

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ
ΠΕΡΙΠΛΟΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΟ ΘΕΜΑ
“ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΟ ΘΑΝΑΤΟ”

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Dr. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

ΓΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΚΑΒΒΑΔΙΑ ΕΛΕΝΗ

ΠΑΠΑΜΙΚΡΟΥΛΗ ΕΥΓΕΝΙΑ

ΠΑΤΡΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 1997

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	III
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ	2
1.1 Η αντίληψη του αρχαίου κόσμου	2
1.2 Η αρχαία Ρωμαϊκή αντίληψη	3
1.3 Η πρόιμη Χριστιανική αντίληψη	4
1.4 Η μεσαιωνική αντίληψη	5
1.5 Νεότερα χρόνια	6
1.6 Άλλες θρησκείες και κουλτούρες	7
2. ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΩΝ ΒΙΔΩΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ	8
2.1 Ενεργητική ευθανασία	8
2.2 Παθητική ευθανασία	9
2.3 Μορφές ευθανασίας	11
3. Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΑΝΑ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ	15
3.1 Η ευθανασία στον Ελλαδικό χώρο	15
3.1.1 Η ευθανασία υπό το πρίσμα του ποινικού δικαίου	15
3.1.2 Η ευθανασία υπό το πρίσμα της Εκκλησίας	18
3.2 Η ευθανασία στο Ηνωμένο Βασίλειο	24
3.3 Η ευθανασία στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής	24
3.4 Η ευθανασία στην Αυστραλία	25
3.5 Η ευθανασία στην Ολλανδία	26
3.6 Η ευθανασία σε άλλες χώρες	28
4. ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	29
4.1 Οι έννοιες «Εγκεφαλικός Θάνατος» και Καρδιακός Θάνατος»	29
4.1.1 «Κλινικός θάνατος»	29

4.1.2 «Μη ανατάξιμο κόμα» και «εγκεφαλικός θάνατος»	31
4.2 Απόψεις των ιατρικών επαγγελματιών όσον αφορά την ευθανασία και ιατρικοί ηθικοί κώδικες	33
5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	35

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	40
2. ΥΛΙΚΟ	40
3. ΜΕΘΟΔΟΣ	41
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	44
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	88
6. ΠΕΡΙΛΗΨΗ	89
7. SUMMARY	90
8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	91

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι :
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ :
ΜΑΡΤΥΡΙΕΣ**

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η επέλευση του ανθρώπινου είδους στη γη χαρακτηρίζεται από το διαρκή αγώνα του για επιβίωση, θεωρώντας το «θάνατο ως τον τελικό προορισμό της εξελικτικής του πορείας». Η αναζήτηση άλλωστε, της ποιότητας στη ζωή και κατ' επέκταση και στο θάνατο, αποτελεί τη μέγιστη αγωνία του ανθρώπου και αντανακλάται έντονα στις ιδέες που αφορούν την ευθανασία.

Η Ευθανασία ωστόσο, ενεργητική και παθητική, ηθελημένη ή χωρίς τη θέληση του ασθενούς, αποτελεί ένα μεγάλο ηθικό δίλημμα, που συζητείται στους κύκλους της κοινωνίας μας και απασχολεί το ανεπτυγμένο επιστημονικό περιβάλλον. Η πρόοδος μάλιστα της Βιο-Τεχνολογίας και η ραγδαία εξελικτική πορεία των επιστημών υγείας, τις τελευταίες δεκαετίες, έδωσαν νέα διάσταση στο θέμα της ευθανασίας και έφεραν στην επιφάνεια ηθικά διλήμματα και νομικούς προβληματισμούς.

Οι λειτουργοί της Νοσηλευτικής Επιστήμης, που οφείλουν να έχουν άρτια ανθρωπιστική προσέγγιση, να διατηρούν υψηλή ηθική και δεοντολογία και να παρουσιάζουν παραδειγματική αριστεία στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας και υπηρεσιών υγείας, καλούνται να διερμηνεύσουν και να τοποθετηθούν στο θέμα της ευθανασίας σε συσχετισμό, με την Εθνική και Διεθνή Πολιτική Υγείας.

Τελειώνοντας την Πτυχιακή αυτή εργασία θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την καθηγήτριά μας της Νοσηλευτικής κ. Παπαδημητρίου Μαρία για την πολύτιμη βοήθεια και ενθάρρυνση που μας προσέφερε προκειμένου να διεκπεραιωθεί η μελέτη μας. Για το ενδιαφέρον και την προσφορά της πλούσιας βιβλιογραφίας του, ευχαριστούμε επίσης θερμά και το φίλο - νοσηλευτή κ. Παπαδόπουλο Άγγελο.

Για τη διεκπεραίωση της εργασίας αυτής συνεργάστηκαν νοσηλευτές όλων των βαθμίδων, που εργάζονται στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών, στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» καθώς και στο «409 Στρατιωτικό Νοσοκομείο Πατρών», τους οποίους και ευχαριστούμε για τη θετική τους στάση.

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων αυτών έγινε από το μαθηματικό Dr. Πιερρακέα Χρήστο, τον οποίο και ευχαριστούμε για την πολύτιμη βοήθεια του.

Οφείλουμε, τέλος να ευχαριστήσουμε και τις οικογένειές μας, τόσο για την ηθική συμπαράσταση καθ' όλη τη διάρκεια της προσπάθειάς μας, όσο και για την οικονομική υποστήριξη που μας προσέφεραν.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Το θέμα της ευθανασίας είναι πανάρχαιο όσο και ο άνθρωπος. Από την αρχή του μύθου μέχρι τα ιστορικά χρόνια, τα ανίατα και πάσχοντα άτομα θεωρήθηκαν άχρηστα και αντιπαραγωγικά σε πολλές κοινωνίες. Αρχικά, θα ακολουθήσουμε σύντομα την διαδρομή της μέσα στους αιώνες και την ερμηνεία, που δίνει κάθε εποχή στον όρο «ευθανασία». Αυτό, ασφαλώς, θα υποβοηθήσει σε μία καλύτερη θεώρηση του προβλήματος.

Ο όρος «ευθανασία» (ευ-θάνατος), βρίσκεται σε χρήση στην αρχαία Ελλάδα, όπως και το ρήμα ευθανατώ και το επίρρημα ευθάνατος, σημαίνει τον ευτυχισμένο, το ήπιο, και ανώδυνο θάνατο, δηλαδή το θάνατο ο οποίος επέρχεται χωρίς σωματική οδύνη ή ψυχική αγωνία. Σημαίνει ακόμα, και τον ένδοξο θάνατο χάριν ενός ευγενούς σκοπού.

Η λέξη ευθανασία χρησιμοποιείται και σήμερα με την πρώτη της σημασία, που είναι η κύρια έννοια της, ενώ η δεύτερη σημασία της σχετίζεται με την αυτοθυσία^{1,2}.

1.1 Η αντίληψη του αρχαίου κόσμου.

Οι αρχαίοι Έλληνες παρουσιάζουν μια στάση απέναντι στην ανθρώπινη ζωή κατά πολύ διαφορετική από την δική μας. Δεν θεωρούσαν την ανθρώπινη ζωή συνολικά πολύτιμη ή ότι πρέπει να διαφυλάσσεται με οποιοδήποτε κόστος. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση των Σπαρτιατών, οι οποίοι εφόνευαν τα παραμορφωμένα και ανάπηρα νεογέννητα ρίχνοντας τα στον Καιάδα, διότι πίστευαν ότι αυτό απαιτούσε το συμφέρον των ιδίων αυτών άτυχων υπάρξεων και κυρίως της πολιτείας. Είναι φανερό ότι εδώ πρόκειται για ευθανασία με την κύρια έννοια του όρου διότι τα κίνητρα είναι κυρίως ευγονικής (δημιουργία φυλής αποτελούμενης από άρρωστους ανθρώπους) φύσεως και δευτερευόντως λόγω οίκτου.

Η έγκριση της θανάτωσης δεν ήταν περιορισμένη στην Σπάρτη αλλά ίσχυε και στην Αθήνα η οποία εθεωρείτο «φωτισμένη» κοινωνία. Οι Αθηναίοι δεν είχαν θεσπίσει νόμους, από την άλλη όμως δεν υπήρχε καταδίκη όσων προέβαιναν σε σχετικές πράξεις. Αυτό αξίζει να το θυμόμαστε μιας και δεν αναφέρεται σε μια πρωτόγονη κοινωνία αλλά σε μια κοινωνία με εξαιρετική ανάπτυξη της λογοτεχνίας, των τεχνών, της φιλοσοφίας, των επιστημών.

Το γεγονός ότι οι Έλληνες αποδέχονταν την βρεφοκτονία δεν αποτελεί απόδειξη υποτίμησης της ανθρώπινης ύπαρξης. Δεν ήταν εγκληματικός λαός και είχαν ακλόνητη θέση όσον αφορά άλλα είδη θανάτωσης. Ειδικότερα δεν

αποδέχονταν την αυτοκτονία. Ο Πυθαγόρας, ο Πλάτων και ο Αριστοτέλης την απέρριπταν, θεωρώντας ότι επρόκειτο για δειλό τρόπο αποφυγής των προβλημάτων της ζωής και των υποχρεώσεων απέναντι στον εαυτό σου και το κράτος. Πιο συγκεκριμένα ο Πλάτων τάσσεται υπέρ της ευθανασίας για λόγους ευγονίας αλλά και από οίκτο προς τους πάσχοντες. Υποστηρίζει ότι η ιατρική δεν πρέπει να ενδιαφέρεται για τους εκ γενετής ασθενείς, τόσο για να μην παρατείνονται τα βάσανα τους όσο και για να μη φέρνουν στη ζωή και άλλα δυστυχημένα πλάσματα.

Υποστηρίζει ακόμη, ότι η πολιτεία πρέπει να φροντίζει για την θεραπεία μόνον εκείνων που έχουν γεννηθεί σωματικά και ψυχικά υγιείς, ενώ οι μεν εκ γενετής σωματικά ασθενείς θα πρέπει να αφήνονται να πεθαίνουν, οι δε ψυχικά ασθενείς θα πρέπει να θανατώνονται.

Ο Αριστοτέλης δίνοντας τη δική του διάσταση στο θέμα επισήμανε ότι στην περίπτωση της έκτρωσης ιδιαίτερα, αυτή θα πρέπει να διενεργείται μόνο το πρώτο τρίμηνο της κύησης. Άλλοι συγγραφείς τέλος, θεώρησαν την ευθανασία εκδήλωση φιλανθρωπίας.

Όλες οι προαναφερθείσες απόψεις δεν είναι σήμερα ευρέως γνωστές, σε αντίθεση με την άποψη του Ιπποκράτη, ο οποίος έμεινε γνωστός στην ιστορία ως «πατέρας της ιατρικής», και ήταν συγγραφέας του όρκου ο οποίος ακόμη και σήμερα δίνεται από τους γιατρούς. Σύμφωνα με αυτόν οι γιατροί δεσμεύονται να μην δώσουν φάρμακο που θα επιφέρει τον θάνατο αν τους ζητηθεί και να μην δώσουν συμβουλή που θα οδηγήσει προς αυτόν.

Άλλη περίπτωση που ανάγεται στην αρχαιότητα είναι η περίπτωση της Μασσαλίας και της Κω στη νομοθεσία των οποίων αναφέρεται ως επιτρεπτή η λήψη δηλητηρίου από τους πολίτες που δήλωναν στις αρχές ότι ήθελαν να πεθάνουν ήρεμα και όχι από βεβαρημένα γηρατεία.

1.2 Η αρχαία Ρωμαϊκή αντίληψη.

Οι Ρωμαίοι υιοθέτησαν πολλές από τις Ελληνικές αντιλήψεις³. Κατά τα χρόνια αυτά κύριοι υπέρμαχοι στο θέμα της ευθανασίας είναι οι Στωϊκοί (4^{ος} - 2^{ος} αι. πΧ) φιλόσοφοι, οι οποίοι υπερασπίστηκαν τη θέληση του ασθενούς για τη συνέχιση της ζωής ή το θάνατο ειδικά στις περιπτώσεις που έπασχαν από ανίατες νόσους. Ο Στωϊκός σοφός «ευθανατεί» κυρίως με την αυτοκτονία.

Ο Ζήνων για παράδειγμα έπνιξε τον εαυτό του επειδή από πτώση είχε πάθει εξάρθρωση στο πόδι. Ο Κλεάνθης αυτοκτόνησε όταν υποβλήθηκε σε δίαιτα μετά από εντολή του γιατρού του, αλλά δεν την εκτέλεσε και προτίμησε να αυτοκτονήσει, γιατί νόμιζε ότι εκπλήρωσε την αποστολή του στον κόσμο αυτό.⁴

Ο Κάτων πολεμώντας με τους δημοκρατικούς τον Ιούλιο Καίσαρα, μετά την ήττα του Πομπήιου στα Φάρσαλα (48 πΧ) με τα λείψανα του στρατού του συνεχίζει την αντίσταση στην Αφρική, αρνείται να διαφύγει στην Ισπανία και μάχεται απολυταρχικές δυνάμεις. Το βράδυ, καθώς γράφει ο Pierre Grimal, όταν όλα είχαν τελειώσει, έπεσε στο κρεβάτι του και διάβασε στον «Φαίδωνα» τις τελευταίες ώρες του Σωκράτη. Είχε δίπλα του το ξίφος. Μόλις τελείωσε την ανάγνωση, το τράβηξε από τη θήκη του και το βύθισε στο στήθος του.

Ο Σενέκας (2-69 μΧ) υποστήριζε και αυτός την καλή χρήση της ζωής και ότι ο θάνατος μπορεί να είναι καλός όταν απαλλάσσει έναν άνθρωπο από μια αφόρητη ζωή ή όταν γίνεται δεκτός για να εξυπηρετήσει άλλους ή την πατρίδα.

Σε μια επιστολή προς το φίλο του Λούκιλο γράφει γύρω στα τέλη της ζωής του ότι «ο θάνατος είναι το καλύτερο δώρο των θεών προς τον άνθρωπο και ότι είναι μόνο φαινομενικό κακό».⁵

Ο ίδιος έρχεται να συμπληρώσει: «Δεν θα απαρνηθώ τα γηρατειά αν αφήσουν το καλύτερο μέρος μου ανέπαφο. Αν κλονίσουν το μυαλό μου, αν καταστρέψουν τις ικανότητες μου τη μία μετά την άλλη, αν δεν μου αφήσουν ζωή παρά μόνο αναπνοή, θα αποχωρήσω από την αθλιότητα, από το κλονισμένο οικοδόμημα. Εάν γνωρίζω ότι θα πρέπει να υποφέρω χωρίς ελπίδα ανακούφισης, θα αποχωρήσω, όχι από φόβο για τον πόνο καθεαυτού, αλλά επειδή είναι πολύτιμα όλα αυτά για τα οποία θα ζούσα».⁶

Τελικά, αποφασίζει να πεθάνει μαζί με την αγαπημένη του σύμβια Παυλίνα. Ο Σενέκας της κόβει τις φλέβες του χεριού της ταυτόχρονα με τις δικές του. Ήταν ηλικιωμένος και τρομερά αδύνατος.⁵

Τέλος ο Επίκτητος παραθέτει την δική του άποψη: «Αν το δωμάτιο έχει καπνό αλλά είναι μέτριας τιμής θα μείνω, αν έχει υπερβολικό καπνό θα φύγω. Να το θυμάσαι αυτό και να είσαι ακλόνητος, η πόρτα είναι πάντα ανοικτή».

Χωρίς αμφιβολία όμως, οι Ρωμαίοι αντιμετώπιζαν την θανάτωση με κατά πολύ μεγαλύτερη αδιαφορία από τους Έλληνες.⁷

1.3. Η πρώτη Χριστιανική αντίληψη.

Ο ερχομός του Χριστιανισμού προκάλεσε ριζικές αλλαγές στις προαναφερθείσες αντιλήψεις. Η πρώτη εκκλησία ήταν κατηγορηματικά αντίθετη στον τερματισμό της ανθρώπινης ζωής για οποιοδήποτε λόγο.

Η βρεφοκτονία ήταν απαγορευμένη μιας και όλοι όσοι γεννιόνταν ασχέτως πόσο τερατώδεις ή δυστυχείς ήταν είχαν αθάνατες ψυχές.

Η αυτοκτονία ήταν απαγορευμένη μιας και η ζωή ήταν δώρο του θεού και μόνο ο θεός είχε δικαίωμα να την αφαιρέσει.

Η συμμετοχή σε εχθροπραξίες ήταν επίσης απαγορευμένη. Ο Τερτολλιανός έγραψε: «Πως μπορεί να είναι νόμιμο το να χρησιμοποιείς το ξίφος, όταν ο ίδιος ο κύριος διακήρυξε πως αυτός που το χρησιμοποιεί θα αφανιστεί από αυτό;»⁸

Η εκκλησία συνέχισε να καταδικάζει την βρεφοκτονία και την αυτοκτονία, σύντομα όμως άλλαξε τις αντιλήψεις της για τον πόλεμο. Αυτό μπορεί να κατανοηθεί αν γίνει αντιληπτό ότι η αλλαγή επήλθε όταν διαχωρίστηκε ο «ιερός πόλεμος» από τις άλλες μορφές πολέμου. Ο κοινωνιολόγος - φιλόσοφος Edward Westermarck στη κλασική εργασία του «Χριστιανισμός και ηθική» - *Cristianity and Morally* - αναφέρει «Ένας θεϊκός νόμος, ο οποίος απαγορεύει οποιαδήποτε αντίσταση στον εχθρό, δεν μπορεί να γίνει αποδεκτός από το κράτος, ειδικότερα σε χρόνια που η αυτοκρατορία είναι στόχος εισβολών». Έτσι, ο Χριστιανισμός δεν θα μπορούσε ποτέ να γίνει επίσημη θρησκεία, εκτός αν αναιρούσε τις πεποιθήσεις του σχετικά με τον πόλεμο και τις αναίρεσε.⁹

Η πρώτη εκκλησία καταδίκασε επίσης την θανατική ποινή, γεγονός το οποίο δεν είναι αξιοπερίεργο αν αναλογιστεί κανείς πως ο ίδιος ο Ιησούς και ο Απόστολος Παύλος θανατώθηκαν. Αλλά και αυτή η θέση σύντομα άλλαξε φέρνοντας την εκκλησία πλησιέστερα στις πολιτικές προσταγές. Θεωρήθηκε αποδεκτή η θανατική καταδίκη, αρκεί να μην είχαν συμμετοχή ιερείς.

Όμως η αντίθεση στην ευθανασία συνεχίστηκε και με την επίδραση της εκκλησίας θεωρήθηκε ύψιστο αμάρτημα. Το μαρτύριο, όσο φρικτό και ανούσιο και αν ήταν, αντιμετωπιζόταν ως δοκιμασία θεόσταλη, αναγκαία για να πλησιάσεις τη βασιλεία των ουρανών.

14. Η μεσαιωνική αντίληψη.

Οι αντιλήψεις της πρώιμης Χριστιανικής εκκλησίας συνεχίζουν να ισχύουν και κατά τον μεσαίωνα. Η αυτοκτονία θεωρείται βαρύτατο αμάρτημα και η ευθανασία τιμωρείται. Αυτή η θεώρηση ήταν αναμφίβολα αποτέλεσμα της επίδρασης της Χριστιανικής διδασκαλίας, η οποία υποστηρίζει το ιερό και απαραβίαστο της ανθρώπινης ζωής αφ' ενός, αλλά και την καρτερικότητα και την υπομονή στην αντιμετώπιση του πόνου αφ' ετέρου.

Παρά την βασική αυτή τοποθέτηση η μελέτη των δρώμενων αυτών των ετών φέρνει στην επιφάνεια περιπτώσεις στις οποίες διαφαίνεται η αναβίωση της ευθανασίας με ποικίλες μορφές άλλοτε ως μέσο κοινωνικής σκοπιμότητας, άλλοτε με τη δικαιολογία της απαλλαγής του ασθενή - κυρίως του ανίατου - από τις δοκιμασίες που συνεπαγόταν η ασθένεια του.

Έτσι, δεν είναι καθόλου σπάνιες οι περιπτώσεις ομαδικών δολοφονιών ανθρώπων που είχαν προσβληθεί από σοβαρές ασθένειες (χολέρα-σύφιλη).

αναφέρεται μάλιστα ότι πραγματοποιήθηκε και ο πνιγμός, ως μέσο θανάτωσης ατόμων που είχαν προσβληθεί από λύσσα.¹⁰

1.5 Νεότερα χρόνια

Σε αυτή την περίοδο ασχολήθηκαν με το πρόβλημα της ευθανασίας μεγάλες φυσιογνωμίες του πνεύματος και της επιστήμης - φιλόσοφοι, πολιτικοί, νομικοί, ιατροί -, που διατύπωσαν διάφορες θεωρίες ως προς το ηθικά και επιστημονικά θεμιτό της.

Στον ευρωπαϊκό χώρο, ο Φραγκίσκος Βάκων (16^{ος} αιώνας) υποστήριξε ότι οι γιατροί πρέπει να παρέχουν ήρεμο και εύκολο θάνατο στους ανίατους, έτσι ώστε να τους λυτρώνουν από τους πόνους και την επιθανάτια αγωνία. Ο Ζαν Ζακ Ρουσό (18^{ος} αιώνας) και ο Φρειδερίκος Νίτσε, δύο από τις μεγάλες φυσιογνωμίες του πνεύματος και της επιστήμης, που διατύπωσαν διάφορες θεωρίες ως προς το ηθικά και επιστημονικά θεμιτό της ευθανασίας, υποστήριξαν ότι αυτή αποτελεί την ύψιστη έκφραση της ανθρώπινης ελευθερίας και της αυτοδιαχείρισης. Το 1898, ωστόσο, ένα συνταρακτικό για την εποχή εκείνη γεγονός, προκάλεσε αληθινή θύελλα διαμαρτυριών από τους διαφωνούντες αλλά και βροχή συγχαρητηρίων προς τους δικαστές και τους οπαδούς της. Αιτία ήταν η αθώωση από το κακουργοδικείο του Παρισιού του δικηγόρου Λενάν, που θανάτωσε την παράλυτη γριά μητέρα του για να την απαλλάξει από τους πόνους.

Παράλληλα, καινοτομική ήταν και η θέση του Τόμας Μουρ, που συνέδεσε το πρόβλημα της ευθανασίας με την αυτοκτονία και έκανε έκκληση στους αρμόδιους φορείς να παρακινούν τους ανίατους αρρώστους, που υποφέρουν από πόνους και αγωνία, ώστε να τερματίσουν τη ζωή τους, μιας και είναι άχρηστη, οδυνηρή και βαρετή στους ίδιους και τους τρίτους.

Η δεκαετία του 1930 ωστόσο σημαδεύεται από τη βιαιότητα του ναζιστικού καθεστώτος στη Γερμανία, ενός καθεστώτος που επιχείρησε να βασίσει την ιδεολογία του σε παράλογες φυλετικές θεωρίες. Οι ναζιστικές απόψεις, που δεν αποτελούσαν κάτι άλλο πέρα από θεωρητικοποιημένη οπισθοδρόμηση στον πρωτογονισμό, στήριξαν μια πρωτοφανή στη σύγχρονη ιστορία εκστρατεία κατά μεγάλων ομάδων ανθρώπων, παρουσιάζοντας μια νέα εκδοχή της ευθανασίας με την έκφραση της ευγονικής. Η εκστρατεία αυτή στράφηκε εναντίον εκείνων που εμφάνιζαν κάποια νοσηρή κατάσταση ή άνηκαν σε κοινωνικές, φυλετικές ή εθνικές, κατά αυτούς μειονότητες, όπως οι Εβραίοι, οι Αθίγγανοι και οι Σλάβοι. Είναι σαφές βέβαια πως η ευθανασία αποτέλεσε απλώς πρόσχημα μαζικών δολοφονιών «ανεπιθύμητων» ανθρώπων.

Μετά τη λήξη του πολέμου οι συζητήσεις για τη σκοπιμότητα της ευθανασίας αναζωπυρώθηκαν. Το 1950 απορρίφθηκε και πάλι πρόταση στη Βρετανική Βουλή για νομιμοποίηση του μέτρου, ενώ στις ΗΠΑ κατοχυρώθηκε καθεστώς που επιτρέπει στους ιατρούς να απέχουν από ανώφελες απόπειρες ίασης ετοιμοθανάτων, εφόσον οι απόπειρες αυτές είναι εξαιρετικά οδυνηρές για τον πάσχοντα. Σε παγκόσμια κλίμακα -τέλος- κρίνεται θεμιτή η χορήγηση καταπραϋντικών φαρμάκων σε ανίατους ασθενείς, που υποφέρουν από βασανιστικούς πόνους έστω και αν τα φάρμακα αυτά προκαλούν επιτάχυνση του θανάτου.

Τα ηθικά και δεοντολογικά ερωτηματικά όμως, άρχισαν να πυκνώνουν ολοένα και περισσότερο στο δεύτερο μισό το 20^ο αιώνα και τα ποσοστά θνησιμότητας αυξήθηκαν. Έγινε εφικτή η παράταση διατήρησης της ζωής με τη βοήθεια της τεχνολογικής προόδου και αυξήθηκαν οι ασθενείς με χρόνια προβλήματα υγείας.

Αξίζει να αναφερθεί η ριζοσπαστική για τα δεδομένα της εποχής μας «εφεύρεση» του Dr. Jack Kevoorkian από τις Η.Π.Α. που συντάραξε την κοινή γνώμη. Με την κατασκευή της μηχανής της ευθανασίας προσφερόταν ο θάνατος στους ασθενείς που ήταν στα τελικά στάδια της νόσου και ζητούσαν τη βοήθεια του.⁴

1.6 Άλλες θρησκείες και κουλτούρες.

Δεν πρέπει να μείνουμε με την εντύπωση πως μόνο ο Χριστιανισμός αντιτίθεται στην ευθανασία. Ο ιουδαϊκός νόμος την καταδικάζει επίσης. Συγκεκριμένα τον 20^ο αιώνα γράφτηκε: «κάποιος, ο οποίος πεθαίνει, θεωρείται ζωντανός από κάθε άποψη. Αυτός που τον αγγίζει (εννοείται για να τον οδηγήσει στο θάνατο) είναι ένοχος μιας και έχυσε ανθρώπινο αίμα»¹⁰.

Η ισλαμική παράδοση είναι επίσης αντίθετη. Σύμφωνα με το κοράνι, όσοι αυτοκτονούν, αποκλείονται για πάντα από τον παράδεισο.

Και ενώ στη Δύση ήταν ολοφάνερη η αντίθεση στην ευθανασία, πολλοί λαοί της Ανατολής την αποδέχονταν χωρίς αναστολές.

Στην Κίνα ο Κομφούκιος επέτρεπε τον εθελοντικό θάνατο σε περίπτωση ανίατων ασθενειών και σε αυτό συμφωνούσαν και άλλες μεγάλες θρησκείες της Ανατολής συμπεριλαμβανομένων του Συντοϊσμού και του Βουδισμού. Ο Βούδας περιγράφει την περίπτωση δύο άγιων ανδρών οι οποίοι αυτοκτόνησαν προκειμένου να ξεφύγουν από κάποια ανίατη ασθένεια και αυτό δεν τους εμπόδισε τη «νιρβάνα», τον υπέρτατο πνευματικό στόχο όλων των Βουδιστών.

Αντιθέσεις σχετικά με την ευθανασία αναφέρονται και ανάμεσα σε πολλές πρωτόγονες κοινωνίες, με μία σαφή όμως τάση των περισσότερων να την αποδεχτούν.¹¹

2. ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΩΝ ΒΙΔΩΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Υπάρχει η ενεργητική και η παθητική ευθανασία, κατά την ευθανασία επιβάλλεται ή προσφέρεται ο θάνατος και πολλά διερωτώνται για την ορθότητα του όρου. Αυτό δε, επειδή το «ευ» για ένα προκαλούμενο θάνατο αποτελεί αντίφαση.

Κατά την απλούστερη, ίσως και περισσότερο ωμή διατύπωση και μάλιστα από ειδήμονα των Μ.Ε.Θ., η έννοια της «ευθανασίας» αποδίδεται καλύτερα χρησιμοποιώντας τη λέξη «σκοτώνω» για την ενεργητική και «τον αφήνω να πεθάνει», για την παθητική.¹²

2.1 Ενεργητική ευθανασία.

Η ενεργητική είναι μια εσκεμμένη ενέργεια με ανάθεση, ή ανάληψη από κάποιον άλλον, της πράξεως του τερματισμού της ζωής ενός προσώπου, πχ. ένα γιατρό με μια ένεση φαρμάκου ή αέρα στη φλέβα ή με κάποια «συσκευή». Η ενεργητική ευθανασία διακρίνεται σε εκούσια και ακούσια.

I. Η εκούσια ευθανασία είναι εκείνη η οποία εφαρμόζεται σε ένα πρόσωπο το οποίο επιθυμεί να θέσει τέρμα στη ζωή του και γίνεται:

- α) με τη λήψη από τον ίδιο θανατηφόρας δόσεως μιας κάποιας ουσίας (= ευθανασία δια αυτοκτονίας).
- β) Με τη χορήγηση της σε κάποιον που τη ζητεί - συνήθως από ένα γιατρό - σαν ένα είδος «βοήθειας». Η τέτοια όμως «βοήθεια», αποτελεί πράξη συμμετοχής σε αυτοκτονία και μάλιστα τιμωρείται αυστηρά.

Περίπτωση εκούσιας ευθανασίας είναι εκείνη της Ίνγκριντ Φρανκ, ηλικίας 28 ετών, η οποία έμεινε παράλυτη ύστερα από αυτοκινητιστικό ατύχημα. Αυτοκτόνησε με υδροκυάνιο το οποίο της πρόσφερε η Γρέτλις Σβάρτμαν, ηλικίας 37 ετών, μέλος της ενώσεως «Δικαίωμα και στο Θάνατο», εν επιγνώσει και με τη θέληση της και μάλιστα μπροστά σε βιντεοκάμερα ώστε να μην κατηγορηθεί κανείς από τα οικεία της πρόσωπα.

Στην εκούσια ευθανασία, (αφού ο άρρωστος «πατά το κουμπί»), υπάγεται και η «συσκευή ευθανασίας» με μονοξειδία του άνθρακα και μάσκα, την οποία

επινόησε ο συνταξιούχος γιατρός Τζακ Κεβορκιάν, ο επονομασθείς «Δόκτωρ Θάνατος» (διότι «είναι περισσότερο γνωστός ως ένας συστηματικός φονιάς παρά ως γιατρός»), ή ο «άνθρωπος ο οποίος αντικατέστησε το Θεό» για άλλους, αλλά και κατηγορήθηκε για δολοφονία· ενώ επί πλέον θεωρείται και ότι δεν είναι σε θέση να κρίνει ορθά την αρρώστια για παράδειγμα της Τζάνετ Άντκινς που έπασχε από την ασθένεια Αλζχάϊμερ, ή την έκταση της απελπισίας της, για να της προσφέρει τις συμβουλές του ή άλλες εναλλακτικές λύσεις.

Σε αυτή την περίπτωση υπάγεται και αυτή της ηθελπημένης για ψυχολογικούς ή ψυχιατρικούς λόγους ευθανασία. Ακόμη και για μια «κατάθλιψη», όπως προβλέπεται με το «Μέτρο 16» το νομοσχεδίου «Death With Dignity Act», της πολιτείας Όρεγκον, που πέρασε μεν από την τοπική Βουλή, εκκρεμεί όμως δημοψήφισμα ύστερα από άρνηση επικυρώσεως από το Ομοσπονδιακό Δικαστήριο των Η.Π.Α.

Παρόμοια διάταξη απορρίφθηκε και από το Ανώτατο Δικαστήριο της Ολλανδίας (της τόσο «προοδευτικής» σε θέματα ευθανασίας) με το αιτιολογικό ότι ... «έλλειπε το στοιχείο της ανίατης σωματικής νόσου».

Εκτός από την κατάθλιψη, βεβαίως, υπάρχουν και πολλές άλλες ψυχικές ασθένειες που όμως μπορούν και αυτές να θεραπευτούν. Ή, μπορεί κάποιιοι να νομίζουν ότι πάσχουν από μια «ανίατη ασθένεια» και να θέσουν τέρμα στη ζωή τους. Όπως π.χ. συνέβη με γιατρό - περίφημο πράγματι για τη διαγνωστική του δεινότητα - ο οποίος, νομίζοντας ότι πάσχει από καρκίνο του ήπατος και φοβούμενος τις συνέπειες, έθεσε τέρμα στη ζωή του, ενώ νεκροτομικώς απεδείχθη ότι δεν υπήρχε η τέτοια νόσος.

II. Η ακούσια ευθανασία, είναι αυτή η οποία «προσφέρεται» από συγγενή ή φίλο ή από γιατρό, «για να τεθεί τέρμα στο μαρτύριο» κάποιου που υποφέρει ή έχει καταντήσει «φυτό», «χωρίς να διαφαίνεται ελπίδα αποκαταστάσεως». Στην περίπτωση αυτή, χωρίς δε να λαμβάνεται υπόψη ή να μπορεί να ληφθεί η σύμφωνη γνώμη του ασθενούς, πρόκειται για «ανθρωποκτονία εκ προθέσεως» η οποία κατά το άρθρο 200 του Π.Κ. «τιμωρείται δια της ποινής του θανάτου ή της ισοβίου καθειρξεως».

2.2. Παθητική ευθανασία.

Η παθητική ευθανασία ενεργείται: είτε με παραλείψεις (Withholding) χρησιμοποιήσεως θεραπευτικών προσπαθειών (ορών, φαρμάκων, μηχανημάτων υποστηρίξεως βασικών λειτουργιών της ζωής), είτε με την απόσυρση αυτών

(Withdrawing). Όμως η διακοπή της λειτουργίας ενός μηχανήματος, το γύρισμα ενός μοχλού ή το κλείσιμο μιας στρόφιγγας, είναι μια πολύ δύσκολη απόφαση. Σε άλλες εποχές, ο τερματισμός της ζωής δεν δημιουργούσε προβλήματα για τη διάγνωση του θανάτου. Καθοριζόταν από το σταμάτημα της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας. Με την αποδοχή όμως του «εγγκεφαλικού θανάτου» ως του τέρματος της ζωής, προέκυψαν πολλά νέα προβλήματα.

Σε τέτοιες περιπτώσεις δεν μπορούμε να γνωρίζουμε «πότε βγαίνει η ψυχή του ανθρώπου» πότε ακριβώς αποβιώνει για να τον αναγγείλουμε ως «νεκρό» ή να υπογράψουμε «πιστοποιητικό θανάτου» για να προβούμε π.χ. στη λήψη οργάνων του προς μεταμόσχευση, ενώ αυτά είναι ακόμη «ζωντανά», διότι υπάρχει σε αυτά ακόμη η ζωογόνος κυκλοφορία.

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

Ενδιαφέρον είναι το ότι, σε πολλές περιπτώσεις η ευθύνη για την απόφαση στο «κλείσιμο ενός διακόπτη στηρίζεως της ζωής», ανατίθεται στον άρρωστο ή στον περιβάλλον του. Και ήταν ο Αριστοτέλης Ωνάσης εκείνος που τράβηξε τον σωλήνα της τεχνητής αναπνοής από το γιο του Αλέξανδρο στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Κ.Α.Τ.

Ένα τέτοιο δικαίωμα αναγνωρίσθηκε από το Δικαστήριο του Μισούρι στην περίπτωση της Νάνσυ Μπεθ. Κρούζαν, 32 χρόνων, που βρισκόταν σε κώμα ύστερα από αυτοκινητιστικό ατύχημα και από εξαιτίας διετρέφετο τεχνητός.

Επετρέπη λοιπόν δικαστικώς στους γονείς της -οι οποίοι μένοντας όλα αυτά τα χρόνια σε τροχόσπιτο έξω από το νοσοκομείο, την εφρόντιζαν και πολύ τρυφερά την περιέθαλπαν και με προσευχή παρακάλεσαν το Θεό να τους φωτίσει για το καλύτερο- να τραβήξουν το σωλήνα σιτίσεως. Στην ένσταση των γιατρών, το Ανώτατο Δικαστήριο της Ουάσιγκτον απεφάνθη ότι: «βάσει σαφών και πειστικών αποδείξεων, η Κρούζαν δεν θα ήθελε να συνεχίσει μια ύπαρξη χωρίς διέξοδο», εφαρμόζοντας το Σύνταγμα το οποίο εγγυάται σε όλους τους πολίτες το δικαίωμα να αρνηθούν την παροχή ιατρικής περιθάλψεως.

Στην περίπτωση της Παθητικής Ευθανασίας υπάγεται και η ευθανασία του τύπου Living Will. Για την εφαρμογή της, τα μέλη της "Εταιρείας Εθελοντικής Ευθανασίας" ("Κοινότητα η ΕΞΟΔΟΣ" για την Αγγλία, "Κοινότητα για τον ανώδυνο θάνατο" για την Γερμανία), με την υπογραφή τους ενώπιον μαρτύρων και από τις προϋποθέσεις και όρους που διαλαμβάνονται στο σχετικό έγγραφο, εκχωρούν το δικαίωμα να διακοπεί η θεραπεία και μέσω αυτής, η διατήρηση στη ζωή που δεν επιθυμούν, όπως περιγράφεται στο "έγγραφο". Πρόκειται για ένα

είδος εκούσιας παθητικής ευθανασίας με εκ των προτέρων λαμβανόμενη απόφαση για ένα “αξιοπρεπή θάνατο” που οι όροι καθορίζονται με συμβολαιογραφική πράξη. Γι’ αυτό και χαρακτηρίζεται ως “Συμβολαιογραφική Διαθήκη Θανάτου”.

2.3 Μορφές ευθανασίας

• Ευθανασία δια της μη ανανήψεως.

