



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ – ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ



ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ:

ΒΑΓΓΕΛΗ ΜΑΡΙΑ

Α.Μ.: 15372

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΑΣΤΕΡΙΟΣ ΘΕΟΔΟΣΙΟΥ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ευθανασία είναι ένα πολυδιάστατο θέμα. Γιατροί, νοσηλευτές, νομικοί, κοινωνιολόγοι, φιλόσοφοι, θεολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, ασθενείς, συγγενείς, Μ.Μ.Ε., εκπροσωπούν συχνά τις πιο ακραίες απόψεις. Από την πλήρη νομιμοποίηση ως την πλήρη απόρριψη. Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι η λήψη απόφασης για ευθανασία αποτελεί δίλημμα που ταλανίζει την σκέψη πολλών ανθρώπων. Το παράδοξο είναι πως όλοι κινούνται από ανθρωπιστικά κίνητρα, από την αγάπη στον άνθρωπο, από σεβασμό στην προσωπικότητά του. Στην εργασία αυτή επιχειρείται να διερευνηθεί το πολυδιάστατο αυτό θέμα και να ερευνηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού.

Σκοπός, της πτυχιακής αυτής εργασίας είναι να διερευνηθεί τόσο η στάση των νοσηλευτών ως προς την ευθανασία όσο και η παρέμβαση τους .

Υλικό – Μέθοδος: Στην έρευνα πήραν μέρος 150 ιατροί, νοσηλευτές και κοινωνικοί λειτουργοί από τα Νοσοκομεία της Άρτας και Πρεβέζης. Χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο για να συλλεχθούν τα στοιχεία, ενώ τα γραφήματα και οι πίνακες των αποτελεσμάτων καταχωρήθηκαν σε λογιστικό φύλο Excel.

Αποτελέσματα: Το 64,7% των ερωτηθέντων τάσσεται υπέρ της ευθανασίας υπό ορισμένες προϋποθέσεις, αν και δεν παροτρύνουν ούτε επιτρέπουν σε συγγενή τους να προβεί σε αυτή. Το 54% επιθυμεί να νομιμοποιηθεί, ενώ το 31,3% έχει πραγματοποιήσει ευθανασία.

Συμπεράσματα: Δεδομένου των ηθικών και των θρησκευτικών διλημάτων που εγείρει η ευθανασία, στον ασθενή θα πρέπει να του προσφέρεται η καλύτερη και η πιο εξειδικευμένη φροντίδα, προκειμένου να εξασφαλιστεί ένας ήρεμος και ανώδυνος θάνατος. Η νομιμοποίηση της ευθανασίας είναι αναγκαίο να γίνει με σαφές νομικό πλαίσιο χωρίς περιθώρια παραποίησης του.

Λέξεις – Κλειδιά: ευθανασία, μορφές ευθανασίας, νομικό πλαίσιο ευθανασίας, χριστιανισμός και ευθανασία, νομιμοποίηση ευθανασίας.

ABSTRACT

Euthanasia is a multidimensional issue. Doctors, nurses, lawyers, sociologists, philosophers, theologians, social workers, patients, relatives, the media often represent the most extreme views. From full legalization to complete rejection. It is widely accepted that the decision for euthanasia is a dilemma that afflicts the thinking of many people. The paradox is that we all move from humanitarian springs from love to man, out of respect to personality. In this paper we attempt to explore the multidimensional issue and to investigate the factors influencing the attitude of nursing staff.

Purpose: of this work is to investigate the behavior of a specific region as nurses in euthanasia.

Material - Method: the survey involved 150 doctors, nurses and social workers from hospitals of Arta and Preveza. We used anonymous questionnaire to collect data and the graphs and tables of results were plotted with Excel sheets.

Results: 64.7% of respondents were in favor of euthanasia under certain conditions although not encourage nor allow their relatives to make it. 54% would like to be fixed, while 31.3% have done euthanasia.

Conclusions: Given the ethical and religious dilemmas raised by euthanasia, the patient should be offered better and more specialized care in order to ensure a calm and painless death. The legalization of euthanasia should be done with a clear legal framework without falsification margins.

Key - words: euthanasia, forms of euthanasia, euthanasia legal framework, Christianity and euthanasia, legalizing euthanasia

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
ABSTRACT	4
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	10
1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	10
1.3. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΟΡΟΥ.....	15
1.4. ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΑΠΟ ΑΛΛΑ ΕΙΔΗ ΕΠΙΘΑΝΑΤΙΑΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΜΟΡΦΕΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ	20
2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	20
2.2. ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	20
2.3. ΠΑΘΗΤΙΚΗ.....	25
2.4. ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΔΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΝΗΨΕΩΣ.....	28
2.5. ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΤΟΥ ΤΥΠΟΥ LIVING WILL (ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ)	29
2.6. ΔΥΣΘΑΝΑΣΙΑ	30
2.7. ΟΡΘΟΘΑΝΑΣΙΑ	32
2.8. ΕΠΙΤΑΧΥΘΑΝΑΣΙΑ.....	33
2.9. ΕΠΙΤΑΧΥΝΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ, ΤΟΥ ΚΑΤΑΔΙΚΑΣΜΕΝΟΥ ΣΕ ΘΑΝΑΤΟ, ΑΠΟ ΟΙΚΤΟ	34
2.10. ΕΥΓΟΝΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ.....	34
2.11. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	41
3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	41
3.2. ΟΙ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΠΟΥ ΕΓΙΝΑΝ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ	41
3.3. ΔΙΕΘΝΕΣ ΔΙΚΑΙΟ	45
3.4. Η ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ.....	57
4.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	57
4.2. ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	57
4.3. ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	67

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο : ΕΡΕΥΝΑ.....	72
6.1. ΣΚΟΠΟΣ, ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ, ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ, ΔΕΙΓΜΑ	72
6.2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	73
6.3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	85
6.4. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	88
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	89
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	90
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	91
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄	97

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Κατανομή νοσηλευτών στα νοσοκομεία	73
Πίνακας 2: Κατανομή με βάση το φύλο.....	74
Πίνακας 3: Κατανομή με βάση την ηλικία.....	74
Πίνακας 4: Κατανομή με βάση το επάγγελμα.....	74
Πίνακας 5: Τι σημαίνει για εσάς ευθανασία	75

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Πρέπει να εφαρμόζεται η ευθανασία;	76
Διάγραμμα 2: Ποιες είναι οι περιπτώσεις που πιστεύετε ότι πρέπει να εφαρμόζεται η ευθανασία;	77
Διάγραμμα 3: Θέλετε να νομιμοποιηθεί η ευθανασία στην Ελλάδα;	78

Διάγραμμα 4: Η ελληνική κοινωνία είναι έτοιμη να αποδεχτεί μία νομιμοποίηση οποιασδήποτε μορφής ευθανασίας;	78
Διάγραμμα 5: Θεωρείτε ότι τα θρησκευτικά πιστεύω επηρεάζουν την κοινή γνώμη για την εφαρμογή ή νομιμοποίηση της ευθανασίας;.....	79
Διάγραμμα 6: Έχετε πραγματοποιήσει ευθανασία;.....	80
Διάγραμμα 7: Πόσες φορές σας έχουν ζητήσει να πραγματοποιήσετε ευθανασία;.....	81
Διάγραμμα 8: Εάν η ευθανασία ήταν νόμιμη θα βοηθούσατε έναν ασθενή αφού σας το ζητούσε ο ίδιος ή κάποιος συγγενής του στο να τερματίσει τη ζωή του;.....	81
Διάγραμμα 9: Πιστεύετε ότι οι ασθενείς τελικού σταδίου ζητάνε ευθανασία πιο συχνά;	82
Διάγραμμα 10: Εάν ένας ασθενής σας έλεγε ότι έχει δικαίωμα να πεθάνει αξιοπρεπώς όποτε αυτός το θέλει, τι θα του λέγατε;	83
Διάγραμμα 11: Θα δίνετε τη συγκατάθεσή σας για εφαρμογή ευθανασίας σε κάποιο δικό σας πρόσωπο;	84
Διάγραμμα 12: Θα πρέπει να εφαρμόζεται η ευθανασία μόνο κατόπιν γραπτού αιτήματος του ασθενή και όχι σε άλλη περίπτωση;	84
Διάγραμμα 13: Εάν νομιμοποιηθεί η ευθανασία στην Ελλάδα θεωρείτε ότι θα μπορούσε να ξεφύγει από τα "όρια" και να φτάσει σε επίπεδο δολοφονίας;.....	85

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ευθανασία είναι ένα πολυδιάστατο θέμα. Γιατροί, νοσηλευτές, νομικοί, κοινωνιολόγοι, φιλόσοφοι, θεολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, ασθενείς, συγγενείς, Μ.Μ.Ε., εκπροσωπούν συχνά τις πιο ακραίες απόψεις. Από την πλήρη νομιμοποίηση ως την πλήρη απόρριψη. Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι η λήψη απόφασης για ευθανασία αποτελεί δίλημμα που ταλανίζει την σκέψη πολλών ανθρώπων. Το παράδοξο είναι πως όλοι κινούνται από ανθρωπιστικά ελατήρια, από την αγάπη στον άνθρωπο, από σεβασμό στην προσωπικότητά του.

Το πώς τοποθετούμαστε απέναντι στην «ευθανασία», που ετυμολογικά σημαίνει τον καλό θάνατο, τον ήπιο, τον ευτυχισμένο, τον ανώδυνο θάνατο, δηλαδή αυτόν που επέρχεται χωρίς σωματική οδύνη ή ψυχική αγωνία, έχει να κάνει με τη γενικότερη θεώρηση του ανθρώπου.

Όπως διαφαίνεται κατά την ανάλυση του θέματος, τον τελευταίο καιρό έχουν πολλαπλασιαστεί οι φωνές υπέρ της ευθανασίας. Από την άλλη πλευρά όμως, βρίσκονται και οι σφοδροί επικριτές αυτής, που υποστηρίζουν ότι η πράξη αυτή παραβιάζει τις ιερές αρχές του σεβασμού της ζωής. Και αυτό, γιατί η ευθανασία συζητείται για πάρα πολλές περιπτώσεις. Πέρα, λοιπόν από την έννοια της σύντηξης της επιθανάτιας αγωνίας ενός προσώπου που πεθαίνει «επώδυνα», γίνεται συζήτηση εφαρμογής της σε ενδεχόμενες προγεννητικές αναπηρίες, για παραμορφωμένα ή ανάπηρα βρέφη, για τους ανθρώπους σε «φυτική» κατάσταση, καθώς και για διάφορες φρενοβλάβειες. Επίσης, γίνεται διάκριση ανάμεσα στην ενεργητική και παθητική ευθανασία και σε κάποια άλλα είδη. Όποια όμως μορφή κι αν έχει, η εφαρμογή της ή όχι είναι αναγκαίο να μας προβληματίσει.

Σήμερα, όσοι μιλούν για «ευθανασία» εννοούν ένα «ανώδυνο ή αξιοπρεπή» θάνατο, όπως λένε, με την εφαρμογή κάποιας μεθόδου για τον τερματισμό της ζωής του ανθρώπου. Πρόκειται για τη «μέθοδο προκλήσεως του θανάτου, άνευ οδυνηρών συμπτωμάτων, προς

συντόμευση της αγωνίας μιας λίαν οδυνηρής και μοιραίας εκβάσεως της νόσου».

Το ζήτημα έχει γίνει σήμερα περίπλοκο επειδή συνεχώς αυξάνεται ο αριθμός των ανθρώπων, οι οποίοι νοσούν από ανίατες αρρώστιες ή από τις συνέπειες διαφόρων ατυχημάτων με αποτέλεσμα να επιζούν διάγοντας μια ζωή «φυτική» ή «χωρίς αξιοπρέπεια». Όπως και οι ασθενείς ή εκείνοι οι ηλικιωμένοι, οι οποίοι χάρη στις προόδους της ιατρικής και της τεχνολογίας, διατηρούνται με «υπερβολικές φροντίδες» σε μια ζωή, όπως λένε, «ανάξια να τη ζει κανείς» ή μη επιθυμητή.

Γίνεται λοιπόν λόγος για τη «διακοπή μιας επώδυνης ζωής χωρίς ελπίδα» με την «ευθανασία». Αναφέρεται το «δικαίωμα στο θάνατο», στον «αυτοκαθορισμό» και σεβασμό των συμφερόντων του αρρώστου και απαλλαγή αυτού από ένα «άσκοπο μαρτύριο». Όμως, αυτό το «χωρίς ελπίδα» και το «άσκοπο» των προσπαθειών, ποιος θα το κρίνει; Και ποιος θα πάρει την απόφαση; Ενώ θα τίθεται και το αμείλικτο ερώτημα «μήπως πρόκειται για τραγικό λάθος»; Το «ανίατο» μιας ασθένειας σήμερα, ποιος αποκλείει να γίνει «ιάσιμο» αύριο και μάλιστα μέσα σε χρονικό διάστημα απρόβλεπτα βραχύ;

Επίσης, η «οδυνηρή αγωνία» και ο ανθρώπινος πόνος είναι πράγματι μαρτύρια χωρίς αξία; Θα μπορούσαν άραγε να αντιμετωπιστούν επαρκώς, με αγάπη και φροντίδα ώστε να μην είναι απαραίτητη η θανάτωση του ασθενούς;

Σκέψεις που ζητούν προβληματισμό και απαντήσεις. Σήμερα, περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη εποχή πληθαίνουν οι φωνές οι οποίες ζητούν το κράτος να αντιμετωπίσει με νόμο όσους θέλουν να προβούν σε «ευθανασία». Μέχρι τώρα όμως η κοινωνία διατηρεί μια στάση ανοχής και μια τάση απόκρυψης περιπτώσεων μεμονωμένων, όπου χωρίς καμία νομική κάλυψη εφαρμόζεται η «ευθανασία».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις μέρες μας ο όρος «ευθανασία» έχει προσλάβει ένα εξαιρετικά ευρύ περιεχόμενο. Για το λόγο αυτό, μελετάται εδώ, το πώς εμφανίστηκε το θέμα της ευθανασίας και τι περιεχόμενο είχε ο όρος της στο πέρασμα του χρόνου. Τέλος, επισημαίνεται η διαφορά που ο όρος αυτός έχει από άλλα είδη επιθανάτιας διαδικασίας.

1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Το θέμα της ευθανασίας είναι τόσο πανάρχαιο, όσο και ο άνθρωπος. Έτσι μέχρι τα ιστορικά χρόνια, τα ανίατα και πάσχοντα άτομα θεωρήθηκαν «άχρηστα» και «αντιπαραγωγικά» σε πολλές κοινωνίες (Μητσόπουλος, 1980). Για πρώτη φορά συναντάμε τη λέξη «ευθανασία» σε ένα απόσπασμα κωμωδίας του ποιητή Ποσειδίππου που όμως σήμερα είναι χαμένη. Ο ποιητής αυτός έζησε γύρω στο 300 π.Χ. και γι' αυτόν η ευθανασία είναι ό,τι καλύτερο εύχεται κανείς να τύχει από τους θεούς: << *ων τοις θεοίς άνθρωπος εύχεται τυχείν, της ευθανασίας κρείττον ουδέν εύχεται* >> (Αβαγιανού, 2000). Έρευνα που πραγματοποιήθηκε έχει δείξει ότι η ευθανασία ασκείται από πολλούς πρωτόγονους λαούς, οι οποίοι εκθέτουν εις την εγκατάλειψη, γέροντες ή

βαρέως πάσχοντες ασθενείς, τους θάβουν ζωντανούς ή τους στραγγαλίζουν. Αυτή η μεταχείριση των ενηλίκων και των ανιάτων ασθενών δεν αποτελεί γενικό κανόνα συμπεριφοράς των πρωτόγονων. Όπου απαντάται, έχει σχεδόν πάντοτε ως κίνητρο την αγάπη και τον οίκτο προς τον ασθενή και το γέροντα συγγενή. Πρόκειται, επομένως, εδώ περί ευθανασίας, η οποία συνιστάται εις την θανάτωση της θεωρούμενης ως «ανάξια να ζεί ζωής».

