

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πτυχιακή εργασία:

**Διερεύνηση στάσεων και απόψεων για την
ευθανασία, σε ηλικιακές ομάδες, Αθήνας
και Πάτρας.**

Επιβλέπουσα:

Dr. Παπαδημητρίου Μ.

Επιμέλεια:

Ηλιοπούλου Ιουλία

ΠΑΤΡΑ 2009

*Αφιερωμένη στην οικογένειά μου, και στους
Ανθρώπους που αγωνίζονται για ένα καλύτερο
Αύριο.....!!!!*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Αντί προλόγου

Εισαγωγή

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο : Ευθανασία - ιστορική αναδρομή

1.1	Ορισμός ευθανασίας	10
1.2	Τύποι ευθανασίας	10
1.3	Ιστορική αναδρομή	
1.3.1	Αρχαία Ελλάδα	15
1.3.2	Μεσαίωνας	17
1.3.3	Νεότερα χρόνια	18

Κεφάλαιο 2^ο : Θρησκεία και ευθανασία

2.1	Η αντιμετώπιση της ευθανασίας από την θρησκεία	23
2.2	Η θέση της Ορθόδοξης Εκκλησίας για την ευθανασία	32

Κεφάλαιο 3^ο : Θέσεις απέναντι στο θέμα της ευθανασίας

3.1	Θέσεις υπέρ της ευθανασίας	
3.1.1	Επιχειρηματολογία	37
3.1.2	Το μανιφέστο των βραβείων Nobel	39
3.1.3	Εξέχουσες προσωπικότητες	40
3.1.4	Οργανισμοί υπεράσπισης της ευθανασίας	42
3.2	Θέσεις κατά της ευθανασίας	
3.2.1	Επιχειρηματολογία	43
3.2.2	Κίνδυνοι εκμετάλλευσης των ασθενών	47
3.2.3	Πολέμιοι της ευθανασίας	51

Κεφάλαιο 4^ο : Νομικό πλαίσιο

4.1	Η υπάρχουσα νομοθεσία	60
4.1.1	Συνταγματική προστασία	60
4.1.2	Ποινικό Δίκαιο	61
4.2	Απόψεις νομικού κόσμου	68

Κεφάλαιο 5^ο : Ιδιαίτερες παράμετροι ευθανασίας

5.1	Κριτήρια εφαρμογής ευθανασίας	71
5.1.1	Πιστοποίηση θανάτου	74
5.1.2	Στάδια καθορισμού θανάτου	75
5.2	Υπεύθυνος εφαρμογής ευθανασίας	76
5.3	Κλινικές περιπτώσεις	78

Κεφάλαιο 6^ο : Ηθική και Δεοντολογία

6.1	Ορισμός	92
6.2	Διακήρυξη Γενεύης	93
6.3	Ο Διεθνής Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρείας	94
6.4	Ευρωπαϊκός Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας	94
6.5	Διακήρυξη Βενετίας	95

Κεφάλαιο 7^ο : Ελλάδα και άλλες χώρες

7.1	Η ισχύουσα παγκόσμια νομοθεσία	98
7.2	Παγκόσμιες δημοσκοπήσεις	107
7.2.1	Δημοσκόπηση στο Π.Γ.Ν.Π	110
7.2.2	Μελέτη του Πανεπιστημίου Αθηνών	111
7.2.3	Νοσηλευτικές έρευνες	113

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Υλικό και μέθοδος	115
2. Αποτελέσματα	119
3. Συζήτηση	167
4. Περίληψη	172
Βιβλιογραφία	174
Παράρτημα	182

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

Ο ΟΡΚΟΣ ΤΟΥ ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ

ΜΝΥΝΙ ΑΠΟΛΛΩΝΑ ΙΗΤΡΟΝ ΚΑΙ ΑΣΚΛΗΠΙΟΝ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΝ ΚΑΙ ΠΑΝΑΚΕΙΑΝ ΚΑΙ ΘΕΟΥΣ ΠΑΝ ΤΑΣ ΤΕ ΚΑΙ ΠΑΣΑΣ ΙΣΤΟΡΑΣ ΠΟΙΕΥΜΕΝΟΣ, ΕΠΙ ΤΕΛΕΑ ΠΟΙΗΣΕΙΝ ΚΑΤΑ ΔΥΝΑΜΙΝ ΚΑΙ ΚΡΙΣΙΝ ΕΜΗΝ ΟΡΚΟΝ ΤΟΝΔΕ ΚΑΙ ΞΥΓΓΡΑ ΦΗΝ ΤΗΝΔΕ' ΗΓΗΣΑΣΘΔΙΜΕΝ ΤΟΝ ΔΙΔΑΞΑΝΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΝ ΤΑΥΤΗΝ ΙΣΑ ΓΕΝΕΤΗΣΙΝ ΕΜΟΙΣΙ ΚΑΙ ΒΙΟΥ ΚΟΙΝΩΣΑΣΘΑΙ ΚΑΙ ΧΡΕΩΝ ΧΡΗΪΖΙΝΤΙ ΜΕΤΑΔΟΣΙΝ ΠΟΙΗΣΑΣΘΑΙ ΚΑΙ ΓΕΝΟΣ ΤΟ ΕΞ ΩΥΤΕΟΥ ΑΔΕΛΦΟΙΣ ΙΣΟΝ ΕΠΙΚΡΙΝ ΕΕΙΝ ΑΡΡΕΣΙ ΚΑΙ ΔΙΔΑΞΕΙΝ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΝ ΤΑΥΤΗΝ ΗΝ ΧΡΗΪΖΩΣΙ ΜΑΝΘΑΝΕΙΝ ΑΝΕΥ ΜΙΣΘΟΥ ΚΑΙ ΞΥΓΓΡΑΦΗΣ ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΗΣ ΤΕ ΚΑΙ ΑΚΡΟΗΣΙΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΛΟΙΠΗΣ ΑΠ ΑΣΗΣ ΜΑΘΗΣΙΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΙΝ ΠΟΗΣΑΣΘΑΙ ΥΙΟΙΣΙ ΤΕ ΕΜΟΙΣΙ, ΚΑΙ ΤΟΙΣΙΤΟΥ ΕΜΕ ΔΙΔΑΞΑΝΤΟΣ ΚΑΙ ΜΑΘΗΤΑΙΣΙ ΣΥΓΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟΙΣΙ ΤΕ ΚΑΙ ΩΡΚΙΣΜΕΝΟΙΣ ΝΟΜΩ, ΙΗΤΡΙΚΩ, ΑΛΛΩ, ΔΕ ΟΥΔΕΝΙ. ΔΙΑΙΤΗΜΑΣΙ ΤΕ ΧΡΗΣΟΜΑΙ ΕΠ' ΩΦΕΛΕΙΗ, ΧΑΜΝΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΔΥΝΑΜΙΝ ΚΑΙ ΚΡΙΣΙΝ ΕΜΗΝ, ΕΠΙ ΔΗΛΗΣΕΙ ΔΕ ΚΑΙ ΑΔΙΚΙΗ, ΕΙΡΞΕΙΝ, **ΟΥ ΔΩΣΩ ΔΕ ΟΥΔΕ ΦΑΡΜΑΚΟΝ ΟΥΔΕΝΙ ΑΙΤΗΘΕΙΣ ΘΑΝΑΣΙΜΟΝ, ΟΥΔΕ ΥΦΗΓΗΣΟΜΑΙ ΞΥΜΒΟΥΛΙΗΝ ΔΕ' ΟΜΟΙΩΣ ΔΕ' ΟΥΔΕ ΓΥΝΑΙΚΙ ΠΕΣΣΟΝ ΦΘΟΡΙΟΝ ΔΩΣΩ.** ΑΓΝΩΣΔΕ ΚΑΙ ΟΣΙΩΣ ΔΙΑΤΗΡΗΣΩ ΒΙΟΝ ΤΟΝ ΕΜΟΝ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΝ ΤΗΝ ΕΜΗΝ. ΟΥ ΤΕΜΕΩ ΔΕ ΟΥΔΕ ΜΗΝ ΛΙΘΙΩΝΤΑΣ. ΕΚΧΩΡΙΣΩ ΔΕ ΕΡΓΑΤΗΣΙΝ ΑΝΔΡΑΣΙ ΠΡΗΞΙΟΣ ΤΗΣΔΕ. ΕΣ ΟΙΚΙΑΣ ΔΕ ΟΚΟΣΑΣ ΑΝ ΕΣΙΩ ΕΣΕΛΕΥΣΟΜΑΙ ΕΠ' ΩΦΕΛΕΙΗ, ΚΑΜΝΟΝΤΩΝ, ΕΚΤΟΣ ΕΩΝ ΠΑΣΗΣ ΑΔΙΚΙΗΣ ΕΚΟΥΣΙΗΣ ΚΑΙ ΦΘΟΡΙΗΣ, ΤΗΣ ΤΕ ΑΛΛΗΣ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΕΡΓΩΝ ΕΠΙ ΤΕ ΓΥΝΑΙΚΕΙΩΝ ΣΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΔΡΩΝ, ΕΛΕΥΘΕΡΩΝ ΤΕ ΚΑΙ ΔΟΥΛΩΝ. ΑΔ' ΑΝ ΕΝ ΘΕΡΑΠΕΙΗ, Η ΙΔΩ, Η ΑΚΟΥΣΩ, Η ΚΑΙ ΑΝΕΥ ΘΕΡΑΠΗΪΗΣ ΚΑΤΑ ΒΙΟΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ, Α ΜΗ ΧΡΗ ΠΟΤΕ ΕΚΛΑΛΕΕΣΘΑΙ ΕΞΩ, ΣΙΓΗΣΟΜΑΙ, ΑΡΡΗΤΑ ΗΓΕΥΜΕΝΟΣ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΤΟΙΑΥΤΑ. ΟΡΚΟΝ ΜΕΝ ΟΥΝ ΜΟΙ ΤΟΝΔΕ ΕΠΙΤΕΛΕΑ ΠΟΙΕΟΝΤΙ ΚΑΙ ΜΗ ΞΥΓΧΕΟΝΤΙ, ΕΙΗ ΕΠΑΥΡΑΣΘΑΙ ΚΑΙ ΒΙΟΥ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΣ ΔΟΞΑΖΟΜΕΝΩ, ΠΑΡΑ ΠΑΣΙΝ ΑΝΘΡΩΠΟΙΣ ΕΣ ΤΟΝ ΑΙΕΙ ΧΡΟΝΟΝ. ΠΑΡΑΒΑΙΝΟΝΤΙ ΔΕ ΚΑΙ ΕΠΙΟΡΚΟΥΝΤΙ, ΤΑΝΑΝΤΙΑ ΤΟΥΤΕΩΝ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ευθανασία είναι ένα θέμα που απασχολεί από αρχαιοτάτων χρόνων τους ανθρώπους, πολύ περισσότερο την ιατρική επιστήμη. Στο ταξίδι του χρόνου η λέξη ευθανασία έμεινε αναλλοίωτη, όχι όμως και το νόημά της.

Σήμερα η ιατρική και νοσηλευτική επιστήμη, ο νομικός κόσμος, οι θεολογικοί χώροι αλλά και η φιλοσοφικοί διοργανώνουν συνέδρια, συζητήσεις και έρευνες γύρω από αυτό το πάντα επίκαιρο, αλλά δύσλυτο θέμα. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια προβάλλεται ολοένα κι εντονότερο, αφενός διότι η ραγδαία τεχνολογική πρόοδος αύξησε τις δυνατότητες επέμβασης στο χρόνο του θανάτου, καθιστώντας δυνατή την παράταση της ζωής με εξελιγμένες υποστηρικτικές ιατρικές πράξεις, κι αφετέρου διότι στη σημερινή εποχή δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας κι αυτονομίας, ως δυνατότητας διαχείρισης από τον ίδιο τον άνθρωπο των υπαρξιακών καταστάσεων που τον αφορούν.

Θεωρούμε πολύ σημαντικό να μην απέχουμε ως νοσηλευτές από τα ηθικά διλήμματα που απασχολούν την επιστημονική κοινότητα αλλά και τους ίδιους τους ασθενείς που αύριο θα κληθούμε να βοηθήσουμε καθώς και τις οικογένειες τους που θα πρέπει να σταθούμε πλάι τους. Αν γνωρίζουμε τα βαθύτερα αίτια, που καθιστούν αυτό το θέμα πάντα επίκαιρο, θα μπορούμε να πάρουμε θέση και να δώσουμε μια απάντηση, αν στο μέλλον μας ζητηθεί ποτέ να συμμετάσχουμε σε ευθανασία.

Αυτό που μας προβληματίζει είναι το γιατί, δεν μπορεί να βρεθεί η λύση, έτσι ώστε να καταλήξει σε ένα παγκόσμια αποδεκτό αποτέλεσμα; Ποίοι είναι οι παράγοντες που το επαναφέρουν πάντα στο προσκήνιο; Ποίες είναι οι αρμόδιες επιστήμες που μπορούν να μας δώσουν απαντήσεις; Ποια είναι η πραγματική άποψη της κοινωνίας για ένα θέμα την οποία την αφορά άμεσα; Είναι κάτι που πρέπει να αντιμετωπίσουμε συλλογικά ή να δρα ο καθένας ανάλογα με τη προσωπικότητά του ; Μέσα από αυτή την έρευνα ελπίζω οι αναγνώστες να λάβουν κάποιες από τις απαντήσεις που ζητούν.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτρια μου, για τη βοήθειά της, αλλά και τη στήριξή της όλο αυτό το διάστημα, και τον κ. Πιερρακέα Χ. για την πολύτιμη βοήθειά του στην διεξαγωγή της έρευνας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ - ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η ευθανασία είναι ένα θέμα που απασχολεί πολλά χρόνια την ιατρική κοινότητα, την εκκλησία, τους φιλοσοφικούς κύκλους και ολόκληρη την κοινωνία. Κατά καιρούς δόθηκαν πολλές ερμηνείες και ορισμοί, οι επικρατέστεροι όμως παρουσιάζονται παρακάτω.

Η λέξη ευθανασία είναι αντιδάνειο από την Αγγλική του όρου euthanasia, ο οποίος είναι δάνειο, από την ελληνική, της λέξης ευθανασία, που σημαίνει καλός, ήρεμος κι ανώδυνος θάνατος. (Ανευλαβής Ε. 2001)

Αλλοιώνοντας την αρχική της σημασία, η διεθνής κοινότητα υιοθέτησε τον όρο ευθανασία για να υποδηλώσει τη θανάτωση ατόμων που εμφανίζουν κάποιο σοβαρό και ανίατο νόσημα ή κατάσταση εξ' αιτίας των οποίων η ζωή τους γίνεται ιδιαίτερα δυσάρεστη ή και αφόρητη.

Ένας άλλος ορισμός που δίνεται είναι ότι, ευθανασία είναι η ηθελημένη θανάτωση ασθενή που πάσχει από ανίατη νόσο με τη συναίνεσή του ή χωρίς αυτήν με σκοπό την ανακούφισή του από αφόρητους πόνους που τα υπάρχοντα μέσα αδυνατούν να καταπραΰνουν.

Πολλοί υποστηρίζουν ότι η ευθανασία με τη σημερινή σημασία της, θα έπρεπε ορθότερα ιατρονομικά να αποδίδεται σαν ευ-θανάτωση, όπως συμβαίνει με τον αγγλοσαξονικό όρο « mercy killing » δηλαδή θανάτωση (killing) που καλύπτεται από τις ανθρωπιστικές προθέσεις (mercy-ελεήμων). (Τσίντου Μ. 2009)

1.2 ΤΥΠΟΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Οι επιστήμονες προσπαθούν όλο αυτό τον καιρό να κάνουν ένα σαφή διαχωρισμό των τύπων της ευθανασίας. Μια τέτοια προσπάθεια, είναι αυτή του Μητσόπουλου το 1984, σύμφωνα με την οποία ισχύει :

α) **Καθαυτό ευθανασία** : Απαραίτητη προϋπόθεση είναι ο εγγύς θάνατος και οι επώδυνοι πόνοι.

β) **Κοινωνική ή Ευγονική ευθανασία** : Η αφαίρεση της ζωής διανοητικά καθυστερημένων, ανιάτων σωματικά αναπήρων, ακόμη και ατόμων που μόλις είδαν το φως του ήλιου ή και εμβρύων.

γ) **Ενεργητική ευθανασία ή άμεση** : Γίνεται π.χ. μια θανατηφόρα ένεση και τερματίζει ο ασθενής τη ζωή του. Ο θάνατος έρχεται αμέσως.

δ) **Παθητική ευθανασία ή έμμεση** : Γίνεται με τη στέρηση των αναγκαίων μέσων για τη ζωή. Ο θάνατος έρχεται αργότερα.

ε) **Εθελοντική ευθανασία** : Μετά από επίμονη απαίτηση του ασθενή.

στ) **Μη ηθελημένη ευθανασία** : Χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή. (Μητσόπουλος Ν. 1984)

Ο Lundberg το 1988 προτείνει την εξής διάκριση.

α) **Παθητική** : Εδώ ανήκει η περίπτωση που ο γιατρός διαλέγει να μη θεραπεύσει την αρχόμενη βρογχοπνευμονία σε ασθενή με Alzheimer, ή δεν επαναφέρει καρκινοπαθή σε περίπτωση καρδιακού επεισοδίου.

β) **Ημι – παθητική** : Ο γιατρός στερεί τα απαραίτητα για τη ζωή όπως τροφή και υγρά σε άτομα που βρίσκονται σε κώμα.

γ) **Ημι – ενεργητική** : Όταν ο γιατρός αποσυνδέει από τον αναπνευστήρα άτομο σε κωματώδη κατάσταση, εφ' όσον οι βλάβες είναι μη αναστρέψιμες.

δ) **Τυχαία** : Ο γιατρός χορηγεί μεγάλη δόση παυσίπονου για να καταστείλει τον πόνο, καταστέλλει την αναπνοή και επέρχεται ο θάνατος.

ε) **Αυτοκτονική** : Όταν π.χ. άτομο με μεταστατικό καρκίνο πνεύμονα παίρνει ταυτόχρονα αλκοόλ και βαρβιτουρικά, προκαλώντας μόνος του τον θάνατό του.

στ) **Ενεργητική** : Ο γιατρός χορηγεί υπερβολική δόση μορφίνης ή καλίου ώστε να επέλθει άμεσα ο θάνατος. (Γιαννοπούλου Αθ. 2005)

Ο καθηγητής Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας, Κουτσελίνης Αντ. το 1984 συμφωνεί με την εξής διάκριση :

α) **Ευθανασία** : Νοείται η οριζόμενη από την ιατροδικαστική.

β) **Δυσθανασία** : Είναι η παράταση της ζωής του πάσχοντα με δαπανηρές και δύσκολες περιποιήσεις.

γ) **Ορθοθανασία :** Είναι η μη εφαρμογή δύσκολων περιποιήσεων και εγκατάλειψη του ασθενή σε φυσική επέλευση του θανάτου. (Κουτσελίνης Αν. 1984)

Μια ακόμη διάκριση είναι αυτή που προτείνει ο Αβραμίδης Αθ. στο βιβλίο του το 1995.

1) **Ενεργητική ευθανασία** η οποία χωρίζεται στις εξής κατηγορίες :

α) **Εκούσια ευθανασία :** Είναι αυτή η οποία εφαρμόζεται σ' ένα άτομο το οποίο επιθυμεί να θέσει τέρμα στη ζωή του. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε με τη λήψη θανατηφόρας δόσης από τον ίδιο τον ασθενή, είτε με τη χορήγηση της θανατηφόρας δόσης από έναν τρίτο άτομο, ως ένα είδος βοήθειας.

β) **Ακούσια ευθανασία :** Είναι αυτή η οποία γίνεται από συγγενή, ή από φίλο, ή από γιατρό για να τεθεί τέρμα στη ζωή ενός ατόμου που έχει κατακτήσει 'φυτό', χωρίς φυσικά να μπορεί να ληφθεί υπ' όψη η γνώμη του ίδιου του ασθενούς.

γ) **Η ηθελημένη για ψυχολογικούς ή ψυχιατρικούς λόγους :** Η ευθανασία αυτής της μορφής ισχύει για ασθενείς που πάσχουν από βαριές μορφές ψυχώσεων έως και απλή κατάθλιψη.

2) **Παθητική ευθανασία** η οποία ενεργείται με δύο τρόπους :

α) **Με παραλείψεις :** Όπου δεν χορηγούνται τα απαραίτητα θεραπευτικά μέσα όπως φάρμακα, οροί μηχανήματα υποστηρίξεως.

β) **Με την απόσυρση αυτών :** Διακοπή της λειτουργίας ενός μηχανήματος, το γύρισμα του μοχλού ή το κλείσιμο μιας στρόφιγγας.

3) **Ευθανασία δια της μη ανανήψεως :** Σε αυτού του είδους την ευθανασία, ο ασθενής υπογράφει στο φάκελο του ιστορικού της ασθένειάς του, ένα έντυπο, σύμφωνα με το οποίο, σε περίπτωση που περιέλθει σε κατάσταση τέτοια που η επάνοδός του στη ζωή θα ήταν εκείνη ενός 'φυτού', ή σε περίπτωση που προσβληθεί από κάποια ανίατη αρρώστια, «δεν επιθυμεί την δια τεχνικών μέσων άσκοπη παράταση της ζωής του ».

4) **Δυσθανασία :** Χαρακτηρίζεται έτσι η παράταση της ζωής του αρρώστου με δύσκολες και δαπανηρές ιατρικές φροντίδες, οι οποίες είναι δυσανάλογα αποδοτικές προς το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, με τις οποίες απλώς και μόνο διατηρείται το άτομο στη ζωή, ενώ χωρίς αυτές θα πέθαινε. (Αβραμίδης Αθ. 1995)

Στην προβληματική της ενεργητικής ευθανασίας εντάσσεται και μια πρακτική που δεν χαρακτηρίζεται μεν ευθανασία, αποτελεί όμως ουσιαστικά σιωπηρή εφαρμογή της. Πρόκειται για την πρακτική της διπλής επίδρασης (γνωστής κι ως “double effect”). Στην περίπτωση αυτή ο γιατρός χορηγεί στον ασθενή μια μεγάλη δόση αναλγητικών, προκειμένου να καταπραΰνει τους αφόρητους πόνους του, μολονότι ενδέχεται ο ασθενής να μην αντέξει μια τέτοια δοσολογία και να πεθάνει. Μολονότι πολλοί καταδικάζουν την πρακτική αυτή και τη θεωρούν φόνο, ο γιατρός που την εφαρμόζει συνήθως δεν διώκεται ποινικά, διότι αποσκοπεί στην ανακούφιση των πόνων του ασθενούς κι όχι στο θάνατό του. (Αγγελάκη Σ. 2008)

Ο Dr. Αβραμίδης αναγνωρίζει κι ένα άλλο είδος ευθανασίας, τη λεγόμενη **κοινωνική ευθανασία**. Η κοινωνική αυτή ευθανασία, εφαρμόστηκε ευρέως (όπως αποκαλύφθηκε τελευταίως από πολλά δημοσιεύματα) από πολλά κράτη, είτε προς εξόντωση ανεπιθύμητων ομάδων ανθρώπων, είτε για την « κοινωνική » ή « φυλετική » ή την « εθνική καθαρότητα ». Όπως: Σουηδία, Αυστρία, Δανία, Η.Π.Α., Βέλγιο, Τσεχοσλοβακία, Ιαπωνία, Ελβετία... Και κυρίως με την μέθοδο της στείρωσεως... « για να περιορισθούν οι δαπάνες »... σε ένα Κράτος Πρόνοιας ή για να διατηρηθεί « καθαρή η φυλή » από τους: « διανοητικώς ανάπηρους ή καθυστερημένους, ανεπιθύμητους, τσιγγάνους, φτωχούς, αλκοολικούς, εγκληματίες, γυναίκες ελευθερίων ηθών ή σεξουαλικώς διεστραμμένους »... και διάφορα άλλα προσχήματα. Οι αριθμοί τέτοιων περιπτώσεων ανά χώρα, έφθαναν από 11.000 μέχρι 60.000 ανθρώπους ή και περισσότερο.

Περί την κοινωνική ευθανασία διακυβεύονται και τεράστια συμφέροντα φύσεως οικονομικής, όπως Ασφαλιστικών Εταιρειών, Ταμείων Υγείας, Κρατικών Οργανισμών και άλλων. Υπολογίζεται δε ότι, το 20% των δαπανών για την Υγεία στις χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης ξοδεύονται για τις τελευταίες ώρες ζωής των ασθενών. Το κρεβάτι του ετοιμοθάνατου έχει κόστος δαπανών 4 φορές μεγαλύτερο από το κανονικό, ενώ « τα χρήματα δεν επαρκούν για όλους ». Οπότε, πλέον η ζωή του ανθρώπου με την ευθανασία καταλήγει σε λογιστική πράξη. (Αβραμίδης Α. 2009)

Εδώ να σημειώσουμε ότι το έντυπο που υπογράφει ο ασθενής στην ευθανασία δια της μη ανανήψεως, δεν έχει καμία σχέση με τις οδηγίες για μη αναζωογόνηση D.N.R (Do Not Resuscitate Orders), προς τους γιατρούς των μονάδων εντατικής θεραπείας για περιπτώσεις που είναι ατελέσφορο να καταβληθεί προσπάθεια αναζωογόνησης σε περίπτωση καρδιοαναπνευστικής ανακοπής, ή σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου.

Σήμερα γίνονται αποδεκτές η παθητική και η εθελοντική ευθανασία, κι αυτό κυρίως γιατί η ενεργητική στηρίζεται στην πράξη, ενώ η παθητική στην παράληψη.

Σε συνέντευξή του ο Κ Γερουλάνος, διευθυντής της Κ/Χ Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του Ωνασείου Καρδιοχειρουργικού Κέντρου υποστήριξε ότι :

« Σε αντίθεση με τον παλαιότερο όρο □ παθητική □ ή □ ενεργητική □ Ευθανασία □ η σημερινή ορολογία είναι πολύ πιο συγκεκριμένη και συναισθηματικά αποφορτισμένη. Πιστεύουμε δε, ότι πρέπει να γίνει και στην Ελλάδα ευρύτερα αποδεκτή ».

Ο όρος Προτελευταίες Αποφάσεις (End of life decisions) είναι πολύ πιο ακριβής από την λέξη Ευθανασία, διότι πολύ συχνά τα σύνορα ανάμεσα στην παθητική ή ενεργητική Ευθανασία είναι συγκεχυμένα.

Ο όρος Οριοθέτηση Θεραπείας (Withholding therapy) σημαίνει τον περιορισμό ορισμένων μελλοντικών θεραπειών που θα μπορούσαν εάν τις ήθελε ο ασθενής ή και ο ιατρός να εφαρμόσει. Η οριοθέτηση αυτή είναι ανάλογη με την απόφαση ενός χειρουργού να μην εγχειρήσει έναν ασθενή τον οποίο θεωρεί ανεγχείρητο. Ο όρος αυτός έχει σήμερα αντικαταστήσει τον όρο παθητική ευθανασία.

Ο όρος Ανάκληση Θεραπείας (Withdrawing treatment) σημαίνει την άρση, την απόσυρση, το σταμάτημα μιας ήδη εφαρμοζόμενης θεραπείας, η οποία ανακαλούμενη επιφέρει τον θάνατο. Βρίσκεται ανάμεσα στην παθητική και ενεργητική ευθανασία. Και εδώ η διαχωριστική γραμμή δεν είναι πάντα καθαρή.

Ο όρος Συντόμευση του Προθανάτιου Χρόνου (Shortening of dying) δεν ισοδυναμεί πλέον μόνο, όπως εμφανιζόταν παλαιά, με την ενεργητική ευθανασία. Όταν πρόκειται για παρηγορητική χορήγηση παυσίπων όπως μορφίνη, προκειμένου να μην πάσχει ο ασθενής, θεωρείται σήμερα αποδεκτή πρακτική. Παρ' όλο ότι συχνά δεν ξέρουμε εάν με τις υψηλές δόσεις πιθανόν να συντομεύσαμε τον προθανάτιο χρόνο. (Νέτα Σ. 2009)

1.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

1.3.1 ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ

Η ελληνική γλώσσα έχει προσφέρει εκατοντάδες λέξεις στην ορολογία των επιστημών. Οι περισσότερες από αυτές χρησιμοποιούνται αναλλοίωτες. Στην κατηγορία αυτή ανήκει και ο όρος ευθανασία, απαράλλακτος σε γραφή και έννοια σε όλες τις λατινογενείς γλώσσες. Παρότι καταφανώς ελληνική λέξη, στην αρχαία, κλασική και ελληνιστική γραμματεία συναντάται μόλις πέντε φορές. Λόγο για αυτήν κάνουν ο Πολύβιος, ο Φίλων ο Ιουδαίος, ο Κλήμης ο Αλέξανδρος, ο Ποσίδιππος και ο Αίλιος. Για τους προαναφερθέντες συγγραφείς ευθανασία φαίνεται βέβαια να σημαίνει καλός θάνατος, αλλά αυτός επέρχεται μάλλον φυσικά, ως αποτέλεσμα της παρόδου του χρόνου ή ως θείο δώρημα.

Στον Πολύβιο η ευθανασία αναφέρεται ως το « των αγαθών ανδρών άθλον », επιστέγασμα μιας καλής και χρήσιμης ζωής, καθώς κι από τον Φίλιωνα παραλληλίζεται με την ευγηρία ή και ταυτίζεται με αυτήν, ούσα ούτως ή άλλως το μέγιστο αγαθό, ενώ το ίδιο πρεσβεύει και ο Κλήμης, και ο Αίλιος την μνημονεύει ανάμεσα στα μέγιστα αγαθά μαζί με την φιλία, την παιδεία, τον πλούτο και τη δόξα. Καλύτερα από όλους όμως ο κωμωδιογράφος Ποσίδιππος εκφράζει το νόημα αυτής της σπάνιας λέξης λέγοντας πως, από όλα όσα μπορεί να αποσπάσει από τους θεούς ο άνθρωπος, τίποτα δεν εύχεται περισσότερο από την ευθανασία. (Πρωτοπαπαδάκης Ε. 2003)

Στην Κέα εφαρμόζονταν ένα είδος κοινωνικής ευθανασίας, η λεγόμενη «γεροντοκτονία», και όσοι ξεπερνούσαν τα εξήντα χρόνια, έπρεπε να πιουν το κώνειο για να πεθάνουν, υπακούοντας στην αντίληψη ότι όποιος δε μπορεί να ζει καλά και να απολαμβάνει τη ζωή, οφείλει να μη συνεχίζει να ζει.

Ο Αριστοτέλης, αντίθετα, επικρίνει την ευθανασία, με τη μορφή της υποβοηθούμενης από τον ιατρό αυτοκτονίας. Στο έργο του « Ηθικά Ευδήμια » αναφέρει: « Με κανένα τρόπο δεν θα ονομάσουμε ανδρείους αυτούς που αυτοκτονούν - και δεν είναι καθόλου λίγοι – για να γλιτώσουν από τους πόνους ». Από το απόσπασμα αυτό γίνεται έκδηλο ότι η ευθανασία με την ανωτέρω μορφή αποτελούσε μια καθημερινή πρακτική στην αρχαιότητα, με τον άρρωστο να καταφεύγει στην αυτοκτονία, όταν οι πόνοι του γίνονταν

ανυπόφοροι ή όταν δεν προσδοκούσε καμία γιατρεία, με τη λήψη δηλητηρίου που του χορηγούσε ο γιατρός. Αντίθετη στην ευθανασία ήταν η λεγόμενη « Ιπποκρατική Σχολή». Σύμφωνα με τον γνωστό σε όλους Όρκο του Ιπποκράτη – όρκο που διέπει ακόμη και σήμερα την ιατρική ηθική ως ένα σημείο – ο γιατρός απαγορευόταν να χορηγήσει σε ασθενή θανατηφόρο φάρμακο ή να συμβουλευσει ασθενή να κάνει χρήση τέτοιου φαρμάκου, ακόμη και ύστερα από επίμονη αίτηση του τελευταίου, προκειμένου αυτός ν' απαλλαγεί από την ταλαιπωρία και τον πόνο. Η απαγόρευση αυτή αποτελεί μία . ακόμη απόδειξη για την ύπαρξη του προβλήματος της ευθανασίας, - με τη σημερινή μάλιστα ενεργητική της μορφή – κατά την αρχαιότητα. Και οι Πυθαγόρειοι φιλόσοφοι με τη σειρά τους θεωρούσαν αθέμιτη, με όποιον τρόπο κι αν γινόταν, την αφαίρεση της ζωής, ενώ ήταν και οι μόνοι στην αρχαιότητα που απαγόρευαν την αυτοκτονία. (Αγγελάκη Σ. 2008)

Ο Moore το 1516 στο βιβλίο του Ουτοπία αναφέρει ότι: « Όταν εκτός από αθεράπευτη, η ασθένεια προκαλεί και ασταμάτητο βασανιστικό πόνο, μερικοί ιερείς και αξιωματούχοι επισκέπτονται τον άρρωστο και του λένε τα εξής περίπου: 'Ας δούμε τα πράγματα όπως είναι. Ποτέ δεν θα μπορέσεις να ζήσεις φυσιολογικά. Φέρνεις μονάχα ενόχληση στους άλλους και βάρος στον εαυτό σου- στην πραγματικότητα ζεις μια μεταθανάτια ζωή. Γι αυτό, γιατί να συνεχίσεις να τρέφεις το μικρόβιο; Εφ' όσον η ζωή σου είναι βασανιστική, γιατί διστάζεις να πεθάνεις;' Εάν ο άρρωστος βρει τα επιχειρήματα αυτά πειστικά, είτε δεν τρώει μέχρι να πεθάνει, είτε του δίνουνε υπνωτικό και βάζουν ανώδυνο τέλος στα βάσανά του ». (Moore T. 1984)

Είναι γνωστό το ενδιαφέρον που οι μακρινοί μας πρόγονοι έδειχναν για το τέλος της ζωής τους, αφού πίστευαν ότι αποτελούσε το επιστέγασμα μιας ζωής, ικανό να την αμαυρώσει ή να την καθιερώσει. Η σχέση τους με τον θάνατο ήταν διαφορετική, άλλωστε και ο θάνατος ήταν εν πολλοίς διαφορετικός. Οι συνθήκες ήταν προφανώς αλλιώς και ο αρχαίος Έλληνας κανένα λόγο δεν είχε να σκέφτεται εάν θα καταφέρει να τελειώσει χωρίς πόνο την ζωή του. Ενδιαφερόταν περισσότερο για την αδυναμία που επιφέρουν τα γηρατειά, μια πιθανή πηγή ταπείνωσης, κάτι που θα του στερούσε ότι μια ολόκληρη ζωή αποζητούσε: την αθανασία μέσω της δόξας, δηλαδή την υστεροφημία.

Παρόλο το γεγονός όμως ότι ο όρος « ευθανασία » τις λίγες φορές που

χρησιμοποιούσαν σήμαινε κάτι εντελώς διαφορετικό απ' ότι σήμερα, το ζήτημα της επίσπευσης του θανάτου φαίνεται πως απασχόλησε σοβαρά τον αρχαιοελληνικό στοχασμό. Ο όρκος του Ιπποκράτη αποτελεί απόδειξη τούτου, το γεγονός δε πως ένα τέτοιο κείμενο παίρνει θέση ενάντια στην ευθανασία φανερώνει πως κάθε άλλο παρά περιθωριακό για την αρχαιοελληνική διάνοηση ήταν αυτό. Στην αρχαία Σπάρτη, άλλωστε, είναι γνωστό πως μια μορφή ευθανασίας, η λεγόμενη σήμερα ευγονική, ήταν καθιερωμένη πρακτική (Καιάδας). 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. 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.

Ο ίδιος ο Πλάτωνας συμφωνεί με την ευθανασία υποστηρίζοντας πως σε μια ιδανική πολιτεία οι μη υγιείς στο σώμα πρέπει να εγκαταλείπονται για να πεθάνουν. Ερωτώμενος μάλιστα, εάν θα νομοθετούσε για την πόλη μια « ιατρική » και μια « δικαστική » που θα φρόντιζε μόνο για εκείνους τους πολίτες που είναι υγιείς ως προς το σώμα αλλά και την ψυχή, η οποία θα άφηνε να πεθάνουν όσοι δεν είναι σωματικά υγιείς ενώ τους έχοντας κακή εκ φύσεως ψυχή θα καταδίκασε σε θάνατο, απαντά πως αυτό θα ήταν το καλύτερο τόσο για την πόλη όσο και για τους ίδιους. Προτείνει δηλαδή ο Πλάτων ευθανασία για κοινωνικούς κυρίως λόγους, αφού στο συγκεκριμένο έργο ως νομοθέτης λειτουργεί. Αντιδρά, επίσης, 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. (Πλάτων 365 π.Χ.)

1.3.2 ΜΕΣΑΙΩΝΑΣ

Στα χρόνια που ακολούθησαν οι ιστορικές συνθήκες και οι μεταβολές στην ανθρώπινη ζωή απέσπασαν το ενδιαφέρον από το τέλος της ζωής, το οποίο θεωρήθηκε αποκλειστικά έργο του Θεού, και το έστρεψαν στον τρόπο ζωής. Η έννοια του θανάτου,

ανθρωποποιήθηκε, και έτσι από απαραίτητο στάδιο της ζωής, όπως ήταν για τους αρχαίους Έλληνες, αναδύθηκε ως αρχέτυπη εικόνα του μαύρου καβαλάρη ή του θεριστή στην Δύση, εικόνες άσχετες με την παρακαταθήκη του Ελληνισμού, οι οποίες υποδηλώνουν την διαφορά στάσης των εποχών και των λαών απέναντι στον θάνατο. Αυτό που κάποτε ήταν αναπόσπαστο, και σε καμία περίπτωση τελευταίο, στάδιο της ζωής, τώρα είναι ξένο στην αρχή και αργότερα, με την επανάσταση στην ιατρική, εχθρικό.

Αν ο Αλκιβιάδης ή ο Δημοσθένης είχαν γεννηθεί κατά την διάρκεια του Μεσαίωνα μόνο δια της νηστείας θα μπορούσαν να επιδιώξουν το απονενομημένο διάβημα. Σε μια εποχή λοιπόν που η ζωή θεωρείται ως απόλυτο αγαθό, ως θείο δώρο, και η αμφισβήτησή της θίγει τον άνθρωπο, καμία θέση δεν υπάρχει για ιδέες όπως η ευθανασία.

Στα τέλη όμως μιας τέτοιας εποχής, και από έναν καθολικό, γίνεται για πρώτη φορά χρήση του όρου ευθανασία με τρόπο παραπλήσιο με τον σύγχρονο. Ο άγγλος φιλόσοφος, πολιτικός και νομικός Francis Bacon μεταφέρει στην αγγλική γλώσσα αυτούσια την ελληνική λέξη για να δηλώσει την επίσπευση του θανάτου με σκοπό την αποφυγή του σωματικού πόνου ή τον τερματισμό μιας γεμάτης βάσανα και δυστυχίας ζωής. Ο ίδιος είναι υπέρμαχος της, αφού υποστηρίζει πως έργο της ιατρικής είναι η αποκατάσταση της υγείας και η καταπράυνση των πόνων του ασθενούς, η οποία καταπράυνση αυτή έχει αξία όχι μόνον όταν οδηγεί στην ίαση, αλλά και όταν χρησιμεύει στην παροχή ενός θανάτου γαλήνιου και εύκολου. (Πρωτοπαπαδάκης Ευ. 2003)

1.3.3 ΝΕΟΤΕΡΑ ΧΡΟΝΙΑ

Ναζιστική Γερμανία

Η επάνοδος του θέματος στο προσκήνιο ύστερα από τον 19^ο αιώνα, τον αιώνα του ανθρωπισμού, ήταν αναμενόμενη. Το περιεχόμενο όμως και η μορφή που πήρε ήταν απροσδόκητο όσο και αποκρουστικό. Το 1920 οι Alfred Hoche, καθηγητής Ψυχιατρικής στο Freiburg, και ο Karl Binding, καθηγητής νομικής στη Λειψία, εξέδωσαν μια μελέτη σχετικά με την παύση της ζωής του ασθενούς κατόπιν απαίτησής του, όπου υποστήριζαν πως ασθενείς που ζητούσαν υποβοήθηση στον θάνατον θα έπρεπε, κάτω από κάποιες πολύ προσεκτικά ελεγμένες συνθήκες, να μπορούν να την λάβουν από κάποιον γιατρό.

Η βοήθεια αυτή ήταν, κατά τους δυο επιστήμονες, σύμφωνη με την ιατρική ηθική και κυρίως μια λύση γεμάτη συμπόνια σε ένα επώδυνο πρόβλημα. Η συμπόνια αυτή δεν θα έπρεπε όμως να περιοριστεί κατά τους συγγραφείς στους εθελοντές, αλλά και στα « άδεια κελύφη ανθρωπίνων όντων », όπως οι με εγκεφαλική βλάβη ασθενείς, οι τρόφιμοι ψυχιατρείου και οι διανοητικώς καθυστερημένοι, εάν βέβαια με επιστημονικά κριτήρια μπορούσε να αποδειχθεί « μη δυνατότητα βελτίωσης ενός ψυχικά νεκρού ατόμου », και υποστήριζαν ότι τα κέρδη για την κοινωνία θα ήταν μεγάλα εάν η οικονομική ενίσχυση που κατευθυνόταν στην διατήρηση και φροντίδα « ασήμαντης ζωής » διοχετευόταν σε αυτούς που πραγματικά την χρειάζονταν, τους κοινωνικά και ψυχοσωματικά υγιείς.

(Γιανναράς Χ. 2000)

Η πρώτη φάση του προγράμματος ευθανασίας των Ναζί ήταν γνωστή ως « πρόγραμμα ευθανασίας παιδιών ». Τον Αύγουστο του 1939, μια εγκύκλιος που εκδόθηκε από το Υπουργείο Εσωτερικών του Ράιχ έδινε την εντολή « να αναφέρονται οι γεννήσεις βρεφών με παραμορφώσεις ». Έπρεπε να καταγράφονται όλα τα νεογνά για τα οποία υπήρχαν υπόνοιες ότι έπασχαν από : Ιδιοτεία και μογγολισμό, μικροκεφαλία, υδροκεφαλία, παραμορφώσεις και ακρωτηριασμούς, παράλυση καθώς και τη νόσο Little. Μερικά από τα βρέφη αυτά ταυτοποιούνταν και μαρκάρονταν ως υποψήφια για το θάνατο. Τα βρέφη της ομάδας αυτής μεταφέρονταν σε ειδικές παιδιατρικές κλινικές, όπου πέθαιναν είτε από ασιτία, είτε από θανατηφόρες ενέσεις, είτε από ασθένειες οφειλόμενες στην υποθρεψία. Αναφέρεται ότι οι γονείς πιεζόντουσαν για να δώσουν την άδειά τους, και ότι τα παιδιά τα έπαιρναν με την πρόφαση ότι σ' αυτές τις κλινικές θα τους παρεχόταν η καλύτερη δυνατή θεραπεία. (Beauchamp T. 2007)

Μια δημοσκόπηση το 1920 αποκάλυψε πως το 73% των γονέων και κηδεμόνων βαρέως αναπήρων παιδιών θα επικροτούσαν τον τερματισμό της ζωής σε παιδιά όπως τα δικά τους, βέβαια από ειδικευμένο ιατρικό προσωπικό. Η πρώτη γνωστή περίπτωση εφαρμογής της παραπάνω θέσης είναι αυτή του βρέφους Knauer, του οποίου την ευθανασία ζήτησε ο ίδιος ο πατέρας του από τον Αδόλφο Χίτλερ επειδή γεννήθηκε τυφλό, διανοητικά καθυστερημένο και σωματικά όχι άρτιο, υποστηρίζοντας σίγουρα ότι στην κατάσταση αυτή θα ήταν καλύτερος ο θάνατος για το βρέφος, και ο Χίτλερ, αφού συμβουλευτήκε τον προσωπικό του γιατρό, τον Karl Brandt, έκανε δεχτή την έκκληση του πατέρα. Έτσι τους αμέσως επόμενους μήνες σχηματίστηκε μια επιτροπή με σκοπό να

καθιερώσει πρακτικές μεθόδους με τις οποίες θα « δώριζαν » το θάνατο σε ανθρώπους που δεν είχαν προοπτικές φυσιολογικής ζωής. (Γιανναράς Χ. 2000)

Το πρόγραμμα ευθανασίας ενηλίκων του Χίτλερ διοργανώθηκε ξεχωριστά από το αντίστοιχο πρόγραμμα για παιδιά κι είχε διαφορετική προϊστορία. Ξεκίνησε με μια δήλωση που έκανε τον Αύγουστο του 1939 ο Phillip Bouhler, ότι ο σκοπός της εξόντωσης ατόμων « που ζούσαν ενώ δεν άξιζαν να ζουν » δεν ήταν μόνο η συνέχιση του « αγώνα κατά των γενετικών νοσημάτων, αλλά και η απελευθέρωση νοσοκομειακών κλινών και προσωπικού για τον επερχόμενο πόλεμο ». Το πρόγραμμα επικεντρώθηκε στους ενήλικους χρόνιους ασθενείς, και ιδιαίτερα στους πάσχοντες από ψυχικά νοσήματα. Σε μεταγενέστερη φάση το πρόγραμμα ονομαζόταν άγρια ευθανασία και οι γιατροί είχαν τη δυνατότητα να ενεργούν με δική τους πρωτοβουλία όσον αφορά τις αποφάσεις για το ποιος θα ζούσε και ποιος θα πέθαινε. (Beauchamp T. 2007)

Στο νοσοκομείο Eglfing - Haar ως μέσο χρησιμοποιήθηκε η πείνα ενώ σε άλλα η έλλειψη θέρμανσης, έτσι όταν ο Hermann Pfannmuller δημιούργησε « Hungerhauser » για γέροντες, η ευθανασία στην Γερμανία αποτελούσε ήδη υπόθεση ιατρικής ρουτίνας. . (www.eythanasia\T-4Βικιπαιδεια.gr. 2008)

Η τακτική της ναζιστικής Γερμανίας απέναντι στους Εβραίους, τους ομοφυλόφιλους και άλλες κατηγορίες πληθυσμού βασίστηκε στην παραπάνω προγενέστερη τακτική, πράγμα που οι επικριτές της ευθανασίας δεν χάνουν ευκαιρία να τονίζουν. Πράγματι, μέχρι το ξέσπασμα του δευτέρου παγκοσμίου πολέμου 300.000 άτομα θανατώθηκαν στην Γερμανία με την θέλησή τους ή χωρίς, πάντοτε για ανθρωπιστικούς λόγους, εκ των οποίων 50.000 ήταν ανάπηρα βρέφη, 100.000 ψυχικά διαταραγμένοι, 100.000 Εβραίοι και 50.000 αγνώστου αιτιολογίας. Ανεξάρτητα από το εάν κάποιος τάσσεται υπέρ ή κατά της ευθανασίας, δεν μπορεί παρά να δεχθεί πως, η κοινή γνώμη προβληματίστηκε για το αν για κάποιους ανθρώπους η ζωή αποτελεί βάρος από το οποίο η απαλλαγή τους θα αποτελούσε ένδειξη ανθρωπισμού. Βέβαια πολλές φορές οι άνθρωποι αυτοί σαφώς δήλωναν την θέλησή τους για ζωή. Η μαζική, αργή και βασανιστική πολλές φορές δολοφονία επτά περίπου εκατομμυρίων ανθρώπων ονομάστηκε από τον γερμανικό ναζισμό ευθανασία. Καλός θάνατος, δηλαδή, είτε για το άτομο, είτε για την κοινωνία, ή και για τους δυο. Η θέση αυτή υποστηρίχθηκε μέχρι τέλους. Ο Brandt στην κατάθεσή του κατά την δίκη του στην Νυρεμβέργη επέμεινε:

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

(Γιανναράς Χ. 2000)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

ΘΡΗΣΚΕΙΑ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

2.1 Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗ ΘΡΗΣΚΕΙΑ

Η θρησκεία γενικότερα πέρα από τις ανθρωπιστικές απόψεις που πρεσβεύει, κατά κύριο λόγο αδυνατεί να δώσει τη συγκατάθεσή της και την υποστήριξή της σε περιπτώσεις ευθανασίας λόγω του ότι αντιφάσκει με το βαθύτερο νόημα της σχέσης Θεού και ανθρώπου, κάτι που ισχύει σε όλες τις θρησκείες, ανεξαρτήτως του πως ονομάζουν το Θεό τους και σε ποια εκκλησία ανήκουν.

Η ευθανασία κατά τις τρεις μονοθεϊστικές θρησκείες : Εξετάζοντας τις τρεις μονοθεϊστικές θρησκείες, τον Ιουδαϊσμό, τον Χριστιανισμό και το Ισλάμ, βλέπουμε ότι οι θρησκείες αυτές επιδοκιμάζουν την αξία της ζωής και αποδέχονται την ιατρική αγωγή και τεχνολογία που θεραπεύει και παρατείνει την ανθρώπινη ζωή. Το μεγάλο όμως πρόβλημα για τις τρεις μονοθεϊστικές θρησκείες είναι η ευθανασία, την οποία αποδοκιμάζουν. Για τις μονοθεϊστικές θρησκείες ο άνθρωπος είναι δημιούργημα του Θεού, και επομένως η ζωή δεν ανήκει σ' αυτόν, αλλά στα χέρια του δημιουργού του, που τον έπλασε και τον έφερε στην ύπαρξη. Τόσο η Ιουδαϊκή θρησκεία όσο και ο Χριστιανισμός δέχονται ότι ο άνθρωπος δημιουργήθηκε « κατ' εικόνα » και « καθ' ομοίωσιν » του Θεού, πράγμα που σημαίνει ότι προικίστηκε με λογική και ελευθερία βούλησης και είναι υπεύθυνος να αποφασίζει για τον εαυτό του και το καλό της ανθρωπότητας. Ότι η ζωή είναι ιερή και απαγορεύεται να την αφαιρούμε, δέχεται και το Ισλάμ με τις δικές του ερμηνείες. Για το Ισλάμ ο άνθρωπος είναι ο εκπρόσωπος του Θεού επί της γης. Έτσι, τόσο το Ισλάμ όσο και ο Χριστιανισμός και ο Ιουδαϊσμός, με τις ιδιαίτερες ερμηνείες του ο καθένας, δέχονται ότι ο άνθρωπος οφείλει να είναι καλός διαχειριστής της θείας δημιουργίας, αλλά δεν έχει το δικαίωμα να την καταστρέφει. Η ζωή και η δημιουργία δεν ανήκουν σ' αυτόν αλλά στον Θεό. (Ζιάκα Α. 2009)

Οι μεγάλες θρησκείες και πολιτισμοί της Άπω Ανατολής έχουν μια διαφορετική αντίληψη για τον κόσμο και τη ζωή. Ο άνθρωπος είναι μέρος του κόσμου και της αρμονίας του.

Τζαϊνισμός : Μεγάλη έμφαση στην ανακύκλιση των ψυχών, στο κάρμα και στην επαναγέννηση δίνει ο Τζαϊνισμός, ένα σύστημα που γεννήθηκε στην βόρειο - ανατολική Ινδία τον 6ο π.Χ. αιώνα, συγχρόνως με τον Βουδισμό, από τον δάσκαλο Μαχαβίρα ή Τζίνα (540-467), και μολονότι αποτελεί μειοψηφία στα εκατομμύρια των Ινδοϊστών,

παίζει σημαντικό ρόλο στην κοινωνική ζωή της Ινδίας. Ο Τζαϊνισμός κυρίως είναι εκείνος που ανέπτυξε την αρχή της Αχίμζα, της μη βίας προς όλα τα ζωντανά όντα. Ο σεβασμός αυτός προς τη ζωή οφείλεται στον τζαϊνιστικό παμψυχισμό, στην πίστη δηλαδή ότι όλα τα όντα και τα πράγματα όχι μόνον τα ζώα, αλλά και τα φυτά και οι πέτρες και οι σταγόνες του νερού έχουν ψυχές. Η πίστη αυτή στην αχίμζα που με αυστηρότητα τηρούν οι Τζαϊνιστές, διατυπώνεται ως εξής στα ιερά τους κείμενα:

« Σας λέγω λοιπόν τα εξής: όλοι οι τέλειοι και οι σεβάσμιοι του παρελθόντος, του παρόντος και του μέλλοντος, όλοι έτσι λένε, έτσι κηρύττουν, έτσι εξηγούν: κανένα είδος από τα δημιουργήματα, κανένα είδος από τα εμπυχωμένα πράγματα, κανένα ον δεν επιτρέπεται να φονεύετε, να κακομεταχειρίζεστε, ούτε να το βρίζετε, ούτε να το βασανίζετε, ούτε να το καταδιώκετε. Αυτή είναι η καθαρή, αιώνια, διαρκής θρησκευτική εντολή, η οποία κηρύχθηκε από τους σοφούς που γνωρίζουν τον κόσμο. » Απέναντι στην αρχή αυτή που σέβεται κάθε ζωή, φαίνεται να στηρίζεται η άρνησή τους στο να εκτελέσουν ευθανασία ή στο να αφαιρέσουν την ίδια τους τη ζωή.

Ινδοϊσμός : Η Ινδία είναι ένας μεγάλος πολιτισμός με πανάρχαια ιστορία, η οποία υπερβαίνει τα 4000 χρόνια. Κατά την ιστορική της διαδρομή σημειώθηκαν πολλές αλλαγές και ο σημερινός Ινδοϊσμός διακρίνεται για μια ποικιλία θρησκευτικών αντιλήψεων και ιδεολογιών, τις οποίες όμως διέπουν και συνέχουν ορισμένες βασικές αρχές. Σε όλη την ινδική σκέψη και ζωή, από την αρχαιότατη εποχή των Βεδών (1500 π.Χ.) έως σήμερα το διακριτικό γνώρισμα είναι η επικέντρωση στο πνευματικό στοιχείο της ύπαρξης. Ούτε ο άνθρωπος ούτε το σύμπαν θεωρούνται υλικά κατά την ουσία τους και η υλική ευημερία δεν αναγνωρίζεται ως σκοπός και τέλος της ανθρώπινης ζωής. Το κάρμα και η επαναγέννηση ή μετενσάρκωση, είναι τα μέσα με τα οποία η ηθική τάξη του σύμπαντος, το ντάρμα, καθορίζει τη ζωή του ανθρώπου. Βασική είναι η πίστη του Ινδοϊσμού ότι ο κόσμος και ο άνθρωπος υπόκεινται σε μια ατελεύτητη πορεία συνεχών γεννήσεων και θανάτων, σε μια αιώνια ανακύκληση. Αιτία της ανακύκλησης είναι οι προσωπικές πράξεις των όντων που λέγονται κάρμα, και συνιστούν έναν αδυσώπητο νόμο ανταπόδοσης. Οι πράξεις της ζωής κάθε όντος είναι η αιτία της μετενσάρκωσης και ανακύκλησής του (σαμσάρα) και αυτές καθορίζουν τη μορφή και την τύχη της νέας μετενσάρκωσης στον παρόντα κόσμο της φθοράς. Ο καθένας είναι άξιος της δικής του τύχης και αν παραβιάσει την τύχη του άλλου, υπόκειται ο ίδιος στο νόμο του κάρμα και

του *ντάρμα*. Το ύψιστο ιδεώδες είναι η *μόζα*, δηλαδή η απελευθέρωση από τα δεσμά του κύκλου των γεννήσεων, των θανάτων και των επαναγεννήσεων. Για την επίτευξη της απελευθέρωσης χρειάζεται η γνώση, δηλαδή η αυτογνωσία και η συνειδητοποίηση της αληθινής φύσης του ανθρώπου, η οποία είναι ταυτόσημη με την ενιαία πραγματικότητα του κόσμου (το Βράχμαν). Η αναζήτηση της απελευθέρωσης (μόζα) καθορίζει και τη στάση του Ινδού απέναντι στη ζωή. Η ζωή αλυσοδεμένη στον κύκλο των συνεχών μετενσαρκώσεων δεν έχει αξία. Είναι πηγή θλίψεων. Από την άλλη μεριά όμως ο άνθρωπος δεν αγνοεί την ατομική του εγκόσμια ζωή αλλά τη θεωρεί απαραίτητη για την επίτευξη της απολύτρωσης. Μέσα στα όρια της κοσμοθεωρίας αυτής εντάσσονται και οι απόψεις του Ινδοϊσμού περί ευθανασίας. Οι περισσότεροι από τους Ινδοϊστές δέχονται ότι η εφαρμογή της ευθανασίας σε ασθενή προκαλεί τον βίαιο χωρισμό της ψυχής από το σώμα σε χρόνο αφύσικο του κύκλου που έχει καθορίσει ο αιώνιος νόμος (ντάρμα), και επομένως θα κοστίζει την επαναγέννηση σε άλλη ζωή, αθλιότερη της παρούσης, τόσο στον ασθενή όσο και στον γιατρό που θα προβεί στην αφύσικη και βίαιη πράξη της ευθανασίας. Λέγεται μάλιστα ότι ο γιατρός θα επωμισθεί και το ανολοκλήρωτο κάρμα του ασθενούς, δηλαδή το έργο του που έμεινε ατελές, λόγω της απότομης διακοπής της ζωής του. Άλλοι Ινδοϊστές πιστεύουν ότι η ευθανασία δεν είναι δυνατό να εφαρμοστεί, διότι παραβιάζει τη βασική ινδική αρχή της *αχίμζα*, της μη βίας προς όλα τα ζωντανά όντα και του σεβασμού της ζωής. Πολλοί επίσης θεωρούν ότι η παράταση της ζωής με τεχνητά μέσα είναι παραβίαση της φυσικής πορείας του ανθρώπου. Άλλοι όμως αποδέχονται τα καλά της σύγχρονης τεχνολογίας. Ο εκούσιος τερματισμός της ζωής είναι ανεκτός μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις που αποβλέπουν είτε στο καλό του κοινωνικού συνόλου ή σε περιπτώσεις που ένας μεγάλος ασκητής του Ινδοϊσμού συνειδητοποιεί, ότι έφθασε σε υψηλά επίπεδα τελείωσης, οπότε καταφρονεί τον θάνατο ελπίζοντας ότι θα πετύχει την απολύτρωση ή τουλάχιστον έναν καλύτερο κύκλο ύπαρξης.