Για την τέτοια ευθανασία, ο «ενδιαφερόμενος» υπογράφει στο φάκελο του ιστορικού της ασθένειας του ένα έντυπο, σύμφωνα με το οποίο, σε περίπτωση που περιέλθει σε κατάσταση τέτοια που η επάνοδος του στη ζωή θα ήταν εκείνη ενός «φυτού» ή σε περίπτωση που προσβληθεί από κάποια ανίατη αρρώστια, «δεν επιθυμεί την δια τεχνικών μέσων άσκοπη παράταση της ζωής του».

Συμβαίνει όμως συχνά να μην ενημερώνεται ο άρρωστος επακριβώς για το τι χαρτιά υπογράφει όταν μπαίνει σε ένα νοσοκομείο υπό το βάρος μιας αρρώστιας. Ή, να μη γνωρίζει τις επιδράσεις της στην ψυχική ή την διανοητική του κατάσταση, που μπορεί να επηρεάζονται και από τυχόν χορηγηθέντα στο μεταξύ φάρμακα. Και, να ενδέχεται, με τη βελτίωση της καταστάσεως του να ήθελε να αλλάξει γνώμη ενώ δε θυμάται τίποτα για κάποιο τέτοιο χαρτί που υπέγραψε, στη «ζαλάδα» της διαδικασίας της εισαγωγής.

Σημείωση: το έντυπο αυτό που υπογράφει ο άρρωστος δεν έχει καμία σχέση με τις «οδηγίες» για μη αναζωογόνηση (Do Not Resuscitate Order - D.N.R.), προς τους γιατρούς των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) για περιπτώσεις που, όπως προέκυψε εκ της πείρας, είναι ατελέσφορο να καταβληθεί προσπάθεια αναζωογονήσεως επί επιλεύσεως καρδιοαναπνευστικής αγωγής, ή σε περίπτωση «εγκεφαλικού θανάτου».

• Δυσθανασία

Είναι ένας νέος όρος στα της ευθανασίας. Χαρακτηρίζεται έτσι η παράταση της ζωής του αρρώστου με δύσκολες και δαπανηρές ιατρικές φροντίδες, οι οποίες είναι δυσανάλογα αποδοτικές προς το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, με τις οποίες απλώς και μόνον διατηρείται το άτομο σε κάποιο είδος “ζωής”, ενώ χωρίς αυτές θα πέθαινε. Σε μια τέτοια προσπάθεια, ο γιατρός νομιμοποιείται να αναστείλει τις φροντίδες του μόνον εάν ο ίδιος ο άρρωστος το επιθυμεί και του το ζητήσει. Και είναι απόλυτα σεβαστή.¹⁴ Θα πρέπει όμως να υπάρχουν σαφείς και πειστικές αποδείξεις για τη βούληση του αρρώστου.¹³ Όπως σεβαστή είναι η επιθυμία του αρρώστου -ή και των οικείων του, συγγενών και φίλων- να διατηρηθεί κάποιος στη οποιαδήποτε ζωή για κάποιο, συνήθως βραχύ, χρονικό διάστημα, μέχρι να τακτοποιήσει τυχόν εκκρεμότητες ή “για να τον προλάβουν ζωντανό” κάποιοι δικοί του που θα πρέπει να φτάσουν δίπλα του από μακρινές

αποστάσεις. Ο γιατρός σε τέτοιες περιπτώσεις έχει υποχρέωση να διατηρήσει τον ασθενή στη ζωή, εφ' όσον μπορεί. Αλλιώς, παραβαίνει το καθήκον του θεραπευτού. Ενδέχεται όμως κάποιοι “τρίτοι” να την επιδιώκουν μέχρι να αποσπάσουν, και μόνον, κάποια ενδιαφέρουσα για αυτούς υπογραφή, προς εξηπηρέτηση δικών τους συμφερόντων. Δύσκολος και πάλι ο ρόλος του γιατρού.

• **Ορθοθανασία**

Χαρακτηρίζεται έτσι η μη προσφορά υπερβολικών φροντίδων, μεγαλύτερης έκτασης 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,¹⁴ και εφ' όσον ο θάνατος είναι φυσικό γεγονός, όπως και αυτή η ίδια η ζωή. Αυτό δε διότι κανένας νόμος και κανένας φραγμός δεν μπορεί να αποτρέψει την τελική καταστροφή της ζωής, αφού ο άνθρωπος δεν ζει “αενάως” στον κόσμο αυτό.

• **Επιταχυθανασία**

Ονομάζεται έτσι η σκόπιμη επιτάχυνση των βιολογικών διαδικασιών του θανάτου σε περιπτώσεις αναπότρεπτης επελεύσεως του, και της ως εκ τούτου απώλειας των προϋποθέσεων για ένα “ευ ζην”. Θεωρούν δε οι εισηγητές της ότι αποτελεί “υποχρέωση” του γιατρού να την εφαρμόσει, προς απαλλαγή του αρρώστου από την ήδη τραγική επιθανάτια κατάστασή του. Η τέτοια ευθανασία, εκτός του ότι αντίκειται προς τον όρκο του γιατρού για το “μη βλάπτειν”, επισύρει και τις ποινές του άρθρου 299 του Π.Κ.¹⁵

• **Ευγονική ευθανασία**

Αφορά σε παιδιά που γεννήθηκαν ή θα γεννηθούν με ατέλειες ή σωματικές αναπηρίες, ανεγκέφαλα ή με μογγολοειδή ιδιοτία («σύνδρομο Down»), δισχιδή ράχη ή άλλες σωματικές δυσπλασίες και διάφορα άλλα, πολλά από τα οποία με τα σημερινά τεχνολογικά μέσα θα μπορούσαν να διαγνωσθούν και κατά τη διάρκεια της κύησης, και να οδηγήσουν σε διακοπή μιας τέτοιας “ανεπιθύμητης” εγκυμοσύνης.

Πολλά από αυτά τα παιδιά παρουσιάζουν ανωμαλίες ασυμβίβαστες με ζωή περισσότερο από κάποιο βραχύ χρονικό διάστημα. Αλλά, για να επιζήσουν, έχουν ανάγκη από βαριές και τλαιπωρητικές διορθωτικές χειρουργικές επεμβάσεις στις οποίες θα έπρεπε να υποβληθούν επανειλημένως. Ένα τέτοιο παιδί, μη χειρουργημένο, είναι καταδικασμένο να πεθάνει. Το θέμα που τίθεται είναι πόσο δικαιολογημένος είναι ένας γιατρός να μην καλέσει χειρουργό, αφήνοντας το να πεθάνει (παθητική ευθανασία δια παραλείψεως).^{16,17,18,19,20}

Πολλοί θα διέκοπταν την υποστηρικτική θεραπεία στην περίπτωση που υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι έχει πεθάνει το εγκεφαλικό στέλεχος του παιδιού (παθητική ευθανασία δια αποσύρσεως).

Είναι διαφορετικό το θέμα για τον γιατρό, όταν ένα παιδί χαρακτηρίζεται “μη βιώσιμο” τις πρώτες ημέρες της ζωής του, και άλλο να έχει να αντιμετωπίσει ένα παιδί που πάσχει από “μογγολισμό” με διανοητική καθυστέρηση δια βίου.¹⁴

Είναι άλλο θέμα επίσης, όταν ενεγκέφαλα παιδιά για παράδειγμα, διατηρούνται “ζωντανά” με τεχνητά μέσα για να μην καταστραφούν τα όργανά τους από την απουσία τροφοδοσίας, ώστε να μεταμοσχευθούν σε κάποιους που τα χρειάζονται για να μπορέσουν να ζήσουν. Κάθε χρόνο πολλά τέτοια παιδιά πεθαίνουν και η “βιοηθική της ιατρικής” σε τέτοια θέματα είναι τεραστίας σημασίας. Εκφράζονται και ανησυχίες μήπως η τέτοια “σωτηριώδης” τακτική μετατρέπεται κάποτε σε πράξη εξυπηρέτησεως ταπεινών συμφερόντων. Ή, μήπως η τακτική αυτή βρει προεκτάσεις και σε άλλες “αθεράπευτες καταστάσεις”, αργότερα. Πολλά άλλωστε διαδίδονται και για “εμπόριο οργάνων προς μεταμόσχευση”.^{21,22,23,24} Ήδη δε, έχει αναφερθεί μεταμόσχευση κυττάρων από τέτοια παιδιά στον εγκέφαλο πασχόντων από τη νόσο του Parkinson, που όμως ξεσήκωσε διαμαρτυρίες από παντού για τους ανεπίτρεπτους αυτού του είδους πειραματισμούς.²⁵

• Η κοινωνική ευθανασία

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

Στην Κέα, τη σημερινή Τζία, εφαρμόζονταν «γεροντοκτονία» και, όσοι ξεπερνούσαν τα εξήντα, έπρεπε να πιουν το κώνειο για να πεθάνουν με την ανίληψη, ότι όποιος δεν μπορεί να ζει καλά και να απολαμβάνει τη ζωή, δεν θα έπρεπε να συνεχίζει να ζεί.¹³ Οι Κάσπιοι, όταν οι γονείς τους έφταναν στα εβδομήντα, τους έκλειναν κάπου και τους εγκατέλειπαν εκεί ώσπου να πεθάνουν από την πείνα. Ένα άλλο είδος “γεροντοκτονίας” είναι το εφαρμοζόμενο σε κάποιες πρωτόγονες κοινωνίες με τη δοκιμασία του κοκκοφοίνικα”, ενός ψηλού κοκκοφοίνικα, στον οποίο αναγκάζουν να ανέβει ο ασθενής ή ο γέροντας, και τον οποίο κουνούν δυνατά από κάτω. Αν μπορεί να κρατηθεί, του επιτρέπουν να ζήσει, θεωρώντας τον χρήσιμο για την κοινωνία, αν όμως πέσει και σκοτωθεί, τότε δεν έχουν τύψεις, διότι αποδεδειγμένα δεν είναι ικανός να ζήσει.²⁶

Γεροντοκτονία εφήρμοζαν και οι Μασαγέτες, Έρουλοι, Βακτριανοί, στη Σαρδηνία κ.α., περισσότερο ως έθιμο.²⁷

Εντυπωσιάζει ο Πλάτων ο οποίος επέκρινε τον Ηρόδοτο, διδάσκαλο και γυμναστή, επειδή όταν προσεβλήθη από θανάσιμη ασθένεια, συνδυάζοντας τη γυμναστική με την ιατρική “έκανε μακρό και βραδύ το θάνατό του και βασάνιζε με αυτόν τον τρόπο πρώτα και περισσότερο τον εαυτό του, αλλά και πολλούς άλλους μαζί φτάνοντας σε βαθιά γεράματα”.²⁸

Κοινωνική και όχι ευγονική θα πρέπει να χαρακτηριστεί και η θανάτωση από τους Ναζί, ύστερα από απόφαση της Εθνικοσοσιαλιστικής Κυβερνήσεως της Γερμανίας, των 80.000 Γερμανών που έπασχαν από αθεράπευτες ασθένειες. Οπως και των 6 εκατομμυρίων Εβραίων¹³ τους οποίους, αφού τους κατέστησαν άχρηστους για δουλειά με τις ανυπόφορες συνθήκες σκληρής καταναγκαστικής εργασίας, τους θανάτωσαν στους θαλάμους αερίων, εξαφανίζοντας τα πτώματά τους στα διάφορα κρεματόρια.

Σε τέτοιες περιπτώσεις, δεν εξασφαλίζεται στον άνθρωπο - θύμα πλέον, ένας “καλός θάνατος”, αλλά “επιβάλλεται ο θάνατος αντί μιας άθλιας ζωής ή απλώς ανεπιθύμητης”, κατά την άποψη μάλιστα αυτού που αποφασίζει. Πρόκειται για κάτι πολύ επικίνδυνο, όταν ενδέχεται να συμπεριλάβει για παράδειγμα την εκτέλεση ψυχοπαθών ατόμων με επικίνδυνη συμπεριφορά για τη ζωή των άλλων ή για άρρωστους, όπως για παράδειγμα από AIDS.

Περί την ευθανασία διακυβεύονται και τεράστια συμφέροντα οικονομικής φύσεως, όπως Ασφαλιστικών Εταιρειών, Ταμείων Υγείας, Κρατικών Οργανισμών και άλλων.^{29,30} Υπολογίζεται ότι το 20% των δαπανών για την υγεία στις χώρες - μέλη της Ενωμένης Ευρώπης (Ε.Ο.Κ.) ξοδεύονται για τις τελευταίες ώρες ζωής των ασθενών καθώς επίσης ότι το κόστος δαπανών είναι 4 φορές μεγαλύτερο από το κανονικό.

Πολύς λόγος γίνεται τελευταία για την “ποιότητα” της ζωής, ως στοιχείου εκτιμήσεως για την απόφαση εφαρμογής ευθανασίας χρησιμοποιώντας την ως “δικαιολογία” προς κάλυψη τύψεων συνειδήσεως εις βάρος της διάρκειας της ζωής των ηλικιωμένων με μόνιμη αναπηρία που πάει σιγά-σιγά να αντικαταστήσει την αντίληψη περί της “ιερότητας” της ζωής.³¹ Όμως, κανείς δεν έχει το δικαίωμα να “φθείρει” τη ζωή του ανθρώπου όποια και αν είναι, με οποιοδήποτε τρόπο, εφ’ όσον δε Κράτος και κοινωνία έχουν υποχρέωση και εκ του Συντάγματος να προστατεύουν τη ζωή ως “ύψιστο αγαθόν”, προσφέροντας στον άρρωστο στοργή και συμπάρασταση. Η Ελληνική Νομοθεσία, πάντως δεν συγχωρεί ούτε την “ευγονική”, ούτε την κοινωνική ευθανασία”.¹⁴

3. Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΑΝΑ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ

Το πρόβλημα της ευθανασίας είναι πολυσύνθετο και εξετάζεται κυρίως μέσα από το πρίσμα της Ηθικής, Κοινωνικής και Επιστημονικής δεοντολογίας. Σε ό,τι αφορά την ευθανασία που “εξυπηρετεί” κοινωνικές και ευγονικές αναγκαιότητες, η στάση όσων μελετούν το πρόβλημα (κοινωνιολόγων, νομικών, ψυχολόγων, ιατρών, νοσηλευτών κ.λ.π.), είναι κάθετα αρνητική, ενόψει μάλιστα τόσο οδυνηρών εμπειριών του πρόσφατου παρελθόντος (ναζιστικό καθεστώς). Θα πρέπει, όμως, εδώ να σημειωθεί ότι σπέρματα της αντίληψης για την «εξαφάνιση» των επικίνδυνων για την κοινωνία ανθρώπων ενυπάρχουν στην απολογητική της θανατικής ποινής, δικαιολογητική βάση της οποίας εξακολουθεί να παραμένει – στα τέλη του 20^{ου} αιώνα– η προστασία του συνόλου από τους «αθεράπευτα» επικίνδυνους. Σε ό,τι αφορά την ευθανασία, που αποσκοπεί στη λύτρωση του αθεράπευτου ασθενή, οι απόψεις διχάζονται και διαφοροποιούνται ανά τον κόσμο.

3.1 Η ευθανασία στον Ελλαδικό χώρο.

Το αγαθό της ανθρώπινης ζωής είναι από τα σοβαρότερα ανθρώπινα δικαιώματα που αναγνωρίζει η Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρώπινων δικαιωμάτων (1948) του Ο.Η.Ε.

Επίσης, στο άρθρο 2 της Σύμβασης της Ρώμης (1950) για την προστασία των δικαιωμάτων του ανθρώπου ορίζεται ότι: «Το δικαίωμα εκάστου ατόμου στη ζωή προστατεύεται από το νόμο».

Η σύμβαση αυτή υπογράφηκε και από την Ελλάδα και έχει τεθεί σε ισχύ με το Ν. 2329/53. Η χώρα μας την επικύρωσε πάλι, μετά την επανένταξη της στο Συμβούλιο της Ευρώπης, με το Ν.Δ. 53/1974.

Ειδικότερα στον Ελλαδικό χώρο ισχύουν τα εξής:

3.1.1 Η ευθανασία υπό το πρίσμα του ποινικού δικαίου.

Η ανθρώπινη ζωή για το Δίκαιο «ορίζεται εκ του οριζόμενου» και συνιστά την προϋπόθεση της ικανότητας του Δικαίου («Το πρόσωπο άρχεται υπάρχον άμα ως ετέθη ζων, παύει δε δια του θανάτου αυτού» – άρθρο 35 του ΑΚ).

Η απαγόρευση αφαίρεσης της ανθρώπινης ζωής εμφανίζεται εδώ ως προστασία ενός έννομου και προστατευόμενου αγαθού και θεσμοθετείται με πλήθος διατάξεων, κυρίως, του Ποινικού Δικαίου. Το πρόβλημα της ευθανασίας παρουσιάζεται έτσι με δευτερογενή τρόπο και εκφράζεται με το δίλημμα αν είναι

επιτρεπτό να προκληθεί συντόμευση της ζωής στις περιπτώσεις οδυνηρής και ανίατης, κυρίως, θανατηφόρας, ασθένειας. Ειδικότερα, εμφανίζονται τα ερωτήματα:

- α) Δικαιούται η πολιτεία να επέμβει νομοθετικά ή δικαστικά για να κατοχυρώσει τη σύντμηση ζωής;
- β) Δικαιούται ο ασθενής να ζητήσει τη θανάτωσή του;
- γ) Δικαιούνται οι τρίτοι να θανατώσουν τον ανίατο ασθενή, με ή χωρίς τη θέλησή του; Οι απαντήσεις στα παραπάνω ερωτήματα είναι ποικίλες και αντικρουόμενες.

Ως προς το δικαίωμα της πολιτείας να επιτρέπει νομοθετικά τη σύντμηση της διάρκειας ζωής, η απάντηση δεν μπορεί παρά να είναι καταφατική, μια και η εξουσία διαμορφώνει αποφασιστικά το πλαίσιο Δικαίου που επιθυμεί (ή ακριβέστερα, επιθυμούν οι κοινωνικές δυνάμεις που την ελέγχουν). Άλλο θέμα είναι το κατά πόσο η εξουσία αυτοδεσμεύτηκε ή όχι -μέσω, π.χ., συνταγματικών διατάξεων- ως προς την άλφα ή βήτα ρύθμιση (οπότε η αντίθετη ρύθμιση είναι αθέμιτη και έκνομη) και άλλο -επίσης- θέμα είναι το κατά πόσο μια συγκεκριμένη ρύθμιση προσβάλλει το λεγόμενο «κοινό περί Δικαίου αίσθημα» (του οποίου η αξία έχει ηθικό χαρακτήρα).

Ειδικά για την Ελλάδα ισχύει η διάταξη του άρθρου 2 παράγραφος 1 του Συντάγματος που αναφέρεται γενικά και αόριστα στο σεβασμό και στην προστασία της αξίας του ανθρώπου, καθώς και η διάταξη του άρθρου 7 παράγραφος 2, που αναφέρεται στον κολασμό κάθε έκνομης βλάβης της υγείας του ανθρώπου (στη σφαίρα όμως εκδήλωσης της κρατικής εξουσίας), που δεν εμποδίζουν μάλλον τη νομοθετική θεσμοθέτηση της ευθανασίας.

Ως προς την ύπαρξη δικαιώματος του ίδιου του ανίατου ασθενή να επιζητεί τη θανάτωσή του, υπάρχει διαφωνία, γεγονός όμως είναι ότι η συμπεριφορά του αυτή δε συνιστά αξιόποινη πράξη - ηθική αυτουργία σε ανθρωποκτονία. Σημειώνεται πάντως ότι δεν είναι δυνατόν να μιλούμε ακριβώς για δικαίωμα, μια και η αφαίρεση της ανθρώπινης ζωής, κάτω από τις συνθήκες αυτές, δεν μπορεί να αποτελεί αντικείμενο δικαιώματος.

Ως προς το τρίτο ερώτημα, το δικαίωμα δηλαδή των τρίτων να πραγματοποιήσουν τη θανάτωση, οι απαντήσεις είναι ολότελα αντιφατικές. Οι οπαδοί της ευθανασίας, υποστηρίζουν ότι το αξιόποινο της ανθρωποκτονίας αίρεται, λόγω των ανθρωπιστικών ελατηρίων (οίκτος, αγάπη, ενδιαφέρον) που παρακίνησαν τον αυτουργό στη διάπραξή της, όταν μάλιστα, ο θάνατος του ασθενή, είναι βέβαιος και επικείμενος. Οι αντίπαλοί της, αντίθετα, υποστηρίζουν ότι πρόκειται για αξιόποινη πράξη, που πρέπει να κολάζεται από το νόμο, γιατί ανοίγει το δρόμο στη -έστω και από ευγενικές διαθέσεις- θεσμοθέτηση του νόμου.

Ο Ποινικός Νόμος, που ίσχυε από το 1833 ως το 1950, προτίμησε να μην ασχοληθεί καθόλου με το θέμα, ενώ στον Π.Κ. ισχύουν οι διατάξεις της «ανθρωποκτονίας εν συναινέσει», ενώ δεν υπάρχει καμιά αναφορά στην «καθαυτό» περίπτωση ευθανασίας.² Θεσμοθετεί όμως (άρθρο 300) το ιδιώνυμο έγκλημα «της ανθρωποκτονίας εν συναινέσει» το οποίο ουσιαστικά εντάσσεται στην υπό «ευρεία» έννοια ευθανασία. «Όστις απεφάσισεν και εξετέλεσεν ανθρωποκτονία επί τη σπουδαία και επιμόνω απαιτήσει του παθόντος και εξ' οίκτου προς αυτού ανίατος πάσχοντα, τιμωρείται δια φυλακίσεως».

Ωστόσο, καλό θα ήταν να αναφερθεί ότι προϋποθέσεις για την κατά το άρθρο αυτό ηπιότερη τιμωρία της ανθρωποκτονίας είναι:

- α) Ο δράστης, να την αποφάσισε και εξετέλεσε ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του παθόντος, πρέπει δηλ. να υπάρχει αιτιώδεις συνάφεια μεταξύ της απαίτησης να προκάλεσε τη θανάτωση του παθόντος.
- β) Η απαίτηση αυτή να είναι σπουδαία δηλ. να ανταποκρίνεται στην αληθινή βούληση του απαιτούντος και να εκδηλώνεται με πλήρη συνείδηση των συνεπειών της.
- γ) Η απαίτηση δεν αρκεί να είναι σπουδαία, αλλά πρέπει να είναι και επίμονη, δηλαδή ρητή και σταθερά επαναλαμβανόμενη, με άλλους λόγους προϋποτίθεται η εκ μέρους του δράστη αρχική άρνηση (ρητή ή σιωπηρή) της θανάτωσης, η οποία κάμπτεται από τη σταθερά επαναλαμβανόμενη απαίτηση του θύματος.
- δ) Ο δράστης να προέβη στην πράξη του από οίκτο για τον παθόντα που έπασχε από ανίατη ασθένεια. Πρέπει δηλαδή η ανίατη πάθηση (νόσος ή βαρύτατη σωματική βλάβη, όπως για παράδειγμα, ακρωτηριασμός) να δικαιολογεί εξ αντικειμένου οίκτο για τη συνέχιση της ζωής του πάσχοντος, αλλά και υποκειμενικώς ο οίκτος να υπήρξε κίνητρο για την ενέργεια του δράστη.

Η παραπάνω διάταξη του άρθρου 300 του Ποινικού Κώδικα καλύπτει ορισμένες περιπτώσεις ευθανασίας κατά τη σημασία του όρου ως σύντμηση της επιθανάτιας αγωνίας ενός προσώπου που πεθαίνει επώδυνα δεν τις καλύπτει όμως όλες, γιατί παραμένουν εκτός αυτής οι περιπτώσεις που αποφασίζει ο συγγενής ή ο γιατρός να δώσει τέλος στην επώδυνη επιθανάτια αγωνία του πάσχοντος χωρίς να υπάρχει σπουδαία και επίμονη απαίτηση του τελευταίου χωρίς καν να υπάρχει συναίνεσή του, που ενδεχομένως μπορεί και να μην είναι σε θέση να τη δώσει ο πάσχων. Εκτός δε τούτου, η αντικειμενική υπόσταση του πλημμελήματος του άρθρου 300 του Ποινικού Κώδικα έχει υπ'όψιν άνθρωπο που ανιάτως πάσχει, ενώ η ευθανασία ασχολείται με άνθρωπο που πεθαίνει επώδυνα και εξετάζει τη δυνατότητα σύντμησης της επιθανάτιας αγωνίας του. Επομένως, η θέσπιση της διάταξης του άρθρου 300 του Ποινικού Κώδικα δεν λύνει το συζητούμενο στην

επιστήμη πρόβλημα της αναγνώρισης ή μη της ευθανασίας ως λόγου που αίρει τον άδικο χαρακτήρα της αφαίρεσης ανθρώπινης ζωής.

Προς αντιμετώπιση της επιθανάτιας αγωνίας του βαρέως πάσχοντος επιτρέπεται βέβαια ή και επιβάλλεται η χορήγηση απεριορίστως ναρκωτικών φαρμάκων. Εάν αυτά, ενδεχομένως, συντομεύουν τις ώρες της επιθανάτιας αγωνίας, επομένως και της ζωής του ασθενούς, το ενδεχόμενο δε αυτό προέβλεψε και απεδέχθη ο χορηγησας τα ναρκωτικά, υπάρχει ενδεχομένως δόλος και η περίπτωση θα κριθεί ως κοινή ανθρωποκτονία με πρόθεση (299 Π.Κ.) ή αν συντρέχουν οι όροι, ως ηπιότερα τιμωρούμενη ανθρωποκτονία με συναίνεση (άρθρο 300 Π.Κ.). Αν η σύντηψη της επιθανάτιας αγωνίας δεν επέρχεται με θετική ενέργεια (χορήγηση φαρμάκων), αλλά με παράλειψη εφαρμογής τεχνικών μεθόδων που θα μπορούσαν να παρατείνουν για λίγες ώρες τη ζωή και την επώδυνη επιθανάτια αγωνία, προβλέπεται ότι στην περίπτωση αυτή ο γιατρός δεν έχει, κατά τη διάταξη του άρθρου 15 Π.Κ., ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να επέμβει προς ολιγόωρη καθυστέρηση του αναμενόμενου θανάτου, εκτός αν το ζήτησε ο ίδιος ή οι οικείοι του και συνεπώς δεν υπάρχει έγκλημα τελούμενο δια παραλείψεως¹.

3.1.2 Η ευθανασία υπό το πρίσμα της Εκκλησίας

Η Ορθόδοξη Χριστιανική Εκκλησία αγγίζει το θέμα της ευθανασίας από ηθική κυρίως πλευρά. Η Ορθοδοξία και η Εκκλησία τάσσεται εναντίον κάθε μορφής ευθανασίας. Αναλυτικότερα παραθέτονται τα εξής:

Η Ορθόδοξος Ελληνική Εκκλησία αρνείται στον οποιονδήποτε το δικαίωμα να αποφασίσει ο ίδιος για το θάνατο το δικό του ή των άλλων. Η ζωή είναι δώρο του Θεού και κανείς δεν μπορεί να την αφαιρέσει. Ο άνθρωπος έχει δημιουργηθεί «κατ' εικόνα και ομοίωσιν» του Θεού και η ζωή του είναι απολύτως ιερή και απαραβίαστη.³² «Ουδείς ημών εαυτώ ζη και ουδείς εαυτό αποθνήσκει· εάν τε γαρ ζώμεν, τω Κυρίω ζώμεν, εάν τε αποθνήσκομεν, τω Κυρίω αποθνήσκομεν. Εάν τε ουν ζώμεν, εάν τε αποθνήσκομεν, τω Κυρίω εσμέν».³³

«Το επίσημο κείμενο που εδημοσίευσε στις 26-6-1980 η Ιερά Σύνοδος για τη Διδασκαλία της Πίστεως της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας «περί ευθανασίας», που περιέχει την αυθεντική διδασκαλία της Εκκλησίας αυτής για το προκείμενο ζήτημα τονίζει της αξία της ανθρώπινης ζωής και τον ιερό χαρακτήρα και το απαραβίαστο της. Συνέπεια αυτών των αρχών είναι ότι κανείς δεν μπορεί να αποπειραθεί κατά της ζωής ενός ανθρώπου χωρίς να αντιταχτεί στην αγάπη του Θεού για αυτό και χωρίς να διαπράξει ένα βαρύτατο έγκλημα. Κάθε άνθρωπος έχει καθήκον να προσαρμόζει τη ζωή του στα σχέδια του Θεού. Του έχει προσφερθεί η ζωή σαν αγαθό. Ο θεληματικός θάνατος ή η αυτοκτονία είναι το ίδιο

απαράδεκτος όσο και η ανθρωποκτονία: μια τέτοια πράξη, αποτελεί άρνηση της κυριαρχίας του Θεού και του σχεδίου της αγάπης του. Η Χριστιανική τοποθέτηση απέναντι στη ζωή και στο θάνατο, δεν μπορεί να στηρίξει την ευθανασία».³⁴

Για τη θρησκεία ο θάνατος, ο πόνος, η επίγεια ζωή έχουν ιδιαίτερο νόημα υπό το πρίσμα της αιωνιότητας. Στο βιβλίο του Γ.Β. Μελέτη «Τι γίνεται μετά το θάνατο;» διαβάζουμε ότι υπό το πρίσμα αυτό και οι πιο μεγάλες δυσκολίες και τα πιο συντριπτικά χτυπήματα της ζωής παίρνουν άλλο νόημα. Αποκτούν άλλο περιεχόμενο. Για το Χριστιανό δεν υπάρχει μόνο η φυσική ζωή με το βιολογικό κύκλο της. Πέρα από αυτήν υπάρχει η πνευματική ζωή, η υπερφυσική ζωή. Ετσι, οποιαδήποτε αναπηρία, οποιαδήποτε αρρώστια φωτίζεται με ένα υπερκόσμιο φως και αντιμετωπίζεται σωστά με τη μεταφυσική θεώρηση. Με μια τέτοια προοπτική ο άνθρωπος δεν παρουσιάζεται ποτέ στην ηττοπάθεια και στο μαρασμό. Αντιμετωπίζει με πίστη όλες τις αντιξοότητες και από εκεί αντλεί θάρρος και δύναμη. Στα αυτιά του αντηχεί η φωνή του Απόστολου Παύλου «ουκ άξια τα παθήματα του νυν καιρού προς την μέλλουσα δόξαν αποκαλύφθηκαν εις ημάς». Για το Χριστιανό αμέσως, η ευθανασία έχει νόημα. Το πρόβλημα αυτό υπάρχει κυρίως για μια κοντόθωρη κοινωνία που πιστεύει μόνο σε γήινες πραγματικότητες.

Αυτά μας διδάσκει η Εκκλησία, η οποία στέκεται με σεβασμό απέναντι στον άνθρωπο και ζει σε αυτόν που «ξεψυχάει». Και τονίζει ότι ασφαλώς ενδιαφέρεται η Εκκλησία για έναν αξιοπρεπή θάνατο, αλλά με πολύ διαφορετική έννοια, από αυτήν της ευθανασίας.³⁵

Και μάλιστα τιμά ιδιαίτερα τη «μετάβαση εκ του θανάτου προς τη ζωή», θεωρώντας ότι ο θάνατος του σώματος είναι ένας σημαντικός σταθμός, στη μετεξέλιξη του ανθρωπίνου όντος, με το θάνατο «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 χωριστεί από το σώμα.

Συνεπώς, για το Χριστιανό η αληθής ευθανασία είναι «η εν Χριστώ εκδημία εκ του κόσμου τούτου», αυτή που οδηγεί στη μέλλουσα μακαριότητα και δόξα. «Η εν Χριστώ εκδημία» είναι άσχετη με το βιολογικό τρόπο θανάτου. Οποιοσδήποτε θάνατος, είτε από ασθένεια είτε από ατύχημα είτε από γεροντική ηλικία είτε στη νεότητα, μπορεί να είναι «εν Χριστώ τερματισμός της παρούσας ζωής». Η ευθανασία για το Χριστιανό δεν συνδέεται με το θάνατο, τον απαλλαγμένο από πόνους και βάσανα. Αντίθετα, πόσοι και πόσοι πέθαναν ζώντας φοβερούς σωματικούς πόνους ή γενικότερα ευρισκόμενοι σε άθλια σωματική κατάσταση και εντούτοις έχοντας την καλύτερη δυνατή «ευθανασία». Αυτοί είναι οι μάρτυρες της πίστεως του Χριστού, οι οποίοι τερμάτισαν την επίγειο ζωή τους

μετά από πολλά βάσανα και δοκιμασίες. Συμπεραίνει, λοιπόν, κανείς ότι αυτός που θεωρείται «κακός θάνατος» για τον κόσμο αποτελεί τον «καλό», τον «τίμιο» θάνατο του Χριστού.¹³

Στο βιβλίο του κ. Μητσόπουλου «Η λεγόμενη ευθανασία» διαβάζουμε: Τα βασικά επιχειρήματα που αναπτύσσει η Εκκλησία και ο Χριστιανισμός γενικότερα, κατά της ατιμωρησίας της ευθανασίας, ακόμη και αυτής που εμφανίζεται με τη μορφή της εκούσιας επιθανάτιας ευθανασίας είναι τα εξής:

1. «Η ζωή του ανθρώπου ανήκει στο Θεό και η ευθανασία είναι φόνος». Η ζωή, κατά τη χριστιανική αντίληψη, όπως προαναφέρθηκε, δεν είναι δημιούργημα του ανθρώπου, αλλά δώρο του Θεού. Ο Τριαδικός Θεός δεν είναι μόνο δημιουργός της ανθρωπότητας, αλλά και αυτός που της έδωσε τη ζωή. Επομένως, η ζωή του ανθρώπου προέρχεται από το Θεό και εξαρτάται από Αυτόν, ανήκει και σε Εκείνον. Έτσι, ο άνθρωπος ζει τη ζωή του, την απολαμβάνει, αλλά δεν έχει δικαίωμα να την τερματίζει, γιατί έτσι επεμβαίνει στο έργο του Θεού.

2. «Η σωτηριολογική σημασία, της σύμφωνα με το Χριστό, παρούσας ζωής». Η παρούσα ζωή έχει αξία αυτή καθ' εαυτή, άσχετα με τον τρόπο διαβίωσης και αποτελεί το στάδιο μέσα από το οποίο κατορθώνεται η απόκτηση της «μέλλουσας μακαριότητας». Κάθε στιγμή έχει σωτηριολογική σημασία. Από τον τρόπο διαβίωσης του κάθε ανθρώπου και τη στάση του απέναντι στο θάνατο θα εξαρτηθεί η μέλλουσα «αιώνια» ζωή του.¹⁵

3. «Η σημασία του πόνου και των θλίψεων για την εν Χριστώ σωτηρία του ανθρώπου.

Συνήθως, όταν ο άνθρωπος ζει μια ζωή ταλαιπωρημένη από αβάσταχτους, αφόρητους πόνους, χωρίς ελπίδα ίασεως, εκεί συχνά λέγεται: «Μα ο άνθρωπος αυτός υποφέρει και μαζί με αυτόν πονούν και δοκιμάζονται και οι οικείοι του» και εκεί είναι που προβάλλεται επιτακτικό το αίτημα της ευθανασίας.

Όμως, και εδώ η Εκκλησία έρχεται να δώσει τη δική της απάντηση. «Ο πόνος έχει μεγάλη αξία για τη σωτηρία της ψυχής. Μέσω αυτού δίνεται η ευκαιρία για μετάνοια και για αυτό δεν θα πρέπει να συντομεύεται η ζωή, για να αποφύγει την επιθανάτια αγωνία ο άνθρωπος. Ο πόνος εξάλλου, είναι και «σήμα κινδύνου» για τον άνθρωπο, σήμα για λήψη μέτρων και προετοιμασία.¹⁴

Επίσης, στο βιβλίο του Γ.Β. Μελέτη «Τι γίνεται μετά το θάνατο;», διαβάζουμε σχετικά με τον πόνο: Ο αληθινός πιστός στέκεται με γενναιότητα απέναντι στον πόνο και τη θλίψη. Στις κρίσιμες ώρες της δοκιμασίας όταν αισθάνεται την καρδιά του να ματώνει και τα γόνατά του να λυγίζουν, δεν τα χάνει. Πολύ περισσότερο δεν σκέφτεται την εύκολη λύση της φυγής και της λιποταξίας. Τις δοκιμασίες τις θεωρεί, ας πούμε, φυσικές για να εισέλθει στο

πάθος του Χριστού. Κανείς δεν θα ισχυριστεί ότι ο πόνος καθ' εαυτόν είναι κάτι καλό και αυτό γιατί ανήκει τιμή και έπαινος σε όλες εκείνες τις ευγενικές υπάρξεις που αγωνίζονται νύχτα και μέρα να τον ανακουφίσουν. Ο πιστός, όμως, τον πόνο τον μεταμορφώνει. Με την υπομονή του, τον κάνει ευπρόσδεκτη θυσία στο Θεό. Μέσα από αυτό το πρίσμα ιδωμένος ο πόνος, αποκτά αξία ασύγκριτη και δεν είναι άσκοπος. Οι δοκιμασίες έχουν πάντα ένα μεγάλο νόημα.³⁵

«Επειδή, λοιπόν, η αρρώστια και ο πόνος είναι μια δυνή δοκιμασία για την αδύνατη, εύθραυστη ανθρώπινη φύση μας, γι' αυτό η Εκκλησία μας εύχεται νυχθημερόν: «Υπέρ των εν ασθενιαίς κατακειμένων ... και υπερ του ρυσθήναι ημάς από πάσης θλίψεως ...».

