

**ΑΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

«Η στάση των νοσηλευτών απέναντι στην ευθανασία και οι παράγοντες που την επηρεάζουν»

ΜΠΙΤΖΑΡΑΚΗ ΣΤΕΛΛΑ
ΤΣΙΛΙΑΗ ΑΡΙΣΤΕΑ
ΦΑΝΤΑΟΥΤΣΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

Επιβλέπων καθηγητής:
Παχούμη Δέσποινα.

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ	8
1. ΜΟΡΦΕΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ	11
1.1. Εθελοντική ή εκούσια ενεργητική ευθανασία.....	11
1.2. Μη εθελοντική ενεργητική η κατά παραγγελία	12
1.3. Παθητική ευθανασία	12
1.3.1. Τύποι παθητικής ευθανασίας.....	13
1.3.2. Ευθανασία του τύπου Living Will, ή Εθελοντική με «Συμβόλαιο ή Διαθήκη Θανάτου».....	13
1.4. Η εφαρμοζόμενη ευθανασία στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας	13
1.5. Υποβοηθούμενη αυτοκτονία	14
1.6. Έμμεση ενεργητική ευθανασία	14
1.7. Ευγονική ευθανασία	15
1.8. Δυσθανασία	15
1.9. Ορθοθανασία	16
2. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	17
2.1. Ορισμός του εγκεφαλικού θανάτου.....	17
3. Ηθικά ζητήματα	19
3.1. Ζωή.....	19
3.2. Τι είναι ζωή.....	19
3.3. Είναι η ζωή απόλυτη αξία;	20
3.4. Δικαίωμα- Καθήκον	21
3.4.1 Δικαίωμα και Καθήκον στην Ζωή.....	22
3.4.2. Δικαίωμα και Καθήκον στον Θάνατο	23
3.4.3. Ιατρικό Καθήκον	24
3.4.4. Αυτοκαθορισμός.....	25
3.4.5. Πράξη- παράληψη	27
4. ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ	30
4.1. Επιχειρήματα υπέρ της ευθανασίας.....	30
4.2. Επιχειρήματα κατά της Ευθανασίας.....	33
5. ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	38
5.1. ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ	38
5.2. ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	39
5.3. ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ	42
6. ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ	47
6.1. ΟΛΛΑΝΔΙΑ	47
6.2. ΕΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	49
6.2.1. Αγγλία.....	49
6.2.2. Σκοτία.....	51
6.3. ΗΠΑ	52
6.4. ΚΑΝΑΔΑΣ.....	52
7. ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	54
7.1. Σκοποθεσία.....	54
7.2. Αισθητική	56

7.3.	Οι θέσεις της ιατρικής δεοντολογίας.....	57
7.4.	ΗΘΙΚΗ ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	58
7.4.1.	Οι ηθικές θεωρίες και οι δυσκολίες τους.....	58
7.4.2.	Δεοντοκρατία.....	59
7.4.3.	Κριτική της δεοντοκρατίας.....	60
7.4.4.	Υπεράσπιση της δεοντοκρατίας	60
7.5.	Ωφελιμισμός	60
7.5.1.	Το επιχείρημα της ολισθηρότητας και η κριτική του.....	62
7.5.2.	Ο άδηλος ρεαλισμός του ωφελιμισμού.	62
7.5.3.	Θεωρητική αδυναμία και εναλλακτική προσέγγιση.....	62
8.	ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ	64
8.1.	Αρχαία Ελλάδα.....	64
8.2.	Παλαιά Διαθήκη	67
8.3.	Χριστιανική εποχή.....	68
8.4.	Μεσαίωνας και Νεώτεροι χρόνοι	69
8.5.	Νεώτερα χρόνια.....	71
8.5.1.	Ναζιστική Γερμανία	71
8.5.2.	Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΜΑΣ.....	73
8.6.	ΟΙ ΘΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΘΡΗΣΚΕΙΩΝ	73
8.6.1.	Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΟΡΘΟΔΟΞΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ. Η ΧΡΙΣΤΙΑΝΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	75
9.	ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΤΑΦΥΓΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	79
10.	ΠΕΡΙΛΗΨΗ	86
11.	ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	87
	ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΑΝΑ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	87
12.	ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	93
13.	ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	95
13.1.	ΔΕΙΓΜΑ	96
	ΑΠΑΝΤΗ	96
	ΣΑΝΤΕΣ.....	96
14.	ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	97
15.	ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	98
16.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	98
16.1.	Δημογραφικά στοιχεία.....	98
16.2.	Εργασιακή κατάσταση	99
16.3.	Θρησκευτικές αντιλήψεις και αντιλήψεις σχετικά την νομοθεσία.....	99
16.4.	Θρησκευτικότητα – Νομοθεσία και συσχετίσεις	103
16.5.	Αντιλήψεις για την ευθανασία.....	104
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	123
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α. ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΠΟΙΝΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ	123
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	129

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Εντατική Θεραπεία έχει εξαπλωθεί σημαντικά και στην χώρα μας και μαζί της αναπτύσσονται και μια σειρά προβλημάτων , ηθικά και νομικά. Τα προβλήματα πηγάζουν από τη διττή φύση της Εντατικής Θεραπείας προφυλακτική και θεραπευτική, καθώς και το συνδυασμό των βασικών της χαρακτηριστικών : υψηλή τεχνολογία, υψηλό κόστος νοσηλείας και ιδιόμορφες συνθήκες εργασίας τόσο του νοσηλευτικού όσο & του ιατρικού προσωπικού.

Ένα από τα προβλήματα με το οποίο έρχονται σε συχνή επαφή οι εργαζόμενοι στις ΜΕΘ είναι το πρόβλημα του τέλους της ζωής σε σχέση με την ευθανασία και γενικότερα τον περιορισμό της θεραπείας.

Η θεραπεία στις ΜΕΘ μπορεί να παρατείνει τη διεργασία του θανάτου ή να διατηρεί μια αμφιβόλου ποιότητας ζωή, ή ακόμη οι κίνδυνοι από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις να υπερβαίνουν το πιθανό όφελος. Γι' αυτό η ΜΕΘ είναι το κατεξοχήν τμήμα του νοσοκομείου όπου σε καθημερινή βάση η ιατρική ηθική, ο τρόπος επιλογής των ασθενών που θα εισαχθούν, η ευθανασία και η αφαίρεση ή διακοπή μιας θεραπείας αποτελούν ανυπέβλητες δυσκολίες. Από πρακτικής πλευράς υπάρχουν περιπτώσεις στη ΜΕΘ όπου όλες οι θεραπείες, συμπεριλαμβανομένων και των πιο σύνθετων και δαπανηρών, δεν μπορούν να αλλάξουν την πρόγνωση. Πέρα από το οικονομικό κόστος, το συναισθηματικό «κόστος» στους συγγενείς αλλά και στο προσωπικό, να διατηρεί τον ασθενή «ζωντανό» μέχρι το τέλος, είναι βαρύ. Η οικογένεια και οι φίλοι γίνονται αιχμάλωτοι της τεχνολογίας, όταν η υποστηρικτική θεραπεία, αντί να σώσει μια ζωή καθυστερεί τον αναπόφευκτο επικείμενο θάνατο.(Γκαρανή Τ. και συν.1996).

Ο όρκος του Ιπποκράτη-με τις απαγορεύσεις των αμβλώσεων , της ευθανασίας & της αποκάλυψης του είδους της ασθένειας ενός αρρώστου από τον γιατρό του- δεν μπορεί πλέον να αποτελεί επαρκή οδηγό επαγγελματικής συμπεριφοράς για το σύγχρονο ιατρό. (Ιπποκράτης. Άπαντα τα έργα).

Εξαιτίας της χρησιμοποίησης περίπλοκων συσκευών , τόσο για τη διάγνωση ασθενειών όσο & για την διατήρηση των ασθενών στη ζωή , το ποσοστό θνησιμότητας από ορισμένες αρρώστιες μειώνεται, αυξάνονται όμως ταυτόχρονα τα έξοδα περίθαλψης , σε μερικές μάλιστα περιπτώσεις τόσο ώστε να παρουσιάζεται αδυσώπητη η αναγκαιότητα επιλογής ανάμεσα στους ασθενείς από τους οποίους άλλοι αφήνονται αβοήθητοι να πεθάνουν. (Πρωτοπαπαδάκης ΕΔ, 2000)

Πολλοί επιστήμονες αναρωτιούνται αν πρέπει τα νοσοκομεία να χρησιμοποιούν όλα τα τεχνολογικά μέσα που διαθέτουν για να παρατείνουν τη ζωή αρρώστων που δεν είναι δυνατόν να σωθούν.

Η πραγματική έννοια της ευθανασίας γεννήθηκε δίπλα στο κρεβάτι του αρρώστου. Ανάμεσα βασικά σε κάποιον που υποφέρει από ανίατη πάθηση & στο περιβάλλον του ή το ιατρικό & νοσηλευτικό προσωπικό που έχοντας εξαντλήσει κάθε θεραπευτικό μέσο δεν μπορεί πλέον να του δώσει έστω & την παραμικρή βοήθεια, έστω & απλή παρηγορητική.

Η τοποθέτηση απέναντι στο θέμα της ευθανασίας είναι ταυτόχρονα και μια τοποθέτηση απέναντι στο μυστήριο της ζωής. Επιπλέον μας βάζει σ' έναν προβληματισμό για τη σχέση των θεσμών υγείας και της ζωής που είναι προορισμένοι να υπηρετούν. Υπάρχει μια Γιαπωνέζικη παροιμία που λέει «αλίμονο σε κείνον που ξεπέρασε την ημερομηνία του θανάτου του». Η ζωή έχει ένα φυσικό τέλος που αποκαλούμε θάνατο. Τι ορίζουμε όμως σαν ζωή; Τι λειτουργία του φυσικού σώματος και μόνον; Ή κάτι περισσότερο που υπονοείται στη Γιαπωνέζικη παροιμία, αποκαλείται ψυχή από τη θρησκεία, συνειδητότητα από την ψυχολογία και τη φιλοσοφία, πνεύμα από τις πνευματικές διδασκαλίες, ενέργεια πίσω από την ύλη από τη θεωρητική φυσική κοκ; (Αναγνωστοπούλου Λ, Ph.D. Ψυχολόγος-Ψυχοθεραπεύτρια Υπεύθυνη Ελληνικού Κέντρου Βιοσύνθεσης , www.biosynthesis.gr).

Κανένα άλλο θέμα δεν έχει αγγίξει τόσο πολύ τον πυρήνα της Ηθικής, της Φιλοσοφικής και της Βιολογικής ύπαρξης του ατόμου όσο η νομοθετική πια δυνατότητα της διαχείρισης από τρίτους της ζωής ενός ανίατου πάσχοντα, ο οποίος περνά τις τελευταίες μέρες της ζωής του βουτηγμένος στο πόνο, στην απόγνωση ή στην μοναξιά. Ή και ακόμη ενός γέροντα που σε φάση απελπισίας δηλώνει ότι κουράστηκε από τη ζωή του.

Είναι γεγονός πως η ευθανασία είναι ένα πολυσχιδές και περίπλοκο ζήτημα. Επιπλέον, αποτελεί "μοντέρνο" θέμα, από την άποψη πως από τα μέσα του προηγούμενου

αιώνα και έπειτα άρχισαν επιφυλακτικά να ακούγονται οι πρώτοι ψίθυροι σχετικά με αυτήν, οι οποίοι μόλις στις μέρες μας έχουν μετασηματισθεί σε αρθρωμένο λόγο. Η ευθανασία είναι για την κοινωνία ένα καινούριο, δύσκολο ζήτημα, ένα θέμα που σοκάρει επειδή άπτεται ευαισθησιών και προσωπικών συγκινησιακών καταστάσεων.

Το θέμα της ευθανασίας λαμβάνει διεθνώς ολοένα και μεγαλύτερες διαστάσεις. Ακόμη και αν η ευθανασία νομιμοποιηθεί, πόσο εύκολο θα είναι όμως από το ιατρικό & νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΕΘ να την εφαρμόσει;

Το «επιτρεπτό» ή μη του μέσου της ευθανασίας για άτομα με ανίατο πρόβλημα υγείας, που με μαθηματική ακρίβεια οδηγεί σε επικείμενο, οδυνηρό και βέβαιο θάνατο είναι ένα θέμα «ταμπού», που άλλοι το ονομάζουν «λύτρωση» και άλλοι ως το πλέον απεχθές έγκλημα κατά της ανθρώπινης φύσης. (Πανούσης Γ,1978).

Η δεοντολογία της ευθανασίας έχει ποικίλες και σοβαρές διαστάσεις πού άπτονται φιλοσοφικών, ψυχοκοινωνικών, νομικών, θρησκευτικών και ιδεολογικών τοποθετήσεων τόσο σε ομαδικό όσο και σε ατομικό πλαίσιο. Η Ιπποκρατική ηθική και όλες οι θρησκείες του κόσμου απορρίπτουν κατηγορηματικά την ευθανασία. Η νοοτροπία όμως και το "ήθος" της σημερινής εποχής με τον πληθωρισμό των τεχνολογικών μέσων και των επιστημονικών γνώσεων, θέτει το θέμα σε διαφορετική διάσταση, ότι δηλαδή, η ευθανασία είναι μία κίνηση πού κατοχυρώνει το δικαίωμα κάθε ανθρώπου, να καθορίζει τη ζωή του και την ύπαρξή του με βάση τις δικές του ανάγκες. (Κεσελοπούλου Α.1997).

Το λεγόμενο "δικαίωμα στον θάνατο" πού αποτελεί την νομική κατοχύρωση της ευθανασίας θέτει σε άλλη βάση το ύψιστο αγαθό της ζωής και την ύψιστη λειτουργία της ιατρικής επιστήμης. Έχει ο άνθρωπος δικαίωμα στη ζωή. Έχει όμως δικαίωμα και στον θάνατο; Δικαίωμα είναι η εξουσία πού παρέχει η έννομος τάξη σε καθένα από μας να πραγματώνει, να υλοποιεί ένα ιδιωτικό του συμφέρον. Είναι λοιπόν η επιδίωξη του θανάτου ένα ιδιωτικό συμφέρον; Τα ερωτήματα είναι πολλά και οι απαντήσεις περισσότερες, αλλά όχι πάντοτε ικανοποιητικές και ομόφωνες. (Μητροπολίτου Φθιώτιδος κ.κ. ΝΙΚΟΛΑΟΥ, 2000).

Είναι πρακτικά αδύνατον το ζήτημα της ευθανασίας να μην έχει απασχολήσει έστω και επιφανειακά εκείνον ο οποίος -είτε ως θεράπων είτε ως ασθενής- έρχεται σε επαφή με επώδυνες και ανίατες ασθένειες. Και του το διότι μπροστά στη ένταση της οδύνης και στην απουσία της ελπίδας ο άνθρωπος συχνά αναγκάζεται να εξετάσει την τελευταία του

δυνατότητα: τη φυγή από τη ζωή. Ο ίδιος ο ασθενής είναι αυτός που τις περισσότερες φορές ζητά επίμονα από την θεραπευτική ομάδα να θέσει τέλος στη βασανισμένη και στερημένη από κάθε ελπίδα ύπαρξή του. Αλλά και η θεραπευτική ομάδα, ευαίσθητη στο ανθρώπινο πάθος εξ αιτίας της φύσεως του λειτουργήματός της και κινούμενη από φιλάνθρωπα αισθήματα, ενώπιον της αδυναμίας της να ελέγξει τους αφόρητους πόνους του ανιάτου ασθενούς της αντιμετωπίζει συχνά την ευθανασία ως την τελευταία ανακούφιση που μπορεί να προσφέρει στον πάσχοντα.

Η ευθανασία, αν μη τι άλλο, είναι μια δύσκολη και βασανιστική εναλλακτική λύση. Ως επιλογή είναι η έσχατη. Απαραίτητη προϋπόθεση της επιτυχούς επιλογής αλλά και κάθε ηθικής πράξης είναι η γνώση. Όποιος ενεργεί χωρίς γνώση δεν δρα ελεύθερα, παρά είναι δέσμιος της άγνοιάς του. Ως εκ τούτου, μόνο συμπτωματικά μπορεί να επιτύχει στην προσπάθειά του. Επιπλέον, η πράξη του δεν μπορεί να έχει ηθική αξία ή απαξία, αφού η ηθική αξία συνοδεύει συνειδητές και μόνο επιλογές. Εάν μια ευεργεσία δεν είναι εκούσια, αλλά αποτέλεσμα της τυχαίας διαδοχής των γεγονότων, σαφώς δεν μας επιτρέπεται να επαινέσουμε τον δράστη της. Με τον ίδιο τρόπο, η ακούσια βλάβη δεν μπορεί να επιφέρει μομφή σε αυτόν που άθελά του την προκάλεσε. Με δεδομένη την σημασία και τη βαρύτητα του ζητήματος της ευθανασίας, η πλήρης και ορθή ενημέρωση των εμπλεκομένων σε αυτή μερών προβάλλει ως αδήριτη αναγκαιότητα. Ας εξετάσουμε, λοιπόν, προσεκτικά την ουσία αλλά και τις μορφές της ευθανασίας. (Πρωτοπαπαδάκης ΕΔ, 2000)

ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Η ασθένεια & η οδύνη-σωματική & ψυχική-που τη συνοδεύει είναι η βάση πάνω στην οποία χτίζεται η σχέση ανάμεσα στον ασθενή & στην ομάδα υγείας . Η θεραπεία & η ανακούφιση του πόνου, σωματικού & ψυχικού, αποτελεί την ουσία αυτού που η ομάδα υγείας καλείται να κάνει & που συχνά το κάνει με επιτηδευμένη δεξιότητα & αφοσίωση. Όμως , παρά την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης υπάρχουν ακόμη ασθένειες που είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν & που δημιουργούν μεγάλες δυσκολίες για τον ασθενή. Σε ορισμένες περιπτώσεις ανίατων ασθενειών, η οδύνη, ο πόνος & η σωματική δυσφορία είναι τόσο έντονες που ο ασθενής ή οι συγγενείς του εκφράζουν την επιθυμία να επιταχυνθεί το τέλος & ζητούν από τον γιατρό τη βοήθεια του.

Η έννοια της ευθανασίας δεν είναι για όλους σαφής & η χρησιμοποίηση της συχνά δημιουργεί λανθασμένες εντυπώσεις. για την ευθανασία (Δαμίγος Δ και συν. 1999).

Το θέμα της ευθανασίας δεν είναι αμιγώς ιατρικό, είναι & ηθικό –φιλοσοφικό-νομικό) & κατεξοχήν κοινωνικό. Σε ορισμένες χώρες (ΗΠΑ, ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ, ΚΑΝΑΔΑ, ΚΙΝΑ) ήδη οι επίμονες πιέσεις της ευαισθητοποιημένης κοινής γνώμης ,οδήγησαν σε δημοσκοπήσεις & δημοψηφίσματα υπέρ της ευθανασίας & ωθούν τα κοινοβούλια να ψηφίσουν νόμους που να επιτρέπουν ,υπό ορισμένες προϋποθέσεις , στους γιατρούς να συμπράττουν στην έλευση του θανάτου σε άτομα βρισκόμενα στο τελικό στάδιο βασανιστικής ανίατης νόσου , που επίμονα ζητούν να πεθάνουν. Ο γιατρός συμπράττει είτε χορηγώντας στον άρρωστο την τοξική ουσία για να την χρησιμοποιήσει (υποβοηθούμενη ευθανασία) είτε ενίοντας ο ίδιος την τοξική ουσία.

Στη χώρα μας που όλο & συχνότερα έρχεται το θέμα της ευθανασίας στη δημοσιότητα, αντιμετωπίζουμε ένα πρόσθετο πρόβλημα, εκείνο της ασάφειας του όρου «ευθανασία». Η λέξη, βέβαια είναι ελληνική & ετυμολογικά σημαίνει τον καλό θάνατο. εκείνον δηλαδή που γίνετε υπό το κράτος εξαιρετικής συγκίνησης. Κατά την διάρκεια του

«καλού θανάτου» το άτομο κατακλύζεται από ευχάριστα συναισθήματα.(Πετρόπουλος & συν. 1997)

Άλλοτε δηλαδή η ευθανασία είχε την έννοια του καλού, του έντιμου, του ευτυχισμένου θανάτου, ή του ήρεμου, του αιφνίδιου χωρίς αγωνία και πόνους θανάτου, ή του ένδοξου, π.χ. για την Πατρίδα ή για την Πίστη, με την έννοια της θυσίας. Αυτή την έννοια γνώριζε ο κόσμος, με το «ευ-καλώς θνήσκειν», ως ευθανασία.

Σήμερα, η λέξη ευθανασία σημαίνει κάτι το διαφορετικό. Ο Francis Bacon, (1561-1626) μετέφερε την ελληνική λέξη ευθανασία στην αγγλική γλώσσα (Euthanasia) με τη σημασία της «επισπεύσεως του θανάτου, για να τεθεί τέρμα σε μια ζωή γεμάτη πόνο και ταλαιπωρίες».

Ως «ευθανασία» νοείται σήμερα: «η ηθελημένη θανάτωση ανιάτου, με τη συναίνεσή του ή χωρίς αυτήν, προς ανακούφιση ή απολύτρωσή του από την επιθανάτια οδυνηρή αγωνία, από αφόρητους πόνους που τα υπάρχοντα θεραπευτικά μέσα αδυνατούν να καταπραΰνουν». Με άλλα λόγια, πρόκειται για «μέθοδο προκλήσεως του θανάτου για κάποιους λόγους.(Αβραμίδα ΑΒ, 1995).

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

Άλλο παράδειγμα ευθανασίας με τη σημερινή έννοια είναι η περίπτωση της Μαρίας Γιόρισεν από το Ρότερνταμ της Ολλανδίας. Το καλοκαίρι του 1998 προσεβλήθη από καρκίνο των εντέρων ο οποίος σε λίγο διάστημα εξαπλώθηκε σε ολόκληρη την κοιλιακή χώρα. Οι γιατροί στο νοσοκομείο είπαν ότι δεν θα μπορούσαν τίποτε άλλο να της παρείχαν παρά μορφίνη όταν οι πόνοι θα γίνονται αφόρητοι. Τότε απεφάσισε να υποβληθεί σε ευθανασία επειδή ήθελε να πεθάνει με αξιοπρέπεια και όχι σαν κάποιο παλιόσκυλο. Αφού γύρισε στο σπίτι της, φώναξε την κόρη της και τον οικογενειακό

γιατρό, ο οποίος τούς εξήγησε την διαδικασία της ευθανασίας. Εκεί, η κόρη της Ντελέκε Γιόρισεν, συνέταξε ένα επίσημο έγγραφο ενώπιον δύο γιατρών στο οποίο δήλωνε η Μητέρα της την επιθυμία της να υποβληθεί σε ευθανασία. Καθορίστηκε μάλιστα και η συγκεκριμένη ημερομηνία και ώρα. Μέχρι εκείνη την ημέρα, η Μαρία Γιόρισεν πέρασε τον χρόνο πού της είχε απομείνει βάζοντας σε τάξη τις υποθέσεις της και αποχαιρετώντας οικείους, συγγενείς και φίλους. Όταν ήρθε η ώρα να της κάνουν τη θανατηφόρο ένεση, αποχαιρέτισε την οικογένειά της και είπε στην κόρη της: "Είμαι έτοιμη για το ταξίδι. Δώσε μου ένα φιλί". Τότε η Ντελέκε της έπιασε το ένα χέρι και η εγγονή της το άλλο. Την ώρα πού η ασθενής προσευχόταν, ο γιατρός της έδωσε ένα αναισθητικό και λίγο αργότερα της έκανε την ένεση πού σταμάτησε την καρδιά της. Η κόρη της χαρακτήρισε την ιστορία αυτή ως "θλιβερή αλλά ωραία (Μητροπολίτου Φθιώτιδος κ.κ. ΝΙΚΟΛΑΟΥ, 2007)

1. ΜΟΡΦΕΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Ανάλογα με τον τρόπο πού ασκείται, η ευθανασία διακρίνεται σε ενεργητική και παθητική. Υπάρχουν και άλλες μορφές ευθανασίας πού συνεχώς μεταβάλλονται αφ' ενός λόγω αλλαγών στις αντιλήψεις του κοινωνικού σώματος και αφ' ετέρου λόγω της προόδου της επιστήμης και των πολύπλοκων μεθόδων στην προσπάθεια παρακάμψεως των νομικών και ηθικών ευθυνών.

1.1. *Εθελοντική ή εκούσια ενεργητική ευθανασία*

Η μορφή αυτή θα μπορούσε να ονομασθεί και "κατά παραγγελία". Στην περίπτωση αυτή ο ασθενής παρακαλεί τον ιατρό η άλλο πρόσωπο να του χορηγήσει κάποιο δηλητήριο η με οποιοδήποτε άλλο τρόπο να του προκαλέσει ευθέως τον θάνατο. Απαραίτητη θεωρείται η ικανότητα του βαρέως πάσχοντος, να δώσει συγκατάθεση με πλήρη επίγνωση και πνευματική διαύγεια. Περίπτωση εθελοντικής ενεργητικής ευθανασίας είναι η εξής: Άνδρας 65 ετών προσβάλλεται από καρκίνο του προστάτη. Οι θεραπευτικοί χειρισμοί δεν μπορούν να αποτρέψουν την εμφάνιση οστικών μεταστάσεων. Ο ασθενής υποφέρει από φρικτούς πόνους. Ούτε τα κοινά αναλγητικά, ούτε τα οπιούχα βοηθούν αποφασιστικά. Ο ασθενής αντιλαμβάνεται το πεπερασμένο των ιατρικών προσπαθειών και εκλιπαρεί τον ιατρό να του επιφέρει τον θάνατο για να τον απαλλάξει από το μαρτύριο των πόνων. Στην περίπτωση πού ο ιατρός θα ανταποκριθεί στη δραματική έκκληση του ασθενούς ο όλος χειρισμός ονομάζεται ενεργητική και κατά παραγγελία ευθανασία. Η εθελοντική ενεργητική ευθανασία, ανεξάρτητα από τούς λόγους για τούς οποίους γίνεται, είναι πράξη ανθρωποκτονίας και τιμωρείται αυστηρά κατά το άρθρο 301 του Ποινικού Κώδικα. (Μητροπολίτου Φθιώτιδος κ.κ. ΝΙΚΟΛΑΟΥ, 2007 και Καράμπελα Α. 1987).

Στην εθελοντική ή εκούσια ενεργητική ευθανασία υπάγεται και η: Η θελημένη ευθανασία για ψυχολογικούς ή ψυχιατρικούς λόγους. Ακόμα και για κατάθλιψη. Η κατάθλιψη, βεβαίως, - όπως και πλήθος από ψυχιατρικά νοσήματα- είναι θεραπεύσιμη.

Ψυχολογικά προβλήματα, τα οποία οδηγούν σε «απόγνωση», προκύπτουν σε πλήθος κόσμου κάθε μέρα. Και σε όλους μας, που κάποια στιγμή μπορεί να είπαμε ότι... «δεν τη θέλουμε την τέτοια ζωή». Όμως, «πέρασε» η στιγμή εκείνη και πολλές άλλες. Ενώ η «απόγνωση» δεν αποτελεί «καλό σύμβουλο» για μια «τόσο σοβαρή απόφαση». Τα παραδείγματα, είναι άπειρα! Κάποιοι ακόμη, αυτοκτονούν με τη σκέψη ότι «προσφέρουν στον εαυτό τους ευθανασία» διότι φοβούνται ή νομίζουν ότι... «πάσχουν από ανίατη και βασανιστική, κατά τα επόμενα στάδιά της, ασθένεια». Με την... «για ψυχολογικούς ή ψυχιατρικούς λόγους ευθανασία», όμως, δημιουργούνται και «πολλά επικίνδυνα μονοπάτια (Αβραμίδη ΑΒ,1995).

1.2. Μη εθελοντική ενεργητική η κατά παραγγελία

Η λεγόμενη και "ακούσια ευθανασία" προσφέρεται από τον ιατρό η άλλο πρόσωπο σε κάποιον πού υποφέρει χωρίς να υπάρχει καμία ελπίδα αποκαταστάσεως της υγείας του και χωρίς την συγκατάθεση του ασθενούς, ο οποίος είτε είναι "φυτό" είτε όχι, ούτε καν ερωτάται.

Τέτοια ευθανασία ήταν η περίπτωση του Βασιλέως της Αγγλίας Γεωργίου του Ε', ο οποίος βρισκόταν σε κώμα και με εντολή της Βασίλισσας Μαίρης και του Πρίγκιπα της Ουαλίας Εδουάρδου του Η', του μετέπειτα Βασιλέως της Αγγλίας, ο ιατρός Ντένσον του έκανε δύο θανατηφόρες ενέσεις, μορφίνης και κοκαΐνης, συντομεύοντας έτσι το τέλος του, στις 10 Ιανουαρίου του 1936

Κατά τον νόμο, πρόκειται για «ανθρωποκτονία εκ προθέσεως» και τιμωρείται δια της ποινής του θανάτου ή της ισόβιας κάθειρξης, κατά το άρθρο 299 του Π.Κ.

1.3. Παθητική ευθανασία

Η μορφή αυτή διαφέρει από τις άλλες διότι δεν γίνεται με πράξη αλλά με παράλειψη. Ο ιατρός δεν χρησιμοποιεί φάρμακα, αλλά μηχανήματα υποστηρίξεως βασικών λειτουργιών φως ζωής και μία συγκεκριμένη στιγμή τα αποσύρει. Είναι αυτό πού επιθυμούν πολλοί συγγενείς ασθενών, νά αποσυνδεθεί από τα μηχανήματα ο ασθενής τους, πού ναι μεν του παρατείνουν τη ζωή, αλλά χωρίς όφελος, μάλλον δε, με ταλαιπωρία και μαρτύριο. Αυτό έπραξε ο Αριστοτέλης Ωνάσης, όταν βλέποντας τον υιό του Αλέξανδρο, να υποφέρει με τον σωλήνα της τεχνητής αναπνοής, στην Μονάδα Εντατικής

Θεραπείας του ΚΑΤ, τράβηξε ο ίδιος τον σωλήνα και επήλθε ο θάνατος(Μητροπολίτου Φθιώτιδος κ.κ. ΝΙΚΟΛΑΟΥ, 2007 και Καράμπελα Α. 1987)

1.3.1. Τύποι παθητικής ευθανασίας

Είναι: α) δια της μη ανανήψεως, β) η «εθελοντική ευθανασία» (Living Will) και, γ) η εφαρμοζόμενη στις Μονάδες Εντατικής θεραπείας (Μ.Ε.Θ.). Είναι όμως ο άρρωστος, και μάλιστα στις συνθήκες υπό τις οποίες εισάγεται στο Νοσοκομείο, επαρκώς και καταλλήλως ενημερωμένος, ώστε να γνωρίζει επακριβώς περί τίνος πρόκειται; Είναι τόσο νηφάλιος ή ανεπηρέαστος από τους φόβους του εξαιτίας αυτού από το οποίο πάσχει ή νομίζει ότι πάσχει; Ή μήπως υπογράφει χωρίς καν να ρίξει μια ματιά σ' αυτά που βάζει την υπογραφή του, επειγόμενος μάλιστα να βρεθεί μια ώρα γρηγορότερα στο κρεβάτι του, δια την ιατρική βοήθεια από την οποία τόσα προσδοκά;

1.3.2. Ευθανασία του τύπου Living Will, ή Εθελοντική με «Συμβόλαιο ή Διαθήκη Θανάτου».

Με τη διαδικασία που τηρείται σε μια «συμβολαιογραφική πράξη», ενώπιον μαρτύρων. Στο έγγραφο αυτό περιγράφονται οι όροι και οι προϋποθέσεις, με τα οποία εκχωρεί το δικαίωμα να διακοπεί η θεραπεία και η μέσω αυτής διατήρησή του στη ζωή, την οποία δεν επιθυμεί, σύμφωνα με τα όσα διαλαμβάνονται στο «συμβόλαιο». (Ρηγάτος ΓΑ,1991).

1.4. Η εφαρμοζόμενη ευθανασία στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας

Στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) υπάρχουν οι εκ της πείρας «οδηγίες» και για το «άκαρπο» της συνεχίσεως των προσπαθειών περαιτέρω στηρίξεως μίας ζωής, οπότε αποσύρονται η μία μετά την άλλη, ή άλλες δεν εφαρμόζονται καν. Όπως όμως αποδεικνύεται από ευρύτατη ανασκόπηση της Παγκόσμιας Βιβλιογραφίας επί του τι τηρείται στις Μ.Ε.Θ., οι περισσότεροι «εντατικοθεραπευτές» αποφασίζουν και πέρα από τις οποιεσδήποτε «επιθυμίες», είτε του αρρώστου που εκφράστηκε από πριν, είτε συγγενών ή φίλων, επιτρόπων ή πληρεξουσίων ή τοποτηρητών, αφού συνεκτιμήσουν μαζί μ' αυτά και πολλά άλλα. Απεδείχθη δε ότι, κάποιες περιπτώσεις από τις θεωρούμενες ως «μοιραίας εκβάσεως», αποκατεστάθησαν πλήρως στη ζωή.

1.5. Υποβοηθούμενη αυτοκτονία

Κατά την υποβοηθούμενη αυτοκτονία παρέχονται μέσα, εν γνώσει ότι ο δέκτης σχεδιάζει να τα χρησιμοποιήσει για τερματισμό της ζωής του. Η υποβοηθούμενη από ιατρό αυτοκτονία αναφέρεται στην παροχή φαρμάκων ή άλλων παρεμβάσεων από τον ιατρό εν γνώσει του, ότι ο ασθενής θα τα χρησιμοποιήσει για να θέσει τέρμα στη ζωή του. Στο Όρεγκον των Η.Π.Α. αυτός ο τρόπος ονομάστηκε "αξιοπρεπής θάνατος". Οι υποστηρικτές του τρόπου αυτού ευθανασίας ισχυρίζονται ότι, κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα στο θάνατο και συνεπώς ημπορεί και πρέπει ο ίδιος να ρυθμίζει τη ζωή του. Διεθνή σώλα είχε προκαλέσει ο γνωστός ιατρός Τζάκ Κεβορκιάν η Δόκτωρ θάνατος, ο οποίος είχε εφεύρει μηχανήμα ευθανασίας.

1.6. Έμμεση ενεργητική ευθανασία

Η ευθανασία του είδους αυτού γίνεται στα πλαίσια μιας φαρμακευτικής αγωγής, αλλά έμμεσα οδηγεί στην επίσπευση της ζωής. Η διαφορά από την ενεργητική ευθανασία ευρίσκεται στην υποκειμενική κάλυψη της πράξεως από τον ιατρό. Ενώ στην ευθεία ενεργητική ευθανασία γνωρίζει ο ιατρός ότι επιδιώκει να προκαλέσει τον θάνατο, στην έμμεση γνωρίζει ως ενδεχόμενο ότι μπορεί να επέλθει ο θάνατος και το αποδέχεται ως αναγκαίο κακό, μπορεί όμως και οι πόνοι να ελαττωθούν και η ζωή να επιμηκυνθεί. Για την αγωγή αυτή απαραίτητη θεωρείται η ενημέρωση του ασθενούς για τούς κινδύνους και η συναίνεσή του.

Στην περίπτωση αυτή υπάρχει μία ηθική αρχή, πού ορίζει ότι ένα αποτέλεσμα πού θα ήταν ηθικό λάθος αν προκαλείτο από πρόθεση, είναι αποδεκτό όταν προβλέπεται, αλλά δεν επιδιώκεται. Ο ιατρός μπορεί να προβλέψει ότι η χορήγηση υψηλής δόσεως αποειδών, για την αντιμετώπιση του πόνου ασθενών τελικού σταδίου, δυνατόν να ελαφρύνει τούς πόνους, αλλά και να προκαλέσει τον θάνατο.

1.7. Ευγονική ευθανασία

Αφορά σε παιδιά που γεννήθηκαν ή πρόκειται να γεννηθούν ανάπηρα με σοβαρά προβλήματα και νοσήματα δηλ. ανεγκέφαλα με μογγολοειδή ιδιοτία, δισχιδή ράχη και άλλες σημαντικές δυσπλασίες. Με τα σημερινά μέσα της τεχνολογίας από τη διάρκεια της κύησης ημπορούν να διαγνωσθούν ατέλειες και προβλήματα σωματικής αναπηρίας του εμβρύου, το οποίο εάν επιζήσει και γεννηθεί, θα πρέπει να υποστεί βαριές διορθωτικές χειρουργικές επεμβάσεις και αφάνταστες ταλαιπωρίες χωρίς την βεβαιότητα ότι μετά από αυτά όλα θα ζήσει. Οι γονείς που φέρνουν στον κόσμο ένα βαριά άρρωστο παιδί είναι σε μεγάλο δίλημμα. Οι ιατροί συμβουλεύουν την διακοπή της κύησης. Εάν δεν συμφωνήσουν, ήδη αναλαμβάνουν ένα βαρύ σταυρό, για όσα χρόνια διατηρηθεί στη ζωή το άρρωστο παιδί τους. Εάν συμφωνήσουν, συνυπογράφουν την δολοφονία του παιδιού τους.

Η "ευγονική" ευθανασία αφορά τα παιδιά, ημπορεί όμως να επεκταθεί και σε άλλες ευπαθείς ομάδες, οπότε ονομάζεται "κοινωνική". Μετά την κοινωνική ευθανασία υπάρχει ο νόμος της ναζιστικής θηριωδίας, ο οποίος για λόγους "φιλανθρωπίας", οδήγησε στο θάνατο εκατομμύρια ανθρώπους με το αιτιολογικό ότι αν ζούσαν, θα υπέφεραν και θα έβλαπταν την κοινωνία.

Η εποχή της νεωτερικότητας εισάγει τον "πολιτισμό" των υγιών και ευμόρφων ανθρώπων, ενώ η αναπηρία θεωρείται αποδιοπομπαία κατάσταση. Η ευγονική ευθανασία σχετίζεται με την περί διακοπής της κύησης η αμβλώσεως νομοθεσία. Στην προοδευτική Ολλανδία, επεχείρησαν μερικοί να εισάγουν νομοσχέδιο, που αφορά τη νομιμοποίηση της ευθανασίας παιδιών, που πάσχουν από ανίατες ασθένειες, 12 έως 16 ετών, χωρίς τη γονική συναίνεση. Άλλοι εσκέφθησαν τα παιδιά με σοβαρή νοητική υστέρηση, άλλοι τα σπαστικά, άλλοι τα κωφάλαλα και ούτω καθεξής.

1.8. Δυσθανασία

Είναι ένας νέος όρος, με τον οποίο χαρακτηρίζονται οι προσπάθειες παρατάσεως της ζωής ενός αρρώστου με υπερβολικές, δύσκολες και δαπανηρές φροντίδες, δυσανάλογες σε απόδοση προς το επιδιωκόμενο ή δυνάμενο να επιτευχθεί αποτέλεσμα.. Η «δυσθανασία» γίνεται σεβαστή (είτε αυτή είναι η επιθυμία του αρρώστου είτε εκφράζεται από συγγενείς ή φίλους) για να προλάβουν, π.χ., ζωντανό τον άνθρωπό τους κάποιον

συγγενείς, που πρόκειται να φθάσουν από μακριά και χρειάζονται κάποιες ώρες γι' αυτό. Ή για να τακτοποιηθούν και κάποιες «εκκρεμότητες». Ενδέχεται όμως κάποιοι «τρίτοι» να χρησιμοποιούν τον γιατρό με το «καθήκον του ακόμη και στη δυσθανασία»,... προς εξυπηρέτηση ιδιοτελών συμφερόντων, κάνοντας έτσι ακόμη πιο δύσκολο το ρόλο του γιατρού.

1.9. Ορθοθανασία

Χαρακτηρίζεται έτσι η μη προσφορά υπερβολικών φροντίδων, μεγαλύτερας δηλαδή εκτάσεως από εκείνην η οποία είναι συμβατή με την κατάσταση του ατόμου, το οποίο πάσχει από ανίατη αρρώστια. Και αφήνεται να σβήσει ήρεμα με τη φυσική επέλευση του θανάτου, εφ' όσον ο ίδιος ο ασθενής το επιθυμεί και εφ' όσον ο θάνατος είναι ένα αναμενόμενο φυσικό γεγονός.

1.10. Επιταχυθανασία

Ονομάζεται έτσι η σκόπιμη επιτάχυνση των βιολογικών διαδικασιών του θανάτου σε περιπτώσεις αναπότρεπτης επελεύσεώς του και της ως εκ τούτου απώλειας των προϋποθέσεων για ένα «εύ ζήν». Η τέτοια ευθανασία, με την οποία όμως τίθεται τέρμα στη ζωή κάποιου «πριν την ώρα του», επισύρει και τις ποινές του άρθρου 299 του Π.Κ. περί «ανθρωποκτονίας εκ προθέσεως».

Ποιος όμως μπορεί να είναι απολύτως βέβαιος για το αναπότρεπτο της επελεύσεως του θανάτου; ή και πως ακόμη και για την οριστική απώλεια των προϋποθέσεων του «εύ ζήν» κάποιου άλλου; (Καράμπελα Α. 1987)

2. 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.

Η ανάπτυξη των μονάδων εντατικής θεραπείας και η εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας παρέχουν τη δυνατότητα διατήρησης της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας με τεχνητά μέσα. Αυτό έχει ως συνέπεια να μην μπορεί να εξισωθεί ο θάνατος με τη διακοπή της αυτόματης καρδιακής λειτουργίας & της αναπνοής. Επίσης η κ.α λειτουργία μπορεί να διατηρηθεί για μέρες και με ανεπανόρθωτη βλάβη του εγκεφάλου. Για να αποφευχθεί η διατήρηση της κατάστασης αυτής πέρα από μια ορισμένη περίοδο, θα πρέπει να προσδιοριστεί ο ορισμός του θανάτου με βάση την ακεραιότητα του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η δυνατότητα βεβαίωσης του θανάτου όταν δεν υπάρχει ελπίδα επανόρθωσης της εγκεφαλικής λειτουργίας, καθιστά τους εντατικολόγους να αποσύρουν την υποστήριξη του ασθενούς και την ανώφελη παράταση της συντήρησης ενός νεκρού ατόμου. Για τους συγγενείς του ατόμου σταματούν οι ψευδείς ελπίδες, ενώ το δυνητικό όφελος για την κοινωνία είναι η δυνατότητα μεγαλύτερης προσφοράς οργάνων σε καλή φυσιολογική κατάσταση προς μεταμόσχευση .

2.1. 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" .Ως εγκεφαλικός θάνατος ορίζεται η κατάσταση εκείνη του μη αναστρέψιμου βαθέως κώματος κατά την οποία απουσιάζει πλήρως η λειτουργία τόσο του τελικού εγκεφάλου όσο και του εγκεφαλικού στελέχους, όπως αυτή τεκμηριώνεται από την αναπνευστική παύση και την απουσία όλων των αντανακλαστικών του εγκεφάλου

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 πού 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. (Πλατή Χ. 1986).

3. Ηθικά ζητήματα

3.1. Ζωή

Όπως και αν ορίσουμε την ευθανασία, αυτή καθίσταται πρόβλημα ηθικό διότι σκοπεύει και οδηγεί στον τερματισμό μιας ανθρώπινης ζωής. Εάν συνίστατο στην θανάτωση ενός άλλου ζωντανού οργανισμού, τότε μάλλον δεν θα υπήρχε πρόβλημα ή, εάν υπήρχε, θα ήταν πολύ περιορισμένο. Όταν θανατώνεται από οίκτο ένα ζώο που υποφέρει, συνήθως έχουμε την αίσθηση πως μια ιδιαίτερα αξιέπαινη πράξη καλοσύνης έλαβε χώρα.

