

**ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

***“ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ”***



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

**ΑΝΔΡΙΩΤΗ ΟΛΓΑ
ΑΡΓΥΡΟΠΟΥΛΟΥ ΝΙΚΟΛΕΤΑ
ΒΕΛΗ ΟΛΓΑ
ΒΙΤΣΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ**

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ

Δρ.Γ.ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

**11/03/2005
ΠΑΤΡΑ**

*“Θα χρησιμοποιήσω σύμφωνα με την
κρίση μου και όσο μπορώ καλύτερα
την Επιστήμη προς όφελος των ασθενών,
κατά δύναμη και κρίση εμην...
ου δώσω δε ουδέν φάρμακων ουδενί
αιτηθείς θανάσιμον, ουδ’ Δε θιγήσομεν
συμβολήν τηνδέ”.*

ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ
όρκος

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	4
Εισαγωγή.....	6
Γενικό Μέρος.....	8
Γενικά περί ευθανασίας	9
1.1. Βιβλιογραφική μελέτη.....	9
1.1.1. Ιστορική αντιμετώπιση της ευθανασίας.....	9
1.1.2. Τι εννοούμε με τον όρο ευθανασία.....	12
1.2. Κατάταξη ειδών ευθανασίας.....	14
1.2.1. Ενεργητική ευθανασία.....	14
1.2.2. Παθητική ευθανασία.....	17
1.3. Ευθανασία του τύπου Living Will.....	19
1.4. Ευθανασία δια της μη ανανήψεως.....	20
1.5. Δυσθανασία και Ορθοθανασία.....	21
1.6. Επιτάχυνση του θανάτου του καταδικασμένου σε θάνατο από οίκτο.....	22
1.7. Η κοινωνική και ευγονική ευθανασία.....	22
Νόμος και ευθανασία	25
2.1 Προσπάθειες νομιμοποίησης της ευθανασίας	25
2.2 Η Νομοθεσία στην Ελλάδα.....	28
2.2.1 Ποια είναι η στάση των γιατρών, των φοιτητών και της κοινωνίας.....	30
2.2.2 Πώς επηρεάζεται η Ελληνική κοινωνία από τα παγκόσμια ρεύματα.....	33
2.3 Ολλανδία. Η πρώτη χώρα που νομιμοποιήθηκε η ευθανασία.....	34
2.4 Νομιμοποιήθηκε η ευθανασία και στο Βέλγιο.....	36
2.5 Η νομοθεσία άλλων κρατών.....	37
2.6 Η πρώτες αντιδράσεις από την νομιμοποίηση της ευθανασίας.....	38
Θρησκεία και ευθανασία	41
3.1 Θρησκευτική θεώρηση.....	41
3.2 Επιχειρήματα κατά της ευθανασίας.....	42
3.2.1 Ειδικότερη τοποθέτηση της Ορθοδοξίας.....	44
3.2.2 Απόψεις εκπροσώπων της Ελληνικής Εκκλησίας.....	46
3.3 Εκκλησία και ιατρικά συνειδησιακά διλήμματα.....	47
Ηθικά Διλήμματα	50
4.1 Ηθικά ζητήματα.....	50
4.1.1 Τι είναι ζωή;.....	51
4.1.2 Είναι η ζωή απόλυτη αξία;.....	52
4.1.3 Δικαίωμα και καθήκον στη ζωή.....	52
4.1.4 Δικαίωμα και καθήκον στο θάνατο.....	53
4.1.5 Το δικαίωμα του αρρώστου να πεθάνει με αξιοπρέπεια.....	54
4.2 Η τοποθέτηση της ιατρικής επιστήμης απέναντι στην ευθανασία.....	55

4.3. Πράξη και παράληψη.....	58
Ειδικό Μέρος.....	60
1 Υλικό- Μέθοδος.....	61
1.1 Σχεδιασμός της έρευνας.....	61
1.2 Πληθυσμός – Δείγμα.....	61
1.3 Τόπος και χρόνος εργασίας.....	61
1.4 Συλλογή δεδομένων.....	62
1.5 Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων.....	62
1.6 Ζητήματα Βιοηθικής.....	62
1.7 Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση.....	63
2.Αποτελέσματα.....	64
2.1 Περιγραφική κατανομή του δείγματος.....	64
Συζήτηση.....	103
Συμπέρασμα.....	105

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η ευθανασία αποτελεί ένα φλέγον θέμα της εποχής μας, μιας εποχής κατά την οποία ο θάνατος δεν αποτελεί πολλές φορές παρά το ελάχιστο κακό, αφ' ης στιγμής ο δρόμος που οδηγεί στο τέλος είναι αρκετά συχνά τόσο μακρύς και επώδυνος, ώστε ο θάνατος να φαντάζει ανακουφιστικός. Η πρόοδος που έχει συντελεσθεί από τον άνθρωπο δε θα μπορούσε να είναι απαλλαγμένη από τα αρνητικά της επακόλουθα. Θα μπορούσε κανείς να ισχυρισθεί, αναλογιζόμενος τις αιτίες και τους τρόπους εξ αιτίας των οποίων και με τους οποίους ο άνθρωπος στο παρελθόν πέθαινε, πως η φύση έχει λειτουργήσει απέναντι του ανταγωνιστικά, επιδιώκοντας να τον ξεπεράσει σε εφευρετικότητα. Το αποτέλεσμα είναι να μην έρθει σε ισορροπία αυτό το αιώνιο παιχνίδι του ανθρώπου με την μοίρα του. Ένα ακόμη αποτέλεσμα είναι αρχές και αξίες έως σήμερα-απόλυτες και ιερές να τίθενται σε αμφισβήτηση, και μάλιστα από τους ίδιους τους κατόχους τους. Θα μπορούσε κανείς να ισχυρισθεί πως ηχούν οι άνεμοι μιας μεταξιοτικής επανάστασης οι οποίοι εντείνονται όσο ο αιώνας προχωρεί προς το τέλος του. Σε αυτά τα πλαίσια και η ευθανασία έχει καταστεί θέμα φλέγον για την κοινωνία μας. Προσοχή όμως! Δεν είναι ένα ζήτημα του συρμού, μια ιδέα που ακολουθεί το πνεύμα αμφισβήτησης της εποχής μας. Αν για άλλα ζητήματα μπορεί κανείς να ισχυρισθεί ότι επιβιώνουν χάρη στην εποχή, η οποία και θα τα πάρει μαζί της όταν τελειώσει στην ιστορική μνήμη ή λήθη, για την ευθανασία αυτό δεν θα μπορούσαν να το ισχυρισθούν ούτε οι πιο φανατικοί της πολέμιοι. Διότι είναι ακλόνητη πραγματικότητα πως όσο περίοπτα είναι τα επιτεύγματα της ιατρικής, όσο και εάν έχει επιμηκυνθεί η ανθρώπινη ζωή απαλλαγμένη από άλλοτε θανατηφόρες ασθένειες, άλλο τόσο έχουν πολλαπλασιάσει τις επιλογές τους η οδύνη και ο θάνατος.

Θα ήταν άδικο λοιπόν να θεωρήσουμε την ευθανασία ένα «μοντέρνο» θέμα, υπονοώντας πως αύριο ίσως δεν θα ενδιαφέρει επειδή η οποία επανάσταση θα έχει καταλαγιάσει και ο μεταβατικός αιώνας μας θα έχει λήξει. Η ευθανασία θα είναι επίκαιρη όσο καιρό βρίσκονται σε ισχύ οι παράγοντες εκείνοι που την οδήγησαν στο προσκήνιο, όσο η ζωή θα παλεύει υπό άνισους όρους με τον πόνο και τον θάνατο. Έως ότου όμως πάψει να είναι επίκαιρη θα τραντάζει θρησκευτικά συστήματα, ιατρικές πρακτικές, την φιλοσοφική σκέψη με λίγα λόγια την ανθρώπινη ηθική και συνείδηση.

Το θέμα της ευθανασίας, όπως θα φανεί και παρακάτω, είναι ανεξάντλητο. Η αφαίρεση της ζωής ενός ανθρώπου δεν είναι εύκολο πράγμα. Όσο περνά ο καιρός όλο και περισσότερο ανακινείται το θέμα. Με τους υπέρμαχους και τα επιχειρήματά τους, από τη μια πλευρά, και από την άλλη τους σφοδρούς επικριτές της, που υποστηρίζουν ότι η πράξη αυτή παραβιάζει τις ιερές αρχές του σεβασμού της ζωής¹.

Θέλοντας να μάθουμε τις απόψεις και τις θέσεις των ελλήνων νοσηλευτών/τριων σχετικά με το θέμα της ευθανασίας πραγματοποιήσαμε μια έρευνα σε ορισμένα νοσοκομεία που συντέλεσε στην ολοκλήρωση και ανάπτυξη της εργασίας μας.

Κλείνοντας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την καθηγήτριά μας, εισηγήτρια Δρ.Γ.Θεοδωρακοπούλου, για την παρότρυνσή της στο θέμα αυτό και για την πολύτιμη καθοδήγησή της. Επίσης, τον καθηγητή του Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών κ. Κ.Κουτσογιάννη για την συνεργασία του καθώς επίσης και τον διευθυντή της νευρολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών Θ. Παπαπετρόπουλο, για την βοήθειά του στη δομή των ερωτήσεων της έρευνας.



Οι σπουδάστριες



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένας ηλικιωμένος άνδρας υποφέρει από καρκίνο.

Δεν υπάρχει καμία ελπίδα θεραπείας. Καθημερινά πρέπει να παίρνει μεγάλες ποσότητες φαρμάκων, για να ανακουφίζεται κάπως από τους φοβερούς πόνους. Αναπνέει μόνο με τη βοήθεια αναπνευστήρα. Ικετεύει να κλείσουν τη μηχανή και να τον αφήσουν να πεθάνει ήσυχα.

Είναι όμως αυτό ηθικό

Μια ορειβάτης πέφτει από μεγάλο ύψος και σπάει την σπονδυλική της στήλη. Τώρα βρίσκεται συνεχώς στο κρεβάτι. Τα άκρα της έχουν παραλύσει. Μόνο το κεφάλι της μπορεί να κινεί. Δεν θέλει πια να ζει και αν μπορούσε θα έδινε μόνη της τέρμα στη ζωή της. Σ' αυτή την κατάσταση όμως που βρίσκεται δεν μπορεί να το κατορθώσει. Χρειάζεται κάποιον να της προμηθεύσει λίγο δηλητήριο. Αν ο νοσηλευτής τη βοηθήσει να πεθάνει θα είναι ένοχος φόνου.

Αυτές οι πραγματικά δύσκολες ερωτήσεις μας εισάγουν στο πρόβλημα που λέγεται ευθανασία. Η λέξη είναι σύνθετη. Παράγεται από τις λέξεις «ευ» και «θάνατος» και σημαίνει «καλός θάνατος». Η πραγματική έννοια της ευθανασίας όμως γεννήθηκε δίπλα στο κρεβάτι του αρρώστου, κοντά σε κάποιον που υποφέρει από ανίατη πάθηση.

Με την αναγέννηση, με τον BACON κυρίως, ο όρος παίρνει αυτή τη νέα σημασία. Το κέντρο βάρους μετατίθεται από το επίθετο «καλός» στο ουσιαστικό «θάνατος». Πρώτος ο WILLIAMS σε άρθρο του το 1872 με τον τίτλο «Ευθανασία», χρησιμοποιεί τον όρο με την νέα έννοια του. Τον επόμενο χρόνο ο Βρετανός φιλόσοφος TOLLEMACHE τάσσεται με τις ιδέες του WILLIAMS.

Το 1906, στο Οχάιο ξεκινά η πρώτη κίνηση για νομιμοποίηση της ευθανασίας. Το 1931 γίνεται παρόμοια κίνηση στη Μεγάλη Βρετανία, ενώ το 1935-στην ίδια χώρα- ιδρύεται «Εταιρία Ευθανασίας» με σκοπό τη νομιμοποίηση της. Το 1936 η Εταιρία υποβάλει σχετική πρόταση στη Βουλή των Λόρδων, η οποία όμως απορρίπτεται με 35 ψήφους κατά και 14 υπέρ. Το 1938 δημιουργείται αντίστοιχη Εταιρεία στην πολιτεία Κοννέκτικατ των Η.Π.Α. Με τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο και τα φοβερά εγκλήματα των Ναζί κατά της ανθρωπότητας κάθε κίνηση για την νομιμοποίηση της ευθανασίας πάγωσε. Τα 5.000 ανάπηρα βρέφη και οι 100.000 ψυχασθενείς που εξολοθρεύτηκαν σε εφαρμογή της φιλοσοφίας «η ζωή που δεν αξίζει να ζει» αποτελούσαν μια οδυνηρή.

Αλλά η σύγχρονη Δύση ξέχασε τόσο γρήγορα τα κρεματόρια του Ναζισμού.

Η εμφάνιση του AIDS με τις βαριές επιπτώσεις του και η παράλληλη επέκταση του καρκίνου, έφεραν πιεστικά στην επικαιρότητα το πρόβλημα της ευθανασίας. Στις δυο τελευταίες δεκαετίες οι «κήρυκες του ανέμου του

θανάτου» επανήλθαν δριμύτεροι στο διεθνές πνευματικό και επιστημονικό προσκήνιο.

Η δίκη της Λιέγης αποτέλεσε την πρώτη τους νίκη. Το 1974 σαράντα προσωπικότητες, ανάμεσα στις οποίες και τρεις επιστήμονες τιμημένοι το βραβείο Νόμπελ, υπέγραψαν ένα διεθνές μανιφέστο που δημοσιεύτηκε στην Αμερικανική Επιθεώρηση THE HUMANIST, υπέρ της ευθανασίας. Στην Ολλανδία, το Ακαδημαϊκό Ιατρικό Κέντρο, το A.M.C., που λειτουργεί στο Άμστερνταμ, εφαρμόζει σε περιορισμένο αριθμό αρρώστων από AIDS και άλλα βασανιστικά ενοχλήματα, τη μέθοδο του «ήρεμου τέλους».

Σήμερα οι στατιστικές δίνουν για τις χώρες Δανία, Η.Π.Α, Μ. Βρετανία, Καναδά, Ν. Ζηλανδία, Δυτ .Γερμανία, για τα έτη 1984-1985 ένα εκπληκτικά μεγάλο ποσοστό 68% υπέρ της ευθανασίας σε ορισμένες μορφές της. Και τα πρόσφατα γεγονότα της Βιέννης απέδειξαν ότι οι τάσεις αυτές δεν μένουν μόνο στη θεωρία².

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

1.1 Βιβλιογραφική μελέτη

1.1.1 Ιστορική αντιμετώπιση της ευθανασίας

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 παρακολουθήσουμε σύντομα τη διαδρομή της μέσα στους αιώνες και την ερμηνεία που δίνει κάθε εποχή στον όρο «ευθανασία».

Έντονα άρχισε να τίθεται το θέμα σε ερευνητική βάση πριν από τέσσερις εκατονταετίες. Ο πρώτος που έθεσε το θέμα θεωρείται ο Άγγλος φιλόσοφος και συγγραφέας Thomas Mone, ο οποίος προέβαλε την ιδέα ότι είναι σωστό να πείθουμε τους πάσχοντες από οδυνηρές και ανιαρές ασθένειες να τερματίζουν μόνοι τη ζωή τους ή να συγκατατίθενται σε ανώδυνη θανάτωσή τους. Αυτά υποστήριξε στο κοινωνικό-πολιτικό του μυθιστόρημα «Η ουτοπία».

Η ευθανασία έχει οπαδούς τόσο στη θεωρία όσο και στην πράξη και στην αρχαιότητα. Χαρακτηριστικά στην αρχαία Ελλάδα είναι η περίπτωση των Σπαρτιατών. Στην αρχαία Σπάρτη, άλλωστε, είναι γνωστό πως μια μορφή ευθανασίας, η λεγόμενη σήμερα ευγονική, ήταν καθιερωμένη πρακτική. Βρέφη τα οποία έφεραν δυσμορφίες και ανεπάρκειες που θα καθιστούσαν την μελλοντική τους ζωή επώδυνη και επαχθή για τα ίδια αλλά και για την πόλη, θανατώνονταν. Για την ακρίβεια, εγκαταλείπονταν σε έρημες τοποθεσίες, τους «αποθέτας», όπου και πέθαιναν από έλλειψη φροντίδας. Το πιο σημαντικό όμως, είναι πως όλα τα βρέφη έπρεπε να περάσουν από τον έλεγχο αυτό, εάν ήθελαν να απολάβουν της ιδιότητας του Σπαρτιάτη και να έχουν κλήρο, πράγμα που δείχνει πως η ευγονική ευθανασία στην Σπάρτη ήταν θεσμός της πόλης-κράτους.

Άλλη περίπτωση που ανάγεται στην αρχαιότητα: στην νομοθεσία της Μασσαλίας και της Κω θεωρούσαν επιτρεπτό να πίνουν δηλητήριο οι πολίτες που δήλωναν στις αρχές ότι ήθελαν να πεθάνουν ηρεμότερα, παρά από βεβαρημένα γηρατειά.

Για λόγους ευγονίας, αλλά και από οίκτο προς τους πάσχοντες, τάσσεται υπέρ της ευθανασίας και ο Πλάτωνας. Αυτός υποστηρίζει ότι η Ιατρική δεν πρέπει να ενδιαφέρεται για τους εκ γενετής ασθενείς, τόσο για να μην

παρατείνονται τα βάσανά τους όσο και για να μη φέρνουν στη ζωή και άλλα δυστυχημένα πλάσματα.

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

Κατά τους Ρωμαϊκούς χρόνους, την ευθανασία ασκούν κυρίως οι Στωικοί. Ο Στωικός σοφός «ευθανατεί» συνήθως με την αυτοκτονία. Ο Ζήνων π.χ. έπνιξε τον εαυτό του, διότι 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 αυτόν. Ο Κάτων, ο Σενέκας και άλλοι Στωικοί αυτοκτόνησαν με επιδεικτικό και γελοίο τρόπο. Σημειωτέον, όμως, ότι οι πάντες αυτοκτόνησαν σε μεγάλη ηλικία³.

Κατά τους χρόνους του Μεσαίωνα, η ευθανασία θεωρούνταν βαρύτατο αμάρτημα και η αυτοκτονία τιμωρείτο. Αυτή η θεώρηση ήταν αναμφίβολα αποτέλεσμα της επίδρασης της χριστιανικής διδασκαλίας, η οποία υποστηρίζει το ιερόν και απαραβίαστο της ανθρώπινης ζωής αφ' ενός, αλλά και την καρτερικότητα και την υπομονή στην αντιμετώπιση του πόνου αφ' ετέρου.

Κατά τους νεότερους χρόνους υπέρ της ευθανασίας τάσσονται δυο σπουδαίοι στοχαστές. Οι Thomas Morus και Francis Bacon.

Ο Thomas Morus (1478-1535), Άγγλος φιλόσοφος και κοινωνιολόγος, στο έργο του Utopia, τάσσεται υπέρ της ευθανασίας. Ειδικότερα, υποστηρίζει ότι στις περιπτώσεις των ανιάτων ασθενών θα πρέπει να ασκηθεί ευθανασία με την προϋπόθεση, όμως, της συγκατάθεσης του ασθενούς. Για το σκοπό αυτό, θα πρέπει οι ιερείς και τα αρμόδια όργανα να

πέισουν τον πάσχοντα να πεθάνει, είτε με αποδοχή από την τροφή είτε με τη χρήση υπνωτικού ποτού.

Ο F. Bacon δε (1561-1626), επίσης Άγγλος πολιτικός και φιλόσοφος, είναι ο πρώτος που υποστηρίζει ότι οι γιατροί έχουν το χρέος να χρησιμοποιήσουν την επιστήμη έτσι ώστε αυτοί που πεθαίνουν να φεύγουν από τη ζωή με τον ευκολότερο και ανώδυνο τρόπο. Ο Bacon, μάλιστα, χρησιμοποιεί τον όρο «εξωτερική ευθανασία» για τις ενέργειες του γιατρού που αποβλέπουν σε ανώδυνο θάνατο και τον όρο «εσωτερική ευθανασία», προκειμένου να χαρακτηρίζει την ψυχική προετοιμασία του θρήσκοντος, για την αντιμετώπιση του θανάτου³.

Συνεχίζοντας, αναφέρουμε: «Από τα μέλη κιόλας του περασμένου αιώνα, ο Νίτσε αποκτούσε την ευθανασία με τρόπο που ταίριαζε στο αδίστακτο πιστεύω του, στην αμείλικτη σκληρότητά του. Ζητούσε την ευθανασία “για τα παράσιτα της κοινωνίας”. Και γι’ αυτόν, κοινωνικά παράσιτα ήταν οι “άρρωστοι αυτοί, που έχασαν το νόημα του μέλλοντος” και γι’ αυτόν “είναι ακατανόητο να ζουν άλλο πια”».

Μόλις το 1974 σαράντα προσωπικότητες, ανάμεσα τους και τρία Νόμπελ, υπέγραψαν ένα διεθνές μανιφέστο, που έγραφε τα εξής: «Κάνουμε έκκληση στη φωτισμένη κοινή γνώμη, που προχωρεί πέρα από τα παραδοσιακά ταμπού και προσανατολίζεται σε μια στάση πονετική απέναντι στους ανώφελους πόνους τη στιγμή του θανάτου... Καμία ορθολογιστική ηθική δεν μπορεί να απαγορεύσει κατηγορηματικά στον άνθρωπο να θέσει τέρμα στη ζωή του, αν έχει προσβληθεί από μια τρομερή αρρώστια και τα γνωστά φάρμακα είναι χωρίς αποτέλεσμα... Τασσόμεθα υπέρ της ευθανασίας».

Τελειώνοντας, θα αναφερθεί κάποια περίπτωση όπου η ευθανασία πήρε οργανωμένη μορφή, για λόγους φυλετικούς ή κοινωνικούς. Τα κίνητρα εδώ ήταν καθαρά υλιστικά. Κλασικό πλέον παράδειγμα, η ευθανασία του Χίτλερ.

Είναι γνωστό το ρατσιστικό πιστεύω του Χίτλερ. Ξεκινούσε από τις ανώτερες ράτσες για να καταλήξει με την «ευθανασία» σε αληθινές γενοκτονίες. Με το σύνθημά του ‘Μια γενιά πιο δυνατή θα εξαλείψει τους αδύνατους», εκθείαζε τη φυλετική επιλογή για να προφυλάξει την καθαρότητα του γερμανικού αίματος.

Το 1939 ο πόλεμος έχει απορροφήσει την προσοχή του λαού. Μοναδική ευκαιρία για να εκτελέσει ο Χίτλερ το σχέδιό του. Αναθέτει στον έμπιστο γιατρό του Μπραντ όλους όσους θα κριθούν αθεράπευτοι. Έτσι, ίδρυσε στο Βερολίνο ειδικό γραφείο, το περίφημο Κέντρο T4. Μόλις ετοιμάστηκαν οι κατάλογοι του θανάτου, ειδικά αυτοκίνητα με νοσοκόμους, που δεν ήταν παρά όργανα των SS, τους παραλάμβαναν. Η διαδικασία ήταν σύντομη. Σε ένα παράπηγμα, τους αφαιρούσαν όλα τα ρούχα. Ένας γιατρός τους εξέταζε τυπικά. Προχωρούσαν πενήντα-πενήντα στο θάλαμο του ντους. Ένας γιατρός άνοιγε το γκάζι και από εκεί τα πτώματα μεταφέρονταν στα κρεματόρια. Σε λίγο από δεκαοκτώ μήνες είχαν εκτελεστεί περισσότεροι από εκατό χιλιάδες ασθενείς⁴.

Από την ιστορική αυτή ανασκόπηση είναι φανερό ότι υπάρχει μια μεγάλη σύγχυση ως προς την έννοια της ευθανασίας. Και αυτό, γιατί για ευθανασία μιλά ο Στωικός που αυτοκτονεί, ευθανασία χρησιμοποιεί ο χιτλερισμός την εξόντωση χιλιάδων ανθρώπων, που έπασχαν από βαρύτατες και ανίατες ασθένειες, ευθανασία θεωρείται και η επίσπευση του θανάτου με τη βοήθεια του γιατρού, για ασθενείς οι οποίοι είναι κλινικά νεκροί.

1.1.2 Τι εννοούμε με τον όρο ευθανασία

Είναι γνωστό πως η ανθρώπινη σκέψη μπορεί, ειδικά εάν είναι διατεθειμένη να παραβλέψει κάποια μικρά ή μεγαλύτερα σφάλματα της λογικής, να εκλογικεύσει διάφορες καταστάσεις ακόμα και εγκληματικές. Επειδή όμως το παρελθόν είναι πρόσφατο, όσο και μελανό, πρώτο μέλημα των ασχολούμενων θεωρητικά με την ευθανασία είναι να προσδιορίσουν επακριβώς την έννοια ορίζοντας τι είναι ευθανασία ή πολλές φορές τι δεν είναι.

Στις μέρες μας, ο όρος ευθανασία, ο οποίος αρχικά έχει την έννοια του κακού, ήρεμου και ανώδυνου θανάτου, είτε την βοήθεια για ένα καλό θάνατο, σημαίνει την παροχή βοήθειας για ένα ήρεμο και αξιοπρεπή θάνατο, αλλά με την ηθελημένη και σκόπιμη επίσπευση αυτού. Με την ίδια σχεδόν έννοια χρησιμοποιείται και οι όροι «υποβοηθούμενη ευθανασία» (assisted suicide) και «φόνος από οίκτο» (mercy killing). Αυτή η έννοια της ευθανασίας προϋποθέτει ότι: **α)** πρόκειται πάντα για ανθρώπους οι οποίοι βρίσκονται στην διαδικασία του θανάτου, **β)** οι εν λόγω άνθρωποι υποφέρουν από τον πόνο και **γ)** η άσκηση της ευθανασίας σημαίνει βοήθεια και ανακούφιση από τη βασανιστική διαδικασία του θανάτου³.

Ευθανασία είναι η συντόμευση της ευρείας έννοιας επιθανάτιας αγωνίας ενός προσώπου που πεθαίνει επώδυνα.

«Η ευθανασία ορίζεται, τέλος, ως “ηθελημένη” θανάτωση ασθενούς με τη συναινέσει του ή χωρίς αυτή, προς ανακούφιση ή απολύτρωσή του από την επιθανάτια αγωνία, από αφόρητους πόνους που τα υπάρχοντα θεραπευτικά μέσα αδυνατούν να καταπραΰνουν»^{5,6}.

Η πραγματική έννοια της ευθανασίας γεννήθηκε δίπλα στο κρεβάτι του αρρώστου. Ανάμεσα βασικά σε κάποιον που υποφέρει από ανίατη πάθηση και στο περιβάλλον του ή το γιατρό που έχοντας εξαντλήσει κάθε θεραπευτικό μέσο δεν μπορεί πλέον να του δώσει έστω και την παραμικρή βοήθεια, κάποτε έστω και απλά παρηγορητική. Για το γιατρό είναι μια στιγμή πραγματικά τραγική. Για τον ταγμένο να υπηρετεί τον άρρωστο με αφοσίωση και αυταπάρνηση, κάτι τέτοιο σημαίνει βαθιά απόγνωση. Μια απόγνωση που ξεκινάει από την αδυναμία του να ανακουφίσει, έστω και για

λίγο, τον πόνο του συνανθρώπου του, από την βαθιά οδύνη που νιώθει βλέποντας το χάσιμο κάθε ελπίδας για ζωή.

Γίνεται, λοιπόν, λόγος για «οδυνηρή αγωνία», για «ανθρώπινο πόνο», που, όμως, προκαλούν τα εύκολα ερωτήματα: Αυτή η οδυνηρή αγωνία δεν θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί επαρκώς, ώστε να μην είναι απαραίτητη η ηθελημένη θανάτωση ενός ασθενούς ακόμα και «ανιάτου» σαν σήμερα, «ιάσιμου» όμως αύριο, και σε χρονικό διάστημα που μπορεί να είναι απροβλέπτως βραχύ; Για πόσους και πόσους -οι οποίοι βρίσκονται σε «επιθανάτια αγωνία»- με κάποια «αγωγή» δεν έχει αποδειχθεί τελικά βεβιασμένη ή λανθασμένη μια τέτοια «εκτίμηση»;

Γίνεται, επίσης, λόγος για τη «διακοπή μιας επώδυνης ζωής χωρίς ελπίδα» με την ευθανασία. Όμως, αυτό το «χωρίς ελπίδα» ποιος το κρίνει; Ποιος θα πάρει την απόφαση; Ενώ θα τίθεται το αμείλικτο ερώτημα «μήπως πρόκειται για τραγικό λάθος»; Αυτό δε, διότι υπάρχουν περιπτώσεις που ενώ χαρακτηρίστηκαν χωρίς ελπίδα, αποκαταστάθηκαν σε μια τελείως κανονική ζωή⁵.

Τέλος πρέπει να ξεχωρίσουμε την έννοια της ευθανασίας από την αυτοχειρία. Η βασική διαφορά μεταξύ ευθανασίας και αυτοχειρίας έγκειται στο ότι η πρώτη είναι περισσότερο αντικειμενικά θεμελιωμένη από τη δεύτερη. Πράγματι, στην περίπτωση της αυτοκτονίας οι λόγοι ή οι αφορμές που ωθούν τον άνθρωπο στο απονενοημένο διάβημά του, όσο σοβαροί κι αν είναι, τις περισσότερες φορές μπορούν να αντιμετωπιστούν με την παροχή ψυχολογικής ή κοινωνικής βοήθειας.

Αντίθετα, στην περίπτωση της ευθανασίας, η επιθυμία να τεθεί τέρμα στη ζωή του ανθρώπου, δεν απορρέει από μια οποιαδήποτε δυσχέρεια της ζωής, αλλά από τη δραματική κατάσταση κατά την οποία ο άνθρωπος βλέπει την ίδια την ατομική του ύπαρξη να φθίνει και την οργανική του υπόσταση να καταρρέει, συνέπεια της ανιάτης ασθένειας που τον έχει πλήξει θανάσιμα. Εδώ ο άνθρωπος έχει εισέλθει στη διαδικασία του θανάτου και δεν υπάρχει δυνατότητας αποτροπής του.

1.2 Κατάταξη των ειδών της ευθανασίας

1.2.1 Ενεργητική ευθανασία

Η ενεργητική ευθανασία (active euthanasia) είναι η εσκεμμένη ενέργεια με ανάθεση ή ανάληψη από κάποιον άλλον της πράξεως του τερματισμού της ζωής ενός προσώπου π.χ. ένα γιατρό με μια ένεση φαρμάκου ή αέρα στην φλέβα ή με κάποια «συσκευή»^{5,7,8,9}. Η ενεργητική ευθανασία μπορεί να επιφέρει ένα γρήγορο και ανώδυνο θάνατο, αλλά είναι νομικά παράνομη. Την απόφαση για την ενεργητική ευθανασία μπορεί να πάρει είτε ο ίδιος ο πάσχων, εφόσον είναι ικανός για κάτι τέτοιο, είτε άλλα πρόσωπα, όταν ο πάσχων έχει χάσει την αυτοσυνειδησία του, όπως π.χ. οικείοι, συγγενείς, φίλοι ή οι θεράποντες ιατροί.

Πολλές φορές η χορήγηση θεραπευτικής αγωγής κατά του πόνου ή άλλων συμπτωμάτων μπορεί να έχει ως παρενέργεια τη συντόμευση της ζωής του αρρώστου. Όταν όμως η αρχική πρόθεση αυτής της αγωγής δεν είναι ο ίδιος ο θάνατος, η ευθανασία ονομάζεται «έμμεση ευθανασία».

Η ενεργητική ευθανασία χωρίζεται σε ακούσια και εκούσια:

α) Εκούσια ευθανασία ή εθελοντική ευθανασία (voluntary euthanasia) είναι εκείνη η οποία εφαρμόζεται ύστερα από σαφή, επίμονη, επαναλαμβανόμενη και αυτόνομη απαίτηση του ασθενούς να θέσει τέρμα στη ζωή του^{7,10}.

Η εκούσια ευθανασία γίνεται: **ι)** με την λήψη από τον ίδιο τον ασθενή της θανατηφόρας δόσεως μια κάποιας ουσίας (ευθανασία δι' αυτοκτονίας) ή **ii)** με τη χορήγηση της σε κάποιον που τη ζητάει –συνήθως από ένα γιατρό– σαν ένα είδος βοήθειας. Η «βοήθεια» όμως αυτή αποτελεί πράξη συμμετοχής σε αυτοκτονία και μπορεί να ονομασθεί και υποβοηθούμενη αυτοκτονία⁵.

Περίπτωση εκούσιας ευθανασίας είναι αυτή της γερμανίδας Ίγκριτ Φράνκ, 28 ετών. «Μια νεαρή κοπέλα, παράλυτη, κρατώντας με δυσκολία το κεφάλι της ψηλά, κάθεται μπροστά από ένα ποτήρι το οποίο περιέχει κάποια δηλητηριώδη ουσία. Κοιτάζοντας ευθεία μπροστά της, παίρνει στο στόμα της το καλαμάκι που βρίσκεται στο ποτήρι και αδειάζει το περιεχόμενό του. Το δηλητήριο της πρόσφερε η Γκρέτλις Σβάρτμαν, ηλικίας 73 ετών, μέλος της ενώσεως “Δικαίωμα στο θάνατο”. Η Ίγκριτ Φράνκ έσπασε το λαιμό της σε αυτοκινητιστικό δυστύχημα, με αποτέλεσμα να μείνει παράλυτη. Αποφάσισε η ίδια να θέσει τέρμα στη ζωή της, δεν ήθελε όμως να θεωρηθεί κανείς υπεύθυνος για το θάνατο της. Έτσι, ζήτησε να κινηματογραφήσουν την αυτοκτονία της».