«Όμως ο πόνος αυτός μπορεί να μαλακώσει και να καταπραυνθεί». Ο Ι. Χρυσόστομος λέει σχετικά: «Φέρε στο νου σου τις φοβερές δοκιμασίες των μαρτύρων τον πριονισμό, τα μαχαιρώματα, τους ραβδισμούς κ.τ.λ. Σύγκρινε τα με το δικό σου μαρτύριο. Θα δεις τότε ότι εσύ λιγότερο υποφέρει! Και με τον τρόπο αυτό θα παρηγορείσαι. Και ο πόνος σου θα μαλακώνει»³⁶

Επίσης, για εκείνους που επικαλούνται τον οίκτο και τη συμπόνια, ως λόγους για την «επιβολή» της ευθανασίας, δίδεται η εξής απάντηση:

«Αλλά γιατί να καταφύγει στην ευθανασία ο ιατρός ή ο συγγενής, όταν ανακαλύπτει ότι ο βαριά άρρωστος μπορεί και πρέπει να αντιμετωπιστεί σωστά από τους ιατρούς, νοσοκόμους και συγγενείς, αρκεί να γίνει δεκτό ότι έχει δικαίωμα στην επιμελημένη φροντίδα όλων μας; Μια φροντίδα που το φάσμα της είναι ευρύτατο και περιλαμβάνει τη σωστή ιατρική αγωγή, μέχρι και την εξασφάλιση άνετων συνθηκών διαβίωσης, θερμής συμπαράστασης στις ψυχολογικές και πνευματικές του ανάγκες, αναγνώριση δηλαδή της δίπλοκης ψυχοσωματικής ιδιότητας. Υπό το πρίσμα αυτό και υπάρχουσής αυτής της διεξόδου, μήπως η ευθανασία είναι, όχι η οδός του οίκτου, αλλά αντίθετα ο εύκολος τρόπος για να απαλλαγούμε το συντομότερο από έναν ενοχλητικό συνάνθρωπο, επειδή δεν διαθέτουμε τα απαραίτητα αποθέματα αγάπης και αντοχής για να τον περιποιηθούμε και να του συμπαρασταθούμε στις τελευταίες στιγμές του;».

Τέλος, μια άλλη όψη και σημασία του πόνου είναι αυτή που τον συνδέει με τα πάθη του Χριστού. Ο πόνος, ο σωματικός και ο ψυχικός, και οι θλίψεις είναι για τον πιστό μέσα συμμετοχής στο πάθος του Θεανθρώπου και μίμηση Αυτού. Ο Ιησούς Χριστός έζησε τον πόνο σε ύψιστο βαθμό. Αυτό καθίσταται προφανές μέσα από τη Σταύρωση, το μαρτυρικό θάνατο, την ψυχική του θλίψη, από τη στάση των ανθρώπων και το βάρος των αμαρτημάτων που επωμίστηκε, όλων των ανθρώπων, όλων των εποχών, για χάρη της σωτηρίας της ανθρωπότητας. Ο πιστός

Χριστιανός συγκρίνοντας το δικό του πόνο, τον βρίσκει πολύ μικρό έναντι αυτού που υπέμεινε ο Χριστός. Και γενικά, ο πιστός βλέπει τα πάθη του ως μίμηση του πάθους του Χριστού και συμμετοχή εις αυτό. «Μίμησαι Χριστόν τον Θεόν. Πάθε και αυτός δια της σε αυτού σωτηρίαν, ως Εκείνος έπαθε δια σε».

4. «Το γεγονός ότι δεν έχει βρεθεί ακόμα τρόπος ώστε να μπορεί κανείς να πει με βεβαιότητα ότι κάποια αρρώστια είναι αθεράπευτη, αφού, όχι σπάνια, διαπιστώνεται ότι οι άρρωστοι που, κατά την επιστήμη, ήταν αθεράπευτοι, τελικά άγνωστο πως, έγιναν καλά. (Δηλαδή δεν υπάρχει το απόλυτο στη διάγνωση και στην πρόγνωση). Κάτι τέτοιο, λοιπόν, αποκλείει την εφαρμογή της ευθανασίας».

Επίσης, η πρόοδος της επιστήμης έχει ως αποτέλεσμα να ανακαλύπτονται νέα φάρμακα και μέθοδοι θεραπείας, με τις οποίες θεραπεύονται αυτοί που μέχρι πριν λίγο καιρό χαρακτηρίζονταν αθεράπευτοι. Επομένως, δεν αποκλείεται καθόλου να έχουμε τη θανάτωση με ευθανασία, ανθρώπων που η διάσωσή τους θα ήταν δυνατή αν δεν είχαν θανατωθεί.

Ειδικότερα ο Χριστιανικός κόσμος παραθέτει τα εξής:

α. Ενάντια στη λεγόμενη κοινωνική ή ευγονική ευθανασία.

«Η θανάτωση διανοητικώς καθυστερημένων, ανιάτως πασχόντων, σωματικώς αναπήρων και γενικά προσώπων που έχουν κακή διάπλαση, αποτελεί φόνο και βαρύτερη αμαρτία».

Για τη θρησκεία, μάλιστα, όχι μόνο η θανάτωση ζωντανών ελαττωματικών ατόμων αποτελεί έγκλημα, αλλά και η θανάτωση εμβρύων, που πιθανόν να γεννηθούν ελαττωματικά. Κατά την ορθόδοξη πίστη το έμβρυο από τη στιγμή της σύλληψης του είναι ψυχοσωματική ύπαρξη.¹⁵

Η εφαρμογή της ευθανασίας σε αυτές τις περιπτώσεις είναι ψυχρή δολοφονία και έχει να κάνει με την υλιστική εποχή στην οποία ζούμε. Κάποιοι χαρακτηρίζουν ορισμένες σωματικές ατέλειες ή αναπηρίες ως τερατομορφισμούς. Όμως, κατά την Ορθοδοξία, ένα παραμορφωμένο άτομο ή ανάπηρο μπορεί να κρύβει μια όμορφη ευγενική και άγια ψυχή. Στον άνθρωπο δεν βαραίνουν τόσο οι σωματικές αναπηρίες και διανοητικές ικανότητες. Πιο μεγάλη αξία έχει η ικανότητα της αγάπης, της θυσίας, της υπομονής. Συναισθήματα που έχουν το δικαίωμα να ζήσουν όλοι ανεξαιρέτως οι άνθρωποι, άρρωστοι ή υγιείς.³⁵

β. Ενάντια στην ενεργητική ευθανασία.

Σύμφωνα και με όσα προαναφέρθηκαν, η ενεργητική ευθανασία, δηλαδή η άμεση θανάτωση με κάποια ένεση ή άλλο μέσο, ατόμου που οδεύει προς το θάνατο μέσω πόνων και βασάνων, είναι καθαρός φόνος και σαφώς αντίκειται στη θεία εντολή «ου φονεύσεις». Ολόκληρη η θεωρία της χριστιανοσύνης για την ευθανασία έρχεται σε αντίθεση με αυτό το είδος της.¹⁵

γ. Παθητική ευθανασία και νεότερες αντιλήψεις.

Η παθητική ευθανασία, η ηθελημένη διακοπή μιας φαρμακευτικής αγωγής, η εφαρμογή της οποίας θα είχε ως συνέπεια την παράταση της ζωής του ασθενούς, η οποία είναι αμετάκλητα καταδικασμένη, απεκρούετο από το χώρο της Εκκλησίας μέχρι το 1957. Κατά το έτος αυτό και συγκεκριμένα την 24^η Φεβρουαρίου 1957, ο Πάπας Πίος XII, προσφωνώντας τα μέλη του ΙΧ Εθνικού Συνεδρίου της εταιρίας Ιταλών αναισθησιολόγων, τόνισε: «Είναι ηθικώς αποδεκτή η χορήγηση καταπραϋντικών φαρμάκων, για τους πόνους των βαριά ασθενών, ακόμα και αν προβλέπεται ότι αυτή η φαρμακευτική αγωγή θα έχει ως συνέπεια την επίσπευση του θανάτου».

Από τότε, η θρησκεία έχει δεχθεί την εφαρμογή της παθητικής ευθανασίας, αλλά πάντα υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Και οι προϋποθέσεις αυτές είναι οι εξής: α) Ο ασθενής να έχει απαιτήσει, προκειμένου να θεραπευτεί, τη χρήση όλων των υπάρχοντων δυνατών μέσων, β) να έχουν αποκλειστεί όλα τα ωφελμιστικά κίνητρα, από το θάνατο του ασθενούς. Όταν, δηλαδή, εν ονόματι της παθητικής ευθανασίας πεθαίνουν άνθρωποι, γιατί με την παράταση της ζωής τους επιβαρύνουν τον προϋπολογισμό του κράτους και, επιπλέον, γιατί δεν μπορούν να συμβάλλουν στην οικονομική ανάπτυξη του κράτους. Επίσης, να έχει αποκλειστεί ενδεχόμενη συσχέτιση της παθητικής ευθανασίας με τις μεταμοσχεύσεις οργάνων, των ατόμων που βρίσκονται στη διαδικασία του θανάτου. Δηλαδή, όταν ψυχρά και ωφελμιστικά επισπεύδεται ο θάνατος, όχι για να μην ταλαιπωρηθεί ο ασθενής, αλλά κυρίως για να εξυπηρετηθεί κάποιο άλλο άτομο.

Είναι πολύ δύσκολο λοιπόν, να προσδιοριστούν επακριβώς οι περιπτώσεις που θα μπορούσε να επιτραπεί το είδος αυτό της ευθανασίας. Η στάση της Εκκλησίας δεν έχει αποσαφηνιστεί πλήρως. Σίγουρα, η διακοπή της τεχνητής υποστήριξης και παράτασης της ζωής, δεν μπορεί να εφαρμοστεί εκεί όπου υπάρχει και η ελάχιστη προοπτική ζωής, ή όταν ο ασθενής επιθυμεί να ζήσει, έστω και υπό αυτές τις συνθήκες. Επίσης, δεν μπορεί να εφαρμοστεί, όταν η διάγνωση και η πρόβλεψη της μοιραίας πορείας της κατάστασης του ασθενούς δεν είναι απολύτως βέβαιη.

Σε όλες τις περιπτώσεις ασθενειών θα πρέπει να εξαντλούνται τα μέσα ιάσεως του ασθενούς, χωρίς όμως να φτάσουμε στο αντίθετο άκρο της «αντί πάσης θυσίας διατηρήσεως της ζωής». Δηλαδή, να αρνούμαστε το θάνατο ως ανεπανόρθωτη και τελεσίδικη συμφορά και να καταβάλλεται προσπάθεια διατηρήσεως του ασθενούς στη ζωή, ως «πειραματόζωου ή γιατί ο γιατρός δεν μπορεί να δεχτεί την «ήττα» και τη φυσική του αδυναμία να προσφέρει «ίαση»».

Οι μόνες περιπτώσεις όπου καθαρά γίνεται αποδεκτή η εφαρμογή της παθητικής ευθανασίας και από τη θρησκεία, είναι εκείνες όπου έχει επέλθει η νέκρωση του εγκεφάλου του ασθενούς και η ζωή του έχει περιοριστεί στις στοιχειώδεις βιολογικές λειτουργίες (με τεχνητή υποστήριξη). Σε αυτές και μόνο τις περιπτώσεις ενδείκνυται η διακοπή της εφαρμοζόμενης θεραπείας, γιατί η συνέχισή της δεν συντελεί, παρά στην τεχνητή διατήρηση της ζωής ενός ανθρώπου, ο οποίος είναι ουσιαστικά νεκρός. Σε κάθε άλλη περίπτωση η διακοπή ή άρνηση της θεραπείας δεν είναι παθητική, αλλά ενεργητική ευθανασία και γι' αυτό απορρίπτεται.

Πάντως, στις περιπτώσεις στις οποίες θα αποφασίζετο η παθητική ευθανασία, έχει μεγάλη σημασία ο τρόπος χειρισμού του όλου θέματος. Ο ιατρός δε, πρέπει να λάβει υπόψη του όλους του παράγοντες (ψυχολογική κατάσταση και θέληση ασθενούς και συγγενών) και πρέπει να ενεργήσει με περίσταση και λεπτότητα.

3.2 Η ευθανασία στο Ηνωμένο Βασίλειο

Στην Μ. Βρετανία το 1931 γίνεται η πρώτη κίνηση για τη νομιμοποίηση της ευθανασίας, ενώ το 1935 στην ίδια χώρα ιδρύεται η «Εταιρεία Ευθανασίας» με σκοπό τη νομιμοποίησή της. Το 1936 η «Εταιρεία» υποβάλλει σχετική πρόταση στη Βουλή των Λόρδων.

Με το νομοσχέδιο αυτό, προβλεπόταν ότι επιτρέπεται η σύντμηση της ζωής του ασθενούς, εφόσον θα ήταν μεγαλύτερος από 21 ετών και θα έπασχε από νόσημα ανίατο και αθεράπευτο, το οποίο επίσης θα προκαλούσε και αφόρητους πόνους. Σύμφωνα με το νομοσχέδιο αυτό, έπρεπε να υποβληθεί η σχετική αίτηση από τον ίδιο τον ασθενή και πιστοποιητικά δύο γιατρών, από τα οποία να προκύπτει ότι υπάρχουν οι παραπάνω προϋποθέσεις και στη συνέχεια θα αποφάσιζε μια κρατική επιτροπή. Το νομοσχέδιο, όμως αυτό απορρίφθηκε με 35 ψήφους κατά και 14 ψήφους υπέρ. Τέλος, το 1950 απορρίφθηκε και πάλι πρόταση στη Βρετανική Βουλή για τη νομιμοποίηση του μέτρου αυτού.

3.3. Η ευθανασία στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής

Στις Η.Π.Α. μεταξύ 1906-1912 έγιναν απόπειρες νομιμοποίησης της ευθανασίας στις πολιτείες Οχάιο, Αιόβα και Ουάσιγκτον. Το 1938 δημιουργείται αντίστοιχη «Εταιρία Ευθανασίας» στην πολιτεία Κοννέκτικαντ στην οποία συμμετέχει όχι μικρός αριθμός ιατρών. Την «Εταιρία» αυτή οργάνωσε το American Advisory Council και απαρτίζεται από εκατό μέλη, μεταξύ των οποίων αρκετοί προτεστάντες κληρικοί, επιφανείς πολιτικοί (ο γερουσιαστής της Νεμπράσκα John

Η. Comstock, ο οποίος ήδη το 1937 είχε προτείνει στην πολιτεία του προς ψήφιση νομοσχέδιο κατοχυρώσεως της υποκειμενικής ευθανασίας) και μεγάλοι εκπρόσωποι της αρνητικής ευγονικής προπαγάνδας (Margaret Sanger). Αυτοί εργάζονται και κινούνται δραστήρια για να προταθεί στην συνέλευση της πολιτείας της Ν. Υόρκης το Proposed bill to legalize euthanasia.

Το 1950 κατοχυρώθηκε καθεστώς που επιτρέπει στους ιατρούς, όχι βέβαια να θανατώνουν τους ανίατους ασθενείς, αλλά να απέχουν από ανώφελες απόπειρες ίασης ετοιμοθανάτων, εφόσον οι απόπειρες αυτές είναι εξαιρετικά οδυνηρές για τον πάσχοντα.

Το 1974 σαράντα προσωπικότητες ανάμεσα στις οποίες και τρεις επιστήμονες με βραβείο Νόμπελ, υπέγραψαν ένα διεθνές μανιφέστο, που δημοσιεύτηκε στην Αμερικάνικη Επιθεώρηση The Humanist, υπέρ της ευθανασίας.

Στο Ορεγκον των Η.Π.Α., ψηφίστηκε νόμος περί ευθανασίας (Death with Dignity Act) για έναν «αξιοπρεπή θάνατο», στον οποίο με το «Μέτρο 16» προβλέπεται το δικαίωμα για τη νόμιμη ευθανασία σε όσους πάσχουν από κάποια ανίατη ασθένεια και τους μένουν μόνο έξι μήνες ζωής, υπό την προϋπόθεση της σχετικής βεβαίωσης περί της καταστάσεώς τους από δύο γιατρούς, για την κατάθλιψη δε από έναν ψυχίατρο. Προβλέπεται ένα χρονοδιάγραμμα διαδικασιών και επί οριστικής αποφάσεως ο γιατρός θα είναι υποχρεωμένος να γράψει το κατάλληλο φάρμακο σε θανατηφόρο δόση, για ένα γρήγορο και ανώδυνο θάνατο. Το φάρμακο ο άρρωστος θα προμηθευτεί από το φαρμακείο και τη στιγμή που θα το αποφασίσει, θα το πάρει μόνος του, ενώ ο γιατρός θα είναι παρών.¹³

Ο νόμος αυτός της πολιτείας του Ορεγκον επρόκειτο να αρχίσει, εφαρμοζόμενος από τις 6-12-1994. Ανεστάλη όμως, αρχικά μέχρι τις 19-12-1994 από το Ομοσπονδιακό Δικαστήριο των Η.Π.Α. και τώρα εκκρεμεί δημοψήφισμα προς τη λήψη αποφάσεως, επειδή η πλειοψηφία των κατοίκων έχει θορυβηθεί, εκτός δε από το Ορεγκον και γενικότερα στις Η.Π.Α. Θεωρείται δε μια τέτοια νομοθέτηση ως αντισυνταγματική, επειδή αφαιρεί από τους πάσχοντες από ανίατες ασθένειες, το δικαίωμα της ισότιμης προστασίας.⁴⁵

3.4 Η ευθανασία στην Αυστραλία

Η βόρεια Πολιτεία της Αυστραλίας είναι η μόνη στον κόσμο, της οποίας η Βουλή ψήφισε νόμο (που ισχύει από την 1^η Ιουλίου 1996), σύμφωνα με τον οποίο παρέχεται η δυνατότητα στους πάσχοντες από ανίατες ασθένειες να θέτουν τέρμα στη ζωή τους με τη βοήθεια γιατρών, υπό την προϋπόθεση της διαγνώσεως του ανιάτου της ασθένειας από δύο γιατρούς. Το σχετικό νομοσχέδιο εισήγαγε στη

Βουλή ο πρωθυπουργός Περόν, ο οποίος ένα χρόνο νωρίτερα είχε δει τη μητέρα του να πεθαίνει από ανίατη ασθένεια.¹³

Και για το ίδιο θέμα διαβάζουμε στην εφημερίδα «Εθνος»:

«Ο πρώτος άνθρωπος στον κόσμο που έκανε χρήση της πρόσφατης νομοθεσίας για την ευθανασία στη Βόρεια Αυστραλία πέθανε χθες με τη θέλησή του στο σπίτι του. Πρόκειται για τον καρκινοπαθή 66χρονο Μπομπ Ντεντ, ο οποίος υπέφερε εδώ και πέντε χρόνια. Η ιστορία αυτή έχει ξεσηκώσει θύελλα αντιδράσεων στην Αυστραλία, από την Εκκλησία, το κόμμα της αντιπολίτευσης καθώς και εκπροσώπων της κοινότητας των ιθαγενών Αβοριγιών, οι οποίοι έχουν καταδικάσει το νόμο για την ευθανασία.²⁷

Σε αυτό το σημείο, αξίζει να παρατεθούν τα αποτελέσματα μιας αυστραλιανής μελέτης, που σκοπό της έχει να αναδείξει τις αντιλήψεις και τις ενέργειες νοσηλευτών στην Victoria, απέναντι στην παράκληση για ενεργητική ή παθητική ευθανασία από ασθενείς που πάσχουν από ανίατες ασθένειες.

Η έρευνα οργανώθηκε από τον Peter Singer και την Helga Kuhse. Ερωτηματολόγια εστάλθησαν τον Ιούνιο του 1991 σε 1942 νοσηλευτές που επιλέχθηκαν στην τύχη. Οι 943 από αυτούς (44%) επέστρεψαν συμπληρωμένα τα ερωτηματολόγια.

Τα αποτελέσματα της έρευνας υποδεικνύουν ξεκάθαρα ότι η πλειοψηφία στηρίζει την ενεργητική ευθανασία. Πολλοί νοσηλευτές έχουν συνεργασθεί με γιατρούς σε διαδικασία ενεργητικής ευθανασίας και πολλοί έχουν ενεργήσει χωρίς να συμβουλευτούν τον γιατρό. Το 78% των νοσηλευτών θεωρεί ότι ο νόμος πρέπει να αλλάξει και να επιτρέπει στο γιατρό να επισπεύδει το θάνατο ασθενών σε ορισμένες περιπτώσεις. Το 65% των νοσηλευτών δηλώνει πρόθυμο να συνεργασθεί με τους γιατρούς, εάν η ευθανασία νομιμοποιηθεί.³⁸

3.5 Η ευθανασία στην Ολλανδία.

Υπάρχει μόνο μία χώρα, στην οποία η ευθανασία είναι επισήμως παραβλέψιμη και ευρέως διαδεδομένη: η Ολλανδία. Παρότι η ευθανασία έχει κηρυχθεί εκτός νόμου από τον Ολλανδικό Ποινικό Κώδικα, το Ολλανδικό ανώτερο δικαστήριο αποφάνθηκε το 1984 ότι γιατρός, ο οποίος σκοτώνει ασθενή, μπορεί σε μερικές περιπτώσεις με επιτυχία να επικαλεσθεί λόγους αναγκαιότητας για να δικαιολογήσει το φόνο.

Τον ίδιο χρόνο ο Βασιλικός Ολλανδικός Ιατρικός Σύνδεσμος (Royal Dutch Medical Association - KNMG) έδωσε οδηγίες στα μέλη του σχετικά με την ευθανασία. Εκτοτε, η ζωή πολλών Ολλανδών ασθενών έχει ηθελημένα διακοπεί από το γιατρό του.

Κοινό, ωστόσο, σημείο αναφοράς τόσο των νομικών όσο και των ιατρικών οδηγιών είναι η ελεύθερη και ανεπηρέαστη βούληση των ασθενών. Στη χώρα αυτή άλλωστε, ισχύει η περίπτωση του «living will» (ζωντανή διαθήκη), η οποία δίνει το δικαίωμα σε οποιοδήποτε άτομο με πλήρη υγεία επιθυμεί, παρουσία δύο μαρτύρων, να υπογράψει μια διαθήκη ζωής, που του επιτρέπει, αν κάποτε στη ζωή του φθάσει σε ένα σημείο, όπου υπάρχουν οι προϋποθέσεις να δίνει το δικαίωμα, είτε αρνητικά, είτε θετικά στο γιατρό -ο οποίος δε θα διωχθεί- να τερματίσει τη ζωή του. Οι υποστηρικτές της ευθανασίας λοιπόν δηλώνουν ότι επιτρέπουν την εθελοντική ευθανασία αλλά όχι την ευθανασία χωρίς αυτή να έχει ζητηθεί. Ακόμη, είναι ιδιαίτερα αυστηροί και ακριβείς ώστε να αποφευχθεί μία τέτοια περίπτωση, που να εμπερικλείει τον κίνδυνο ευθανασίας χωρίς συγκατάθεση και προς το παρόν θεωρούν πως δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποδεικνύουν τέτοιο ολίσθημα.

Η ευθανασία σύμφωνα με διακήρυξη του 1989 από την Mrs Borst - Eilers, τότε πρόεδρο του Ολλανδικού Ιατρικού Συμβουλίου, επιτρέπεται κατω από τις εξής προϋποθέσεις:

- α) Η παράκληση για ευθανασία προέρχεται μόνο από την πλευρά του ασθενή και η απόφαση παίρνεται ελεύθερα και εθελοντικά.
- β) Η παράκληση του ασθενή πρέπει να είναι προϊόν ώριμης σκέψης και ιδιαίτερος σταθερή και επίμονη.
- γ) Ο ασθενής πρέπει να βιώνει ανυπόφορο πόνο (όχι απαραίτητα σωματικό) και να αποκλείεται η προοπτική βελτίωσης της καταστάσής του.
- δ) Η ευθανασία πρέπει να είναι η τελευταία λύση. Εναλλακτικές λύσεις προκειμένου να καταπραυνθεί ο ασθενής, πρέπει να έχουν εξαντληθεί.
- ε) Η ευθανασία πρέπει να γίνεται από γιατρό.
- στ) Ο γιατρός πρέπει να συμβουλευεται συναδέλφους με προηγούμενη εμπειρία στο θέμα.

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη το 1990 σε ένα σύνολο 129.000 θανάτων όλων των αιτιών οι 26.350 είχαν τη μορφή ευθανασίας.

Κάτω από το φως τριών μελετών πάνω στο θέμα, το πόρισμα αναδεικνύει ότι σε ετήσια βάση παρουσιάζονται στην Ολλανδία, σε ποσοστό 0,8% περιπτώσεις στις οποίες ο γιατρός εφοδίασε ή χορήγησε συνταγή για φάρμακο με σκοπό τον τερματισμό της ζωής του ασθενή. Μέσα σε μία δεκαετία οι ονομαζόμενες αυστηρές δικλείδες ασφαλείας απέναντι σε τέτοιες περιπτώσεις, έχουν αποδειχθεί ανεπαρκείς. Η μη εθελοντική ευθανασία είναι τώρα ευρέως διαδεδομένη. Τελευταίο ολίσθημα η περίπτωση γιατρού, ο οποίος προσήχθη για φόνο μιας και σκότωσε ένα νεογένητο παιδί με “ειδικές ανάγκες” μετά από παράκληση των

γονέων του. Και αθωώθηκε επικαλούμενος, ότι κάτω από τις “ειδικές” αυτές περιστάσεις, η αποφασή του ήταν δικαιολογημένη.³⁹

3.6 Η ευθανασία σε άλλες χώρες

Ο Σοβιετικός Ποινικός Κώδικας του 1922 είχε διάταξη σύμφωνα με την οποία έμνε ατιμώρητος αυτός που θανάτωνε από οίκτο. Η διάταξη, όμως, αυτή καταργήθηκε. Ο Ποινικός Κώδικας του 1933 δεν περιέχει ανάλογη διάταξη και ο δράστης ανθρωποκτονίας με συναίνεση, τιμωρείται κατά την κοινή διάταξη περί ανθρωποκτονίας με πρόθεση.

Πρόσφατα, στο Παρίσι, οι εκπρόσωποι των ιατρικών συλλόγων από όλες της χώρες της Ε.Ο.Κ., ψηφίζουν ομόφωνα ένα κοινό κείμενο “Επαγγελματικής δεοντολογίας” με τον τίτλο: “Ευρωπαϊκός οδηγός ιατρικής ηθικής”. Αυτό το κείμενο αποτελεί σταθμό στην όλη πορεία του προβλήματος. Διαβιβάζεται στα κοινοτικά όργανα στις Βρυξέλλες, με στόχο να συμβάλλει στον εναρμονισμό των κανόνων που διέπουν το ιατρικό επάγγελμα, σε πολλές περιπτώσεις υποδεικνύοντας συμπεριφορές ηθικά ορθές με ένα σύγχρονο πνεύμα.

Όπως η Ελληνική νομοθεσία, έτσι και η Ιταλική, Γερμανική, Αυστριακή, Ελβετική, Νορβηγική, Δανική, έχουν ειδικές διατάξεις με τις οποίες η ανθρωποκτονία με τη συναίνεση του παθόντος, τιμωρείται ηπιότερα από ό,τι η κοινή ανθρωποκτονία με πρόθεση. Κάθε μια από τις παραπάνω νομοθεσίες έχει διάφορες προϋποθέσεις για την ηπιότερη μεταχείριση του δράστη, ο οποίος, όμως πρέπει να αποβλέπει με την πράξη του στην απαλλαγή του θύματος από τους πόνους.

Αντίθετα σε Γαλλική, Βελγική, Τσεχοσλοβακική, Αγγλική, Καναδική, Βουλγαρική νομοθεσία δεν υπάρχει τέτοια ειδική διάταξη, γι’ αυτό η ανθρωποκτονία με συναίνεση θα τιμωρηθεί όπως η κοινή ανθρωποκτονία με πρόθεση. Το ίδιο συμβαίνει και με τη νομοθεσία πολλών άλλων κρατών. Ειδικότερα, η Γαλλική και η Βελγική νομοθεσία, με ρητή διάταξή τους (άρθρο 23 του Γαλλικού Ιατρικού Κώδικα και 21 του Βελγικού Ιατρικού Κώδικα) αποκρούουν την ευθανασία.¹⁴

4. ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

4.1 Οι έννοιες «Εγκεφαλικός Θάνατος» και Καρδιακός Θάνατος»

Μέχρι πριν από λίγες δεκαετίες τα πράγματα ήταν απλά για τη διαπίστωση, τη διάγνωση και την πιστοποίηση του επελθόντος θανάτου. Τα κριτήρια ήταν γενικώς παραδεκτά και κανείς δεν τα αμφισβητούσε. Ήταν δε αυτά: «Η παύση της κίνησης το αίμα καρδιακής λειτουργίας με απουσία παλμού και πτώση της αρτηριακής πίεσεως, της λειτουργίας της αναπνοής, του εγκεφάλου, των νεφρών, του ήπατος. Ήταν σαφές ότι μετά την παύση της καρδιακής λειτουργίας και της αναπνοής, ακολουθούσε ο θάνατος του εγκεφάλου, μετά την παρέλευση λίγων λεπτών»¹³

Ο κ. Δρακόπουλος Σπύρος, χειρουργός στη Μονάδα Μεταμοσχεύσεων του «Ευαγγελισμού», σε άρθρο του στο περιοδικό «Πειραϊκή Εκκλησία», αναφέρει: «Στην πλειοψηφία τους οι άνθρωποι αποθνήσκουν με την κλασική έννοια του θανάτου. Διάφορες παθήσεις, όπως π.χ. έμφραγμα του μυοκαρδίου, πνευμονική εμβολή, ανακοπή, οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια, έχουν ως αποτέλεσμα την οριστική παύση των ζωτικών λειτουργιών του οργανισμού, δηλαδή της αναπνοής και της καρδιακής λειτουργίας. Αρα, το θάνατο του ατόμου, όπως από αιώνες γνωρίζουμε».⁴⁰

Τα πράγματα, όμως, σήμερα έχουν αλλάξει από τη στιγμή που επιτυγχάνεται καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση με τα σύγχρονα τεχνολογικά μέσα, σε καρδιακή ανακοπή.

Πράγματι, μέχρι τη δεκαετία το '50 δεν υπήρχαν τα κατάλληλα μηχανήματα για τη διατήρηση της ζωής με τεχνητή υποστήριξη και το μόνο που μπορούσε να κάνει ο γιατρός σε περίπτωση καρδιακής ανακοπής ήταν να περιμένει να δει αν ο ασθενής θα κατάφερνε από μόνος του να επανακτήσει τις φυσικές λειτουργίες και κυρίως την αναπνοή. Από τη δεκαετία του '50, όμως, και μετά, αναπτύχθηκαν οι τεχνικές ανάνηψης, που με τον καιρό βελτιώθηκαν ώστε σήμερα οι γιατροί να είναι σε θέση να διατηρούν τις ζωτικές λειτουργίες ενός ασθενούς σε κώμα, με την αποκλειστική βοήθεια ειδικών μηχανημάτων.⁴²

4.1.1 «Κλινικός θάνατος»

«Κλινικός θάνατος χαρακτηρίζεται η κατάσταση στην οποία βρίσκεται ένα άτομο, μετά την παύση της λειτουργίας της καρδιάς και πριν επέλθει ο θάνατος του εγκεφάλου. Δηλαδή, πριν από την παρέλευση 4-5 λεπτών, μετά τα οποία

ακολουθεί «ο θάνατος του εγκεφάλου και επέρχεται ο οριστικός θάνατος». Αρα, ο κλινικά νεκρός δεν είναι ακόμα νεκρός. Κατά τα ολίγα λεπτά της φάσεως του κλινικού θανάτου, είναι δυνατόν να επιτευχθεί «καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση» και η επαναφορά του ατόμου στη ζωή. Κατέστη μάλιστα σήμερα δυνατόν να επιμηκυνθούν τα όρια του «κλινικού θανάτου» επί αρκετά μακρό χρονικό διάστημα και μάλιστα με ενέργειες που μπορούν να αρχίσουν και εκτός νοσοκομείου. Για παράδειγμα στον τόπο όπου «έπεσε κάποιος νεκρός» προκειμένου να διατηρηθεί ζωντανός μέχρι τη μεταφορά του στο νοσοκομείο.

Οι τέτοιες δυνατότητες δημιούργησαν κάποια προβλήματα γιατί:

- α) «Επανερχόμενα στη ζωή άτομα» δεν είχαν αυτόνομη καρδιακή λειτουργία.
- β) Παρουσίαζαν μη ανατάξιμες βλάβες του εγκεφάλου που έφταναν μέχρι και χωρίς καμιά δυνατότητα να αποκτήσουν τις αισθήσεις τους». ¹³

Η δυνατότητα, όμως αυτή (παράταση της ζωής με τεχνητά μέσα επί μακρόν) έχει δημιουργήσει ποικίλα προβλήματα, ηθικής, κοινωνικής, οικονομικής τάξεως, οικογενειακά και διάφορα άλλα νομικής φύσεως και ιατρικής ευθύνης, όπως αναλύει ο ιατρός κ. Γεώργιος Παπαγεωργίου. Η παράταση της ζωής του ασθενούς που προσφέρει ή άλλες φορές επιβάλλει η ιατρική τεχνολογία, έχει, σε ορισμένες περιπτώσεις, τέτοια ποιότητα που είναι αμφίβολο αν είναι αποδεκτή από τον ασθενή εάν έχει νόημα για αυτόν.

Συγκεκριμένα, πολλές φορές ο γιατρός είναι υποχρεωμένος ανεξάρτητα από τις προσωπικές, θρησκευτικές ή φιλοσοφικές πεποιθήσεις του, να δώσει λύση σε ένα πρόβλημα το οποίο είναι σύνθετο, γιατί δεν αφορά μόνο τον ασθενή, αλλά και άλλους (οικογένεια, άλλους ασθενείς). Το πρόβλημα είναι επιτακτικό και έχει αντίκτυπο στο κοινωνικό σύνολο. Σε τέτοιες περιπτώσεις η ελεύθερη βούληση του ασθενούς μπορεί να έρθει σε σύγκρουση με τις ηθικές αντιλήψεις του γιατρού, ο οποίος βρίσκεται σε δίλημμα. Το πρόβλημα της διατηρήσεως δηλαδή του ασθενούς στη ζωή, η οποία δεν έχει αυτόνομη καρδιακή λειτουργία και αναπνοή, είναι και οικονομικό.

Η ιατρική δεοντολογία επιτάσσει, ότι οι ασθενείς όλοι πρέπει να απολαμβάνουν νοσηλείας και θεραπείας σε μια δίκαιη αναλογία με τους άλλους ασθενείς και με τη συνολική δυνατότητα διαθέσεως των οικονομικών πόρων. Εάν όμως, οι πόροι είναι περιορισμένοι ποιοι θα προηγηθούν και θα ωφεληθούν από την εφαρμογή θεραπείας;

Στην πράξη, κάθε γιατρός είναι υποχρεωμένος να παράσχει τη μεγαλύτερη δυνατή φροντίδα στους αρρώστους που εμπíπτουν στη δική του ευθύνη και αρμοδιότητα.

Ετσι, όμως, πάρα πολλοί γιατροί έχουν κατηγορηθεί από προγραμματιστές υγείας και πολιτικούς ότι δεν λαμβάνουν υπόψη τους υγειονομικούς πόρους και ότι δεν συμπεριφέρονται με γνώμονα το γενικό καλό.

Τη νέα αυτή τεχνολογική ανακάλυψη συνοδεύουν αναπάντεχα προβλήματα που συνεχώς αναφύονται.⁴²

4.1.2 « Μη ανατάξιμο κόμα» και «εγκεφαλικός θάνατος»

Οι πρόοδοι της επιστήμης οδήγησαν σε αμφισβήτηση «του αξιώματος» να θεωρείται η καρδιά ως «το κέντρο της ζωής» ή να θεωρείται ως «ζων» άτομο, το οποίο έχει υποστεί αμετακλήτως βαριές και εκτεταμένες εγκεφαλικές βλάβες, ενώ η αναπνοή ενδέχεται να διατηρείται με μηχανήμα τεχνητής αναπνοής και η καρδιά σε λειτουργία με ηλεκτρικές διεγέρσεις του καρδιακού παλμού. Ετσι, την τελευταία κυρίως εικοσαετία, εμφανίστηκε η έννοια του «εγκεφαλικού θανάτου», η οποία είναι απόρροια όχι μόνο της προόδου της επιστήμης, αλλά και της δημιουργίας των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας.

Ο εγκέφαλος αποτελείται από δύο κύρια μέρη, τα ημισφαίρια, όπου εδράζονται κυρίως οι φυσικές λειτουργίες (ρύθμιση αναπνοής, κυκλοφορίας κ.λ.π.). Η οριστική καταστροφή (θάνατος) του εγκεφαλικού στελέχους αποκλείει τη δυνατότητα διατήρησης της κυκλοφορίας. Αυτό σημαίνει ότι ο ασθενής αποκλείεται πλέον να διατηρηθεί στη ζωή χωρίς μηχανική υποστήριξη της αναπνοής και φαρμακευτική συντήρηση της αρτηριακής πίεσης. Επιπλέον, μέσω του εγκεφαλικού στελέχους ολοκληρώνεται η δραστηριότητα των εγκεφαλικών ημισφαιρίων, όπου εδράζονται οι ανώτερες λειτουργίες. Το εγκεφαλικό στέλεχος δημιουργεί μηχανισμούς εγρήγορσης, οι οποίοι θέτουν σε λειτουργία τα εγκεφαλικά ημισφαίρια. Μόνο έτσι ενεργοποιείται ο μηχανισμός συνείδησης και είναι δυνατή η γνωστική και συναισθηματική ζωή. Βλέπουμε, λοιπόν, ότι ένα τέτοιο άτομο, με οριστική και ανεπανόρθωτη καταστροφή (θάνατο) είτε ολόκληρου του εγκεφάλου είτε μόνο του εγκεφαλικού στελέχους, αφ' ενός μεν είναι βιολογικά αυτόνομο, αφ' ετέρου δεν έχει νοητική, συναισθηματική και συνειδησιακή εγκεφαλική δραστηριότητα. Η διατήρηση στη ζωή ενός τέτοιου ατόμου είναι δυνατή μόνο με τεχνητά μέσα και πάλι δεν μπορεί να είναι απεριόριστη. Η μακρόχρονη διατήρηση ανθρώπων σε αυτή την κατάσταση δημιούργησε ερωτηματικά για το αν τέτοια άτομα θεωρούνται νεκρά ή όχι και αμφιβολίες για το αν ο μέχρι τότε ορισμός του θανάτου ήταν ακριβής. Η οριστική και αμετάκλητη (μη αναστρέψιμη) βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους ονομάστηκε «εγκεφαλικός θάνατος» (Brain death ή Brain stem death)⁴²

Προς εξέταση του “εγκεφαλικού θανάτου” συστήθηκε Βρετανική επιτροπή η οποία σε ειδικό συνέδριο όρισε τον “εγκεφαλικό θάνατο” και έδωσε τα απαραίτητα κριτήρια για τη διάγνωση του (Depoertunents of Health on the Adnce of the Conference of Royal Colleges and faculties of the United Kingdom), όπως διαβάζουμε στο βιβλίο του John Walton “Νευρολογία”: Κατά την επιτροπή αυτή, “ένα όργανο, ο εγκέφαλος, ο οποίος δεν λειτουργεί πλέον και δεν υπάρχει πιθανότητα να ξαναλειτουργήσει, είναι από κάθε άποψη νεκρό”.

