



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Κ' ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα:

**«Στάση και αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας
απέναντι στην ευθανασία»**

Ονοματεπώνυμο σπουδαστών:

Μακριδάκη Χρύσα, Νερατζουλάκη Ελίνα

Επιβλέπων: Κακαβελάκης Κυριάκος

Ηράκλειο, Απρίλιος 2005

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

A) ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....σελ.3

B) ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Γενικά περί ευθανασίας- Ταξινόμηση

1.1	Ορισμός.....σελ.4
1.2	Κατάταξη.....σελ.4
1.3	Αίτια ευθανασίας.....σελ.6
1.4	Καρδιακός-Εγκεφαλικός θάνατος & ευθανασία.....σελ.8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ευθανασία στο πέρασμα των αιώνων.....σελ.11

2.1	Ιστορική αναδρομή από την αρχαιότητα έως σήμερα.....σελ.12
2.2	Η ευθανασία στην εποχή μας.....σελ.14
2.3	Το ζήτημα της ευθανασίας στην Ελλάδα.....σελ.17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Χριστιανισμός & Ευθανασία

3.1	Θάνατος-Ευθανασία (Ποιμαντική προσέγγιση).....σελ.18
3.2	Εκκλησία, ευθανασία & συνειδησιακά διλήμματα.....σελ.21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ευθανασία & νομοθεσία

4.1	Η ευθανασία από τη σκοπιά του ποινικού δικαίου.....σελ.23
4.2	Ζητήματα ποινικής ευθύνης.....σελ.27
4.3	Ζητήματα αστικής ευθύνης.....σελ.29
4.4	Ευθανασία & ατομικά δικαιώματα.....σελ.32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Βιοϊατρική ηθική & ευθανασία

5.1	Ηθικοί προβληματισμοί.....σελ.36
5.2	Ηθικά ζητήματα.....σελ.41

Γ) ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

➤	Εισαγωγή.....σελ.45
➤	Υλικό-Μέθοδος.....σελ.47
➤	Αποτελέσματα.....σελ.48
➤	Κωδικοποίηση.....σελ.52
➤	Συζήτηση.....σελ.108
➤	Συμπεράσματα.....σελ.110
➤	Βιβλιογραφία.....σελ.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στόχος της πτυχιακής εργασίας αυτής, ήταν να διερευνήσουμε τη στάση και τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην ευθανασία. Επίσης διερευνήθηκε η γνώμη αυτών για το κατά πόσο η ελληνική κοινωνία είναι έτοιμη να δεχτεί την εφαρμογή της ευθανασίας και σε ποιες περιπτώσεις είναι (αν είναι) θεμιτή.

Για το σκοπό αυτό, επισκεφτήκαμε τα δύο νοσοκομεία του Ηρακλείου (ΠΑ.Γ.ΝΗ – ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ) καθώς και το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β) όπου και πραγματοποιήσαμε την έρευνα σε τυχαία επιλεγμένους ιατρούς αλλά και άλλους επαγγελματίες υγείας (κυρίως νοσηλευτές).

Τα αποτελέσματα μετά την επεξεργασία και κωδικοποίησή τους παρουσιάζονται, όπως επίσης και τα συμπεράσματα και οι προτάσεις μας γύρω από αυτό το θέμα.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά, τον κ. Κακαβελάκη Κυριάκο, επιβλέποντα της εργασίας, και τον κ. Σπύρη Γιώργο για την τεχνική βοήθειά του. Επίσης, ευχαριστούμε το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό καθώς και τους εργαζόμενους στο Ε.Κ.Α.Β, οι οποίοι διέθεσαν λίγο από το χρόνο τους για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Ηράκλειο, Απρίλιος 2005

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ - ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Η ευθανασία, στα αρχαιότατα χρόνια, σήμαινε τον καλό ή τον γλυκό θάνατο. Σήμερα όμως, όσοι μιλούν για ευθανασία εννοούν ένα ανώδυνο ή αξιοπρεπή θάνατο με την εφαρμογή κάποιας μεθόδου για τον τερματισμό της ζωής του ανθρώπου. Πρόκειται για τη μέθοδο προκλήσεως του θανάτου, χωρίς οδυνηρά συμπτώματα, για τη συντόμευση της αγωνίας μιας οδυνηρής και μοιραίας έκβασης της νόσου. Η ευθανασία ορίζεται ακόμη, ως η ηθελημένη θανάτωση ανίατου ασθενούς, με τη συναίνεση του ή χωρίς αυτή, για την απολύτρωση του από την επιθανάτια οδυνηρή αγωνία, από αφόρητους πόνους που τα υπάρχοντα θεραπευτικά μέσα αδυνατούν να καταπραΰνουν.

1.2. ΚΑΤΑΤΑΞΗ

Υπάρχει η ενεργητική και η παθητική ευθανασία. Η έννοια της ευθανασίας, αποδίδεται καλύτερα χρησιμοποιώντας τη λέξη «σκοτώνω» για την ενεργητική και, «τον αφήνω να πεθάνει», για την παθητική.

➤ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Η ενεργητική ευθανασία είναι μια εσκεμμένη ενέργεια με ανάθεση, ή ανάληψη από κάποιον άλλον, της πράξεως του τερματισμού της ζωής ενός προσώπου. Η ενεργητική ευθανασία διακρίνεται σε *εκούσια* και *ακούσια*.

1. Η *εκούσια ευθανασία* είναι εκείνη η οποία εφαρμόζεται σε ένα πρόσωπο το οποίο επιθυμεί να θέσει τέρμα στη ζωή του και γίνεται α) με τη λήψη από τον ίδιο θανατηφόρας δόσεως κάποιας ουσίας ή β) με τη χορήγηση της σε κάποιον που τη ζητάει –συνήθως από ένα γιατρό- σαν ένα είδος βοήθειας. Αυτή όμως η «βοήθεια» αποτελεί πράξη συμμετοχής σε

αυτοκτονία και μάλιστα τιμωρείται αυστηρά από τον Ελληνικό Ποινικό Κώδικα (Π.Κ.)

2. Η *ακούσια ευθανασία*, είναι αυτή η οποία προσφέρεται από συγγενή, φίλο ή από γιατρό για να θέσει τέρμα στο «μαρτύριο» κάποιου που υποφέρει ή έχει καταντήσει «φυτό» χωρίς να διαφαίνεται ελπίδα αποκαταστάσεως. Στη περίπτωση αυτή, κατά τον Π.Κ. τιμωρείται με την ποινή του θανάτου ή της ισόβιας κάθειρξης.
3. Η *ηθελημένη για ψυχολογικούς ή ψυχιατρικούς λόγους ευθανασία*. Υπάρχουν πολλές ψυχικές ασθένειες που μπορούν να θεραπευτούν, όπως και η κατάθλιψη. Ορισμένα άτομα μπορεί να νομίζουν ότι πάσχουν από μία ανίατη «ασθένεια» και να θέσουν τέρμα στη ζωή τους. Όπως π.χ. συνέβη με γιατρό, ο οποίος, νομίζοντας ότι πάσχει από καρκίνο του ήπατος και φοβούμενος τις συνέπειες, έθεσε τέρμα στη ζωή του, ενώ νεκροτομικώς αποδείχθηκε ότι δεν υπήρχε τέτοια νόσος.

➤ ΠΑΘΗΤΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Η παθητική ευθανασία ενεργείται: α) με παραλείψεις χρησιμοποίησης θεραπευτικών προσπαθειών (ορών, φαρμάκων, μηχανημάτων υποστηρίξεως βασικών λειτουργιών της ζωής) είτε β) με την απόσυρση αυτών. Όμως, η διακοπή της λειτουργίας ενός μηχανήματος, είναι μία πολύ δύσκολη απόφαση. Σε άλλες εποχές, το τέρμα της ζωής δεν δημιουργούσε προβλήματα για τη διάγνωση του. Καθορίζονταν από το σταμάτημα της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας. Με την αποδοχή όμως του «εγκεφαλικού θανάτου» ως του τέρματος της ζωής, προέκυψαν πολλά νέα προβλήματα. Σε τέτοιες περιπτώσεις δεν μπορούμε να γνωρίζουμε «πότε βγαίνει η ψυχή του ανθρώπου»· πότε ακριβώς αποβιώνει για να τον αναγγείλουμε ως «νεκρό» ή να υπογράψουμε «πιστοποιητικό θανάτου» για να προβούμε π.χ. σε λήψη οργάνων του για μεταμόσχευση, ενώ αυτά είναι ακόμα «ζωντανά», γιατί υπάρχει ακόμα σε αυτά η ζωογόνος κυκλοφορία, άρα δεν είναι ακόμη «πτωματικά».

Υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες μετά τη διάγνωση του «εγκεφαλικού θανάτου» ο άνθρωπος δε ξεψύχησε αλλά επανήλθε στη ζωή, ενώ η παθητική ευθανασία σε μια τέτοια περίπτωση θα απόβαινε σε...δολοφονία.

➤ ΕΜΜΕΣΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Μεταξύ των νομικών και των γιατρών υφίστανται σήμερα σε μεγάλη έκταση συμφωνία σχετικά με το ότι η λεγόμενη «έμμεση ευθανασία» θα πρέπει να είναι επιτρεπτή. Πρόκειται για την καταπολέμηση των πόνων σε ανίατα ασθενείς ή βαριά πάσχοντες, η οποία επιτυγχάνεται με φάρμακα για τον μετριασμό ανυπόφορων πόνων και η οποία μπορεί να συνεπιφέρει μια σύντμηση της ζωής ως μη επιδιωκόμενη παρενέργεια. Σε αντίθεση με την ενεργητική η ευθεία ευθανασία, δεν επιδιώκει τον θάνατο, αλλά αυτός γίνεται αποδεκτός απλά και μόνο ως παρενέργεια, ως πιθανή συνέπεια λόγω της προτεραιότητας του μετριασμού των πόνων.

1.3. ΑΙΤΙΑ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

❖ ΠΟΝΟΣ

Είναι μία δυσάρεστη αισθητική και συγκινησιακή εμπειρία που έχει σχέση με πραγματική ή δυνητική καταστροφή ιστών ή που περιγράφεται σαν τέτοια. Ο πόνος μπορεί να είναι:

- Φυσιολογικός ή παθολογικός
- Οξύς ή χρόνιος
- Σωματικός, σπλαχνικός, νευροπαθητικός
- Καλοήθους ή κακοήθους αιτιολογίας

Γιατί πρέπει να αντιμετωπίσουμε τον πόνο;

Η ανακούφιση του πόνου αποτελεί βασική αρχή /στόχο της Ιατρικής. Έχει αποδειχτεί ότι η αποτελεσματική αναλγησία ελαττώνει τη μετεγχειρητική κακουχία, τη ψυχολογική καταπόνηση, τις επιπτώσεις του πόνου στα όργανα και συστήματα, την παραμονή στο νοσοκομείο, εξασφαλίζει καλύτερο αποτέλεσμα και επιτάχυνση της ανάρρωσης και στην περίπτωση του αθεράπευτου πόνου ποιότητα ζωής. Οι ασθενείς με αθεράπευτο πόνο ανέρχονται στο 1/3 περίπου των ασθενών με προβλήματα χρόνιου πόνου. Η αντιμετώπιση τους συνοδεύεται από σοβαρά ηθικά / δεοντολογικά και κοινωνικοοικονομικά προβλήματα.

Στο παρελθόν ο θάνατος αποτελούσε ένα ανθρώπινο γεγονός που η ερμηνεία του και η εξέλιξη του ήταν ξεκάθαρη. Οι πρόγονοι μας ζούσαν κοντά στους ρυθμούς της φύσης. Ο θάνατος συνέβαινε στο σπίτι και καθώς πλησίαζε το τέλος ο θνήσκων έκανε αναδρομή στη ζωή και στα λάθη του, ζητούσε συγγνώμη από αυτούς που έβλαψε, έδινε συμβουλές, λάμβανε πνευματική βοήθεια, μοίραζε τα υπάρχοντά του και αποχαιρετούσε τους οικείους του. Στη σημερινή κοινωνία, η κατάσταση άλλαξε δραματικά:

- Ο άνθρωπος που πεθαίνει είναι αυτός που δεν παράγει, δεν καταναλώνει, είναι απορριπτός, κρυμμένος, εγκαταλελειμμένος από φόβο μήπως και εισχωρήσει ή διασπάσει το σύστημα και την πρόοδο.
- Η ευσπλαχνία και το έλεος δεν έχουν θέση.
- Ο γιατρός βλέπει το θάνατο σαν ένα φυσικό και αναπόφευκτο φαινόμενο.
- Ο ασθενής βλέπει το τέλος του σαν μία διαδικασία που υπερβαίνει τη φύση και βιώνει μια εμπειρία ανάλογα με το χαρακτήρα του και τη σχέση του με το Θεό.

Αντιμετώπιση

Η αναγνώριση και η λύση των προβλημάτων που προκύπτουν κατά την φροντίδα των ασθενών στο τελικό στάδιο της νόσου, δίνονται τα τελευταία 15 χρόνια από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας με τα προγράμματα της Παρηγορητικής Φροντίδας.

Παρηγορητική ή Ανακουφιστική φροντίδα είναι η ολική ενεργητική περίθαλψη του αρρώστου, η ασθένεια του οποίου δεν ανταποκρίνεται σε θεραπευτικές ενέργειες. Έχει ως *αντικείμενο* τον έλεγχο του πόνου και άλλων συμπτωμάτων, καθώς και την αντιμετώπιση των ψυχολογικών, διανοητικών, πνευματικών, και κοινωνικών προβλημάτων. Ως *σκοπό* την καλύτερη ποιότητα ζωής για τον ασθενή και τους οικείους του. Ως *βασική προϋπόθεση* την εξασφάλιση της εμπιστοσύνης και συνεργασίας με τον ασθενή και τους οικείους του.

Η θεραπευτική αγωγή είναι συμπτωματική, δηλαδή αντιμετωπίζονται τα επί μέρους επώδυνα ή και ενοχλητικά συμπτώματα και όχι αιτιολογική, δηλαδή ουσιαστική θεραπεία για την αντιμετώπιση της νόσου.

- ✚ Στο 50% των ασθενών με νόσο τελικού σταδίου παρατηρείται απώλεια βάρους, πόνος, ανορεξία, δύσπνοια, βήχας δυσκοιλιότητα, αδυναμία, ναυτία και εμετός.
- ✚ Σε μικρότερο ποσοστό υπάρχει: οίδημα, πλευριτικό υγρό, ίκτερος, λεμφοίδημα κ.τ.λ.

Προκειμένου να υποβάλλουμε τον ασθενή σε κάποια διαγνωστική παρέμβαση, πρέπει να λάβουμε υπόψη το ανθρώπινο κόστος (σωματικό και ψυχολογικό) με την προβλεπόμενη ωφέλεια, όπως αλλαγή θεραπείας.

1.4. ΚΑΡΔΙΑΚΟΣ -ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Πριν από λίγες δεκαετίες, τα πράγματα ήταν απλά για τη διαπίστωση, τη διάγνωση και την πιστοποίηση επελθόντος θανάτου. Τα κριτήρια ήταν απλά και κανείς δε τα αμφισβητούσε. Αυτά ήταν: «Η παύση της κίνησης το αίμα καρδιακής λειτουργίας με απουσία παλμού και πτώση της αρτηριακής πίεσης, της λειτουργίας της αναπνοής, του εγκεφάλου, των νεφρών, του ήπατος...»

Ήταν σαφές και πολύ γνωστό ότι, μετά την παύση της καρδιακής λειτουργίας και της αναπνοής, ακολουθούσε ο θάνατος του εγκεφάλου μετά από λίγα λεπτά. Τα πράγματα όμως άρχισαν να μεταβάλλονται αφότου επιτυγχάνεται η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση στην καρδιακή ανακοπή.

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

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

Ορισμός του εγκεφαλικού θανάτου

Ο εγκεφαλικός θάνατος ορίζεται διαφορετικά από χώρα σε χώρα. Το 1968, η επιτροπή του Harvard όρισε ως κριτήριο "εγκεφαλικού θανάτου", την κατάργηση της δραστηριότητας ολοκλήρου του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, ενώ το 1981, επιτροπή που συστήθηκε από τον πρόεδρο των Η.Π.Α. διατύπωσε τον εξής ορισμό: «Ένας άνθρωπος είναι νεκρός εάν εμφανίζει:

1. μη αναστρέψιμη παύση των λειτουργιών της κυκλοφορίας του αίματος και της αναπνοής.
 2. μη αναστρέψιμη παύση όλων των λειτουργιών ολοκλήρου του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου και του εγκεφαλικού στελέχους".
- Το 1971, δύο νευροχειρουργοί του Πανεπιστημίου της Minnesota, πρότειναν ως νέο κριτήριο " Εγκεφαλικού θανάτου", τη μη αναστρέψιμη παύση λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους. Αυτά τα κριτήρια σήμερα δέχεται και η Ελλάδα. Υπάρχουν πολλές ενστάσεις που λένε ότι "η νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους" είναι παθολογοανατομικός όρος και δύναται να τεκμηριωθεί μόνο μετά την μεταθανάτια αφαίρεση του εγκεφάλου του ασθενούς. Άρα βάση αυτού, τα κριτήρια διαγνώσεως του "εγκεφαλικού θανάτου" είναι ανακριβή και κατ' άλλους αυθαίρετα.

Χαρακτηρίζεται έτσι η κατάσταση στην οποία βρίσκεται ένα άτομο μετά την παύση της λειτουργίας της καρδιάς και πριν επέλθει ο θάνατος του εγκεφάλου, δηλαδή πριν την παρέλευση των 4-5 λεπτών, μετά τα οποία ακολουθεί ο θάνατος του εγκεφάλου και επέρχεται ο οριστικός θάνατος. Άρα, ο κλινικά νεκρός δεν είναι «νεκρός» στα λίγα λεπτά της φάσεως του κλινικού θανάτου, είναι δυνατόν να επιτευχθεί η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και η επαναφορά του ατόμου στη ζωή. Κατέστη μάλιστα δυνατό να επιμηκυνθούν τα όρια του κλινικού θανάτου για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα και, μάλιστα, με ενέργειες που μπορούν να αρχίσουν και εκτός νοσοκομείου, στον τόπο εργασίας ή στο δρόμο όπου κάποιος «έπεσε νεκρός», μέχρι να ολοκληρωθεί η προσπάθεια αναζωογόνησης του στο κατάλληλο νοσοκομειακό περιβάλλον.

Αυτές οι δυνατότητες δημιούργησαν προβλήματα επειδή: α) «επανερχόμενα στη ζωή άτομα» δεν είχαν αυτόματη καρδιακή λειτουργία ή αναπνοή, β) παρουσίαζαν μη ανατάξιμες βλάβες του εγκεφάλου, που έφταναν μέχρι χωρίς καμιά πιθανότητα να ανακτήσουν τις αισθήσεις τους.

Οι υποστηρικτικές τεχνικές της ζωής, επιπλέον, μπορούν να στηρίξουν, επί μακρόν άτομα χωρίς διανοητικές λειτουργίες, δημιουργώντας προβλήματα ηθικής τάξεως, κοινωνικής φύσεως, οικονομικά, κοινωνικά, οικογενειακά, πολλά νομικής φύσεως, ιατρικής ευθύνης καθώς και δικαστικών περιπλοκών.

Μη ανατάξιμο κώμα και εγκεφαλικός θάνατος

Οι πρόοδοι της επιστήμης οδήγησαν σε αμφισβητήσεις του «αξιώματος» να θεωρείται ως ζων άτομο αυτό που έχει υποστεί αμετακλήτως βαριές και εκτεταμένες εγκεφαλικές βλάβες, ενώ η αναπνοή ενδέχεται να διατηρείται με μηχανήμα τεχνητής αναπνοής και η καρδιά σε λειτουργία με ηλεκτρικές διεγέρσεις του καρδιακού παλμού.

Ως κριτήρια του μη ανατάξιμου κώματος έχουν τεθεί:

Η απουσία 1) δεκτικότητας και ανταποκρίσεως στα ερεθίσματα, 2) αναπνευστικών κινήσεων, 3) αντανακλαστικών, και επιπροσθέτως, η επίπεδη ή ισοηλεκτρική γραμμή στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, με αποκλεισμό των περιπτώσεων υποθερμίας και κατασταλτικών του Κ.Ν.Σ φαρμάκων τα οποία ενδέχεται να προκαλέσουν τέτοια γραμμή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΤΟ ΠΕΡΑΣΜΑ ΤΩΝ ΑΙΩΝΩΝ

Η «ευγονική ευθανασία του Νίτσε», κατά την οποία θα πρέπει να θανατώνονται τα παράσιτα της κοινωνίας, αλλά και άνθρωποι οι οποίοι φυτοζωούν, έχοντας χάσει το αίσθημα του μέλλοντος, έχει μάλλον τη σημασία της «κοινωνικής ευθανασίας» και φτάνει πολύ βαθιά στην ιστορία του ανθρώπινου γένους.

Στην Κέα, εφαρμοζόταν «γεροντοκτονία» και, όσοι ξεπερνούσαν τα εξήντα, έπρεπε να πιούν κώνειο για να πεθάνουν με την αντίληψη ότι όποιος δε μπορεί να ζει καλά και να απολαμβάνει τη ζωή, δεν θα έπρεπε να συνεχίζει να ζει. Οι Κάσπιοι, όταν οι γονείς τους έφταναν στα εβδομήντα τους, τους έκλειναν κάπου και τους εγκατέλειπαν εκεί, ώσπου να πεθάνουν από την πείνα. Σε τέτοιες περιπτώσεις, δεν εξασφαλίζεται στον άνθρωπο-θύμα πλέον, ένας καλός θάνατος, αλλά επιβάλλεται ο θάνατος αντί μιας άθλιας ζωής ή απλώς ανεπιθύμητης, κατά την άποψη μάλιστα αυτού που την αποφασίζει. Πρόκειται για κάτι πολύ επικίνδυνο, όταν ενδέχεται να συμπεριλάβει π.χ. την εκτέλεση ψυχοπαθών, ατόμων με επικίνδυνη συμπεριφορά για τη ζωή άλλων, ή για αρρώστους π.χ. από AIDS.

Για την ευθανασία διακυβεύονται και τεράστια συμφέροντα οικονομικής φύσεως, όπως Ασφαλιστικών Εταιριών, Ταμείων Υγείας, Κρατικών Οργανισμών και άλλων. Υπολογίζεται ότι το 20% των δαπανών για την Υγεία στις χώρες -μέλη της Ενωμένης Ευρώπης (Ε.Ο.Κ.) ξοδεύονται για τις τελευταίες ώρες ζωής των ασθενών. Ότι το κρεβάτι του ετοιμοθάνατου έχει κόστος δαπανών 4 φορές μεγαλύτερο από το κανονικό. Και θέτουν το ερώτημα γιατί να δαπανώνται τέτοια ποσά για ετοιμοθάνατους, όταν τα διατιθέμενα κονδύλια δεν επαρκούν για ασθενείς οι οποίοι έχουν ελπίδες να επιζήσουν. Οπότε, πλέον, η ζωή του ανθρώπου με την ευθανασία καταλήγει σε ...λογιστική πράξη.

2.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΩΣ ΣΗΜΕΡΑ

1. Αρχαία Ελλάδα και Ρωμαϊκοί χρόνοι.

Στην αρχαία Ελλάδα και μάλιστα στη Σπάρτη η ευγονική ευθανασία ήταν θεσμός του κράτους. Βρέφη τα οποία έφεραν δυσμορφίες και ανεπάρκειες τα έριχναν στον Καιάδα για να απαλλάξουν την κοινωνία από παράσιτα και για να ευεργετήσουν και τα ίδια. Άλλοτε τα εγκατέλειπαν σε έρημες τοποθεσίες, όπου και πέθαιναν από έλλειψη φροντίδας. Η βρεφοκτονία των αναπήρων βρεφών θεωρούνταν μία κοινωνική υποχρέωση, που αποσκοπούσε στο συμφέρον των άτυχων βρεφών, των οικογενειών τους και της πολιτείας. Αντίθετος στην ιδέα της ευθανασίας ήταν ο μεγάλος τραγικός ποιητής Σοφοκλής. Στο έργο του "Φιλοκτήτης" ασχολείται με το δικαίωμα του θανάτου και τοποθετείται ανεπιφύλακτα αρνητικά στην ιδέα της ευθανασίας. Ο μυθικός βασιλιάς της Μαγνησίας Φιλοκτήτης (13ος αιώνας π.Χ.) είχε εκστρατεύσει κατά της Τροίας, όταν στην νήσο Τένεδο τον δάγκωσε ένα δηλητηριώδες φίδι με αποτέλεσμα να έχει αφόρητους πόνους και το τραύμα να αποπνέει ανυπόφορη δυσσομία. Κάτω από την κατάσταση αυτή παρακαλούσε τους στρατιώτες του να τον σκοτώσουν, διότι δεν άντεχε τους πόνους. Εκείνοι όμως δεν του ικανοποιούν το αίτημα, αλλά τον αποβιβάζουν στη νήσο Λήμνο και τον εγκαταλείπουν για να πεθάνει σιγά - σιγά. Στους Ρωμαϊκούς χρόνους οι στωικοί σοφοί "ευθανατούν" με την αυτοκτονία στην γεροντική ηλικία. (Κλεάνθης, Ζήνων, Κάτων, Σενέκας, κ.α.). Ο Σενέκας διακήρυττε ότι "όπως όταν πρόκειται να ταξιδέψω, θα διαλέξω το πλοίο, η αν πρόκειται να κατοικήσω θα διαλέξω το σπίτι μου, έτσι θα επιλέξω και τον θάνατό μου όταν πρόκειται να φύγω από τη ζωή.

2. Παλαιά Διαθήκη

Στην Παλαιά Διαθήκη η ευθανασία επιτρέπεται όταν λαμβάνει χώρα σε περίοδο πολέμου η διωγμού και όταν δηλώνεται η αφοσίωση σε ανώτερες αξίες. Όσο αφορά στην αυτοκτονία προς απαλλαγή του βίου, ο οποίος κατέστη άθλιος όχι ένεκα πολεμικής αιτίας η διωγμού, καταδικάζεται και η πράξη αποτελεί όνειδος για τους επιζώντες συγγενείς του αυτόχειρα.

3. Χριστιανική εποχή

Στη Χριστιανική Γραμματεία δεν απαντάται η λέξη ευθανασία. Η χριστιανική διδασκαλία δεν θεωρεί τον θάνατο εφιάλτη, αλλά πύλη της αιωνίου ζωής. Το ανθρώπινο σώμα είναι "ναός του αγίου Πνεύματος" και αυτόν τον ναό, έχει χρέος ο άνθρωπος να περιποιείται και να σέβεται. Κάθε μορφή ευθανασίας είναι καταδικαστέα σύμφωνα με την διδασκαλία του Ευαγγελίου και των αγίων Πατέρων, οι οποίοι για τους παραβαίνοντας αυτή τη διδασκαλία έχουν θεσπίσει αυστηρούς κανόνες. Η ευθανασία στην γνήσια της μορφή, ως ειρηνικός και γαλήνιος θάνατος, απαντάται σε πολλές περιπτώσεις στην Χριστιανική περίοδο. Είναι αυτό που επαναλαμβάνεται συνεχώς στα συναξάρια των αγίων το "εν ειρήνη τελειούται". Η εν Χριστώ ζωή, προσφέρει ειρηνική ζωή και γαλήνιο θάνατο.

4. Μεσαίωνας και Νεώτεροι χρόνοι

Στα χρόνια του Μεσαίωνα και στα νεότερα χρόνια προήλθαν πολλές μεταβολές στη θεωρία περί της ζωής και η έννοια του θανάτου εμπλουτίστηκε με πολυάριθμες προσκτήσεις, ανθρωποποιήθηκε και έτσι από απαραίτητο στάδιο της ζωής αναδύθηκε ως η εικόνα του εξολοθρευτούν.

Ένας άλλος φιλόσοφος που ήταν υπέρμαχος της αυτοκτονίας αλλά και της ευθανασίας ήταν ο Φρίντιχ Νίτσε. Σε ένα πολύ σκληρό κείμενό του γράφει: «Ο άρρωστος που έχει φτάσει στο όριο είναι πια ένα παράσιτο της κοινωνίας και της ζωής. Όταν ξεπεράσει μία ορισμένη κατάσταση, είναι ανήθικο να ζει ακόμα. Το να συνεχίζει σαν φυτό σε δειλή εξάρτηση από γιατρούς και τεχνάσματα, όταν το νόημα της ζωής και το δικαίωμα της ζωής έχει πια χαθεί, θα έπρεπε να προκαλεί τη βαθιά περιφρόνηση της κοινωνίας». Και ο φανατικός αντιχριστιανός κλείνει με τη φράση: "Ακριβώς το αντίθετο με τη θλιβερή και φρικαλέα κωμωδία που έστησε ο Χριστιανισμός με την επιθανάτια ώρα".(Νίτσε).

Η ευθανασία στις αρχές του 20ου αιώνα προσέλαβε τη σημασία ότι για την περίπτωση που η ανθρώπινη ύπαρξη λόγω ασθενείας ή γηρατειών, ή άλλων γεγονότων ούτε ευχάριστη ούτε χρήσιμη είναι, πρέπει να απελευθερωθεί με ένα ανώδυνο θάνατο με αυτενέργεια ή τη βοήθεια άλλου. Έτσι ορίζεται η ευθανασία το 1912 στην "Θρησκευτική και Ηθική Εγκυκλοπαίδεια".

Η ευθανασία πια άρχισε να γίνεται ένα από τα πολυπλοκότερα ιατροκοινωνικά προβλήματα της εποχής μας.

2.2. Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΜΑΣ

Παρ' όλο που η έννοια του δικαιώματος στο θάνατο, έχει απασχολήσει τους φιλοσόφους από την εποχή της αρχαίας Ελλάδος, μόλις πρόσφατα το θέμα εξελίχθηκε σε μείζον κοινωνικό ζήτημα με τεράστιες διαστάσεις. Εκεί που η πορεία της φύσεως φαινόταν μη αναστρέψιμη, ξαφνικά οι γιατροί, οι ασθενείς και οι οικογένειές τους αποφασίζουν για το τέλος της ζωής. Η ευθανασία είναι πια ένα θέμα μεγάλης και παγκόσμιας διαμάχης. Ερευνητές, ψυχολόγοι, νομικοί, θεολόγοι, κοινωνιολόγοι, ιατροί, σύλλογοι επιστημόνων, Πανεπιστήμια, κοινοβούλια, Εκκλησίες και άλλοι παράγοντες έχουν αναλάβει μεγάλο αγώνα να πείσει ο καθένας τους άλλους, για την ορθότητα των θέσεών του.

Πρωτοπόρος στην νομιμοποίηση της ευθανασίας παρουσιάζεται η Ολλανδία, η οποία σοκάρει τον κόσμο με τις αποφάσεις της. Φθάνει δε τον Οκτώβριο του 1994 να προβάλλει στην τηλεόρασή της Ντοκιμαντέρ, με τίτλο "θάνατος κατά παράκληση", στο οποίο ο Δόκτωρ Βίλφρεντ Βαν Οιζεν νάρκωσε με ένα ηρεμιστικό τον ασθενή του και στη συνέχεια του έκανε τη μοιραία ένεση, για να τον απαλλάξει από μία ζωή χωρίς νόημα πλέον. Ο ασθενής Σάις Βαν Βέντελ έπασχε από αμυοτροφική πλευρική σκλήρυνση, μία ανίατη ασθένεια που ονομάζεται νόσος του Λου Γκέριγκ. Μετά την Ολλανδία κι' άλλες χώρες όπως η Αγγλία, οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, ο Καναδάς, η Ισπανία, το Βέλγιο, η Δανία και άλλες χώρες του κόσμου, αρχίζουν μία προσπάθεια καθιέρωσης του δικαιώματος στο θάνατο.

Η ευθανασία δεν είναι εύκολο και απλό ζήτημα. Τι είναι λοιπόν; Λύτρωση, έγκλημα, απαλλαγή, φόνος, φιλευσπλαχνία, δικαίωμα, αξιοπρέπεια, αυτοχειρία, ασέβεια, βοήθεια; Ας δούμε λοιπόν τι υποστηρίζουν οι ειδικοί, τι λένε οι νόμοι και τι θέλει το κοινό των εμπλεκομένων στο θέμα της ευθανασίας κρατών.

Συνοπτική εικόνα των θέσεων των κρατών περί ευθανασίας:

Ολλανδία

Με απόφαση της άνω Βουλής (10 Απριλίου 2002) νομιμοποιείται υπό όρους.

Βρετανία

Είναι εκτός νόμου αν και αποτελεί την έδρα της "Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Σωματείων για το δικαίωμα στο θάνατο". Το ιατρικό προσωπικό μπορεί να λαμβάνει αποφάσεις.

Η.Π.Α.

Επιτρέπεται μόνο στην πολιτεία Όρεγκον από το έτος 1994.

Αυστραλία

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

Γαλλία

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

Γερμανία

Επιτρέπεται μόνο στο κρατίδιο της Έσσης για ασθενείς που βρίσκονται σε κώμα.

Βέλγιο

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

Ελβετία

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

Ισπανία

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

Ιταλία

Θεωρείται παράνομη. Εν τούτοις μεμονωμένες περιπτώσεις έχουν πραγματοποιηθεί.

Κίνα

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

Ινδία

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

Ιαπωνία

Η νομοθεσία δεν καλύπτει τους γιατρούς που θέτουν ενεργά τέρμα στη ζωή ασθενών που υποφέρουν.

Δανία

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

Καναδάς

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

2.3. ΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ο Ελληνικός Ποινικός Κώδικας δεν χρησιμοποιεί τον όρο «ευθανασία». Οι διατάξεις που ρυθμίζουν το επίμαχο ζήτημα ανήκουν στην ομάδα εκείνη των άρθρων που ασχολούνται με την ανθρωποκτονία, κάτι που είναι δηλωτικό για την στάση του νομοθέτη απέναντι στο θέμα. Το άρθρο 300 που ρυθμίζει τα της ευθανασίας αναφέρει πως «όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο, γι' αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια, τιμωρείται με φυλάκιση» (10 ημέρες έως πέντε χρόνια). Από τα παραπάνω προκύπτει πως ακόμη και αν το ίδιο το θύμα έχει ζητήσει τον θάνατό του και ο θύτης κινήθηκε με μοναδικό κίνητρο τον οίκτο, η πράξη αντιμετωπίζεται ως αξιόποινη και τιμωρείται. Βέβαια ο νομοθέτης δεν εξισώνει την ευθανασία με κοινή ανθρωποκτονία από πρόθεση, και γι' αυτό την τιμωρεί ελαστικότερα. Απαιτεί όμως να υπάρχει απαίτηση και μάλιστα επίμονη από την πλευρά του θύματος. Με τον τρόπο αυτό αποφάσκει την μη εθελοντική επιθανάτια ευθανασία, ακόμη και εάν αποκλειστικό κίνητρο είναι ο οίκτος. Στην προκείμενη περίπτωση ο δράστης θα τιμωρηθεί ως διαπράξας ανθρωποκτονία από πρόθεση. Αυτό αποτελεί και την βασική διαφορά της ελληνικής δικαστικής πρακτικής με αυτή των χωρών που προαναφέρθηκαν. Κάτι ακόμη στο οποίο τα δικαστήρια μέχρι σήμερα επιμένουν, ενώ σε άλλες χώρες υπάρχει μεγαλύτερη ελαστικότητα, είναι αυτό της ανίατης ασθένειας, η οποία νοείται ως σωματική.