Χαρακτηριστική, επίσης, ενεργητική ευθανασία είναι αυτή του Βορειο-αυστραλού 66χρόνου Μπόμπ Νέντ, συνταξιούχου ταπητουργού από το

Ντάργουικ, ο οποίος υπέφερε τα τελευταία 5 χρόνια από καρκίνο του προστάτη και ζούσε με αφόρητους πόνους. Πριν δεχθεί τη θανατηφόρα ένεση με το νέο αυτόματο μηχάνημα του Αυστραλού γιατρού Philp Nitschke, μοιράστηκε μαζί με το γιατρό του «το γεύμα του μελλοθάνατου» και τον παρακάλεσε να μην έχει τύψεις. Γνωρίζοντας ο Νέντ ότι υπάρχουν σφοδρές αντιδράσεις, συνέταξε τη παραμονή του οικειοθελούς θανάτου του, μια ανοιχτή επιστολή προς την Βουλή της Αυστραλίας, υπερασπίζοντας το γιατρό Nitschke. Η ευθανασία του Νέντ είναι η πρώτη νόμιμη ευθανασία, που ισχύει στα βόρεια εδάφη της Αυστραλίας από την 1^η Ιουλίου 1996¹¹.

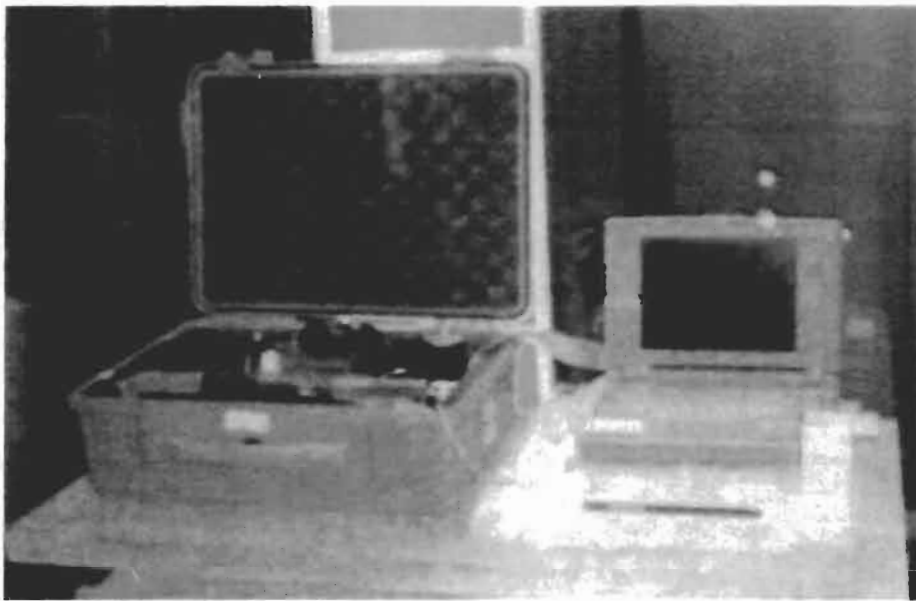
Στην εκούσια ευθανασία (αφού ο άρρωστος «πατά το κουμπί») υπάγεται και η «συσκευή αυτοκτονίας» ή ευθανασίας, με μονοξείδιο του άνθρακα και μάσκα την οποία επινόησε ο 63 χρόνος συνταξιούχος Αμερικάνος Τζάκ Κερβοκιάν, ο γιατρός που έκανε το θάνατο ειδικότητά του, γνωστός ως «Doctor θάνατος» ή «ο άνθρωπος που αντικατέστησε τον Θεό»¹² (εικόνα 1α,β). Η νομοθετική εξουσία του Μίτσιγκαν έκρινε την ειδικότητά του έγκλημα σε βαθμό κακουργήματος. Ο ίδιος ο Κερβοκιάν παρέχει τις υπηρεσίες του σε ασθενείς που του ζητούσαν να τους βοηθήσει αδιαφορώντας για τις επικρίσεις και τις καταγγελίες των διαφωνούντων στο χώρο της Εκκλησίας, στον τύπο και τον συναδέλφων του γιατρών. «Δεν μπορώ να σταματήσω» ισχυρίζεται. «Υπάρχει πολύ ανθρώπινη δυστυχία γύρω μας»^{13,14}.



Εικόνα 1α, β: Τζάκ Κερβοκιάν

Αξίζει να σημειωθεί ότι στο Μουσείο Επιστημών (Science Museum) του Λονδίνου εκτίθενται κατασκευές που αναφέρονται στα επιστημονικά επιτεύγματα των τελευταίων αιώνων, από τις πρώτες ατμομηχανές και τα

πρώτα αυτοκίνητα, ως τα διαστημόπλοια και τους ποικίλης χρήσεως δορυφόρους. Εκτίθενται ακόμα περίεργες μηχανές ηλεκτρικής-ψηφιακής τεχνολογίας που (υποτίθεται ότι) θα είναι σε ευρεία χρήση τα επόμενα χρόνια. Σε κεντρικό σημείο στο πολυσύχναστο ισόγειο του Μουσείου, εκτίθεται και η «μηχανή ευθανασίας»(εικόνα 2). Η τεχνολογία σε όλο της το «μεγαλείο», ένα lap top, στην οθόνη του οποίου εμφανίζονται ερωτήματα, που αναφέρονται στην νόσο, το στάδιο, την ύπαρξη πόνου και την ανακούφισή του. Το τελικό ερώτημα ήταν εάν επιθυμούν να δώσουν τέρμα στην ζωή τους. Αν όλες οι απαντήσεις ήταν θετικές, η μηχανή ενεργοποιούσε μηχανισμό προώθησης κατασταλτικού φαρμάκου (στη συσκευή εκτίθενται φάρμακο Nembutal), μέσω σύνδεσης με την γραμμή χορήγησης του ορού. «Τέσσερις άνθρωποι τελικού σταδίου επέλεξαν να τελειώσουν τη ζωή τους χρησιμοποιώντας αυτή τη μηχανή». «Τους χορήγησε θανατηφόρο δόση φαρμάκων, αφού είχαν απαντήσει ΝΑΙ σε σειρά ερωτημάτων της οθόνης του lap top»^{15,16}.



Εικόνα 2: Μηχανή ευθανασίας

β) Ακούσια ευθανασία (involuntary euthanasia) κατά την οποία η κοινωνία ή ένα μέλος της κοινωνίας (συγγενής ή φίλος ή γιατρός) αποφασίζει ρητά να δώσει τέλος στη ζωή κάποιου, ο οποίος υποφέρει χωρίς να ζητήσει την συναίνεση του¹⁰.

Στην περίπτωση αυτή αφού δεν λαμβάνεται η σύμφωνη γνώμη του ασθενούς πρόκειται για ανθρωποκτονία από πρόθεση, η οποία κατά το άρθρο 299 του Ποινικού Κώδικα «τιμωρείται με την ποινή του θανάτου ή με ισόβια κάθειρξη»¹⁷. Η ακούσια ευθανασία αφορά δύο κυρίως περιόδους ζωής του ανθρώπου, τη νεογνική και τη γεροντική και μπορεί να είναι ενεργητική (θετική, άμεση) ή παθητική (αρνητική, έμμεση).

Στην πρώτη περίπτωση κατά την νεογνική ηλικία, το πρόβλημα προβάλλει οξύ σε δύο κυρίως, περιπτώσεις και συγκεκριμένα, στην μογγολοειδή ιδωτία (Σύνδρομο Down) και στις διαμαρτυρίες γενικά περί διάπλασης (δισχιδής ράχη κ.α.). Η δεύτερη περίπτωση αφορά άτομα μεγάλης ηλικίας, ανίατος πάσχοντα. Άτομα, δηλαδή, για τα οποία δεν υπάρχει πλέον, θεραπευτική ελπίδα, ο θάνατος είναι αναπόφευκτος και επικείμενος, παράλληλα δε, υποφέρουν από πόνους ισχυρούς, έλλειψη δυνατότητας αυτοεξυπηρέτηση, κατακλίσεις κ.τ.λ. Οι καταστάσεις αυτές διαφέρουν από τις περιπτώσεις του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους, περιπτώσεις κατά τις οποίες ο θάνατος είναι ήδη γεγονός, έστω και αν εξακολουθεί ακόμα να υπάρχει, με τεχνητά μέσα, αναπνοής και κυκλοφορίας^{18.19}.

Περίπτωση ακούσιας ευθανασίας είναι και η περίπτωση του βασιλιά της Αγγλίας, Γεώργιου του Ε, ο οποίος βρισκόταν σε κώμα και με εντολή της βασίλισσας Μαίρης και του πρίγκιπα της Ουαλίας Εδουάρδου του Η, του μετέπειτα βασιλιά της Αγγλίας, ο γιατρός Ντέισον του έκανε δύο θανατηφόρες ενέσεις μορφίνης και κοκαΐνης, συντομεύοντας έτσι το τέλος του, στις 10/01/1936.

1.2.2 Παθητική ευθανασία

Παλιότερα, το επίκεντρο του ενδιαφέροντος βρισκόταν στην ενεργητική ευθανασία, ενώ σήμερα το ενδιαφέρον των συζητήσεων έχει στραφεί κυρίως προς το πρόβλημα της παθητικής ευθανασίας, διότι παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον και για τους ασθενείς και για τους οικείους τους, αλλά και για τον γιατρό, για τον οποίο αποτελεί ένα πιεστικό πρόβλημα.

Λέγοντας παθητική ευθανασία εννοούμε την ηθελημένη διακοπή ή παράλειψη μιας θεραπευτικής αγωγής (οροί, φάρμακα, μηχανήματα υποστήριξης βασικών λειτουργιών της ζωής), η εφαρμογή της οποίας θα έχει ως συνέπεια την παράταση της ζωής του ασθενούς, ο οποίος είναι καταδικασμένος. Με τη διακοπή ή παράλειψη εφαρμογής μιας θεραπευτικής αγωγής, η μοιραία ασθένεια απλώς αφήνεται ανεμπόδιστη να ακολουθήσει την πορεία της.²⁰ Υπάρχουν, πράγματι, περιπτώσεις κατά τις οποίες η διαδικασία του θανάτου ενός ασθενούς έχει τόσο πολύ προχωρήσει, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα διατήρησης του στη ζωή. Σε πολλές, όμως, τέτοιες περιπτώσεις υπάρχει δυνατότητα να παραταθεί η διαδικασία του θανάτου με τη λήψη μέτρων που διαθέτει η σύγχρονη Ιατρική, όπως π.χ. τεχνητή παροχή οξυγόνου. Παρόμοιες είναι και οι περιπτώσεις κατά τις οποίες εμφανίζεται μια ιδιαίτερα σοβαρή επιπλοκή σε ασθενείς οι οποίοι ήδη βρίσκονται στη διαδικασία του θανάτου. Τέτοια περίπτωση είναι π.χ. ενός καρκινοπαθούς που βρίσκεται κοντά στο θάνατο και ξαφνικά προσβάλλεται από πνευμονία.

Σε περιπτώσεις, λοιπόν, όπως οι παραπάνω, τίθεται το σκληρό ερώτημα: Είναι ηθικά επιτρεπτό να διακοπεί η παροχή ιατρικής βοήθειας, η οποία εάν δεν διεκόπτετο, ως μόνη συνέπεια θα είχε την παράταση της διαδικασίας του θανάτου; Και ακόμη: Επιτρέπεται να αδρανήσει ο γιατρός και να μη λάβει μέτρα εναντίον μιας επιπλοκής, η οποία εμφανίζεται σε περιπτώσεις επίσης καταδικασμένων, που βρίσκονται στη διαδικασία του θανάτου; Είναι, λοιπόν, προφανές ότι σε αυτές τις περιπτώσεις πρόκειται για μια παθητική στάση του ασθενούς, γιατί παραιτούμαστε από κάθε μέσο που ως μόνη συνέπεια θα είχε την παράταση της διαδικασίας του θανάτου. Θα ήταν, λοιπόν, δυνατόν η παθητική ευθανασία να ορισθεί και ως «παραίτηση από τη χρησιμοποίηση κάθε τεχνικού μέσου που θα έχει ως συνέπεια την παράταση της ζωής σε μια διαδικασία θανάτου»³.

Με βάση τον ορισμό, η διακοπή της λειτουργίας ενός μηχανήματος, το γύρισμα ενός μοχλού ή το κλείσιμο μιας στρόφιγγας είναι μια πολύ δύσκολη απόφαση. Σε όλες τις εποχές, το τέρμα της ζωής δεν δημιούργησε προβλήματα στην διάγνωσή του. Καθοριζόταν από το σταμάτημα της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας. Με την αποδοχή, όμως, σήμερα του εγκεφαλικού θανάτου, ως τέρματος της ζωής, προέκυψαν πολλά νέα προβλήματα. Σε τέτοιες περιπτώσεις δεν μπορούμε να γνωρίζουμε πότε βγαίνει η ζωή ενός ανθρώπου, πότε ακριβώς απεβιώνει για να τον αναγγείλουμε ως «νεκρό» ή να υπογράψουμε «πιστοποιητικό θανάτου», για να προβούμε π.χ. σε λήψη οργάνων προς μεταμόσχευση, ενώ αυτά είναι ακόμα «ζωντανά», διότι υπάρχει σ' αυτά η ζωογόνος κυκλοφορία, άρα δεν είναι ακόμα «πτωματικά».

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

Ανάγκη, λοιπόν, να καταφύγει ο γιατρός σε λύσεις απελπισίας δεν υπάρχει, επειδή αυτός είναι ο φρουρός της ζωής και η ζωή ανθίσταται πάντα στο θάνατο. Όμως, το ενδεχόμενο να προκληθεί με θεραπευτικές υπερβολές τεχνητή προέκταση των φυσικών ορίων της ζωής και διατήρηση μιας κατάστασης έπ' αόριστον, με αποτέλεσμα μέχρι και την καταρράκωση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας του ασθενούς, δημιουργεί το πρόβλημα της ελαστικότητας στην παθητική ευθανασία.

Ενδιαφέρον είναι η ευθύνη σε πολλές περιπτώσεις για την απόφαση στο «κλείσιμο ενός διακόπτη» στηρίζεως της ζωής ανατίθεται στον άρρωστο ή το περιβάλλον του⁵.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η περίπτωση μιας αμερικανίδας, της Karen Ann Quinlan, η οποία μεταφέρθηκε το 1975 σε νοσοκομείο του New Jersey σε κωματώδη κατάσταση, χωρίς καμία ελπίδα ανάνηψης. Στην κατάσταση αυτή παρέμεινε για δέκα ολόκληρα χρόνια. Την απόφαση για την παύση της μηχανικής υποστηριζόμενης ζωής της έλαβε ο πατέρας της το

1985, κατόπιν δικαστικής άδειας. Σε αυτή την περίπτωση έχουμε παθητική ευθανασία. Το γεγονός ότι το άτομο το οποίο θα δεχθεί τις επιπτώσεις μιας τέτοιας απόφασης αδυνατεί να συμμετάσχει στην λήψη της, δημιουργεί μια σειρά από προφανή ηθικά και νομικά προβλήματα, τόσο στους συγγενείς όσο και στους γιατρούς.

Επίσης η περίπτωση του Αλεξάνδρου Ωνάση, γιου του Αριστοτέλη Ωνάση, ο οποίος μετά από αεροπορικό δυστύχημα στις 21 Ιανουαρίου 1973, υπέστη μωλωπισμό και οίδημα του εγκεφαλικού φλοιού. Ο δεξιός λοβός είχε πολτοποιηθεί και η δεξιά μετωπική κοιλότητα είχε θρυμματιστεί. Στις 23 Ιανουαρίου, κατόπιν εντολής του Αριστοτέλη Ωνάση, οι γιατροί στην μονάδα εντατικής θεραπείας του ΚΑΤ, όπου νοσηλευόταν, αποσύνδεσαν το μηχάνημα και η καρδιά του Αλέξανδρου έπαψε πια να χτυπά...

1.3 Ευθανασία του τύπου Living Will

Η ευθανασία του τύπου Living Will ή αλλιώς «συμβόλαιο θανάτου» σημαίνει ότι υγιή άτομα ή δυνητικά άρρωστοι, όσο έχουν ακέραιο το λογικό τους, μπορούν να ορίσουν τις τελευταίες μέρες τους, να μην παρατείνεται άσκοπα η ζωή τους (με εγχειρήσεις, φάρμακα κ.τ.λ.), όταν ο θάνατος είναι κοντά και αναπόφευκτος, έχουν χάσει την δυνατότητα επικοινωνίας με τους άλλους ή έχουν ανυπόφορο πόνο που δεν μπορεί να ελεγχθεί^{19, 21}.

Ο όρος χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Luis Kutner το 1969 για να περιγράψει ένα έγγραφο με το οποίο ένας διανοητικά ικανός ενήλικας προυπαγορεύει οδηγίες σχετικά με την ιατρική του αντιμετώπιση σε περίπτωση μελλοντικής του αδυναμίας. Το έγγραφο αυτό είναι διαθήκη, από το νόημα ότι εκφράζει τις επιθυμίες του ατόμου. Και είναι «εν ζωή», διότι αποκτά ισχύ προς το θάνατό του^{22,23}.

Για να ισχύσει αυτή η «διαθήκη εν ζωή» απαιτείται η ρητή και σαφής δήλωση του ενδιαφερομένου ενήλικου, ενώπιον συμβολαιογράφου, παρουσία εισαγγελικού λειτουργού, που θα ισχύει για ένα χρόνο, αν δεν ανανεωθεί. Επίσης, απαιτείται ομόφωνη γνωμάτευση τριών γιατρών δημοσίου νοσοκομείου, ότι: **α)** η πάθηση είναι αθεράπευτη, **β)** ο θάνατος και με τη θεραπεία θα επέλθει το αργότερο σε 6 μήνες, **γ)** κατά το χρονικό αυτό διάστημα θα υποφέρει πολύ ο ασθενής, και **δ)** να μην μπορεί να εκφράσει ο ασθενής τη θέλησή του όταν βρεθεί στην κατάσταση αυτή από φυσική αδυναμία.

Πρέπει να χρειάζεται, ακόμα, γνωμάτευση ενός ψυχιάτρου της Ιατροδικαστικής Υπηρεσίας ότι αυτός που δηλώνει είναι ψυχικά υγιής και έχει πλήρη αντίληψη των συνεπειών της ενέργειάς του. Η σχετική έκθεση του συμβολαιογράφου πρέπει να ορίζει ότι θα είναι απόρρητη και ότι θα

μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνο από τον ενδιαφερόμενο και αν θέλει να ανακαλέσει οποτεδήποτε με οποιονδήποτε τρόπο και με προφορική ακόμα δήλωση.

Πρέπει, όμως, να αναφερθεί ότι μπορεί να εμφανιστεί η περίπτωση όπου κάποιος να αλλάξει γνώμη και να μην προλάβει να το δηλώσει, πριν πέσει αιφνίδια σε κώμα ή η προσωπική του δήλωση να αποκρυφτεί από αυτόν που έχει συμφέρον από το θάνατό του¹⁸.

Είναι βέβαια προφανές ότι η χρήση του Living Will δεν λύνει περισσότερα προβλήματα από αυτά που δημιουργεί²⁴. Αποτελεί βέβαια μια εξασφάλιση αναφορικά με την πρόθεση του θύματος σε σχέση με την συνέχιση ή όχι της ζωής τους, στην τρέχουσα κατάσταση όμως αυτή ανήκει στο παρελθόν και κανείς δεν γνωρίζει εάν διατηρείται ακόμα. Άλλωστε η απόφαση αυτή πρέπει να βασίζεται, εκτός των άλλων σε γνώση των ιατρικώς τεκταινομένων τα οποία όμως υπόκεινται σε αλλαγές τόσο συχνές, όσο γρήγορη είναι η πρόοδος της τεχνολογίας.

Αλλά διερωτάται κανείς τι νόημα μπορεί να έχει μια τέτοια διαθήκη; Τι αξία μπορεί να έχει όταν συνάσσεται σε ανύποπτο χρόνο, όταν το άτομο είναι υγιές και το θάνατο το βλέπει ως ένα πολύ μακρινό ενδεχόμενο, όταν δε ζει την ψυχολογία αυτού που φεύγει από τη ζωή; Πως είναι δυνατόν να έχει ισχύς μια διαθήκη που συντάχθηκε στο παρελθόν, αφού η πρόοδος της επιστήμης μεταβάλλει όχι μόνο τις συνέπειες αλλά και την ίδια ουσία των παθήσεων;

1.4 Ευθανασία δια της μη ανανήψεως

Γι' αυτό το είδος της ευθανασίας ο «ενδιαφερόμενος» υπογράφει το φάκελο του ιστορικού της ασθένειάς του, ένα έντυπο, σύμφωνα με το οποίο, σε περίπτωση που περιέλθει σε κατάσταση τέτοια που η επάνοδος στη ζωή θα είναι εκείνη ενός ατόμου κλινικά νεκρού ή στην περίπτωση που προσβληθεί από κάποια ανίατη ασθένεια, «δεν επιθυμεί την δια τεχνικών μέσων άσκοπη παράταση της ζωής του».

Συμβαίνει, όμως, σε πολλές περιπτώσεις να μην ενημερώνεται ο άρρωστος επακριβώς για τα χαρτιά που υπογράφει όταν μπαίνει στο νοσοκομείο, υπό το βάρος κάποιας αρρώστιας. Ή να μην γνωρίζει τις επιδράσεις της στην ψυχική ή διανοητική του κατάσταση, που μπορεί να επηρεάζεται και από τυχόν φάρμακα που στο μεταξύ θα χορηγηθούν. Ενδέχεται με τη βελτίωση της κατάστασής του, να μην θυμάται τίποτα για κάποιο τέτοιο χαρτί που υπέγραψε⁵.

Από τη άλλη, υπάρχει η πιθανότητα να μην είναι ο ασθενής πλήρως ενημερωμένος για τη σοβαρότητα ή μη της κατάστασής του, όταν από τους

θεράποντες ιατρούς κρίνεται ότι δεν είναι σε θέση να σηκώσει το βάρος μιας αποκαλυπτικής, πέρα για πέρα, ενημέρωσης. Στις περιπτώσεις αυτές, είναι δυνατόν ο ασθενής να επέλθει σε κατάσταση ταραχής και σύγχυσης και να προχωρήσει σε «ενέργειες» στις οποίες δεν θα έφθανε αν ήταν νηφάλιος²⁴.

1.5 Δυσθανασία και Ορθοθανασία

Την ευθανασία θα πρέπει να την διακρίνουμε από την **α)** δυσθανασία και **β)** ορθοθανασία .

Δυσθανασία είναι η διατήρηση στη ζωή ενός ατόμου, το οποίο πάσχει από ανίατη ασθένεια, με την παροχή δαπανηρών και εξαιρετικών φροντίδων χωρίς τις οποίες ο ασθενής θα πέθαινε κανονικά. Ο γιατρός που προτίθενται να προβεί σε εξαιρετικά δαπανηρή θεραπευτική αγωγή, πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή και τους συγγενείς του για τις θυσίες που απαιτούνται για τη θεραπεία αυτή και το προσδοκώμενο όφελος^{25,26}.

Οι περιπτώσεις στις οποίες ο γιατρός έχει υποχρέωση να διατηρεί τον ασθενή στη ζωή, εφόσον μπορεί είναι: Όταν γίνεται σεβαστή η επιθυμία του ασθενούς ή των συγγενών ή και των φίλων, να διατηρηθεί κάποιος στην 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 φθάσουν δίπλα του από μακρινές αποστάσεις. Ενδέχεται όμως κάποιοι «τρίτοι» να την επιδιώκουν μέχρι να αποσπάσουν, και μόνο, κάποια ενδιαφέρονσα γι' αυτούς υπογραφή, προς εξυπηρέτηση δικών τους συμφερόντων²⁷.

Ορθοθανασία είναι η μη εφαρμογή δύσκολων και ιδιαίτερων περιποιήσεων και η εγκατάλειψη ανίατου ασθενή στη φυσιολογική επέλευση του θανάτου, εφόσον ο ίδιος ο ασθενής επιθυμεί και εφόσον ο θάνατος είναι ένα φυσικό γεγονός, όπως και η ίδια η ζωή^{19,26,28}. Η παράλειψη αυτή του γιατρού δεν αποτελεί αξιόποινη πράξη. Ο γιατρός δεν έχει δικαίωμα ούτε να συντομεύσει τη ζωή του ασθενούς, ούτε όμως έχει υποχρέωση να την παρατείνει.

1.6 Επιτάχυνση του θανάτου του καταδικασμένου σε θάνατο από οίκτο

Ευθανασία θεωρείται και η επιτάχυνση του θανάτου του ανθρώπου, που δεν είναι ασθενής, όταν είναι βέβαιος ο θάνατός του και δεν υπάρχει δυνατότητα, από τη νομοθεσία, να συνεχισθεί η ζωή του, για να μειωθεί η αγωνία του, δηλαδή, από οίκτο. Στην περίπτωση αυτή υπάγεται η θανάτωση του καταδικασμένου σε θάνατο. Συνήθως, ο νομοθέτης ορίζει τον τρόπο θανάτωσης του καταδικασμένου σε θάνατο. Αυτό κάνει και η Ελληνική νομοθεσία. Η θανάτωσή του, από οποιοδήποτε, με διαφορετικό τρόπο και αν, ακόμα, γίνει με τον παραπάνω σκοπό, (από οίκτο για να μην υποφέρει), θεωρείται κοινή ανθρωποκτονία με πρόθεση²⁹.

1.7 Η κοινωνική και ευγονική ευθανασία

Η ευγονική ευθανασία αφορά παιδιά που γεννήθηκαν ή θα γεννηθούν με ατέλειες ή σωματικές αναπηρίες, ανεγκέφαλα ή με μογγολοειδή ιδωτία (Σύνδρομο Down), δισχιδή ράχη ή με άλλες σωματικές δυσπλασίες και διάφορα άλλα πολλά, πολλά από τα οποία με τα σημερινά τεχνολογικά μέσα θα μπορούσαν να διαγνωσθούν και κατά την διάρκεια της κηύσεως να οδηγηθούν σε διακοπή μιας τέτοιας «ανεπιθύμητης» εγκυμοσύνης^{5,30}.

Η κοινωνική ευθανασία αφορά την θανάτωση ανθρώπου για λόγους κοινωνικούς, χωρίς αυτή να συνδέεται με επικείμενο βέβαιο θάνατο και ακόμα χωρίς τη συναίνεση του. Το ίδιο ισχύει και για την ευγονική ευθανασία (ευθανασία εμβρύου). Στις περιπτώσεις αυτές δεν εξασφαλίζεται στον άνθρωπο-θύμα καλός, θάνατος, αλλά προσφέρεται ο θάνατος αντί μιας άθλιας ζωής, η οποία θα είναι κατά την άποψη αυτού που την ενεργεί τέτοια για το θύμα και για τους άλλους (κοινωνία-οικογένεια). Δηλαδή:

α) επικίνδυνη

β) μεγάλου κόστους για το κοινωνικό σύνολο ή την οικογένεια ή

γ) ανωφελής (πάλι κατά την άποψη αυτού που ενεργεί), για την κοινωνία

Στις περιπτώσεις αυτές υπάγονται και η θανάτωση κατάκοιτων γερόντων και γενικά, κάθε αναπήρου, που δεν μπορεί να αυτοπεριποιηθεί μόνιμα, ψυχοπαθών ιδίως αυτών που είναι και επικίνδυνοι, αυτών που πάσχουν από ανίατες και μεταδοτικές αρρώστιες, των νεογνών, που γεννιούνται με σοβαρές, σωματικές αναπηρίες π.χ. χωρίς άκρα, τυφλών κ.τ.λ.

Γενικά, στις περιπτώσεις αυτές υπάγονται η θανάτωση ανθρώπου, που γίνεται με κριτήρια κοινωνικής βλάβης ή οφέλους ή για λόγους εθνικούς-

πολιτικούς, πάντα, όμως, χωρίς τη θέληση του θύματος και όχι από οίκτο γι' αυτούς πάντοτε²⁹.

Οι υποστηρικτές αυτών των ειδών της ευθανασίας, προβάλλουν τα εξής επιχειρήματα:

α) Η ζωή είναι χωρίς νόημα, αν δεν μπορεί ο άνθρωπος να τη ζήσει στην πληρότητά της. Οι μόνιμα ασθενείς ή ανάπηροι δεν μπορούν να ζήσουν, όπως και οι υπόλοιποι άνθρωποι. Στερούνται διαρκώς πολλές απολαύσεις της ζωής και γενικότερα τη δυνατότητα δράσεως. Η ζωή τους γίνεται συν το χρόνο, όχι μόνο «αφόρητη», αλλά «περιττή» και «άχρηστη». Επίσης, αντιμετωπίζουν πληθώρα ψυχοσωματικών προβλημάτων λόγω των δυσχερειών και των προβλημάτων που δημιουργούνται σε αυτούς και τους οικείους τους, από τις προσπάθειές τους για διατήρηση στη ζωή.

β) Οικονομική επιβάρυνση της κοινωνίας. Για τα παραπάνω άτομα δαπανούνται πολύ περισσότερα χρήματα για διατροφή και υγειονομική περίθαλψη, παρά για τους αρτιμελείς. Επιπλέον, τα άτομα αυτά δεν συνεισφέρουν ή συνεισφέρουν ελάχιστα για το κοινωνικό σύνολο. Το παραγωγικό τους έργο είναι ανύπαρκτο⁵.

γ) Γενικότερη επιβάρυνση των οικείων του πάσχοντος και παρεμπόδιση της παραγωγής της ευρωστίας της κοινωνίας. Η φροντίδα και η συμβίωση με ένα άρρωστο ή ανάπηρο άτομο απαιτεί διάθεση χρόνου και ψυχικής αντοχής.

Γενικότερα, όλη η διαμόρφωση της ζωής της οικογένειας, κατοικία, εργασία, ψυχαγωγία, κοινωνικές εκδηλώσεις, εξαρτώνται και καθορίζονται από το άρρωστο μέλος. Από την άλλη πλευρά, για την κοινωνία δημιουργούνται ανάγκες, οι οποίες απαιτούν ειδική αντιμετώπιση. Όπως, οργάνωση ειδικών εκπαιδευτικών μονάδων, ειδικά σχολεία, ειδικευμένοι εκπαιδευτικοί, τεχνικά μέσα, ίδρυση και συντήρηση ειδικών ιδρυμάτων. Όπως και για την επαγγελματική αποκατάσταση αυτών των ατόμων απαιτείται ειδική μέριμνα από την πολιτεία.

Όλες οι ανωτέρω ενέργειες απαιτούν κονδύλι, σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων από την πολιτεία, κάτι που εμποδίζει ως ένα βαθμό την ευρωστία της και την 'πρόοδο' αυτής³¹.

Οι παραπάνω αντιλήψεις, ακραίες στο σύνολό τους, τείνουν και επιδιώκουν να αντικαταστήσουν σιγά-σιγά την αντίληψη περί της ιερότητας της ζωής. Όπως, κανείς δεν έχει το δικαίωμα να «φθείρει τη ζωή του ανθρώπου, όποια κι αν είναι, με οποιοδήποτε τρόπο» και «επειδή η κάθε ζωή άπειρη αξία, ακόμα και όταν φαίνεται ότι δεν αξίζει τίποτα». Κράτος δε και κοινωνία έχουν υποχρέωση από το Σύνταγμα να προστατεύουν τη ζωή, ως «ύψιστον αγαθό», ανεξάρτητα από την ηλικία του ατόμου και από το αν είναι ή όχι υγιής ή ανάπηρος.

ΝΟΜΟΣ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

2.1 Προσπάθειες νομιμοποίησης της ευθανασίας

Είναι γεγονός πως η ευθανασία είναι ένα περίπλοκο θέμα. Επιπλέον, είναι ένα “μοντέρνο” θέμα, από την άποψη πως από τα μέσα του προηγούμενου αιώνα και έπειτα άρχισαν επιφυλακτικά να ακούγονται οι πρώτοι ψίθυροι σχετικά με αυτήν. Η ευθανασία είναι για την κοινωνία ένα καινούργιο, δύσκολο ζήτημα, ένα θέμα που σοκάρει επειδή άπτεται ευαισθησιών και προσωπικών συγκινησιακών καταστάσεων. Αν λοιπόν η κοινωνία δεν είναι ακόμα πλήρως εξοικειωμένη με το θέμα, είναι λογικό και η νομοθεσία να μην είναι ξεκάθαρη όσο αφορά στην ευθανασία. Ανάλογα με τις αντιλήψεις και την εκπαίδευση του ιατρικού σώματος, τις κοινωνικές αντιλήψεις, τις οικονομικές συνθήκες, την πολιτιστική παράδοση, τη θρησκευτική πίστη και άλλες παραμέτρους⁹, διαφοροποιούνται οι απόψεις για την ευθανασία τόσο στις διάφορες χώρες της Ευρώπης όσο και στις άλλες ηπείρους.

Από την αρχή του αιώνα μας, υποβάλλονται σε διάφορα Κοινοβούλια, νομοσχέδια για τη νομική κατοχύρωση της ευθανασίας. Το 1903 στη Βουλή της Σαξονίας, το 1906 και το 1912 στα νομοθετικά σώματα των ΗΠΑ και το 1936 στη Βουλή των Λόρδων προς «νομιμοποίηση της ευθανασίας». Με το νομοσχέδιο αυτό, προβλέποντας ότι θα 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 προέκυπταν ότι υπάρχουν οι παραπάνω προϋποθέσεις και στη συνέχεια θα αποφάσιζε μια κρατική επιτροπή. Το νομοσχέδιο, όμως, αυτό απορρίφτηκε όπως και τα προηγούμενα.

Η σύμβαση της Ρώμης του 1950 στο οικείο άρθρο για την υπεράσπιση των δικαιωμάτων του ανθρώπου και των θεμελιωδών ελευθεριών, ορίζει: «Το δικαίωμα έκαστου ανθρώπου εις τη ζωή, προστατεύεται υπό του νόμου».

