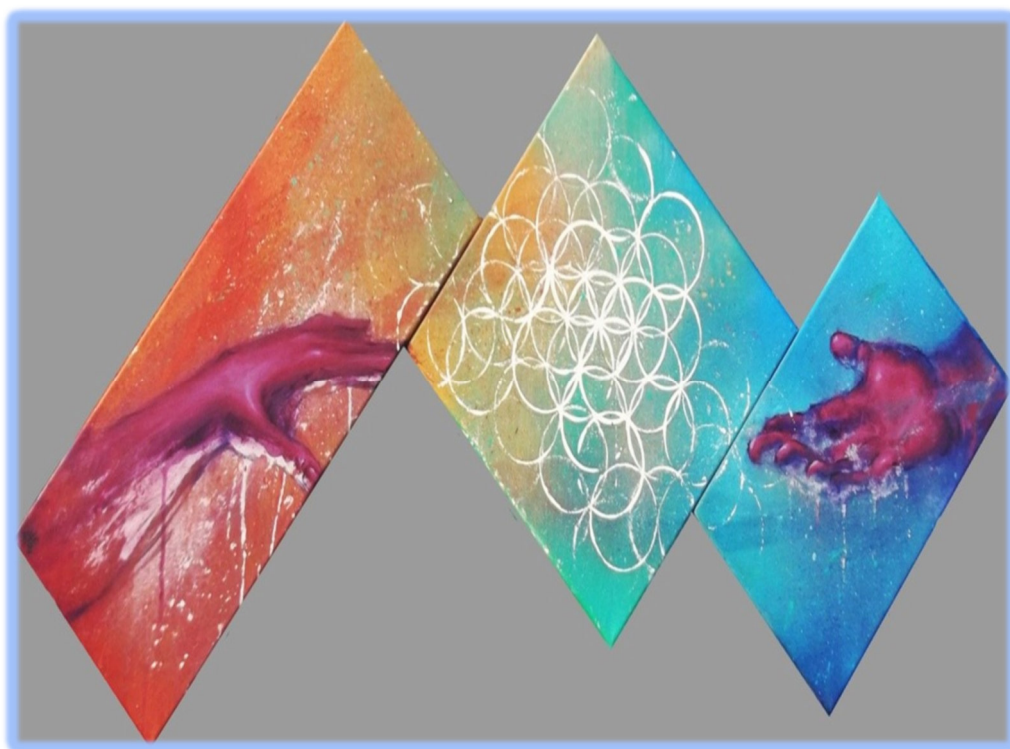




ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ
UNIVERSITY OF PATRAS

ΔΠΜΣ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ / PERSONALIZED
MEDICINE

Σημειώσεις
για το μάθημα
“ **ΒΙΟΗΘΙΚΗ**”



Ακαδημαϊκό έτος 2022-23
Συντονιστής/Διδάσκων
Δρ Βασίλειος Φανάρας
Επίκουρος Καθηγητής
Έκδοση 1.0

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	3
1. Εισαγωγή στη Βιοηθική.....	4
2. Αυτονομία και ετερονομία.....	11
3. Αφηγηματική Βιοηθική.....	16
4. Αντισύλληψη και Άμβλωση.....	19
5. Αναπαραγωγικές Τεχνολογίες.....	32
6. Κλωνοποίηση και χρήση Βλαστικών κυττάρων.....	45
7. Ανθρώπινο Γονιδίωμα.....	49
8. Ευγονική.....	57
9. Φαρμακογονιδιοματική και Ηθική	67
10. Εγκεφαλικός θάνατος-Μεταμοσχεύσεις.....	77
11. Βιοηθική και πανδημία.....	84
12. Ευθανασία.....	97
13. Μελέτες περιπτώσεων (study cases).....	113

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι σημειώσεις εξυπηρετούν το μάθημα «**Βιοηθική**» στο Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Εξατομικευμένη Ιατρική/Personalized Medicine” του Πανεπιστημίου Πατρών και καλύπτουν με συντομία και στο μέτρο του δυνατού το πλήθος των σχετικών βιοηθικών θεμάτων.

Η ανάπτυξη ανά θέμα (topic) είναι ενδεικτική και όχι εξαντλητική, καθώς φιλοδοξεί να προσφέρει ενημέρωση παρέχοντας βασικές πληροφορίες, αλλά και να προκαλέσει το διάλογο μεταξύ των διδασκομένων. Η ταχεία εξέλιξη των επιτευγμάτων και η δυναμική των συνεπαγομένων βιοηθικών διλημμάτων παρουσιάζονται συνοπτικά στα μαθήματα, τα οποία επιδέχονται προσθήκες, βελτιώσεις και ανανέωση με νέες εκδόσεις προσαρμοσμένες στα νέα δεδομένα.

Στην παρούσα έκδοση 1.0 χρησιμοποιήθηκαν ως πηγές, κεφάλαια από βιβλία, μονογραφίες, εγχειρίδια, άρθρα και δημοσιεύσεις σε έντυπη και ηλεκτρονική μορφή, σημειώσεις μαθημάτων, αλλά και πηγές από συναφείς ιστοσελίδες.

Απρίλιος 2023

Βασίλειος Φανάρας
Επίκ. Καθηγητής στη Βιοηθική

Μάθημα 1^ο Εισαγωγή στη Βιοηθική

Περίληψη: Εισαγωγή για την κατανόηση των βασικών εννοιών της Βιοηθικής, αλλά και των ορίων και εννοιών, οι οποίες θα χρησιμοποιηθούν στη συνέχεια, προκειμένου να γίνουν κατανοητά τα επί μέρους βιοηθικά θέματα.

Πηγή: Θεοδώρα Παπαδοπούλου, *Ειδικά Θέματα Βιοηθικής*, Αποθετήριο ΚΑΛΛΙΠΟΣ, 2015, https://repository.kallipos.gr/pdfviewer/web/viewer.html?file=/bitstream/11419/3158/2/last%20version_book-KOY.pdf)

1.1 Εισαγωγή

Η Βιοηθική ως διεπιστημονικός κλάδος επιζητά την επιστημονική συνεργασία σ' ένα εγχείρημα αντικειμενικού προσδιορισμού διλημάτων, όπως αυτά, τα οποία συνδέονται, για παράδειγμα, με τη δυνητική εφαρμογή της γενετικής, της βιοτεχνολογίας. Ενδιαφέρεται για επιστημονικά πονήματα, τα οποία θα αναγνωρίζουν την ανάγκη διεπιστημονικών προσεγγίσεων και κινείται προς τη διατύπωση βιοηθικών επιστημονικών υποθέσεων, οι οποίες θα οδηγούν τόσο στη συμβολή αποφάσεων όσο και σε νομικές ρυθμίσεις. Αναλογικά, λοιπόν, με τη φύση και το περιεχόμενο των σχετικών διλημάτων, εστιάζοντας σε εμπειρικά δεδομένα, τα επιστημονικά πεδία με τα οποία συνεργάζεται η Βιοηθική είναι: η Βιολογία, η Ιατρική, η Φιλοσοφία, η Νομική, η Θεολογία, η Κοινωνιολογία και η Ιστορία. Δεν εκφράζει μια μορφή πολυσυλλεκτικότητας, αλλά ένα δια-επιστημονικό πεδίο, όπου ως έρεισμα έχει την έννοια της ηθικής θεωρίας. Έτσι, η έννοια της διεπιστημονικότητας είναι βασικός άξονας, ενώ η σφαίρα των αναζητήσεων της εξελίσσεται σταδιακά σε ένα διεθνές πεδίο γόνιμων αντιπαραθέσεων.

1.2 Τα όρια μεταξύ Ιατρικής Ηθικής και Βιοηθικής

Η Ιατρική ενδιαφέρθηκε, κατά κύριο λόγο, για θέματα, τα οποία αφορούσαν τη σχέση ασθενούς -ιατρού. Ξεκινώντας από τον Ιπποκρατικό όρκο, οι ιατροί καλούνται να χρησιμοποιούν την γνώση τους για να στηρίξουν τους ασθενείς τους, να τους θεραπεύσουν έχοντας ως κύριο στόχο τη διαφύλαξη της ζωής. Έτσι και τη Ρωμαϊκή περίοδο, ο Γαληνός αναφερόμενος στον γιατρό τόνιζε τη σημασία των γνώσεων, που πρέπει να έχει αυτός – απομακρυσμένος από όποια υλικά κίνητρα - και ότι ο ασθενής πρέπει να επιλέγει τον καλύτερο γιατρό. Αυτές οι βασικές αρχές αποτελούν και πυλώνα της Βιοηθικής¹.

Η πληθώρα των επιστημονικών εξελίξεων και θετικών αποτελεσμάτων βελτίωσαν την ποιότητα ζωής των ανθρώπων και έσωσαν και πολλές ζωές. Στην πορεία, όμως, είτε τέθηκαν

¹ Ackerknecht, E. N. (1998). *Η Ιστορία της Ιατρικής*. Πασχάλης Β., Ηλιάδης Γ. Καρατζούλης Β. (μτφ.). Αθήνα: Μαράθια.

και άλλα ζητήματα είτε τα ήδη υπάρχοντα απέκτησαν μια διαφορετική χροιά, όπως, για παράδειγμα, θέματα ιατρικής περίθαλψης σχετικά με τις αυξανόμενες ανάγκες των ασθενών, ενώ και προς αυτήν την κατεύθυνση τέθηκε στο κέντρο των συζητήσεων, ως ποιο σημείο μπορούν - αν μπορούν- με τις πολιτικές τους να παρέμβουν οι κυβερνήσεις και αν πρέπει να παρέχεται ή όχι δημόσια περίθαλψη.²

Τις δεκαετίες, λοιπόν, του 1950 και 1960 ξεκίνησε η συζήτηση σχετικά με την αναδιατύπωση συγκεκριμένων ηθικών ερωτημάτων, τα οποία σχετίζονταν, κατά κύριο λόγο, με την Ιατρική Ηθική. Οι εξελίξεις στον τομέα της τεχνολογίας βοήθησαν προς αυτήν την κατεύθυνση, γιατί επανήλθαν ερωτήματα, όπως η επιμήκυνση της ανθρώπινης ζωής και τα πιθανά ηθικά διλήμματα, τα οποία θα προέκυπταν δρώντας πάντοτε με γνώμονα το καλό του ασθενή. Το 1954 έλαβε χώρα η πρώτη μεταμόσχευση νεφρών και έτσι θέτονταν τα θέματα της μεταμόσχευσης οργάνων και κατά πόσο είναι ηθικό ή όχι, πειραματικά να γίνονται οποιασδήποτε θεραπείες. Δόθηκε, έτσι, η αφορμή να συζητηθούν ερωτήματα σχετικά με την ηθική σημασία της ζωής και του θανάτου. Επίσης, στις αρχές της δεκαετίας του 1960, η παρουσία των αντισυλληπτικών χαπιών και η διακοπή της κύησης έθεσε στο κέντρο των ερωτήσεων την επιτακτική ανάγκη της συζήτησης σχετικά με τα ηθικά προβλήματα αυτών των θεματικών. Ταυτόχρονα, η ανάπτυξη της Γενετικής έθεσε ακόμα πιο έντονα ερωτήματα σχετικά με την ηθική υπόσταση των υποκειμένων.

Στην προσπάθεια οριοθέτησης των όρων η παρακάτω κατηγοριοποίηση είναι απαραίτητη:

- Η Ιατρική Ηθική (Medical Ethics) κινείται στον χώρο της Ιατρικής και σε αυτήν υπάγονται η Κλινική Ιατρική Ηθική (Clinical Medical Ethics), η οποία πραγματεύεται τα θέματα της σχέσεως ασθενούς – ιατρού
- Η Θεσμική μορφή Ιατρικής Ηθικής (Institutional Medical Ethics), η οποία ασχολείται με την πολιτική υγείας κάποιων ιδρυμάτων και
- Η Ηθική της Ιατρικής Φροντίδας (Health Care Ethics), η οποία ασχολείται με θέματα υγειονομικής ασφάλειας και γενικότερα υγείας.³

Επίσης, δεν πρέπει να υπάρχει σύγχυση μεταξύ των εννοιών της Βιοιατρικής Ηθικής (Biomedical Ethics), η οποία αναφέρεται στην πρόοδο και τις εφαρμογές της Βιολογίας, και της Βιοηθικής, που υπάρχει ως ευρύτερος όρος και εμπεριέχει, τόσο τις εφαρμογές της Ιατρικής και της Βιολογίας, όσο και της τεχνολογίας στη ζωή. Έτσι, η Βιοηθική ασχολείται με το ευρύτερο πεδίο της «ζωής» και για αυτό το λόγο έχει ανάγκη τη συνεργασία με ένα σύνολο διαφορετικών επιστημών και γνωστικών πεδίων (διεπιστημονικότητα). Αυτό ενισχύεται ακόμα περισσότερο, αν λάβει κανείς υπόψη ότι το δεύτερο συστατικό της λέξης, το οποίο είναι η «ηθική» ασχολείται με ηθικά διλήμματα, τα οποία από τη φύση τους γεννούν

² Παναγιωτόπουλος, Γ. (2002). Σκιαγράφηση της εξέλιξης των επιστημονικών αντιλήψεων για την αρρώστια και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. *Υγεία και Κοινωνία*, 3(10), 22- 24.

³ Thielmann, L., Norman, D. (2003). Health Care Ethics. In Düwell Marcus, Steigleder Klaus (Hgs.), *Bioethik. Eine Einführung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 105-119.

πολλά ερωτήματα.

Η Ιατρική Ηθική στις μέρες μας πια θέτει ως βάση, ότι η έννοια της φροντίδας και η αρχή της αυτονομίας πρέπει να βρίσκονται σε αγαστή συνεργασία.

1.3 Η πορεία προς τη Βιοηθική

Η Βιοηθική αντιμετώπιστηκε, αρχικά ως μια απλή τάση ερμηνείας ορισμένων περιστατικών, όπως σχολιάζει ο Rothman⁴ και ωρίμασε στα πλαίσια της ηθικής φιλοσοφίας και χρησιμοποιήθηκε ως «εργαλείο» από την ιατρική. Η φιλοσοφία σταμάτησε σταδιακά να παίζει μόνο παθητικό ρόλο και προσπάθησε να δώσει έμπρακτη μορφή στα ηθικά επιχειρήματα.

Παράλληλα, όμως, και οι εκπρόσωποι της φιλοσοφίας συνειδητοποίησαν την αδυναμία τους, ότι, δηλαδή, δεν μπορούσαν να προσφέρουν «στέρεες» απαντήσεις σε ασθενείς ή γιατρούς. Έγινε, δηλαδή, κατανοητό από μέρος τους ότι μπορούσαν να προσφέρουν μόνο το έδαφος για την ύπαρξη μιας γόνιμης συζήτησης αναφορικά με τους ευρύτερους τομείς των προβλημάτων, με τους οποίους ερχόταν σε επαφή, επιζητώντας να προσδιορίσουν/περιχαρακώσουν περισσότερο το πλαίσιο, στο οποίο θα έπρεπε να κινηθούν. Στα πρώτα αυτά στάδια, της εξέλιξης της Βιοηθικής, επιδιωκόμενος σκοπός ήταν να αντιμετωπιστεί ο ασθενής ως ηθική υπόσταση και όχι ως «καταναλωτής» ή ως ένα ακόμα υποκείμενο, το οποίο χρειαζόνταν βοήθεια. Έπρεπε να γίνουν κατανοητοί οι ηθικοί κίνδυνοι των όποιων ιατρικών συμβουλών, οι οποίες συμβουλές (τις περισσότερες φορές) λάμβαναν χώρα χωρίς το υπόβαθρο της κριτικής αντιμετώπισης από τη μεριά των ιατρών.

Από τη στιγμή, λοιπόν, που έγινε κατανοητό ότι τα προβλήματα δεν μπορούσαν να αντιμετωπιστούν μόνο από την ιατρική κοινότητα, επιστρατεύτηκαν ειδικοί σχετικά με την αντιμετώπιση συγκεκριμένων ηθικών κανονιστικών ζητημάτων. Και αυτοί, που πρώτοι συμμετείχαν σε αυτήν την προσπάθεια ήταν θεολόγοι, οι οποίοι βοήθησαν στη θεμελίωση της Βιοηθικής. Τα πρώτα, λοιπόν, βιβλία που δημοσιεύτηκαν το 1954 ήταν:

α) *Moral and Medicine. The Moral Problems of the Patient's Right to Know the Truth, Contraception, Artificial Insemination, Sterilization, Euthanasia*, του Joseph Fletcher, που έθετε το πρόβλημα της σχέσης ασθενούς ιατρού και αναφερόταν στα δικαιώματα των ασθενών και το

β) *The Patient as Person. Explorations in Medical Ethics*, του Paul Ramsey⁵, το οποίο θεωρήθηκε το βιβλίο, το οποίο θεμελίωσε τη Βιοηθική.

Στην πορεία, έγινε κατανοητό ότι για τέτοια ζητήματα έπρεπε να επιστρατευτούν και οι νομικοί, ενώ στη συνέχεια κρίθηκε αναγκαίο, σε τέτοιες συζητήσεις, να ληφθούν υπόψη και οι διαφορετικές θρησκευτικές τοποθετήσεις και κοσμοθεωρίες ιδωμένες από μια

⁴ Rothman, D. J. (1991). *Strangers at the Bedside: A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making*. New York: Basic.

⁵ Jonsen, A. R. (1998). *The Birth of Bioethics*. New York: Oxford University Press.

φιλοσοφική οπτική. Έτσι, η συμβολή των φιλοσόφων θα κινούνταν περισσότερο σε συγκεκριμένα ηθικά κανονιστικά διλήμματα

Ο όρος «Βιοηθική» στην ουσία διαμορφώθηκε γύρω στο 1970, κυρίως από βιολόγους, οι οποίοι δημοσιοποίησαν δυο σημαντικά θέματα αναφορικά με οικολογικά ζητήματα, τα οποία αφορούσαν την ποιότητα της ζωής για όλα τα ζώντα είδη και ήθελαν να επιστήσουν την προσοχή σε επικείμενες αρνητικές συνέπειες σε περιπτώσεις πειραματισμού με ανθρώπινα υποκείμενα.⁶

Σχετικά, λοιπόν, με το όνομα της Βιοηθικής και πως αυτό συστάθηκε ως ξεχωριστός κλάδος, σημαντικός είναι ο ρόλος του Van Rensselaer Potter (1971)⁷, οποίος μελετώντας την επίδραση των βιολογικών επιστημών θέλησε να οριοθετήσει τα όρια μεταξύ αυτών και των επιστημών εκείνων, που θα εξέφραζαν το σύστημα των ανθρώπινων αξιών. Το 1971 ο Van Rensselaer Potter θεωρούσε τον εαυτό του ως τον «εφευρέτη αυτής της έννοιας» και επιχειρηματολογούσε για μια ηθική, η οποία θα λάμβανε υπόψη τις βιολογικές βάσεις των ανθρώπων και θα σεβόταν το περιβάλλον. Αυτός ο ορισμός της Βιοηθικής μπορεί να μην γινόταν αποδεκτός από όλους, αλλά αυτό απεδείκνυε από την αρχή τις διαφορετικές προσεγγίσεις, που η Βιοηθική, τελικά, θα προσλάμβανε. Με το πέρασμα των χρόνων η Βιοηθική καλούνταν να απαντήσει σε συνεχώς αυξανόμενης δυσκολίας ηθικά διλήμματα και να δώσει τα όρια των θεματικών αυτών.

Ως εκ τούτου, η Βιοηθική προσπαθεί να προσαρμόσει την ανθρώπινη γνώση στις καινούργιες εξελίξεις της τεχνολογίας καθώς και στις αρχές της ιατρικής. Να εξετάσει ηθικά τον τρόπο με τον οποίο λαμβάνονται οι αποφάσεις αναφορικά με τομείς, που συνδέονται με την υγεία και τις βιολογικές επιστήμες. Αποσκοπούσε, λοιπόν, η Βιοηθική, όχι μόνο να δημιουργήσει αρχές αλλά και να στηρίξει τις ήδη υπάρχουσες οδηγώντας στην κατανόηση τους. Σε ένα περαιτέρω επίπεδο, επιζητούσε να δώσει πρόσφορο έδαφος στις ανθρώπινες αξίες για να αποτελέσουν αυτές επιρροή στα ζητήματα δημόσιας πολιτικής αναφορικά με τη βιοιατρική επιστήμη.

Όπως τονίστηκε ήδη, αρχικά, ο ρόλος της θεολογίας⁸ διαδραμάτιζε καίριο ρόλο στη διαμόρφωση των βιοηθικών ορίων. Ήδη, από την περίοδο της μεσαιωνικής Ιατρικής η Εκκλησία δίδασκε για την ευσπλαχνία και το πως αυτή μπορεί να αποτελέσει τμήμα της ιατρικής. Μάλιστα, οι θεολόγοι τάχθηκαν στο πλευρό των φιλοσόφων ενισχύοντας την τοποθέτηση ότι η Βιοηθική δεν μπορεί να κινείται υπό μια αναλυτική ηθική ή υπό το πρίσμα της μεταηθικής, αποκλείοντας την τοποθέτηση της κανονιστικής ηθικής.

Η Θεολογία προσπάθησε να συνεισφέρει και αυτή στα ερωτήματα, τα οποία και η Βιοηθική καλούνταν να απαντήσει, καθώς δεχόταν βέβαια και την κριτική ότι δεν έχει να συνδράμει σημαντικά σε τέτοιου είδους θέματα. Ενδιαφέρουσα είναι, επίσης, η ερμηνεία της Βιοηθικής και της συσχέτισης της με τα διάφορα επίπεδα της Χριστιανικής Ηθικής, που

⁶ Σαριδάκης, Ε. (2008). *Βιοηθική. Ηθικά προβλήματα των νέων βιοιατρικών τεχνολογιών*. Αθήνα: Παπαζήση.

⁷ Van Rensselaer Potter (1971). *Bioethics: Bridge to the Future*. Prentice-Hall.

⁸ Jonsen, A. R. (1998). *The Birth of Bioethics*. New York: Oxford University Press.

επιχειρεί ο McCormick⁹ προκειμένου να δει την αντιστοιχία Βιοηθικής - Χριστιανικής Ηθικής. Η Βουδιστική ηθική, ο Καθολικισμός και η Προτεσταντική ηθική¹⁰ προσπάθησαν και προσπαθούν υπό διαφορετικές οπτικές να πάρουν θέση σε ζητήματα της βιοτεχνολογίας είτε υπό την οπτική των πεποιθήσεων, τις οποίες εκπροσωπούν, είτε για να προσφέρουν μια κριτική αντιμετώπιση, έχοντας αυτές μόνο ως εφιαλτήριο και με όργανο τους την «πίστη» να έχουν λόγο στις αποφάσεις. Το σημαντικό είναι ότι και θρησκευτικοί ηγέτες έχουν μερίδιο ευθύνης σε βιοηθικά θέματα και πρέπει να υποστηρίζουν το διάλογο σε συνεργασία και με τη Βιοηθική.¹¹

1.4 Μεθοδολογικά εργαλεία της Βιοηθικής

Οι βασικές, λοιπόν αρχές, οι οποίες θέτονται από αυτούς, ως αφετηρία είναι οι εξής τέσσερις αρχές:

Η αρχή της «μη βλάβης»: αυτό σημαίνει ότι δεν επιτρέπεται να υπάρχει οποιαδήποτε μορφή «βλάβης». Αυτή η αρχή απαντάται και στην ιατρική ηθική, που είναι γνωστή ως «*primum non nocere*». Η έννοια της μη βλάβης, η οποία αποτελούσε και χαρακτηριστικό του όρκου του Ιπποκράτη αφορά τόσο τη βλάβη τη σωματική όσο και την ηθική. Αυτή η αρχή σχετίζεται με ζητήματα, τα οποία αφορούν την άμβλωση και την ευθανασία.

Η έννοια της «αγαθοεργίας»: ως η δεύτερη αρχή, συσχετίζεται με την πρώτη από τη στιγμή, που δεν επιδιώκεται η βλάβη, η προσπάθεια κινείται στο να βελτιωθεί η κατάσταση αυτού, ο οποίος εμπλέκεται. Η αρχή της αγαθοεργίας λειτουργεί ως ένα είδος ισορροπίας μεταξύ βλαβών και ωφελειών. Προστατεύει τα δικαιώματα και αποτρέπει την εμφάνιση βλάβης στα άτομα. Αφορά το ηθικό καθήκον του ιατρού να προσφέρει βοήθεια με σκοπό το όφελος του ασθενούς και την πρόληψη ή αποφυγή της βλάβης.

Η τρίτη αρχή είναι αυτή της «αυτονομίας»: η οποία αφορά το σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και στον ελεύθερο αυτοκαθορισμό. Δεν νοείται εδώ σε καμιά περίπτωση η έννοια της επιβολής (π.χ. από τον ιατρό προς τον ασθενή). Οι Beauchamp και Childress υποστηρίζουν μάλιστα ότι στην ιατρική ηθική η αρχή της αυτονομίας είναι πιο σημαντική σε σχέση με την αρχή της αγαθοεργίας¹².

Η τέταρτη αρχή είναι η αρχή της «δικαιοσύνης», η οποία λειτουργεί ως συνδετικός κρίκος για την επίτευξη της ισότητας και της ακριβοδικίας (justice as fairness). Είναι η αρχή, η οποία θα αφορά τόσο τα άτομα όσο και τους θεσμούς¹³.

Είναι, βέβαια, κατανοητό ότι καμία από αυτές τις αρχές δεν μπορεί να ισχύσει απόλυτα.

⁹ McCormick, R. A. (1989). Theology and Bioethics. *Hasting Center Report*, 19(2), 5-10.

¹⁰ Müller, D. (2008). The Role and Influence of Religions in Bioethics. In Ronald M. Green, A. Donovan & St. Jauss (eds.), *Global Bioethics; Issues of Conscience for the Twenty –First Century* Oxford: Oxford University Press, 279-294.

¹¹ *Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος* (2001). Ειδική Συνοδική Επιτροπή επί της Βιοηθικής, Εκκλησία και Μεταμοσχεύσεις. Αθήνα.

¹² Beauchamp, T., & Childress, J. F. (2008). *Principles of Biomedical Ethics*, 6thed. New York: Oxford University Press.

¹³ Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. New York: Oxford University Press.

Και ενώ σαφώς κανένας δεν αμφισβητεί τη βαρύτητα τους, είναι γεγονός ότι αυτές για κάποιους λόγους μπορεί να μην λαμβάνουν χώρα. Επίσης, κάποιες φορές, για παράδειγμα, η αρχή της αυτονομίας μπορεί να περιοριστεί στο όνομα κάποιων από τις άλλες αρχές. Έτσι, όταν πρόκειται για την εφαρμογή τους, γίνεται σαφές ότι δημιουργούνται προβλήματα αξιοπιστίας. Στην πράξη, λοιπόν, είναι εμφανές ότι ανάλογα με την κάθε περίπτωση και τις ειδικές κάθε φορά συνθήκες μεταφράζεται και το γεγονός υπό τις αρχές της Βιοηθικής. Υπάρχουν υποστηρικτές αυτών των αρχών, αλλά σαφώς και αρκετοί πολέμιοι.

1.5 Συμπερασματικά

Η Βιοηθική επιδιώκει να αναπτύξει έναν ηθικό προβληματισμό έναντι θεμάτων, τα οποία μπορεί να θεωρούνται παραδεδομένα. Ο καθένας έχει δικαίωμα απόφασης πάνω στη ζωή του. Ηθικές τοποθετήσεις μπορούν να λάβουν διαφορετικές κατευθύνσεις, αλλά το να αντιμετωπίσει κανείς τη Βιοηθική ως όργανο, για να φέρει τα άτομα πιο κοντά σε συγκεκριμένες τοποθετήσεις ή για να τους απομακρύνει από κάποιες άλλες μπορεί να αποτελέσει το βασικό συστατικό της Βιοηθικής. Έχουμε ανάγκη ως άτομα την ηθική, όταν υπάρχει ένα ηθικό δίλημμα, όταν τα άτομα δεν ξέρουν, πως να αντιδράσουν σε αποφάσεις όπως η διακοπή ή όχι της κύησης, το δικαίωμα τους στο θάνατο κλπ. Η ηθική, λοιπόν, εν μέσω των νέων τεχνολογικών εξελίξεων μπορεί να φωτίσει θέματα, στα οποία η απάντηση δεν είναι πλέον τόσο αυτονόητη. Γίνεται κατανοητό ότι σημαντικά ηθικά θέματα δεν μπορούν να περιοριστούν σε μια περιοχή και χρειάζονται μια συνολική αντιμετώπιση, η οποία απαιτεί ένα πολυδιάστατο χαρακτήρα. Έτσι, η Βιοηθική καλείται να προσφέρει αυτήν την πολύπλευρη αντιμετώπιση. Να δηλώσει ότι η ερώτηση σχετικά με το τι είναι ηθικά σωστό ή λανθασμένο δεν μπορεί να αποτελεί γενικά αντικείμενο γνώσης· να τονίζεται υπό την οπτική της ότι οποιαδήποτε από τις περιοχές ζητούσε τη συμβολή της θα είχε ως επαλήθειο αυτήν τη θέση. Κοινή βάση, λοιπόν, να είναι ο διαφορετικός προσδιορισμός του αντικείμενου της γνώσης και να λογίζεται έτσι ως τμήμα της εφαρμοσμένης μορφής ηθικής.

Η Βιοηθική ενδιαφέρεται να μελετήσει όλες εκείνες τις προβληματικές, οι οποίες συνδέονται με πολλές πιθανές περιοχές προκειμένου να δώσει τις συσχετίσεις και τις οπτικές, οι οποίες μπορούν σε διαφορετικούς κλάδους να φανούν χρήσιμες. Η Βιοηθική, όμως, δεν μπορεί μόνη της να δώσει απαντήσεις χωρίς τη βοήθεια της βιοτεχνολογίας. Για αυτό η Βιοηθική δεν αναφέρεται μόνο στις όποιες δυνατότητες απλά της τεχνολογίας σε σχέση με τους δρώντες, αλλά και στις όποιες αλλαγές μπορούν να επέλθουν στη ζωή των ανθρώπων.

Υπάρχουν, όμως, και οι περιπτώσεις, στις οποίες η Βιοηθική αν και θέτει τις αμφιβολίες της δεν μπορεί σε πρακτικό επίπεδο να κάνει ορατά τα αποτελέσματα ενδεχομενικών περιπτώσεων. Δεν μπορεί με σιγουριά να δώσει σε κάθε τομέα, όπως οι τομείς της Γενετικής ή της Βιοτεχνολογίας, απαντήσεις ή να θέσει τις ερωτήσεις με τόση

ακρίβεια. Η Βιοηθική τονίζει ότι ανάλογα με το είδος των ερωτήσεων γίνεται και η χρήση των ηθικών θεωριών με αποτέλεσμα να ποικίλλει και το είδος της απάντησης. Ο προσδιορισμός και η διατύπωση του τι είναι «ηθικά» υπό συζήτηση, αποτελεί καθήκον της Βιοηθικής. Και αυτό δεν μπορεί να γίνει από τη Βιοηθική μόνη της, αλλά χρειάζεται και στοιχεία από τις άλλες συνεργαζόμενες επιστήμες. Μάλιστα λόγω της ποικιλίας των ηθικών ερωτημάτων, τα οποία εγείρονται ακόμα και μετά την πρώτη διατύπωση ενός τέτοιου ερωτήματος, γεννώνται μια σειρά άλλων ερωτημάτων. Έτσι, ακόμα και αν υπήρχε κάποια στιγμή μια πρότερη συναίνεση σχετικά με ένα θέμα δεν μπορεί να γίνεται πάντα επίκληση σε αυτήν και στην ουσία επιζητείται μια επιχειρηματολογία, η οποία να αναδεικνύει τους αντιτιθέμενους προβληματισμούς ενός θέματος.

Η Βιοηθική, λοιπόν, επιζητά στο δημόσιο χώρο να συζητήσει τα προβλήματα, τα οποία εγκύπτουν λόγω των όποιων εξελίξεων, συμμετέχοντας στις δημόσιες διαφωνίες επί ηθικών θεμάτων προβάλλοντας τον ρόλο της συναίνεσης. Μάλιστα στην εποχή μας πια, όπου τα εθνικά και πολιτιστικά σύνορα είναι σχετικά έχει μεταφερθεί η συζήτηση για ηθικά θέματα σχεδόν σε κάθε σημείο του πλανήτη. Οι απαιτήσεις δεν αλλάζουν, απλά οι απαντήσεις ποικίλουν μεταξύ των διάφορων πολιτισμικών κοινωνιών. Έτσι δεν νοείται να υπάρχουν ιατρικές σχολές ή επιτροπές, οι οποίες να μην περιλαμβάνουν στις θεματικές τους τη συμβολή της Βιοηθικής, όταν πρόκειται να συζητηθούν βιοηθικά θέματα.

Η αγγλοαμερικανική αναλυτική αντιμετώπιση της ηθικής δεν βρίσκει σημεία σύγκλισης με πολιτισμούς της Ανατολής. Η ηπειρωτική Ευρώπη στηρίζεται περισσότερο σε μια φαινομενολογική ή κλασσική μορφή ηθικής, ενώ στην Αμερική, η Βιοηθική έχει αποκοπεί από οποιαδήποτε θρησκευτική συνιστώσα¹⁴. Ο διάλογος, όμως, μεταξύ όλων αυτών θεωρείται απαραίτητος. Η Βιοηθική καλείται να ενσωματώσει τις όποιες συζητήσεις ενισχύοντας τον ηθικό λόγο εν μέσω των βιοτεχνολογικών εξελίξεων. Η Βιοηθική, λοιπόν, ερχόμενη σε επαφή με την πραγματικότητα μπορεί να συμβάλει στην κοινωνική και πολιτική πραγματικότητα και να εγείρει ηθικές ενστάσεις, όπου είναι απαραίτητο.

¹⁴ Pelegrino, Ed. D. (1998). Einleitung. In Hans –Martin Sass (Hrsg.). *Die medizinische Ethik in den USA- Die Situation heute und die Aussichten für morgen, in Bioethik in den USA: Methoden, Themen, Positionen; mit Besonderer Berücksichtigung der Problemstellung in der BRD*. Berlin: Springer Verlag, 1-18.

Μάθημα 2^ο Αυτονομία και ετερονομία

Περίληψη: Η λήψη απόφασης από τους επαγγελματίες υγείας στις κλινικές περιπτώσεις και τα βιοηθικά διλήμματα χαρακτηρίζεται από την αυτονομία και η ετερονομία συνήθως προκαλεί εμπόδια στη λήψη ορθής απόφασης.

Πηγή: Θεοδώρα Παπαδοπούλου, *Ειδικά Θέματα Βιοηθικής*, Αποθετήριο ΚΑΛΛΙΠΟΣ, 2015, https://repository.kallipos.gr/pdfviewer/web/viewer.html?file=/bitstream/11419/3158/2/last%20version_book-KOY.pdf

2.1 Αυτονομία

Κεντρικό ρόλο στον χώρο της Βιοηθικής διαδραματίζει η ιδέα της αυτονομίας¹⁵ γύρω από την οποία κινούνται κατά κύριο λόγο τα βιοηθικά ζητήματα. Στο επίκεντρο βρίσκεται η αναγνώριση του ασθενούς ως προσώπου, το οποίο πρόσωπο «έχει πρόσβαση» στα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα, όπως είναι αυτά του δικαιώματος στην ιδιωτικότητα, της ενημέρωσης και του δικαιώματος στη λήψη φροντίδας και θεραπείας. Έτσι, ενώ αυτή η έννοια βρίσκεται αδιαμφισβήτητα στο κέντρο των βιοηθικών μελετών, ο τρόπος με τον οποίο αυτή αντιμετωπίζεται είναι διαφορετικός και πολλές φορές αντικρουόμενος. Τι σημαίνει, όμως, ικανότητα αυτόνομης επιλογής σε διαφορετικά βιοηθικά διλήμματα; Αντιμετωπίζονται όλα με τον ίδιο τρόπο; Αυτά σχετίζονται τόσο με τον ίδιο τον ασθενή όσο και με την σκοπιά του περιβάλλοντος του.

Παρακολουθώντας φιλοσοφικά την έννοια της αυτονομίας είναι σημαντικό, αρχικά, να δοθούν δυο βασικές κατευθύνσεις ερμηνείας της αυτονομίας, πριν διευκρινιστεί συγκεκριμένα η παρουσία της στη Βιοηθική. Για τον Καντ η έννοια της αυτονομίας αποτελούσε «*θεμελιώδες αξίωμα, σε αντίθεση προς κάθε άλλο αξίωμα*»¹⁶ όπου στηρίζεται στην ελευθερία της βούλησης¹⁷. Η καθαρή θέληση πρέπει να διαθέτει αυτονομία, να νομοθετεί και να υποτάσσεται στους νόμους, τους οποίους η ίδια έχει θέσει. Ο ηθικός νόμος, κατά τον Καντ, προσδιορίζει αυτό, που οφείλει ο άνθρωπος να πράξει, το οποίο έχει χαρακτήρα αυτοσκοπού. Κανένας άνθρωπος δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιείται μόνο ως μέσο. Προϋπόθεση, λοιπόν, της αυτονομίας είναι η ελευθερία.

Μια άλλη σημαντική πηγή αναφοράς στην έννοια της αυτονομίας απαντάται στη φιλοσοφία του J. S. Mill¹⁸ και στο έργο του *Περί Ελευθερίας*, όπου υπεραμύνεται της ατομικής αυτονομίας. Η χρήση, βέβαια, από τον ίδιο της λέξης «αυτονομία» δεν γίνεται

¹⁵ Beauchamp, T., & Childress, J. F. (2008). *Principles of Biomedical Ethics*, 6th ed. New York: Oxford University Press.

¹⁶ Kant, I. (1984). *Η Μεταφυσική των Ηθών*. Εμπέχεια – Μετάφραση - Σχόλια, Ι. Τζαβάρα. Ιωάννινα: Δωδώνη.

¹⁷ Höffe, Ot. (1995). *Kategorische Rechtsprinzipien: ein Kontrapunkt der Moderne*. Frankfurt: Suhrkamp.

¹⁸ Mill, J. S. (1983). *Περί Ελευθερίας*. Ν. Μπαλής (μτφ.). Αθήνα: Επίκουρος.

συχνά, εντούτοις, η αναφορά του στην Κοινωνική Ελευθερία, εστιάζει στο περιεχόμενο της αυτονομίας, τονίζοντας ότι ο άνθρωπος έχει το δικαίωμα ελεύθερης έκφρασης των απόψεων του, παρά το γεγονός ότι υπάρχει περιορισμός αυτής της ελευθερίας, όταν πρόκειται για την εκτέλεση των πράξεων. «Ο περιορισμός έγκειται στην υποχρέωση του ατόμου να μην προκαλέσει βλάβη σε άλλους, να μην βλάψει, δηλαδή, άλλο άνθρωπο»¹⁹.

Έχοντας ως βάση τις παραπάνω γενικές τοποθετήσεις, ο ρόλος της αυτονομίας στη Βιοηθική επηρεάζει και τον τρόπο λήψης των ιατρικών αποφάσεων. Μάλιστα, στα πλαίσια αυτής της συζήτησης, το πατερναλιστικό πρότυπο (medical paternalism) υποκαθίσταται από την αυτονομία του ασθενούς, όπου, κατά τον Childress²⁰, ο πατερναλισμός σχετίζεται με την παρέμβαση ενός ατόμου, αναφορικά με τη θέληση και τις επιθυμίες ενός άλλου, πάντα στο όνομα του καλού αυτού, για τον οποίο κανείς παρεμβαίνει.

Η αυτονομία των ασθενών επικρατεί ως ηθικό δικαίωμα και συνδέεται με το σεβασμό του προσώπου. Οι ασθενείς, οι οποίοι μπορούν, είτε μόνοι τους να λαμβάνουν τις αποφάσεις για τις τύχες τους είτε μέσω «εκπροσώπων» (εικαζόμενη συναίνεση) μπορούν να συνεχίσουν ή να διακόψουν μια αγωγή. Η αυτονομία των ασθενών αφορά το λεγόμενο “informed consent”, που στηρίζεται στην ενημερωμένη/πληροφορημένη συναίνεση/συγκατάθεση των ασθενών ακόμα και μέχρι ποιο σημείο επιθυμούν να τυγχάνουν περίθαλψης. Η αδυναμία των ασθενών ενισχύει ακόμα περισσότερο την άποψη ότι οι γιατροί πρέπει να σέβονται τις ηθικές αξίες των ασθενών τους²¹ και το ηθικό καθήκον του γιατρού είναι να βοηθάει τον ασθενή του να λάβει μέρος στην φροντίδα της υγείας του.

Η έννοια της ενημερωμένης συγκατάθεσης, σε κάθε περιστατικό, αφορά τη βάση της Βιοηθικής. Προϋποθέτει τη συνεχή ενημέρωση των συμμετεχόντων μέσω της ενεργοποίησης της συμμετοχής τους, της σωστής ενημέρωσης χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν λαμβάνονται υπόψη οι γενικότερες συνθήκες υλοποίησης αυτής. Η συναίνεση στον τομέα της Βιοηθικής αποτελεί το συστατικό στοιχείο κάθε πράξης και δεν έχει εξωτερικό χαρακτήρα. Η προστασία του ατόμου και το να είναι υπόλογος σε ηθικές κρίσεις περιχαρακώνει τα όρια του προσώπου για την αντιμετώπιση του ιδίου ως φορέα αυτοπροσδιορισμού του. Η αυτονομία δεν χειραγωγείται για αυτό συσχετίζεται με την έννοια της συγκατάθεσης προκειμένου να επιφέρει τον σεβασμό και να αντιμετωπίζονται τα υποκείμενα ως πρόσωπα, των οποίων η αυτονομία θα στηρίζεται στην αμοιβαία αναγνώριση των ατόμων. Με αυτόν τον τρόπο και η έννοια της συναίνεσης αποκτά ουσιαστικό νόημα, η ηθική υπόσταση της έγκειται στο γεγονός ότι οι δρώντες κατανοούν τη σημασία της όπως και την ουσιαστική αντιμετώπιση των ιδίων ως πρόσωπα, απορρίπτοντας τις έννοιες του

¹⁹ Mill, J. S. (1983). *Περί Ελευθερίας*. Ν. Μπαλής (μτφ.). Αθήνα: Επίκουρος.

²⁰ Childress, J (1979). *Medical Paternalism*. In: Robison WL, Pritchard MS (eds). *Medical Responsibility: Paternalism, Informed Consent and Euthanasia*. New Jersey: Humana Press.

²¹ Engelhardt, H. T. (1986). *The Foundations of Bioethics*. New York: Oxford University Press.

καταναγκασμού και της εξαπάτησης.²²

Αναδεικνύεται, λοιπόν, η σημασία της έκφρασης της αυτονομίας και του αυτοκαθορισμού. Στο επίκεντρο βρίσκεται ο κυρίαρχος ρόλος του ασθενή στην εφαρμογή των όποιων παρεμβάσεων αναφορικά με το σώμα του. Η αυτονομία, λοιπόν, επί του πρακτέου υπεραμύνεται της άποψης ότι δεν υπάρχει ένα αντικειμενικό καλό για τον ασθενή, το οποίο γνωρίζει μόνο ο ιατρός, αλλά ένα ατομικό καλό, το οποίο συνάγεται ως αποτέλεσμα συνεκτίμησης πολλών παραγόντων από τον ίδιο τον ασθενή· αυτό το καλό αφορά τον ίδιο, υποστηρίζεται από τον ίδιο και έχει παραχθεί από αυτόν.

2.2 Η έννοια του ατόμου και τα όρια προσώπου

Ένα άλλο σημαντικό παράγοντα, τον οποίο πρέπει κανείς να λάβει υπόψη του σε αυτήν τη συζήτηση για τη Βιοηθική είναι ο ρόλος του προσώπου. Η συζήτηση για τις έννοιες «πρόσωπο» και «ηθικό πρόσωπο» είναι σημαντικές, ειδικά, όταν έχει κανείς να αναλογιστεί θέματα όπως η άμβλωση, η ευθανασία, η τεχνητή διατήρηση στη ζωή· ο ρόλος του ηθικού προσώπου είναι βασικό συστατικό της συζήτησης, πόσο μάλλον αν αναφέρεται κανείς και στα δικαιώματα ενός εμβρύου.

Στη Βιοηθική, λοιπόν, είναι απαραίτητη η διερεύνηση της ερώτησης: Μπορούν όλα τα ανθρώπινα υποκείμενα να έχουν την ιδιότητα «ανθρώπινο» ή μόνο εκείνα, τα οποία κατέχουν συγκεκριμένα ανθρώπινα χαρακτηριστικά; Είναι κατανοητό ότι η έννοια «πρόσωπο», όπως και αντίστοιχα και η έννοια της «ανθρώπινης αξιοπρέπειας», είναι δύσκολο να προσδιοριστούν και να μην επισύρουν αντικρουόμενες απόψεις. Η κατηγορία της «ανθρωπινότητας» έχει στοιχεία μεταφυσικού χαρακτήρα χωρίς να χάνει και τον κανονιστικό της χαρακτήρα. Για τον Καντ *«η ηθική προσωπικότητα δεν είναι τίποτα άλλο παρά η ελευθερία του έλλογου υποκειμένου υπό ηθικούς νόμους»*²³ Ηθικό πρόσωπο είναι αυτό, του οποίου οι πράξεις μπορούν να αξιολογηθούν ηθικά. Το ηθικό πρόσωπο έχει την ηθική ευθύνη για την επιλογή και την πραγματοποίηση των πράξεων του· δηλαδή, αυτό το πρόσωπο αξιολογείται υπό ηθική άποψη με ηθικά κριτήρια²⁴. Κρίνοντας, λοιπόν, τη συγκεκριμένη πράξη κρίνουμε και το ίδιο το πρόσωπο. Άρα ανάλογα την οπτική, η οποία υιοθετήθηκε για την πράξη, κρίνουμε και το ηθικό υποκείμενο. Το φυσικό πρόσωπο, ως ηθικό πρόσωπο, μπορεί να αποφασίσει το ίδιο για το συμφέρον του, τις συνέπειες των επιλογών του άρα αυτό το πρόσωπο, ως ηθικό υποκείμενο έχει ευθύνη για τις πράξεις του.

Δυο είναι οι βασικές κατευθύνσεις, οι οποίες πρέπει να σχολιαστούν για να κατανοήσει κανείς τις έννοιες «πρόσωπο» και «άνθρωπος» και πως μπορούν αυτές να χρησιμοποιηθούν στο περιβάλλον της Βιοηθικής. Από τη μια μεριά, υπάρχει η άποψη ότι όλα τα άτομα είναι

²² O' Neill, O. (2011). *Αυτονομία και Εμπιστοσύνη στη Βιοηθική*. Θ. Δρίτσας (μτφ.), Α. Χατζημωυσής (επιμέλεια), Στ. Τσινόρεμα (επιμέλεια σειράς). Αθήνα: Αρσενίδης.

²³ Kant, I. (1984). *Η Μεταφυσική των Ηθών*. Επιμέλεια – Μετάφραση - Σχόλια, Ι. Τζαβάρα. Ιωάννινα: Δωδώνη.

²⁴ Frankena, W. K. (1973). *Ethics, 2nd Edition*. New Jersey: Englewood Cliffs, Prentice-Hall.

ανθρώπινα όντα και έτσι όλα τα ανθρώπινα όντα είναι άτομα. Άρα όλα τα ανθρώπινα όντα έχουν ηθικές υποχρεώσεις και δικαιώματα. Σε αυτήν την ερμηνευτική κατηγορία εντάσσονται και φιλόσοφοι - θεολόγοι. Είναι η χριστιανική παράδοση, στην οποία στηρίζεται η έννοια του ανθρώπινου στοιχείου, η οποία δεν σχετίζεται μόνο με τη θεϊκή εξήγηση αυτού, αλλά και την ανθρώπινη ιστορία. Υποστηρίζουν, εν είδει, αξιώματος ότι «ο άνθρωπος είναι άτομο» και χρησιμοποιούν χωρίς διάκριση έννοιες, όπως «ατομική» και «ανθρώπινη» αξία.²⁵

Από την άλλη μεριά, υπάρχει η τοποθέτηση ότι οι έννοιες «άνθρωπος» και «άτομο» δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως συνώνυμες. Επιχειρηματολογείται ότι ορισμένοι άνθρωποι δεν μπορούν να χαρακτηριστούν ως άτομα. Έτσι δεν νομιμοποιείται αυτόματα η συσχέτιση μεταξύ ηθικών δικαιωμάτων και το ότι κάποιος μπορεί να χαρακτηριστεί ως άτομο. Θεωρούν ότι αυτά μπορούν να νομιμοποιηθούν ως χαρακτηριστικά των ατόμων από τη στιγμή, που αυτά τα άτομα εκδηλώσουν ενδιαφέρον για την κατοχή τους. Για παράδειγμα, ένα άτομο έχει το δικαίωμα στην ελευθερία όχι γιατί μπορεί να είναι ελεύθερο αλλά γιατί θα εκδηλώσει το ενδιαφέρον να είναι ελεύθερο.

Έτσι, στον τομέα της Βιοηθικής, μεταφερόμενη αυτή η διφορούμενη έννοια του ατόμου από τη μια μεριά διατηρεί αυτήν την ερμηνεία, από την άλλη, όμως, δημιουργεί και ένα είδος ενότητας. Υπάρχει ως βάση η τοποθέτηση ότι η έννοια του ατόμου έχει και κανονιστικά στοιχεία, τα οποία αφορούν και ηθικές και νομικές συνιστώσες. Αυτό σημαίνει ότι ένα όν περιγράφεται ως άτομο όχι γιατί υπάρχει μια κάποια κανονιστική αρχή, αλλά επειδή έχει εξ' ορισμού κάποιες ηθικές αρχές.

Αν λάβουμε υπόψη το παράδειγμα ενός ζυγωτού, θα κατανοήσουμε τη σημασία του ανθρώπινου στοιχείου σε ένα πρώιμο στάδιο. Και σε αυτήν την περίπτωση αναφερόμαστε σε ένα πρώιμο στάδιο της ανθρώπινης ύπαρξης, η οποία έχει ζωή. Έτσι αργότερα, όταν εξελιχθεί, θα είναι αυτό το ανθρώπινο υποκείμενο, που θα έχει ως χαρακτηριστικό τη συνείδηση, που και σε αυτήν την αρχική φάση δημιουργίας του μπορεί να χαρακτηριστεί ως άτομο.

Παράλληλα, όσο πιο αυστηρά είναι τα κριτήρια χαρακτηρισμού της έννοιας «άτομο» τόσο μικρότερος θα είναι ο αριθμός των περιπτώσεων, που θα μπορούν να υπαχθούν σε αυτήν την κατηγορία. Η τοποθέτηση του Καντ²⁶ ότι οι ηθικά γενικοί αποδεκτοί κανόνες είναι οι κατευθυντήριες γραμμές των ανθρώπων, που αποτελεί τη βάση προσδιορισμού του ανθρώπινου στοιχείου, αφήνει και αυτή αναπάντητα ερωτήματα, όπως: τι συμβαίνει, όταν τα άτομα δεν κατέχουν πια αυτά τα ηθικά χαρακτηριστικά; Ή τι συμβαίνει σε περιπτώσεις, που αυτά τα χαρακτηριστικά δεν τα κατέχουν ακόμα, όπως είναι τα έμβρυα; Ή δεν πρόκειται να τα αποκτήσουν ποτέ;

²⁵ Graf, F. W. (2000). The Worth of a Person. A Speciesist Prejudice? Theological Comments on the Current controversy over Bioethical Concepts. In Gerhold K. Becker, *The Moral Status of Persons: Perspectives on Bioethics*. Amsterdam: Rodopi BV, 169 - 178.

²⁶ Kant, I. (1984). *Η Μεταφυσική των Ηθών*. Επιμέλεια – Μετάφραση - Σχόλια, Ι. Τζαβάρα. Ιωάννινα: Δωδώνη.

Οι πιθανές απαντήσεις σε αυτά τα ερωτήματα, όταν κανείς αποδεχτεί την οπτική ότι «άνθρωπος» και «άτομο» ως έννοιες στον χώρο της Βιοηθικής μπορούν να χρησιμοποιηθούν συμπληρωματικά, είναι ότι ακόμα σε περιπτώσεις βιολογικής αδυναμίας το άτομο δεν χάνει τα χαρακτηριστικά του. Επίσης, για χαρακτηριστικά, που λόγω κάποιων συνθηκών δεν υφίστανται πια δεν σημαίνει ότι αναιρούν το υπόβαθρο ένας «άνθρωπος» να είναι «άτομο».²⁷ Ας αναρωτηθούμε, λοιπόν, πάνω σε δυο βασικά επιχειρήματα τα οποία, αν και αδύναμα καταδεικνύουν τα όρια μεταξύ των εννοιών «ανθρώπινο» υποκείμενο και άτομο.

Εμείς ως ανθρώπινα υποκείμενα δίνουμε διάφορα χαρακτηριστικά αναφορικά με καταστάσεις, αυτό, όμως, δεν σημαίνει ότι η κατανόηση αυτών γίνεται από όλα τα ανθρώπινα υποκείμενα ως άτομα με τον ίδιο τρόπο. Τελικά, πρέπει να αναλογιστεί κανείς ποιες είναι αυτές οι ιδιότητες, οι οποίες πρέπει να αποδοθούν στα άτομα και ποιες ακριβώς απαιτήσεις επισύρουν αυτές οι ικανότητες. Παράλληλα χρειάζεται να διευκρινιστεί τι σημαίνει: «έχω ένα ηθικό δικαίωμα». Έχουν, δηλαδή, ηθικά δικαιώματα (μη βλάβης, προστασίας κλπ.) ανθρώπινα υποκείμενα, τα οποία δεν μπορούν ακόμα να χαρακτηριστούν ως πρόσωπα, όπως για παράδειγμα ένα έμβryo; Μπορεί αυτό να έχει αξιώσεις έναντι της μητέρας του, από τη στιγμή που μελλοντικά θα είναι ένα σκεπτόμενο υποκείμενο; Είναι γεγονός ότι αυτό το ανθρώπινο όν έχει ηθικά δικαιώματα, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ούτε ότι αυτό το μετατρέπει αυτόματα σε πρόσωπα ούτε βέβαια ότι από αυτά τα ηθικά δικαιώματα εξαρτάται σε πλήρες βαθμό το χαρακτηριστικό του να είναι πρόσωπο.

Το δικαίωμα στη ζωή έχουν όλα τα ανθρώπινα υποκείμενα είτε αυτά χαρακτηριστούν άτομα είτε όχι. Άρα η έννοια του χαρακτηριστικού του «ατόμου» δεν είναι προϋπόθεση για να έχει κάποιος ηθικά δικαιώματα ούτε είναι βάση για την αναφορά οποιοδήποτε δικαιωμάτων, τα οποία συσχετίζονται με τα άτομα.