Τα πράγματα όμως αλλάζουν όταν για τον ίδιο λόγο θανατώνεται ένας άνθρωπος. Αυτό υποδηλώνει πως ενώ η αξία της ζωής των μη- ανθρώπινων όντων που μας περιβάλλουν είναι δεδομένη, η αξία αλλά και η ουσία της ανθρώπινης ζωής είναι πέρα από κάθε αποτίμηση και προσδιορισμό.

3.2. Τι είναι ζωή

Εάν θέλουμε να είμαστε ακριβείς, και σύμφωνα με όσα προηγουμένως υποστηρίχθηκαν, το ερώτημα συνίσταται στο τι είναι ανθρώπινη ζωή. Όταν αυτή αφαιρείται προκύπτουν προβλήματα ηθικής τάξεως. Ιατρικά το ερώτημα αυτό μπορεί να απαντηθεί, με βάση τα εκάστοτε χρησιμοποιούμενα κριτήρια. Ηθικά όμως, εξαρτάται από τον ορισμό της ανθρώπινης ιδιότητας η οποία θα αποδοθεί σε ένα ον σε συνάρτηση με αυτήν της ζωής. Είναι ανθρώπινο ον εκείνο το οποίο απλώς έχει τα εμφανισιακά γνωρίσματα του ανθρώπου και αναπνέει; Πολλοί θα απαντήσουν όχι, κάνοντας τον ειδολογικό συνειρμό ανθρώπου και πιθήκου, αφού είναι δεδομένο πως κάποια είδη πιθήκων καλύπτουν ειδολογικά τον παραπάνω ορισμό, αλλά σίγουρα δεν είναι άνθρωποι. Τότε αυτό που διαφοροποιεί τον άνθρωπο και αποτελεί την βάση του χαρακτηρισμού ενός όντος ως τέτοιο, είναι κάποιες διανοητικές του δεξιότητες, κοινές στο ανθρώπινο είδος αλλά ξένες στα υπόλοιπα. Εάν δεχθούμε τα παραπάνω, τότε η θανάτωση ενός ασθενούς ο οποίος βρίσκεται σε μόνιμη κωματώδη κατάσταση (PVS), δεν αποτελεί αφαίρεση ανθρώπινης ζωής, αφού οι κρίσιμες για την απόδοση ανθρώπινης ζωής έχουν απολεσθεί.

Στην περίπτωση αυτή η θανάτωση είναι ηθικά θεμιτή, αφού μάλιστα ανακουφίζει ένα ον από την επιθανάτια αγωνία του ή από την άσκοπη παραμονή στην ζωή. Είναι η ίδια πράξη με την οικτίρμονα θανάτωση ενός βαριά τραυματισμένου ζώου. Η υιοθέτηση της θέσης αυτής όμως, δημιουργεί πιο πολλά προβλήματα από αυτά που λύνει. Αυτό καθίσταται φανερό εάν γενικευθεί σε όλες τις δυνατές περιπτώσεις. Και τούτο, διότι σε η προσέγγιση αυτή αφορά πολλούς οι οποίοι στερούνται διανοητικών λειτουργιών, ευρισκόμενοι σε βαριά πνευματική καθυστέρηση, όσοι από την ψυχολογία χαρακτηρίζονται ιδιώτες. Είναι εξ ίσου θεμιτό ηθικά να θανατώνονται και εκείνοι; Πρόκειται και εδώ για ευθανασία; Στο ερώτημα αυτό απάντησε θετικά η ναζιστική Γερμανία, και τα αποτελέσματα είναι ακόμη νωπά στην μνήμη της ανθρωπότητας. Γνώμη μου είναι πως έως ότου -και εάν- η ιστορική μνήμη σβήσει και το συλλογικό υποσυνείδητο εντελώς αλλοιωθεί, δύσκολα τέτοια ερμηνεία θα γίνει δεκτή. Πρόσθετος λόγος το γεγονός πως εάν δεχθούμε ότι η ανθρώπινη ιδιότητα υπόκειται σε κρίση, τότε δύσκολα θα αποφευχθούν διαβαθμίσεις σε αυτήν. Στην περίπτωση αυτή η ιδιαιτερότητα και η ατομικότητα είναι βέβαιο πως θα πληγούν.

3.3. Είναι η ζωή απόλυτη αξία;

Ένα δεύτερο ερώτημα που προκύπτει, αφορά στην αξία της ζωής. Είναι φανερό πως το ερώτημα αυτό βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με το προηγούμενο, αφού προϋποθέτει τον ορισμό της ζωής. Οι αντίπαλοι της ευθανασίας, ιδίως η Καθολική εκκλησία, στηρίζουν την εναντίον της υιοθέτησής της επιχειρηματολογία τους στην απόλυτη και αδιαβάθμητη αξία που το αγαθό αυτό έχει, ως δώρημα του Θεού στον άνθρωπο. Αλλά και στοχαστές, οι οποίοι αφορμούνται από μη θεολογικές θέσεις, θεωρούν την ζωή ως το θεμελιωδέστερο αγαθό, το οποίο αποτελεί την βάση για όλα τα άλλα, και έτσι η αξία του δεν εξαρτάται από καμία άλλη παράμετρο, παρά αποκλειστικά από την ύπαρξή του και μόνο. Η ζωή υπερέχει της ελευθερίας, της δικαιοσύνης, της ευτυχίας και οποιασδήποτε άλλης ηθικής αξίας, γιατί όλα τα παραπάνω καθίστανται εφικτά επί τη βάσει της ύπαρξης του τελευταίου. Ο νομοθέτης, επίσης, με όλους τους τρόπους και σε όλες τις (δυτικές τουλάχιστον) κοινωνίες επιδιώκει να τονίσει και να προβάλλει την απόλυτη αξία της ζωής.

Σε όλα τα παραπάνω ο αντίλογος αντλεί επιχειρήματα από το ίδιο το οπλοστάσιο των αντιμάχων της ευθανασίας. Σε ότι αφορά στην προβολή από την εκκλησία της ζωής ως αγαθό αναφαίρετο και αδιαπραγμάτευτο, μπορεί να αντιπαραβληθεί η αγιοποίηση των μαρτύρων, ανθρώπων δηλαδή που θεώρησαν πως η αξία της ζωής τους εξαρτώταν από την δυνατότητά τους να μην απαρνηθούν την πίστη τους ή πολλές φορές μόνο τις λατρευτικές τους συνήθειες, αναγνώρισαν δηλαδή στην ζωή αξία σχετική, πράγμα που και η εκκλησία αποδέχθηκε αγιοποιώντας τους. Σε ότι αφορά στην αντίληψη που θέτει ως βάση όλων των αγαθών την ύπαρξη της ζωής, και για τούτο θεωρεί παράλογη την προσβολή της για οποιοδήποτε λόγο, έστω και αν πρόκειται για απαλλαγή από φοβερό και αβάσταχτο δεινό, πολλοί αντιπαραθέτουν την άποψη πως πολλές φορές η ίδια η ζωή μπορεί να έρθει σε αντίθεση με την αξιοπρέπεια του ανθρώπου και να προσβάλει τόσο βάνουσα και τελεσιδικία την ύπαρξή του, ώστε να καταστεί μη λειτουργική και επαχθής. Ο άνθρωπος που βρίσκεται σε μόνιμη κωματώδη κατάσταση, αποστερημένος από κάθε αξιοπρέπεια, ή εκείνος που πεθαίνει αργά και με βασανιστικούς πόνους, δεν έχει κάτι να κερδίσει από την ζωή, θα υποστηρίξει ο αντίλογος. Όταν έχουν εκλείψει τα όποια οφέλη και αξίες από την ανθρώπινη ζωή, και όταν αυτή αποτελεί πεδίο ανταγωνισμού της δυστυχίας με τον πόνο, τότε η ζωή από ευλογία γίνεται κατάρα, και η συνέχισή της ένα λογικό παράδοξο. Επιπλέον, η άρνηση της ζωής είναι πολλές φορές που επιδαψιλεύει ηθικά αγαθά και δικαιώνει τον άνθρωπο, όπως μας δείχνουν περιπτώσεις αυτοθυσίας υπέρ άλλων ή υπέρ του κοινωνικού συνόλου. Ακόμη και το λαμπρό παράδειγμα της Αντιγόνης καταξιώνει τον άνθρωπο και αποδεικνύει πως η θυσία της ζωής μπορεί να αποδειχθεί πολλές φορές μέγιστο αγαθό. Η αποκομιδή αγαθών δεν ερείδεται πάντα επί της ζωής.

3.4 Δικαίωμα- Καθήκον

Η περί ευθανασίας συζήτηση αναδεικνύει, εκτός όλων των άλλων, και την προβληματική σχέση δικαιώματος και καθήκοντος, αφού πολλές φορές αυτά συγχέονται και εξαφανίζονται τα μεταξύ τους όρια. Άλλες πάλι φορές η εκτέλεση ενός καθήκοντος αντιφάσκει με την υπεράσπιση ενός δικαιώματος. Άλλωστε, στο συγκεκριμένο θέμα σπάνια είναι σαφές τι είναι δικαίωμα και τι καθήκον.

3.4.1 Δικαίωμα και Καθήκον στην Ζωή

Αυτό που είναι βέβαιο και αδιαμφισβήτητο, είναι το δικαίωμα στην ζωή. Το γεγονός μάλιστα πως όλοι έχουν το δικαίωμα αυτό, αποτελεί την βάση της οργάνωσης της κοινωνίας μας. Όποιες φορές αυτό αμφισβητήθηκε, η κατάληξη ήταν η διάπραξη φρικαλεοτήτων και εγκλημάτων κατά της ανθρωπότητας. Για τον λόγο αυτό το δικαίωμα στη ζωή προστατεύεται από πλήθος διακηρύξεων, συνθηκών και συμβάσεων.

Τα πράγματα περιπλέκονται όμως όταν η συζήτηση προχωρήσει στην αντιμετώπιση της ζωής ως καθήκον. Και αυτό διότι υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες ο κοινωνικός ιστός εξαρτάται από το συγκεκριμένο άτομο εν μέρει ή καθόλου για την απρόσκοπτη επιβίωσή του. Τότε ο άνθρωπος πολλές φορές επωμίζεται ως καθήκον αυτό που όλες τις άλλες φορές είναι δικαίωμα. Είδαμε, για παράδειγμα, πως η αυτοκτονία στην Σκωτία, την Αγγλία και τον Καναδά μέχρι πρόσφατα ήταν αδίκημα ενάντια στο κράτος. Και αυτό, στις δύο πρώτες τουλάχιστον περιπτώσεις, ήταν σε άμεση συνάρτηση με τα συμφέροντα που το κράτος, λόγω του θεσμού της βασιλείας έχει στο εκάστοτε υποκείμενο. Και σε χώρες με διαφορετικό πολίτευμα, όμως, όπως στις Η.Π.Α., ο θάνατος εξετάζεται εάν θίγει τα δικαιώματα της πολιτείας.

Το καθήκον στην ζωή μπορεί επίσης να αντιμετωπισθεί σαν ηθική επιταγή πολλές φορές. Εάν συμπορευτούμε με την Καντιανή αξίωση κάθε μας πράξη να είναι ένας δυνάμει παγκόσμιος ηθικός νόμος, τότε πολλές φορές μπορεί η ζωή να προβάλλει σαν καθήκον. Η αποχώρηση από αυτήν εκούσια έστω και υπό προϋποθέσεις και την πίεση των συγκυριών δύσκολα θα μπορούσε να γίνει παγκόσμιος ηθικός νόμος, τουλάχιστον όχι χωρίς πολλή προγενέστερη σκέψη.

Μπορούν επίσης πιθανότατα να υπάρξουν περιπτώσεις κατά τις οποίες ο άνθρωπος «υποχρεούται» να συνεχίσει να ζει ενάντια στην συγκυρία, εξαιτίας της επίγνωσης πως ο θάνατός του θα αποτελούσε ανεπανόρθωτο πλήγμα ή απλώς θα προκαλούσε οδύνη σε άτομα που είναι συναισθηματικά ή για άλλους λόγους εξαρτημένα από αυτόν (παιδιά, γονείς, σύντροφο κ.α).

3.4.2. Δικαίωμα και Καθήκον στον Θάνατο

Αν ο θάνατος είναι πράγματι δικαίωμα, σίγουρα πολλοί λίγοι θα ήταν διατεθειμένοι να το απαιτήσουν και να το διεκδικήσουν, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία πολύ ευχάριστα θα παραιτείτο αυτού. Ούτως ή άλλως κάτι που συμβαίνει ανεξάρτητα από την θέλησή μας είναι δύσκολο να αντιμετωπισθεί είτε ως δικαίωμα είτε ως καθήκον. Η ηθική αντιμετώπιση του θανάτου μπορεί να αποκτήσει ισχύ μόνο κατά τις περιπτώσεις εκείνες που αυτός δεν είναι φυσικό γεγονός αλλά επιλογή του ατόμου, κάτι που προϋποθέτει την ύπαρξη άλλης εναλλακτικής λύσης. Μόνο ως άρνηση της ζωής, δηλαδή, μπορεί να αξιολογηθεί ηθικά η απόφαση κάποιου να πεθάνει.

Και εδώ ξεκινούν οι δυσκολίες: Έχει ο άνθρωπος το δικαίωμα να επιλέξει τον τρόπο και την στιγμή που θα εγκαταλείψει την ζωή; Η ζωή είναι κάτι που δεν μπορεί να το δημιουργήσει, και επί της βάσεως αυτής αμφισβητείται και το δικαίωμά του να την στερήσει από τον οποιονδήποτε, συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού του. Από την άλλη πολλοί θεωρούν πως η αξιοπρέπεια της ανθρώπινης ύπαρξης αποτελεί υψηλότερη αξία από την ίδια την ζωή, η οποία δεν μπορεί ως δώρημα άλλωστε να έχει ηθική αξία. Αντίθετα η αξιοπρέπεια, επειδή είναι επίτευγμα, επιδέχεται ηθική αξιολόγηση. Έτσι το δικαίωμα στον θάνατο θεμελιώνεται στην υπεράσπιση ενός υψηλότερου αγαθού από τη ζωή, όπως είναι η αξιοπρέπεια. Υπό το πρίσμα αυτό η επιλογή της επίσπευσης του θανάτου γίνεται ηθικό γεγονός υψηλής αξίας, ενώ ο ίδιος ο θάνατος ως φυσικό γεγονός δεν υπόκειται σε ηθική αξιολόγηση. Η ίδια η εκκλησία άλλωστε, καθολική και ορθόδοξη, η οποία θεωρεί πως μόνο ο Θεός ως δότης δικαιούται να ασκεί έλεγχο σε ότι σχετίζεται με την ώρα και τον τρόπο του θανάτου, αποδίδει μέγιστη ηθική αξία στο μαρτύριο και στον θάνατο του χριστιανού υπέρ της πίστης του, και σίγουρα το μαρτύριο αποτελεί παρέμβαση στην φυσική ροή των πραγμάτων. Κατά μία έννοια θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί πως ο μάρτυρας των διωγμών και αυτός που επιλέγει να επισπεύσει τον θάνατό του επειδή ασθενεί θανάσιμα, υπερασπίζονται το ίδιο αγαθό: Θεωρητικά ο μάρτυρας υπερασπίζεται την πίστη του, και για τον λόγο αυτό επιτελεί μια πράξη γενναιότητας, την ίδια ώρα που ο ασθενής επιλέγει την φυγή που δηλώνει δειλία. Και οι δύο όμως στην ουσία υπερασπίζονται την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και το δικαίωμα της αυτοδιάθεσής τους. Και αυτό συμβαίνει διότι ούτε η πίστη θα θιγεί εάν ο χριστιανός δεν υποστεί το μαρτύριο, ούτε ο θάνατος είναι μονόδρομος για την αποφυγή του πόνου- άλλωστε σε περιπτώσεις κόματος δεν τίθεται θέμα πόνου. Αυτό που προκαλεί την επιλογή του θανάτου και στις δύο περιπτώσεις πιστεύω πως είναι η αίσθηση του εγκλωβισμού σε μια κατάσταση

πλήρους περιφρόνησης και καταπάτησης της αξιοπρέπειας και του αυτοκαθορισμού, από την οποία ως μόνη διέξοδος προβάλλει ο θάνατος.

Το καθήκον προς θάνατον αποτελεί ένα νέο αντικείμενο συζήτησης, ιδίως στις Ηνωμένες Πολιτείες. Συνίσταται δε στα εξής: ένα άτομο το οποίο υποφέρει από θανάσιμη ασθένεια χωρίς ελπίδα ανάνηψης αλλά με πολλές ανάγκες νοσηλείας, απασχολεί έναν μεγάλο αριθμό ανθρώπων. Δημιουργεί πρόβλημα στους συγγενείς του και πολλές φορές τους επιβαρύνει συναισθηματικά σε αφόρητο βαθμό. Βέβαια οι φροντίδες τους είναι αυθόρμητες και ειλικρινείς, αποτελούν όμως συχνά τροχοπέδη για την συνέχιση της δικής τους ζωής. Παράλληλα ο ασθενής αυτός απασχολεί δυσανάλογα μεγάλο ιατρικό προσωπικό -όσο η βιωσιμότητα μειώνεται αυξάνονται οι απαιτήσεις σε προσωπικό και εξειδίκευση-, στερώντας από συνανθρώπους του την δυνατότητα να έχουν ποιοτική περίθαλψη και απορροφώντας κονδύλια για μια «χαμένη υπόθεση»- την δική του. Δεδομένων των παραπάνω προβάλλει για τον σε τέτοια κατάσταση ευρισκόμενο ένα καθήκον, το καθήκον να επιλέξει τον θάνατο. Στις Η.Π.Α το ζήτημα συζητείται έντονα, συνδεδεμένο με την κρίση που το σύστημα υγείας διέρχεται. Η επιθανάτια φροντίδα χάριν στις προόδους της επιστήμης έχει παραταθεί πολύ και απορροφά πολύ μεγάλο μέρος από τα κονδύλια για την υγεία. Ούτως ή άλλως όμως, όσο και εάν τα ελατήρια της συζήτησης δεν είναι καθαρά θεωρητικά και ανιδιοτελή, το ζήτημα είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον. Οι υπέρμαχοι του καθήκοντος προς θάνατον, όπως ο John Hardwig, καθηγητής Ιατρικής Ηθικής στο East Tennessee State University, υποστηρίζουν πως η προσκόλληση στην ζωή αποτελεί από μόνη της ένα ηθικό ελάττωμα. Ειδικά όταν κάποιος έχει ζήσει μια πλούσια σε χρόνια και σε εμπειρίες ζωή, το να προσκολλάται στη ζωή δείχνει εγωισμό και έλλειψη επαφής με τις πραγματικές αξίες της ζωής, αφού όσο μεγαλύτερος σε ηλικία είναι τόσο λιγότερα έχει να θυσιάσει. Άλλοι, προχωρώντας περισσότερο, θεωρούν πως η επιλογή του θανάτου είναι ανεξάρτητη από την αρρώστια και τον πόνο, αλλά οι μεγαλύτεροι πρέπει να αφήνουν χώρο για τους νεότερους, «όπως τα φύλλα των δέντρων πέφτουν για να φυτρώσουν νέα».

3.4.3. Ιατρικό Καθήκον

Η ιπποκρατική αρχή *primum non nocere* ρυθμίζει επί εκατονταετίες το ιατρικό καθήκον. Κατά καιρούς ο ρόλος του γιατρού έχει αντιμετωπισθεί ποικιλοτρόπως και η

αποστολή του έχει με διάφορους τρόπους αξιολογηθεί, όμως η αρχή της μη ζημίας δεν έπαψε ποτέ να ισχύει. Ο όρκος του Ιπποκράτη παραμένει μέχρι σήμερα ο κύριος και παγκόσμιος κανόνας ιατρικής δεοντολογίας, και είναι αλήθεια πως για την ευθανασία είναι καταδικαστικός, αφού ρητά απαγορεύει την χορήγηση θανάσιμου δηλητηρίου ακόμη και κατόπιν αιτήσεως.

Είναι όμως δυνατόν η ιατρική επιστήμη να δεσμεύεται από ένα κείμενο που γράφηκε αιώνες πριν, όταν οι κοινωνικές συνθήκες αλλά και τα ιατρικά επιστημονικά δεδομένα ήταν εντελώς διαφορετικά; Άλλωστε, όπως παρατηρούν όσοι υποστηρίζουν την ελαστικότερη αντιμετώπιση του όρκου, σε αυτόν περιλαμβάνεται και η δέσμευση του ιατρού να μην λάβει χρήματα για διδασκαλία της ιατρικής και για εγχείρηση, κάτι που πολύ άνετα και χωρίς καθόλου τύψεις έχει η ιατρική οικογένεια σήμερα ξεπεράσει. Αυτό που πρέπει κατά πολλούς να περιφρουρηθεί είναι όχι το γράμμα του όρκου αλλά το πνεύμα του, αυτό που επιβάλλει στον γιατρό να ενεργεί με γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς. Ένα από τα πρωταρχικά καθήκοντα του γιατρού είναι και ο έλεγχος του πόνου. Όταν ο ασθενής γνωρίζει πως θα πεθάνει δεν ανακουφίζεται από την ιατρική παρουσία για κανέναν άλλο λόγο, παρά μόνο διότι γνωρίζει πως θα πεθάνει κατά το δυνατόν ανώδυνα και ανθρώπινα. Ο έλεγχος του πόνου αποτελεί παγκόσμια απαίτηση των ασθενών, ανεξάρτητη από φυλή και κουλτούρα και εποχή. Για τον λόγο αυτό θεωρείται πρώτιστο καθήκον του γιατρού. Ακόμη και εάν η καταπολέμηση του πόνου θα συντομεύσει την ζωή του ασθενούς, σε περιπτώσεις ευρισκόμενες στο τελικό στάδιο ο γιατρός δικαιώνεται ηθικά να χορηγήσει στον βασανιζόμενο ασθενή αναλγητικά, υποστηρίζουν πολλοί. Στις περιπτώσεις αυτές δεν σκοτώνει τον ασθενή, ο θάνατος του οποίου είναι θέμα χρόνου, αλλά τον πόνο.

3.4.4. Αυτοκαθορισμός

Το ζήτημα του αυτοκαθορισμού είναι θεμελιώδες για την στοιχειοθέτηση της ελευθερίας και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου. Ο άνθρωπος, είναι ον του οποίου οι πράξεις υπόκεινται σε ηθική αξιολόγηση ακριβώς επειδή μπορεί να αυτοκαθορίζεται χρησιμοποιώντας την δύναμη της λογικής του, να διαμορφώνει κρίσεις για τα πράγματα και ανάλογα να ενεργεί. Αυτή είναι και μια βασικότερη ειδοποιός διαφορά του ανθρώπου

από τα άλλα έμβια όντα. Εάν του την αφαιρέσουμε ή δεν του την αναγνωρίσουμε, αυτόματα τον υποβιβάζουμε ειδολογικά.

Πρόβλημα προκύπτει όταν η εφαρμογή των αποφάσεων των άλλων, και οι οποίες αφορούν τον εαυτό τους, εναπόκειται σε εμάς. Υπόκεινται τότε στην δική μας κρίση ή πρέπει να εφαρμοστούν χωρίς να γίνουν αντικείμενο εξέτασης; Στο ερώτημα αυτό η κοινωνία έχει εν μέρει απαντήσει. Μια διαθήκη, η οποία αποτελεί την έσχατη έκφραση της βούλησης του ατόμου, αλλά είναι και η πιο αδύνατη, μπορεί να προσβληθεί εάν κριθεί παράλογη ή αντιβαίνει τα κελεύσματα του νόμου, υπόκειται δηλαδή σε κρίση. Αυτό δεν είναι καθόλου κατακριτέο ηθικά, είναι νόμιμο και η κοινωνία τείνει να βλέπει την παρεμβολή του νόμου σε ένα ζήτημα θεωρητικά προσωπικής επιλογής μάλλον θετικά. Όταν όμως το θέμα ξεφεύγει από την διάθεση των υλικών αγαθών του ατόμου και αφορά την διάθεση και μεταχείριση του ίδιου του ατόμου, τότε τα πράγματα περιπλέκονται.

Ας εξετάσουμε την πολύ συνήθη στην Ολλανδία αλλά και σε άλλες χώρες περίπτωση των living wills ή advance directives. Το άτομο, προνοώντας για την περίπτωση που δεν θα μπορεί να εκφράσει τις θελήσεις του υπογράφει ένα έγγραφο όπου δηλώνει τι θεωρεί ζωή άξια να βιωθεί και τι όχι. Η ιδιότυπη αυτή διαθήκη εκφράζει τις τελευταίες θελήσεις του ανθρώπου φορτισμένη έντονα συναισθηματικά, διότι δεν αναφέρεται στο ευκαταίο αλλά στο απευκαταίο, δηλώνει τι δεν θα ήθελε το άτομο να του συμβεί, τον έσχατο φόβο του. Σε ένα τέτοιο κέλευσμα είναι δύσκολο κάποιος να μην υπακούσει. Αν όχι οτιδήποτε άλλο, τουλάχιστον τον τρόπο του θανάτου του έχει κάποιος δικαίωμα να τον επιλέξει, ιδίως εάν αυτό που προσπαθεί να εξασφαλίσει είναι ένα αξιοπρεπές τέλος.

Πώς όμως μπορούμε να είμαστε σίγουροι πως αυτό που θα εξυπηρετηθεί με την εφαρμογή της advance directive είναι ο αυτοκαθορισμός του ατόμου και όχι ένας ανυπόστατος φόβος του παρελθόντος, τώρα χωρίς ουσιαστικό περιεχόμενο; Πώς μπορούμε να γνωρίζουμε πως η θέληση που εκφράστηκε σε άλλες συνθήκες, εντελώς διαφορετικές, συνεχίζει να έχει ισχύ τώρα; Πολλοί στην Ολλανδία δηλώνουν σε advance directive πως θα ήθελαν να υποστούν ευθανασία εάν περιπέσουν σε γεροντική άνοια, όταν όμως τους συμβεί αυτό δεν δείχνουν καθόλου δυστυχημένοι. Υπάρχουν, επίσης, σε αυτές τις περιπτώσεις δεδομένα τα οποία κάποιος δεν μπορεί να τα σταθμίσει ή έστω να τα γνωρίζει εκ των προτέρων. Ο άνθρωπος πάντοτε, ακόμη και στην πιο δύσκολη για αυτόν

κατάσταση, βρίσκει κάποια αξία ή πρόσωπο να προσκολληθεί, πράγμα που μπορεί να καταστήσει την ζωή εκ νέου και με έναν διαφορετικό τρόπο αξία να βιωθεί.

Όταν η παράκληση του πάσχοντος να τύχει ευθανασίας είναι προφορική και άμεση, παύει να υφίσταται το πρόβλημα της χρονικής ισχύος. Ανακύπτει όμως ένα άλλο: η απόφαση του πάσχοντος είναι μια αβίαστα ειλημμένη απόφαση ή είναι προϊόν εξαναγκασμού και πίεσης, επιβεβλημένη από συνθήκες εξωτερικές, όπως ο πόνος ή ο φόβος. Όταν μια απόφαση δεν είναι ελεύθερη, τότε δεν εκφράζει το άτομο, οπότε είναι άσκοπο να ομιλούμε για τον αυτοκαθορισμό του ατόμου και τον σεβασμό που αυτός αξίζει. Ένα ακόμη ζήτημα που στις Η.Π.Α συζητείται, είναι το κατά πόσον είναι ηθικά αξία πράξη κάποιος να υπογράψει μια living will για να διαφυλάξει την δυνατότητά του για αυτοκαθορισμό, γνωρίζοντας τα ηθικά αλλά και νομικά προβλήματα που θα δημιουργήσει στους εκτελεστές της ιδιότυπης αυτής διαθήκης.

3.4.5. Πράξη- παράληψη

Ένα ακόμη σημαντικό ζήτημα που παρεισφρύει στο πρόβλημα της ευθανασίας είναι η σχέση πράξης- παράλειψης και η ηθική τους διαφοροποίηση. Όπως είδαμε, ευθανασία μπορεί να διενεργηθεί είτε με πράξη είτε με παράληψη, η οποία μπορεί να αφορά στην μη λήψη των απαραίτητων μέτρων για την παράταση της ζωής του ασθενούς ή ακόμη και στην μη παροχή νερού και τροφής. Το βέβαιο είναι πως η μέσω παράλειψης ευθανασία είναι πολύ περισσότερο προσφιλής στους γιατρούς και στους οικείους του ασθενούς απ' ότι η ανάληψη δράσης. Στην πρώτη περίπτωση τείνουν να σκέφτονται πως δεν παρενέβησαν στην φυσική ροή των πραγμάτων ενώ στην δεύτερη πιστεύουν πως εκείνοι σκότωσαν τον ασθενή. Αυτή την στάση ο Jack Kevorkian, επινοητής συσκευών ευθανασίας, τη χαρακτηρίζει υποκριτική.

Είναι φανερό πως, επειδή αυτό που δικαιώνει ή καταδικάζει μια πράξη είναι η πρόθεση, και η πράξη και η παράλειψη αξιολογούνται ομοιοτρόπως από την στιγμή που αποσκοπούν στο ίδιο αποτέλεσμα. Ο αμερικάνος φιλόσοφος James Rachels στο έργο του «Active and Passive Euthanasia» υποστηρίζει πως η διάκριση που επιχειρούμε της ευθανασίας σε ενεργητική και παθητική και η διαφορετική αξιολόγηση εκάστης οφείλεται στο λανθασμένο μας δεδομένο πως ο θάνατος είναι κάτι πάρα πολύ κακό. Εάν μπορούσαμε να δεχθούμε πως κάποιες φορές ο θάνατος δεν είναι μεγαλύτερο κακό από

την συνέχιση της ζωής του ασθενούς, τότε δεν θα χρειαζόταν να καταφύγουμε στην διάκριση αυτή. Για να δείξει την ηθική ομοιότητα πράξης και παράληψης στο συγκεκριμένο θέμα, αναφέρει το εξής παράδειγμα: ο Smith πρόκειται να εισπράξει ένα μεγάλο ποσό κληρονομιάς εάν σκοτώσει τον ανιψιό του. Αποφασίζει να τον πνίξει, κάτι που πραγματοποιεί. Ο Jones βρίσκεται και αυτός στην ίδια θέση και παίρνει την ίδια απόφαση με τον Smith, μόνο που την ώρα που μπαίνει στο μπάνιο για να διαπράξει αυτό που είχε σχεδιάσει, ο μικρός γλιστράει και πνίγεται, αφού ο Jones δεν τον βοήθησε. Στην πρώτη περίπτωση ο Smith δολοφόνησε το παιδί, ενώ στην δεύτερη ο Jones το άφησε να πεθάνει. Υπάρχει όμως πράγματι διαφορά στην ηθική τους αξιολόγηση;

Με την ευθανασία δεν είναι όμως ακριβώς έτσι τα πράγματα, και πολλές φορές η πράξη μπορεί να πάρει διαφορετικούς ηθικούς χρωματισμούς από την παράλειψη. Στην περίπτωση ενός ασθενούς ο οποίος πεθαίνει με φριχτούς πόνους, δεν μπορεί να αξιολογείται το ίδιο η ενεργητική του θανάτωση με την μη αποτροπή του θανάτου του. Και αυτό διότι στην περίπτωση αυτή η ενεργητική ευθανασία, άπαξ και ελήφθη η απόφαση ούτως ή άλλως να διενεργηθεί ευθανασία, την αγωνία και τον πόνο, κάτι που με την παθητική ευθανασία μπορεί να παραταθεί πολύ. Για τον ασθενή, λοιπόν, η ενεργητική ευθανασία είναι προτιμότερη. Από αυτήν την άποψη, η αποφυγή της από τον γιατρό ή τους οικείους και η επιλογή της πιο ατελέσφορης πρακτικής της παθητικής ευθανασίας, μπορεί να τους αποδώσει αρνητικά ηθικά χαρακτηριστικά, εάν κριθεί πως επέλεξαν την πιο ανώδυνη λύση γι' αυτούς και όχι την ενδεδειγμένη για τον ασθενή. (Πρωτοπαπαδάκης Β,1999)

Δεδομένου ότι το ζήτημα περιπλέκεται γύρω από το έννομο αγαθό της ζωής θέτοντας παράλληλα έντονο προβληματισμό σχετικά με την πιθανότητα καταχρηστικής άσκησης του λειτουργικού κατά πολλούς δικαιώματος για ζωή, έχουν διατυπωθεί κατά καιρούς απόψεις τόσο υπέρ όσο και κατά της ευθανασίας. Οι πρώτες θέτουν ως προτεραιότητα το δικαίωμα για αυτοδιάθεση που αναγνωρίζεται σε κάθε άτομο. Αναγνωρίζουν τη σοβαρότητα της παθολογικής κατάστασης του ασθενή και του παρέχουν το δικαίωμα επιλογής του δικού του δρόμου. Εξάλλου, προβάλλουν το πεσιμιστικό μιν, αλλά σίγουρα φιλοσοφικό ερώτημα : «τι αξία έχει μια ζωή που δεν είναι άξια;»

Οι υποστηρικτές της αντίθετης άποψης επιχειρηματολογούν αναφέροντας ότι δεν είναι δυνατόν να υπάρχει αντίφαση μέσα στα πλαίσια της ίδιας έννομης τάξης με την νομιμοποίηση της ευθανασίας. Επίσης επισημαίνουν το μη αναστρέψιμο της κατάστασης

σε περίπτωση που μετά την αφαίρεση της ζώης υπάρξει πρόοδος στον τομέα της ιατρικής με την ανεύρεση θεραπείας της ως τότε ανίατης ασθένειας.(Κηπουρού Α, Μπούτας Α, www.biosynthesis.gr).

4. ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ

4.1. Επιχειρήματα υπέρ της ευθανασίας

Τα Επιχειρήματα των δεδομένων της διεθνούς βιβλιογραφίας εστιάζονται σε τέσσερις θεωρήσεις.

- 1) Το αυτεξούσιο, η αυτονομία του ανθρώπου, δικαιολογεί την Ε.Πράγματι, εφόσον η κοινωνία προστατεύει το αυτεξούσιο του ανθρώπου, με βάση την αυτονομία του ο άνθρωπος δύναται να επιλέγει όχι μόνο την έκταση της μόρφωσής του, το γάμο, την σταδιοδρομία του ή τους επαγγελματικούς στόχους αλλά και τον χρόνο και τον τόπο του θανάτου του. Κατ'επέκταση, το άτομο έχει δικαίωμα να αρνείται τις ιατρικές παρεμβάσεις και να τερματίζει τη ζωή του, όταν τέτοιες παρεμβάσεις συγκρούονται με το όραμά του για καλή ζωή. Και τούτο επειδή σε τελική ανάλυση, δεν υπάρχει ένα και μοναδικό μοντέλο καλής ζωής, στο οποίο οφείλουν να προσαρμοστούν όλοι. Οι άνθρωποι λαμβάνουν διαφορετική στάση απέναντι στη ζωή και εφόσον η ζωή ενός ατόμου έπαυσε να έχει νόημα και σκοπό ή γίνεται ανυπόφορη, τότε δύναται να την τερματίσει. Προς υποστήριξη των απόψεών τους, οι θιασώτες της ευθανασίας αναφέρουν και γνώμες φιλοσόφων που επικροτούν την ευθανασία. Έτσι, η άποψη του φιλοσόφου Dan Brook διατυπώνεται ως ακολούθως: «Εφόσον η λήψη αποφάσεως αποτελεί θεμελιώδη αξία και εφόσον οι άνθρωποι κρατούν ποικίλη στάση απέναντι στην Ε, με βάση τη θεμελιώδη αυτή αξία οι άνθρωποι δύναται να ελέγχουν τον τρόπο, τις περιστάσεις και τον χρόνο του θανάτου τους.» Επιπλέον, ο Eugene Debs, ισχυρίζεται ότι η ζωή είναι ιερή όταν συνεισφέρει στην χαρά και την ευτυχία. Όταν προσφέρει αγωνία, είναι προνόμιο κάθε ανθρώπου να διακόψει την αγωνία και τον πόνο με δική του επιλογή.
- 2) επιχείρημα: Η αγαθοεργία δικαιολογεί την ΕΠράγματι σε ορισμένες περιπτώσεις η συνέχιση της ζωής του ατόμου επιφέρει περισσότερο πόνο- βάσανο από ότι ο θάνατος καθ' αυτός, όπως π.χ. στις ανίατες και μοιραίες ασθένειες όπου οι ασθενείς καταλήγουν με αφόρητους πόνους. Κατά συνέπεια στις περιπτώσεις αυτές ο τερματισμός ανθρώπινης ζωής από τον ιατρό είναι όχι μόνο ηθικά σωστός αλλά και «πράξη ανθρωπιάς, αλτρουισμού». Επιπλέον, τονίζεται εκ νέου ότι εφόσον κάθε άτομο έχει διαφορετική άποψη περί του καλού και πολύτιμου, το άτομο αποφασίζει πότε η συνέχιση της ζωής του καθίσταται πιο βαρετή και ανυπόφορη από το θάνατο. Στην περίπτωση αυτή η Ε δύναται να λειτουργήσει, σύμφωνα με τη ρύση του Brooks ως

«ψυχολογική ασφάλεια» για να ανακουφίσει την αγωνία του ατόμου, επειδή έχει ανεξέλεγκτο πόνο, βάσανο και αγωνία πριν από το θάνατό του.

- 3) επιχείρημα: Από μια ηθική σκοπιά η E δεν διαφέρει από τη διακοπή ή την απόσυρση μιας υποστηρικτικής για τη ζωή του ασθενούς θεραπευτικής αγωγής. Σε αμφότερες τις περιπτώσεις το αποτέλεσμα είναι το ίδιο: ο θάνατος του ασθενούς. Παρομοίως, ο ασθενής που εκλιπαρεί τον ιατρό να του χορηγήσει την θανατηφόρα ένεση ή να του αποσύρει την υποστηρικτική για τη ζωή του αγωγή, έτσι και αλλιώς συγκατατίθεται να καταλήξει. Επομένως η πρόθεση του γιατρού και στις δυο περιπτώσεις είναι η ίδια: ο τερματισμός της ανθρώπινης ζωής. Η μόνη διαφορά, έστω ουσιαστική, είναι ότι στην 1^η περίπτωση ο γιατρός χορηγεί τη θανατηφόρα ένεση, ενώ στη 2^η περίπτωση αποφεύγει την ιατρική παρέμβαση ή μεσολάβηση. Κατά συνέπεια, οι υποστηρικτές της E ισχυρίζονται ότι δεν υφίσταται σπουδαία ηθική διαφορά στις δυο αυτές διαφορετικές ιατρικές πράξεις. Κατ' επέκταση δεν υφίσταται ηθική διαφορά μεταξύ τελικού αποτελέσματος, συγκατάθεσης ασθενούς και της πρόθεσης του γιατρού. Συνδυάζοντας αυτές τις θεωρήσεις, οδηγούνται στο απώτερο σκεπτικό που τονίζει ότι σε τελική ανάλυση δεν υφίσταται ηθική διάκριση μεταξύ ενεργού-παθητικής E, πράξης - παράληψης του γιατρού, φόνου ή ευκαιρίας που δίνουν οι ιατροί στον ασθενή αφήνοντας τον να καταλήξει.
- 4) Οι κακές πρακτικές ή συνέπειες της επιτρεπόμενης E είναι μακρινές και πολύ θεωρητικές. Πράγματι, ο ισχυρισμός ότι η επιτρεπόμενη E υποσκάπτει την εμπιστοσύνη που είναι ουσιώδης στη σχέση του ιατρού και του ασθενούς, δεν φαίνεται να ευσταθεί σύμφωνα με την πείρα της Ολλανδίας. Στη χώρα αυτή δίνεται η εντύπωση ότι δεν υφίσταται θέμα τέτοιας διάβρωσης εμπιστοσύνης, εκ πρώτης τουλάχιστον όψης. Οι ιατροί παρέχουν βοήθεια για το θάνατο μόνο όταν τους ζητηθεί ρητά από τον ασθενή και δεν προβαίνουν σε αυθαίρετες, παράλογες πράξεις, οι οποίες τους εκθέτουν καταργώντας αυτή την σχέση εμπιστοσύνης. Παρομοίως, ο ισχυρισμός ότι η επιτρεπόμενη ευθανασία υπονομεύει τη θεμελιακή ηθική υποχρέωση του γιατρού για φροντίδα ασθενούς, η οποία οδηγεί συχνά σε αδιαφορία του ιατρού, έλλειψη ενδιαφέροντος για τον ασθενή του, ώστε να προβαίνει σε εύκολες λύσεις θανάτου, δεν ισχύει, σύμφωνα πάλι με την εμπειρία της Ολλανδίας. Οι ιατροί φαίνεται να προβαίνουν σε πράξη E, μόνο όταν υπάρχει αξίως, απαίτηση του ασθενούς για θάνατο οπότε την διενεργούν Ως μια 'επιπρόσθετη' θεραπεία. Επομένως, οι γιατροί δεν χάνουν την ηθική τους υποχρέωση για φροντίδα των ασθενών ακόμη και όταν

επιτρέπεται η Ε. Εντούτοις, κατά την διενέργεια αυτών των λεπτών θεραπευτικών προσεγγίσεων, για να αποφευχθούν ενδεχομένως ανεπιθύμητα ιατρικά συμβάντα ή ολισθήματα των ιατρών κρίνεται απαραίτητο να ισχύουν οι ακόλουθες εγγυήσεις νομιμοποίησης της.

- ✓ Ο ασθενής που πάσχει από σοβαρή ασθένεια να απαιτεί το θάνατο του επανειλημμένα και πιθανώς εγγράφως
- ✓ Ο ασθενής να μην πάσχει από κατάθλιψη ή άλλες ψυχολογικές διαταραχές.
- ✓ Η Ε κρίνεται απαραίτητο να διενεργείται από εξειδικευμένο προσωπικό που για την παρέμβασή του αυτή δεν πρέπει να αμείβεται.
- ✓ Τα περιστατικά της Ε να καταγράφονται σε αρχείο λεπτομερώς.
- ✓ Να γίνεται αναφορά των περιστατικών Ε στον επίσημο ιατρικό φορέα, ώστε να διερευνώνται πιθανές καταχρήσεις και ολισθήματα.

Συμπερασματικά, τα επιχειρήματα των υποστηρικτών της Ε συνοψίζονται ως ακολούθως: Οι αξίες της αυτονομίας του ασθενούς και της ευεργεσίας των ιατρών δικαιολογούν τον τερματισμό της θεραπευτικής παρέμβασης που υποστηρίζει τη ζωή του ασθενούς αλλά και την Ε, επειδή δεν υπάρχει ουσιώδης ηθική διάκριση μεταξύ του φόνου και δυνατότητας που δίνεται σε κάποιον να καταλήξει. Επιπλέον, η διενέργεια Ε δυνατόν να μην περιορίζεται μόνο στους ετοιμοθάνατους αλλά και σε οποιονδήποτε ασθενή που συνειδητά και επίμονα ζητάει τον τερματισμό της ζωής του.

Για την διενέργεια της Ε, το 293 άρθρο Ολλανδικού Ποινικού κώδικα καθορίζει τους ακόλουθους 3 όρους που επιτρέπουν την εκτέλεση Ε:

1. Ο ασθενής να λαμβάνει ο ίδιος πρωτοβουλία απαιτώντας την Ε, κατ' επανάληψη, συνειδητά και ελεύθερα.
2. Ο ασθενείς να υποφέρει, η μόνη δε ενδεδειγμένη λύση και ανακούφιση να είναι ο θάνατος.
3. Ο ιατρός που θα προβεί στην Ε να ζητήσει και τη γνώμη δεύτερου ιατρού, και από κοινού να συμφωνήσουν ότι η Ε είναι η κατάλληλη αγωγή στη συγκεκριμένη περίπτωση. Επιπλέον, για τον θάνατο απαιτείται ενημέρωση των αρχών.