Το 1952 υποβάλλεται στο ΟΗΕ έκκληση 2.000 ατόμων που ζητούν να καθιερωθεί «ως ανθρώπινο δικαίωμα» η ευθανασία, γι’ αυτούς που τους καταπονεί μια αθεράπευτη ασθένεια. Δεν επακολουθεί καμία σχετική απόφαση του Διεθνούς Οργανισμού. Επίσης στο Παρίσι, οι εκπρόσωποι των ιατρικών συλλόγων απ’ όλες τις χώρες τις ΕΟΚ, 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 κοινωνικά 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.

Θέματα μεγάλης σημασίας αντιμετωπίζονται σ' αυτό το ντοκουμέντο. Το επαγγελματικό απόρρητο, η δημοσιότητα των επιστημονικών ανακαλύψεων, η αντισύλληψη, η μεταμόσχευση κ.τ.λ. Αλλά περισσότερο το άρθρο που ελκύει την προσοχή και το ενδιαφέρον, έχει σαν τίτλο «Βοήθεια στον ετοιμοθάνατο».³²

Σχετικά με το άρθρο αυτό: «Η Ιατρική σε όλες τις περιστάσεις υπηρετεί το σεβασμό της ζωής, της ηθικής αυτονομίας και της ελεύθερης επιλογής του αρρώστου. Ωστόσο, ο γιατρός μπορεί σε περίπτωση αθεράπευτης και μοιραίας ασθένειας να περιοριστεί στην απάλυνση του πόνου, χορηγώντας στον άρρωστο τις κατάλληλες θεραπείες και εξασφαλίζοντάς του όσο είναι δυνατόν τη ποιότητα μιας ζωής που σβήνει. Είναι επιτακτικό καθήκον να συνδράμει τον ετοιμοθάνατο μέχρι τέλους, ενεργώντας με τρόπο που θα επιτρέψει στον ασθενή τη διατήρηση της αξιοπρέπειάς του»³. Την 01/06/1975 οι Γερμανοί επίσκοποι, με διακήρυξή τους με θέμα «Το δικαίωμα ζωής του ανθρώπου και η ευθανασία», δέχτηκαν ότι ο θάνατος είναι η τελευταία αποστολή την οποία έχει να εκπληρώσει ο άνθρωπος.

Η Βουλή του Συμβουλίου της Ευρώπης με το 779/02.01.1976 ψήφισμά του, ζήτησε από τα κράτη-μέλη να λάβουν τα κατάλληλα μέτρα για να εξασφαλιστεί στους ανθρώπους η ευκαιρία ψυχολογικής προετοιμασίας για την αντιμετώπιση του θανάτου¹⁸.

« Η ευθανασία σε όλες τις χώρες του κόσμου, πλην της Ουρουγουάης, θεωρείτο έγκλημα. Υπήρξαν, όμως, καταγγελίες για πράξεις ευθανασίας, χωρίς να επιβληθεί ποινή. Αυτό ενθάρρυνε τους αγωνιζόμενους υπέρ της ευθανασίας και πρόσφερε επιχειρήματα υπέρ της αποποινικοποίησης και θεσμοθετήσεώς της».

Στο Oregon των ΗΠΑ, Ψηφίστηκε νόμος περί της ευθανασίας (Death with Dignity Act) για ένα «αξιοπρεπή θάνατο». Το νομοσχέδιο αυτό με το Measure 16, προβλέπει το δικαίωμα στους κατοίκους της εν λόγω πολιτεία σε νόμιμη ευθανασία, εάν πάσχουν από ανίατη ασθένεια και τους μένουν μόνο 6 μήνες ζωής. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να βεβαιωθεί η κατάστασή τους από δύο γιατρούς. Άτομα, επίσης, που πάσχουν από ψυχικά νοσήματα και το ζητούν μπορούν να κάνουν ευθανασία εάν βεβαιώσει θετικά ένας ψυχίατρος. Η θανάτωση γίνεται με κατάλληλο φάρμακο σε θανατηφόρα δόση, που συνταγογραφείται από το γιατρό, το αγοράζει ο ίδιος ο ασθενής από το φαρμακείο, και την στιγμή που θα το αποφασίσει, θα το πάρει μόνος του με την παρουσία του γιατρού.

Ο νόμος αυτός της πολιτείας του Oregon άρχισε να εφαρμόζεται στις 6/12/1994 αλλά ανεστάλη αρχικά από το Ομοσπονδιακό Δικαστήριο των ΗΠΑ²². Επειδή η πλειοψηφία των κατοίκων είχε θορυβηθεί, εκτός από το Oregon και γενικότερα στις ΗΠΑ. Στο μεσοδιάστημα θανατώθηκε ένας

ασθενής. Ύστερα από πολλές αμφισβητήσεις, τέθηκε για δεύτερη φορά σε κρίση μέσω δημοψηφίσματος τον Οκτώβριο του 1998 και έγινε νόμος της πολιτείας του Oregon η υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Στην διάρκεια του πρώτου έτους, θανατηφόρα φάρμακα συνταγογραφήθηκε σε 23 ασθενείς από τους οποίους 15 κατέληξαν από αυτό⁹.

Η Βουλή της βόρειας πολιτείας της Αυστραλίας ψήφισε νόμο που ισχύει από την 1^η Ιουλίου 1996 σύμφωνα με τον οποίο παρέχεται η δυνατότητα για ευθανασία στους πάσχοντες από ανίατες ασθένειες κάτω από την σύμφωνη γνώμη δύο γιατρών. Το σχετικό νομοσχέδιο εισήγαγε στην Βουλή ο πρωθυπουργός Περόν, ο οποίος ένα χρόνο νωρίτερα έχει δει τη μητέρα του να πεθαίνει από ανίατη ασθένεια¹⁷.

Ειδικότερα μετά την ψήφιση του νόμου περί ευθανασίας από το Αυστραλιανό Κοινοβούλιο, εγκαταστάθηκε στα νοσοκομεία ένα σύστημα, όπου ο ασθενής αποφάσιζε μόνος του, μέσω κομπιούτερ, εάν θα συνεχίσει τη θεραπεία του ή θα την σταματήσει οπότε θα επέλθει το τέλος του.

Ο πρώτος άνθρωπος στο κόσμο που έκανε χρήση της πρόσφατης νομοθεσίας για την ευθανασία στην βόρεια Αυστραλία ήταν ο 66χρονος καρκινοπαθής Μπόμπ Νέντ. Η ιστορία αυτή ξεσήκωσε θύελλα αντιδράσεων στην Αυστραλία, από την Εκκλησία, το κόμμα της αντιπολίτευσης, οι οποίοι έχουν καταδικάσει τον νόμο για την ευθανασία³³.

Ο νόμος καταργήθηκε τον επόμενο χρόνο, για την ακρίβεια εννιά μήνες μετά την ψήφισή του, από το Ομοσπονδιακό Κοινοβούλιο που τον έκρινε ως απαράδεκτο. Η κίνηση για την ευθανασία συνεχίζεται και εκεί με ορισμένους γιατρούς, οι οποίοι είχαν προβεί σε πράξεις ευθανασίας κατά την περίοδο της ισχύος του νόμου. Μεταξύ άλλων διεκδικείται η ελεύθερη κυκλοφορία (χωρίς συνταγογράφηση) φαρμάκου που θα αποτελείται από θανατηφόρες δόσεις διαφόρων φαρμάκων. Η πιθανότητα όμως τέτοια είναι μηδαμινή, καθώς είναι προφανές πόσα προβλήματα μπορεί να δημιουργηθούν και πόσα εγκλήματα μπορεί να γίνουν σε μια τέτοια περίπτωση^{9,34}.

2.2 Η νομοθεσία στην Ελλάδα

Γενικά, το αγαθό της ανθρώπινης ζωής είναι ένα από τα σοβαρότερα ανθρώπινα δικαιώματα που αναγνωρίζει η οικουμενική διακήρυξη των ανθρώπινων δικαιωμάτων του ΟΗΕ. Η Ελλάδα υπογράφηκε τη σύμβαση της Ρώμης (1950) για την προάσπιση των δικαιωμάτων του ανθρώπου που ορίζεται ότι: «Το δικαίωμα εκάστου προσώπου εις τη ζωή, προστατεύεται από το νόμο» και έχει τεθεί σε ισχύ με το Ν2329/53. Η χώρα μας τον

επικύρωσε πάλι, μετά την επανένταξη της στο Συμβούλιο της Ευρώπης, με το Ν.Δ.53/1974.

Ο ελληνικός Ποινικός Κώδικας δεν χρησιμοποιεί τον όρο «ευθανασία», στη νομοθεσία. Μόνο για την προστασία των ζώων, χρησιμοποιείται ο όρος αυτός και ακόμα ρυθμίζεται πως μπορεί να γίνει ευθανασία γι' αυτά. Όταν δηλαδή γίνουν ανίκανα για τη χρήση που προορίζονται, από οποιαδήποτε αιτία.

Οι διατάξεις που ρυθμίζουν το επίμαχο ζήτημα ανήκουν στην ομάδα εκείνη των άρθρων που ασχολούνται με την ανθρωποκτονία «με συναίνεση» ή «χωρίς συναίνεση», κάτι που είναι δηλωτικό για τη στάση του νομοθέτη απέναντι στο θέμα. Το άρθρο 300 που ρυθμίζει τα της ευθανασίας αναφέρει πως «όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο, γι' αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια, τιμωρείται με φυλάκιση» (10 ημέρες έως πέντε χρόνια)³⁵.

Από τη διατύπωση του άρθρου προκύπτει το εξής: Η πρόκληση θανάτου ενός ανθρώπου ή η επιτάχυνσή του, εάν ο θάνατος είναι βέβαιος λόγω της κατάστασης του ασθενούς, έστω και αν γίνει ύστερα από «απαίτηση» (όχι απλή συναίνεση) αυτού του ίδιου του θύματος και όταν ακόμα το μοναδικό κίνητρο του δράστη είναι ο οίκτος, δηλαδή η απαλλαγή του ανθρώπου από τη ταλαιπωρία ή την επιθανάτια αγωνία, είναι αξιόποινη πράξη. Η πράξη, όμως, αυτή τιμωρείται με ποινή πολύ μικρότερη, σε σύγκριση με την ποινή που προβλέπεται με τη κοινή ανθρωποκτονία με πρόθεση, στο άρθρο 299/1 του Ποινικού Κώδικα. Αυτό συμβαίνει γιατί ο νομοθέτης έλαβε υπόψη το κίνητρο του δράστη στην περίπτωση αυτή, που είναι ο οίκτος για το θύμα και ακόμη, την κατάσταση και τη θέληση του θύματος.

Ο Έλληνας νομοθέτης, όμως, δεν δέχτηκε να τιμωρείται ηπιότερα και εκείνος που προκαλεί από οίκτο το θάνατο του άλλου, όταν πάσχει από ανίατη αρρώστια ή βαριά σωματική αναπηρία και αν, ακόμα, είναι βέβαιος ο θάνατος του, αν δεν υπάρχει η επίμονη απαίτηση του ίδιου. Επομένως, αν κάποιος ενεργήσει χωρίς να υπάρχει η «επίμονη απαίτηση» (όχι απλώς συναίνεση) του θύματος, έστω και αν υπάρχουν όλες οι άλλες προϋποθέσεις που αναφέρει το ίδιο το άρθρο (300 του Ποινικού Κώδικα), θα τιμωρηθεί σύμφωνα με το άρθρο 299/1 για «ανθρωποκτονία με πρόθεση».

Ο οίκτος μόνο, χωρίς τις άλλες προϋποθέσεις του άρθρου 300 του Ποινικού Κώδικα, επ' ουδενί δεν αποτελεί λόγο ηπιότερης μεταχείρισης, γιατί αυτό θα έδινε αφορμή σε καταχρήσεις και θα έθετε σε κίνδυνο τη ζωή κάθε ασθενούς, ανάλογα με τις διαθέσεις και τα συμφέροντα «των περιστοιχιζόντων αυτών προσώπων».

Ειδικότερα, με το άρθρο 300 του Ποινικού Κώδικα, αν και δεν αναφέρεται ρητά σ' αυτόν ο όρος «ευθανασία». Έμμεσα γίνεται δεκτή, ως λόγος ηπιότερης μεταχείρισης του δράστη. Οι απαραίτητες προϋποθέσεις που ορίζονται σ' αυτό το άρθρο είναι η εξής:

α) Η επίμονη απαίτηση του θύματος για να προκληθεί ο θάνατός του από τρίτον (μπορεί να είναι ο οποιοσδήποτε). Σε περίπτωση που ενεργήσει ο ίδιος ο ασθενής και ο τρίτος απλώς βοηθήσει στην προσπάθειά του να πεθάνει, ο τρίτος τελεί το έγκλημα που προβλέπει το άρθρο 301 του Ποινικού Κώδικα (συμμετοχή σε αυτοκτονία). Επίσης, το θύμα πρέπει να είναι ενημερωμένο πλήρως για την κατάσταση της υγείας του.

β) Η απαίτηση πρέπει να είναι «σπουδαία», δηλαδή σοβαρή και όχι αποτέλεσμα πόνου της στιγμής.

γ) Το θύμα πρέπει να πάσχει από ανίατη ασθένεια ή σοβαρή σωματική αρρώστια, χωρίς να είναι απαραίτητος ο πόνος από αυτήν.

δ) Ο δράστης να γνωρίζει ότι το θύμα πάσχει από ανίατη ασθένεια και να ενεργήσει μόνο από «οίκτο» για το θύμα. Σε περίπτωση που το κίνητρο είναι άλλο, π.χ. για να κληρονομήσει, δεν υπάγεται στην περίπτωση 300 του Ποινικού Κώδικα, αλλά θεωρείται «ανθρωποκτόνος με πρόθεση». Αυτό γιατί αποβλέπει ο νόμος στο κίνητρο του δράστη και στην κατάσταση και θέληση του θύματος, και όχι στο αποτέλεσμα της πράξης για το θύμα, που είναι η απαλλαγή του από τους πόνους¹⁸.

Η ισχύουσα νομοθεσία, η οποία ξεκάθαρα τονίζει ότι, προκειμένου να προστατευθεί «το συμφέρον του ασθενούς» και «το δικαίωμα στη ζωή, που είναι το ύψιστο δικαίωμα του ανθρώπου», δεν εγκρίνει κανένα είδος ευθανασίας ακόμα και αν επίκειται θάνατος από ανίατη ασθένεια. Βέβαια, το συναίσθημα του οίκτου και οι ενέργειες που μπορεί να προκύψουν από την πίεση που ασκεί αυτό, ο Έλληνας νομοθέτης το αξιολόγησε, λαμβάνοντας υπόψη του, όταν βέβαια συντρέχουν και οι άλλες προϋποθέσεις του άρθρου 300 του Ποινικού Κώδικα ως λόγους ηπιότερης μεταχείρισης του δράστη κατά την επιμέτρηση της ποινής.

Η απουσία, όμως, σαφούς νομικού πλαισίου για την «ευθανασία» και όλες οι περιπτώσεις που υπάγονται σ' αυτήν, έχει οδηγήσει το θέμα σε μέγιστο πρόβλημα ηθικής και ιατρικής δεοντολογίας. Αναφέρονται περιπτώσεις ασθενών, όπου οι γιατροί παίρνουν απολύτως δικαιολογημένα την απόφαση διακοπής της μηχανικής υποστήριξης αυτών, χωρίς όμως να είναι νομικά κατοχυρωμένοι. Ακόμα και μετά τη διάγνωση του «εγκεφαλικού θανάτου» (που σήμερα έχει γίνει αποδεκτός ως επίσημος θάνατος), ο νόμος δεν προβλέπει ρητά ότι πρέπει να διακόπτεται η ζωή του ασθενούς. Λόγω της σύγχυσης που έχει προκληθεί, πολλές είναι οι καταγγελίες στον τύπο, για αποσαφήνιση του θέματος³.

Χαρακτηριστική περίπτωση είναι η καταγγελία που έγινε για ευθανασία σε 77χρονο ασθενή που νοσηλευόταν στην εντατική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών. Οι συγγενείς του ασθενούς έκαναν μήνυση για ανθρωποκτονία από πρόθεση κατά παντός υπευθύνου. Ο εισαγγελέας της Πάτρας άσκησε ποινική δίωξη κατά παντός υπευθύνου γιατρού της μονάδας εντατικής θεραπείας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου. Όπως διαπιστώθηκε, στον ασθενή διακόπηκε η αναπνευστική υποστήριξη, με

αποτέλεσμα να επέλθει ο θάνατος του. Ο ασθενής Βασίλειος Κλώνης νοσηλευόταν στη ΜΕΘ για δύο μήνες, ενώ η κατάστασή του ήταν αναστρέψιμη όπως υποστήριζαν μέχρι τότε οι γιατροί και ο θάνατος επήλθε ξαφνικά...³⁶.

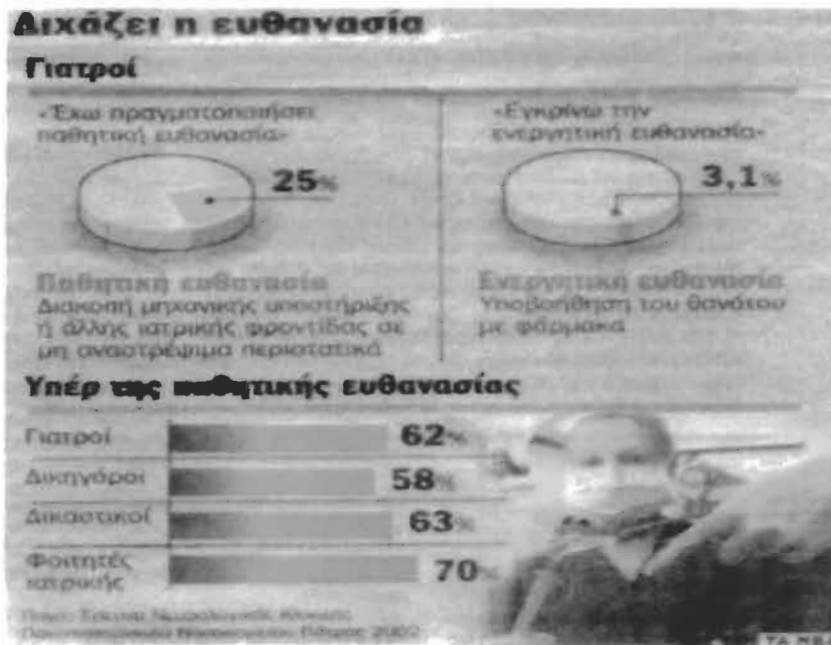
2.2.1 Ποια είναι η στάση των γιατρών, των φοιτητών και του κοινωνικού συνόλου στην Ελλάδα σχετικά με την ευθανασία.

Πέντε μελέτες έχουν δημοσιευθεί σχετικά με το μεγάλο αυτό θέμα. Καθεμία έχει το δικό της πληθυσμιακό στόχο και χρησιμοποιεί διαφορετική μεθοδολογία και διαφορετικό ερωτηματολόγιο. Ακόμη, είναι πιθανόν ότι, τουλάχιστον στους φοιτητές, η στάση τους έχει διαμορφωθεί μετά από αντίστοιχα μαθήματα έτσι που κατά κάποιον τρόπο τα αποτελέσματα της έρευνας να αντικατοπτρίζουν και τις θέσεις των διδασκόντων-ερευνητών. Αυτό μπορεί να εξηγήσει ίσως τις μεγάλες διαφορές λ.χ. μεταξύ των φοιτητών ιατρικής στα διάφορα πανεπιστήμια. Ας δούμε αναλυτικότερα τις εργασίες.

α) Το 1995, ο Ευθυμίου και συνεργάτες του³⁷ κατέγραψαν τη γνώμη 356 φοιτητών του Πανεπιστημίου που φοιτούσαν από το 1^ο έτος έως το 6^ο έτος. Οι έρευνες κατέγραψαν θετική στάση για την ενεργητική ευθανασία σε 64,5% των φοιτητών τους. Το ποσοστό αυτό φαίνεται ιδιαίτερος υψηλό και μάλιστα για άτομα χωρίς ιατρική εμπειρία.

β) Η Γκαρανή και οι συνεργάτες της³⁸ αναφέρουν ότι από 81 γιατρούς που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) οι μισοί (49,4%) είχαν δεχθεί αίτημα ευθανασίας από συγγενείς. Αντίστοιχο αίτημα είχε διατυπωθεί μόνο από 11% των ίδιων των ασθενών. Η εργασία αυτή θέτει ένα σοβαρό ζήτημα και προβληματίζει για το δικαίωμα των συγγενών να αποφασίζουν για λογαριασμό των ασθενών, ενδεχομένως ακόμα και στις περιπτώσεις οι ίδιοι οι ασθενείς δεν μπορούν να αποφασίσουν για την τύχη τους.

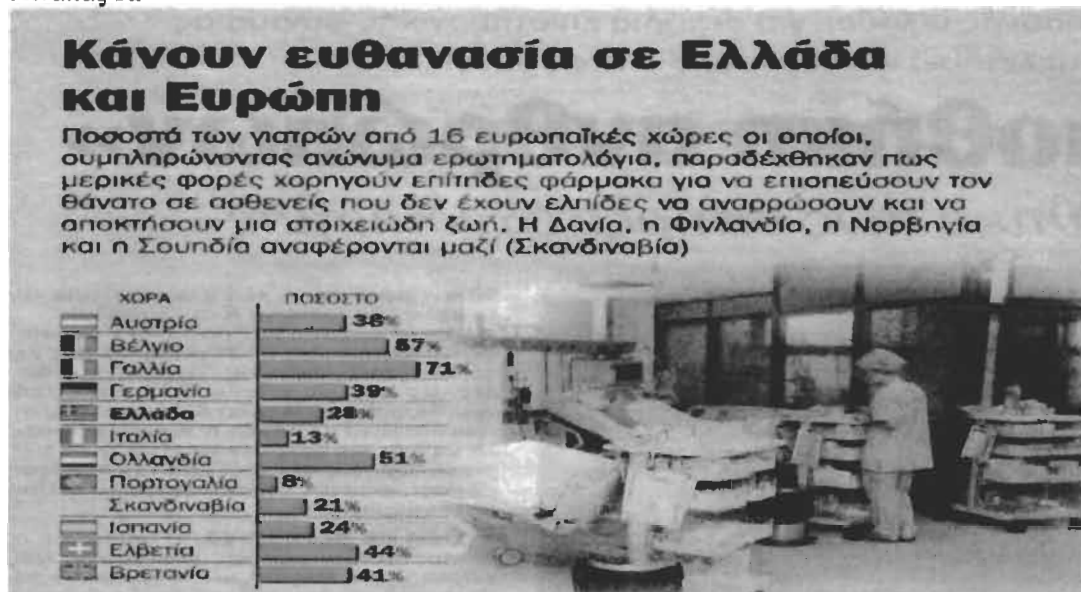
γ) Από την Νευρολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών το 2002, πραγματοποιήθηκε έρευνα σε 1960 γιατρούς, δικηγόρους, δικαστές και φοιτητές ιατρικής σχετικά με την ευθανασία³⁹. Οι γνώμες των ερωτηθέντων είναι οι ακόλουθες:



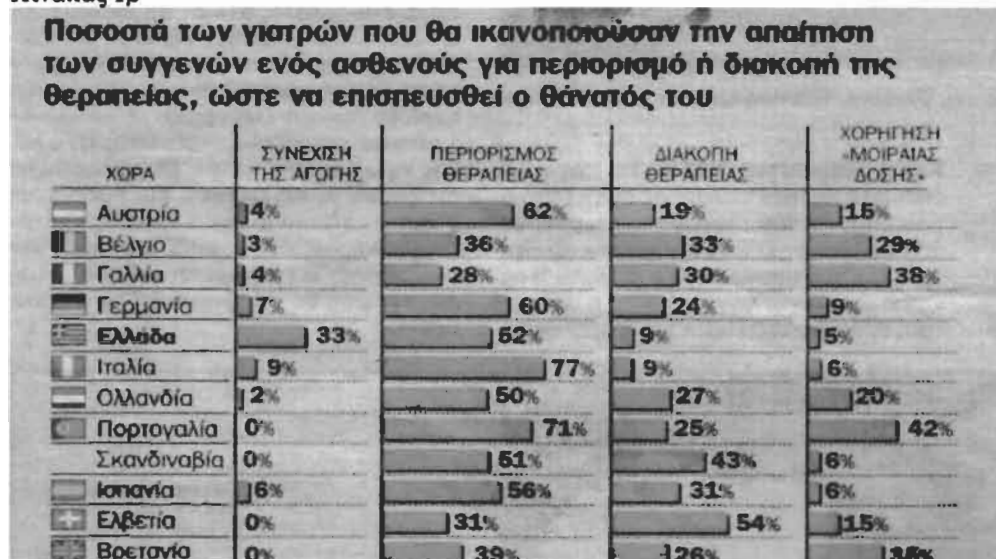
δ) Δημοσιεύτηκαν πρόσφατα τα αποτελέσματα έρευνας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου της Θεσσαλονίκης μεταξύ 417 ατόμων, γιατρών και κοινού⁴⁰. Το κύριο συμπέρασμα που εξάγεται είναι ότι 44,3% των ερωτηθέντων τάσσονται κατά της παράτασης της ζωής με μηχανικά μέσα. Όσο για τους παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονικό ιδεασμό ή/και επιθυμία θανάτου αναφέρθηκαν οι εξής: Πόνος (66%), απελπισία (60%), κατάθλιψη (60%) και ψυχοπαθολογία(38,5%). Η μελέτη κρίνει γενικά ως ανεπαρκείς τις γνώσεις των ερωτηθέντων για το θέμα και προτείνει τη διοργάνωση σχετικών συζητήσεων.

ε) Δημοσιεύτηκαν πρόσφατα τα αποτελέσματα Ευρωπαϊκής μελέτης στην οποία συμμετείχαν 504 γιατροί από 16 χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Απαντώντας στο ερώτημα « χορηγείτε ποτέ επίτηδες φάρμακο για να επισπεύσετε το θάνατο σε καταδικασμένους ασθενείς », το 28% των Ελλήνων που συμμετείχαν απάντησε « ναι, μερικές φορές»(πίνακας 1α). Τις περισσότερες καταφατικές απαντήσεις έδωσαν Γάλλοι και Βέλγοι (71% και 57% αντιστοίχως) και τις λιγότερες Πορτογάλοι και Ιταλοί (8% και 13%). Επιπλέον το 52% των Ελλήνων δήλωσε πως θα περιορίζαν την θεραπεία εάν το ζητούσε η οικογένεια του ενός ασθενούς και το 9% θα το διέκοπτε (πίνακας 1β)⁴¹.

Πίνακας 1α



Πίνακας 1β



Ο κ. Νίκος Φίλιας, διευθυντής στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) του Νοσοκομείου «Άγιος Σάββας», λει « η ευθανασία υπάρχει εξ αντικειμένου στην Ελλάδα, σε όλες της τις μορφές. Πιστεύω ότι οι γιατροί, κάθε ειδικότητας, έρχονται κάποια στιγμή αντιμέτωποι με τη μη παράταση της ζωής, που θεωρείται παθητική ευθανασία. Όταν έχεις ένα ογκολογικό περιστατικό τελικού σταδίου, έναν βαρύτατο τραυματισμό ή αρρώστια με κακή πρόγνωση, το θέμα που τίθεται είναι αν θα συνεχίσει την θεραπεία, αν θα δώσεις ένα καινούργιο φάρμακο, αν θα κλείσεις τον αναπνευστήρα, αν θα δώσεις λίγες σταγόνες ακόμα για να παρατείνεις κάπως την ζωή του αρρώστου. Αλλά τελικά, τα όρια ανάμεσα στην ενεργητική και την παθητική ευθανασία είναι δυσδιάκριτα. Για μένα προσωπικά το να σταματάς την

χορήγηση ενός φαρμάκου είναι πρακτικά το ίδιο με το να δίνεις ένα άλλο φάρμακο που μπορεί να επιταχύνει το τέλος»⁴².

Σύμφωνα με τον κ. Ηρακλή Αβραμίδη, επίτιμος πρόεδρος της Πανελληνίας Ένωσης Εργαστηριακών Γιατρών που έχει ασχοληθεί επισταμένως με το θέμα επισημαίνει ότι «είναι κοινό μυστικό ότι η ευθανασία γίνεται στην Ελλάδα. Σπάνια, όμως, θα παραδεχτεί γιατρός ότι την κάνει»⁴¹. Είναι μήπως ο φόβος για την ανάληψη της ευθύνης που κλείνει τα στόματα; Αν ερωτηθούν 10 διαφορετικοί γιατροί, ο καθένας χωριστά, αν έκαναν ποτέ ευθανασία και οι 10 θα απαντήσουν «όχι, ποτέ». Αν ερωτηθούν στη πορεία αν ξέρουν κάποιον γιατρό που να έκανε ευθανασία, θα απαντήσουν και πάλι «όχι, κανέναν που να γνωρίζουμε». Κι αν ερωτηθούν αν άκουσαν πως κάποιος γιατρός σε κάποιο νοσοκομείο έκανε μια φορά τουλάχιστον ευθανασία και οι 10 θα απαντήσουν «ναι, έχουμε ακούσει, αλλά δεν ξέρουμε ποιος και που...». Όλοι έχουν ακούσει, αλλά ουδείς ξέρει κανέναν και ουδείς το έχει κάνει⁴³. Αυτό είναι έως ένα βαθμό κατανοητό, επειδή δεν υπάρχει σχετικό νομικό πλαίσιο και οι γιατροί αποφεύγουν να εκτεθούν. Άρα ουδείς είναι έτοιμος στην Ελλάδα! Ούτε οι ευρύτεροι κοινωνία ούτε το ιατρικό σώμα μπορεί να μπει στην διαδικασία του ανοιχτού διαλόγου για την ευθανασία, πόσο μάλλον για την αποποινικοποίησή της.

2.2.2 Πόσο επηρεάζεται η ελληνική κοινωνία από τα παγκόσμια ρεύματα;

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τα παγκόσμια κοινωνικά ρεύματα επηρεάζουν με κάποια χρονική διαφορά και την ελληνική κοινωνία. Αν υπάρχουν ακόμα αντιδράσεις είναι γιατί εδώ υπάρχει η στήριξη της οικογένειας που ασκεί προστατευτικό, συχνά δε και υπερπροστατευτικό ρόλο. Για να συσχετίσουμε την εμπειρία του Oregon, αναφέρουμε ότι, σε σύγκριση με τους ασθενείς της ομάδας ελέγχου, μεγάλο ποσοστό των ασθενών που έλαβαν το θανατηφόρο φάρμακο δεν είχαν οικογένεια και είχαν εκφράσει ως κύριο λόγο του αιτήματός τους την ανησυχία τους για την απώλεια της αυτονομίας τους και του ελέγχου των σωματικών τους λειτουργιών. Ένας πρόσθετος παράγων που αναστέλλει την επικράτηση των ευθανατικών απόψεων είναι η επίδραση των σταθερά αρνητικών θέσεων της Ορθόδοξης Εκκλησίας, η οποία θεωρεί την αφαίρεση της ζωής ως θέμα που ρυθμίζεται αποκλειστικά και μόνο από τη θεία βούληση. Έτσι, η όποια σχετική με το θέμα μεταβολή στην ελληνική κοινωνία θα είναι βραδεία και θα συζητηθεί πολύ⁹.

2.3 ΟΛΛΑΝΔΙΑ. Η πρώτη χώρα που νομιμοποιήθηκε η ευθανασία

Η ευθανασία ορίζεται στον Ολλανδικό Ποινικό Κώδικα από το 1886 ήδη ως σκόπιμη πράξη από έναν γιατρό για τον τερματισμό της ζωής ενός ασθενούς, κατόπιν της επίμονης απαίτησης αυτού. Ο ορισμός αυτός ισχύει μέχρι σήμερα, με μικρές τροποποιήσεις. Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, επίσης, ορίζεται ως η σκόπιμη βοήθεια που παρέχεται σ' ένα άτομο για να τερματίσει την ζωή του κατόπιν απαίτησης του. Η θανάτωση όμως, έστω και κατόπιν επίμονης και εν συνειδήσει απαίτησης του θύματος, αντιμετωπίζεται ως φόνος. Αδίκημα επίσης είναι η παροχή βοήθειας σε αυτοχειρία. Το 1959 ο Βασιλικός Ολλανδικός Ιατρικός Σύλλογος υποστήριξε πως οι γιατροί δεν επιτρέπεται να ενεργούν με σκοπό τον τερματισμό ή την συντόμευση της ζωής. Δεν επιτρέπεται επίσης να διακόπτουν την απαραίτητη φροντίδα για την διατήρηση της ζωής φροντίδα. Η κρίση αναφορικά με την αξία της ζωής δεν εντάσσεται στα ιατρικά καθήκοντα. Το 1970 η συζήτηση για την ευθανασία μεταφερθεί στο Ολλανδικό Κοινοβούλιο και συστάθηκε μια επιτροπή Συμβούλων Υγείας για να γνωμοδοτήσει σχετικά με το εάν είναι επιτρεπτή η παρέμβαση στον τερματισμό της ζωής⁴⁴.