Η αμφισβήτηση, η οποία υπάρχει ότι τα έμβρυα δεν μπορούν να συγκατατεθούν στα άτομα –είτε υπό την οπτική της κοινής λογικής, είτε υπό την οπτική ότι δεν έχουν ικανότητες αλλά μόνο δυνατότητες - δεν πρέπει να σημαίνει ότι δεν πρέπει να τυχαίνουν προστασίας.

Τα διλήμματα περί ζωής και θανάτου, που θέτει σε συζήτηση η Βιοηθική αφορούν τα υποκείμενα ως ηθικά όντα. Έτσι, για παράδειγμα, αν τίθεται το δίλημμα της διακοπής ή όχι της τεχνητής υποστήριξης ενός ασθενούς δεν θα ληφθεί η απόφαση με βάση το σκεπτικό, αν αυτός είναι άνθρωπος ή όχι, αλλά αν η διατήρηση ή όχι της ζωής έχει νόημα για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του στο όνομα της μη βλάβης του.

²⁷ Harris, J. (1999). The Concept of the Person and the Value of Life. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 9, 293-308.

Μάθημα 3^ο Αφηγηματική Βιοηθική (Narrative Bioethics)

Περίληψη: Στο μάθημα παρουσιάζεται ο ρόλος του ιατρικού επιτεύγματος μέσω του αφηγήματος (είδησης, κειμένου, νόμου κτλ.), ο οποίος είναι σημαντικός για το ευρύ κοινό και τους μη ειδικούς για την ενημέρωση και τη συζήτηση στα βιοηθικά θέματα.

Πηγή: Δημήτριος Καλημέρης, Δρ Βιοτεχνολογίας, *Η “Επική” Καθημερινότητα της σύγχρονης Βιοτεχνολογίας, Μελέτες Αφηγηματικής Βιοηθικής*, Αθήνα 2018.

3.1 Εισαγωγή

Η αδυναμία της σύγχρονης βιοηθικής να θέσει ένα έσχατο κριτήριο απόλυτης αντικειμενικότητας και λογικής αναγκαιότητας για τη βιοτεχνολογική πρόοδο²⁸, διαμορφώνει μια εσωτερική προοπτική να διευρύνει το πεδίο στοχασμού της τις εμπειρικές συνθήκες δημιουργίας του βιοτεχνολογικού επιτεύγματος. Η προσφυγή σε κείμενα που ανήκουν στη λογοτεχνία αλλά και κάθε είδους αφηγηματικής προσέγγισης της καθημερινότητας. Ακόμη και σε επικοινωνιακά συμβάντα που αφορούν τη διαφωνία, την πολυφωνία, τη συνεννόηση για θέματα βιοηθικής αξίας από ενδιαφερόμενους ομιλητές²⁹ Το πεδίο αυτό ανήκει στην αφηγηματική βιοηθική, η οποία συγκεντρώνει τα ερμηνευτικά μέσα με τα οποία αξιολογούνται οι ανάγκες και τακτοποιούνται οι διαφωνίες με στόχο τη συναινετική της επίλυση, οδηγώντας στην επικοινωνιακή σταθεροποίηση των αρχών της βιοηθικής.

3.2 Ανάλυση ρόλων

Η αμερόληπτη ηθική κρίση για τη βιοτεχνολογική πράξη απαιτεί την ανάλυση ρόλων από τους ενδιαφερόμενους, ρόλων που θα συμβάλουν σε μια συναινετική εκδοχή των βιοηθικών κρίσεων³⁰. Σ' αυτά τα αφηγηματικά εργαλεία παίζουν κρίσιμο ρόλο εξασφαλίζοντας την οικουμενική συμμετοχή στο διάλογο βιοηθικής και βιοτεχνολογίας. Ο αποφασισμένος σκεπτικιστής μέσα από διαχρονικά κείμενα υπερβαίνει τον ανθρωποκεντρικό του φανατισμό και υιοθετεί μια ευσυνείδητη προσήλωση σε αρχές και αξίες χρήσιμες για τη βιοηθική συλλογιστική. Η αφηγηματική βιοηθική περιγράφει τις συνθήκες της δυνατότητας να διατηρηθούν αξιολογήσεις ανθεκτικές απέναντι στη βιοτεχνολογική επινόηση.

3.3 Τα μαθησιακά αποτελέσματα της Αφηγηματικής Βιοηθικής

²⁸ Στη διεθνή βιβλιογραφία ως απολύτως ενημερωμένο προτείνουμε το εξειδικευμένο περιοδικό *Biotechnology Progress*, September/October 2017, από τις εκδόσεις Wiley.

²⁹ D. C. Ainslie, 2002. «Bioethics and the problem of pluralism». *Social Philosophy & Policy*, 19/2, 1-28.

³⁰ Lauren K. Hall, 2010. «A Classical-Liberal Response to the Crisis of Bioethics». *The Independent Review*, 15/1, 53-70.

Οι αφηγηματικές διεργασίες συντελούν στην απόκτηση και την κατανόηση του βιοηθικού λόγου με μόνιμα και σταθερά αποτελέσματα, ώστε η τελική και πολλές φορές απροσδόκητη εμφάνιση του βιοτεχνολογικού επιτεύγματος να διορθώνεται σε ένα πλαίσιο αυστηρής αφηγηματικής ονομασίας που δεν επιτρέπει παρερμηνείες.³¹ Αυτό που χρειάζεται ο σύγχρονος άνθρωπος δεν είναι η αποδοχή της αβεβαιότητας της βιοτεχνολογικής προόδου, αλλά η βεβαιότητα της αποδοχής της, ως μία πληρότητα ηθικών, κοινωνικών και νομικών προϋποθέσεων. Ζητούμενο αποτελεί η αμεσότητα του βιοηθικού στοχασμού, η εγκατάστασή του σε μια θέση κοινής εποπτείας και βιοηθικών επιφυλάξεων και βιοτεχνολογικών προοπτικών.³² Η αφηγηματική βιοηθική προσφέρει αυτά την ενδιάμεση περιοχή.

3.4. Η μη-συμμετέχουσα συμμετοχή

Με τη βοήθεια της αφηγηματικής βιοηθικής εξυπηρετούνται οι συνθήκες δυνατότητας συμμετοχής στον βιοηθικό προβληματισμό και τη γενίκευση της συναίνεσης των αρχών της, όλων αυτών που δεν έχουν άμεση επαφή με τη βιοηθική συλλογιστική. Αυτή η μη-συμμετέχουσα συμμετοχή αίρει τον φαινομενικό βιοηθικό αναχωρητισμό απέναντι σε μία δρώσα βιοτεχνολογία και αντικαθιστά την ανισοσημία βιοηθικών αντιρρήσεων και βιοτεχνολογικών επινοήσεων, καθιστώντας την βιοτεχνολογική πρόοδο συνειδησιακό γεγονός με μεγάλη διασπορά στον γενικό πληθυσμό³³. Η αφηγηματική βιοηθική αποστρέφεται τη σιωπή και προτιμά την κάθε μορφής αμεσότητα του λόγου³⁴.

3.5 Δημιουργία συμβόλων

Με την αφηγηματική βιοηθική το κείμενο γίνεται ανακοίνωση, φορέας συμβόλων γενετικής αυτοσυνειδησίας. Οι λειτουργίες της λογοτεχνίας εξασφαλίζουν το συμβολικό φορτίο, μέσα από την αποκωδικοποίηση του οποίου εντοπίζεται η διακύβευση της γενετικής ετερότητας του ατόμου. Η γενετική πληροφορία, επίζηλος στόχος της βιοτεχνολογίας, με τον αφηγηματικό της μανδύα, γίνεται εστία πληροφορημένης συναίνεσης που προστατεύει από αμετάκλητες παρεμβάσεις στο γενετικό υλικό.³⁵ Η βιοηθική προετοιμασία του σύγχρονου ανθρώπου για τη συγκατάθεσή του στη βιοτεχνολογική πράξη χρειάζεται μια κραταιή γλώσσα που θα περιγράψει με σαφήνεια την βιοτεχνολογική επινόηση, μακριά από αβέβαιες και υπονομευτικές περιγραφές της γενετικής δομής.

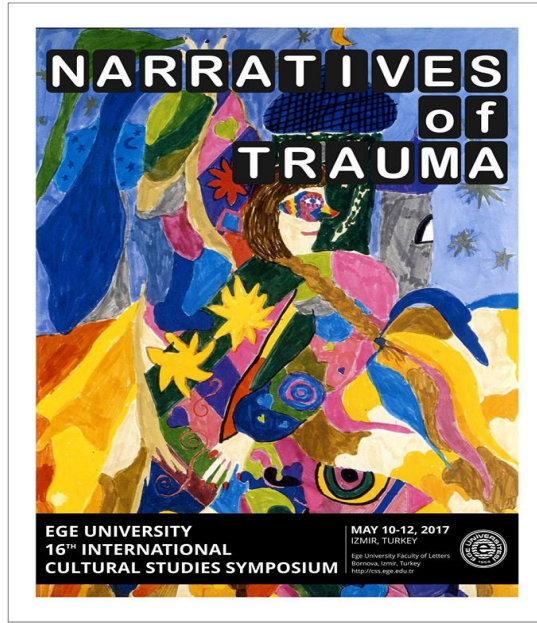
³¹ Rita Charon/ Martha Montello (επιμ.), 2002. *Stories Matter: The Role of Narrative in Medical Ethics*. Routledge, 1st edition.

³² Jens Nielsen (επιμ.), 2005. *Biotechnology for the Future*. SpringerVerlag.

³³ Michael Hauskeller, 2016. *Biotechnology and the Integrity of Life: Taking Public Fears Seriously*. Routledge, 1st edition.

³⁴ Maria Giulia Marini, 2017. *Narrative Medicine: Bridging the Gap between Evidence-Based Care and Medical Humanities*. SpringerVerlag.

³⁵ Neil C. Manson, 2007. *Rethinking Informed Consent in Bioethics*. Cambridge University Press.



Μάθημα 4^ο Αντισύλληψη και Άμβλωση

Περίληψη: Θα παρουσιαστούν τα θέματα του Οικογενειακού Προγραμματισμού, της Αντισύλληψης, της Άμβλωσης και οι απόψεις για το status του εμβρύου ως βιοηθικά ζητήματα με την παρουσίαση των ηθικών ζητημάτων και διλημμάτων τα οποία εγείρονται.

Πηγή: Κυπριακός Σύνδεσμος Οικογενειακού Προγραμματισμού, επίσημη ιστοσελίδα <https://www.familyplanning.org.cy/srhr/family-planning/>

4.1 Οικογενειακός Προγραμματισμός

Ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι το βασικό δικαίωμα κάθε ζευγαριού και ατόμου να αποφασίζει ελεύθερα και υπεύθυνα αν και πότε θα αποκτήσει παιδιά, τον αριθμό τους και τη χρονική απόσταση ανάμεσα στις γεννήσεις τους. Αυτό προϋποθέτει ότι θα έχουν πρόσβαση σε επαρκή πληροφόρηση και το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υπηρεσιών σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας.

Η Σύμβαση για την Εξάλειψη όλων των Μορφών Διακρίσεων κατά των Γυναικών (UN 1979) ορίζει ότι τα κράτη διασφαλίζουν ότι άνδρες και γυναίκες έχουν «...τα ίδια δικαιώματα να αποφασίζουν ελεύθερα και υπεύθυνα για τον αριθμό και τα χρονικά διαστήματα που θα φέρουν στον κόσμο τα παιδιά τους...», εγγυάται την πρόσβαση στην αναγκαία πληροφόρηση και εκπαίδευση και αναγνωρίζει σε άνδρες και γυναίκες τη δυνατότητα να ελέγχουν το μέγεθος της οικογένειάς τους.

Σύμφωνα με τη σύσταση 21, της Σύμβασης ως οικογενειακός προγραμματισμός ορίζεται: *η εξασφαλισμένη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, η διαθεσιμότητα υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού, η διαθεσιμότητα ασφαλών και αξιόπιστων μεθόδων αντισύλληψης, η ελεύθερη διάθεση των κατάλληλων μέσων για την εθελούσια ρύθμιση της γονιμότητας με γνώμονα την υγεία και την ευημερία όλων των μελών της οικογένειας.* Στο γενικό σχόλιό της (αριθ.14 2000) σχετικά με το άρθρο 12 του Διεθνούς Συμφώνου για τα οικονομικά, κοινωνικά και μορφωτικά δικαιώματα του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών που αφορά στο δικαίωμα στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας, η επιτροπή για τα οικονομικά, κοινωνικά και μορφωτικά δικαιώματα αναγνωρίζει το δικαίωμα στη σεξουαλική και αναπαραγωγική ελευθερία, το δικαίωμα πρόσβασης σε εκπαίδευση και πληροφόρηση σχετικά με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, καθώς και την παροχή προσιτών, αποδεκτών και ποιοτικών εγκαταστάσεων, προϊόντων και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Οι διακηρύξεις και τα προγράμματα δράσης της Διεθνούς Διάσκεψης των Ηνωμένων Εθνών για τον πληθυσμό και την ανάπτυξη (Κάιρο 1994) και της Τέταρτης Παγκόσμιας Διάσκεψης των Ηνωμένων Εθνών για τη Γυναίκα (Πεκίνο 1995), αποτελούν σταθμό για τον τρόπο αντιμετώπισης της σεξουαλικότητας και των ζητημάτων αναπαραγωγής. Πριν από

αυτές τις συναντήσεις, τα ζητήματα αυτά εξετάζονταν αποκλειστικά ως προς την ανάπτυξη του πληθυσμού και τις δημογραφικές πολιτικές, ενώ κατά τη διάρκεια αυτών των διασκέψεων, η σεξουαλικότητα και η αναπαραγωγική υγεία εξετάστηκαν για πρώτη φορά υπό το πρίσμα των δικαιωμάτων του ανθρώπου.

Πηγή: Δ. Τσολακίδης, *Αντισύλληψη και οικογενειακός προγραμματισμός*, Hellen Obstet Gynecol 16(2):264-269, 2004, Α΄ Μαιευτική & Γυναικολογική, Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, στην ιστοσελίδα https://www.iatrikionline.gr/EL_M_2-2004/21.htm

4.2 Ωφέλη Οικογενειακού Προγραμματισμού

Ωφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού για την υγεία της γυναίκας

Κάθε χρόνο περισσότερες από 585.000 γυναίκες πεθαίνουν από αιτίες που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Το 99% αυτών προέρχονται από αναπτυσσόμενες χώρες.³⁶ Η γυναίκα στη Νότια Ασία έχει μία στις 18 πιθανότητα να πεθάνει κατά τη διάρκεια της ζωής της ως συνέπεια κάποιας επιπλοκής της εγκυμοσύνης ή του τοκετού. Η δε πιθανότητα για τις περισσότερες γυναίκες της Αφρικής είναι μία στις 14.³⁷ Αντιθέτως, η πιθανότητα στη Βόρεια Αμερική είναι μία στις 6366.³⁸ Τα αίτια αυτών των θανάτων είναι ουσιαστικά ίδια παγκοσμίως και υπολογίστηκε πως οφείλονται 25% σε αιμορραγία, 15% σε σήψη, 12% σε προεκλαμψία, 8% σε δυστοκία, 13% σε έκτρωση και γύρω στο 20% των γυναικών πεθαίνουν λόγω κάποιας προυπάρχουσας νόσου που επιδεινώνεται κατά την εγκυμοσύνη. Επιπλέον, η ίδια η εγκυμοσύνη απειλεί τη ζωή της γυναίκας, αφού έχει υπολογιστεί πως για κάθε μητρικό θάνατο στις αναπτυσσόμενες χώρες, αντιστοιχούν άλλες 124 γυναίκες που υποφέρουν από ασθένειες ή επιπλοκές σχετιζόμενες με την εγκυμοσύνη ή τον τοκετό όπως αναιμία, υπέρταση, υπογονιμότητα, πρόπτωση μήτρας, λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος και σήψη.³⁹ Επιπλέον ο οικογενειακός προγραμματισμός είναι ιδιαίτερα ωφέλιμος στις έφηβες γυναίκες, διότι η εγκυμοσύνη σε αυτή την ηλικία σχετίζεται με σοβαρούς κινδύνους για την υγεία τους, αφού το σώμα τους είναι ανώριμο για να ανταποκριθεί στο stress της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Οι γυναίκες με ηλικία άνω των 35 ετών, που συνεχίζουν να τεκνοποιούν, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γεννήσουν παιδιά με χαμηλό βάρος γέννησης ή συγγενείς

³⁶ World Health Organization WHO. New estimates of maternal mortality. A new approach by WHO and UNICEF, 1996.

³⁷ Belsey M, Royston E. Overview of the Health of Women and Children. Technical report prepared for the International Conference on Better Health for Women and Children Through Family Planning in Nairobi, Kenya 1987

³⁸ Merchant K, Kurz K. Women's nutrition through the life cycle: Social and biological vulnerabilities, in M.A. Koblinsky et al. eds. The Health of Women: A Global Perspective. Westview Press 1993.

³⁹ Koblinsky MA, et al. Mother and more: A broader perspective on women's health, in M.A. Koblinsky et al. eds. The Health of Women: A Global Perspective. Westview Press 1993.

ανωμαλίες.⁴⁰ Ακόμη δε ο κίνδυνος της μητρικής θνησιμότητας αυξάνει στις πολύτοκες γυναίκες 1,5 έως 3 φορές για αυτές με πέντε ή περισσότερα παιδιά, γεγονός που σχετίζεται με αναιμία ή αιμορραγία κατά ή μετά τον τοκετό. Τα προφυλακτικά παίζουν σημαντικό ρόλο στην προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, συμπεριλαμβανομένου και του AIDS. Φυσικά και άλλες μέθοδοι φραγμού όπως τα σπερματοκτόνα και τα διαφράγματα παρέχουν κάποιου βαθμού προστασία. Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αποτελούν μείζον πρόβλημα σε πολλές χώρες και μπορούν να οδηγήσουν σε πυελικές φλεγμονές, καρκίνο του τραχήλου και σε κάποιες περιπτώσεις ακόμη και στο θάνατο.

Τα αντισυλληπτικά δισκία παρέχουν επίσης προστασία ενάντια σε κάποιους καρκίνους και ασθένειες. Έχει διαπιστωθεί ότι ελαττώνουν τη συχνότητα των καλοήθων παθήσεων του μαστού, τη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του ενδομητρίου, του καρκίνου των ωοθηκών, των ωοθηκικών κύστεων, και προστατεύουν από τη σιδηροπενική αναιμία, τις διαταραχές της εμμήνου ρύσεως και από πυελικές φλεγμονές. Ο θηλασμός έχει χρησιμοποιηθεί ως φυσική μέθοδος αντισύλληψης. Επιπροσθέτως, ο θηλασμός παρέχει ειδικά θρεπτικά οφέλη για το νεογέννητο και προστατεύει από τη διάρροια, τον βήχα και τα κρυολογήματα και από άλλες απειλητικές για τη ζωή του νεογνού νόσους όπως η ιλαρά, η διφθερίτιδα και ο κοκκύτης.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες αποτρέπει τις γυναίκες με ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη να καταφεύγουν σε επικίνδυνες τεχνητές διακοπές της εγκυμοσύνης από ανθρώπους με ανεπαρκή εκπαίδευση ή σε χώρους όπου δεν υπάρχουν οι ελάχιστες προϋποθέσεις για την ασφαλή εκτέλεσή τους. Κάθε χρόνο τουλάχιστον 70.000 γυναίκες πεθαίνουν ως συνέπεια αυτών των επικίνδυνων εκτρώσεων και πολύ περισσότερες υποφέρουν από επιπλοκές, όπως διάτρηση της μήτρας, τραυματισμός άλλων κοιλιακών οργάνων, ρήξη του τραχήλου, αιμορραγία και λοίμωξη.⁴¹ Στις απώτερες επιπλοκές περιλαμβάνονται η εξωμήτριος εγκυμοσύνη, η χρόνια πυελική φλεγμονή και η υπογονιμότητα. Μελέτες από τις περισσότερες Αφρικανικές χώρες επισημαίνουν πως το 50% της μητρικής θνησιμότητας οφείλονται σε εκτρώσεις και το 50% των εισαγωγών σε νοσοκομεία αφορούν τη νοσηλεία γυναικών με επιπλοκές από επικίνδυνες εκτρώσεις.⁴²

Ένα άλλο πρόβλημα που ανακύπτει από την αυξημένη μητρική θνησιμότητα είναι πως αρκετά παιδιά μένουν ορφανά και αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας και θρέψης λόγω της έλλειψης της μητρικής φροντίδας. Οι επιπλοκές των εκτρώσεων λόγω της έλλειψης οικογενειακού προγραμματισμού έχουν ακόμη ένα κοινωνικό κόστος, όπως η δευτεροπαθής

⁴⁰ Rinehart W, et al. Healthier mothers and children through family planning. Population Reports Series J, No. 27, 1984.

⁴¹ World Health Organization (WHO). Abortion: A tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion, 2nd edition, WHO 1994d.

⁴² Rogo KO. Induced abortion in sub-Saharan Africa. East African Medical Journal 1993; 70(6):386-395.

υπογονιμότητα που θέτει τη γυναίκα στον κίνδυνο να την χωρίσει ή να την εγκαταλείψει ο σύντροφός της ή ακόμη να περιθωριοποιηθεί από το κοινωνικό σύνολο.

4.3. Ωφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού για την υγεία του παιδιού

Η αντισύλληψη αποτελεί για το ζευγάρι ένα χρήσιμο εργαλείο να ελέγξει και να προγραμματίσει τη γέννηση των παιδιών τους, πράγμα που μπορεί να επηρεάζει σημαντικά την υγεία και την ευημερία των οικογενειών τους. Συγκεκριμένα η χρήση της αντισύλληψης για την επίτευξη μεσοδιαστήματος τουλάχιστον δύο ετών μεταξύ των κυήσεων έχει ως αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση της νεογνικής θνησιμότητας. Αυτό οφείλεται στο ότι τα παιδιά που γεννιούνται σύντομα μετά από μια προηγούμενη εγκυμοσύνη είναι πολύ πιθανό να είναι πρόωρα, χαμηλού βάρους, με αυξημένο κατά 50% κίνδυνο να πεθάνουν πριν την ηλικία των πέντε ετών.⁴³ Έτσι η χρήση αντισύλληψης, ώστε να αποφεύγονται οι κυήσεις με μικρό μεσοδιάστημα, θα μπορούσε να ελαττώσει τη νεογνική και παιδική θνησιμότητα κατά 20% ή περισσότερο στην Κεντρική, τη Νότια Αμερική και στη Βόρεια Αφρική και κατά 30% στη Βραζιλία και στην Αίγυπτο.⁴⁴ Όμως ο σύντομος ερχομός ενός άλλου νεογνού έχει επιπτώσεις και στο αμέσως προηγούμενο βρέφος-παιδί που θα στερηθεί τον θηλασμό και την φροντίδα της μητέρας. Οι ανήλικες μητέρες γεννούν πρόωρα και με χαμηλό βάρος νεογνά, τα οποία είναι 24% περισσότερο πιθανόν να πεθάνουν τον πρώτο μήνα της ζωής τους. Αυτός ο κίνδυνος εξακολουθεί να υφίσταται τα 5 χρόνια της ζωής αυτών των παιδιών. Η χρήση της αντισύλληψης για καθυστέρηση της τεκνοποίησης μετά την ηλικία των 18 ετών εμποδίζει την εμφάνιση των προηγούμενων κινδύνων στις ανήλικες γυναίκες.

4.4 Ωφέλη του οικογενειακού προγραμματισμού για την οικογένεια και την κοινωνία

Ο οικογενειακός προγραμματισμός βοηθά τα ζευγάρια να δημιουργούν μικρότερες και υγιέστερες οικογένειες μειώνοντας το οικονομικό και συναισθηματικό φορτίο τους ως γονείς. Επιπλέον, η αντισύλληψη βελτιώνει την ποιότητα ζωής και το βιοτικό επίπεδο των γυναικών, εφόσον κατορθώνουν να εξασφαλίζουν περισσότερο ελεύθερο χρόνο για μόρφωση, οικονομική και κοινωνική εξέλιξη. Αντίθετα, όταν τα κορίτσια εγκαταλείπουν το σχολείο νωρίς για να παντρευτούν και να αναθρέψουν τα παιδιά τους, όπως συμβαίνει στη Νότια Ασία και την Αφρική, διαιωρίζουν τον κύκλο του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και της πολυτοκίας. Αναμφισβήτητα τα παιδιά από μικρές οικογένειες εκπαιδεύονται καλύτερα σε σχέση με τα παιδιά που προέρχονται από πολυμελείς οικογένειες. Η σχέση μεταξύ

⁴³ Hobcraft J. Does Family Planning Save Children's Lives? Technical background paper prepared for the International Conference on Better Health for Women and Children Through Family Planning in Nairobi, Kenya 1987.

⁴⁴ Hobcraft J. Child spacing and child mortality. Demographic and Health Surveys World Conference Proceedings 2:1157-1181. Columbia, Maryland: IRD/Macro International 1991.

αντισύλληψης και κοινωνικού επιπέδου της γυναίκας είναι αμφίδρομη, καθώς η αύξηση των οικονομικών και μορφωτικών ευκαιριών μπορεί επίσης να συμβάλλει σημαντικά στην αποδοχή και τη χρήση της αντισύλληψης. Καθώς η αντισύλληψη συμβάλλει στην ελάττωση της γονιμότητας, επιτυγχάνεται μείωση της πίεσης που ασκούν οι ταχέως χωρίς προγραμματισμό αναπτυσσόμενοι πληθυσμοί σε κοινωνικό, οικονομικό επίπεδο.

4.5 Μέθοδοι Αντισύλληψης

Σήμερα υπάρχει ποικιλία ασφαλών και αποτελεσματικών αντισυλληπτικών με διαφορετικά χαρακτηριστικά, ώστε να καλύπτουν τις διαφορετικές ανάγκες και προτιμήσεις των χρηστών. Κάθε αντισυλληπτική μέθοδος έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, τα οποία ο γυναικολόγος ή ο γιατρός οφείλει να τα εξηγήει στη γυναίκα ή το ζευγάρι που ενδιαφέρεται για οικογενειακό προγραμματισμό. Έτσι άλλες αντισυλληπτικές μέθοδοι παρέχουν μόνιμη και άλλες προσωρινή αντισυλληπτική προστασία. Άλλες προστατεύουν τον χρήστη από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και νεοπλασίες. Κάποιες είναι για γυναίκες, ενώ άλλες για άντρες. Κάποιες χρησιμοποιούνται μόνο κατά τη σεξουαλική επαφή, ενώ άλλες μπορούν να χρησιμοποιηθούν ανεξάρτητα από την ώρα της συνουσίας. Φυσικά, πάντα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν το ποσοστό της αντισυλληπτικής προστασίας που παρέχουν οι διάφορες αντισυλληπτικές μέθοδοι, το οποίο επηρεάζεται σημαντικά από τη σωστή χρήση και εκπαίδευση του ενδιαφερόμενου.

Ο γιατρός συμμετέχει και κατευθύνει τον ενδιαφερόμενο στην επιλογή της αντισυλληπτικής μεθόδου, έχοντας υπ' όψιν του την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό των παιδιών που ήδη υπάρχουν, τη συχνότητα των επαφών, την ποιότητα και το μέλλον της σχέσης, την οικειότητα του χρήστη με τη μέθοδο και το επίπεδο της άνεσης με το σώμα του.

Σημαντικοί παράγοντες που καθορίζουν τη σωστή επιλογή του αντισυλληπτικού αποτελούν η κατάσταση υγείας του ενδιαφερόμενου, το ιστορικό της χρήσης αντισυλληπτικών και της εμφάνισης σεξουαλικά μεταδιδόμενης νόσου στο παρελθόν. Ακόμη η διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων στην κοινωνία ανά ηλικίες, καθώς και η σεξουαλική συμπεριφορά του ενδιαφερομένου είναι καθοριστικοί παράγοντες στην επιλογή της αντισυλληπτικής μεθόδου.

Τέλος, το οικονομικό κόστος της μεθόδου, η ελευθερία και η ευκολία της πρόσβασης σε προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού, η ψυχολογική επιβάρυνση από την εφαρμογή της, η κουλτούρα, οι θρησκευτικές, οι πολιτιστικές συνήθειες του ενδιαφερομένου και της κοινωνίας δεν πρέπει να αγνοούνται από τον λειτουργό του οικογενειακού προγραμματισμού. Στους ενδιαφερόμενους πρέπει να παρέχεται η ευελιξία να αλλάζουν την αντισυλληπτική μέθοδο, καθώς οι ανάγκες του οικογενειακού τους προγραμματισμού μεταβάλλονται με το

πέρασμα του χρόνου. Δηλαδή, μια μέθοδος η οποία είναι κατάλληλη και αποδεκτή από μια νεαρή ανύπαντρη γυναίκα μπορεί να μην είναι η καλύτερη επιλογή για την ίδια γυναίκα μερικά χρόνια αργότερα. Επίσης, θα πρέπει να διασφαλίζεται από την πολιτεία το αναφαίρετο δικαίωμα του ενδιαφερομένου ή του ζευγαριού να συμμετέχουν στην επιλογή ή τη διακοπή κάποιας αντισυλληπτικής μεθόδου.

Πηγή: Θεοδώρα Παπαδοπούλου, *Ειδικά Θέματα Βιοηθικής*, Αποθετήριο ΚΑΛΛΙΠΟΣ, 2015 (https://repository.kallipos.gr/pdfviewer/web/viewer.html?file=/bitstream/11419/3158/2/latest%20version_book-KOY.pdf)

4.6 Άμβλωση

Εισαγωγικές Τοποθετήσεις

Το φαινόμενο της άμβλωσης δεν αποτελεί γεγονός μόνο των ημερών μας, αν και σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες οι δυσχερείς οικονομικές συνθήκες εντείνουν ακόμα περισσότερο μια τέτοια απόφαση. Στο ίδιο πλαίσιο συζήτησης ανήκει και η θεματική του ελέγχου των γεννήσεων, ενώ η παρουσία της έκτρωσης, ως φαινόμενο, υπάρχει και στον όρκο του Ιπποκράτη, όπου γίνεται αναφορά στην απαγόρευση χρήσεων «εκτρωτικών μέσων»⁴⁵.

Η άμβλωση, λοιπόν, χρησιμοποιήθηκε και παλιότερα ως μέσο ελέγχου του πληθυσμού. Στην αρχαιότητα χρησιμοποιούνταν διάφορα είδη βοτάνων, τα οποία θα οδηγούσαν στη διακοπή της κύησης. Οι στωικοί φιλόσοφοι θεωρούσαν ότι το έμβρυο δεν αποτελεί ανεξάρτητη οντότητα σε σχέση με τη μητέρα.⁴⁶ Η έκτρωση, λοιπόν, κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες δεν αποτελούσε για αυτούς δολοφονία. Στη Ρωμαϊκή πια εποχή η έκτρωση θεωρούνταν έγκλημα και επέφερε τη δημόσια τιμωρία (Κικέρωνας). Αργότερα τα ίδια τα κείμενα της Εκκλησίας, υπό το πνεύμα των γραφών, εκφράζονταν κατά της έκτρωσης. Θεωρούνταν ότι η σύλληψη της ζωής είναι η απαρχή της ζωής του εμβρύου και οποιαδήποτε ενέργεια εναντίον του εμβρύου χαρακτηρίζονταν από την εκκλησία ως φόνος.

Έτσι η άμβλωση απασχόλησε και απασχολεί όχι μόνο τη Φιλοσοφία και την Ιατρική, αλλά και τη Θρησκεία. Κοινή βάση όλων αυτών των περιοχών, πέρα από τις όποιες διαφωνίες, είναι ότι σε κρίσιμες ιατρικές περιπτώσεις, πρέπει να πραγματοποιείται η άμβλωση για να μην τίθεται σε κίνδυνο τόσο η μελλοντική ζωή του εμβρύου όσο και της εγκύου. Άρα στην περίπτωση της άμβλωσης λαμβάνεται, κατά κύριο λόγο, υπόψη η τοποθέτηση της μητέρας και οι ληφθείσες αποφάσεις της, ενώ σε δεύτερη θέση έρχονται, όσα ζητήματα αφορούν το έμβρυο. Σαφώς και το οικογενειακό περιβάλλον επηρεάζει σημαντικά την απόφαση υπέρ ή κατά μιας άμβλωσης. Μια γυναίκα, η οποία έχει μεγαλώσει

⁴⁵ Λυπουρλής, Δημ., (2008). *Ιατρική στην Αρχαία Ελλάδα*. Θεσσαλονίκη: Επίκεντρο, 227.

⁴⁶ Tarnesby, P. (1969). *Abortion. A Sunday Times Guide to Abortion within the Law*. London: Sphere.

σε ένα αυστηρά θρησκευτικό περιβάλλον θα αντιδράσει πιθανώς διαφορετικά από μια γυναίκα, η οποία είναι «απελευθερωμένη» και έχει μια πλούσια ερωτική ζωή. Η ηλικία της, η υποστήριξη ή μη του συντρόφου της, η υποστήριξη της οικογένειάς της, καθώς και το συντηρητικό, μικρό ή κλειστό περιβάλλον της εγκύου θα διαδραματίσουν και αυτά καίριο ρόλο στην όποια απόφαση της. Η τελική απόφαση, όμως, της άμβλωσης φαίνεται ότι ανήκει αποκλειστικά στη γυναίκα ενώ η παρουσία του άντρα, φαίνεται ότι παραγνωρίζεται.

4.7 Έννοια

Η έννοια της άμβλωσης χρησιμοποιείται για να προσδιορίσει το γεγονός διακοπής μιας κύησης. Άμβλωση, λοιπόν, είναι η τεχνητή διακοπή της κύησης κατόπιν συναινέσεως και αιτήσεως της εγκύου. Όταν η έγκυος είναι ανήλικη χρειάζεται η συναίνεση, τουλάχιστον, του ενός γονέα ή του προσώπου, το οποίο έχει την επιμέλεια της ανηλίκου.

Έκτρωση ή άμβλωση; Πότε χρησιμοποιούμε τον έναν όρο και πότε τον άλλο; Χρησιμοποιούμε τους όρους ως συνώνυμους, αλλά υπάρχει κάποια λεπτή διαφορά μεταξύ τους. Όταν χρησιμοποιούμε τον όρο «έκτρωση» αναφερόμαστε στην αυτόματη ή τεχνητή διακοπή της κύησης, πριν γίνει το έμβryo βιώσιμο, πριν δηλαδή την 24^η εβδομάδα. Μάλιστα αυτή περιγράφεται ως «μη βιώσιμη ενδομήτρια εγκυμοσύνη»

Με τον όρο «άμβλωση» περιγράφουμε την εκούσια ή τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης, η οποία πραγματοποιείται από μαιευτήρα-γυναικολόγο, με τη συναίνεση της ασθενούς, πριν καταστεί το έμβryo βιώσιμο.

Στην άμβλωση τονίζεται το γεγονός ότι στο επίκεντρο βρίσκεται η προσωπική τοποθέτηση της κάθε γυναίκας και τόσο ο σύντροφος της εγκύου όσο και η οικογένεια της πρέπει να βρίσκονται συνεχώς δίπλα της και να σέβονται και να υποστηρίζουν την όποια απόφαση της. Οι ιατροί ακολουθώντας το ιατρικό απόρρητο διασφαλίζουν την εμπιστευτική διαδικασία. Ο ιατρός θα είναι, επίσης, αυτός, ο οποίος θα ενημερώσει την ασθενή για όλες τις πιθανές παρενέργειες και ότι άλλο είναι χρήσιμο για την έγκυο να πληροφορηθεί.

Για να μην αντιμετωπίζεται, όμως, η άμβλωση ως μέθοδος αντισύλληψης και για να μην γίνεται αυτή μια συστηματική μέθοδος αντιμετώπισης καταστάσεων, οι οποίες κρίνονται «ανεπιθύμητες», είναι σημαντικό να υπάρχει η κατάλληλη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των νέων. Ποια είναι, λοιπόν, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση των εφήβων για την πρόληψη της άμβλωσης; Υπάρχει ενημέρωση και υποστήριξη σχετικά με την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη; Άμβλώσεις πριν το γάμο αλλά και κατά τη διάρκεια του, ως ένα είδος αντισύλληψης ή οικογενειακού προγραμματισμού είναι σε πολλές περιπτώσεις χαρακτηριστικό αυτών. Η άμβλωση μπορεί να απομακρύνει το φόβο των συνεπειών μιας «ατυχούς» κατάστασης, δεν απομακρύνει, όμως, την ψυχολογική φόρτιση της γυναίκας τόσο πριν όσο και μετά την πραγματοποίηση της άμβλωσης. Και δεν είναι μόνο οι ψυχολογικές, αλλά και οι σωματικές

επιπτώσεις, οι οποίες είναι αξιοσημείωτες. Συναισθήματα πένθους, κατάθλιψης, ενοχής είναι από τα πιο συχνά συναισθήματα, τα οποία νιώθουν οι γυναίκες.

Ένα σημαντικό στοιχείο, το οποίο πρέπει εδώ να αναφερθεί, και αποτελεί ένα πιθανό βήμα αποτροπής δυνητικής άμβλωσης, είναι το *αντισυλληπτικό χάπι της επόμενης μέρας*. Το χάπι αυτό συνταγογραφείται. Όταν το ζευγάρι, θεωρήσει ότι οι πιθανότητες κυοφορίας είναι υψηλές, τότε καταφεύγει σε αυτήν τη λύση, η οποία είναι καθόλα νόμιμη. Αυτό είναι ένα χάπι, το οποίο λαμβάνεται μέσα σε 72 ώρες από την ερωτική συνεύρεση και εμποδίζει τόσο την ωορρηξία όσο και τη γονιμοποίηση, ενώ παράλληλα εμποδίζει την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στην μήτρα.

Η άμβλωση κατόπιν, λοιπόν, συναινέσεως της εγκύου μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσα στις 12 πρώτες εβδομάδες της κύησης και όχι πριν την 5^η εβδομάδα για την αποφυγή αποτυχίας της αμβλώσεως. Μετά την 24^η εβδομάδα η άμβλωση πραγματοποιείται, αν συντρέχει κάποιος σοβαρός λόγος εξαιτίας προβλημάτων, τα οποία μπορεί να αντιμετωπίζει το έμβryo ή λόγω διαφόρων επιλοκών, οι οποίες μπορεί να αφορούν τη μελλοντική μητέρα. Στην ουσία, βέβαια, δεν υπάρχει κάποιος χρονικός περιορισμός για την έκτρωση σε περίπτωση, που αυτή επιτάσσεται να γίνει λόγω σοβαρών κινδύνων είτε για τη μητέρα είτε για το έμβryo.

Η άμβλωση μπορεί να γίνει μέσα στις πρώτες 19 εβδομάδες στην περίπτωση, που η κύηση είναι αποτέλεσμα βιασμού, αιμομιξίας ή επιβολή συνουσίας με γυναίκα ανίκανη να αντισταθεί.

Υπάρχουν δυο μορφές αμβλώσεων, από την μια μεριά διαμέσου της φαρμακευτικής αγωγής και από την άλλη μεριά διαμέσου της χειρουργικής οδού. Είθισται να χρησιμοποιείται η δεύτερη μέθοδος. Στη χειρουργική άμβλωση η ασθενής κατόπιν της ενημερώσεως, που έχει λάβει, κλείνει κάποιο ραντεβού σε κατάλληλο ιατρικό κέντρο για την επέμβαση. Αυτή πραγματοποιείται με ολική ή τοπική αναισθησία. Αν γίνει ολική αναισθησία τότε ο αναισθησιολόγος είναι παρών. Η άμβλωση, η οποία θα πραγματοποιηθεί σε προχωρημένη εβδομάδα κύησης και πρέπει να διακοπεί, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και παραμονή της ασθενούς στο ιατρικό κέντρο για ενδεχόμενη παρακολούθηση. Μετά το πέρα της αμβλώσεως (σε οποιοδήποτε στάδιο και αν έλαβε χώρα αυτή) η γυναίκα επισκέπτεται ξανά τον ιατρό της προκειμένου αυτός να παρακολουθήσει την πορεία της και να επιβεβαιώσει ότι όλα βαίνουν καλώς.

4.8 Νομικά πλαίσια της άμβλωσης

Το θέμα της ποινικοποίησης της άμβλωσης δεν φαίνεται στη βιβλιογραφία να αποτελεί τόσο «μείζον» ζήτημα όσο είναι στην περίπτωση της ευθανασίας. Η αποποινικοποίηση των αμβλώσεων αντιμετωπίζεται στα πλαίσια του δικαιώματος της γυναίκας για αυτοδιάθεση του σώματος της. Αναρωτιέται, όμως, κανείς, το εξής: Μπορεί το νομικό πλαίσιο μιας χώρας,

που είναι υπέρ ή κατά της αμβλώσεως, να επηρεάσει την απόφαση της εγκύου να προχωρήσει ή όχι στη συγκεκριμένη πράξη; Έρευνες έχουν δείξει ότι η νομική περιχαράκωση μιας τέτοιας ενέργειας δεν επηρεάζει τις αποφάσεις των γυναικών για την πραγματοποίηση ή μη της πράξης. Η νομική, όμως, επιβολή της ευθανασίας διασφαλίζει τη νομική ή την ηθική υπόσταση του εμβρύου;

Το νομικό πλαίσιο κάθε χώρας για την άμβλωση είναι διαφορετικό. Στην Ελλάδα η νομιμοποίηση έλαβε χώρα το 1986. Σύμφωνα με το νόμο 1609/86 του Ποινικού Κώδικα τονίζεται ότι στην άμβλωση ως τεχνητή διακοπή ης κύησης: «η μέριμνα για την προστασία της υγείας της γυναίκας και την εξασφάλιση περίθαλψης σε οργανωμένες νοσηλευτικές μονάδες κατά την τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης είναι υποχρέωση της Πολιτείας»⁴⁷. Γιατί, όμως, ενώ και ένα έμβρυο θεωρείται νόμιμος κληρονόμος μιας περιουσίας, δεν αντιμετωπίζεται έτσι το έμβρυο (ως ολοκληρωμένη προσωπικότητα) και στην περίπτωση, που νομιμοποιεί την άμβλωση;

Παρατηρείται στη χώρα μας ότι η διακεκομμένη συνουσία και το προφυλακτικό είναι πιο διαδεδομένες μορφές αντισύλληψης. Έτσι η Ελλάδα παρουσιάζει από τα υψηλότερα ποσοστά εκτρώσεων. Στη Μ. Βρετανία οι περισσότερες αμβλώσεις, οι οποίες καταγράφονται παρουσιάζονται με την περιγραφή «ένδειξη ευγονικής/ βλάβη εμβρύου». Η Βρετανική νομοθεσία απαιτεί έστω μια εικονική μορφή ευγονικής για να νομιμοποιήσει την έκτρωση. Οι Ελληνίδες οδηγούνται στην άμβλωση λογίζοντας το έμβρυο ως «μωρό» και πολλές φορές την απόφαση τους την συσχετίζουν με τις ορθόδοξες/χριστιανικές πεποιθήσεις τους περί «αμαρτίας» και ότι για να γίνουν μητέρες, πρέπει να είναι σίγουρες ότι μπορούν να είναι τέτοιες⁴⁸. Στην Ελλάδα, λοιπόν, επιτρέπεται η άμβλωση, αλλά υπό τις προϋποθέσεις ότι αυτή θα λάβει χώρα με τη συναίνεση της εγκύου και θα πραγματοποιηθεί από ιατρό μαιευτήρα- γυναικολόγο και τη συνδρομή αναισθησιολόγου και σε νοσηλευτική μονάδα, η οποία θα πληροί όλες τις αντίστοιχες υποχρεώσεις της.

Η νομιμοποίηση στη χώρα μας θεωρείται ότι αποτρέπει πολλές περισσότερες χειρίστες εξελίξεις, οι οποίες θα ήταν επιβλαβείς τόσο για την έγκυο όσο και για το έμβρυο (ακατάλληλες μορφές αμβλώσεως, υψηλό κόστος κτλ.).

Σύμφωνα με στατιστικά δεδομένα ο αριθμός των αμβλώσεων είναι συχνότερος σε μικρότερης ηλικίας γυναίκες και σπανιότερος σε μεγαλύτερες γυναίκες. Σύμφωνα με επιστημονική μελέτη, η οποία δημοσιοποιήθηκε τον Ιούνιο του 2015 (Ελεύθερος Τύπος, 25/6/2015), στην Ελλάδα κάθε χρόνο έχουμε 80.000 εκτρώσεις, εκ των οποίων οι 40.000 γίνονται από κοπέλες κάτω των 18 χρόνων. Μάλιστα έχει παρατηρηθεί ότι λόγω των δυσχερών οικονομικών συνθηκών, έχει αυξηθεί ο αριθμός των αμβλώσεων, λόγω του φόβου

⁴⁷ Καραγεώργος, Κ. (1996). *Η ποινική εκτίμηση των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων*. Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.

⁴⁸ Georges, E. (1996). Abortion policy and practice in Greece. *Social Sciences Medicine*, 42, 509-519.

και της αβεβαιότητας.⁴⁹

Η πορεία του εμβρύου αρχίζει να διαγράφεται από την 7^η ημέρα, όπου θα καταλήξει στη μήτρα. Η εμφύτευση στη μήτρα, ολοκληρώνεται την 14^η ημέρα. Μέχρι αυτήν τη φάση το έμβρυο μπορεί να αποβληθεί φυσιολογικά ή να πεθάνει και να απορροφηθεί από τον οργανισμό δίχως να γίνει αντιληπτή η εγκυμοσύνη. Αυτή η 14^η μέρα θεωρείται ως απαρχή, ορόσημο ηθικής σημασίας. Η καρδιά σχηματίζεται σε πρώιμο στάδιο και «λειτουργεί» την 22^η ημέρα· από πολλούς αυτό θεωρείται μάλιστα το όριο της ανθρώπινης ζωής⁵⁰. Τοποθετήσεις, όπως του ιουδαϊσμού ή του Ισλάμ, κρίνουν ότι η 40^η ημέρα μετά τη συνουσία θεωρείται ως χρόνος έναρξης της νέας ζωής. Από αυτό το σημείο και μετά υπάρχει στην ουσία αξιοπιστία σχετικά με τη σύλληψη.

Από τη μια μεριά έχουμε, λοιπόν, τις *προτάσεις των συντηρητικών* (εδώ βρίσκει κανείς και τους εκπροσώπους της Εκκλησίας), οι οποίοι είναι κατά της άμβλωσης και από την άλλη τις *προτάσεις των φιλελεύθερων*, οι οποίοι επιχειρηματολογούν υπέρ της άμβλωσης. Οι οπτικές και των δυο αναφέρονται τόσο στον ρόλο της εγκύου/γυναίκας όσο και στη σημασία του εμβρύου. Διαφέρουν, βέβαια, στον τρόπο, που επιχειρηματολογούν.

Οι συντηρητικοί είναι κατά της άμβλωσης θεωρώντας ότι διαπράττεται φόνος. Κάνουν αναφορά στην αξία της ανθρώπινης ζωής και ότι κανένας δεν έχει το δικαίωμα να την αφαιρέσει. Η εγγενή αξία της ανθρώπινης ζωής βρίσκεται στο κέντρο της σκέψης τους και αυτή η ζωή αρχίζει με τη σύλληψη. Η ιερότητα της ζωής δεν μπορεί να καταπατηθεί για κανένα λόγο. Το έμβρυο αντιμετωπίζεται ως άτομο με ηθικό υπόβαθρο και του αναγνωρίζονται δικαιώματα. Ως εκ τούτου πρέπει να αποφεύγεται όχι μόνο η θανάτωση του εμβρύου, αλλά και οποιαδήποτε μορφή πρόκλησης πόνου σε αυτό. Ακόμα και αν δεν είναι κανείς σίγουρος αναφορικά με την απάντηση της αναγνώρισης δικαιωμάτων στον έμβρυο, είναι λανθασμένο να θανατώσει κανείς ένα έμβρυο γιατί τίθενται θέματα αμφιβολιών· «αν θεωρούμε ότι το να σκοτώνουμε ανθρώπινα υποκείμενα είναι λανθασμένο και υπάρχει έστω και μια μικρή πιθανότητα ορισμένα ή όλα τα έμβρυα να θεωρούνται ανθρώπινα υποκείμενα, τότε πρέπει να τους δίνουμε αυτήν τη δυνατότητα λόγω αμφιβολιών και να μην τα θανατώνουμε»⁵¹.

Στους υπέρμαχους των αμβλώσεων, μεταξύ των οποίων και φεμινιστικές οργανώσεις, θεωρούν ότι η ζωή αρχίζει για το έμβρυο, όταν αυτό θα βρεθεί έξω από το σώμα της γυναίκας. Αυτοί υποστηρίζουν ότι δεν μπορεί να λογιστεί το έμβρυο ως άτομο με ηθικά

⁴⁹ Ertel, M. (2011). Griechenlands Baby-Dilemma, Kinder? Später! Vielleicht. Ανακτήθηκε από <http://www.spiegel.de/politik/ausland/griechenlands-baby-dilemma-kinder-spaeter-vielleicht-a-774678.html> 31 Ιουλίου (πρόσβαση 10/09/2015)

⁵⁰ Αλαχιώτης, Σ. Ν. (2004). *Βιοηθική. Αναφορά στους γενετικούς και τεχνολογικούς νεωτερισμούς*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

⁵¹ Oderberg, D. S. (2008). The Metaphysical Status of the Embryo, Some Arguments revisited. *Journal of Applied Philosophy*, 25, 263 - 274.

και νομικά δικαιώματα, όπως όλοι οι υπόλοιποι. Θεωρούν ότι τα έμβρυα είναι πρόσωπα από τη στιγμή της γέννησής τους και σαφώς όχι νωρίτερα (περίοδος σύλληψής τους). Η έγκυος, όμως, γυναίκα έχει δικαιώματα και πρέπει να προστατεύεται με κάθε μέσο. Αυτή πρέπει να αποφασίσει, αν πρέπει να προβεί σε άμβλωση λαμβάνοντας υπόψη όλους τους πιθανούς κινδύνους, οι οποίοι μπορεί να προκύψουν από μια άμβλωση. Θεωρείται ότι το έμβρυο δεν έχει αυτόνομη ζωή, όπως έχει η έγκυος.

Στην κατηγορία αυτή των φιλελεύθερων, υπέρ της έκτρωσης, υπάρχουν και αυτοί, οι οποίοι ενώ είναι υπέρ της έκτρωσης, θεωρούν ότι αυτή πρέπει να λάβει χώρα σε αρκετά πρώιμο στάδιο της κύησης και αυτό επειδή υπεραμύνονται της τοποθέτησης ότι το έμβρυο δεν έχει ακόμα κάποιο ηθικό status. Μάλιστα θεωρούν ότι το έμβρυο δεν θα υπήρχε καν, αν η μητέρα δεν του προσέφερε «στέγη», επομένως η θανάτωση του δεν αφορά την παραβίαση κάποιου δικαιώματος του, το οποίο έχει το έμβρυο. Η διακοπή της κύησης είναι για την προστασία του ίδιου του παιδιού.

Σύμφωνα με τις φεμινίστριες η γυναίκα διαθέτει αυτονομία⁵² να αποφασίσει τι επιθυμεί να πράξει. Ως εκ τούτου, είναι δικαίωμα της να ελέγχει αν θέλει να τεκνοποιήσει ή όχι. Παράλληλα οι φεμινίστριες τονίζουν ότι αρκετές γυναίκες δεν είναι σε θέση να διακρίνουν πραγματικά μεταξύ αυτών, που οι ίδιες επιθυμούν, από αυτά, τα οποία τους έχει επιβάλλει η κοινωνία. Έχουν δικαίωμα, λοιπόν, στην προσωπική ευτυχία και στην αυτοδιάθεση του σώματος τους. Το επιχείρημα τους στηρίζεται στην έννοια της ελεύθερης επιλογής. Το έμβρυο δεν έχει δική του αξία απόλυτη, γιατί βρίσκεται σε εξάρτηση με τη μητέρα, η οποία το «φιλοξενεί». Η ανθρώπινη ζωή, που έχει γεννηθεί έχει απόλυτη αξία.

4.9 Η συζήτηση για την άμβλωση στις μέρες μας

Η συζήτηση, λοιπόν, γύρω από την ηθική επιχειρηματολογία για την άμβλωση ενδιαφέρεται από τη μια μεριά για το δικαίωμα της γυναίκας για αυτοδιάθεση και από την άλλη για τα δικαιώματα του εμβρύου, εστιάζοντας το ενδιαφέρον για το αν το έμβρυο έχει την ανθρώπινη ιδιότητα ή όχι. Η άμβλωση δεν είναι επιτρεπτή, όπως ήδη τονίστηκε, όταν το έμβρυο «θεωρηθεί» ως ανθρώπινο υποκείμενο. Εξαιρέση αποτελεί μόνο η περίπτωση, όπου κινδυνεύει η ζωή του εμβρύου και της μητέρας. Ο Brody (1975)⁵³ θεωρεί ότι ένα έμβρυο γίνεται ανθρώπινο υποκείμενο, όταν διαμορφωθούν όλες εκείνες οι λειτουργίες του εγκεφάλου του, που θα τον καθιστούν λειτουργικό όν (6 εβδομάδες μετά τη σύλληψη). Επομένως, ενώ φαίνεται να υπάρχει μια διευρυμένη βάση συναίνεσης για το δικαίωμα της γυναίκας για αυτοδιάθεση, η συζήτηση για το τι σημαίνει «ανθρώπινο» υποκείμενο σχετιζόμενο με το έμβρυο βρίσκεται στο επίκεντρο των συζητήσεων αναφορικά

⁵² Hewson, B. (2001). Reproductive Autonomy and the Ethics Of Abortion. *The Journal of Medical Ethics*, 27(2),10-14.

⁵³ Brody, B. (1975). *Abortion and the Sanctity Of Human Life, A Philosophical View*. Cambridge, Massachusetts: MIT University Press.

με την άμβλωση.

Αναφορικά με το πότε ένα έμβρυο μπορεί να αναγνωρισθεί ως ανθρώπινο υποκείμενο ο Brody (1975) θεωρεί ότι από τη στιγμή, που αρχίζει να λειτουργεί ο εγκέφαλος του, αυτό σημαίνει ότι το έμβρυο έχει αποκτήσει όλα εκείνα τα χαρακτηριστικά, τα οποία καταδεικνύουν ότι είναι ανθρώπινο υποκείμενο. Υποστηρίζει ότι και στην περίπτωση του θανάτου επιχειρηματολογούμε με τον ίδιο τρόπο, ότι δηλαδή, θεωρούμε κάποιον νεκρό, όταν είναι εγκεφαλικά νεκρός (Brody, 1975). Αυτό το επιχείρημα δέχτηκε κριτική (μεταξύ άλλων) τόσο από τον Tooley (1972)⁵⁴ όσο και από την Warren (1973)⁵⁵. Κανείς από αυτούς δεν αμφισβητεί ότι η κατάλληλη λειτουργία του εγκεφάλου δεν είναι κάτι σημαντικό. Οι τελευταίοι θεωρούν, όμως, ότι η ανθρώπινη υπόσταση αφορά την ύπαρξη όλων των μορφών των ηθικών δικαιωμάτων, μεταξύ αυτών και την έννοια της συνείδησης, «της αυτοκατανόησης», «μιας συνεχούς πορείας κατάκτησης της (μέσω εμπειριών) συναίσθησης» (Tooley, 1972), πράγμα, που συμβαίνει πολύ μετά τη γέννηση του εμβρύου.

