

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**



**ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ:
ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΓΚΑΤΖΩΝΗ ΕΛΙΣΑΒΕΤ

ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ ΡΟΖΑ

ΚΑΡΠΟΥΖΑ ΕΡΜΙΟΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΘΕΟΦΑΝΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2017

**ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ:
ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η συντακτική ομάδα της πτυχιακής εργασίας με τίτλο «Ευθανασία: Γνώσεις και στάσεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού», του τμήματος Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης, θέλει να ευχαριστήσει θερμά τον καθηγητή κ. Θεοφανίδη Δημήτριο κυρίως για τη συνεχή καθοδήγηση, την αμέριστη υποστήριξη, τις ουσιώδεις συμβουλές, καθώς και την αδιάκοπη συμπαράσταση και ενθάρρυνση που μας παρείχε όλο αυτό το διάστημα.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες απευθύνουμε στην Προϊσταμένη της ΜΕΘ του Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου την κα. Νταντανά Ασημίνα για την έμπειρη καθοδήγησή της. Ένα μεγάλο μέρος της πτυχιακής μας εργασίας και των ερωτηματολογίων στηρίζεται σε προσωπικές της σημειώσεις, που τόσο απλόχερα μας χάρισε. Την ευχαριστούμε λοιπόν από τα βάθη της καρδιάς μας για το ενδιαφέρον και τις γνώσεις που μας προσέφερε.

Ευχαριστίες οφείλουμε και στον κ. Κρανιδιώτη Γεώργιο για την άδεια που μας παραχώρησε να στηρίζουμε ένα μεγάλο μέρος των ερωτηματολογίων μας στη δική του έρευνα.

Επίσης θα θέλαμε να απευθύνουμε ένα μεγάλο και εγκάρδιο ευχαριστώ στους ήρωες της καθημερινότητάς μας, τους γονείς μας, οι οποίοι μας στηρίζουν ηθικά και οικονομικά όλα αυτά τα χρόνια με διάφορους τρόπους, φροντίζοντας για την καλύτερη δυνατή μόρφωσή μας, δίνοντάς μας κουράγιο να προχωρούμε και να υπερπηδούμε κάθε εμπόδιο για να φτάσουμε στο στόχο μας.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους άμεσα εμπλεκόμενους για την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας, οι οποίοι προσέφεραν τον χρόνο τους στις απαντήσεις των ερωτηματολογίων μας. Η βοήθειά τους θεωρείται πολύτιμη, καθώς χωρίς τη συμβολή τους η εργασία μας δεν έφτανε στο τέλος της.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η συγγραφή της πτυχιακής εργασίας με θέμα «Ευθανασία: Γνώσεις και στάσεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού» εκπονήθηκε στα πλαίσια των υποχρεώσεών μας για την ολοκλήρωση του κύκλου σπουδών μας στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Αλεξάνδρειου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης.

Η επιθυμία μας να αποτελέσει το συγκεκριμένο θέμα αντικείμενο ερευνητικής μελέτης υποκινήθηκε ως επί το πλείστον, από το γεγονός ότι αποτελεί ένα από τα πιο περίπλοκα και φλέγοντα ηθικά ζητήματα των ημερών μας, το οποίο ως μελλοντικοί Επαγγελματίες Υγείας είναι πιθανό να αντιμετωπίσουμε. Εξαιρώντας τις δυσκολίες που συναντάμε κατά την εκπόνηση της εργασίας μας, πρέπει να επισημάνουμε ότι η ικανοποίηση που αισθανόμαστε μετά την ολοκλήρωση της, είναι απερίγραπτη.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Κεφάλαιο 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ- ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

1.1. Εισαγωγή- Ορισμός.....	1
1.2. Είδη και μορφές ευθανασίας.....	3
1.2.1. Διάκριση με κριτήριο το υποκείμενο της λήψης αποφάσεων.....	3
1.2.2. Διάκριση με κριτήριο τον τρόπο υποβοήθησης και εκτέλεσης της ευθανασίας.....	4

Κεφάλαιο 2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

2.1. Αρχαία Ελλάδα.....	8
2.2. Μεσαίονας.....	9
2.3. Νεότεροι χρόνοι.....	9
2.4. Ναζιστική Γερμανία και σύγχρονη ιστορία.....	10

Κεφάλαιο 3. ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

3.1. Το ισχύον νομικό πλαίσιο στις Ευρωπαϊκές χώρες.....	11
3.2. Το ισχύον νομικό πλαίσιο στην Αμερική.....	14
3.3. Το ισχύον νομικό πλαίσιο στην Ιαπωνία.....	16
3.4. Το ισχύον νομικό πλαίσιο στην Αυστραλία.....	17

Κεφάλαιο 4. ΗΘΙΚΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

4.1. Η ιατρική ηθική.....	18
4.2. Η νοσηλευτική ηθική.....	20

Κεφάλαιο 5. ΟΙ ΘΡΗΣΚΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

5.1. Χριστιανισμός.....	23
5.2. Ινδουισμός.....	24
5.3. Ισλαμισμός.....	25
5.4. Βουδισμός.....	25
5.5. Ιουδαϊσμός.....	25
5.6. Μάρτυρες του Ιεχωβά.....	25

Κεφάλαιο 6. ΙΑΤΡΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

6.1. Εγκεφαλικός Θάνατος.....	26
6.2. Διαταραχές επιπέδου συνείδησης (Κώμα).....	29
6.3. Καρκινοπαθείς ασθενείς στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)- Ασθενείς τελικού σταδίου.....	30

Κεφάλαιο 7. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

7.1. Σκοπός της Έρευνας.....	33
7.2. Υλικό και Μέθοδος.....	33
7.3. Ερευνητικό ερώτημα.....	34
7.4. Ερωτηματολόγιο.....	34

Κεφάλαιο 8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

8.1. Περιγραφική στατιστική του δείγματος.....	35
8.2. Αναλυτική στατιστική.....	56
8.3. Συζήτηση.....	66

Κεφάλαιο 9. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ, ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

9.1. Περιορισμοί της έρευνας.....	68
9.2. Συμπεράσματα.....	69
9.3. Προτάσεις.....	70

Περίληψη.....	71
----------------------	-----------

Βιβλιογραφία.....	72
--------------------------	-----------

Παραρτήματα.....	78
-------------------------	-----------

- Παράρτημα 1
- Παράρτημα 2
- Παράρτημα 3
- Παράρτημα 4

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ- ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ- ΟΡΙΣΜΟΣ

Συχνά υποστηρίζεται ότι οι σύγχρονες εξελίξεις στην ιατρική τεχνολογία, όπως τα αντιβιοτικά, η μεταμόσχευση και οι μονάδες εντατικής θεραπείας έχουν συνεισφέρει στην εμφάνιση ηθικών διλημάτων που αντιμετωπίζουν οι γιατροί στον 21ο αιώνα. Ωστόσο στην πραγματικότητα θέματα που αφορούν το τέλος της ζωής όπως η ευθανασία αποτελούν περίπλοκα ηθικά ζητήματα και απασχολούν τους γιατρούς ήδη από την αρχαιότητα. Ο όρκος του Ιπποκράτη, ο οποίος συντάχθηκε γύρω στον 4ο αιώνα π.Χ., από τη μία δηλώνει «δεν θα χορηγήσω κανένα θανατηφόρο φάρμακο, όποιος κι αν μου το ζητήσει και δεν θα δώσω καμία τέτοια συμβουλή» («Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑφηγήσομαι ζυμβουλίην τοιήνδε») και από την άλλη παροτρύνει τον γιατρό «να μην επεμβαίνει στις περιπτώσεις κατά τις οποίες οι άρρωστοι έχουν πια τελείως νικηθεί από την αρρώστια τους» και αυτό «με πλήρη συνείδηση πως η Ιατρική δεν έχει τη δύναμη να κάνει το παν» (Ιπποκράτης).

Εξαιτίας της ραγδαίας προόδου στον τομέα της τεχνολογίας και της ιατρικής επιστήμης, είναι πλέον εφικτή η παράταση της διάρκειας της ζωής, για μεγάλο χρονικό διάστημα, ενός βαρέως πάσχοντος ασθενούς, ο οποίος παλαιότερα θα είχε αποβιώσει. Συνεπώς, όλο και συχνότερα ο θάνατος είναι το αποτέλεσμα ιατρικών παρεμβάσεων λήψης αποφάσεων που πραγματοποιούνται στο τέλος της ζωής. Τα ηθικά διλήματα που αντιμετωπίζουν οι γιατροί (και όχι μόνο), κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων τέλους της ζωής, έχουν εκτεταμένα συζητηθεί τις τελευταίες δεκαετίες στη βιβλιογραφία. Παρόλη όμως την πρόοδο που έχει σημειωθεί σε ερευνητικό αλλά και σε κλινικό επίπεδο, οι επιστημονικές κοινότητες δεν κατάφεραν να επιτύχουν ομοφωνία κι αυτό δεν αφορά μόνο στους ορισμούς αλλά και στις κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν την καθημερινή κλινική πράξη. Πολλές μελέτες αποδεικνύουν ότι οι διαφοροποιήσεις στη λήψη αποφάσεων τέλους της ζωής μεταξύ των διαφόρων χωρών αλλά ακόμη και μεταξύ των ΜΕΘ της ίδιας χώρας είναι τεράστιες. Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, το πολιτισμικό επίπεδο, τα ήθη και οι συνήθειες αλλά και το νομικό σύστημα είναι μερικοί από τους παράγοντες που θεωρείται ότι επηρεάζουν τη διαμόρφωση των αντιλήψεων για το Τέλος της Ζωής. Συνεπώς, το ζήτημα της ευθανασίας το οποίο εντάσσεται στον διάλογο που αφορά τις αποφάσεις ΤτΖ, δικαίως συγκεντρώνει σταθερά το ενδιαφέρον των επιστημόνων, γιατρών, νομικών, βιοηθικών, τις τελευταίες δεκαετίες.

Ο διάλογος για τον ορισμό της ευθανασίας αναπόφευκτα συμπεριλαμβάνει τις αποφάσεις Τέλους της Ζωής οι οποίες στην πραγματικότητα δεν είναι τίποτε άλλο παρά ο περιορισμός ή/και η απόσυρση διαφόρων θεραπευτικών παρεμβάσεων, όταν αυτές κρίνονται μάταιες, μη αποτελεσματικές ή ότι παρατείνουν το μαρτύριο του θανάτου του ασθενούς.

Πέντε τουλάχιστον κλινικές καταστάσεις θέτουν τον προβληματισμό για το αν η μη έναρξη, ή ο περιορισμός θεραπειών είναι πράξη αναίρεσης-αφαίρεσης; της πλέον απαξιωμένης ανθρώπινης ζωής λόγω της αρρώστιας, του πόνου και της απελπισίας που βιώνει ο πάσχων κι αν τελικά συνιστούν «ευθανασία»:

- I. Η μη διενέργεια επείγουσας καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης σε περίπτωση καρδιακής ανακοπής.
- II. Η μη θεραπεία αναστρέψιμης νόσου σε αρρώστους με επώδυνη, μη αναστρέψιμη, τελικού σταδίου πρωτογενή νόσο.
- III. Η διακοπή της υποστήριξης των ζωτικών λειτουργιών με μηχανικά μέσα ασθενών που υπέστησαν Εγκεφαλικό Θάνατο.
- IV. Η παροχή βοήθειας στον άρρωστο ώστε να θέσει ο ίδιος τέρμα στην ζωή του (υποβοήθηση αυτοκτονίας).
- V. Η χορήγηση θανατηφόρων δόσεων φαρμάκων με σκοπό την ευθανασία.

Οι πρώτες τρεις ενέργειες χαρακτηρίζονται ως «παθητική ευθανασία». Η τέταρτη καλείται ως «υποβοηθούμενη αυτοκτονία» και η πέμπτη ως «ενεργητική ευθανασία».

Εξίσου, ισχυρός είναι ο προβληματισμός περί της ηθικής σημασίας της διάκρισης μεταξύ του να θανατώνουμε και του να αφήνουμε κάποιον να πεθάνει. Στη συζήτηση γύρω από την ευθανασία και την υποβοηθούμενη ιατρικά αυτοκτονία, η διάκριση μεταξύ της θανάτωσης και της απραξίας μπροστά στον επικείμενο θάνατο λαμβάνει ηθικές και νομικές διαστάσεις. Οι 2 κυρίαρχες απόψεις σχετικά με τον προβληματισμό αυτό είναι 1) ο τερματισμός της ζωής ενός ασθενούς είναι αιτιολογημένος όταν προκαλεί λιγότερο πόνο στον ασθενή από ότι θα του προκαλούσε αν θα τον αφήναμε να πεθάνει (James Rachels, 1975) και 2) ο τερματισμός της ζωής ενός ασθενούς δεν είναι αιτιολογημένος ακόμα και αν υποφέρει λιγότερο καθώς η θανάτωση είναι λάθος από ηθική άποψη (Edmund Pellegrino, 1992).

Όμως σε ποιές περιπτώσεις η ιατρική επιστήμη δεν μπορεί να κάνει το παν και τι είναι το παν για κάθε ασθενή; Πού επιμηκύνουμε τη ζωή και πού τη διαδικασία του θανάτου; Ποιά είναι η θέση του γιατρού και ποιά του ασθενούς; Θεωρείται λογική ή ανθρώπινη η άρνηση της κοινωνίας, της νομοθεσίας και των γιατρών στο αίτημα ενός θνήσκοντος ασθενούς για υποβοήθηση να θέσει τέλος στη ζωή του εφόσον ο πόνος, η απελπισία και η απαντοχή τον έχουν οδηγήσει στη διατύπωση αυτού του αιτήματος; Η δυσκολία έγκειται στις απαντήσεις αυτών των ερωτημάτων, καθώς αποτελούν ηθικά διλήμματα που εμφανίζονται λίγο πριν το τέλος της ζωής.

1.2.ΕΙΔΗ ΚΑΙ ΜΟΡΦΕΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

1.2.1. ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΜΕ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΤΟ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΣ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ

I. Εκούσια ή εθελοντική Ευθανασία

Η εκούσια ή εθελοντική ευθανασία (Voluntary euthanasia) αναφέρεται στον τερματισμό της ζωής ύστερα από αίτηση του πάσχοντος ασθενούς σε ανίατη και επώδυνη ασθένεια και γίνεται:

α) Με τη λήψη από τον ίδιο θανατηφόρα δόσεως κάποιας ουσίας (= ευθανασία διά της αυτοκτονίας) ή β) Με τη χορήγησή της σε κάποιον που τη ζητεί - συνήθως από γιατρό - σαν ένα είδος βοήθειας. Η βοήθεια όμως αυτή, αποτελεί πράξη συμμετοχής σε αυτοκτονία και τιμωρείται αυστηρά κατά το άρθρο 301 του Ελληνικού Ποινικού Κώδικα (Π.Κ.). Στην κατηγορία αυτή εντάσσεται και η «υποβοηθούμενη αυτοκτονία», η οποία θα αναλυθεί περαιτέρω στη συνέχεια (G. Zdenkowski, 1997, British Humanist Association for the one life we have, 2014 Chris Ferrante, 2013).

Σε αυτή τη μορφή ευθανασίας το σύνηθες πρόβλημα που υφίσταται αφορά τους παράγοντες, οι οποίοι «καθοδηγούν» την απόφαση του ασθενούς. Συνήθως, η απόφασή του επέρχεται ως αναπόφευκτο αποτέλεσμα του ισχυρού ψυχικού stress ή των αφόρητων πόνων που οφείλονται στην ασθένειά του (Ε. Συμεωνίδου- Καστανίδου, 2001).

II. Μη εκούσια Ευθανασία

Η μη εκούσια ευθανασία (Involuntary euthanasia), αφορά τις περιπτώσεις όπου οι πάσχοντες δεν βρίσκονται σε θέση να εκφράσουν την επιθυμία να πεθάνουν π.χ. ασθενείς σε κώμα, βρέφη, περιπτώσεις ακραίας γεροντικής άνοιας και γενικότερα ασθενείς που δεν έχουν την ικανότητα να επικοινωνήσουν για ποικίλους λόγους. Ουσιαστικά, αυτό το είδος της ευθανασίας αναφέρεται στον τερματισμό της ζωής χωρίς τη συγκατάθεση του πάσχοντος ασθενούς και συνεπώς ομιλούμε για καταχρηστική χρήση του όρου ευθανασία.

III. Ακούσια Ευθανασία

Η ακούσια ευθανασία (Non-voluntary euthanasia) σχετίζεται με την περίπτωση κατά την οποία ο ασθενής μπορεί να εκδηλώσει την επιθυμία να πεθάνει, δηλαδή έχει την ικανότητα να συναινέσει, αλλά δεν είναι το ζητούμενό του. Ο τερματισμός της ζωής σε αυτή τη μορφή ευθανασίας προσφέρεται από τρίτο πρόσωπο προς τον ασθενή χωρίς προηγουμένως να έχει ληφθεί ή να μπορεί να ληφθεί η σύμφωνη γνώμη του τελευταίου και τιμωρείται από τον Ελληνικό Ποινικό Κώδικα ως «ανθρωποκτονία εκ προθέσεως» κατά το άρθρο 299 Π.Κ. (Αβραμίδης Αθανάσιος, 1995).

1.2.2. ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΜΕ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΥΠΟΒΟΗΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Με κριτήριο τη μορφή παρέμβασης στην αγωγή του ασθενούς η εκούσια ευθανασία διαχωρίζεται από την ιατρική και νομική θεωρία σε ενεργητική και παθητική ευθανασία:

1.2.2.a. Ενεργητική ευθανασία

I. Η κατά κυριολεξία ευθανασία

Ο όρος «*κατά κυριολεξία ευθανασία*» αναφέρεται στην παροχή βοήθειας κατά το θάνατο, η οποία αποσκοπεί στη μείωση των πόνων και δεν επιφέρει σύντμηση της ζωής. Εφόσον με αυτό το είδος ευθανασίας δεν προκαλείται ο θάνατος άλλου προσώπου, δεν εντάσσεται εννοιολογικά στην πράξη της ανθρωποκτονίας (Συμεωνίδου- Καστανίδου Ε., 2001).

Η λήψη όλων των απαραίτητων μέτρων από τον γιατρό, ώστε να ανακουφίσει από τους πόνους τον πάσχον αποτελεί ιατρικό καθήκον απέναντι στον ασθενή του. Εξίσου σημαντική είναι η υποχρέωση του γιατρού να θεραπεύσει τον πάσχοντα ασθενή κατά το ιατρικό του χρέος και να λάβει τα κατάλληλα μέτρα για να μην υποφέρει. Ωστόσο, αυτός ο περιορισμός του πόνου και της οδύνης επιτυγχάνεται τις περισσότερες φορές με επέμβαση στη σωματική ακεραιότητα του ασθενούς (π.χ. ενέσιμη χορήγηση ουσιών που προκαλούν σοβαρές εγκεφαλικές βλάβες) γεννώντας το θέμα σωματικής βλάβης, το οποίο δεδομένου του επικείμενου θανάτου δύσκολα μπορεί να δικαιολογηθεί με τη σύγκρουση καθηκόντων για να αρθεί ο άδικος χαρακτήρας της πράξης (Συμεωνίδου- Καστανίδου Ε., 2001).

II. Ευθεία-Άμεση ενεργητική Ευθανασία

Σε αυτή τη μορφή, η ζωή του ασθενούς επισπεύδεται με άμεση συμπλοκή του γιατρού ή άλλου προσώπου, η οποία επιφέρει αμέσως το θάνατο και γίνεται με τη λήψη μέτρων για τη μείωση του πόνου που θα έχουν ως βέβαιο το αναμενόμενο αποτέλεσμα. Αποτελεί έγκλημα ανθρωποκτονίας (ανθρωποκτονία κατ' απαίτηση, όταν συντρέχουν οι όροι του άρθρου 300 του Ποινικού Κώδικα ή της βασικής μορφής της ανθρωποκτονίας σύμφωνα με το άρθρο 299 του ΠΚ) (Συμεωνίδου- Καστανίδου Ε., 2006) και δεν τίθεται θέμα άρσης του αδικού αν το απαιτήσει ο ετοιμοθάνατος, αν υπάρχει η συναίνεσή του ή αν βρίσκεται σε ελεεινή σωματική και ψυχική κατάσταση. Συνεπώς, η ανθρώπινη ζωή ως προστατευόμενο έννομο αγαθό βρίσκεται σαφέστατα σε υψηλότερη στάθμη προστασίας από τα υπόλοιπα έννομα αγαθά, λόγω χάρη η ποιότητα της ζωής του ασθενούς.

Σύμφωνα με την σημερινή επικρατούσα -στον ευρωπαϊκό και ελληνικό χώρο- άποψη η άμεση ενεργητική ευθανασία θεωρείται άδικη και αξιόποινη πράξη. Η άποψη αυτή στηρίζεται στο επιχείρημα ότι το γεγονός πως ο ασθενής πεθαίνει, ακόμα και με επώδυνο τρόπο, δεν επηρεάζει τον καταρχήν άδικο χαρακτήρα της ανθρωποκτονίας, εφόσον η ανθρώπινη ζωή μέχρι και την τελευταία στιγμή έχει την ίδια αξία. Γι αυτό λοιπόν και θα πρέπει να είναι στην υψηλότερη στάθμη προστασίας σε κάθε περίπτωση. Πάντως κατά διαστήματα έχουν υποστηριχθεί απόψεις κατά τις οποίες το άδικο της ευθείας ενεργητικής ευθανασίας υπάρχει η πιθανότητα να αρθεί μέσω της κατάστασης ανάγκης. Για τον λόγο αυτό, η ελληνική θεωρία τονίζει ότι η ευθανασία γίνεται προς το αληθές συμφέρον του ασθενούς και με αυτόν τον τρόπο αίρεται ο άδικος χαρακτήρας της ανθρωποκτονίας (Χωραφάς Ν., 1978 και Κατσαντώνης Α., 1956). Η άρση του αδικού χαρακτήρα της ισχύει σε καταστάσεις τραγικών διλημμάτων της ζωής, τα οποία οδηγούν τον δράστη σε άρση του καταλογισμού και απαλλαγή από τη ποινή εξαιτίας υπέρβασης του ανθρωπίνου φευκτού της υπαιτιότητας (Συμεωνίδου- Καστανίδου, 2007 και Μαργαρίτης Μ., 2008).

III. Έμμεση ενεργητική Ευθανασία.

Ως έμμεση ενεργητική ευθανασία χαρακτηρίζεται η καταπολέμηση των πόνων σε άτομα τα οποία πάσχουν από ανίατες σοβαρές ασθένειες που οδηγούν στο θάνατο, όταν η μείωση των πόνων έχει ως ενδεχόμενη συνέπεια και την πρόκληση του θανάτου (Συμεωνίδου- Καστανίδου Ε., 2007, Μπέκας Γ., 2004 και Καίσαρης Π., 1999). Ειδικότερα, αυτή η μορφή ευθανασίας περιλαμβάνει τη λήψη μέτρων από τον γιατρό με σκοπό την παράταση της ζωής του ασθενούς ή την ανακούφιση από τους πόνους με ενδεχόμενη συνέπεια την επέλευση του θανάτου (Μαργαρίτης Μ., 2009 και Συμεωνίδου- Καστανίδου Ε., 2007). Ανάλογα μέτρα είναι η χορήγηση κάποιου αναλγητικού ή φαρμάκου για παρατεταμένο χρονικό διάστημα ή μία επέμβαση. Πιο συγκεκριμένα, στην έμμεση ευθανασία εντάσσονται κυρίως οι περιπτώσεις παυσίπονων ουσιών, η επίδραση των οποίων δεν μπορεί να εκτιμηθεί πλήρως ή η υιοθέτηση μιας φαρμακευτικής αγωγής που τηρείται για μεγάλο χρονικό διάστημα ως συνέπεια της οποίας δεν μπορεί να αποκλειστεί μία τελική βλάβη του οργανισμού που τελικά θα οδηγήσει στο θάνατο (Συμεωνίδου- Καστανίδου Ε., 2001).

Επομένως, η διαφορά της έμμεσης ευθανασίας από την ευθεία ενεργητική ευθανασία έγκειται ως προς την υπαιτιότητα του δράστη. Στην ευθεία το αποτέλεσμα του θανάτου καλύπτεται από άμεσο δόλο α' ή β' βαθμού(υπάρχει η γνώση του αποτελέσματος του θανάτου και αυτός επιδιώκεται ως μέσο ανακούφισης από τους πόνους ή εμφανίζεται ως βέβαιη συνέπεια της μείωσης των πόνων), ενώ στην έμμεση η συνέπεια του θανάτου είναι ενδεχόμενη, συνεπώς μπορεί να καλύπτεται από ενδεχόμενο δόλο (ο θάνατος είναι αποδεκτός ως πιθανή παρενέργεια) ή ενσυνείδητη αμέλεια (γνωρίζει ως ενδεχόμενο και ελπίζει να αποφύγει τη συνέπεια του θανάτου).

Στο πλαίσιο της έμμεσης ενεργητικής ευθανασίας η επιτρεπόμενη κινδυνώδης δράση θα άρει το άδικο, όταν ισχύσουν οι εξής αναγκαίες προϋποθέσεις:

- Να υπάρχει προηγούμενη πλήρης ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με τη συγκεκριμένη ιατρική πράξη.
- Να υπάρχει συναίνεση του ασθενούς για την υιοθέτηση της αγωγής ή την τέλεση της επέμβασης.
- Να γίνει πραγματοποίηση της αγωγής ή της επέμβασης από τον γιατρό ή να είναι υπό την επίβλεψή του.
- Να θεωρείται η υιοθέτηση της αγωγής ή η τέλεση της επέμβασης ιατρικά ενδεδειγμένη.
- Η ιατρική πράξη να είναι τελούμενη *lege artis*, δηλαδή με βάση γενικά παραδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης (Συμεωνίδου- Καστανίδου Ε., 2001).

1.2.2.β. Παθητική ευθανασία

Η ευθανασία εκτός από τις περιπτώσεις που τελείται με πράξη, δηλαδή στην «έμμεση» και «άμεση ενεργητική ευθανασία» είναι δυνατόν να τελειστεί και με παράλειψη, οπότε γίνεται λόγος για «παθητική ευθανασία». Στην έννοια αυτής της μορφής ευθανασίας εμπίπτει το σύνολο των περιπτώσεων κατά τις οποίες η θεραπευτική αγωγή που είναι ικανή να παρατείνει το χρονικό διάστημα ζωής του ασθενούς δεν εφαρμόζεται ή δεν παρατείνεται. Πιο συγκεκριμένα, η παθητική ευθανασία ορίζεται ως η ηθελημένη διακοπή ή παράλειψη θεραπείας σε ασθενή με ανίατη ασθένεια, ώστε να πεθάνει ανεμπόδιστος. Είναι η παραίτηση από κάθε τεχνητό μέσο που μπορεί να παρατείνει τη ζωή σε έναν ασθενή, ο οποίος βρίσκεται στην πορεία του θανάτου (Ευαγγέλου Ι., 1999). Συνεπώς, η παθητική ευθανασία συνδέεται άμεσα με την ραγδαία ανάπτυξη στον τομέα της τεχνολογίας, αφού έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία μηχανημάτων, φαρμάκων ή μεθόδων, που επιτυγχάνουν τη διατήρηση των ζωτικών λειτουργιών για παρατεταμένο χρονικό διάστημα επιβραδύνοντας την έλευση του θανάτου, που υπό άλλες συνθήκες θα είχε ήδη επέλθει.

Η παθητική ευθανασία διακρίνεται σε τρεις περιπτώσεις :

- Ο ασθενής έχει εκφράσει ρητά την αντίθεσή του με την έναρξη ή τη συνέχιση μιας θεραπευτικής αγωγής που μπορεί να ανακόψει την εξέλιξη του κινδύνου (π.χ. διαθήκες ευθανασίας).
- Ο ασθενής να μην είναι σε θέση να αποφασίσει ή να εκφράσει έγκυρα τη βούλησή του για την έναρξη ή τη συνέχιση της θεραπευτικής αγωγής.
- Η παθητική ευθανασία παρά τη δήλωση του ασθενούς ότι επιθυμεί να ληφθούν μέτρα παράτασης της ζωής του (Συμεωνίδου- Καστανίδου, 2001).

1.2.2.γ. Ειδικότερες περιπτώσεις ευθανασίας

Εκτός από τις προαναφερθείσες βασικές μορφές ευθανασίας υπάρχουν και άλλες περαιτέρω μορφές, οι οποίες θα αναλυθούν στην συνέχεια. Σε αυτές περιλαμβάνονται η αποσύνδεση από μηχανήμα τεχνητής διατήρησης στη ζωή, η συμμετοχή σε αυτοκτονία και η πρόωρη ευθανασία νεογνών.

I. Αποσύνδεση από μηχανήμα τεχνητής διατήρησης στη ζωή

Πρωτίστως, πρέπει να επισημανθεί ότι η χρήση του όρου ευθανασία για αυτές τις περιπτώσεις προβληματίζει, διότι η αποσύνδεση δεν απελευθερώνει τον αναισθητο ασθενή από έναν επώδυνο θάνατο (Συμεωνίδου- Καστανίδου Ε., 2007). Παρά ταύτα, η θεωρία αυτή εντάσσεται στην έννοια της ευθανασίας. Επιπρόσθετα, πολλές φορές η αποσύνδεση του ασθενή από μηχανήμα τεχνητής διατήρησης της ζωής, ο οποίος δεν υπάρχει πιθανότητα να ανακτήσει τις αισθήσεις του, αναφύει το ζήτημα σχετικά με το αν εμπίπτει στην ενεργητική ή παθητική ευθανασία. Σύμφωνα με τη συγγραφέα Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε. στο άρθρο της με τίτλο «*Εγκλήματα κατά της ζωής*», η περίπτωση αυτή εντάσσεται στην προβληματική της παθητικής ευθανασίας αν και προϋποθέτει θετική πράξη και όχι παράλειψη. Εν προκειμένω, ο ασθενής δεν υποφέρει αλλά η εκτίμηση του γιατρού για τη ματαιότητα της τεχνητής του υποστήριξης είναι που τον ωθεί στην ευθανασία με τον συγκεκριμένο τρόπο, ο οποίος τελικά προσομοιάζει με την ευθεία ενεργητική ευθανασία.

II. Η συμμετοχή σε αυτοκτονία-Υποβοηθούμενη αυτοκτονία

Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία αποτελεί υπό προϋποθέσεις άλλη μία μορφή ευθανασίας. Κατά την συμμετοχή σε αυτοκτονία παρέχονται μέσα, με τα οποία είναι γνωστό ότι ο δέκτης έχει σκοπό να τερματίσει τη ζωή του. Ειδικότερα, η *υποβοηθούμενη ιατρικά αυτοκτονία* (medically assisted suicide) σχετίζεται με την παροχή φαρμάκων ή άλλων παρεμβάσεων από τον ίδιο τον γιατρό, με σκοπό ο ασθενής να τα χρησιμοποιήσει. Με άλλα λόγια, η συμμετοχή σε αυτοκτονία αναφέρεται στη περίπτωση που ο γιατρός καταπαίθει ασθενή του (που πεθαίνει με πόνο) να αυτοκτονήσει ή να του παρέχει τα απαραίτητα μέσα για το σκοπό αυτό (Συμεωνίδου- Καστανίδου, 2006). Η διαφορά με τις άλλες μορφές ευθανασίας έγκειται στο ότι ο θάνατος επέρχεται από το ίδιο το θύμα με τη έμμεση συνδρομή του γιατρού (Συμεωνίδου- Καστανίδου Ε., 2007).

Διεθνή σάλιο είχε προκαλέσει η υπόθεση του αμερικανού ιατρού J. Kevoorkian ή γνωστό και ως Δόκτωρ Θάνατο, για τη περίπτωση συμμετοχής του σε 130 υποβοηθούμενες ιατρικά αυτοκτονίες στις ΗΠΑ. Πιο αναλυτικά, ο Δρ.Θάνατος χορηγούσε, στους ασθενείς που το ζητούσαν, μία συσκευή μέσω της οποίας διοχετεύονταν τοξικές ουσίες στα άτομα αυτά, ώστε – σύμφωνα με τον ίδιο- να επέλθει ένας ήρεμος και αξιοπρεπής θάνατος (Ο Δρ «Θάνατος» Τζακ Κεβόρκιαν, 2014).

III. Η πρόωγη ευθανασία νεογνών

Πρόκειται για τη θανάτωση «ελαττωματικών» νεογνών, δηλαδή νεογνά που γεννιούνται με σοβαρές σωματικές αναπηρίες ή εγκεφαλικές βλάβες (λόγου χάρι δισχιδή ράχη), χωρίς ωστόσο να βρίσκονται απαραίτητα στα πρόθυρα του θανάτου. Στην πραγματικότητα, ο όρος ευθανασία είναι προβληματικός στη μορφή αυτή, καθώς υποστηρίζεται πως στην πλειοψηφία αυτών των περιπτώσεων τα νεογνά αυτά δεν πεθαίνουν με επώδυνο τρόπο ή δεν βρίσκονται καν στα πρόθυρα του θανάτου και άρα συντελείται προσβολή της ζωής με κριτήριο τις δημιουργούμενες για την οικογένεια και τον κοινωνικό περίγυρο δυσκολίες (Συμεωνίδου- Καστανίδου Ε., 2001).

Η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας στη σύγχρονη εποχή παρέχει τη δυνατότητα ήδη από τη διάρκεια της κύησης να γίνει διάγνωση ατελειών και προβλημάτων σωματικής ή εγκεφαλικής αναπηρίας του εμβρύου. Ωστόσο, ήδη από την αρχαιότητα στα πλαίσια της λεγόμενης ευγονικής ευθανασίας τα παιδιά με δυσμορφίες τα πέταγαν στον Καιάδα ως ένα είδος κοινωνικής υποχρέωσης (Carrick C., 1985). Σήμερα, οι γονείς που κυοφορούν αυτό το διαγνωσμένο βαριά άρρωστο παιδί βρίσκονται σε μεγάλο δίλημμα, διότι εάν αυτό επιζήσει και γεννηθεί, θα πρέπει να υποστεί πολύχρονες και ίσως επίπονες διορθωτικές επεμβάσεις χωρίς την βεβαιότητα ότι μετά από όλα αυτά θα καταφέρει να επιζήσει. Καταληκτικά και οι αμβλώσεις υπάγονται σε αυτή τη μορφή ευθανασίας, οι οποίες κατοχυρώθηκαν νομοθετικά στην Ελλάδα με τον Νόμο 821/1978 μέχρι την 20^η εβδομάδα της κύησης σε περίπτωση διάγνωσης σοβαρών ανωμαλιών του εμβρύου κατά τη διάρκεια του προγεννητικού ελέγχου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

2.1. Αρχαία Ελλάδα

Η λέξη ευθανασία είναι μια σύνθετη λέξη που αποτελείται από το πρόθεμα και επίρρημα «ευ» και το ουσιαστικό «θάνατος». Ο όρος «ευθανασία» προέρχεται από το αρχαίο ελληνικό ρήμα *ευθανάτω* που σημαίνει εύκολο, ευτυχισμένο, ήρεμο, ανώδυνο και κυρίως ένδοξο θάνατο. Ήταν μια ευγονική πρακτική, αλλά και το αποτέλεσμα του οίκτου προς τους βαριά ασθενείς και πάσχοντες ανθρώπους. Ο θάνατος ήταν η λύση των ανίατων ασθενειών για όλες τις ηλικίες και αυτό συνέβαινε γιατί αυτοί οι άνθρωποι δεν είχαν θέση στην οικογένεια και την κοινωνία.

Εμφανίστηκε για πρώτη φορά σε ένα τμήμα της τελευταίας κωμωδίας του Ποσειδίου (περίπου 300 π.Χ.). Επιπλέον, ο Πλάτων (περίπου το 374 π.Χ.) προώθησε την ιδέα ότι η ιατρική πρέπει να συμβάλλει στην απόδειξη της ποιότητας ζωής των ασθενών, ενώ η επέκταση της ζωής όταν πλησιάζε ο θάνατος, θεωρήθηκε μάταιη.

Η ευθανασία είναι δεμένη με το θάνατο είτε ως «πνευματική» είτε ως «ενεργητική». Η πνευματική ευθανασία έχει παλαιότερη ιστορία. Από τις αρχαίες συγγραφές ο «Κρίτωνας» του Πλάτωνα έχει την εικόνα μιας συγκέντρωσης για πνευματική ευθανασία που θα επέτρεπε στο Σωκράτη να αποδεχθεί το αναπόφευκτο ευκολότερα. Αλλιώτικο είναι το πρόβλημα της ενεργητικής ευθανασίας που ίσως να εφαρμοζόταν σιωπηρά από πολύ παλιά, αλλά δεν υπάρχουν βέβαιες μαρτυρίες (Dr Mystakidou, 2003).

Στον «Όρκο του Ιπποκράτη», ο οποίος συντάχθηκε γύρω στα 400 π.Χ. έχει τεθεί μία από τις ουσιαστικές απαγορεύσεις. Εκεί ο αρχαίος συγγραφέας δηλώνει: «και να μου ζητήσουν φάρμακο θανατηφόρο σε κανέναν δε θα δώσω και ούτε θα βγει από μένα μια τέτοια συμβουλή» (Λυπουρλής Δ.). Ο Ιπποκράτειος όρκος μαρτυρεί την ανάγκη των αρχαίων Ελλήνων ιατρών για συμβουλές σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης των πολυάριθμων βιοηθικών διλημάτων που αντιμετώπισαν (Ezekiel J. Emanuel, 2016).

Την ίδια εποχή, οι Σπαρτιάτες προέβαλλαν την ίδια αντιμετώπιση προς τους ανίατους ασθενείς. Βρέφη, παιδιά, ενήλικες και γέροι που έπασχαν από ανίατα νοσήματα δεν είχαν θέση στην οικογένεια πολλών πολιτών, οπότε ο θάνατος θεωρούνταν μοναδική λύση στο πρόβλημά τους. Το τέλος τους επερχόταν με τη ρίψη τους στον Καιάδα και τον Ευρώτα. Χαρακτηριστικά είναι τα χωρία 407,410 από το Γ' βιβλίο της «Πολιτείας», όπου ο Πλάτων γράφει πως «όσοι πολίτες δεν έχουν υγιή σώματα και υγιείς ψυχές πρέπει να τους αφήνουν να πεθαίνουν, αυτό είναι καλό και για τους ίδιους και για την πόλη». Σύμφωνα λοιπόν με τις περιγραφές του, οι γονείς των βρεφών τα πήγαιναν στους πρεσβυτέρους της φυλής για να τα εξετάσουν. Αν τα έβρισκαν υγιή επέτρεπαν στους γονείς τους να τα αναθρέψουν και τους χορηγούσαν κλήρο γης. Αν όμως δεν ήταν υγιή τα έστελναν σ' ένα βάραθρο του Ταϋγету που ονομαζόταν «Αποθέτες».

