



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ



ΕΠΟΠΤΡΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ:

ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΡΙΔΙΚΗ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ:

ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
SUMMARY	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
1.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	8
2. Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΙ Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΕΠΙΚΕΙΜΕΝΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ	11
2.1.Ο ασθενής τελικού σταδίου	11
2.2.Στάδια της πορείας του ασθενή προς το θάνατο	12
2.3.Η φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου	13
3.ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΟΥΝ	15
3.1.Το δικαίωμα «στον καλό θάνατο»	15
3.2.Το δικαίωμα να αντιμετωπίζεται με σεβασμό	16
3.3.Το δικαίωμα στον θάνατο με αξιοπρέπεια	17
3.4.Το δικαίωμα στην αυτονομία	18
3.5.Το δικαίωμα στην ενημέρωση	19
3.6.Το δικαίωμα πρόσβασης στον ιατρικό φάκελο	20
3.7.Το δικαίωμα συμμετοχής στη λήψη απόφασης	20
3.8.Το δικαίωμα άρνησης αποδοχής της θεραπείας	21
4.ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ	22
4.1.Ορισμοί	22
4.2.Είδη ευθανασίας	23
5.ΑΡΧΕΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ	25
5.1.Ιατρική Ηθική: Πατερναλισμός και Αυτονομία	25
5.2.Αρχές βιοηθικής	26
6.ΚΡΙΣΙΜΑ ΒΙΟΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	28
6.1.Μη κλιμάκωση ή απόσυρση της αγωγής έναντι της ευθανασίας	28
6.2.Μη κλιμάκωση έναντι απόσυρσης της αγωγής	28
6.3.Κοινά έναντι υπερβολικών θεραπευτικών μέσων	29

6.4.Η αρχή του διπλού αποτελέσματος	30
6.5.Η έννοια της ματαιότητας	30
7.ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΖΗΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΔΙΕΘΝΕΣ	
ΔΙΚΑΙΟ	32
8.ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΖΗΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	36
9.ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΥΠΕΡ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ	38
9.1.Επιχειρήματα υπέρ της Ευθανασίας	38
9.2.Επιχειρήματα εναντίον της Ευθανασίας	41
10.Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ	45
10.1.Θέσεις της Επιτροπής Βιοηθικής της Εκκλησίας της Ελλάδος	45
10.2.Κοινωνικά και ψυχολογικά αίτια της ευθανασίας	47
10.3.Κοινωνικές συνέπειες της ευθανασίας	48
10.4.Η πρόταση της Εκκλησίας	49
11.Η ΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ	51
11.1.Συμμετοχή του ασθενούς	51
11.2.Προκαταβολικός σχεδιασμός της φροντίδας	52
11.3.Ο ρόλος του αντιπροσώπου	53
11.4. Διαδικασία λήψης της απόφασης	54
11.5.Σύγκρουση ιατρού – οικογένειας	55
11.6.Επιτροπή δεοντολογίας	56
12.ΕΡΕΥΝΑ	57
12.1. Υλικό και μέθοδος	57
12.2. Αποτελέσματα	57
12.3. Συμπεράσματα	91
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	94

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Σήμερα η συζήτηση για έννοιες όπως το τέλος της ζωής, η μείωση της θεραπείας και η ματαιότητα είναι ιδιαίτερα επίκαιρη. Περισσότερο από όλες τις έννοιες, η έννοια της ευθανασίας, αντανακλά τις θέσεις πολλών ανθρωπιστικών επιστημών.

Σκοπός: Η αναζήτηση όλων των νεότερων δεδομένων σχετικά με το θέμα της ευθανασίας, όπως αυτά αναπαράγονται από την ιατρική, τη νοσηλευτική, τη θρησκεία και την βιοηθική.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα κατά τα έτη 2014-2016 στην αγγλική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Η ευθανασία ή η υποβοηθούμενη αυτοκτονία αποτελεί μια νόμιμη διαδικασία σε χώρες όπως το Βέλγιο και την Ολλανδία. Η βελγική εμπειρία δείχνει ότι σε δύσκολες και επώδυνες καταστάσεις, είναι δυνατόν να ανταποκριθεί στις προσδοκίες των ασθενών που εμφάνισαν αφόρητη ταλαιπωρία με μεγάλο σεβασμό και χωρίς να επιβάλλει δογματικά κάτι που δεν επιθυμούν. Μια προσέγγιση για την επέκταση της ευθανασίας υποστηρίζεται με βάση τις κοινωνικές εξελίξεις, που αφορούν τις περικοπές στην παροχή φροντίδας για τους ηλικιωμένους και τους χρόνιους ασθενείς της ψυχικής υγείας. Από την άλλη οι τρεις μεγάλες θρησκείες (Καθολικοί, Ορθόδοξοι, και Μουσουλμάνοι) έχουν την ίδια άποψη, που υποστηρίζει τη θέση κατά της νομιμοποίησης της ευθανασίας.

Συμπεράσματα: Το ζήτημα της ευθανασίας αποτελεί το επίκεντρο της βιοηθικής. Οι εμπλεκόμενοι γιατροί και νοσηλευτές, πρέπει να ενημερωθούν και να εκπαιδευτούν στο θέμα αυτό και συγχρόνως απαιτείται επέκταση των μεθόδων της ανακουφιστικής φροντίδας, ώστε να αντιμετωπίζονται σε αυτό το πλαίσιο οι ανίατες ασθένειες.

Λέξεις ευρετηρίου: ευθανασία, βιοηθική, ανακουφιστική φροντίδα, ανίατη νόσος.

SUMMARY

Introduction: In recent years there has been a lot of controversy concerning the ambiguous issue of euthanasia. Discussions on the matter of ending lives and limiting medical care are more than common nowadays. Euthanasia is a term that, more than any other, mirrors the points of view of a number of human sciences.

Objective: A thorough search of the latest information concerning euthanasia, as viewed from the scope of modern medicine, nursing and bioethics.

Material and Method: An overall review on the bibliography in electronic databases PubMed and Google Scholar. The information presented in this study was carefully selected through a compilation of articles published within the years 2014-2016 in the English language.

Results: Euthanasia or assisted suicide is a legitimate process in countries such as Belgium and the Netherlands. The Belgians' practice has shown that euthanasia offers the chance of coping with cases of severely suffering patients by using a method that not only shows the requisite respect to them, but also does not impose any decision on them in an absolute way. One approach in favour of the extension of euthanasia is supported by the need for cutbacks in elderly and chronic mental patients' care. On the other hand, the three major religions of today (Catholics, Christians and Muslims) bare an opposition to legalizing euthanasia.

Conclusions: The issue of euthanasia is the main focus of bioethics. Thus, it is necessary that all the doctors and nursing staff involved be informed and educated on the matter. Moreover, there still lies the need for improving palliative care so that incurable diseases are treated.

Key words: euthanasia, bioethics, palliative care, incurable disease.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συζήτηση περί θανάτου είναι πάντα παρούσα κι αν πλέον μετατρέπεται σε συζήτηση περί ευθανασίας είναι γιατί η έπαρση του μοντέρνου ανθρώπου επιβάλλει πλέον αυτός να έχει λόγο και δικαίωμα σε έναν περήφανο, ελεύθερα και συνειδητά επιλεγμένο θάνατο. Ο τεχνολογικός εξοπλισμός σήμερα δεν πρέπει να μετατρέπεται σε εργαλείο παράτασης της διαδικασίας του θανάτου. Η θεραπεία δεν πρέπει να καθίσταται χειρότερη από την ασθένεια. Η μη κλιμάκωση και η απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής, σε ασθενείς που δεν ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία που ήδη εφαρμόστηκε και των οποίων η πορεία προς το θάνατο είναι μη αναστρέψιμη, συνιστούν ιατρικά δόκιμες, ηθικά αποδεκτές και παγκόσμια διαδεδομένες πρακτικές, ενώ δεν πρέπει να συγχέονται με την ευθανασία (Κρανιδιώτης και συν., 2010).

Σήμερα γίνεται ολοένα και περισσότερο λόγος για την έννοια των αποφάσεων στο τέλος της ζωής και του περιορισμού της θεραπείας, ιδίως όταν αυτή θεωρείται μάταιη. Ο προβληματισμός για το τέλος της ζωής υπάρχει από την αρχαιότητα, ωστόσο η ανάγκη επιλογής ανάμεσα στην υποστήριξη της ζωής με τη χρήση της τεχνολογίας ή την απρόσκοπτη κατάληξη του ασθενούς από τη νόσο και τις επιπλοκές της ανέκυψε για πρώτη φορά τη δεκαετία του '60 όταν η τεχνολογική εξέλιξη επέτρεψε στους θεράποντες τη δυνατότητα να διατηρήσουν στη ζωή ακόμη και ασθενείς που ήταν σε μη αναστρέψιμη κωματώδη κατάσταση. Το αποτέλεσμα ήταν ο καθημερινός προβληματισμός και η δημιουργία ηθικών διλημμάτων περί εφαρμογής, συνέχισης ή απόσυρσης της υποστήριξης της ζωής (Κατσανούλας, 2009).

Το ζήτημα της ευθανασίας, πολυεπιστημονικό και δυσεπίλυτο, είναι οριακό, αμφιλεγόμενο και αμφίροπο τόσο από ηθικής όσο και από νομικής πλευράς. Συνιστά πεδίο αντίρροπων καθηκόντων, σχεδόν ισοτίμων (Κατσανούλας, 2009).

Η σημερινή τεχνολογία, θαυματοποιώντας, παρέχει τη δυνατότητα, με την άκριτη εφαρμογή της σε περιπτώσεις ανιάτων τελικού σταδίου καταστάσεων, μιας μάταιης και άχρηστης παράτασης της επιβίωσης ή καλύτερα παράτασης της χωρίς επιστροφή πορείας προς το θάνατο. Η τυπική εικόνα αυτού του αρρώστου είναι ο άνθρωπος με ανίατη νόσο στα τελικά στάδια, που είναι καθηλωμένος σε ένα κρεβάτι νοσοκομείου, συνδεδεμένος με ποικίλες συσκευές υποστήριξης ζωτικών οργάνων. Ζητά, όταν δεν είναι κατεσταλμένος, να φύγει από το νοσοκομείο, για να πεθάνει, όποτε αυτό συμβεί, στο σπίτι του με αξιοπρέπεια, αλλά οι γιατροί αρνούνται, διότι η διακοπή της λειτουργίας των μηχανημάτων σημαίνει την έκδοση πιστοποιητικού θανάτου. Έχει ο άρρωστος σε αυτές τις περιπτώσεις το δικαίωμα να πάρει αυτή την απόφαση ο ίδιος; (Κωστούρου & Αδάμου, 2009).

Υπάρχουν άνθρωποι που επιλέγουν την ευθανασία, παρότι αγαπούν τη ζωή με το ίδιο πάθος, όπως ο καθένας μας. Εντούτοις, οι άνθρωποι αυτοί είναι πρόθυμοι, όταν η πορεία προς το θάνατο είναι ανυπόφορη γι' αυτούς, και όχι μόνο επειδή υποφέρουν σωματικά, να αποσυρθούν από τη ζωή με το δικό τους τρόπο. Ένας θάνατος με αξιοπρέπεια είναι η τελική εκδήλωση της ελεύθερης βούλησης του μοναδικού προσώπου με τις συγκεκριμένες προσωπικές αξίες ζωής (Κωστούρου & Αδάμου, 2009).

Εδώ καλείται η δημοκρατική πολιτεία να σεβαστεί την επιθυμία και την τελική απόφαση του απερχομένου πλέον μέλους της και να θεσμοθετήσει το όργανο εκπλήρωσης αυτής της επιθυμίας-απόφασης, το οποίο δεν μπορεί να είναι ο κλινικός γιατρός. Η δημιουργία θεσμικού κοινωνικού μηχανισμού, ο οποίος, σε συγκεκριμένες περιπτώσεις και με απόλυτη συναίνεση ή μάλλον αίτηση, μετά από ανάλυση και όχι υπό το κράτος συναισθηματικής φόρτισης ή απελπισίας ή κατάθλιψης του πάσχοντος, θα εφαρμόζε νόμιμα την «ευθανασία», μπορεί να αποτελεί, ακόμη αμφιλεγόμενο, ως προς τα κριτήρια επιλογής των προσώπων (Κατσανούλας, 2009).

1.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο όρος «ευθανασία» προέρχεται από το αρχαίο ελληνικό ρήμα ευθανατώ και σημαίνει τον εύκολο, ευτυχισμένο, ήρεμο, ανώδυνο και κυρίως ένδοξο θάνατο. Ως λέξη συναντάται για πρώτη φορά σε κωμωδία του ποιητή Ποσειδίπου, το 300 π.Χ., όπου κατά τον ίδιο είναι ό,τι καλύτερο μπορούν να σου χαρίσουν οι θεοί. Αργότερα, ο ίδιος όρος συναντάται σε έργα του Κικέρωνα, του Στοβαίου, του Πολύβιου, του Ιωσήπου, του Φίλωνα και του Μενάνδρου. Λόγω της ευρύτατης χρήσης του, και ενώ δεν αναφέρεται ονομαστικά, ο όρκος του Ιπποκράτη περιέχει σαφή υπόμνηση στους ιατρούς, η οποία τους απαγορεύει τη χορήγηση οποιουδήποτε θανατηφόρου φαρμάκου σε ασθενή, έστω και μετά από παράκληση του (Κρανιδιώτης και συν., 2010).

Η ευθανασία στην αρχαία Ελλάδα ήταν μία 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. Την ίδια εποχή οι Σπαρτιάτες, είχαν την ίδια αντιμετώπιση προς τους ανίατους ασθενείς. Το τέλος τους επέρχονταν με τη ρίψη τους από τον Καιάδα και τον Ευρώτα. Οι ανίατοι ασθενείς αλλά και τα ανάπηρα βρέφη δεν είχαν θέση στην οικογένεια και την πολιτεία της Σπάρτης. Ο Πλούταρχος μας δίνει πληροφορίες για την τύχη των ανάπηρων και άρρωστων νεογνών. 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 Ταΰγετου που ονομαζόταν «Αποθέτες» (Μαθιουδάκης, 2013).

Ήδη από το 1872 ο Williams SD που-σημειωτέον-δεν ήταν ιατρός, συνέστησε τη χρήση αναισθητικών (αιθέρα και χλωροφορμίου) για σκόπιμο τερματισμό της ζωής ασθενών. Κατά την δεκαετία 1880, η ευθανασία απετέλεσε το κατεξοχήν επίκαιρο θέμα των διαλέξεων στα ιατρικά συνέδρια

και των άρθρων συντάξεως ιατρικών περιοδικών της Αγγλίας και Αμερικής. Την δεκαετία 1890 νομικοί και κοινωνιολόγοι αναμίχθηκαν στη διαμάχη για την ευθανασία, μία διαμάχη γύρω από την ηθική της ευθανασίας που έλαβε χώρα στην Αγγλία και την Αμερική. Ειδικότερα, στο περιοδικό *Lancet* (έτος 1899), οι διευθυντές συντάξεως (editors) υποστήριζαν ότι η παθητική ή η έμμεση ευθανασία είναι ηθική και νόμιμη σε ορισμένες περιπτώσεις. Αναφερόμενοι στην ενέργεια ενός ιατρού και στον προβληματισμό του αν ορθά χορήγησε μορφίνη και χλωροφόρμιο με σκοπό τη συμπτωματική ανακούφιση του πόνου ασθενούς με καρκίνο ωοθηκών, παρόλο που μια τέτοια πράξη συντόμευσε τη ζωή της ασθενούς, οι διευθυντές συντάξεως επικρότησαν την ιατρική αυτή μεσολάβηση τονίζοντας ότι ο ιατρός κάνει το καθήκον του σε τέτοιες περιπτώσεις. Αυτή η θεώρηση και άλλες παρόμοιες διαμορφώθηκαν ποικιλοτρόπως από ορισμένους υποστηρικτές οι οποίοι οδηγήθηκαν στο ισχυρισμό ότι οι "ηθικές αρχές" που δικαιολογούν την παθητική ευθανασία δυνατόν να επεκταθούν στην ενεργό ευθανασία και την ιατρο-υποβοηθούμενη αυτοκτονία (Κουντουράς και συν., 2003).

Τις επόμενες τρεις δεκαετίες μειώθηκε η ένταση της διαμάχης για την ευθανασία στις Ηνωμένες Πολιτείες και τη Βρετανία, αλλά αναβίωσε εκ νέου το 1920 στην Γερμανία, όταν οι Hoch και Binding καθηγητές της ψυχιατρικής και νομικής, αντίστοιχα, δημοσίευσαν το σύγγραμμά τους με τίτλο: "Άδεια για καταστροφή της ζωής που είναι ανάξια για ζωή" (The permission to destroy life un-worthy of life) υπογραμμίζοντας τα ακόλουθα: Ορισμένες κατηγορίες ανθρώπων με ανίατες ασθένειες, διανοητικά ανάπηροι ή παραμορφωμένα παιδιά βιώνουν "ανάξια ζωή". Επομένως ο θάνατος για τις ανθρώπινες αυτές κατηγορίες αποτελεί μια σπλαχνική-θεραπευτική αγωγή που είναι συνεπής με την ιατρική ηθική. Αυτές οι "ανάξιες ζωές" κοστίζουν οικονομικά, αφαιμάσσουν την κοινωνία και ρυπαίνουν τη δεξαμενή των γονιδίων με ελαττωματικά γονίδια. Κατά συνέπεια, η κοινωνία οφείλει να προστατευθεί εξαλείφοντας αυτές τις "ανάξιες ζωές". Η θεωρία των Hoch και Binding έγινε αναπόσπαστο τμήμα της προπαγάνδας των Ναζί (Κουντουράς και συν., 2003).

Το δικαίωμα στη ζωή, της οποίας δικαιούχος είναι κάθε άνθρωπος, χωρίς να ενδιαφέρει η ηλικία του, η διανοητική του κατάσταση ή οτιδήποτε

άλλο πρέπει να γίνεται σεβαστό από όλους. Το άρθρο 5 της Σύμβασης του Οβιέδο αναγνωρίζει και κατοχυρώνει το δικαίωμα ενός ατόμου να αρνηθεί θεραπευτική αγωγή (Λιακόπουλος και συν., 2010).

Στην Ολλανδία ισχύει από την 1η Ιανουαρίου 2002, νόμος, σύμφωνα με τον οποίον δεν αποτελεί έγκλημα η πράξη του ιατρού, η οποία χαρακτηρίζεται ως «αρωγή σε αυτοκτονία» και η οποία είναι δυνατόν να συνίσταται σε παροχή των κατάλληλων φαρμάκων ή σε κάποια άλλη μέθοδο, εάν συντρέχουν κάποιες συγκεκριμένες προϋποθέσεις (Λιακόπουλος και συν., 2010).

2. Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΙ Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΕΠΙΚΕΙΜΕΝΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

2.1.Ο ασθενής 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. Στις περισσότερες περιπτώσεις ο θάνατος δεν έρχεται αναπάντεχα, οι άνθρωποι έχουν το χρόνο να σκεφτούν και να προετοιμαστούν για την έλευσή του. Εν τούτοις μέχρι σχετικά πρόσφατα οι γιατροί στις ΗΠΑ ουσιαστικά αγνοούσαν τις ψυχολογικές αντιδράσεις των ασθενών τελικού σταδίου και ακόμα και όταν η κατάσταση του ασθενή ήταν εμφανώς απελπιστική εξακολουθούσαν να καταπολεμούν τη νόσο με όλες τους τις δυνάμεις ενώ δεν υπήρχαν ελπίδες ανάρρωσης. Ωστόσο ο ασθενής είχε να αντιμετωπίσει μία συνωμοσία σιωπής, τόσο από το συγγενικό όσο και από το επιστημονικό περιβάλλον που δεν του επέτρεπαν, να έχει τη δυνατότητα να επιλέξει τον τρόπο που θα προτιμούσε να ζήσει τις τελευταίες ημέρες του βίου του (Σωτηροπούλου, 2011).

Το πρωτοποριακό έργο της Dr Elisabeth Kubler-Ross, διαδραμάτισε καταλυτικό ρόλο σε αυτή την αλλαγή αφού κατέδειξε με σαφήνεια ότι οι περισσότεροι ετοιμοθάνατοι ασθενείς είχαν ήδη επίγνωση του γεγονότος πως η ασθένειά τους θα απέβαινε μοιραία, ακόμα και αν κανείς ποτέ δεν τους το είχε αναφέρει ρητά. Τις τελευταίες δεκαετίες, χάρη στο έργο της συγκεκριμένης ψυχιάτρου τα πράγματα έχουν αλλάξει ριζικά μιας που οι ασθενείς έχουν την ανάγκη, όχι μόνο να ακούσουν την αλήθεια, αλλά και να μιλήσουν για τα συναισθήματα που τους προκαλεί ο επικείμενος θάνατος (Kubler-Ross, 1997).

Σήμερα σχεδόν όλοι οι γιατροί ενημερώνουν τον ασθενή για την κατάσταση της υγείας του. Τον πληροφορούν για την χειρότερη πρόγνωση και για την καλύτερη δυνατή κατάληξη που γίνεται να αναμένουν. Η ανακοίνωση

αυτή γίνεται με συμπονετικό και υποστηρικτικό τρόπο. Σε πολλές περιπτώσεις, οι επαγγελματίες του ιατρικού χώρου, όπως ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και νοσηλευτές τίθενται στη διάθεση των ασθενών τελικού σταδίου και των συγγενών τους, έτσι ώστε να τους βοηθήσουν να αποδεχτούν τη πρόγνωση σε συναισθηματικό επίπεδο (Σωτηροπούλου, 2011).

2.2.Στάδια της πορείας του ασθενή προς το θάνατο

Οι ερευνητές του κλάδου της θανατολογίας- (η μελέτη του θανάτου και της πορείας του ασθενή προς αυτόν) -έχουν συλλέξει πολλές γνώσεις σε ότι αφορά τον τρόπο που αντιδρούν ψυχικά οι άρρωστοι με ασθένεια τελικού σταδίου. Η Dr. Kübler-Ross περιέγραψε τα πέντε στάδια που διανύουν πολλοί, αν και όχι όλοι, ασθενείς τελικού σταδίου. Αυτά τα στάδια δεν παρουσιάζονται με κάποια συγκεκριμένη σειρά και ο ασθενής μπορεί να βιώσει μια μετακίνηση εμπρός και πίσω μεταξύ διαφόρων σταδίων (Kübler-Ross, 1997):

- Το πρώτο στάδιο είναι η άρνηση, στο οποίο το άτομο απλώς αρνείται να αποδεχτεί ότι η ασθένεια του είναι τελικού σταδίου.
- Το δεύτερο στάδιο είναι ο θυμός, και το άτομο μπορεί να εξαπολύσει επίθεση εναντίον οποιουδήποτε, από γιατρούς μέχρι την οικογένειά του και το Θεό.
- Το τρίτο στάδιο είναι η διαπραγμάτευση, στην οποία το άτομο προσπαθεί να «εξαγοράσει» την υγεία του, καταστρώνοντας σχέδιο που θα τον οδηγήσει στην ίαση και εκλιπαρώντας για βοήθεια από το Θεό και από ανώτερες δυνάμεις.
- Το τέταρτο στάδιο είναι η κατάθλιψη, με τυπικά χαρακτηριστικά την παραίτηση και την απόσυρση μπροστά στο χτύπημα της μοίρας και το πεπρωμένο του θανάτου.

- Το πέμπτο και τελευταίο στάδιο είναι η αποδοχή, στην οποία το άτομο δεν προσπαθεί πλέον να παλέψει το αναπόφευκτο, χωρίς να εκδηλώνει όμως κατάθλιψη ή θυμό (Kübler-Ross, 1997).

Μια άλλη αντίδραση που βιώνουν οι ασθενείς τελικού σταδίου –αν και δεν αναφέρεται στα πέντε στάδια προς το θάνατο–είναι το άγχος λόγω του πόνου ή και της σταδιακής απώλειας δυνατοτήτων και ικανοτήτων τους, που τους οδηγεί σε σοβαρή υποβάθμιση της ποιότητας ζωής. Συχνά φοβούνται να μιλήσουν στα αγαπημένα τους πρόσωπα και κάποιες φορές αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη διατήρηση φυσιολογικών κοινωνικών σχέσεων για το λόγο ότι το γνώρισμα που τους χαρακτηρίζει, η ταυτότητά τους, είναι ιδιαίτερα επώδυνο για τους άλλους. Είναι η ταυτότητα του ετοιμοθάνατου, η παρουσία του οποίου τους θυμίζει τη δική τους θνητότητα (Kübler-Ross, 1997).

