

## «Ευθανασία - Ένα κατ' εξοχήν βιοηθικό πρόβλημα»

---

Διονύσιος Ραζής

ιατρός παθολόγος - ογκολόγος

Το πρόβλημα της ευθανασίας είναι πολύ παλιό. Υπάρχει απ' όταν ο άνθρωπος οργανώθηκε σε κοινωνίες. Σήμερα όμως συζητείται περισσότερο, γιατί σήμερα υπάρχει σε πολύ μεγαλύτερη έκταση. Αντίθετα, η Βιοηθική είναι ένας διεπιστημονικός τομέας που αναπτύχθηκε σχετικά πρόσφατα. Το 1954 το Ανώτατο Δικαστήριο των ΗΠΑ αποφάσισε ότι ο φυλετικός διαχωρισμός, στα σχολεία και οπουδήποτε αλλού, είναι αντισυνταγματικός. Αυτή η απόφαση του Ανωτάτου Δικαστηρίου σημείωσε μια βαθειά αλλαγή στην αμερικανική κοινωνία. Το μήνυμα του δικαστηρίου ήταν σεβασμός για το άτομο. Η αρχή ότι κάθε άτομο δικαιούται σεβασμού ως ανθρώπινο ον, γρήγορα επεξετάθη και σε άλλα ευάλωτα άτομα -μεταξύ αυτών και στους αρρώστους. Η επικράτηση της αρχής του σεβασμού του ατόμου και των δικαιωμάτων του ατόμου και τα ηθικά διλήμματα της σύγχρονης ιατρικής δημιούργησαν τη Βιοηθική.

Στα μέσα της δεκαετίας του '60 και στις αρχές της δεκαετίας του '70 δημιουργήθηκαν σημαντικά ηθικά προβλήματα και ηθικά διλήμματα από την εφαρμογή στην ιατρική πράξη της επιστημονικής και τεχνολογικής προόδου. Η δυνατότητα μεταμόσχευσης οργάνων, με περιορισμένες όμως δυνατότητες ανεύρεσης οργάνων (4.000 άρρωστοι πεθαίνουν κάθε χρόνο στις ΗΠΑ περιμένοντας στη λίστα μεταμοσχεύσεων), η μακροχρόνια αιμοδιάλυση νεφροπαθών σε τελικά στάδια, η χρήση αναπνευστήρων σε αρρώστους μόνιμα σε κώμα, η δυνατότητα μακροχρόνιας παράτασης της ζωής ανίατων αρρώστων είναι μερικά από τα προβλήματα που δημιούργησε η τεχνολογική πρόοδος. Γιατροί, φιλόσοφοι, θεολόγοι, νομικοί και πολιτικοί, στα μέσα της δεκαετίας του '60 και στις αρχές της δεκαετίας του '70, άρχισαν να συζητούν και να αρθρογραφούν για τα ηθικά διλήμματα της σύγχρονης ιατρικής, όπως αυτά που αναφέραμε πιο πάνω, καθώς και για τη μεθοδολογία λήψης θεραπευτι-

κών αποφάσεων, για ηθικά αμφισβητήσιμες πρακτικές ιατρικής έρευνας και για τα δικαιώματα του αρρώστου.

Αυτά τα προβλήματα και τα ηθικά διλήμματα δεν είναι αποκλειστικά ιατρικής φύσεως. Είναι διλήμματα που αφορούν και τις ατομικές αξίες, τις προσωπικές αντιλήψεις για την έννοια της ζωής και του θανάτου και την έννοια της δικαιοσύνης. Το πεδίο της Βιοηθικής γεννήθηκε και καθιερώθηκε από τους ηθικούς προβληματισμούς της σύγχρονης ιατρικής και από την πολιτιστική έμφαση στα δικαιώματα του ατόμου.

Ακολούθησε η συγκρότηση επιτροπών Ηθικής στα νοσοκομεία. Το 1960 ο Scribner στο Σιάτλ των ΗΠΑ εισήγαγε το shunt στην Ιατρική για τη θεραπεία τελικού σταδίου νεφρικών παθήσεων. Όμως, με ανεπαρκή μηχανικό εξοπλισμό και εξειδικευμένο προσωπικό στην περίοδο 1960 - 1972, ήταν αδύνατο να θεραπευθούν όλοι οι άρρωστοι με νεφρικές παθήσεις. Έτσι το πανεπιστήμιο του Σιάτλ συγκρότησε την επιτροπή θεραπείας για να αποφασίζει με κριτήρια ιατρικά, ηθικά και κοινωνικά, ποιοι άρρωστοι θα υποβάλλονταν σε αιμοδιάλυση. Όσοι απορρίπτονταν από την επιτροπή, πέθαιναν.

