του θανάτου ενός ασθενή .Ένα μεγαλύτερο ποσοστό επιπλέον , το 46% , θα πραγματοποιούσε ανάλογη πράξη αν η ευθανασία ήταν νόμιμη, γεγονός που δείχνει πως ίσως θα έπρεπε να γίνει περισσότερος διάλογος για την ευθανασία στην Αγγλία.

(35) Στην Ιταλία πραγματοποιήθηκε έρευνα ανάμεσα στους ιατρούς που ασχολούνται με την ανακουφιστική φροντίδα. Από αυτούς ένα μεγάλο ποσοστό είχε δεχθεί αίτημα για ευθανασία από ασθενείς. ( το 39% των ατόμων που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο) από αυτό ένα 4% έχει πραγματοποιήσει έστω και μια φορά ευθανασία ενώ ένα 60% ποτέ .Ένα 35% πιστεύει πως η ευθανασία είναι λάθος κάτω από όλες τις συνθήκες ενώ ένα 32% θεωρεί ότι μπορεί να έχει θέση ακόμα και στην ανακουφιστική φροντίδα., κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις .Το 52% πιστεύει πως η καλύτερη ανακουφιστική φροντίδα μπορεί να λύσει το πρόβλημα της ευθανασίας, ενώ ένα 30% διαφωνεί με την παραπάνω άποψη. Βλέπουμε λοιπόν πως οι ιατροί που ασχολούνται με την ανακουφιστική φροντίδα σκέπτονται λιγότερο την ευθανασία. Παρ'όλα αυτά δεν υπάρχει συμφωνία ανάμεσα τους στο αν η ανάπτυξη της ανακουφιστικής φροντίδας θα μείωνε τα αιτήματα για ευθανασία του τελικού σταδίου ασθενής.

ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΩΡΟ



Στον ελληνικό χώρο η έννοια της ευθανασίας μόλις τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να απασχολεί τους ιατρούς. Οι έρευνες που έχουν γίνει στον χώρο είναι οι εξής:

- 1) Το 1995 οι Ευθυμίου και οι συν κατέγραψαν την γνώμη 356 φοιτητών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων από το πρώτο έτος έως το έκτο .Οι έρευνες κατέγραψαν θετική στάση για την ενεργητική ευθανασία σε ποσοστό 64% .Το ποσοστό αυτο φαίνεται πολύ υψηλό και μάλιστα σε άτομα που δεν έχουν κλινική εμπειρία.(36)
- 2) Από το Πανεπιστήμιο Πατρών ο Παπαπετρόπουλος και συν πραγματοποίησε έρευνα μεταξύ ιατρών, φοιτητών,δικηγόρων και δικαστικών Στην εργασία αυτή τα ποσοστά των θετικά προδιαθετειμένων ιατρών και τελειοφοίτων της Ιατρικής είναι χαμηλά και έρχονται σε μεγάλη αντίθεση με εκείνα των φοιτητών ιατρικής Ιωαννίνων.Ιδιαίτερος υψηλό είναι το ποσοστό των δικαστών που τοποθετούνται ευνοικά υπερ της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας , χωρίς αυτό να προδικάζει την όποια θέση τους αν είχαν να αντιμετωπίσουν από έδρας ανάλογο πρόβλημα. (37)
- 3) Από έρευνα του Ψυχιατρικού Τμήματος του Νοσοκομείου της Θεσσαλονίκης μεταξύ 417 ατόμων και κοινού το συμπέρασμα που εξάγεται είναι ότι 44.3% των ερωτηθέντων τάσσονται κατά της παράτασης της ζωής με μηχανικά μέσα.Όσο για τους παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονικό ιδεασμό και επιθυμία θανάτου αναφέρονται οι εξής : Πόνος ,(66%), απελπισία (60 %), κατάθλιψη (60%),και ψυχοπαθολογία (38.5%) (38)
- 4) Μια πρόσφατη έρευνα για την ευθανασία έγινε από το Αρεταίειο Νοσοκομείο ( Πάρπα Ε και συν ) .Το άρθρο ασχολείται με τις τάσεις των ιατρών παθολόγων και του γενικού πληθυσμού όσον αφορά την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία σε καρκινοπαθείς τελευταίου σταδίου στην Ελλάδα .Το δείγμα αποτελείται από 141 παθολόγους και από 173 άτομα μη ειδικά Το 42% και 25% αντίστοιχα σε περίπτωση καρδιακής και αναπνευστικής ανακοπής δεν θα έκαναν ανάνηψη σε καρκινοπαθείς τελευταίου σταδίου .Μόνο 8% και 2% συμφώνησαν σε υποβοηθούμενη ευθανασία.Πολλοί απο τους ερωτηθέντες ήταν υπέρ της χρήσης οπιοειδών για την ανακούφιση του πόνου.Η συντριπτική πλειοψηφία ζητούσε ένα νομικό πλαίσιο κατοχύρωσης της ευθανασίας. (39)
- 5) Σε έρευνα για τις απόψεις και τις στάσεις των μελών του ιατρικού συλλόγου Ιωαννίνων απέναντι στην ευθανασία ( Δ.Δαμίγος, Β.Σιαφάκα, Ν.Παυλίδης ) το 76 % των συμμετοχόντων στην έρευνα συμφωνεί ότι ένα άτομο που βρίσκεται στο τελικό στάδιο μιας ασθένειας έχει το δικαίωμα να τερματίσει την ζωή του.Επίσης το 55% συμφωνεί ότι οι ιατροί θα έπρεπε να έχουν το δικαίωμα να τερματίσουν την ζωή ενός ασθενή που βρίσκεται στο τελικό στάδιο μιας ασθένειας που δεν θεραπεύεται , αν έχει προηγηθεί αίτημα εκφρασμένο από τον ίδιο ή την οικογένεια του και

μάλιστα το 67% των ιατρών θεωρεί ότι είναι αναγκαία η νομική ρύθμιση που θα επέτρεπε την πρακτική της ενεργητικής ευθανασίας. (40)

## ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ ΘΑΝΑΤΟΥ

Τίθεται εύλογα το ερώτημα αν το προσωπικό άγχος θανάτου του ιατρού υπαγορεύει την στάση του απέναντι στην ευθανασία .Μήπως η απόφαση αυτή συχνά είναι μια μορφή προβολής του φόβου του ιατρού απέναντι στην φθορά , στο θάνατο , στον πόνο ; Μήπως στην θέση του ασθενή βλέπει ο θεράπων τον εαυτό του μετά από χρόνια αβοήθητο από την τεχνολογία και τα ιατρικά μέσα που τόσο αυτός υπερασπίστηκε ; Είναι η ευθανασία το τελευταίο όπλο του σε έναν αγώνα όπου η θεραπεία αποτελεί μια ουτοπία και ο ιατρός χάνει τον ρόλο που η κοινωνία του έχει τόσο καλά προσδώσει , τον ρόλο του σωτήρα και << ζωοδότη>>; Απέναντι στον αγώνα με τον πόνο είναι ο θάνατος η σωτήρια λύση για τον ασθενή ή για τον ιατρό που δεν μπορεί να ανεχτεί τον δικό του προσωπικό γολγοθά ; Στην περίπτωση αυτή , σε μια εποχή που μεταμφιέζει τον πόνο , κρύβει την αδυναμία και τα γηρατειά θα ήταν καλό να αποκαλυφθεί , αν υπάρχει η σχέση μεταξύ προσωπικού άγχος θανάτου και απόφαση για την ευθανασία , καθώς με τον τρόπο αυτό θα έρθει ο ιατρός αντιμέτωπος με τους δικούς του φόβους και θα μπορεί να δει κάτω από νέο πρίσμα την στάση του απέναντι σε μια τέτοια απόφαση , πιο ώριμα , πιο συνειδητοποιήμενα.

Στο διαδύκτιο έχουν δημοσιευθεί δύο μελέτες σχετικά με το προσωπικό άγχος θανάτου και την απόφαση του ιατρού για ευθανασία.

(41) Η μια έγινε σε ένα δείγμα 343 νοσηλεύτριων , που δεν είχαν τελειώσει ακόμα την σχολή , στις Ινδίες . Για την μέτρηση του άγχος θανάτου χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο του Templer και για την στάση απέναντι στην ευθανασία ένα ερωτηματολόγιο όπου συνέταξε ο έρευνητης . Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο άγχος θανάτου και στην στάση των Ινδών νοσηλευτριών για την ευθανασία.