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΧΡΙΣΤΙΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

3.1. ΘΑΝΑΤΟΣ-ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ (ΠΟΙΜΑΝΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ)

Στο τελευταίο στάδιο του ασθενούς έχει μεγάλη σημασία η ποιμαντική προσέγγιση του ασθενούς & δευτερεύον των συγγενών του. Είναι σημαντικό όμως να συμπεριληφθεί & η ανάγκη στήριξης των γιατρών & των νοσηλευτών / τριών.

Η ιατρική επιστήμη ενώ συμβάλλει στη θεραπεία των ασθενειών & απαλύνει τον πόνο, ταυτόχρονα επιβεβαιώνει & τον θάνατο. Έτσι δημιουργείται στον άνθρωπο το αίσθημα απόρθητης & απεριόριστης ασφάλειας.

Η πρόοδος των ιατρικών επιστημών & η ανάπτυξη της τεχνολογίας συνέβαλαν στην εδραίωση αυτού του αισθήματος. Οι γιατροί όμως έχουν επίγνωση των ορίων της επιστήμης τους, γνωρίζουν ότι μπορούν να παρατείνουν τη ζωή & να προσφέρουν πολλές υπηρεσίες στον ασθενή, αδυνατούν όμως να νικήσουν το θάνατο.

Χρειάζεται μια διαφορετική προσέγγιση, για να φωτισθεί όσο γίνεται πληρέστερα το μυστήριο του θανάτου & να ενισχυθούν πνευματικά & ανθρώπινα όσοι άμεσα ή έμμεσα συνδέονται με αυτό. Τα αδιέξοδα & η τραγική κατάσταση που δημιουργεί η έλευση του θανάτου με τη συμβολή της θεολογίας & ειδικότερα της ποιμαντικής, μπορούν να προσλάβουν διαφορετικό περιεχόμενο.

Ο θάνατος απασχολεί όλους γενικά τους ανθρώπους. Στην προκειμένη όμως περίπτωση μας ενδιαφέρει ο επικείμενος θάνατος του ασθενούς που πάσχει από κάποια ανίατη ασθένεια & δεν αφορά μόνο τον ίδιο αλλά ενδιαφέρει τους συγγενείς, τους φίλους του, τους γιατρούς, τους νοσηλευτές / τριες αλλά & τους κληρικούς.

Έχει ευρύτερες κοινωνικές διαστάσεις & δεν πρόκειται για ατομική υπόθεση. Αφορά τον άνθρωπο ως αυτεξούσιο & ελεύθερο πρόσωπο σχετιζόμενο με άλλα πρόσωπα. Αυτό ισχύει πολύ περισσότερο στον τόπο μας, όπου οι οικογενειακοί δεσμοί είναι ισχυροί & η κοινωνία μας παρά τις αλλοτριώσεις διασώζει κάποιο κοινοτικό – εκκλησιαστικό πνεύμα.

Ο θάνατος είναι ένα κομμάτι της ζωής & δεν πρέπει να θεωρείται ανεξάρτητα από αυτήν.

Η σωματική υγεία είναι πολύτιμο αγαθό. Παράλληλα όμως με τη σωματική υγεία είναι απαραίτητη & η ψυχική υγεία. Ο σύγχρονος πολιτισμός & η σύγχρονη επιστήμη, βλέπουν τον άνθρωπο σωματοκεντρικά & την ψυχή υλιστικά.

Με τη θεωρία αυτή απολυτοποιείται η σωματική υγεία & το ανθρώπινο σώμα χάνει την ιερότητα του & θεωρείται απλώς σαν χαλασμένη μηχανή. Έτσι δημιουργείται μια μηχανιστική αντίληψη για τον άνθρωπο. Ο χριστιανός δέχεται ως ευλογία Θεού τα αγαθά που παρέχει η ιατρική επιστήμη & τα συνδέει με την ευγνωμοσύνη προς το Θεό & την επιμέλεια της ψυχής του. Κάθε ασθενής, κυρίως όμως εκείνος που βρίσκεται στο τελικό στάδιο, θέλει να σωθεί από τον πόνο & το θάνατο. Όταν πληροφορηθεί ή διαισθανθεί την αρνητική διάγνωση, αρνείται την πραγματικότητα της ανίατης ασθένειας & κλείνεται στον εαυτό του. Την άρνηση & τα καταθλιπτικά συμπτώματα διαδέχονται ο θυμός & η οργή. Ακολουθεί ο συμβιβασμός & αρχίζει να γεννιέται κάποια ελπίδα & προσδοκία για τη ζωή. Στο σημείο αυτό επέρχεται ο θάνατος με μια αίσθηση γαλήνης.

Η ψυχίατρος Elizabeth Kubler – Ross, που ανέπτυξε την θεωρία των πέντε σταδίων “ προσαρμογής” του ασθενούς με το θάνατο, επισημαίνει τη σχετικότητα της θεωρίας της & θεωρεί ότι αυτή δεν ισχύει για όλους τους ασθενείς. Έχει παρατηρηθεί ότι συχνά οι γιατροί, όταν εξαντλήσουν τα μέσα που τους παρέχει η ιατρική & διαπιστώσουν ότι ο ασθενής οδεύει οριστικά προς το θάνατο, αλλάζουν εμφανώς συμπεριφορά. Αυτό εισπράττεται από τον ασθενή ως εγκατάλειψη & επιτείνεται η μοναξιά του. Στο στάδιο αυτό χρειάζεται μεγάλη προσοχή, υπομονή, κατανόηση & σεβασμός. Είναι απαραίτητο να αισθάνεται ο ασθενής ότι δεν είναι βάρος για τους άλλους, αλλά εξακολουθεί να έχει τη θέση του στην κοινωνία. Η φροντίδα & η στήριξη που προσφέρεται στον ασθενή δεν αποτελεί αναγκαστικό & δυσάρεστο καθήκον, είναι έκφραση έμπονης αγάπης & σεβασμού, αλλά & εξοικείωση, μελέτη & νοσηματοδότηση του πόνου & του θανάτου για όσους ασχολούνται με αυτόν.

Ο ασθενής συχνά στην κατάσταση αυτή αρχίζει να σκέφτεται τον Θεό & το θαύμα. Διστάζει όμως να εξωτερικεύσει τα αισθήματά του, για να μη θεωρηθεί ότι βρίσκεται σε δυσχερή θέση, ότι είναι αδύναμος. Αν βρεθεί κοντά του κάποιο έμπιστο πρόσωπο που θρησκεύει ή κάποιος διακριτικός πνευματικός πατέρας, μπορεί να του προσφέρει σημαντική βοήθεια. Στην αρχή χρειάζεται ψυχική τόνωση & συμπαράσταση.

Όταν όμως αρχίσει να αποδέχεται τις συνέπειες της ασθένειάς του, ίσως δεν χρειάζονται πολλά ενθαρρυντικά λόγια, γιατί, μπορεί να του κάνουν κακό, αφού εκείνος έχει καταλάβει & έχει ήδη αρχίσει να αποδέχεται την αλήθεια. Η επικοινωνία σε αυτό το σημείο γίνεται, με τη σιωπή, την προσευχή & την έμπονη αγάπη.

Στη διδασκαλία αλλά & την πράξη της Εκκλησίας μας ο άνθρωπος που βρίσκεται μπροστά στο θάνατο δεν εγκαταλείπεται μόνος. Η Εκκλησία έχει προβλέψει ειδικές ευχές & ακολουθίες που γίνονται κατά την διάρκεια της ασθένειας, πριν το θάνατο, κατά την ώρα του θανάτου, αλλά & μετά από αυτόν. Το μυστήριο του ευχέλαιου, η ευχή & ο κανόνας για τον ψυχορραγούντα, η ανάγνωση του ψαλτηρίου, η νεκρώσιμη ακολουθία, τα μνημόσυνα στο πλαίσιο της εκκλησιαστικής κοινότητας, υποδηλώνουν την αγάπη των μελών του εκκλησιαστικού σώματος για το χριστιανό που υποφέρει ή έχει κοιμηθεί. Γίνεται πλέον φανερό ότι είναι αρκετά δύσκολο να νοσηματοδοτηθούν η ασθένεια, ο πόνος & ο θάνατος κατά τις τελευταίες στιγμές της ζωής του ανθρώπου.

Η Ορθόδοξη Εκκλησία, ως Εκκλησία της αναστάσεως, με το ευαγγελικό πνεύμα που διασώζει, το λειτουργικό χρόνο & τα μυστήρια της διατηρεί την πύλη ανοιχτή. Η νοσηματοδότηση της ζωής, η εξοικείωση με το θάνατο & η εύρεση της στενής πύλης, είναι αθλήματα πνευματικά, που αφορούν όχι συγκυριακά κάποιον ασθενή, αλλά συνολικά τη ζωή των μελών του εκκλησιαστικού σώματος.

3.2 ΕΚΚΛΗΣΙΑ, ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ & ΣΥΝΕΙΔΗΣΙΑΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ

Τα ηθικά διλήμματα για τους γιατρούς & γενικότερα για όλους τους ανθρώπους είναι πολλά & επιβάλλεται να δοθεί απάντηση από τη Διοίκηση της Εκκλησίας αλλά & από τη κορυφή της Ορθοδοξίας. Ένα από τα βασικά ερωτήματα που χρειάζεται απάντηση είναι το «πότε ξεψυχά» ένας άνθρωπος. Αν η καρδιά είναι το «κέντρο της ζωής», τότε, με την «καρδιακή ανακοπή» εξέρχεται; Και, αν σε κάποιον γίνει επιτυχής αναζωογόνηση, επανέρχεται; Μια απάντηση θα ήταν: «όχι», επειδή δεν επήλθαν ακόμη οι μόνιμες εγκεφαλικές βλάβες εφόσον ο άνθρωπος βρισκόταν ακόμη στο στάδιο του «κλινικού θανάτου».

Κατά συνέπεια, ο χωρισμός της ψυχής από το σώμα θα συμβεί όταν επέλθουν & οι οριστικές βλάβες του εγκεφάλου. Κατά τα επιστημονικά κριτήρια «ένα άτομο είναι νεκρό αν υποστεί είτε: α) μη αναστρέψιμη παύση της καρδιακής & αναπνευστικής λειτουργίας, ή β) μη αναστρέψιμη παύση όλων των λειτουργιών ολόκληρου του εγκεφάλου συμπεριλαμβανομένου & του εγκεφαλικού στελέχους. Με την επέλευση μόνο της νεκρώσεως του στελέχους του εγκεφάλου, δεν επέρχεται την ίδια στιγμή ο θάνατος αλλά λίγο αργότερα. Επομένως, ο άνθρωπος δεν έχει «ξεψυχήσει» ακόμη τη στιγμή εκείνη.

Καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια να διατηρηθούν τα όργανα του «ζωντανά» και δεν είναι τουλάχιστον ακόμη, «πτωματικά», όταν παραχωρούνται για μεταμόσχευση. Αυτό είναι ένα άλλο σοβαρό θέμα το οποίο δημιουργεί προβλήματα ηθικής τάξεως για πολλούς, γιατρούς, δότες & λιγότερο λήπτες.

Όταν μετά τον θάνατο του εγκεφαλικού στελέχους, δεν υποστηριχθεί η καρδιακή λειτουργία, καταργείται η κυκλοφορία ως αναπόδραστη συνέπεια. Με την καταστροφή του, η δραστηριότητα των εγκεφαλικών ημισφαιρίων δεν μπορεί να ολοκληρωθεί, με συνέπεια να μην είναι δυνατή η γνωστική ή η συναισθηματική ζωή. Μήπως λοιπόν «το κέντρο της ζωής» εδράζεται & στο στέλεχος του εγκεφάλου; Ακόμη ένα ερώτημα είναι: «Εξακολουθεί ή όχι, για την Εκκλησία, η καρδιά να είναι το κέντρο της ζωής»;

Τα ερωτήματα αυτά, όπως & πολλά άλλα, για το θέμα του εγκεφαλικού θανάτου, χρειάζονται απάντηση από την Ορθόδοξη Εκκλησία, ώστε να επιλύονται κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο τα συνειδησιακά προβλήματα εκείνων που καλούνται ή είναι επιφορτισμένοι με τη λήψη αποφάσεων. Χρειάζεται, ασφαλώς, να μάθουμε πολλά ακόμη για τον εγκεφαλικό θάνατο και πολλά θα πρέπει να διευκρινισθούν πληρέστερα με το ρόλο του εγκεφαλικού στελέχους.

Βέβαια, δεν μπορεί να αποκλεισθεί το ενδεχόμενο να μάθουμε περισσότερα για τη «ζωή» αλλά & για το στάδιο του εγκεφαλικού θανάτου. Μπορεί να προκύψει ότι οι συνέπειες του αποτελούν κάποια «αναστρέψιμη ασθένεια» με δυνατότητες αναζωογονήσεως, όπως δηλαδή συνέβη & με την αναζωογόνηση της καρδιάς κατά το στάδιο του «κλινικού θανάτου», που τώρα αντιμετωπίζεται επιτυχώς ως ένα «ιάσιμο σύμπτωμα». Αν όμως κάτι τέτοιο συνέβαινε, δεν θα αποτελούσε δικαίωση για εκείνους που είναι εναντίον της αναγνώρισεως του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους ως του τέρματος της ζωής; Όπου αυτοί τον θεωρούν και ως επινόηση προς εξυπηρέτηση άλλων σκοπών, δημιουργώντας, καλοπροαίρετα & με πολλές ανησυχίες, προβληματισμούς ηθικής τάξεως για τους ίδιους & πολλά διλήμματα σε άλλους.

Έτσι λοιπόν, το χρέος της Εκκλησίας επεκτείνεται & προς την καθυσύχαση της συνειδήσεως πολλών περισσοτέρων, καθώς επίσης, και προς αυτοπροστασίας της από αδέξιες τοποθετήσεις εκκλησιαστικών παραγόντων, που κατά καιρούς επισημαίνονται.

Η Καθολική Εκκλησία έχει διατυπώσει σαφώς τις θέσεις της για την «ευθανασία», ενώ, η Ορθόδοξη Εκκλησία δεν έχει λάβει, επισήμως, θέση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

4.1 Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΣΚΟΠΙΑ ΤΟΥ ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ

Ευθανασία αποκαλείται ο ήρεμος, ανώδυνος & αξιοπρεπής θάνατος & όταν το βέβαιο & επικείμενο τέλος της ζωής επισπεύδεται με ανθρώπινη πράξη για να γλιτώσει ο πάσχων από αφόρητους πόνους ή από εξευτελιστικό βασανισμό. Τότε η συμπεριφορά του ανθρώπου ενδιαφέρει όχι μόνο την ηθική αλλά & την έννομη τάξη. Η ζωή, ως πρώτιστο στοιχείο της αξίας του ανθρώπου, ανάγεται με ρητό συνταγματικό κανόνα σε απόλυτο έννομο αγαθό που προστατεύεται κυρίως με τις δραστικές διατάξεις των άρθρων 299 έως 307 του Ποινικού Κώδικα.

Οι διατάξεις αυτές περιγράφουν & απειλούν με ποινές τα εγκλήματα κατά της ζωής, από τα οποία το βαρύτερο, υπό διάφορες μορφές, είναι η ανθρωποκτονία από πρόθεση. Από τις διατάξεις συνάγονται τα εξής ενδιαφέροντα: Πρώτον, για να υπάρξει «πράξη» πρέπει το δυσμενές αποτέλεσμα να τελεί σε αντικειμενικό αιτιώδη σύνδεσμο προς τη συμπεριφορά του δράστη. Αν, στη συγκεκριμένη περίπτωση, το δυσμενές αποτέλεσμα θα είχε επέλθει & αν έλειπε η συμπεριφορά του δράστη, ο αιτιώδης αυτός σύνδεσμος αποκλείεται και, άρα, δεν υφίσταται «πράξη» του φερόμενου ως δράστη.

Δεύτερον, η πράξη είναι άδικη όταν αποδοκιμάζεται από την έννομη τάξη όταν, δηλαδή, αντιβαίνει σε κάποιον επιτακτικό ή απαγορευτικό κανόνα δικαίου.

Κάθε τέτοιος κανόνας δεν περιέχει τελειωτική εκτίμηση ορισμένης πράξεως, αλλά εκφράζει μόνο μια κατά αρχήν εκτίμηση (αποδοκιμασία) της πράξεως από την άποψη της έννομης τάξης. Αυτό σημαίνει ότι η κατά αρχήν αποδοκιμαζόμενη πράξη είναι άδικη, εφόσον δεν συντρέχει λόγος που αποκλείει τον άδικο χαρακτήρα της.

Τρίτον, για την ύπαρξη εγκλήματος δεν αρκεί η συμπεριφορά να είναι άδικη, πρέπει να είναι και να καταλογιστεί στο δράστη. Καταλογισμός είναι η κρίση ότι ορισμένη πράξη μπορεί να επισύρει τον ψόγο του δράστη με την έννοια της αποδοκίμασias του από την έννομη τάξη για την προσωπική του αντίθεση προς το δίκαιο.

Κατ' αρχήν η μη συμμόρφωση του δράστη προς απαγορευτικό ή επιτακτικό κανόνα δικαίου καθιστά τον τελευταίο άξιο αποδοκίμασias από την έννομη τάξη. Αν, όμως σε συγκεκριμένη περίπτωση, λόγω των περιστάσεων, δεν είναι ανθρωπίνως δυνατό να αναμένεται από τον μέσο κοινωνικό άνθρωπο συμμόρφωση προς τις προσταγές του δικαίου, ο δράστης είναι άξιος συγνώμης δεδομένου ότι η συγκεκριμένη ψυχική στάση του, συνολικά εκτιμώμενη, δεν φανερώνει έλλειψη σεβασμού προς τους όρους της κοινωνικής ζωής & επομένως η πράξη αυτή δεν μπορεί να προκαλέσει τον ψόγο της έννομης τάξης.

Έτσι ενόψει του ότι η βασική προϋπόθεση του καταλογισμού είναι & η υπαιτιότητα του δράστη, μεταξύ των λόγων συγνώμης, που αποκλείουν τον καταλογισμό, αναγνωρίζεται & το ανθρωπίνως αναπόφευκτο της υπαιτιότητας, δηλαδή η κατάσταση εκείνη της συνειδήσεως εξαιτίας της οποίας δεν μπορούμε αναμένουμε ούτε και νομικώς να αξιώσουμε από τον δράστη συμπεριφορά σύμφωνη προς τους κανόνες του δικαίου. Η κατάσταση αυτή της συνειδήσεως μπορεί να εμφανιστεί κυρίως με τις εξής βασικές μορφές:

α) όταν ο δράστης κατά την τέλεση της πράξεως δεν είχε & δεν μπορούσε να έχει συνείδηση του αδικού της συμπεριφοράς του, πράγμα που συμβαίνει στην περίπτωση της συγγνωστής νομικής πλάνης και

β) όταν ο δράστης είχε μεν συνείδηση του αδικού της πράξεως, αλλά οι εξαιρετικές συνθήκες, υπό τις οποίες ενεργούσε, άσκησαν επάνω του τέτοια ψυχολογική πίεση, ώστε η συμμόρφωση προς το νομικό δέον υπερτείνει τις δυνατότητες του μέσου κοινωνικού ανθρώπου.

Πέρα όμως από το θετικό δίκαιο αναγνωρίζονται από την επιστήμη και άλλες περιπτώσεις ανθρωπίνως μη φευκτού της υπαιτιότητας, όπως συμβαίνει όταν ο δράστης αντιμετώπισε σύγκρουση καθηκόντων και βρέθηκε σε ηθική αμηχανία για την πράξη του, ή όταν ο δράστης, πιστεύοντας λανθασμένα ότι πρόκειται για κατάσταση ανάγκης που αποκλείει τον καταλογισμό, προβαίνει στην πράξη του με την πεποίθηση

ότι θυσιάζει ένα έννομο αγαθό για να διασώσει ένα άλλο μεγαλύτερης αξίας.

Κατά τη νομική λογική τάξη τίθενται και πρέπει να εξετασθούν τα ακόλουθα ζητήματα:

A. Η ευθανασία, ως ανθρώπινη συμπεριφορά που αποσκοπεί να καταστήσει το βέβαιο και επικείμενο θάνατο ενός ανθρώπου λιγότερο επώδυνο και περισσότερο αξιοπρεπή ή να απαλλάξει τον πάσχοντα από το μαρτύριο μιας βαρύτατης και ευτελιστικής αναπηρίας, είναι κατ' αρχήν ανθρωποκτονία από πρόθεση με το ελαφρυντικό ότι ο υπαίτιος ωθήθηκε στην πράξη του από αίτια μη ταπεινά. Η πράξη απειλείται με ποινή καθείρξεως 10 έως 20 ετών. Αν η πράξη αποφασίσθηκε και εκτελέσθηκε σε βρασμό ψυχικής ορμής, με το ίδιο πάντα ελαφρυντικό, η προβλεπόμενη ποινή μειώνεται σε φυλάκιση 2 ετών έως καθείρξη 12 ετών.

B. Ως προς το ζήτημα αν στην αιτιώδη διαδικασία του θανάτου η συμπεριφορά ορισμένου ανθρώπου λειτούργησε ως *condition sine qua non*, πρέπει να διακρίνουμε μεταξύ «ενεργητικής» και «παθητικής» ευθανασίας. Αν ο γιατρός χορηγήσει κάποια θανατηφόρα ουσία και επιταχύνει έτσι το θάνατο, δεν μπορεί να γίνει λόγος για έλλειψη αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ της ενέργειας του και του επελθόντος θανάτου. Το πράγμα όμως έχει αλλιώς στην περίπτωση της παθητικής ευθανασίας, εκείνης δηλαδή που συντελείται με την παράλειψη παροχής μέσων που θα επιβράδυναν την επέλευση του θανάτου.

Μπορεί να υποστηριχθεί ότι αφού ο γιατρός δεν επιβαρύνεται με ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να επιβραδύνει, απλά και μόνο, τον αναπότρεπτο θάνατο, διατηρώντας τεχνητά κάποιες επιμέρους βιολογικές λειτουργίες του ασθενούς, ή μη παροχή των σχετικών ιατρικών μέσων και η επιτάχυνση του θανάτου δεν συνιστά την αντικειμενική υπόσταση της διαπαραλείψεως τελουμένης ανθρωποκτονίας από πρόθεση. Αν όμως ο πάσχων εκφράσει αντίθετη βούληση, ο γιατρός δεσμεύεται συμβατικώς και άρα έχει, ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να μην παραλείψει τις ενέργειες που μπορούν να παρεμποδίσουν την άμεση επέλευση του θανάτου.

Γ. Η ευθανασία, ως συμπεριφορά που πλήττει το έννομο αγαθό της ζωής, είναι πράξη νομικώς άδικη. Υποστηρίζεται ότι ο άδικος χαρακτήρας της «ευθανασίας» αποκλείεται εφόσον εξ' ορισμού επιχειρείται προς εξυπηρέτηση του αληθινού συμφέροντος του θανατουμένου, αλλά και

γιατί νεότερες πολιτισμικές αντιλήψεις ή εθιμικοί κανόνες ή η δικαιοσύνη συνείδηση του λαού ή το επικρατέστερο κοινωνικό συμφέρον ή το επαγγελματικό καθήκον του γιατρού καθιστούν την ευθανασία επιτρεπτή. Οι απόψεις αυτές, ανεξάρτητα από την επικίνδυνη ασάφεια και την εσωτερική τους αντιφατικότητα, είναι ριζικώς ασύμβατες τόσο προς τη συνταγματική τάξη, η οποία, τοποθετεί την ανθρώπινη ζωή σε περιωπή προστατευόμενου αγαθού, όσο και προς την όλη οικονομία του Ποινικού Κώδικα, ο οποίος όχι μόνο δεν περιέλαβε την «ευθανασία» στον κατάλογο των λόγων που αποκλείουν το άδικο της πράξεως αλλά αντιθέτως ανήγαγε σε ιδιώνυμα αδικήματα, τιμωρούμενα απλώς με ηπιότερες ποινές, την ανθρωποκτονία από οίκτο και τη συμμετοχή σε αυτοκτονία με τη μορφή της υποβοηθήσεως του αυτοκτονούντος. Επομένως η εκδοχή ότι η ευθανασία δεν έχει άδικο χαρακτήρα δεν βρίσκει στην ελληνική έννομη τάξη το απαραίτητο νομοθετικό έρεισμα.

Δ. Η άδικη πράξη της ευθανασίας είναι πάντοτε καταλογιστή στο δράστη. Μια παρατήρηση ως προς το στοιχείο της υπαιτιότητας είναι ότι: Η ευθανασία είναι πράξη που τελείται πάντοτε και μόνο από πρόθεση. Ο γιατρός με την ενέργεια ή την παράλειψη του είτε επιδιώκει ευθέως τον ανώδυνο θάνατο του πάσχοντος, είτε επιδιώκει την ανακούφιση του με τη χορήγηση ουσιών και μολονότι γνωρίζει ότι αυτές ενδέχεται να επιφέρουν το θάνατο του ασθενούς, αποδέχεται το αποτέλεσμα αυτό. Η έννομη τάξη στην πρώτη περίπτωση καταλογίζει άμεσο και στη δεύτερη ενδεχόμενο δόλο. Αν ο γιατρός, χορηγώντας τις παραπάνω ουσίες, δεν προέβλεψε ή πίστεψε ότι δεν θα έχουν ανθρωποκτόνο δράση, η πράξη του δεν έχει χαρακτήρα ευθανασίας, πρόκειται για κοινή ανθρωποκτονία από αμέλεια. Σοβαρό, όμως, είναι το ζήτημα αν στη περίπτωση της ευθανασίας, ιδίως της «παθητικής», συντρέχουν ή όχι λόγοι συγγνώμης που αποκλείουν τον καταλογισμό της πράξεως στον δράστη.

Έπειτα από όλα τα παραπάνω μπορεί να συναχθεί το βασικό συμπέρασμα: ότι για καμιά περίπτωση ευθανασίας δεν υπάρχει γενικός κανόνας απαλλαγής από την ποινική ευθύνη και ότι, επομένως, κάθε συγκεκριμένη περίπτωση πρέπει αναποφεύκτως να υποβάλλεται σε δικαστικό έλεγχο προκειμένου να κριθεί:

- α) αν ο θάνατος ήταν αποτέλεσμα ευθανασίας (ενεργητικής ή παθητικής) ή κοινής ανθρωποκτονίας από πρόθεση ή από αμέλεια, ή ανθρωποκτονίας από οίκτο (που προϋποθέτει σπουδαία και επίμονη απαίτηση, όχι απλή συναίνεση, του πάσχοντος) ή συμμετοχής σε αυτοκτονία,
- β) αν συντρέχει στο πρόσωπο του δράστη ο λόγος αποκλεισμού του αδίκου, ή
- γ) αν συντρέχει λόγος αποκλεισμού του καταλογισμού (ή κάποια ελαφρυντική περίπτωση)

4.2 ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΠΟΙΝΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ

1. Ανθρωποκτονία με συναίνεση

Στο άρθρο 300 Ποινικού Κώδικα αναφέρεται ότι η λεγόμενη ανθρωποκτονία με συναίνεση είναι η κατεξοχήν περίπτωση νομοθετημένης ευθανασίας. Σύμφωνα με τη διάταξη αυτή, *όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο για αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια, τιμωρείται με φυλάκιση.*

Όπως φαίνεται από τη διατύπωση του νόμου, πρόκειται για ανθρωποκτονία, η οποία όμως τιμωρείται επεικέστερα, επειδή ο νομοθέτης έλαβε υπόψη το κίνητρο του δράστη που είναι ο οίκτος προς το θύμα, την κατάσταση του θύματος που πάσχει από ανίατη ασθένεια και τη θέληση του θύματος το οποίο όχι απλώς πρέπει να συναινεί στη θανάτωση του, αλλά να την απαιτεί με συναίσθηση της καταστάσεως του. Εάν συντρέχουν αυτές οι προϋποθέσεις, ο δράστης τιμωρείται επεικέστερα από την κοινή ανθρωποκτονία, δηλαδή με φυλάκιση, ποινή που διαρκεί από δέκα ημέρες έως πέντε χρόνια.

Αξίζει να τονισθεί η σημασία που δίνει η διάταξη αυτή στη βούληση του ίδιου του θύματος, αν αυτή απουσιάζει, ο οίκτος του γιατρού ή η ανίατη πάθηση δεν αρκούν για να τιμωρηθεί ο δράστης επεικέστερα.

Επίσης, αν ο ασθενής εκφράσει τη βούληση του υποθετικά, πριν δηλαδή να περιέλθει σε τέτοια κατάσταση με τη λεγόμενη «διαθήκη ευθανασίας», αυτό δεν αρκεί για να τιμωρηθεί επεικέστερα ο δράστης, γιατί αυτό θα πρέπει να διατυπωθεί όταν ο ασθενής θα βρίσκεται στην ανίατη κατάσταση και όχι εκ των προτέρων.

2. Συμμετοχή σε αυτοκτονία.

Θα μπορούσε να θεωρηθεί περίπτωση υποβοηθούμενης ευθανασίας και η λεγόμενη συμμετοχή σε αυτοκτονία και μάλιστα, όποιος δώσει βοήθεια κατά την αυτοκτονία, τιμωρείται με φυλάκιση.

Το Ποινικό Δίκαιο, δηλαδή, δεν τιμωρεί την αυτοπροσβολή, την αυτοκτονία, αλλά τιμωρεί την υποβοήθηση της ως ετεροπροσβολή, πολύ επεικέστερα όμως από την κοινή ανθρωποκτονία.

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

Στο Ποινικό Δίκαιο υποστηρίζεται ότι το θεμελιώδες αγαθό στη ζωή περιλαμβάνει και το λεγόμενο *δικαίωμα αυτοδιαθέσεως της ζωής*. Το δικαίωμα αυτοδιαθέσεως της ζωής εκδηλώνεται είτε ως δικαίωμα αυτοκτονίας είτε ως δικαίωμα – απαίτηση διακοπή της ζωής του.

Στην τελευταία περίπτωση υποστηρίζεται ότι ο γιατρός θα πρέπει να σταματήσει κάθε προσπάθεια παροχής θεραπείας, αν ο ασθενής που μπορεί να εκφράσει ελεύθερα τη βούληση του, δεν επιθυμεί να ζήσει και φυσικά δεν θα διώκεται ποινικά, αν πράξει κάτι τέτοιο.

Εάν ο ασθενής ζητήσει από τον γιατρό να τον θανατώσει, αυτό αποτελεί, ανθρωποκτονία με συναίνεση. Εάν ο ασθενής ζητήσει να διακοπεί η θεραπεία του, δεν δικαιολογείται επαρκώς να μένει κάτι τέτοιο ατιμώρητο. Στη περίπτωση όμως αυτή η βούληση πρέπει να προέρχεται από ενήλικο που έχει συνείδηση της αποφάσεως του.

Εάν όμως ο γιατρός «παρακούσει» τον ασθενή και συνεχίσει τη θεραπεία, υποστηρίζεται ότι κάτι τέτοιο μπορεί να μην αποτελεί άδικη και καταλογιστή πράξη, σύμφωνα με τον Ποινικό μας Κώδικα.

4.3 ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ

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

Εκτός από την ποινική ευθύνη, ο γιατρός υπέχει αστική ευθύνη, δηλαδή ευθύνη που έχει ως συνέπεια την αποζημίωση του ασθενούς ή των συγγενών του, όταν από την παρεχόμενη ιατρική υπηρεσία έχει προκληθεί βλάβη της υγείας ή και ο θάνατος.

Η ευθύνη αυτή θεμελιώνεται είτε στη σύμβαση, είτε στην αδικοπραξία, είτε και στα δύο, καθώς επίσης πρόσφατα έχει νομοθετηθεί και ως *ειδική επαγγελματική ευθύνη* από το νόμο. Το ζήτημα της ευθανασίας, θεωρήθηκε αποκλειστικά πρόβλημα του ποινικού δικαίου και δεν δόθηκε η δέουσα σημασία στην αστική ευθύνη.

Στο ελληνικό δίκαιο, στο οποίο προστατεύεται με ευρύτητα το δικαίωμα στη προσωπικότητα γίνεται δεκτό ότι στα προστατευόμενα με το δικαίωμα αυτό αγαθά ανήκει και η ζωή, η υγεία και η σωματική ακεραιότητα. Υποστηρίζεται επιπλέον ότι από το συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας συνάγεται και ότι γιατρός είναι υποχρεωμένος να ενημερώνει τον ασθενή για τη θεραπεία και να έχει τη σύμφωνη γνώμη του, τη συναίνεση του για την επιχείρηση της, ακόμη και αν αυτή είναι ιατρικά ενδεδειγμένη. Αλλιώς η λεγόμενη αυθαίρετη ιατρική πράξη αποτελεί προσβολή της προσωπικότητας του ασθενούς και μάλιστα ακόμη και αν τελικά ωφέλησε τον ασθενή. Αν ήταν και αυθαίρετη και τον έβλαψε μπορεί να επισύρει και αδικοπρακτική ευθύνη. Εάν όμως πρόκειται για κατεπείγοντα περιστατικά, ο γιατρός έχει υποχρέωση να παράσχει τις ιατρικές του υπηρεσίες και να βοηθήσει τον ασθενή, ακόμη και όταν αυτός δεν έχει συνείδηση των πραγμάτων.

2. Η συναίνεση για τη μη παροχή ή για τη διακοπή της θεραπείας και η ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες.

Σε σχέση με τη λεγόμενη «συναίνεση ευθανασίας», δηλαδή τη διακοπή της θεραπευτικής αγωγής, αφού ο ασθενής ενημερωθεί ειδικά για την θανατηφόρα ασθένεια του, έχουν υποστηριχθεί αντίθετες απόψεις. Η πρώτη, χωρίς να αρνείται την αναγκαιότητα της συναινέσεως για την παροχή ιατρικής θεραπείας και το δικαίωμα για την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας, υποστηρίζει ότι οι συνταγματικές εγγυήσεις δεν εκτείνονται στην αρχή της ζωής και στον τρόπο και την επέλευση του θανάτου, αλλά μόνο στη διάρκεια της ζωής.