Η επιτροπή θεραπείας στο Σιάτλ ήταν η πρώτη επιτροπή Ηθικής σε νοσοκομείο. Σήμερα, στα περισσότερα νοσοκομεία του δυτικού κόσμου λειτουργούν Επιτροπές Ηθικής και Δεοντολογίας για να αντιμετωπίσουν τα ηθικά διλήμματα και τις συγκρούσεις αξιών που δημιουργήσε η πρόοδος στην Ιατρική και την Τεχνολογία και η πολιτιστική έμφαση στα δικαιώματα του ατόμου. Εδώ πρέπει να τονισθεί ότι η αρχή της αυτονομίας του ατόμου είναι μια υπέρτατη αρχή στις δυτικές μετακαντιανές κοινωνίες, αλλά δεν είναι απόλυτος αρχή. Υπάρχει και η αρχή της δικαιοσύνης, του fairness. Ούτε η αρχή της αυτονομίας του ατόμου μπορεί να υποχρεώσει τον γιατρό να ενεργήσει αντίθετα από την ιατρική και επαγγελματική του συνείδηση.

Καθοριστική ώθηση στην εξέλιξη της βιοηθικής έδωσε η συγκρότηση από τον πρόεδρο των ΗΠΑ της President's Commission, της επιτροπής του Προέδρου, για τη μελέτη των ηθικών προβλημάτων στην Ιατρική, τη Βιοϊατρική έρευνα και την έρευνα για την ανθρώπινη συμπεριφορά. Η Επιτροπή ήταν διεπιστημονική και προεδρεύετο από καθηγητή της Νομικής. Άρχισε τις εργασίες της το '80 και σε περίοδο 4 ετών εδημοσίευσε 9 εμπεριστατωμένες μελέτες για θέματα βιοηθικής. Το πρώτο θέμα που απασχόλησε την Επιτροπή ήταν οι αποφάσεις για την παράλειψη θεραπειών που κρατούν τους αρρώστους στη ζωή. Είναι αυτό που λέμε σήμερα "παθητική ευθανασία".

Ο όρος ευθανασία σημαίνει ο εύκολος, ο ανώδυνος, ο ευτυχής, αν μπορώ να χρησιμοποιήσω τη λέξη, θάνατος. Ίσως ένας επιτυχής ορισμός του όρου ευθανασία είναι η ευχή της εκκλησίας από τη λειτουργία του Χρυσοστόμου “[...] χριστιανά τα τέλη της ζωής ημών, ανώδυνα, ανεπαίσχυντα, ειρηνικά...”

Το πρόβλημα της ευθανασίας δεν είναι πρόβλημα σημερινό. Η ευθανασία ήταν επιθυμητή ή και επιτρεπτή στις αρχέγονες κοινωνίες και εφαρμόζετο ευρύτατα στην αρχαία Σπάρτη. Εξεθειάζετο και υποστηρίζετο στην “Ιδανική Πολιτεία” του Αριστοτέλους. Αργότερα, η χριστιανική Εκκλησία τοποθετήθηκε σαφώς αντίθετα με την ευθανασία, που τη θεώρησε παράβαση της βης εντολής. Ο Θωμάς Ακινάτης υποστήριξε ότι στην ευθανασία σφετεριζόμαστε τη δύναμη του Θεού στο θέμα της δημιουργίας και του θανάτου. Ευθανασία όμως εφαρμόζετο στο Μεσαίωνα π.χ. σε πολλές περιπτώσεις λύσης. Ο Thomas Moore στην “Ουτοπία” του, την ίδια περίπου εποχή, παρότρυνε τους αναπήρους να δώσουν τέρμα στη δυστυχία τους. Τέλος, το 1935 στην Αγγλία ιδρύθηκε η “Εταιρεία Ευθανασίας” με σκοπό τη νομιμοποίησή της. Τρία χρόνια αργότερα, εταιρεία ευθανασίας δημιουργήθηκε και στην πολιτεία Κονέκτικατ των ΗΠΑ.

Έτσι, το πρόβλημα της ευθανασίας δεν είναι μόνο σύγχρονο, είναι πολύ παλαιό. Σήμερα, όμως, συζητείται περισσότερο γιατί υπάρχει σε μεγαλύτερη έκταση, κι ο λόγος, ότι έχει αυξηθεί ο μέσος όρος ζωής στις προηγμένες κοινωνίες. Έτσι, οι προχωρημένες ηλικίες αποτελούν ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού και για ευθανασία, μιλάμε κυρίως, σχεδόν αποκλειστικά στις προχωρημένες ηλικίες.

Έπειτα έχει αλλάξει η ανθρώπινη Νοσολογία. Τα χρόνια νοσήματα είναι πιο συχνά και πάλι για ευθανασία μιλάμε κυρίως σε χρόνια νοσήματα. Τέλος, είναι η πρόοδος στην Ιατρική που καθιστά δυνατή την παράταση της ζωής πολλών ανίατων ασθενών -παράταση που μπορεί να είναι μακροχρόνια ή και αόριστη.