(42) Η άλλη έρευνα έγινε ανάμεσα σε νεογνολόγους στην Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία , οι οποίοι δουλεύουν σε μονάδες εντατικής νεογνών.Ο στόχος αυτής της έρευνας ήταν να μελετήσει την σχέση ανάμεσα στον προσωπικό φόβο θανάτου και στην απόφαση για παράταση της ζωής ή της συντόμευση της ζωής νεογέννητων με σοβαρή αναπηρία και αυτών που παραπάνω θεραπεία θεωρούνταν χωρίς κέρδος ή παρα πολύ προβληματική..Χρησιμοποιήθηκε για αυτό το λόγο το <Multidimensional Fear of Death

Scale> Στα νεογνά όπου η επιπλέον θεραπεία θεωρούνταν μάταιη 70 % των νεογνολόγων που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο έχουν τις εξής θέσεις : 23% προτιμούν να επισπεύσουν το θάνατο με το να αποσύρουν την θεραπεία, 35% με καταστολή μέσω της υπερβολικής χρήσης αναλγησίας και 15% θεωρούν ότι η επίσπευση του θανάτου είναι απαράδεκτη διαδικασία. Η ανάλυση δείχνει μια στατιστική διαφορά ανάμεσα στα γκρούπ όσον αφορά τον φόβο της διαδικασίας θανάτου , τον πρώιμο θάνατο και τον φόβο της καταστροφής της ύπαρξης. Οι νεογνολόγοι που θεωρούν πως το να επισπεύσουμε τον θάνατο είναι απαράδεκτο σε σύγκριση με αυτούς που είναι υπέρ της επίσπευσης του θανάτου μέσω της αναλγησίας είχαν σημαντικά λιγότερο φόβο της διαδικασίας του θανάτου , του πρώιμου θανάτου και σημαντικά περισσότερο φόβο της καταστροφής της ύπαρξης. Βλέπουμε λοιπόν πως η στάση των ιατρών απέναντι σε αποφάσεις που αφορούν την ζωή ή τον θάνατο εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την προσωπικό τους φόβο θανάτου.

Η παρούσα διπλωματική ασχολείται με το άγχος θανάτου και την στάση των ιατρών απέναντι στην ευθανασία .Χρησιμοποιήθηκαν ως εργαλεία τα εξής δύο ερωτηματολόγια. Το προσωπικό άγχος θανάτου μετρήθηκε με το ερωτηματολόγιο του Templer και η στάση των ιατρών απέναντι στην ευθανασία με ένα ερωτηματολόγιο που συνέταξα μετά από μελέτη παραπλήσιων ερωτηματολογίων

### Το ερωτηματολόγιο Templer

Το ερωτηματολόγιο του Templer είναι ένα ερωτηματολόγιο με 15 ερωτήσεις ναι ή όχι που εξετάζει την στάση του ατόμου απέναντι στον θάνατο σαν ψυχοδυναμική διαδικασία με κοινωνικές και μαθησιακές συνιστώσες .Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Templer για το ερωτηματολόγιο του < Σαν ψυχολόγος απορούσα γιατί οι ψυχολόγοι ασχολούνται τόσο λίγο με τον θάνατο και το φόβο αυτού ενώ εξαντλείουν άλλες πλευρές της ανθρώπινης ζωής όπως το σεξ και την επιθετικότητα. Το άγχος θανάτου είναι μια λειτουργία τόσο της

ψυχολογικής υγείας όσο και των προσωπικών εμπειριών που αγγίζουν τον θάνατο. Μέσα σε λίγα χρόνια το DAS ( death anxiety scale) έχει μετεφραστεί και χρησιμοποιήθει σε διαφορετικές γλώσσες .Χρησιμοποιήθηκε τόσο πολύ γιατί ήταν ένα εργαλείο σε μια εποχή που η θεματολογία για τον θάνατο ήταν βρεφική.Από τότε έχουν κυκλοφορήσει και άλλες κλίμακες μέτρησης αλλά η δική μου φαίνεται να επικρατεί χάρη στην ψυχομετρική αξιοπιστία που έχει και γιατί έχει συλλάβει το νόημα του θανάτου σαν μια παγκόσμια εμπειρία.>.Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο εξετάζει το άγχος θανάτου βάζοντας ψυχομετρικές συνιστώσες που θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής : ανησυχία για το πέρασμα του χρόνου, ανησυχία για πόνο και για στρες , ανησυχία για τις φυσιολογικές αλλαγές του γήρατος , συμπεριφοριακές και μαθησιακές τακτικές όσον αφορά το άγχος θανάτου.Το DAS έχει test retest αξιοπιστίας σκορ 0.83 και συντελεστή εσωτερικής αλληλουχίας 0.76.

## **ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ**

### **A) Δείγμα.**

Κατά την μελέτη χρησιμοποιήθηκε ένα δείγμα 181 ιατρών οι οποίοι εργάζονταν τόσο σε κρατικά νοσοκομεία της Αθήνας και της επαρχίας όσο και σε ιδιωτικά ιατρεία.Από αυτούς 84 ήταν γυναίκες (46%) και οι 97 ήταν άντρες (54%). Οι 78 ήταν έγγαμοι (43%) ,οι 92 άγαμοι (51%) και 11 διαζευμένοι(6% ). Οι 99 ιατροί ήταν 25-34 (.55%), οι 47 ήταν 35-45 (26%) και οι 35 ήταν > 45 (.19%)

Όσον αφορά το χρόνο άσκησης του επαγγέλματος στο δείγμα υπήρξαν 88 άτομα από 0-5 χρόνια ( 48.6%) 43 άτομα από 6-10 χρόνια (23.8%) και 50 άτομα πάνω από 10 χρόνια.(27.6%) Οι 93 ασκούσαν παθολογική ειδικότητα , (51%) οι 20 χειρουργική,(11%) 18 εργαστηριακή( 10%) και 50 μια άλλη ειδικότητα.(28%)

### **B) Μέθοδος**

Κατά την χρονική περίοδο Ιανουάριος με Ιούλιος του 2008 181 ιατροί συμμετείχαν στην έρευνα και συμπλήρωσαν τα δύο ερωτηματολόγια. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και για να διασφαλιστεί το απόρρητο της διαδικασίας δόθηκαν σε κλειστούς φάκελους. Στο ερωτηματολόγιο του Templer οι απαντήσεις είναι σωστό / λάθος όπου σωστό σημαίνει συμφωνώ με την πρόταση και λάθος διαφωνώ . Στο ερωτηματολόγιο της ευθανασίας οι ερωτήσεις είχαν ως απάντηση ναι, όχι , δεν γνωρίζω, δεν απαντώ. Στο τέλος υπήρξαν δύο ερωτήσεις ελεύθερης ανάπτυξης που ζητήθηκε η προσωπική άποψη των ιατρών , γιατί κάποιοι ασθενείς ζητούν την ευθανασία και γιατί κάποιοι ιατροί την εφαρμόζουν.

Όσον αφορά την στατιστική επεξεργασία του δείγματος , για αυτήν ισχύει το εξής

**- χρήση στατιστικού προγράμματος SPSS 11.0**

**- μονομεταβλητή ανάλυση:**

υπολογισμός μέσου όρου, επικρατούσας τιμής, διακύμανσης.

**- διμεταβλητή ανάλυση:**

έλεγχος πιθανής συσχέτισης μεταξύ:

- i) φόβου θανάτου και προϋπηρεσίας,
- ii) στάσης απέναντι στην ευθανασία και προϋπηρεσίας και
- iii) φόβου θανάτου και προϋπηρεσίας.

Με δεδομένο ότι οι μεταβλητές της έρευνας είναι ποιοτικές χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της διασταύρωσης πινάκων (cross-tabulation) και ο έλεγχος ανεξαρτησίας  $\chi^2$  (chi-square).

### **Γ) Αποτελέσματα**

Από την έρευνα που διεξάχθηκε βγήκαν τα εξής αποτελέσματα.

- Από τους 181 ιατρούς οι 146 πιστεύουν πως το επάγγελμα τους έχει εξοικειώσει με τον θάνατο (το 80%) ενώ 35 (20%) πως όχι.
- Από τους 181 οι 105 (58%) θεωρούν πως οι ιατροί έχουν μειωμένο άγχος θανάτου σε σύγκριση με το πληθυσμό ενώ οι 76 πως όχι (42%)
- Οι 126 (69%) πιστεύουν πως οι ιατροί έχουν αυξημένο άγχος θανάτου σε σύγκριση με τον μέσο πληθυσμό ενώ οι 55 πως όχι (31%)