Ως εκ τούτου το έμβρυο δεν μπορεί να έχει αυτή τη συνέχεια της συναίσθησης, όπως έχει ένα ηθικό πρόσωπο, το οποίο είναι και φορέας δικαιωμάτων. Αυτό καταδεικνύει ότι το έμβρυο δεν μπορεί να έχει κάποιο ηθικό δικαίωμα στη ζωή, όπως και εμείς δεν έχουμε κάποια ηθική υποχρέωση απέναντι του, όταν αποφασίζουμε υπέρ της άμβλωσης (Singer, 1993)⁵⁶. Ακόμα, όμως, και αν ένα έμβρυο μπορεί να μην λογίζεται ως ηθικό πρόσωπο, αυτό δεν σημαίνει ότι εμείς δεν μπορούμε να έχουμε ή να αναγνωρίζουμε ηθικές υποχρεώσεις απέναντι του.

Η συζήτηση γύρω από το ποιο είναι το χρονικό όριο ώστε να λογίζεται ένα έμβρυο, ηθικό πρόσωπο έχει ανοίξει τους Ασκούς του Αιόλου και οι διαφωνίες είναι αρκετές. Είμαστε ανθρώπινα υποκείμενα ακόμα και πριν την γέννηση μας; Οι περισσότεροι θα σπείσουμε να συμφωνήσουμε ότι αυτό είναι πραγματικότητα, όταν, όμως, μας ζητηθεί να το αναλύσουμε θα επιχειρηματολογήσουμε ότι ένα έμβρυο θα γίνει στην ουσία πρόσωπο πολύ μετά τη γέννηση του, όταν αυτό αποκτήσει συναίσθηση των πραγμάτων και μπορεί να αλληλεπιδρά με το περιβάλλον του. Ακόμα, όμως, και έτσι, κανείς δεν θα λογίζει θεωρητικά τη ζωή του εμβρύου, με διαφορετικά μέτρα και σταθμά από ότι θα υπολόγιζε τη ζωή ενός τριχρονου παιδιού. Σε θεωρητικό, όμως, πάντα επίπεδο το έμβρυο είναι ένα εν δυνάμει ανθρώπινο υποκείμενο.

Οι ερωτήσεις αναφορικά με το moral status του εμβρύου αφορούν δυο κατευθύνσεις. Από τη μια μεριά, υπάρχουν αυτοί, οι οποίοι πιστεύουν ότι η ανθρώπινη ζωή σε όλες τις μορφές της είναι απαραβίαστη και το ίδιο ισχύει και για το έμβρυο, το οποίο λογίζεται ως ανθρώπινη οντότητα από τη στιγμή της σύλληψης του και ενεργώντας με αντίθετο τρόπο

⁵⁴ Tooley, M. (1972). Abortion and Infanticide. *Philosophy and Public Affairs*, 2 (1), 37-65.

⁵⁵ Warren, M. A. (1973). On the Moral and Legal Status of Abortion. *The Monist*, 57(1), 43-61.

⁵⁶ Singer, P. (1993). *Practical Ethics*. Cambridge, Cambridge University Press.

είναι σαν να του κλέβουμε το μέλλον του (Don Marquis, 1989)⁵⁷.

Και από την άλλη μεριά, υπάρχουν αυτοί, οι οποίοι θεωρούν ότι τότε μόνο το έμβρυο λογίζεται ως ανθρώπινη οντότητα, όταν αποκτάει κάποια βασικά χαρακτηριστικά, όπως αυτά προκύπτουν μετά τους τρεις μήνες και σχετίζονται με την έννοια της «ορθολογικότητας». Οι τοποθετήσεις των συντηρητικών είναι ξεκάθαρες: το έμβρυο από τη στιγμή της σύλληψης του θεωρείται ανθρώπινο υποκείμενο ενώ οι φιλελεύθεροι θεωρούν ως σημείο 'εκκίνησης', τη στιγμή της γέννησης του ή αλλιώς της βιωσιμότητάς του. Με αυτό, λοιπόν, το κριτήριο της βιωσιμότητας ορίζουν οι φιλελεύθεροι τα όρια για τη μετάβαση από το πλαίσιο του εμβρύου σε αυτό του ανθρώπινου υποκειμένου. Αυτό το κριτήριο χαρακτηρίζεται ως μια «γκρι ζώνη/ τοποθέτηση» (Fost, *et al.*, 1980)⁵⁸, η οποία περιλαμβάνει πολλές ερμηνείες και προσδιορίζεται με δυσκολία λόγω της πολυπλοκότητας των χαρακτηριστικών, τα οποία ενσωματώνει (Ποιες είναι οι πιθανότητες επιβίωσης; Πρέπει κάποιος γενικά να επεμβαίνει; Ποιο είναι το ρίσκο μιας πιθανής αναπηρίας; κλπ.). Θεωρώ, όμως, ότι παρά το εγγενές πρόβλημα προσδιορισμού της συγκεκριμένης έννοιας, η παρουσία της είναι σημαντική για να δώσει τα πλαίσια, στα οποία κινείται η άμβλωση μεταξύ του «δολοφονώ ένα πρόσωπο» και «το αφήνω να πεθάνει».

Η νομική υπόσταση του εμβρύου υφίσταται από τη στιγμή, που αυτό θα γεννηθεί. Πως μπορούν να υπερκεραστούν τα δικαιώματα ενός προσώπου, που είναι νομικά κατοχυρωμένα, από εκείνα του εμβρύου, τα οποία δεν υφίστανται; «Η κατηγορία του 'προσώπου', όπως και εκείνη του 'παιδιού' δημιουργήθηκαν υπό τη βάση σωματικών εξατομικευμένων ατόμων, τα οποία προσδιορίστηκαν υπό το πρίσμα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης» (MacKinnon, 1991)⁵⁹ και όχι υπό το πρίσμα των εμβρύων, χωρίς βέβαια αυτό να σημαίνει ότι τα έμβρυα δεν πρέπει να λαμβάνονται υπόψη. Πρέπει απλά –θεωρώ– να φτιάξουμε μια εντελώς άλλη θεωρία, που να αναφέρεται σε αυτά. Για αυτό η έννοια της «βιωσιμότητας» παρά το προβληματικό του προσδιορισμού της, μπορεί να δώσει μια ελάχιστη βάση συναίνεσης.

Μήπως τελικά να αναρωτηθούμε και για την άμβλωση, ότι μπορεί να είναι ένα είδος αποποίησης των ευθυνών σε περίπτωση μη σοβαρότητας των ανθρώπων αναφορικά με τη σεξουαλική τους συμπεριφορά; Αναρωτιέται κανείς, τι θα συνέβαινε, αν το κοιλιακό τοίχωμα της εγκύου ήταν διάφανο, τι νόμους θα είχαμε τότε για την άμβλωση;

⁵⁷ Don Marquis (1989). Why Abortion is Immoral. *Journal of Philosophy*, 86, 183-202.

⁵⁸ Fost, N., Chudwin, D., Wikler, D. (1980). The Limited Moral Significance of 'Fetal Viability'. *Hastings Center Report* 10 (6), 10-13.

⁵⁹ MacKinnon, C. A. (1991). Reflections on Sex Equality under Law. *The Yale Law Journal*, 100 (5), 1281–1328.

Μάθημα 5ο Αναπαραγωγικές Τεχνολογίες

Περίληψη: Στο μάθημα παρουσιάζονται οι μέθοδοι της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και η παρένθετη μητρότητα στην προσπάθεια απόκτησης τέκνων από άτεκνα ζευγάρια.

Πηγή: <https://drnklimis.com/vpovoithoumeni-anaparagogi/>



5.1 Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή

Η **Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή** ή **Παρεμβατική Γονιμοποίηση** (Assisted Reproductive Technology- ART) είναι μια ιατρική διαδικασία προς πρόκληση εγκυμοσύνης κατά την οποία ένα ωάριο γονιμοποιείται από ένα σπερματοζώαριο. Οι βασικές τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής περιλαμβάνουν:

- **Εξωσωματική Γονιμοποίηση** ή **IVF** (In Vitro Fertilization)
- **Ενδομητρική Σπερματεγχυση** ή **IUI** (IntraUterine Insemination)

Ανάλογα με το αίτιο σε κάθε ζευγάρι, οι θεραπείες αυτές μπορούν να βοηθήσουν τα άτεκνα ζευγάρια να αποκτήσουν ένα παιδί.

5.2 Εξωσωματική Γονιμοποίηση

Η εξωσωματική γονιμοποίηση ή IVF (In Vitro Fertilization), όπως λέει η λέξη, είναι «η γονιμοποίηση έξω από το σώμα». Αυτό σημαίνει ότι η γονιμοποίηση του ωαρίου από το σπερματοζώαριο δεν γίνεται στην σάλπιγγα της γυναίκας αλλά γίνεται στο εργαστήριο. Η μέθοδος αυτή είναι η πιο συνηθισμένη Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και έχει αποδειχθεί εξαιρετικά αποτελεσματική. Μετά τον πλήρη ανάλυση της κλινικής εικόνας του ζευγαριού που αποφάσισε να προβεί σε εξωσωματική γονιμοποίηση, ο Γυναικολόγος μπορεί να επιλέξει ένα από τα εξής πρωτόκολλα:

- **IVF**, με χορήγηση φαρμάκων σε μεγαλύτερη ποσοστια και για μακρύ χρονικό διάστημα
- **MINI IVF** και **ULTRA MINI IVF**, με μειωμένη χορήγηση φαρμάκων και βραχύ χρονικό διάστημα
- **IVF Φυσικού Κύκλου**, χωρίς φαρμακευτική αγωγή

Καθ' όλη τη διάρκεια της εξωσωματικής γονιμοποίησης γίνεται παρακολούθηση με υπέρηχους και εξετάσεις αίματος, ώστε να ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος υπερδιέγερσης των ωοθηκών.

IVF – βασικά στάδια

Διέγερση ωοθηκών

Ακολουθείται μια αρχική φάση ορμονικής αγωγής (λήψη φαρμάκων από το στόμα και ένεσεις) για να ενθαρρύνει τη διέγερση των ωοθηκών. Στόχος της διαδικασίας αυτής είναι μια πολλαπλή διέγερση προκειμένου να παραχθούν περισσότερα ωοθύλακια (ιδανικά 10-12) υψηλότερης ποιότητας και μεγαλύτερης διαμετέτρου. Η χορήγηση των φαρμάκων καθορίζεται από τα αίτια της υπογονιμότητας, την ηλικία της γυναίκας, τα ορμονικά και βιολογικά της χαρακτηριστικά καθώς και από την ποιότητα του ανδρικού σπέρματος. Όταν μια γυναίκα έχει φυσιολογικό κύκλο, οι συγκεντρώσεις των ορμονών επιτρέπουν την παραγωγή μόνο ενός ωοθυλακίου. Ενδείκνυται η χρήση ανταγωνιστικών ουσιών για την αποτροπή της πρόωρης ωορρηξίας (πρόωρη αποδέσμευση ωαρίων από την ωοθήκη, πριν την πρόκληση της ωορρηξίας). Ο γιατρός χορηγεί την αγωγή φαρμάκων με ιδιαίτερη προσοχή για να αποφεύγει σοβαρές ανεπιθύμητες παρενέργειες όπως η ανάπτυξη του συνδρόμου υπερδιέγερσης των ωοθηκών (OHSS)

Ωοληψία (pick- up)

Πραγματοποιείται η διαδικασία αυτή για συλλογή των ωαρίων που έχουν αναπτυχθεί. Ο γυναικολόγος εκτελεί μία μικρο-επέμβαση (διαρκείας περίπου 15 λεπτά) με την καθοδήγηση διακολπικού υπερήχου και με μια μικρή βελόνα λαμβάνει τα ωάρια από τις ωοθήκες. Είναι μία ελάχιστα επεμβατική μέθοδος χαμηλού κινδύνου μετεγχειρητικής αιμορραγίας. Ωστόσο, προκειμένου να αποφευχθεί περισσότερο στρές στη γυναίκα, ο γιατρός μπορεί να χορηγήσει μία ήπια νάρκωση, αν και σε ορισμένες περιπτώσεις γίνεται με τοπική ή και καθόλου αναισθησία, κυρίως σε Φυσικό Κύκλο. Τα ωοκύτταρα μεταφέρονται στο εργαστήριο όπου υποβάλλονται κυρίως σε ειδικές κατεργασίες καλλιέργειών. Όταν ωριμάσουν τα ωάρια διενεργείται η γονιμοποίηση.

Προετοιμασία σπέρματος

Μετά μια ατομική λήψη σπέρματος, ακολουθείται ειδική επεξεργασία με την οποία επιλέγονται τα πλέον κινητά και μορφολογικώς υγιή σπερματοζωάρια. Η μέθοδος πραγματοποιείται στο εργαστήριο και συνίσταται σε μια σειρά φυγοκεντρήσεων.

Γονιμοποίηση

Το στάδιο αυτό εξελίσσεται στο εργαστήριο από έμπειρους εμβρυολόγους που τοποθετούν τα ώριμα ωάρια σε μεγάλη συγκέντρωση σπερματοζωαρίων. Την επόμενη μέρα μετά εξετάζεται με το μικροσκόπιο εάν έχει συντελεσθεί γονιμοποίηση. Η ανάπτυξη του εμβρύου επιβεβαιώνει την επιτυχία της διαδικασίας.

Εμβρυομεταφορά

Ο εμβρυολόγος επιλέγει τα καλύτερα έμβρυα, που έχουν αναπτυχθεί στο εργαστήριο, τα οποία μεταφέρονται στην κοιλότητα της μήτρας. Η διαδικασία αυτή είναι ανώδυνη (δεν απαιτείται αναισθησία) και γίνεται με τη βοήθεια ενός λεπτού καθετήρα που ελέγχεται μέσω υπερηχογραφικής καθοδήγησης. Ο αριθμός των εμβρύων που μεταφέρονται εξαρτάται από πολλούς παράγοντες (ποιότητά τους, ηλικίας της γυναίκας, προηγούμενες προσπάθειες, κλπ). Συνήθως μεταφέρονται από δύο έως τέσσερα έμβρυα, αλλά προτιμάται όχι περισσότερα από δυο για να μην προκαλείται πολύδυμη κύηση. Τα επιπλέον έμβρυα πολύ καλής ποιότητας μπορούν να κρυοσυντηρηθούν.

Τεστ κήσεως

Μετά την εμβρυομεταφορά, ο γυναικολόγος χορηγεί θεραπεία προγεστερόνης διάρκειας δυο εβδομάδων, προκειμένου να βελτιώσει η λειτουργία του ενδομητρίου. Το πρώτο τεστ γίνεται 14 μετά την ωοληψία. Εάν το τεστ είναι θετικό στη συνέχεια ακολουθεί συνήθως μια φυσιολογική εγκυμοσύνη.

Πλεονεκτήματα

- Είναι η καλύτερη εναλλακτική επιλογή για τα ζευγάρια εκείνα που αντιμετωπίζουν δυσκολίες, με τα υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας, πάνω από το 40%!
- Μείωση των περιγεννητικών επιπλοκών και χαμηλότερος κίνδυνος εξωμητρίου κύησης
- Παραγωγή μεγάλου αριθμού ωαρίων για τη δημιουργία αντίστοιχα περισσότερων εμβρύων (που προσδιορίζονται για κρυοσυντήρηση ή εμβρυομεταφορά)

Μειονεκτήματα

- Μεγάλη οικονομική επιβάρυνση που περιλαμβάνει: ιατρική παρακολούθηση, φαρμακευτική προετοιμασία, εμβρυομεταφορά και η ενδεχόμενη απώλεια ωρών εργασίας, κλπ.

- Ενδεχόμενοι κινδύννοι από τα φάρμακα γονιμότητας και τις επεμβατικές διαδικασίες που χρησιμοποιούνται (εμφάνιση του συνδρόμου υπερδιέγερσης των ωοθηκών)
- Αυξημένο ποσοστό πολύδυμης κύησης (δίδυμα ή τρίδυμα) ή ορισμένες επιπλοκές της εγκυμοσύνης, όπως ο πρόωρος τοκετός



Εικόνα: Το πρώτο «παιδί του Σωλήνα» Λουίζ Μπράουν στα 20^α της γενέθλια

Όταν η IVF είναι επιτυχής

Το ποσοστό επιτυχίας της εξωσωματική ανήλθε σε 45% περίπου σε γυναίκες ηλικίας μέχρι 35 ετών. Σε γυναίκες πάνω 40 ετών τα ποσοστά επιτυχίας αρχίζουν να πέφτουν γύρω στο 12%. Είναι όμως σημαντικό να εξηγούνται ότι τα γενικά ποσοστά επιτυχίας αναφέρονται στο μέσο όρο των γυναικών που παίρνουν μέρος χωρίς να λαμβάνουν υπόψιν ιδιαιτερότητες της υπογονιμότητας του ζευγαριού.

Η εξωσωματική θα μπορούσε να αποτελέσει επιλογή όταν:

- Οι σάλπιγγες είναι απύσες ή φραγμένες ή, ακόμα, σε περίπτωση που οι ωοθήκες δεν παράγουν ωάρια ή υπάρχει πρόωρη εμμηνόπαυση
- Ανδρική υπογονιμότητα
- Μεγάλη ηλικία του ζευγαριού
- Περιπτώσεις υπογονιμότητας όπου έχουν αποτύχει όλες οι άλλες θεραπείες (ενδομητρίωση, διαταραχές της ωοθυλακιορρηξίας, ανεξήγητη υπογονιμότητα, κληρονομική γενετική ασθένεια, κλπ)

MINI IVF και ULTRA MINI IVF

Η **Mini IVF** αποτελεί μία ήπια εναλλακτική λύση στην συμβατική IVF. Η μέθοδος αυτή παρουσιάζει υψηλά ποσοστά επιτυχίας με μικρότερο κόστος. Η mini IVF διαφέρει από το IVF στην διέγερση των ωοθηκών, στην οποία χαμηλές δόσεις ορμόνων χορηγούνται στη γυναίκα (είτε μόνο χαπιών είτε μόνο ενέσεων) για μικρότερο χρονικό διάστημα (5-9 ημέρες). Η

διαδικασία εστιάζει στην παραγωγή μικρού αριθμού ωαρίων υψηλής ποιότητας, συνήθως 1-2, παρά τα 5-7 ή περισσότερα ωάρια που συλλέγονται στην IVF. Τα ωάρια στην συνέχεια, λαμβάνονται με τα ίδια βήματα όπως στη κλασική IVF. Η **Ultra Mini IVF** ακολουθεί την ίδια στρατηγική με την **Mini-IVF** με τη διαφορά ότι επικεντρώνεται μόνο στην λήψη φαρμάκων από το στόμα (χωρίς ενέσεις).

Τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα το Mini IVF περιλαμβάνουν:

- Περιορισμός των αρνητικών επιπτώσεων της θεραπείας (Σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών, κεφαλαλγία, δυσφορία, πολύδυμη κύηση, κλπ)
- Αυξημένες πιθανότητες εγκυμοσύνης (20-35% ανά εμβρυομεταφορά, στις γυναίκες ηλικίας έως 30 ετών)
- Λιγότερη ιατρικής παρακολούθηση
- Μικροτερη οικονομική επιβάρυνση

Όπως επισημαίνεται, το μεγαλύτερο μειονέκτημα της Mini IVF είναι η χαμηλή πιθανότητα διάθεσιμότητας επιπλέον εμβρύων για τη κρυοσυντήρηση. Κατάλληλες υποψήφιες για Mini IVF είναι οι γυναίκες που:

- Δεν θέλουν να υποβληθούν σε κανονική IVF και τη σχετική θεραπεία με υψηλή δόσολογία διέγερσης (αρνητικές εμπειρίες με το IVF, υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης συνδρόμου υπερδιέγερσης των ωοθηκών, κλπ)
- Έχουν μικρή ανταπόκριση στην ορμονική διέγερση σε προηγούμενες εξωσωματικές και χαμηλή ωοθηκική εφεδρεία
- Είναι μεγαλύτερης ηλικίας (άνω των 42 ετών) ή ακόμη και μικρότερες, που παρουσιάζουν διαταραγμένο ορμονικό προφίλ
- Αποθαρρύνονται από το κόστος των συμβατικών εξωσωματικών
- Έχουν ιστορικό καρκίνου

IVF Φυσικού κύκλου

Φυσικός κύκλος εξωσωματικής είναι η πιο κοντινή στη φυσική λειτουργία μέθοδος IVF, χωρίς φάρμακα ή με ελάχιστα φάρμακα (μόνο ενέσεις) συνήθως όχι περισσότερο 1-2 μέρες. Κατά τη διάρκεια του κύκλου μίας γυναίκας υπάρχει συστηματική παρακολούθηση της φυσικής ωρίμανσης του ωαρίου, με σειρά υπερηχογραφημάτων και ορμονικών προσδιορισμών. Το ωάριο μπορεί να είναι καλύτερης ποιότητας από εκείνα που παράγονται σε έναν διεγερμένο κύκλο. Συνήθως, συλλέγονται 1-2 ωοθυλάκια για την παραγωγή ωαρίων για γονιμοποίηση και τελικά εμβρύων για εμβρυομεταφορά.

Η εξωσωματική σε φυσικό κύκλο έχει πολλαπλά πλεονεκτήματα όπως:

- Περισσότερο φιλική θεραπεία για την ασθενή, με λιγότερα φάρμακα και λιγότερη ιατρική παρακολούθηση (σεβασμό στους φυσιολογικούς ρυθμούς της γυναίκας)

- Ενδομήτριο καλύτερης ποιότητας και πιο «δεκτικό» σε σύγκριση με την κλασική IVF, χωρίς να έχει επηρεαστεί από τα φάρμακα της διέγερσης
 - Το ωάριο που παράγεται είναι καλύτερης ποιότητας
 - Μικρή χρονική διάρκεια
 - Μειωμένο κόστος
- Η IVF Φυσικού κύκλου κρύβει και πολλές δυσκολίες όπως:
- Παραγωγή μόνο 1-2 ωοθυλακίων που πρέπει να είναι ώριμα για να γονιμοποιηθούν
 - Καμία δυνατότητα κρυοσυντήρησης
 - Υψηλά ποσοστά ακύρωσης (περίπου 30%) λόγω φυσιολογικών δυσκολιών της ασθενής (πρώιμης ωοθυλακιορρηξίας, κυστικό ωοθυλάκιο, κλπ)
 - Μείωση των ποσοστών επιτυχίας κύησης

Η διαδικασία αυτή συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας στις γυναίκες με πτωχή απόκριση των ωοθηκών. Προτείνεται σε νεαρές ηλικίες γυναικών που έχουν παρουσιάσει αρνητική ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή ή έχουν εκδηλώσει στο παρελθόν οιστρογονοεξαρτώμενους όγκους (μαστού).

5.3 Σπερματέγχυση- IUI

Η ενδομήτρια σπερματέγχυση ή IUI (IntraUterine Insemination) είναι μία απλή μέθοδο που περιλαμβάνει η εσαγωγή του σπέρματος με τη βοήθεια ενός καθετήρα απευθείας στην μήτρα της γυναίκας. Ο Γυναικολόγος πραγματοποιεί η διαδικασία όσο γίνεται πιο κοντά στην ωοθυλακιορρηξία, είτε αυτή είναι φυσική είτε έχει προκληθεί με φάρμακα. Μόλις το σπέρμα εισέλθει στο σωμα της γυναίκας έχει την ικανότητα να γονιμοποιήσει ένα ωάριο όπως γίνεται σε μία φυσιολογική σεξουαλική σχέση. Μετά την εκσπερμάτωση, τα σπερματοζωάρια δεν έχουν άμεση γονιμοποιητική ικανότητα, λειτουργία η οποία αποκτάται μόνο μέσα στη γυναικεία μήτρα. Για τον λόγο αυτό, το δείγμα σπέρματος υποβάλλεται σε επεξεργασία ιατρικού εργαστηρίου. Ειδικές διαδικασίες ενεργοποίησης σπέρματος περιλαμβάνουν την προετοιμασία του σπέρματος, όπως γίνεται κατά τη διάρκεια μιας σπερματέγχυσης ή εξωσωματικής γονιμοποίησης. Είναι σημαντικό να εξηγήσουμε ότι το IUI λειτουργεί καλύτερα για γυναίκες που δεν έχουν πολύ σοβαρά προβλήματα γονιμότητας.

Όταν ένα ζευγάρι υποβληθεί σε IUI, οι πιο συνηθισμένοι λόγοι συνήθως περιλαμβάνουν:

- Πρόβλημα με την ποιότητα του σπέρματος (χαμηλό αριθμό σπερματοζωαρίων, κακή κινητικότητα) προβλήματα εκσπερμάτωσης, στύσης, κλπ.
- Προβλήματα με τον τράχηλο της μήτρας
- Γυναίκες χωρίς συντροφο ή ζευγάρια ίδιου φύλου που δεν υποφέρουν από προβλήματα γονιμότητας, αλλά που θέλουν ένα μωρό
- Ανεξήγητη υπογονιμότητα

- Περιπτώσεις αδυναμίας πλήρης σεξουαλικής σχέσης (αλλεργίας στο σπέρμα, ασθενείς με HIV, κλπ)

Στην περίπτωση υπόνοιας ανδρικής υπογονιμότητας η εξέταση του σπέρματος (σπερμοδιάγραμμα) είναι απαραίτητη.

Ανάμεσα τα πλεονεκτήματα της ενδομήτριας σπερματέγχυσης περιλαμβάνονται:

- Διαδικασία λιγότερη επεμβατική από το IVF
- Καταλληλο για γυναίκες με ηλικία άνω των 35 ετών
- Μικρότερη οικονομική επιβάρυνση, σχεδόν το 1/4 της τιμής ενός κύκλου IVF

Τα σημαντικότερα μειονεκτήματα του ΙΥΙ είναι τα εξής:

- Μικρότερος χρόνος αντίδρασης δηλαδή ο γιατρός πρέπει να ξεκινήσει τη σπερματέγχυση μόλις η γυναίκα απελευθερώσει ένα ωάριο
- Χαμηλότερο ποσοστό επιτυχίας σε σύγκριση με την εξωσωματική, οπότε μπορεί να χρειαστεί να δοκιμάσετε αρκετού κύκλους
- Δεν αποτελεί επιλογή για γυναίκες άνω των 40 ετών ή με σοβαρά προβλήματα γονιμότητας

Τα ποσοστά επιτυχίας μπορούν να φτάσουν μέχρι και 20% ανά κύκλο, ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας και τις διαφορετικές ανάγκες κάθε ζευγαριού.

Πηγή: Θεοδώρα Παπαδοπούλου, *Ειδικά Θέματα Βιοηθικής*, Αποθετήριο ΚΑΛΛΙΠΟΣ, 2015 (https://repository.kallipos.gr/pdfviewer/web/viewer.html?file=/bitstream/11419/3158/2/latest%20version_book-KOY.pdf)

5.4 Παρένθετη μητρότητα⁶⁰

Το ζήτημα της *παρένθετης μητρότητας* κερδίζει πια και στην Ελλάδα όλο και μεγαλύτερο έδαφος εφαρμογής συσχετιζόμενο με το επιχείρημα της αυτονομίας (φιλελεύθερη οπτική), των αναπαραγωγικών δικαιωμάτων και της αυτοδιάθεσης. Τα ερωτήματα, όμως, και εδώ ποικίλα και αφορούν όχι μόνο την παρένθετη μητέρα, αλλά και το παιδί και πως αυτό θα ενσωματωθεί στο κοινωνικό περιβάλλον.

Η παρένθετη μητρότητα ήταν άγνωστη πριν μερικά χρόνια στη χώρα μας παρά τη διαδεδομένη εφαρμογή της στο εξωτερικό (FIGO Committee Report, 2008)⁶¹. Αυτή χρησιμοποιείται ως μέσο τεκνοποίησης είτε από ζευγάρια, τα οποία δεν μπορούν τα ίδια να τεκνοποιήσουν (αποτυχημένες προσπάθειες τεκνοποίησης, προβλήματα μήτρας) είτε από ζευγάρια, όπου η σύζυγος δεν επιθυμεί για διάφορους λόγους να «φιλοξενήσει» το παιδί στη

⁶⁰ Σκοπός δεν είναι να δοθεί κάποια ιστορική αναδρομή του γεγονότος, ή να γίνει αναφορά στην «παραδοσιακή μορφή» της παρένθετης μητρότητας, όπως ορίζεται στις ΗΠΑ. Για περισσότερες πληροφορίες σε μια από τις σχετικές πηγές: New Jersey Supreme Court (1988). *In re Baby M*. 537(3), 1227-1273.

⁶¹ FIGO Committee Report (2008). Surrogacy. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 102, 312 - 313.

μήτρα της. Τα ζευγάρια καταφεύγουν σε αυτόν τον τρόπο πολύ περισσότερο σε σχέση με τη δυνατότητα της υιοθεσίας γιατί θα χρησιμοποιηθεί το δικό τους γενετικό υλικό, αλλά και επειδή θα μπορέσουν να παρακολουθήσουν την πορεία της δημιουργίας και της γεννήσεως του παιδιού τους.

Σε χώρες βέβαια, όπως η Γερμανία, η Ιταλία, η Γαλλία⁶² και η Αυστρία η παρένθετη μητρότητα απαγορεύεται γιατί θεωρούν ότι αντιτίθεται σε βασικές ηθικές αρχές και στο νόημα της ανθρώπινης αξιοπρέπειας (Federal Law 1990·Anon, 2003). Και η θέση της εκκλησίας κινείται στην ίδια αρνητική οπτική.⁶³ Στην Ολλανδία και το Βέλγιο επιτρέπεται η τακτική της παρένθετης μητρότητας χωρίς, όμως, να υπάρχει ένα αυστηρό νομοθετικό πλαίσιο, σε αντίθεση με την Ελλάδα και τη Μ. Βρετανία, όπου τα νομοθετικά όρια είναι αυστηρά για την πλήρωση της παρένθετης μητρότητας.

Από το 2005 εφαρμόζεται η νομοθεσία στην Ελλάδα και υπάρχουν περιπτώσεις και ζευγαριών, που έρχονται στην Ελλάδα προκειμένου να τεκνοποιήσουν με αυτόν τον τρόπο.⁶⁴ Συνήθως γυναίκες, οι οποίες έχουν προβλήματα υγείας ακολουθούν αυτήν τη μέθοδο, η οποία, στη χώρα μας, πραγματοποιείται κατόπιν δικαστικής απόφασης. Η δικαστική μάλιστα άδεια δίνεται πριν τη μεταφορά των γονιμοποιημένων ωαρίων και την αιτείται μόνο η γυναίκα. Μεταξύ των εμπλεκόμενων δεν πρέπει, κατά τον νόμο να υφίστανται οικονομικές συναλλαγές. Η κ. Φωτιάδη παραθέτει τα λόγια του κ. Βιδάλη: «προβλέπεται αποζημίωση ύψους 10.000 ευρώ, που αναλογεί συμβολικά σε μισθούς δέκα μηνών, εννέα της εγκυμοσύνης και έναν μετά τον τοκετό, προκειμένου να έχει τη δυνατότητα να σταματήσει την εργασία της, ακόμα και να μείνει κλινήρης. Στο αρχικό σχέδιο νόμου το ύψος της αποζημίωσης το προσδιόριζε κατά περίπτωση ο δικαστής, ωστόσο στη Βουλή αποφασίστηκε να αναδειχθεί και η αλτρουιστική πτυχή της διαδικασίας, οπότε και παγιώθηκαν τα 10.000 ευρώ».⁶⁵ Η μητέρα δίνει το γενετικό υλικό, το οποίο εμφυτεύεται στη γυναίκα, που πρόκειται να το κυοφορήσει. Είναι στην ουσία τα έμβρυα, τα οποία έχουν προκύψει από το γονιμοποιημένο ωάριο της γυναίκας και του συντρόφου της και χρησιμοποιείται η μήτρα μιας άλλης γυναίκας, ως όχημα για την ολοκλήρωση της κύησης. Ο νόμος απαγορεύει οικονομικά ανταλλάγματα και ο λόγος, ο οποίος προβάλλεται είναι κυρίως αλτρουιστικός. Τα νομικά, επίσης, πλαίσια ορίζουν και την ηλικία, την οποία πρέπει να έχει η παρένθετη μητέρα, ορίζοντας έτσι την ηλικία των 50 ετών (Νόμος υπ' αριθ. 3305)⁶⁶. Συνήθως τα ζευγάρια απευθύνονται σε κάποιο άτομο του συγγενικού τους κύκλου, για τα ελληνικά, κυρίως,

⁶² Biclet, P. (2014). Bioéthique. La gestation pour autrui, Surrogacy. *Médecine & Droit*, 56–58

⁶³ Schenker, J. G. (2005). Ethics, Legal, Social, Counseling. Assisted Reproductive Practice, Religious Perspectives. *Ethics* 10(3), 310 - 319.

⁶⁴ Φωτιάδη, Ι. (2014). Ελληνική «βιομηχανία» με παρένθετες μητέρες. 13 Απριλίου (πρόσβαση 10/10/2014), <http://www.kathimerini.gr/762582/article/epikairothta/ellada/ellhnikh-viomhchania-me-paren8etes-mhteres>

⁶⁵ Φωτιάδη, Ι. (2014). Ελληνική «βιομηχανία» με παρένθετες μητέρες. 13 Απριλίου (πρόσβαση 10/10/2014), <http://www.kathimerini.gr/762582/article/epikairothta/ellada/ellhnikh-viomhchania-me-paren8etes-mhteres>

⁶⁶ Νόμος υπ' αριθ. 3305 (ΦΕΚ Α' 17 27.1.2005) *Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής*.

δεδομένα, ενώ και στο εξωτερικό φαίνεται να ισχύει το ίδιο, με κάποιες πάντα εξαιρέσεις. Σε αυτές τις εξαιρέσεις, τα κέντρα τεχνητής γονιμοποίησης προτείνουν κάποιο πρόσωπο.

Και παρά το γεγονός ότι έχει γίνει η κάθε δυνατή προσπάθεια για να περιχαρακωθούν τα πλαίσια της, κανείς δεν μπορεί να προβλέψει με ακρίβεια τις αντιδράσεις τόσο του παιδιού όσο και της παρένθετης μητέρας. Πόσο εφικτό είναι για αυτήν την παρένθετη μητέρα να δώσει *informed consent*; Και τι γίνεται, όταν οι γονείς, δεν επιθυμούν πια το παιδί; δεν επιθυμούν δηλαδή «το προϊόν της συναλλαγής»;

Αναγνωρίζοντας τέτοιου είδους θέματα και οι κυβερνήσεις μέσω των νομικών οδών προσπάθησαν να καλύψουν και να προλάβουν τα όποια κενά θα δημιουργούσαν τέτοια προβλήματα⁶⁷. Μάλιστα ενσωμάτωσαν (Αυστραλία) στις πρακτικές τους, την έννοια της «αλτρουιστικής παρένθετης μητρότητας» για να την αντιπαραβάλλουν με πρακτικές εμπορικού χαρακτήρα, οι οποίες επικρατούν μέσω εταιριών σε χώρες όπως η Ινδία, (η Γερμανία προσπαθεί να ελέγξει περιπτώσεις υπηκόων της, που έχουν καταφύγει σε τέτοιες εταιρίες στην Ινδία), η Ουκρανία (Mohapatra, 2012) καθώς και σε ορισμένες πολιτείες των ΗΠΑ και εγείρουν θέματα εκμετάλλευσης της αναπαραγωγικής διαδικασίας με οικονομικά οφέλη. Κάποιοι μελετητές⁶⁸ κάνοντας προβλέψεις, θεώρησαν ότι κάποια στιγμή, αυτές οι «επιχειρηματικές» τεχνικές παρένθετης μητρότητας, θα σταματούσαν. Στις ΗΠΑ, όμως, αλλά και στην Ινδία αυτές οι εταιρίες φέρουν μάλιστα πια σε πέρας και όλα τα διαδικαστικά για το ζευγάρι, το οποίο θέλει να τεκνοποιήσει με αυτόν τον τρόπο. Άρα η παρένθετη μητρότητα σε αυτές τις περιπτώσεις είναι ένα είδος οικονομικής συναλλαγής.

Κάποιοι μελετητές θεωρώντας ότι οι δυο αυτές κατηγοριοποιήσεις (*αλτρουιστική και εμπορευματοποιημένη μορφή παρένθετης μητρότητας*) είναι προβληματικές προτείνουν μια διαφορετική κατηγοριοποίηση, όπου θα κινητοποιεί το ιατρικό προσωπικό, τα άτομα, που προσφέρουν κοινωνική εργασία κ.ά.. Μάλιστα θεωρούν ότι σαφώς πρέπει να πληρώνονται οι παρένθετες μητέρες για την προσφορά τους (είναι είδος εργασίας), όπως και το προσωπικό, το οποίο θα λαμβάνει μέρος σε αυτήν την προσπάθεια. Υπεραμύνονται, λοιπόν, ενός *επαγγελματικού μοντέλου*, το οποίο θα είναι περισσότερο ένας συγκερασμός των δυο βασικών κατηγοριοποιήσεων με την κατάλληλη υποστήριξη ενός εξειδικευμένου προσωπικού⁶⁹.

Στα πλαίσια, όμως, της αλτρουιστικής παρένθετης μητρότητας, μπορεί μέσω κάποιου φίλου ή συγγενή να επιτευχθεί η πλήρωση της *informed consent*; Λαμβάνεται πραγματικά μια απόφαση υπό το πρίσμα της αυτονομίας χωρίς να υπεισέρχονται στοιχεία, όπως ο εξαναγκασμός (ψυχολογικός), που μπορεί να είναι αποτέλεσμα των οικογενειακών ή των

⁶⁷ Markens, S. (2007). *Surrogate Motherhood and the Politics of Reproduction*. Berkeley/Los Angeles: University of California Press.

⁶⁸ Parks, J. (2010). Care Ethics and the Global Practice of Commercial Surrogacy. *Bioethics* 24 (7), 333 - 340.

⁶⁹ Van Zyl, L. & Walker, R. (2013). Beyond Altruistic and Commercial Contract Motherhood. The Professional Model. *Bioethics*, 27(7), 373–381.

φιλικών δεσμών; Θα είναι σε θέση η παρένθετη μητέρα μετά από εννέα μήνες να αποχωριστεί το παιδί; Υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις, όπου η παρένθετη μητέρα δεν ήταν σε θέση να δώσει το παιδί.⁷⁰ Και αν συμβεί αυτό, ποιο είναι το αγαθό για το παιδί; Και αν όντως, το αποχωριστεί, ποια θα είναι η σχέση της με το παιδί; Πως αυτό θα συσχετιστεί με τα υπόλοιπα μέρη του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος; Και κατά συνέπεια στην ευρύτερη κοινωνική συσχέτιση, πως αυτό θα ενσωματωθεί; Και τελικά, κατά πόσο μια γυναίκα, η οποία θα εμπλακεί σε μια τέτοια διαδικασία γνωρίζει όλους τους πιθανούς κινδύνους; Θα είναι ενήμερη για τις όποιες επιπλοκές μπορεί να υπάρξουν από τις υποβοηθούμενες αναπαραγωγικές τεχνικές;

Οι παρένθετες μητέρες δηλώνουν, ότι κάνουν, το κάνουν από αλτρουιστικά κίνητρα⁷¹. Μάλιστα σε αυτά συμπεριλαμβάνουν και τη χαρά της απόλαυσης της εγκυμοσύνης. Κάποιες άλλες παρένθετες μητέρες προσπαθούν με αυτόν τον τρόπο να «καταπραΰνουν» τη συνείδηση τους, όταν αυτές σε παρελθόντα χρόνο είτε είχαν δώσει παιδιά τους για υιοθεσία είτε είχαν επιλέξει την άμβλωση⁷². Μάλιστα, αναρωτιέται κανείς, πόσο αλτρουιστικά είναι τέτοιου είδους κίνητρα, όταν οι έρευνες δείχνουν ποσοστά μέχρι και 26% γυναικών, οι οποίες γίνονται παρένθετες μητέρες και οι οποίες είχαν προβεί σε άμβλωση ή είχαν προσφέρει το παιδί τους σε υιοθεσία⁷³. Η παρένθετη μητρότητα δεν γίνεται για αυτές τότε ένα είδος εξιλέωσης, επειδή κάποτε «έχασαν» το παιδί τους; Η παρένθετη μητρότητα είναι πραγματικά αλτρουιστική, όταν γίνεται όχημα για να διοχετεύσουν τέτοιες γυναίκες την απώλεια τους; Και όταν έρθει η στιγμή να δώσουν το παιδί στους βιολογικούς γονείς, δεν θα βιώσουν πάλι την απώλεια, την οποία είχαν βιώσει και μέσω της άμβλωσης ή της υιοθεσίας;

Και πως μπορεί να διασφαλιστεί η ασφάλεια της παρένθετης μητέρας; Μπορεί να υπάρχουν επιπλοκές σε αυτήν την εγκυμοσύνη, οι οποίες να αποβούν μοιραίες για την παρένθετη μητρότητα. Πόσο συνείδηση μπορεί να γίνει αυτό; Στο δικό της παιδί, θα αναλάμβανε το ρίσκο για να γευτεί τη μητρότητα. Εκεί, που η παρένθετη μητρότητα είναι οικονομική συναλλαγή, αυτή η απώλεια ανήκει στα πιθανά ρίσκο, τα οποία θα αναλάβει έναντι των οικονομικών απολαβών. Στην περίπτωση, όμως, της αλτρουιστικής μορφής παρένθετης μητρότητας, τι γίνεται; Δεν πρέπει να υπάρχουν και κατάλληλα συμβουλευτικά κέντρα, τα οποία να έρχονται αντιμέτωπα με όλες τις πιθανές συνέπειες;

Η παρένθετη μητρότητα είναι ένα είδος συναινετικού, εν είδει συμβολαίου (υποθετικού ή μη), διακανονισμού αναπαραγωγικής μητρότητας. Σε αυτόν, όμως, το

⁷⁰ Whitehead, M. B., Schwartz, L. (1989). *A Mother's Story, The Truth About The Baby M. Case*. New York: St.Martin's Press.

⁷¹ Willmott, L. (2002). Surrogacy: ill - Conceived Rights. *Journal Law of Medicine*, 10, 198 - 220.

⁷² Ciccarelli, J. C., Beckman L. J. (2005). Navigating rough Waters, an Overview of Psychological Aspects of Surrogacy. *Journal of Social Issues*, 61, 30 - 32.

⁷³ Ragone, H. (1994). *Surrogate Motherhood, The conception in the Heart*. Boulder, CO: Westview Press.

διακανονισμό δεν μπορούν να προβλεφτούν όλα τα πιθανά αποτελέσματα, πράγμα που κάνει αυτή τη μορφή της συναινετικής διαδικασίας ακόμα πιο περίπλοκη. Αυτό κάνει το «συμβόλαιο» ακόμα πιο προβληματικό. Οι πιθανές μη προβλεπόμενες συνέπειες, μπορεί να θέσουν υπό αμφισβήτηση βασικούς πυλώνες αυτού του συμβολαίου. Δεν μπορεί μέσω αυτού να υπάρξει υπό τη μορφή μιας τελεσίδικης ρήτηρας, η «αποπροσωποποίηση» των καταστάσεων και η απομάκρυνση από όλα εκείνα τα συναισθήματα, τα οποία μπορεί να αναπτύξει η παρένθετη μητέρα για το παιδί, το οποίο πρόκειται να φέρει στον κόσμο. Πόσο εύκολο, όμως, είναι να δει μια παρένθετη μητέρα τον εαυτό της ως ένα είδος «φίλτρου», «αντικειμένου»/«τεχνικής» για την επίτευξη ενός ανώτερου σκοπού; Και αν συμβαίνει κάτι τέτοιο, δεν υπάρχει το ηθικό δίλημμα, να μην χρησιμοποιούνται τα «άτομα ως απλά μέσα για την επίτευξη σκοπών»; Δεν υποτιμάται αυτή η αρχή στο όνομα της «μη βλάβης» της παρένθετης μητέρας; Και σε αυτό το «συμβόλαιο» φαίνεται ότι το αγαθό του παιδιού τίθεται σε δεύτερη μοίρα, όχι μόνο λόγω της προτεραιότητας των επιθυμιών του ζευγαριού, που θέλουν να γίνουν γονείς, αλλά και λόγω του δεσμού, που αναπτύσσει το βρέφος με την «μητέρα όχημα» κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά και αμέσως μετά. Πρέπει να ληφθεί, επίσης, υπόψη το εξής: υπάρχουν μελέτες, οι οποίες τονίζουν το δέσιμο της μητέρας με το παιδί κατά τη διάρκεια αυτών των εννέα μηνών καθώς και των πρώτων ωρών σύνδεσης της μητέρας με το νεογνό. Μάλιστα τονίζεται από την ψυχολογία, πόσο σημαντικές είναι αυτές οι ημέρες και οι ώρες για την ανάπτυξη του νεογέννητου⁷⁴. Η παρένθετη μητρότητα δεν έρχεται να διασπάσει αρνητικά αυτή τη σύνδεση; Σημαντική είναι, επίσης, και η μορφή της σχέσης, που θα έχει αναπτύξει η παρένθετη μητέρα με τους εντεταλμένους γονείς. Και πόσο πιο δύσκολο μπορεί να γίνει για την παρένθετη μητέρα να είναι τμήμα της ζωής των γονιών; Και πόσο αργότερα για το παιδί;

Τι γίνεται, επίσης, στις περιπτώσεις, όπου οι εντεταλμένοι γονείς, ζητήσουν τη διακοπή της κηδεύσεως; «*Αν ο διακανονισμός της διαδικασίας της παρένθετης μητρότητας περιλαμβάνει κάποια χρηματική απολαβή την οποία εκ των προτέρων τα συμβαλλόμενα μέλη έχουν αποδεχτεί, αυτό σημαίνει ότι στη διαδικασία η παρένθετη μητέρα αποποιείται του δικαιώματός της για informed consent και θα συμφωνήσει έτσι σε προγεννητικούς ελέγχους ή στον τερματισμό της κηδεύσεως κατόπιν απαίτησης. Αυτό, όμως, διακυβεύει την αυτονομία της και τη σωματική της ακεραιότητα, η οποία συνήθως προστατεύεται από το μηχανισμό της informed consent. Αυτή η παραίτηση δεν συνάδει με την ικανότητα της λήψης απόφασης*».⁷⁵ Η έγκυος, επίσης, στο όνομα της αυτοδιάθεσης ή λόγω συναισθηματικών ή θρησκευτικών πεποιθήσεων μπορεί να αρνηθεί την άμβλωση. Σαφώς, έχουν υπάρξει περιπτώσεις, όπου η παρένθετη μητέρα αρνήθηκε να οδηγηθεί στην άμβλωση, όταν το ζευγάρι, το οποίο της είχε δώσει το γενετικό τους υλικό, ζήτησε τον τερματισμό της εγκυμοσύνης όταν αποδείχτηκε

⁷⁴ Gopnik, A. & Meltzoff, A.N. (1997). Infant Cognition. *Encyclopedia of Philosophy*. London: Routledge.

⁷⁵ Drabiak – Syed, K. (2011). Currents in Contemporary Bioethics. *Public Health Reform*, 559 - 564.

ότι το έμβρυο πάσχει από πολλαπλά προβλήματα υγείας. Και επειδή οι ίδιοι ως ζευγάρι είχαν και άλλα παιδιά με προβλήματα υγείας, δεν ήθελαν ένα ακόμα παιδί να υποφέρει από αυτά. Υπάρχουν, όμως, και οι αντίθετες περιπτώσεις, όπου η παρένθετη μητέρα θέλησε να προχωρήσει σε άμβλωση, όταν αποδείχτηκε ότι το παιδί θα είχε προβλήματα υγείας, αν ερχόταν στη ζωή, σε αντίθεση με την επιθυμία των βιολογικών γονιών.

Η αδυναμία, λοιπόν, της τεχνικής της παρένθετης μητρότητας πρέπει να εντοπιστεί και στο επίπεδο των παιδιών, που φέρνει στον κόσμο. Ειδικά οι φεμινίστριες έχουν ασχοληθεί με αυτό το ζήτημα. Σε αυτό το επίπεδο δεν μπορεί κανείς να διακρίνει, όπως έγινε στο επίπεδο των επιπτώσεων για την παρένθετη μητέρα, μεταξύ *αλτρουιστικής παρένθετης μητρότητας* και *εμπορευματοποιημένης μορφής παρένθετης μητρότητας*. Εκεί η παρένθετη μητέρα και το ζευγάρι των γονιών μπορούν να επιλέξουν, δεν υφίσταται, όμως, αυτό και στο θέμα των παιδιών. Ποια είναι τα συμφέροντα των παιδιών, τα οποία γεννιούνται; Πως μπορούν αυτά να διασφαλιστούν; Η παρένθετη μητρότητα ως διαδικασία δεν φαίνεται να λαμβάνει υπόψη τα δικαιώματα των εμβρύων. Τα αγνά κίνητρα του ζευγαριού και της παρένθετης μητέρας είναι ικανά, επίσης, να υπερασπιστούν τα δικαιώματα του εμβρύου; Μήπως θα πρέπει να εφαρμοστούν τεχνικές, όπως αντίστοιχα στις περιπτώσεις της υιοθεσίας, που να κινούνται υπό το σκεπτικό του καλού του εμβρύου;

Η συσχέτιση της παρένθετης μητρότητας γίνεται, όμως, και σε ένα άλλο επίπεδο αναφορικά με το θέμα της υιοθεσίας. Έχει αναπτυχθεί, δηλαδή, η τοποθέτηση ότι το θέμα της παρένθετης μητρότητας μπορεί να συσχετιστεί φιλοσοφικά και ηθικά με το θέμα της υιοθεσίας⁷⁶. Όπως στην υιοθεσία μια μητέρα δίνει το παιδί της, έτσι και στην παρένθετη μητρότητα, το παιδί αποκόπτεται από το αρχικό του περιβάλλον. Γιατί η παρένθετη μητρότητα να νομιμοποιείται ηθικά και η υιοθεσία λιγότερο; Η βασική διαφορά έγκειται στην προ-συμφωνία παρένθετης μητέρας και των βιολογικών γονιών να δοθεί το παιδί σε αυτούς: η πορεία, δηλαδή, του εμβρύου είναι προγραμματισμένη. Υπάρχει, λοιπόν, διαφορά προθέσεων και σαφώς συνεπειών αναφορικά με τις δυο πράξεις. Στην παρένθετη μητρότητα δεν τίθεται ως προτεραιότητα το αγαθό του παιδιού, αλλά η εκπλήρωση της επιθυμίας ενός ζευγαριού να αποκτήσει παιδί. Δεν τίθενται έτσι, όμως, οι προϋποθέσεις το παιδί της υιοθεσίας και αυτό της παρένθετης μητρότητας, να βιώσουν τις ίδιες εμπειρίες; Κατά τον ίδιο τρόπο, τότε (αν τα συσχετίσουμε) θα πρέπει να εξετάζονται και όλοι οι φυσιολογικοί γονείς, αν μπορούν/πρέπει να αναθρέφουν τα παιδιά τους.

Έτσι, όπως και στην περίπτωση της άμβλωσης, η συζήτηση περιστρέφεται γύρω από τι σημαίνει ποιότητα ζωής για το έμβρυο. Το επιχείρημα, όμως, που τώρα προβάλλεται είναι: «Δεν θα υπήρχε καν το παιδί, αν οι εντεταλμένοι γονείς και η παρένθετη μητέρα δεν συναινούσαν σε αυτήν τη διαδικασία». Και το αντεπιχείρημα είναι: «τότε όλα τα ζευγάρια,

⁷⁶ Mayer, R. C. (2011). Is Embryo Adoption a Form of Surrogacy? *The National Catholic Bioethics Quarterly*, 11(2), 249-256.

θα μπορούν να δημιουργούν μέσω ενός αλλού «οχήματος» παιδιά, στα οποία θα μπορούν να καλύπτουν τις βασικές τους ανάγκες και τα κοινωνικά σύνολα, δεν θα επεμβαίνουν σε αυτό ή θα φέρουν ευθύνη». Σαφώς και υπάρχουν γονείς, οι οποίοι θα αγαπούν και θα προστατεύουν τα παιδιά τους, η παρένθετη, όμως, μητέρα θα δώσει το παιδί, γιατί μπήκε σε αυτήν τη διαδικασία για να το δώσει αργότερα στους αντίστοιχους γονείς και όχι για το ίδιο το παιδί, που φέρνει στη ζωή. Και σε αυτό το είδος του συμβολαίου, που δημιούργησαν οι ενδιαφερόμενοι, δεν υπάρχει ο όρος «παιδί». Είναι μια κατάσταση «παροχής/μεταφοράς τίτλων» (παρένθετη μητέρα, ζευγάρι). Γιατί να μην θεωρηθεί, για παράδειγμα, στην περίπτωση της εμπορευματοποιημένης μορφής της παρένθετης μητρότητας, αυτό ως ένα είδος «πώλησης παιδιού/παιδιών»;⁷⁷ Και η περίπτωση, όπου τελικά το παιδί απορρίπτεται από όλους τους εμπλεκόμενους, κάνει ακόμα πιο έντονη αυτήν την προβληματική. Και γιατί να μην διαφέρει ως πρακτική, από την υιοθεσία επί πληρωμή; Και γιατί να μην θεωρηθεί ως πώληση γονεϊκών δικαιωμάτων; Ο Hanna (2010)⁷⁸ υποστηρίζει ότι αυτό το τελευταίο δεν ισχύει γιατί τη στιγμή της σύναψης του διακανονισμού δεν υφίστατο το παιδί/έμβρυο. Είναι το επιχείρημα σχετικά με το ότι στην περίπτωση της παρένθετης μητρότητας «ενοικιάζεται στην ουσία η μήτρα» (Hanna, 2010).

Μια άλλη διάσταση, η οποία έχει γίνει ακόμα πιο έντονη στη μέρες μας, είναι η χρήση της παρένθετης μητρότητας από ομοφυλοφιλικά ζευγάρια. Μάλιστα είναι μια πρακτική, η οποία διαδίδεται ακόμα περισσότερο λόγω της υιοθέτησης της από διάσημους της διεθνούς σκηνής. Υπό το σκεπτικό ή όχι ότι αυτά τα ζευγάρια είναι παντρεμένα ή όχι επιθυμούν να έχουν βιολογικά παιδιά. Τα προβλήματα, όμως, που εγείρονται δεν αφορούν μόνο την πιθανή ή όχι βλάβη των παιδιών (όπως διευκρινίστηκε και παραπάνω), αφορά και τις μητέρες, που αναλαμβάνουν να φέρουν σε πέρας αυτήν τη γέννηση. Συνήθως πρόκειται για την εμπορευματοποιημένη μορφή παρένθετης μητρότητας. Οι ΗΠΑ ήδη έχουν να καταδείξουν νομικές περιπτώσεις τέτοιων πρακτικών⁷⁹, όπου θεωρούν ότι πρέπει να προστατευθούν και αυτά τα ζευγάρια, όπως κάθε άλλο ζευγάρι, το οποίο καταφεύγει στην παρένθετη μητρότητα. Η αναφορά μάλιστα γίνεται για όλη την LGBTQ κοινότητα⁸⁰. Πρέπει, λοιπόν, να υπάρχει και για αυτούς η κατάλληλη συμβουλευτική υποστήριξη. Και αυτοί στο όνομα του αυτοκαθορισμού επιζητούν να εκφραστούν.