Εντούτοις στην καθημερινή ιατρική πράξη, τα τρία αυτά κριτήρια που επιτρέπουν την Ε παραβιάζονται συχνά. Σε συμφωνία με τα προαναφερθέντα, πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι οι ιατροί της Ολλανδίας αναφέρουν επισήμως προοδευτικά λιγότερες περιπτώσεις Ε. Τα ευρήματα αυτά εγείρουν ερωτηματική εάν οι περιπτώσεις Ε όντως μειώνονται ή εάν οι ιατροί ανταποκρίνονται ή όχι στις νομικές υποχρεώσεις τους για τη διενέργεια της Ε και επιπλέον γνωστοποιούν αυτές στις αρχές.

4.2. Επιχειρήματα κατά της Ευθανασίας

Κατ' αντιστοιχία με τους θιασώτες της Ε, οι επικριτές της εκφράζουν προβληματισμό επισημαίνοντας τα ακόλουθα αντίθετα επιχειρήματα κατά της διεθνούς βιβλιογραφίας:

- I. Ενώ το αυτεξούσιο αποτελεί θεμελιώδη αξία, εντούτοις δε δικαιολογεί την Ε. Όλες οι εκούσιες ενέργειες έκαστου ανθρώπου, έστω και αν δεν κάνουν κακό στους άλλους, δεν επιτρέπονται με την επίκληση του αυτεξούσιου. Ο άνθρωπος δε δύναται θεληματικά και αμετάκλητα να παραιτείται από τους θεμελιώδεις όρους που διέπουν την αυτονομία. Για παράδειγμα η κοινωνία μας απαγορεύει, και ορθώς πράττει, την εκούσια υποδούλωση ή την μοναρχία. Η εκούσια υποδούλωση ή η θανάτωση ικανών ατόμων που ωστόσο συγκατατίθεται σε αυτό, αποτελούν στοιχεία ασυμβίβαστα με τους θεμελιώδεις νόμους που είναι απαραίτητοι για τους ανθρώπους που υπερασπίζονται την ιδέα μιας καλής ζωής. Ο John Stuart Mill ισχυρίζεται ότι όλες οι εκούσιες πράξεις μας δεν δικαιολογούνται από την αυτονομία. Το άτομο πουλώντας τον εαυτό του ως σκλάβο ταυτόχρονα παραιτείται από το δικαίωμα της ελευθερίας κάτι που σαφέστατα είναι παράλογο και οξύμωρο. Ελευθερία που απομακρύνει από την Ελευθερία δεν μπορεί να υπάρξει.

Επεκτείνοντας την ανάλυση της υποδούλωσης στην Ε, είναι προφανές ότι ο θάνατος αλλοτριώνει και απομακρύνει αμετάκλητα την αυτονομία, δεν δικαιολογείται ούτε συγχωρείται με την επίκληση της αυτονομίας, διότι η αυτονομία είναι συνυφασμένη άμεσα με τη ζωή. Επιπλέον, ενώ πολλές χώρες έχουν αποποινηκοποιήσει την αυτοκτονία αναγνωρίζοντας ότι δεν δύναται να διωχθεί ποινικά ένα άτομο που επιθυμεί να θανατώσει τον εαυτό του, δεν δύναται να ισχυριστεί κάποιος ότι κατ' επέκταση επιτρέπεται και η Ε διότι δεν υπάρχει αναλογία. Η Ε απαιτεί την ενεργό συμμετοχή και άλλων προσώπων, είτε ως χορηγούντων τις θανατηφόρες αγωγές είτε

ως συνταγογραφούντων. Και ενώ ο άνθρωπος υποστηρίζει το δικαίωμα να αρνηθεί τη θεραπεία, δεν έχει το δικαίωμα να αναμείξει στην πράξη του αυτή τους ιατρούς. Ο φιλόσοφος Francis Kamm αναφέρει ότι όπως οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα να αρνηθούν την θεραπεία έτσι και εμείς δεν έχουμε το δικαίωμα να αναμιχθούμε στο δικαίωμά τους αυτό. Κατά συνέπεια φαίνεται λογική η μη ανάμειξη των ιατρών σε πράξεις στις οποίες δυνατόν να εμπλακούν, αν το επιθυμούν, συγγενείς, κληρονόμοι και νομικοί.

- II. Παραμένει αδιευκρίνιστο αν η αγαθοεργία δικαιολογεί την νομιμοποίηση της E. Πολλές μελέτες δείχνουν ότι οι ιατροί και το σύστημα ιατρικής φροντίδας γενικά δεν επαρκούν, με την έννοια ότι δεν ασχολούνται ικανοποιητικά με την αντιμετώπιση του πόνου των ‘καταδικασμένων’ ασθενών που πάσχουν από θανατηφόρες ασθένειες. Εντούτοις, αυτό συνήθως δεν ισχύει στις χώρες της Δύσης οι οποίες διαθέτουν εξειδικευμένα κέντρα, όπου επιτυγχάνεται άριστος χειρισμός του πόνου με σύγχρονα αναλγητικά και επιπλέον με λογοθεραπεία μόνο ένα ελάχιστο ποσοστό ασθενών υποφέρουν. Όμως, το τελευταίο μηδαμινό ποσοστό δικαιολογεί την καθιέρωση της E; ‘Σπλαχνική μεσολάβηση’ με E στις ελάχιστες αυτές περιπτώσεις δε δικαιολογεί αλλαγή κοινωνικής πολιτικής και γενίκευση-νομιμοποίηση της E, επισημαίνοντας ότι οι ιατροί δεν πρέπει να σκοτώνουν.
- III. Η ηθική διάκριση μεταξύ ενεργού και παθητικής E, μεταξύ φόνου και εγκατάλειψης του ασθενούς να καταλήξει, υφίσταται και έχει λογική βάση. Πράγματι οι ιατρικές πράξεις διαφέρουν σημαντικά στις δύο περιπτώσεις: στην E ο ιατρός εισάγει φάρμακα στον οργανισμό για να θανατώσει, ενώ στην διακοπή ή απόσυρση της ιατρικής αγωγής ο ιατρός απέχει, δε χορηγεί θανατηφόρο φάρμακο, αλλά μόνο αποσύρει την φορτική και οδυνηρή για τον ασθενή αγωγή ή το μηχάνημα που συντηρεί τη ζωή. Το σπουδαιότερο όμως είναι ότι η πρόθεση του ιατρού διαφέρει ουσιαστικά στις δυο περιπτώσεις :στην πρώτη πρόθεσή του είναι ο θάνατος, ενώ στη δεύτερη απλά σταματάει την οδυνηρή για τον ασθενή θεραπευτική αγωγή. Αυτή η διαφορά αντανakλάται στην κλασική περίπτωση της ασθενούς Quinlan, στην οποία ενώ οι γονείς αποδέχτηκαν την αποσύνδεση της αναπνευστικής συσκευής που τη στήριζε στη ζωή εντούτοις η ασθενής έζησε επιπλέον 9 έτη. Οι γονείς της ισχυρίστηκαν ότι ο σκοπός τους ήταν η απομάκρυνση της φορτικής ιατρικής προσέγγισης και όχι ο τερματισμός της ζωής.

IV. Η νομιμοποίηση της Ε αποτελεί επικίνδυνη δημόσια πολιτική, οι δε δυσάρεστες συνέπειες της εστιάζονται, κατά κύριο λόγο, στη σχέση ασθενούς-ιατρού και στην πραγματική άσκηση της ιατρικής. Πράγματι η νομιμοποίηση της φαίνεται ότι υπονομεύει την εμπιστοσύνη του ασθενούς προς τον ιατρό. Έστω και μια μοναδική αναφορά κατάχρησης, οδηγεί στην κατάργηση της εμπιστοσύνης και της καλής σχέσης ασθενούς προς τον ιατρό. Η νομιμοποίηση της φαίνεται ότι υπονομεύει, επίσης, την οφειλόμενη σπλαχνική φροντίδα των ιατρών προς τους ασθενείς με ανίατα νοσήματα. Οι ιατροί δυνατόν να θεωρούν την Ε πιο εύκολη, ταχεία, αποτελεσματική και αποδοτική μέθοδο συγκριτικά με την επίπονη και συνεχή ιατρική προσπάθεια, η οποία είναι αναγκαία για έλεγχο των συμπτωμάτων και των παρεχόμενων συμβουλών προς τους σοβαρά πάσχοντες. Ενίοτε η Ε καθίσταται πλέον προσοδοφόρα για τον ιατρό και τους κληρονόμους. Επιπρόσθετα η διαβρωτική επίδραση της Ε επεκτείνεται και στην αλλαγή της θεώρησης των σκοπών της ιατρικής. Η θεραπεία ή η ανακούφιση των πασχόντων δυνατόν να αντικατασταθούν με την θεώρηση του θανάτου ως θεραπεία. Ήδη στην Ολλανδία και στο Βέλγιο που έχουν νομιμοποιήσει την Ε, αυτή περιγράφεται ως θεραπεία, μια επιπλέον συνταγογραφία. Ο πρόεδρος του συμβουλίου υγείας στην Ολλανδία επικροτεί την άποψη αυτή, τονίζοντας ότι υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες η καλύτερη θεραπεία είναι να τον βοηθήσει κανείς να πεθάνει ειρηνικά και ο ιατρός που ανταποκρίνεται στην απαίτηση του ασθενούς ενεργεί με ανωτερότητα και αλtruισμό. Και εδώ εγείρεται το ερώτημα: αν η αποδοχή της Ε δύναται να δράσει καταλυτικά στις δεσμεύσεις ενός Ολλανδού ιατρού που σέβεται τον εαυτό του, τότε τι πρόκειται να γίνει αν νομικά την Ε δύναται να την εκτελέσει ένας οποιοσδήποτε ιατρός;

Ένας άλλος κίνδυνος που ελλοχεύει την νομιμοποίηση της Ε είναι ο ποικίλος εξαναγκασμός των ασθενών να επιζητήσουν την Ε. Οι χρονίως πάσχοντες ή οι ασθενείς που πεθαίνουν δυνατόν να εξαναγκάζονται να επιλέξουν την Ε με την θεώρηση ότι οι οικογένειές τους θα αντιμετωπίσουν μειωμένη οικονομική επιβάρυνση και συγκινησιακή καταπόνηση. Ιδιαίτερα, ο εξαναγκασμός για Ε αναμένεται ότι θα επικεντρώνεται στις τάξεις των φτωχών, υπερηλίκων, αναπήρων και άλλων ομάδων ατόμων αποδυναμωμένων που είναι αποκομμένοι από το σύστημα ιατρικής φροντίδας. Αν νομιμοποιηθεί η Ε, είναι προφανές ότι οι κατηγορίες αυτές των ασθενών θα είναι υποκείμενες σε καταλυτικό εξαναγκασμό να συναινέσουν για Ε.

Μια άλλη δυσμενής συνέπεια νομιμοποίησης της E, είναι η παρείσδυση δικαστηρίων, κατηγορών, μηνύσεων, δικηγόρων και αστυνομίας στην άσκηση της ιατρικής επιστήμης. Πράγματι επειδή απαιτούνται δικαστικές εγγυήσεις για την E, αναμένεται ο συχνός έλεγχος παραλείψεως, λάθους ή κατάχρησης, οπότε μοιραία εισβάλλει το σύστημα ποινικού δικαίου στα νοσοκομεία με δυνητική εμπλοκή των ιατρών.

Τέλος η πιο συζητημένη δυσμενής συνέπεια νομιμοποίησης της E είναι ο κίνδυνος επέκτασης της από τους διανοητικά ικανούς ασθενείς, σε αυτούς οι οποίοι βρίσκονται σε κωματώδη κατάσταση, στα ανήμπορα παιδιά και στους ψυχασθενείς. Είναι γνωστό ότι η έναρξη νέων ιατρικών πράξεων συμπεριλαμβανομένης της E, γίνεται πιλοτικά σε μικρό, καθορισμένο δείγμα πληθυσμού. Εντούτοις, με την απόκτηση της αρχικής εμπειρίας, υπάρχει η τάση επεκτάσεως της σε ευρύτερο δείγμα ασθενών με βάση τον ισχυρισμό ότι η E είναι λύτρωση και το επιχείρημα ότι ο θάνατος είναι πιο ευεργετικός από μια ζωή πόνου ή βασάνων, χωρίς συνείδηση ή υψηλή διάνοηση.(Φραντζεσκάκη I.,1998)

Διεθνώς ισχύοντες ορισμοί της Ευθανασίας

- 1.** Εκούσια ενεργός ευθανασία
- 2.** Ακούσια ενεργός ευθανασία
- 3.** Μη εθελοντική ενεργός ευθανασία
- 4.** Παθητική ευθανασία (τερματισμός θεραπευτικής προσεγγίσεως που συντηρεί την ανθρώπινη ζωή).
- 5.** Έμμεση ευθανασία
- 6.** Ιατρο- υποβοηθούμενη ευθανασία.

Επιχειρήματα για ευθανασία

- 1.** Το αυτεξούσιο του ανθρώπου δικαιολογεί την E
- 2.** Η αγαθοεργία είναι συμβατή με την E.
- 3.** Από νομικής σκοπιάς η E δεν διαφέρει από τη διακοπή υποστηρικτικής για τη ζωή του ασθενούς αγωγής.
- 4.** Οι κακές συνέπειες της επιτρεπόμενης E είναι μακρινές- θεωρητικές

5. ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η αλματώδης εξέλιξη στους τομείς της υγείας και του δικαίου και συνακόλουθα η θεσμοθέτηση και κατόπιν επεξεργασίας καταγραφή γενικώς παραδεδεγμένων αρχών ως προς τον τρόπο συμπεριφοράς του προσωπικού των Υπηρεσιών Υγείας απέναντι στους χρήστες των υπηρεσιών αυτών αποτέλεσε εφιαλτήριο για τη διαπραγμάτευση ορισμένων θεμάτων συναφών με έναν σχετικώς νέο κλάδο του δικαίου, το ιατρικό δίκαιο. Η αυξανόμενη διείσδυση της ιατρικής επιστήμης στην καθημερινότητα του σύγχρονου ανθρώπου που εξικνείται ως τη δραστική παρέμβαση στο θεμελιωδέστερο έννομο αγαθό, τη ζωή, με θεμιτά ή αθέμιτα μέσα με ή χωρίς τη συναίνεση του παθόντος – ασθενούς, επισημαίνει την κρισιμότητα μιας ουσιαστικότερης και αυτοτελούς ενασχόλησης – ίσως και διδασκαλίας στις νομικές σχολές της χώρας – με το δίκαιο που προστατεύει τον άνθρωπο και περιορίζει κατά το δυνατόν την ασύδοτη δράση των ιατρών απασχολούμενων σε συναφή επαγγέλματα.

5.1. ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ

Τα πρώτα ψήγματα που αποτέλεσαν ένδειξη της έναρξης διαμόρφωσης του ιατρικού δικαίου ως τομέα που άρχισε να ενδιαφέρει περισσότερο εξειδικευμένα τους εθνικούς νομοθέτες εμφανίζονται στις Η.Π.Α., όπου ο διεθνής χώρος έγινε μάρτυρας εν πρώτοις ενός Κώδικα του 1973, του « Patient Bill of Rights». Ακολουθεί στα 1974 στη Γαλλία ο Χάρτης των Δικαιωμάτων και Υποχρεώσεων των Ασθενών, καθώς και ο Ευρωπαϊκός Χάρτης για τα δικαιώματα αυτά που υπήρξε απότοκος της ιδιαίτερης ενασχόλησης της Νοσοκομειακής Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. Πιο πρόσφατο γεγονός αποτελεί η έκδοση των ασθενών στην Ευρώπη από το Περιφερειακό Γραφείο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας στο Άμστερνταμ το 1994. Το 1997 τα κράτη μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης καταρτίζουν και υπογράφουν τη σύμβαση για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου σε σχέση με τις εφαρμογές της Βιολογίας και της Ιατρικής, μια σύμβαση αυτής τα συμβαλλόμενα μέρη θα προστατεύσουν την αξιοπρέπεια και την ταυτότητα κάθε ανθρώπου και η προστασία της ταυτότητας και της προσωπικότητας θα υπερισχύουν έναντι του κοινωνικού συμφέροντος

ή της επιστήμης. Το ιατρικό δίκαιο είναι αυτό που αναμένεται να συστηματοποιήσει και να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που συνδέονται με τον ευαίσθητο τομέα της υγείας από τη νομική πλευρά.

Τίθεται ως προϋπόθεση της επιτέλεσης κάθε πράξης ευθανασίας η ενημερωμένη συγκατάθεση του ασθενούς. 'Ενημερωμένη' σημαίνει ότι ο ασθενής έχει πληροφορηθεί με σαφήνεια, σχετικά με την κατάσταση της υγείας του, τις πιθανότητες ανάρρωσης, την τεχνική της ευθανασίας και τις εναλλακτικές της επιμήκυνσης ζωής. Η 'συγκατάθεση' είναι ένδειξη ότι η απόφασή του είναι εκούσια, καθώς γνωρίζει τα απαραίτητα στοιχεία και επιλέγει ο ίδιος χωρίς εξαναγκασμό, τη συγκεκριμένη δυνατότητα.

Επιπλέον, η ενημερωμένη συγκατάθεση λειτουργεί ως μέτρο προστασίας ενάντια στον εξαναγκασμό και την εξαπάτηση του ασθενούς εκ μέρους του γιατρού. Αποδεικνύεται αβάσιμο το επιχείρημα ότι, αν δοθεί στον γιατρό η αρμοδιότητα του τερματισμού της ζωής, θα υπονομευτεί η εμπιστοσύνη του ασθενούς στο ιατρικό επάγγελμα, καθώς κινητήρια αιτία για τη συγκεκριμένη ενέργεια είναι η ενημερωμένη συγκατάθεση του ασθενούς. Απεναντίας, ο ασθενής συνήθως εμπιστεύεται το γιατρό, που σέβεται τη ελευθερία απόφασης του και του συμπαραστέκεται κατά τη διάρκεια της ασθένειας και τις τελευταίες στιγμές της ζωής του. (Markus, AC. 2000).

5.2. ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Δικαίωμα: «είναι η ελευθερία του ανθρώπου να απολαμβάνει κάτω από έννομο τάξη τα αγαθά (ασώματα και ενσώματα)». Η «Έννομος τάξις» παρέχεται στον άνθρωπο από την πολιτεία ή από τον ηθικό νόμο. Ο κάθε άνθρωπος ως μέλος του κοινωνικού συνόλου και ως άτομο, έχει δικαιώματα και υποχρεώσεις. Τα δικαιώματά του ισχύουν σε οποιαδήποτε κατάσταση κι αν βρίσκεται, είτε σε πλήρη υγεία είτε στην ανάγκη παροχής κάποιας θεραπευτικής αγωγής.

Κατά τη διαπραγμάτευση του συγκεκριμένου θέματος εκτιμάται η σκοπιμότητα της παράθεσης ενός πλαισίου θεμελιωδών δικαιωμάτων δηλαδή των προσώπων για χάρη των οποίων κυρίως ο σύγχρονος νομοθέτης επιδόθηκε σε μια προσπάθεια έρευνας προσέγγισης και συγκερασμού στοιχείων των δυο επιστημονικών κλάδων που βρίσκονται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος της σύγχρονης κοινωνίας.

Το κράτος πρόνοιας με κύριους εκφραστές στο επίπεδο αυτό το συνταγματικό και τον κοινό νομοθέτη, χωρίς να παροράται και η συμβολή της νομολογίας των ελληνικών δικαστηρίων στη διαμόρφωση της κείμενης πραγματικότητας στον τομέα του ιατρικού δικαίου φαίνεται να μεριμνά για την εξασφάλιση δικαιωμάτων στον ασθενή λόγω της θέσης του και πάντα σύμφωνα με την αρχή της εύνοιας προς τους «αδύναμους». Με γενικές όπως αυτή του άρθρου 21.παρ.3 Σ ότι «το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών...», αλλά και ειδικές διατάξεις νόμων ή νομοθετημάτων, όπως π.χ. το άρθρο 47 του ν.2072/1972, το άρθρο 1 του ν. 1397/1983, το ν. 2194/1994, το άρθρο του ν. 2519/1997 ή ακόμη τα άρθρα 7-15 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Β.Δ. 25/5-6/1955) εκδηλώνεται μια ενδιαφέρουσα προσπάθεια της εθνικής αντιπροσωπείας να καλύψει το προϋπάρχον νομοθετικό κενό και να ανταποκριθεί στην απαίτηση επίλυσης καίριων προβλημάτων που είχαν ως βάση την ύπαρξη ενός κλίματος ανασφάλειας των ασθενών που έρχονται αντιμέτωποι με το σύστημα υγείας.

Είναι αποδεκτό πως σήμερα πλέον ο ασθενής έχει αξίωση για μια αντιμετώπιση σύμφωνη με τις αρχές της νομιμότητας, της ισότητας, της πολιτικής ουδετερότητας, της αιτιολογίας των πράξεων που αφορούν τον ίδιο, του σεβασμού της προσωπικότητας και βέβαια της προστασίας της ζωής του. Με άλλα λόγια, ο ασθενής έχει δικαιώματα σε μια συνολική στάση των γιατρών απέναντι του που θα εξασφαλίσει στον ίδιο την πεποίθηση ότι η υπόθεσή του θα εξεταστεί με την πρέπουσα σοβαρότητα και με την ευλαβική τήρηση του ιατρικού απορρήτου, όπως άλλωστε απορρέει και από όρκο του Ιπποκράτη (μολονότι ο ίδιος δεν έχει άμεσα δεσμευτικό νομικό περιεχόμενο).

Το δικαίωμα της εχεμύθειας :υπάρχουν ασθενείς που η ανάρρωσή τους εξαρτάται από το σεβασμό αυτού του δικαιώματος. Η μεταφορά του ασθενή από το ένα τμήμα σε άλλο, καθώς και η παρουσία σπουδαστών κατά τη λήψη του ιστορικού, εκμηδενίζουν το δικαίωμα αυτό. Χρέος του ιατρού ή του νοσηλευτή είναι να προσέχει, ώστε να μην εκτίθεται τα όσα αποκαλύπτουν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων, των εξετάσεων, της θεραπείας (Storch 1982).

Το δικαίωμα του απορρήτου: οι ασθενείς δίνουν πιο εύκολα πληροφορίες, όταν ξέρουν ότι θα τηρηθούν απόρρητες. Το νοσηλευτικό απόρρητο αναφέρεται στον όρκο του της Florence Nightingale, στον Διεθνή Κώδικα Ηθικών Καθηκόντων « ο ιατρός ή νοσηλευτής τηρεί εμπιστευτικά προσωπικές πληροφορίες και χρησιμοποιεί την κρίση του στο πρόβλημα της ανακοίνωσης πληροφοριών» και στις νομοθεσίες των περισσότερων κρατών. Ειδικά για την Ελληνική πραγματικότητα προστατεύεται με το Ν.Δ. 683/1948 αρ.

3. Η προστασία του ιατρικού απορρήτου δεσμεύει το γιατρό και το νοσηλευτή και μετά το θάνατο του ασθενή (Macara A, 1984). Το δικαίωμα όμως αυτό πολλές φορές συγκρούεται με την επιθυμία του γιατρού ή του νοσηλευτή να βοηθήσει τον ασθενή.

Ειδικότερα ο ασθενής μπορεί να υπερασπιστεί τα δικαιώματά του εγγράφως ή προφορικώς ή να καταθέσει ενστάσεις για πράξεις ή παραλήψεις των στελεχών υγείας. Καμία διάκριση δεν είναι επιτρεπτή λόγω οικονομικής κατάστασης, πολιτικών πεποιθήσεων, κοινωνικής θέσης ή φυλής, βαρύτητας νόσου ή προσωπικών αισθημάτων (άρθρο 7 Β.Δ. 25/5-6/7/2955). Ο χρηματισμός ωστόσο με την «ευγενική χορηγία του φακέλου» όχι μόνο δεν επιβεβαιώνει την τήρηση μιας αμερόληπτης συμπεριφοράς αλλά και καθρεπτίζει τη διαφθορά στον τομέα της υγείας. Ως προς τις διαπροσωπικές σχέσεις ασθενούς –στελέχους υγείας επιβάλλεται ο σεβασμός της προσωπικότητας και της αξιοπρέπειας του πρώτου, ένα δικαίωμα η προσβολή του οποίου απασχολεί ουκ ολίγες φορές την κοινή γνώμη που πληροφορείται για ασέλγειες επί ναρκωμένων σωμάτων διασήμων προσωπικοτήτων από μέρους επίσης διακεκριμένων επιστημόνων της χειρουργικής ή ακόμη και παρενοχλήσεις κατά την εργασία στον ευαίσθητο κλάδο της γυναικολογίας, που έχουν ως στόχο την απαγορευμένη κατά τα άλλα ικανοποίηση «αθέμιτων συμφερόντων ή ανώμαλων ορέξεων ή παθών (8 κωδ. Ιατρ. Δεοντ.).

Απόρροια του δικαιώματος σεβασμού: είναι κυρίως ηθικό. Προστατεύεται από τον Διεθνή Κώδικα Ηθικών Καθηκόντων, ο οποίος αναφέρει σχετικά «Στενά συνυφασμένα με την Ιατρική και τη Νοσηλευτική είναι ο σεβασμός προς τη ζωή, η αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα του ασθενή». Ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων είναι ιδιαίτερα σημαντικός στο πεδίο της υγείας, που τόσο πολύ εξαρτάται από τις διαπροσωπικές σχέσεις (Lazes 1979).

Κάθε ασθενής επίσης έχει το δικαίωμα συγκατάθεσης ή άρνησης υποβολής (όταν βέβαια η συναίνεση αυτή δεν αποκλείεται λόγω επείγοντος που καθιστά την ιατρική παρέμβαση αναγκαία) σε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να γίνει. Σε περιπτώσεις που ο ασθενής είναι τελείως ή μερικώς ανίκανος να ασκήσει το δικαίωμα αυτό, αναλαμβάνει ο αντιπρόσωπος του ή άτομο οριζόμενο από το νόμο να ασκήσει άντ' αυτού τα δικαιώματά του. Ο ασθενής μέσα στο περιορισμένο φυσικό περιβάλλον του νοσοκομείου δικαιούται προσωπικής ασφάλειας, καθώς και εμπιστευτικής φύλαξης του ιατρονοσηλευτικού του ιστορικού. Το δικαίωμα αναγνώρισης των θρησκευτικών και ιδεολογικών πεποιθήσεων ή ακόμη και της προστασίας της ιδιωτικής ζωής με τη μορφή

τόσο της μη αποκάλυψης του ιατρικού απορρήτου όσο και της μη ανάμειξης σε οικογενειακές υποθέσεις των ασθενών.

Κρισιμότητα κρίνεται σε κάθε περίπτωση το δικαίωμα για ειλικρινή, μη παραπλανητική και ακριβή ενημέρωση του ασθενούς για την κατάστασή του, καθώς και το δικαίωμα πληροφόρησης που εξασφαλίζεται πλέον με το νόμο 2519/1997 όπου προβλέπεται γραφείο επικοινωνίας με τον πολίτη σε κάθε νοσοκομείο, σύσταση αυτοτελούς υπηρεσίας προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών σε επίπεδο τμήματος, σύσταση ειδικής επιτροπής προάσπισης των δικαιωμάτων του πολίτη κατά νοσοκομείο.

5.3. ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

Η αναγνώριση δικαιωμάτων στους ασθενείς δεν θα είχε νόημα αν δεν θεμελιωνόταν παράλληλα και η ευθύνη των ιατρών και των προσώπων που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών στον τομέα της υγείας. Σήμερα, ύστερα από την απόρριψη θεωριών για την απόλυτη ή μερική έλλειψη ευθύνης είναι ευρέως αποδεκτή η άποψη πως οι ιατροί έχουν πλήρη ευθύνη για τις πράξεις τους, τόσο δηλ. για αυτές που ενήργησαν με δόλο ή βαριά αμέλεια, όσο και για αυτές που διέπραξαν με ελαφριά αμέλεια κατά την άσκηση των καθηκόντων τους.

Αστικές, πειθαρχικές αλλά και ποινικές κυρώσεις προβλέπονται για τα στελέχη της Υγείας που εργάζονται είτε στο δημόσιο είτε στον ιδιωτικό τομέα. Αποζημίωση για πράξεις ή παραλήψεις στα πλαίσια του αστικού δικαίου οφείλεται είτε λόγω αθέτησης συμβατικών υποχρεώσεων είτε εξ' αδικήματος. Στα πλαίσια της συμβατικής ευθύνης αναγνωρίζεται υποχρέωση του ιατρού για παροχή υπηρεσιών στον αντισυμβαλλόμενο-ασθενή του, καθώς και υποχρέωση μη διακοπής της θεραπείας χωρίς νόμιμη αιτία. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να διασαφηνιστεί πως η συμβατική ευθύνη του ιατρού δεν είναι ευθύνη εκ του αποτελέσματος, καθώς περιεχόμενο των υποχρεώσεών του, είναι η προσπάθεια επίτευξης ενός θετικού αποτελέσματος και όχι τελικά η επίτευξή του. Όσον αφορά την ευθύνη εξ' αδικήματος, η προστασία του παθόντος στα πλαίσια του αστικού δικαίου θεμελιώνεται στο άρθρο 914 ΑΚ για ευθύνη λόγω αδικοπραξίας, καθώς και σε διατάξεις του Α.Ν. 1566/1939 «περί –κωδικός ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος» και του κανονισμού ιατρικής δεοντολογίας από τις οποίες συνάγεται ότι για την ύπαρξη ευθύνης απαιτείται η σωρευτική συνδρομή των προϋποθέσεων:

1. Η νόσος του ασθενούς να είναι – κατά ιατρική πεποίθηση ανίατη – ρέπουσα προς θανατηφόρο έκβαση και ο θάνατος να πρόκειται να επέλθει σε σύντομο χρονικό διάστημα.
2. Ο ασθενής να μην δηλώσει ότι επιθυμεί παράταση της ζωής του. Αν ασθενής δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με το περιβάλλον, τότε θα πρέπει να αναζητηθεί η «εικαζόμενη συναίνεσή του», δηλαδή η βούληση που θα δήλωνε, αν μπορούσε να το κάνει.
3. Ο δράστης να αποφάσισε την πράξη του κινούμενος από οίκτο, μετά από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος. Το οποίο θα πρέπει να έχει διαφωτιστεί επαρκώς για την κατάσταση της υγείας του και θα πρέπει να είναι σε θέση να αντιληφθεί τη σημασία και τις συνέπειες της άρνησης της θεραπείας του. Επιπλέον η απόφαση δεν θα πρέπει να βασίζεται σε στιγμιαία καταθλιπτική διάθεση.

Σε μια σχετικά πρόσφατη απόφαση ελληνικού δικαστηρίου κρίθηκε ότι όχι μόνο σωματικά προβλήματα αλλά και ανίατες ψυχικές διαταραχές μπορούν να ενταχθούν στις προϋποθέσεις του άρθρου 300 ΠΚ.

Ως γενική αρχή που θα δικαιολογούσε τη διακοπή της θεραπείας ορίζεται ότι η υποχρέωση της θεραπείας τελειώνει εκεί που δεν πρόκειται πια για παράταση της ζωής αλλά της διαδικασίας του θανάτου, εκεί όπου ιατρικές επεμβάσεις δεν θα πρόσφεραν καμία λογική βοήθεια, και πολύ περισσότερο θα ξεπερνούσαν τα όρια του απαιτητού για τον ασθενή και τους συγγενείς του εξ αιτίας της ανυπαρξίας προοπτικών. Κατά τη στάθμιση θα έπρεπε ιδίως να ληφθούν υπόψη πόσο υψηλές είναι οι πιθανότητες για τη διατήρηση της ζωής με τη σχετική θεραπεία. Ποιες παρενέργειες και κίνδυνοι συνδέονται με αυτά τα μέτρα και τι είδους πόνοι και επιβαρύνσεις για τον ασθενή, ως βασικό κριτήριο αναφέρεται ακόμη και η μη αποκαταστάσιμη πλέον απώλεια κάθε είδους ικανότητας αντίδρασης και επικοινωνίας, η οποία είναι δεδομένη επίσης στις περιπτώσεις μη αποκαταστάσιμης απώλειας της συνείδησης.

Εφ' όσον δεν υπάρχει ειδική νομοθεσία, τα θέματα που ανακύπτουν εξετάζονται από τα δικαστήρια κατά περίπτωση. Εάν πληρούνται οι όροι του άρθρου 300 ΠΚ, τότε η ποινή φυλακίσεως μπορεί να κυμαίνεται από 10 ημέρες έως 5 έτη. Εάν το Δικαστήριο δεν

πεισθεί ότι πληρούνται οι προϋποθέσεις του νόμου, τότε θα πρόκειται περί φόνου εκ προμελέτης, που μπορεί να επισύρει ισόβια κάθειρξη.

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 Βιοιατρικής.

Η Σύμβαση αυτή, την οποία υπέγραψε η Ελλάδα στις 4.4.1997 και ακύρωσε η Βουλή με το νόμο 2619 της 19.6.1998, ισχύει ως εσωτερικό δίκαιο υπερνομοθετικής ισχύος, βάσει του άρθρου 28 παρ. 1 του Συντάγματος. Η Σύμβαση αποτελεί το τελευταίο βήμα του Συμβουλίου της Ευρώπης στο πεδίο που τέμνεται από τις συνεχώς εξελισσόμενες βιοιατρικές επιστήμες αφενός και την προστασία των ατομικών δικαιωμάτων αφετέρου.

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

Υπάρχουν, όμως, ορισμένες διατάξεις με ειδικό ενδιαφέρον για το υπό εξέταση θέμα: σύμφωνα με το άρθ. 5 η ελεύθερη και μετά από ενημέρωση συναίνεση αποτελεί το γενικό κανόνα που θα πρέπει να διέπει την κάθε μορφής επέμβαση (διαγνωστική, προληπτική, θεραπευτική) στον τομέα της υγείας. Όπως αναφέρεται στη συνοδεύουσα επεξηγηματική έκθεση η αρχή αυτή υπογραμμίζει την αυτονομία του ασθενούς έναντι του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και επιδιώκει να περιορίσει την πατερναλιστική συμπεριφορά, η οποία ίσως αγνοεί τις επιθυμίες του ασθενούς. Στην ίδια έκθεση αναφέρεται ότι ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται σχετικά με τη φύση, το σκοπό, τις συνέπειες και τους κινδύνους της επεμβάσεως εν σχέσει προς τη δική του, συγκεκριμένη κατάσταση, όπως επίσης και σχετικά με τις πιθανές εναλλακτικές αγωγές (Morris A, 1996)

Περαιτέρω το άρθ.9, αναφέρεται στην περίπτωση κατά την οποία ο ασθενής δεν είναι πλέον σε θέση να εκφράσει τη βούλησή του (διότι έχει π.χ. περιπέσει σε κώμα, η διότι έχει γεροντική άνοια), είχε όμως την πρόνοια να εκφράσει τη βούλησή του σχετικά με το ενδεχόμενο αυτό και είχε δημοσιοποιήσει την επιθυμία του ως προς την έναρξη / συνέχιση ή τη διακοπή της θεραπείας του ή ως προς το ενδεχόμενο της δωρεάς των οργάνων του (στην περίπτωση, π.χ. του εγκεφαλικού θανάτου). Το άρθ. 9 ορίζει ότι οι

επιθυμίες του ασθενούς θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, δεν επιβάλλει όμως στο ιατρό την υποχρέωση να τις ακολουθήσει υποχρεωτικώς. Αυτή η προσεκτική διατύπωση οφείλεται στον γενικό προβληματισμό σχετικά με τη δυνατότητα του ατόμου να δυνατόν να έχει σαφή και ασφαλή αντίληψη για τους εξής λόγους:

1. Μια σοβαρή ασθένεια ενδέχεται να αλλάξει τον τρόπο αντιδράσεως και σκέψης του 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 απομεμακρυσμένο.
2. Η πρόοδος της επιστήμης είναι δυνατόν να προσφέρει προοπτικές, που ήταν άγνωστες στον ασθενή κατά τη στιγμή της δημοσιοποίησεως της επιθυμίας του. Για το λόγο αυτό συνιστάται στην επεξηγηματική έκθεση της Συμβάσεως να εκτιμά ο ιατρός εάν οι επιθυμίες του ασθενούς ισχύουν στη συγκεκριμένη περίπτωση εν όψει της τεχνολογικής προόδου της ιατρικής, όπου αυτό είναι δυνατόν. (Morris A, 1996,) Η υλοποίηση αυτής της διάταξης επαφίεται στην εθνική νομοθεσία, που θα πρέπει να ορίσει, αν θα τηρείται κάποιος τύπος, με το οποίο θα εκφράζεται και θα δημοσιοποιείται η βούληση του ασθενούς, όπως επίσης και τους όρους, υπό τους οποίους η βούληση αυτή εκφράζεται εγκύρως 'η ανακαλείται. (Kokkoken P. 1994)

Από τη διάταξη πάντως, του άρθρου 5 και υπό προϋποθέσεις και του άρθρου 9, σε συνδυασμό με την προστασία της αξιοπρέπειας που προβλέπει το άρθρο 1 της Συμβάσεως, συνάγεται ότι ο ασθενής μπορεί να αρνηθεί οποιαδήποτε επέμβαση ή θεραπεία ακόμη και αν δεν είναι προς το συμφέρον του. Υπέρ της ερμηνείας αυτής συνηγορεί και η διάταξη του άρθρου 26 παρ. 1, που αναφέρεται στους περιορισμούς των δικαιωμάτων που κατοχυρώνονται από τη Σύμβαση: Σύμφωνα με αυτή τα δικαιώματα μεταξύ των οποίων και το άρθρο 5, είναι δυνατόν να περιορισθούν για την εξυπηρέτηση συλλογικών αγαθών, όπως είναι η δημόσια ασφάλεια, η πρόληψη του εγκλήματος, η προστασία της δημόσιας υγείας ή τα δικαιώματα και οι ελευθερίες τρίτων (όχι δε, και τα δικαιώματα ή οι ελευθερίες του ίδιου του ασθενούς)

Επιπλέον επιχείρημα εξ αντιδιαστολής είναι δυνατόν να συναχθεί από το άρθρο 6, παρ.1 το οποίο προβλέπει ότι επιτρέπονται οι επεμβάσεις στα πρόσωπα που δεν έχουν

ικανότητα συναίνεσως, όπως είναι οι ενήλικοι ή τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, εφόσον εξυπηρετούν το άμεσο συμφέρον τους. (European Journal of Health 1998, 74-77).

Για τις επεμβάσεις αυτές απαιτείται η συναίνεση του αρμόδιου και επιφορτισμένου με την επιμέλεια του ατόμου ή οργάνου (άρθ.6 παρ 3)

Ειδικώς ως προς τα άτομα με ψυχικές διαταραχές προβλέπεται το άρθρο 7 ότι οι επεμβάσεις χωρίς συναίνεση επιτρέπονται μόνον εάν είναι απαραίτητες για να αποτραπεί σοβαρή βλάβη της υγείας τους. Με το άρθρο 7, δηλαδή, προστίθεται ακόμη μια προϋπόθεση (η προστασία της υγείας του ψυχικώς πάσχοντος), στις ήδη προαναφερθείσες προϋποθέσεις του άρθρου 26, οι οποίες προβλέπουν περιορισμό των δικαιωμάτων της Συμβάσεως. Με τη ρύθμιση αυτή επιδιώκεται να προστατευτεί αφενός η υγεία του ασθενούς (η θεραπεία χωρίς συναίνεση επιτρέπεται μόνο εάν είναι απαραίτητη για τη σωτηρία της υγείας του) και αφετέρου η αυτονομία του (η θεραπεία χωρίς συναίνεση απαγορεύεται, στην περίπτωση που δεν κινδυνεύει η υγεία του (Morris A. 1994).

Κατά την τελική εκτίμηση του ιατρού σχετικά με τη διακοπή ή συνέχιση της θεραπείας δεν θα πρέπει να εμφολωθούν και η ευημερία του ατόμου υπερισχύουν έναντι του συμφέροντος της κοινωνίας ή της επιστήμης.

6. ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ

Είναι γεγονός πως η ευθανασία είναι ένα πολυσχιδές και περίπλοκο θέμα. Επιπλέον είναι ένα “μοντέρνο” θέμα από άποψη πως από τα μέσα του προηγούμενου αιώνα και έπειτα άρχισαν επιφυλακτικά να ακούγονται οι πρώτοι ψίθυροι σχετικά με αυτήν, οι οποίοι μόλις στις μέρες μας έχουν μετασηματιστεί σε λόγο διαρθρωμένο. Η ευθανασία είναι για την κοινωνία ένα καινούριο και δύσκολο ζήτημα, ένα θέμα που σοκάρει επειδή άπτεται ευαισθησιών και προσωπικών συγκινησιακών καταστάσεων. Αν λοιπόν η κοινωνία είναι ακόμη μη πλήρως εξοικειωμένη με το θέμα, είναι λοιπόν λογικό και η νομοθεσία να μην είναι ξεκάθαρη σε ότι αφορά στην ευθανασία. Αυτό είναι αναμενόμενο, εάν δεχτούμε πως οι νόμοι δεν είναι παρά τα κατάστιχα στα οποία γράφονται οι θελήσεις μας.

Αυτό που μπορεί κανείς με ασφάλεια να πει είναι πως ακόμα σε κανένα κράτος δεν υπάρχει ειδική διάταξη για την ευθανασία ή ορισμός της. Σε πολλές χώρες μάλιστα έγκειται στο αρμόδιο δικαστήριο να αποφασίσει ποια από τις αντιτιθέμενες διατάξεις θα εφαρμόσει.

6.1. ΟΛΛΑΝΔΙΑ

Είναι σχεδόν επιβεβλημένο να ξεκινήσουμε αυτή την σύντομη αναφορά μας από τα ισχύοντα στην Ολλανδία, μια και το νομικό σύστημά της υπερασπίζεται την πιο προωθημένη θέση σε ζήτημα αυτό.

Η ευθανασία ορίζεται στον Ολλανδικό Ποινικό Κώδικα από το 1886 ήδη ως η σκόπιμη πράξη από έναν γιατρό για τον τερματισμό της ζωής ενός ασθενούς, κατόπιν της επίμονης απαίτησης αυτού. Ο ορισμός αυτός ισχύει μέχρι σήμερα, με μικρές τροποποιήσεις. Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, επίσης ορίζεται ως η σκόπιμη βοήθεια που παρέχεται σε ένα άτομο για να τερματίσει τη ζωή του κατόπιν απαίτησής του. Η θανάτωση όμως, έστω και κατόπιν επίμονης και εν συνειδήσει απαίτησης του θύματος, αντιμετωπίζεται ως φόνος. Αδίκημα επίσης είναι η παροχή βοήθειας σε αυτόχειρα. Το 1959 ο Βασιλικός Ολλανδικός Ιατρικός Σύλλογος υποστήριξε πως οι γιατροί δεν επιτρέπεται να ενεργούν με σκοπό τον τερματισμό ή την συντόμευση της ζωής. Δεν επιτρέπεται επίσης να διακόπτουν την απαραίτητη για την διατήρηση της ζωής φροντίδα.

Η κρίση περί της αξίας της ζωής δεν εντάσσεται στα ιατρικά καθήκοντα. Το 1970 η συζήτηση για την ευθανασία μετεφέρθη στο Ολλανδικό Κοινοβούλιο και συστάθηκε μια επιτροπή Συμβούλων Υγείας με αποστολή να γνωμοδοτήσει σχετικά με το εάν είναι επιτρεπτή η παρέμβαση στον τερματισμό της ζωής.