Κατά την διάρκεια των ρωμαϊκών χρόνων, γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στον Βαλέριο Μάξιμο, ο οποίος αφηγείται ότι στην πόλη της Μασσαλίας υπήρχε ειδικό κέντρο διατήρησης ενός δηλητηριώδους ποτού, που επρόκειτο για το κώνειο. Το ποτό αυτό χορηγούνταν σε όσους ανίατους ασθενείς επιθυμούσαν να θέσουν τέρμα με ανώδυνο τρόπο στη δυσβάσταχτη -από τη νόσο- ζωή τους κι αφού προηγουμένως είχαν υπαχθεί στον απαραίτητα έλεγχο από τη γερουσία της πόλης. Η εποχή εκείνη σφραγίστηκε από τους Στωικούς φιλοσόφους που προτιμούσαν να αυτοκτονήσουν προκειμένου να αποφύγουν τα δεινά της μοίρας, όπως ενδεικτικά αναφέρονται οι φρικτοί πόνοι των ανίατων ασθενειών και τραυματισμών, οι αναπηρίες, η φτώχεια, οι ψυχασθένειες, αλλά και οι λόγοι τιμής (Ευαγγέλου Ιάσων, 1999).

2.2. Μεσαίωνα

Κατά τον Μεσαίωνα, η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία θεωρούνται βαριά αμαρτήματα, λόγω της επικράτησης του Χριστιανισμού. Αναλυτικότερα, υποστηρίχτηκε η αρχή ότι ο άνθρωπος αποτελεί εικόνα Θεού και για τον λόγο αυτό, η περίθαλψη του κάθε πλησίον ασθενούς αποτελεί υποχρέωση. Η επικράτηση της παραπάνω πεποίθησης σε συνδυασμό πάντα και με τη ρητή απαγόρευση του φόνου στον Μωσαϊκό νόμο δεν άφηνε περιθώρια κακής μεταχείρισης των μειονεκτικών ομάδων από τους πρώτους αιώνες της Χριστιανικής Εκκλησίας τόσο στο Βυζάντιο, όσο και στην Ευρωπαϊκή Δύση (Ευαγγέλου Ιάσων, 1999). Η ευθανασία όπως και η αυτοκτονία τιμωρούνταν με αυστηρές ποινές. Ειδικότερα στην περίπτωση που η αυτοκτονία είχε σαν αποτέλεσμα το θάνατο, η ποινή αποδιδόταν στο πτώμα του αυτόχειρα και οι ποινές που συνήθως υποβάλλονταν ήταν ο ενταφιασμός του πτώματος από το δήμιο και ο φουρκισμός. Στην περίπτωση που η αυτοκτονία δεν είχε σαν αποτέλεσμα το θάνατο, τότε ο δράστης της απόπειρας αυτοκτονίας τιμωρούνταν με ποινές φυλάκισης, καταναγκαστικών έργων και εξορίας. Οι ποινές ήταν βαρύτερες για το δράστη όταν υπήρχε αθέτηση των υποχρεώσεών του έναντι του κράτους ή τρίτων (Συμεωνίδου- Καστανίδου Ε., 2011).

2.3. Νεότεροι χρόνοι

Κατά τους νεότερους χρόνους, η πρακτική της ευθανασίας αρχίζει να γίνεται αποδεκτή από τους γιατρούς και τους φιλοσόφους με την προϋπόθεση της συγκατάθεσης του ασθενούς. Είναι ενδιαφέρον ότι στις αρχές του 16^{ου} αιώνα υψώνεται μια φωνή που υπερασπίζεται την ευθανασία, όχι όμως από γιατρό αλλά από φιλόσοφο. Είναι ο Άγγλος δικηγόρος, κοινωνικός φιλόσοφος, συγγραφέας και πολιτικός Θωμάς Μορ (T. More), γνωστός στους Ρωμαιοκαθολικούς ως *Saint Thomas* στο δημοσιευμένο βιβλίο του «*Ουτοπία*» το 1516. Η ενεργητική παρέμβαση για λύτρωση από το μαρτυρικό θάνατο υποστηρίζεται καθαρά από τον Μορ: «*αν η αρρώστια είναι όχι μόνο ανυπόφορη αλλά και βασανιστική και σπαραχτική χωρίς ανάπαυλα, τότε οι ιερείς και οι δημόσιοι λειτουργοί πρέπει να προτρέπουν τον άνθρωπο να ελευθερωθεί από αυτήν την πικρή ζωή ή αλλιώς να επιτρέψει με τη θέλησή του σε άλλους να τον λυτρώσουν*» (Bruse Fye W.). Ίσως αυτό εδώ είναι το πρώτο κείμενο που υποστηρίζει την ευθανασία χωρίς επιφύλαξη. Αν δεν σημειώθηκε τότε κάποια ιατρική αντίδραση σε ένα τέτοιο κήρυγμα, αυτό οφείλεται στο ότι ο γιατρός δεν ήταν εκείνος που έμενε κοντά στον άρρωστο τις τελευταίες του ώρες. Έτσι αν η ευθανασία γινόταν αποδεκτή, θα ήταν έργο του ιερέα και των συγγενών να το αποφασίσουν μιας και ήταν αυτοί που συμπαραστέκονταν στον ετοιμοθάνατο.

Μια πρώτη μελέτη γραμμένη για την ευθανασία το 1826 από γιατρό είναι εκείνη του πανεπιστημιακού γιατρού Κάρλ Μάρξ (C-F. H. Marx), γνωστού ιστορικού της ιατρικής και συνώνυμου του ιδρυτή του επιστημονικού σοσιαλισμού. Σ' αυτήν την εργασία, που έχει τον τίτλο «*Προπαρασκευή για ιατρική ευθανασία*» υπάρχει περισσότερο η αντίληψη της συμπαράστασης στον άρρωστο που πεθαίνει. Το καινούργιο αξιόλογο που υπάρχει εδώ, είναι η προτροπή να μην τον βασανίζουν με άσκοπες φαρμακευτικές ή άλλες αγωγές, αλλά να εφαρμόζουν μόνο καταστολή του πόνου με παυσίπονα ή αναισθητικά. Δεν πλησιάζει όμως τις θέσεις που είχε υποστηρίξει ο Μορ και είναι αντίθετος στη σκέψη για επίσπευση του θανάτου στο τελικό συμπέρασμά του. Ίσως ο ίδιος με την εργασία του στόχευε περισσότερο να φέρει το πρόβλημα στο παρασκήνιο παρά να προτείνει λύση.

Όπως και στη περίπτωση του Μορ, πάλι ένας λόγιος και όχι γιατρός φέρνει για εξέταση το θέμα της ενεργητικής ευθανασίας το τέλος του 19^{ου} αιώνα με ένα δημοσίευσμά του. Είναι ο δοκιμογράφος Σάμουελ Ουίλλιαμς (S.D. Williams) και το έργο του είχε τον τίτλο «*Ευθανασία*».

Το κείμενο έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τις πρωτότυπες και τολμηρές απόψεις που διακηρύσσει: «Σ' όλες τις περιπτώσεις μιας απαισιόδοξης και οδυνηρής αρρώστιας αναγνωρίζει το καθήκον του γιατρού όταν ο άρρωστος εκφράσει την επιθυμία να οδηγήσει ανώδυνα αυτόν που υποφέρει σε γρήγορο και ανώδυνο θάνατο» (Bruce Fye W.).

2.4. Ναζιστική Γερμανία και σύγχρονη ιστορία

Τον 20^ο αιώνα άλλα στοιχεία, ξένα προς την ιατρική φόρτισαν το θέμα με πρόσθετες αρνητικές θέσεις. Η θεωρία για παράδειγμα, του «καθαρού γένους των Αρείων», που έδωσε τις γενοκτονίες των Εβραίων και των Τσιγγάνων στη Ναζιστική Γερμανία, δίνει μια ιδέα που μπορεί να οδηγήσει η εκμετάλλευση επιστημονικών ή επιστημονικοφανών θεωριών. Παρόλα αυτά, ίσως σε έναν πολύ μικρό αριθμό θα μπορούσε να εφαρμόζεται η ευθανασία ύστερα από αίτηση του ίδιου του ετοιμοθάνατου και με τη συναίνεση ενός ιατρικού συμβουλίου, το οποίο θα αποφάσιζε ενεργώντας με μια ιατρική αλλά και κατά κάποιο τρόπο δικαστική εξουσία. Η ιδέα ήταν ενθαρρυντική αλλά καιροφυλαχτούσε ο κίνδυνος για κατάχρησή της πέρα από τις επιθυμίες ή τις επιδιώξεις της ιατρικής (Port L., 1958).

Στην Γερμανία, ο ποινικολόγος Binding και ο ψυχίατρος Hoche εξέδωσαν μία εργασία το 1920 με την ονομασία «*Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens*» («Άδεια για καταστροφή της ζωής που είναι ανάξια για ζωή»), η οποία στήριζε την άποψη της ευθανασίας τόσο σε ανίατους όσο και σε πνευματικά ανίατους ασθενείς με την αιτιολογία ότι αυτοί δεν είχαν την επιθυμία ούτε να ζήσουν ούτε να πεθάνουν.

Το 1933 στη Γερμανία αμέσως μετά την άνοδο του Α. Χίτλερ στην εξουσία, τέθηκε σε ισχύ η πολιτική για τη «φυλετική υγιεινή» του Γ' Reich με την εφαρμογή ενός «εθνικού προγράμματος» προστασίας της κληρονομικότητας. Εφάρμοσαν την αναγκαστική στείρωση 360.000 ατόμων που χαρακτηρίστηκαν από κάποια ειδικά δικαστήρια ως «κληρονομικώς πάσχοντα» από σχιζοφρένεια, νευρική κατάποση, επιληψία, χορία, τύφλωση, κώφωση, και σωματική αναπηρία.

Επίσης θέσπισαν δύο νόμους, τον πρώτο το 1933 «για την αποτροπή κληρονομικά ασθενών απογόνων» και τον δεύτερο, αργότερα το 1935, «για την προστασία της υγιεινής της κληρονομικότητας του γερμανικού έθνους» με τους οποίους ολοκληρώθηκε ο φυλετικός αποδεκατισμός (Charles Francis, 1938).

Μετά το τέλος του Β' Παγκόσμιου πολέμου δημιουργήθηκε η Διακήρυξη της Γενεύης «*The Physician's Oath*» το 1948, η οποία αποκέρυσε την ευθανασία τόσο κατηγορηματικά, όσο και ο όρκος του Ιπποκράτη. Ωστόσο, τη δεκαετία του 1970 στα αμερικάνικα δικαστήρια εκδίδονται οι πρώτες αποφάσεις υπέρ της ευθανασίας, ενώ τις δεκαετίες 1980 και 1990 ξεκινούν οι πρώτες νομιμοποιήσεις σε περιορισμένη κλίμακα (Γαλανάκης Μ., 2005).

Η πρώτη νόμιμη ευθανασία στον κόσμο συνέβη στην Αυστραλία, στην πόλη Darwin στις 22 Σεπτεμβρίου το 1996. Είναι γνωστό ότι η τεχνική της ευθανασίας εφαρμόστηκε αρχικά ευρέως στην Ολλανδία, ωστόσο λειτουργούσε κατά παράβαση του νόμου (Grey W., 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

3.1. ΤΟ ΙΣΧΥΟΝ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΙΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΧΩΡΕΣ

Στην Ευρώπη του 2017 τρεις είναι οι χώρες που έχουν νομιμοποιήσει την ευθανασία σε όλες τις μορφές της. Η Ολλανδία, το Βέλγιο και το Λουξεμβούργο αποτελούν κατά σειρά τις πρώτες ευρωπαϊκές χώρες που περιέλαβαν στο σύνταγμα τους την έννοια και την θέσπισή της. Ακολουθεί η Ελβετία, η οποία επιτρέπει την εφαρμογή αποκλειστικά της ιατρικώς ή μη ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και καταλήγει η Γερμανία, η οποία με τη σειρά της επιτρέπει την υποβοηθούμενη αυτοκτονία υπό προϋποθέσεις.

Ολλανδία

Η 1^η χώρα στον κόσμο που νομιμοποίησε την ευθανασία και συγκεκριμένα τον Απρίλιο του 2002. Το έτος του 1993 το δικαστικό σώμα της Ολλανδίας σε συνεργασία με τον ιατρικό σύνδεσμο της χώρας κατέληξαν στη δημιουργία νομοσχεδίου σχετικά με την αίτηση ενός ασθενούς για ευθανασία. Με την προϋπόθεση λοιπόν πως θα πληρούνταν τα απαραίτητα κριτήρια από τους γιατρούς, δεν θα τους διενεργούνταν κανενός είδους δίωξη λόγω εφαρμογής της . Το 1998 το νομοσχέδιο που ακόμη δεν είχε εφαρμοσθεί τροποποιήθηκε προκειμένου να προστεθούν ακόμη δύο άτομα στην επιστημονική ομάδα που θα αναλάμβανε τον ασθενή πέρα από τον γιατρό, έναν δικηγόρο και έναν επαγγελματία υγείας με εξειδίκευση στα θέματα ηθικής. Με αυτή την τελική μορφή θεσπίστηκε και τέθηκε σε ισχύ ο νόμος την 1^η Απριλίου το 2002 (Mohammadi Dara, 2014).

Σύμφωνα λοιπόν με το νόμο, υπάρχουν κάποιες προϋποθέσεις οι οποίες συντρέχουν ώστε να γίνει δεκτό το αίτημα της ευθανασίας. Αρχικά, το αίτημα του ασθενούς θα πρέπει να είναι εκούσιο και να έχει προκύψει έπειτα από επίγνωση της κατάστασής του. Ο πόνος του ασθενούς θα πρέπει να είναι διαρκής και ανυποχώρητος. Ακόμη, ο γιατρός θα πρέπει να πληροφορήσει τον ασθενή για την κατάσταση της υγείας του και τις προοπτικές της. Από κοινού γιατρός και ασθενής θα πρέπει να καταλήξουν στην πεποίθηση ότι δεν υπάρχει καμία πιθανότητα ίασης και βελτίωσης της υγείας του τελευταίου. Επιπλέον, ο γιατρός οφείλει να προχωρήσει στον τερματισμό της ζωής του ασθενούς χρησιμοποιώντας τη δέουσα ιατρική φροντίδα. Και τέλος ο θεράπων ιατρός θα πρέπει να συμβουλευτεί έναν ακόμη συνάδελφο πριν ξεκινήσει τη διαδικασία και να ενημερώσει για το θέμα της ευθανασίας σε περίπτωση επανεξέτασης (Penal Code, 2002). Αναφορικά με τους συνάδελφους που θα συμβουλευσουν τους γιατρούς στην ευθανασία, η Ολλανδία έχει δημιουργήσει μια επιτροπή αποτελούμενη από γιατρούς συμβούλους οι οποίοι ουσιαστικά έχουν εκπαιδευτεί στη διαβούλευση. Η αρμόδια υπηρεσία καλείται «Υποστήριξη και Διαβούλευση για την Ευθανασία στην Ολλανδία» (SCEN) .

Ένας γιατρός λοιπόν, εφόσον έχει αναλάβει την ευθανασία ενός ασθενή θα πρέπει να υποβάλει μία αναφορά η οποία ουσιαστικά είναι η συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου στην οποία θα περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο θα δράσει. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ανοιχτού και κλειστού τύπου ερωτήσεις και ελέγχεται από επιτροπές αξιολόγησης ώστε να αποφανθεί αν ο γιατρός ενήργησε σύμφωνα με τα απαραίτητα κριτήρια. Η αναφορά μπορεί να συνταχθεί είτε γραπτώς είτε προφορικώς είτε αντλώντας πληροφορίες από άλλα εμπλεκόμενα πρόσωπα (Adams M., 2003).

Το δικαίωμα για ευθανασία στην Ολλανδία δεν το κατέχουν μόνο τα ενήλικα άτομα μιας και ο νόμος του 2001 μετέβαλε το ηλικιακό όριο το οποίο επιτρέπει σε ασθενείς ηλικίας 12-16 ετών να αιτηθούν για ευθανασία. Απαραίτητη προϋπόθεση σαφέστατα συντρέχει η συγκατάθεση των γονιών τους. Ακόμη ο νόμος προβλέπει πως σε περίπτωση διαφωνίας μεταξύ των γονέων ο γιατρός είναι αυτός που θα κινήσει τη διαδικασία (Verhagen AA, Sol JJ., 2005).

Επιπλέον, οι γιατροί που αναλαμβάνουν να εκτελέσουν ευθανασία αναφέρουν τις υποθέσεις τους σε μια επιτροπή αξιολόγησης μέσω μιας φόρμας εγγραφής που καλύπτεται νομικά. Στην Ολλανδία, ο γιατρός θα πρέπει να ενημερώσει τον συνάδελφο σύμβουλο-γιατρό ότι θα πρέπει να στείλει κι εκείνος μια αναφορά σε μία από τις πέντε Τοπικές Επιτροπές Αξιολόγησης για την Ευθανασία (Regionale Toetsings commissies Euthanasie). Η αναφορά αυτή θα περιλαμβάνει τα ευρήματά του έπειτα από την εξέταση του σώματος που θα πραγματοποιήσει στον νεκρό πλέον ασθενή. Ουσιαστικά, θα εξετάσει με ποιον τρόπο έγινε η ευθανασία και ποιες ουσίες χρησιμοποιήθηκαν. Ακόμη, αν η Επιτροπή αξιολογήσει πως κατά την ευθανασία παραβιάστηκαν κανονισμοί, τότε το θέμα προωθείται στη Συνέλευση των Γενικών Εισαγγελιών της χώρας και του Περιφερειακού Επιθεωρητή στα ζητήματα υγείας (Burial and Cremation Act, 1991).

Βέλγιο

Λίγους μήνες μετά την Ολλανδία νομιμοποιεί την ευθανασία τον Σεπτέμβριο του 2002 (Steck N, Egger M., 2013), ενώ μόλις 3 χρόνια πριν είχαν ξεκινήσει οι συζητήσεις περί ευθανασίας στην Κυβέρνηση και στην Ομοσπονδιακή Συμβουλευτική Επιτροπή Βιοηθικής.

Ο νόμος υποστηρίζει ότι η ευθανασία μπορεί να πραγματοποιηθεί στην περίπτωση που ένας ασθενής πάσχει από μία ανυπόφορη σωματική ή ψυχολογική διαταραχή, η οποία δεν ενέχει πιθανότητες βελτίωσης. Ακόμη, το αίτημα του ασθενούς θα πρέπει να είναι ρητό, να επαναλαμβάνεται και να μην είναι αποτέλεσμα κανενός είδους πίεσης από εξωτερικούς παράγοντες. Επίσης, ο γιατρός υποχρεούται να ενημερώσει τον ασθενή για την κατάστασή του και τις προοπτικές που έχει και μαζί γιατρός και ασθενής θα πρέπει να αποκλείσουν οποιαδήποτε πιθανότητα βελτίωσης της κατάστασης. Ακόμη, είναι απαραίτητο να υπάρχει ακόμη ένας ανεξάρτητος συμβουλευτικός γιατρός πριν την έναρξη των διαδικασιών και τέλος ο γιατρός οφείλει να ενημερώσει για το ζήτημα της ευθανασίας ούτως ώστε να γίνει επανεξέταση. Στο Βέλγιο το χρονικό θέσπισης της ευθανασίας είναι διαφορετικό από αυτό της Ολλανδίας μιας και τελικά ο νόμος υπήρξε αποτέλεσμα μίας σύμπραξης μεταξύ του Κοινοβουλίου που με τη βοήθεια των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης και με συζητήσεις προώθησαν το ζήτημα και διαφόρων οργανώσεων επαγγελματιών υγείας (Adams M., 2001).

Το ιατρικό προσωπικό που αναλαμβάνει να πραγματοποιήσει ευθανασία σε έναν ασθενή αναφέρει τις υποθέσεις του σε μια επιτροπή αξιολόγησης μέσω μιας φόρμας εγγραφής που καλύπτεται νομικά. Στο Βέλγιο, ο γιατρός αποστέλλει τη φόρμα στην Κυβέρνηση και στην Επιτροπή Αξιολόγησης της Ευθανασίας και σε αντίθεση με την Ολλανδία παρέχεται η δυνατότητα ανωνυμίας από πλευράς του αν γίνει δεκτό το αίτημά του από την Επιτροπή Ευθανασίας. Επίσης, σε περίπτωση που κατά την αξιολόγηση η Επιτροπή κρίνει πως δεν τηρήθηκαν οι απαραίτητοι κανόνες δεοντολογίας κατά την ευθανασία, τότε η υπόθεση παραπέμπεται στην εισαγγελία, ενώ σε αντίθετη περίπτωση η υπόθεση κλείνει (Belgian official collection of the Laws, 2002).

Λουξεμβούργο

Η 3^η και τελευταία ευρωπαϊκή χώρα που νομιμοποίησε την ευθανασία το 2009 (Mohhamadi Dara, 2014). Συγκεκριμένα τον Απρίλιο του 2009 τέθηκε σε ισχύ ο νόμος που επέτρεπε τόσο την ενεργητική ευθανασία όσο και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία (Perreira J., 2001). Η τελική απόφαση λοιπόν καθορίζεται παράλληλα από τον γιατρό και τον ασθενή. Ο ασθενής θα πρέπει ηθελημένα να υποβάλλει το αίτημα για ευθανασία και να πάσχει από ανίατη ασθένεια με ανυποχώρητο πόνο χωρίς καμία πιθανότητα βελτίωσης της κατάστασής του. Επίσης, ο γιατρός οφείλει να εξετάσει όλες τις πιθανές και εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας για τον ασθενή πριν αποφασίσει ότι η ευθανασία είναι η μόνη λύση και ακόμη, θα πρέπει να συμβουλευθεί τουλάχιστον έναν ακόμη ανεξάρτητο γιατρό ούτως ώστε να εξετάσει κι εκείνος τη θέση του ασθενούς.

Ελβετία

Το 1941 νομιμοποιήθηκε η υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Ουσιαστικά τέθηκε σε ισχύ τόσο η ιατρικώς όσο και η μη-ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, όπου στην ιατρικώς πρακτικά συμμετέχει μόνο ένας γιατρός (Journal of clinical Nursing, 2009). Η Ελβετία είναι η μοναδική χώρα στην οποία το δικαίωμα της ευθανασίας παρέχεται και σε πολίτες που δεν είναι μόνιμοι κάτοικοι το κράτους, δηλαδή και σε αλλοδαπούς. Ο νόμος υποστηρίζει ότι οι υποβοηθούμενες αυτοκτονίες δεν πρέπει να τιμωρούνται όταν έχουν αλτρουϊστικό χαρακτήρα και προσεγγίζονται με συμπόνια και ενδιαφέρον ως προς τον ασθενή, διότι έχουν ως σκοπό την ανακούφισή του από τον αφόρητο πόνο που νιώθει. Επίσης, δεν θεωρείται απαραίτητο να εκτελεστεί η ευθανασία με την παρουσία γιατρού, μιας και υπάρχουν ειδικοί οργανισμοί που το αναλαμβάνουν (Steck N., Egger M., 2013).

Γερμανία

Στη Γερμανία απαγορεύεται τόσο η ενεργητική ευθανασία όσο και η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία μετά από το αίτημα ασθενούς. Παρόλα αυτά σε εξειδικευμένες περιπτώσεις είναι δυνατό να εφαρμοσθούν έμμεσα ενέργειες οι οποίες έχουν κυρίαρχο σκοπό να ανακουφίσουν τον ασθενή. Σε αυτή την περίπτωση χορηγούνται ουσίες για τη μείωση του πόνου, με γνώμονα όμως την πλήρη επίγνωση της κατάστασης του ασθενούς η οποία είναι μη αναστρέψιμη. Ακόμη, σύμφωνα με το Γερμανικό Σύνταγμα, είναι επιτρεπτή η παθητική ευθανασία κατά την οποία ο γιατρός έχει το δικαίωμα να προχωρήσει σε αποσύνδεση της τεχνικής υποστήριξης καθώς ο ασθενής είναι ήδη σε στάδιο τερματισμού της ζωής του (DNR= “do not resuscitate”) κατά το οποίο δεν πρόκειται να επανέλθει και ουσιαστικά του επιτρέπει να φύγει από τη ζωή (Emanuel LL., 1998).

Ελλάδα

Στην Ελλάδα η ευθανασία δεν έχει νομιμοποιηθεί. Μάλιστα ο όρος ευθανασία δεν απαντάται στο Ελληνικό Ποινικό Δίκαιο αλλά ουσιαστικά περιλαμβάνεται στα εγκλήματα κατά της ζωής και συγκεκριμένα ως ανθρωποκτονία με πρόθεση.

Σύμφωνα με το άρθρο 5 παρ.2 του Ελληνικού Συντάγματος ορίζεται ότι: « Όλοι όσοι βρίσκονται στην Ελληνική Επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής, της τιμής, και της ελευθερίας τους, χωρίς διάκριση εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων. Εξαιρέσεις επιτρέπονται στις περιπτώσεις που προβλέπει το διεθνές δίκαιο.» Η παρούσα διάταξη καταδεικνύει πως σε όλους του πολίτες του κράτους προστατεύεται και προφυλάσσεται το ανυπέρβλητο δικαίωμα της ζωής τους.

Σύμφωνα με το άρθρο 299 του Ποινικού Κώδικα ισχύει: 1) Όποιος με πρόθεση σκότωσε άλλον τιμωρείται με την ποινή του θανάτου ή με ισόβια κάθειρξη. 2) Αν η πράξη αποφασίστηκε και εκτελέστηκε σε βρασμό ψυχικής ορμής, επιβάλλεται η ποινή της πρόσκαιρης κάθειρξης. Το ίδιο συμβαίνει και κατά την επιμονή ενός ατόμου για ευθανασία μιας και κατά το άρθρο 300 του Ποινικού Κώδικα ισχύει: Όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο γι' αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια τιμωρείται με φυλάκιση. Ακόμη κατά το άρθρο 301: Όποιος με πρόθεση κατέπεισε άλλον να αυτοκτονήσει, αν τελέστηκε η αυτοκτονία ή έγινε απόπειρά της καθώς και όποιος έδωσε βοήθεια σ' αυτή τιμωρείται με φυλάκιση.

Το αποτέλεσμα στις προαναφερθείσες περιπτώσεις είναι κοινό, μιας και οποιαδήποτε ενέργεια τείνει να βλάψει το αγαθό της ζωής θα καταδικάζεται σύμφωνα με το Δίκαιο.

Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας φρόντισε με τη σειρά του να κάνει σαφείς στους επαγγελματίες υγείας τις υποχρεώσεις τους απέναντι στους ασθενείς τους. Στο Κεφάλαιο Θ' λοιπόν, στο άρθρο 29 που περιλαμβάνει τις Ιατρικές αποφάσεις στο τέλος της ζωής αναγράφεται: 1) Ο ιατρός, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό της στάδιο, ακόμη και αν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή. Του προσφέρει παρηγορητική αγωγή και συνεργάζεται με τους οικείους του ασθενή προς αυτήν την κατεύθυνση. Σε κάθε περίπτωση, συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του και φροντίζει ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπειά του μέχρι το σημείο αυτό. 2) Ο ιατρός λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής, ακόμη και αν, κατά το χρόνο της επέμβασης, ο ασθενής δεν είναι σε θέση να τις επαναλάβει. 3. Ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενή να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου.

Συμπερασματικά, σύμφωνα με την παράγραφο 3 του άρθρου 29 απαγορεύεται έμμεσα οποιαδήποτε ενέργεια προσπάθειας τερματισμού της ζωής του ασθενούς.

3.2. ΤΟ ΙΣΧΥΟΝ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΗΝ ΑΜΕΡΙΚΗ

Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής η ευθανασία θεωρείται παράνομη ακόμη και μετά από την επιθυμία του ασθενή (Blacksher EA, 1995). Μέσα σε 5 χρόνια, από το 2009 ως το 2014, καταγράφηκαν 1410 ιατρικώς υποβοηθούμενες αυτοκτονίες στις πολιτείες των Η.Π.Α: Όρεγκον, Ουάσινγκτον και Βερμόντ. Σε αυτές τις πολιτείες έχει νομιμοποιηθεί μόνο αυτό το είδος ευθανασίας. Στη Μοντάνα και στην Καλιφόρνια αναμένεται η νομιμοποίησή της, ενώ στο Νέο Μεξικό δίνεται το δικαίωμα εφαρμογής της μόνο στην περιοχή Bernalillo. Ακόμη, στην Κολομβία τέθηκε σε ισχύ τόσο η ευθανασία όσο και η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία ενώ στον Καναδά η νομιμοποίηση της ισχύει στην περιοχή του Κεμπέκ.

Όρεγκον

Το Όρεγκον υπήρξε η πρώτη πολιτεία των Η.Π.Α. που νομιμοποίησε την ευθανασία με το Νόμο περί Θανάτου με Αξιοπρέπεια (Death with Dignity Act) στις 27 Οκτωβρίου το 1997. Στις 8 Νοεμβρίου το 1994 το νομοσχέδιο είχε ήδη τεθεί σε υποψηφιότητα όπου και εγκρίθηκε, αλλά λόγω νομικών προβλημάτων δεν τέθηκε σε εφαρμογή. Τον Οκτώβριο του ίδιο χρόνου, η ένωση φαρμακοποιών του Όρεγκον αντιτάχθηκε στο πέρασμα του νόμου αλλά αναγκάστηκε να συμμορφωθεί με την τελική θέσπισή του. Όσον αφορά στις προϋποθέσεις εφαρμογής της, ο γιατρός θα πρέπει να κατέχει είτε πτυχίο MD είτε το αντικείμενό του να αποτελεί η οστεοπάθεια. Επίσης είναι απαραίτητο να είναι απόλυτα σύμφωνος με την ενέργεια στην οποία θα συμμετάσχει (Physician assisted suicide fast facts, 2015) και να ενημερώσει διεξοδικά τον ασθενή για όλες τις εναλλακτικές λύσεις. Ακόμη, ο ίδιος και ένας ακόμη σύμβουλος θα πρέπει να φροντίσουν για μια επίσκεψη ψυχολόγου-ψυχιάτρου ούτως ώστε να διαπιστωθεί αν ο ασθενής πάσχει από κάποια ψυχολογική διαταραχή και ότι έχει σάως τας φρένας.

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν και προϋποθέσεις οι οποίες θα πρέπει να πληρούνται προκειμένου να γίνει δεκτό το αίτημα του ίδιου του ασθενούς. Αρχικά, ο ασθενής θα πρέπει να είναι ενήλικος κάτοικος της πολιτείας του Όρεγκον και να βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο κατά το οποίο αναμένεται να χάσει τη ζωή του μέσα σε τουλάχιστον 6 μήνες. Ακόμη, θα πρέπει να προετοιμάσει 3 αναφορές, 2 προφορικές και 1 γραπτή στο γιατρό του με διάστημα 15 ημερών η μία από την άλλη στις οποίες θα αιτείται το δικαίωμά του στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

Εφόσον αποφασιστεί η ενέργεια αυτή λοιπόν, τότε καταγράφονται τα φάρμακα που θα χρησιμοποιηθούν (State-by-State Guide to Physician- Assisted Suicide, 2015).

Ουάσινγκτον

Στις 5 Μαρτίου το 2009 νομιμοποιείται η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, παρόλο που το νομοσχέδιο είχε ήδη εγκριθεί στις 4 Νοεμβρίου του προηγούμενου έτους (Ranjani Varadarajan, Ph.D., Robert A. Freeman, Ph.D., Jayesh R. Parmar, 2016).

Τα κριτήρια που θα πρέπει να πληρεί ένας γιατρός προκειμένου να μπορεί να εφαρμόσει αυτό το είδος ευθανασίας είναι πως θα πρέπει, όπως και στο Όρεγκον, να κατέχει πτυχίο MD και το αντικείμενό του να είναι η οστεοπάθεια. Απαραίτητη είναι η συγκατάθεσή του καθώς επίσης οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι υποχρεωμένοι να αναμιχθούν αν δεν αποτελεί επιθυμία τους.

Βερμόντ

Η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία νομιμοποιείται τελικά στις 20 Μαΐου το 2013. Ο γιατρός που θα αναμιχθεί στην διαδικασία οφείλει να είναι κάτοχος πτυχίου MD και κλάδος του η οστεοπάθεια και επίσης, επαγγελματίες υγείας όπως νοσηλευτές, φαρμακοποιοί και άλλοι γιατροί δεν δεσμεύονται από κάποιο νόμο ή συμβόλαιο για τη συμμετοχή τους. Η απόφαση για συμμετοχή όλων είναι ένα προσωπικό ζήτημα.

Μοντάνα

Στις 31 Δεκεμβρίου 2009 το δικαστήριο στην πολιτεία της Μοντάνα κατά την υπόθεση εκδίκασης της *Montana vs Baxter* διαβεβαίωσε ότι η οργάνωση «The Right of the Terminally Ill Act» θα προστάτευε τους γιατρούς που θα προχωρούσαν σε εφαρμογή της ιατρικώς υποβοηθούμενης ευθανασίας. Γενικότερα, το ζήτημα της υποβοηθούμενης ευθανασίας στην Μοντάνα βρίσκεται υπό αμφισβήτηση και ακόμη δεν έχει ξεκαθαρισθεί (The Associated Press, 2008).

Νέο Μεξικό

Στις 13 Ιανουαρίου του 2014 το δικαστήριο αποδέχτηκε την ευθανασία υπό την ιατρικώς υποβοηθούμενη μορφή της στην υπόθεση *Morris κατά Brandenburg*. Αυτή η απόφαση εξακολουθεί να είναι σε ισχύ αλλά μόνο στην περιοχή Bernalillo (Physician assisted suicide fast facts, 2015).

Καλιφόρνια

Στις 5 Οκτωβρίου το 2015 πέρασε το νομοσχέδιο περί της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και αναμένεται η τελική νομιμοποίησή του. Αφορά ασθενείς που μαστίζονται από ασθένεια στο τελικό της στάδιο. Μετά τη θέσπισή της, η Καλιφόρνια θα γίνει η 4^η πολιτεία των Η.Π.Α. που θα έχει νόμιμα αποδεχθεί την υποβοηθούμενη ευθανασία. Σύμφωνα με το νομοσχέδιο που πέρασε, ο ασθενής ο οποίος θα επιθυμεί να του εφαρμοσθεί αυτό το είδος ευθανασίας θα πρέπει, όπως συμβαίνει και στις άλλες πολιτείες, να καταθέσει 3 αναφορές, 2 προφορικές και μία γραπτή οι οποίες θα απέχουν περίπου 15 μέρες η μία από την άλλη. Το επόμενο βήμα είναι να συγκεντρώσει ο γιατρός αυτές τις αναφορές και να βγάλει το τελικό του πόρισμα.

Κολομβία

Η ευθανασία στην Κολομβία ήταν παράνομη μέχρι το 1997, όταν εν τέλει το ανώτατο δικαστήριο αποφάνθηκε ότι ο τερματισμός της ζωής δεν αποτελούσε έγκλημα στην περίπτωση που ο ασθενής έπασχε από ανίατη ασθένεια και δεν υπήρχε κανένας τρόπος ίασης (Mike Ceasar, 2008). Σύμφωνα λοιπόν με αυτό, η διάταξη C-239/97 υποστήριζε πως «Τίποτα δεν είναι πιο σκληρό από το να αναγκάζεις ένα άτομο να επιβιώσει εν μέσω επαίσχυντου πόνου, στο όνομα των πεποιθήσεων άλλων ανθρώπων». Πρόσφατα, το Υπουργείο Υγείας δημοσίευσε ένα πρωτόκολλο στο οποίο ενέκρινε την εφαρμογή της ευθανασίας στην Κολομβία σε ενήλικα άτομα που την αιτούνταν και έπασχαν από ασθένεια σε τελικό στάδιο. Επειδή όμως το πρωτόκολλο παρουσίαζε κάποια κενά, με το νομοσχέδιο του 2015, το 030/2015 το οποίο κάλυψε τις όποιες αδυναμίες παρουσίαζε το προηγούμενο, εφαρμόστηκε η πρακτική της ευθανασίας και της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας στη χώρα (Ministerio de Salud, 2015).

Καναδάς

Στον Καναδά τόσο η ευθανασία όσο και η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία θεωρούνται παράνομες πράξεις σύμφωνα με τον νόμο 222 και 229 του Ποινικού Κώδικα του Καναδά.

Στις 10 Ιουνίου του 2014 όμως, η επαρχία Κεμπέκ του Καναδά υιοθέτησε τον νόμο Bill 52 που αφορούσε στην νομιμοποίηση της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, την οποία θεωρούσε ως ένα μέσο ανακούφισης και λύτρωσης του ασθενούς που έπασχε από μία ανίατη αρρώστια. Έτσι λοιπόν τέθηκαν οι προϋποθέσεις τις οποίες θα πρέπει να πληρούσαν τα άτομα προκειμένου το αίτημά τους για ευθανασία να γινόταν δεκτό. Πρώτον, ο ασθενής θα πρέπει να έχει συμπληρώσει το 18^ο έτος της ηλικίας του, να ετοιμάσει μία αίτηση στην οποία θα αναφέρει το αίτημά του για ευθανασία και να επιβεβαιώσει μια θα παρέχει τη συγκατάθεσή του για την περίθαλψη που θα του εφαρμοσθεί. Ακόμη, ο ασθενής θα πρέπει να πάσχει από μία ανίατη ασθένεια χωρίς καμία ελπίδα ανάκαμψης και βελτίωσης καθώς επίσης, ο πόνος σωματικός και ψυχολογικός που θα υφίσταται θα πρέπει να χαρακτηρίζεται ανυποχώρητος και μη υποφερτός (B.L. Mishara, D.N. Weisstub, 2015).

3.3 ΤΟ ΙΣΧΥΟΝ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΗΝ ΙΑΠΩΝΙΑ

Σύμφωνα με το άρθρο 13 του Συντάγματος, ο σεβασμός κάθε ατόμου ως μονάδα είναι εγγυημένος, που σημαίνει ότι εξασφαλίζεται στον καθένα το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης. Ακόμη, κατά το άρθρο 202 του Ποινικού Κώδικα απαγορεύεται ρητά τόσο η υποβοηθούμενη αυτοκτονία όσο και ο τερματισμός της ζωής ατόμου που το έχει ζητήσει.

Ακόμη, είναι γεγονός πως στα Ιαπωνικά νομοθετήματα, το Ιαπωνικό Σύνταγμα, τους Ποινικούς και Αστικούς Κώδικες ο όρος της ευθανασίας δεν αναφέρεται κάπου ρητά. Έτσι λοιπόν, κάθε δικαστική απόφαση που αφορά μια υπόθεση ευθανασίας που εκδικάζεται σε δικαστήριο της Ιαπωνίας θα έχει δεσμευτικό χαρακτήρα σε κάθε παρόμοια περίπτωση η οποία μπορεί να προκύψει στο μέλλον. Είναι σημαντικό παρόλα αυτά να υπογραμμισθεί πως μία ληφθείσα απόφαση του δικαστηρίου δεν αντιπροσωπεύει τη νομική θέση της χώρας στο σύνολό της, αλλά παράλληλα αν ένας γιατρός εκτελέσει ενεργητική ευθανασία ακολουθώντας πιστά τις προϋποθέσεις που έχουν ήδη τεθεί, τότε έχει πιθανότητες να μην κριθεί ένοχος.