⁷⁷ Erickson, T. Lathus, M.A. (2005). *Assisted Reproduction, The Complete Guide to Having a Baby with the Help of a Third Party*. USA: Universe Inc.

⁷⁸ Hanna, J.,K. (2010). Revisiting Child-Based Objections to Commercial Surrogacy. *Bioethics*, 24(7), 341 - 347.

⁷⁹ Field, M. (2014). Compensated Surrogacy. *Washington Law Review*, 89, 1155-1184.

⁸⁰ Ainsworth, S. L. (2014). Bearing Children, Bearing Risks, Feminist. Leadership for Progressive Regulation of Compensated Surrogacy In The United States, *Washington Law Review*, 89, 1077-1123.

Μάθημα 6ο Κλωνοποίηση και χρήση βλαστικών κυττάρων

Περίληψη: Σκιαγραφούνται τα βασικά σημεία της κλωνοποίησης, η οποία χρήζει ιδιαίτερης μελέτης, όταν ακόμα ερευνητικά κέντρα στον κόσμο προσπαθούν να πετύχουν το ακατόρθωτο, όπως είναι η κλωνοποίηση ανθρώπινου υλικού.

Πηγή: Θεοδώρα Παπαδοπούλου, *Ειδικά Θέματα Βιοηθικής*, Αποθετήριο ΚΑΛΛΙΠΟΣ, 2015 https://repository.kallipos.gr/pdfviewer/web/viewer.html?file=/bitstream/11419/3158/2/last%20version_book-KOY.pdf

6.1 Εισαγωγικές Τοποθετήσεις

Η πρόοδος της τεχνολογίας οδήγησε σε αλλαγές αναφορικά με τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να νοούνται βασικές λειτουργίες της καθημερινότητάς μας. Έτσι, ακόμα και οράματα της επίτευξης μια μορφής αιωνιότητας φαίνεται ότι επιζητούν την υλοποίηση τους διαμέσου της τεχνολογίας και συγκεκριμένα υπό τη μορφή της κλωνοποίησης. Η Βιοτεχνολογία, λοιπόν, παρεμβαίνει στο γενετικό υλικό των ζώντων οργανισμών με σκοπό τη διόρθωση ανεπιθύμητων ανωμαλιών καθώς και για τη θεραπεία παθήσεων αλλά και τη βελτίωση κάποιων χαρακτηριστικών. Επιπρόσθετα, μέσω της κλωνοποίησης δίνεται η ευκαιρία σε άτεκνα ζευγάρια να αναπαραχθούν. Οι απόψεις, οι οποίες προσφέρονται αναφορικά με την κλωνοποίηση, προέρχονται τόσο από τη σκοπιά των επιστημών και της θεολογίας όσο και των βιοηθικών και νομικών τοποθετήσεων (Report of the National Bioethics Advisory, 1997).

Η συζήτηση για την κλωνοποίηση περιστρέφεται αφενός γύρω από το δικαίωμα των επιλογών των μελλοντικών γονιών αφετέρου γύρω από το «είδος» του παιδιού, το οποίο θα αναπαραχθεί και αν τελικά αυτός ο «κλώνος» μπορεί να χαρακτηριστεί ως πρόσωπο. Και αν, όντως, αυτή η διαδικασία λάβει τελικά χώρα, θα έχει αντίκτυπο για την κοινωνία; Και αν η απάντηση είναι θετική, τι είδους αντίκτυπο; Και αν οι περισσότερες αντιρρήσεις αφορούν την αναπαραγωγική μορφή κλωνοποίησης, η γενική θεσμική τοποθέτηση της περί απαγόρευσης της, γιατί να πρέπει τελικά να αρθεί, όπως κάποιοι επιχειρηματολογούν; Και σχετικά με τη θεραπευτική μορφή κλωνοποίησης δεν τίθενται ηθικές ενστάσεις; Η θεραπευτική μορφή κλωνοποίησης είναι υπεράνω αμφιβολιών;

Το θέμα της κλωνοποίησης σχετιζόμενο με τις μεθόδους των αναπαραγωγικών τεχνολογιών έρχεται σε συνάφεια με τα αντίστοιχα θέματα της *in vitro* γονιμοποίησης, της παρένθετης μητρότητας κλπ.. Η τοποθέτηση, λοιπόν, της κλωνοποίησης σε αυτήν τη λίστα έχει ως κοινό στοιχείο το εξής: αναφέρεται σε ζευγάρια, τα οποία επιθυμούν να αποκτήσουν παιδιά, τα οποία θα έχουν το γενετικό υλικό τους.

Η έννοια της αναπαραγωγικής ελευθερίας αποτελεί, τουλάχιστον για τις ΗΠΑ

ιδιαιτέρως σημαντική βάση συζήτησης. Τονίζονται οι πολλές επιλογές γονιμοποίησης, πέρα από την πεπατημένη οδό της καθαρά σεξουαλικής αναπαραγωγής. Αν, λοιπόν, η κλωνοποίηση χρησιμοποιείται ως επιχείρημα για την αναπαραγωγή τότε στη βάση της τίθενται το δικαίωμα της προσωπικής επιλογής για αναπαραγωγή. Επιπρόσθετα σε αυτό το πλαίσιο αναφέρεται και ο τρόπος, με τον οποίο λειτουργεί η σχέση ασθενούς-ιατρού. Επομένως, όποια μορφή νομικής επέμβασης υφίσταται, θα παραβιάζει το δικαίωμα της γυναίκας για αναπαραγωγή. Έτσι, όταν στο επιχείρημα υπέρ της άμβλωσης τίθεται το ζήτημα της ύπαρξης ζωής πριν τη γέννηση του εμβρύου, κατά τον ίδιο τρόπο, λοιπόν, και οι υπέρμαχοι της κλωνοποίησης θεωρούν ότι όλοι έχουν το δικαίωμα της αναπαραγωγής και έχουν και το δικαίωμα να επιλέξουν τον τρόπο. Ένα ενισχυτικό επιχείρημα προς αυτήν την κατεύθυνση είναι το εξής: ο κλώνος έχει όλα εκείνα τα χαρακτηριστικά του ανθρώπινου υποκειμένου, το οποίο μοιράζεται το γενετικό υλικό με ένα άλλο πρόσωπο. Μπορεί να είναι ο δίδυμος αδελφός αυτού, που έδωσε το γενετικό υλικό, αλλά δεν υπάρχει κανένα επιχείρημα, το οποίο να υποστηρίζει ότι το να είσαι δίδυμος κάποιου είναι κάτι αρνητικό. Υπάρχουν, ούτως ή άλλως οι λεγόμενοι «μονοωγενείς» δίδυμοι, οι οποίοι μπορεί να έχουν το ίδιο γενετικό υλικό, αλλά αναπτύσσονται ως δυο διαφορετικές προσωπικότητες μεταξύ τους, στο ίδιο κατά βάση περιβάλλον πόσο μάλλον, όταν αναφερόμαστε με διαφορά χρόνων σε διαφορετικά κοινωνικά περιβάλλοντα.

Στα πλαίσια της θεραπευτικής κλωνοποίησης δεν εγείρονται τόσες ενστάσεις γιατί αυτή επικεντρώνεται στην θεραπεία ασθενειών και στη δημιουργία οργάνων, τα οποία θα φανούν χρήσιμα στις μεταμοσχεύσεις. Και σαφώς δεν υφίσταται κάποια μορφή νομικής απαγόρευσης, όπως στην περίπτωση της αναπαραγωγικής κλωνοποίησης. Αφού, λοιπόν, δοθούν αναλυτικά τα όρια της έννοιας της κλωνοποίησης θα γίνει η κατηγοριοποίηση και ανάλυση της θεραπευτικής και αναπαραγωγικής κλωνοποίησης.

6.2 Προσδιορισμός της έννοιας «Κλωνοποίηση»

Αν παρακολουθήσει κανείς ιστορικά την κλωνοποίηση, θα παρατηρήσει την παρουσία της στις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Συγκεκριμένα τη δεκαετία του 1950 απαντάται η κλωνοποίηση βατράχων και ειδικότερα γυρίνων (δεν είναι ενήλικες βάτραχοι), ενώ περαιτέρω προσπάθειες έγιναν για να δημιουργηθεί ο κλώνος ενός ενήλικου θηλαστικού. Το 1996 έγινε η πρώτη κλωνοποίηση ενός προβάτου της «Ντόλι». Στο ωάριο, από το οποίο προήλθε η Ντόλι, είχε μεταφερθεί πυρήνας από το μαστό ενός άλλου εξαστούς προβάτου (δεν υπάρχουν πληροφορίες για αυτό το πρόβατο). Αυτό αναπτέρωσε τις ελπίδες και έγιναν προσπάθειες για την κλωνοποίηση ανθρώπου. Στα μέσα του 2004 στη Νότια Κορέα ο Χουάγκ κλωνοποίησε 30 έμβρυα, αλλά για θεραπευτικούς σκοπούς και όχι για αναπαραγωγικούς.

Ως κλωνοποίηση περιγράφεται *«η μη σεξουαλική μονογονική διαδικασία για την*

παραγωγή πανομοιότυπων οργανισμών», πρόκειται, λοιπόν, για την απομόνωση εμβρυικών βλαστικών κυττάρων πολυδύναμων και ολοδύναμων. Τα πολυδύναμα χρησιμοποιούνται για να δημιουργηθούν ιστοί ή όργανα ενώ τα πολυδύναμα για τη δημιουργία εμβρύου. Τα βλαστικά κύτταρα μπορούν να διαιρούνται και έχουν τη δυνατότητα να δίνουν γένεση σε όλους τους εξειδικευμένους κυτταρικούς τύπους ενός οργανισμού. Η απομόνωση του εμβρυικού κυττάρου απαιτεί την παρουσία ωαρίου, από το οποίο αφαιρείται το γενετικό υλικό. Αυτό το υλικό αντικαθίσταται από τον πυρήνα του οργάνου ή του ιστού, που θέλουμε να αναπαράγουμε. Το ωάριο θα δώσει όλα τα υλικά, τα οποία χρειάζονται για την ανάπτυξη και ο μεταμοσχευμένος πυρήνας τις γενετικές οδηγίες για τη δημιουργία του ιστού ή του οργάνου ή του εμβρύου· άρα είναι η έμφυλη, μέθοδος αναπαραγωγής, όπου το έμβρυο (κλώνος) θα είναι γενετικά πανομοιότυπος με τον άλλο οργανισμό. Ο γονέας είναι αποκλειστικός κληροδότης όλου του γενετικού υλικού. Ο δότης δεν είναι απαραίτητο να ανήκει σε κάποιο φύλο και να έχει μια ορισμένη ηλικία. Ο προσδιορισμός του γονέα δεν έχει πλέον μέσω της κλωνοποίησης την παραδοσιακή μορφή, η οποία ενυπάρχει μέσω της αναπαραγωγής. Στην προκειμένη περίπτωση πρόκειται για τον γενετικά δίδυμο αδερφό του κλώνου.

Στην κλωνοποίηση αναφερόμαστε τόσο στους πομπούς, οι οποίοι επιδιώκουν την κλωνοποίηση, όσο στη κοινωνία, στην οποία θα ενταχθούν οι «κλώνου», αλλά και για την παρουσία και τη σημασία των ίδιων των κλώνων. Επί του πρακτέου η κλωνοποίηση μπορεί επιφέρει μια σειρά αλλαγών σημαντικών στη ζωή των ανθρώπων. Έχει τόσο αρνητικές όσο και θετικές επιδράσεις. Η εξέλιξη των δημιουργηθέντων, στην ουσία, σταματάει με την κλωνοποίηση, ενώ σε μεγάλο βαθμό καλύπτεται η ματαιοδοξία του ανθρώπου για την νίκη με έπαθλο την αιωνιότητα (ανθρώπινη κλωνοποίηση, αντιμετώπιση δύσκολων ασθενειών). Και από τη στιγμή που για την αναπαραγωγή του είδους απαιτείται ένα ωάριο, αναρωτιέται, κανείς, αναφορικά με ερωτήματα: για το ποια η αναγκαιότητα της ύπαρξης των ανδρών, όπως θα σπεύσουν να υπογραμμίσουν οι φεμινίστριες. Η επιδίωξη της εξουσίας και η κατάκτηση της με κάθε μέσο μπορεί να μετατρέψει την κλωνοποίηση σε εργαλείο της. Πρέπει και εδώ κανείς να αντιμετωπίζει διαφορετικά την κάθε περίπτωση.

Ενώ, σαφώς, η κλωνοποίηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την επίλυση σημαντικών προβλημάτων, μπορεί να επιφέρει και σημαντικά προβλήματα. Οι μελετητές κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου καθώς μπορεί να προκαλέσουν τη δημιουργία μεταλλαγμένων και μικροβίων, τα οποία δεν θα μπορούν να αντιμετωπιστούν. Τα ζώα, τα οποία θα δημιουργούνται με το ίδιο ανοσοποιητικό σύστημα θα είναι όλα ευάλωτα στο ίδιο μικρόβιο και τέτοιου είδους καταστάσεις θα πάρουν διαστάσεις επιδημίας. Τα τροποποιημένα φυτά, τα οποία επιτρέπονται να παράγονται δημιουργούν μονοπάγια. Επιπρόσθετα αυτά τα φυτά δεν θα μπορούν να εξελιχθούν σύμφωνα με τους μηχανισμούς της φυσικής επιλογής. Τα μεγαλύτερα, όμως, ηθικά διλήμματα αφορούν την κλωνοποίηση

εμβρύων. Το διεθνές δίκαιο απαγορεύει τέτοιες κινήσεις. Από τη στιγμή, όμως, που αυτό το παιδί δεν μπορεί να εξελιχτεί πως του δίνουν τη δυνατότητα να είναι ο εαυτός του; Να γίνει καλύτερο από το δότη, με τον οποίο είναι ίδιος γονιδιακά;

Η ονοματοθεσία, επίσης, «κλώνος» μήπως δημιουργεί ηθικά διλήμματα αναφορικά με τη διαδικασία της κλωνοποίησης και όχι η διαδικασία ως τέτοια; Πως θα κατανοείται ηθικά η έννοια του «εαυτού»; Θα υπάρχει ετεροκαθορισμός; Το ηθικό δίλημμα έγκειται στο ότι γίνεται προσπάθεια να δημιουργηθεί ένα πανομοιότυπο άτομο γενετικά. Τότε δεν θα υπάρχει η μοναδικότητα ως τέτοια και θα υπάρχει η δυνατότητα να δημιουργούμε πανομοιότυπους ανθρώπους, όσους και όποτε επιθυμούμε. Παράλληλα το νομοθετικό πλαίσιο πρέπει να τεθεί και αυτό στην υπηρεσία των βιοηθικών σκέψεων κατά της κλωνοποίησης και συγκεκριμένα της αναπαραγωγικής. Τα περισσότερα, λοιπόν, προβλήματα αναφέρονται σε θέματα αναπαραγωγικής κλωνοποίησης, η οποία απαγορεύεται σε όλες τις χώρες.

6.3 Επιχειρηματολογία υπέρ ή κατά

Η συζήτηση σχετικά με την κλωνοποίηση αφορά δυο κύριες κατευθύνσεις, από τη μια μεριά έχουμε την *κλωνοποίηση για θεραπευτικούς λόγους* και από την άλλη την *αναπαραγωγική κλωνοποίηση*. Η πρώτη περίπτωση βρίσκει περισσότερους αποδέκτες, ενώ η δεύτερη απαγορεύεται σύμφωνα και με το Διεθνές Δίκαιο. Η Αμερικάνικη Εθνική Ακαδημία Επιστημών στην έκθεση, την οποία κατέθεσε το 2002 διακήρυξε ότι η ανθρώπινη κλωνοποίηση περιέχει πολλά ρίσκα και σε καμιά περίπτωση δεν μπορεί να είναι ασφαλή για τα παιδιά (National Research Council, 2002). Στη βάση, βέβαια, και των δύο βρίσκεται η τοποθέτηση ότι η επιστημονική γνώση πρέπει να διοχετεύεται ελεύθερα και να χρησιμοποιείται εξίσου ελεύθερα. Η αναπαραγωγική κλωνοποίηση δεν μπορεί να εφαρμοστεί και υπάρχουν και νομικές ρυθμίσεις για την τήρηση αυτών των ορίων. Στη διεθνή βιβλιογραφία γίνεται μια προσπάθεια να αιτιολογηθούν περιπτώσεις αναπαραγωγικής κλωνοποίησης και να υπάρχει διάκριση μεταξύ τέτοιων περιστατικών, τα οποία δεν πρέπει συλλήβδην να υπάγονται στον απαγορευτικό χαρακτήρα της νομοθεσίας.

Αναφερόμενοι, λοιπόν, αρχικά στην περίπτωση της θεραπευτικής κλωνοποίησης, αυτή περιγράφεται ως η τεχνική δημιουργίας και απομόνωσης των εμβρυικών βλαστικών κυττάρων. Μέσω της θεραπευτικής κλωνοποίησης θέτονται οι βάσεις για την θεραπεία ανίατων ασθενειών. Η δημιουργία, όμως, και η καταστροφή των εμβρύων, τα οποία μπορεί να χρησιμοποιηθούν προς αυτήν την κατεύθυνση, εγείρει ηθικά προβλήματα.⁸¹ Η Εκκλησία αντιτίθεται σε οποιαδήποτε τέτοια προσπάθεια· επιχειρηματολογεί εναντίον της χρήσης

⁸¹ «Η θεραπευτική κλωνοποίηση έγκειται στις περιπτώσεις, όπου το έμβρυο χρησιμοποιείται για θεραπευτικούς σκοπούς, όπως είναι η αφαίρεση αδιαφοροποίητων αρχέγονων εμβρυικών βλαστικών κυττάρων για τη δημιουργία ιστών και οργάνων προς μεταμόσχευση, αλλά και τη μελέτη της παθογένεσης και θεραπείας ασθενειών» (Αλαχιώτης, 2007).

εμβρύων για ερευνητικούς σκοπούς.

Μέσω της θεραπευτικής κλωνοποίησης μπορούν να ελαχιστοποιηθούν οι πιθανότητες ασθενειών, οι οποίοι διαφορετικά θα θεωρούνταν δεδομένες. Μπορεί να βοηθήσει εκ των προτέρων άτομα προκειμένου να μην υποφέρουν χωρίς λόγο. Στην περίπτωση της αναπαραγωγικής κλωνοποίησης, αυτή ορίζεται ως εξής:

Η αναπαραγωγική κλωνοποίηση αναφέρεται στις περιπτώσεις, όπου το έμβρυο, το οποίο δημιουργείται με τη μεταφύτευση του πυρήνα του δότη σε απύρηνο ωάριο, εμφυτεύεται στη μήτρα⁸² (Αλαχιώτης, 2007).

Σε επίπεδο αναπαραγωγικής κλωνοποίησης εγείρονται οι περισσότερες αντιρρήσεις αν και υπάρχουν και αυτοί, οι οποίοι προσπαθούν να σταθμίσουν τα γεγονότα αναφερόμενοι σε περιπτώσεις, όπου οι γονείς θέλουν απλά να ασκήσουν την αναπαραγωγική τους αυτονομία. Η ηθική, όμως, συναίνεση σε αυτό το επίπεδο μπορεί να επιτευχθεί, από τη στιγμή που αυτή αναφέρεται στην παροχή δυνατότητας σε γονείς, οι οποίοι δεν μπορούν να τεκνοποιήσουν, να αποκτήσουν απογόνους. Πρέπει κανείς να λάβει υπόψη και τις περιπτώσεις τεκνοποίησης μέσω της κλωνοποίησης, όταν υπάρχει κάποια ασθένεια ή κάποιος από το ζεύγος φέρει το στίγμα της μεσογειακής αναιμίας. Σε αυτές τις περιπτώσεις δεν μπορεί να νομιμοποιηθεί ηθικά η αναπαραγωγική κλωνοποίηση; Τι γίνεται, όμως, στις περιπτώσεις, όπου λαμβάνει χώρα η επιλεκτική κλωνοποίηση συγκεκριμένων ανθρώπων (θετικός ευγονισμός) ή στις περιπτώσεις, όπου επιζητείται η κλωνοποίηση για την αντικατάσταση νεκρού αγαπημένου προσώπου με τον κλώνο του;

Είναι επικίνδυνο, λοιπόν, όταν γίνεται κάτι, το οποίο μπορεί να αποβεί μοιραίο για το έμβρυο και επομένως αυτό δεν μπορεί να γίνει ηθικά αποδεκτό. Υπάρχουν βέβαια και αυτοί, οι οποίοι ακόμα και υπό αυτήν την οπτική είναι υπέρ της αναπαραγωγικής κλωνοποίησης γιατί θεωρούν ότι δημιουργούνται άνθρωποι χωρίς σημαντικά προβλήματα οργανικού χαρακτήρα με βελτιωμένα χαρακτηριστικά. Δεν ξέρουμε, όμως, αν το κλωνοποιημένο βρέφος θα συνεχίσει να αναπτύσσεται και μετά τη γέννηση του. Μάλιστα, αν λάβει κανείς υπόψη τις περιπτώσεις των ζώων, δεν είναι σίγουρο ότι θα έχει αυτό το επιθυμητό όριο ζωής. Τα προβληματικά σημεία αναπαραγωγικής κλωνοποίησης στα ζώα αφορούν την πρόωρη γήρανση, το μειωμένο προσδόκιμο ζωής όπως και προβλήματα γονιμότητας. Πως μπορούμε ως μελλοντικοί γονείς, στην περίπτωση της κλωνοποίησης ανθρώπων να αναλάβουμε την ευθύνη για κάτι τέτοιο; Μπορούμε να αναλάβουμε την ευθύνη αυτού, που δημιουργούμε; Μπορεί να δημιουργηθεί ένας μη άρτιος οργανισμός με σοβαρά προβλήματα και περιορισμένες πιθανότητες επιβίωσης.

Γίνεται λόγος για τον περιορισμό της αυτονομίας των δημιουργηθέντων ατόμων, της

⁸² Αλαχιώτης, Σ. Ν. (2007). *Βιοηθική. Αναφορά στους γενετικούς και τεχνολογικούς νεωτερισμούς*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

ελευθερίας τους, αλλά και για την εμπορευματοποίηση των ατόμων, την απώλεια της μοναδικότητάς τους, ενώ από την άλλη μεριά θεωρούν ότι πρόκειται στην ουσία για έναν γενετικό ντετερμινισμό, που υποδουλώνει τα ίδια τα δημιουργήματα.

Σε ένα περαιτέρω επίπεδο μέσω της κλωνοποίησης μπορεί να υπάρξει κατευθυνόμενη «παραγωγή» κλώνων υπό τις βλέψεις ενός ηγέτη, άρα και συνέπειες σε κοινωνικό και παγκόσμιο επίπεδο. Τα δεδομένα σε παγκόσμιο επίπεδο για την ασφάλεια θα έπαιρναν άλλη τροπή. Επιπρόσθετα, στη μικρότερη κοινωνική οντότητα, η οποία είναι η οικογένεια θα προκληθούν σημαντικές αρνητικές συνέπειες και θα αλλάξουν άρδην οι δεσμοί και ο τρόπος σύνδεσης της οικογένειας.

Έτσι, λοιπόν, η συζήτηση κινείται σε δυο κατευθύνσεις, αφενός αυτοί, οι οποίοι επιχειρηματολογούν εναντίον της αναπαραγωγικής κλωνοποίησης, όποιες και αν είναι οι συνθήκες και από την άλλη, όσοι υποστηρίζουν ότι κάτω από ορισμένες περιστάσεις, πρέπει κανείς να δέχεται την αναπαραγωγική κλωνοποίηση· αυτό αφορά ζευγάρια, τα οποία δεν μπορούν να τεκνοποιήσουν. Αυτό το οποίο προβάλλεται κυρίως είναι το σύνολο των προβλημάτων, που μπορεί να αντιμετωπίσει κανείς μέσω της κλωνοποίησης. Έστω ότι λαμβάνουν χώρα τα κάτωθι: Αν αυτά τα προβλήματα λόγω της εξέλιξης της τεχνολογίας εκλείψουν και υπάρχουν ζευγάρια, τα οποία επιθυμούν δικά τους παιδιά, αλλά δεν μπορούν να τεκνοποιήσουν και δεν υπάρχει κάποιος στο στενό οικογενειακό τους περιβάλλον να τους βοηθήσει (χρήση ωαρίων ή σπερματοζωαρίων) και επομένως η κλωνοποίηση είναι η μόνη μέθοδος, η οποία υπάρχει για να αποκτήσουν δικά τους παιδιά, τότε τι πρέπει να γίνει; Ή ακόμα και αν υπάρχει κάποιο μέλος της οικογένειας, το οποίο μπορεί να αποτελέσει έναν πιθανό δότη, αλλά το ζευγάρι δεν το επιθυμεί για να μην δημιουργηθούν μετέπειτα προβλήματα, κατά τον ίδιο τρόπο αρνείται και την επιλογή ενός άγνωστου δότη, μπορεί τότε να επιλέξει την κλωνοποίηση; Αν υφίσταται το τελευταίο, η επιλογή της κλωνοποίησης μπορεί να αφορά και την επιλογή του ζευγαριού να μην εμπλακεί κοινωνικά σε διάφορες καταστάσεις. Τελικά, μέσω και της κλωνοποίησης, το ζευγάρι δεν επιθυμεί να φτιάξει έναν κλώνο του εαυτού του, αλλά να έχει ένα παιδί, το οποίο γενετικά να είναι δικό του.

Η κλωνοποίηση ενός ανθρώπου αφορά την ερώτηση, αν μπορούμε να ξεκινήσουμε από ένα κύτταρο και να σχηματίσουμε ένα πλήρη οργανισμό και η επιτυχία δημιουργίας της «Ντόλι» υπήρξε μια τέτοια περίπτωση. Στις ΗΠΑ έχουν γίνει ολόκληρες εκστρατείες για την οποιαδήποτε μορφή παραγωγής μέσω της κλωνοποίησης. Μάλιστα οι συζητήσεις την περίοδο του 1997 ήταν πολλές για την ανθρώπινη κλωνοποίηση λόγω ακριβώς της κλωνοποίησης του προβάτου της «Ντόλι». Η δημιουργία της «Ντόλι» έγινε με το σκεπτικό ότι θα ήταν μια προσπάθεια, που θα μπορούσε να ακολουθηθεί και στο μέλλον να δημιουργηθούν, δηλαδή, ζώα με επιθυμητά χαρακτηριστικά (υπάρχουν μεταλλαγμένα πρόβατα και σήμερα). Θεωρήθηκε ότι ήταν μια αρχή για να δημιουργούνται τόσο ποσότητες κρέατος όσο και άλλων προϊόντων (μετά την Ντόλι κλωνοποιήθηκε μια αγελάδα, η οποία θα παρήγαγε

μεγαλύτερες ποσότητες γάλακτος), αλλά και να δημιουργούνται ζώα πέρα των δυνατοτήτων, των αντίστοιχων σύμφωνα με τη φύση ζώων (άλογα για να γίνουν πρωταθλητές σε αγώνες). Επομένως, αρχικά το επιχείρημα για τη μαζική κλωνοποίηση των ζώων αφορά τόσο θεραπευτικούς όσο και αναπαραγωγικούς σκοπούς.

Οι ερωτήσεις, που εγείρονται, αφορούν την τοποθέτηση, γιατί τελικά η αναπαραγωγική κλωνοποίηση να μην είναι της ίδιας κατηγορίας, όπως είναι οι οποιεσδήποτε άλλης μορφής τεχνικές της ιατρικά υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Τι είναι αυτό το ιδιαίτερο, το οποίο αναθεματίζει την περίπτωση της κλωνοποίησης, το οποίο σχετίζεται με την ανθρώπινη αξιοπρέπεια; Και επειδή ακριβώς με την περίπτωση της «Ντόλι» είχε αναβιώσει η συζήτηση και η ικανότητα/δυνατότητα να επιτευχθεί κάτι τέτοιο, πρέπει κανείς να αναρωτηθεί τι μπορεί να γίνει, αν αναβιώσουν αντίστοιχα τέτοιες ερωτήσεις στο μέλλον.



Μάθημα 7^ο Ανθρώπινο Γονιδίωμα

Περίληψη: Στο παρόν μάθημα παρουσιάζονται οι παρεμβάσεις στο ανθρώπινο γονιδίωμα και συγκεκριμένα στη μέθοδος *Crispr/Cas9*

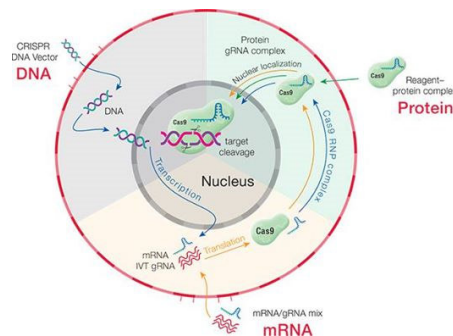
Πηγή: Φανάρας Βασίλειος, Παρουσίαση επιστημονικής εσπερίδας: «Νέες Τεχνολογίες τροποποίησης του γονιδιώματος: Βιοηθικά Ζητήματα, 21 Φεβρουαρίου 2020, Αθήνα», *Εξατομικευμένη Ιατρική*, Νο 2, Αθήνα 2020, σ. 78-81.

7.1 Παρουσίαση των απόψεων

Η εξέλιξη των τεχνολογιών, που αποβλέπουν στην τροποποίηση του ανθρώπινου γονιδιώματος, όπως και η διάχυση των πληροφοριών για τα επιτεύγματα, τα οποία υπόσχονται την ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου και τη θεραπεία ασθενειών, είναι γεγονότα ευπρόσδεκτα. Οι εισηγητές εξέτασαν τα επιστημονικά, νομικά, φιλοσοφικά και θεολογικά ζητήματα που προκύπτουν από την εξέλιξη και τα αποτελέσματα αυτών των τεχνολογιών, εγείροντας κρίσιμα διλήμματα, όσον αφορά στην αξιοποίησή τους για την ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου και τη θεραπεία ασθενειών.

Στην εκδήλωση συμμετείχαν με εισηγήσεις τέσσερις ομιλητές. Αρχικά, η κ. Βασιλική Μολλάκη, δρ Γενετικής, επιστημονική συνεργάτις της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής, ανέπτυξε το θέμα «*Τροποποίηση γονιδιώματος στον άνθρωπο: Εφαρμογές και ηθικά ζητήματα*». Αρχικά τόνισε την επικαιρότητα του θέματος και τη διεπιστημονικότητα του πάνελ. Επεσήμανε τριών ειδών τεχνολογίες τροποποίησης γονιδιώματος και επικεντρώθηκε στην τρίτη, την *Crispr/Cas9*, η οποία μπορεί «να κόβει και να ράβει» το DNA, όπως χαρακτηριστικά είπε. Η μέθοδος, με τη χρήση ειδικών ενζύμων, τις νουκλεάσες, έχει τη δυνατότητα προσθήκης βάσεων στο DNA και αντικατάστασης τμημάτων του, με την ταυτόχρονη εκμετάλλευση μηχανισμών επιδιόρθωσης στο κύτταρο. Η ευκολία εφαρμογής στο εργαστήριο, η εξειδίκευση και το σχετικά χαμηλό κόστος, αποτελούν τα τρία βασικά πλεονεκτήματα της μεθόδου. Εμφανίζονται όμως και μειονεκτήματα με ηθικές συνέπειες, όπως η πιθανή και εκτός στόχου αλλαγή στο γονιδίωμα. Το εύρος των εφαρμογών επεκτείνεται στην τροποποίηση των φυτών και των ζώων. Στον άνθρωπο εφαρμόζεται για θεραπευτικούς σκοπούς με την επιδιόρθωση του γονιδιώματος στους γαμέτες, ώστε, μετά τη γονιμοποίηση του ωαρίου, ο οργανισμός που θα προκύψει να είναι υγιής. Η δυνατότητα εφαρμογής σε έμβρυα αποβλέπει στη θεραπεία της κυστικής ίνωσης, της μεσογειακής αναιμίας, αλλά όμως και για ευγονικούς λόγους, ώστε να ενισχύονται τα γονίδια, όπως για παράδειγμα η ενίσχυση της μνήμης ενός εμβρύου πέρα από το φυσιολογικό. Επίσης, η τεχνολογία αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε σωματικά κύτταρα ενηλίκων για τη θεραπεία ασθενειών. Στη συνέχεια αναρωτήθηκε ότι ενώ υπήρχε συμφωνία για τη μη χρήση της μεθόδου σε έμβρυα, το Νοέμβριο

του 2018 βγήκε η ανακοίνωση από τον κινέζο He Jiankui, όχι όμως ως επιστημονική δημοσίευση. Η ασφάλεια της μεθόδου αποτελεί μείζον ηθικό ζήτημα, καθώς μπορεί να επηρεαστούν άλλα γονίδια, κι έθεσε το ηθικό ερώτημα: «μήπως επενδύουμε πολλά στη μέθοδο και όχι σε άλλες πιο πιθανές εφαρμογές και θεραπείες στον άνθρωπο π.χ. για τον καρκίνο». Τέλος, κατέληξε με τα ηθικά θέματα που εμπλέκει η μέθοδος, δηλαδή της ευγονικής σε έμβρυα ή της ενίσχυσης σε αυτά (enhancement designer babies), τον άτυπο πόλεμο μεταξύ ΗΠΑ και Κίνας για την πατέντα, αλλά και για την πρόσβαση όλων των ανθρώπων στα αγαθά της υγείας.



Στη συνέχεια, ο κ. Τάκης Βιδάλης, δρ Νομικής, Επιστημονικός Συνεργάτης της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής, παρουσίασε το θέμα «*Νομικά ζητήματα των νέων τεχνολογιών τροποποίησης του γονιδιώματος*». Αρχικά σημείωσε ότι οι νομικοί και το δίκαιο ακολουθούν ασθμαίνοντας τα βιοϊατρικά επιτεύγματα. Εν προκειμένω, η επιστήμη προχωρά γρήγορα και τα νομικά πλαίσια μας «*λένε μέχρι που μπορούμε να πάμε*», ενώ οι φιλόσοφοι και οι θεολόγοι ασκούν συχνά κριτική σε αυτό το νομικό πλαίσιο. Ο νόμος είναι μια φωτογραφία της ηθικής της κοινωνίας, αλλά η φιλοσοφία και η θεολογία έχουν το πλεονέκτημα να εμβαθύνουν και να επανεξετάζουν τα προβλήματα, βγάζοντας πιο σταθερά και ανθεκτικά συμπεράσματα στο χρόνο. Στη συνέχεια αναφέρθηκε στην αντικατάσταση των μιτοχονδρίων των γαμετικών κυττάρων για θεραπευτικούς σκοπούς και σημείωσε ότι από τις πολλές εφαρμογές του genome editing μας ενδιαφέρουν κυρίως αυτές που εφαρμόζονται στον άνθρωπο. Αναφέρθηκε εκτενώς στη Σύμβαση του Οβιέδο (1997), για την οποία σχολίασε ότι δεν είναι το καλύτερο νομικό κείμενο, ενώ η Γερμανία και Μ. Βρετανία δεν την υπέγραψαν. Η Σύμβαση απαγορεύει τη γονιδιακή επέμβαση στα αναπαραγωγικά κύτταρα, αλλά την επιτρέπει στα σωματικά κύτταρα για λόγους υγείας και σημείωσε ότι οι περισσότερες εθνικές νομοθεσίες στην Ευρώπη την ακολουθούν. Έθεσε το ερώτημα αν οι εξελίξεις μπορούν να γίνουν αποδεκτές με ελάχιστες τροποποιήσεις στο υπάρχον νομικό πλαίσιο ή αν αυτό πρέπει να αλλάξει ριζικά. Τόνισε ότι πρέπει να δοθεί προσοχή στην ασφάλεια της μεθόδου και στη φράση της Σύμβασης του Οβιέδου «*αποσκοπεί*» για προληπτικούς λόγους και να τονίζεται πάντοτε ότι οι απόγονοι των γενετικά τροποποιημένων εμβρύων δεν θα είναι δικοί μας απογόνοι, αλλά εκείνων των εμβρύων. Επιπλέον, μίλησε για την αρχή της προφύλαξης (principal of precaution), δηλαδή

όταν υπάρχει αβεβαιότητα για την εφαρμογή μιας μεθόδου θα πρέπει να λαμβάνονται προληπτικά μέτρα. Ο ελληνικός νόμος 3305/2005 επιτρέπει τις επεμβάσεις σε γαμέτες και σε έμβρυα *in vitro* όχι όμως για αναπαραγωγή και κατέληξε ότι η αρνητική ευγονική είναι νομοθετημένη με την προεμφυτευτική διάγνωση. Για το υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο, πρότεινε, να δοκιμάσουμε τις ερμηνευτικές μας δυνατότητες για την Crispr/Cas9, ενώ τόνισε την απουσία ελέγχου στη χώρα μας σε περιπτώσεις θετικής ευγονικής, δηλαδή σε εκείνες που εμπλέκουν σχεδιασμό μωρών.



Η κ. Μαρία Κ. Χωριανοπούλου, δρ Φιλοσοφίας, διδάσκουσα στο τμήμα Φιλοσοφίας Ε.Κ.Π.Α., μέλος της Εκτελεστικής Επιτροπής του Ελληνικού Κλιμακίου της έδρας Βιοηθικής της UNESCO, ανέπτυξε το θέμα «*Αυτονομία, διαγενεακή παρεμβατικότητα και θεραπευτική λύτρωση: Ηθικές προκλήσεις και προοπτικές της μεθόδου CRISPR/Cas9*». Αφού σύντομα αναφέρθηκε στις επιστημονικές εξελίξεις, έθεσε το ερώτημα για ποιο λόγο αφορά έναν φιλόσοφο το θέμα, κι απάντησε ότι αφού εγείρονται ηθικά ζητήματα από την εφαρμογή τους την ιατρική, η εφαρμοσμένη ηθική και βιοηθική ασχολούνται με τα θέματα αυτά. Στη συνέχεια ανέφερε ότι η Ηθική θέτει αρχές και κανόνες, αλλά όχι για θεωρητικούς σκοπούς, αλλά προκειμένου να κατευθύνει τον ανθρώπινο βίο σύμφωνα με αυτές. Τόνισε ότι σύμφωνα με τον Κάντ θα πρέπει να είμαστε συνεπείς, δηλαδή να υπάρχει σύγκλιση των θεωρητικών και ηθικών μας παραδοχών και των πρακτικών μας επιλογών. Στη συνέχεια αναφέρθηκε στις παρεμβάσεις της Crispr/Cas9 και αναρωτήθηκε αν αυτή η παρέμβαση είναι ηθική; Το δίλημμα σαφώς έγκειται ανάμεσα στη θεραπευτική παρέμβαση για την εξάλειψη ασθενειών και από την άλλη στη γενετική ενίσχυση και βελτίωση των χαρακτηριστικών του ανθρώπου. Στην πρώτη περίπτωση δεν εγείρονται ηθικά ζητήματα, ενώ στη δεύτερη υπάρχει ο πειρασμός να αυτοδιαμορφωθούμε και να τροποποιήσουμε το γονιδίωμα για τις επόμενες γενεές, υποκαθιστώντας τη φύση με τεχνικές μη πλήρως κατανοητές στην εξέλιξη του μέλλοντος. Τελικά, ποιός θα πει τι είναι καλύτερο και ποιος θα βάλει όρια σε αυτό; Τα ηθικά θέματα που εγείρονται εμπλέκουν τις έννοιες της αυτονομίας, της αξιοπρέπειας και της ισότητας, αλλά και της διαγενεακής δικαιοσύνης. Συνεπώς, υπογράμμισε ότι οι θεραπευτικές γονιδιακές επεμβάσεις επαναφέρουν στην κανονικότητα και προβάλλουν την ισότητα των ανθρώπων

στην υγεία. Όμως στη θετική ευγονική με τη βελτίωση των χαρακτηριστικών (ενίσχυση μνήμης κτλ) παραβιάζεται η αυτονομία του ατόμου και αυτό εξαρτάται από τις επιθυμίες των γονέων, οι οποίοι επηρεάζουν υπέρ του δέοντος τη μελλοντική του ζωή. Έτσι διαταράσσεται η ισότητα των ατόμων και από ηθικής άποψης αυτό δεν αποδεκτό, καθώς η προγραμματισμένη αγέννητη ζωή διαταράσσει τη διαγενεακή δικαιοσύνη, σημειώνοντας ότι η προγνωστική μας ισχύς είναι αντιστρόφως ανάλογη των δυνατοτήτων μας. Έκλεισε την εισήγησή της με την προστακτική της ευθύνης του Hans Jonas, που κατά βάθος σηματοδοτεί την ανάγκη μέριμνας για τον άγνωστο συνάνθρωπο του μέλλοντος, κι αυτή μας λέγει ότι η ευθύνη είναι ανάλογη της ισχύος μας, όσο μεγαλύτερος γίνεται ο κύκλος της τελευταίας, τόσο διευρύνεται η έκταση των συνεπειών και τόσο πλατύτερη καθίσταται η δική μας ευθύνη.

Τέλος, ο κ. Βασίλειος Φανάρας, Επίκουρος Καθηγητής του τμήματος Κοινωνικής Θεολογίας και Θρησκευολογίας του Ε.Κ.Π.Α., ανέπτυξε το θέμα «*Θεολογικά διλήμματα της γονιδιακής τροποποίησης στον άνθρωπο: Η περίπτωση της CRISPR/Cas9*» και είχε το συντονισμό της εκδήλωσης. Αρχικά, αναφέρθηκε σε παλαιότερη εισήγηση στο συνέδριο «*Θρησκείες και ανθρώπινα Δικαιώματα*» (Φεβρουάριος 2019)⁸³ και στη μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία του κ. Αντωνίου Ανδρουλάκη (Ιούνιος 2019)⁸⁴ για να στηρίξει την άποψη ότι σύγχρονοι θεολόγοι ασχολούνται με το θέμα, τονίζοντας ότι το βασικό δίλημμα έγκειται στην καταστροφή του μη εμφυτευμένου εμβρύου έναντι του δικαιώματος της θεραπείας. Το δίλημμα όμως αυτό είναι παλαιό⁸⁵, καθώς στη χριστιανική βιοηθική προσέγγιση των θεραπευτικών δυνατοτήτων με τη χρήση εμβρυικών βλαστοκυττάρων αντιμετωπίζεται το ίδιο ακριβώς δίλημμα. Ο θεολογικός σχολιασμός συμπεριλαμβάνει την προβολή και διδασκαλία της χριστιανικής ανθρωπολογίας για το status του εμβρύου, η οποία έχει εκφρασθεί την τελευταία τριακονταετία στα βιοηθικά ζητήματα όπως η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, η προεμφυτευτική διάγνωση και ο προγεννητικός έλεγχος, η γονιδιακή επέμβαση στον άνθρωπο, η θεραπευτική κλωνοποίηση, οι θεραπευτικές μέθοδοι με τη χρήση ολοδύναμων εμβρυϊκών βλαστοκυττάρων. Τα βασικό θεολογικό δίλημμα είναι : Με την εφαρμογή της μεθόδου CRISPR/Cas9 αν θα καταστεί δυνατό να μην προσβαλλόμαστε από τον καρκίνο, την τύφλωση, τη θανατηφόρα γρίπη, τον ιό του AIDS και τόσα άλλα πριν από τη γέννησή μας, γιατί αυτή η δυνατότητα να αποτελεί ανηθική πρακτική, όταν θα περιλαμβάνει προκλινικές μελέτες και εγκεκριμένα ερευνητικά πρωτόκολλα, αλλά και τη μη καταστροφή

⁸³ Φανάρας Β. Το βιοηθικό δίλημμα σε σχέση με τα ανθρώπινα δικαιώματα, χριστιανική προσέγγιση, (Με αφορμή τη μέθοδο CRISPR/Cas9). *Πρακτικά* του Συνεδρίου «Θρησκείες και Ανθρώπινα Δικαιώματα» του Τμήματος Κοινωνικής Θεολογίας και Θρησκευολογίας ΕΚΠΑ. Φεβρουάριος Αθήνα, 2019. (εγκρίθηκε)

⁸⁴ Ανδρουλάκης Α. – Μ. Σχεδιάζοντας το γονιδίωμα: Θεολογική - Βιοηθική Θεώρηση των σύγχρονων γενετικών εφαρμογών -Μέθοδος CRISPR-, Διπλωματική εργασία, Αθήνα, 2019, <https://pergamos.lib.uoa.gr/uoa/dl/frontend/el/browse/2877872>

⁸⁵ Fanaras V. [Therapeutic Cloning: A dilemma between ethics and healing](#). *Bioethica Forum*. 2005; 46:14-15 και Fanaras V. [Stem Cell Research: Aspects from the Orthodox Christian Perspective](#). *Επιστημονική Επιθεώρηση του Μεταπτυχιακού Προγράμματος ΕΑΠ "Σπουδές στην Ορθόδοξη Θεολογία*. 2010; 1:285-291.

των εμβρύων; Στη συνέχεια ο γράφων ανέπτυξε στο θεολογικό σχολιασμό την ύπαρξη κριτηρίων για τη βιοηθική προσέγγιση του θέματος όπως : «η ζωή αποτελεί δώρο του Θεού προς τον άνθρωπο και αποκτά ιερό χαρακτήρα από τη στιγμή της σύλληψης»⁸⁶, ωστόσο, όταν αυτή έρχεται στον κόσμο με ασθένειες και παθήσεις από την πρώτη στιγμή της γέννησης ή λίγο αργότερα (ζημιογόνος γέννηση/wrongful birth) προσδίδει δυσβάχτο βάρος στους γονείς. Και συνέχισε: στην περίπτωση εγκεκριμένου ερευνητικού πρωτοκόλλου και προ κλινικών μελετών, το δίλημμα δείχνει να χάνει την ισχύ του, καθώς με τη μέθοδο CRISPR/Cas9 δεν παραβιάζεται η ελευθερία του ανθρώπου. Από την άλλη, όταν «η επέμβαση σκοπεύει στη θεραπεία ασθενειών και όχι στη διόρθωση της δημιουργίας» δεν καθιστά καθ' ολοκληρίαν καταδικαστική κάθε προσπάθεια των ερευνητών για τη θεραπεία κληρονομικών παθήσεων και ασθενειών, η οποία αποσκοπεί αποκλειστικά και μόνο στην ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου. Συμπερασματικά, εάν με την εφαρμογή της μεθόδου CRISPR/Cas9 επιδιώκονται το αγαθό της υγείας, η θεραπεία κληρονομικών ασθενειών, η εξάλειψη ζημιογόνου γεννήσεως, με δεδομένη την ύπαρξη εγκεκριμένων πρωτοκόλλων έρευνας και προ-κλινικών μελετών και δεν καταστρέφονται έμβρυα, τότε το βιοηθικό δίλημμα καθίσταται ανίσχυρο και η εφαρμογή θα μπορούσε να είναι ηθικά αποδεκτή από τη χριστιανική βιοηθική άποψη.



⁸⁶ Νικολαΐδης. Απόστολος. Από τη Γένεση στη Γενετική. εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα 2006:43-47.

Μάθημα 8ο Ευγονική

Περίληψη: Θα γίνει μια σύντομη αλλά απαραίτητη ιστορική αναδρομή στα βασικά σημεία εξέλιξης του φαινομένου «ευγονική» και στη συνέχεια, αφού αναλυθεί η θεωρία, η οποία βρίσκεται πίσω από την ευγονική θα αναλυθούν οι μορφές ευγονικής.

Πηγή: Θεοδώρα Παπαδοπούλου, *Ειδικά Θέματα Βιοηθικής*, Αποθετήριο ΚΑΛΛΙΠΟΣ, 2015 https://repository.kallipos.gr/pdfviewer/web/viewer.html?file=/bitstream/11419/3158/2/last%20version_book-KOY.pdf



8.1 Εισαγωγή

Το 1883 ο Galton, καθηγητής στο Πανεπιστήμιο του Λονδίνου, προτείνει για πρώτη φορά ότι το ανθρώπινο είδος μπορεί να βελτιωθεί με την ενίσχυση της αναπαραγωγής των ατόμων με επιθυμητά χαρακτηριστικά και με την αποτροπή της αναπαραγωγής των ατόμων με ανεπιθύμητα χαρακτηριστικά. Εισάγει, λοιπόν, την έννοια «ευγονική»⁸⁷, ενώ το 1901 - 1902 ανακαλύπτονται εκ νέου οι νόμοι του Mendel.⁸⁸ Δίνεται, λοιπόν, νέα ώθηση στη Γενετική, η οποία, όμως, βρίσκεται ακόμα σε εμβρυακή κατάσταση. Διαμορφώνεται, έτσι, υπό ένα επιστημονικό επίπεδο, το πεδίο δράσης της Ευγονικής.

Πολύ γρήγορα ιδρύονται κέντρα Ευγονικής στην Αμερική και την Ευρώπη με γνωστότερα: το *Ινστιτούτο Galton*, στο Λονδίνο, το *Ινστιτούτο Kaiser Wilhelm* στο Μόναχο και στο Βερολίνο, το *Gold Spring Harbor* στη Νέα Υόρκη και το *Human Betterment League*

⁸⁷ Paul, D. (1995). *Controlling Human Heredity: 1865 to the Present*. Atlantic Highlands, New Jersey: Humanities Press International Inc.

⁸⁸ Kevles, D. J. (2004). *In the Name of Eugenics: Genetics and the Uses of Human Heredity*. 5th Edition. London: Harvard University Press.

στη Βόρεια Καρολίνα⁸⁹. Στη Γαλλία το 1912, γνωστή ήταν η *French Eugenics Society*⁹⁰. Πολλά από αυτά τα Ινστιτούτα και τις ερευνητικές κοινότητες δημοσίευαν έρευνες τονίζοντας τα είδη των κοινωνικών προβλημάτων, τα οποία μπορούν να προκληθούν λόγω γενετικών «ανωμαλιών». Σε τέτοιες έρευνες στηρίχτηκαν οι νόμοι, αναφορικά με το ποιοι πρέπει να συνάπτουν γάμο, καθώς και οι νόμοι για τις στείρωσεις.

Το 1933 στη Γερμανία ψηφίστηκε ο Νόμος για την Πρόληψη των Γενετικά Ασθενών Απογόνων. Τότε ήταν που υπήρξαν 400.000 αναγκαστικές στείρωσεις. Ήταν περιπτώσεις ανθρώπων, οι οποίοι θεωρήθηκαν σχιζοφρενείς, άτομα με νοητική υστέρηση, μανιοκαταθλιπτικοί, επιληπτικοί. Στείρωθηκαν, επίσης, άτομα, τα οποία είχαν σοβαρές παραμορφώσεις ή ήταν αλκοολικοί ή έπασχαν από την ασθένεια του Huntington. Μέχρι το 1935 η εφαρμογή του παραπάνω νόμου αφορούσε και άτομα εβραϊκής καταγωγής· σε αυτά τα άτομα απαγορεύτηκε να αποκτούν απογόνους με μη Εβραίους. Μάλιστα, για να μην υπάρχει φυλετική μόλυνση επέβαλαν εξετάσεις πριν από τη σύναψη γάμου, δίνοντας και οικονομικά κίνητρα στους καλούς γεννήτορες (Lebensborn). Μέχρι το 1941, 700.000 άτομα αναφέρεται ότι θανατώθηκαν στο όνομα της «υγείας», της κοινωνίας και της φυλής⁹¹.

Η έννοια, όμως, της ευγονικής δεν θα πρέπει να συνδέεται ιστορικά μόνο με τις ναζιστικές/γερμανικές θηριωδίες. Στο όνομα της καθαρότητας και της βελτίωσης της φυλής, στη Σουηδία ήδη από το 1757 υπήρχαν νόμοι, οι οποίοι απαγόρευαν τους γάμους μεταξύ επιληπτικών. Στις σκανδιναβικές χώρες από το 1935 έως το 1949 περισσότερα από 20.000 άτομα στείρωθηκαν, κατά κύριο λόγο γυναίκες.

Το 1911, ήδη, στην Αμερική υπήρχε νομοθεσία για υποχρεωτική στείρωση των «γενετικά ελαττωματικών». Από το 1915 ως το 1925 στο Ellis Island, αποβιβάζονταν αρχικά οι μετανάστες και με γνώμονα ένα τεστ νοημοσύνης (ακατάλληλα τεστ νοημοσύνης) γινόταν η επιλογή αυτών, οι οποίοι θα εισέρχονταν τελικά στην χώρα. Στις ΗΠΑ ψηφίστηκε μάλιστα και η οδηγία *Johnson Act*, η οποία περιόριζε δραστικά, με ευγονικά επιχειρήματα, την είσοδο νέων μεταναστών, διότι οι νέοι μετανάστες, οι οποίοι προέρχονταν κυρίως από τις ανατολικές χώρες και τη νότια Ευρώπη ήταν από γενετική άποψη κατώτεροι σε σχέση με τους μετανάστες βόρειας καταγωγής. Στην Αμερική, επίσης, μέχρι το 1936, 31 πολιτείες είχαν ψηφίσει τον ευγονικό νόμο, ο οποίος ήταν υπέρ των στείρωσεων, θεωρώντας ότι προλαμβάνουν ή διορθώνουν τα λάθη της φύσης. Θεωρείται ότι 60.000 άτομα (επιληπτικοί, σεξουαλικοί παραβάτες, άτομα με νοητική υστέρηση) στείρωθηκαν στην Αμερική μέχρι τα

⁸⁹ Paul, D. (1995). *Controlling Human Heredity: 1865 to the Present*. Atlantic Highlands, New Jersey: Humanities Press International Inc.

⁹⁰ Schneider, W. (1982). Toward the Improvement of the Human Race: The History of Eugenics in France. *The Journal of Modern History*, 54 (2), 268 – 291.

⁹¹ Haller, M. (1984). *Eugenics; Hereditarian Attitudes in American Thought*. New Jersey: Rutgers University Press.