- Όσον αφορά την θέση των ιατρών για την ευθανασία απέναντι στην ενεργητική ευθανασία υπέρ είναι 52 άτομα ( το 29%) ,κατά δηλώνουν 107 ( το 59%) ενώ δεν ξέρω , δεν απαντώ 22 άτομα ( το 12%).
- Απέναντι στην παθητική ευθανασία υπέρ είναι 95 άτομα ( το 52% ) εναντίον 67 ( το 37% ) και δεν ξέρω, δεν απαντώ 19 ( το 11%)
- Στο σύνολο των 181 ατόμων τα 110 είναι υπέρ της ευθανασίας ( ενεργητική , παθητική ή και τα δυο,) ενώ τα 71 δεν είναι υπέρ (απαντούν όχι ή δεν ξέρω/ δεν απαντώ).Αυτό βγάζει σαν αποτέλεσμα ότι το 60.8% του δείγματος είναι υπέρ της ευθανασίας και το 39.2% έχει ουδέτερη ή αρνητική στάση.
- Στο ερώτημα αν έχουν δεχθεί από ασθενή αίτημα για ενεργητική ευθανασία 156 άτομα δηλώνουν όχι ( το 86%) ενώ 25 δηλώνουν ναι ( 14%). Για την παθητική ευθανασία 132 ιατροί έχουν δεχθεί αίτημα (73%) ενώ 49 ιατροί όχι (27%)
- Για το αν έχουν δεχθεί από το συγγενικό περιβάλλον αίτημα για ευθανασία για ενεργητική όχι λένε οι 159 ιατροί (88%) ενώ ναι οι 22(12%).
- Για την παθητική όχι λένε οι 64 (35%) ενώ ναι οι 117(65%).
- Για το αν έχουν πραγματοποιήσει ευθανασία ποτέ σε ασθενή 145 λένε όχι (80%), 30 ναι (παθητική) ( το 17%), 1 ναι (ένεργητική) (0.01%) και 5 δεν ξέρω , δεν απαντώ (0.03%).
- Στο τι θα τους εμπόδιζε να πραγματοποιήσουν ευθανασία :
- Για την θρησκεία 97 ιατροί δηλώνουν όχι (54%), 47 ναι (26%) και 37 δεν ξέρω , δεν απαντώ (20%)
- Για τις πιθανές νομικές κυρώσεις 68 δηλώνουν όχι (38%) 82 άτομα ναι (45%) και 31 δεν ξέρω , δεν απαντώ (17%)
- Για τον όρκο του Ιπποκράτη 96 άτομα δηλώνουν όχι (53%),55 ναι (30%)και 30 δεν ξέρω (17%).
- Για τα προσωπικά πιστεύω 52 δηλώνουν όχι (29%) 110 ναι (61%) και 19 δεν ξέρω (10%).
- Στο ερώτημα αν θα εφαρμόζαν ευθανασία σε ένα συγγενικό πρόσωπο 90 ιατροί απαντούν ναι (50%), 60 όχι (33%) και 31 δεν ξέρω , δεν απαντώ (17%).
- Για το αν η απόφαση για την ευθανασία θα πρέπει να ανήκει σε συγγενείς , απάντησαν ναι 100 άτομα (55%), όχι 55 άτομα (30%) και δεν ξέρω/ δεν απαντώ 26 (14%).
- Αν θα πρέπει να ανήκει στο ιατρό απάντησαν ναι 78 άτομα (43%)όχι 70(39%)και 33 δεν ξέρω , δεν απαντώ (18%).
- Αν θα πρέπει να ανήκει σε νομικό εκπρόσωπο 100 απάντησαν όχι( 55%),39 ναι(22%) και 42 δεν ξέρουν (23%).

-Από τους 181 οι 162 ιατροί πιστεύουν πως είναι αποδεκτή η χρήση της μορφίνης για έλεγχο του πόνου ακόμα και αν αυτό επισπεύσει τον θάνατο (90%), 13 όχι (0.07%) και 6 δεν απαντούν (0.03%).

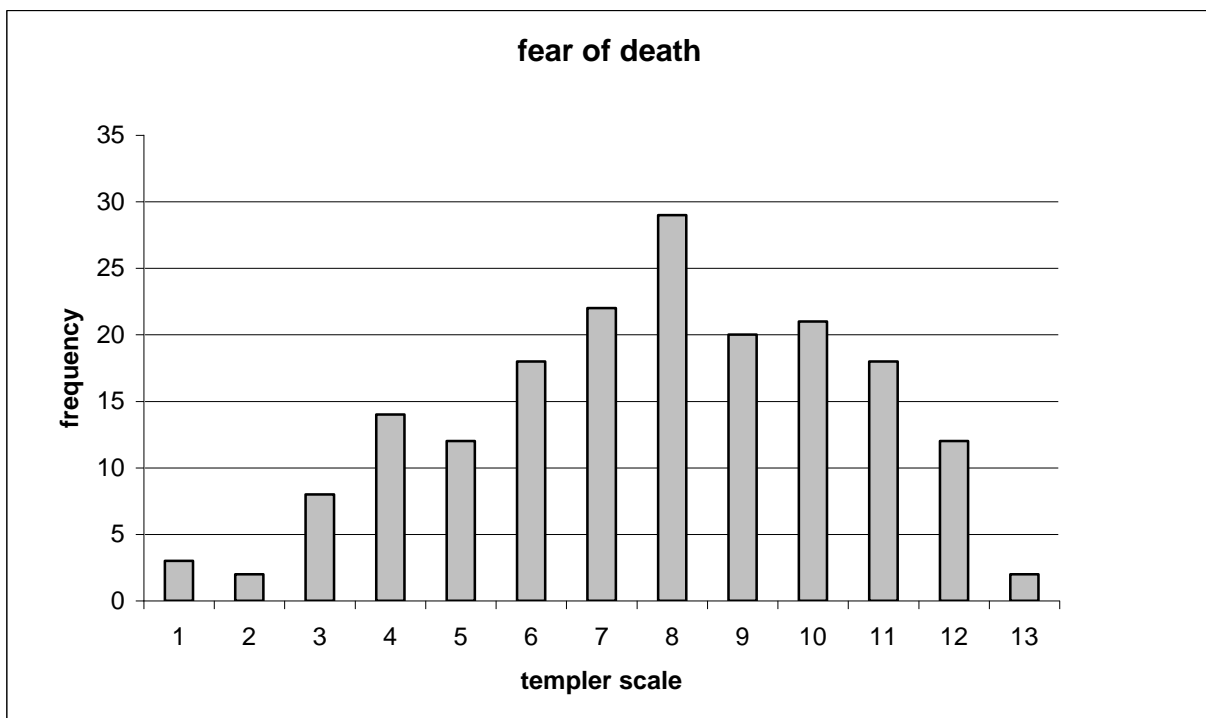
- Οι 164 πιστεύουν πως η ανάπτυξη της ανακουφιστικής φροντίδας θα μειώνει την ανάγκη για ευθανασία (91%), 13 διαφωνούν (0.07%) και 4 δεν ξέρουν (0.02%).

-Τέλος για το αν χρειάζεται η όχι ένα νομικό πλαίσιο κατοχύρωσης της ευθανασίας 146 απαντούν ναι (81%), 23 όχι (13%) και 12 δεν ξέρουν (0,07%).

Όσον αφορά το άγχος θανάτου όπως αυτό καταγράφηκε από το ερωτηματολόγιο του Templer

Στην ερώτηση σχετικά με την ιεράρχηση του φόβου θανάτου (με 0 το χαμηλότερο επίπεδο φόβου και 15 το υψηλότερο) οι απαντήσεις κυμάνθηκαν στο διάστημα 1-13. Ο μέσος όρος

και η επικρατούσα τιμή των απαντήσεων (mean=7.73/ mode=8) δείχνει ότι **οι ιατροί κατά μέσο όρο αισθάνονται μέτρια επίπεδα φόβου απέναντι στο θάνατο.**



διάγραμμα 1: φόβος θανάτου

Όπως φαίνεται και στο παραπάνω διάγραμμα, ένα μεγάλο ποσοστό των απαντήσεων συγκεντρώνεται στα μεσαία επίπεδα φόβου. Συγκεκριμένα, το 60,7% επιλέγει επίπεδα φόβου από 6 έως 10.

### 3. Φόβος θανάτου και προϋπηρεσία

Η κατηγορία των γιατρών με προϋπηρεσία “0-5 χρόνια” εκφράζει κατά μέσο όρο φόβο θάνατο ίσο με 8,10 (σε κλίμακα 1-15). Ο αντίστοιχος μέσος όρος για τους γιατρούς με “6-10” χρόνια είναι 7.93 και για τους γιατρούς με “>10” χρόνια είναι 6.90.

Αν και η διαφορά των μέσων όρων ανάμεσα στις τρεις κατηγορίες δεν είναι σημαντικά μεγάλη, οι ιατροί με περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας φαίνεται να εκφράζουν χαμηλότερα επίπεδα φόβου θανάτου.



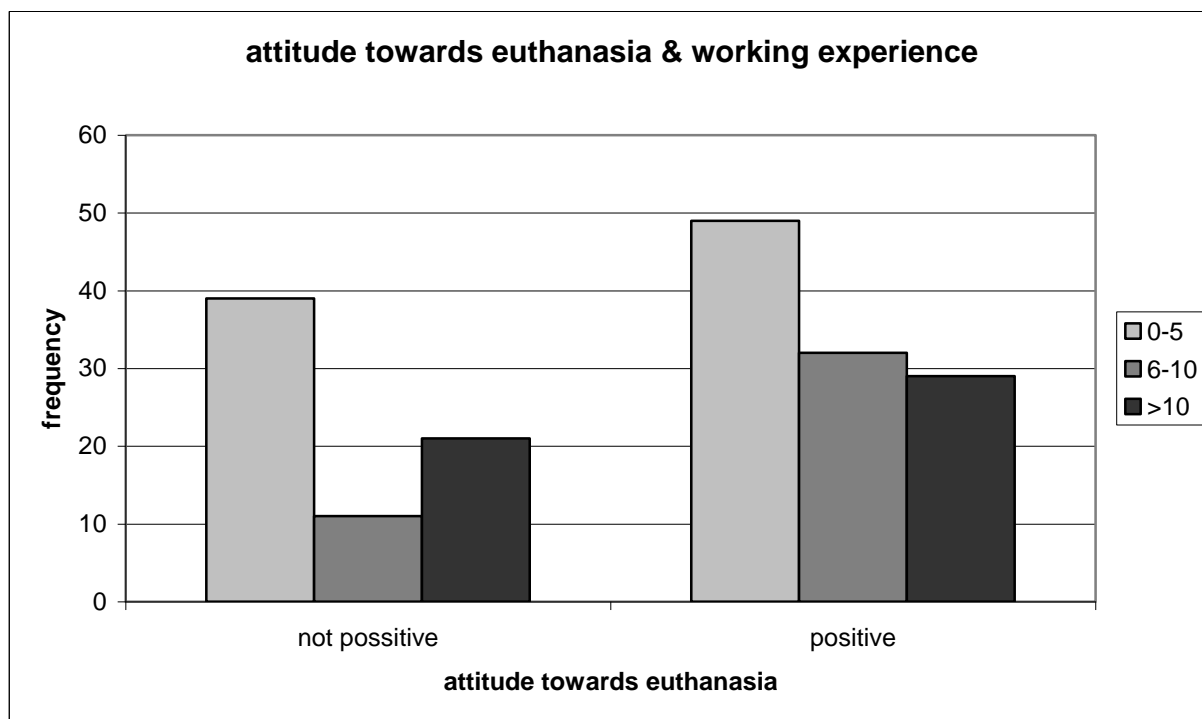
διάγραμμα 2: φόβος θανάτου στις 3 κατηγορίες προϋπηρεσίας