Τον Μάρτιο του 1992, το Συμβούλιο Βιοηθικής της Ιατρικής Ένωσης της Ιαπωνίας, δημοσίευσε μια αναφορά η οποία περιλάμβανε συστάσεις στους γιατρούς οι οποίοι θα ασχολούνταν με την φροντίδα ασθενών σε τελικό στάδιο («Recommendations for Doctors who are engaged in terminal care»). Ουσιαστικά πρόκειται για έξι προϋποθέσεις που η τήρησή τους θα

καθιστούσε την ενεργητική ευθανασία νόμιμη. 1) Ο ασθενής θα έπρεπε να πάσχει από ανίατη ασθένεια και ο θάνατός του να είναι επικείμενος. 2) Ο πόνος του ασθενούς να είναι ανυποχώρητος, κάτι που θα επιβεβαιωνόταν από παρατηρητές για τους οποίους το θέαμα θα ήταν δύσκολο. 3) Σκοπός εκτέλεσης της ευθανασίας θα έπρεπε να είναι αποκλειστικά η ανακούφιση του ασθενούς. 4) Το αίτημα για ευθανασία θα έπρεπε να είναι αποτέλεσμα σκέψης του ίδιου του ασθενούς έχοντας σώας τας φρένας. 5) Η ευθανασία να εφαρμόζεται από τον θεράποντα ιατρό, ενώ σε αντίθετη περίπτωση να επεξηγούνται οι λόγοι που αυτό δεν θα είναι δυνατό. 6) Η μέθοδος εκτέλεσης της ευθανασίας θα πρέπει να είναι ηθικά αποδεκτή (Hoshino, K., 1993).

Επίσης, το έτος του 1995, ένα τοπικό δικαστήριο της Ιαπωνίας καθόρισε τέσσερα κριτήρια τα οποία θα έπρεπε να πληρούνται προκειμένου η ενεργητική ευθανασία να κρινόταν νόμιμη. Αυτά συνοψίζονται παρακάτω: ο ασθενής θα έπρεπε να βρίσκεται υπό ανυποχώρητο πόνο, ο θάνατός του θα έπρεπε να είναι μη αναστρέψιμος, θα του είχε εφαρμοσθεί κάθε είδους ανακουφιστική παρηγορητική θεραπεία η οποία εν τέλει δεν απέδωσε και τέλος, το αίτημα για ευθανασία θα έπρεπε να προέρχεται ξεκάθαρα από τον ίδιο τον ασθενή (Sakamoto T, Kitazawa K., 1996).

Και στις δύο περιπτώσεις όμως, κανένα από όλα τα παραπάνω κριτήρια και προϋποθέσεις δεν συμπεριλήφθηκαν σε κάποιο νομοσχέδιο και δεν τέθηκαν σε εφαρμογή. Αυτή η αντιμετώπιση λοιπόν καταδεικνύει πως η Ιαπωνία ως χώρα δεν αποδέχεται ολοκληρωτικά την ευθανασία και αποτελεί γι αυτήν ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα.

3.4. ΤΟ ΙΣΧΥΟΝ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΗΝ ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ

Στις 24 Μαΐου 1995 το κοινοβούλιο στη Βόρεια Επικράτεια της Αυστραλίας ενέκρινε τα Δικαιώματα των Ασθενών τελικού σταδίου σύμφωνα με τα οποία επιτρεπόταν σε κάθε ασθενή ενήλικο και με σώας τας φρένας που έπασχε από κάποια νόσο και ήταν σε απελπισία να ζητήσει από κάποιο επαγγελματία υγείας (γιατρό) να τον βοηθήσει να δώσει τέλος στη ζωή του (Legislative Assembly of the Northern Territory, 1996).

Συμπληρωματικά, υπήρχαν κάποια συγκεκριμένα κριτήρια τα οποία θα έπρεπε να πληρούνται ούτως ώστε να γινόταν δεκτό το αίτημα (Nitschke P, Stewart F., 2011):

- Ο ασθενής θα έπρεπε να γνωρίζει τη φύση και την πορεία της ασθένειάς του κατά τη θεραπεία
- Ο ασθενής θα έπρεπε να πάσχει από κατάθλιψη
- Ο ασθενής θα έπρεπε να είναι ενημερωμένος για την παρηγορητική φροντίδα
- Ο ασθενής θα έπρεπε να έχει σκεφτεί τις επιπτώσεις που θα είχε η απόφαση του στην οικογένειά του
- Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν μιλούσε την αγγλική γλώσσα θα έπρεπε να υπάρχει ένας διερμηνέας
- Η ιατρική ομάδα που θα αναλάμβανε τον ασθενή δεν θα έπρεπε να έχει οικονομικό όφελος από τον θάνατό του.

Η νομοθεσία τέθηκε σε ισχύ την 1^η Ιουλίου το 1996 όπου και το Βόρειο Τμήμα της Αυστραλίας ήταν η πρώτη περιοχή του κόσμου που επέτρεψε την ενεργητική ευθανασία υπό προϋποθέσεις. Όμως στα τέλη Μαρτίου του 1997 θεσπίστηκε ένας καινούριος νόμος (ο Andrews Bill) σύμφωνα με τον οποίο καταδικαζόταν η πράξη της ευθανασίας, ενώ σε αυτό το διάστημα των εννέα μηνών ισχύς τουλάχιστον τέσσερα άτομα έχασαν τη ζωή τους (Betty A. Kitchener, 1998). Έρευνες έχουν δείξει πως επαγγελματίες υγείας σε όλη την έκταση της ηπείρου εφάρμοζαν ευθανασία παρά το νόμο (Kuhse H., 1988 & Stevens CA, 1994 & Baume I., 1994, Kuhse H., 1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΗΘΙΚΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

4.1. Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΗΘΙΚΗ

Ο πατέρας της Ιατρικής Ιπποκράτης αναφέρει χαρακτηριστικά στον όρκο του: «*Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑφηγήσομαι ζυμβουλίην τοιήνδε. Ὅμοίως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσσὸν φθόριον δώσω. Ἄγνῶς δὲ καὶ ὀσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμήν*», που σημαίνει «Θα χρησιμοποιώ τη θεραπεία για να βοηθήσω τους ασθενείς κατά τη δύναμη και την κρίση μου, αλλά ποτέ για να βλάψω ή να αδικήσω. Ούτε θα δίνω θανατηφόρο φάρμακο σε κάποιον που θα μου το ζητήσει, ούτε θα του κάνω μια τέτοια υπόδειξη». Συμπερασματικά, η ηθική για τον Ιπποκράτη είναι συνυφασμένη με την άσκηση της ιατρικής επιστήμης και αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της.

Από τη δεκαετία όμως του 1960 που συστάθηκε ένα εύρος νέων ιατρικών τεχνολογιών όπως η αιμοκάθαρση, η μεταμόσχευση νεφρού, οι τεχνικές αναπαραγωγικού ελέγχου, ο εξοπλισμός υποστήριξης της ζωής και ο ορισμός του εγκεφαλικού θανάτου προέκυψαν μερικές καινούριες και ταυτόχρονα δύσκολες δεοντολογικές αποφάσεις. Αυτές οι αποφάσεις αφορούσαν τόσο το ιατρικό προσωπικό, τους επαγγελματίες υγείας και τα νοσοκομειακά ιδρύματα όσο γενικότερα και το επίπεδο της κοινωνικής πολιτικής (Everett K. Spees, 2002).

Επομένως, υπήρξε επιτακτική η ανάγκη εμφάνισης μιας επιστήμης η οποία θα ασχολιόταν με τη διερεύνηση των ηθικών προβλημάτων τα οποία θα συνδέονταν άμεσα με τη Βιολογία και την Ιατρική, της Βιοηθικής (Μαντζαρίδης Γ., 1995).

Σε πολλές χώρες του κόσμου λειτουργούν επιτροπές Βιοηθικής και συγκεκριμένα στην Ελλάδα το έτος του 1998 συστάθηκε η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής που λειτουργεί ως συμβουλευτικό όργανο της πολιτείας στα παραπάνω θέματα. Οι αρχές που αναφέρονται συχνότερα και διέπουν τη Βιοηθική είναι οι ακόλουθες (Κατσιμίγκας Γεώργιος, Βασιλοπούλου Γεωργία, 2010):

- I. *Η αρχή της αυτονομίας ή της αυτοδιάθεσης* σύμφωνα με την οποία κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να σκέφτεται, να αποφασίζει και εν τέλει να ενεργεί αυτοβούλως. Έτσι λοιπόν, πρέπει να γίνεται σεβαστή κάθε επιλογή του που αφορά την υγεία του και γενικότερα τη ζωή του. (American Academy of Pediatrics, 1999) Ο σεβασμός της αυτονομίας ενός ατόμου στηρίζεται επάνω σε συγκεκριμένους κανόνες: α) η διατύπωση της αλήθειας β) ο σεβασμός της ατομικότητας και της ιδιαιτερότητας κάθε ατόμου, γ) η παροχή προστασίας σε εμπιστευτικές πληροφορίες, δ) η απόκτηση της συγκατάθεσης για κάθε ιατρική πράξη, και ε) όταν ζητηθεί, η παροχή βοήθειας στη λήψη σημαντικών αποφάσεων. Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφερθεί πως σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και το άρθρο 11 παρ.1-2 του νόμου 3418/2015 ισχύει: 1) Ο ιατρός έχει καθήκον αληθείας προς τον ασθενή. Οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί, ανάλογα, στη λήψη αποφάσεων. 2) Ο ιατρός σέβεται την επιθυμία των ατόμων τα οποία επιλέγουν να μην ενημερωθούν. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ασθενής έχει δικαίωμα να ζητήσει από τον ιατρό να ενημερώσει αποκλειστικά άλλο ή άλλα πρόσωπα, που ο ίδιος θα υποδείξει, για την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες ή και τους κινδύνους από την εκτέλεσή της, καθώς και για το βαθμό πιθανολόγησής τους. Επίσης, κατά το άρθρο 12 και παρ.1 του ίδιου νόμου ισχύει:

Ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή.

- II. *Η αρχή της ωφέλειας ή της αγαθοεργίας* κατά την οποία υποστηρίζεται από ηθικής άποψης η παροχή ωφέλειας προς τον συνάνθρωπο και παράλληλα η αποφυγή βλάβης του (Tristram Engerlhardt H., 1986).
- III. *Η αρχή της μη πρόκλησης βλάβης και πόνου* στον ασθενή, σύμφωνα με την οποία ο γιατρός υποχρεούται να μην προβεί σε καμία ενέργεια που θα μπορούσε να βλάψει τον ασθενή του.
- IV. *Η αρχή της δικαιοσύνης* στην οποία περιλαμβάνεται μεταξύ άλλων και η φροντίδα της υγείας του ανθρώπου ανεξάρτητα φύλου, ηλικίας, εθνικότητας, θρησκείας και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Είναι ακόμη γνωστό, πως η ισότητα είναι «η καρδιά» της δικαιοσύνης. Παρόλα αυτά κατά τη ρήση του φιλοσόφου Αριστοτέλη: «Δεν υπάρχει τίποτε πιο άνισο από την ίση μεταχείριση των ανίσων».
- V. *Η αρχή της ισοτιμίας* που υπογραμμίζει πως όλοι οι άνθρωποι έχουν ίσα δικαιώματα απέναντι στη ζωή και την υγεία.
- VI. *Η αρχή της ειλικρίνειας.*
- VII. *Η αρχή της εμπιστοσύνης.*

Η ευθανασία αποτελεί ένα παράδειγμα ενός πολύ ευαίσθητου ηθικού ζητήματος που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες υγείας.

Η υποστηρικτική αγωγή συνήθως δεν έχει ως βασικό της σκοπό τη θεραπεία μιας και συζήτηση για το θέμα της ευθανασίας προκύπτει σε ανίατες παθήσεις. Κατά κύριο λόγο λοιπόν, αφορά στην ψυχολογική στήριξη τόσο του ίδιου του ασθενούς όσο και του στενού περιβάλλοντός του.

Οι ιατροί και οι οικογένειες των βαριά πασχόντων, οι οποίοι αντιτίθενται στην ευθανασία, έχουν δύο επιλογές: να προχωρήσουν στην άρση των υποστηρικτικών μέσων της ζωής του ετοιμοθάνατου ασθενούς τους ή να επιλέξουν τη συντήρηση της βασανιστικής επιβίωσης του αρρώστου η οποία για μερικούς θεωρείται ως και αναξιοπρεπής. Είναι σαφές ότι πρέπει να επιλέξουν ένα από τα δύο όμως και οι δύο πλευρές, ο ιατρός και οι συγγενείς του ασθενούς, φαίνεται να έχουν παγιδευτεί, καθώς οποιαδήποτε επιλογή τους είναι ηθικά καταδικασμένη.

Πριν λίγες δεκαετίες, η αποστολή του γιατρού ήταν η προσπάθεια για τη λύτρωση της ζωής ή την αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς διαθέτοντας κάθε μέσο. Όμως αυτά τα μέσα σε βάθος χρόνου ήταν περιορισμένα και η περιοχή ανάμεσα στη ζωή και στο θάνατο απόλυτα σχεδόν προσδιορισμένη. Σήμερα οι νομοθεσίες των αναπτυγμένων χωρών, ορίζουν το θάνατο σαν την οριστική διακοπή της εγκεφαλικής λειτουργίας. Στα σύγχρονα ιατρικά κέντρα, πολλοί ασθενείς βρίσκονται σε διαρκές και μόνιμο εγκεφαλικό κόμα και διατηρούνται ζωντανό με τεχνητά μέσα.

Έχει ο γιατρός το δικαίωμα, κλείνοντας ένα διακόπτη να σταματήσει τη ζωή ενός ανθρώπου; Τι θα συμβεί αν τα ίδια δυσεύρετα μηχανήματα τα οποία παρατείνουν τη ζωή ενός «καταδικασμένου» υπερήλικα χρειάζονται για τη σωτηρία ενός νεαρού ατόμου; Ακόμη, υπάρχουν άνθρωποι με κατεστραμμένα όργανα (νεφρός κλπ.) που περιμένουν δότες και ο χρόνος είναι πιεστικός για το νήμα της δικής τους ζωής. Θα σταματήσει κάποιος τον αναπνευστήρα από τον ασθενή που βρίσκεται σε κόμα για να παρθεί το όργανο; Τι προτιμά ο ίδιος ο ασθενής; Περισσότερο ανησυχητικά ερωτήματα εκφράζονται, όταν ο ασθενής δεν μπορεί πια να πάρει οποιαδήποτε απόφαση και ταυτόχρονα δεν υπάρχει άμεσο οικογενειακό περιβάλλον. Ο γιατρός, όταν εκλιπαρείται από τον ασθενή του να τον βοηθήσει να «λυτρωθεί» αντιμετωπίζει οξύ δίλημμα, σύγκρουση καθηκόντων. Θα μείνει πιστός στο βασικό του χρέος που του επιβάλλει να αγωνιστεί για την διαφύλαξη της ζωής του ασθενούς ή θα ενδώσει στο εξίσου βασικό καθήκον που είναι να ανακουφίσει τον ασθενή από τον πόνο; Από όσα έχουν αναφερθεί, μπορεί να καταλάβει κανείς σε πόσα συνειδησιακά διλήμματα οδηγεί το θέμα της ευθανασίας κυρίως τους γιατρούς, οι οποίοι καλούνται να σηκώσουν όλο το ψυχολογικό και συνειδησιακό βάρος της εφαρμογής ή μη της ευθανασίας, σε περιπτώσεις ασθενών που δεν έχουν καμιά ελπίδα θεραπείας, είτε πρόκειται για

ακούσια είτε για εκούσια ευθανασία. Και ενώ στην περίπτωση της εκούσιας ευθανασίας ενεργούμε με βάση τη βούληση του ασθενούς, σε όλες τις άλλες περιπτώσεις, όλο το βάρος της ευθύνης για την ευθανασία μετατίθεται στους συγγενείς και τους γιατρούς. Οι γιατροί σαν επαγγελματική ομάδα, εμφανίζονται διχασμένοι και είναι λιγότερο ένθερμοι υποστηρικτές της ευθανασίας απ' ότι το κοινό. Επίσης, οι Έλληνες γιατροί που δέχονται την ευθανασία, είναι πολύ λιγότεροι από τους Ευρωπαίους συναδέλφους τους που «ενδίδουν» (Κομνηνού Νίνα, 1997).

Οι παράγοντες που έχει βρεθεί ότι επηρεάζουν τη στάση των γιατρών είναι, το θρησκευτικό δόγμα που ανήκουν, το φύλο, η ηλικία και η ιατρική ειδικότητα.

Αν και δεν υπάρχει νομική κατοχύρωση, η παθητική ευθανασία διεθνώς αλλά και στη χώρα μας φαίνεται να γίνεται σιωπηρά αποδεκτή από ένα μεγάλο ποσοστό γιατρών. Όμως, οι περισσότεροι από τους γιατρούς που φιλοσοφικά - θεωρητικά τοποθετούνται θετικά στο είδος αυτό της ευθανασίας, διστάζουν να αποσυνδέσουν τα μηχανήματα υποστήριξης ακόμη και αν έχει διαπιστωθεί ο εγκεφαλικός θάνατος του ασθενούς (Πιτσιδιανάκης Μάνος, Στωϊκίδη Βιργινία, 1998).

4.2 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΗΘΙΚΗ

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου των ασθενών ο οποίος πέρα από σωματικός μπορεί να είναι και ψυχολογικός. Επομένως, υφίσταται το ζήτημα της ηθικής απέναντι σε έναν άνθρωπο που ασθενεί και αποζητά από το νοσηλευτή τη φροντίδα και την προσοχή που χρειάζεται. Ο νοσηλευτής θα πρέπει λοιπόν να αναπτύξει δεξιότητες ούτως ώστε η επικοινωνία του με τον άρρωστο να γίνεται ευκολότερα και πιο αποτελεσματικά.

Για την αντιμετώπιση των φραγμών στην επικοινωνία πρέπει να ενσωματωθεί η καλή επικοινωνιακή πρακτική μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας. Η επικοινωνιακή κατάρτιση πρέπει να περιλαμβάνει πρακτικές δεξιότητες, ευκαιρίες για διερεύνηση των προσωπικών πεποιθήσεων των επαγγελματιών και διαχείριση των συναισθημάτων τους, προκειμένου να καταφέρουν να αντλήσουν οποιαδήποτε πληροφορία χρειάζεται από τον ασθενή αλλά και για να τον βοηθήσουν να μοιραστεί τις σκέψεις του.

Ο Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας θεσπίστηκε τον Ιούλιο του 2001 με το προεδρικό διάταγμα υπ' αριθμόν 216 και περιλαμβάνει 24 άρθρα. Σύμφωνα με το άρθρο 7 του κώδικα ισχύει: ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην αξία της ανθρώπινης ζωής, λαμβάνει κάθε μέτρο για τη διάσωση ή διατήρησή της και απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να τη θέσει σε κίνδυνο.

Οι θεμελιώδεις αρχές της ηθικής: η αρχή της αυτονομίας, η αρχή της αγαθοεργίας, η αρχή της αποφυγής του κακού και η αρχή της δικαιοσύνης ισχύουν για όλους τους επαγγελματίες υγείας συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών (Dawn Freshwater, 2012).

Πιο συγκεκριμένα, για τον νοσηλευτή θεσπίστηκαν επτά βασικές αξίες (American Nurses' Association, 1976) που διέπουν το επάγγελμά του και αντανακλώνται στις στάσεις και στις αρετές του:

- I. Η *Αισθητική*, που περιλαμβάνει ιδιότητες αντικειμένων, γεγονότων και ανθρώπων που παρέχουν ικανοποίηση. Ασχολείται με το περιβάλλον τόσο το δικό του όσο και του ασθενούς μεταβάλλοντάς το σε ευχάριστο και προσιτό και παρουσιάζει τον εαυτό του με τρόπο που προωθεί την θετική εικόνα της νοσηλευτικής.
- II. Η *Αλήθεια*, που αντανακλά την πίστη στα γεγονότα και στην πραγματικότητα. Τεκμηριώνει τη νοσηλευτική φροντίδα με ακρίβεια και ειλικρίνεια, συλλέγει επαρκή στοιχεία για να κάνει κριτική, πριν αναφέρει παραβάσεις στις πολιτικές του οργανισμού και συμμετέχει σε επαγγελματικές προσπάθειες για την προστασία του κοινού από παραπληροφόρηση σχετικά με τη νοσηλευτική.

- III. Ο *Αλτρουϊσμός*, που εκφράζει το ενδιαφέρον για την ευημερία των άλλων. Δίνει την πλήρη προσοχή στο άτομο κατά την παροχή φροντίδας του, βοηθά το υπόλοιπο προσωπικό στην παροχή φροντίδας όταν δεν είναι ικανοί να το κάνουν και εκφράζει ενδιαφέρον για κοινωνικές τάσεις και θέματα τα οποία έχουν σημασία για τη φροντίδα υγείας.
- IV. Η *Ανθρώπινη Αξιοπρέπεια*, που αποτελεί κληρονομούμενη αξία και μοναδικότητα ενός ατόμου. Διαφυλάσσει το δικαίωμα του ατόμου στην ιδιωτικότητα, αποκαλεί τους άλλους όπως προτιμούν να τους αποκαλεί, προστατεύει το απόρρητο των ασθενών και του προσωπικού και συμπεριφέρεται στους άλλους με σεβασμό.
- V. Η *Δικαιοσύνη*, που συνυφάνεται με την κατοχή ηθικών και νομικών αρχών. Ενεργεί ως συνήγορος στη φροντίδα υγείας, κατανέμει τους πόρους με δικαιοσύνη και αναφέρει την ανικανότητα, την ανηθικότητα και την παράνομη πρακτική με αντικειμενικότητα και παρουσίαση πραγματικών γεγονότων.
- VI. Η *Ελευθερία*, που επιτρέπει την ικανότητα άσκησης επιλογής. Σέβεται το δικαίωμα του ατόμου να αρνηθεί τη θεραπεία, στηρίζει το δικαίωμα των άλλων επαγγελματιών να προτείνουν εναλλακτικά σχέδια φροντίδας και ενθαρρύνει την ανοικτή συζήτηση για αμφιλεγόμενα θέματα του επαγγέλματος.
- VII. Η *Ισότητα*, που προωθεί ίδια δικαιώματα, πρόνοια ή θέση. Παρέχει νοσηλευτική φροντίδα που βασίζεται στις ανάγκες του ασθενούς ανεξάρτητα από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά, αλληλεπιδρά με άλλους επαγγελματίες χωρίς διακρίσεις και εκφράζει ιδέες για την βελτίωση της πρόσβασης στη νοσηλευτικής και στη φροντίδα υγείας.

Οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν όλο και περισσότερα προβλήματα ηθικής σήμερα, ιδιαίτερα όταν φροντίζουν ασθενείς στο τελικό στάδιο της ζωής. Η βελτίωσης της περίθαλψης στο τέλος της ζωής αποτελεί εθνική επιταγή.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως οι νοσηλευτές έχουν μεγαλύτερη ανάμειξη στη φροντίδα των ασθενών τελικού σταδίου από οποιοδήποτε άλλο επαγγελματία υγείας, ακόμη και από την ίδια τους την οικογένεια. Ως εκ τούτου, είναι περισσότερο ενημερωμένοι για την κατάσταση της υγείας του και τις προθέσεις σχετικά με το να αιτηθεί για ευθανασία. Αφενός οι πιο κοινές διαφωνίες μεταξύ των νοσηλευτών για το θέμα υπέρ της ευθανασίας είναι το δικαίωμα του ασθενούς να πεθάνει με αξιοπρέπεια, η επιθυμία τους να ανακουφίσουν τον ασθενή από ανυποχώρητο πόνο και το δικαίωμα του ασθενούς να αποφασίσει για τη ζωή του σύμφωνα με την αρχή της αυτονομίας. Αφετέρου, οι πιο κοινές διαφωνίες τους σχετικά με την αρνητική τους στάση απέναντι στην ευθανασία είναι το επιχείρημα πως η αρχική φροντίδα του ασθενούς θα πρέπει να είναι η ανακούφισή του κι όχι ο τερματισμός της ζωής του, η εμπιστοσύνη τους στην παρηγορητική φροντίδα, οι θρησκευτικές και ηθικές αντιρρήσεις και μία ανησυχία για ενδεχόμενη κακοποίηση όπως η εφαρμογή ευθανασίας χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς (Mireille Lavoie, Gaston Godin, Lydi-Anne Ve'zina-Im, Danielle Blondeau, Isabelle Martineau, Louis Rou, 2016).

Για τους νοσηλευτές αποτελεί συχνό φαινόμενο το να βρίσκονται αντιμέτωποι με δύσκολες καταστάσεις οι οποίες απαιτούν λεπτούς χειρισμούς. Σε περίπτωση που ένας ασθενής αρνείται τη θεραπεία που του προτείνεται, ο νοσηλευτής έχει υποχρέωση να σεβαστεί το δικαίωμα αυτονομίας του ασθενή. Σ' αυτή την περίπτωση όμως προκύπτει το εύλογο ερώτημα του πόσο ανεπηρέαστη βούληση μπορεί να έχει ένας άνθρωπος που βρίσκεται υπό το κράτος του πόνου, του άγχους και του επικείμενου θανάτου. Πολλοί θάνατοι στην εντατική θεραπεία σχετίζονται με αποφάσεις σχετικά με την παρακράτηση και την απόσυρση της θεραπείας, ενδεχομένως προκαλώντας ηθική δυσφορία. Η ηθική δυσχέρεια εμφανίζεται όταν τα άτομα αισθάνονται ότι είναι αναγκασμένα να ενεργούν σύμφωνα με την ηθική επιλογή ή ενεργούν κατά της ηθικής κρίσης, προκαλώντας επώδυνα, ανεπίλυτα συναισθήματα και προβλήματα που συνεχίζονται πολύ μετά από ένα γεγονός.

Πληθώρα ηθικών διλημμάτων παρουσιάζονται στην άσκηση της νοσηλευτικής, ένα από τα οποία είναι και η ευθανασία. Σύμφωνα με την Florence Nightingale, τη γυναίκα που έθεσε τις απαρχές της νοσηλευτικής επιστήμης: «...στο μέλλον (θα πρέπει) να έχουμε μάθει να ασκούμε τις μεθόδους με τις οποίες, κάθε παιδί ή κάθε ανθρώπινη ύπαρξη θα έχει την άριστη ευκαιρία για υγεία και κάθε άρρωστος θα έχει την άριστη ευκαιρία θεραπείας» (Nightingale F., 1978).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΟΙ ΘΡΗΣΚΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Το ζήτημα της ευθανασίας λοιπόν, επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό. Παρά το γεγονός ότι και οι δύο αποτελούν μέλη της διεπιστημονικής ομάδας που θα αναλάβει τον ασθενή, ο γιατρός θα πάρει την τελική απόφαση ενώ ο νοσηλευτής θα αποφασίσει αν θα συμμετάσχει στην υλοποίησή της. Ο νοσηλευτής δηλαδή, έχει το δικαίωμα να εκφράσει την άποψή του και αν το επιθυμεί να απορρίψει την εντολή και να απέχει (Broeckaert B., 2008).

Κατά γενική ομολογία, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους οι θρησκείες ανά τον κόσμο αποδοκιμάζουν την έννοια της ευθανασίας και τις μορφές της, οπότε συμπερασματικά το ίδιο αναμένουμε να συμβαίνει και με τους οπαδούς τους. Αυτό λοιπόν, θα είχε άμεση συνέπεια οι άθεοι να είναι θετικότεροι απέναντι στο θέμα που εξετάζουμε (Dobbelaere K, Voyé L., 2001).

Το 2008 η General Social Survey (GSS) υπολογίζει ότι το 56% των ενήλικων Αμερικάνων «αδιαμφισβήτητα/ απόλυτα» πιστεύει στα θαύματα και άλλο ένα 23% πιστεύει πως τα θαύματα «πιθανώς» να συμβαίνουν. Το θαύμα λοιπόν ως ουσιαστικό είναι κάτι που δεν είναι φυσιολογικό, που δε συνάδει δηλαδή με τους φυσικούς νόμους. Οπότε οι άνθρωποι οι οποίοι πιστεύουν στα θαύματα είναι πιο πιθανόν να απορρίψουν την ευθανασία και οποιαδήποτε άλλη θεραπεία στο τέλος της ζωής. Αυτή τους η στάση απορρέει συνήθως από την πίστη τους σε κάποια θρησκεία, μιας και σε όλες τις μεγάλες θρησκείες του κόσμου όπως ο χριστιανισμός, ο μωαμεθανισμός και ο βουδισμός υπάρχουν τέτοιου είδους αναφορές.

Οι ευαγγελικοί προτεστάντες και οι μαύροι προτεστάντες είναι πιο πιθανό να πουν ότι σε ένα άνθρωπο με μια ανίατη ασθένεια δεν θα πρέπει να επιτρέπεται να δέχεται ιατρικές θεραπείες που θα επιταχύνουν ανώδυνα το θάνατο του, ενώ οι Προτεστάντες και οι ανεξάρτητοι δεν θα το έλεγαν (Smith, T. W., Marsden, P., Hout, M., & Kim, J., 2015).

Οι Έλληνες ορθόδοξοι νοσηλευτές ήταν πιο αρνητικοί στην ιδέα της ενεργητικής ευθανασίας σε σχέση με τους μη θρησκευόμενους (Heart & Lung 44, 2015).

Η στάση της ορθόδοξης εκκλησίας απέναντι στην έννοια της ευθανασίας είναι αντίθετη μιας και μόνο ο Θεός έχει το δικαίωμα να «πάρει» μια ανθρώπινη ζωή όπως μπορεί επίσης και να «δώσει». Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως μερικά χρόνια νωρίτερα, απαγορευόταν η νεκρώσιμη ακολουθία στους αυτόχειρες γιατί θεωρητικά αποφάσιζαν εκείνοι και όχι ο Θεός για την κατάληξη της ζωής τους. Στη Γερμανία του 1769, η θηρεσιανή διάταξη απαγόρευε τον ενταφιασμό των αυτοχειρών (Ιωάννα Αρ. Γιαρένη, 2005).

5.1. Χριστιανισμός

Όταν για πρώτη φορά στις 28 Νοεμβρίου του 2000 η Ολλανδική Βουλή - στις αρχές Απριλίου του 2002 ετέθη ο συγκεκριμένος Νόμος σε ισχύ- αποφάσισε τη νομιμοποίηση της ευθανασίας, τις αμέσως επόμενες ημέρες και συγκεκριμένα στις 14 Δεκεμβρίου του ίδιου έτους η Εκκλησία μας καταθέτει στο πλήρωμα της τα εξής:

- I. Η ζωή μας αποτελεί υπέρτατο δώρο του Θεού, η αρχή και το τέλος του οποίου βρίσκονται στα χέρια Του και μόνον (Ιώβ ιβ 10).
- II. 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 εγκρύπτουν μια μοναδική ιερότητα και περιποιούν μυστήριο που απαιτεί ιδιάζοντα σεβασμό εκ μέρους των συγγενών, των ιατρών, των νοσηλευτών και της κοινωνίας.

- III. Οι ίδιες στιγμές ευνοούν τον σύνδεσμο των ανθρώπων, την ανάπτυξη της κοινωνίας αγάπης, την εκδήλωση συμπόνιας και ελέους. Το αίτημα κάποιων ασθενών για ευθανασία στην ουσία αποτελεί ερώτημα της αγάπης μας προς αυτούς και της επιθυμίας μας να μείνουν κοντά μας.
- IV. Η ύπαρξη του πόνου στην ανθρώπινη ζωή, όπως και κάθε δοκιμασία, είναι «*συνεργός προς σωτηρία*» και ενίοτε «*κρείττων και αυτής της υγείας*» κατά τον Άγιο Γρηγόριο τον Παλαμά (ΕΠΕ, Θεσσαλονίκη 1985, τ. 9, σελ. 264). Παρά ταύτα η Εκκλησία αναγνωρίζοντας την ασθένεια της ανθρώπινης φύσεως πάντοτε φιλόανθρωπα ζητεί την απαλλαγή «*από πάσης θλίψεως, κινδύνου και ανάγκης*», ενίοτε δε εύχεται και για την ανάπαυση των οδυνομένων. Οι άνθρωποι προσευχόμαστε, δεν αποφασίζουμε για τη ζωή και το θάνατο.
- V. Ενώ η ευθανασία δικαιολογείται κοσμικώς ως «*αξιοπρεπής θάνατος*», στην πραγματικότητα αποτελεί υποβοηθούμενη αυτοκτονία, δηλαδή συνδυασμό φόνου και αυτοχειρίας. Και
- VI. Το λεγόμενο «*δικαίωμα στο θάνατο*» που αποτελεί τη νομική κατοχύρωση της ευθανασίας, θα μπορούσε να μετεξελιχθεί σε απειλή της ζωής των ασθενών που αδυνατούν να ανταποκριθούν οικονομικά στις απαιτήσεις της θεραπείας και τις νοσηλείας τους (Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδας, Επιτροπή Βιοηθικής, 2007).
- Ο πόνος για την Ορθόδοξη διδασκαλία είναι ο μεγάλος παιδαγωγός και αποτελεί αιτία βαθιάς μετάνοιας και εσωτερικού καθαρισμού της ψυχής. Ο Απόστολος των Εθνών Παύλος, ιδρυτής της Εκκλησίας της Θεσσαλονίκης, όπως των Αθηνών και τόσων άλλων ακόμη στη Χώρα μας, εξηγεί στους Κορίνθιους ότι ο Κύριος μας κατήγγησε το θάνατο τον οποίο χαρακτηρίζει «*έσχατο εχθρό για τον άνθρωπο*» (Α΄ Κορ. ιε΄ 26) και συνεχίζοντας το συλλογισμό του λέγει το γνωστό «*εάν οι νεκροί δεν ανασταίνονται τότε ας φάμε κι ας πιούμε διότι αύριο θα πεθάνουμε*» (Α΄ Κορ. ιε΄ 32.). Γι' αυτό και η Εκκλησία μας συνεχώς προσεύχεται για να είναι των πιστών «*Χριστιανά τα τέλη, ανώδυνα, ανεπαίσχυντα, ειρηνικά*». Αυτά που οι Χριστιανοί ονομάζουμε «*χριστιανά τέλη*», όπως τα περιγράφει η ευχή της Εκκλησίας μας, για τους αρχαίους Έλληνες είχαν πάρει την ονομασία ευθανασία (Αφρ. Αβαγιανού, ΕΓΕ, 2000).

5.2. Ινδουισμός

Οι βασικές αρχές του Ινδουισμού επηρεάζουν την άποψη των πιστών τους για το θάνατο καθώς και τη θέση τους στο θέμα της ευθανασίας. Δεν υπάρχουν γενικά αποδεκτές ηθικές αρχές. Αυτό που έχει όμως σημασία είναι να παραμένουν ανόθευτες οι διδασκαλίες της μετενσάρκωσης, του ντάρμα και κάρμα. Ντάρμα είναι το καθήκον ή δικαιοσύνη και η θρησκεία. Ως υπέρτατο ντάρμα ορίζεται «*η εν τη καρδία αναγνώριση της αλήθειας*». Το κάρμα αντιστοιχεί στον νόμο αιτίας και αιτιατού, καταδεικνύει τον προορισμό κάποιου ατόμου όπως αυτός προσδιορίζεται από πράξεις του παρελθόντος, όπως και από ζωές (μετενσάρκωση) (Keown Damien and Keown John, 1995). Μια μορφή ευθανασίας τους είναι η θυσία του εαυτού τους ως πράξη παντοδυναμίας με σκοπό να αποκτήσουν την απελευθέρωση προς τον ουρανό. Αυτή όμως η μορφή ευθανασίας, ο οποίος ο ασθενείς έχει ύψιστο πνευματικό επίπεδο είναι τελείως διαφορετική από την ευθανασία που επιθυμούν οι ασθενείς με ανίατη ασθένεια εξαιτίας των ανυπόφορων πόνων. Στην περίπτωση αυτή θεωρείται ανήθικη πράξη και οδηγείται στην κόλαση (Sh. Firth, Elsevier, 2005).

5.3. Ισλαμισμός

Η παράταση της αναπνοής με τεχνητά μέσα απορρίπτεται εντόνως από το Κοράνι. Αν η ζωή δεν μπορεί να αποκατασταθεί, είναι μάταιο να διατηρείται ένας άνθρωπος σε φυτική κατάσταση με τεχνητά μέσα. Η αυτοκτονία απαγορεύεται από τον Ισλαμικό νόμο. Οι γιατροί δεν πρέπει να παίρνουν θετικά μέτρα για να διακόψουν τη ζωή των ασθενών. Σύμφωνα με τα πιστεύω του Ισλαμισμού ο ανεπτυγμένος άνθρωπος μπορεί να μετατραπεί σε άγγελο ή ακόμα και σε κάτι ανώτερο μέσω του θανάτου (F. Zahedi, B. Larijani, J. Tavakoly Bazzaz, 2007).

5.4. Βουδισμός

Σύμφωνα με τον πρώτο από τους δέκα κανόνες της Βουδιστικής δεοντολογίας, ο γιατρός οφείλει να ανακουφίζει τον πόνο των ασθενών που βρίσκονται σε τελικό στάδιο, χωρίς όμως να παρεμποδίζει την έκφραση του κάρμα του συγκεκριμένου ατόμου. Η ενεργητική ευθανασία, ενώ απορρίπτεται από ορισμένες βουδιστικές ομάδες με σαφήνεια, γίνεται αποδεκτή από άλλες (Mahayana). Αυτό επειδή η ζωή δεν έχει απόλυτη αξία, ώστε να παρατείνεται με όποιο κόστος, αλλά αποτελεί μεταβατικό στάδιο της ζωής ενός ανθρώπου. Ο Βουδισμός τονίζει τη σημασία του θανάτου με διαυγή μυαλό, επειδή πιστεύεται ότι αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μια καλύτερη αναγέννηση. Για το λόγο αυτό οι Βουδιστές είναι απρόθυμοι να λάβουν ισχυρά παυσίπονα φάρμακα, γιατί τα φάρμακα αυτά μειώνουν την αντιληπτική και αισθητηριακή ικανότητα, ενώ οι ίδιοι τους θέλουν να βρίσκονται σε όσο το δυνατόν μεγαλύτερη εγρήγορση (Perrett Roy W., 1996).

5.5. Ιουδαϊσμός

Ο Ιουδαϊσμός απαγορεύει τη θανάτωση του ανθρώπου με την εντολή «ου φονεύσεις». Επιτρέπεται η εξάλειψη της αιτίας της καθυστέρησης του θανάτου ή η αποφυγή πράξεων που παρεμποδίζουν τον θάνατο, όταν ο θάνατος είναι επικείμενος. Στην ενεργητική ευθανασία η ιερότητα της ανθρώπινης ζωής σημαίνει ότι η ζωή δεν μπορεί να συντομευτεί ή να τερματισθεί για λόγους ευκολίας ή χρησιμότητας του ασθενούς, ή λόγω συμπόνιας προς τον πόνο του ασθενούς, θετικά βήματα που επιταχύνουν τον θάνατο απαγορεύονται. Στην διακοπή μηχανικής υποστήριξης μερικοί Ραβίνοι επιτρέπουν τη διακοπή χορήγησης φαρμάκων, τεχνητής διατροφής και ενυδάτωσης σε περιπτώσεις ανίατων ασθενών συμπεριλαμβανομένων και αυτών που βρίσκονται σε χρόνια φυτική κατάσταση. Ενώ οι Ορθόδοξοι Ιουδαίοι στην διακοπή μηχανικής υποστήριξης επιτρέπουν όλα τα μέτρα παράτασης της ζωής, εκτός αν ένας άνθρωπος δεν μπορεί να κρατηθεί στη ζωή για περισσότερες από τρεις μέρες (Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, Ειδική Βιοηθικής, 2002).