Στην αρχαία Ελλάδα η ευθανασία έχει οπαδούς τόσο στη θεωρία όσο και στην πράξη. Χαρακτηριστική περίπτωση είναι αυτή των Σπαρτιατών, οι οποίοι σκότωναν τα παραμορφωμένα και ανάπηρα νεογέννητα, ρίχνοντάς τα στον Καιάδα, διότι πίστευαν ότι αυτό απαιτούσε το συμφέρον των ιδίων των ατυχών αυτών υπάρξεων και κυρίως της πολιτείας. Είναι φανερό ότι εδώ πρόκειται για ευθανασία με την κύρια έννοια του όρου, διότι τα κίνητρα είναι κυρίως ευγονικής φύσεως και δευτερευόντως λόγω οίκτου (Πλάτων, Πολιτεία).

Μία άλλη περίπτωση συναντάται στην ελληνική αποικία της Μασσαλίας. Χρησιμοποιούσαν ένα δηλητήριο (αγνώστου συστάσεως) με ανάμειξη κώνειου. Το δηλητήριο αυτό φυλαγόταν δημόσια από την ίδια την πολιτεία η οποία το χορηγούσε σε όποιον εξέθετε ενώπιον της Βουλής των Εξακοσίων τους λόγους για τους οποίους επιθυμούσε να πεθάνει. Παρόμοια περίπτωση συναντάμε και στους κατοίκους του Αιγαιοπελαγίτικου νησιού της Κέας. Όταν γερνούσαν οι μακρόβιοι κάτοικοι του νησιού αυτού, πριν ακόμη αρρωστήσουν ή υποστούν κάποια αναπηρία, (όχι μόνο σωματική αλλά και πνευματική), αυτοκτονούσαν με δηλητήριο (Πλάτων, Πολιτεία).

Ο Πλάτωνας, για λόγους ευγονίας, αλλά και από οίκτο προς τους πάσχοντες, τάσσεται υπέρ της ευθανασίας. Υποστηρίζει ότι η Ιατρική δεν πρέπει να ενδιαφέρεται για τους εκ γενετής ασθενείς, τόσο για να μην παρατείνονται τα βάσανά τους, όσο και για να μην φέρνουν στη ζωή και άλλα δυστυχισμένα πλάσματα. Επίσης υποστηρίζει ότι η πολιτεία πρέπει να φροντίζει για τη θεραπεία μόνο εκείνων που έχουν γεννηθεί σωματικά και ψυχικά υγιείς, ενώ οι μεν εκ γενετής

σωματικά ασθενείς θα πρέπει να αφήνονται να πεθαίνουν, οι δε ψυχικά ασθενείς θα πρέπει να θανατώνονται (Χρονόπουλος, 1980).

Κατά τους Ρωμαϊκούς χρόνους, την ευθανασία ασκούν κυρίως οι Στωϊκοί. Ο Στωϊκός σοφός «ευθανατεί» συνήθως με την αυτοκτονία. Ο Ζήνων π.χ. έπνιξε τον εαυτό του, διότι από πτώση είχε πάθει εξάρθρωση στο πόδι. Ο Κλεάνθης αυτοκτόνησε όταν υποβλήθηκε σε δίαιτα μετά από εντολή του γιατρού του, αλλά δεν την εκτέλεσε και προτίμησε να αυτοκτονήσει, γιατί νόμιζε ότι εκπλήρωσε την αποστολή του στον κόσμο αυτό (Πλάτων, Πολιτεία).

Ο M. Pohlenz υποστηρίζει ότι ο σοφός της παλαιότερης Στοάς ήταν δυνατό να αυτοκτονήσει προκειμένου να σώσει την πατρίδα και τους φίλους, να αποφύγει βασανιστικούς πόνους ή αναπηρία ή ανίατη ασθένεια. Στη νεότερη Στοά, σε πέντε κατά κανόνα περιπτώσεις, ήταν δυνατόν ο Στωϊκός να θέσει τέρμα στη ζωή του:

1. για χάρη της πατρίδας,
2. σε περίπτωση που η βία του τυράννου απαιτούσε ανήθικες αξιώσεις,
3. σε περίπτωση χρόνιας παθήσεως, η οποία δεν επιτρέπει στο σώμα να υπηρετεί την ψυχή,
4. σε περίπτωση αφόρητης φτώχειας και, τέλος,
5. σε περίπτωση ψυχασθένειας.

Ως προς τα κίνητρα που τους ωθούσαν σε αυτό, το κυριότερο ήταν το πνεύμα της απαισιοδοξίας. Αυτό φαίνεται, ήταν απόρροια του γεγονότος ότι οι Στωϊκοί είχαν μια ευδαιμονικότερη για τη ζωή αντίληψη, η οποία έχανε την αξία της, εάν ο φιλόσοφος δεν μπορούσε να περιμένει για οποιαδήποτε λόγο την ευτυχία από αυτήν. Σημειωτέων όμως, ότι όλοι οι Στωϊκοί αυτοκτόνησαν σε μεγάλη ηλικία.

Κατά τους χρόνους του Μεσαίωνα, η ευθανασία θεωρούνταν βαρύτατο αμάρτημα και η αυτοκτονία επέσυρε τιμωρία. Αυτή η θεώρηση ήταν αναμφίβολα αποτέλεσμα της επίδρασης της

χριστιανικής διδασκαλίας, η οποία υποστηρίζει το «ιερόν και απαραβίαστον της ανθρώπινης ζωής» αφενός, αλλά και την καρτερικότητα και την υπομονή στην αντιμετώπιση του πόνου αφετέρου.

Κατά τους νεότερους χρόνους, υπέρ της ευθανασίας τάσσονται δύο σπουδαίοι στοχαστές, οι Thomas More και Francis Bacon.

Ο Thomas More (1478-1535), Άγγλος φιλόσοφος και κοινωνιολόγος, στο έργο του *Utopia* (More, 2003), τάσσεται υπέρ της ευθανασίας. Ειδικότερα, υποστηρίζει ότι στις περιπτώσεις των αθεράπευτων ασθενών θα πρέπει να ασκηθεί ευθανασία με την προϋπόθεση όμως της συγκατάθεσης του ασθενούς. Για το σκοπό αυτό, θα πρέπει οι ιερείς και τα αρμόδια όργανα να πείσουν τον πάσχοντα να πεθάνει, είτε με αποδοχή από την τροφή, είτε με τη χρήση υπνωτικού ποτού (Δημόπουλος, 1987).

Ο Francis Bacon (1561-1626), επίσης Άγγλος πολιτικός και φιλόσοφος, είναι ο πρώτος που υποστηρίζει ότι οι γιατροί έχουν το χρέος να χρησιμοποιήσουν την επιστήμη έτσι, ώστε αυτοί που πεθαίνουν να φεύγουν από τη ζωή με τον ευκολότερο και ανώδυνο τρόπο (Ανδρουλάκη, 1974). Ο Bacon μάλιστα, χρησιμοποιεί τον όρο «εξωτερική ευθανασία» για τις ενέργειες του γιατρού που αποβλέπουν σε ανώδυνο θάνατο και τον όρο «εσωτερική ευθανασία», προκειμένου να χαρακτηρίζει την ψυχική προετοιμασία του θνήσκοντος, για την αντιμετώπιση του θανάτου (Bacon, 2003).

Στα τέλη του περασμένου αιώνα ο Νίτσε απαιτούσε την ευθανασία με τρόπο που ταίριαζε στο αδίστακτο πιστεύω του, στην αμείλικτη σκληρότητά του. Ζητούσε την ευθανασία «για τα παράσιτα της κοινωνίας». Γι' αυτόν κοινωνικά παράσιτα ήταν «οι άρρωστοι αυτοί, που έχασαν το νόημα του μέλλοντος» και γι' αυτό «είναι ακατανόητο να ζουν άλλο πια» (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

Το 1974 σαράντα προσωπικότητες, ανάμεσα στους οποίους οι τρεις ήταν κάτοχοι του

βραβείου Νόμπελ, υπέγραψαν ένα διεθνές μανιφέστο, που έγραφε τα εξής: «Κάνουμε έκκληση στη φωτισμένη κοινή γνώμη, που προχωρεί πέρα από τα παραδοσιακά ταμπού και προσανατολίζεται σε μια στάση πονετική απέναντι στους ανώφελους πόνους τη στιγμή του θανάτου... Καμιά ορθολογιστική ηθική δεν μπορεί να απαγορεύσει κατηγορηματικά στο άτομο να θέσει τέρμα στη ζωή του, αν έχει προσβληθεί από μια τρομερή αρρώστια και τα γνωστά φάρμακα είναι χωρίς αποτέλεσμα... Τασσόμεθα υπέρ της ευθανασίας». Η διακήρυξη αυτή δημοσιεύτηκε το 1974 στην αμερικανική επιθεώρηση The humanist (<http://americanhumanist.org>).

Τέλος, στην περίπτωση της ευθανασίας του Χίτλερ αυτή πήρε οργανωμένη μορφή, για λόγους φυλετικούς ή κοινωνικούς. Τα κίνητρα εδώ ήταν καθαρά υλιστικά. Το πιστεύω του Χίτλερ ήταν ότι υπήρχε μία άρια φυλή και οι άλλες ήταν κατώτερες ράτσες οι οποίες έπρεπε να εξαλειφθούν ώστε να επικρατήσει η ανώτερη ανθρώπινη ράτσα. Με το σύνθημά του «εκθείαζε τη φυλετική επιλογή για να προφυλάξει την καθαρότητα του γερμανικού αίματος. Τότε, η προπαγάνδα οργίαζε με αποτέλεσμα να προπαρασκευάσει τα πνεύματα. *«Περισσότερα μέγαλα για τους τρελούς και καλύβες για τους εργάτες»*, επαναλάμβανε ο Γκάμπελς σε ένα λαό χτυπημένο από την ανεργία. Έξι εκατομμύρια άνεργοι υπήρχαν όταν ο Χίτλερ πήρε την εξουσία. Με συνθήματα στον καθημερινό Τύπο, προσπαθούσαν να εξάψουν τα πνεύματα: *«Όλοι οι ανίκανοι και οι αδύνατοι, αντίθετα με το νόμο της επιλογής, εξακολουθούν να θηλάζουν τις καλύτερες ζωτικές δυνάμεις»* (Καράμπελας, 1987).

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

αναγκαίο να προσδιοριστεί με τη σημερινή της έννοια η ευθανασία.

1.3. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΟΡΟΥ

Η λέξη ευθανασία είναι σύνθετη από το «ευ» (καλός) και από το «θάνατος» και στην κυριολεξία σημαίνει ο «καλός θάνατος». Ο ορισμός που χρησιμοποιείται περισσότερο για την ευθανασία και που δημιουργήθηκε από τον Francis Bacon, χαρακτηρίζεται ως «ένας γαλήνιος και εύκολος θάνατος» πράγμα, που για μερικούς, είναι η καλύτερη εκδοχή του «καλού θανάτου» (Draper και Slowther, 2008).

Στις ημέρες μας, ο όρος ευθανασία, ο οποίος αρχικά είχε την έννοια του καλού και ανώδυνου θανάτου, δηλαδή τη βοήθεια για έναν καλό θάνατο, σημαίνει την παροχή βοήθειας για έναν ήρεμο θάνατο, αλλά με την ηθελημένη και σκόπιμη επίσπευση αυτού. Αυτή η έννοια της ευθανασίας προϋποθέτει ότι:

1. πρόκειται πάντα για ανθρώπους οι οποίοι βρίσκονται στη διαδικασία του θανάτου,
2. οι εν λόγω άνθρωποι υποφέρουν από τον πόνο, και
3. η άσκηση της ευθανασίας σημαίνει βοήθεια και ανακούφιση από τη βασανιστική διαδικασία του θανάτου.

Η ερμηνεία που δίνει η θρησκεία από την πλευρά της, είναι η εξής: *«Ετυμολογικά, ευθανασία σημαίνει καλός θάνατος. Δηλαδή, την από οίκτο ή ευσπλαχνία, ανώδυνη ανθρωποκτονία ασθενών ή τραυματιών, που η ζωή τους έχει γίνει μαρτυρική και δεν υπάρχει ελπίδα να αποφύγουν το θάνατο»* (Μητσόπουλος, 1980).

Από ιατρική σκοπιά, *«η ευθανασία εννοείται η υπό τινός και αποκλειστικώς υπό τούτου, η δια συμβολής του, γεγόμενη θανάτωση, ετέρου πάσχοντος, περί του οποίου εξέλειπε κάθε ελπίδα θεραπείας του και ευρίσκεται εν απελπιστική κατάσταση, άνευ όμως της απαιτήσεως του παθόντος»* (Χρονόπουλος, 1980).

Στις μέρες μας ο όρος «ευθανασία» έχει προσλάβει ένα εξαιρετικά ευρύ περιεχόμενο που εκτός από τις περιπτώσεις εκείνες που τα άτομα θέλουν να πεθάνουν επειδή έχουν βαριά αρρώστια, ατύχημα ή και γηρατειά, επιπρόσθετα η έννοια περιλαμβάνει και τη θανάτωση νεογνών με σοβαρά προβλήματα υγείας, ατόμων σε αμετάκλητη κωματώδη κατάσταση, ή συνδεδεμένων με μηχανήματα τεχνητής διατήρησης της ζωής, ακόμη κι όταν δεν αισθάνονται κανένα πόνο, ούτε η επέλευση θανάτου είναι επικείμενη (Συμεωνίδου-Καστανίδου, 2007).

Επίσης, για να χαρακτηριστεί μία πράξη ως ευθανασία προϋποθέτει την ύπαρξη δεύτερου προσώπου καθώς *ευθανασία είναι ο σκόπιμος τερματισμός της ζωής από πρόσωπο άλλο από τον ενδιαφερόμενο, ο οποίος (τερματισμός) συμβαίνει βάσει της αίτησης του δευτέρου* (Scheper and Duursma, 1994). Άρα, στον όρο της ευθανασίας πάντοτε περιέχεται το κίνητρο και η πρόθεση του δεύτερου προσώπου. Γιατί σε περίπτωση που δοθεί επαρκής ποσότητα φαρμάκου και ο πάσχων πεθάνει τότε αυτό δεν είναι ευθανασία. Όμως στην περίπτωση που δοθεί σκοπίμως υπερβολική δόση φαρμάκου ώστε να προκληθεί ο θάνατος, και αυτός επέλθει, τότε αυτός ο θάνατος χαρακτηρίζεται ως ευθανασία (Stuart et al, 1998).