μέσα του 20^{ου} αιώνα, όπου και απαγορεύτηκαν αυτοί οι νόμοι⁹². Ο Henry Laughlin από το *Cold Spring Harbor Laboratory* δεν υποστήριξε μεν τη θανάτωση από συμπόνια, αλλά έλεγε ότι θα έπρεπε να σταματήσει η αναπαραγωγή «ακατάλληλων απογόνων». Στο όνομα της μείωσης της μη αναπαραγωγής των «ακατάλληλων» ανθρώπων, ο Laughlin υποστήριξε αρκετά τέτοια ερευνητικά προγράμματα. Ο ίδιος μάλιστα δημιούργησε το Νόμο-Μοντέλο Ευγονικής Στείρωσης (Model Eugenical Sterilization Law).⁹³

Η ευγονική θεωρούσε τα ανθρώπινα χαρακτηριστικά, τόσο αυτά της σωματικής κατασκευής, όπως, για παράδειγμα, το μήκος του βραχίονα όσο και αυτά της συμπεριφοράς, όπως για παράδειγμα την εγκληματικότητα ή την ευφυΐα, γενετικά προκαθορισμένα και μεταβιβαζόμενα στις επόμενες γενιές διαμέσου των νόμων της κληρονομικότητας του Mendel⁹⁴. Παρατηρούσε και στηριζόταν σε στοιχεία όπως η συχνότητα έκφρασης κάποιου χαρακτηριστικού σε μια ομάδα ανθρώπων, όπως για παράδειγμα η «χαμηλή» νοημοσύνη στους μετανάστες, πάντα βέβαια σύμφωνα με τις δικές της, αξιόπιστες μετρήσεις, παρά το γεγονός των αναποτελεσματικών μεθόδων της εποχής και των ελλειπών γνώσεων. Θεωρούσαν, έτσι, το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό ως το εγγενές διακριτό χαρακτηριστικό μιας ομάδας. Κατέληξαν έτσι στην κατηγοριοποίηση των ανθρώπων σε «αποτελεσματικούς» και «μη αποτελεσματικούς», ενώ στη συνέχεια λάμβαναν νομοθετικά και άλλα μέτρα για την προστασία της κοινωνίας από τον εκφυλισμό, δηλαδή, από την εισβολή και επικράτηση των «αναποτελεσματικών ανθρώπων».

Συνοψίζοντας, το θέμα της ευγονικής (από τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής ως τη Γερμανία) εξέφραζε την ανάγκη μέσω τέτοιων τακτικών είτε να περιφρουρηθεί η δύναμη των χωρών αυτών είτε να ενισχυθεί η οικονομική και κοινωνική αυτοδυναμία τους και να επεκταθεί η κυριαρχία τους. Το 1950 δημοσιεύτηκε η πρώτη δήλωση της UNESCO κατά της ευγονικής, υπογεγραμμένη από τους περισσότερους κορυφαίους Γενετιστές, Βιολόγους και επιστήμονες της εποχής. Την πρώτη αυτή δήλωση ακολούθησαν και άλλες· είχε ήδη σημάνει το «τέλος» της ευγονικής. Αναρωτιέται, λοιπόν, κανείς, τι θα γινόταν, όμως, αν κάποια χρόνια πριν, με το σκεπτικό του περιορισμού ή της «εξαφάνισης» των ανθρώπων με προβλήματα (νοητικά ή κινητικά), δεν είχε η ανθρωπότητα γνωρίσει τον Vincent Van Gough, τον Einstein ή τον Stephen Hawking.

Στην τωρινή της μορφή, η ευγονική αφορά την εκούσια αποδοχή της από τους ανθρώπους. Συσχετίζεται με την εξέλιξη της τεχνολογίας και αφορά τη γενετική. Τα

⁹² Reilly, P. R., (1991). *The Surgical Solution: A History of Involuntary Sterilization in the United States*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

⁹³ Lombardo, P. (2003). *Eugenics: Lessons from a History Hidden in Plain View*, Lecture to the California Legislature, Senate Select Committee on Genetics, Genetic Technologies, and Public Policy. California State Senate.

⁹⁴ Cooke, K. J. (1998). The Limits of Heredity: Nature and Nurture in American Eugenics before 1915. *Journal of the History of Biology*, 31, 263-278.

εργαλεία της γενετικής μηχανικής και της βιοτεχνολογίας για τη διαμόρφωση της γενετικής μας ταυτότητας, τον καθορισμό των γενετικών μας προδιαθέσεων κ.ά. είναι και εργαλεία της ευγονικής. Το ζήτημα είναι ότι στις μέρες μας, ως δρώντες της κοινωνίας, έχουμε εξοικειωθεί με τέτοιου είδους θέματα.

Επιπρόσθετα, γονείς οδηγούνται στην επιλογή συγκεκριμένων χαρακτηριστικών των παιδιών τους, ως κάτι ηθικά αποδεκτό, προκειμένου να μην επιτρέψουν στην κληρονομικότητα να επιδράσει αρνητικά στην τεκνοποίηση. Με αυτόν τον τρόπο, δεν θα επιτραπεί η γέννηση ατόμων, τα οποία θα υστερούν γενετικά, ενώ στις περιπτώσεις ζώων θα τους προστίθενται νέα γονίδια για την αποδοτικότητα τους, έχοντας ως απώτερο σκοπό την οικονομική και κοινωνική εξέλιξη. Παρατηρώντας, λοιπόν, την ιστορία της ευγονικής γίνεται εύκολα διακριτό ότι αυτή λόγω των ιστορικού της παρελθόντος εκφράζει περισσότερο αρνητικές υποδηλώσεις.

8.2.Η Θεωρία της Ευγονικής

Εννοιολογικά, λοιπόν, η ευγονική (ευ και γένεση/ γονίδιο) αποτελεί ένα σημαντικό κεφάλαιο στον χώρο της Βιοηθικής. Οι συζητήσεις επικεντρώνονται αρχικά στο συγκεκριμένο κάθε φορά γεγονός, το οποίο σχετίζεται με την ευγονική και στη συνέχεια γίνεται η κριτική από βιοηθική σκοπιά, προκειμένου να ιδωθούν όλες οι οπτικές για το εσφαλμένο ή μη αυτών των τοποθετήσεων. Κάποιες φορές μάλιστα με αφορμή ένα γεγονός, αντιμετωπίζεται η συζήτηση περί ευγονικής χωρίς την αναφορά σε ουσιώδη ηθικά διλήμματα.

Ευγονική είναι η επιστήμη της βελτίωσης του ανθρώπινου είδους μέσα από επιλεγμένες διασταυρώσεις, προκειμένου να επιτευχθούν τα επιθυμητά χαρακτηριστικά ή να αντιμετωπιστούν κάποια άλλα. Έτσι, τα βασικά χαρακτηριστικά αυτής, δηλαδή του ισχυρισμού της υπέρ επιλεγμένων διασταυρώσεων σε συνδυασμό με την προσπάθεια να επιτευχθούν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, καθιστά εκ πρώτης όψεως, δύσκολο να υπερασπιστεί κανείς ηθικά την ευγονική. Τα ερωτήματα της ευγονικής είναι ερωτήματα, τα οποία θέτει κανείς με βάση την εξέλιξη της τεχνολογίας και πως μπορεί η τεχνολογία να χρησιμοποιηθεί από τα μέλη μιας κοινότητας. Ο Caplan (1999)⁹⁵ υποστηρίζει ότι η σωματική μορφή χειραγώγησης σωματικών κυττάρων δεν είναι κατακριτέα ηθικά, όταν, όμως, αναφέρεται κανείς στην γενετική μορφή χειραγώγησης, τότε αυτό εγείρει ηθικά ζητήματα όχι μόνο για την μεταβολή του γενετικού υλικού, ως τέτοιο, αλλά και για το μέλλον των επερχόμενων γενεών. Έτσι, η κριτική για τη μεταβολή του γεννητικού υλικού είναι, κατά

⁹⁵ Caplan, A. L., Scot, R. T., Jr., Nelson, L. J. (2014). The Ethical Implications of Preimplantation Genetic Diagnosis, Moderator: Ann M. Gronowski, *Clinical Chemistry*, 60 (1), 25–28.

τους μελετητές, της ίδιας μορφής κριτικής, η οποία ασκείται και εναντίον της ευγονικής.

Η συζήτηση μάλιστα κινείται μεταξύ του «σχεδιασμού παιδιών» και της αντιμετώπισης ασθενειών ως να είναι ταυτόσημες τακτικές. Πρέπει, λοιπόν, να γίνει διάκριση μεταξύ «σχεδιασμού παιδιών» και της αντιμετώπισης των ασθενειών. Η γενετική χειραγώγηση του γονιδιώματος δίνει τη δυνατότητα να μειωθεί δραστικά η όποια πιθανότητα αρρώστιας ή αναπηρίας. Ο κίνδυνος, όμως, ελλοχεύει παρά το γεγονός ότι πάντα ελπίζουμε, ως κοινωνία ότι οι γονείς θα λαμβάνουν πάντοτε αποφάσεις με γνώμονα το καλό των παιδιών τους γνωρίζοντας βέβαια ότι πολλές φορές μπορεί να είναι αναγκασμένοι να λαμβάνουν και λανθασμένες αποφάσεις λόγω των όποιων συνθηκών. Δεν πρέπει να παραγνωρίζεται η κοινωνική διάσταση της επιβολής για την ανάγκη να είναι κανείς «τέλειος». Πρέπει να γίνει κατανοητό, ότι ακόμα και αν η κοινωνία αποφασίσει ότι ένα συγκεκριμένο χαρακτηριστικό είναι ωφέλιμο για την μετέπειτα ζωή και εξέλιξη των ατόμων δεν σημαίνει αυτό απαραίτητα ότι αυτό είναι και ηθικά ορθό. Ας σκεφτούμε, για παράδειγμα, το χρώμα του δέρματος. Μπορούν, όμως, να υπάρχουν και χαρακτηριστικά, τα οποία κατά γενική ομολογία να θεωρούνται ωφέλιμα; Είναι της ίδιας βαρύτητας να θέτει κανείς, ως ισοδύναμα τα ερωτήματα της γενετικής επιδιόρθωσης για την αποφυγή μιας ασθένειας με αυτό της γενετικής προσθήκης, ώστε να επιτευχθεί ένα επιθυμητό αποτέλεσμα;

Ποιος ορίζει τι είναι επιθυμητό γονίδιο; Ποιος θα έχει την αρμοδιότητα ή την εξουσία να αποφασίσει και να πραγματοποιήσει κάτι τέτοιο; Ποια θα είναι τα κριτήρια αλλαγής των γονιδίων; Γιατί, από τη στιγμή, που μπορεί κάποιος να αλλάξει τα γονίδια, τα οποία σχετίζονται με σοβαρές ασθένειες (διαβήτης, μεσογειακή αναιμία), να μην μπορεί να μεταβάλλει και αυτά, τα οποία σχετίζονται, για παράδειγμα, με την παχυσαρκία;

Η γενετική μηχανική δεν είναι κάθε αυτή κάτι αρνητικό. Είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό ότι η επικράτηση μιας γενετικής μηχανικής, η οποία θα χρησιμοποιείται όχι για την αντιμετώπιση κάποιας ασθένειας, αλλά για την επιλογή συγκεκριμένων ανθρώπινων χαρακτηριστικών έναντι άλλων θα μεγαλώσει το χάσμα μεταξύ των ασθενών οικονομικά και κοινωνικά ομάδων. Αν οι άνθρωποι θελήσουν να δημιουργήσουν το καλύτερο ανθρώπινο γεννητικό κώδικα παρεμβαίνοντας συνεχώς, αυτό θα άλλαζε τον τρόπο θεώρησης των πραγμάτων δημιουργώντας ενδεχομένως υποείδη, ενώ κανείς δεν μπορεί να προβλέψει και τις επιπτώσεις, οι οποίες μπορούν να δημιουργηθούν στο DNA. Παράλληλα θα χαθεί η έννοια της ποικιλομορφίας καθώς και η δυνατότητα βελτίωσης από τη στιγμή, που θα υπάρχει έλεγχος στο γονιδίωμα και θα απομακρύνεται, το όποιο κύτταρο με μη χαρτογραφήσιμα γονίδια. Επιπρόσθετα, η επιλογή ενός φύλου έναντι του άλλου δεν θα πρέπει να είναι επιλογή (ήδη στις μέρες μας υπάρχει η ευνοϊκή επιλογή ενός φύλου έναντι του άλλου). Οι γονείς, οι οποίοι κάνουν τέτοιες επιλογές δεν αναφέρονται στο καλό των παιδιών τους, αλλά των ιδίων και υποκινούνται από την ανάγκη της δικής τους επιτυχίας.

Η συζήτηση στις μέρες μας περιστρέφεται γύρω από την εξής τοποθέτηση: η βασική

αρχή της ευγονικής αφορά την αύξηση των πιθανοτήτων να φέρει κανείς στον κόσμο υγιή παιδιά. Μάλιστα, τονίζεται ότι όλες αυτές οι προληπτικές κινήσεις πριν μια εγκυμοσύνη (αποφυγή αλκοόλ, τσιγάρου, υγιεινή διατροφή κλπ.) αφορούν τις βασικές συνιστώσες της ευγονικής. Ο προγεννητικός έλεγχος αφορά την περίπτωση διακοπής κυήσεως σε περίπτωση, που αποδειχτεί ότι το έμβρυο έχει κάποιο πρόβλημα. Είναι ηθικά νομιμοποιημένο, όμως αυτό περισσότερο από την χρήση της γενετικής μηχανικής για βελτίωση της υγείας του μωρού;

Η τωρινή, λοιπόν, μορφή ευγονικής αφορά την ορθολογική αντιμετώπιση των τεχνολογικών επιτευγμάτων. Γίνεται προσπάθεια να συνδεθεί η ευγονική με την επίλυση σημαντικών κοινωνικών προβλημάτων. Θεωρώ, όμως, ότι παρά το γεγονός ότι δεν θα επιστρέψουμε σε εκείνα τα ηθικά ασύλληπτα περιεχομένου γεγονότα, των παλαιότερων χρόνων, ελλοχεύει ο κίνδυνος να δούμε ή να ζούμε ήδη κάποιες εκφάνσεις αυτών. Μπορεί οι απαιτήσεις για στέρωση να έχουν περάσει ανεπιστρεπτί, όμως, τα επιχειρήματα σχετικά με τις τοποθετήσεις για την «αντιμετώπιση της γονιμότητας» συνδεδεμένη με την κοινωνική ευημερία (ΗΠΑ) καθώς και τα συναισθήματα, τα οποία υπάρχουν για τους μετανάστες όχι μόνο στην Αμερική αλλά και στην Ευρώπη, καταδεικνύουν ότι δεν είμαστε άτρωτοι στις προκαταλήψεις των προκατόχων της ευγονικής.

Παράλληλα, ως άνθρωποι δεν είμαστε διατεθειμένοι να δούμε τα τρωτά σημεία μας ούτε στον εαυτό μας ούτε στους άλλους και οδηγούμαστε να λαμβάνουμε αποφάσεις, οι οποίες επηρεάζουν και τις θέσεις/ απόψεις μας για την αναπαραγωγή ή τι πρέπει να αναπαράγουμε. Όταν, στις μέρες μας, ο Οργανισμός για την Προστασία της Υγείας (HMO) αρνείται να καλύψει τη γέννηση ή τη φροντίδα ενός παιδιού, το οποίο με επίσημα στοιχεία αποδεικνύεται «ελαττωματικό», πόσο απέχει αυτό από την παλιότερη μορφή ευγονικής; Όταν η γονιδιακή θεραπεία χρησιμοποιείται για να βελτιώσει τις κοινωνικές ή άλλες συνθήκες, μας θυμίζει αυτό κάτι από τις πρακτικές του παρελθόντος αναφορικά με την ευγονική; Όταν οι αναπαραγωγικές αποφάσεις λαμβάνονται κατά κύριο λόγο, υπό την οπτική του κοινωνικού κόστους, σημαίνει αυτό ίσως ότι πραγματικά ακολουθούμε βήματα της παλιάς εκείνης μορφής ευγονικής;

8.3 Θετική και Αρνητική μορφή ευγονικής

Στην κατηγοριοποίηση της θετικής και αρνητικής μορφής ευγονικής επικρατεί η αντίληψη ότι η αρνητική μορφή ευγονικής δεν κρίνεται ως ευγονική, ενώ η θετική μορφή ευγονικής είναι η υλοποίηση της ευγονικής⁹⁶. Στη Ναζιστική Γερμανία εφαρμόστηκαν και οι δυο μορφές ευγονικής. Οι Αμερικάνοι εκπρόσωποι της ευγονικής (η εγκληματικότητα ως κοινωνικό και κληρονομικό φαινόμενο) υποστήριξαν την ιδέα της θετικής ευγονικής, αν και επικεντρώθηκαν πολύ περισσότερο στην αρνητική μορφή ευγονικής. Οι έννοιες «θετικό»

⁹⁶ Wilkinson, S. (2008). "Eugenics Talk" and the Language of Bioethics. *Journal of Medical Ethics*, 34(6), 467-471.

και «αρνητικό» δεν έχουν αξιολογικό ή ηθικό περιεχόμενο.

Η θετική μορφή ευγονικής αποσκοπεί στον πολλαπλασιασμό των επιθυμητών χαρακτηριστικών έτσι ώστε να ενισχυθούν οι φυσικές δυνατότητες των ανθρώπων. Ήταν συμβουλευτική και προτρεπτική πρακτική για τη δημιουργία «καλύτερων οικογενειών». Στην ιστορική της πορεία παρατηρεί κανείς ότι στο επίκεντρο βρισκόταν η εξέταση και η αρχειοθέτηση οικογενειακών δέντρων, προκειμένου να διακρίνεται πάντοτε η «καλύτερη» οικογένεια. Συνολικά αρχειοθετήθηκαν περίπου 750.000 οικογενειακά δέντρα. Στην κορυφή της πινακίδας σύμφωνα με τις μελέτες βρισκόνταν οι Αγγλοσάξονες άνδρες.

Η θετική μορφή ευγονικής βρίσκεται στο στόχαστρο της κριτικής γιατί στην ουσία αποσκοπεί στην εργαλειοποίηση του ανθρώπου. Η θετική ευγονική υπεραμύνεται στην ουσία της κατασκευής ατόμων γιατί θεωρεί ότι η ενίσχυση ορισμένων χαρακτηριστικών θα βοηθήσει όχι μόνο το πρόσωπο αλλά και την κοινωνία. Αποσκοπεί στο να πολλαπλασιάσει τους «χαρισματικούς» ανθρώπους, να ενισχύσει έτσι την κοινωνία αυξάνοντας τον αριθμό των ατόμων, τα οποία θα μπορούσαν να φανούν χρήσιμα στην κοινωνία. Στις απαρχές της, αυτό γινόταν με την τακτική του γάμου μεταξύ των καλών «γόνων». Αυτό απαιτούσε μακρόπνοο σχεδιασμό, ενώ η επιχειρηματολογία ήταν ότι μέσω των αρχών της θα επιτευχθεί και η καταπολέμηση της άσκοπης δαπάνης του εισοδήματος των φορολογουμένων.

Η αρνητική μορφή ευγονικής αποσκοπεί στον περιορισμό των γενετικών ανωμαλιών. Ήταν πρακτική παρεμπόδισης των «ακατάλληλων» διασταυρώσεων με βάση τη «γνώση»-«θεώρηση» του γενετικά σωστού. Άτομα, τα οποία κρίνονταν ακατάλληλα για αναπαραγωγή ήταν τα άτομα με νοητική υστέρηση, οι τρελοί, οι εγκληματίες, οι τσιγγάνοι, οι Εβραίοι (κυρίως στη Γερμανία) και οι μαύροι. Η αρνητική ευγονική υπόσχεται στην ουσία μείωση της ανθρώπινης δυστυχίας μέσω της εξάλειψης παθολογικών προβλημάτων (επιλεκτική διακοπή κύησης, θεραπευτική έκτρωση κλπ.). Αποσκοπεί στο να περιορίσει τις περιπτώσεις σωματικά αναπήρων ή ατόμων με νοητική υστέρηση, οι οποίοι κατά κύριο λόγο θα στηρίζονται στην κρατική βοήθεια. Ο κύριος άξονας της στηρίζεται στην αρχή ότι η ευγονική πρέπει να αντισταθμίζει τα αρνητικά στοιχεία, ώστε να αντιμετωπίζονται προβλήματα βιολογικής παρακμής. Οι υποστηρικτές της θεωρούν ότι αν και έχουμε φτάσει στο σημείο να γνωρίζουμε τόσα για το ανθρώπινο γονιδίωμα, δεν είναι δυνατόν να οδηγούμαστε σε υπερβολές γιατί γνωρίζουμε την πολυπλοκότητά του. Το ερώτημα, όμως, το οποίο και πάλι τίθεται είναι: αποτρέποντας την γέννηση κάποιων ατόμων μειώνουμε αυτόματα και τη δυστυχία τους; Μπορούμε να πούμε τελικά ότι μια ανθρώπινη ζωή μπορεί να έχει αρνητική αξία; Θεωρώ επιτακτική την ηθική επιταγή ιεράρχησης των προτεραιοτήτων, όταν πρόκειται για περιπτώσεις γενετικών ανωμαλιών, οι οποίες προκαλούν σοβαρά προβλήματα υγείας και αποτελούν τροχοπέδη για μια ζωή πλήρους νοήματος.

8.4 Κοινωνική και Οικονομική μορφή ευγονικής

Οι σύγχρονες εξελίξεις της τεχνολογίας και η εξέλιξη των κοινωνιών, έχουν προσδώσει διαφορετικό χαρακτήρα και στην ευγονική. Ως εκ τούτου, αυτές οι νέες οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες έχουν δημιουργήσει τα θεμέλια για μια κοινωνική και οικονομική ενσωμάτωση της ευγονικής. Κάποιοι, μάλιστα, αναφέρονται σε αυτήν ως μια «εμπορευματοποιημένη» μορφή καλλιέργειας του ευγονισμού (Rifkin, 1998)⁹⁷, η οποία εκφράζεται τόσο στην κοινωνική όσο και στην οικονομική της διάσταση.

Τελικά, λοιπόν, παρουσιάζεται η ευγονική ως κοινωνικό και οικονομικό δώρο, το οποίο είναι προς όφελος των ανθρώπων να χρησιμοποιηθεί. Προτείνεται μια διαφορετική μορφή κοινωνίας, η οποία, όμως, στην ουσία ενισχύει την έμμεση επιβολή της ευγονικής. Τα άτομα αυτά πολλές φορές ούτε ενημερωμένα είναι ούτε ενεργούν βάσει των επιλογών τους.

8.5. Η ευγονική στις μέρες μας

Η δυνατότητα, λοιπόν, γενετικής βελτίωσης είτε με τη μορφή της διόρθωσης ενός γενετικού ελαττώματος (αρνητική ευγονική) είτε με τη μορφή επέμβασης στο γενότυπο με απώτερο σκοπό τη βελτίωση των στοιχείων φυσικής και διανοητικής απόδοσης του ατόμου (θετική ευγονική) εκφράζουν τη νέα διάσταση της ευγονικής. Κατά συνέπεια η ευγονική στις μέρες μας, όπως ήδη τονίστηκε, έχει εισέλθει στην εκούσια μορφή «επιλογής» της. Δηλαδή, οι άνθρωποι την έχουν εντάξει στη ζωή τους χωρίς να μπαίνουν στη διαδικασία να θέτουν οποιαδήποτε μορφής ηθικά διλήμματα γιατί οι υπαγόμενες στην ευγονική τακτικές, θεωρούνται αναπόσπαστο τμήμα των κοινωνιών μας. Οι υπέρμαχοι της ευγονικής, διαμέσου των νέων μορφών της, επιχειρηματολογούν για τη δυνατότητα του ανθρώπου να επανασχεδιάσει τη ζωή και το μέλλον του. Η συζήτηση, λοιπόν, γύρω από την ευγονική και το τι μπορεί να επιτύχει και που έγκειται οι αστοχίες της αποτελούν κοινό τόπο στις μέρες μας. Οι βιοηθικές συζητήσεις για την προγεννητική και προεμφυτευτική, για παράδειγμα, γενετική διάγνωση (PGD) αναφέρονται στην ευγονική. Υπάρχουν, λοιπόν, σήμερα πολλοί, οι οποίοι τάσσονται υπέρ μιας νέας μορφής ευγονικής, η οποία θα μειώνει τις ασθένειες, όπως η αναιμία, το σύνδρομο Huntington και το σύνδρομο Down. Υπέρμαχοι και πολέμιοι αυτών υπάρχουν αρκετοί.

Η συζήτηση, λοιπόν, τα τελευταία χρόνια περιστρέφεται γύρω από την προεμφυτευτική γενετική διάγνωση (Preimplantation Genetic Diagnosis/PGD) και τη γονιδιακή θεραπεία. Αρχικά αναπτύχθηκε ως απάντηση στην έκκληση βοήθειας από τη μεριά των γονέων, οι οποίοι ενώ ήθελαν να τεκνοποιήσουν, δεν το πραγματοποιούσαν γιατί υπήρχε περίπτωση να μεταδώσουν ασθένειες στα παιδιά τους. Στη συνέχεια προστέθηκαν μια σειρά από

⁹⁷ Rifkin, J. (1998). A Eugenic Civilization. In: *The Biotech Century: Harnessing the Gene and Remaking the World*. New York: Jeremy P. Tarcher/Putnam, 116-147.

επιχειρήματα και αναπτύχθηκε μια ολόκληρη προβληματική ότι πέρα από την προσφερόμενη υποστήριξη σε γονείς, οι οποίοι δεν ήθελαν μεταδώσουν ασθένειες στα παιδιά τους, αυτή η τεχνική θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί και για να δοθούν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά στα αναπαραχθέντα παιδιά. Έτσι οι μελετητές αναφέρονται και στο συνδυασμό αυτών των δυο τεχνικών(προεμφυτευτική γενετική διάγνωση και γονιδιακή θεραπεία), οι οποίες σχετίζονται με τη γονιδιακή σύσταση του προ-εμβρύου, εξαλείφοντας ή εμφυτεύοντας χαρακτηριστικά: στην ουσία, λοιπόν, επιχειρηματολογούν υπέρ μιας κατασκευής.

Η προεμφυτευτική γενετική διαδικασία, η οποία πραγματοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1988αφορά την εξωσωματική γονιμοποίηση κατόπιν του πολλαπλασιασμού του γονιμοποιημένου ωαρίου σε οκτώ ή δεκαέξι κύτταρα. Είναι η τεχνική της *in vitro* γονιμοποίησης για να εξασφαλιστεί ότι το μωρό δεν θα έχει κάποιο γενετικό ελάττωμα, το οποίο θα έχει κληρονομήσει από κάποιον γονέα. Μετά τη γενετική ανάλυση, μόνο εκείνα τα έμβρυα, τα οποία είναι απαλλαγμένα ελαττωμάτων εμφυτεύονται στη μήτρα της μητέρας. Αν δεν υπάρχουν έμβρυα, τα οποία είναι απαλλαγμένα από αυτά τα ελαττώματα, η διαδικασία επαναλαμβάνεται. Τα ποσοστά επιτυχίας κυμαίνονται από 25% μέχρι 50%.

Διαμέσου, λοιπόν, της προεμφυτευτικής διαδικασίας, αναδεικνύεται η ηθική διάσταση της ευγονικής, από τη μια μεριά της αρνητικής –εξαλείφοντας τα χαρακτηριστικά, τα οποία δεν είναι επιθυμητά- και από την άλλη της θετικής– δημιουργώντας τα επιθυμητά χαρακτηριστικά, εγείρει ηθικά διλήμματα όχι μόνο για αυτούς, οι οποίοι προσφέρουν αυτήν τη δυνατότητα αλλά και για αυτούς, οι οποίοι επιδιώκουν την χρησιμοποίησή της.

Πού είναι τα όρια μεταξύ ευγονικής και πρόληψης ασθενειών; Και αν όντως, πρέπει να υπάρχουν όρια, ποιος είναι αυτός, που τα ορίζει; Αναρωτιέται κανείς, αν όλα αυτά τα πλεονεκτήματα, τα οποία φέρει η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση, με το πλήθος των πληροφοριών, είναι σε θέση να τα διαχειριστούν όχι μόνο οι γονείς αλλά και οι ίδιοι οι κλινικοί ιατροί.

Αφορά η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση, ένα ηθικό δίλημμα, το οποίο σχετίζεται με την αυτονομία του ασθενούς; Κεντρικό σημείο αποτελεί το επιχείρημα ότι πρέπει να υπάρχει ενημέρωση σχετικά με τις παρεχόμενες δυνατότητες και την εξέλιξη της τεχνολογίας: οι γονείς πρέπει να γνωρίζουν όλες τις πιθανές πληροφορίες. Δεν υπάρχουν διατάξεις/οδηγίες, οι οποίες να αφορούν συγκεκριμένα τον τρόπο με τον οποίο εφαρμόζεται η προεμφυτευτική γενετική (Franklin & Roberts, 2006)⁹⁸. Το αν λάβει χώρα, επαφίεται στην αρμοδιότητα του θεράποντος ιατρού και στην απόφαση, την οποία θα λάβουν, οι μελλοντικοί γονείς. Ο Caplan (2014)⁹⁹ θεωρεί ότι δεν θα έπρεπε να εμπλακούν πολιτικές συνιστώσες στη νομιμοποίηση της προεμφυτευτικής γενετικής. Θα μπορούσαν, όμως, να υπάρχουν κάποιες

⁹⁸ Franklin, S., Roberts, C. (2006). What Is PGD?. In *Born and Made: An Ethnography of Preimplantation Genetic Diagnosis*. STU - Student edition, Princeton University Press, 25-74.

⁹⁹ Caplan, A. L., Scot, R. T., Jr., Nelson, L. J. (2014). The Ethical Implications of Preimplantation Genetic Diagnosis, Moderator: Ann M. Gronowski, *Clinical Chemistry*, 60 (1), 25–28.

συγκεκριμένες ρήτρες αναφορικά με ορισμένες μόνο περιπτώσεις, όπως θα ήταν, για παράδειγμα, να έχουν τη δυνατότητα οι γονείς να προχωρούν σε αυτήν, όταν τίθεται θέμα κάποιας αναπηρίας. Θα είναι, όμως, καταδικαστέα, στις περιπτώσεις, όπου γίνεται στην ουσία

«κατασκευή» ενός μωρού επιλέγοντας τα επιθυμητά χαρακτηριστικά. Και πάλι, όμως, εγείρονται ηθικά διλήμματα. Τίθεται θέμα αλληλεγγύης ή είναι ανεδαφικό να αντιμετωπίζεται έτσι το συγκεκριμένο θέμα;

Είναι μόνο θέμα κοινωνικό η επικράτηση της προεμφυτευτικής γενετικής διάγνωσης; Αφορά τον κίνδυνο, ο οποίος ελλοχεύει για την επικράτηση ορισμένων προτύπων κανονικότητας, τα οποία θα τα επιβάλλει η άρχουσα τάξη; Είναι η επικράτηση της κρατούσας ιδεολογίας διαμέσου της ευγονικής; Ή πρέπει κανείς να θέσει διαφορετικά τα ερωτήματα; Ποια είναι η αξία του ηθικού προσώπου; Υπάρχει ηθικό πρόσωπο; Εκτίθεται σε κίνδυνο η προσωπική ζωή ή η αυτονομία ή η διαφορετικότητα των ανθρώπων; Θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε την ευγονική ως ένα είδος προικοδότησης με ευγενικές ιδιότητες; Δεν υπάγεται στα ενδιαφέροντα των μελλοντικών γονιών να έχουν υγιείς απογόνους; Ο Habermas (2001)¹⁰⁰ θεωρεί ότι η προεμφυτευτική διαδικασία σχετίζεται με το σχεδιασμό μωρών, «μωρών κατά παραγγελία» και υποστηρίζει ότι η γενετική μορφή χειραγώγησης, θα επιφέρει αλλαγές στον τρόπο κατανόησης της ηθικότητας, ενώ παράλληλα θα διαρρήξει τα κανονιστικά θεμέλια της κοινωνικής ενσωμάτωσης. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή Γενετικής τονίζει ότι η δημιουργία παιδιών κατά ένα πρότυπο «παραγγελίας» από την μεριά των γονιών είναι δύσκολο αν όχι απίθανο να πραγματοποιηθεί (Human Genetics Commission, 2006).¹⁰¹ Βέβαια, κάποιες μελέτες καταδεικνύουν το αντίθετο¹⁰², όταν αναφέρονται σε περιπτώσεις, όπου μπορεί σε μερικά χρόνια να «αναπαράγονται τα αθλητικά γενετικά χαρακτηριστικά» για την επίτευξη συγκεκριμένων αθλητικών προτύπων και αποδόσεων. Έτσι, ακόμα και αν δεχτούμε ότι στο μέλλον τέτοια σενάρια «σχεδιασμού» μωρών μπορούν να θεωρηθούν πιθανότερα, πρέπει να υπάρξει μια διαχωριστική γραμμή από τη σημασία ύπαρξης της προεμφυτευτικής γενετικής διάγνωσης.

Οι πολέμιοι είναι καυστικοί θεωρώντας ότι αυτή εκφράζει μια απειλή όχι μόνο προς την κοινωνία, αλλά και προς το ανθρώπινο είδος. Είναι η ερώτηση για το δίλημμα μεταξύ της ελευθερίας των επιλογών μας και του ελέγχου, ο οποίος πρέπει να ασκείται. Βέβαια, κάποιοι υποστηρίζουν –όπως ειπώθηκε και παραπάνω - ότι δεν πρέπει να υπάρχει ταύτιση

¹⁰⁰ Habermas, J. (2001). *Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?*. Suhrkamp: Frankfurt am Main.

¹⁰¹ Human Genetics Commission (HGC) (2006). *Making Babies: Reproductive Decisions and Genetic Technologies*.

¹⁰² Boucahrd, C., Malina, R., Pérusse, L. (1997). *Genetics of Fitness and Physical Ethics*, 5th Edition. Oxford: Oxford University Press.

μεταξύ της προεμφυτευτικής γενετικής διάγνωσης και της περίπτωσης των κατά παραγγελία εμβρύων.

Η κριτική, η οποία δέχεται η προεμφυτευτική γενετική διάγνωση προέρχεται από διάφορες κατευθύνσεις. Από τη μια μεριά, υποστηρίζεται ότι η «συλλογή» εμβρύων είναι ηθικά λανθασμένη γιατί δεν λογίζει το έμβρυο ως ανθρώπινο υποκείμενο. Τα επιχειρήματα, τα οποία καταδεικνύουν την προβληματική αυτή οπτική είναι πολλά και αφορούν κατά κύριο λόγο το επιχείρημα ότι μπορεί τα έμβρυα να ανήκουν και αυτά στο ανθρώπινο είδος, αλλά δεν μοιράζονται το ίδιο status με όλα τα ανθρώπινα υποκείμενα από τη στιγμή, που δεν έχουν τη δυνατότητα της ανάπτυξης της ατομικότητάς τους. Δηλαδή, κατά τη γενετική δεν υπάρχει «ατομικότητα» σε καμιά μορφή (βιολογική, ηθική, νομική) από τη στιγμή, που δεν υφίσταται η διαφορετικότητα στα εμβρυικά κύτταρα, μέχρι πάντα τη στιγμή αυτά να γίνουν ένα “primitive streak” (πρωτόγονη ράβδωση). Παράλληλα για τις όποιες ηθικές ενστάσεις υφίστανται κατά τη διάρκεια της *in vitro* γονιμοποίησης αναφορικά με την επιλεκτική έκτρωση, το επιχείρημα, που προβάλλεται είναι ότι υπάρχει συναίνεση υπό το σκεπτικό ότι αυτή η ενέργεια είναι ηθικά νομιμοποιημένη από τη στιγμή, που σε αντίθετη περίπτωση μπορεί λόγω των προβλημάτων να υπέφερε τόσο το παιδί όσο και οι γονείς.

Ένα άλλο επιχείρημα κατά της προεμφυτευτικής γενετικής διάγνωσης είναι η σύνδεση του με την κριτική για τα δικαιώματα των ανθρώπων με αναπηρίες. Η κριτική αφορά την επιλεκτική μεταφορά μόνο των υγιών εμβρύων, πράγμα, το οποίο αντιτίθεται στα δικαιώματα των ανθρώπων με αναπηρίες. Είναι σαν να αρνείται κανείς το δικαίωμα αυτών να λογίζονται ως ίσοι. Αυτό το επιχείρημα είναι αδύναμο καθώς αφορά, επίσης, την υγεία της γυναίκας, αν πραγματοποιηθεί κάτι αντίθετο. Οι Buchanan, *et al.* (2000)¹⁰³ επιχειρηματολογούν ότι μέσω αυτών των εξελίξεων της τεχνολογίας μειώνοντας, δηλαδή την ύπαρξη ανθρώπων με γενετικά προβλήματα, τελικά επικρατεί «έλλειψη υποστήριξης» στα πλαίσια της δημόσιας πολιτικής. Η προεμφυτευτική, όμως, γενετική διάγνωση δεν επιδιώκει κάτι τέτοιο.

Ακολουθώντας τώρα την προεμφυτευτική γενετική διάγνωση από την οπτική των γονιών, στη βιβλιογραφία υπάρχει μια ευρεία γκάμα κριτικών, οι οποίες τονίζουν ότι κατά τη διάρκεια αυτής της διάγνωσης, οι γονείς στα πλαίσια της αναπαραγωγικής αυτονομίας έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν, όποιο χαρακτηριστικό προτιμούν για τα παιδιά τους. Στο σύνολο τους, όμως, οι ευρωπαϊκές χώρες συμφωνούν ότι δεν είναι επιτρεπτή (απαγορεύεται) η επιλογή του φύλου και συγκεκριμένων χαρακτηριστικών κατά την προεμφυτευτική γενετική διάγνωση. Αυτό αναφέρεται ακόμα και στις περιπτώσεις, όπου γονείς πάσχουν από την ασθένεια της αιμορροφιλίας (hemophilia), κατά την οποία είναι επιθυμητοί μόνο

¹⁰³ Buchanan, A., Brock, D. W., Daniels, N., Wikler, D. (2000). *From Chance to Choice. Genetics and Justice*. Cambridge: Cambridge University Press.

αρσενικοί απόγονοι γιατί μόνο αυτοί δεν θα μεταφέρουν αυτήν τη μετάλλαξη σε αντίθεση με τα κορίτσια.

Η αρχή της αυτονομίας αποτελεί τον καλύτερο οδηγό προς την κατανόηση αυτής. Υπό την οπτική των μελλοντικών παιδιών, υπάρχει συναίνεση ότι η γενετική, όταν δεν τηρούνται κάποια όρια (περίπτωση ασθενειών, μη γονιμότητας κλπ.), δημιουργεί στα μελλοντικά παιδιά την αίσθηση ότι έχουν εξυπηρετήσει με τον ένα ή με τον άλλο τρόπο τους σκοπούς των γονιών τους, αν αυτοί, για παράδειγμα, επιλέξουν για αυτά συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, όπως το φύλο ή η ενίσχυση των αθλητικών τους επιδόσεων.

Τι γίνεται, όμως, στις περιπτώσεις, όπου, για παράδειγμα, οι γονείς είναι κωφάλαλοι και επιθυμούν διαμέσου της προεμφυτευτικής γενετικής διάγνωσης να αποκτήσουν παιδιά; Πώς τα μελλοντικά παιδιά θα ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της ζωής με γονείς, οι οποίοι είναι κωφάλαλοι; Θα είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις δυο διαφορετικών κόσμων; Η τεχνολογία, μπορεί να δώσει και εδώ τη λύση του εμφυτεύματος για ένα παιδί, το οποίο είναι κωφάλαλο, ακόμα και αν οι περιπτώσεις επιτυχίας δεν είναι ιδιαίτερα υψηλές.

Τα ηθικά διλήμματα αναφορικά με την προεμφυτευτική γενετική διάγνωση είτε αφορούν τους γονείς είτε την ιατρική ομάδα δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπίζονται τόσο υπεραπλουστευμένα. Δηλαδή, οι γονείς, οι οποίοι έχουν επιλέξει να εφαρμόσουν αυτήν τη διάγνωση δεν σημαίνει ότι είναι κακοί γονείς, όταν επιλέγουν να αποκτήσουν ένα παιδί, υπό το πρίσμα της κριτικής ότι πρόκειται για την εργαλειοποίηση του «δότη παιδιού» ή λόγω της καταστροφής εκείνων των εμβρύων, τα οποία δεν είναι υγιή.

Μάθημα 9^ο Φαρμακογονιδιωματική και Ηθική

Πηγή: <http://www.tinyurl.com/yczmgre9>

9.1. Εισαγωγή

Η παρούσα σύντομη εισήγηση¹⁰⁴ επικεντρώνεται στην προσέγγιση των θεμάτων, τα οποία συνδέονται με τη γενετική επεξεργασία του ανθρώπινου γονιδιώματος (genome editing) και με τα συναφή ηθικά διλήμματα που εγείρει η εφαρμογή της Φαρμακογονιδιωματικής. Η Ηθική βασίζεται σε αρχές και κριτήρια, -με όποια ηθική θεωρία κι αν προσεγγίζεται το θέμα-, και προβάλλει τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα της προστασίας, της αξιοπρέπειας και της ταυτότητας κάθε ανθρώπινου όντος, την εγγύηση του σεβασμού της ακεραιότητας και των δικαιωμάτων και θεμελιωδών ελευθεριών,¹⁰⁵ αλλά και την ισότιμη συμμετοχή στο κοινωνικό αγαθό της υγείας και της συνεπαγόμενης θεραπείας του ασθενούς.

9.2. Επεμβάσεις στο ανθρώπινο γονιδίωμα

Οι επιστημονικές και τεχνολογικές εξελίξεις στη γενετική και βιοτεχνολογία είναι αματώδεις. Οι ερευνητές καλούνται να αντιμετωπίσουν νέα σύγχρονα διλήμματα, τα οποία προκύπτουν, καθώς οι νέες τεχνολογίες τροποποίησης γονιδιώματος παρέχουν δυνατότητες θεραπειών, ταυτόχρονα όμως δημιουργούνται ευθύνες για τη χρήση της τεχνολογίας αυτής.¹⁰⁶ Για παράδειγμα χρησιμοποιώντας την τεχνολογία CRISPR/Cas9, η οποία επιτρέπει την επιδιόρθωση, την αλλαγή, τη διαγραφή και την προσθήκη γονιδίων σε σωματικά κύτταρα ενηλίκων ή εμβρύων, ακόμη και γεννητικών κυττάρων, είναι δυνατή η γενετική τροποποίηση οποιουδήποτε γονιδίου.¹⁰⁷ Η μέθοδος συνεπώς επιτρέπει να εφαρμοστούν λεπτεπίλεπτες χειρουργικές επεμβάσεις επιδιόρθωσης και τροποποίησης στο ανθρώπινο γονιδίωμα, με πρωτοφανή ακρίβεια, ακόμη και στο επίπεδο ενός νουκλεοτιδίου του DNA.¹⁰⁸

Το αμφιλεγόμενο επεισόδιο με τον Κινέζο Τζιαν Χούι το 2018 κατέδειξε την ανάγκη να καταρτιστούν λεπτομερή πρωτόκολλα, ώστε να καταστεί δυνατή η υπεύθυνη πρόοδος σε αυτόν τον τομέα, επιδιώκοντας παράλληλα να διασφαλισθεί ότι κάτι τέτοιο δεν θα ξανασυμβεί.¹⁰⁹

¹⁰⁴ Η παρούσα σύντομη εισήγηση/ανακοίνωση παρουσιάστηκε με τον τίτλο: «Ηθική και Γονιδιωματική» στο 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εξατομικευμένης Ιατρικής στις 17 Δεκεμβρίου 2021 στο Ζάππειο Μέγαρο, Αθήνα.

¹⁰⁵ Βλ., Τίνα Γκαράνη-Παπαδάτου, «Τα δέκα χρόνια της σύμβασης του Oviedo: σημείο αναφοράς και σημείο αφετηρίας» *Βιοηθική και ανθρώπινα δικαιώματα: τα 10 χρόνια της Σύμβασης του Oviedo*, Πρακτικά Ημερίδας, επιμέλεια: Παπαδημητρίου Ι., και Δρακοπούλου Μ., Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα 2010, σελ. 137 κ.εξ.

¹⁰⁶ Βασιλικής Μολλάκη, «Συνέντευξη», *Εξατομικευμένη Ιατρική*, Vol 3, No 2, (2021), σελίδες 77-83.

¹⁰⁷ Βλέπε περισσότερα στο Αντωνίου-Μανούσου Ανδρουλάκη, *Σχεδιάζοντας το γονιδίωμα: Θεολογική-Βιοηθική Θεώρηση των σύγχρονων γενετικών εφαρμογών-Μέθοδος CRISPR*, Διπλωματική μεταπτυχιακή εργασία στ Τμήμα Θεολογίας ΕΚΠΑ, Αθήνα 2019.

¹⁰⁸ Κωνσταντίνου Τριανταφυλλίδη, «Δημιουργία Προσχεδιασμένων Παιδιών», 25 Μαΐου 2017 https://blogs.sch.gr/vasgeorgia/archives/227_ανάκτηση_16.12.2021.

¹⁰⁹ Rachel Siden, «China halts controversial 'genome-edited babies' research», 3.12.2018, [BioNews](https://www.bionews.org/news/2018/12/03/china-halts-controversial-genome-edited-babies-research).

Από την άλλη, διακεκριμένοι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι οι σχετικές έρευνες πρέπει να συνεχιστούν, μαζί όμως με τον αναγκαίο έλεγχο, ώστε να επιτρέψουν τη μελλοντική χρήση των συμπερασμάτων τους για τη θεραπεία ακόμη και πολυπαραγοντικών ασθενειών.¹¹⁰

Σχετικά με την Φαρμακογονιδιοματική, με την εξατομίκευση της θεραπείας, επιτυγχάνεται όχι μόνο η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών αλλά και σημαντικές εξοικονομήσεις πόρων από το σύστημα υγείας. Όπως εξήγησε σε ανακοίνωση στον ημερήσιο τύπο ο καθηγητής Γεώργιος Πατρινός¹¹¹ στο 1ο Συνέδριο της Εξατομικευμένης Ιατρικής το 2019, το πεδίο της Εξατομικευμένης Ιατρικής αφορά τη συσχέτιση γονιδίων με κληρονομικές νόσους και φυσιολογικά χαρακτηριστικά, καθώς και την ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή. Σημείωσε ότι απώτερος σκοπός της Εξατομικευμένης Ιατρικής είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών και ταυτόχρονα η μείωση του κόστους της παρεχόμενης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Για την εφαρμογή των εξελίξεων αυτών χρειάζεται να διεξαχθούν κλινικές μελέτες μεγάλης κλίμακας που θα καταδείξουν τόσο την κλινική εφαρμογή των παρεμβάσεων της Εξατομικευμένης Ιατρικής και της Φαρμακογονιδιοματικής, όσο και την οικονομική βιωσιμότητα έτσι ώστε να αποζημιώνονται οι παρεμβάσεις αυτές από το κράτος και τα δημόσια ταμεία. Ο Καθηγητής Γεώργιος Π. Πατρινός συγκεκριμένα αναφέρει: *«Με τη μείωση ή την εξάλειψη των παρενεργειών, λόγω της εξατομίκευσης της θεραπείας, περιορίζονται σημαντικά τα κόστη για την καταπολέμηση των παρενεργειών, όπως νοσηλείες, εργαστηριακές εξετάσεις, ενώ αποφεύγονται και άλλα, έμμεσα κόστη, όπως επισκέψεις συγγενών στο νοσοκομείο, κόστη λόγω απώλειας εργασίας του ασθενούς, και άλλα. Να σημειωθεί ότι στις ΗΠΑ, ο προϋπολογισμός υγείας επιβαρύνεται τον χρόνο με πάνω από 12 δισεκατομμύρια δολάρια ¹¹² λόγω της ανάγκης αντιμετώπισης των παρενεργειών από την φαρμακευτική αγωγή,*

https://www.bionews.org.uk/page_140173_ανάκτηση_16.12.2021.

¹¹⁰ Κωνσταντίνου Τριανταφυλλίδη, «Καινοτόμες τεχνικές επεξεργασίας του DNA οδηγούν σε θεραπείες ασθενειών, αλλά και στον προσχεδιασμό παιδιών! – Προβληματισμοί» στην ιστοσελίδα: <https://www.pontosnews.gr/347352/ygeia/kainotomes-technikes-epexergasias-to/> και John D. Loike, “Opinion: Don’t Ban the Use of CRISPR in Embryos”, *The Scientist*, Nov 29, 2018, <https://www.the-scientist.com/news-opinion/opinion--dont-ban-the-use-of-crispr-in-embryos-65153>, ανάκτηση 16.12.2021.

¹¹¹ «Εξατομικευμένη ιατρική: Το παρόν και το μέλλον για στοχευμένη πρόληψη και θεραπεία», *Έθνος* 7.12.2019, <https://www.ethnos.gr/health/article/76212/exatomikeymenhiatrikhtoparonkaitomellongiastoxeymenhprolhpshkaitherapeia> ανάκτηση 16.12.2021.

¹¹² Βλέπε στο Θεοδόση Δανάμπαση, «Γιώργος Πατρινός: Η εξατομικευμένη ιατρική είναι το επόμενο βήμα στον χώρο της Υγείας», *logotypos.gr*, 17 Οκτωβρίου, 2020, «Η εξατομικευμένη ιατρική – θεραπεία έχει να κάνει με τον εξορθολογισμό της φαρμακευτικής αγωγής, δηλαδή τον προσδιορισμό της βέλτιστης φαρμακευτικής αγωγής σε ότι έχει να κάνει με τον τύπο του σκευάσματος και τη δόση σε σχέση με το γενετικό προφίλ του ασθενούς. Αυτό μας διευκολύνει να μειώσουμε την πιθανότητα εμφάνισης παρενεργειών και να μεγιστοποιήσουμε την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου. Αυτό επιτυγχάνει και την ποιότητα ζωής του ασθενούς και την καλύτερη ανταπόκρισή του στην θεραπεία, αλλά παράλληλα επειδή αποφεύγονται οι παρενέργειες, που μπορεί να είναι τοξικές και να οδηγούν σε νοσηλείες, μειώνουν συνολικά και το κόστος της ιατροφαρμακευτικής δαπάνης σε επίπεδο κράτους. Οπότε έχει διπλό όφελος. Έχει υπολογιστεί, για παράδειγμα, ότι στην Αμερική, για ογκολογικούς ασθενείς, μπορεί να μειωθεί ο βαθμός αποτυχίας για την αντικαρκινική αγωγή σε καρκίνο του μαστού από το 33% στο 10%. Επίσης, το Σύστημα Υγείας στις ΗΠΑ καταγράφει 106.000 θανάτους τον χρόνο και 2.200.000 νοσηλείες τον χρόνο λόγω των παρενεργειών της φαρμακευτικής αγωγής και αυτό μεταφράζεται σε 12 δισεκατομμύρια δολάρια πεταμένα

ποσό που θα ήταν σημαντικά μειωμένο αν η θεραπεία είχε εξατομικευθεί σε μεγάλο μέρος των παρεμβάσεων αυτών».¹¹³

Τέλος, κατέληξε ότι σε συνδυασμό με την αναγκαία πολιτική βούληση, οι παρεμβάσεις αυτές μπορούν σύντομα να αποτελέσουν μέρος της σύγχρονης ιατρικής πρακτικής στα δημόσια νοσοκομεία της πατρίδας μας.

9.3. Επίσημα κείμενα σχετικά με την επέμβαση στο Γονιδίωμα ¹¹⁴

1. Η «*Σύμβαση του Οβιέδο*» ¹¹⁵, η οποία κυρώθηκε από την Ελληνική Βουλή,¹¹⁶ επικεντρώνεται στην προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στον τομέα της Βιοϊατρικής.¹¹⁷

2. Η «*Οικουμενική Διακήρυξη της Unesco για το Ανθρώπινο Γονιδίωμα και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα*»,¹¹⁸ υπογραμμίζει την απαγόρευση κάθε μορφής διάκρισης, η οποία βασίζεται στα γενετικά χαρακτηριστικά.

3. Το «*Πρόσθετο Πρωτόκολλο της Σύμβασης για την Βιοϊατρική Έρευνα*», ¹¹⁹ στο οποίο τονίζεται ότι δεν επιτρέπεται η βιοϊατρική έρευνα, η οποία αντιτίθεται στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και τα ανθρώπινα δικαιώματα.¹²⁰

4. «*Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας*»,¹²¹ ο οποίος περιλαμβάνει άρθρα σχετικά με την ιατρική και τη μη θεραπευτική βιοϊατρική έρευνα.¹²²

Η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής (Αθήνα) στις 27.4.2016 ανακοίνωσε στον ιστότοπό της Γνώμη και Έκθεση για το θέμα της γονιδιακής παρέμβασης στον άνθρωπο.¹²³ Στο κείμενο της

χρήματα τον χρόνο!», στον ιστότοπο: <https://www.logotypos.gr/giorgos-patrinos-h-exatomikevmeni-iatriki-einai-to-epomeno-vima-ston-xoro-tis-ygeias/> ανάκτηση 16.12.2021.

¹¹³ «1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εξατομικευμένης Ιατρικής, Τα οφέλη της εξατομικευσης της θεραπευτικής αγωγής», στον ιστότοπο: <https://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/proionta-ypiresies/news/53215/1o-panellinio-synedrio-exatomikevmenis-iatrikis.html> ανάκτηση 16.12.2021.

¹¹⁴ Βλ., Μαρία Χωριανοπούλου, *Βιοηθική και Ανθρώπινα Δικαιώματα*, εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα 2018.

¹¹⁵ Council of Europe, *The Oviedo Convention: protecting human rights in the biomedical field*, <https://www.coe.int/en/web/bioethics/oviedo-convention> ανάκτηση 16.12.2021.

¹¹⁶ Ν. 2619/1998, ΦΕΚ 132/ τ. Α'.

¹¹⁷ «Σύμβαση για την Προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και της Αξιοπρέπειας του Ανθρώπου σε σχέση με τις Εφαρμογές της Βιολογίας και της Ιατρικής: Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική», Κεφ. Ι, αρ. 1., «*Η σύμβαση στοχεύει στην προστασία της αξιοπρέπειας και της ταυτότητας κάθε ανθρώπινου όντος και εγγυάται το σεβασμό των δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών του, σε σχέση με τις εφαρμογές της Βιολογίας και της Ιατρικής*».

¹¹⁸ «Οικουμενική Διακήρυξη της UNESCO για το Ανθρώπινο Γονιδίωμα και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα», Η Γενική Διάσκεψη.

¹¹⁹ <http://www.bioethics.gr/index.php/dikaio/nomothesia/132-bioatriki> ανάκτηση 17.8.2019.

¹²⁰ Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine, Concerning Biomedical Research, Preamble, το κείμενο βρίσκεται στην αγγλική γλώσσα στον ιστότοπο: http://www.bioethics.gr/images/pdf/BIODIKAIO/NOMOTHESIA/BIOIATRICKH/Additional_protocol_to_the_convention_on_human_rights.pdf ανάκτηση 16.12.2021.

¹²¹ Νόμος 3418/2005, ΦΕΚ 287/τ. Α'/28-11-2005.

¹²² «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας», άρθρα 24, 26, 29, 30, 31, 32.

¹²³ <https://bioethics.gr/opinions%20reports-13/genome-editing-1270> ανάκτηση 16.12.2021.