Βουδισμός : Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσες για το θέμα της ζωής και της ευθανασίας είναι οι απόψεις του Βουδισμού, μιας απολυτρωτικής θρησκείας, που γεννήθηκε τον 6ο π.Χ. αιώνα στην βορειοανατολική Ινδία και παίζει για αιώνες μεγάλο ρόλο στις περισσότερες χώρες της Άπω Ανατολής. Ο Βούδας μένει στην εμπειρική κατάσταση του όντος, που το βλέπει να πονά και να υποφέρει από τις δοκιμασίες της ζωής. Ο πόνος του ανθρώπου και

όλων των όντων αποτελεί την αφετηρία και το κέντρο της διδασκαλίας του. Οι τέσσερις ευγενείς αλήθειες που αποτελούν τον πυρήνα της διδασκαλίας του αναφέρονται ακριβώς στον πόνο του ανθρώπου και όλων των όντων, ιδιαίτερα μάλιστα στο γήρας, την ασθένεια και τον θάνατο και προτείνουν δρόμους σωτηρίας. Στο σημείο αυτό ο Βούδας ενεργεί σαν γιατρός: πρώτα κάνει τη διάγνωση της αιτίας και προέλευσης του πόνου και έπειτα προβαίνει στη θεραπεία, δείχνει δηλαδή τον δρόμο που πρέπει να ακολουθήσει ο άνθρωπος για να φύγει από τον οδυνηρό κύκλο της ζωής και να αποκτήσει την ευδαιμονία (νιρβάνα). Τίποτα δεν μπορεί να αντισταθεί στην καθολική δύναμη του θανάτου. Επομένως η ζωή είναι ένα ποτάμι που έρχεται και φεύγει. Αν λάβουμε υπόψη όλα τα παραπάνω, καθώς και την τελευταία προτροπή του Βούδα στους μαθητές του, ότι « η φθορά είναι ο νόμος των πραγμάτων », « μην εγκαταλείπετε τον άοκνο αγώνα σας », συμπεραίνουμε ότι ο Βουδισμός δεν μπορεί να αποδεχθεί την ευθανασία, διότι μια τέτοια ενέργεια θα οδηγούσε τον άνθρωπο στον φαύλο κύκλο των μετενσαρκώσεων και θα στερούσε τον άνθρωπο από την επίτευξη του ύψιστου αγαθού, που είναι το νιρβάνα. Είναι ενδεικτικό ότι παρά το γεγονός ότι Βουδισμός θεωρεί τον κόσμο ως πηγή πόνου και θλίψης, ωστόσο δεν συνιστά την βίαιη φυγή από τον οδυνηρό κόσμο. Με το πνεύμα αυτό τα τελευταία χρόνια ο πνευματικός ηγέτης του Θιβέτ, ο Δαλάι Λάμα, ο οποίος από το 1959 ζει εξόριστος στην Ινδία, επέκρινε τις προτάσεις για ευθανασία. Ο Βουδισμός δεν έχει πάρει επίσημη στάση απέναντι στην αποφυγή ή μη της ευθανασίας, και αυτό μεταφράζεται από ορισμένους διανοούμενους της εποχής μας ως ανοχή απέναντι στην πράξη της ευθανασίας, λόγω του ότι ο Βουδισμός είναι η θρησκεία του οίκτου και της συμπόνιας προς τον άνθρωπο και όλα τα όντα. Όμως είναι ξεκάθαρο πως ο Βουδισμός δεν αποδέχεται την αυτοκτονία και την ευθανασία, παρά μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις μοναχών, οι οποίοι έχουν φτάσει σε υψηλά στάδια πνευματικής καλλιέργειας και προβαίνουν στην αυτοκτονία ως διαμαρτυρία για το γενικότερο καλό. Οι Βουδιστές του Θιβέτ, το 1950 και το 1959 δεν προέβαλαν καμία αντίσταση στα κινεζικά στρατεύματα που κατέλυσαν την ελευθερία τους και την πνευματική τους ζωή, διότι στηρίχθηκαν στην βουδιστική αρχή περί οίκτου, σύμφωνα με την οποία ο Βουδιστής δεν μπορεί να παραβιάσει κανένα ον.

Κομφουκισμός : Ο κινεζικός οικουμενισμός, η αντίληψη δηλαδή ότι τον κόσμο διέπει η αρμονία του μικρόκοσμου και του μακρόκοσμου, έμαθε στον κινεζικό λαό να βρίσκει

οργανική ενότητα ανάμεσα στις αντιθέσεις της ζωής και να ζει με θετικό τρόπο την τάξη και την αρμονία του σύμπαντος. Ο Κομφούκιος, θεωρεί το ανθρώπινο σώμα δώρο του ουρανού και δέχεται ότι ο άνθρωπος, που είναι φύσει αγαθός, μπορεί να γίνει αληθινός άνθρωπος εφόσον εναρμονίζει τον εαυτό του με το Τάο, την οδό του παγκόσμιου ηθικού νόμου, ή αλλιώς τη θέληση του Ουρανού, και ακολουθεί τους κανόνες της κοινωνικής ευγένειας, που επιβάλλουν τον αμοιβαίο σεβασμό. Με τον τρόπο αυτό δημιουργείται μια ολόκληρη αξιολογική βαθμίδα σχέσεων και καθηκόντων, και ακριβώς σ' αυτή την αξιολογική βαθμίδα μπορεί να ρυθμιστεί και το πρόβλημα της ευθανασίας. Με βάση την αρχή αυτή μπροστά στο ζήτημα της ευθανασίας ένας κομφουκιστής δεν θα ανατρέξει στην ηθική του αυτονομία και στο δικαίωμά του να αποφασίζει για την ζωή του, αρετές τις οποίες επικαλείται ο άνθρωπος της Δύσης, αλλά θα ζητήσει να μάθει πρώτον, αν μια τέτοια απόφαση συνάδει με την κοινωνική σταθερότητα και αρμονία των ανθρώπινων σχέσεων και δεύτερον, αν προωθεί τις κύριες κομφουκικές ηθικές αρετές της ανθρωπιάς και της τιμότητας. Επομένως ο γιος ή η κόρη που εκφράζουν τον βαθύ τους σεβασμό προς τον ασθενή πατέρα, θα δεχθούν κάθε ιατρικό μέσο που θα ανακουφίσει τους όνους του, αλλά θα είναι πολύ σκεπτικοί απέναντι στην εφαρμογή της ευθανασίας. Ιστορικές μαρτυρίες, ότι ο Κομφουκισμός επιδοκίμαζε τον « αξιοπρεπή θάνατο », δηλαδή την αυτοκτονία, στην οποία προέβαιναν ορισμένοι άνθρωποι για να αποφύγουν τον πολιτικό εξευτελισμό, τον διασυρμό και την ατίμωση, ερμηνεύονται σήμερα από τους θιασώτες της ευθανασίας ως συναίνεση του Κομφουκισμού στην ευθανασία. Πράγματι ο Κομφουκισμός δέχεται τον « αξιοπρεπή θάνατο », με πολιτική όμως γλώσσα: όταν δηλαδή ο άνθρωπος αντιμετωπίζει την ατίμωση από εξωτερικό και βάρβαρο εχθρό (πολιτική εξουσία, αυτοκράτορα, κράτος κ.λπ.). Ωστόσο η αρρώστια που καταβάλλει τον άνθρωπο, το άθλιο γήρας, και η σωματική και πνευματική φθορά, δεν αντιμετωπίζονται από την ηθική ως « εξωτερικός εχθρός », ώστε να οδηγήσουν τον άνθρωπο στον « αξιοπρεπή θάνατο », δηλαδή την ευθανασία, αλλά ως ένα φαινόμενο παγκόσμιο και πανανθρώπινο που χρειάζεται την ανθρώπινη φροντίδα και την ιατρική αγωγή.

Ταοϊσμός : Την επιστροφή στην απλή και αυθόρμητη ζωή της φύσης, όπου ο άνθρωπος θα ακούει τον παλμό και την αρμονία της, εισηγείται το δεύτερο μεγάλο σύστημα της Κίνας, ο Ταοϊσμός. Η φύση είναι το βιβλίο του Τάο ή αλλιώς της παγκόσμιας αρχής που αποτελεί την ουσία του κόσμου, όπως εκφράζεται στο πασίγνωστο βιβλίο

« Τάο-Τε-Τσιγγ ». Το Τάο είναι τα πάντα. Η πρώτη αρχή, η αρμονική διάταξη του σύμπαντος, η κατευθυντήρια γραμμή της ζωής, όλος ο κόσμος. Η εσωτερική φύση του Τάο είναι ακατάληπτη, εκδηλώνεται όμως στην ποικιλία της φύσης. Η φύση είναι το μεγάλο εργαστήριο του κόσμου, που δημιουργεί τα πάντα και εκφράζεται με ηρεμία. Δύο αντιτιθέμενες αλλά συμπληρωματικές μεταξύ τους αρχές του κόσμου, το γιν και το γιάνγκ, το θετικό και το αρνητικό, το φως και το σκότος, η ύλη και το πνεύμα, η ζωή και ο θάνατος, διέπουν την αρμονία της φύσης. Σ' αυτές τις αρχές που φαίνονται αντιτιθέμενες μεταξύ τους αλλά στην πραγματικότητα συμπληρώνει η μία την άλλη, στηρίζεται όλη η πορεία του κόσμου. Εδώ βρίσκεται και η καρτερικότητα των ταοϊστών απέναντι στις συμφορές της ζωής. Αφού τα πάντα εναλλάσσονται και την άνθηση την ακολουθεί ο μαρασμός, σημαίνει ότι η ευτυχία κερδίζεται μόνο με την αναστολή της επιτυχίας και η ζωή μόνον με την αναστολή του γήρατος. Αν ο άνθρωπος συνειδητοποιήσει την εναλλασσόμενη πραγματικότητα της ζωής, θα αποδεχθεί τις χαρές και τις θλίψεις του βίου, τη ζωή και τον θάνατο και θα κερδίσει ένα είδος εσωτερικής γαλήνης. Κοινή άποψη του Ταοϊσμού είναι η ενθάρρυνση των ανθρώπων να ζουν χωρίς εξαρτήσεις και να είναι ήρεμοι. Να αναπαύονται στην απραξία και να χαμογελούν στις δυσκολίες της ζωής. Επιδίωξη του Ταοϊσμού είναι η αθανασία του σώματος. Όλοι οι μεγάλοι μύστες του Ταοϊσμού αναζητούν την αθανασία του σώματος με λεπτές μεθόδους φυσιολογίας και με την αλχημεία, και επιδιώκουν να ζήσουν και να ενώσουν βαθιά μέσα τους τις δύο αρχές της έσχατης αλήθειας, το γιν και το γιάνγκ, την ύλη και το πνεύμα, την ζωή και τον θάνατο. Σημαντικό για τους ταοϊστές δεν είναι οι καλές πράξεις, αλλά η καλλιέργεια αγαθών προσώπων που θα δρουν σε αρμονία με τα πράγματα του κόσμου και τους ανθρώπους. Εάν ένας ταοϊστής θέλει να ζει καλά, πρέπει να ενεργεί σύμφωνα με το Τάο και να βλέπει τι είναι άριστο στην φυσική τάξη των πραγμάτων. Σ' αυτή τη συνάφεια ο ταοϊστής θέτει έντονα το ερώτημα της θεραπείας του ανθρώπου και της παράτασης στον μέγιστο δυνατό χρόνο της ζωής. Η λύση όμως του προβλήματος αυτού δυσκολεύεται όταν επεμβαίνει η έξωθεν ιατρική, και κυρίως η μηχανική υποστήριξη του ασθενούς. Ο ταοϊστής δέχεται μόνο τις ήπιες ιατρικές θεραπείες και μόνο στην περίπτωση που το σώμα του ασθενούς θα μπορέσει να ανανήψει και να επιστρέψει στην αρχική φυσική του κατάσταση, σύμφωνα με την φυσική ροή του Τάο. Αν όμως η ιατρική επέμβαση είναι μάταιη και ο άνθρωπος τείνει προς τον θάνατο, τότε ο ταοϊστής θεωρεί

ως πρόπον και αγαθό να αφηθεί στο Τάο. Πρόκειται δηλαδή για ένα είδος παθητικής ευθανασίας, αφού δεν γίνεται αποδεκτή η τεχνητή υποστήριξη ασθενούς . (Ζιάκα Αγ. 2009)

Ίσως πιο ελαστική στάση έχουν οι προτεστάντες όπου το δικαίωμα στο θάνατο με αξιοπρέπεια είναι δικαίωμα του ασθενή, ενώ η Ορθόδοξη και Καθολική Εκκλησία θεωρούν τη ζωή ως δώρο Θεού, κάτι που συναντά κανείς και στους Βουδιστές και στους Μουσουλμάνους και στους Εβραίους. (Σπηλιώτης Ι. 1999)

Όμως από τότε που ο Πάπας Πίος ο XII το 1957 στο Διεθνές Συμπόσιο Αναισθησιολογίας στη Ρώμη επισήμανε στην προσφώνησή του ότι η χορήγηση παυσίπονων με αναπόφευκτη παρενέργεια μια σύντμηση της ζωής, είναι επιτρεπτή σε ασθενείς που πρόκειται να πεθάνουν, όταν δεν υπάρχει άλλο μέσο και η σύντμηση της ζωής δεν επιδιώκεται ευθέως, θεωρείται αυτή η μορφή ευθανασίας ακόμη και στο πλαίσιο της δυτικής εκκλησιαστικής ηθικής γενικά ως επιτρεπτή.

Η κυριότερη βάση όλων των θρησκειών, είναι ότι θεωρούν το θάνατο απλώς ως μια μετάβαση, σαν το προσωρινό όριο μιας επίγειας ζωής. Ο Κρουά λέει ότι « Η ανθρώπινη ζωή είναι ιερή, κι ο άνθρωπος κατά κάποιο τρόπο είναι ο διαχειριστής όχι ο υπέρτατος άρχοντά της. Δεν μπορεί ούτε να τη διαθέτει ούτε να την καταργεί κατά τη θέλησή του. Ο άντρας και η γυναίκα είναι οι απαραίτητοι συνεργάτες, όχι οι αρχιτέκτονες αυτής της δημιουργίας. » (Ziegler J. 1982) Πάνω σ' αυτό ακριβώς η εκκλησία αντικρούει το επιχείρημα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων που ορίζεται συνταγματικά λέγοντας ότι ο άνθρωπος τα δικαιώματα αυτά τα έχει για να τα χρησιμοποιεί και να καθορίζει τον τρόπο ζωής και όχι το αν θα ζει. Αυτό ισχύει και στη γέννηση, καθώς υποστηρίζει η εκκλησία πως δεν μπορείς να επιλέξεις τη γέννησή σου όποιος κι αν είναι ο τρόπος που ο καθένας ορίζει το πώς ερχόμαστε στη ζωή, είτε πιστεύεις το ότι ήταν επιλογή του Θεού, είτε δεν πιστεύεις, και θεωρείς ότι δικαιολογείται από την επιστήμη κι ότι είσαι αποτέλεσμα της αναπαραγωγικής διαδικασίας, ακόμη κι έτσι δεν ήταν επιλογή σου να γεννηθείς, άρα δεν αποτελεί επιλογή σου και το να πεθάνεις.

Κάθε ανθρώπινη παρέμβαση στην ροή της ζωής ανασταλτικά, τόσο στην αρχή της με την αντισύλληψη, όσο και στο τέλος της με την αυτοκτονία ή την ευθανασία, συνιστά αναστολή του έργου του Θεού. Συνεπώς αντιστρατεύεται τόσο τον Θεό όσο και την ίδια

την ζωή. Δηλαδή στρέφεται εναντίον του Δημιουργού και του δημιουργήματος, του πλάστη και του πλάσματος, του κτίστη και του κτίσματος, του κτιστού και του άκτιστου, του ποιητή και του ποιήματος. Με μία τέτοια θεολογική λογική καταδικάζεται η ευθανασία μαζί με την αυτοκτονία, την δολοφονία, την άμβλωση, τον ευνουχισμό και κάθε άλλη μορφή ατομικής παρέμβασης στον γεγονός της ζωής. Το μόνο που επιτρέπεται στον άνθρωπο από την θρησκεία είναι να ζήσει την ζωή και ό,τι του απαγορεύεται είναι η αναστολή, η διακοπή και η διατάραξη της ζωής σε κάθε φάση με την αντισύλληψη είτε στην ακροτελεύτια φάση με τον αυτοχειριασμό, στον οποίο ταξινομείται η ευθανασία. (Βικέντιος 2009)

Η εκκλησία όμως δέχεται το δικαίωμα του ασθενή να απορρίψει ορισμένους τρόπους θεραπείας που του φαίνονται ιδιαίτερα δυσάρεστη ή τρόπους θεραπείας που δεν πιστεύει ότι μπορούν να τον βοηθήσουν αλλά το μόνο που θα του προσφέρουν είναι μεγαλύτερη ταλαιπωρία και μια μικρή παράταση ζωής.

Ένα άλλο θέμα που θίγει η εκκλησία είναι αυτό που είχε πει ο τότε μητροπολίτης Δημητριάδος Χριστόδουλος το 1986 ότι : « Ας συλλογισθεί κανείς το τι θα αισθανθεί ο γιατρός που τόσο πασχίζει να σώσει τον άνθρωπο, όταν αντίθετα του ζητηθεί να τον θανατώσει. Ούτε ο άρρωστος, ούτε το περιβάλλον του έχουν το ηθικό δικαίωμα να ζητήσουν από το γιατρό να αρνηθεί όλα όσα πιστεύει, όλα αυτά για τα οποία τόσα χρόνια κόπιασε και τελικά να φτάνει στο σημείο να τον μετατρέψει από επιστήμονα που υπηρετεί τον άνθρωπο σε δήμειο που αφαιρεί ζωές. »

Ο Μητροπολίτης Φθιώτιδος Νικόλαος αναφέρει: « Ο άνθρωπος είναι πνευματική υπόσταση κάτι που αναγνωρίζεται παγκόσμια. Δε γνωρίζουμε το θέλημα του Θεού σχετικά με το προσδόκιμο της επιβίωσης του οποιονδήποτε ατόμου. "Ο Θεός δίνει σε όλους ζωή και πνοή και τα πάντα" (Πράξεις 17:25). Η φροντίδα των γιατρών πρέπει να είναι προσεκτική και να διατηρούν υψηλό επίπεδο κλινικής ιατρικής. Η αποστολή του νόμου δεν είναι να ρυθμίζει τις καθημερινές κινήσεις τους αλλά να αποτρέπει τις απαράδεκτες πρακτικές που είναι σίγουρα κακές. Η αποστολή του ανθρώπου είναι να κατοικεί τη γη. Έχουμε υποχρέωση να φροντίζουμε τον εαυτό μας αλλά και τους άλλους. Κανένας δεν έχει δικαίωμα να αφαιρεί τη ζωή τον άλλον. Τα παθήματα και οι αρρώστιες είναι συνυφασμένες με την ύπαρξη μας. Στόχος των γιατρών είναι η ανακούφιση και η θεραπεία. Η πρόταση της ευθανασίας σαν λύση του πολύπλοκου και χρόνιου

προβλήματος των ανθρώπινων δεινοπαθημάτων είναι πολύ επικίνδυνη τακτική. (Μητ. Νικόλαος 2009)

Ο Σεβ. Μητροπολίτης κ. Ιερόθεος παρατηρεί « Η ζωή δεν ταυτίζεται απόλυτα με την βιολογική ύπαρξη του ανθρώπου, ούτε ο θάνατος είναι το τέλος της ζωής. Ο θάνατος είναι ένα απλό συμβάν για τη μετάβαση του προσώπου σε έναν άλλο τρόπο προσωπικής ύπαρξης. Η ζωή δεν ανήκει στον άνθρωπο άλλα στον Θεό, γι' αυτό και δεν μπορεί να παρεμβαίνει κανείς σε κάτι που δεν το προσδιόρισε. Ο πόνος είναι ευεργετικός στη ζωή του ανθρώπου γιατί, εκτός των άλλων, αναπτύσσει και ισχυρούς δεσμούς αγάπης μεταξύ των ανθρώπων. Επομένως η Ορθόδοξη Εκκλησία δεν δέχεται τη λεγόμενη ευθανασία. Το ότι με νομοθετική κάλυψη γίνεται προσπάθεια στον ευρωπαϊκό χώρο να αντιμετωπισθούν τέτοια σοβαρά ζητήματα, τα οποία απασχόλησαν αιώνες τη φιλοσοφική και θεολογική σκέψη, όπως η ζωή, ο θάνατος, ο πόνος, η αγάπη μεταξύ των ανθρώπων για χάρη μάλιστα μιας χρησιμοθηρίας, ευζωίας και οικονομικών σκοπιμοτήτων, δεν είναι από τις καλές στιγμές των Ευρωπαίων. Και εμείς δεν έχουμε ανάγκη να τους μιμηθούμε, γιατί αυτή η πρακτική είναι ξένη προς την αρχοντική μας παράδοση, η οποία αντιμετωπίζει τέτοιου είδους θέματα πιο ανθρώπινα και ολοκληρωμένα τόσο σε υπαρξιακό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο ».

(Κρουστάλλη Δ. 2008)

Μάλιστα στο Αγρίνιο παρουσίασε τις πέντε αρχές της βιοθεολογίας:

- ότι η βιολογική ζωή δεν ταυτίζεται απόλυτα με την ύπαρξη του ανθρώπου
- ο πόνος είναι ευεργετικός, γιατί ανοίγει τα όρια της ύπαρξης
- ο θάνατος δεν συνδέεται με το τέλος της βιολογικής ζωής, αλλά ο βιολογικός θάνατος τελειοί την βιολογική ζωή
- η αγάπη από την φύση της δεν είναι ένα συναίσθημα, αλλά πόνος και σταυρός και αποδοχή του αλλότριου σταυρού
- η ζωή επεκτείνεται και μετά τον θάνατο, οπότε ο τρόπος με τον οποίο ζει και πεθαίνει κανείς έχει συνέπεια στην αιώνια ύπαρξή του (www.parembasis.gr. 2009)

« Ακόμα και να υποθέσουμε ότι είναι καλοπροαίρετη η άποψη και η σκέψη κάποιων ανθρώπων να φύγουν από τη ζωή με τη βοήθεια κάποιων άλλων, δεν μπορούμε, ωστόσο, να αποκλείσουμε το ενδεχόμενο να γίνουν διάφορες παράνομες πράξεις. Δηλαδή αν γινόταν η ευθανασία νόμος, κανείς δεν θα μπορούσε να αποκλείσει το ενδεχόμενο να

υπάρξουν “μυστικές συμφωνίες” μεταξύ γιατρών ή και άλλων ανθρώπων για δήθεν ασθενών των οποίων η κατάσταση της υγείας τους είναι μη αναστρέψιμη, με σκοπό την εκμετάλλευση είτε των περιουσιακών στοιχείων τους είτε των οργάνων τους », επισημαίνει ο Πατέρας Μάχιμος. (Σουντουρλή Χ. 2009)

2.2 Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΡΘΟΔΟΞΗ ΕΚΚΛΗΣΙΑ

Από ορθόδοξη χριστιανική πλευρά η ευθανασία είναι καταδικαστέα γιατί :

1. Αντίκειται στο « ου φονεύσεις »
2. Κάθε στιγμή της ζωής του χριστιανού στον κόσμο έχει σωτηριολογική
3. Ο πόνος και η θλίψη αποτελούν μέσα συμμετοχής στο πάθος του Θεανθρώπου και μίμηση αυτού
4. Ο πιστός δεν παύει ποτέ να ελπίζει στο Θεό, ο οποίος όχι σπάνια επιτελεί και θαύμα
5. Ο καθορισμός της ώρας του θανάτου ενός ανθρώπου δεν είναι αρμοδιότητα κάποιου υγειονομικού παράγοντα αλλά εναπόκειται στη κρίση και το θέλημα του Θεού.

(Γιαννοπούλου Αθ. 2005)

Οι θέσεις της Ορθόδοξης Εκκλησίας της Ελλάδος σχετικά με το δικαίωμα στο θάνατο είναι δυνατόν να οριστούν με πηγές τα πρώτα δοκίμια που έχουν εκπονηθεί από την Επιτροπή Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδας, η οποία ιδρύθηκε με τον κανονισμό ‘ Περί συστάσεως οργανώσεως και λειτουργίας της Επιτροπής Βιοηθικής της Εκκλησίας της Ελλάδος ’ με αριθμό 101/ 1998. (Αναπλιώτης Αν. 2003)

Ως κύριες βιοηθικές αρχές για την αυτοδιάθεση της ανθρώπινης ζωής και ειδικότερα είναι δυνατόν να διακριθούν οι επόμενες :

1. Η ανάγκη του Θεού και η προοπτική της αιωνιότητας

Η υλική σχέση του ανθρώπου με το Θεό έρχεται ολοκληρωμένη, χωρίς προϋποθέσεις και όρους, ν' αντικαταστήσει την αρχή της πατερναλιστικής σχέσης γιατρού και ασθενή, κατά την ιπποκράτειο φιλοσοφία, οπότε οι παρέχοντες υπηρεσίες και αγαθά υγείας και οι χρήστες των υπηρεσιών και αγαθών αυτών, μετατρέπονται σε παιδιά του Θεού και βρίσκονται σε σχέση αγάπης με το Θεό – Δημιουργό, όμως ο Θεός έχει την απόλυτη εξουσία επί της γης και όχι ο άνθρωπος.

2. Απόφαση της Συνεδρίασης της Ι.Σ. της Εκκλησίας της Ελλάδος με αφορμή τη νομοθέτηση της ευθανασίας στην Ολλανδία

Η Ορθόδοξη Ελληνική Εκκλησία στις 14 Δεκεμβρίου του 2000 αντέδρασε άμεσα στη νομοθέτηση της ευθανασίας στην Ολλανδία την 28^η Νοεμβρίου του ίδιου έτους. Οι αποφάσεις της συνεδρίασης της Ιεράς Συνόδου αναφέρουν τα ακόλουθα :

- Η ζωή μας αποτελεί το υπέρτατο δώρο του Θεού, η αρχή και το τέλος του οποίου βρίσκονται στα χέρια Του και μόνο.
- Οι στιγμές της ζωής μας που συνδέονται με την αρχή και το τέλος της όπως και αυτές της αδυναμίας, του πόνου και των δοκιμασιών μας, κρύβουν μια μοναδική ιερότητα, περιποιούν μυστήριο διευκολύνουν τη ταπείνωση, διανοίγουν τον δρόμο της θεϊκής αναζήτησης, προκαλούν το θαύμα και απαιτούν ιδιαίζοντα σεβασμό εκ μέρους των συγγενών, των γιατρών, των νοσηλευτών και της κοινωνίας ολόκληρης.
- Η ύπαρξη του πόνου στην ανθρώπινη ζωή, όπως και κάθε δοκιμασία, είναι συνεργός προς σωτηρία και ενίοτε κρείττων της υγείας κατά τον Άγιο Γρηγόριο τον Παλαμά.
- Μία κοινωνία που αγνοεί να θεραπεύει τον πόνο με υπομονή, προσευχή, ανθρώπινη συμπαράσταση και θεϊκή ενίσχυση, τον αντιμετωπίζει μόνο με φάρμακα, τώρα με τον προκλητό θάνατο που τον ονομάζει ' καλό ' τον δέχεται όμως μόνο ως βιολογικό κοινωνικό συμβάν της ιστορίας του κάθε ανθρώπου.
- Το λεγόμενο δικαίωμα στο θάνατο που αποτελεί τη νομική κατοχύρωση της ευθανασίας, θα μπορούσε να εξελιχθεί σε απειλή ζωής των ασθενών, που αδυνατούν να ανταποκριθούν οικονομικά στις απαιτήσεις θεραπείας και νοσηλείας τους.

- Η ευθανασία ενώ δικαιολογείται κοσμικός ως "αξιοπρεπής θάνατος" στην πραγματικότητα αποτελεί υποβοηθούμενη αυτοκτονία, δηλαδή συνδυασμό φόνου και αυτοχειρίας. (Παναγόπουλος Εμ. 2009)

3. Η ένσταση συνείδησης για τη χριστιανική αντιμετώπιση του θνήσκοντος

Η εκκλησία δεν επιθυμεί και δεν επιτρέπεται να παρέμβει στη νομοθεσία για βιοηθικά θέματα, με μια μόνο εξαίρεση : αν ένας συγκεκριμένος νόμος υποχρέωνε τα μέλη της να δράσουν ενάντια στη χριστιανική συνείδηση, όπου η λύση σε αυτό είναι η ένσταση συνείδησης για βιοηθικά θέματα εκ μέρους των γιατρών και των νοσηλευτών. Τις περισσότερες φορές η αγωνιώδης κραυγή που επιζητεί το θάνατο δεν είναι τίποτε άλλο παρά φωνή που καλεί σε βοήθεια. Ακόμη και στη περίπτωση κατά την οποία έχει εκφραστεί, σε ανύποπτο χρόνο, η θέληση ενός ανθρώπου να πεθάνει αν βρεθεί σε κατάσταση ανίατης και επώδυνης αρρώστιας, δεν είμαστε βέβαιοι πως η απόφαση αυτή εκφράζει την αληθινή βούληση του αρρώστου τη δεδομένη στιγμή της οδύνης του, αφού πολύ τέτοιοι ασθενείς όταν έχουν καλή περιποίηση δεν θέλουν να, πεθάνουν, έστω και αν υποφέρουν.

Η εκκλησία όμως κάνει σαφή διάκριση μεταξύ ευθανασίας και απόφασης να μη γίνεται χρήση ακραίων μέσων για τη συντήρηση της ζωής, στις περιπτώσεις εκείνες που δεν έχουν ελπίδα σωτηρίας. Η εκκλησία στηρίζει την ειρηνική αποδοχή του τέλους της ζωής πάνω στη γη, η πίστη στο Θεό και η ελπίδα της Ανάστασης.

Ο πατήρ Παΐσιος, όταν έφτασε στο τέλος της ζωής του και ζούσε στο μοναστήρι της Σουρωτής, κάποια στιγμή εδέχθη την επίσκεψη ενός άλλου μεγάλου αγιορείτη γέροντα ο οποίος ζει ακόμα, και ο οποίος τον ρώτησε " γέροντα πώς είσαι; ", " Είμαι καλά πολύ καλά ", " Γέροντα πεθαίνεις. Πώς το βλέπεις αυτό; " " Μου έρχεται ", απαντά εκείνος, " να σηκωθώ και να χορέψω ένα τσάμικο ". Φυσικά, αυτό το πράγμα δεν αποτελεί δικαιολόγηση της ευθανασίας, όμως ανάμεσα στις αλήθειες τις χριστιανικές οι οποίες αντιπαλεύουν μέσα στα προβλήματα αυτά και δεν μπορούν να επικοινωνήσουν οι Ευρωπαίοι μεταξύ τους, θα τους περιμένουν πιθανώς και θέσεις οι οποίες ήδη υπάρχουν στην Καινή Διαθήκη, όπως λόγου χάρι είναι η μη ορθολογική αυτή δήλωση του Αποστόλου Παύλου πως, " ήθελον αναλύσαι και συν Χριστώ είναι ", οι οποίες θα διαταράζουν πιθανώς την απόλυτη ισορροπία μεταξύ καλού και κακού, και γι' αυτό ο

χριστιανός θεολόγος που υπερασπίζεται αυτονόητα τη ζωή, πρέπει να προσέξει να μην καταλήξει να την υπερασπίζεται εντελώς νατουραλιστικά. (www.bioethics.org. 2008)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

**ΘΕΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ
ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ**

3.1 ΘΕΣΕΙΣ ΥΠΕΡ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

3.1.1 ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΠΕΡΙ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων δέχεται και αναγνωρίζει ως ελάχιστο δικαίωμα του ασθενή να επιλέξει το πώς και πότε θα βάλει τέλος στη ζωή του.

Παρουσιάζει τα παρακάτω επιχειρήματα :

- A) Ο οίκτος και το έλεος για τον ασθενή
- B) Το δικαίωμα του ανθρώπου στη ζωή και το θάνατο
- Γ) Το δικαίωμα του ασθενή να πεθάνει με αξιοπρέπεια
- Δ) Η ποιότητα ζωής

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, το επιχείρημα για αξιοπρέπεια, το άντλησε από τα πέντε δικαιώματα του ασθενή που πεθαίνει, που όρισε το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο το 1976, τα οποία είναι :

- Το δικαίωμα της ελευθερίας
- Το δικαίωμα της αξιοπρέπειας και της προσωπικής ακεραιότητας
- Το δικαίωμα να ενημερώνεται πλήρως
- Το δικαίωμα της ίσης μετοχής στη φροντίδα
- Το δικαίωμα να μην υποφέρει (Γιαννοπούλου Αθ. 2005)

Σε όλο τον κόσμο έχουν ιδρυθεί οργανισμοί, που προσπαθούν να πείσουν την πολιτεία να δεχτεί την ευθανασία. Οι οργανισμοί αυτοί έχουν ιστοσελίδες στο internet, εκδίδουν βιβλία, κάποια από αυτά μάλιστα με τεράστια απήχηση στο κοινό, ενώ σε χώρες που είναι νομιμοποιημένη η ευθανασία, έχουν ιδρύσει κλινικές, όπου θανατώνονται άτομα, μετά από δική τους θέληση, έναντι υψηλής αμοιβής.

Μάλιστα κάποιοι υποστηρικτές αναφέρουν πως « αν η ευθανασία είναι ένα ανήθικο άκρο, πόσο ηθικό είναι τις ύστατες στιγμές ενός ετοιμοθάνατου, αυτοί που ασχολούνται με ιατρικά επαγγέλματα, λόγω της επιθυμίας τους να νικήσουν το θάνατο, να επεμβαίνουν αιφνιδιαστικά, με τα μέσα που τους χορηγεί η εξέλιξη της επιστήμης, στην διαδικασία του θανάτου; »

Η διατήρηση στη ζωή ενός τέτοιου ασθενούς ισοδυναμεί με υποβιβασμό του σε πράγμα – απλή βιολογική οντότητα- και άρα πρόκειται για παράνομη πρακτική που

αντίκειται στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και λίγο απέχει, όπως και στην περίπτωση της εξαναγκαστικής θεραπείας, από την απάνθρωπη κι ατιμωτική μεταχείριση, καθώς μάλιστα σε αυτές τις οριακές περιπτώσεις η αγωγή δεν είναι πλέον θεραπευτική, αλλά αγωγή παράτασης της ζωής. Η συνέχισή της προσκρούει στην ανθρώπινη αξία: ουσιαστικά ο ανήμπορος άνθρωπος καθίσταται μέσο για τη συνέχιση ευγενών μεν σκοπών, όπως – ο σεβασμός του όρκου του Ιπποκράτη-, όχι όμως ικανών να ακυρώσουν το δικαίωμα να πεθαίνει κανείς με αξιοπρέπεια. (Τσαϊτουρίδης Χ. 2002)

Επίσης αν ένας π.χ. καρκινοπαθής αντί για την ευθανασία, επέλεγε να κερδίσει λίγες εβδομάδες ζωής, μέσα σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα, τι παραπάνω θα κέρδιζε πέρα από την εμπειρία, του πώς να ζει στην απόλυτη παθητικότητα, του πώς να υποδέχεται τη φροντίδα από ξένους, του πώς να δέχεται να εξαρτάται και πάλι από άλλους, του πόσο παράδοξα ισχυρή μπορεί να είναι η έννοια της ανημποριάς και της κενότητας, πληρώνοντας μάλιστα μερικές χιλιάδες δολάρια για να αποκτήσεις αυτή τη γνώση; (Scott M. 1997)

Μάλιστα πολλοί λένε πως για ορισμένους η δυνατότητα να πεθάνεις με αξιοπρέπεια είναι απείρως προτιμότερη από τους πόνους και την αναπόφευκτη αργή και μακρόχρονη εξασθένηση... Απαγορεύσεις που επιβάλλουν ένα θάνατο φρικτό κι επίπονο σ' έναν ασθενή σε τελική φάση, ανάπηρο, αλλά με σώα τας φρένας, αποτελούν μια ύβρη προς την ανθρώπινη αξιοπρέπεια. (Μαγγανάς Αν. 1999)

Ο ιατροδικαστής και ευρωβουλευτής Μάριος Ματσάκης, πιστεύει πως η ευθανασία είναι κάτι το οποίο πρέπει επιτέλους να αποδεχτεί η κοινωνία μας. " Όποιος έχει την εμπειρία, είτε είναι γιατρός είτε φροντιστής, ακόμη και άτομα της οικογένειας, και δει πόσο βασανίζονται φρικτά οι άνθρωποι και δεν μπορούν να απελευθερωθούν, να λυτρωθούν έστω με τον θάνατο, θα ταχθεί υπέρ της ευθανασίας. Αυτοί που απλώς δογματικά, είτε για σκοπούς θρησκευτικούς ή για άλλους δεν μπορούν να το δεχτούν, δεν μπορούν να το αντιληφθούν". Ο κ. Ματσάκης υποστήριξε πως μία μέθοδος ευθανασίας χρησιμοποιείται και στην Κύπρο και στο εξωτερικό. Υπάρχει, σημείωσε, η μορφή του διπλού αποτελέσματος που το αποδέχεται και η κοινότητα των γιατρών και η Καθολική Εκκλησία. " Δηλαδή, ένας ασθενής ο οποίος είναι στα τελικά στάδια μιας ασθένειας και υποφέρει, μπορεί να τους δώσει ένα φάρμακο το οποίο να είναι και για την

ασθενεία του, αλλά και για να τον σκοτώσει. Για παράδειγμα, αν δώσεις μορφίνη σε έναν ασθενή που έχει φρικτούς πόνους από μια ασθένεια, όταν τον τοποθετήσεις σε ορό με μορφίνη, για να εξουδετερώσεις τον πόνο, μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα μπορεί και να πεθάνει. Αν είναι σχεδόν σε κατάσταση κώματος λόγω της μορφίνης, θα πεθάνει. Όταν ήμουν στη Βρετανία αυτό χρησιμοποιείτο ευρέως από όλους τους νοσοκομειακούς γιατρούς ". Βεβαίως, για να γίνει κάτι τέτοιο πρέπει να το ζητήσει, είτε ο ασθενής, είτε οι συγγενείς του. Τις περισσότερες φορές, το ζητούσαν οι ίδιοι οι ασθενείς. Έκλαιγαν. Φώναζαν. Ούρλιαζαν. Βογκούσαν. Από τους πόνους. Γιατί κι ο άνθρωπος έχει τις αντοχές του. Είναι απάνθρωπο να αφήνεις έναν άνθρωπο να βασανίζεται οικτρά, όταν ξέρει πως δεν υπάρχει περίπτωση να γιαιτρευτεί. Γιατί να τον αφήνεις να βασανίζεται μέρες, βδομάδες, ίσως μήνες; Δεν μπορώ να καταλάβω γιατί η Εκκλησία έχει αντίθετη άποψη σ' αυτό το θέμα ". Καταλήγοντας σημείωσε πως αν ο Θεός δίνει στον άνθρωπο αυτό που μπορεί να αντέξει, η ιατρική προσπαθεί να ελαφρύνει τον σταυρό του ανθρώπου. Όπως μπορεί. Και ένας από τους τρόπους είναι η ευθανασία. Υπό όρους και προϋποθέσεις. (www.inout.gr. 2009)

3.1.2 ΤΟ ΜΑΝΙΦΕΣΤΟ ΤΩΝ ΒΡΑΒΕΙΩΝ NOBEL

Αξίζει να αναφέρουμε ονομαστικά κάποιες εξέχουσες προσωπικότητες που δήλωσαν δημόσια την υποστήριξή τους στη νομιμοποίηση της ευθανασίας.

Στην δεκαετία του '30 η ευθανασία περνά σε φάση εξάρσεως. Το 1935 ο γνωστός μας νομπελίστας φυσιολόγος Alexis Carrel έγραφε: " θα έπρεπε να ξεφορτωνόμαστε τους εγκληματίες και τους φρενοβλαβείς, ανθρώπινα και οικονομικά, σε μικρά ιδρύματα ευθανασίας που θα ήταν εφοδιασμένα με τα κατάλληλα αέρια ".

Δημοσιεύτηκε το 1974, στην αμερικανική επιθεώρηση 'The Humanist', ένα μανιφέστο, το οποίο αναδημοσιεύτηκε από τη Figaro, και το οποίο υπογράφουν τρεις εξέχουσες προσωπικότητες : ο Βρετανός George Thomson, που τιμήθηκε με Nobel Φυσικής το 1937, ο Αμερικανός Linus Pauling, που τιμήθηκε με Nobel Χημείας το 1954 και το Γάλλο Jacques Monod που τιμήθηκε με Nobel Ιατρικής το 1965.

Οι υπογραφομένοι θεωρούν την ενεργό ηθική συνείδηση αρκετά αναπτυγμένη στις κοινωνίες μας, για να καταστεί δυνατή η επεξεργασία ενός κανόνα ανθρωπιστικής

συμπεριφοράς, σε ότι αφορά το θάνατο και τους ετοιμοθάνατους. Κλείνουν τη συνηγορία τους ως εξής : « ... Πιστεύουμε ότι η κοινωνία δεν έχει ούτε συμφέρον ούτε πραγματική ανάγκη να παρατείνει τη ζωή ενός καταδικασμένου ασθενούς παρά τη θέλησή του, και ότι το δικαίωμα στην ευθανασία μπορεί να προστατευθεί από τυχόν καταχρήσεις. »

Πιο πρόσφατα η Rita Levi – Montalcini, βραβείο Nobel Ιατρικής , εκφράζει τα ίδια συναισθήματα με τους προκατόχους της, στο περιοδικό 'Επιστήμη και μέλλον ', όπου δηλώνει : « Δε μου αρέσει η ιδέα να σπαταλώ τόσες προσπάθειες για να παρατείνω τη διάρκεια της ζωής, γιατί είναι αφύσικο καθώς η ζωή τελειώνει σε μια δεδομένη στιγμή...» (Pierre J. 2002)

3.1.3 ΕΞΕΧΟΥΣΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΕΣ

Μεγάλη αίσθηση είχε προκαλέσει η επιχειρηματολογία του William Sackett, ο οποίος το 1969 είχε υποβάλει πρόταση στο βουλή της Φλόριντα για νομιμοποίηση της ευθανασίας, ο οποίος είχε πει : « Όταν μιλώ για άτομα τελειωτικά και καθυστερημένα, αναφέρομαι στο είδος ατόμων για τα οποία η πολιτεία της Φλόριντα ίδρυσε ειδικά άσυλα, περίπου 1500 στον αριθμό. Η κατάσταση των ατόμων αυτών δεν πρόκειται να βελτιωθεί και ορισμένοι θα δίσταζαν να τα ονομάσουν ανθρώπινα πλάσματα. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις που έχουν γίνει μέχρι σήμερα, τα άτομα αυτά μπορούν να φτάσουν σε ηλικία 50 με 60 χρόνων. Μόνο για την πολιτεία της Φλόριντα, το ύψος των υπηρεσιών προς τους καθυστερημένους κυμαίνεται από 4 έως 6 εκατομμύρια δολάρια το χρόνο. Όταν εξετάσεις μια ξεχωριστή περίπτωση, π.χ. το μαύρο των 25 χρόνων, αποτραβηγμένο σε μια γωνία του θαλάμου, πετσί και κόκαλο από τη μυασθένεια, με το μάτι ακίνητο, μπορείς να αναρωτηθείς πιο λόγο ύπαρξης έχει το πλάσμα αυτό, από ανθρωπιστική αλλά και από οικονομική σκοπιά. Έβλεπα το σωλήνα μετάγγισης με το υγρό που είχε μέσα στο στομάχι του. Συνάντησα έπειτα μια νοσηλεύτρια που ερχόταν κρατώντας μια σύριγγα, που ετοιμαζόταν να χρησιμοποιήσει. Τη ρώτησα τι περιείχε μέσα. Μου απάντησε ότι είχε αντιβιοτικό. Τη ρώτησα « γιατί ; » Μου απάντησε : « Μα έχει πάθει μόλυνση ». Την ξαναρώτησα « γιατί ; ». Μου τόνισε με έμφαση : « όπως και να το κάνουμε δεν μπορούμε να τον αφήσουμε να πεθάνει » « Γιατί όχι ; » ήταν τα τελευταία λόγια που της είπα... »

Ο λόρδος Raglan στην εισήγησή του για νομιμοποίηση της κοινωνικής ευθανασίας στο λονδρέζικο κοινοβούλιο κατέθεσε ότι « οι γιατροί είχαν ανέκαθεν στη διάθεσή τους μέσα γενικά αποδεκτά από τον ιατρικό κόσμο, για να επισπεύδουν το τέλος μιας ζωής, δίχως να το προκαλούν άμεσα. Έτσι, ο γιατρός μπορεί βαθμιαία να αυξάνει, να φτάνει και, τελικά να ξεπερνά το ανεχτό ποσοστό όριο φαρμάκων που χορηγεί, μπορεί επίσης να καθυστερεί μια χειρουργική επέμβαση ή και ακόμα να τονίζει το οικονομικό βάρος της θεραπείας στην οικογένεια προσφέροντας έτσι μια άτυπη ευθανασία. »

Στην ίδια εισήγηση ο λόρδος Platt ξεκίνησε μια συζήτηση σχετικά με το παραδεχτό όριο ζωής. Τονίζοντας ότι κάτω από τις παρούσες συνθήκες, καλπάζουσας δημογραφικής εξάπλωσης, που θέτουν στους κατοίκους ορισμένων μεγαλουπόλεων, άλυτα προβλήματα υπερπληθυσμού και μόλυνσης του περιβάλλοντος είναι παραδεχτό να παρατείνεται η ζωή των ανθρώπων πέρα από μια ορισμένη ηλικία ; (Ziegler J. 1982)

Δρ. Πάουλ Νίτσε (Paul Nitsche), 1876-1947: Ήταν κορυφαίο στέλεχος - σύμβουλος - του Προγράμματος T-4 και ως επικεφαλής σε αυτό χρημάτισε πολλά κρατικά Νοσοκομεία ώστε να προχωρούν σε ευθανασίες και στη δίκη του παραδέχθηκε ότι "... οι εξοντώσεις... ακολουθούσαν την ίδια ακριβώς πορεία στα στρατόπεδα, όπως και στα άσυλα των ασθενών ", κρίθηκε ένοχος και καταδικάστηκε σε θάνατο. Οδηγήθηκε στην γκιλοτίνα στις 25 Μαρτίου του 1948 στη Δρέσδη.

Ρόμπερτ Φρίντριχ Μάουτς (Robert Friedrich Mauz): Το 1928 ο Μάουτς ήταν λέκτορας, ενώ από το 1939 ως το 1945 ήταν Καθηγητής Ψυχιατρικής στο Κένισγκσμπεργκ. Είχε ενεργό συμμετοχή στην κατάρτιση του Νομοσχεδίου " περί τερματισμού των βασάνων των αθεράπευτα ασθενών " όπου τελικά σημεία σχεδιασμού αυτού του νόμου ολοκληρώθηκαν το 1940, το οποίο ο Χίτλερ απέρριψε στην τελική του μορφή και το άφησε ανενεργό σε κάποιο συρτάρι του. Οι φόννοι υπό μορφήν ευθανασίας συνεχίστηκαν χωρίς να υφίσταται νομική βάση. Δεν υπέστη ποτέ διώξεις, το 1948, μάλιστα, ήταν επίσημος απεσταλμένος στο Τρίτο Διεθνές Συνέδριο Ψυχικών Παθήσεων στο Λονδίνο, το οποίο οδήγησε στην ίδρυση της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Ψυχικής Υγιεινής (World Federation of Mental Health, WFMH). (www.πρόγραμμαευθανασίαςT-4Βικιπαιδεία.htm. 2008)

Ίαν Κένεντυ : Η κύρια θέση του συγγραφέα είναι ότι όταν ο ασθενής εισέλθει στη διαδικασία του θανάτου, ο γιατρός έχει τη νομική και ηθική υποχρέωση να του παρέχει

τη μεγαλύτερη δυνατή άνεση για τον υπόλοιπο χρόνο της ζωής του και να αποφεύγει τις ιατρικές αγωγές, οι οποίες κάθε άλλο παρά ποιότητα διαβίωσης του δίνουν.

Με λίγα λόγια ο Κένεντυ λέει ότι ο γιατρός δεν πρέπει να φροντίζει πλέον για τη ζωή, αλλά για τη διαδικασία του θανάτου.

Ο Κένεντυ στο βιβλίο του παρουσιάζει τις σύγχρονες τάσεις για την αντιμετώπιση της τελειωτικής νόσου και το δικαίωμα στο θάνατο, περιγράφοντας την κίνηση για τους Οίκους Υποστηρικτικής Αγωγής, όπου οι ασθενείς εισέρχονται και εκεί περιμένουν να πεθάνουν . Οι προσφερόμενες παροχές είναι κυρίως υγειονομικές φροντίδες κατευθυνόμενες με έμφαση σε ότι αφορά την πνευματική και ψυχολογική κατάσταση του ασθενή. (Αναπλιώτης Αν. 2003)

Leon Schwartzberg : Ο Γάλλος καρκιнологός, τέως ευρωβουλευτής και πρώην υπουργός υγείας της Γαλλίας σε γραπτή δήλωση του προς το Ευρωκοινοβούλιο υποστήριξε ότι : « Όταν ένας ιατρός αποφασίζει με πλήρη συνείδηση να απαντήσει στην επίμονη απαίτηση ενός αρρώστου για βοήθεια προς τερματισμό της υπάρξεώς του, που στα μάτια του έχει χάσει την αξιοπρέπιά της, τότε ο γιατρός ενεργεί με σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή ». (Σπηλιώτης Ι. 1999)

Derek Humphrey : Τον Ιούλιο του 1991 βλέπει το φως της δημοσιότητας το βιβλίο του, με τίτλο Final Exit– Τελική έξοδος και θέμα την ευθανασία, το οποίο χαρακτηρίστηκε από τους New York Times ως Best Seller και εξάντλησε 41000 αντίτυπα στην πρώτη έκδοσή του.

3.1.4 ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ ΥΠΕΡ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Αυστραλοί υποστηρικτές της ευθανασίας έχουν στήσει ένα ίδρυμα στο internet, με στόχο να συσπειρώσουν εξερευνητές, προκειμένου να αντισταθούν στις προσπάθειες στο εσωτερικό της χώρας να καταργηθεί ο πρώτος νόμος στο κόσμο που επιτρέπει την ευθανασία. Το ίδρυμα έχει τη χαρακτηριστική ονομασία Deliverance που σημαίνει λύτρωση, που επιτρέπει στους ασθενείς να υποβάλουν τον εαυτό τους, στην ένεση που θα τους αφαιρέσει τη ζωή. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει λεπτομέρειες για τον τραπεζικό λογαριασμό του ιδρύματος μια αίτηση υποβολής και μια εξομοίωση του προγράμματος . Η τελευταία απαιτεί από το χρήστη να ανταποκριθεί σε μια σειρά από οδηγίες, η

σημαντικότερη των οποίων μεταφέρει το εξής μακάβριο μήνυμα: «Σε 15 δευτερόλεπτα από τώρα θα σας γίνει μια θανατηφόρα ένεση ». Αν ο χρήστης κάνει κλικ στην ένδειξη ναι, η οθόνη ξαφνικά μαυρίζει και προβάλλεται το μήνυμα έξοδος. (Καίσαρης Π. 2002)

Ο Derek είναι πρωτεργάτης για την ίδρυση, στις ΗΠΑ το 1980, της εταιρίας ‘Χέμλοκ’, με σκοπό την τροποποίηση της νομοθεσίας υπέρ της ευθανασίας και με αίτημα ζητάει από την πολιτεία να αποποινικοποιεί τις ενέργειες των γιατρών στις υποβοηθούμενες αυτοκτονίες των ανίατων πασχόντων, όταν αυτοί βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νόσου.

3.2 ΘΕΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

3.2.1 ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΠΕΡΙ ΜΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Τα επιχειρήματα του Οργανισμού Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, αντικρούουν οι πολέμιοι της ευθανασίας.

A) Ο οίκτος και το έλεος δεν ισχύει σε αυτή τη βάση για τον γιατρό, ο οποίος γνωρίζει ότι εξοικείωση του ασθενή με το θάνατο δεν υπάρχει σε τέτοιο βαθμό ώστε να τον επιζητεί. Αντίθετα ο ασθενής, και μέσα στον πιο ανυπόφορο πόνο του, ελπίζει. Το να καθίσεις να ακούσεις τον ασθενή δρα καλύτερα κι από αναλγητικό και τα υψηλά επίπεδα νοσηλευτικής φροντίδας είναι η καλύτερη απάντηση στην απαίτηση για ευθανασία.

B) Το δικαίωμα στη ζωή και το θάνατο. Η εκκλησία απορρίπτει αυτό το επιχείρημα απαντώντας πως η ζωή δόθηκε από το Θεό και κανείς δεν έχει το δικαίωμα να την αφαιρέσει εκτός από τον Κύριο. Αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι ισχύει σε όλες τις θρησκείες του κόσμου, καθώς καμία δεν αναγνωρίζει την ευθανασία.

Οι επιστήμονες από την άλλη απορρίπτουν το επιχείρημα υποστηρίζοντας πως η επιθυμία που εκφράζει ο βαριά ασθενής να πεθάνει, δεν αποτελεί μόνιμη επιθυμία του και συνήθως όταν περάσει το οξύ επεισόδιο του πόνου σταματά να εκφράζει πλέον την επιθυμία αυτή.

Γ) **Το δικαίωμα να πεθάνει με αξιοπρέπεια** . Δεν υπάρχει κανείς και τίποτα που να μπορεί να θέσει τα όρια της αξιοπρέπειας, και μάλιστα σε περιπτώσεις ασθενειών. Το να είναι κάποιος ασθενής ακόμη και στον έσχατο βαθμό δεν μας επιτρέπει να μιλάμε για καταρράκωση της προσωπικότητας, τη στιγμή που η ασθένεια είναι φυσικό και όχι ηθικό κακό.

Δ) **Η ποιότητα ζωής** . Το θέμα της ποιότητας ζωής είναι πολύ λεπτό. Πως καθορίζεται η ποιότητα; Σε ποιους αναφερόμαστε; Ο τρόπος που ζει κάποιος είναι σημαντικότερος από την ίδια τη ζωή; Αν δεν αξίζει η ζωή ενός ανθρώπου που είναι κλινικά νεκρός ή ενός ψυχασθενούς, τότε η πρόταση είναι να καθαρίσει η κοινωνία από αυτού του είδους τη « μορφή » ζωής; Οι πολέμιοι της ευθανασίας τονίζουν πως αυτή ήταν η βάση και η φιλοσοφία του Ναζισμού που προκάλεσε τη μεγαλύτερη σφαγή στο όνομα της ευθανασίας.

Η βελτίωση του υλικού επιπέδου διαβίωσης δημιούργησε κι ορισμένες απαιτήσεις απέναντι στη ζωή που κάποιος διάγει. Είναι ένα θείο δώρο το να ζει κανείς, όμως εξαρτάται τι είδους ζωή. Όταν πλέον, σύμφωνα με τα σύγχρονα κριτήρια διαβίωσης δεν αξίζει να ζει κανείς, τότε η απόφαση για αυτοκτονία δεν αργεί να έρθει. Το φαινόμενο επιτείνεται από το ότι η αντοχή του ανθρώπου στον πόνο, τόσο σωματικό όσο και ψυχικό έχει μειωθεί . (Μαγγανάς Αν. 1999)

Ε) **Ψυχολογικοί λόγοι**. Από ψυχολογικής πλευράς, η ευθανασία είναι και πάλι λάθος καθώς, ο γιατρός θα αποκτούσε κυρίαρχα δικαιώματα πάνω στη ζωή και στο θάνατο του αρρώστου. Τότε οι ασθενείς θα είχαν πραγματικά ψυχολογική αναταραχή καθώς θα κλονιζόταν η εμπιστοσύνη τους, και η σιγουριά τους για το κατά πόσο τα σύγχρονα επιστημονικά μέσα που έχει ο γιατρός στα χέρια του, τα χρησιμοποιεί για να τον βοηθήσει ή για να τον σκοτώσει.

Στην Ολλανδία, όπου σύμφωνα με τη Rita Marker της International Anti-Euthanasia Task Force, το 15% των θανάτων αποδίδονται σε ευθανασία, έχει οδηγήσει σε ανεκδοτολογικές περιπτώσεις ηλικιωμένων ασθενών που αρνούνται ακόμα και την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, χωρίς πραγματικά να ενδιαφέρονται καθόλου για το αν ο γιατρός τους ενέχεται σε περιπτώσεις ευθανασίας σε επίπεδο ηθικής αυτουργίας ή πραγματικής συμμετοχής. Σε μια ηθικά αφερέγγυα κοινωνία σε πολλά επίπεδα, η

μοναδική σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ γιατρού και αρρώστου, φαντάζει σαν το μοναδικό ίσως θεμέλιο σε κάθε σύστημα παροχής υγείας. (Τσίντου Μ. 2009)

Ο άνθρωπος αφού έφτιαξε νοσοκομεία, μηχανήματα, φάρμακα, θεραπείες, εντατικές για να του σώζουν τη ζωή, τώρα ο ίδιος ο άνθρωπος φτιάχνει κλινικές θανάτου όπου μπορεί να φεύγει από τη ζωή μια ώρα αρχύτερα. Πριν από μερικά χρόνια ο προβληματισμός αφορούσε την ευθανασία ανθρώπων σε κατάσταση μη αναστρέψιμη, που ήδη βρίσκονταν στην τελική ευθεία και βασανίζονταν από φριχτούς πόνους. Επειδή η ηθική στάση των κοινωνιών απέναντι στα εκάστοτε προβλήματα σχηματίζεται από διάφορες συνιστώσες (τη θρησκεία, τις παραδόσεις, τους οικογενειακούς δεσμούς, τη στάση της επιστήμης και της διανόησης, το βιοτικό επίπεδο), στις περισσότερες χώρες η κοινωνία φάνηκε διστακτική απέναντι στη νομιμοποίηση της ευθανασίας. Όμως σε χώρες που η ευθανασία επετράπη, από ευθανασία έγινε " υποβοηθούμενη αυτοκτονία ", υπό προϋποθέσεις βέβαια, αλλά με μια πιο διευρυμένη αντίληψη περί του ποιος έχει το δικαίωμα να ζητήσει βοήθεια για τον τερματισμό της ζωής του. Ένας τυφλός και κωφός 85χρονος κατέφυγε σε μια τέτοια κλινική στην Ελβετία μαζί με την κατά 11 χρόνια νεότερη σύζυγό του, η οποία όμως ήταν καρκινοπαθής στο τελικό στάδιο. Για τη γυναίκα δεν υπήρχε βέβαια καμιά ελπίδα. Ο άντρας όμως δεν θα μπορούσε με κανένα τρόπο να θεωρηθεί ετοιμοθάνατος.

Προβληματίζει το όνομα της εν λόγω κλινικής "Dignitas". Προβληματίζει το όχι και τόσο ευκαταφρόνητο ποσό των 9300 δολαρίων που πρέπει να καταβάλουν οι υποβοηθούμενοι αυτόχειρες (το οποίο διατίθεται για φιλανθρωπικό έργο, όπως υποστηρίζουν οι ιδρυτές της κλινικής). Τι σημαίνει τελικά αξιοπρέπεια; Μήπως το να έχεις ζήσει πρώτα μια αξιοπρεπή ζωή, κι όταν γεράσεις ή αρρωστήσεις ή και τα δύο, να τύχεις μιας αξιοπρεπούς περίθαλψης και νοσηλείας, να βρεις ανθρωπιά από τους γιατρούς, φροντίδα από τους νοσηλευτές, σωστό και πολιτισμένο περιβάλλον στο νοσοκομείο ή στην κλινική όπου νοσηλεύεσαι; Κι όλα αυτά χωρίς να χάσουν την αξιοπρέπειά τους οι δικοί σου άνθρωποι ξεπουλώντας τα υπάρχοντά τους για να σου παρατείνουν τις τελευταίες δύσκολες ώρες, θύματα κι αυτοί της αναλγησίας και της αισχροκέρδειας, νόμιμης ή παράνομης; (<http://koutitispandoras.blogspot.com>. 2009)

Άλλοι λόγοι που οι επιστήμονες δε δέχονται την ευθανασία είναι :

- Πάντα υπάρχει το ενδεχόμενο να βρεθεί η θεραπεία για μία ασθένεια που μέχρι σήμερα θεωρείται ανίατη

- Ο κίνδυνος να γίνει κατάχρηση του νόμου είναι πολύ μεγάλος. Το αποδεικνύει η εμπειρία της Ολλανδίας. Μέχρι το Σεπτέμβριο του 1991 αναφέρθηκαν 1990 περιπτώσεις ευθανασίας από τις οποίες στις 1030 δεν υπήρχε ξεκάθαρη έκφραση της θέλησης του αρρώστου. Το 70% των περιπτώσεων αναφέρθηκαν παράνομα ως θάνατοι από φυσικά αίτια. Σε μια πρόσφατη μελέτη στο Lancet αναφέρεται, πάλι για την Ολλανδία, ότι μέχρι το Μάιο του 1993 το 41% των περιπτώσεων ευθανασίας έγινε χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς. (Μητ. Νικόλαος 2009)

- Υπάρχει κίνδυνος εκμετάλλευσης της ευθανασίας για λόγους προσωπικούς, οικονομικούς ή πολιτικούς. Δεν είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε τα κίνητρα της κάθε οικογένειας που ζητάει ευθανασία για τον άνθρωπο που υποφέρει. Πίσω από αυτό μπορεί να υπάρχει ενδεχόμενος δόλος για αρπαγή περιουσίας ή οικονομικό όφελος.

(Βουδαντά Αρ. 2009)

Η κοινωνική εμπειρία βεβαιώνει ότι στο ενδεχόμενο εφαρμογής οποιουδήποτε τύπου ευθανασίας, είναι δυνατό να εμπλέκονται πολλά και δυσδιάκριτα συμφέροντα.