Έτσι λοιπόν ως ευθανασία ορίζεται ο σκόπιμος τερματισμός της ζωής ενός πνευματικά διαυγούς και επώδυνα θνήσκοντος ανθρώπου ύστερα από δική του απαίτηση, με πρόθεση να επιστευθεί ο βέβαιος και μαρτυρικός του θάνατος και να ανακουφισθεί από τον δυσβάσταχτο πόνο (Πρωτοπαπαδάκης, 2003).

1.4. ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΑΠΟ ΑΛΛΑ ΕΙΔΗ

ΕΠΙΘΑΝΑΤΙΑΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

Η ευθανασία ορίζεται ως «ηθελημένη» θανάτωση ασθενούς με τη συναίνεσή του ή χωρίς αυτή, προς ανακούφιση ή απολύτρωσή του από την επιθανάτια αγωνία, από αφόρητους πόνους, που τα υπάρχοντα θεραπευτικά μέσα αδυνατούν να καταπραΰνουν». Έτσι λοιπόν, η ευθανασία αφορά τα άτομα που πάσχουν από σοβαρές και ανίατες αρρώστιες και τα οποία επιθυμούν να δώσουν τέλος στη ζωή τους. Όμως, επειδή δεν μπορούν να το πράξουν μόνο τους το πραγματοποιούν συγγενείς ή φίλοι τους. Με την έννοια αυτή η ευθανασία συνδέεται με την αυτοκτονία αλλά παράλληλα αντιδιαστέλλεται με αυτήν γιατί το άτομο, όντας βαριά ασθενής αδυνατεί από μόνο του να προκαλέσει το θάνατό του (Αναπλιώτης, 2003). Εάν όμως δεν υπάρχει αυτή η επιθυμία ή συναίνεση από τον άρρωστο, τότε η κατάσταση περιπλέκεται και δύσκολα μπορούμε να μιλήσουμε για ευθανασία. Για τον λόγο αυτόν, από τον ορισμό της ευθανασίας εξαιρείται η θανάτωση νεογνών με σοβαρά προβλήματα υγείας (Brock, 2002).

Έτσι υπάρχει σαφής διαχωρισμός μεταξύ της έννοιας της ευθανασίας και της έννοιας της αυτοχειρίας. Η βασική διαφορά τους έγκειται στο ότι η πρώτη είναι περισσότερο αντικειμενικά θεμελιωμένη από τη δεύτερη. Πράγματι, στην περίπτωση της αυτοκτονίας οι λόγοι ή οι αφορμές που ωθούν τον άνθρωπο, όσο σοβαροί κι αν είναι, τις περισσότερες φορές μπορούν να αντιμετωπιστούν με την παροχή ψυχολογικής ή κοινωνικής βοήθειας. Αντίθετα, στην περίπτωση της ευθανασίας, η επιθυμία να τεθεί τέρμα στη ζωή του ανθρώπου δεν απορρέει από μια οποιαδήποτε δυσχέρεια της ζωής, αλλά από τη δραματική κατάσταση κατά την οποία ο άνθρωπος βλέπει την ίδια την ατομική του ύπαρξη να φθίνει και την οργανική του υπόσταση να καταρρέει, συνέπεια της ανίατης ασθένειας που τον έχει πλήξει θανάσιμα. Εδώ ο άνθρωπος έχει

εισέλθει στη διαδικασία του θανάτου και δεν υπάρχει δυνατότητα αποτροπής του.

Διάκριση επίσης γίνεται και μεταξύ της ευθανασίας και της όπως λέγεται «ανάξιας να ζει ζωής». Πρόκειται για σωματικά ή πνευματικά ανάπηρα άτομα, ανίατα πάσχοντες, εξαιτίας τραυματισμού του εγκεφάλου, και τέλος, άνθρωποι οι οποίοι λόγω γήρατος, έχουν πάθει μαλάκυνση του εγκεφάλου. Στις περιπτώσεις αυτές δεν επιτρέπεται να γίνει χρήση του όρου της ευθανασίας, γιατί δεν πρόκειται για ανθρώπους που βρίσκονται στη διαδικασία του θανάτου (Daniels, (2007).

Επίσης, θα πρέπει να γίνει αναφορά στον εγκεφαλικό θάνατο ο οποίος σχετίζεται με την ευθανασία (Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 2000). Μερικοί θεωρούν ότι η λήψη οργάνων από ασθενή «κλινικά νεκρό» που δεν έχει πεθάνει θεωρείται ευθανασία γιατί ο εγκεφαλικός θάνατος είναι η μη αναστρέψιμη βλάβη του εγκεφάλου, με μόνιμη απώλεια όλων των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους και η ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας για συνείδηση σε συνδυασμό με την ανεπανόρθωτη απώλεια ικανότητας για αυτόματη αναπνοή. Έτσι ο εγκεφαλικός θάνατος σημαίνει το βιολογικό τέλος του ανθρώπου (Ντάνος, 2012). Ο εγκεφαλικός θάνατος αποτελεί ένα επίκαιρο θέμα γιατί οι μεν συγγενείς καλούνται να δώσουν τη συγκατάβασή τους ή να απορρίψουν τον εγκεφαλικό θάνατο ενός μέλους της οικογένειάς τους , ενώ οι επαγγελματίες υγείας επιφορτίζονται με το καθήκον να κάνουν πρόταση στο οικογενειακό περιβάλλον του νεκρού για δωρεά οργάνων (Μπελάλη και Παπαδάτου, 2002).

Ο εγκεφαλικός θάνατος συνδέεται με την ευθανασία, επειδή υπάγεται στη παθητική μορφή της ευθανασίας με μονομερή συναίνεση ή μονομερή οριοθέτηση του καθήκοντος του ιατρού. Όμως η ελληνική Επιτροπή Βιοηθικής υποστηρίζει ότι το ιατρικό καθήκον εξαντλείται πριν από τον εγκεφαλικό θάνατο που θα γίνει σίγουρα με την πάροδο κάποιου χρόνου. Οι αιτίες του θανάτου είναι ή η πνευμονική εμβολή, ή η υποστατική πνευμονία ή επιπλοκές που προδιαθέτουν τη «φυτική» κατάσταση (Voultos et al, 2010).

Επίσης, δεν πρέπει να συνδέεται η ευθανασία με την απόσυρση της υποστηρικτικής για τη ζωή αγωγής. Στην ευθανασία ο ιατρός είτε με τις πράξεις του (ενεργητική ευθανασία) είτε με τις παραλείψεις του (παθητική ευθανασία) στοχεύει στο θάνατο του ασθενή. Αντίθετα, στην απόσυρση της αγωγής, στόχος του ιατρού είναι η ανακούφιση του ασθενή και η ελάφρυνση της ψυχοσωματικής ταλαιπωρίας η οποία επέρχεται από τις επιθετικές θεραπείες που γίνονται σε αυτόν. Έτσι ο θάνατος έρχεται σαν φυσική συνέπεια της νόσου (Κρανιδιώτης et al, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΜΟΡΦΕΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με κριτήριο τον τρόπο διενέργειάς της η ευθανασία διακρίνεται σε ενεργητική και παθητική. Ανάλογα με την έκφραση της συναίνεσης του πάσχοντος η ευθανασία διακρίνεται σε εκούσια, ακούσια και μη εκούσια ή ευθανασία με εικαζόμενη συναίνεση. Ωστόσο, υπάρχουν και άλλες μορφές ευθανασίας που συνεχώς μεταβάλλονται λόγω:

1. αλλαγών στις αντιλήψεις του κοινωνικού σώματος και
2. της προόδου της επιστήμης και των πολύπλοκων μεθόδων στην προσπάθεια παρακάμψεως των νομικών και ηθικών ευθυνών.

Η ευθανασία, λοιπόν, διακρίνεται σε δύο επίπεδα, σε αυτό της έκφρασης της συναίνεσης και σε αυτό του τρόπου διενέργειάς της. Τα δύο αυτά επίπεδα βεβαίως επικοινωνούν και συμπλέκονται, αφού αφορούν στην ίδια πράξη. Με τον τρόπο αυτόν δημιουργούνται ενδιάμεσοι συνδυασμοί και μπορούμε έτσι να έχουμε ενεργητική εκούσια ευθανασία, παθητική ακούσια ευθανασία κ.λπ.

2.2. ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Η ενεργητική ευθανασία είναι μια εσκεμμένη ενέργεια, με ανάθεση ή ανάληψη από

κάποιον άλλον, της πράξεως του τερματισμού της ζωής ενός προσώπου π.χ. με μια ένεση φαρμάκου ή αέρα στη φλέβα ή με κάποια «συσκευή» (Παπαπετρόπουλος et al, 1997)

Για το ίδιο θέμα ο κ. Χρονόπουλος (1980) αναφέρει: «Στην ενεργητική ευθανασία σκοπός μας είναι να επιφέρουμε νωρίτερα τον θάνατο στον θνήσκοντα άνθρωπο>>. Με άλλα λόγια, εδώ πρόκειται όχι για τον οποιονδήποτε πάσχοντα, αλλά για τον βαρύτατα πάσχοντα, που με απόλυτη βεβαιότητα έχει εισέλθει στη διαδικασία του θανάτου χωρίς την ελάχιστη προοπτική βελτιώσεως της κατάστασής του. Σε αυτές τις περιπτώσεις τίθεται το θέμα της ενεργητικής ευθανασίας, που σημαίνει, όπως είπαμε, ενεργό επέμβαση στη διαδικασία του θανάτου και αντικατάσταση της φυσικής αιτίας αυτού από κάποια τεχνητή. Την απόφαση για την ενεργητική ευθανασία μπορεί να πάρει είτε ο ίδιος ο πάσχων, εφόσον είναι ικανός για κάτι τέτοιο, είτε άλλα πρόσωπα, όταν ο πάσχων έχει χάσει την αυτοσυνειδησία του, όπως π.χ. οικείοι συγγενείς και φίλοι ή θεράποντες ιατροί.

Η ενεργητική ευθανασία διακρίνεται σε εκούσια και ακούσια (Κούντουρας et al, 2003).

ΕΚΟΥΣΙΑ

Εφαρμόζεται σε ένα πρόσωπο το οποίο επιθυμεί να θέσει τέρμα στη ζωή του. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι ο ανίατα πάσχων πρέπει όχι μόνο να «επιθυμεί», αλλά να «απαιτεί» και μάλιστα η απαίτηση αυτή θα πρέπει να είναι «σπουδαία και επίμονη». Πραγματοποιείται με (Αβραμίδης, 1995):

1. τη λήψη από τον ίδιο τον πάσχοντα θανατηφόρας δόσης κάποιας ουσίας
2. τη χορήγησή της σε κάποιον που τη ζητεί, συνήθως από έναν γιατρό, σαν ένα είδος βοήθειας. Αυτή όμως η πράξη θεωρείται συμμετοχή σε αυτοκτονία και τιμωρείται αυστηρά.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα εκούσιας ευθανασίας αποτέλεσε η Δυτικογερμανίδα Έγκριτ

Φρανκ που ήταν 28 ετών. Η κοπέλα αυτή έσπασε το λαιμό της σε αυτοκινητιστικό δυστύχημα, με αποτέλεσμα να μείνει παράλυτη. Αποφάσισε η ίδια να θέσει τέρμα στη ζωή της, δεν ήθελε όμως να θεωρηθεί κανένας υπεύθυνος για το θάνατό της. Με δυσκολία κατάφερε να κρατήσει το κεφάλι της ψηλά ενώ μπροστά της βρίσκονταν ένα ποτήρι με καλαμάκι το οποίο περιείχε κάποια δηλητηριώδη ουσία. Κοιτάζοντας ευθεία μπροστά της, πήρε στο στόμα της το καλαμάκι που και άδειασε το περιεχόμενό του. Το δηλητήριο της προσέφερε η Γκρέτζις Σβάρτσμαν ηλικίας 73 ετών, μέλος της ένωσης «Δικαίωμα στο θάνατο». Επίσης, ζήτησε να κινηματογραφήσουν την αυτοκτονία της.

Χαρακτηριστική, επίσης περίπτωση ενεργητικής εκούσιας ευθανασίας, είναι αυτή του Βορειοαυστραλού Μπομπ Ντεντ, συνταξιούχου ταπητουργού από το Ντάργουϊκ, ο οποίος υπέφερε εδώ και πέντε χρόνια από καρκίνο του προστάτη και ζούσε με αφόρητους πόνους. Πριν δεχτεί τη θανατηφόρα ένεση με το νέο αυτόματο μηχάνημα του δόκτορα Φίλιπ Νιτσκέ, ο Ντεντ μοιράστηκε μαζί με το γιατρό του «το γεύμα του μελλοθάνατου» και τον παρακάλεσε να μην έχει τύψεις.

Γνωρίζοντας ότι θα υπάρξουν σφοδρές αντιδράσεις, ο Ντεντ συνέταξε την παραμονή του οικειοθελούς θανάτου του, μια ανοιχτή επιστολή προς τη Βουλή της Αυστραλίας, υπερασπιζόμενος το γιατρό Νίτσε: «Αν εγώ ο ίδιος κρατούσα στη ζωή ένα μικρό ζώο, το οποίο τραβούσε τα δικά μου μαρτύρια, σίγουρα θα πήγαινα φυλακή...», αναφέρει μεταξύ άλλων στο συγκλονιστικό γράμμα του. Πρέπει να σημειωθεί ότι είναι η πρώτη νόμιμη ευθανασία, που ισχύει στα βόρεια εδάφη της Αυστραλίας από την 1^η Ιουλίου 1996 (ΕΘΝΟΣ, 1996).

Στην εκούσια ευθανασία υπάγεται και η «συσκευή αυτοκτονίας» ή ευθανασίας, με υποξείδιο του άνθρακα και μάσκα την οποία επινόησε ο 63χρονος συνταξιούχος Αμερικανός Τζακ Κερβοκιάν, ο γιατρός που έκανε το θάνατο ειδικότητά του, γνωστός ως «Doctor Death» ή «ο άνθρωπος που αντικατέστησε το Θεό». Η νομοθετική εξουσία του Μίτσιγκαν έκρινε την

ειδικότητά του, έγκλημα σε βαθμό κακουργήματος (Καθημερινή, 1993).

Ο ίδιος ο Κερβοκιάν παρέχει τις υπηρεσίες του στους ασθενείς που του ζητούν να τους βοηθήσει, αδιαφορώντας για τις επικρίσεις και τις καταγγελίες των διαφωνούντων στο χώρο της Εκκλησίας, στον Τύπο και των συναδέλφων του γιατρών: «Δεν μπορώ να σταματήσω», ισχυρίζεται «υπάρχει πολύ ανθρώπινη δυστυχία γύρω μας (Καθημερινή, 1994). Οι επικριτές του τον κατηγορούν, παρόλα τα εκατοντάδες γράμματα που λαμβάνει από άτομα που του ζητούν να τα βοηθήσει να πεθάνουν, ότι δεν είναι σε θέση να εκτιμήσει την αρρώστια. Χαρακτηριστική περίπτωση, αυτή της Τζάνετ Άτκινς, που έπασχε από τη νόσο του Αλζχόκμερ, η οποία φοβούμενη ότι θα χάσει τα λογικά της ταξίδεψε ως το Μίτσιγκαν, αποφασισμένη να αυτοκτονήσει. Σύμφωνα με όλες τις εκτιμήσεις, ο δρ. Κερβοκιάν δεν ήταν σε θέση να κρίνει την έκταση της απελπισίας της, για να της προσφέρει τις συμβουλές του ή εναλλακτικές λύσεις (ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 1990).