Το σημαντικότερο βήμα όμως για την αντιμετώπιση της ευθανασίας με τρόπο παρεμφερή με τον σήμερα ισχύοντα έγινε το 1971. Τότε η γιατρός Geertuida Postma παραπέμφθηκε σε δίκη με την κατηγορία πως επιτάχυνε το θάνατο της μητέρας της με τη χορήγηση θανάσιμης δόσης μορφίνης. Η υπόθεση μετετράπη σε δημόσια αντιδικία, αφού το ενδιαφέρον που επεδείχθη από την κοινή γνώμη ήταν πολύ μεγαλύτερο από την δημοσιότητα που δόθηκε. Δυο χρόνια αργότερα, το Κακουργιοδικείο της πόλης Leeuwarden καταδίκασε Postma σε φυλάκιση μιας εβδομάδος με αναστολή και της επέβαλλε δικαστική επιτήρηση ενός χρόνου. Η απόφαση στηρίχθηκε στο άρθρο 40 του Π.Κ., το οποίο αναφέρεται στην ανωτέρα βία (*force majeure*) και στην ανάγκη. Θεωρήθηκε δηλαδή, πως ο γιατρός μπορεί να επικαλεσθεί την ανάγκη στην περίπτωση που ενήργησε υπό την σαφή απαίτηση ασθενούς ανιάτως πάσχοντος και ευρισκομένου στο τελικό στάδιο της ασθένειας, και ο οποίος δοκιμάζει επίμονο και αφόρητο πόνο.

Το 1984 ο Βασιλικός Ολλανδικός Ιατρικός Σύλλογος εξέδωσε «κανόνες δέοντος χειρισμού» για την ευθανασία. Ο σημαντικότερος από αυτούς είναι πως ευθανασία μπορεί να διενεργηθεί μόνο από γιατρό. Από εκεί και πέρα,

- Η απαίτηση για ευθανασία πρέπει να προέρχεται αποκλειστικά από τον ασθενή και να είναι πλήρως ελεύθερη και οικειοθελής.
- Η απαίτηση του ασθενούς πρέπει να είναι διαρκής και επίμονη, προϊόν ώριμης σκέψης.
- Ο ασθενής πρέπει να βιώνει αφόρητο (αλλά όχι απαραίτητα σωματικό) βασανισμό, χωρίς να υπάρχει προοπτική βελτίωσης.
- Η ευθανασία πρέπει να αποτελεί το τελευταίο καταφύγιο, όταν όλες οι άλλες λύσεις έχουν εξετασθεί και αποδειχθεί ελλιπείς.
- Ο γιατρός πρέπει να συμβουλευτεί άλλους ειδικούς και πεπειραμένους στο πεδίο αυτό συναδέλφους.

Οι προϋποθέσεις αυτές ενσωματώθηκαν στο ολλανδικό νομικό σύστημα και αποτελούν πλέον κριτήριο για τον ποινικό κολασμό της πράξης σε ότι αφορά στον γιατρό που διενεργεί ή υποβοηθεί την ευθανασία.

Σήμερα πλέον στην Ολλανδία διενεργείται ευθανασία και σε άτομα πάσχοντα από ψυχολογικές παθήσεις (κατάθλιψη, κατατονική σχιζοφρένεια) καθώς και σε ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από ανίατες μεν, όχι θανατηφόρες ασθένειες. Δύο πρόσφατες υποθέσεις (Νοέμβριος 1995) που δικάστηκαν πρωτοβάθμια, με αποτέλεσμα τους αθωωτικές αποφάσεις για τους γιατρούς, αναζωπύρωσαν τον νομικό διάλογο, και τούτο διότι αφορούσαν σε βρέφη. Και στις δύο περιπτώσεις οι γιατροί αθωώθηκαν δυνάμει του άρθρου 40 περί ανωτέρας βίας και ανάγκης.

Η προτεινόμενη από τον Ιατρικό Σύλλογο και εφαρμοζόμενη πρακτική συνιστάται σε μια ένεση που επιφέρει κώμα και μια δεύτερη που σταματά τη λειτουργία της καρδιάς. Οι ασθενείς ενθαρρύνονται να κάνουν οι ίδιοι την πρώτη ένεση στον εαυτό τους, εάν από είναι εφικτό.

Η Ολλανδική κοινωνία είναι ιδιαίτερα εξοικειωμένη με το ζήτημα σε βαθμό που ήδη από το 1990 Ολλανδοί γιατροί εμπλέκονται στο 9% των ετησίων θανάτων στη χώρα. Από τις περιπτώσεις αυτές οι μισές χαρακτηρίζονταν ως ενεργητική μη εθελοντική ευθανασία – απουσίαζε δηλαδή η συγκατάθεση του «θύματος»

Πρέπει, τέλος, να διευκρινιστεί πως όλα τα παραπάνω δεν καθιστούν την ευθανασία στην Ολλανδία μια νόμιμη διαδικασία. Αυτό που έχει επιτευχθεί είναι να αθώνονται οι γιατροί που την διενεργούν δυνάμει του άρθρου 40 περί ανωτέρας βίας, και μόνο εάν έχουν ακολουθήσει την προβλεπόμενη διαδικασία. (<http://www.protopapadakis.gr/articles/lawstatusgreek.htm>, 10/09/2007)

6.2. ΕΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ

6.2.1. Αγγλία

Η πρώτη προσπάθεια να δημιουργηθεί νομοθετικό πλαίσιο για την ευθανασία έγινε στην Αγγλία το 1969. τότε ο Λόρδος Ranglan παρουσίασε ένα σχετικό νομοσχέδιο (Euthanasia Bill) στη Βουλή των Λόρδων. Η προσπάθεια απέτυχε, όπως και πολλές άλλες

που ακολούθησαν. Όλα τα προταθέντα νομοσχέδια είχαν χαρακτήρα καθοδηγητικό και όχι υποχρεωτικό, αντίθετα με τα συμβαίνοντα στην Ολλανδία, πράγμα που ίσως εξηγεί και την αρνητική αντιμετώπιση που συνάντησαν. Το ιδιαίτερο επίσης πολιτικό σύστημα που ισχύει στην Αγγλία και οι επιπτώσεις του στο νομικό της καθεστώς (η αυτοκτονία είναι αδίκημα στην Αγγλία) έχουν συμβάλει στην αρνητική στάση έναντι μιας ιδιαίτερης νομοθετικής αντιμετώπισης της ευθανασίας.

Σημαντικό ρόλο στην θεσμοθετημένη αντιμετώπιση της ευθανασίας έχει όπως και στην Ολλανδία, ο Βρετανικός Ιατρικός Σύλλογος (British Medical Association –BMA). Η στάση που μέχρι σήμερα έχει κρατήσει χαρακτηρίζεται διαφορούμενη και απέχουσα από τις τρέχουσες εξελίξεις. Σε πολλές περιπτώσεις ο BMA έχει κατηγορηθεί για συντηρητισμό ακόμη και από τα μέλη του. Η αρχή έγινε το 1988 όταν αρνήθηκε κατηγορηματικά στα μέλη του τη δυνατότητα παρέμβασης στην ζωή του ασθενούς ή την ειδική αντιμετώπιση από το νόμο ιατρού ο οποίος έλαβε μέρος ή διενήργησε αργότερα ευθανασία. Η άποψη αυτή δεν άλλαξε ούτε αργότερα. Το 1993 με ψήφους 4-1 αρνήθηκε κατηγορηματικά τη θέσπιση ειδικής νομοθεσίας για την ευθανασία.

Σημαντική ώθηση στις εξελίξεις, όχι στο επίπεδο της νομοθεσίας αλλά σε αυτό της νομολογίας, έδωσε η υπόθεση Anthony Bland. Ο ασθενής αυτός περιέπεσε σε κωματώδη κατάσταση, η οποία θεωρήθηκε μη αναστρέψιμη, και από τους συγγενείς του ζητήθηκε η παύση των βοηθητικών μηχανημάτων που τον κρατούσαν στη ζωή. Ο ασθενής είχε σε ανύποπτο χρόνο υπογράψει εν ζωή διαθήκη. Το δικαστήριο έκρινε νόμιμη την παύση της ιατρικής αγωγής και υποστήριξης, συμπεριλαμβανομένης και της παροχής τροφής και νερού. Εφαρμόζοντας την αρχή Bolam , η οποία υποστηρίζει πως η απόφαση για παροχή περίθαλψης πρέπει να στηρίζεται στην ιατρική γνώμη και δεν απαιτείται όταν δεν υπάρχουν ελπίδες, η Βουλή των Λόρδων διακήρυξε πως οι ιατροί μπορούν να ενεργούν με βάση αυτό που πιστεύουν πως ανταποκρίνεται καλύτερα στα συμφέροντα του ασθενούς και έτσι να εφαρμόζουν ή να σταματούν θεραπείες, όταν τις κρίνουν ακατάλληλες. Η ίδια επιτροπή, γνωστή σαν Walton Committee, περιέγραψε την ευθανασία περισσότερο σαν σκόπιμη παρέμβαση παρά σαν σκόπιμη παράλειψη για τον τερματισμό της ζωής. Η διακήρυξη αυτή προσέδωσε κύρος στις «εκ των προτέρων οδηγίες» (Living Wills, Advance Directives), οι οποίες θεωρήθηκε πως εάν είναι διατυπωμένες με σαφήνεια και ανταποκρίνονται στις περιστάσεις, είναι εξίσου δεσμευτικές νομικά με κάθε τρέχουσα απόφαση που λαμβάνεται από έναν πνευματικώς διαυγή ασθενή.

Κατόπιν τούτου ο ΒΜΑ ενσωμάτωσε στο ετήσιο έντυπό του την επίσημη αποδοχή των εν ζωή διαθηκών καθώς και κανόνες - προτάσεις σχετικά με αυτές. Παράλληλα πρότεινε αυτές να μην είναι δεσμευτικές νομικά για τους γιατρούς παρά μόνο απαλλακτικές σε περίπτωση διενέργειας ευθανασίας.

(<http://www.geocities.com/prptopapadakis/euthanasia.htm?200710>)

6.2.2. Σκοτία

Είναι αναμφίβολο πως από τον 13^ο αιώνα η αυτοκτονία, τουλάχιστον σε ορισμένες περιπτώσεις, είχε καταστεί έγκλημα υπό τον κοινό Αγγλικό νόμο θεωρούμενη «αδίκημα έναντι του Θεού και των ανθρώπων» και επέφερε δήμευση περιουσίας και ταφή σε μη καθαγιασμένο χώρο. Η αναγνώριση πως ο νόμος περί αυτοκτονίας είχε μικρά ή σχεδόν καθόλου αποτρεπτικά αποτελέσματα, οδήγησε στο Διάταγμα περί Αυτοκτονίας του 1961. Αυτό επέφερε αποποινικοποίηση της αυτοκτονίας καθώς και της απόπειρας αυτοκτονίας.

Εντούτοις, το άρθρο 2 του Διατάγματος δηλώνει πως η διευκόλυνση της αυτοκτονίας παραμένει αδίκημα, το οποίο επιφέρει ως ανώτατη ποινή την δεκατετραετή κάθειρξη. Μια προσπάθεια του Λόρδου Jenkins να εξαιρεθεί η περίπτωση που ο συνεργός «ενήργησε από καλή πρόθεση και υπέρ του θανόντος» καταψηφίστηκε. Η κατηγορία που θα αντιμετωπίσει ο διενεργών την ευθανασία, καθώς και η διαδικασία που θα ακολουθήσει δεν είναι σαφής, εξαρτάται αποκλειστικά από τη γνώμη του Lord Advocate. Θεωρητικά, η κατηγορία μπορεί να είναι ακόμη και ανθρωποκτονία εκ προθέσεως. Το γεγονός αυτό καθιστά τις σχετικές αποφάσεις ιδιαίτερα απρόβλεπτες.

Το 1980 ο Robert Hunter, ηλικίας εβδομήντα οκτώ ετών, ο οποίος έδωσε τέλος στη ζωή της πάσχουσας από γεροντική άνοια γυναίκας του καταδικάστηκε σε φυλάκιση δύο χρόνων. Από την άλλη πλευρά το 1996 αθώθηκαν οι Paul Bradley και David Hainsworth. Ο πρώτος διενήργησε ευθανασία στον άρρωστο αδελφό του ο οποίος ευρίσκετο σε τελικό στάδιο. Ο δεύτερος αποπειράθηκε να προκαλέσει ασφυξία στον 82 ετών στάδιο πατέρα του, ο οποίος υπέφερε χωρίς να υπάρχουν ελπίδες μεταστροφής της κατάστασής του. Και οι δύο ομολόγησαν την ενοχή τους. Κατά τους μελετητές η διαφοροποίηση αυτή αποδεικνύει πως οι δικαστές –αλλά και οι ένορκοι-έχουν αρχίσει να βλέπουν τέτοιες υποθέσεις υπό το πρίσμα μεγαλύτερης συμπάθειας.

(<http://www.geocities.com/prptopapadakis/euthanasia.htm?200710>)

6.3. ΗΠΑ

Η αναφορά στο νομικό καθεστώς των Η.Π.Α., το οποίο σχετίζεται με την ευθανασία, είναι μία ιδιαίτερα δύσκολη εργασία. Αυτό συμβαίνει εξ αιτίας του γεγονότος πως στις Η.Π.Α. η νομοθεσία αποτελεί πολιτειακό προνόμιο και καθήκον, με μόνη δέσμευση τη συμμόρφωση προς το σύνταγμα. Για τον λόγο αυτό θα ήταν αδύνατο να αναφερθούμε στην νομική αντιμετώπιση της ευθανασίας στις Η.Π.Α. σαν να ήταν ενιαία. Η ευθανασία άλλωστε αποτελεί ένα καινούριο σχετικά ζήτημα, με περιορισμένες εμφανίσεις στο κοινωνικό γίγνεσθαι, άρα μια κοινή τάση είναι ακόμα πιο δύσκολο να υιοθετηθεί. Θα ήταν επίσης δύσκολο ή και άσκοπο ακόμη να αναφερθεί κάποιος στα συμβαίνοντα σε κάθε πολιτεία. Η αναφορά μας θα αφορά σε συγκεκριμένες υποθέσεις και αποφάσεις που σημάδεψαν την αντιμετώπιση του ζητήματος αυτού στην κάποιες φορές πολύ συντηρητική και άλλοτε ιδιαίτερα προοδευτική αυτή χώρα. (<http://www.geocities.com/prptopapadakis/euthanasia.htm?200710>)

6.4. ΚΑΝΑΔΑΣ

Η νομική αντιμετώπιση που έχει η ευθανασία στον Καναδά είναι αντίστοιχη με αυτή των Η.Π.Α., με τη διαφορά ότι αυτό συμβαίνει ενάντια στην κείμενη νομοθεσία.

Η πρώτη καταδίκη ιατρού που διενήργησε ευθανασία δημοσιεύτηκε το 1996 και αφορούσε στην περίπτωση του Maurice Genaux. Σύμφωνα με τον Καναδικό Ποινικό Κώδικα, όποιος προκαλεί τον θάνατο άλλου για οποιονδήποτε λόγο δια πράξεως ή παράλειψης είναι ένοχος ανθρωποκτονίας. Δεν αποτελεί υπερασπιστικό επιχείρημα η θέληση του θανόντος, αφού κανείς δεν έχει το δικαίωμα να συναινέσει στη θανατώσή του, και τέτοια συναίνεση δεν αίρει τις ποινικές ευθύνες του ατόμου που προκάλεσε τον θάνατο του συναινούντος.

Η προηγούμενη δεκαετία δεν επέφερε αλλαγές στον τρόπο αντιμετώπισης της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας-η παθητική ευθανασία δεν αντιμετωπίζεται καν-αλλά διατυπώνονται σκέψεις αναθεώρησης του ποινικού κώδικα για ευνοϊκότερη αντιμετώπιση τέτοιων περιπτώσεων, προς την κατεύθυνση της προστασίας των γιατρών που διενεργούν σε μεγάλη κλίμακα πλέον ευθανασία.

Σημαντική ώθηση στις εξελίξεις έδωσε μια πρόσφατη υπόθεση. Ο Robert Latimer, αγρότης από το Saskatchewan, θανάτωσε το 1994 την παραπληγική δωδεκάχρονη κόρη

του Tracy, χορηγώντας της διοξειδίο του άνθρακα. Τον Οκτώβρη του 1997 κρίθηκε ένοχος από το δικαστήριο δεύτερου βαθμού, αδίκημα που επιφέρει ελάχιστη κάθειρξη δέκα ετών. Η υπόθεση απέσπασε έντονη δημοσιότητα και προκάλεσε την παρέμβαση της Υπουργού Δικαιοσύνης, Ann McLellan, η οποία δήλωσε πως θα έπρεπε πιθανόν να επέλθει μείωση των ποινών για φόνους δευτέρου βαθμού-περιπτώσεις ευθανασίας. Θα χρειαζόταν, ενδεχομένως, να εισαχθεί ένας νέος όρος στον Ποινικό Κώδικα, αυτός της ανθρωποκτονίας από οίκτο, όπως το 1995 είχε προτείνει επιτροπή της Γερουσίας. (<http://www.geocities.com/prptopapadakis/euthanasia.htm?200710>)

7. ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

7.1. Σκοποθεσία

Σε αντίθεση με ότι αφορά στην αυτοκτονία, στην περίπτωση που κάποιος επιλέγει την ευθανασία για να δώσει τέλος στην ζωή του, είναι δύσκολο να μην αναγνωρίσουμε έναν ξεκάθαρο σκοπό, ένα διακριτό κίνητρο. Εκείνος που επιλέγει την έξοδο αυτή από την ζωή, έχει πάντα ένα συγκεκριμένο προφίλ: η ζωή του έχει γίνει αφόρητη και δεν μπορεί ο ίδιος να δώσει τέλος στο μαρτύριό του. Το γεγονός αυτό προσθέτει και μια άλλη σημαντική παράμετρο: Η αυτοκτονία είναι κάποτε αποτέλεσμα παρόρμησης που διαμορφώθηκε υπό το βάρος υποκειμενικών προβλημάτων ή πιθανότατα προσωρινών δυσάρεστων συγκυριών. Η θυσία μερικές φορές είναι μονόδρομος και ηρωική έξοδος –όταν ο θάνατος είναι αναπόφευκτος και μόνο ο τρόπος του αντικείμενο επιλογής. Αντίθετα, η ευθανασία είναι συνηθέστατα αποτέλεσμα περισσής σκέψης από την πλευρά του αιτούντος και αφόρητης πίεσης από το αίτιο του πάθους. Δεν αποφασίζει κανείς εύκολα, εάν δεν το έχει σκεφθεί σε βάθος και εάν δεν πιέζεται ανυπόφορα, να ζητήσει να τερματισθεί η ζωή του με τρόπο που θα επιβαρύνει αυτούς που θα τον βοηθήσουν –συνήθως αυτοί είναι άμεσοι συγγενείς ή αγαπημένοι φίλοι. Πιθανόν να είναι εύκολο κάποιος να σκοτώσει, ακόμη και τον εαυτό του. Αυτό το αποδεικνύει το πλήθος των αυτοχειρών. Σίγουρα είναι ευκολότερο κάποιος να αποπειραθεί να σκοτώσει τον εαυτό του –αυτό το δείχνει ο κατά πολύ μεγαλύτερος αριθμός αυτών που επιχειρούν και αποτυγχάνουν. Αυτό που φαντάζει αδύνατο είναι κάποιος να ζητήσει να θανατωθεί. Το γεγονός πως αυτό συμβαίνει στην ευθανασία, την περιβάλλει με τον μανδύα τουλάχιστον της αναγκαιότητας.

Και η ουσία, λοιπόν, και ο τρόπος της ευθανασίας υποδηλώνουν την ύπαρξη ενός σκοπού, την ύπαρξη μιας ανάγκης. Και ο ανθρώπινος νους είναι έτοιμος να καταλάβει τον σκοπό και την ανάγκη. Στην περίπτωση της ευθανασίας ο σκοπός είναι προφανής: η αποφυγή του πόνου και του εκφυλισμού, η διάσωση των έσχατων υπολειμμάτων ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Η αποφυγή του πόνου είναι αυτονόητο πως αποτελεί ένα βασικό κίνητρο δράσης όλων των ζωντανών οργανισμών. Για τους ανθρώπους, όπως και για τα ζώα, λειτουργεί σαν τον πιο αποτελεσματικό δάσκαλο. Δεν είναι μάλιστα μακριά οι εποχές που ο πόνος αποτελούσε εκπαιδευτικό μέσο. Μαθαίνουμε να αποφεύγουμε τον πόνο, και μαθαίνοντας

αυτό αναπτύσσουμε τις βασικότερες κοινωνικές μας δεξιότητες. Οι περισσότεροι κώδικες που καθορίζουν την ζωή μας έχουν σαν σκοπό το άτομο που θα τους ακολουθεί να αποφεύγει τον πόνο. Κατά τον Επίκουρο, μάλιστα, η αποφυγή του πόνου και η επιδίωξη της ηδονής αποτελούν τους άξονες γύρω από τους οποίους ο άνθρωπος διαμορφώνει την δράση του, πράγμα που φαντάζει λογικό. Ο άνθρωπος βέβαια δεν πράττει πάντα αυτό που θα επιφέρει την μέγιστη ηδονή, ενώ πολλές φορές επιλέγει την οδύνη, όπως επίσης είναι πια αποδεκτό πως αυτό που γίνεται δεν σημαίνει πως πρέπει κιόλας να γίνεται. Κανείς, όμως, δεν μπορεί να αρνηθεί το γεγονός πως ο πόνος απωθεί τον άνθρωπο ενώ η ηδονή τον έλκει, και με τον τρόπο αυτό να του στερήσει το δικαίωμα να κατανοεί μια πράξη η οποία αποσκοπεί στην αποφυγή του πόνου.

Η διάσωση της αξιοπρέπειας, κατά δεύτερον, είναι ένας ακόμη αναγνωρίσιμος σκοπός. Είναι γεγονός, πως ο άνθρωπος που έχει βρεθεί σε σημείο τέτοιο ώστε, ούτε τον θάνατό του να μην μπορεί να επιφέρει, έχει περάσει σε μια διαφορετική μορφή ύπαρξης, στην οποία η αξιοπρέπεια συνήθως δεν έχει θέση. Όλοι μας γνωρίζουμε πως το χειρότερο που μπορεί να προκαλέσουμε στον εαυτό μας είναι ο θάνατος, υπό την έννοια πως όλα τα άλλα είναι αναστρέψιμα. Επίσης, για πολλούς, ο θάνατος λειτουργεί σαν μια χρυσή εφεδρεία, σαν το τελευταίο καταφύγιο, το οποίο, άσχετα με το εάν θα το χρησιμοποιήσουν, βρίσκεται εκεί και μπορούν ανά πάσα στιγμή να διαβούν οικειοθελώς τις πύλες του. Σε κάποια ηθικά συστήματα, όπως είδαμε νωρίτερα, αυτό αποτελεί πραγματική ανακούφιση για τον άνθρωπο. Ας βρεθούμε τώρα στην θέση του ανθρώπου που ακόμη και για τον θάνατό του εξαρτάται από τους άλλους. Παραμένει άνθρωπος, και μάλιστα στην πιο υπαρξιακή του στιγμή, αλλά σταδιακά απογυμνώνεται από όλα αυτά που κάνουν την ανθρώπινη ζωή αξία να βιωθεί. Κάποια στιγμή, όταν δεν του έχει απομείνει τίποτα για το οποίο να είναι περήφανος, διαπιστώνει πως η ζωή του υφίσταται κατά χάριν, στηρίζεται στην ανοχή των άλλων, δεν την κερδίζει ο ίδιος. Ακόμη χειρότερα, η ανοχή των άλλων ή και η φροντίδα, δεν προκαλούνται από το πρόσωπό του πάντα αλλά όλο και περισσότερο από την κατάσταση του. Παύει ολοένα και πιο πολύ να αποτελεί πρόσωπο και γίνεται κατάσταση. Χάνει σταδιακά όλες του τις επιλογές, δεν έχει λόγο ούτε ακόμη και για τούτο το έσχατο, εάν δηλαδή θέλει να συνεχίσει να ζει έτσι ή όχι. Υπό αυτές τις συνθήκες αυτό που ονομάζουμε ανθρώπινη αξιοπρέπεια ασφυκτιά και τελικά χάνεται, παίρνοντας μαζί της κάθε δυνατότητα αυτοκαθορισμού, την θεμελιωδέστερη ίσως ανθρώπινη ιδιότητα και αξία. Όταν ο άνθρωπος χάσει την ικανότητα –σωματικού- αυτοκαθορισμού και αυτενέργειας, τότε, δεδομένου ότι η ζωή δεν είναι μόνο μια διανοητική κατάσταση, ο

άνθρωπος μετατρέπεται –ή νιώθει να μετατρέπεται- σε μια καρικατούρα του εαυτού του, χάνει την αυτοεκτίμησή του και παύει να βρίσκει νόημα στην παρατήρηση του εκφυλισμού του. Σε κανέναν δεν αρέσει να είναι θεατής στην ζωή, ειδικά στην δική του, όταν μάλιστα δεν μπορεί να είναι τίποτε άλλο.

Με βάση όλα τα παραπάνω, είναι λογικό να υποστηρίξει κανείς πως η ευθανασία έχει έναν σκοπό ο οποίος δεν αντίκειται στην ανθρώπινη φύση, και ο οποίος είναι ξεκάθαρος και πολλές φορές ο μόνος εφικτός. Μπορούμε, βέβαια, να διατυπώσουμε μια σειρά ενστάσεων, αν λεπτολογήσουμε το θέμα, και να καταδικάσουμε την πρακτική αυτή ή να την αποδεχθούμε. Αυτό που δεν μπορούμε να κάνουμε είναι να την απορρίψουμε αβασάνιστα. Το γεγονός πως μέσα στην πράξη βρίσκεται ένας σκοπός κατανοητός από την πρώτη στιγμή όσο και λογικοφανής, αποτελεί κατά την άποψή μου τον λόγο για τον οποίο αυτό συμβαίνει. Σε τούτο οφείλεται πάλι το γεγονός πως η ηθική αντιμετώπιση της ευθανασίας είναι θετική από τις κοινωνίες. Παγκοσμίως, με χαρακτηριστικότερη περίπτωση την Ολλανδία και τις Η.Π.Α., αυτός που αντιστρατεύεται στην νομιμοποίησή της είναι το επίσημο κράτος, ενώ το κοινωνικό σύνολο τάσσεται με τρόπο σχεδόν ασυνείδητο υπέρ της. Η οργανωμένη εναντίον της ευθανασίας αντίδραση είναι πλέον συνήθως άτονη, ενώ η υπεράσπισή της ένθερμη και σε πολλές περιπτώσεις μαζική. (Κουντουράς Ι και συν.,2001)

7.2. Αισθητική

Είναι δύσκολο να αναφερθούμε στην ευθανασία χωρίς να φέρουμε στο νου μας εικόνες όχι ευχάριστες. Συνήθως το τοπίο είναι ένας θάλαμος νοσοκομείου, ένα κρεβάτι με τον ασθενή διασωληνωμένο, αφού η απόφαση για ευθανασία είναι όπως είδαμε νωρίτερα συνυφασμένη μάλλον με την αδυναμία διατήρησης της ζωής. Το θέαμα είναι μάλλον καταθλιπτικό, αποπνέει μια αποξένωση από την ζωή.

Ωστόσο το θέαμα δεν μας σοκάρει. Η εικόνα αυτή δεν είναι ξένη σε εμάς, δεν προσβάλλει την αισθητική μας. Δεν είναι θελκτική, αλλά δεν είναι και ανυπόφορη. Σε αυτό σίγουρα παίζει ρόλο και η συνήθεια, η εξοικείωση που ο καθένας μας έχει με παρόμοια θεάματα. Επιπλέον, η εικόνα αυτή δεν είναι αναπόσπαστα δεμένη με την ευθανασία. Το κρεβάτι και ο ασθενής, ο κυκεώνας από καλώδια μπορεί να περιγράφει οποιαδήποτε κατάσταση λαμβάνει χώρα σε ένα νοσοκομείο. Ενώ η αγχόνη έχει ένα βαθύτερο δεσμό με την αυτοκτονία, σε βαθμό τέτοιο ώστε βλέποντας μία αγχόνη να μην

πηγαίνει η σκέψη μας σε τίποτε άλλο, η ευθανασία αντίθετα δεν συνδέεται οπτικά με κάτι από τα παραπάνω, σε βαθμό που στην θέα του να ανακαλείται η ιδέα της. Και αυτό συμβαίνει διότι όσα φανταζόμαστε όταν φέρνουμε στον νου μας την ευθανασία χρησιμοποιούνται μάλλον περισσότερο σε άλλες περιστάσεις παρά για την διενέργεια ευθανασίας. Ποιος μπορεί να ισχυρισθεί πως το νοσοκομειακό κρεβάτι ή οι γιατροί και ο εξοπλισμός είναι συνδεδεμένα στο συλλογικό ασυνείδητο με την ευθανασία, από την στιγμή που το ποσοστό των ανθρώπων στους οποίους διενεργείται ευθανασία σε ένα νοσοκομείο είναι αμελητέο, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό συνανθρώπων μας δεν έχουν ούτε καν διανοητικά έρθει σε επαφή με το θέμα αυτό;

Είναι αλήθεια πως η ευθανασία, παρόλο που είναι ένα ιδιαίτερα προκλητικό από ηθικής απόψεως ζήτημα και αποτελεί θέμα της εποχής, είναι ιδιαίτερα σπάνια στην πρακτική της ώστε να έχει οπτικά συνδεθεί με οτιδήποτε. Αυτό σημαίνει πως φέρνοντας στον νου μας την καταθλιπτική ιδέα του νοσοκομειακού δωματίου, παρόλο που βιώνουμε αυτήν την αισθητική δυσαρέσκεια, δεν μεταφέρουμε την διάθεσή μας στην αξιολόγηση της ευθανασίας, επειδή αφ' ενός πρόκειται απλώς περί δυσφορίας, δηλαδή το συναίσθημα δεν είναι έντονο, αφ' ετέρου διότι δεν μπορεί να γίνει άρρηκτη σύνδεση της εικόνας με την κατάσταση. Για τον λόγο αυτό υπάρχει η δυνατότητα για μια –κατ' αρχήν- ουδέτερη προσέγγιση της ευθανασίας, αφού αυτή δεν έχει επιβαρυνθεί με δυσάρεστες ή απωθητικές εικόνες. Πιθανόν η κατάσταση να αλλάξει όταν, αναπόφευκτα, καθώς η ευθανασία θα μπαίνει περισσότερο στην ζωή μας, δημιουργηθούν συσκευές που θα εξυπηρετούν αποκλειστικά στην διενέργεια ευθανασίας. Τότε η ευθανασία θα πρέπει να σηκώσει και το αισθητικό της βάρος. Προς το παρόν όμως, θα μπορούσαμε να πούμε πως στερείται αισθητικής αξίας ή απαξίας. (Πρωτοπαπαδάκης ΕΔ, www.geocities.com/protopapadakis/euthanasia.htm)

7.3. Οι θέσεις της ιατρικής δεοντολογίας

Σύμφωνα με το Συμβούλιο της Ευρώπης, η Παγκόσμια Ιατρική Ένωση ασχολήθηκε με το θέμα της ευθανασίας για πρώτη φορά το 1950 & την αποδοκιμάζει κάτω από οποιεσδήποτε συνθήκες.

Στην διακήρυξη των δικαιωμάτων των ασθενών στη Λισσαβόνα (1981), η Παγκόσμια Ιατρική Ένωση αναγνώρισε το δικαίωμα αξιοπρεπούς θανάτου & το δικαίωμα του ασθενή να αρνηθεί μια θεραπευτική αγωγή.

Σύμφωνα με μία σημαντική διακήρυξη (Βενετία 1983), που αφορούσε το τελικό στάδιο & το θέμα της αποχής του γιατρού από την θεραπεία, αποστολή του γιατρού είναι η θεραπεία & η ανακούφιση από τους πόνους, λαμβάνοντας υπόψη του μόνο το συμφέρον του ασθενή. Για την διακήρυξη αυτή δεν υπάρχουν εξαιρέσεις, ούτε για τις περιπτώσεις ανίατων ασθενειών ή σοβαρών δυσπλασιών.

Κατά της εφαρμογής της ευθανασίας τίθεται & το συμβούλιο επιτροπής της American Medical Association επί των ηθικών & δικαστικών υποθέσεων. (Δαμίγος και συν.1999).

7.4. ΗΘΙΚΗ ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

7.4.1. Οι ηθικές θεωρίες και οι δυσκολίες τους.

Οι επικρατέστερες θεωρητικές προσεγγίσεις στην επίλυση ενός ηθικού προβλήματος είναι δυο: η δεοντοκρατική και η ωφελμιστική. Η δεοντοκρατία θεσμοθετεί ορισμένες αξίες, βασιζόμενη σε απόλυτες ή έστω γενικές αρχές, οι οποίες προσδιορίζουν τι είναι ηθικά σωστό και τι λάθος. Οι επαγγελματικοί κώδικες δεοντολογίας, οι οποίοι θέτουν συγκεκριμένους κανόνες συμπεριφοράς, εμπίπτουν σε αυτή την κατηγορία. Επίσης, εδώ μπορεί να συμπεριληφθεί η έννοια των δικαιωμάτων, ως αρχών που προασπίζουν ατομικές αξίες. Η προσέγγιση αυτή διευκολύνει τη λήψη αποφάσεων με την αναφορά σε συγκεκριμένες αρχές ή κανόνες. Αντιμετωπίζει όμως σοβαρό πρόβλημα όταν οι αρχές αλληλοσυγκρούονται. Αντίθετα, ο ωφελμισμός χαρακτηρίζεται από έλλειψη αρχών και υπολογισμό της ορθής πράξης βάσει της επίτευξης του γενικού καλού, οριζόμενου ως μέγιστης ευτυχίας και ευημερίας για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο αριθμό ατόμων. Η ελαστικότητα αυτής της προσέγγισης, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε μια απόφαση, αλλά και στην αντίθετή της, ανάλογα με την εκάστοτε ανάλυση κόστους - οφέλους, μπορεί να θεωρηθεί πλεονέκτημα, αλλά και μειονέκτημα. Άλλο πρόβλημα αυτής της στάσης είναι η καταπάτηση αρχών ή δικαιωμάτων που θεωρούνται σεβαστά από μια δεοντοκρατική σκοπιά. Στην προσπάθεια υπέρβασης των δυσκολιών, έχουν διαμορφωθεί συνδυασμοί των δυο προσεγγίσεων, όπως η αναζήτηση του γενικού καλού εφόσον είναι ήδη σεβαστά ορισμένα δικαιώματα ή η θεσμοθέτηση κανόνων με σκοπό τη μεγιστοποίηση ωφελείας για το κοινωνικό σύνολο. Για λόγους σαφήνειας, θα εξετάσουμε τον τρόπο λήψης αποφάσεων από την κάθε σκοπιά χωριστά.

7.4.2. Δεοντοκρατία.

Από την δεοντοκρατική άποψη η σαφέστερη θέση στρέφεται εναντίον της ευθανασίας. Η άποψη αυτή στηρίζεται από:

- ✓ Την αξία ή το δικαίωμα της ζωής. Η θεολογική θεμελίωση αυτής της αξίας είναι δυνατή, αλλά όχι αναγκαία. Μπορεί, δηλαδή, κανείς να πιστεύει στην απόλυτη αξία της ανθρώπινης ζωής ως πρωταρχικού αγαθού, δίχως το οποίο δεν θα υπήρχε καμιά άλλη αξία, χωρίς να πιστεύει ότι αυτή απορρέει από το Θεό. Η αξία αυτή καθρεφτίζεται στην εντολή ου φονεύσεις και στην αντίστοιχη υποχρέωση του γιατρού, όπως αυτή εκφράζεται στον όρκο του Ιπποκράτη ‘Δεν θα δώσω φάρμακο θανατηφόρο σε κανένα ούτε και αν μου ζητηθεί, και ούτε θα δώσω τοιαύτη συμβουλή’.

Σαφώς σε όλα τα παραπάνω υπάρχει και η αντίθετη άποψη που αποδέχεται την ευθανασία.

1. Η αρχή του οίκτου, κατά την οποία είναι σωστό να βοηθάμε τους συνανθρώπους μας.
2. Η αυτονομία, η οποία απορρέει από τη νοημοσύνη και την αξιοπρέπεια του ηθικά υπεύθυνου ατόμου να καθορίζει την ελευθερία του να αποφασίζει, για τον εαυτό του.
3. Το δικαίωμα στην ποιότητα της ζωής(σε αντίθεση με το αδιαφοροποίητο δικαίωμα ζωής), το οποίο απαιτεί ορισμένα χαρακτηριστικά ‘όπως τη δυνατότητα ελάχιστης αυτοδιαχείρισης, την εκπλήρωση βασικών λειτουργιών και αναγκών, τη δυνατότητα έστω υποτυπώδους επικοινωνίας με το περιβάλλον και την απουσία αβάσταχτου πόνου, μεγάλο μέρος των οποίων μπορεί να μην πληροί ο θνήσκων ασθενής .
4. Το δικαίωμα του θανάτου του ασθενούς, σε συνδυασμό με την έννοια της αυτονομίας. Δηλαδή, αν αναγνωρίζουμε την ελευθερία του ατόμου να αποφασίζει για τον εαυτό του, πρέπει να σεβαστούμε και την απόφασή του για τον θάνατό του.
5. Τα δικαίωμα της σωματικής ακεραιότητας, που σχετίζεται με την αξιοπρέπεια και την ποιότητα ζωής.

7.4.3. Κριτική της δεοντοκρατίας.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι μπορούμε να επικαλεστούμε ηθικές αρχές είτε υπέρ είτε κατά της ευθανασίας. Αυτό συνιστά το πρόβλημα της σύγκρουσης αρχών, το οποίο αποτελεί τη βασική κριτική έναντι της δεοντοκρατικής θεώρησης, εφόσον οδηγεί σε αμηχανία μπροστά στα ηθικά διλήμματα. Εδώ η σύγκρουση τίθεται ανάμεσα στη ζωή, και στον οίκτο, την ποιότητα ζωής και το σεβασμό της αυτονομίας, της σωματικής ακεραιότητας και του δικαιώματος του θανάτου του ασθενούς. Στην αξία της ζωής συντρέχει και η υποχρέωση του ιατρού να σώσει τον ασθενή, καθώς και η δική του αυτονομία βάση της οποίας μπορεί να αρνηθεί την επιθυμία του ασθενή, αν αυτή αντίκειται στις δικές του αρχές.

7.4.4. Υπεράσπιση της δεοντοκρατίας

Πως μπορεί κανείς να επιλύσει παρόμοια σύγκρουση; Ένας τρόπος είναι απλώς να τοποθετηθεί με τη μία ή την άλλη πλευρά χωρίς αιτιολόγηση. Διαφορετικά υπάρχει και η δυνατότητα αιτιολόγησης μιας εξαίρεσης σε μια ισχυρή αρχή π.χ. , η αξία της ζωής είναι σεβαστή, εκτός από εκείνες τις περιπτώσεις όπου η ευσπλαχνία προς τον συνάνθρωπο μας απαιτεί το αντίθετο ή εκτός από εκείνες τις περιπτώσεις όπου έρχεται σε αντίθεση με την αξιοπρέπεια, την αυτονομία και την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

7.5. Ωφελιμισμός.

Η θεωρητική προσέγγιση του ωφελιμισμού δεν αντιμετωπίζει το πρόβλημα της σύγκρουσης των αρχών, καθότι, εξ ορισμού, δεν σέβεται την υπακοή σε κανόνες. Μοναδική αρχή του ωφελιμισμού είναι η επιδίωξη του γενικού καλού, όποιο κόστος και αν έχει , αρκεί το κόστος να είναι μικρότερο του συνολικού κέρδους στον τελικό απολογισμό. Βάση αυτής της θεωρίας, η καταρχήν τοποθέτηση είναι υπέρ της ευθανασίας, εφόσον η μείωση του πόνου και του κόστους αποφέρει συνολικό όφελος. Με την ευθανασία ανακουφίζεται όχι μόνο ο πόνος, αλλά και ο ψυχικός πόνος της οικογένειας, διοχετεύεται η φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού και των ιατρών προς τους μη θνήσκοντας ασθενείς, μειώνεται το κόστος για το σύστημα υγείας και το κοινωνικό σύνολο εν γένει με την παροχή υλικών μέσων, σε περιπτώσεις που έχουν πιθανότητες αλλά και δυνατότητες ίασης. Μπορεί η προοπτική αυτή να φαίνεται ψυχρή και

υπολογιστική, αλλά αυτή η τεχνική αφενός μεν συνιστά ένα σημαντικό πρακτικό εργαλείο του ωφελιμισμού στον τρόπο λήψης αποφάσεων και αφετέρου διαπνέεται από μια πραγματική τάση παροχής βοήθειας και ευσπλαχνίας προς τον ασθενή.

Όπως ήδη αναφέρθηκε χαρακτηριστικό του ωφελιμισμού είναι η ελαστικότητα. Η ίδια θεωρία μπορεί να οδηγήσει σε αντίθετο συμπέρασμα, μεταβάλλοντας απλώς την ανάλυση της κατάστασης, έτσι ώστε το κόστος να υπερτερεί του κέρδους. Ωφελιμιστές, οι οποίοι συμφωνούν κατά βάση με την παραπάνω ανάλυση, οδηγούνται στην απόρριψη της ορθότητας της ευθανασίας, αν υπολογίσουν τις αρνητικές συνέπειες που μπορεί να επιφέρει η θεσμοθέτηση της. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγονται τα ακόλουθα.:

- ✓ Μειωμένη πίεση για την ανεύρεση και βελτίωση της θεραπευτικής ή συμπτωματικής αγωγής, εφόσον αυτή είναι συνήθως αποτέλεσμα της προσπάθειας διάσωσης και μείωσης του πόνου του ασθενούς.
- ✓ Εγκατάλειψη της ελπίδας και προσπάθειας επιβίωσης, όταν γίνει γνωστό στον ασθενή ότι πάσχει από ανίατη ασθένεια
- ✓ Αύξηση του φόβου προς τα νοσοκομεία και τους ιατρούς, και μείωση των στόχων της προληπτικής ιατρικής.
- ✓ Δυνατότητα ψευδούς δικαιολόγησης του θανάτου σε περίπτωση παράβλεψης, λανθασμένης διάγνωσης και θεραπείας.
- ✓ Μειωμένη πίεση για την κάλυψη του κόστους διατήρησης στη ζωή από ασφαλιστικές εταιρίες.
- ✓ Σύγκρουση με το σκοπό και τον όρκο του ιατρού να σώζει ζωές, άρα και ψυχολογική πίεση στο ήδη βεβαρημένο από αυτή την άποψη επάγγελμα του ιατρού.
- ✓ Εγκατάλειψη των δαπανηρών θεραπειών μπροστά στο αυξημένο κόστος και την τάση περικοπών στην περίθαλψη.
- ✓ Κίνδυνος κοινωνικής αποδοχής πράξεων θανάτωσης, η οποία μπορεί να επεκταθεί πέραν του ανθρωπιστικού σκοπού της ευθανασίας σε κατάχρηση της για πολιτικούς, φυλετικούς ή άλλους λόγους,

Οι υποστηρικτές της ευθανασίας αρνούνται να δεχθούν την παραπάνω ανάλυση. Ο κατάλογος των πιθανών αρνητικών συνεπειών είναι εντυπωσιακός, αλλά δεν είναι απαραίτητο ότι όλες ή έστω κάποιες θα συμβούν, ως επακόλουθο της θεσμοθέτησης της ευθανασίας.

7.5.1. Το επιχείρημα της ολισθηρότητας και η κριτική του.

Το σκεπτικό ότι η αποδοχή κάποιας μορφής της ευθανασίας θα επιφέρει κατάχρηση της για άλλους λόγους εντάσσεται σε ένα επιχείρημα, το οποίο είναι γνωστό , ως επιχείρημα της ολισθηρότητας, επειδή υποστηρίζει ότι το αρχικό βήμα θα προκαλέσει μια αλυσιδωτή αντίδραση, που θα καταλήξει σε ένα απεχθές αποτέλεσμα. Το επιχείρημα βασίζεται στην παραδοχή ότι εφόσον γίνει το πρώτο βήμα, δεν υπάρχει λογικός περιορισμός στο ότι θα ακολουθήσουν τα επόμενα και λιγότερο επιθυμητά. Υπόκεινται όμως στην κριτική ότι συνήθως δεν υπάρχουν επαρκείς λόγοι να πιστεύουμε ότι θα ακολουθήσει αλυσιδωτή αντίδραση.