- Από κακή πληροφόρηση ασθενείς και οικογένειες είναι ενδεχόμενο να καταλήξουν στο συμπέρασμα ότι η κατάσταση είναι απελπιστική. Πόσο σίγουρα μπορούμε να το χρόνο επέλευσης τον θάνατο; Στο British Medical Journal δημοσιεύτηκε ένα άρθρο με τον πολύ εύστοχο τίτλο: "Patients with terminal cancer" who have neither terminal illness nor cancer. (Ασθενείς με τελικό στάδιο καρκίνου που δεν βρίσκονταν στο τελικό στάδιο, ούτε είχαν καρκίνο). Αναφέρονται τέσσερις περιπτώσεις ασθενών, από σύνολο 1635 που παραπέμφθηκαν για περίθαλψη σε άσυλο ανιάτων και που αποδείχθηκε αργότερα ότι δεν είχαν καρκίνο και βελτιώθηκε η κατάστασή τους. (Μητ. Νικόλαος 2009)

- Οι νοσηλευτές και οι γιατροί θα ήταν πια νεκροθάφτες με δίπλωμα

- Η νομιμοποίηση της ευθανασίας θα δημιουργήσει μια κατηγορία ανθρώπων που θα αισθάνονται ότι είναι, ή θα γίνουν, ανεπιθύμητοι π.χ. χρόνιες παθήσεις και προχωρημένη ηλικία.

Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι οι περισσότερες χώρες στις οποίες έχει νομιμοποιηθεί η ευθανασία, έχουν δεχθεί κυρίως την παθητική ευθανασία κι όχι την ενεργητική

δεδομένου ότι θεωρούν πως υπάρχει μεγάλη διαφορά ηθικής ανάμεσα στις δύο πράξεις. Όμως ο Beauchamp, βάζει ένα παράδειγμα για να δείξει πόσο απέχει η μία πράξη από την άλλη στην πραγματικότητα. Λέει λοιπόν : « ...Ας εξετάσουμε δύο περιπτώσεις. Στην πρώτη, ο Smith πρόκειται να κληρονομήσει μια μεγάλη περιουσία αν συμβεί κάτι στον 6χρονο ξάδελφό του, Ένα βράδυ, την ώρα που το παιδί κάνει το μπάνιο του, ο Smith μπαίνει κρυφά στο λουτρό και τον πνίγει. Κατόπιν φροντίζει ο θάνατός του να φανεί σαν ατύχημα. Στη δεύτερη περίπτωση, ο Jones θα κληρονομήσει επίσης μια τεράστια περιουσία αν συμβεί κάτι στον 6χρονο ξάδελφό του. Όπως ο Smith, έτσι κι ο Jones μπαίνει κρυφά στο λουτρό με σκοπό να πνίξει το παιδί στην μπανιέρα. Καθώς μπαίνει όμως, βλέπει το παιδί να γλιστράει, να χτυπάει το κεφάλι του και να πέφτει με το πρόσωπο μέσα στο νερό. Ο Jones απλώς παρακολουθεί. Ο Smith σκότωσε το παιδί, ενώ ο Jones το άφησε να πεθάνει. Συμπεριφέρθηκε άραγε καλύτερα από ηθική άποψη ο ένας από τους δύο; Αν η διάκριση μεταξύ του να θανατώνεις και του να αφήνεις κάποιον να πεθάνει ήταν αυτή καθαυτή σημαντικό ζήτημα, θα έπρεπε να πει κανείς ότι η συμπεριφορά του Jones ήταν λιγότερο κατακριτέα από του Smith. Υπάρχει όμως κανείς που μπορεί πραγματικά να υποστηρίξει κάτι τέτοιο; » (Beauchamp T. 2007)

3.2.2 ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Κάτι για το οποίο αξίζει να αναρωτηθούμε είναι γιατί τα τελευταία χρόνια έχει επανέλθει τόσο έντονα και συζητιέται το θέμα της ευθανασίας. Δύο από τους κύριους λόγους είναι η αύξηση των περιπτώσεων εμφάνισης ανίατων ασθενειών και η αύξηση των δαπανών για την υγεία.

Εκατοντάδες έρευνες που έχουν δημοσιευθεί σε ιατρικά περιοδικά μέχρι σήμερα και δείχνουν ότι οι χρόνιες παθήσεις, στον δυτικό κόσμο, που είχε μέχρι σήμερα την καλύτερη δυνατή ιατρική κάλυψη, συνεχώς αυξάνουν. Σε μια τελευταία έρευνα που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό του Ιατρικού Συλλόγου της Αμερικής αναφέρεται ότι μέσα σε ένα χρόνο, το 1998, 285.000 άρρωστοι πέθαναν εξ αιτίας των φαρμάκων που έπαιρναν σύμφωνα με τις οδηγίες των γιατρών τους και όχι εξ αιτίας των ασθενειών και

έτσι οι ιατρογενείς θάνατοι χαρακτηρίστηκαν σαν η τρίτη αιτία θανάτων στην Αμερική. Και η έρευνα καταλήγει αναφέροντας ότι τα περιστατικά που υποφέρουν χρονίως από τις παρενέργειες είναι πολλαπλάσια αυτών που βρήκαν το θάνατο.

Οι νεφροπάθειες συνεχώς αυξάνονται και οι ασθενείς που χρειάζονται αιμοκάθαρση κάθε χρόνο αυξάνονται ενώ παθήσεις όπως η σκλήρυνση κατά πλάκας έχουν πάρει σχεδόν επιδημική μορφή στην Ευρώπη και την Αμερική, αλλά και όλες οι νευρομυϊκές παθήσεις όπως η πλαγία μυατροφική σκλήρυνση, οι μυοπάθειες οι μυασθένειες, η μυϊκή δυστροφία, που καταλήγουν σε καταστάσεις τέτοιες που ο άνθρωπος χάνει εντελώς την αξιοπρέπεια του, είναι αρρώστιες σχεδόν αποκλειστικά της Δύσης, δεν απαντώνται παρά ελάχιστα στην Ασία την Αφρική και την Νότια Αμερική. Ζαχαρώδης διαβήτης, νεανικός διαβήτης, ασθματικές αλλεργικές παθήσεις, νόσοι του κολλαγόνου, συνεχώς αυξάνονται στον δυτικό κόσμο. Αλλά και οι βαριές ψυχασθένειες είναι προβλήματα κατ' εξοχήν του δυτικού κόσμου. Όλες αυτές οι χρόνιες παθήσεις καταλήγουν σε τραγικές καταστάσεις για τις οποίες συζητείται η ευθανασία. (www.homeopathy.gr. 2009)

Όσον αφορά το δεύτερο η αλήθεια είναι ότι συνήθως η αντιμετώπιση των περισσότερων ανίατων ασθενειών χρειάζεται πολυδάπανες θεραπείες, σε μια εποχή που τα κονδύλια που δίνονται στα υπουργεία υγείας όλων των χωρών είναι από τα χαμηλότερα. Οι υπερασπιστές της ευθανασίας θεωρούν πως τα ελάχιστα υλικοτεχνικά μέσα που διαθέτουν τα νοσοκομεία θα έπρεπε να χρησιμοποιούνται σε ασθενείς που έχουν ελπίδα να επανέλθουν πλήρως, και όχι σε αυτούς που μπορούν απλά να πάρουν μια μικρή παράταση ζωής αμφιβόλου ποιότητας.

Είναι χαρακτηριστικό ότι στις σχολές υγείας και πρόνοιας, το μάθημα της οικονομίας τους διδάσκει τα εξής : ότι εάν π.χ. στη Μονάδα εντατικής θεραπείας, στην οποία είσαι υπεύθυνος υπάρχει μόνο ένα διαθέσιμο κρεβάτι, σου έρθουν τρία περιστατικά που χρειάζονται άμεσα να εισαχθούν στη Μ.Ε.Θ., και αυτά τα τρία περιστατικά έχουν τα χαρακτηριστικά του ότι ο ένας ασθενής είναι ανήλικο παιδί ο δεύτερος ασθενής είναι στην ηλικία των 30 με 40 και ο τρίτος είναι υπερήλικας καλείσαι να επιλέξεις ποιον από τους τρεις θα διαλέξεις. Σε αυτό το δίλημμα οι φοιτητές των σχολών αυτών κατά πλειοψηφία απαντούσαν το ανήλικο παιδί, με κριτήριο αφενός το συναίσθημα, και αφετέρου το ότι είχαν περισσότερες ελπίδες να επαναφέρουν τον παιδικό οργανισμό που είναι πιο ανθεκτικός. Η πραγματική απάντηση που έδινε το μάθημα ήταν η εξής: ότι στη

Μ.Ε.Θ. θα έπρεπε να μπει αμέσως ο ενήλικας των 40 χρόνων διότι υπερτερούσε στο ότι ήταν σε ηλικία παραγωγική για το κράτος. Αντίθετα το ανήλικο παιδί δεν συνείσφερε ακόμα στην οικονομία του κράτους και είχε περισσότερες ελπίδες να επανέρθει από μόνος του ο οργανισμός του, ενώ ο υπερήλικας έχει παύσει να λειτουργεί ως παραγωγικό όργανο της οικονομίας ενός κράτους.

Στη σύγχρονη τεχνοκρατούμενη κοινωνία, η τεχνολογία έχει δώσει τη δυνατότητα της διατήρησης και συντήρησης της ζωής με μηχανικά μέσα. Αυτό έχει δημιουργήσει στους ασθενείς εξωπραγματικές προσδοκίες από τους γιατρούς και απογοήτευση και οργή στους συγγενείς όταν διαψεύδονται οι προσδοκίες τους. Το κριτήριο της αποτελεσματικότητας / κόστους που κατά κύριο λόγο κινεί τα νήματα της σημερινής χρηματοκρατούμενης πραγματικότητας, δεν μπορεί να αποτελεί και το κριτήριο τερματισμού της ζωής ενός ανίατου ασθενούς που επιβιώνει μόνο χάριν της τεχνολογίας και βρίσκεται ήδη σε μη-ανατάξιμη φυσική κατάσταση. Η έλλειψη προοπτικής για αποκατάσταση της αυτοδύναμης βιολογικής λειτουργίας του ασθενούς, φαίνεται να προσδιορίζει την υποστήριξη της φθίνουσας ζωής σαν « μάταιη » ή « άσκοπη ». Όροι γενικευμένοι και αδόκιμοι τόσο από ιατρική όσο και δεοντολογική άποψη. Στις καταστάσεις αυτές, συχνά οι αποφάσεις είναι σκληρές. Φυσικά απέχουν από την καθαρά υλιστική άποψη ότι η οικονομία προστατεύει τη ζωή όποιου συμμετέχει στις παραγωγικές δραστηριότητες και απαξιώνει τη ζωή ανίατων ασθενών στο τελικό στάδιο. Η ζωή ενός ανθρώπου δεν μπορεί απλά να θεωρείται σαν μέσον που προσφέρει στην οικονομία. Παρά το γεγονός ότι αυτές οι σκληρές αποφάσεις επιδοκιμάζονται από το σύνολο των νομικών επιστημόνων, αυτό μπορεί να έχει σημασία μόνο με την έννοια του μη-ποινικού αδικήματος. Η νομιμοποίηση του τερματισμού της ζωής αυτών των ασθενών, ενέχει τον κίνδυνο της επιφόρτισης του γιατρού με την υποχρέωση της αξιολόγησης της ζωής του αρρώστου και το καθήκον του τερματισμού της με βάση χρηματο-οικονομικά κριτήρια. (Τσίντου Μ. 2009)

Αυτό το πρόβλημα οι υπερασπιστές της ευθανασίας το θεωρούν ως μια άτυπη μορφή ευθανασίας καθώς ο γιατρός καλείται να επιλέξει ποιον θα σώσει και ποιόν θα σκοτώσει.

Πολλοί ισχυρίζονται ότι οι δαπάνες για το τέλος της ζωής είναι δυσανάλογα μεγάλες, απόρροια της διατήρησης της ζωής με την βοήθεια της υψηλής τεχνολογίας και ότι μπορεί να γίνει εξοικονόμηση δαπανών μέσω των advanced directives και των ξένων

αρρώστων τελικού σταδίου. Όμως σε ειδικό άρθρο που δημοσιεύθηκε τον Φεβρουάριο του 1994 στη New England Journal of Medicine με τίτλο " Η οικονομία του θνήσκοντος. Η αυταπάτη εξοικονόμησης δαπανών στο τέλος της ζωής ", οι συγγραφείς μελέτησαν το θέμα σε βάθος και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ελπίδα μείωσης των συνολικών δαπανών για την υγεία μέσω μείωσης των δαπανών από την μη εφαρμογή των υποστηρικτικών της ζωής παρεμβάσεων, είναι πιθανότητα μάταιη. Οι συγγραφείς τελειώνουν το άρθρο τους με τη γνώμη « οποιοδήποτε δρόμο μείωσης των δαπανών υγείας διαλέξουμε, πρέπει να σταματήσουμε να κοροϊδεύουμε τους εαυτούς μας, ότι οι advanced directives και η λιγότερο επιθετική φροντίδα στο τέλος της ζωής θα λύσουν τα οικονομικά προβλήματα του συστήματος υγείας » .

Όμως κοινωνική δικαιοσύνη δεν είναι μόνο η λογική και δίκαιη κατανομή των πόρων, αλλά και η ίση δυνατότητα πρόσβασης στην υψηλή τεχνολογία. Ο αποκλεισμός από την υψηλή τεχνολογία κάποιων αρρώστων λόγω μικρών πιθανοτήτων καλού θεραπευτικού αποτελέσματος συνιστά αδικία.

Ένας άλλος κίνδυνος που ελλοχεύει με τη νομιμοποίηση της ευθανασίας αλλά και με τα κριτήρια που θεωρούνται απαραίτητα για την πραγματοποίησή της είναι ο κίνδυνος των παράνομων αλλά και « νόμιμων » μεταμοσχεύσεων οργάνων.

Είναι γνωστό ότι άπαξ και διαγνωσθεί ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους, η περαιτέρω θεραπευτική υποστήριξη θεωρείται άσκοπη, εκτός αν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση με δωρεά οργάνων. Τα άτομα που χαρακτηρίζονται εγκεφαλικά νεκρά, έχουν απολέσει, αμετάκλητα την ικανότητα να αναπνέουν από μόνα τους, και τους χορηγείται τεχνητή αναπνοή, διότι χωρίς αυτή η βλάβη του στελέχους επηρεάζει ταχύτατα τις βασικές λειτουργίες της ζωής και τα άτομα καταλήγουν ταχύτατα. Πολλοί λοιπόν υποπτεύονται ότι η εισαγωγή του εγκεφαλικού θανάτου ως κριτηρίου παύσεως της ζωής επινοήθηκε, προς διευκόλυνση εξεύρεσης οργάνων για τις μεταμοσχεύσεις, αφού τα « πτωματικά » από τους καρδιοαναπνευστικά (κλινικά) νεκρούς αποδεικνύονται ακατάλληλα. Κι επειδή ούτε αυτά επαρκούν πια, προς « γεφύρωση του χάσματος μεταξύ προσφοράς και ζήτησης », υπεδείχθη κατά καιρούς ότι θα έπρεπε να γίνουν πιο ελαστικά ή χαλαρά τα « κριτήρια » του « εγκεφαλικού θανάτου », ή να χαρακτηρίζεται ο εγκεφαλικά νεκρός ως « κτήμα της κοινωνίας » προς χρήση για μεταμοσχεύσεις.

Με τέτοιες τάσεις όμως, η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου γίνεται πιο επιλήψιμη και διαβλητή, για σκόπιμη επίσπευση του θανάτου, προκειμένου να ληφθούν από έναν ιδανικό δότη -όπως χαρακτηρίζεται ένα νέο άτομο, θύμα τροχαίου ατυχήματος- όργανα προς μεταμόσχευση. Και θυσιάζεται πριν ουσιαστικά « ξεψυχήσει » για να δοθεί ζωή σε κάποιον άλλον που εναγωνίως περιμένει με τη λογική « ο θάνατός σου, η ζωή μου ». ». Και του προσφέρεται κάθε δυνατή βοήθεια ώστε τα όργανά του να διατηρούν τη ζωτικότητα τους, μέχρι να ετοιμασθεί η διαδικασία λήψης τους, οπότε τα ζωντανά ακόμη αυτά όργανα χαρακτηρίζονται πλέον ως πτωματικά. (Αγγελάκη Σ. 2008)

Κατά καιρούς έχουν δει το φως της δημοσιότητας πολλές περιπτώσεις ανθρώπων που κατηγορούσαν τους γιατρούς ότι βιάστηκαν να χαρακτηρίσουν νεκρούς τους ασθενείς τους, με μοναδικό σκοπό να πείσουν τις οικογένειες να δωρίσουν τα όργανα του οικείου τους. Αυτά τα περιστατικά συχνά κάνουν πολλούς να έχουν αμφιβολίες κι ερωτηματικά ως προς το αν θα πρέπει να γίνονται δωρητές σώματος ή οργάνων, όταν ενδέχεται κάποιος να τους αποτελειώσουν μια ώρα γρηγορότερα και πριν ξεψυχήσουν.

(Χριστοδουλίδης Κ. 1995)

3.2.3 ΠΟΛΕΜΙΟΙ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Ο Χριστόδουλος Κ. Παρασκευαΐδης, το 1986, τότε Μητροπολίτου Δημητριάδος αναφέρει: « ...Ας αναλογισθεί όμως κανείς το τι θα αισθανθεί ο γιατρός και ο νοσηλευτής που τόσο πασχίζουν που τόσο πασχίζουν να σώσουν τον άνθρωπο... Ούτε ο άρρωστος, ούτε το περιβάλλον του έχουν το ηθικό δικαίωμα να ζητήσουν από το γιατρό να πραγματοποιήσει ένα φόνο...»

Με ενάργεια και σαφήνεια ο Κουτσελίνης υποδηλώνει την πολεμική των Ελλήνων γιατρών κατά της ευθανασίας. Για κάθε περίπτωση το πρόβλημα της ευθανασίας πιστεύεται ότι θα μπορούσε να μετουσιωθεί σε μια απαίτηση για μια περισσότερο ανθρώπινη αντιμετώπιση του αρρώστου και με το γιατρό πιστό στον όρκο του να θεραπεύει, να προσπαθεί να σώσει μια ζωή και σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να μετατραπεί σε κριτή και πολύ περισσότερο σε δήμιο. (Κουτσελίνης Αν. 1984)

Ο πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Λάρισας κ. Κωνσταντίνος Γιαννακόπουλος μιλάει

για το θέμα της ευθανασίας ενώ ταυτόχρονα ξεκαθαρίζει ότι ο σύλλογος είναι αντίθετος στο θέμα της νομιμοποίησης και εξηγεί τους λόγους :

« Η ευθανασία είναι ένα επίκαιρο, ενδιαφέρον και έντονα αμφιλεγόμενο θέμα. Έχει σημαντικές ηθικές, νομικές και πνευματικές πλευρές και η ανθρώπινη ευθύνη είναι πραγματικά πολύ μεγάλη. Απασχολεί ζωηρά τους γιατρούς διεθνώς. Ορισμένες μάλιστα χώρες της Ενωμένης Ευρώπης, με πρώτη την Ολλανδία, έχουν προχωρήσει στη νομιμοποίησή της, με όλες τις συνέπειες μιας τέτοιας ενέργειας. Τα δικαιολογητικά για τη νομιμοποίηση είναι ο οίκτος προς τον άνθρωπο που υποφέρει, η θυσία για χάρη του κοινωνικού συνόλου και η απαξία της ζωής. Στους ισχυρισμούς όμως αυτούς αντιτίθεται το ερώτημα: ο άνθρωπος ειδικός ή μη, έχει το δικαίωμα να επιβουλευεται τη ζωή του συνανθρώπου του και να του δώσει ένα τέλος εύκολο και γαλήνιο;

Με τη λέξη ευθανασία εννοούμε τον ανώδυνο, τον ένδοξο, τον καλό θάνατο. Σαν ιατρικός όρος σημαίνει εσκεμμένη υποβοήθηση για ήρεμο και εύκολο θάνατο. Η βασική αρχή της κλασικής Κλινικής Ιατρικής είναι η διατήρηση της ζωής και όχι η πρόκληση του θανάτου. Η θέση μας είναι σαφής. Η ευθανασία δεν πρέπει να νομιμοποιηθεί γιατί θα μειώσει την ευαισθησία των ιατρικών αποφάσεων σε καταστάσεις που μεταβάλλονται με το χρόνο. Επιπλέον, στη χώρα μας, τόσο η εκκλησιαστική όσο και η πολιτιστική μας κληρονομιά δεν μας επιτρέπει να πάμε σε τέτοιες λακεδαιμόνιες λύσεις » επισημαίνει αρχικά ο πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου.

Εκείνο όμως, όπως τονίζει, που θα μπορούσε να αποτελέσει αντικείμενο συζήτησης και τίποτα παραπάνω, είναι το γεγονός ότι το ιερό δικαίωμα της ζωής είναι ευθύνη της κοινωνίας να το διαφυλάξει, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι πρέπει να γίνει με οποιοδήποτε μέσο και με οποιοδήποτε κόστος, αδιαφορώντας για τα αποτελέσματα και τις συνέπειες των ενεργειών μας. Παράλληλα, ξεκαθαρίζει ότι είναι αναγκαίο ο θεράπων ιατρός να έχει σοφία, σύνεση και σεβασμό στην προσωπικότητα του αρρώστου καθώς ο κάθε άρρωστος αποτελεί και μια ιδιαίτερη περίπτωση. « Υπάρχουν περιπτώσεις που πρέπει να σεβόμαστε τον άρρωστο και να μην παρεμβαίνουμε στη φυσική διαδικασία του θανάτου, επιβάλλοντάς του πρόσθετο μαρτύριο και προσβάλλοντας την αξιοπρέπειά του, όταν η ιατρική δεν μπορεί να εμποδίσει το θάνατο. Τέλος σήμερα, μετά την ασφαλή διάγνωση του θανάτου του εγκεφαλικού φλοιού με PET (ο φλοιός αποτελεί την προσωπικότητα-αυτό που λέμε άνθρωπος) δεν δικαιολογείται η διατήρηση αρρώστων με

τεχνικά μέσα, πάντα βέβαια προς την κατεύθυνση της δωρεάς των οργάνων του σώματος του », καταλήγει ο κ. Γιαννακόπουλος. (www.astratv.gr. 2009)

Ο πρόεδρος του Ιατρικού συλλόγου Αθηνών, Οικονόμου Κ., δήλωσε « Θεωρώ ότι η μόνη περίπτωση που μπορεί κανείς να προβεί σε πράξη ευθανασίας είναι μόνον αυτή του επιβεβαιωμένου εγκεφαλικού θανάτου. Υπάρχουν αντικειμενικοί όροι που ο εγκεφαλικός θάνατος σήμερα διαπιστώνεται και κλινικά και εργαστηριακά. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις έχω τη γνώμη ότι η επιστήμη έχει προοδεύσει τόσο πολύ ούτως ώστε και τον πόνο να μπορεί να αντιμετωπίσει και συνθήκες αξιοπρεπούς διαβίωσης, ακόμη και σε ανθρώπους τελικών σταδίων, να μπορεί να παρέχει με την παρηγορητική ιατρική. Όλα αυτά και η απαίτηση ενός αρρώστου να υποστεί την ευθανασία στηρίζεται υποτίθεται στην ελεύθερη και ανεπηρέαστη βούλησή του. Πόσο όμως ελεύθερη και ανεπηρέαστη βούληση μπορεί να έχει ένας άνθρωπος ο οποίος βρίσκεται υπό το κράτος του πόνου, του άγχους, του επικειμένου θανάτου; »

Στο ίδιο δημοσίευμα, εναντίον της νομιμοποίησης, αλλά υπέρ της ευθανασίας υπό προϋποθέσεις τάσσεται ο κ. Ν. Φίλιας, διευθυντής της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του Νοσοκομείου « Άγιος Σάββας ». Αναφέρει : « Είμαι εξαρχής εναντίον της νομιμοποίησης. Είναι κάτι που το έχω πει πολλές φορές. Πιστεύω όμως ότι πρέπει να γίνεται η ευθανασία, ότι υπάρχουν στιγμές που πρέπει να παίρνει θέση θεσμοθετημένη, κατά κάποιον τρόπο, μία ιατρική ομάδα. Επίσης, πρέπει να υπάρχει ευέλικτη αντιμετώπιση από το δικαστικό σώμα. Από την άλλη ούτε ο ασθενής ο ίδιος ούτε ο συγγενής είναι εις θέση, πολλές φορές, να ζητήσουν ή να απαιτήσουν κάτι τέτοιο. Υπάρχουν ασθενείς που πέφτουν σε κατάθλιψη, ζητούν να τερματιστεί η ζωή τους και όταν ξεκινάνε μια θεραπεία αντικαταθλιπτική, αλλάζουν γνώμη. Δεν λέω ότι ο γιατρός είναι αυτός που θα αποφασίζει για τα πάντα. Απλώς έχει τις προϋποθέσεις για να αποφασίσει. Αυτές όταν δεν υπάρχει νόημα, αυτό που λέγεται θεραπεία χωρίς ελπίδα. Παρά το γεγονός ότι έχω δηλώσει δημοσίως πως έχω προχωρήσει σε ευθανασία, είμαι εναντίον οποιασδήποτε νομοθετικής ρύθμισης για τη μη δίωξη γιατρού ο οποίος επισπεύδει το θάνατο του ασθενούς του. Ο φόβος της δίωξης πρέπει να υπάρχει και η δικαιοσύνη να κρίνει κατά περίπτωση το γιατρό. Η πολύχρονη πάντως εμπειρία μου στη Μ.Ε.Θ. έχει δείξει ότι οι περισσότεροι από τους γιατρούς που ισχυρίζονται ότι δεν έχουν

κάνει ευθανασία είναι υποκριτές! Και αν υπάρξει νομοθετική ρύθμιση, εκείνοι οι οποίοι θα προχωρήσουν πρώτοι σε ευθανασία είναι οι σημερινοί πολέμοί της. »

Τέλος στο ίδιο άρθρο ο καθηγητής της Αναισθησιολογίας Σοφιανός, ισχυρίζεται ότι « Δεν πρέπει να συγχέεται η ευθανασία με την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, στην οποία είμαι αντίθετος. Ωστόσο, δεν είναι δυνατόν για ένα γιατρό να κάνει ανώφελες ιατρικές πράξεις, όπως π.χ. είναι η τοποθέτηση τεχνητού νεφρού σε έναν ασθενή με καρκίνο σε όλο του το σώμα. » (Κρουστάλλη Δ. 2008)

Το μάταιο της θεραπείας είναι μια κλινική εκτίμηση ότι μια ειδική παρέμβαση δεν θα οδηγήσει την επίτευξη ενός στόχου στον συγκεκριμένο ασθενή και συνδυάζεται με την υποκειμενική εκτίμηση για την ποιότητα ζωής του αρρώστου, όπου συχνά όμως οι εκτιμήσεις του ιατρού για την πιθανότητα επιτυχούς παρέμβασης είναι λανθασμένες, αφού ακόμη και η χρήση μαθηματικών μοντέλων εκτίμησης της πρόγνωσης δεν είναι ασφαλής. .

Εξ άλλου σύμφωνα με πρόσφατο άρθρο που δημοσιεύθηκε δεν είναι δυνατόν να μετρηθεί η ποιότητα ζωής ενός ατόμου επακριβώς και αξιόπιστα και επομένως δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως κριτήριο στις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας .

Ο κύριος Γιάννης Τούντας, Γιατρός και Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής ρωτήθηκε αν η ευθανασία θα πρέπει να είναι νόμιμη ή όχι. « Πιστεύω ότι ο άνθρωπος πρέπει να έχει τη δυνατότητα να επιλέγει τον τρόπο που θέλει να ζήσει και τον τρόπο που θέλει να πεθάνει. Εγώ προσωπικά είμαι υπέρ της ευθανασίας, όταν υπάρχουν κάποιες προϋποθέσεις. Όταν ο ασθενής που πάσχει από μια βαριά αρρώστια και είναι σε θέση να επιλέξει συνειδητά τον τερματισμό της ζωής του, τότε ναι είμαι κατηγορηματικά υπέρ της ευθανασίας. Πιστεύω ότι σε τέτοιες περιπτώσεις δεν θα πρέπει να υπάρχει κανένα εμπόδιο», αναφέρει ο κ. Τούντας, ξεκαθαρίζοντας, παράλληλα, πως στην περίπτωση που ο ασθενής δεν μπορεί να πάρει τη συγκεκριμένη απόφαση, γιατί δεν έχει την πνευματική διαύγεια, τότε το θέμα περιπλέκεται και δεν θα πρέπει να επιτρέπεται. « Στην περίπτωση αυτή, το θέμα της ευθανασίας πρέπει να το ψάξουμε περισσότερο διότι εγείρονται και πολλά προβλήματα, όπως για παράδειγμα μπορεί να υπάρχουν οικονομικά οφέλη της οικογένειας, μπορεί ακόμα και να υπάρχουν οικονομικά οφέλη για το Ασφαλιστικό Ταμείο του ασθενή ή ακόμα και για το νοσοκομείο, το οποίο μπορεί να μην θέλει να ξοδέψει άλλα λεφτά για να συντηρήσει στη ζωή τον ασθενή. Στην περίπτωση, λοιπόν,

αυτή το θέμα είναι λεπτό και δεν μπορώ να εκφράσω μια θετική γνώμη χωρίς να βρούμε τρόπους, ώστε να αποφευχθούν οποιεσδήποτε αρνητικές διαστάσεις μια τέτοιας απόφασης », τονίζει ο Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής. (Σουντουρλή Χ. 2009)

Ο Richard H. Bube καθηγητής του τμήματος Θετικών Επιστημών & Μηχανικής του Πανεπιστημίου Stanford της Καλιφόρνιας δημοσίευσε ένα άρθρο στο περιοδικό «Journal of the American Scientific Affiliation» σχετικά με την ευθανασία στο οποίο ανέφερε:

« Η πρακτική της ιατρικής είναι αναμφισβήτητα ανταπόκριση στη χριστιανική πρόσκληση για υπηρεσία. Όταν ο χριστιανός αντιμετωπίζει πόνο ή αρρώστια, δεν βρίσκεται ποτέ σε απορία ως προς το αν θα πρέπει να κάνει ό,τι περνά από το χέρι του για να σταματήσει τον πόνο και να θεραπεύσει την αρρώστια ή αν θα πρέπει να αφήσει να γίνει το θέλημα του Θεού χωρίς ιατρική παρέμβαση. Από την άλλη πλευρά υπάρχει σεβασμός προς κάθε μορφή ζωής, που έχει όμως τις ρίζες του περισσότερο στον μονιστικό πανθεϊσμό παρά στον βιβλικό χριστιανισμό. Θρησκείες με πανθεϊστικά στοιχεία έχουν τέτοιο σεβασμό προς κάθε ζωή, ώστε προσέχουν ιδιαίτερα να μην πατήσει κανείς ζώφια και αφήνουν απείραχτα ζωντανά που το κρέας τους είναι απαραίτητο για τη ζωή.

Την σύμφυτη αυτή αξία κάθε δημιουργήματος την αναγνωρίζει και η Βίβλος σαν κάτι όμως που έχει σχεδιαστεί από τον Θεό για την εξυπηρέτηση των σκοπών Του. Μολονότι λοιπόν η βιολογική ζωή έχει την αξία της, υπάρχει σαφής διάκριση μεταξύ βιολογικής και προσωπικής ζωής. Η εντολή « ου φονεύσεις » είναι απαγορευτική του φόνου προσώπου κι όχι κάθε όντος. Επομένως, αν κι ο χριστιανός δεν διστάζει ποτέ προκειμένου να αντιμετωπίσει τον πόνο και την αρρώστια ως εχθρούς που εισβάλλουν στην δημιουργία του Θεού, αναγνωρίζει, απ' την άλλη μεριά, την ανάγκη να διακρίνει μεταξύ προσωπικής και μη ζωής.

Ο ιατρικός κλάδος με την έντονη (και τόσο συχνά περιοριστική) επικέντρωσή του στην βιολογική βάση της υγείας αναγκάζεται συχνά, από την πρακτική αλλά και τον νόμο, να λαμβάνει υπ' όψη του τους λογικούς μόνο παράγοντες. Δοθείσης της τεχνολογικής δυνατότητας διατήρησης της βιολογικής ζωής, το ιατρικό προσωπικό είναι σχεδόν αναγκασμένο να χρησιμοποιήσει την τεχνολογία στο έπακρο υπό την

προϋπόθεση όμως ότι ο ανταγωνισμός μεταξύ αρκετών ασθενών για την εφαρμογή του δεν θεωρείται παράγοντας ζωτικής σημασίας στη λήψη της απόφασης. Καθώς η ιατρική τεχνολογία προοδεύει, το πρόβλημα γίνεται περισσότερο καθοριστικό, πιθανόν να πλησιάζουμε στη μέρα που θα είμαστε σε θέση, αν το επιθυμούμε, να διατηρήσουμε την βιολογική ζωή, στις περισσότερες περιπτώσεις, πολύ πιο πέρα. από την παύση της προσωπικής ζωής. Στο σημείο αυτό αντιμετωπίζουμε την άλλη άποψη μιας συνηθισμένης ερώτησης στην επιστημονική ηθική : Επειδή μπορούμε να κάνουμε κάτι, αυτό σημαίνει ότι πρέπει να το κάνουμε; Η ερώτηση έχει δυο τυπικές απαντήσεις.

1) Τουλάχιστον μέσα σε ορισμένα όρια, μπορούμε και πρέπει κάνοντας χρήση της πλήρους υπευθυνότητάς μας, αναγνωρίζοντας παράλληλα ότι η ικανότητα να το κάνουμε μας έχει δοθεί από τον Θεό

2) Η ικανότητά μας να κάνουμε κάτι, μας υποχρεώνει, ως υπεύθυνοι οικονόμοι της δημιουργίας του Θεού, να κάνουμε υπεύθυνες επιλογές βάσει των ορίων της γνώσης μας- υπευθυνότητα που συχνά απαιτεί την αναστολή ορισμένων ενεργειών. Κι οι δυο απαντήσεις συχνά δίνονται και από μη χριστιανούς ερευνητές, γι' αυτό, επομένως, δεν προσδιορίζουν μόνο τις χριστιανικές αρχές.

Η διατήρηση του αρρώστου εν ζωή με κάθε δυνατό μέσο μπορεί επίσης να είναι, από πλευράς ιατρικού προσωπικού, έκφραση προσωπικού εγωισμού. Λέγεται ότι οι νοσηλευτές έχουν ένα απόφθεγμα: « Μην αφήνεις ποτέ τον άρρωστο να πεθάνει στη βάρδια σου ». Επαγγελματικά, ο θάνατος αντικατοπτρίζει αποτυχία. Η διατήρηση, λοιπόν, στη ζωή με κάθε μέσο είναι έκφραση του επαγγελματικού εγωισμού, καθώς και των παραγόντων που σχολιάστηκαν προηγουμένως. Οι γιατροί χρειάζονται ένα κοινωνικό και νομικό περιβάλλον που να τους ενθαρρύνει στη φροντίδα για ευημερία του ατόμου στο σύνολό του, παρά να τους θέτει επαγγελματικά και νομικά εμπόδια στο δρόμο της εξέλιξης προς αυτή την κατεύθυνση.

Υπάρχουν, φυσικά, ευλογοφανή αίτια για τον ιατρικό κλάδο να « τα παρατήσει » και να μην διατηρήσει την ανθρώπινη ζωή σε όλες τις περιπτώσεις που δεν έχει οριστικοποιηθεί η διάγνωση. Η εμπιστοσύνη ανάμεσα στο γιατρό και τον άρρωστο βασίζεται στην βεβαιότητα ότι ο γιατρός θα κάνει οτιδήποτε μπορεί προκειμένου να διατηρήσει και να αποκαταστήσει την υγεία του αρρώστου του. Η ερώτηση που εγείρεται τελικά, είναι:

Ποιος θα αποφασίσει πότε ο γιατρός πρέπει να εγκαταλείψει τις ξεχωριστές και ασυνήθιστες μεθόδους για παράταση της ζωής και να επιστρέψει στις συνηθισμένες, επιτρέποντας στα πράγματα « να πάρουν το δρόμο τους »; Η απόφαση δεν μπορεί να ληφθεί από τον γιατρό μόνο, επειδή κάτι τέτοιο-θα έθετε ένα άδικο φορτίο επάνω του και θα υπονόμευε την εμπιστοσύνη στη σχέση γιατρού - αρρώστου. Αν ο άρρωστος ή η άρρωστη είναι διανοητικά ικανοί να πάρουν μια τέτοια απόφαση, εκείνοι είναι που δικαιούνται να έχουν την προτεραιότητα να αποφασίσουν. Η πρόσφατα εισαχθείσα πρακτική της διαμόρφωσης μιας « ζωντανής θέλησης » που δίνει το περίγραμμα των προσωπικών επιθυμιών πριν επέλθει η τελική φάση της αρρώστιας με διανοητική ικανότητα αμφισβητήσιμη, είναι μια προσπάθεια να γίνει αυτό απ' όλους αποδεκτό. Η εκτίμηση της διανοητικής ικανότητας, απουσία « ζωντανής θέλησης » δεν είναι εύκολη υπόθεση, και τελικά η απόφαση περνά σε διορισμένους αρμόδιους του ιατρικού κλάδου και/ή της κοινωνίας και στους συγγενείς του αρρώστου. (Bube R. 2005)

Την εναντίωσή τους στην ευθανασία εκφράζουν και οι γιατροί της μη κερδοσκοπικής κίνησης « Γιατροί της Αγάπης». Σε ερώτηση που τους έγινε για το αν θα έπρεπε να εφαρμόζεται ευθανασία σε άτομα που έχουν περιπέσει σε φυτική κατάσταση απάντησαν: « Στην Ολλανδία, Αυστραλία εφαρμόζεται η ευθανασία και συζητείται να εφαρμοστεί και στις Η.Π.Α. Από βιοηθικής πλευράς είναι έγκλημα. Ο άνθρωπος έχει δικαίωμα στη ζωή και είναι απαράδεκτη η ευθανασία που εφαρμόζεται για λόγους οικονομικούς. Ακόμη δέκτες της ενεργητικής ευθανασίας είναι βεβαρημένα περιστατικά από πολλαπλά κακοήθη νεοπλάσματα που δεν έχουν ελπίδα ζωής. Οι συγγενείς που πολλές φορές επιμένουν στην ευθανασία δεν έχουν ιατρική ευθύνη. Ο γιατρός έχει την ευθύνη και με την ευθανασία δεν βλάπτεται μόνο η ηθική συνείδηση αλλά κατακρημνίζεται όλο το οικοδόμημα της ιατρικής. Στην Ελλάδα πιστεύουν ότι πρέπει να υπάρχει θάλαμος αερίων να πεθαίνουν οι ασθενείς. Σε στατιστικές που έγιναν στη χώρα μας, σε ασθενείς που πάσχουν από φυτική κατάσταση το 30% έχουν πιθανότητα να ανανήψουν στον 1 μήνα, 15% έχουν πιθανότητα να ανανήψουν στους 3 μήνες, 51% έχουν πιθανότητα να ανανήψουν στο εξάμηνο, 0,5% έχουν πιθανότητα να ανανήψουν μετά από 1 εξάμηνο. Άρα απορρίπτεται η ευθανασία και για το λόγο ότι υπάρχει περίπτωση να ανανήψουν. Το 0,5% είναι πιθανό να αυξηθεί αν υπάρξει ιατρική φροντίδα και οικογενειακή θαλπωρή.

Συμπερασματικά : Οι Γιατροί της Αγάπης αντιτίθενται σε κάθε μορφή ευθανασίας σε ασθενείς που βρίσκονται σε φυτική κατάσταση ή σε ευρισκόμενους από διάφορες ασθένειες. Οι εν λόγω ασθενείς επιβάλλεται να έχουν μια διαρκή ιατρική φροντίδα, πλήρη φαρμακευτική κάλυψη και να αντιμετωπίζονται με ίδιο πνεύμα αγάπης και στοργής που αντιμετωπίζεται ο ασθενής ο ευρισκόμενος υπό ιάσιμο πρόγνωση. »
(www.doctorsofcharity.gr. 2000)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

4.1 ΥΠΑΡΧΟΥΣΑ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

Η νομική ευθύνη των ιατρών κατά την θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών τους εμφανίζεται γενικότερα σε τρία επίπεδα:

1ο ως πειθαρχική ευθύνη του ιατρού απέναντι σε επαγγελματικά όργανα, όπως π.χ. οι ιατρικοί σύλλογοι της χώρας για παραβιάσεις των καθηκόντων και των υποχρεώσεων που επιβάλλονται από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας

2ο ως αστική ευθύνη απέναντι στον ασθενή, όταν ο ιατρός προκαλεί σε αυτόν ζημιά κατά την άσκηση της δραστηριότητάς του, οπότε και γεννάται υποχρέωση αποζημίωσης και τέλος,

3ο ως ποινική ευθύνη, στη βάση της οποίας η πολιτεία τιμωρεί τον ιατρό για προσβολή εννόμων αγαθών του ασθενή, όπως π.χ. για την πρόκληση σωματικής βλάβης ή θανάτου με ποινές, οι οποίες πέρα από τον κατασταλτικό τους χαρακτήρα συνεπάγονται και ένα ιδιαίτερο στιγματισμό του ιατρού στον κοινωνικό χώρο.

(Καϊαφα-Γκμπάνι Μ. 2000)

4.1.1 ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ

Η ζωή του ανθρώπου προστατεύεται και με τη συνταγματική διάταξη και ειδικότερα στο άρθρο 5/2 του Συντάγματος του 1975 ορίζεται ότι « πάντες οι ευρισκόμενοι εντός της ελληνικής επικρατείας απολαύουν απολύτου προστασίας της ζωής... »

(Καράμπελας Α.1987)

Στη χώρα μας, το ελληνικό ποινικό δίκαιο προστατεύει την ανθρώπινη ζωή κατά τρόπο απόλυτο, υπό οποιαδήποτε μορφή, δηλαδή, κι αν εμφανίζεται. " Όποιος επιφέρει το θάνατο ανθρώπινης ύπαρξης, έστω και αν πρόκειται για νεογέννητο μη βιώσιμο λόγω πρόωρου τοκετού, ή διαμαρτυρίας περί τη διάπλαση, ή για άνθρωπο ετοιμοθάνατο εξ οιαδήποτε λόγου, θεωρείται ένοχος ανθρωποκτονίας και υπέχει ποινική ευθύνη " κατά το άρθρο 299 του Ποινικού Κώδικα . (Παππάς Β. 2009)

Στην ελληνική έννομη τάξη σήμερα φαίνεται ότι περιορισμός του δικαιώματος στη ζωή από την Πολιτεία με συνταγματικής ισχύος διατάξεις δεν είναι δυνατόν να υπάρξει, κι

αυτό γιατί, εκτός από την καθιέρωση της προστασίας της ανθρώπινης ζωής του Συντάγματος, τίθεται και η γενική ρήτρα των ‘ χρηστών ηθών ’ στο άρθρο 5 παρ.1, καθώς και στις λοιπές συνταγματικές διατάξεις των άρθρων 25 παρ.2 και 16 παρ. 2, οι οποίες υποχρεώνουν τον ερμηνευτή τους να λάβει υπόψη του, στην ερμηνεία των ατομικών δικαιωμάτων, τις ‘ αξίες ’ που γίνονται αποδεκτές από την κυρίαρχη κοινωνική αντίληψη.

Στο πλαίσιο αυτής της προβληματικής των ατομικών δικαιωμάτων πρέπει να εξεταστεί και η συνταγματική κατοχύρωση των δικαιωμάτων στη ζωή και το θάνατο. Το σχετικό άρθρο 2 παρ. 1 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης των Δικαιωμάτων του ανθρώπου, το οποίο αποτελεί κατά το άρθρο 28 παρ. 1 Του Συντάγματος αναπόσπαστο τμήμα του ελληνικού δικαίου ανώτερης τυπικής ισχύος στην Ελλάδα εφόσον υπερισχύει κάθε αντίθετης διάταξης νόμου, κατοχυρώνει το ατομικό δικαίωμα κάθε ανθρώπου στη ζωή.

Στη γενική διάταξη της ανάπτυξης της προσωπικότητας του άρθρου 5 παρ. 1 αναφέρεται, ότι καθένας έχει δικαίωμα να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του, εφόσον δεν προσβάλλει τα δικαιώματα των άλλων και δεν παραβιάζει το Σύνταγμα ή τα χρηστά ήθη. (Αναπλιώτης Αν. 2003)

4.1.2 ΠΟΙΝΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ

Το ποινικό δίκαιο αποτελεί σε μια δημοκρατική πολιτεία το έσχατο μέσο παρέμβασης για την προστασία σημαντικών εννόμων αγαθών, όπως η ζωή ή η σωματική ακεραιότητα. Πριν από αυτό υπάρχουν και άλλα μέσα διευθέτησης των κοινωνικών προβλημάτων με πολύ σημαντικό ρόλο. Σημασία έχει η καλλιέργεια της απαιτούμενης συνείδησης για την τήρηση της ιατρικής δεοντολογίας απέναντι στον ασθενή και το ήθος που απαιτεί η άσκηση ενός λειτουργήματος και όχι απλά ενός επαγγέλματος, όπως εξάλλου λειτουργήμα είναι και η ιατρική δραστηριότητα. Με βάση αυτές τις προϋποθέσεις μπορεί κανείς να είναι βέβαιος, ότι το ποινικό δίκαιο δεν επεμβαίνει εκεί που ο ιατρός κάνει σωστά την δουλειά του και σέβεται όπως πρέπει τον ασθενή.

(Καϊαφα-Γκμπάνι Μ. 2000)

1) **Ανθρωποκτονία με πρόθεση :**

Όταν γίνεται αφαίρεση της ζωής ανθρώπου από δράστη, που βρίσκεται σε ήρεμη ψυχική κατάσταση, τιμωρείται κατά το άρθρο 299/1, με ισόβια κάθειρξη, ενώ όταν η πιο πάνω πράξη αποφασίστηκε και εκτελέστηκε από το δράστη, ενώ βρισκόταν σε βρασμό ψυχικής ορμής τιμωρείται, κατά το άρθρο 299/2, με πρόσκαιρη κάθειρξη 5 – 20 ετών.

2) **Ανθρωποκτονία από αμέλεια :**

Τιμωρείται από το άρθρο 302/1 με φυλάκιση 3 μηνών μέχρι 5 ετών. Όμως επιτρέπεται από το άρθρο 302/2, αν το θύμα ήταν οικείος του δράστη, το δικαστήριο να μην επιβάλλει ποινή, αν κρίνει ότι ο δράστης, λόγω ψυχικής οδύνης που υπέστη από τις συνέπειες της πράξης αυτής, δε χρειάζεται να υποβληθεί και σε ποινή. (δικαστική έφεση)

3) **Παιδοκτονία :**

Προβλέπεται και τιμωρείται από το άρθρο 303 Π.Κ

4) **Άμβλωση :**

Η θανάτωση εμβρύου, με πρόθεση, από την εγκυμονούσα ή από άλλον, σύμφωνα με τις διακρίσεις του άρθρου 304 Π.Κ, όπως τροποποιείται με το νόμο 1609/1986, μάλιστα τιμωρείται και η διαφήμιση μέσων άμβλωσης όπως ορίζει το άρθρο 305 Π.Κ. Μετά την τροποποίηση του άρθρου 304 του Π.Κ με το Ν. 1609/1986, επιτρέπεται από την ελληνική νομοθεσία και η ακούσια ευθανασία ανθρώπινης αγέννητης ζωής όταν συντρέχουν οι προϋποθέσεις που ορίζονται, όπως στις περιπτώσεις α` και β` της παρ.4 του άρθρου 304 Π.Κ, όπως αντικ. με το άρθρο 2 του Ν. 1609/1986 (1 / 3.7.1986), προβλέπεται δυνατότητα ατιμώρητης θανάτωσης εμβρύου, φυσικά χωρίς τη θέλησή του, με τη θέληση, όμως, της εγκύου : α) απλώς και μόνο γιατί το θέλει η εγκυμονούσα, αν η εγκυμοσύνη είναι μέχρι την 12^η εβδομάδα και β) αν έχουν διαπιστωθεί, με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης, ενδείξεις σοβαρής ανωμαλίας του εμβρύου, που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού και η εγκυμοσύνη δεν έχει διάρκεια περισσότερο από είκοσι τέσσερις εβδομάδες.

5) **Έκθεση :**

Η έκθεση άλλου, τιμωρείται ανάλογα με τις διακρίσεις του άρθρου 306, ως κακούργημα ή ως πλημμέλημα.

6) Παράλειψη λύτρωσης από κίνδυνο ζωής :

Τιμωρείται κατά τους όρους του άρθρου 307 Π.Κ.

7) Συμμετοχή σε αυτοκτονία :

Τιμωρείται κατά τους όρους του άρθρου 301 Π.Κ (« Η συμμετοχή σε αυτοκτονία » μελ. στα Ποιν. Χρ. ΙΒ/129 κ. επ. με τη διάταξη του άρθρου 301 Π.Κ, νομοθετήθηκε έμμεσα, και το δικαίωμα στο θάνατο, το οποίο μπορεί να ασκήσει μόνο το ίδιο το θύμα, όχι όμως, κι άλλος με εντολή του.)

Η αυτοκτονία είναι συνταγματικά προστατευόμενη πράξη, κατά το άρθρο 5 παρ. 1, ως έκφραση του δικαιώματος στο θάνατο, καθώς επίσης το άρθρο 2 παρ.1 του Συντάγματος αναφέρει την προστασία της αξίας του ανθρώπου και ορίζει ότι ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν πρωταρχική υποχρέωση της πολιτείας. Κάτι το οποίο οι υπερασπιστές της ευθανασίας επικαλούνται για το επιχείρημα του ότι ο κάθε άνθρωπος δικαιούται να πεθάνει με αξιοπρέπεια κι εφόσον ο ίδιος δεν μπορεί να το εκφράσει, μπορεί ο δικαστής να αποφασίσει γι' αυτόν, κρίνοντας αντικειμενικά και ανεξάρτητα, το αν πρέπει να επιτρέψει σε κάποιον να τον βοηθήσει στην απόφασή του να πεθάνει.

Από την αντίθετη πλευρά εκφράζεται η άποψη ότι το Σύνταγμα δεν κατοχυρώνει δικαίωμα στο θάνατο, αλλά καθιερώνει μόνο το δικαίωμα στη ζωή, οπότε η συμμετοχή σε αυτοκτονία πρέπει να διώκεται ως άδικη πράξη από τον κοινό νομοθέτη.

8) Ανθρωποκτονία με συναίνεση :

Προβλέπεται από το άρθρο 300 Π.Κ. ‘ Όποιος αποφάσισε και τέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο γι' αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια, τιμωρείται με φυλάκιση από 10 ημέρες έως 5 χρόνια.

Σύμφωνα λοιπόν με αυτό, η συνεργεία του γιατρού είναι άδικη, παρά το γεγονός, ότι τα κίνητρό του είναι αγαθά, . Αυτού του είδους η ανθρωποκτονία δεν εμπνέει καμία κακόβουλη πρόθεση ή αγριότητα, παρ' όλα αυτά, το άδικο της πράξης δεν αιρείται.

9) Άρνηση γιατρών και νοσηλευτών να εκτελέσουν τα έργα τους και εφόσον δεν προκαλείται κίνδυνος για τη ζωή :

Τιμωρείται από το άρθρο 441 Π.Κ αλλά διώκεται και ως παράβαση καθήκοντος.

10) Μονομαχία :

Προβλέπεται από το άρθρο 317 του Π.Κ, γιατί μ' αυτή διακινδυνεύεται και το αγαθό της ζωής, ενώ παράλληλα προσβάλλονται τα έννομα αγαθά. (Καράμπελας Λ. 1987)

Γενικά το θέμα της ευγονικής πολιτικής, η οποία εξαρτά την διάρκεια της ανθρώπινης ζωής από ποιοτικά κριτήρια, ουσιαστικά έχει τεθεί μόνο για τις ελάχιστες περιπτώσεις τερατογένεσης, ή σε σύγχρονες τεχνικές δημιουργίας ανεγκέφαλων όντων, όμως παρ' όλα αυτά πρόκειται για ανθρώπινη ύπαρξη και το Σύνταγμα την προστατεύει απόλυτα χωρίς καμία διάκριση.

Παράλληλα με τις παραπάνω διατάξεις περί τιμωρίας αυτού που καταστρέφει την ανθρώπινη ζωή, ο Έλληνας νομοθέτης, με το άρθρο 9 του Β.Δ. 26 / 5 – 6 / 7 / 1955 , περί Κανονισμού Ιατρικής Δεοντολογίας, νομοθέτησε και την υποχρέωση του γιατρού για την προστασία της ζωής του ανθρώπου και για την παράτασή της, όσο είναι δυνατόν.

Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι ο γιατρός δε διώκεται νομικά σε δύο περιπτώσεις :

1. Όταν εγκαταλείπει τον άρρωστο, που πάσχει ανίατο νόσημα, στη μοιραία εξέλιξη του, δηλαδή δεν το εμποδίζει, αλλά του χορηγεί μόνο κατευναστικά ή αναλγητικά φάρμακα, με τη συναίνεση των οικείων του, τότε ο θάνατος επέρχεται φυσικά, με γαλήνη και ηρεμία χωρίς τεχνητά μέσα. (Ορθοθανασία)
2. Στις περιπτώσεις που για να διατηρηθεί η ζωή χρειάζονται εξαιρετικές και δαπανηρές φροντίδες (δυσθανασία), χωρίς και πάλι να επιτύχει ο γιατρός να διατηρήσει τη ζωή του αρρώστου για πολύ χρόνο πρέπει να ενημερώσει τον ίδιο και τους συγγενείς του ώστε να αποφασίσουν τι θέλουν. Ο γιατρός στην περίπτωση αυτή δε διαπράττει αξιόποινη πράξη, καθώς από το νόμο, είναι υποχρεωμένος να παρέχει συνηθισμένες και όχι εξαιρετικές φροντίδες. (Βουγιούκας Αν. 1993)

Εδώ να σημειώσουμε ότι κατά την ελληνική ποινική εξουσία, όποια ποινική ευθύνη υπάρχει στο εσωτερικό, υπάρχει και στο εξωτερικό στην περίπτωση που ο δράστης είναι Έλληνας πολίτης. Με βάση μιας διάταξης του ποινικού κώδικα ο Έλληνας πολίτης τιμωρείται μέσα στους όρους όπως είναι η πράξη να είναι αξιόποινη και στο εξωτερικό. Αυτό σημαίνει ότι αν ο Έλληνας πολίτης πάει σε μια χώρα όπου η ευθανασία δεν είναι

αξιόποινη, παρά το γεγονός ότι είναι Έλληνας, δεν τιμωρείται. Εκτός αν πρόκειται για μια πράξη για την οποία υπάρχει διεθνής σύμβαση. (Σουντουρλή Χ. 2009)

Επίσης το δικαίωμα άρνησης της αγωγής αναγνωρίζεται στην Ελλάδα με το άρθρο 47 ν. 2071/1992, έπειτα διατυπώθηκε στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική με το ν. 2619/1998 και τέλος, προβλέπεται και στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και συγκεκριμένα στο άρθρο 12§1. Η πράξη ενός γιατρού που παρά τη βούληση του ασθενούς ξεκινάει ή συνεχίζει μία θεραπευτική αγωγή δεν παρουσιάζει ποινικό ενδιαφέρον, αντίκειται όμως στην προσωπική ελευθερία και στις αρχές της αυτονομίας και αυτοδιάθεσης του ατόμου. Συνεπώς, δικαιολογείται η λήψη ασφαλιστικών μέτρων για τη διακοπή της αγωγής κατά τα άρθρα 5§1 του Συντάγματος, 57 ΑΚ και κατά τη διαδικασία που προβλέπεται από τα άρθρα 682επ. του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας. Προϋπόθεση και πάλι για την ισχυρή, έγκυρη βούληση του ασθενούς αποτελεί η ικανότητα του να την εκφράσει κατά τον χρόνο χορήγησης της αγωγής, καθώς και η ορθή και πλήρης ενημέρωσή του σχετικά με το περιεχόμενο της αγωγής αλλά και τις συνέπειές της. (Μπαρμπαγάλος Γ. 2008)

Συγκεκριμένα για την ευθανασία ο Ποινικός Κώδικας και οι σχετικές διατάξεις καταλήγουν στα εξής συμπεράσματα :

Α. Η ευθανασία, ως ανθρώπινη συμπεριφορά (πράξη ή παράλειψη), που αποσκοπεί να καταστήσει το βέβαιο και επικείμενο θάνατο ενός ανθρώπου λιγότερο επώδυνο και περισσότερο αξιοπρεπή ή να απαλλάξει τον πάσχοντα από το μαρτύριο μιας βαρύτατης αναπηρίας, είναι κατ' αρχήν ανθρωποκτονία από πρόθεση με το ελαφρυντικό ότι ο υπαίτιος ωθήθηκε στην πράξη του από αίτια μη ταπεινά. Η πράξη απειλείται με ποινή καθείρξεως 10 έως 20 ετών (αρ. 299 παρ. 1 σε συνδ. με αρ. 83 στοιχ. α' και 84 παρ. 2 στοιχ. β' ΠΚ). Αν η πράξη αποφασίσθηκε και εκτελέσθηκε σε βρασμό ψυχικής ορμής, με το ίδιο πάντα ελαφρυντικό, η προβλεπόμενη ποινή μειώνεται σε φυλάκιση 2 ετών έως κάθειρξη 12 ετών. Η δεύτερη αυτή περίπτωση είναι πρακτικώς απίθανο να συντρέξει στο πρόσωπο του δράστη γιατρού, ως προς τον οποίο, αν δεν ανήκει στον πολύ στενό συγγενικό κύκλο του θύματος, είναι αδιανόητη η συνδρομή βρασμού ψυχικής ορμής.

Β. Ως προς το ζήτημα αν στην αιτιώδη διαδικασία του θανάτου η συμπεριφορά ορισμένου ανθρώπου (γιατρού ή άλλου) λειτούργησε ως χείρα βοηθείας, πρέπει να διακρίνουμε μεταξύ "ενεργητικής" και "παθητικής" ευθανασίας. Αν ο γιατρός χορηγήσει κάποια θανατηφόρο ουσία και επιταχύνει έτσι το θάνατο, δεν μπορεί να γίνει λόγος για έλλειψη αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ της ενεργείας του και του επελθόντος θανάτου. Διότι, και αν έλλειπαν τα αίτια που θα οδηγούσαν αναπόφευκτα στο θάνατο, μόνη η χορήγηση της ανωτέρω ουσίας αρκούσε για το θανάσιμο αποτέλεσμα. Αλλιώς έχει το πράγμα στην περίπτωση της παθητικής ευθανασίας, εκείνης δηλ. που συντελείται με την παράλειψη παροχής μέσων που θα επιβράδυναν την επέλευση του θανάτου. Η απάντηση βρίσκεται στο άρθρο 15 του Ποιν. Κώδικα. Μπορεί, δηλαδή, να υποστηριχθεί ότι, εφόσον ο γιατρός δεν βαρύνεται με ιδιαίτερη νομική υποχρέωση (είτε από το νόμο, είτε από σύμβαση, είτε από τη φύση της αποστολής και τον όρκο του) να επιβραδύνει, απλά και μόνο, τον άλλως αναπότρεπτο θάνατο, διατηρώντας τεχνητά κάποιες επιμέρους βιολογικές λειτουργίες του πάσχοντος (αναπνοή, καρδιακό παλμό κ.λπ.), η μη παροχή των σχετικών ιατρικών μέσων και η εκ τούτου επιτάχυνση του θανάτου δεν συνιστά την αντικειμενική υπόσταση της δια παραλείψεως τελούμενης ανθρωποκτονίας από πρόθεση. Αν όμως ο πάσχων (ή εκείνος που έχει την επιμέλεια του προσώπου του) εκφράσει αντίθετη βούληση, ο γιατρός δεσμεύεται και άρα έχει, κατ' αρχήν, ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να μην παραλείψει τις ενέργειες που μπορούν να παρεμποδίσουν την άμεση επέλευση του θανάτου.