Γνώμης υπογραμμίζεται ότι : «Οι επεμβάσεις στο ανθρώπινο γονιδίωμα συνοδεύονται ακόμη από σημαντική αβεβαιότητα ως προς τα αποτελέσματά τους. Η περιορισμένη γνώση μας για τις ακριβείς λειτουργίες των γονιδίων και των αλληλεπιδράσεων μεταξύ τους, αποτελεί την αιτία αυτής της αβεβαιότητας. Επιπρόσθετα σημειώνεται το εξής αξιόλογο: «Πρέπει να σημειωθεί, ότι ο βαθμός της αβεβαιότητας ως προς τα αποτελέσματα αυξάνεται, εφ' όσον οι επεμβάσεις μεταφέρονται στους απογόνους, μέσω της αναπαραγωγής. Παραμένει, επομένως, δικαιολογημένη η απαγόρευση των στοχευμένων επεμβάσεων σε γαμετικά κύτταρα, σύμφωνα με ρητές διατάξεις της νομοθεσίας μας (άρθρο 13 της Σύμβασης του Οβιέδο)».¹²⁴

Στις τελικές προτάσεις στο κείμενο της Γνώμης σημειώνεται ότι: «Η Επιτροπή, λαμβάνοντας υπ' όψη μια ευρύτερη εφαρμογή της «αρχής της προφύλαξης», κρίνει ότι, μόνος δρόμος για την αντιμετώπιση του προβλήματος της ασφάλειας των μεθόδων τροποποίησης του ανθρώπινου γονιδιώματος, είναι η επιμονή στη βασική και την προκλινική έρευνα, με σκοπό την κατανόηση της βιολογίας του ανθρώπινου εμβρύου και των γαμετικών κυττάρων και τη διαρκή εκτίμηση του δυνητικού οφέλους και κινδύνων των προτεινόμενων κλινικών εφαρμογών».¹²⁵

9.4. Ηθικά διλήμματα της Φαρμακογονιδιωματικής

Η προσπάθεια των φαρμακευτικών εταιρειών¹²⁶ εστιάζεται στη δημιουργία φαρμάκων που σχετίζονται με τα γονίδια τα οποία προκαλούν μία ασθένεια. Η προσέγγιση αυτή στοχεύει σε εξειδικευμένες θεραπείες, οι οποίες θα μεγιστοποιήσουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα, θα αξιοποιούν τις παρενέργειες, θα ελαχιστοποιούν τις παρενέργειες. Με αυτόν τον τρόπο θα ρυθμίζεται ευκολότερα η κατάλληλη δόση του φαρμάκου και θα μειώνεται το κόστος της υγείας. Η Φαρμακογονιδιωματική ωστόσο εγείρει ηθικά διλήμματα¹²⁷ και προβληματισμούς, οι οποίοι σημειώνονται στη συνέχεια της εισήγησης.

9.4.1 Συναίνεση και προσωπικά δεδομένα

- Εάν δεν υπάρχει πληροφορημένη συναίνεση για τους κινδύνους της μελέτης, αυτή καθίσταται μη έγκυρη γιατί οι συμμετέχοντες έχουν εξαπατηθεί.
- Υπάρχει ο κίνδυνος πρόσβασης στα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα των συμμετεχόντων, όπως αυτά τα δεδομένα της υγείας ή αλλιώς γενετικά δεδομένα και ακόμη κίνδυνος στιγματισμού του κοινωνικού αποκλεισμού των υποκειμένων.

¹²⁴ Ο.π., σελ. 5-6. <https://bioethics.gr/opinions%20reports-13/genome-editing-1270> ανάκτηση 16.12.2021.

¹²⁵ Ο.π., σελ. 7. <https://bioethics.gr/opinions%20reports-13/genome-editing-1270> ανάκτηση 16.12.2021.

¹²⁶ Σ.Ν. Αλαχιώτη, «Η ηθική της ΦΑΡΜΑΚΟΓΟΝΙΔΙΩΜΑΤΙΚΗΣ», *Το Βήμα/Science*, 11.12.2005, στον ιστότοπο: <https://www.tovima.gr/2008/11/24/science/h-ithiki-tis-farmakogonidiwmatikis/> ανάκτηση 16.12.2021.

¹²⁷ Θωμά Κορδώνη, «Φαρμακογονιδιωματική, Ηθικά διλήμματα», *Βιοηθικά*, 4 (2), 2018, σσ. 56-69.

Επιπλέον, τα δεδομένα που θα συλλέγονται από τη δημόσια σφαίρα θα είναι άδικο να χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά από ιδιωτικά συμφέροντα.¹²⁸

- Η γνώση της γονιδιοματικής σύστασης του ασθενούς ελλοχεύει τον κίνδυνο της κατάχρησης των προσωπικών γενετικών δεδομένων από εργοδοτικούς ή ασφαλιστικούς οργανισμούς ή ακόμη την αρνητική αξιοποίηση γενετικών πολυμορφισμών φαρμακευτικής σπουδαιότητας συσχετίζοντας τους με διακρίσεις για συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες ή εθνότητες.¹²⁹

9.4.2 Αβεβαιότητες και κίνδυνοι

- Ποιος θα είναι ο ρόλος του γιατρού και του φαρμακοποιού σε αυτά τα γενικά τεστ και πώς θα μπορεί να λαμβάνει ο ασθενής ένα τέτοιο φάρμακο όταν δεν έχει κάνει γενετικό τεστ, δηλαδή θα ισχύει η αρχή της αυτονομίας; Ποιός θα εκπαιδεύσει γιατρούς και φαρμακοποιούς για να κατανοούν τους περιορισμούς των γενετικών τεστ και να δρουν ανάλογα προτού ο ένας συνταγογραφεί ένα φάρμακο και ο άλλος το παραδίδει;¹³⁰
- Οι επεμβάσεις στο ανθρώπινο γονιδίωμα συνοδεύονται ακόμη από σημαντική αβεβαιότητα ως προς τα αποτελέσματα τους. Η περιορισμένη γνώση για τις ακριβείς λειτουργίες των γονιδίων και των αλληλεπιδράσεων μεταξύ τους αποτελεί την αιτία αυτής της αβεβαιότητας. Όσο κι αν οι νέες τεχνολογίες υπόσχονται πολύ μεγαλύτερη προβλεψιμότητα οι πιθανότητες ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων παραμένουν σημαντικές. Πρέπει να σημειωθεί ότι ο βαθμός της αβεβαιότητας ως προς τα αποτελέσματα αυξάνεται εφόσον επεμβάσεις μεταφέρονται στους απογόνους μέσω της αναπαραγωγής.
- Μεταφέρονται 50 με 100 μεταλλάξεις¹³¹ που δεν υπήρχαν στο γονιδίωμα των γονέων, δηλαδή δεν μπορεί να προβλεφθεί το αποτέλεσμα των μεταλλάξεων, ενώ δεν υπάρχει ιδανικό ή τέλειο γονιδίωμα. Αυτό το γονιδιακό φορτίο το μοιραζόμαστε όλοι μας και πρέπει να έχουμε ίση αντιμετώπιση σε ότι αφορά τις υπηρεσίες υγείας και τη γενετική διαγνωστική.¹³²

9.4.3 Οικονομικά διλήμματα

¹²⁸ Νόρα Ράλλη, «Τα γονίδια η ηθική και η Ευρώπη», 2016, στον ιστότοπο: https://www.efsyn.gr/epistimi/epistimonika-nea/85416_ta-gonidia-i-ithiki-kai-i-eyropi ανάκτηση 16.12.2021.

¹²⁹ Σ.Ν. Αλαχιώτη, «Η ηθική της ΦΑΡΜΑΚΟΓΟΝΙΔΙΩΜΑΤΙΚΗΣ», *Το Βήμα/Science*, 11.12.2005, στον ιστότοπο: <https://www.tovima.gr/2008/11/24/science/h-ithiki-tis-farmakogonidiwmatikis/> ανάκτηση 30.1.2022.

¹³⁰ Ο.π.,

¹³¹ Ανθή Αγγελόπουλου, «Ζητήματα ηθικής και ασφάλειας για την τροποποίηση του ανθρώπινου γονιδιώματος», 24 Σεπτεμβρίου 2016, στον ιστότοπο: <https://m.naftemporiki.gr/story/1149333/zitimata-ithikis-kai-asfaleias-gia-tin-tropopoiisi-tou-anthropinou-gonidiomatou> ανάκτηση 16.12.2021.

¹³² Νόρα Ράλλη, «Τα γονίδια η ηθική και η Ευρώπη», 2016 στον ιστότοπο: https://www.efsyn.gr/epistimi/epistimonika-nea/85416_ta-gonidia-i-ithiki-kai-i-eyropi ανάκτηση 16.12.2019.

- Σημαντικό στοιχείο αποτελεί ότι το κόστος των εξατομικευμένων φαρμάκων δεν είναι προσιτό για όλους, αλλά και οι σπάνιες ασθένειες δεν θα προκαλούν το ενδιαφέρον των εταιρειών που δεν θα υιοθετούν τέτοια φάρμακα.
- Ποιός θα πληρώνει το κόστος των εξετάσεων και των θεραπειών σε ότι αφορά τις σπάνιες ασθένειες; Για παράδειγμα, η γνώση του γενετικού υποβάθρου η οποία παίζει καθοριστικό καθοριστικό ρόλο στην επιλογή μιας θεραπείας σε κάποιους τύπους καρκίνου, όπου η θεραπεία μπορεί να είναι πολυδάπανη και μπορεί να είναι ενεργή και αποτελεσματική μόνο σε συγκεκριμένες υποπεριπτώσεις, ενώ σε άλλες θα πρέπει να αναζητηθούν άλλες θεραπείες.

9.4.4. Κοινωνικές επιπτώσεις

- το κόστος εξατομικευμένων εν γένει φαρμάκων ίσως δεν θα είναι προσιτό για όλους – με τους φτωχούς πληθυσμούς να βρεθούν σε αποκλεισμό ή με τους σπάνιους ασθενείς να μην προκαλούν το οικονομικό ενδιαφέρον των εταιρειών που δεν θα υιοθετούν ανάλογα σχετικά «ορφανά φάρμακα».¹³³
- Συγκεκριμένα για τις κλινικές δοκιμές¹³⁴ υπάρχει σοβαρός κίνδυνος να χαθεί η εμπιστοσύνη των συμμετεχόντων και του κοινού απέναντι στην επιστημονική κοινότητα.
- Μπορεί να κλονιστεί η εμπιστοσύνη των φορέων οι οποίοι χρηματοδοτούν τέτοιες έρευνες.
- Επίσης οι άνθρωποι θα γνωρίζουν πλέον την εθνική καταγωγή τους κάτι που ίσως οδηγήσει σε πάρα πολύ μεγάλες εκπλήξεις, αλλά και απογοητεύσεις.

9.5. Χριστιανική προσέγγιση

Όσον αφορά το αγαθό της υγείας, από χριστιανική άποψη η θεραπεία των ασθενειών και των πασχόντων βασίζεται βιβλικά στην ίδια τη δράση του Ιησού και στα πολλά του θαύματα. Ο Χριστός θεράπευσε με το λόγο και το άγγιγμα του και σκανδάλισε μερίδα των συγχρόνων του. Η αιμορροούσα γυναίκα εκβίασε τη θεραπεία της και ο εκ γενετής τυφλός δέχθηκε στα μάτια του από τον Ιησού το μίγμα από το σάλιο και το χώμα.¹³⁵

Επιπλέον, η Ποιμαντική, σε όσους πιστούς προστρέχουν σε αυτή, ομοιάζει στον τρόπο αντιμετώπισης με την Εξατομικευμένη Ιατρική και τη Φαρμακογονιδιοματική, καθώς επικεντρώνεται στη χαρτογράφηση και ανάλυση αυτού που θα ονομάζαμε καταχρηστικώς

¹³³ Σ.Ν. Αλαχιώτη, «Η ηθική της Φαρμακογονιδιοματικής», *Το Βήμα/Science*, 11.12.2005, στον ιστότοπο: <https://www.tovima.gr/2008/11/24/science/h-ithiki-tis-farmakogonidiwmatikis/> ανάκτηση 16.12.2021.

¹³⁴ Βασιλικής Μολλάκη, «Συνέντευξη», *Εξατομικευμένη Ιατρική*, Vol 3, No 2, (2021), σελίδες 77-83.

¹³⁵ Ιω. 9,6-7, «ταῦτα εἰπὼν ἔπτυσε χαμαὶ καὶ ἐποίησε πηλὸν ἐκ τοῦ πτύσματος, καὶ ἐπέχρισε τὸν πηλὸν ἐπὶ τοὺς ὀφθαλμοὺς τοῦ τυφλοῦ καὶ εἶπεν αὐτῷ· ὕπαγε νίψαι εἰς τὴν κολυμβήθραν τοῦ Σιλῳάμ..... ἀπῆλθεν οὖν καὶ ἐνίψατο, καὶ ἤλθε βλέπων».

«πνευματικό γονιδίωμα» του ποιμαινόμενου και προσφέρει τις συμβουλές και πνευματικές θεραπείες πλήρως εξατομικευμένες και στοχευμένες στις ανάγκες και την πνευματική του πρόοδο. Η ποιμαντική διακονία απευθύνεται σε μοναδικά και ανεπανάληπτα πρόσωπα και όχι σε απρόσωπες ομάδες. Ακόμη και η εφαρμογή των κανόνων της Εκκλησίας προσαρμόζεται πάντοτε, κατά τη διάκριση του πνευματικού, στην οικονομία της σωτηρίας του συγκεκριμένου πιστού και δεν στηρίζεται στην απρόσωπη, νομικού τύπου χρήση τους.¹³⁶

Στο πλαίσιο που διαμορφώνονται οι συνθήκες και οι ασφαλιστικές δικλείδες για τα ερευνητικά πρωτόκολλα και τις προκλινικές μελέτες στην ευρωπαϊκή νομοθεσία κι άλλους φορείς για το θέμα της Φαρμακογονιδιωματικής, η προβολή της ορθόδοξης χριστιανικής άποψης επείγει να διαχυθεί όπου δει. Σαφώς όμως οι αβεβαιότητες, οι κίνδυνοι και τα ηθικά ζητήματα παραμένουν και δεν αμβλύνονται αυτόματα από τους παραπάνω αναφερθέντες προβληματισμούς.

9.6. Συμπεράσματα

Η χρησιμοποίηση των τεχνικών επεξεργασίας του γονιδιώματος γεννητικών κυττάρων θεωρείται, από μερίδα επιστημόνων, απαγορευτική¹³⁷ καθώς:

α) Δεν μπορούν να γίνουν ακριβείς προβλέψεις για τις επιπτώσεις μπορεί να έχει μια ανεπιθύμητη αλλαγή στο ανθρώπινο γονιδίωμα.

β) Υπάρχει ο κίνδυνος για τον γενετικό μετασχηματισμό των χαρακτηριστικών του ανθρώπου με προφανείς εξελικτικές, κοινωνικές, οικονομικές και ηθικές επιπτώσεις.

γ) Η έκφραση ενός γονιδίου ενδέχεται να μειώνει τον κίνδυνο εκδήλωσης κάποιας ασθένειας, αλλά ενδέχεται να αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης κάποιας άλλης.

δ) Η Φαρμακογονιδιωματική και η εξατομικευμένη θεραπεία υπόσχονται αποτελεσματικές θεραπείες χωρίς παρενέργειες, αλλά η ανάγνωση του γονιδιώματος του ασθενούς είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την εξεύρεση της κατάλληλης θεραπείας και το αρχικά τουλάχιστον αυξημένο κόστος της θεραπείας μας φέρουν αντιμέτωπους με ηθικά και κοινωνικά ζητήματα.

ε) Αν επιδιώκονται το αγαθό της υγείας, η θεραπεία της ασθένειας, η εξάλειψη του πόνου, το ηθικό δίλημμα αμβλύνεται με την ταυτόχρονη ύπαρξη εγκεκριμένων πρωτοκόλλων έρευνας για τις θεραπείες αυτές.

στ') Η προβολή της προοπτικής, η οποία φωτίζει τα βιο-ηθικά θέματα και προβλήματα στο μέλλον και εμπεριέχει την εξέλιξη του ανθρώπου στην επιστήμη και στην προσπάθεια

¹³⁶ Γεωργίου Καψάνη (αρχιμ.), *Η Ποιμαντική Διακονία κατά τους Ιερούς Κανόνες*, Άθως, Πειραιεύς, 1976, σσ. 146-153 πρβλ., Θεόφιλου Καλιδώνη, *Η κρίση μέσης ηλικίας, ποιμαντική προσέγγιση και αντιμετώπιση*, διπλωματική μεταπτυχιακή εργασία, Πάφος 2017.

¹³⁷ Κωνσταντίνου Τριανταφυλλίδη, «Καινοτόμες τεχνικές επεξεργασίας του DNA οδηγούν σε θεραπείες ασθενειών, αλλά και στον προσχεδιασμό παιδιών! – Προβληματισμοί» στην ιστοσελίδα: <https://www.pontosnews.gr/347352/yeia/kainotomes-technikes-epexergasias-to/> ανάκτηση 16.12.2021.

θεραπείας και βελτίωσης της ζωής του, δεν είναι ούτε υπερβολική, ούτε απαγορευτική. Ίσως είναι ο καιρός να επιχειρήσουμε και να προσπαθήσουμε να δούμε την ιστορία, την εξέλιξη και την πρόοδο του ανθρώπου από το μέλλον, κι όχι μόνον από την αρχή.

Μάθημα 10ο Βιοηθική και Μεταμοσχεύσεις

Περίληψη: Περιλαμβάνεται ο εγκεφαλικός Θάνατος και οι *Μεταμοσχεύσεις οργάνων*,

Πηγή: Ε.Ο.Μ Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (από την επίσημη ιστοσελίδα <https://www.com.gr/>)

10.1 Τι είναι ο εγκεφαλικός θάνατος;

Εγκεφαλικός θάνατος είναι η κατάσταση της μη αναστρέψιμης βλάβης του εγκεφάλου, με απώλεια όλων των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους. Είναι παγκοσμίως αποδεκτό ότι αν υπάρχει ανεπανόρθωτη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους, θεωρείται όλος ο εγκέφαλος νεκρός και, ως εκ τούτου ο άνθρωπος είναι νεκρός. Αυτό συμβαίνει γιατί οι ανώτερες ψυχικές και γνωσιακές λειτουργίες (μνήμη, σκέψη, αντίληψη, κ.α.), καθώς και τα κέντρα ελέγχου ζωτικών λειτουργιών (η αυτόματη αναπνοή, η αρτηριακή πίεση κ.α.). εξαρτώνται και ρυθμίζονται από το «στέλεχος». Για το λόγο αυτό, ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους ακολουθείται αναπόφευκτα και ανεπιστρεπті από το θάνατο ολόκληρου του εγκεφάλου, μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα. Ο εγκεφαλικός θάνατος ακολουθείται από το «σωματικό» θάνατο, δηλαδή το θάνατο όλων των οργάνων του σώματος με ένα μεσοδιάστημα 48-72 ωρών. Στο μεσοδιάστημα αυτό, επέρχεται προοδευτικά η απορρύθμιση όλων των λειτουργιών του οργανισμού. Αν ο εκλιπών υποστεί εγκεφαλικό θάνατο, ενώ νοσηλεύεται διασωληνωμένος σε Μ.Ε.Θ., τότε μόνο είναι δυνατή η διατήρηση της βιολογικής ζωής των οργάνων με τεχνητά μέσα, ώστε αυτά να μπορούν να ληφθούν προς μεταμόσχευση και να δώσουν ζωή σε άλλους ανθρώπους.

10.2 Πώς πιστοποιείται ο εγκεφαλικός θάνατος;

Η πιστοποίηση του εγκεφαλικού θανάτου γίνεται από 3 ιατρούς διαφορετικών ειδικοτήτων (**αναισθησιολόγο, νευρολόγο ή νευροχειρουργό και τον θεράποντα ιατρό του ασθενούς**) με πολλές ειδικές και αλάνθαστες κλινικές και εργαστηριακές δοκιμασίες και επαναλαμβάνεται μάλιστα 2 φορές μετά από τουλάχιστον ένα ωρο από την πρώτη διάγνωση. Στην ομάδα των ιατρών που διαγιγνώσκουν τον θάνατο δεν συμμετέχει ιατρός μεταμοσχευτικής ομάδας, ούτε του Ε.Ο.Μ., διότι η διαδικασία της διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου είναι ανεξάρτητη από το ενδεχόμενο της Δωρεάς Οργάνων και αποτελεί καθήκον των ιατρών της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.).

10.3. Ποια είναι η διαφορά μεταξύ εγκεφαλικού θανάτου και φυτικής κατάστασης;

Στη σοβαρή εγκεφαλική βλάβη ή στη φυτική κατάσταση, δεν λειτουργεί ο φλοιός του εγκεφάλου, ενώ η λειτουργία του εγκεφαλικού στελέχους διατηρείται ικανοποιητική. Στην

περίπτωση αυτή ο ασθενής διατηρεί μεν αυτόματη αναπνοή και καρδιαγγειακή λειτουργία, στερείται όμως συνείδησης. Στον εγκεφαλικό θάνατο παύει να λειτουργεί το εγκεφαλικό στέλεχος. Η διάκριση μεταξύ των δύο καταστάσεων είναι ιατρικώς ευδιάκριτη και σε καμία περίπτωση άνθρωποι σε φυτική κατάσταση δεν θεωρούνται νεκροί, άρα ούτε και δυνητικοί δότες οργάνων.

1. Δήλωση Δωρεάς Οργάνων και Ιστών

<https://www.com.gr/wp-content/uploads/2018/10/I.-Δήλωση-Δωρεάς-Οργάνων.pdf>

2. Δήλωση Άρνησης Δωρεάς Οργάνων

<https://www.com.gr/wp-content/uploads/2018/10/II.-Δήλωση-Άρνησης-Δωρεάς-Οργάνων.pdf>

3. Δήλωση Διαγραφής από το Μητρώο

<https://www.com.gr/wp-content/uploads/2018/10/III.-Δήλωση-Διαγραφής.pdf>

Πηγή: Δημήτριος Καλημέρης, *Ηθικά Ζητήματα της Νευρηθικής, από παράδοση μαθήματος στο ΕΚΠΑ, 14.12.2020*

10.4 Εγκεφαλικός θάνατος, κόμα, φυτική κατάσταση, μειωμένη συνείδηση

Πριν από την ανάπτυξη του μηχανικού αναπνευστήρα και της ενδοτραχειακής διασωλήνωσης, ο ανθρώπινος θάνατος ήταν ένα ενιαίο φαινόμενο. Όταν ασθένεια ή τραυματισμός οδηγούσε στην παύση του καρδιακού παλμού ή της αναπνοής, η λειτουργία του εγκεφάλου σταματούσε αναγκαστικά κι όλα τα όργανα έχασαν τη λειτουργία τους. Δεν είχε σημασία ποια από τις τρεις ζωτικές λειτουργίες (καρδιακός παλμός / κυκλοφορία, πνεύμονες / αναπνοή και εγκέφαλος) έπαψαν πρώτα. Οι γιατροί που δήλωναν το θάνατο έδειχναν ότι η κυκλοφορία, η αναπνοή και οι εγκεφαλικές λειτουργίες είχαν σταματήσει εξετάζοντας απλώς τον ασθενή για απουσία καρδιακού παλμού, αναπνοής, ανταπόκρισης και αντιδραστικότητας των ασθενών στο φως. Πριν από τη δεκαετία του 1950, ο θάνατος ήταν πάντα ένα ενιαίο φαινόμενο και ο λειτουργικός του ορισμός ήταν η απλή παύση των τριών ζωτικών λειτουργιών.

Με την ανάπτυξη ενδοτραχειακής διασωλήνωσης, αερισμού θετικής πίεσης και καρδιοπνευμονικής ανάνηψης στη δεκαετία του 1950, για πρώτη φορά, η διακοπή του καρδιακού παλμού και η αναπνοή μπορούσαν να αντιστραφούν ή να υποστηριχθούν. Έπειτα έγινε δυνατό για ένα άτομο να έχει υποστεί εγκεφαλική βλάβη τόσο εκτεταμένη και σοβαρή που όλες οι εγκεφαλικές λειτουργίες, είχαν σταματήσει ανεπανόρθωτα. Ωστόσο, με την τεχνολογική υποστήριξη της αναπνοής και της κυκλοφορίας, το άτομο θα μπορούσε να διατηρηθεί φυσιολογικά για μικρό χρονικό διάστημα, επιτρέποντας τη συνέχιση του

αυθόρμητου καρδιακού παλμού και της συστηματικής κυκλοφορίας σε σπλαχνικά όργανα αν και όχι στον εγκέφαλο. Γάλλοι νευρολόγοι, οι οποίοι πρότειναν τις πρώτες λεπτομερείς περιγραφές αυτών των περιπτώσεων, μίλησαν για ασθενείς, σε coma dépassé για να δείξουν ότι βρίσκονταν σε μια κατάσταση πέραν του κόματος.

Την επόμενη δεκαετία, οι γιατροί άρχισαν να ισχυρίζονται ότι αυτοί οι ασθενείς δεν ήταν απλώς βαθιά κόμα από βαθιά εγκεφαλική βλάβη, ήταν νεκροί. Η κατάσταση ζωής αυτών των ασθενών ήταν διφορούμενη στο πλαίσιο της επικρατούσας κατανόησης του θανάτου επειδή είχαν χάσει κάποιες ζωτικές λειτουργίες, αλλά όχι όλες. Η παραδοσιακή ενιαία έννοια του θανάτου δεν ήταν εξοπλισμένη για να κατηγοριοποιήσει την κατάσταση της ζωής αυτού του είδους των ασθενών επειδή, πριν από την τεχνολογική πρόοδο στη φυσιολογική υποστήριξη, τέτοιες περιπτώσεις ήταν αδύνατες. Επίτευξη συναίνεσης σχετικά με το αν είναι τέτοιοι ασθενείς ήταν ζωντανοί ή νεκροί ήταν αδύνατο, επειδή είχαν κοινά χαρακτηριστικά και των δύο καταστάσεων.

10.5 Εγκεφαλικός Θάνατος

Στη δεκαετία του 1960, μια αυξανόμενη συναίνεση αναπτύχθηκε μεταξύ των γιατρών και των μελετητών ότι στην πραγματικότητα, οι ασθενείς ήταν νεκροί. Το 1968, μια επιτροπή της ιατρικής Σχολής του Χάρβαρντ πρότεινε το πρώτο σύνολο κλινικών κριτηρίων για τη διάγνωση της αναδυόμενης έννοιας που κάλεσαν εγκεφαλικό θάνατο. Αν και η πρωτοποριακή δουλειά τους καθιέρωσε ένα νέο κριτήριο του θανάτου και ενίσχυσε την ευρεία νομική και δημόσια αποδοχή του, η ατυχής επιλογή τους για τον όρο εγκεφαλικός θάνατος προκάλεσε παρανόηση και σύγχυση που έχει παραμείνει μέχρι σήμερα.

Ο όρος εγκεφαλικός θάνατος έχει πλέον γίνει καθολικός. Έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες και έχει εισέλθει στο κοινό. Η αναδυόμενη ιδέα ότι ο εγκεφαλικός θάνατος ήταν ισοδύναμος με τον ανθρώπινο θάνατο γρήγορα καθιερώθηκε στη νομοθεσία στις Ηνωμένες Πολιτείες. Εκ των υστέρων, η ταχεία νομιμοποίηση αυτής της νέας ιατρικής πρακτικής φαίνεται να ήταν περισσότερο αποτέλεσμα της νομικής αναγνώρισης μιας προόδου στην ιατρική πρακτική από ότι ήταν προϊόν αιτιολογημένης συζήτησης. Το 1970, το Κάνσας έγινε η πρώτη πολιτεία που αναγνώρισε νόμιμα τον εγκεφαλικό θάνατο, μόλις 2 χρόνια μετά τη δημοσίευση της έκθεσης Ad Hoc Committee της Ιατρικής Σχολής του Χάρβαρντ. Το 1981, οι Ηνωμένες Πολιτείες με την Επιτροπή Προέδρου για τη Μελέτη των Ηθικών Προβλημάτων στην Ιατρική και τη Βιοϊατρική και τη Συμπεριφορική Έρευνα δημοσίευσε την εναρκτήρια έκθεσή της ορίζοντας τον Θάνατο στον οποίο παρείχε μια φιλοσοφική και φυσιολογική λογική για τη νέα έννοια του εγκεφαλικού θανάτου και με την οποία πρότειναν και προωθούσαν τον ενιαίο νόμο για τον προσδιορισμό του θανάτου(UDDA) ως πρότυπο καταστατικό θανάτου που ενσωματώνει τον εγκεφαλικό θάνατο. Η Επιτροπή κάλεσε όλες τις πολιτείες να υιοθετήσουν το UDDA ως καταστατικό του θανάτου.

Το UDDA ορίζει: ένα άτομο που υπέστη είτε (1) **μη αναστρέψιμη διακοπή του κυκλοφορικού και του αναπνευστικού,** ή (2) **μη αναστρέψιμη παύση όλων των λειτουργιών ολόκληρου του εγκεφάλου,** συμπεριλαμβανομένου του εγκεφαλικού στελέχους, είναι νεκρό.

Ο προσδιορισμός του θανάτου πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τα αποδεκτά ιατρικά πρότυπα (Επιτροπή Προέδρου 1981) Το κριτήριο του εγκεφάλου είναι το θεμελιώδες κριτήριο του θανάτου. Ένα δεύτερο μέτρο κοινωνικής αποδοχής είναι ο βαθμός στον οποίο μια νέα πρακτική είναι συνεπής με επικρατούσες θρησκευτικές παραδόσεις. Αν ο προσδιορισμός του θανάτου που χρησιμοποιεί κριτήριο εγκεφάλου ήταν σύμφωνος με τις αρχές, τις διδασκαλίες και τις πεποιθήσεις των βασικών θρησκειών του κόσμου υπήρξε τεκμηριωμένη ανησυχία από τα πρώτα γραπτά για τον εγκεφαλικό θάνατο.

10.6 Θρησκείες και Εγκεφαλικός Θάνατος

Αν και ο ισχυρισμός τους ήταν με βάση μια επιλεκτική ανάγνωση της θρησκευτικής γνώμης, ήταν ως επί το πλείστον αληθής αν και η πραγματική κατάσταση είναι πιο περίπλοκη. Υπήρξε σχετικά μικρή συζήτηση σχετικά με τον εγκεφαλικό θάνατο στον Χριστιανισμό. Στον Προτεσταντισμό, η αποδοχή του εγκεφαλικού θανάτου είναι ουσιαστικά καθολική. Στον Ρωμαιοκαθολικισμό, η αποδοχή είναι επίσημη αλλά όχι καθολική. Τέσσερα Ποντιφικά Συμβούλια και Ακαδημίες του Βατικανού που είναι επιφορτισμένα με τη μελέτη αυτού του θέματος, ξεκινώντας τη δεκαετία του 1980, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο εγκεφαλικός θάνατος ήταν σύμφωνος με τις Ρωμαιοκαθολικές πεποιθήσεις και διδασκαλίες. Το 2000, σε ομιλία προς το Διεθνές Συνέδριο της Εταιρείας Μεταμοσχεύσεων στη Ρώμη, ο Πάπας Ιωάννης Παύλος Β΄ ενέκρινε επίσημα τον εγκέφαλο θάνατο ως απόλυτα συμβατό με τις Ρωμαιοκαθολικές διδασκαλίες (Πάπας Ιωάννης Παύλος 2000). Η Ακαδημία Επιστημών επιβεβαίωσε αργότερα αυτήν τη θέση (Pontifical Academy 2007).

Ο Ιουδαϊσμός στερείται της εκκλησιαστικής ιεραρχίας του Ρωμαιοκαθολικισμού που υπαγορεύει αποφάσεις για το θρησκευτικό δόγμα. Οι Εβραίοι δέχονται εγκεφαλικό θάνατο, αλλά η συζήτηση για αυτό συνεχίζει να μαίνεται μέσα στον Ορθόδοξο Ιουδαϊσμό. Μια ομάδα Ορθόδοξων Εβραίων μελετητών υποστηρίζει ότι ο εγκεφαλικός θάνατος είναι συνεπής με τον Εβραϊκή παράδοση, παραθέτοντας τα γραπτά του Μαϊμονίδη και Ταλμουδικά εδάφια που τονίζουν το ισοδύναμο της αναπνοής (που προκύπτει από το εγκεφαλικό στέλεχος) με τη ζωή. Οι talmudists συσχετίζουν την απώλεια αναπνοής με την απώλεια καρδιακού παλμού και συνεπώς του εγκεφάλου οι ασθενείς με άθικτο καρδιακό παλμό παραμένουν ζωντανοί.

Η αποδοχή του εγκεφαλικού θανάτου στο Ισλάμ παραμένει μερική και εξαρτάται από τις τοπικές Ισλαμικές αποφάσεις. Το Συμβούλιο στη Σαουδική Αραβία επιβεβαίωσε την πρακτική του εγκεφαλικού θανάτου και το επέτρεψε στο βασίλειο της Σαουδικής Αραβίας. Ωστόσο, ο εγκεφαλικός θάνατος δεν επιτρέπεται σε πολλές άλλες ισλαμικές κοινωνίες.

Άλλες θρησκευτικές παραδόσεις έχουν επίσης αντιμετωπίσει τον εγκεφαλικό θάνατο. Στον Ινδουισμό ο θάνατος ήταν το θέμα των διασκέψεων που πραγματοποιήθηκαν στη Βομβάη και το Μαντράς. Το 1993, ο Ινδός νομοθέτης θέσπισε τον νόμο περί μεταμόσχευσης ανθρώπινων οργάνων που περιέχει διατάξεις για τον προσδιορισμό του εγκεφαλικού θανάτου. Στην Ιαπωνία, το παραδοσιακό Shinto και ο Βουδισμός απαιτούν διακοπή του καρδιακού παλμού και της αναπνοής έχουν συγκρουστεί με τη σύγχρονη ιαπωνική ιατρική, συμπεριλαμβανομένης της εισαγωγής εγκεφαλικού θανάτου και μεταμόσχευσης οργάνων.

Τα επιστημονικά έργα, η υπεράσπιση της ιατρικής και της επιστημονικής κοινότητας και οι δημόσιες συζητήσεις τις τελευταίες δύο δεκαετίες οδήγησαν την ιαπωνική κοινωνία να αποδεχτεί σταδιακά τις πρακτικές του εγκεφαλικού θανάτου και της προμήθειας οργάνων αποθανόντων δωρητών, αλλά αυτή η πρακτική υποστηρίχθηκε αρχικά ρητά μόνο στην ιαπωνική νομοθεσία το 2009.

Το 1991, το Νιου Τζέρσεϋ έγινε η πρώτη αμερικανική πολιτεία που θέσπισε εξαίρεση από τον προσδιορισμό του εγκεφαλικού θανάτου, όταν τα μέλη της οικογένειας ενός ασθενούς μπορούσαν να δείξουν ότι παραβιάζονται οι θρησκευτικές πεποιθήσεις του ασθενούς. Έκτοτε, η Καλιφόρνια και το Ιλλινόις έχουν θεσπίσει παρόμοιες θρησκευτικές εξαιρέσεις. Η θρησκευτική εξαίρεση της Νέας Υόρκης και της Καλιφόρνια προειδοποιεί ότι οι γιατροί πρέπει επίσης να καταβάλουν εύλογες προσπάθειες για την αντιμετώπιση ηθικών αντιρρήσεων στον εγκεφαλικό θάνατο. Σε αυτές τις καταστάσεις, όταν επαληθεύονται οι επιτρεπόμενες περιστάσεις, οι γιατροί μπορούν κηρύξουν τον θάνατο μόνο με κριτήριο το κυκλοφορικό.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον Καναδά, όταν ο δότης είναι συνήθως ασθενής με βαθιά εγκεφαλική βλάβη σε αναπνευστήρα σε μονάδα εντατικής θεραπείας, μέλη της οικογένειας ή άλλος νόμιμος εκπρόσωπος μπορεί να διατάξει την απόσυρση της θεραπείας που διατηρεί τη ζωή να επιτρέψει στον ασθενή να πεθάνει και επίσης να συναινέσει για δωρεά οργάνων μετά την κήρυξη του θανάτου. Μόλις σταματήσει η αναπνοή και η κυκλοφορία, μετά από υποχρεωτική περίοδο παρατήρησης για εγγύηση ότι η αναπνοή και η κυκλοφορία δεν θα επανεκκινηθούν αυθόρμητα («αυτόματη ανάνηψη»), τότε ο ασθενής κηρύσσεται νεκρός και μεταφέρεται στο χειρουργείο για δωρεά οργάνων.

10.7 Μεταμοσχεύσεις

Τα ερωτήματα αυτά αφορούν στον ορισμό του θανάτου, στη συγκατάθεση για την αφαίρεση οργάνων, στην ιδέα του ακρωτηριασμού του ανθρώπινου σώματος και στις ηθικές αρχές σεβασμού της αυτονομίας των ασθενών στη λήψη αποφάσεων. Οι ανάγκες για όργανα προς μεταμόσχευση είναι πολύ μεγάλες και αυτή η έλλειψη μοσχευμάτων επιβάλλει την αξιοποίηση κάθε δυνητικού δότη οργάνων. Οι δότες μπορεί να είναι ζώντες ή αποβιώσαντες, δηλαδή άτομα με διαπιστωμένο εγκεφαλικό θάνατο.

Η μεταμόσχευση από ζώντα δότη αφορά μόνο σε ορισμένα όργανα όπως για παράδειγμα στους νεφρούς. Στην περίπτωση αυτή έχουμε ένα συγγενικό συνήθως πρόσωπο προς τον πάσχοντα (γονέας, αδελφός, σύζυγος) το οποίο επιθυμεί να δωρίσει ένα νεφρό στον συγκεκριμένο ασθενή. Οι ζώντες δότες διακρίνονται σε συγγενείς (γονείς, αδέρφια, παιδιά) και σε μη συγγενείς (σύζυγοι, στενοί φίλοι, σύντροφοι). Στην Ελλάδα, ο νόμος επιτρέπει τη διενέργεια μεταμόσχευσης από ζώντα δότη εάν αυτός είναι γονέας, αδελφός ή σύζυγος. Τελευταία επιτρέπεται η μεταμόσχευση νεφρού και από ζώντες μη συγγενείς δότες κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις.

Η δωρεά οργάνων βασίζεται στους πυλώνες του αλτρουισμού. Όταν η ηθική αξία των ενεργειών ενός ατόμου εστιάζεται κυρίως στην ευεργετική επίδραση σε άλλα άτομα, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι συνέπειες για το ίδιο το άτομο, οι δράσεις του ατόμου θεωρούνται αλτρουιστικές. Ο αλτρουισμός μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε δύο τύπους: υποχρεωτικός και πέραν του δέοντος. Ο υποχρεωτικός αλτρουισμός ορίζεται ως το ηθικό καθήκον να βοηθούμε τους άλλους. Ο πέραν του δέοντος αλτρουισμός ορίζεται ως ηθικά καλός, αλλά δεν απαιτείται σε ηθικό επίπεδο να ξεπερνά κανείς το καθήκον του. Η πράξη που μεγιστοποιεί τις καλές συνέπειες για το σύνολο της κοινωνίας είναι γνωστή ως ωφελμισμός¹³⁸.

10.8 Κριτήρια Επιλογής

Η υπόθεση των μεταμοσχεύσεων είναι αδιάρρηκτα συνδεδεμένη με τη δυνατότητα λήψης ζωτικών οργάνων σε κατάλληλη κατάσταση. Αυτό σημαίνει ότι τα όργανα αυτά θα πρέπει να αφαιρεθούν από το δότη οπωσδήποτε πριν καταπαύσει η καρδιακή λειτουργία, διότι η κυκλοφορία του αίματος είναι αυτή που τα συντηρεί στη ζωή. Από την άλλη πλευρά, η αφαίρεση των οργάνων δεν επιτρέπεται να προκαλέσει τον θάνατο, με άλλα λόγια, προκειμένου περί απλών συμπαγών οργάνων (καρδιά, ήπαρ, πάγκρεας κ.λ.π.) δεν μπορεί να γίνει ενόσω ο δότης είναι ακόμη ζωντανός. Η επινόηση του αναπνευστήρα έλυσε αυτό το αδιέξοδο, μια που στις περιπτώσεις εγκεφαλικά νεκρών ατόμων στάθηκε έτσι δυνατό να διατηρηθεί η κυκλοφορία του αίματος παρά τη νέκρωση του εγκεφάλου. Αυτή όμως η ιδιόμορφη ιατρογενής κατάσταση οδήγησε στο παράδοξο να μιλούμε για νεκρούς που όμως διατηρούν ζωντανό σώμα.

Για να γίνει μία μεταμόσχευση από νεκρό δότη απαιτούνται δύο πράγματα:

- α) ο εξακριβωμένος οριστικός θάνατος του δότη και
- β) η συναίνεση του ή κάποια εξίσου ισχυρή συναίνεση.¹³⁹

Στα κέντρα μεταμόσχευσης, οι ασθενείς αξιολογούνται από τους ιατρούς μεταμοσχεύσεων, οι οποίοι καθορίζουν εάν και πότε θα πρέπει να τοποθετηθεί ο ασθενής στη

¹³⁸ Φάκλαρη Μαρίας, *Η ηθική διάσταση της δωρεάς και της μεταμόσχευσης οργάνων*, Διπλωματική Εργασία, Καλαμάτα, Φεβρουάριος 2017 (ΕΚΠΑ).

λίστα αναμονής. Οι κανόνες που υπαγορεύουν τη λίστα αναμονής διαφέρουν ανάλογα με τα όργανα. Τα γενικά κριτήρια περιλαμβάνουν το ιατρικό επείγον, το αίμα, τον ιστό και το μέγεθος συμβατότητας του ασθενούς με τον δότη, το χρόνο στη λίστα αναμονής και την εγγύτητα προς τον δότη. Ισχύουν ειδικά κριτήρια για τα παιδιά κάτω από ορισμένες συνθήκες. Παράγοντες όπως το εισόδημα του ασθενούς, το κύρος, η διασημότητα και η φυλή ή η εθνική καταγωγή δεν παίζουν κανένα ρόλο στον καθορισμό της χορήγησης των οργάνων.¹⁴⁰

10.9 Ερωτήματα για τις Μεταμοσχεύσεις

- Τα ισχύοντα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου είναι επαρκή στον προσδιορισμό της μη αναστρέψιμης νεκρώσεως του εγκεφάλου (ή του εγκεφαλικού στελέχους); Ή μήπως υπάρχει το ενδεχόμενο να γίνουν προσεκτικά όλες οι δοκιμασίες, να διαπιστωθεί ο εγκεφαλικός θάνατος και τελικά ο άνθρωπος να ζει;

- Είναι δυνατόν στην πράξη, λόγω συγκεκριμένων συνθηκών και ποικίλων παραγόντων (πίεση χρόνου, τεχνικές δυσκολίες, έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού κ.λ.π.) να τηρηθούν επακριβώς τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου;

- Αν κάποιος δεν έχει συναινέσει ρητά, μπορούν οι συγγενείς του να υποκαταστήσουν τη βούληση του ή δικαιούνται αυτοί να συναινέσουν αντί αυτού; Μπορούμε δηλαδή με κάποιον τρόπο να δεχθούμε τη συγγενική συναίνεση;

- Αν κάποιος είναι δότης και οι συγγενείς του για ποικίλους συναισθηματικούς ή ιδεολογικούς λόγους αρνούνται να δεχθούν τον εγκεφαλικό θάνατο, τίνος η επιθυμία πρέπει να εισακουσθεί;

- Με δεδομένο ότι στην πράξη η ηθική κακοποίηση των μεταμοσχεύσεων (εμπορευματοποίηση, βιαστική ή λανθασμένη διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου, παραβίαση της λίστας κ.λ.π.) φαίνεται σχετικά εύκολη, θα μπορούσαμε να δεχθούμε τις μεταμοσχεύσεις απερίφραστα; Όλη αυτή η εκστρατεία που συνοδεύεται από κηρύγματα αγάπης, αλληλεγγύης και προσφοράς στον συνάνθρωπο κατά πόσον είναι εντεταγμένη στη σκοπιμότητα των μεταμοσχεύσεων και κατά πόσον στον ιερό σκοπό τους;

- Γιατί τόσος λόγος για τις μεταμοσχεύσεις, τη στιγμή που αναφέρονται σε ελάχιστα άτομα, το δε κόστος τους είναι δυσανάλογα υψηλό;

- Αν υπάρχουν κάποια συμφέροντα, αυτά ποια είναι; Είναι δυνατόν αυτά να τεθούν υπό τον έλεγχο κατάλληλων νομοθετικών ρυθμίσεων; Κατά πόσον αυτές οι ρυθμίσεις μπορούν να εφαρμοσθούν;

- Τα μεταμοσχευτικά κέντρα που διαθέτουμε είναι σε θέση να εξασφαλίσουν το μέγιστο επιβίωσης των μοσχευμάτων και των ασθενών;

¹⁴⁰ Φάκλαρη Μαρίας, Η ηθική διάσταση της δωρεάς και της μεταμόσχευσης οργάνων, Διπλωματική Εργασία, Καλαμάτα, Φεβρουάριος 2017 (ΕΚΠΙΑ)

Μάθημα 11^ο Βιοηθική και πανδημία

Περίληψη: Η Πανδημία της νόσου COVID-19 ανέδειξε το ρόλο της επιστήμης της Βιοηθικής και τα συναφή βιοηθικά διλήμματα σε καιρό πανδημίας -Εμβολιασμός

Πηγή: Βασίλειος Φανάρας, «Πανδημία της νόσου COVID-19: Βιοηθικές αρχές και κριτήρια προτεραιότητας στον εμβολιασμό» (έγκριση δημοσίευσης)



11.1 Εισαγωγή

Στις αρχές του έτους 2020, όταν η νόσος COVID-19 έπληξε την Ευρώπη, έγινε εμφανές το κενό της ετοιμότητας της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα της Υγείας, αλλά και της μη ενεργοποίησης κοινής αντίδρασης και συντονισμού στην ενημέρωση, η οποία αφορούσε τους κινδύνους και τη διασφάλιση αλληλεγγύης μεταξύ των κρατών μελών.¹⁴¹ Η πανδημία κατέδειξε τα κενά αυτά και σε εθνικό επίπεδο. Για παράδειγμα, στις αρχές Νοεμβρίου του 2020 ανακοινώθηκε ότι το σύστημα υγείας του Βελγίου έφθασε στα όριά του,¹⁴² καθώς ελάχιστες κλίνες στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) ήταν διαθέσιμες και οι ασθενείς με COVID-19 μεταφέρθηκαν στη Γερμανία. Οι ιατροί στο Βέλγιο ασχολήθηκαν με το δίλημμα με ποιο τρόπο να αντιδράσουν στην περίπτωση μη επάρκειας κλινών και της επιλογής για το ποιος ασθενής θα ζήσει. Για το λόγο αυτό ζήτησαν από την Επιτροπή Βιοηθικής του

¹⁴¹ Βλέπε την Ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, «Ετοιμότητα για τις στρατηγικές εμβολιασμού και τη διάθεση των εμβολίων κατά της νόσου COVID-19», Βρυξέλλες, 15.10.2020, σελ. 18 στην ιστοσελίδα <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/HTML/?uri=CELEX:52020DC0680&from=EN> ανάκτηση 28.11.2020.

¹⁴² Βλέπε στην ιστοσελίδα: <https://www.aftodioikisi.gr/diethni/velgio-koronoios-sta-cheria-tis-kyvernisis-poiioi-tha-zisoyn-kai-poiioi-tha-pethanoyn/amp/?fbclid=IwAR1BvxVI9033CIH0Wiwi6PLRfqz75oSjZjfjVs0ngyFDmuVC-6hMkqmzd8U> ανάκτηση 28.11.2020.

Υπουργείου Υγείας του Βελγίου να λάβει σχετικές αποφάσεις.¹⁴³ Το θέμα της επιλογής ασθενών παρατέμφθηκε σε κυβερνητικές αποφάσεις και στα κριτήρια, τα οποία καθορίζονται από την επιτροπή ειδικών και εμπειρογνομόνων με βάση τις αρχές της Βιοηθικής.

Στην ίδια προοπτική, η ιεράρχηση των κριτηρίων και της προτεραιότητας εμβολιασμού για τη νόσο COVID-19, όταν αυτό θα καταστεί στην πράξη εφικτό, εξετάζεται έγκαιρα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (W.H.O),¹⁴⁴ την Ευρωπαϊκή Επιτροπή,¹⁴⁵ αλλά κι από τις Εθνικές Επιτροπές Βιοηθικής. Στα πλαίσια του 26^{ου} Forum των Εθνικών Επιτροπών Βιοηθικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης, υπό την Προεδρία της Γερμανίας, έλαβε χώρα την Τετάρτη 18.11.2020 ανοικτή διαδικτυακή εκδήλωση με τίτλο: «*Ποιος προηγείται; Κατανομή των εμβολίων κατά της νόσου COVID-19*».¹⁴⁶ Η πρόεδρος της Εθνικής Επιτροπής Ηθικής της Γερμανίας Alena Buyx στην εισήγησή της πρόβαλε τις θέσεις από το κείμενο της Κοινής Ομάδας εργασίας στη Γερμανία για τη ρύθμιση της προτεραιότητας στον εμβολιασμό, όταν αυτό θα καταστεί εφικτό. Το κείμενο της ομάδας εργασίας δημοσιεύτηκε με τον τίτλο: «*Πώς πρέπει να ρυθμιστεί η πρόσβαση στο εμβόλιο COVID-19;*»¹⁴⁷ Την ίδια ημέρα ο Υπουργός Υγείας της χώρας μας ανακοίνωσε στα ΜΜΕ το σχέδιο κατανομής και τον τρόπο διανομής των εμβολίων¹⁴⁸, το οποίο εναρμονίζεται στο Ευρωπαϊκό πλαίσιο σχεδιασμού και αντιμετώπισης του θέματος.

Στη συνέχεια της παρούσας δημοσίευσης θα παρατεθούν πληροφορίες για τη σχετική προετοιμασία και το σχεδιασμό του εμβολιασμού, τα ηθικά κριτήρια για την ιεράρχηση διανομής και κατανομής των εμβολίων στους πολίτες, σύμφωνα με τα κείμενα της Ανακοίνωσης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, της Ανεξάρτητης Έκθεσης από τη Μεικτή Επιτροπή Εμβολιασμού και Ανοσοποίησης του Ηνωμένου Βασιλείου¹⁴⁹ και του κειμένου της

¹⁴³ Βλ., Μαρία Σαλαμούρα, «Κριτήρια επιλογής των ασθενών στις ΜΕΘ εν μέσω SARS-CoV-2 (COVID-19)», *ΒΙΟΗΘΙΚΑ*, 6 τόμος 2, τεύχος 2, Αθήνα 2020, σσ 65-73.

¹⁴⁴ WHO Europe, “Strategic considerations in preparing for deployment of COVID-19 vaccine and vaccination in the WHO European Region”, 21 Σεπτεμβρίου 2020, στην ιστοσελίδα: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335940/WHO-EURO2020-1148-40894-55356-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, ανάκτηση 28.11.2020.

¹⁴⁵ Ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, «Ετοιμότητα για τις στρατηγικές εμβολιασμού και τη διάθεση των εμβολίων κατά της νόσου COVID-19», Βρυξέλλες, 15.10.2020, στην ιστοσελίδα <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/HTML/?uri=CELEX:52020DC0680&from=EN> ανάκτηση 28.11.2020.

¹⁴⁶ Βλέπε στην ιστοσελίδα: <https://www.ethikrat.org/en/bioethics-forum/who-first-allocation-of-vaccines-against-sars-cov-2/> ανάκτηση 28.11.2020.

¹⁴⁷ Position Paper of the Joint Working Group of Members of the Standing Committee on Vaccination, the German Ethics Council and the National Academy of Sciences Leopoldina: “How should access to a COVID-19 vaccine be regulated” <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/englisch/joint-position-paper-stiko-der-leopoldina-vaccine-prioritisation.pdf> 23.11.2020 ανάκτηση 28.11.2020.

¹⁴⁸ Βλέπε στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας: <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-tyroy/press-releases/7963-paroysiash-ethnikoy-sxedioy-gia-thn-emboliastikh-kalypsh-toy-plhthysmoy-gia-thn-covid-19-apo-ton-yπουργο-ygeias-basilh-kikilia-thn-proedro-ths-ethnikhs-epitrophs-emboliasmwn-maria-theodwridoy-kai-ton-g-g-pfy-mario-themistokleoy> ανάκτηση 28.11.2020.

¹⁴⁹ «Independent report, Priority groups for coronavirus (COVID-19) vaccination: advice from the JCVI», 25.9.2020, *Interim advice from the Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI)*, αναρτήθηκε στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας,

Κοινής Ομάδας Εργασίας της Γερμανίας για τον επικείμενο εμβολιασμό,¹⁵⁰ αλλά και τη σχετική ανακοίνωση του Υπουργείου Υγείας της χώρας μας.

11.2 Προετοιμασία για τον εμβολιασμό της νόσου COVID-19

Η αποδοχή και η χρήση των εμβολίων COVID-19 είναι καθοριστικής σημασίας για τον έλεγχο της μετάδοσης του ιού. Σφυγμομετρήσεις έχουν καταγράψει τη διστακτικότητα ή την αντίσταση σε οποιοδήποτε μελλοντικό εμβόλιο COVID-19 από μεγάλο αριθμό του πληθυσμού.¹⁵¹ Η ταχεία ανάπτυξη πολλαπλών εμβολίων COVID-19 οδηγεί στη δυσπιστία ή στην αντίσταση του κοινού σε εφαρμοζόμενες πολιτικές και αρχές. Η πρόσβαση σε εσφαλμένες πληροφορίες, αλλά και η παραπληροφόρηση στα social media επηρεάζει την κοινή γνώμη. Όπως επισημαίνεται στην ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, σχετικά με την αντιμετώπιση της παραπληροφόρησης για την COVID-19¹⁵², η εσφαλμένη πληροφόρηση και η παραπληροφόρηση γύρω από ένα πιθανό εμβόλιο κατά της νόσου COVID-19 δεν έχουν μειωθεί και κατά πάσα πιθανότητα δυσχεραίνουν την ενδεχόμενη απορρόφηση των εμβολίων. Καθίσταται συνεπώς αναγκαία η έγκαιρη και η σαφής ενημέρωση για την καταπολέμηση ψευδών και παραπλανητικές πληροφοριών και ειδήσεων.