Όπως φαίνεται και στο παραπάνω διάγραμμα, στα υψηλότερα επίπεδα φόβου μεγαλύτερα ποσοστά παρουσίας έχουν οι “0-5” αντίθετα με τα χαμηλότερα επίπεδα φόβου όπου μεγαλύτερα ποσοστά παρουσίας έχουν οι “>10”.

### 4. Στάση απέναντι στην ευθανασία και προϋπηρεσία



Μια άλλη παράμετρος που εξετάζει η παρούσα μελέτη είναι αν υπάρχει σχέση ανάμεσα στην απόφαση για ευθανασία και στην προϋπηρεσία .



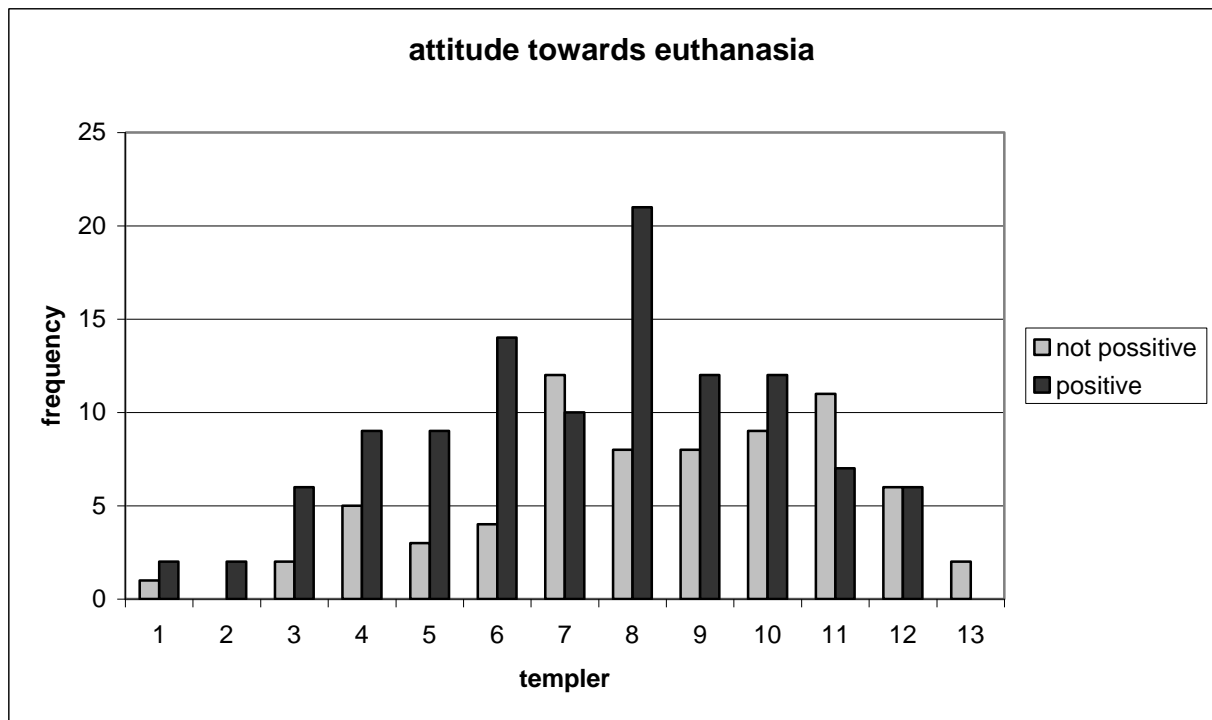
διάγραμμα 3: στάση απέναντι στην ευθανασία στις 3 κατηγορίες προϋπηρεσίας

Το μεγαλύτερο ποσοστό που δεν είναι θετικό στην ευθανασία (χαρακτηρισμός που περικλείει και όσους δεν έχουν σαφή άποψη για την ευθανασία) ανήκει στους “νέους” γιατρούς (0-5 χρόνια). Η τάση απέναντι στην ευθανασία αλλάζει σημαντικά στην κατηγορία των γιατρών με 6-10 χρόνια προϋπηρεσία με μεγαλύτερα ποσοστά θετικών απαντήσεων.

Παρόλο που προκύπτει μια τέτοια τάση ,αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική.(  $p=0.107$ ) για αυτό το λόγο και δεν αναλύεται περισσότερο.

## 5. Στάση απέναντι στην ευθανασία και φόβος θανάτου

Ένας από τους αρχικούς προβληματισμούς όσον αφορά την παρούσα έρευνα είναι αν η στάση των ιατρών απέναντι στην ευθανασία επηρεάζεται από το προσωπικό άγχος θανάτου. Από την έρευνα προκύπτει πως ο μέσος όρος άγχος θανάτου για τους ιατρούς που δεν εκφράζονται θετικοί απέναντι στην ευθανασία είναι 8,38 ενώ ο μέσος όρος άγχους για τους ιατρούς που εκφράζονται θετικοί απέναντι στην ευθανασία είναι 7,31.



διάγραμμα 4: φόβος θανάτου και στάση απέναντι στην προϋπηρεσία

Όπως φαίνεται και στο παραπάνω διάγραμμα η αρνητική στάση απέναντι στην ευθανασία συγκεντρώνεται στα υψηλά επίπεδα άγχους θανάτου

Για την απλοποίηση της περιγραφής των αποτελεσμάτων θα μπορούσε η 15βάθμια κλίμακα να χωριστεί σε 3 βασικές κατηγορίες:

- χαμηλά επίπεδα άγχους ( 0,1,2,3,4,5),
- μέτρια επίπεδα άγχους (6, 7, 8, 9, 10)
- υψηλά επίπεδα άγχους (11, 12, 13, 14, 15).

Στους ιατρούς που ταξινομήθηκαν σε “χαμηλά επίπεδα άγχους” το 28,2% δεν είναι θετικό απέναντι στην ευθανασία ενώ το 72% είναι θετικό.

Στους γιατρούς που ταξινομήθηκαν σε “μέτρια επίπεδα άγχους ” το 37,2% δεν είναι θετικό απέναντι στην ευθανασία ενώ το 62,8% είναι θετικό.

Στους γιατρούς που ταξινομήθηκαν σε “υψηλά επίπεδα άγχους” το 59,4% δεν είναι θετικό απέναντι στην ευθανασία ενώ το 40,62% είναι θετικό.

## **ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΩΝ (επίπεδο εμπιστοσύνης=95%)\***

Άγχος θανάτου και προϋπηρεσία: βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση (asympt. Sig= 0,047).

Στάση απέναντι στην ευθανασία και προϋπηρεσία: δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση (asympt. Sig= 0,107).

Στάση απέναντι στην ευθανασία και άγχος θανάτου : βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση (asympt. Sig= 0,022).

Στάση απέναντι στην ενεργητική ευθανασία και άγχος θανάτου : βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση (asympt. Sig= 0,005).

Στάση απέναντι στην παθητική ευθανασία και άγχος θανάτου : βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση (asympt. Sig= 0,003).

### **\* σκόλια**

θέτοντας επίπεδο εμπιστοσύνης 95% γίνεται αποδεκτό ότι υπάρχει 5% πιθανότητα τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης να έχουν προκύψει τυχαία.

Όμως, εάν ένα αποτέλεσμα (π.χ. που αφορά τη συσχέτιση δύο μεταβλητών) έχει πιθανότητα να έχει προκύψει τυχαία μεγαλύτερη από 0,05 τότε μπορεί κανείς να συμπεράνει ότι δεν είναι στατιστικά σημαντικό.