Γ. Η ευθανασία, ως συμπεριφορά που πλήττει καίρια το έννομο αγαθό της ζωής, είναι πράξη νομικώς άδικη. Υποστηρίζεται εν τούτοις ότι ο άδικος χαρακτήρας της "ευθανασίας" αποκλείεται εφόσον εξ ορισμού επιχειρείται προς εξυπηρέτηση του αληθινού συμφέροντος του (συναινούντος) θανατουμένου, αλλά και διότι νεώτερες πολιτισμικές αντιλήψεις ή εθιμικοί κανόνες ή η δικαιοσύνη συνείδηση του λαού ή το επικρατέστερο κοινωνικό συμφέρον ή το επαγγελματικό καθήκον του ιατρού καθιστούν την ευθανασία επιτρεπτή. Οι απόψεις αυτές, ανεξάρτητα από την επικίνδυνη ασάφεια και την εσωτερική τους αντιφατικότητα, είναι ριζικώς ασύμβατες τόσο προς τη συνταγματική τάξη, η οποία, με το άρθρο 5 παρ. 2 του Συντάγματος, τοποθετεί την

ανθρώπινη ζωή σε περιωπή απολύτως προστατευόμενου αγαθού, όσο και προς την όλη οικονομία του Ποινικού μας Κώδικα, ο οποίος όχι μόνο δεν περιέλαβε την "ευθανασία" στον κατάλογο των λόγων που αποκλείουν το άδικο της πράξεως (αρ. 20 επ.), αλλά αντιθέτως ανήγαγε σε ιδιώνυμα αδικήματα, τιμωρούμενα απλώς με ηπιότερες ποινές, την ανθρωποκτονία από οίκτο (αρ.300) και τη συμμετοχή σε αυτοκτονία με τη μορφή της υποβοηθήσεως (αρ.301). Επομένως η εκδοχή ότι η ευθανασία δεν έχει καθεαυτό άδικο χαρακτήρα δεν βρίσκει στην ελληνική έννομη τάξη το απαραίτητο νομοθετικό έρεισμα. Αποκλεισμός του αδίκου μπορεί να χωρίσει, κατ' εξαίρεση, μόνον όταν οι γενικώς παραδεκτοί κανόνες της ιατρικής επιστήμης και δεοντολογίας υπαγορεύουν στη συγκεκριμένη περίπτωση τη διακοπή μιας βεβαιωμένα μάταιης φαρμακευτικής ή άλλης υποστήριξης προκειμένου να συντομευθεί το στάδιο της οδυνηρότατης ή εξευτελιστικής επιθανάτιας αγωνίας.

Δ. Η άδικη πράξη της ευθανασίας είναι πάντοτε καταλογιστή στο δράστη. Κατ' αρχήν μια παρατήρηση ως προς το στοιχείο της υπαιτιότητας: Η ευθανασία είναι πράξη που τελείται πάντοτε και μόνο από πρόθεση. Ο γιατρός με την ενέργεια ή την παράλειψή του είτε επιδιώκει ευθέως τον (ανώδυνο και ανεπαίσχυντο) θάνατο του πάσχοντος, είτε επιδιώκει την ανακούφισή του με τη χορήγηση ουσιών και, μολονότι γνωρίζει ότι αυτές ενδέχεται να επιφέρουν το θάνατο του ασθενούς, αποδέχεται το αποτέλεσμα αυτό. Η έννομη τάξη στην πρώτη περίπτωση καταλογίζει άμεσο και στη δεύτερη ενδεχόμενο δόλο. Αν ο γιατρός, χορηγώντας τις παραπάνω ουσίες, δεν προέβλεψε ή πίστεψε ότι δεν θα έχουν ανθρωποκτόνο δράση, η πράξη του δεν έχει χαρακτήρα ευθανασίας, πρόκειται για κοινή ανθρωποκτονία από αμέλεια (άρθρα 28 και 302 ΠΚ). Σοβαρότατο, όμως, είναι το ζήτημα αν στην περίπτωση της ευθανασίας -ιδίως της "παθητικής"- συντρέχουν ή όχι λόγοι συγγνώμης που αποκλείουν τον καταλογισμό της πράξεως στο δράστη. Ειδικότερα, αν και πότε συντρέχει το ανθρωπίνως αναπόφευκτο της υπαιτιότητας είτε λόγω νομικής πλάνης (σφαλερής αλλά συγγνωστής πεποιθήσεως του δράστη ότι είχε καθήκον ή δικαίωμα να προβεί στην ευθανασία), είτε λόγω συγκρούσεως του καθήκοντος να διαφυλαχθεί η ανθρώπινη ζωή με το καθήκον να γίνει σεβαστή και να προστατευθεί η αξιοπρέπεια του θνήσκοντος ανθρώπου (ως υπέρτατο έννομο αγαθό,

κατά τη ρητή επιταγή του άρθρου 2 παρ. 1 του Συντάγματος), είτε λόγω εξαιρετικών περιστάσεων με τέτοια ψυχολογική πίεση πάνω στο δράστη, ώστε η δυνατότητά του να συμμορφωθεί προς το νομικώς δέον να έχει εκμηδενισθεί. (Βελλής Γ. 2009)

Πάντως στο νόμο δεν αντιμετωπίζεται αυτοτελώς το πρόβλημα της ευθανασίας, ούτε βοηθάει ιδιαίτερα η προβληματική και η ερμηνεία του α. 300 ΠΚ. (Μπέκας Γ. 2004)

Ενόψει όλων των προεκτεθέντων μπορεί να συναχθεί το ακόλουθο βασικό συμπέρασμα: ότι για καμιά περίπτωση ευθανασίας δεν υπάρχει γενικός κανόνας απαλλαγής από την ποινική ευθύνη και ότι, επομένως, κάθε συγκεκριμένη περίπτωση πρέπει αναποφεύκτως να υποβάλλεται σε δικαστικό έλεγχο προκειμένου να κριθεί α) αν ο θάνατος ήταν αποτέλεσμα ευθανασίας (ενεργητικής ή παθητικής) ή κοινής ανθρωποκτονίας από πρόθεση ή από αμέλεια, ή ανθρωποκτονίας από οίκτο (που προϋποθέτει σπουδαία και επίμονη απαίτηση - όχι απλή συναίνεση - του ανιάτως πάσχοντος), ή συμμετοχής σε αυτοκτονία, β) αν συντρέχει στο πρόσωπο του δράστη ο λόγος αποκλεισμού του αδίκου που αναφέρθηκε παραπάνω (υπό στοιχείο Γ), ή γ) αν συντρέχει λόγος αποκλεισμού του καταλογισμού (ή κάποια ελαφρυντική περίπτωση).

4.2 ΑΠΟΨΕΙΣ ΝΟΜΙΚΟΥ ΚΟΣΜΟΥ

Αντίθετος στη θέσπιση νομοθετικού πλαισίου που θα επιτρέπει την ευθανασία είναι και ο ποινικολόγος δικηγόρος Κουβέλης Φ., ο οποίος τόνισε ότι φοβάται δυο κυρίως πράγματα τα οποία μπορεί να έχουν συνέπειες : το πρώτο αναφέρεται στην ύπαρξη αμφιβολιών του για την επιστημονική άποψη που θα εκφράσει ο γιατρός όσον αφορά την κλινική κατάσταση του ασθενούς και το δεύτερο αναφέρεται στο ενδεχόμενο δημιουργίας εμπορίου οργάνων, που πρέπει να θεωρείται πολύ πιθανό.

Ο ποινικολόγος Τάκης Παπάς είναι απόλυτος, όταν δηλώνει: « Η δική μου φιλοσοφία είναι πλήρως εναρμονισμένη με την αξία της ανθρώπινης ζωής και δεν θα μπορούσα παρά να συμφωνήσω με το νομοθετικό πλαίσιο που την προστατεύει ρητά από την ευθανασία »

Κατά τον Δημακόπουλο Β. μέλος της Ένωσης Ελλήνων Ποινολόγων, « Ο καθορισμός του τρόπου αντιμετώπισης ενός νομοθετικού πλαισίου δεν είναι εύκολος, όχι μόνο γιατί κανείς δεν δικαιούται να αφαιρέσει εκείνο που δεν μπορεί να προσφέρει, δηλαδή τη ζωή, αλλά διότι πρέπει να υπάρξουν οι αναγκαίες εγγυήσεις για την αποδοχή της ευθανασίας. Ωστόσο, υπάρχουν σοβαροί λόγοι που υπαγορεύουν την αναγκαιότητα να αντιμετωπιστεί θετικά το ζήτημα της ευθανασίας και να προσαρμοστούν προς τη κατεύθυνση εφαρμογής της σε άκρως εξαιρετικές περιπτώσεις οι νομοθεσίες όλων των προηγούμενων κρατών. »

Ο ποινολόγος Λυκουρέζος Αλ. Παρατηρεί τα εξής χαρακτηριστικά : « Η αντίληψη της ανθρώπινης ζωής και αξιοπρέπειας ως ατομικού έννομου αγαθού, αλλά και ως βασικές αρχές του νομικού και ηθικού πολιτισμού μας μπορούν να οδηγήσουν στην υπό όρους αποποινικοποίηση της ευθανασίας. Από άποψη νομοτεχνική πρέπει να γίνει με τη θέσπιση ενός ειδικού λόγου άρσης του αδίκου, ο οποίος θα θέτει αυστηρές προϋποθέσεις νομιμότητας της επίμαχης συμπεριφοράς και μάλιστα τόσο της ενεργητικής, όσο και της παθητικής ευθανασίας. Η εξάρτηση της νομιμότητάς της από τη βούληση του πάσχοντος θα σημαίνει ότι θα απαγορεύονται και θα συνιστούν ανθρωποκτονία όσες συμπεριφορές γίνονται χωρίς τη συγκατάθεσή του, για να εξυπηρετηθούν άλλοι σκοποί. »

(Καίσαρης Π. 2002)

« Στη χώρα μας οι οικογενειακοί δεσμοί είναι πολύ ισχυροί, οι οικογένειες φροντίζουν τους ασθενείς τους. Επίσης δεν έχουν γίνει ιδιαίτερα αισθητές ομάδες πίεσης υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας. Αν κάτι αλλάξει στον νόμο είναι ότι θα μπορούσε να γίνει διάκριση ανάμεσα σε δύο περιπτώσεις: Στις περιπτώσεις παράλειψης παροχής βοήθειας για μακρότερη επιβίωση σε εκείνον που οδηγείται στον θάνατο και δεν θέλει την παράταση της ζωής του και στις άλλες όπου γίνεται ενεργητική επέμβαση στην ευθανασία. Οι πρώτες θα μπορούσαν να αντιμετωπίζονται ελαφρότερα», επισημαίνει ο καθηγητής Ποινικού Δικαίου στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης κ. Ν. Παρασκευόπουλος. (Κρουστάλλη Δ. 2008)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

ΙΔΙΑΙΤΕΡΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

5.1 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Η ευθανασία πάντα με όποιο νομικό πλαίσιο κι αν είναι καλυμμένη σε όποια χώρα κι αν εφαρμόζεται, θα έπρεπε να έχει ως άξονα απαραιτήτως την έγκυρη συναίνεση του ασθενούς.

Υπάρχουν κλινικές καταστάσεις τις οποίες η ιατρική κοινότητα θέτει ως προϋποθέσεις, έτσι ώστε η ευθανασία να μπορεί να λαμβάνει χώρα.

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ

Ο μη αναστρέψιμος εγκεφαλικός θάνατος είναι σήμερα αποδεκτός από τα περισσότερα θεσμικά ιατρικά όργανα, νομικά και θρησκευτικά, σαν κάτι αποδεκτό για να πιστοποιηθεί ο θάνατος. Τώρα έχει αναπτυχθεί μια νέα διαγνωστική τεχνική - η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων = Positron Emission Tomography (PET) - που καταγράφει την αιματική ροή και το μεταβολισμό της γλυκόζης στον εγκεφαλικό φλοιό. (Μητ. Νικόλαος 2009)

Με βάση το κριτήριο αυτό, ένα άτομο θεωρείται νεκρό, μόνο όταν έχει επέλθει οριστική και μη αναστρέψιμη παύση των λειτουργιών ολόκληρου του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου και του εγκεφαλικού στελέχους. Κι αυτό διότι όλες οι αυτόνομες λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού, ανάμεσά τους και η αναπνοή, ελέγχονται από το εγκεφαλικό στέλεχος, έτσι ώστε όταν το τελευταίο καταστρέφεται, διακόπτεται αυτόματα και η αναπνευστική λειτουργία. (Αγγελάκη Σ. 2008)

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ

Οι ασθενείς σε τελικό στάδιο είναι εκείνοι, των οποίων η κατάσταση είναι μη αναστρέψιμη, είτε νοσηλεύονται είτε όχι οι οποίοι έχουν πολλές πιθανότητες να αποβιώσουν σε ένα σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα. Αν η ασθένεια του πάσχοντος περιορίζονται σε σωματικά και ψυχολογικά βήσανα, ο γιατρός οφείλει να κάνει ότι είναι δυνατόν για την ανακούφιση του ασθενούς. (Pierre J. 2002) Οι ασθενείς σε τελικό στάδιο έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν οποιαδήποτε μορφή θεραπείας, και ο γιατρός σε αυτή τη περίπτωση είναι υποχρεωμένος να το δεχθεί.

ΑΠΩΛΕΙΑ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ (φυτική κατάσταση)

Το ερώτημα αν πρέπει να διακόψουμε τα μέσα στήριξης της ζωής σε ασθενείς δημιουργεί προβληματισμό και προκαλεί αμηχανία, καθώς αυτοί οι ασθενείς δεν βρίσκονται σε τελικό στάδιο, ούτε είναι εγκεφαλικά νεκροί.

Στην κλινική αυτή οντότητα ο ασθενής έχει τα παρακάτω χαρακτηριστικά : α) δεν υπάρχει μαρτυρία ότι έχει γνώση του εαυτού του ή του περιβάλλοντος, β) δεν υπάρχει επικοινωνία ακουστική ή γραπτή, γ) υπάρχει αυτόματο ή αντανακλαστικό άνοιγμα των ματιών, δ) υπάρχει γέλιο ή κλάμα χωρίς όμως εξωτερική συσχέτιση, ε) υπάρχουν κύκλοι εγρήγορσης – ύπνου, στ) παρατηρείται πλήρης απουσία σκόπιμης κινητικότητας, ζ) δεν ελέγχονται οι σφιγκτήρες, με αποτέλεσμα απώλειες ούρων και κοπράνων, η) η αρτηριακή όμως πίεση, η καρδιο - αναπνευστική λειτουργία και η πέψη κατά κανόνα είναι άθικτες. (Αγγελάκη Σ. 2008)

Οι νομικές και ηθικές θέσεις υποστηρίζουν, ότι ο γιατρός μπορεί να εφαρμόσει ευθανασία, μόνο εάν ο ασθενής έχει διατυπώσει προηγουμένως με γραπτή δήλωσή του την επιθυμία να πεθάνει. Οι γιατροί είναι διχασμένοι πάνω στη χρήση των μέτρων χρήσης στήριξης της ζωής, όπως αντιβιοτικά, τεχνητή διατροφή και ενυδάτωση. Τα τελευταία χρόνια μάλιστα υπήρξαν περιπτώσεις όπου οι δικαστικές αρχές αποφάσισαν να διακόψουν οι γιατροί αυτά τα μέτρα στήριξης, με αιτιολογία το καλύτερο συμφέρον των ασθενών και πως ο γιατρός με σταθερές ηθικές αξίες μπορεί να ακολουθήσει αυτό που του υπαγορεύει η συνείδησή του, μπροστά σε μια ειδική περίπτωση.

ΜΗ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΗ ΑΠΩΛΕΙΑ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ (μη ανατάξιμο κώμα)

Ως κριτήρια του μη ανατάξιμου κώματος κρίνονται: η απουσία 1) δεκτικότητας και ανταποκρίσεως στα ερεθίσματα, 2) αναπνευστικών κινήσεων, 3) αντανακλαστικών και τέλος η επίπεδη ή ισοηλεκτρική γραμμή στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, με αποκλεισμό των περιπτώσεων υποθερμίας, καταπληξίας (σοκ) και κατασταλτικών του κεντρικού νευρικού συστήματος φαρμάκων (π.χ. βαρβιτουρικά) που μπορούν να προκαλέσουν αυτή τη γραμμή. (Αγγελάκη Σ. 2008)

ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΗ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗ

Οι ασθενείς με μη αναστρέψιμες, αλλά όχι πλήρεις ή μόνιμες διαταραχές συνείδησης, πρέπει να εξ' ακολουθούν να έχουν τις βασικές φροντίδες στήριξης της ζωής, εκτός κι αν έχουν δοθεί εκ των προτέρων αντίθετες οδηγίες από τον ασθενή. (Καίσαρης Π. 2002)

ΕΝΤΟΛΗ ΓΙΑ ΜΗ ΑΝΑΝΗΨΗ

Do not resuscitate orders (DNR) (μη ανάταξη καρδιακής ανακοπής). Είναι η περίπτωση όπου ο ασθενής δεν έχει πιθανότητα επιβίωσης και ο θάνατος επίκειται εντός ημερών και ο ιατρός ή η ιατρική ομάδα αποφασίζουν ότι στις περιπτώσεις καρδιακής ή αναπνευστικής ανακοπής δεν θα γίνουν προσπάθειες ανάταξης κυρίως αν ο ασθενής έχει εκ των προτέρων αποδοκιμάσει αυτήν την επέμβαση. (www.bestrong.org.gr. 2009)

ΤΕΧΝΙΤΗ ΘΡΕΨΗ ΚΑΙ ΕΝΥΔΑΤΩΣΗ

Η πιο δύσκολη περίπτωση είναι εκείνη του ασθενούς που δε βρίσκεται στο τελικό στάδιο της νόσου, αλλά έχει απολέσει τον έλεγχο συνείδησης σε μόνιμη βάση και δεν έχει διευκρινίσει από πριν τις προτιμήσεις του. (Pierre J. 2002)

ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ

Οι αμβλώσεις πια είναι νόμιμες έως τη 12^η εβδομάδα χωρίς να υπάρχει κάποια προϋπόθεση, απλώς επειδή το ζητάει η μητέρα. Μετά τη 12^η εβδομάδα επιτρέπεται μόνο αν διαπιστωθεί κίνδυνος για τη ζωή της μητέρας ή αν διαπιστωθεί πως υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να γεννηθεί το παιδί με αναπηρία ή γενετική ανωμαλία. (Σοφουλάκης Λ. 1994)

Ο Nelson διακρίνει τέσσερα στάδια στη διαδικασία του θανάτου σύμφωνα με τα οποία επιλέγεται το κριτήριο επέλευσής του.

Πρώτο στάδιο: Ο κλινικός θάνατος.

Είναι εκείνος που συχνότερα συναντάται και ο ευκολότερος να εξακριβωθεί. Όταν η αναπνευστική και η καρδιακή λειτουργία παύσουν, τότε ο θάνατος έχει επέλθει. Είναι

προφανές ότι ο κλινικός θάνατος είναι αναστρέψιμος, επειδή υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις ασθενών που ανένησαν, ενώ είχαν θεωρηθεί κλινικά νεκροί. Υποτιθέμενες αναφορές της ζωής μετά το θάνατο που περιγράφονται σε σχετικά βιβλία, όπως το «Ζωή μετά τη Ζωή», αναφέρονται στον θάνατο με την έννοια του κλινικού θανάτου. Αν ένα μη αναστρέψιμο στάδιο του θανάτου είχε συμβεί τότε εκείνοι που περιγράφουν τις εντυπώσεις τους δεν θα είχαν ανανήψει ποτέ, ώστε να μας τις διηγηθούν.

Δεύτερο στάδιο: Ο θάνατος του εγκεφάλου.

Είναι ευρέως γνωστό ότι αν ο εγκέφαλος στερηθεί το οξυγόνο για μια κριτική περίοδο, συμβαίνουν μη αναστρέψιμες μεταβολές που εμποδίζουν την ανάνηψη του ατόμου. Ο θάνατος του εγκεφάλου μπορεί να χωριστεί σε δυο περιόδους: Πρώτα επέρχεται ο θάνατος των ανώτερων εγκεφαλικών λειτουργιών που ελέγχουν την συνείδηση κι ακολουθεί ο θάνατος των κατωτέρων εγκεφαλικών λειτουργιών που ελέγχουν το νευρικό σύστημα και τη λειτουργία της καρδιάς και των πνευμόνων.

Τρίτο στάδιο: Ο βιολογικός θάνατος.

Ο βιολογικός θάνατος υπονοεί το μη αναστρέψιμο και μόνιμο τέλος της « σωματικής » ζωής.

Τέταρτο στάδιο: Ο κυτταρικός θάνατος.

Ο κυτταρικός θάνατος υπονοεί τον οριστικό τερματισμό των διαδικασιών της ζωής στο συγκεκριμένο άτομο. Μερικά τμήματα του σώματος φθάνουν στο οριστικό τους τέρμα συντομότερα από τα άλλα. (Bube R. 2005)

5.1.1 ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΘΑΝΑΤΟΥ

Το 1959, στη Γαλλία, περιγράφηκε για πρώτη φορά το σύνδρομο του εγκεφαλικού θανάτου, ενώ το 1967 ο Κριστιάν Μπάρναρντ επεχείρησε την πρώτη από άνθρωπο σε άνθρωπο μεταμόσχευση καρδιάς, καθώς και το 1972 ο Bryan Jennett από τη Σκωτία και ο Red Plum από τις Η.Π.Α καθιέρωσαν τον όρο « Διαρκής Κατάσταση Φυτού ». (Αναπλιώτης Αν. 2003)

Τότε η διεθνής επιστημονική κοινότητα αλλά και το ευρύτερο κοινό κατάλαβε ότι η δημόσια πρακτική γύρω από το πότε και πως διαπιστώνεται ο θάνατος πρέπει να αναθεωρηθεί. Έτσι έγιναν πολλές προσπάθειες καθορισμού κριτηρίων για τη διαπίστωση του θανάτου, που άλλοτε απορρίπτονταν από την επιστημονική κοινότητα, άλλοτε από τη νομική πλευρά, άλλοτε από κώδικες δεοντολογίας, άλλοτε από το ευρύ κοινό και άλλοτε από την εξέλιξη των ιατρικών ανακαλύψεων αλλά και από την εμφάνιση καινούριων κάθε φορά ασθενειών.

Από το 1991 οι ειδικοί βρίσκονται αντιμέτωποι με δύο διαφορετικές θέσεις για την άποψη των εγκεφαλικών λειτουργιών. Η μία η οποία εκλαμβάνει τον εγκέφαλο ως σύνολο, θεωρεί ότι το άτομο είναι νεκρό εάν υπάρχει μη αναστρέψιμη απώλεια των λειτουργιών ολόκληρου του εγκεφάλου (εγκεφαλικός θάνατος), και η άλλη η οποία δεν αποτελεί νόμο κανενός κράτους ακόμη, ανακηρύσσει ένα άτομο νεκρό, όταν υπάρχει μη αναστρέψιμη απώλεια των ανωτέρων εγκεφαλικών λειτουργιών. (Καίσαρης Π. 2002)

Παρά τις αντιθέσεις που επικρατούν για τον καθορισμό των νευρολογικών κριτηρίων γύρω από το θάνατο, τα παραδοσιακά κριτήρια που σχετίζονται με τους κτύπους της καρδιάς και την ύπαρξη της αναπνοής έχουν παραμείνει αναλλοίωτα και αδιαμφισβήτητα, με μοναδική εξαίρεση το πρόγραμμα του ιατρικού κέντρου του πανεπιστημίου του Πίτσμπουργκ για τη λήψη των οργάνων ορισμένων ασθενών το ταχύτερο δυνατόν, αφού ο θάνατός τους από καρδιοαναπνευστικά προβλήματα είναι αναμενόμενο.

5.1.2 ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Τα στάδια καθορισμού των κριτηρίων για την πιστοποίηση θανάτου είναι :

1^ο. Ο ιατρικός καθορισμός των κριτηρίων θανάτου

Οι πρώτοι σχολιαστές πρότειναν το θέμα να αφηθεί στην ιατρική κοινότητα, ενώ η αντίπερα όχθη έλεγε ότι η πεποίθηση πως ο ορισμός του θανάτου είναι ένα καθαρά ιατρικό θέμα, είναι παραπλανητική, καθώς δεν αφορά τη βιολογική αντίληψη της φύσης των κυττάρων ή των οργανικών συστημάτων, αλλά κυρίως τον κοινωνικό σχηματισμό της ανθρώπινης φυλής.

2^ο. Ο καθορισμός των κριτηρίων θανάτου από τα δικαστήρια

Τα δικαστήρια μπορούν να ερμηνεύουν τους υπάρχοντες κανόνες δικαίου κατά τη κρίση τους, ή και να σχηματίσουν νέους κανόνες προκειμένου να απεικονίσουν με μεγαλύτερη ακρίβεια τη τρέχουσα επιστημονική αντίληψη και τις κοινωνικές απόψεις. Ο αντίλογος ήταν ότι τα δικαστήρια, λειτουργούν με σχετικούς περιορισμούς, λαμβάνοντας υπόψη τα πραγματικά περιστατικά και το περιεχόμενο μιας συγκεκριμένης υπόθεσης και έχουν περιορισμένη εμπειρία καθώς επίσης δεν έχουν ούτε το απαιτούμενο προσωπικό ούτε τη δικαιοδοσία να διεξάγουν έρευνες ή να προκαλούν ακροάσεις για να διερευνήσουν τη κοινή γνώμη, ή τα επιστημονικά οφέλη που προκύπτουν από ανταγωνιστικούς ορισμούς.

3^ο. Ο νομοθετικός καθορισμός των κριτηρίων θανάτου

Η πρακτική της νομοθέτησης δεν ακολουθήθηκε από την πλειοψηφία των ευρωπαϊκών κρατών, θεωρεί ότι ο καθορισμός του θανάτου είναι ιατρικό θέμα και πρέπει να γίνεται κατά τους κανόνες τις ιατρικής επιστήμης και με την εύθυνη του γιατρού, ή των γιατρών που συντάσσουν το πιστοποιητικό θανάτου, είτε πρόκειται περί κλινικού, είτε περί εγκεφαλικού θανάτου. (Αναπλιώτης Αν. 2003)

5.2 ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Μάλιστα εκτός από τις προϋποθέσεις για το πότε θα έπρεπε να εφαρμόζεται η ευθανασία, υπάρχει και το δίλημμα για το ποιος θα πρέπει να πάρει αυτές τις αποφάσεις.

Ασθενείς ικανοί και συνεργάσιμοι. Οι ικανοί και συνεργάσιμοι σε λήψη αποφάσεων και σωστά ενημερωμένοι για την κατάστασή τους ασθενείς έχουν το δικαίωμα να αποδεχθούν ή να απορρίψουν κάθε συνιστώμενη αγωγή, συμπεριλαμβανομένης κι εκείνης της στήριξης της ζωής.

Ασθενείς ανίκανοι και μη συνεργάσιμοι. Οι αποφάσεις για μέτρα στήριξης της ζωής ανίκανων και μη συνεργάσιμων ασθενών είναι πολύπλοκες για 2 λόγους : πρώτον, δεν υπάρχει standard αναφοράς νόμιμο ή κλινικό, που να επιτρέπει να βεβαιώσουμε ποιος

έχει τη δυνατότητα απόφασης, και δεύτερον ακόμα και σε περίπτωση συγκατάθεσης για την ανικανότητα του ασθενούς, παραμένει αβέβαιο για το ποιος μπορεί να τον εκπροσωπήσει επισήμως, καθώς κανείς δεν είναι σε θέση να είναι πλήρως ενημερωμένος για τα κίνητρα του εκπροσώπου ως προς τον ασθενή.

Δήλωση βούλησης. Ένα τέτοιο έγγραφο θεωρείται έγκυρο, διότι προσφέρει μια πληροφόρηση για τις προτιμήσεις του ασθενούς, και έτσι οι γιατροί πρέπει αν εκτιμήσουν αν οι γενικές θεωρήσεις της βούλησης ανταποκρίνονται στις ειδικές συνθήκες.

Απόψεις γύρω από τη ποιότητα ζωής. Πρέπει να είμαστε επιφυλακτικοί διότι οι απόψεις είναι προσωπικές και υποκειμενικές και ποικίλουν με την ηλικία, την κατάσταση της υγείας, τον πολιτισμό, τη θρησκεία, γι' αυτό όταν τρίτοι παρεμβαίνουν για ένα άλλο άτομο, κινδυνεύουν να επιβάλουν τις δικές τους αντιλήψεις για τη ζωή. (Pierre J. 2002)

Με βάση τις αρχές βιοηθικής θα πρέπει να εξετάζονται εξατομικευμένα για κάθε ασθενή:

* Αυτονομία - εάν ο ασθενής έχει τις αισθήσεις του να έχει το δικαίωμα να λαμβάνει ο ίδιος τις αποφάσεις που αφορούν την υγεία του, ή σε περίπτωση που δεν είναι σε θέση να το πράξει ο ίδιος, τις αποφάσεις να τις λαμβάνουν οι συγγενείς του.

* Ευεργεσίας - οι αποφάσεις που θα λαμβάνονται να είναι για το καλό του ασθενή, ζυγίζοντας τα υπέρ και κατά της κάθε περίπτωση ξεχωριστά.

* Μη βλάβης - η νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει να μη βλάπτει τον ασθενή και έστω και εάν δεν έχει ποιότητα ζωής και υπάρχει απόφαση για DNR ή απόσυρση μη ανακουφιστική αγωγής. Ο ασθενής δεν παύει να χρειάζεται την μέγιστη δυνατή νοσηλευτική φροντίδα για ένα αξιοπρεπή θάνατο.

* Για την αρχή της δικαιοσύνης - οι αποφάσεις θα πρέπει να λαμβάνονται ανάλογα με την γενική κατάσταση του ασθενή, ανταπόκριση στη θεραπεία, πιθανότητα επιβίωσης και όχι την ηλικία του ασθενή και την ποιότητα ζωής του. (www.bestrong.org.gr. 2009)

5.3 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

Είναι πολλές και διάφορες οι περιπτώσεις ευθανασίας που κατά καιρούς έχουν δημοσιευθεί στον τύπο. Αναφέρονται μερικές περιπτώσεις ενδεικτικά.

Ένα πρωί του 1961, ο Ernest Hemingway κατέβηκε τη σκάλα του σπιτιού του, στο San Valley του Idaho, στο ισόγειο του οποίου βρίσκονταν τα κυνηγετικά του όπλα. Άνοιξε το ντουλάπι, πήρε το αγαπημένο του τουφέκι και το στήριξε στο πάτωμα, με την κάνη στραμμένη στο πρόσωπό του και πάτησε την σκανδάλη. Η γυναίκα του ξύπνησε από τον πυροβολισμό και τον βρήκε να ψυχορραγεί. Ο Ernest έδωσε τέλος στη ζωή του για να γλιτώσει από τους πόνους από μια ασθένεια που ήξερε ότι ήταν θανατηφόρα.

Το Δεκέμβρη του 1972, ο Eugene Bauer μπήκε ως ασθενής στο Nassau County Medical Center του Long Iceland. Ήταν 59 χρόνων. Οι γιατροί διέγνωσαν καρκίνο του λάρυγγα. Ύστερα από πέντε μέρες έπεσε σε κώμα. Οι γιατροί δήλωσαν ότι είχε το πολύ δυο μέρες ζωή. Ο γιατρός Montemarano, ηλικίας 33 χρονών, μέλος του ιατρικού προσωπικού του νοσοκομείου, έκανε μια ένεση στον Bauer, χορηγώντας του μια μεγάλη δόση χλωριδίου του καλίου. Ο ασθενής πέθανε πέντε λεπτά μετά από την ένεση. Ο γιατρός υπέγραψε το πιστοποιητικό θανάτου, αναφέροντας ως αίτια τον καρκίνο. Του έγινε μήνυση για ανθρωποκτονία εκ προ θέσεως, και τελικά ήταν ο δεύτερος Αμερικανός γιατρός που κατηγορήθηκε για ανθρωποκτονία με ευθανασία. (Ziegler J. 1982)

Η Ingrid Frank, ηλικίας 28 ετών, έμεινε παράλυτη ύστερα από αυτοκινητιστικό ατύχημα. Αυτοκτόνησε με υδροκυάνιο το οποίο της προσέφερε η Gretlis Svartchman, ηλικίας 73 ετών, μέλος της ενώσεως Δικαίωμα και στο Θάνατο, με επίγνωση και θέληση της, και μάλιστα μπροστά σε βιντεοκάμερα ώστε να μην κατηγορηθεί κανένας απ' τα φιλικά της πρόσωπα .

Οι πιο πολλές όμως περιπτώσεις ευθανασίας, 45 – 50, αποδίδονται στο συνταξιούχο παθολόγο Jack Kevorkian, 68 ετών, γνωστό ως 'Δρ Θάνατο', διότι είναι περισσότερο γνωστός ως ένας συστηματικός φονιάς παρά ως γιατρός κατηγορήθηκε για δολοφονία και επί πλέον θεωρείται ανίκανος να κρίνει ορθός μια ασθένεια. Είναι πασίγνωστες σήμερα οι συσκευές αυτοκτονίας που δημιούργησε. Στην πρώτη και γνωστότερη υπόθεσή του, η Janet Adkins, μια γιαγιά από το Oregon που έπασχε από Alzheimer, είχε

καταλήξει στην απόφαση ότι προτιμούσε να δώσει τέλος στη ζωή της παρά να χάσει τις νοητικές της ικανότητες, οι οποίες ήταν σίγουρη ότι επιδεινώνονταν αργά αλλά σταθερά. Έτσι διάβασε στον τύπο για τη συσκευή αυτοκτονίας του Kevorkian, ταξίδεψε αεροπορικώς για να τον συναντήσει. Μετά από σύντομες συζητήσεις κατά τη διάρκεια του Σαββατοκύριακου πήγαν με το αυτοκίνητό του σε ένα πάρκο. Εκεί, εισήγαγε στο μπράτσο της ένα σωληνάκι μέσω του οποίου άρχισε να της διοχετεύει φυσιολογικό ορό. Η συσκευή του ήταν έτσι κατασκευασμένη ώστε η Adkins μπορούσε στη συνέχεια να πατήσει ένα κουμπί για να αρχίσουν να εγχέονται στο σώμα της και άλλα φάρμακα, το τελευταίο από τα οποία θα ήταν το χλωριούχο κάλιο, που θα προκαλούσε το θάνατό της, η οποία τελικά και το έκανε. (Beauchamp T. 2007)

Η Τζενίν Τζόουνς, νοσοκόμα με ειδικευση στην παιδιατρική σε διάφορες κλινικές του Σαν Αντόνιο (Τέξας), θεωρείται ότι ευθύνεται για το θάνατο 11 ως 46 παιδιών που έτυχαν της «στοργικής» της «φροντίδας». Η μέθοδος που επέλεξε ήταν η ένεση ηπαρίνης και αργότερα σουκκινυλοχολίνης, ουσίες με έντονες μυοχαλαρωτικές και παραλυτικές ιδιότητες. Ο ακριβής αριθμός των θυμάτων της δε θα βρεθεί ποτέ καθώς οι υπεύθυνοι των κλινικών που εργάστηκε κατέστρεψαν τα αρχεία με τις δραστηριότητες της.

Η υπόθεση που οδήγησε στην σύλληψη και καταδίκη της ήταν αυτή της Τσέλι Μακ Κλίλαν που πέθανε χωρίς να είναι ιδιαίτερα άρρωστη σε ηλικία 15 μηνών. Μετά το θάνατο του βρέφους, η Τζόουνς ανέφερε στην προϊσταμένη της ότι βρήκε ένα φιαλίδιο σουκκινυλοχολίνης που είχε χαθεί για τρεις βδομάδες και της το παρέδωσε. Η προϊσταμένη της παρατήρησε ότι έλειπε το καπάκι και ότι το ελαστικό πώμα έφερε τρύπες από βελόνα. Αργότερα βρέθηκε ότι το φιαλίδιο περιείχε νερό με αλάτι. Το 1985 καταδικάστηκε για το φόνο της Τσέλι Μακ Κλίλαν σε 99 χρόνια φυλάκισης με δικαίωμα αναστολής και λίγο αργότερα σε 60 ακόμα χρόνια παράλληλης φυλάκισης για το θάνατο του Ρολάντο Τζόουνς με ένεση ηπαρίνης. Το 2017 θα αποφυλακιστεί με αυτόματη αναστολή εξαιτίας ενός νόμου για την αποσυμφόρηση των φυλακών.

(Αυγουστίδης Αν. 2008)

Στην υπόθεση Tucker εναντίον Lower, που εκδικάστηκε στη Βιρτζίνια των Η.Π.Α., ο αδερφός ενός άντρα του οποίου αφαιρέθηκε η καρδιά για μεταμόσχευση, έκανε αγωγή κατά του γιατρού, επειδή η αφαίρεση έγινε πριν επέλθει ο θάνατος του δοτή. Τα

πραγματικά περιστατικά έδειχναν ότι ο δότης είχε σφυγμό, πίεση αίματος, αναπνοή και τα άλλα ζωτικά του σημεία ήταν φυσιολογικά, αλλά παρ' όλα αυτά πιστοποιήθηκε ο θάνατός του. (Αναπλιώτης Av. 2003)

Η Nancy Beth Cryzan, 32 ετών, που βρίσκονταν σε κώμα ύστερα από αυτοκινητιστικό ατύχημα και από βετίας διατρεφόταν τεχνητά με σωλήνα . Επετράπη δικαστικώς στους γονείς της, οι οποίοι μένοντας όλα αυτά τα χρόνια σε τροχόσπιτο έξω από το νοσοκομείο, την φρόντιζαν και πολύ τρυφερά την περιέθαλπαν και με προσευχή παρακάλεσαν το Θεό να τους φωτίσει για το καλύτερο, να τραβήξουν το σωλήνα σιτίσεως. Στην ένσταση των γιατρών στον ανώτατο δικαστήριο της Washington, απεφάνθη ότι ' Βάσει σαφών και πειστικών αποδείξεων, η Cruzan δεν θα ήθελε να συνεχίσει μια ύπαρξη χωρίς διέξοδο ', εφαρμόζοντας το Σύνταγμα, το οποίο εγγυάται σε όλους τους πολίτες το δικαίωμα να αρνηθούν την παροχή ιατρικής περίθαλψης.

(Αβραμίδης Αθ. 1995)

Δύο ακόμα υποθέσεις αφορούν αγωγές στην Callifornia, μετά από αφαιρέσεις καρδιάς για μεταμόσχευση από δύο θύματα ανθρωποκτονίας. Οι κατηγορούμενοι για ανθρωποκτονία υποστήριζαν ότι, επειδή οι δοτές είχαν καρδιακούς παλμούς δεν ήταν νεκροί και ο θάνατος επήλθε κατά το χρόνο της αφαίρεσης του μοσχεύματος από τους γιατρούς, οπότε ήταν κατηγορούμενοι για απόπειρα και όχι για ανθρωποκτονία.

Στην Ελλάδα το Πλημμελειοδικείο Πειραιά αθώωσε το γιατρό που είχε την ευθύνη παρακολούθησης ασθενούς σε νοσηλευτικό ψυχιατρικό ίδρυμα, με την αιτιολογία ότι ο παθών αναζητούσε προφανώς για να καταλύσει τη ζωή του με οποιονδήποτε τρόπο, αφού ούτε οι οδύνες από τον αυτοτραυματισμό του δεν μπόρεσαν να κάμψουν την απόφασή του αυτή. Το γεγονός ότι η αυτοκτονία του έλαβε χώρα το μήνα Αύγουστο, όταν επικρατούσε αφόρητος καύσωνας, δικαιολογεί τη διατήρηση του παραθύρου του στο δωμάτιο όπου νοσηλευόταν, ανοιχτού, από το οποίο ρίχθηκε στο κενό και απεβίωσε.

(Αναπλιώτης Av. 2003)

Στο νοσοκομείο του Linz, στην Αυστρία, βοηθοί νοσοκόμες σκορπούσαν το θάνατο μεταξύ των οικότροφων του τμήματος γηριατρικής, με ποικίλα μέσα, όπως, ινσουλίνη ή Rohypnol σε ενέσεις ή πλύσεις της στοματικής κοιλότητας που προκαλούν ασφυξία χωρίς να αφήνουν ίχνη, με τη βοήθεια γλωσσοπίεστρου. Από τους εκατό συνολικά φόνους που κατηγορούνταν, οι 'Μοίρες με τη λευκή μπλούζα', όπως τις είχαν ονομάσει,

προέκυψαν στοιχεία για τους σαράντα δύο, εκ των οποίων οι τριάντα ένας, αποδίδονται στην κύρια κατηγορούμενη, Wagner, η οποία είχε την ιδέα. Η Wagner στην απολογία της προέβαλε το επιχείρημα ότι ενήργησε από οίκτο, ενώ οι υπόλοιπες παραδέχτηκαν ότι στην πραγματικότητα τα θύματα επιλέγονταν με βάση τον κόπο που τους προκαλούσαν. (Pierre J. 2002)

Δύο ημέρες μετά την οριστική απόρριψη του αιτήματός της για ευθανασία από το δικαστήριο, η Γαλλίδα δασκάλα Chantal Sebire απεβίωσε με φρικτούς πόνους. Η 52χρονη δασκάλα και μητέρα τριών παιδιών, έπασχε από νευροβλάστωμα στη ρινική κοιλότητα και στους παραρρινίους κόλπους. Πρόκειται για έναν - μέχρι στιγμής τουλάχιστον - ανίατο κακοήγη όγκο που εξελίσσεται, προκαλώντας μη αναστρέψιμη παραμόρφωση του προσώπου και θεωρείται μια ιδιαίτερα σπάνια ασθένεια, με 200 κρούσματα να έχουν καταγραφεί παγκοσμίως τα τελευταία 20 χρόνια. Έχει χάσει τις αισθήσεις της γεύσης, της όσφρησης και την όρασή της. Επιπλέον υποφέρει από φρικτούς πόνους. Το αίτημά της για ευθανασία δεν έγινε ποτέ αποδεκτό. Η γυναίκα που καταγόταν από το Dijon, της δυτικής Γαλλίας δήλωνε ξανά και ξανά ότι η φαρμακευτική αγωγή που της είχε χορηγηθεί δεν τη βοηθούσε, ούτε στην καταπολέμηση της ασθένειας από την οποία έπασχε, ούτε στους πόνους. Χαρακτηριστικά είχε δηλώσει « Σήμερα έχουν φθάσει στα άκρα αυτού που μπορώ να αντέξω. Ο υιός μου και οι κόρες μου δεν μπορούν πλέον να με βλέπουν να υποφέρω ». Ωστόσο, η "υποβοηθούμενη αυτοκτονία" την οποία ζητούσε η εκπαιδευτικός είναι παράνομη στη Γαλλία. Αυτό που ισχύει είναι ο νόμος του 2005, σύμφωνα με τον οποίον, μόνον σε ορισμένες εξαιρετικές περιπτώσεις, διακόπτεται η θεραπεία του ασθενή, εφόσον εκείνος έχει πέσει σε κώμα. Και πάλι, όμως, τίποτα δεν επιτρέπει σε γιατρούς να προβούν σε αυτό που ονομάζεται ευθανασία. Ο δικηγόρος της Sebire κατέβαλλε μεγάλες προσπάθειες να πείσει το δικαστήριο να δεχθεί το αίτημα της πελάτισσάς του, δηλώνοντας ότι είναι εν μη τι άλλο βάρβαρο να την υποβάλλουν σε μια διαδικασία αργού θανάτου, αφού έτσι κι αλλιώς, η ασθένεια είναι ανίατη. Το θέμα είχε φθάσει μέχρι το Γάλλο πρόεδρο Nicolas Sarkozy, στον οποίο η γυναίκα είχε γράψει επιστολή έκκλησης για βοήθεια. Εκείνος της απάντησε μεν, αλλά την παρέπεμψε στο έμπειρο και εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου του Παρισιού όπου νοσηλευόταν, το οποίο θα μπορούσε, όπως είπε ο Sarkozy, να επανεξετάσει το αίτημά της. Ούτε οι σοκαριστικές φωτογραφίες του προσώπου της στις

εφημερίδες Le Figaro και Le Parisien έκαναν τις δικαστικές αρχές να αλλάξουν γνώμη. Το θέμα δίχασε την κοινή γνώμη της Γαλλίας και όχι μόνο. (www.disabled.gr. 2009)

Στο internet, στις 04/06/07 ο Φάββας Δημήτριος έγραψε ένα ποίημα που έχει σχέση με το μαρτύριο που περνούσε κάποιος οικείος του από το πολύ στενό του περιβάλλον, εξ' αιτίας μιας σοβαρής και ανίατης ασθένειας. Στους στίχους του ο νεαρός Δημήτρης δείχνει ξεκάθαρα τη θέση του υπέρ της ευθανασίας. Λέει μάλιστα ότι πριν το συμβάν δεν είχε σαφή θέση απέναντι στο θέμα, όμως η εμπειρία του, τον βοήθησε να αποφασίσει.

Είναι χαρακτηριστικό, ότι το πρώτο μισάωρο από τη στιγμή που ανέβασε το ποίημα του στην ιστοσελίδα, υπήρξαν περίπου 150 αναγνώστες που του απάντησαν, εκ των οποίων το 95% ήταν νεαρής ηλικίας και μόλις δύο από αυτούς απάντησαν καταφατικά πως συμφωνούν στο να εφαρμοστεί η ευθανασία στην Ελλάδα. Ο Δημήτρης στο τέλος διαβάζοντας τις απαντήσεις των αναγνωστών, τους απάντησε με τη σειρά του, σεβόμενος τις γνώμες των άλλων, πως δεν αλλάζει γνώμη, κατηγορώντας μάλιστα πως ο μοναδικός λόγος που δεν επιτρέπεται η ευθανασία, είναι η μεγάλη επιρροή που έχει η εκκλησία και οι θρησκευτικοί παράγοντες στην πολιτική ηγεσία της εκάστοτε χώρας και κυρίως στη συνείδηση του κόσμου, και μάλιστα εύχεται κι ελπίζει αυτό κάποτε να αλλάξει.

Τέλος κλείνει το θέμα λέγοντας το εξής, « Πιστεύω πως μειώνεται η αξία της ζωής μου και η αξιοπρέπειά μου αν μου συμβεί κάτι τέτοιο και με κρατούν στη ζωή παρά τη θέλησή μου, σε παρόμοια περίπτωση θα αναγκαστώ να δώσω ένα πρόωρο τέλος στη ζωή μου, όταν ξέρω πως αργότερα δε θα μπορώ να το κάνω και οι άλλοι δε θα το κάνουν για μένα, έτσι ώστε να προστατέψω τον εαυτό μου από την ταλαιπωρία, και τους αγαπημένους μου από τον πόνο. »

Το 1990, σε μια κλινική κοντά στο Dartmunt, ανακάλυψαν ότι ο υποδειγματικός νοσηλευτής Lange, είχε βάλει τέλος στη ζωή δεκατεσσάρων ηλικιωμένων ασθενών, σε διάστημα δύο ετών, χορηγώντας αέρα στις φλέβες τους. Ο Lange για να δικαιολογήσει τις πράξεις του, εξήγησε ότι επειδή το τμήμα του ήταν υπερφορτωμένο, θέλησε να βρει λύση επισπεύδοντας το τέλος των πιο αναπήρων. (Pierre J. 2002)

Σύμφωνα με άρθρο της εφημερίδας Ελευθεροτυπία στις 27/03/09, πανεπιστημιακή μελέτη στο Βέλγιο αποκάλυψε ότι κατά τη διάρκεια της τελευταίας διετίας έγινε ευθανασία σε έναν μεγάλο αριθμό ανηλίκων στη χώρα, παρά τους αυστηρούς όρους που θέτει ο βελγικός νόμος του 2002. Ο νόμος επιτρέπει την ευθανασία μόνο σε ενηλίκους

που δεν έχουν χάσει τις αισθήσεις τους και υποβάλλουν το σχετικό αίτημα στις αρμόδιες Αρχές. Σύμφωνα όμως με μελέτη που βασίζεται στις επαγγελματικές πρακτικές 141 νοσοκόμων που εργάστηκαν σε 5 μεγάλες παιδιατρικές μονάδες εντατικής θεραπείας στο Βέλγιο, έγινε ευθανασία σε 76 ανηλίκους κατά την περίοδο 2007-2008. Η εν λόγω μελέτη δημοσιεύτηκε στο «American Journal of Critical Care» και τα βασικά σημεία της αναπαρήγαγε η βελγική εφημερίδα « Le Soir ». Το ένα τρίτο των περιπτώσεων ευθανασίας έγινε με θανατηφόρα ναρκωτικά, ενώ οι ιατροί και οι νοσοκόμες περιορίστηκαν στη διακοπή της θεραπείας ή στο να δώσουν ηρεμιστικά και παυσίπονα. Στην ίδια μελέτη αναφέρεται ότι το 89% των ερωτηθέντων νοσοκόμων τάχθηκαν υπέρ της προσαρμογής της νομοθεσίας, ώστε να επιτραπεί η ευθανασία στους ανηλίκους σε ορισμένες περιπτώσεις. Το Βέλγιο είναι από το 2002 η δεύτερη χώρα στον κόσμο μετά την Ολλανδία, που έχει επιτρέψει την ευθανασία κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις.

(<http://archive.enet.gr>. 2009)

Το 2004 κυκλοφόρησε η ταινία του Alehadro Amenambar , *mar adentro* (η θάλασσα μέσα μου) όπου περιγράφει την πραγματική ιστορία του Ramon Sabedro. Ο Sabedro έμεινε τετραπληγικός μετά από τραυματισμό της σπονδυλικής του στήλης, όταν πραγματοποίησε βουτιά στη θάλασσα σε σημείο που τα νερά ήταν ρηχά, με αποτέλεσμα να καρφωθεί με το κεφάλι στο έδαφος. Από τότε που ήταν μόλις 19 χρόνων έμεινε καρφωμένος στο κρεβάτι όπου κουνούσε μόνο τα μάτια του. Ο Ramon προσπάθησε πάρα πολλές φορές να πείσει τους γύρω του να του δώσουν τη χαριστική 'βολή', καθώς θεωρούσε πως είχε χάσει την αξιοπρέπειά του, και το δικαίωμα να χαιρέται τα απλά καθημερινά πράγματα που οι υπόλοιποι θεωρούν αυτονόητα. Η οικογένειά του αρνιόταν επίμονα να αναλάβει το ρόλο αυτό και εφ' όσον μετά από τόσα χρόνια δεν κατάφεραν να τον πείσουν πως η ζωή του έχει αξία, αποφάσισαν να προσλάβουν ένα δικηγόρο ο οποίος θα διεκδικούσε τη νομική άδεια να επιτραπεί σε κάποιον γιατρό να πραγματοποιήσει την ευθανασία. Κατά το διάστημα όπου τα δικαστήρια εξέταζαν την υπόθεση, ο Ramon δημοσίευσε την ιστορία του για να ευαισθητοποιήσει την κοινή γνώμη. Τότε στην Ισπανία ξεσηκώθηκε πλήθος κόσμος και δημιουργήθηκαν οργανώσεις υποστήριξης του δικαιώματος της ευθανασίας. Παρά τις πιέσεις που δημιούργησε η κοινωνική κατακραυγή το δικαστήριο αποφάσισε να μην επιτρέψει την ευθανασία του, θεωρώντας πως με αντίθετη απόφαση θα απαξίωνε τη ζωή των άλλων τετραπληγικών ανθρώπων.

Τότε ο Ramon κατάφερε να πείσει μια φίλη του να του δώσει ένα ποτήρι νερό με υδροκυάνιο. Πράγμα το οποίο έγινε μπροστά σε κάμερα έτσι ώστε η γυναίκα να μη διωχθεί ποινικά.

Το Νοέμβριο του 2007 ανακοινώθηκε ότι τον ερχόμενο Μάρτιο θα γινόταν η δίκη ενός γιατρού αναισθησιολόγου στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Πάτρας, που είχε βοηθήσει έναν νοσηλευόμενο στην εντατική μονάδα να πεθάνει. Ήταν υπόθεση που είχε προκαλέσει μεγάλο θόρυβο. Τη μήνυση την είχαν υποβάλει συγγενείς του θανόντος. Οι δικηγόροι του γιατρού είχαν υποστηρίξει ότι ο πελάτης τους είχε πέσει θύμα επαγγελματικού ανταγωνισμού. Σύμφωνα με πληροφορίες, η δίκη είχε πάρει αναβολή. (Κυριακόπουλος Κ. , Μυστακίδου Μ. 2009)

Ο Πιερτζόρτζιο Ουέλμπι, ο 60χρονος ασθενής από την Ιταλία, που είχε γίνει γνωστός σε όλο τον κόσμο για το μεγάλο δικαστικό αγώνα που έκανε διεκδικώντας το δικαίωμα στην ευθανασία, πέθανε τελικά, όπως μετέδωσαν τα ιταλικά μέσα ενημέρωσης. Ο Πιερτζόρτζιο Ουέλμπι υπέφερε από μυϊκή δυστροφία και διεκδικούσε το δικαίωμα να αποσυνδεθεί από το μηχάνημα υποστήριξης της αναπνοής που τον κρατούσε στη ζωή. Η περίπτωση του είχε συγκινήσει, αλλά και διχάσει την κοινή γνώμη στην Ιταλία, όπου η ευθανασία είναι παράνομη. Ο θάνατος του Ουέλμπι επήλθε μια ημέρα μετά τη γνωμοδότηση του Ανώτερου Συμβουλίου Υγείας της Ιταλίας, σύμφωνα με την οποία ο άρρωστος δεν υποβαλλόταν σε ισχυρή θεραπευτική αγωγή. Οι εμπειρογνώμονες του υγειονομικού συμβουλίου αιτιολόγησαν τη γνωμοδότηση αυτή δηλώνοντας μεταξύ άλλων ότι δεν υφίστατο άμεσος κίνδυνος θανάτου για τον ασθενή.

Σχεδόν δύο χρόνια μετά το θάνατο της συγγραφέα και δημοσιογράφου Oriana Fallachi , οι συγγενείς της συγκρούονται δημοσίως για το ποιες μέθοδοι χρησιμοποιήθηκαν από την ιδιωτική κλινική, στην οποία νοσηλευόταν η Ιταλίδα διανοούμενη. Πιο συγκεκριμένα, η Paola Fallachi , αδελφή της σε συνέντευξή της υποστηρίζει ότι "οι γιατροί της κλινικής στην οποία νοσηλευόταν η Oriana προσέφυγαν στη μέθοδο της ευθανασίας". Η Paola Fallachi εξηγεί ότι "όταν η Oriana έφτασε στη Φλωρεντία από τη Νέα Υόρκη ήταν φοβερά αδύνατη, ένας σκελετός. Υπέφερε αόρητα και ζήτησε να της γίνει ένεση μορφίνης, γνωρίζοντας πολύ καλά ότι δεν θα ξυπνούσε, δεν θα συνερχόταν ποτέ. Και φυσικά το γνώριζαν και στην κλινική. Η πρακτική αυτή -επιμένει η Paola Fallachi - έχει μία μόνο ονομασία, ευθανασία". Ωστόσο, ο γιος της Paola Fallachi και

ανιψιός και κληρονόμος της γνωστής συγγραφέως, Eduardo, διαψεύδει κατηγορηματικά την όποια προσφυγή στο λεγόμενο "γλυκό θάνατο" σημειώνοντας ότι "φτάνει να θυμηθούμε πόσο η θεία μου λάτρευε τη ζωή. Αδύνατον, λοιπόν, να ζήτησε να της γίνει ευθανασία". "Υπέφερε από τρομερούς πόνους, αλλά δεν ήθελε να χάσει τη διαύγειά της. Γι' αυτό και ζήτησε να της χορηγηθεί αναλγητικό φάρμακο, όταν οι πόνοι έγιναν αφόρητοι. Για να υποφέρει κάπως λιγότερο, όχι για να επισπεύσει το θάνατο", πρόσθεσε. Στο ίδιο μήκος κύματος και ο διευθύνων σύμβουλος της κλινικής Santa Kiara, Eduardo Matera, ο οποίος υπογραμμίζει ότι η χρήση μορφίνης και άλλων παρόμοιων ουσιών, σε περίπτωση ασθενών με βαριά μορφή καρκίνου σε τελευταίο στάδιο, είναι περίπου ο κανόνας. (www.skai.gr. 2009)

Ποικίλες αντιδράσεις έχει προκαλέσει στη Ρουμανία η περιπέτεια της υγείας ενός 28χρονου, ο οποίος πάσχει από ανίατη ασθένεια και ζήτησε από τον πρόεδρο της χώρας, Trian Baseskou, να δώσει τη συγκατάθεσή του για να υποβληθεί σε ευθανασία. Ο Eugen Constantin Agel, ο οποίος πάσχει από καρκίνο στο ήπαρ και νοσηλεύεται στο νοσοκομείο της Κωσταντζα έγραψε επιστολή προς τον κ. Baseskou, στην οποία, μεταξύ άλλων, αναφέρει: "σας ικετεύω να δώσετε τη συγκατάθεσή σας να πεθάνω, καθώς υποφέρω για μεγάλο χρονικό διάστημα". Ο κ. Baseskou απάντησε στο νεαρό άνδρα ότι λυπάται για την κατάσταση της υγείας του, αλλά αποκλείεται να δεχθεί το αίτημά του για ευθανασία, καθώς η ευθανασία στη Ρουμανία είναι παράνομη και τιμωρείται από τον νόμο από τρία μέχρι επτά χρόνια φυλάκιση, όποιος βοηθήσει σ' αυτή. Ο Constantin σκέφτηκε πολλές φορές την αυτοκτονία, αλλά φοβάται, όπως λέει, να κάνει κάτι τέτοιο, επειδή είναι αμαρτία. Ο γιατρός Florin Stoyan, εκπρόσωπος του νοσοκομείου της Κωσταντζα δήλωσε ότι «η διάγνωση στον Constantin έγινε πριν από τέσσερα χρόνια. Ο νεαρός δεν υπεβλήθη σε θεραπεία, ενώ τώρα είναι πολύ αργά γι' αυτόν». Οι γιατροί, επίσημα, δεν συμφωνούν με την ευθανασία και δεν την αποδέχονται. Ο επικεφαλής του Ιατρικού Συλλόγου στη Ρουμανία, Βασίλε Ασταράστογιε, δήλωσε ότι υπάρχει οδηγία του Συμβουλίου της Ευρώπης που απαγορεύει την ευθανασία. Ο επικεφαλής του Ογκολογικού Ινστιτούτου Φουντένι στο Βουκουρέστι, Μιρτσέα Σάβου, δήλωσε από την πλευρά του ότι δεν θα τολμούσε να αφαιρέσει τη ζωή κάποιου ασθενούς.