7.5.2. Ο άδηλος ρεαλισμός του ωφελιμισμού.

Ανεξάρτητα από το αν τελικά ισχύσει ή όχι το επιχείρημα της ολισθηρότητας, η συνειδητοποίηση έστω και ένα μέρους των παραπάνω αρνητικών επιπτώσεων αρκεί για να μετατραπεί η αρχική στάση του ωφελιμιστή, ο οποίος μπορεί να συνεχίσει να πιστεύει στην κατά βάση ηθική ορθότητα της ευθανασίας λόγω γενικής μείωσης του πόνου, αλλά να αντιστέκεται σε οποιαδήποτε θεσμοθέτησή της. Αυτή η στάση αντικατοπτρίζει εν μέρει την υπάρχουσα κατάσταση, όπου ένα μεγάλο μέρος της θετικής αντιμετώπισης αιτημάτων ασθενών για τον τερματισμό της ζωής τους παραμένει άδηλο, συνιστώντας έτσι μια μυστική αλλά ευρέως διαδεδομένη πρακτική των γιατρών, η οποία ταυτόχρονα είναι ρητά παράνομη.

7.5.3. Θεωρητική αδυναμία και εναλλακτική προσέγγιση.

Η αδυναμία των θεωρητικών προσεγγίσεων να παράσχουν μια αδιαμφισβήτητη τοποθέτηση για την ευθανασία εν γένει, η συζήτηση γύρω από το επιχείρημα της ολισθηρότητας και η στροφή των τελευταίων ετών προς την εφαρμοσμένη ηθική, έχει μετατοπίσει το κέντρο βάρους της φιλοσοφικής συζήτησης προς την ανάλυση και τη συσχέτιση συγκεκριμένων τύπων ευθανασίας, οι οποίοι εξετάζονται παρακάτω. Όπως είδαμε στην εισαγωγή, δεδομένου ότι η παραδεδομένη άποψη περί της ορθότητας της ευθανασίας είναι αρνητική, το βάρος της απόδειξης πέφτει στους υποστηρικτές της ευθανασίας. Η τακτική που ακολουθείται είναι συχνά η εξής : πρώτα γίνεται προσπάθεια να καθιερωθεί ένας τύπος, ο οποίος θεωρείται πιο αποδεκτός από τους άλλους και κατόπιν

επιχειρείται η διερεύνηση προς την αποδοχή και των άλλων μορφών ευθανασίας.(Ζήκα Φ.1998).

8. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

8.1. Αρχαία Ελλάδα

Λόγο για την ευθανασία κάνουν ο Πολύβιος, ο Φίλων ο Ιουδαίος, ο Κλήμης ο Αλεξανδρεύς, ο Ποσίδιππος και ο Αίλιος. Το βέβαιο είναι πως η έννοια που σήμερα ο όρος έχει, όσο ασαφής και να είναι, δεν σχετίζεται διόλου με αυτήν που η αρχαία γραμματεία παρέδωσε. Για τους προαναφερθέντες συγγραφείς ευθανασία φαίνεται βέβαια να σημαίνει καλός θάνατος, αλλά αυτός επέρχεται μάλλον φυσικά, ως αποτέλεσμα της παρόδου του χρόνου ή ως θείο δώρημα. Η φυσική ροή ή το έργο του θεού σε κανένα απόσπασμα δεν φαίνεται ή δεν υπονοείται ότι παραβιάζεται. Στον Πολύβιο η ευθανασία αναφέρεται ως το «των αγαθών ανδρών άθλον», επιστέγασμα μιας καλής και χρήσιμης ζωής. Από τον Φίλωνα παραλληλίζεται με την ευγηρία ή και ταυτίζεται με αυτήν, ούσα ούτως ή άλλως το μέγιστο αγαθό. Το ίδιο πρεσβεύει και ο Κλήμης, ενώ και ο Αίλιος την μνημονεύει ανάμεσα στα μέγιστα αγαθά μαζί με την φιλία, την παιδεία, τον πλούτο, την δόξα. Το γεγονός ότι την τοποθετεί τελευταία δεν έχει σίγουρα να κάνει με την αξιολόγησή της αλλά με την λογική χρονική διαδοχή των αγαθών. Καλλίτερα από όλους όμως κατά την γνώμη μου ο κωμωδιογράφος Ποσίδιππος εκφράζει το νόημα αυτής της σπάνιας λέξης λέγοντας πως, από όλα όσα μπορεί να αποσπάσει από τους θεούς ο άνθρωπος, τίποτα δεν εύχεται περισσότερο από την ευθανασία: «Ούτω πολύπουν κακόν η λύπη εστί».

Είναι γνωστό το ενδιαφέρον που οι μακρινοί μας πρόγονοι έδειχναν για το τέλος της ζωής τους, αφού πίστευαν ότι αποτελούσε το επιστέγασμα μιας ζωής, ικανό να την αμαυρώσει ή να την καθιερώσει. Η σχέση τους με τον θάνατο ήταν διαφορετική, άλλωστε και ο θάνατος ήταν εν πολλοίς διαφορετικός. Ο Χριστιανισμός και οι άλλες εσχατολογικές θρησκείες δεν είχαν εμφανιστεί, όπως άλλωστε ούτε το AIDS, ο καρκίνος και η σκλήρυνση κατά πλάκας. Οι συνθήκες ήταν καταφανώς διαφορετικές και ο αρχαίος Έλληνας κανένα λόγο δεν είχε να σκέφτεται εάν θα καταφέρει να τελειώσει χωρίς πόνο την ζωή του. Ενδιαφερόταν περισσότερο για την αδυναμία που επιφέρουν τα γηρατειά, μια πιθανή πηγή ταπείνωσης, κάτι που θα του στερούσε ότι μια ολόκληρη ζωή αποζητούσε: την αθανασία μέσω της δόξας, την υστεροφημία.

Παρόλο το γεγονός όμως ότι ο όρος «ευθανασία» τις λίγες φορές που χρησιμοποιείται σημαίνει κάτι εντελώς διαφορετικό απ' ότι σήμερα, το ζήτημα της επίστευσης του θανάτου φαίνεται πως απασχόλησε σοβαρά τον αρχαιοελληνικό στοχασμό. Ο όρκος του Ιπποκράτη αποτελεί απόδειξη τούτου, το γεγονός δε πως ένα τέτοιο κείμενο παίρνει θέση έναντι του ζητήματος, φανερώνει πως κάθε άλλο παρά περιθωριακό για την αρχαιοελληνική διανόηση ήταν αυτό. Στην αρχαία Σπάρτη, άλλωστε, είναι γνωστό πως μια μορφή ευθανασίας, η λεγόμενη σήμερα ευγονική, ήταν καθιερωμένη πρακτική. Βρέφη τα οποία έφεραν δυσμορφίες και ανεπάρκειες που θα καθιστούσαν την μελλοντική τους ζωή επώδυνη και επαχθή για τα ίδια αλλά και για την πόλη, θανατώνονταν. Για την ακρίβεια, εγκαταλείπονταν σε έρημες τοποθεσίες, τους «αποθέτας», όπου και πέθαιναν από έλλειψη φροντίδας. Το πιο σημαντικό όμως, είναι πως όλα τα βρέφη έπρεπε να περάσουν από τον έλεγχο αυτό, εάν ήθελαν να απολάβουν της ιδιότητας του Σπαρτιάτη και να έχουν κλήρο, πράγμα που δείχνει πως η ευγονική ευθανασία στην Σπάρτη ήταν θεσμός της πόλης -κράτους.(ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ. Άπαντα τα έργα).

Ο ίδιος ο Πλάτωνας καταφάσκει την ευθανασία υποστηρίζοντας πως σε μια ιδανική πολιτεία οι μη υγιείς στο σώμα πρέπει να εγκαταλείπονται για να πεθάνουν. Ερωτώμενος μάλιστα, εάν θα νομοθετούσε για την πόλη μια «ιατρική» και μια «δικαστική» που θα φρόντιζε μόνο για εκείνους τους πολίτες που είναι υγιείς ως προς το σώμα αλλά και την ψυχή, η οποία θα άφηνε να πεθάνουν όσοι δεν είναι σωματικά υγιείς ενώ τους έχοντας κακή εκ φύσεως ψυχή θα κατεδίκαζε σε θάνατο, απαντά πως αυτό θα ήταν το καλύτερο τόσο για την πόλη όσο και για τους ίδιους. Κατακρίνει δε, στο πρόσωπο του Ηρόδικου, όσους προσπαθούν τεχνητά να παρατείνουν την ζωή τους, ενώ νοσούν θανάσιμα. Προτείνει δηλαδή ο Πλάτων ευθανασία για κοινωνικούς κυρίως λόγους, αφού στο συγκεκριμένο έργο ως νομοθέτης λειτουργεί. Ο θάνατος του επιβλαβούς για την πόλη πολίτη δικαιώνεται από την ευημερία των υπολοίπων που η παρουσία του θα στερούσε, αλλά και από την ανακούφιση του ίδιου. Αντιδρά, επίσης, στην -χάρη στα επιτεύγματα της ιατρικής- ανούσια παράταση της ζωής, για οποιοδήποτε λόγο και αν συμβαίνει αυτή. Κατ' αυτόν, η ιατρική πρέπει να συμβάλει στην αναβάθμιση της ποιότητας της ζωής του ανθρώπου καθώς και της ζωής της πόλης. Χρονική παράταση της ανθρώπινης ζωής, όταν το αδυσώπητο κάλεσμα του θανάτου έχει ακουστεί, είναι ανούσια.(Πρωτοπαπαδάκης Β,1999 και Καλοκαιρινού Ε.)

Η αξία της ανθρώπινης ζωής αναγνωρίζεται βάσει της νοητικής ικανότητας ή του λειτουργικού ρόλου του ανθρώπου στην κοινωνία. Σύμφωνα με τον Αριστοτέλη (Ηθικά Νικομάχεια, 1097b33-1098a10), το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του ανθρώπου δεν είναι η ζωή, δραστηριότητα που έχουν και τα φυτά και τα ζώα, αλλά η έλλογη φύση του. Για τον Πλάτωνα, η αξία του ανθρώπου συνδέεται με τη δυνατότητα του να εργαστεί και να προσφέρει στην κανοποίηση των βασικών αναγκών του κάθε ανθρώπου (Πολιτεία, 369c-371e). Στην περίπτωση ασθένειας, ο Πλάτων προτείνει ότι είτε ο ασθενής θα αναρρώσει με βίαιες και γρήγορες θεραπείες (καθαρτικό, εμετικό, καυτηρίαση, εγχείρηση) και θα ξαναγυρίσει στην εργασία του, ή, αν το σώμα του δεν αντέξει, θα πεθάνει και θα γλιτώσει από τα βάσανα (406d-407a). Ο γιατρός δεν πρέπει να παρατείνει τη ζωή ενός ανίατα ασθενούς, για λόγους ευγονικής και για λόγους μη ωφέλειας στον ίδιο τον άνθρωπο και στην πολιτεία (407d-e, Νόμοι, 773d, 783d-e, 873c-e).

Συνηθίζεται, στην αρχαιότητα, ένας άνθρωπος με ανίατη ασθένεια να καθορίζει τον τρόπο τερματισμού της ζωής του και να ζητά την αναγκαία βοήθεια από τον γιατρό. Στην Αρχαία Αθήνα, οι αρχές προσφέρουν στον μελλοντικό αυτόχειρα την αναγκαία δόση δηλητηρίου 172. Η προσφορά βοήθειας ενός γιατρού, παρακινούμενου από ευσπλαχνία, ύστερα από παράκληση ενός ασθενούς, στον τερματισμό της βασανιστικής, ανέλπιδης ζωής του, με γρήγορο, εύκολο, γαλήνιο (ευ) τρόπο, με ελάχιστο πόνο και μειωμένη αγωνία, ως αποφυγή του αμείλικτου πόνου, ονομάζεται ‘καλός θάνατος’, ‘ευθανασία’ 173.

Ο γιατρός είναι ελεύθερος να επιλέγει τον ασθενή του, να αποφασίζει για την αρμόζουσα θεραπεία, να αυτοσχεδιάζει και να βελτιώνει τη θεραπευτική του μέθοδο, χωρίς να κινδυνεύει να τιμωρηθεί από την πολιτεία. Η ευθύνη του γιατρού δεν κωδικοποιείται από τον νόμο και το επαγγελματικό σφάλμα δεν τιμωρείται. Ο γιατρός δεν υποχρεώνεται ούτε να μετέχει ούτε να αποφεύγει περιπτώσεις ευθανασίας, αποφασίζει ο ίδιος αν επιθυμεί να προσφέρει τη βοήθεια του ή όχι, ανάλογα με τις προσωπικές του αντιλήψεις. Το καθήκον του γιατρού να επιμηκύνει τη ζωή του ασθενούς δεν έχει ρίζες στην ιατρική της κλασικής αρχαιότητας. Στον Ιπποκρατικό Όρκο, επισημαίνεται ότι ‘δεν θα παραδώσω σε κανένα θανατηφόρο φάρμακο, εάν μου το ζητήσουν, ούτε και θα πάρω την πρωτοβουλία να προτείνω κάτι τέτοιο’. Η ερμηνεία του συγκεκριμένου αποσπάσματος, ως απόλυτης απαγόρευσης της υποβοηθούμενης από τον γιατρό αυτοκτονίας, βρίσκεται σε λογική αντίφαση με τα παραπάνω αποσπάσματα του ιπποκρατικού έργου και σε ασυνέπεια με την ελευθερία απόφασης του γιατρού εκείνης της

εποχής, στο θέμα της ευθανασίας. Δεν πρόκειται για νομικό έγγραφο, συνταγμένο για τη δέσμευση της ελευθερίας της απόφασης του γιατρού. Ενδέχεται να μην αναφέρεται σε απαγόρευση της ευθανασίας αλλά να αντιτίθεται στην απερισκεπτη κατάχρηση φαρμάκων, φαινόμενο συνηθισμένο στην εποχή του Όρκου (6ος αι.- 3ος αι. π. Χ.). Πιθανόν, ο συντάκτης του θέλησε να επικρίνει τις εγκληματικές ενέργειες γιατρών, οι οποίες, πέρα από την πρόκληση βλάβης σε ανθρώπους, δυσφημούσαν και την ιατρική τέχνη. Άλλωστε, σύμφωνα με τον Ιπποκρατικό Όρκο, ο γιατρός οφείλει να ενεργεί προς όφελος του ασθενούς και να μην τον βλάπτει, σύμφωνα με την ικανότητα και την κρίση του (ιπποκρατική αρχή αγαθοεργίας) 176. Στο κείμενο του Όρκου, ακριβώς πριν το σημείο της προτροπής μη κατάχρησης φαρμάκων, αναφέρεται ‘Διαιτήμασί τε χρήσομαι επ’ ωφελείη καμνόντων κατά δύναμιν και κρίσιν εμήν , επί δηλήσει δε και αδικίη είρξειν’ 177.

Ο ιπποκρατικός γιατρός φροντίζει για το συμφέρον του ασθενούς (Περί ιητρού, κεφ. 5). Στο Επιδημιών Ι (κεφ. 5), επισημαίνεται ότι ‘θα πρέπει να έχει κάποιος δύο πράγματα υπόψη του, αναφορικά με την ασθένεια: το να είναι χρήσιμος και το να μη βλάπτει’. Αν αδυνατεί να φανεί χρήσιμος στη θεραπεία μίας ασθένειας, επειδή οι απαιτήσεις της θεραπείας υπερβαίνουν τη γνώση και τα τεχνικά μέσα της εποχής του, οφείλει τουλάχιστον να μη χειροτερεύσει την κατάσταση του ασθενούς και να αποφύγει άστοχες παρεμβάσεις (Περί άρθρων εμβολής, κεφ. 58, Περί τέχνης, κεφ. 3). Δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στην ικανότητα της πρόγνωσης, χάρη στην οποία αποδεικνύει τις γνώσεις του, κερδίζει την εμπιστοσύνη του ασθενούς (Περί ευσχημοσύνης, κεφ. 11) και αποφεύγει τις κατηγορίες (Προγνωστικόν, κεφ. 1). Μετά την πρόγνωση του θανάτου του ασθενούς, αποσύρεται έντιμα, για να προστατεύσει τη φήμη του αλλά και για να μη προκαλέσει μεγαλύτερη βλάβη και πόνο στον ασθενή (Λυμπέρη Δ Μεταπτυχιακή εργασία)

8.2. Παλαιά Διαθήκη

Στην Παλαιά Διαθήκη η ευθανασία επιτρέπεται όταν λαμβάνει χώραν σε περίοδο πολέμου η διωγμού και όταν δι' αυτής δηλώνεται η αφοσίωση σε ανώτερες αξίες και ποτέ ένεκα περιφρονήσεως της ζωής. Όσον αφορά στην αυτοκτονία προς απαλλαγή του βίου, ο οποίος κατέστη άθλιος όχι ένεκα πολεμικής αιτίας η διωγμού, καταδικάζεται και η πράξη

αποτελεί όνειδος δια τούς επιζώντες συγγενείς του αυτόχειρας (Σεβ. Μητροπολίτου Φθιώτιδος κ.κ. Νικολάου 2007, Παπαγιαννόπουλος Ι.)?

8.3. Χριστιανική εποχή

Στη Χριστιανική Γραμματεία δεν απαντάται η λέξη ευθανασία. Η χριστιανική διδασκαλία δεν θεωρεί τον θάνατο εφιάλτη, αλλά πύλη της αιώνιου 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 τούς παραβαίνοντας αυτή τη διδασκαλία έχουν θεσπίσει αυστηρούς κανόνες.

Η ευθανασία υπό την 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. Ακόμη και στους μάρτυρες εκδηλωτικότερο είναι το στοιχείο της γαλήνης και της χαράς.

Σύμφωνα με τη θέση της Εκκλησίας, η ανθρώπινη ζωή είναι δημιούργημα του Θεού (Γένεσις, 2:7), δώρο της αγάπης Του προς τον άνθρωπο, ευλογία (Δευτερονόμιον 30:19), όχι κτήμα του ανθρώπου. Ο άνθρωπος υπάρχει μόνο σε σχέση με τον Θεό και δεν έχει την εξουσία αυτόνομης διαχείρισης της ζωής του. Απαγορεύεται σε αυτόν να τερματίσει τη ζωή του και σε οποιονδήποτε άλλον να τον φονεύσει, βάσει της έκτης εντολής (Εξοδος, 21:12-17). Μόνο ο Θεός δίνει και αφαιρεί τη ζωή, κυβερνά τον θάνατο (Ψαλμοί, 104:34, Ιώβ, 34:14-26, Γένεσις, 6:3). Η απαγόρευση του φόνου αθώων ανθρώπων ή της διάπραξης αυτοκτονίας δεν είναι απόλυτη (Εξοδος, 11, Δευτερονόμιον, 11, 20, 22:23-27, Κριταί, 16:30) 184.

Οι πρώτοι χριστιανοί θεωρούν τη ζωή δώρο του Θεού τόσο ανεκτίμητο, ώστε θεωρείται η φροντίδα του ασθενούς καθήκον του γιατρού και των συνανθρώπων του. Οι χριστιανοί συγγραφείς καταδικάζουν την παρεμπόδιση ή την καταστροφή της ανθρώπινης ζωής σε οποιοδήποτε στάδιο. Σύμφωνα με τον Αυγουστίνο (354- 430 μ.Χ.), τα νεογέννητα

είναι ηθικά ορθό να ανατρέφονται, άσχετα από τις συνθήκες σύλληψης, τη νοητική ή τη σωματική τους κατάσταση, γιατί ο Θεός δημιουργεί το σώμα τους, ακόμη και στα τερατόμορφα, που θεωρούνται 'σφάλμα της φύσης', για κάποιο σκοπό, κατ' εικόνα Του και τους δίνει ζωή 185. Πιστεύεται ότι ο Θεός ορίζει στους ανθρώπους κάποιον σκοπό, στον οποίο υποχρεώνονται να υποτάσσονται, τους τοποθετεί σε κάποια θέση, την οποία δεν έχουν δικαίωμα να εγκαταλείψουν (Επιστολή προς Διόγνητο) 186. Ο Λακτάνιος (περίπου 240-320 μ.Χ.) πιστεύει ότι ο δολοφόνος και ο αυτόχειρας είναι το ίδιο ένοχοι, γιατί και οι δύο διαπράττουν την ίδια πράξη, σκοτώνουν άνθρωπο. Ο άνθρωπος μπορεί να αποσυρθεί από τη ζωή, μόνο όταν ο Θεός, ο Οποίος του έδωσε αυτό το σώμα, για να το κατοικήσει προσωρινά, τον διατάξει (Divine Institutes 3.18). Ο Αυγουστίνος υποστηρίζει ότι η εντολή 'ου φονεύσεις' (άνθρωπο) είναι απόλυτη, απαγορεύει να φονεύσει είτε άλλον άνθρωπο είτε τον εαυτό του. Οποιοσδήποτε φονεύει άνθρωπο είναι ένοχος ανθρωποκτονίας. Εγκωμιάζει την υπομονή ως δώρο του Θεού και εκτιμά τον άνθρωπο, που αντέχει μία δυστυχισμένη ζωή, αντί να την τερματίζει(Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια : Δήμητρα Λυμπέρη Μεταπτυχιακή εργασία : Από την ηθική στη βιοηθική. Η ευθανασία ως ηθικό ζήτημα.)

8.4. .Μεσαίωνας και Νεώτεροι χρόνοι

Στα χρόνια του Μεσαίωνα και στα νεώτερα 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 πού ήταν υπέρμαχος της αυτοκτονίας αλλά και της ευθανασίας ήταν ο Φρίντιχ Νίτσε. Σε ένα πολύ σκληρό κείμενό του γράφει: " Ο άρρωστος πού έχει φτάσει στο όριο είναι πια ένα παράσιτο της κοινωνίας και της ζωής. Όταν ξεπεράσει μία ορισμένη κατάσταση, είναι ανήθικο νά ζει ακόμα. Το νά 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 νά προκαλεί τη βαθιά περιφρόνηση της κοινωνίας. Και ο φανατικός αντιχριστιανός κλείνει με τη φράση: "Ακριβώς το αντίθετο με τη θλιβερή και φρικαλέα κωμωδία πού έστησε ο Χριστιανισμός με την επιθανάτια ώρα". (Νίτσε). Η ευθανασία στις αρχές του 20ου αιώνα προσέλαβε τη σημασία ότι για την περίπτωση πού η

ανθρώπινη ύπαρξη λόγω ασθενείας η γηρατειών, η άλλων γεγονότων ούτε ευχάριστη ούτε χρήσιμη είναι, πρέπει να απελευθερωθεί με ένα ανώδυνο θάνατο με αυτενέργεια η τη βοήθεια αλλού. 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.

Σε γενικές γραμμές, στα έργα του ύστερου Μεσαίωνα, τονίζεται το συναίσθημα της φιλανθρωπίας, που παρακινεί τον γιατρό, να φροντίζει για τους ασθενείς του, ανεξάρτητα από το οικονομικό όφελος. Η ονομαζόμενη 'παθητική ευθανασία' εξετάζεται στο πλαίσιο του ευρύτερου ζητήματος της υποχρέωσης της θεραπείας των απελπιστικών περιπτώσεων. Η 'ενεργητική ευθανασία' αποδοκιμάζεται ως δολοφονία εκ μέρους του γιατρού και αυτοκτονία εκ μέρους του ασθενούς. Σύμφωνα με τον Antoninus (*Summa Theologica* 281, 289 (1477)), ο προσεκτικός γιατρός είναι ικανός να θεραπεύσει απελπιστικές, μοιραίες περιπτώσεις, αν και σπάνια, γι' αυτό, ο γιατρός ως το τέλος υποχρεώνεται να κάνει ό,τι μπορεί, για να θεραπεύσει τον ασθενή, γιατί δεν γνωρίζει την απόφαση του Θεού σχετικά με τον ασθενή του. Σύμφωνα με τον Martin Aspilcuetta (γνωστό ως Navarrus), ο γιατρός που δίνει εν γνώσει του ένα βλαβερό φάρμακο, διαπράττει αμαρτία, 'ακόμη και αν το δίνει από ευσπλαχνία ή για να ευχαριστήσει τον ασθενή'. Η ενεργητική ευθανασία, παρακινούμενη από ευσπλαχνία ή επιθυμία του ασθενούς, κρίνεται ως αμαρτία (*Manuale sive Enchiridion confessoriorum at poenitentium*, 25. 60. 2, 1568).

Τα ιατρικά συγγράμματα προτρέπουν τον γιατρό να ενημερώνει τον ασθενή σχετικά με την ασθένεια και τον επικείμενο θάνατο του. Ο John of Naples αναφέρει ότι ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να ενημερώνει, άμεσα ή έμμεσα, τον ασθενή, που, κατά τη γνώμη του, είναι σε κατάσταση αμαρτίας και δεν έχει προβλέψει για τη διάθεση της περιουσίας του, για να προετοιμαστεί για ένα καλό θνήσκειν και να τακτοποιήσει τις υποθέσεις του. Διαφορετικά, διαπράττει αμαρτία. Όταν ο ασθενής είναι σε καλή πνευματική κατάσταση και έχει ρυθμίσει τις υποθέσεις του, ο γιατρός δεν υποχρεώνεται να τον ενημερώσει, αλλά κρίνεται καλύτερο για τον ασθενή να ενημερωθεί 188. Οι χριστιανοί γιατροί θεωρούν τη φροντίδα του σώματος του ασθενούς ως επέκταση του ενδιαφέροντος τους για τη ψυχή του 189. Η τακτική της ευθανασίας αποδοκιμάζεται, επειδή θεωρείται ότι προσβάλλει την ενδογενή αξία του ανθρώπου και το δώρο της ζωής,

που του δόθηκε από τον Θεό. Πολλοί γιατροί διστάζουν να αποσυνδέσουν τη μηχανική στήριξη ζωής, επειδή ελπίζουν πάντοτε σε ένα θαύμα ανάρρωσης. (Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια : Δήμητρα Λυμπέρη Μεταπτυχιακή εργασία : Από την ηθική στη βιοηθική. Η ευθανασία ως ηθικό ζήτημα.)

8.5. Νεώτερα χρόνια

8.5.1. Ναζιστική Γερμανία

Η επάνοδος του θέματος στο προσκήνιο ύστερα από τον 19^ο αιώνα, τον αιώνα του ανθρωπισμού, ήταν αναμενόμενη. Το περιεχόμενο όμως και η μορφή που πήρε ήταν απροσδόκητο όσο και αποκρουστικό. Το 1920 οι Alfred Hoche, καθηγητής Ψυχιατρικής στο Freiburg, και ο Karl Binding, καθηγητής νομικής στη Λειψία, εξέδωσαν μια μελέτη σχετικά με την παύση της ζωής του ασθενούς κατόπιν απαίτησης αυτού. Υποστήριξαν πως ασθενείς που ζητούσαν υποβοήθηση προς θάνατον θα έπρεπε, κάτω από κάποιες πολύ προσεκτικά ηλεγμένες συνθήκες, να μπορούν να την λάβουν από κάποιον γιατρό. Η βοήθεια αυτή ήταν, κατά τους δυο επιστήμονες, σύμφωνη με την ιατρική ηθική και κυρίως μια λύση γεμάτη συμπόνια σε ένα επώδυνο πρόβλημα. Η συμπόνια αυτή δεν θα έπρεπε όμως να περιοριστεί κατά τους συγγραφείς στους εθελοντές, αλλά και στα «άδεια κελύφη ανθρωπίνων όντων», όπως οι με εγκεφαλική βλάβη ασθενείς, οι τρόφιμοι ψυχιατρείου και οι διανοητικώς καθυστερημένοι, εάν βέβαια με επιστημονικά κριτήρια μπορούσε να αποδειχθεί «μη δυνατότητα βελτίωσης ενός ψυχικά νεκρού ατόμου». Τα κέρδη για την κοινωνία θα ήταν μεγάλα, υποστήριξαν, εάν η οικονομική ενίσχυση που κατευθυνόταν στην διατήρηση και φροντίδα «ασήμαντης ζωής» διοχετευόταν σε αυτούς που πραγματικά την χρειάζονταν, τους κοινωνικά και ψυχοσωματικά υγιείς. Μια δημοσκόπηση το 1920 αποκάλυψε πως το 73% των γονέων και κηδεμόνων βαρέως αναπήρων παιδιών θα επικροτούσαν τον τερματισμό της ζωής σε παιδιά όπως τα δικά τους, βέβαια από ειδικευμένο ιατρικό προσωπικό. Το υπουργείο δικαιοσύνης περιέγραψε την πρόταση ως «επιτρέπущα στους γιατρούς να τερματίσουν το μαρτύριο ανιάτως ασθενών, ύστερα από δική τους αίτηση, σύμφωνα με τις απαιτήσεις του αληθούς ανθρωπισμού». Η πρώτη γνωστή περίπτωση εφαρμογής της παραπάνω θέσης είναι αυτή του βρέφους Knauer, του οποίου την ευθανασία ζήτησε ο ίδιος ο πατέρας του από τον Αδόλφο Χίτλερ επειδή γεννήθηκε τυφλό, διανοητικά καθυστερημένο και σωματικά όχι άρτιο. Σίγουρα στην κατάσταση αυτή θα ήταν καλύτερος ο θάνατος για το βρέφος, υποστήριξε ο πατέρας, και ο

Χίτλερ, αφού συμβουλευτήκε τον προσωπικό του γιατρό, τον Karl Brandt, έκανε δεχτή την έκκληση του πατέρα. Τους αμέσως επόμενους μήνες σχηματίστηκε μια επιτροπή με σκοπό να καθιερώσει πρακτικές μεθόδους με τις οποίες θα «εδωρίζετο» ο θάνατος σε ανθρώπους που δεν είχαν προοπτικές «εύλογης» ζωής. Στο νοσοκομείο Eglfing- Haar ως μέσο χρησιμοποιήθηκε η πείνα ενώ σε άλλα η έλλειψη θέρμανσης. Όταν ο Hermann Pfannmuller δημιούργησε «Hungerhauser» για γέροντες, η ευθανασία στην Γερμανία αποτελούσε ήδη υπόθεση ιατρικής ρουτίνας.

Η τακτική της ναζιστικής Γερμανίας απέναντι στους Εβραίους, τους ομοφυλόφιλους και άλλες «μη εύλογα ζώσες» κατηγορίες πληθυσμού βασίστηκε στην παραπάνω προγενέστερη τακτική, πράγμα που οι επικριτές της ευθανασίας δεν χάνουν ευκαιρία να τονίσουν. Πράγματι, μέχρι το ξέσπασμα του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου 300.000 άτομα θανατώθηκαν στην Γερμανία με την θέλησή τους ή χωρίς, πάντοτε για ανθρωπιστικούς λόγους, εκ των οποίων το ήμισυ αποτελούσαν παιδιά. Ανεξάρτητα από το εάν κάποιος τάσσεται υπέρ ή κατά της ευθανασίας, δεν μπορεί παρά να δεχθεί πως η αποδοχή και η χρήση τέτοιων πρακτικών προετοίμασε άριστα την κοινή τουλάχιστον γνώμη να δεχθεί πως για κάποιους ανθρώπους η ζωή αποτελεί βάρος από το οποίο η απαλλαγή τους θα αποτελούσε έσχατη ένδειξη ανθρωπισμού. Βέβαια πολλές φορές οι άνθρωποι αυτοί σαφώς εξεδήλωναν την θέλησή τους για ζωή. Αυτό όμως δεν ήταν παρά μια ακόμη ένδειξη της βαρύτητας της κατάστασής τους, αφού δεν μπορούσαν καν να συνειδητοποιήσουν πόσο ευεργετικός θα ήταν για αυτούς ο θάνατος. Η μαζική, αργή και βασανιστική πολλές φορές δολοφονία επτά περίπου εκατομμυρίων ανθρώπων ονομάστηκε από τον γερμανικό ναζισμό ευθανασία. Καλός θάνατος, δηλαδή, είτε για το άτομο, είτε για την κοινωνία, ή και για τους δυο. Η θέση αυτή υποστηρίχθηκε μέχρι τέλους. Ο Brandt στην κατάθεσή του κατά την δίκη του στην Νυρεμβέργη επέμεινε:

«Το κίνητρο ήταν η επιθυμία να βοηθηθούν άτομα που δεν μπορούσαν να βοηθήσουν τον εαυτό τους και η επιμήκυνση της ζωής τους τους προκαλούσε βασανισμό...ποτέ δεν θέλησα ή πίστευσα πως κάνω τίποτα παραπάνω από το να συντομεύσω την μαρτυρική ύπαρξη τέτοιων δυστυχισμένων όντων». Η μόνη του αναστολή προέρχονταν από το γεγονός πως οι θάνατοι αυτοί προκάλεσαν πόνο στους συγγενείς των νεκρών. Ήταν όμως βέβαιος πως ο χρόνος έχει δείξει και σε αυτούς ακόμη πως οι αποδέκτες ευθανασίας «βρήκαν μια ευχάριστη ανακούφιση από το μαρτύριό τους»

Πολλοί στα λόγια αυτά έσπευσαν να βρουν την άγρια λάμψη του νιτσεικού λυκόφωτος, της καταδίκης από τον αλληγορικό φιλόσοφο των «παρασίτων της κοινωνίας, των αρρώστων... που έχουν χάσει την ζωή του μέλλοντος». Πιθανότατα βέβαια τα λόγια αυτά είχαν γραφεί για τους ίδιους.

8.5.2. Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΜΑΣ

Παρ' όλο πού η έννοια του δικαιώματος στο θάνατο, έχει απασχολήσει τούς φιλοσόφους από την εποχή της αρχαίας Ελλάδος, μόλις πρόσφατα το θέμα εξελίχθηκε σε μείζον κοινωνικό ζήτημα με τεράστιες διαστάσεις. Εκεί πού η πορεία της φύσεως εφαινετο 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 νά πείσει ο καθένας τούς 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 νά προβάλλει στην τηλεόρασή της Ντοκιμαντέρ, με τίτλο "θάνατος κατά παράκληση", στο οποίο ο Δόκτωρ Βίλφρεντ Βαν Οιζεν ενάρκωσε με ένα ηρεμιστικό τον ασθενή του και στη συνέχεια του έκανε τη μοιραία ένεση, για νά τον απαλλάξει από μία ζωή χωρίς νόημα πλέον. Ο ασθενής Σάις Βαν Βέντελ έπασχε από αμυοτροφική πλευρική σκλήρυνση, μία ανίατη ασθένεια πού 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. (Σεβ. Μητροπολίτου Φθιώτιδος κ.κ. ΝΙΚΟΛΑΟΥ 2007, Ι.Γ. Παπαγιαννόπουλος, 1999).

8.6. ΟΙ ΘΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΘΡΗΣΚΕΙΩΝ

Σύγχρονες στάσεις των θρησκευτικών δογμάτων απέναντι στο θέμα της ευθανασίας

Η Ορθόδοξη εκκλησία δεν έχει πάρει ακόμη επίσημα θέση για το θέμα της ευθανασίας. Ωστόσο για την εκκλησία η ζωή είναι δώρο θεού στον άνθρωπο, έχει απόλυτη αξία, είναι αναντικατάστατη & κανείς δεν έχει το δικαίωμα να αφαιρεί τη ζωή κανενός ούτε τη δική του, ούτε του άλλου. Συνεπώς για την ορθόδοξη εκκλησία η ευθανασία είναι απαγορευμένη.

Για την καθολική εκκλησία είναι απαράδεκτη κάθε παρέμβαση με σκοπό τη θανάτωση ανθρώπου, ακόμη κι αν πρόκειται για περιπτώσεις ετοιμοθάνατων ή πασχόντων από ανίατη ασθένεια. Ωστόσο, δεν αγνοεί το δικαίωμα για γαλήνιο θάνατο, γι' αυτό & θεωρεί επιτρεπτή τη διακοπή εφαρμογής σύγχρονων θεραπευτικών μεθόδων, όταν δεν υπάρχει καμία βελτίωση, αλλά με υποχρεωτική χορήγηση διατροφής με κάθε δυνατό τρόπο με κάθε δυνατό τρόπο, ενυδάτωσης, υγιεινής & βοήθειας στην αναπνοή.

Για τον προτεσταντισμό, το δικαίωμα του θανάτου με αξιοπρέπεια είναι ένα απόλυτο δικαίωμα, πρέπει να αναζητείται η λιγότερο επαχθής λύση για να διατηρεί ο άνθρωπος την ταυτότητα του μέχρι το τέλος της ζωής του, γι' αυτό είναι βασική η κατά περίπτωση εξέταση.

Για τον ιουδαϊσμό, ο γιατρός δεν έχει το δικαίωμα να υπακούει στις επιθυμίες των ασθενών του γιατί ο άνθρωπος δεν έχει την εξουσία να αποφασίζει για τη ζωή & τον θάνατο του. Σύμφωνα με το ιουδαϊκό δόγμα, η αξία της ανθρώπινης ζωής είναι απόλυτη, ανεκτίμητη, η ζωή με πόνο θεωρείται προτιμότερη από την παύση της. Κάθε στιγμή της ζωής αξιολογείται ως ανεκτίμητη, για αυτό, καταβάλλεται προσπάθεια επιμήκυνσης της έστω και για λίγα λεπτά. Η ζωή δεν ανήκει στον άνθρωπο, αλλά στον Θεό. Δεν έχει απόλυτο δικαίωμα στη ζωή ή στο σώμα του, αλλά είναι υπηρέτης της ζωής, που είχε το προνόμιο να λάβει, υποχρεωμένος να τη διατηρήσει και να την αξιοποιήσει. Όταν έχει αρχίσει η διαδικασία θανάτου, δεν επιβάλλεται στο ιατρικό προσωπικό καμία υποχρέωση παροχής θεραπείας. Όταν, όμως, η κατάσταση είναι μετακλητή, επιβάλλεται η υποχρέωση θεραπείας, η ευθανασία σε τέτοια περίπτωση αποδοκιμάζεται ως φόνος.

Η ενεργητική ευθανασία είναι απαγορευμένη από τον νόμο

Για την μουσουλμανική θρησκεία, η αυτοκτονία ο φόνος & η σε κάθε περίπτωση εφαρμοζόμενη ευθανασία απαγορεύονται. Κανείς δεν έχει την εξουσία να δώσει τέλος στη ζωή του ή στη ζωή κάποιου άλλου, ακόμη & αν πάσχει από ανίατη ασθένεια.

Σύμφωνα με τους μουσουλμάνους γιατρούς, Al Razi και Ibn Sina (9 -10ος αιώνας), η ιατρική ορίζεται ως η τέχνη με αντικείμενο τη διατήρηση της ζωής, την αντιμετώπιση

των ασθενειών και την ανάρρωση των ασθενών. Ο Θεός τους είναι ο μόνος δημιουργός και κάτοχος όλων, ανάμεσα τους, του γιατρού και του ασθενούς, για αυτό, ο γιατρός υποχρεώνεται να θεραπεύει τον ασθενή του, σύμφωνα με τις οδηγίες του Θεού. Η ζωή έχει μεγάλη αξία, δίνεται στον άνθρωπο από τον Θεό και μπορεί να αφαιρεθεί μόνο από Αυτόν ή με την άδεια Του. Ο γιατρός δεν έχει δικαίωμα να τερματίζει τη ζωή του ασθενούς ούτε να του συστήνει βλαβερές ουσίες. (Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια : Δήμητρα Λυμπέρη Μεταπτυχιακή εργασία)

Για τον βουδισμό στην περίπτωση της ενεργητικής ευθανασίας ο γιατρός διαπράττει ανθρωποκτονία, της οποίας οι συνέπειες θα μετριαστούν από το κίνητρο του, που είναι η σωτηρία του ασθενή από τους πόνους. Όταν πια τίποτα δεν μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή, θα πρέπει να γίνεται ότι είναι δυνατό για να εξασφαλιστεί ένας ειρηνικός θάνατος. (Δαμίγος Δ και συν, 1999).

Στον ινδουισμό, ο θάνατος δεν θεωρείται το αντίθετο προς τη ζωή, αλλά τη γέννηση. Ο πόνος δεν θεωρείται φυσική κατάσταση και επιτρέπεται να τερματίζεται με τον θάνατο. Ο άνθρωπος πρέπει να αφήνεται να πεθαίνει ειρηνικά, η μηχανική επιμήκυνση της ζωής έχει μικρή αξία.

Στον Κομφουκιανισμό, αναγνωρίζονται, ως καθήκοντα του γιατρού, η θεραπεία ασθενείας για τη σωτηρία του ασθενούς, η μη βλάβη, η προσφορά βοήθειας σε ανθρώπους και η επιτέλεση καλών πράξεων. (Λυμπέρη Δ Μεταπτυχιακή εργασία).

8.6.1. Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΟΡΘΟΔΟΞΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ. Η ΧΡΙΣΤΙΑΝΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Για τη Χριστιανική θρησκεία και την Εκκλησία, ο θάνατος, εκτός από βιολογικό φαινόμενο, είναι και ένα πολυσύνθετο γεγονός με μεταφυσικές προεκτάσεις. Θεωρεί δε η Εκκλησία «όντως φοβερότατων το του θανάτου μυστήριον». Και παραδίδει το σώμα στη φθορά, λέγοντας προς «τον νεκρόν του παρακαλώντας δε τον Θεό: «και το↔κοιμηθέντος» ...»χους ει και εις χουν απελεύσει» μεν σώμα αυτού εις τα εξ ων συνετέθη διάλυσον, την δε ψυχήν εν σκηναίς δικαίων τάξαι, εν κόλποις Αβραάμ αναπαύσαι και μετά δικαίων συναριθμήσαι», και... «μετά των αγίων ανάπαυσον την ψυχήν του δούλου Σου», όπως τόσο συχνά ακούμε στη Νεκρώσιμη Ακολουθία.

Η ψυχή, είναι οντότητα ανεξάρτητη του εγκεφάλου ενυπάρχουσα «εξ άκρας συλλήψεως», του οποίου η καταστροφή δεν επηρεάζει την ύπαρξή της και τις λειτουργίες

της στα άλλα όργανα, που τώρα απλώς δεν γίνονται αντιληπτές λόγω της βλάβης ή καταστροφής του οργάνου εκφράσεώς της. Με τον θάνατο δε, «ως η γέφυρα η μετάγουσα εκ της κάτω ζωής εις την άνω», περνά στην αιώνια ζωή, όπου εξακολουθεί να ζει με διαφορετικό πλέον τρόπο, αφού έχει χωρισθεί από το σώμα. Με μία δε απλούστερη διατύπωση, είναι ωσάν με το θάνατο ως από μια «σκάλα», να περνά η ψυχή από το κάτω πάτωμα (της εδώ ζωής) στο επάνω πάτωμα (της άλλης ζωής), της αιωνίας.

Αυτά μας διδάσκει η Εκκλησία, η οποία στέκεται με σεβασμό μπροστά στον άνθρωπο που «ξεψυχά». Κατά την Εκκλησία, ο άνθρωπος διατηρεί επαφή και επικοινωνία με τα πνεύματα, με τις εσωτερικές μυστικές πνευματικές δυνάμεις της ψυχής, οι οποίες όμως δεν μπορούν να εκδηλωθούν προς τα «έξω» κατά τον κλινικό «εγκεφαλικό θάνατο», λόγω βλάβης του εγκεφάλου ως του οργάνου εκφράσεώς τους. Και με τις τέτοιες δυνάμεις αντιδρά στα και συμμετέχει στα δρώμενα των στιγμών αυτών↔ερεθίσματα που δέχεται από αυτές που, για τους λόγους αυτούς, θεωρούνται ιερές.