Το σημαντικότερο βήμα όμως για την αντιμετώπιση της ευθανασίας έγινε το 1971. Τότε η γιατρός Geertruida Postma παραπέμφθηκε σε δίκη με την κατηγορία πως επιτάχυνε τον θάνατο της μητέρας της με τη χορήγηση θανασιμής δόσης μορφίνης. Η υπόθεση μετατραπεί σε δημόσια αντιδικία, αφού το ενδιαφέρον που επεδείχθη από την κοινή γνώμη ήταν πολύ μεγαλύτερο από την δημοσιότητα που δόθηκε. Δυο χρόνια αργότερα, το κακουργιοδικείο της πόλης Leeuwarden καταδίκασε την Postma σε φυλάκιση μιας εβδομάδος με αναστολή και της επέβαλλε δικαστική επιτήρηση ενός χρόνου. Η απόφαση στηρίχθηκε στο άρθρο 40 του ποινικού κώδικα, το οποίο αναφέρεται στην ανωτέρα βία και στην ανάγκη. Θεωρήθηκε δηλαδή, πως ο γιατρός μπορεί να επικαλεσθεί την ανάγκη εάν ενήργησε υπό την σαφή απαίτηση ασθενούς ανιάτων πάσχοντος και ευρισκόμενου στο τελικό στάδιο της ασθένειας, ο οποίος δοκιμάζει επίμονο και αφόρητο πόνο.

Το 1984 ο Βασιλικός Ολλανδικός Ιατρικός Σύλλογος εξέδωσε «κανόνες δέοντος χειρισμού» για την ευθανασία. Ο σημαντικότερος από αυτούς είναι πως ευθανασία μπορεί να διενεργηθεί μόνο από γιατρό. Από εκεί και πέρα, η απαίτηση για ευθανασία πρέπει να προέρχεται αποκλειστικά από τον ασθενή και να είναι πλήρως ελεύθερη και εθελοντική. Η απαίτηση του ασθενούς μετά από ενημέρωση πρέπει να είναι διαρκής και επίμονη, προϊόν ώριμης σκέψης. Ο ασθενής πρέπει να βιώνει αφόρητο (αλλά όχι απαραίτητα σωματικό) βασανισμό, χωρίς να υπάρχει προοπτική βελτίωσης. Η ευθανασία

πρέπει να αποτελεί το τελευταίο καταφύγιο, όταν όλες οι άλλες λύσεις έχουν εξετασθεί και αποδειχθεί ελλιπείς. Ο γιατρός πρέπει να συμβουλευθεί άλλους ειδικούς και πεπειραμένους στο πεδίο αυτό συναδέλφους του⁴⁵.

Οι προϋποθέσεις αυτές ενσωματώθηκαν στο ολλανδικό νομικό σύστημα και αποτελούν πλέον κριτήριο για το κολάσιμο ή μη της πράξης, σε ότι αφορά στον γιατρό που διενεργεί ή υποβοηθάει την ευθανασία.

Το 1999 στην Ολλανδία διενεργείται ευθανασία και σε άτομα πάσχοντα από ψυχολογικές παθήσεις (κατάθλιψη, κατατονική σχιζοφρένεια) καθώς και σε ασθενείς ανιάτων μεν, όχι θανατηφόρων δε ασθενειών. Δυο υποθέσεις (Νοέμβριος 1995) που δικάστηκαν πρωτοβάθμια με αθωωτικές αποφάσεις για τους γιατρούς αναζωπύρωσαν τον νομικό διάλογο, και αυτό διότι αφορούν σε βρέφη. Και στις δυο περιπτώσεις οι ιατροί αθωώθηκαν δυνάμει του άρθρου 40 περί ανωτέρας βίας και ανάγκης.

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

Η ολλανδική κοινωνία είναι ιδιαίτερα εξοικειωμένη με το ζήτημα, σε βαθμό που ήδη από το 1990 Ολλανδοί γιατροί εμπλέκονταν στο 9% των ετήσιων θανάτων στην χώρα. Από τις περιπτώσεις αυτές, οι μισές χαρακτηρίζονταν ενεργητική μη εθελοντική ευθανασία, απουσίαζε δηλαδή η συγκατάθεση του «θύματος»⁴⁴.

Μέχρι το 2000 η ευθανασία στην Ολλανδία δεν καθίστατο μια νόμιμη διαδικασία. Αυτό που είχε επιτευχθεί ήταν να αθωώνονται οι ιατροί που δεν ενεργούσαν ευθανασία δυνάμει του άρθρου 40 περί ανωτέρας βίας και μόνο εάν έχουν ακολουθήσει την προβλεπόμενη διαδικασία.

Στις 28 Νοεμβρίου 2000 όμως υπερψηφίστηκε από την Βουλή της Ολλανδίας νομοσχέδιο με το οποίο επιτρέπεται η ισχύ της ευθανασίας. Έτσι η ευθανασία τέθηκε σε ισχύ στην Ολλανδία από 1/1/2002 αφού εγκρίθηκε από την Γερουσία και καθιστά την Ολλανδία την πρώτη χώρα στον κόσμο η οποία ορίζει ένα νομικό πλαίσιο σε αυτή την αμφιλεγόμενη ιατρική πράξη.

Ωστόσο οι Ολλανδοί γιατροί δεν έχουν την άδεια να πραγματοποιήσουν ευθανασία ευδιάκριτος. Οφείλουν να υπακούουν σε πολύ αυστηρούς κανονισμούς και εξακολουθούν να υπόκεινται σε δικαστική δίωξη σε περίπτωση που κριθεί ότι δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για την πραγματοποίηση ευθανασίας⁴⁶. Ο τερματισμός της ζωής από το γιατρό του επιτρέπεται υπό 3 όρους **α)**Ότι η ασθένεια είναι ανίατη, **β)**ότι ο πάσχων έχει σώας στα φρένα και ζητάει ο ίδιος να πεθάνει και **γ)**ότι δοκιμάζει αφόρητους πόνους. Τόσο ο γιατρός όσο και ο ασθενής θα πρέπει να είναι πεπεισμένοι ότι δεν υπάρχει άλλη λύση και θα πρέπει να έχουν συμβουλευτεί και άλλο γιατρό. Επίσης η ζωή των ασθενών θα πρέπει να αφαιρείται με ιατρικά κατάλληλο τρόπο. Επιτροπή ειδικών θα εξετάζει την κάθε περίπτωση που θα

έχει αμφιβολίες για το αν ο γιατρός ενεργεί κατάλληλα θα υποβάλει την έκθεση του στον εισαγγελέα.

Το πιο αμφιλεγόμενο μέρος του νόμου αυτού είναι ότι επιτρέπει την ευθανασία όχι μόνο στο τελευταίο στάδιο της ζωής ασθενών με ανίατες ασθένειες, αλλά και σε όσους υποφέρουν από αφόρητους και συνεχείς πόνους. Ο νόμος επιτρέπει την ευθανασία όχι μόνο σε ασθενείς με καρκίνο αλλά και σε άτομα με ψυχικές ασθένειες που κρίνουν ότι ο πόνος τους είναι ανυπόφορος.

Ωστόσο οι Ολλανδοί γιατροί δήλωσαν ότι η ισχύ του νόμου αυτού αλλάζει ελάχιστα την πραγματικότητα στη χώρα αυτή καθώς απλώς αποποινικοποιεί την πρακτική η οποία ακολουθούνταν εδώ και χρόνια. Είναι μια συμβολική αλλαγή, δήλωσε η κ. Κούιτ Κίπερς, παθολόγος προσθέτοντας ωστόσο ότι για πολλούς που πάσχουν από ανίατες ασθένειες, το γεγονός και μόνο ότι μπορούν να διαλέξουν το θάνατο αποτελεί πολύ μικρή παρηγοριά⁴⁷.

2.4 Νομιμοποιήθηκε η ευθανασία και στο Βέλγιο

Το Βέλγιο έγινε η δεύτερη χώρα μετά την Ολλανδία που αποποινικοποιεί την ευθανασία, καθώς η κάτω βουλή του κοινοβουλίου υιοθέτησε σε αμφιλεγόμενο νομοσχέδιο που δίνει στους ανθρώπους που πάσχουν από ανίατες ασθένειες το δικαίωμα να πεθάνουν. Μετά από έντονες συζητήσεις δυο ημερών, η κάτω βουλή υιοθέτησε το νομοσχέδιο με 80 ψήφους υπέρ, 51 κατά και 10 αποχές. Το αποτέλεσμα αυτό ήταν αναμενόμενο μετά την έγκριση του νομοσχεδίου από την Βελγική Γερουσία τον Οκτώβριο. Ακολουθώντας τα βήματα της Ολλανδικής νομοθεσίας ο βελγικός νόμος θέτει αυστηρούς κανόνες για το θέμα της ευθανασίας και οι Βέλγοι γιατροί δεν έχουν την άδεια να πραγματοποιούν ευθανασία αδιακρίτως.

Οι επικριτές του νόμου πάντως υποστηρίζουν ότι δεν περιέχει ασφαλιστικές δικλείδες για ενδεχόμενη κατάχρηση του νόμου. Το χριστιανικό δημοκρατικό κόμμα της αντιπολίτευσης, που αντιτάσσεται στο νόμο, δήλωσε ότι θα προσφύγει για το ζήτημα αυτό στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρώπινων Δικαιωμάτων στο Στρασβούργο⁴⁸.

Περισσότεροι από ένας στους δέκα θανάτους στο Βέλγιο οφείλονται σε ευθανασία ή σε φάρμακα που χορηγούνται από γιατρούς, προκειμένου να επιταχυνθεί ο θάνατος ασθενών, πιστεύουν ειδικοί. Σύμφωνα με σχετική έρευνα που έγινε και αφορούσε τους θανάτους, που είχαν καταχωρηθεί κατά το πρώτο τετράμηνο του 2003, προέκυψε ότι εκατοντάδες θάνατοι ήταν αποτέλεσμα χορήγησης, θανατηφόρων φαρμάκων 'χωρίς την ρητή συναίνεση του ασθενή'. Σε μια μελέτη που έγινε στην Ολλανδία από ερευνητές του Free University Brussels and Ghent University, επιλέχθηκε

ένα τυχαίο δείγμα, από θανάτους, που έλαβαν χώρα κατά το πρώτο τετράμηνο του 2003. Οι ερευνητές κατέληξαν ότι ένα ποσοστό 1,3%, δηλαδή 705 θάνατοι οφείλονταν σε ευθανασία ή συμμετοχή του γιατρού σε αυτοκτονία. Επίσης σε ποσοστό 3,2% των περιπτώσεων, δηλαδή σε 1.796 θανάτους, χορηγήθηκαν θανατηφόρα φάρμακα, χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή. Δόσεις ναρκωτικών παυσίπων, όπως η μορφίνη, που μπορεί να συντομεύσουν τη ζωή των ασθενών, είχαν χορηγηθεί πριν το θάνατό τους, περίπου στις μία από τις πέντε περιπτώσεις.

Σε ποσοστό 16,4% των περιπτώσεων, οι γιατροί αποφάσισαν να μη συνεχίσουν τη θεραπευτική αγωγή του ασθενή και σε ποσοστό 5,8% αυτών, δηλαδή σε 3.261 θανάτους, η διακοπή της θεραπείας έγινε από τον γιατρό με πρόθεση το θάνατο του ασθενή. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι αποφάσεις για τη διακοπή της ζωής, αποτελούν κοινή πρακτική στην περιοχή του Βελγίου, όπου έγινε η έρευνα. Επίσης οι ερευνητές επισημαίνουν ότι το ποσοστό χορήγησης θανατηφόρων φαρμάκων προς τους ασθενείς, χωρίς τη ρητή συναίνεσή τους, είναι ίδιο με αυτό της Αυστραλίας, όπου για πρώτη φορά διενεργήθηκε νόμιμα ευθανασία αυτού του είδους το 1996⁴⁹.

2.5 Η νομοθεσία άλλων κρατών

Όπως η ελληνική νομοθεσία, έτσι και οι ιταλική, γερμανική, αυστριακή, ελβετική, νορβηγική, δανική, έχουν ειδικές διατάξεις με τις οποίες η ανθρωποκτονία με συναίνεση του παθόντος, τιμωρείται ηπιότερα απ' 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.

ΓΑΛΛΙΑ: Η παραπομπή στη δικαιοσύνη μιας νοσηλεύτριας, που κατηγορείται για ευθανασία σε 30 ασθενείς, επανέφερε το θέμα στο προσκήνιο. Δημοσκοπήσεις που έγιναν για λογαριασμό της “Ένωσης για το δικαίωμα σε θάνατο με αξιοπρέπεια” έδωσε πολύ μεγάλα ποσοστά υπέρ της διενέργειας ευθανασίας σε περιπτώσεις οδυνηρών ανίατων νοσημάτων¹⁹.

ΓΕΡΜΑΝΙΑ: Λόγω του αναμνηστικού πειραματισμού σε ανθρώπους και “ευθανασία” κατά τη ναζιστική περίοδο, υπάρχει απροθυμία για την υποστήριξη συναφών αντιλήψεων.

ΙΤΑΛΙΑ: Από έρευνα που έγινε στο Μιλάνο μεταξύ 359 γιατρών, προκύπτει ότι μεγάλο ποσοστό γιατρών (38%) έχει δεχθεί αίτημα ευθανασίας, ενώ ποσοστό 32% των γιατρών αυτών θεωρεί σε ορισμένες περιπτώσεις ως ηθικά αποδεκτή την ευθανασία⁹.

Αντίθετα, σε 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^{18.50}.

2.6 Οι πρώτες αντιδράσεις από την νομιμοποίηση της ευθανασίας

Η αποποινικοποίηση της ευθανασίας, κάτω από προϋποθέσεις, στην Ολλανδία και η πιθανότητα παρόμοιων ρυθμίσεων από άλλα κράτη, προκαλούν την αντίδραση του Παγκοσμίου Ιατρικού Συλλόγου, ο οποίος με το σύνθημα 'η χρησιμοποίηση οποιασδήποτε μορφής ευθανασίας αντίκειται στην ιατρική ηθική', καλεί τους γιατρούς να αρνηθούν τη συμμετοχή σε τέτοιες ρυθμίσεις.

Η Επιτροπή Ιατρικής Ηθικής του Συλλόγου, συνεδριάζοντας αποφάσισε σχεδόν ομόφωνα ότι 'η ευθανασία έρχεται σε πλήρη αντίθεση με τη βασική ιατρική ηθική και συστήνει σε όλους τους ιατρούς να αντιδράσουν ακόμη και εάν οι τοπικοί νόμοι το επιτρέψουν'.

Σύμφωνα με τον πρόεδρο του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου, 'το ιατρικό λειτούργημα πρέπει να έχει ως μόνο στόχο τη διαφύλαξη της ζωής και τη βοήθεια των ασθενών. Κατά συνέπεια, ο σκοπός θα πρέπει να είναι η ανακούφιση των τελευταίων στιγμών της ζωής και όχι η συντόμευσή τους'⁵¹.

Το Βατικανό καταδίκασε την απόφαση της Ολλανδικής κάτω Βουλής να νομιμοποιήσει την ευθανασία, επισημαίνοντας πως το σχετικό νομοσχέδιο 'παραβιάζει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια'. Ο εκπρόσωπος του Πάπα κ. Χοακίν Ναβάρο-Βαλς επισήμανε πως η Ολλανδία ενέκρινε ένα νομοσχέδιο που έρχεται σε αντίθεση με τους νόμους της φύσης και παραβιάζει δύο διαφορετικές διεθνείς συνθήκες για την ιατρική δεοντολογία.

Επίσης, η εισηγήτρια της Κοινοβουλευτικής Συνέλευσης του Συμβουλίου της Ευρώπης κ. Εντελτράουντ Γκάτερερ, δήλωσε στο Στρασβούργο ότι η νομιμοποίηση της ευθανασίας, που ψηφίστηκε από την Ολλανδική Βουλή, αντιβαίνει στην ευρωπαϊκή σύμβαση Ανθρώπινων Δικαιωμάτων. Η κ. Γκάτερερ (Αυστριακή Χριστιανοδημοκράτης), σε σχετική ανακοίνωση που εκδόθηκε από το Συμβούλιο της Ευρώπης κάλεσε την Ολλανδική Γερουσία να απορρίψει το νέο νομοθέτημα, υπενθυμίζοντας ότι το άρθρο 2 της σύμβασης 'προβλέπει ότι ο θάνατος δεν μπορεί να επιβληθεί σε οποιονδήποτε από πρόθεση και εγγυάται με τον τρόπο αυτό το δικαίωμα στη ζωή, κυρίως αυτών οι οποίοι πάσχουν από ανίατες ασθένειες και των ετοιμοθάνατων'. Το Συμβούλιο της Ευρώπης, μέλος του οποίου είναι και η

Ολλανδία, ενέκρινε τον Ιούνιο του 1999 μια εισήγηση της κυρίας Γκάτερερ για τη διατήρηση της απόλυτης απαγόρευσης της ευθανασίας.

Επιπλέον και η υπουργός Δικαιοσύνης της Γερμανίας κ. Χέρτα Ντέμπλερ-Γκμέλιν δήλωσε ότι η Γερμανία δεν θα ακολουθήσει ποτέ το παράδειγμα της Ολλανδίας νομιμοποιώντας την ευθανασία. Σημειωτέον ότι η ευθανασία αποτελεί ζήτημα μεγάλης ευαισθησίας στη Γερμανία, όπου υπολογίζεται ότι περίπου 5.000 παιδιά και 100.000 ενήλικες πέθαναν, από τη συστηματική εξόντωση, κατά τη χιτλερική περίοδο, των αναπήρων παιδιών και των διανοητικών καθυστερημένων ενηλίκων.

Εξάλλου ο Ρώσος Υφυπουργός Υγείας, Ανατόλι Βιαλκόφ, σχολιάζοντας την απόφαση του ολλανδικού κοινοβουλίου δήλωσε ότι 'η ευθανασία, δεν συνάδει με τον ρωσικό πολιτισμό και δεν θα εφαρμοστεί ποτέ. Ένας Ρώσος γιατρός δεν θα συμφωνήσει ποτέ να βάλει τέλος στη ζωή ενός ασθενούς ακόμη κι αν αυτός το ζητήσει. Οι γιατροί δεν γνωρίζουν τη δυνατότητα αντίστασης του οργανισμού και δεν μπορούν να αποφασίσουν για το θάνατο του ασθενούς⁵².

Την αντίθεσή του με την αμφιλεγόμενη αυτή ιατρική πρακτική δηλώνει ο πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου Εμμανουήλ Καλοκαιρινός, τονίζοντας ότι καμία άλλη χώρα δεν συζητά προς το παρόν τη θεσμοθέτηση της ευθανασίας. «Είμαι αντίθετος στην ευθανασία, διότι ο γιατρός, εκ της επιστήμης και εκ του όρκου του Ιπποκράτη, έχει ταχθεί μέχρι το τέλος της ζωής των ασθενών, τους οποίους χειρίζεται, να προσφέρει ζωή ή και ανακούφιση από τον πόνο με φάρμακα σε επιτρεπτές δόσεις, που ανακουφίζουν μεν από τον πόνο, καταστέλλουν το νευρικό σύστημα, αλλά δεν προκαλούν το θάνατο».

Αντίθετος, επίσης, δηλώνει και ο διευθυντής της μονάδας εντατικής θεραπείας του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Αθήνας «Γ. Γεννηματάς» Ανδρέας Καραμπίνης. «Ως διευθυντής μονάδας εντατικής θεραπείας είμαι εναντίον της ευθανασίας, διότι δεν μπορώ να πάρω ζωή εκεί που δεν την έχω δώσει. Εκείνο, όμως, που οφείλουμε να κάνουμε ως κοινωνία είναι να βοηθήσουμε, να συνοδεύουμε τους αρρώστους που υποφέρουν, σε αυτή τη μεταβατική τους φάση, από τη ζωή στο θάνατο»⁵³.

Στη νομιμοποίηση του θέματος της ευθανασίας αντιτίθεται και κ. Γιώργος Μπαλτόπουλος, διευθυντής της Β' Μ.Ε.Θ. στο Κ.Α.Τ. και καθηγητής Εντατικής Νοσηλείας στο Πανεπιστήμιο Αθηνών. «Η ευθανασία είναι ένα ιδιαίτερα δύσκολο και ακανθώδες θέμα. Το να δίνεις την ευκαιρία σε κάποιον να πεθάνει αντίκειται στην ίδια τη ζωή που ο γιατρός οφείλει να υπηρετεί. Και κανένας γιατρός δεν νομιμοποιείται από καμία αρχή εξουσίας, θεϊκή ή γήινη, να αφαιρεί ανθρώπινες ζωές...Ακόμα και όταν ο ασθενής του είναι καταδικασμένος, οφείλει να διασφαλίσει μια ποιότητα ακόμα και για την τελευταία, την υπέρτατη στιγμή ζωής. Ο ασθενής δεν πρέπει να πονάει, να διψάει, να πεινάει. Και αυτό σημαίνει εξυπηρετώ τη ζωή και όχι τον θάνατο...».

Αντίθετος με οποιαδήποτε μορφή ευθανασίας δηλώνει ο κ. Γεράσιμος Ρηγάτος, διευθυντής στην Α΄ Παθολογική-Ογκολογική κλινική στον «Άγιο Σάββα» «οι περισσότεροι άρρωστοι δεν γνωρίζουν καν την αλήθεια-δεν μπορούν να την αντέξουν. Μια τέτοια παρέμβαση ζητείται συνήθως από συγγενείς για λογαριασμό των αρρώστων τους. Προσωπικά δεν συζητώ κανένα τέτοιο θέμα ακόμα και αν είμαι βέβαιος για τις αγνότερες προθέσεις του συγγενή...Αυτό που οφείλουμε να κάνουμε στο τέλος είναι συμπτωματική και παρηγορητική αγωγή»⁴².

ΘΡΗΣΚΕΙΑ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

3.1 Θρησκευτική θεώρηση

Η Ορθόδοξη Χριστιανική Εκκλησία αγγίζει το θέμα της ευθανασίας από ηθικής κυρίως πλευράς. Η Ορθοδοξία και η Εκκλησία τάσσεται εναντίον κάθε μορφής ευθανασίας. «Η Ορθόδοξη Ελληνική Εκκλησία αρνείται στον οποιοδήποτε το δικαίωμα να αποφασίζει 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.

«Το επίσημο κείμενο που δημοσίευσε στις 26/06/1980 η Ιερά Σύνοδος για την Διδασκαλία της Πίστεως της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας “περί ευθανασίας”, που περιέχει την αυθεντική διδασκαλία της Εκκλησίας αυτής για το προκείμενο ζήτημα τονίζει: την 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 αντιταχθεί στην αγάπη του Θεού γι’ αυτόν 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»^{19,54}.

Για τη θρησκεία ο θάνατος, ο πόνος, η επίγεια ζωή έχουν ιδιαίτερο νόημα υπό το πρίσμα της αιωνιότητας. 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 αυτή υπάρχει η πνευματική, η υπερφυσική ζωή. Έτσι 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 δύναμη⁵⁵.

Αυτά μας διδάσκει η Εκκλησία η οποία στέκεται με σεβασμό απέναντι στον άνθρωπο και ζει σ’ αυτόν που «ξεψυχάει». Επίσης τονίζει ότι ασφαλώς ενδιαφέρεται η Εκκλησία για έναν αξιοπρεπή θάνατο, αλλά με πολύ διαφορετική έννοια, από αυτή της ευθανασίας. Μάλιστα, τιμά ιδιαίτερα τη «μετάβαση εκ του θανάτου προς τη ζωή», θεωρώντας ότι ο θάνατος του σώματος είναι ένας σημαντικός σταθμός, στη μετεξέλιξη του ανθρώπινου

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» είναι άσχετη με το βιολογικό τρόπο θανάτου. Οποιοσδήποτε θάνατος, είτε από ασθένεια είτε από ατύχημα είτε στη 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^{5,56}.

3.2 Επιχειρήματα κατά της ευθανασίας

Τα βασικά επιχειρήματα που αναπτύσσει η Εκκλησία και ο Χριστιανισμός γενικότερα, κατά της ατιμωρησίας της ευθανασίας, ακόμη και αυτής που εμφανίζεται με την μορφή της εκούσιας επιθανάτιας ευθανασίας, είναι τα εξής:

1) Η ζωή του ανθρώπου ανήκει στο Θεό και η ευθανασία είναι φόνος. Η ζωή, κατά την 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. 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 παρούσας ζωής, σύμφωνα με τον Χριστό». Η παρούσα ζωή έχει αξία αυτή καθ' εαυτή, άσχετα με τον τρόπο διαβίωσης και αποτελεί τα στάδια 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.

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

Συνήθως, όταν ο άνθρωπος ζει μια ζωή ταλαιπωρημένη από αβάστακτους, 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 ευθανασίας³¹.

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 γι' αυτό δεν θα πρέπει να συντομεύεται η ζωή, για να αποφύγει τη επιθανάτια αγωνία ο άνθρωπος. Ο πόνος, εξάλλου, είναι και “σήμα κινδύνου” για τον άνθρωπο, σήμα για λήψη μέτρων και προετοιμασία»⁵⁷.

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 γόνατα 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 του μεταμορφώνει. «Όμως, ο πόνος αυτός μπορεί να μαλακώσει και να καταπραΰνει. Ο Ι. Χρυσόστομος λέει σχετικά: «Φέρε στο νου σου τις φοβερές δοκιμασίες των μαρτύρων, τον πριονισμό, τα μαχαιρώματα, τους ραβδισμούς κ.τ.λ. Σύγκρινέ τα με το δικό σου μαρτύριο. Θα δεις τότε ότι εσύ λιγότερο υποφέρεις! Και με τον τρόπο αυτό θα παρηγορείσαι. Και ο πόνος σου θα μαλακώνει»¹⁸.

Επίσης, για εκείνους που επικαλούνται τον οίκτο και τη συμπόνια, ως λόγους για την «επιβολή» της ευθανασίας. Η Εκκλησία δίδει την εξής απάντηση:

«Αλλά γιατί να καταφύγει στην ευθανασία ο γιατρός ή ο συγγενής, όταν ανακαλύπτει ότι ο βαριά άρρωστος μπορεί και πρέπει να αντιμετωπιστεί σωστά από τους γιατρούς, 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 διπολικής ψυχοσωματικής του ιδιότητας. Σύμφωνα με αυτό 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 ανοχής για να τον περιποιηθούμε και να του συμπαρασταθούμε τις τελευταίες στιγμές του;»^{24,58}.

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 αθεράπευτη, 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»³¹.

3.2.1 Ειδικότερη τοποθέτηση της Ορθοδοξίας

α) Εναντία στη λεγόμενη κοινωνική ή ευγονική ευθανασία.

«Η θανάτωση διανοητικώς καθυστερημένων, ανίατως πασχόντων, σωματικώς αναπήρων και γενικά προσώπων που έχουν κακή διάπλαση, αποτελούν φόνο και βαρύτατη 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 σύλληψής του είναι ψυχοσωματική ύπαρξη³¹.

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 ανεξαρτήτως οι άνθρωποι, άρρωστοι ή υγιείς.

β) Εναντία στην ενεργητική ευθανασία.

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 πόνος και σαφώς αντίκειται στη θεία εντολή «ου φονεύσεις». Ολόκληρη η θεωρία της Χριστιανοσύνης για την ευθανασία έρχεται σε αντίθεση με αυτό το είδος της.

γ) Παθητική ευθανασία και νεότερες αντιλήψεις.

Η παθητική ευθανασία, η ηθελημένη δηλαδή 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 ο XII, προσφωνώντας τα μέλη του ΙΧ Εθνικού Συνεδρίου της εταιρείας 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 συνέπεια την επίσπευση θανάτου».

Από τότε, η θρησκεία έχει δεχθεί την εφαρμογή της παθητικής ευθανασίας, αλλά πάντα υπό ορισμένες προϋποθέσεις και αυτές είναι οι εξής: **α)** Ο ασθενής να έχει απαιτήσει, προκειμένου να θεραπευθεί, τη χρήση όλων των μέσων, **β)** να έχουν αποκλειστεί όλα τα ωφελιμιστικά 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 ωφελιμιστικά επισπεύδεται ο θάνατος, όχι για να μην ταλαιπωρηθεί ο ασθενής, αλλά κυρίως για να εξυπηρετηθεί κάποιο άλλο άτομο.

Είναι πολύ δύσκολο 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 μονές 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 εφαρμοσμένης 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 αποφασίζεται η παθητική ευθανασία, έχει μεγάλη σημασία ο τρόπος χειρισμού του όλου θέματος. Ο ιατρός δε, πρέπει να λάβει υπόψη του όλους τους παράγοντες (ψυχολογική

κατάσταση και θέληση ασθενούς και συγγενών) και να ενεργήσει με περίσταση και λεπτότητα^{3,59}.

3.2.2 Απόψεις εκπροσώπων της Ελληνικής Εκκλησίας

Υπό την προεδρία του Αρχιεπισκόπου Αθηνών Χριστόδουλου, συνεδρίασε η Διαρκής Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, με πρώτο θέμα συζήτησης την απόφαση της ολλανδικής βουλής για νομιμοποίηση της ευθανασίας. Όπως επισήμανε ο μητροπολίτης Σπάρτης Ευστάθιος, εκπρόσωπος της Ιεράς Συνόδου είναι η πρώτη φορά στην ιστορία που μια τέτοια πράξη νομιμοποιείται και επειδή η σύγχρονη κοινωνική αντίληψη με τον ορθολογισμό που την διακατέχει, εύκολα θυσιάζει στο βωμό του ευδαιμονισμού και του στενού συμφέροντος το σεβασμό στη ζωή και τον άνθρωπο, η Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, με υψηλό αίσθημα ευθύνης καταθέτει τις θέσεις της επί του θέματος της ευθανασίας^{60,61}.

Σύμφωνα με την γνώμη του γιατρού και κληρικού Στυλιανού Καρπαθίου, «μια βασική αρχή είναι ότι η Εκκλησία, Εκκλησία της Αναστάσεως, είναι ασύμβατη με τον θάνατο, πολλώ δε μάλλον όταν πρόκειται για υποβοηθούμενη αυτοκτονία, και δεν συζητάμε για την ακούσια ευθανασία, η οποία είναι ουσιαστικά δολοφονία. Η ευθανασία είναι η έκφραση της οδύνης ενός ανθρώπου χωρίς ελπίδα, που βρίσκεται σε πλήρη εγκατάλειψη. Είναι τα επίχειρα μιας ζωής και ενός πολιτισμού χωρίς Θεό. Ως γιατρός θα έλεγα, ότι ο άνθρωπος προβάλλεται ως χειριστής της ζωής του. Έχει δικαίωμα στο θάνατό του. Υπάρχουν κλινικές μελέτες της Kuppler – Ross, μιας Αμερικανίδας γιατρού που προσπάθησε να χαρτογραφήσει την ψυχολογία του ανθρώπου ο οποίος βρίσκεται σε βαριά κατάσταση στο τέλος της ζωής του. Η εναλλαγή στα συναισθήματα είναι συγκλονιστική. Κυριαρχούσε, λοιπόν, το καταθλιπτικό συναίσθημα, ακολούθησαν η επιθετικότητα, ο συμβιβασμός και κατέληγε η ελπίδα. Είναι χαρακτηριστικό ότι ο θάνατος ερχόταν τότε που ο πάσχων ζούσε με την ελπίδα και την προσδοκία για ζωή. Το αίσθημα του πόνου αξιολογείται θετικά προς την κατεύθυνση της εφαρμογής της ευθανασίας με το επιχείρημα της λύτρωσης. Όμως ο πόνος σαν αίσθημα έχει ισχυρότατο σύνδεσμο με συγκινησιακές καταστάσεις. Η δράση μιας αντικαταθλιπτικής αγωγής σε μη καταθλιπτικό ασθενή δρα αναλγητικά. Αντιλαμβάνεστε, λοιπόν, ότι σε συνδυασμό με την δέουσα πνευματική καλλιέργεια αφήνει κανείς υποθήκες ζωής τους επιγόνους του. Όσον αφορά τον αξιοπρεπή θάνατο που επίσης προβάλλεται από κάποιους ως επιχείρημα, αξιοπρεπής είναι αυτός που πράττει το πρέπον και πολεμάει γενναία τον μεγαλύτερο εχθρό, το θάνατο»⁶²

Τέλος κατά της ευθανασίας τάχτηκε και ο Αρχιεπίσκοπος Αθηνών και πάσης Ελλάδος κ. Χριστόδουλος, σε ομιλία του, σε ημερίδα που οργάνωσε ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Αττικής σε κεντρικό ξενοδοχείο της Αθήνας, με θέμα: 'Βασικά σημεία ηθικής ιατρικής δεοντολογίας'⁶³.

3.3 Εκκλησία και ιατρικά συνειδησιακά διλήμματα

«Η Ορθόδοξη Εκκλησία, αναγνωρίζοντας την ιδιαιτερότητα της σχέσης γιατρού-ασθενή, σέβεται το γιατρό και προστάζει: “Τίμα ιατρόν...και γαρ αυτόν έκτισε Κύριος”. Ευλογεί και ενθαρρύνει τις προσπάθειές του στην υπηρεσία της ζωής, αλλά ως “ευθανασία” δέχεται μόνο εκείνη, για την οποία εύχεται “ειρηνικά τα τέλη της ζωής, ανώδυνα, ανεπαίσχυντα...”.

«Ο γιατρός, κατά την Εκκλησία, συμβάλλει σε τέτοια ευθανασία, όταν εργάζεται για την καταπράυνση των πόνων, την ανακούφιση από τα ενοχλήματα, την καθυσύχαση της αγωνίας, την υποβοηθούμενη στην καλύτερη ανοχή των ταλαιπωριών, ώστε να ζει ο άνθρωπος μέχρι τέλους, με αξιοπρέπεια, μέχρι και τις εσχάτοτατες στιγμές της ζωής του. Με τη συντρόφευση και την ηθική συμπαράσταση, σε συνεργασία με το οικογενειακό περιβάλλον, με πορεία δίπλα σε εκείνον, ακρόαση στους φόβους και σιωπή στις εκρήξεις του. Μια τέτοιου είδους συμπαράσταση επεκτείνεται και στο ψυχικό κόσμο του αρρώστου και μάλιστα σε μια τόσο κρίσιμη στιγμή, με λεπτούς κνυδωνισμούς της ψυχής, μέχρι να περάσει στην... “αντίπερα όχθη” μέχρι δηλαδή να ξεψυχήσει και να πάρει η ψυχή του το δρόμο για το χώρο στο οποίο ανήκει... στην αγκαλιά του Θεού»⁶⁰.