(www.athina984.gr. 2009)

Έχει συγκλονίσει την γαλλική κοινή γνώμη η μητέρα που προσπάθησε να θέσει τέλος στην ζωή του τυφλού και τετραπληγικού υιού της. Ο 21 ετών Vince Umber νοσηλεύεται στην εντατική μονάδα και οι γιατροί αγωνίστηκαν να τον κρατήσουν στην ζωή αλλά σήμερα το πρωί υπέκυψε. Πριν από 3 χρόνια ένας νεαρός όλο ζωή, εθελοντής πυροσβέστης αναγκάζεται να καθηλωθεί στην καρέκλα, τυφλώνεται, χάνει την επικοινωνία με το περιβάλλον, θρέφεται τεχνικά, έχει χάσει την όσφρηση και την γεύση ενώ διατηρεί την ακοή του ύστερα από ένα σοβαρό ατύχημα. Η μητέρα του σε γράμμα της στον Γάλλο Πρόεδρο ζητούσε το δικαίωμα θανάτου του υιού της στα τέλη του προηγούμενου χρόνου. Αλλά η γαλλική νομοθεσία όπως και οι περισσότερες απαγορεύουν ρητά "να δώσει ένας άνθρωπος σε έναν άλλο τον θάνατο". Ο Πρόεδρος Σιράκ επικοινωνούσε κατά καιρούς με την μητέρα του παιδιού χωρίς να δοθεί δημοσιότητα σε αυτά τα τηλεφωνήματα. Ο ίδιος ο Vince ζήτησε από την μητέρα του με κινήσεις του κεφαλιού στο Ναι και Όχι από την μητέρα του να του δώσει τον θάνατο όπως του είχε δώσει την ζωή. Λίγο μετά την ανακοίνωση του θανάτου του, ο Γάλλος υπουργός δικαιοσύνης ζήτησε από την εισαγγελία να δείξει ανθρωπισμό και επιείκεια στην εφαρμογή του νόμου αναφορικά με την μητέρα του Vince που αντιμετωπίζει ποινή φυλάκισης. "Το δικαίωμα στον θάνατο" δεν έχει κανένα νομικό στήριγμα στην Γαλλία και η μητέρα του μπορεί να κατηγορηθεί για απόπειρα ανθρωποκτονίας ή απόπειρα δολοφονίας. (www.kazam.gr. 2009)

Τη μεγαλύτερη έκπληξη στην καριέρα τους γνώρισαν οι γιατροί σε ένα νοσοκομείο του Λονδίνου, όταν ένα κοριτσάκι που ήταν σε κώμα ξύπνησε τραγουδώντας ABBA! Το περιστατικό συνέβη πριν από λίγες ημέρες στο δυτικό Λονδίνο. Ένα τριχρόνο κοριτσάκι νοσηλευόταν σε κωματώδη κατάσταση αφού είχε προσβληθεί από μηνιγγίτιδα, με τους γιατρούς να μην της δίνουν καμία ελπίδα να επανέλθει στη ζωή. Μετά από πέντε ημέρες κι ενώ οι γονείς είχαν δώσει τη συγκατάθεσή τους για να αποσυνδεθεί η κόρη τους από τα μηχανήματα υποστήριξης, η μικρή Leila Toozi άρχισε να ξυπνά, τραγουδώντας τη γνωστή επιτυχία 'Mamma Mia' που ήταν και το αγαπημένο της τραγούδι. Όλοι εξεπλάγησαν, η μικρή επανήλθε σταδιακά και πλέον έχει αναρρώσει πλήρως.

(Σουντουρλή Χρ. 2009)

Πανεπιστημιακή μελέτη στο Βέλγιο αποκάλυψε ότι κατά τη διάρκεια της τελευταίας διαιτίας έγινε ευθανασία σε έναν μεγάλο αριθμό ανηλίκων στη χώρα, παρά τους

αυστηρούς όρους που θέτει ο βελγικός νόμος του 2002. Ο νόμος επιτρέπει την ευθανασία μόνο σε ενήλικους που δεν έχουν χάσει τις αισθήσεις τους και υποβάλλουν το σχετικό αίτημα στις αρμόδιες Αρχές. Σύμφωνα όμως με μελέτη που βασίζεται στις επαγγελματικές πρακτικές 141 νοσοκόμων που εργάστηκαν σε 5 μεγάλες παιδιατρικές μονάδες εντατικής θεραπείας στο Βέλγιο, έγινε ευθανασία σε 76 ανήλικους κατά την περίοδο 2007-2008. Η εν λόγω μελέτη δημοσιεύτηκε στο « American Journal of Critical Care » και τα βασικά σημεία της αναπαρήγαγε η βελγική εφημερίδα « Le Soir ». Το ένα τρίτο των περιπτώσεων ευθανασίας έγινε με θανατηφόρα ναρκωτικά, ενώ οι ιατροί και οι νοσοκόμες περιορίστηκαν στη διακοπή της θεραπείας ή στο να δώσουν ηρεμιστικά και παυσίπονα. Στην ίδια μελέτη αναφέρεται ότι το 89% των ερωτηθέντων νοσοκόμων τάχθηκαν υπέρ της προσαρμογής της νομοθεσίας, ώστε να επιτραπεί η ευθανασία στους ανήλικους σε ορισμένες περιπτώσεις. Το Βέλγιο είναι από το 2002 η δεύτερη χώρα στον κόσμο μετά την Ολλανδία, που έχει επιτρέψει την ευθανασία κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις. (Μοσχονάς Κ. 2009)

Το δικαίωμα στο θάνατο διεκδικεί μια Βρετανίδα που πάσχει από σκλήρυνση κατά πλάκας. Η 46χρονη γυναίκα αναμένει την Πέμπτη (30/7) την απόφαση του δικαστηρίου για να δει αν θα μπορέσει να πεθάνει με τη βοήθεια του συζύγου της. Η Ντέμπι Πέρντι έχει δώσει τεράστιο και πολύμηνο αγώνα προκειμένου να της επιτραπεί να προχωρήσει σε ευθανασία, στην ουσία προσπαθώντας να κάνει πιο ελαστικούς τους ιδιαίτερα αυστηρούς νόμους της Μεγάλης Βρετανίας. Η κατάσταση της υγείας της Πέρντι χειροτερεύει από μέρα σε μέρα, καθώς η ίδια φωνάζει ότι αν δεν της επιτραπεί η ευθανασία οι πόνοι κάποια στιγμή θα γίνουν αφόρητοι. Μάλιστα έχει σκεφτεί και το ενδεχόμενο να καταφύγει στο εξωτερικό προκειμένου να πεθάνει αξιοπρεπώς. Στην Βρετανία είναι παράνομο το να βοηθήσεις κάποιον να αυτοκτονήσει, κατηγορία που μπορεί να σε στείλει για 14 χρόνια στη φυλακή. Η 46χρονη ασθενής είχε χάσει στην πρωτοβάθμια δικαστική διαμάχη με το κράτος στον Οκτώβριο, ωστόσο άσκησε έφεση στο ανώτατο δικαστήριο της χώρας. Ωστόσο, το δικαστήριο είχε αφήσει να εννοηθεί πως ο σύζυγος της μάλλον δεν θα αντιμετώπιζε κατηγορίες αν πήγαινε στην Ελβετία να βοηθήσει στην ευθανασία της συζύγου του. Εκεί οι δικαστές είχαν αναφέρει το παράδειγμα ενός παίκτη του ράγκμπι, ο οποίος είχε μείνει παράλυτος από το λαιμό και κάτω και είχε ζητήσει από τους γονείς του να τον βοηθήσουν να πεθάνει. Κατά την

επιστροφή τους από την Ελβετία μετά την ευθανασία οι γονείς του 23χρονου παίκτη δεν καταδικάστηκαν, παρά το ότι τους είχαν απαγγελθεί κατηγορίες. Παράλληλα, η μη κυβερνητική οργάνωση « Αξιοπρέπεια στο θάνατο » δήλωσε πως ένα θετικό σημάδι στην υπόθεση της 46χρονης Πέρντι ανέκυψε τον προηγούμενο μήνα όταν ο διευθυντής των δημόσιων κατηγοριών υποστήριξε πως το Άρθρο 8 του Ευρωπαϊκού Συντάγματος δικαιώνει την Πέρντι. Το άρθρο 8 προστατεύει το δικαίωμα στην ιδιωτική και οικογενειακή ζωή και σύμφωνα με τον διευθυντή επεκτείνεται και στην ποιότητα του θανάτου ενός ανθρώπου. (Ανδρέου Α. 2009)

Είναι πολύ μικρή για μια τόσο σοβαρή απόφαση. Η 13χρονη Χάνα Τζόουνς από το Χέρφορντ της Βρετανίας, ωστόσο, τόλμησε να διεκδικήσει το δικαίωμά της σε έναν αξιοπρεπή θάνατο στο σπίτι, αρνούμενη να υποβληθεί σε μια νέα επέμβαση η οποία ίσως να παρέτεινε τη ζωή της... Η Χάνα πάσχει από μια σπάνια μορφή λευχαιμίας και από την ηλικία των πέντε ετών μπαινοβγαίνει στα νοσοκομεία. Η χημειοθεραπεία δημιουργήσε τρύπα στην καρδιά της, με αποτέλεσμα η κοπέλα να υποβληθεί σε τρεις επεμβάσεις για την τοποθέτηση βηματοδότη. Σήμερα, βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ασθένειας και οι γιατροί της δίνουν έξι μήνες ζωής, εκτός εάν κάνει μεταμόσχευση καρδιάς. Πρόκειται για μια επικίνδυνη επέμβαση, καθώς ακόμα και εάν επιτύχει, τα φάρμακα που θα λάμβανε για να αποτραπεί η απόρριψη του μοσχεύματος είναι τόσο ισχυρά που θα αποδυνάμωναν το ανοσοποιητικό σύστημα της Χάνα και δεν αποκλείεται να προκαλούσαν έξαρση της λευχαιμίας. Η ίδια αποφάσισε, λοιπόν, να αρνηθεί την επέμβαση και να επιλέξει έναν ήσυχο θάνατο στο σπίτι της, όπου θα έχει τις φροντίδες της μητέρας της, η οποία είναι ειδικευμένη νοσοκόμα, και θα βρίσκεται κοντά στα τρία αδέρφια της. Χρειάστηκε βέβαια να προσπαθήσει αρκετά για να πείσει τους θεράποντες ιατρούς, οι οποίοι είχαν κινήσει δικαστική διαδικασία, προκειμένου να υποχρεώσουν τους γονείς της να τη φέρουν στο νοσοκομείο για να υποβληθεί στη μεταμόσχευση. Μοναδικό μέλημα των γονιών της Χάνα είναι πλέον να καταφέρουν να ικανοποιήσουν το μεγάλο όνειρο της κόρης τους: ένα ταξίδι στη Ντίσνεϊλαντ της Φλόριντα. (Γρυπάρη Ρ. 2008)

Στο κακουργιοδικείο παραπέμφθηκαν ιατρός και νοσοκόμα, ως ένοχοι ενεργητικής ευθανασίας στη Γαλλία, για την χορήγηση δηλητηριώδους ουσίας (κάλιο) σε καρκινοπαθή ασθενή που βρισκόταν στο τελευταίο στάδιο της ασθένειας.

Στην απαγγελία της κατηγορίας, ο ανακριτής επεσήμανε ότι "κατά τη γνώμη μεγάλου μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου, η επαγγελματική κρίση τόσο της ιατρού όσο και της νοσοκόμας είχαν στρεβλωθεί λόγω συναισθηματικών δεσμών με την ασθενή". Η ασθενής, που βρισκόταν στο τελικό στάδιο της αρρώστιας, κατά την εισαγωγή της στο νοσοκομείο ζήτησε την συγκεκριμένη ιατρό ως θεράποντα καθώς τις δύο γυναίκες συνέδεαν οικογενειακοί και φιλικοί δεσμοί. Όταν την νύχτα της 23ης Αυγούστου 2003 η ασθενής έπεσε σε κώμα, η ιατρός βλέποντας την ταχεία επιδείνωση της υγείας της, χωρίς συνεννόηση με την οικογένεια της ασθενούς, έδωσε εντολή στην νοσηλεύτρια βάρδιας να αυξήσει τη δόση της μορφίνης και στη συνέχεια να χορηγήσει ορό καλίου. Η νοσοκόμα χορήγησε άμεσα τη μορφίνη και στη συνέχεια, αναμένοντας μάταια να έρθει η γιατρός, βρέθηκε μόνη της να πρέπει να χορηγήσει τη θανάσιμη δόση καλίου. Τη στιγμή αυτή η νοσοκόμα ήταν πεπεισμένη, ότι η οικογένεια ήταν ενήμερη για την επιλογή να παρασχεθεί βοήθεια στην άρρωστη να πεθάνει. Η υπόθεση δεν θα έφτανε ποτέ ενώπιον των δικαστικών αρχών, αφού οι συγγενείς της ασθενούς αναγνώρισαν ότι η ιατρός τους απάλλαξε από ένα τεράστιο βάρος και ότι δεν είχε άλλη επιλογή, μπροστά στο μαρτύριο που περνούσε η συγγενής τους. Οι κακές σχέσεις όμως μεταξύ μεγάλου μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού και της ιατρού, οδήγησαν ένα ανώτερο στέλεχος και μια νοσοκόμα να αναφέρουν το περιστατικό στον Διευθυντή του Νοσοκομείου. Η ιατρός παραδέχθηκε ότι ενήργησε την ευθανασία χωρίς προηγούμενη συνεννόηση με την οικογένεια και χαρακτήρισε την περίπτωση της συγκεκριμένης ευθανασίας ως "τελούμενη υπό εξαιρετικές συνθήκες". Η εξέταση του ιατρικού φακέλου επιβεβαίωσε ότι η κατάσταση της ασθενούς ήταν χωρίς ελπίδα. Η αυτοψία κατέδειξε ότι κι αν ακόμη εξέλειπε η ένεση καλίου, οι προγνώσεις ήταν σε κάθε περίπτωση εξαιρετικά δυσοίωνες και βραχύβιες. (www.lemonde.fr/web/article/0,1-0,36-730053,0.html. 2009)

Μαζί στη ζωή, μαζί και στο θάνατο επέλεξαν να είναι ένας καταξιωμένος μαέστρος και μια διάσημη μπαλαρίνα, οι οποίοι αφού μοιράστηκαν 54 χρόνια έγγαμου βίου, αποφάσισαν να θέσουν από κοινού τέλος στη ζωή τους, για να διαφυλάξουν την αξιοπρέπειά τους κάνοντας ευθανασία σε κλινική της Ελβετίας, αφού ήταν άρρωστοι και οι δύο και σε βαθιά γεράματα. Ο καταξιωμένος Βρετανός διευθυντής ορχήστρας Έντουαρντς Ντάουνς ήταν σχεδόν τυφλός και η ακοή του ολοένα και χειρότερη. Η σύζυγός του Τζόαν, πρώην μπαλαρίνα και χορογράφος, έπασχε από καρκίνο. Ταξίδεψαν

μαζί στην Ελβετία και έκαναν ευθανασία στην κλινική Dignitas, βάζοντας τέλος σε έναν μεγάλο έρωτα μισού αιώνα. Ο 85χρονος Ντάουνς ξεκίνησε ως υποβολέας της Μαρίας Κάλλας στη «Νόρμα» του Μπελίνι, ενώ συνεργάστηκε μεταξύ άλλων με τη φιλαρμονική ορχήστρα του BBC, την όπερα της Αυστραλίας, αλλά και με τη Βασιλική Όπερα του Λονδίνου, όπου δούλεψε για πέντε δεκαετίες. Οι φίλοι τους περιγράφουν το ζευγάρι, ως ένα από τα πιο αγαπημένα που είχαν συναντήσει ποτέ. (Αग्रιμανάκη Κ. 2009)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

6.1 Ορισμός

Ηθική και Δεοντολογία είναι ο κλάδος της εφαρμοσμένης ηθικής φιλοσοφίας, που μελετά τις εθελούσιες πράξεις των ανθρώπων, όπως αυτές συμβαίνουν στην καθημερινή ζωή τους, δηλαδή την ανθρώπινη συμπεριφορά και τα ηθικά προβλήματα που προκύπτουν από αυτήν. Από την διαφορετική θεώρηση των διαφόρων ηθικών συστημάτων προκύπτουν ηθικές αρχές, από τις οποίες συνάγονται οι κανόνες, βάσει των οποίων λαμβάνονται οι αποφάσεις που καταλήγουν σε πράξεις. Και οι πράξεις καταλογίζονται ορθές ή εσφαλμένες κρινόμενες σύμφωνα με τις ηθικές αρχές και τους κανόνες των ηθικών συστημάτων από τα οποία προέρχονται.

Η Ιατρική Ηθική ασχολείται με τα προβλήματα που εμφανίζονται στην καθημερινή Ιατρική πράξη και οι αρχές της είναι οι αρχές της ηθικής γενικά. Οι αρχές οι οποίες διέπουν την Ιατρική Ηθική είναι οι γενικές αρχές της ηθικής προσαρμοσμένες στις απαιτήσεις της Ιατρικής πράξης, Είναι συνυφασμένες με θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα του ασθενούς, την ανθρώπινη αξιοπρέπεια την αρχή της αμοιβαίας εμπιστοσύνης και το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης στην περίθαλψη. Η αρχή ωφελείν ή μη βλάπτειν, η αρχή της αυτονομίας του ατόμου και η αρχή της δίκαιης κατανομής των βαρών, γενικές φιλοσοφικές έννοιες εμπλέκονται καθημερινά στην άσκηση κλινικής πράξης.

Στα Ελληνικά έχει επικρατήσει ο όρος Ηθική και Δεοντολογία. Δεν υπάρχει σαφής διάκριση μεταξύ τους, στην πράξη όμως φαίνεται ότι, ο όρος ηθική περιγράφει τους γενικούς ηθικούς κανόνες συμπεριφοράς του ιατρού, ενώ ο όρος δεοντολογία περιγράφει πρακτικά θέματα όπως η σωστή άσκηση της Ιατρικής στην καθημερινή κλινική πράξη και θέματα ετικέτας όπως η συμπεριφορά του ιατρού προς τον ασθενή και τους οικείους του και η συμπεριφορά μεταξύ συναδέλφων.

Αρχές Ιατρικής Ηθικής

Ο ιατρός οφείλει να :

- ενεργεί πάντα με γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς για τον οποίο φροντίζει (beneficence-nonmaleficence)
- είναι υπεύθυνος και λογοδοτεί για τη ζωή του ατόμου που φροντίζει (responsibility for life)
- σέβεται την προσωπικότητα και τις επιθυμίες του ατόμου που περιθάλπει (respect of autonomy)
- παρέχει ιατρική φροντίδα εξίσου ανάμεσα σε όσους την έχουν ανάγκη, ανάλογα με τις ανάγκες τους (access to treatment, provision of care for all)

είναι έντιμος και αξιόπιστος, τα χαρακτηριστικά αυτά αποτελούν το θεμέλιο λίθο της καλής σχέσης ιατρού –ασθενούς (personal integrity mutual trust) (Αργύρα Ε., Τσαρουχά Α. 2009)

6.2 Η Διακήρυξη της Γενεύης

Το 1948 ιδρύθηκε η Παγκόσμια Ιατρική Εταιρία καταδικάζοντας με το καταστατικό της οποιαδήποτε μορφή παρέμβασης στη ζωή των ανθρώπων, και πρώτο κείμενο αυτών των προσπαθειών αποτέλεσε η αναδιατύπωση του Ιπποκράτειου Όρκου στη διακήρυξη της Γενεύης, όπου διατυπώθηκαν οι εξής αρχές :

- Θα εξασκώ το επάγγελμά μου με συνείδηση και αξιοπρέπεια
- Η υγεία του ασθενή μου θα είναι το πρώτο μου μέλημα
- Υπόσχομαι επίσημα στον εαυτό μου ότι θα θυσιάσω τη ζωή μου στην υπηρεσία της ανθρωπότητας
- Θα τηρώ το μεγαλύτερο δυνατόν σεβασμό για την ανθρώπινη ζωή από την αρχή, ακόμη και κάτω από απειλή και δε θα χρησιμοποιήσω τις γνώσεις μου εναντίον των κανόνων του ανθρωπισμού

Το κύριο νομικό επιχείρημα για την ισχύ αυτών των ιατρικών διακηρύξεων είναι ότι αυτά είναι απόρροια του δικαιώματος του συνεταιρίζεσθαι, όπως αυτό αποδίδεται στην

Οικουμενική Διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών το 1948 για τα ανθρώπινα δικαιώματα (άρθρο 20) και πραγματώνει, από πλευράς παροχής ιατρικών φροντίδων, το δικαίωμα για ζωή κατά το άρθρο 3 της ίδιας Οικουμενικής Διακήρυξης.
(Αναπλιώτης Αν. 2003)

6.3 Ο Διεθνής Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρείας

Σε αυτόν τον κώδικα όπως ισχύει σήμερα ορίζεται ότι :

- ‘ Ο γιατρός οφείλει να δρα μόνο προς το συμφέρον του ασθενή, όταν παρέχει μόνο ιατρική φροντίδα, η οποία μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την εξασθένηση της φυσικής και πνευματικής κατάστασης του ασθενή ’
- ‘ Ο γιατρός πρέπει να έχει πάντοτε στη σκέψη του την υποχρέωση για τη διατήρηση της ανθρώπινης ζωής ’
- ‘ Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να δέχεται ή να αρνείται θεραπεία μετά από τη λήψη των κατάλληλων πληροφοριών ’
- ‘ Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να πεθάνει με αξιοπρέπεια ’
- ‘ Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να δέχεται ή να απορρίπτει την παροχή πνευματικής ή ηθικής παρηγοριάς, συμπεριλαμβανομένης της βοήθειας από λειτουργό οποιασδήποτε θρησκείας ’ (Αναπλιώτης Αν. 2003)

6.4 Ο Ευρωπαϊκός Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας

Ο Ευρωπαϊκός Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας που ψηφίστηκε στις 6/1/1987 από όλες τις εθνικές οργανώσεις των γιατρών των κρατών – μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ορίζει με το άρθρο 12ότι, ‘ Η παροχή ιατρικών φροντίδων απαιτεί σε όλες τις

περιστάσεις το διαρκεί σεβασμό στη ζωή, την ηθική αυτονομία και την ελευθερία του ασθενή. Ο γιατρός σε περίπτωση ανίατης τελειωτικής νόσου είναι δυνατόν να περιορισθεί σε ανακούφιση του πόνου του ασθενή και την ψυχική του παρηγοριά, παρέχοντας την κατάλληλη αγωγή με σκοπό τη διατήρηση κατά το δυνατόν της ποιότητας ζωής του. Η συμπαράσταση του γιατρού μέχρι το τέλος του ασθενή αποτελεί κεφαλαιώδες χρέος του και οφείλει να δρα με τέτοιο τρόπο, ώστε να επιτρέψει στον ασθενή τη διατήρηση της αξιοπρέπειάς του.'

Το άρθρο 10 ορίζει ότι : ' Ο γιατρός πρέπει με κατάλληλο τρόπο να θέτει στη διάθεση των ασθενών του κάθε νέο ιατρικό μέσο '.

Το άρθρο 12, δίνει μεγάλη εξουσία στο γιατρό, ενώ δε λαμβάνεται υπόψη η συγκατάθεση και γνώμη του ασθενή, αντίθετα το άρθρο 10, υποχρεώνει τους γιατρούς σε όλες τις περιπτώσεις να χρησιμοποιούν όλα τα πολυδάπανα ιατροτεχνολογικά μέσα. Η αύξηση του κόστους έχει λάβει τεράστιες διαστάσεις, για το αν η κοινωνία θα μπορέσει να συνεχίσει να το αντιμετωπίζει και ποιες πρέπει να είναι η προτεραιότητες.

6.5 Η Διακήρυξη της Βενετίας

Η Διακήρυξη στη Βενετία το 1983 της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρίας, για τη τελειωτική ασθένεια, η οποία συνδυάστηκε με τον εγκεφαλικό θάνατο και τις μεταμοσχεύσεις, έχει κάποιες από τις ακόλουθες διατάξεις :

- Καθήκον του γιατρού είναι να θεραπεύει όταν είναι δυνατόν, να ανακουφίζει τον πόνο και να δρα για να προστατεύει κατά τον καλύτερο τρόπο τα συμφέροντα των σθενών
- Στον παραπάνω κανόνα ουδεμία εξαίρεση πρέπει να υπάρχει ακόμα και στη περίπτωση ανίατης ασθένειας ή αναπηρίας
- Η αρχή αυτή δε αποκλείει όμως την εφαρμογή των ακόλουθων κανόνων:
 - Ο γιατρός οφείλει να ανακουφίζει τον πάσχοντα κατά την περίοδο της τελειωτικής ασθένειας, αναστέλλοντας τη θεραπεία με τη συναίνεση του ασθενή, ή και της άμεσης οικογένειάς του, εάν αυτός είναι ανίκανος να εκφράσει την επιθυμία του, και

- Ο γιατρός οφείλει να σταματά κάθε εξαιρετική αγωγή, η οποία θα μπορούσε να μην αποβεί προς όφελος του ασθενή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ

7.1 ΙΣΧΥΟΥΣΑ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

Γερμανία

Σύμφωνα με τη θεμελιώδη συνταγματική αρχή της απόλυτης προστασίας της ζωής (άρθρο 2 παρ. 1 προτ. 1 του ισχύοντος γερμανικού Συντάγματος) ‘ ο καθένας έχει δικαίωμα στη ζωή και στη σωματική ακεραιότητα ’, όπου με αυτή την κεντρική διάταξη καθορίζει ο συνταγματικός νομοθέτης, ότι η προστασία της ζωής αποτελεί το πρώτο στοιχείο των ατομικών δικαιωμάτων και της δημόσιας τάξης.

Στο γερμανικό δίκαιο δεν έχουν νομοθετηθεί τα κριτήρια θανάτου και η κρατούσα γνώμη προσανατολίζεται στους γενικούς, αποδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης και της βιολογίας, τόσο για την πιστοποίηση του κλινικού, όσο και του εγκεφαλικού θανάτου, ιδίως όταν πρόκειται για μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων.

Ειδικότερα στο N. I. 2631/ 5-11-1997 για τις μεταμοσχεύσεις που ρυθμίζει τις προϋποθέσεις για το επιτρεπτό της αφαίρεσης οργάνων, ορίζεται στο άρθρο 3 παρ. 2 αρ. 2 ο ονομαζόμενος εγκεφαλικός θάνατος ως ‘ η τελειωτική, μη αναστρέψιμη καταστροφή των συνολικών λειτουργιών του μεγάλου εγκεφάλου, του μικρού εγκεφάλου και του στελέχους του. (Αναπλιώτης Αν. 2003)

Η ενεργητική ευθανασία με σκοπό τη χωρίς πόνο θανάτωση, είναι κατά το γερμανικό δίκαιο σε κάθε περίπτωση άδικη και ποινικά κολάσιμη πράξη (παρ. 211 του γερμανικού Ποινικού Κώδικα), και η απαγόρευση της ανθρωποκτονίας ισχύει για όλους, ακόμα και για το γιατρό, σε όλα τα μέτρα τα οποία λαμβάνονται, είτε από σκοπό στη συντόμευση της ζωής, είτε στην επιτάχυνση της επέλευσης του θανάτου. (Pierre J. 2002)

Η έμμεση ευθανασία επιτρέπεται μόνο μετά από σαφώς εκδηλωμένη ή βάσιμα εικαζόμενη συναίνεση του ασθενή, μετά από πλήρη ενημέρωση για τις διαθέσιμες μεθόδους θεραπείας. Με τον όρο έμμεση εννοείται η ευθανασία που γίνεται με τη στέρηση των αναγκαίων για τη ζωή. (Μητσόπουλος Ν. 1984)

Τα άρθρα 211 – 216 και 222 του γερμανικού ποινικού κώδικα ορίζουν πως τόσο η απόπειρα αυτοκτονίας, όσο και η συμμετοχή σε αυτοκτονία, αποτελούν κατά το γερμανικό δίκαιο τμήματα του συνταγματικά κατοχυρωμένου δικαιώματος στη ζωή και για τον λόγο αυτό δεν είναι αξιόποινες πράξεις. Μάλιστα στις 31 Ιουλίου 1987, το ανώτατο δικαστήριο του Μονάχου αθώωσε τον dr. Hacketal που είχε κατηγορηθεί για

διευκόλυνση σε αυτοκτονία, όπου η αιτιολογία ήταν πως το δικαίωμα του ασθενούς να αποδεχτεί ή να αρνηθεί μια θεραπεία εμπεριέχει και το δικαίωμα να επιλέξει το θάνατό του.

Ο γιατρός, τέλος, δεν νομιμοποιείται ένα κατόπιν επίμονης απαίτησης του ασθενούς, προβεί σε ενεργητική ευθανασία και του κάνουν 'σωτήρια ένεση', όπως επίσης δεν νομιμοποιείται εάν παρακάμψει μια εκφραζόμενη ή εικαζόμενη άρνηση του ασθενούς να υποβληθεί σε θεραπεία και τον υποχρεώσει σε παράταση της ζωής και των πόνων του.

Κύπρος

Οι διαμάχες που ξεσπούν και γίνονται οξύτερες όσο περνούν τα χρόνια αναφορικά με την ευθανασία, δεν αγγίζουν τους Κυπρίους. Η έρευνα του "Π" καταδεικνύει πως ο όρος ευθανασία- υποβοηθούμενος θάνατος ώστε ένας ασθενής να πεθάνει γαλήνια για να μην βασανίζεται από την ανίατη ασθένεια που πάσχει- δεν υπάρχει καν στο λεξιλόγιό τους. Απ' όσους ρωτήσαμε αντιληφθήκαμε πως δεν σκέφτηκαν ποτέ εάν είναι υπέρ ή κατά ενός τέτοιου δικαιώματος και οι πλείστοι απάντησαν στο "πόδι", όπως αισθάνονταν εκείνη τη στιγμή. Κάποιοι αναρωτήθηκαν εάν η ερώτηση ήταν για την ευθανασία των ζώων.

Βέλγιο

Όπως και στην Ολλανδία ο νόμος θέτει αυστηρές παραμέτρους για την πραγματοποίηση της ευθανασίας. Ο ασθενής θα πρέπει να ζητήσει από μόνος του τουλάχιστον έναν μήνα πριν, ότι επιθυμεί να δοθεί τέλος στη ζωή του, ενώ ο γιατρός πρέπει να πιστοποιήσει ότι ο ασθενής πάσχει από ανίατη ασθένεια, ή βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο της ασθένειά του. Όπως και στην Ολλανδία έτσι και στο Βέλγιο, ο ασθενής πρέπει να είναι άνω των 18 ετών. Ακόμα, ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται συνεχώς και ανυπόφορους σωματικούς πόνους και ψυχική οδύνη. Στο Βέλγιο, σε αντίθεση με την Ολλανδία, η ευθανασία μπορεί να γίνει μόνο σε κατοίκους που μένουν μόνιμα στο Βέλγιο. (Σουντουρλή Χ. 2009)

Δανία

Το Κοινοβούλιο της Δανίας ψήφισε με 98 ψήφους υπέρ και 5 κατά ένα νόμο που τέθηκε σε ισχύ την 1^η Οκτωβρίου 1992. Ο οποίος είναι σύμφωνος με την παθητική ευθανασία.

Νέα Ζηλανδία

Το 1992 ο νόμος επέτρεψε να γίνεται αποσύνδεση του αναπνευστήρα σε ανθρώπους που διατηρούνται στη ζωή με απώλεια συνείδησης για πάνω από έξι μήνες, και μάλιστα χωρίς την απαραίτητη συγκατάθεση των συγγενών, αλλά με τη βούληση του ιατρικού προσωπικού. (Pierre J. 2002)

Μεγάλη Βρετανία

Η πρώτη προσπάθεια για νομιμοποίηση έγινε το 1936, όταν τέθηκε το δίλημμα για το τι θα έπρεπε να κάνει ο γιατρός όταν πια δε θα μπορούσε να ελέγξει τον πόνο του ασθενούς του. Αυτό το νομοθέτημα όμως, εξ' αιτίας της μακράς διαδικασίας και των προϋποθέσεων που έθετε, δεν έγινε αποδεκτό από το κοινωνικό σύνολο και γρήγορα απορρίφθηκε.

Η δεύτερη προσπάθεια έγινε το 1969, με σκοπό την κατοχύρωση του δικαιώματος της πρακτικής δήλωσης, με την οποία ο ασθενής ζητά από το γιατρό του να προβεί σε ιατρικές πράξεις που θα τον οδηγήσουν στο θάνατο, όμως το νομοσχέδιο και πάλι συνάντησε μεγάλη αντίδραση με το επιχείρημα ότι ένα τέτοιο νομοσχέδιο είναι ιατρικά μη αναγκαίο, ψυχολογικά επικίνδυνο και ηθικά λανθασμένο.

Το επόμενο νομοσχέδιο 1970 περιοριζόταν στους ανίατους ασθενείς και τους έδινε το δικαίωμα να λαμβάνουν όσες ποσότητες φαρμάκων επιθυμούν για να απαλλαγούν από τον πόνο έστω κι αν αυτό οδηγούσε στο θάνατο. Όμως και αυτό απορρίφθηκε καθώς θεωρήθηκε βάση για την ευθανασία.

Τέλος, το 1990, έγινε προσπάθεια για τη νομιμοποίηση της ενεργητικής εκούσιας ευθανασίας, από τον Roland Boyes, το οποίο νομοσχέδιο αργότερα ονομάστηκε ' ο κανόνας των δέκα λεπτών' γιατί τόσο διήρκεσε. (Αναπλιώτης Αν. 2003)

Παρ' όλα αυτά στις 19 Νοεμβρίου 1992 το Ανώτατο Δικαστήριο Λονδίνου επέτρεψε την αποσύνδεση από τα μηχανήματα ενός νέου 21 ετών που ο εγκέφαλός του είχε

υποστεί μη αναστρέψιμες βλάβες, όμως η Βουλή των Λόρδων αποφάσισε πως το τότε βρετανικό, νομικό πλαίσιο ήταν ακατάλληλο και μη ξεκάθαρο για τέτοιου είδους αποφάσεις. Έτσι συστάθηκε μία επιτροπή ιατρικής δεοντολογίας, η οποία θα είναι υπεύθυνη να αποφασίζει σε τέτοιες περιστάσεις.

Ισραήλ

Ο νόμος Torah εκτιμώντας πως όταν η ίαση δεν είναι ικανή, η παράταση της ζωής παύει να είναι απόλυτη υποχρέωση, επιτρέπει την διακοπή των μέτρων στήριξης κάτω από οποιεσδήποτε συνθήκες.

Αυστραλία

Το 1996 ψηφίσθηκε στο κράτος της βόρειας περιοχής της Αυστραλίας ένας νόμος αναγνώριση του δικαιώματος της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Σήμερα τρεις πολιτείες της Αυστραλίας, η Νότια, η Βόρεια και η Πολιτεία της Βικτόρια αναγνωρίζουν τη νομιμότητα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας.

Ιαπωνία

Ο ιαπωνικός ιατρικός σύλλογος εκφράστηκε υπέρ της επισημοποίησης της δήλωσης βουλήσεως και η ιαπωνική κυβέρνηση αναγνώρισε με τη σειρά της, ενώ όταν ο ασθενής δεν πρόλαβε να υποβάλει τη δήλωση, σύμφωνα με την ιαπωνική παράδοση, όταν πλησιάζει ο θάνατος, οι βασικές αποφάσεις παίρνονται από την οικογένεια.

Καναδάς

Τέσσερις από τις δέκα επαρχίες του Καναδά αναγνωρίζουν τη νομιμότητα των δηλώσεων βούλησης.

Ολλανδία

Ευθανασία μπορούν να κάνουν υπό προϋποθέσεις, Ολλανδοί γιατροί σε όσους ασθενείς πάσχουν από οδυνηρές χρόνιες ασθένειες και επιθυμούν να θέσουν τέρμα στη ζωή τους. Το «πράσινο φως» δόθηκε και τυπικά με την ψήφιση του σχετικού νομοσχεδίου από το Κοινοβούλιο της Ολλανδίας, που γίνεται έτσι η πρώτη χώρα της υφηλίου που

νομιμοποιεί την αμφιλεγόμενη ιατρική πρακτική. Το νομοσχέδιο περί ευθανασίας απαγορεύει ωστόσο σε αλλοδαπούς γιατρούς να πραγματοποιούν την πρακτική της ευθανασίας σε ασθενείς που νοσηλεύονται στην Ολλανδία. Οι δε Ολλανδοί γιατροί, οφείλουν να υπακούσουν σε κάποιους αυστηρούς κανονισμούς και θα υπόκεινται σε δικαστική δίωξη στην περίπτωση που κριθεί ότι δεν υπήρχαν οι προϋποθέσεις για την πραγματοποίηση ευθανασίας. Οι ασθενείς στους οποίους θα γίνεται ευθανασία θα πρέπει, σύμφωνα με το νόμο, « να αντιμετωπίζουν ένα αφόρητο μέλλον --δεν αρκεί απλώς να έχει εξαντληθεί η αντοχή τους να ζήσουν-- και θα πρέπει να υποβάλουν οι ίδιοι εκουσίως και κατόπιν πολλής σκέψης το αίτημα να πεθάνουν »...Τόσο ο γιατρός όσο και ο ασθενείς θα πρέπει να είναι πεπεισμένοι ότι δεν υπάρχει άλλη λύση και θα πρέπει να έχουν συμβουλευτεί κι άλλο γιατρό. Επίσης η ζωή των ασθενών θα πρέπει να αφαιρείται με «ιατρικά κατάλληλο τρόπο». Επιτροπή ειδικών «θα εξετάζει την κάθε περίπτωση μετά το θάνατο του ασθενούς και στην περίπτωση που θα εκδηλωθούν αμφιβολίες για το αν ο γιατρός ενήργησε κατάλληλα θα υποβάλει ανάλογη έκθεσή της στον εισαγγελέα.

(www.rizospastis.gr. 2009)

Πρόσφατα μάλιστα η Προτεσταντική Εκκλησία της Ολλανδίας αποδέχτηκε την παθητική ευθανασία.

Γαλλία

Η ευθανασία μπορεί να επιτραπεί υπό ορισμένες συνθήκες στη Γαλλία, καθώς η Εθνική Επιτροπή Δεοντολογίας αποφάνθηκε ότι αποτελεί ήδη πραγματικότητα σε πολλά νοσοκομεία της χώρας. Η ριζοσπαστική έκθεση της επιτροπής ολοκληρώθηκε ύστερα από προετοιμασία τριών χρόνων. Η έκθεση, που ήταν πολύ προσεκτικά διατυπωμένη, δεν προτείνει αλλαγή στη νομοθεσία, αλλά ένα "παραθυράκι", με το οποίο θα αποφεύγεται η δίωξη κατά των γιατρών. Η υψηλού κύρους επιτροπή δεοντολογίας, ένας φορέας που επιδοτείται από την κυβέρνηση, αποτελείται από εκπροσώπους διαφόρων στρωμάτων της κοινωνίας, συμπεριλαμβανομένων ιατρών και ιερέων. Η έκθεσή της αναφέρει ότι η σύγχρονη ιατρική τεχνολογία έχει εγείρει το "φάντασμα της αθανασίας, στερώντας συχνά τους ανθρώπους από τον ίδιο τους τον θάνατο", ενώ αποσαφήνισε τις "εξαιρετικές" περιπτώσεις, όπου μπορεί να προκληθεί ευθανασία. Σ' αυτές περιλαμβάνονται περιπτώσεις, που η οδύνη των ασθενών δεν μπορεί πια να

ανακουφιστεί με τη χορήγηση φαρμάκων ή όταν οι ασθενείς είναι "απόλυτα και οριστικά" εξαρτημένοι από μηχανήματα υποστήριξης. Ο πρόεδρος της επιτροπής, δρ. Φρανσουά Λεμέρ, δήλωσε ότι οι συστάσεις της επιτροπής αντικατοπτρίζουν απλώς τις προς το παρόν παράνομες ενέργειες στα γαλλικά νοσοκομεία, όπου οι γιατροί νιώθουν την αναγκαιότητα να τερματίσουν τη ζωή των ασθενών τους. Έρευνα του 1995, σε 140 αναισθησιολόγους, αποκάλυψε ότι το 26% είχε κάνει θανατηφόρες ενέσεις σε ασθενείς που δεν είχαν πιθανότητες ανάνηψης. Ο Γάλλος υπουργός Υγείας, Μπερνάρ Κουσνέρ, ομολόγησε ότι εφάρμοσε ευθανασία, με ενέσεις μορφίνης, σε περιπτώσεις ετοιμοθάνατων τραυματιών στο Βιετνάμ και το Λίβανο. « Η χρήση της λέξης "ευθανασία" είναι προφανώς πολύ ευαίσθητη, είπε. Εγώ μίλησα για καταπραϋντική φροντίδα και περίθαλψη για την αντιμετώπιση του πόνου », είπε στους δημοσιογράφους ο Μπερνάρ Κουσνέρ. Διευκρίνισε ότι αναφέρθηκε στον πόλεμο, σε συνθήκες εξωφρενικού πόνου και έσχατης πενίας κι αυτό δεν έχει καθόλου να κάνει με τη συζήτηση για την ευθανασία. (www.politis.com. 2009)

Ιταλία

Νόμο που απαγορεύει στους γιατρούς να σταματήσουν τη χορήγηση τροφής, όσα χρόνια κι αν βρίσκονται οι ασθενείς σε κώμα, ψήφισε η ιταλική Γερουσία. Η αντιπολίτευση αντέδρασε δηλώνοντας ότι θα οργανώσει δημοψήφισμα πάνω στο θέμα. Ο νέος νόμος επρόκειτο να κατοχυρώσει το δικαίωμα των Ιταλών να αρνηθούν τη θεραπεία σε περίπτωση που υποφέρουν από ανίατη ασθένεια. Την τελευταία στιγμή, όμως, η ιταλική κυβέρνηση εισήγαγε τροποποίηση που επιτρέπει στους γιατρούς να προσφέρουν θεραπεία, παρά την άρνηση του ασθενούς, με αποτέλεσμα, όπως κατήγγειλε η αντιπολίτευση, να ακυρώνεται η ουσία της νομοθεσίας. Το ζήτημα της ευθανασίας δίχασε πριν από λίγους μήνες την Ιταλία, όταν το ανώτατο δικαστήριο επέτρεψε να αποσυνδεθεί από τον σωλήνα τροφοδοσίας η 37χρονη Ελουάνα Εγκλάρο, που βρισκόταν σε κατάσταση φυτού επί 17 χρόνια, αφού η οικογένειά της είχε αποδείξει στο δικαστήριο ότι αυτή ήταν η βούλησή της. Η κυβέρνηση Μπερλουσκόνι, υπακούοντας στις επιταγές του Βατικανού, είχε προσπαθήσει με κάθε τρόπο να σταματήσει την εφαρμογή της δικαστικής απόφασης. Ο νόμος που ψηφίστηκε απαγορεύει σε κάθε περίπτωση την αφαίρεση του σωλήνα τροφοδοσίας, ο οποίος, σύμφωνα με τον νόμο, δεν εντάσσεται

στην κατηγορία της «θεραπευτικής αγωγής» αλλά των «απαραίτητων παρεμβάσεων για τη διατήρηση της ζωής».

Επιπλέον, με τροποποίηση που εισήχθη κυριολεκτικά την τελευταία στιγμή, ο νόμος δίνει στους γιατρούς δικαίωμα να καταπατούν την εκπεφρασμένη βούληση των ασθενών, ώστε «να ληφθούν υπόψη ενδεχόμενες πρόοδοι στην ιατρική επιστήμη». Ο νόμος εισάγει την έννοια της «βιολογικής διαθήκης», του δικαιώματος δηλαδή να δηλώνει κανείς εκ των προτέρων αν επιθυμεί ή όχι να λάβει θεραπεία σε ανίατες ασθένειες. Άλλη τροποποίηση της τελευταίας στιγμής αναφέρει ότι η βιολογική διαθήκη θα πρέπει να ανανεώνεται κάθε τρία και όχι κάθε πέντε χρόνια.

Λουξεμβούργο

Ο νόμος δεν τιμωρεί πια τους γιατρούς που ανταποκρίνονται θετικά σε αιτήματα ασθενών για ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Επίσης, ο νόμος ορίζει ότι η ανταπόκριση του γιατρού δεν μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο αγωγής για αποζημίωση ή ηθική βλάβη. Ο νόμος αυτός, ο οποίος είχε υιοθετηθεί σε δεύτερη ανάγνωση από το κοινοβούλιο στις 18 Δεκεμβρίου, είχε προκαλέσει την αντίθεση του Μέγα Δούκα, ο οποίος απειλούσε να μην τον υπογράψει λόγω των καθολικών του πεποιθήσεων. Ωστόσο, για να παρακάμψει τις αντιθέσεις του μονάρχη και να αποφύγει μια μεγάλη θεσμική κρίση, το κοινοβούλιο τροποποίησε το Σύνταγμα και περιόρισε τις εξουσίες του Μέγα Δούκα, ο οποίος εφεξής δεν χρειάζεται να επικυρώνει ένα νόμο, αλλά περιορίζεται μόνον στο να τον θέτει σε ισχύ, χωρίς αυτό να χρειάζεται τη συγκατάθεσή του.

(Σουντουρλή Χ. 2009)

Η.Π.Α

Οι Η.Π.Α έχουν μεγάλη ιστορία σε απόπειρες νομοθέτησης του δικαιώματος στο θάνατο. Η νομοθεσία της πολιτείας του Κοννέκτικατ εγκρίνει την ύπαρξη των 'διαθηκών εν ζωή'. Η αναγνώριση αυτού του δικαιώματος γίνεται βάσει κάποιων προϋποθέσεων για την πρόληψη καταχρήσεων, και ειδικότερα :

- Ο αιτών, ο οποίος πρέπει να είναι κάτοικος αυτής της πολιτείας, υπογράφει μια έντυπη δήλωση, την οποία προμηθεύεται από τις αρχές και η οποία περιέχει ερωτήσεις τυποποιημένες σχετικά με διάφορες περιπτώσεις προσβολής της υγείας του, ώστε αυτός να μπορέσει να δηλώσει τη βούλησή του εκ των προτέρων, για την περίπτωση που δεν θα μπορεί να την εκφράσει την κατάλληλη στιγμή, την οποία δήλωση πρέπει να υπογράψει αυτός που διορίζετε ως νόμιμος εκπρόσωπος.
- Ενδεικτικά αναφέρεται ότι ο διορισμός αυτού του εκπροσώπου είναι ελεύθερα ανακλητός και δεν μπορεί να διοριστεί ως εκπρόσωπος ο θεράπων γιατρός, ή άλλος επαγγελματίας υγείας. Η σχετική διαδικασία πρέπει να γίνεται παρουσία μαρτύρων εκ των οποίων ο ένας πρέπει να είναι γιατρός.
- Η δήλωση αυτή απευθύνεται στον εκπρόσωπο και αντίγραφο της στο θεράποντα γιατρό και αποτελεί στοιχείο του ιατρικού φακέλου του δηλούντος.

(Αναπλιώτης Αν. 2003)

Στην πολιτεία του Όρεγκον από τις 27/9/1997 ισχύει ο 'θάνατος με αξιοπρέπεια ', ο οποίος νομιμοποιεί τη χορήγηση θανατηφόρας δόσης φαρμάκου και είναι το πρώτο μέρος στο σύγχρονο κόσμο το οποίο δια νόμου δίνει το δικαίωμα και την εξουσία στο γιατρό να συνταγογραφεί θανατηφόρα δόση φαρμάκου, γι' αυτό και μια πολιτεία 11.200 μονίμων κατοίκων χαρακτηρίζεται ως η « πρωτεύουσα του θανάτου ». Αξίζει να σημειωθεί ότι οι υποστηρικτές της ευθανασίας στο Όρεγκον είχαν ως ένα από τα επιχειρήματά τους, το ότι στη πολιτεία αυτή ισχύει η θανατική ποινή και έτσι είναι ανυπόστατο το ότι κανείς δεν έχει δικαίωμα να αφαιρεί ανθρώπινη ζωή.

Σε γενικές γραμμές στις χώρες που επιτρέπεται η ευθανασία οι νόμοι απαιτούν από τους γιατρούς να ακολουθούν μια συνετή στάση, εφαρμόζοντάς τη μόνο όταν δεν υπάρχει καμιά ελπίδα θεραπείας. Η κάθε περίπτωση αξιολογείται ξεχωριστά.

Να σημειώσουμε ότι διακοπή των διαδικασιών που κρατούν στη ζωή ένα άτομο σε

κατάσταση φυτού προβλέπεται από την ισχύουσα νομοθεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης με βάση τη Σύμβαση του Οβιέδο, του 1997, και τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, η οποία καταδικάζει κάθε θεραπευτική αγωγή σε τέτοιες περιπτώσεις.

(www.focusmag.gr. 2003)

Ελβετία

Στην Ελβετία, η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν τιμωρείται ποινικά από τη δεκαετία του 1940. Σύμφωνα με το άρθρο 115 του ελβετικού ποινικού κώδικα η συμμετοχή σε αυτοκτονία δε διώκεται, όταν το κίνητρο του δράστη δεν είναι εγωιστικό. Ο γιατρός λοιπόν, δεν εμποδίζεται από το νόμο να συνταγογραφήσει θανατηφόρα ναρκωτικά σε Ελβετό ή και σε αλλοδαπό πολίτη, προκειμένου ο ίδιος να θέσει τέλος στη ζωή του. Όταν δηλώνονται τέτοιου είδους περιστατικά, συνήθως διενεργείται αστυνομική έρευνα και ακολουθεί δίωξη μόνο σε περίπτωση που αμφισβητείται η ικανότητα του ασθενή να αποφασίσει αυτόνομα, γεγονός ωστόσο σπάνιο. Επειδή το ελβετικό ομοσπονδιακό κράτος φοβάται την αύξηση του « τουρισμού μελλοντικών αυτοχειρών », εκτός από αυστηρές προϋποθέσεις, έχει αναθέσει την επίβλεψη περιστατικών αυτοευθανασίας στις φιλανθρωπικές οργανώσεις « Δικαίωμα στο θάνατο», οι οποίες έχουν ειδικές υπηρεσίες για αλλοδαπούς που επιθυμούν να τερματίσουν τη ζωή τους με αυτόν τον τρόπο.

Πάντως το 1987 προβλέφθηκε ρητά ότι απαγορεύεται η ενεργητική ευθανασία. Αναφορικά δε με την παθητική, ορίστηκε ότι ο γιατρός μπορεί να σταματήσει την περίθαλψη ετοιμοθάνατου που δεν έχει την ικανότητα να εκφράζει έγκυρη βούληση, όταν η καθυστέρηση του θανάτου σημαίνει απλώς παράταση του πόνου και η αποχή από περαιτέρω μέτρα ανταποκρίνονται στην εικαζόμενη βούληση του αρρώστου.

(Αγγελάκη Σ. 2008)

7.2 ΠΑΓΚΟΣΜΙΕΣ ΔΗΜΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

Είναι ενδιαφέρον να εξετάσουμε όχι μόνο τα αποτελέσματα των δημοσκοπήσεων αλλά και με τον τρόπο των οποίων διατυπώθηκαν οι ερωτήσεις.

Βέλγιο (δημοσκόπηση Inusop, Οκτώβριος 1988)

Ερώτηση : « Η ευθανασία συνιστάται στη συντόμευση της ζωής ενός ανίατου ασθενούς, για να θέσουμε τέλος στους πόνους του. Κατά τη γνώμη σας, η ευθανασία θα έπρεπε να επιτραπεί σε ορισμένα όρια ; »

Απαντήσεις : σίγουρα ναι 46%, μάλλον ναι 37%, μάλλον όχι 20%, σίγουρα όχι 6%

Καναδάς (δημοσκόπηση Gallup, Ιούνιος 1989)

Ερώτηση : « Όταν ένα άτομο πάσχει από μια ανίατη ασθένεια, η οποία του προκαλεί φριχτούς πόνους, πιστεύετε ή όχι, ότι οι κατάλληλοι γιατροί θα μπορούσαν να θέσουν τέλος στη ζωή του ασθενούς με ευθανασία, εάν ο ασθενής διατυπώσει γραπτός επίσημη αίτηση; »

Απαντήσεις : ναι 77%, όχι 17%, δίχως γνώμη 6%

Μεγάλη Βρετανία (δημοσκόπηση N.O.P., Απρίλιος 1989)

Ερώτηση : « Ορισμένοι νομίζουν ότι ο νόμος θα πρέπει να επιτρέπει σε ενήλικες να δεχθούν μια ιατρική βοήθεια για έναν ήπιο και γρήγορο θάνατο, εάν υποφέρουν από μία ανυπόφορη σωματική ασθένεια, υπό τον όρο ότι θα έχουν ζητήσει προηγουμένως γραπτώς μια τέτοια βοήθεια. Συμφωνείτε ή όχι ; »

Απαντήσεις : ναι 75% όχι 25% (Pierre J. 2002)

Σε μια σειρά από μελέτες που έγιναν στις Η.Π.Α και συμμετείχαν ογκολογικοί ασθενείς, στο ερώτημα αν θα ζητούσαν οι ίδιοι ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία σε περίπτωση που βρίσκονται στο τελικό στάδιο και υπέφεραν από πόνους το 50% απάντησε ότι θα το ζητούσε. Αντίστοιχα αποτελέσματα υπήρξαν και από μελέτες που έγιναν στην Ολλανδία, Ιταλία και Γαλλία. (Σπηλιώτης Ι. 1999)

Στατιστική έρευνα του Βρετανικού Ιατρικού Συνδέσμου που έλαβε χώρα σε ιαπωνικά νοσοκομεία, δημοσιευμένη ήδη από το 2001 στο επιστημονικό περιοδικό "Journal of Medical Ethics" καταδεικνύει σε αριθμούς τη στάση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού σχετικά με το φαινόμενο της εκούσιας ευθανασίας όπου το 54% του ιατρικού και ένα 53% του παραϊατρικού προσωπικού παραδέχθηκε με τη μέθοδο του προσωπικού ερωτηματολογίου (σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 366 ερωτηθέντων) ότι τους έχει ζητηθεί να πράξουν την ευθανασία ενώ μόλις το 5% των γιατρών και το 0% του παραϊατρικού προσωπικού προχώρησαν στην ενεργητική ευθανασία. Παρ' όλα αυτά το 88% των πρώτων και το 85% των δεύτερων πιστεύει ότι μερικές φορές είναι λογικό οι ασθενείς να αιτούνται ευθανασίας τη στιγμή που το 33% των πρώτων και το 23% των δεύτερων πιστεύουν ότι κάτι τέτοιο θα ήταν ηθικώς ορθό και το 22% και 15% αντίστοιχα θα έπρατταν τις διαδικασίες της εκούσιας ευθανασίας αν αυτό ήταν νόμιμο στη χώρα τους.

Τα πορίσματα της μελέτης που διενήργησε το Εργαστήριο Ποινικών και Εγκληματολογικών Ερευνών του Πανεπιστημίου Αθηνών αποκαλύπτουν τη δικαιολογημένη διστακτικότητα κι επιφυλακτικότητα της κοινής γνώμης και του ιατρικού κόσμου απέναντι στο ευαίσθητο θέμα της ευθανασίας, σε βαθμό που οι απόψεις τους να είναι συχνά διχασμένες. Έτσι, οι περισσότεροι ερωτηθέντες δηλώνουν ότι οι ίδιοι θα ζητούσαν να επισπευσθεί το μοιραίο, εφόσον η κατάσταση της υγείας τους είχε κριθεί μη αναστρέψιμη. Εμφανίζονται ωστόσο κατηγορηματικά αρνητικοί στο ενδεχόμενο να προχωρούσαν σε ενέργεια ευθανασίας ασθενούς. Παρόλα αυτά όμως η πλειονότητα συμφωνεί με ενδεχόμενη ρύθμιση που θα επιτρέπει τη σύντμησης της ζωής ανιάτων πασχόντων ασθενών. Υπό προϋποθέσεις, πάντως, όπως την ύπαρξη σύμφωνης γνώμης του ίδιου του ασθενούς και με τη θέσπιση σαφών δικλίδων ασφαλείας, που θα αποτρέπουν τον κίνδυνο καταχρηστικών ενεργειών σε βάρος του ασθενούς. Οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να σταθμίσουν προσεκτικά τα υπέρ και τα κατά μιας ενδεχόμενης νομοθετικής ρύθμισης για το θέμα της ευθανασίας και να πουν εάν θα ήταν τελικά σύμφωνοι ή όχι να επιτρέπεται από τον νόμο, - υπό προϋποθέσεις -, κάποια ή περισσότερες από τις προαναφερθείσες μορφές ευθανασίας. Η ερώτηση επιδεχόταν πολλαπλές απαντήσεις (ο ερωτώμενος μπορούσε δηλαδή θεωρητικά να απαντήσει ότι

είναι σύμφωνος με περισσότερες μορφές ευθανασίας) και περιλάμβανε τρεις βασικές μορφές ευθανασίας, την παθητική ευθανασία, τη συμμετοχή σε αυτοκτονία και την άμεση ενεργητική ευθανασία. Οι απαντήσεις που δόθηκαν με αυτόν τον γενικό τρόπο, διαπιστώνουν οι ερευνητές, ανατρέπουν εν πολλής την επιφυλακτική στάση που είχαν κρατήσει οι ερωτηθέντες σε πολλές προγενέστερες ειδικές ερωτήσεις. Ίσως και επειδή μία νομοθετική ρύθμιση του θέματος, θα βοηθούσε να ξεπεραστούν ηθικά διλήμματα των εμπλεκόμενων και θα έδινε ταυτόχρονα την, τυπική έστω, νομιμοποίηση που απαιτείται για μια τόσο σοβαρή πράξη. Τις περισσότερες σύμφωνες γνώμες συγκέντρωσε βέβαια η παθητική ευθανασία με ποσοστό 61,3%, καθώς η πρακτική της δεν συνδέεται με κάποια άμεση θετική ενέργεια για αφαίρεση ζωής. Απλώς, κατά την ερώτηση, δεν χορηγεί ο ιατρός φαρμακευτική αγωγή ή δεν προβαίνει σε ιατρικές πράξεις ή διακόπτει ιατρικές πράξεις. Αρκετά μικρότερα ήταν τα ποσοστά για την άμεση ενεργητική ευθανασία, δηλαδή τη χορήγηση φαρμάκων από το γιατρό (47,4%). Τη χαμηλότερη επιδοκιμασία (ποσοστό 30,4%) συγκέντρωσε η συμμετοχή του ιατρού σε αυτοκτονία του ασθενούς, με φάρμακα που χορηγούνται και λαμβάνει ο ίδιος ο ασθενής, όπως συμβαίνει κατά το ολλανδικό μοντέλο. (www.tanea.gr. 2009)

Σύμφωνα με δημοσκόπηση του Iatronet.gr που δημοσιεύτηκε στις 31 Μαρτίου 2009 6:43:22 μμ, ‘Ναι στην ευθανασία, όταν το επιθυμεί ο ασθενής’, λένε οι επισκέπτες του. Το συμπέρασμα προκύπτει από δημοσκόπηση, με ερώτημα ‘ποια είναι η άποψή σας για την ευθανασία’.

Το 63% των συμμετεχόντων απάντησαν ‘να γίνεται, εφόσον τη ζητήσει ο πάσχοντας’. Δεύτερη σε ποσοστό απάντηση ήταν ‘δεν με έχει απασχολήσει το θέμα’ (11%) και τρίτη ότι η ευθανασία ‘έχει σοβαρές ηθικές διαστάσεις’ (10%). Μόλις το 8% των επισκεπτών εξέφρασαν την πλήρη τους διαφωνία με την ευθανασία, ενώ το 7% απάντησαν ότι είναι ενάντια στις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις.

Ποια είναι η άποψή σας για την ευθανασία;

Να γίνεται, εφόσον τη ζητήσει ο πάσχοντας	63%
Έχει σοβαρές ηθικές διαστάσεις	10%

Είναι ενάντια στις θρησκευτικές μου πεποιθήσεις	7%
Διαφωνώ πλήρως με την ιδέα	8%
Δεν με έχει απασχολήσει το θέμα	11%

(www.iatronet.gr. 2009)

Ο Παναγιώτης Πέρρος (Μ.Δ.Ε. Ηθικής Φιλοσοφίας Παν/μίου Αθηνών) αναφέρει ότι σύμφωνα με στατιστική έρευνα του Βρετανικού Ιατρικού Συνδέσμου που έλαβε χώρα σε ιαπωνικά νοσοκομεία, δημοσιευμένη ήδη από το 2001 στο επιστημονικό περιοδικό "Journal of Medical Ethics" (J Med Ethics 2001; 27:324-330) καταδεικνύει σε αριθμούς τη στάση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού σχετικά με το φαινόμενο της εκούσιας ευθανασίας:

Ένα 54% του ιατρικού και ένα 53% του παραϊατρικού προσωπικού παραδέχθηκε με τη μέθοδο του προσωπικού ερωτηματολογίου (σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 366 ερωτηθέντων) ότι τους έχει ζητηθεί να πράξουν την ευθανασία ενώ μόλις το 5% των γιατρών και το 0% του παραϊατρικού προσωπικού προχώρησαν στην ενεργητική ευθανασία. Παρ' όλα αυτά το 88% των πρώτων και το 85% των δεύτερων πιστεύει ότι μερικές φορές είναι λογικό οι ασθενείς να αιτούνται ευθανασίας τη στιγμή που το 33% των πρώτων και το 23% των δεύτερων πιστεύουν ότι κάτι τέτοιο θα ήταν ηθικώς ορθό και το 22% και 15% αντίστοιχα θα έπρατταν τις διαδικασίες της εκούσιας ευθανασίας αν αυτό ήταν νόμιμο στη χώρα τους. (Περρός Π. 2009)

7.2.1 ΔΗΜΟΣΚΟΠΗΣΗ Π.Γ.Ν.Π

Τρεις ακόμη Έλληνες γιατροί που εργάζονται στην Πάτρα έχουν ανταποκριθεί στο αίτημα ασθενή τους να υποβληθεί σε ευθανασία. Αυτό προκύπτει από απαντήσεις 300

γιατρών που απάντησαν στην έρευνα της Νευρολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι απαντήσεις τεσσάρων επαγγελματικών ομάδων, στις οποίες απευθύνθηκε το εξής ερώτημα: «Θα δικαιολογούσατε χειρισμούς ευθανασίας σε διανοητικώς καθυστερημένα άτομα; » Ναι, είπε το 20% των γιατρών και δικηγόρων, θετικά απάντησε επίσης το 13% των δικαστών και 8% των φοιτητών της Ιατρικής.