Η ζωή, για την Εκκλησία είναι δώρον Θεού στον άνθρωπο, έχει απόλυτη αξία, άρα είναι αναντικατάστατη, και κανένας δεν έχει το δικαίωμα να αφαιρεί τη ζωή κανενός, ούτε τη δική του (αυτοκτονία) ούτε του άλλου (φόνος). Και η πράξη της ευθανασίας, είτε ενεργητικής, είτε παθητικής, αποτελεί φόνον

Ενδιαφέρεται, βεβαίως, και πράγματι η Εκκλησία για έναν «αξιοπρεπή θάνατο». Όμως, με πολύ διαφορετική έννοια από εκείνη της ούτω πως... «λεγομένης ευθανασίας.

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

Μόνο ο Θεός ως δωρεοδότης της ζωής μπορεί και δικαιούται να αποφασίζει για το τέλος κάθε ανθρώπου, αν θα είναι επώδυνο ή όχι και ακόμη περισσότερο για το πότε θα έρθει αυτό. Η Εκκλησία εκτός από τον οσιακό και ανώδυνο θάνατο τιμά και το μαρτυρικό και επώδυνο θάνατο, και μάλιστα όταν οφείλεται όχι μόνο σε ομολογία του Χριστού αλλά και σε αρρώστιες και άλλες οδυνηρές δοκιμασίες που ο άνθρωπος αγωνίζεται και υπομένει

με ελπίδα στο Θεό. Ο πόνος συνδέεται με το νόμο του θανάτου και έχει καθαρτική αξία. Επομένως ο καλός ή ο κακός θάνατος δεν προσδιορίζεται από την εξωτερική του μορφή, αλλά από την εσωτερική κατάσταση με την οποία τον αντιμετωπίζει ο άνθρωπος

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

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

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

Ο Μ. Βασίλειος παρά την ασθενή του κράση και την ασθένεια που τον συντρόφευε στη ζωή του, αναδείχθηκε σε κορυφαία εκκλησιαστική φυσιογνωμία. Η Έλλεν Κέλλερ, τυφλή και κωφάλαλη από τη νηπιακή της ηλικία, τέλειωσε πανεπιστήμιο, έγραψε αξιόλογα βιβλία και πέθανε υπηρετώντας με τη ζωή της τους κωφάλαλους και ανήμπορους. Παράλληλο φαινόμενο στην Ελλάδα έχουμε τον παράλυτο Στυλιανόπουλο, που πέρασε τη ζωή του στο Άσυλο Ανιάτων Αθηνών, μεταγράφοντας ολόκληρη σχεδόν την Αγία Γραφή και άλλα θρησκευτικά βιβλία στη γραφή των τυφλών .

Η όλη διαδικασία του θανάτου, όσο και αν είναι επώδυνη, δεν είναι χαμένος χρόνος. Για το μεν άρρωστο είναι καιρός προετοιμασίας για την είσοδό του σε έναν άλλο

"χώρο" ζωής, για τους συγγενείς και τους οικείους είναι ευκαιρία να εκφράσουν τα αισθήματα στοργής, αγάπης και συμπάθειας προς τα αγαπητά τους πρόσωπα. Τα παιδιά έχουν την μοναδική ευκαιρία να ανταποδώσουν τις "οφειλές", την αγάπη τους προς τους γονείς. Τις περισσότερες φορές γύρω από το κρεβάτι ενός μελλοθανάτου επανασυνδέονται φίλιες, αναπτύσσεται η τρυφερότητα και η αγάπη, τις οποίες καταστρέφει η πολυτάραχη και αγχώδης κοινωνική σύγχρονη ζωή. Ο λόγος της ευθανασίας γίνεται σε κοινωνίες όπου επικρατεί αστοργία, αμοραλισμός και ατομικισμός .

Με την ευθανασία ο άνθρωπος καταλύει: α) την παρουσία του Θεού και την Πρόνοιά Του για τον κόσμο, β) το έργο που πρόσφερε ο Χριστός για τη σωτηρία του κόσμου, γ) την ψυχοσωματική σύσταση του ανθρώπου, που αντιμετωπίζεται μηχανικά και υλιστικά και δ) τη θέση του δημιουργήματος που επεμβαίνει στο έργο του Δημιουργού, με τη δικαιολογία ότι δεν μπορεί να βλέπει το συνάνθρωπό του να πάσχει και να υποφέρει αδιάκοπα. (Αβραμίδη ΑΒ, 1995, Καλοκαιρινού Ι. 1997).

9. ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΤΑΦΥΓΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

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

Η Pamela Muller, σύζυγος γιατρού, γέννησε σε νοσοκομείο του Danville (Illinois) δίδυμα σιαμαία φρικτά παραμορφωμένα, που είχαν κοινά εντόσθια, γεννητικά όργανα & μέρος του κυκλοφορικού συστήματος. Οι γιατροί με τη σύμφωνη γνώμη του άτυχου πατέρα & συναδέλφου τους, τοποθέτησαν τα σιαμαία στον ειδικό θάλαμο των νεογέννητων & κρέμασαν στο κρεβατάκι τους μια πινακίδα που έγραφε : "Να μην τους δοθεί τροφή σύμφωνα με την επιθυμία των γονέων". Μερικές όμως νοσοκόμες δεν μπορούσαν να τα βλέπουν να αργοπεθαίνουν & τα έτρεφαν με ορούς. Κάποιος ειδοποίησε μυστικά τις τοπικές αρχές & ο εισαγγελέας άσκησε ποινική δίωξη εναντίον των γονέων & του παιδίατρου του νοσοκομείου με την κατηγορία της απόπειρας φόνου. Τον Αύγουστο του 1981 τα σιαμαία ήταν τεσσάρων μηνών & βρίσκονταν στην μονάδα εντατικής παρακολούθησης μιας παιδιατρικής κλινικής του Σικάγο χωρίς καμία ελπίδα να διαχωριστούν, αφού τυχόν χειρουργική επέμβαση θα σήμαινε θάνατο & για τα δύο.

Ο H.Sander, γιατρός στην μικρή αμερικανική πόλη Manchester της πολιτείας του New Hampshire, συνδεόταν με φιλικό δεσμό με την οικογένεια Baroto. Η ηλικιωμένη κυρία Baroto έπασχε από καρκίνο & ζούσε μαρτυρική ζωή, που σαν συνέπεια είχε να καταστήσει εξίσου μαρτυρική & τη ζωή του συζύγου της, ο οποίος της συμπαραστεκόταν με όλες του τις δυνάμεις. Ο γιατρός Sander, που εξαιτίας των σχέσεων του με την οικογένεια ζούσε όλη αυτή την τραγωδία & ως γιατρός γνώριζε ότι δεν υπάρχει ελπίδα σωτηρίας, μπήκε το πρωί της 4^{ης} Δεκεμβρίου 1949 στο δωμάτιο που νοσηλευόταν η

ασθενής & αντί να προβεί στη συνηθισμένη καταπραϋντική ένεση, διενεργεί στην ασθενή ενδοφλέβια ένεση 10cc αέρα, ο οποίος μπαίνοντας στο κυκλοφορικό της σύστημα επέφερε άμεσο θάνατο εξαιτίας εμβολής. Πιστεύοντας ο γιατρός ότι έκανε ανθρωπιστικό έργο έγραψε την πράξη του στο βιβλίο του νοσοκομείου, με αποτέλεσμα να μηνυθεί & να συλληφθεί στην συνέχεια με την κατηγορία της ανθρωποκτονίας από πρόθεση. Η δίκη του έγινε τον Μάρτιο του 1950. ένα μεγάλο μέρος της κοινής γνώμης, πολλοί επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων, ακόμη & ιερείς, τάχθηκαν υπέρ του γιατρού Sander. Την ίδια θέση υποστήριξαν ο σύζυγος & η κόρη του θύματος, οι οποίοι προσήλθαν στο δικαστήριο & κατέθεσαν σαν μάρτυρες υπεράσπισης & χαρακτήρισαν τον «τον δολοφόνο» γιατρό σαν ευεργέτη της νεκρής. Ο αμερικάνικος τύπος καθώς & μεγάλη μερίδα του παγκόσμιου τύπου τάχθηκε με το μέρος του γιατρού. Τέλος δε οι ένορκοι αποφάνθηκαν ότι ο Sander είχε ενεργήσει σαν ανθρωπιστής & τον αθώωσαν.

Μια νεαρή γυναίκα, που πέθανε από πολλαπλή σκλήρυνση, έπεσε σε κώμα & οι γιατροί του νοσοκομείου όπου νοσηλευόταν συμφώνησαν ότι δε μπορούσαν πια να της προσφέρουν καμία βοήθεια. Ένα βράδυ η άρρωστη- πάντοτε σε κώμα-παρουσίασε έντονα σημάδια δύσπνοιας & οι γονείς της κάλεσαν την νοσοκόμα & της ζήτησαν να φέρει ένα γιατρό. Εκείνη τους ζήτησε να βγουν έξω από το δωμάτιο &, αντί να καλέσει σε βοήθεια ,περίμενε ώσπου η άρρωστη σταμάτησε να αναπνέει. Τότε κάλεσε ένα γιατρό & εκείνος ανήγγειλε στους γονείς το θάνατο της κόρης τους. « Ήταν το πιο σκληρό πράγμα που έκανα ποτέ», παραδέχτηκε η νοσοκόμα.

Μια νέα κοπέλα 30 ετών έμεινε «φυτό» από συνδυασμό αλκοόλ & φαρμάκων. Οι γιατροί μετά από αρκετό καιρό δεν ήλπιζαν ότι μπορεί να συνέλθει. Οι γονείς της τους ζήτησαν να σταματήσουν να την κρατούν στη ζωή &, όπως προέβλεπε η νομοθεσία της συγκεκριμένης πολιτείας, προσέφυγαν στα δικαστήρια για να ζητήσουν άδεια να προβούν σε ευθανασία της κόρης τους. Ο δικαστής , έντονα θρησκευόμενος, ζήτησε γνωμοδότηση του ανώτατου ιατρικού συμβουλίου της πολιτείας. Δέκα γιατροί ήταν κατηγορηματικοί: «θα είναι για πάντα φυτό. Να της γίνει ευθανασία». Στη συνεδρίαση του δικαστηρίου ο δικαστής επικαλούμενος προσωπική δυσκολία να πάρει απόφαση ζήτησε από τους γονείς εξαήμερη προθεσμία πριν εκδώσει την απόφαση του. Στις πέντε μέρες η κοπέλα συνήλθε εντελώς, σαν να γύριζε από άλλο κόσμο & σαν μην είχε πάθει ποτέ της τίποτα.

Στις 15 Απριλίου του έτους 1975 η Karen Ann Quinlan, 21 χρόνων, σταμάτησε να αναπνέει για 15 λεπτά, πράγμα που της προκάλεσε σοβαρή εγκεφαλική βλάβη. Οι γιατροί διέγνωσαν μόνιμη κωματώδη κατάσταση (Persistent Vegetative State-PVS). Για την διατήρησή της στη ζωή απαιτήθηκε η σύνδεσή της με αναπνευστήρα και η χρήση σωλήνα για την διατροφή της. Όταν έγινε φανερό πως η σωματική και πνευματική κατάσταση της κόρης τους θα παρέμενε στάσιμη, οι γονείς της ζήτησαν την απόσυρση του αναπνευστήρα και του σωλήνα διατροφής, πράγμα που η υπεύθυνη ιατρική ομάδα αρνήθηκε. Ο πατέρας της, Joseph Quinlan, προσέφυγε σε δικαστήριο του New Jersey ζητώντας την αποσύνδεση της κόρης του από τον αναπνευστήρα. Το δικαστήριο απέρριψε την αίτησή του, και έτσι προσέφυγε στο Ανώτατο Δικαστήριο του New Jersey. Το 1976 το New Jersey Supreme Court αποφάσισε υπέρ του Joseph Quinlan επί τη βάση του συνταγματικού δικαιώματος στην ατομικότητα (privacy), υποστηρίζοντας πως το άγραφο αυτό δικαίωμα «είναι αρκετά ευρύ για να συμπεριλάβει την απόφαση ενός ασθενούς να αρνηθεί ιατρική βοήθεια κάτω από συγκεκριμένες καταστάσεις,...,αφού μπορεί να επιτρέψει σε μια γυναίκα... την διακοπή μιας εγκυμοσύνης...» και πως «...τα δικαιώματα του υποκειμένου αυξάνονται όσο αυξάνεται η σωματική απειλή και η πρόγνωση δυσκολεύει...». Αναγνώρισε επίσης στον πατέρα της το δικαίωμα να ενεργήσει για λογαριασμό της κόρης του. Το σκεπτικό της απόφασης υπήρξε ένας σταθμός στην νομολογία, διότι το 1976 δεν υπήρχε προηγούμενο στην λήψη απόφασης για ευθανασία από πρόσωπο έτερο του πάσχοντος. Το σκεπτικό της απόφασης βρήκε, αργότερα, εφαρμογή σε υποθέσεις σε άλλες πολιτείες.

Μια ακόμη υπόθεση σταθμός για την νομική αντιμετώπιση της ευθανασίας στις Η.Π.Α. είναι αυτή της Nancy Beth Cruzan. Η 25χρονη κοπέλα, ύστερα από ένα σοβαρότατο αυτοκινητιστικό δυστύχημα υπέστη βαρύτατες νευρολογικές βλάβες και τετραπληγία. Κατόπιν παραμονής σε κώμα επί τρεις εβδομάδες ανέκτησε ένα ελάχιστο, περιστασιακό και σπάνιο ποσοστό επαφής με το περιβάλλον. Η διατροφή της γινόταν με ειδικό σωλήνα. Από την στιγμή που φάνηκε πως δεν υπήρχαν ελπίδες βελτίωσης, οι γονείς ζήτησαν την διακοπή της διατροφής της κόρης τους από τον ειδικό σωλήνα. Το ιατρικό προσωπικό αρνήθηκε και τον Μάιο του 1987 ο πατέρας της ξεκίνησε δικαστικό αγώνα εναντίον του νοσοκομείου, με σκοπό να εξαναγκασθεί το προσωπικό να τερματίσει την ζωή της κόρης του. Σε πρώτο βαθμό δικαιώθηκε, αλλά το Ανώτατο Δικαστήριο του

Missouri ανέτρεψε την πρωτόδικη απόφαση, εκφράζοντας την δυσφορία του διότι, επί τη βάσει του δεδικασμένου της υπόθεσης Quinlan, δίδεται τόσο εύκολα από τα δικαστήρια έγκριση για ευθανασία σε μη δυνάμενους να εκφράσουν την άποψή τους ασθενείς. Η απόφαση εφεσιβλήθηκε το 1990 στο U.S. Supreme Court. Με ψήφους 5-4 κρίθηκε συνταγματική η απόφαση του Missouri Supreme Court. Επίσης το δικαστήριο έκρινε πως το Σύνταγμα δεν παρέχει δικαίωμα σε κανέναν να αποφασίζει στην θέση κάποιου άλλου, αντίθετα με ότι είχε καθιερώσει η υπόθεση Quinlan. Θεώρησε ότι οι Πολιτείες έχουν το δικαίωμα να ζητούν «σαφείς και πειστικές αποδείξεις» προκειμένου για τέτοιες υποθέσεις, αλλά δεν το επέβαλλε, αφήνοντας στην ευχέρεια των πολιτειών να φανούν ελαστικότερες στο θέμα των αποδείξεων. Τον Δεκέμβρη του 1990, ύστερα από την κατάθεση φίλων και συνεργατών της Cruzan σχετικά με τις απόψεις της για την ζωή και για σχετικούς με την ευθανασία διαλόγους, το δικαστήριο επέτρεψε την απομάκρυνση του σωλήνα διατροφής. Επιπλέον δέχθηκε πως πνευματικά ικανοί ασθενείς έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν θεραπεία, καθιστώντας παράλληλα σαφές πως σε περιπτώσεις ευθανασίας σε κωματώδεις ασθενείς πολύ χρήσιμες για το δικαστήριο είναι οι advance directives.

Η Clair Conroy ήταν μια κατάκοιτη κυρία 84 χρόνων, πάσχουσα από γεροντική άνοια και τρεφόμενη με τη βοήθεια ειδικού σωλήνα. Η επαφή της με το περιβάλλον ήταν αμυδρή και πάρα πολύ σπάνια. Ο ανιψιός της, ο οποίος και την φρόντιζε, ζήτησε το 1985 να αποσυρθεί ο σωλήνας που επέτρεπε την διατροφή της ώστε να επέλθει ο θάνατος, υποστηρίζοντας πως αυτό θα ήταν το πιο αξιοπρεπές για την θεία του, θα σταματούσε τον πόνο και θα ήταν σίγουρα επιλογή και της ίδιας, εάν μπορούσε να συνειδητοποιήσει την κατάστασή της και να εκφρασθεί. Πριν ολοκληρωθεί η διαδικασία, η Conroy πέθανε από φυσικά αίτια. Το δικαστήριο έκρινε πως το δικαίωμα κάποιου να αρνηθεί την ιατρική θεραπεία δεν πρέπει να του στερείται επειδή απλώς δεν είναι ικανός να το απαιτήσει. Επιχείρημά του ήταν πως η έννοια του αυτοκαθορισμού μπορεί να προεκταθεί και σε έναν αναπληρωτή, εάν υπάρχουν σαφείς αποδείξεις ότι το άτομο θα επέλεγε ομοιοτρόπως εάν ήταν ικανό να αποφασίσει. Και εάν ακόμα τέτοια απόδειξη ελλείπει, μπορεί να εξαχθεί επί τη βάσει της κρίσης ενός υγιούς ατόμου, πως η συνέχιση της ιατρικής φροντίδας θα ήταν απάνθρωπη. Επίσης θεώρησε πως η παροχή νερού και τροφής δεν εντάσσεται στην συνήθη φροντίδα. Η απόφαση αυτή, παρότι άνευ αντικειμένου τελικά, αποτέλεσε το υπόδειγμα για την κρίση άλλων παρομοίων. (Πρωτοπαπαδάκης Βαγγέλης, 1999)

;Άλλη μία περίπτωση είναι η περίπτωση της Τέρρυ Σκιάβο της γυναίκας-φυτό που κρατιέται στη ζωή με τεχνητά μέσα εδώ και 17 χρόνια, έχει δημιουργήσει μεγάλη διαμάχη στις ΗΠΑ. Είναι η κοινωνία υποχρεωμένη να διατηρεί την ζωή με οποιοδήποτε κόστος; Η μήπως, από κάποιο σημείο και μετά, θα πρέπει να επιτραπεί στην φύση να ακολουθήσει το δρόμο της; Και ποιος θα κρίνει πότε ήρθε η στιγμή αυτή;

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

Οι Σίντλερ διαφωνούν με την διάγνωση των γιατρών, ότι η κόρη τους βρίσκεται σε κατάσταση φυτού μόνιμα και ότι έχει χάσει την εγκεφαλική της δραστηριότητα, την συνείδησή της, και την δυνατότητα να σκέφτεται και να αισθάνεται. Την βλέπουν να ανοίγει τα μάτια της και νοιώθουν να τους σφίγγει το χέρι, οπότε πιστεύουν ότι διατηρεί κάποιες αισθήσεις. Όμως, αληθεύει αυτό; Η Τζάνις Μαρί Βινίκυ, του Κέντρου Ηθικής Δεοντολογίας του νοσοκομειακού κέντρου Ουάσινγκτον, λέει ότι δεν είναι δύσκολο να μπερδέψει κανείς αυτές τις υποτυπώδεις αυτές αντανακλαστικές κινήσεις με ενδείξεις αναγνώρισης.

«Άτομα που βρίσκονται σε φυτική κατάσταση έχουν ορισμένες φορές κύκλους ύπνου και αφύπνισης», λέει η κυρία Βινίκυ. «Ξυπνούν και ανοίγουν τα μάτια τους. Μάλιστα, δίνουν την εντύπωση πως σε κοιτάνε. Έχουν επίσης κάποιες αντανακλαστικές κινήσεις στα χέρια και στα πόδια. Όμως τίποτα από αυτά δεν γίνεται με πρόθεση ούτε και σε μόνιμη βάση».

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

Οργανώσεις που υπερασπίζονται το δικαίωμα της ζωής, πραγματοποιούν διαδηλώσεις και ασκούν πολιτικές πιέσεις για την δημιουργία νομοσχεδίων που να ανατρέπουν την απόφαση του δικαστηρίου της Φλόριδας. Η Ντόροθυ Τιμς, που είναι μέλος της οργάνωσης «Εθνική Επιτροπή για το Δικαίωμα Ζωής.

«Η Τέρρυ Σκιάβο», λέει η κυρία Τιμς «δεν έχει κάποια ανίατη ασθένεια. Απλά παρουσιάζει κάποιο είδος αναπηρίας. Και αν το καλο-εξετάσει κανείς, η περίπτωση της έχει να κάνει με τα δικαιώματα των ανθρώπων με αναπηρίες».

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

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

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

Η υπόθεση της Elizabeth Bouvia είναι εντελώς διαφορετική από τις προηγούμενες. Η 26χρονη κοπέλα ζήτησε το 1983 από νοσοκομείο να της παρασχεθεί η δέουσα βοήθεια για να επιφέρει τον θάνατο στον εαυτό της μέσω ασιτίας. Αιτία η σωματική της αναπηρία που την έκανε να αισθάνεται μειονεκτική και η άτυχη προσωπική της ζωή. Οι δικηγόροι της προσέλαβαν τρεις ειδικούς ψυχολόγους οι οποίοι την έκριναν απόλυτα λογική. Η πρόεδρος του δικαστηρίου που έκρινε την υπόθεση, η Lynn Compton, θεώρησε πως η E. Bouvia «είχε πάρει μια σοβαρή και καλά μελετημένη απόφαση, πως προτιμά τον θάνατο

από την παρούσα, αφόρητη στην ίδια κατάστασή της». Η υπόθεση έφθασε στο Εφετείο της California, όπου αποφασίστηκε από το δικαστήριο πως το δικαίωμα στην privacy υποδεικνύει πως δεν χρειάζεται κάποιος να βρίσκεται σε κώμα ή πολύ κοντά στον θάνατο για να αρνηθεί την τροφή, ούτε απαιτείται να εξετάζονται τα εκάστοτε κίνητρα, παρά πρέπει να δίδεται στον ασθενή η δυνατότητα να πεθάνει με αξιοπρέπεια. (www.bioethics.org.gr/03dKriari.htm)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

10. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ένα από τα σοβαρότερα ζητήματα που τίθενται σχετικά με την ευθανασία είναι η επίδραση και η νομική σημασία της βούλησης του ανθρώπου στο ζήτημα του τερματισμού της ζωής του. Το θέμα συνήθως εμπλέκεται με την ιατρονοσηλευτική αγωγή και τη δυνατότητα των υγειονομικών να παρατείνουν τη ζωή με τεχνητά μέσα. Με τον περιορισμό αυτόν, πρόκειται για πρόβλημα νομικής αξίας της ενημέρωσης που οφείλει ο υγειονομικός στον ασθενή του και της συναίνεσης του ασθενούς για την ιατρονοσηλευτική πράξη που θα επακολουθήσει, η οποία και θα επιφέρει το θάνατο του ασθενούς. Το ζήτημα αυτό αμφισβητείται σφοδρότατα στην επιστήμη. Η άρχουσα άποψη δέχεται ότι το δικαίωμα του ανθρώπου να εκφράζει ελεύθερα την προσωπική του άποψη δεν εκτείνεται και στον τρόπο και στον χρόνο του θανάτου του. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στην ευθανασία και οι παράγοντες που την επηρεάζουν. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσε το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στις ΜΕΘ ενηλίκων, καρδιοπαθών, παιδών, νεογνών του ΠΑΓΝΗ και στις ΜΕΘ ενηλίκων, παιδών-νεογνών του Βενιζελείου νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης. Στο ερώτημα το οποίο σχετίζεται με την ενημέρωση της νομοθεσίας της ευθανασίας, η πλειοψηφία του δείγματος (74,4%) είναι ελάχιστα ενημερωμένη. Σχετικά με τις πηγές ενημέρωσης, το 61,5% ενημερώθηκε από τα ΜΜΕ. Αναφορικά με τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για την ευθανασία, το 70,1% είναι σύμφωνο με τη διακοπή επιθετικής αγωγής. Μόνο στο 23,1% έχει ζητηθεί από τον ασθενή να επισπευτεί ο θάνατός του και μόλις το 1,3% έχει λάβει μέρος σε ευθανασία.

11. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΑΝΑ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Οι συζητήσεις σχετικά με την ευθανασία έχουν αυξηθεί σημαντικά στις δυτικές χώρες, τα τελευταία χρόνια. Η μεγάλη τεχνολογική πρόοδος της ιατρικής κατά τις τελευταίες δεκαετίες έχει καταστήσει δυνατόν να παρατείνει τη διάρκεια ζωής σημαντικά. Ένα από τα πιο πολυσυζητημένα θέματα της σύγχρονης ιατρικής είναι ότι ο πόνος μπορεί να αυξηθεί σημαντικά παρατείνοντας τη φυσική διαδικασία θανάτου μέσω τέτοιων τεχνοτροπιών. Συγχρόνως απόψεις που αφορούν το θάνατο έχουν επίσης αλλάξει, παρόλο που η ευθανασία παραμένει ένα συναισθηματικά επιφορτισμένο θέμα.

Σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες που έλαβαν χώρα ανά τον κόσμο, προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:

Στις Σκανδιναβικές χώρες το ζήτημα της ευθανασίας είναι ιατρικά και νοσηλευτικά αποδεκτό. Αναλυτικότερα:

Στη Φινλανδία, το 34% των γιατρών και το 46% των νοσηλευτών, δέχονται την παθητική ευθανασία υπό προϋποθέσεις. Ενώ η ενεργητική ευθανασία και η υποβοηθούμενη από τον γιατρό αυτοκτονία θεωρούνται νομικά παράνομες.

Στη Σουηδία, το 65% του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού θεωρεί την ευθανασία ένα ηθικά αποδεκτό γεγονός.

Στη Νορβηγία, ένα ποσοστό 25% εκτιμά ότι πρέπει η ευκαιρία στους γιατρούς και τους νοσηλευτές να λαμβάνουν ενεργό συμμετοχή σε διαδικασίες ευθανασίας, κατόπιν έντονης παράκλησης του ασθενούς.

Στις αγγλόφωνες χώρες όπως η Αγγλία, οι ΗΠΑ και η Αυστραλία ένα μεγάλο ποσοστό (περίπου 70%) του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού τίθεται υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας και είναι σύμφωνο στο να συμμετέχει σε οποιαδήποτε διαδικασία επίσπευσης θανάτου, ενώ ένα μικρό ποσοστό (20%) εκτιμά ότι η ευθανασία είναι ανήθικη. Και συγκεκριμένα, στο Όρεγκον το 25% των γιατρών υποστηρίζει την ενεργό ευθανασία και το 53% την παθητική. Μόλις το 10% των ερωτηθέντων παραμένουν αναποφάσιστοι.

Στη Γιουγκοσλαβία, το 70% των γιατρών υποστηρίζει τη νομιμοποίηση της ευθανασίας.

Στην Ιταλία το 80% του ιατρικού προσωπικού επιδοκιμάζει τη διαδικασία της ευθανασίας.

Στην Ολλανδία το 60% των γιατρών δέχεται την ενεργό ευθανασία και το 56% την παθητική.

Στο Βέλγιο, τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών, παρουσιάζουν ορισμένες διακυμάνσεις. Οι μελέτες δεν συμπίπτουν με το ποσοστό των υγειονομικών που τίθεται υπέρ ή κατά της ευθανασίας. Τα ποσοστά ποικίλουν από 14% στην έρευνα Asai et al.(2001) και Tanida et al (2002), 47% (Young et al.1993), 62% (Musgrave &Soudry 2000), 63% (Musgrave et al. 2001), μέχρι 78% στην έρευνα Kuhse and Singer (1993). Το ποσοστό των νοσηλευτών που θεωρούσαν την ευθανασία ηθικά αποδεκτή εκτιμάται από 23% (Asai et al. 2001), 31% (Richardson 1994), 62%(Kuuppelomaki 2000) μέχρι 70% (Musgrave &Soudry 2000).

Τα παραπάνω αποτελέσματα σχετίζονται με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις των υγειονομικών, την ηλικία και την ειδικότητα, την εξειδίκευση, την αιτία του θανάτου, την ποιότητα ζωής και το σεβασμό της αυτονομίας του κάθε ασθενή. Συγκεκριμένα:

Η ύπαρξη πολλών θρησκειών με τις αντίστοιχες πεποιθήσεις τους επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τη λήψη μιας τέτοιας σοβαρής απόφασης.(Aranda & O'Conner 1995).

Η ηλικία του ασθενούς, αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στη διαδικασία επίσπευσης θανάτου. Για τους ηλικιωμένους ασθενείς η λήψη μιας τέτοιας απόφασης θεωρείται πιο εύκολη σε αντίθεση με τους μικρότερους ηλικιακά ασθενείς.(Kuhse &Singer 1993, Kitchener 1998).

Αξίζουν να αναφερθούν επίσης η ειδικότητα και η εξειδίκευση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού κάθε κλινικής. Διαφορετική αντιμετώπιση παρατηρείται από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές των παθολογικών και χειρουργικών τμημάτων σε σχέση με αυτούς που εργάζονται στις μονάδες εντατικής θεραπείας. (Richardson 1994)

Σημαντική θέση στη λήψη μιας τέτοιας απόφασης αποτελεί και η αιτία θανάτου του ασθενή. Για παράδειγμα οι ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου η με σοβαρές παθήσεις είναι πιο επιρρεπείς στο θέμα της ευθανασίας.

Η ποιότητα της ζωής είναι άλλη μια εξίσου σημαντική παράμετρος που συντελεί στην απόφαση επίσπευσης του θανάτου .Η ποιότητα της ζωής σχετίζεται άμεσα με το στάδιο, τη φύση και την πορεία της νόσου.

Η αυτονομία είναι αυστηρά προσωπικό δεδομένο του ατόμου και δεν είναι ηθικά αποδεκτό να παραβιάζεται με κάθε μέσο χωρίς τη συναίνεση του ατόμου.

Επιπροσθέτως φαίνεται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζει δυσκολίες στο να κρατήσει μία ξεκάθαρη στάση απέναντι στην ευθανασία.

Στη Γερμανία ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό υγειονομικών (82%) κατακρίνει την ευθανασία.

Στην Ελλάδα σε σχετική έρευνα που διεξήχθη το 2001 προκύπτει ότι η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού (59,8% και 76,2%) διαφωνεί ή είναι αναποφάσιστοι για την επίσπευση θανάτου σε καταληκτικούς ασθενείς ή για την συναίνεση στην επιτάχυνση επέλευσης του θανάτου με φάρμακα ή άλλα μέσα αντίστοιχα. (Musgrave et al. 2001)

Επίσης από παλαιότερη έρευνα προκύπτει ότι στη χώρα μας υπάρχει έντονη ευαισθητοποίηση στα θέματα της ευθανασίας. Συγκριτικά με άλλες δυτικές χώρες, το ποσοστό που συναινεί για ευθανασία και ιδιαίτερα για υποβοηθούμενη αυτοκτονία, είναι εξαιρετικά χαμηλό (5,1%).

Με βάση ακόμα την έρευνα αυτή προκύπτει ότι οι γιατροί, στην πλειοψηφία τους (51,9%), δέχονταν να συμπράξουν σε ευθανασία, κατά κύριο λόγο παθητική, ασθενών τους και σε εξίσου υψηλό ποσοστό συγγενικού τους προσώπου (49,8%). Το 24,3% ακόμη δήλωσε ότι ήδη έχει συμπράξει σε παθητική ευθανασία. (Παπαπετρόπουλος Θ., Πατρινός Α., Πελεκούδας Β., Βγενόπουλος, Α. Πασχάλης Χ., Ιατρική 1997, 72(1): 69-73).

Από μελέτη που απευθύνθηκε στο ιατρικό προσωπικό των μεγαλύτερων ΜΕΘ της Ελλάδας προκύπτουν τα εξής:

Σύμφωνα με τις απαντήσεις που συγκεντρώθηκαν το 27,2%, των γιατρών έχει αντιληφθεί συγκεκριμένες περιπτώσεις ευθανασίας, το 55,6% όχι, ενώ το 4,9% αναφέρει ότι έχει αντιληφθεί τέτοιες περιπτώσεις, οι οποίες όμως έχουν συμβεί σε άλλη μονάδα. Συγκεκριμένες περιπτώσεις ενεργητικής ευθανασίας έχει αντιληφθεί το 17,3% των γιατρών, ενώ το 70,4% δεν έχει αντιληφθεί τέτοιες περιπτώσεις σε άλλη μονάδα.

Όσον αφορά την ενεργητική ευθανασία, το 49,4% των γιατρών απάντησαν ότι δεν τους έχει ζητηθεί ποτέ κάτι τέτοιο, αλλά το 45,7% απάντησε πως αυτό τους έχει συμβεί μερικές φορές. Το 39,5% απάντησε ότι δεν έχει ανταποκριθεί ποτέ σε παρόμοιο αίτημα, ενώ το 4,9% ότι ανταποκρίθηκε πολύ λίγες φορές.

Είναι διαφορετική η περίπτωση όταν το αίτημα προέρχεται από τον ίδιο τον ασθενή. Το 74,1% των γιατρών απάντησε πως δεν τους έχει υποβληθεί ποτέ αίτημα για ενεργητική ευθανασία από τον ίδιο τον ασθενή, ενώ το 8,6% απάντησε ότι αυτό έχει συμβεί μερικές φορές. Από αυτούς το 11,1% δεν ανταποκρίθηκε ποτέ. Το 70,4% των γιατρών απάντησαν πως δεν τους έχει υποβληθεί ποτέ το αίτημα για παθητική ευθανασία από τον ίδιο τον ασθενή, ενώ 14,8% απάντησαν ότι αυτό έχει συμβεί μερικές φορές. Από αυτούς, το 16% δεν ανταποκρίθηκε ποτέ. Οι απαντήσεις επίσης έδειξαν ότι ο κυριότερος παράγοντας που εμποδίζει ένα γιατρό να προβεί σε πράξη ευθανασίας είναι το αίσθημα του καθήκοντος. Οι υπόλοιποι παράγοντες, όπως ο φόβος της ποινικής δίωξης, η πεποίθηση του γιατρού ότι μπορεί να θεραπεύσει τον ασθενή, η επιδίωξή του να μη «χάνει» τους ασθενείς του (μια συνηθισμένη στον ιατρικό χώρο έκφραση, που εκφράζει πιστά την κρατούσα στο δυτικό πολιτισμό άποψη πως ο θάνατος δεν ισοδυναμεί μόνο με απώλεια, αλλά και με επιστημονική ήττα για το γιατρό), η παρουσία κάποιου άλλου ατόμου ή οικονομικά κίνητρα κλπ, δεν είχαν μεγάλη σημασία. Το 53,1% των γιατρών πιστεύει ότι πρέπει να εξαντλήσει όλα τα διαθέσιμα μέσα για τη διατήρηση του ασθενούς στη ζωή, ενώ το 44,4% πιστεύει ότι αυτό δεν πρέπει να γίνεται. Το επόμενο ερώτημα αφορούσε μια έννοια η οποία συνδέεται αναπόσπαστα με το θέμα της ευθανασίας, την έννοια του θανάτου με αξιοπρέπεια και κατά πόσο αυτή επηρεάζει τις αποφάσεις των γιατρών. Η πλειοψηφία των γιατρών θεωρεί την έννοια του θανάτου με αξιοπρέπεια ως το σημαντικότερο κίνητρο για την εφαρμογή ευθανασίας. Το 24,7% των γιατρών δεν επηρεάζεται από την έννοια του θανάτου με αξιοπρέπεια, ενώ το 38,3% επηρεάζεται μερικές φορές και το 17,3% επηρεάζεται κατά κανόνα.

Ένα άλλο στοιχείο, το οποίο κρίναμε σκόπιμο να διερευνήσουμε, αφορούσε το ποιος φέρει το βάρος της σχετικής απόφασης. Το 18,5% των γιατρών απάντησε πως την ευθύνη της απόφασης φέρει το σύνολο του ιατρικό προσωπικό της ΜΕΘ μαζί με τους συγγενείς, το 17,3% απάντησε πως την ευθύνη φέρει μόνο ο θεράπων γιατρός μαζί με τους συγγενείς και το 11,1% ότι την ευθύνη φέρουν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό μαζί. (Τ.Γκαράνη, Π.Δαλλα-Βοργιά, Ι. Παπαδάτος, Τ.Κρεμαστινού, αρχεία ελληνικής ιατρικής 1996, 13(1): 38-44).

Η στάση των υγειονομικών και του γενικού πληθυσμού απέναντι στην ευθανασία

Τα τελευταία έχουν γίνει αρκετές έρευνες γύρω από τη στάση των γιατρών και του γενικού πληθυσμού απέναντι στην ευθανασία.

Σύμφωνα με έρευνα που έγινε από τους Bachman et al και στην οποία συμμετείχαν γιατροί και δείγμα από το γενικό πληθυσμό, έδειξε πως τόσο οι γιατροί όσο και ο γενικός πληθυσμός είναι θετικοί απέναντι στη νομιμοποίηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Όσον αφορά στο γενικό πληθυσμό, στην ερώτηση αν θα ζητούσαν οι ίδιοι ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία, σε περίπτωση που οι πράξεις αυτές ήταν νόμιμες και βρισκόνταν στο τελικό στάδιο μιας ασθένειας και υπέφεραν από αφόρητους πόνους, οι μισοί περίπου από τους ερωτηθέντες απάντησαν ότι θα το ζητούσαν.

Όσον αφορά στην έρευνα των Emanuel et al όπου συμμετείχαν Ογκολόγοι και άτομα από το γενικό πληθυσμό, από τα αποτελέσματα φάνηκε πως οι Ογκολόγοι θεωρούν την υποβοηθούμενη αυτοκτονία πιο αποδεκτή από την ενεργητική ευθανασία, ενώ ο γενικός πληθυσμός δεν διαφοροποιεί τη στάση του απέναντι σε αυτές τις δυο μορφές.

Ακολούθως, αναφορικά με τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού ογκολογικών τμημάτων απέναντι στην ευθανασία, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων δεν θα συμμετείχε σε διαδικασία ευθανασίας, ακόμη κι αν ήταν νόμιμη και την είχε ζητήσει ο ίδιος ο ασθενής.

Όσον αφορά στον ελληνικό χώρο, σε πρόσφατη έρευνα , που έγινε στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων από τους Ευθυμίου και συν και στην οποία συμμετείχαν φοιτητές της Ιατρικής, φάνηκε πως ένα υψηλό ποσοστό αποδέχεται την παθητική ευθανασία σε άτομα προχωρημένης ηλικίας, που πάσχουν από ανίατο νόσημα και ζητούν τα ίδια τη συντόμευση της ζωής τους, ενώ απορρίπτει την ενεργητική ευθανασία.(Δ. Δαμίγος, Β. Σιαφάκα, Ιατρική 1999).

Συνεχίζοντας τη σύγκριση, από προηγούμενη έρευνα, που αφορούσε τη στάση τους απέναντι στο θέμα της ευθανασίας. (Θ.Παπαετροπουλος και συν, 1997), όπου ερωτηθέντες ήταν γιατροί,δικαστές, δικηγόροι και φοιτητές ιατρικής.

Η απαντητικότητα των ερωτηθέντων μεταξύ των γιατρών και των δικαστών ήταν πολύ χαμηλή. Έτσι, παραμένει το ερώτημα αν η μεγάλη πλειοψηφία, την οποία αποτελούν οι μη απαντήσαντες και για τις τέσσερις ομάδες, απορρίπτει ή δέχεται την ευθανασία.

Στο ερώτημα, αν θα πρέπει να υπάρξει νομοθετική ρύθμιση των θεμάτων της ευθανασίας, σημαντικό ποσοστό και από τις τρεις ομάδες απάντησε ομοιογενώς καταφατικά (68,5% - 81,2%). Στις ΗΠΑ, δημοσκοπήσεις της κοινής γνώμης σταθερά δείχνουν (σε ποσοστό περίπου 60%) ευνοϊκή στάση σε νομοθετική τροποποίηση, ώστε να επιτρέπεται στο γιατρό να «διευκολύνει» την αυτοκτονία αρρώστων σε πλήρη διανοητική διαύγεια, που ζητούν το θάνατο ως τη μοναδική οδό λύτρωσης από την ανίατη βασανιστική νόσο.

Οι γιατροί, στην πλειοψηφία τους (51,9%), δέχονταν να συμπράξουν σε ευθανασία, κατά κύριο λόγο παθητική, ασθενών τους και σε εξίσου υψηλό ποσοστό συγγενικού τους προσώπου (49,8%). Το 24,3% ακόμη δήλωσε ότι ήδη έχει συμπράξει σε παθητική ευθανασία.

Οι δικηγόροι, οι δικαστές και οι φοιτητές ιατρικής θα συμφωνούσαν να γίνει ευθανασία σε συγγενή τους. Από τους δικηγόρους και τους δικαστές, περίπου το 1/3 δέχεται πως η ευθανασία πρέπει να αποτελεί λόγο αίροντα το άδικο της πράξης, περίπου οι μισοί πιστεύουν πως η ευθανασία πρέπει να αποτελεί ελαφρυντικό στην επιμέτρηση της ποινής, ενώ περίπου το 1/3 δέχεται ότι πρέπει να καταργηθεί το αξιόποιο της πράξης στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

Η στάση των ερωτηθέντων για ενδεχομένους χειρισμούς ενεργητικής ή παθητικής ευθανασίας σε άτομα διανοητικά καθυστερημένα(πάσχοντα από μογγολοειδή ιδιοτεία) ή ανοϊκά

(πάσχοντα από νόσο Alzheimer, αγγειοσκλήρυνση εγκεφάλου κ.τ.λ.). παρά το γεγονός ότι οι γιατροί και οι δικηγόροι υιοθετούν τέτοιους χειρισμούς σε ποσοστό περίπου 20% και οι δικαστές και οι φοιτητές σε αρκετά χαμηλότερο (13,6% και 8,9% αντίστοιχα), εντούτοις η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντικό. (Παπαπετρόπουλος Θ., Α. Πατρινός, και συν.. Ιατρική 1997).

12. ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Κατά τη διάρκεια της φοιτητικής μας πορείας κληθήκαμε να συμμετάσχουμε στα υποχρεωτικά εργαστηριακά μαθήματα που πραγματοποιούνταν στις κλινικές των δημοσίων νοσοκομείων.

Τα τμήματα όπου πραγματοποιήθηκε η εργαστηριακή μας άσκηση περιελάμβαναν τον χειρουργικό και παθολογικό τομέα, τα εξωτερικά ιατρεία και το τμήμα των επειγόντων περιστατικών.

Εξέχουσας σημασίας ήταν η παρακολούθηση και η συμμετοχή στα εργαστηριακά μαθήματα που πραγματοποιήθηκαν στις μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ ενηλίκων, ΜΕΘ παιδών).

Κατά την παραμονή μας στις ΜΕΘ στο πλαίσιο των εργαστηριακών μας μαθημάτων, ιδιαίτερη εντύπωση μας προκάλεσε η παρουσία μηχανημάτων υψηλών τεχνολογικών δυνατοτήτων καθώς και οι εξειδικευμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις που πραγματοποιούνταν.

Για την καλύτερη διεξαγωγή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων σημαντικό ρόλο κατείχε η παρουσία του εξειδικευμένου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, στο χώρο των ΜΕΘ.

Στα τμήματα των ΜΕΘ νοσηλεύονταν, ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών για πολλές μέρες χωρίς τελικά να βελτιώνεται η κατάστασή τους.