5.6. Μάρτυρες του Ιεχωβά

Βάση της πίστη τους είναι η Αγία Γραφή, αλλά σε αρκετά θέματα διαφέρουν από τις Εκκλησίες του χριστιανικού κόσμου. Το πιο γνώριμο χαρακτηριστικό τους είναι η άρνηση των μεταγγίσεων αίματος. Όταν υπάρχει καθαρή ένδειξη επικείμενου και αναπόφευκτου θανάτου, οι Γραφές δεν απαιτούν να εφαρμοσθούν έκτακτα μέσα για να παρατείνουν τη διαδικασία του θανάτου. Η ενεργητική ευθανασία είναι πράξη φόνου που παραβιάζει την ιερότητα της ζωής, την χριστιανική συνείδηση και την υπακοή σε κυβερνητικούς νόμους (Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, Ειδική Επιτροπή Βιοηθικής, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΙΑΤΡΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

6.1 ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ

Η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου

Τα κριτήρια για τον εγκεφαλικό θάνατο δημοσιεύθηκαν για πρώτη φορά το 1968, ένα χρόνο μετά την πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς. Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, έχουν αποδεχτεί πλήρως ότι ένα άτομο είναι νεκρό όταν ο εγκέφαλός του είναι νεκρός (Uniform Determination of Death Act, 1993&1997). Υπάρχει διαφορά μεταξύ σοβαρής βλάβης του εγκεφάλου και εγκεφαλικού θανάτου. Ο εγκεφαλικός θάνατος σημαίνει ότι η υποστήριξη της ζωής δεν είναι πλέον χρήσιμη και είναι η βασική προϋπόθεση για τη δωρεά οργάνων για μεταμόσχευση. Στους ενήλικες, οι κύριες αιτίες του εγκεφαλικού θανάτου είναι ο τραυματικός εγκεφαλικός τραυματισμός και η υποαραχνοειδής αιμορραγία ενώ στα παιδιά, η συνηθέστερη αιτία είναι από τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα ή την ασφυξία (Ashwal S, Schneider S., 1987).

Η κλινική εξέταση του εγκεφαλικού θανάτου

Η κλινική νευρολογική εξέταση παραμένει το πρότυπο για τον προσδιορισμό του εγκεφαλικού θανάτου και πρέπει να γίνεται με ακρίβεια. Η δήλωση του εγκεφαλικού θανάτου απαιτεί όχι μόνο μια σειρά προσεκτικών νευρολογικών εξετάσεων αλλά και την καθιέρωση της αιτίας του κόματος, τη διαπίστωση της μη αναστρεψιμότητας, την επίλυση τυχόν παραπλανητικών κλινικών νευρολογικών σημείων, την αναγνώριση νευροαπεικόνιση και την εκτέλεση τυχόν επιβεβαιωτικών εργαστηριακών εξετάσεων που θεωρούνται απαραίτητες (Haupt WF., Rudolf J., 1999).

Η νευρολογική εξέταση για να διαπιστωθεί εάν ο ασθενής είναι νεκρός μπορεί να προχωρήσει μόνο εάν πληρούνται οι παρακάτω προϋποθέσεις:

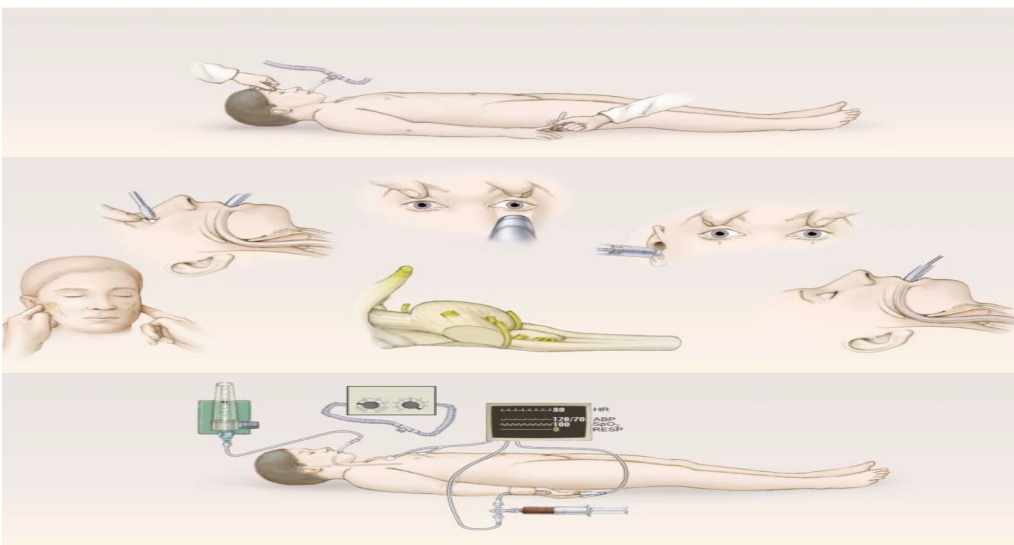
- I. απουσία κατασταλτικών φαρμάκων ή παρέλευση ικανού χρόνου από την κάθαρσή τους από τον οργανισμό
- II. απουσία υποθερμίας ($\Theta > 35$)
- III. απουσία βαριάς μεταβολικής ή ενδοκρινής διαταραχής
- IV. απουσία ικανοποιητικής αυτόματης αναπνοής, ανάγκη υποστήριξης με μηχανικό αερισμό
- V. διαπιστωμένη και τεκμηριωμένη εγκεφαλική βλάβη, συμβατή με εγκεφαλικό θάνατο.

Μια πλήρης κλινική νευρολογική εξέταση περιλαμβάνει την τεκμηρίωση του κόματος, την απουσία αντανάκλαστικών του στελέχους του εγκεφάλου και την άπνοια. Η κλινική εξέταση για τον προσδιορισμό του εγκεφαλικού θανάτου σε παιδιά ακολουθεί τις ίδιες αρχές με αυτές στους ενήλικες. Ωστόσο, πολλά παιδιά έχουν υποθερμία όταν γίνουν κόματά τους μετά από σοβαρό εγκεφαλικό τραύμα. Αρκετές από τις ανταποκρίσεις κρανιακού νεύρου δεν αναπτύσσονται πλήρως σε πρόωρα και πλήρως νεογνά και είναι δύσκολο να πραγματοποιηθεί μια νευρολογική αξιολόγηση σε ένα βρέφος που βρίσκεται σε θερμοκοιτίδα. Λόγω των περιορισμών στην κλινική εξέταση νεογνών, συνιστάται περίοδος παρατήρησης 48 ωρών, καθώς και επιβεβαιωτική δοκιμασία, όπως ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ή μελέτη εγκεφαλικής ροής αίματος (Ashwal S., 1997).

Οι ακόλουθες δοκιμασίες του εγκεφαλικού θανάτου είναι οι εξής:

- I. Οι δύο κόρες αναντίδραστες
- II. Το αντανακλαστικό κερατοειδούς απουσιάζει αμφοτερόπλευρα.
- III. Το οφθαλμοιθουσαίο αντανακλαστικό απουσιάζει (καμία κίνηση των οφθαλμών στην έγχυση παγωμένου ύδατος στον έξω ακουστικό πόρο).
- IV. Απουσία του αντανακλαστικού του εμετού ή του βήχα (gag reflex).
- V. Απουσία οποιαδήποτε κινητικής απάντησης στους μύες του προσώπου μετά από επώδυνο ερέθισμα της περιοχής.

Απουσία αναπνευστικών κινήσεων κατά την αποσύνδεση από τον αναπνευστήρα (χορήγηση O_2 κατά την αποσύνδεση και αναμονή μέχρι την επίτευξη υπερκαπνίας ικανής για πρόκληση αυτόματης αναπνοής) (Ropper Ah., Kennedy Sk., 1981) (εικόνα 1).



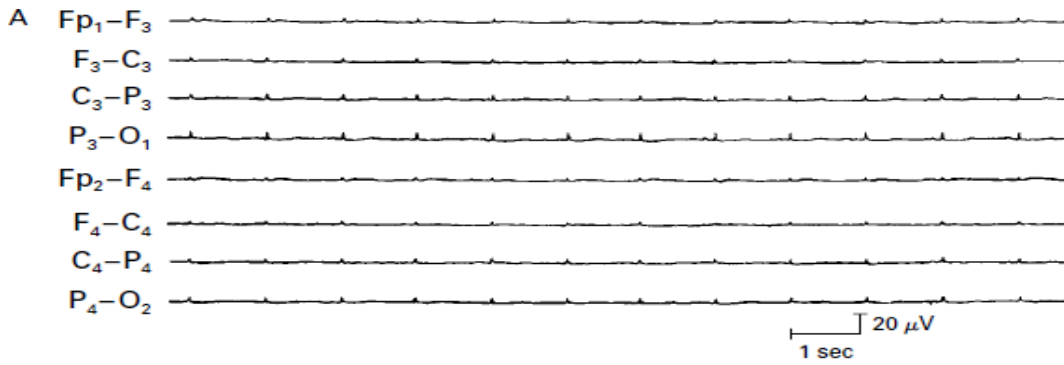
(Εικόνα 1)

Επιβεβαιωτικά τεστ

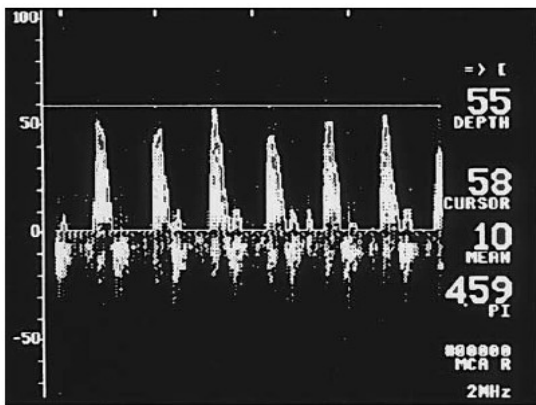
Οι δοκιμές επιβεβαίωσης είναι προαιρετικές στους ενήλικες, αλλά συνιστώνται σε παιδιά ηλικίας μικρότερης του ενός έτους. Σε αρκετές χώρες της Ευρώπης, της Κεντρικής και της Νότιας Αμερικής και της Ασίας, απαιτείται επιβεβαίωση από τον νόμο. Ορισμένες χώρες (π.χ. Σουηδία) απαιτούν μόνο εγκεφαλική αγγειογραφία.

Η ηλεκτροεγκεφαλογραφία χρησιμοποιείται σε πολλές χώρες και παραμένει ένα από τα πιο έγκυρα επιβεβαιωτικά τεστ. Οι ηχογραφήσεις λαμβάνονται για τουλάχιστον 30 λεπτά με όργανο 16 ή 18 καναλιών. Σε έναν ασθενή που είναι νεκρό στον εγκέφαλο, η ηλεκτρική δραστηριότητα απουσιάζει σε επίπεδα υψηλότερα από 2 μV με το όργανο ρυθμισμένο σε ευαισθησία 2 μV ανά χιλιοστό (Εικόνα 2A) (Silverman D., Saunders MG., 1969).

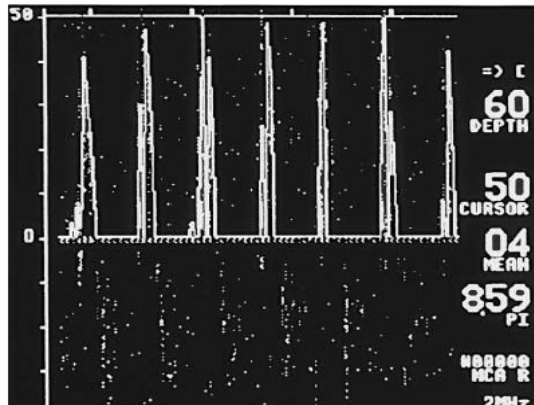
Σε ασθενείς που είναι εγκεφαλικά νεκροί, η υπερηχητική υπερηχογραφία Doppler αποκαλύπτει τυπικά την απουσία της διαστολικής ή αντηχικής ροής που προκαλείται από τη συστολική δύναμη των αρτηριών. Ο δείκτης παλμικότητας είναι πολύ υψηλός, με συστολικές ταχύτητες που είναι μόνο ένα κλάσμα του κανονικού επιπέδου (Εικόνες 2B και 2C) (Ropper AH., Kehne SM., 1987). Η πυρηνική απεικόνιση με τεχνητό μπορεί να καταδείξει την απουσία ενδοεγκεφαλικής πρόσληψης του ιχνηθέτη (Εικόνα 2D).



(Εικόνα 2Α)

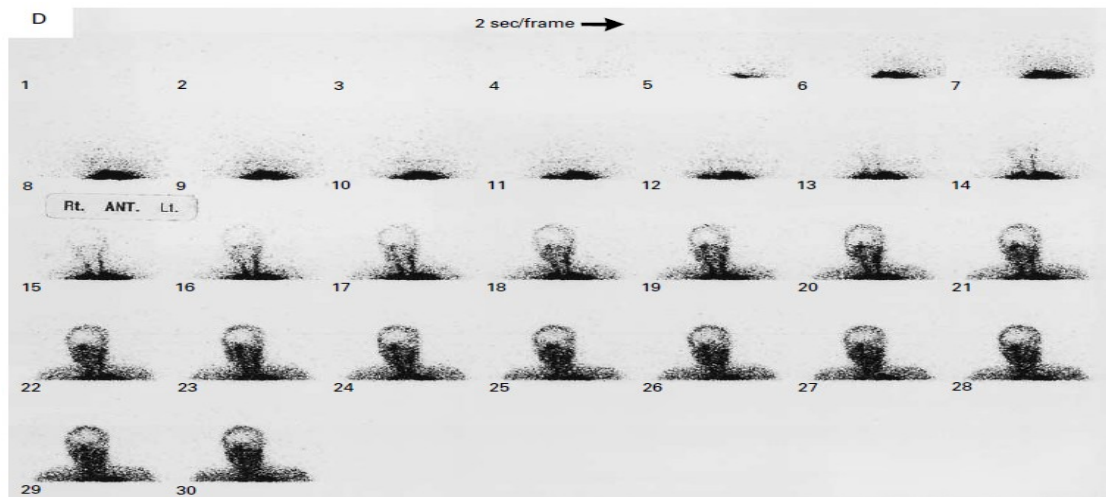


B



C

(Εικόνα 2B και 2C)



(Εικόνα 2D)

Οι δοκιμασίες πραγματοποιούνται πάντα από δύο έμπειρους γιατρούς, ο καθένας από τους οποίους εξετάζει χωριστά τον ασθενή. Οι πρώτες δοκιμασίες μπορεί να πραγματοποιηθούν λίγες ώρες μετά την διαπίστωση της βαριάς βλάβης, συνήθως όμως αρχίζουν 12-24 ώρες ή και αργότερα αν υπάρχει αμφιβολία ως προς την τήρηση των προαναφερόμενων προϋποθέσεων. Ο θάνατος πιστοποιείται μετά και την δεύτερη δοκιμασία (δεύτερος εξεταστής) όταν επιβεβαιώνεται ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους και όχι όταν σταματά η καρδιακή λειτουργία του ασθενούς (παλιά αντίληψη για την πιστοποίηση του θανάτου) (Omnibus Reconciliation Act, 1968). Αφού τηρηθούν τα κλινικά κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου, ο γιατρός θα πρέπει να ενημερώσει τους επόμενους συγγενείς, στους οποίους μπορεί να προσεγγιστεί η δωρεά οργάνων.

6.2. Διαταραχές επιπέδου συνείδησης (Κώμα)

Ποικίλες παθολογικές καταστάσεις μπορούν να διαταράξουν το επίπεδο συνείδησης και πολλοί ορισμοί έχουν δοθεί κατά καιρούς, προκειμένου να περιγραφούν οι διαταραχές του επιπέδου συνείδησης που αυτές οι καταστάσεις προκαλούν. Τέτοιοι ορισμοί είναι: λήθαργος, απάθεια, ημικόμα, βαθύ κώμα. Οι ορισμοί όμως αυτοί όταν χρησιμοποιούνται από μεμονωμένους κλινικούς ενέχουν τον κίνδυνο να οδηγήσουν σε ασάφεια ή και σε λανθασμένη εκτίμηση της παθολογικής οντότητας που στην πραγματικότητα υπάρχει. Με την κλίμακα Γλασκόβης (G.C.S) ωστόσο, αποφεύγονται τέτοιου είδους δυσκολίες ενώ ταυτόχρονα περιγράφεται ικανοποιητικά το επίπεδο συνείδησης του ασθενούς.

Καλό επίπεδο συνείδησης σημαίνει:

- Φυσιολογική λειτουργία εγκεφαλικών ημισφαιρίων (φλοιός)
- Ανέπαφη λειτουργία του ανιόντος δικτυωτού σχηματισμού του στελέχους
- Σύνδεση, λειτουργική και ανατομική, του φλοιού με τον δικτυωτό σχηματισμό, το μεσεγκέφαλο, τον υποθάλαμο και θάλαμο.

Διαταραχές επιπέδου συνείδησης παρατηρούνται στις παρακάτω βλάβες:

- I. Διάχυτη βλάβη ημισφαιρίων που μπορεί να προκληθεί από τραύμα, ισχαιμία, υπογλυκαιμία ή ηπατική/νεφρική ανεπάρκεια
- II. Αμφοτερόπλευρη βλάβη του θαλάμου (π.χ. αστροκύττωμα)
- III. Υπερσκηνιδιακή εξεργασία που προκαλεί εγκολεασμό διαμέσου του σκηνιδίου
- IV. Βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους που μπορεί να προκληθεί από ισχαιμία, αιμορραγία, όγκοι και φάρμακα (Ιωαννίδου Ε. Μαρβάκη Χ. Καλογιάννη Α. Κοτανίδου Α., 2011).

Εκτίμηση επιπέδου συνείδησης

Η κλίμακα Γλασκόβης είναι ένα σύστημα εκτίμησης του επιπέδου συνείδησης ασθενών με όρους όπως άνοιγμα ματιών (αυτόματα =4, μετά από εντολή =3, στον πόνο =2, καμία αντίδραση =1), λεκτική απάντηση (σωστά προσανατολισμένος ασθενής =5, σύγχυση =4, απαντά με λέξεις =3, απαντά με ήχους =2, καμία αντίδραση =1) και κινητική αντίδραση (αυτόματη κινητικότητα =6, εκτελεί εντολές =5, εντοπίζει τον πόνο =4, αντιδρά με κάμψη των άνω άκρων στον πόνο =3, αντιδρά με έκταση των άνω άκρων στον πόνο =2, καμία αντίδραση =1). Η εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς μέσω της κλίμακας Γλασκόβης, είναι επαρκής και σαφής, ανεξαρτήτως του επιπέδου γνώσεων του εξεταστή και μπορεί να πραγματοποιηθεί τόσο από έναν νοσηλευτή, όσο και από έναν γιατρό.

Αίτια

Το κώμα μπορεί να οφείλεται σε ενδοκρανιακή βλάβη, σε εξωκρανιακή παθολογική κατάσταση, σε ελαττωμένη εγκεφαλική αιματική ροή, σε φάρμακα και τοξικές ουσίες ή σε ψυχικές διαταραχές.

Διαγνωστική διερεύνηση

Η σειρά των εξετάσεων εξαρτάται από την κλινική εικόνα του ασθενή. Μετά από τραύμα ή σημεία αύξησης της ενδοκράνιας πίεσης, πραγματοποιείται επείγουσα αξονική τομογραφία εγκεφάλου. Αν είναι φυσιολογική, διενεργείται οσφυνωτιαία παρακέντηση. Όταν υπάρχει υποψία κατάχρησης φαρμάκων διενεργείται πλήρης αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος. Επίσης μια απλή ακτινογραφία θώρακα μπορεί να δώσει χρήσιμα στοιχεία, όπως στην περίπτωση θλαστικού τραύματος ή κατάγματος κρανίου. Το ΗΕΓ μπορεί να δώσει στοιχεία υποκλινικής επιληψίας ή εγκεφαλίτιδας. Τέλος η μαγνητική τομογραφία μπορεί να παίξει μόνο μικρό ρόλο στην επείγουσα διερεύνηση του κώματος (Young GB., 2009).

6.3.Καρκίνοπαθείς ασθενείς στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) - Ασθενείς τελικού σταδίου

Οι διαταραχές της συνείδησης προκαλούνται από μεγάλο αριθμό νοσημάτων και δημιουργούν τους ασθενείς τελικού σταδίου (end-of-life patient). Κάποια από τα νοσήματα αυτά είναι: ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χημειοθεραπείες κάρδιο-αναπνευστική ανακοπή, φαρμακευτικές δηλητηριάσεις, όγκοι εγκεφάλου, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις.

Οι συχνότερες αιτίες εισαγωγής καρκινοπαθών στη ΜΕΘ είναι:

- Η πιο γνωστή αιτία εισαγωγής στη ΜΕΘ ογκολογικού ασθενούς, είναι η μετεγχειρητική παρακολούθηση, μετά από μια μεγάλη επέμβαση.
- Ο δεύτερος λόγος εισαγωγής είναι εξαιτίας των επιπλοκών της νεοπλασματικής ασθένειας ή της θεραπείας της.
- Η τρίτη αιτία νοσηλείας καρκινοπαθή στη ΜΕΘ είναι η παρακολούθηση κατά τη διαδικασία χορήγησης των θεωρητικά επικίνδυνων για τη ζωή, εντατικών ή και νέων αντικαρκινικών θεραπειών.
- Η τέταρτη σε συχνότητα αιτία είναι μια οξεία ασθένεια (Amir M., Shabot MM., Karlan BY., 1997).

Υπάρχουν κάποιες προϋποθέσεις και επιχειρήματα εισαγωγής ογκολογικών ασθενών στη ΜΕΘ οι οποίες είναι:

- Κάθε ασθενής πρέπει να έχει την ευκαιρία του για να θεραπευτεί ή έστω για μείωση του όγκου του.
- Η απόφαση του ίδιου του ασθενή για το αν θέλει να υποβληθεί, εάν χρειαστεί, σε εντατική θεραπεία να είναι σεβαστή.
- Οι ασθενείς με τις περισσότερες πιθανότητες να ωφεληθούν από τη νοσηλεία σε ΜΕΘ πρέπει να προτιμούνται καθώς οι ιατρικές παροχές δεν είναι ανεξάντλητες.

Οι λόγοι εισαγωγής τους είναι η εντατική και συνεχής παρακολούθηση των ζωτικών τους σημείων κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες για την πρόληψη και πρόωμη διάγνωση και την αντιμετώπιση άμεσων μετεγχειρητικών επιπλοκών και ο σταδιακός και ασφαλής απογαλακτισμός από τη μηχανική υποστήριξη του αναπνευστικού συστήματος.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη ΜΕΘ είναι διαρκώς κοντά στον ασθενή, καθώς δεν πρέπει να παραβλέπεται η σημασία της προσωπικής παρατήρησης του ασθενούς. Η ψυχολογική υποστήριξη κάθε αφυπνισμένου ασθενή ΜΕΘ είναι ιδιαίτερα σημαντική λόγω του στρες που λογικά προκαλεί η ασθένεια και η παραμονή στην εντατική, πόσο μάλλον των καρκινοπαθών και δεν πρέπει να παραβλέπεται ή να υποτιμάται. Η νοσηλευτική παρέμβαση στη ΜΕΘ ολοκληρώνεται με την ασφαλή μεταφορά του ασθενούς στο τμήμα, όταν αυτό καταστεί δυνατόν και μετά από σαφή συνεννόηση (Sculier J. P., Markiewicz E., 1991).

Ασθενείς τελικού σταδίου

Οι ασθενείς τελικού σταδίου, αποδυναμώνονται και εξαντλούνται από τη νόσο έτσι ώστε δεν είναι σε θέση να ζήσουν το χρόνο που τους απομένει όπως θα επιθυμούσαν. Ο χρόνος που μεσολαβεί από την διάγνωση ως το τέλος της ζωής μπορεί να είναι περιορισμένος και πολύτιμος.

Υπάρχουν πέντε στάδια που διανύουν οι ασθενείς τελικού σταδίου καθόλη την διάρκεια της νόσου τους:

- I. Το πρώτο στάδιο είναι η άρνηση, στο οποίο το άτομο απλώς αρνείται να αποδεχτεί ότι η ασθένεια του είναι τελικού σταδίου.
- II. Το δεύτερο στάδιο είναι ο θυμός, όπου το άτομο αρχίζει να γίνεται επιθετικό από τους γιατρούς μέχρι την οικογένεια του και το Θεό.
- III. Το τρίτο είναι η διαπραγμάτευση, στην οποία το άτομο προσπαθεί να «εξαγοράσει» την υγεία του, ικετεύοντας για βοήθεια από το Θεό.
- IV. Το τέταρτο στάδιο είναι η κατάθλιψη, με χαρακτηριστικά παραίτησης και την απόσυρση μπροστά στο χτύπημα της μοίρας.
- V. Το πέμπτο στάδιο είναι η αποδοχή, στην οποία το άτομο σταματάει να παλεύει για το αναπόφευκτο (Kubler-Ross, E., 1997).

Οι περισσότεροι ασθενείς εξακολουθούν να αισθάνονται το σωματικό ή ψυχολογικό πόνο και αυτό τους οδηγεί στην επιθυμία να πεθάνουν. Οι λόγοι που οδηγούν στη λήψη αυτής της απόφασης είναι:

- Πόνος ο οποίος δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί.
- Υπερβολική κούραση των ασθενών από τους κατετήρες λόγω ακράτειας ούρων ή κοπράνων.
- Προοδευτική αναπνευστική δυσχέρεια που μπορεί να συνοδεύεται από επεισόδια ασφυξίας.
- Ναυτία και έμετος που συνήθως προκαλείται από χημειοθεραπεία ή από άλλες φαρμακευτικές αγωγές.
- Η αγωνία και η ευαισθητοποίηση από τη σταδιακή εξασθένιση και επιδείνωση, καθώς και η κούραση από τη διαρκή αναμονή του θανάτου.
- Η αίσθηση της απώλειας της αυτονομίας και της αξιοπρέπειας.

Σε πολλούς ασθενείς η απόφαση για ευθανασία είναι αποτέλεσμα της κατάθλιψης τους και όχι της αφόρητης ταλαιπωρίας τους (J. Sobel, 1999).

Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ασθενείς τελικού σταδίου είναι η συμπόνια προς τον ασθενή. Μια βαθιά αίσθηση φροντίδας και ενδιαφέροντος για τον ασθενή με γνώμονα το συμφέρον του. Να υπάρχει ένα κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή. Η πεποίθηση του επαγγελματία ότι είναι αποτελεσματικός στο έργο του και πίστη στη σημαντικότητα και την αξία του ασθενή. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να του δίνει δύναμη και κουράγιο για να αντιμετωπίζει τα προβλήματα που σχετίζονται με την κατάσταση του. Τέλος η ανοιχτή επικοινωνία μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού με τους ασθενείς τελικού σταδίου μπορεί να βοηθήσει στην ευθύτητα και την αμεσότητα στην αντιμετώπιση ζητημάτων που αφορούν την ασθένεια και την πρόγνωση της, στην ικανότητα καλής και προσεκτικής ακρόασης και στην παροχή ειλικρινών και ευσυνείδητων απαντήσεων (Pusari D., 1998).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

7.1. Σκοπός της έρευνας

Ως εκπαιδευόμενοι νοσηλευτές ήδη από την πρώτη επαφή με τους ασθενείς αρχίσαμε να κατανοούμε βαθιά την έννοια της Νοσηλευτικής ως επιστήμη και τέχνη. Το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι συνυφασμένο με την ζωή και την ανθρώπινη υγεία. Είναι η επιστήμη που συμμετέχει στη διατήρηση και προαγωγή της υγείας, στην παροχή εξειδικευμένης φροντίδας σε οξείες και χρόνιες καταστάσεις και φυσικά στην πρόληψη της ασθένειας. Ωστόσο, ο ρόλος της δεν περιορίζεται μόνο σε αυτά σχετίζεται με την αποκατάσταση της υγείας του ατόμου με στόχο την μεγιστοποίηση της λειτουργικότητας και της ευεξίας του, αλλά και με την υποστήριξη του ασθενούς σε ένα ειρηνικό θάνατο στη περίπτωση που η κατάσταση της υγείας του είναι μη αναστρέψιμη. Σε αυτή τη περίπτωση που η κατάσταση είναι μη αναστρέψιμη και δεν υπάρχει καμία πιθανότητα ίασης, τι θα πρέπει να γίνει; Όταν ο πόνος του πάσχων είναι αβάσταχτος και νιώθει την αξιοπρέπειά του να κατακερματίζεται;

Έχοντας κατά νου τα προηγούμενα ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση μέσα από τους ιατρούς και νοσηλευτές, που εργάζονται ήδη στον χώρο της υγείας, της αντίληψης τους για την ευθανασία. Η έρευνα επικεντρώνεται σε ερωτήματα που εξετάζουν το γνωστικό υπόβαθρο και τη στάση των ερωτηθέντων σχετικά με αυτή. Μέσα από την έρευνα προσδιορίζονται τα κριτήρια που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε καταστάσεις όπου τίθεται το θέμα της ευθανασίας, οι θρησκευτικές τους πεποιθήσεις και τα ηθικά διλήμματα που έχουν να αντιμετωπίσουν, καθώς επίσης οι γνώσεις τους για το ισχύον νομικό πλαίσιο και τις ευθύνες που κατέχουν.

7.2.Υλικό και Μέθοδος

Στην έρευνα συμπεριλήφθηκαν 104 νοσηλευτές/τριες και 46 ιατροί από 2 Γενικά Νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης, το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Γεννηματάς» και το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου. Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο, το οποίο σχεδιάστηκε με βάση το ερωτηματολόγιο της έρευνας «*Attitudes towards euthanasia among Greek intensive care unit physicians and nurses*», ύστερα από την εξασφάλιση της άδειας χρήσης του από τον πρώτο συγγραφέα Γεώργιο Κρανιδιώτη (Παράρτημα 1). Πριν από τη διεξαγωγή της έρευνας έγινε σχετικό αίτημα στα Δ.Σ. των ιδρυμάτων, καθώς επίσης και στις επιστημονικές επιτροπές. Αφού δόθηκε η άδεια (Παράρτημα 2 και 3), ακολούθησε η διανομή των ερωτηματολογίων. Όσοι ιατροί και νοσηλευτές/τριες δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, ενημερώθηκαν ότι τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και ότι η συμμετοχή τους είναι εντελώς εθελοντική. Από αυτά τα 60 ερωτηματολόγια(40%) συμπληρώθηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Γεννηματάς» και τα υπόλοιπα 90 ερωτηματολόγια (60%) συμπληρώθηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου. Το ερωτηματολόγιο ,εκτός από τα δημογραφικά στοιχεία περιελάμβανε ερωτήσεις που σχετίζονταν με την ευθανασία ως γενικότερη έννοια, αλλά και ως ορισμό, ερωτήσεις που αναφέρονταν στη ζωή και το τέλος αυτής καθώς επίσης ερωτήσεις για το κάθε είδος ευθανασίας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από 29/07/2017 έως 29/08/2017 σε νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS και με την δοκιμασία Chi-square Test (χ^2).

7.3. Ερευνητικό ερώτημα

Ποιές οι γνώσεις και στάσεις των ιατρών και νοσηλευτών απέναντι στην ευθανασία.

7.4.Ερωτηματολόγιο

(Παράρτημα 4)

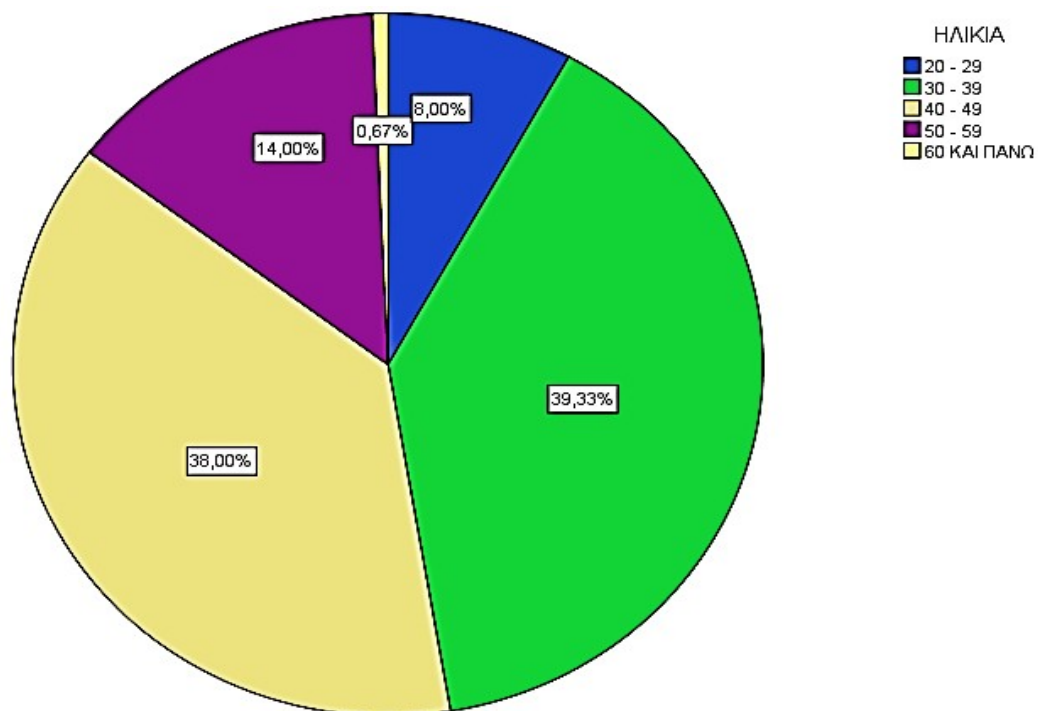
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

8.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Βασική προϋπόθεση για τη μελέτη του δείγματος της παρούσας εργασίας αποτελεί ο προσδιορισμός των γενικών στατιστικών στοιχείων του δείγματος λόγω χάρη η ηλικία, το φύλλο, το επάγγελμα των ερωτηθέντων που συμμετείχαν στις συνεντεύξεις αυτής της έρευνας.

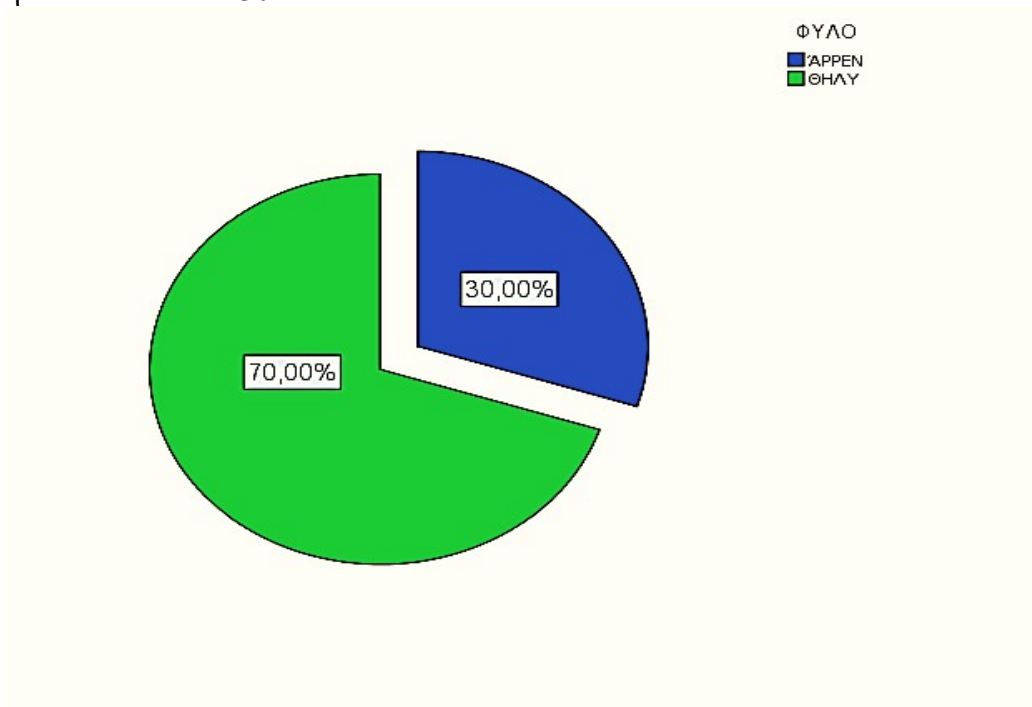
Ηλικία

Στο δείγμα της μελέτης αυτής, η ηλικία έχει ταξινομηθεί σε πέντε ηλικιακές ομάδες ανά δεκαετία. Στην πρώτη ηλικιακή ομάδα, δηλαδή από είκοσι έως εικοσιεννιά (20-29) το ποσοστό των ερωτηθέντων καταλαμβάνει το 8%, στη δεύτερη ομάδα (30-39) ανήκει το 39,3%, στην τρίτη ομάδα (40-49) ανήκει το 38%, στη τέταρτη ομάδα (50-59) ανήκει το 14% και στη τελευταία ομάδα (60 ΚΑΙ ΠΑΝΩ) ανήκει το ποσοστό 7% του συνολικού δείγματος.



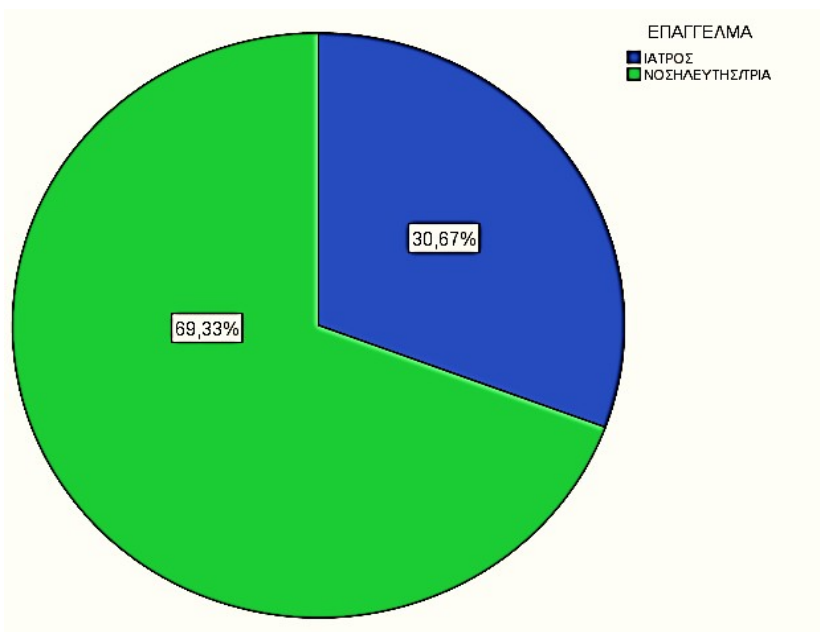
Φύλο του δείγματος

Σχετικά με τον πληθυσμό της έρευνας, οι γυναίκες ήταν σε ποσοστό 70% και οι άντρες ήταν σε ποσοστό 30% .