« Μόνον τρεις παραδέχονται ότι έκαναν υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ενώ πολύ μεγαλύτερο είναι το ποσοστό που θεωρητικά εγκρίνει αυτή την πράξη, το οποίο δείχνει ότι θεωρητικά υπάρχει μια θετική προδιάθεση των γιατρών να κάνουν υποβοηθούμενη αυτοκτονία, όπως στην θανατική ποινή που δεν την εκτελεί το δικαστήριο, έτσι και εδώ θα πρέπει να οριστούν ανάλογοι φορείς », σχολιάζει ο επικεφαλής της έρευνας, καθηγητής Νευρολογίας του Πανεπιστημίου Πατρών Θεόδωρος Παπαπετρόπουλος.

« Είναι, πραγματικά, ένα σημείο ευαίσθητο. Είναι ρατσιστικό αυτό. Οι φοιτητές της ιατρικής, πάντως, κυμαίνονται σε χαμηλά ποσοστά. Αξίζει να το προσέξουμε αυτό ».

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε 1.148 μέλη του Ιατρικού Συλλόγου Πατρών, σε 485 του δικηγορικού συλλόγου, σε 220 δικαστές και εισαγγελικούς λειτουργούς και σε 129 φοιτητές της ιατρικής.

Οι απαντήσεις ήταν ανώνυμες και στην έρευνα ανταποκρίθηκε το 25,6% των γιατρών, το 21% των δικηγόρων, το 11% των δικαστών και το 95% των φοιτητών.

(Τεγόπουλος Χ. 1996)

7.2.2 ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

Στις 16/05/08 στην εφημερίδα Ελευθεροτυπία δημοσιεύεται άρθρο σύμφωνα με το οποίο, τον τερματισμό της ζωής τους με ευθανασία υπολογίζεται ότι θα επέλεγαν περίπου 3.000 ασθενείς στη χώρα μας κάθε χρόνο, εάν το επέτρεπε η νομοθεσία. Παλαιότερη πανευρωπαϊκή μελέτη, στην οποία συμμετείχαν και Έλληνες γιατροί, έδειξε

πάντως ότι τέσσερις στους δέκα αποφασίζουν να μην προχωρήσουν σε νέες θεραπείες αν η κατάσταση του ασθενούς είναι μη αναστρέψιμη.

Σύμφωνα με τη μελέτη της Α' Κλινικής Εντατικής Θεραπείας του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο 38% των ασθενών οι γιατροί διέκοψαν την καρδιοπνευμονική ανάνηψη όταν δεν είχε πλέον νόημα, ενώ σε μικρότερο αριθμό ασθενών αποφασίστηκε διακοπή της θεραπείας όταν αυτή δεν είχε πια αποτέλεσμα. Σε κάποιες περιπτώσεις τέτοιες αποφάσεις ελήφθησαν με τη συναίνεση ή και απαίτηση των συγγενών του ασθενή, ενώ σε άλλες ήταν καθαρά ιατρική επιλογή. Όπως τονίστηκε σε χθεσινή συνέντευξη Τύπου από τον καθηγητή Στ. Γερουλάνο, πρόεδρο του Ιδρύματος, οι περισσότεροι συγγενείς ζητούν να δοθεί κάθε ιατρική βοήθεια στον ασθενή μέχρι το τέλος.

Σύμφωνα με τους ειδικούς, ο όρος ευθανασία -παθητική και ενεργητική- τείνει να αντικατασταθεί παγκοσμίως από άλλη ορολογία, η οποία περιγράφει κάθε πράξη που σχετίζεται με τα τελικά στάδια μιας ασθένειας και τους χειρισμούς των γιατρών. Ο καθηγητής σημείωσε χθες πως « σίγουρα υπάρχουν ασθενείς τελικού σταδίου και στη χώρα μας, οι οποίοι ζητούν από τους γιατρούς τους να σταματήσουν τις θεραπείες που τους κρατάνε στη ζωή ».

Η Ethicus Study έγινε σε 17 χώρες την περίοδο 1999-2000 και δείχνει μια σημαντική τάση προς την κατεύθυνση της λήψης απόφασης στην πορεία του ασθενούς. Η μελέτη συμπεριέλαβε 31.417 ασθενείς που χρειάστηκαν νοσηλεία τη ΜΕΘ. Σκοπός της μελέτης Ethicus ήταν να καταγράψει απλώς για όλους τους ασθενείς (και ειδικότερα, φυσικά, για όσους απεβίωσαν) εάν είχε προηγηθεί κάποια απόφαση σχετική με τη συνέχιση της θεραπείας και μέχρι ποιου σημείου. Από την καταγραφή αυτή προέκυψε ότι κάποια απόφαση είχε ληφθεί στο 10% των ασθενών που εισήχθησαν σε ΜΕΘ και στο 72,6% των ασθενών που τελικά απεβίωσαν, με σημαντικές φυσικά αποκλίσεις ανάμεσα σε διαφορετικές περιοχές της Ευρώπης.

Ο κ. Γερουλάνος διευκρίνισε πως « δεν πρόκειται για αποφάσεις ευθανασίας με τη λανθασμένη έννοια που αποδίδεται σε αυτόν τον όρο διεθνώς, αλλά για μια διαβαθμισμένη παθητική ή ενεργητική παρέμβαση στην πορεία του ασθενούς προς τον θάνατο ». (Νέτα Σ . 2009)

7.2.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νοσηλευτές της ΜΕΘ, το 55,3 % του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν κατά της ευθανασίας. Η παράταση ζωής ασθενούς σε τελικό στάδιο νόσου με μηχανικά μέσα έχει φτάσει σε σημείο να θεωρείται από πολλούς ως μέγιστο κακό, ενώ άλλοι καταδικάζουν την ανακούφιση του ασθενούς ως έγκλημα και τιμωρία. Όσοι απάντησαν θετικά υπέρ της ευθανασίας, φάνηκε πως σημαντικότεροι παράγοντες που τους επηρέασαν σε αυτή την απόφαση ήταν η παρουσία ανίατης νόσου, ενώ λιγότερο σημαντικός παράγοντας είναι το επίμονο αίτημα της οικογένειας.

Σχεδόν το μισό του δείγματος 42,3% της μελέτης, συμφωνεί με τη συμμετοχή του και δηλώνει ότι αν το επέτρεπε ο νόμος θα μπορούσε να σταματήσει ή να μην αρχίσει τη θεραπεία σε ασθενή με τελικό στάδιο νόσου. Πάνω από τους μισούς νοσηλευτές, 50,5%, επιθυμούν τη νομική ρύθμιση του θέματος. (Γιάκης Ν., Μερκούρης Αν., Πλυχρονοπούλου Ελ., Αδαλή Ευ. 2005)

Στη δεύτερη έρευνα που πραγματοποιήθηκε τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν στο νοσηλευτικό προσωπικό ανεξαρτήτως του τομέα που εργαζόντουσαν. Το 59,8% του δείγματος διαφωνεί ή είναι αναποφάσιστο για τη διακοπή της επιθετικής αγωγής με σκοπό την επίσπευση του θανάτου, ενώ το 40,2%, συμφωνεί. Ως προς την απόφαση συναίνεσης για την επιτάχυνση θανάτου σε καταληκτικούς ασθενείς με φάρμακα ή άλλα μέσα, το 76,2% διαφωνεί ή είναι προβληματισμένο. (Πριάμη Μ., Μερκούρης Αν., Αδαλή Ευ. Τουρούκη Γ. 2001)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

A. 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)

B. Πληθυσμός - Δείγμα

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο δόθηκε για συμπλήρωση σε άτομα ηλικίας από 18 ετών και άνω. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, το οποίο απευθυνόταν σε 200 άτομα, αποτελούμενο από 19 ερωτήσεις εκ των οποίων 2 ήταν ανοικτού τύπου και οι υπόλοιπες κλειστού τύπου. Από αυτές 11 είναι διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ) και οι υπόλοιπες εναλλακτικών απαντήσεων.

Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Απρίλιο έως και τον Ιούλιο του 2009 σε Αθήνα και Πάτρα.

Δ. Συλλογή δεδομένων

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. 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.

Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

- Η ιδιότητα του ερωτώμενου ως ενήλικα

και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια από αυτά που διανεμήθηκαν.

ΣΤ. 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. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας έρευνας.

Ζ. 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 και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS.

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ:

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.

Έτσι, οι μεν μετρήσιμες μεταβλητές παρουσιάζονται με τη μέση τιμή (mean value) των μετρήσεων τους, την τυπική απόκλιση (standard deviation), την ελάχιστη (min value) και τη μέγιστη (max value) τιμή, οι δε μη μετρήσιμες μεταβλητές (βαθμωτές, διχοτομικές ή κατηγορικές) παρουσιάζονται με τη συχνότητα (απόλυτος αριθμός) εμφάνισης της απάντησης καθώς και με τη σχετική συχνότητα (ποσοστιαία αναλογία) εμφάνισης της κάθε τιμής της μεταβλητής.

Ο έλεγχος της κανονικότητας ή μη των κατανομών των παρατηρήσεων, τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και στις διάφορες υποομάδες, έγινε με τη μέθοδο των Kolmogorov - Smirnov.

2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ:

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων (πίνακες διπλής εισόδου) που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Ο στατιστικός έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των διαφορών που παρατηρήθηκαν μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων ήταν ο χ^2 -test (Chi-square test με ή χωρίς το διορθωτικό παράγοντα κατά Yates).

Κατά τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων οι διαφορές και συσχετίσεις που προκύπτουν θεωρούνται στατιστικά σημαντικές αν και μόνο αν

αντιστοιχούν σε πιθανότητα $p < 0,05$ (όπως αυτή προκύπτει από τον αντίστοιχο κάθε φορά στατιστικό έλεγχο).

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS για Windows.

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την έρευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

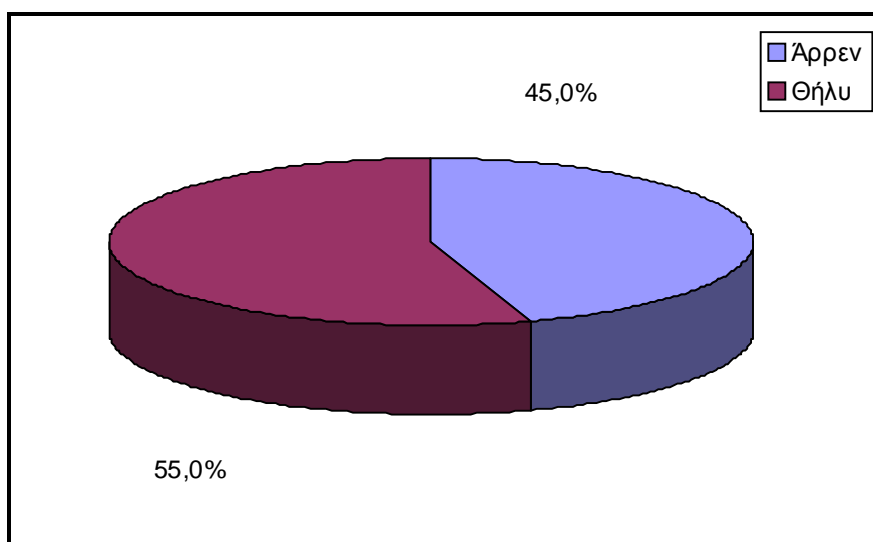
Στην έρευνα έλαβαν μέρος 200 άτομα, ηλικίας από 18 ετών και άνω. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψαν τα ακόλουθα:

Πίνακας 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο.

ΦΥΛΟ	N=200	Percent (%)
Άρρεν	90	45,0
Θήλυ	110	55,0

Σχήμα 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο.

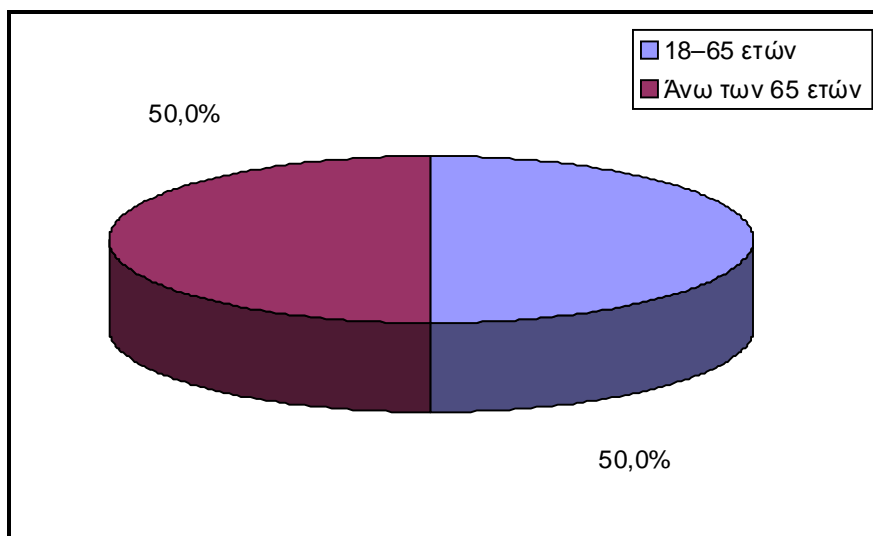


Το 55,0% των ερωτηθέντων (110 άτομα) στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες και το υπόλοιπο 45,0% (90 άτομα) άνδρες (Πίνακας 1, Σχήμα 1).

Πίνακας 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία.

ΗΛΙΚΙΑ	N=200	Percent (%)
18-65 ετών	100	50,0
Άνω των 65 ετών	100	50,0

Σχήμα 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία.

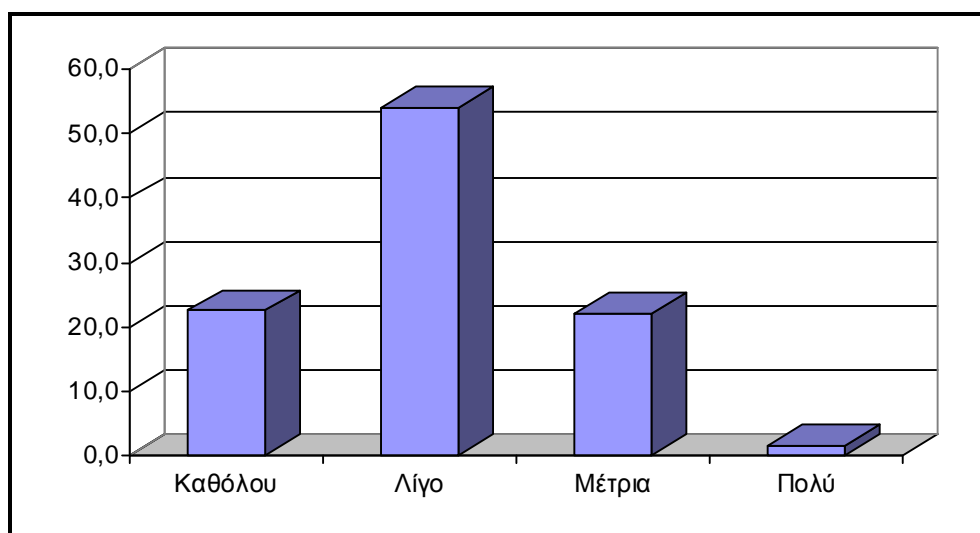


Ακριβώς οι μισοί των ερωτηθέντων (100 άτομα – ποσοστό 50,0%) στην παρούσα έρευνα ήταν ηλικίας 18-65 ετών και το υπόλοιπο 50,0% (100 άτομα) ήταν άνω των 65 ετών (Πίνακας 2, Σχήμα 2).

Πίνακας 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσο ενημερωμένοι είναι για την ευθανασία.

ΠΟΣΟ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΟΙ ΕΙΣΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ;	N=200	Percent (%)
Καθόλου	45	22,5
Λίγο	108	54,0
Μέτρια	44	22,0
Πολύ	3	1,5

Σχήμα 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσο ενημερωμένοι είναι για την ευθανασία.

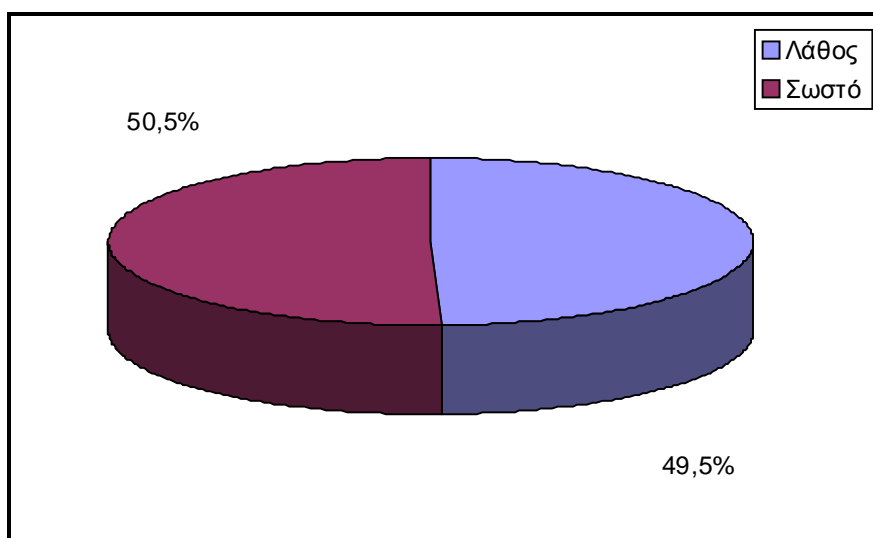


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (153 άτομα – ποσοστό 76,5%) δήλωσαν είτε «καθόλου» είτε «λίγο» ενημερωμένοι για την ευθανασία και άλλα 44 άτομα (ποσοστό 22,0%) δήλωσαν «μέτρια» ενημερωμένοι. Μόλις, το 1,5% (3 άτομα) δήλωσαν «πολύ» ενημερωμένοι για το θέμα της ευθανασίας (Πίνακας 3, Σχήμα 3).

Πίνακας 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τη γνώση του τι ορίζεται ως ευθανασία.

ΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΤΙ ΟΡΙΖΕΤΑΙ ΩΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	N=200	Percent (%)
Λάθος	99	49,5
Σωστό	101	50,5

Σχήμα 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τη γνώση του τι ορίζεται ως ευθανασία.

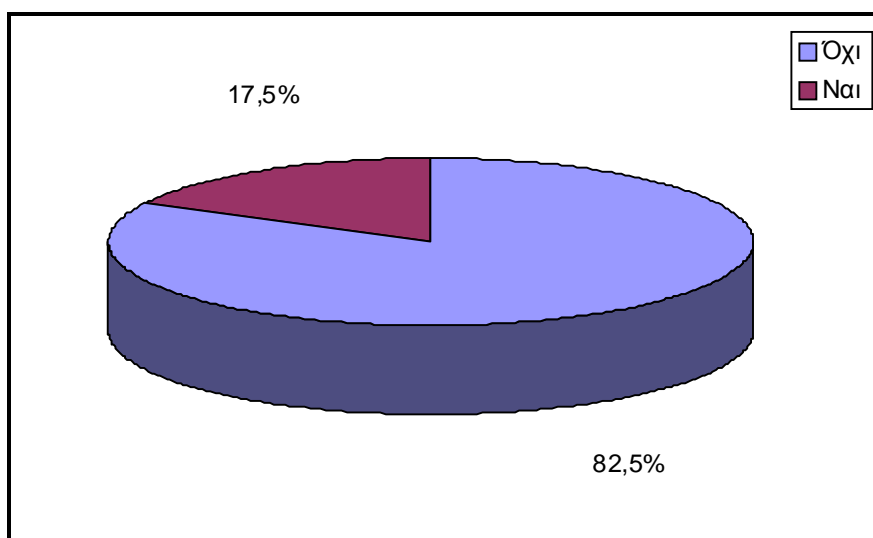


Οι μισοί των ερωτηθέντων (101 άτομα – ποσοστό 50,5%) ορίζουν σωστά ως ευθανασία τη θανάτωση ατόμων που εμφανίζουν κάποιο σοβαρό και ανίατο νόσημα ή κατάσταση εξ' αιτίας των οποίων η ζωή τους γίνεται ιδιαίτερος δύσκολη ή και αφόρητη ενώ το υπόλοιπο 49,5% (99 άτομα) ορίζουν λανθασμένα ως ευθανασία τη θανάτωση ατόμων μετά από δική τους παράκληση, ως το μέγιστο δικαίωμά τους να αποφασίσουν για το τέλος της ζωής τους (Πίνακας 4, Σχήμα 4).

Πίνακας 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν είναι η ευθανασία σύμφωνη με τα θρησκευτικά τους πιστεύω.

ΕΙΝΑΙ Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΥΜΦΩΝΗ ΜΕ ΤΑ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΑ ΣΑΣ ΠΙΣΤΕΥΩ;	N=200	Percent (%)
Όχι	165	82,5
Ναι	35	17,5

Σχήμα 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν είναι η ευθανασία σύμφωνη με τα θρησκευτικά τους πιστεύω.

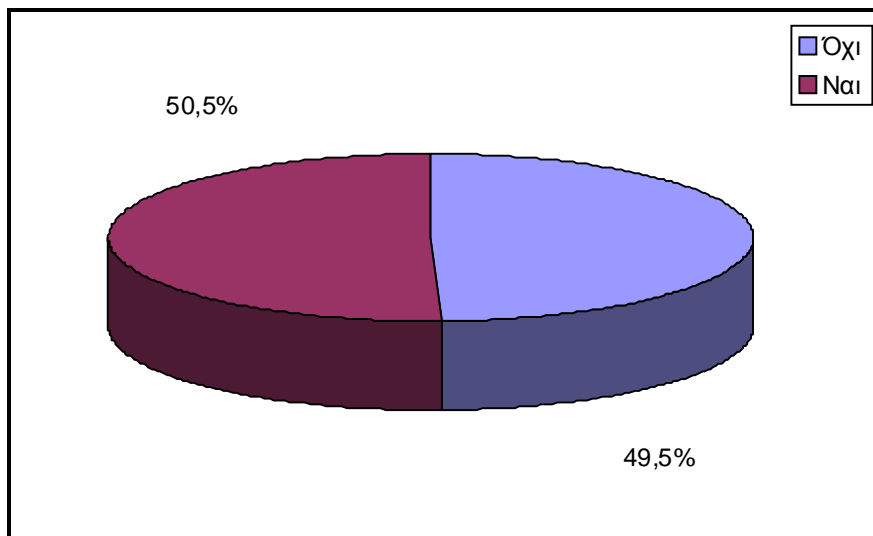


Μόνο το 17,5% των ερωτηθέντων (35 άτομα) δηλώνουν ότι η ευθανασία είναι σύμφωνη με τα θρησκευτικά τους πιστεύω ενώ το υπόλοιπο 82,5% (165 άτομα) δηλώνουν ότι δεν είναι (Πίνακας 5, Σχήμα 5).

Πίνακας 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι θα έπρεπε να νομιμοποιηθεί η ευθανασία στην Ελλάδα.

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΘΑ ΕΠΙΡΕΠΕ ΝΑ ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΘΕΙ Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ;	N=200	Percent (%)
Όχι	99	49,5
Ναι	101	50,5

Σχήμα 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι θα έπρεπε να νομιμοποιηθεί η ευθανασία στην Ελλάδα.

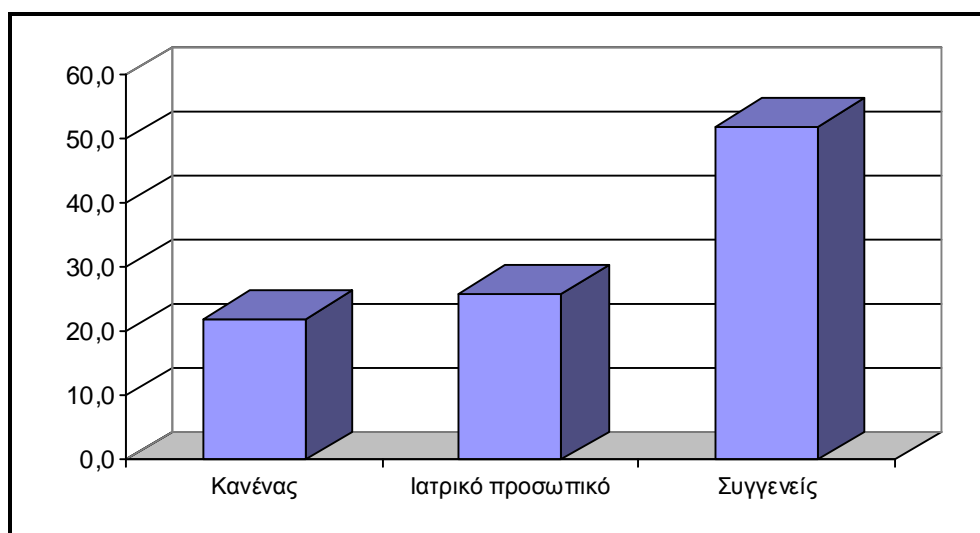


Οι μισοί των ερωτηθέντων (101 άτομα – ποσοστό 50,5%) πιστεύουν ότι θα έπρεπε να νομιμοποιηθεί η ευθανασία στην Ελλάδα ενώ το υπόλοιπο 49,5% (99 άτομα) πιστεύουν ότι δεν θα έπρεπε (Πίνακας 6, Σχήμα 6).

Πίνακας 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιος θα έπρεπε να πάρει την τελική απόφαση για ευθανασία, εάν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να αποφασίσει για τον εαυτό του.

ΠΟΙΟΣ ΘΑ ΕΠΡΕΠΕ ΝΑ ΠΑΡΕΙ ΤΗΝ ΤΕΛΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ ΓΙΑ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ, ΕΑΝ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΣΕ ΘΕΣΗ ΝΑ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΙ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΤΟΥ;	N=200	Percent (%)
Κανένας	44	22,0
Ιατρικό προσωπικό	52	26,0
Συγγενείς	104	52,0

Σχήμα 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιος θα έπρεπε να πάρει την τελική απόφαση για ευθανασία, εάν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να αποφασίσει για τον εαυτό του.

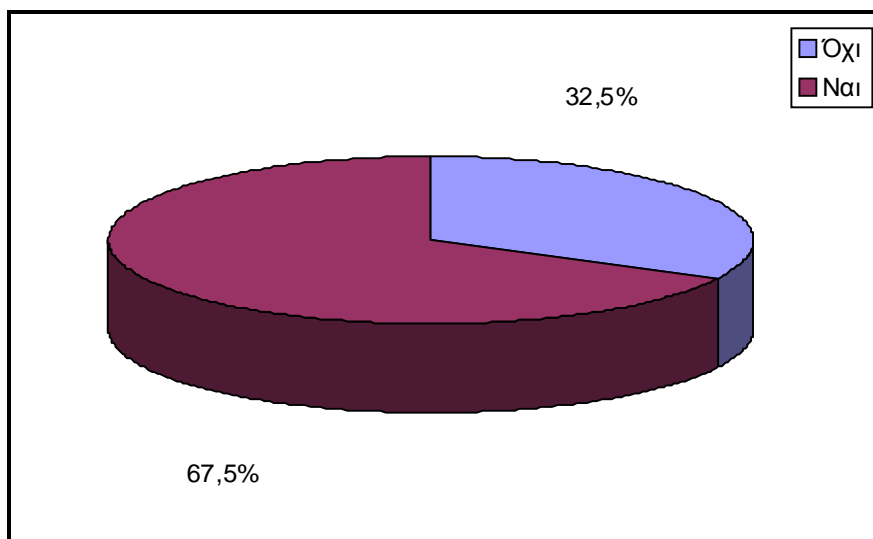


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (104 άτομα – ποσοστό 52,0%) δήλωσαν ότι οι συγγενείς θα έπρεπε να πάρουν την τελική απόφαση για ευθανασία, εάν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να αποφασίσει για τον εαυτό του και άλλα 52 άτομα (ποσοστό 26,0%) ότι αυτό θα έπρεπε να το αποφασίσει το ιατρικό προσωπικό. Αντίθετα, 44 άτομα (ποσοστό 22,0%) δήλωσαν ότι κανένας δεν θα έπρεπε να πάρει τέτοια απόφαση (Πίνακας 7, Σχήμα 7).

Πίνακας 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι η ευθανασία αποτελεί δικαίωμα του ανθρώπου στην ελεύθερη βούληση.

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΒΟΥΛΗΣΗ;	N=200	Percent (%)
Όχι	65	32,5
Ναι	135	67,5

Σχήμα 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι η ευθανασία αποτελεί δικαίωμα του ανθρώπου στην ελεύθερη βούληση.

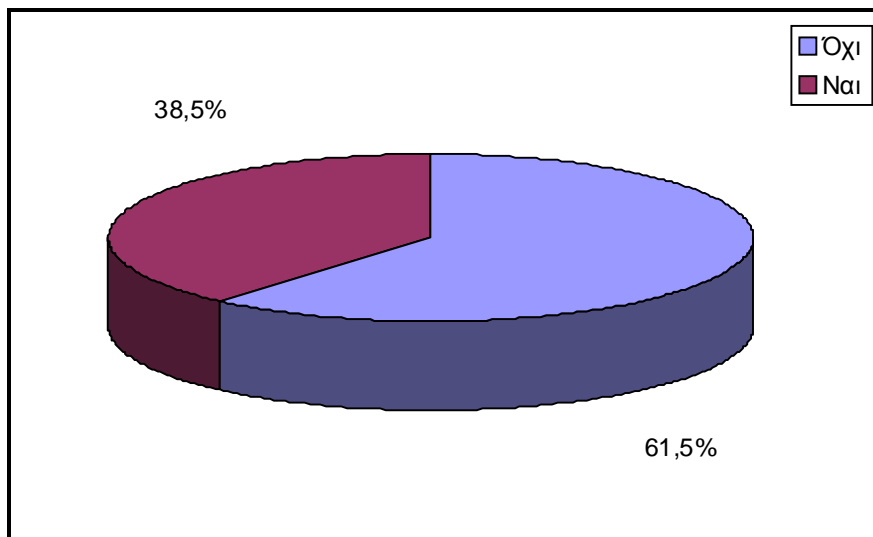


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (135 άτομα – ποσοστό 67,5%) πιστεύουν ότι η ευθανασία αποτελεί δικαίωμα του ανθρώπου στην ελεύθερη βούληση ενώ το υπόλοιπο 32,5% (65 άτομα) πιστεύουν ότι δεν είναι (Πίνακας 8, Σχήμα 8).

Πίνακας 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι θα μπορούσε να θεωρηθεί η ευθανασία μορφή αυτοκτονίας ή φόνου.

ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΕ ΝΑ ΘΕΩΡΗΘΕΙ Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΜΟΡΦΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ Η ΦΟΝΟΥ;	N=200	Percent (%)
Όχι	123	61,5
Ναι	77	38,5

Σχήμα 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι θα μπορούσε να θεωρηθεί η ευθανασία μορφή αυτοκτονίας ή φόνου.

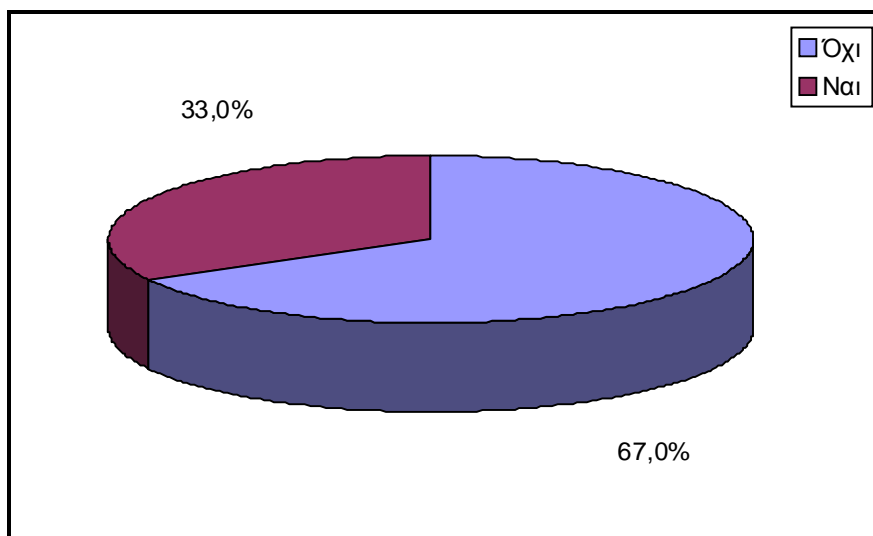


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (123 άτομα – ποσοστό 61,5%) πιστεύουν ότι δεν θα μπορούσε να θεωρηθεί η ευθανασία μορφή αυτοκτονίας ή φόνου ενώ το υπόλοιπο 38,5% (77 άτομα) πιστεύουν ότι θα μπορούσε (Πίνακας 9, Σχήμα 9).

Πίνακας 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι το αντίκτυπο που θα είχε η ευθανασία στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα ήταν οι τύψεις.

ΤΟ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟ ΠΟΥ ΘΑ ΕΙΧΕ Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΘΑ ΗΤΑΝ ΟΙ ΤΥΨΕΙΣ;	N=200	Percent (%)
Όχι	134	67,0
Ναι	66	33,0

Σχήμα 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι το αντίκτυπο που θα είχε η ευθανασία στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα ήταν οι τύψεις.

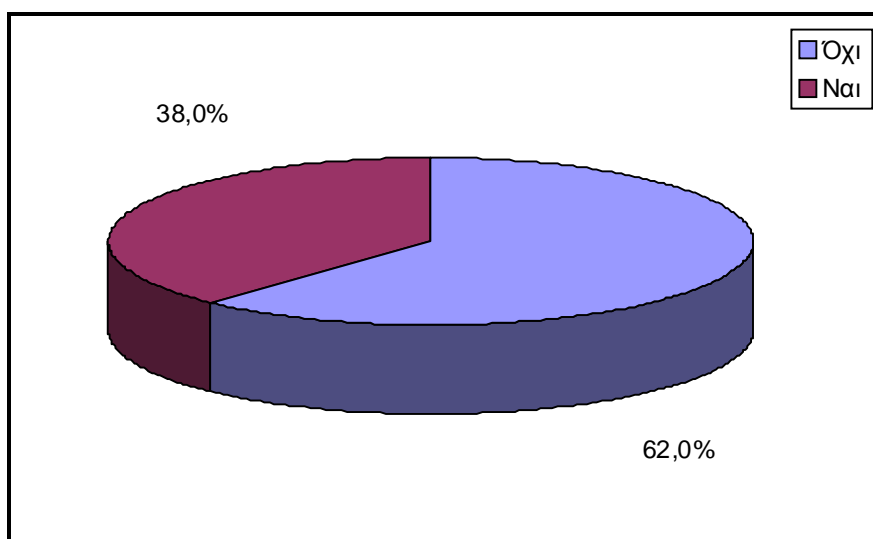


Το 33,0% των ερωτηθέντων (66 άτομα) πιστεύουν ότι το αντίκτυπο που θα είχε η ευθανασία στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα ήταν οι τύψεις ενώ το υπόλοιπο 67,0% (134 άτομα) δεν το πιστεύουν (Πίνακας 10, Σχήμα 10).

Πίνακας 11: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι το αντίκτυπο που θα είχε η ευθανασία στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα ήταν ηθικά προβλήματα.

ΤΟ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟ ΠΟΥ ΘΑ ΕΙΧΕ Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΘΑ ΗΤΑΝ ΗΘΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ;	N=200	Percent (%)
Όχι	124	62,0
Ναι	76	38,0

Σχήμα 11: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι το αντίκτυπο που θα είχε η ευθανασία στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα ήταν ηθικά προβλήματα.

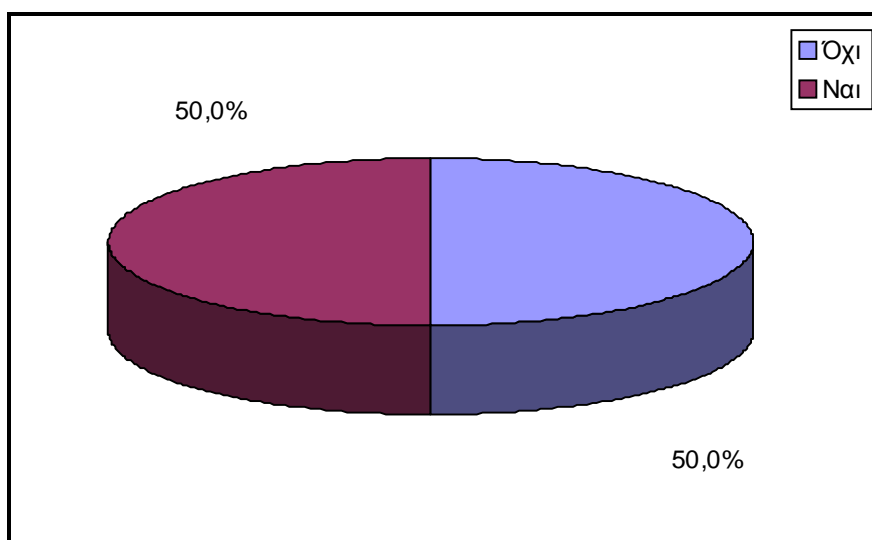


Το 38,0% των ερωτηθέντων (76 άτομα) πιστεύουν ότι το αντίκτυπο που θα είχε η ευθανασία στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα ήταν ηθικά προβλήματα ενώ το υπόλοιπο 62,0% (124 άτομα) δεν το πιστεύουν (Πίνακας 11, Σχήμα 11).

Πίνακας 12: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι το αντίκτυπο που θα είχε η ευθανασία στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα ήταν συναισθηματικά προβλήματα.

ΤΟ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟ ΠΟΥ ΘΑ ΕΙΧΕ Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΘΑ ΗΤΑΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ;	N=200	Percent (%)
Όχι	100	50,0
Ναι	100	50,0

Σχήμα 12: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι το αντίκτυπο που θα είχε η ευθανασία στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα ήταν συναισθηματικά προβλήματα.

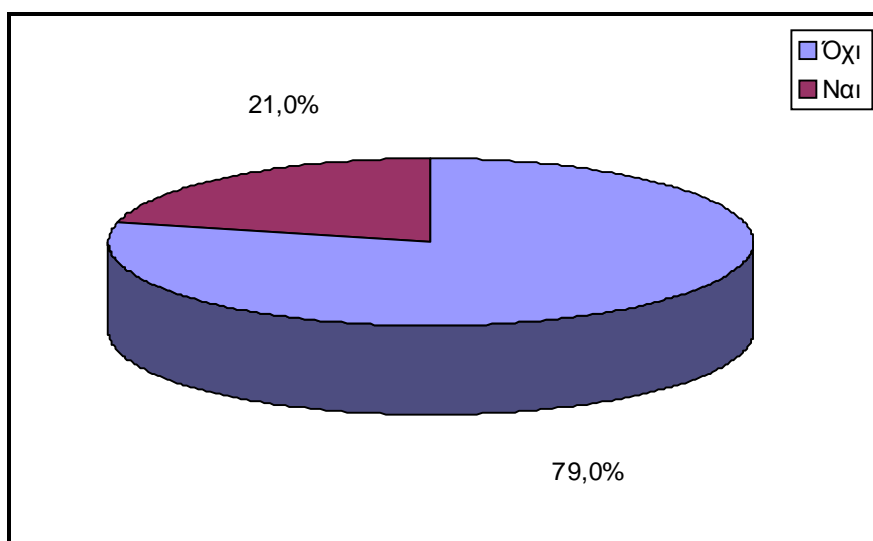


Τελείως μοιρασμένα τα ποσοστά των απαντήσεων των ερωτηθέντων ανάμεσα σε αυτούς που πιστεύουν ότι το αντίκτυπο που θα είχε η ευθανασία στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα ήταν συναισθηματικά προβλήματα και σε αυτούς που δεν το πιστεύουν (Πίνακας 12, Σχήμα 12).

Πίνακας 13: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι δεν θα είχε κανένα αντίκτυπο η ευθανασία στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

ΔΕΝ ΘΑ ΕΙΧΕ ΚΑΝΕΝΑ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟ Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	N=200	Percent (%)
Όχι	158	79,0
Ναι	42	21,0

Σχήμα 13: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι δεν θα είχε κανένα αντίκτυπο η ευθανασία στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

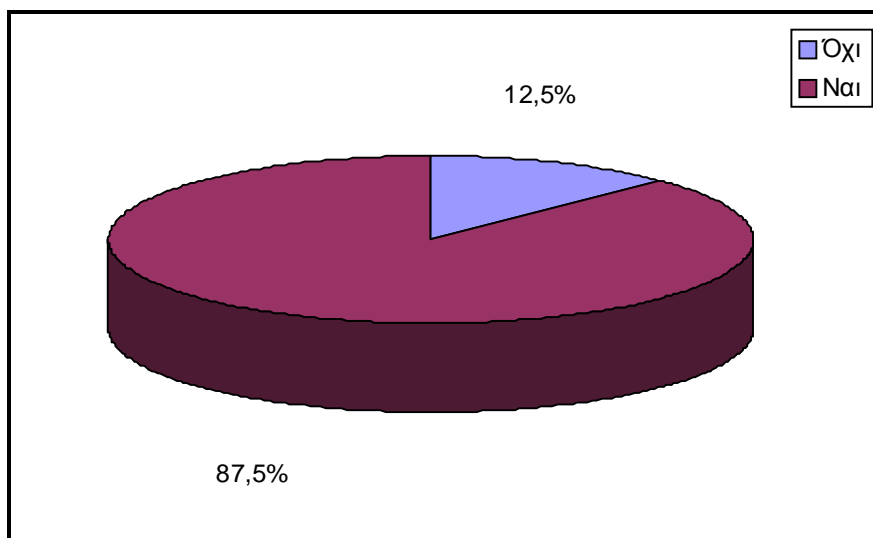


Το 21,0% των ερωτηθέντων (42 άτομα) πιστεύουν ότι δεν θα είχε κανένα αντίκτυπο η ευθανασία στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ενώ το υπόλοιπο 79,0% (158 άτομα) δεν το πιστεύουν (Πίνακας 13, Σχήμα 13).

Πίνακας 14: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι θα μπορούσαν να συμβούν εγκληματικές ενέργειες με πρόφαση την ευθανασία (πχ περιουσιακά στοιχεία, απαλλαγή από έξοδα νοσηλείας, παράνομη μεταμόσχευση).

ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΑΝ ΝΑ ΣΥΜΒΟΥΝ ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΜΕ ΠΡΟΦΑΣΗ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ;	N=200	Percent (%)
Όχι	25	12,5
Ναι	175	87,5

Σχήμα 14: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι θα μπορούσαν να συμβούν εγκληματικές ενέργειες με πρόφαση την ευθανασία (πχ περιουσιακά στοιχεία, απαλλαγή από έξοδα νοσηλείας, παράνομη μεταμόσχευση).

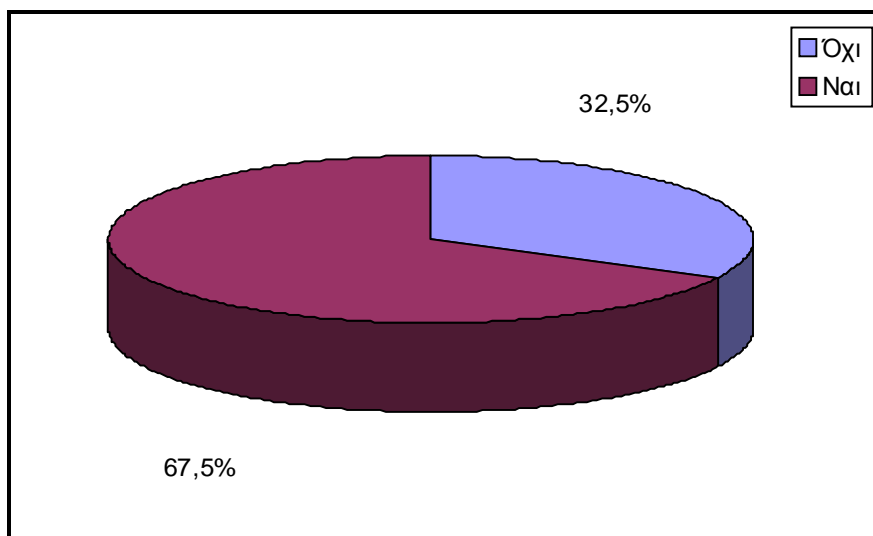


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (175 άτομα – ποσοστό 87,5%) πιστεύουν ότι θα μπορούσαν να συμβούν εγκληματικές ενέργειες με πρόφαση την ευθανασία (πχ περιουσιακά στοιχεία, απαλλαγή από έξοδα νοσηλείας, παράνομη μεταμόσχευση) ενώ το υπόλοιπο 12,5% (25 άτομα) πιστεύουν ότι δεν θα μπορούσαν (Πίνακας 14, Σχήμα 14).

Πίνακας 15: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε τελικό στάδιο ανίατων ασθενειών.

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΘΑ ΕΠΡΕΠΕ ΝΑ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ ΣΕ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΑΝΙΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ;	N=200	Percent (%)
Όχι	65	32,5
Ναι	135	67,5

Σχήμα 15: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε τελικό στάδιο ανίατων ασθενειών.

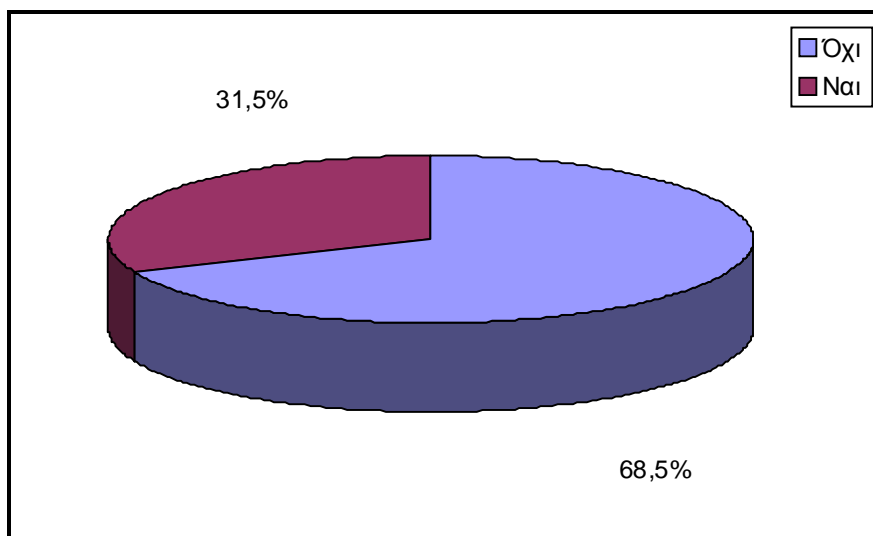


Το 67,5% των ερωτηθέντων (135 άτομα) πιστεύουν ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε τελικό στάδιο ανίατων ασθενειών ενώ το υπόλοιπο 32,5% (65 άτομα) πιστεύουν ότι η ευθανασία δεν θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε αυτές τις περιπτώσεις (Πίνακας 15, Σχήμα 15).

Πίνακας 16: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε ασθένειες που χαμηλώνουν το επίπεδο ζωής (πχ τετραπληγία).

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΘΑ ΕΠΡΕΠΕ ΝΑ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΠΟΥ ΧΑΜΗΛΩΝΟΥΝ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΖΩΗΣ;	N=200	Percent (%)
Όχι	137	68,5
Ναι	63	31,5

Σχήμα 16: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε ασθένειες που χαμηλώνουν το επίπεδο ζωής (πχ τετραπληγία).

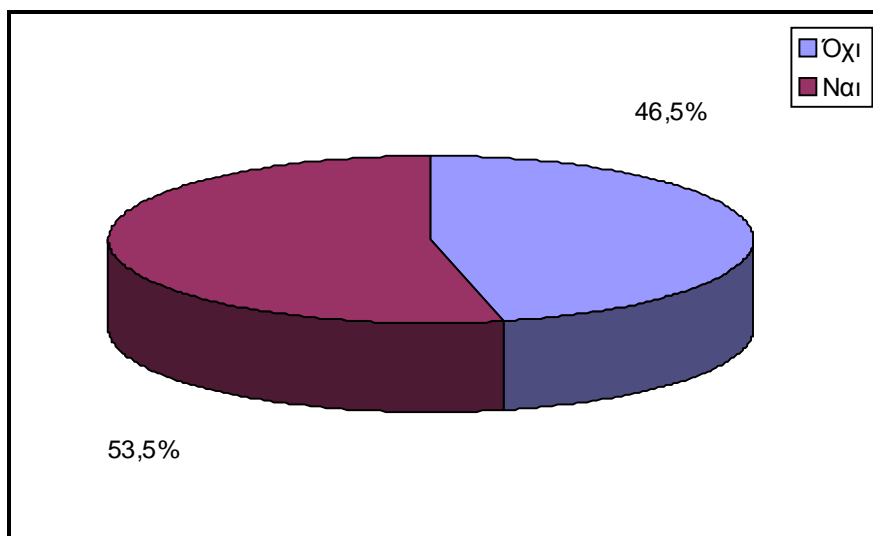


Το 68,5% των ερωτηθέντων (137 άτομα) πιστεύουν ότι η ευθανασία δεν θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε ασθένειες που χαμηλώνουν το επίπεδο ζωής (πχ τετραπληγία) ενώ το υπόλοιπο 31,5% (63 άτομα) πιστεύουν ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε αυτές τις περιπτώσεις (Πίνακας 16, Σχήμα 16).

Πίνακας 17: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε χρόνια κωματώδη κατάσταση.

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΘΑ ΕΠΡΕΠΕ ΝΑ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΚΩΜΑΤΩΔΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ;	N=200	Percent (%)
Όχι	93	46,5
Ναι	107	53,5

Σχήμα 17: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε χρόνια κωματώδη κατάσταση.

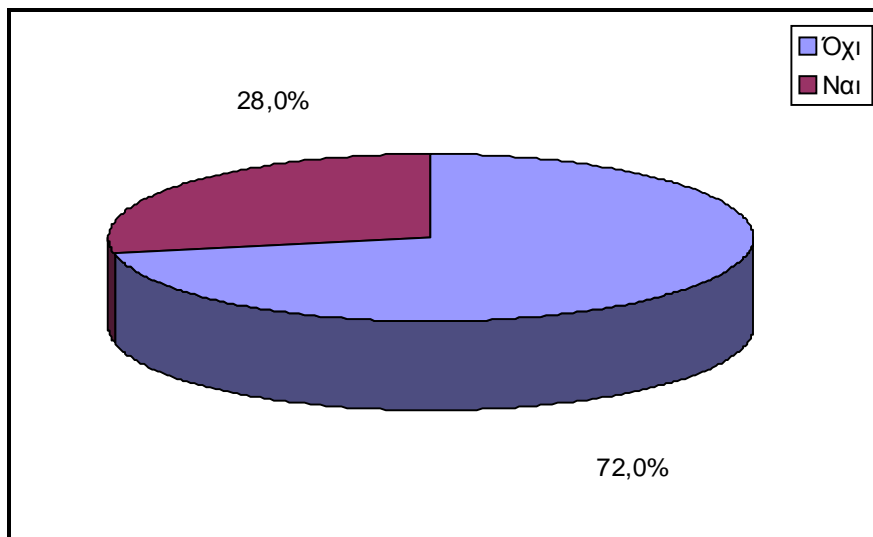


Το 53,5% των ερωτηθέντων (107 άτομα) πιστεύουν ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε χρόνια κωματώδη κατάσταση ενώ το υπόλοιπο 46,5% (93 άτομα) πιστεύουν ότι η ευθανασία δεν θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε αυτές τις περιπτώσεις (Πίνακας 17, Σχήμα 17).

Πίνακας 18: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε διακοπή κύησης (ευγονική ευθανασία).

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΘΑ ΕΠΡΕΠΕ ΝΑ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ ΣΕ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ;	N=200	Percent (%)
Όχι	144	72,0
Ναι	56	28,0

Σχήμα 18: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε διακοπή κύησης (ευγονική ευθανασία).

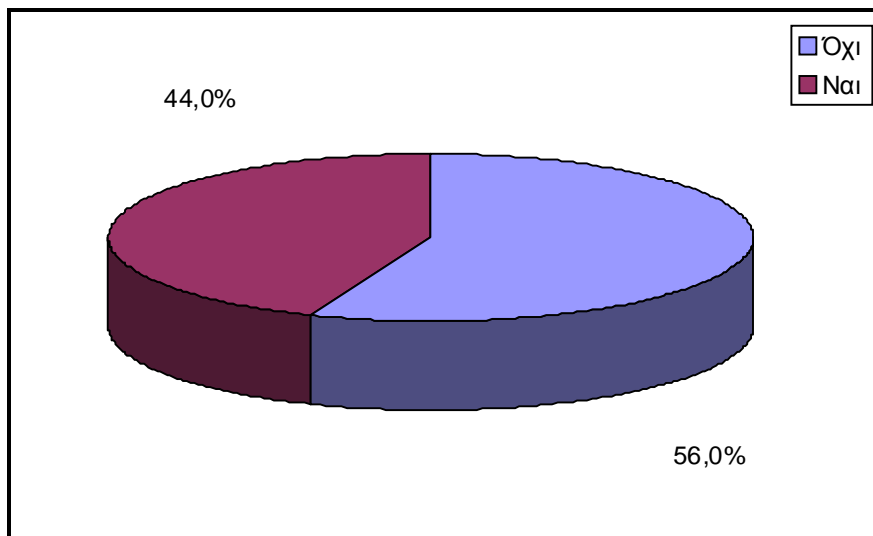


Το 72,0% των ερωτηθέντων (144 άτομα) πιστεύουν ότι η ευθανασία δεν θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε διακοπή κύησης (ευγονική ευθανασία) ενώ το υπόλοιπο 28,0% (56 άτομα) πιστεύουν ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε αυτές τις περιπτώσεις (Πίνακας 18, Σχήμα 18).

Πίνακας 19: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε μηχανική υποστήριξη ζωής.

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΘΑ ΕΠΡΕΠΕ ΝΑ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ ΣΕ ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΖΩΗΣ;	N=200	Percent (%)
Όχι	112	56,0
Ναι	88	44,0

Σχήμα 19: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε μηχανική υποστήριξη ζωής.

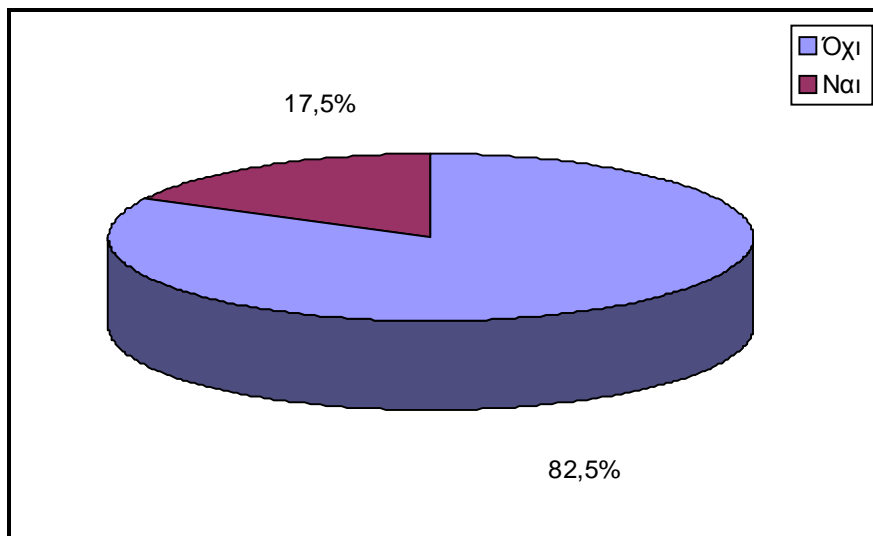


Το 56,0% των ερωτηθέντων (112 άτομα) πιστεύουν ότι η ευθανασία δεν θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε μηχανική υποστήριξη ζωής ενώ το υπόλοιπο 44,0% (88 άτομα) πιστεύουν ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε αυτές τις περιπτώσεις (Πίνακας 19, Σχήμα 19).

Πίνακας 20: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται και σε άλλες περιπτώσεις (πλην των προαναφερομένων).

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΘΑ ΕΠΡΕΠΕ ΝΑ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ ΚΑΙ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ (ΠΛΗΝ ΤΩΝ ΠΡΟΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΩΝ);	N=200	Percent (%)
Όχι	165	82,5
Ναι	35	17,5

Σχήμα 20: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται και σε άλλες περιπτώσεις (πλην των προαναφερομένων).

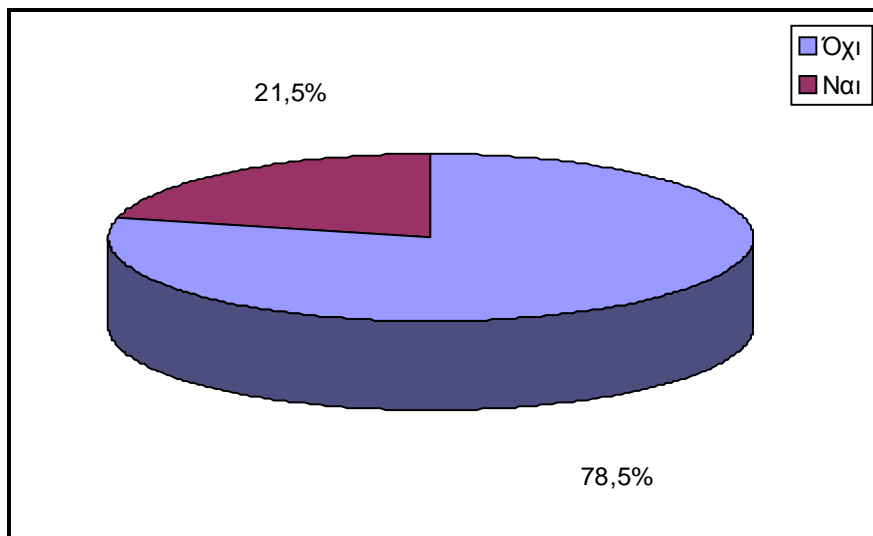


Το 82,5% των ερωτηθέντων (165 άτομα) πιστεύουν ότι η ευθανασία δεν θα έπρεπε να εφαρμόζεται και σε άλλες περιπτώσεις (πλην των προαναφερομένων) ενώ το υπόλοιπο 17,5% (35 άτομα) πιστεύουν ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται και σε άλλες περιπτώσεις (Πίνακας 20, Σχήμα 20).

Πίνακας 21: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι η ευθανασία δεν θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε καμία περίπτωση.

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΔΕΝ ΘΑ ΕΠΡΕΠΕ ΝΑ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ ΣΕ ΚΑΜΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ;	N=200	Percent (%)
Όχι	157	78,5
Ναι	43	21,5

Σχήμα 21: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι η ευθανασία δεν θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε καμία περίπτωση.