Η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου είθισται να επιβεβαιώνεται από δύο έμπειρους γιατρούς που εξετάζουν ανεξάρτητα. Οι δοκιμασίες θα πρέπει να επαναληφθούν μετά από 24 ώρες και πριν από την απόφαση για διακοπή των μέσων διατήρησης στη ζωή του αρρώστου και την αφαίρεση οργάνων για μεταμόσχευση. Σήμερα θεωρείται περιττό να γίνεται ΗΕΓ (ηλεκτροεγκεφαλογράφημα), γιατί αυτό μπορεί να δείξει φυσιολογικό ρυθμό εγρήγορσης σε περιπτώσεις μη αναστρέψιμης βλάβης του στελέχους.

Οι προϋποθέσεις για τη διάγνωση του “εγκεφαλικού θανάτου” είναι:

1. Ο ασθενής να βρίσκεται σε βαθύ κόμα:

- α) Θα πρέπει να μην υπάρχει υποψία ότι η κατάσταση του οφείλεται σε κατασταλτικά φάρμακα.
- β) Θα πρέπει να έχει αποκλειστεί η πρωτοπαθής υποθερμία ως αίτιο του κόματος.
- γ) Θα πρέπει να έχουν αποκλειστεί ενδοκρινείς ή μεταβολικές διαταραχές που μπορεί να είναι υπεύθυνες ή να συμβάλλουν στο κόμα.

2. Ο ασθενής να διατηρείται στον αναπνευστήρα γιατί η αυτόματη αναπνοή ήταν προηγούμενα ανεπαρκής ή είχε καταργηθεί.

- α) Θα πρέπει να έχουν αποκλειστεί ως αίτια της αναπνευστικής ανεπάρκειας ή παύσης τα μυοχαλαρωτικά (ουσίες που προκαλούν αποκλεισμό της νευρομυϊκής σύναψης) ή άλλες ουσίες.

3. Δεν πρέπει να υπάρχει αμφιβολία ότι η κατάσταση του ατόμου οφείλεται σε μη ιάσιμη ανατομική βλάβη του εγκεφάλου. Θα πρέπει να έχει πλήρως επιβεβαιωθεί η διάγνωση της διαταραχής που τον οδήγησε στον εγκεφαλικό θάνατο.⁴³

Κατά τον ιατρό κ. Αθανάσιο Αβραμίδη, “παρά την αποδοχή του εγκεφαλικού θανάτου” η επιστημονική πρόοδος προχώρησε στη διαμόρφωση ενός “ομοειδούς ορισμού του θανάτου”, ούτως ώστε να μην δίνεται προτεραιότητα σε κάποια από τις δύο μορφές αυτού, “εγκεφαλικό” και “καρδιοαναπνευστικό”.

Ο νέος αυτός “ομοειδής ορισμός” του θανάτου εδόθη από τους “Ιατρικούς Συλλόγους Διάγνωσης του Θανάτου”. Οι σύμβουλοι αυτοί είναι της “επιτροπής του προέδρου των Η.Π.Α. για τη μελέτη των ηθικών προβλημάτων στην Ιατρική και Βιο-Ιατρική και την έρευνα της συμπεριφοράς”.

4.2 Απόψεις των ιατρικών επαγγελματιών όσον αφορά την ευθανασία και ιατρικοί ηθικοί κώδικες.

Η δύναμη για την ευθανασία έχει ζωηρά αυξηθεί τα τελευταία χρόνια. Η εξέλιξη στην τεχνολογία έχει καταστήσει εφικτή την επέκταση του ορίου ζωής σχεδόν απεριόριστα. Παρά την πρόσφατη εξέλιξη δεν είναι πάντα δυνατή η αποφυγή του τρομακτικού πόνου, ο οποίος συνοδεύει μερικές μοιραίες ασθένειες. Αυτό έχει ωθήσει ορισμένους στην επανεκτίμηση των μεθόδων που χρησιμοποιούνται από τους θεραπευτές υγείας, ώστε η διαδικασία του θανάτου να καταστεί ευσπλαχνέστερη και αξιοπρεπέστερη. Και ενώ υπάρχουν αναλογικά λίγες κοινωνιολογικές μελέτες, όσον αφορά την ευθανασία, πολλές απόψεις συγκλίνουν στο ότι η βοήθεια για μεγαλύτερη αυτονομία των ασθενών στην προσπάθεια τερματισμού της ζωής μάλλον αυξάνει.

Ο ευρύτερα γνωστός ηθικός κώδικας στην ιατρική προέρχεται από τον Ιπποκράτη. Παρ’ όλο που αυτή η παράδοση δεν ήταν ευρέως αποδεκτή όταν πρωτοεισήλθε στην Ελληνική κουλτούρα, κατέληξε να εξελιχθεί στο ηθικό σύστημα με την μεγαλύτερη επιρροή στην εξάσκηση της ιατρικής, στις Δυτικές Κοινωνίες. Ο όρκος του Ιπποκράτη ωστόσο, είναι ξεκάθαρος, όσον αφορά την αντίθεση του προς την ευθανασία. Οι ιατροί επιβεβαιώνουν: “Δε θα δώσω ποτέ θανατηφόρο φάρμακο σε οποιονδήποτε το ζητήσει, ούτε θα συμβουλευσω προς αυτή την κατεύθυνση. Κατά τον ίδιο τρόπο δε θα δώσω σε γυναίκα συνταγή για έκτρωση. Καθαρά και ολοκληρωτικά θα περιφρουρήσω τη ζωή και την τέχνη μου”.

Το δίλημμα όμως, που τίθεται από τη συνέχιση του όρκου του Ιπποκράτη βρίσκεται στην ημερομηνία λήξης του. “Όταν οι γιατροί δίνουν τον όρκο, υπόσχονται να μην προχωρήσουν σε έκτρωση ή επέμβαση και να κρατούν τις ιατρικές πληροφορίες κρυφές από οποιονδήποτε άλλο εκτός από την οικογένεια. Είναι εμφανές λοιπόν, ότι κάθε μία από αυτές τις κατευθύνσεις παραβιάζεται σε καθημερινή βάση στη σύγχρονη εποχή. Ο ιατρός που εξαρτάται από τον όρκο του Ιπποκράτη αφήνεται να “περάσει από κόσκινο” τον όρκο, προκειμένου να κατασταλάξει στο “ποια ηθική είναι αποδεκτή και ποια πρέπει να παραβλέπει”.

Μετά το II Παγκόσμιο Πόλεμο έγιναν δύο προσπάθειες από επαγγελματική οργάνωση για να επισημανθεί η εκτός εποχής φύση του όρκου του Ιπποκράτη, κάνοντας έτσι ένα βήμα στην αναγνώριση των διλημάτων που

παρουσιάζονται από την πρόοδο στην ιατρική. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1948) υιοθέτησε την “Διακήρυξη της Γενεύης” και ο Αμερικάνικος Ιατρικός Σύνδεσμος (1957 και 1980) σχημάτισε τις “Αρχές της Ιατρικής Ηθικής”. Και οι δύο ηθικοί κώδικες απέσυραν την απαγόρευση της έκτρωσης, της επέμβασης και την απαίτηση για μυστικότητα. Αντιθέτως, η υπόσχεση για διατήρηση του σεβασμού προς την ανθρώπινη ζωή και αξιοπρέπεια συμπεριλαμβάνεται επίσης. Οι αλλαγές που επήλθαν από τη “Διακήρυξη της Γενεύης” και από τις “Αρχές της Ιατρικής Ηθικής” φέρνουν στο φως ερωτήσεις, που αφορούν τη χρησιμότητα των δύο αυτών ντοκουμέντων στην εξάσκηση της ιατρικής. Και ενώ μερικοί υποστηρίζουν ότι βρίσκονται κοντά στο πνεύμα της εποχής, κάποιοι άλλοι πιστεύουν πως τα όρια είναι πολύ ασαφή για να μπορέσουν να δώσουν ηθική κατεύθυνση. Ο εκσυγχρονισμός ωστόσο, έχει οδηγήσει στην τροποποίηση των ηθικών κωδίκων, ούτως ώστε αυτοί να γίνουν χρησιμότεροι στην καθημερινή εξάσκηση της ιατρικής, παρέχοντας βασικές κατευθύνσεις και επιτρέποντας ταυτόχρονα στον ιατρό να ακολουθεί τις προσαγές της συνείδησής του.⁴⁴

Από την άλλη πλευρά όμως, αξίζει να παρατεθούν σε αυτό το σημείο και οι απόψεις του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου για την ευθανασία (ΠΙΣ). Αυτές εκφράστηκαν σε απάντηση του σε ερωτηματολόγιο, που τέθηκε από το Συμβούλιο της Ευρώπης τον Αύγουστο του 1987, και συνοψίζονται στα εξής: «Ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος έχει επανειλημμένα διακηρύξει την αντίθεσή του σε οποιαδήποτε μορφή πρακτικής της ευθανασίας (ενεργητικής ή παθητικής, εκούσιας ή ακούσιας και για οποιονδήποτε λόγο). Η ευθανασία σε όλες τις διακρίσεις έχει την αυτή κοινωνική απαξία. Η πρακτική της ευθανασίας είναι δυνατό να οδηγήσει το γιατρό από εγγυητή και θεματοφύλακα της ανθρώπινης ζωής, σε κριτή και δήμιο, του ποιός δικαιούται να ζήσει και ποιός όχι. Γίνεται δεκτό ότι αναμφισβήτητο δικαίωμα του κάθε ανθρώπου είναι το να δεχθεί ή να αρνηθεί την οποιαδήποτε ιατρική αγωγή. Όμως, το δικαίωμα αυτό του ασθενή, δε μπορεί να οδηγήσει το γιατρό του να προβεί σε πράξεις αφαίρεσης της ζωής του, η την σύντμηση του υπόλοιπου χρόνου του. Η ευπαθής συνείδηση του γιατρού αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα του, για την παροχή της οποιασδήποτε ιατρικής πράξης στον οποιοδήποτε ...». Η επισφράγιση, τέλος των απόψεων του ΠΙΣ, γίνεται με την άρνηση του να αποδεχθεί το «Living Will», γνωστό και ως «διαθήκη θανάτου».²⁹

Σύμφωνη γνώμη φαίνεται πως προκύπτει και από τη διακήρυξη της Βενετίας του 1983 σχετικά με την τελική φάση μιας ασθένειας, η οποία και συνοψίζεται στα εξής κεφαλαιώδη: 1. Ο γιατρός έχει σαν αποστολή να θεραπεύει και στο μέτρο του δυνατού να ανακουφίζει τους πόνους, έχοντας πάντοτε στο νου

του το συμφέρον του ασθενούς. 2 Η αρχή αυτή δεν επιδέχεται εξαίρεσης, ούτε στην περίπτωση ανίατης ασθένειας ή επιδείνωσης της κατάστασης.

Είναι εμφανές λοιπόν, πως η πλειοψηφία του ιατρικού κόσμου απορρίπτει την ευθανασία ως αντίθετη προς την ιατρική δεοντολογία και τον όρκο του Ιπποκράτη. Καθοριστική άλλωστε, είναι και η θέση της Χριστιανικής και Ιουδαϊκής ηθικής, η οποία τείνει να χαρακτηριστεί απαγορευτική, όσον αφορά την ενεργητική ευθανασία. Έτσι, το είδος της κατάστασης αυτής είναι δυνατό να οδηγήσει ένα άτομο με ισχυρές θρησκευτικές πεποιθήσεις στο να διαφωνήσει με την αφαίρεση της ζωής (θεωρητικά και έμπρακτα), ακόμη και όταν κινητήριο μοχλό αποτελεί ο οίκτος. Αυτό, βέβαια, δε σημαίνει ότι εκλείπουν και οι υποστηρικτές αυτής. Τα τελευταία χρόνια, μάλιστα πληθαίνουν οι πιέσεις που ασκούνται από συγκεκριμένες ομάδες ενδιαφερομένων προς τις κυβερνήσεις αλλά και την κοινή γνώμη, προκειμένου να αλλάξει η νοοτροπία του κόσμου και να αναγνωρισθεί νομοθετικά το δικαίωμα στο θάνατο, όπως ακριβώς υπάρχει αναγνωρισμένο το δικαίωμα στη ζωή. Ο πειρασμός του λεγόμενου «γλυκού θανάτου» κατακτά συνεχώς έδαφος.⁴⁴

5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Η Νοσηλευτική είναι έργο που αποβλέπει στη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας, τη νοσηλεία των ασθενών, την αποκατάσταση και προαγωγή της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινωνίας.

Η Νοσηλευτική είναι προσφορά υπηρεσίας προς τον άνθρωπο σε διάφορα στάδια υγείας και ασθένειας. Διδάσκει και καθοδηγεί το άτομο για να επιτύχει και διατηρήσει το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας. Βοηθεί εκείνον που βρίσκεται σε ένα στάδιο υψηλού κινδύνου, δηλαδή σε προνοσηρή κατάσταση, ώστε να αποφευχθεί η ανάπτυξη ενός προβλήματος υγείας. Ανιχνεύει και ανευρίσκει τους ασθενείς στα πρώιμα στάδια της αρρώστιας και συντελεί στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, ώστε να προλαμβάνεται μεγαλύτερη επιβάρυνση της υγείας ή και ο θάνατος. Νοσηλεύει τους αρρώστους και προσπαθεί να τους φέρει στο καλύτερο επίπεδο για να αμυνθούν έναντι της ασθένειας. Και τέλος, φροντίζει για την αποκατάσταση του αρρώστου, κατά τρόπον ώστε να αποφύγει την αναπηρία σαν κατάληξη της αρρώστιας ή να αναπτύξει το μέγιστο δυναμικό του μέσα στα όρια της αναπηρίας του ή να έχει ειρηνικά τα τέλη της ζωής του. Το μοναδικό έργο της Αδελφής Νοσοκόμου, όπως περιγράφει η Henderson, είναι η βοήθεια του ατόμου, υγιούς ή ασθενούς, για όσο διάστημα χρειάζεται στην

εκτέλεση των δραστηριοτήτων που συμβάλλουν στην υγεία ή την αποκατάσταση της ή ακόμη και στον ειρηνικό θάνατο. Τις δραστηριότητες αυτές θα εκτελούσε το ίδιο το άτομο αν είχε την απαραίτητη δύναμη, θέληση ή γνώση.

Η νοσηλευτική επιστήμη όπως και η ιατρική υπόσχεται ότι θα τηρήσει τη Χριστιανική εντολή «ου φονεύσεις» όπως σαφώς διατυπώνεται μέσα στον νοσηλευτικό όρκο:

«... Ου δώσω δε ουδέ Φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμον, ουδέ υφηγησομαι συμβουλίην την δε ομοίως δε ουδέ γυναικί πεσσόν φθόριον δώσω».⁴⁵

Η καθημερινή όμως, εξάσκηση της νοσηλευτικής σε συνδυασμό με την πρόοδο της βιο-τεχνολογίας έφεραν στην επιφάνεια ηθικούς και νομικούς προβληματισμούς καθώς και πρακτικά διλήμματα. Το θέμα της ευθανασίας διαγράφεται ως το πρώτο ηθικό δίλημμα κατά τη διάρκεια της άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος σε ποσοστό 46% σύμφωνα με ερευνητικές μελέτες στο νοσηλευτικό προσωπικό στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Η στενή σχέση του νοσηλευτικού προσωπικού με τον ασθενή στις φάσεις της διάγνωσης, του πόνου και του θανάτου, κάνει επιτακτική την ανάγκη για επίλυση αυτού του διλήμματος, δίλημμα που επιτείνεται και από τους προσωπικούς φόβους των νοσηλευτριών, ως ανθρώπων, για το θάνατο.⁴⁶ Η εφαρμογή της ενεργητικής ευθανασίας φαίνεται μακρινή, ωστόσο όμως η παθητική ευθανασία εφαρμόζεται από μερικά νοσηλευτικά ιδρύματα ανά τον κόσμο με τη μορφή του DNR - order (do not resuscitate) ή του τερματισμού της σίτισης και της ενδοφλέβιας ενυδάτωσης. Οι περισσότεροι επιστήμονες συμφωνούν ότι θα πρέπει να δοθεί περισσότερη σημασία στην καλύτερη και εξειδικευμένη φροντίδα αυτών που πεθαίνουν προκειμένου να εξασφαλιστεί ο ήρεμος και ανώδυνος θάνατος και να διαφυλαχθεί μέχρι την τελευταία στιγμή η ποιότητα της ζωής τους, γεγονός που αποτελεί πρόκληση για τη νοσηλευτική επιστήμη και τέχνη και πραγματική προσφορά στο συνάνθρωπο.

Οι ασθενείς που βρίσκονται στα τελικά στάδια μιας νόσου αποτελούν μια ξεχωριστή κατηγορία ασθενών που προβληματίζει έντονα την υγειονομική ομάδα, γιατί και αυτοί οι ασθενείς αναμφίβολα διατηρούν το δικαίωμα στη ζωή, ωστόσο όμως πολύ εύκολα μπορεί να αποτελέσουν ευάλωτα θύματα της κακής χρήσης της ευθανασίας.⁴⁷

Είναι αλήθεια, ωστόσο, ότι το νοσηλευτικό έργο προϋποθέτει μεγάλη ευθύνη και κατά συνέπεια μεγάλο κόπο. Παρατηρούνται συγκρούσεις συνειδήσεως όταν η εκτέλεση του νοσηλευτικού καθήκοντος φαίνεται μάταιη και ανώφελη για τον άρρωστο, όταν ο ίδιος ο άρρωστος ή οι συγγενείς ή και οι συνεργάτες ακόμη προτείνουν κάτι αντίθετο, όπως τη διακοπή της παροχής οξυγόνου ή της τεχνητής

αναπνοής για να επέλθει ο θάνατος, αφού δεν υπάρχει καμιά προοπτική βελτίωσης.

Η ευθανασία προβάλλεται καθαρά μέσα στο χώρο του νοσοκομείου στο ιατρικό όπως και στο νοσηλευτικό προσωπικό. Εχουμε εμείς σαν νοσηλευτές το δικαίωμα να προκαλέσουμε ή να επισπεύσουμε, για τη συντόμευση της οδυνηρής και μοιραίας έκβασης της αρρώστιας, τον ανώδυνο θάνατο με τη χορήγηση φαρμάκων ή της παύσης των υποστηρικτικών για τη ζωή μηχανημάτων;⁴⁵

Ο Ελληνικός Νοσηλευτικός Σύνδεσμος δεν έχει διατυπώσει ακόμη επισήμως, τη στάση που παίρνει σχετικά με το θέμα της ευθανασίας. Κρίνεται σκόπιμο λοιπόν, να παρατεθούν τα βασικά σημεία της τοποθέτησης του Αμερικανικού Νοσηλευτικού Συνδέσμου (A.N.A.), όπως αυτά διατυπώνονται μέσα από τις αποφάσεις ομάδας εργασίας, που συστάθηκε προκειμένου να καταστρώσει μια αποδεκτή πολιτική επάνω στο θέμα: «ο ρόλος των νοσηλευτών στις αποφάσεις για τον τερματισμό της ζωής» Αφορμή, στάθηκε η διάσταση που πήραν την Ανοιξη του 1991, τα πρωτοσέλιδα αφιερώματα στη δράση του Dr Kenokian (Dr death).

Αποτέλεσμα των ενεργειών της ομάδας εργασίας ήταν τέσσερεις θεμελιακές τοποθετήσεις, σημαντικές αλλά, ωστόσο καμμία δεν αναφερόταν ευθέως στο ζήτημα της ευθανασίας. Η ομάδα παρουσίασε και το συμβούλιο ενέκρινε τοποθετήσεις των νοσηλευτών πάνω σε θέματα αντιμετώπισης του πόνου σε ανίατες ασθένειες, καρδιοαναπνευστικής υποστήριξης, ζητήματα συνέχισης θρέψης και ενυδάτωσης.

Μάλιστα, μερικούς μήνες αργότερα, η ομάδα εργασίας παρουσίασε το καλύτερο δυνατό έργο της, που ήταν μια μακρά συζήτηση με ξεκάθαρα συμπεράσματα: «Κανείς νοσηλευτής να μην εμπλακεί σε ζητήματα ευθανασίας». Και ενώ τα μέλη της ομάδας έκριναν ξεκάθαρα το έργο και τα συμπεράσματα του, αργότερα έμειναν έκπληκτοι μαθαίνοντας ότι το έργο τους αντιμετωπίστηκε ως δογματικό.

Αυτό είχε σαν συνέπεια να επεξεργαστούν πάλι την αρχική τους εργασία, το τελικό προϊόν της οποίας υιοθετήθηκε από το συμβούλιο του Αμερικανικού Νοσηλευτικού Συνδέσμου (A.N.A.), το Δεκέμβριο του 1994. Έτσι αυτό είναι α) πιο εμπειριστατωμένο και σύνθετο β) είναι γεμάτο θετικές παραινέσεις και γ) αν και επιμένει πως η ευθανασία δεν είναι ηθικά αποδεκτή από την νοσηλευτική παράδοση, αναγνωρίζει ωστόσο ότι υπάρχουν νοσηλευτές που πιστεύουν το αντίθετο ή νοσηλευτές, που παρά τις αρχικές τους αναστολές αποδέχονται την ευθανασία και είναι δυνατόν να εμπλακούν αυτοί με απόλυτη συναίσθηση στην εφαρμογή της.

Ο Α.Ν.Α. επιπλέον, τοποθετεί την ευθανασία έξω από την ιστορική παράδοση της νοσηλευτικής και αν και παρουσιάζει σχετικά διαλλακτική στάση, επιμένει ότι αυτοί που επιλέγουν κάτι τέτοιο δεν πρόκειται να δικαιωθούν από πλευράς επαγγελματικής ηθικής στο παρόν ή το μέλλον.

Θεωρεί, επίσης πως η παύση των υποστηρικτικών για τη ζωή μηχανημάτων, φαρμάκων δεν είναι ευθανασία και δεν πρέπει να συγχέεται με τη χορήγηση φαρμάκων για τον τερματισμό της ζωής.

Καλεί τους νοσηλευτές να απαντούν σε σκέψεις ασθενών που επιθυμούν να υποβληθούν σε ευθανασία, με συμπόνια και όχι κριτική, με διάθεση ανάλυσης και όχι δυσφορία.

Συγκεκριμένα δηλώνεται ότι:

- Σκέψεις για τερματισμό της ζωής είναι κοινές σε περιπτώσεις ανίατης ασθένειας.
- Η συζήτηση γύρω από το θέμα δεν αυξάνει την πιθανότητα να πραγματοποιηθεί η σκέψη, αντιθέτως μάλλον τη μειώνει.
- Η επιθυμία για ευθανασία μπορεί να οφείλεται σε συνδυασμό γεγονότων. Η αναγνώριση των γεγονότων που ίσως ωθούν σε ανησυχία, επιτρέπει στο νοσηλευτή να επιχειρήσει να αλλάξει τη στάση του ασθενούς.

Η νέα τοποθέτηση καλεί τους νοσηλευτές να:

- Προάγουν την ελεύθερη έκφραση σκέψεων.
- Αποφεύγουν την κριτική.
- Ερευνούν το νόημα τέτοιων σκέψεων με τις οικογένειες και τους ασθενείς.
- Επαναλαμβάνουν υποσχέσεις για την καλύτερη δυνατή φροντίδα.
- Διπλασιάζουν τις προσπάθειες για την αντιμετώπιση βιολογικών - ψυχολογικών - πνευματικών - κοινωνικών συμπτωμάτων, που περιορίζουν την ποιότητα ζωής.

Η τοποθέτησή του τέλος, ολοκληρώνεται με τη διευκρίνιση πως η νοσηλευτική είναι γεμάτη από ηθικά διλήμματα χωρίς απλή λύση. Πιο συγκεκριμένα, καταδίκη του διευκολυνόμενου τερματισμού της ζωής είναι άκαιρη και ανήθικη απάντηση στον καθημερινό αγώνα των νοσηλευτών να προσφέρουν φροντίδα σε όσους υποφέρουν.⁴⁸

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπό της παρούσας μελέτης αποτελεί η ανάγκη να κατανοηθεί το πρόβλημα της καλούμενης «ευθανασίας» και των μορφών αυτής. Να διερευνηθούν οι απόψεις που έχουν εκφρασθεί γύρω από αυτό και όλες εκείνες οι αποφάσεις που έχουν κατοχυρωθεί μέσα από τις διατάξεις των νόμων.

Στη προσπάθειά μας να ερευνήσουμε σε ποιο βαθμό οι νοσηλευτές είναι ενημερωμένοι σχετικά με την έννοια του όρου "ευθανασία", τους προβληματισμούς που αναπτύσσουν σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο καθώς και τη στάση που ακολουθούν στο εργασιακό τους περιβάλλον, όντες αντιμέτωποι με την επιθυμία ασθενούς ή οικείου προσώπου να λυτρωθεί από την επιθανάτια αγωνία, επιλέξαμε την πόλη της Πάτρας. Η επιλογή αυτή βασίστηκε στα πιο κάτω χαρακτηριστικά:

- 1) Η Πάτρα διαθέτει Νοσοκομεία με άρτια εξοπλισμένες κλινικές και μονάδες εντατικής θεραπείας για την παρακολούθηση και περίθαλψη βαρέως πασχόντων ασθενών, που είναι δυνατόν να εκφράσουν την επιθυμία να συντηηθεί η ζωή τους και η επιθανάτια αγωνία τους μέσω της διαδικασίας κάποιας μορφής ευθανασίας.
- β) Στα Νοσοκομεία της εργάζονται νοσηλευτές/τριες όλων βαθμίδων με πολύχρονη εμπειρία και κατά συνέπεια πιθανή ολοκληρωμένη άποψη σχετικά με τα ζητήματα της Νοσηλευτικής Ηθικής.

2. ΥΛΙΚΟ

Το υλικό μας αποτέλεσαν νοσηλευτές/τριες, οι οποίοι επιλέχθηκαν με τον εξής τρόπο: από το Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Πατρών "Ο Άγιος Ανδρέας", το "409" Στρατιωτικό Νοσοκομείο και το Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών. Ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε 240 νοσηλευτές/τριες όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης (Ανωτάτης Νοσηλευτικής, Τ.Ε.Ι, διетуός φοίτησης, μονοετούς φοίτησης). Ο τρόπος επιλογής του υλικού έγινε με τρόπο εντελώς τυχαίο.

Από τους 240 νοσηλευτές/τριες που επιλέχθηκαν δέχθηκαν να συμμετέχουν οι 209. Οι υπόλοιποι 31 (ποσοστό 12,9%) αρνήθηκαν χρησιμοποιώντας διάφορες προφάσεις που σαν αιτία είχαν είτε το φόρτο εργασίας, είτε την απαγόρευση της συμμετοχής τους σε ερωτηματολόγια με το συγκεκριμένο θέμα από τους διευθυντές ή τους προϊστάμενους των κλινικών τους.

Το σύνολο των άκυρων ερωτηματολογίων της έρευνας ανήλθε σε (ποσοστό 2,9%) και αφορούσε ερωτηματολόγια με ανεπαρκείς απαντήσεις (2), με πολλές αντιφατικές απαντήσεις (1) καθώς κάποια, ακόμα, στα οποία δεν συμπληρώθηκε το φύλο (3).

3. ΜΕΘΟΔΟΣ

Η έρευνα έγινε με τη μορφή ερωτηματολογίου που συντάχθηκε με τέτοιο τρόπο ώστε να ερευνηθεί σε βάθος το μείζον θέμα της ευθανασίας (όπως για παράδειγμα η γνώση για την έννοια του όρου ευθανασία).

Στην παρούσα μελέτη, όπως θα γίνει φανερό στην συνέχεια, πολλές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν όπως ακριβώς ήταν διατυπωμένες στο ερωτηματολόγιο, ενώ παράλληλα έγιναν και συνδυασμοί ερωτήσεων. Σκοπός των συνδυασμών ήταν αφενός η αύξηση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου και αφετέρου η συμπαγής παρουσίαση ομάδων ερωτήσεων που αφορούσαν παρόμοιο θέμα (όπως για παράδειγμα η πλήρης και σωστή ενημέρωση των νοσηλευτών).

Η μελέτη μας πραγματοποιήθηκε με ανώνυμο κλειστό ερωτηματολόγιο (Παράρτημα Α) που απαρτίστηκε από 28 ερωτήσεις. Από αυτές η πρώτη αφορούσε το φύλο των συμμετεχόντων, η ερώτηση 2 αφορούσε την ηλικία, η 3 το θρήσκευμα, η 4 το επίπεδο σπουδών και η ερώτηση 5 αφορούσε τα έτη ασκήσεως επαγγέλματος. Στις παραπάνω ερωτήσεις 1 (φύλο), 2 (ηλικία) και 4 (επίπεδο σπουδών) δώσαμε ιδιαίτερη προσοχή μιας και προσπαθήσαμε να συσχετίσουμε τις υπόλοιπες ερωτήσεις με αυτές.

Οι άλλες ερωτήσεις αφορούσαν κατευθείαν το θέμα της ευθανασίας είτε σε προσωπικό επίπεδο (ερώτηση 10 «Σας έχει απασχολήσει το ζήτημα σε προσωπικό - οικογενειακό επίπεδο;», ερώτηση 26 «Εάν ο βαρέως πάσχων, ανήκε στο οικείο σας περιβάλλον, θα προβαίνατε στην εφαρμογή ευθανασίας;» και ερώτηση 25 «Εάν ο βαρέως πάσχων, ήσασταν εσείς, θα αποφασίζατε να υποβληθείτε σε ευθανασία;») είτε σε επαγγελματικό επίπεδο (ερώτηση 11 «Σας έχει απασχολήσει το ζήτημα σε επαγγελματικό επίπεδο;», ερώτηση 18 «Δεχθήκατε ποτέ πίεση από ιατρούς συνεργάτες να συμμετάσχετε σε μια τέτοια διαδικασία;», ερώτηση 19 «Εάν ο/η προϊστάμενος/νη νοσηλεύτης/τρια απαιτούσε την συμμετοχή σας στην εφαρμογή μιας τέτοιας διαδικασίας, θα συνεργαζόσασταν για την υλοποίησή της;», ερώτηση 20 «Εάν ναι, ανεξαρτήτως των πεποιθήσεων σας, θα νιώθατε αναγκασμένοι να υποκύψετε, προκειμένου να διασφαλίσετε την καλή εργασιακή σχέση με τους συνεργάτες σας;», ερώτηση 23 «Η επιθυμία για ευθανασία μπορεί να οφείλεται σε συνδυασμό γεγονότων. Θεωρείτε, ότι η ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα είναι δυνατόν να αλλάξει την απόφαση του ασθενή ή του οικείου του περιβάλλοντος, να τερματίσει τη ζωή του;»), είτε σε συνδυασμό προσωπικών και επαγγελματικών παραγόντων (ερώτηση 12 «Σκεφτήκατε ποτέ, όντες αντιμέτωποι με μια οδυνηρή κατάσταση ενός βαρέως πάσχοντος, ότι θα ήταν προτιμότερο αυτός να πεθάνει;», ερώτηση 13 «Έχετε έλθει ποτέ, αντιμέτωποι

με την επιθυμία ασθενούς ή του οικείου περιβάλλοντος αυτού, να υποβληθεί σε κάποια μορφή ευθανασίας;»)

Τέθηκαν επίσης ερωτήσεις που αφορούσαν την υποκειμενική αντιμετώπιση του νοσηλευτικού χώρου απέναντι στο μείζον ζήτημα της ευθανασίας (ερώτηση 7 «Τί σημαίνει για εσάς ο όρος “Ευθανασία”;

α) Ηθελημένη θανάτωση ανίατου ασθενή, με τη συναίνεση του ή χωρίς αυτήν, προς ανακούφιση ή απολύτρωση του από την επιθανάτια αγωνία ;

β) Συνέργια σε “ανθρωποκτονία” εκ προμελέτης, που καταδικάζεται από το νόμο;», ερώτηση 9 «Ανακοίνωση του Αμερικανικού Νοσηλευτικού Συνδέσμου υπαγορεύει πως : Η παύση των υποστηρικτικών για τη ζωή μηχανημάτων, φαρμάκων δεν είναι ευθανασία και δεν πρέπει να συγχέεται με την χορήγηση φαρμάκων για τον τερματισμό της ζωής. Συμφωνείτε;», ερώτηση 15 «Θεωρείτε την απόφαση για ευθανασία;», ερώτηση 16 «Ποιοί από τους παρακάτω λόγους θα επηρέαζαν την απόφαση σας να συμμετέχετε σε μια τέτοια διαδικασία;», ερώτηση 17 «Εάν ήσασταν νομικά κατοχυρωμένοι, θα συμμετείχατε ποτέ στην εφαρμογή κάποιας μορφής ευθανασίας;», ερώτηση 24 «Πιστεύετε ότι σε κάποιες περιπτώσεις, ίσως και να επισπεύσθηκε ο θάνατος ενός κλινικά νεκρού ατόμου, προκειμένου να ληφθούν τα ζωτικά του όργανα για μεταμόσχευση;», ερώτηση 25 «Εάν ναί, γνωρίζετε τέτοιες περιπτώσεις;», ερώτηση 28 «Εντέλει, συμφωνείτε με την εφαρμογή της ευθανασίας;») καθώς και ερωτήσεις όπου αναδεικνύεται η συναδελφική αλληλεγγύη (ερώτηση 21 «Εσείς, θα παρακινούσατε τους συνεργάτες σας να συμμετέχουν στην εφαρμογή ευθανασίας;» και ερώτηση 22 «Θα καταγγέλατε ποτέ συνάδελφοι που διενήργησε κάποιας μορφής ευθανασία;»).

Τέλος, το ερωτηματολόγιό μας συμπλήρωσε και ένας αριθμός καίριων ερωτήσεων που αφορούσαν την γνώση περί την έννοια της ευθανασίας και των διαφορετικών ειδών της (ερώτηση 6 «Θεωρείτε ότι είστε πλήρως ενημερωμένοι σχετικά με την ακριβή έννοια του όρου ευθανασία; και ερώτηση 8 «Γνωρίζετε τη διάκριση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας;» καθώς και την δυνατότητα συμμετοχής στη διενέργεια οποιαδήποτε μορφής ευθανασίας.

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας μετά την συλλογή τους από την ερευνητική ομάδα ήταν η ακόλουθη: Αρχικά πραγματοποιήθηκε έλεγχος των απαντήσεων ώστε να ακυρωθούν τυχόν λάθη (ακύρωση 6 ερωτηματολογίων) και στην συνέχεια έγινε η εισαγωγή των στοιχείων αυτών σε Η/Υ.

Την εισαγωγή ακολούθησε δειγματοληπτικός έλεγχος για την διασφάλιση της ορθής αντιγραφής των στοιχείων με πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα. Μόλις 1 ερώτηση σε δείγμα 20 ερωτηματολογίων που ελέχθησαν βρέθηκε λανθασμένη (ποσοστό 0.16%).

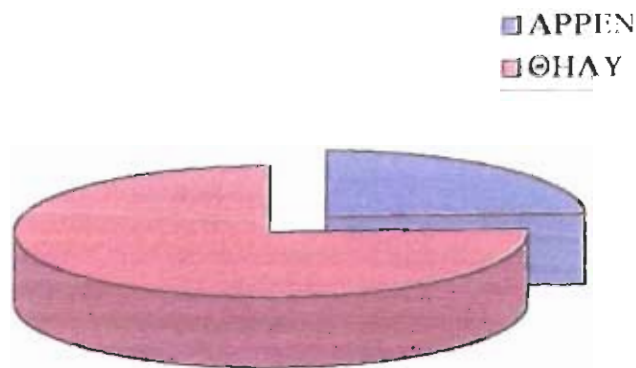
Για την ανάλυση των δεδομένων μετά την καταγραφή των απαντήσεων σε πίνακες με τις συχνότητες και τις σχετικές συχνότητες τους χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος χ^2 (είτε σε απλή μορφή είτε με την διόρθωση κατά Yates) δεδομένου ότι ο έλεγχος αυτός ενδείκνυται τόσο σε ποιοτικά όσο και σε διατάξιμα χαρακτηριστικά ⁽⁶⁵⁾.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα εργασία μελετήθηκαν ως προς τις διάφορες παραμέτρους του ερωτηματολογίου οι απαντήσεις από 203 νοσηλεύτριες ηλικία 20 - 60 ετών (Πίνακας 2, Σχήμα 2). Από αυτούς οι 82 ήταν 20-29 ετών (40,39%), οι 94 ηλικίας 30-39 ετών (46,31%), οι 23 ηλικίας 40-49 ετών (11,33%) ενώ υπήρχαν και 4 (1,97%) με ηλικία μεγαλύτερη των 50 ετών. Η μέση ηλικία τους ήταν $32,49 \pm 7,04$ ($X \pm SEM$). Από τους ερωτηθέντες οι 49 ήταν άνδρες (24,14%) και οι 154 ήταν θήλειες (75,86%) (Πίνακας 1, Σχήμα 1).