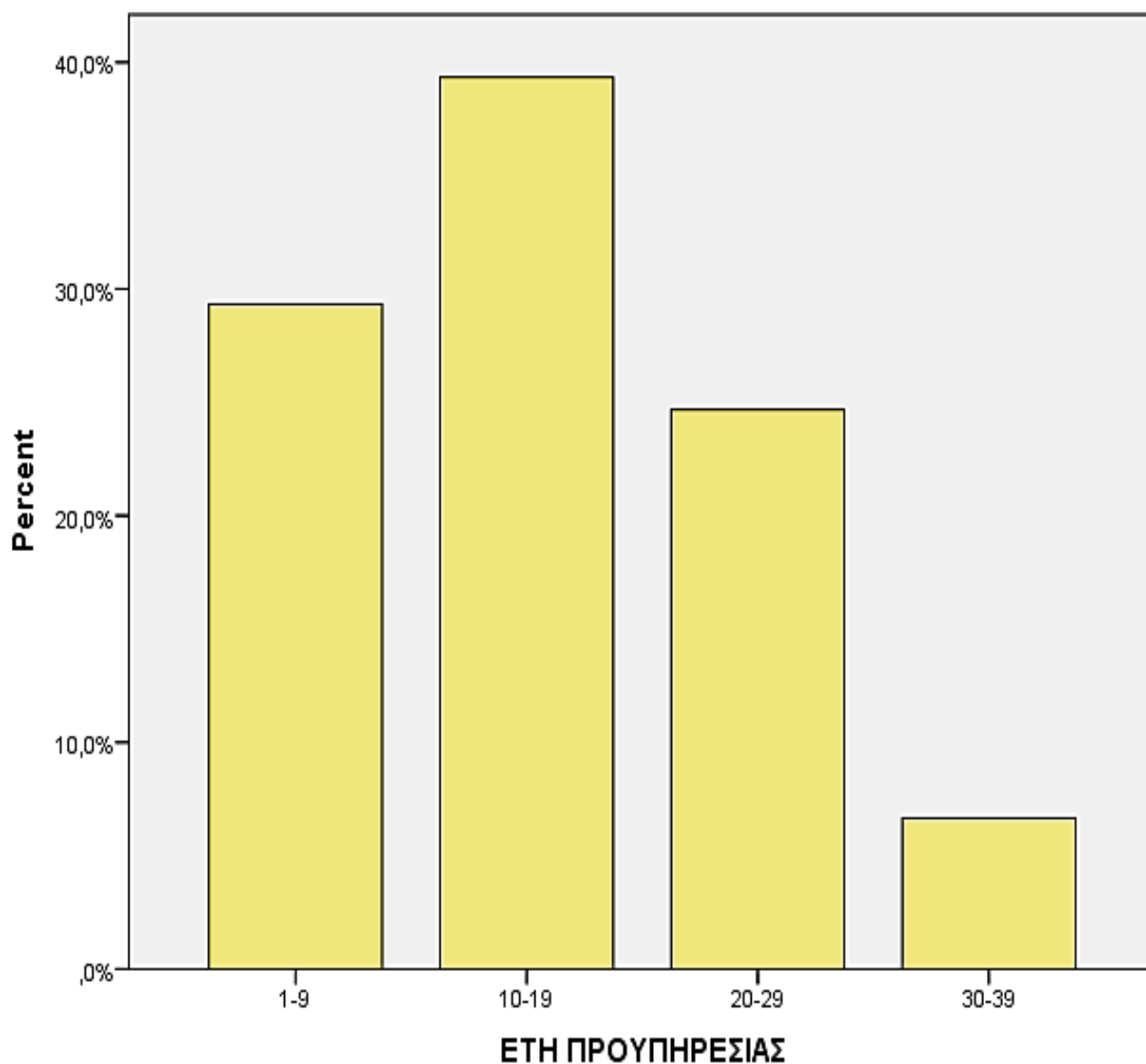
Επάγγελμα

Όσον αφορά τον πληθυσμό της μελέτης, το ποσοστό των νοσηλευτών (ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ΤΡΙΑ) ανέρχεται στο 69,3% και το ποσοστό των ιατρών (ΙΑΤΡΟΣ) ανέρχεται στο 30,7% .



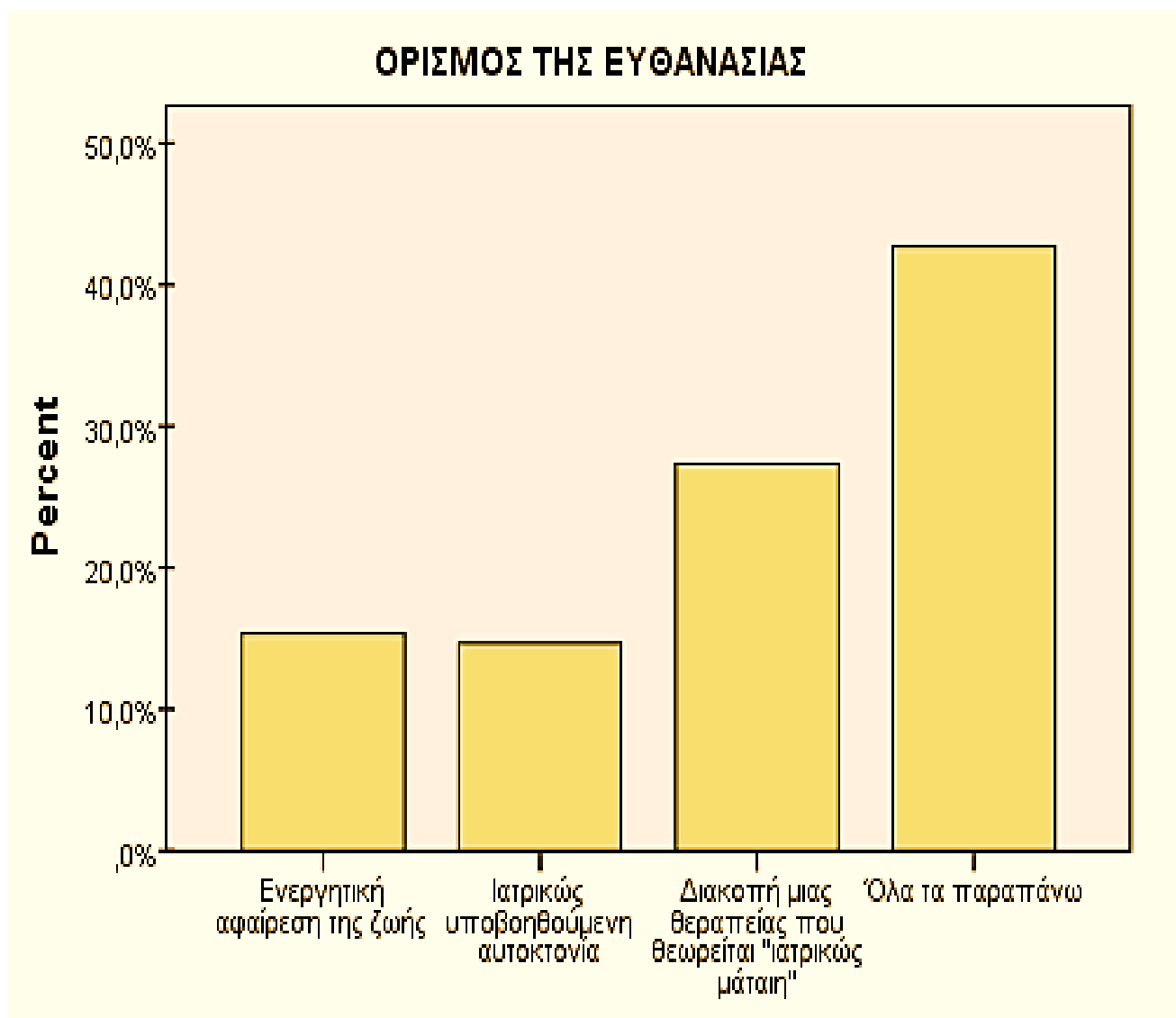
Έτη προϋπηρεσίας

Στο δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας, τα έτη προϋπηρεσίας έχουν ταξινομηθεί σε τέσσερις ομάδες. Στη πρώτη ομάδα, δηλαδή από ένα έτος έως εννέα (1-9) το ποσοστό των συνεντευξιαζόμενων είναι 29,3% ,στη δεύτερη ομάδα (10-19) είναι το 39,3% ,στη τρίτη ομάδα (20-29) είναι το 24,7% και στη τελευταία ομάδα (30-39) ανήκει το 6,7% του συνολικού δείγματος.



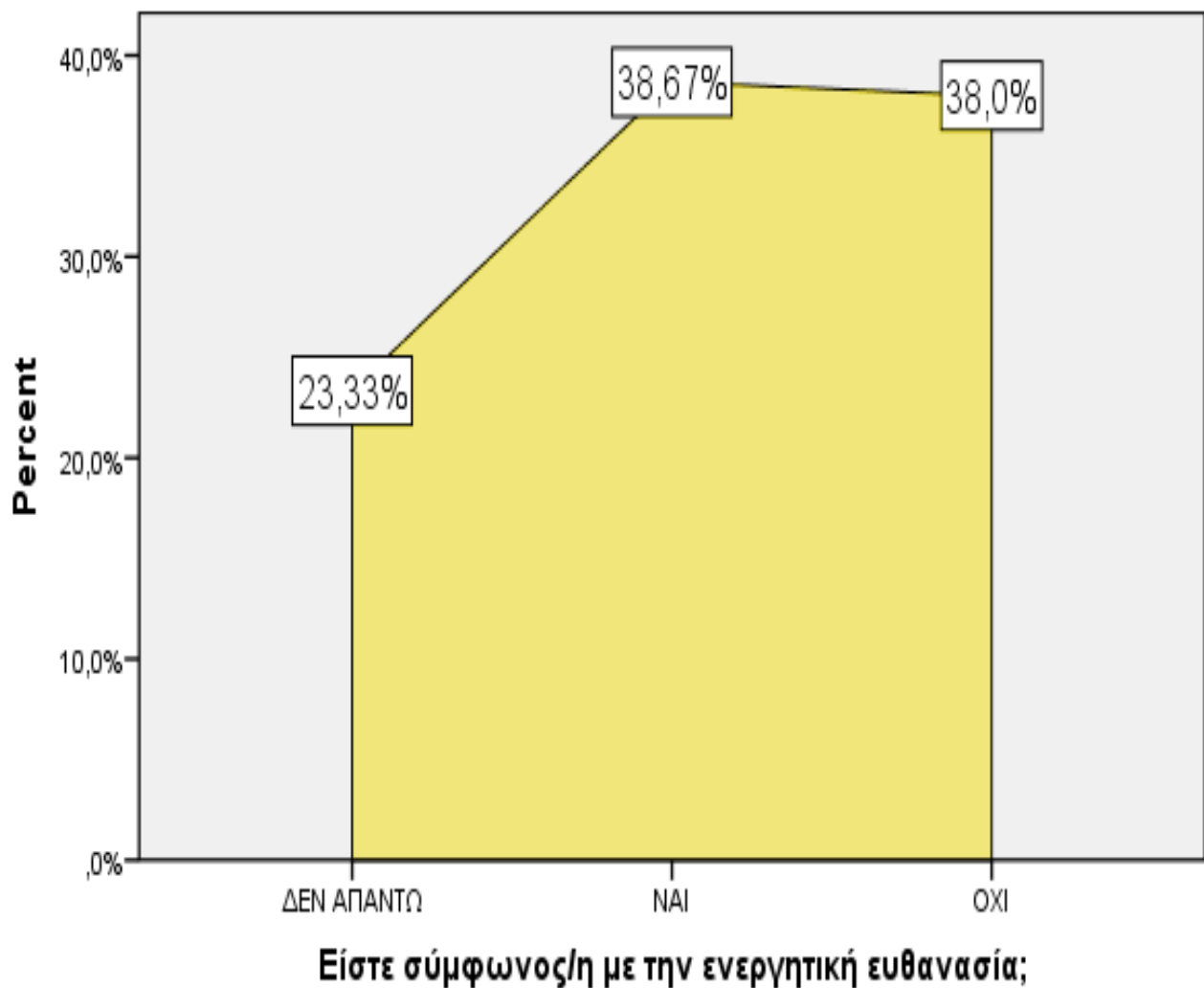
Ορισμός της έννοιας της ευθανασίας

Στην ερώτηση για το «πώς θα ορίζατε την έννοια της ευθανασίας» παρατηρήσαμε ότι το δείγμα της έρευνας σε ποσοστό 42,7% έδωσε ως απάντηση την τέταρτη επιλογή *iv. Όλα τα παραπάνω*. Αυτό σημαίνει ότι το 42,7% των ερωτηθέντων είχε γνώση της έννοιας της ευθανασίας, αφού επέλεξε τη σωστή απάντηση. Σε αντίθεση με το 15,3% που έδωσε ως απάντηση την *i.Ενεργητική αφαίρεση της ζωής*, το 14,7% των συνεντευξιαζόμενων που επέλεξε την επιλογή *ii.Ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία* και το υπόλοιπο 27,3% του συνολικού δείγματος που διάλεξε την τρίτη απάντηση *iii.Διακοπή μιας θεραπείας που θεωρείται «ιατρικώς μάταιη»*, που τελικά απάντησαν λανθασμένα.



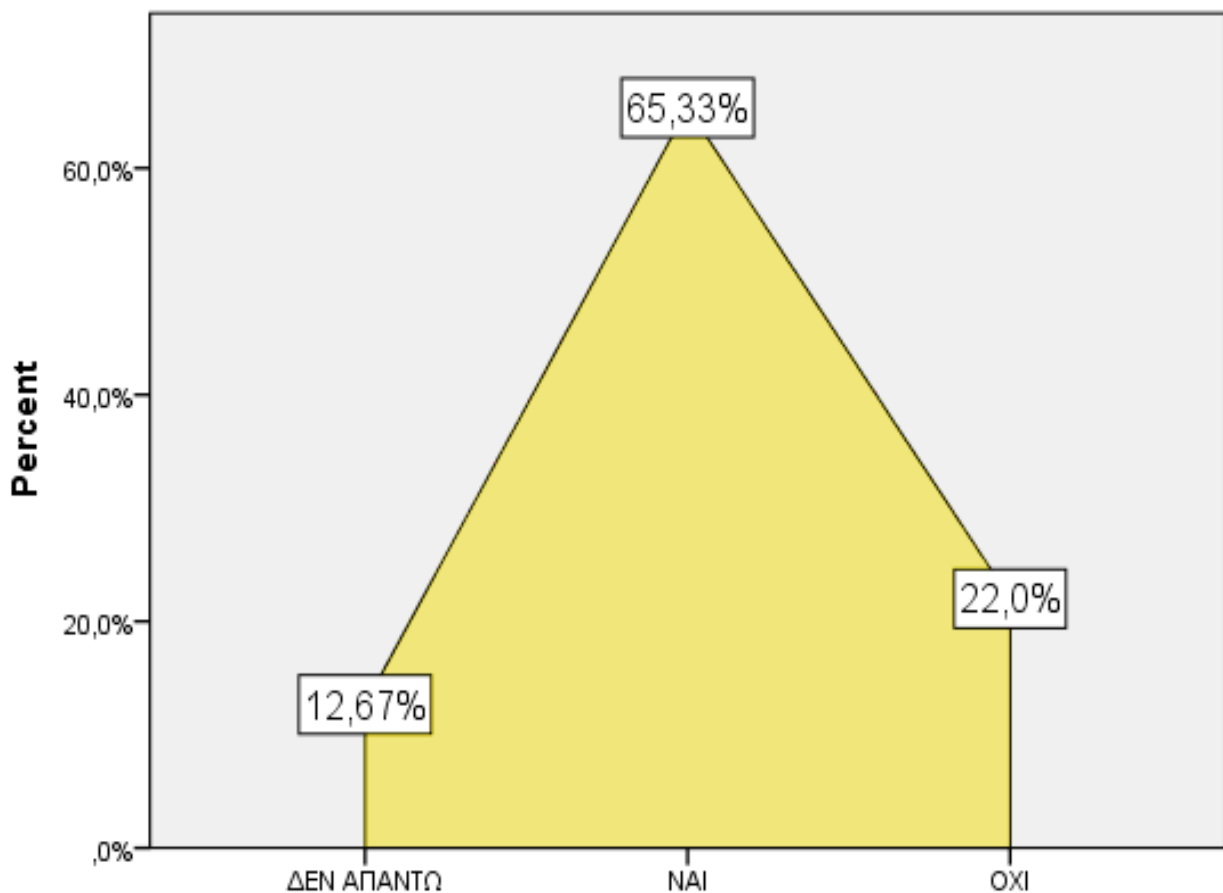
Στάση απέναντι στην ενεργητική ευθανασία

Στην ερώτηση για το αν «Είστε σύμφωνος/η με την ενεργητική ευθανασία» παρατηρήσαμε ότι το δείγμα της έρευνας σε ποσοστό 38,67% έδωσε ως απάντηση την πρώτη επιλογή «*ΝΑΙ*». Συνεπώς, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είχε θετική στάση απέναντι στην ενεργητική ευθανασία. Οι συνεντευξιαζόμενοι σε ποσοστό 38% απάντησαν την δεύτερη επιλογή, δηλαδή «*ΟΧΙ*» και αντίστοιχα το υπόλοιπο 23,33% δεν επιθυμούσε να δηλώσει τη στάση του επιλέγοντας την τρίτη απάντηση το «*ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ*».



Στάση απέναντι στη διακοπή μιας θεραπείας που θεωρείται «ιατρικώς μάταιη»

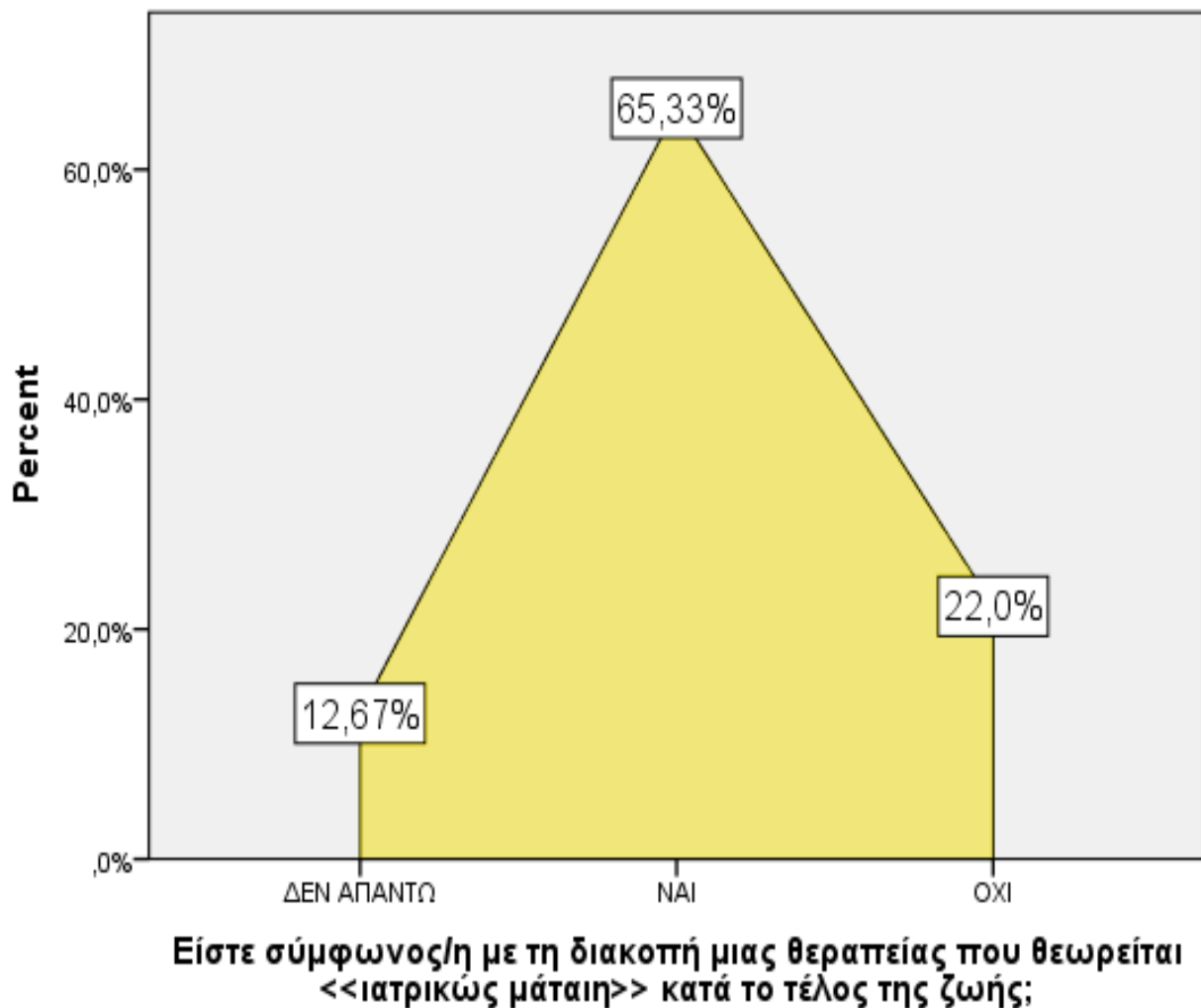
Στην ερώτηση για το αν «Είστε σύμφωνος/η με τη διακοπή μιας θεραπείας που θεωρείται ιατρικώς μάταιη» παρατηρήσαμε ότι το δείγμα της έρευνας σε ποσοστό 65,33% έδωσε ως απάντηση την πρώτη επιλογή «ΝΑΙ». Συνεπώς, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είχε θετική στάση απέναντι σε αυτό το ερώτημα. Οι συνεντευξιαζόμενοι σε ποσοστό 22% απάντησαν την δεύτερη επιλογή, δηλαδή «ΟΧΙ» και αντίστοιχα το υπόλοιπο 12,67% δεν επιθυμούσε να δηλώσει τη στάση του επιλέγοντας την τρίτη απάντηση το «ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ».



Είστε σύμφωνος/η με τη διακοπή μιας θεραπείας που θεωρείται <<ιατρικώς μάταιη>> κατά το τέλος της ζωής;

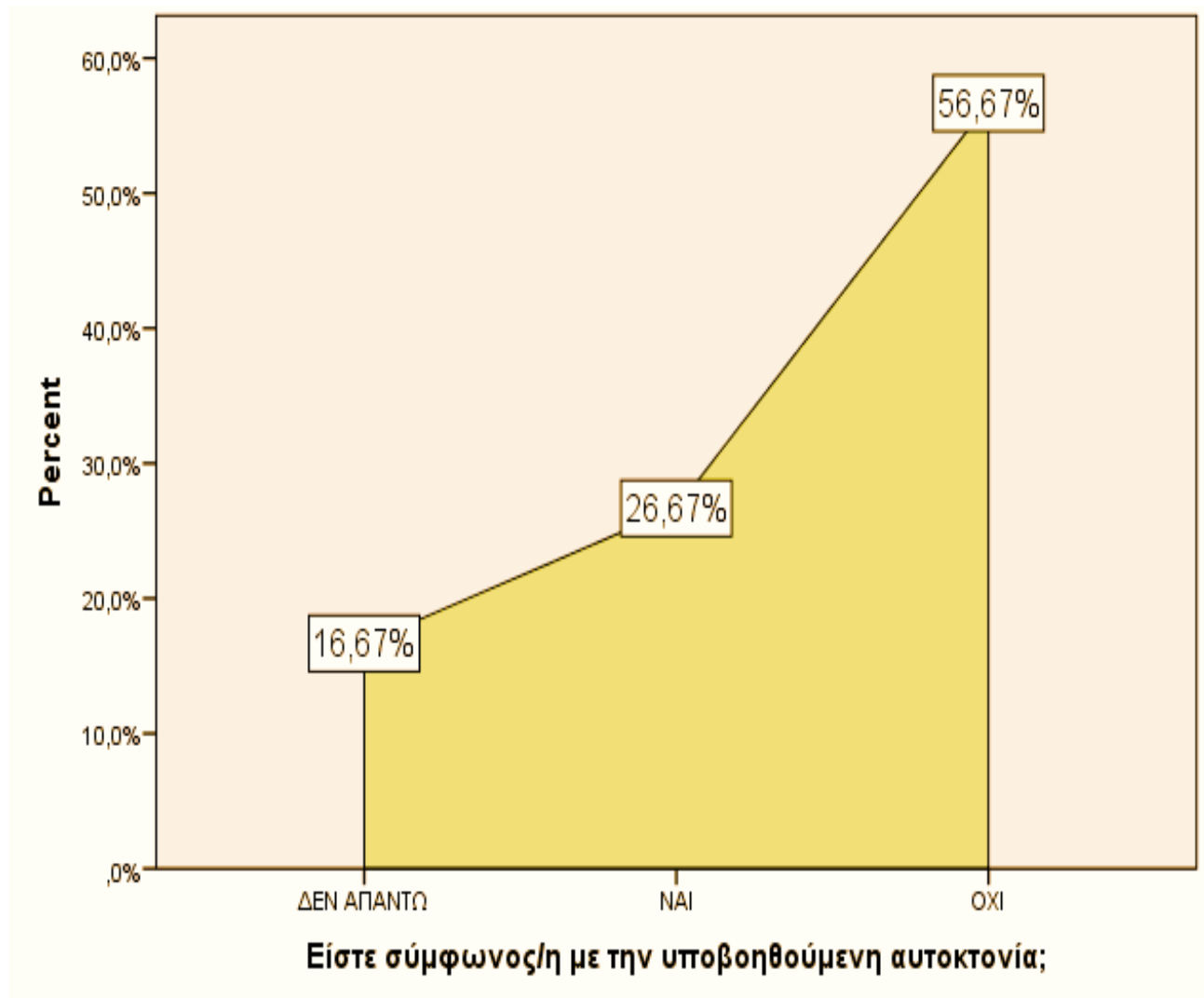
Στάση απέναντι στη διακοπή μιας θεραπείας που θεωρείται «ιατρικώς μάταιη»

Στην ερώτηση για το αν «Είστε σύμφωνος/η με τη διακοπή μιας θεραπείας που θεωρείται ιατρικώς μάταιη» παρατηρήσαμε ότι το δείγμα της έρευνας σε ποσοστό 65,33% έδωσε ως απάντηση την πρώτη επιλογή «*ΝΑΙ*». Συνεπώς, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είχε θετική στάση απέναντι σε αυτό το ερώτημα. Οι συνεντευξιαζόμενοι σε ποσοστό 22% απάντησαν την δεύτερη επιλογή, δηλαδή «*ΟΧΙ*» και αντίστοιχα το υπόλοιπο 12,67% δεν επιθυμούσε να δηλώσει τη στάση του επιλέγοντας την τρίτη απάντηση το «*ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ*».



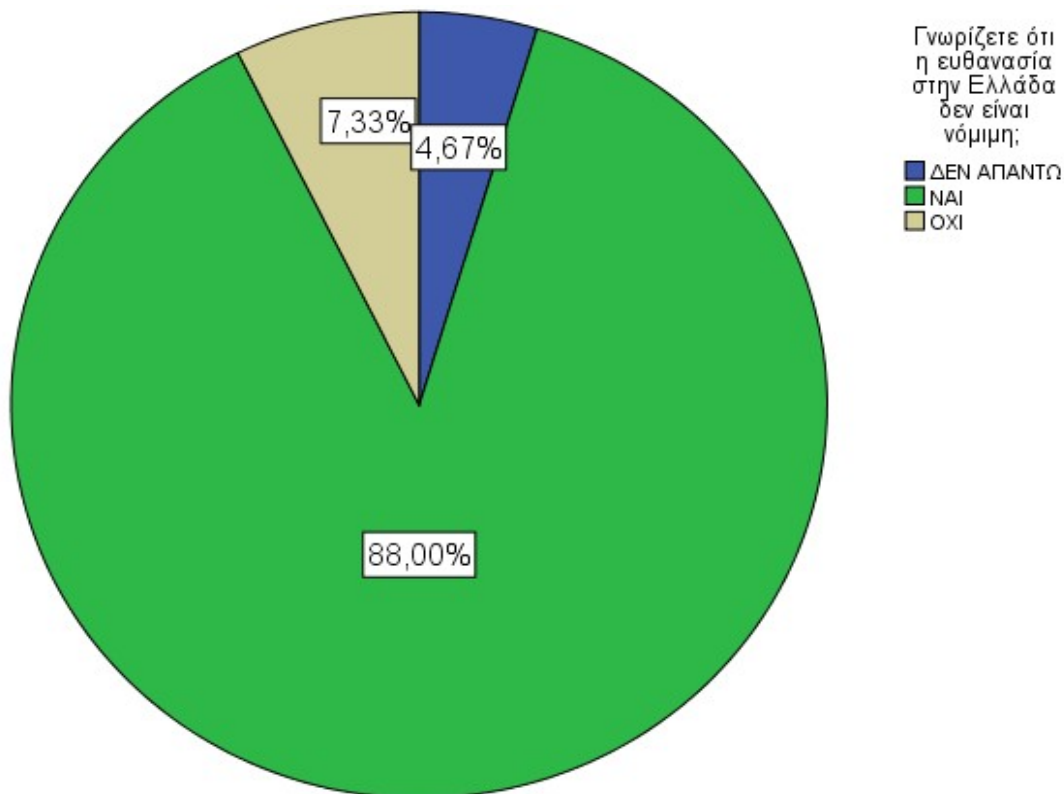
Στάση απέναντι στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία

Στην ερώτηση για το αν «Είστε σύμφωνος/η με την υποβοηθούμενη αυτοκτονία» παρατηρήσαμε ότι το δείγμα της έρευνας σε ποσοστό 56,67% έδωσε ως απάντηση την δεύτερη επιλογή ,δηλαδή «ΟΧΙ». Συνεπώς, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είχε αρνητική στάση απέναντι σε αυτό το ερώτημα. Οι συνεντευξιαζόμενοι σε ποσοστό 26,67% απάντησαν την πρώτη επιλογή «ΝΑΙ» και αντίστοιχα το υπόλοιπο 16,67% δεν επιθυμούσε να δηλώσει τη στάση του επιλέγοντας την τρίτη απάντηση το «ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ».



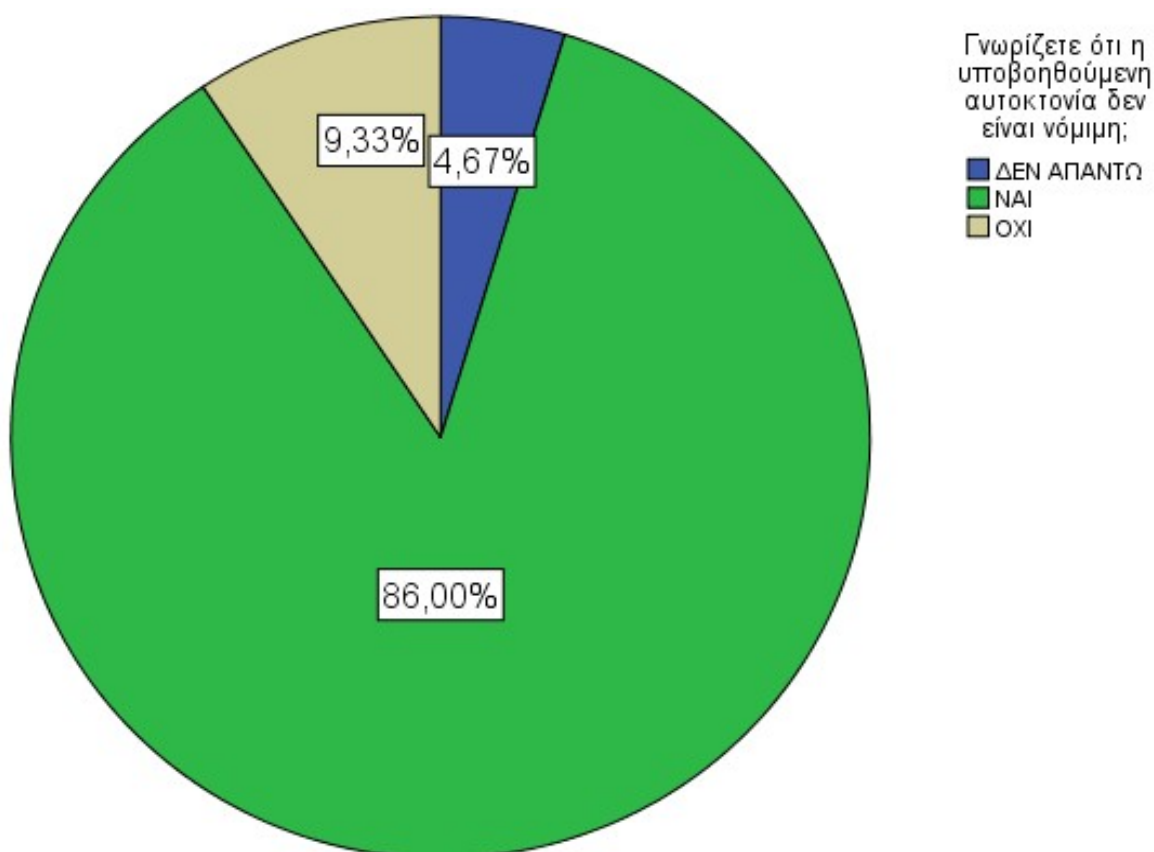
Γνώση για το ότι η ευθανασία στην Ελλάδα δεν είναι νόμιμη

Παρατηρούμε ότι όσον αφορά τη γνώση των ιατρών και νοσηλευτών στην Ελλάδα σχετικά με το εάν είναι νόμιμη η ευθανασία απάντησαν θετικά σε ποσοστό 88%, δηλαδή επέλεξαν την επιλογή «*ΝΑΙ*». Αυτό σημαίνει η πλειοψηφία των συνεντευξιαζόμενων είχε γνώση για το γεγονός ότι δεν είναι νόμιμη στην Ελλάδα. Σε αντίθεση με το 7,33%, που επέλεξε την απάντηση «*ΟΧΙ*», δηλώνοντας την άγνοια τους επί του θέματος και το υπόλοιπο 4,67%, το οποίο δεν επιθυμούσε να δηλώσει τη στάση του επιλέγοντας την τρίτη απάντηση το «*ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ*».



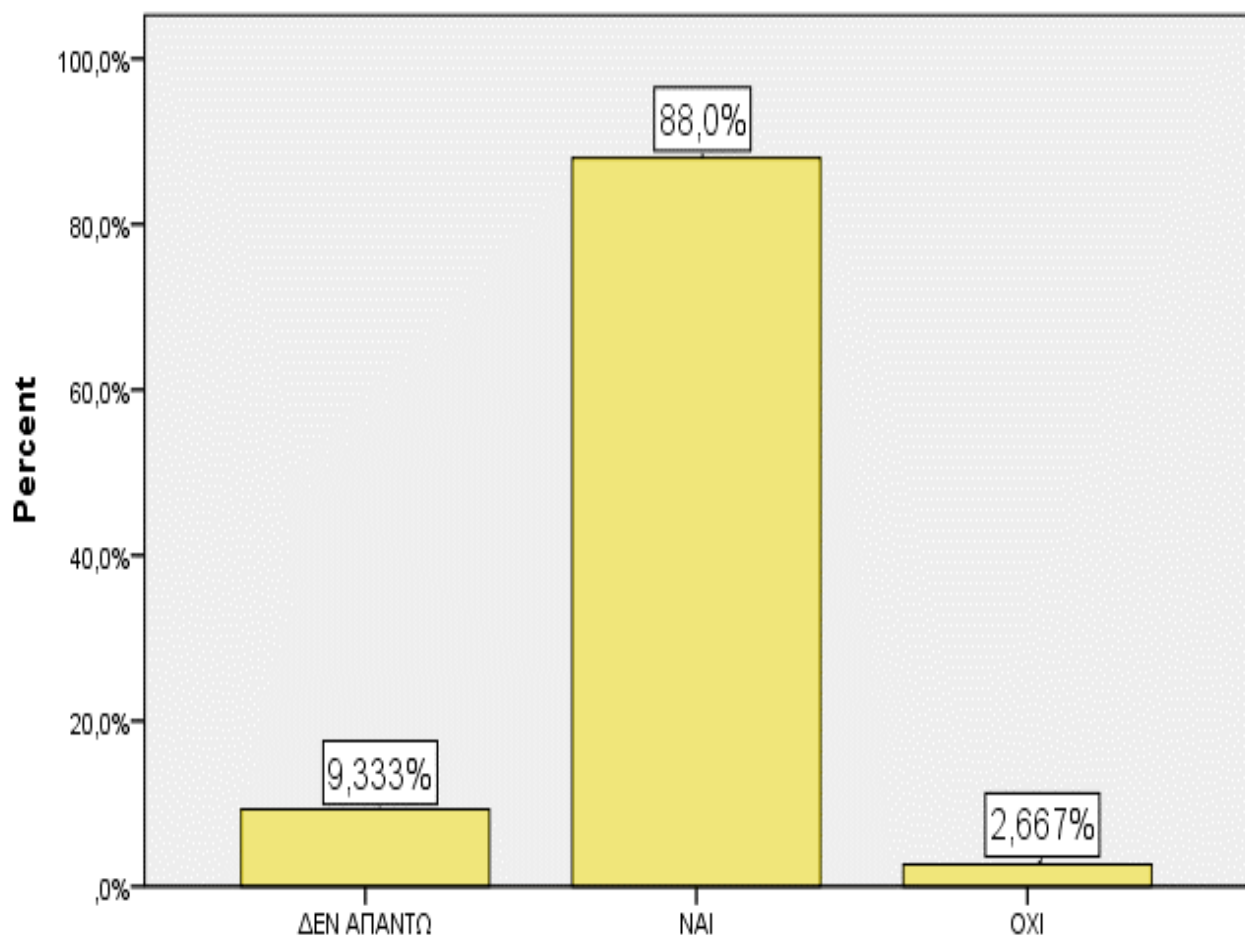
Γνώση για το ότι η υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν είναι νόμιμη

Παρατηρούμε ότι σχετικά με τη γνώση των ιατρών και νοσηλευτών στην Ελλάδα όσον αφορά το εάν είναι νόμιμη η υποβοηθούμενη αυτοκτονία απάντησαν θετικά σε ποσοστό 86%, δηλαδή επέλεξαν την επιλογή «*ΝΑΙ*». Αυτό σημαίνει ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είχε γνώση για το γεγονός ότι η υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν είναι νόμιμη. Σε αντίθεση με το 9,33% ,που επέλεξε την απάντηση «*ΟΧΙ*», δηλώνοντας την άγνοια τους επί του θέματος και το υπόλοιπο 4,67%, το οποίο δεν επιθυμούσε να δηλώσει τη στάση του επιλέγοντας την τρίτη απάντηση το «*ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ*».