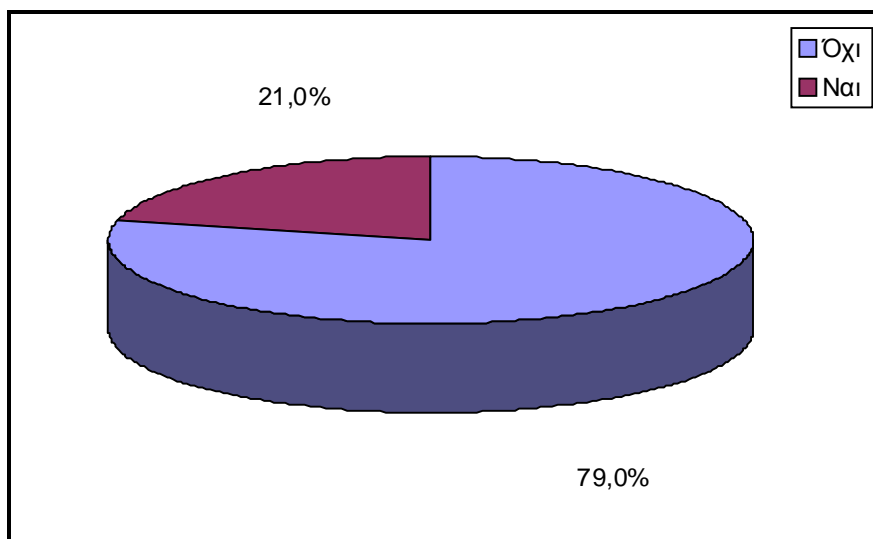


Το 21,5% των ερωτηθέντων (43 άτομα) πιστεύουν ότι η ευθανασία δεν θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε καμία περίπτωση ενώ το υπόλοιπο 78,5% (157 άτομα) πιστεύουν ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε κάποιες περιπτώσεις (Πίνακας 21, Σχήμα 21).

Πίνακας 22: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν συμφωνούν με τη στέρηση των αναγκαιών για τη ζωή και την εγκατάλειψη του ασθενή σε φυσική επέλαση του θανάτου (ορθοθανασία).

ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ ΜΕ ΤΗ ΣΤΕΡΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΑΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΖΩΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΓΚΑΤΑΛΕΙΨΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΕ ΦΥΣΙΚΗ ΕΠΕΛΑΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ;	N=200	Percent (%)
Όχι	158	79,0
Ναι	42	21,0

Σχήμα 22: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν συμφωνούν με τη στέρηση των αναγκαιών για τη ζωή και την εγκατάλειψη του ασθενή σε φυσική επέλαση του θανάτου (ορθοθανασία).

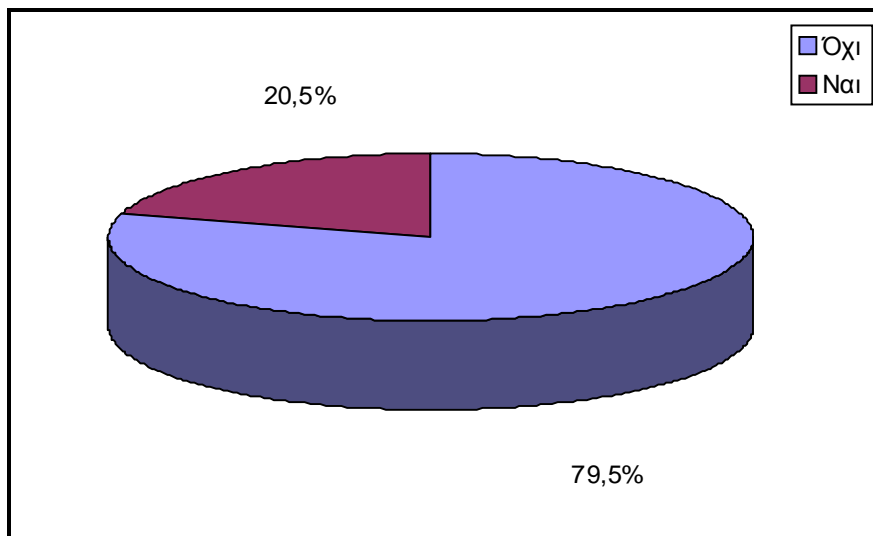


Μόνο το 21,0% των ερωτηθέντων (42 άτομα) συμφωνούν με τη στέρηση των αναγκαιών για τη ζωή και την εγκατάλειψη του ασθενή σε φυσική επέλαση του θανάτου (ορθοθανασία) ενώ το υπόλοιπο 79,0% (158 άτομα) δεν συμφωνούν με αυτή την πρακτική (Πίνακας 22, Σχήμα 22).

Πίνακας 23: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν συμμετάσχει στο παρελθόν έστω μια φορά σε απόφαση ευθανασίας (πχ διακοπή κύησης, αποσύνδεση από μηχανήματα).

ΕΧΕΤΕ ΣΥΜΜΕΤΑΣΧΕΙ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΕΣΤΩ ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΣΕ ΑΠΟΦΑΣΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ;	N=200	Percent (%)
Όχι	159	79,5
Ναι	41	20,5

Σχήμα 23: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν συμμετάσχει στο παρελθόν έστω μια φορά σε απόφαση ευθανασίας (πχ διακοπή κύησης, αποσύνδεση από μηχανήματα).

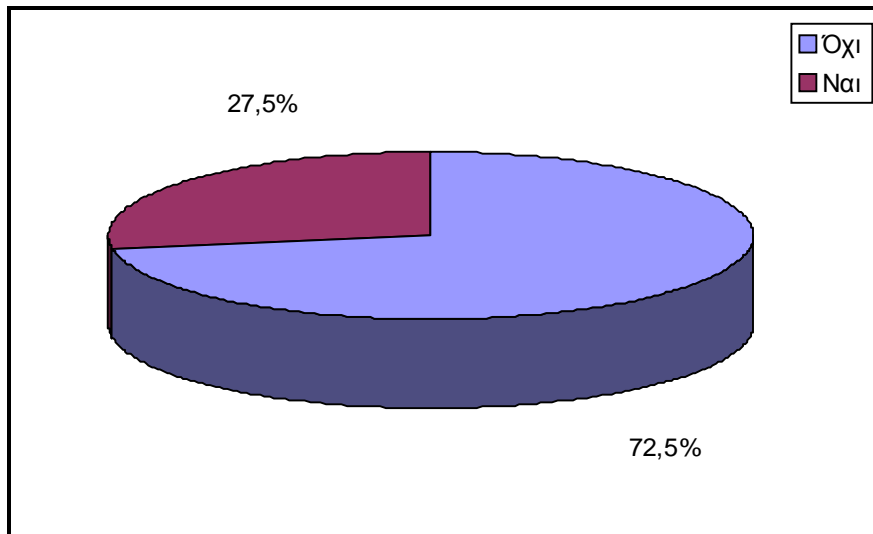


Το 20,5% των ερωτηθέντων (41 άτομα) δήλωσε ότι έχει συμμετάσχει στο παρελθόν έστω μια φορά σε απόφαση ευθανασίας (πχ διακοπή κύησης, αποσύνδεση από μηχανήματα) ενώ το υπόλοιπο 79,5% (159 άτομα) δεν έχει συμμετάσχει (Πίνακας 23, Σχήμα 23).

Πίνακας 24: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θα έπαιρναν ποτέ την ευθύνη για ευθανασία σε άμεσα συγγενικό τους πρόσωπο.

ΘΑ ΠΑΙΡΝΑΤΕ ΠΟΤΕ ΤΗΝ ΕΥΘΥΝΗ ΓΙΑ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΕ ΑΜΕΣΑ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΣΑΣ ΠΡΟΣΩΠΟ;	N=200	Percent (%)
Όχι	145	72,5
Ναι	55	27,5

Σχήμα 24: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θα έπαιρναν ποτέ την ευθύνη για ευθανασία σε άμεσα συγγενικό τους πρόσωπο.

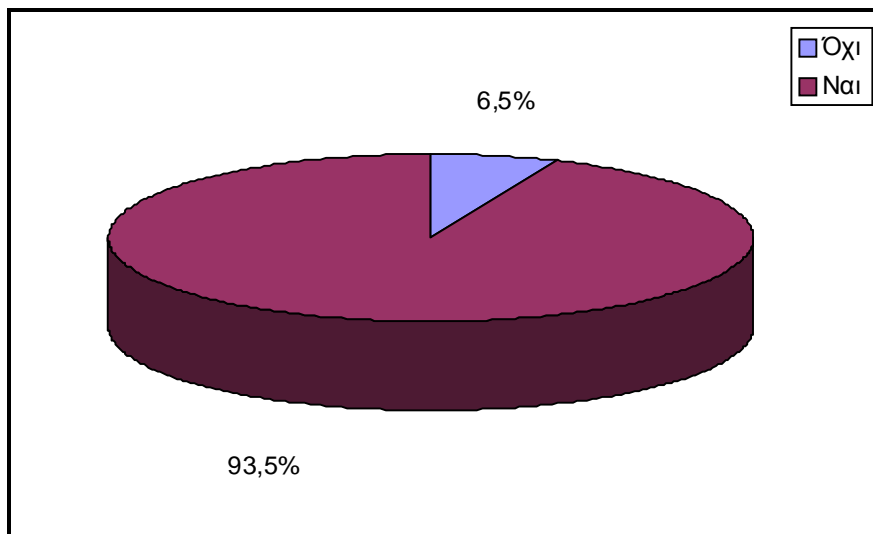


Σχεδόν ένας στους τρεις των ερωτηθέντων (55 άτομα – ποσοστό 27,5%) δήλωσε ότι θα έπαιρνε την ευθύνη για ευθανασία σε άμεσα συγγενικό του πρόσωπο ενώ το υπόλοιπο 72,5% (145 άτομα) δεν θα την έπαιρνε (Πίνακας 24, Σχήμα 24).

Πίνακας 25: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θα έπαιρναν ποτέ την ευθύνη για ευθανασία στον εαυτό τους.

ΘΑ ΠΑΙΡΝΑΤΕ ΠΟΤΕ ΤΗΝ ΕΥΘΥΝΗ ΓΙΑ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ;	N=200	Percent (%)
Όχι	13	6,5
Ναι	187	93,5

Σχήμα 25: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θα έπαιρναν ποτέ την ευθύνη για ευθανασία στον εαυτό τους.

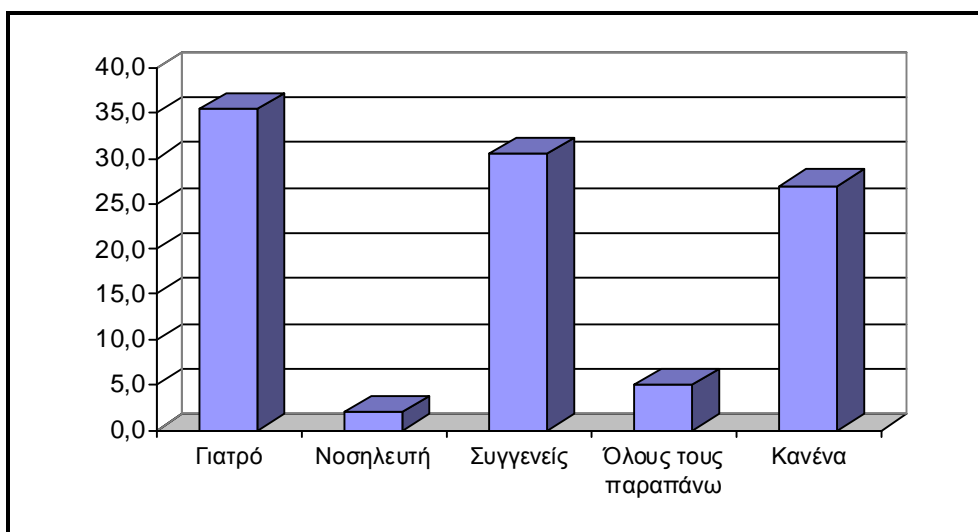


Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων (187 άτομα – ποσοστό 93,5%) δήλωσε ότι θα έπαιρνε την ευθύνη για ευθανασία στον εαυτό του ενώ το υπόλοιπο 6,5% (13 άτομα) δεν θα την έπαιρνε (Πίνακας 25, Σχήμα 25).

Πίνακας 26: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιον θα συμβουλευόνταν αν έπρεπε να αποφασίσουν για ευθανασία.

ΑΝ ΕΠΡΕΠΕ ΝΑ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΤΕ ΓΙΑ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΠΟΙΟΝ ΘΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΟΣΑΣΤΕ;	N=200	Percent (%)
Γιατρό	71	35,5
Νοσηλεύτη	4	2,0
Συγγενείς	61	30,5
Όλους τους παραπάνω	10	5,0
Κανένα	54	27,0

Σχήμα 26: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιον θα συμβουλευόνταν αν έπρεπε να αποφασίσουν για ευθανασία.



Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (71 άτομα – ποσοστό 35,5%) δήλωσαν ότι θα συμβουλευόνταν το γιατρό αν έπρεπε να αποφασίσουν για ευθανασία, άλλα 61 άτομα (ποσοστό 30,5%) θα συμβουλευόνταν συγγενείς, μόνο 4 άτομα (ποσοστό 2,0%) θα συμβουλευόνταν νοσηλεύτη και άλλα 10 άτομα (ποσοστό 5,0%) θα συμβουλευόνταν όλους τους παραπάνω. Αντίθετα, 54 άτομα (ποσοστό 27,0%) δήλωσαν ότι δεν θα συμβουλευόνταν κανέναν (Πίνακας 26, Σχήμα 26).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 200 άτομα, ηλικίας από 18 ετών και άνω. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψαν τα ακόλουθα:

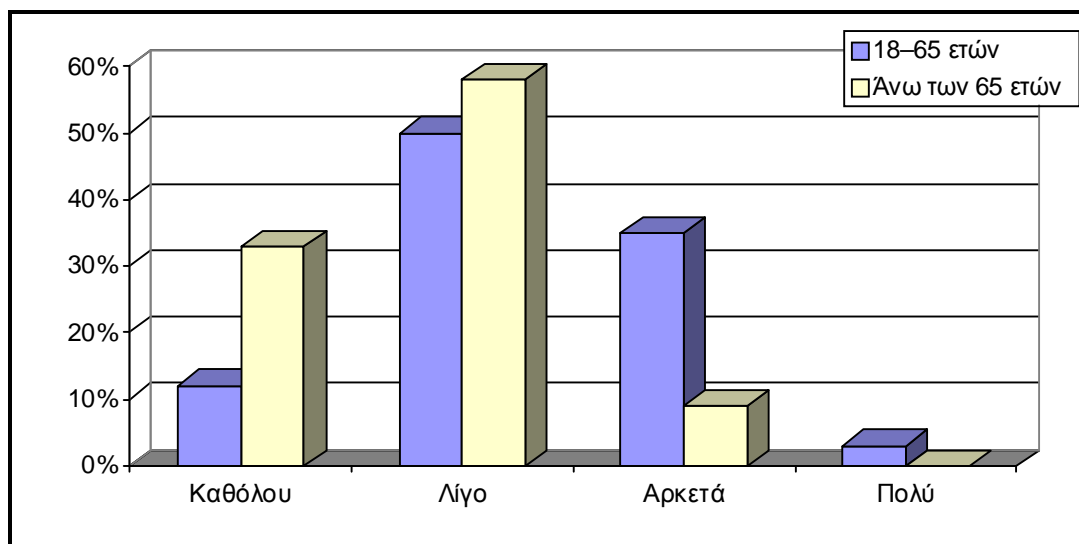
Σε πολύ υψηλότερο ποσοστό (38,0%) οι ερωτηθέντες με ηλικία 18 έως 65 ετών δηλώνουν «αρκετά» και «πολύ» ενημερωμένοι για την ευθανασία έναντι των άνω των 65 ετών που δηλώνουν «αρκετά» και «πολύ» ενημερωμένοι σε ποσοστό 9,0% (Πίνακας 27, Σχήμα 27). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 28,756$, $df = 3$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 27: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και το πόσο ενημερωμένοι είναι για την ευθανασία.

		Ηλικία		
		18–65 ετών	Άνω των 65 ετών	
Πόσο ενημερωμένοι είστε για την ευθανασία;	Καθόλου	12 12,0%	33 33,0%	45 22,5%
	Λίγο	50 50,0%	58 58,0%	108 54,0%
	Αρκετά	35 35,0%	9 9,0%	44 22,0%
	Πολύ	3 3,0%	0 0,0%	3 1,5%
		100	100	200

$\chi^2 = 28,756, df = 3, p < 0,0001$

Σχήμα 27: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και το πόσο ενημερωμένοι είναι για την ευθανασία.

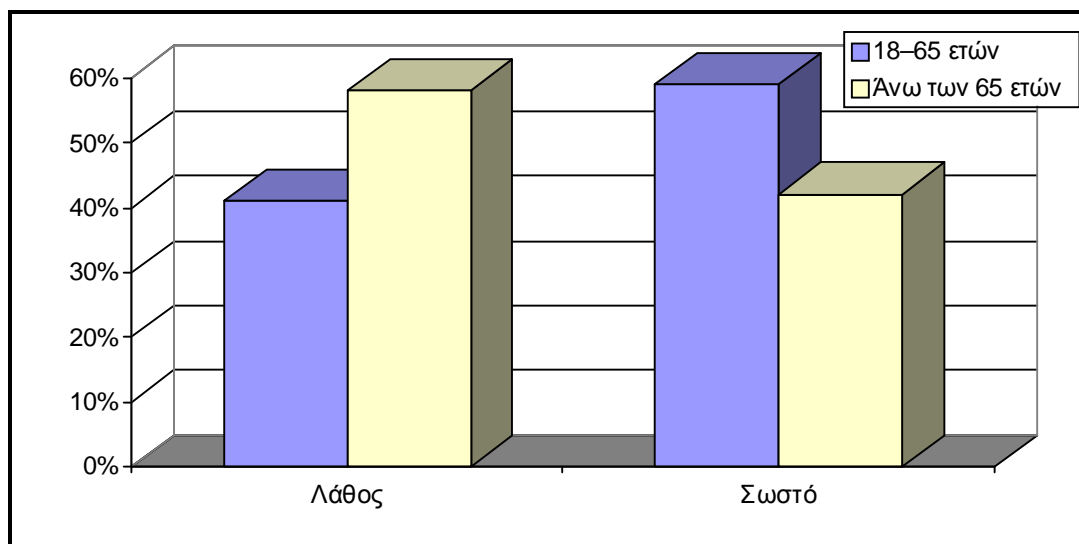


Πίνακας 28: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και της γνώσης του τι ορίζεται ως ευθανασία.

		Ηλικία		
		18–65 ετών	Άνω των 65 ετών	
Γνώση του τι ορίζεται ως ευθανασία	Λάθος	41 41,0%	58 58,0%	99 49,5%
	Σωστό	59 59,0%	42 42,0%	101 50,5%
		100	100	200

$\chi^2 = 5,781, df = 1, p < 0,05$

Σχήμα 28: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και της γνώσης του τι ορίζεται ως ευθανασία.



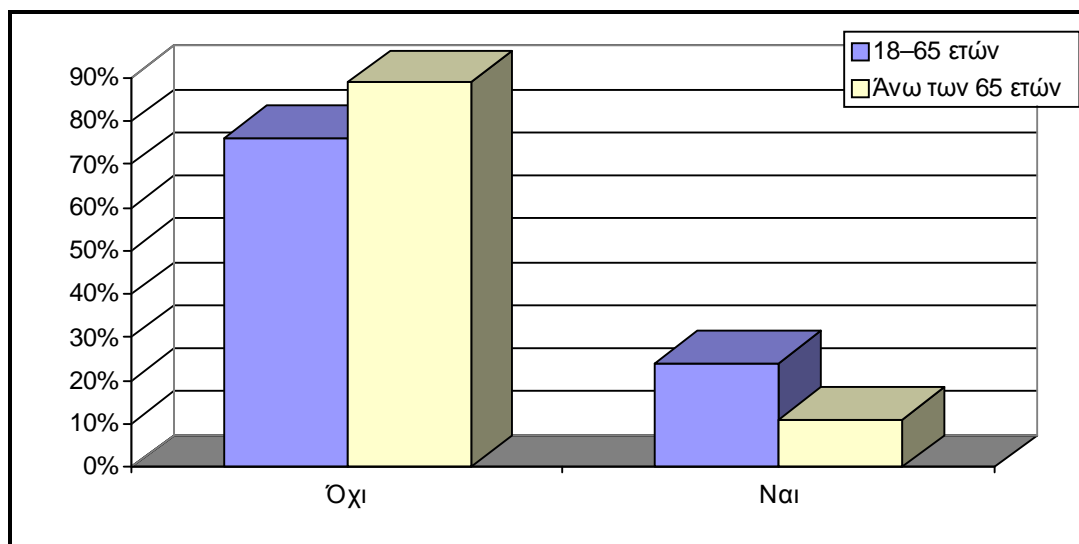
Σε υψηλότερο ποσοστό (59,0%) οι ερωτηθέντες με ηλικία 18 έως 65 ετών γνωρίζουν τι ορίζεται ως ευθανασία έναντι των άνω των 65 ετών που το γνωρίζουν σε ποσοστό 42,0% (Πίνακας 28, Σχήμα 28). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 5,781, df = 1, p < 0,05$).

Πίνακας 29: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν η ευθανασία είναι σύμφωνη με τα θρησκευτικά τους πιστεύω.

		Ηλικία		
		18–65 ετών	Άνω των 65 ετών	
Είναι η ευθανασία σύμφωνη με τα θρησκευτικά σας πιστεύω;	Όχι	76 76,0%	89 89,0%	165 82,5%
	Ναι	24 24,0%	11 11,0%	35 17,5%
		100	100	200

$$\chi^2 = 5,853, df = 1, p < 0,05$$

Σχήμα 29: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν η ευθανασία είναι σύμφωνη με τα θρησκευτικά τους πιστεύω.



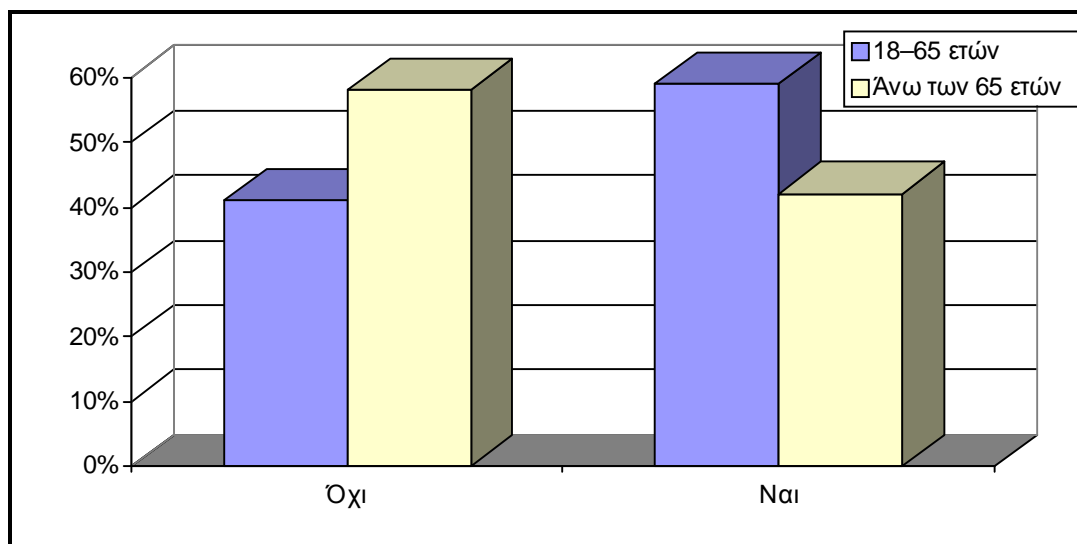
Σε υψηλότερο ποσοστό (89,0%) οι ερωτηθέντες με ηλικία άνω των 65 ετών δηλώνουν ότι η ευθανασία δεν είναι σύμφωνη με τα θρησκευτικά τους πιστεύω έναντι αυτών με ηλικία 18 έως 65 ετών που δηλώνουν ότι η ευθανασία δεν είναι σύμφωνη σε ποσοστό 76,0% (Πίνακας 29, Σχήμα 29). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 5,853, df = 1, p < 0,05$).

Πίνακας 30: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι θα έπρεπε να νομιμοποιηθεί η ευθανασία στην Ελλάδα.

		Ηλικία		
		18–65 ετών	Άνω των 65 ετών	
Πιστεύετε ότι θα έπρεπε να νομιμοποιηθεί η ευθανασία στην Ελλάδα;	Όχι	41 41,0%	58 58,0%	99 49,5%
	Ναι	59 59,0%	42 42,0%	101 50,5%
		100	100	200

$\chi^2 = 5,781, df = 1, p < 0,05$

Σχήμα 30: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι θα έπρεπε να νομιμοποιηθεί η ευθανασία στην Ελλάδα.



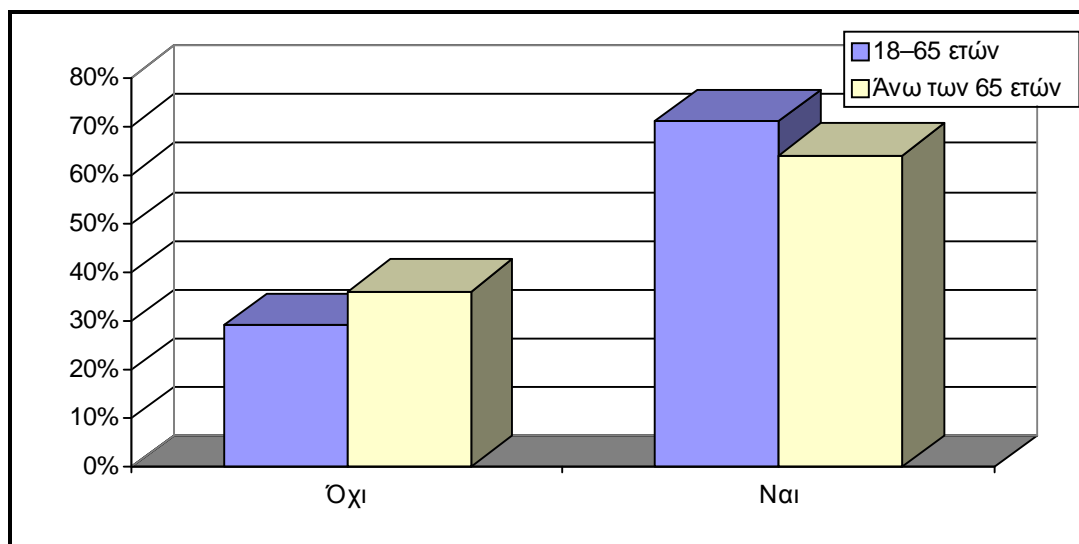
Σε υψηλότερο ποσοστό (59,0%) οι ερωτηθέντες με ηλικία 18 έως 65 ετών πιστεύουν ότι θα έπρεπε να νομιμοποιηθεί η ευθανασία στην Ελλάδα έναντι αυτών με ηλικία άνω των 65 ετών που πιστεύουν ότι θα έπρεπε να νομιμοποιηθεί σε ποσοστό 42,0% (Πίνακας 30, Σχήμα 30). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 5,781, df = 1, p < 0,05$).

Πίνακας 31: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι η ευθανασία αποτελεί δικαίωμα του ανθρώπου στην ελεύθερη βούληση.

		Ηλικία		
		18–65 ετών	Άνω των 65 ετών	
Πιστεύετε ότι η ευθανασία αποτελεί δικαίωμα του ανθρώπου στην ελεύθερη βούληση;	Όχι	29 29,0%	36 36,0%	65 32,5%
	Ναι	71 71,0%	64 64,0%	135 67,5%
		100	100	200

$$\chi^2 = 1,117, df = 1, NS$$

Σχήμα 31: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι η ευθανασία αποτελεί δικαίωμα του ανθρώπου στην ελεύθερη βούληση.



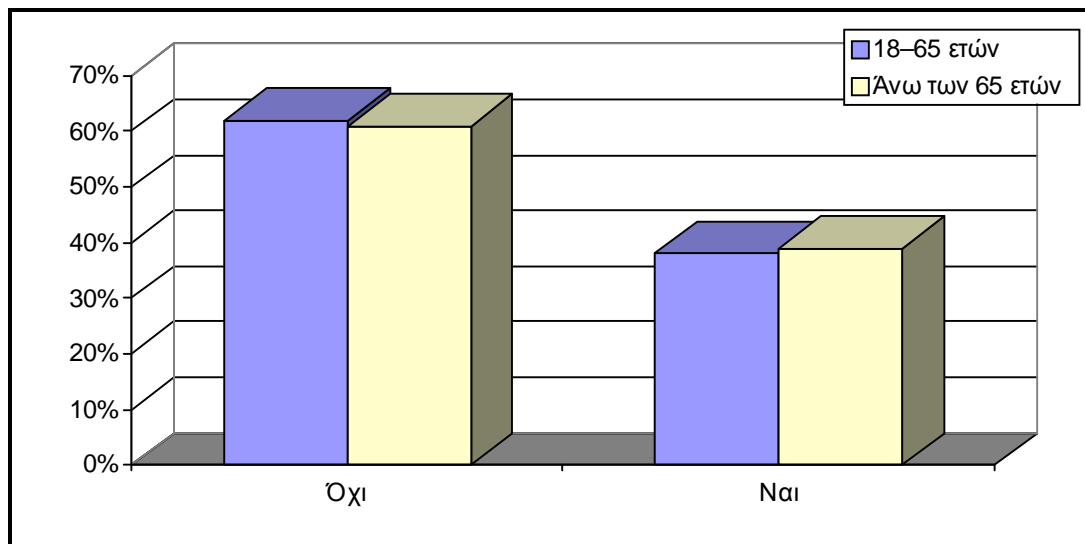
Σε παρόμοια ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες με ηλικία 18 έως 65 ετών (ποσοστό 71,0%) όσο και οι ερωτηθέντες με ηλικία άνω των 65 ετών (ποσοστό 64,0%) πιστεύουν ότι η ευθανασία αποτελεί δικαίωμα του ανθρώπου στην ελεύθερη βούληση (Πίνακας 31, Σχήμα 31). Οι μικρές διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 1,117, df = 1, NS$).

Πίνακας 32: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι θα μπορούσε να θεωρηθεί η ευθανασία μορφή αυτοκτονίας ή φόνου.

		Ηλικία		
		18–65 ετών	Άνω των 65 ετών	
Πιστεύετε ότι θα μπορούσε να θεωρηθεί η ευθανασία μορφή αυτοκτονίας ή φόνου;	Όχι	62 62,0%	61 61,0%	123 61,5%
	Ναι	38 38,0%	39 39,0%	77 38,5%
		100	100	200

$$\chi^2 = 0,021, df = 1, NS$$

Σχήμα 32: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι θα μπορούσε να θεωρηθεί η ευθανασία μορφή αυτοκτονίας ή φόνου.



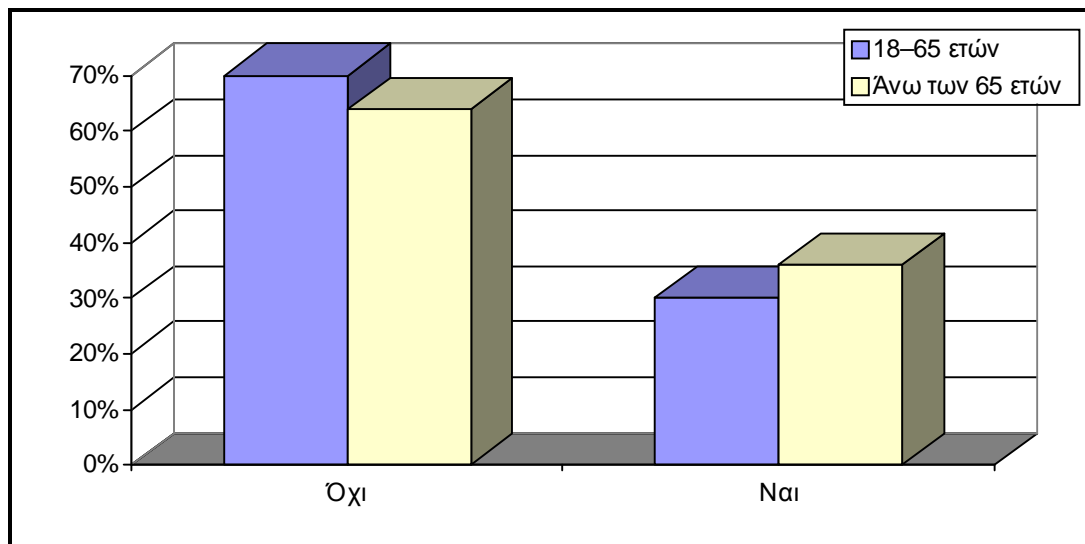
Σε παρόμοια ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες με ηλικία 18 έως 65 ετών (ποσοστό 62,0%) όσο και οι ερωτηθέντες με ηλικία άνω των 65 ετών (ποσοστό 61,0%) δεν πιστεύουν ότι θα μπορούσε να θεωρηθεί η ευθανασία μορφή αυτοκτονίας ή φόνου (Πίνακας 32, Σχήμα 32). Οι (πολύ) μικρές διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 0,021, df = 1, NS$).

Πίνακας 33: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι το αντίκτυπο που θα είχε η ευθανασία στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα ήταν οι τύψεις.

		Ηλικία		
		18–65 ετών	Άνω των 65 ετών	
Πιστεύετε ότι το αντίκτυπο που θα είχε η ευθανασία στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα ήταν οι τύψεις;	Όχι	70 70,0%	64 64,0%	134 67,0%
	Ναι	30 30,0%	36 36,0%	66 33,0%
		100	100	200

$\chi^2 = 0,814, df = 1, NS$

Σχήμα 33: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι το αντίκτυπο που θα είχε η ευθανασία στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα ήταν οι τύψεις.



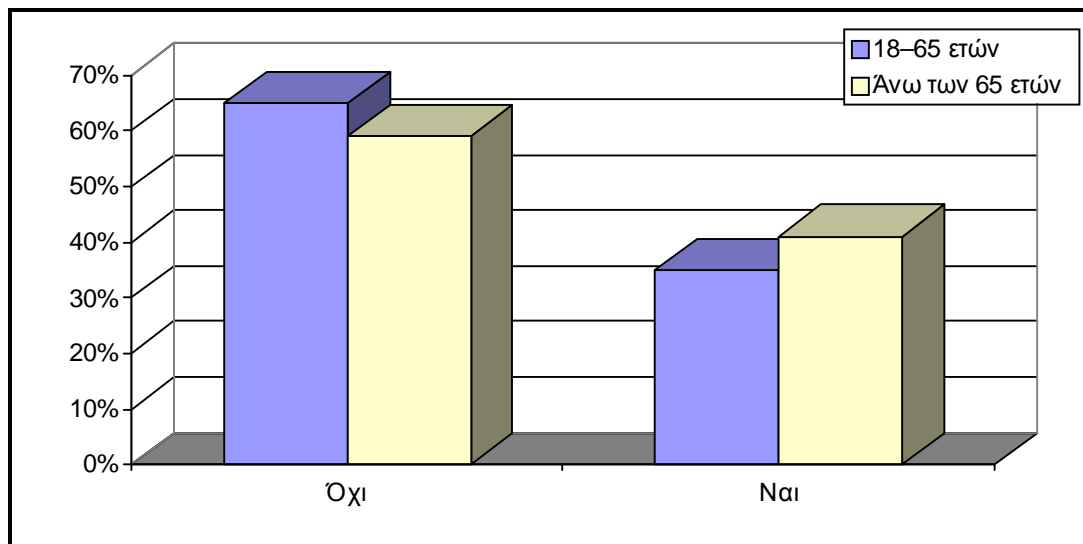
Σε παρόμοια ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες με ηλικία 18 έως 65 ετών (ποσοστό 70,0%) όσο και οι ερωτηθέντες με ηλικία άνω των 65 ετών (ποσοστό 64,0%) δεν πιστεύουν ότι το αντίκτυπο που θα είχε η ευθανασία στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα ήταν οι τύψεις (Πίνακας 33, Σχήμα 33). Οι μικρές διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 0,814, df = 1, NS$).

Πίνακας 34: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι το αντίκτυπο που θα είχε η ευθανασία στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα ήταν ηθικά προβλήματα.

		Ηλικία		
		18–65 ετών	Άνω των 65 ετών	
Πιστεύετε ότι το αντίκτυπο που θα είχε η ευθανασία στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα ήταν ηθικά προβλήματα;	Όχι	65 65,0%	59 59,0%	124 62,0%
	Ναι	35 35,0%	41 41,0%	76 38,0%
		100	100	200

$\chi^2 = 0,764, df = 1, NS$

Σχήμα 34: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι το αντίκτυπο που θα είχε η ευθανασία στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα ήταν ηθικά προβλήματα.



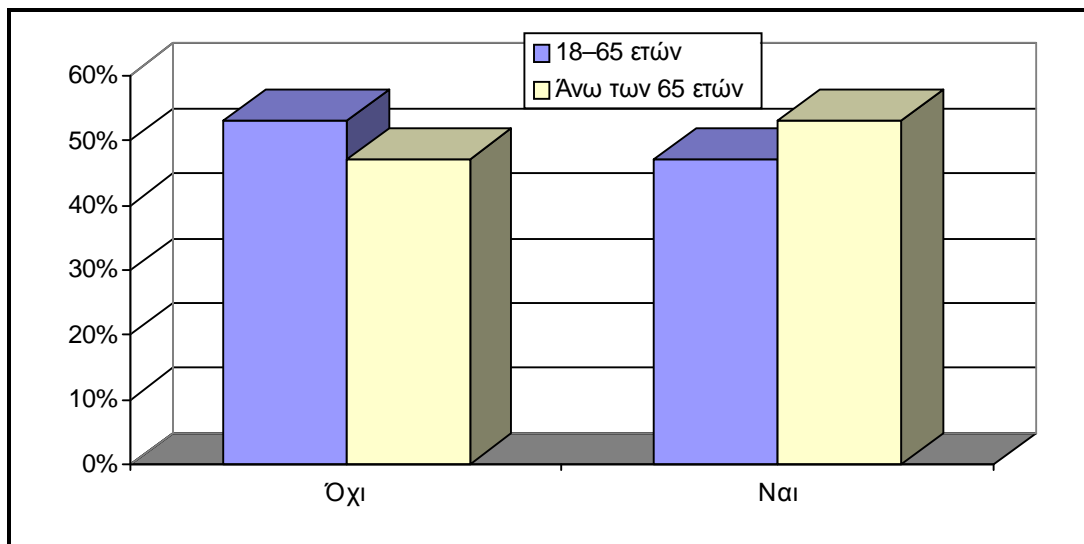
Σε παρόμοια ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες με ηλικία 18 έως 65 ετών (ποσοστό 65,0%) όσο και οι ερωτηθέντες με ηλικία άνω των 65 ετών (ποσοστό 59,0%) δεν πιστεύουν ότι το αντίκτυπο που θα είχε η ευθανασία στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα ήταν ηθικά προβλήματα (Πίνακας 34, Σχήμα 34). Οι μικρές διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 0,764, df = 1, NS$).

Πίνακας 35: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι το αντίκτυπο που θα είχε η ευθανασία στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα ήταν συναισθηματικά προβλήματα.

		Ηλικία		
		18–65 ετών	Άνω των 65 ετών	
Πιστεύετε ότι το αντίκτυπο που θα είχε η ευθανασία στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα ήταν συναισθηματικά προβλήματα;	Όχι	53 53,0%	47 47,0%	100 50,0%
	Ναι	47 47,0%	53 53,0%	100 50,0%
		100	100	200

$$\chi^2 = 0,720, df = 1, NS$$

Σχήμα 35: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι το αντίκτυπο που θα είχε η ευθανασία στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα ήταν συναισθηματικά προβλήματα.



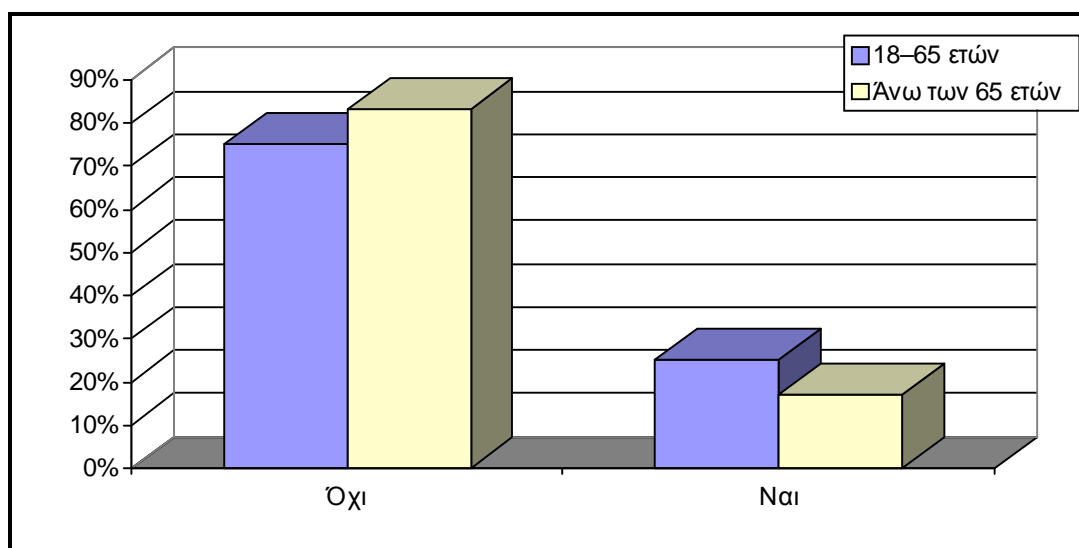
Σε παρόμοια ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες με ηλικία 18 έως 65 ετών (ποσοστό 53,0%) όσο και οι ερωτηθέντες με ηλικία άνω των 65 ετών (ποσοστό 47,0%) δεν πιστεύουν ότι το αντίκτυπο που θα είχε η ευθανασία στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα ήταν συναισθηματικά προβλήματα (Πίνακας 35, Σχήμα 35). Οι μικρές διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 0,720, df = 1, NS$).

Πίνακας 36: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι δεν θα είχε κανένα αντίκτυπο η ευθανασία στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

		Ηλικία		
		18–65 ετών	Άνω των 65 ετών	
Πιστεύετε ότι δεν θα είχε κανένα αντίκτυπο η ευθανασία στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό;	Όχι	75 75,0%	83 83,0%	158 79,0%
	Ναι	25 25,0%	17 17,0%	42 21,0%
		100	100	200

$$\chi^2 = 1,929, df = 1, NS$$

Σχήμα 36: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι δεν θα είχε κανένα αντίκτυπο η ευθανασία στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.



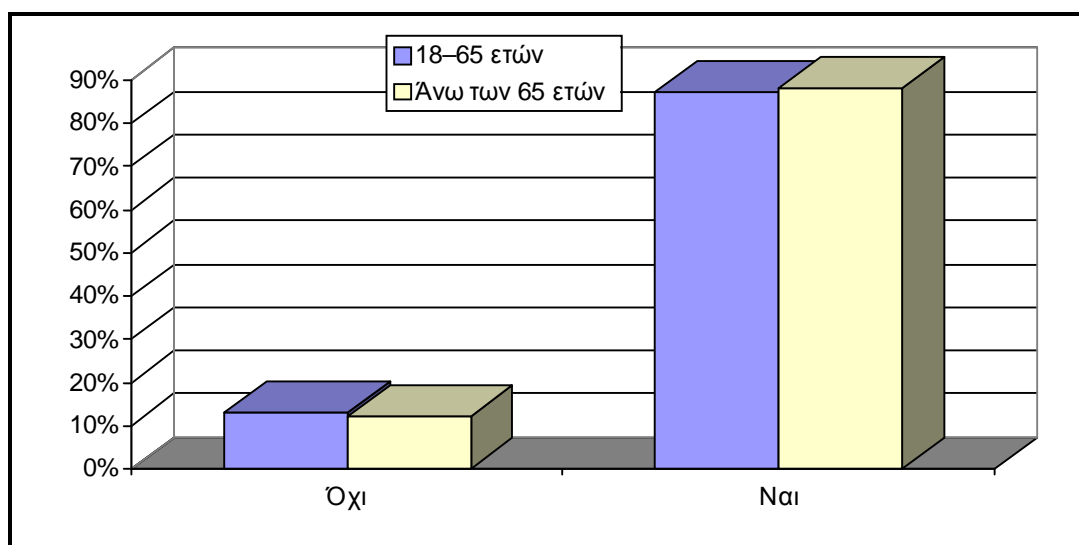
Σε παρόμοια ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες με ηλικία άνω των 65 ετών (ποσοστό 83,0%) όσο και οι ερωτηθέντες με ηλικία 18 έως 65 ετών (ποσοστό 75,0%) πιστεύουν ότι θα είχε κάποιο αντίκτυπο η ευθανασία στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό (Πίνακας 36, Σχήμα 36). Οι μικρές διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 1,929, df = 1, NS$).

Πίνακας 37: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι θα μπορούσαν να συμβούν εγκληματικές ενέργειες με πρόφαση την ευθανασία.

		Ηλικία		
		18–65 ετών	Άνω των 65 ετών	
Πιστεύετε ότι θα μπορούσαν να συμβούν εγκληματικές ενέργειες με πρόφαση την ευθανασία;	Όχι	13 13,0%	12 12,0%	25 12,5%
	Ναι	87 87,0%	88 88,0%	175 87,5%
		100	100	200

$\chi^2 = 0,046, df = 1, NS$

Σχήμα 37: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι θα μπορούσαν να συμβούν εγκληματικές ενέργειες με πρόφαση την ευθανασία.



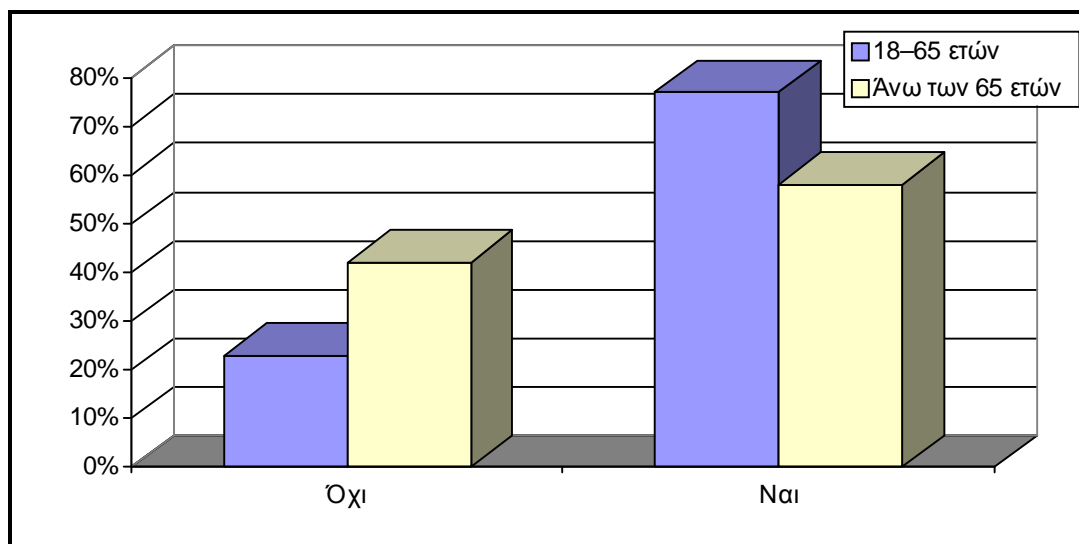
Σε παρόμοια ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες με ηλικία άνω των 65 ετών (ποσοστό 88,0%) όσο και οι ερωτηθέντες με ηλικία 18 έως 65 ετών (ποσοστό 87,0%) πιστεύουν ότι θα μπορούσαν να συμβούν εγκληματικές ενέργειες με πρόφαση την ευθανασία (πχ περιουσιακά στοιχεία, απαλλαγή από έξοδα νοσηλείας, παράνομη μεταμόσχευση) (Πίνακας 37, Σχήμα 37). Οι (πολύ) μικρές διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 0,046, df = 1, NS$).

Πίνακας 38: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε τελικό στάδιο ανίατων ασθενειών.

		Ηλικία		
		18–65 ετών	Άνω των 65 ετών	
Πιστεύετε ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε τελικό στάδιο ανίατων ασθενειών;	Όχι	23 23,0%	42 42,0%	65 32,5%
	Ναι	77 77,0%	58 58,0%	135 67,5%
		100	100	200

$\chi^2 = 8,228, df = 1, p < 0,01$

Σχήμα 38: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε τελικό στάδιο ανίατων ασθενειών.



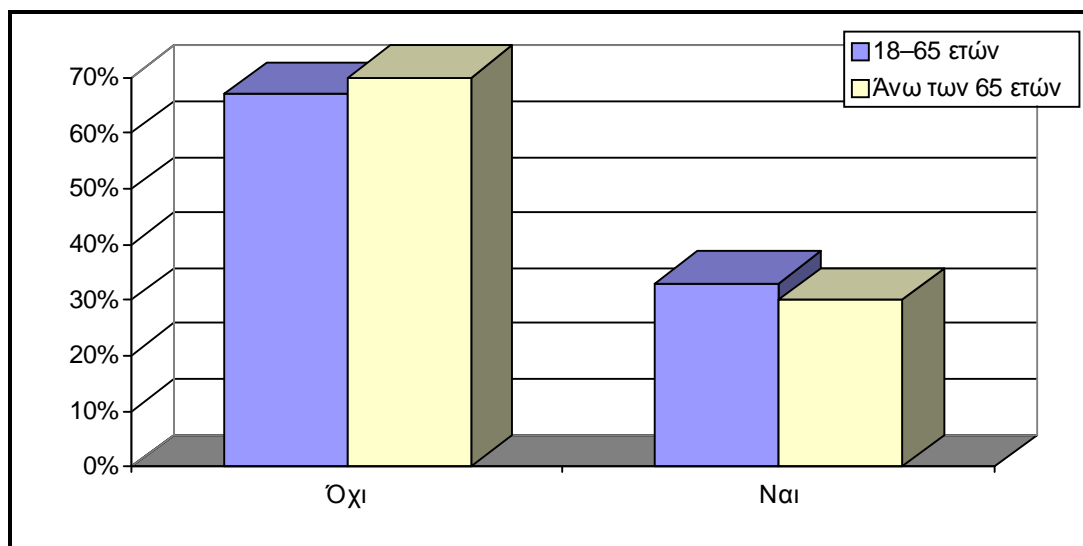
Σε υψηλότερο ποσοστό (77,0%) οι ερωτηθέντες με ηλικία 18 έως 65 ετών πιστεύουν ότι θα έπρεπε η ευθανασία να εφαρμόζεται σε τελικό στάδιο ανίατων ασθενειών έναντι αυτών με ηλικία άνω των 65 ετών που το πιστεύουν σε ποσοστό 58,0% (Πίνακας 38, Σχήμα 38). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 8,228, df = 1, p < 0,01$).

Πίνακας 39: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε ασθένειες που χαμηλώνουν το επίπεδο ζωής.

		Ηλικία		
		18–65 ετών	Άνω των 65 ετών	
Πιστεύετε ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε ασθένειες που χαμηλώνουν το επίπεδο ζωής;	Όχι	67 67,0%	70 70,0%	137 68,5%
	Ναι	33 33,0%	30 30,0%	63 31,5%
		100	100	200

$$\chi^2 = 0,209, df = 1, NS$$

Σχήμα 39: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε ασθένειες που χαμηλώνουν το επίπεδο ζωής.



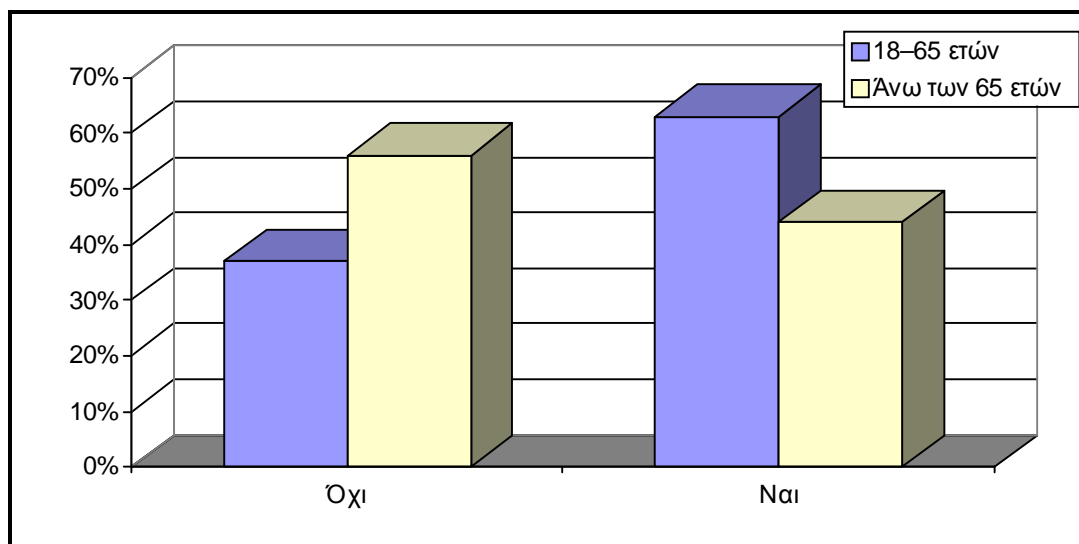
Σε παρόμοια ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες με ηλικία άνω των 65 ετών (ποσοστό 70,0%) όσο και οι ερωτηθέντες με ηλικία 18 έως 65 ετών (ποσοστό 67,0%) πιστεύουν ότι η ευθανασία δεν θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε ασθένειες που χαμηλώνουν το επίπεδο ζωής (πχ τετραπληγία) (Πίνακας 39, Σχήμα 39). Οι (πολύ) μικρές διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 0,209, df = 1, NS$).

Πίνακας 40: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε χρόνιες κωματώδεις καταστάσεις.

		Ηλικία		
		18–65 ετών	Άνω των 65 ετών	
Πιστεύετε ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε χρόνιες κωματώδεις καταστάσεις;	Όχι	37 37,0%	56 56,0%	93 46,5%
	Ναι	63 63,0%	44 44,0%	107 53,5%
		100	100	200

$$\chi^2 = 7,256, df = 1, p < 0,05$$

Σχήμα 40: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε χρόνιες κωματώδεις καταστάσεις.



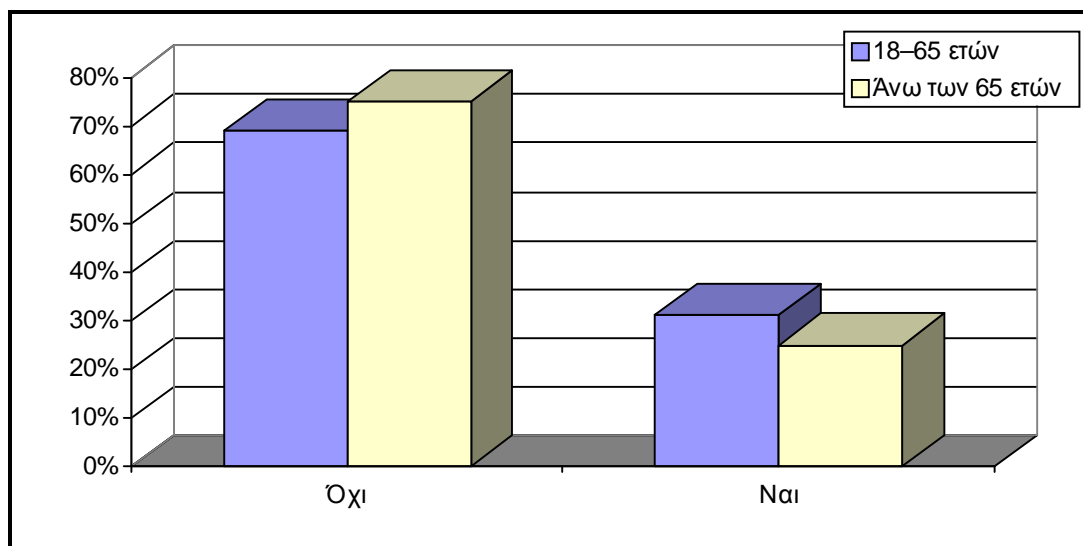
Σε υψηλότερο ποσοστό (63,0%) οι ερωτηθέντες με ηλικία 18 έως 65 ετών πιστεύουν ότι θα έπρεπε η ευθανασία να εφαρμόζεται σε χρόνιες κωματώδεις καταστάσεις έναντι αυτών με ηλικία άνω των 65 ετών που το πιστεύουν σε ποσοστό 44,0% (Πίνακας 40, Σχήμα 40). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 7,256, df = 1, p < 0,05$).

Πίνακας 41: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε διακοπή κύησης.

		Ηλικία		
		18–65 ετών	Άνω των 65 ετών	
Πιστεύετε ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε διακοπή κύησης;	Όχι	69 69,0%	75 75,0%	144 72,0%
	Ναι	31 31,0%	25 25,0%	56 28,0%
		100	100	200

$$\chi^2 = 0,893, df = 1, NS$$

Σχήμα 41: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε διακοπή κύησης.



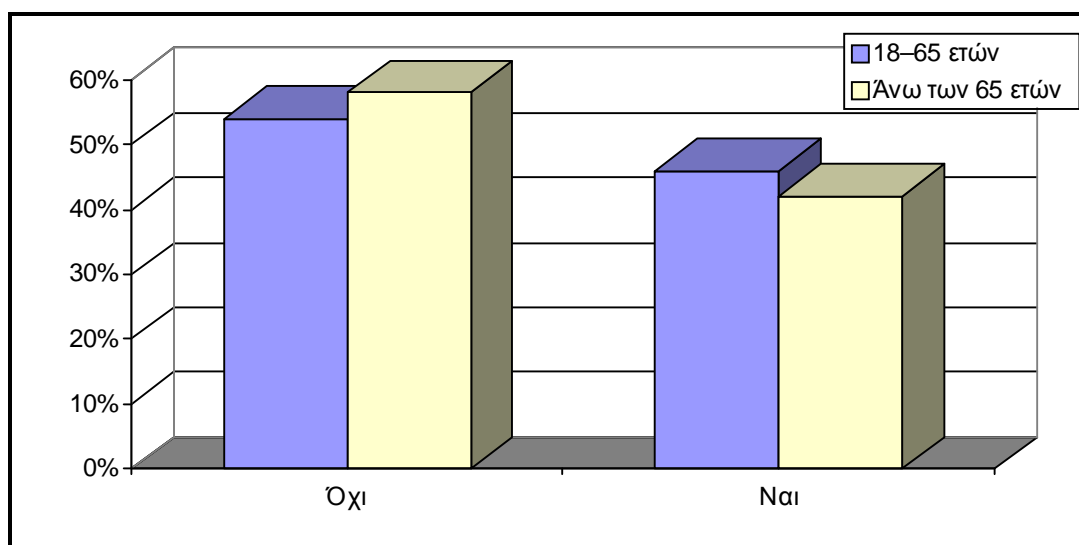
Σε παρόμοια ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες με ηλικία άνω των 65 ετών (ποσοστό 75,0%) όσο και οι ερωτηθέντες με ηλικία 18 έως 65 ετών (ποσοστό 69,0%) πιστεύουν ότι η ευθανασία δεν θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε περιπτώσεις διακοπής κύησης (ευγονική ευθανασία) (Πίνακας 41, Σχήμα 41). Οι μικρές διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 0,893, df = 1, NS$).

Πίνακας 42: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε μηχανική υποστήριξη ζωής.

		Ηλικία		
		18–65 ετών	Άνω των 65 ετών	
Πιστεύετε ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε μηχανική υποστήριξη ζωής;	Όχι	54 54,0%	58 58,0%	112 56,0%
	Ναι	46 46,0%	42 42,0%	88 44,0%
		100	100	200

$\chi^2 = 0,325, df = 1, NS$

Σχήμα 42: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε μηχανική υποστήριξη ζωής.