2.3.Η φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου

Σαφέστατα τα νοσοκομεία είναι πολυσύχναστοι χώροι, και το προσωπικό λόγω έλλειψης ή μη προετοιμασίας τους δεν είναι πάντα σε θέση να προσφέρει την συναισθηματική φροντίδα που τόσο χρειάζονται οι ασθενείς τελικού σταδίου. Οι ασθενείς που μένουν σπίτι τους έχουν επίσης δυσκολίες, καθώς οι οικείοι τους αγωνίζονται να ισορροπήσουν ανάμεσα σε οικονομικές και συναισθηματικές δυσκολίες. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν συγκεκριμένες ενέργειες στις οποίες μπορούν να προβούν άτομα που περιθάλπτουν έναν ασθενή τελικού σταδίου, έτσι ώστε να κατανοήσουν αρχικά οι ίδιοι τη διαδικασία προετοιμασίας για το θάνατο, και μετά να βοηθήσουν τον ασθενή να μην υποφέρει τόσο (Σωτηροπούλου, 2011).

Ένα μοντέλο για τη παροχή φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου, προτείνει επτά σημαντικά στοιχεία που θεωρούνται απαραίτητα για όποιον προσπαθεί να προσφέρει μια ολιστική φροντίδα στο άτομο που πεθαίνει, λαμβάνοντας υπόψη όχι μόνο τις σωματικές αλλά και τις συναισθηματικές, πολιτισμικές, πνευματικές και θρησκευτικές ανάγκες του:

1. Συμπόνια. Μια βαθιά αίσθηση φροντίδας και ενδιαφέροντος για τον ασθενή με γνώμονα το συμφέρον του.
2. Επάρκεια. Χρήση των κατάλληλων μεθόδων φροντίδας και η κατάλληλη αξιοποίησή τους.
3. Εμπιστοσύνη. Η πεποίθηση του επαγγελματία ότι είναι αποτελεσματικός στο έργο του και πίστη στη σημαντικότητα και την αξία του ασθενή.
4. Δέσμευση. Η παράθεση αποδείξεων ότι ο επαγγελματίας υγείας θα είναι στο πλευρό του αρρώστου κατά τη διάρκεια της πορείας της ασθένειάς του, και ότι δεν θα τραπήει σε φυγή λόγω των δυσκολιών που μπορεί να επιφέρει η διαδικασία του θανάτου.
5. Θάρρος. Η δύναμη και το κουράγιο να αντιμετωπίζονται ευθέως και κατά πρόσωπο τα προβλήματα που σχετίζονται με την κατάσταση του ασθενούς.
6. Πολιτισμός. Ο συνυπολογισμός κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων που υπεισέρχονται στο φαινόμενο του θανάτου.
7. Επικοινωνία. Η ευθύτητα και η αμεσότητα στην αντιμετώπιση ζητημάτων που αφορούν την ασθένεια και την πρόγνωσή της, η ικανότητα καλής και προσεκτικής ακρόασης και παροχής ειλικρινών και ευσυνείδητων απαντήσεων (Pusari, 1998).

3.ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΟΥΝ

Το 1948 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization) με τη Διεθνή Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων διακήρυξε για όλους τους ανθρώπους το δικαίωμα στην αξιοπρέπεια και στα ίσα δικαιώματα και πάνω σε αυτή τη βάση θεωρούνται και τα δικαιώματα των αρρώστων. Οι κώδικες της Ιατρικής και Νοσηλευτικής Δεοντολογίας καθορίζουν με σαφήνεια ποιες είναι οι υποχρεώσεις μας προκειμένου να διασφαλιστούν τα δικαιώματα των αρρώστων. Όταν τα δικαιώματα των αρρώστων αφορούν άτομα που βρίσκονται στο τελικό στάδιο νόσου τότε αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα, γιατί συχνά οι ασθενείς αυτοί δεν είναι σε θέση να προστατέψουν οι ίδιοι τον εαυτό τους από αυθαιρεσίες και να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους ως ελεύθεροι άνθρωποι (Κωστούρου & Αδάμου, 2009).

3.1.Το δικαίωμα «στον καλό θάνατο»

Το δικαίωμα «στον καλό θάνατο» έτσι όπως αυτός ορίζεται από τον ασθενή. Η έννοια «του καλού θανάτου» έχει διαφορετικό περιεχόμενο για κάθε άνθρωπο ανάλογα με τις προσωπικές αξίες και αντιλήψεις του και το γενικότερο πλαίσιο κουλτούρας του. Έρευνες έχουν δείξει ότι ο άρρωστος αντιλαμβάνεται την έννοια του καλού θανάτου διαφορετικά από την οικογένεια του και το προσωπικό υγείας. Στοιχεία που ο άρρωστος θεωρεί σημαντικά είναι:

- η ανακούφιση από συμπτώματα
- η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων
- η ενημέρωση και πλήρη διαφάνεια
- ο θάνατος σε οικείο περιβάλλον

- η παρουσία των αγαπημένων του προσώπων
- η παροχή βοήθειας σε άτομα που υποφέρουν με παρόμοιο πρόβλημα υγείας (Κωστούρου & Αδάμου, 2009).

Ως κακό θάνατο θεωρούν:

- τον θάνατο μέσα στους πόνους
- την επιβάρυνση της οικογένειας
- το να μη τους δοθεί η ευκαιρία να αποχαιρετήσουν τους δικούς τους
- το να μη τους δοθεί η ευκαιρία να διευθετήσουν διάφορες εκκρεμότητες (Κωστούρου & Αδάμου, 2009).

Ο θάνατος μέσα στους πόνους, είναι αυτό που κυρίως φοβούνται οι άρρωστοι και συμβαίνει συχνά στους καρκινοπαθείς. Για την αντιμετώπιση του πόνου χορηγούνται κυρίως ναρκωτικά αναλγητικά φάρμακα, τα οποία συχνά δεν δίδονται σε επαρκή δοσολογία, γιατί το προσωπικό υγείας φοβάται λανθασμένα ότι ο άρρωστος θα εθιστεί σε αυτά ή ότι θα κατηγορηθεί για πρόκληση ευθανασίας εξαιτίας υπερβολικής δόσης. Ο άρρωστος όμως τελικού σταδίου, έχει χρόνο ζωής που κυμαίνεται από ώρες, ημέρες έως μερικές εβδομάδες δεν υπάρχει κίνδυνος ανάπτυξης εθισμού άρα γιατί να πεθάνει υποφέροντας (Κωστούρου & Αδάμου, 2009).

3.2. Το δικαίωμα να αντιμετωπίζεται με σεβασμό

Ο σεβασμός στην προσωπικότητα του ατόμου επιβάλλει να αποδεχόμαστε τον άρρωστο στην ολότητα του και να τον φροντίζουμε σαν να είναι ο εαυτός μας, επιβάλλει να γίνονται σεβαστές οι επιθυμίες του, οι αξίες και τα πιστεύω του. Το προσωπικό υγείας και αυτό έχει τη δική του κουλτούρα και υπάρχει κίνδυνος να κρίνει τον άρρωστο υπό το πρίσμα των δικών του αρχών. Σήμερα οι κοινωνίες μας είναι πολυπολιτισμικές συχνά καλούμαστε να

προσφέρουμε φροντίδα σε άτομα διαφόρων εθνοτήτων με διαφορετική κουλτούρα από μας. Το να γνωρίζει επακριβώς το προσωπικό υγείας τις ιδιαίτερες αξίες που πηγάζουν από την κουλτούρα του κάθε ατόμου είναι ανέφικτο, η γνώση όμως των βασικών στοιχείων και αρχών της κουλτούρας του πληθυσμού που κατά πλειοψηφία καλείται να φροντίσει, είναι απαραίτητη για να είμαστε αποτελεσματικοί στην παροχή φροντίδας τελικού σταδίου και να διασφαλίζουμε το δικαίωμα των αρρώστων για σεβασμό στην προσωπικότητα του ατόμου. Ο σεβασμός στην αξία του ατόμου δεν έχει την ίδια βαρύτητα σε όλες τις χώρες. Σε χώρες δυτικής κουλτούρας όπως οι ΗΠΑ, η Αγγλία, η Αυστραλία ο σεβασμός στην αξία ατόμου είναι έννοια ιδιαίτερα σημαντική. Σε ανατολικές χώρες όμως όπως π.χ. στη Κίνα η έννοια της αξίας και του σεβασμού στο άτομο είναι υποδεέστερη από αυτήν του συνόλου, της οικογένειας, της κοινότητας (Κωστούρου & Αδάμου, 2009).

3.3. Το δικαίωμα στον θάνατο με αξιοπρέπεια

Η αξιοπρέπεια του ατόμου πηγάζει από τη λογική του, την πνευματική του ακεραιότητα, την ικανότητα της σύνθεσης των δεδομένων και λήψης λογικών αποφάσεων. Η ικανότητα αυτή διακρίνει τον άνθρωπο από τα υπόλοιπα έμβια όντα. Η αξιοπρέπεια στην περίπτωση αυτή δεν παρέχεται, τη φέρει το ίδιο το άτομο στις αξίες του, στη δύναμη του μυαλού του, ανεξαρτήτως αν πεθαίνει σε αναξιοπρεπείς ή μη συνθήκες. Από την άλλη, ένας άρρωστος μπορεί να πεθαίνει σε αξιοπρεπείς συνθήκες, αναξιοπρεπώς, έχοντας χάσει δηλαδή την πνευματική του ικανότητα και τον έλεγχο του εαυτού του. Το δικαίωμα στο θάνατο με αξιοπρέπεια σημαίνει ότι οφείλουμε να προστατεύουμε τη φυσική και ψυχο-πνευματική ακεραιότητα του αρρώστου, από παράγοντες που την απειλούν όπως το συνεχές υποφέρειν από συμπτώματα που απαντώνται συχνά, όπως ο πόνος, η αϋπνία, η κούραση, η κατάθλιψη (Κωστούρου & Αδάμου, 2009).

Μέτρα που βοηθούν στην διασφάλιση του δικαιώματος για θάνατο με αξιοπρέπεια είναι:

- η παροχή φροντίδας που προάγει την άνεση του ασθενούς, η ανακούφιση από συμπτώματα.
- η νοσηλεία σε ήσυχο θάλαμο που επιτρέπει την ελεύθερη έκφραση συναισθημάτων του ασθενή και των οικείων του.
- η δυνατότητα ελεύθερου επισκεπτηρίου στα αγαπημένα πρόσωπα του ασθενή για να μη νοιώθει μοναξιά και να αισθάνεται ασφάλεια.
- η διατήρηση μόνο των απαραίτητων θεραπευτικών μέσων και το κλείσιμο όλων των alarms γιατί αποτελούν πηγή ανησυχίας.
- η δυνατότητα παρουσίας πνευματικού για την έκφραση των πνευματικών αναζητήσεων
- η δυνατότητα ψυχολογικής υποστήριξης από ειδικούς (Κωστούρου & Αδάμου, 2009).

3.4. Το δικαίωμα στην αυτονομία

Κάθε άνθρωπος είναι μια ιδιαίτερη προσωπικότητα. Το δικαίωμα στην αυτονομία εκφράζει, την δυνατότητα του ατόμου να επιλέγει ελεύθερα μεταξύ διαφορετικών εναλλακτικών προτάσεων και να διαμορφώνει τη ζωή του όπως αυτό επιθυμεί. Επιτρέπει στον άρρωστο να κάνει τις επιλογές του, να δεχτεί ή να αρνηθεί τις θεραπευτικές παρεμβάσεις, να πεθάνει στο νοσοκομείο ή στο σπίτι, να διαμορφώσει τη ζωή του σε αυτό το τελικό στάδιο όπως ο ίδιος επιθυμεί. Σε θεωρητικό επίπεδο, γιατί στη χώρα μας η απουσία οργανωμένης και εξειδικευμένης παροχής φροντίδας στην κοινότητα, δημιουργεί ανασφάλεια και για αυτό το λόγο πολλοί άνθρωποι παραμένουν και πεθαίνουν στο νοσοκομείο παρά τις επιθυμίες τους για το αντίθετο. Σε χώρες όμως με ανεπτυγμένο το σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπως η Αγγλία, η ποιοτική παροχή φροντίδας τελικού σταδίου στο σπίτι είναι εφικτή. Το δικαίωμα στην αυτονομία αναγνωρίζει ότι κάθε άνθρωπος έχει το δικό του σύστημα αξιών, τη δική του κουλτούρα και κανείς δεν μπορεί να επιβάλει στον

άλλον τις δικές του αξίες ακόμα και αν είναι ο ειδικός (Ακινόσογλου και συν., 2007).

3.5. Το δικαίωμα στην ενημέρωση

Οι άρρωστοι έχουν το δικαίωμα να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την υγεία τους. Η έννοια της «πληροφορημένης συναίνεσης» είναι κεντρική στην παροχή φροντίδας και σημαίνει ότι πριν από οποιαδήποτε ιατρική πράξη, πρέπει να προηγηθεί ενημέρωση του ασθενούς και η λήψη συναίνεσης. Αν ο ασθενής δεν διαθέτει ικανότητα λήψης απόφασης, η συναίνεση για την εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης, δίδεται από τους οικείους του ή από τον δικαστικό συμπαραστάτη, εφόσον αυτός έχει ορισθεί. Σε αρκετές χώρες όπως η δική μας, όπου ο θεσμός της οικογένειας είναι αρκετά ισχυρός, η ενημέρωση και λήψη πληροφορημένης συναίνεσης, αφορά κυρίως την οικογένεια, γιατί υπάρχει μια τάση προστασίας του ασθενούς από τα δυσάρεστα νέα. Επιπλέον το προσωπικό υγείας φαίνεται να μην έχει καταλήξει ξεκάθαρα στον αν είναι ωφέλιμη για τον ασθενή η πλήρης διαφάνεια στην ενημέρωση. Η ενημέρωση του ασθενούς και η διασαφήνιση όλων των αποριών, συνεπώς είναι υποχρέωση του θεράποντα. Οι ασθενείς και οι οικείοι τους, έχουν το δικαίωμα της ενημέρωσης, σε γλώσσα απλή και κατανοητή για οτιδήποτε αφορά τη διάγνωση, τη θεραπεία, τις πιθανές επιπλοκές, την πρόγνωση. Η χρήση επιστημονικής ορολογίας πρέπει να αποφεύγεται και οι όποιες οδηγίες πρέπει να δίνονται και γραπτά για να μπορούν να ανατρέχουν και να διευκρινίζουν τις όποιες απορίες, γιατί λόγω της συναισθηματικής φόρτισης η πληροφορία που μεταδίδεται δεν γίνεται πάντα αντιληπτή (Ακινόσογλου και συν., 2007).

3.6. Το δικαίωμα πρόσβασης στον ιατρικό φάκελο

Ο ασθενής ή ο νόμιμος εκπρόσωπος σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας έχει το δικαίωμα λήψης αντιγράφων του ιατρικού φακέλου του ασθενούς (Ακινόσογλου και συν., 2007).

3.7. Το δικαίωμα συμμετοχής στη λήψη απόφασης

Ο καθορισμός και η εφαρμογή του θεραπευτικού πλάνου απαιτεί την συναίνεση του ασθενή ή του εκπροσώπου του. Καθώς η νόσος εξελίσσεται, ο ασθενής είναι δυνατόν να χάσει την νοητική του ικανότητα, στην περίπτωση αυτή την ευθύνη λήψης απόφασης την φέρει ο εκπρόσωπος που έχει ορίσει ο ασθενής ή το κράτος. Σε πολλές χώρες η συζήτηση για θέματα που αφορούν αποφάσεις σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές γίνονται αρκετά νωρίς πριν ο ασθενής εισέλθει στο τελικό στάδιο, όταν ακόμη είναι σε θέση να αποφασίσει ο ίδιος για τη ζωή του. Ο ασθενής ενημερώνεται για την πιθανή έκβαση της υγείας του και καλείται να σκεφτεί και να αποφασίσει ο ίδιος εκ των προτέρων για το τι επιθυμεί να γίνει στο μέλλον όταν η θεραπεία θα είναι μάταιη. Οι επιθυμίες του ασθενούς καταγράφονται και στη συνέχεια ο ίδιος τις υπογράφει. Αν στη διάρκεια της θεραπείας που θα ακολουθήσει αλλάξει γνώμη, διατηρεί το δικαίωμα τροποποίησης των θεραπευτικών κατευθύνσεων που είχε ορίσει. Το προσωπικό υγείας μαθαίνει τις επιθυμίες και τις απόψεις του αρρώστου και διευθετούνται θέματα που διαφορετικά με την αποσιώπηση του επικείμενου θανάτου δεν θα ήταν εφικτό (Ακινόσογλου και συν., 2007).

3.8. Το δικαίωμα άρνησης αποδοχής της θεραπείας

Σύμφωνα με τον νόμο ο ασθενής έχει το δικαίωμα να αρνηθεί να λάβει την θεραπεία που του προτείνεται αφού πρώτα ενημερωθεί για τις συνέπειες αυτής της άρνησης. Συχνά είτε οι ασθενείς τελικού σταδίου είτε οι συγγενείς τους επιθυμούν να βάλουν τέλος σε αυτήν την πορεία του υποφέρουν. Όταν το αίτημα είναι από την πλευρά του άρρωστου, η θεραπευτική ομάδα οφείλει να διερευνήσει για την ύπαρξη κατάθλιψης ή άλλων δυσάρεστων συμπτωμάτων, όπως ο πόνος γιατί συνδέονται με ανάπτυξη αυτοκτονικού ιδεασμού. Η ύπαρξη κατάθλιψης συχνά υποεκτιμάται και δεν θεραπεύεται γιατί όλοι αναμένουμε οι ασθενείς αυτοί να νοιώθουν θλίψη σαν αποτέλεσμα όλων των απωλειών που βιώνουν (Ακινόσογλου και συν., 2007).

4.ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

4.1.Ορισμοί

Ο όρος «ευθανασία» θα μπορούσαμε να πούμε ότι έχει δύο σημασίες, οι οποίες, όμως, δεν ταυτίζονται απολύτως. Σύμφωνα με την πρώτη η ευθανασία σημαίνει τον θάνατο, ο οποίος επέρχεται κάτω από ευχάριστες, ήρεμες και ανώδυνες συνθήκες. Η δεύτερη σημασία αναφέρεται στον ασθενή, ο οποίος διανύει το τελικό στάδιο θανατηφόρου νόσου, συνοδευόμενης από αφόρητους πόνους. Έχοντας ο άνθρωπος αυτός επίγνωση της καταστάσεώς του και γνωρίζοντας από το ιατρικό προσωπικό τις μελλοντικές προοπτικές, επιζητεί ο ίδιος να επισπευθεί ο θάνατός του, προκειμένου να απαλλαγεί από τον πόνο και τις ταλαιπωρίες (Κωστόπουλος, 2011).

Η θεολογική, η ηθική, η ιατρική, η νομική και η ψυχολογική διάσταση του σοβαρού αυτού προβλήματος προκάλεσε και προκαλεί αλλεπάλληλες διαμάχες μεταξύ των θεολόγων, φιλοσόφων, νομικών και αυτών των ιδίων των ιατρών (Κωστόπουλος, 2011).

Το «καλώς θνήσκειν» και το «εὐ θνήσκειν» είναι κάτι για το οποίο και εύχεται ο κάθε άνθρωπος. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε όπου η εκκλησία μας εύχεται για τα ειρηνικά τέλη ως ανώδυνα, ανεπαίσχυντα και ειρηνικά. Ο ορισμός για την ευθανασία εμφανίζεται για πρώτη φορά και πιο συγκεκριμένα το τρίτο αιώνα από τον κωμωδιογράφο Ποσειδίππο όταν και αναφέρει πως, «ὦν τοῖς θεοῖς ἄνθρωπος εὐχεται τυχεῖν/της ευθανασίας κρείττον ουδέν εύχεται». Ωστόσο ο σύγχρονος ορισμός της ευθανασίας θεωρείται ως «η ευσπλαχνική θανάτωση ή διαφορετικά, η ανώδυνη θανάτωση προσώπου, το οποίο πάσχει από επώδυνη, ανίατη ασθένεια ή διαταραχή με αναπηρία» (Μαστοράκης & Μπαλογιάννης, 2010).

Αναφορά όμως έναντι της ευθανασίας γίνεται και στον Ιπποκρατικό όρκο όπου μη αποδεχόμενος την συνεπικουρία του ιατρού για τον τερματισμό

της ζωής του ασθενούς εξέφραζε απαγορευτικά πως «Ού δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμον, ουδέ υφηγήσομαι συμβουλίην τοιήνδε» (Μαστοράκης & Μπαλογιάννης, 2010).

4.2.Είδη ευθανασίας

Η εφαρμογή της ευθανασίας με βάση τα διάφορα είδη της θα μπορούσε να χαρακτηριστεί με ένα δέντρο παρομοιάζοντας τα είδη με τα κλαδιά του:

- **Εκούσια ενεργός ευθανασία:** Ορίζεται ως η σκόπιμη χορήγηση από τον ιατρό φαρμακευτικών παραγόντων ή εφαρμογή άλλων ιατρικών πράξεων που οδηγούν στο θάνατο του ασθενούς. Επισημαίνεται ότι για την πράξη αυτή απαιτείται ρητή απαίτηση και πλήρης θετική συγκατάθεση του ασθενούς (Κουντουράς και συν., 2003). Αποτελεί την πλέον απορριπτέα μορφή ευθανασίας (Βούλτσος & Τσούγκας, 2008).
- **Ακούσια ενεργός ευθανασία:** Προσδιορίζεται, επίσης, ως σκόπιμη χορήγηση από τον ιατρό φαρμάκων ή εφαρμογή άλλων ιατρικών πράξεων που οδηγούν στο θάνατο του ασθενούς. Υπάρχει όμως η ακόλουθη ουσιώδης διαφορά: Ο ασθενής είναι μεν διανοητικά ικανός, αλλά δεν υπάρχει εκ μέρους του, ρητή απαίτηση και πλήρης συγκατάθεση. Για παράδειγμα, ο ασθενής δεν ρωτήθηκε αν θέλει να τερματίσει τη ζωή του (Κουντουράς και συν., 2003).
- **Μη εθελοντική ενεργός ευθανασία:** Το πρώτο σκέλος ορισμού είναι παρόμοιο και περιλαμβάνει σκόπιμες ιατροφαρμακευτικές παρεμβάσεις που θανατώνουν τον ασθενή. Εντούτοις, ο ασθενής παρουσιάζει διανοητική έκπτωση (διανοητική αναπηρία) και κατά συνέπεια αδυνατεί ρητά να απαιτήσει το θάνατό του. Για παράδειγμα, ο ασθενής βρίσκεται σε κωματώδη κατάσταση (Κουντουράς και συν., 2003).

- Παθητική ευθανασία: Ορίζεται ως η επίσπευση του θανάτου (με σκοπό την ανακούφιση του πάσχοντος ασθενούς) και εξυπηρετείται από την αδρανή-παθητική συμπεριφορά του ιατρού. Αυτή διακρίνεται αδρά στη συναινετική και τη μη συναινετική. Στην πρώτη δεν έχουμε μια κατά κυριολεξία μορφή ευθανασίας, αλλά τη λεγόμενη συναινετική άρνηση της θεραπείας. Κυρίαρχος είναι ο ρόλος του σεβασμού στην ατομική αυτονομία, στην ώριμη, ελεύθερη, υπεύθυνη βούληση του ασθενούς (Βούλτσος & Τσούγκας, 2008).
- Έμμεση ευθανασία: Ορίζεται ως η χορήγηση ναρκωτικών, ή άλλων φαρμακευτικών παραγόντων για την ανακούφιση της συμπτωματολογίας του άλγους του ασθενούς, που έχει όμως, ως έμμεσο επακόλουθο, τη βαθμιαία πρόκληση σοβαρού βαθμού καταστολής του αναπνευστικού συστήματος του ασθενούς και τελικά τον θάνατό του (Κουντουράς και συν., 2003).
- Ιατρο-υποβοηθούμενη αυτοκτονία: Εστιάζεται στον ιατρό ο οποίος εφαρμόζοντας φαρμακευτικές ή άλλες παρεμβάσεις στον ασθενή, γνωρίζει συνειδητά ότι ο ασθενής προτίθεται να τις χρησιμοποιήσει για τερματισμό της ζωής του (Κουντουράς και συν., 2003).
- Ευγονική Ευθανασία: Πρόκειται για τη θανάτωση «ελαττωματικών» νεογνών τα οποία πάσχουν από σοβαρές σωματικές αναπηρίες ή εγκεφαλικές βλάβες. Στην πραγματικότητα, ο όρος ευθανασία είναι προβληματικός στη μορφή αυτή γιατί τις περισσότερες φορές τα νεογνά αυτά δεν πεθαίνουν με επώδυνο τρόπο ή δεν βρίσκονται καν στα πρόθυρα του θανάτου. Η θανάτωση τους λοιπόν αποτελεί προσβολή της ζωής, η οποία τελείται στα πλαίσια της ευγονικής προς όφελος της οικογένειας και του κοινωνικού περιγυρου και δεν υπάρχει καμία πιθανότητα άρσης του καταλογισμού λόγω υπέρβασης του ανθρωπίνως φευκτού, γιατί ο ιατρός επιλέγει ανάμεσα στη ζωή και την ποιότητα ζωής μεγέθη μη συγκρίσιμα (Μαστοράκης & Μπαλογιάννης, 2010).