Στα περιστατικά αυτά παρατηρήσαμε έντονα την παρουσία διλήμματος στο οικογενειακό περιβάλλον τους, όσον αφορά την διαδικασία επίσπευσης θανάτου.

Με αφορμή το προαναφερθέν δίλημμα, αποφασίσαμε τη διεξαγωγή ερευνητικής μελέτης, η οποία αποσκοπεί στη διερεύνηση και την παρουσίαση της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού των ΜΕΘ απέναντι στη διαδικασία επίσπευσης θανάτου (ευθανασία).

Εξαιρετικό ενδιαφέρον για τη διεξαγωγή της έρευνας αποτέλεσε η ανάγνωση σχετικής βιβλιογραφίας των τελευταίων ετών, που σχετίζεται με τη δυνατότητα παράτασης της ζωής μέσω τεχνολογικών επιτευγμάτων καθώς επίσης και τη νομιμοποίηση της ευθανασίας σε χώρες ανά τον κόσμο.

Πρόσθετα ερωτήματα που θα θέλαμε να διερευνήσουμε είναι αν διαφέρει η στάση αυτή μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε ΜΕΘ ενηλίκων, ΜΕΘ παιδων, ΜΕΠΚ και ΜΕΘ νεογνών, καθώς κα ποιοι παράγοντες σχετίζονται με τη στάση αυτή.

13. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η διεξαγωγή της έρευνας πραγματοποιήθηκε κατά τη χρονική περίοδο Ιανουαρίου-Μαρτίου του 2008. Για τη συλλογή των δεδομένων επιλέχθηκε ο υγειονομικός τομέας που για την περιοχή του Ηρακλείου περιλαμβάνει δυο νοσοκομεία: Το Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο (ΠΕΠΑΓΝΗ) το οποίο περιλαμβάνει τις εξής μονάδες: ΜΕΘ ενηλίκων, ΜΕΠΚ, ΜΕΘ παιδών, ΜΕΘ νεογνών.

Και το Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ), το οποίο περιλαμβάνει αντίστοιχα, τη ΜΕΘ ενηλίκων και ΜΕΘ νεογνών.

Η λήψη των στοιχείων πραγματοποιήθηκε μέσω διανομής ερωτηματολογίων, στους νοσηλευτές που εργάζονται στα τμήματα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ ενηλίκων, ΜΕΠΚ, ΜΕΘ παιδών, ΜΕΘ νεογνών).

Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και περιελάμβανε: α) δημογραφικά και άλλα στοιχεία, β) πρόθεση συμμετοχής (2 ερωτήσεις), γ) γνώσεις και στάση απέναντι στη σχετική νομοθεσία (2 ερωτήσεις), δ) σπουδαιότητα παραγόντων σχετικών με τη συμμετοχή, τις διαδικασίες και την κατάσταση του ασθενούς που θα επηρέαζαν την απόφασή του, με τη χρήση μιας κλίμακας τύπου Likert (1 καθόλου σημαντικό έως 5 πολύ σημαντικό –11 ερωτήσεις), και ε) 2 ερωτήσεις ανοιχτού τύπου. Για την χρήση του ερωτηματολογίου ζητήθηκε και δόθηκε άδεια μέσω ηλεκτρονικής αλληλογραφίας από τους εκπονούντες την εργασία για την ευθανασία το 2001 κους Μερκούρη και συν.

Από τα διανεμηθέντα ερωτηματολόγια συλλέχθηκαν και καταγράφηκαν αρχικά χειρόγραφα και εν συνεχεία σε βάση δεδομένων, τα στοιχεία που αφορούν τη στάση των νοσηλευτών των μονάδων απέναντι στην ευθανασία καθώς και παράγοντες που επηρεάζουν αυτές τις απόψεις.

Για να δοθεί άδεια πρόσβασης στις ΜΕΘ δόθηκε γραπτή αίτηση στην εκάστοτε διοίκηση του κάθε φορέα, η οποία συνυπογράφηκε από τις εκπονούσες της μελέτης και την υπεύθυνη καθηγήτρια και γνωστοποιούσε τους λόγους συλλογής των δεδομένων καθώς και τη χρήση τους σαν αυστηρώς προσωπικά.

Μετά την κατάθεση της αίτησης και σε σύντομο χρονικό διάστημα δόθηκε γραπτή άδεια από την εκάστοτε διευθύνουσα της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας των δημόσιων

νοσοκομείων (ΠΕΠΑΓΝΗ και ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ) του Ηρακλείου Κρήτης, για την έναρξη διανομής ερωτηματολογίων

13.1. ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν όλοι οι καταγεγραμμένοι νοσηλευτές (ΔΕ, ΤΕ, ΠΕ) που βρέθηκαν στη λίστα των εβδομαδιαίων προγραμμάτων εργασίας των ΜΕΘ.

Συγκεκριμένα:

Πίνακας 13.1. Συμμετέχοντες

ΠΕΠΑΓΝΗ ΜΕΘ	ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	ΑΠΛΑΝΤΗ ΣΑΝΤΕΣ	ΜΗ ΣΥΜΜΕΤΕ ΧΟΝΤΕΣ	ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗ ΑΔΕΙΑ	ΚΑΝΟΝΙΚΗ ΑΔΕΙΑ	ΑΔΕΙΑ ΤΟΚΕΤΟΥ
ΕΝΗΛΙΚΩΝ	32	16	12	1	3	0
ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΩΝ	20	10	10	0	0	0
ΠΑΙΔΩΝ	12	11	0	0	0	1
ΝΕΟΓΝΩΝ	22	9	13	0	0	0
ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ ΜΕΘ	ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	ΑΠΛΑΝΤΗ ΣΑΝΤΕΣ	ΜΗ ΣΥΜΜΕΤΕ ΧΟΝΤΕΣ	ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗ ΑΔΕΙΑ	ΚΑΝΟΝΙΚΗ ΑΔΕΙΑ	ΑΔΕΙΑ ΤΟΚΕΤΟΥ
ΕΝΗΛΙΚΩΝ	25	17	4	0	4	0
ΝΕΟΓΝΩΝ	18	13	1	0	4	0

Ο όρος «μη συμμετέχοντες» περιλαμβάνει το ποσοστό των νοσηλευτών που αρνήθηκαν για προσωπικούς λόγους να συμμετέχουν στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Για το ΠΕΠΑΓΝΗ το ποσοστό των νοσηλευτών που ανταποκρίθηκαν στην έρευνα ανέρχεται στο 53,5%, το ποσοστό των μη συμμετεχόντων στο 40,7%, αυτών με αναρρωτική άδεια στο 1,2%, αυτών με κανονική άδεια στο 3,5% και αυτών με άδεια τοκετού στο 1,2%.

Για το ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ το ποσοστό των νοσηλευτών που ανταποκρίθηκαν στην έρευνα ανέρχεται στο 69,8%, των μη συμμετεχόντων στο 11,6%, αυτών με αναρρωτική άδεια και άδεια τοκετού στο 0% και αυτών με κανονική άδεια στο 18,6%

14. ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για το ΠΕΠΑΓΝΗ και το ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ η διαδικασία συλλογής δεδομένων έγινε ως εξής: κατόπιν συνεννόησης με την προϊστάμενη της εκάστοτε μονάδας, διανεμήθηκαν τα ερωτηματολόγια προσωπικά στον κάθε νοσηλευτή της κάθε βάρδιας από τις εκπονούσες της έρευνας.

Συγκεκριμένα για το ΠΕΠΑΓΝΗ στις ΜΕΘ παιδών και ΜΕΘ νεογνών τη διανομή των ερωτηματολογίων ανέλαβε η προϊστάμενη της εκάστοτε μονάδας. Μετά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, από τους νοσηλευτές, τοποθετούνταν σε μια ειδική κάλπη που βρισκόταν στο γραφείο της προϊσταμένης.

Όσον αφορά τη ΜΕΘ ενηλίκων και τη ΜΕΠΚ τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε κάθε νοσηλευτή από τις εκπονούσες της έρευνας.

Για το Βενιζέλειο, στις ΜΕΘ ενηλίκων και ΜΕΘ νεογνών, ακολουθήθηκε η ίδια διαδικασία διανομής, συμπλήρωσης και συλλογής των ερωτηματολογίων που ακολουθήθηκε στις μονάδες ΜΕΘ παιδών και ΜΕΘ νεογνών του ΠΕΠΑΓΝΗ.

Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και όλα τα στοιχεία που ζητήθηκαν ήταν εμπιστευτικά και παρέμειναν σε γνώση μόνο των ερευνητών και του επιστημονικού υπεύθυνου της εργασίας. Τα επεξεργασμένα στοιχεία χρησιμοποιήθηκαν συλλογικά και ανώνυμα.

Ο χρόνος που απαιτήθηκε για τη συμπλήρωση του εκάστοτε ερωτηματολογίου ήταν 15 περίπου λεπτά και η συμπλήρωσή του από το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν εθελοντική.

15. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Οι συνεχείς μεταβλητές (π.χ. ηλικία) εκφράστηκαν με τη μορφή μέση τιμή \pm τυπική απόκλιση ενώ οι κατηγορικές μεταβλητές με τη μορφή αναλογιών και εκατοστιαίων ποσοστών. Για την συσχέτιση των κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 του Pearson. Η ανάλυση έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 15.0. Το επίπεδο του 5 % λήφθηκε σαν στατιστικά σημαντικό.

16. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

16.1. Δημογραφικά στοιχεία

Συλλέχθηκαν συνολικά 78 ερωτηματολόγια από άτομα που εργάζονται στις μονάδες εντατικής θεραπείας του ΠΕΠΑΓΝΗ και του Βενιζελείου. Η ηλικία και το φύλο των συμμετεχόντων περιγράφονται στον Πίνακα 16.1.α.

Πίνακας 16.1.α Ηλικία δείγματος κατά φύλο

Φύλο	N	%N	Τυπ.			
			Μέση τιμή	Απόκλιση	Ελάχιστο	Μέγιστο
Ηλικία Άνδρας	13	16,7	34,8	5,5	26	42
Γυναίκα	65	83,3	35,0	5,9	23	49

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντικά διαφορά μεταξύ των ηλικιών ανά φύλο $p=0,952$.

Έγγαμοι ήταν οι 51 (65,4%) ενώ η κατανομή των παιδιών και η εκπαίδευση τους παρουσιάζονται στον Πίνακα 16.1.β.

Πίνακας 16.1.β Δημογραφικά στοιχεία δείγματος

Εκπαίδευση	Αριθμός		Παιδιών	
	N	%	N	%
ΔΕ	11	14,11	7	23,3
ΤΕ	61	78,22	14	46,7

ΠΕ	2	2,63	6	20,0
ΜΤΠ	4	5,14	3	10,0
ΣΥΝΟΛΟ	78	100,0	30	100,0

16.2. Εργασιακή κατάσταση

Το τμήμα απασχόλησης παρουσιάζεται στον Πίνακα 16.2.α. ενώ η προϋπηρεσία είναι 9,8 έτη ± 6,0 (1-25 έτη).

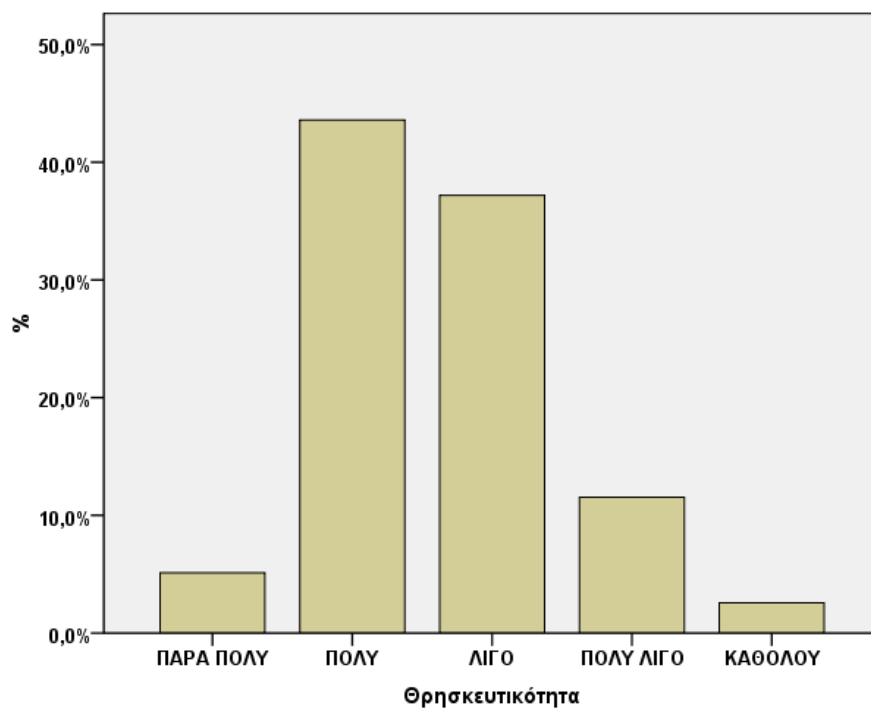
Πίνακας 16.2.α. Εργασιακή κατάσταση

	N	%
ΜΕΘ ΠΑΓΝΗ	16	20,5
ΜΕΠΚ	10	12,8
ΜΕΘ ΠΑΙΔΩΝ	11	14,1
ΜΕΘ ΝΕΟΓΝΩΝ	9	11,5
ΜΕΘ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟΥ	19	24,4
ΜΕΘ ΝΕΟΓΝΩΝ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟΥ	13	16,7
ΣΥΝΟΛΟ	78	100,0

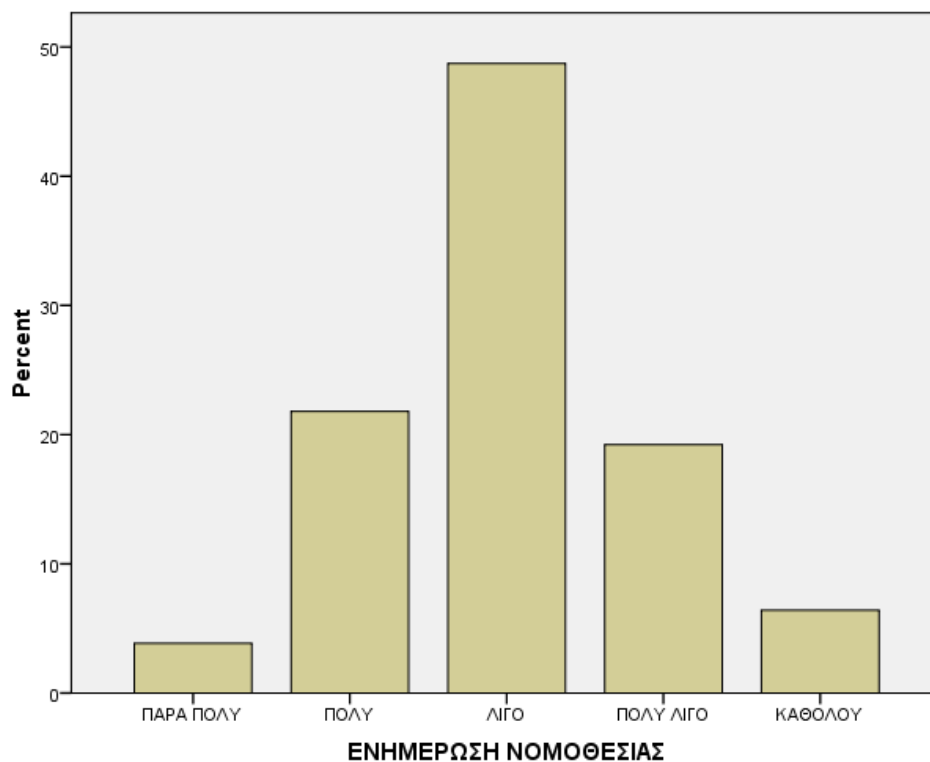
16.3. Θρησκευτικές αντιλήψεις και αντιλήψεις σχετικά την νομοθεσία

Όλοι πλην ενός δήλωσαν Χριστιανοί ορθόδοξοι (77 άτομα, 98,7%). Ο αυτοαναφερόμενος βαθμός θρησκευτικότητας παρουσιάζεται στην Εικόνα 16.3.α. και στον Πίνακα 16.3.δ. Ομοίως τα αποτελέσματα που αφορούν τις ερωτήσεις που αφορούν τις γνώσεις για την νομοθεσία και την νομοθέτηση της ευθανασίας παρουσιάζονται στις Εικόνες 16.3.β, 16.3.γ. και στον Πίνακα 16.3.δ.

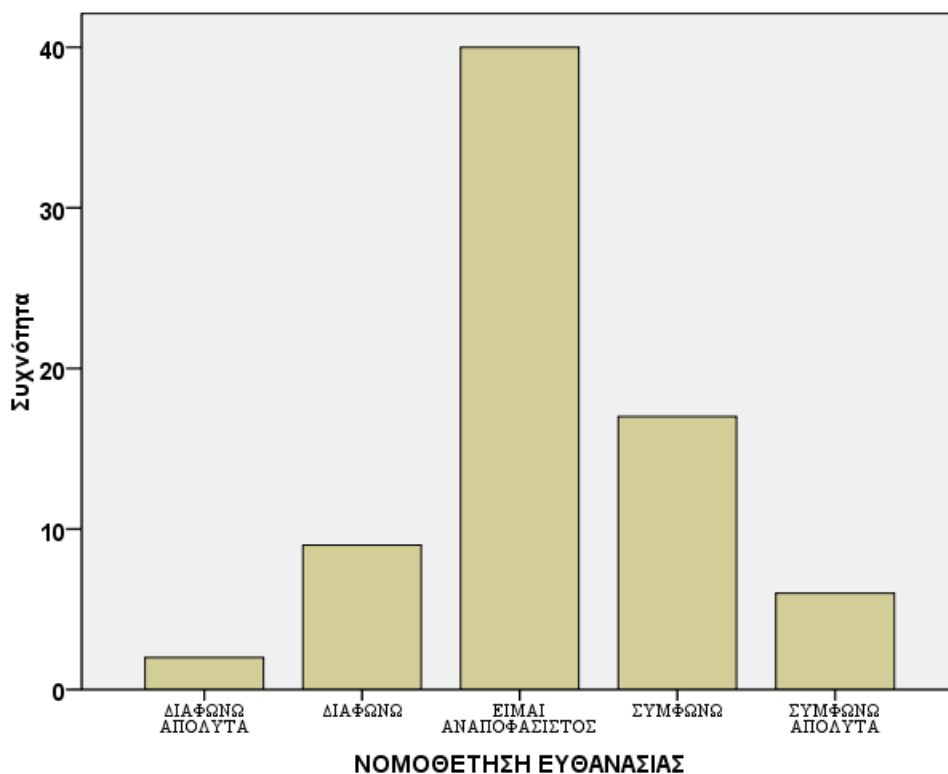
Επίσης στον Πίνακα 16.3.δ. παρουσιάζονται τα κωδικοποιημένα αποτελέσματα των ερωτήσεων θρησκευτικότητας και νομοθεσίας.



Εικόνα 16.3.α.. Θρησκευτικότητα συμμετεχόντων



Εικόνα 16.3.β. Ενημέρωση νομοθεσίας



Εικόνα 16.3.γ. Αλλαγή νομοθεσίας

Πίνακας 16.3.δ. Αυτοαναφερόμενη θρησκευτικότητα και αυτοαναφερόμενη ενημέρωση νομοθεσίας

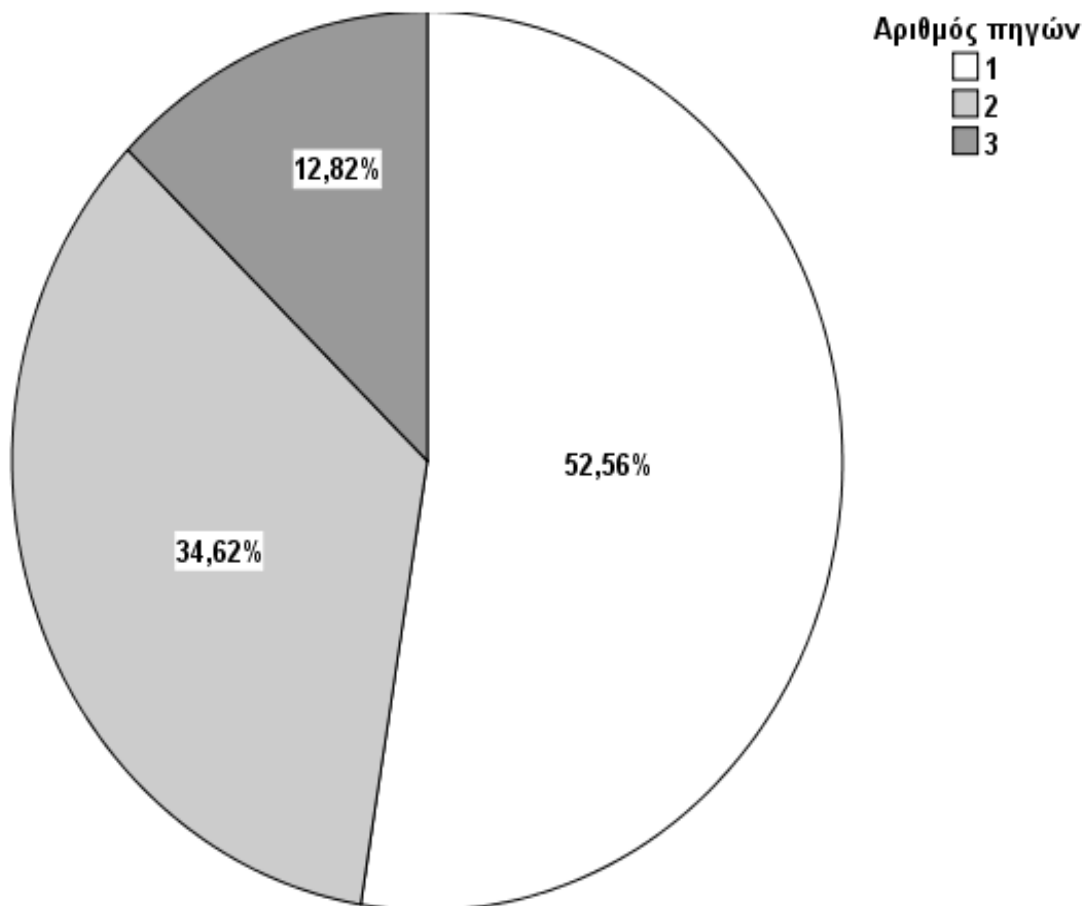
ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ	N	%		N	%
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	4	5,1	ΠΟΛΥ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	38	48,7
ΠΟΛΥ	34	43,6	ΛΙΓΟ – ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	40	51,3
ΛΙΓΟ	29	37,2			
ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	9	11,5			
ΚΑΘΟΛΟΥ	2	2,6			
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ	N	%		N	%
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	3	3,8	ΠΟΛΥ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	20	25,6
ΠΟΛΥ	17	21,8	ΛΙΓΟ – ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	58	74,4
ΛΙΓΟ	38	48,7			
ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	15	19,2			

ΚΑΘΟΛΟΥ	5	6,4			
ΑΛΛΑΓΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ	N	%		N	%
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2	2,7	ΔΙΑΦΩΝΩ –ΑΠΟΛΥΤΑ	11	14,1
ΔΙΑΦΩΝΩ	9	12,2	ΕΙΜΑΙ ΑΝΑΠΟΦΑΣΙΣΤΟΣ	40	51,3
ΕΙΜΑΙ ΑΝΑΠΟΦΑΣΙΣΤΟΣ	40	54,1	ΣΥΜΦΩΝΩ-ΑΠΟΛΥΤΑ	23	29,5
ΣΥΜΦΩΝΩ	17	23,0			
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	6	8,1			

Σχετικά με τις πηγές ενημέρωσης 48 άτομα (61,5%) ενημερώθηκαν από τα ΜΜΕ, 37 άτομα (47,4%) από τον ημερήσιο τύπο ενώ από την βασική τους εκπαίδευση 34 (43,6%) (Πίνακας 16.3.ε). Ο αριθμός πηγών ενημέρωσης παρουσιάζεται στην Εικόνα 16.3.στ.

Πίνακας 16.3.ε. Πηγές ενημέρωσης

ΗΜΕΡΗΣΙΟΣ ΤΥΠΟΣ	N	%
ΟΧΙ	41	52,6
ΝΑΙ	37	47,4
ΜΜΕ	N	%
ΟΧΙ	30	38,5
ΝΑΙ	48	61,5
ΣΥΝ. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	N	%
ΟΧΙ	74	94,9
ΝΑΙ	4	5,1
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ	N	%
ΟΧΙ	76	97,4
ΝΑΙ	2	2,6
ΒΑΣΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	N	%
ΟΧΙ	44	56,4
ΝΑΙ	34	43,6



Εικόνα 16.3.στ Αριθμός πηγών ενημέρωσης.

16.4. Θρησκευτικότητα – Νομοθεσία και συσχετίσεις

Στους Πίνακες 16.4.α. και 16.4.β. καταγράφονται οι συσχετίσεις της θρησκευτικότητας, προϋπηρεσίας και μονάδας και της γνώσης των νομοθεσίας για την ευθανασία καθώς και την άποψη για την αλλαγή του νομοθετικού πλαισίου. Η υψηλή θρησκευτικότητα φαίνεται να σχετίζεται αρνητικά με την μη αλλαγή του νομοθετικού πλαισίου.

Πίνακας 16.4.α. Ενημέρωση νομοθεσίας και συσχέτιση με παράγοντες

		ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ					
		ΛΙΓΟ-ΚΑΘΟΛΟΥ		ΠΟΛΥ-ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ		ΣΥΝΟΛΟ	
		N	%	N	%	N	p
ΜΕΘ	ΜΕΘ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	33	73,3%	12	26,7%	45	0,809

	ΜΕΘ ΠΑΙΔΩΝ - ΝΕΟΓΝΩΝ	25	75,8%	8	24,2%	33	
	Σύνολο	58	74,4%	20	25,6%	78	
Προϋπηρεσία	<=5	15	65,2%	8	34,8%	23	0,257
	6-10	19	86,4%	3	13,6%	22	
	>10	24	72,7%	9	27,3%	33	
	Σύνολο	58	74,4%	20	25,6%	78	
Θρησκευτικότητα	ΛΙΓΟ-ΚΑΘΟΛΟΥ	31	77,5%	9	22,5%	40	0,515
	ΠΟΛΥ-ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	27	71,1%	11	28,9%	38	
	ΣΥΝΟΛΟ	58	74,4%	20	25,6%	78	

Πίνακας 16.4.β. Ενημέρωση νομοθεσίας και συσχέτιση με παράγοντες

ΑΛΛΑΓΗ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ										
		ΔΙΑΦΩΝΩ-ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ		ΕΙΜΑΙ ΑΝΑΠΟΦΑΣΙΣΤΟΣ		ΣΥΜΦΩΝΩ-ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ		ΣΥΝΟΛΟ	p	
		N	%	N	%	N	%			N
		Θρησκευτικ ότητα	ΜΕΘ	ΜΕΘ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	6	14,0%	25			58,1%
ΜΕΘ ΠΑΙΔΩΝ-ΝΕΟΓΝΩΝ	5			16,1%	15	48,4%	11	35,5%	31	
ΣΥΝΟΛΟ	11			14,9%	40	54,1%	23	31,1%	74	
Προϋπηρεσία	<=5		5	21,7%	12	52,2%	6	26,1%	23	0,588
	6-10		1	4,8%	12	57,1%	8	38,1%	21	
	>10		5	16,7%	16	53,3%	9	30,0%	30	
	ΣΥΝΟΛΟ		11	14,9%	40	54,1%	23	31,1%	74	
	ΛΙΓΟ-ΚΑΘΟΛΟΥ		4	10,5%	17	44,7%	17	44,7%	38	0,031
	ΠΟΛΥ-ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ		7	19,4%	23	63,9%	6	16,7%	36	
	ΣΥΝΟΛΟ		11	14,9%	40	54,1%	23	31,1%	74	

16.5. Αντιλήψεις για την ευθανασία

Στον Πίνακα 16.5.α. περιλαμβάνονται αντιλήψεις για την ευθανασία όπως διακοπή επιθετικής αγωγής.

Πίνακας 16.5.α. Αντιλήψεις για την ευθανασία

ΔΙΑΚΟΠΗ ΕΠΙΘΕΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ					
	n	%		n	%
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	3	3,9	ΔΙΑΦΩΝΩ	7	9,1
ΔΙΑΦΩΝΩ	4	5,2	ΕΙΜΑΙ ΑΝΑΠΟΦΑΣΙΣΤΟΣ	16	20,8
ΕΙΜΑΙ ΑΝΑΠΟΦΑΣΙΣΤΟΣ	16	20,8	ΣΥΜΦΩΝΩ	54	70,1
ΣΥΜΦΩΝΩ	40	51,9			
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	14	18,2			
ΕΠΙΤΑΧΥΝΣΗ ΘΑΝΑΤΟΥ					
	n	%		n	%
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	13	16,9	ΔΙΑΦΩΝΩ	44	57,1
ΔΙΑΦΩΝΩ	31	40,3	ΕΙΜΑΙ ΑΝΑΠΟΦΑΣΙΣΤΟΣ	23	29,9
ΕΙΜΑΙ ΑΝΑΠΟΦΑΣΙΣΤΟΣ	23	29,9	ΣΥΜΦΩΝΩ	10	13,0
ΣΥΜΦΩΝΩ	9	11,7			
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1	1,3			
ΝΟΜΟΘΕΤΗΣΗ ΥΠΟ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ					
	n	%		n	%
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	3	3,9	ΔΙΑΦΩΝΩ	8	10,4
ΔΙΑΦΩΝΩ	5	6,5	ΕΙΜΑΙ ΑΝΑΠΟΦΑΣΙΣΤΟΣ	25	32,5
ΕΙΜΑΙ ΑΝΑΠΟΦΑΣΙΣΤΟΣ	25	32,5	ΣΥΜΦΩΝΩ	44	57,1
ΣΥΜΦΩΝΩ	33	42,9			
ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	11	14,3			

Στον Πίνακα 16.5.β. παρουσιάζονται συσχετίσεις για την αλλαγή της νομοθεσίας και ενημέρωσης μεταξύ των ΜΕΘ ενηλίκων και παιδων- νεογνών

Πίνακας 16.5.β.; Συσχέτιση των ΜΕΘ ενηλίκων με των ΜΕΘ παιδων-νεογνών σε θέματα ενημέρωσης και αλλαγής της νομοθεσίας.

	ΛΙΓΟ-ΚΑΘΟΛΟΥ		ΠΟΛΥ-ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ		Σύνολο		p	
	n	%	N	%	N	%		
ΜΕΘ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	33	73,3	12	26,7			45	0,809
ΜΕΘ ΠΑΙΔΩΝ-ΝΕΟΓΝΩΝ	25	75,8	8	24,2			33	
Σύνολο	58	74,4	20	25,6			78	

	ΔΙΑΦΩΝΩ-ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ		ΕΙΜΑΙ ΑΝΑΠΟΦΑΣΙΣΤΟΣ		ΣΥΜΦΩΝΩ-ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ		Σύνολο	p
	n	%	N	%	N	%		
ΜΕΘ ΕΝΗΛΙΚΩΝ	6	14,0	25	58,1	12	27,9	43	0,702
ΜΕΘ ΠΑΙΔΩΝ-ΝΕΟΓΝΩΝ	5	16,1	15	48,4	11	35,5	31	
Σύνολο	11	14,9	40	54,1	23	31,1	74	

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των απόψεων των νοσηλευτών που εργάζονται σε ΜΕΘ ενηλίκων και στη ΜΕΘ παιδων σε ότι αφορά την ενημέρωση για θέματα ευθανασίας ($p=0.809$) και σε ότι αφορά την αλλαγή του νομοθετικού πλαισίου ($p=0.702$).

Σε 18 από τους νοσηλευτές (23,1%) έχει ζητηθεί από τον ασθενή να επισπευτεί ο θάνατος του. (Πίνακας 16.5.γ)

Πίνακας 16.5.γ. Αίτηση σε νοσηλευτές για επίσπευση θανάτου

ΕΠΙΣΠΕΥΣΗ ΘΑΝΑΤΟΥ		
	n	%
ΝΑΙ	18	23,1
ΟΧΙ	60	76,9
ΕΠΙΣΠΕΥΣΗ ΘΑΝΑΤΟΥ (ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ)		
ΣΤΑΜΑΤΗΣΤΕ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	4	5,2

ΝΑ ΜΗΝ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	3	3,9
ΚΑΜΙΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	2	2,6
ΟΧΙ	68	88,3

ΕΝΕΡΓΟ ΜΕΡΟΣ ΣΕ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

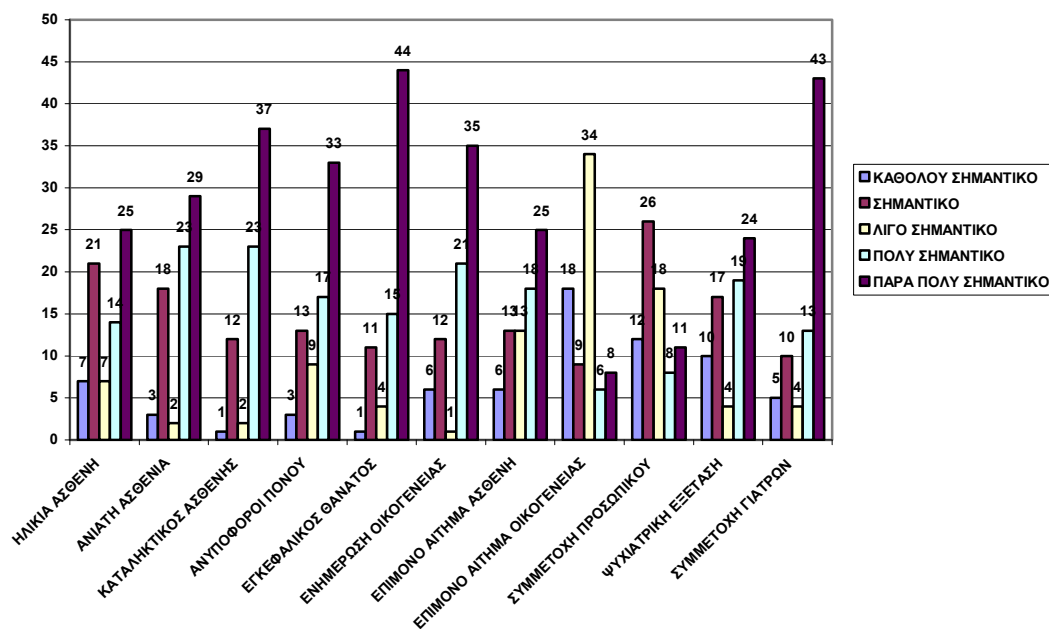
ΝΑΙ	1	1,3
ΟΧΙ	76	97,4
ΚΕΝΟ	1	1,3

ΑΙΤΗΣΗ ΕΠΙΣΠΕΥΣΗΣ ΘΑΝΑΤΟΥ

ΝΑΙ	15	19,2
ΟΧΙ	34	43,6
ΚΕΝΟ	29	37,2

Παράγοντες απόφασης

Στην Εικόνα 16.5.δ. παρουσιάζονται οι παράγοντες απόφασης που θεωρούν οι ερωτώμενοι ότι επηρεάζουν θετικά την απόφαση τους για ευθανασία. Στον Πίνακα 16.5.ε. παρουσιάζονται οι απαντήσεις αναλυτικά.



Εικόνα 16.5.δ. Παράγοντες επίσπευσης θανάτου

Πίνακας 16.5.ε Παράγοντες επίσπευσης θανάτου

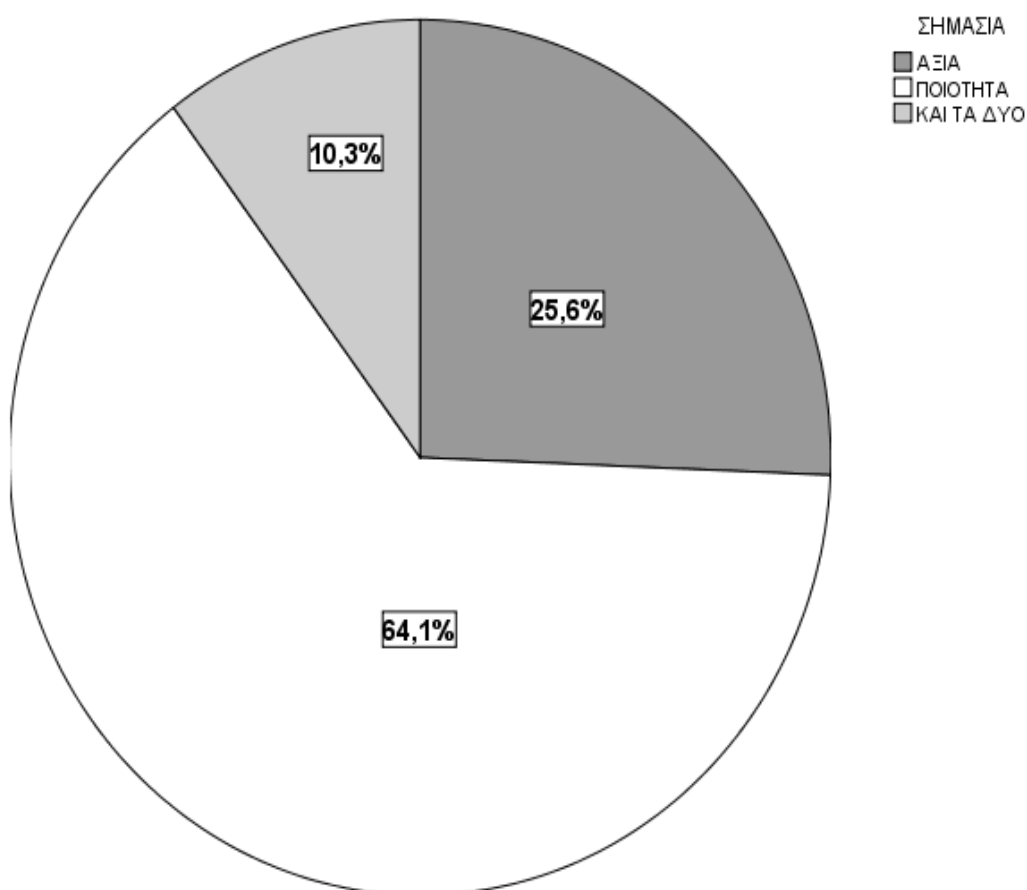
	ΑΣΘΕΝΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΑ	ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΟ Σ ΑΣΘΕΝΗΣ	ΠΟΝΟΥ	ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ	ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΑΙΤΗΜΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΙΤΗΜΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΓΙΑΤΡΩΝ
ΚΑΘΟΛΟΥ											
ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ	7	3	1	3	1	6	6	18	12	10	5
ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ	21	18	12	13	11	12	13	9	26	17	10
ΛΙΓΟ											
ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ	7	2	2	9	4	1	13	34	18	4	4
ΠΟΛΥ											
ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ	14	23	23	17	15	21	18	6	8	19	13
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ											
ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ	25	29	37	33	44	35	25	8	11	24	43
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
ΚΑΘΟΛΟΥ											
ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ	9,5	4,0	1,3	4,0	1,3	8,0	8,0	24,0	16,0	13,5	6,7
ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ	28,4	24,0	16,0	17,3	14,7	16,0	17,3	12,0	34,7	23,0	13,3
ΛΙΓΟ											
ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ	9,5	2,7	2,7	12,0	5,3	1,3	17,3	45,3	24,0	5,4	5,3
ΠΟΛΥ											
ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ	18,9	30,7	30,7	22,7	20,0	28,0	24,0	8,0	10,7	25,7	17,3
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ											
ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ	33,8	38,7	49,3	44,0	58,7	46,7	33,3	10,7	14,7	32,4	57,3

Στον Πίνακα 16.5.στ παρουσιάζεται η άποψη των νοσηλευτών σχετικά με το ποιος πρέπει να αποφασίζει για την ευθανασία. 71 νοσηλευτές (95,9%) πιστεύουν ότι πρέπει να αποφασίζει ο ασθενής ενώ το 52,7% πιστεύει ότι πρέπει να αποφασίζει η οικογένεια του ασθενή.

Στην Εικόνα 16.5.ζ. και Πίνακα 16,5.η. ερωτώνται ποιο έχει αξία η ποιότητα ή η αξία της ζωής καθώς και η αντίληψη για τη στάση των συναδέλφων.

Πίνακας 16.5.στ. Ποιος πρέπει να αποφασίζει για ευθανασία;

ΑΣΘΕΝΗΣ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ				
	ΑΣΘΕΝΗ		ΑΣΘΕΝΗ		
	Συχνότητα	%	Συχνότητα	%	
ΟΧΙ	3	4,1	ΟΧΙ	35	47,3
ΝΑΙ	71	95,9	ΝΑΙ	39	52,7
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ		ΓΙΑΤΡΟΣ			
	Συχνότητα	%	Συχνότητα	%	
ΟΧΙ	55	74,3	ΟΧΙ	28	37,8
ΝΑΙ	19	25,7	ΝΑΙ	46	62,2



Εικόνα 16.5.ζ. Αξία ή ποιότητα ζωής;

Πίνακας 16.5.η. Στάση συναδέρφων στο ζήτημα της ευθανασίας.

ΣΤΑΣΗ ΣΥΝΑΔΕΡΦΩΝ	N	%
ΘΕΤΙΚΗ	21	26,9
ΑΡΝΗΤΙΚΗ	21	26,9
ΑΔΙΑΦΟΡΗ	34	43,6
ΣΥΝΟΛΟ	76	97,4

17. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι στο σύστημα υγείας η φροντίδα των ασθενών με τελικό στάδιο νόσου είναι ανεπαρκής, τα κέντρα αποκατάστασης για τους ανθρώπους που πέφτουν θύματα τροχαίων ή παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα υγείας είναι σχεδόν ανύπαρκτα. Σοβαρό πρόβλημα αποτελεί το γεγονός πως ένα μέρος από τα κρεβάτια στις ΜΕΘ καλύπτεται από χρόνια περιστατικά, τα οποία αφορούν ασθενείς που δεν έχουν καμιά επαφή με το περιβάλλον. Στην παρούσα μελέτη έγινε προσπάθεια ανίχνευσης των θέσεων που έχουν οι νοσηλευτές των ΜΕΘ για την ευθανασία ή οι παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωσή τους. Η μελέτη είναι περιγραφική. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατ' όπιν άδειας από προηγούμενη μελέτη στην Ελλάδα για να έχουμε κατά το δυνατό πιο έγκυρα αποτελέσματα. Από την μελέτη επιβεβαιώθηκε η ανάγκη για πληρέστερη ανάπτυξη των εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε θέματα ηθικής. Συνεπώς το δίλημμα της ευθανασίας τίθεται καθημερινά στην κλινική πρακτική.

Το επίπεδο των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού, τόσο για τη θεωρία όσο και τη νομοθεσία τη σχετική με την ευθανασία, είναι αρκετά ικανοποιητικό, οι περισσότεροι έχουν ως κύρια πηγή τα ΜΜΕ (61,5%). Το ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού που έχει ενημερωθεί από τον ημερήσιο τύπο ανέρχεται στο 47,4%, ενώ από τη βασική τους εκπαίδευση στο 43,6% αντίστοιχα (πίνακας 5). Ο αριθμός πηγών ενημέρωσης παρουσιάζεται στην Εικόνα 2 .

Τα ποσοστά που προκύπτουν από προηγούμενες έρευνες (Γιάκης Ν και συν., 1999) σχετικά με τις πηγές ενημέρωσης σε θέματα που αφορούν την ευθανασία δεν συμπίπτουν με τα ποσοστά της παρούσας έρευνας. Σύμφωνα λοιπόν με προηγούμενες έρευνες, το ποσοστό γνώσεων από τα ΜΜΕ ήταν αρκετά χαμηλότερο (52,9%), ενώ οι γνώσεις από τις βασικές σπουδές είναι λιγότερες (24,7%) και ακόμη λιγότερες από τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τις μεταπτυχιακές σπουδές (22,4%).