ΑΚΟΥΣΙΑ

Είναι αυτή η οποία «προσφέρεται» από συγγενή ή από γιατρό, για να τεθεί τέρμα στο μαρτύριο κάποιου που υποφέρει ή έχει καταντήσει «φυτό», χωρίς να διαφαίνεται ελπίδα αποκαταστάσεως. Στην περίπτωση αυτή, χωρίς να λαμβάνεται ή να μπορεί να ληφθεί η σύμφωνη γνώμη του ασθενούς, πρόκειται περί ανθρωποκτονίας εκ προθέσεως, η οποία, κατά το άρθρο 299 του Ποινικού Κώδικα «τιμωρείται δια της ποινής του θανάτου ή της ισόβιου καθειρξέως» (Αβραμίδης, 1995). Παρά του ότι λοιπόν ο ασθενής είναι διανοητικά ικανός, δεν υπάρχει όμως ρητή απαίτηση και πλήρης συγκατάθεση εκ μέρους του

. Για παράδειγμα ο ασθενής δεν ρωτήθηκε αν θέλει να τερματίσει τη ζωή του (Κουντουράς et al, 2003)

Η ακούσια ευθανασία (involuntary euthanasia) αφορά δύο περιόδους της ζωής του

ανθρώπου (νεογνική - γεροντική) και μπορεί να είναι:

1. ενεργητική (θετική - άμεση): κατά τη νεογνική ηλικία, το πρόβλημα προβάλλει οξύ, σε δύο κυρίως περιπτώσεις και συγκεκριμένα στο σύνδρομο Down και σε διαμαρτίες γενικώς περί τη διάπλαση (δισχιδής ράχη).
1. παθητική (αρνητική - έμμεση): αφορά άτομα μεγάλης ηλικίας, αθεράπευτα πάσχοντα. Άτομα για τα οποία δεν υπάρχει πλέον θεραπευτική ελπίδα, ο θάνατος είναι αναπόφευκτος και επικείμενος, παράλληλα δε, υποφέρουν από πόνους ισχυρούς, έλλειψη δυνατότητας αυτοεξυπηρέτησης, κατακλίσεις και τα λοιπά. Σε ορισμένες περιπτώσεις ο θάνατος είναι ήδη γεγονός, όπως στις περιπτώσεις του θανάτου του εγκεφαλικού στελέχους, ενώ εξακολουθεί να υπάρχει αναπνοή και κυκλοφορία (Καράμπελας, 1987).

Περίπτωση ακούσιας ευθανασίας αποτελεί ο βασιλιάς της Αγγλίας Γεώργιος ο Ε΄, ο οποίος βρισκόταν σε κώμα. Με εντολή της βασίλισσας Μαίρης και του πρίγκιπα της Ουαλίας Εδουάρδου του Η΄, του μετέπειτα βασιλιά της Αγγλίας, ο γιατρός Ντεϊσόν του έκανε δύο θανατηφόρες ενέσεις μορφίνης και κοκαΐνης, συντομεύοντας έτσι το τέλος του στις 10.1.1936 (ΒΗΜΑ, 1986).

Ο ιατρός Αβραμίδης (1995) αναφέρει και μια τρίτη περίπτωση ενεργητικής ευθανασίας. Είναι η ηθελημένη για ψυχιατρικούς λόγους ευθανασία. Ακόμα και για μια κατάθλιψη, όπως προβλέπεται και με το «Μέτρο 16» του νομοσχεδίου «Death with Dignity Act» της πολιτείας Όρεγκον, που πέρασε μεν από την τοπική Βουλή, εκκρεμεί από το Ομοσπονδιακό Δικαστήριο των Η.Π.Α. Παρόμοια διάταξη απορρίφθηκε και από το Ανώτατο Δικαστήριο της Ολλανδίας (της τόσο «προοδευτικής» στα θέματα της ευθανασίας), με το αιτιολογικό ότι δεν υπήρχε το στοιχείο της «ανίατης σωματικής νόσου». Εκτός από την κατάθλιψη, βέβαια, υπάρχουν και πολλές άλλες ψυχικές ασθένειες που μπορούν και αυτές να θεραπευτούν.

2.3. ΠΑΘΗΤΙΚΗ

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

Λέγοντας παθητική ευθανασία εννοούμε την ηθελημένη διακοπή ή παράλειψη μιας θεραπευτικής αγωγής (οροί, φάρμακα, μηχανήματα υποστήριξης βασικών λειτουργιών της ζωής), η εφαρμογή της οποίας θα είχε ως συνέπεια την παράταση της ζωής του ασθενούς, ο οποίος είναι καταδικασμένος. Με τη διακοπή ή παράλειψη εφαρμογής μιας θεραπευτικής αγωγής, η μοιραία ασθένεια απλώς αφήνεται ανεμπόδιστα να ακολουθήσει την πορεία της. (Πελεγρίνης, 2009).

Υπάρχουν, πράγματι, περιπτώσεις κατά τις οποίες η διαδικασία του θανάτου ενός ασθενούς έχει τόσες πολλές διαστάσεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα διατήρησής του στη ζωή. Σε πολλές, όμως τέτοιες περιπτώσεις υπάρχει η δυνατότητα να παραταθεί η διαδικασία του θανάτου με τη λήψη μέτρων που διαθέτει η σύγχρονη Ιατρική, όπως π.χ. τεχνητή παροχή οξυγόνου. Παρόμοιες είναι και οι περιπτώσεις κατά τις οποίες εμφανίζεται μια ιδιαίτερα σοβαρή επιπλοκή σε ασθενείς οι οποίοι ήδη βρίσκονται στη διαδικασία του θανάτου. Τέτοια περίπτωση είναι π.χ. ενός καρκινοπαθούς που βρίσκεται κοντά στο θάνατο και ξαφνικά προσβάλλεται από πνευμονία.

Σε περιπτώσεις, λοιπόν, όπως οι παραπάνω, τίθεται το σκληρό ερώτημα: είναι ηθικά επιτρεπτό να διακοπεί η παροχή ιατρικής βοήθειας, η οποία εάν δεν διεκόπτετο, ως μόνη συνέπεια θα είχε την παράταση της διαδικασίας του θανάτου; Και ακόμη: Επιτρέπεται να αδρανήσει ο γιατρός και να μη λάβει μέτρα εναντίον μιας επιπλοκής, η οποία εμφανίζεται σε περιπτώσεις επίσης καταδικασμένων, που βρίσκονται στη διαδικασία του θανάτου;

Είναι λοιπόν, προφανές ότι σε αυτές τις περιπτώσεις πρόκειται για μια παθητική στάση έναντι του ασθενούς, γιατί παραιτούμαστε από κάθε μέσο, που ως μόνη συνέπεια θα είχε την παράταση της διαδικασίας του θανάτου. Θα ήταν, λοιπόν, δυνατόν η παθητική ευθανασία να ορισθεί και ως «παραίτηση από τη χρησιμοποίηση κάθε τεχνικού μέσου που θα είχε ως συνέπεια την παράταση της ζωής σε μια διαδικασία θανάτου» (Χρονόπουλος, 1980).

Προβληματιζόμενος επάνω στο θέμα της εφαρμογής ή μη, της παθητικής ευθανασίας, ο καθηγητής της Ιατρικής κ. Αβραμίδης (1995) προσθέτει: Με βάση τον ορισμό, η διακοπή της λειτουργίας ενός μηχανήματος, το γύρισμα ενός μοχλού ή το κλείσιμο μιας στρόφιγγας είναι μια πολύ δύσκολη απόφαση. Σε όλες τις εποχές, το τέρμα της ζωής δεν δημιουργούσε προβλήματα για τη διάγνωσή του. Καθοριζόταν από το σταμάτημα της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας. Με την αποδοχή, όμως σήμερα του εγκεφαλικού θανάτου, ως τέρματος της ζωής, προέκυψαν πολλά νέα προβλήματα. Σε τέτοιες περιπτώσεις δεν μπορούμε να γνωρίζουμε πότε βγαίνει η ψυχή ενός ανθρώπου, πότε ακριβώς απεβιώνει για να τον αναγγείλουμε ως «νεκρό» ή να υπογράψουμε «πιστοποιητικό θανάτου» για να προβούμε π.χ. σε λήψη οργάνων προς μεταμόσχευση, ενώ αυτά είναι ακόμη «ζωντανά», διότι υπάρχει σ' αυτά η ζωογόνος κυκλοφορία, άρα δεν είναι ακόμα «πτωματικά». Υπάρχουν δε και περιπτώσεις κατά τις οποίες, μετά τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, ο άνθρωπος δεν ξεψύχησε, αλλά επανήλθε στη ζωή, ενώ η παθητική ευθανασία σε αυτές τις περιπτώσεις θα απέβαινε σε ... δολοφονία.

Ανάγκη, λοιπόν, να καταφύγει ο γιατρός σε λύσεις απελπισίας δεν υπάρχει, επειδή αυτές

είναι ο φρουρός της ζωής και η ζωή αντιστέκεται πάντα στο θάνατο. Όμως, το ενδεχόμενο να προκληθεί με θεραπευτικές υπερβολές τεχνητή προέκταση των φυσικών ορίων της ζωής και διατήρηση μιας κατάστασης επ' αόριστο, με αποτέλεσμα μέχρι και την καταρράκωση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας του ασθενούς (με πλείστες όσες συνέπειες στον περίγυρό του, μια οικονομική αιμορραγία ή κατάρρευση και τη δημιουργία πλείστων όσων ψυχολογικών προβλημάτων), αυτή είναι που δημιουργεί το πρόβλημα της ελαστικότητας στην παθητική ευθανασία.

Ενδιαφέρον είναι ότι η ευθύνη σε πολλές περιπτώσεις για την απόφαση στο «κλείσιμο ενός διακόπτη» στηρίζεως της ζωής ανατίθεται στον άρρωστο ή το περιβάλλον του (Αβραμίδης, 1995). Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση του Αλέξανδρου Ωνάση, γιού του Αριστοτέλη Ωνάση, ο οποίος μετά από αεροπορικό δυστύχημα στις 21 Ιανουάριου 1973, υπέστη μολωπισμό και οίδημα του εγκεφαλικού φλοιού. Ο δεξιός λοβός είχε πολτοποιηθεί και η δεξιά μετωπική είχε θρυμματιστεί. Στις 23 Ιανουάριου, κατόπιν εντολής του Αριστοτέλη Ωνάση, οι γιατροί στη μονάδα εντατικής θεραπείας του ΚΑΤ, όπου νοσηλευόταν, αποσύνδεσαν το μηχάνημα και η καρδιά του Αλέξανδρου έπαψε πια να χτυπά.

Ωστόσο, στη σύγχρονη ιατρική, η παθητική ευθανασία έχει επιβληθεί ως ηθικά εφαρμόσιμη σε περιπτώσεις όπου η συνέχιση της θεραπείας ή της υποστήριξης ενός ασθενούς σε τελικό στάδιο χαρακτηρίζεται ως μη αποτελεσματική παρατείνοντας το μαρτύριό του. Έτσι η παθητική ευθανασία έχει καθιερωθεί στη συνείδηση του ιατρικού κόσμου ως υποταγή στη δύναμη της φύσης και όχι ως φόνος (Beauchamp and Childress, 1994), επισύροντας ταυτόχρονα μικρές έως ανύπαρκτες νομικές συνέπειες. Αυτό συμβαίνει διότι η ιατρική κρίση είναι πολύ δύσκολο να αμφισβητηθεί ή να στοιχειοθετηθεί αδίκημα εναντίον της και από την άλλη, η άρνηση της θεραπείας αποτελεί δικαίωμα του ασθενούς.

2.4. ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΔΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΝΗΨΕΩΣ

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

Συμβαίνει, όμως, σε πολλές περιπτώσεις να μην ενημερώνεται ο άρρωστος επακριβώς για τα χαρτιά που υπογράφει, όταν μπαίνει στο νοσοκομείο, υπό το βάρος κάποιας αρρώστιας. Ή να μη γνωρίζει τις επιδράσεις της, στην ψυχική ή διανοητική του κατάσταση, που μπορεί να επηρεάζονται και από τυχόν χορηγηθέντα στο μεταξύ φάρμακα. Και ενδέχεται με τη βελτίωση της κατάστασής του, να μη θυμάται τίποτα για κάποιο τέτοιο χαρτί που υπέγραψε στη «ζαλάδα» της διαδικασίας της εισαγωγής του (Αβραμίδης, 1995).

Από την άλλη, υπάρχει η πιθανότητα να μην είναι ο ασθενής πλήρως ενημερωμένος για τη σοβαρότητα ή μη της κατάστασής του, όταν από τους θεράποντες ιατρούς κρίνεται ότι δεν είναι σε θέση να σηκώσει το βάρος μιας αποκαλυπτικής, πέρα ως πέρα, ενημέρωσης.

Στις περιπτώσεις αυτές, είναι δυνατόν ο ασθενής να επέλθει σε κατάσταση ταραχής και σύγχυσης και να προχωρήσει σε «ενέργειες», στις οποίες δεν θα έφτανε αν ήταν νηφάλιος (Παρασκευαΐδης, 1983).

2.5. ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΤΟΥ ΤΥΠΟΥ LIVING WILL (ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ

ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ)

Η ευθανασία του τύπου Living Will, ή αλλιώς «συμβόλαιο ή διαθήκη θανάτου», σημαίνει ότι ο ασθενής ή και πριν ασθενήσει κάποιος, μπορεί να ορίζει τις τελευταίες ημέρες του, να μην παραταθεί άσκοπα η ζωή του, όταν θα έχει πλέον χάσει τη δυνατότητα επικοινωνίας ή αν υποφέρει πολύ.

Για να ισχύσει αυτή η «διαθήκη εν ζωή», απαιτείται η ρητή και σαφής δήλωση του ενδιαφερομένου ενηλίκου, ενώπιον συμβολαιογράφου, παρουσία εισαγγελικού λειτουργού, που θα ισχύει μόνο για ένα χρόνο, αν δεν ανανεωθεί. Επίσης, απαιτείται ομόφωνο γνωμάτευση τριών γιατρών δημοσίου νοσοκομείου, ότι:

1. η πάθηση είναι αθεράπευτη,
2. ο θάνατος, ακόμη και με θεραπεία, θα μπορούσε να επέλθει το αργότερο σε 6 μήνες,
3. κατά το χρονικό αυτό διάστημα θα υποφέρει πού ο ασθενής, και
4. να μην μπορεί να εκφράσει ο ασθενής τη θέλησή του, όταν βρεθεί στην κατάσταση αυτή από φυσική αδυναμία.