Στα επίσημα κείμενα και ανακοινώσεις σημειώνεται ότι η μεγάλη ταχύτητα με την οποία αναπτύσσονται οι έρευνες και οι κλινικές μελέτες για τα εμβόλια κατά της νόσου COVID-19 είναι πιθανό να καταστήσει ιδιαίτερα δύσκολη την οικοδόμηση εμπιστοσύνης, με τους πολίτες να εκφράζουν ανησυχίες σχετικά με την ασφάλεια των εμβολίων, τα οποία αναπτύσσονται σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα. Είναι σημαντικό τα κράτη μέλη να αρχίσουν από τώρα να παρέχουν στους πολίτες αντικειμενική, ακριβή, τεκμηριωμένη και στοχευμένη πληροφόρηση σχετικά με τη σημασία των εμβολίων κατά της νόσου COVID-19. Η έγκαιρη, συνεχής και

<https://www.gov.uk/government/publications/priority-groups-for-coronavirus-covid-19-vaccination-advice-from-the-jcvi-25-september-2020/jcvi-updated-interim-advice-on-priority-groups-for-covid-19-vaccination> ανάκτηση 28.11.2020.

¹⁵⁰ Το κείμενο μας βασίζεται και παρουσιάζει τις απόψεις στα κείμενα: α) Ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής με τίτλο «Ετοιμότητα για τις στρατηγικές εμβολιασμού και τη διάθεση των εμβολίων κατά της νόσου COVID-19», Βρυξέλλες, 15.10.2020, στην ιστοσελίδα <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/HTML/?uri=CELEX:52020DC0680&from=EN> ανάκτηση 28.11.2020 β) «Independent report, Priority groups for coronavirus (COVID-19) vaccination: advice from the JCVI», 25.9.2020, *Interim advice from the Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI)*, αναρτήθηκε στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας, <https://www.gov.uk/government/publications/priority-groups-for-coronavirus-covid-19-vaccination-advice-from-the-jcvi-25-september-2020/jcvi-updated-interim-advice-on-priority-groups-for-covid-19-vaccination> ανάκτηση 28.11.2020 και γ) της Κοινής Ομάδας Εργασίας της Γερμανίας και επιχειρεί να το αποδώσει στα ελληνικά. Το πρωτότυπο κείμενο βρίσκεται στην ιστοσελίδα: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/englisch/joint-position-paper-stiko-der-leopoldina-vaccine-prioritisation.pdf> ανάκτηση 28.11.2020, πρβλ., «Ποιος προηγείται; Τα κριτήρια στον εμβολιασμό για τον COVID-19», (27.11.2020) στην ιστοσελίδα <https://health4u.gr/koronoios/poios-prohgeitai-kritiria-emvoliasmos-covid-19/> ανάκτηση 28.11.2020.

¹⁵¹ «Το εμβόλιο αναστατώνει και διχάζει τους Έλληνες – Ποιες ηλικίες λένε «όχι», στην ιστοσελίδα [newsellada](https://newsellada.gr/to-emvolio-anastatonei-kai-dichazei-toys-ellines-poies-ilikies-lene-ochi/?fbclid=IwAR31lfrkiDud2SvqavWMj3qmihtezW-2Kh5xnSOIXcUinpyVP0zpYaVHe7M), ανάκτηση 28.11.2020, <https://newsellada.gr/to-emvolio-anastatonei-kai-dichazei-toys-ellines-poies-ilikies-lene-ochi/?fbclid=IwAR31lfrkiDud2SvqavWMj3qmihtezW-2Kh5xnSOIXcUinpyVP0zpYaVHe7M>

¹⁵² <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=CELEX%3A52020JC0008> ανάκτηση 28.11.2020.

συνεπής πληροφόρηση σχετικά με τις διαδικασίες ανάπτυξης, έγκρισης, θέσης σε κυκλοφορία, χρήσης των εμβολίων και τις διαδικασίες παρακολούθησης της ασφάλειάς τους θα συμβάλει ώστε να βεβαιωθούν οι πολίτες ότι εφαρμόζονται όλοι οι μηχανισμοί για τη διασφάλιση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας των εμβολίων.

Αξίζει να σημειωθεί η προσπάθεια καθημερινής ενημέρωσης μέσω της επίσημης ιστοσελίδας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (www.uoa.gr) με ανακοινώσεις για τις νέες εξελίξεις, οι οποίες αφορούν και τα εμβόλια για τη νόσο COVID-19. Μάλιστα, σε πρόσφατη ανακοίνωση σημειώνονται τα εξής σημαντικά με επιστημονική εγκυρότητα από μέλη της ακαδημαϊκής κοινότητας: «Οι πρόσφατες ανακοινώσεις των ιδιαίτερα θετικών πρώιμων αποτελεσμάτων των κλινικών μελετών με εμβόλια που βασίζονται στο mRNA έναντι του SARS-CoV-2 είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικές και ουσιαστικά σηματοδότησαν την έναρξη των διαδικασιών ελέγχου από τις ρυθμιστικές αρχές με στόχο τη χορήγηση επιταχυνόμενης έγκρισης κυκλοφορίας. Ωστόσο, σε πρόσφατο άρθρο τους στο έγκριτο περιοδικό *Annals of Internal Medicine (Ethical and Scientific Considerations Regarding the Early Approval and Deployment of a COVID-19 Vaccine*, <https://doi.org/10.7326/M20-7357>) οι Dal-Re και συνεργάτες εφιστούν την προσοχή στην ανάγκη διασφάλισης της επιστημονικής εγκυρότητας και της κοινωνικής αξίας. Η επιστημονική εγκυρότητα αναφέρεται στην ισορροπία μεταξύ οφέλους και παρενεργειών, ενώ η κοινωνική αξία έγκειται στη βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεση πρόληψη της λοίμωξης COVID-19. Οι Ιατροί της Θεραπευτικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών Ελένη Κορομπόκη, Ιωάννης Ντάνας και Θάνος Δημόπουλος (Πρύτανης ΕΚΠΑ) συνοψίζουν τα κυριότερα σημεία της δημοσίευσης».¹⁵³ Επιπλέον, στο κείμενο με σαφήνεια υπογραμμίζεται και ο πιθανός κίνδυνος της πρώιμης έγκρισης και της διακινδύνευσης των κλινικών μελετών για τα πέντε εμβόλια, συγκεκριμένα σημειώνεται: «Ωστόσο, η πιθανή πρώιμη έγκριση μπορεί να θέσει σοβαρά έως και ανυπέρβλητα εμπόδια στη συλλογή μακροπρόθεσμων δεδομένων». Αυτή η συνετή και ηθικά αποδεκτή επιστημονική στάση βοηθά στην έγκυρη πληροφόρηση και στη διαφάνεια της διάχυσης των δεδομένων της έρευνας, αποκόπτοντας το δρόμο στην

¹⁵³ «Ηθικές και επιστημονικές θεωρήσεις σχετικά με την πρώιμη έγκριση και ευρεία διάθεση εμβολίων έναντι του SARS-CoV-2», Ενημέρωση για COVID-19 από το Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (24/11/2020), στην ιστοσελίδα: https://www.uoa.gr/fileadmin/user_upload/PDF-files/anakoimwseis/themata_ygeias/2411_H8ikes_kai_epistimonikes_8ewriseis.pdf ανάκτηση 28.11.2020, Στο κείμενο σημειώνεται: «Συνολικά, βρίσκονται σε εξέλιξη 5 μεγάλες τυχαιοποιημένες μελέτες φάσης 3 στον Δυτικό Κόσμο που αξιολογούν την αποτελεσματικότητα εμβολίων έναντι του SARS-CoV-2 ως προς την πρόληψη της COVID-19. Η εκτιμώμενη διάρκεια κάθε μελέτης είναι τα 2 έτη..... Η δυνατότητα λήψης ενός εγκεκριμένου αποτελεσματικού εμβολίου είναι πολύ πιθανό να οδηγήσει τους συμμετέχοντες σε μια κλινική μελέτη που δεν έχουν νοσήσει από COVID-19 να τερματίσουν τη συμμετοχή τους στη μελέτη προκειμένου να μάθουν εάν έλαβαν το ενεργό ή το εικονικό εμβόλιο, ώστε να εμβολιαστούν με το εγκεκριμένο πλέον εμβόλιο. Εάν οι περισσότεροι συμμετέχοντες σε μια κλινική μελέτη προχωρήσουν σε κάτι τέτοιο, τότε η μελέτη ουσιαστικά τερματίζεται πρόωρα και δε θα είναι δυνατή η συλλογή δεδομένων ασφαλείας μακροπρόθεσμα, καθώς και ο προσδιορισμός της διάρκειας της προστασίας που παρέχει το εμβόλιο και την κινητική της ανοσιακής απάντησης που προκαλεί στον οργανισμό. Και αυτά τα στοιχεία είναι ιδιαίτερα σημαντικά για τα εμβόλια που βασίζονται στην τεχνολογία του mRNA, καθώς δεν υπάρχουν εγκεκριμένα εμβόλια τέτοιου είδους για άλλες λοιμώξεις του ανθρώπου».

παραπληροφόρηση και στην έλλειψη οικοδόμησης εμπιστοσύνης για τον εμβολιασμό, όταν αυτός θα καταστεί εφικτός.

Είναι γνωστό ότι η έλλειψη εμπιστοσύνης στον εμβολιασμό κατά το πρόσφατο παρελθόν οδήγησε στην ανεπαρκή απορρόφηση βασικών παιδικών εμβολίων και, κατά συνέπεια, σε νέες εξάρσεις νόσων που προλαμβάνονται με εμβολιασμό, όπως η ιλαρά. Τα προβλήματα που συνδέονται με τη μείωση της εμπιστοσύνης στα εμβόλια περιγράφονται στην ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής σχετικά με την ενίσχυση της συνεργασίας για την καταπολέμηση των νόσων που προλαμβάνονται με εμβολιασμό¹⁵⁴, στην έκθεση του 2018 για την κατάσταση σχετικά με την εμπιστοσύνη, όσον αφορά τον εμβολιασμό στην Ε.Ε.,¹⁵⁵ καθώς και στην έκθεση Wellcome Global Monitor του ίδιου έτους σχετικά με την εμπιστοσύνη στα εμβόλια.¹⁵⁶

Σύμφωνα με την Ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής,¹⁵⁷ η προετοιμασία κάθε κράτους μέλους είναι υψίστης σημασίας, καθώς μόλις καταστούν διαθέσιμα ένα ή περισσότερα εμβόλια κατά της νόσου COVID-19, είναι σημαντική η διασφάλιση ότι οι υπηρεσίες εμβολιασμού θα είναι σε θέση να διανέμουν τα εμβόλια με τάξη, εντός δεδομένου χρονοδιαγράμματος και σύμφωνα με την ταχέως μεταβαλλόμενη επιδημιολογική κατάσταση. Αξίζει να σημειωθεί ότι ορισμένα εμβόλια θα έχουν ειδικές απαιτήσεις θερμοκρασίας (έως και – 70 °C), ενώ οι διαφορές στα χαρακτηριστικά των εμβολίων είναι πιθανόν να αντιστοιχούν σε διαφορετικά μεγέθη συσκευασιών και σε ειδικές ανάγκες μεταφοράς.¹⁵⁸ Την ευθύνη για την πολιτική υγείας φέρουν τα κράτη μέλη και οι εθνικές στρατηγικές μπορεί να διαφέρουν, όπως οι ικανότητες των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, η διάρθρωση του πληθυσμού ή η επιδημιολογική κατάσταση, είναι ωστόσο σημαντικό να διασφαλιστεί ο συντονισμός των εθνικών αντιδράσεων στην πανδημία.

11.3 Ηθικές Αρχές-Αποφάσεις Ιεράρχησης

Η επιστήμη της Βιοηθικής βασίζεται σε τέσσερις θεμελιακές αρχές¹⁵⁹ και αυτές ακολουθούνται πιστά στο κείμενο της Κοινής Ομάδας Εργασίας της Γερμανίας με την προσθήκη των αρχών της αλληλεγγύης και το χαρακτήρα του επείγοντος, λόγω της

¹⁵⁴ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=COM%3A2018%3A245%3AFIN> ανάκτηση 28.11.2020.

¹⁵⁵ https://static1.squarespace.com/static/5d4d746d648a4e0001186e38/t/5da9a66cda5d5c5fdd6d5816/1571399327071/2018_vaccine_confidence_en.pdf ανάκτηση 28.11.2020.

¹⁵⁶ <https://static1.squarespace.com/static/5d4d746d648a4e0001186e38/t/5da9a9ee57ce312451325890/1571400178293/wellcome-global-monitor-2018.pdf> ανάκτηση 28.11.2020.

¹⁵⁷ Βλέπε την Ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, «Ετοιμότητα για τις στρατηγικές εμβολιασμού και τη διάθεση των εμβολίων κατά της νόσου COVID-19», Βρυξέλλες, 15.10.2020, σελ. 18 στην ιστοσελίδα <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/HTML/?uri=CELEX:52020DC0680&from=EN> ανάκτηση 28.11.2020.

¹⁵⁸ Βλέπε την Ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, «Ετοιμότητα για τις στρατηγικές εμβολιασμού και τη διάθεση των εμβολίων κατά της νόσου COVID-19», Βρυξέλλες, 15.10.2020, σελ. 18 στην ιστοσελίδα <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/HTML/?uri=CELEX:52020DC0680&from=EN> ανάκτηση 28.11.2020.

¹⁵⁹ Οι τέσσερις θεμελιακές αρχές είναι: α. Η αρχή της αυτονομίας, β. Η αρχή της αγαθοεργίας, γ. Η αρχή της μη προκλήσεως βλάβης και πόνου (ωφελιμότητας), δ. Η αρχή της δικαιοσύνης και της ισότητας, βλ., Beauchamp and Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Fourth Edition, Oxford 1994.

πανδημίας.¹⁶⁰ Συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι η **αυτονομία (autonomy)** κάθε ατόμου αποτελεί το σημείο εκκίνησης και το πρώτη και βασική αρχή, καθώς απαιτείται η ενημερωμένη συναίνεση/συγκατάθεση του ατόμου για τον εμβολιασμό. Ο υποχρεωτικός εμβολιασμός θα μπορούσε να δικαιολογηθεί μόνο για σοβαρούς λόγους και για συγκεκριμένη ομάδα ατόμων.¹⁶¹ Αυτό θα ισχύσει για τους υπαλλήλους, οι οποίοι βρίσκονται σε συνεχή επαφή με μέλη ομάδας υψηλού κινδύνου και εφόσον η διασπορά της νόσου θα μπορούσε να αποφευχθεί μόνο με τον εμβολιασμό. Ο υποχρεωτικός εμβολιασμός θα εξεταζόταν μόνο εάν ο τρόπος δράσης του εμβολίου είχε παρατηρηθεί για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα.

Σύμφωνα με την αρχή της **μη κακοποίησης ή της προστασίας της ακεραιότητας (non-maleficence or protection of integrity)** του ατόμου, οι αποφάσεις ιεράρχησης πρέπει να εξεταστούν υπό το πρίσμα της βοήθειας στην πρόληψη σοβαρής βλάβης, η οποία μπορεί να αποφευχθεί αποκλειστικά με την αυτοπροστασία των ατόμων, αλλά και της βλάβης που προκύπτει από την έλλειψη προστασίας των συνανθρώπων και επομένως μπορεί να αποφευχθεί με την πρόληψη της μετάδοσης του ιού. Επιπλέον, είναι σημαντικό οι αποφάσεις ιεράρχησης να λαμβάνουν υπόψη ότι η πιθανή βλάβη μπορεί να επηρεάσει, όχι μόνο την υγεία, αλλά και τις βασικές διαπροσωπικές σχέσεις φροντίδας ή τις ζωτικής σημασίας οργανωτικές δομές εφοδιασμού της κοινωνίας.

Αντίθετα, η ηθική αρχή της **ευεργεσίας (beneficence)**, σύμφωνα με την έννοια του καθήκοντος στην ιατρική μέριμνα και φροντίδα, δεν πρέπει να προηγηθεί στην περίπτωση αποφάσεων ιεράρχησης κριτηρίων σε περιπτώσεις διένεξης με άλλες ευπαθείς ομάδες. Η Ιατρική έχει καθήκον να προάγει την ευημερία των ασθενών με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, αλλά εάν υφίσταται σοβαρή έλλειψη κατάλληλων πόρων, καθίσταται αδύνατο. Ο στόχος είναι η παροχή επαρκούς βασικής φροντίδας για όσο το δυνατόν περισσότερους ανθρώπους και όχι αποκλειστικά η καλύτερη δυνατή φροντίδα για λίγους.

Για τις αποφάσεις ιεράρχησης η αρχή της **δικαιοσύνης (justice) και της ισότητας (equality before the law)** ενώπιον του νόμου είναι ζωτικής σημασίας. Τα κριτήρια διαφοροποίησης αποτρέπονται και προβάλλεται η απαίτηση για ισότιμη αντιμετώπιση στην

¹⁶⁰ Κείμενο της Κοινής Ομάδας Εργασίας της Γερμανίας και επιχειρεί να το αποδώσει στα ελληνικά. Το πρωτότυπο κείμενο βρίσκεται στην ιστοσελίδα: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/englisch/joint-position-paper-stiko-der-leopoldina-vaccine-prioritisation.pdf> ανάκτηση 28.11.2020

¹⁶¹ Στην Ελληνική Νομοθεσία σχετικά με την υποχρεωτικότητα του εμβολιασμού συγκεκριμένων ομάδων ρυθμίζονται τα εξής: ΦΕΚ Α' 54, 11-3-2002. Συγκεκριμένα στο Άρθρο 4, 3. Α ΙΙΙ, σημειώνεται ότι: «β) Σε περιπτώσεις εμφάνισης κινδύνου διάδοσης μεταδοτικού νοσήματος, που ενδέχεται να έχει σοβαρές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία, μπορεί να επιβάλλεται, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, μετά από γνώμη της ΕΕΔΥ, υποχρεωτικότητα του εμβολιασμού με σκοπό την αποτροπή της διάδοσης της νόσου. Με την ανωτέρω απόφαση ορίζονται η ομάδα του πληθυσμού ως προς την οποία καθίσταται υποχρεωτικός ο εμβολιασμός με καθορισμένο εμβόλιο, η τυχόν καθορισμένη περιοχή υπαγωγής στην υποχρεωτικότητα, το χρονικό διάστημα ισχύος της υποχρεωτικότητας του εμβολιασμού, το οποίο πρέπει πάντοτε να αποφασίζεται ως έκτακτο και προσωρινό μέτρο προστασίας της δημόσιας υγείας για συγκεκριμένη ομάδα του πληθυσμού, η ρύθμιση της διαδικασίας του εμβολιασμού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια»

πανδημία, δηλαδή, η ίδια κατάσταση κινδύνου δημιουργεί το ίδιο δικαίωμα φροντίδας. Εάν ένα άτομο έχει σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο από τον γενικό πληθυσμό να προσβληθεί από σοβαρή ή ακόμη και θανατηφόρα ασθένεια, λόγω της προσωπικής του κατάστασης ή μέσω της επαγγελματικής του δραστηριότητας ή να εκθέσει άλλους ανθρώπους σε τόσο αυξημένους κινδύνους μέσω μετάδοσης, τότε είναι σκόπιμο για λόγους δικαιοσύνης να του δοθεί η προτεραιότητα στον εμβολιασμό.

Η πτυχή της δικαιοσύνης και της ισότητας συνδέεται με την αρχή της **αλληλεγγύης (solidarity)**. Οι άνθρωποι που αποδέχονται και εφαρμόζουν την αλληλεγγύη, επιδεικνύουν ευθύνη απέναντι σε άτομα που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο, αναιρώντας, προσωρινά, τη δική τους αξίωση για άμεση προστασία της υγείας τους. Οι δίκαιες αποφάσεις ιεράρχησης βασίζονται επομένως στο χαρακτήρα του **επείγοντος (urgency)** κι αυτό προκύπτει για άτομα που θα πρέπει εμβολιαστούν λόγω ευπάθειας που σχετίζεται με την ηλικία, υποκείμενων προβλημάτων υγείας ή κοινωνικών συνθηκών που καθιστούν δυσκολότερη την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη (έλλειψη στέγης, διαμονή σε κοινόχρηστο κατάλυμα κ.λπ.). Αποφασιστικό παράγοντα αποτελεί η αυξημένη πιθανότητα της ανάγκης για εντατική ιατρική περίθαλψη ή ο κίνδυνος για μόνιμη σοβαρή βλάβη ή ο θάνατος λόγω της νόσου. Από την άλλη πλευρά, ο επείγων χαρακτήρας ενδέχεται να προκύψει από το γεγονός ότι ορισμένες ομάδες εργάζονται σε χώρους, στους οποίους εκτίθενται σε αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν ή ακόμη και να πεθάνουν, για παράδειγμα λόγω επαφής με ασθενείς με COVID-19, ή υφίσταται αυξημένος κίνδυνος μετάδοσης σε ευπαθή άτομα. Η ηλικία ή η σωματική ή η νοητική εξασθένηση δεν κατατάσσει αυτόματα και αποκλειστικά κάποια μέλη στην ομάδα υψηλού κινδύνου.

Η ιεράρχηση των κριτηρίων πρέπει να βασίζεται σε συνεχώς ενημερωμένα ιατρικά και επιστημονικά δεδομένα και να τεκμηριώνεται τόσο σύμφωνα με το Νόμο, όσο και κατά την εφαρμογή των ηθικών αρχών που περιγράφονται παραπάνω. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η συναίνεση και η δημόσια κοινοποίηση με διαφανείς νόμιμες διαδικασίες.

11.4. Εφαρμογή των δεοντολογικών κριτηρίων

Στη συνέχεια παρουσιάζονται, σύμφωνα με την ιεράρχηση κριτηρίων για την προτεραιότητα στον εμβολιασμό, τα κείμενα της Ανακοίνωσης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, της Ανεξάρτητης Έκθεσης από τη Μεικτή Επιτροπή Εμβολιασμού και Ανοσοποίησης του Ηνωμένου Βασιλείου και της Κοινής Ομάδας Εργασίας της Γερμανίας, στα οποία παρατηρείται διαφοροποίηση στην προτεραιότητα χορήγησης του εμβολίου, όσον αφορά την πρώτη ομάδα εμβολιασμού. Αυτό δεν αποκλείει τον ταυτόχρονο εμβολιασμό των συγκεκριμένων ομάδων, ωστόσο αξίζει να σημειωθεί, ότι έχει ενδιαφέρον η διαφορετική οπτική της ιεράρχησης και της προτεινόμενης εφαρμογής των κριτηρίων και της προτεραιότητας στο σχεδιασμό εμβολιασμού για τη νόσο COVID-19.

11.4.1 ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής¹⁶²

Στο κείμενο σημειώνεται ότι τα κράτη μέλη και οι οργανώσεις εμπειρογνομόνων έχουν αρχίσει έγκαιρα να καταρτίζουν σχέδια δράσης και καταλόγους προτεραιοτήτων με βάση τα όσα κατέδειξε η πρώτη φάση της πανδημίας, όσον αφορά τον αντίκτυπο στις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες και κοινότητες. Επιπλέον, ορθά σημειώνεται ότι θα πρέπει να ληφθεί υπόψη και η αποτελεσματικότητα του κάθε εμβολίου, για παράδειγμα, ένα εμβόλιο αποτελεσματικό κατά της βαρύτητας της νόσου θα πρέπει να χορηγείται σε ευάλωτες ομάδες, ενώ ένα εμβόλιο αποτελεσματικό ως προς την ανάσχεση της μετάδοσης του ιού θα πρέπει να χορηγείται σε ομάδες που υποβοηθούν στην εξάπλωση της νόσου. Το ζήτημα είναι σοβαρό και είναι απαραίτητη η διασφάλιση της διαθεσιμότητας ευρέος φάσματος διαφορετικών εμβολίων, καθώς και της πρόσβασης σε αυτά, ιδίως κατά τη στόχευση και την ιεράρχηση των διαφόρων ομάδων. Στον παρακάτω πίνακα 1, ο οποίος περιλαμβάνεται στο κείμενο της Ανακοίνωσης, παρέχονται παραδείγματα μη ταξινομημένων ομάδων προτεραιότητας που πρέπει να ληφθούν υπόψη από τις χώρες, όταν η διάθεση εμβολίων κατά της νόσου COVID-19 γίνει πραγματικότητα:

ΟΜΑΔΕΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΛΗΦΘΟΥΝ ΥΠΟΨΗ ΑΠΟ ΤΑ ΚΡΑΤΗ ΜΕΛΗ	ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ
Εργαζόμενοι σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης και μακροχρόνιας φροντίδας	Εργαζόμενοι σε νευραλγικές θέσεις με σημαντικά αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης Εκτελούν καθήκοντα ουσιώδους σημασίας για την καταπολέμηση της πανδημίας
Άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών	Αυξημένος κίνδυνος σοβαρής ασθένειας ή θανάτου λόγω ηλικίας Ιδίως όσοι ζουν σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου, όπως οι εγκαταστάσεις μακροχρόνιας φροντίδας
Ευάλωτος πληθυσμός λόγω χρόνιων ασθενειών,	Αυξημένος κίνδυνος σοβαρής ασθένειας ή θανάτου Παραδείγματα παραγόντων κινδύνου: παχυσαρκία, υπέρταση, άσθμα, καρδιακές παθήσεις, εγκυμοσύνη

¹⁶² Ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, «Ετοιμότητα για τις στρατηγικές εμβολιασμού και τη διάθεση των εμβολίων κατά της νόσου COVID-19», Βρυξέλλες, 15.10.2020, (κείμενο στα ελληνικά) στην ιστοσελίδα: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/HTML/?uri=CELEX:52020DC0680&from=EN> ανάκτηση 28.11.2020.

συννοσηροτήτων και άλλων υποκείμενων παθήσεων	
Εργαζόμενοι σε νευραλγικές θέσεις εκτός του τομέα της υγείας	π.χ. εκπαιδευτικοί, παιδοκόμοι, εργαζόμενοι στον τομέα της γεωργίας και των τροφίμων, εργαζόμενοι στον τομέα των μεταφορών, αστυνομικοί και προσωπικό που προσφέρει πρώτες βοήθειες
Κοινότητες όπου δεν μπορεί να τηρηθεί φυσική απόσταση	π.χ. σε κοιτώνες, φυλακές, καταυλισμούς προσφύγων
Εργαζόμενοι που δεν μπορούν να τηρήσουν φυσική απόσταση	π.χ. σε εργοστάσια, μονάδες τεμαχισμού κρέατος και σφαγεία
Ευάλωτες κοινωνικοοικονομικές ομάδες και άλλες ομάδες υψηλότερου κινδύνου	π.χ. κοινωνικά υποβαθμισμένες κοινότητες, οι οποίες πρέπει να οριστούν σύμφωνα με τις εθνικές συνθήκες

Πίνακας 1, πηγή: Ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, «Ετοιμότητα για τις στρατηγικές εμβολιασμού και τη διάθεση των εμβολίων κατά της νόσου COVID-19», Βρυξέλλες, 15.10.2020, (κείμενο στα ελληνικά) στην ιστοσελίδα: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/HTML/?uri=CELEX:52020DC0680&from=EN> ανάκτηση 28.11.2020.

11.4.2 Ανεξάρτητη Έκθεση της Μεικτής Επιτροπής του Ηνωμένου Βασιλείου

Αξίζει να σημειωθεί ότι έγκαιρα στο Ηνωμένο Βασίλειο (Σεπτέμβριος 2020) δημοσιεύθηκε στην επίσημη ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας¹⁶³ η Ανεξάρτητη Έκθεση της Μεικτής Επιτροπής για τον Εμβολιασμό και την Ανοσοποίηση σχετικά με το σχεδιασμό διανομής και χορήγησης του εμβολίου κατά της νόσου COVID-19, όταν αυτό θα γίνει εφικτό. Επιπλέον, και στο κείμενο αυτό, αν και είναι προγενέστερο της Ανακοίνωσης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, δεν προηγούνται με απόλυτη προτεραιότητα οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι εργάζονται στα νοσηλευτικά ιδρύματα, αλλά οι υπερήλικοι σε κέντρα φροντίδας και οίκους ευγηρίας. Στο κείμενο η προτεραιότητα στον εμβολιασμό για τα άτομα που κινδυνεύουν ορίζεται ως εξής:

1. ηλικιωμένοι ενήλικες που διαμένουν σε κέντρα φροντίδας-οίκους ευγηρίας και οι εργαζόμενοι σε αυτά
2. άτομα άνω των 80 ετών και οι εργαζόμενοι στην υγεία και την κοινωνική μέριμνα
3. άτομα άνω των 75 ετών
4. άτομα άνω των 70 ετών

¹⁶³ <https://www.gov.uk/government/publications/priority-groups-for-coronavirus-covid-19-vaccination-advice-from-the-jcvi-25-september-2020/jcvi-updated-interim-advice-on-priority-groups-for-covid-19-vaccination> ανάκτηση 28.11.2020

5. άτομα άνω των 65 ετών
6. ενήλικες υψηλού κινδύνου κάτω των 65 ετών
7. ενήλικες μέτριου κινδύνου ηλικίας κάτω των 65 ετών
8. άτομα άνω των 60 ετών
9. άτομα άνω των 55 ετών
10. άτομα άνω των 50 ετών
11. υπόλοιπος πληθυσμός (η προτεραιότητα που θα καθοριστεί)

Στο κείμενο ορθά υπογραμμίζεται ότι η ιεράρχηση θα μπορούσε να αλλάξει σημαντικά, αν τα πρώτα διαθέσιμα εμβόλια δεν θεωρηθούν κατάλληλα ή αποτελεσματικά, στους ηλικιωμένους.

11.4.3 Κείμενο της Κοινής Ομάδας Εργασίας της Γερμανίας

Στο κείμενο υπογραμμίζεται ότι οι ηθικές αρχές, καθώς και οι ακόλουθοι συγκεκριμένοι στόχοι εμβολιασμού αποτελούν κατευθυντήριες αρχές για τη μελλοντική λεπτομερή σύσταση ιεράρχησης:

- Πρόληψη νοσηλείας, εισαγωγής σε ΜΕΘ λόγω COVID-19 και θανάτων
- Προστασία ατόμων με ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο έκθεσης σε SARS-CoV-2 (επαγγελματική ένδειξη)
- Πρόληψη μετάδοσης και προστασίας σε περιβάλλοντα με υψηλό ποσοστό ευάλωτων ατόμων και σε άτομα με υψηλό δυναμικό εστία
- Διατήρηση των βασικών λειτουργιών της κατάστασης και της δημόσιας ζωής

Σύμφωνα με το κείμενο της Κοινής Ομάδας Εργασίας της Γερμανίας παρατηρείται διαφοροποίηση στην ιεράρχηση των κριτηρίων και συνεπώς στην προτεραιότητα χορήγησης του εμβολίου στις ομάδες πληθυσμού με αυτό της Ανακοίνωσης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, καθώς προηγείται ο στόχος της πρόληψης νοσηλείας, εισαγωγής στις ΜΕΘ και του πιθανού θανάτου, όσων πάσχουν από τη νόσο COVID-19. Συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι η προτεραιότητα θα πρέπει να δοθεί ακολούθως: Η **πρώτη ομάδα** περιλαμβάνει άτομα, τα οποία έχουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο εξέλιξης σοβαρών ή θανατηφόρων ασθενειών, λόγω της ηλικίας τους ή της υποκείμενης ιατρικής κατάστασής τους στην περίπτωση αυξημένης πυκνότητας επαφής (για παράδειγμα σε γηροκομεία και άλλες εγκαταστάσεις μακροχρόνιας φροντίδας).

Η **δεύτερη ομάδα** προτεραιότητας περιλαμβάνει όσους περιθάλπουν ασθενείς με COVID-19 και οι ίδιοι εκτίθενται σε αυξημένο κίνδυνο. Οι επαγγελματίες υγείας εκτίθενται στον κίνδυνο μετάδοσης και αυξημένης έκθεσης στον ιό μέσω τακτικής επαφής με τους ασθενείς. Αντίθετα, στην περίπτωση της μη επαγγελματικής πρωτογενούς λοίμωξης αυτής της ομάδας ανθρώπων, ο κίνδυνος διασποράς σε ασθενείς είναι υψηλός. Εκτός από το χαρακτήρα του **επείγοντος**, εξετάζονται και τα θέματα **αλληλεγγύης**. Και εδώ, οι λεπτομέρειες πρέπει να

κατηγοριοποιηθούν με μεγαλύτερη ακρίβεια για να διασφαλιστεί ότι τα άτομα σε αυτήν την ομάδα, τα οποία κινδυνεύουν περισσότερο και αποτελούν το μεγαλύτερο κίνδυνο για άλλα άτομα, εάν μολυνθούν οι ίδιοι, θα πρέπει να εμβολιάζονται με προτεραιότητα. Αυτή η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει τους υπαλλήλους ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ή ιατρικών εσωτερικών ασθενών και ιατρικών εγκαταστάσεων, οι οποίοι, λόγω των στενών και συχνών επαγγελματικών επαφών τους με άτομα που πάσχουν από τη νόσο COVID-19, έχουν αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης ή, ως πολλαπλασιαστές οι ίδιοι, μπορεί να μεταφέρουν τον ιό στις εγκαταστάσεις και σε άλλους τομείς της κοινωνίας.

Επιπλέον, πρέπει να παρέχεται προστασία σε άτομα που εκτελούν λειτουργίες που σχετίζονται ιδιαίτερα με την κοινότητα και δεν μπορούν εύκολα να αντικατασταθούν. Η ανάθεση ατόμων σε αυτήν την **τρίτη ομάδα** προτεραιότητας μπορεί να γίνει σωστά μόνο όταν είναι διαθέσιμα τα σχετικά επιδημιολογικά δεδομένα. Στην περίπτωση αυτή περιλαμβάνονται άτομα (ομάδες ατόμων) που κατέχουν βασικές θέσεις σε βασικούς τομείς υπηρεσιών κοινής ωφέλειας και είναι υπεύθυνα για τη διατήρηση των λειτουργιών του κεντρικού κράτους (π.χ. υπάλληλοι τοπικών υγειονομικών αρχών, αστυνομικών και ασφαλιστικών υπηρεσιών, πυροσβεστικών, εκπαιδευτικών και εκπαιδευτικών).

11.5 Σχεδιασμός εμβολιασμού στην Ελλάδα

Στις 18 Νοεμβρίου 2020 ο υπουργός Υγείας παρουσίασε το σχέδιο για τον εμβολιασμό,¹⁶⁴ πλήρως ευθυγραμμισμένο με το κείμενο της Ανακοίνωσης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και δήλωσε ότι η προμήθεια θα γίνει κεντρικά από την Ευρωπαϊκή Ένωση, η οποία έχει κάνει συμφωνίες με έξι εταιρίες.¹⁶⁵ Επίσης, ανακοινώθηκε ότι η Ευρωπαϊκή Ένωση θα συμβάλλει στην τιμή του εμβολίου και έτσι τα κράτη θα λάβουν τελικά τα εμβόλια σε χαμηλότερο τίμημα. Τα εμβολιαστικά κέντρα στην Ελλάδα θα είναι 1.018 και θα μπορούν να εμβολιαστούν 2.117.440 πολίτες τον μήνα με την εξής ιεράρχηση: πρώτα θα εμβολιαστούν οι υγειονομικοί, μετά οι ευπαθείς ομάδες και τέλος ο γενικός πληθυσμός. Στο σημείο αυτό ακολουθείται η ιεράρχηση σύμφωνα με τη σχετική Ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και εμφανίζεται διαφοροποίηση με την ιεράρχηση του κειμένου της Κοινής Ομάδας Εργασίας της Γερμανίας.

¹⁶⁴ Βλέπε στην ιστοσελίδα: Υπουργείο Υγείας, Παρουσίαση Εθνικού Σχεδίου για την εμβολιαστική κάλυψη του πληθυσμού για την COVID-19, <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/7963-paroysiash-ethnikoy-sxedioy-gia-thn-emboliastikh-kalyptsh-toy-plhthysmoy-gia-thn-covid-19-apo-ton-yporgo-ygeias-basilh-kikilia-thn-proedro-ths-ethnikhs-epitrophs-emboliasmwn-maria-theodwridoy-kai-ton-g-g-pfy-mario-themistokleoy> ανάκτηση 28.11.2020.

¹⁶⁵ Εταιρείες παραγωγής εμβολίων COVID-19 είναι οι: AstraZeneca, Johnson & Johnson, BioNTech – Pfizer, CureVac, Moderna, Sanofi – GSK.

Στην Ελλάδα, ο εμβολιασμός θα γίνει στα εμβολιαστικά κέντρα¹⁶⁶ με ραντεβού σε δυο βάρδιες, πρωινή και απογευματινή, έξι ημέρες την εβδομάδα, με υπολογισμό για το χρόνο εμβολιασμού στα δέκα λεπτά. Όσον αφορά τη διαδικασία εμβολιασμών θα γίνεται έλεγχος των δικαιούχων μέσω του ΑΜΚΑ και κατόπιν η καταχώρηση των στοιχείων των δικαιούχων. Παράλληλα, υπάρχει μέριμνα για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες καθώς σχεδιάζεται το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του ΕΟΔΥ να αναλάβει τον εμβολιασμό σε 34 κέντρα φιλοξενίας, έξι κέντρα υποδοχής και ταυτοποίησης, οκτώ προ-αναχωρησιακά κέντρα.

11.6 Αντί επιλόγου

Η επιταχυνόμενη έγκριση εμβολίων έναντι του SARS-CoV-2 είναι πλέον δεδομένη και στοχεύει στην αναχαίτιση της πανδημίας και των επιπτώσεών της. Ο ρόλος της επιστήμης της Βιοηθικής στην παρούσα πανδημία είναι σημαντικός στην προβολή των ηθικών αρχών και στον καθορισμό της ιεράρχησης των κριτηρίων για την προτεραιότητα στον εμβολιασμό. Κριτήρια και ιεράρχηση προτεραιότητας στον εμβολιασμό του τύπου κλήρωσης/λοταρίας ή ακόμη σύμφωνα με το χρόνο προσέλευσης (first come, first served) δεν είναι δυνατό να εφαρμοστούν στην περίπτωση της παρούσας πανδημίας σε παγκόσμιο επίπεδο. Η προετοιμασία και ο σχεδιασμός για τη χορήγηση του εμβολίου για τη νόσο COVID-19 σε Ευρωπαϊκό και Εθνικό επίπεδο, όταν αυτό καταστεί εφικτό στην πράξη, βασίζεται στην απαραίτητη ιεράρχηση κριτηρίων και προτεραιότητας σύμφωνα με ηθικές αρχές κοινά αποδεκτές στις κοινωνίες για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της πανδημίας.

11.7 Επίσημα Κείμενα

1. WHO Europe, “Strategic considerations in preparing for deployment of COVID-19 vaccine and vaccination in the WHO European Region”, 21 Σεπτεμβρίου 2020, στην ιστοσελίδα: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335940/WHO-EURO2020-1148-40894-55356-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, ανάκτηση 28.11.2020.
2. Ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, «Ετοιμότητα για τις στρατηγικές εμβολιασμού και τη διάθεση των εμβολίων κατά της νόσου COVID-19», Βρυξέλλες, 15.10.2020, (κείμενο στα ελληνικά) στην ιστοσελίδα: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/HTML/?uri=CELEX:52020DC0680&from=EN> ανάκτηση 28.11.2020.
3. Position Paper of the Joint Working Group of Members of the Standing Committee on Vaccination, the German Ethics Council and the National Academy of Sciences

¹⁶⁶ Εμβολιασμός όλων των υγειονομικών υπαλλήλων σε επτά γεωγραφικά τμήματα όλης της χώρας σε Νοσοκομεία, Κέντρα υγείας, Υγειονομικές δομές.

- Leopoldina, “How should access to a COVID-19 vaccine be regulated”
<https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/englisch/joint-position-paper-stiko-der-leopoldina-vaccine-prioritisation.pdf> 23.11.2020 ανάκτηση 28.11.2020.
4. «Independent report, Priority groups for coronavirus (COVID-19) vaccination: advice from the JCVI», 25.9.2020 *Interim advice from the Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI)*, <https://www.gov.uk/government/publications/priority-groups-for-coronavirus-covid-19-vaccination-advice-from-the-jcvi-25-september-2020/jcvi-updated-interim-advice-on-priority-groups-for-covid-19-vaccination> ανάκτηση 28.11.2020.
5. Υπουργείο Υγείας, Παρουσίαση Εθνικού Σχεδίου για την εμβολιαστική κάλυψη του πληθυσμού για την COVID-19, <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-tyroy/press-releases/7963-paroysiash-ethnikoy-sxedioy-gia-thn-emboliastikh-kalypsh-toy-plhthysmoy-gia-thn-covid-19-apo-ton-ypoyrgo-ygeias-basilh-kikilia-thn-proedro-ths-ethnikhs-epitrophs-emboliasmwn-maria-theodwridoy-kai-ton-g-g-pfy-mario-themistokleoy> ανάκτηση 28.11.2020.
6. «Ηθικές και επιστημονικές θεωρήσεις σχετικά με την πρόωπη έγκριση και ευρεία διάθεση εμβολίων έναντι του SARS-CoV-2», Ενημέρωση για COVID-19 από το Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (24/11/2020), στην ιστοσελίδα: https://www.uoa.gr/fileadmin/user_upload/PDF-files/anakoinwseis/themata_ygeias/2411_H8ikes_kai_epistimonikes_8ewriseis.pdf ανάκτηση 28.11.2020.
7. <https://health4u.gr/koronoios/poios-prohgeitai-kritiria-emvoliasmos-covid-19/>

Μάθημα 12^ο Ευθανασία

Λίγα λόγια: Σκοπός του κεφαλαίου δεν είναι να δοθούν μόνο τα κανονιστικά πλαίσια της ευθανασίας και των κατηγοριοποιήσεων της, αλλά και να παρουσιαστεί ο τρόπος με τον οποίο συσχετίζονται οι διαφορετικές οπτικές και τα ηθικά διλήμματα.

Πηγή: Θεοδώρα Παπαδοπούλου, *Ειδικά Θέματα Βιοηθικής*, Αποθετήριο ΚΑΛΛΙΠΟΣ, 2015 (https://repository.kallipos.gr/pdfviewer/web/viewer.html?file=/bitstream/11419/3158/2/last%20version_book-KOY.pdf)

12.1 Εισαγωγικές Τοποθετήσεις

Η οροθέτηση της έννοιας της ευθανασίας σχετίζεται με ένα εύρος εννοιολογικών προσδιορισμών, οι οποίοι είναι, όμως, δύσκολο να συναντηθούν σε μια κοινή συνιστώσα. Η ευθανασία έχει αντιμετωπιστεί τόσο από την κοινωνία όσο και από την εκκλησία ως έγκλημα ή ως αμάρτημα αντίστοιχα. Έτσι, συσχετίστηκε με δυο βασικές εννοιολογικές τοποθετήσεις, αυτών της «πράξης» και της «πίστης». Μια άλλη γενική μορφή περιγραφής της ευθανασίας είναι ότι αυτή βρίσκεται μεταξύ «αυτοκτονίας» και «φόνου». Στην αυτοκτονία, θύμα και θύτης ταυτίζονται, ενώ στην ευθανασία όχι. Όταν η ευθανασία χαρακτηριστεί ως φόνος, τότε υπάρχει και στις δυο περιπτώσεις ο τερματισμός της ζωής του προσώπου, ενώ διαφέρουν στο γεγονός ότι το άτομο στην ευθανασία (συνήθως) επιθυμεί να πεθάνει, ενώ στο φόνο όχι. Τα παραδείγματα από την ιστορία δείχνουν έντονα αυτές τις συσχετίσεις, ενώ επισημαίνουν και τον ρόλο των γιατρών.¹⁶⁷

Κατά τους Ρωμαϊκούς χρόνους η ευθανασία κατά τη γεροντική ηλικία αποτελούσε μείζον θέμα αναφερόμενο στο δικαίωμα επιλογής. Ο Σενέκας αναφερόμενος σε αυτό το δικαίωμα, σχολιάζει ότι, όπως κάποιος επιλέγει το σπίτι, το οποίο θα κατοικήσει, έτσι μπορεί να επιλέξει και το θάνατο του, όταν πρόκειται να φύγει από τη ζωή (Σενέκας, 2008).

Ο Χίτλερ είχε εφαρμόσει πρόγραμμα ευθανασίας, στο οποίο ως το 1939, είχε οδηγήσει σε υποχρεωτική ευθανασία σε θαλάμους αερίων γύρω στα 275.000 άτομα. Σε αυτούς τους θαλάμους, μπορούσε να αποσταλεί οποιοσδήποτε θεωρούνταν ότι δεν είχε την ικανότητα να «χρησιμοποιηθεί εποικοδομητικά» προάγοντας το καλό της κοινωνίας.

Όποια μορφή, όμως, και να λάμβανε η ευθανασία, η συζήτηση περιστρέφονταν και γύρω από τον ρόλο του ιατρού και τη δική του στάση, επικαλούμενο ή όχι τον Ιπποκρατικό Όρκο, σύμφωνα με τον οποίο «ο ιατρός καλείται να βοηθά μέσω θεραπειών τους ασθενείς του, χωρίς ποτέ να θέλει να τους βλάψει ή να τους αδικήσει. Ταυτόχρονα δεν θα τους δώσει ποτέ κάποιο θανατηφόρο φάρμακο, ακόμα και αν του ζητηθεί και ποτέ δεν θα προβεί ο ίδιος

¹⁶⁷ Ζηρογιάννης, Π. (1996). Ο ιατρός δίπλα στον θνήσκοντα ασθενή. *Αρχαία Ελληνική Ιατρική* 13, 22-24.

σε μια τέτοια υπόδειξη».¹⁶⁸

Η συζήτηση (νομικών, θεολόγων φιλοσόφων, ιατρών, κοινωνιολόγων) για την ευθανασία, στις μέρες μας, περιστρέφεται συνήθως γύρω από τους βαριά πάσχοντες ή τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, τα οποία υποφέρουν από άνοια. Η γενική ιδέα αφορά την επιλογή ή όχι πράξης, η οποία συνδέεται άμεσα με συγκεκριμένες συνθήκες αναφορικά με το θάνατο ενός συγκεκριμένου προσώπου. Εξίσου συχνή είναι, επίσης, η αναφορά στην ευθανασία, περιγραφόμενη αυτή με έντονα συναισθηματικά στοιχεία, όπως αυτό του οίκτου ή της απελευθέρωσης από τα δεινά μιας αρρώστιας. Στην περίπτωση αποδοχής της ευθανασίας, ο βασανιστικός, όμως, πόνος ή ενδεχομένως η άγνοια αναφορικά με όλες τις πιθανές περιπτώσεις αντιμετώπισης της ασθένειας, δεν συνάδουν με το περιεχόμενο μιας ελεύθερης επιλογής αλλά με τον ετεροκαθορισμό. Η ευθανασία δεν πρέπει να ιδωθεί μόνο από τη μεριά του ασθενή, αλλά τελικά και της οικογένειας του ασθενή, αλλά και από την οπτική του γιατρού (Γιατζόγλου, 2001).

Περιγράφοντας, όμως, την ευθανασία ακόμα και σε αυτό το πρώτο στάδιο επαφής, εγείρονται μια σειρά από ηθικά ερωτήματα, τα οποία αφορούν:

- την ποιότητα της ζωής, τι είναι αυτό, το οποίο δίνει ποιότητα στη ζωή,
- ποια είναι τα κριτήρια για την επιλογή του οριστικού τερματισμού της ζωής κάποιου και αν τελικά είναι πραγματικά ανθρωπιστικού χαρακτήρα τα κίνητρα αυτών, οι οποίοι θα συνδράμουν σε μια τέτοια ενέργεια, όπως η ευθανασία κλπ.
- Ποιά πρέπει να είναι η στάση των γιατρών;
- Τι είδους θεραπεία παρέχεται;
- Είναι ο θάνατος μια μορφή ανακούφισης από τον πόνο;
- Έχει το δικαίωμα ένας ενήλικος (ανήλικος στην Ολλανδία· έχει θεσμοποιηθεί) να επιλέξει το θάνατο του;
- Η θεσμοθέτηση της ευθανασίας είναι γενικά αποδεκτή; Ποιά θα μπορούσε να είναι τα πιθανά μακροπρόθεσμα αποτελέσματα μιας ευρύτερης μορφής νομικής θεσμοθέτησης υπέρ της ευθανασίας;

Η εκκλησία τάσσεται κατά της ευθανασίας. Μάλιστα σε χώρες, όπως η Ολλανδία και το Βέλγιο, όπου τελικά νομοθετήθηκε η ευθανασία ήταν έντονη η διαμάχη μεταξύ θρησκευτικών και πολιτικών παραγόντων. Κάθε μορφή ευθανασίας είναι καταδικαστέα κατά το λόγο των θρησκευτικών πατέρων. Το επιχείρημα, το οποίο χρησιμοποιείται είναι: ο θεός σου έδωσε τη ζωή, αυτός μόνο μπορεί και να στην αφαιρέσει. Στην Ελλάδα, η Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας τάχθηκε κατά της ευθανασίας, τονίζοντας ότι είναι μια μορφή υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, η οποία βρίσκεται μεταξύ των ορίων του φόνου και της αυτοχειρίας. Δεν αποδέχεται, μάλιστα, το δικαίωμα στο θάνατο λέγοντας ότι μπορεί να

¹⁶⁸ Λυπουρλής, Δημ., (2008). *Ιατρική στην Αρχαία Ελλάδα*. Θεσσαλονίκη: Επίκεντρο, 227.

χρησιμοποιηθεί ως παραπέτασμα απειλώντας τη ζωή των ατόμων, τα οποία δεν μπορούν να ανταποκριθούν οικονομικά σε έξοδα νοσηλείας. Επιπρόσθετα, κατά του επιχειρήματος της απελευθέρωσης από τον πόνο, η εκκλησία τονίζει ότι ο πόνος μπορεί να είναι μια έκφραση μυστηρίου και απαιτείται σεβασμός από τη μεριά των συγγενών, ενώ και οι γιατροί πρέπει να σέβονται τους επαγγελματικούς τους όρκους. Μάλιστα η εκκλησία έχει αναλάβει την ενημέρωση των ατόμων, προκειμένου να τους ευαισθητοποιήσει κατά της ευθανασίας διακηρύττοντας το αγαθό της ζωής (Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, 2002).¹⁶⁹

Η Βιοηθική χρησιμοποιώντας ορθολογιστικά και κανονιστικά κριτήρια δεν καταφεύγει σε δόγματα. Είναι θρησκευτικά ουδέτερη και προσπαθεί να χρησιμοποιεί επιχειρήματα, τα οποία θα έχουν καθολική ισχύ. Και στις περιπτώσεις της ευθανασίας, εκεί που η εκκλησία είναι αρνητική στην όποια μορφή ευθανασίας, η Βιοηθική θέλει να είναι θρησκευτικά ουδέτερη. Η Βιοηθική προσπαθεί να διατηρήσει μια μέση οδό μεταξύ των επιτευγμάτων της τεχνολογίας και των δικών της κριτικών τοποθετήσεων χωρίς να οδηγηθεί σε μεταφυσικές τοποθετήσεις ή κρίσεις, οι οποίες θα στηρίζονται σε εθιμικές βάσεις. Η Βιοηθική καλείται να δώσει μια αξιολογική τοποθέτηση μεταξύ των όποιων κρίσεων, οι οποίες δεν θα στηρίζονται σε μια στείρα αντιμετώπιση των δεδομένων, αλλά θα βρίσκονται μεταξύ των επιστημονικών τοποθετήσεων και των θεοκρατικών. Η Βιοηθική δεν θα πρέπει να αγνοεί ούτε τα βιοϊατρικά δεδομένα ούτε τους εκπροσώπους της εκκλησίας.

12.2 Προσδιορισμός της έννοιας «Ευθανασία»

Αντιμετωπίζοντας ετυμολογικά τη σημασία της λέξης, κατανοεί κανείς ότι πρόκειται «για τον καλό ή τον εύκολο θάνατο» (ευ/καλώς και θνήσκω). Ο Francis Bacon (1561-1626) ήταν αυτός, ο οποίος μετέφερε την ελληνική λέξη ευθανασία στην αγγλική (euthanasia), προσδιορίζοντάς την, ως την επίσπευση του θανάτου, για να τερματιστεί μια ζωή, η οποία περιγράφεται λόγω ασθένειας ως μια ζωή με πόνο. Άρα, η ευθανασία αναφέρεται στις περιπτώσεις, όπου είναι σχεδιασμένος ο τερματισμός της ζωής· δεν πρόκειται για ατύχημα. Είναι μια σχεδιασμένη μορφή αυτοκτονίας. Δεν είναι παράνομο να αυτοκτονήσει κάποιος, αλλά είναι παράνομο ως άτομα να βοηθήσουμε κάποιον να αυτοκτονήσει.

Η ευθανασία αφορά το καλό αυτών, οι οποίοι πρόκειται να πεθάνουν. Αυτό, όμως, «το καλό» ισχύει και στις περιπτώσεις, όπου κάποιος μπορεί να θέλει να πεθάνει για να μην είναι βάρος σε κάποιον άλλο; Και αν, επίσης, η υπαιτιότητα ή η νομιμοποίηση μιας πράξης συνδέεται με την άγνοια; Τι γίνεται σε αυτήν την περίπτωση;

Οι υπέρμαχοι της ευθανασίας, είναι κάθετοι στην επιχειρηματολογία τους: ο ασθενής έχει λάβει την κάθε δυνατή ενημέρωση, γνωρίζει την κατάσταση του, έχει επίγνωση ότι δεν

¹⁶⁹ Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος (2002). *Ειδική Συνοδική Επιτροπή επί της Βιοηθικής*, 4η Σειρά Ποιμαντική Βιβλιοθήκη. Αθήνα: Έκδοση του Κλάδου Εκδόσεων της Επικοινωνιακής και Μορφωτικής Υπηρεσίας της Εκκλησίας της Ελλάδος, 12-14.

μπορεί να γίνει κάτι άλλο, βρίσκεται συνεχώς σε επαφή με τους γιατρούς του και με τη συναίνεση του ασθενή, λαμβάνονται οι αποφάσεις. Και, όχι μόνο αυτό, στο όνομα του ασθενή, συγκροτούνται επιτροπές για να ελέγξουν την «εγκυρότητα» της κατάστασης. Και όταν κάποιος επιτρέψει το θάνατο κάποιου, ο οποίος βρίσκεται στο τελικό στάδιο μιας ασθένειας, η οποία θα μπορούσε να είχε θεραπευτεί, πριν φτάσει σε αυτό το στάδιο, είναι αυτό ευθανασία ή όχι; Και αυτοί από τους γιατρούς, οι οποίοι αρνούνται να πραγματοποιήσουν ή να συνδράμουν προς αυτήν την κατεύθυνση επικαλούμενοι τους επαγγελματικούς τους όρκους, νομιμοποιούνται να αρνηθούν;

Πώς ορίζεται, όμως, το καλό ή όχι αυτού του προσώπου; Το να συνεχίζει να ζει είναι κάτι κακό και ο θάνατος είναι η λύτρωση από οτιδήποτε κακό; Πώς μπορεί, όμως, αυτό να γίνει κατανοητό; Δεν υπάρχουν τόσοι συνάνθρωποι μας, οι οποίοι είναι δυστυχισμένοι, αλλά δεν έχουμε σκεφτεί να τους απαλλάξουμε από αυτήν τη θλίψη προτείνοντας του το θάνατο ως λύση; Πώς μπορούμε να προτείνουμε σε κάποιον το θάνατο ως το μεγαλύτερο καλό, το οποίο θα μπορούσαμε να του προσφέρουμε; Η ζωή δεν θεωρούμε ότι είναι ένα δώρο; Αν σκεφτούμε ένα παράδειγμα, όπου ένας γιατρός ζώσει τη ζωή κάποιου, οποίος πάσχει από κάποια ασθένεια, αλλά ενώ το κάνει αυτό, στέλνει μετά το πρόσωπο σ' ένα στρατόπεδο συγκέντρωσης, τι γίνεται σε αυτήν την περίπτωση; Είναι, όμως, πάντα ωφέλιμο να θεωρούμε ότι, όταν σώζουμε τη ζωή κάποιου, αυτό είναι το μεγαλύτερο καλό, το οποίο μπορούμε να του προσφέρουμε; Είναι δύσκολο να προσδιοριστεί τι είναι αυτό που νομιμοποιεί την μία ή την άλλη τοποθέτηση¹⁷⁰.