Ερώτηση 1 : Φύλο		
ΦΥΛΟ	f	rf%
ΑΡΡΕΝ	49	24,14
ΘΗΛΥ	154	75,86
ΣΥΝΟΛΟ	203	100,00

Πίνακας 1: Κατανομή του φύλου των ερωτηθέντων

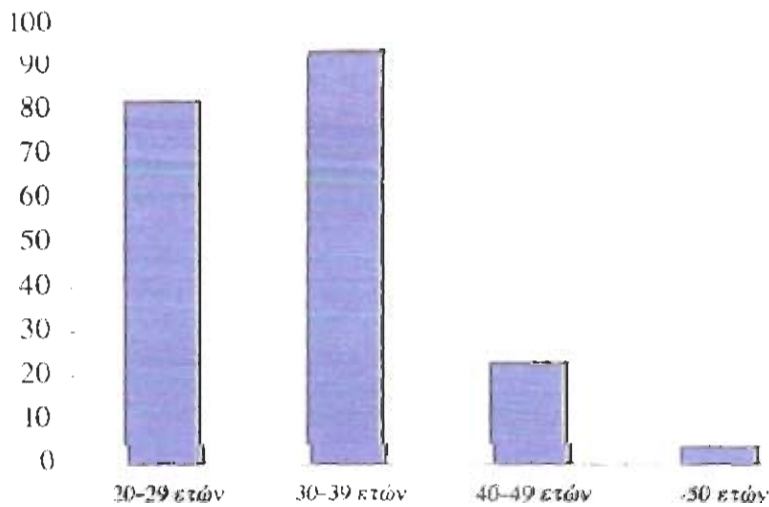


Σχήμα 1: Γραφική παράσταση της κατανομής του φύλου των ερωτηθέντων

Ερώτηση 2 : Ηλικία

	f	rf%
20-29 ετών	82	40,39
30-39 ετών	94	46,31
40-49 ετών	23	11,33
≥50 ετών	4	1,97
ΣΥΝΟΛΟ	203	100,00

Πίνακας 2 : Κατανομή της ηλικίας των ερωτηθέντων.



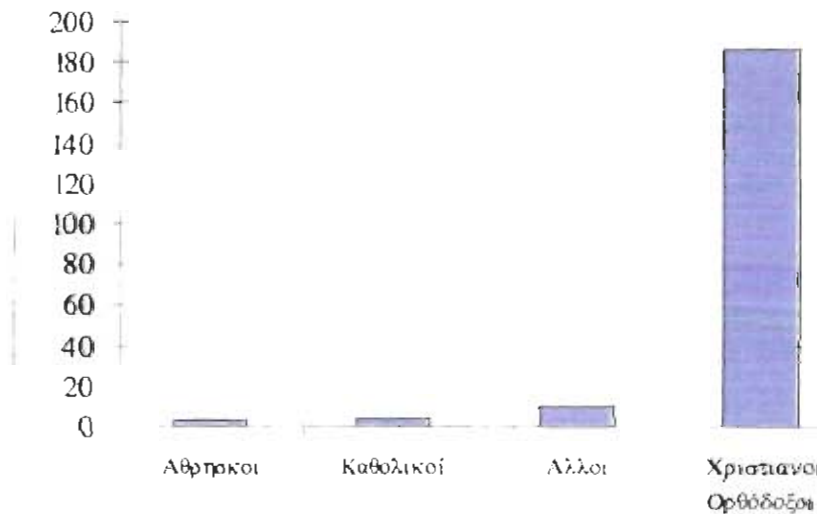
Σχήμα 2 : Γραφική παράσταση της κατανομής της ηλικίας των ερωτηθέντων

Το σύνολο των ερωτηθέντων (186 από τους 203) ήταν Χριστιανοί Ορθόδοξοι (91,63%), 4 Καθολικοί (1,97%), 3 Άθρησκοι (1,48%) ενώ 10 ακόμα δήλωσαν κάτι άλλο (για παράδειγμα μάρτυρες του Ιεχωβά) ποσοστό 4,93% (Πίνακας 3, Σχήμα 3).

Ερώτηση 3 : Θρήσκευμα

	f	rf%
Άθρησκοι	3	1,48
Καθολικοί	4	1,97
Άλλοι	10	4,93
Χριστιανοί Ορθόδοξοι	186	91,63
ΣΥΝΟΛΟ	203	100,00

Πίνακας 3 : Κατανομή του θρησκειώματος των ερωτηθέντων



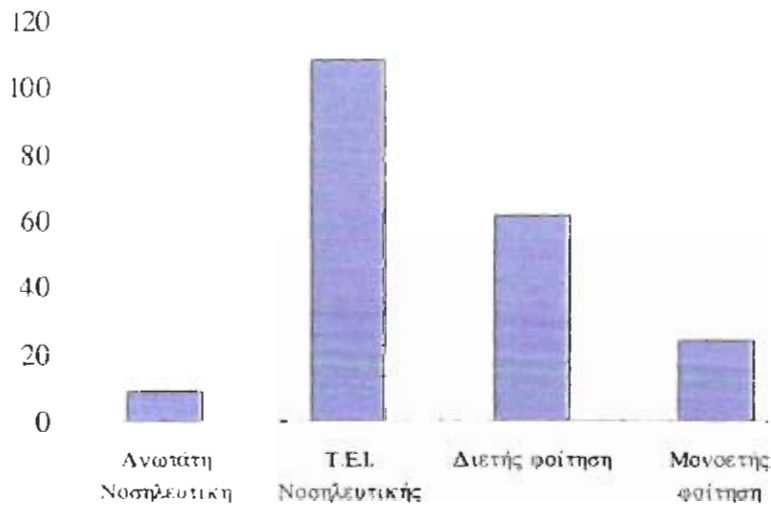
Σχήμα 3 : Γραφική παράσταση της κατανομής του θρησκειώματος των ερωτηθέντων

Από τους νοσηλευτές/τριες που μετείχαν στην μελέτη, οι 9 ήταν ανωτάτης εκπαίδευσης (4,43%), οι 108 ανωτέρας εκπαίδευσης (53,20%), οι 62 ήταν από σχολές διαιτητικής φοίτησης (30,54%) ενώ οι υπόλοιποι 24 (11,82%) ήταν από σχολές μονοετούς φοίτησης (Πίνακας 4, Σχήμα 4). Από αυτούς οι 65 ασκούσαν το λειτούργημα του νοσηλευτή έως 4 έτη (32,02%), οι 57 το ασκούσαν για 5-9 έτη (28,08%), οι 50 το ασκούσαν για 10-14 έτη (24,63%) ενώ 15 και 16 το ασκούσαν για 15-19 έτη και πάνω από 19 αντίστοιχα (7,39% και 7,88% αντίστοιχα) (Πίνακας 5, Σχήμα 5).

Ερώτηση 4 : Επίπεδο σπουδών

	f	rf%
Ανωτάτη Νοσηλευτική	9	4,43
Τ.Ε.Ι. Νοσηλευτικής	108	53,20
Διετής φοίτηση	62	30,54
Μονοετής φοίτηση	24	11,82
ΣΥΝΟΛΟ	203	100,00

Πίνακας 4 : Κατανομή του επιπέδου σπουδών των ερωτηθέντων

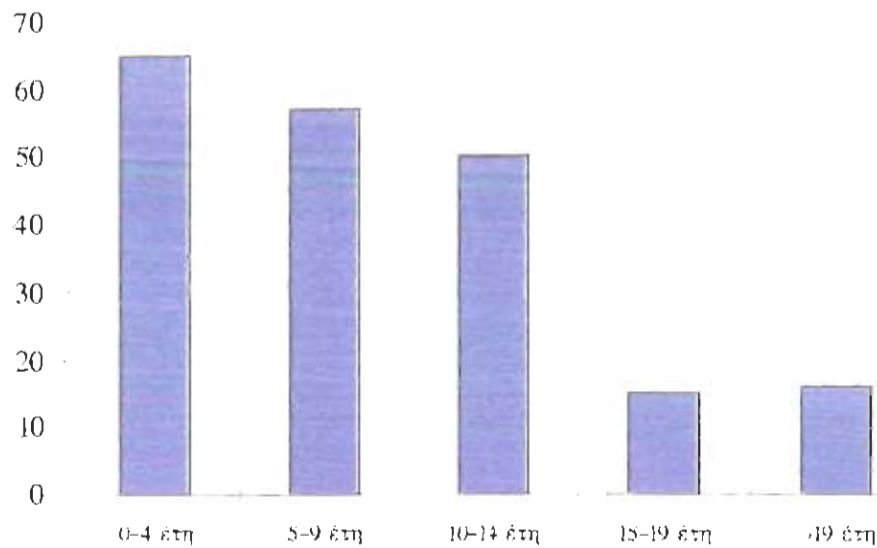


Σχήμα 4 : Γραφική παράσταση της κατανομής του επιπέδου σπουδών των ερωτηθέντων

Ερώτηση 5 : Έτη ασκήσεως επαγγέλματος

	f	rf%
0-4 έτη	65	32,02
5-9 έτη	57	28,08
10-14 έτη	50	24,63
15-19 έτη	15	7,39
≥19 έτη	16	7,88
ΣΥΝΟΛΟ	203	100,00

Πίνακας 5 : Κατανομή των ετών ασκήσεως επαγγέλματος



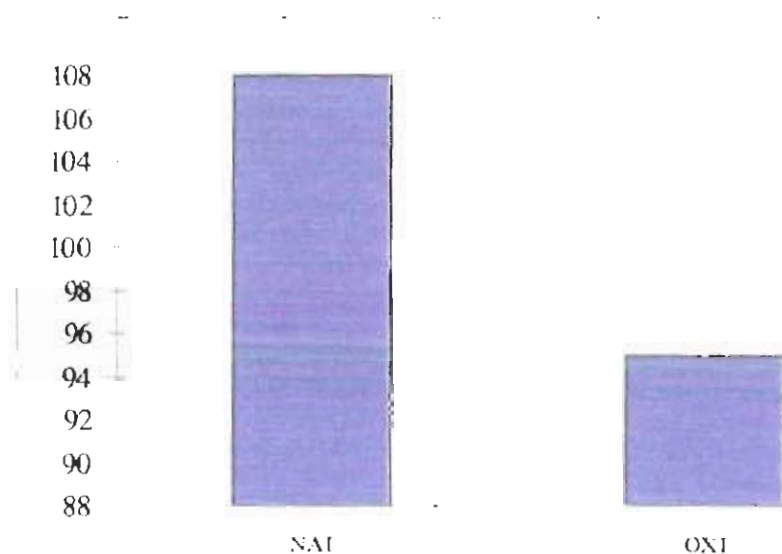
Σχήμα 5 : Γραφική παράσταση της κατανομής ετών ασκήσεως επαγγέλματος

Πλήρως ενημερωμένοι σχετικά με την ακριβή έννοια του όρου της ευθανασίας δήλωσαν οι 108 (53,20%) από τους ερωτηθέντες, ενώ οι υπόλοιποι 95 (46,80%) δεν ήταν πλήρως ενημερωμένοι (Πίνακας 6, Σχήμα 6).

Ερώτηση 6 : Θεωρείτε ότι είστε πλήρως ενημερωμένοι σχετικά με την ακριβή έννοια του όρου ευθανασία ;

	f	rf%
ΝΑΙ	108	53,20
ΟΧΙ	95	46,80
ΣΥΝΟΛΟ	203	100,00

Πίνακας 6 : Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων με το αν θεωρούν ότι είναι πλήρως ενημερωμένοι σχετικά με την ευθανασία.



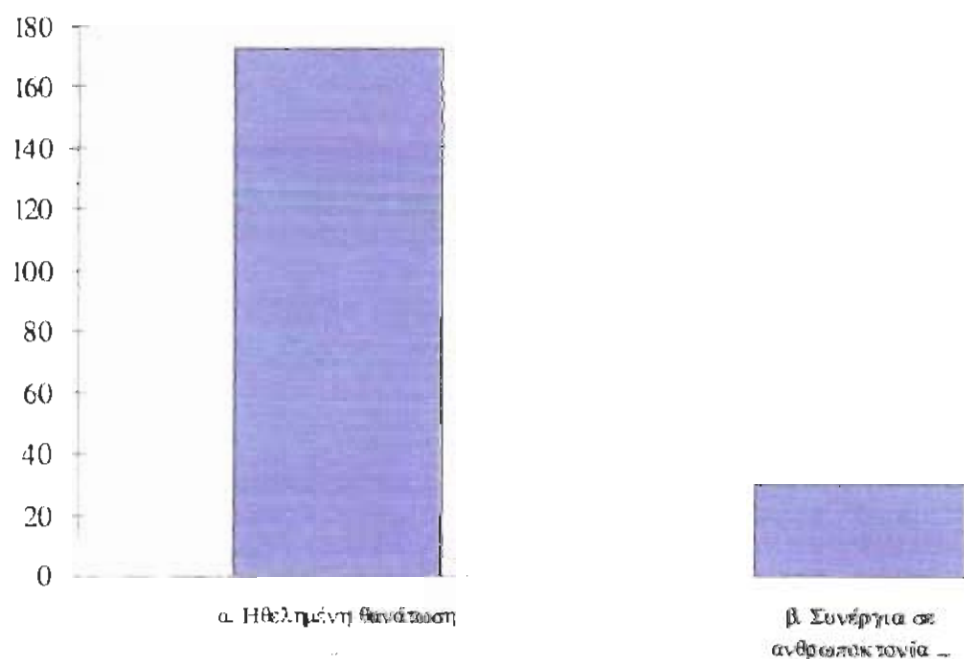
Σχήμα 6 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων με το αν θεωρούν ότι είναι πλήρως ενημερωμένοι σχετικά με την ευθανασία.

Ηθελημένη θανάτωση ανίατου ασθενή, με τη συναίνεση του ή χωρίς αυτήν, προς ανακούφιση ή απολύτρωση του από την επιθανάτια αγωνία σήμαινε για 173 από τους ερωτηθέντες (85,22%) ο όρος ευθανασία ενώ για τους υπόλοιπους 30 (14,78%) σήμαινε συνέργεια σε “ανθρωποκτονία” εκ προμελέτης, που καταδικάζεται από το νόμο. (Πίνακας 7, Σχήμα 7).

Ερώτηση 7 : Τι σημαίνει για εσάς ο όρος Ευθανασία :

	f	rf%
α. Ηθελημένη θανάτωση ...	173	85,22
β. Συνέργια σε ανθρωποκτονία ...	30	14,78
ΣΥΝΟΛΟ	203	100,00

Πίνακας 7 : Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με το τι σημαίνει για τους ερωτηθέντες ο όρος ευθανασία



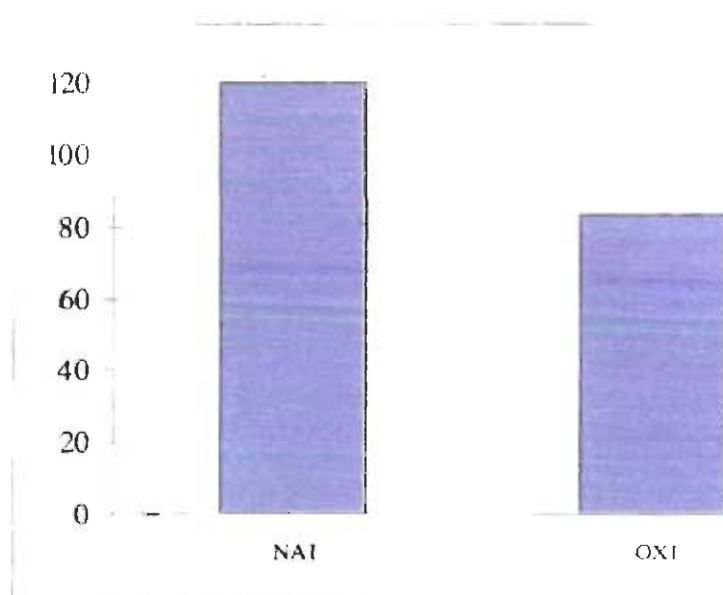
Σχήμα 7 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων σχετικά με το τι σημαίνει για τους ερωτηθέντες ο όρος ευθανασία

Αντίστοιχα ποσοστά απαντήσεων με αυτά των προηγούμενων ερωτημάτων δόθηκαν και σε αυτή την ερώτηση. Είτσι 120 ερωτηθέντες (59,11%) απάντησαν ότι γνωρίζουν την διάκριση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας ενώ οι υπόλοιποι 83 (40,89%) δεν γνωρίζουν αυτού του είδους την διάκριση (Πίνακας 8, Σχήμα 8).

Ερώτηση 8 : Γνωρίζετε την διάκριση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας ;

	f	rf%
ΝΑΙ	120	59,11
ΟΧΙ	83	40,89
ΣΥΝΟΛΟ	203	100,00

Πίνακας 8 : Κατανομή των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το αν γνωρίζουν τη διάκριση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας



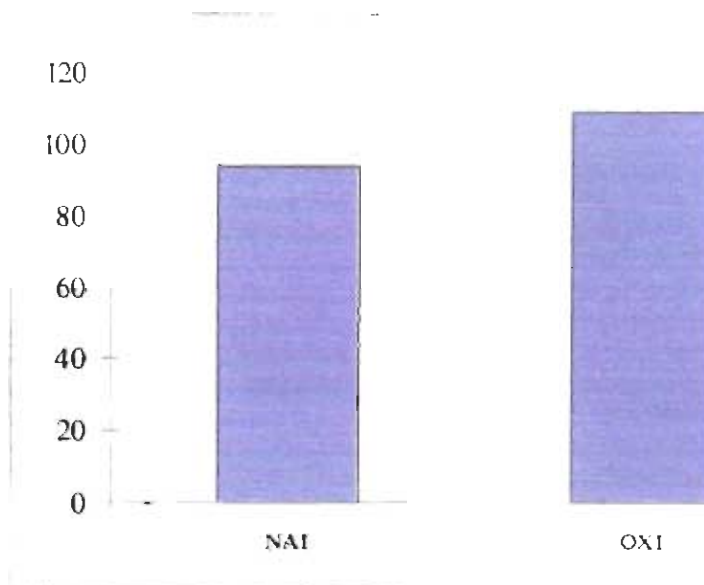
Σχήμα 8 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των ερωτηθέντων σχετικά με το αν γνωρίζουν τη διάκριση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας

Μια ανακοίνωση του Αμερικάνικου Νοσηλευτικού Συνδέσμου για την Ευθανασία υπαγορεύει πως: Η παύση των υποστηρικτικών για τη ζωή μηχανημάτων, φαρμάκων δεν είναι ευθανασία και δεν πρέπει να συγχέεται με την χορήγηση φαρμάκων για τον τερματισμό της ζωής. Με την ανακοίνωση αυτή συμφώνησαν 94 (46,31%) από τους ερωτηθέντες ενώ διαφώνησαν οι υπόλοιποι 109 (53,69%). (Πίνακας 9, Σχήμα 9).

Ερώτηση 9 : Ανακοίνωση του Αμερικάνικου
Νοσηλευτικού Συνδέσμου. Συμφωνείτε ;

	f	rf%
ΝΑΙ	94	46,31
ΟΧΙ	109	53,69
ΣΥΝΟΛΟ	203	100,00

Πίνακας 9 : Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με την συμφωνία με την ανακοίνωση του Αμερικάνικου Νοσηλευτικού Συνδέσμου



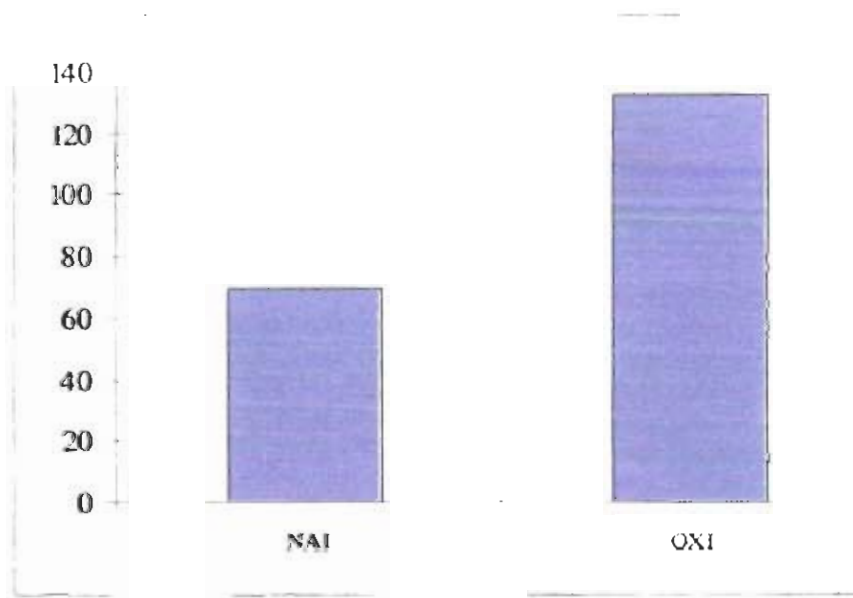
Σχήμα 9 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων σχετικά με την ανακοίνωση του Αμερικάνικου Νοσηλευτικού Συνδέσμου

Το ζήτημα της ευθανασίας είχε απασχολήσει έναν αρκετά μεγάλο αριθμό ερωτηθέντων. Έτσι 70 (34,48%) από αυτούς δήλωσαν ότι τους προβλημάτισε το θέμα ενώ τους υπόλοιπους 133 (65,52%) δεν τους είχε απασχολήσει. (Πίνακας 10, Σχήμα 10).

Ερώτηση 10 : Σας έχει απασχολήσει το ζήτημα
σε προσωπικό - οικογενειακό επίπεδο ;

	f	rf%
ΝΑΙ	70	34,48
ΟΧΙ	133	65,52
ΣΥΝΟΛΟ	203	100,00

Πίνακας 10 : Κατανομή απαντήσεων σχετικά με το αν τους είχε απασχολήσει
το ζήτημα σε προσωπικό - οικογενειακό επίπεδο



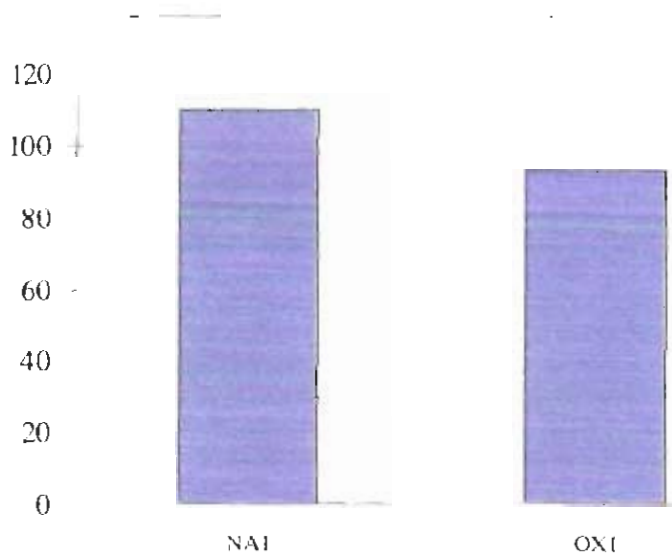
Σχήμα 10 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων σχετικά
με το ζήτημα σε προσωπικό - οικογενειακό επίπεδο

Σε μεγαλύτερο ποσοστό απασχόλησε τους ερωτηθέντες το ζήτημα της ευθανασίας σε επαγγελματικό επίπεδο από ότι σε προσωπικό - οικογενειακό. Έτσι 110 από τους ερωτηθέντες προβληματίστηκαν σε επαγγελματικό επίπεδο (54,19%) (Πίνακας II, Σχήμα II).

Ερώτηση II : Σας έχει απασχολήσει το ζήτημα σε επαγγελματικό επίπεδο ;

	f	rf%
ΝΑΙ	110	54,19
ΟΧΙ	93	45,81
ΣΥΝΟΛΟ	203	100,00

Πίνακας II: Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με το αν τους είχε απασχολήσει το ζήτημα σε επαγγελματικό επίπεδο.



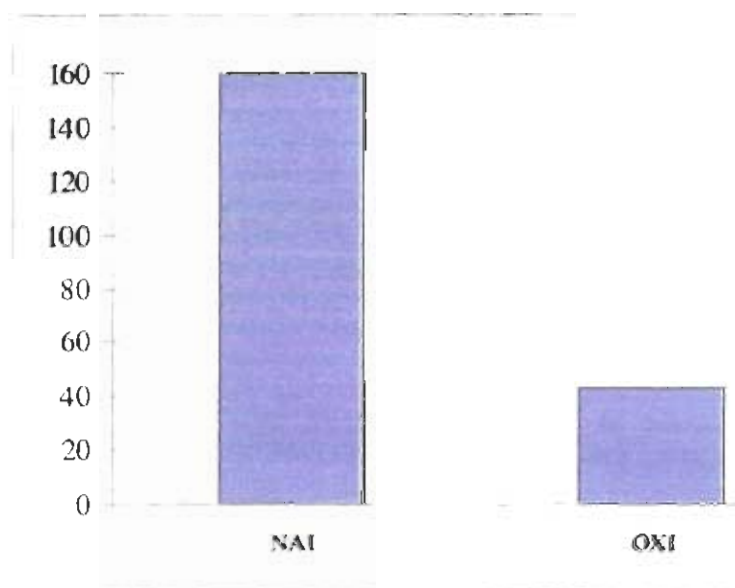
Σχήμα II: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων σχετικά με το αν τους είχε απασχολήσει το ζήτημα σε επαγγελματικό επίπεδο

Αν και λιγότεροι ερωτηθέντες γνώριζαν την ακριβή έννοια του όρου «ευθανασία» (108 - 53,20%) (Πίνακας 6, Σχήμα 6) 160 από το σύνολο των νοσηλευτών/τριων που συμμετείχαν στη μελέτη (78,82%) σκέφτηκαν, όντες αντιμέτωποι με μια οδυνηρή κατάσταση ενός βαρέως πάσχοντος, ότι θα ήταν προτιμότερο αυτός να πεθάνει, ενώ μόνο 43 (21,18%) δεν τους πέρασε καν από το μυαλό (Πίνακας 12, Σχήμα 12).

Ερώτηση 12 : Σκέφτηκατε ποτέ, όντες αντιμέτωποι με μια προτιμότερο αυτός να πεθάνει ;

	f	rf%
ΝΑΙ	160	78,82
ΟΧΙ	43	21,18
ΣΥΝΟΛΟ	203	100,00

Πίνακας 12 : Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με το αν σκέφτηκαν ποτέ, όντες αντιμέτωποι με μια οδυνηρή κατάσταση ενός βαρέως πάσχοντος, ότι θα ήταν προτιμότερο αυτός να πεθάνει



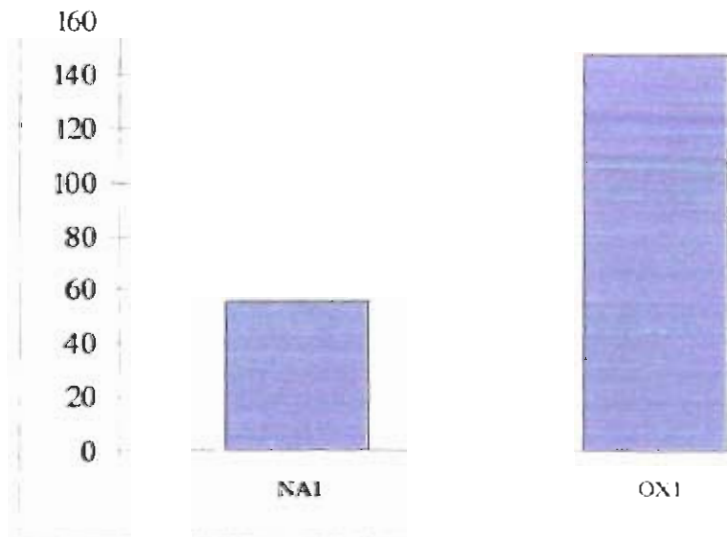
Σχήμα 12 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων σχετικά με το αν σκέφτηκαν ποτέ, όντες αντιμέτωποι με μια οδυνηρή κατάσταση ενός βαρέως πάσχοντος, ότι θα ήταν προτιμότερο αυτός να πεθάνει

Από το σύνολο των νοσηλευτών/τριών που συμμετείχαν στη έρευνά μας οι 56 (27,59%) δήλωσαν ότι έχουν έλθει κάποτε αντιμέτωποι με την επιθυμία ασθενούς ή του οικείου περιβάλλοντος αυτού, να υποβληθεί σε κάποια μορφή ευθανασίας. Οι υπόλοιποι 147 (72,41%) δήλωσαν ότι δεν τους έχει τύχει ποτέ. (Πίνακας 13, Σχήμα 13).

Ερώτηση 13 : Έχετε έλθει ποτέ, αντιμέτωποι με την επιθυμία σε κάποια μορφή ευθανασίας ;

	f	rf%
ΝΑΙ	56	27,59
ΟΧΙ	147	72,41
ΣΥΝΟΛΟ	203	100,00

Πίνακας 13 : Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με το αν έχουν έλθει ποτέ, αντιμέτωποι με την επιθυμία ασθενούς ή του οικείου περιβάλλοντος αυτού, να υποβληθεί σε κάποια μορφή ευθανασίας



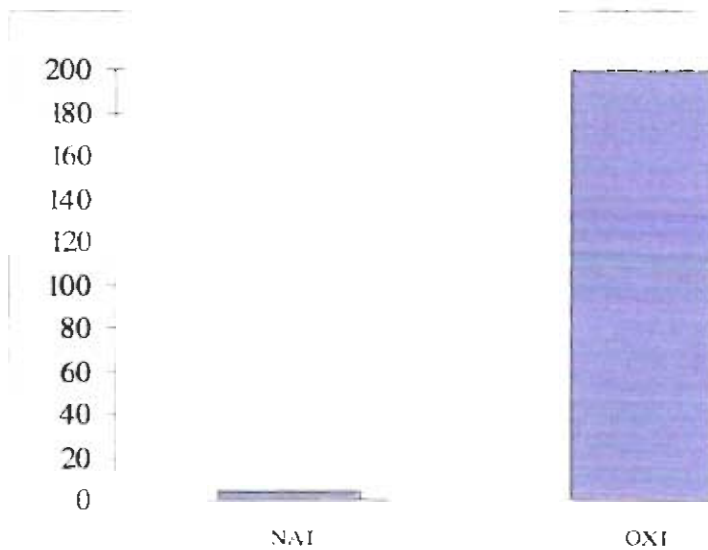
Σχήμα 13 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων σχετικά με το αν έχουν έλθει ποτέ, αντιμέτωποι με την επιθυμία ασθενούς ή του οικείου περιβάλλοντος αυτού, να υποβληθεί σε κάποια μορφή ευθανασίας

Αν και όπως φαίνεται από τις απαντήσεις των ερωτήσεων το 27,59% αυτών ήλθαν αντιμέτωποι με την επιθυμία ασθενούς ή του οικείου περιβάλλοντος αυτού, να υποβληθεί σε κάποια μορφή ευθανασίας μόνο 4 από τους ερωτηθέντες δήλωσαν ότι συμμετείχαν στην διενέργεια οποιασδήποτε μορφής ευθανασίας. Οι υπόλοιποι 199 δεν υπέκυψαν στην επιθυμία αυτή (98,03%). (Πίνακας 14, Σχήμα 14).

Ερώτηση 14 : Έχετε συμμετάσχει ποτέ στη διενέργεια οποιασδήποτε μορφής ευθανασίας ;

	f	rf%
ΝΑΙ	4	1,97
ΟΧΙ	199	98,03
ΣΥΝΟΛΟ	203	100,00

Πίνακας 14 : Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με το αν έχουν συμμετάσχει ποτέ στην διενέργεια οποιασδήποτε μορφής ευθανασίας



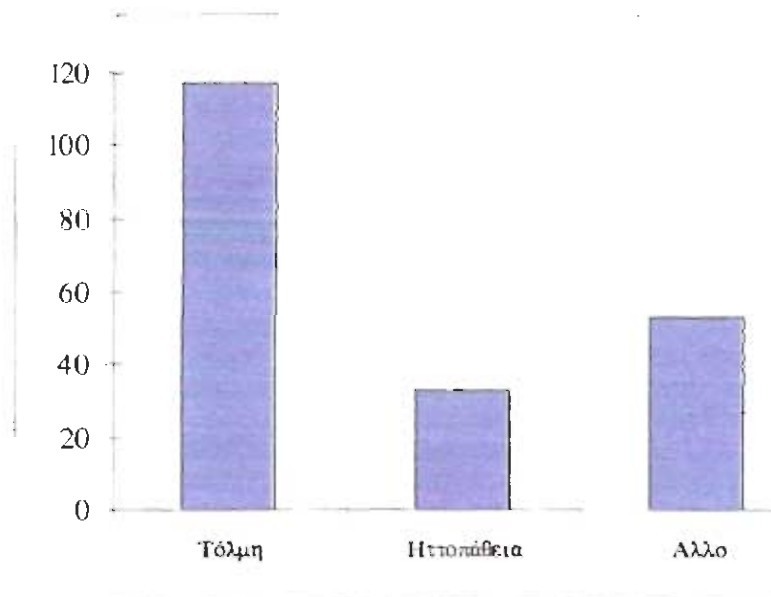
Σχήμα 14 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων σχετικά με το αν έχουν συμμετάσχει ποτέ στην διενέργεια οποιασδήποτε μορφής ευθανασίας

Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων θεωρούν την απόφαση για ευθανασία τόλμη (117-57,64%) ενώ άλλοι αντίθετα την θεωρούν ηττοπάθεια (33-57,64%). Τέλος 53 από τους ερωτηθέντες δήλωσαν το "κάτι άλλο" πιο συχνά θεώρησαν την απόφαση για ευθανασία λύτρωση και λύπηση (Πίνακας 15, Σχήμα 15).

Ερώτηση 15 : Θεωρείτε την απόφαση για ευθανασία :

	f	rf%
Τόλμη	117	57,64
Ηττοπάθεια	33	16,26
Άλλο	53	26,11
ΣΥΝΟΛΟ	203	100,00

Πίνακας 15 : Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με το πως κρίνουν την απόφαση για ευθανασία



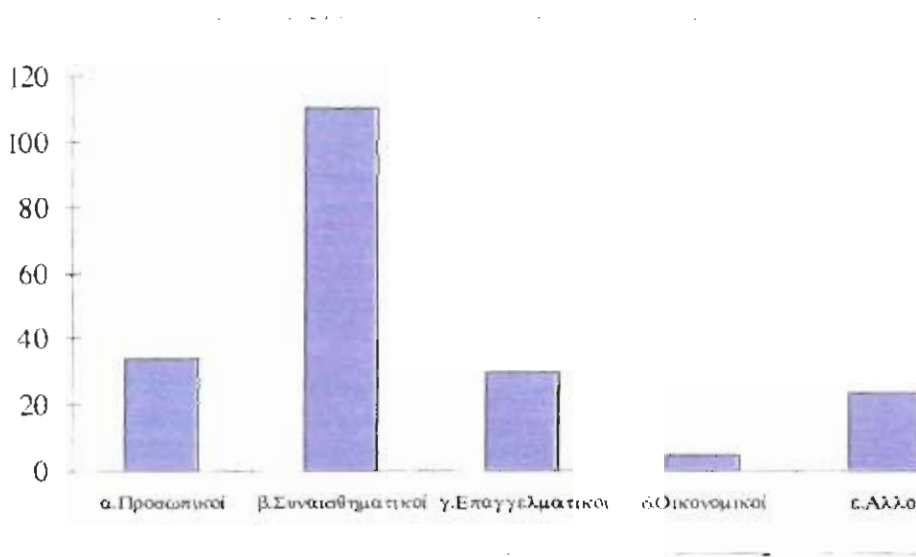
Σχήμα 15 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων σχετικά με το πως κρίνουν την απόφαση για ευθανασία

Στην υποθετική ερώτηση για το ποιοι θα ήταν πιθανόν οι λόγοι που θα επηρέαζαν την απόφαση των νοσηλευτών-τριών που ερωτήθηκαν για την συμμετοχή τους σε μια τέτοια διαδικασία οι οικονομικοί λόγοι ήταν οι πιο ασήμαντοι (5-2,46%). Οι συναισθηματικοί λόγοι θα έπαιζαν το μεγαλύτερο ρόλο (110-54,19%), ενώ αντίστοιχα οι προσωπικοί λόγοι θα έπαιζαν ρόλο σε 34 ερωτηθέντες (16,75%), οι επαγγελματικοί σε 30 ερωτηθέντες (14,78%) ενώ άλλοι λόγοι σε 24 περιπτώσεις (11,82%). Σαν άλλους λόγους θεωρήθηκε ο "για κανένα λόγο δεν θα το έκανα" από ερωτηθέντες που δεν απάντησαν ούτε σε υποθετική ερώτηση.

Ερώτηση 16 : Ποιοί από τους παρακάτω λόγους θα επηρέαζαν την απόφασή σας να συμμετέχετε σε μια τέτοια διαδικασία :

	f	rf%
α.Προσωπικοί	34	16,75
β.Συναισθηματικοί	110	54,19
γ.Επαγγελματικοί	30	14,78
δ.Οικονομικοί	5	2,46
ε.Άλλοι	24	11,82
ΣΥΝΟΛΟ	203	100,00

Πίνακας 16 : Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με το ποιους θεωρούν λόγους θα επηρέαζαν την απόφασή τους να συμμετέχουν σε μια τέτοια διαδικασία .