Χρειάζεται, ακόμα, γνωμάτευση ενός ψυχιάτρου της Ιατροδικαστικής Υπηρεσίας, ότι αυτός που δηλώνει είναι ψυχικά υγιής και έχει πλήρη αντίληψη των συνεπειών της ενέργειάς του. Η σχετική έκθεση του συμβολαιογράφου πρέπει να ορίζει, ότι θα είναι απόρρητη και ότι θα μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνο από τον ενδιαφερόμενο, και αν θέλει ανακαλεί οποτεδήποτε και με οποιονδήποτε τρόπο, ακόμη και με προφορική δήλωση.

Πρέπει, όμως, να αναφερθεί ότι μπορεί να εμφανιστεί η περίπτωση, όπου κάποιος, να

αλλάξει γνώμη και να μην προλάβει να το δηλώσει, πριν πέσει αιφνίδια σε κώμα ή η προσωπική του δήλωση να αποκρυφτεί από αυτόν που έχει συμφέρον από το θάνατό του (Καράμπελας, 1987).

Βέβαια και σε αυτού του τύπου την ευθανασία πολλοί είναι οι προβληματισμοί που αναφύονται. Ο Παρασκευαΐδης (1986) στο βιβλίο του αναφέρει: «Κατά πόσον το αίτημα αυτό για έναν αξιοπρεπή θάνατο είναι πραγματικό; Τις περισσότερες φορές, η αγωνιώδης κραυγή που επιζητεί το θάνατο, δεν είναι τίποτε άλλο, παρά η κραυγή που καλεί σε βοήθεια. Οι γιατροί έχουν πολλές φορές παρατηρήσει πόσο η επιθυμία για ζωή είναι έντονη, ακόμα και σε αυτούς τους βαριά άρρωστους. Εντούτοις, τίθεται το ζήτημα, αν παρόλα αυτά δικαιούμεθα να αγνοήσουμε τη θέληση ενός ανθρώπου που από πριν έχει δηλώσει την επιθυμία του να πεθάνει αξιοπρεπώς, όταν βρεθεί σε κατάσταση επώδυνης και ανίατης ασθένειας. Είμαστε, όμως, και πάλι βέβαιοι ότι η απόφαση αυτή που πάρθηκε σε ανύποπτο χρόνο, θα εκφράζει και την αληθινή βούληση του αρρώστου, στη δεδομένη στιγμή της οδύνης του; Πολλοί τέτοιοι άρρωστοι, όταν έχουν καλή περιποίηση, δεν θέλουν να πεθάνουν, έστω και να υποφέρουν. Πέραν αυτού, όπως προαναφέρθηκε, η εξασφάλιση κάποιας δήλωσης του ασθενή ότι επιθυμεί να τον θανατώσουν, αν δεν μπορεί να θεραπευτεί, δεν καλύπτει έναντι ενδεχομένων καταχρήσεων που είναι δυνατόν να συμβούν.

2.6. ΔΥΣΘΑΝΑΣΙΑ

Χαρακτηρίζεται ως δυσθανασία η παράταση της ζωής του αρρώστου, με δύσκολες και δαπανηρές ιατρικές φροντίδες, οι οποίες είναι δυσανάλογα αποδοτικές προς το επιδιωκόμενο

αποτέλεσμα, με τις οποίες απλώς και μόνο διατηρείται το άτομο σε κάποιο είδος «ζωής», ενώ χωρίς αυτές θα πέθαινε (Αβραμίδης, 1995).

Επί του θέματος αυτού, ο γιατρός νομιμοποιείται για την παροχή ή μη εκούσιας δυσθανασίας. Δηλαδή, είτε διατήρηση στη ζωή αυτού που πάσχει από ανίατη ασθένεια, με εξαιρετικές φροντίδες, ενώ χωρίς αυτές ο ασθενής θα πέθαινε, μόνο όμως όταν ο ίδιος ο ασθενής το επιθυμεί. Στην αντίθετη περίπτωση, κατόπιν και πάλι επιθυμίας του ασθενούς, ο γιατρός νομιμοποιείται να αναστείλει τις φροντίδες. Θα πρέπει, όμως, να υπάρχουν σαφείς και πειστικές αποδείξεις για τη βούληση του αρρώστου (Καράμπελας, 1987).

Για το θέμα αυτό ο αντεισαγγελέας Εφετών Β. Παππάς αναφέρει: «Υπάρχει το ενδεχόμενο να προκληθεί από τη χρήση της ιατροβιολογικής τεχνολογίας και τη θεραπευτική υπερβολή, τεχνητή προέκταση των φυσικών ορίων της ζωής. Η δυνατότητα αυτή της Ιατρικής έχει κολοσσιαία σημασία, αλλά και συνέπειες. Ανατρέπει τα μέχρι τώρα δεδομένα της «ζωής» και του «θανάτου» και καταλύει ορισμένες αρχές που εμπιστεύονται ως ισχυρές και απαρασάλευτες στην αιωνιότητα. Μεταξύ δε των ανατροπών αυτών και των αναστατώσεων που επιφέρει, μεταθέτει και το πρόβλημα της ευθανασίας σε άλλο βάθος. Το μεταθέτει από την αγωνία του ανυπόφορου φυσικού πόνου, στην κατάσταση της συντηρούμενης φυτικής ζωής. Στις περιπτώσεις αυτές, ποια είναι τα σύνορα μεταξύ ζωής και θανάτου; Και πότε επιφέρουμε τη θανάτωση ζωντανού ή τη θεραπευτική εγκατάλειψη του νεκρού»; Και καταλήγοντας, τοποθετείται ο ίδιος προσωπικά: «Όταν τα πράγματα φτάσουν στο σημείο όπου ο ασθενής χάσει την ικανότητα διακρίσεως και τη δύναμή του, να εκφράζει την αληθινή θέλησή του, ο ιατρός δεν υποχρεούται να συνεχίσει την ασυνθηκολόγητη προσπάθειά του, επιμένοντας στη θεραπευτική υπερβολή (ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 1987).

Οι περιπτώσεις στις οποίες ο γιατρός δεν έχει υποχρέωση να διατηρεί τον ασθενή στη ζωή, εφόσον μπορεί, είναι (Αβραμίδης, 1995):

1. όταν γίνεται σεβαστή η επιθυμία του ασθενούς ή και των οικείων του να διατηρηθεί κάποιος στην οποιαδήποτε ζωή, για κάποιο, συνήθως βραχύ χρονικό διάστημα, μέχρι να τακτοποιήσει τυχόν εκκρεμότητες ή .
2. «για να τον προλάβουν ζωντανό» κάποιοι δικοί του, που θα πρέπει να φτάσουν δίπλα του από μακρινές αποστάσεις.
3. Ενδέχεται, όμως, κάποιοι «τρίτοι» να την επιδιώκουν μέχρι να αποσπάσουν κάποια ενδιαφέρουσα γι' αυτούς υπογραφή, προς εξυπηρέτηση των δικών τους και μόνο, συμφερόντων. Δύσκολος και πάλι ο ρόλος του γιατρού.

2.7. ΟΡΘΟΘΑΝΑΣΙΑ

Χαρακτηρίζεται έτσι, η μη προσφορά υπερβολικών φροντίδων, σε ασθενή, ο οποίος πάσχει από ανίατη αρρώστια και αφήνεται να σβήσει ήρεμα, με τη φυσική επέλευση του θανάτου, εφόσον ο ίδιος ο ασθενής το επιθυμεί και εφόσον ο θάνατος είναι φυσικό γεγονός, όπως και η ίδια η ζωή. Αυτό δε, διότι κανένας νόμος και κανένας φραγμός δεν μπορεί να αποτρέψει την τελική καταστροφή της ζωής, αφού ο άνθρωπος δεν ζει «αενάως» στον κόσμο αυτό (Αβραμίδης, 1995).

Σχετικά με την ορθοθανασία και τα «δικαιώματα του ασθενούς», ο Καράμπελας (1987) αναφέρει: «Ο νόμος στο άρθρο 301 του Ποινικού Κώδικα, καθιερώνει το «δικαίωμα αυτοδιαθέσεως της ζωής», το οποίο επιτρέπει την αυτοκτονία (με το να μην τιμωρεί αυτόν που αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει, αλλά διασώθηκε), δηλαδή το δικαίωμα στο θάνατο. Το δικαίωμα αυτό νομιμοποιεί και την εκούσια ορθοθανασία, την παράλειψη δηλαδή λήψεως

εξαιρετικών φροντίδων (περιποιήσεων), που θα έχουν ως μόνο αποτέλεσμα, την παράταση για λίγο της ζωής αυτού που πάσχει από ανίατη αρρώστια, εφόσον ο ίδιος ο ασθενής το επιθυμεί, για να επέλθει φυσιολογικά ο θάνατός του, αφού η βούληση του ασθενούς είναι ο υπέρτατος νόμος και όχι «η σωτηρία του ασθενούς».

Επομένως, απαγορεύεται η ακούσια ορθοθανασία. Δηλαδή, η απαίτηση του ασθενούς, που πάσχει από ανίατη αρρώστια, να διατηρηθεί ή όχι στη ζωή, είναι σεβαστή και επιβάλλεται να ικανοποιείται (Καράμπελας, 1987).

2.8. ΕΠΙΤΑΧΥΘΑΝΑΣΙΑ

Ονομάζεται έτσι η σκόπιμη επιτάχυνση των βιολογιών διαδικασιών του θανάτου, σε περιπτώσεις αναπότρεπτης επελεύσεώς του και της ως εκ τούτου απώλειας των προϋποθέσεων για ένα «ευ ζην». Θεωρούν δε οι εισηγητές της, ότι αποτελεί «υποχρέωση» του γιατρού να την εφαρμόσει προς απαλλαγή του αρρώστου από την ήδη τραγική επιθανάτιο κατάστασή του. Η τέτοιου είδους ευθανασία, εκτός του ότι αντίκειται στον όρκο του γιατρού για το «μη βλάπτειν», επισύρει και τις ποινές του άρθρου 299 του Ποινικού Κώδικα (Αβραμίδης, 1995).

Ο φιλόσοφος και νομικός Francis Bacon αναφέρεται ως ο πρώτος ο οποίος μετέφερε στην αγγλική γλώσσα, την ελληνική λέξη ευθανασία, και της έδωσε την έννοια της επισπεύσεως του θανάτου, προκειμένου να μετριαστεί ο σωματικός πόνος, ή για να τεθεί τέρμα σε μια ζωή γεμάτη πόνο και ταλαιπωρίες.

2.9. ΕΠΙΤΑΧΥΝΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ, ΤΟΥ ΚΑΤΑΔΙΚΑΣΜΕΝΟΥ ΣΕ

ΘΑΝΑΤΟ, ΑΠΟ ΟΙΚΤΟ

Ευθανασία θεωρείται και η επιτάχυνση του θανάτου του ανθρώπου, που δεν είναι ασθενής, όταν είναι βέβαιος ο θάνατός του και δεν υπάρχει δυνατότητα από τη νομοθεσία να συνεχιστεί η ζωή του, για να μειωθεί η αγωνία του, από οίκτο. Στην περίπτωση αυτή υπάγεται η θανάτωση του καταδικασμένου σε θάνατο.

Συνήθως, ο νομοθέτης ορίζει τον τρόπο θανάτωσης του καταδικασμένου σε θάνατο. Η θανάτωσή του, από οποιονδήποτε, με διαφορετικό τρόπο και αν ακόμη γίνει με τον παραπάνω σκοπό (από οίκτο για να μην υποφέρει), θεωρείται κοινή ανθρωποκτονία με πρόθεση (άρθρο 299/1) (Αβραμίδης, 1995).

2.10. ΕΥΓΟΝΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Αυτή η μορφή αφορά παιδιά που γεννήθηκαν ή θα γεννηθούν με σωματικές αναπηρίες, ανεγκέφαλα ή με σύνδρομο Down, δισχιδή ράχη ή άλλες σωματικές δυσπλασίες και πολλά άλλα, τα οποία με τα σημερινά τεχνολογικά μέσα θα μπορούσαν να διαγνωσθούν και κατά τη διάρκεια της κύησης, και να οδηγήσουν σε διακοπή μιας τέτοιας «ανεπιθύμητης» εγκυμοσύνης (Αβραμίδης, 1995).

Χαρακτηριστικά ο Καράμπελας (1987) αναφέρει: «Η ευθανασία είναι η θανάτωση για λόγους ευγονικούς, του εμβρύου, χωρίς η ενέργεια αυτή να συνδέεται με επικείμενο βέβαιο θάνατο και ακόμα χωρίς τη συναίνεσή του. Στην περίπτωση αυτή δεν εξασφαλίζεται στον

άνθρωπο - θύμα, καλός θάνατος, αλλά προσφέρεται ο θάνατος αντί μιας άθλιας ζωής, η οποία θα είναι κατά την άποψη αυτού που ενεργεί, άθλια και για το θύμα και για τους άλλους (κοινωνία - οικογένεια). Δηλαδή θα είναι:

1. επικίνδυνη, ή
2. μεγάλου κόστους για την οικογένεια ή το κοινωνικό σύνολο, ή
3. ανωφελής (και πάλι κατά την άποψη αυτού που ενεργεί) για την κοινωνία.

Πολλά από αυτά τα παιδιά παρουσιάζουν ανωμαλίες ασυμβίβαστες με τη ζωή, περισσότερο από κάποιο βραχύ χρονικό διάστημα. Αλλά για να επιζήσουν έχουν ανάγκη από βαριές διορθωτικές χειρουργικές επεμβάσεις, στις οποίες θα έπρεπε να υποβληθούν επανειλημμένως. Ένα τέτοιο παιδί, μη χειρουργημένο, είναι καταδικασμένο να πεθάνει. Το θέμα που τίθεται είναι: πόσο δικαιολογημένος είναι ένας γιατρός να μην καλέσει χειρουργό, αφήνοντάς το να πεθάνει (παθητική ευθανασία δια παραλείψεως). Το δίλημμα για το γιατρό είναι μεγάλο και κάποιος κοινά παραδεκτός κανόνας, δεν υπάρχει.

Ο παιδίατρος και μέλος της Ακαδημίας Αθηνών Ματσώνης (1987) αναφέρει: «Η θεμελιώδης διαφορά του παιδίατρου από τους άλλους γιατρούς, είναι η αδυναμία του νεογνού να εκφράσει τη θέλησή του. Γι' αυτό και δεν μπορώ, παρά να τοποθετηθώ, χωρίς όμως και να ταυτίζομαι, με τη θέση εκείνη που λέει ότι είναι επιτρεπτή ηθικά η διακοπή κάθε υποστηρικτικής θεραπείας στην περίπτωση που υπάρχουν σαφείς αποδείξεις ότι έχει πεθάνει το εγκεφαλικό στέλεχος του παιδιού. Όπως επίσης και στην περίπτωση που θα γεννηθεί νεογνό ανεγκέφαλο, με τις συναφείς επιπτώσεις. Στις περιπτώσεις αυτές, είναι τόσο πρόδηλη η απόλυτη βεβαιότητα ότι ο θάνατος είναι αναπόφευκτος, ώστε η παθητική ευθανασία, δηλαδή η μη ενεργητική ιατρική προσπάθεια, με βρίσκει όχι απλώς σύμφωνο, αλλά υπέρμαχο. Οι περιπτώσεις που οι γονείς ζητούν ευθανασία, αφορά σχεδόν πάντα σε νεογνό, με ικανό βαθμό πνευματικής καθυστέρησης ή με πολύ σοβαρές συγγενείς διαμαρτίες».