«Η τέτοια συμπαράσταση του γιατρού φέρνει και άλλα αποτελέσματα. Είναι εκπληκτικό το πόσοι από αυτούς που “έφτασαν μέχρι τον τάφο”, αλλά δεν πέθαναν, βγήκαν αληθινά κερδισμένοι από την ταλαιπωρία τους, διότι ρύθμισαν προβλήματα που τους “έτρωγαν” και διαταραγμένες σχέσεις με οικείους τους ή ανακάλυψαν ότι έχει τόσα πολλά ακόμα, άγνωστα πριν, να τους προσφέρει η ζωή, ώστε εάν τα ήξεραν, κανείς τους δεν θα ήθελε να πεθάνει. Και ευγνωμονούν την αρρώστια που τους άλλαξε ως ανθρώπους, τους ωρίμασε πνευματικά και αναθεώρησαν τη στάση τους στη ζωή, αφού η δοκιμασία τους έδωσε τη “δυνατότητα της καθάρσεως” και τους “έφερε πιο κοντά στο Θεό”».

Πέρα, όμως, από τις γενικές τοποθετήσεις, τα ηθικά διλήμματα για τους γιατρούς και μη, είναι πολλά και επιβάλλεται να δοθεί απάντηση από της διοίκηση της Εκκλησίας, αλλά και από την κορυφή της Ορθοδοξίας.

Η Εκκλησία έχει καθήκον να καθησυχάσει τις συνειδήσεις των περισσότερων, με το να διακηρύξει επίσημα τις θέσεις της σε θέματα κατ’

αρχή που αφορούν στον «εγκεφαλικό θάνατο» και τις περιπτώσεις όπου επιτρέπεται ή όχι η μεταμόσχευση οργάνων.

Κατά τα ομοιόμορφα επιστημονικά κριτήρια, ένα άτομο είναι νεκρό όταν υποστεί **α)** μη αναστρέψιμη παύση της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας ή **β)** μη αναστρέψιμη παύση, όλων των λειτουργιών του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου και του «εγκεφαλικού στελέχους». Απαιτείται επομένως κάτι περισσότερο από «μη αναστρέψιμη παύση όλων των λειτουργιών του εγκεφάλου στελέχους». Και όταν συμβεί αυτό με το εγκεφαλικό στέλεχος, καταργείται η αυτόματη αναπνοή σε «δεύτερο στάδιο», ακολουθεί η κατάργηση της κυκλοφορίας και ύστερα οι λειτουργίες των ανωτάτων τμημάτων των ημισφαιρίων του εγκεφάλου. Άρα, με την επέλευση της νάρκωσης του στελέχους του εγκεφάλου δεν επέρχεται την ίδια στιγμή ο θάνατος, αλλά λίγο αργότερα. Επομένως, ο άνθρωπος δεν έχει «ξεψυχήσει» ακόμα τη στιγμή εκείνη.

Και στις περιπτώσεις αυτές, καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια να διατηρηθούν τα όργανά του «ζωντανά» και δεν είναι, «πτωματικά» τουλάχιστον ακόμα όταν παρατηρούνται για μεταμόσχευση. Αυτό είναι ένα πολύ σοβαρό θέμα που δημιουργεί προβλήματα ηθικής τάξεως για πολλούς γιατρούς, δότες και λίγο για τους λήπτες. Σχετικά με αυτό το θέμα τι λέει η Εκκλησία;

Σήμερα, επίσημα έχει γίνει δεκτός ως θάνατος του ανθρώπου, ο «εγκεφαλικός θάνατος». Πολλοί, όμως, εναντιώνονται και τον θεωρούν ως... «επινόηση» προς εξυπηρέτηση άλλων σκοπών, δημιουργώντας καλοπροαίρετα και με πολλές ανησυχίες, προβληματισμούς ηθικής τάξεως και διλήμματα⁶⁴.

Επίσης, βασικό είναι το ερώτημα του «πότε ξεψυχάει ο άνθρωπος». Η θέση της Εκκλησίας για το πότε «μπαίνει» η ψυχή στον άνθρωπο είναι σαφής: «εξ άκρας συλλήψεως». Ποτέ, όμως, βγαίνει; Αν η καρδιά είναι ακόμα το κέντρο της ζωής, τότε με την καρδιακή ανακοπή εξέρχεται; Και αν σε κάποιον γίνει επιτυχής αναζωογόνηση επανέρχεται; Εξακολουθεί ή ,όχι για την Εκκλησία να είναι η καρδιά το κέντρο της ζωής;

«Όταν μετά το θάνατο του εγκεφαλικού στελέχους δεν υποστηριχθεί η καρδιακή λειτουργία, καταργείται η κυκλοφορία ως αναπόδραστη συνέπεια. Με την καταστροφή του δε, η δραστηριότητα των εγκεφαλικών ημισφαιρίων δεν μπορεί να ολοκληρωθεί, με συνέπεια να μην είναι δυνατή η γνωστική ή συναισθηματική ζωή. Μήπως, λοιπόν, «το κέντρο της ζωής» σε τελική ανάλυση -αν αυτή θα είναι η τελική- εδράζεται και στο στέλεχος του εγκεφάλου;».

«Τα ερωτήματα αυτά, όπως και πολλά άλλα, χρειάζονται απάντηση από την Ορθόδοξη Εκκλησία, ώστε να επιλύονται κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο, τα συνειδησιακά προβλήματα εκείνων που είναι επιφορτισμένα με τη λήψη αποφάσεων»⁵.

ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ

4.1 Ηθικά ζητήματα

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

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

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

Για όλους τους παραπάνω λόγους είναι δύσκολο ή ακόμη και επικίνδυνο να τοποθετεί κάποιος συνολικά απέναντι στο πρόβλημα της ευθανασίας. Ίσως μάλιστα συνολική τοποθέτηση σε ένα τέτοιο θέμα που ενέχει περισσότερα υποκειμενικά παρά αντικειμενικά γνωρίσματα να είναι εντελώς αδύνατη. Αυτό που ευκολότερα μπορεί να γίνει, είναι να μελετηθούν και να αναλυθούν τα επιμέρους ηθικά ζητήματα που αναδύονται μέσω της ευθανασίας, και τα οποία είναι τόσο θεμελιώδη, ώστε πολλές φορές να

περιπίπτουν στην κατηγορία του δεδομένου ή του taboo, έως ότου ένα ζήτημα τόσο υπαρξιακά αγωνιώδες όσο το προκείμενο αφυπνίσει την ανθρώπινη σκέψη και συνείδηση.

4.1.1 Τι είναι ζωή;

Όπως και αν ορίσουμε την ευθανασία, αυτή καθίσταται πρόβλημα ηθικό διότι σκοπεύει και οδηγεί στο τερματισμό μιας ανθρώπινης ζωής. Εάν θέλουμε να είμαστε ακριβείς, το ερώτημα συνίσταται στο τι είναι **ανθρώπινη ζωή**. Όταν αυτή αφαιρείται προκύπτουν προβλήματα ηθικής τάξεως. Ιατρικά το ερώτημα αυτό μπορεί να απαντηθεί, με βάση τα εκάστοτε χρησιμοποιούμενα κριτήρια. Ηθικά όμως, εξαρτάται από τον ορισμό της ανθρώπινης ιδιότητας η οποία θα αποδοθεί σε ένα ον σε συνάρτηση με αυτήν της ζωής¹⁸. Εάν συνίστατο στην θανάτωση ενός άλλου ζωντανού οργανισμού, τότε μάλλον δεν θα υπήρχε πρόβλημα ή εάν υπήρχε θα ήταν πολύ περιορισμένο. Όταν θανατώνεται από οίκτο ένα ζώο που υποφέρει, συνήθως έχουμε την αίσθηση πως μια ιδιαίτερα αξιόπαινη πράξη καλοσύνης έλαβε χώρα. Τα πράγματα όμως αλλάζουν όταν για τον ίδιο λόγο θανατώνεται ένας άνθρωπος. Αυτό υποδηλώνει πως ενώ η αξία της ζωής των μη-ανθρωπίνων όντων που μας περιβάλλουν είναι δεδομένη, η αξία αλλά και η ουσία της ανθρώπινης ζωής είναι πέρα από κάθε αποτίμηση και περιορισμό.

Είναι ανθρώπινο ον εκείνο το οποίο απλώς έχει τα εμφανισιακά γνωρίσματα του ανθρώπου και αναπνέει; Πολλοί θα απαντήσουν όχι, κάνοντας τον ειδολογικό συνειρμό ανθρώπου και πιθήκου, αφού είναι δεδομένο πως κάποια είδη πιθήκων καλύπτουν ειδολογικά τον παραπάνω ορισμό, αλλά σίγουρα δεν είναι άνθρωποι. Τότε αυτό που διαφοροποιεί τον άνθρωπο και αποτελεί την βάση του χαρακτηρισμού ενός όντος ως τέτοιο, είναι κάποιες διανοητικές του δεξιότητες κοινές στο ανθρώπινο είδος αλλά ξένες στα υπόλοιπα. Εάν δεχθούμε τα παραπάνω, τότε η θανάτωση ενός ασθενούς ο οποίος βρίσκεται σε μόνιμη κωματώδη κατάσταση, δεν αποτελεί αφαίρεση ανθρώπινης ζωής, αφού οι κρίσιμες για της απόδοση ανθρώπινης ζωής έχουν απολεσθεί. Στην περίπτωση αυτή η θανάτωση είναι ηθικά θεμιτή αφού μάλιστα ανακουφίζει ένα ον από την επιθανάτια αγωνία του ή από την άσκοπη παραμονή στη ζωή. Είναι η ίδια πράξη με την θανάτωση ενός βαριά τραυματισμένου ζώου από οίκτο. Η υιοθέτηση της θέσης αυτής όμως, δημιουργεί πιο πολλά προβλήματα από αυτά που λύνει. Αυτό καθίσταται φανερό εάν γενικευτεί σε όλες τις δυνατές περιπτώσεις. Και τούτο, διότι η προσέγγιση αυτή αφορά πολλούς οι οποίοι στερούνται διανοητικών λειτουργιών, ευρισκόμενοι σε βαριά πνευματική καθυστέρηση⁶⁵.

4.1.2 Είναι η ζωή απόλυτη αξία;

Σε ότι αφορά στην αντίληψη που θέτει ως βάση όλων των αγαθών την ύπαρξη της ζωής και για τούτο θεωρεί παράλογη την προσβολή της για οποιοδήποτε λόγο, έστω και αν πρόκειται για απαλλαγή από φοβερό και αβάσταχτο δεινό, πολλοί αντιπαραθέτουν την άποψη πως πολλές φορές η ίδια η ζωή μπορεί να έρθει σε αντίθεση με την αξιοπρέπεια του ανθρώπου και να προσβάλει τόσο βάνουσα και τελεσίδικα την ύπαρξη του, ώστε να καταδικαστεί μη λειτουργική και επαχθής. Ο άνθρωπος που βρίσκεται σε μόνιμη κωματώδη κατάσταση από στερημένους από κάθε αξιοπρέπεια, ή εκείνος που πεθαίνει αργά και με βασανιστικούς πόνους, δεν έχει κάτι να κερδίσει από την ζωή, θα υποστηρίξει ο αντίλογος. Όταν έχουν εκλείψει τα όποια οφέλη και αξίες από την ανθρώπινη ζωή και όταν αυτή αποτελεί πεδίο ανταγωνισμού της δυστυχίας με τον πόνο, τότε η ζωή από ευλογία γίνεται κατάρρα και η συνέχισή της ένα λογικό παράδοξο. Επιπλέον, η άρνηση της ζωής είναι πολλές φορές που παρέχει ηθικά αγαθά και δικαιώνει τον άνθρωπο, όπως μας δείχνουν περιπτώσεις αυτοθυσίας υπέρ άλλων ή υπέρ του κοινωνικού συνόλου. Ακόμη και το λαμπρό παράδειγμα της Αντιγόνης καταξιώνει τον άνθρωπο και αποδεικνύει πως η θυσία της ζωής μπορεί να αποδειχθεί πολλές φορές μέγιστο αγαθό. Η αποκομιδή αγαθών δεν ερείδεται πάντα επί της ζωής⁶⁶.

4.1.3 Δικαίωμα και καθήκον στη ζωή

Στην ευθανασία σπάνια είναι σαφές τι είναι δικαίωμα και τι καθήκον. Αυτό που είναι βέβαιο και αδιαμφισβήτητο, είναι το δικαίωμα στη ζωή. Το γεγονός μάλιστα πως όλοι έχουν το δικαίωμα αυτό, αποτελεί την βάση της οργάνωσης της κοινωνίας μας. Όποιες φορές αυτό αμφισβητήθηκε, η κατάληξη ήταν η διάπραξη φρικαλεοτήτων και εγκλημάτων κατά της ανθρωπότητας. Για τον λόγο αυτό το δικαίωμα στη ζωή προστατεύεται από πλήθος διακηρύξεων, συνθηκών και συμβάσεων. Τα πράγματα περιπλέκονται όμως όταν η συζήτηση προχωρήσει στην αντιμετώπιση της ζωής ως καθήκον. Και αυτό διότι υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες ο κοινωνικός ιστός εξαρτάται από το συγκεκριμένο άτομο εν μέρει ή καθόλου για την απρόσκοπτη επιβίωση του. Τότε ο άνθρωπος πολλές φορές επωμίζεται ως καθήκον αυτό που όλες τις άλλες φορές είναι δικαίωμα.

Το καθήκον στη ζωή μπορεί επίσης να αντιμετωπιστεί σαν ηθική επιταγή πολλές φορές. Σύμφωνα με τον Καντ κάθε μας πράξη να είναι ένας εν δυνάμει παγκόσμιος ηθικός νόμος, τότε πολλές φορές μπορεί η ζωή να

προβάλει σαν καθήκον. Η αποχώρηση από αυτήν εκούσια έστω και υπό προϋποθέσεις και την πίεση των συγκυριών δύσκολα θα μπορούσε να γίνει παγκόσμιος ηθικός νόμος, τουλάχιστον όχι χωρίς πολύ προγενέστερη σκέψη. Μπορούν επίσης πιθανότατα να υπάρξουν περιπτώσεις κατά τις οποίες ο άνθρωπος «υποχρεούται» να συνεχίσει να ζει ενάντια στην συγκυρία, εξαιτίας της επίγνωσης πως ο θάνατος του θα αποτελούσε ανεπανόρθωτο πλήγμα ή απλώς θα προκαλούσε οδύνη σε άτομα που είναι συναισθηματικά ή για άλλους λόγους εξαρτημένα από αυτόν (παιδιά, γονείς, σύντροφος κ.α.)¹⁸.

4.1.4 Δικαίωμα και καθήκον στον θάνατο

Αν ο θάνατος είναι πράγματι δικαίωμα, σίγουρα πολλοί λίγοι θα ήταν διατεθειμένοι να το απαιτήσουν και να το διεκδικήσουν, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία πολύ ευχάριστα θα παραιτείτο αυτού. Ούτως ή άλλως κάτι που συμβαίνει ανεξάρτητα από την θέλησή μας είναι δύσκολο να αντιμετωπισθεί είτε ως δικαίωμα είτε ως καθήκον. Τι είναι όμως ο θάνατος; Σύμφωνα με τον ορισμό της Ιατρικής Σχολής του Harvard, ο θάνατος είναι η ανεπανόρθωτη και πλήρης παύση της λειτουργίας ολόκληρου του εγκεφάλου. Αυτός είναι ο πλήρης εγκεφαλικός θάνατος. Υπάρχει όμως και ο θάνατος του εγκεφαλικού φλοιού. Εγκεφαλικός φλοιός είναι η έδρα της προσωπικότητας – αυτό που λέμε άνθρωπος. Και στις δυο περιπτώσεις, η γνώμη των περισσότερων χριστιανών Ιατρών, και μάλιστα των ειδικών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, είναι ότι δεν μπορούμε να μιλάμε για ύπαρξη ψυχής σε αυτή τη φάση και δεν δικαιολογείται η διατήρηση με τεχνητά μέσα⁶⁷. Η ηθική αντιμετώπιση του θανάτου μπορεί να αποκτήσει ισχύ μόνο κατά τις περιπτώσεις εκείνες που αυτός δεν είναι φυσικό γεγονός αλλά επιλογή του ατόμου, κάτι που προϋποθέτει την ύπαρξη άλλης εναλλακτικής λύσης. Μόνο ως άρνηση της ζωής, δηλαδή, μπορεί να αξιολογηθεί ηθικά η απόφαση κάποιου να πεθάνει.

Και εδώ ξεκινούν οι δυσκολίες: Έχει ο άνθρωπος το δικαίωμα να επιλέξει τον τρόπο και την στιγμή που θα εγκαταλείψει την ζωή; Η ζωή είναι κάτι που δεν μπορεί να το δημιουργήσει και επί της βάσεως αυτής αμφισβητείται και το δικαίωμα του να την στερήσει από τον οποιονδήποτε, συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού του. Από την άλλη πολλοί θεωρούν πως η αξιοπρέπεια της ανθρώπινης ύπαρξης αποτελεί υψηλότερη αξία από την ίδια την ζωή η οποία δεν μπορεί ως δώρημα άλλωστε να έχει ηθική αξία. Αντίθετα η αξιοπρέπεια, επειδή είναι επίτευγμα, επιδέχεται ηθική αξιολόγηση. Έτσι το δικαίωμα στον θάνατο θεμελιώνεται στην υπεράσπιση ενός υψηλότερου αγαθού από τη ζωή, όπως η αξιοπρέπεια. Υπό το πρίσμα

αυτό η επιλογή της επίσπευσης του θανάτου γίνεται ηθικό γεγονός υψηλής αξίας ενώ ο ίδιος ο θάνατος ως φυσικό γεγονός δεν υπόκειται σε ηθική αξιολόγηση. Η ίδια η εκκλησία άλλωστε, καθολική και ορθόδοξη, η οποία θεωρεί πως μόνο ο Θεός ως δότης δικαιούται να ασκεί έλεγχο σε ότι σχετίζεται με την ώρα και τον τρόπο του θανάτου, αποδίδει μέγιστη ηθική αξία στο μαρτύριο και στον θάνατο του χριστιανού υπέρ της πίστης του, και σίγουρα το μαρτύριο αποτελεί παρέμβαση στην φυσική ροή των πραγμάτων. Κατά μία έννοια θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί πως ο μάρτυρας των διωγμών και αυτός που επιλέγει να επισπεύσει τον θάνατό του επειδή ασθενεί θανάσιμα, υπερασπίζονται το ίδιο αγαθό. Θεωρητικά ο μάρτυρας υπερασπίζεται την πίστη του, και για τον λόγο αυτό επιτελεί μια πράξη γενναιότητας, την ίδια ώρα που ο ασθενής επιλέγει την φυγή που δηλώνει δειλία. Και οι δύο όμως στην ουσία υπερασπίζονται την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και το δικαίωμα της αυτοδιάθεσής τους. Και αυτό συμβαίνει διότι ούτε η πίστη θα θίγει εάν ο χριστιανισμός δεν υποστεί το μαρτύριο, ούτε ο θάνατος είναι μονόδρομος για την αποφυγή του πόνου, άλλωστε σε περιπτώσεις κώματος δεν τίθεται θέμα πόνου. Αυτό που προκαλεί την επιλογή του θανάτου και στις δύο περιπτώσεις πιστεύω πως είναι η αίσθηση του εγκλωβισμού σε μια κατάσταση πλήρους περιφρόνησης και καταπάτησης της αξιοπρέπειας και του αυτοκαθορισμού, από την οποία ως μόνη διέξοδος προβάλλει ο θάνατος^{68,69}.

4.1.5 Το δικαίωμα του ανθρώπου να πεθάνει με αξιοπρέπεια

Έχει πολυσυζητηθεί τελευταία το περίφημο δικαίωμα του αρρώστου να πεθάνει αξιοπρεπώς. Το 1976 το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο όρισε τα πέντε δικαιώματα του αρρώστου που πεθαίνει:

- Το δικαίωμα της ελευθερίας
- Το δικαίωμα της αξιοπρέπειας και της προσωπικής ακεραιότητας
- Το δικαίωμα να ενημερώνεται πλήρως
- Το δικαίωμα της ίσης μετοχής και φροντίδας
- Το δικαίωμα να μην υποφέρει.

Σε τι όμως συνιστάται το δικαίωμα να πεθάνει αξιοπρεπώς; Ο καρκίνος είναι συχνά μια αρρώστια αμείλικτη και βασανιστική. Στα τελικά στάδια ο άρρωστος εμφανίζει βαριά καχεξία, έχει απώλεια ούρων, απώλεια κοπράνων κ.α. Είναι μια εικόνα για την οποία ειπώθηκε ότι «ο άνθρωπος χάνει την αξιοπρέπεια του». Σε άρθρο μάλιστα του «Atlantic Monthly» υποστηρίζεται ότι στα μεγάλα Αντικαρκινικά Νοσοκομεία της Αμερικής «We deprive death of its dignity» («στερούμε το θάνατο από την αξιοπρέπεια του»).

Αλλά αποτελεί πράγματι αυτό καταρράκωση της αξιοπρέπειας του ανθρώπου ή μήπως η αξιοπρέπεια του ανθρώπου είναι κάτι πολύ βαθύτερο και δεν έχει σχέση με όσα ο άνθρωπος δεν προκαλεί μόνος; Το να είναι κάποιος άρρωστος ακόμη και στον έσχατο βαθμό δεν μας επιτρέπει σε καμία περίπτωση να μιλάμε για καταρράκωση της αξιοπρέπειας του. Ας φροντίζουμε εμείς για τη διαφύλαξη της δικής μας αξιοπρέπειας, η οποία καταρρακώνεται με άλλους τρόπους και ας παραμένει στη συνειδήσή μας ο άρρωστος πάντοτε πρόσωπο αξιοσέβαστο και ιερό και η αρρώστια φυσικό και όχι ηθικό κακό².

4.2 Τοποθέτηση της ιατρικής επιστήμης απέναντι στην ευθανασία

Ο όρος «ευθανασία» βρίσκεται έξω από τα διδάγματα και τις επιταγές της θεραπευτικής. Ο γιατρός υπηρετεί τη ζωή, ιατρεύει. Επί σειρά αιώνων και μέχρι σήμερα το ιατρικό ήθος έχει θεμελιωθεί στο άκρως ανθρωπιστικό πνεύμα του όρκου του Ιπποκράτη, τον οποίο δίνει ο γιατρός, υποσχόμενος μεταξύ άλλων και τούτο: «...ου δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμον, ουδέ υφηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε ομοίως δε ουδέ γυναικί πεσσόν φθόριον δώσω. Αγνώς δε και οσίως διατηρήσω βίον τον εμόν και τέχνην την εμήν...» Είναι δυνατόν όμως η ιατρική επιστήμη να δεσμεύεται από ένα κείμενο που γράφτηκε αιώνες πριν, όταν οι κοινωνικές συνθήκες αλλά και τα ιατρικά επιστημονικά δεδομένα ήταν εντελώς διαφορετικά;

Η πλειοψηφία του ιατρικού κόσμου απορρίπτει την ευθανασία ως αντίθετα προς την ιατρική δεοντολογία και τον όρκο του Ιπποκράτη, αυτό, βέβαια, δεν σημαίνει ότι εκλείπουν και οι υποστηρικτές αυτής. Τα τελευταία χρόνια, μάλιστα, πληθαίνουν οι πιέσεις που ασκούνται από συγκεκριμένες ομάδες ενδιαφερομένων προς τις κυβερνήσεις και προς 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 έδαφος⁹.

Σύμφωνα με την έρευνα που διεξήγαγε το Πανεπιστήμιο Πατρών, οι Παπαπετρόπουλος και οι συνεργάτες του³⁹ πραγματοποίησαν έρευνα μεταξύ γιατρών, φοιτητών της ιατρικής, δικηγόρων και δικαστικών. Οι ερωτηθέντες τοποθετήθηκαν θετικά ως ακολούθως:

Ομάδα	Ενεργητική Ευθανασία	Υποβοηθούμενη Ευθανασία
Γιατροί	3,1%	5,1%
Φοιτητές	6,9%	6,9%
Δικαστές	4,6%	18,2%
Δικηγόροι	7,9%	8,9%

Στην έρευνα αυτή, τα ποσοστά των θετικά προδιατεθειμένων γιατρών και τελειοφοίτων της ιατρικής είναι χαμηλά και έρχονται σε μεγάλη αντίθεση με εκείνα των φοιτητών της ιατρικής των Ιωαννίνων. Ιδιαίτερος υψηλό για τις συνθήκες του τόπου, το ποσοστό των δικαστών που τοποθετείται ευνοϊκά υπέρ της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, χωρίς βεβαίως αυτό να προδικάζει την όποια θέση τους, αν θα είχαν να αντιμετωπίσουν από έδρας ανάλογο πρόβλημα.

Πέρα, όμως, από τις γενικές αυτές τοποθετήσεις, η ιατρική επιστήμη δεν μπορεί να δεχτεί και να στήριξη την ευθανασία. Χωρίς και πάλι αυτό να σημαίνει ότι δεν υπάρχουν τα ηθικά διλήμματα και οι προβληματισμοί.

«Η επίμονη και σπουδαία απαίτηση του πάσχοντα που για την εφαρμογή της ευθανασίας είναι για το γιατρό έννοιες ανοιχτές για συζήτηση, αφού γνωρίζει καλά -το ζει καθημερινά- ότι εξοικείωση του αρρώστου με το θάνατο, σε τέτοιο σημείο ώστε να τον επιζητεί, δεν υπάρχει». «Η επίμονη απαίτηση του πάσχοντος δεν είναι πάντοτε προϊόν υγιούς λογικής σκέψης και ελεύθερης εκλογής της απόφασης». «Η ανίατη και επώδυνη ασθένεια» επιδρά επί της πνευματικής λειτουργίας του ασθενούς, είναι αδύνατον να έχει τη διαύγεια της σκέψης ή την ορθή κρίση την οποία είχε πριν ασθενήσει. Επομένως, ο γιατρός δεν υποχρεούται να συμμορφωθεί προς την απαίτηση του ασθενούς, αλλά προς την απαίτηση της ζωής». Άλλωστε, τα παραδείγματα ανθρώπων που «καταδικάστηκαν» από την επιστήμη τελεσίδικα στον «αναπότρεπτο» θάνατο, οι οποίοι τελικά επέζησαν, δεν είναι καθόλου λίγα. Αρκετές δε περιπτώσεις είναι τόσο καταπληκτικές, ώστε να μην τολμά «ελαφρά την καρδιά» ή αβασάνιστα να λαμβάνει ο γιατρός αποφάσεις τερματισμού της ζωής ενός ανθρώπου. Αντίθετα, αισθάνεται πιο άνετα και πιστός στο καθήκον του, όταν αφήνεται απερίσπαστος να κρίνει και να αποφασίσει, σύμφωνα με τις γνώσεις του και τη φωνή της συνειδήσεως του. Ανάγκη να καταφύγει ο γιατρός σε λύσεις απελπισίας δεν υπάρχει.

Σε περιπτώσεις, που ο γιατρός μη μπορώντας πλέον να εμποδίσει τον επερχόμενο θάνατο, συνθηκολογεί και επιτρέπει στον ασθενή του να πεθαίνει «ήσυχα και με αξιοπρέπεια». Πάντα, όμως, με συμπεριφορά

συνεχούς επιμέλειας εκ μέρους του και σεβασμό προς τον άρρωστο, μέχρι και την τελευταία στιγμή της ζωής του. Άλλωστε, οι τεχνικές δυνατότητες της σύγχρονης Ιατρικής θα πρέπει να εφαρμόζονται υπέρ και όχι εναντίον του ασθενούς⁵.

Καμία ιατρική εταιρεία, κανένας ιατρός ή επιστημονική ένωση δεν μπορεί να δεχθεί την ευθανασία ως τρόπο επίλυσης μιας ανίατης ασθένειας. Η έννοια του «ανίατου» είναι για το γιατρό εξαιρετικά ευρεία. Ανίατη είναι η κακοήθης νεοπλασία που έχει κακή πρόγνωση και μικραίνει το προσδόκιμο της επιβίωσης, αλλά ανίατος είναι και ο σακχαρώδης διαβήτης που η θεραπευτική του κάλυψη μεταβάλλει την ποιότητα της ζωής και το άτομο συνεχίζει να ζει με διαφορετικό τρόπο. Άλλωστε, όπως συμπληρώνει και ο ιατρός κ. Αβραμίδης στο βιβλίο του «Ευθανασία»: «Ποτέ δεν μπορεί κανείς να είναι απολύτως βέβαιος για το ανίατο οποιασδήποτε καταστάσεως, αφήνοντας και κάποια περιθώρια για κάποιο λάθος ή και για μια έκπληξη ή και, γιατί όχι, ακόμα και ένα θαύμα. Τέτοια παραδείγματα προέρχονται από τις άλλοτε ανίατες ασθένειες, λέπρα και σύφιλη, πολύ βασανιστικές και για χρόνια, που όμως τώρα θεραπεύονται. Σήμερα εφαρμόζεται ευθανασία για το AIDS ενεργητική με αυτοκτονία ή με “υποβοήθηση”, π.χ. στην Ολλανδία. Ποιος, όμως, είναι σε θέση να αποκλείσει το ενδεχόμενο να υπάρξει κάποτε θεραπεία και για το AIDS...ή με μία “νέα μετάλλαξη” να παύσει ο ιός να είναι παθογόνος για τον άνθρωπο; Τέλος, το δικαίωμα στη ζωή είναι πάντα ζωντανό και καθημερινά ενισχυμένο από την εξέλιξη της επιστήμης. Κανένας δεν έχει το δικαίωμα να προωθεί διαδικασία ευθανασίας, όταν υπάρχει και η ελπίδα από την μια στιγμή στην άλλη, η επιστήμη να μπορεί να συμβάλει αποτελεσματικότερα για τη ζωή του κάθε ανθρώπου. Ενώ η αποδοχή της ευθανασίας, ενέχει τον κίνδυνο να αμβλύνει την έφεση για περαιτέρω προσπάθειες και ανακάλυψη νέων μεθόδων στηρίξεως της ζωής ή επαναφορά στην ζωή. Περίτρανη απόδειξη αυτού είναι η επινόηση της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνηση, με την οποία, άλλοτε καταδικασμένοι σε θάνατο άνθρωποι, επαναφέρονται τώρα στη ζωή και με ρυθμούς “ρουτίνας”, αποδιδόμενη στην κοινωνία και επανερχόμενοι στις δραστηριότητες τους»⁵. Το κρίσιμο ερώτημα όμως, είναι ποιος θα πάρει την απόφαση, ο γιατρός; οι συγγενείς; η κοινότητα; ποιος;

4.3 Πράξη- Παράλειψη

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

Είναι φανερό πως, επειδή αυτό που δικαιώνει ή καταδικάζει είναι η πρόθεση και η πράξη και η παράλειψη αξιολογούνται ομοiotρόπως από την στιγμή που αποσκοπούν στο ίδιο αποτέλεσμα. Αμερικανός φιλόσοφος James Rachels στο έργο του «Active and Passive euthanasia» υποστηρίζει πως η διάκριση που επιχειρούμε της ευθανασίας σε ενεργητική και παθητική και η διαφορετική αξιολόγηση εκάστης οφείλεται στο λανθασμένο μας δεδομένο πως ο θάνατος είναι κάτι πάρα πολύ κακό. Εάν μπορούσαμε να δεχθούμε πως κάποιες φορές ο θάνατος δεν είναι μεγαλύτερο κακό από την συνέχιση της ζωής του ασθενούς, τότε δεν θα χρειαζόταν να καταφύγουμε στη διάκριση αυτή. Για να δείξει την ηθική ομοιότητα πράξης και παράλειψης στο συγκεκριμένο θέμα, αναφέρει το εξής παράδειγμα: ο Smith πρόκειται να εισπράξει ένα μεγάλο ποσό κληρονομιάς εάν σκοτώσει τον ανιψιό του, αποφασίζει να τον πνίξει, κάτι που πραγματοποιεί. Ο Jones βρίσκεται και αυτός στην ίδια θέση και παίρνει την ίδια απόφαση με τον Smith, μόνο που την ώρα που μπαίνει στο μπάνιο για να διαπράξει αυτό που είχε σχεδιάσει, ο μικρός γλιστράει και πνίγεται, αφού ο Jones δεν το βοήθησε. Στην πρώτη περίπτωση ο Smith δολοφόνησε το παιδί, ενώ στην δεύτερη ο Jones το άφησε να πεθάνει. Υπάρχει όμως πράγματι διαφορά στην ηθική τους αξιολόγηση;

Με την ευθανασία δεν είναι όμως ακριβώς έτσι τα πράγματα, και πολλές φορές η πράξη μπορεί να πάρει διαφορετικούς ηθικούς χρωματισμούς από την παράλειψη. Στην περίπτωση ενός ασθενούς ο οποίος πεθαίνει με φριχτούς πόνους, δεν μπορεί να αξιολογείται το ίδιο η ενεργητική του θανάτωση με την μη αποτροπή του θανάτου του. Και αυτό διότι στην περίπτωση αυτή η ενεργητική ευθανασία, άπαξ και ελήφθη η απόφαση ούτως ή άλλως να διενεργηθεί ευθανασία, την αγωνία και τον πόνο, κάτι που με την παθητική ευθανασία μπορεί να παραταθεί πολύ. Για τον ασθενή, λοιπόν, η ενεργητική ευθανασία είναι προτιμότερη. Από αυτήν την άποψη, η

αποφυγή της από τον γιατρό ή τους οικείους και η επιλογή της πιο ατελέσφορης πρακτικής της παθητικής ευθανασίας, μπορεί να τους αποδώσει αρνητικά ηθικά χαρακτηριστικά, εάν κριθεί πως επέλεξαν την πιο ανώδυνη λύση γι' αυτούς και όχι την ενδεδειγμένη για τον ασθενή^{68.70.71}.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

1.1 Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή (Σαχίνη - Καρδάση 1991).