Γνώση της διαφορά μεταξύ της διακοπής της θεραπευτικής υποστήριξης σε έναν ασθενή που υπέστη εγκεφαλικό θάνατο (νεκρός) και σε έναν ασθενή που βρίσκεται στο τέλος της ζωής του (ανίατη ασθένεια)

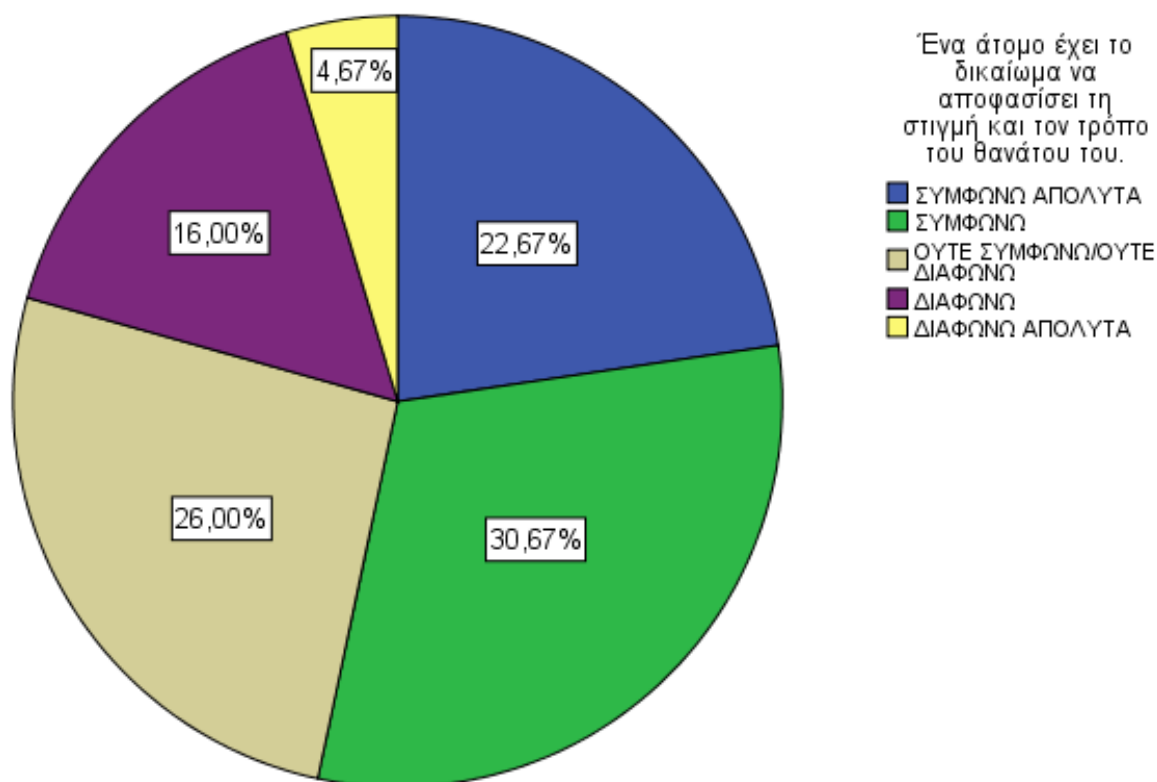
Στην ερώτηση για το εάν «Αναγνωρίζω τη διαφορά μεταξύ της διακοπής της θεραπευτικής υποστήριξης σε έναν ασθενή που υπέστη εγκεφαλικό θάνατο (νεκρός) και σε έναν ασθενή που βρίσκεται στο τέλος της ζωής του(ανίατη ασθένεια)» παρατηρήσαμε ότι το δείγμα της έρευνας σε ποσοστό 88% έδωσε ως απάντηση την πρώτη επιλογή, δηλαδή «*ΝΑΙ*». Συνεπώς, τα ο μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είχε θετική στάση απέναντι σε αυτό το ερώτημα. Οι συνεντευξιαζόμενοι σε ποσοστό 2,667% απάντησαν την δεύτερη επιλογή, δηλαδή «*ΟΧΙ*» και αντίστοιχα το υπόλοιπο 9,33% δεν επιθυμούσε να δηλώσει τη στάση του επιλέγοντας την τρίτη απάντηση το «*ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ*».



Αναγνωρίζω τη διαφορά μεταξύ της διακοπής της θεραπευτικής υποστήριξης σε έναν ασθενή που υπέστη εγκεφαλικό θάνατο(νεκρός)και σε έναν ασθενή που βρίσκεται στο τέλος της ζωής του(ανίατη ασθένεια).

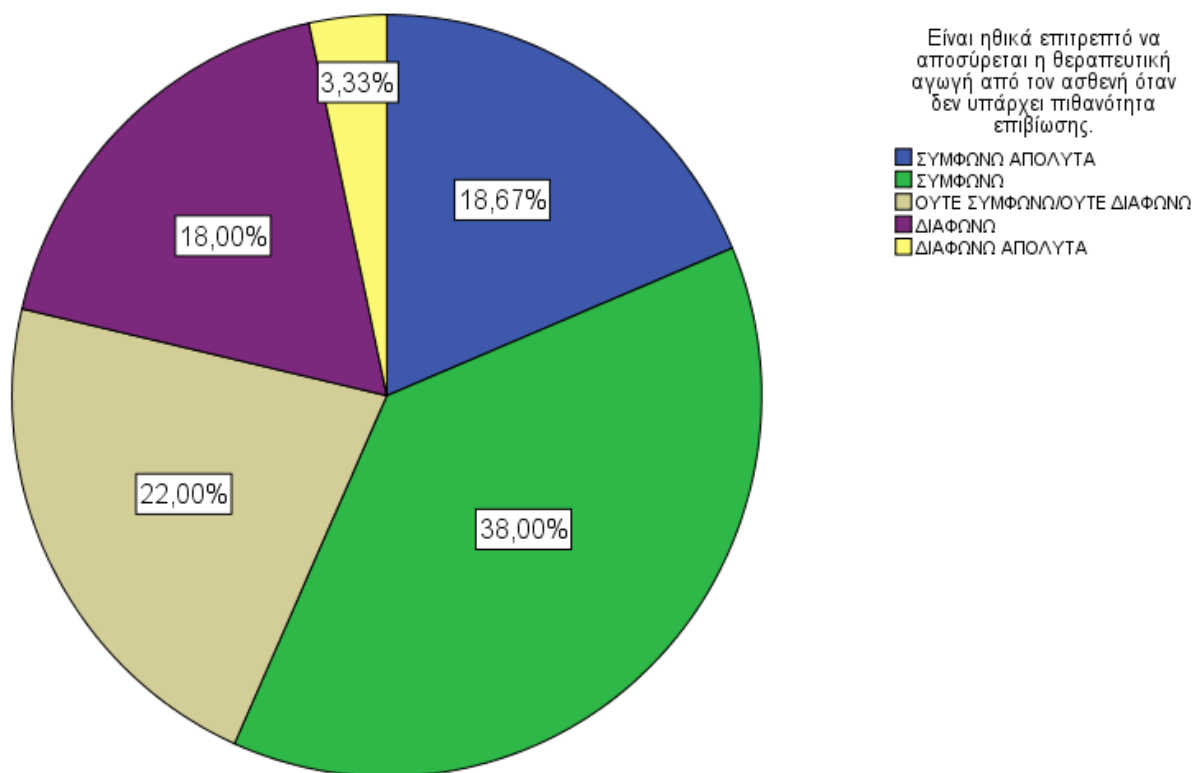
Ένα άτομο έχει το δικαίωμα να αποφασίσει τη στιγμή και τον τρόπο του θανάτου του.

Το 30,67% του συνολικού δείγματος της μελέτης συμφώνησε με το δικαίωμα του ατόμου να αποφασίσει τη στιγμή και τον τρόπο του θανάτου του, επιλέγοντας την απάντηση «ΣΥΜΦΩΝΩ». Το 26% είχε ουδέτερη στάση επί του θέματος, δίνοντας ως απάντηση την επιλογή «ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ/ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ». Το 22,67% δήλωσε ότι «ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ». Σε ποσοστό 16% υπήρχε διαφωνία ως προς τη θέση αυτή «ΔΙΑΦΩΝΩ» και το υπόλοιπο 4,67% δήλωσε έντονη διαφωνία με απάντηση «ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ».



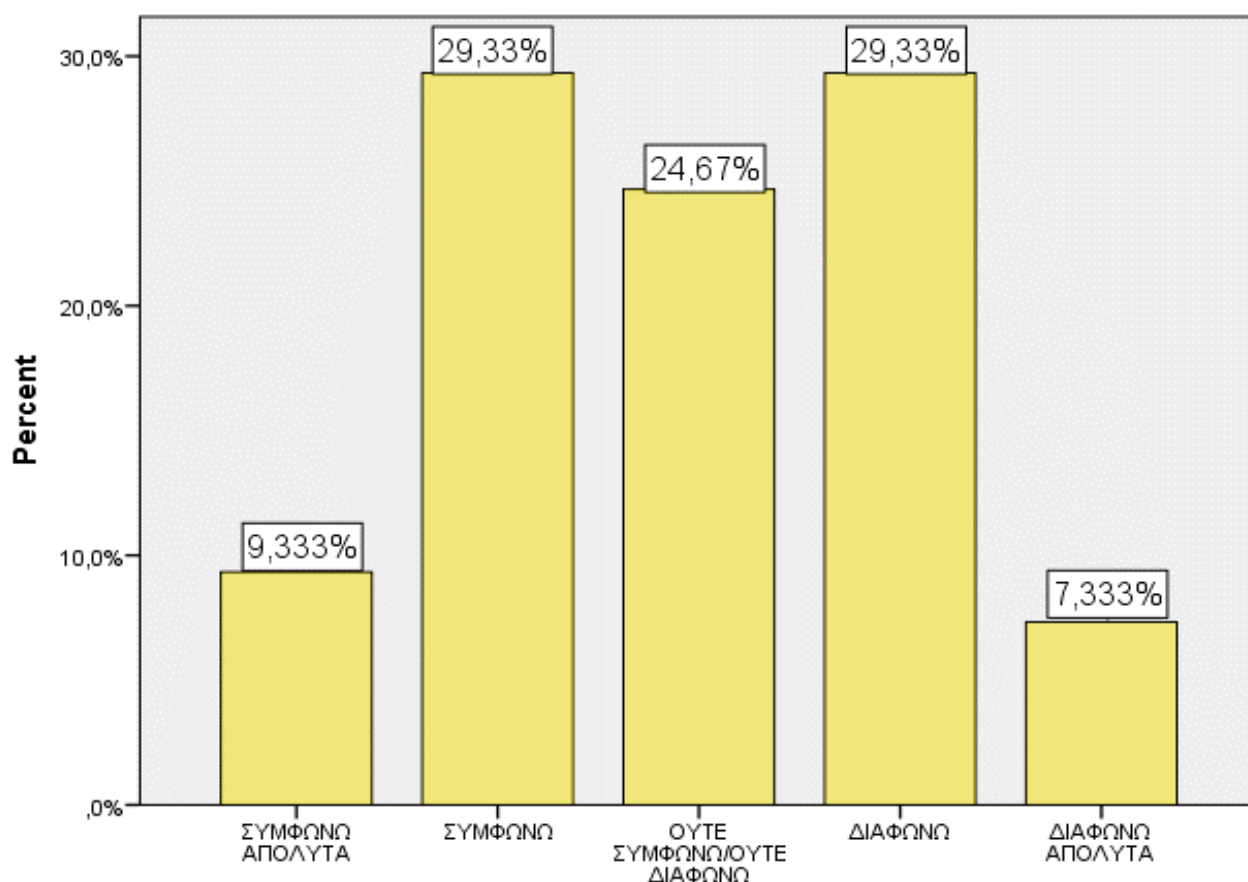
Είναι ηθικά επιτρεπτό να αποσύρεται η θεραπευτική αγωγή από τον ασθενή όταν δεν υπάρχει πιθανότητα επιβίωσης.

Το 38% των συνεντευξιαζόμενων είχε θετική στάση δίνοντας ως απάντηση την επιλογή «ΣΥΜΦΩΝΩ». Το 22% απάντησε την επιλογή «ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ/ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ». Το 18,67% δήλωσε έντονα τη συμφωνία του στη θέση αυτή επιλέγοντας «ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ», ενώ το 18% είχε αρνητική στάση «ΔΙΑΦΩΝΩ». Τέλος, το υπόλοιπο 3,33% δήλωσε ότι «ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ».



Εάν νομιμοποιηθεί η ευθανασία, πιστεύω ότι θα κλονιστεί η σχέση εμπιστοσύνης του ασθενούς με τους επαγγελματίες υγείας

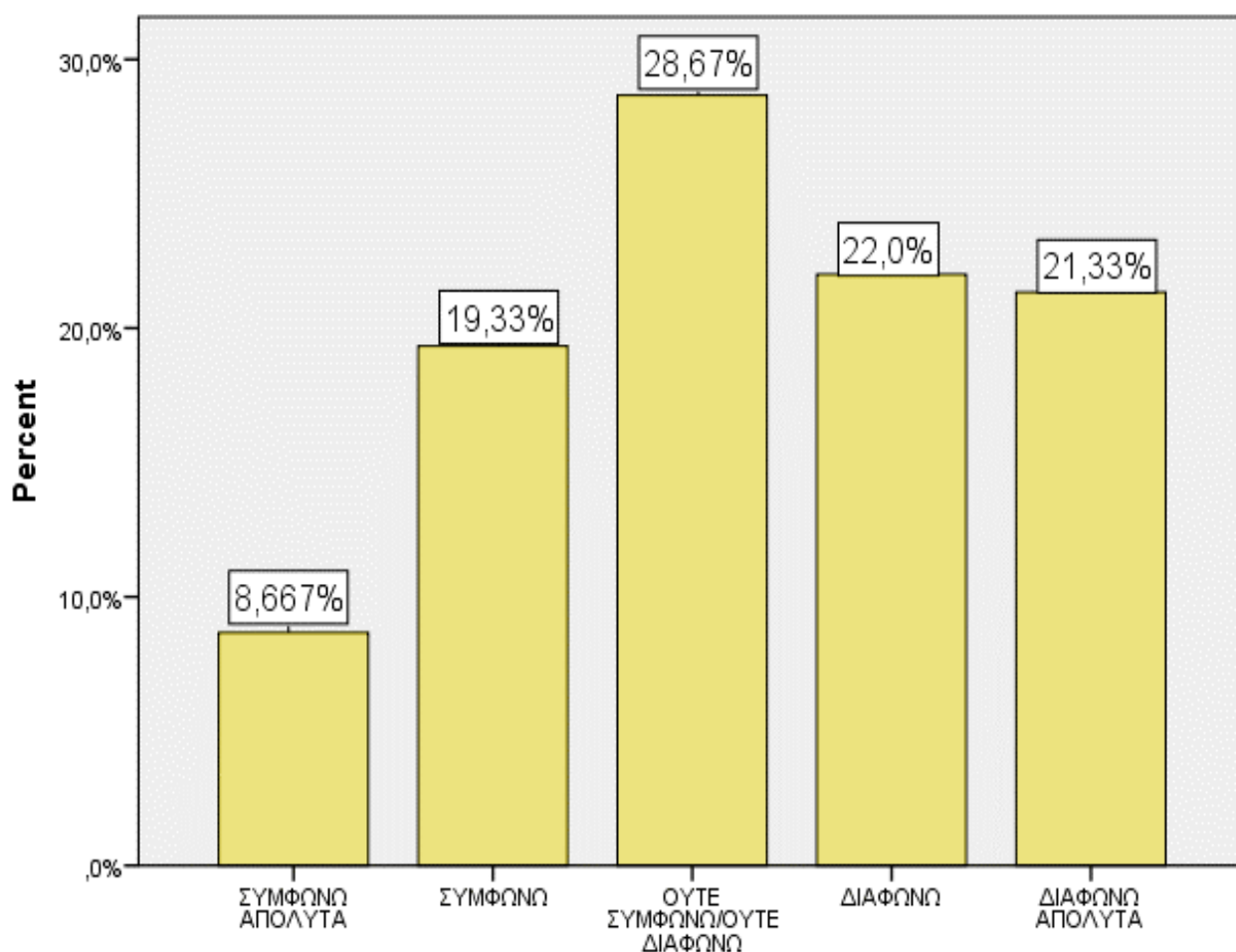
Στην ερώτηση αυτή παρατηρούμε ότι το δείγμα της έρευνας απάντησε θετικά «ΣΥΜΦΩΝΩ» και αρνητικά «ΔΙΑΦΩΝΩ» στο ίδιο ποσοστό 29,33%. Ουδέτερη στάση έδειξε το 24,67% με απάντηση «ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ/ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ». Τέλος, το 9,33% δήλωσε «ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ» και το υπόλοιπο 7,33% «ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ».



Εάν νομιμοποιηθεί η ευθανασία, πιστεύω ότι θα κλονιστεί η σχέση εμπιστοσύνης του ασθενούς με τους επαγγελματίες υγείας.

Εάν η ευθανασία ήταν νόμιμη και ένας ασθενής με ανίατη ασθένεια ζητούσε να επισπεύσει το θάνατό του, θα ήμουν πρόθυμος να εμπλακώ στην υλοποίηση αυτού του αιτήματος

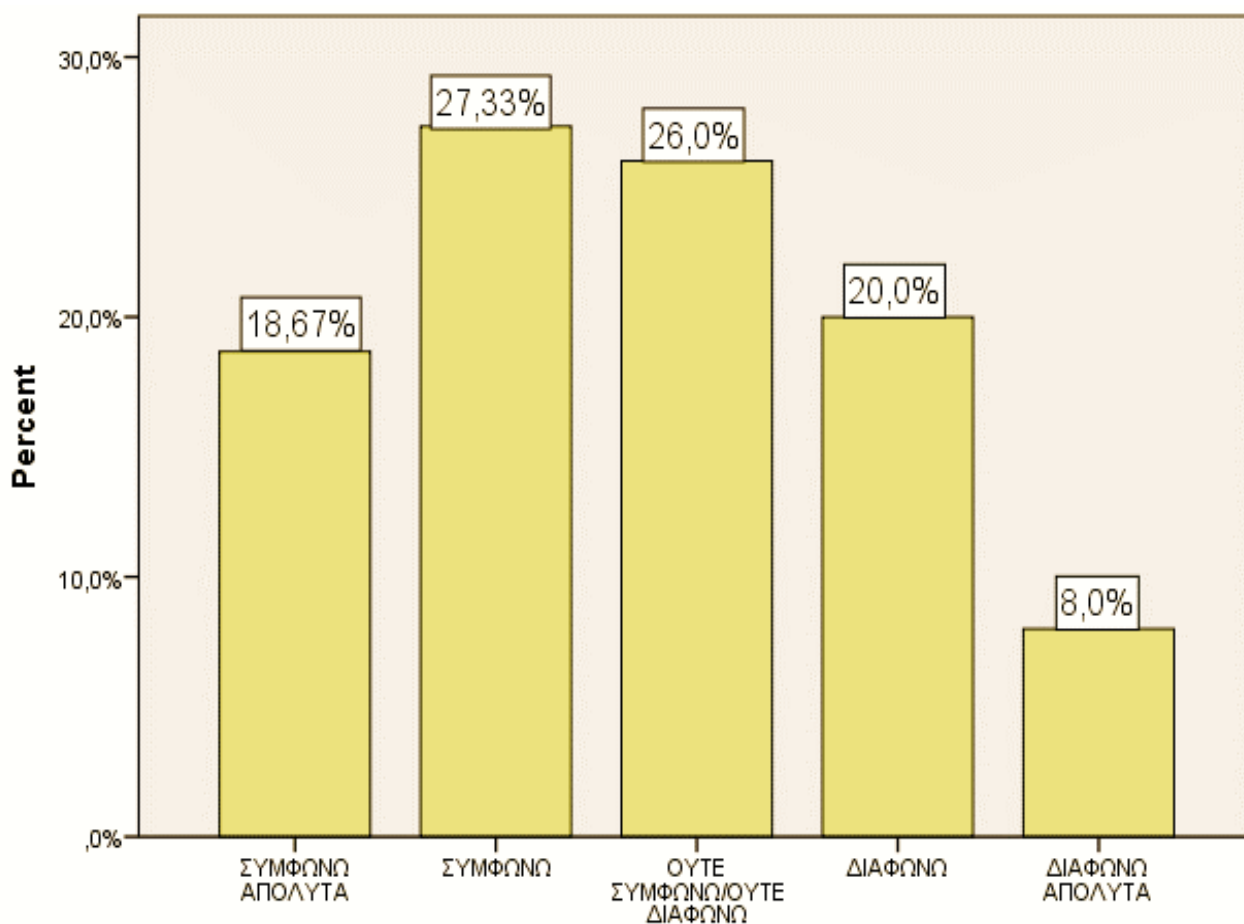
Σε αυτή την ερώτηση βλέπουμε ότι η πλειοψηφία διαφωνεί στη συμμετοχή σε ευθανασία, ακόμη και αν ήταν νόμιμη στην Ελλάδα, αφού σε ποσοστό 22%, απάντησε «ΔΙΑΦΩΝΩ» και αντίστοιχα το 21,33%, δήλωσε έντονα την αρνητική του στάση με απάντηση «ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ». Το 28,67% των ερωτηθέντων διατηρεί ουδέτερη στάση επί του θέματος, επιλέγοντας «ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ/ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ». Σε συμφωνία είναι μόλις το 19,33% των συνεντευξιαζόμενων «ΣΥΜΦΩΝΩ» και το υπόλοιπο 8,667% απάντησε ότι «ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ».



Εάν η ευθανασία ήταν νόμιμη και ένας ασθενής με ανίατη ασθένεια ζητούσε να επισπεύσει το θάνατό του, θα ήμουν πρόθυμος να εμπλακώ στην υλοποίηση αυτού του αιτήματος.

Σε περίπτωση που ένας άνθρωπος υγιής και έχοντας σώας τας φρένας δηλώσει εγγράφως πως επιθυμεί να του εφαρμοσθεί ευθανασία σε στιγμή που η ασθένειά του θα είναι ανίατη και μη αναστρέψιμη, θα σεβαστώ την απόφασή του και θα την εφαρμόσω

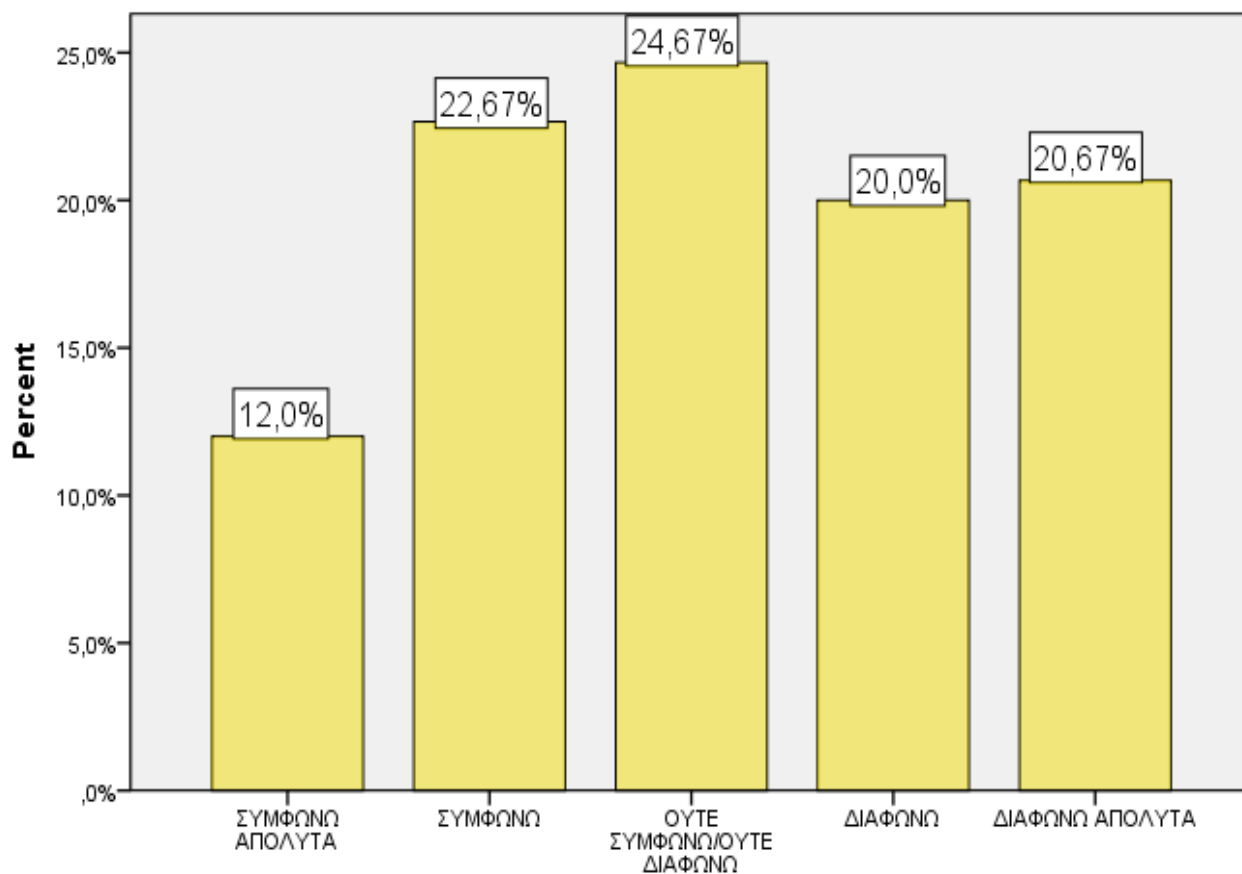
Παρατηρούμε ότι στο συγκεκριμένο ερώτημα η πλειοψηφία στο σύνολο των ιατρών και νοσηλευτών είχε θετική στάση. Ειδικότερα, το ποσοστό που έδωσε ως απάντηση την επιλογή «ΣΥΜΦΩΝΩ» είναι 27,33% και το 18,67% απάντησε «ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ». Το 26% του δείγματος δήλωσε «ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ/ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ». Σε αντίθεση με το 20%, που έδωσε ως απάντηση την επιλογή «ΔΙΑΦΩΝΩ» και το υπόλοιπο 8%, το οποίο απάντησε «ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ».



Σε περίπτωση που ένας άνθρωπος υγιής και έχοντας σώας τας φρένας δηλώσει εγγράφως πως επιθυμεί να του εφαρμοσθεί ευθανασία σε στιγμή που η ασθένειά του θα είναι ανίατη και μη αναστρέψιμη, θα σεβαστώ την απόφασή του και θα την εφαρμόσω.

Η άποψή μου για την ευθανασία επηρεάζεται από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις μου

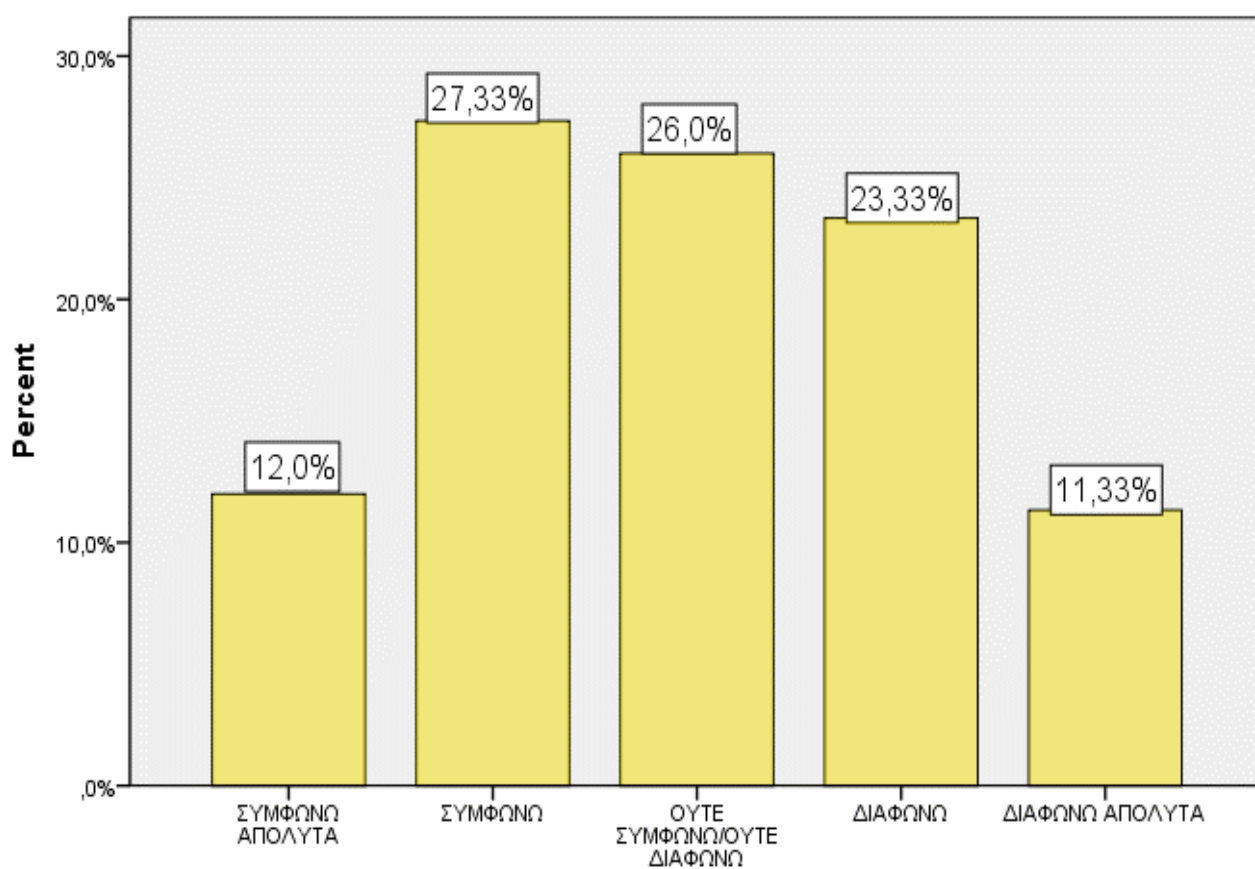
Το 24,67% του συνολικού δείγματος της μελέτης είχε ουδέτερη στάση επί του θέματος, δίνοντας ως απάντηση την επιλογή «ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ/ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ». Η πλειοψηφία στο σύνολο διαφωνεί με τη θέση ότι η άποψη για την ευθανασία επηρεάζεται από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, αφού το 20,67% δήλωσε «ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ» και το 20% απάντησε «ΔΙΑΦΩΝΩ». Αντιθέτως, το 22,67% συμφωνεί ότι οι θρησκευτικές πεποιθήσεις επηρεάζουν τη γνώμη τους για την ευθανασία, όπως και το υπόλοιπο 12% των ερωτηθέντων που απάντησε «ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ».



Η άποψή μου για την ευθανασία επηρεάζεται από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις μου.

Η άποψή μου για την ευθανασία επηρεάζεται από προσωπικά βιώματα και εμπειρίες

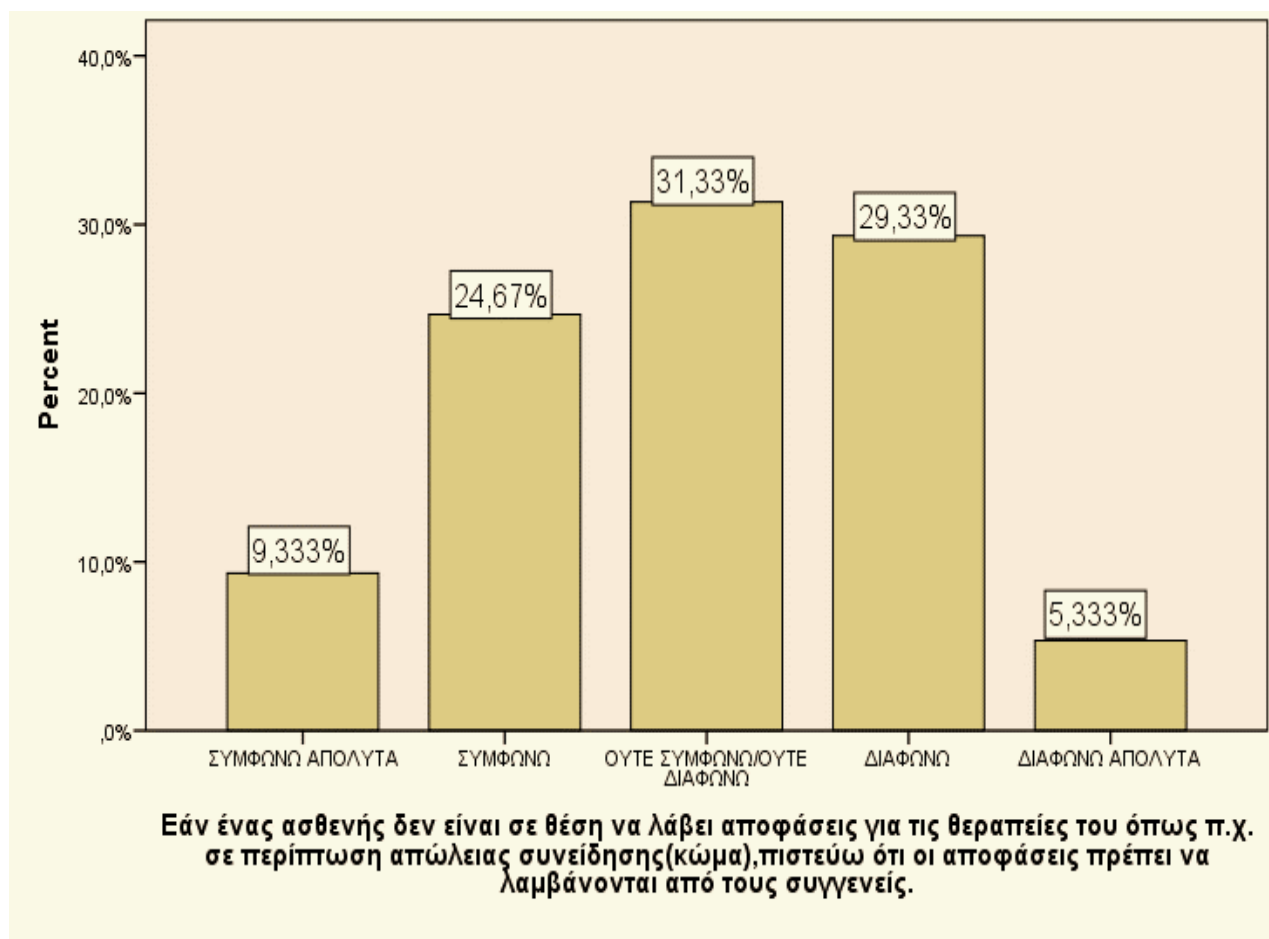
Παρατηρούμε ότι στο συγκεκριμένο ερώτημα η πλειοψηφία στο σύνολο των ιατρών και νοσηλευτών είχε θετική στάση. Ειδικότερα, το ποσοστό που έδωσε ως απάντηση την επιλογή «ΣΥΜΦΩΝΩ» είναι 27,33% και το 12% απάντησε «ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ». Το 26% του δείγματος δήλωσε «ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ/ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ». Σε αντίθεση με το 23,33%, που έδωσε ως απάντηση την επιλογή «ΔΙΑΦΩΝΩ» και το υπόλοιπο 11,33%, το οποίο απάντησε «ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ».



Η άποψή μου για την ευθανασία επηρεάζεται από προσωπικά βιώματα και εμπειρίες.

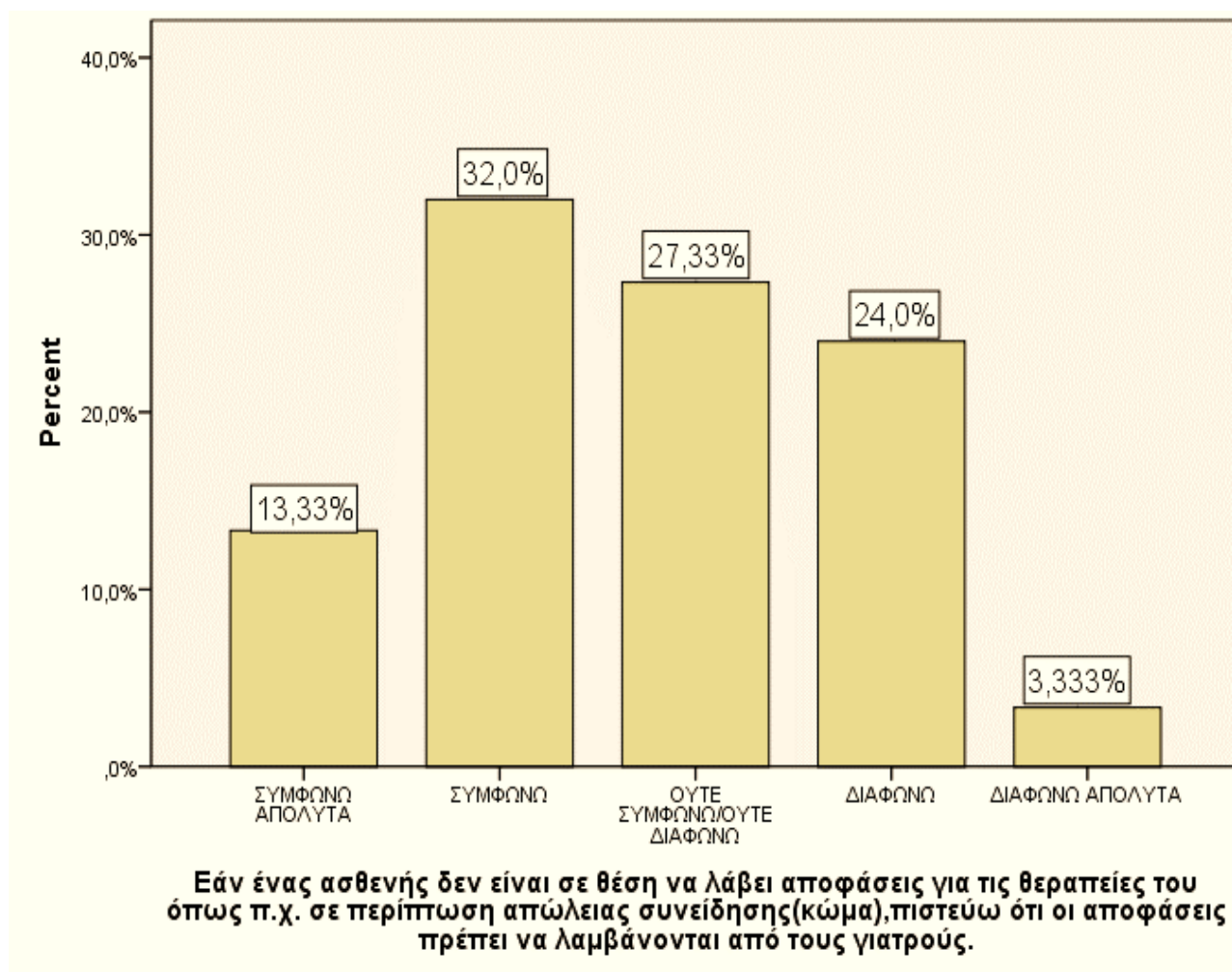
Εάν ένας ασθενής δεν είναι σε θέση να λάβει αποφάσεις για τις θεραπείες του όπως π.χ. σε περίπτωση απώλειας συνείδησης (κώμα), πιστεύω ότι οι αποφάσεις πρέπει να λαμβάνονται από τους συγγενείς

Το 31,33% του συνολικού δείγματος της μελέτης είχε ουδέτερη στάση επί του θέματος, δίνοντας ως απάντηση την επιλογή «*ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ/ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ*». Η πλειοψηφία στο σύνολο διαφωνεί με τη θέση ότι εάν ένας ασθενής δεν είναι σε θέση να λάβει αποφάσεις για τις θεραπείες του, οι αποφάσεις πρέπει να λαμβάνονται από τους συγγενείς, αφού το 5,33% δήλωσε «*ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ*» και το 29,33% απάντησε «*ΔΙΑΦΩΝΩ*». Αντιθέτως, το 24,67% συμφωνεί ότι οι αποφάσεις πρέπει να λαμβάνονται από τους συγγενείς σε αυτή τη περίπτωση, όπως και το υπόλοιπο 9,33% των ερωτηθέντων που απάντησε «*ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ*».