Για το ίδιο θέμα, ο καθηγητής Νευρολογίας στη Γαλλία, κ. Μινκόφσκι αναφέρει: σήμερα, αν με το υπερηχογράφημα μέσω του υμενώδους κρανίου των βρεφών, βλέπουμε ότι ο εγκέφαλος ενός παιδιού είναι ολοκληρωτικά μεταμορφωμένος σε αίμα, δεν τον επαναφέρουμε στη ζωή. Είναι η παθητική ευθανασία, κατά τη γνώμη μου, απόλυτα παραδεκτή. Για τον ίδιο, δεν υπάρχει σύγκυση ανάμεσα στα παιδιά που πάσχουν από μογγολισμό (καθυστερημένα παιδιά) και αυτά που χαρακτηρίζονται «μη βιώσιμα» από τις πρώτες ημέρες της ζωής τους. Για τη δεύτερη κατηγορία, συνεχίζοντας θα πει: «Πρέπει να ομολογήσω ότι απέναντι στις οικογένειες, απέναντι στη συνείδησή μου, απέναντι στο ίδιο το παιδί, μερικές φορές είναι καλύτερα να μη ζουν».

Από την άλλη πλευρά, είναι διαφορετικό το θέμα, όταν ένα παιδί χαρακτηρίζεται «μη βιώσιμο» τις πρώτες ημέρες της ζωής του και άλλο να έχεις να αντιμετωπίσεις ένα παιδί που πάσχει από «μογγολισμό με διανοητική καθυστέρηση δια βίου». Ο καθηγητής Μινκόφσκι αναφέρει σχετικά: «Τα καθυστερημένα παιδιά, διαφέρουν πολύ μεταξύ τους. Το παιδί που πάσχει από μογγολισμό (είναι αυτό που είναι λιγότερο «χτυπημένο», από τα καθυστερημένα, δεν είναι ανάπηρο, ούτε ανίκανο), αν μεγαλώσει στο σπίτι του από γονείς με ηθική και ψυχική δύναμη, μπορεί να γίνει ένα ευτυχισμένο παιδί. Και υπάρχουν στον κόσμο οικογένειες που κάνουν ακριβώς αυτό. Είναι ένα παιδί ικανό, μπορεί να γίνει αυτόνομο, ικανό για χειροποίητες εργασίες. Μια κοινωνία, όποια κι αν είναι, δεν έχει σκοπό να σκοτώνει τους καθυστερημένους της. Και επιμένω πολύ σ' αυτό το σημείο, εγώ που εφαρμόζω, όταν χρειάζεται, στις πρώτες ημέρες της ζωής, ένα είδος ευθανασίας (παθητική), αποφεύγοντας να επαναφέρω στη ζωή με τεχνητό τρόπο, παιδιά που δεν είναι βιώσιμα. (Μη βιώσιμα, ο καθηγητής Μινκόφσκι, θεωρεί τα παιδιά που έχουν υποστεί σοβαρά εγκεφαλικά τραύματα και ο εγκέφαλος τους έχει γεμίσει αίμα. Τα παιδιά αυτά μπορούν να ζήσουν πολύ καιρό, αλλά εντελώς ανίκανα και χωρίς να αντιδρούν καθόλου).

Παρόμοιες απόψεις υποστηρίζει και ο καθηγητής Robert Debre: «Το να εφαρμόζουμε

την ευθανασία για τα παραμορφωμένα μωρά, θα σήμαινε επάνοδο στην εποχή της Σπάρτης, γιατί όχι του Χίτλερ ... Τα μογγολικά παιδιά, επί παραδείγματι, είναι υπάρξεις ευτυχισμένες. Χαμογελούν, είναι εύθυμα, ευγενικά με όλο τον κόσμο. Δεν έχουμε το δικαίωμα να αποφασίσουμε την κατάργησή τους με την πρόφαση ότι δεν έχουν το βαθμό νοημοσύνης των άλλων ανθρώπων. Αντίθετα, έχουμε το καθήκον να τα βοηθήσουμε να ζήσουν μια ζωή στα μέτρα τους».

Είναι εντελώς διαφορετικό θέμα, επίσης, όταν ανεγκέφαλα παιδιά π.χ., διατηρούνται ζωντανά με τεχνητά μέσα, για να μην καταστραφούν τα όργανά τους, από την απουσία τροφοδοσίας και οξυγονώσεως, ώστε να μεταμοσχευθούν σε κάποιους που τα χρειάζονται για να μπορέσουν να ζήσουν. Κάθε χρόνο πολλά τέτοια παιδιά πεθαίνουν και η «βιοηθική της Ιατρικής» σε τέτοια θέματα είναι τεράστιας σημασίας. Εκφράζονται και απόψεις μήπως η τέτοια «σωτηριώδης τακτική» μετατρέπεται κάποτε σε πράξη εξυπηρετήσεως ταπεινών συμφερόντων. Ή μήπως η τακτική αυτή βρει προεκτάσεις και σε άλλες «αθεράπευτες καταστάσεις». Πολλά άλλωστε διαδίδονται για «εμπόριο οργάνων προς μεταμόσχευση».

2.11. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Κοινωνική ευθανασία, είναι η θανάτωση για λόγους κοινωνικούς, του ανθρώπου, χωρίς αυτή να συνδέεται με επικείμενο βέβαιο θάνατο και ακόμα, χωρίς τη συναίνεσή του. Στην περίπτωση αυτή δεν εξασφαλίζεται στον άνθρωπο - θύμα, καλός θάνατος, αλλά προσφέρεται ο θάνατος, αντί μιας άθλιας ζωής, που θα επιβαρύνει τον ίδιο, καθώς την οικογένειά του και την κοινωνία.

Στην περίπτωση αυτή υπάγεται η θανάτωση κατάκοιτων γερόντων και γενικά κάθε

ανάπηρου, που δεν μπορεί να αυτοπεριποιηθεί μόνιμα, των ψυχοπαθών, ιδίως αυτών που είναι επικίνδυνοι και αυτών που πάσχουν από ανίατες και μεταδοτικές ασθένειες (Καράμπελας, 1987).

Αυτού του είδους η ευθανασία φτάνει πολύ βαθιά στην ιστορία του ανθρώπινου γένους. Ο Δαρβίνος διατύπωσε τη θεωρία της εξελίξεως και τους νόμους της επιλογής των ειδών. Σύμφωνα με αυτή, επιζούν μόνο οι ζωικοί οργανισμοί, που είναι πιο δυνατοί. Αλλά τη θεωρία του την εκμεταλλεύτηκαν οι μεταγενέστεροι. Δεν την σταμάτησαν στο ζωικό βασίλειο. Οι νεοδαρβινιστές θέλησαν να την εφαρμόσουν και στον άνθρωπο. Αυτό που ισχύει για τον κόσμο των ζώων, είπαν, γιατί να μην ισχύει και στον κόσμο των ανθρώπων;

Περισσότερο όμως από κάθε άλλον, εκείνος που έπαιξε βασικό ρόλο και επέδρασε αποφασιστικά για τη δημιουργία καθαρόαιμης ράτσας ή υπεράνθρωπων, ήταν ο Νίτσε. Κατ' αυτόν, «θα έπρεπε να θανατώνονται τα παράσιτα της κοινωνίας, αλλά και οι άνθρωποι οι οποίοι φυτοζωούν, έχοντας χάσει το αίσθημα του μέλλοντος».

Στην Κέα, τη σημερινή Τζιά, εφαρμοζόταν «γεροντοκτονία», ένα είδος κοινωνικής ευθανασίας, όπου όσοι ξεπερνούσαν τα εξήντα, έπρεπε να πιούν το κώνειο για να πεθάνουν, με την αντίληψη ότι κάποιος δεν μπορεί να ζει καλά και να απολαμβάνει τη ζωή του, δεν θα έπρεπε να συνεχίσει να ζει. Γεροντοκτονία επίσης εφαρμόζαν και οι Μισαγέτες, οι Έρουλοι, οι Βακτριανοί, στη Σαρδώ (Σαρδηνία), περισσότερο ως έθιμο.

Τέλος, κοινωνική ευθανασία θα πρέπει να ονομαστεί και η θανάτωση από τους Ναζί, ύστερα από απόφαση της εθνικοσοσιαλιστικής κυβέρνησης της Γερμανίας, των 80.000 Γερμανών που έπασχαν από ανίατες ασθένειες (εφαρμογή της φιλοσοφίας του Νίτσε) (Αβραμίδης, 1995).

Οι υποστηρικτές αυτού του είδους της ευθανασίας, προβάλλουν τα εξής επιχειρήματα:

1. Η ζωή είναι χωρίς νόημα, αν δεν μπορεί ο άνθρωπος να τη ζήσει στην πληρότητά της. Οι μόνιμα ασθενείς ή ανάπηροι δεν μπορούν να ζήσουν, όπως και οι

υπόλοιποι άνθρωποι. Στερούνται διαρκώς πολλές απολαύσεις της ζωής και γενικότερα τη δυνατότητα δράσεως. Η ζωή τους γίνεται συν τω χρόνο, όχι μόνο «αφόρητη», αλλά «περιττή» και «άχρηστη». Επίσης αντιμετωπίζουν πληθώρα ψυχοσωματικών προβλημάτων λόγω των δυσχερειών και των προβλημάτων που δημιουργούνται σε αυτούς και τους οικείους τους, από τις προσπάθειες για διατήρηση στη ζωή.

2. Οικονομική επιβάρυνση της κοινωνίας. Για τα παραπάνω άτομα δαπανούνται πολύ περισσότερα χρήματα για διατροφή και υγειονομική περίθαλψη, παρά για τους αρτιμελείς. Επιπλέον, τα άτομα αυτά δεν συνεισφέρουν ή συνεισφέρουν ελάχιστα για το κοινωνικό σύνολο. Το παραγωγικό τους έργο, είναι ανύπαρκτο (Μητσόπουλος, 1985). «Περί των ευθανασίας, διακυβεύονται τεράστια συμφέροντα οικονομικής φύσεως, όπως ασφαλιστικών εταιρειών, Ταμείων Υγείας, κρατικών οργανισμών και άλλων. Υπολογίζεται ότι το 20% των δαπανών για την υγεία στις χώρες-μέλη της Ε.Ε. ξοδεύονται για τις τελευταίες ώρες των ασθενών. Το κρεβάτι του ετοιμοθάνατου έχει κόστος δαπανών τέσσερις φορές μεγαλύτερο από το κανονικό. Και θέτουν το ερώτημα, γιατί να δαπανώνται τέτοια ποσά για τους ετοιμοθάνατους, όταν τα διατιθέμενα κονδύλια δεν επαρκούν για ασθενείς, οι οποίοι έχουν ελπίδες να ζήσουν, οπότε πλέον η ζωή του ανθρώπου με την ευθανασία καταλήγει «λογιστική πράξη» (Αβραμίδης, 1995).
3. Γενικότερη επιβάρυνση των οικείων του πάσχοντος και παρεμπόδιση της παραγωγής της ευρωστίας της κοινωνίας. Η φροντίδα και η συμβίωση με έναν άρρωστο ή ανάπηρο άτομο, απαιτεί διάθεση χρόνου και ψυχικής αντοχής. Γενικότερα, όλη η διαμόρφωση της ζωής της οικογένειας, κατοικία, εργασία, ψυχαγωγία, κοινωνικές εκδηλώσεις, εξαρτώνται και καθορίζονται από το

άρρωστο μέλος. Από την άλλη πλευρά, για την κοινωνία δημιουργούνται ανάγκες, οι οποίες απαιτούν ειδική αντιμετώπιση. Όπως, οργάνωση ειδικών εκπαιδευτικών μονάδων, ειδικά σχολεία, ειδικευμένοι εκπαιδευτικοί, τεχνικά μέσα, ίδρυση και συντήρηση ειδικών ιδρυμάτων. Όπως και για την επαγγελματική αποκατάσταση αυτών των ατόμων, απαιτείται ειδική μέριμνα από την πολιτεία.

Όλες οι ανωτέρω ενέργειες απαιτούν κονδύλια, σχεδίασμα και εφαρμογή προγραμμάτων από την πολιτεία, κάτι που εμποδίζει ως ένα βαθμό την ευρωστία και την πρόοδο αυτής (Μητσόπουλος, 1985).

Οι παραπάνω αντιλήψεις, ακραίες στο σύνολό τους, τείνουν και επιδιώκουν να αντικαταστήσουν σιγά-σιγά την αντίληψη περί «της ιερότητας της ζωής». Όμως, κανείς δεν έχει το δικαίωμα να «φθείρει τη ζωή του ανθρώπου, όποια κι αν είναι, με οποιονδήποτε τρόπο» και «επειδή η κάθε ζωή έχει άπειρη αξία ακόμα και όταν φαίνεται, ότι δεν αξίζει τίποτα».

Ο άνθρωπος, διακήρυττε ο καθηγητής Debre πρέπει να είναι σεβαστός σε ολόκληρη την τροχιά της ζωής του. Ο σεβασμός της ζωής είναι μια κατάσταση του πολιτισμού και η περιφρόνηση της ζωής, είναι μια επάνοδος στη βαρβαρότητα. Εξάλλου, κράτος δε, και κοινωνία έχουν υποχρέωση από το Σύνταγμα, να προστατεύουν τη ζωή ως «ύψιστον αγαθό», ανεξάρτητα από την ηλικία του ατόμου και από το αν είναι υγιής ή όχι ή ανάπηρος (άρθρο 5/2 του Συντάγματος).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζεται νομικά η ευθανασία συνάδει με τις ηθικές αξίες της κάθε χώρας αλλά και με το νομικό πλαίσιο που την διέπει. Σε περιπτώσεις δε που δεν καλύπτεται νομικά λόγω έλλειψης νομοθεσίας, τότε οι περιπτώσεις καλύπτονται από την εκάστοτε νομολογία.

Οι περιπτώσεις καταδίκης γιατρών ή συγγενών που συνέργησαν ή διενέργησαν ευθανασία είναι ελάχιστες στις περισσότερες χώρες και τις πιο πολλές φορές συμβολικές. Ενώ, όμως, οι Ποινικοί Κώδικες πολλών κρατών συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν την ευθανασία ως ανθρωποκτονία, ή στην καλύτερη περίπτωση ως συνέργεια σε αυτοκτονία, είναι δύσκολο για τα αρμόδια δικαστήρια να συμβιβάσουν το γράμμα του νόμου με τις απαιτήσεις των καιρών, τα δικαιώματα των ασθενών με τις υποχρεώσεις της κοινωνίας προς αυτούς, το νομικό με το ανθρωπιστικό καθήκον των γιατρών (Πρωτοπαπαδάκης, 1999).

Στο κεφάλαιο αυτό θα επιχειρηθεί η μελέτη της νομοθεσίας σε διεθνή και εθνικό επίπεδο.