1.2 Πληθυσμός – Δείγμα

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα (Ανδριώτη, Αργυροπούλου, Βελή, Βίτσου) με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας κ.Θεοδωρακοπούλου, το οποίο και απευθυνόταν σε νοσηλευτές. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν ανώνυμη και εμπιστευτική.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 31 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Από αυτές οι 3 είναι ατομικά στοιχεία, και οι άλλες 3 εκπαιδευτικό επίπεδο, νοσηλευτικό τμήμα και χρόνια προϋπηρεσία. Οι 20 είναι διχοτομικές (ναι- όχι- δεν ξέρω), 3 είναι διχοτομικές με υποερωτήματα και 2 είναι εναλλακτικών απαντήσεων. Για την επιλογή των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκε σκόπιμη μέθοδος δειγματοληψίας.

1.3 Τόπος και χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Ιούνιο έως και τον Οκτώβριο του 2004 σε δυο νοσοκομεία της Πάτρας, στο Αίγιο, στην Κέρκυρα, στην Ζάκυνθο, στο Ναύπλιο και στο Άργος. Μοιράσαμε ερωτηματολόγια σε νοσηλευτικό προσωπικό στα προαναφερθέντα νοσοκομεία όπου συναντήσαμε μερικές δυσκολίες αλλά τελικά συγκεντρώσαμε **280** ερωτηματολόγια συνολικά.

1.4 . Συλλογή δεδομένων

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου, το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση την διεθνή βιβλιογραφία. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 20 λεπτά της ώρας.

1.5 Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

- Η ιδιότητα του ερωτώμενου
- Ο χώρος εργασίας του ερωτώμενου

Κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια
- όχι άμεση σχέση ερωτώμενου με νοσηλευτική ειδικότητα

1.6 Ζητήματα Βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας.

1.7 Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων ήταν το excel και για τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το Word στα XP Windows ⁷².

2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

2.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

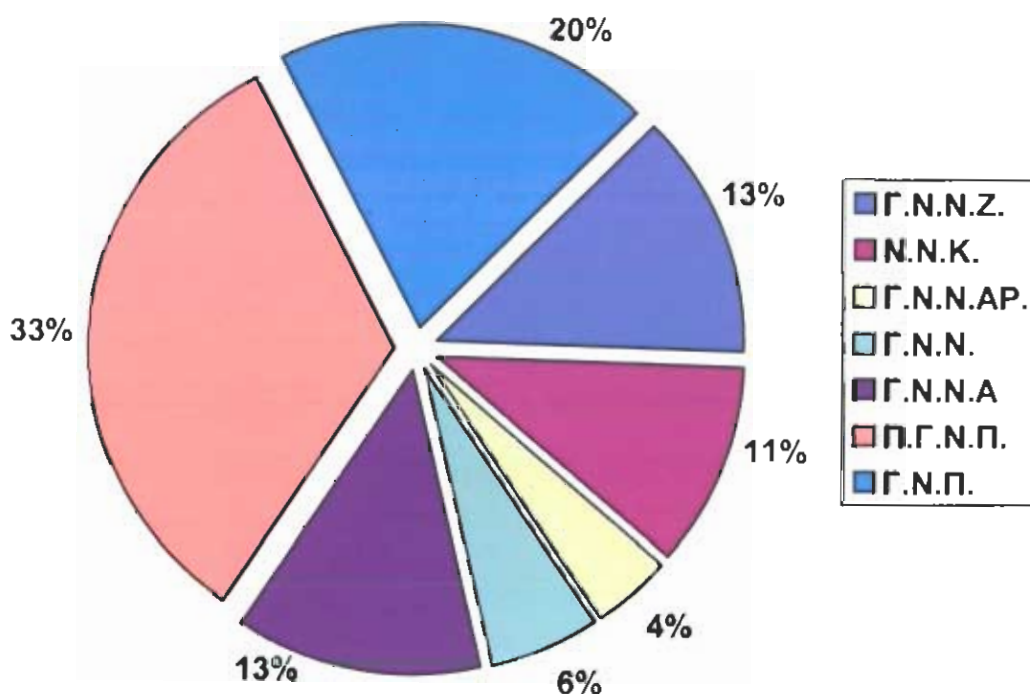
ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το νοσοκομείο .

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΖΑΚΥΝΘΟΥ	35	13%
ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΕΡΚΥΡΑΣ	30	11%
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΓΟΥΣ	10	4%
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΑΥΠΛΙΟΥ	16	6%
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΙΓΙΟΥ	37	13%

ΡΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ	93	33%
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ "Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ"	59	20%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν από το Π.Γ.Ν.Π.ΡΙΟΥ.

ΣΧΗΜΑ 1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το νοσοκομείο.

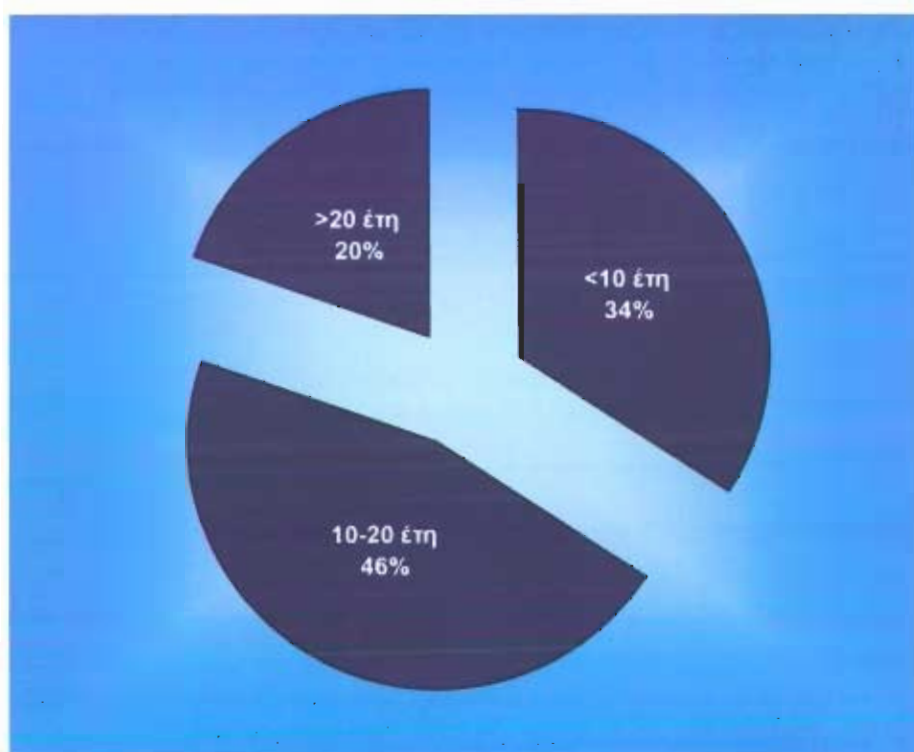


ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
20-30 ετών	100	36%
31-40 ετών	124	44%
41-50 ετών	50	18%
51-60 ετών	2	1%
Δεν απάντησαν	4	1%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν **ηλικία από 31 έως 40 ετών**.

ΣΧΗΜΑ 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

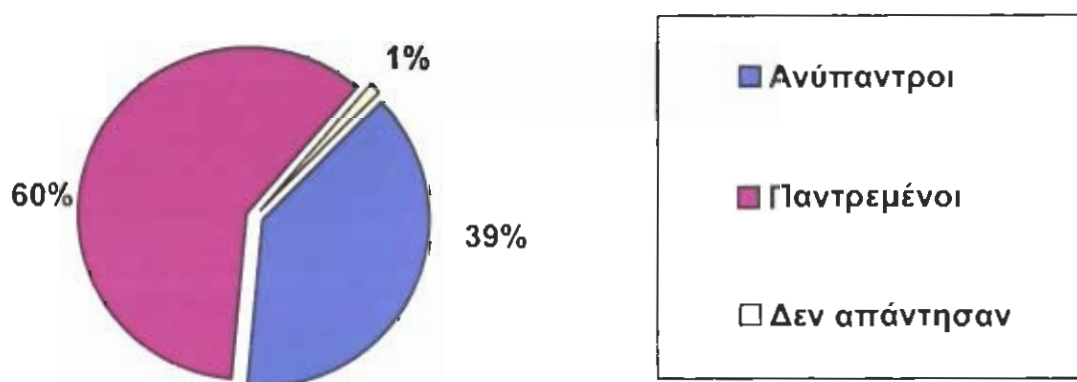


ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ανύπαντροι	109	39%
Παντρεμένοι	168	60%
Δεν απάντησαν	3	1%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν **παντρεμένοι**.

ΣΧΗΜΑ 3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.

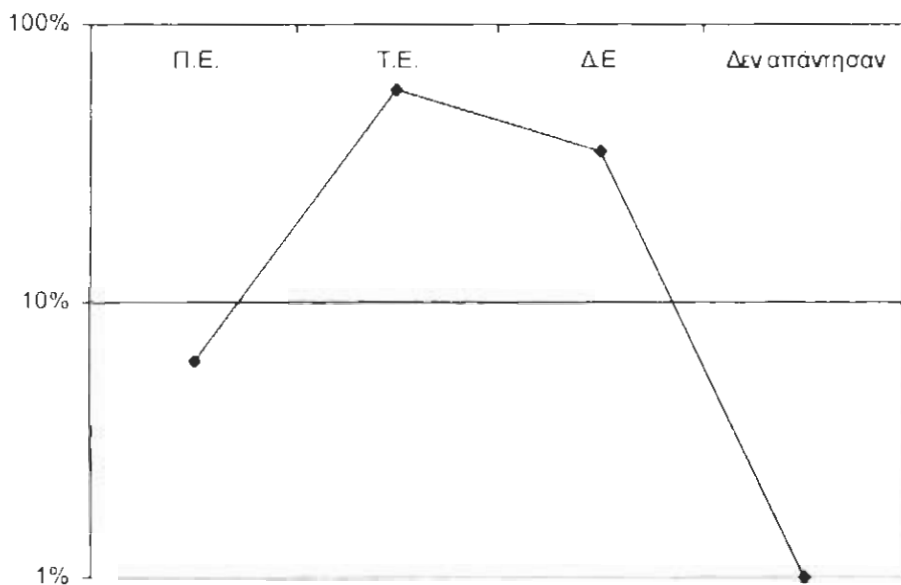


ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Π.Ε.	16	6%
Τ.Ε	161	58%
Δ.Ε.	97	35%
Δεν απάντησαν	6	1%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν εκπαιδευτικό επίπεδο *ανώτερης τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΑΤΕΙ)*.

ΣΧΗΜΑ 4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο.

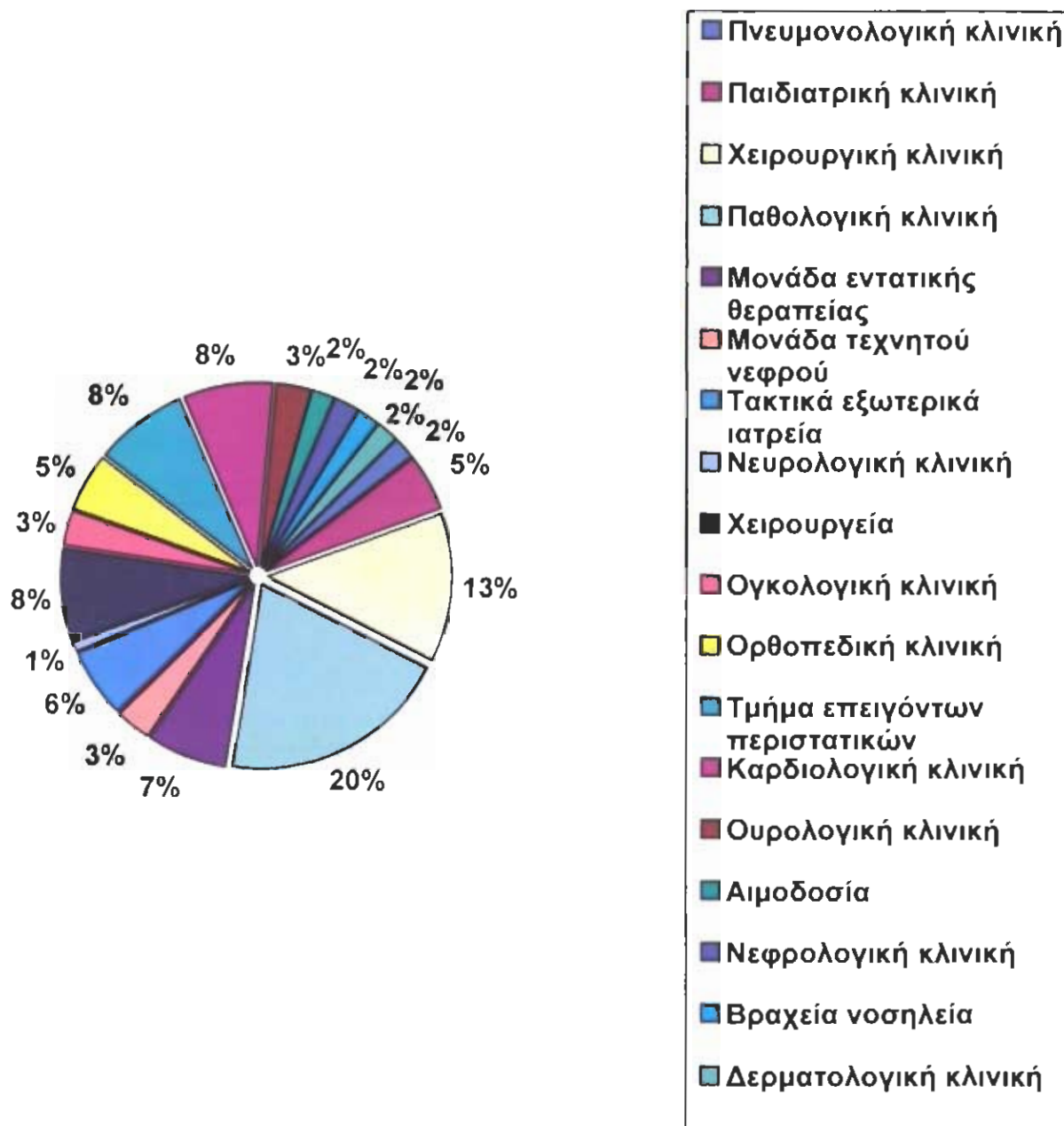


ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το νοσηλευτικό τμήμα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Πνευμονολογική κλινική	5	2%
Παιδιατρική κλινική	14	5%
Χειρουργική κλινική	40	13%
Παθολογική κλινική	57	20%
Μονάδα εντατικής θεραπείας	20	7%
Μονάδα τεχνητού νεφρού	7	3%
Τακτικά εξωτερικά ιατρεία	17	6%
Νευρολογική κλινική	3	1%
Χειρουργεία	23	8%
Ογκολογική κλινική	9	3%
Ορθοπαιδική κλινική	13	5%
Τμήμα επειγόντων περιστατικών	23	8%
Καρδιολογική κλινική	21	8%
Ουρολογική κλινική	7	3%
Αιμοδοσία	5	2%
Νεφρολογική κλινική	5	2%
Βραχεία νοσηλεία	6	2%
Δερματολογική κλινική	5	2%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν από **παθολογική κλινική**.

ΣΧΗΜΑ 5: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το νοσηλευτικό τμήμα

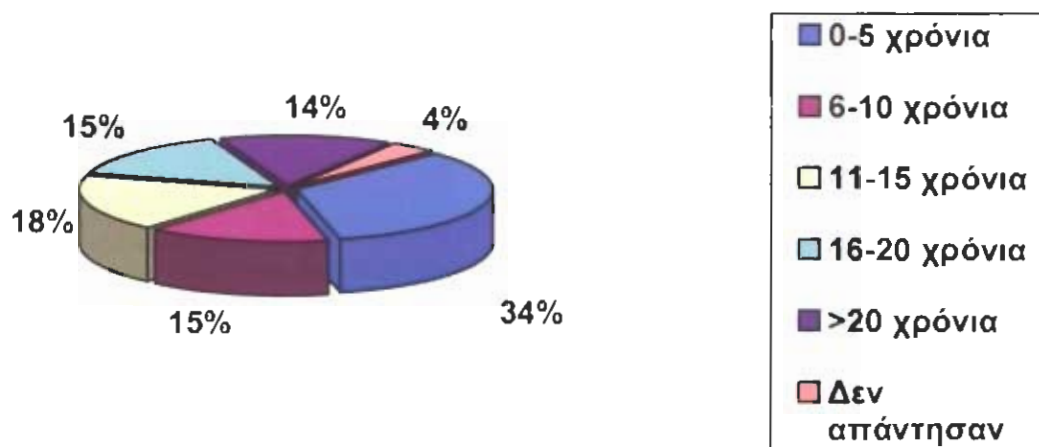


ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με τα χρόνια προϋπηρεσίας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
0-5 χρόνια	94	34%
6-10 χρόνια	42	15%
11-15 χρόνια	49	18%
16-20 χρόνια	43	15%
>20 χρόνια	39	14%
Δεν απάντησαν	3	4%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν από **0-5 χρόνια προϋπηρεσίας**.

ΣΧΗΜΑ 6: Γραφική παράσταση της κατανομής 280 ερωτηθέντων σε σχέση με τα χρόνια προϋπηρεσίας.

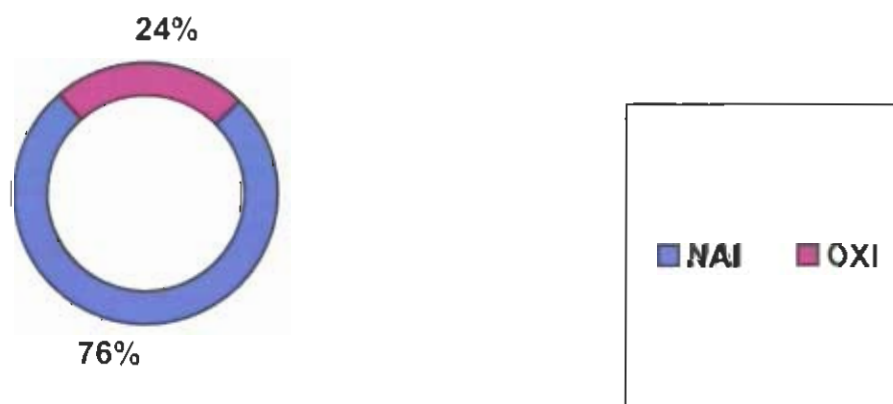


ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν τους έχει απασχολήσει θεωρητικά η ευθανασία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	212	76%
ΟΧΙ	66	24%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	1	0%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	1	0%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100%

Τους περισσότερους ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα **τους έχει απασχολήσει θεωρητικά η ευθανασία.**

ΣΧΗΜΑ 7: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν τους απασχολήσει θεωρητικά η ευθανασία.

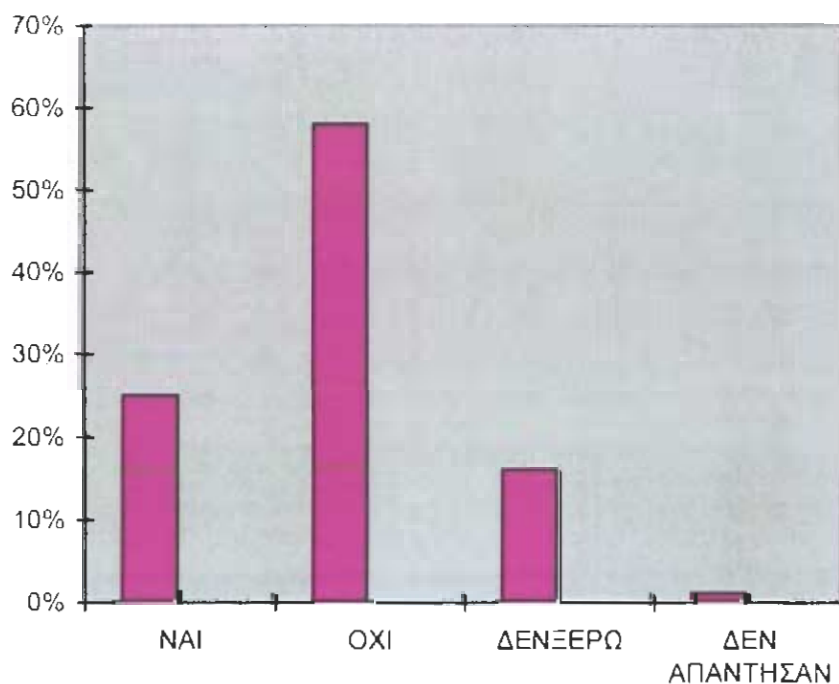


ΠΙΝΑΚΑΣ 8α: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εγκρίνουν γενικά την ευθανασία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	70	25%
ΟΧΙ	162	58%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	44	16%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	4	1%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα **δεν εγκρίνουν γενικά την ευθανασία.**

ΣΧΗΜΑ 8α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εγκρίναν γενικά την ευθανασία.

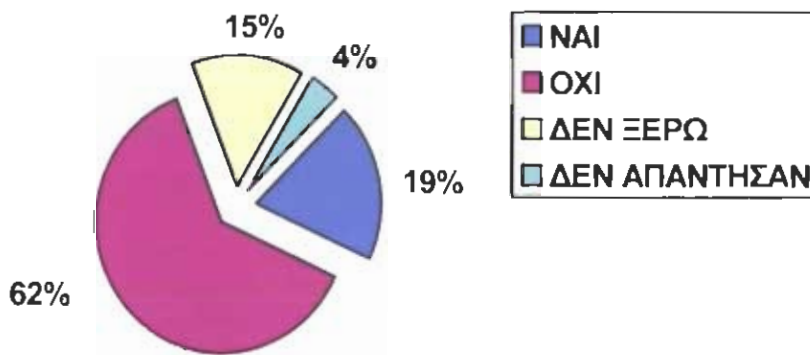


ΠΙΝΑΚΑΣ 8β: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εγκρίνουν την υποβοηθούμενη ευθανασία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	55	20%
ΟΧΙ	178	64%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	43	15%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	4	1%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι **δεν εγκρίνουν την υποβοηθούμενη ευθανασία**.

ΣΧΗΜΑ 8β: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εγκρίνουν την υποβοηθούμενη ευθανασία.

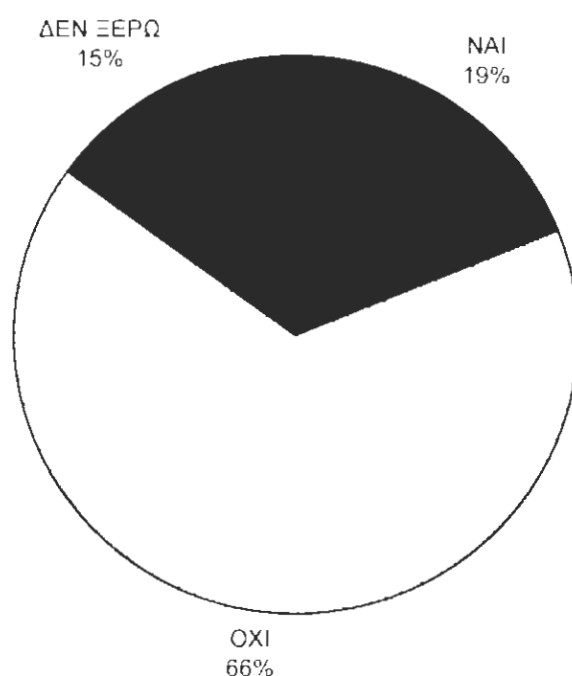


ΠΙΝΑΚΑΣ 8γ: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εγκρίνουν την παθητική ευθανασία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	54	19%
ΟΧΙ	184	66%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	42	15%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι **δεν** εγκρίνουν την παθητική ευθανασία

ΣΧΗΜΑ 8γ: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εγκρίνουν την παθητική ευθανασία.

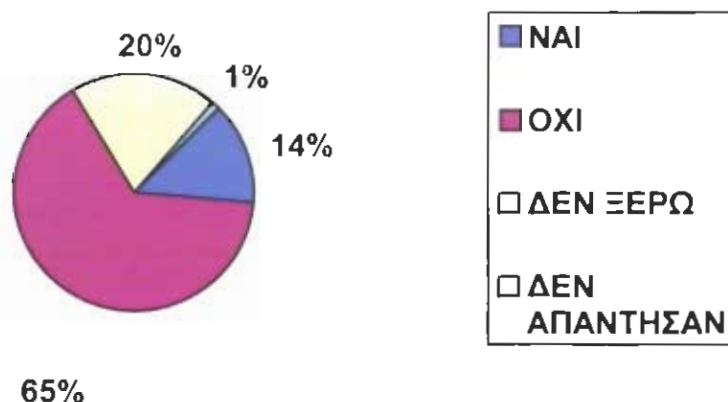


ΠΙΝΑΚΑΣ 8δ: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εγκρίνουν την ενεργητική ευθανασία

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	39	14%
ΟΧΙ	182	65%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	55	20 %
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	4	1%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι *δεν* εγκρίνουν την ενεργητική ευθανασία.

ΣΧΗΜΑ 8δ: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν εγκρίνουν την ενεργητική ευθανασία.

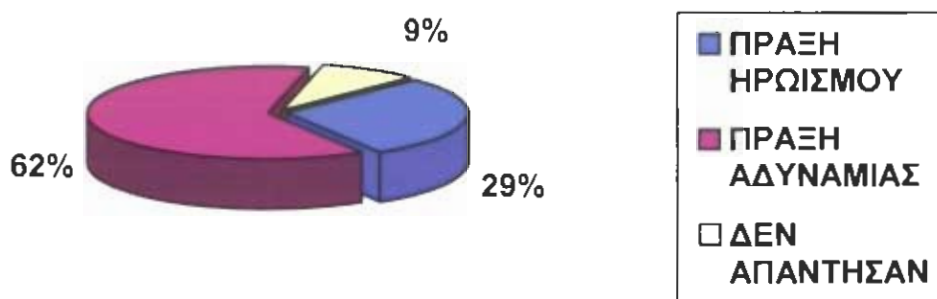


ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θεωρούν την ευθανασία πράξη ηρωισμού ή πράξη αδυναμίας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΡΑΞΗ ΗΡΩΙΣΜΟΥ	82	29%
ΠΡΑΞΗ ΑΔΥΝΑΜΙΑΣ	173	62%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	25	9%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι θεωρούν την ευθανασία **πράξη αδυναμίας**.

ΣΧΗΜΑ 9: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θεωρούν την ευθανασία πράξη ηρωισμού ή αδυναμίας.

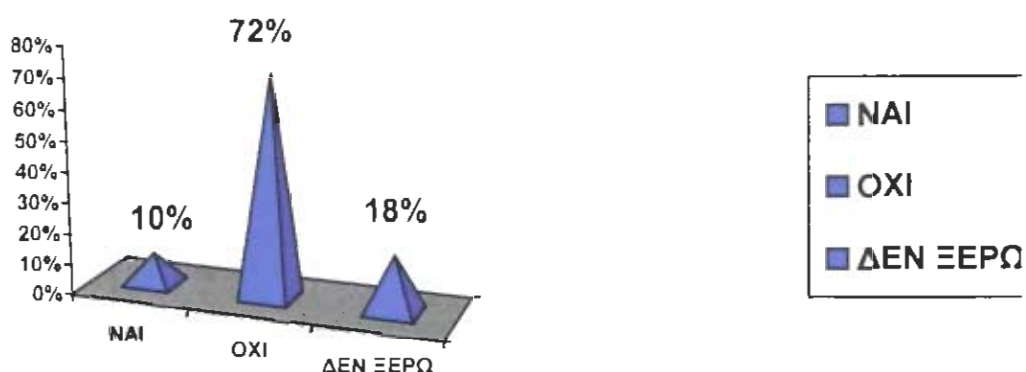


ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θα συνέπρατταν στην ευθανασία αρρώστου τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	27	10%
ΟΧΙ	202	72%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	51	18%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν αρνητικά (**ΟΧΙ**) ότι **δεν θα συνέπρατταν στην ευθανασία αρρώστου τους**.

ΣΧΗΜΑ 10: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θα συνέπρατταν στην ευθανασία αρρώστου τους.

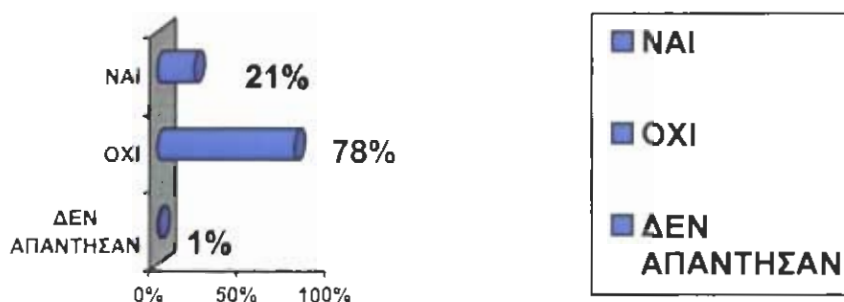


ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν τους έχει τύχει ποτέ να τους ζητήσει ο ασθενής να του γίνει ευθανασία επειδή υποφέρει πολύ.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	59	21%
ΟΧΙ	219	78%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	2	1%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν αρνητικά (**ΟΧΙ**) ότι δεν τους έχει τύχει ποτέ να τους ζητήσει ο ασθενής να του γίνει ευθανασία επειδή υποφέρει πολύ.

ΣΧΗΜΑ 11: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν τους έχει τύχει ποτέ να τους ζητήσει ο ασθενής να του γίνει ευθανασία επειδή υποφέρει πολύ.

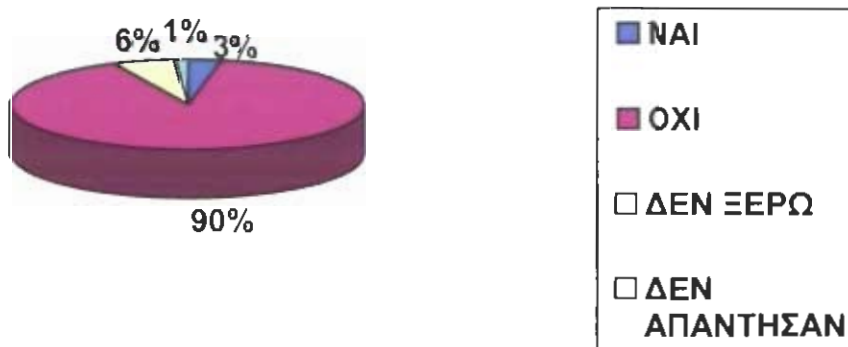


ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν είχαν ήδη συμπράξει σε ευθανασία

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	7	3%
ΟΧΙ	252	90%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	18	6%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	3	1%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν αρνητικά (ΟΧΙ) ότι δεν είχαν ήδη συμπράξει σε ευθανασία.

ΣΧΗΜΑ 12: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν είχαν ήδη συμπράξει σε ευθανασία

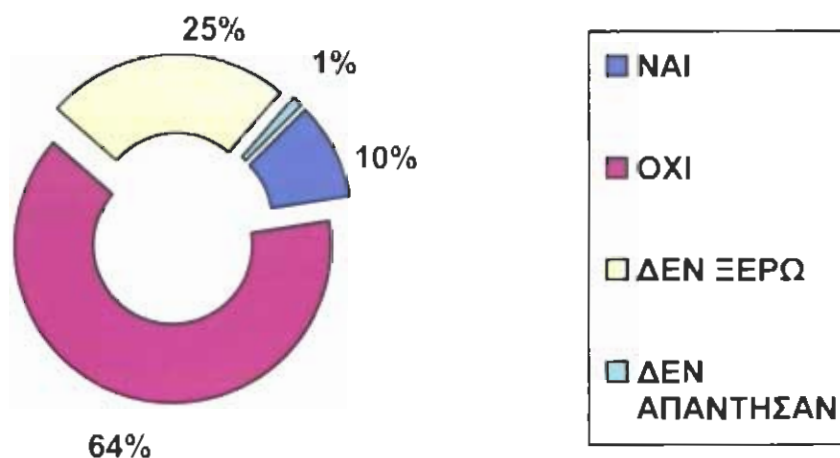


ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θα συνέπρατταν στην ευθανασία συγγενών τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	29	10%
ΟΧΙ	180	64%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	70	25%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	1	1%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν αρνητικά (**ΟΧΙ**) ότι **δεν θα συνέπρατταν στην ευθανασία συγγενών τους**.

ΣΧΗΜΑ 13: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θα συνέπρατταν στην ευθανασία συγγενών τους.

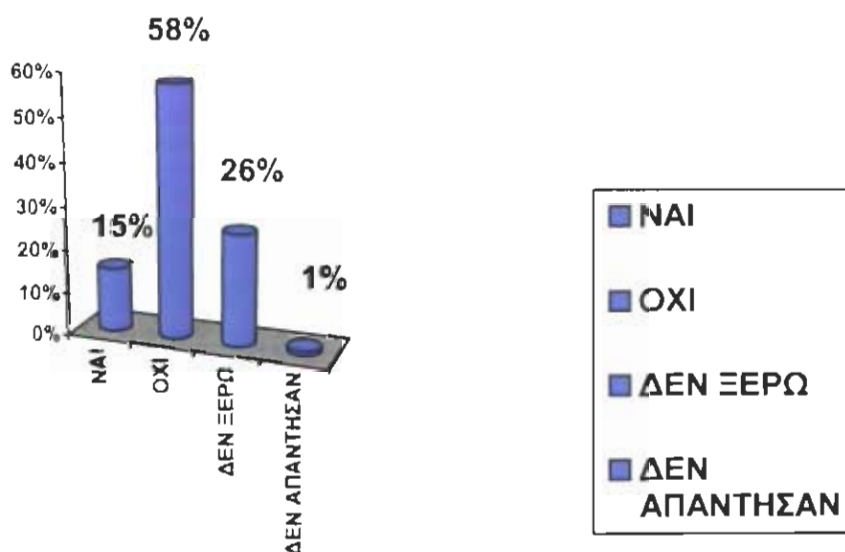


ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Κατανομή των 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θα συμφωνούσαν να γίνει ευθανασία σε συγγενή τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	43	15%
ΟΧΙ	161	58%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	73	26%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	3	1%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι *δεν θα συμφωνούσαν να γίνει ευθανασία σε συγγενή τους*.