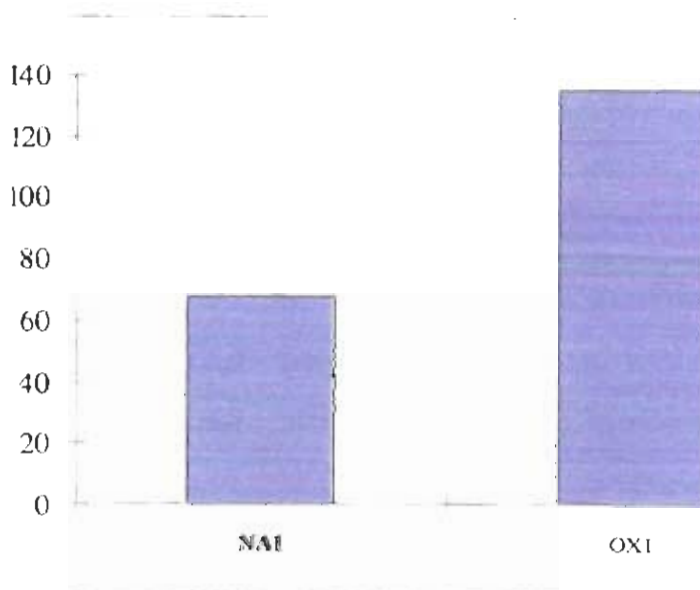
Σχήμα 16 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων σχετικά με το ποιους θεωρούν λόγους που θα επηρέαζαν την απόφασή τους να συμμετέχουν σε μια τέτοια διαδικασία

Σε 135 περιπτώσεις (66,50%) ερωτηθέντες νοσηλευτές/τριες απάντησαν ότι δεν θα προχωρούσαν στην εφαρμογή κάποιας μορφής ευθανασίας ακόμα και αν ήταν νομικά κατοχυρωμένοι. Αντίθετα οι υπόλοιποι (68-33,50%) δήλωσαν ότι πιθανώς και να το έκαναν. (Πίνακας 17, Σχήμα 17).

Ερώτηση 17 : Εάν ήσασταν νομικά κατοχυρωμένοι θα συμμετείχατε ποτέ στην εφαρμογή κάποιας μορφής ευθανασίας :

	f	rf%
ΝΑΙ	68	33,50
ΟΧΙ	135	66,50
ΣΥΝΟΛΟ	203	100,00

Πίνακας 17 : Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με το τι σημαίνει για τους ερωτηθέντες ο όρος ευθανασία



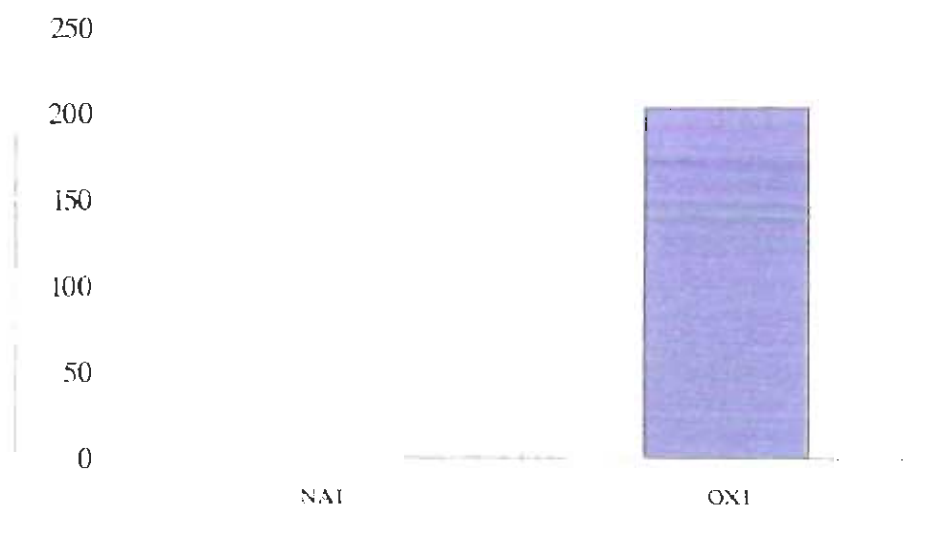
Σχήμα 17 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων σχετικά με το τι σημαίνει για τους ερωτηθέντες ο όρος ευθανασία

Αξιοπεριέργο είναι ότι κανένας από τους νοσηλευτές/τριες που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη δεν δέχτηκε ποτέ πίεση από συνεργάτες ιατρούς για την συμμετοχή τους σε μια διαδικασία ευθανασίας. (Πίνακας 18, Σχήμα 18).

Ερώτηση 18 : Δεχτήκατε ποτέ πίεση από ιατρούς συνεργάτες να συμμετάσχετε σε μια τέτοια διαδικασία ;

	f	rf%
ΝΑΙ	0	0,00
ΟΧΙ	203	100,00
ΣΥΝΟΛΟ	203	100,00

Πίνακας 18 : Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με το αν δέχτηκαν ποτέ πίεση από ιατρούς συνεργάτες να συμμετάσχουν σε μια τέτοια διαδικασία



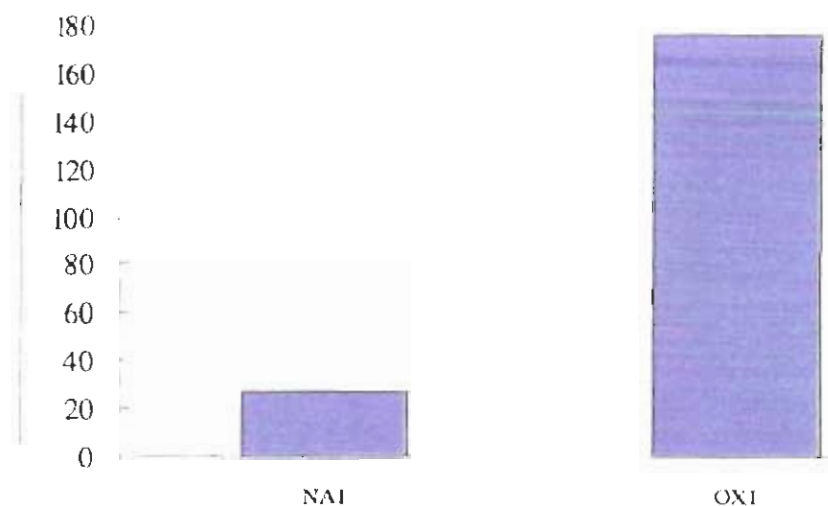
Σχήμα 18 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων σχετικά με το αν δέχτηκαν ποτέ πίεση από ιατρούς συνεργάτες να συμμετάσχουν σε μια τέτοια διαδικασία

Από το σύνολο των ερωτηθέντων οι 27 ποσοστό 13,30% απάντησαν ναι στην υποθετική ερώτηση εάν θα συνεργαζόντουσαν για την υλοποίηση μιας τέτοιας διαδικασίας αν αυτή την συμμετοχή την απαιτούσε ο/η προϊστάμενος/η νοσηλεύτης/τρια. Αντίθετα οι 276 δεν θα συμμετείχαν (86,70%) (Πίνακας 19, Σχήμα 19).

Ερώτηση 19 : Εάν ο/η προϊστάμενος/η νοσηλεύτης/τρια απαιτούσε ... θα συνεργαζόσασταν για την υλοποίησή της :

	f	rf%
ΝΑΙ	27	13,30
ΟΧΙ	176	86,70
ΣΥΝΟΛΟ	203	100,00

Πίνακας 19 : Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με το αν θα συνεργάζονταν για την εφαρμογή μιας τέτοιας διαδικασίας αν αυτή την απαιτούσε ο/η προϊστάμενος/η νοσηλεύτης/τρια



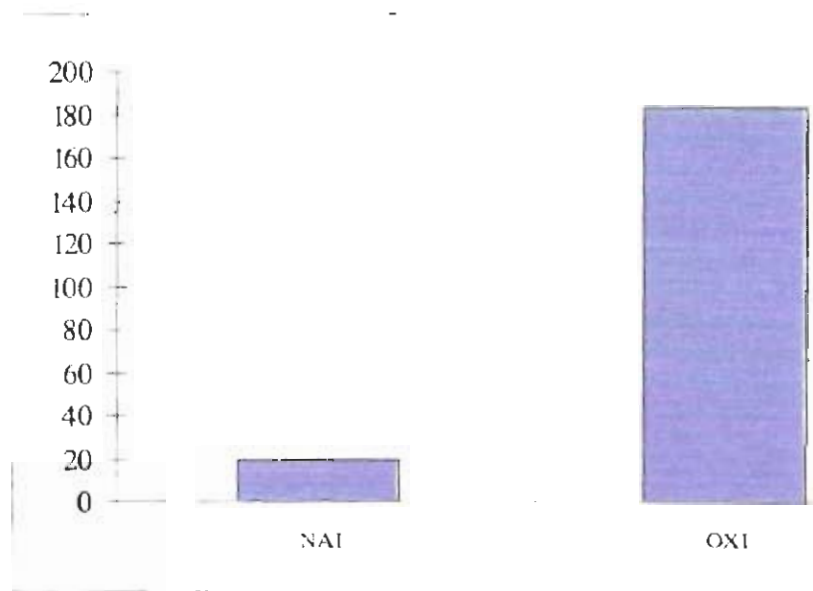
Σχήμα 19 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων σχετικά με το αν θα συνεργάζονταν για την εφαρμογή μιας τέτοιας διαδικασίας αν αυτή την απαιτούσε ο/η προϊστάμενος/η νοσηλεύτης/τρια

Από τους 27 ερωτηθέντες που δήλωσαν ότι θα υπέκυπταν στην πίεση από τον/την προϊστάμενο/η νοσηλεύτη/τρια για τη συμμετοχή τους στην υλοποίηση μιας τέτοιας διαδικασίας οι 20 (ποσοστό 9,85%) δήλωσαν θα το έκαναν γιατί θα ένοιωθαν αναγκασμένοι να υποκύψουν προκειμένου να διασφαλίσουν την καλή εργασιακή σχέση με τους συνεργάτες τους. (Πίνακας 20, Σχήμα 20).

Ερώτηση 20 : Εάν ναι, θα νιώθατε αναγκασμένοι ...
την καλή εργασιακή σχέση με τους συνεργάτες σας ;

	f	rf%
ΝΑΙ	20	9,85
ΟΧΙ	183	90,15
ΣΥΝΟΛΟ	203	100,00

Πίνακας 20 : Κατανομή απαντήσεων σχετικά με το αν θα ένοιωθαν αναγκασμένοι να υποκύψουν προκειμένου να διασφαλίσουν την καλή εργασιακή σχέση με τους συνεργάτες τους.



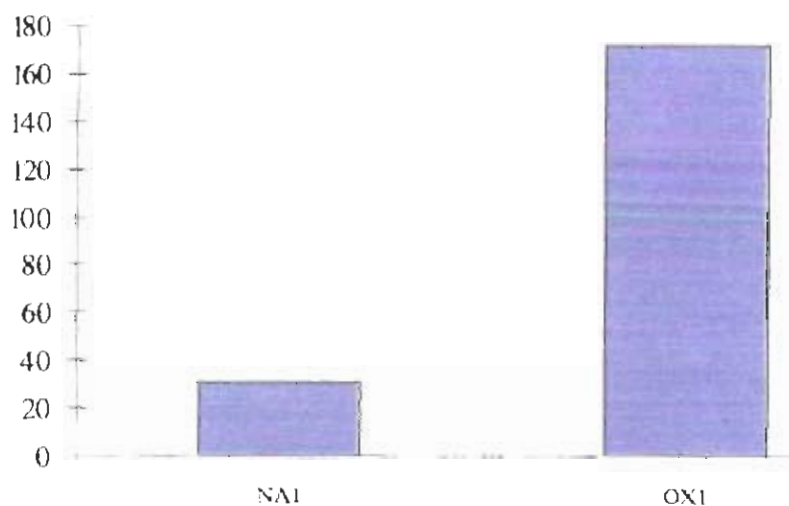
Σχήμα 20 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων σχετικά με το αν θα ένοιωθαν αναγκασμένοι να υποκύψουν προκειμένου να διασφαλίσουν την καλή εργασιακή σχέση με τους συνεργάτες τους.

Από τους συμμετέχοντες στην μελέτη οι 31 δήλωσαν ότι πιθανώς να παρακινούσαν συνεργάτες να συμμετέχουν στην εφαρμογή ευθανασίας (15,27%) ενώ αντίθετα οι υπόλοιποι 172 (84,73%) δεν θα έκαναν μια τέτοια πράξη (Πίνακας 21, Σχήμα 21).

Ερώτηση 21 : Εσείς θα παρακινούσατε τους συνεργάτες σας να συμμετέχουν στην εφαρμογή ευθανασίας ;

	f	rf%
ΝΑΙ	31	15,27
ΟΧΙ	172	84,73
ΣΥΝΟΛΟ	203	100,00

Πίνακας 21: Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με το αν θα παρακινούσατε τους συνεργάτες σας να συμμετέχουν στην εφαρμογή ευθανασίας



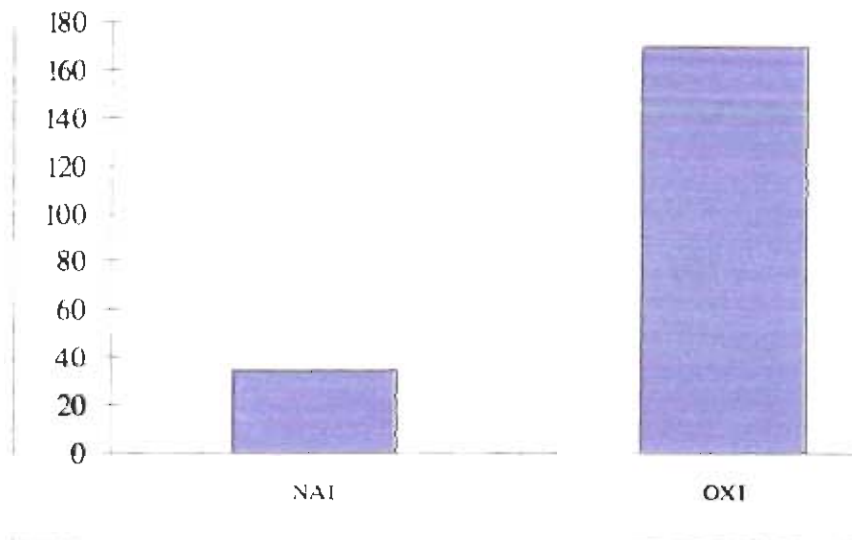
Σχήμα 21: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων σχετικά με το αν θα παρακινούσατε τους συνεργάτες σας να συμμετέχουν στην εφαρμογή ευθανασίας

Κατηγορηματικά ναι απάντησαν 34 ερωτηθέντες (16,75%) στο κατά πόσο θα κατήγγειλαν συνάδελφο ο οποίος διενήργησε κάποιας μορφής ευθανασία. Οι υπόλοιποι 169 δεν θα προέβαιναν σε μια τέτοια πράξη (83,25%) (Πίνακας 22, Σχήμα 22).

Ερώτηση 22 : Θα καταγγέλατε ποτέ συνάδελφο που διενήργησε κάποιας μορφής ευθανασία :

	f	rΓ%
ΝΑΙ	34	16,75
ΟΧΙ	169	83,25
ΣΥΝΟΛΟ	203	100,00

Πίνακας 22 : Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με το αν θα καταγγέλατε ποτέ συνάδελφο που διενήργησε κάποιας μορφής ευθανασία



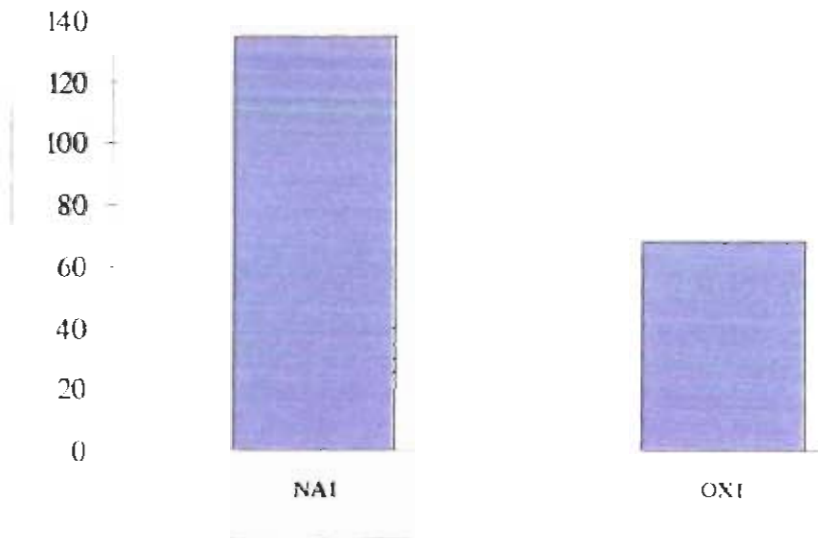
Σχήμα 22 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων σχετικά με το αν θα καταγγέλατε ποτέ συνάδελφο που διενήργησε κάποιας μορφής ευθανασία

Ένα μεγάλο ποσοστό 66,50% δηλαδή 135 ερωτηθέντες με δεδομένο ότι οι επιθυμία για ευθανασία μπορεί να οφείλεται σε συνδυασμό γεγονότων πιστεύει ότι η ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα είναι δυνατόν να αλλάξει την απόφαση του ασθενή ή του οικείου του περιβάλλοντος, να τερματίσει τη ζωή του. Αντίθετα, 68 ερωτηθέντες 33,50% θεωρεί ότι αυτό δεν είναι δυνατό (Πίνακας 23, Σχήμα 23).

Ερώτηση 23 : Η επιθυμία για ευθανασία μπορεί να οφείλεται ...
ή του οικείου περιβάλλοντος, να τερματίσει τη ζωή του ;

	f	f%
ΝΑΙ	135	66,50
ΟΧΙ	68	33,50
ΣΥΝΟΛΟ	203	100,00

Πίνακας 23 : Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με το αν είναι δυνατό να αλλάξει την απόφασή του ασθενή ή του οικείου του περιβάλλοντος να τερματίσει τη ζωή του η ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα.



Σχήμα 23 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων σχετικά με το αν είναι δυνατό να αλλάξει την απόφασή του ασθενή ή του οικείου του περιβάλλοντος να τερματίσει τη ζωή του η ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα.

Άλλο σημείο είναι ότι ένα ιδιαίτερα μεγάλο ποσοστό ερωτηθέντων (171 άτομα 84,24%) κατά δήλωσή τους πιστεύουν ότι σε κάποιες περιπτώσεις ίσως και να επισπεύσθηκε ο θάνατος ενός κλινικά νεκρού ατόμου, προκειμένου να

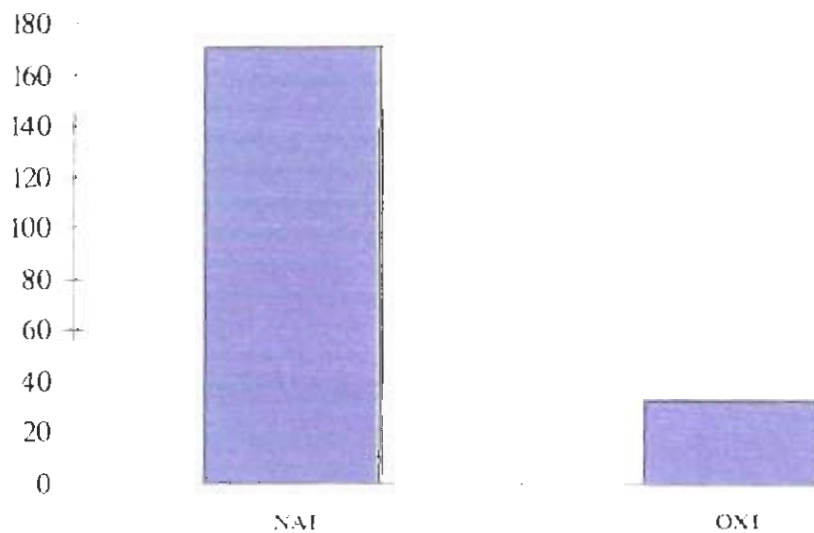
ληφθούν τα ζωτικά του όργανα για μεταμόσχευση. Αντίθετα μόνο 32 ποσοστό μόλις 15,75% πιστεύουν ότι αυτό δεν έχει γίνει σε καμία περίπτωση (Πίνακας 25, Σχήμα 24).

Παρόλο που όπως είδαμε από τις απαντήσεις από το προηγούμενο ερώτημα πολλοί πιστεύουν ότι σε κάποιες περιπτώσεις ίσως και να επισπεύσθηκε ο θάνατος ενός κλινικά νεκρού ατόμου, προκειμένου να ληφθούν τα ζωτικά του όργανα για μεταμόσχευση μόνο το 1/3 από αυτούς 65 ποσοστό 32,02% γνωρίζουν τέτοιες περιπτώσεις. Όλοι οι υπόλοιποι δεν έχουν γνώση τέτοιων συμβάντων (Πίνακας 25, Σχήμα 25).

Ερώτηση 24 : Πιστεύετε ότι σε κάποιες περιπτώσεις ... προκειμένου να ληφθούν τα ζωτικά του όργανα για μεταμόσχευση ;

	f	rf%
ΝΑΙ	171	84,24
ΟΧΙ	32	15,76
ΣΥΝΟΛΟ	203	100,00

Πίνακας 24 : Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με το αν πιστεύουν ότι σε κάποιες περιπτώσεις ίσως και να επισπεύσθηκε ο θάνατος ενός κλινικά νεκρού ατόμου, προκειμένου να ληφθούν τα ζωτικά του όργανα για μεταμόσχευση

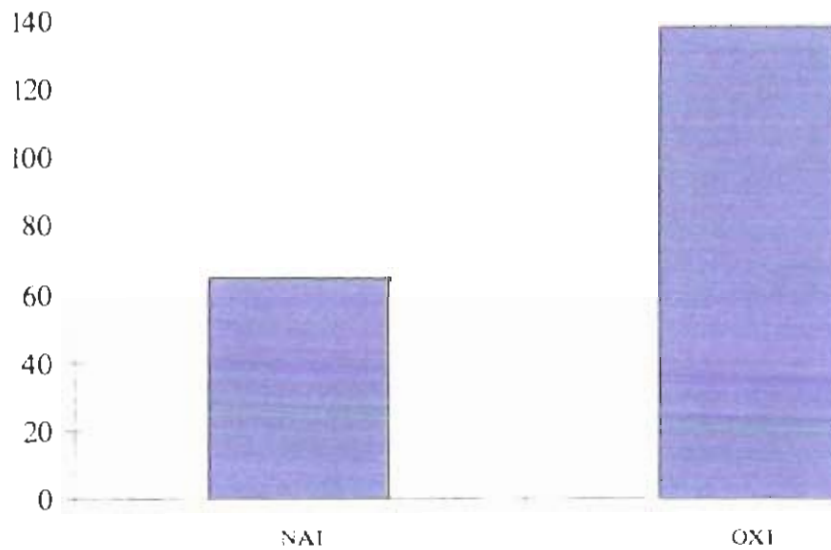


Σχήμα 24 : Γραφική παράσταση της κατανόμης των απαντήσεων σχετικά με το αν πιστεύουν ότι σε κάποιες περιπτώσεις ίσως και να επισπεύσθηκε ο θάνατος ενός κλινικά νεκρού ατόμου, προκειμένου να ληφθούν τα ζωτικά του όργανα για μεταμόσχευση

Ερώτηση 25 : Εάν ναι, γνωρίζετε τέτοιες περιπτώσεις ;

	f	rf%
ΝΑΙ	65	32,02
ΟΧΙ	138	67,98
ΣΥΝΟΛΟ	203	100,00

Πίνακας 25 : Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με το αν γνωρίζουν τέτοιες περιπτώσεις



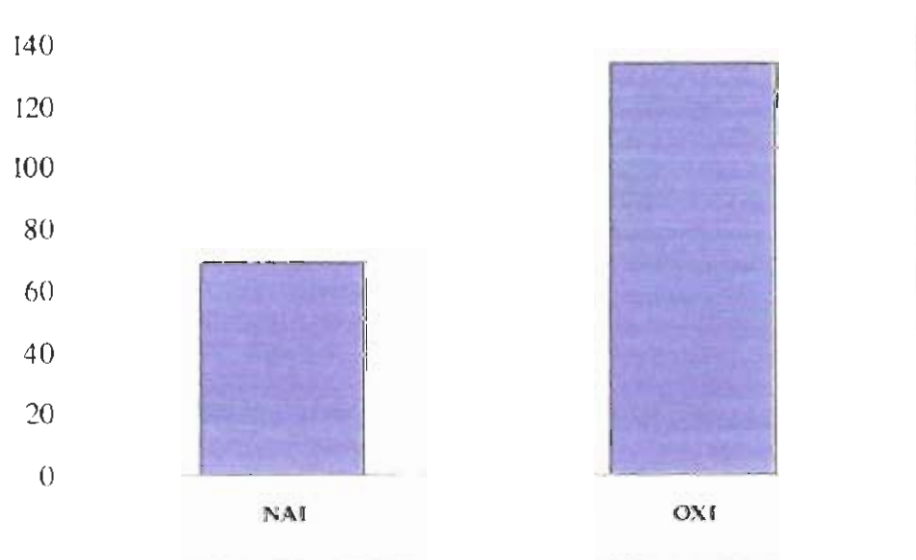
Σχήμα 25 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων σχετικά με το γνωρίζουν τέτοιες περιπτώσεις

Ένας από τους τρεις ερωτηθέντες δήλωσαν ότι εάν ο βαρέως πάσχων ανήκε στο οικείο τους περιβάλλον θα προέβαιναν σε εφαρμογή ευθανασίας (Πίνακας 26, Σχήμα 26) αν και τα αντίστοιχα ποσοστά είναι μικρότερα στις αντίστοιχες περιπτώσεις τρίτων ατόμων.

Ερώτηση 26 : Εάν ο βαρέως πάσχων, ανήκε στο οικείο σας περιβάλλον, θα προβαίνατε στην εφαρμογή ευθανασίας ;

	f	rf%
ΝΑΙ	69	33,99
ΟΧΙ	134	66,01
ΣΥΝΟΛΟ	203	100,00

Πίνακας 26 : Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με εάν θα προέβαιναν σε εφαρμογή ευθανασίας στην περίπτωση που βαρέως πάσχων ανήκε στο οικείο τους περιβάλλον



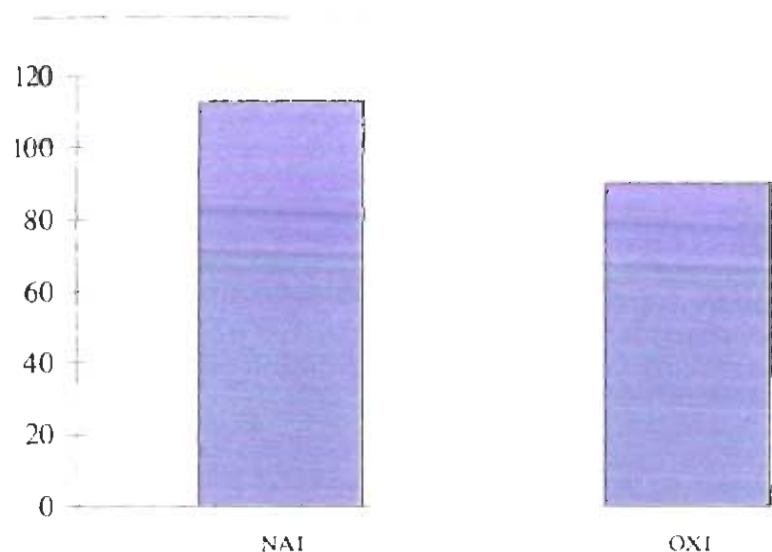
Σχήμα 26 : Γραφική παράσταση της κατανομής σχετικά με εάν θα προέβαιναν σε εφαρμογή ευθανασίας στην περίπτωση που βαρέως πάσχων ανήκε στο οικείο τους περιβάλλον

Περισσότεροι από ένας στους δύο (113-55,67%) δήλωσαν ότι αν επρόκειτο για τον ίδιο τους τον εαυτό θα προέβαιναν στην εφαρμογή ευθανασίας (Πίνακας 27, Σχήμα 27).

Ερώτηση 27 : Εάν ο βαρέως πάσχων, ήσασταν εσείς,
θα προβαίνατε στην εφαρμογή ευθανασίας :

	f	rf%
ΝΑΙ	113	55,67
ΟΧΙ	90	44,33
ΣΥΝΟΛΟ	203	100,00

Πίνακας 27 : Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με το αν θα προέβαιναν στην εφαρμογή ευθανασίας εάν ο βαρέως πάσχων ήταν οι ίδιοι



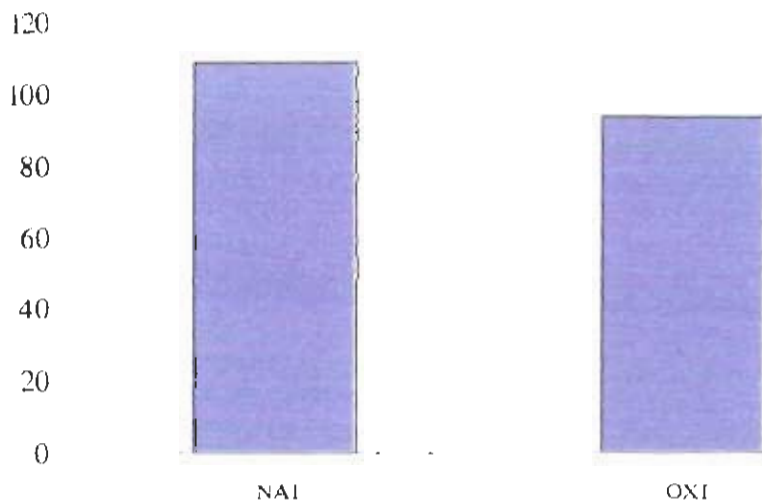
Σχήμα 27 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων σχετικά με το αν θα προέβαιναν στην εφαρμογή ευθανασίας εάν ο βαρέως πάσχων ήταν οι ίδιοι

Συμπερασματικά σχεδόν οι μισοί για την ακρίβεια 109 ποσοστό 53,69% συμφώνησαν με την εφαρμογή της ευθανασίας (Πίνακας 27, Σχήμα 27). Το παραπάνω αποτέλεσμα δείχνει ότι οι ερωτηθέντες έχουν σοβαρό πρόβλημα στην εφαρμογή της ευθανασίας σε τρίτους και όταν θα πρέπει με κάποιο τρόπο να συμμετάσχουν ενεργά στην εφαρμογή της ενώ σε θεωρητικό επίπεδο και σαν έννοια δεν είναι τόσο κατηγορηματικά αντίθετοι.

Ερώτηση 28 : Εντέλει, συμφωνείτε με την εφαρμογή της ευθανασίας ;

	f	rf%
ΝΑΙ	109	53,69
ΟΧΙ	94	46,31
ΣΥΝΟΛΟ	203	100,00

Πίνακας 28 : Κατανομή των απαντήσεων σχετικά με το αν εντέλει συμφωνούν με την εφαρμογή της ευθανασίας



Σχήμα 28 : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων σχετικά με το αν εντέλει συμφωνούν με την εφαρμογή της ευθανασίας

Το φύλλο, η ηλικία και το επίπεδο σπουδών έγινε προσπάθεια να συσχετισθούν

- α) με την ερώτηση 12: «Σκεφτήκατε ποτέ, όντες αντιμέτωποι με μια οδυνηρή κατάσταση ενός βαρέως πάσχοντος, ότι θα ήταν προτιμότερο αυτός να πεθάνει;»
- β) με την ερώτηση 14: «Έχετε συμμετάσχει ποτέ στη διενέργεια οποιασδήποτε μορφής ευθανασίας;»
- γ) με την ερώτηση 17: «Εάν ήσασταν νομικά κατοχυρωμένοι, θα συμμετείχατε ποτέ στην εφαρμογή κάποιας μορφής ευθανασίας;»
- δ) με την ερώτηση 19: «Εάν ο/η προϊστάμενος/νη νοσηλευτής/τρια απαιτούσε την συμμετοχή σας στην εφαρμογή μιας τέτοιας διαδικασίας, θα συνεργαζόσασταν για την υλοποίησή της;»
- ε) με την ερώτηση 23: «Η επιθυμία για ευθανασία μπορεί να οφείλεται σε συνδυασμό γεγονότων. Θεωρείτε, ότι η ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα είναι δυνατόν να αλλάξει την απόφαση του ασθενή ή του οικείου του περιβάλλοντος, να τερματίσει τη ζωή του;»
- στ) με την ερώτηση 24: «Πιστεύετε ότι σε κάποιες περιπτώσεις, ίσως και να επισπεύσθηκε ο θάνατος ενός κλινικά νεκρού ατόμου, προκειμένου να ληφθούν τα ζωτικά του όργανα για μεταμόσχευση;»
- ζ) με την ερώτηση 26: «Εάν ο βαρέως πάσχων, ανήκε στο οικείο σας περιβάλλον, θα προβαίνατε στην εφαρμογή ευθανασίας;»
- η) με την ερώτηση 27: «Εάν ο βαρέως πάσχων, ήσασταν εσείς θα αποφασίζατε να υποβληθείται σε ευθανασία;» και
- θ) με την ερώτηση 28: «Εντέλει, συμφωνείτε με την εφαρμογή της ευθανασίας».

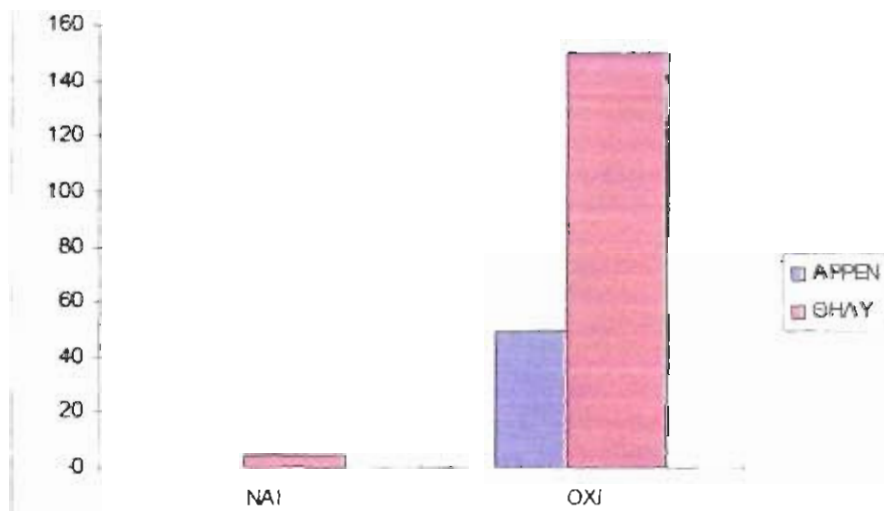
Το φύλο δεν βρέθηκε να σχετίζεται με το είδος της απάντησης που δόθηκε στην ερώτηση «Σκεφτήκατε ποτέ, όντες αντιμέτωποι με μια οδυνηρή κατάσταση ενός βαρέως πάσχοντος, ότι θα ήταν προτιμότερο αυτός να πεθάνει;» ($\chi^2=0,57$, $p>0,05$, $DF=1$).

Από τα 4 άτομα που έδωσαν καταφατική απάντηση ότι είχαν συμμετάσχει κάποτε στην διενέργεια κάποιας μορφής ευθανασίας και τα 4 άτομα ήταν θήλειοι. Παρ' όλα αυτά ο στατιστικός έλεγχος δεν έδειξε συσχέτιση του φύλου με την απάντηση στην προκειμένη ερώτηση.

	ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ
ΝΑΙ	0	4
ΟΧΙ	49	150
ΣΥΝΟΛΑ	49	154

$$(\chi^2=0,30, p>0,05, DF=1)$$

Πίνακας 29 : Συμμετοχή στην διενέργεια κάποιας μορφής ευθανασίας σε σχέση με το φύλο.



Σχήμα 29 : Συμμετοχή στην διενέργεια κάποιας μορφής ευθανασίας σε σχέση με το φύλο.

Καμμία συσχέτιση με το φύλο των ερωτηθέντων δεν βρέθηκε επίσης με την απάντηση στην ερώτηση 17 («Εάν ήσασταν νομικά κατοχυρωμένοι, θα

συμμετείχατε ποτέ στην εφαρμογή κάποιας μορφής ευθανασίας») ($\chi^2=0.0001$, $p<0.05$, $DF=1$).

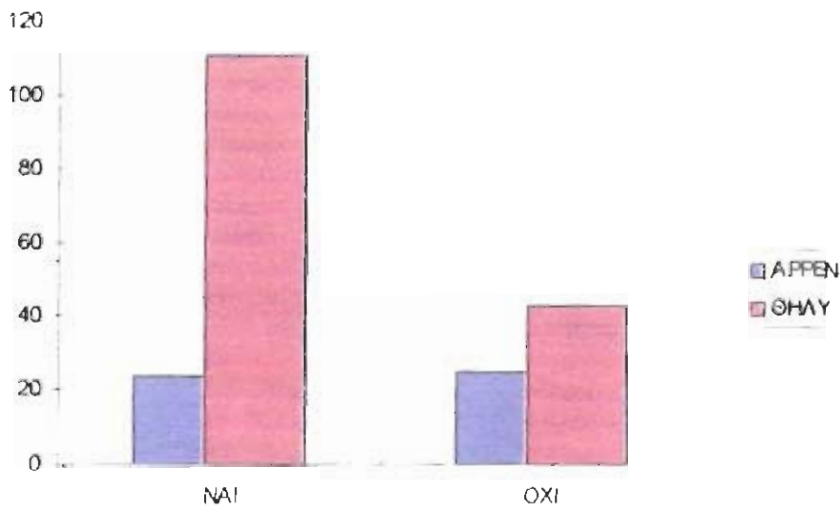
Η συνεργασία ή όχι για την υλοποίηση ευθανασίας μετά από απαίτηση του/της προϊσταμένου/νης νοσηλεύτη/τριας βρέθηκε επίσης μη συσχετίσιμη με το φύλο ($\chi^2=0.0001$, $p<0.05$, $DF=1$).