## Ευθανασία και άγχος θανάτου

Τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν αποσκοπούν στην μελέτη των απόψεων των ιατρών για την ευθανασία και το άγχος θανάτου και την πιθανή συσχέτιση αυτών. Όλα τα στοιχεία που θα δώσετε θα παραμείνουν αυστηρώς απόρρητα και θα καταστραφούν μετά το τέλος της έρευνας. Η έρευνα διεξάγεται στα πλαίσια διπλωματικής εργασίας του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών «Αντιμετώπιση του πόνου» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και του ΑΤΕΙ Αθηνών.

### Φύλο

Άρρεν .....97

Θήλυ .....84

### Ηλικία

25-34 .....99

35-45 .....47

>45 .....35

### Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμος .....92

Έγγαμος.....78

Διαζευγμένος .....11

### Ειδικότητα

Παθολογική..... 93

Χειρουργική..... 20

Εργαστηριακή..... 18

Άλλη..... 50

### Χρόνια άσκησης επαγγέλματος

0-5 ..... 88

6-10 ..... 43

>10 .....50

### Ερωτηματολόγιο για την ευθανασία

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΓ/Δ Α
1. Είστε υπέρ της ενεργητικής ευθανασίας ;	52	107	22
2. Είστε υπέρ της παθητικής ευθανασίας ;	95	67	19
3. Έχετε δεχθεί ποτέ αίτημα από ασθενή για ενεργητική ευθανασία ;	25	156	
4. Έχετε δεχθεί ποτέ αίτημα από ασθενή για παθητική ευθανασία ;	49	132	
5. Έχετε δεχθεί ποτέ αίτημα από συγγενικό περιβάλλον ασθενή για ενεργητική ευθανασία ;	22	159	
6. Έχετε δεχθεί ποτέ αίτημα από συγγενικό περιβάλλον ασθενή για παθητική ευθανασία;	117	64	
7. Έχετε ποτέ πραγματοποιήσει ευθανασία;	Ενεργητική; <input type="checkbox"/> 1 Παθητική; 30	145	5
8. Αυτό που θα σας εμπόδιζε να κάνετε μια πράξη ευθανασίας είναι :			
• οι θρησκευτικές πεποιθήσεις	47	97	37
• οι πιθανές νομικές κυρώσεις	82	68	31
• ο όρκος του Ιπποκράτη	55	96	30
• προσωπικά πιστεύω	110	52	19
9. Θα εφαρμόζατε ποτέ ευθανασία σε ένα συγγενικό σας πρόσωπο ;	90	60	31
10. Η απόφαση για τη παθητική ευθανασία σε ασθενή με εγκεφαλικό θάνατο θα πρέπει να ανήκει :			
• στους συγγενείς	100	55	26
• στον ιατρό	78	70	33
• σε νομικό εκπρόσωπο	39	100	42

11. Είναι αποδεκτή η χρήση μορφίνης για την επίτευξη του ελέγχου του πόνου ακόμα και αν αυτό επισπεύσει το θάνατο ;	162	13	6
12. Πιστεύετε πως η ανάπτυξη της ανακουφιστικής ιατρικής θα μειώνει την ανάγκη για ευθανασία ;	164	13	4
13. Πιστεύετε πως στην Ελλάδα χρειάζεται ένα νομικό πλαίσιο για την κατοχύρωση της ευθανασίας ;	146	23	12

14. Γιατί πιστεύετε πως οι ασθενείς ζητούν ευθανασία ; Απάντηση:
15. Γιατί πιστεύετε πως οι ιατροί εφαρμόζουν ευθανασία ; Απάντηση:

## Δ) Σχολιασμός

Από την παραπάνω έρευνα διαπιστώνουμε πως αν και η συντριπτική πλειοψηφία των ιατρών πιστεύει πως το επάγγελμά τους, τους έχει εξοικειώσει με τον θάνατο ( το 80%), μόνο το 58% θεωρούν πως οι ιατροί έχουν μειωμένο άγχος θανάτου σε σύγκριση με τον μέσο πληθυσμό ενώ το 69% πως έχει αυξημένο. Στο παρελθόν μετά από ερωτηματολόγια που είχαν συμπληρώσει 81 ιατροί ο Feifel και οι συνεργάτες του είχαν καταλήξει στο συμπέρασμα που επικράτησε για πολλά χρόνια σαν άποψη πως οι ιατροί έχουν αυξημένο άγχος θανάτου σε σύγκριση με τον μέσο πληθυσμό. Μια εξήγηση μάλιστα της επιλογής του επαγγέλματος τους ήταν πως μέσω αυτού προσπαθούσαν να καταπολεμήσουν το προσωπικό άγχος θανάτου

Νεώτερες έρευνές ( Keith Wood , Paul .J Robinson 1984) όμως δεν επιβεβαίωσαν τα παραπάνω συμπεράσματα. Αντίθετα καταλήγουν πως αν και οι ιατροί έχουν το ίδιο άγχος θανάτου με τον μέσο πληθυσμό έχουν πολύ πιο λιγότερο φόβο θανάτου σαν γεγονός και μάλιστα της διαδικασίας του θανάτου , πράγμα που ερμηνεύεται με την εξοικείωση που έχουν με τον θάνατο (43) Το άγχος θανάτου μάλιστα μειώνεται όσο αυξάνονται τα χρόνια επαγγέλματος. Στο υπάρχων δείγμα στους 181 ιατρούς ο μέσος όρος άγχος θανάτου του δείγματός είναι 7.73. Ο μέσος όρος όμως των ατόμων που έχουν > 10 χρόνια χρόνο άσκησης επαγγέλματος είναι 6.9 , τιμή κάτω από τον μέσο όρο του δείγματος και πολύ πιο κάτω από τον μέσο όρων των ατόμων που έχουν ως χρόνο άσκησης του επαγγέλματος τα 0-5 χρόνια, που είναι 8.1 .Επιβεβαιώνεται λοιπόν η διαπίστωση της Keith Wood, Paul J Robinson πως άτομα με περισσότερα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας έχουν λιγότερο άγχος θανάτου από άτομα με μικρό χρόνο εμπειρίας. Συμπέρασμα στο οποίο έχουν καταλήξει και άλλες έρευνες (44)(45)

Σε μελέτες όσον αφορά το άγχος θανάτου διαπιστώνεται σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα, (46) .Οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο άγχος θανάτου σε σύγκριση με τους άντρες όταν αυτό καταγράφεται με το DAS ( Andrew Dattel ,Robert Nimeyer Sex differences in death anxiety ) Αυτή η διαφορά επιβεβαιώνεται πολύ χαρακτηριστικά και στο δείγμα των 181 ιατρών όπου οι άντρες (97) έχουν μέσο όρο άγχος θανάτου 7.16 ενώ οι γυναίκες (84) έχουν μέσο όρο 8.38

Στο ερώτημα αν έχουν δεχθεί αίτημα για ευθανασία η πλειοψηφία έχει δεχθεί σε σημαντικό ποσοστό , τόσο από ασθενείς , το 73%, όσο και από το συγγενικό περιβάλλον,

το 88%, αίτημα για παθητική ευθανασία Αντίθετα το αίτημα για ενεργητική ευθανασία είναι πολύ μικρότερο 14% από τον ίδιο τον ασθενή , ενώ 12% από το συγγενικό περιβάλλον

Από το δείγμα των 181 ατόμων 17% έχουν πραγματοποιήσει ευθανασία και μόνο το 0.01% ενεργητική (1 άτομο). Το ποσοστό για την ενεργητική είναι πολύ χαμηλό σε σύγκριση με άλλα κράτη , πχ στην Αγγλία σε ένα δείγμα 273 ιατρών στους μισούς ζητήθηκε από ασθενείς να πραγματοποιήσουν ενεργητική ευθανασία και το 1/3 από τους ιατρούς που τους ζητήθηκε την πραγματοποίησαν. Δηλ το 12% των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα! (47) Χαμηλά ποσοστά υπερ της ενεργητικής ευθανασίας έχουν χώρες της Νότιας Ευρώπης όπως η Ισπανία και η Ιταλία αλλά και χώρες όπως η Ουγγαρία και η Σουηδία. (48)

Αυτό που θα εμπόδιζε σύμφωνα με τις απαντήσεις τον ιατρό να πραγματοποιήσει ευθανασία είναι τα προσωπικά πιστεύω , όπως δηλώνει το 61% του δείγματος και οι πιθανές νομικές κυρώσεις , 45% του δείγματος. Αντίθετα οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και ο όρκος του Ιπποκράτη δεν φαίνεται να επηρεάζουν ιδιαίτερα την απόφαση των ιατρών για την εφαρμογή ή όχι της ευθανασίας. Το 54% και 53% του δείγματος αντίστοιχα απαντούν όχι

Οι μισοί ιατροί θα πραγματοποιούσαν ευθανασία σε ένα συγγενικό πρόσωπο , γεγονός που δείχνει πως στην απόφαση για εφαρμογή ευθανασίας σημαντικό ρόλο παίζουν και συναισθηματικοί παράμετροι καθώς και ότι μεγάλο ποσοστό του δείγματος θεωρεί ότι η απόφαση για ευθανασία θα πρέπει να ανήκει στους συγγενείς. Πράγματι 55% απαντούν πως η απόφαση αυτή θα πρέπει να ανήκει σε συγγενείς, 43% στον ιατρό και μόνο 22% σε νομικό εκπρόσωπο.