3.2. ΟΙ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΠΟΥ ΕΓΙΝΑΝ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΜΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Από την αρχή του αιώνα μας, υποβάλλονται σε διάφορα Κοινοβούλια, νομοσχέδια για τη νόμιμη κατοχύρωση της ευθανασίας. Το 1903 στη Βουλή της Σαξωνίας, το 1906 και 1912 στα νομοθετικά σώματα των Η.Π.Α. και το 1936 στη Βουλή των Λόρδων υπό τη συσταθείσα εταιρεία προς «νομιμοποίηση της ευθανασίας».

Με το νομοσχέδιο αυτό, προβλεπόταν ότι επιτρέπεται η σύντμηση της ζωής του ασθενούς, εφόσον θα ήταν μεγαλύτερος από 21 ετών και θα έπασχε από νόσημα ανίατο και αθεράπευτο, το οποίο επίσης θα προκαλούσε και αφόρητους πόνους. Σύμφωνα με το νομοσχέδιο αυτό, έπρεπε να υποβληθεί η σχετική αίτηση από τον ίδιο τον ασθενή και πιστοποιητικό δύο γιατρών, από τα οποία να προέκυπταν ότι υπάρχουν οι παραπάνω προϋποθέσεις και στη συνέχεια θα αποφάσιζε μια κρατική επιτροπή. Το νομοσχέδιο όμως αυτό, απορρίφτηκε όπως και τα προηγούμενα.

Η σύμβαση της Ρώμης του 1950 στο οικείο άρθρο για την υπεράσπιση των δικαιωμάτων του ανθρώπου και των θεμελιωδών ελευθεριών, ορίζει: «Το δικαίωμα εκάστου ανθρώπου εις τη ζωή, προστατεύεται υπό του νόμου». Η σύμβαση αυτή υπογράφηκε και από την Ελλάδα και τέθηκε σε ισχύ με το Νόμο 2329/1953.

Το 1952 υποβάλλεται στον ΟΗΕ έκκληση 2.000 ατόμων που ζητούν να καθιερωθεί «ως ανθρώπινο δικαίωμα» η ευθανασία, γι' αυτούς που τους καταπονεί μια αθεράπευτη ασθένεια. Δεν επακολουθεί καμιά σχετική απόφαση του Διεθνούς Οργανισμού.

Όμως λίγα χρόνια μετά, στο Παρίσι, οι εκπρόσωποι των ιατρικών συλλόγων απ' όλες τις χώρες της ΕΟΚ, ψηφίζουν ομόφωνα ένα κοινό κείμενο «Επαγγελματικής δεοντολογίας» με τον τίτλο «Ευρωπαϊκός οδηγός ιατρικής ηθικής». Αυτό το κείμενο αποτελεί σταθμό στην όλη πορεία του προβλήματος. Διαβιβάζεται στα κοινοτικά όργανα στις Βρυξέλλες, με στόχο να συμβάλλει στον εναρμονισμό των κανόνων που διέπουν το ιατρικό επάγγελμα, σε πολλές περιπτώσεις υποδεικνύοντας συμπεριφορές ηθικά ορθές με ένα σύγχρονο πνεύμα.

Θέματα μεγάλης σημασίας αντιμετωπίζονται μέσα σ' αυτό όπως το επαγγελματικό απόρρητο, η δημοσιότητα των επιστημονικών ανακαλύψεων, η αντισύλληψη, η μεταμόσχευση, κ.λπ. Αλλά περισσότερο το άρθρο που ελκύει την προσοχή και το ενδιαφέρον, έχει σαν τίτλο «Βοήθεια στον ετοιμοθάνατο». Να τι αναφέρει το σχετικό άρθρο:

«Η Ιατρική σε όλες τις περιστάσεις υπηρετεί το σεβασμό της ζωής, της ηθικής αυτονομίας και της ελεύθερης επιλογής του αρρώστου. Ωστόσο, ο γιατρός μπορεί σε περίπτωση αθεράπευτης και μοιραίας ασθένειας να περιοριστεί στην απάλυνση του πόνου, χορηγώντας στον άρρωστο τις κατάλληλες θεραπείες και εξασφαλίζοντάς του, όσο είναι δυνατόν την ποιότητα μιας ζωής που σβήνει. Είναι επιτακτικό καθήκον να συνδράμει τον ετοιμοθάνατο μέχρι τέλους, ενεργώντας με τρόπο που θα επιτρέπει στον ασθενή τη διατήρηση της αξιοπρέπειάς του». Όμως, μέσα σ' αυτές τις λέξεις διακρίνεται κάποια νομιμοποίηση της παθητικής ευθανασίας, δηλαδή στη διακοπή θεραπειών ή στη χορήγηση φαρμάκων που μετριάζουν τον πόνο αλλά συντομεύουν τη ζωή (Χρονόπουλος, 1985).

Την 1.6.1975 οι Γερμανοί επίσκοποι, με διακήρυξή τους, με θέμα «Το δικαίωμα ζωής του ανθρώπου και η ευθανασία» δέχτηκαν ότι ο θάνατος είναι η τελευταία αποστολή την οποία έχει να εκπληρώσει ο άνθρωπος.

Η Βουλή του Συμβουλίου της Ευρώπης με το 779/2.1.1976 ψήφισμά του, ζήτησε από τα κράτη-μέλη, να λάβουν τα κατάλληλα μέτρα για να εξασφαλιστεί στους ανθρώπους η ευκαιρία ψυχολογικής προετοιμασίας για την αντιμετώπιση του θανάτου (Καράμπελας, 1987).

Στο Όρεγκον των Η.Π.Α., ψηφίστηκε νόμος περί ευθανασίας (death with Dignity Act) για έναν «αξιοπρεπή θάνατο», στον οποίο με το «Μέτρο 16» προβλέπεται το δικαίωμα για τη νόμιμη ευθανασία σε όσους πάσχουν από κάποια ανίατη ασθένεια και τους μένουν μόνο 6 μήνες ζωής, υπό την προϋπόθεση της σχετικής βεβαιώσεως περί της καταστάσεώς τους από δύο γιατρούς, για την κατάθλιψη δε από ένα ψυχίατρο. Προβλέπεται ένα χρονοδιάγραμμα

διαδικασιών και επί οριστικής αποφάσεως, ο γιατρός θα είναι υποχρεωμένος να γράψει το κατάλληλο φάρμακο σε θανατηφόρο δόση, για ένα γρήγορο και ανώδυνο θάνατο. Το φάρμακο, ο άρρωστος θα προμηθευτεί από το φαρμακείο και τη στιγμή που θα το αποφασίσει, θα το πάρει μόνος του, ενώ ο γιατρός θα είναι παρών.

Ο νόμος αυτός της πολιτείας του Όρεγκον επρόκειτο να αρχίσει, εφαρμοζόμενος από τις 6.12.1994. Ανεστάλη όμως, αρχικά μέχρι τις 19.12.1994 από το Ομοσπονδιακό Δικαστήριο των Η.Π.Α. και τώρα εκκρεμεί δημοψήφισμα προς τη λήψη αποφάσεως, επειδή η πλειοψηφία των κατοίκων έχει θορυβηθεί, εκτός δε από το Όρεγκον και γενικότερα στις Η.Π.Α. Θεωρείται δε μια τέτοια νομοθέτηση ως αντισυνταγματική, επειδή αφαιρεί από τους πάσχοντες από ανίατες αρρώστιες, το δικαίωμα της ισότιμης προστασίας.

Στην Ολλανδία, όπου από εικοσαετίας με κοινωνική ανοχή, αν και παράνομη, εφαρμόζεται η ευθανασία και τα δικαστήρια επέβαλλαν επί σχετικών καταγγελιών μικρές μόνο ποινές, έγιναν παρατηρήσεις, οι οποίες οδήγησαν σε κυβερνητική έρευνα, στην οποία προΐστατο ο εισαγγελέας του Ανώτατου Δικαστηρίου της χώρας.

Κατ' αυτήν, η οποία διενεργήθηκε το 1991 και μόλις προσφάτους ήρθε στο φώς της δημοσιότητας: σε 8.100 θανάτους, που δεν κατεγράφησαν ως περιπτώσεις ευθανασίας, οι γιατροί χορήγησαν υπερβολική δόση φαρμάκων, για να θανατώσουν τους ασθενείς τους, από τους οποίους οι 4.941 δεν είχαν επιζητήσει το θάνατό τους. Σε 2.300 περιπτώσεις οι γιατροί εφήρμοσαν ευθανασία με τη συγκατάθεση του ασθενούς, σε 400 παρείχαν τα μέσα αυτοκτονίας και σε 1.040 ενήργησαν αυτοβούλως. Λόγω της κατακραυγής, πάντως, από την ανωτέρω κυβερνητική έρευνα τον Ιανουάριο του 1994, ψηφίστηκε νόμος σύμφωνα με τον οποίο "οι γιατροί μπορούν να εφαρμόζουν ευθανασία και χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς, αν κρίνουν ότι αυτή θα ήταν η επιθυμία του πάσχοντος". Απαιτείται όμως, και πάλι ειδική διαδικασία με 28 όρους και αίτημα στον εισαγγελέα, ο οποίος το παραπέμπει σε Συμβούλιο Εισαγγελέων, το οποίο

αποφασίζει αν θα προχωρήσει σε περαιτέρω σχετική ανάκριση ή όχι. Επομένως, και εκεί η αυθαίρετη εφαρμογή της ευθανασίας παραμένει ποινικό αδίκημα και επισύρει ποινή καθείρξεως μέχρι και 12 ετών. Και η χωρίς τη συγκατάθεση του αρρώστου, τιμωρείται επίσης.

"Η Βόρεια Πολιτεία της Αυστραλίας είναι η μόνη στον κόσμο, της οποίας η Βουλή ψήφισε νόμο (που ισχύει από την 1^η Ιουλίου 1996), σύμφωνα με τον οποίο παρέχεται η δυνατότητα στους πάσχοντες από ανίατες ασθένειες να θέτουν τέρμα στη ζωή τους με τη βοήθεια γιατρών, υπό την προϋπόθεση της διαγνώσεως του ανιάτου της ασθένειας από δύο γιατρούς. Το σχετικό νομοσχέδιο εισήγαγε στη Βουλή ο πρωθυπουργός Περόν, ο οποίος ένα χρόνο νωρίτερα είχε δει τη μητέρα του να πεθαίνει από ανίατη ασθένεια".

3.3. ΔΙΕΘΝΕΣ ΔΙΚΑΙΟ

Στην Αγγλία η επίδραση της θρησκείας φαίνεται και στη νομοθεσία που αφορά την προστασία της ζωής μέχρι το θάνατο και αυτή την ίδια τη ζωή, ως ιερή. Έτσι, το να αφαιρεθεί η ζωή θεωρείται έγκλημα. Όμως, εάν ο γιατρός χορηγεί μία φαρμακευτική αγωγή σε ασθενή και αυτός τελικά πεθάνει, εφόσον ο πρωταρχικός του στόχος ήταν η ανακούφιση των πόνων, σωματικών και ψυχικών, ο γιατρός δεν καταδικάζεται. Το πρόβλημα όμως δημιουργείται, όταν το δικαίωμα στη ζωή έρχεται σε αντίθεση με το δικαίωμα του αρρώστου, που έχει πλήρη συνείδηση, να αποφασίζει αυτός ο ίδιος για τη θεραπεία του (Νταβώνη et al, 2013).

Έτσι, το 1965 η βρετανική νομολογία αναγνώρισε στον ασθενή το δικαίωμα να αρνηθεί κάθε θεραπεία, παρά το γεγονός ότι αυτή η άρνησή του θα τον οδηγήσει στο θάνατο. Επίσης, τα βρετανικά δικαστήρια αναγνωρίζουν τις «προγενέστερες οδηγίες» που δίνουν οι ασθενείς και τις οποίες δεν μπορούν παρά να σεβαστούν οι ιατροί ως τελευταία θέληση του ασθενή, παρόλο που

αυτός δεν είναι πολλές φορές σε θέση να την επαναβεβαιώσει και που μπορεί αυτή του η θέληση να τον οδηγήσει στο θάνατο (Garani et al, 2010).

Στη Γαλλία μετά το 2005 η νομοθεσία επιτρέπει στους συγγενείς των ασθενών που βρίσκονται σε τελικό στάδιο, να ζητήσουν το κλείσιμο των μηχανημάτων που υποστηρίζουν τεχνητά τη ζωή. Επίσης, δίνει τη δυνατότητα και στους ασθενείς, τους πάσχοντες από ανίατες ασθένειες και βιώνουν σωματική και ψυχική κόπωση, και τους αναγνωρίζει το δικαίωμα να ζητήσουν από το θεράποντα ιατρό τους να τους πραγματοποιήσει την ενεργητική ευθανασία. Το μόνο που απαιτείται είναι η έγγραφη επιθυμία τους η οποία συνυπογράφεται από δύο μάρτυρες με την παρουσία ενός εκπροσώπου της δικαστικής εξουσίας. Εκεί ξεκαθαρίζεται ρητώς ότι αυτή η πράξη του θεράποντα ιατρού δεν θα του επισύρει ποινικές ή επαγγελματικές κυρώσεις (Liatsa, 2009).

Στη Γερμανία οι σύγχρονοι ποινικολόγοι τάσσονται κατά πλειοψηφία υπέρ της μη ποινής του δράστη της ανθρωποκτονίας η οποία γίνεται με συναίνεση. Έτσι, από το 1971 και εξής δεν υπάρχουν κυρώσεις ούτε για την αυτοκτονία ούτε για την υποβοηθούμενη αυτοκτονία ενώ από το 2005 η ελβετική κλινική Dignitas ενημερώνει τους ασθενείς της για την όλη διαδικασία της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας (Liatsa, 2009).

Στην Ιταλία το 1984 η πρόταση νόμου που κατατέθηκε προέβλεπε, ότι εάν ένας γιατρός δεν πάρει μέτρα ώστε να διατηρήσει στη ζωή ασθενή τελικού σταδίου, αυτός δεν θα τιμωρείται. Το 1985 η πρόταση αυτή επεκτάθηκε εκτός από την παθητική και στην ενεργητική ευθανασία με την προϋπόθεση αυτή να εφαρμόζεται σε ασθενείς που πάσχουν από ανίατη ασθένεια ή έχουν σοβαρές σωματικές ή πνευματικές επιβαρύνσεις. Στην περίπτωση αυτή όμως ο ιατρός ή άλλος δράστης θα τιμωρείται με μειωμένη ποινή που προβλέπει ο ιταλικός ΠΚ για την ανθρωποκτονία κατ' απαίτηση. Το 2008 η απόφαση του Ανώτατου Δικαστηρίου αναγνώρισε το «δικαίωμα στο θάνατο» επιτρέποντας την αποσύνδεση.

Στην Ολλανδία το 2000 έγινε νομιμοποίηση της ευθανασίας, η οποία ήταν αποτέλεσμα τόσο της μεγάλης ενημέρωσης που έγινε στον Ολλανδικό λαό και του ελέγχου της γνώμης της κοινωνίας ολόκληρης όσο και της εμπλοκής παραγόντων, όπως της εκκλησίας και του ιατρικού συλλόγου. Έτσι λοιπόν, από την 1η Ιανουαρίου 2002 ισχύει 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 (www.bioethics.org.gr):

1. Ο ασθενής υποβάλλει με δική του βούληση και κατόπιν σοβαρής σκέψης το σχετικό αίτημα
2. Ο ασθενής πρέπει να βιώνει αφόρητους πόνους
3. Η κατάστασή του να μην επιδέχεται καμία βελτίωση
4. Ο ασθενής θα πρέπει να έχει πλήρη γνώση της κατάστασής του και της επιθυμίας του να πεθάνει.