5.ΑΡΧΕΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ

5.1.Ιατρική Ηθική: Πατερναλισμός και Αυτονομία

Από τον ιατρικό πατερναλισμό της ιπποκρατικής ιατρικής («ο γιατρός γνωρίζει τι είναι καλύτερο για τον ασθενή και το επιβάλλει») και την δεοντολογική ηθική του Καντ του 18ου αιώνα («ο γιατρός πράττει πάντοτε ηθικά επιλέγοντας το σωστό για τον ασθενή»), φθάσαμε ήδη από το δεύτερο μισό του 20ου αιώνα στην εμφάνιση της έννοιας της ατομικής αυτονομίας και εν προκειμένω της αυτονομίας του ασθενούς. Οι τοπικές διαφοροποιήσεις είναι πολλές. Από τον αγγλοσαξονικό βορρά όπου είναι έντονα αναπτυγμένη η έννοια του φιλελευθερισμού και πρωτεύει ο ρόλος της αυτονομίας, στις χώρες της λεγόμενης μεσογειακής βιοηθικής ζώνης, όπου παρατηρείται ενίσχυση του κράτους προνοίας και υποχώρηση της αυτονομίας προς όφελος του κοινωνικού συνόλου. Η έννοια του σεβασμού της αυτονομίας, γίνεται ακόμη περισσότερο επιτακτική για εκείνα τα άτομα, που για κάποιο λόγο ανεξάρτητα από τη θέλησή τους στερούνται της δυνατότητας να λάβουν μια απόφαση (Κατσανούλας, 2009).

Ως αυτόνομο θεωρείται το άτομο που είναι ικανό, με περίσκεψη και χωρίς βία, να αποφασίζει για τους προσωπικούς του στόχους και να δρα προς την κατεύθυνση της εξυπηρέτησής αυτών των στόχων. Σεβασμός της αυτονομίας σημαίνει σεβασμός στις ελεύθερες απόψεις και επιλογές του ατόμου, χωρίς εμπόδια στην υλοποίησή τους, εκτός και εάν αυτές αποβαίνουν σε βλάβη τρίτων προσώπων (Κατσανούλας, 2009).

Η Ελλάδα, με καθεστώς νομικής ασάφειας και ενδεχομένως κοινωνικής ανωριμότητας, αναγνωρίζει παραδοσιακά στο γιατρό ευρεία επεμβατική υποχρέωση στο όνομα του κοινωνικού συνόλου και της υπηρετήσης του αληθινού συμφέροντος του ασθενούς. Με τον Κώδικα Δεοντολογίας όμως του 2005 (ν.3418/2005), εναρμονίζεται με την Ε.Ε., κυρώνοντας τη Σύμβαση του Ονιέδο (ν.2619/1998) και καθιερώνει την αυτονομία του ασθενούς (αρθρ.12)

και την υποχρέωση για συγκατάθεση μετά από πληροφόρηση (άρθρ.11) (ή «πληροφορημένη συγκατάθεση», ελληνική απόδοση του “informed consent”).

5.2. Αρχές βιοηθικής

Αναμφίβολα στην Ελλάδα όπως και στον περισσότερο κόσμο, υπηρετούνται οι βασικές ηθικές αρχές της Ιατρικής, δηλαδή:

- Ο σεβασμός της αυτονομίας και του αυτοκαθορισμού του ασθενούς.
- Η προώθηση της ευημερίας του ασθενούς, το ιπποκρατικό «ωφελείν», (beneficence).
- Η αποφυγή βλάβης του ασθενούς, το ιπποκρατικό «μη βλάπτειν», (non-maleficence).
- Η ισονομία στην αντιμετώπιση όλων των ασθενών, υπό όλες τις συνθήκες (Beauchamp & Childress, 2009).

Η αρχή του σεβασμού της αυτονομίας εγγυάται το δικαίωμα του ασθενούς να αποδεχθεί ή να αρνηθεί οποιαδήποτε θεραπεία. Η επιλογή του ασθενούς θεωρείται αυτόνομη όταν είναι σκόπιμη (intentional), αρκούντως ελεύθερη από επιρροές και βασίζεται σε μια στοιχειώδη κατανόηση του προβλήματος που τίθεται. Θεωρητικά, ο ιατρός οφείλει να αποκαλύπτει στον ασθενή την αλήθεια για τη νόσο του και να τον πληροφορεί για τους διαφορετικούς δυνατούς τρόπους αντιμετώπισής της. Στην πράξη, ούτε η αποκάλυψη της αλήθειας ούτε η ενεργός συμμετοχή στη λήψη της απόφασης είναι πάντοτε επιθυμητές από τους ασθενείς (Κρασιδάκης και συν., 2010).

Η αρχή του ωφελείν υπαγορεύει την ηθική υποχρέωση του ιατρού να δρα προς όφελος του ασθενούς. Τα επιμέρους καθήκοντα που προκύπτουν είναι:

- (α) η υπεράσπιση των δικαιωμάτων του ασθενούς,
- (β) η πρόληψη και η θεραπεία της νόσου,

(γ) η προαγωγή της υγείας,

(δ) η μείωση της αναπηρίας,

(ε) η διάσωση από τους κινδύνους και

(στ) η ελάφρυνση της ψυχικής και σωματικής ταλαιπωρίας (Κρανιδιώτης και συν., 2010).

Η αρχή του μη βλάπτειν επιτάσσει την αποχή από ενέργειες που βλάπτουν τον ασθενή. Στη λατινική παράφραση του ιπποκρατικού «μη βλάπτειν», “*primum non nocere*” (πρώτα και πριν απ’ όλα, μη βλάπτεις), η επιταγή αυτή αναβιβάζεται σε πρώτιστο μέλημα του ιατρού. Το μη βλάπτειν συνιστά αυστηρότερη απαίτηση από το ωφελείν. Η κεντρική του θέση στην κλινική Ιατρική αποτυπώνει την πανάρχαια προσπάθεια του ιατρικού σώματος να καταπολεμήσει την αγυρτεία και να κερδίσει την εμπιστοσύνη των ανθρώπων.

Η αρχή της δικαιοσύνης επιβάλλει, πρώτον, την ίση περίθαλψη όλων των ανθρώπων, ανεξαρτήτως φύλου, φυλής, εθνικότητας και κοινωνικής τάξης, και, δεύτερον, τη δίκαιη κατανομή των διαθέσιμων πόρων. Όταν αυτοί είναι πεπερασμένοι, πρέπει να αξιοποιούνται για τη θεραπεία των ασθενών εκείνων που έχουν τη μεγαλύτερη πιθανότητα να ωφεληθούν από τη χρήση τους. Αυτό με κανένα τρόπο δεν σημαίνει να πάψει ο ιατρός να αντικρίζει τον κάθε ασθενή ως μια μοναδική και ανεπανάληπτη ύπαρξη χρήζουσα βοήθειας και να θυσιάσει σε κάθε συγκεκριμένη περίπτωση την απαραίτητη φροντίδα στο βωμό της γενικής εξοικονόμησης πόρων (Κρανιδιώτης και συν., 2010).

6.ΚΡΙΣΙΜΑ ΒΙΟΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

6.1.Μη κλιμάκωση ή απόσυρση της αγωγής έναντι της ευθανασίας

Η μη κλιμάκωση ή η απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής δεν πρέπει να συγχέεται με την ευθανασία ή την υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία. Στην ευθανασία, ο ιατρός, διά των πράξεων (ενεργητική) ή των παραλείψεών του (παθητική), αποσκοπεί στο θάνατο του ασθενούς. Το ίδιο ισχύει και για την υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία, όπου ο ιατρός προμηθεύει τον ασθενή με θανατηφόρο φάρμακο, γνωρίζοντας ότι ο τελευταίος θα το χρησιμοποιήσει για να αυτοκτονήσει. Αντιθέτως, με τη μη κλιμάκωση ή απόσυρση της αγωγής ο ιατρός αποσκοπεί στην ανακούφιση του ασθενούς από το φορτίο της ψυχοσωματικής ταλαιπωρίας που επισωρεύουν οι ανώφελες επιθετικές θεραπείες, ενώ ο θάνατος επέρχεται ως φυσική και αναπότρεπτη συνέπεια της προόδου της υποκείμενης νόσου (Κρανιδιώτης και συν., 2010).

6.2.Μη κλιμάκωση έναντι απόσυρσης της αγωγής

Η μη κλιμάκωση και η απόσυρση της αγωγής είναι ηθικά ισοδύναμες. Ο ίδιος λόγος που υπαγορεύει τη μη εφαρμογή μιας θεραπείας –η δυσανάλογη προς το αναμενόμενο όφελος ταλαιπωρία που συνεπάγεται για τον ασθενή– υπαγορεύει και τη διακοπή της, εφόσον χορηγείται ήδη. Παρόλα αυτά, φαίνεται ότι η μη κλιμάκωση της αγωγής είναι ψυχολογικά και συναισθηματικά ευκολότερη για τους ιατρούς από τη διακοπή της. Πρώτον, αισθάνονται ότι η απόφαση διακοπής της αγωγής συνδέεται αμεσότερα με την επέλευση του θανάτου, άρα είναι πιο βαρυσήμαντη και υπεύθυνη. Δεύτερον, αντιλαμβάνονται τη διακοπή της αγωγής ως κάτι ενεργητικό, ενώ τη μη

κλιμάκωση ως κάτι παθητικό. Τρίτον, δεσμεύονται από τις ελπίδες και τις προσδοκίες που δημιουργεί στους συγγενείς του ασθενούς η έναρξη μιας θεραπείας και είναι απρόθυμοι να τη διακόψουν, ενώ αισθάνονται πιο άνετα απλά να μην την κλιμακώσουν. Η ψυχολογική και η συναισθηματική διαφορά αντανακλά τα διαφορετικά κλινικά επακόλουθα των δύο πρακτικών. Μετά από τη διακοπή της αγωγής, ο θάνατος επέρχεται ταχέως. Μετά από τη μη κλιμάκωση, μπορεί να καθυστερήσει (Κρανιδιώτης και συν., 2010).

6.3.Κοινά έναντι υπερβολικών θεραπευτικών μέσων

Η διάκριση ανάμεσα σε κοινά (ordinary) και υπερβολικά θεραπευτικά μέσα είναι πολύ παλιά. Οι απαρχές της τοποθετούνται σε ρωμαιοκαθολικές διδασκαλίες του 16^{ου} αιώνα. Σύμφωνα με τους ορισμούς που πρότεινε το 1951 ο ιησουΐτης θεολόγος G. Kelly, ως κοινά (συνήθη, ordinary) ορίζονται όλα τα φαρμακευτικά, χειρουργικά ή άλλα ιατρικά μέσα για τα οποία υπάρχει βάσιμη ελπίδα ότι θα είναι επωφελή και των οποίων η χρήση δεν συνεπάγεται υπερβολικό άλγος ή άλλη ενόχληση. Ως υπερβολικά (ασυνήθη, εξαιρετικά, extraordinary) ορίζονται τα μέσα με τις ακριβώς αντίθετες ιδιότητες. Μια θεραπεία κατατάσσεται στη μια ή την άλλη κατηγορία με μόνο κριτήριο το όφελος που προσφέρει σε σχέση με την ταλαιπωρία που συνεπάγεται, στη συγκεκριμένη περίπτωση και στο συγκεκριμένο ασθενή. Συνεπώς, η διαίρεση των θεραπευτικών μέσων σε κοινά και υπερβολικά δεν είναι ούτε δεδομένη ούτε σταθερή. Για παράδειγμα, ο μηχανικός αερισμός μπορεί να συνιστά κοινό μέσο σε κάποια φάση της ασθένειας και υπερβολικό σε ένα μετέπειτα στάδιό της. Κάθε θεραπεία, όσο απλή και συνηθισμένη κι αν φαίνεται, προσθέτει στον ασθενή ένα επιπλέον φορτίο ταλαιπωρίας, το οποίο πρέπει να ζυγίζεται με το όφελος. Εάν υπερέχει η ταλαιπωρία, η θεραπεία πρέπει να μην εφαρμόζεται ή να διακόπτεται (Κρανιδιώτης και συν., 2010).

6.4. Η αρχή του διπλού αποτελέσματος

Η αρχή του διπλού αποτελέσματος (principle of double effect) προέρχεται επίσης από τη μεσαιωνική ρωμαιοκαθολική θεολογία. Ορίζει ότι μια πράξη που έχει δύο πιθανά αποτελέσματα, ένα καλό και ένα κακό, είναι ηθικά επιτρεπτή εφόσον (α) δεν είναι καθεαυτή ανήθικη, (β) αποσκοπεί μόνο στο καλό αποτέλεσμα, ενώ το κακό προβλέπεται αλλά δεν σκοπεύεται, (γ) δεν επιτυγχάνει το καλό αποτέλεσμα μέσω του κακού και (δ) επιβάλλεται από ένα λόγο τόσο σοβαρό και σπουδαίο, που δικαιολογεί τον κίνδυνο του κακού αποτελέσματος. Για παράδειγμα στην προτελευταία φάση, η χορήγηση οπιούχων ή άλλων κατασταλτικών φαρμάκων για την ανακούφιση του πόνου και της δύσπνοιας ενέχει τον κίνδυνο της επίσπευσης του θανάτου λόγω καταστολής του αναπνευστικού κέντρου ή αιμοδυναμικής επιβάρυνσης. Ωστόσο, σύμφωνα με την αρχή του διπλού αποτελέσματος, είναι επιτρεπτή, αφού αποσκοπεί στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και όχι στη θανάτωση του ασθενούς, ενώ ο λόγος που την επιτάσσει (το βασανιστικό βίωμα του ασθενούς) είναι αρκούντως σοβαρός (Κρανιδιώτης και συν., 2010).

6.5. Η έννοια της ματαιότητας

Η έννοια της ματαιότητας (futility) της θεραπείας άρχισε να διαμορφώνεται τη δεκαετία του 1980. Επρόκειτο για μια απόπειρα να πειστεί η κοινωνία ότι οι ιατροί, βασιζόμενοι στην κλινική τους κρίση και στα επιδημιολογικά δεδομένα, είναι σε θέση να καθορίσουν το ανώφελο της θεραπείας σε μια συγκεκριμένη κατάσταση και επομένως δικαιούνται να μην κλιμακώνουν ή να διακόπτουν την αγωγή, ακόμη και παρά τις αντιρρήσεις του ασθενούς ή των συγγενών του. Ο στενότερος ορισμός είναι αυτός της φυσιολογικής ματαιότητας (physiologic futility): μια θεραπεία είναι μάταιη όταν δεν μπορεί να επιφέρει κάποιο αποτέλεσμα σε επίπεδο φυσιολογίας (π.χ. η

καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση σε ρήξη της καρδιάς) (Κρανιδιώτης και συν., 2010).

Ωστόσο, μια θεραπεία μπορεί να διορθώνει κάποια ανατομική, φυσιολογική ή βιοχημική διαταραχή, χωρίς να ωφελεί τον ασθενή ως σύνολο. Μια θεραπεία πρέπει να θεωρείται μάταιη όταν (α) οι ιατροί συμπεραίνουν – είτε από την προσωπική τους πείρα είτε από εμπειρίες που τους κομίζουν οι συνάδελφοί τους, είτε από τα δημοσιευθέντα εμπειρικά δεδομένα– ότι απέβη άχρηστη στις τελευταίες εκατό περιπτώσεις όπου εφαρμόστηκε ή (β) απλά συντηρεί μια μόνιμη κατάσταση έλλειψης συνείδησης ή αποτυγχάνει να τερματίσει την ολική εξάρτηση του ασθενούς από την εντατική θεραπεία (Κρανιδιώτης και συν., 2010).

Στα τέλη της δεκαετίας του 1990, ο Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος (American Medical Association), αναγνωρίζοντας τα εγγενή μειονεκτήματα των αντικειμενικών ορισμών της ματαιότητας και τη συνακόλουθη δυσκολία επίτευξης συμφωνίας για το περιεχόμενο της έννοιας αυτής στην επιστημονική κοινότητα, εισηγήθηκαν μια νέα προσέγγιση (procedural policy, process-based approach). Μέσω μιας διαδικασίας συζήτησης και ανταλλαγής πληροφοριών ανάμεσα στον ασθενή (ή τους συγγενείς του) και τον ιατρό καθορίζονται οι στόχοι της θεραπείας. Η θεραπεία κρίνεται μάταιη όταν δεν μπορεί να εκπληρώσει τους στόχους που τέθηκαν. Οποιοσδήποτε δυνητικά διαφωνίες ως προς την αξία των επιδιωκόμενων στόχων και αναφορικά με το κατά πόσο η πιθανότητα επιτυχίας της θεραπείας είναι αρκούντως ισχυρή για να δικαιολογεί τον κόπο της θεραπευτικής ομάδας, τη δαπάνη των μέσων και την ταλαιπωρία του ασθενούς επιλύονται με διαπραγμάτευση και τη βοήθεια. Οι συγγενείς επιθυμούν να ενημερώνονται για την πρόγνωση των ασθενών, παρότι αμφιβάλλουν για την ακρίβεια των προβλέψεων. Φαίνεται ότι η πληροφόρηση τους βοηθάει να προετοιμαστούν για το πένθος, ενώ αποδέχονται την προγνωστική αβεβαιότητα ως αναπόφευκτη. Εντούτοις, οι ιατροί τείνουν να μην εκθέτουν με σαφήνεια την εκτίμησή τους για την πιθανότητα επιβίωσης (Κρανιδιώτης και συν., 2010).

7.ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΖΗΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΔΙΕΘΝΕΣ ΔΙΚΑΙΟ

Κατά το Αγγλικό δίκαιο η αφαίρεση ζωής είναι έγκλημα, ανεξάρτητα από τα κίνητρα του δράστη. Στην περίπτωση, όμως, που ο γιατρός χορηγεί φαρμακευτική αγωγή που ενδέχεται να έχει ως αποτέλεσμα το θάνατο του ασθενούς, αν αποδειχθεί ότι ο κύριος στόχος ήταν να ανακουφίσει τους πόνους του ασθενούς, τότε ο γιατρός δεν διώκεται. Η αγγλική νομοθεσία όσον αφορά την προστασία της ζωής θεωρείται πολύ αυστηρή, καθώς έχει υποστεί μεγάλη επίδραση από τη θρησκεία και για το λόγο αυτό η ζωή θεωρείται ιερή και η προστασία της εκτείνεται μέχρι και στο θάνατο. Ωστόσο, προβλήματα προκύπτουν όταν υπάρχει σύγκρουση του δικαιώματος στη ζωή και εκείνου που δίνει σε όλους τους ασθενείς που έχουν πλήρη συνείδηση, το δικαίωμα να αποφασίζουν οι ίδιοι για τη θεραπεία τους, ως ειδικότερη εκδήλωση του δικαιώματος έκφρασης της αυτονομίας του ασθενούς (Νταβώνη και συν., 2013).

Η βρετανική νομολογία ήδη από το 1965 αναγνώρισε το δικαίωμα του ασθενή να αρνηθεί κάθε θεραπεία, έστω και αν η άρνηση αυτή ενδέχεται να επιφέρει το θάνατο. Τα δικαστήρια αναγνωρίζουν επίσης τις λεγόμενες «προγενέστερες οδηγίες» των ασθενών, δηλαδή οι γιατροί είναι υποχρεωμένοι να σεβαστούν την τελευταία βούληση του ασθενούς, έστω και αν αυτός δεν είναι πλέον σε θέση να την επαναβεβαιώσει. Στην περίπτωση αυτή, γίνεται σεβαστή η απόφασή του, ακόμη και αν είναι προφανές σε όλους, συμπεριλαμβανομένου του ασθενούς, ότι είναι δυνατόν να προκληθούν αρνητικές συνέπειες ή ακόμη και ο θάνατός του (Garani et al., 2010).

Η Γαλλική νομοθεσία όμως, από το 2005 εμφανίζεται πιο ελαστική καθώς επιτρέπει στις οικογένειες των ασθενών σε τελικό στάδιο να ζητήσουν το κλείσιμο των μηχανημάτων που υποστηρίζουν τεχνητά τη ζωή. Η νομοθεσία αναγνωρίζει το δικαίωμα των προσώπων που πάσχουν από ανίατη ασθένεια και βιώνουν ως ανυπόφορη την κατάστασή τους, σωματικά ή ψυχικά, να ζητούν από τον θεράποντα ιατρό τους την ενεργητική του

συμμετοχή στον τερματισμό της ζωής τους. Ο ασθενής πρέπει να εκφράζει γραπτώς την επιθυμία του, η οποία θα συνυπογράφεται από δύο μάρτυρες παρουσία εκπροσώπου της δικαστικής εξουσίας, ενώ παράλληλα διατυπώνεται ξεκάθαρα ότι η πράξη του δεν επισύρει ποινικές ή επαγγελματικές κυρώσεις (Liatsa, 2009).

Στη Γερμανία, παλιότεροι ποινικολόγοι υποστήριξαν ότι η πρακτική της ευθανασίας δεν αποτελεί άδικη πράξη. Επίσης η πλειονότητα των νεώτερων και σύγχρονων ποινικολόγων της Γερμανίας τάσσεται εναντίον της απαλλαγής από κάθε ποινή του δράστη της ανθρωποκτονίας που γίνεται με συναίνεση. Από το 1971, δεν υπάρχουν κυρώσεις για την αυτοκτονία ή την υποβοηθούμενη αυτοκτονία ενώ από το 2005 υπάρχει παράρτημα της Ελβετικής κλινικής Dignitas με σκοπό αποκλειστικά την ενημέρωση των ασθενών για την διαδικασία υποβοηθούμενης αυτοκτονίας (Liatsa, 2009).

Στην Ιταλία το 1984, πρόταση νόμου που κατατέθηκε προέβλεπε το ατιμώρητο του γιατρού όταν παραλείπει να πάρει μέτρα διατηρήσεως της ζωής ενός ασθενούς τελικού σταδίου. Η δεύτερη πρόταση, το 1985, επεκτάθηκε πέρα από την παθητική και στην ενεργητική ευθανασία και προέβλεπε ότι όταν αυτή εφαρμόζεται σε ασθενείς που πάσχουν από ανίατη ασθένεια ή έχουν σοβαρές σωματικές ή πνευματικές επιβαρύνσεις, τότε ο δράστης τιμωρείται πάντοτε, όμως, με την μειωμένη ποινή που προβλέπει ο ιταλικός ΠΚ για την ανθρωποκτονία κατ' απαίτηση. Άξιο λόγου είναι η απόφαση Ανωτάτου Δικαστηρίου (τον Νοέμβριο του 2008), που για πρώτη φορά στην Ιταλία αναγνώρισε το «δικαίωμα στο θάνατο» και επέτρεψε την αποσύνδεση. Πρόκειται για την υπόθεση της Ελουάνα Ενγκλάρο, η οποία βρισκόταν σε κωματώδη κατάσταση από το 1991, όταν υπέστη σοβαρό τροχαίο ατύχημα. Η άτυχη γυναίκα διατηρούνταν στη ζωή με ιατρικά μηχανήματα για 17 χρόνια, χωρίς να υπάρχει αποδεδειγμένα καμία πιθανότητα ανάκαμψης (Liatsa, 2009).