Η πλειοψηφία του δείγματος 90% , πιστεύει πως θα έπρεπε να χρησιμοποιηθεί η μορφίνη για τον έλεγχο του πόνου ακόμα και αν αυτό θα επισπεύσει τον θάνατο . Αυτή η στάση επιβεβαιώνεται και από τις απαντήσεις στο ερώτημα <γιατί κάποιοι ασθενείς ζητούν την ευθανασία και κάποιοι ιατροί την εφαρμόζουν> : ο πόνος και η αδυναμία ελέγχου αυτού κατέχει την πρώτη θέση στις απαντήσεις, ενώ παράμετροι όπως η ανθρώπινη αξιοπρέπεια , η κατάθλιψη και η αδυναμία της οικογένειας να ανταπεξέλθει στο βάρος ενός χρόνιου πάσχοντος παίζουν σημαντικό ρόλο. Γι αυτό αναγνωρίζει η πλειοψηφία του δείγματος , το 91% , την ανάγκη ανάπτυξης ανακουφιστικής ιατρικής η οποία πιστεύει πως θα μειώσει την ανάγκη για ευθανασία. Λιγότερο συχνές απαντήσεις είναι αυτές που λαμβάνουν υπόψη τους οικονομικές παραμέτρους και την αδυναμία ενός συστήματος να συντηρεί χρόνια πάσχοντες.



Παρ' όλο που το 60.8% τίθεται υπέρ της ευθανασίας ενώ το 39.2% έχουν αρνητική ή ουδέτερη στάση . το ποσοστό που πιστεύει πως χρειάζεται ένα νομικό πλαίσιο για την ευθανασία είναι πολύ μεγαλύτερο , και είναι το 81%,γεγονός που μπορεί να ερμηνευτεί πως και άτομα που έδωσαν μια ουδέτερη απάντηση θέλουν ένα νομικό πλαίσιο κατοχύρωσης της ευθανασίας κάτω από το οποίο πιθανά να τείθονταν υπέρ.

Επιπλέον ένα από τα ερωτήματα που θέτει η παρούσα μελέτη είναι αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του προσωπικού άγχους θανάτου του ιατρού και της απόφασης του για ευθανασία. Για τον λόγο αυτο το δείγμα χωρίστηκε σε τρεις κατηγορίες ανάλογα με το Templer score .Η πρώτη κατηγορία από 1-5 , η δεύτερη από 6-10 και η τρίτη από 10-15

.Ο μέσος όρος άγχος θανάτου στους ιατρούς που δεν εκφράζονται θετικά για την ευθανασία είναι 8.38 ενώ ο μέσος όρος για τους ιατρούς που εκφράζονται θετικά είναι 7.31.Από την στατιστική ανάλυση προκύπτει πως η αρνητική στάση για την ευθανασία συγκεντρώνεται στα υψηλά επίπεδα φόβου όπου υψηλά επίπεδα φόβου 11-15 της κλίμακας Templer , ενώ οι ιατροί που ταξινομούνται σε χαμηλά επίπεδα φόβου είναι θετικοί απέναντι στην ευθανασία . Συγκεκριμένα ,στους ιατρούς που ταξινομήθηκαν σε χαμηλά επίπεδα φόβου το 28.2% δεν είναι θετικό ενώ το72% είναι θετικό.Σε μέτρια επίπεδα φόβου το37.2% δεν είναι θετικό ενώ το62.8% είναι θετικό και στα υψηλά επίπεδα φόβου το 59.4% δεν είναι θετικό ενώ το 40.62% είναι θετικό. Παρατηρούμε λοιπόν πως τα άτομα που έχουν αυξημένο άγχος θανάτου τοποθετούνται αρνητικά απέναντι στην ευθανασία ., ενώ τα άτομα που έχουν μειωμένο άγχος θανάτου τοποθετούνται θετικά.Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί με το γεγονός πως άτομα με αυξημένο άγχος θανάτου φοβούνται τον θάνατο σαν διαδικασία και προσπαθούν να παρατείνουν την ζωή των ασθενών τους με κάθε θεραπευτικό μέσο.Επιπλέον είναι άτομα που έχουν προβληματίσει γύρω από τον θάνατο και την διαδικασία αυτή και δεν μπορούν με ευκολία να πάρουν μια απόφαση για το να εφαρμόσουν αυτοί ευθανασία και έτσι με αυτό τον τρόπο να θέσουν τέλος στην ζωή κάποιου.

Αντίθετα άτομα που έχουν μειωμένο άγχος θανάτου , είναι άτομα που δεν φοβούνται τον θάνατο ,σαν διαδικασία και για αυτό δεν δυσκολεύονται να τον απόδεχτουν όταν αυτός συμβαίνει ακόμα και με την μορφή της ευθανασίας , στους ασθενείς τους .Είναι άτομα , κυρίως αυτά της κατηγορίας I ( με Templer score από 1-5 ) που δεν έχουν προβληματιστεί ιδιαίτερα επάνω στον θάνατο , έχουν μια αίσθηση ότι είναι αρκετά άτρωτοι και με την αίσθηση αυτή είναι υπέρ της ευθανασίας σαν μια διαδικασία που μπορεί να την εφαρμόσουν στους άλλους , στους ασθενείς τους.

Και στις δυο περιπτώσεις η προσωπική στάση του ιατρού προβάλλεται στον ασθενή και επηρεάζει την απόφαση του για την ευθανασία. Αυτοί που έχουν αυξημένο άγχος θανάτου, από την μια πλευρά δεν μπορούν να διαχειριστούν εύκολα τον θάνατο των ασθενών τους, από την άλλη όμως πλευρά δεν μπορούν να έρθουν αντιμέτωποι και με τον θάνατο που στην ουσία προσφέρει μια πράξη ευθανασίας. Γι αυτό τον λόγο τείθονται ενάντια στην ευθανασία και προσπαθούν να εξορκίσουν τον φόβο τους αυτό, με θεραπευτικές μεθόδους ή πράξεις ανακούφισης του πόνου. Για τα άτομα με αυξημένο άγχος θανάτου ο θάνατος παραμένει ένα μυστήριο, όχι τόσο σε επίπεδο γνωσιακό, όσο σε επίπεδο συναισθηματικό, και αντιμετωπίζοντας το σαν μυστήριο αρνούνται να μπουν στην διαδικασία κατά την οποία θα τον απογυμνώσουν από τις ιδιότητές του και θα οικειοποιηθούν την παντοδυναμία του αποφασίζοντας αντί για αυτού για την ζωή ενός ατόμου εφαρμόζοντας ευθανασία.

Αντίθετα, άτομα που έχουν πολύ μικρό άγχος θανάτου, έχουν απλοποιήσει την διαδικασία αυτή σε βαθμό που να αισθάνονται συναισθηματικά ικανοί να παρέμβουν σε αυτή ακόμα και να την εφαρμόσουν.

Αυτή την ερμηνεία ενισχύουν τα αποτελέσματα των R. Shulz, D. Aderman που δείχνουν πως οι ασθενείς τελικού σταδίου των ιατρών με αυξημένο άγχος θανάτου ζούσαν περισσότερο κατά την διάρκεια της τελευταίας νοσηλείας τους στο νοσοκομείο σε σχέση με τους ασθενείς τελικού σταδίου των ιατρών με χαμηλό άγχος θανάτου. Οι ιατροί με αυξημένο άγχος θανάτου καταλήγουν οι ερευνητές, φαίνονται λιγότερο πρόθυμοι να δεχτούν το <<τέλος>> των ασθενών τους και χρησιμοποιούν ηρωικές μεθόδους για να τους κρατήσουν στην ζωή (49). Κατ' επέκταση μπορούμε να βγάλουμε το συμπέρασμα ότι αυτοί οι ιατροί θα ήταν, αν είχαν ερωτηθεί, ενάντια στην ευθανασία.

Στο διαδύκτιο υπάρχουν δύο ακόμα έρευνες σχετικά με το άγχος θανάτου και την απόφαση για ευθανασία. Η πρώτη έγινε σε ένα δείγμα 324 ινδών φοιτητών νοσηλευτικής και δεν βρήκε στατιστικά καμιά σημαντική σχέση ανάμεσα στο άγχος θανάτου και στην θέση υπέρ ή κατά ευθανασίας. Αυτή όμως η έρευνα έγινε σε φοιτητές που ασφαλώς λόγω ιδιοτήτων, δεν είχαν τελειώσει ακόμα την σχολή, είχαν μικρή κλινική εμπειρία. Πρέπει επίσης να λάβουμε υπόψη ότι το πολιτιστικό και θρησκευτικό υπόβαθρο παίζει σημαντικό ρόλο στο άγχος θανάτου..