Ο καρκίνος είναι ένα από τα νοσήματα για τα οποία συχνά συζητείται η ευθανασία. Ευθανασία συζητείται και σε παθήσεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, σε υπέργηρους με εγκεφαλικές μαλακύνσεις που έχουν μεταβληθεί σε “φυτά”, βαριές ψυχοπάθειες, αρρώστους με ανεπανόρθωτες βλάβες του ΚΝΣ από τροχαία κ.ά. Στον καρκίνο, όμως, το πρόβλημα της ευθανασίας συζητείται περισσότερο. Οι λόγοι είναι προφανείς. Ο καρκίνος είναι συχνά μια ανίατη και βασανιστική αρρώστια. Βέβαια, πρέπει να πούμε ότι όταν

λέμε ανίατη εννοούμε κατά πάσα πιθανότητα ανίατη. Εξάλλου ό,τι είναι σήμερα ανίατο, αύριο μπορεί να μην είναι. Επίσης, έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στην ανακουφιστική και συμπτωματική θεραπεία του γενικευμένου καρκίνου έτσι που να μην είναι πάντα βασανιστική αρρώστια. Πάντως ο καρκίνος είναι η κύρια αιτία ευθανασίας. Στην Ολλανδία τα 80% των αρρώστων που υπεβλήθησαν σε ευθανασία έπασχαν από καρκίνο και στο Όρεγκον των ΗΠΑ τα 70% των αρρώστων που υπεβλήθησαν σε υποβοηθούμενη -από τον ιατρό- αυτοκτονία έπασχαν επίσης από καρκίνο.

Η ικανότητα της Ιατρικής σήμερα να παρατείνει τη ζωή ανίατων αρρώστων, πολλές φορές για μακρά χρονικά διαστήματα, δημιουργεί προβλήματα ηθικά, κοινωνικά και οικονομικά. Οι συγγενείς των ασθενών που ζουν σε κατάσταση σύγχυσης, δικαιολογημένης από το παρατεταμένο δράμα της ανίατης αρρώστιας, άλλοτε ζητούν παράταση της ζωής πάση θυσία και άλλοτε τη βράγχυση του μαρτυρίου του αρρώστου τους. Τα οικονομικά προβλήματα τίθενται επί τάπητος συνεχώς. Όταν η οικογένεια καταβάλλει τις δαπάνες ενίοτε τίθεται το ερώτημα: Θα πρέπει π.χ. το παιδί να διακόψει τις σπουδές του για να χρηματοδοτηθεί μια μάχη που κατά πάσα πιθανότητα είναι χαμένη; Ή όταν η Πολιτεία καταβάλλει τις δαπάνες τίθεται το ερώτημα: Είναι ορθολογιστική η τοποθέτηση αυτών των χρημάτων ή θα ήταν ευρύτερη πολιτική αν αυτά τα χρήματα διοχετεύονταν σε άλλους τομείς, όπως π.χ. στην έρευνα;

Ο ιατρός μέχρι πρόσφατα αντιμετώπιζε μόνος του, ενώπιος ενωπίω, τα περισσότερα από αυτά τα ερωτήματα. Όταν π.χ. αποφασίζει να παρατείνει τη ζωή ενός ασθενούς, με προσπάθειες που είναι συχνά πολύπλοκες, πολυδάπανες και βασανιστικές για τον άρρωστο, αντιμετωπίζει ερωτήματα από τον ασθενή, τους συγγενείς του, τους νεότερους ιατρούς και τον ίδιο τον εαυτό του. Αυτή η παράταση της ζωής, η ποιότητα της παράτασης και το είδος της ζωής του ασθενούς, δικαιώνει την καταβληθείσα προσπάθεια; Στη συνέχεια, τίθεται το ερώτημα πώς αξιολογείται η ποιότητα, το είδος ζωής. Είναι μια έννοια που σήμερα μπορούμε να μετρήσουμε, παραμένει ωστόσο σχεδόν αποκλειστικά υποκειμενική. Έπειτα, όταν μιλάμε για παράταση ζωής -πώς μετριέται η αξία της παράτασης; Πόσο αξίζει ένας μήνας, πέντε μήνες ή ένας χρόνος; Με ποιο μέτρο μετριέται ο χρόνος; Άλλο ερώτημα: Όταν η ιατρική αποφασίζει να καταβάλλει ηρωικές, εξαιρετικές προσπάθειες για να παρατείνει τη ζωή ενός ανίατου αρρώστου, λαμβάνεται υπ' όψη η χρονολογική του ηλικία;