Η αντίθετη άποψη, υποστηρίζοντας το αίτημα για αξιοπρεπή θάνατο, δέχεται ότι με ορισμένες προϋποθέσεις η συναίνεση ευθανασίας πρέπει να γίνεται αποδεκτή και ειδικότερα όταν εκφράζει ελεύθερη βούληση και όταν αναφέρεται μόνο στη μη παράταση της ζωής με τεχνητά μέσα. Εάν ο γιατρός συνεχίσει τη θεραπεία, προβαίνει σε αυθαίρετη θεραπευτική πράξη. Με την τελευταία άποψη η συναίνεση πρέπει να δίνεται εγγράφως και είναι αυστηρά προσωπική, δεν μπορεί να δοθεί από ανήλικους, από πρόσωπα που στερούνται της χρήσης του λογικού ή δεν έχουν συνείδηση των πράξεων τους, άρα, λόγω του προσωποπαγούς χαρακτήρα της, ούτε από συγγενείς. Εάν η συναίνεση απουσιάζει, ο γιατρός έχει υποχρέωση να διατηρήσει στη ζωή τον ασθενή με κάθε μέσο.

Σύμφωνα με τη Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική (Οβιέδο, 1997), που επικυρώθηκε στη χώρα μας με το ν. 2619/1998 και έχει αυξημένη ισχύ, επέμβαση σε θέματα υγείας είναι δυνατή μόνο μετά από ελεύθερη συναίνεση του ενδιαφερομένου προσώπου, αφού προηγηθεί ενημέρωσή του.

Συγχρόνως όμως ορίζεται ότι σε επείγουσες περιπτώσεις και όταν δεν μπορεί να ληφθεί η αναγκαία συναίνεση, επιτρέπεται να επιχειρείται κάθε ιατρικώς αναγκαία επέμβαση προς όφελος της υγείας του ενδιαφερομένου ατόμου.

Το δικαίωμα αυτοδιαθέσεως της ζωής του ασθενούς δεν είναι απεριόριστο, ακριβώς επειδή αυτός απαιτεί την παύση της θεραπείας από ένα άλλο πρόσωπο και μάλιστα από το νοσηλευτή – γιατρό του, ο οποίος έχει ιδιαίτερη νομική υποχρέωση περιθάλψεως, ζητάει δηλαδή βοήθεια στην αυτοδιάθεση. Με τον τρόπο αυτό όμως κάποιος τρίτος επεμβαίνει στη

ζωή του, έστω και μετά από συναίνεση και η αυτοδιάθεση ως αυστηρά προσωπικό αγαθό παύει να είναι μονομερής και άρα δεν ισχύει.

Από τη σύμβαση του Οβιέδο, προβλέπεται βεβαίως αντικατάσταση της συναιέσεως όσοι αδυνατούν να συγκατατεθούν από τη συναίνεση των αντιπροσώπων τους. Ας σημειωθεί όμως ότι η αντικατάσταση της συναιέσεως στο δίκαιο μας δεν είναι τόσο απλό ζήτημα. Νόμιμη εκπροσώπηση προβλέπεται στους ανήλικους ή στη δικαστική συμπαράσταση, δεν θεσπίζεται όμως γενική εκπροσώπηση του ασθενούς από τους συγγενείς ή εκείνους που τον περιθάλπουν. Η Σύμβαση του Οβιέδο έχει ως στόχο να προστατεύσει την αξιοπρέπεια και την ακεραιότητα του ανθρώπου, δηλαδή να προστατεύσει την ίδια τη ζωή του και από την προαγωγή της Βιολογίας και της Ιατρικής και όχι να διευκολύνει το θάνατο.

Έτσι ο νοσηλευτής – γιατρός που υποχωρεί σε σχετική επιθυμία ασθενούς, μπορεί να υπέχει και αστική ευθύνη, η οποία μπορεί πλέον να στηριχθεί και στην *ειδική ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες*. Πρόκειται για επαγγελματική ευθύνη από το νόμο που καθιερώνεται ανεξάρτητα από προϋφιστάμενο συμβατικό δεσμό και θεσπίζει ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες για κάθε ζημιά που προκάλεσε υπαιτίως κατά την παροχή των υπηρεσιών.

Ο παρέχων υπηρεσίες, δηλαδή ο γιατρός, φέρει το βάρος αποδείξεως της ελλείψεως υπαιτιότητας. Βέβαια εάν υποχωρήσει στην επιθυμία για τη διακοπή της θεραπείας και επέλθει ο θάνατος, για την καταβολή αποζημιώσεων ενάγοντες θα είναι οι στενοί συγγενείς του θύματος, εναντίον των οποίων θα μπορεί να προτείνει ως συντρέχον πταίσμα την επιθυμία του ασθενούς για τη διακοπή της θεραπείας και να μειωθεί με τον τρόπο αυτό η αποζημίωση.

Σε κάθε περίπτωση ο γιατρός που δεν δέχεται να διακόψει την υποστηρικτική αγωγή, ενώ το ζητεί ο ασθενής, δεν επιχειρεί αυθαίρετη ιατρική πράξη, η οποία θεωρείται, προσβολή της προσωπικότητας. Η αυξημένη υποχρέωση επιμέλειας και πρόνοιας του γιατρού, η σπουδαιότητα του αγαθού για το οποίο παρέχει τις υπηρεσίες του και ο εμπιστευτικός χαρακτήρας της σχέσεως γιατρού – ασθενούς δείχνουν ότι η θεραπεία δεν είναι υπόθεση που αφορά μόνο στο νοσηλευόμενο, αλλά και στο

θεραπευτή, ο οποίος πρέπει να λαμβάνει συγχρόνως πρόνοια για την ανακούφιση του νοσηλευόμενου.

4.4 ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΑΤΟΜΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Τα τελευταία χρόνια η συζήτηση για την ευθανασία εμφανίζεται με ιδιαίτερη ένταση και επιμονή στο νομικό τύπο πολλών κρατών, είτε στα πλαίσια της ιατρικής ευθύνης είτε σε σχέση με τα δικαιώματα των ασθενών.

Παρακάτω θα αναφερθούν ορισμένα στοιχεία της νομολογιακής και νομοθετικής εξέλιξης στον ευρωπαϊκό χώρο.

Διεθνές Δίκαιο

▪ Συμβούλιο της Ευρώπης – Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων.

Το Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του Συμβουλίου της Ευρώπης ασχολήθηκε πρόσφατα με το θέμα της ευθανασίας, με αφορμή την περίπτωση μιας Αγγλίδας που πάσχει από μια εκφυλιστική ασθένεια που επιδρά στο μυϊκό σύστημα, για την οποία δεν υπάρχει θεραπεία. Η ασθένεια είναι σε προχωρημένο στάδιο και η ασθενής έχει παραλύσει από το λαιμό και κάτω, οι πνευματικές της δυνάμεις, όμως, δεν έχουν επηρεαστεί από την ασθένεια. Η αυτοκτονία δεν είναι αδικία κατά το αγγλικό δίκαιο, η ασθενής όμως δεν είναι σε θέση να αυτοκτονήσει. Η βοήθεια σε αυτοκτονία είναι αδίκημα και η ασθενής θα ήθελε να βοηθηθεί σε αυτήν από το σύζυγο της, υπό την προϋπόθεση ότι εκείνος δεν θα υφίστατο στη συνέχεια ποινική δίωξη. Έτσι ζήτησε από τον Εισαγγελέα τη διαβεβαίωση ότι ο σύζυγος της δεν θα διωχθεί, το αίτημα όμως αυτό δεν ικανοποιήθηκε. Για το λόγο αυτό προσέφυγε στο Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του Συμβουλίου της Ευρώπης το οποίο έκρινε το θέμα κατά προτεραιότητα, λόγω της καταστάσεως της ασθενούς.

Η νομολογία του Δικαστηρίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων είναι σημαντική για τους εξής λόγους:

1. Αναγνωρίζει ότι δεν επιτρέπεται παραίτηση από το δικαίωμα στη ζωή (το άτομο δεν έχει την εξουσία να επιλέξει το θάνατο αντί της ζωής είτε μέσω τρίτου προσώπου είτε με βοήθεια από μια δημόσια αρχή).
2. Εκφράζει με σαφήνεια και πληρότητα την άρνηση του Δικαστηρίου σχετικά με την ύπαρξη οποιασδήποτε υποχρεώσεως εκ μέρους των κρατών σε σχέση προς τη βοήθεια για αυτοκτονία (ενεργητική ευθανασία).
3. Συμβάλλει στη διαμόρφωση της ευρωπαϊκής δημόσιας τάξης σε ένα τομέα κρατικής δραστηριότητας, ο οποίος είναι ιδιαιτέρως εύθραυστος και σημαντικός στον χώρο της υγείας. Όπως είχε νομολογήσει το Δικαστήριο σε άλλη υπόθεση, η ΕΣΔΑ γενικώς συμβάλλει στη δημιουργία μιας ευρωπαϊκής δημόσιας τάξης, εφόσον προβλέπει μια συλλογική εγγύηση των δικαιωμάτων του ανθρώπου και επιβάλλει στα κράτη – μέλη αντικειμενικές υποχρεώσεις για την προστασία τους.

Η φύση της Συμβάσεως επιβάλλει ερμηνεία που θα αποσκοπεί στην εκπλήρωση των κοινών στόχων, έτσι ώστε οι προβλεπόμενες εγγυήσεις των δικαιωμάτων από τη Σύμβαση να καταστούν συγκεκριμένες και αποτελεσματικές.

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

Η σύμβαση αυτή ισχύει ως εσωτερικό δίκαιο υπερνομοθετικής ισχύος και αποτελεί το τελευταίο βήμα του Συμβουλίου της Ευρώπης στο πεδίο που τέμνεται αφενός από τις συνεχώς εξελισσόμενες βιοϊατρικές επιστήμες και αφετέρου από την προστασία των ατομικών δικαιωμάτων. Στη Σύμβαση δεν περιλαμβάνονται ειδικές διατάξεις σχετικά με την ευθανασία. Υπάρχουν, όμως, ορισμένες διατάξεις με ειδικό ενδιαφέρον για το θέμα αυτό: Σύμφωνα με το άρθρο 5 η ελεύθερη και μετά από ενημέρωση συναίνεση αποτελεί το γενικό κανόνα που θα πρέπει να διέπει την κάθε μορφής επέμβαση στον τομέα της υγείας. Όπως αναφέρεται στην επεξηγηματική έκθεση, η αρχή αυτή υπογραμμίζει την αυτονομία του

ασθενούς έναντι του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και επιδιώκει να περιορίσει την πατερναλιστική συμπεριφορά, η οποία ίσως αγνοεί τις επιθυμίες του ασθενούς. Στην ίδια έκθεση αναφέρεται ότι ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται σχετικά με τη φύση, το σκοπό, τις συνέπειες και τους κινδύνους της επεμβάσεως, όπως επίσης και σχετικά με τις πιθανές εναλλακτικές αγωγές.

Το άρθρο 9 αναφέρεται στην περίπτωση κατά την οποία ο ασθενής δεν είναι πλέον σε θέση να εκφράσει τη συναίνεση του, είχε όμως την πρόνοια να εκφράσει τη βούληση του σχετικά με το ενδεχόμενο αυτό και είχε δημοσιοποιήσει την επιθυμία του ως προς την έναρξη, συνέχιση ή τη διακοπή της θεραπείας του ή ως προς το ενδεχόμενο της δωρεάς των οργάνων του. Το άρθρο 9 ορίζει ότι οι επιθυμίες του ασθενούς θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, δεν επιβάλλει όμως στον γιατρό την υποχρέωση να τις ακολουθήσει υποχρεωτικά. Αυτή η διατύπωση οφείλεται στον γενικό προβληματισμό σχετικά με τη δυνατότητα του ατόμου να αποφασίζει εκ των προτέρων για θέματα, για τα οποία δεν είναι δυνατόν να έχει σαφή και ασφαλή αντίληψη για τους εξής λόγους:

1. Μια σοβαρή ασθένεια ενδέχεται να αλλάξει τον τρόπο αντιδράσεως και σκέψης ενός ατόμου. Δεν είναι καθόλου βέβαιο ότι, ενώπιον του προσεγγίζοντος θανάτου, το άτομο εξακολουθεί να έχει την ίδια επιθυμία, την οποία εξέφρασε όταν το ενδεχόμενο αυτό ήταν απομακρυσμένο.
2. Η πρόοδος της επιστήμης είναι δυνατόν να προσφέρει προοπτικές, που ήταν άγνωστες στον ασθενή κατά την στιγμή της δημοσιοποιήσεως της επιθυμίας του. Για αυτό τον λόγο συνιστάται στην επεξηγηματική έκθεση της Συμβάσεως να εκτιμά ο γιατρός εάν οι επιθυμίες του ασθενούς ισχύουν στη συγκεκριμένη περίπτωση εν όψει της τεχνολογικής προόδου της ιατρικής, όπου αυτό είναι δυνατόν.
3. Η υλοποίηση αυτής της διατάξεως επαφίεται στην εθνική νομοθεσία, που θα πρέπει να ορίσει, αν θα τηρείται κάποιος τύπος, με τον οποίο θα εκφράζεται και θα δημοσιοποιείται η βούληση του ασθενούς, όπως επίσης και τους όρους, υπό τους οποίους η βούληση αυτή εκφράζεται εγκύρως ή ανακαλείται. Από τη διάταξη του άρθρου 5 και υπό τις προϋποθέσεις του άρθρου 9, σε συνδυασμό με την προστασία της αξιοπρέπειας που

προβλέπει το άρθρο 1 της Συμβάσεως, συνάγεται ότι ασθενής μπορεί να αρνηθεί οποιαδήποτε επέμβαση ή θεραπεία, ακόμη και αν δεν είναι προς το συμφέρον του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

5.1 ΗΘΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ

Τα τελευταία χρόνια πραγματοποιούνται αρκετές συζητήσεις, που αφορούν την αξία της ανθρώπινης ζωής, όταν αυτή φθάσει σε οριακές καταστάσεις και ανθρωπίνως δεν υφίστανται δυνατότητες επιβιώσεως ή ανατάξεως της ποιοτικής στάθμης αυτής, υπό την έννοια βελτιώσεως της νοητικής ή και της σωματικής καταστάσεως του πάσχοντος ατόμου, σε σημείο έτσι ώστε να αποκτήσει στοιχειώδη λειτουργικότητα.

Παλαιότερα προέκυπταν ανάλογες συζητήσεις κυρίως όταν η ιατρική επιστήμη αντιμετώπιζε την τραγικότητα των ανιάτων νοσημάτων ή βρισκόταν ενώπιον ασθενών, οι οποίοι ήταν σε κατάσταση εγκεφαλικού θανάτου και διατηρούνταν σε λειτουργικότητα μόνο τα ζωτικά τους όργανα με συνεχή αναπνευστική και καρδιαγγειακή υποστήριξη.

Σήμερα οι συζητήσεις λαμβάνονται σε ευρύτερες διαστάσεις, περί της αμφισβήτησεως της αξίας της ζωής ακόμη και σε άτομα, των οποίων η λειτουργικότητα είναι σαφώς ελαττωμένη, χωρίς όμως να βρίσκονται σε κατάσταση εγκεφαλικού θανάτου ή πλήρους καταργήσεως της λειτουργικότητας του εγκεφαλικού φλοιού.

Σαφές παράδειγμα των επικίνδυνων διαστάσεων, για τις οποίες δύναται να λάβει η αποδοχή της έννοιας του ανθρώπου, μόνο από την βιολογική πλευρά, εντός της οποίας περιλαμβάνονται η σωματική λειτουργικότητα και ο βιολογικός ψυχισμός και στις τραγικές αποφάσεις στις οποίες δύναται να οδηγηθεί η ιατρική επιστήμη και ευρύτερα η ανθρώπινη κοινωνία, δίδεται από την απόφαση των κοινοβουλίων ευρωπαϊκών χωρών να θεσμοθετήσουν την ευθανασία, τη πρόταση των θεραπόντων ιατρών ή την επιθυμία του πάσχοντος ή των άμεσων συγγενών του, σε περιπτώσεις ανιάτων και επώδυνων ασθενειών.

Παλαιότερα είχε κριθεί νόμιμη η διακοπή ιατρικής βοήθειας από ασθενείς, οι οποίοι δεν είχαν την δυνατότητα εξόδου από το κώμα ή είχε κριθεί ότι βρίσκονταν σε συνεχή φυτική κατάσταση. Ήδη το 1993 η βουλή των Λόρδων στην Αγγλία αποφάνθηκε ότι οι ιατροί θα μπορούσαν νομίμως να διακόψουν κάθε ιατρική βοήθεια, συμπεριλαμβανομένης και της τροφής και του νερού από τον Antony Bland, ασθενής ο οποίος βρισκόταν σε φυτική κατάσταση. Η υπόθεση Bland, όπως παλαιότερα και η υπόθεση Karen Quinlan στις Η.Π.Α., έφερε το θέμα της ευθανασίας εκ νέου στην επιφάνεια, σε οδυνηρή μορφή.

Το τραγικό φαινόμενο είναι ότι σήμερα η ευθανασία δεν συζητιέται πλέον από την έννοια της λυτρώσεως του πάσχοντα από τα συνεχή άλγη της ανίατης ασθενείας του, η οποία κατά τον κανόνα είναι κακοήθης νεοπλασία, αλλά από την έννοια της αποφυγής της ματαιοπονίας των προσπαθειών των ιατρών και της καταπονήσεως των συγγενών του πάσχοντα, ο οποίος έχει περιπέσει σε μη αναστρέψιμη φυτική κατάσταση ή έχει υποστεί ελαχιστοποίηση της λειτουργικότητας του. Αναμφίβολα η ιατρική ηθική δεν στηρίζεται μόνο στις περί ηθικής θέσεις του Πλάτωνα ή του Καντίου ούτε αποτελεί συνισταμένη συνειδητής αποδοχής φιλοσοφικών δοξασιών για τον άνθρωπο, οι οποίες ιεραρχούνται αρμονικός και συνυφαίνονται μετά του περιεχομένου και της εμπράκτου εκφράσεως της ιατρικής επιστήμης, αλλά αποτελεί την ολοκλήρωση αξιών, οι οποίες απορρέουν από την βαθιά οντολογική και υπαρξιακή γνώση του ανθρώπου ως προσώπου και κατ' επέκταση της εναρμονίσεως της ιατρικής σκέψεως και της ιατρικής πράξεως με τη συνειδητή αναγνώριση της αξίας της ανθρώπινης υπάρξεως, της καταστάσεως της υγείας, των προσδοκιών για περαιτέρω επιβίωση και της ψυχοσωματικής λειτουργικότητας αυτής.

Βασική αρχή της ιατρικής ηθικής, η οποία ετέθη από τον Ιπποκράτη και ισχύει μέχρι σήμερα είναι η ευεργετική συμβολή του ιατρού προς τον πάσχοντα και η αποφυγή προκλήσεως βλάβης. Επί αιώνες η ιατρική τροφοδοτούταν από τις ηθικές αξίες, τις οποίες εισήγαγε ο Ιπποκράτης και τις οποίες με ευλάβεια σεβόταν η Ιπποκράτειος σχολή.

Ο ευαγγελιστής Λουκάς, ως ιατρός, έθεσε τρεις επί μέρους ηθικές αρχές για την άσκηση της ιατρικής, οι οποίες είναι:

α) την αδιαφορία του προσωπικού κινδύνου του ιατρού έτσι ώστε να παράσχει κάθε βοήθεια στον πάσχοντα,

β) την προσωπική ανάλωση του ιατρού προκειμένου να ευεργετήσει αποφασιστικά τον πάσχοντα και,

γ) το ενδιαφέρον του ιατρού, μέσα στα πλαίσια της αγάπης για τον πάσχοντα, μέχρι πλήρους αποκατάστασής της υγείας αυτού.

Το παράδειγμα του καλού Σαμαρείτη αποτελεί φωτεινό υπόδειγμα ιατρικής δεοντολογίας και ηθικής επί αιώνες.

Βασικές αρχές ιατρικής ηθικής επέβαλλαν την αφοσίωση του ιατρού προς τον πάσχοντα και συγχρόνως υπογράμμιζαν την αξία της ψυχικής υποστήριξης του πάσχοντα σε κάθε στάδιο της ασθένειας του. Ένας από του πρώτους συγγραφείς βιβλίων για την ιατρική ηθική, ο Thomas Percival, αναφέρει στις πρώτες σελίδες του βιβλίου του ότι *οι θεράποντες ιατροί και οι χειρουργοί πρέπει να υπηρετούν με αφοσίωση τον πάσχοντα, σκεπτόμενοι ότι είναι επιφορτισμένοι με την ασθένεια, την υγεία και την ζωή του ασθενούς, η οποία εξαρτάται από την κατάρτιση και την επιδεξιότητα των ιατρών καθώς επίσης και από την προσοχή και την αφοσίωση προς τον πάσχοντα. Οι ιατροί θα πρέπει να προσπαθούν, όσο εξαρτάται από εκείνους να συνδυάζουν την ευαισθησία μετά την σταθερότητα και την απλότητα και την συγκαταβατικότητα μετά της αυθεντικής τοποθέτησής, για να εμπνεύσουν στους ασθενείς τους το πνεύμα του σεβασμού και της εμπιστοσύνης*

Τροποποίηση σε όλο αυτό το πνεύμα της ιατρικής ηθικής επήλθε από την επίδραση των απόψεων του Καντίου, περί αυτονομίας του ατόμου, σύμφωνα με τις οποίες υπογραμμίστηκε ιδιαίτερος ο σεβασμός του ατόμου, ως προσώπου και αναγνωρίστηκε το δικαίωμα αυτού για λήψη αποφάσεων, περιλαμβανομένων και των θεμάτων της ζωής και της υγείας του.

Οι απόψεις του Καντίου, οι οποίες αποτέλεσαν το θεωρητικό θεμέλιο της αποδοχής του δικαιώματος της ευθανασίας από τους πάσχοντες, έχουν ως ακολούθως:

«Αρχικά σύμφωνα με το απαραίτητο καθήκον προς τον εαυτό του, εκείνος ο οποίος θα ήθελε να προβεί στην πράξη της αυτοχειρίας οφείλει να ρωτήσει τον εαυτό του κατά πόσο η πράξη στην οποία επιθυμεί να προβεί ως το τέλος του εαυτού του, είναι σύμφωνος προς τα ανθρώπινα μέτρα. Ο άνθρωπος δεν είναι αντικείμενο αλλά πρόσωπο. Επομένως, σε όλες τις πράξεις του θα πρέπει να επιστρατεύει την λογική του, ειδικά όταν αναφέρεται στο τέλος της ζωής του».

Με βάση τις ανώτερες απόψεις διαμορφώθηκαν δύο επί μέρους κατευθύνσεις στην άσκηση της κλινικής ιατρικής. Αφενός μεν ο ιατρός υποχρεώνεται να ασκήσει στον πάσχοντα την θεραπευτική αγωγή, την οποία αυτός και οι οικείοι του επιθυμούν, αδιακρίτως εάν αυτή δεν είναι σκόπιμη και κατ' ουσία ευεργετική για τον πάσχοντα, ακόμη και εάν δεν το εγκρίνει και γνωρίζει σαφώς ότι δρα η αγωγή αυτή βλαπτικά για τον πάσχοντα, αφετέρου δε ο ιατρός θα πρέπει αντιθέτως να παράσχει την επιστημονικώς κατοχυρωμένη θεραπευτική αγωγή, διατηρώντας την επιστημονική αυτοδυναμία του, υπακούοντας την συνείδηση του.

Η αποδοχή των ανωτέρων θέσεων οφείλεται αφενός, μεν από την έξαρση περί της ευθανασίας συζητήσεων, κατά τα τελευταία έτη, αφετέρου δε η διείσδυση των νομικών κυρίως απόψεων, οι οποίες παρά τις ήδη γνωστές ιπποκράτειες και χριστιανικές αρχές για την ιατρική ηθική, τείνουν να προασπίσουν το δικαίωμα του πάσχοντος να προβεί σε λήψη αποφάσεων, οι οποίες ενδεχομένως αντιτίθεται προς το πνεύμα της ορθόδοξου ιατρικής και συνεπώς αποβαίνουν επ' αγαθόν της υγείας αυτού.

Η Ιπποκράτειος ιατρική ηθική, αναφερόμενη στην ιερότητα της επικοινωνίας του ιατρού με τον ασθενή, υπογραμμίζει επίσης και την ιερότητα της επικοινωνίας του πάσχοντος και των οικείων αυτού μετά του ιατρού και δίδει ιδιαίτερη βαρύτητα στην συνεργασία αυτών μετά του ιατρού και στην ευθυγράμμιση αυτών επί των κατευθύνσεων, τις οποίες αυτός δίνει σε όλη την θεραπευτική προσπάθεια, εκφραζόμενη εύγλωττος για τους Αφορισμούς:

«Ο βίος βραχύς, η δε τέχνη μακρά, ο δε καιρός οξύς, η δε πείρα σφαλερή, η δε κρίσις χαλεπή, δη δε ου μόνον εαυτόν παρέχειν τα δέοντα ποιόντα, αλλά και τον νοσέοντα και τους παρέοντα και τα έξωθεν».

Στην ιερότητα αυτή των σχέσεων του ιατρού με τον πάσχοντα θα πρέπει στον ίδιο ιατρικό χώρο να καθίστανται αποδεκτές οι παρακάτω επί μέρους αρχές:

α) Ο ιατρός γνωρίζει τα προβλήματα της υγείας του πάσχοντα καλύτερα από αυτόν. Ακόμη και εάν ο πάσχων είναι ο ίδιος ιατρός, ο ιατρός του με την εξειδίκευση την οποία ιδίως σήμερα έχει αποκτήσει, γνωρίζει τις επί μέρους πτυχές της ασθένειας του καλύτερα και εκ παραλλήλου έχει την δυνατότητα να αντιμετωπίζει τα προβλήματα αντικειμενικότερα.

β) Ο ιατρός οφείλει να επικοινωνεί με απόλυτη ειλικρίνεια με τον ασθενή, ερμηνεύοντας σε αυτόν τα φαινόμενα της ασθένειας του και εφόσον η συνειδησιακή κατάσταση, η προσωπικότητα του, η ηλικία και η παιδεία του επιτρέπουν, οφείλει να αναφερθεί για την πρόγνωση της ασθένειας.

γ) Ο ιατρός αποφασίζει, συνειδητά, το θεραπευτικό σχήμα στο οποίο θα υποβάλλει τον πάσχοντα, εφόσον αντικειμενικά γνωρίζει από την επιστημονική συγκρότηση και την εμπειρία του, ότι αυτό θα ασκήσει ευεργετικό ρόλο για τον πάσχοντα. Ο ιατρός δεν θα τροποποιήσει την θεραπεία, μετά από αίτηση του ασθενούς ή των συγγενών του, εάν γνωρίζει σαφώς ότι η τροποποίηση θα έχει βλαπτικές συνέπειες για τον πάσχοντα ή δεν θα έχει τις ευεργετικές συνέπειες, τις οποίες θα είχε το καθορισμένο θεραπευτικό σχήμα. Ο ιατρός δεν διακόπτει το θεραπευτικό σχήμα στο οποίο υπέβαλε τον ασθενή του, εάν αυτό είναι αντικειμενικό ενδεδειγμένο, παρόλη τη μη βελτίωση της καταστάσεως αυτού λόγω της φύσεως της ασθένειας ή της δυσμενούς γενικότερης κατάστασης της υγείας του πάσχοντα.

δ) Ο ιατρός επιλέγει τον καλύτερο δυνατό τρόπο εφαρμογής του θεραπευτικού σχήματος μετά από πλήρη κατατόπιση του ασθενούς επί της αναγκαιότητας του αλλά και των ενδεχομένων παρενεργειών αυτού. Η εμπιστοσύνη την οποία ο ιατρός θα εμπνεύσει στον πάσχοντα για την απλότητα, την σταθερότητα, την επιστημονική του συγκρότηση, και της αγάπης του προς αυτόν θα επιτρέψει ώστε να μην ανασταλεί η ολοκλήρωση της θεραπευτικής αγωγής.

ε) Η γνώμη και η απόφαση του ασθενούς για τα αναφερόμενα θέματα της νόσου και την ευρύτερη αποκατάσταση της υγείας του είναι αποδεκτή μετά από πολλή προσοχή και σεβασμό για τον ιατρό αρκεί να μην αντιτίθεται αυτή στο αντικειμενικό όφελος της υγείας του και στις βασικές επιστημονικές και ηθικές αρχές της ιατρικής επιστήμης. Η γνώμη, την οποία ο ασθενής θα διατυπώσει πρέπει να στηρίζεται σε πλήρεις και επακριβείς γνώσεις των προβλημάτων της υγείας του και των ενδεχομένων εξελίξεων αυτής. Ο ασθενής πρέπει μόνος του να συνειδητοποιήσει τα προβλήματα του, μετά από την αντικειμενική ενημέρωση του από τον θεράποντα ιατρό και πρέπει μόνος του να εκφράσει τις απόψεις και τις αποφάσεις του για τα θέματα της υγείας του.

στ) Ο ιατρός με την θεραπεία την οποία θα ασκήσει στον πάσχοντα, παράλληλα επιδιώκει την επιβίωση του ασθενούς και την κατά το δυνατόν αποκατάσταση της υγείας του, τόσο από τη φυσική και ψυχική όσο και από την πνευματική έννοια. Η ποιότητα της ζωής του ασθενούς, καθορίζεται από τον βαθμό της σωματικής και ψυχικής λειτουργικότητας του, η οποία είναι εμφανής, αλλά και από τον βαθμό της πνευματικής πληρότητας και της εσωτερικής αρμονίας, η οποία ενδεχομένως δεν δύναται να καταστεί εμφανής λόγω της βαρύτητας της ασθένειας.

5.2. ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Όπως καθίσταται φανερό, η ευθανασία είναι μια πρακτική παγιωμένη πλέον. Ο νόμος την αντιμετωπίζει αντιφατικά, η κοινή γνώμη μάλλον με συμπάθεια, ο ιατρικός κόσμος διφορούμενα. Αυτό όμως δεν έχει σημασία. Το σημαντικό είναι πως γίνεται, και μάλιστα σε ευρεία κλίμακα, άρα δίνει λύση σε κάποιες καταστάσεις και ανακουφίζει ορισμένους ανθρώπους.

Το σίγουρο είναι πως κεντρίζει την ηθική όλων μας, είναι ένα θέμα στο οποίο η τοποθέτηση δεν μπορεί να είναι μόνο επιστημονική, αλλά το συναίσθημα παρεισφρύνει έντονα. Και αυτό είναι λογικό, αφού έχει να κάνει με τον πιο επίφοβο τομέα του περισσότερο επώδυνου για τον άνθρωπο θέματος: τον τρόπο του θανάτου. Σε ένα τέτοιο ζήτημα όλοι μας έχουμε την τάση να τοποθετούμε τον εαυτό μας στην θέση του υποψήφιου θύματος και να αναρωτιόμαστε τι εμείς θα πράτταμε εάν βρισκόμασταν

στην ανάγκη να αποφασίσουμε για τον εαυτό μας ή για κάποιο αγαπημένο πρόσωπο.

Σίγουρο είναι πως όλες οι μορφές ευθανασίας που στην μελέτη αυτή μέχρι τώρα αναφέρθηκαν, δεν προβληματίζουν εξ ίσου ηθικά, παρ' όλο που καμία δεν είναι από την άποψη αυτή ασήμαντη. Η ευγονική ευθανασία για παράδειγμα, επιβεβλημένη εν πολλοίς από την ανάγκη, συγκεντρώνει την σχεδόν ομόφωνη κατάφαση της κοινωνίας αλλά και της νομοθεσίας. Αντίθετα, η άνευ της συναίνεσης του πάσχοντος ή, πολύ περισσότερο, η με εκπεφρασμένη ή εικαζόμενη την αντίθεσή του ευθανασία, αποφάσεται ομόφωνα. Η ευθανασία λοιπόν δεν αποτελεί πάντα σημείο αντιλογίας. Αυτό συμβαίνει, κυρίως, όταν τα κίνητρά της είναι αγαθά (οίκτος) και δεν μπορούμε αυτόματα να την καταδικάσουμε και όταν υπάρχει απαίτηση του παθόντος, οπότε δεν μπορούμε εύκολα να την απορρίψουμε. Επίσης, εάν δεν υπάρχει απαίτηση ή συναίνεση, λόγω αδυναμίας του πάσχοντος να εκφράσει την θέλησή του, αλλά αυτή εικάζεται από την ένταση του βασανισμού, την καταρράκωση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και το ανέλπιδο της κατάστασης. Γενικώς, ηθικό ζήτημα προκύπτει όταν η ευθανασία κινείται κοντά στα όρια, στις σκοτεινές ακόμη περιοχές της συνείδησης και της σκέψης, εκεί που τα πράγματα δεν είναι καθόλου ξεκάθαρα και για τούτο καθόλου εύκολα.

Για όλους τους παραπάνω λόγους είναι δύσκολο ή ακόμη και επικίνδυνο να τοποθετηθεί κάποιος συνολικά απέναντι στο πρόβλημα της ευθανασίας. Ίσως μάλιστα συνολική τοποθέτηση σε ένα τέτοιο θέμα που ενέχει περισσότερα υποκειμενικά παρά αντικειμενικά γνωρίσματα να είναι εντελώς αδύνατη. Αυτό που ευκολότερα μπορεί να γίνει, είναι να μελετηθούν και να αναλυθούν τα επιμέρους ηθικά ζητήματα που αναδύονται μέσω της ευθανασίας, και τα οποία είναι τόσο θεμελιώδη, ώστε πολλές φορές να περιπίπτουν στην κατηγορία του δεδομένου ή του taboo, έως ότου ένα ζήτημα τόσο υπαρξιακά αγωνιώδες όσο το προκείμενο αφυπνίσει την ανθρώπινη σκέψη και συνείδηση.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

- ❖ **Φύλο:** Άνδρας Γυναίκα
- ❖ **Ηλικία :** <20 20-40 40-60 >60
- ❖ **Επάγγελμα**
- ❖ **Επίπεδο εκπαίδευσης :** Δημοτικό Γυμνάσιο-Λύκειο ΤΕΙ-ΑΕΙ
Μεταπτυχιακά
- ❖ **Περιγράψτε την ακριβή θέση στην οποία ασχολείστε τώρα.....**
- ❖ **Ποια είναι η γνώμη σας σχετικά με την ευθανασία;**
Θετική . Αρνητική Δε ξέρω / Δεν απαντώ
- ❖ **Είστε υπέρ ή κατά της νομιμοποίησης της ευθανασίας στην Ελλάδα;**
Υπέρ Κατά
- ❖ **Είναι έτοιμη η ελληνική κοινωνία για να δεχτεί την εφαρμογή της ευθανασίας;**
Ναι Όχι
- ❖ **Πιστεύετε ότι η απόφαση για τον τερματισμό της ζωής, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας, πρέπει να είναι μόνο του ασθενούς;**
Ναι Όχι Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
- ❖ **Μπορεί ο ιατρός να εφαρμόσει, υπό ορισμένες προϋποθέσεις, ευθανασία χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς;**
Ναι Όχι Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
- ❖ **Θα δίνετε τη συγκατάθεση σας για διακοπή της μηχανικής υποστήριξης της ζωής σε έναν ασθενή με εγκεφαλικό θάνατο στη ΜΕΘ, προκειμένου να νοσηλευτεί ένας άλλος ασθενής που το έχει ανάγκη;**
Ναι Όχι Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

❖ Θα δικαιολογούσατε σε κάποια περίπτωση την εφαρμογή ευθανασίας σε κάποιον ασθενή;

Ναι Όχι Αν ναι, σε ποια;.....