Στην Ολλανδία, η ευθανασία νομιμοποιήθηκε σχετικά πρόσφατα, μετά από σχετική πρόταση το Νοέμβριο του 2000, η οποία υπερψηφίστηκε τον Απρίλιο του 2001. Πρόκειται για την πρώτη ευρωπαϊκή χώρα που προέβη στη νομιμοποίηση. Προ της νομιμοποίησης της ευθανασίας είχε προηγηθεί μεγάλη

εκστρατεία ενημέρωσης, αλλά και έλεγχος της γνώμης της ολλανδικής κοινωνίας και εμπλοκή πολλών παραγόντων (εκκλησίας και ιατρικού συλλόγου). Σύμφωνα, λοιπόν, με τον ολλανδικό νόμο δεν αποτελεί έγκλημα η πράξη του ιατρού, η οποία μπορεί να γίνεται με παροχή των καταλλήλων φαρμάκων ή με κάποια άλλη μέθοδο, εάν συντρέχουν σωρευτικά ορισμένες προϋποθέσεις που απαριθμεί ο νόμος. Συγκεκριμένα, ο ασθενής πρέπει να υποβάλει με τη δική του βούληση το σχετικό αίτημα κατόπιν σοβαρής σκέψης, να βιώνει αφόρητους πόνους και η κατάσταση του να μην επιδέχεται βελτίωση, να έχει πλήρη γνώση της κατάστασής του και της επιθυμίας του να πεθάνει (Liatsa, 2009).

Το Βέλγιο ακολούθησε λίγο αργότερα το παράδειγμα της Ολλανδίας, η οποία έγινε η δεύτερη χώρα που νομιμοποίησε την ευθανασία, στα τέλη Σεπτεμβρίου του 2002. Με το νόμο αυτό δίνεται το δικαίωμα στους ανθρώπους, άνω των 18 χρονών, που πάσχουν από ανίατη ασθένεια να πεθάνουν. Και στη βελγική νομοθεσία αναφέρονται ρητά οι προϋποθέσεις σύμφωνα με οποίες η διαδικασία της ευθανασίας είναι νόμιμη. Απαραίτητη είναι η γραπτή δήλωση του ασθενή που εκφράζει, ένα μήνα τουλάχιστον πριν τη διαδικασία, την επιθυμία του να τερματίσει τη ζωή του, να πάσχει τούτος από ανίατη ασθένεια και να υποφέρει από αβάσταχτους πόνους, η κατάστασή του να είναι μη αναστρέψιμη, να γίνει γνωμάτευση της κατάστασης του και από δεύτερο γιατρό και τέλος πρέπει ο γιατρός να δώσει μια γραπτή λεπτομερειακή αναφορά για την διαδικασία της ευθανασίας για να την εξετάσει μια Επιτροπή. Πολύ πρόσφατα μάλιστα, θεσμοθετήθηκε η δυνατότητα να γίνεται ευθανασία και σε ασθενείς μικρότερους από 18 χρόνων. Η διαδικασία αυτή προβλέπεται μόνο για τους Βέλγους και δεν καλύπτει πολίτες άλλων χωρών (Liatsa, 2009).

Στο Λουξεμβούργο, σύμφωνα με την πρόσφατη αλλαγή της νομοθεσίας, οι ασθενείς τελικού σταδίου μπορούν να δώσουν τέλος στη ζωή τους με τη σύμφωνη γνώμη δυο γιατρών και επιτροπής ειδικών. Μετά την ισχύ νόμου, "η πράξη ενός γιατρού να ανταποκριθεί σε ένα αίτημα για ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν τιμωρείται ποινικά και δεν μπορεί να

αποτελέσει αντικείμενο αγωγής για αποζημίωση ή ηθική βλάβη" (Liatsa, 2009).

Η νομοθεσία της Ελβετίας προβλέπει ότι σε περίπτωση που μπορεί να αποδειχθεί πως κάποιος βοήθησε ασθενή με ανίατη ασθένεια να τερματίσει τη ζωή του, και δεν το έκανε βάσει εγωιστικών κινήτρων, τότε αυτός δεν έχει να αντιμετωπίσει ποινικές κυρώσεις. Στη χώρα μάλιστα υπάρχει μια ιδιαίτερη κλινική, η «Dignitas» (από τη λέξη dignity = αξιοπρέπεια), η οποία είναι παγκοσμίως γνωστή και καταφεύγουν εκεί ασθενείς βαρύτατων και ανίατων ασθενειών από όλο τον κόσμο (καθώς δεν υπάρχει στην ελβετική νομοθεσία κώλυμα σχετικά με την ιδιότητα του μόνιμου κατοίκου) που επιθυμούν να τερματίσουν τη ζωή τους (Liatsa, 2009).

Στην Πολιτεία Όρεγκον των ΗΠΑ, επιτρέπεται η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, αρκεί η πράξη να αφορά τους πολίτες της συγκεκριμένης πολιτείας εφόσον είναι ενήλικες και διανοητικά υγιείς. Από το 2008 και οι πολιτείες της Ουάσινγκτον και της Μοντάνα προστέθηκαν στις χώρες που επιτρέπεται υπό προϋποθέσεις η διενέργεια της ευθανασίας. Με αφορμή την υπόθεση Terri Schiavo, εμπλέκεται και ο Νόμος που ψηφίστηκε στην Πολιτεία του Texas το 1999, όταν ακόμη ο πρώην Πρόεδρος Bush ήταν Γερουσιαστής της Πολιτείας. Ο νόμος αυτός, γνωστός ως «Texas Futile Care Law» (Νόμος της μάταιης ιατρικής φροντίδας) απαριθμεί μία σειρά διατάξεων, οι οποίες σήμερα περιγράφουν το άρθρο 166 του Κώδικα Υγείας και Ασφάλειας του Τέξας. Ο Νόμος αυτός επιτρέπει σε ένα κέντρο υγείας να αποσυνδέσει τα μηχανήματα που διατηρούν στη ζωή ακόμη και ενάντια στις επιθυμίες του ασθενούς ή των συγγενών, παρέχοντας πλήρη ποινική απαλλαγή των ιατρών που προβαίνουν σε αυτή την πράξη (Liatsa, 2009).

8. ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΖΗΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η ελληνική νομοθεσία σχετικά με τις ιατρικές αποφάσεις για το τέλος της ζωής, μπορεί να υπαχθεί σε διατάξεις του Ποινικού Κώδικα (ΠΚ), χωρίς ωστόσο καμία από αυτές να μπορεί να θεωρηθεί ότι ρυθμίζει εξ ολοκλήρου τις μορφές της. Έτσι, η ανθρωποκτονία με συναίνεση (άρθρο 300 του ΠΚ) είναι συναφής διάταξη, όχι όμως και ταυτόσημη με την ευθανασία, επίσης και η διάταξη του άρθρου 301 του ΠΚ που ορίζει τα σχετικά με τη συμμετοχή σε αυτοκτονία, θα αξιώσει εφαρμογή π.χ. σε μία ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Και βέβαια εφαρμογή διεκδικούν ανάλογα με την κάθε συγκεκριμένη περίπτωση, οι διατάξεις για την ανθρωποκτονία με πρόθεση (άρθρο 299 του ΠΚ) ή από αμέλεια (άρθρο 302 του ΠΚ) (Νταβώνη και συν., 2013).

Αυτό έχει τη σημασία ότι ο νομοθέτης παραδέχεται ότι όταν μία ασθένεια αποδεικνύεται ιατρικά σοβαρή και μη αναστρέψιμη, καθώς καμία ιατρική θεραπεία δεν μπορεί να ωφελήσει τον ασθενή (ανώφελη θεραπεία), τότε ο γιατρός οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή, να του προσφέρει δηλαδή μία παρηγορητική αγωγή και να συνεργαστεί με τους οικείους του ασθενή προς αυτήν την κατεύθυνση, εγκαταλείποντας ουσιαστικά την προσπάθεια μίας ανώφελης προσπάθειας να τον σώσει. Η επικέντρωση του ενδιαφέροντός του στρέφεται λοιπόν σε έναν άλλο στόχο. Σε κάθε περίπτωση, στη συμπαράσταση στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του και στην φροντίδα ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπεια του μέχρι το σημείο αυτό. Με αυτόν τον τρόπο ο έλληνας νομοθέτης φαίνεται να νομιμοποιεί την παθητική ευθανασία καθώς επιτρέπει στο γιατρό να εγκαταλείψει την ανώφελη θεραπεία και να προβεί στην παρηγορητική αγωγή, αποδεχόμενος έτσι την έλευση του επικείμενου θανάτου, χωρίς πάντως να την επιδιώκει. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το Ν. 3418/2005, στο άρθρο 29 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ), ο γιατρός σε περιπτώσεις ανίατης ασθένειας τελικού σταδίου οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων ακόμη και όταν έχουν εξαντληθεί όλα τα θεραπευτικά περιθώρια, να του προσφέρει παρηγορητική αγωγή. Επιπλέον, ο γιατρός

οφείλει να γνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενή να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται σε τελικό στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση πράξεων, οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου (Νταβώνη και συν., 2013).

Ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ) λοιπόν, εισήγαγε μια σοβαρή καινοτομία στα δύσκολα ζητήματα που αφορούν ιατρικές αποφάσεις κοντά στο «τέλος της ζωής». Υιοθετώντας σύγχρονους προβληματισμούς καθιέρωσε στην παρ. 1 του άρθρου 29 τον κανόνα που δεσμεύει τον γιατρό να ακολουθεί «παρηγορητική» αγωγή, όταν «εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια», αναφέροντας: «Ο ιατρός, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό 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 αυτή 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». Αυτό σημαίνει δύο παραδοχές του νομοθέτη: α) μια ασθένεια μπορεί να είναι τόσο σοβαρή και μοιραία, ώστε αντικειμενικά καμία ιατρική αγωγή - συμβατική ή πειραματική - να μην είναι ικανή να ωφελήσει τον ασθενή (ανώφελη θεραπεία) και β) αφού ισχύει η παραδοχή αυτή, ο γιατρός δεν έχει δικαίωμα να περιμένει ίσως ένα «θαύμα» για να τον σώσει: έχει υποχρέωση να εγκαταλείψει την ανώφελη αγωγή και να στραφεί προς την ανακούφιση του πόνου και των ταλαιπωριών του ασθενούς του, αποδεχόμενος έτσι την έλευση του θανάτου, χωρίς πάντως και να την επιδιώκει. Με τη διάταξη αυτή, το κοινό μας δίκαιο φαίνεται ότι αποδέχθηκε τη λεγόμενη «παθητική» ευθανασία, το να αφήνεις δηλαδή κάποιον να πεθάνει, όταν ό,τι και να κάνεις είναι μάταιο (Garani, 2010).

9.ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΥΠΕΡ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

9.1.Επιχειρήματα υπέρ της Ευθανασίας

Τα επιχειρήματα των δεδομένων της διεθνούς βιβλιογραφίας εστιάζονται σε 4 θεωρήσεις:

Επιχειρήματα υπέρ της ευθανασίας

1. Το αυτεξούσιο του ανθρώπου δικαιολογεί την ευθανασία
2. Η αγαθοεργία είναι συμβατή με την ευθανασία
3. Από ηθικής σκοπιάς η ευθανασία δεν διαφέρει από τη διακοπή υποστηρικτικής για τη ζωή του ασθενούς αγωγής
4. Οι κακές συνέπειες της ευθανασίας είναι μακρινές-θεωρητικές (Κουντουράς και συν., 2003).

1ο επιχείρημα: Το αυτεξούσιο, η αυτονομία του ανθρώπου, δικαιολογεί την ευθανασία.

Πράγματι, εφόσον η κοινωνία προστατεύει το αυτεξούσιο του ανθρώπου, με βάση την αυτονομία του ο άνθρωπος δύναται να επιλέγει όχι μόνον την έκταση της μορφώσεώς του, το γάμο, την σταδιοδρομία του ή τους επαγγελματικούς στόχους αλλά και τον χρόνο και τον τρόπο του θανάτου του. Κατ' επέκταση, το άτομο έχει δικαίωμα να αρνείται τις ιατρικές παρεμβάσεις και να τερματίζει τη ζωή του, όταν τέτοιες παρεμβάσεις συγκρούονται με το όραμά του για καλή ζωή (Κουντουράς και συν., 2003).

2ο επιχείρημα: Η αγαθοεργία δικαιολογεί την ευθανασία.

Πράγματι, σε ορισμένες περιπτώσεις η συνέχιση της ζωής του ατόμου επιφέρει περισσότερο πόνο-βάσανο από ότι ο θάνατος καθαυτός, όπως π.χ. στις ανίατες, τις βασανιστικές, τις μοιραίες ασθένειες, υπό τις οποίες οι ασθενείς θα καταλήξουν μέσα σε αφόρητους πόνους. Κατά συνέπεια, στις περιπτώσεις αυτές ο τερματισμός ανθρώπινης ζωής από τον ιατρό είναι όχι μόνο ηθικά σωστός αλλά και "πράξη ανθρωπιάς, αλτρουισμού". Επιπλέον, τονίζεται εκ νέου ότι εφόσον κάθε άτομο έχει διαφορετική άποψη περί του "καλού και πολύτιμου", το άτομο αποφασίζει τότε η συνέχιση της ζωής του καθίσταται πιο βαρετή και ανυπόφορη από τον θάνατο (Κουντουράς και συν., 2003).

3ο επιχείρημα: Από μια ηθική σκοπιά η ευθανασία δεν διαφέρει από τη διακοπή ή την απόσυρση μιας υποστηρικτικής για τη ζωή του ασθενούς θεραπευτικής αγωγής.

Σε αμφότερες τις περιπτώσεις το αποτέλεσμα είναι το ίδιο: ο θάνατος του ασθενούς. Παρομοίως, ο ασθενής που εκλιπαρεί τον ιατρό να του χορηγήσει τη θανατηφόρα ένεση ή να του αποσύρει την υποστηρικτική για τη ζωή του θεραπευτική αγωγή, έτσι και αλλιώς συγκατατίθεται να καταλήξει. Επομένως, η πρόθεση του ιατρού και στις δύο περιπτώσεις είναι ίδια: ο τερματισμός της ανθρώπινης ζωής. Η μόνη διαφορά, έστω ουσιαστική, είναι ότι στην 1η περίπτωση ο ιατρός χορηγεί τη θανατηφόρα ένεση, ενώ στην 2η περίπτωση αποφεύγει την ιατρική παρέμβαση ή μεσολάβηση. Κατά συνέπεια, οι υποστηρικτές της ευθανασίας ισχυρίζονται ότι δεν υφίσταται σπουδαία ηθική διαφορά στις δύο αυτές διαφορετικές ιατρικές πράξεις. Κατ' επέκταση δεν υφίσταται ηθική διαφορά μεταξύ τελικού αποτελέσματος, συγκατάθεσης ασθενούς και της πρόθεσης του ιατρού (Κουντουράς και συν., 2003).

4ο επιχείρημα: Οι κακές πρακτικές ή συνέπειες της επιτρεπόμενης ευθανασίας είναι μακρινές και πολύ θεωρητικές.

Πράγματι, ο ισχυρισμός ότι η επιτρεπόμενη ευθανασία υποσκάπτει την εμπιστοσύνη που είναι ουσιώδης στη σχέση ιατρού και ασθενούς, δεν

φαίνεται να ευσταθεί σύμφωνα με την πείρα της Ολλανδίας. Στη χώρα αυτή δίδεται η εντύπωση, εκ πρώτης όψεως, ότι δεν υφίσταται θέμα τέτοιας διάβρωσης εμπιστοσύνης. Οι ιατροί παρέχουν βοήθεια για θάνατο μόνο όταν τους ζητηθεί ρητά από τον ασθενή και δεν προβαίνουν σε αυθαίρετες, παράλογες πράξεις, οι οποίες τους εκθέτουν καταργώντας αυτή την σχέση εμπιστοσύνης. Παρομοίως, ο ισχυρισμός ότι η επιτρεπόμενη ευθανασία υπονομεύει τη θεμελιακή ηθική υποχρέωση του ιατρού για φροντίδα ασθενούς, η οποία οδηγεί συχνά σε αδιαφορία του ιατρού, έλλειψη ενδιαφέροντος για τον ασθενή του, ώστε να προβαίνει σε εύκολες λύσεις θανάτου, δεν ισχύει σύμφωνα πάλι με την εμπειρία της Ολλανδίας. Οι ιατροί φαίνεται ότι προβαίνουν στην ευθανασία μόνον όταν υπάρχει αξίωση, απαίτηση του ασθενούς για θάνατο οπότε την διενεργούν ως μια "επιπρόσθετη θεραπεία". Εντούτοις, κατά την διενέργεια αυτών των λεπτών θεραπευτικών προσεγγίσεων, για να αποφευχθούν ενδεχομένως ανεπιθύμητα ιατρικά συμβάματα ή ολισθήματα των ιατρών, κρίνεται απαραίτητο να ισχύουν οι ακόλουθες εγγυήσεις νομιμοποίησης της ευθανασίας:

1. Ο ασθενής που πάσχει από σοβαρή ασθένεια να απαιτεί το θάνατό του επανειλημμένα και πιθανώς εγγράφως.
2. Ο ασθενής να μη πάσχει από κατάθλιψη ή άλλες ψυχολογικές διαταραχές.
3. Η ευθανασία κρίνεται απαραίτητο να διενεργείται από εξειδικευμένο προσωπικό που για την παρέμβασή του αυτή δεν πρέπει να αμείβεται.
4. Τα περιστατικά της ευθανασίας να καταγράφονται στο ιατρικό αρχείο λεπτομερώς.
5. Να γίνεται αναφορά των περιστατικών ευθανασίας στον επίσημο ιατρικό φορέα, ώστε να διερευνώνται πιθανές καταχρήσεις και ολισθήματα (Κουντουράς και συν., 2003).

9.2.Επιχειρήματα εναντίον της Ευθανασίας

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

Επιχειρήματα κατά της ευθανασίας

1. Το αυτεξούσιο του ανθρώπου δεν δικαιολογεί την ευθανασία
2. Η αγαθοεργία δεν δικαιολογεί τη νομιμοποίηση της ευθανασίας
3. Υφίσταται ηθική διάκριση μεταξύ ενεργής και παθητικής ευθανασίας
4. Η επιτρεπόμενη ευθανασία είναι πολιτική με δυσάρεστες συνέπειες (Κουντουράς και συν., 2003).

1ο επιχείρημα: Ενώ το αυτεξούσιο αποτελεί θεμελιώδη αξία, εντούτοις δεν δικαιολογεί την ευθανασία.

Όλες οι εκούσιες ενέργειες εκάστου ανθρώπου, έστω κι αν δεν κάνουν κακό στους άλλους, δεν επιτρέπονται με την επίκληση του αυτεξούσιου. Ο άνθρωπος δεν δύναται θεληματικά και αμετάκλητα να παραιτείται από τους θεμελιώδεις όρους που διέπουν την αυτονομία. Για παράδειγμα, η κοινωνία μας απαγορεύει, και ορθώς πράττει, την εκούσια υποδούλωση ή την μονομαχία. Η εκούσια υποδούλωση ή η θανάτωση ικανών ατόμων που *ωστόσο* συγκατατίθενται σ' αυτό, αποτελούν στοιχεία ασυμβίβαστα με τους θεμελιώδεις όρους που είναι απαραίτητοι για τους ανθρώπους που υπερασπίζονται την ιδέα μιας καλής ζωής (Κουντουράς και συν., 2003).

Επιπλέον, ενώ πολλές χώρες έχουν αποποινικοποιήσει την αυτοκτονία αναγνωρίζοντας ότι δεν δύναται να διωχθεί ποινικά ένα άτομο που επιθυμεί να θανατώσει τον εαυτό του, δεν δύναται να ισχυρισθεί κάποιος ότι κατ' επέκταση επιτρέπεται και η ευθανασία διότι δεν υπάρχει αναλογία. Η ευθανασία απαιτεί

την ενεργό συμμετοχή και άλλων προσώπων, των ιατρών, είτε ως συνταγογραφούντων είτε ως χορηγούντων τις θανατηφόρες αγωγές. Και ενώ ο άνθρωπος υποστηρίζει το "δικαίωμα" να αρνηθεί την θεραπεία, δεν έχει δικαίωμα να αναμίξει στην πράξη του αυτή τους ιατρούς, καθώς "ιατροποίηση" του θανάτου είναι ανεπίτρεπτη (Κουντουράς και συν., 2003).

2ο επιχείρημα: Παραμένει αδιευκρίνιστο αν η αγαθοεργία δικαιολογεί την νομιμοποίηση της ευθανασίας.

Πολλές μελέτες δείχνουν ότι οι ιατροί και το σύστημα ιατρικής φροντίδας γενικά δεν επαρκούν, με την έννοια ότι δεν ασχολούνται ικανοποιητικά με την αντιμετώπιση του πόνου των "καταδικασμένων" ασθενών που πάσχουν από θανατηφόρες ασθένειες. Εντούτοις, αυτό συνήθως δεν ισχύει στις χώρες της δύσεως οι οποίες διαθέτουν εξειδικευμένα κέντρα, όπου επιτυγχάνεται άριστος χειρισμός του πόνου με σύγχρονα αναλγητικά (Κουντουράς και συν., 2003).

3ο επιχείρημα: Η ηθική διάκριση μεταξύ ενεργού και παθητικής ευθανασίας, μεταξύ φόνου και εγκαταλείψεως του ασθενούς να καταλήξει, υφίσταται και έχει βάση λογική, αληθινή.

Πράγματι, οι ιατρικές πράξεις διαφέρουν σημαντικά στις δύο αυτές περιπτώσεις: στην ευθανασία ο ιατρός εισάγει φάρμακο στον οργανισμό για να τον θανατώσει, ενώ στη διακοπή ή απόσυρση της ιατρικής αγωγής ο ιατρός απέχει, δεν χορηγεί θανατηφόρο φάρμακο, αλλά μόνο αποσύρει την φορτική και οδυνηρή για τον ασθενή αγωγή ή το μηχάνημα που συντηρεί τη ζωή. Το σπουδαιότερο όμως είναι ότι η πρόθεση του ιατρού διαφέρει ουσιαστικά στις δύο περιπτώσεις: στην πρώτη η πρόθεσή του είναι ο θάνατος του ασθενούς, ενώ στην δεύτερη περίπτωση ο ιατρός προτίθεται να τερματίσει την οχληρή, οδυνηρή και ανυπόφορη για τον ασθενή θεραπευτική αγωγή (Κουντουράς και συν., 2003).

4ο επιχείρημα: Η νομιμοποίηση της ευθανασίας αποτελεί επικίνδυνη δημόσια πολιτική, οι δε δυσάρεστες συνέπειές της εστιάζονται, κατά κύριο λόγο, στη σχέση ασθενούς-ιατρού και στην πρακτική άσκηση της ιατρικής.

Πράγματι, η νομιμοποίησή της φαίνεται ότι υπονομεύει την εμπιστοσύνη του ασθενούς προς τον ιατρό. Έστω και μια μοναδική αναφορά καταχρήσεως, οδηγεί στην κατάργηση της εμπιστοσύνης και της καλής σχέσεως ασθενούς προς τον ιατρό. Οι ιατροί μπορεί να φτάσουν να θεωρούν την ευθανασία πιο εύκολη, ταχεία, αποτελεσματική και αποδοτική μέθοδο συγκριτικά με την επίπονη και συνεχή ιατρική προσπάθεια, η οποία είναι αναγκαία για έλεγχο των συμπτωμάτων και των παρεχόμενων συμβουλών προς τους σοβαρά πάσχοντες. Ενίοτε η ευθανασία καθίσταται πλέον προσοδοφόρα για τον ιατρό και για τους κληρονόμους. Επιπρόσθετα, η διαβρωτική επίδραση της ευθανασίας επεκτείνεται και στην αλλαγή της θεωρήσεως των σκοπών της ιατρικής. Η θεραπεία ή η ανακούφιση του πάσχοντος δυνατόν να αντικατασταθούν με την θεώρηση του θανάτου ως θεραπεία. Ήδη στην Ολλανδία και στο Βέλγιο όπου έχουν νομιμοποιήσει την ευθανασία, η ευθανασία περιγράφεται ως θεραπεία, μια επιπλέον συνταγογραφία (Κουντουράς και συν., 2003).

Ένας άλλος κίνδυνος που ελλοχεύει στη νομιμοποίηση της ευθανασίας είναι ο ποικίλος εξαναγκασμός των ασθενών να επιζητήσουν την ευθανασία. Οι χρονίως πάσχοντες ή οι ασθενείς που πεθαίνουν δυνατόν να καταναγκάζονται να επιλέξουν την ευθανασία με τη θεώρηση ότι οι οικογένειές τους θα αντιμετωπίσουν μειωμένη οικονομική επίπτωση και συγκινησιακή καταπόνηση. Ιδιαίτερα, ο εξαναγκασμός για ευθανασία αναμένεται ότι θα επικεντρώνεται στις τάξεις των φτωχών, υπερηλίκων, αναπήρων και άλλων ομάδων αποδυναμωμένων ασθενών του τρίτου κόσμου που είναι απομονωμένοι από το σύστημα ιατρικής φροντίδας. Αν νομιμοποιηθεί η ευθανασία, είναι προφανές ότι οι κατηγορίες αυτές των ασθενών θα είναι υποκείμενες σε καταλυτικό εξαναγκασμό να συναινέσουν για ευθανασία (Κουντουράς και συν., 2003).