Σε μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νεογνολόγους της Νέας Ζηλανδίας και της Αυστραλίας διαπιστώθηκε πως οι νεογνολόγοι που θεωρούσαν πως το να επισπεύσουμε τον θάνατο ήταν απαράδεκτο σε σύγκριση με αυτούς που ήθελαν να τον επισπεύσουν μέσω αναλγησίας είχαν λιγότερο άγχος της διαδικασίας του θανάτου και

του πρόωρου θανάτου και περισσότερο άγχος της αυτοκαταστροφής. Τα αποτελέσματα αυτά όμως δεν είναι συγκρίσιμα γιατί χρησιμοποιήθηκε για την παραπάνω έρευνα το Multidimensional Fear of Death Scale , ενώ στην παρούσα έρευνα τοTempler scale. Το Multidimensional Fear of Death Scale λαμβάνει υπόψην του παράμετρους διαφορετικούς όπως τον πρόωρο θάνατο και τον φόβο της αυτοκαταστροφής .

Από τις λίγες αυτές αναφορές και έρευνες , διαπιστώνουμε πως η προσωπική στάση του ιατρού απέναντι στον θάνατο πρέπει να επηρεάζει την στάση του απέναντι στην ευθανασία . Θα ήταν λοιπόν χρήσιμο στο μέλλον να διαπιστώσουμε την συσχέτιση αυτή , χρησιμοποιώντας πιθανόν και τα δύο ερωτηματολόγια το Templer και το Death Anxiety scale και αναλύοντας την σχέση αυτή να διεξάγουμε συμπεράσματα σχετικά με τα χαρακτηριστικά του ιατρού που τίθεται υπέρ ή όχι της ευθανασίας , χαρακτηριστικά που εν μέρει διαμορφώνονται και τροποποιούνται από την κοινωνία και την παιδεία που αυτή προσφέρει στα μέλη της .Η ευθανασία ,όπως αυτή αποφασίζεται και εφαρμόζεται από ιατρούς κάποιων χωρών, είναι μια πολύ πιο σύνθετη διαδικασία που μπορεί να μην το συλογιζόμαστε κάθε φορά αλλά κρύβει μια δυναμική που αγγίζει την ψυχοσύνθεση της ανθρώπινης ύπαρξης όταν βρίσκεται μπροστά στο μυστήριο του θανάτου , γι αυτό και ποτέ δεν θα μπορέσει να γίνει με απόλυτα ξεκαθαρισμένα και νομοθετημένα κριτήρια αλλά θα υπόκεινται πάντα στο μεταβλητό χαρακτήρα της ανθρώπινης ψυχής. Αυτό θα πρέπει να το λάβει υπόψην της κάθε κοινωνίας προτού λάβει αποφάσεις υπέρ ή κατά αυτής

Η πλειοψηφία των ιατρών ( το 91%) , σε σημαντικό βαθμό φαίνεται να αναζητάει ένα καλύτερο πλαίσιο παροχής βοήθειας στον ασθενή , μέσα από την ανάπτυξη της ανακουφιστικής φροντίδας. Ένας από τους λόγους που οι ιατροί , σύμφωνα με τις απαντήσεις από την έρευνα , καταφεύγουν σε ευθανασία είναι γιατί δεν μπορούν να βλέπουν τον ασθενή να υποφέρει.Μπορούν όμως να ξεπεράσουν το φόβο τους αυτό ,αν διδαχτούν πως η μεγαλύτερη προσφορά σε αυτούς τους ασθενείς δεν είναι να τους προσφέρουν πιο γρήγορα τον θάνατο , αλλά να σταθούν πλάι τους αντιμετωπίζοντας τον . Το σημαντικότερο απ' όλα είναι ο ανθρώπινος σύνδεσμος <Όσο και μεγάλο τρόμο και αν νιώσεις εγώ δεν θα σε αποφύγω και δεν θα σε εγκαταλείψω.> Τότε θα μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τον θάνατο των ασθενών τους και να τον ανάγουν σε μια λυτρωτική και απελευθερωτική πράξη για αυτούς και τους γύρω τους.

## Ευθανασία και άγχος θανάτου

Τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν αποσκοπούν στην μελέτη των απόψεων των ιατρών για την ευθανασία και το άγχος θανάτου και την πιθανή συσχέτιση αυτών. Όλα τα στοιχεία που θα δώσετε θα παραμείνουν αυστηρώς απόρρητα και θα καταστραφούν μετά το τέλος της έρευνας. Η έρευνα διεξάγεται στα πλαίσια διπλωματικής εργασίας του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών «Αντιμετώπιση του πόνου» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και του ΑΤΕΙ Αθηνών.

### Φύλο

Άρρεν .....

Θήλυ .....

### Ηλικία

25-35 .....

35-45 .....

>45 .....

### Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμος .....

Έγγαμος.....

Διαζευγμένος .....

### Ειδικότητα

Παθολογική.....

Χειρουργική.....

Εργαστηριακή.....

Άλλη.....

### Χρόνια άσκησης επαγγέλματος

0-5 .....

5-10 .....

>10.....

### Ορισμοί

**Ενεργητική ευθανασία :** Εσκεμμένη ενέργεια με ανάθεση ή ανάληψη από κάποιον άλλο της πράξεως τερματισμού της ζωής ενός προσώπου. Διακρίνεται σε υποβοηθούμενη όπου ο ίδιος ο ασθενής θέτει τέλος στην ζωή του με θανατηφόρα δόση φαρμάκων που έχει συνταγογραφήσει ιατρός και σε ακούσια που προσφέρεται από φίλο, συγγενή ή ιατρό στον ασθενή.

**Παθητική ευθανασία :** Συνίσταται στην παράλειψη χρησιμοποίησης θεραπευτικών μέσων (όρων, φαρμάκων, μηχανημάτων υποστήριξης) είτε στη απόσυρση τους.

## Ερωτηματολόγιο Templer

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Φοβάμαι παρά πολύ να πεθάνω		
2. Η σκέψη του θανάτου σπάνια περνάει από το μυαλό μου		
3. Δεν μου προκαλεί νευρικότητα όταν οι άνθρωποι μιλάνε για τον θάνατο.		
4. Με φοβίζει η σκέψη του να πρέπει να κάνω κάποια εγχείρηση.		
5. Δεν φοβάμαι καθόλου να πεθάνω.		
6. Δεν φοβάμαι ιδιαίτερα να πάθω καρκίνο.		
7. Η σκέψη του θανάτου δεν με απασχολεί ποτέ.		
8. Συχνά αγχώνομαι με το πόσο γρήγορα περνάει ο χρόνος.		
9. Φοβάμαι να πεθάνω με οδυνηρό τρόπο.		
10. Η ζωή μετά θάνατο με απασχολεί.		
11. Σκέφτομαι το ενδεχόμενο του να πάθω κάποια στιγμή καρδιακή προσβολή.		
12. Συχνά σκέφτομαι πόσο μικρή είναι η ζωή.		
13. Τρομάζω όταν ακούω συζητήσεις για το ενδεχόμενο ενός πόλεμου.		
14. Η εικόνα ενός πτώματος ή ενός τάφου με φοβίζει.		
15. Νιώθω πως το μέλλον δεν μου προκαλεί καθόλου φόβο.		
16. Θα προτιμούσα να πεθάνω σε νεαρή ηλικία από αιφνίδιο θάνατο.		
17. Θα προτιμούσα να πεθάνω σε μεγάλη ηλικία από τη φθορά χρόνιων παθήσεων.		
18. Πιστεύω πως το επάγγελμά μου με έχει εξοικειώσει με τον θάνατο.		
19. Πιστεύω πως οι ιατροί έχουν μειωμένο άγχος θανάτου σε σύγκριση με τον μέσο πληθυσμό.		
20. Πιστεύω πως οι ιατροί έχουν αυξημένο άγχος θανάτου σε σύγκριση με τον μέσο πληθυσμό.		

(συνέχεια στη σελ.3)

### Ερωτηματολόγιο για την ευθανασία

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΓ/ΔΑ
16. Είστε υπέρ της ενεργητικής ευθανασίας ;			
17. Είστε υπέρ της παθητικής ευθανασίας ;			
18. Έχετε δεχθεί ποτέ αίτημα από ασθενή για ενεργητική ευθανασία ;			
19. Έχετε δεχθεί ποτέ αίτημα από ασθενή για παθητική ευθανασία ;			
20. Έχετε δεχθεί ποτέ αίτημα από συγγενικό περιβάλλον ασθενή για ενεργητική ευθανασία ;			
21. Έχετε δεχθεί ποτέ αίτημα από συγγενικό περιβάλλον ασθενή για παθητική ευθανασία;			
22. Έχετε ποτέ πραγματοποιήσει ευθανασία;	Ενεργητική; <input type="checkbox"/> Παθητική; <input type="checkbox"/>		
23. Αυτό που θα σας εμπόδιζε να κάνετε μια πράξη ευθανασίας είναι :			
• οι θρησκευτικές πεποιθήσεις			
• οι πιθανές νομικές κυρώσεις			
• ο όρκος του Ιπποκράτη			
• προσωπικά πιστεύω			
24. Θα εφαρμόζατε ποτέ ευθανασία σε ένα συγγενικό σας πρόσωπο ;			
25. Η απόφαση για τη παθητική ευθανασία σε ασθενή με εγκεφαλικό θάνατο θα πρέπει να ανήκει :			
• στους συγγενείς			
• στον ιατρό			
• σε νομικό εκπρόσωπο			
26. Είναι αποδεκτή η χρήση μορφίνης για την επίτευξη του ελέγχου του πόνου ακόμα και αν αυτό επισπεύσει το θάνατο ;			
27. Πιστεύετε πως η ανάπτυξη της ανακουφιστικής ιατρικής θα μείωνε την ανάγκη για ευθανασία ;			
28. Πιστεύετε πως στην Ελλάδα χρειάζεται ένα νομικό πλαίσιο για την κατοχύρωση της ευθανασίας ;			