ΣΧΗΜΑ 14: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θα συμφωνούσαν να γίνει ευθανασία σε συγγενή τους.



ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν έχουν συμμετάσχει σε ευθανασία

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	9	3%
ΟΧΙ	254	91%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	15	5%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	2	1%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν αρνητικά (ΟΧΙ) ότι δεν έχουν συμμετάσχει σε ευθανασία.

ΣΧΗΜΑ 15: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν έχουν συμμετάσχει σε ευθανασία.

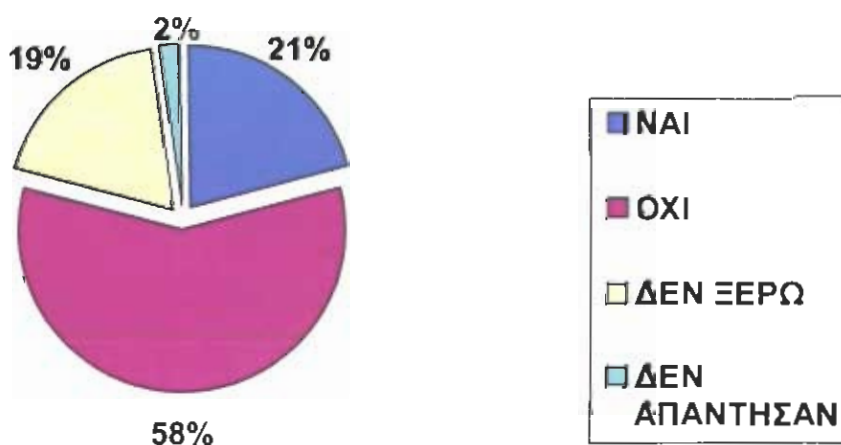


ΠΙΝΑΚΑΣ 16α: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θα προτιμούσαν να συμπράξει σε ενεργητική ευθανασία και υποβοηθούμενη αυτοκτονία ο γιατρός.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	59	21%
ΟΧΙ	161	58%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	54	19%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	6	2%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι *δεν θα προτιμούσαν να συμπράξει σε ενεργητική ευθανασία και υποβοηθούμενη αυτοκτονία ο γιατρός*.

ΣΧΗΜΑ 16α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θα προτιμούσαν να συμπράξει σε ενεργητική ευθανασία και υποβοηθούμενη αυτοκτονία ο γιατρός.

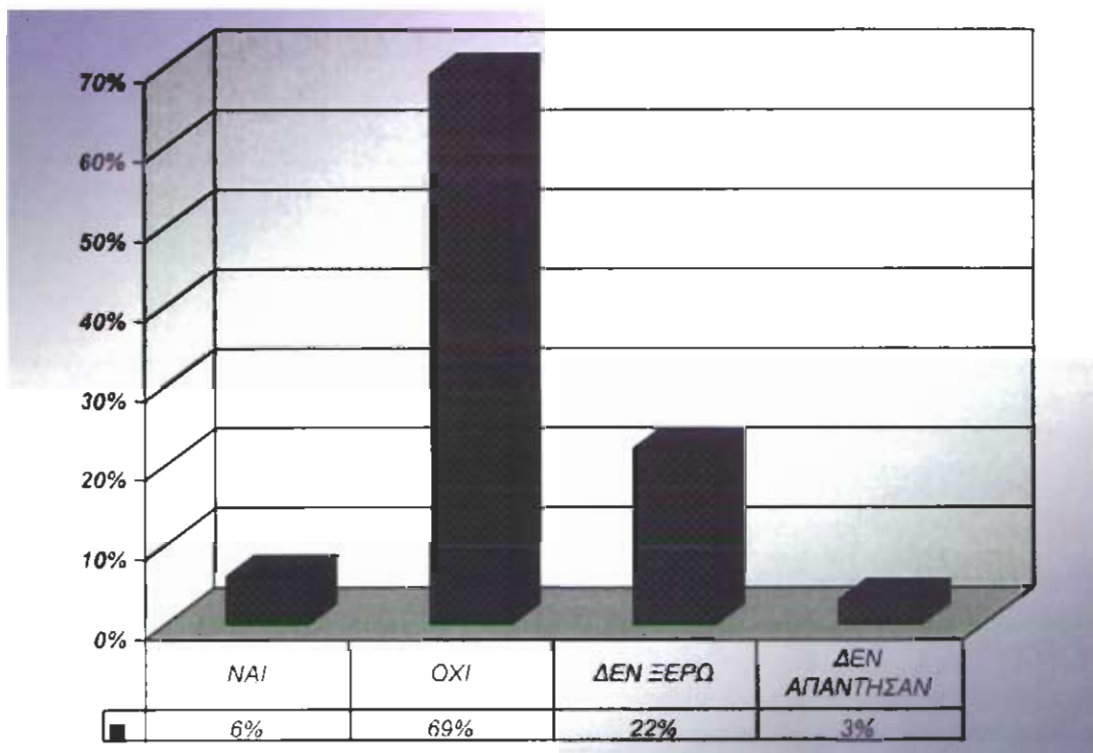


ΠΙΝΑΚΑΣ 16β: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θα προτιμούσαν να συμπράξει σε ενεργητική ευθανασία και υποβοηθούμενη αυτοκτονία άλλο πρόσωπο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	16	6%
ΟΧΙ	192	69%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	61	22%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	11	3%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι *δεν θα προτιμούσαν να συμπράξει σε ενεργητική ευθανασία και υποβοηθούμενη αυτοκτονία άλλο πρόσωπο.*

ΣΧΗΜΑ 16β: Γραφική παράσταση των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θα προτιμούσαν να συμπράξει σε ενεργητική και υποβοηθούμενη αυτοκτονία άλλο πρόσωπο.

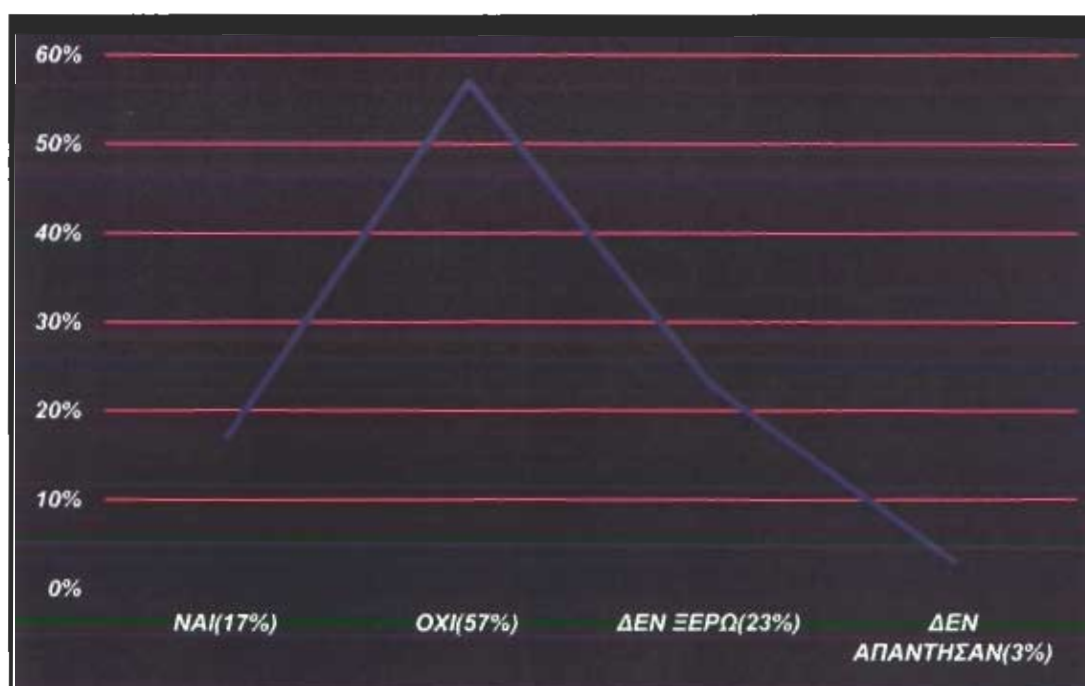


ΠΙΝΑΚΑΣ 17α: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θεωρούν ότι πρέπει να πάρει την απόφαση για τη διακοπή της ζωής ο γιατρός.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	47	17%
ΟΧΙ	159	57%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	64	23%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	10	3%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι *δεν* θεωρούν ότι πρέπει να πάρει την απόφαση για διακοπή της ζωής ο γιατρός.

ΣΧΗΜΑ 17α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θεωρούν ότι πρέπει να πάρει την απόφαση για διακοπή της ζωής ο γιατρός.

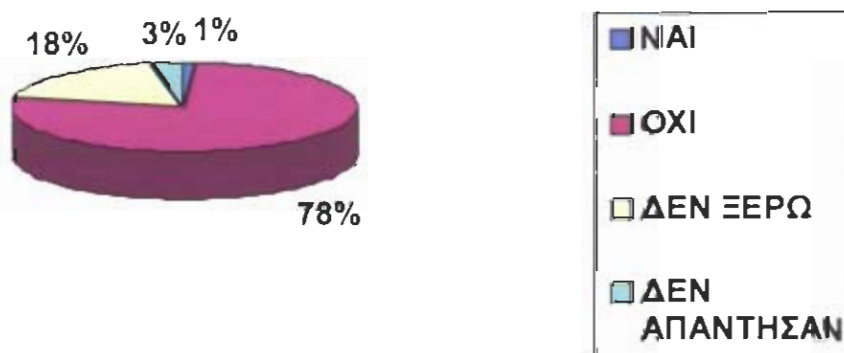


ΠΙΝΑΚΑΣ 17β: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θεωρούν ότι πρέπει να πάρει την απόφαση για διακοπή της ζωής ο νοσηλευτής.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	4	1%
ΟΧΙ	217	78%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	49	18%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	10	3%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι *δεν* θεωρούν ότι *πρέπει να πάρει την απόφαση για διακοπή της ζωής ο νοσηλευτής*.

ΣΧΗΜΑ 17β: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων σε σχέση με το εάν θεωρούν ότι πρέπει να πάρει την απόφαση για διακοπή της ζωής ο νοσηλευτής.

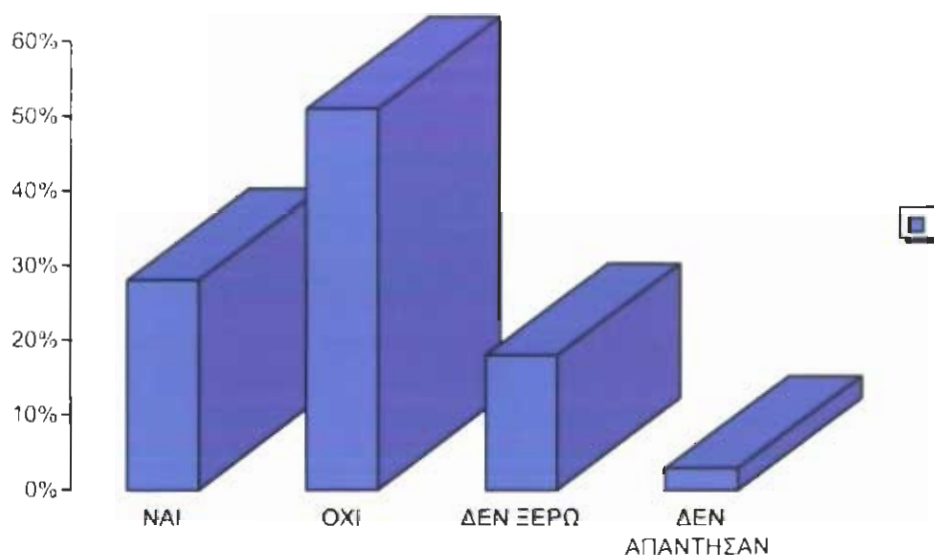


ΠΙΝΑΚΑΣ 17γ: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θεωρούν ότι πρέπει να πάρει την απόφαση για διακοπή της ζωής ο συγγενής.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	79	28%
ΟΧΙ	142	51%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	49	18%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	10	3%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι **δεν** θεωρούν ότι πρέπει να πάρει την απόφαση για διακοπή της ζωής ο συγγενής.

ΣΧΗΜΑ 17γ: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θεωρούν ότι πρέπει να πάρει την απόφαση για διακοπή της ζωής ο συγγενής.

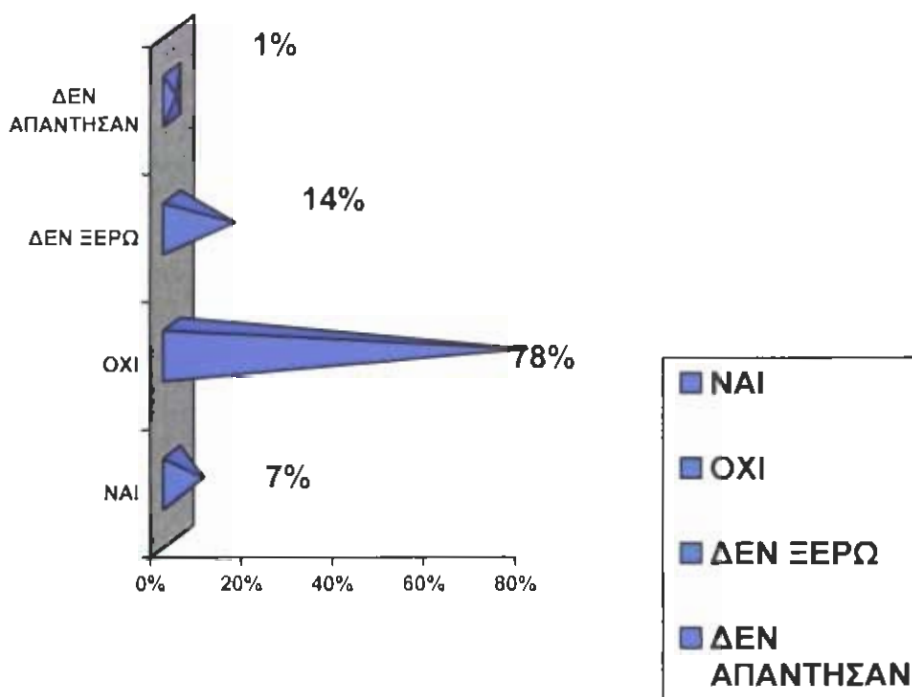


ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θα έκαναν ευθανασία εάν τους το ζητούσαν.(γιατρός, νοσηλευτής, συγγενής).

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	19	7%
ΟΧΙ	217	78%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	40	14%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	4	1%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν **ΟΧΙ**. Δηλαδή ότι δεν θα έκαναν ευθανασία εάν τους το ζητούσαν.(γιατρός, νοσηλευτής, συγγενής).

ΣΧΗΜΑ 18: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θα έκαναν ευθανασία εάν τους το ζητούσαν.(γιατρός,νοσηλευτής,συγγενής).



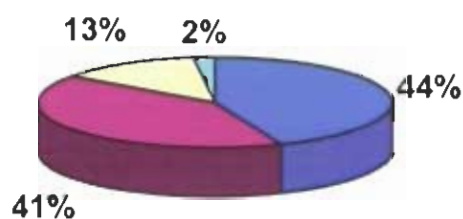
ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν είναι δίλημμα η παροχή καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, ανάνηψης σε ασθενή με ανίατα νοσήματα στο τελικό στάδιο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	124	44%
ΟΧΙ	114	41%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	36	13%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	6	2%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν **ΝΑΙ**, ότι είναι δίλημμα η παροχή καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, ανάνηψης σε ασθενή με ανίατα νοσήματα στο τελικό στάδιο.

ΣΧΗΜΑ 19: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν είναι δίλημμα η παροχή καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, ανάνηψης σε ασθενή με ανίατα νοσήματα στο τελικό στάδιο.

■ ΝΑΙ ■ ΟΧΙ □ ΔΕΝ ΞΕΡΩ □ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ

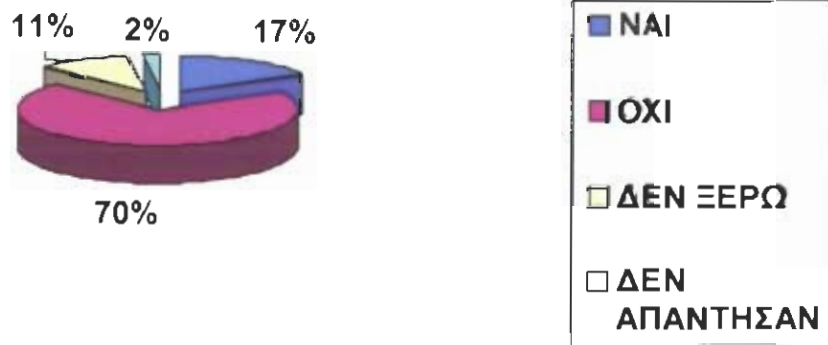


ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων με το εάν είναι ευθανασία η αφαίρεση οργάνων για μεταμόσχευση οργάνων.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	48	17%
ΟΧΙ	196	70%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	31	11%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	5	2%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν **ΟΧΙ** δεν είναι ευθανασία η αφαίρεση οργάνων για μεταμόσχευση οργάνων.

ΣΧΗΜΑ 20: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν είναι ευθανασία η αφαίρεση οργάνων για μεταμόσχευση οργάνων.

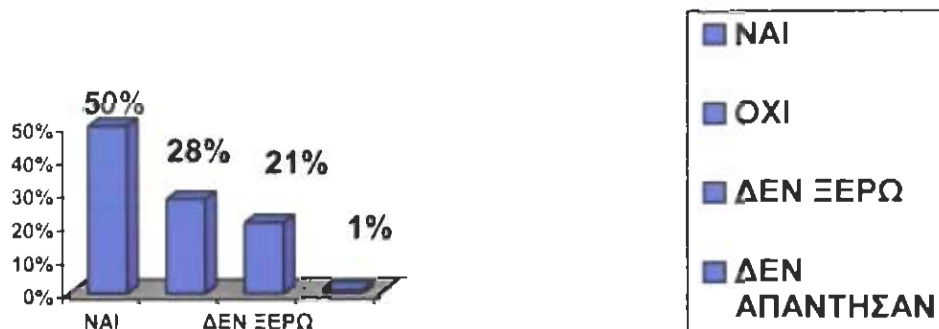


ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων με το εάν πρέπει να συνεχιστεί η χορήγηση τεχνητής διατροφής και ενυδάτωσης σε ασθενείς που χαρακτηρίστηκαν εγκεφαλικά νεκροί.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	140	50%
ΟΧΙ	77	28%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	59	21%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	4	1%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100%

Οι περισσότεροι απάντησαν **ΝΑΙ**, πρέπει να συνεχιστεί η χορήγηση τεχνητής διατροφής και ενυδάτωσης σε ασθενείς που χαρακτηρίστηκαν εγκεφαλικά νεκροί.

ΣΧΗΜΑ 21: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πρέπει να συνεχιστεί η χορήγηση τεχνητής διατροφής και ενυδάτωσης σε ασθενείς που χαρακτηρίστηκαν εγκεφαλικά νεκροί.

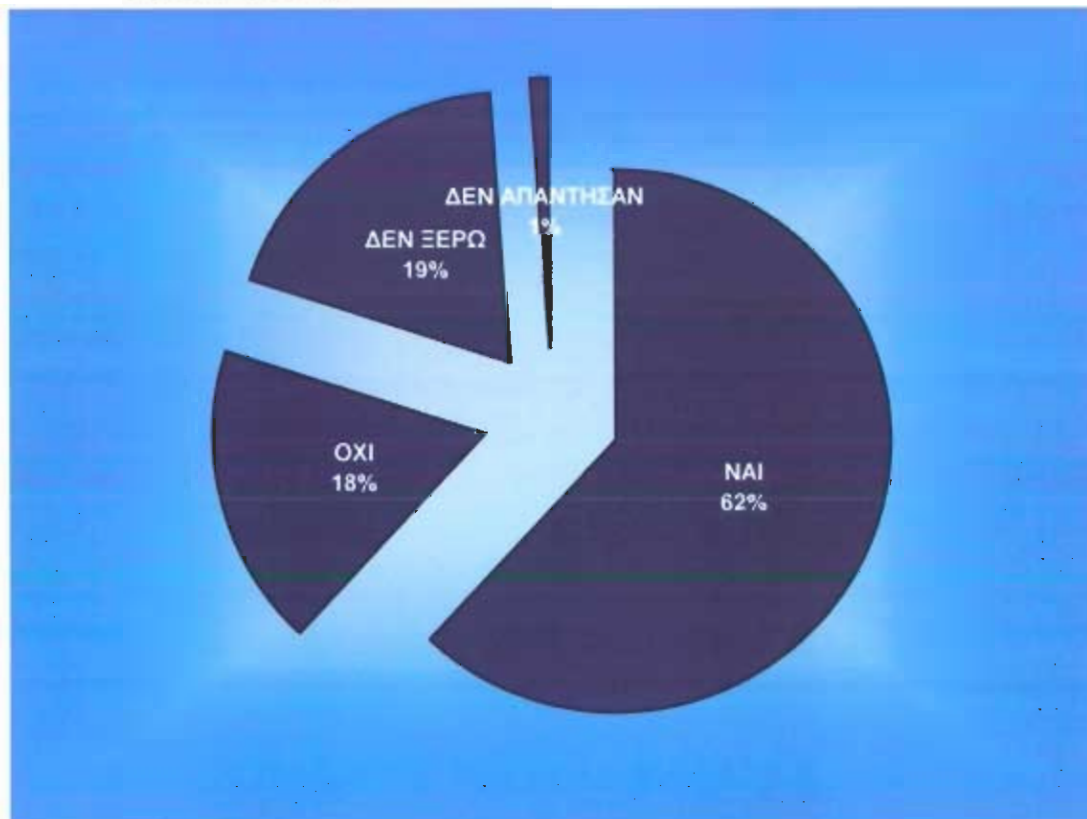


ΠΙΝΑΚΑΣ 22: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θα πρέπει να συνεχιστεί η χορήγηση μηχανικής υποστήριξης όταν ο ασθενής βρίσκεται σε παρατεταμένη κωματώδη κατάσταση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	173	62%
ΟΧΙ	50	18%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	54	19%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	3	1%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν **ΝΑΙ**, πρέπει να συνεχιστεί η χορήγηση μηχανικής υποστήριξης όταν ο ασθενής βρίσκεται σε παρατεταμένη κωματώδη κατάσταση.

ΣΧΗΜΑ 22: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θα πρέπει να συνεχιστεί η χορήγηση μηχανικής υποστήριξης όταν ο ασθενής βρίσκεται σε παρατεταμένη κωματώδη κατάσταση.

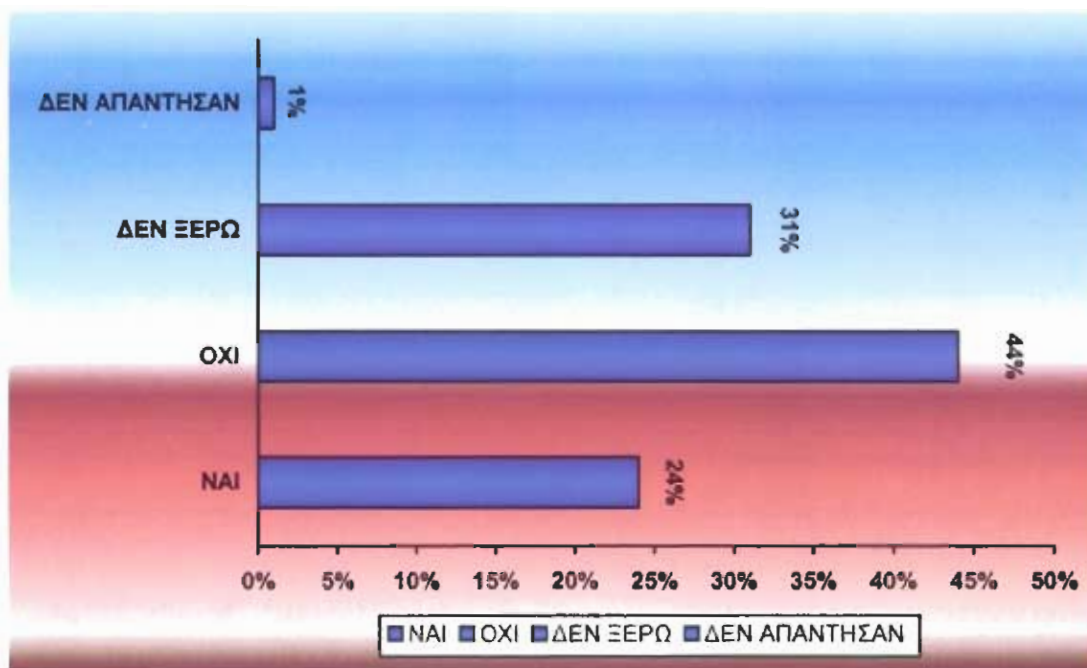


ΠΙΝΑΚΑΣ 23: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πρέπει να διατηρηθούν στη ζωή νεογνά με σοβαρές γενετικές ανωμαλίες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	68	24%
ΟΧΙ	122	44%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	86	31%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	4	1%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν **ΟΧΙ**, ότι δεν πρέπει να διατηρηθούν στη ζωή νεογνά με σοβαρές γενετικές ανωμαλίες.

ΣΧΗΜΑ 23: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πρέπει να διατηρηθούν στη ζωή νεογνά με σοβαρές γενετικές ανωμαλίες.

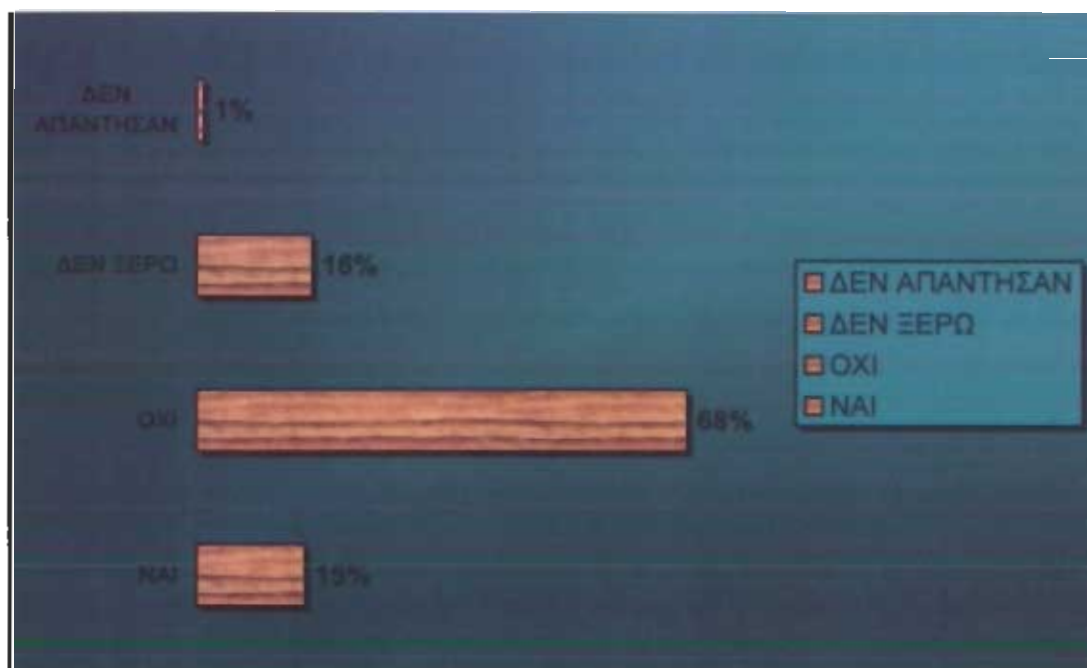


ΠΙΝΑΚΑΣ 24: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θα δικαιολογούσαν χειρισμούς «ευθανασίας» σε διανοητικά καθυστερημένα ή ανοϊκά άτομα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	42	15%
ΟΧΙ	189	68%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	47	16%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	2	1%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100%

Οι περισσότεροι απάντησαν **ΟΧΙ**, δεν θα δικαιολογούσαν χειρισμούς «ευθανασίας» σε διανοητικά καθυστερημένα ή ανοϊκά άτομα.

ΣΧΗΜΑ 24: Γραφικά παράσταση των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θα δικαιολογούσαν χειρισμούς «ευθανασίας» σε διανοητικά καθυστερημένα ή ανοϊκά άτομα.



ΠΙΝΑΚΑΣ 25: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποίο θεωρούν ως τελευταίο στάδιο του ασθενή ώστε να γίνει ευθανασία

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΌΤΑΝ ΔΕΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙ Ο ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ	101	36%
ΌΤΑΝ ΔΕΝ ΑΝΑΠΝΕΕΙ	33	12%
ΌΤΑΝ Η ΚΑΡΔΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ	36	13%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	110	39%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν **ΔΕΝ ΞΕΡΩ**.

ΣΧΗΜΑ 25: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποίο θεωρούν ως τελευταίο στάδιο του ασθενή ώστε να γίνει ευθανασία



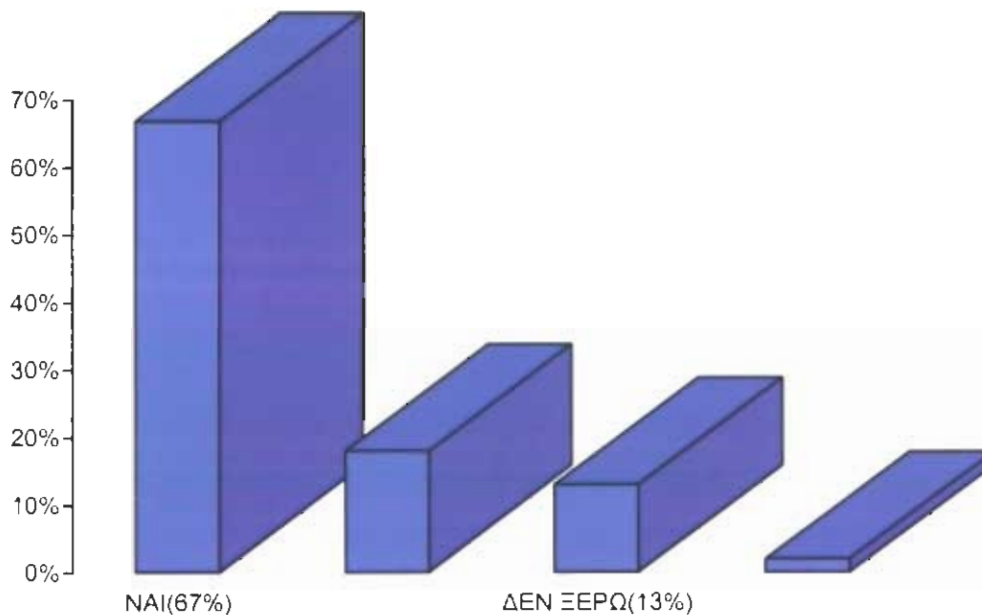
* Όπου **a** όταν δεν λειτουργεί ο εγκέφαλος, όπου **b** όταν δεν αναπνέει, όπου **c** όταν η καρδιά λειτουργεί κάτω από μηχανική υποστήριξη και τέλος όπου **d** όσοι απάντησαν δεν ξέρουν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 26: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πρέπει να υπάρξει νομοθετική ρύθμιση θεμάτων ευθανασίας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	188	67%
ΟΧΙ	50	18%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	37	13%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	5	2%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100%

Οι περισσότεροι απάντησαν **ΝΑΙ**, δηλαδή ότι πρέπει να υπάρξει νομοθετική ρύθμιση θεμάτων ευθανασίας.

ΣΧΗΜΑ 26: Γραφική παράσταση της κατανομής 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θα πρέπει να υπάρξει νομοθετική ρύθμιση θεμάτων ευθανασίας.

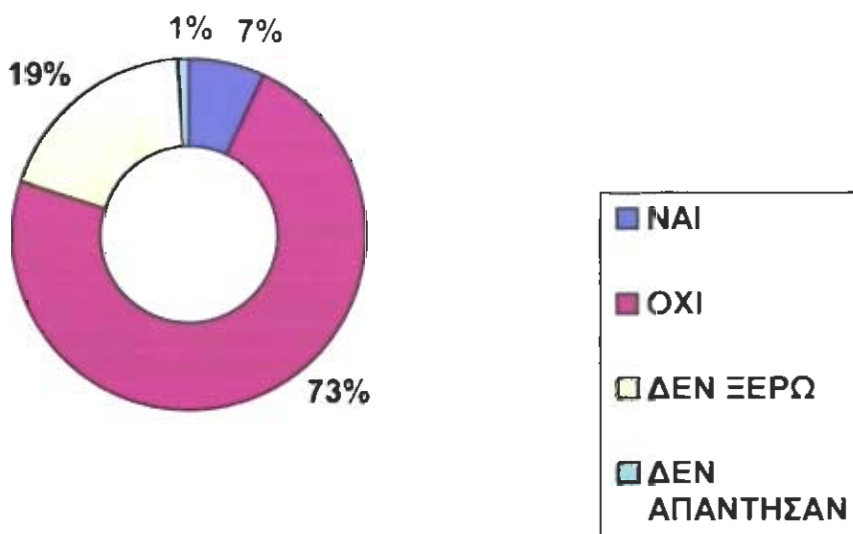


ΠΙΝΑΚΑΣ 27: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν νομιμοποιούνται να αφαιρέσουν μια ανθρώπινη ζωή ακόμα και εάν αυτή έχει χάσει κάθε αξιοπρέπεια.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	19	7%
ΟΧΙ	205	73%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	52	19%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	4	1%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100%

Οι περισσότεροι απάντησαν **ΟΧΙ**, ότι δεν νομιμοποιούμαστε.