❖ Πρέπει ο ιατρός να διακόπτει τη θεραπεία (όχι την αναλγητική) ή την υποστήριξη της ζωής σε ασθενείς τελικού σταδίου ή με εγκεφαλικό θάνατο, αντίστοιχα;

Ναι Όχι Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

❖ Θα δίνατε τη συγκατάθεση σας για εφαρμογή ευθανασίας σε κάποιο δικό σας πρόσωπο;

Ναι Όχι

❖ Γνωρίζετε περιπτώσεις εφαρμογής ευθανασίας στο χώρο εργασίας σας;

Ναι Όχι

❖ Ανεξάρτητα με το αν εκκλησιάζεστε ή όχι, πώς θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας;

1. Θρησκευόμενος 2. Όχι θρησκευόμενος 3. Άθεος

4. Τίποτε από αυτά / αδιάφορος

❖ Θρήσκευμα / δόγμα:

1. Χριστιανός ορθόδοξος 2. Καθολικός

3. Μουσουλμάνος 4. Άλλο.....

❖ Παρατηρήσεις σας σχετικά με το ζήτημα.....

.....

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εξέλιξη της επιστήμης και της βιοτεχνολογίας τα τελευταία χρόνια επέτρεψαν στην ιατρική να πραγματοποιήσει αλματώδη εξέλιξη και προσέδωσαν νέες διαστάσεις στις δυνατότητες παρέμβασης των παροχέων υπηρεσίες υγείας. Ταυτόχρονα, όμως, ανέκυψαν σοβαροί – ηθικού κυρίως χαρακτήρα – προβληματισμοί, σχετικά με τον τρόπο και το είδος της διείσδυσης της επιστήμης στην ανθρώπινη ύπαρξη.

Ένα από τα ζητήματα αιχμής στο χώρο της βιοηθικής είναι η ευθανασία, η οποία αναδύεται κατά καιρούς στην επικαιρότητα προκαλώντας έντονες συζητήσεις με σοβαρή επιχειρηματολογία από όλες τις πλευρές. Η διαμάχη σχετικά με την ευθανασία αλλά και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, έχει γίνει τα τελευταία αρκετά έντονη στις δυτικές κοινωνίες, η νομιμοποίησή τους δε έχει υποστηριχτεί από μερίδα της κοινής γνώμης αλλά και από πολλούς επαγγελματίες της υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές κ.α.).

Τι σημαίνει όμως ο όρος ευθανασία; Για πρώτη φορά χρησιμοποιήθηκε από τον Άγγλο φιλόσοφο Frank Bacon, ο οποίος και υποστήριξε ότι «έργο της Ιατρικής είναι η αποκατάσταση της υγείας και η καταπράυνση των πόνων, όχι όμως μόνο όταν η ανακούφιση αυτή μπορεί να οδηγήσει στην ίαση, αλλά και όταν μπορεί να χρησιμεύσει στην παροχή ενός γαλήνιου και εύκολου θανάτου».

Παρότι ο διεθνώς κατοχυρωμένος ελληνικός όρος «ευθανασία» σημαίνει τον «καλό θάνατο», «τον ανώδυνο, ανεπαίσθητο και ειρηνικό» - όπως τον εύχεται και η χριστιανική πίστη - η χρήση του παραπέμπει σε ανθρώπινη παρέμβαση προκειμένου να προκληθεί θάνατος. Κάποιοι θεωρούν την ευθανασία ως αναφαίρετο δικαίωμα του ανθρώπου, ενώ άλλοι αντικρούουν την άποψη αυτή και καταλογίζουν ποινική ευθύνη στο πρόσωπο που την επιχειρεί. Στο γενικό μέρος που προηγήθηκε, επεξηγήθηκαν εκτενώς οι διάφορες μορφές ευθανασίας.

Η συζήτηση αναφορικά με την ευθανασία είναι σημαντική για τους ιατρούς, τους νοσηλευτές και τους ασθενείς, ως άμεσα εμπλεκόμενοι στη διαδικασία ελάττωσης της έντασης και της διάρκειας του πόνου και ενίοτε του μαρτυρίου για κάποιους ανθρώπους. Όμως οι αντιλήψεις και

η στάση του κάθε προσώπου ξεχωριστά ποικίλει, θεωρώντας έτσι την ευθανασία από δολοφονία ή αυτοκτονία μέχρι ενέργεια λυτρωτική.

Παρά το γεγονός της εμφάνισης της ευθανασίας από τους αρχαιότατους χρόνους, φαίνεται ότι οι νομοθέτες είχαν ανέκαθεν αρνητική στάση απέναντί της. Ελάχιστοι την υποστήριξαν και την επέτρεψαν. Είναι χαρακτηριστικό ότι και ο Ιπποκράτης στο περίφημο όρκο του αναφέρει: «θα δίνω αγωγή για το καλό των ασθενών μου σύμφωνα με την ικανότητα και την κρίση μου. Δε θα δώσω θανατηφόρο φάρμακο σε κανένα και αν ακόμη μου ζητηθεί». Η πληρότητα και η τελειότητα του όρκου αυτού, τον κατέστησε παγκοσμίως αποδεκτό, εδώ και 2 ½ χιλιετίες. Πρόκειται για ύμνο σεβασμού προς τις ηθικές αξίες της ζωής, που εκφράζει το μέτρο στην Ιατρική Δεοντολογία.

Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται πολλές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ γιατρών και κοινού, όπου παρατίθενται αριθμητικά δεδομένα ως ποσοστά παραδοχής ή απόρριψης της ευθανασίας σε όλες της τις μορφές. Σε μια απ' αυτές που πραγματοποίησε η επιτροπή «California Death Act», με σκοπό να διερευνηθεί η πρόθεση του λαού της Καλιφόρνιας στη νομιμοποίηση ή μη της εθελοντικής ευθανασίας, φάνηκε ότι το 70% των ψηφοφόρων συμφωνούσε προς τη ρύθμιση της εθελοντικής ευθανασίας. Και η Ολλανδία όμως προχώρησε, πρόσφατα, σε νομιμοποίηση της ευθανασίας. Αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο μέσα στο 2000 πραγματοποιήθηκαν περίπου 2000 ιατρικές πράξεις ευθανασίας.

Το νοσηλευτικό προσωπικό εμπλέκεται σε πολλές φάσεις της διαδικασίας της ευθανασίας: παρατηρεί το αίτημα-απαίτηση, γίνεται αποδέκτης της λήψης της απόφασης, παρακολουθεί τη διενέργεια της ευθανασίας και, τέλος, φροντίζει την οικογένεια του ασθενή. Οι νοσηλευτές συμμετέχουν στη φροντίδα του ετοιμοθάνατου ατόμου και της οικογένειάς του περισσότερο απ' ότι οποιοδήποτε άλλοι επαγγελματίες υγείας. Φαίνεται, όμως, ότι τόσο οι νοσηλευτές όσο και τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας υγείας έχουν δυσκολία στο να λάβουν μια σαφή στάση απέναντι στο πρόβλημα της ευθανασίας. Οι λόγοι γι' αυτό οφείλονται κυρίως σε ηθικές ευαισθησίες και θρησκευτικά πιστεύω αλλά και τη μοναδικότητα και ιδιαιτερότητα του κάθε θανάτου. Έτσι έχει

παρατηρηθεί μια δυσανασχέτηση και μια δυσκολία εκ μέρους των νοσηλευτών απέναντι σε μελέτες οι οποίες προσπαθούν να αποτυπώσουν σαν μαύρο και άσπρο απόλυτες, γενικευμένες απόψεις για την ευθανασία, τη στιγμή που για πολλούς αυτή αποτελεί γκρίζα ζώνη.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να καταγράψει τη στάση και τις απόψεις του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού απέναντι στο ζήτημα της ευθανασίας αλλά και να διερευνήσει αν αυτή επηρεάζεται από την ειδικότητα-εκπαίδευση του καθένα αλλά και το αντικείμενο της εργασίας του.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε το δεύτερο εξάμηνο του 2004 και προσκλήθηκαν να συμμετάσχουν, μέσω συμπλήρωσης ερωτηματολογίου, 180 μέλη ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού, τυχαία επιλεγμένα, που εργάζονταν σε μονάδες υγείας του Ηρακλείου - συγκεκριμένα στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, στο Βενιζέλειο Νοσοκομείο και στο ΕΚΑΒ Κρήτης. Οι νοσοκομειακοί εργαζόμενοι απασχολούνταν σε παθολογικές και χειρουργικές κλινικές, σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.), στη Ψυχιατρική κλινική του ΠΑ.Γ.Ν.Η. και στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.).

Το ερωτηματολόγιο δομήθηκε για τις ανάγκες της εργασίας με βάση αντίστοιχα μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί στο εξωτερικό. Περιελάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, θέση εργασίας), ενώ κάποιες ερωτήσεις σχεδιάστηκαν για να πετύχουν λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τις απόψεις των ερωτώμενων πάνω στην ευθανασία· επίσης κάποιες ερωτήσεις αφορούσαν τα πιστεύω και τις πεποιθήσεις των συμμετεχόντων αλλά και το ενδεχόμενο προσωπικής εμπειρίας εφαρμογής ευθανασίας στον χώρο εργασίας του.

Πριν την έναρξη της μελέτης, το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε πιλοτικά από 5 ιατρούς και 5 νοσηλευτές οι οποίοι αξιολόγησαν τις ερωτήσεις αν είναι σχετικές και κατανοητές.

Τα μέλη της ερευνητικής ομάδας διένειμαν προσωπικά τα ερωτηματολόγια, τα οποία συμπληρώθηκαν σε κάποιο διάλειμμα της εργασίας. Προηγήθηκε άδεια διεξαγωγής της μελέτης από την επιστημονική επιτροπή των νοσοκομείων και τη νοσηλευτική διεύθυνση καθώς και από την διοικητική διεύθυνση του Ε.Κ.Α.Β.

Η συλλογή και η διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου έγινε ανώνυμα.

Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων έγινε με καταγραφή των συχνοτήτων (περιγραφική στατιστική), ενώ η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με την δοκιμασία t-test.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Γενικές παρατηρήσεις:

Η συνολική ανταπόκριση ήταν 100%. Διανεμήθηκαν 180 ερωτηματολόγια εκ των οποίων απαντήθηκαν όλα.

Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ήταν γυναίκες (59,3%), η μέση ηλικία των οποίων ήταν 20-40 ετών.

Το 18,6% του δείγματος ήταν ιατρικό προσωπικό, το 12,6 νοσηλευτικό προσωπικό πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, το 35,7% ήταν νοσηλευτικό προσωπικό τεχνολογικής εκπαίδευσης ενώ το 33,1% ήταν βοηθοί νοσηλευτών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Ποσοστά ανά τμήματα:

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ

Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ήταν γυναίκες (67%), η μέση ηλικία των οποίων ήταν 20-40 χρόνων.

Το 69% του δείγματος ήταν νοσηλευτές ενώ το 31% γιατροί.

Το 48% έχει αρνητική γνώμη σχετικά με την ευθανασία. Το 52% είναι κατά της νομιμοποίησης της ευθανασίας στην Ελλάδα. Το 83% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι η ελληνική κοινωνία δεν είναι έτοιμη να δεχτεί την εφαρμογή της ευθανασίας. Το 64% υποστηρίζει ότι ο γιατρός μπορεί

να εφαρμόσει ευθανασία χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς. Το 23% του δείγματος θα έδιναν την συγκατάθεση τους για εφαρμογή ευθανασίας σε δικό τους πρόσωπο.

Τέλος, το 77% δεν γνωρίζει περιπτώσεις ευθανασίας στον εργασιακό τους χώρο.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες 58%, η ηλικία των οποίων ήταν 20-40 ετών.

Το 75% ήταν νοσηλευτικό προσωπικό & το ιατρικό προσωπικό 25%.

Το μεγαλύτερο ποσοστό (87%) είχε αρνητική γνώμη σχετικά με την εφαρμογή της ευθανασίας. Μόνο το 13% θεωρούν ότι η ελληνική κοινωνία είναι έτοιμη να δεχτεί την ευθανασία. Το 63% του δείγματος υποστηρίζει ότι ο γιατρός μπορεί να εφαρμόσει ευθανασία χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς. Το 76% δεν θα έδιναν την συγκατάθεση τους για εφαρμογή ευθανασίας σε δικό τους πρόσωπο.

Σημαντικό ποσοστό αποτελεί το 35% που γνωρίζει περιπτώσεις ευθανασίας στον χώρο εργασίας. Το 89% δηλώνει θρησκευόμενο, το 4% μη θρησκευόμενο, το 5% αδιάφορο ενώ ένα μικρό αλλά αξιοσημείωτο ποσοστό 2% δηλώνει άθεο.

ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Στη Μ.Ε.Θ. το 38% ήταν άνδρες και η μέση ηλικία ήταν μεταξύ 20-40 χρόνων.

Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί το 81% του συνολικού δείγματος. Θετική γνώμη σχετικά με την ευθανασία είχαν το 67%.

Μόνο το 14% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι η ελληνική κοινωνία μπορεί να δεχτεί την εφαρμογή της ευθανασίας. Το 29% πιστεύει ότι η απόφαση για τον τερματισμό της ζωής, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας, δεν πρέπει να είναι μόνο του ασθενούς. Το 76% θα έδινε την συγκατάθεση του για εφαρμογή ευθανασίας σε δικό του πρόσωπο.

Αξιοσημείωτο είναι ότι το 52% του δείγματος γνωρίζει περιπτώσεις ευθανασίας στον εργασιακό του περιβάλλον.

ΤΜΗΜΑΤΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ήταν γυναίκες (69%) και η μέση ηλικία ήταν μεταξύ 20-40 ετών.

Το 94% αποτελεί το νοσηλευτικό προσωπικό.

Το 56% του δείγματος έχει αρνητική άποψη για την ευθανασία ενώ το 6% δηλώνει άγνοια. Σημαντικό ποσοστό αποτελεί το 69% το οποίο είναι κατά της νομιμοποίησης της ευθανασίας στην Ελλάδα. Μόνο το 6% πιστεύει ότι η ελληνική κοινωνία είναι έτοιμη να δεχτεί την ευθανασία. Ομόφωνη ήταν η απάντηση (100%) στο ερώτημα αν ο γιατρός μπορεί να εφαρμόσει, υπό ορισμένες προϋποθέσεις, ευθανασία χωρίς την συγκατάθεση του ασθενούς. Το 31% των ερωτηθέντων δεν θα έδινε την συγκατάθεση του για εφαρμογή ευθανασίας σε δικό του πρόσωπο. Το 75% δηλώνει θρησκευόμενο ενώ το 25% αδιάφορο.

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΜΕΣΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν άνδρες (67%) και η μέση ηλικία ήταν μεταξύ 20-40 ετών.

Το πλήρωμα του Ε.Κ.Α.Β. αποτελούν το 75%, οι νοσηλευτές το 19% και οι γιατροί το 6%.

Το 27% του δείγματος έχει αρνητική γνώμη σχετικά με την ευθανασία. Το 93% θεωρεί ότι η ελληνική κοινωνία δεν είναι έτοιμη για να δεχτεί την εφαρμογή της ευθανασίας. Το 47% πιστεύει ότι η απόφαση για τον τερματισμό της ζωής, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας, πρέπει να είναι μόνο του ασθενούς. Ένα σημαντικό ποσοστό είναι ότι το 60% θα έδινε τη συγκατάθεση του για διακοπή της μηχανικής υποστήριξης της ζωής σε ένα ασθενή με εγκεφαλικό θάνατο στη ΜΕΘ, προκειμένου να νοσηλευτεί ένας άλλος ασθενής που το έχει ανάγκη.

Το 13% γνωρίζει περιπτώσεις ευθανασίας στον χώρο εργασίας.

Το 87% του δείγματος δηλώνει θρησκευόμενο ενώ το 13% αδιάφορο.

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι άνδρες (60%) και το 100% είναι μεταξύ 20-40 ετών. Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί το 60%.

Το 40% των ερωτηθέντων έχει αρνητική γνώμη σχετικά με την ευθανασία. Το 80% θεωρεί ότι ο γιατρός δεν μπορεί να εφαρμόσει ευθανασία χωρίς την συγκατάθεση του ασθενούς. Το 40% του δείγματος θα έδινε τη συγκατάθεση του για εφαρμογή ευθανασίας σε δικό του πρόσωπο.

Το 20% έχει εμπειρία εφαρμογής ευθανασίας στο εργασιακό του περιβάλλον.

ΛΟΙΠΟΙ

Στους λοιπούς περιλαμβάνονται κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, φυσιοθεραπευτές, εκ των οποίων το 57% είναι γυναίκες.

Η μέση ηλικία των ερωτηθέντων είναι από 20-40 ετών.

Το 71% είναι κατά της νομιμοποίησης της ευθανασίας στην Ελλάδα.

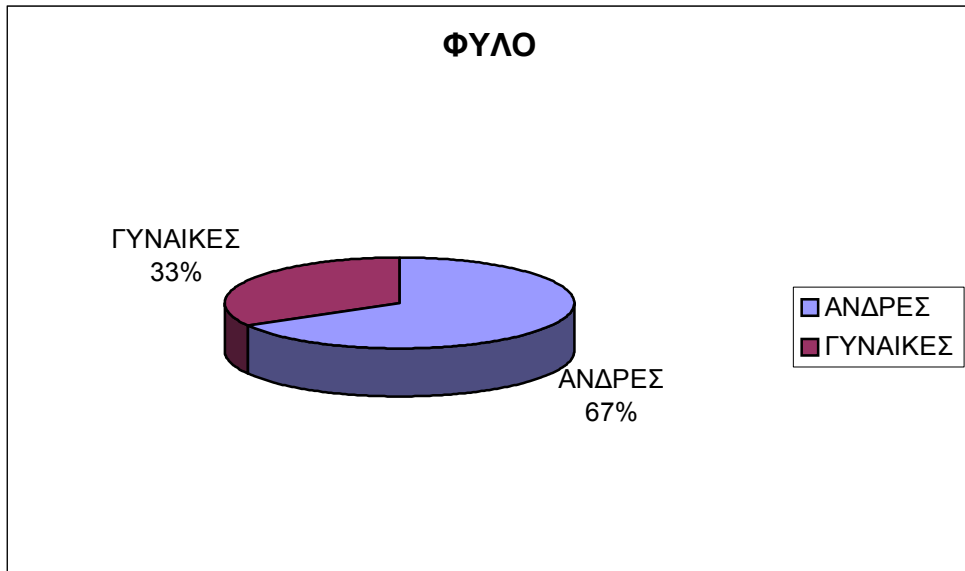
Το 57% του δείγματος δεν θα έδινε την συγκατάθεση του για διακοπή της μηχανικής υποστήριξης σε ασθενή με εγκεφαλικό θάνατο στη ΜΕΘ για να νοσηλευτεί άλλος που το έχει ανάγκη.

Το 43% των ερωτηθέντων έχει εμπειρία εφαρμογής ευθανασίας στον χώρο εργασίας.

(Στη συνέχεια του κειμένου παρατίθενται σχήματα στα οποία απεικονίζονται λεπτομερώς τα αποτελέσματα της μελέτης μας)

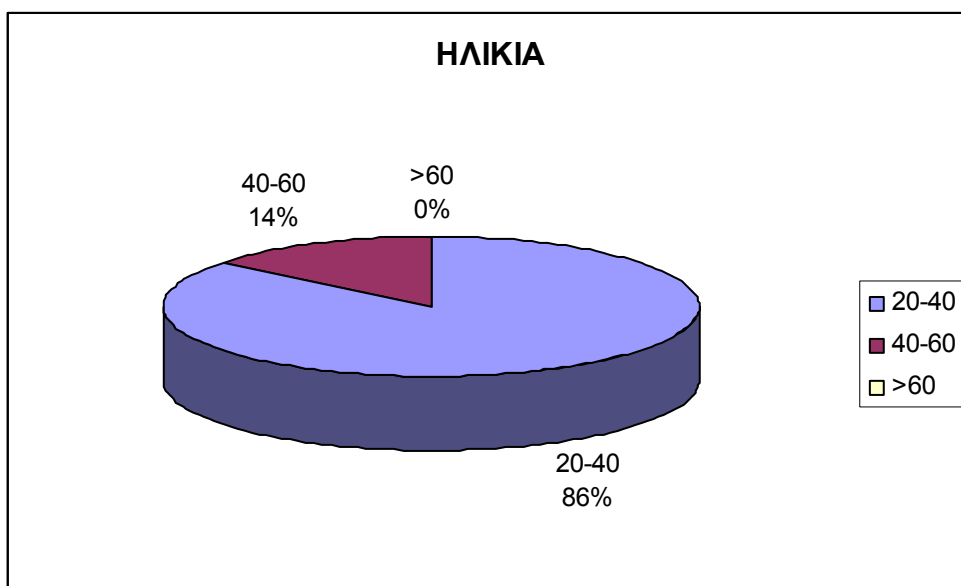
ΕΚΑΒ

ΓΡΑΦΗΜΑ 1



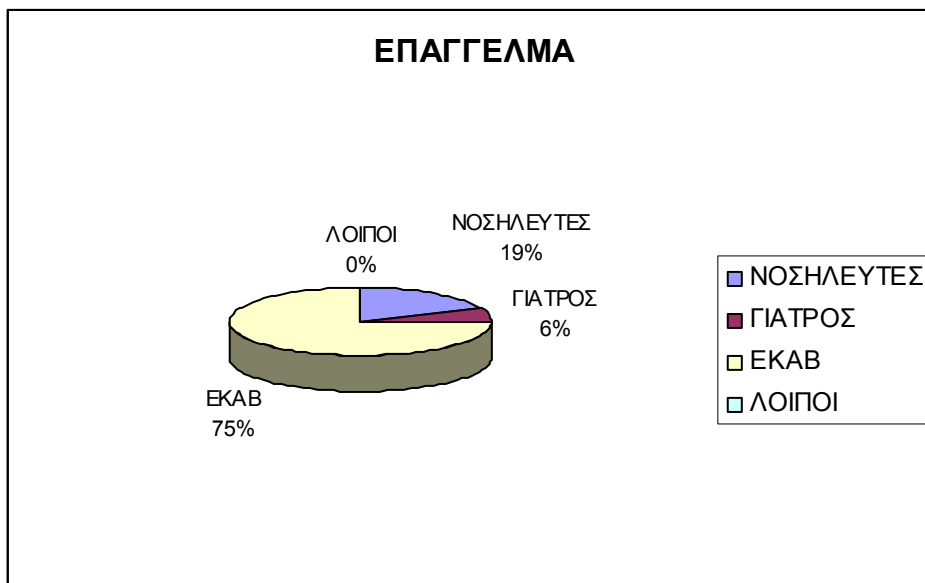
Ποσοστό ανδρών & γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα μας.

ΓΡΑΦΗΜΑ 2



Ηλικία των συμμετεχόντων που έλαβαν μέρος στην έρευνα μας.

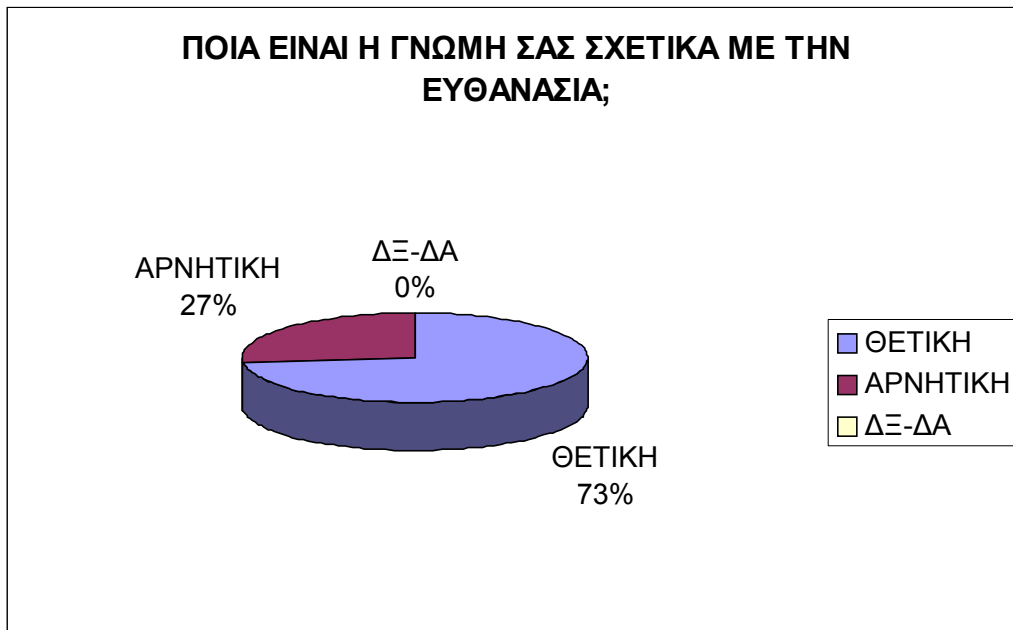
ΓΡΑΦΗΜΑ 3



ΓΡΑΦΗΜΑ 4



ΓΡΑΦΗΜΑ 5



ΓΡΑΦΗΜΑ 6



ΓΡΑΦΗΜΑ 7

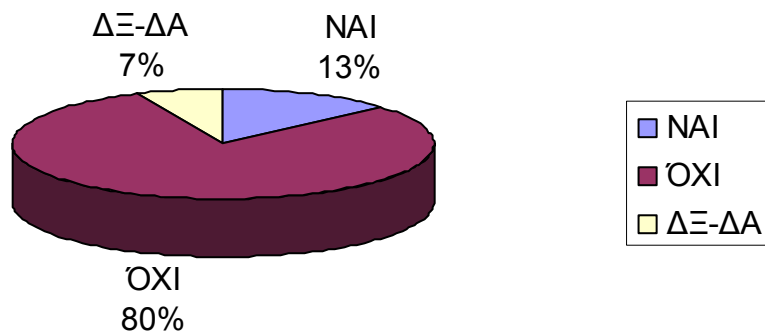


ΓΡΑΦΗΜΑ 8



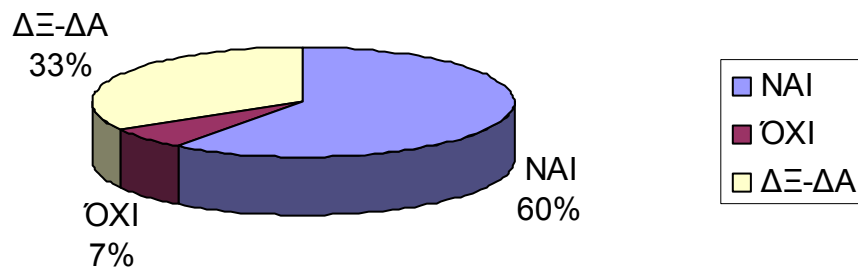
ΓΡΑΦΗΜΑ 9

**ΜΠΟΡΕΙ Ο ΓΙΑΤΡΟΣ ΝΑ ΕΦΑΡΜΟΣΕΙ
ΥΠΟ ΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ
ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΧΩΡΙΣ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ
ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ;**



ΓΡΑΦΗΜΑ 10

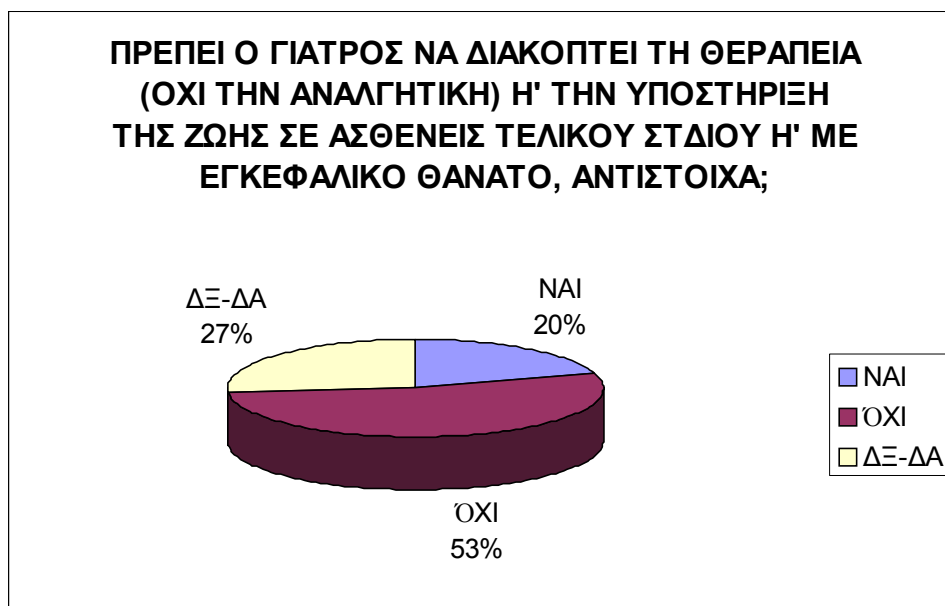
**ΘΑ ΔΙΝΑΤΕ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗ
ΤΗΣ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΣΕ
ΕΝΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΘΑΝΑΤΟ ΣΤΗ
Μ.Ε.Θ. ΩΣΤΕ ΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΙ ΕΝΑΣ ΑΛΛΟΣ
ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΟΥ ΤΟ ΕΧΕΙ ΑΝΑΓΚΗ;**



ΓΡΑΦΗΜΑ 11

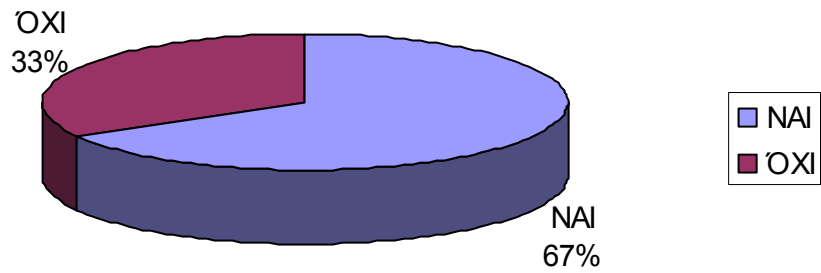


ΓΡΑΦΗΜΑ 12



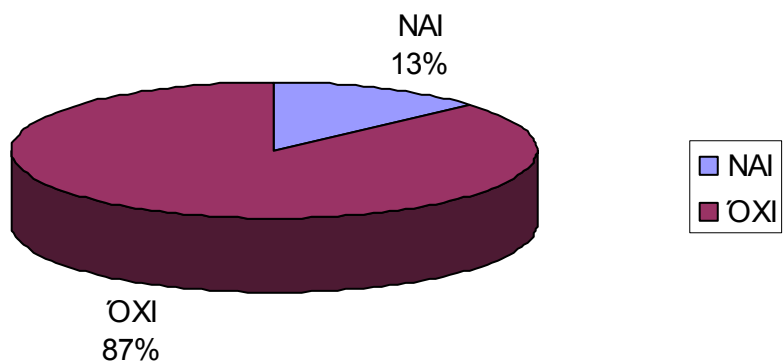
ΓΡΑΦΗΜΑ 13

**ΘΑ ΔΙΝΑΤΕ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΑΣ ΓΙΑ
ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΣΕ ΚΑΠΟΙΟ ΔΙΚΟ ΣΑΣ
ΠΡΟΣΩΠΟ;**

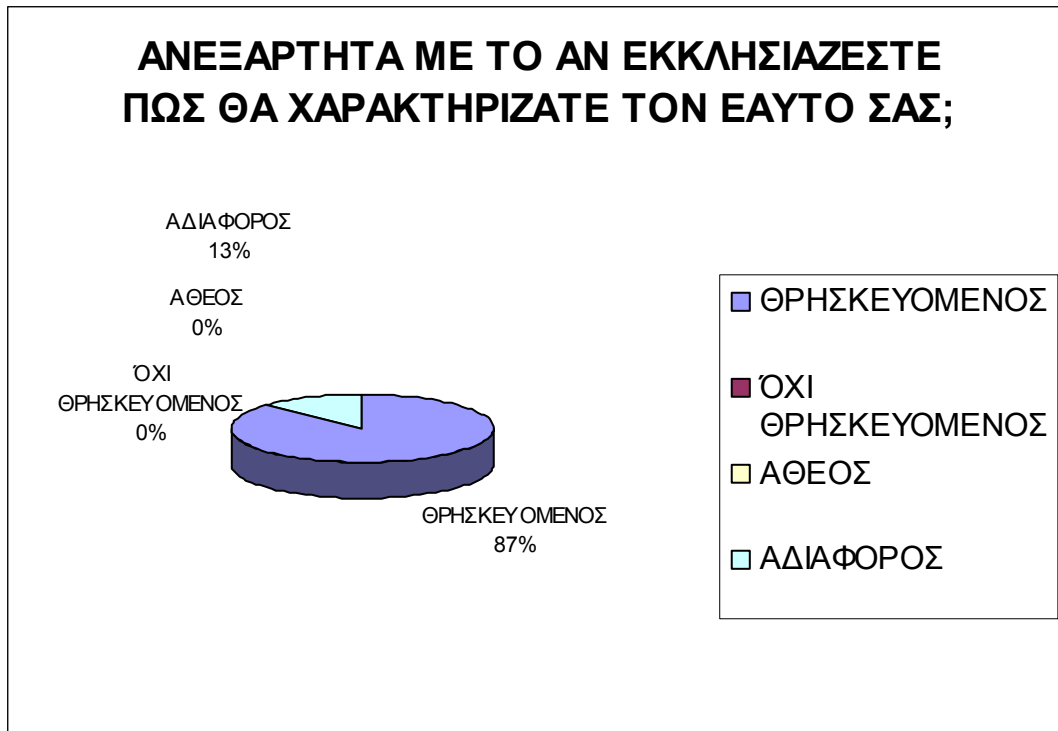


ΓΡΑΦΗΜΑ 14

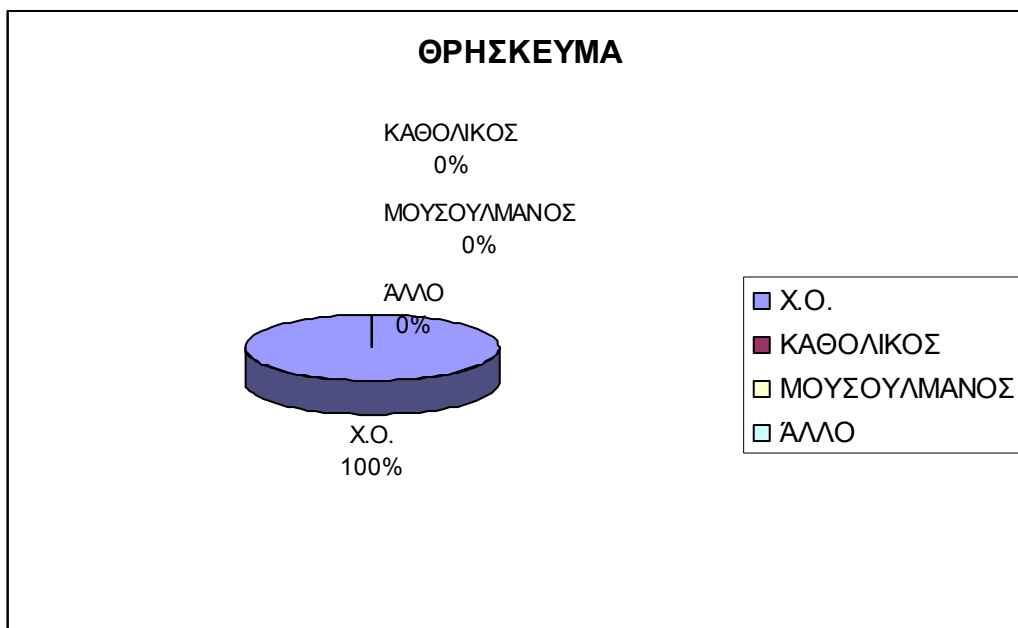
**ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ
ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ;**