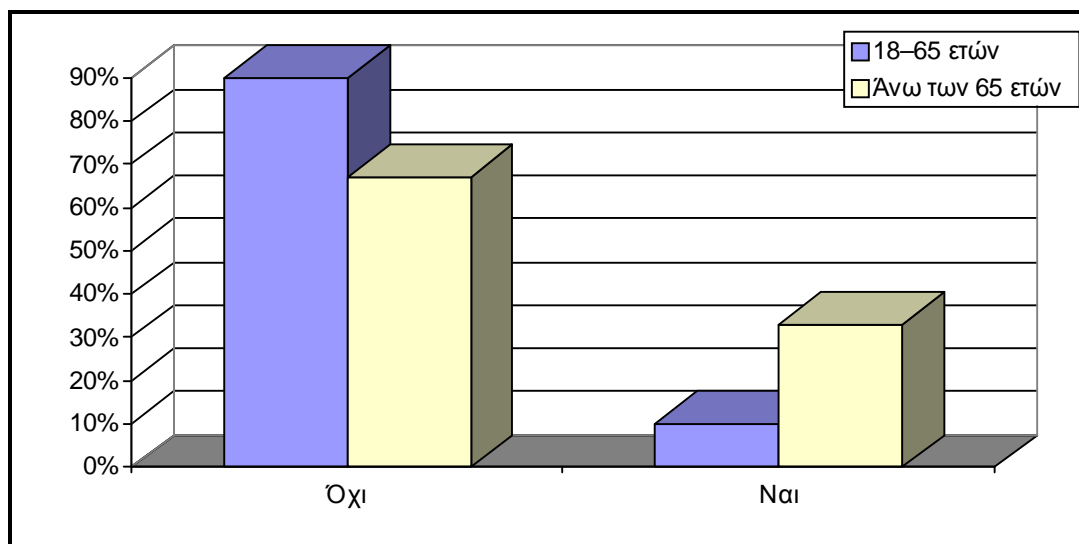
Σε παρόμοια ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες με ηλικία άνω των 65 ετών (ποσοστό 58,0%) όσο και οι ερωτηθέντες με ηλικία 18 έως 65 ετών (ποσοστό 54,0%) πιστεύουν ότι η ευθανασία δεν θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε περιπτώσεις μηχανικής υποστήριξης ζωής (Πίνακας 42, Σχήμα 42). Οι μικρές διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 0,325, df = 1, NS$).

Πίνακας 43: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι η ευθανασία δεν θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε καμία περίπτωση.

		Ηλικία		
		18–65 ετών	Άνω των 65 ετών	
Πιστεύετε ότι η ευθανασία δεν θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε καμία περίπτωση;	Όχι	90 90,0%	67 67,0%	157 78,5%
	Ναι	10 10,0%	33 33,0%	43 21,5%
		100	100	200

$\chi^2 = 15,672, df = 1, p < 0,0001$

Σχήμα 43: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι η ευθανασία δεν θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε καμία περίπτωση.



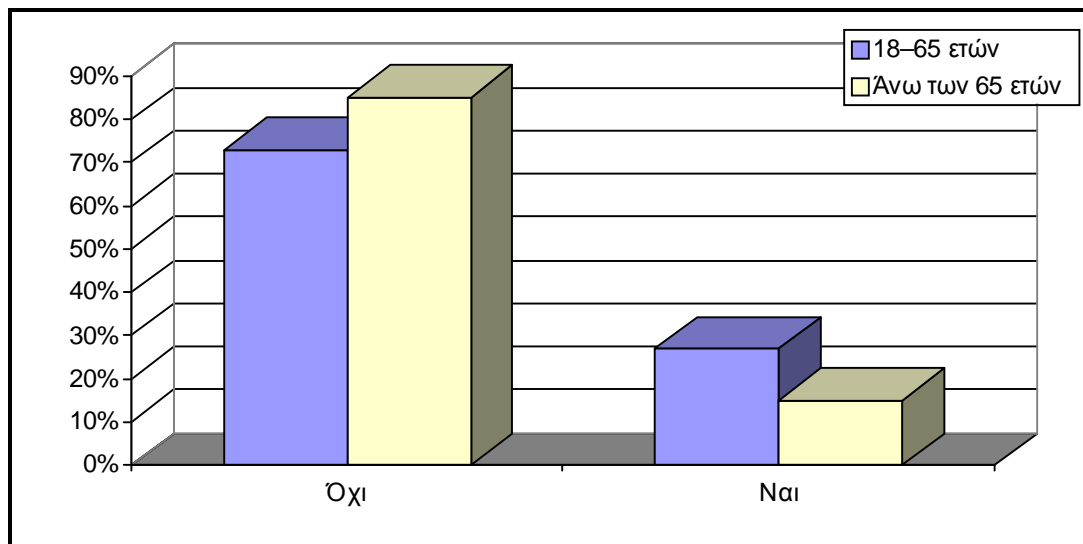
Σε πολύ υψηλότερο ποσοστό (33,0%) οι ερωτηθέντες με ηλικία άνω των 65 ετών πιστεύουν ότι η ευθανασία δεν θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε καμία περίπτωση έναντι αυτών με ηλικία 18 έως 65 ετών που το πιστεύουν σε ποσοστό 10,0% (Πίνακας 43, Σχήμα 43). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 15,672, df = 1, p < 0,0001$).

Πίνακας 44: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν συμφωνούν με τη στέρηση των αναγκαίων για τη ζωή και την εγκατάλειψη του ασθενή σε φυσική επέλαση του θανάτου.

		Ηλικία		
		18–65 ετών	Άνω των 65 ετών	
Συμφωνείτε με τη στέρηση των αναγκαίων για τη ζωή και την εγκατάλειψη του ασθενή σε φυσική επέλαση του θανάτου;	Όχι	73 73,0%	85 85,0%	158 79,0%
	Ναι	27 27,0%	15 15,0%	42 21,0%
		100	100	200

$\chi^2 = 4,340, df = 1, p < 0,05$

Σχήμα 44: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν συμφωνούν με τη στέρηση των αναγκαίων για τη ζωή και την εγκατάλειψη του ασθενή σε φυσική επέλαση του θανάτου.



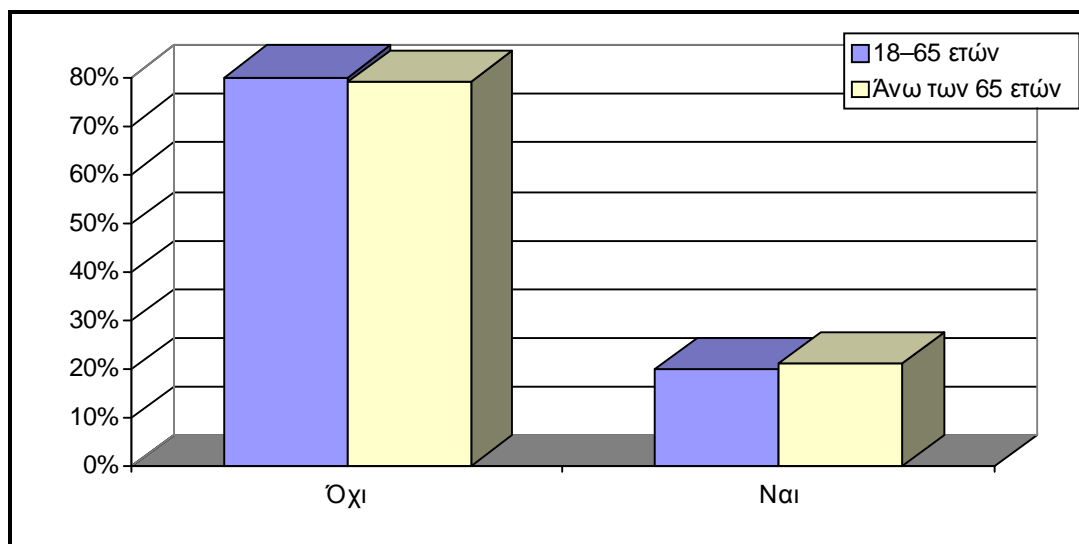
Σε υψηλότερο ποσοστό (85,0%) οι ερωτηθέντες με ηλικία άνω των 65 ετών δηλώνουν ότι δεν συμφωνούν με τη στέρηση των αναγκαίων για τη ζωή και την εγκατάλειψη του ασθενή σε φυσική επέλαση του θανάτου (ορθοθανασία) έναντι αυτών με ηλικία 18 έως 65 ετών που δεν συμφωνούν σε ποσοστό 73,0% (Πίνακας 44, Σχήμα 44). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 4,340, df = 1, p < 0,05$).

Πίνακας 45: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν έχουν συμμετάσχει στο παρελθόν έστω μια φορά σε απόφαση ευθανασίας.

		Ηλικία		
		18–65 ετών	Άνω των 65 ετών	
Έχετε συμμετάσχει στο παρελθόν έστω μια φορά σε απόφαση ευθανασίας;	Όχι	80 80,0%	79 79,0%	159 79,5%
	Ναι	20 20,0%	21 21,0%	41 20,5%
		100	100	200

$$\chi^2 = 0,031, df = 1, NS$$

Σχήμα 45: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν έχουν συμμετάσχει στο παρελθόν έστω μια φορά σε απόφαση ευθανασίας.



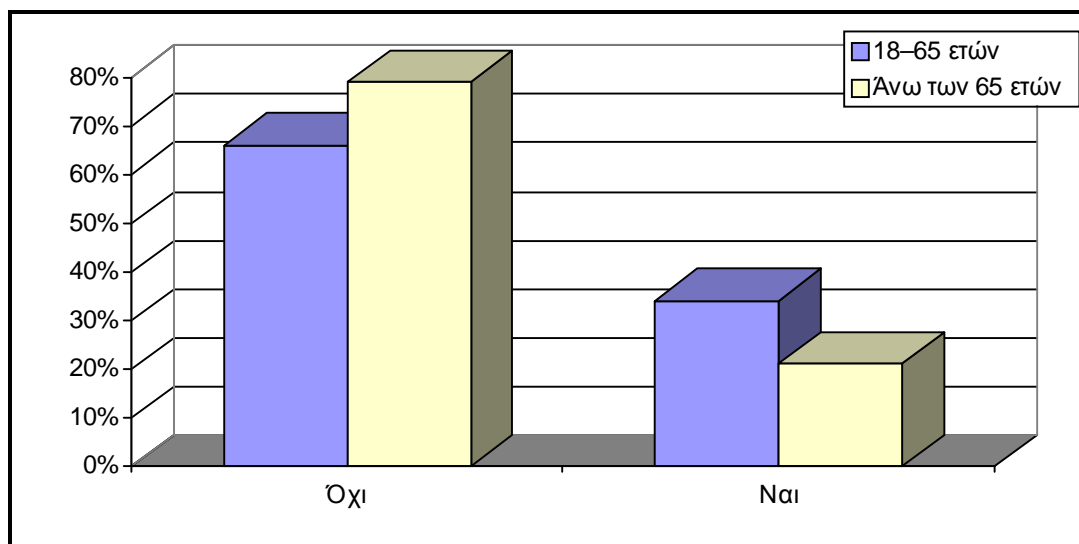
Σε παρόμοια ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες με ηλικία 18 έως 65 ετών (ποσοστό 80,0%) όσο και οι ερωτηθέντες με ηλικία άνω των 65 ετών (ποσοστό 79,0%) δεν έχουν συμμετάσχει στο παρελθόν έστω μια φορά σε απόφαση ευθανασίας (πχ διακοπή κήσης, αποσύνδεση από μηχανήματα) (Πίνακας 45, Σχήμα 45). Οι (πολύ) μικρές διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 0,031, df = 1, NS$).

Πίνακας 46: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν θα έπαιρναν ποτέ την ευθύνη για ευθανασία σε άμεσα συγγενικό τους πρόσωπο.

		Ηλικία		
		18–65 ετών	Άνω των 65 ετών	
Θα παίρνατε ποτέ την ευθύνη για ευθανασία σε άμεσα συγγενικό σας πρόσωπο;	Όχι	66 66,0%	79 79,0%	145 72,5%
	Ναι	34 34,0%	21 21,0%	55 27,5%
		100	100	200

$\chi^2 = 4,238, df = 1, p < 0,05$

Σχήμα 46: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν θα έπαιρναν ποτέ την ευθύνη για ευθανασία σε άμεσα συγγενικό τους πρόσωπο.



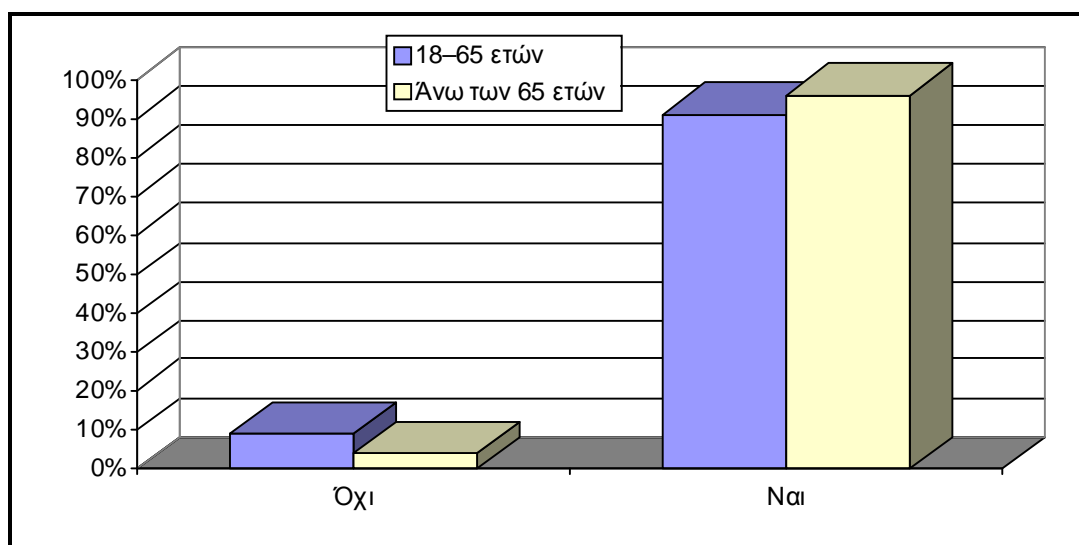
Σε υψηλότερο ποσοστό (79,0%) οι ερωτηθέντες με ηλικία άνω των 65 ετών δηλώνουν ότι δεν θα έπαιρναν ποτέ την ευθύνη για ευθανασία σε άμεσα συγγενικό τους πρόσωπο έναντι αυτών με ηλικία 18 έως 65 ετών που δηλώνουν ότι δεν θα την έπαιρναν την ευθύνη σε ποσοστό 66,0% (Πίνακας 46, Σχήμα 46). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 4,238, df = 1, p < 0,05$).

Πίνακας 47: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι θα έπαιρναν την ευθύνη για ευθανασία στον εαυτό τους.

		Ηλικία		
		18–65 ετών	Άνω των 65 ετών	
Πιστεύετε ότι θα παίρνατε ποτέ την ευθύνη για ευθανασία στον εαυτό σας;	Όχι	9 9,0%	4 4,0%	13 6,5%
	Ναι	91 91,0%	96 96,0%	187 93,5%
		100	100	200

$\chi^2 = 2,057, df = 1, NS$

Σχήμα 47: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι πιστεύουν ότι θα έπαιρναν την ευθύνη για ευθανασία στον εαυτό τους.



Σε παρόμοια ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες με ηλικία άνω των 65 ετών (ποσοστό 96,0%) όσο και οι ερωτηθέντες με ηλικία 18 έως 65 ετών (ποσοστό 91,0%) πιστεύουν ότι θα έπαιρναν την ευθύνη για ευθανασία στον εαυτό τους (Πίνακας 47, Σχήμα 47). Οι μικρές διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 2,057, df = 1, NS$).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Με βάση τα αποτελέσματα, προέκυψε ότι σε πολύ υψηλότερο ποσοστό το δείγμα ηλικίας 18-65 δηλώνουν πολύ και αρκετά ενημερωμένοι με το θέμα, 38,0%, σε αντίθεση με την ομάδα ηλικίας 66 και άνω όπου το μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσε λίγο και καθόλου 58% και 33% αντίστοιχα. ($\chi^2=28,756$, $df=3$, $p<0,0001$). Από αυτό συμπεραίνουμε ότι, οι νεαρότεροι σε ηλικία είναι σε πιο μεγάλο βαθμό ενημερωμένοι, λόγω της πρόσβασης τους προφανώς, σε διάφορες σύγχρονες πηγές πληροφοριών και γνώσεων, (διαδίκτυο). Όπως είδαμε στο γενικό μέρος της εργασίας, επειδή με το θέμα έχουν ασχοληθεί κυρίως επιστημονικοί κύκλοι, το θέμα της ευθανασίας δεν είναι ιδιαίτερα γνωστό στο ευρύ κοινό.

Αυτό επιβεβαιώνεται στη συνέχεια όπου η πρώτη ηλικιακή ομάδα έδωσε το σωστό ορισμό της ευθανασίας σε μεγαλύτερο ποσοστό, 59,0%, από τη δεύτερη ηλικιακή ομάδα, η οποία έδωσε το σωστό ορισμό σε ποσοστό 42%. Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές. ($\chi^2= 5,781$, $df=1$, $p<0.05$).

Το δείγμα ηλικίας άνω των 65 δήλωσε σε μεγαλύτερο ποσοστό από την ομάδα 18-65 ότι η ευθανασία δεν είναι σύμφωνη με τα θρησκευτικά τους πιστεύω, 89%, έναντι 76%. Οι διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές, ($\chi^2= 5,853$, $df=1$, $p<0,05$). Αντιλαμβανόμαστε ότι τα θρησκευτικά πιστεύω, κατέχουν πολύ σημαντική θέση στη συνείδηση του κόσμου, αν και οι μικρότερες ηλικίες έχουν μία μικρή τάση προς την άρνηση αυτής της πεποίθησης. Επειδή ήδη έχει προκύψει από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, ότι καμία θρησκεία δεν δέχεται την ευθανασία, αξίζει να σημειώσουμε ότι οι ερωτηθέντες που απάντησαν πως τα θρησκευτικά τους πιστεύω συμφωνούν με την ευθανασία, μας δήλωσαν άθεοι.

Με αρκετά μεγάλη στατιστική διαφορά ($\chi^2= 5,781$, $df=1$, $p<0.05$), η ομάδα ηλικίας από 18 – 65 σε μεγαλύτερο ποσοστό, 59%, δηλώνει πως συμφωνεί με τη νομιμοποίηση της ευθανασίας στην Ελλάδα. Αντίθετα το ποσοστό των ερωτηθέντων ηλικίας άνω των 65 που συμφωνεί, είναι 42%. Αναγνωρίζουμε ότι οι μικρότεροι σε ηλικία άνθρωποι φαίνονται να είναι πιο θετικοί με το θέμα της νομιμοποίησης. Σαν αιτιολογία θα μπορούσαμε να πούμε πως οι ιδιαίτερος μικρές ηλικίες, (18 – 35), θεωρούν πως είναι πιο πολύ μακριά από αυτούς ο θάνατος, καθώς και το ότι σπανίως σκέφτονται το

ενδεχόμενο κάποιου ατυχήματος, απόψεις που εξέφρασαν αρκετοί από τους νεαρούς ερωτηθέντες. Σε αντίθεση, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ερωτηθέντες, κυρίως όσοι δεν είχαν ιδιαίτερα υψηλό επίπεδο μόρφωσης, μας δήλωσαν πως κάτι τέτοιο τους είναι αφόρητα δύσκολο να το απαντήσουν, καθώς μας εξήγησαν πως από τη μία δε θα ήθελαν να ταλαιπωρηθούν από ασθένειες, ούτε να επιφορτίσουν τους δικούς τους ανθρώπους με τη φροντίδα τους, από την άλλη μεριά όμως η νομιμοποίηση θα τους δημιουργούσε μεγάλη ανασφάλεια απέναντι στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Επίσης κάτι που τόνισαν οι περισσότεροι ηλικίας άνω των 65, είναι ότι δε θα ήθελαν να τους βάλει κανείς στη διαδικασία να αποφασίσουν κάτι τέτοιο για τους κοντινούς συγγενείς καθώς οι περισσότεροι απευθύνονταν στα παιδιά τους.

Και οι δύο ομάδες με παρόμοια ποσοστά, 71% η ομάδα ηλικίας 18 – 65, και 64% η ομάδα άνω των 65, απάντησαν πως η ευθανασία αποτελεί δικαίωμα του ανθρώπου στην ελεύθερη βούληση. ($\chi^2 = 1,117$, $df=1$, NS). Εδώ φαίνεται να συμφωνούν οι περισσότεροι με το επιχείρημα που θέτουν οι υπέρμαχοι της ευθανασίας αν και περιέργως αντικρούουν την απάντησή τους ως προς τα θρησκευτικά τους πιστεύω. Αυτό έχει ίσως να κάνει με το ότι τα τελευταία χρόνια γίνεται μεγάλος λόγος για τα ανθρώπινα δικαιώματα.

Και στην επόμενη ερώτηση οι δύο ομάδες δείχνουν να συμφωνούν με πολύ μικρή διαφορά, από 18 – 65 απαντούν με 62% και 65 κι άνω απαντούν με 61%, ότι δε θα μπορούσε να θεωρηθεί μορφή αυτοκτονίας ή φόνου η ευθανασία. Οι μικρές διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές, ($\chi^2=0,021$, $df=1$, NS).

Και τα δύο δείγματα συμφωνούν πως η ευθανασία δε θα είχε σαν αντίκτυπο στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό τις τύψεις, (από 18 – 65 ετών, 70%, άνω των 65, 64%) ούτε ηθικά προβλήματα (με 65% απαντούν οι 18 – 65 ετών, με 59% απαντούν οι άνω των 65 ετών), αλλά το μεγαλύτερο ποσοστό και των δύο συμφωνεί πως η ευθανασία θα δημιουργούσε συναισθηματικά προβλήματα, η πρώτη ηλικιακή ομάδα απαντά με ποσοστό 47%, ενώ η ηλικία άνω των 65 ετών συμφωνεί με ποσοστό 53%, και πως θα είχε σίγουρα κάποιο αντίκτυπο. ($\chi^2 = 1,929$, $df=1$, NS). Η πραγματικότητα είναι πως οι ερωτηθέντες μας δήλωσαν πως το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό δεν θεωρούν πως έχει ιδιαίτερα συναισθήματα για τους ασθενείς τους, καθώς κάνουν τη δουλειά τους ψυχρά, όμως παρ' όλα αυτά η διαδικασία της ευθανασίας θα μπορούσε να τους

δημιουργήσει συναισθηματικά προβλήματα, κάτι το οποίο υπερασπίζονται και οι πολέμιοι της ευθανασίας.

Με διαφορά μίας ποσοστιαίας μονάδας, 87% η ηλικιακή ομάδα 18 – 65 ετών και 88% η ομάδα των άνω των 65, και οι δύο ομάδες συμφωνούν πως με πρόφαση την ευθανασία θα μπορούσαν να συμβούν εγκληματικές ενέργειες, έκλιναν μάλιστα περισσότερο στο ενδεχόμενο παράνομων μεταμοσχεύσεων και απαλλαγής από τα έξοδα νοσηλείας. Αρκετοί από τους ερωτηθέντες μας είπαν πως δεν είχαν σκεφτεί ποτέ το ενδεχόμενο εγκληματικών ενεργειών. Στην πραγματικότητα υπάρχουν πολλά παραδείγματα παράνομων μεταμοσχεύσεων ή ακόμα και συγγενείς που υπό την προτροπή των γιατρών δώρισαν τα όργανα του ασθενούς, χωρίς να έχουν πλήρη γνώση της κατάστασης του και τις πραγματικές πιθανότητες επιβίωσής τους.

Σε υψηλότερο ποσοστό οι ερωτηθέντες ηλικίας 18-65, 77%, πιστεύουν ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε τελικό στάδιο ανίατων ασθενειών, έναντι των 66 και άνω, που το δέχονται σε ποσοστό 58%, ενώ και οι δύο συμφωνούν σε παρόμοια ποσοστά 33% και 30% να εφαρμόζεται σε ασθένειες που χαμηλώνουν το επίπεδο ζωής. Μεγάλη διαφορά παρατηρείται στην ερώτηση για το αν θα πρέπει να εφαρμόζεται σε χρόνιες κωματώδεις καταστάσεις, καθώς να απαντάει με αρκετά μεγάλο ποσοστό η ηλικιακή ομάδα 18-65, 63%, ενώ όχι απαντάει το μεγαλύτερο ποσοστό ηλικίας άνω των 65, 56%. ($\chi^2= 7,256$, $df=1$, $p<0.05$). Σύμφωνα είναι και οι δύο ομάδες με το να μη γίνεται διακοπή κύησης, 69% οι 18 – 65 ετών, και 75% οι άνω των 65 ετών, αλλά και να μην επιτρέπεται η ευθανασία σε περιπτώσεις μηχανικής υποστήριξης, στα αντίστοιχα ποσοστά 54% και 58%. Σε πολύ υψηλότερο ποσοστό πιστεύει το δείγμα ηλικίας άνω των 65 (33%) ότι δε θα έπρεπε να εφαρμόζεται ευθανασία σε καμία περίπτωση, έναντι αυτών με ηλικία 18-65 που το πιστεύουν σε πολύ χαμηλότερο ποσοστό, (10%). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές, ($\chi^2= 15,672$, $df=1$, $p<0.0001$). Κάποιες από αυτές τις κλινικές καταστάσεις, το δείγμα τις βρήκε ιδιαίτερος σκληρές και δύσκολες για έναν άνθρωπο. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, δεν γνώριζε ότι η άμβλωση είναι τύπος ευθανασίας. Τα μεγαλύτερα ποσοστά εφαρμογής της ευθανασίας συγκεντρώνει το τελικό στάδιο ανίατων ασθενειών. Συνήθως αυτοί οι ασθενείς, που είναι κατά κύριο λόγο καρκινοπαθείς, είναι που ζητούν επίμονα να τους εφαρμοστεί ευθανασία, κάτι που οφείλεται κυρίως στους επίμονους και έντονους πόνους.

Σε υψηλότερο ποσοστό οι ερωτηθέντες άνω των 65 δηλώνουν ότι δεν συμφωνούν με τη στέρηση των αναγκαίων για την ζωή και την εγκατάλειψη του ασθενή σε φυσική επέλαση του θανάτου, (85%) έναντι αυτών με ηλικία 18-65 που δε συμφωνούν σε χαμηλότερο ποσοστό, (73%). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές, ($\chi^2=4,340$, $df=1$, $p<0.05$). Η ορθοθανασία είναι μια πρακτική η οποία χρησιμοποιείται αρκετά συχνά σε περιπτώσεις που εφαρμόζεται η ευθανασία, καθώς δε θεωρείται βάνουσο, δεν στηρίζεται στην πράξη αλλά στην παράλειψη και ο θάνατος επέρχεται φυσιολογικά. Η πλειοψηφία του δείγματος το θεώρησε σκληρό και ιδιαίτερος βασανιστικό ως τρόπο θανάτου.

Σε παρόμοια ποσοστά οι ερωτηθέντες και των δύο ηλικιακών ομάδων, απαντούν πως δεν έχουν συμμετάσχει στο παρελθόν ποτέ σε απόφαση ευθανασίας. Το δείγμα ηλικίας 18 – 65 ετών απαντά όχι σε ποσοστό 80%, ενώ το δείγμα ηλικίας άνω των 65 απαντά όχι σε ποσοστό 79%. Οι διαφορές που παρατηρούνται στατιστικά δεν είναι πολύ σημαντικές. ($\chi^2= 0,031$, $df=1$, NS)

Σε υψηλότερο ποσοστό (79%) οι ερωτηθέντες άνω των 65 δηλώνουν ότι δεν θα έπαιρναν ποτέ την ευθύνη για ευθανασία σε συγγενικό τους πρόσωπο έναντι αυτών με ηλικία 18-65 που δε θα έπαιρναν την ευθύνη σε χαμηλότερο ποσοστό, (66%). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές, ($\chi^2= 4,238$, $df= 1$, $p<0,05$). Σε αυτό το αποτέλεσμα παίζει σημαντικό ρόλο η ηλικιακή ομάδα, καθώς η μια ομάδα έχει κυρίως στο μυαλό της τα παιδιά της, ενώ η δεύτερη τους γονείς. Είναι χαρακτηριστικό ότι όσοι δήλωσαν ότι θα αναλάμβαναν τέτοια ευθύνη, θα το έκαναν κυρίως για το ότι δε θα άντεχαν να βλέπουν τους συγγενείς τους να υποφέρουν. Αυτός είναι ο σημαντικότερος λόγος που αναφέρουν και σε άλλες έρευνες, οι ερωτηθέντες που συμφωνούν με την εφαρμογή της ευθανασίας.

Και τα δύο δείγματα συμφωνούν με πολύ υψηλά ποσοστά πως θα έπαιρναν την ευθύνη για ευθανασία στον εαυτό τους. Από 18 – 65 ετών απαντούν σε ποσοστό 91%, ενώ το δείγμα των άνω των 65 ετών απαντούν ναι σε ποσοστό 96%. Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές, ($\chi^2= 2,057$, $df= 1$, NS). Τα σχόλια του δείγματος ήταν κυρίως ότι δε θα ήθελαν να επιβαρύνουν την οικογένειά τους με τη φροντίδα τους, όπως επίσης δε θα ήθελαν να αγωνιούν για το αν θα εκμεταλλευτούν και θα αποφασίσουν για τη ζωή τους οι γιατροί.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αν και η ευθανασία είναι ένα τόσο επίκαιρο θέμα, το ευρύ κοινό δεν είναι πολύ ενημερωμένο, κάτι που φάνηκε κυρίως κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης, όπου το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ζητούσε διευκρινίσεις και πολλές φορές ζητούσε τη γνώμη των ανθρώπων που βρισκόταν δίπλα του.

Από τα αποτελέσματα των απαντήσεων διαπιστώθηκε ότι τα νεαρότερα άτομα ήταν περισσότερο ενημερωμένα λόγω της πρόσβασής τους κυρίως στο διαδίκτυο.

Η ίδια ηλικιακή ομάδα φαίνεται να είναι πιο απελευθερωμένη από το θρησκευτικό παράγοντα και έχει τάση υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας, με ποσοστό 59%.

Είναι σαφές πως συμφωνούν και οι δυο στο ότι η ευθανασία υπόκειται στην ελεύθερη βούληση του ανθρώπου, όμως ήταν εντυπωσιακό ότι το 85% των ερωτηθέντων προβληματίστηκε στην επόμενη ερώτηση, για το αν θα μπορούσαν να συμβούν εγκληματικές ενέργειες, και δήλωσε ότι ουδέποτε σκέφτηκαν κάτι τέτοιο.

Υπάρχουν ασθένειες, όπως η χρόνια κωματώδης κατάσταση, όπου συγκεντρώνουν μεγάλα ποσοστά για εφαρμογή της ευθανασίας, ενώ κανείς δε γνώριζε ότι η άμβλωση είναι κι αυτή μορφή ευθανασίας.

Παρ' όλα αυτά μικρά ποσοστά δέχτηκαν το γεγονός να πάρουν την ευθανασία σε συγγενικό τους άτομο, όμως αντίθετα θα το αποφάσιζαν για τον εαυτό τους.

Όπως φαίνεται στο ερωτηματολόγιό μας υπήρχαν συχνά αντιφατικές απαντήσεις, ο κόσμος προβληματιζόταν έντονα και συχνά αγνοούσαν το θέμα ,λέγοντάς μας ότι μόνο την ευθανασία των ζώων γνωρίζουν.

Αν και έχουν γίνει αρκετές έρευνες, συνέδρια και εσπερίδες, όλα είναι πάντα σε στενά επιστημονικό πλαίσιο και σπανίως το ευρύ κοινό έχει πρόσβαση σε αυτά.

Θα ήταν χρήσιμο ο κόσμος να ενημερώνεται καθώς οι αυθαιρεσίες είναι συχνό φαινόμενο, και συχνά οι αποφάσεις που παίρνονται ακόμα κι από τους ίδιους τους ασθενείς, είναι συχνά θέμα πλάνης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ευθανασία είναι ένα θέμα που προβληματίζει από πολύ παλιά τους επιστημονικούς κυρίως χώρους. Καθημερινά έρχονται στη δημοσιότητα περιστατικά που πραγματοποιήθηκε ευθανασία ή ασθενείς που φτάνουν μέχρι τις δικαστικές αίθουσες ζητώντας να τους επιτραπεί να θέσουν τέλος στη ζωή τους.

Σκοπός της έρευνας ήταν να μελετήσουμε και να συγκρίνουμε τις απόψεις απέναντι στο θέμα, δυο διαφορετικών ηλικιακών ομάδων, και να καταγράψουμε τις διαφορετικές ή μη τάσεις που έχουν απέναντι στην ευθανασία.

Υλικό και μέθοδος. Η έρευνα έλαβε μέρος στην Αθήνα και την Πάτρα, από τον Απρίλιο έως τον Ιούλιο του 2009. Η μέθοδος στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή. Το μέγεθος του δείγματος ήταν 200 άτομα, ηλικίας από 18 ετών και άνω. Η επιλογή του δείγματος έγινε τυχαία, ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS.

Από τα **αποτελέσματα** της έρευνας φαίνεται ότι ο κόσμος δεν έχει σαφή άποψη για το θέμα της ευθανασίας, κυρίως λόγω έλλειψης γνώσης γύρω από το θέμα. Σε πολλές περιπτώσεις οι απαντήσεις ήταν αντιφατικές. Υπάρχει όμως σαφής τάση υπέρ της νομιμοποίησης, καθώς το 59% του δείγματος τάσσεται υπέρ της ευθανασίας στην Ελλάδα. ($p < 0,05$). Η πλειοψηφία του δείγματος αποδέχεται την ευθανασία σε τελικό στάδιο ανίατων ασθενειών ($p < 0,01$). Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος δεν θα αναλάμβανε την ευθύνη για ευθανασία σε συγγενικό του πρόσωπο, ($p < 0,05$), αλλά θα αναλάμβανε την ευθύνη για τον εαυτό του.

Συμπεράσματα. Η κοινωνία φαίνεται να μην είναι έτοιμη να αντιμετωπίσει, ούτε και να συμφωνήσει στο περίπλοκο αυτό θέμα, καθώς υπάρχει έλλειψη ενημέρωσης στο κοινό. Η ευθανασία όσο επίκαιρη κι αν είναι, ο κόσμος φαίνεται να αγνοεί τα βασικά δικαιώματά του αλλά και τους πιθανούς κινδύνους που μπορούν να προκύψουν από την εφαρμογή της.

ABSTRACT

Euthanasia is a theme that it mainly puzzles from the ancient years, specially the scientific sections. Everyday, we found out about inferences that were relied euthanasia, or about patients who are going to the courts and asking the permission to die.

The **purpose** of this research is to study and compare the opinions toward to theme, in two different age- related groups, and note either the differences, or the similarities.

Material and Method. For the research, we created 200 questionnaires, which are given to people from Athens and Patra, from April until July in 2009. The choice of sample was accidental, independent origin, social or economic situation. In order to achieve the highest validity, the questionnaire was created, based on greek and international studies. The method based on descriptive model of research. The program that used for the import of coded data and the statistical treatment is SPSS.

The **results** were not very positives. It is obvious that people do not have a specific opinion about euthanasia, mainly because lack of knowledge. More than a half Believe that euthanasia should be legal in Greece. ($p < 0,05$). The majority of sample accepts the euthanasia for people who are in the final stage of their illness. ($p < 0,01$). In addition, the majority of sample would not like to have the responsibility of their related persons but on the other hand they would make that decision for themselves. ($p < 0,05$).

In **conclusion**, people are not ready to deal with euthanasia, because people need first to learn about it.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αβραμίδης Αθ. *Ευθανασία*. Επίτομος. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Ακρίτας. Αθήνα 1995.

Αβραμίδης Αθ. *Ευθανασία και... « Ευθανασία »*.

www.alopsis.gr/modules.php?name=News&file=article&sid=1032 02/08/09 23:30

Αγγελάκη Σ. *Το ζήτημα της ευθανασίας – Εγκληματολογικές προσεγγίσεις*. Διπλωματική εργασία. (επιβλέπων Μαγγανάς Αντ.) Εκδόσεις Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα 2008

Αγριμανάκη Κ. *Μαζί στη ζωή, μαζί και στην... ευθανασία ένα ζευγάρι καλλιτεχνών*
Επιμέλεια: Γραμμέλης Π. www.alphatv.gr/index.asp?a_id=92&news_id=37850 15/07/09
21:45

Αναπλιώτης Αν. *Το δικαίωμα στην ευθανασία – αθανασία*. Επίτομος. Έκδοση 1^η.
Εκδόσεις Zymel. Αθήνα 2003.

Ανευλαβής Ε. *Η ελεήμων θανάτωση (mercy killing) ή ευθανασία: Μια αποκλειστική διάζευξη*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18 (6). Αθήνα 2001.

Ανδρέου Αγ. *Θέλει απλώς να πεθάνει αξιοπρεπώς*

www.cosmo.gr/News/England/246160.html 30/07/09 16:19

Αργύρα Ε., Τσαρουχά Α. *Ηθική και Δεοντολογία στην Παρηγορητική και Συμπτωματική Φροντίδα*. www.grpalliative.org/files/ethicspalliative.doc - 74k 23/08/09 16:08

Αυγουστίδης Αν. *Οι νοσοκόμες του θανάτου*.

www.men24.gr/html/ent/310/ent.71310.asp 06/12/08 20:30

Beauchamp Tom L. *Ευθανασία. Ηθικές, φιλοσοφικές, ιατρικές και νομικές διαστάσεις*. Επιμέλεια – Μετάφραση Σαμπατάκου Β. Επίτομος. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Αρχιπέλαγος. Αθήνα 2007.

Βελλής Γ. *Η ευθανασία από τη σκοπιά του Ποινικού Δικαίου*.
www.bioethics.org.gr/03_dVel.html 02/08/09 23:30

Βικέντιος, Επίσκοπος Αππαμείας. *Το ζήτημα της ευθανασίας σε θεολογική προοπτική*. www.greeknewsonline.com/modules.php?name=News&file=article&sid=4390 18/04/09 13:05

Βουγιούκας Αν. *Η επαγγελματική ευθύνη του ιατρού*. Επίτομος. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Art of Text. Θεσσαλονίκη 1993.

Βουδαντά Αρ. *Ευθανασία*. www.inath.gr/koinonia/eithanasia.htm 20/04/09 19:30

Bube R. Μετάφραση Τυλλιανάκης Μ. Άρθρο για το “*Journal of the American Scientific Affiliation*” www.cbc.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=28&Itemid=31 12/12/05 15:00

Γιάκης Ν., Μερκούρης Αν. (και λοιποί συνεργάτες). *Εντατική Θεραπεία: Η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού στην ευθανασία*. Νοσηλευτική. Τεύχος 44^ο. Τόμος 1^{ος}. Εκδόσεις ΤΕΧΝΟΓΡΑΜΜΑmed. Αθήνα 2005.

Γιανναράς Χ. *Ελληνική ετοιμότητα για την ευρωπαϊκή ενοποίηση*. Επίτομος. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις “Νέα Σύνορα” - Α.Α Λιβάνη. Αθήνα 2000.

Γιαννοπούλου Αθ. *Διλήμματα και προβληματισμοί στη σύγχρονη Νοσηλευτική*. Επίτομος. Έκδοση 6^η. Εκδόσεις « Η ΤΑΒΙΘΑ ». Αθήνα 2005.

Γρυπάρη Ρ. *Η 13χρονη Χάνα επέλεξε την ευθανασία.*

www.cosmo.gr/News/England/220027.html 12/11/08 14:14

http://archive.enet.gr/online/online_text/c=111,dt=27.03.2009,id=18614100

17/04/09 20:18

<http://en.wikipedia.org/wiki/Euthanasia> 02/08/09 23:14

http://koutitispandoras.blogspot.com/2009/07/blog-post_24.html 24/07/09 01:58

Ζιάκα Α. *Ευθανασία, θρησκείες και πολιτισμοί.*

<http://users.auth.gr/~ziaka/pdf/euthanasia.pdf> 02/08/09 11:30

Ziegler J. *Οι ζωντανοί κι ο θάνατος.* Επιμέλεια – Μετάφραση Παπαβασιλείου Β. Επίτομος. Έκδοση 4^η. Εκδόσεις Μαλλιάρης Παιδεία. Αθήνα 1982.

Καϊάφα-Γκμπάνι Μ. *Κλασσικές και σύγχρονες προβληματικές της ποινικής ευθύνης των ιατρών κατά την θεραπευτική αντιμετώπιση καρκινοπαθών.* Ογκολογική ενημέρωση. Τεύχος 3^ο. Τόμος 2^{ος}. Αθήνα 2000.

Καίσαρης Π. *Περί της ευθανασίας.* Επίτομος. Έκδοση 2^η. Εκδόσεις Περί τεχνών. Πάτρα 2002.

Καράμπελας Α. *Η ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και το θάνατο, από ποινική άποψη.* Επίτομος. Έκδοση 2^η. Εκδόσεις Εκδοτική Εστία. Αθήνα 1987.

Κουτσελίνης Αν., Μιχαλοδημητράκης Μ. *Η ιατρική ευθύνη.* Τόμος 2^{ος}. Έκδοση 3^η. Εκδόσεις Παιδεία. Αθήνα 1984.

Κρουστάλλη Δ. «Ναι» ή «όχι» στην ευθανασία.

www.tovima.gr/default.asp?pid=2&artid=128465&ct=75&dt=03/12/2000 24/11/08
13:30

Κυριακόπουλος Κ. Μυστακίδου Μ. *Φάκελος ευθανασία : Αξιοπρέπεια ή βίος αβίωτος;*
http://archive.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=21.02.2009 21/02/2009 22: 35

Μαγγανάς Α. *Αδυναμία του δικαιοκτικού μηχανισμού να επιλύσει προβλήματα ευθανασίας ή ποιος θα αναλάβει την ευθύνη της απόφασης.* Θέματα Εγκληματολογικά και Ποινικού Δικαίου. Επίτομος. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη. Αθήνα 1999.

Μητσόπουλος Ν. *Θέματα Ορθόδοξου Ηθικής Θεολογίας.* Επίτομος. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Οικονομικός Ταχυδρόμος. Αθήνα 1984.

Moore T. *Ουτοπία.* Επιμέλεια – Μετάφραση Καραγιάννη Γ. Επίτομος. Έκδοση 3^η. Εκδόσεις Κάλβος. Αθήνα 1984.

Μοσχονάς Κ. *Την τελευταία διατία έγινε ευθανασία σε 76 ανηλίκους.*
http://archive.enet.gr/online/online_text/c=111,dt=27.03.2009,id=18614100 01/08/09
22:35

Μπαρμπαγάλος Γ. *Η νομική θεμελίωση της ευθανασίας.*
http://www.perceptum.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=22&Itemid=1
08/10/08 20:15

Μπέκας Γ. *Η προστασία της ζωής και της υγείας στον ποινικό κώδικα, Δίκαιο και Οικονομία.* Επίτομος. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα 2004.

Νικόλαος, Μητ. Φθιώτιδος. *Ευθανασία : Έγκλημα ή Ευεργεσία.* Έκδοση Ιεράς Μητρόπολης Φθιώτιδος. <http://freecristians.pblogs.gr/efthanasia.html> 18/04/09 12:15

Νέτα Σ. *Το δίλημμα της ευθανασίας.*

www.fatsimare.net/profile/forum/viewtopic.php?t=3225 22/08/09 00:15

Νέτα Σ. *3.000 θα ήθελαν ευθανασία.*

http://archive.enet.gr/online/online_text/c=112,dt=16.05.2008,id=38490472 25/07/09
22:30

Παναγόπουλος Εμ. *‘Ορισμός και ιστορική εξέλιξη – Αρχές ιατρικής ηθικής’*. Ιερά Σύνοδος της Εκκλησιαστικής Ελληνικής Επιτροπής Βιοηθικής
www.bioethics.org.gr/03_dPanag.html 15/11/08 21:48

Παππάς Β. *Ευθανασία : Ύβρη κατά του Θεού ή λύτρωση;*

www.orthodoxie.net/gr/Texte/Texte_Varia/Pappa_Euthanasie_Gr.html 24/27/09 19:15

Πέρρος Π. *Η ευθανασία ως ηθικό πρόβλημα.*

www.filosofia.gr/thematafilosofias.php?subaction=showfull&id=1117214902&archive=&start_from=&ucat=1 17/04/09 22:15

Pierre J. *Πεθαίνοντας εν ειρήνη*. Επιμέλεια – Μετάφραση Φράγκος Π. Επίτομος. Έκδοση 2^η. Εκδόσεις Zumel. Αθήνα 2002.

Πλάτων. *Πλάτωνος Πολιτεία III*. Επιμέλεια – Μετάφραση Σπυρόπουλος Ηλ. Τόμος 3^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Ζήτηρος. Αθήνα 2004.

Πριάμη Μ, Μερκούρης Αν. (και λοιποί συνεργάτες). *Απόψεις νοσηλευτικού προσωπικού για την ευθανασία*. Νοσηλευτική. Τεύχος 4^ο. Τόμος 1^{ος}. Εκδόσεις ΤΕΧΝΟΓΡΑΜΜΑmed. Αθήνα 2001.

Πρωτοπαπαδάκης Ε. *Η ευθανασία απέναντι στη σύγχρονη Βιοηθική*. Επίτομος. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Σάκκουλα. Αθήνα 2003.

Scott Peck M. *Η άρνηση της ψυχής*. Επιμέλεια – Μετάφραση Παπασταύρου Αν. Επίτομος. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα 1997.

Σουντουρλή Χ. *‘Ναι’ στην ευθανασία υπό προϋποθέσεις*.

www.tragasnet.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=9693;-lr-&catid=69:society&Itemid=148 09/04/09 15:07

Σουντουρλή Χ. *Ξύπνησε από κόμα τραγουδώντας ABBA*. Free Post. Αρ. Φύλλου 152 28/05/09

Σοφουλάκης Λ. *Η Προστασία της Ανθρώπινης Ζωής κατά το Σύνταγμα και τους Νόμους*, Επίτομος. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Σάκκουλα. Αθήνα 1994.

Σπηλιώτης Ι. *Καρκίνος `` Από την άγνοια στο φόβο ``*. Επίτομος. Έκδοση 2^η. Αχαϊκές Εκδόσεις. Πάτρα 1999.

Τεγόπουλος Χ. *Βιοηθική*. Έθνος της Κυριακής. 24/10/1996

Τσαϊτουρίδης Χ. *Η ευθανασία ως συνταγματικό δικαίωμα του ασθενούς*. Ποινικός Λόγος, Τεύχος 3. Αθήνα 2002.

Τσίντου Μ. *Ευθανασία, ένα δίλλημα από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα*.

www.helmedica.gr/items-1-20.htm 05/04/09 22:15

Χριστοδουλίδης Κ. *Μεταμοσχεύσεις. Λύση ή Πρόβλημα;* Επίτομος. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Υπακοή. Αθήνα 1995.

Χριστόδουλος Κ Μητροπολίτης Δημητριάδος *Νεότερες όψεις του προβλήματος της ευθανασίας*. Εκ του τυπογραφείου της Αποστ. Διακονίας. Αθήνα 1986

www.athina984.gr/node/29060 11/04/09 18:27

www.astratv.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=3038&Itemid=45

17/04/09 19:20

www.bestrong.org.gr/el/cancersupport/moraldilemmas/euthanasia/ 17/04/09 19:40

www.bioethics.org 22/11/08 20:15

www.disabled.gr/lib/?p=15780 18/04/09 14:10

www.doctorsofcharity.gr/Gr/DisplayContents.asp?Article=2708 03/07/00 20:30

www.euthanasia\nomikoprovlima.gr 10/11/08 14:04

www.euthanasia\thriskeutikoprovlima.gr 10/11/08 13:32

www.euthanasia\T-4Βικιπαιδεια.gr 02/11/08 16:56

www.focusmag.gr/articles/view-article.rx?oid=44528 21/10/03 11:21

www.homeopathy.gr/homeopathy/euthanasia_homeopathy.html 17/04/09 21:45

www.iatronet.gr/iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=8003 20/04/09 18:00

www.in.gr/news/article.asp?lngEntityID=369967 20/04/09 18:45

www.inout.gr/showthread.php?t=37634 20/04/09 20:00

www.kazam.gr/online/node/54669 18/04/09 13:20

www.lemonde.fr/web/article/0,1-0,36-730053,0.html 02/08/09 22:00

www.parembasis.gr/2001/01_12_16_13.htm 17/04/09 22:00

www.politis.com.cy/cgi-bin/hweb?-A=511&-V=fakeloiarticles 24/07/09 18:00

www.rizospastis.gr/story.do?id=1206136&publDate=2/4/2002 20/04/09 18:30

www.skai.gr/master_story.php?id=34424 17/04/09 23:20

www.skai.gr/master_story.php?id=90798va 17/04/09 23:25

www.tanea.gr/default.asp?pid=31&ct=20&artid=15309&enthDate=26032007 18/04/09
14:15

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Αυτή η αφίσα αναφέρει: "60000 RM (Μάρκα του Ράιχ) είναι το ισόβιο κόστος αυτού του ανάπηρου ατόμου για την κοινωνία. Σύντροφε, αυτά είναι και δικά Σου λεφτά. Διάβασε το "Νέοι Άνθρωποι", την μηνιαία έκδοση του Γραφείου για την Φυλετική Πολιτική του NSDAP (Εθνικοσοσιαλιστικού Κόμματος)".

Πηγή : www.eythanasia\T-4Βικιπαιδεια.gr

ΛΥΤΡΩΣΗ- ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Ε ναι λοιπόν δεν πρόλαβα . Δεν πρόλαβα να το ζητήσω επίσημα ,όμως εσύ ήξερες.
Ήξερες το μοναδικό μου φόβο αυτό που με πάγωνε και με καθιστούσε ανίσχυρο .
Το είχαμε συζητήσει ατέλειωτες φορές. Θυμάσαι ; εσύ για μένα και εγώ για σένα .Ποτέ δε φοβηθήκαμε το θάνατο ,μόνο την ανημποριά. Γι αυτό τώρα δεν μπορώ να καταλάβω γιατί το κάνεις αυτό. Πως μπορείς να με πουλάς τώρα που σε έχω ανάγκη, τώρα που είμαι στο έλεος των άλλων. Ήξερες πως δεν άντεχα ποτέ τον οίκτο κανενός,

Δεν ήθελα να είμαι βάρος σε κανένα ,ήξερες πως η ζωή για μένα δεν είχε νόημα αν δεν μπορούσα να είμαι αυτόνομος. Που είσαι τώρα λοιπόν που σε έχω ανάγκη να μιλήσεις αντί για μένα, να υπερασπιστείς τα θέλω μου, να παλέψεις, να μου δείξεις ότι μ'; αγαπάς ...;ότι μ'; αγάπησες. Με πληγώνει που είσαι κοντά μου αλλά δεν κάνεις τίποτα. Πονάω αφόρητα τόσο που απορώ πως δεν πεθαίνω από την ένταση του πόνου, μέχρι να σταλάξει το μαγικό υγρό που με λυτρώνει για λίγο ,και όλα γίνονται θολά μέχρι την επόμενη επίθεση του άρχοντα πόνου. Τότε σε μισώ με όλη μου την ψυχή γιατί εσύ ήξερες . Μέχρι πριν λίγο καιρό έδινα μόνος μου τις μάχες και τις κέρδιζα. Δεν μπορώ να κουνηθώ πια ,σε λίγο θα κινώ μόνο τα μάτια μου . Αν μπορούσα ,θα έδινα μόνος μου ένα τέλος σ' αυτό το μαρτύριο που είμαι υποχρεωμένος να αντέχω, δεν ξέρω για πόσο, και για ποιο λόγο. Οι γιατροί ήταν σαφείς : **η κατάσταση είναι μη αναστρέψιμη.**

Και εγώ περίμενα ότι θα κράταγες το λόγο σου, όχι ποτέ δεν θα σου ζητούσα να με σκοτώσεις εσύ, γιατί ήξερα ότι δεν θα μπορούσες και δεν ήθελα να κατηγορηθείς άδικα. Όμως περίμενα πως θα πολέμαγες για μένα, μετά από όλα αυτά που είχαμε πει. Θαμίλαγες αντί για μένα.

Και τώρα εδώ με δεκάδες σωληνάκια που με κρατάνε στη ζωή που για μένα είναι θάνατος, υποχρεωμένος να χάνω κάθε μέρα όλο και πιο πολύ την αξιοπρέπειά μου, το δικαίωμά μου να ορίζω τον εαυτό μου ,να έχω τον τελευταίο λόγο.

Αν μπορείς ακόμα να καταλάβεις τι σου λέει το βλέμμα μου αφού δεν μπορώ να μιλήσω πια , να ξέρεις πως με απογοήτευσες πως νιώθω τόσο μόνος όσο δεν μπορείς να φανταστείς. Μόνος απελπισμένος καταδικασμένος να περνάω ένα μαρτύριο που δεν μπορώ να κάνω τίποτα εγώ για να ξεφύγω από αυτό. Δεν ήσουν τελικά δυνατή

Δεν άντεξες το βάρος και με παράτησες στα χέρια τους και στα μηχανήματά τους μια απόδειξη ότι η επιστήμη κάνει το έργο της. Δεν θα σε ξανακοιτάξω στα μάτια αφού δεν μπορείς να δεις μέσα στα δικά μου την απελπισία.

Αν μπορείς πάλεψε για το δικαίωμά μου να έχω ένα καλό και αξιοπρεπή θάνατο.

Αν μπορείς λύτρωσέ με ...;..



Ο Πιερτζόρτζιο Ουέλμπι.

Πηγή : <http://www.skai.gr>



Η Γαλλίδα δασκάλα Chantal Sebire



Μια συσκευή ευθανασίας που εφευρέθηκε από τον Δρ. Philip Nitschke, που διευκόλυνε τη ευθανασία μέσω βαρέων δόσεων φαρμάκων. Η οθόνη laptop καθοδηγούσε το χρήστη μέσω μιας σειράς βημάτων και ερωτήσεων για να διασφαλιστεί ότι αυτός/αυτή ήταν πλήρως έτοιμοι. Η μηχανή βρίσκεται σε μουσείο.

Πηγή: <http://en.wikipedia.org/wiki/Euthanasia>

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΡΕΥΝΑ ΜΕ ΘΕΜΑ :

Σύγχρονη αντίληψη για την ευθανασία.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΦΥΛΟ : ΑΡΡΕΝ ΘΥΛΗ

ΗΛΙΚΙΑ :

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ :

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΚΑΝΕΝΑ
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Πόσο ενημερωμένος είστε για την ευθανασία ;

Πολύ Αρκετά Λίγο Καθόλου

2. Ως ευθανασία θα ορίζατε :

Τη θανάτωση ατόμων που εμφανίζουν κάποιο σοβαρό και ανίατο νόσημα ή κατάσταση εξ' αιτίας των οποίων η ζωή τους γίνεται ιδιαίτερος δύσκολη ή και αφόρητη.

Τη θανάτωση ατόμων μετά από δική τους παράκληση, ως το μέγιστο δικαίωμά τους να αποφασίσουν για το τέλος της ζωής τους.

3. Είναι η ευθανασία σύμφωνη με τα θρησκευτικά σας πιστεύω ;

Ναι Όχι

4. Πιστεύετε ότι θα έπρεπε να νομιμοποιηθεί η ευθανασία στην Ελλάδα ;

Ναι Όχι

5. Εάν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να αποφασίσει για τον εαυτό του, ποιος θα έπρεπε να πάρει την τελική απόφαση ;

Ιατρικό προσωπικό Συγγενείς Κανείς

6. Πιστεύετε ότι η ευθανασία αποτελεί δικαίωμα του ανθρώπου στην ελεύθερη βούληση ;

Ναι Όχι

7. Θα μπορούσε να θεωρηθεί η ευθανασία μορφή αυτοκτονίας ή φόνου ;

Ναι Όχι

8. Τι αντίκτυπο πιστεύετε ότι θα είχε η ευθανασία στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ;

Τύψεις Ηθικά προβλήματα
Συναισθηματικά προβλήματα Τίποτα

9. Πιστεύετε ότι θα μπορούσαν να συμβούν εγκληματικές ενέργειες με πρόφαση την ευθανασία ; (π.χ περιουσιακά στοιχεία, απαλλαγή από έξοδα νοσηλείας, παράνομη μεταμόσχευση)

Ναι Όχι

10. Πιστεύετε ότι η ευθανασία θα έπρεπε να εφαρμόζεται σε :

Τελικό στάδιο ανίατων ασθενειών
Ασθένειες που χαμηλώνουν το επίπεδο ζωής (π.χ Τετραπληγία,)
Χρόνια κωματώδη κατάσταση
Διακοπή κύησης (ευγονική ευθανασία)
Μηχανική υποστήριξη ζωής
Κι άλλες περιπτώσεις
Σε καμία περίπτωση

11. Συμφωνείτε με τη στέρηση των αναγκαίων για τη ζωή και την εγκατάλειψη του ασθενή σε φυσική επέλαση του θανάτου ; (Ορθοθανασία)

Ναι Όχι

12. Έχετε συμμετάσχει στο παρελθόν έστω μια φορά σε απόφαση ευθανασίας ; (π.χ διακοπή κύησης, αποσύνδεση από μηχανήματα)

Ναι Όχι

13. Θα παίρνατε ποτέ την ευθύνη για ευθανασία σε άμεσα συγγενικό σας πρόσωπο ;

Ναι Όχι

14. Θα παίρνατε ποτέ την ευθύνη για ευθανασία στον εαυτό σας ;

Ναι Όχι

15. Αν έπρεπε να αποφασίσετε ποιον θα συμβουλευόσαστε ;

Γιατρό Νοσηλεύτη Συγγενή Κανέναν

Σας ευχαριστώ για το χρόνο σας
Η σπουδάστρια: Ηλιοπούλου Ιουλία

ΦΥΛΛΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ

	<u>ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ</u>
<u>ΗΛΙΚΙΑ</u>	10
18 – 65	11
65 - άνω	12
<u>ΕΡΩΤΗΣΗ 1^η</u>	20
Πολύ	21
Αρκετά	22
Λίγο	23
Καθόλου	24
<u>ΕΡΩΤΗΣΗ 2^η</u>	30
Ορισμός	31
Λάθος ορισμός	32
<u>ΕΡΩΤΗΣΗ 3^η</u>	40
Ναι	41
Όχι	42
<u>ΕΡΩΤΗΣΗ 4^η</u>	50
Ναι	51
Όχι	52
<u>ΕΡΩΤΗΣΗ 5^η</u>	60
Ιατρικό προσωπικό	61

Συγγενής	62
Κανείς	63
<u>ΕΡΩΤΗΣΗ 6^η</u>	70
Ναι	71
Όχι	72
<u>ΕΡΩΤΗΣΗ 7^η</u>	80
Ναι	81
Όχι	82
<u>ΕΡΩΤΗΣΗ 8^η</u>	90
Τύψεις	91
Ηθικά προβλήματα	92
Συναισθηματικά προβλήματα	93
Τίποτα	94
<u>ΕΡΩΤΗΣΗ 9^η</u>	100
Ναι	101
Όχι	102
<u>ΕΡΩΤΗΣΗ 10^η</u>	110
Τελικό στάδιο ανίατων ασθενειών	111
Χαμηλό επίπεδο ζωής	112
Χρόνια κωματώδης κατάσταση	113
Διακοπή κήσης	114

Μηχανική υποστήριξη	115
Άλλη περίπτωση	116
Καμία περίπτωση	117
<u>ΕΡΩΤΗΣΗ 11^η</u>	120
Ναι	121
Όχι	122
<u>ΕΡΩΤΗΣΗ 12^η</u>	130
Ναι	131
Όχι	132
<u>ΕΡΩΤΗΣΗ 13^η</u>	140
Ναι	141
Όχι	142
<u>ΕΡΩΤΗΣΗ 14^η</u>	150
Ναι	151
Όχι	152
<u>ΕΡΩΤΗΣΗ 15^η</u>	160
Γιατρό	161
Νοσηλεύτη	162
Συγγενή	163
Κανέναν	164