ΣΧΗΜΑ 27: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν νομιμοποιούνται να αφαιρέσουν μια ανθρώπινη ζωή ακόμα και εάν αυτή έχει χάσει κάθε αξιοπρέπεια.

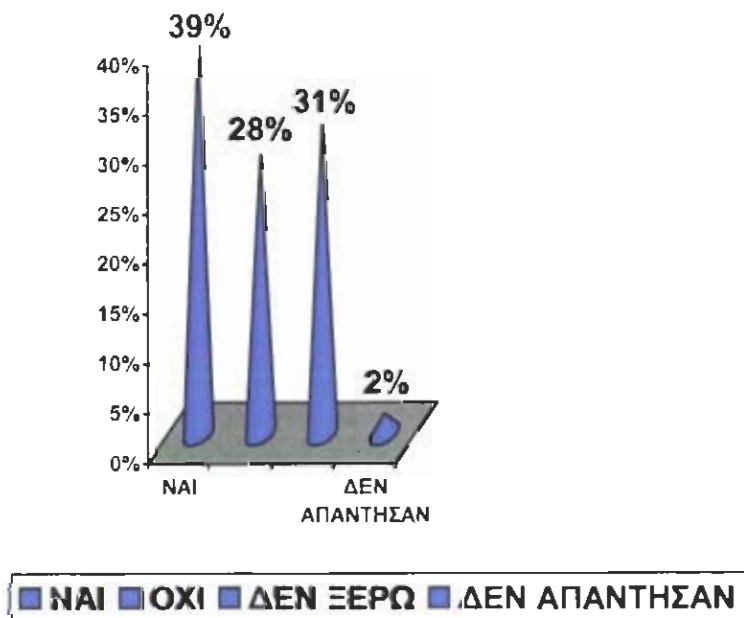


ΠΙΝΑΚΑΣ 28: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν νομιμοποιούνται να διατηρήσουν με τεχνητά μέσα μια ανθρώπινη ζωή όταν αυτή έχει χάσει κάθε ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	110	39%
ΟΧΙ	78	28%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	88	31%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	4	2%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν **ΝΑΙ**, ότι νομιμοποιούμε να διατηρήσουν με τεχνητά μέσα μια ανθρώπινη ζωή όταν αυτή έχει χάσει κάθε ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Όπως παρατηρούμε υπάρχει μια διαφορά της τάξεως των 8% οι οποίοι απάντησαν ότι **δεν** ήξεραν αν νομιμοποιούνται. Από αυτό καταλαβαίνουμε ότι υπάρχει μια μικρή έλλειψη ενημέρωσης.

ΣΧΗΜΑ 28: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν νομιμοποιούνται να διατηρήσουν με τεχνητά μέσα μια ανθρώπινη ζωή όταν αυτή έχει χάσει κάθε ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

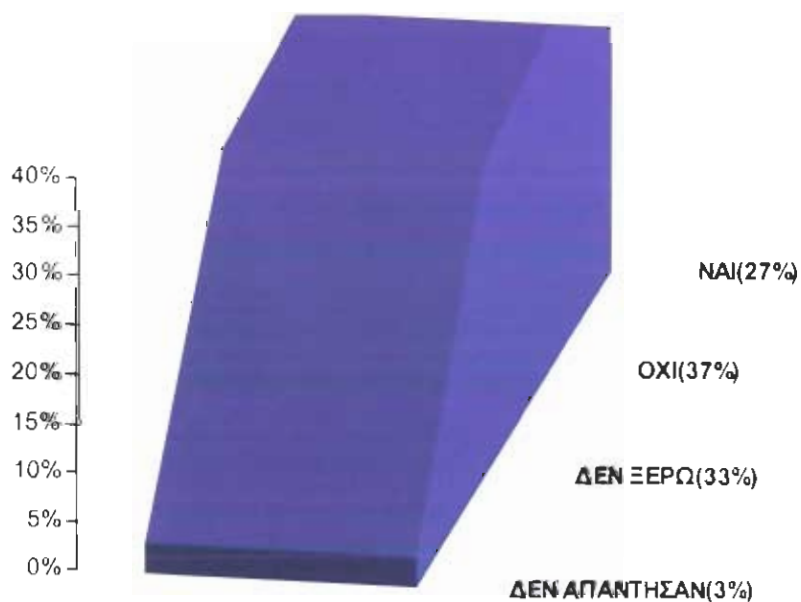


ΠΙΝΑΚΑΣ 29: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πρέπει να καταργηθεί το αξιόποινο στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	75	27%
ΟΧΙ	104	37%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	93	33%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	8	3%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν **ΟΧΙ** και ακολουθεί με μικρή διαφορά ότι δεν ξέρουν.

ΣΧΗΜΑ 29: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πρέπει να καταργηθεί το αξιόποινο στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

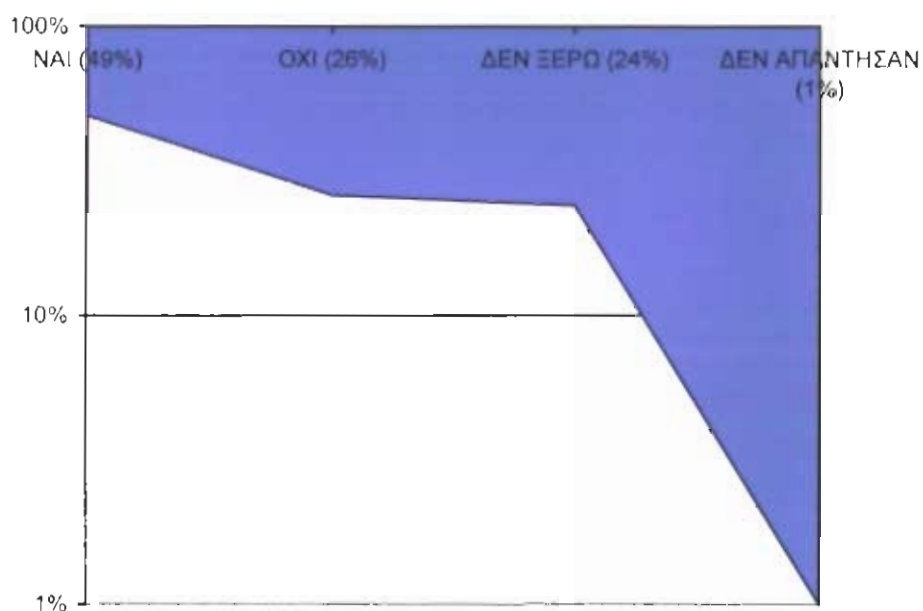


ΠΙΝΑΚΑΣ 30: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θεωρείται η ευθανασία αξιόποινη πράξη.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	138	49%
ΟΧΙ	73	26%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	67	24%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	2	1%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100%

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν **ΝΑΙ**, ότι η ευθανασία θεωρείται αξιόποινη πράξη.

ΣΧΗΜΑ 30: Γραφική παράσταση της κατανομής 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν θεωρείται η ευθανασία αξιόποινη πράξη.

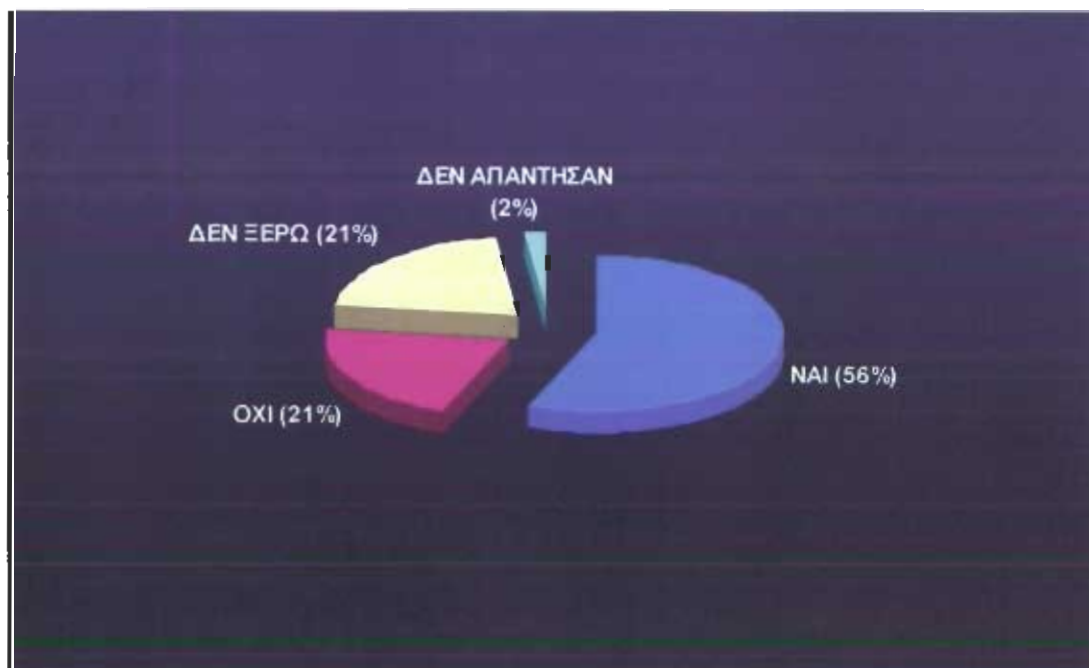


ΠΙΝΑΚΑΣ 31: Κατανομή των απαντήσεων 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πρέπει να εκπληρωθεί η γραπτή επιθυμία του ασθενή να μην του παρασχεθεί καμία βοήθεια για να διατηρηθεί στη ζωή όταν βρεθεί στο τελικό στάδιο της ζωής του.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	158	56%
ΟΧΙ	60	21%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	59	21%
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	3	2%
ΣΥΝΟΛΟ	280	100%

Οι περισσότεροι απάντησαν **ΝΑΙ** ,πρέπει να εκπληρωθεί η γραπτή επιθυμία του ασθενή.

ΣΧΗΜΑ 31: Γραφική παράσταση της κατανομής 280 ερωτηθέντων σε σχέση με το: εάν πρέπει να εκπληρωθεί η γραπτή επιθυμία του ασθενή να μην του παρασχεθεί καμία βοήθεια για να διατηρηθεί στη ζωή όταν βρεθεί στο τελικό στάδιο της ζωής του.



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην έρευνα που πραγματοποιήσαμε το σύνολο των ερωτηθέντων ήταν 280 και διαπιστώσαμε ότι οι περισσότεροι από αυτούς ήταν από το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών Ρίου (33%). Το μεγαλύτερο ποσοστό κυμαίνονταν από ηλικίας 31 έως 40 ετών (44%) και ήταν παντρεμένοι (60%). Το εκπαιδευτικό τους επίπεδο ήταν ανώτερης τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΑΤΕΙ) (58%), και εργάζονταν στην παθολογική κλινική (20%). Το 35% του συνόλου είχαν προϋπηρεσία από 0-5 χρόνια.

Τους περισσότερους ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα τους έχει απασχολήσει θεωρητικά η ευθανασία (76%), ένα σημαντικό ποσοστό δεν εγκρίνει γενικά την ευθανασία (58%). Όπως, επίσης, δεν εγκρίνουν την υποβοηθούμενη (64%), την παθητική (66%), και την ενεργητική ευθανασία (65%). Σε μια αντίστοιχη έρευνα που έγινε σε γιατρούς και φοιτητές ιατρικής το 2002 από τον κ. Παπαπετρόπουλο διευθυντής της Νευρολογικής κλινικής του Π.Γ.Ν.Π. Ρίου, απάντησαν ότι εγκρίνουν την παθητική ευθανασία 62% και 70% αντιστοίχως. Ενώ μόλις το 3,1% των γιατρών ήταν υπέρ της ενεργητικής ευθανασίας.

Στα ερωτηματολόγια που δόθηκαν απάντησαν ότι θεωρούν την ευθανασία πράξη αδυναμίας (62%).

Στην ερώτηση εάν θα συνέπρατταν στην ευθανασία αρρώστου τους το 72% απάντησε αρνητικά (ΟΧΙ), δεν θα συνέπραττε. Ενώ στο 78% δεν τους έχει τύχει ποτέ να τους ζητήσει ο ασθενής να του γίνει ευθανασία επειδή υποφέρει πολύ. Σε αντίθεση με την έρευνα που διεξήγαγε η κ. Γκαράνη και οι συνεργάτες της το 49,4% είχε δεχτεί αίτημα ευθανασίας. Αντιπροσωπευτικό ήταν το 90% των νοσηλευτών που δεν είχαν ήδη συμπράξει σε ευθανασία. Επίσης, διαπιστώσαμε ότι δεν θα συνέπρατταν στην ευθανασία συγγενών τους (64%), ούτε θα συμφωνούσαν να γίνει ευθανασία σε συγγενή τους (58%).

Είναι γεγονός, ότι το 91% του συνόλου των νοσηλευτών απάντησαν αρνητικά (ΟΧΙ) ότι δεν έχουν συμμετάσχει σε ευθανασία, σε αντίθεση, με την έρευνα που δημοσίευσε ο κ. Παπαπετρόπουλος, όπου το 25% των γιατρών που απάντησαν στην έρευνα είχαν ήδη συμμετάσχει σε παθητική ευθανασία.

Επιπλέον, οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν ότι δεν θα προτιμούσαν να συμπράξει σε ενεργητική ευθανασία και υποβοηθούμενη αυτοκτονία ο γιατρός (58%), ούτε άλλο πρόσωπο (69%). Επιπροσθέτως, η πλειοψηφία δεν θεωρεί ότι πρέπει να πάρει την απόφαση για διακοπή της ζωής ο γιατρός (57%), ο νοσηλευτής (78%), ή ο συγγενής (51%). Παράλληλα, το 78% δεν θα έκαναν ευθανασία εάν τους το ζητούσαν (γιατρός, νοσηλευτής, συγγενής).

Στην ερώτηση που αφορούσε εάν είναι δίλημμα η παροχή καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, ανάνηψης σε ασθενή με ανίατα νοσήματα στο τελικό στάδιο σημείωσαν ΝΑΙ (44%), ενώ ήταν αρνητικοί (ΟΧΙ) στην ερώτηση εάν είναι ευθανασία η αφαίρεση οργάνων για μεταμόσχευση οργάνων (70%).

Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι το 50% είναι υπέρ στο ότι πρέπει να συνεχιστεί η χορήγηση τεχνητής διατροφής και ενυδάτωσης σε ασθενείς που χαρακτηρίστηκαν εγκεφαλικά νεκροί. Ωστόσο, πρέπει να συνεχιστεί η χορήγηση

μηχανικής υποστήριξης όταν ο ασθενής βρίσκεται σε παρατεινόμενη κωματώδη κατάσταση, αναφέρει το 62%, γεγονός που αντικρούει με την πρόσφατη έρευνα που διεξήγαγε το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης με κύριο συμπέρασμα ότι το 44,3% των ερωτηθέντων τάσσονται κατά της παράτασης της ζωής με μηχανικά μέσα.

Θέμα μεγάλης σημασίας τίθεται ότι δεν πρέπει να διατηρηθούν στη ζωή νεογνά με σοβαρές γενετικές ανωμαλίες (44%), ενώ αντιθέτως δεν θα δικαιολογούσαν χειρισμούς «ευθανασίας» σε διανοητικά καθυστερημένα ή ανοϊκά άτομα (68%).

Στην ερώτηση ποίο θεωρούν σαν τελικό στάδιο του ασθενή ώστε να γίνει ευθανασία δυστυχώς, ΔΕΝ ΗΞΕΡΑΝ (39%) και με μικρή απόκλιση απάντησαν όταν δεν λειτουργεί ο εγκέφαλος (36%).

Σύμφωνα με το εάν πρέπει να υπάρξει νομοθετική ρύθμιση θεμάτων ευθανασίας, το (67%) δήλωσε ΝΑΙ, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό(73%) γνώριζε ότι δεν νομιμοποιούνται να αφαιρέσουν μια ανθρώπινη ζωή ακόμα και αν αυτή έχει χάσει κάθε αξιοπρέπεια. Σύμφωνα με την μελέτη του κ. Παπαπετρόπουλου το 68,5% των γιατρών και το 81,2% των φοιτητών ιατρικής υποστήριξαν ότι πρέπει να υπάρξει νομοθετική ρύθμιση.

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες (39%) απάντησαν ΝΑΙ, ότι νομιμοποιούμαστε να διατηρήσουμε με τεχνητά μέσα μια ανθρώπινη ζωή όταν αυτή έχει χάσει κάθε ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Όπως παρατηρούμε υπάρχει μια διαφορά της τάξεως των 8% οι οποίοι απάντησαν ότι δεν ήξεραν αν νομιμοποιούνται. Από αυτό συμπεραίνουμε ότι υπάρχει μια μικρή έλλειψη ενημέρωσης. Αντίθετα απάντησαν ΟΧΙ (37%) δεν πρέπει να καταργηθεί το αξιόποινο στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία και ακολουθεί με μικρή διαφορά ότι δεν ξέρουν (33%). Επιπλέον, πιστεύουν ότι η ευθανασία θεωρείται αξιόποινη πράξη (49%).

Εν κατακλείδι, πρέπει να εκπληρωθεί η γραπτή επιθυμία του ασθενή να μην του παρασχεθεί καμία βοήθεια για να διατηρηθεί στη ζωή όταν βρεθεί στο τελικό στάδιο της ζωής του, ισχυρίστηκε το 56%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Είναι σαφές πως η ευθανασία είναι ένα ιδιαίτερα περίπλοκο ζήτημα. Εξετάζοντάς την κανείς έρχεται αντιμέτωπος με πολυποικίλα προβλήματα, τα οποία ανήκουν σε περισσότερους από ένα χώρους. Η ιατρική πρακτική, η νομική σκέψη, η ηθική υπόσταση του ανθρώπου, όλα αυτά συνδυάζονται για να δημιουργήσουν ένα μεγάλο προβληματισμό από τον οποίο η δραπέτευση είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Αυτό αποδεικνύεται από την διάσταση των απόψεων που αφορούν το θέμα, καθώς και από την ένταση με την οποία αυτές προβάλλονται. Γι ακριβώς είναι ο άνθρωπος και τότε πεθαίνει; ποία δικαιώματα έχει ο ίδιος αλλά και ο περίγυρος του, η ίδια η κοινωνία κατά την πιο κρίσιμη ώρα της ζωής του; Μπορεί ο θάνατος και ο τρόπος που αυτός θα επέλθει να λάβει ηθική τιμή για τον θανόντα αλλά και για ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο; Και εάν πρόκειται για ζήτημα προσωπικής επιλογής δικαιούται ο νόμος να παρεμβαίνει με κανονιστικές διατάξεις; Αυτά είναι μερικά από τα προβλήματα που αναφύονται.

Κυρίως όμως η ευθανασία είναι θέμα έντονα υπαρξιακό, προσβάλλει -με την κυριολεκτική σημασία- έντονα τον ανθρωπισμό μας και μας καλεί να λάβουμε θέση. Είναι πρόβλημα που δύσκολα μπορεί οποιοσδήποτε από εμάς να το ξεπεράσει αδιάφορα, με μια σύντομη και ανώδυνη τοποθέτηση.

Είναι βέβαιο πως ο προβληματισμός που αυτή η μελέτη θέλησε να προβάλλει, χωρίς να πρωτοτυπεί ή να καλύπτει εντελώς το θέμα, θα συνεχίσει να υφίσταται και να ταλαιπωρεί την σκέψη μας. Σίγουρα έχουν μείνει πολλά αναπάντητα ερωτήματα νομικού, ηθικού, κοινωνικού και θρησκευτικού περιεχομένου. Είναι όμως ένα θέμα «επίκαιρο» για δεκαετίες και πάντα «ανοιχτό». Αφορά τη ζωή χιλιάδων ανθρώπων και τα δικαιώματα όλων μας. Και αυτό, επειδή η ευθανασία αφορά στην πιο οριακή στιγμή της ανθρώπινης ζωής, μια στιγμή κατά την οποία τίθεται σε δοκιμασία ολόκληρο το οικοδόμημα του ανθρωπισμού και των ανθρώπινων αξιών, λίγο πριν εκμηδενιστούν οριστικά από τον θάνατο.

Στην έρευνα που πραγματοποιήσαμε οι νοσηλευτές απάντησαν με αξιοπιστία και εγκυρότητα, ότι τους έχει απασχολήσει θεωρητικά η ευθανασία, και ένα σημαντικό ποσοστό δεν την εγκρίνει. Η πλειοψηφία των νοσηλευτών δεν έχει συμπράξει σε ευθανασία και την θεωρεί αξιόποινη πράξη. Επιπλέον, θεωρούν ότι πρέπει να υπάρξει νομοθετική ρύθμιση θεμάτων ευθανασίας.

Αν και τα δείγματα του πληθυσμού που μελετήθηκαν δεν είναι αντιπροσωπευτικά του γενικού πληθυσμού του νοσηλευτικού προσωπικού τα ευρήματα της μελέτης υπαινίσσονταν ότι, στην χώρα μας ο νοσηλευτικός πληθυσμός είναι ευαισθητοποιημένος στο φλέγον αυτό ζήτημα. Προφανώς, η κουλτούρα και τα πιστεύω του Ελληνικού λαού επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την συνείδηση και τις απόψεις των νοσηλευτών –τριών και αυτό αποδεικνύεται από τις απαντήσεις τους. Κάποια στιγμή στη Ελλάδα θα τεθεί το ζήτημα της ευθανασίας και θα πρέπει να είμαστε προετοιμασμένοι.....το μέλλον θα δείξει!

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Scott Peck. M. M.D., «Ευθανασία και θνητότητα, η Άρνηση της ψυχής», Ελληνικά Γράμματα, 1997.
- 2) Αθηνά Χρ. Γιαννοπούλου, «Διλήμματα και Προβληματισμοί στη Σύγχρονη Νοσηλευτική», Εκδόσεις «Η ΓΛΥΦΙΘΑ», Αθήνα 2001.
- 3) Χρονόπουλος Νικολ. Β., «Το πρόβλημα της ευθανασίας», Αθήνα 1980.
- 4) ΜΕΛΕΤΗ Γ. Β., «Τι γίνεται μετά το θάνατο;», Εκδόσεις «ΖΩΗ», (χωρίς χρονολογία).
- 5) Αθ. Αβραμίδης, «Ευθανασία», Εκδόσεις «Ακρίτα», Αθήνα 1995.
- 6) Δρ. Ιωάννης Δ. Σπηλιώτης, «Καρκίνος “Από την άγνοια.... στον φόβο”», Λαϊκές Εκδόσεις, Πάτρα 1999.
- 7) «Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια Νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας», Αθήνα 1998.
- 8) «26^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο», Πρακτικά, Κέρκυρα 25-27 Μαΐου 1999.
- 9) Ρηγάτος Γεράσιμος, «Ψυχοκοινωνική ογκολογία», Αθήνα 2000.
- 10) R.S. Downie, K.C. Calman, «Υγιής σεβασμός. Η ηθική στην φροντίδα υγείας», Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Γ. Παπαγούνος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα 1997.
- 11) Ένθος, «Η πρώτη νόμιμη ευθανασία», 27/09/1996.
- 12) Καθημερινή, Jack Kevrokian, «Ο άνθρωπο που αντικατέστησε το Θεό», 01/08/1993.
- 13) Καθημερινή, «Ο Jack Kevrokian έπεισε το δικαστήριο», 25/05/1994.
- 14) Charles A. Corr, Clyde M. Nabe, Donna M. Corr, «Death and Dying Life and Living», by Wadworth, Australia 2000.
- 15) «Medical Decision Making», Volume 23, November/December 2003.
- 16) Περιοδικό «Ογκολογική», Τόμος 5^ο, Ιούλιος/Σεπτέμβριος 2003.
- 17) Χάρη Ν. Ρούσσου, «Νομοθεσία», Αθήνα 1999.
- 18) Καραμπέλας Δ. Λάμπρος, «Ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και το θάνατο», Εκδόσεις «Εστία», Αθήνα 1987.
- 19) Αντ. Σ. Κουτσελίνη, «Βασικές Αρχές Βιοηθικής, Ιατρικής Δεοντολογίας και Ιατρικής Ευθύνης», Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρ. Παρισιάνος», Αθήνα 1999.
- 20) Magazine: Bulletin of Medical Ethics, December 2003/January 2004, Number 194.
- 21) Ισμήνη Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, «Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς», Εκδόσεις «Αντ. Ν. Σάκκουλα», Αθήνα-Κομοτηνή 1993.
- 22) George D. Pozgar, MBA, «Legal Aspects of Health Care Administration», An Aspen Publication, Gaithersburg-Maryland 1999.
- 23) Agneta Sutton, «Euthanasia, withholding and withdrawing treatment and living wills», Dying in Dignity Mensa Sig Newa Journal, Volume 3.
- 24) Παρασκευαϊδης Χριστοδ., Μητροπολίτης Δημητριάδος, «Νεότερες όψεις του προβλήματος της Ευθανασίας», Αθήνα 1986.

- 25) Παναγιώτης Α. Επιβατιανός, «Ιατρικό Δίκαιο, Δεοντολογία και Προβληματική», Θεσσαλονίκη 1995.
- 26) Α.Α. Αλεξιάδης, Αν. Χαμαλίδου-Αλεξιάδου, «Εισαγωγή στο Ιατρικό Δίκαιο», Θεσσαλονίκη 1996.
- 27) Albert R. Jonsen, Mark Siegler, William J. Winslade. «Clinical Ethics», Mc Graw-Hill companies, Inc., USA 1998.
- 28) Αντ. Σ. Κουτσελίνη, Μαν. Μιχαλοδημητράκη, «Γενικά και ειδικά θέματα Ιατρικής αμέλειας και Ιατρικής ευθύνης», Gytenberg-Αθήνα 1984.
- 29) Λυκούργος Λιαρόπουλος, «Νομοθεσία στη Νοσηλευτική και διεθνείς Οργανισμοί», Αθήνα 1993.
- 30) Baruch A. Brody: "Suicide and Euthanasia" Historical and contemporary themes. Published by: Kluwer Academic Publishers 1989, Dordrecht/Boston London. Printed in the Netherland.
- 31) Μητσόπουλος Νικ., «Η λεγόμενη ευθανασία», Αθήνα 1980
- 32) www.enet.gr/past/1996/11/18/on-line/keimena/greece/greece3.htm.: «Ευθανασία με την συγκατάθεση του ασθενούς ΝΑΙ Ή ΟΧΙ;»
- 33) N.Y. Times, 10/8/97
- 34) Ryan Cj, Kaye M., «Euthanasia in Australia. The Northern Territory ill», England 1996.
- 35) Μηνιαίο νομικό περιοδικό «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗ». Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2000, τεύχος 5, τόμος 41^{ος}
- 36) ΤΑ ΝΕΑ, «Δίωξη για ευθανασία σε 77χρονο», 18/05/2004.
- 37) Ευθυμίου Π., Γακούλης Α., Τζούρας Σ., «Απόψεις Ελλήνων φοιτητών Ιατρικής σε σύγχρονα θέματα Βιοηθικής», Αρχαία Ελληνική Ιατρική, 1995.
- 38) Γκαράνη Τ., Λάλλα-Βοργιά Η., Παπαδάτος Ι. «Έντατική θεραπεία. Ηθικοί προβληματισμοί στο θέμα της ευθανασίας», Αρχαία Ελληνική Ιατρική, 1996.
- 39) Παπαπετρόπουλος Θ., Πατρινός Α., Πελεκούδας Β. και συν.: «Γάσεις προς την ευθανασία μεταξύ ιατρών, δικηγόρων, δικαστών και φοιτητών ιατρικής στην πόλη των Πατρών». Ιατρική 1997.
- 40) Vidalis et al, «Η ευθανασία στην Ελλάδα», Aging (Milano), 1998. Αναφορά ως περίληψη στο περιοδικό The Medical Magazine, Μάιος 1999.
- 41) ΤΑ ΝΕΑ: «Κάνουν ευθανασία σε Ελλάδα και Ευρώπη», 19-20 Ιουνίου 2004.
- 42) ΤΑ ΝΕΑ: «Τι λένε οι Έλληνες γιατροί», 19-20 Ιουνίου 2004.
- 43) www.pigizois.gr/Afieromata/euthanasia.htm .11/12/2004.
- 44) Bernard CO, M.D., F.A.C.P., «Resolving Ethical Dilemmas. A Guide for Clinicians», Lippincott, USA 1995.
- 45) Brahams D., «Euthanasia in Netherlands», Lancet 1990.
- 46) Flash-Gr.-Care Magazine-Νέα από τον κόσμο, «Επιτρέπεται πλέον και με το νόμο η ευθανασία στην Ολλανδία», 02/04/2002.
- 47) Flash Gr.-Care Magazine-Νέα από τον κόσμο, «Η βουλή της Ολλανδίας υπερψήφισε νομοσχέδιο για την ισχύ της ευθανασίας», 30/11/2000.
- 48) Flash Gr.-Care Magazine-Νέα από τον κόσμο, «Νομιμοποιήθηκε η ευθανασία και στο Βέλγιο», 17/05/2002.
- 49) Flash Gr.-Care Magazine-Νέα από τον κόσμο, «Ένας στους δέκα θανάτους στο Βέλγιο, είναι αποτέλεσμα ευθανασίας», 25/11/2003.

- 50) Κροκίδης Ξ. : «Ευθανασία», Αρεταίος, σελ. 29-31, (Φεβρ-Απρ. 1999).
- 51) Flash Gr.-Care Magazine-Νέα από τον κόσμο, «Όχι στην ευθανασία από τον Παγκόσμιο Ιατρικό Σύλλογο», 07/05/2001.
- 52) Flash Gr.-Care Magazine-Νέα από τον κόσμο, «Οι πρώτες αντιδράσεις από την νομιμοποίηση της ευθανασίας», 01/12/2000.
- 53) Ελευθεροτυπία-Απογευματινή Αδέσμευτη Εφημερίδα, «Προβληματισμός, αντιδράσεις αλλά και φωνές υπεράσπισης μετά τη νομιμοποίηση στην Ολλανδία», 12/04/2001.
- 54) Ελευθεροτυπία –Απογευματινή Αδέσμευτη Εφημερίδα.«Βίος αβίωτο ή αξιοπρέπεια», 13/5/2005.
- 55) Ζακ Ζιγκλερ, «Οι ζωντανοί και ο θάνατος», Αθήνα 1982.
- 56) Αντώνης Ε. Βουγιούκος, “Ευθανασία”, Υφηγητής Παθολογίας Θεσσαλονίκη 1993.
- 57) Μπαλογιάννης Σ.: «Τα βιώματα της ψυχής εις του φιλοσοφικού στοχασμού του Soren Kierkegaard».
- 58) Μπαλογιάννης Σ. : «Αβικέννας, ο μυστήρ της Ελληνικής Ιατρικής εις τοναραβικόν κόσμο», Εγκέφαλος 1997.
- 59) Η Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος: «Η ευθανασία- κοινωνικοί και ηθικοί προβληματισμοί.ν Απόψεις εκ τον χώρον της ψυχολογίας και της ψυχιατρικής ».
- 60) Αθ. Κ. Κιτσάκη, «Κοινωνικά δοκίμια», (χωρίς χρονολογία).
- 61) Flash Gr.-Care Magazine-Νέα από Ελλάδα, «Η Ιερά Σύνοδο αντίθετη στην ευθανασία», 16/12/2000.
- 62) Ελευθεροτυπία-Απογευματινή Αδέσμευτη Εφημερίδα, «Αξιοπρεπής είναι αυτός που πράττει το πρέπει που πολεμάει γενναία το μεγαλύτερο εχθρό, το θάνατο», 12/04/2001.
- 63) Flash Gr.-Care Magazine-Νέα από την Ελλάδα. «Βασικά σημεία ηθικής και ιατρικής δεοντολογίας από το Χριστόδουλο», 19/02/2001.
- 64) www.jesus.loves.you.gr/society/html.euthanasia: ‘Η χριστιανική θέσηπάνω στο θέμα της ευθανασίας’, 27/10/2004.
- 65) Συμεωνίδου –Καστανίδου, «Εγκλήματα κατά της ζωής», Εκδόσεις «Σιάκκουλα», 1986.
- 66) Collison J., “Life Devoid of Value», Four Country Catholic, June 1997.
- 67) ΤΑ ΝΕΑ : «Ένα πρόβλημα με πολλές διαστάσεις», 23/9/2001.
- 68) John Hardwig, «Is there a duty to die? », Hastings Center Report, Μάρτιος/Απρίλιος 1997.
- 69) Gillon Raanan, «Προβλέπω κα «Επιδιώκω» το θάνατο δεν είναι το ίδιο», BMJ, May 29 1999.
- 70) www.protorapadakis.gr/ethdiffgreek.htm: «Η ηθική διαφοροποίηση πράξης-παράλειψης στην ευθανασία»,14/9/2004.
- 71) Αναπλιώτη-Βαζαίου Ειρήνη, «Καθημερινά ιατρικά προβλήματα», Αθήνα 1989.
- 72) Γεωργία Φλ. Θεοδωρακοπούλου : «Η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στις σχέσεις μεταξύ άγχους από την εργασία και ικανοποίησης από την εργασία σε νοσηλεύτριες που εργάζονται σε ειδικές νοσηλευτικές μονάδες και γενικά νοσηλευτικά τμήματα», Πάτρα 1995.