Μια άλλη δυσμενής συνέπεια νομιμοποίησεως της ευθανασίας είναι η παρέisdυση δικαστηρίων, κατηγορών, μηνύσεων, δικηγόρων και αστυνομίας στην άσκηση της ιατρικής. Πράγματι, επειδή απαιτούνται δικαστικές εγγυήσεις για την ευθανασία, αναμένεται ο συχνός έλεγχος παραλείψεως, λάθους ή

καταχρήσεως, οπότε μοιραία εισβάλλει το σύστημα ποινικού δικαίου στα νοσοκομεία με δυνητική εμπλοκή των ιατρών (Κουντουράς και συν., 2003).

Τέλος, η πιο συζητημένη δυσμενής συνέπεια νομιμοποίησης της ευθανασίας είναι ο κίνδυνος επεκτάσεώς της από τους διανοητικά ικανούς στους μη ικανούς ασθενείς, στους ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται σε κωματώδη κατάσταση, στα ανήμπορα παιδιά και στους ψυχασθενείς. Είναι γνωστό ότι η έναρξη νέων ιατρικών πράξεων συμπεριλαμβανομένης της ευθανασίας, γίνεται πιλοτικά σε μικρό, καθορισμένο δείγμα πληθυσμού. Εντούτοις, με την απόκτηση της αρχικής εμπειρίας, υπάρχει η τάση επεκτάσεώς της σε ευρύτερο δείγμα ασθενών με βάση τον ισχυρισμό ότι η ευθανασία είναι λύτρωση και το επιχείρημα ότι ο θάνατος είναι πιο ευεργετικός από μια ζωή πόνου ή βασάνων, χωρίς συνείδηση ή υψηλή διάνοηση (Κουντουράς και συν., 2003).

10.Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ

Η Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδας, μέσα από την επιτροπή Βιοηθικής (2007) μέσα από το σύγγραμμα της δημοσιοποιεί της θέσεις της περί ευθανασίας.

Έτσι σύμφωνα με την επιτροπή βιοηθικής της εκκλησίας της Ελλάδος (2007), με τον όρο ευθανασία, εννοούμε τη με τη βοήθεια τρίτου, με ενέργεια ή παράλειψη (ενεργητική ή παθητική) επίσπευση τού θανάτου ενός ανθρώπου, ο οποίος υποφέρει ή πρόκειται να υποφέρει από μια ανίατη και επώδυνη ασθένεια, διατηρεί ή όχι τη συνείδησή του και έχει εκφράσει ο ίδιος την επίμονη επιθυμία του να διακοπεί ή ζωή του.

10.1.Θέσεις της Επιτροπής Βιοηθικής της Εκκλησίας της Ελλάδος

Η Επιτροπή Βιοηθικής της Εκκλησίας της Ελλάδος (2007), θεωρεί σαν δεδομένα:

- Η ζωή μας αποτελεί υπέρτατο δώρο τού Θεού, η αρχή και το τέλος τού οποίου βρίσκονται στα χέρια Του και μόνον «εν χειρί Θεού πνεύμα παντός ανθρώπου». Αποτελεί τον χώρο μέσα στον οποίο βρίσκει την έκφρασή του το αυτεξούσιο, συναντάται η χάρις τού Θεού με την ελεύθερη βούληση τού ανθρώπου και επιτελείται ή σωτηρία του. Κάθε προσπάθεια να προσδιορίζονται τα όρια της ζωής από την ανθρώπινη και μόνο βούληση, σκέψη, απόφαση ή ικανότητα απογυμνώνει τη ζωή από την ιερότητα της.
- Ο άνθρωπος επλάσθη κατά χάριν αθάνατος. Η αθανασία είναι η φυσική του κατάσταση. Διά της αμαρτίας όμως εισήλθε στον κόσμο ο πόνος, η φθορά και ο θάνατος.

- Η βιολογική ζωή δεν προσδιορίζει ολόκληρη την πορεία του ανθρώπου. Ο άνθρωπος δημιουργήθηκε από τον Θεό με σώμα και ψυχή που βρίσκονται σε αρραγή ενότητα, την οποία όμως διασπά το γεγονός του θανάτου. Με τον θάνατο, το μεν σώμα διαλύεται, η δε ψυχή διατηρείται για να ενωθεί εκ νέου με το αναστημένο πλέον σώμα.
- Η μεγάλη σπουδαιότητα της παρούσης ζωής κρίνεται σε συνάρτηση με τη δυνατότητα θεώσεως του ανθρώπου και λυτρώσεώς του δια της μετανοίας. Χωρίς πνευματική ζωή, η διατήρηση της βιολογικής ζωής του ανθρώπου χάνει τη σπουδαιότητά της, στερείται νοήματος και ανακυκλώνει τον θάνατο.
- Ο θάνατος είναι ένα γεγονός που συνδέεται όχι μόνο με το τέλος της βιολογικής ζωής αλλά και με ολόκληρη την ύπαρξη του ανθρώπου. Επειδή δε ή ζωή επεκτείνεται και μετά τον βιολογικό θάνατο, ο τρόπος με τον οποίο κανείς ζει και πεθαίνει έχει συνέπεια στην αιώνια κατάστασή του.

Από την άλλη, θεωρεί ότι η σύγχρονη Ιατρική τεχνολογία έχει καθοριστικά συντελέσει στην αντιμετώπιση των ποικίλων ασθενειών. Παράλληλα, όμως, έχει καταστήσει την ιατρική έντονα παρεμβατική, με αποτέλεσμα οι ασθενείς συχνά να οδηγούνται σε καινοφανείς, καθαρώς ιατρογενείς καταστάσεις, που οδηγούν σε πρωτόγνωρα διλήμματα και απολήγουν σε αναπάντητα ερωτήματα. Οι τραγικές καταστάσεις προβληματικής ζωής που προκαλούν σήμερα οι εξελίξεις στον χώρο της ιατρικής θέτουν από μόνες τους επί τάπητος το ερώτημα όχι μόνο αν επιτρέπεται να συντομεύσουμε κάποιου τη ζωή, αλλά και αν είναι ορθό να παρεμποδίζουμε τον θάνατο του. Η ιατροφαρμακευτική τεχνολογία δεν παρατείνει μόνο τη ζωή, αλλά ενίοτε και τη διαδικασία του θανάτου (Επιτροπή Βιοηθικής της Εκκλησίας της Ελλάδος, 2007).

10.2. Κοινωνικά και ψυχολογικά αίτια της ευθανασίας

Η Επιτροπή Βιοηθικής της Εκκλησίας της Ελλάδος (2007), αναφέρει ότι:

- Ο βαθύτερος λόγος που στις μέρες μας η ευθανασία απασχολεί τόσο την επικαιρότητα και προκαλεί πρωτοφανή κινητικότητα είναι το γεγονός ότι έχει επικρατήσει μια καθαρά υλιστική, εφήμερη και ευδαιμονιστική αντίληψη και πρακτική, η υγεία έχει αποκτήσει έντονα οικονομικό χαρακτήρα και ο άνθρωπος νοείται καθαρώς μηχανιστικά και εφήμερα.
- Επίσης υπογραμμίζει ότι η σύγχρονη καταναλωτική κοινωνία βλέπει τα άτομα που βρίσκονται σε νόσο τελικού σταδίου ως άσχετα με την παραγωγή και την κατανάλωση, ασύμφορα στην πρόοδο και εξέλιξη του συστήματος και εμπόδιο στην άνεση και ευδαιμονία των υπολοίπων. Παράλληλα, δεν μπορούμε να αγνοήσουμε και την ύπαρξη ψυχολογικών αιτίων που οδηγούν κάποιον στο να ζητήσει ευθανασία. Τέτοια συνήθως είναι: η απόγνωση λόγω της φυσικής δυσφορίας, η δειλία μπροστά στον φυσικό πόνο, η απογοήτευση από την εξασθένηση των φυσικών δυνάμεων και ο φόβος ότι αποτελεί βάρος για τους οικείους του.
- Το αίτημα της ευθανασίας προέρχεται συνήθως από άτομα που βρίσκονται σε κατάσταση καταθλίψεως. Αυτό σημαίνει πρώτον μεν ότι οι συνθήκες κάτω από τις οποίες εκφράζεται η επιθυμία για ευθανασία είναι τέτοιες που δεν εγγυώνται τη νηφαλιότητα του αιτούντος, κατά δεύτερο δε λόγο ότι, με την κατάλληλη υποστήριξη, συμπαράσταση και ενδεχομένως ψυχοθεραπευτική αγωγή, τα ίδια άτομα θα ήταν δυνατόν να εκφράσουν διαφορετικές επιλογές για το μέλλον τους. Η ανίατη και επώδυνη ασθένεια επιδρά επί της ψυχικής ισορροπίας του ασθενούς σε τέτοιο βαθμό, ώστε θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι είναι σχεδόν αδύνατον ο ασθενής να εκφράσει τη βούλησή του με διαύγεια σκέψεως η ευθυκρισία.

10.3.Κοινωνικές συνέπειες της ευθανασίας

Η Επιτροπή Βιοηθικής της Εκκλησίας της Ελλάδος (2007), αναφέρει ότι:

- Η εφαρμογή της ευθανασίας παρέχει εξουσίες στους ιατρούς και τους συγγενείς, πέραν αυτών που τους ανήκουν, με ανεξέλεγκτες συνέπειες. Από τον ιατρό εξαρτάται η περιγραφή της κατάστασως του ασθενούς. Από τους συγγενείς, των οποίων τα κίνητρα θα μπορούσε ενίοτε να είναι αμφιβόλου ποιότητας, εξαρτάται η απόφαση. Ο χαρακτήρας τους, η νοοτροπία, η διάθεση της στιγμής, η φιλοσοφική και θρησκευτική τοποθέτησή τους, ή ακόμη και προσωπικά συμφέροντα, θα μπορούσε να παίξουν καθοριστικό ρόλο στην απόφαση κάποιου να ζητήσει τη συντόμευση της ζωής του.
- Ο ρόλος τού ιατρού, όπως ως τώρα τον γνωρίζουν οι κοινωνίες μας, είναι αυτός τού ανεκτίμητου συμπαραστάτη στον αγώνα για υγεία και επιβίωση. Η ενεργός ανάμειξη του στη διαδικασία επισπεύσεως του θανάτου, ακόμη και από συμπόνια, καίρια τραυματίζει τις σχέσεις ιατρού-ασθενούς και αλλοιώνει την αξία της ανθρώπινης ζωής ως ύψιστου αγαθού.
- Το λεγόμενο «δικαίωμα στον θάνατο», που αποτελεί τη νομική κατοχύρωση της ευθανασίας, θα μπορούσε να μετεξελιχθεί σε απειλή της ζωής των ασθενών εκείνων που αδυνατούν να ανταποκριθούν οικονομικά στις απαιτήσεις της θεραπείας και νοσηλείας τους.
- Ανοίγοντας ουσιαστικά τη δίοδο προς την ευθανασία, αφ' ενός μεν διευκολύνονται σχέδια ανόμων συμφερόντων, αφ' ετέρου δε καλλιεργείται μια ρατσιστική και ευγονική λογική, σύμφωνα με την οποία προτιμώνται οι υγιείς, οι νέοι, οι ευκατάστατοι και οι πετυχημένοι.
- Η εφαρμογή της ευθανασίας σε ορισμένα κράτη δημιουργεί τον κίνδυνο άμεσων παρενεργειών και προβλημάτων σε άλλα κράτη, ένα από τα οποία είναι η λεγομένη «εμπορία του θανάτου», με τη

μεθόδευση παράνομης διακινήσεως όσων επιθυμούν την ευθανασία (περίπτωση Ολλανδίας και Ελβετίας).

10.4.Η πρόταση της Εκκλησίας

Η Επιτροπή Βιοηθικής της Εκκλησίας της Ελλάδος (2007), θεωρεί ότι τα βαθύτερα πνευματικά αίτια που οδηγούν σε μια θετική στάση έναντι της ευθανασίας είναι συνήθως ο άκρατος υλισμός, η πνευματική απογύμνωση του ανθρώπου, η έλλειψη πίστεως ή η άρνηση του Θεού, η θεώρηση του πόνου και της ασθένειας ως ατυχίας ή αδικίας, η αποϊεροποίηση της ζωής, η διασύνδεσή της μόνο με την εξωτερική ομορφιά και τη φυσική και οικονομική ευρωστία και η θεώρηση του θανάτου ως μοιραίου κοινωνικοβιολογικού συμβάντος και όχι ως ενδιάμεσου σταδίου της πορείας του ανθρώπου.

Επίσης, η ευθανασία, ενώ δικαιολογείται κοσμικώς ως «αξιοπρεπής θάνατος», στην ενεργητική της μορφή, αποτελεί υποβοηθούμενη αυτοκτονία, δηλαδή συνδυασμό φόνου και αυτοχειρίας. Για τον λόγο αυτό, είναι παρακμιακό κοινωνικό φαινόμενο απαξιώσεως του ανθρώπου. Παρακάτω επισημαίνει ότι οι στιγμές της ζωής μας πού συνδέονται με την αρχή και το τέλος της, όπως και αυτές της αδυναμίας, του πόνου και των δοκιμασιών μας, εγκρύπτουν μια μοναδική ιερότητα και αποτελούν μυστήριο πού απαιτεί ιδιάζοντα σεβασμό εκ μέρους των συγγενών, των ιατρών, των νοσηλευτών και της κοινωνίας ολόκληρης. Οι στιγμές αυτές, αν αντιμετωπιστούν πνευματικά και με προσευχή, διευκολύνουν την ταπείνωση και την αναζήτηση του Θεού και προσφέρουν στον άνθρωπο την εμπειρία της θείκης χάριτος και του θαύματος. Οι ίδιες στιγμές ευνοούν τον σύνδεσμο των ανθρώπων, την ανάπτυξη 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. Στις στιγμές αυτές μπορεί κανείς να ζήσει τη Χάρι τού Θεού και την αγάπη των ανθρώπων (Επιτροπή Βιοηθικής της Εκκλησίας της Ελλάδος, 2007).

Η Εκκλησία πιστεύει στην αθανασία της ψυχής, στην ανάσταση του σώματος, στην αιώνια προοπτική και πραγματικότητα, στους πόνους, στις δοκιμασίες ως αφορμές και ευκαιρίες σωτηρίας, στη δυνατότητα αναπτύξεως κοινωνίας αγάπης και συμπαραστάσεως μεταξύ των ανθρώπων. Με βάση αυτά διακηρύσσει ότι η ζωή μας βρίσκεται στα χέρια και μόνο του Θεού, ότι το κάθε τι που μας συμβαίνει είναι προς το συμφέρον μας, ότι δεν έχουμε το δικαίωμα να διορθώσουμε το σχέδιο του Θεού (Επιτροπή Βιοηθικής της Εκκλησίας της Ελλάδος, 2007).

Στην περίπτωση που ο ασθενής δεν έχει συνείδηση, αλλά υπάρχει ελπίδα ίασεως, ο ιατρός πρέπει να βοηθήσει με κάθε τρόπο στη συντήρηση της ανθρώπινης ζωής. Όταν ο ασθενής δεν έχει συνείδηση και μετά βεβαιότητας δεν υπάρχει ελπίδα ίασεως, το κενό της απουσίας συνειδήσεως του ασθενούς το καλύπτει η συνείδηση του ιατρού και των συγγενών. Γι' αυτό και υπογραμμίζεται η ανάγκη καλλιεργημένης συνειδήσεως των ιατρών. Στις περιπτώσεις που ο γιατρός, στηριζόμενος στις γνώσεις, στο αισθητήριο, στην εμπειρία, στην αγάπη προς τον ασθενή και στην πίστη του στον Θεό, αισθάνεται πώς πρέπει να αποφύγει τη χρήση επιθετικών μέσων που περισσότερο ταλαιπωρούν και καθόλου δεν θεραπεύουν, αυτό δεν κηλιδώνει την ηθική του ακεραιότητα (Επιτροπή Βιοηθικής της Εκκλησίας της Ελλάδος, 2007).

Η χρήση της ιατρικής επεμβάσεως καλό είναι να εκτείνεται μέχρι τού σημείου που οι επιπλοκές και τα επιπρόσθετα προβλήματα που δημιουργεί δεν βασανίζουν περισσότερο από όσο ανακουφίζουν. Ο πόνος παραχωρείται από τον Θεό, δεν πρέπει να προκαλείται ούτε να επιτείνεται από την ιατρική. Η παράταση της ζωής και ή ανακούφιση από τον πόνο πρέπει να συνεργούν στη βούληση του Θεού και όχι να αποτελούν αυτοσκοπό. Η καλλιέργεια υγιών σχέσεων αγάπης και κοινωνίας και ότι άλλο Ισχυροποιεί τον άνθρωπο ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει τον θάνατο και τον πόνο, συντελούν στην αντιμετώπιση της δοκιμασίας και στη μετατροπή της από προσωπική αγωνία σε αφορμή υγιούς μεθέξεως και κοινωνίας (Επιτροπή Βιοηθικής της Εκκλησίας της Ελλάδος, 2007).

11.Η ΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ

11.1.Συμμετοχή του ασθενούς

Η ικανότητα του ασθενούς να συμμετέχει στη λήψη της απόφασης αξιολογείται από τον ιατρό με βάση τα εξής κριτήρια:

1. επικοινωνία με το περιβάλλον επαρκής για την εξωτερίκευση προτιμήσεων,
2. κατανόηση των παρεχομένων από τον ιατρό πληροφοριών,
3. αντίληψη της κλινικής κατάστασης και των πιθανών συνεπειών των διαφόρων θεραπευτικών τακτικών,
4. λογική τεκμηρίωση της επιλογής (Κρανιδιώτης και συν., 2010).

Σε πολλές περιπτώσεις ένα σύμπλεγμα παραγόντων ελαττώνει ή καταργεί την παραπάνω ικανότητα: Η βαρύτητα της νόσου, οι νευρολογικές βλάβες, η φαρμακευτική καταστολή και αναλγησία, η διασωλήνωση, η ψυχοκινητική διέγερση (delirium) (Κρανιδιώτης και συν., 2010).

Η γνωστοποίηση του επικείμενου θανάτου θα επιβάρυνε ψυχολογικά το θνήσκοντα, ο οποίος, επιπλέον, θα αφηνόταν απροστάτευτος έναντι βασανιστικών συμπτωμάτων όπως ο πόνος και η δύσπνοια. Σύμφωνα με το αποκαλούμενο θεραπευτικό προνόμιο (therapeutic privilege), ο ιατρός επιτρέπεται να αποκρύπτει πληροφορίες που θεωρεί ότι η αποκάλυψή τους είναι δυνητικά επιβλαβής για το συναισθηματικά καταπονημένο, τεθλιμμένο ή ασταθή ασθενή (Κρανιδιώτης και συν., 2010).

11.2. Προκαταβολικός σχεδιασμός της φροντίδας

Ο προκαταβολικός σχεδιασμός της φροντίδας είναι η διαδικασία κατά την οποία ο ασθενής, γνωρίζοντας ότι κατά την εξέλιξη της νόσου ενδέχεται να απολέσει την ικανότητα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, συνεργάζεται με τους οικείους και τον ιατρό του για τη διαμόρφωση του περιγράμματος της μελλοντικής του φροντίδας. Πρόκειται για μια προσπάθεια να διευρυνθεί η ισχύς της αυτονομίας του ασθενούς με την εκ των προτέρων αντιμετώπιση και επίλυση διλημμάτων που είναι πιθανόν να προκύψουν αργότερα, όπως η χρήση ή μη των υποστηρικτικών της ζωής θεραπειών. Οι προτιμήσεις του ασθενούς κωδικοποιούνται και αποτυπώνονται σε επίσημα έγγραφα που ονομάζονται προκαταβολικές οδηγίες (advance directives). Υπάρχουν τρεις τύποι προκαταβολικών οδηγιών:

Η διαθήκη ζωής (living will), ο διορισμός πληρεξούσιου και ο συνδυασμός των δύο προηγούμενων (combined). Η διαθήκη ζωής περιγράφει ποιες θεραπείες επιθυμεί ή δεν επιθυμεί ο ασθενής να του προσφερθούν σε συγκεκριμένες κλινικές καταστάσεις. Με το διορισμό πληρεξούσιου, ο ασθενής εξουσιοδοτεί έναν αντιπρόσωπό του να λαμβάνει αποφάσεις για λογαριασμό του (Κρανιδιώτης και συν., 2010).

- Οι προκαταβολικές οδηγίες ενέχουν πρακτικά και ηθικά μειονεκτήματα. Πρώτον, δεν είναι ευρέως διαδεδομένες. Στις ΗΠΑ, η συχνότητα συμπλήρωσής τους αυξάνει, αλλά δεν υπερβαίνει το 10% των ασθενών που εισάγονται στις ΜΕΘ και το 35% των ηλικιωμένων (>60 ετών) της κοινότητας. Στις ευρωπαϊκές ΜΕΘ χρησιμοποιούνται σπάνια (Κρανιδιώτης και συν., 2010).
- Δεύτερον, οι προτιμήσεις των ασθενών δεν παραμένουν σταθερές, αλλά μεταβάλλονται στην πορεία του χρόνου. Περισσότερο επηρεάζονται από την ενεργότητα της νόσου και από παροδικούς παράγοντες, όπως το άγχος, η κατάθλιψη και η ένταση των σωματικών

συμπτωμάτων, παρά αντανακλούν κατασταλαγμένες προσωπικές αξίες. Γι' αυτό και ο προκαταβολικός σχεδιασμός της φροντίδας δεν πρέπει να εξαντλείται στη στιγμιαία τυπική συμπλήρωση ενός εγγράφου, αλλά να αποτελεί μια δυναμική διαδικασία συνεχούς επικοινωνίας του ασθενούς με τους οικείους και τον ιατρό του (Κρανιδιώτης και συν., 2010).

- Τρίτον, δεν είναι εφικτή η πρόβλεψη κάθε πτυχής των μελλοντικών κλινικών σεναρίων. Οι διαθήκες ζωής είναι συνήθως γενικόλογες, αλλά, ακόμη και όταν είναι λεπτομερείς, αδυνατούν να καλύψουν την ποικιλία και την πολυπλοκότητα των καταστάσεων που προκύπτουν στη διάρκεια της νόσου. Η αλλαγή των περιστάσεων μπορεί να καθιστά ωφέλιμη μια θεραπεία, την οποία είχε απορρίψει ο ασθενής (Κρανιδιώτης και συν., 2010).

11.3.Ο ρόλος του αντιπροσώπου

Ο ασθενής που στερείται την ικανότητα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων αναπληρώνεται στην εν λόγω διαδικασία από τον αντιπρόσωπό του. Όταν δεν υπάρχει διορισμένος πληρεξούσιος, ο αντιπρόσωπος επιλέγεται από τον κύκλο των πλησιέστερων συγγενών, κατά την εξής σειρά: σύζυγος, γονέας, ενήλικο τέκνο. Ο αντιπρόσωπος προσπαθεί να εικάσει (να φανταστεί) ποια θα ήταν η επιθυμία του ασθενούς στη συγκεκριμένη περίπτωση. Αποπειράται να ανασυνθέσει την προτίμησή του στη βάση της βιοθεωρίας, των αξιών και των πεποιθήσεών του. Αξιοποιεί προηγούμενες δηλώσεις του ασθενούς, συζητήσεις που είχαν γίνει σε ανύποπτο χρόνο και γενικά την πείρα που έχει αποκομίσει από την επαφή μαζί του. Όταν δεν είναι δυνατόν να υποτεθεί τι θα ήθελε ο ασθενής, ο αντιπρόσωπος υιοθετεί το κριτήριο του καλύτερου συμφέροντος, δηλαδή συγκρίνει το αναμενόμενο από τη θεραπεία όφελος με την ταλαιπωρία που συνεπάγεται αυτή (Beauchamp & Childress, 2009).