Όπως είναι γνωστό η επιθυμία για ευθανασία μπορεί να οφείλεται σε συνδυασμό γεγονότων. Οι νοσηλεύτριες θεωρούν την επιθυμία του ασθενούς ή του οικογενειακού του περιβάλλοντος, για τερματισμό της ζωής αναστρέψιμη και συνδεδεμένη με την ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα. Αντίθετα από ότι πιστεύουν οι άνδρες συνάδελφοί τους ($\chi^2=7,90$, $p<0.01$, $DF=1$). (Πίνακας 30, Σχήμα 30).

	ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ
ΝΑΙ	24	111
ΟΧΙ	25	43
ΣΥΝΟΛΑ	49	154

($\chi^2=7,90$, $p<0.01$, $DF=1$)

Πίνακας 30: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων με την αντιστρεψιμότητα της απόφασης για τερματισμό της ζωής συνέπεια μιας ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας.



Σχήμα 30: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων με την αντιστρεψιμότητα της απόφασης για τερματισμό της ζωής συνέπεια μιας ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας

Το αν κάποιου/ες νοσηλευτές/τριες πιστεύουν ότι σε κάποιες περιπτώσεις, ίσως και να επισπεύσθηκε ο θάνατος ενός κλινικά νεκρού ατόμου, προκειμένου να ληφθούν τα ζωτικά του όργανα για μεταμόσχευση ή όχι, βρέθηκε να μην έχει καμία σχέση με το φύλο ($\chi^2=0,1$, $p>0.05$, $DF=1$).

Ανεξάρτητες με το φύλο επίσης βρέθηκαν οι απαντήσεις των ατόμων που συμμετείχαν στην μελέτη μας για το αν θα προέβαιναν σε ευθανασία εάν ο βαρέως πάσχων άνηκε στο οικείο περιβάλλον ή ήταν οι ίδιοι ($\chi^2=0,97$, $p>0.05$, $DF=1$) και ($\chi^2=0,16$, $p>0.05$, $DF=1$) αντίστοιχα

Τέλος, μη ουσιαστικά συσχετίσιμες με το φύλο βρέθηκαν οι απαντήσεις στην ερώτηση σχετικά με το αν συμφωνούν ή όχι με την εφαρμογή τη ευθανασίας ($\chi^2=2,91$, $p>0.05$, $DF=1$).

Η απάντηση που έδωσαν οι ερωτηθέντες στην ερώτηση «Σκεφτήκατε ποτέ, όντες αντιμέτωποι με μια οδυνηρή κατάσταση ενός βαρέως πάσχοντος, ότι θα ήταν προτιμότερο αυτός να πεθάνει» δεν βρέθηκε να σχετίζεται με την ηλικία του ερωτηθέντος ($\chi^2=0,12$, $p>0.05$, $DF=3$).

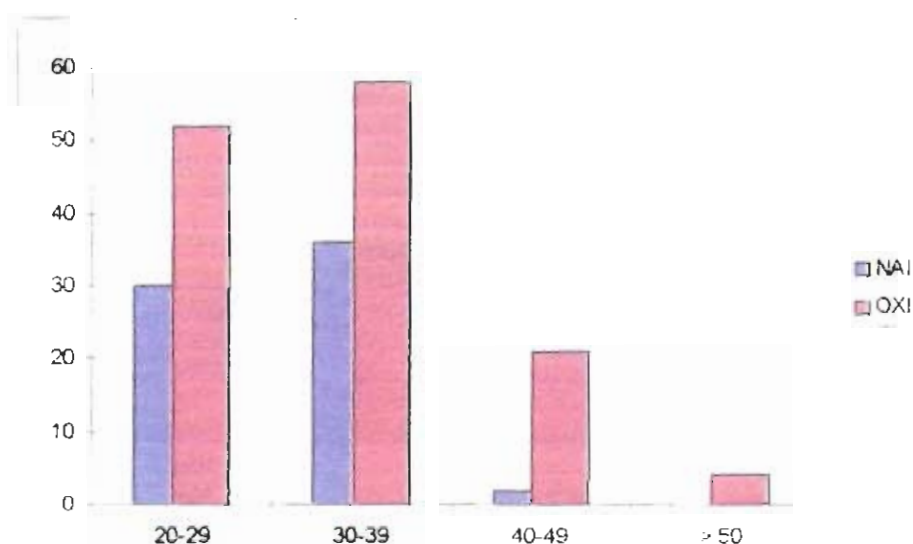
Όμοιο συμπέρασμα βγήκε και για την σχέση της ηλικίας με το αν είχαν συμμετάσχει ποτέ στην διενέργεια κάποιας μορφής ευθανασίας ($\chi^2=1,51$, $p>0.05$, $DF=3$).

Οι 66 ερωτηθέντες από του 68 που απάντησαν καταφατικά στην ερώτηση ότι εάν ήσασταν νομικά κατοχυρωμένοι, θα συμμετείχατε ποτέ στην εφαρμογή κάποιας μορφής ευθανασίας; ανήκαν στις ηλικίες των 20 έως των 39 ετών. Καταφατικά στην ίδια ερώτηση απάντησαν μόνο 2 άνω των 40 ετών. Διαφορά στατιστικά σημαντική ($\chi^2=9,69$, $p<0,05$, $DF=3$). (Πίνακας 31, Σχήμα 31).

	20-29	30-39	40-49	> 50
ΝΑΙ	30	36	2	0
ΟΧΙ	52	58	21	4
ΣΥΝΟΛΑ	82	94	23	4

$$(\chi^2=9,69, p<0,05, DF=3)$$

Πίνακας 31 : Συσχέτιση ηλικίας με το αν θα κάνατε ποτέ κάποια μορφή ευθανασίας εάν ήσασταν νομικά κατοχυρωμένοι.



Σχήμα 31 : Συσχέτιση ηλικίας με το αν θα κάνατε ποτέ κάποια μορφή ευθανασίας εάν ήσασταν νομικά κατοχυρωμένοι

Το αν θα υποκύψουν οι ερωτηθέντες στην απαίτηση του/της προϊσταμένου/ης για συμμετοχή στην εφαρμογή μιας τέτοιας διαδικασίας βρέθηκε μη στατιστικά συσχετισμό με την ηλικία τους ($\chi^2=3$, $p>0,05$, $DF=3$)

Όμοια και η απάντηση που δόθηκε στο αν θεωρούν την ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα ικανή να αντιστρέψει την απόφαση του ασθενή ή του οικείου του περιβάλλοντος να τερματίσει την ζωή του δεν βρέθηκε να σχετίζεται με την ηλικία των ερωτηθέντων ($\chi^2=3$, $p>0,05$, $DF=3$).

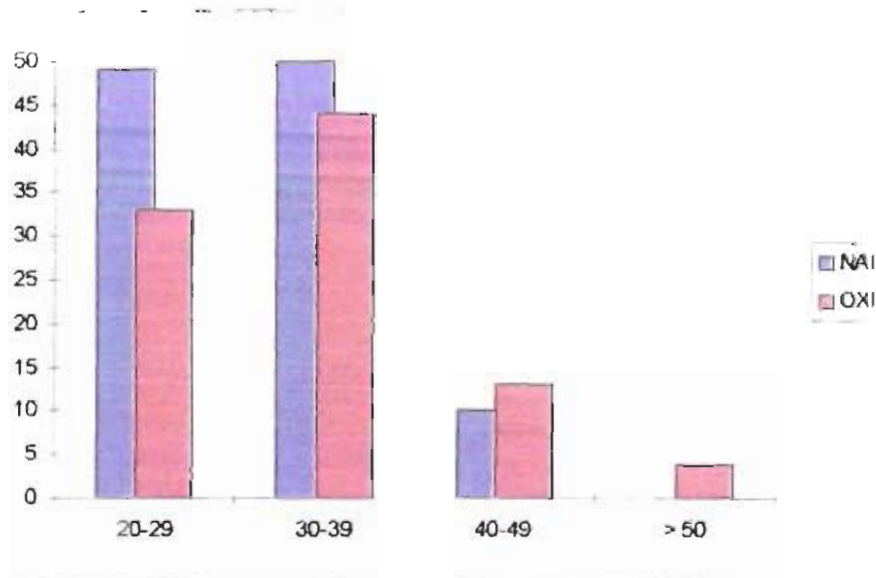
Παρόμοια συμπεράσματα τα οποία δεν συνδέουν στατιστικά την ηλικία με τις ερωτήσεις 24 («Πιστεύετε ότι σε κάποιες περιπτώσεις, ίσως και να επισπεύσθηκε ο θάνατος ενός κλινικά νεκρού ατόμου, προκειμένου να ληφθούν τα ζωτικά του όργανα για μεταμόσχευση»), 26 («Εάν ο βαρέως πάσχων, ανήκε στο οικείο σας περιβάλλον, θα προβαίνατε στην εφαρμογή ευθανασίας»), και 27 («Εάν ο βαρέως πάσχων, ήσασταν εσείς, θα αποφασίζατε να υποβληθείτε σε ευθανασία») εζήχθησαν ($\chi^2=0,9$, $p>0,05$, $DF=3$), ($\chi^2=4,1$, $p>0,05$, $DF=3$), ($\chi^2=0,9$, $p>0,05$, $DF=3$) αντίστοιχα.

Αντίθετα η εντέλει συμφωνία με την εφαρμογή της ευθανασίας βρέθηκε να σχετίζεται (οριακά) στατιστικά ($\chi^2=6,83$, $p=0,07$, $DF=3$). Δηλαδή όσο μικρότεροι σε ηλικία είναι οι ερωτηθέντες τόσο πιο πολύ έτειναν να συμφωνήσουν με την εφαρμογή της ευθανασίας. (Πίνακας 32, Σχήμα 32).

	20-29	30-39	40-49	> 50
ΝΑΙ	49	50	10	0
ΟΧΙ	33	44	13	4
ΣΥΝΟΛΑ	82	94	23	4

$$(\chi^2=6,83, p=0,07, DF=3)$$

Πίνακας 32 : Συσχέτιση της ηλικίας με την εντέλει συμφωνία για εφαρμογή της ευθανασίας



Σχήμα 32 : Συσχέτιση της ηλικίας με την εντέλει συμφωνία για εφαρμογή της ευθανασίας

Το επίπεδο σπουδών δεν βρέθηκε να παίζει ρόλο στην πιθανότητα ή όχι οι ερωτηθέντες να σκέφτηκαν ποτέ όντες αντιμέτωποι με μια οδυνηρή κατάσταση ενός βαρέως πάσχοντος, ότι θα ήταν προτιμότερο αυτός να πεθάνει. ($\chi^2=1,18$, $p>0,05$, $DF=3$)

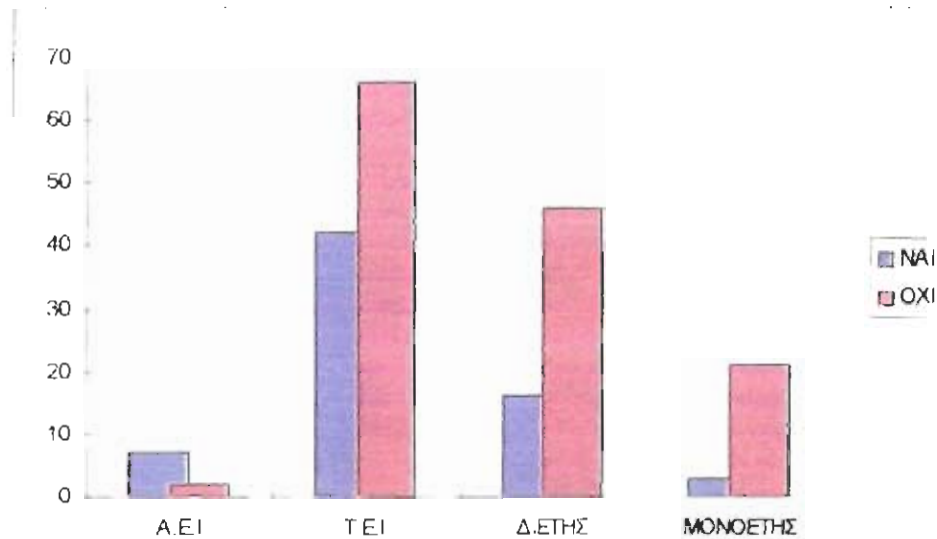
Παρόμοιο συμπέρασμα εξήχθη γι' αυτούς που είτε συμμετείχαν είτε όχι κάποτε σε κάποια μορφή ευθανασίας σε σχέση με το επίπεδο σπουδών ($\chi^2=1,18$, $p>0,05$, $DF=3$).

Από τους 9 ερωτηθέντες νοσηλευτές/τριες απόφοιτους Ανωτάτης σχολής οι 7 (77,77%) δήλωσαν ότι θα συμμετείχαν σε κάποια μορφή ευθανασίας εάν ήταν νομικά κατοχυρωμένοι. Αντίθετα μόνο 3 από τους 24 ποσοστό 12,5% θα συμμετείχαν από τους απόφοιτους σχολών μονοετούς φοίτησης. Διαφορά στατιστικά λίαν σημαντική ($\chi^2=15,72$, $p=0,07$, $DF=3$). Άρα, όσο πιο υψηλό είναι το επίπεδο σπουδών τόσο πιο εύκολα θα συμμετείχαν οι ερωτηθέντες σε κάποια μορφή ευθανασίας (Πίνακας 33, Σχήμα 33).

	Α.Ε.Ι.	Τ.Ε.Ι.	ΔΙΕΤΗΣ	ΜΟΝΟΕΤΗΣ
ΝΑΙ	7	42	16	3
ΟΧΙ	2	66	46	21
ΣΥΝΟΛΑ	9	108	62	24

$$(\chi^2=15,72, p=0,07, DF=3)$$

Πίνακας 33 : Συσχέτιση του επιπέδου σπουδών με την συμμετοχή ή όχι στην εφαρμογή κάποιας μορφής ευθανασίας εάν ήσασταν νομικά κατοχυρωμένοι .



Σχήμα 33 : Συσχέτιση του επιπέδου σπουδών με την συμμετοχή ή όχι στην εφαρμογή κάποιας μορφής ευθανασίας εάν ήσασταν νομικά κατοχυρωμένοι

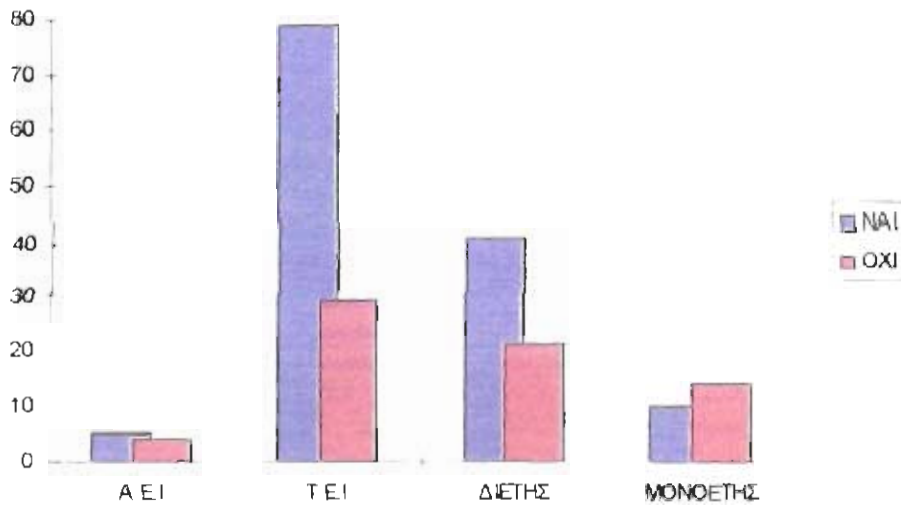
Αντίθετα όσο πιο υψηλό ήταν το επίπεδο σπουδών των ερωτηθέντων τόσο πιο πολύ θεωρούσαν ότι η ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα είναι δυνατόν να αλλάξει την απόφαση του ασθενή ή του οικείου του περιβάλλοντος, να τερματίσει τη ζωή του. ($\chi^2=9,27$, $p<0,05$, $DF=3$). (Πίνακας 34, Σχήμα 34).

	Α.ΕΙ	Τ.ΕΙ	ΔΙΕΤΗΣ	ΜΟΝΟΕΤΗΣ
ΝΑΙ	5	79	41	10
ΟΧΙ	4	29	21	14
ΣΥΝΟΛΑ	9	108	62	24

$$(\chi^2=9,27, p<0,05, DF=3)$$

Πίνακας 34 : Συσχέτιση του επιπέδου σπουδών με την θεώρηση ότι η ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα είναι δυνατόν να αλλάξει την

απόφαση του ασθενή ή του οικείου του περιβάλλοντος, να τερματίσει τη ζωή του.



Σχήμα 34 : Συσχέτιση του επιπέδου σπουδών με την θεώρηση ότι η ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα είναι δυνατόν να αλλάξει την απόφαση του ασθενή ή του οικείου του περιβάλλοντος να τερματίσει τη ζωή του

Το επίπεδο σπουδών δεν βρέθηκε να σχετίζεται με την συνεργασία ή όχι στην εφαρμογή μιας τέτοιας διαδικασίας εάν ο/η προϊστάμενος νοσηλευτής/τρια απαιτούσε την συμμετοχή των ερωτηθέντων ($\chi^2=4,13$, $p>0,05$, $DF=3$).

Το επίπεδο σπουδών δεν βρέθηκε να σχετίζεται με το πιστεύω ή όχι των ερωτηθέντων ότι σε κάποιες περιπτώσεις ίσως και να επισπεύσθηκε ο θάνατος ενός κλινικά νεκρού ατόμου, προκειμένου να ληφθούν τα ζωτικά του όργανα για μεταμόσχευση. ($\chi^2=3,25$, $p>0,05$, $DF=3$).

Στους 9 ερωτηθέντες ανωτάτου επιπέδου σπουδών οι 5 (55,56%) δήλωσαν ότι εάν ο βαρῆως πάσχων ανήκε στο οικείο τους περιβάλλον θα προέβαιναν σε κάποια μορφή ευθανασίας. Ακόμα περισσότερο 7 στους 9 ερωτηθέντες ποσοστό

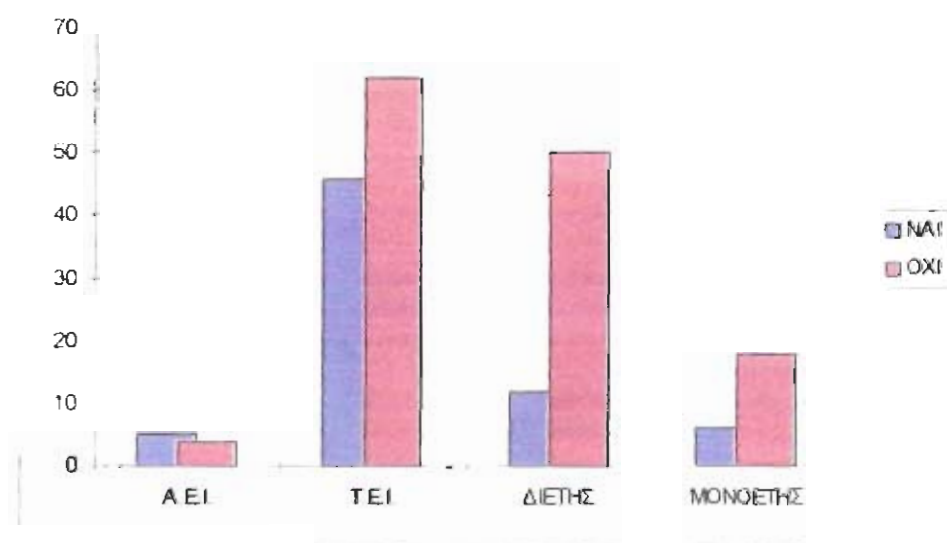
(77,77%) δήλωσαν ότι θα προέβαιναν σε κάποια μορφή ευθανασίας εάν επρόκειτο για τους ίδιους.

Αντίθετα 50 στους 62 ποσοστό 80,65% δήλωσαν ότι δεν θα προέβαιναν σε τέτοια πράξη όντας απόφοιτοι σχολών διετούς φοίτησης, όσον αφορά άτομο του οικείου τους περιβάλλοντος και 40 στους 62 ποσοστό 64,52 δήλωσαν για την ίδια κατηγορία ότι δεν θα το έκαναν ούτε στον ίδιο τους τον εαυτό. ($\chi^2=12,21$, $p<0,01$, $DF=3$) και ($\chi^2=17,62$, $p<0,01$, $DF=3$) αντίστοιχα. (Πίνακας 35, Σχήμα 35 και Πίνακας 36, Σχήμα 36).

	Α.Ε.Ι.	Τ.Ε.Ι.	ΔΙΕΤΗΣ	ΜΟΝΟΕΤΗΣ
ΝΑΙ	5	46	12	6
ΟΧΙ	4	62	50	18
ΣΥΝΟΛΑ	9	108	62	24

$$(\chi^2=17,62, p<0,01, DF=3)$$

Πίνακας 35 : Συσχέτιση του επιπέδου σπουδών με την εφαρμογή ευθανασίας εάν ο βαρέως πάσχων ήταν άτομο του οικείου περιβάλλοντος του ερωτηθέντος

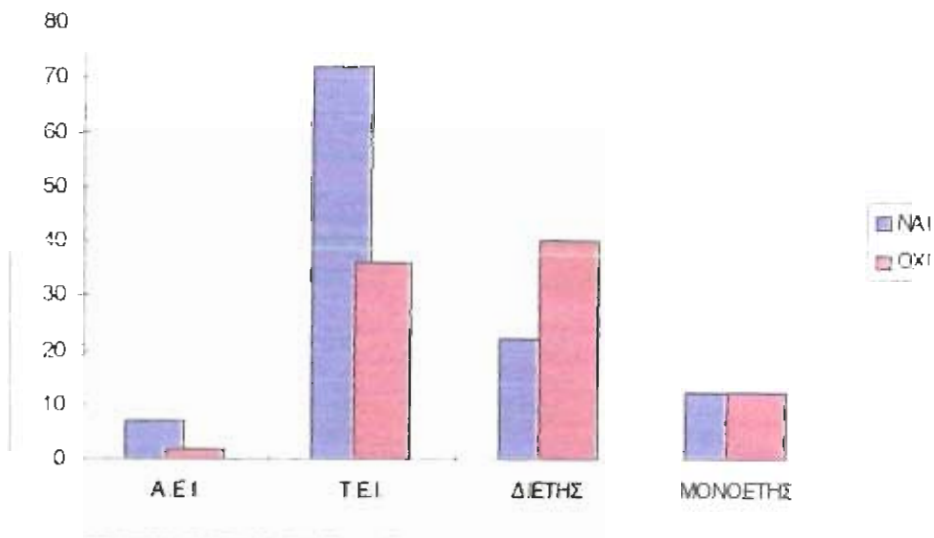


Σχήμα 35 : Συσχέτιση του επιπέδου σπουδών με την εφαρμογή ευθανασίας εάν ο βαρέως πάσχων ήταν άτομο του οικείου περιβάλλοντος του ερωτηθέντος

	Α.Ε.Ι.	Τ.Ε.Ι.	ΔΙΕΤΗΣ	ΜΟΝΟΕΤΗΣ
ΝΑΙ	7	72	22	12
ΟΧΙ	2	36	40	12
ΣΥΝΟΛΑ	9	108	62	24

$$(\chi^2=12,21, p<0,01, DF=3)$$

Πίνακας 36 : Συσχέτιση του επιπέδου σπουδών με την εφαρμογή ευθανασίας εάν ο βαρέως πάσχων ήταν ο ίδιος ο ερωτηθείς.



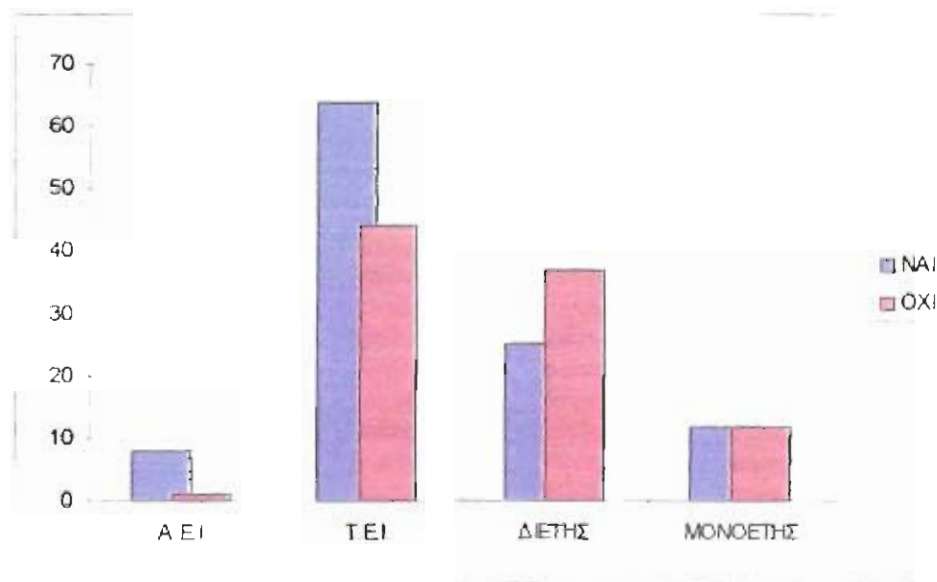
Σχήμα 36 : Συσχέτιση του επιπέδου σπουδών με την εφαρμογή ευθανασίας εάν ο βαρέως πάσχων ήταν ο ίδιος ο ερωτηθείς

Όσο πιο υψηλό είναι το επίπεδο σπουδών τόσο περισσότερο συμφωνούν με την εφαρμογή της ευθανασίας παρουσιάζοντας πολύ υψηλό ποσοστό συμφωνίας (απόφοιτοι ανωτάτων σχολών 8 στους 9 ποσοστό 88,89%) ($\chi^2=10,42$, $p<0,05$, $DF=3$). (Πίνακας 37, Σχήμα 37).

	Α.Ε.Ι.	Τ.Ε.Ι.	ΔΙΕΘΗΣ	ΜΟΝΟΕΤΗΣ
ΝΑΙ	8	64	25	12
ΟΧΙ	1	44	37	12
ΣΥΝΟΛΑ	9	108	62	24

$$(\chi^2=10,42, p<0,05, DF=3)$$

Πίνακας 37 : Συσχέτιση του επιπέδου σπουδών με την συμφωνία ή όχι στην εφαρμογή ευθανασίας.



Σχήμα 36 : Συσχέτιση του επιπέδου σπουδών με την συμφωνία ή όχι στην εφαρμογή ευθανασίας

Επιπρόσθετα οι νοσηλευτές/τριες που συμμετείχαν στην μελέτη χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες ανάλογα με τον βαθμό γνώσεως που είχαν για την ευθανασία. Η γνώση τους θεωρήθηκε «ΑΡΙΣΤΗ», όταν απάντησαν ΝΑΙ στις ερωτήσεις 6 και 8 («Θεωρείτε ότι είστε πλήρως ενημερωμένοι σχετικά με την ακριβή έννοια του όρου ευθανασία» και «Ένωρίζετε τη διάκριση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας;»). Η γνώση τους θεωρήθηκε «ΜΕΤΡΙΑ» όταν απάντησαν ΝΑΙ σε μία μόνο από τις δύο παραπάνω ερωτήσεις. Άτομα τα οποία απάντησαν με ΟΧΙ και στις δύο ερωτήσεις θεωρήθηκαν ότι είχαν «ΚΑΚΗ» γνώση για την ευθανασία.

Η πρώτη ομάδα με «ΑΡΙΣΤΗ» γνώση αποτελείτο από 84 άτομα (41,38%), η ομάδα με «ΜΕΤΡΙΑ» γνώση αποτελείτο από 56 άτομα (27,59%) και η ομάδα με «ΚΑΚΗ» γνώση αποτελείτο από 63 άτομα (31,03%).

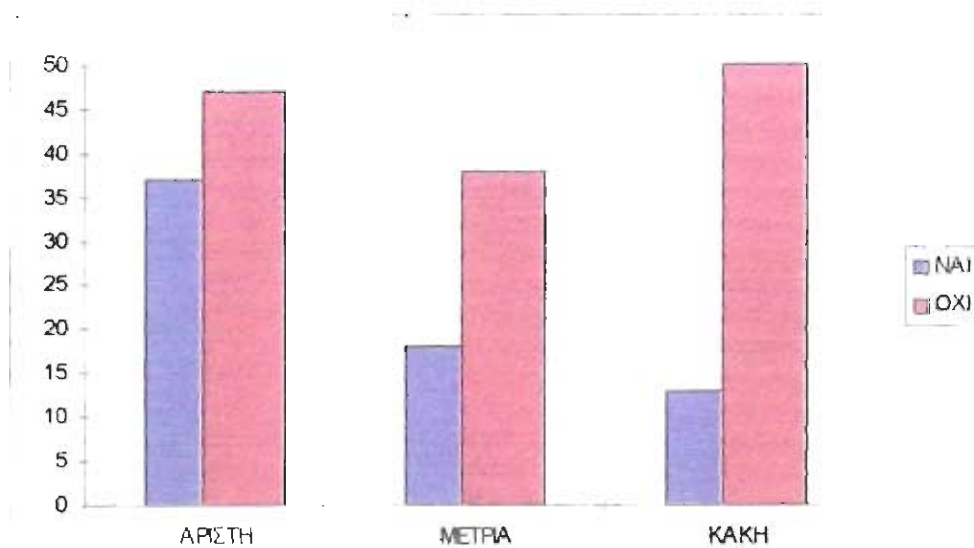
Η γνώση γύρω από την ευθανασία δεν φαίνεται να συσχετίζεται με την πιθανότητα ή όχι όντας κάποιος αντιμέτωπος με μια οδυνηρή κατάσταση ενός βαρέως πάσχοντος, ότι θα ήταν προτιμότερο αυτός να πεθάνει αλλά ούτε και με την συμμετοχή ή όχι στην διενέργεια κάποιας μορφής ευθανασίας ($\chi^2=1,62$, $p>0,05$, $DF=2$) και ($\chi^2=4,86$, $p>0,05$, $DF=2$).

Από τους ερωτηθέντες αυτοί που είχαν κακή γνώση για την έννοια της ευθανασίας δήλωσαν ότι δεν θα συμμετείχαν στην εφαρμογή ευθανασίας ούτε αν ήταν νομικά κατοχυρωμένοι (οι 50 στους 63 σε σύνολο, ποσοστό 79,37%) ενώ αντίθετα οι γνώστες σε ποσοστό 55,95% δηλαδή 47 στους 84. Η παραπάνω διαφορά είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=8,92$, $p<0,05$, $DF=2$). (Πίνακας 38, Σχήμα 38).

	ΑΡΙΣΤΗ	ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΚΗ
ΝΑΙ	37	18	13
ΟΧΙ	47	38	50
ΣΥΝΟΛΑ	84	56	63

$$(\chi^2=8,92, p<0,05, DF=2)$$

Πίνακας 38: Συσχέτιση του επιπέδου γνώσης με το αν θα συμμετείχαν στην εφαρμογή κάποιας μορφής ευθανασίας εάν ήταν νομικά κατοχυρωμένοι



Σχήμα 38 : Συσχέτιση του επιπέδου γνώσης με το αν θα συμμετείχαν στην εφαρμογή κάποιων μορφών ευθανασίας εάν ήταν νομικά κατοχυρωμένοι

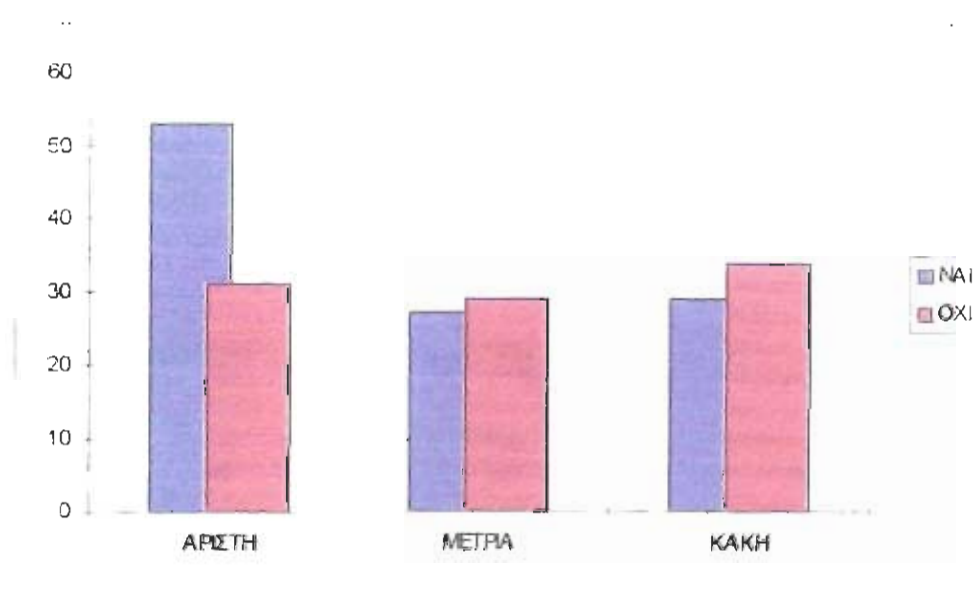
Η γνώση περί την ευθανασία δεν βρέθηκε να σχετίζεται ούτε με την απόφαση συνεργασίας για την εφαρμογή μιας τέτοιας δοκιμασίας κατόπιν απαίτησης του/της προϊσταμένης νοσηλεύτη/τριας των ερωτηθέντων ($\chi^2=0,69$, $p>0,05$, $DF=2$), ούτε με την θεώρηση ότι η ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα είναι δυνατόν να αλλάξει την απόφαση του ασθενή ή του οικείου του περιβάλλοντος να τερματίσει τη ζωή του ($\chi^2=3,64$, $p>0,05$, $DF=2$) αλλά ούτε και με την πεποίθηση ή όχι των ερωτηθέντων ότι σε κάποιες περιπτώσεις ίσως και να επισπεύσθηκε ο θάνατος ενός κλινικά νεκρού ατόμου, προκειμένου να ληφθούν τα ζωτικά του όργανα για μεταμόσχευση. ($\chi^2=0,14$, $p>0,05$, $DF=2$)

Επίσης, δεν βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά η γνώση για την ευθανασία με την πιθανότητα ή όχι εάν ο βαρέως πάσχων ανήκε στο οικείο τους περιβάλλον, να προέβαιναν στην εφαρμογή ευθανασίας, ($\chi^2=3,91$, $p>0,05$, $DF=2$), αλλά ούτε με την πιθανότητα ή όχι εάν ο βαρέως πάσχων ήταν οι ίδιοι θα αποφάσιζαν να υποβληθούν σε ευθανασία. ($\chi^2=2,57$, $p>0,05$, $DF=2$).

Όσο πιο καλή γνώση είχαν οι ερωτηθέντες για την ευθανασία τόσο πιο πολύ σύμφωνοι ήταν απέναντι στην εφαρμογή της. Έτσι 53 στους 84 ποσοστό 63,1% δήλωσαν θετικοί στην εφαρμογή της. Η συσχέτιση των δύο αυτών παραμέτρων ήταν στατιστικά (οριακά) σημαντική ($\chi^2=5,15$, $p=0,07$, $DF=2$). (Πίνακας 39, Σχήμα 39).

	ΑΡΙΣΤΗ	ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΚΗ
ΝΑΙ	53	27	29
ΟΧΙ	31	29	34
ΣΥΝΟΛΑ	84	56	63

Πίνακας 39 : Συσχέτιση της γνώσης για την ευθανασία με την συμφωνία για την εφαρμογή της.



Σχήμα 39 : Συσχέτιση της γνώσης για την ευθανασία με την συμφωνία για την εφαρμογή της

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την μελέτη των αποτελεσμάτων της ερευνητικής μας εργασίας προκύπτει ότι, δεν συμμετείχε στην μελέτη μας μεγάλος αριθμός ατόμων, που το θρήσκευμα τους να είναι διαφορετικό από αυτό του Χριστιανού Ορθόδοξου, με αποτέλεσμα να μην μπορέσουμε να αξιοποιήσουμε στατιστικά το θρήσκευμα των ερωτηθέντων.

Αξιοσημείωτο άλλωστε, αποτέλεσμα της παρούσας μελέτης είναι ότι σε μεγάλο ποσοστό (σχεδόν 6 στους 10) δεν είχαν πλήρη γνώση γύρω από το μείζον αυτό θέμα της ευθανασίας. Κάτι, που αναδεικνύει την ελλιπή ενημέρωση, όχι μόνο του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου αλλά και του στενότερου επιστημονικού κύκλου των επαγγελματιών υγείας επάνω σε ζητήματα επίκαιρα και ιδιαίτερα φλέγοντα. Η πολιτεία λοιπόν, αδυνατεί να καλύπτει όλες τις διαστάσεις του ρόλου που καλείται να παίξει· να προασπίσει δηλαδή τις απαιτήσεις και ανάγκες των μελών της για ανύψωση του πνευματικού και μορφωτικού τους επιπέδου.

Μεγάλη σημασία για την έρευνά μας έχει επίσης και το γεγονός ότι 4 νοσηλεύτριες δήλωσαν κατηγορηματικά ότι έχουν συμμετάσχει κάποτε στην διενέργεια κάποιας μορφής ευθανασίας.

Βεβαίως, δε γνωρίζουμε τη στάση που θα ακολουθούσαν στην περίπτωση που θα απαιτείτο η ονομαστική συμμετοχή τους στο ερωτηματολόγιό μας, δεδομένης της απαγόρευσης από το νόμο της αφαίρεσης της ανθρώπινης ζωής, όπως θεσμοθετείται από πλήθος διατάξεων.

Πρέπει ωστόσο να τονιστεί πως κανένας από τους/τις νοσηλευτές/τριες δεν δέχτηκε ποτέ πίεση από κάποιο συνεργάτη ιατρό να συμμετέχει σε μια τέτοια διαδικασία αλλά ούτε και οι ίδιοι θα πίεζαν προς αυτή την κατεύθυνση άλλους συναδέλφους - συνεργάτες.