ΓΡΑΦΗΜΑ 15

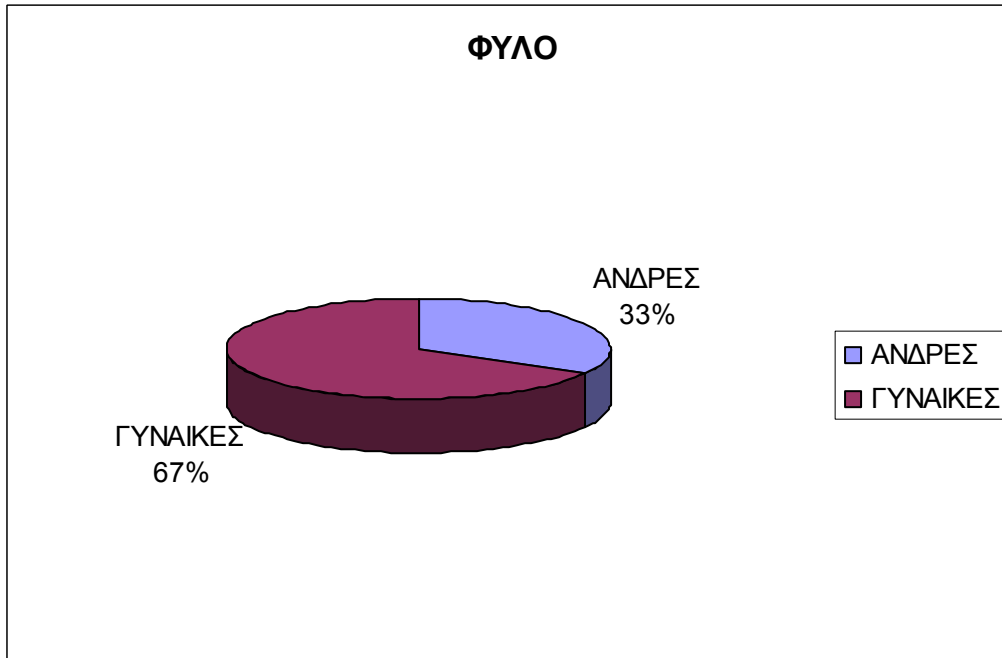


ΓΡΑΦΗΜΑ 16



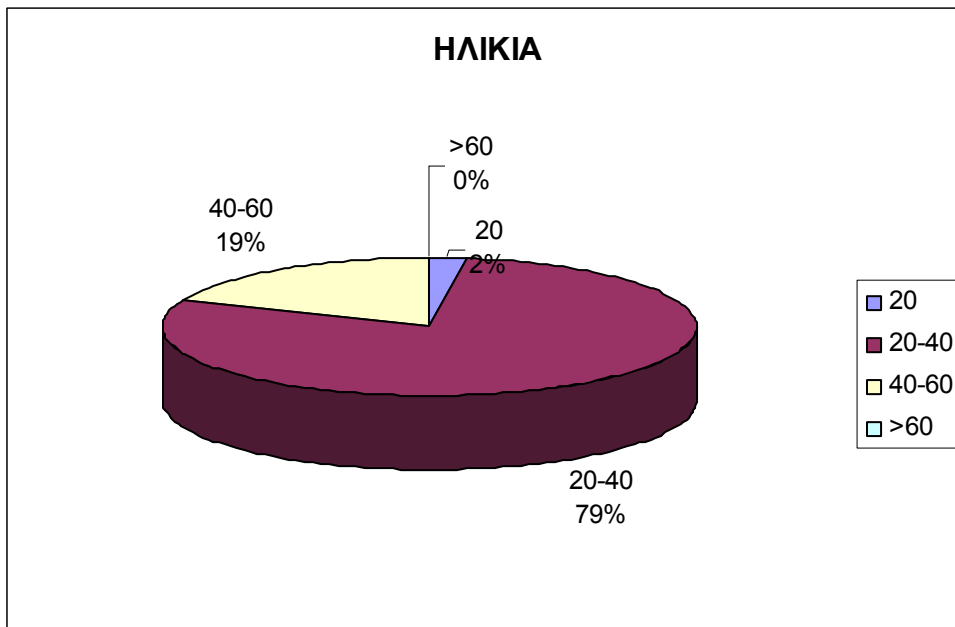
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ

ΓΡΑΦΗΜΑ 1



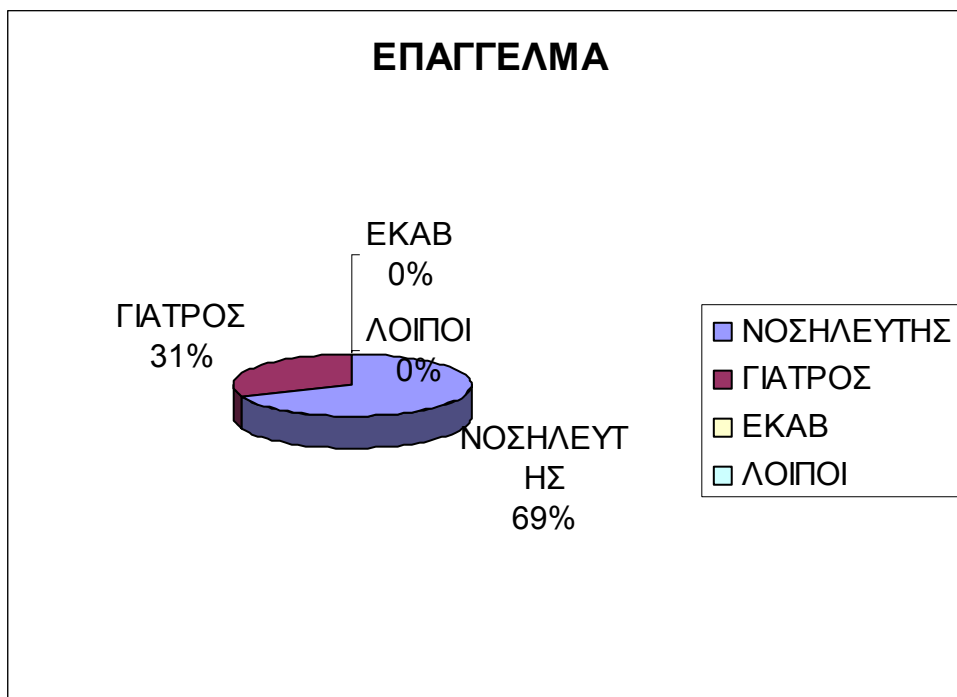
Ποσοστό ανδρών & γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα μας

ΓΡΑΦΗΜΑ 2



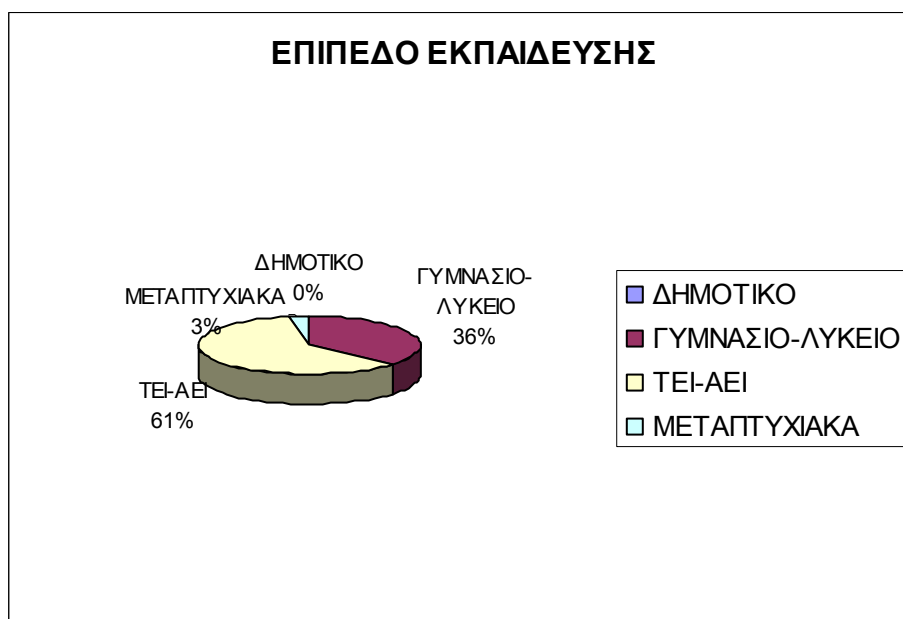
Ηλικία των συμμετεχόντων που έλαβαν μέρος στην έρευνα μας

ΓΡΑΦΗΜΑ 3



Επαγγελματική ιδιότητα των συμμετεχόντων

ΓΡΑΦΗΜΑ 4



Επαγγελματική ιδιότητα των συμμετεχόντων

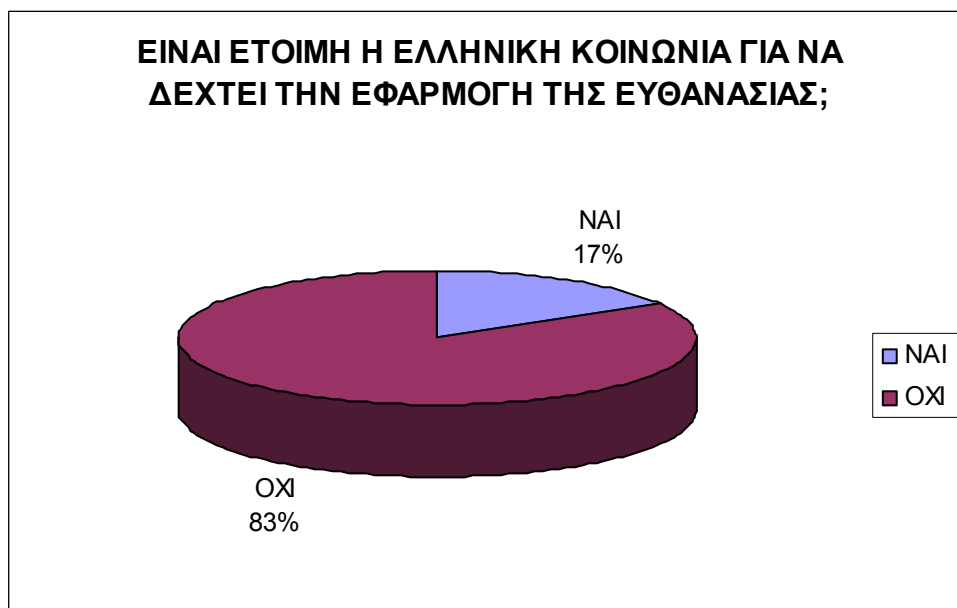
ΓΡΑΦΗΜΑ 5



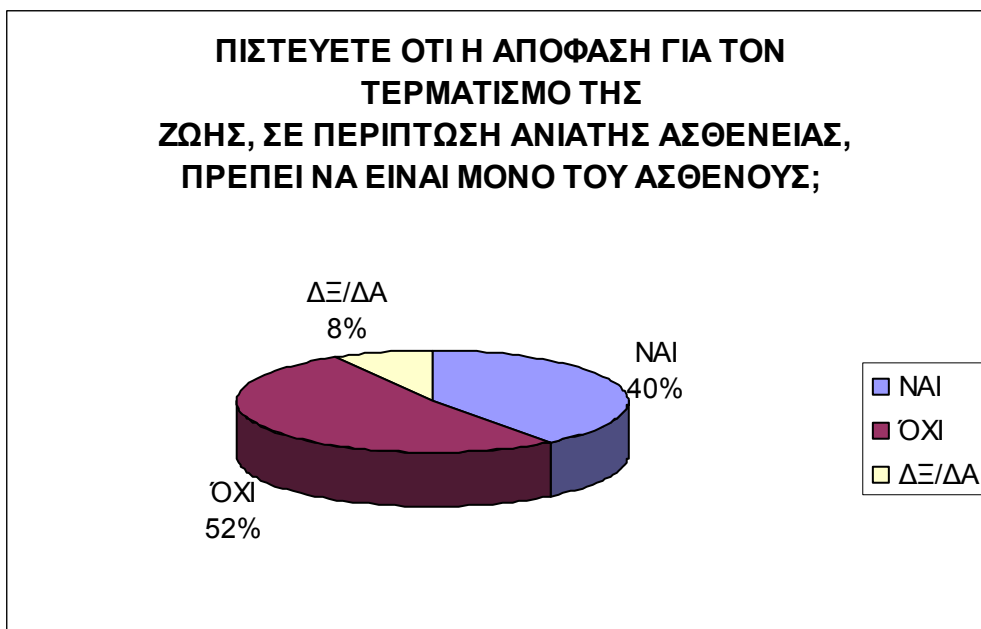
ΓΡΑΦΗΜΑ 6



ΓΡΑΦΗΜΑ 7

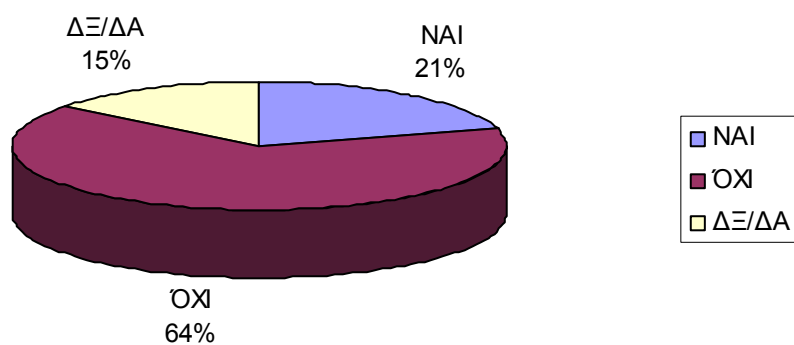


ΓΡΑΦΗΜΑ 8



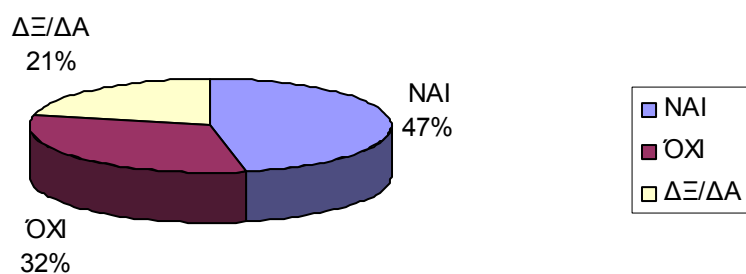
ΓΡΑΦΗΜΑ 9

ΜΠΟΡΕΙ Ο ΓΙΑΤΡΟΣ ΝΑ ΕΦΑΡΜΟΣΕΙ, ΥΠΟ ΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ, ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΧΩΡΙΣ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ;



ΓΡΑΦΗΜΑ 10

ΘΑ ΔΙΝΑΤΕ ΤΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΣΕ ΕΝΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΘΑΝΑΤΟ ΣΤΗ ΜΕΘ, ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΙ ΕΝΑΣ ΑΛΛΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΟΥ ΤΟ ΕΧΕΙ ΑΝΑΓΚΗ;



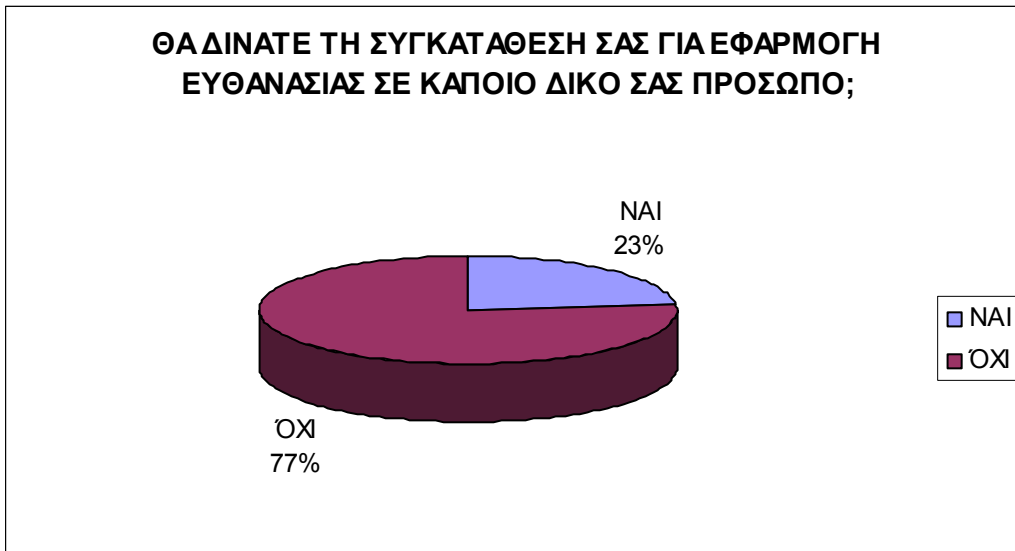
ΓΡΑΦΗΜΑ 11



ΓΡΑΦΗΜΑ 12



ΓΡΑΦΗΜΑ 13

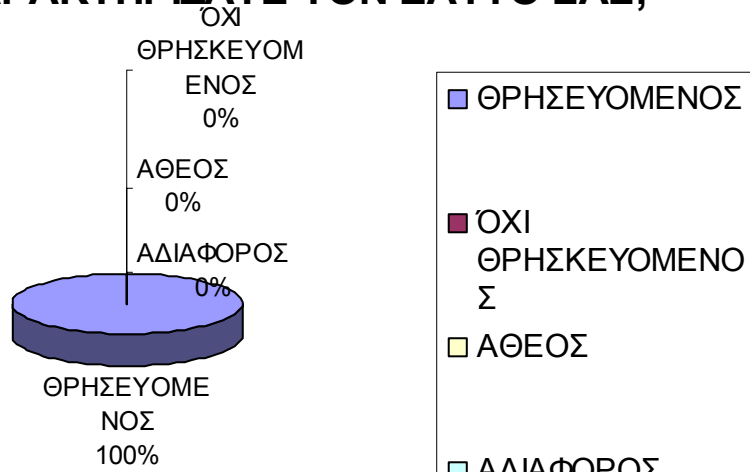


ΓΡΑΦΗΜΑ 14



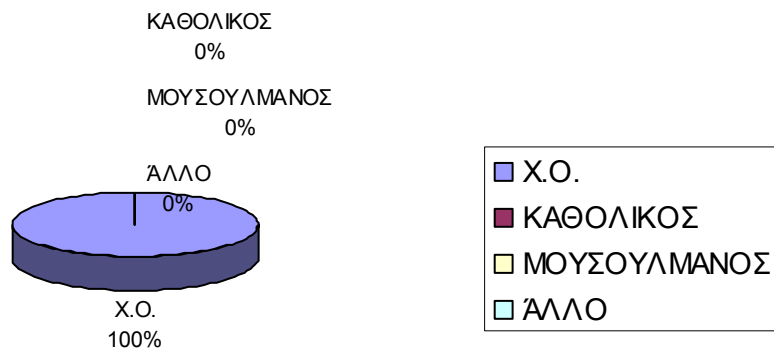
ΓΡΑΦΗΜΑ 15

**ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΜΕ ΤΟ ΑΝ
ΕΚΚΛΗΣΙΑΖΕΣΤΕ Ή ΟΧΙ, ΠΩΣ ΘΑ
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ;**



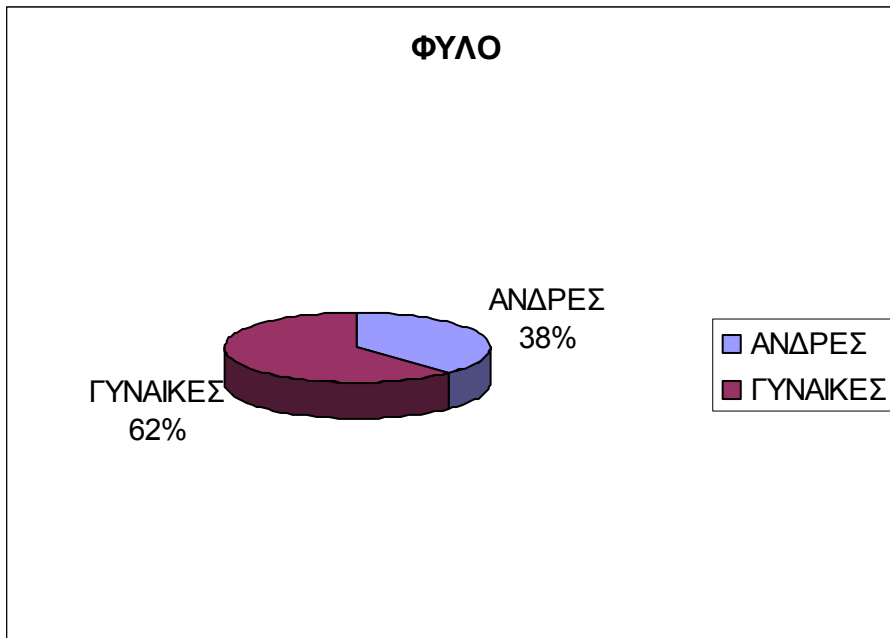
ΓΡΑΦΗΜΑ 16

ΘΡΗΣΚΕΥΜΑ



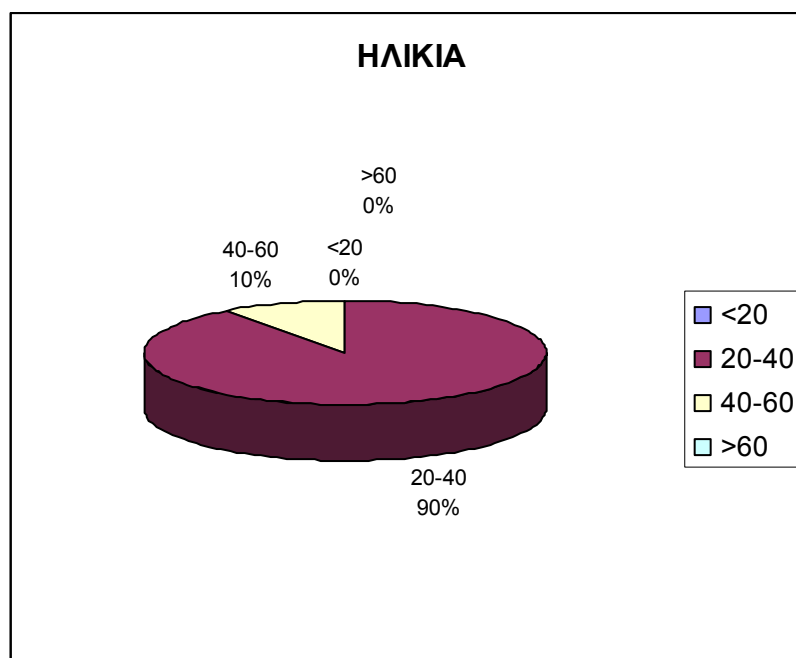
ΜΕΘ

ΓΡΑΦΗΜΑ 1



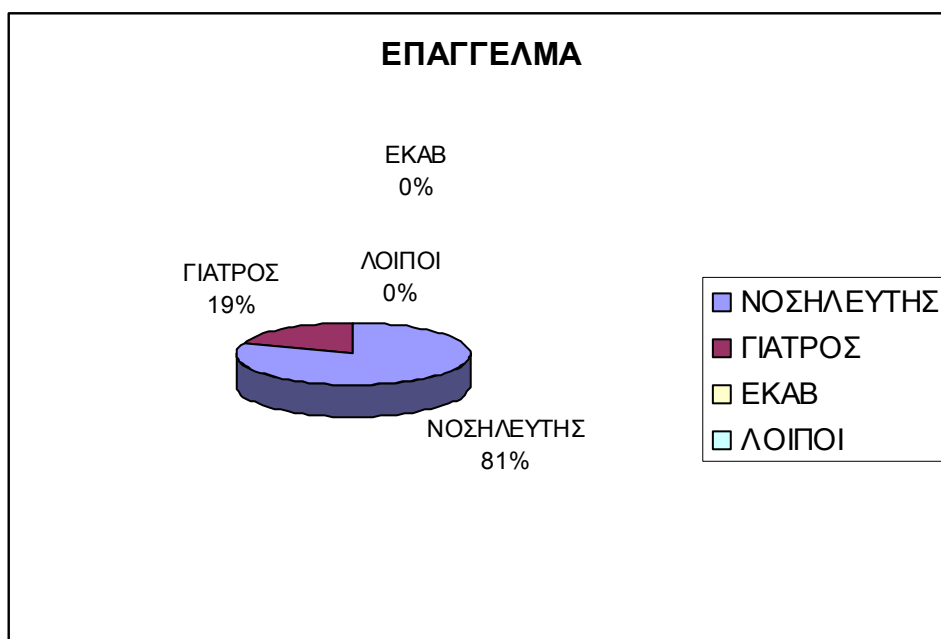
Ποσοστό ανδρών & γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα μας

ΓΡΑΦΗΜΑ 2



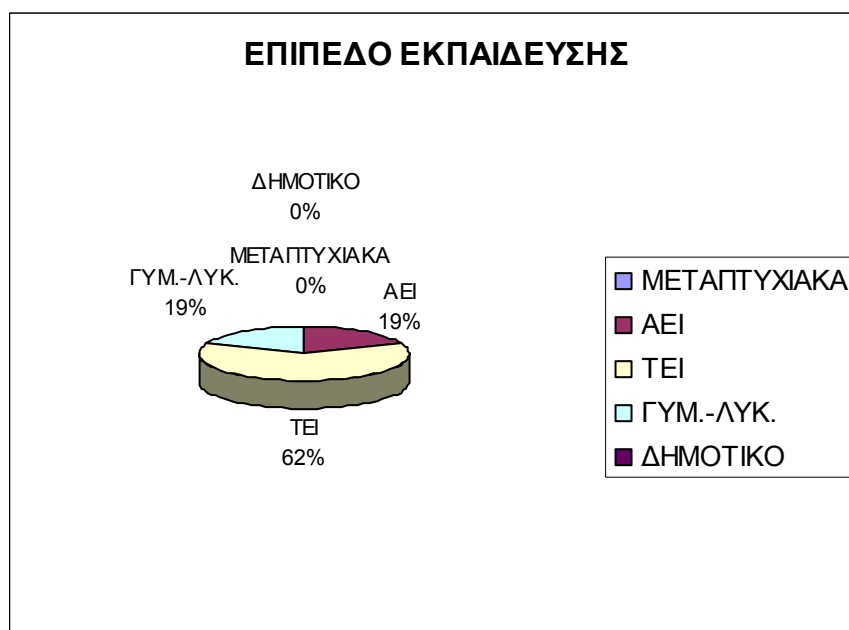
Ηλικία των συμμετεχόντων που έλαβαν μέρος στην έρευνα μας

ΓΡΑΦΗΜΑ 3



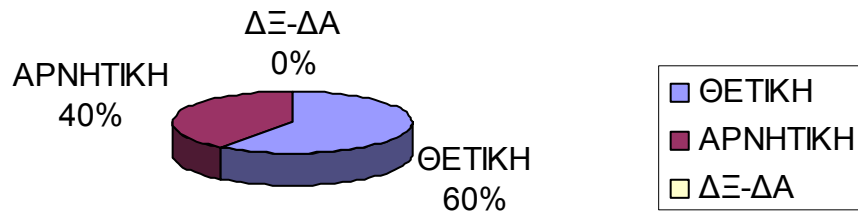
Επαγγελματική ιδιότητα των συμμετεχόντων

ΓΡΑΦΗΜΑ 4



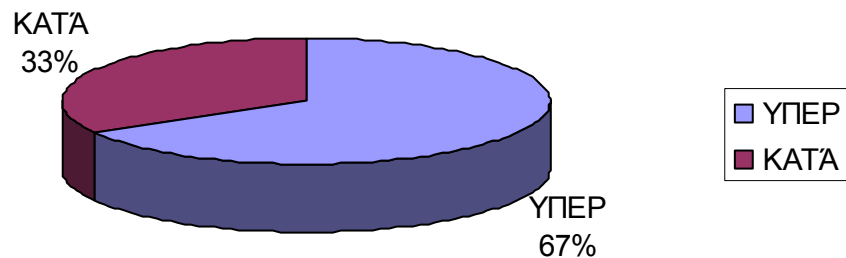
ΓΡΑΦΗΜΑ 5

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ;

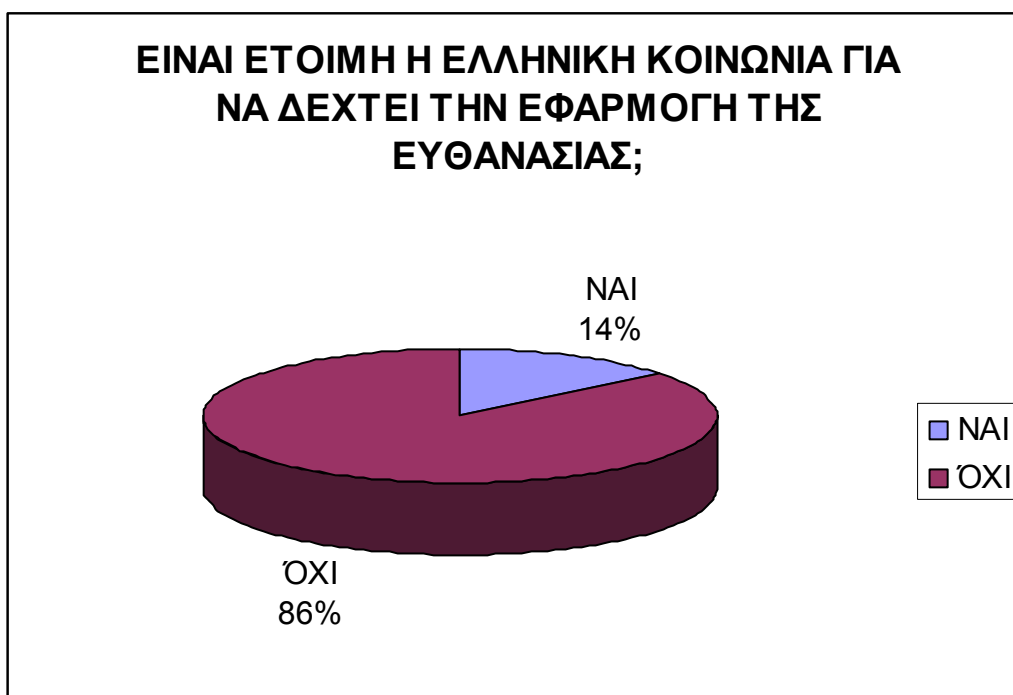


ΓΡΑΦΗΜΑ 6

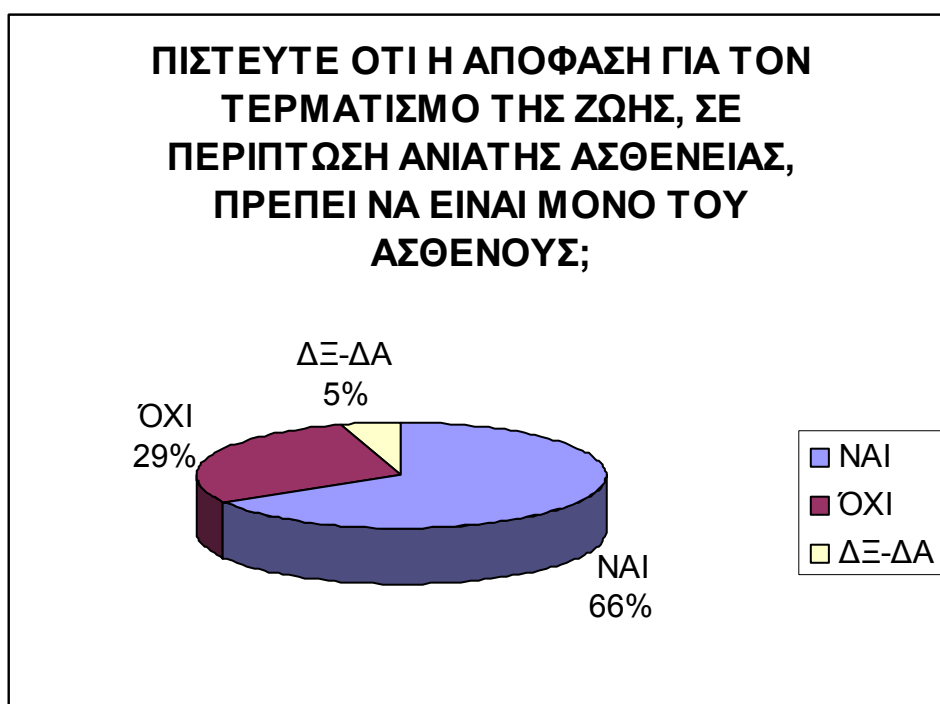
ΕΙΣΤΕ ΥΠΕΡ Η ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ;