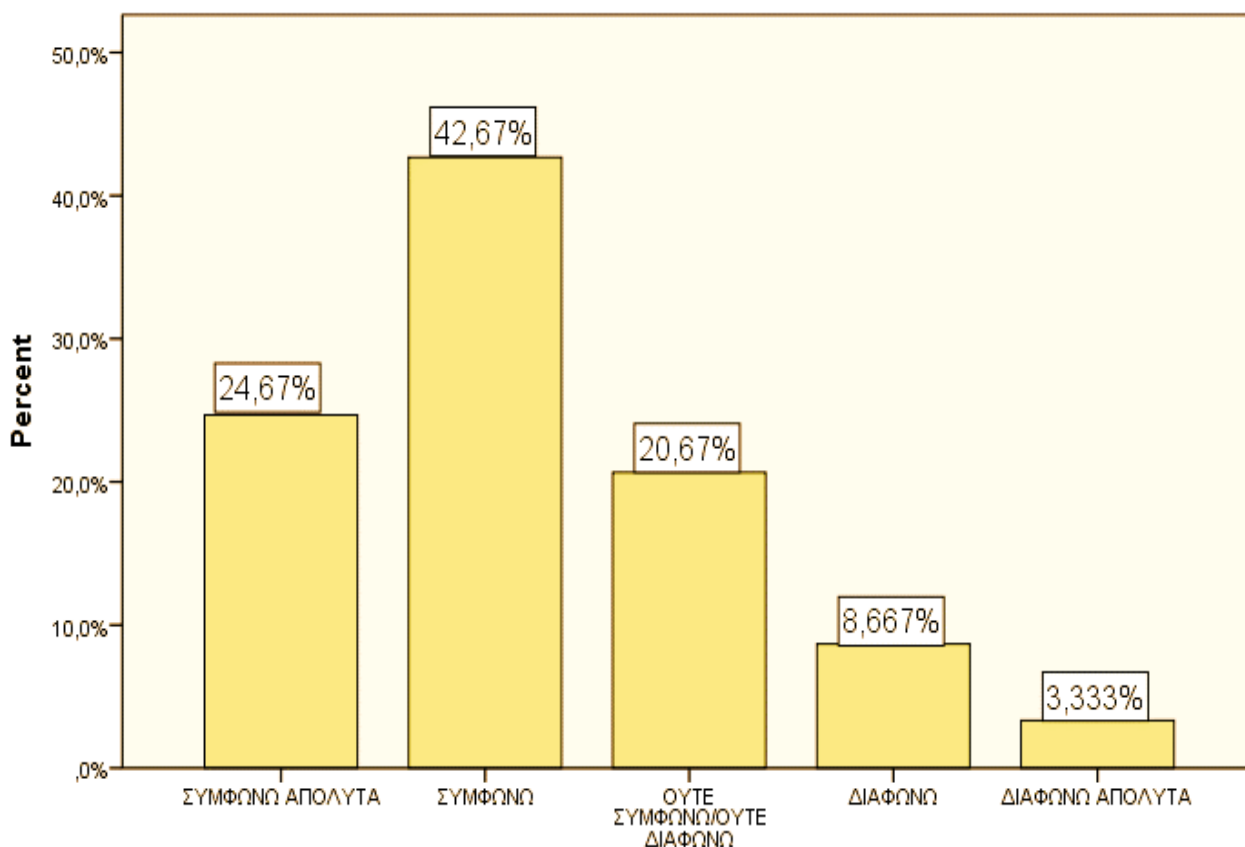
Εάν ένας ασθενής δεν είναι σε θέση να λάβει αποφάσεις για τις θεραπείες του όπως π.χ. σε περίπτωση απώλειας συνείδησης (κώμα), πιστεύω ότι οι αποφάσεις πρέπει να λαμβάνονται από τους γιατρούς

Το ποσοστό που έδωσε ως απάντηση στη συγκεκριμένη ερώτηση την επιλογή «ΣΥΜΦΩΝΩ» είναι 32% και το 13,33% απάντησε «ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ». Συνεπώς, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είχε θετική στάση στη λήψη των αποφάσεων από τους γιατρούς, όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να λάβει αποφάσεις για τις θεραπείες του. Το 27,33% του συνολικού δείγματος της μελέτης είχε ουδέτερη στάση επί του θέματος, δίνοντας ως απάντηση την επιλογή «ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ/ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ». Τέλος, το 24% απάντησε ότι «ΔΙΑΦΩΝΩ» και το υπόλοιπο 3,33% δήλωσε ότι «ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ».



Εάν ένας ασθενής δεν είναι σε θέση να λάβει αποφάσεις για τις θεραπείες του όπως π.χ. σε περίπτωση απώλειας συνείδησης (κώμα), πιστεύω ότι οι αποφάσεις πρέπει να λαμβάνονται από κοινού συγγενείς και γιατροί

Παρατηρούμε ότι στο συγκεκριμένο ερώτημα η πλειοψηφία στο σύνολο των ερωτηθέντων είχε θετική στάση στη λήψη των αποφάσεων από κοινού συγγενών και γιατρών. Ειδικότερα, το ποσοστό που έδωσε ως απάντηση την επιλογή «ΣΥΜΦΩΝΩ» είναι 42,67% και το 24,67% απάντησε «ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ». Το 20,67% του δείγματος δήλωσε «ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ/ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ». Σε αντίθεση με το 8,667%, που έδωσε ως απάντηση την επιλογή «ΔΙΑΦΩΝΩ» και το υπόλοιπο 3,33%, το οποίο απάντησε «ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ».



Εάν ένας ασθενής δεν είναι σε θέση να λάβει αποφάσεις για τις θεραπείες του όπως π.χ. σε περίπτωση απώλειας συνείδησης(κώμα),πιστεύω ότι οι αποφάσεις πρέπει να λαμβάνονται από κοινού συγγενείς και γιατροί.

8.2 ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

Συνολικά 150 ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν και συμπληρώθηκαν όλα, χωρίς να επιστραφεί κανένα (δείκτης ανταπόκρισης 100%). Από αυτά τα 60 ερωτηματολόγια (40%) συμπληρώθηκαν στο *Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γεώργιος Γεννηματάς»* και τα υπόλοιπα 90 ερωτηματολόγια (60%) συμπληρώθηκαν στο *Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου*.

Στην πλειοψηφία του το δείγμα αποτελείται από 105 (70%) γυναίκες και από 45 (30%) άντρες (Πίνακας 1). Οι ηλικίες των ερωτηθέντων κυμαίνονται από 20 χρονών έως 60 και πάνω (Πίνακας 2). Όσον αφορά το επάγγελμα των συνεντευξιζόμενων, αυτοί που ασκούν το επάγγελμα του γιατρού είναι 46 (30,7%) και οι υπόλοιποι 104 (69,3%) είναι νοσηλευτές/τριες (Πίνακας 3).

Στο ερώτημα για το εάν ο άνθρωπος έχει το δικαίωμα να αποφασίσει για τη στιγμή και τον τρόπο του θανάτου του το σύνολο του δείγματος 53,34% απάντησε ότι συμφωνεί (συνολικό ποσοστό 22,67% +30,67% =53,34%). Σε αντίθεση, με το 20,67% (συνολικό ποσοστό 4,67% +16% =20,67%) των ερωτηθέντων που διαφωνούσε με το δικαίωμα αυτό και το υπόλοιπο 26%, που είχε ουδέτερη άποψη επί του θέματος (Γράφημα 1). Τελικά, η απάντηση στο ερώτημα αυτό επηρεάζεται από τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις ($p<0,01$) (Πίνακας 4) και από προσωπικά βιώματα και εμπειρίες των συνεντευξιζόμενων ($p<0,05$) (Πίνακας 5).

Σχετικά με τη στάση των ιατρών και νοσηλευτών έναντι των τριών μορφών της ευθανασίας παρατηρούμε ότι τάσσονται υπέρ της ενεργητικής και της διακοπής μιας θεραπείας που θεωρείται «ιατρικώς μάταιη», ενώ τάσσονται κατά της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Ειδικότερα, είναι θετικοί στην ενεργητική ευθανασία σε ποσοστό 38,67% (πολύ μικρή διαφορά από αυτούς που είναι αρνητικοί 38%), θετικοί σε μεγάλο ποσοστό 65,33% ως προς τη διακοπή μιας θεραπείας που θεωρείται «ιατρικώς μάταιη» και αρνητικοί στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία σε ποσοστό 56,67% .

Εν συνεχεία παρατίθενται πιο αναλυτικά τα αποτελέσματα της ενεργητικής ευθανασίας, διότι παρατηρούμε ότι με πολύ μικρή διαφορά οι ερωτηθέντες μόλις 38,67% (58) δήλωσαν υπέρ αυτής σε σχέση με εκείνους που ήταν αρνητικοί, που συμπλήρωσαν το αξιόλογο 38% (57). Άρα δεν υπάρχει μια ξεκάθαρη εικόνα στο ερώτημα αυτό. Επίσης, η ερώτηση αυτή επηρεάστηκε από τον παράγοντα θρησκεία, δηλαδή αυτοί που πιστεύουν ότι οι θρησκευτικές πεποιθήσεις τους επηρεάζουν τη γνώμη τους για την ευθανασία τάσσονται υπέρ της ενεργητικής ($p<0,01$) (Πίνακας 6).

Παρακάτω βλέπουμε τα αποτελέσματα στο ερώτημα για την διακοπή μιας θεραπείας που θεωρείται «ιατρικώς μάταιη», όπου το 65,33% (98) των συνεντευξιζόμενων είναι υπέρ της μορφής αυτής, ενώ το 22% (33) τάσσεται κατά. Η ερώτηση αυτή επηρεάστηκε από την θρησκεία ($p<0,05$) (Πίνακας 7).

Στη τρίτη μορφή ευθανασίας, είναι εμφανές πως οι γιατροί και οι νοσηλευτές είναι κατά της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, αφού σε ποσοστό 56,7% (85) δηλώνουν «ΟΧΙ», ενώ ένα ποσοστό της τάξεως του 26,7% (40) συμφωνεί με αυτή τη μορφή ευθανασίας. Η ερώτηση αυτή επηρεάστηκε από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις του δείγματος της μελέτης ($p<0,001$) (Πίνακας 8).

Πίνακας 1: Κατανομή με βάση το φύλο

ΦΥΛΟ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΑΡΡΕΝ	45	30,0	30,0	30,0
ΘΗΛΥ	105	70,0	70,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Πίνακας 2: Κατανομή με βάση την ηλικία

ΗΛΙΚΙΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
20 - 29	12	8,0	8,0	8,0
30 - 39	59	39,3	39,3	47,3
40 - 49	57	38,0	38,0	85,3
50 - 59	21	14,0	14,0	99,3
60 ΚΑΙ ΠΑΝΩ	1	,7	,7	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Πίνακας 3: Κατανομή με βάση το επάγγελμα

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΙΑΤΡΟΣ	46	30,7	30,7	30,7
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ΤΡΙΑ	104	69,3	69,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Πίνακας 4: Η σχέση των θρησκευτικών πεποιθήσεων με τη θέση ότι ένα άτομο έχει το δικαίωμα να αποφασίσει τη στιγμή και τον τρόπο του θανάτου του

Η άποψή μου για την ευθανασία επηρεάζεται από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις μου. * Ένα άτομο έχει το δικαίωμα να αποφασίσει τη στιγμή και τον τρόπο του θανάτου του.

		Ένα άτομο έχει το δικαίωμα να αποφασίσει τη στιγμή και τον τρόπο του θανάτου του.					Total
		ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ/ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	
Η άποψή μου για την ευθανασία επηρεάζεται από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις μου.	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	1	4	6	3	4	18
	ΣΥΜΦΩΝΩ	1	9	12	11	1	34
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ/ΟΥΤΕ	4	20	9	3	1	37
	ΔΙΑΦΩΝΩ	9	9	7	5	0	30
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	19	4	5	2	1	31
Total		34	46	39	24	7	150

Πίνακας 5: Η σχέση των προσωπικών εμπειριών με τη θέση ότι ένα άτομο έχει το δικαίωμα να αποφασίσει τη στιγμή και τον τρόπο του θανάτου του

Η άποψή μου για την ευθανασία επηρεάζεται από προσωπικά βιώματα και εμπειρίες. * Ένα άτομο έχει το δικαίωμα να αποφασίσει τη στιγμή και τον τρόπο του θανάτου του

		Ένα άτομο έχει το δικαίωμα να αποφασίσει τη στιγμή και τον τρόπο του θανάτου του.					Total
		ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ/ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	
Η άποψή μου για την ευθανασία επηρεάζεται από προσωπικά βιώματα και εμπειρίες.	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	6	3	4	2	3	18
	ΣΥΜΦΩΝΩ	5	14	9	12	1	41
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ/ΟΥΤΕ	6	18	11	4	0	39
	ΔΙΑΦΩΝΩ	8	8	12	6	1	35
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	9	3	3	0	2	17
Total		34	46	39	24	7	150

Πίνακας 6: Σχέση των θρησκευτικών πεποιθήσεων με τη στάση απέναντι στην ενεργητική ευθανασία

Η άποψή μου για την ευθανασία επηρεάζεται από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις μου. * Είστε σύμφωνος/η με την ενεργητική ευθανασία;

		Είστε σύμφωνος/η με την ενεργητική ευθανασία;			Total
		ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Η άποψή μου για την ευθανασία επηρεάζεται από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις μου.	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	7	0	11	18
	ΣΥΜΦΩΝΩ	8	6	20	34
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ/ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	11	14	12	37
	ΔΙΑΦΩΝΩ	5	15	10	30
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	4	23	4	31
	Total	35	58	57	150

Πίνακας 7: Σχέση των θρησκευτικών πεποιθήσεων με τη στάση απέναντι στην διακοπή μιας θεραπείας που θεωρείται «ιατρικώς μάταιη» κατά το τέλος της ζωής

Η άποψή μου για την ευθανασία επηρεάζεται από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις μου.* Είστε σύμφωνος/η με τη διακοπή μιας θεραπείας που θεωρείται «ιατρικώς μάταιη» κατά το τέλος της ζωής;

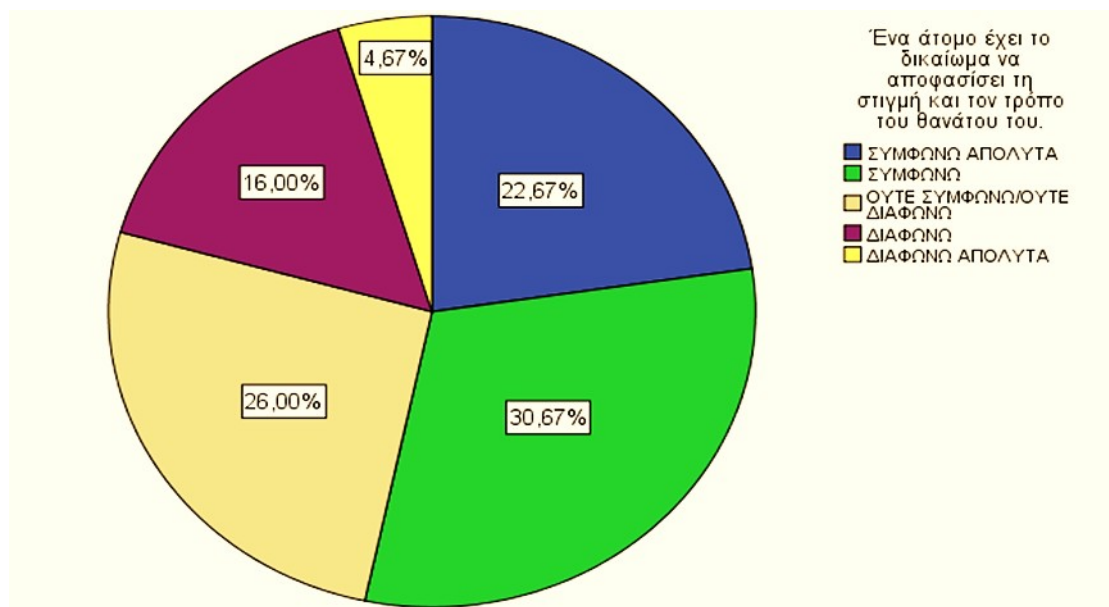
		Είστε σύμφωνος/η με τη διακοπή μιας θεραπείας που θεωρείται <<ιατρικώς μάταιη>> κατά το τέλος της ζωής;			Total
		ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Η άποψή μου για την ευθανασία επηρεάζεται από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις μου.	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	5	6	7	18
	ΣΥΜΦΩΝΩ	4	19	11	34
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ/ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	7	26	4	37
	ΔΙΑΦΩΝΩ	1	23	6	30
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2	24	5	31
	Total	19	98	33	150

Πίνακας 8: Σχέση των θρησκευτικών πεποιθήσεων με τη στάση απέναντι στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία

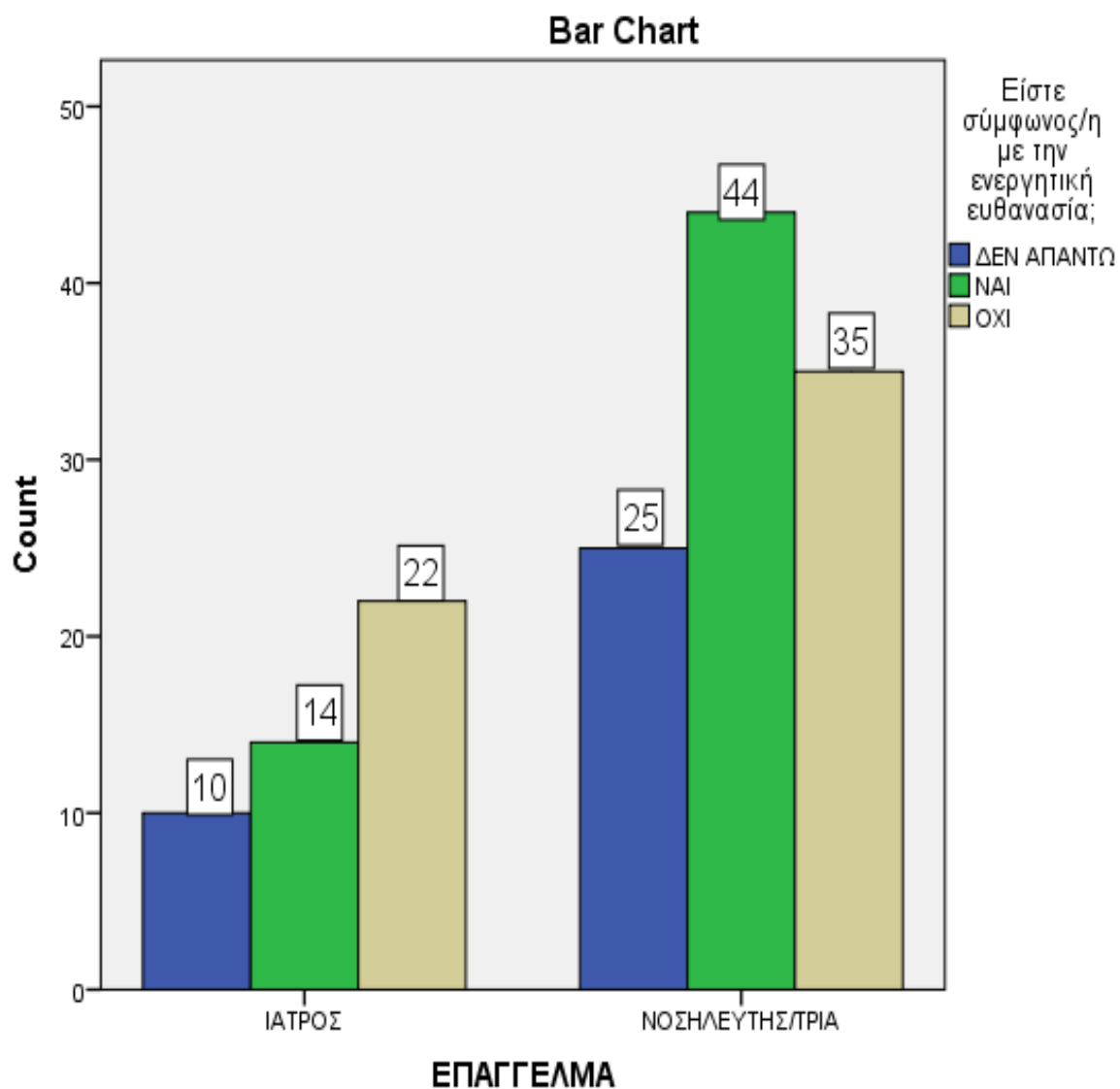
Η άποψή μου για την ευθανασία επηρεάζεται από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις μου. * Είστε σύμφωνος/η με την υποβοηθούμενη αυτοκτονία;

		Είστε σύμφωνος/η με την υποβοηθούμενη αυτοκτονία;			Total
		ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Η άποψή μου για την ευθανασία επηρεάζεται από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις μου.	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2	0	16	18
	ΣΥΜΦΩΝΩ	8	7	19	34
	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ/ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	9	7	21	37
	ΔΙΑΦΩΝΩ	4	9	17	30
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2	17	12	31
Total		25	40	85	150

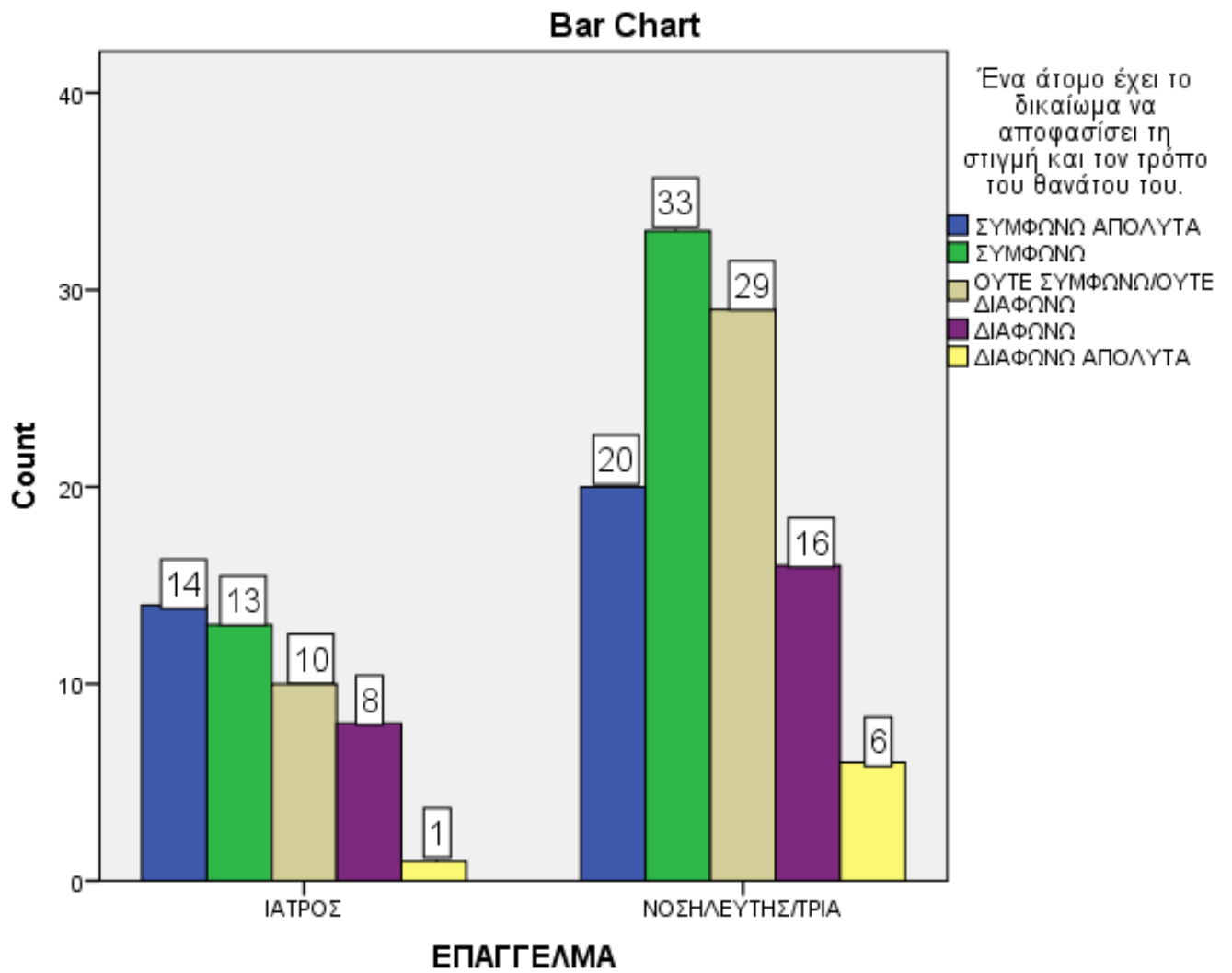
Γράφημα 1: Το δικαίωμα του ατόμου για τη στιγμή και τον τρόπο του θανάτου του



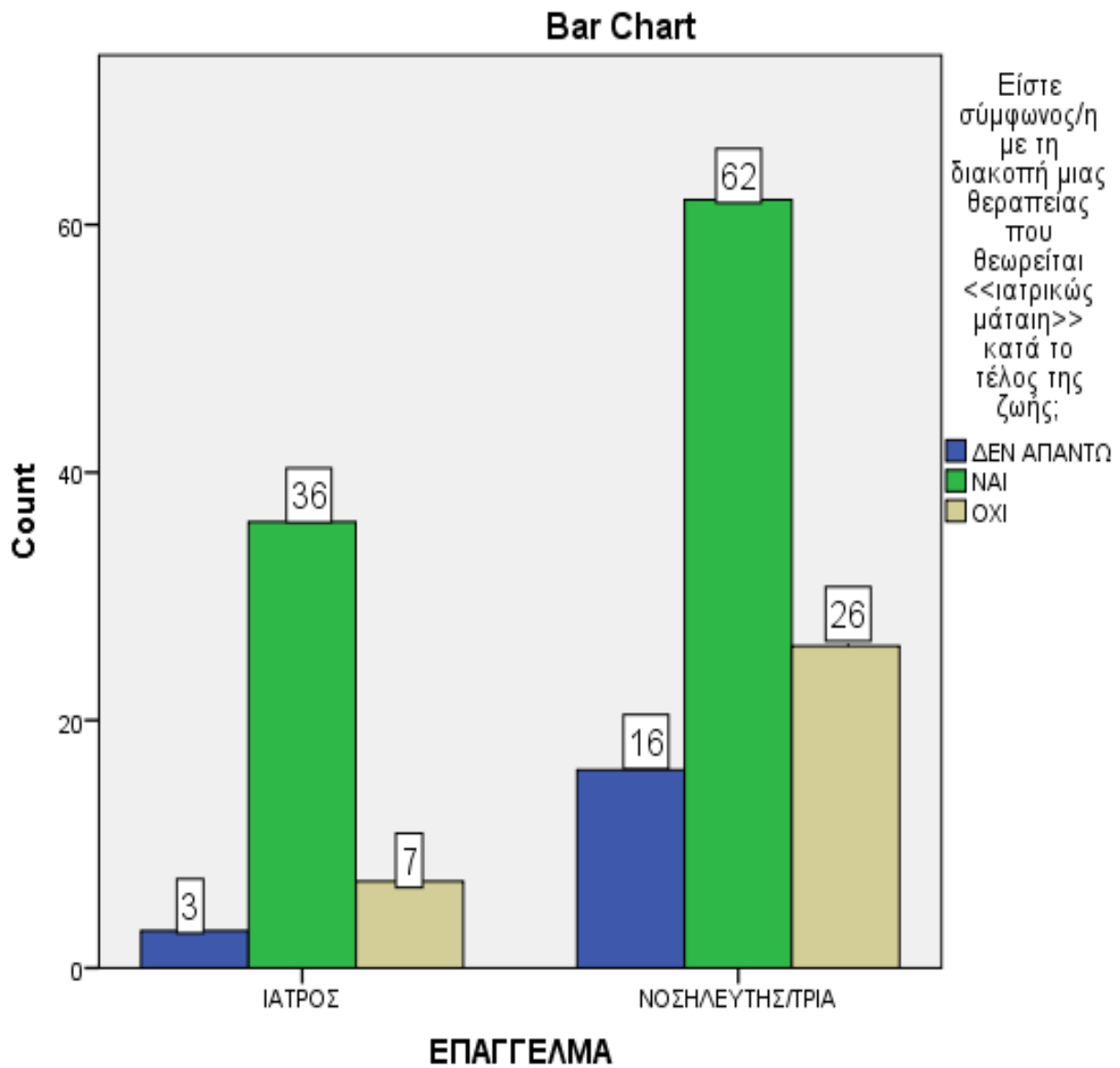
Γράφημα 2: Στάση απέναντι στην ενεργητική ευθανασία ανάλογα με το επάγγελμα



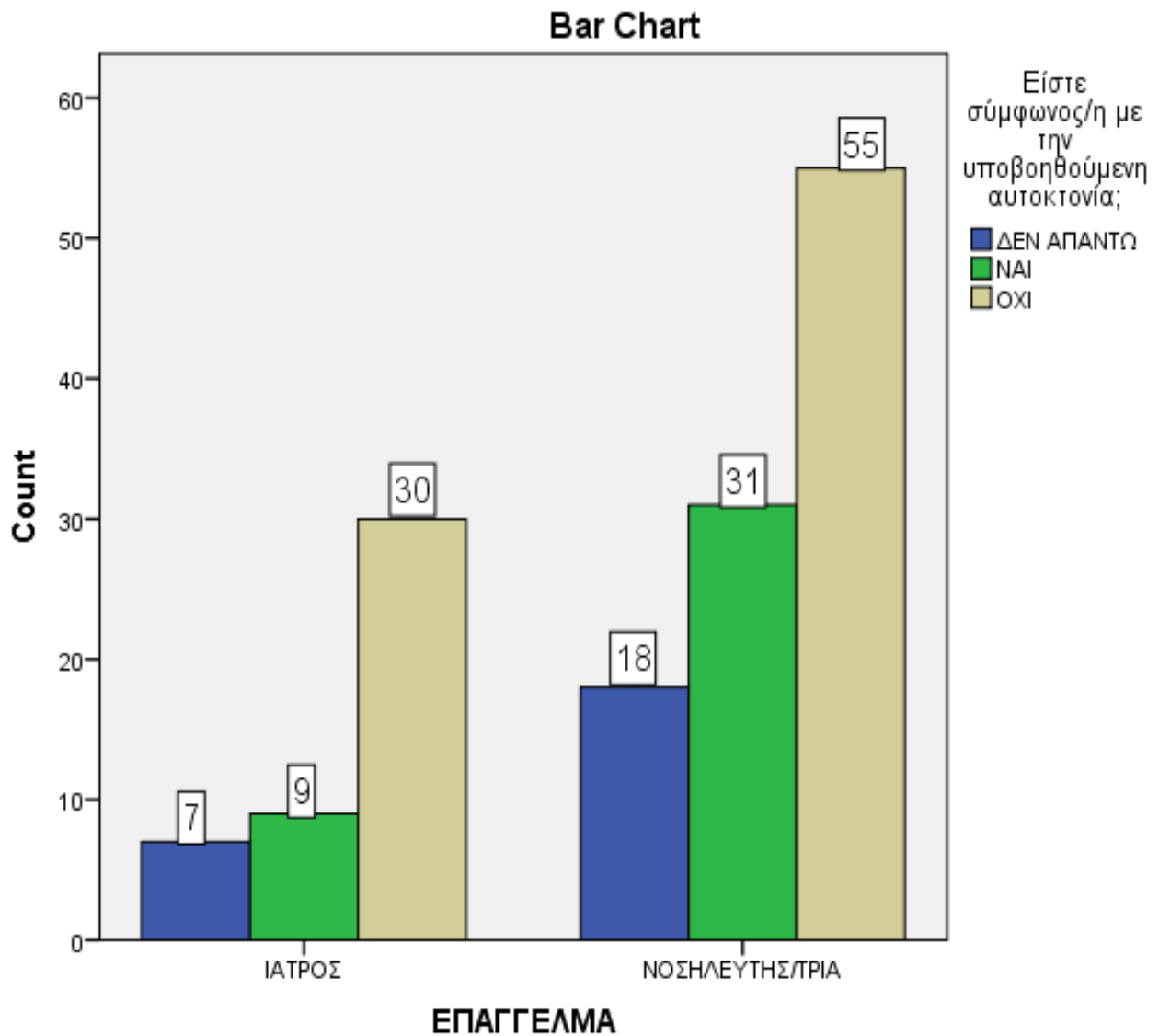
Γράφημα 3: Στάση ιατρών και νοσηλευτών απέναντι στο δικαίωμα του ασθενή για επιλογή της στιγμής και του τρόπου του θανάτου



Γράφημα 4: Στάση απέναντι στην παθητική ευθανασία ανάλογα με το επάγγελμα



Γράφημα 5: Στάση απέναντι στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία ανάλογα με το επάγγελμα



8.3 Συζήτηση

Η αλματώδης εξέλιξη της τεχνολογίας στη σύγχρονη εποχή έχει αυξήσει τη δυνατότητα επέμβασης στο χρόνο του θανάτου ενός αρρώστου και άρα διεγείρει το ανθρώπινο ενδιαφέρον για

την επιλογή της στιγμής και τον τρόπο του θανάτου. Αυτό έχει ως επακόλουθο το πρόβλημα της ευθανασίας να επανατίθεται με διαρκώς αυξανόμενη ένταση.

Σε αντίστοιχο ερώτημα που τέθηκε στο δείγμα της έρευνας για τον εάν ένα άτομο έχει το δικαίωμα να αποφασίσει τη στιγμή και τον τρόπο του θανάτου του, το 53,34% (συνολικό ποσοστό 30,67%+22,67%) τάσσεται υπέρ αυτού του δικαιώματος. Αναλυτικότερα, οι 55 (20+33) νοσηλευτές/τριες από τους συνολικά 104 συμφωνούν με αυτό το δικαίωμα, όπως επίσης συμφωνούν και οι 27 (14+13) ιατροί από τους συνολικά 46, οι οποίοι συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο (Γράφημα 3). Με βάση τα αποτελέσματα αυτά παρατηρούμε ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σέβεται τα δικαιώματα των ασθενών και στηρίζει το δικαίωμα αυτών να μπορούν να αποφασίζουν μόνοι τους για την ζωή τους και αν θέλουν να ακολουθήσουν μια θεραπεία.

Σε έρευνα των Stevens (Stevens CH, Hassan R., 1994), η οποία πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία έδειξε ότι σε ποσοστό 16% οι νοσηλευτές τάσσονται υπέρ της ευθανασίας, όμως δεν επιθυμούσαν να αλλάξει ο νόμος προκειμένου να επιτρέπεται. Αντίστοιχα είναι και τα αποτελέσματα της μελέτης μας, όπου το 38,67% ιατρών και νοσηλευτών είναι υπέρ της ενεργητικής ευθανασίας. Έχει ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι από το ποσοστό που τάσσονται υπέρ της ενεργητικής, οι 44 νοσηλευτές/τριες από τους 104 συμφωνούν και μόλις οι 14 ιατροί από τους συνολικά 46 της έρευνας είναι θετικοί (Γράφημα 2). Σύμφωνα με έρευνα σχετική με την ευθανασία, που έγινε στη Πάτρα το 1997 από ιατρούς της Νοσηλευτικής Κλινικής του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών με επικεφαλής των κ. Θεόδωρο Παπαπετρόπουλο, οι ιατροί σε σχέση με τις άλλες τρεις ομάδες είχαν τη μικρότερη προτίμηση (3,1%) ως προς την ενεργητική.

Σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί στην Ελλάδα, όπως των Γιάκης Ν. (Γιάκης Ν., Μερκούρης Α., 2005) σε νοσηλευτές της ΜΕΘ Αθηνών, οι μισοί των συνεντευξιαζόμενων τάχθηκαν υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Σε αντίθεση έρχεται η θετική τους στάση στην ευθανασία κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις με το γεγονός ότι δεν θα ωθούν έναν ασθενή να προβεί σε ευθανασία ούτε θα κινούσαν ανάλογες διαδικασίες για κάποιο συγγενικό τους πρόσωπο. Η έρευνα των Tanida (Tanida N., Asai A., 2000) απέδειξε ότι υπάρχει μεγάλο χάσμα μεταξύ της στάσης των νοσηλευτών όταν ερωτώνται για αυτήν σε κάποιο υποθετικό σενάριο και της ενεργής συμμετοχής τους στην πράξη της ευθανασίας (Pateralou E., Vardanas C., 2009). Σύμφωνα με την μελέτη μας, οι πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας είναι θετική έναντι της παθητικής ευθανασίας. Πιο συγκεκριμένα, στο ερώτημα για το εάν συμφωνούν με τη διακοπή μιας θεραπείας που θεωρείται «ιατρικώς μάταιη» κατά το τέλος της ζωής οι 62 νοσηλευτές/τριες τάσσονται υπέρ, καθώς επίσης και οι 36 ιατροί έχουν την ίδια άποψη επί του θέματος (Γράφημα 4). Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνονται από τα αποτελέσματα παλαιότερης έρευνας των Γιάκης Ν.², η οποία έδειξε ότι το 42,3% των νοσηλευτών συμφωνεί με την παθητική ευθανασία. Επιπρόσθετα, το μεγάλο ποσοστό των ιατρών της μελέτης μας επιβεβαιώνεται και από την έρευνα στην Πάτρα (1997 από ιατρούς της Νοσηλευτικής Κλινικής του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών), στην οποία το 41% των ιατρών εγκρίνει την παθητική ευθανασία.

Όσον αφορά την τρίτη μορφή ευθανασίας, την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, οι Έλληνες ιατροί και νοσηλευτές τηρούν σε ποσοστό 56,67% αρνητική στάση απέναντι σε αυτήν. Αναλυτικότερα, οι 55 νοσηλευτές/τριες από τους 104 λένε «ΟΧΙ» στην τρίτη μορφή ευθανασίας και μαζί με αυτούς συμφωνούν και οι 30 ιατροί από τους συνολικά 46 της έρευνας (Γράφημα 5). Αυτό το μεγάλο ποσοστό των ιατρών της μελέτης μας επιβεβαιώνεται και από την έρευνα στην Πάτρα (1997) στην οποία μόλις το 5,1% των ιατρών εγκρίνει την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Γενικότερα, το ποσοστό των Ελλήνων λειτουργών υγείας (ιατρών, νοσηλευτών) το οποίο συναινεί στην ευθανασία και κυρίως στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι εξαιρετικά χαμηλό συγκριτικά με άλλες χώρες.