Αξίζει επίσης να αναφερθεί πως δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ΜΕΘ ενηλίκων και ΜΕΘ παιδων-νεογνών, όσον αφορά την ενημέρωση και το νομοθετικό πλαίσιο σχετικά με την ευθανασία. Ένα μεγάλο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού της ΜΕΘ ενηλίκων (73,3%) και της ΜΕΘ παιδων-νεογνών (74,4%) είναι ελάχιστα ενημερωμένο σχετικά με τη νομοθεσία της ευθανασίας. Επιπλέον, όσον αφορά την αλλαγή

του νομοθετικού πλαισίου της ευθανασίας, η πλειοψηφία των νοσηλευτών που εργάζονται στη ΜΕΘ ενηλίκων (58,1%) και στη ΜΕΘ παιδων-νεογνών (48,4%) είναι αναποφάσιστοι. Σημαντικό είναι επίσης το ποσοστό των νοσηλευτών στη ΜΕΘ ενηλίκων (27,9%) και στη ΜΕΘ παιδων-νεογνών (35,5%) που συμφωνεί με την αλλαγή του νομοθετικού πλαισίου της ευθανασίας.

Αυτό το γεγονός καταδεικνύει την ανάγκη του εμπλουτισμού των προγραμμάτων της βασικής εκπαίδευσης με θέματα που σχετίζονται με ηθικά διλήμματα, καθώς και την ανάγκη της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής σταδιοδρομίας.

Είναι γνωστό ότι η ευθανασία στην Ελλάδα θεωρείται ποινικό αδίκημα (Ποινικός Κώδικας. Άρθρο 42, 45, 299 και 300), όπως άλλωστε συμβαίνει και σε άλλες χώρες, με εξαίρεση το Όρεγκον (ΗΠΑ), την Ολλανδία και μια πολιτεία της Αυστραλίας.

Στην παρούσα έρευνα, όσον αφορά την αλλαγή νομοθετικού πλαισίου, η πλειοψηφία του δείγματος (58,1%) είναι αναποφάσιστη. Επίσης η υψηλή θρησκευτικότητα (48,7%) φαίνεται να σχετίζεται αρνητικά με τη μη αλλαγή του νομοθετικού πλαισίου. Το ποσοστό αυτό συμπίπτει με τα αποτελέσματα προηγούμενης έρευνας (59,8%). Παράλληλα, μόλις το 27,9% του δείγματος συμφωνεί με την αλλαγή του νομοθετικού πλαισίου στην Ελλάδα. Το ποσοστό αυτό έρχεται σε αντίθεση με προηγούμενη έρευνα, (Γιάκης Νικόλαος και συν) όπου το ποσοστό που βρέθηκε ήταν 40,2%. Τα παραπάνω αποτελέσματα φανερώουν την αδυναμία του νοσηλευτικού προσωπικού να κρατήσει μια σταθερή θέση απέναντι στην αλλαγή της νομοθεσίας στην Ελλάδα.

Σε ερώτηση σχετικά με το αν θα έπρατταν ευθανασία, αν ήταν νόμιμο, η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησε ότι θα ήταν δύσκολο έως αδύνατο.

Η αδυναμία αυτή σχετίζεται με την ελλιπή νομοθετική ενημέρωση (74,4%) σχετικά με την ευθανασία. Το μικρό ποσοστό των ενημερωμένων μελών του νοσηλευτικού προσωπικού (25,6%) στη σχετική περί ευθανασίας νομοθεσία δείχνει ότι, παρά το γεγονός της εισαγωγής της διδασκαλίας του αντικειμένου της νομοθεσίας στην τριτοβάθμια νοσηλευτική εκπαίδευση, η ανάγκη της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στις νομικές ρυθμίσεις είναι προφανής.

Η παράταση ζωής ασθενούς σε τελικό στάδιο νόσου με μηχανικά ή άλλα μέσα έχει φτάσει σε σημείο να θεωρείται από πολλούς ως μέγιστο κακό, ενώ άλλοι καταδικάζουν

μια πράξη ανακούφισης του ασθενούς ως έγκλημα και αμάρτημα. Στην παρούσα έρευνα, σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν θετικά τη λήψη της απόφασης για ευθανασία είναι ο εγκεφαλικός θάνατος με ποσοστό 58,7% και η συμμετοχή των γιατρών με ποσοστό 57,3%. Τρίτος σε σειρά είναι ο καταληκτικός ασθενής με ποσοστό (49,3%), ενώ παράγοντας με τη λιγότερη συμβολή είναι το επίμονο αίτημα της οικογένειας (24%).

Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός πως η απόφαση για την παύση ή τη μη χορήγηση κάποιας θεραπείας λαμβάνεται ή από το ιατρικό προσωπικό μόνο του ή μαζί με τους συγγενείς, με την απουσία τις περισσότερες φορές του νοσηλευτικού προσωπικού από τη συγκεκριμένη διαδικασία(ποσοστό που καλύπτει μόλις το 14,7%). Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει αμεσότερη επαφή με τους ασθενείς και την οικογένειά τους και είναι καταλληλότερο για να δώσει πληροφορίες για τις πραγματικές τους επιθυμίες, την ψυχολογική τους κατάσταση και τον ρόλο της οικογένειας (το ποσοστό που καλύπτει το επίμονο αίτημα της οικογένειας για ευθανασία είναι μόλις 10,7%).

Σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες,(, Γιάκης Νικόλαος και συν.2005, Παπαπετρόπουλος και συν.1997) σημαντικότεροι παράγοντες που επηρέασαν την απόφαση για ευθανασία ήταν η παρουσία ανίατης νόσου, ενώ λιγότερο σημαντικοί παράγοντες θεωρήθηκαν η πραγματική ψυχιατρική εξέταση και το επίμονο αίτημα της οικογένειας. Αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι κατά τη λήψη της απόφασης το προσωπικό επηρεάζεται από ποικίλους εξωτερικούς παράγοντες, όπως είναι η εκπαίδευση, οι προσωπικές τους αξίες, το οικονομικό κόστος της διατήρησης ενός ασθενούς σε τελικό στάδιο νόσου, ο φόβος της ποινικής ευθύνης και το αίσθημα του καθήκοντος.

Ενδιαφέρουσα είναι η διαπίστωση που απορρέει από τα αποτελέσματα της μελέτης σχετικά με το αν, κατά τη διάρκεια της άσκησης του επαγγέλματος, έχει ζητηθεί να επισπεύσουν τον θάνατο από τους ίδιους τους ασθενείς. Στο 76,9% του νοσηλευτικού προσωπικού δεν έχει ζητηθεί η επίσπευση θανάτου από τους ίδιους τους ασθενείς αλλά ούτε και από τους συγγενείς τους (88,3%). Τα παραπάνω αποτελέσματα σχετίζονται με τα αντίστοιχα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών,(όπου και εκεί το ποσοστό των αιτημάτων για επίσπευση του θανάτου από τους ασθενείς είναι αρκετά χαμηλό (27,8%) . Διαφορά παρατηρείται όσον αφορά το αίτημα επίσπευσης του θανάτου από τους συγγενείς (32,1%) σε σχέση με την παρούσα έρευνα, όπου το ποσοστό ανέρχεται μόλις στο 11,7%. Αυτό οφείλεται στην ιδιαιτερότητα των κλινικών καταστάσεων που αντιμετωπίζονται στη ΜΕΘ. Με την ευθανασία ανακουφίζεται όχι μόνο ο πόνος- σωματικός και ψυχικός- του ασθενούς σε τελικό στάδιο νόσου, αλλά και ο ψυχικός πόνος και η φροντίδα των

συγγενών. Η φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού διοχετεύεται προς μη ασθενείς τελικού σταδίου, ενώ ταυτόχρονα μειώνεται το κόστος για το σύστημα υγείας και το κοινωνικό σύνολο με την παροχή υλικών μέσων (κρεβάτι, μηχανήματα κλπ) σε περιπτώσεις που έχουν περισσότερες πιθανότητες ίασης.

Αναφορικά με τη σημαντικότητα της συμμετοχής ατόμων στη λήψη απόφασης, σημαντικότερη θεωρείται η ενεργητική συμμετοχή του ασθενούς (95,9%). Το εύρημα αυτό συμφωνεί απόλυτα με προηγούμενη μελέτη (98,6%). Επιπροσθέτως, σημαντική θεωρείται και η συμμετοχή των γιατρών (62,2%) στη λήψη απόφασης για ευθανασία καθώς και η οικογένεια του ασθενή (52,7%). Η συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού φαίνεται να επηρεάζει λιγότερο τη λήψη μιας τέτοιας απόφασης (25,7%).

Από τα στοιχεία που διαθέτουμε από προηγούμενη βιβλιογραφία,» (Δαμίγος Δ. και συν), σοβαρή είναι η διαπίστωση που καταγράφεται σε ένα ποσοστό 50% των απαντήσεων, για την υποβολή από μέρους των θεραπόντων της ιδέας για ευθανασία στους ασθενείς τους. Από τα στοιχεία αυτά φαίνεται να υπάρχει, σε πολλές περιπτώσεις, μια αυθαίρετη ερμηνεία των συνθηκών που έχουν τεθεί, προκειμένου να συντελεστεί η πράξη της ευθανασίας. Ενδιαφέρουσα είναι και η διαπίστωση που απορρέει από τα αποτελέσματα προηγούμενης έρευνας σχετικά με τα αιτήματα ευθανασίας που προέρχονται από τους ίδιους τους ασθενείς, όπου το ποσοστό των αιτημάτων σε αυτή την περίπτωση είναι αρκετά χαμηλότερο, σε σύγκριση με τα αιτήματα που προέρχονται από τους συγγενείς είτε για την ενεργητική είτε για την παθητική ευθανασία.

Στο ερώτημα αν έχουν λάβει ενεργό μέρος σε ευθανασία, η πλειοψηφία των νοσηλευτών (97,4%) απάντησε αρνητικά. Μόνο το 1,3% δήλωσε πως έχει λάβει ενεργό συμμετοχή. Αντιθέτως, σε σχετική έρευνα, (Παπαπετρόπουλος Θ. και συν.) το 24,3% των γιατρών δήλωσε ότι ήδη έχει συμπράξει σε παθητική ευθανασία. Μόνο ένας γιατρός δήλωσε ότι συνήργησε σε ενεργητική ευθανασία και άλλος ένας σε υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ποσοστό πολύ χαμηλό σε σχέση με τα συμβαίνοντα σε άλλες χώρες.

18. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το ζήτημα της ευθανασίας αποτελεί μια πρόκληση για το προσωπικό υγείας. Στην παρούσα έρευνα, επιλέχθηκε ο γενικός πληθυσμός των νοσηλευτών που εργάζονται στις ΜΕΘ. Όμως, στις ΜΕΘ ενηλίκων και νεογνών του ΠΑΓΝΗ παρατηρήθηκε άρνηση στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, γεγονός που δεν επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

Τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας δείχνουν ότι ο βαθμός θρησκευτικότητας επηρεάζει αρνητικά τη λήψη απόφασης για ευθανασία. Παρατηρήθηκε επίσης πως η ελλιπής νομοθετική ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα που αφορούν την ευθανασία καθιστούν ένα μεγάλο μέρος του αναποφάσιστο στην αλλαγή του νομοθετικού πλαισίου. Αυτό τονίζει την ανάγκη ενημέρωσης, εκπαίδευσης και αποσαφήνισης ορισμένων σκοτεινών σημείων, έτσι ώστε να γίνει κατανοητό ότι αυτό το στενά συνδεδεμένο με πολλές προκαταλήψεις θέμα δεν πρέπει να αποτελεί μια «λύση», αλλά θέμα διαλόγου και προβληματισμού.

Τα παραπάνω στοιχεία, όπως ο φόβος της ποινικής δίωξης, το αίσθημα του καθήκοντος και οι οικονομικοί παράγοντες (Γκαρανή Τκαι συν, 1996), σχετίζονται με τη μη ενεργό συμμετοχή σε ευθανασία.

Η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού συμφωνεί με τη διακοπή επιθετικής αγωγής, ενώ διαφωνεί ή είναι αναποφάσιστοι με την επιτάχυνση θανάτου.

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν τη λήψη απόφασης σχετικά με την ευθανασία, όπως για παράδειγμα η ηλικία του ασθενούς, η ανίατη ασθένεια, ο καταληκτικός ασθενής, οι ανυπόφοροι πόνοι, ο εγκεφαλικός θάνατος, η ενημέρωση της οικογένειας, το επίμονο αίτημα του ασθενούς ή της οικογένειας, η συμμετοχή του προσωπικού, η ψυχιατρική εξέταση και η συμμετοχή γιατρών. Από αυτούς τους παράγοντες, στην παρούσα έρευνα, προκύπτει ότι σημαντικό ρόλο αποτελεί ο εγκεφαλικός θάνατος και η συμμετοχή των γιατρών.

Σύμφωνα με την άποψη των νοσηλευτών σχετικά με το ποιος πρέπει να αποφασίζει για την ευθανασία, συμπεραίνουμε ότι ο ασθενής έχει την κύρια ευθύνη για την απόφαση της ευθανασίας.

Επίσης, από την έρευνα προκύπτει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό πιστεύει τόσο στην αξία όσο και στην ποιότητα της ζωής, ως υπέρτατα αγαθά.

Εν κατακλείδι, με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας θα μπορούσαμε να προτείνουμε:

- Τον εμπλουτισμό των προγραμμάτων της βασικής εκπαίδευσης με θέματα που σχετίζονται με ηθικά διλήμματα, καθώς και την ανάγκη της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής καριέρας.
- Την τροποποίηση του ποινικού κώδικα, έτσι ώστε να δημιουργηθεί λόγος, που αίρει το άδικο του χαρακτήρα μιας οποιασδήποτε πράξης ιατρού ή νοσηλευτή ο οποίος προέβη σε μια πράξη διακοπής της ζωής.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης πάντως δείχνουν πως υπάρχει έντονη ευαισθητοποίηση στα θέματα της ευθανασίας.

19. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aranda S., & O'Conner M. (1995) Euthanasia, nursing and care of the dying: rethinking Kushe and Singer. *Australian Nursing Journal* 3, 18-21.
- Asai A., Ohnishi M., Nagata S.K., Tanida N. & Yamazaki Y.(2001) Doctors' and nurses attitudes towards and experiences of voluntary euthanasia : survey of members of the Japanese Association of Palliative Medicine. *Journal of Medical Ethics* 27,324-330.
- Charlotte Verport, Chris Gastmans &Bernadette Dierckx de Casterle.(2004) Palliative care nurses' views on euthanasia. *ISSUES AND INNOVATIONS IN NURSING PRACTICE. Journalof Advanced Nursing*, 47(6),595-600.
- Creagan E.T.(1994). How to break Bad News – And Not Devastate the Patient. *Mayo Clin.Proc.*, 69: 1015-17.
- Feenan, D.(1996): A “Terrible Beauty” , The Irish Supreme Court And Dying , in: *European Journal of Heath Law*. 29-48).
- Hirschfield B., Lauri M., LinJ. S., Norberg Y., Phillip A., Pitman L., Shen E., Van der Laan C.H., Zhang R., &Ziv H.L.(1993) An international perspective of active euthanasia : attitudes of nurses in seven countries. *International Journal of Nursing Studies* 30, 301-310.
- Kitchener B.A., (1998) Nurse characteristics and attitudes to active voluntary euthanasia : a survey in the Australian Capital Territory. *Journal of Advanced Nursing* 28,70-76.
- Kokkoken P. (1994). The New Finnish Law on the Status and Rights of a Patient, *European Journal of Health Law*, (131):127-135.
- Kuhse H., & Singer P.(1993) Voluntary euthanasia and the nurse :an Australian survey. *International Journal of Nursing Studies* 30,311-322.
- Kuuppelomaki M.(2000). Attitude of cancer patients, their family members and heath professional toward active euthanasia. *European Journal of Cancer Care* 9,16-21.
- Lazes P.M. (1979).*The Handbook of Health Education*. Maryland.
- Macara A.(1984). Confidentiality- A decrepit cocert? Discussion Paper. *Journal of Royal Society of medicine*, 77:577-584.
- Markus, Andrew C. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol.25, No. 2, April 2000,418. *European Journal of Health Law* 1998,74-77.

- Morris Anne(1996). Life and Death Decisions: “Die, my dear doctor? That/s the last thing I shall do!” European journal of Health Law, (26):9-28.
- Musgrave C.F.& Sundry I.(2000) An exploratory pilot nurse study of nurse- midwives’ attitudes towards active euthanasia and abortion. International Journal of Nursing Studies 37, 505-512.
- Richardon D.S. (1994) Oncology nurses attitudes toward the legalization of voluntary active euthanasia. Cancer Nursing 17,348-354.
- Ryynanen O.P., Myllykangas M., Viren M. & Heimo H.(2002). Attitudes towards euthanasia, nurses and the general public in Finlad. Public Heath 116.322-331.
- Storch J.(1982). Patients’ Rights. Canada.
- Wester F.(1987) Strategieen voor kwalitatief onderzoek {Strategies for Qualitative Research}. Muiderberg , Countinho.
- Young A., Volker D., Rieger P.T. &Thorpe D.M. (1993) Oncology nurses’ attitudes regarding voluntary physician- assisted dying for competent terminally ill patients. Oncology Nursing Forum 20,445-451.
- Young M.G. & Ogden R.D.(2000) The role of nurses in AIDS care regarding voluntary euthanasia and assisted suicide: a call for further dialogue. Journal of Advanced Nursing 31, 613-519.
- Αβραμίδης Β. Αθανάσιος, καρδιολόγος, καθηγητής Παθολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών. (1995). Ευθανασία και ... «Ευθανασία» (εκτός και εντός εισαγωγικών) (www.bioethics.org.gr.)
- Αναγνωστοπούλου Λίλη , PhD. Ψυχολόγος – Ψυχοθεραπεύτρια, υπεύθυνη Ελληνικού Κέντρου Βιοσύνθεσης. (www.bioethics.org.gr.)
- Αυγελής Ν.(2001). Εισαγωγή στη φιλοσοφία. Εκδόσεις Παπαδήμα, Θεσσαλονίκη.
- Γιάκης Ν, Μερκούρης Α, Πολυχρονοπούλου Ε & Αδαλή Ε (2005). Εντατική Θεραπεία : Η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού στην ευθανασία. Νοσηλευτική 44(1) : 84-91.
- Γιαννόπουλου Αθηνά Χρ. (2003). Διλήμματα και προβληματισμοί στη σύγχρονη Νοσηλευτική. Έκδοση 5, Αθήνα 2003.εκδόσεις « Η ΤΑΒΙΘΑ» Σ.Α.105-117.
- Γκαρανή Τ., Δάλλα –Βοργιά Π., Παπαδάτος Ι. & Κρεμαστινού Τ.(1995) Εντατική Θεραπεία Ηθικοί Προβληματισμοί στο θέμα της ευθανασίας. ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ
- Δαμίγος Δ., Σιαφάκα Β.(1999). Σύγχρονες απόψεις και ερευνητικά δεδομένα για την ευθανασία. Ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις. Ιατρική, 75(3): 201-210.
- Δραγάτσης ΕΓ. Ποινικός κώδικας, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα , 1997, 159-160.

- Δραγώνα –Μοναχού Μ.,(1995). Σύγχρονη ηθική Φιλοσοφία, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Δρακοπούλου Σ., (1987). Η διάκριση ανάμεσα στο σκοτόνω και στο αφήνω να πεθάνει στην ιατρική ηθική. Ιατρική 52: 642-646.
- Ζήκα Φ.(1998) η ευθανασία πρόβλημα της ηθικής φιλοσοφίας. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής , 15(1):90-96.
- Η θέση της Εκκλησίας περί την ευθανασία.(2007). «Εισηγήσεις του Σεβ. Μητροπολίτου Φθιώτιδος κ.κ. Νικολάου. Η Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος. (www.bioethics.org.gr)
- ΠΗΠΟΚΡΑΤΗΣ. Άπαντα τα Έργα. 1^η έκδοση Β' τόμος, Μαρτίνοσ, Αθήνα, σελ.306.
- Καλοκαιρινού Ελένη.(1997). Η ευθανασία στην αρχαιότητα και τη νεότερη εποχή.
- Καράμπελα Α.(1987). Η ευθανασία και τι δικαίωμα στη ζωή και το θάνατο. Εκδόσεις Εστία.
- Κεσσελοπούλου Α. (1997). Σύγχρονες προκλήσεις βιοηθικής στον τόμο Χριστιανισμός και Ευρώπη. Παγκρήτιο συνέδριο.
- Κουντουράς Ι., Χατζόπουλος Δ. & Ζαβός Χ.(2003). Βήμα κλινικής ογκολογίας 2 (2):148-156.
- Λυμπέρη Δήμητρα (2003).Από την ηθική στη Βιοηθική. Η ευθανασία ως ηθικό ζήτημα (μεταπτυχιακή εργασία) (www.bioethics.org.gr)
- Πανούσης Γ.,(1978). Ηέννοια του θανάτου στο ποινικό δίκαιο. Σελ. 80.
- Παπαγιαννοπούλου Ι.Γ. η ευθανασία εν τη Παλαιά Διαθήκη. (www.myriobiblos.gr/texts/greak/papagiannopoulos_euthanasia.htm).
- Παπαπετρόπουλος Θ., Πατρινός Α., Πελεκούδας Β. και συν. Τάσεις προς την ευθανασία μεταξύ ιατρών, δικηγόρων, δικαστών και φοιτητών ιατρικής στην πόλη των Πατρών. Ιατρική 1997, 72:69-73.
- Παππάς Βάσσωσ Ms Θεολογίας, Υποψ. Διδ. Εκπαιδευτικού. Ευθανασία: Ύβρη κατά του Θεού ή λύτρωση; (www.orthodoxie.net/gr/Pappa_euthanasia).
- Πλατή Χ. Η αντιμετώπιση του Θανάτου στο Σπίτι, στο Γενικό Νοσοκομείο, στον Ξενώνα (Hospital). Νοσοκομειακά Χρονικά, 1986, 48:333-338.
- Πριάμη Μ., Μερκούρης Α. , Αδαλή Ε. & Τουρούκη Γ. Απόψεις νοσηλευτικού προσωπικού για την ευθανασία. Νοσηλευτική 2001,(4) : 43-50.
- Πρωτοπαπαδάκης Ε. Δ., Διδάκτωρ Φιλοσοφίας .(2000) Διεθνές νομικό καθεστώς περί της ευθανασίας. (www.geocities.com/protopapadakis/euthanasia.htm?200710)

- Πρωτοπαπαδάκης Ε.(2000). Ευθανασία ένα ηθικό δίλημμα.
(www.geocities.com/protopapadakis/euthanasia.htm?200710)
- Πρωτοπαπαδάκης Ε.Δ. (1999). ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ (Σύντομη επισκόπηση) (www.geocities.com/protopapadakis/euthanasia.htm?200710)
- Ρηγάτος Γ.Α.(1991). Το κοινό, ο τύπος και η ευθανασία. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 8(1):11-12.
- Φραντζεσκάκη Ι. (1998). Ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και το θάνατο. Αρχείο Νομολογίας, 678-680.

18. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Διεθνώς ισχύοντες ορισμοί της ευθανασίας.....σελ.36	σελ.36
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Επιχειρήματα για ευθανασία.....σελ.36	σελ.36
ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Ηλικία και φύλο νοσηλευτών.....σελ. 111	σελ. 111
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Κατανομή παιδιών και εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού.....σελ.111	σελ.111
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Τμήμα απασχόλησης.....σελ.112	σελ.112
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Βαθμός θρησκευτικότητας.....σελ. 113	σελ. 113
ΕΙΚΟΝΑ 1 α: Βαθμός θρησκευτικότητας.....σελ. 113	σελ. 113
ΕΙΚΟΝΑ 1β: Ενημέρωση ευθανασίας.....σελ. 114	σελ. 114
ΕΙΚΟΝΑ 1γ: Αλλαγή νομοθεσίας.....σελ. 115	σελ. 115
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Αυτοαναφερόμενη θρησκευτικότητα.....σελ. 115	σελ. 115
ΕΙΚΟΝΑ 2: Αριθμός πηγών ενημέρωσης.....σελ. 115	σελ. 115
ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Πηγές ενημέρωσης.....σελ.116	σελ.116
ΠΙΝΑΚΑΣ 6 α: Βαθμός ενημέρωσης για νομοθετικά θέματα.....σελ. 117	σελ. 117
ΠΙΝΑΚΑΣ 6β: Απόψεις για την αλλαγή νομοθετικού πλαισίου.....σελ 117	σελ 117
ΠΙΝΑΚΑΣ 7α: Αντιλήψεις για την ευθανασία.....σελ.117-118	σελ.117-118
ΠΙΝΑΚΑΣ 7β: Συσχέτιση των ΜΕΘ ενηλίκων με των ΜΕΘ παιδων-νεογνων σε θέματα ενημέρωσης και αλλαγής της νομοθεσίας.....σελ. 118	σελ. 118
ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Αίτηση των ασθενών για επίσπευση θανάτου, συμμετοχή νοσηλευτών σε ευθανασία.....σελ. 119	σελ. 119
ΕΙΚΟΝΑ 3: Παράγοντες που επηρεάζουν θετικά την απόφαση για ευθανασία..σελ. 120	σελ. 120
ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Απεικονίσεις παραγόντων αναλυτικά.....σελ. 120	σελ. 120
ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Άποψη των νοσηλευτών για την απόφαση της ευθανασίας....σελ.121	σελ.121
ΕΙΚΟΝΑ 4: Σημασία της αξίας και της ποιότητας της ζωής.....σελ. 122	σελ. 122

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Στάση συναδέλφων απέναντι στην ευθανασία.....σελ.123

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α. ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΠΟΙΝΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ

Άρθρο 299 Ανθρωποκτονία με πρόθεση

1. Όποιος με πρόθεση σκότωσε άλλον τιμωρείται με ποινή του θανάτου ή με ισόβια κάθειρξη.
2. Αν η πράξη αποφασίστηκε και εκτελέστηκε σε βρασμό ψυχικής ορμής, επιβάλλεται η ποινή της πρόσκαιρης κάθειρξης.

Άρθρο 300 Ανθρωποκτονία με συναίνεση

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.

Άρθρο 300 Ανθρωποκτονία με συναίνεση

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.

ΈΧΟΝΤΑΣ κατά νου τη Σύμβαση για την Προστασία του Ατόμου σε σχέση με την Αυτόματη Επεξεργασία Προσωπικών Δεδομένων της 28^{ης} Ιανουαρίου 1981.

ΈΧΟΝΤΑΣ επίσης κατά νου τη Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού της 20^{ης} Νοεμβρίου 1989.

ΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΣ ΥΠΟΨΗ ότι ο σκοπός του Συμβουλίου της Ευρώπης είναι η επίτευξη μεγαλύτερης ενότητας μεταξύ των μελών της και ότι μια από τις μεθόδους δια των οποίων πρέπει να επιτευχθεί ο σκοπός αυτός είναι η διατήρηση και περαιτέρω πραγμάτωση των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και θεμελιωδών ελευθεριών.

ΈΧΟΝΤΑΣ επίγνωση των επιταχυνόμενων εξελίξεων στη Βιολογία και την Ιατρική.

ΠΕΠΕΙΣΜΕΝΟΙ για την ανάγκη σεβασμού του ανθρώπινου όντος τόσο όσο και ως μέλους του ανθρώπινου είδους και αναγνωρίζοντας τη σημασία της εξασφάλισης της αξιοπρέπειας του ανθρώπινου όντος.

ΈΧΟΝΤΑΣ ΕΠΙΓΝΩΣΗ ότι η κατάχρηση της Βιολογίας και της Ιατρικής ενδέχεται να οδηγήσει σε πράξεις που θέτουν σε κίνδυνο την ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΝΟΝΤΑΣ ότι η πρόοδος της Βιολογίας και της Ιατρικής πρέπει να χρησιμοποιείται επ' ωφελεία της παρούσας και των μελλοντικών γενεών.

ΤΟΝΙΖΟΝΤΑΣ την ανάγκη διεθνούς συνεργασίας ώστε ολόκληρη η ανθρωπότητα να επωφεληθεί των πλεονεκτημάτων της Βιολογίας και της Ιατρικής.

ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΟΝΤΑΣ την ανάγκη προαγωγής μιας δημόσιας συζήτησης σχετικά με τα ερωτήματα που θέτει η εφαρμογή της Βιολογίας και της Ιατρικής και με τις απαντήσεις σε αυτά που πρέπει να δοθούν.

ΕΠΙΘΥΜΩΝΤΑΣ να υπενθυμίσουν σε όλα τα μέλη της κοινωνίας τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους.

ΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΣ ΥΠΟΨΗ τις σχετικές εργασίες της Κοινοβουλευτικής Συνέλευσης, συμπεριλαμβανομένης της Υπόδειξης 1160 (1991) ως προς την προετοιμασία Σύμβασης για τη Βιοηθική.

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΝΤΑΣ τη λήψη όλων των αναγκαίων μέτρων για την προάσπιση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και των θεμελιωδών δικαιωμάτων και ελευθεριών του ατόμου σε σχέση με την εφαρμογή της Βιολογίας και της Ιατρικής.

ΣΥΝΟΜΟΛΟΓΗΣΑΝ ΤΑ ΕΞΗΣ:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ - Γενικές διατάξεις

Άρθρο 1 Προθέσεις και στόχοι

Τα Συμβαλλόμενα Μέρη θα προστατεύουν την αξιοπρέπεια και την ταυτότητα κάθε ανθρώπινου όντος και θα εγγυώνται το σεβασμό της ακεραιότητας και των λοιπών δικαιωμάτων και θεμελιωδών ελευθεριών κάθε ανθρώπινου όντος, χωρίς διάκριση, σε σχέση με την εφαρμογή της Βιολογίας και της Ιατρικής.

Έκαστο Συμβαλλόμενο Μέρος θα λάβει τα αναγκαία μέτρα στην εσωτερική του νομοθεσία ώστε να τεθούν εν ισχύ οι διατάξεις της παρούσας Σύμβασης.

Άρθρο 2 Το προβάδισμα του ανθρώπινου όντος

Τα συμφέροντα και η ευημερία του ανθρώπινου όντος θα υπερισχύουν έναντι μόνο του κοινωνικού συμφέροντος ή της επιστήμης.

Άρθρο 3 Ισότητα ευκαιριών στην περίθαλψη

Οι Συμβαλλόμενοι, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες για την υγεία καθώς και τους διαθέσιμους πόρους, θα λάβουν τα κατάλληλα μέτρα προκειμένου να παρέχουν ισότητα προσβάσεων στην κατάλληλης ποιότητας περίθαλψη εντός της επικράτειάς τους.

Άρθρο 4 Επαγγελματικά πρότυπα

Κάθε επέμβαση στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της έρευνας, πρέπει να επιτελείται σύμφωνα με τις σχετικές επαγγελματικές υποχρεώσεις και πρότυπα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ- Συναίνεση

Άρθρο 5 Γενικός κανόνας

Επέμβαση σε θέματα υγείας μπορεί να υπάρξει μόνον αφού το ενδιαφερόμενο πρόσωπο δώσει την ελεύθερη συναίνεσή του, κατόπιν προηγούμενης σχετικής ενημέρωσής του.

Το πρόσωπο αυτό θα ενημερώνεται εκ των προτέρων καταλλήλως ως προς το σκοπό και τη φύση της επέμβασης, καθώς και ως προς τα επακόλουθα και κινδύνους που αυτή συνεπάγεται.

Το ενδιαφερόμενο πρόσωπο μπορεί ελεύθερα και οποτεδήποτε να ανακαλέσει τη συναίνεσή του.

Άρθρο 6-Προστασία των προσώπων που βρίσκονται σε αδυναμία να συναινέσουν

1. Κατά τα άρθρα 17 και 20 κατωτέρω, επέμβαση δύναται να διενεργηθεί μόνο επί προσώπου που δε διαθέτει την ικανότητα να συναινέσει, για άμεσο όφελός του.
2. Στις περιπτώσεις που, σύμφωνα με το νόμο, ο ανήλικος δε διαθέτει την ικανότητα να συναινέσει σε επέμβαση, η επέμβαση επιτρέπεται μόνο κατόπιν εξουσιοδότησης του αντιπροσώπου του ή των αρχών ή του προσώπου ή σώματος που προβλέπεται από το νόμο. Η γνώση του ανηλίκου θα λαμβάνεται υπόψη σαν αυξανόμενος καθοριστικός παράγοντας σε αναλογία με την ηλικία και το βαθμό ωριμότητάς του.
3. Σε περιπτώσεις όπου, σύμφωνα με το νόμο, ο ενήλικος δε διαθέτει την ικανότητα συναίνεσης σε επέμβαση εξαιτίας διανοητικής αναπηρίας, νόσου ή για παρεμφερείς αιτίες, η επέμβαση επιτρέπεται μόνο κατόπιν εξουσιοδότησης του αντιπροσώπου του ή αρχής ή προσώπου ή σώματος που προβλέπεται από τη νομοθεσία. Το ενδιαφερόμενο άτομο θα λαμβάνει, στο μέτρο του δυνατού, μέρος στη διαδικασία εξουσιοδότησης.
4. Στον αντιπρόσωπο, την αρχή, το πρόσωπο ή το σώμα που αναφέρονται στις παραγράφους 2 και 3 ανωτέρω, θα παρέχεται, υπό τις αυτές προϋποθέσεις, η ενημέρωση που αναφέρεται στο άρθρο 5.
5. Η εξουσιοδότηση που αναφέρεται στις παραγράφους 2 και 3 ανωτέρω, δύναται να ανακληθεί οποτεδήποτε προς το συμφέρον του ενδιαφερόμενου προσώπου.

Άρθρο 7 -Προστασία των ατόμων που πάσχουν από διανοητική διαταραχή

Με την επιφύλαξη των προστατευτικών διατάξεων που ορίζονται από το νόμο, συμπεριλαμβανομένης της εποπτικής, ελεγκτικής και αναιρετικής διαδικασίας, το πρόσωπο που πάσχει από διανοητική διαταραχή σοβαρός μορφής δύναται να υποβληθεί, χωρίς τη συγκατάθεσή του, σε επέμβαση που αποσκοπεί στη θεραπεία της διανοητικής του διαταραχής, μόνο στις περιπτώσεις κατά τις οποίες, χωρίς αυτή η θεραπεία, είναι πιθανόν να ανακύψει σοβαρή βλάβη της υγείας του.

Άρθρο 8-Επείγουσες καταστάσεις

Όταν λόγω του επείγοντος της κατάστασης δε δύναται να ληφθεί η δέουσα συναίνεση, επιτρέπεται να επιτελείται άμεσα κάθε ιατρικώς αναγκαία επέμβαση προς όφελος της υγείας του ενδιαφερόμενου ατόμου.

Άρθρο 9-Επιθυμίες εκφρασθείσες εκ των προτέρων

Οι προγενέστερα εκφρασθείσες επιθυμίες του ασθενούς σχετικά με ιατρική επέμβαση θα λαμβάνονται υπόψη, προκειμένου για ασθενή, ο οποίος, κατά το χρόνο επέμβασης, δεν είναι σε θέση να εκφράσει τις επιθυμίες του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ -Προσωπική ζωή και δικαίωμα στην ενημέρωση

Άρθρο 10 - Προσωπική ζωή και δικαίωμα στην ενημέρωση

1. Όλοι έχουν το δικαίωμα σεβασμού της προσωπικής τους ζωής σε σχέση με την πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους.
2. Όλοι δικαιούνται να λαμβάνουν γνώση κάθε πληροφορίας σχετικής με την κατάσταση της υγείας τους. Θα είναι σεβαστές, ωστόσο, οι επιθυμίες των ατόμων που επιλέγουν να μην ενημερώνονται σχετικά.
3. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, είναι δυνατή η επιβολή περιορισμών από το νόμο στην άσκηση των δικαιωμάτων που αναφέρονται στην παράγραφο 2 προς το συμφέρον του ασθενούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ -Ανθρώπινο γονιδίωμα

Άρθρο 11-Απαγόρευση διακρίσεων

Απαγορεύεται κάθε μορφής διάκριση εις βάρος προσώπου επί τη βάση του γενετικού κληρονομικού υλικού του.

Άρθρο 12 -Γενετικές εξετάσεις που έχουν τη δυνατότητα πρόβλεψης

Εξετάσεις που προβλέπουν την εμφάνιση γενετικών νόσων ή που χρησιμοποιούνται είτε για την αναγνώριση του υποκειμένου ως φορέα γονιδίου υπεύθυνου για νόσο είτε για την

ανίχνευση γενετικής προδιάθεσης ή δεκτικότητας για νόσο, επιτρέπεται να διενεργούνται μόνο για λόγους υγείας ή για επιστημονική έρευνα που σχετίζεται με λόγους υγείας, και υπό την προϋπόθεση της κατάλληλης γενετικής συμβουλευτικής.

Άρθρο 13 -Επεμβάσεις στο ανθρώπινο γονιδίωμα

Κάθε επέμβαση που αποσκοπεί στην τροποποίηση του ανθρώπινου γονιδιώματος είναι επιτρεπτή μόνο για προληπτικούς, διαγνωστικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς και μόνον εφόσον δεν αποσκοπεί στο να εισαγάγει οποιαδήποτε τροποποίηση στο γονιδίωμα τυχόν απογόνων. (Δραγάτσης ΕΓ. 1997)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΤΕΙ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
Περίοδος 2007**

«Οι απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού στις μονάδες εντατικής θεραπείας για την ευθανασία»

Με το παρόν ερωτηματολόγιο θα θέλαμε να συλλέξουμε πληροφορίες για την άποψη σας σχετικά με την ευθανασία. Αυτό θα μας βοηθήσει στην εκπόνηση της διπλωματικής μας εργασίας η οποία έχει στόχο να μελετήσει τις απόψεις των νοσηλευτών / τριών για την ευθανασία καθώς και τους παράγοντες που συμβάλλουν στη διαμόρφωση τους.

Παρακαλούμε να απαντήσετε ατομικά, επιλέγοντας την απάντηση που θεωρείτε κατάλληλη. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

Είμαστε στη διάθεσή σας για κάθε πληροφορία στα τηλέφωνα:
6937207423,6940774763,6997015567

Ευχαριστούμε θερμά για την συμμετοχή σας.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Φύλλο : Άρρεν

Θήλυ

2. Ηλικία :

3. Οικογενειακή κατάσταση :

Έγγαμος-η

Άγαμος-η

Αριθμός παιδιών

4. Επίπεδο εκπαίδευσης :

ΔΕ

ΤΕ

ΠΕ

Μεταπτυχιακό

Διδακτορικό

5. Τμήμα:

6. Έτη εμπειρίας:

7. Θρήσκευμα:.....

Πόσο θρησκευόμενο θεωρείτε τον εαυτό σας:

ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΚΑΘΟΛΟΥ

8. Πόσο ενημερωμένος/η θεωρείται ότι είστε σχετικά με τη νομοθεσία για την ευθανασία στην Ελλάδα;

ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ ΚΑΘΟΛΟΥ

9. Ποια η γνώμη σας για τη νομοθέτηση της ευθανασίας στην Ελλάδα;

ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΙΜΑΙ ΑΝΑΠΟΦΑΣΙΣΤΟΣ
ΣΥΜΦΩΝΩ ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ ΚΕΝΟ

10. Από πού έχετε λάβει πληροφορίες σχετικά με την ευθανασία;

- Ημερήσιος τύπος – τα περιοδικά
 ΜΜΕ
 Προγράμματα συνεχιζόμενης κατάρτισης
 Προγράμματα μεταπτυχιακών σπουδών
 Βασική εκπαίδευση

11. Επιλέξτε σε ποιο βαθμό συμφωνείτε με τις παρακάτω προτάσεις:

A. Να διακοπεί η επιθετική αγωγή σε ασθενή τελικού σταδίου σε περίπτωση που το επιθυμεί ο ίδιος και το επιτρέπει ο νόμος:

ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΙΜΑΙ ΑΝΑΠΟΦΑΣΙΣΤΟΣ
 ΣΥΜΦΩΝΩ ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ ΚΕΝΟ

B. Να επιταχυνθεί ο θάνατος καταλυτικού ασθενή με φάρμακα ή άλλα μέσα:

ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΙΜΑΙ ΑΝΑΠΟΦΑΣΙΣΤΟΣ
 ΣΥΜΦΩΝΩ ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ ΚΕΝΟ

12. Θα συμφωνούσατε κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις να νομοθετηθεί η ευθανασία στη χώρα μας:

ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΙΜΑΙ ΑΝΑΠΟΦΑΣΙΣΤΟΣ
 ΣΥΜΦΩΝΩ ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ ΚΕΝΟ

13. Κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής σας σταδιοδρομίας, σας έχει ζητηθεί από ασθενή να επισπεύσετε το θάνατο του:

α) ΝΑΙ ΟΧΙ ΚΕΝΟ

β) Αν ΝΑΙ με ποιο τρόπο σας ζητήθηκε να επισπεύσετε τον θάνατο του;

- Διακοπή θεραπείας
 Να μην δοθεί θεραπεία
 Να μην γίνει καμία παρέμβαση
 Άλλο

προσδιορίστε.....

14. Στη διάρκεια της άσκησης του επαγγέλματος σας, σας έχει ζητηθεί από συγγενείς να επισπεύσετε το θάνατο ασθενούς με το να:

- Σταματήσετε τη θεραπεία
 Να μην παρέχετε θεραπεία

Να κάνετε παρέμβαση με φάρμακα ή άλλα μέσα
 Όχι δεν μου έχει ζητηθεί ποτέ

15. Έχετε λάβει ενεργά μέρος σε διαδικασίες που επίσπευσαν τον θάνατο του ασθενή ο οποίος το είχε ζητήσει;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΚΕΝΟ

16. Αν ασθενής τελικού σταδίου σας ζητούσε να επισπεύσετε τον θάνατο του θα κάνατε αν ήταν νόμιμο ;

ΝΑΙ ΟΧΙ ΚΕΝΟ

17. Πόσο σημαντικός είναι ο κάθε παράγοντας που ακολουθεί στην τελική σας απόφαση σχετικά με την ευθανασία :

	ΚΑΘΟΛΟΥ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ	ΛΙΓΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ	ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ	ΠΟΛΥ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ
Ηλικία του ασθενή					
Ασθενής που πάσχει από ανίατη ασθένεια					
Καταληκτικός ασθενής π.χ AIDS σε τελικό στάδιο					
Ασθενής που υποφέρει από ανυπόφορους πόνους					
Ασθενής με εγκεφαλικό θάνατο					
Ο ασθενής και η οικογένειά του να είναι πλήρως ενημερωμένοι					
Η ευθανασία να είναι επίμονο αίτημα του ασθενή					
Η ευθανασία να είναι επίμονο αίτημα της οικογένειας του ασθενή					
Να υπάρχει ενεργός συμμετοχή του προσωπικού					
Να συνυπάρχει ψυχιατρική εξέταση του ασθενή					
Να συμμετέχουν στην απόφαση περισσότεροι του ενός ιατροί					

18. Ποιος κατά τη γνώμη σας θα πρέπει να αποφασίζει για την ευθανασία (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα)

σσότερες από μια απαντήσεις)

- Ο ασθενής
- Η οικογένεια του ασθενούς
- Το νοσηλευτικό προσωπικό
- Ο γιατρός

19. Ακόμη & αν η ευθανασία νομιμοποιηθεί πόσο εύκολο θα είναι για τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας να την εφαρμόσουν:

20. Πιστεύετε περισσότερο στη σημασία που έχει :

- α) Η αξία ζωής
- β) Η ποιότητα ζωής

21. Πως εκτιμάτε τη στάση των συναδέλφων νοσηλευτών στο θέμα ευθανασία:

- Θετική Αρνητική Αδιάφορη