Και ακόμα και αν αναγνωρίζοντας τη σημασία των παραπάνω ερωτημάτων, τα άτομα είναι έτοιμα να κάνουν κάθε δυνατή προσπάθεια διάσωσης των ασθενών, οι οποίοι βρίσκονται σε δυσχερή κατάσταση, για πόσο χρονικό διάστημα θα είναι σε θέση να αντέχουν οικονομικά τις δαπανηρές θεραπείες; Το αυξανόμενο κόστος και η τάση περικοπών στην περίθαλψη, προσθέτει ακόμα ένα επιχείρημα στον τρόπο χειρισμού τέτοιων θεραπειών. Ταυτόχρονα παρατηρείται μειωμένη πίεση για την κάλυψη τέτοιου κόστους διατήρησης με κάθε μέσο στη ζωή από τις ασφαλιστικές εταιρίες. Άρα οικονομικά αδύναμες ομάδες φαίνεται ότι αποδέχονται ευκολότερα μια κατάσταση από ότι αυτές, οι οποίες έχουν οικονομική ευμάρεια.

12.3. Μορφές Ευθανασίας

Η ευθανασία, λοιπόν, σχετίζεται τόσο με το είδος της δράσης αναφορικά με τον τερματισμό της ζωής του ασθενή όσο και με τις απαιτήσεις του πάσχοντος. Η ευθανασία μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε με πράξη είτε με παράλειψη πράξης. Η διάκριση, μάλιστα,

¹⁷⁰ Foot, P. (1977). Euthanasia. *Philosophy and Public Affairs*, 6(2), 85-112.

μεταξύ «ενεργητικής» και «παθητικής» έχει ιδιαίτερη σημασία στην περίπτωση της ευθανασίας. Ο Rachels (1975)¹⁷¹ τονίζει ότι είναι «περισσότερο ανθρώπινο» να φτάσουμε στο σημείο να σκοτώσουμε από ότι να επιστρέψουμε σε κάποιον να πεθάνει. Αυτό, όμως, δεν καταδεικνύει γιατί η διάκριση μεταξύ θετικής και αρνητικής ευθανασίας δεν έχει ηθικό υπόβαθρο.

Διακρίνουμε, λοιπόν, την ευθανασία τόσο από την οπτική της πράξης σε:

Ενεργητική ευθανασία (active euthanasia)

Παθητική ευθανασία (passive euthanasia)

και ως υποκατηγορίες αυτών, λαμβάνοντας υπόψη την οπτική του πάσχοντος (λαμβάνοντας υπόψη τη βούληση του):

Εκούσια ευθανασία (voluntary euthanasia)

Ακούσια ευθανασία (involuntary euthanasia), όπου δεν υπάρχει η συναίνεση του ασθενούς, γιατί αυτός δεν είναι σε θέση να συναινέσει.

Σε αυτές τις δυο μορφές ευθανασίας και των υποκατηγοριών τους, προστίθεται από αρκετούς μελετητές και η λεγόμενη *υποβοηθούμενη ιατρικά αυτοκτονία* (medically assisted suicide). Αυτή η μέθοδος είναι γνωστή από τον γιατρό J. Kevorkian, ο οποίος δημιούργησε μια μηχανή, την οποία ο ίδιος ο ασθενής θα έθετε σε λειτουργία για να επιφέρει το θάνατο του. Ο Kevorkian είχε συμβάλλει στο θάνατο 100 και περισσότερων ατόμων και οδηγήθηκε τελικά στη φυλακή με την κατηγορία του φόνου, δεύτερου βαθμού. Οι πάσχοντες, οι οποίοι πέθαναν με τη μέθοδο του Kevorkian δεν βρίσκονταν στο τελικό στάδιο της ασθένειας και οι περισσότεροι από αυτούς ήταν γυναίκες και άτομα, τα οποία ήταν διαζευγμένα ή δεν είχαν παντρευτεί ποτέ.¹⁷² Πολλές φορές αυτή η «υποβοηθούμενη αυτοκτονία» χωρίς πάντα να συνοδεύεται από το επίθετο «ιατρικά», αντιμετωπίζεται ως κάποια μορφή ευδαιμονίας (υπό την αρχαία της σημασία). Αυτή συνδέεται με την έννοια της αυτονομίας και του δικαιώματος των προσώπων για «αυτοκαθορισμό».

Η διάκριση του συνόλου των μορφών της ευθανασίας, θεωρείται σημαντική γιατί διαμέσου αυτής δίνεται η δυνατότητα να γίνει κατανοητό ποιες μορφές της ευθανασίας εγείρουν περισσότερα ηθικά ερωτήματα και υπό ποιες συνιστώσες.

12.4 Ενεργητική ευθανασία

«Η διάκριση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας θεωρείται σημαντική για την ιατρική ηθική. Η κατευθυντήρια γραμμή για αυτή τη διάκριση στηρίζεται στο γεγονός ότι είναι επιτρεπτό σε ορισμένες περιπτώσεις να μην προσφέρεται ιατρική φροντίδα και να δίνεται η δυνατότητα στον ασθενή να πεθάνει· παρόλα αυτά δεν είναι επιτρεπτό να λαμβάνει χώρα

¹⁷¹ Rachels, J. (1975). Active and Passive Euthanasia. *The New England Journal of Medicine*, 292, 78 - 80.

¹⁷² Roscoe, L.A., Dragovic, K.J., Cohen, D., (2002). Dr. Jack Kevorkian and Cases of Euthanasia in Oakland Country, Michigan, 1990-1998. *The New England Journal of Medicine*, 343 (23), 1735 - 1736.

μια οποιαδήποτε εσκεμμένη προσπάθεια αποσκοπώντας στη δολοφονία του ασθενή».¹⁷³ Στη δεύτερη οπτική της κατηγοριοποίησης, η οποία είναι αναπόσπαστο τμήμα της πρώτης, γίνεται αναφορά στο αίτημα τους για τον τερματισμό της ζωής σχετιζόμενο με την ικανότητά τους να μπορούν να δώσουν αυτόνομα ή όχι τη συγκατάθεση τους ή ακόμα και αν είναι σε θέση να συναινέσουν, αυτό δεν λαμβάνεται υπόψη.

Η ενεργητική, λοιπόν, μορφή ευθανασίας αφορά τις περιπτώσεις, όπου η ιατρική ομάδα ή κάποιο άλλο πρόσωπο, ενεργεί εσκεμμένα προκειμένου να προκαλέσει το θάνατο ενός ασθενούς. Η ενεργητική ευθανασία μπορεί να πραγματοποιηθεί, μεταξύ άλλων, με χορήγηση υπερβολικής δόσης φαρμακευτικών σκευασμάτων, με την πρόκληση ασφυξίας κατόπιν ναρκώσεων και με την χρήση θανατηφόρου ενέσεως.

Μια περαιτέρω διάκριση, η οποία πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι αυτή της εκούσιας και ακούσιας ευθανασίας, συνδεδεμένη τόσο με την αρχή της αγαθοεργίας όσο και με αυτή της δικαιοσύνης. Θα μπορούσε ποτέ η αρχή της αγαθοεργίας να συναινέσει στο θάνατο ενός ασθενή, παρά το γεγονός ότι εκείνος θα ήθελε να ζήσει; Η αγαθοεργία δεν προάγει πάντοτε τη θέση ότι η ζωή ενός ανθρώπου πρέπει να επιμηκύνεται, όταν οι επιθυμίες του ίδιου δεν είναι γνωστές αναφορικά με αυτό το θέμα; Η αρχή της αγαθοεργίας συνδέεται και με την ακούσια παθητική ευθανασία, η οποία σε αντίθεση με την ακούσια ενεργητική ευθανασία, που καταστρατηγεί το δικαίωμα στη ζωή. Υπάρχουν, όμως, και περιπτώσεις εκούσιας ευθανασίας τόσο ενεργητικής όσο και παθητικής, όπου ούτε η αρχή της δικαιοσύνης ούτε η αρχή της αγαθοεργίας μπορούν να τοποθετηθούν.¹⁷⁴

Η ακούσια ενεργητική ευθανασία δεν μπορεί να νομιμοποιηθεί (η δολοφονία ενός ατόμου ενάντια στη θέληση του ή χωρίς τη συναίνεση του). Όταν γίνεται η τοποθέτηση, «δολοφονήθηκε για το δικό του καλό» αυτό δεν μπορεί να νομιμοποιηθεί εκτός και αν υπάρχει συναίνεση του ατόμου. Αυτή η περίπτωση αφορά καταστρατήγηση των δικαιωμάτων του ατόμου και είναι ενάντια στη δικαιοσύνη. Οι άλλες περιπτώσεις: ακούσια παθητική ευθανασία, ακούσια ενεργητική ευθανασία και ακούσια παθητική ευθανασία είναι σε ορισμένες περιπτώσεις συμβατές με τις αρχές της δικαιοσύνης και της αγαθοεργίας.

Ο Rachels (1975) υποστηρίζει μάλιστα ότι αυτή η διάκριση μεταξύ θετικής και αρνητικής ευθανασίας πρέπει να αφορά κάθε περίπτωση. «Αν κάποιος δει ένα παιδί να πνίγεται στην μπανιέρα και δεν κάνει κάτι για να το σώσει, είναι το ίδιο κατακριτέο με την περίπτωση, στην οποία θα επιλέξει να σπρώξει το κεφάλι του στην μπανιέρα για να πνιγεί». Και οι δυο περιπτώσεις αντιτίθενται σε συγκεκριμένες αξίες. Στην περίπτωση, που το άτομο σπρώξει το κεφάλι του παιδιού στην μπανιέρα αντιτίθεται στην αρχή της δικαιοσύνης – δεν έχει το δικαίωμα να ενεργήσει κατά αυτόν τον τρόπο. Αν, όμως, το αφήσει να πνιγεί δεν αντιτίθεται στην αρχή της δικαιοσύνης, αλλά αφορά την περίπτωση έλλειψης αγαθοεργίας.

¹⁷³ Rachels, J. (1975). Active and Passive Euthanasia. *The New England Journal of Medicine*, 292, 78 - 80.

¹⁷⁴ Πρωτοπαπαδάκης, Ε., Δ. (2003). *Η ευθανασία απέναντι στη σύγχρονη βιοηθική*, Αθήνα : Αντ. Σάκκουλας

Τι γίνεται, όμως, σε περιπτώσεις, όπου το παιδί, το οποίο τελικά θα θανατωθεί πάσχει από σύνδρομο Down; Είναι για το καλό τόσο του παιδιού όσο και των γονιών, που οι γιατροί δρομολόγησαν το θάνατο του; Αυτό, που κατά γενική ομολογία θεωρείται το αγαθό για μια ολοκληρωμένη ζωή, θα μπορούσε να ήταν εφικτό για παιδιά με αυτό το σύνδρομο; Τα παιδιά, τα οποία έχουν γεννηθεί με σύνδρομο Down, μπορεί να μην πραγματοποιούν, όλα εκείνα, τα οποία οι υπόλοιποι θεωρούν ως τμήμα μιας ολοκληρωμένης ζωής, αλλά αναπτύσσουν ανθρώπινες επαφές, δίνουν και παίρνουν αγάπη, είναι σε θέση να πραγματοποιήσουν ορισμένες βασικές λειτουργίες της καθημερινότητας. Τελικά, η κίνηση της θανάτωσης αυτών των παιδιών γίνεται για το καλό των ιδίων ή για το καλό των γονιών και του ενδεχομενικού βάρους της διαφορετικότητας αυτών των παιδιών; Στις περιπτώσεις, λοιπόν, των παιδιών, τα οποία έχουν κάποια νοητικά (και όχι μόνο) προβλήματα, θα μπορούσε να υπάρχει μια θεσμοθετημένη μορφή εκούσιας ενεργητικής ευθανασίας, η οποία θα λαμβάνει χώρα μόνο για το καλό του εμβρύου;

Η νομιμοποίηση της ενεργητικής ευθανασίας είναι ένα ευαίσθητο θέμα. Οι γιατροί φέρουν αντίρρηση στη χρήση της θανατηφόρου ενέσεως. Βέβαια οι περιπτώσεις της ενεργητικής ευθανασίας είναι αυτές, οι οποίες είναι ευκολότερο να γίνουν αποτέλεσμα εκμετάλλευσης. Ακόμα και σε περιπτώσεις εκούσιας ενεργητικής ευθανασίας: Πώς μπορούν να τηρηθούν όλες οι απαραίτητες προϋποθέσεις και να εξασφαλιστεί ότι δεν έχει εξαναγκαστεί κάποιος να συναινέσει; Επιπρόσθετα πρέπει κάποιος να σκεφτεί το είδος των επιπτώσεων, οι οποίες ενδεχομένως να προκύψουν στην κοινωνία: πόσο μακριά είναι το γεγονός ανθρώπων, οι οποίοι μπορούν να οδηγηθούν στην ευθανασία γιατί είναι βάρος σε κάποιους είτε λόγω γηρατειών είτε λόγω ασθενειών; Σε περιπτώσεις, όπου άτομα επιθυμούν να απαλλαγούν από μεγαλύτερης ηλικίας συγγενείς τους ή από συζύγους κλπ., θα μπορούσε να υπάρχει ένα μέτρο ελέγχου για τέτοιες περιπτώσεις;

12.5 Παθητική ευθανασία

Η παθητική ευθανασία αναφέρεται στις περιπτώσεις, όπου επισπεύδεται ο θάνατος ενός ασθενή στο όνομα των δικών του συμφερόντων. Η παθητική, λοιπόν, μορφή ευθανασίας αφορά τις περιπτώσεις, όπου ο ασθενής πεθαίνει γιατί η ιατρική ομάδα είτε δεν προβαίνει σε καμιά απαραίτητη προσπάθεια να διατηρήσει τους ασθενείς ζωντανούς ή σταματάει να προσφέρει κάποια συγκεκριμένη φροντίδα, η οποία διατηρεί τον ασθενή στη ζωή. Οι περιπτώσεις κατηγοριοποιούνται ως εξής:

Κλείσιμο των μηχανημάτων διατήρησης στη ζωή

Διακοπή λειτουργίας του αναπνευστήρα ή διακοπή χορήγησης του ορού

Αρνηση πραγματοποίησης μιας σωτήριας επέμβασης

Στέρηση αγωγής, διακοπή χορήγησης τροφής και νερού

Σ' αυτήν τη μορφή ευθανασίας ενδιαφέρον παρουσιάζει και η ταξινόμηση της

Εθελοντικής Διαθήκης Θανάτου (Living Will) και των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ). Στην περίπτωση του *Living Will*, τηρείται μια συμβολαιογραφική πράξη, ενώπιον μαρτύρων. Σε αυτό το έγγραφο περιγράφονται οι όροι σύμφωνα με τους οποίους ο ασθενής επιθυμεί να μην διατηρηθεί στη ζωή. Το σύμφωνο αυτό φαίνεται ότι έχει αποτύχει, παρά το γεγονός της κατευθυντήριας γραμμής του, η οποία είναι να υποστηρίζει την αυτονομία των ασθενών.

Το «συμβόλαιο» αυτό προωθήθηκε από πολλές ομάδες στο όνομα του αγαθού του ασθενή, αλλά πολλές φορές, όταν ερχόταν η στιγμή να υπογράψει ο ασθενής, αυτός τελικά δεν υπέγραφε. Παράλληλα αποδείχτηκε ότι οι ασθενείς δεν ήταν σε θέση να είναι ξεκάθαροι με τις επιθυμίες τους καθώς και με τον τρόπο έκφρασης τους διαμέσου αυτού του συμβολαίου. Μπορεί να προτείνεται σαφώς ως ένα μέσο να ελέγχουν τα άτομα κάποιες ιατρικές τους αποφάσεις, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι δεν έχει προβληματικά σημεία (Fagerlin & Schneider, 2004).¹⁷⁵ Στην περίπτωση των Μονάδων της Εντατικής Θεραπείας υπάρχουν οδηγίες για το άσκοπο της συνέχισης προσπαθειών διατήρησης ενός ασθενούς στη ζωή. Από ένα σημείο και μετά παραιτούνται κάποιων προσπαθειών, οι οποίες κατανοούν ότι θα αποβούν άκαρπες. Αυτό βέβαια δεν είναι κοινός τόπος και σαφώς το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό συνεχίζει να προσπαθεί με κάθε δυνατό μέσο για τη διατήρηση στη ζωή του ασθενούς.

Όλες οι προαναφερθείσες μορφές παθητικής ευθανασίας λαμβάνουν χώρα στο όνομα του αγαθού της ζωής του ασθενούς και στο είδος της ποιότητας της ζωής, που καλείται πια να ζήσει. Δεν επισύρεται ευθύνη στο ιατρικό προσωπικό καθώς προβάλλεται το επιχείρημα της συνέχειας της κλινικής κατάστασης, η οποία θα επιφέρει το θάνατο ως φυσιολογική απόρροια. Βέβαια, η άρνηση παροχής ιατρικής αντιμετώπισης ή απόσυρσης μιας συγκεκριμένης φαρμακευτικής αγωγής αναφέρεται και σε περιπτώσεις, όπου δεν υπάρχει πλέον κάποια ενδεδειγμένη μέθοδος αντιμετώπισης της ασθένειας, αλλά και ότι η οποία ιατρική αντιμετώπιση δεν θα ήταν ανάλογη του κόστους, το οποίο θα της αναλογούσε (αυτή η διάκριση απορρίπτεται, γιατί δεν πληροί τις συνθήκες της παθητικής ευθανασίας).

Ένας άλλος λόγος (άρνησης παροχής ιατρικής αντιμετώπισης ή απόσυρσης μιας συγκεκριμένης φαρμακευτικής αγωγής) αφορά τις περιπτώσεις, όπου αυτός είναι ιδιαίτερα επώδυνος για τον ασθενή (και αυτή η μορφή αποκλείεται από την παθητική ευθανασία, γιατί σκοπός της είναι να μην δημιουργεί πόνο στον ασθενή, αλλά να τον απομακρύνει από αυτόν). Και απώτερος σκοπός της παθητικής ευθανασίας είναι να προκαλέσει το θάνατο, οτιδήποτε, λοιπόν, άλλο, το οποίο δεν θα οδηγήσει στο θάνατο, δεν συγκαταλέγεται στην παθητική μορφή ευθανασίας.

Στον ιατρικό χώρο υπάρχουν αρκετοί, οι οποίοι θεωρούν μια τέτοιου είδους διάκριση

¹⁷⁵ Fagerlin, A., Schneider, C., E., (2004). Enough. The Failure of the Living Will. *The Hastings Center Report*, 34 (2), 30 - 42.

ως την πλέον ενδεδειγμένη. Αυτό τους δίνει τη δυνατότητα να έχει ο ασθενής τους το θάνατο, τον οποίο επιθυμεί χωρίς να πρέπει να έρθει κανείς αντιμέτωπος με δύσκολα ηθικά διλήμματα, τα οποία ενυπάρχουν στις περιπτώσεις, όπου οι ασθενείς θανατώνονται με προμελετημένες ενέργειες. Πρέπει να γίνει ηθική διάκριση μεταξύ του «αφήνω κάποιον να πεθάνει» και «σκοτώνω κάποιον». Αυτό εκφράζει η διάκριση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας. Πιστεύεται ότι είναι επιτρεπτό να υπάρχει μια κάποια θεραπεία, επιτρέποντας έτσι στον ασθενή να πεθάνει, αλλά δεν είναι επιτρεπτό σε καμιά περίπτωση να θανατωθεί ένας ασθενής υπό μια εσκεμμένη μορφή ενεργειών, οι οποίες μπορεί να εξυπηρετούν κάποιον άλλο πέρα από τον ίδιο τον ασθενή.

Στην ενεργητική ευθανασία ο γιατρός προβαίνει σε ενέργειες, οι οποίες σαφώς και θα οδηγήσουν στο θάνατο του ασθενή. Στην παθητική μορφή ευθανασίας ο γιατρός πάλι αφήνει τον ασθενή να πεθάνει. Όταν ένας γιατρός αφήνει τον ασθενή του να αποβιώσει, αυτό σημαίνει ότι οι ενέργειες του πάλι (ακόμα και με τη μορφή απουσίας μιας συγκεκριμένης ενέργειας) προκαλούν το θάνατο του ασθενή. Το αποτέλεσμα παραμένει το ίδιο, δηλαδή, επέρχεται ο θάνατος του ασθενή· και οι δυο ενέργειες θα επιζητηθούν να λάβουν χώρα στο όνομα του «καλού» για τον ασθενή. Είναι, μήπως η ενεργητική μορφή ευθανασίας, μια «καλύτερη» μορφή ευθανασίας από τη στιγμή, που μπορεί να νομιμοποιηθεί ηθικά από το γεγονός ότι μπορεί να λάβει πιο γρήγορα χώρα και είναι λιγότερο επώδυνη για τον ασθενή; Υπάρχει ηθική διαφορά μεταξύ του γεγονότος ότι είμαι ο δημιουργός μιας πράξης και αποφεύγω να κάνω μια πράξη; Αν ενεργήσω και κάνω κάτι, τότε θα είμαι δολοφόνος, αν όμως δεν κάνω κάτι ή δεν είμαι σε θέση να σε σώσω, τότε δεν είμαι υπεύθυνος για τον συγκεκριμένο θάνατο. Κατά πόσο λειτουργεί, όμως, πάντα μια τέτοια διάκριση μεταξύ πράξης και αποφυγής μιας πράξης; Δηλαδή το να αφήνουμε κάποιον να πεθάνει δεν εγείρει κανένα ηθικό δίλλημα; Πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη τις σκοπιμότητες, κάτω από τις οποίες έλαβαν χώρα αυτές οι πράξεις;

12.6 Εκούσια ευθανασία

«Η ενεργητική εκούσια ευθανασία έχει ως βάση το δικαίωμα στη ζωή, το οποίο δημιουργεί το καθήκον της μη επέμβασης, ενώ η παθητική εκούσια ευθανασία δεν αποκλείεται, εκτός από τις περιπτώσεις, όπου στη διατήρηση της ζωής στηρίχθηκε στο γεγονός της συμφωνίας γιατρού και ασθενούς, χωρίς να μπορεί να είναι κανείς σίγουρος, τι μπορεί να περιλαμβάνει αυτού του είδους η συμφωνία» (Foot, 1977).¹⁷⁶ Ο πάσχων αποφασίζει συνειδητά να θέσει τέλος στη ζωή του και επιζητά τη βοήθεια τρίτων. Είναι, όμως, η εκούσια ευθανασία, ηθικά ορθή; Δεν έχει ο ασθενής το δικαίωμα να αποφασίσει κάτι τέτοιο; Το επιχείρημα, το οποίο χρησιμοποιείται από τους υπέρμαχους της είναι: στην εκούσια ευθανασία δεν καταπατείται κανένα δικαίωμα, όταν κάποιος επιθυμεί να πεθάνει ή έχει επιλέξει ο ίδιος το θάνατο του.

¹⁷⁶ Foot, P. (1977). Euthanasia. *Philosophy and Public Affairs*, 6(2), 85-112.

Υπερισχύει, όμως, η απόφαση του ασθενούς να θέσει τέρμα στη ζωή του έναντι του δικαιώματος στη ζωή;

Μπορεί κάποιος να παραιτηθεί του δικαιώματος του για ζωή; Ή μπορεί να «δώσει» το δικαίωμα ακύρωσης του καθήκοντος του άλλου να μην παρεμβαίνει, όταν αυτό αφορά τη δική του ζωή; Γιατί σε περιπτώσεις, που κάποιος έχει εξουσιοδοτήσει έναν τρίτο να καταστρέψει την περιουσία του, αυτό δεν επισύρει κατηγορίες, ενώ αν ο ασθενής ζητήσει κάτι τέτοιο αναφορικά με τη ζωή του, επισύρει; Κατά πόσο ένας ασθενής σε τελικό στάδιο ανίατης νόσου με αβάσταχτους πόνους, έχει πλήρη έλεγχο των διανοητικών ικανοτήτων και της ελεύθερης βούλησης ή μήπως λαμβάνει την απόφαση του υπό την πίεση του πόνου και της γνώσης του επερχόμενου θανάτου;

Η διάκριση μεταξύ αγαθοεργίας και δικαιοσύνης είναι αυτή, η οποία στηρίζει τη διάκριση μεταξύ εκούσιας και ακούσιας ευθανασίας. Ο καθένας έχει το δικαίωμα στη ζωή στα πλαίσια του δικαιώματος της ελευθερίας. Ο καθένας, λοιπόν, έχει το δικαίωμα να είναι απαλλαγμένος από οποιαδήποτε εμπόδια, τα οποία θα του απειλούν τη ζωή. Η έννοια της αγαθοεργίας αφορά μια αρετή, η οποία βρίσκει σημεία επαφής με το τι θεωρείται αγαθό στους άλλους. Και από τη στιγμή, που η ζωή θεωρείται ως κάτι αγαθό, έπεται ότι και η αρχή της αγαθοεργίας θα υποστηρίζει το δικαίωμα στη ζωή και τη διατήρηση αυτής με κάθε τρόπο. Θεωρώ ότι σε περιπτώσεις, όπου η ευθανασία αφορά το θάνατο ενός ανθρώπου για το δικό του το καλό υπό την επιλογή του, η αγαθοεργία δεν μπορεί να προβάλλει επιχειρήματα ενάντια σε αυτήν την τοποθέτηση. Είναι βέβαια άλλο πράγμα να επιχειρηματολογεί κανείς για τις περιπτώσεις, όπου η αρχή της αγαθοεργίας, αν παίρνοντας μια θέση, θα ερχόταν σε αντίθεση με την αρχή της δικαιοσύνης, όταν η τελευταία το απαγορεύει –σε αυτήν την περίπτωση η αρχή της αγαθοεργίας δεν θα αποδεχόταν κάτι, το οποίο απαγορεύει η δικαιοσύνη- και είναι διαφορετικό, όταν η αγαθοεργία επικροτεί κάτι, στο οποίο η δικαιοσύνη δεν αντιτίθεται.

Η εκούσια ενεργητική ευθανασία και η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, άρχισαν να αποκτούν ακόμα περισσότερο ενδιαφέρον μετά τις προσπάθειες σε Ευρώπη (Ολλανδία) και Αμερική για τη νομική υποστήριξη της ευθανασίας. Μάλιστα ο Brock (1992)¹⁷⁷ επιχειρηματολογεί υπέρ μιας τέτοιας πρακτικής υποστηρίζοντας ότι αν κάποιος χρησιμοποιήσει τα επιχειρήματα για τη δεύτερη, μπορεί να τα χρησιμοποιήσει και για την ευθανασία. Διαφέρουν μόνο στο ποιος εκτελεί την πράξη. Με αυτόν τον τρόπο, τα άτομα θα λαμβάνουν σημαντικές αποφάσεις για τον αυτοκαθορισμό τους. Ο αυτοκαθορισμός επιτρέπει στα άτομα να διαμορφώνουν τη ζωή τους σύμφωνα με τις αντιλήψεις, τις οποίες έχουν για το νόημα της καλής ζωής, στα πλαίσια πάντα της αρχής της δικαιοσύνης και σε συνάφεια με την πραγματοποίηση αυτής και από τους άλλους.

Και στις δυο όμως περιπτώσεις η επιλογή για την πράξη ανήκει πλήρως στον ασθενή.

¹⁷⁷ Brock, D., W. (1992). Voluntary Active Euthanasia. *The Hasting Center Report*, 22 (2), 10 - 22.

Αν δεν υπάρχει, λοιπόν, κάποια ηθική διαφορά μεταξύ των δυο μορφών, δεν μπορεί να γίνει κατανοητό, πως μπορεί η μια μορφή (η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία) να νομιμοποιηθεί και να μην γίνει το ίδιο και για την άλλη. Στην ενεργητική εκούσια ευθανασία ο ασθενής είναι πεπεισμένος ότι χρειάζεται βοήθεια για να τερματίσει τη ζωή του.¹⁷⁸

12.7 Ακούσια ευθανασία

Στην ακούσια ευθανασία, η κοινωνία ή ένα μέλος αυτής αποφασίζει τον τερματισμό της ζωής κάποιου, ο οποίος υποφέρει χωρίς να ζητηθεί η συναίνεση του. Ο ασθενής βρίσκεται σε κώμα ή πρόκειται για περιπτώσεις εγκεφαλικού θανάτου. Και αμέσως τίθεται το ερώτημα: Δεν πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι επιθυμίες του ασθενούς; Πόσο σίγουροι είναι οι οικείοι του ότι αυτή είναι η βούληση του, αν αυτή δεν έχει εκφραστεί; Ο καθένας έχει μια διαφορετική τοποθέτηση για το είναι το περιεχόμενο μιας καλής ζωής. Το τι αποτελεί ωφέλεια για τον ασθενή υπόκειται κατά κύριο λόγο στην ιατρική κρίση. Από ηθική άποψη δεν πρέπει να αναφερόμαστε στην ορθότητα της επιλογής όσο στην προαίρεση. Το ιατρικό προσωπικό, ακόμα και αν υποπέσει σε σφάλμα, αυτό το σφάλμα έγινε για το καλό του ασθενή. Κανείς δεν θεωρεί ότι ο ιατρός είναι αλάνθαστος.

Όλοι έχουμε το καθήκον να μην παρεμβαίνουμε στη ζωή των άλλων και αν αναφερθεί κάποιος και στις περιπτώσεις των γιατρών, αυτοί έχουν το καθήκον να κρατήσουν τον ασθενή στη ζωή. Το δικαίωμα, λοιπόν, στη ζωή προσφέρει το έδαφος για να φέρει κανείς αντιρρήσεις στις περιπτώσεις ευθανασίας. Παράλληλα προσφέρει το έδαφος της υποστήριξης του καθήκοντος της μη παρέμβασης, το οποίο κατανοείται ως περισσότερο σεβαστό από ότι το καθήκον της φροντίδας. Σε αυτά τα επιχειρήματα στηρίζεται η διάκριση μεταξύ παθητικής και ενεργητικής ευθανασίας. Η ίδια η ορολογία πολλές φορές οδηγεί σε παρερμηνείες. Όταν αυτές προσδιορίζονται υπό το σκεπτικό «κάνω κάτι»- «αποφεύγω να κάνω κάτι», παραλείπεται μια σημαντική παράμετρος: και οι δυο περιπτώσεις αφορούν την «παρέμβαση» στη ζωή κάποιου.

12.8 Μη Εκούσια ευθανασία

Υπάρχει και η μη εκούσια ευθανασία, όπου δεν μπορεί να ζητηθεί η συναίνεση του πάσχοντος, επειδή δεν είναι σε θέση να τη δώσει, όπως σε περιπτώσεις ασθενών, οι οποίοι βρίσκονται σε κωματώδη κατάσταση ή σε νεογνά με σοβαρές συγγενείς ανωμαλίες. Ακόμα και ερωτήσεις του ακόλουθου τύπου υπάγονται σε αυτήν την κατηγορία: Τι γίνεται στις περιπτώσεις, όπου ξέρουμε με σιγουριά ότι το άτομο επιθυμεί να πεθάνει είτε επειδή το έχει αναφέρει εκ των προτέρων είτε βλέποντας την πορεία της ασθένειας του;

Στην περίπτωση της μη εκούσιας ευθανασίας υπάγεται και η περίπτωση, όπου δεν έχει

¹⁷⁸ Brock, D., W. (1992). Voluntary Active Euthanasia. *The Hasting Center Report*, 22 (2), 10 - 22.

επιτευχθεί ακόμα συναίνεση του ασθενούς ή αυτή η συναίνεση είχε εκφραστεί από τον ασθενή σε παρελθόντα χρόνο.

12.9 Το επιχείρημα της ολισθηρότητας

Οι πολέμιοι της ευθανασίας επιχειρηματολογούν ότι αν θεσπιστεί με νόμο η ευθανασία, τότε το επιχείρημα της ολισθηρότητας θα έχει αντίκτυπο σε κάθε μορφή διάκρισης για την ευθανασία. Το επιχείρημα της ολισθηρότητας αναφέρεται σε μια τάξη επιχειρημάτων, τα οποία έχουν διακριτή μορφή, αλλά το περιεχόμενό τους είναι αυτό, το οποίο ποικίλλει.¹⁷⁹ Πολλές φορές περιγράφεται ως κάτι να μην λανθασμένο, αλλά πειστικό. Φαίνεται ότι νοηματικά υπάρχει συγγένεια με αυτό, που ονομάζουμε «προειδοποίηση»· η «προειδοποίηση» στηρίζεται σε κάποιο είδος προηγούμενης γνώσης, ενώ στο επιχείρημα της ολισθηρότητας υπονοείται ένα είδος μηχανισμού, ο οποίος θα οδηγήσει στην επακόλουθη δράση από την προηγηθείσα ενέργεια.

Αυτό το επιχείρημα ήδη από το 1930 έχει μορφοποιηθεί ως σκέψη συνδεδεμένο με το θέμα της ευθανασίας. Στο επιχείρημα της ολισθηρότητας, εκεί που η ευθανασία θα εφαρμοστεί για μια φορά αυτό θα οδηγήσει στο επόμενο βήμα. Δεν υπάρχει λογικός περιορισμός και ότι θα ακολουθήσουν απαραίτητα κάποια λιγότερο επιθυμητά αποτελέσματα. Το πρώτο βήμα θα προκαλέσει μια αλυσιδωτή αντίδραση. Αυτό το επιχείρημα τονίζει τον κίνδυνο υποβάθμισης της αξίας της ανθρώπινης ζωής. Έτσι, κατά το επιχείρημα της ολισθηρότητας, όταν ένα είδος πράξης χ, το οποίο έχει ηθικά αποδεκτά αποτελέσματα δεν μπορεί εύκολα να διακριθεί από ένα άλλο είδος πράξης ψ, η οποία θα έχει ηθικά μεμπτά αποτελέσματα. Με αυτόν τον τρόπο, μέσω του επιχειρήματος της ολισθηρότητας τονίζεται το εύκολο «ολίσθημα» από την πράξη χ στην πράξη ψ. Ως εκ τούτου, μεταφραζόμενο σε όρους της ευθανασίας, θα είναι εύκολη η μετάβαση από την εκούσια και μη εκούσια ευθανασία στην ακούσια. Χρησιμοποιώντας την περίπτωση, λοιπόν, της ευθανασίας: *«Αν η εκούσια ευθανασία κυρωθεί νομικά, τότε στο μέλλον θα υπάρχουν περισσότερες περιπτώσεις «ιατρικού φόνου».*

12. 10 Νομοθεσία και Ευθανασία

Η συζήτηση για τη νομοθετική ισχυροποίηση της ευθανασίας αντιμετωπίζεται σχεδόν σε κάθε βιβλιογραφική αναφορά είτε ως κάτι αρνητικό είτε ως κάτι, το οποίο καλό θα ήταν να αντιμετωπίζεται με σοβαρότητα, προκειμένου να λαμβάνει υπόψη και το δικαίωμα του ανθρώπου στο θάνατο. Τα επιχειρήματα γίνονται στο όνομα της αυτονομίας των ασθενών. Οι υπέρμαχοι της νομικής θέσμισης της ευθανασίας αναφέρονται σε αυτήν ως τοποθέτηση έναντι στον παθητικό πατερναλισμό, ο οποίος είναι απρόβλεπτος και αναίρει την

¹⁷⁹ Woods, J., Irvine, A., Walton, D. (2004). *Critical thinking, Logic & the Fallacies*. Toronto: PrenticeHall.

υποχρέωση κάθε ανθρώπου να είναι ο ίδιος ηθικός δημιουργός των πράξεων του. Οι πολέμοι, βέβαια, αντιστρέφουν το επιχείρημα και τονίζουν ότι η εξάρτηση από κάποιον άλλο απορρίπτει την ικανότητα του ίδιου για ηθική ακεραιότητα, έτσι χωρίς λόγο εμπλέκεται κάποιος εξωτερικός παράγοντας.

Ήδη από το 1996 υπήρξαν προσπάθειες νομιμοποίησης της ευθανασίας. Η Βόρεια Επικράτεια της Αυστραλίας προχώρησε στην θεσμοποίηση νόμου τόσο για την ευθανασία όσο και για την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Ο νόμος αυτός χαρακτηρίστηκε από πολλές ελλείψεις· με ψήφιση νέου νόμου από το Κοινοβούλιο απαγορεύθηκε το 1997. Ένα χρόνο αργότερα (1997) η υποβοηθούμενη αυτοκτονία (όχι η ευθανασία) θεσπίζεται με νόμο στο Πόρτλαντ του Όρεγκον, *Oregon Death with Dignity Act* (Materstvedt, *et al.*, 2003). Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία αναφέρεται ως πράξη βοήθειας προς τους ανθρώπους, οι οποίοι θέλουν κατά απαίτησή τους να τερματίσουν τη ζωή τους.¹⁸⁰

Στην Ολλανδία από το 2002 ισχύει νομοθεσία για την ευθανασία. Αυτός ο νόμος επιτρέπει την κάλυψη διαφορετικών περιπτώσεων και κατά την επίσημη αξιολόγηση του, παρουσιάστηκε ότι αυτός οδήγησε σε μια μεσαία μεγέθους μείωση των περιστατικών ευθανασίας και των υποβοηθούμενων μορφών αυτοκτονίας (Hertogh, 2009). Ο Hertogh σχολιάζοντας μάλιστα τις έξι απαιτήσεις αυτού του νόμου, τις κατηγοριοποιεί στα σημεία τα τεχνικά και σε αυτά, τα οποία έχουν καθαρά διαδικαστικό χαρακτήρα. Ακόμα και προσδιορισμοί του τύπου «ανώφελο» ή «δυσβάσταχτο» δεν αναφέρονται στην κατάσταση ως τέτοια, αλλά στην ερμηνεία της με απώτερο σκοπό τα κοινά συμπεράσματα, στα οποία έχουν οδηγηθεί ο γιατρός και ο ασθενής. Ο DeDijn¹⁸¹ διαφωνεί ότι ένας νόμος είναι ουδέτερος. Υποστηρίζει ότι οι νόμοι εκφράζουν συγκεκριμένες ηθικές αξίες και κανόνες και μέσω τέτοιων νόμων δεν λαμβάνεται υπόψη η ανθρώπινη αξιοπρέπεια και ότι η ανθρώπινη ζωή δεν είναι περιουσιακό στοιχείο ενός μόνο ατόμου, αλλά δημιούργημα ενός συνόλου παραμέτρων. Η δρομολόγηση της νομικής διευθέτησης της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας στο Βέλγιο, βρίσκει τον DeDijn αντίθετο θεωρώντας την ως παραβίαση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Στο Βέλγιο η ευθανασία είναι νόμιμη από το 2002 και ο νόμος γνωστός ως *Act on Euthanasia* ήταν το αποτέλεσμα μιας σειράς συζητήσεων, οι οποίες ξεκίνησαν ήδη κατά την περίοδο 1997 - 1999.¹⁸² Η εκκλησία ήταν και είναι πάντοτε αντίθετη σε αυτήν και τοποθετείται συχνά δημόσια για το θέμα. Το Βέλγιο είναι, επίσης, η μόνη χώρα, η οποία έχει θεσπίσει το νόμο (επικυρώθηκε το Φεβρουάριο του 2014) της ευθανασίας και για παιδιά

¹⁸⁰ Hertogh, C.,M., P. (2009). The Role of Advance Directives as an Aid to Communication and Shared Decision – Making in Dementia. *Journal of Medical Ethics*, 35(2), 100 - 103.

¹⁸¹ De Dijn H. (2005). Euthanasia and Pluralism. In: Schotsmans P., Meulenbergs T., (eds.). *Euthanasia and Palliative Care in the Low Countries*. Leuven/Paris: Peeters, 227 - 238.

¹⁸² Jans, J. (2005). The Belgian "Act on Euthanasia": Clarifying Context, Legislation, and Practice from an Ethical Point of View. *Journal of the Society of Christian Ethics*, 25(2), 163–177.

κάτω των 12 ετών (αυτή η ηλικία έχει τεθεί ως όριο στην Ολλανδία). Όταν, λοιπόν, ένας ανήλικος, βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο μιας ασθένειας, έχει συνείδηση της απόφασης του και αν λάβει την έγκριση των γονέων του καθώς και των γιατρών του, μπορεί να οδηγηθεί στην ευθανασία. Ο ψυχολόγος, ο οποίος θα τον εξετάσει θα κρίνει, αν είναι σε θέση να λάβει μια τέτοια απόφαση. Ο νόμος στηρίχτηκε στο δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής, το οποίο πρέπει να έχει ο καθένας. Παρατηρείται, όμως, συχνά γιατροί να αρνούνται να συνδράμουν σε τέτοιου είδους πράξεις.

Στη Γερμανία το θέμα της ευθανασίας εξακολουθεί να είναι ένα ευαίσθητο θέμα αναλογιζόμενος κάποιος και τις αντίστοιχες ιστορικές διασυνδέσεις. Η πρωτοβουλία για τη νομιμοποίηση της λεγόμενης *Sterbehilfe* έλαβε χώρα το 2004, κάνοντας λόγο για αυτή (*Sterbehilfe*) ως παθητική και έμμεση μορφή προσφοράς βοήθειας στο θάνατο κατόπιν απαιτήσεως του ασθενή. Με αυτόν τον τρόπο σκόπευαν να δώσουν έμφαση στη διαφορά μεταξύ ηθικής και θεσμικής αντιμετώπισης της «ενεργητικής» ευθανασίας, η οποία πρέπει να απαγορεύεται¹⁸³. Η παθητική, λοιπόν, ευθανασία ακόμα και με τη μη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής είναι αποδεκτή στη Γερμανία.

Σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία έγινε σαφές ότι θα επιτρέπεται σε εταιρίες να αναλαμβάνουν να φέρνουν αυτές σε πέρας τις περιπτώσεις της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Ενώ, λοιπόν, στη Γερμανία κάποιος μπορεί θέσει τέρμα στη ζωή του παίρνοντας κάποια ουσία, όταν βρίσκεται στο τελικό στάδιο μιας ασθένειας, έχει ποινικοποιηθεί η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, όταν εταιρίες προσφέρονται να βοηθήσουν τους ασθενείς να υλοποιήσουν την επιθυμία τους. Οι Γερμανοί φαίνεται ότι είναι υπέρ της ευθανασίας και ότι οι γιατροί καλό θα ήταν να βοηθούν τους ασθενείς τους, όταν βρίσκονται στο τελικό στάδιο μιας ασθένειας, η οποία δεν είναι αναστρέψιμη (German Medical Women's Association, 2015).¹⁸⁴ Βέβαια, δεν είναι λίγες και οι περιπτώσεις γιατρών, οι οποίοι αντιμετωπίζουν ποινικές κυρώσεις, επειδή βοήθησαν ασθενείς του να πεθάνουν.

Το *Συμβούλιο της Ευρώπης* το 2004 ερμηνεύοντας τη γνωστή αναφορά από την *Social, Health and Family Affairs Committee*, γνωστή ως *Marty Report*, η οποία επιχειρηματολογούσε για το θεμιτό της νομικής κάλυψης της ευθανασίας, τοποθετήθηκε αρνητικά. Το κύριο επιχείρημα αυτής της αναφοράς συνοψίζονταν στην ανάγκη να υπάρξει μέσω της νομοθεσίας εκείνη η κάλυψη, η οποία δεν θα θέτει υπό αμφισβήτηση τη σημαντικότητα της ευθανασίας και θα δίνει τη δυνατότητα να ελέγχονται οι πρακτικές της μέσω της νομοθεσίας. Ο Keown,¹⁸⁵ όμως, ασκεί έντονη κριτική σε αυτήν την αναφορά

¹⁸³ Jans, J. (2005). The Belgian "Act on Euthanasia": Clarifying Context, Legislation, and Practice from an Ethical Point of View. *Journal of the Society of Christian Ethics*, 25(2), 163–177.

¹⁸⁴ German Medical Women's Association (2015). *Legalisierung aktiver Sterbehilfe (STH) auch in Deutschland? Ergebnisbericht einer Umfrage im Deutschen Ärztinnenbund*. Ανακτήθηκε από (01/11/2015) <http://www.aerztinnenbund.de/Legalisierung-der-aktiven-Sterbehilfe.0.236.1.html>

¹⁸⁵ Keown, J. (2002). *Euthanasia, Ethics, and Public Policy*. Cambridge: Cambridge University Press.

θέτοντας από τη μια μεριά σε αμφισβήτηση το υποτιθέμενο κενό, το οποίο θα έρθει να καλύψει μια τέτοια νομοθεσία μεταξύ νόμου και πρακτικών, οι οποίες αφορούν την ευθανασία. Και από την άλλη, το επιχείρημα για τον «αφόρητο πόνο» δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται για να νομιμοποιήσει την ευθανασία¹⁸⁶. Σε χώρες, όπως η Ολλανδία, η Ελβετία, το Βέλγιο και αρκετές πολιτείες των ΗΠΑ η ευθανασία έχει αποπαινωποιηθεί τονίζοντας ότι πρέπει να υπάρχει σεβασμός και στην επιθυμία ενός ασθενούς για τον τερματισμό της ζωής του. Ενδιαφέρον παρουσιάζει, επίσης, το γεγονός ότι στις ΗΠΑ, όπου οι περισσότερες πολιτείες είναι υπέρ της ευθανασίας, έρευνες, οι οποίες έχουν γίνει, δείχνουν ότι οι μαύροι της Αμερικής είναι αυτοί, που κατά κύριο λόγο αντιτίθενται στην νομιμοποίηση της ευθανασίας. Σε χώρες της Ασίας η ευθανασία είναι παράνομη και έχει απορριφθεί ως πρακτική σε αρκετές περιπτώσεις¹⁸⁷.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει εξειδικευμένη μορφή νομοθεσίας για την ευθανασία, άρα το αξιόπιστο της πράξης κρίνεται με βάση τους νόμους για ανθρωποκτονία με δόλο και τη συμμετοχή σε αυτοκτονία. Ακόμα και η πραγματοποίηση της πράξης μετά την επίπονη απαίτηση του ασθενούς επισύρει ποινή φυλάκισης. Και ότι μια νομοθεσία για την ευθανασία εφαρμόζεται, δεν σημαίνει απαραίτητα ότι και από ηθική άποψη η ευθανασία γίνεται αποδεκτή.

Στην περίπτωση τόσο της Ολλανδίας όσο και του Βελγίου η θεσμοποίηση της ευθανασίας αποτέλεσε πολιτικό ζήτημα καθώς συνδέθηκε με τη διαμάχη, η οποία είχε ξεσπάσει με τις τοποθετήσεις της εκκλησίας μέσα στο ίδιο το πολιτικό πλαίσιο.¹⁸⁸ Η τοποθέτηση του ιατρικού προσωπικού και όλων όσων έχουν έρθει μέσω της εργασίας τους αντιμέτωποι, με τέτοια θέματα είναι ιδιαίτερη. Από τη μια μεριά ενώ μπορούν να κατανοούν την τοποθέτηση των ασθενών για το δικαίωμα τους να αποφασίζουν για τη ζωή και το θάνατο τους, από την άλλη μεριά πιστεύουν ότι το δικό τους καθήκον έγκειται να κάνουν οτιδήποτε είναι στο χέρι τους για να διατηρήσουν τον ασθενή στη ζωή¹⁸⁹. Παράλληλα γίνεται κατανοητό από τους γιατρούς ότι πρέπει να είναι προετοιμασμένοι για κάθε ενδεχόμενο και να έχουν δώσει στον ασθενή κάθε αντικειμενική πληροφορία σχετικά με τη σημασία του μη αναστρέψιμου μιας κατάστασης, βρισκόμενοι σε διαρκή επικοινωνία με τους ασθενείς.

Πρέπει, τελικά, να θεσμοθετηθεί η ευθανασία σε ένα ευρύτερο πλαίσιο; Δεν μπορεί να εφαρμοστεί η ευθανασία σε ευρεία κλίμακα, ακόμα και όταν ηθικές αρχές ενυπάρχουν

¹⁸⁶ Keown, J. (2006). Mr. Marty's muddle: a superficial and selective case for euthanasia in Europe. *Journal of Medical Ethics*, 32(1), 29 - 33.

¹⁸⁷ Singh, K., Gan G. L., (1996). An Asian Perspective on Euthanasia. *The Australian Quarterly*, 68(3), 36-47.

¹⁸⁸ Green-Pedersen, C., (2007). The Conflict of Conflicts in Comparative Perspective: Euthanasia as a Political Issue in Denmark, Belgium, and the Netherlands. *Comparative Politics*, 39(3), 273-291.

¹⁸⁹ Kelly, B.J., (2001). Doctors, Medicine and the Care of the Dying Patient. *The Medical Journal of Australia*, 175 (10), 523-524.

και δεν την αποκλείουν. Η ευθανασία υπάρχει. Δεν είναι κάτι, το οποίο δεν υπάρχει ως εφαρμογή. Σε περιπτώσεις, όπου η κατάσταση ενός ασθενούς βρίσκεται στο τελικό στάδιο και δεν υπάρχει ίαση, οι γιατροί συνιστούν να μην υπάρχει επιμήκυνση της ζωής του ασθενούς υπό τέτοιες συνθήκες. Παρόμοιες περιπτώσεις συναντά κανείς και σε περιπτώσεις υπερηλίκων.

Μάθημα 13° Μελέτη περιπτώσεων (study cases)

Περίληψη: Το παρόν μάθημα περιλαμβάνει ασκήσεις προς τους εκπαιδευομένους σε αληθινά ή πιθανά σενάρια. Καλούνται να απαντήσουν σύμφωνα με το σενάριο της μελέτης περίπτωσης (study-case) και να λάβουν θέση στο συγκεκριμένο βιοηθικό ερώτημα. Αξίζει να σημειωθεί ότι η πιθανή συμμετοχή σε παρόμοια Συμβούλια ή Επιτροπές Βιοηθικής γίνεται ανάλογα με τον τίτλο και το affiliation του καθενός. Αξία θα είχε στη συζήτηση να ειπωθεί ποια θα ήταν η απάντηση σε περίπτωση που εμπλεκόμενοι θα ήταν συγγενικά ή φιλικά πρόσωπα και ο/η ερωτώμενος/η δεν θα προσέγγιζε το θέμα στη θεσμική και επαγγελματική του κατάσταση.



1^η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΜΑΘΗΜΑ
ΣΤΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗ**

Ακαδημαϊκό έτος 2022-22

«Ο κύριος και η κυρία Παπαδοπούλου, 45 και 40 ετών αντίστοιχα, μετά από 10 χρόνια προσπαθειών με τις μεθόδους της Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής να αντιμετωπίσουν την υπογονιμότητά τους, βρίσκονται στην εξής δυσάρεστη θέση. Η κυρία Παπαδοπούλου είναι έγκυος με δίδυμα στον 2^ο μήνα, ωστόσο από ένα σπάνιο λάθος στην εμβryo-μεταφορά στο Κέντρο Υπογονιμότητας τα έμβρυα που κροφορεί διαγνώσθηκε ότι δεν είναι δικά της, αλλά του ζεύγους George και Ann Johnson Αμερικανών (έγχρωμοι) που ζουν και εργάζονται στην Ελλάδα, που κι αυτοί προσπαθούν 12 χρόνια να αποκτήσουν παιδί. Το ζεύγος Παπαδοπούλου ζητά την άμεση διακοπή της κνήσεως και της εμφύτευσης των δικών τους εμβρύων, ενώ το ζεύγος Johnson ζητά τη συνέχιση της κνήσεως και της απόδοσης σε αυτούς των διδύμων, δηλαδή η κα Παπαδοπούλου να λειτουργήσει ως «δανεική μητέρα». Καλείται η Επιτροπή σας με την απόφασή της να επιλύσει αυτή τη δύσκολη κατάσταση»

Όνοματεπώνυμο.....

Ιδιότητα.....

ΑπόφασηΝΑΙ

.....ΟΧΙ

Σκεπτικό της Απόφασης

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

2^η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΕΛΕΤΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΜΑΘΗΜΑ
ΣΤΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗ

Ακαδημαϊκό έτος 2022-23

«Ο κ. Ιωάννης Αναστασιάδης, 25 ετών, πρώην αθλητής, πάσχει από μια μορφή Ηπατίτιδας την οποία «κόλλησε» από μη προστατευμένη σεξουαλική επαφή. Η ασθένειά του τον υποχρεώνει εδώ και 2 χρόνια να κάνει επίπονη θεραπεία κάθε 2 φορές την εβδομάδα στο Νοσοκομείο του τόπου κατοικίας του και του στερεί τις αθλητικές δραστηριότητές του και την εν γένει φυσιολογική ζωή. Με αίτησή του ζητά τη θεραπεία με βλαστοκύτταρα που προέρχονται από έμβρυα για να «κερδίσει πίσω τη χαμένη του ζωή», όπως ο ίδιος υποστηρίζει στο αίτημά του. Καλείται η Επιτροπή σας να αποφασίσει αν θα του επιτραπεί η νέα δοκιμαστική-πειραματική θεραπεία με **εμβρυικά** βλαστοκύτταρα ή θα συνεχίσει την ήδη υπάρχουσα θεραπευτική αγωγή»

Όνοματεπώνυμο.....

Ιδιότητα.....

ΑπόφασηΝΑΙ

.....ΟΧΙ

Σκεπτικό της Απόφασης

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

3^η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΜΑΘΗΜΑ
ΣΤΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗ**

Ακαδημαϊκό έτος 2022-23

«Ο κ. Νικόλαος Γεωργίου, 45 ετών, βρίσκεται τετραπληγικός στο κρεβάτι για 15 χρόνια μετά από αυτοκινητιστικό ατύχημα και παρά την περιποίηση της οικογένειάς του ζητά επίμονα από την Ελληνική Δικαιοσύνη να του επιτραπεί ο «αξιοπρεπής θάνατος» με τη χορήγηση φαρμάκου (ευθανασία). Με δεδομένο ότι στη χώρα η νομοθεσία απαγορεύει μια τέτοια πρακτική, καλείται η Επιτροπή σας να γνωμοδοτήσει αν θα πρέπει να του δοθεί το δικαίωμα αυτό ή να απορριφθεί το αίτημά του».

Όνοματεπώνυμο.....

Ιδιότητα.....

ΑπόφασηΝΑΙ
.....ΟΧΙ

Σκεπτικό της Απόφασης

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