Η αντιπροσώπευση του ασθενούς από τον πλησιέστερο συγγενή του τυγχάνει μεγάλης αποδοχής στο γενικό πληθυσμό. Θεμελιώνεται ηθικά στην εγγύτητα της σχέσης, που επιτρέπει τη βαθύτερη γνώση της προσωπικότητας, στους δεσμούς αγάπης, που κινητοποιούν την ανιδιοτελή μέριμνα για το καλό του ασθενούς, και στον παραδοσιακό ρόλο της οικογένειας στην κοινωνία. Ωστόσο, έχει βρεθεί ότι οι εικασίες των αντιπροσώπων συχνά δεν ανταποκρίνονται στις πραγματικές επιθυμίες των ασθενών. Επίσης, οι συγγενείς δεν είναι πάντοτε πρόθυμοι να αντιπροσωπεύσουν τον ασθενή. Τις περισσότερες φορές τα μέλη της οικογένειάς έχουν ελάχιστο χρόνο να προετοιμαστούν για μια από τις πλέον δύσκολες και επώδυνες εμπειρίες της ζωής τους. Η υποχρέωση να λάβουν μέρος στη λήψη περίπλοκων αποφάσεων, για λογαριασμό ενός ανθρώπου που προηγουμένως ήταν ανεξάρτητος και αυτοκαθοριζόμενος, προσθέτει περαιτέρω στην ψυχική καταπόνηση που προκαλείται από τη νόσο του αγαπημένου (Κρανιδιώτης και συν., 2010).

11.4. Διαδικασία λήψης της απόφασης

Δύο μοντέλα λήψης της απόφασης είχαν υπάρξει κατά το παρελθόν: το πατερναλιστικό και το μοντέλο της αυτονομίας. Στο πατερναλιστικό μοντέλο, ο ιατρός είναι ο κηδεμόνας του ασθενούς, ο κάτοχος της εξειδικευμένης γνώσης, ο αποκλειστικά υπεύθυνος για τη λήψη των αποφάσεων. Πληροφορεί τον ασθενή και τους οικείους του για τη διάγνωση και την πρόγνωση, τους εξηγεί τη θεραπευτική στρατηγική, αλλά δεν τους εμπλέκει στη διαδικασία σχεδιασμού της φροντίδας. Η παραδοσιακή δικαίωση του πατερναλιστικού μοντέλου εδραζόταν στις αρχές του ωφελείν και του μη βλάπτειν. Η κατοχύρωση της αρχής του σεβασμού της αυτονομίας επέφερε την ηθική του απαξίωση (Κρανιδιώτης και συν., 2010).

Στο μοντέλο της αυτονομίας, ο ιατρός περιορίζεται στην έκθεση των διαθέσιμων θεραπευτικών επιλογών, της πιθανότητας επιτυχίας, των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων τους. Φείδεται συστάσεων και

συμβουλών για να μην προκαταλάβει τον ασθενή (ή τον αντιπρόσωπό του). Ο τελευταίος αφήνεται να αποφασίσει μόνος και ανεπηρέαστος, αξιολογώντας τα δεδομένα που του παρουσιάζονται (Κρανιδιώτης και συν., 2010).

Από το 2003, σε πολλές χώρες εφαρμόζεται ένα ενδιάμεσο μοντέλο, το οποίο ονομάστηκε μοντέλο της συναπόφασης. Στο μοντέλο αυτό, η θεραπευτική ομάδα και η οικογένεια μοιράζονται την ευθύνη για τη λήψη της απόφασης. Βασικά χαρακτηριστικά του είναι η επικοινωνία, η αλληλεπίδραση, η αμφίδρομη ανταλλαγή πληροφοριών, η τοποθέτηση αμφοτέρων των πλευρών στα διλήμματα που τέθηκαν και η συνεργασία, με σκοπό την επίτευξη συμφωνίας για την ακολουθητέα τακτική (Κρανιδιώτης και συν., 2010).

11.5.Σύγκρουση ιατρού – οικογένειας

Όταν οι συγγενείς επιμένουν στη συνέχιση ή κλιμάκωση της αγωγής παρά την αντίθετη γνώμη του ιατρού, προκύπτει σύγκρουση. Οι συγκρούσεις αυτές δεν είναι σπάνιες. Συνήθως, η διαφωνία των συγγενών είναι απότοκος της εσφαλμένης κατανόησης των ιατρικών πληροφοριών, της έλλειψης συνειδητοποίησης της βαρύτητας της κατάστασης, της διατήρησης μη ρεαλιστικών προσδοκιών ή της άρνησης αποδοχής του αναπότρεπτου θανάτου του αγαπημένου προσώπου. Επιπλέον, κάποιοι συγγενείς βαρύνονται από ενοχές, ενώ άλλοι προσμένουν το θαύμα. Το πολιτισμικό τους υπόβαθρο και η θρησκευτική τους πίστη διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο, καθώς ενδέχεται να αποθαρρύνουν ή να απαγορεύουν την απόσυρση της αγωγής. Τέλος, η στάση τους μπορεί να αντανakλά διαταραγμένες ενδοοικογενειακές σχέσεις ή να υποκρύπτει οικονομικά ή άλλης φύσης συμφέροντα. Η σύγκρουση ιατρού-συγγενών μεταβάλλει τη συλλογική προσπάθεια για το καλό του ασθενούς σε στείρα αντιπαράθεση. Ο ιατρός αισθάνεται ότι οι συγγενείς δεν τον εμπιστεύονται και αρχίζει να αμφισβητεί τις προθέσεις τους. Οι συγγενείς παραπονούνται ότι ο ιατρός δεν τους

καταλαβαίνει, αμφιβάλλουν για την προσήλωσή του στο σκοπό της ίασης και βιώνουν μοναξιά, καταπίεση ή εγκατάλειψη (Back & Arnold, 2005).

11.6.Επιτροπή δεοντολογίας

Η επιτροπή δεοντολογίας συγκροτείται κατά τα 2/3 της από ιατρούς και νοσηλευτές. Τα λοιπά μέλη της προέρχονται από άλλους κλάδους του νοσοκομειακού προσωπικού και από την κοινότητα. Περιλαμβάνει, οπωσδήποτε, έναν επαγγελματία υγείας με ειδίκευση στη Βιοηθική (ethicist) και ένα νομικό. Η επιτροπή λειτουργεί ως ανεξάρτητος διαμεσολαβητής. Αναλύει τα ιατρικά και ηθικά δεδομένα και καταλήγει σε γνωμοδότηση, που όμως δεν είναι δεσμευτική. Ευοδώνει την επικοινωνία, διαλευκαίνοντας τις παρεξηγήσεις και κομίζει προτάσεις για την άρση του αδιεξόδου. Επίσης, παρέχει κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη στην οικογένεια (Κρανιδιώτης και συν., 2010).

Σε καμιά περίπτωση ο ιατρός δεν πρέπει να υποχρεώνεται να χορηγεί ή να κλιμακώνει θεραπείες τις οποίες θεωρεί ανώφελες και οδυνηρές. Κάτι τέτοιο παραβιάζει την ηθική και την επαγγελματική του ακεραιότητα. Εάν και η επιτροπή Βιοηθικής αποτύχει να διευθετήσει τη σύγκρουση, διερευνάται η δυνατότητα μεταβίβασης της ευθύνης της φροντίδας του ασθενούς σε άλλον ιατρό του ίδιου ή άλλου νοσοκομείου, ο οποίος είναι πρόθυμος να παράσχει την αγωγή που επιθυμούν οι συγγενείς. Εάν δεν βρεθεί τέτοιος ιατρός, η υπόθεση οδηγείται στα δικαστήρια. Οι περιπτώσεις αυτές είναι εξαιρετικά σπάνιες και συνήθως ο ασθενής πεθαίνει προτού εκδοθεί η ετυμηγορία (Κρανιδιώτης και συν., 2010).

12.ΕΡΕΥΝΑ

12.1. Υλικό και μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα κατά τα έτη 2014-2016 στην αγγλική γλώσσα. Για την αναζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας, χρησιμοποιήθηκαν λέξεις κλειδιά, όπως: ευθανασία (euthanasia), βιοηθική, (bioethics), ανακουφιστική φροντίδα (palliative care), ανίατη νόσος (incurable disease).

12.2. Αποτελέσματα

**JAMA Psychiatry. 2016 Feb 10. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.2887.
[Epub ahead of print]**

**Euthanasia and Assisted Suicide of Patients With Psychiatric Disorders
in the Netherlands 2011 to 2014.**

Kim SY, De Vries RG, Peteet JR.

Abstract

IMPORTANCE:

Euthanasia or assisted suicide (EAS) of psychiatric patients is increasing in some jurisdictions such as Belgium and the Netherlands. However, little is known about the practice, and it remains controversial.

OBJECTIVES:

To describe the characteristics of patients receiving EAS for psychiatric conditions and how the practice is regulated in the Netherlands.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS:

This investigation reviewed psychiatric EAS case summaries made available online by the Dutch regional euthanasia review committees as of June 1, 2015. Two senior psychiatrists used directed content analysis to review and code the reports. In total, 66 cases from 2011 to 2014 were reviewed.

MAIN OUTCOMES AND MEASURES:

Clinical and social characteristics of patients, physician review process of the patients' requests, and the euthanasia review committees' assessments of the physicians' actions.

RESULTS:

Of the 66 cases reviewed, 70% (n = 46) were women. In total, 32% (n = 21) were 70 years or older, 44% (n = 29) were 50 to 70 years old, and 24% (n = 16) were 30 to 50 years old. Most had chronic, severe conditions, with histories of attempted suicides and psychiatric hospitalizations. Most had personality disorders and were described as socially isolated or lonely. Depressive disorders were the primary psychiatric issue in 55% (n = 36) of cases. Other conditions represented were psychotic, posttraumatic stress or anxiety, somatoform, neurocognitive, and eating disorders, as well as prolonged grief and autism. Comorbidities with functional impairments were common. Forty-one percent (n = 27) of physicians performing EAS were psychiatrists. Twenty-seven percent (n = 18) of patients received the procedure from physicians new to them, 14 of whom were physicians from the End-of-Life Clinic, a mobile euthanasia clinic. Consultation with other physicians was extensive, but 11% (n = 7) of cases had no independent psychiatric input, and 24% (n = 16) of cases involved disagreement among consultants. The euthanasia review committees found that one case failed to meet legal due care criteria.

CONCLUSIONS AND RELEVANCE:

Persons receiving EAS for psychiatric disorders in the Netherlands are mostly women and of diverse ages, with complex and chronic psychiatric, medical, and psychosocial histories. The granting of their EAS requests appears to involve considerable physician judgment, usually involving multiple physicians who do not always agree (sometimes without independent psychiatric input), but the euthanasia review committees generally defer to the judgments of the physicians performing the EAS.

Ευθανασία και υποβοηθούμενη αυτοκτονία του ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές στην Ολλανδία 2011-2014.

Περίληψη

Η ευθανασία ή η υποβοηθούμενη αυτοκτονία των ψυχιατρικών ασθενών αυξάνεται σε ορισμένες περιοχές, όπως το Βέλγιο και την Ολλανδία. Ωστόσο, λίγα είναι γνωστά σχετικά με την πρακτική αυτή, η οποία και παραμένει αμφιλεγόμενη. Αυτή η έρευνα εξέτασε τις περιπτώσεις ευθανασίας ή υποβοηθούμενης αυτοκτονίας σε ψυχιατρικούς ασθενείς, σε συνολικά 66 περιπτώσεις. Από τις 66 περιπτώσεις που εξετάστηκαν, το 70% (n = 46) ήταν γυναίκες. Συνολικά, το 32% (n = 21) ήταν 70 ετών και άνω, το 44% (n = 29) ήταν 50 έως 70 ετών, και 24% (n = 16) ήταν 30 έως 50 ετών. Οι περισσότεροι είχαν χρόνιες, σοβαρές διαταραχές, με ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας και ψυχιατρική νοσηλεία. Πολλοί από αυτούς παρουσίαζαν διαταραχές προσωπικότητας και χαρακτηρίζονταν σαν κοινωνικά απομονωμένα άτομα. Οι καταθλιπτικές διαταραχές ήταν το πρωτογενές ψυχιατρικό ζήτημα σε 55% (n = 36) των περιπτώσεων. Άλλες καταστάσεις που καταγράφηκαν ήταν ψυχώσεις, μετατραυματικό στρες ή άγχος, σωματόμορφες, νευρογνωστικές, και διατροφικές διαταραχές, καθώς και παρατεταμένη θλίψη και αυτισμός. Η συνοσηρότητα με λειτουργικά προβλήματα ήταν κοινή. Σαράντα ένα τοις εκατό (n = 27) των γιατρών που εκτέλεσαν υποβοηθούμενη αυτοκτονία ή ευθανασία ήταν οι ψυχίατροι. Είκοσι επτά τοις εκατό (n = 18) των ασθενών έλαβαν τη διαδικασία από τους γιατρούς άγνωστους σε αυτούς, 14 από τους οποίους

ήταν οι γιατροί ειδική κλινική που ασχολείται με το τέλος της ζωής σε μια κινητή κλινική ευθανασίας.. Οι επιτροπές επανεξέτασης της ευθανασίας διαπίστωσε ότι μία περίπτωση απέτυχε να ανταποκριθεί στα νομικά κριτήρια. Συμπερασματικά τα πρόσωπα που λαμβάνουν ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία για ψυχιατρικές διαταραχές στην Ολλανδία είναι κυρίως γυναίκες, διαφορετικών ηλικιών, με πολύπλοκο και χρόνιο ψυχιατρικό, ιατρικό και ψυχοκοινωνικό ιστορικό. Η χορήγηση αιτημάτων ευθανασίας ή υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, προκαλεί σημαντικά προβλήματα, καθώς η απόφαση δεν είναι πάντα ομόφωνη, ακόμα και όταν εμπλέκονται ανεξάρτητοι κριτές, αλλά γενικά οι επιτροπές αξιολόγησης για χορήγηση ευθανασίας ή υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, γενικά αναβάλουν τις αποφάσεις των γιατρών που συστήνουν τις παραπάνω μεθόδους.

Am J Transplant. 2016 Feb 4. doi: 10.1111/ajt.13746. [Epub ahead of print]

Organ donation after euthanasia A Dutch practical manual.

Bollen J, de Jongh W, Hagens H, van Dijk G, Ten Hoopen R, Ysebaert D, Ijzermans J, van Heurn E, van Mook W.

Abstract

Many physicians and patients do not realize that it is legally and medically possible to donate organs after euthanasia. The combination of euthanasia and organ donation is not common practice, often limited by the patient's underlying pathology, but has nevertheless been performed more than 40 times in Belgium and the Netherlands since 2005. In anticipation of patients' requests for organ donation after euthanasia and contributing to awareness of the possibility of this combination among general practitioners and medical specialists, the Maastricht University Medical Center (MUMC) and the Erasmus University Medical Center Rotterdam have developed a multidisciplinary practical manual in which the organizational steps regarding this combined procedure are described and explained. This practical manual lists the various criteria to fulfill, and the rules and regulations the different stakeholders involved, e.g. the patient, the performing physician, the transplant coordinator, the municipal coroner and the main treating physician need to comply with to meet all due diligence requirements. Although an ethicist was involved in writing this manuscript, this paper is not specifically meant to comprehensively address the ethical issues surrounding the topic.

Η δωρεά οργάνων μετά την ευθανασία, μια Ολλανδική πρακτική.

Περίληψη

Πολλοί γιατροί και οι ασθενείς δεν αντιλαμβάνονται ότι είναι νομικά και ιατρικά δυνατό να δωρίσουν όργανα μετά την ευθανασία. Ο συνδυασμός της ευθανασίας και της δωρεάς οργάνων δεν είναι κοινή πρακτική, συχνά περιορίζεται από την υποκείμενη παθολογία του ασθενούς, αλλά παρ'όλα αυτά έχουν πραγματοποιηθεί περισσότερες από 40 μεταμοσχεύσεις στο

Βέλγιο και την Ολλανδία από το 2005. Εν αναμονή των αιτημάτων των ασθενών για δωρεά οργάνων μετά την ευθανασία και συμβάλλοντας στην ευαισθητοποίηση της δυνατότητας αυτού του συνδυασμού μεταξύ των γενικών ιατρών και ειδικευμένων ιατρών, το ιατρικό Κέντρο του Πανεπιστημίου του Μάαστριχτ (MUMC) και το Πανεπιστήμιο Erasmus Medical Center του Ρότερνταμ έχουν αναπτύξει ένα διεπιστημονικό πρακτικό εγχειρίδιο, στο οποίο περιγράφονται και εξηγούνται τα οργανωτικά μέτρα σχετικά με την παρούσα συνδυασμένη διαδικασία. Αυτό το πρακτικό εγχειρίδιο απαριθμεί τα διάφορα κριτήρια, καθώς και τους κανόνες και τους κανονισμούς των διαφόρων ενδιαφερόμενων φορέων που εμπλέκονται, π.χ. ο ασθενής, ο γιατρός, ο συντονιστής μεταμόσχευσης, η δημοτική ιατροδικαστής και ο κύριος θεράπων ιατρός πρέπει να συμμορφώνονται όλων των παραμέτρων. Παρά το γεγονός ότι ένας ειδικός επί της Βιοηθικής συμμετείχε στην συγγραφή αυτού του εγχειριδίου, το παρόν έγγραφο δεν έχει ειδικά ως στόχο τη σφαιρική αντιμετώπιση των ηθικών ζητημάτων γύρω από το θέμα.

Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;160(0):A9992.

The End-of-life Clinic: results from the first year.

Snijdewind MC, Onwuteaka-Philipsen BD, Willems DL.

Abstract

In 2012 the Dutch Dying with Dignity Society (NVVE) founded the End-of-life Clinic, which provides euthanasia or help with assisted suicide at the request of people whose own doctor will not carry out euthanasia if the legal requirements of due care can be fulfilled. As part of an independent evaluation, we looked at the applications received by the End-of-life Clinic during its first year and at the outcomes of these applications. We wrote an extensive article on this subject which was published in JAMA Internal Medicine. One of the most important outcomes is that the End-of-life Clinic rejected a large percentage of the requests for its services, mainly as these came from people with psychiatric conditions. On the other hand, the End-of-life Clinic is certainly not the solution for all those people whose requests to their own doctor fall on deaf ears.

Κλινική τέλους του κύκλου ζωής: αποτελέσματα από το πρώτο έτος.

Περίληψη

Το 2012 η Ολλανδική οι Dutch Dying with Dignity Society (NVVE) ίδρυσε την κλινική τέλους της ζωής, η οποία προβλέπει την ευθανασία ή βοηθά με την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, κατόπιν αιτήματος των ανθρώπων των οποίων ο προσωπικός γιατρός δεν πραγματοποιεί την ευθανασία, όταν πληρούνται οι σχετικές απαιτήσεις. Ως μέρος μιας ανεξάρτητης αξιολόγησης, εξετάσαμε τις αιτήσεις που υποβλήθηκαν στην Κλινική τέλους ζωής κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους και τα αποτελέσματα αυτών των αιτήσεων. Ένα από τα πιο σημαντικά αποτελέσματα είναι ότι η Κλινική αυτή απέρριψε ένα μεγάλο ποσοστό των αιτήσεων για τις υπηρεσίες της, κυρίως για άτομα που προέρχονταν από ψυχιατρικές παθήσεις. Από την άλλη πλευρά, η Κλινική τέλους ζωής σίγουρα δεν είναι η λύση για όλους εκείνους τους ανθρώπους των οποίων οι αιτήσεις προς τον δικό τους γιατρό πέφτουν στο κενό.

Patient Educ Couns. 2015; 21(8):55.

Nursing staff and euthanasia in the Netherlands. A nation-wide survey on attitudes and involvement in decision making and the performance of euthanasia.

Francke AL, Albers G, Bilsen J, de Veer AJ, Onwuteaka-Philipsen BD.

Abstract

OBJECTIVES:

To give insight into Dutch nursing staff's attitudes and involvement regarding euthanasia.

METHODS:

The sample was recruited from a nation-wide existent research panel of registered nurses and certified nursing assistants. Descriptive analyses and multivariate logistic regression analyses were performed.

RESULTS:

587 respondents (response of 65%) completed the questionnaire. The majority (83%) state that physicians have to discuss the decision about euthanasia with the nurses involved. Besides, 69% state that a physician should discuss a euthanasia request with nurses who have regular contact with a patient. Nursing staff who have religious or other beliefs that they consider important for their attitude towards end-of-life decisions, and staff working in a hospital or home care, are most likely to have this opinion. Being present during the euthanasia is quite unusual: only a small group (7%) report that this has ever been the case in their entire working life. Seven% (incorrectly) think they are allowed to administer the lethal drugs.

CONCLUSION:

The majority want to be involved in decision-making processes about euthanasia. Not all are aware that they are not legally allowed to administer the lethal drugs.

PRACTICE IMPLICATIONS:

Nursing staff should be informed of relevant existing legislation and professional guidelines.

Νοσηλευτικό προσωπικό και ευθανασία στην Ολλανδία. Μια έρευνα σε εθνικό επίπεδο σχετικά με τη στάση και τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και η απόδοση της ευθανασίας.

Περίληψη

Στόχος της έρευνας είναι να δώσει μια εικόνα για τη στάση και τη συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού των Κάτω Χωρών όσον αφορά την ευθανασία. Σε αυτή την έρευνα απάντησαν 587 ερωτηθέντες (ανταπόκριση 65%). Η πλειοψηφία (83%) δηλώνουν ότι οι γιατροί πρέπει να συζητήσουν την απόφαση για ευθανασία με τις νοσηλεύτριες που συμμετέχουν. Άλλωστε, το 69% δηλώνουν ότι ένας γιατρός θα πρέπει να συζητήσει αίτημα της ευθανασίας με τις νοσηλεύτριες που έχουν τακτική επαφή με τον ασθενή. Αυτή η άποψη είναι πιο ισχυρή σε νοσηλευτικό προσωπικό που έχει θρησκευτικές ή άλλες πεποιθήσεις, καθώς και το προσωπικό που εργάζεται σε ένα νοσοκομείο ή σε υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι. Να είναι κάποια νοσηλεύτρια παρούσα κατά τη διάρκεια της ευθανασίας είναι αρκετά ασυνήθιστο: μόνο μια μικρή ομάδα (7%), απάντησε ότι αυτό έχει ποτέ συμβεί σε ολόκληρη τη διάρκεια ζωής τους. Τέλος 7% (λανθασμένα) πιστεύουν ότι έχουν το δικαίωμα να διαχειρίζονται τα θανατηφόρα φάρμακα. Φαίνεται ότι η πλειοψηφία θέλει να συμμετέχει στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων σχετικά με την ευθανασία. Ωστόσο δεν γνωρίζουν όλοι ότι νομικά δεν επιτρέπεται να διαχειρίζονται τα θανατηφόρα φάρμακα.

Rev Mal Respir. 2015 Mar;21(8):55.

Euthanasia 2002-2014: The situation in Belgium.

Lossignol D.

Abstract

INTRODUCTION:

Since 2002, Belgian law has authorized the practice of euthanasia under certain clear conditions. All cases have to be reported to the Assessment and Control Commission (ACC). To date, more than 9000 cases have been reported.

AIM:

To make a statement about the Belgian experience requires consideration of several different essential points: detailed data and information from the ACC reports, their analysis, consequences on medical practice, problems experienced, legal and medical perspectives, criticism and attacks. The concept of individual and institutional conscience is also considered. Euthanasia for minors has been permitted since March 2014 but, to date, no case has been reported. In the light of what has happened in Belgium, we propose to analyse the legal situation in France.

MAIN POINTS AND CONCLUSIONS:

The Belgian experience is much more than an example and shows that, in difficult and painful situations, it is possible to meet the expectations of patients experiencing intolerable suffering with great respect and without imposing dogmatically something they do not wish.

Ευθανασία 2002-2014: Η κατάσταση στο Βέλγιο.

Περίληψη

Από το 2002, το βελγικό δίκαιο έχει επιτρέψει την πρακτική της ευθανασίας, υπό ορισμένες σαφείς προϋποθέσεις. Όλες οι περιπτώσεις αυτές πρέπει να αναφέρονται στην Επιτροπή Αξιολόγησης και Ελέγχου (ACC). Μέχρι σήμερα,

πάνω από 9.000 περιπτώσεις έχουν αναφερθεί. Μέσα από την παρούσα μελέτη εξετάζονται διάφορες παράμετροι από τις εκθέσεις της ACC, οι επιπτώσεις στην ιατρική πρακτική, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, οι νομικές και ιατρικές απόψεις, η κριτική και οι επιθέσεις. Επίσης εξετάζεται η έννοια της ατομικής και θεσμικής συνείδησης. Η ευθανασία στους ανηλίκους έχει επιτραπεί από το Μάρτιο του 2014, αλλά, μέχρι σήμερα, δεν έχει αναφερθεί κάποια περίπτωση. Η βελγική εμπειρία είναι κάτι πολύ περισσότερο από ένα παράδειγμα και δείχνει ότι, σε δύσκολες και επώδυνες καταστάσεις, είναι δυνατόν να ανταποκριθεί στις προσδοκίες των ασθενών που εμφάνισαν αφόρητη ταλαιπωρία με μεγάλο σεβασμό και χωρίς να επιβάλλει δογματικά κάτι που δεν επιθυμούν.