29. Γιατί πιστεύετε πως οι ασθενείς ζητούν ευθανασία ; Απάντηση:
30. Γιατί πιστεύετε πως οι ιατροί εφαρμόζουν ευθανασία ; Απάντηση:

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Tom.L Beauchamp <Intending Death . The ethics of assisted suicide and euthanasia.> pag.29-35  
.Pearson Education 1996
- 2) Χαρίσιος Σκούρτης . Ενεργητική ευθανασία . σελ 91-103  
<Ευθανασία.> Εκδόσεις Σακκουλα.2007.
- 3) Αθανάσιος. Αβραμιδης Ευθανασία : σελ15-25 Εκδόσεις Ακρίτας 1995
- 4) Όθωνας Τσουνάκος . Ευθανασία : Ιστορική – Κοινωνιολογική προσέγγιση δημοσιεύμενο στα < ενδότερα>
- 5) Ν .Δεσπύρη. Α .Θεοχάρη < Ιστορική αναδρομή της ευθανασίας > περιοδικό< Πάρωρον> Σεπτέμβριος 1998
- 6) Σ. Γερουλάνος . Ιστορία της ευθανασίας . 3 σεμινάριο ψυχο-ογκολογίας Ιωάννινα 1999
- 7) Derek Humphry Η υπόθεση του Dr Jack Kevorkian . Euthanasia Research and Guidance Organisation . The medical Magazine 1999
- 8) Αγγελική Ζιάκα < Ευθανασία, Θρησκείες και πολιτισμοί. .> σελ 19-43 , < Ευθανασία >. Εκδόσεις Σακκουλα 2007
- 9) Σεβασμιότατος κ Ιωάννης Ζηζούλιας Μητροπολίτης Περγάμου , Ακαδημαϊκός καθηγητής <Η θεολογική προσέγγιση της ευθανασίας> The Medical Magazine 1999
- 10) Μητροπολίτης Ναυπάκτου Ιερόθεος < Ερωτήματα για τον θάνατο και την ευθανασία .>.Εκκλησιαστική Παρέμβαση 2006
- 11) Γ. Πανούσης .Ευθανασία δημ ένθετο Ελευθεροτύπια σελ 27-28 1998
- 12) Ν.Δεσπύρη.Α.Θεοχάρη Το ολλανδικό μοντέλο για την ευθανασία . <Πάρωρον > Σεπτέμβριος 1998
- 13) Παναγιώτης Ανδρ.Καίσαρης Περί της ευθανασίας σελ45-46 Αχαικές Εκδόσεις

- 14) Tom .L .Beauchamp. The doctrine of double effect pages 22-35 Intending Death . The ethics of assisted suicide and euthanasia .Pearson Education 1996
- 15) Ο κανόνας του διπλού αποτελέσματος και ο ρόλος του στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου.N.Engl.J.Med.Dec.1997 μετ Medical Magazine1997 σελ 16-18
- 16) Baruch Brody. < The withdrawal of therapy in terminal ill patients > σελ 135-153 < Intending Death >Pearson Education .1996
- 17) Edmund.d.Pellegrino <Trust and distrust in Professional Ethics .>in E..P ellegrino et al.eds < UniversityPress 1991 Ethics ,Trust and the Professions> Wasinghton Georgetown pages 69-92
- 18) Allen Buchanan. University of Wisconsin , Madison. <Euthanasia.> Intending Death . The ethics of assisted suicide and euthanasia .Pearson Education 1996
- 19) R.G.Frey < Some Aspects of the doctrine of the double effect> pages 259-283.The Canadian Journal of Philosophy1983
- 20) Raanan Gillon <Προβλέπω και επιδιώκω τον θάνατο δεν είναι το ίδιο > δημο στο British Medical Journal 1997 μετ στο Medical magazine 1998
- 21) Paul.vande Maas <Euthanasia and other Medical Decisions Concerning the End Of life .> pages 669-674 Lancet 1991
- 22) J.Rachels .< Active and passive euthanasia.>New England Journal of Medicine 1975 ,pages 78-80
- 23) Baruch.Brody < Abortion and the Sanctity of Human Life > p 17 Cambridge Press 1975
- 24) N.Ann.Davis< Intending death in medicine> Intending Death The ethics of assisted suicide and euthanasia.>161-188 Pearson Education 1996
- 25) Guidelines on the termination on life sustaining treatment and the care of the dying The Hastings Center New.York 1987
- 26) Y.Conwell.E.DCaine Rational suicide and the right to die Reality and Myth > New England Journal Of Medicine 1991 p 1100-1102



- 27) C.K.Cassel,D.E.Meier <)Morals and moralism in the debate over euthanasia and assisted suicide> New England Journal of Medicine 1990
- 28) Ronald E Cranford <About Euthanasia> Intending Death .The ethics of assisted suicide and euthanasia Pearson Education
- 29) Δημήτρης Λυπουρλής. <Η ευθανασία στην καθημερινή ζωή της αρχαιότητας> σελ 11-19 Ευθανασία .Εκδόσεις Σάκκουλα
- 30 ) Χερμαν Φαιφελ Ο θάνατος ,μια σπουδαία μεταβλητή στην ψυχολογία.. <Existential Psychology >Paolo.May , μεταφ.Εκδόσεις Επίκουρος 1980
- 31) Elisabeth Kubler-Ross <On death and dying >.Εκδόσεις Τάμασος 1979
- 32) )Diane.Emier,Carrol-Ann Emmons , < A national survey of Physician Assisted Suicide and euthanasia in the United States > N England Journal of Medicine 1998.
- 33) Paul J,Van der Maas,Gerit Van der Wals <Euthanasia , physical assisted suicide , and other medical practices involving the end of life in the Netherlands 1990-1995.  
N.England Journal of Medicine1996
- 34) B.J.Ward ,P.ATate < Attitudes among NHSdoctors to requests for euthanasia.>  
B.M.J.1994 Vol 308, pag 1332-1334
- 35) G.Di Mola,P Borsellino , C Brunrelli etc <Attitudes toward euthanasia of physician members of the Italian Society of Palliative Care.> Annals of Oncology 907-911,1996
- 36 )Ευθυμίου Π και συν < Απόψεις Ελλήνων φοιτητών ιατρικής σε σύγχρονα θέματα βιοηθικής.>.Αρχαία Ελληνικής ιατρικής 1995
- 37) Παπαπετρόπουλος και συν < Τάσεις προς την ευθανασία.μεταξύ ιατρών , φοιτητών της ιατρικής , δικηγόρων και δικαστών στην πόλη της Πάτρας.> Ιατρική 1997
- 38) Βιδάλης και συν )<Η ευθανασία στην Ελλάδα.>  
.Aging Milano 1999

- 39) Πάρπα Ε και συν <The attitudes of greek physician and lay people on euthanasia and physician –assisted suicide in terminaly ill cancer people.> American Journal Of Hospice and Palliative Medicine Vol 23No 4 297-303( 2006)
- 40) Δ .Δαμίγος, Β Σιαφάκα , Ν Παυλίδης Απόψεις και στάσεις των μελών του ιατρικού συλλόγου Ιωαννίνων απέναντι στην ευθανασία.(Πρόδρομα αποτελέσματα ) Ιωάννινα 1999
- 41) )Ratha Ray,Moham Royu <Attitudes towards euthanasia in relation to death anxiety in a sample of 344 nurses in India.> Death Studies 2006 Dec 30(10)919-929
- 42) Peter Barr. <Relationship of neonatologist ‘s end of life decisions to their personal fear of death Archives of Diseases in Childhood Fetal and Neonatal Editions 2007
- 43) Keth Wood,Paul.JRobinson < Fear of death in a sample of Physisians >  
Can FamPhysician 1984 30:416-421
- 44) KaneAnne..HoganJohn .D < Death anxiety in physicians Defensive Style, Medical Speciality and Exposure to Death>  
.Omega:Journal of death and dyingp11-22 1985-1986
- 45) R Wirswanathan <,Death anxiety , locus of control and purpose in life of physician Their relationship to patient death notification.>Depart of phychiatry N.YHealth Sience Center of Brooklyn46 )
- 46) Andrew.R Dattel and Robert.A Neimeyer <Sex differences in death anxiety : Testing the emotional expressiveness hypothesis .Death Studies 1990 14:1-11 Hemisphere Publishing Cooperation
- 47) Ward,P.A.Tate <Attitudes among NHS doctors to request for euthanasia >
- 48) Buolo Gorofolo ,Unit of Epidemiology Institute Trieste and Toscane <Should euthanasia be legal? An international survey of neonatal intensive care units staff>

49) Shulz Richard, Ademan David<Physician's death anxiety and patient outcomes>Omega: Journal of death and dying V9 n4 p327-32  
1978-79