ΓΡΑΦΗΜΑ 7

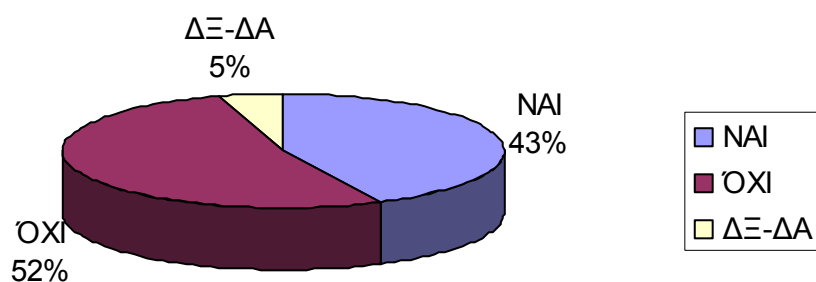


ΓΡΑΦΗΜΑ 8



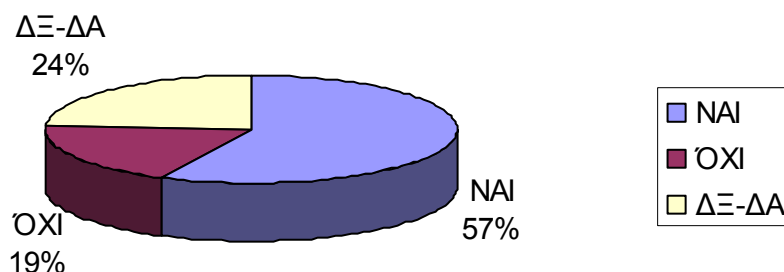
ΓΡΑΦΗΜΑ 9

ΜΠΟΡΕΙ Ο ΓΙΑΤΡΟΣ ΝΑ ΕΦΑΡΜΟΣΕΙ, ΥΠΟ ΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ, ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΧΩΡΙΣ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ;

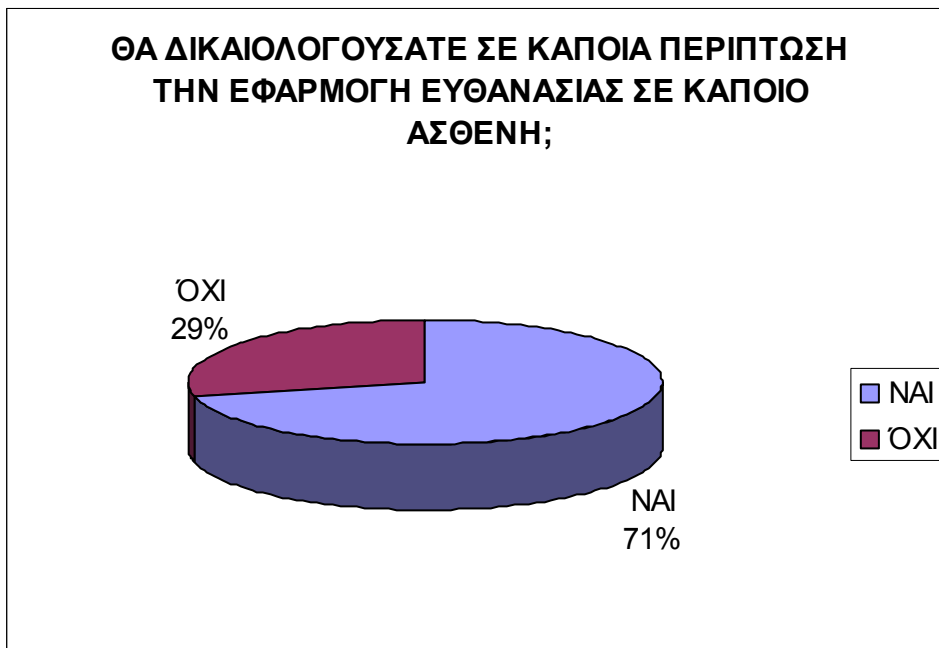


ΓΡΑΦΗΜΑ 10

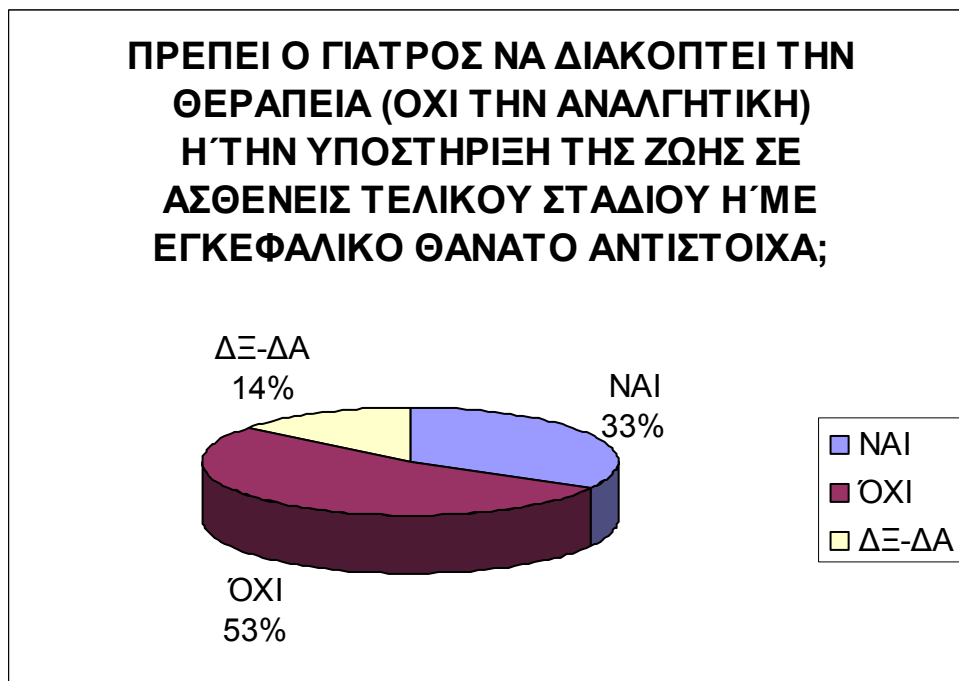
ΘΑ ΔΙΝΑΤΕ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΣΕ ΕΝΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΘΑΝΑΤΟ ΣΤΗ ΜΕΘ, ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΙ ΕΝΑΣ ΑΛΛΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΟΥ ΤΟ ΕΧΕΙ ΑΝΑΓΚΗ;



ΓΡΑΦΗΜΑ 11



ΓΡΑΦΗΜΑ 12



ΓΡΑΦΗΜΑ 13

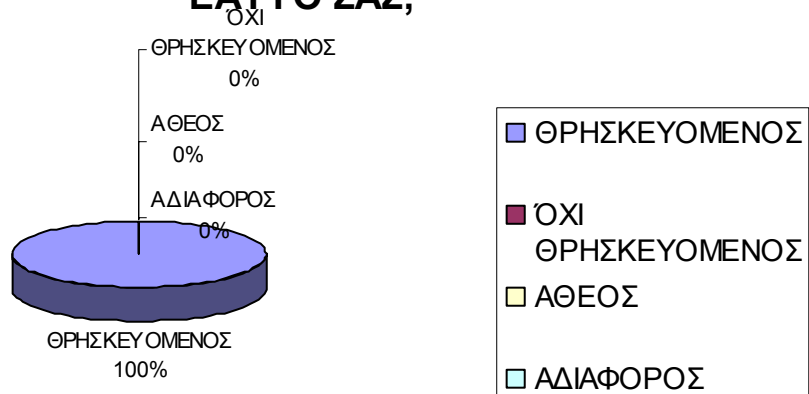


ΓΡΑΦΗΜΑ 14



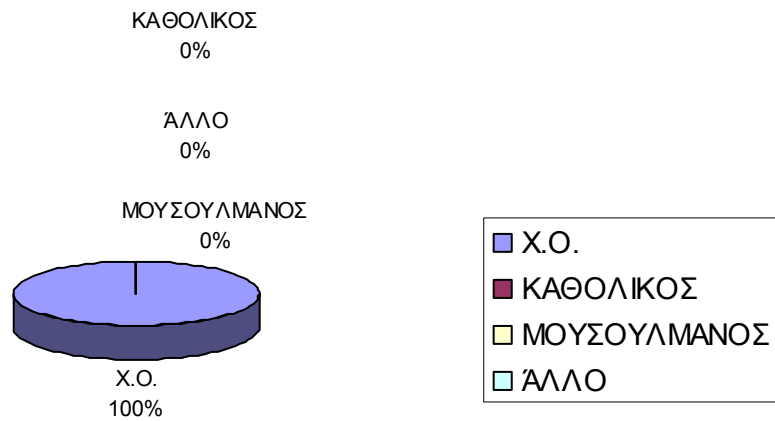
ΓΡΑΦΗΜΑ 15

ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΜΕ ΤΟ ΑΝ ΕΚΚΛΗΣΙΑΖΕΣΤΕ Η Ή ΟΧΙ ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ;



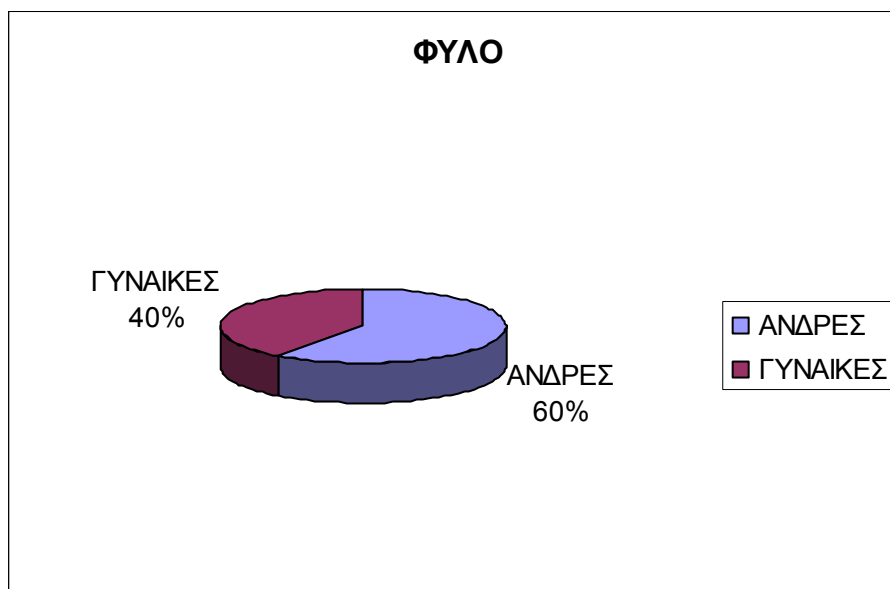
ΓΡΑΦΗΜΑ 16

ΘΡΗΣΚΕΥΜΑ



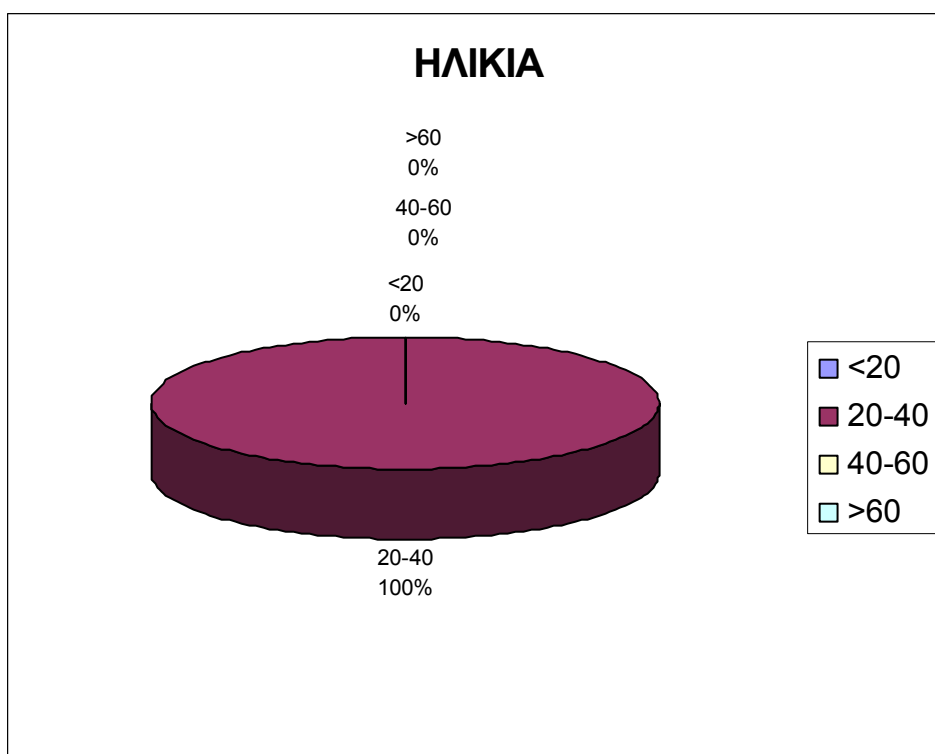
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

ΓΡΑΦΗΜΑ 1



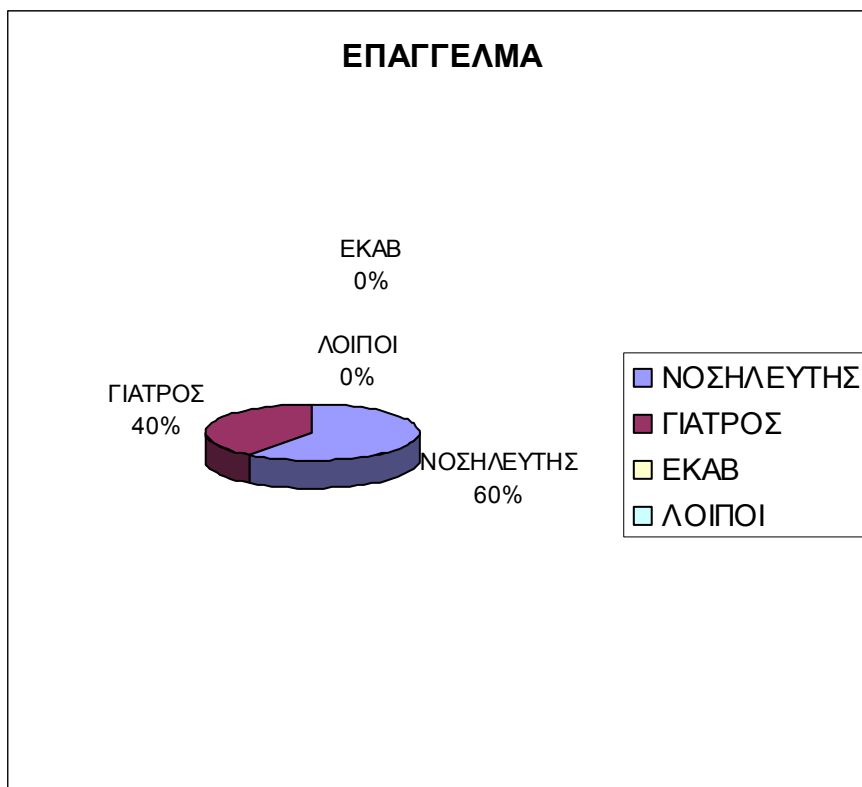
Ποσοστό ανδρών & γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα μας

ΓΡΑΦΗΜΑ 2



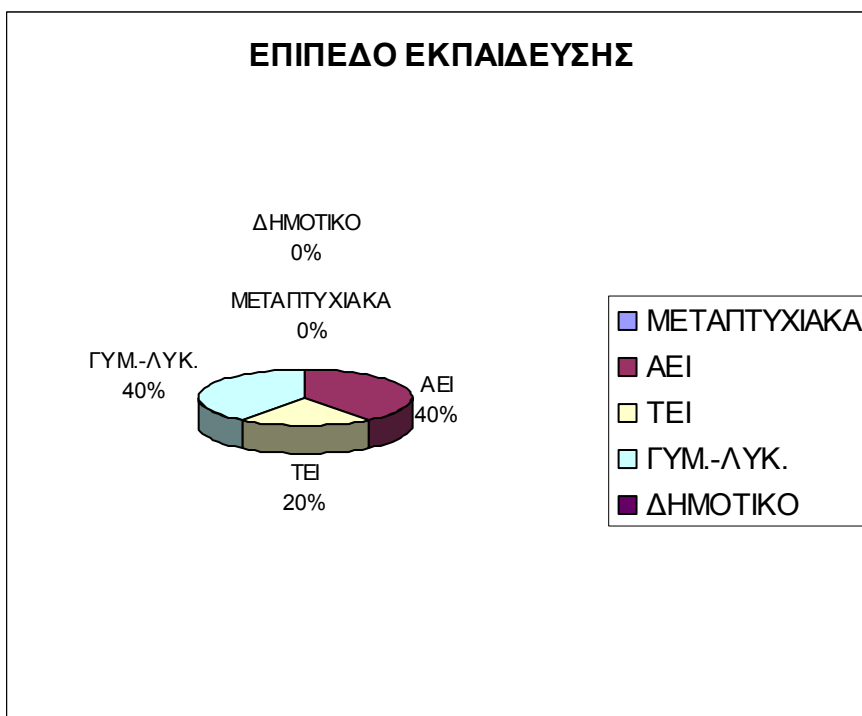
Ηλικία των συμμετεχόντων που έλαβαν μέρος στην έρευνα μας

ΓΡΑΦΗΜΑ 3



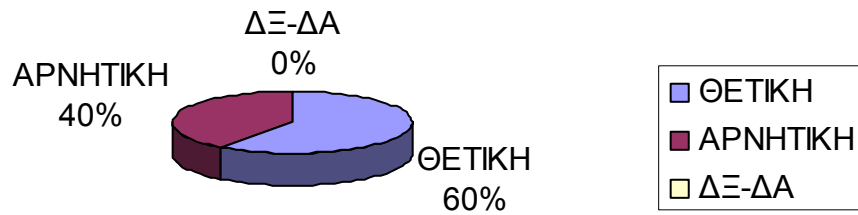
Επαγγελματική ιδιότητα των συμμετεχόντων

ΓΡΑΦΗΜΑ 4



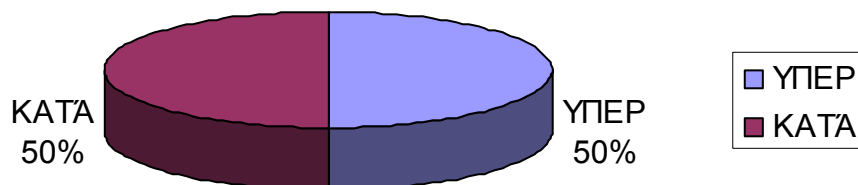
ΓΡΑΦΗΜΑ 5

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ;



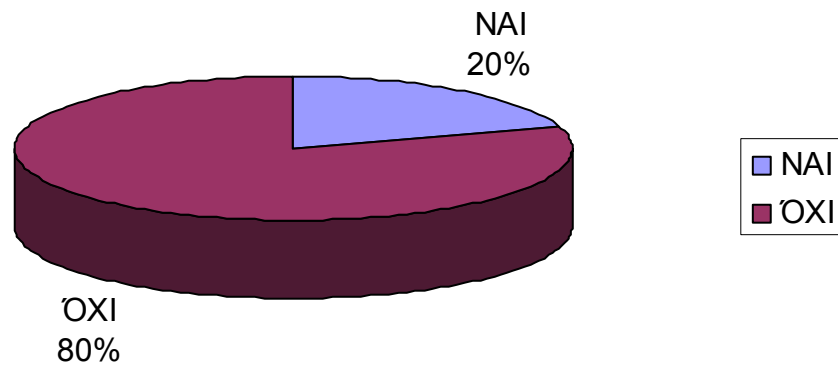
ΓΡΑΦΗΜΑ 6

ΕΙΣΤΕ ΥΠΕΡ Η ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ;



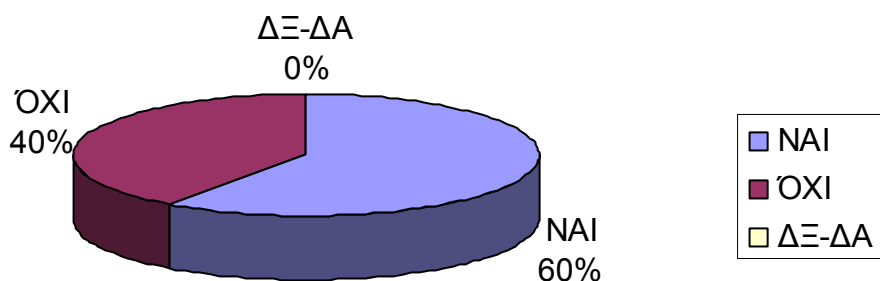
ΓΡΑΦΗΜΑ 7

**ΕΙΝΑΙ ΕΤΟΙΜΗ Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ
ΓΙΑ ΝΑ ΔΕΧΤΕΙ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ
ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ;**



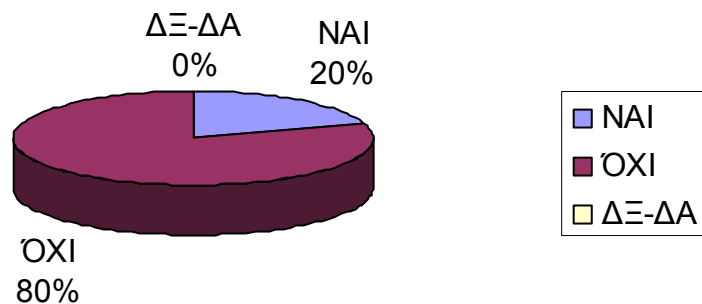
ΓΡΑΦΗΜΑ 8

**ΠΙΣΤΕΥΤΕ ΟΤΙ Η ΑΠΟΦΑΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ
ΤΕΡΜΑΤΙΣΜΟ ΤΗΣ ΖΩΗΣ, ΣΕ
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΙΑΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ,
ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΜΟΝΟ ΤΟΥ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ;**



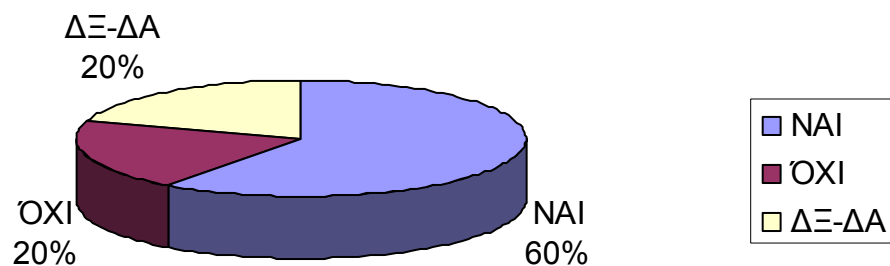
ΓΡΑΦΗΜΑ 9

ΜΠΟΡΕΙ Ο ΓΙΑΤΡΟΣ ΝΑ ΕΦΑΡΜΟΣΕΙ, ΥΠΟ ΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ, ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΧΩΡΙΣ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ;



ΓΡΑΦΗΜΑ 10

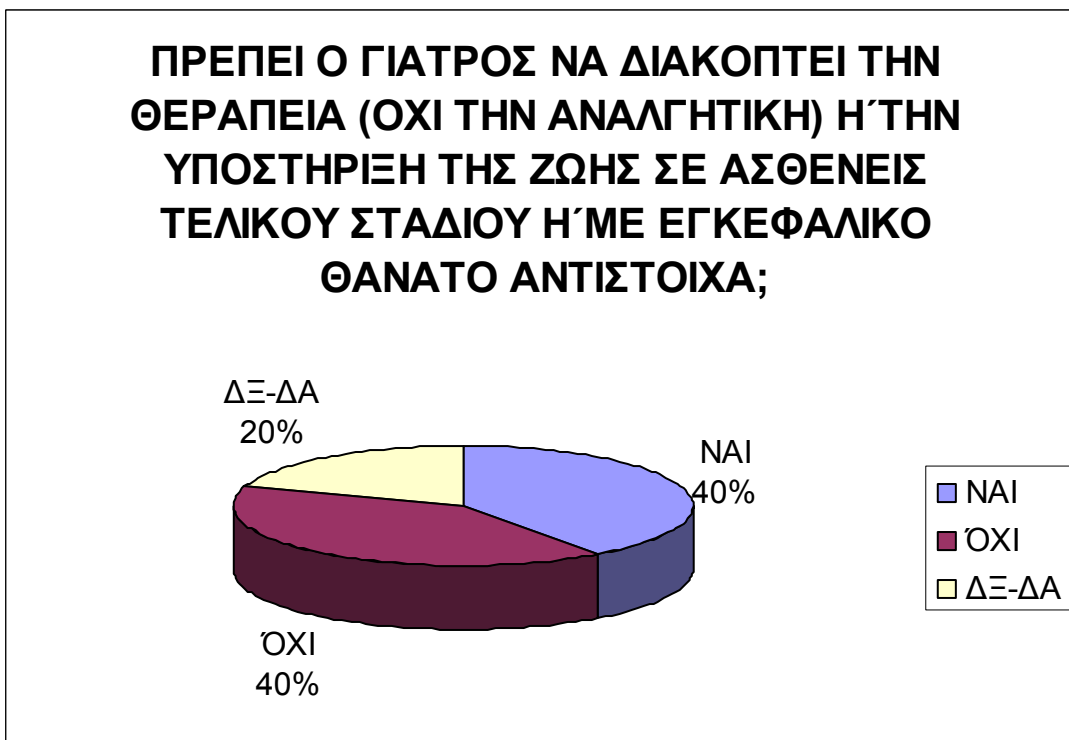
ΘΑ ΔΙΝΑΤΕ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΣΕ ΕΝΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΘΑΝΑΤΟ ΣΤΗ ΜΕΘ, ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΙ ΕΝΑΣ ΑΛΛΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΟΥ ΤΟ ΕΧΕΙ ΑΝΑΓΚΗ;



ΓΡΑΦΗΜΑ 11

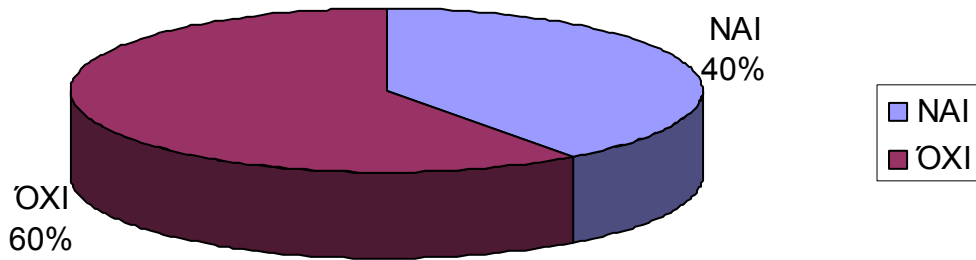


ΓΡΑΦΗΜΑ 12



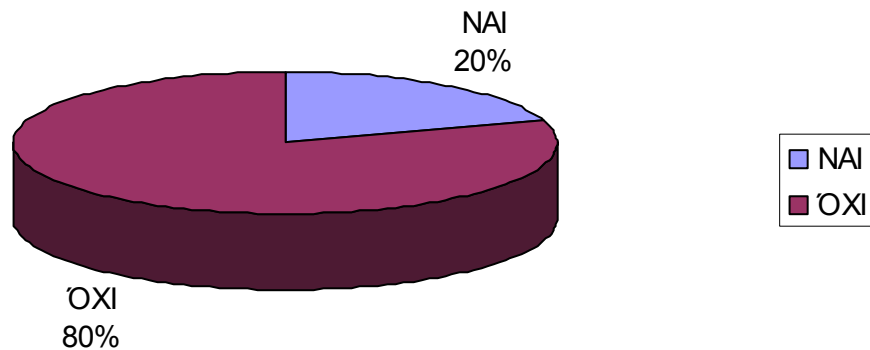
ΓΡΑΦΗΜΑ 13

**ΘΑ ΔΙΝΑΤΕ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΑΣ ΓΙΑ
ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΣΕ ΚΑΠΟΙΟ
ΔΙΚΟ ΣΑΣ ΠΡΟΣΩΠΟ;**



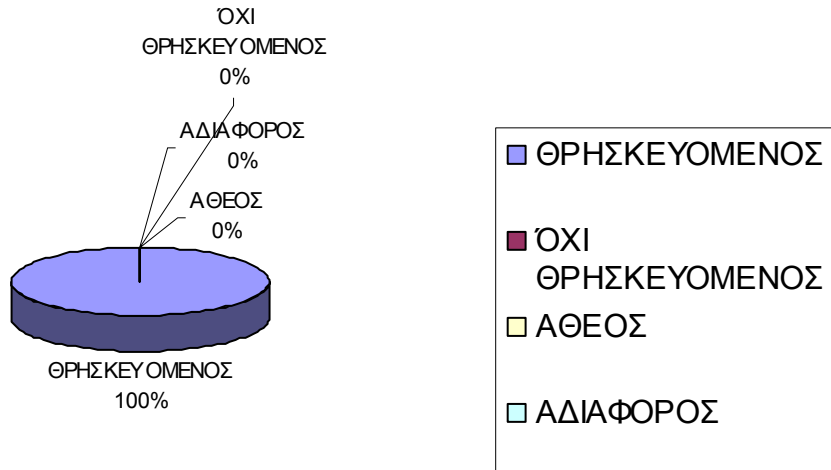
ΓΡΑΦΗΜΑ 14

**ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ
ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ;**



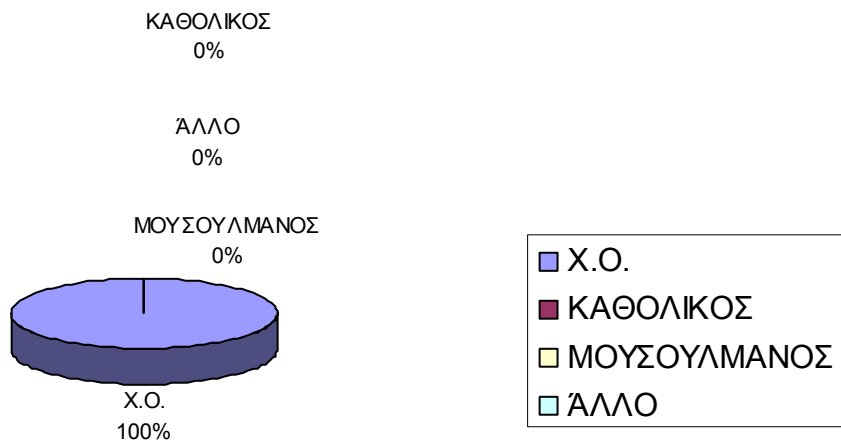
ΓΡΑΦΗΜΑ 15

**ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ
ΣΑΣ;**



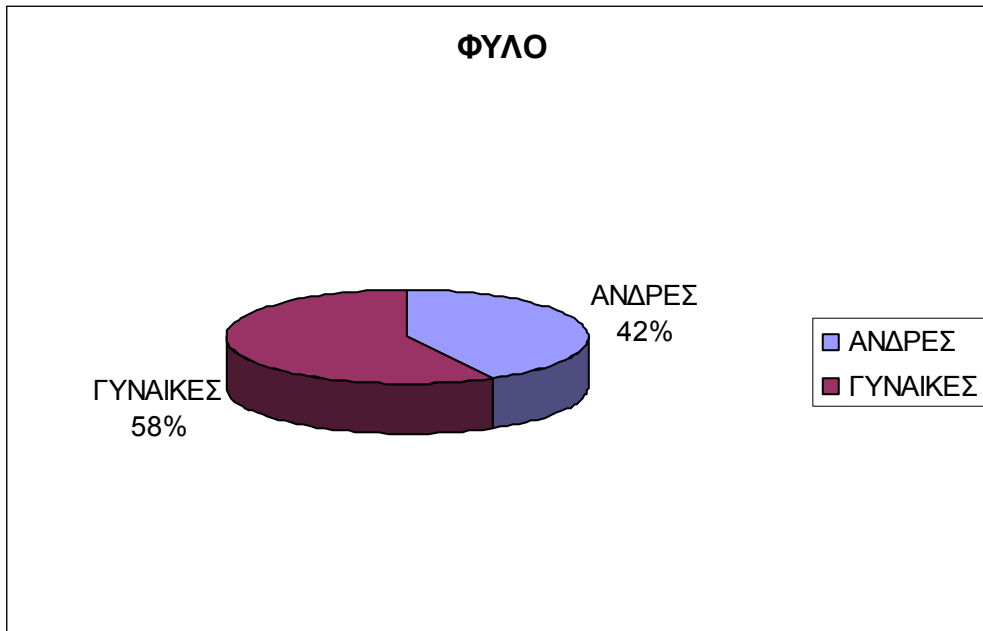
ΓΡΑΦΗΜΑ 16

ΘΡΗΣΚΕΥΜΑ



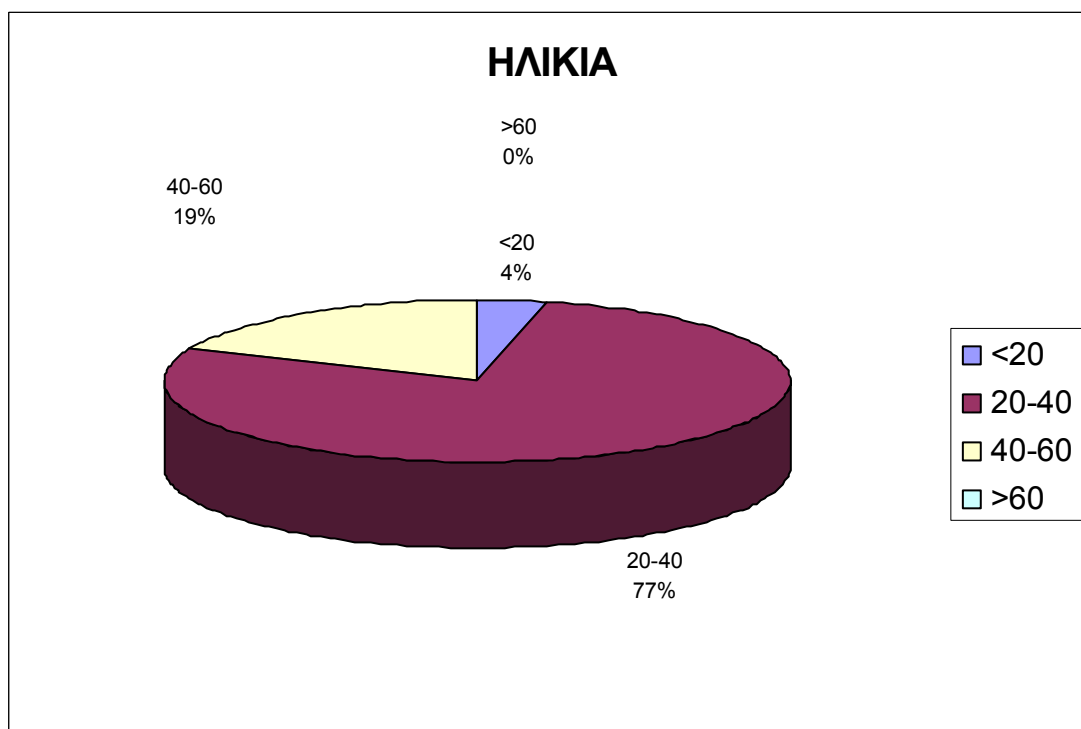
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ

ΓΡΑΦΗΜΑ 1



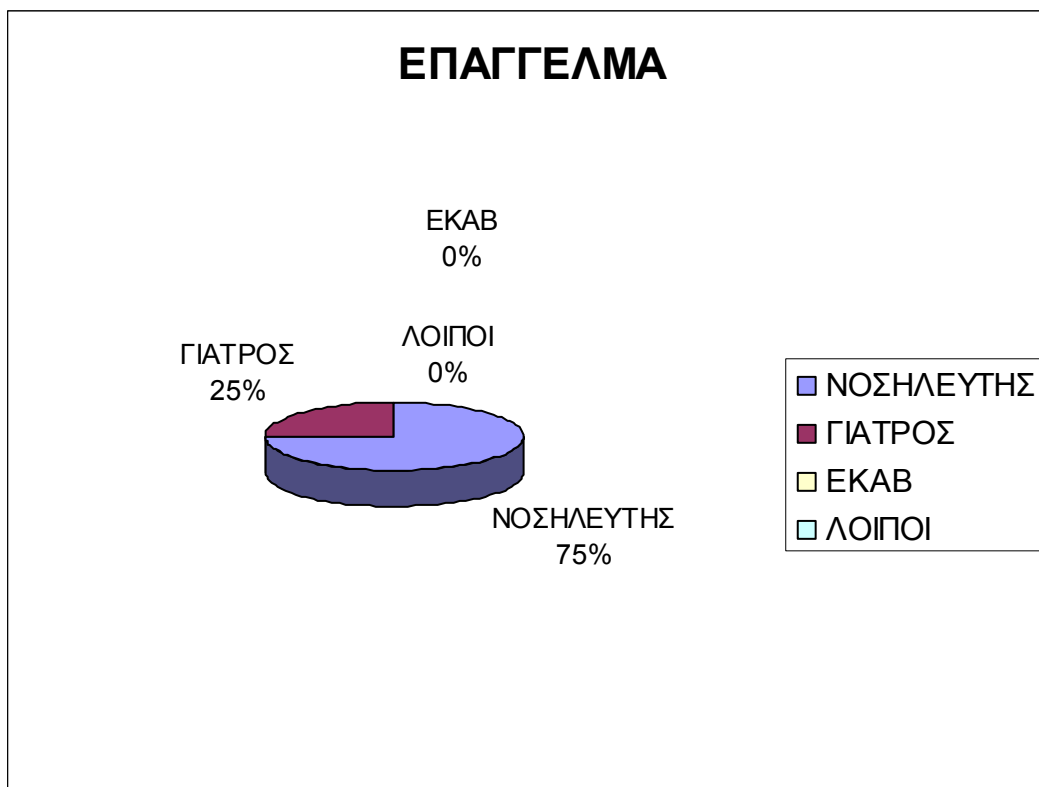
Ποσοστό ανδρών & γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα μας

ΓΡΑΦΗΜΑ 2



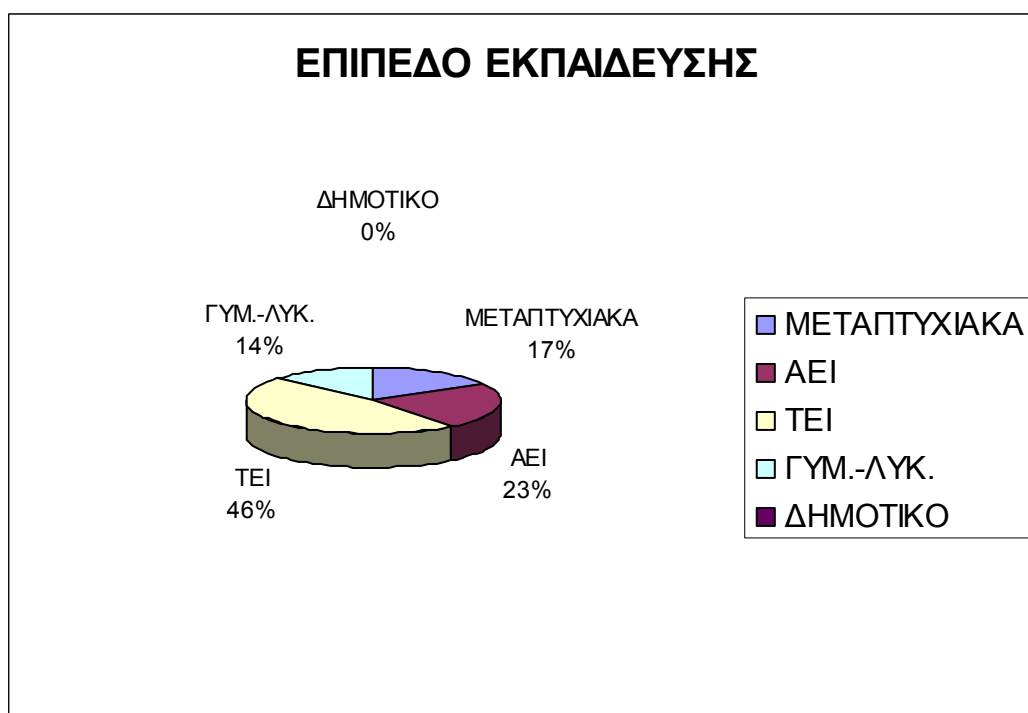
Ηλικία των συμμετεχόντων που έλαβαν μέρος στην έρευνα μας

ΓΡΑΦΗΜΑ 3



Επαγγελματική ιδιότητα των συμμετεχόντων

ΓΡΑΦΗΜΑ 4



ΓΡΑΦΗΜΑ 5

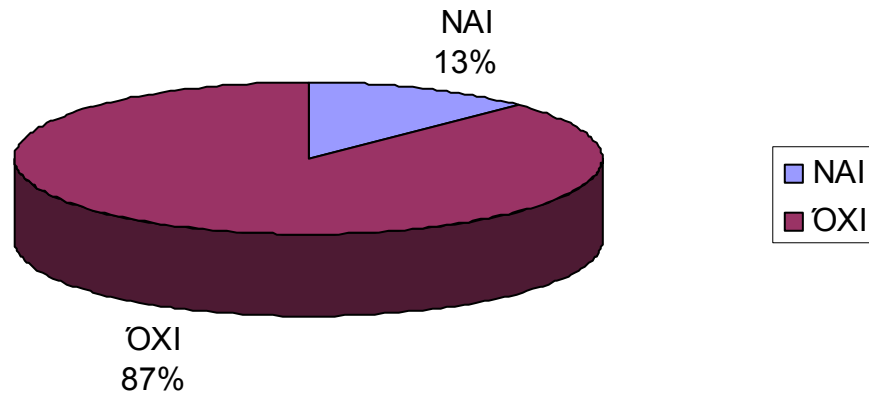


ΓΡΑΦΗΜΑ 6



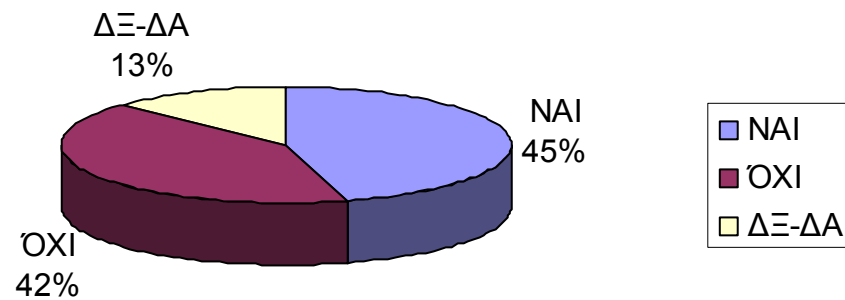
ΓΡΑΦΗΜΑ 7

**ΕΙΝΑΙ ΕΤΟΙΜΗ Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ
ΓΙΑ ΝΑ ΔΕΧΤΕΙ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ
ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ;**



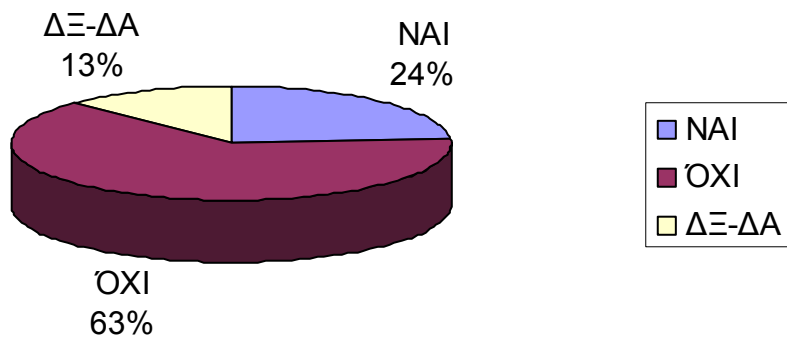
ΓΡΑΦΗΜΑ 8

**ΠΙΣΤΕΥΤΕ ΟΤΙ Η ΑΠΟΦΑΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ
ΤΕΡΜΑΤΙΣΜΟ ΤΗΣ ΖΩΗΣ, ΣΕ
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΙΑΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ,
ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΜΟΝΟ ΤΟΥ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ;**



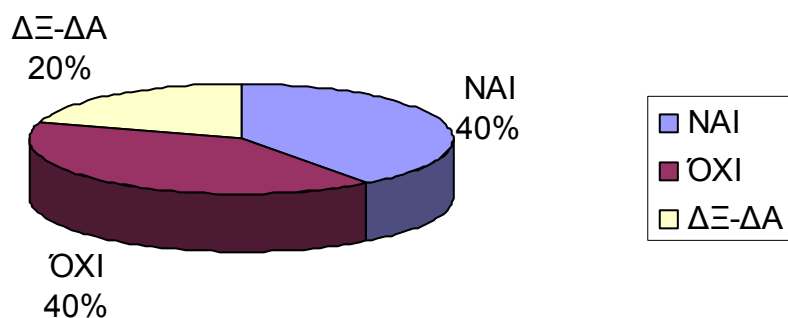
ΓΡΑΦΗΜΑ 9

**ΜΠΟΡΕΙ Ο ΓΙΑΤΡΟΣ ΝΑ ΕΦΑΡΜΟΣΕΙ,
ΥΠΟ ΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ,
ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΧΩΡΙΣ ΤΗΝ
ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ;**



ΓΡΑΦΗΜΑ 10

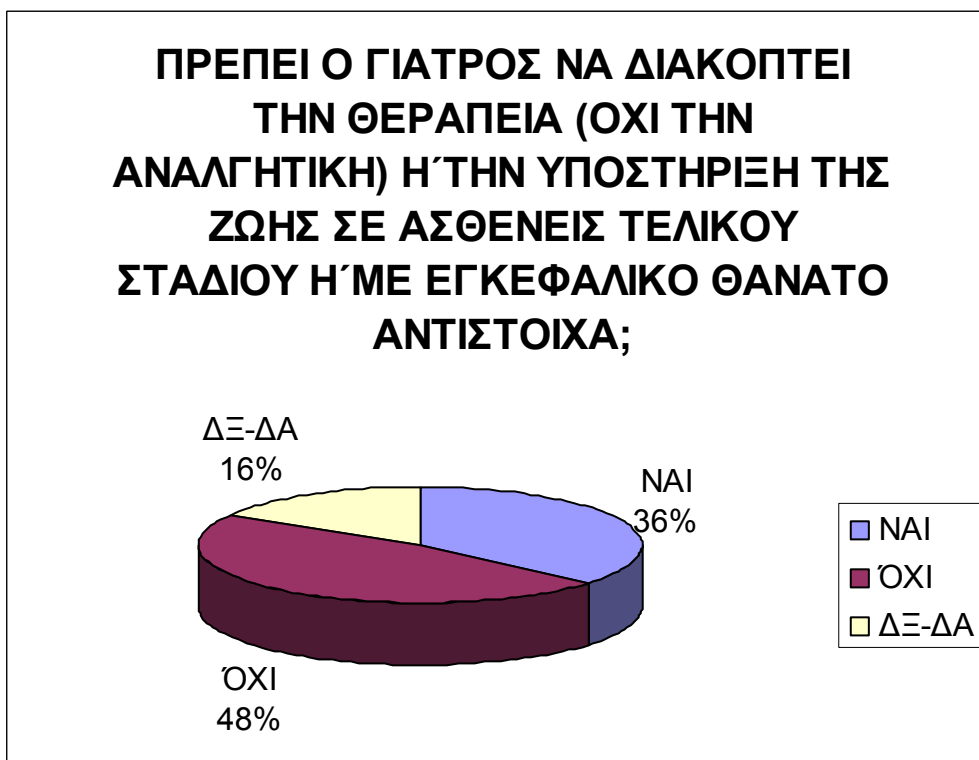
**ΘΑ ΔΙΝΑΤΕ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΑΣ
ΓΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ
ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΣΕ ΕΝΑ
ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΘΑΝΑΤΟ
ΣΤΗ ΜΕΘ, ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΙ ΕΝΑΣ ΑΛΛΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ
ΠΟΥ ΤΟ ΕΧΕΙ ΑΝΑΓΚΗ;**



ΓΡΑΦΗΜΑ 11

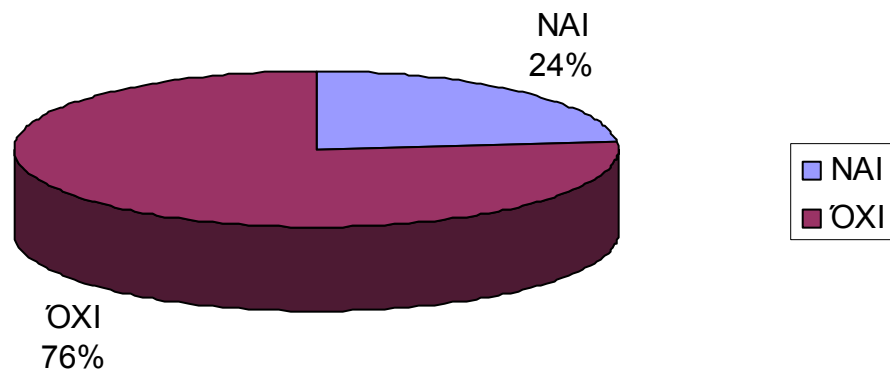


ΓΡΑΦΗΜΑ 12



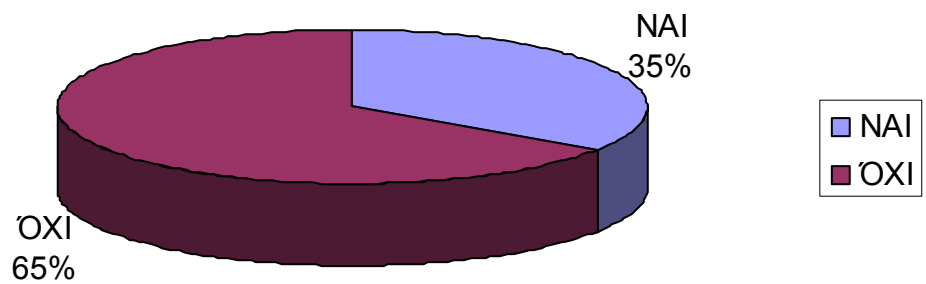
ΓΡΑΦΗΜΑ 13

**ΘΑ ΔΙΝΑΤΕ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΑΣ
ΓΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΣΕ
ΚΑΠΟΙΟ ΔΙΚΟ ΣΑΣ ΠΡΟΣΩΠΟ;**



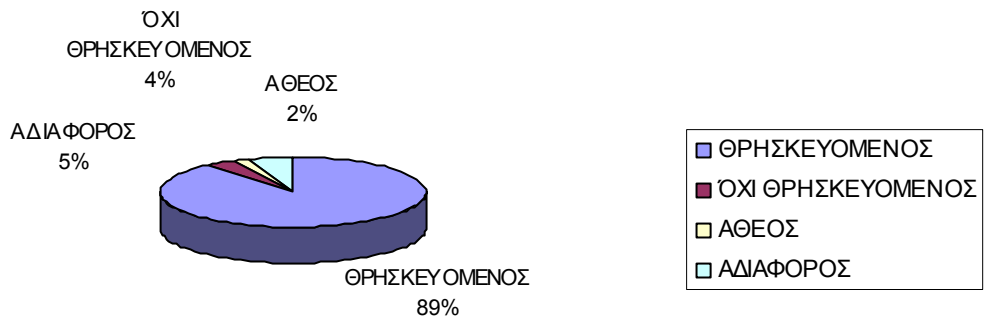
ΓΡΑΦΗΜΑ 14

**ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ
ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ;**



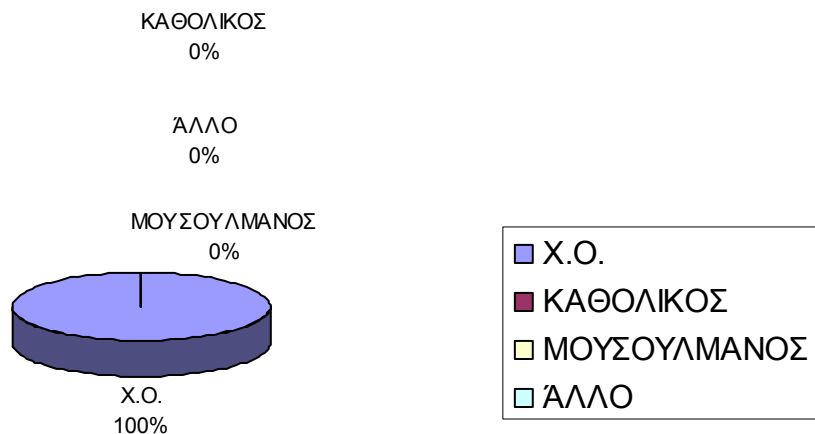
ΓΡΑΦΗΜΑ 15

**ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΜΕ ΤΟ ΑΝ
ΕΚΚΛΗΣΙΑΖΕΣΤΕ Η Ή ΟΧΙ ΠΩΣ ΘΑ
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ;**



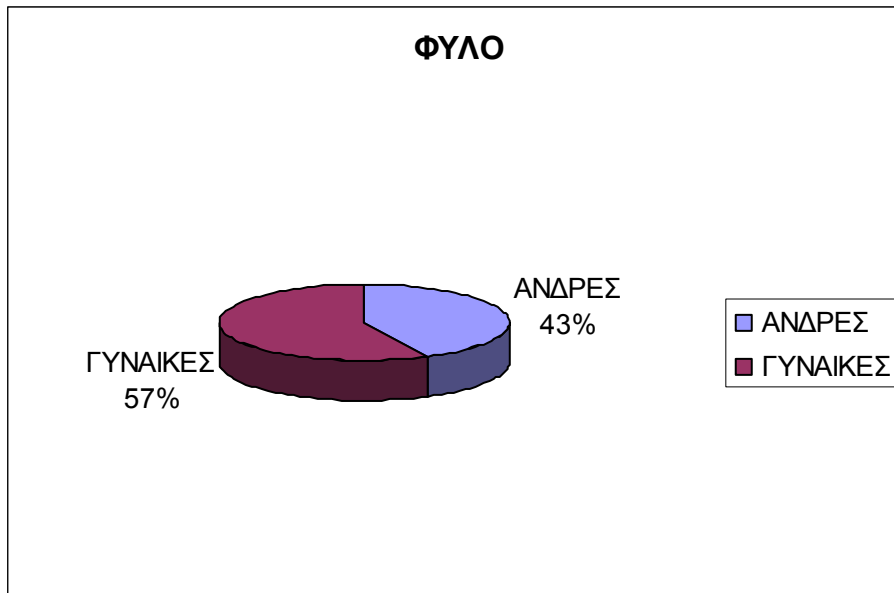
ΓΡΑΦΗΜΑ 16

ΘΡΗΣΚΕΥΜΑ



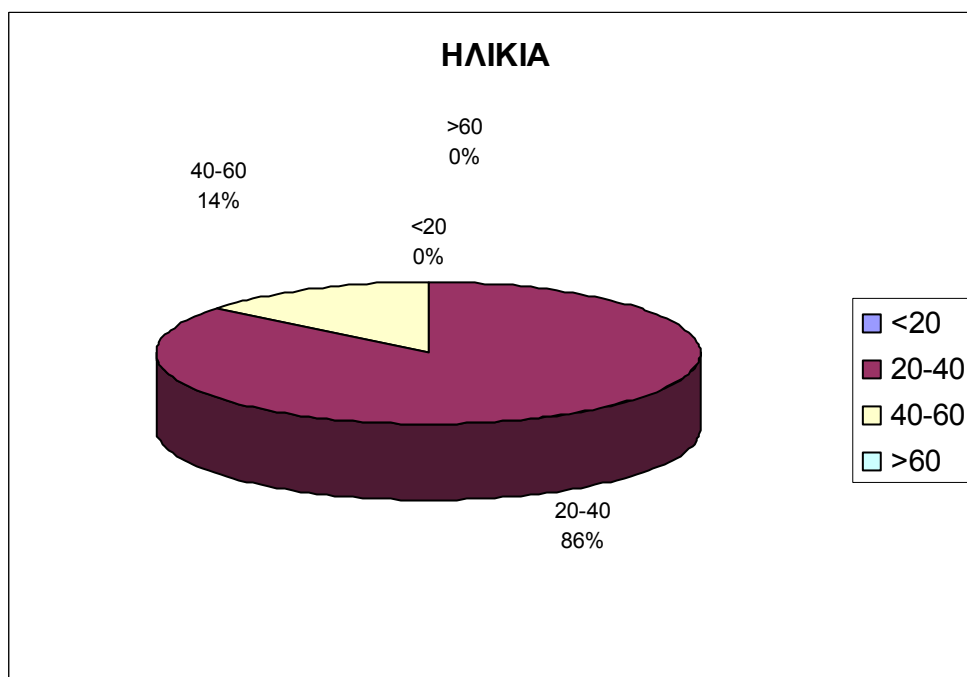
ΛΟΙΠΟΙ

ΓΡΑΦΗΜΑ 1



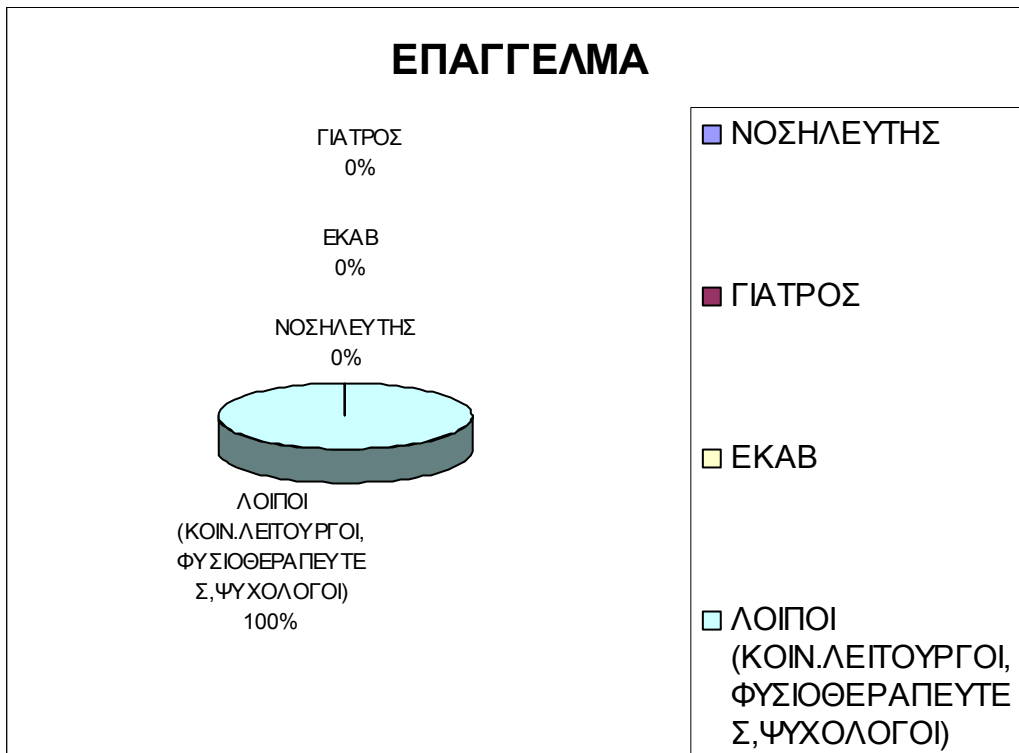
Ποσοστό ανδρών & γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα μας

ΓΡΑΦΗΜΑ 2



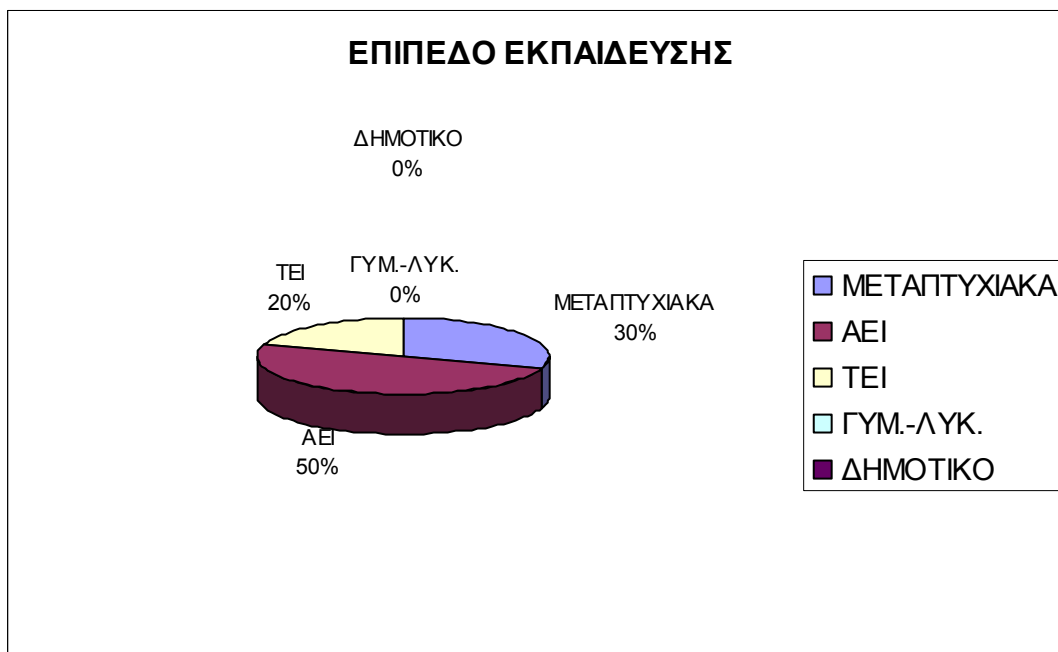
Ηλικία των συμμετεχόντων που έλαβαν μέρος στην έρευνα μας

ΓΡΑΦΗΜΑ 3

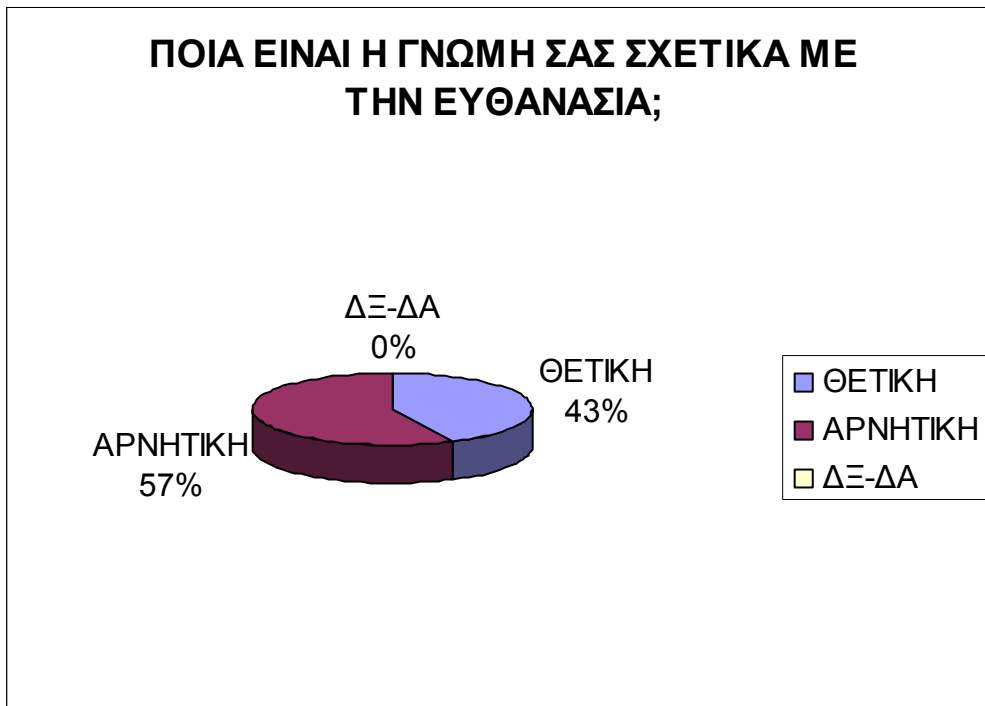


Επαγγελματική ιδιότητα των συμμετεχόντων

ΓΡΑΦΗΜΑ 4



ΓΡΑΦΗΜΑ 5

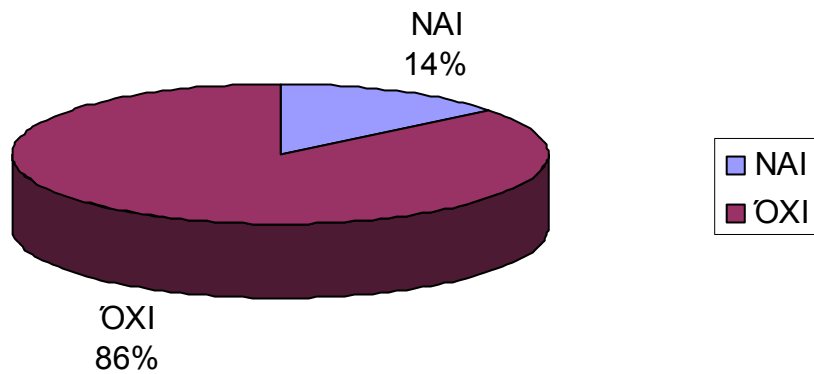


ΓΡΑΦΗΜΑ 6



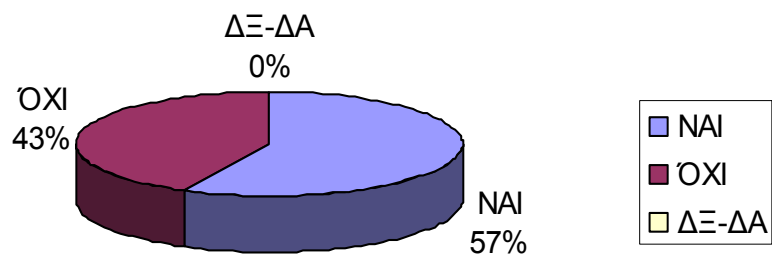
ΓΡΑΦΗΜΑ 7

**ΕΙΝΑΙ ΕΤΟΙΜΗ Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ
ΓΙΑ ΝΑ ΔΕΧΤΕΙ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ
ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ;**



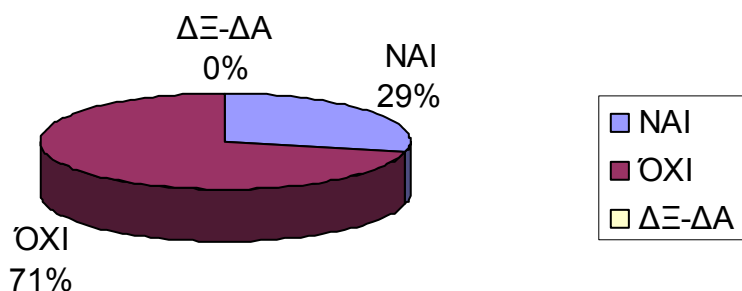
ΓΡΑΦΗΜΑ 8

**ΠΙΣΤΕΥΤΕ ΟΤΙ Η ΑΠΟΦΑΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ
ΤΕΡΜΑΤΙΣΜΟ ΤΗΣ ΖΩΗΣ, ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ
ΑΝΙΑΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ, ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ
ΜΟΝΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ;**



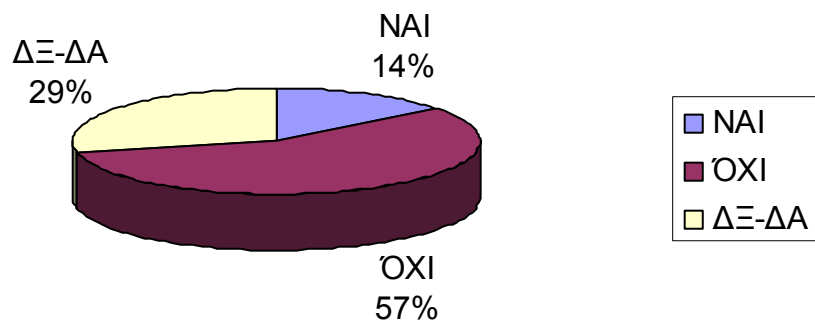
ΓΡΑΦΗΜΑ 9

**ΜΠΟΡΕΙ Ο ΓΙΑΤΡΟΣ ΝΑ ΕΦΑΡΜΟΣΕΙ,
ΥΠΟ ΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ,
ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΧΩΡΙΣ ΤΗΝ
ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ;**



ΓΡΑΦΗΜΑ 10

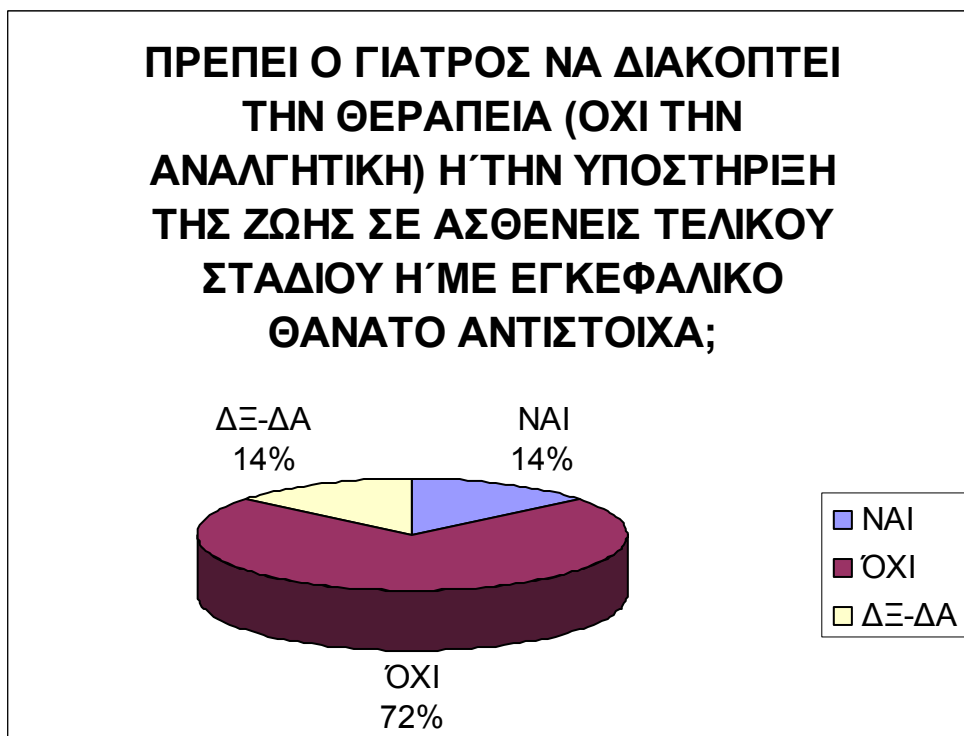
**ΘΑ ΔΙΝΑΤΕ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΑΣ
ΓΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ
ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΣΕ ΕΝΑ
ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΘΑΝΑΤΟ
ΣΤΗ ΜΕΘ, ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΙ ΕΝΑΣ ΑΛΛΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ
ΠΟΥ ΤΟ ΕΧΕΙ ΑΝΑΓΚΗ;**