Iran J Public Health. 2014 Oct;43(10):1316-23.

Euthanasia: Murder or Not: A Comparative Approach.

Banović B, Turanjanin V.

Abstract

Background Euthanasia is one of the most intriguing ethical, medical and law issues that marked whole XX century and beginning of the XXI century, sharply dividing scientific and unscientific public to its supporters and opponents. It also appears as one of the points where all three major religions (Catholic, Orthodox, and Islamic) have the same view. They are strongly against legalizing mercy killing, emphasizing the holiness of life as a primary criterion by which the countries should start in their considerations. Studying criminal justice systems in the world, the authors concluded that the issue of deprivation of life from compassion is solved on three ways. On the first place, we have countries where euthanasia is murder like any other murder from the criminal codes. Second, the most numerous are states where euthanasia is murder committed under privilege circumstances. On the third place, in the Western Europe we have countries where euthanasia is a legal medical procedure, under requirements prescribed by the law. In this paper, authors have made a brief comparison of the solutions that exist in some Islamic countries, where euthanasia is a murder, with Western countries, where it represents completely decriminalized medical procedure.

Ευθανασία: Δολοφονία ή όχι: Μια συγκριτική προσέγγιση.

Περίληψη

Η ευθανασία είναι ένα από τα πιο ενδιαφέροντα ηθικά, ιατρικά και νομικά ζητήματα που σημάδεψαν ολόκληρο τον εικοστό αιώνα και τις αρχές του εικοστού πρώτου αιώνα, διαιρώντας την επιστημονική και μη επιστημονική κοινότητα σε υποστηρικτές και αντιπάλους. Φαίνεται, επίσης, ως ένα από τα σημεία όπου οι τρεις μεγάλες θρησκείες (Καθολικοί, Ορθόδοξοι, και Μουσουλμάνοι) έχουν την ίδια άποψη. Οι θρησκείες αυτές καθίστανται έντονα κατά της νομιμοποίησης της δολοφονίας λόγω συμπόνιας, τονίζοντας

την ιερότητα της ζωής ως πρωταρχικό κριτήριο με το οποίο οι χώρες θα πρέπει να αρχίσουν στις εκτιμήσεις τους. Μελετώντας τα συστήματα ποινικής δικαιοσύνης στον κόσμο, οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το ζήτημα της στέρησης της ζωής από συμπόνια έχει λυθεί με τρεις τρόπους. Στην πρώτη θέση, έχουμε χώρες όπου η ευθανασία είναι φόνος όπως και κάθε άλλη δολοφονία από τους ποινικούς κώδικες. Η δεύτερη θέση, αναφέρεται στα πιο πολλά κράτη, όπου η ευθανασία είναι φόνος υπό συγκεκριμένες συνθήκες. Στην Τρίτη θέση, στη Δυτική Ευρώπη έχουμε χώρες όπου η ευθανασία είναι νόμιμη ιατρική διαδικασία, σύμφωνα με τις απαιτήσεις που προβλέπονται από το νόμο. Σε αυτή την εργασία, οι συγγραφείς έχουν κάνει μια σύντομη σύγκριση των λύσεων που υπάρχουν σε ορισμένες ισλαμικές χώρες, όπου η ευθανασία είναι μια δολοφονία, με τις δυτικές χώρες, όπου αντιπροσωπεύει πλήρως αποποινικοποιημένη ιατρική διαδικασία.

Linacre Q. 2015 May;82(2):128-34.

Pain medicine and palliative care as an alternative to euthanasia in end-of-life cancer care.

Erdek M.

Abstract

There exists support for euthanasia or physician-assisted suicide (PAS) in cases of terminal cancer. One of the premises for this approach is the goal of the alleviation of suffering. Do current means of pain control in the greater overall setting of palliative care serve as a desirable alternative? A contrast comparison may be drawn between the above approaches using both theological and medical sources to show that the enlightened use of both interventional and non-interventional pain medicine approaches in an integrated palliative care setting are a theologically grounded and medically feasible alternative to euthanasia or PAS in this population. Lay summary: Patients suffering from terminal cancer often have pain. Some have advocated euthanasia or physician-assisted suicide as a potential way of alleviating this suffering. Further examination of this topic, however, shows this approach may be essentially utilitarian and fail to consider the inherent value of human life. There has been significant development in recent years in the fields of pain medicine and palliative care, which afford alternate means of addressing suffering in this patient population.

Πόνος και ανακουφιστική φροντίδα ως εναλλακτική λύση για την ευθανασία στο τέλος του κύκλου ζωής στην φροντίδα του καρκίνου.

Περίληψη

Πολλοί υποστηρίζουν ότι η ευθανασία ή η υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία μπορεί να εφαρμοστεί σε καρκίνο τελικού σταδίου. Μία από τις προϋποθέσεις για την προσέγγιση αυτή είναι ο στόχος της ανακούφισης του πόνου. Μήπως τα σύγχρονα μέσα ελέγχου του πόνου στην ευρύτερη συνολική ρύθμιση της παρηγορητικής φροντίδας χρησιμεύουν ως μια επιθυμητή εναλλακτική λύση; Μπορεί να γίνει σύγκριση μεταξύ των

παραπάνω προσεγγίσεων χρησιμοποιώντας τόσο θεολογικές, όσο και ιατρικές πηγές για να δείξουν ότι η λογική χρήση επεμβατικών και μη επεμβατικών – φαρμακευτικών προσεγγίσεων για τον πόνο, σε ένα ολοκληρωμένο περιβάλλον παρηγορητικής φροντίδας είναι μια θεολογικά αποδεκτή και ιατρικά εφικτή εναλλακτική λύση για την ευθανασία ή την υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία σε αυτόν τον πληθυσμό. Οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο τελικού σταδίου έχουν συχνά πόνο. Μερικοί έχουν υποστηρίξει την ευθανασία ή υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία ως εναλλακτικό τρόπο ελάφρυνσης από αυτό τον πόνο. Περαιτέρω εξέταση του θέματος, ωστόσο, δείχνει αυτή η προσέγγιση αυτή αποτυγχάνει να εξετάσει την εγγενή αξία της ανθρώπινης ζωής. Υπήρξε σημαντική ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια στους τομείς της ιατρικής πόνου και της παρηγορητικής φροντίδας, τα οποία παρέχουν εναλλακτικά μέσα για την αντιμετώπιση της δυστυχία σε αυτόν τον πληθυσμό ασθενών.

Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A8991.

Limits to euthanasia.

de Kort SJ.

Abstract

A recent survey showed that less than half of Dutch physicians would find it conceivable to grant a request for euthanasia from a patient suffering from psychiatric disease or dementia, or who is tired of life. Because of a broader interpretation by the Regional Review Committees of the official criteria for due care, all recent cases of euthanasia in these specific groups of patients had been accepted. In this commentary it is argued that, following recent social developments in the Netherlands (including cuts in provision of care for the elderly and of mental health care, and a narrowed view about end-of-life issues), the official euthanasia criteria for due care are no longer suitable if we are to avoid a 'slippery slope' effect in cases such as those mentioned above. The criteria of a) a voluntary and well-considered request and b) absence of reasonable treatment alternatives are particularly under pressure.

Όρια στην ευθανασία.

Περίληψη

Μια πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι λιγότερο από το ήμισυ των Ολλανδών γιατρών θα ήταν πρόθυμο να ικανοποιήσει το αίτημα για ευθανασία σε έναν ασθενή που πάσχει από ψυχιατρική νόσο ή άνοια, ή που είναι κουρασμένος από τη ζωή. Έτσι λόγω μιας ευρύτερης ερμηνείας από τις Περιφερειακές Επιτροπές των επίσημων κριτηρίων, όλες οι πρόσφατες περιπτώσεις ευθανασίας σε αυτές τις συγκεκριμένες ομάδες ασθενών είχαν γίνει δεκτές. Με βάση αυτά τα δεδομένα υποστηρίζεται ότι, μετά τις πρόσφατες κοινωνικές εξελίξεις στην Ολλανδία (συμπεριλαμβανομένων των περικοπών στην παροχή φροντίδας για τους ηλικιωμένους και της φροντίδας ψυχικής υγείας), τα επίσημα κριτήρια για χορήγηση ευθανασίας δεν είναι πλέον κατάλληλα, αν θέλουμε να αποφύγουμε το φαινόμενο «κατηφόρας» σε περιπτώσεις όπως αυτές που αναφέρθηκαν παραπάνω. Τα κριτήρια για α) εθελοντικό και καλά

μελετημένο αίτημα και β) η απουσία λογικών εναλλακτικών θεραπειών εξετάζονται κάτω από πίεση.

**Heart Lung. 2015 May-Jun;44(3):260-3. doi: 10.1016/j.hrtlng.2015.03.001.
Epub 2015 Apr 1.**

Attitudes towards euthanasia among Greek intensive care unit physicians and nurses.

Kranidiotis G, Ropa J, Mprianas J, Kyprianou T, Nanas S.

Abstract

OBJECTIVES:

To investigate the attitudes of Greek intensive care unit (ICU) medical and nursing staff towards euthanasia.

BACKGROUND:

ICU physicians and nurses deal with end-of-life dilemmas on a daily basis. Therefore, the exploration of their stances on euthanasia is worthwhile.

METHODS:

This was a descriptive quantitative study conducted in three ICUs in Athens. The convenience sample included 39 physicians and 107 nurses.

RESULTS:

Of respondents, 52% defined euthanasia inaccurately, as withholding or withdrawal of treatment, while 15% ranked limitation of life-support among the several forms of euthanasia, together with active shortening of the dying process and physician - assisted suicide. Only one third of participants defined euthanasia correctly. While 59% of doctors and 64% of nurses support the legalization of active euthanasia, just 28% and 26% of them, respectively, agree with it ethically.

CONCLUSIONS:

Confusion prevails among Greek ICU physicians and nurses regarding the definition of euthanasia. The majority of staff disagrees with active euthanasia, but upholds its legalization.

Στάσεις απέναντι στην ευθανασία των Ελλήνων γιατρών και νοσηλευτών μονάδα εντατικής θεραπείας.

Περίληψη

Στόχος της μελέτης είναι να διερευνήσει τις στάσεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικών των Ελληνικών ΜΕΘ για την ευθανασία. Αυτό βασίζεται στη δεδομένο ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές των ΜΕΘ ασχοληθεί με διλήμματα για το τέλος του κύκλου ζωής σε καθημερινή βάση. Ως εκ τούτου, η διερεύνηση για τις θέσεις τους για την ευθανασία είναι αξίζει τον κόπο. Το δείγμα περιλαμβάνονται 39 γιατρούς και 107 νοσηλευτές. Από τους ερωτηθέντες το 52% που ορίζει την ευθανασία ανακριβώς, με ορισμούς όπως η παρακράτηση ή η διακοπή της θεραπείας, ενώ το 15% κατατάσσει περιορισμούς της υποστήριξης της ζωής ανάμεσα στις διάφορες μορφές της ευθανασίας, μαζί με την ενεργό συντόμευση της διαδικασίας θανάτου και την υποβοηθούμενη από το γιατρό αυτοκτονία. Μόνο το ένα τρίτο των συμμετεχόντων ορίζει σωστά ευθανασία. Ενώ το 59% των ιατρών και το 64% των νοσηλευτών υποστηρίζει τη νομιμοποίηση της ενεργητικής ευθανασίας, μόλις το 28% και το 26% από αυτούς, αντίστοιχα, συμφωνούν με αυτό ηθικά. Φαίνεται τελικά ότι σύγχυση επικρατεί μεταξύ των Ελλήνων γιατρών και νοσηλευτών των ΜΕΘ σχετικά με τον ορισμό της ευθανασίας. Η πλειοψηφία του προσωπικού διαφωνεί με ενεργή ευθανασία, αλλά υποστηρίζει τη νομιμοποίηση της.

Schmerz. 2015 Apr;29(2):211-6. doi: 10.1007/s00482-015-1513-z.

Euthanasia and physician-assisted suicide: Attitudes of physicians and nurses.

Zenz J, Tryba M, Zenz M.

Abstract

BACKGROUND:

The current debate about end-of-life decisions in Germany focuses on physician-assisted suicide (PAS). However, there is only limited information available on physicians' attitudes towards euthanasia or PAS, and no data on nurses' attitudes.

OBJECTIVES:

The aim is to explore attitudes of physicians and nurses with a special interest in palliative care and pain medicine using a case-related questionnaire.

METHODS:

An anonymous questionnaire, consisting of eight questions, was distributed to all participants of a palliative care congress and a pain symposium. The questions focused on two scenarios: (1) a patient with an incurable fatal illness, (2) a patient with an incurable but nonfatal illness. The question was: Should euthanasia or physician-assisted suicide (PAS) be allowed. In addition, the participants were asked what they wanted for themselves if they were the patient concerned.

RESULTS:

A total of 317 questionnaires were analyzed; the return rate was 70 %. The general support for euthanasia and PAS was high: 40.5 % supported euthanasia in case of a fatal illness ("definitely...", "probably should be allowed"), 53.5 % supported PAS. The support decreased in case of a nonfatal illness; however, it increased when the participants were asked about their attitudes if they were the patient concerned. Nurses were more open

towards euthanasia and PAS. In physicians the rejection of PAS was directly related to a higher level of qualification in the field of palliative care.

CONCLUSION:

The fact that nurses had a more positive attitude towards euthanasia and PAS and that all respondents accepted life-ending acts for themselves more than for their patients hints to still existing severe deficits in Germany.

Ευθανασία και υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία: Στάσεις των γιατρών και των νοσηλευτών.

Περίληψη

Η τρέχουσα συζήτηση για τις αποφάσεις στο τέλος του κύκλου ζωής στη Γερμανία επικεντρώνεται στην υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία. Ωστόσο, υπάρχουν μόνο περιορισμένες διαθέσιμες πληροφορίες σχετικά με τη στάση των γιατρών απέναντι στην ευθανασία ή την υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία και δεν υπάρχουν δεδομένα σχετικά με τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού. Ο στόχος της μελέτης είναι να διερευνήσει τις στάσεις των γιατρών και των νοσηλευτών με ένα ειδικό ενδιαφέρον για την παρηγορητική φροντίδα και την ιατρική του πόνου με τη χρήση ενός ερωτηματολογίου που σχετίζονται με υποθέσεις. Ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο, που αποτελείται από οκτώ ερωτήσεις, διανεμήθηκε σε όλους τους συμμετέχοντες σε ένα συνέδριο παρηγορητικής αγωγής. Οι ερωτήσεις επικεντρώθηκαν σε δύο σενάρια: (1) ένας ασθενής με ανίατη θανατηφόρα αρρώστια, (2) ένας ασθενής με ανίατη, αλλά μη θανατηφόρο ασθένεια. Το ερώτημα ήταν: Πρέπει να επιτρέπεται η ευθανασία ή η υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν τι ήθελαν για τον εαυτό τους αν ήταν στη θέση του σχετικού ασθενή. Συνολικά 317 ερωτηματολόγια αναλύθηκαν με το ποσοστό επιστροφής στο 70%. Η γενική υποστήριξη για την ευθανασία και την υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία ήταν υψηλή: 40,5% υποστήριξε την ευθανασία σε περίπτωση θανατηφόρου ασθένειας («σίγουρα ...", "κατά πάσα πιθανότητα θα πρέπει να επιτρέπεται"), 53,5% υποστήριξε υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία. Η υποστήριξη μειώθηκε σε περίπτωση μη θανατηφόρου ασθένειας. Ωστόσο,

αυξήθηκε όταν ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες σχετικά με τη στάση τους αν ήταν στη θέση του ασθενούς. Οι νοσηλεύτριες ήταν πιο ανοιχτές απέναντι στην ευθανασία και την υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία. Στους γιατρούς η απόρριψη της υποβοηθούμενης από τον ιατρό αυτοκτονία ήταν άμεσα συνδεδεμένη σε ένα υψηλότερο επίπεδο προσόντων στον τομέα της παρηγορητικής φροντίδας.

Int J Palliat Nurs. 2015 Jan;21(1):43-8. doi: 10.12968/ijpn.2015.21.1.43.

Nurses' attitudes towards euthanasia: a cross-sectional study in Iran.

Naseh L, Rafiei H, Heidari M.

Abstract

AIM:

Nurses have an important role in caring for terminally ill patients. They are often confronted with euthanasia but little is known about their attitudes towards it. The present study aimed to examine Iranian Muslim nurses' attitudes towards euthanasia.

METHODS:

In this exploratory cross-sectional study, all qualified registered nurses working in two teaching hospitals (Kashani and Hajar hospitals) in Iran were invited to participate. The Euthanasia Attitude Scale (EAS) was used to assess the nurses' attitude towards euthanasia. Of 266 nurses who fit the criteria, 190 participated in the study (response rate 72.9%); 91.1% (n=173) were female and 8.9% (n=17) were male.

RESULTS:

In total, 57.4%, 3.2% and 39.5% of nurses reported a negative, neutral and positive attitude to euthanasia respectively. Nurses reported their most negative attitude to the domain 'practical consideration' with mean of 2.36 ± 0.9 and most positive attitude to the domain 'treasuring life' with a mean EAS score of 2.85 ± 0.4 .

CONCLUSION:

The majority of Muslim nurses were found to have negative attitudes to euthanasia. We recommend that future studies should be conducted to examine Muslim nurses' attitudes to euthanasia in different cultures to determine the role of culture and religious beliefs in attitude to euthanasia.

Η στάση των νοσηλευτών απέναντι στην ευθανασία: μια διασταυρούμενη μελέτη στο Ιράν.

Περίληψη

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη φροντίδα των ασθενών με ασθένεια τελικού σταδίου. Είναι συχνά αντιμέτωποι με ευθανασία, αλλά λίγα είναι γνωστά σχετικά με τη στάση τους προς την κατεύθυνση αυτή. Η παρούσα μελέτη είχε ως σκοπό να εξετάσει τις στάσεις της ιρανικής μουσουλμανικής κοινότητας νοσηλευτών απέναντι στην ευθανασία. Κλήθηκαν να συμμετάσχουν ειδικευμένοι νοσηλευτές που εργάζονται σε δύο πανεπιστημιακά νοσοκομεία (Kashani και Hajar) στο Ιράν. Η Euthanasia Attitude Scale (EAS) χρησιμοποιήθηκε για να εκτιμηθεί τη στάση των νοσηλευτών απέναντι στην ευθανασία. Εντάχθηκαν 266 νοσηλευτές, 190 συμμετείχαν στην έρευνα (ποσοστό ανταπόκρισης 72,9%) με το 91,1% (n = 173) ήταν γυναίκες και 8,9% (n = 17) ήταν άνδρες. Συνολικά, 57,4%, 3,2% και 39,5% των νοσηλευτών ανέφεραν αρνητική, ουδέτερη και θετική στάση απέναντι στην ευθανασία, αντίστοιχα. Η πλειοψηφία των μουσουλμάνων νοσηλευτών βρέθηκε να έχει αρνητική στάση απέναντι στην ευθανασία. Προτείνουμε μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να διεξαχθούν για να εξετάσουν τις στάσεις στην ευθανασία σε διαφορετικούς πολιτισμούς για τον προσδιορισμό του ρόλου του πολιτισμού και των θρησκευτικών πεποιθήσεων απέναντι στην ευθανασία.

Int Nurs Rev. 2015 Mar;62(1):13-20. doi: 10.1111/inr.12145. Epub 2014 Dec 1.

Nurses and the euthanasia debate: reflections from New Zealand.

Woods M, Bickley Asher J.

Abstract

AIM:

Through an examination of the present situation relating to legalizing euthanasia and/or physician-assisted death in New Zealand, this paper is intended to encourage nurses worldwide to ponder about their own position on the ever present topic of assisted dying and euthanasia.

BACKGROUND:

In New Zealand, euthanasia remains illegal, but in 2012, the 'End of Life Choice Bill' was put in the ballot for potential selection for consideration by Parliament, later to be withdrawn. However, it is increasingly likely that New Zealand will follow international trends to offer people a choice about how their lives should end, and that such a Bill will be resubmitted in the near future. Undoubtedly, the passage of such legislation would have an impact on the day-to-day practices of nurses who work with dying people.

SOURCES OF EVIDENCE:

This article has been prepared following a comprehensive review of appropriate literature both in New Zealand and overseas.

DISCUSSION:

This article aims to highlight the importance of nursing input into any national debates concerning proposed euthanasia or assisted dying laws. The discussion therefore covers New Zealand's experience of such proposed legislation, that is, the draft Bill itself and the implications for nurses, the history of the assisted dying debate in New Zealand, public and professional opinion, and national and international nursing responses to euthanasia.

CONCLUSION:

New Zealand nurses will eventually have an opportunity to make their views on proposed euthanasia legislation known, and what such legislation might mean for their practice. Nurses everywhere should seriously consider their own knowledge and viewpoint on this vitally important topic, and be prepared to respond as both individuals and as part of their professional bodies when the time inevitably arrives. The result will be a better informed set of policies, regulations and legislation leading to a more meaningful and dignified experience for dying people and their families.

IMPLICATIONS FOR NURSING AND HEALTH POLICY:

Nurses need to be fully informed about, and contribute to, proposed euthanasia or assisted dying legislation. They have extensive expertise in care of the dying, and should therefore be ready to influence law, policy and future nursing practices.

Νοσηλευτές και η συζήτηση ευθανασίας: αντανάκλασεις από τη Νέα Ζηλανδία.

Περίληψη

Μέσα από την εξέταση της παρούσας κατάστασης σχετικά με τη νομιμοποίηση της ευθανασίας ή / και υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία στη Νέα Ζηλανδία, αυτή η μελέτη έχει ως στόχο να ενθαρρύνει τις νοσηλεύτριες σε όλο τον κόσμο για να συλλογιστούν για τη δική τους θέση απέναντι στο θέμα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και της ευθανασίας. Στη Νέα Ζηλανδία, η ευθανασία παραμένει παράνομη. Ωστόσο, είναι όλο και πιο πιθανό ότι η Νέα Ζηλανδία θα ακολουθήσει τις διεθνείς τάσεις προσφοράς της επιλογής του τέλους της ζωής ως μια επιλογή, και ότι ένα τέτοιο νομοσχέδιο θα υποβληθεί στο εγγύς μέλλον. Αναμφίβολα, το πέρασμα αυτής της νομοθεσίας θα έχει αντίκτυπο στις καθημερινές πρακτικές των νοσηλευτών που εργάζονται με ανθρώπους που πεθαίνουν. Αυτό το άρθρο έχει ως στόχο να αναδείξει τη σημασία της εισόδου νοσηλευτικής σε οποιαδήποτε εθνικές συζητήσεις σχετικά με προτεινόμενη ευθανασία ή την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Ως εκ τούτου, η συζήτηση καλύπτει την εμπειρία

της Νέας Ζηλανδίας στην εν λόγω προτεινόμενη νομοθεσία, δηλαδή, το ίδιο το νομοσχέδιο και οι επιπτώσεις για τους νοσηλευτές, τη δημόσια συζήτηση στη Νέα Ζηλανδία, τη δημόσια και επαγγελματική γνώμη, και τις εθνικές και διεθνείς αντιδράσεις της νοσηλευτικής απέναντι στην ευθανασία. Στη Νέα Ζηλανδία νοσηλευτές θα έχουν τελικά την ευκαιρία να γνωστοποιήσουν τις απόψεις τους σχετικά με την προτεινόμενη νομοθεσία για την ευθανασία και τι σημαίνει μια τέτοια νομοθεσία για την πρακτική τους. Οι Νοσηλευτές πρέπει να εξετάσουν σοβαρά τη δική τους γνώση και άποψη για αυτό το θέμα ζωτικής σημασίας, και να είναι έτοιμοι να ανταποκριθούν τόσο ως άτομα όσο και ως επαγγελματικοί φορείς. Οι Νοσηλευτές πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι σχετικά, και να συμβάλει στην πρόταση για την ευθανασία ή την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Έχουν εκτεταμένη εμπειρία στην φροντίδα του ετοιμοθάνατου, και θα πρέπει, συνεπώς, να είναι έτοιμη να επηρεάσουν το δίκαιο, την πολιτική και τις μελλοντικές πρακτικές νοσηλευτικής.