Σύμφωνα με τους ερευνητές το φαινόμενο αυτό έχει τις ρίζες του στο γεγονός ότι στην χώρα μας εξακολουθούν να ισχύουν ενδοοικογενειακοί δεσμοί και το υπέρτατο αγαθό της ζωής

διατηρεί την απόλυτη αξία του. Εν αντιθέσει με τις σύγχρονες και εκβιομηχανοποιημένες δυτικές χώρες με χαλαρές ενδοοικογενειακές σχέσεις στις οποίες ο «ανώδυνος θάνατος» προβάλλεται σαν ανθρώπινο δικαίωμα (Εταιρεία Μακεδονικών σπουδών, 1977).

Επιπλέον, τα αποτελέσματα της έρευνάς μας έδειξαν ότι η στάση των ιατρών και νοσηλευτών έναντι των τριών μορφών της ευθανασίας επηρεάζεται από τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις και επιβεβαιώνονται από έρευνα που διενεργήθηκε στη Μ. Βρετανία το 2011, η οποία έδειξε ότι η θρησκευτική συνείδηση είναι αρνητικός παράγοντας για την διενέργεια της ευθανασίας (McCormack R., 2011). Άλλωστε, η παραδοσιακή χριστιανική αντίληψη αντιτίθεται σθεναρά στην ευθανασία. Ειδικότερα, για τον χριστιανισμό η ζωή μας αποτελεί υπέρτατο Δώρο του Θεού, η αρχή και το τέλος του οποίου βρίσκονται στα χέρια Του και μόνο (Ιώβ ιβ' 10). Αποτελεί τον χώρο μέσα στον οποίο βρίσκεται την έκφραση του το αυτεξούσιο, συναντάται η χάρις του Θεού με την ελεύθερη βούληση του ανθρώπου και επιτελείται η σωτηρία του (Μητροπολίτης Φθιώτιδος κ.κ. Νικολάου, 2005). Το ίδιο ισχύει και στις άλλες δύο μονοθεϊστικές θρησκείες (Ιουδαϊσμός και Ισλαμισμός), οι οποίες επικροτούν και αποδέχονται την ιατρική και τα μέσα που χρησιμοποιούνται για την παράταση της ζωής ενός ανθρώπου, αλλά αποδοκιμάζουν κάθε μορφή ευθανασίας (Μητροσύλη Μ., 2009).

Καταληκτικά, ένα σημαντικό θέμα Δημόσιας Υγείας ειδικότερα στις μέρες μας θεωρείται η παρηγορητική φροντίδα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι σχετίζεται με χρόνια νοσήματα, τα οποία απαιτούν έλεγχο των συμπτωμάτων και υποστήριξη και κατά συνέπεια με την κατανομή των πόρων, την πρόσβαση σε αποτελεσματική φροντίδα και την πρόληψη του πόνου. Σε έρευνα των Young and Ogdens (YoungMG, Ogden RD., 2000) διαπιστώθηκε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των νοσηλευτών/τριών πιστεύουν ότι η παρηγορητική φροντίδα μπορεί να αλλάξει το αίτημα των ασθενών για περιορισμό της ευθανασίας, αφού οι ασθενείς προσπαθούν να ξεφύγουν από τον πόνο τους και όχι από τη ζωή. Επιπρόσθετα, οι έρευνες των Bittel (Bittel, 2002) και Timothy (Timothy E., 2000) αναφέρονται σε αυτό το σημαντικό ρόλο της παρηγορητικής αγωγής, η οποία μόνο θετικά μπορεί να συμβάλλει στη ψυχοσύνθεση των ασθενών τελικού σταδίου με σκοπό να αντιμετωπίσουν την ασθένειά τους και να ελέγξουν τον πόνο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

9.1. Περιορισμοί της έρευνας

Ο πιο σημαντικός ίσως περιορισμός της έρευνας μας είναι ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό κλήθηκε να εκφράσει γνώμη σχετικά με μια πράξη παράνομη κατά τη διάρκεια του χρόνου συνέντευξης, διότι η ευθανασία δεν έχει νομιμοποιηθεί από την πολιτεία. Για το λόγο αυτό, οι συνεντευξιαζόμενοι, κάποιοι εκ των οποίων δεν απαντούσαν σε όλες τις ερωτήσεις που σχετίζονταν με το εάν συμφωνούν με τις διάφορες μορφές ευθανασίας ή εάν θα την εφαρμόζαν σε ορισμένες περιπτώσεις, θεωρούμε ότι δυσκολεύτηκαν να δώσουν απάντηση, καθώς οι περισσότεροι ήταν διστακτικοί από την αρχή που ήρθαμε σε επαφή μαζί τους. Οι ερωτηθέντες συμφώνησαν στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου μόνο όταν διαβεβαιώθηκαν ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ερευνητικό, ανώνυμο και η χρήση του θα περιοριζόταν αποκλειστικά στις τρεις φοιτήτριες της παρούσας μελέτης και τον επιβλέπων καθηγητή τους.

Επιπρόσθετα, είναι άγνωστο εάν οι ιατροί και νοσηλευτές που επιλέχτηκαν από το σχέδιο μελέτης μας αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα ολόκληρου του πληθυσμού των ιατρών και των νοσηλευτών στην Ελλάδα, καθώς δεν συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα μας ιατροί και νοσηλευτές που εργάζονται στις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού και στο Ογκολογικό Τμήμα. Δεδομένου ότι αυτή είναι η πρώτη μας έρευνα επάνω στις γνώσεις και στάσεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στην ευθανασία, η περαιτέρω έρευνα επιτρέπει να καθοριστούν άλλοι παράγοντες, οι οποίοι θα μπορούσαν να έχουν σοβαρή επιρροή στη θέση των ιατρών και νοσηλευτών ενάντια ή υπέρ των διάφορων μορφών ευθανασίας.

9.2. Συμπεράσματα

Η επιθυμία του σύγχρονου ανθρώπου για ποιότητα ζωής ανέδειξε το ζήτημα της νομιμοποίησης της ευθανασίας. Η αλματώδης επιστημονική πρόοδος και το υψηλό επίπεδο της

σύγχρονης ιατρικής δε συμβαδίζουν με τον βασανιστικό θάνατο και την απόγνωση του ασθενή. Σε κάποιες περιπτώσεις το αίτημα για νόμιμο θάνατο είναι εύλογο, ωστόσο εξίσου εύλογες είναι και οι αμφιβολίες που προκύπτουν για την κατάχρηση της ευθανασίας. Συνεπώς, οι γνώμες της σημερινής κοινωνίας για την εφαρμογή της ευθανασίας δίστανται. Υπάρχουν αυτοί που υποστηρίζουν ότι κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα στη ζωή, όπως και αν είναι αυτή. Από την άλλη, υπάρχουν και εκείνοι που πιστεύουν στο δικαίωμα σε έναν ανώδυνο και αξιοπρεπή θάνατο.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία ανέδειξε τις γνώσεις και στάσεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού δύο νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι δύο ομάδες αντιμετωπίζουν το ζήτημα της ευθανασίας αφενός μεν υπό το πρίσμα των προσωπικών τους θρησκευτικών πεποιθήσεων και αφετέρου δε εξαιτίας του παράνομου χαρακτήρα της δεν επιθυμούν να την εκτελέσουν. Ειδικότερα, οι Έλληνες ιατροί και νοσηλευτές διατηρούν αρνητική στάση έναντι της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, θετική στάση απέναντι στην παθητική ευθανασία, ενώ διχάζονται οι απόψεις τους σχετικά με την ενεργητική ευθανασία, αφού το ποσοστό συμφωνίας τους υπερέχει σε πολύ μικρό βαθμό από το ποσοστό διαφωνίας. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επαληθεύονται από αυτά αντίστοιχων ερευνών, ενισχύοντας έτσι την εγκυρότητά τους.

9.3. Προτάσεις

Στην πραγματικότητα κανένας από τους ασθενείς δεν θέλει το θάνατο, όσο δύσκολη κι αν είναι η ζωή. Ο άρρωστος επιζητάει την ευθανασία όταν ο πόνος του είναι αβάσταχτος και νιώθει την αξιοπρέπειά του να κατακερματίζεται. Δεν θέλει να πονάει και γι αυτό εκλιπαρεί για έναν

αξιοπρεπή θάνατο. Συνεπώς, επιτακτική είναι η ανάγκη για προσφορά καλύτερης και πιο εξειδικευμένης φροντίδας στους ασθενείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της ζωής τους με σκοπό την εξασφάλιση ενός ήρεμου και ανώδυνου θανάτου. Πρέπει να επισημανθεί ότι στο στάδιο αυτό η νοσηλευτική ευθύνη είναι μεγαλύτερη. Ακριβώς επειδή ο νοσηλευτής έρχεται σε καθημερινή επαφή με τον ασθενή οφείλει να φροντίσει πέρα από την κάλυψη των φυσικών αναγκών και τον περιορισμό του πόνου του, να συνδράμει στη ψυχολογική ενίσχυση του αρρώστου στο βαθμό που είναι εφικτό. Σημαντικός παράγοντας, εξάλλου, είναι και η καλλιέργεια κλίματος εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενών, συγγενών και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Για την επίτευξη του σκοπού αυτού, καλό θα ήταν το πρόγραμμα της βασικής εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας να εμπλουτιστεί με μαθήματα, που να αναφέρονται αποκλειστικά στην παρηγορητική φροντίδα και τον σκοπό της. Επίσης, εξίσου σημαντική είναι η ουσιαστικότερη ενημέρωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού με τη μορφή σεμιναρίων, που θα διεξάγονται στο χώρο εργασίας τους προκειμένου να αποκτήσουν περισσότερες γνώσεις για την ευθανασία. Επιπρόσθετα, η επιμόρφωση των ιατρών και νοσηλευτών σε θέματα ηθικής και δικαιωμάτων των ασθενών είναι απαραίτητη. Καλό θα ήταν η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας να συνεχίζεται κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής καριέρας τους, καθώς επίσης και η εκπαίδευση του κοινού σε θέματα βιοηθικής.

Καταληκτικά, εφόσον η ευθανασία δεν έχει νομιμοποιηθεί στην Ελλάδα, θα πρέπει να νομιμοποιηθεί ύστερα από τη δημιουργία ενός σαφούς νομικού πλαισίου, που δεν θα αφήνει κανένα περιθώριο για αμφισβήτηση. Με άλλα λόγια, το νομοθετικό αυτό πλαίσιο επιβάλλεται να είναι αυστηρό, ίσως με πρότυπο το ολλανδικό μοντέλο, δηλαδή να θεσπίζει στάδια κατά τη διαδικασία, ώστε να διαπιστώνεται με απόλυτη βεβαιότητα η πραγματική βούληση του αιτούντος-πάσχοντος και η κάθε περίπτωση να αντιμετωπίζεται μόνο από εξειδικευμένους επαγγελματίες του ιατρικού και ψυχιατρικού τομέα, με σκοπό να αποκλειστούν περιπτώσεις κατάχρησης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η ραγδαία πρόοδος στον τομέα της τεχνολογίας και της ιατρικής επιστήμης κατέστησαν εφικτή την παράταση της διάρκειας της ζωής, για μεγάλο χρονικό διάστημα, ενός βαρέως πάσχοντος ασθενούς, ο οποίος παλαιότερα θα είχε αποβιώσει. Ο θάνατος λοιπόν είναι το αποτέλεσμα ιατρικών παρεμβάσεων λήψης αποφάσεων που πραγματοποιούνται στο τέλος της ζωής και η ευθανασία αποτελεί μία από αυτές τις αποφάσεις.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στο θέμα της ευθανασίας.

Υλικό και Μέθοδος: Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ήταν η χρήση ερωτηματολογίων, τα οποία διανεμήθηκαν σε δύο νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης ανάμεσα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και το σύνολό τους ανέρχεται στα 150. Επίσης, η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS και με την δοκιμασία Chi-square Test (χ^2).

Αποτελέσματα: Το 53,34% του συνόλου των γιατρών και των νοσηλευτών αναγνωρίζει το δικαίωμα του ατόμου να αποφασίσει τη στιγμή και τον τρόπο του θανάτου του. Αντιθέτως, το ποσοστό του 56,67% αντιτίθεται στην ευθανασία υπό τη μορφή της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας.

Συμπεράσματα: Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την έρευνα διχάζουν. Το ερωτηθέν ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ενώ σέβεται το δικαίωμα του ασθενούς να αποφασίσει για τον θάνατό του, την ίδια στιγμή εναντιώνεται στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αβραμίδης Αθανάσιος, Ευθανασία, εκδ. Ακρίτας, Αθήνα 1995,σελ.18-19.
Αθήνα: ΕΚΠΑ.
- Γαλανάκης Μ., «Η θέση της διατριβής περί ευθανασίας στη συζήτηση περί ευθανασίας», από το εκτόνημα Ε. Βούλγαρη «Διατριβή Περί Ευθανασίας και Διαθήκης», εκδόσεις Εξάντας, Αθήνα 2005, σελ. 57-58.
- Γιάκης Ν, Μερκούρης Α, Πολυχρονοπούλου Ε, Αδαλή Ε. Εντατική θεραπεία: Η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού στην ευθανασία, Νοσηλευτική, Ιανουάριος – Μάρτιος 2005, 44(1):84 – 91
- Εταιρεία Μακεδονικών σπουδών, Ιατρική, μηνιαία έκδοση, Πάτρα,1977.
- Ευαγγέλου Ιάσων, Το Πρόβλημα της Ευθανασίας ,εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή 1999,σελ.24-25.
- Ευαγγέλου Ιάσων, «Το πρόβλημα της ευθανασίας» εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα- Κομοτηνή 1999, σελ. 11-13.
- Ευθάνατος θάνατος. Το καλώς θανείν στην αρχαία Ελλάδα», Ευθανασία, η σημαντική του «καλού» θανάτου, βλ. σχ. και Αφρ. Αβαγιανού, ΕΓΕ, Αθήνα 2000, σελ. 31 κ.ε.
- Ευαγγέλου Ιάσων, «Το πρόβλημα της ευθανασίας» εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα- Κομοτηνή 1999 σελ. 14.
- Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδας, Επιτροπή Βιοηθικής, «Επίσημα Κείμενα Βιοηθικής», Μεταμοσχεύσεις, Ευθανασία, Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή, Αθήνα 2007, σελ. 32-34.
- Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, Ειδική Επιτροπή Βιοηθικής, «Οι απόψεις των Θρησκειών για την Ευθανασία», Νεάπολης- Θεσσαλονίκη 2002, σελ. 20-21.
- Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, Ειδική Επιτροπή Βιοηθικής, «Οι απόψεις των Θρησκειών για την Ευθανασία», Νεάπολης- Θεσσαλονίκη 2002, σελ. 19.
- Ιπποκράτης, «Περί Τέχνης», παρ.ΙΙΙ,5
- Ιωάννα Αρ. Γιαρένη, «Το Δικαίωμα στο θάνατο και το ιατρικό Καθήκον Διατήρησης της Ζωής», Το Βήμα του Ασκληπιού, 2005, 4(3): 138.
- Ιωαννίδου Ε., Μαρβάκη Χ. Καλογιάννη Α., Κοτανίδου Α., Κώμα, Επείγουσα Νοσηλευτική. Τόμος Α'. εκδόσεις Ιων. Αθήνα 2011, σελ 237-243.
- Καίσαρης Π., Περί της ευθανασίας, σελ.36, Αχαικές εκδόσεις, Πάτρα, 1999,όπου διακρίνει ως ξεχωριστή από την ενεργητική και την παθητική, την περίπτωση της έμμεσης ευθανασίας.
- Κατσαντώνης Α., Η ανθρωποκτονία εν συναινέσει κατά τον νέον Ποινικό Κώδικα, Ποινικά Χρονικά 1956,σελ.237
- Κατσιμίγκας Γεώργιος, Βασιλοπούλου Γεωργία, Βασικές αρχές βιοηθικής και ορθόδοξης ηθικής, Το βήμα του Ασκληπιού (2010); 9(2): 158-170
- Κομνηνού Νίνα «Τι λένε οι γιατροί για την ευθανασία», Ελεύθερος Τύπος, 31-10-1997, σελ. 26.
- Λυπουρλή Δ., «Εισαγωγή στην ιστορία της ιατρικής επιστήμης», σελ. 90-91, 99-100
- Μαντζαρίδης Γ., Χριστιανική Ηθική, Θεσσαλονίκη, Πουρνάρα, 1995
- Μαργαρίτης Μ., Ποινικός Κώδικας, Ερμηνεία-Εφαρμογή, 2η Έκδοση, Δίκαιο και Οικονομία,σελ.1225, εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα,2009
- Μαργαρίτης Μ., «Η Ευθανασία» στο βιβλίο «Ευθανασία:Ένα ακανθώδες ζήτημα», εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή 2008,σελ.78-80.
- Μητροσύλη Μ. Νομικό πλαίσιο και ορισμοί. Δίκαιο της υγείας . Μονάδες Υγείας,Επαγγελματίες Υγείας,Ασθενείς. Σειρά : Κοινωνικές επιστήμες & Υγεία. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα,2009.
- Μπέκας Γ., Η προστασία της ζωής και της υγείας στον Ποινικό Κώδικα,σελ.28,Δίκαιο και Οικονομία,εκδ.Π.Ν.Σάκκουλα, Αθήνα,2004

Πάρπα, Ε. (2015) Η στάση των λειτουργών υγείας (ιατρών, νοσηλευτών) συγγενών με ασθενείς τελικού σταδίου, και κοινού απέναντι στην ευθανασία: Συγκριτική Μελέτη, Πιτσιδιανάκης Μάνος, Στωϊκίδη Βιργινία «Ευθανασία: Έγκλημα ή λυτρωμός;», Βραδυνή, 24-4-1998, σελ. 44.

Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., Εγκλήματα κατά προσωπικών αγαθών, εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Θεσσαλονίκη 2006, σελ 19.

Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., Εγκλήματα κατά της ζωής, άρθρα 299-307 ΠΚ, 2001,σελ.490

Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., Εγκλήματα κατά της ζωής, άρθρα 299-307 ΠΚ, 2001,σελ.192

Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., Εγκλήματα κατά της ζωής, άρθρα 299-307 ΠΚ, Β' έκδοση, εκδόσεις Σάκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη 2001.

Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., «Η αυτοδιάθεση της ζωής και το πρόβλημα της ευθανασίας στο ποινικό δίκαιο» (2011), σελ. 1-2.

Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., «Εγκλήματα κατά προσωπικών αγαθών», εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη,Θεσσαλονίκη 2006,σελ.129

Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., Εγκλήματα κατά της ζωής, άρθρα 299-307 ΠΚ,β' έκδοση, εκδόσεις Σάκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη 2001, σελ.204-206.

Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., Εγκλήματα κατά της ζωής, άρθρα 299-307 ΠΚ,β' έκδοση, εκδόσεις Σάκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη 2001, σελ.223

Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., Εγκλήματα κατά της ζωής, άρθρα 299-307 ΠΚ,β' έκδοση, εκδόσεις Σάκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη 2001, σελ.229

Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., Εγκλήματα κατά της ζωής, άρθρα 299-307 ΠΚ,β' έκδοση,2001,σελ 494.

Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., Η Ευθανασία στο Ποινικό Δίκαιο στο βιβλίο «Ευθανασία», εκδόσεις Σάκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη 2007,σελ.145-146

Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., Η Ευθανασία στο Ποινικό Δίκαιο, σελ 139-144, 2007

Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., Η Ευθανασία στο Ποινικό Δίκαιο, σελ.158, 2007

Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε.,Εγκλήματα κατά της ζωής, άρθρα 299-307 ΠΚ,β' έκδοση,2001,σελ 495.

Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε.,Το πρόβλημα της ευθανασίας,σελ.576, εκδόσεις Σάκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη 2007

Χωραφάς Ν., Ποινικόν Δίκαιον,Α',9η Έκδοση ,1978,σελ.215

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

A humanist discussion of EUTHANASIA, Διαθέσιμο στο: URL: www.humanism.org.uk British Humanist Association for the one life we have, Accessed 15/4/2014

Ministerio de Salud, Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia (Internet), Colombia; 2015 (cited 28 Jun 16), Available at: URL: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca-Digital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimientoeutanasia-colombia.pdf>

Physician-Assisted Suicide Fast Facts, CNN Library (2015) , Available at: URL: <http://www.cnn.com/2014/11/26/us/physician-assisted-suicide-fast-facts/>, Accessed 08.10.15

Physician-Assisted Suicide Fast Facts. In: Cable News Netw, CNN Library (2015) Available at: URL: <http://www.cnn.com/2014/11/26/us/physician-assisted-suicide-fast-facts/>, Accessed 08.10.15

State-by-State Guide to Physician- Assisted Suicide, ProCon.org (2015) Available at: URL: <http://euthanasia.procon.org/view./resource.php?resourceIDO000132> , Accessed 29.09.15.

TIME Magazine"Potter and Euthanasia, www.time.com, Available at: URL: Jan. 31, 1938.

1938 National Society for the Legalization of Euthanasia Founded

On January 16th, 1938 Charles Francis Potter announces the founding of the National Society for the Legalization of Euthanasia (NSLE), which is soon renamed the Euthanasia Society of America (ESA). According to TIME magazine, "he and a sizable group of other notable men believe[d] so strongly in the right of an incurably diseased individual to have his life terminated gently that they... organized a National Society for the Legalization of Euthanasia... its trustees included Dr. Clarence Cook Little of the American Society for the Control of Cancer and of the American Birth Control League, and Secretary Leon Fradley Whitney of the American Eugenics Society.

Η θέσις της Εκκλησίας επί του θέματος της Ευθανασίας», Διαθέσιμο στο: URL: www.bioethics.org.gr, Εισηγήσεις του Σεβασμιότατου Μητροπολίτου Φθιώτιδος κ.κ. ΝΙΚΟΛΑΟΥ, Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, Απρίλιος 2005

Ο Δόκτωρ «Θάνατος» Τζακ Κεβόρκιαν, 2014, Διαθέσιμο σε: URL: <http://www.newsbeast.gr/portrait/arthro/741160/o-dr-thanatos-tzak-kevorkian> Πρόσβαση: [10 Ιουλίου 2017]

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adams M, Nys H., Comparative reflections on the Belgian Euthanasia Act 2002, *Med Law Rev* (2003); 11(3):353-376.
- Adams M., Euthanasia: the process of legal change in Belgium. In: Klijn A, Otłowski M, Trappenburg M, editors. *Regulating physician-negotiated death*, Gravenhage: Elsevier; (2001); 29–48.
- Amir M., Shabot MM., Karlan BY., Surgical intensive care unit care after ovarian cancer surgery. An analysis of indications, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1997, 176(6), p. 1389-1393.
- Ashwal S, Schneider S. Brain death in children. *Pediatr Neurol* 1987;3: 5-11, 69-77
- Ashwal S. Brain death in the newborn: current perspectives. *Clin Perinatol* 1997;24:859-82.
- B.L. Mishara, D.N. Weisstub, Legalization of euthanasia in Quebec, Canada as “medical aid in dying”: A case study in social marketing, changing mores and legal maneuvering, *Ethics, Medicine and Public Health* (2015);1:450-455
- Baume I. O’Malley, E. Euthanasia: attitudes and practices of medical practitioners, *Med J Aust* 1994; 161: 137-44
- Betty A. Kitchener, Nurses’ attitudes to active voluntary euthanasia: a survey in the ACT, *Australian and New Zealand Journal of Public Health* (1998); 22(2): 276-278
- Bittel N, et al. Euthanasia: A survey by the Swiss Association for Palliative Care. *Support Care Cancer* 2002 10(4):265-271.
- Blacksher EA., Euthanasia in Australia, *Hastings Cent Rep* (1995);25(5):47
- Blackwell Publishing Ltd, Editorial: A time to live, a time to die? An exploration of the arguments surrounding the legalisation of assisted suicide, *Journal of Clinical Nursing* (2009); 18:3213–3215
- Broeckaert B. Treatment decisions at the end of life: a conceptual framework. In: Payne S, Seymour J, Ingleton C eds. *Palliative care: nursing principles and evidence for practice*, second edition. Milton Keynes: Open University Press, 2008: 402-21.
- Bruce Fey W., «Εισαγωγή στην ιστορία της ιατρικής επιστήμης», σελ. 494-495, 498-500
- Bruse Fye W., «Εισαγωγή στην ιστορία της ιατρικής επιστήμης», σελ. 494
- Carrick, C., *Medical Ethics in Antiquity: Philosophical Perspectives on abortion and euthanasia*. Boston: Dordrecht. (1985)
- Cartwright C. Williams G. Steinberg M. Does being against euthanasia legislation equate to being anti-euthanasia? , *Internal Medicine Journal*, 2006, 36: 256-259
- Code for Nurses, *American Nurses’ Association* (1976), Washington, D.C.: ANA
- Dara Mohammadi, European euthanasia laws questions of compassion, *Lancet* 2014; 15:1294-1295
- Dara Mohammadi, European euthanasia laws questions of compassion, *Lancet* 2014; 15:1294-1295
- Dawn Freshwater, Συμβουλευτική Νοσηλευτική, εκδόσεις Πασχαλίδης (2012)
- Dobbelaere K, Voyé L. Reliëgie en kerkbetrokkenheid: ambivalentie en verveemding. In: Dobbelaere K, Elchardus M, kerkhofs J, Voyé L, Bawin- Legros B eds. *Verloren zekerheid De Belgen en hun waarder, overtuigingen en houdingen*. Tiel: Lannoo, 2001: 117-52.
- Emanuel LL., Facing requests for physician-assisted suicide: toward a practical and principled clinical skill, *set. J Am Med Assoc* (1998);280:643–647.
- Everett K. Spees, *Bioethics, Encyclopedia of Psychotherapy* (2002); (1):317-330
- Ezekiel J. Emanuel, *Bioethics in the Practice of Medicine, Goldman-Cecil Medicine* (2016), 2:4-9.
- F. Zahedi, B. Larijani, J. Tavakoly Bazzaz, «End of life Ethical Issues and Islamic Views», *Iranian Journal of Allergy, Asthma and Immunology*, Vol. 6, Suppl. 5, Iran 2007, σελ. 11.
- Ferrante Chris, *Playing God: The Ethics of Euthanasia*, *H-SC Journal of Sciences*, Australia 2013, σελ.1-2.
- Georgios Kranidiotis, Julia Ropa, John Mprianas, Theodoros Kyprianou,, Serafim Nanas, Attitudes towards euthanasia among Greek intensive care unit physicians and nurses, *Heart & Lung* (2015) 44:260-263.

- Grey W., Right to die or duty to live? The problem of Euthanasia». *Journal of applied philosophy*, Australia 1999, σελ. 57-58.
- Haupt WF, Rudolf J. European brain death codes: a comparison of national guidelines. *J Neurol* 1999;246:432-7.
- Hoshino K., Euthanasia: Current problems in Japan, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* (1993); 2:45–47.
- J. Sobel, «Assisted Death», *Exit A.D.M.D. Suisse Romande, Association Pour Le Droit De Mourir Dans La Dignité*, Suisse 1999, σελ. 1.
- James Rachels , “Active and Passive Euthanasia”, *New England Journal of Medicine* (January 9 1975), 292(2): 78-80
- Keown Damien and Keown John: Killing, karma and caring; euthanasia in Buddhism and Christianity, *Journal of Medical Ethics*, October 1995, Volume 21. No 5, p. 265.
- Kuhse H, Singer P, Baume P, Clark M et al. End-of-life decisions in Australian medical practice., *Med JAust* 1997; 166: 191-7
- Kubler-Ross, E. (1997). *On death and dying*. New York:Touchstone
- Kuhse H. Singer P. Doctors’ practices and attitudes regarding voluntary euthanasia, *Med J Aust* 1988; 148: 623-7
- Legislative Assembly of the Northern Territory. Rights of the Terminally Ill Act . Third reading, 1996, June 2
- McCormack, R. et al, (2011) Attitudes of UK doctors towards euthanasia and assisted suicide: A systematic literature review, *Palliative Medicine*, SAGE Journals, 26 (1): 23- 33
- Mike Ceasar, Euthanasia in legal limbo in Colombia, *Lancet* (2008); 371:290-291
- Mireille Lavoie, Gaston Godin, Lydi-Anne Ve’zina-Im, Danielle Blondeau, Isabelle Martineau, Louis Rov, Psychosocial determinants of nurses’ intention to practise euthanasia in palliative care, *Nursing Ethics* (2016); 23(1):48-60
- Mystakidou Dr., *Palliative Medicine*, University of Athens, Greece, (2003); 17: 143
- Nightingale F., *Notes of Nursing*, Duckworth, London (1978)
- Nitschke P, Stewart F (2011) “What’s it got to do with you?” Challenging the medical profession’s future in the assisted suicide debate. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 45: 1017–1019.
- NurseEthics* 2000, 9: 313-322.
- Omnibus Reconciliation Act of 1986, 42, U.S.C. § 13206-8.
- Pateralou E., Vardanas C., Fioraki I., Agelakis T., Dafermoy M., Ntzilepi P., Euthanasia in Greece: Greek nurse’ s involvement and beliefs., *International Journal of Palliative Nursing* 2009, 15(5):170-175
- Penal Code, *Wet toetsing levensbeëindigingop verzoek en hulp bij zelfdoding* 1 april, 2002. (Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act) April 1, 2002 (in Dutch).
- Pereira J., Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls, *Current Oncology* (2011); 18(2):38-45
- Perrett Roy W.: Buddhism, euthanasia and the sanctity of life. *Journal of Medical Ethics*, October 1996, Volume 22, No 5, p. 309.
- Port L., *Για την Ευθανασία στο: Πανόραμα των Συγχρόνων Ιδεών*, Τόμος Β’ Αθήναι 1958, Εκδόσεις Δ. Βογιατζή, σελ. 509.
- Pusari D., Eight Cs of caring: A holistic framework for nursing terminal ill patients, *Contemporary Nurse*, (1998) 7:156-160.
- Ranjani Varadarajan, Ph.D., Robert A. Freeman, Ph.D., Jayesh R. Parmar, Ph.D., Aid-in-dying practice in Europe and the United States: Legal and ethical perspectives for pharmacy, *Research in Social and Administrative Pharmacy* (2016); 12:1016-1025
- Ropper AH, Kehne SM, Wechsler L. Transcranial Doppler in brain death, *Neurology* 1987,37:1733-5.

Ropper AH, Kennedy SK, Russell L. Apnea testing in the diagnosis of brain death: clinical and physiological observations. *J Neurosurg* 1981; 55:942-6.

Sakamoto T, Kitazawa K. Shi to mukiau iryou, *Nikkei Medical* (1996); Nov: 46-60

Sh. Firth, «End-of-life: a Hindu view», *The Lancet*, Volume 366, Elsevier, U.K. 2005, σελ.682-686.

Sculier J. P., Markiewicz E., Medical cancer patients and intensive care, *Anticancer Research*, 1991, 11(6), p. 2171-2174.

Silverman D, Saunders MG, Schwab RS, Masland RL. Cerebral death and the electroencephalogram: report of the ad hoc committee of the American Electroencephalographic Society on EEG Criteria for determination of cerebral death, *JAMA* 1969;209:1505-10.

Smith, T. W., Marsden, P., Hout, M., & Kim, J. (2015). General Social Surveys, 1972-2014 [machine-readable data file]. Principal Investigator, Tom W. Smith; Co-Principal Investigator, Peter V. Marsden; Co-Principal Investigator, Michael Hout; Sponsored by National Science Foundation. Chicago, IL: National Opinion Research Center at the University of Chicago.

Steck N, Egger M, Maessen M, Reisch T, Zwahlen M., Euthanasia and assisted suicide in selected European countries and US states: systematic literature review, *Med Care* (2013);51:938–944.

Steck N, Egger M, Maessen M, Reisch T, Zwahlen M., Euthanasia and assisted suicide in selected European countries and US states: systematic literature review, *Med Care* (2013); 51:938–944.

Stevens CA, Hassan R. Management of death, dying and euthanasia: attitudes and practices of medical practitioners in South Australia *J Med Ethics* 1994; 20: 4 1-6.

Stevens CH., Hassan R., Management of death, dying and euthanasia: attitudes and practices of medical practitioners in South Australia, *Journal of medical ethics*, 1994, 20:41-46.

The Associated Press, Montana judge endorses right to assisted suicide, *New York Times*, 2008

Timothy E, Palliative treatment of last resort : Choosing the least harmful alternative, *Ann Intern Med* 200,132:488-493.

Tristram Engerhardt H., *The foundations of Bioethics*, New York, Oxford University Press, 1986

Uniform Determination of Death Act, 12 *Uniform Laws Annotated (U.L.A.)* 589 (West 1993 and West Supp. 1997).

Verhagen AA, Sol JJ, Brouwer OF, Sauer PJ., Deliberate termination of life in newborns in the Netherlands; review of all 22 reported cases between 1997 and 2004 (Dutch), *Ned Tijdschr Geneesk* (2005);149:183–8.

Wet betreffende euthanasie 28 mei, 2002. *Belgisch Staatsblad* 22 juni 2002. [Law concerning euthanasia May 28, 2002. Belgian official collection of the Laws June 22, (2002)] (in Dutch).

Wet op de Lijkbezorging 7 maart, 1991 (Burial and Cremation Act March 7, 1991] (in Dutch)

Young GB. Coma. *Ann N Y Acad Sci.* 2009 Mar; 1157: 32-47.

Young MG, Ogden RD, The role of nurse in Aids care regarding and assisted suicide : a call for further dialogue. *J Adv Nurse* 2000, 31:513-519.

Zdenkowski G., *Human rights and euthanasia*, Australia 1997, σελ. 2-3.

American Academy of Pediatrics. Sterilization of minors with developmental disabilities, *Committee of Bioethics. Pediatrics* (1999), 104;(2):337- 340

Παραρτήματα

Παράρτημα 1:

Έγκριση εκπόνησης ερευνητικής εργασίας της κ. Ιωαννίδου Ρόζας.

Παράρτημα 2:

Έγκριση εκπόνησης ερευνητικής εργασίας φοιτητριών του τμήματος Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης.

Παράρτημα 3:

Διαδικτυακή έγκριση του κ. Κρανιδιώτη Γεώργιου.

Παράρτημα 4:

Ερωτηματολόγιο εργασίας

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

Αγαπητή Ερμιόνη, μετά χαράς, έχεις την άδεια να χρησιμοποιήσεις το ερωτηματολόγιο, καθώς και να το συμπληρώσεις ή τροποποιήσεις, όπως επιθυμείς. Καλή επιτυχία στην εργασία σου! Με εκτίμηση,
Γιώργος Κρανιδιώτης



Εισερχόμενα



Γιώργος Κρανιδιώτης

📧 2 Ιουν

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

«Ευθανασία: Γνώσεις και στάσεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού»

Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας έχει συνταχθεί με σκοπό να διερευνήσει τις γνώσεις και τις στάσεις των ιατρών και των νοσηλευτών σχετικά με την ευθανασία. Η έρευνα που θα διεξαχθεί είναι ανώνυμη.

- Ηλικία:.....
- Φύλο: Άρρεν Θήλυ
- Επάγγελμα: Ιατρός Νοσηλεύτης/τρια
- Έτη προϋπηρεσίας:.....

1. Πώς θα ορίζατε την έννοια της ευθανασίας;
 - i. Ενεργητική αφαίρεση της ζωής
 - ii. Ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία
 - iii. Διακοπή μιας θεραπείας που θεωρείται "ιατρικώς μάταιη"
 - iv. Όλα τα παραπάνω

2. Είστε σύμφωνος/η με την ενεργητική ευθανασία;
 ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

3. Είστε σύμφωνος/η με τη διακοπή μιας θεραπείας που θεωρείται «ιατρικώς μάταιη» κατά το τέλος της ζωής;
 ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

4. Είστε σύμφωνος/η με την υποβοηθούμενη αυτοκτονία;
 ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

5. Γνωρίζετε ότι η ευθανασία στην Ελλάδα δεν είναι νόμιμη;
 ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

6. Γνωρίζετε ότι η υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν είναι νόμιμη;
 ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

7. Αναγνωρίζω τη διαφορά μεταξύ της διακοπής της θεραπευτικής υποστήριξης σε έναν ασθενή που υπέστη εγκεφαλικό θάνατο (νεκρός) και σε έναν ασθενή που βρίσκεται στο τέλος της ζωής του (ανίατη ασθένεια).
 ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ Ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
8. Ένα άτομο έχει το δικαίωμα να αποφασίσει τη στιγμή και τον τρόπο του θανάτου του.					
9. Είναι ηθικά επιτρεπτό να αποσύρεται η θεραπευτική αγωγή από τον ασθενή όταν δεν υπάρχει πιθανότητα επιβίωσης.					
10. Εάν νομιμοποιηθεί η ευθανασία, πιστεύω ότι θα κλονιστεί η σχέση εμπιστοσύνης του ασθενούς με τους επαγγελματίες υγείας.					
11. Εάν η ευθανασία ήταν νόμιμη και ένας ασθενής με ανίατη ασθένεια ζητούσε να επισπεύσει το θάνατό του, θα ήμουν πρόθυμος να εμπλακώ στην υλοποίηση αυτού του αιτήματος.					
12. Σε περίπτωση που ένας άνθρωπος υγιής και έχοντας σώας τας φρένας δηλώσει εγγράφως πως επιθυμεί να του εφαρμοσθεί ευθανασία σε στιγμή που η ασθένειά του θα είναι ανίατη και μη αναστρέψιμη, θα σεβαστώ την απόφασή του και θα την εφαρμόσω.					
13. Η άποψή μου για την ευθανασία επηρεάζεται από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις μου.					
14. Η άποψή μου για την ευθανασία επηρεάζεται από προσωπικά βιώματα και εμπειρίες.					

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ Ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
15. Εάν ένας ασθενής δεν είναι σε θέση να λάβει αποφάσεις για τις θεραπείες του όπως π.χ. σε περίπτωση απώλειας συνείδησης (κώμα), πιστεύω ότι οι αποφάσεις πρέπει να λαμβάνονται από τους συγγενείς του.					
16. Εάν ένας ασθενής δεν είναι σε θέση να λάβει αποφάσεις για τις θεραπείες του όπως π.χ. σε περίπτωση απώλειας συνείδησης (κώμα), πιστεύω ότι οι αποφάσεις πρέπει να λαμβάνονται από τους γιατρούς.					
17. Εάν ένας ασθενής δεν είναι σε θέση να λάβει αποφάσεις για τις θεραπείες του όπως π.χ. σε περίπτωση απώλειας συνείδησης (κώμα), πιστεύω ότι τις αποφάσεις πρέπει να τις λάβουν από κοινού συγγενείς και γιατροί.					

Σχόλια:

.....

.....

.....

.....

.....