ΓΡΑΦΗΜΑ 11



ΓΡΑΦΗΜΑ 12



ΓΡΑΦΗΜΑ 13

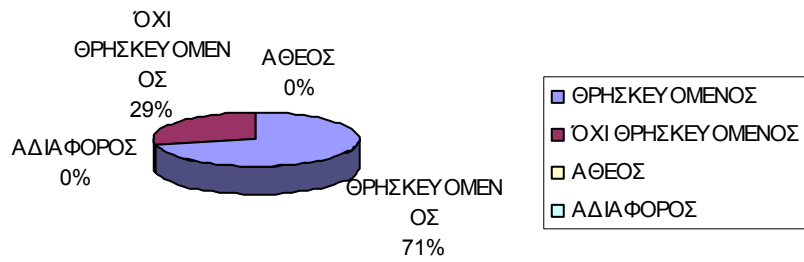


ΓΡΑΦΗΜΑ 14



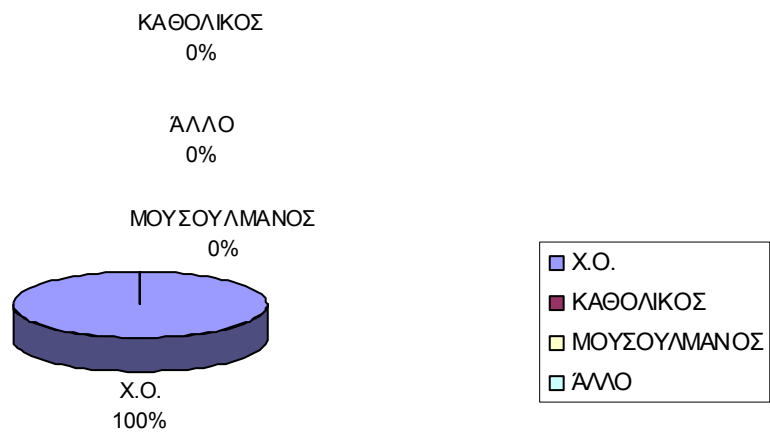
ΓΡΑΦΗΜΑ 15

ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΜΕ ΤΟ ΑΝ ΕΚΚΛΗΣΙΑΖΕΣΤΕ Η Ή ΟΧΙ ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ;



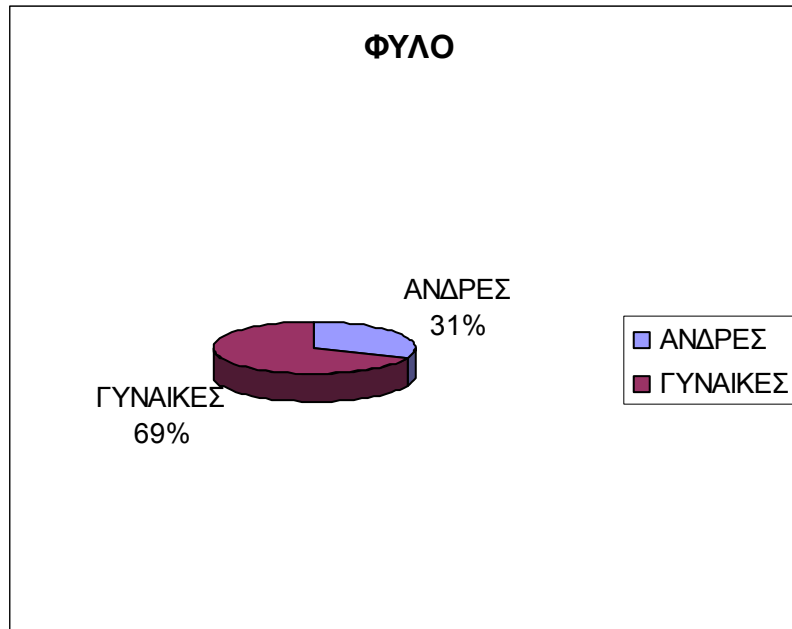
ΓΡΑΦΗΜΑ 16

ΘΡΗΣΚΕΥΜΑ



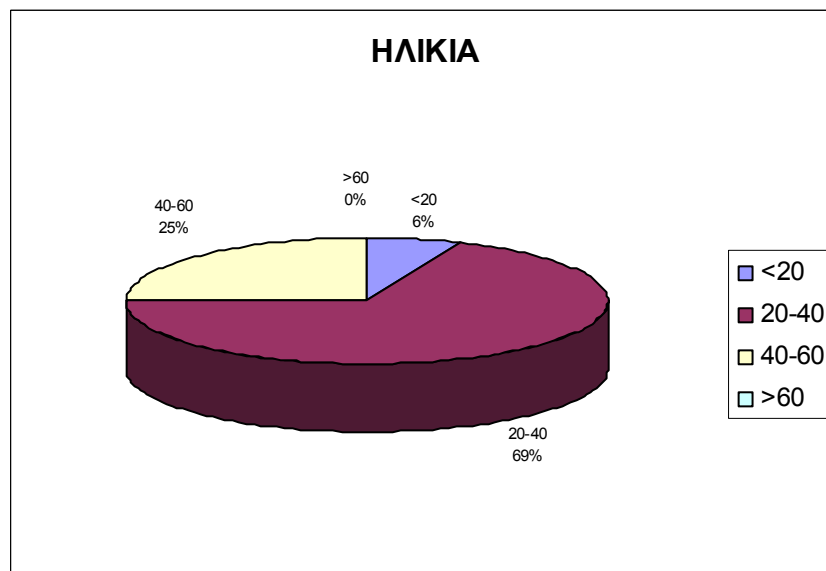
Τ.Ε.Π.

ΓΡΑΦΗΜΑ 1



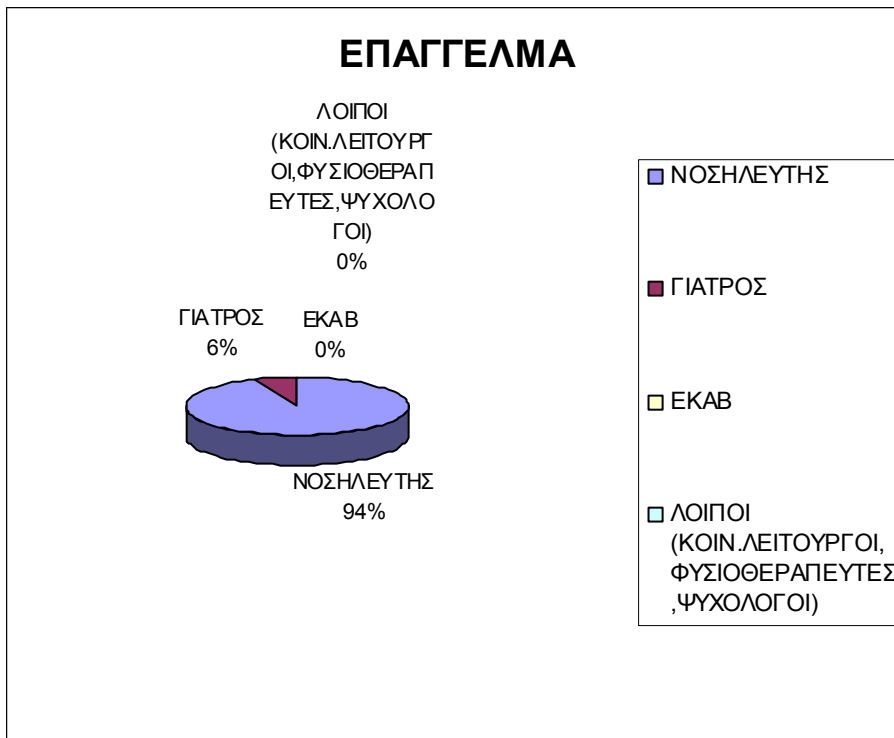
Ποσοστό ανδρών & γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα μας

ΓΡΑΦΗΜΑ 2

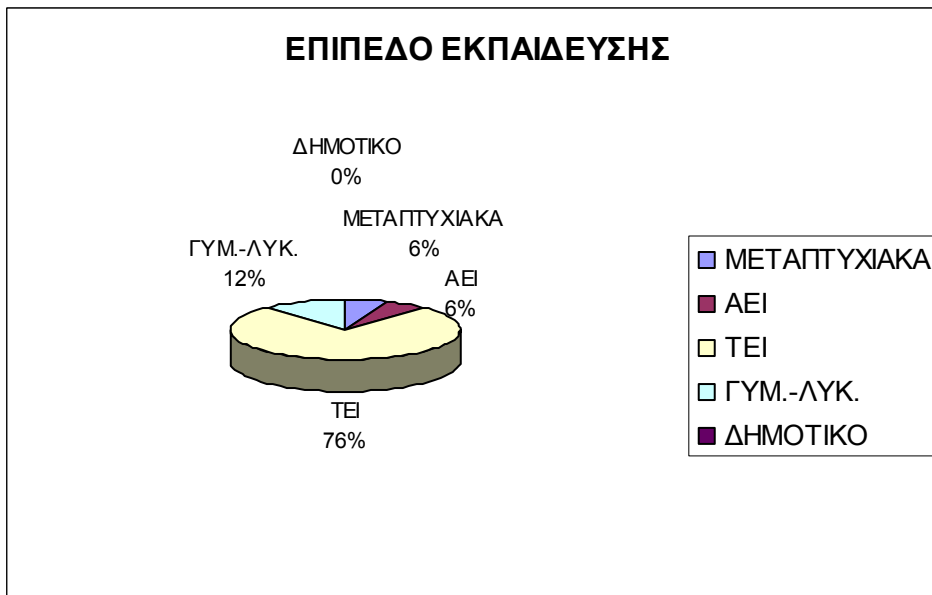


Ηλικία των συμμετεχόντων που έλαβαν μέρος στην έρευνα μας

ΓΡΑΦΗΜΑ 3



ΓΡΑΦΗΜΑ 4



Επαγγελματική ιδιότητα των συμμετεχόντων

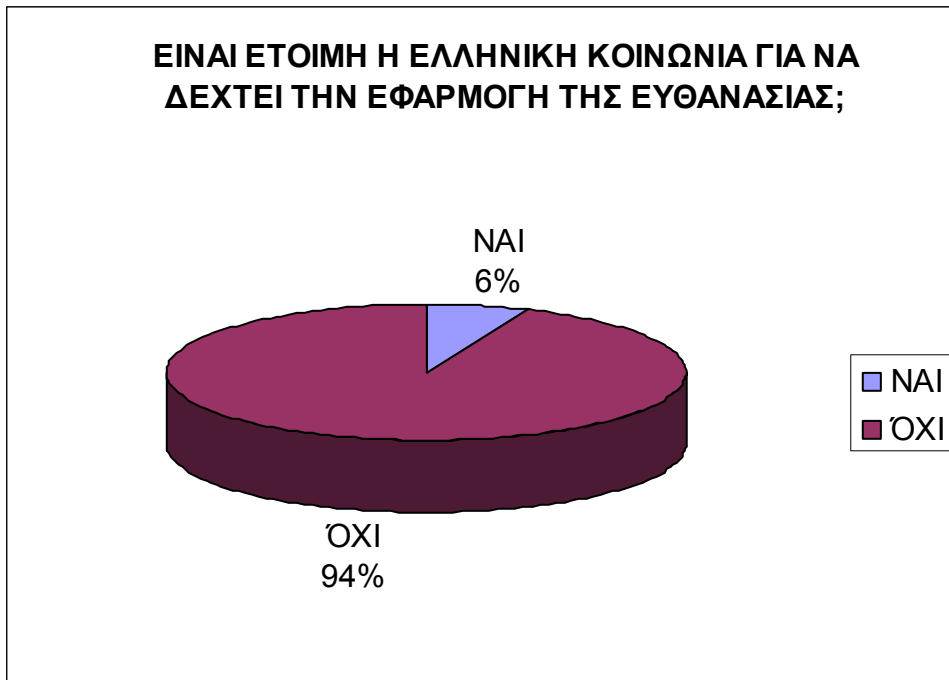
ΓΡΑΦΗΜΑ 5



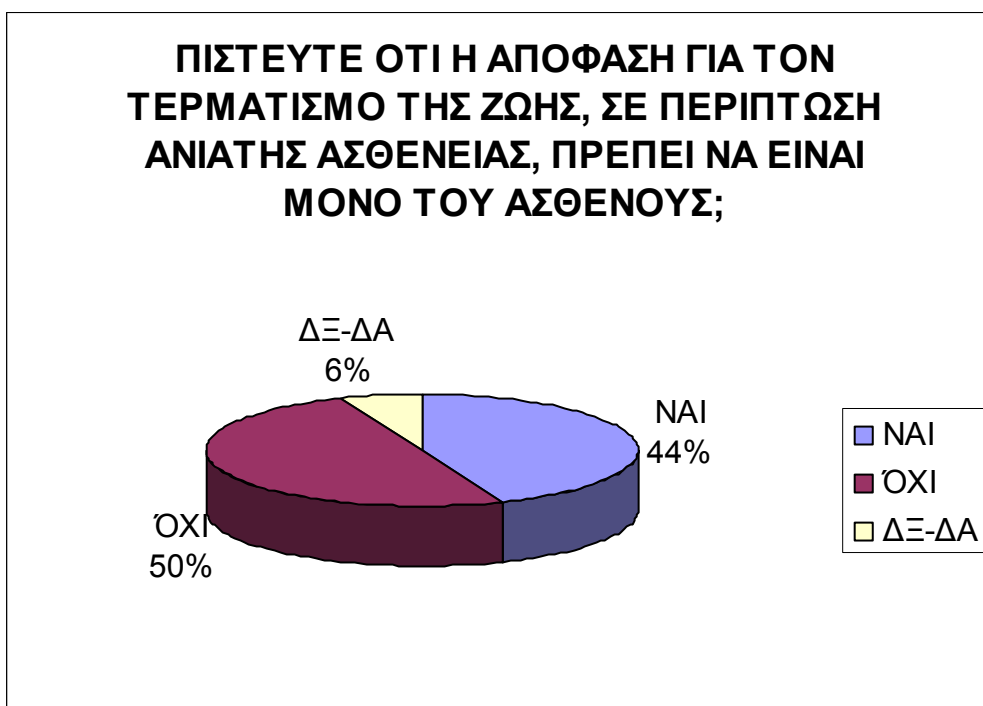
ΓΡΑΦΗΜΑ 6



ΓΡΑΦΗΜΑ 7



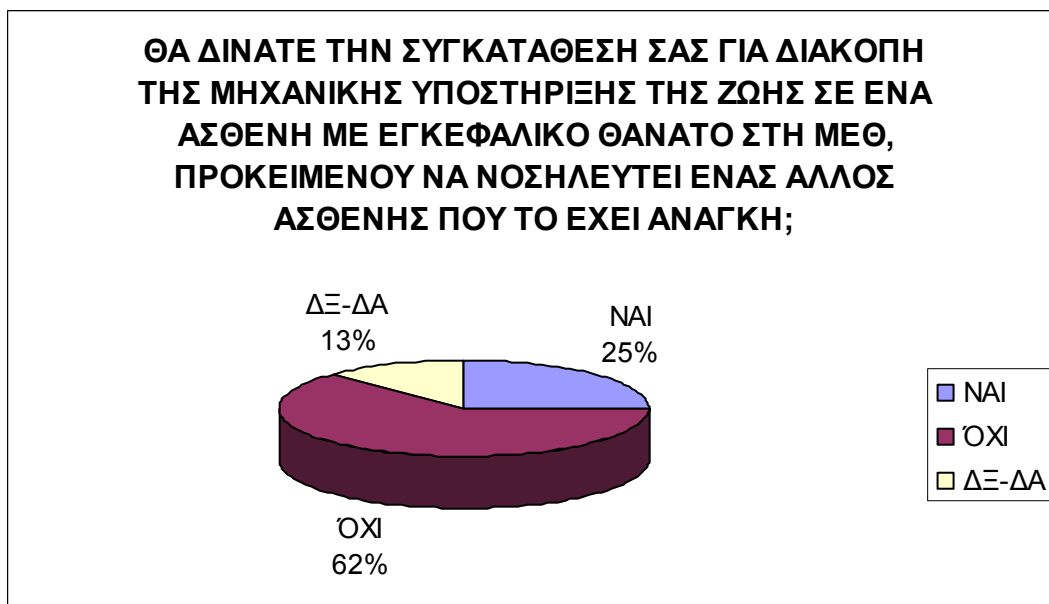
ΓΡΑΦΗΜΑ 8



ΓΡΑΦΗΜΑ 9



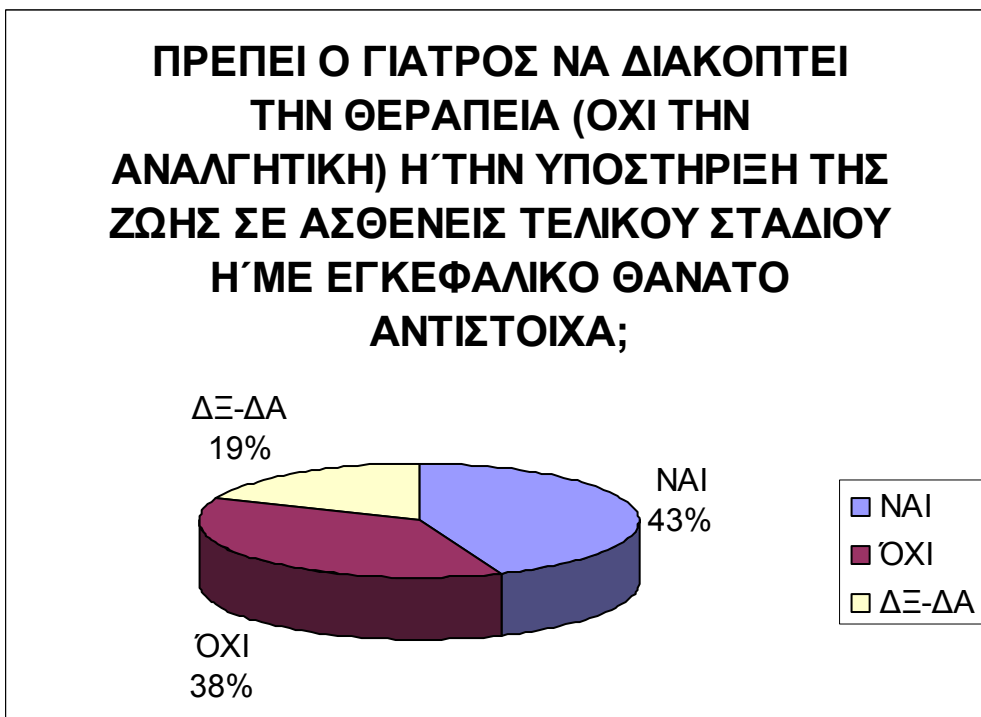
ΓΡΑΦΗΜΑ 10



ΓΡΑΦΗΜΑ 11

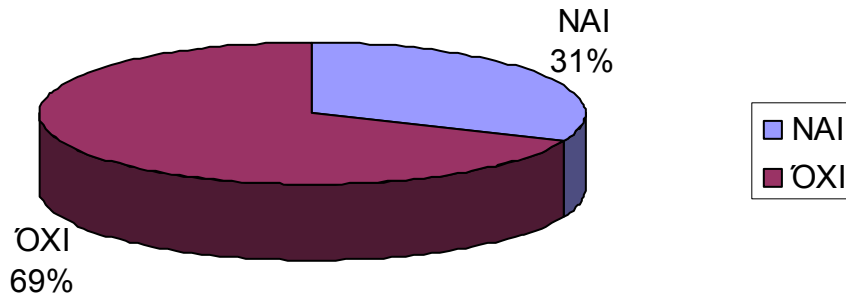


ΓΡΑΦΗΜΑ 12



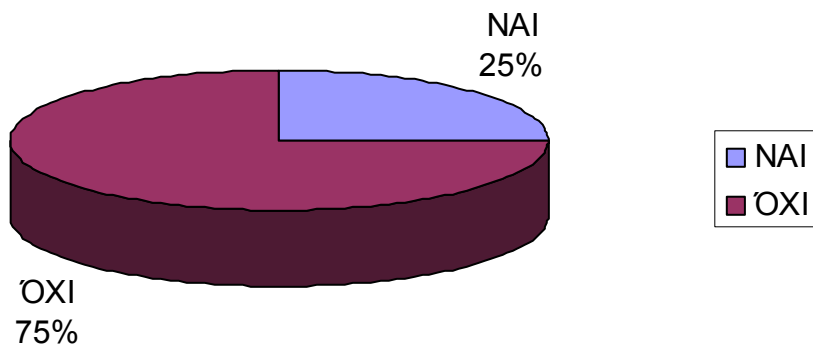
ΓΡΑΦΗΜΑ 13

**ΘΑ ΔΙΝΑΤΕ ΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΑΣ ΓΙΑ
ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΣΕ ΚΑΠΟΙΟ
ΔΙΚΟ ΣΑΣ ΠΡΟΣΩΠΟ;**



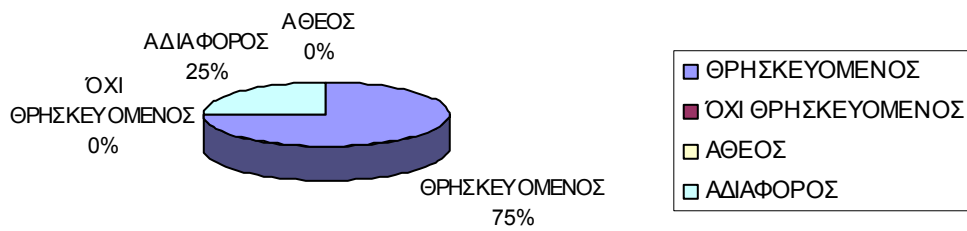
ΓΡΑΦΗΜΑ 14

**ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ
ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ;**



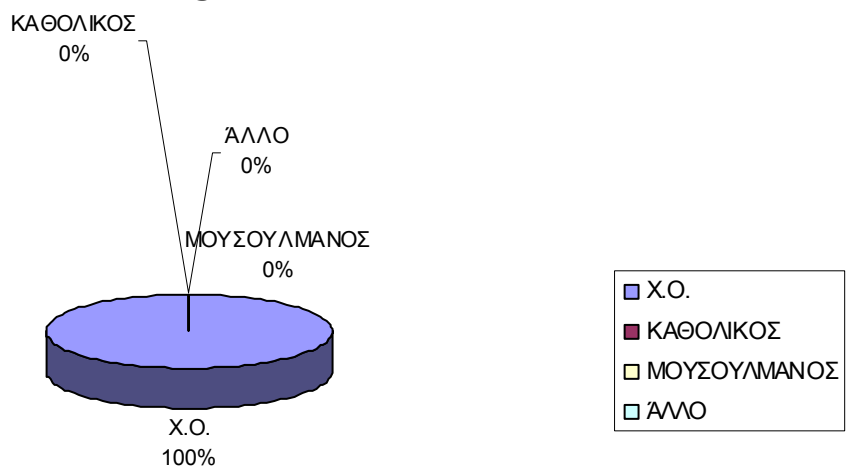
ΓΡΑΦΗΜΑ 15

**ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΜΕ ΤΟ ΑΝ
ΕΚΚΛΗΣΙΑΖΕΣΤΕ Η Ή ΟΧΙ ΠΩΣ ΘΑ
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ;**



ΓΡΑΦΗΜΑ 16

ΘΡΗΣΚΕΥΜΑ



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ευθανασία στην Ελλάδα σήμερα, είναι ένα θέμα το οποίο έχει εξελιχτεί σε μείζον κοινωνικό ζήτημα με τεράστιες διαστάσεις. Ερευνητές, ψυχολόγοι, νομικοί, θεολόγοι, κοινωνιολόγοι, επαγγελματίες υγείας, κοινοβούλια, εκκλησίες και άλλοι παράγοντες έχουν αναλάβει μεγάλο αγώνα να πείσει ο καθένας τους άλλους για την ορθότητα των θέσεων του.

Στη σημερινή κοινωνία οι γνώμες για την εφαρμογή της ευθανασίας διίστανται. Πολλοί είναι εκείνοι που πιστεύουν ότι ο κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα στη ζωή όπως και αν είναι αυτή. Άλλοι πάλι πιστεύουν στον αξιοπρεπή, ανώδυνο θάνατο. Τα αποτελέσματα πολλών μελετών, ως βασική αιτία εφαρμογής της ευθανασίας είναι το μη ανατάξιμο κώμα και ο εγκεφαλικός θάνατος.

Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι η αντιπαράθεση με ένα αίτημα για ευθανασία είναι σχεδόν αναπόφευκτο για πολλούς επαγγελματίες υγείας, είναι σημαντικό ότι υπάρχει μια προσωπική στάση. Οι ιατροί, οι νοσηλευτές και οι υπόλοιποι εργαζόμενοι έχουν την προσωπική τους άποψη σχετικά με την εφαρμογή της ευθανασίας, παρόλα αυτά όμως είναι παραδεχτό ότι ο σχηματισμός σαφούς γνώμης δεν είναι εύκολη. Ο McInerney και ο Seibold (1995) απέδειξαν ότι η δυσκολία αυτή οφείλεται στη σύνθετη και ιδιαίτερη φύση της ευθανασίας. Η μελέτη μας επιβεβαιώνει αυτό το εύρημα. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες σε αυτήν δεν ήταν εκ των προτέρων αντίθετοι με την ευθανασία. Η στάση τους σχετιζόταν με προσωπικές αντιλήψεις βιώματα και πιστεύω, ενώ δεν βρέθηκε συσχέτιση με το αντικείμενο-θέση εργασίας τους. Σύμφωνα με τους περισσότερους, η ευθανασία θα μπορούσε να εφαρμοστεί σε έναν ασθενή που υποφέρει και που δεν υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις προκειμένου να απαλυνθεί αυτός ο πόνος του. Θα μπορούσε δηλαδή η ευθανασία να αποτελέσει την τελική λυτρωτική επιλογή, και να γίνει έτσι αποδεκτή, σε έναν άνθρωπο που δεν μπορεί να περιμένει τίποτα και όταν βέβαια το απαιτεί και ο ίδιος. Παρόλα αυτά οι επιφυλάξεις είναι ακόμα σημαντικές και η στάση απέναντι στην ευθανασία δεν χαρακτηρίζεται από άσπρο-μαύρο.

Στη μελέτη που πραγματοποιήσαμε, προσπαθήσαμε να διαμορφώσουμε καλύτερη αντίληψη για τις απόψεις αλλά και τις εμπειρίες των επαγγελματιών υγείας. Η προσέγγιση μας στους επαγγελματίες υγείας, έγινε μέσω ενός ερωτηματολογίου το οποίο δομήθηκε για τις ανάγκες της συγκεκριμένης μελέτης. Ο συγκεκριμένος τρόπος αποτίμησης της γνώμης κάποιων ανθρώπων πάνω σε ένα τόσο σημαντικό θέμα, ενδέχεται μοιραία να οδηγήσει σε μεθοδολογικά σφάλματα. Παρόλα αυτά εκτιμάται ότι εξήχθησαν αρκετά ενδιαφέροντα αποτελέσματα, τα οποία αποτυπώνουν τις σκέψεις και τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας πάνω στο ζήτημα. Αξίζει να σημειωθεί επίσης ότι από την συντριπτική πλειονότητα των συμμετεχόντων υπήρξαν θετικές κρίσεις, γεγονός που φανερώνεται και από την καθολική συμμετοχή αυτών στην ερευνητική διαδικασία.

Αναφορικά με τα αποτελέσματα, βρέθηκε ότι στα Παθολογικά τμήματα, το 52% των ερωτηθέντων ήταν αρνητικοί απέναντι στην εφαρμογή της ευθανασίας. Αντίθετα, στη Μ.Ε.Θ, το 67% ήταν θετικοί για εφαρμογή της ευθανασίας. Στα χειρουργικά τμήματα, το 47% ήταν αρνητικοί και μόλις το 5% δεν απάντησε. Ενδεχομένως το αυξημένο αυτό ποσοστό των εργαζομένων στη ΜΕΘ να εξηγείται από το γεγονός ότι αυτοί αντιμετωπίζουν πολύ σοβαρά πάσχοντες, ενίοτε με μικρό προσδόκιμο επιβίωσης και οι οποίοι υποφέρουν σε πολύ μεγάλο βαθμό.

Στη παρούσα μελέτη, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν θα έδιναν τη συγκατάθεση τους για εφαρμογή ευθανασίας σε δικό τους πρόσωπο. Όσοι εκ των οποίων θα δικαιολογούσαν την εφαρμογή της ευθανασίας σε κάποιον ασθενή, αυτό θα ήταν σε εγκεφαλικό θάνατο ή σε περίπτωση ανίατης ασθένειας.

Στην ερώτηση για το αν γνωρίζουν περιπτώσεις ευθανασίας στο εργασιακό τους περιβάλλον, τα αποτελέσματα, κατά κύριο λόγο, ήταν αρνητικά. Προκαλεί γεγονός ότι στη Μ.Ε.Θ οι θετικές απαντήσεις έφτασαν στο ποσοστό του 52%. Το ποσοστό αυτό μπορεί να εξηγηθεί στο ότι στη Μ.Ε.Θ, λόγω των πολύ σοβαρών περιστατικών που νοσηλεύονται ίσως να τίθεται συχνότερα το δίλημμα για εφαρμογή οποιασδήποτε μορφής ευθανασίας. Σε μια παλαιότερη έρευνα είχε βρεθεί ότι 3 στους 10 Έλληνες εντατικολόγους χορηγούν φάρμακα στους ασθενείς τους για να επιταχύνουν τον θάνατο τους, ακόμα και αν δε τους έχει ζητηθεί από τους πάσχοντες ή τους συγγενείς του.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ανασκοπώντας και συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας και συνάρτηση με αυτά που έχουν δημοσιευτεί στην ξενόγλωσση βιβλιογραφία από αντίστοιχες μελέτες, μπορούμε να πούμε τα εξής:

- Η ευθανασία, στην οποιαδήποτε της μορφή, αποτελεί μια πράξη που γεννά πολλή συζήτηση και προβληματισμό. Αποτελεί ένα κοινωνικό ζήτημα, το οποίο έχει πάρει τεράστιες διαστάσεις και ένα από τα πολυπλοκότερα ιατροκοινωνικά προβλήματα της εποχής μας.
- Παρότι υπάρχουν λίγες χώρες που την έχουν αποδεχτεί ως νομότυπη, φαίνεται ότι οι άνθρωποι σε όλο τον κόσμο – και φυσικά στην Ελλάδα, με την μετριοπαθή θεώρηση καινοτομιών τέτοιου είδους - την αντιμετωπίζουν με περισσή περίσκεψη και επιφύλαξη.
- Είναι σαφές, ότι η πληροφόρηση για την ευθανασία στο ευρύ κοινό είναι ελλιπέστατη. Συνεπώς θα πρέπει να υπάρξει μια ολοκληρωμένη ενημέρωση για τις αιτίες, τους τρόπους και ότι άλλο αφορά την εφαρμογή της.
- Σε μια εποχή πλήρους οικονομικής αποτίμησης και κοστολόγησης της ανθρώπινης ζωής σε μια χώρα όπου η ιδιωτική υγεία είναι ακριβή και η δημόσια υγεία νοσεί και υπολείπεται, πρέπει να προσεχτεί ιδιαίτερα πότε συντρέχουν λόγοι ευθανασίας και πότε όχι.
- Το ενδεχόμενο καθιέρωσης και κρατικής θεσμοθέτησης οποιασδήποτε μορφής ευθανασίας απαιτεί πολύ αυστηρό νομικό πλαίσιο το οποίο θα διασφαλίζει την εφαρμογή των αμιγώς ιατρικών κριτηρίων – χωρίς να λαμβάνεται υπόψη οποιαδήποτε άλλη σκοπιμότητα – πάντοτε βέβαια με την συγκατάθεση του ασθενούς.
- Ακόμα όμως και σε ένα τέτοιο ενδεχόμενο, τίθενται πολύ σοβαρά, ηθικής φύσεως διλλήματα και η απόλυτη αντίληψη για την αξία της ανθρώπινης ζωής και το αυτεξούσιο αυτής, όπως την υποστηρίζει και την προβάλλει η χριστιανική πίστη.
- Επίλογος στην ευθανασία δεν μπορεί να υπάρξει...

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Bilsen JJ, Vander Stichele RH, Mortier F, Deliens L. Involvement of nurses in physician-assisted dying. *J Adv Nurs*. 2004 Sep;47(6):583-91.
2. Deliens L, Mortier F, Bilsen J, Cosyns M, Vander Stichele R, Vanoverloop J, Ingels K. End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey. *Lancet*. 2000 Nov 25;356(9244):1806-11.
3. Mortier F, Bilsen J, Vander Stichele RH, Bernheim J, Deliens L. Attitudes, sociodemographic characteristics, and actual end-of-life decisions of physicians in Flanders, Belgium. *Med Decis Making*. 2003 Nov-Dec;23(6):502-10.
4. Sugarman DB, Montvilo RK, Matarese CJ. Neonatal euthanasia: attributions of students and nurses. *J Soc Issues*. 1996 Summer;52(2):189-205.
5. Hilden HM, Louhiala P, Honkasalo ML, Palo J. Finnish nurses' views on end-of-life discussions and a comparison with physicians' views. *Nurs Ethics*. 2004 Mar;11(2):165-78.
6. Konishi E. Nurses' attitudes towards developing a do not resuscitate policy in Japan. *Nurs Ethics*. 1998 May;5(3):218-27.
7. Lofmark R, Nilstun T. Deciding not to resuscitate. Responsibilities of physicians and nurses--a proposal. *Scand J Caring Sci*. 1997;11(4):207-11.
8. Frampton MW, Mayewski RJ. Physicians' and nurses' attitudes toward withholding treatment in a community hospital. *J Gen Intern Med*. 1987 Nov-Dec;2(6):394-9.
9. Αβραμίδης Αθανάσιος.
Ευθανασία.
Ακρίτα, Αθήνα 1995.
10. Νικολάου Κοΐου
Ηθική θεώρηση των τεχνικών παρεμβάσεων στο ανθρώπινο γονιδίωμα.
Κέντρο βιοϊατρικής ηθικής και δεοντολογίας,
Αθήνα 2003.
11. Το πρόβλημα της ευθανασίας.
Αποστολική διακονία, Πρακτικά επιστημονικού συμποσίου
17-18 Μαΐου 2002, Θεσσαλονίκη.