Euthanasia outside Europe.

Julesz M.

Abstract

The passive form of euthanasia is legalized almost in every civilized country. Its active form is not a generally accepted legal institution. In Europe, active euthanasia is legalized only in The Netherlands, Belgium, Luxembourg and Switzerland. In Australia, the Act on the Rights of the Terminally Ill of 1995 legalized the institution of assisted suicide, which is not identical to active euthanasia. The difference lies in the fact that legalized active euthanasia means that the author of a murder is not punishable (under certain circumstances), whilst assisted suicide is not about murder, rather about suicide. In the first case, the patient is killed on his or her request by someone else. In the second case, the patient himself or herself executes the act of self-killing (by the assistance of a healthcare worker). In Australia, the institution of assisted suicide was repealed in 1997. Assisted suicide is legal in four USA member states: in Vermont, Washington, Montana and Oregon. In Uruguay, the active form of euthanasia has been legal since 1932.

Ευθανασία εκτός Ευρώπης.

Περίληψη

Η παθητική μορφή ευθανασίας έχει νομιμοποιηθεί σχεδόν σε κάθε πολιτισμένη χώρα. Η ενεργή μορφή της, δεν είναι γενικά αποδεκτή. Στην Ευρώπη, η ενεργός ευθανασία είναι νόμιμη μόνο στις Κάτω Χώρες, το Βέλγιο, το Λουξεμβούργο και την Ελβετία. Στην Αυστραλία, ο νόμος για τα Δικαιώματα του Ανιάτων του 1995 νομιμοποίησε το θεσμό της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, η οποία δεν είναι ταυτόσημη με ενεργή ευθανασία. Η διαφορά έγκειται στο γεγονός ότι η νομιμοποιημένη ενεργός ευθανασία σημαίνει ότι ο συντάκτης της δολοφονίας δεν τιμωρείται (υπό ορισμένες συνθήκες), ενώ η υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν σημαίνει φόνο, ούτε αυτοκτονία. Στην πρώτη περίπτωση, ο ασθενής θανατώνεται μετά από αίτημά του από κάποιον

άλλο. Στη δεύτερη περίπτωση, ο ίδιος ο ασθενής εκτελεί την πράξη της αυτοδολοφονίας (με τη βοήθεια ενός εργαζόμενου υγειονομικής περίθαλψης). Στην Αυστραλία, ο θεσμός της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας καταργήθηκε το 1997. Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι νόμιμη σε τέσσερις πολιτείες των ΗΠΑ: στο Βερμόντ, την Ουάσινγκτον, τη Μοντάνα και το Όρεγκον. Στην Ουρουγουάη, η δραστική μορφή της ευθανασίας είναι νόμιμη από το 1932.

Omega (Westport). 2014;69(1):93-103. doi: 10.2190/OM.69.1.f.

Nursing students' approaches toward euthanasia.

Ozcelik H, Tekir O, Samancioglu S, Fadiloglu C, Ozkara E.

Abstract

BACKGROUND:

In Turkey, which is a secular, democratic nation with a majority Muslim population, euthanasia is illegal and regarded as murder. Nurses and students can be faced with ethical dilemmas and a lack of a legal basis, with a conflict of religious beliefs and social and cultural values concerning euthanasia. The aim of this study was to investigate undergraduate nursing students' attitudes towards euthanasia.

METHOD:

The study, which had a descriptive design, was conducted with 600 students. The 1st, 2nd, 3rd, and 4th year nursing students at a school of nursing were contacted in May 2009, and 383 students (63.8% of the study population of a total of 600 students) gave informed consent. Two tools were used in accordance with questionnaire preparation rules.

RESULTS:

The majority of students were female and single (96.9%), and their mean age was 21.3 ± 1.5 years. A majority (78.9%) stated they had received no training course/education on the concept of euthanasia. Nearly one-third (32.4%) of the students were against euthanasia; 14.3% of the students in the study agreed that if their relatives had an irreversible, lethal condition, passive euthanasia could be performed. In addition, 24.8% of the students agreed that if they themselves had an irreversible, lethal condition, passive euthanasia could be performed. Less than half (42.5%) of the students thought that discussions about euthanasia could be useful. There was a significant relation between the study year and being against

euthanasia ($p < 0.05$), the idea that euthanasia could be abused ($p < 0.05$), and the idea that euthanasia was unethical ($p < 0.05$).

CONCLUSION:

It was concluded that the lack of legal regulations, ethical considerations, religious beliefs, and work experience with dying patients affect nursing students' attitudes towards euthanasia.

Θέσεις των φοιτητών νοσηλευτικής για την ευθανασία

Περίληψη

Στην Τουρκία, η οποία είναι ένα κοσμικό, δημοκρατικό έθνος με την πλειοψηφία της να αποτελείται από μουσουλμανικό πληθυσμό, η ευθανασία είναι παράνομη και θεωρείται ως δολοφονία. Οι νοσηλευτές και οι φοιτητές νοσηλευτικής μπορεί να βρεθούν αντιμέτωποι με ηθικά διλήμματα και έλλειψη νομικής βάσης, με μια σύγκρουση των θρησκευτικών πεποιθήσεων και των κοινωνικών και πολιτιστικών αξιών σχετικά με την ευθανασία. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να διερευνήσει τις στάσεις των προπτυχιακών φοιτητών νοσηλευτικής απέναντι στην ευθανασία. Η μελέτη διεξήχθη με 600 φοιτητές και 383 φοιτητές (63,8% του πληθυσμού της μελέτης σε σύνολο 600 μαθητές) έδωσαν στοιχεία. Η πλειοψηφία των φοιτητών ήταν γυναίκες και άγαμες (96,9%), και η μέση ηλικία τους ήταν $21,3 \pm 1,5$ χρόνια. Η πλειοψηφία (78,9%) δήλωσαν ότι δεν είχαν λάβει καμία ενημέρωση σε μαθήματα / εκπαίδευση σχετικά με την έννοια της ευθανασίας. Σχεδόν το ένα τρίτο (32,4%) από τους φοιτητές ήταν κατά της ευθανασίας. Το 14,3% των φοιτητών στη μελέτη συμφώνησαν ότι, αν οι συγγενείς τους είχαν μια μη αναστρέψιμη, θανατηφόρα κατάσταση, η παθητική ευθανασία θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί. Επιπλέον, το 24,8% των φοιτητών συμφώνησε ότι αν οι ίδιοι είχαν μια μη αναστρέψιμη, θανατηφόρα κατάσταση, η παθητική ευθανασία θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί. Λιγότεροι από τους μισούς (42,5%) των φοιτητών θεωρούν ότι οι συζητήσεις σχετικά με την ευθανασία μπορεί να είναι χρήσιμες. Το συμπέρασμα ήταν ότι υπάρχει έλλειψη νομοθετικού πλαισίου και η θέση απέναντι στην ευθανασία

καθορίζεται από ηθικά ζητήματα, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, και την εργασιακή εμπειρία.

Pol Merkur Lekarski. 2014 Mar;36(213):195-9.

Futile medical care and euthanasia in the opinion of professional nurses.

Renn-Zurek A.

Abstract

Futile medical care and euthanasia are hard to assess unequivocally and are becoming a frequent topic of social discussion. The problem requires both ethical and moral consideration as well as legal regulations. As a medical issue it has got both its supporters and opponents. The aim of the study was to evaluate of nurses' attitudes and knowledge concerning euthanasia and persistent therapy.

MATERIAL AND METHODS:

The survey group included 183 nurses aged 30-58. The diagnostic method poll was applied, the technique used was a questionnaire.

RESULTS:

Among the nurses participating in the survey, 83% is against providing futile medical care when it is known that it will not bring any effect, while increasing the suffering and prolonging dying. 45% of the respondents consider euthanasia unacceptable, 41% think that euthanasia could be performed in cases in which patient's suffering cannot be relieved. 49% of the surveyed think that euthanasia should remain strictly prohibited by the Polish law, while 31% think that Polish legal system should legalize euthanasia.

CONCLUSIONS:

The nurses are aware that futile medical care for terminally ill and dying patients does not lead to successful treatment but instead it prolongs dying and suffering, at the same time resulting in extremely high financial costs. In most cases they are advocates of its discontinuing. The surveyed nurses differ in their approach towards euthanasia, some of them supporting the idea, the others opposing it. Most of them express the opinion that euthanasia

should be forbidden in the Polish law and their personal approach towards euthanasia is negative.

Η ματαιότητα της ιατρικής περίθαλψης και η ευθανασία κατά τη γνώμη των επαγγελματιών νοσηλευτών.

Περίληψη

Η ματαιότητα της ιατρικής περίθαλψης και η ευθανασία είναι δύσκολο να εκτιμηθούν με σαφήνεια και αποτελούν ένα συχνό θέμα κοινωνικής συζήτησης. Το πρόβλημα απαιτεί τόσο ηθική θεώρηση, καθώς και νομικούς κανονισμούς. Αποτελεί ένα ιατρικό θέμα που έχει υποστηρικτές και αντιπάλους. Ο σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογήσει τη στάση των νοσηλευτών και την ευθανασία των γνώσεων σχετικά και επίμονη θεραπεία. Η ομάδα μελέτης περιελάμβανε 183 νοσηλευτές ηλικίας 30-58. Μεταξύ των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα, το 83% ήταν εναντίον της παροχή μάταιης ιατρικής φροντίδας, όταν είναι γνωστό ότι δεν θα φέρει κανένα αποτέλεσμα, αυξάνοντας παράλληλα την ταλαιπωρία και την παράταση του θανάτου. Το 45% των ερωτηθέντων θεωρούν την ευθανασία απαράδεκτη, το 41% πιστεύει ότι η ευθανασία θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί σε περιπτώσεις κατά τις οποίες δεν μπορεί να απαλλαγεί από την ταλαιπωρία ο ασθενής. Το 49% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι η ευθανασία πρέπει να είναι αυστηρά απαγορευμένη από την νομοθεσία, ενώ το 31% πιστεύει ότι νομικό σύστημα θα πρέπει να νομιμοποιήσει την ευθανασία. Οι νοσηλευτές γνωρίζουν ότι η μάταιη ιατρική φροντίδα των ανιάτων ασθενών δεν θα οδηγήσει σε επιτυχή θεραπεία, αλλά αντ' αυτού παρατείνει το θάνατο και τα βάσανα, με αποτέλεσμα εξαιρετικά το υψηλό οικονομικό κόστος. Στις περισσότερες περιπτώσεις είναι υποστηρικτές της διακοπής της θεραπείας. Οι ερωτηθέντες νοσηλευτές διαφέρουν στην προσέγγισή τους προς την ευθανασία, ορισμένοι από αυτούς υποστηρίζουν την ιδέα, ενώ άλλοι είναι αντίθετοι. Οι περισσότεροι από αυτούς εκφράζουν την άποψη ότι η ευθανασία θα πρέπει να απαγορεύεται στην νομοθεσία και η προσωπική τους προσέγγιση απέναντι στην ευθανασία είναι αρνητική.

12.3. Συμπεράσματα

Υπέρ της ευθανασίας

Η ευθανασία ή η υποβοηθούμενη αυτοκτονία αποτελεί μια νόμιμη διαδικασία σε χώρες όπως το Βέλγιο και την Ολλανδία. Στην Ολλανδία από το 2012 λειτουργεί ειδική κλινική για το τέλος της ζωής, η οποία προβλέπει την ευθανασία ή βοηθά με την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, κατόπιν αιτήματος των ανθρώπων των οποίων ο προσωπικός γιατρός δεν πραγματοποιεί την ευθανασία, όταν πληρούνται οι σχετικές απαιτήσεις.

Κατά την ίδια λογική οι νοσηλευτές των χωρών αυτών έχουν την πεποίθηση ότι πρέπει να συμμετέχουν στη συζήτηση περί ευθανασίας με τους ασθενείς τους, χωρίς ωστόσο να είναι νομικά κατοχυρωμένοι στην χορήγηση φαρμάκων για τέτοιο σκοπό.

Στο Βέλγιο η ευθανασία στους ανηλίκους έχει επιτραπεί από το Μάρτιο του 2014, αλλά, μέχρι σήμερα, δεν έχει αναφερθεί κάποια περίπτωση. Η βελγική εμπειρία δείχνει ότι σε δύσκολες και επώδυνες καταστάσεις, είναι δυνατόν να ανταποκριθεί στις προσδοκίες των ασθενών που εμφάνισαν αφόρητη ταλαιπωρία με μεγάλο σεβασμό και χωρίς να επιβάλλει δογματικά κάτι που δεν επιθυμούν.

Μια ειδική κατηγορία ανθρώπων που αιτούνται ευθανασίας σε αυτές τις χώρες είναι οι ασθενείς με χρόνιες, σοβαρές διαταραχές, με ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας και ψυχιατρική νοσηλεία. Η χορήγηση αιτημάτων ευθανασίας ή υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, προκαλεί σημαντικά προβλήματα, σε αυτές τις κατηγορίες ασθενών, καθώς η απόφαση δεν είναι πάντα ομόφωνη, ακόμα και όταν εμπλέκονται ανεξάρτητοι κριτές, αλλά γενικά οι επιτροπές αξιολόγησης για χορήγηση ευθανασίας ή υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, γενικά αναβάλλουν τις αποφάσεις των γιατρών που συστήνουν τις παραπάνω μεθόδους.

Επίσης μια άλλη πρακτική στην Ολλανδία είναι ο συνδυασμός της ευθανασίας και της δωρεάς οργάνων. Σε αυτή τη διαδικασία εμπλέκονται ο

ασθενής, ο γιατρός, ο συντονιστής μεταμόσχευσης, ο ιατροδικαστής και ο κύριος θεράπων ιατρός, εγείροντας νέα ερωτήματα βιοηθικής.

Μια προσέγγιση για την επέκταση της ευθανασίας υποστηρίζεται με βάση τις κοινωνικές εξελίξεις, που αφορούν τις περικοπές στην παροχή φροντίδας για τους ηλικιωμένους και τους χρόνιους ασθενείς της ψυχικής υγείας.

Σχετική μελέτη σε γιατρούς και νοσηλευτές της Γερμανίας έδειξε μια θέση υπέρ της ευθανασίας σε περιπτώσεις ανίατης ασθένειας, αλλά τα ποσοστά μειώθηκαν σε περιπτώσεις μη ανίατης ασθένειας, με το νοσηλευτικό προσωπικό να είναι πιο ανοιχτό απέναντι στο ζήτημα αυτό, λόγω του γεγονότος ότι οι γιατροί είναι καλύτεροι γνώστες των μεθόδων παρηγορητικής φροντίδας.

Κατά της ευθανασίας

Οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο τελικού σταδίου έχουν συχνά πόνο. Μερικοί έχουν υποστηρίξει την ευθανασία ή υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία ως εναλλακτικό τρόπο ελάφρυνσης από αυτό τον πόνο. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια υπάρχει σημαντική ανάπτυξη στους τομείς της ιατρικής του πόνου και της παρηγορητικής φροντίδας, τα οποία παρέχουν εναλλακτικά μέσα για την αντιμετώπιση του πόνου σε αυτό τον πληθυσμό ασθενών.

Από την άλλη οι τρεις μεγάλες θρησκείες (Καθολικοί, Ορθόδοξοι, και Μουσουλμάνοι) έχουν την ίδια άποψη, που υποστηρίζει τη θέση κατά της νομιμοποίησης της δολοφονίας λόγω συμπόνιας, τονίζοντας την ιερότητα της ζωής ως πρωταρχικό κριτήριο.

Στον Ελληνικό χώρο σχετική έρευνα δείχνει την έλλειψη ενημέρωσης και εκπαίδευσης στα θέματα της ευθανασίας, καθώς μεγάλο ποσοστό δεν γνωρίζει το ακριβή ορισμό του όρου και τον συγχέει με άλλες μορφές παρεμβάσεων, ιδιαίτερα στις ΜΕΘ.

Σχετικές μελέτες σε μουσουλμανικές χώρες έδειξαν αρνητική στάση απέναντι στην ευθανασία, τόσο στο αυστηρό μουσουλμανικό Ιράν, όσο και

στο κοσμικό μουσουλμανικό κράτος της Τουρκίας. Σε αυτές τις χώρες υπάρχει έλλειψη νομοθετικού πλαισίου και η θέση απέναντι στην ευθανασία καθορίζεται από τα ηθικά ζητήματα και τις θρησκευτικές πεποιθήσεις.

Στην Αυστραλία, ο νόμος για τα Δικαιώματα του Ανιάτων του 1995 νομιμοποίησε το θεσμό της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, η οποία δεν είναι ταυτόσημη με ενεργή ευθανασία. Η διαφορά έγκειται στο γεγονός ότι η νομιμοποιημένη ενεργός ευθανασία σημαίνει ότι ο συντάκτης της δολοφονίας δεν τιμωρείται (υπό ορισμένες συνθήκες), ενώ η υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν σημαίνει φόνο, ούτε αυτοκτονία. Στην πρώτη περίπτωση, ο ασθενής θανατώνεται μετά από αίτημά του από κάποιον άλλο. Στη δεύτερη περίπτωση, ο ίδιος ο ασθενής εκτελεί την πράξη της αυτο-δολοφονίας (με τη βοήθεια ενός εργαζόμενου υγειονομικής περίθαλψης). Στην Αυστραλία, ο θεσμός της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας καταργήθηκε το 1997.

Σχετική έρευνα στην Πολωνία έδειξε ότι οι νοσηλευτές γνωρίζουν ότι η μάταιη ιατρική φροντίδα των ανιάτων ασθενών δεν θα οδηγήσει σε επιτυχή θεραπεία, αλλά αντ' αυτού παρατείνει το θάνατο και τα βάσανα, με αποτέλεσμα εξαιρετικά το υψηλό οικονομικό κόστος. Στις περισσότερες περιπτώσεις είναι υποστηρικτές της διακοπής της θεραπείας. Οι ερωτηθέντες νοσηλευτές διαφέρουν στην προσέγγισή τους προς την ευθανασία, ορισμένοι από αυτούς υποστηρίζουν την ιδέα, ενώ άλλοι είναι αντίθετοι.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ακινόσογλου Κ., Αποστολάκης Ε., Δουγένης Δ. (2007). Τα δικαιώματα του ασθενούς και ποιος τα προστατεύει. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(6):605-611
- Back AL., Arnold RM.(2005). Dealing with conflict in caring for the seriously ill: "It was just out of the question". *JAMA*,293:1374–1381
- Banović B, Turanjanin V. (2014). Euthanasia: Murder or Not: A Comparative Approach. *Iran J Public Health*,43(10):1316-23.
- Beauchamp L., Childress F. (2009). *Principles of biomedical ethics*.6th ed. Oxford University Press, New York
- Bollen J., de Jongh W., Hagenaars H., van Dijk G., Ten Hoopen R., Ysebaert D., Ijzermans J., van Heurn E., van Mook W. (2016). Organ donation after euthanasia. A Dutch practical manual. *Am J Transplant*, 14(1):18-36
- Βούλτσος Π., Τσούγκας Μ. (2008). Ευθανασία: Ένα νομοθετικά ακάλυπτο, πολύπτυχο και οριακό ζήτημα. *Ιατρικό Βήμα*,2(4): 76-78
- de Kort SJ. (2015). Limits to euthanasia. *Ned Tijdschr Geneesk*,159:A8991.
- Erdek M. (2015). Pain medicine and palliative care as an alternative to euthanasia in end-of-life cancer care. *Linacre Q*, 82(2):128-34.
- Francke AL, Albers G, Bilsen J, de Veer AJ, Onwuteaka-Philipsen BD. (2015). Nursing staff and euthanasia in the Netherlands. A nation-wide survey on attitudes and involvement in decision making and the performance of euthanasia. *Patient Educ Couns*, 21(8):55.
- Garani T., Dalla-Borgia P., Papadatos I.,Kremastinou T. (2010). Critical Care Ethical Considerations in the subject of euthanasia. *Archives of Greek Medicine*, 13(1), 38-44.
- Julesz M. (2014). Euthanasia outside Europe. *Orv Hetil*,155(32):1259-64.
- Ιερά Σύνοδος Εκκλησίας της Ελλάδος-Επιτροπή Βιοηθικής. (2007). *Βασικές θέσεις στην ηθική της ευθανασίας*. The Holy Synod of the Church of Greece Bioethics Committee, 1st edition.
- Κατσανούλας Κ. (2009). Ηθικά διλήμματα, προτελεύτιες αποφάσεις και αποκλιμάκωση θεραπείας στη Μ.Ε.Θ. *Ελληνικό Περιοδικό Περιεγχειρητικής Ιατρικής*, 7:54-66

- Kim SY., De Vries RG., Peteet JR. (2016). Euthanasia and Assisted Suicide of Patients With Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011 to 2014. *JAMA Psychiatry*, 4(3):44-49.
- Κουντουράς Ι., Χατζόπουλος Δ., Ζαβός Χ. (2003). Ευθανασία. *Βήμα Κλινικής Ογκολογίας*, 2 (2):148-156.
- Κρανιδιώτης Γ., Γεροβασίλης Β., Τασούλης Α., Νανάς Σ. (2010). Προτελεύτια διλήμματα στη μονάδα εντατικής θεραπείας- Μη κλιμάκωση και απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(1):18-36
- Kranidiotis G, Ropa J, Mprianas J, Kyprianou T, Nanas S. (2015). Attitudes towards euthanasia among Greek intensive care unit physicians and nurses. *Heart Lung*,44(3):260-3.
- Kubler-Ross, E. (1997). *On death and dying*. New York:Touchstone.
- Κωστόπουλος Κ. (2011). Ευθανασία: Η Σφραγίδα της Αποτυχίας του Σύγχρονου Πολιτισμού. *Ach Iatr*, 30:76-78
- Κωστούρου Σ., Αδάμου Ε. (2009). Δικαιώματα ασθενών που πεθαίνουν. *Nosokomiaka Chronika*, 71, Supplement, 302-308
- Λιακόπουλος Ι., Κακάμπουρας Μ., Κολοβός Η., Χριστοπούλου Ι. (2010). Το ηθικό δίλημμα της ευθανασίας: Διερεύνηση της άποψης των νοσηλευτών έναντι του διλήμματος. *Το Βήμα Του Ασκληπιού*, 9(2): 205-221
- Liatsa K. (2009). *Philosophical issues of euthanasia (dissertation)*. Athens: Panteio University.
- Lossignol D. (2015). Euthanasia 2002-2014: The situation in Belgium. *Rev Mal Respir*, 21(8):55.
- Μαθιουδάκης Γ.(2013). *Ευθανασία: η διαχείριση της ζωής και του θανάτου- Η ευθανασία στην ιστορική διαδρομή της ανθρώπινης κοινωνίας*. Θεματολόγιο Πνευμονολογίας. <http://respi-gam.net/node/4754>.
- Μαστοράκης Κ., Μπαλογιάννης Σ. (2010). Το ζήτημα της ευθανασίας και ο σύγχρονος προβληματισμός. *Εγκέφαλος*, 47(3):144-149.
- Naseh L, Rafiei H, Heidari M. (2015). Nurses' attitudes towards euthanasia: a cross-sectional study in Iran. *Int J Palliat Nurs*, 21(1):43-8.
- Νταβώνη Γ., Μπαγιάτη-Λεβάκου Μ., Δάντσιου Μ. (2013). Ηθικοί προβληματισμοί για τον περιορισμό της θεραπείας και αποφάσεις στο τέλος της ζωής. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 6(2):5-14

- Ozcelik H, Tekir O, Samancioglu S, Fadiloglu C, Ozkara E. (2014). Nursing students' approaches toward euthanasia. *Omega (Westport)*, 69(1):93-103.
- Pusari D. (1998). Eight Cs of caring: A holistic framework for nursing terminal ill patients. *Contemporary Nurse*, 7,156-160.
- Renn-Zurek A. (2014). Futile medical care and euthanasia in the opinion of professional nurses. *Pol Merkur Lekarski*, 36(213):195-9.
- Snijdewind MC., Onwuteaka-Philipsen BD., Willems DL. (2015). The End-of-life Clinic: results from the first year. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 160(0):A9992.
- Woods M, Bickley Asher J. (2015). Nurses and the euthanasia debate: reflections from New Zealand. *Int Nurs Rev*, 62(1):13-20.
- Zenz J, Tryba M, Zenz M. (2015). Euthanasia and physician-assisted suicide : Attitudes of physicians and nurses. *Schmerz*, 29(2):211-6.