Ο Αϊζενχάουερ, πριν αρκετά χρόνια, κρατήθηκε στη ζωή τεχνικά για έναν χρόνο χρησιμοποιώντας ιδεωδώς την πρόοδο της Ιατρικής. Μετά το θάνατό του, σε συζήτηση στην Υγειονομική Εταιρεία της Αγγλίας, Άγγλος ιατρός υπαινίχθη ότι μετά ορισμένη ηλικία -περίπου στα 80 χρόνια- η ιατρική δεν θα πρέπει να καταβάλλει εξαιρετικές, ηρωικές προσπάθειες για να παρατείνει τη ζωή. Πρέπει μόνο να διατηρεί τον άρρωστο χωρίς συμπτώματα. Οι αντιδράσεις σε αυτή τη δήλωση ήταν οξείες. Ο Sir Bernard Russel, ηλικίας τότε 96 ετών, απάντησε ότι “αυτός ο ιατρός δεν είναι αρκετά μεγάλος για να κρίνει καλύτερα”.

Πάντως θα ήθελα να επαναλάβω ότι για τους ιατρούς το πρόβλημα της ευθανασίας δεν είναι καθόλου θεωρητικό. Όταν ο ιατρός αποφασίζει αν θα αρχίσει ορούς ή αν θα σταματήσει τους ορούς, αν θα διακόψει ή όχι το οξυγόνο, παίρνει μια απόφαση για τη ζωή ενός συνανθρώπου του. Είναι μια απόφαση που λαμβάνεται με δέος. Ο ιατρός τότε είναι σαν να παίζει το Θεό.

Το πρόβλημα της ευθανασίας αναμφισβήτητα υπάρχει και θα αυξάνει συνεχώς τα επόμενα χρόνια. Παρόλο που είναι παράνομη, στις περισσότερες χώρες του κόσμου εφαρμόζεται ευρύτατα. Νόμιμα ευθανασία εφαρμόζεται στην Ολλανδία και το Όρεγκον των ΗΠΑ. Η ευθανασία είναι ένα πρόβλημα που ανήκει στον τομέα της Βιοηθικής.

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

Το πρόβλημα της ευθανασίας έχει πολλές πλευρές και τοποθετήσεις, θετικές ή αρνητικές, και όλες έχουν και τον αντίλογό τους.

Η ευθανασία πολλές φορές αντιμετωπίζεται μόνο από τον ιατρό, συχνά αυθαίρετα. Αυτό αφορά κυρίως την παθητική ευθανασία που εφαρμόζεται

σήμερα ευρύτατα. Όμως, η ιατρική δεν είναι πια πατερναλιστική. Στην πατερναλιστική ιατρική ο ιατρός είχε την αποκλειστική ευθύνη και δικαιοδοσία λήψης αποφάσεων. Σήμερα ο άρρωστος συμμετέχει στις αποφάσεις και αυτό που βαραίνει είναι κυρίως η απόφαση του αρρώστου (όταν ο άρρωστος είναι σε θέση να πάρει αποφάσεις).

Το πρόβλημα της ευθανασίας είναι πρόβλημα συγκρούσεων αξιών. Η διατήρηση ενός αρρώστου στη ζωή έρχεται πολλές φορές σε σύγκρουση με άλλες αξίες, όπως οι επιθυμίες του αρρώστου, προσωπικές αντιλήψεις για την έννοια της ζωής και του θανάτου, την πολιτιστική έμφαση στα δικαιώματα του ατόμου, αβέβαιες ή συγκρουόμενες κοινωνικές αξίες και η έννοια της δικαιοσύνης. Έπειτα, είναι τα οικονομικά προβλήματα και η ανάγκη εξασφάλισης ίσης ιατρικής φροντίδας για όλους.

Αυτές οι συγκρουόμενες αξίες, αυτά τα ηθικά διλήμματα δεν είναι αποκλειστικά ιατρικά. Η αντιμετώπισή τους απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση. Οι αποφάσεις για ενεργητική ή παθητική ευθανασία πρέπει να λαμβάνονται από Επιτροπές Βιοηθικής με συμμετοχή του αρρώστου, του ιατρού, των κοινωνικών λειτουργών, αδελφών νοσοκόμων, φιλοσόφων, αντιπροσώπων της διοίκησης του νοσοκομείου, θεολόγων και της ίδιας της Πολιτείας.

Οι Επιτροπές Βιοηθικής θα έχουν την ευθύνη της απόφασης για παθητική ή ενεργητική ευθανασία. Ακόμη, η λειτουργία των Επιτροπών Βιοηθικής θα διαμορφώσει νέες κοινωνικές σχέσεις. Θα διαμορφώσει επίσης, ένα νέο ευρύτερο τρόπο σκέψης κατά τη λήψη αποφάσεων για σημαντικά σύγχρονα ιατρικά προβλήματα.

Η Πολιτεία πρέπει να καθιερώσει και να κατοχυρώσει το θεσμό των Επιτροπών Βιοηθικής στα νοσοκομεία.