Μόνο όμως 1 στους 6 θα κατήγγειλε συνάδελφο που θα διενεργούσε κάποιας μορφής ευθανασία.

Ένας στους δύο από τους συμμετέχοντες στην μελέτη μας δήλωσαν ότι θα προέβαιναν σε εφαρμογή ευθανασίας, εάν οι ίδιοι βρίσκοταν στη θέση του βαρέως πάσχοντος.

Εντέλει, ένας στους δύο συμφωνούν με την εφαρμογή της ευθανασίας, εάν βέβαια δεν συμπράττουν ή δεν την πραγματοποιούν οι ίδιοι σε τρίτα άτομα, από ότι δείχνουν τα αποτελέσματα ενός συνδυασμού ερωτημάτων.

Τελικά, η ευθανασία είναι το πρώτο στην ιεραρχία ηθικό δίλημμα και καλούνται όλοι οι Νοσηλευτικοί Σύνδεσμοι ανά τον κόσμο να το οριοθετήσουν και να λάβουν σαφή θέση.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο βαθμός ενημέρωσης και η στάση των νοσηλευτών/τριών απέναντι στο ηθικό ζήτημα της Ευθανασίας στην πόλη της Πάτρας.

Η Ευθανασία αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα σύγχρονα διλήμματα στο χώρο των Επιστημών Υγείας και μεγενθύνεται με την παράλληλη πρόοδο της Βιοτεχνολογίας και την εξέλιξη της Επιστήμης.

Στην Ελλάδα δεν έχει γίνει μέχρι σήμερα σαφής τοποθέτηση από τους επίσημους εκπροσώπους της Νοσηλευτικής Επιστήμης σχετικά με τη θέση αυτή επάνω σε τέτοιου είδους διλήμματα.

Μελέτες που έχουν γίνει αγγίζουν απλά και αποφεύγουν να θίξουν ευθέως το πολύκροτο θέμα της ευθανασίας.

Στη μελέτη μας 203 νοσηλευτές/τριες εκ των οποίων 49 άνδρες και 154 γυναίκες ηλικίας από 20-60 ετών ερωτήθηκαν σε σχέση με το επίπεδο των σπουδών τους, τα χρόνια εργασίας τους και τη γνώση τους σχετικά με προκείμενο θέμα. Το δείγμα μας επιλέχθηκε από νοσοκομεία της Πάτρας με τρόπο τυχαίο.

Ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε 28 ερωτήσεις απευθύνθηκε σε εργαζόμενους/ες νοσηλευτές/τριες. Οι ερωτήσεις αφορούσαν τις προαναφερθείσες παραμέτρους (ηλικία φύλο σπουδές), σχετικά με το κατά πόσο είναι γνώστες του θέματος, το πόσο ευαισθητοποιημένοι είναι απέναντι σε ένα τέτοιο ζήτημα και το κατά πόσο τους έχει απασχολήσει τόσο σε προσωπικό - οικογενειακό επίπεδο, όσο και σε επαγγελματικό.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μας το 41,38% είναι «άριστοι» γνώστες του όρου, το 27,59% έχουν «μέτρια» γνώση ενώ το 31,03% έχουν «κακή» γνώση ή άγνοια.

Επίσης αξίζει να σημειωθεί ότι ανεβρέθησαν 4 άτομα (γυναίκες) τα οποία έχουν συμμετάσχει στη διενέργεια κάποιας μορφής ευθανασίας.

Το σημαντικό βέβαια, είναι ότι οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες θα ενεργούσαν ίδια βούληση και όχι κάτω από την πίεση των συνεργατών γιατρών ή των προϊσταμένων αφού άλλωστε το θέμα της ευθανασίας αγγίζει την ανθρώπινη διάσταση και είναι ένα ζήτημα που τους έχει απασχολήσει είτε σε οικογενειακό, είτε σε επαγγελματικό επίπεδο.

Τέλος ένα ποσοστό 53,69% δηλαδή οι 109 από τους ερωτηθέντες είναι υπέρ της ευθανασίας, πράγμα που δείχνει ότι είναι όντως ευαισθητοποιημένοι και το 66,5% (δηλαδή 135 ερωτηθέντες) θα διενεργούσαν μια τέτοια πράξη εάν ήταν νομικά κατοχυρωμένοι.

SUMMARY

The degree of the rendering and the nurse's attitude towards the moral issue Euthanasia in Patras city.

Euthanasia is one of the most significant contemporary dilemmas in the area of Health Sciences and is being enlarged by the simultaneous development of Biotechnology and other relevant sciences.

There hasn't been any clear placing on this issue and its dilemmas in Greece yet, by the representatives of the Nursing Science.

The research, that have been made up till now, approach this issue vaguely avoiding touching on it directly.

In our research, 203 nurses, 49 men and 154 women, aged 20-60 years old were asked their opinion on this issue according to the level of their studies, their work experience and their awareners of this issue. This sample was chosen from the Patras hospitals in a random way.

A questionnaire, including 28 questions was addressed to working nurses. The questions concerned the above parameters (age, sex, studies) related to how much these people are aware of the issue, how sensitised they are towards such a matter and how much it has occupied them in personal - family level as well as in professional level.

According to our results 41,38% have perfect knowledge of the issue, 27,59% have fair knowledge, through, 31,03% have bad knowledge on the issue or ignorance.

We must also notice that 4 persons (women) were found having taking part in the execution of some kind of euthanasia.

The important thing, of course, is that most of the members of the sample would act according to their beliefs and not under the pressure of doctors and the superiors as long as the issue of euthanasia touches the human dimension and it is an issue that has already occupied them in personal or professional level.

Lastly, a percentage of 53,69% of the sample, that means 109 of the persons asked, is positive towards euthanasia, percentage witch shows that they are sensitised indeed. A 66,5%, which means 135 of the nurses asked would commit such an execution in case they were covered by law.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, «Ευθανασία», Ο. Τσουνάκος
2. Εγκυκλοπαίδεια Υδρία Ελληνική και Παγκόσμια, «Ευθανασία», σελίδες 48-50
3. Rachels James «Euthanasia». De Ira I, 15, Internet
4. Χρονόπουλος Ν.: «Το πρόβλημα της Ευθανασίας», Αθήνα 1980, σελίδες 7-8 και 9-10
5. «Οικονομικός», 12/5/1988, σελίδες 27-28
6. Rachels James «Euthanasia». De Ira I, 14, Internet
7. Rachels James «Euthanasia». Dissertations I, IX, 16, Internet
8. Rachels James «Euthanasia». De Corona, 11, Internet
9. E. Westermarck: «Christianity and Morals», (1939) 239, Internet
10. Mishneh Torak, Book of Judges, «Laws of Mourning» 4:5, Internet
11. Raanan Gillon: «Suicide and Voluntary Euthanasia: Historical Perspective», in A.B. Downing, ed, Euthanasia and the right to Die» (Nash Publishing Co., 1969) 181, Los Angeles.
12. Δρακόπουλος Σπ.: «Ευθανασία», περιοδικό «Πειραιϊκή Εκκλησία», Οκτώβριος 1992, σελίδα 30
13. Αβραμίδης Αθ.: «Ευθανασία», εκδόσεις Ακρίτας 1995, Α έκδοση, σελίδες 17-25, 26, 56.
14. Καράμπελας Λ.: «Η ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο», εκδοτική Εστία, Αθήνα, 1987
15. Μητσόπουλος Ν. Ευθ.: «Η λεγόμενη Ευθανασία», Μονογραφία, Αθήνα 1980, σελίδες 91-94.
16. Δοξιάδης Σπ.: Ιατρική Ηθική, εφημερίδα «Καθημερινή», 5/2/1989
17. Ματσανιώτης Ν.: «Η δυνατότητα της επιστήμης να παρατείνει άσκοπα τη ζωή ενός ανθρώπου», εφημερίδα «Καθημερινή» 4-5/10/1987
18. Μινόφσκι Αλ.: «Η ευθανασία στην κρίση των γιατρών», εφημερίδα «Ακρόπολις» 31/1/1988.
19. Έρευνα των απόψεων και θέσεων των (αλφαβητικώς): Αναπλιώτου Βαζαίου Ειρ, Δοξιάδη Σπ, Καββαδία Γ, Κουτσελίνη Αντ, Μαραγκοπούλου - Γιωτοπούλου Αλ, Μητσοπούλου Ν, Π.Ι.Σ, Ψαρούδα - Μπενάκη Άννα, Φωτέα Π, εφημερίδα «Μεσημβρινή», 29/2, 1/3/1988

20. α) Κουτσελίνης Αντ.: «Ευθανασία». Η ιατροδικαστική άποψη», *MAT MED GRECA* 4: 385-387, 1976
 β) Κουτσελίνης Α., Μιχαλοδημητράκης Μ.: «Ιατρική Ευθύνη», Αθήνα 1984.
 γ) Κουτσελίνης Α.: Πρόλογος στη Μονογραφία Καράμπελα Λ. (No 14)
21. Γαλάνης Γρ.: «Μεταμοσχεύσεις οργάνων», *Περιοδικό "Πειραιϊκή Εκκλησία"*, Σεπτέμβριος 1993.
22. Λορμπαράκης Γ.: «Λαθρεμπόριο οργάνων», *Περιοδικό "Πειραιϊκή Εκκλησία"*, Σεπτέμβριος 1993
23. Μαραγκοπούλου - Γιωτοπούλου Αλ.: Τηλεοπτική συνέντευξη στο MEGA για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, 12/5/1993 - «Μας ζήτησαν χρήματα για μεταμόσχευμα», εφημερίδα «Καθημερινή», 13/5/1993 «Δωρεά ή εμπόριο οργάνων;» εφημερίδα «Κυριακάτικη», 16/5/1993
24. Χριστοδουλίδης Κυπρ.: «Μεταμοσχεύσεις. Λύση ή Πρόβλημα;» εκδόσεις Υπακοή, Αθήνα 1995
25. Ανταπόκριση από το *Medical Tribune*, στοιχεία από το *New England Journal of Medicine* και ποικίλα σχόλια, εφημερίδα «Καθημερινή», 4/6/1995
26. Επιβατιανός Παν.: «Δίκαιο - Δεοντολογία και Προβληματική» Ανακοίνωση σε Συνέδριο για την ευθανασία, Ζάππειο Μέγαρο, Αθήνα 16/5/1986.
27. Γκούρλας Π., Λαμπαδάκης Ι., Αποστολίδης Ι., Τζώρτζη Αργυρώ: «Γεροντοκτονία στην Κέα και αλλού», Ανακοινώσεις στο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, 17-21/5/1994
28. Πλάτωνος Πολιτεία ΙΙΙ, Μετάφραση ΙΝ. Γρυπάρη, σελίδες 120-125.
29. Αναπλιώτου - Βαζαίου Ειρ.: «Καθημερινά Ιατρικά Προβλήματα», εκδόσεις Σάκκουλας, 1988
- 30 « Γενικές αρχές Ιατρικού Δικαίου», εκδόσεις Σάκκουλας, 1993
31. Daikos George: «The terminal quality of life, and passive or active euthanasia», *QUALITY ASSURANCE IN HEALTH CARE*. Vol 2, No 3/4, pp 375-386, 1990
32. Χατζηφώτης Δ.: «Εις θάνατον η Ευθανασία από την Εκκλησία», εφημερίδα «Έθνος», 10/10/1996
33. Ρωμανός Ιδ' στοίχοι 7-8
34. Παρακευαΐδης Χρ.: «Νεότερες όψεις του προβλήματος της Ευθανασίας», Αθήνα 1986, σελίδες 16-17.
35. Μελέτη Γ.Β.: «Τι γίνεται μετά το θάνατο», εκδόσεις Ζωή, σελίδες 246-247
36. Μποκογιάννης Βασ. Π. (Αρχιμανδρίτης), *Περιοδικό "Αποστολική Διακονία"*, σελίδες 82-83.

37. «Η πρώτη νόμιμη ευθανασία», εφημερίδα «Έθνος», 27/9/1996 σελίδα 31.
38. Helga Kuhse, Ph.D., Peter Singer, M.A., B. Phil, F.A.H.A., F.A.S.S.A., «Voluntary euthanasia and the nurse: an Australian survey» *Int J Nurs Stud.* Vol. 30, No 4, pp 311-322, 1993
39. John Keown: «Euthanasia Examined, ethical; clinical and legal perspectives»
40. Δρακόπουλος Σπ.: «Εγκεφαλικός θάνατος», *Περιοδικό "Πειραϊκή Εκκλησία"*, Νοέμβριος 1993.
41. Παρασκευαΐδης Χρ.: «Εγκεφαλικός ή καρδιακός θάνατος», Αθήνα 1992, σελίδες 6-7.
42. Παπαγεωργίου Γ.: «Ο εγκεφαλικός θάνατος» *Περιοδικό "Πειραϊκή Εκκλησία"*, τεύχος Σεπτεμβρίου 1996, σελίδες 89-92
43. Walton John: "Νευρολογία", *Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας* 1984, σελίδα 128
44. James G. Anderson and David P. Caddel (Department of Sociology and Anthropology, Purdue University, West Lafayette IN 479007, U.S.A.): «Attitudes of medical professionals toward Euthanasia», *Soc Sci Med.* Vol. 37, No 1, pp. 105-114, 1993.
45. Λανάρα Ανδρ. Βασιλική: «Οι νοσηλευτές στον 21^ο αιώνα - Τεχνολογία και Νοσηλευτική», *Περιοδικό "Επιθεώρηση Υγείας"*, τόμος 1, τεύχος 1, διμηνιαία έκδοση, Νοέμβριος - Δεκέμβριος 1989, σελίδες 49-52
46. Δοντάς Α.Σ., etal: Συζήτηση στρογγυλής τραπέζης Εταιρεία Βιοϊατρικής και Λεοντολογίας: «Διλήμματα στη βοήθεια προς τους βαρέως πάσχοντες», *Περιοδικό "Ιατρική"*, τόμος 59, τεύχος 6, Αθήνα 1991, σελίδες 576-590
47. «Care of Dying. A Catholic perspective. Part II: Social and Political Context. Catholic Providers must exemplify a caring community», *Heath Progress*, April 1993, pages 21-24.
48. D.M. Price, P.A. Murphy: «An Ethical Perspective, Assisted Suicide: New A.N.A. policy reflects difficulty of issue». *Journal of Nursing Law*, Vol. 2, Issue 2, pages 53-62
49. Russell Ogden, School of Criminology: «Palliative Care and Euthanasia. A Continuum of Care?». *Journal of Palliative Care* 10:2 / 1994; 82-88.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Η ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΔΙΛΛΗΜΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ



1. Φύλο :

Άρρεν Θήλυ

2. Ηλικία: [.....]

3. Θρήσκευμα :

[.....]

4. Επίπεδο Σπουδών :

Ανωτάτη Νοσηλευτική

ΤΕΙ Νοσηλευτικής

Διετής Φοίτηση

Μονοετής Φοίτηση

(Σε περίπτωση που στο επίπεδο σπουδών σας προστίθενται άλλοι τίτλοι σπουδών, παρακαλούμε να αναφερθούν).

[.....]

[.....]

[.....]

5. Έτη Ασκήσεως Επαγγέλματος :

[.....]

6. Θεωρείτε ότι είστε πλήρως ενημερωμένοι σχετικά με την ακριβή έννοια του όρου ευθανασία :

ΝΑΙ ΟΧΙ

7. Τί σημαίνει για εσάς ο όρος "Ευθανασία" :

- α) Ηθελημένη θανάτωση ανίατου ασθενή, με τη συναίνεση του ή χωρίς αυτήν, προς ανακούφιση ή απολύτρωση του από την επθανάτια αγωνία;

β) Συνέργια σε "ανθρωποκτονία" εκ προμελέτης που καταδικάζεται από το νόμο;

8. Γνωρίζετε τη διάκριση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

9. Ανακοίνωση του Αμερικανικού Νοσηλευτικού Συνδέσμου υπαγορεύει πως : Η παύση των υποστηρικτικών για τη ζωή μηχανημάτων, φαρμάκων δεν είναι ευθανασία και δεν πρέπει να συγχέεται με την χορήγηση φαρμάκων για τον τερματισμό της ζωής. Συμφωνείτε;

ΝΑΙ ΟΧΙ

10. Σας έχει απασχολήσει το ζήτημα σε προσωπικό - οικογενειακό επίπεδο;

ΝΑΙ ΟΧΙ

11. Σας έχει απασχολήσει το ζήτημα σε επαγγελματικό επίπεδο;

ΝΑΙ ΟΧΙ

12. Σκεφτήκατε ποτέ, όντες αντιμέτωποι με μια οδυνηρή κατάσταση ενός βαρέως πάσχοντος, ότι θα ήταν προτιμότερο αυτός να πεθάνει;

ΝΑΙ ΟΧΙ

13. Έχετε έλθει ποτέ, αντιμέτωποι με την επιθυμία ασθενούς ή του οικείου περιβάλλοντος αυτού, να υποβληθεί σε κάποια μορφή ευθανασίας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

14. Έχετε συμμετάσχει ποτέ στη διενέργεια οποιασδήποτε μορφής ευθανασίας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

15. Θεωρείτε την απόφαση για ευθανασία :

α) Τόλμη

- β) Ηττοπάθεια
γ) Άλλο

16. Ποιοί από τους παρακάτω λόγους θα επηρέαζαν την απόφασή σας να συμμετέχετε σε μια τέτοια διαδικασία;

- α) Προσωπικοί
β) Συναισθηματικοί
γ) Επαγγελματικοί
δ) Οικονομικοί
ε) Άλλοι λόγοι

17. Εάν ήσασταν νομικά κατοχυρωμένοι, θα συμμετείχατε ποτέ στην εφαρμογή κάποιας μορφής ευθανασίας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

18. Δεχθήκατε ποτέ πίεση από ιατρούς συνεργάτες να συμμετάσχετε σε μια τέτοια διαδικασία;

ΝΑΙ ΟΧΙ

19. Εάν ο/η προϊστάμενος/νη νοσηλεύτης/τρια απαιτούσε την συμμετοχή σας στην εφαρμογή μιας τέτοιας διαδικασίας, θα συνεργαζόσασταν για την υλοποίησή της;

ΝΑΙ ΟΧΙ

20. Εάν ναι, ανεξαρτήτως των πεποιθήσεών σας, θα νιώθατε αναγκασμένοι να υποκύψετε, προκειμένου να διασφαλίσετε την καλή εργασιακή σχέση με τους συνεργάτες σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

21. Εσείς, θα παρακινούσατε τους συνεργάτες σας να συμμετέχουν στην εφαρμογή ευθανασίας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

22. Θα καταγγέλατε ποτέ συνάδελφοι που διενήργησε κάποιας μορφής ευθανασία;

ΝΑΙ ΟΧΙ

23. Η επιθυμία για ευθανασία μπορεί να οφείλεται σε συνδυασμό γεγονότων. Θεωρείτε, ότι η ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα είναι δυνατόν να αλλάξει την απόφαση του ασθενή ή του οικείου του περιβάλλοντος, να τερματίσει τη ζωή του ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

24. Πιστεύετε ότι σε κάποιες περιπτώσεις, ίσως και να επισπεύσθηκε ο θάνατος ενός κλινικά νεκρού ατόμου, προκειμένου να ληφθούν τα ζωτικά του όργανα για μεταμόσχευση ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

25. Εάν ναι, γνωρίζετε τέτοιες περιπτώσεις ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

26. Εάν ο βαρέως πάσχων, ανήκε στο οικείο σας περιβάλλον, θα προβαίνατε στην εφαρμογή ευθανασίας ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

27. Εάν ο βαρέως πάσχων, ήσασταν εσείς, θα αποφασίζατε να υποβληθείτε σε ευθανασία ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

28. Εντέλει, συμφωνείτε με την εφαρμογή της ευθανασίας ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ
ΑΝΘΡΩΠΟΛΟΓΙΑΣ, PURDUE UNIVERSITY, WEST LAFAYETTE U.S.A.
ΑΠΟ ΤΟΥΣ JAMES G. ANDERSON ΚΑΙ DAVID P. CANDEL
ΜΕ ΤΙΤΛΟ: «ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΟΣΩΝ
ΑΦΟΡΑ ΣΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ»**

Πρόκειται για μια δοκιμαστική μελέτη των συμπεριφορών των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην ευθανασία και του πως αυτές οι συμπεριφορές επηρεάζονται από τη θρησκεία, από προηγούμενες εμπειρίες, από την ανάκληση φροντίδας και από τα έτη εργασίας στο χώρο της υγείας.

ΥΛΙΚΟ

Στοιχεία από δείγμα που περιλαμβάνει 63 επαγγελματίες στο χώρο της υγείας.

40 από αυτούς ήταν νοσηλευτές (63,5%)

13 φαρμακοποιοί (20,6%)

6 κοινωνικοί λειτουργοί (9,5%) και

4 άλλοι σχετικών ειδικοτήτων (6,3%)

Σαράντα ένας από τους ερωτηθέντες ήταν Προτεστάντες, δεκατέσσερις Καθολικοί και οκτώ δήλωσαν κάποιο άλλο θρήσκευμα. Η έρευνα διεξήχθη σε μια μεγάλη πόλη του Midwestern για λογαριασμό ογκολόγων.

ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Στους ερωτηθέντες δόθηκε εμπιστευτικό ανώνυμο ερωτηματολόγιο και τους ζητήθηκε να διαβάσουν ένα άρθρο το οποίο είχε τίτλο: «Τελείωσε Debbie», και είχε παρουσιαστεί στην εφημερίδα του Αμερικάνικου ιατρικού συνδέσμου (American Medical Association). Το άρθρο με λεπτομέρεια παρουσιάζει το μαρτύριο μιας ασθενούς με ανίατη ασθένεια και την απόφαση ενός ιατρού να δώσει τέλος στην αγωνία της με ενεργητική ευθανασία. Η έκδοση του συγκεκριμένου άρθρου είχε ξεσηκώσει κύμα διαμαρτυριών, οι οποίες έφτασαν στο σημείο να γίνουν νομικές προσπάθειες προκειμένου να βρεθεί η ταυτότητα του συγγραφέα, ώστε να προσαχθεί στην δικαιοσύνη.

Η ιστορία παρατίθεται πιο κάτω.

«Το τηλεφώνημα έγινε στη μέση της νύχτας. Ως γυναικολόγος εφημερεύων -σε μεγάλο ιδιωτικό νοσοκομείο- εκνευριζόμουν από τα συνεχή τηλεφωνήματα διότι με κρατούσαν ξύπνιο όλη τη νύχτα και δεν είχα δυνάμεις την επόμενη μέρα. Παρ' όλα αυτά, το καθήκον με καλούσε και έτσι σήκωσα το ακουστικό. Μια

νοσοκόμα με πληροφόρησε πως κάποια ασθενής δυσκολευόταν να ηρεμήσει και με παρακάλεσε να τη δω. Βρισκόταν στο γυναικολογικό - ογκολογικό τμήμα. Καθώς πήγαινα, μη πιστεύοντας ότι είχα σηκωθεί ξανά, προσπαθούσα να φανταστώ τι θα αντίκριζα. Ίσως, κάποια ηλικιωμένη γυναίκα σε διέγερση, ίσως κάτι ιδιαίτερα αποκρουστικό. Η νοσηλεύτρια μου έδωσε σύντομα πληροφορίες: ένα εικοσάχρονο κορίτσι, ονόματι Debbie, πέθαινε από καρκίνο ωθηκών. Πολύ λυπηρό σκέφτηκα. Μπήκα στο θάλαμο και είδα μια γυναίκα με μαύρα μαλλιά που φαινόταν κατά πολύ πάνω από είκοσι ετών. Επαιρνε οξυγόνο, είχε ορούς και ήταν καθιστή στο κρεβάτι. Μια δεύτερη γυναίκα, επίσης μαυρομάλλα αλλά μέσης ηλικίας, στεκόταν στα δεξιά της κρατώντας της το χέρι. Και οι δύο με κοίταζαν καθώς έμπαινα. Το δωμάτιο έμοιαζε γεμάτο από την απεγνωσμένη προσπάθεια της ασθενούς να επιβιώσει. Δεν είχε φάει και δεν είχε κοιμηθεί για δύο μέρες. Δεν είχε ανταποκριθεί στην χημειοθεραπεία και της γινόταν μόνο υποστηρικτική θεραπεία.

Τα μόνα λόγια ήταν: «Ας τελειώνουμε».

Πήγα βυθισμένος στις σκέψεις μου στο δωμάτιο νοσηλείας. Ζήτησα από την νοσηλεύτρια να μου αναρροφήσει 20mg μορφίνης. Αρκετά, σκέφτηκα, για να γίνει δουλειά. Πήρα τη σύριγγα στο θάλαμο και είπα στις δύο γυναίκες ότι θα έδινά κάτι στη Debbie που θα την ξεκούραζε, και τους ζήτησα να αποχαιρετήσουν η μία την άλλη. Η Debbie κοίταζε τη σύριγγα, ακούμπησε το κεφάλι στο μαξιλάρι με τα μάτια ανοιχτά, και το έγειρε προς την αντίθετη πλευρά.

Έκανα τη μορφίνη και περίμενα να δω αν οι υπολογισμοί μου ήταν σωστοί. Μέσα σε δευτερόλεπτα η αναπνοή της επανήλθε σε φυσιολογικά πλαίσια, τα μάτια της έκλεισαν και τα χαρακτηριστικά της μαλάκωσαν. Έμοιαζε ήρεμη επιτέλους.

Η μεγαλύτερη γυναίκα έφτιαξε τα μαλλιά της κοιμισμένης ασθενούς. Περίμενα για το επόμενο αναπόφευκτο αποτέλεσμα την απόφραξη της αναπνευστικής οδού. Με απόλυτη ακρίβεια μέσα σε τέσσερα λεπτά οι αναπνοές μειώθηκαν ακόμη περισσότερο, έγιναν ακανόνιστες και τελικά σταμάτησαν. Η γυναίκα με τα σκούρα μαλλιά έμεινε ακίνητη και φαινόταν ανακουφισμένη. «Τελείωσε Debbie».

Το άρθρο επιλέχθηκε εξ' αιτίας της πρωτοφανούς διαμάχης που πυροδότησε στην ιατρική κοινωνία. Θεωρήθηκε ότι εξ' αιτίας της έκδοσής του από την J.A.M.A. η πλειοψηφία των θεραπευτών υγείας θα γνώριζε την υπόθεση.

Αφού διάβαζαν το άρθρο, τους ζητήθηκε να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε ερωτήσεις τόσο σχετικά με το παρελθόν και την εμπειρία, όσο και με αντιδράσεις σχετικά με την υποστήριξη ή την αντίθεσή τους προς την ευθανασία.

ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ

Αφού προσδιόρισαν το βαθμό της συμφωνίας τους, τους ζητήθηκε να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο με έξι λόγους υπέρ και έξι κατά.

Παρακάτω παρατίθενται οι λόγοι υπέρ και κατά του γιατρού, που ουσιαστικά, αποτελούν και το ερωτηματολόγιο της έρευνας.

– Λόγοι υπέρ του γιατρού :

Πόσο αποδεχτούς θεωρείτε τους παρακάτω λόγους όσον αφορά την υποστήριξη της συμπεριφοράς του γιατρού;

Ο γιατρός είναι δικαιολογημένος διότι:

- α) Ενήργησε βάση της συνείδησής του. Η γυναίκα αποτελούσε εξαίρεση στην ηθική υποχρέωση προστασίας της ζωής.
- β) Ήταν ο μοναδικός που μπορούσε να εκπληρώσει την επιθυμία της ασθενούς. Ο σεβασμός της επιθυμίας της, τον ώθησε στην συγκεκριμένη ενέργεια.
- γ) Έκανε αυτό που του ζητήθηκε, δεν ανησυχούσε για τυχόν δυσάρεστες επιπλοκές εξ' αιτίας των ενεργειών του.
- δ) Η γυναίκα θα πέθαινε ούτως ή άλλως και δεν χρειάστηκε μεγάλη προσπάθεια από το γιατρό να της δώσει υπερβολική δόση ναρκωτικού.
- ε) Δεν παραβίασε ουσιαστικά το νόμο μιας και η γυναίκα δεν θα μπορούσε να σωθεί και ουσιαστικά απάλυνε το μαρτύριό της.
- στ) Οι περισσότεροι συναδέλφοι του γιατρού θα είχαν φερθεί ανάλογα

– Λόγοι κατά του γιατρού :

Πόσο αποδεκτούς θεωρείτε τους παρακάτω λόγους εναντίον της ενέργειας του γιατρού;

Ο γιατρός έσφαλε διότι:

- α) Ενήργησε ενάντια στα πιστεύω των συναδέλφων του. Αν εκείνοι ήταν εναντίον της ευθανασίας, δεν έπρεπε αυτός να την κάνει.
- β) Πρέπει να έχουμε απόλυτη εμπιστοσύνη στην αφοσίωση του γιατρού στη διατήρηση της ζωής, ακόμη και αν κάποιος με φοβερούς πόνους προτιμά το θάνατο.
- γ) Η διατήρηση της ζωής είναι η μεγαλύτερη ηθική υποχρέωση όλων. Από τη στιγμή που δεν έχουμε ξεκάθαρα ηθικά κριτήρια για να ξεχωρίσουμε την ευθανασία από το φόνο, κανείς δεν πρέπει να παίρνει τη ζωή κάποιου άλλου στα χέρια του.
- δ) Θα μπορούσε να έχει συνέπειες. Κάποιοι, ήδη, έχουν καταδικαστεί διότι έκαναν το ίδιο.

ε) Θα ήταν συνειδησιακά ευκολότερο αν περίμενε και δεν εμπλεκόταν στο θάνατο της γυναίκας.

στ) Παραβίασε το νόμο. Αν η ευθανασία δεν θεωρείται νόμιμη, τότε τέτοιες παρακλήσεις δεν πρέπει να ικανοποιούνται.

ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές, που χρησιμοποιήθηκαν για αυτή τη μελέτη, χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: επαγγελματικά χαρακτηριστικά, θρησκευτικά στοιχεία, στοιχεία προσωπικότητας.

- Επαγγελματικά χαρακτηριστικά: περιελάμβαναν προηγούμενη εμπειρία σε σχετικές υποθέσεις και πολλά έτη εργασίας.
- Θρησκευτικά στοιχεία: θρήσκευμα και βαθμός πίστης. Οι θρησκευτικές προτιμήσεις περιορίστηκαν σε Καθολικούς και Προτεστάντες εξ'αίτιας του μικρού δείγματος.
- Στοιχεία προσωπικότητας: ηλικία, καταγωγή, έγγαμος, άγαμος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Πάνω από το 60% συμφώνησε με την ενέργεια του γιατρού, καθόλου περίεργο μιας και το 38,1% του δείγματος είχε εμπειρία ανάλογη, κατά την οποία η θεραπεία είχε διακοπεί.

Αυτοί που δεν είχαν εμπειρία έτειναν να διαφωνήσουν (55%).

Όπως και σε προηγούμενες έρευνες οι Προτεστάντες (63,9%) τείνουν να συμφωνήσουν με το γιατρό, ενώ η πλειοψηφία των Καθολικών διαφωνεί ως αποτέλεσμα της ισχυρής αντίθεσης της Καθολικής εκκλησίας.

Πολλοί από τους διαφωνούντες στήριξαν τη διαφωνία τους σε επαγγελματικούς λόγους, την ηθική δηλαδή υποχρέωση του γιατρού στον ετοιμοθάνατο ασθενή, παρά την υψηλή θρησκευτική τους συνείδηση.

Η αντίθεση στην ευθανασία, ακόμη και στηριζόμενη σε επαγγελματικούς λόγους, έχει επηρεαστεί από θρησκευτικές αντιλήψεις και προηγούμενες εμπειρίες.

Οι νομικές επιπλοκές φαίνεται να αποτελούν στοιχείο εναντίωσης στην ευθανασία, κυρίως από τους Προτεστάντες.

Ο αριθμός των ατόμων που τίθεται υπέρ της ευθανασίας, είναι αντιστρόφως ανάλογος με τα χρόνια εργασίας.

Εν κατακλείδι, είναι αναγκαία πιο εκτενής έρευνα με μεγαλύτερο δείγμα, προερχόμενο από διαφορετικές κουλτούρες, ώστε να επιβεβαιωθούν τα συγκεκριμένα αποτελέσματα.⁴⁴

**ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΤΟ AIDS
ΚΑΤΑΠΡΑΪΝΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ
JOURNAL OF PALLIATIVE CARE**

Ένας από τους λόγους συγγραφής αυτού του άρθρου, αποτελεί η παρουσίαση στοιχείων, όπως αυτά περιγράφονται σε έρευνα, που έγινε για την ευθανασία HIV/AIDS και την εξέταση των επιπλοκών στην καταπραϋντική φροντίδα.

Παρ' όλο του ότι η μελέτη ήταν ερευνητική - εγκληματολογικής για τη συλλογή στοιχείων που αφορούν τις αντιλήψεις υποστηρικτών -και πιθανώς μελλοντικών υποστηρικτών- της ευθανασίας, αντικατροπτίζει και μερικές αντιλήψεις ασθενών σχετικά με την υποστηρικτική φροντίδα και την ευθανασία.

ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΑΤΟΜΑ ΜΕ AIDS

Η μελέτη αφορά 18 άτομα με HIV/AIDS και 17 άτομα τα οποία είχαν εμπλακεί σε διαδικασία ευθανασίας ασθενών με AIDS.

Το 83% του δείγματος θεωρεί την ευθανασία ή την διευκολυμένη αυτοκτονία, λύση προκειμένου να τερματίσουν τη ζωή τους.

Από αυτή την ομάδα το 53% είχε ήδη κάνει ενέργειες προς αυτή την κατεύθυνση. Γενικώς, αυτές οι ενέργειες περιλάμβαναν τη συμμετοχή φίλων, συγγενών και γιατρών.

Η ανησυχία του να χαθεί ο έλεγχος της ζωής τους καθώς η υγεία τους θα χειροτέρευε, αναφέρεται από το 78% των ερωτηθέντων.

Οι απόψεις για την ιατρική φροντίδα, ήταν σε γενικές γραμμές καλές. Το 83% δήλωσε ικανοποιημένο από τη φροντίδα που έλαβε και ενημερωμένο για τα προγράμματα καταπραϋντικής φροντίδας. Το 73% δήλωσε ικανοποιημένο από τα συστήματα υποστηρικτικής φροντίδας.

Μερικοί παρατήρησαν πως η διάγνωση του ιού του AIDS στον οργανισμό τους, τους ώθησε σε αγκάλιασμα με τη ζωή και καλύτερευση των διαπροσωπικών τους σχέσεων.

Οι αντίπαλοι της ευθανασίας συχνά υποστηρίζουν ότι η ευθανασία είναι αντίδραση στο φόβο, φόβο ανεξέλεγκτου πόνου, φόβο απώλειας ελέγχου της ίδιας τους της ζωής.

Αν και μερικοί από τους συμμετέχοντες στην έρευνα επικυρώνουν την ύπαρξη αυτών των φόβων, το κυρίαρχο συναίσθημα είναι η ανησυχία απώλειας της ανεξαρτησίας τους και η αδυναμία λήψεων αποφάσεων.

Τέσσερις από τους ερωτηθέντες έκριναν τη στιγμή της εισόδου του στο νοσοκομείο ώρα κατάλληλη για να υποβληθούν σε ευθανασία. Γι' αυτούς ο εγκλεισμός στο νοσοκομείο συμβόλιζε το τέλος της ζωής.

Οι απαντήσεις που δόθηκαν αποδεικνύουν ότι η απόφαση να τερματιστεί η ζωή τους, λιγότερο είχε να κάνει με την απόρριψη των υποστηρικτικών μεθόδων και περισσότερο με την ανάγκη να πεθάνουν σύμφωνα με τις δικές τους επιθυμίες και κανόνες ηθικής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΜΟΝΟ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΕΙΧΑΝ ΕΜΠΛΑΚΕΙ ΕΝΕΡΓΑ ΣΕ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.

Εδόθησαν πληροφορίες για συνολικά 34 περιπτώσεις. Οι ερωτηθέντες, είτε είχαν ενεργητικά εμπλακεί στη διαδικασία, είτε είχαν παραβρεθεί ως βοηθοί ή ακόμη είχαν γνώση των συνθηκών του θανάτου.

Φαίνεται ιδιαίτερα δύσκολο το να σκοτώσεις κάποιον ειδικά, αν επιθυμεί έναν γρήγορο, ανώδυνο θάνατο. Οσοι έχουν αναμειχθεί σε περιπτώσεις ευθανασίας, εύχονται έναν γρήγορο θάνατο και αποφεύγουν να τραβήξουν την προσοχή τρίτων προκειμένου να αποφύγουν ποινικές διώξεις.

Δυστυχώς από τις 34 περιπτώσεις ευθανασίας που περιγράφηκαν, αρκετές δεν εξελίχθηκαν καλά. Σε μερικές περιπτώσεις ο ασθενής παρουσίασε εμέτους και απέβαλε το μοιραίο φάρμακο και σε κάποιες άλλες έπεσε σε κώμα.

Η παρακάτω ιστορία είναι ενδεικτική:

Ο James είχε κολοστομία, ασφυκτικές κρίσεις και εκτεταμένα σαρκώματα καπόζι.

Επέλεξε να πεθάνει στο σπίτι του και έκανε ένα μικρό πάρτι για να αποχαιρετήσει τους φίλους του. Παρά τις παραινέσεις για το αντίθετο, πήρε υπερβολική δόση υγρής μορφίνης και έπεσε αναίσθητος. Όταν ξύπνησε, βρισκόταν σε παραλήρημα θεωρώντας ότι πέθανε και πήγε στην κόλαση. Μετά από κάποιες ώρες συνήλθε και οι φίλοι του τον ηρέμησαν. Συζήτησαν για λίγο μαζί του και δήλωσε έτοιμος να πεθάνει. Αυτή τη φορά χρησιμοποίησε συνδυασμό μορφίνης και ηρεμιστικών και πέθανε μέσα σε 20 λεπτά.⁴⁹