Με το νόμο αυτό η Ολλανδία έγινε η πρώτη ευρωπαϊκή χώρα που νομιμοποίησε την ευθανασία. Την ακολούθησε το Βέλγιο όπου το Σεπτέμβριο του 2002 με νόμο έδωσε το δικαίωμα στους ασθενείς άνω των 18 που πάσχουν από αθεράπευτη ασθένεια να πεθάνουν. Πρόσφατα δε έδωσε το δικαίωμα και σε ηλικίες κάτω των 18 ετών να ζητήσουν να τους γίνει ευθανασία. Και εδώ υπάρχουν ορισμένες προϋποθέσεις που καθιστούν νόμιμη την ευθανασία και οι οποίες είναι οι εξής (Liatsa, 2009):

1. Ο ασθενής 1 μήνα πριν της διαδικασίας της ευθανασίας, ζητάει εγγράφως να πεθάνει.
2. Ο ασθενής πρέπει να πάσχει από ανίατη ασθένεια.
3. Ο ασθενής πρέπει να υποφέρει από αβάσταχτους πόνους.
4. Η κατάστασή του να κρίνεται μη αναστρέψιμη.

5. Πρέπει να γίνεται γνωμάτευση της κατάστασής του και από δεύτερο ιατρό.
6. Ο ιατρός πρέπει να δώσει μια γραπτή και λεπτομερειακή αναφορά για την διαδικασία της ευθανασίας ώστε να την εξετάσει μια Επιτροπή.

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).

Στην Ελβετία εάν κάποιος βοήθησε ασθενή με ανίατη ασθένεια να πεθάνει και τα κίνητρά του δεν ήταν εγωιστικά, τότε αυτός δεν αντιμετωπίζει ποινικές κυρώσεις.

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 υγείς. 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).

Το άρθρο 5 της Σύμβασης του Οβιέδο αναγνωρίζει και κατοχυρώνει το δικαίωμα ενός

ατόμου να αρνηθεί θεραπευτική αγωγή (Αγγελάκη, 2008).

Στον Καναδά όποιος προκαλεί τον θάνατο άλλου είναι ένοχος ανθρωποκτονίας παρόλο που καταγράφεται η θέληση του ασθενούς. Πριν από είκοσι χρόνια η καναδική κυβέρνηση σκέφτονταν να αναθεωρήσει τον ποινικό κώδικα ώστε να αντιμετωπίζονται πιο ευνοϊκά οι γιατροί που πραγματοποιούσαν στους ασθενείς τους ευθανασία. Αφορμή για αυτό δόθηκε από τον Robert Latimer ο οποίος θανάτωσε το 1994 την 12χρονη κόρη του που ήταν βαριά παραπληγική χορηγώντας της διοξείδιο του άνθρακα. Ο άνδρας καταδικάστηκε σε 10χρονη κάθειρξη αλλά με την παρέμβαση της τότε Υπουργού Δικαιοσύνης, Ann McLellan, υπήρξε πρόταση ώστε να επέλθει μείωση των ποινών για ανθρωποκτονίες που επρόκειτο για ευθανασία και να εισαχθεί ένας καινούργιος όρος στον Ποινικό Κώδικα αυτός της ανθρωποκτονίας από οίκτο.

Στην πολιτεία της Αυστραλίας Northern Territory, στις 25-5-1995 ψηφίστηκε ο «Νόμος για τα δικαιώματα του θνήσκοντος» (<http://en.wikipedia.org/>) οποίος τέθηκε σε ισχύ τον Ιούλιο του ίδιου έτους. Σύμφωνα με τον νόμο αυτόν κάθε ασθενής άνω των 18 ετών μπορούσε να αποφασίσει να πεθάνει, εφόσον ήταν σε θέση, είχε δηλαδή τη σωματική και νοητική ικανότητα. Ωστόσο, τον Μάρτιο του 1997 ο νόμος αυτός ακυρώθηκε από την Κεντρική Κυβέρνηση της Κοινοπολιτείας, με την αιτιολογία ότι έρχεται σε αντίθεση με το δημόσιο συμφέρον

3.4. Η ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Γενικά, το αγαθό της ανθρώπινης ζωής είναι ένα από τα σοβαρότερα ανθρώπινα δικαιώματα που αναγνωρίζει η οικουμενική διακήρυξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων (1948) του ΟΗΕ. Επίσης, στο άρθρο 2 της σύμβασης της Ρώμης (1950) για την προάσπιση των δικαιωμάτων του ανθρώπου ορίζεται ότι: «Το δικαίωμα εκάστου προσώπου εις τη ζωή, προστατεύεται από το

νόμο».

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

Η ελληνική νομοθεσία προστατεύει με συνταγματική διάταξη το αγαθό της ζωής. Στο άρθρο 512 του Συντάγματος του 1975 ορίζεται ότι: «Πάντες ευρισκόμενοι εντός της ελληνικής επικράτειας, απολαύουν απολύτου προστασίας της ζωής».

Ο Ελληνικός Ποινικός Κώδικας δεν χρησιμοποιεί τον όρο «ευθανασία». Στη νομοθεσία, μόνο για την προστασία των ζώων, χρησιμοποιείται ο όρος αυτός και ακόμα ρυθμίζεται πως μπορεί να γίνει ευθανασία γι' αυτά, όταν γίνουν ανίκανα για τη χρήση που προορίζονται, από οποιαδήποτε αιτία. Οι όροι που χρησιμοποιούνται είναι: «ανθρωποκτονία με συναίνεση» και «ανθρωποκτονία χωρίς συναίνεση».

Συγκεκριμένα: *«όποιος επιφέρει το θάνατο ανθρώπινης υπάρξεως, έστω και αν πρόκειται για νεογέννητο μη βιώσιμο, λόγω πρόωρου τοκετού ή ανωμαλίας περί τη διάπλαση ή για άνθρωπο ετοιμοθάνατο εξ οποιουδήποτε λόγου, θεωρείται ένοχος ανθρωποκτονίας και υπέχει ποινική ευθύνη»* κατά το άρθρο 299 του Ποινικού Κώδικα.

Ο άδικος χαρακτήρας της πράξεως αυτής (αφαίρεση της ανθρώπινης ζωής) αίρεται μόνο αν συντρέχει προβλεπόμενος, από το νόμο, λόγος αποκλεισμού του αδίκου όπως π.χ. η άμυνα, η κατάσταση ανάγκης, η ενάσκηση των εκ της δημοσίας υπηρεσίας καθηκόντων (π.χ. η κατά τη νόμιμη διαδικασία εκτέλεση αμετάκλητης δικαστικής απόφασης που επέβαλε την ποινή του θανάτου) και μεταξύ των λόγων αυτών, δεν περιλαμβάνεται η συναίνεση του παθόντος, προκειμένου για εγκλήματα κατά της ζωής ή για επικίνδυνη ή βαριά σωματική βλάβη.

Επίσης, στο άρθρο 300 του Ποινικού Κώδικα ορίζεται ότι: *«Όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο*

γι' αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια, τιμωρείται με φυλάκιση (δηλαδή με φυλάκιση από δέκα ημέρες μέχρι πέντε χρόνια)».

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

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

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

Ειδικότερα, με το άρθρο 300 του Ποινικού Κώδικα, αν και δεν αναφέρεται ρητά σ' αυτόν ο όρος «ευθανασία», έμμεσα γίνεται δεκτή, ως λόγος ηπιότερης μεταχείρισης του δράστη.

Οι απαραίτητες προϋποθέσεις που ορίζονται σ' αυτό το άρθρο είναι οι εξής:

1. Η επίμονη απαίτηση του θύματος για να προκληθεί ο θάνατός του από τρίτον (μπορεί να είναι ο οποιοσδήποτε). Σε περίπτωση που ενεργήσει ο ίδιος ο ασθενής και ο τρίτος απλώς βοηθήσει στην προσπάθειά του να πεθάνει, ο τρίτος τελεί το έγκλημα που προβλέπει το άρθρο 301 του Ποινικού Κώδικα (συμμετοχή σε αυτοκτονία). Επίσης, το θύμα πρέπει να είναι ενημερωμένο πλήρως για την κατάσταση της υγείας του.
2. Η απαίτηση πρέπει να είναι «σπουδαία», δηλαδή σοβαρή και όχι αποτέλεσμα του πόνου της στιγμής.
3. Το θύμα πρέπει να πάσχει από ανίατη ασθένεια ή σοβαρή σωματική αναπηρία, χωρίς να είναι απαραίτητος ο πόνος από αυτήν.
4. Ο δράστης να γνωρίζει ότι το θύμα πάσχει από ανίατη ασθένεια και να ενεργήσει μόνο από «οίκτο» για το θύμα. Σε περίπτωση που το κίνητρο είναι άλλο, π.χ. για να τον κληρονομήσει, δεν υπάγεται στην περίπτωση 300 του Ποινικού Κώδικα, αλλά θεωρείται «ανθρωποκτονία με πρόθεση» (άρθρο 299/1 του Ποινικού Κώδικα). Αυτό γιατί αποβλέπει ο νόμος στο κίνητρο του δράστη και στην κατάσταση και θέληση του θύματος, και όχι στο αποτέλεσμα της πράξης για το θύμα, που είναι η απαλλαγή του από τους πόνους.

Από την ανάπτυξη αυτή προκύπτει σαφώς το συμπέρασμα ότι κάθε καταστροφή ανθρώπινης γεννημένης ζωής, που αποβλέπει στην κοινωνική ή ευγονική ευθανασία, θεωρείται κοινή δολοφονία.

Η ελληνική θεωρία και νομολογία δεν αποδέχονται την ύπαρξη ενός συνταγματικού ατομικού δικαιώματος στο θάνατο. Και αυτό γιατί (Κατρουγκάλος, 1993):

1. πολλές φορές η επιθυμία αυτοκαταστροφής δεν είναι παρά ένας τρόπος για να

προσελκύσει κανείς την προσοχή των γύρω του και να ενταχθεί εκ νέου στο κοινωνικό περιβάλλον. Είναι σεβαστό ο σκεπτικισμός των γιατρών, που επισημαίνουν ότι «πολλές φορές μια απόπειρα θανάτου κρύβει την επιθυμία να συμπεριληφθεί κανείς ξανά στους ανθρώπους και όχι να αποκοπεί οριστικά από αυτούς, με το θάνατο».

2. Η άσκηση του δικαιώματος στο θάνατο εμπεριέχει σοβαρούς κινδύνους καταχρήσεων:

- i. Αφενός, εμφιλοχωρεί το ενδεχόμενο ενός κοινωνικοβιολογικού δαρβινισμού, ο οποίος, όπως ορθά γράφεται, θα οδηγούσε στον Καιάδα τις «εξαιρέσεις, τους ανθρώπους με απωθητικές αρρώστιες»,
- ii. αφετέρου, η νοοτροπία «να τελειώνουμε με αυτούς, περιμένουν άλλοι», είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη σε μια εποχή πλήρους οικονομικής αποτίμησης και κοστολόγησης της ανθρώπινης ζωής.

Ως αναγκαία, αν και όχι πάντα ικανή συνθήκη για την αποφυγή των κινδύνων αυτών, προβάλλει η ύπαρξη δικαστικής απόφασης, η οποία διαπιστώνει ότι θα συντρέχουν οι προϋποθέσεις για την άσκηση του δικαιώματος στο θάνατο, όταν ο ενδιαφερόμενος δεν είναι σε θέση να ενεργήσει από μόνος του (ευθανασία) (Κατρούγκαλος, 1993).

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

προκληθεί, πολλές είναι οι καταγγελίες στον Τύπο, από γιατρούς κυρίως, για αποσαφήνιση του θέματος.

Σε πανελλαδική έρευνα, που έγινε για πρώτη φορά στην Ελλάδα και ήρθε στο φως της δημοσιότητας με αφορμή το 3^ο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο Γηριατρικής και Γεροντολογίας στη Θεσσαλονίκη, αναφέρονται τα εξής: «Στην έρευνα αυτή συμπληρώθηκαν 417 ανώνυμα ερωτηματολόγια, από τέσσερις ομάδες ατόμων, που ήταν γιατροί, νοσηλευτές, σπουδαστές νοσηλευτικών σχολών και διοικητικό προσωπικό νοσοκομείων, ψυχολόγοι και εκπαιδευτικοί. Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε ότι το 41,1% τάσσεται υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας. Το ποσοστό αυτό εκτινάσσεται στο 58,5% σε περίπτωση που υπάρξουν αυστηροί περιορισμοί».

Υπάρχουν, βέβαια, και οι επικριτές, οι οποίοι αρνούνται τυχόν νομιμοποίηση της ευθανασίας, έστω και με προϋποθέσεις. Ο προβληματισμός είναι μεγάλος και θα πρέπει με περίσκεψη και περισυλλογή να εξεταστεί το ενδεχόμενο της θεσμοθέτησής του δικαιώματος στην ευθανασία. Η ισχύουσα νομοθεσία, η οποία ξεκάθαρα τονίζει ότι, προκειμένου να προστατευθεί «το συμφέρον του ασθενούς» και «το δικαίωμα στη ζωή, που είναι το ύψιστο δικαίωμα του ανθρώπου», δεν εγκρίνει κανένα είδος ευθανασίας ακόμα και αν επίκειται θάνατος από ανίατη ασθένεια. Βέβαια, το συναίσθημα του οίκτου και τις ενέργειες που μπορούν να προκύψουν από την πίεση που ασκεί αυτό, ο Έλληνας νομοθέτης το αξιολόγησε, όπως προαναφέρθηκε. Δηλαδή το έλαβε υπόψη του, όταν βέβαια συντρέχουν και οι άλλες προϋποθέσεις του άρθρου 300 του Ποινικού Κώδικα, ως λόγους ηπιότερης μεταχείρισης του δράστη, κατά την επιμέτρηση της ποινής.

Δεν δέχεται, όμως, τίποτα περισσότερο, γιατί η μη τιμωρία της ευθανασίας θα μπορούσε να οδηγήσει σε επικίνδυνες καταστάσεις. Αν γινόταν αποδεκτή η κοινωνική ή ευγονική ευθανασία, πολλοί δεν θα έπρεπε να νοιώθουν ασφαλείς. Κάποιοι ενδιαφερόμενοι - δήθεν γι'

αυτούς ή και πραγματικά - ή για τον εαυτό τους ή για τους άλλους, θα τους πρόσφεραν το θάνατο, αντί μιας ζωής που δεν τους αρέσει (στους τρίτους) να ζήσουν τα θύματα, που όμως την επιθυμούν. Οι γέροντες, οι ανάπηροι, οι ψυχασθενείς και άλλες κατηγορίες ανθρώπων, όπως όσοι πάσχουν από μεταδοτικές αθεράπευτες ασθένειες, οι τοξικομανείς κ.λπ. θα θανατώνονταν, με το σκεπτικό ότι η ζωή γι' αυτούς θα ήταν άθλια, χωρίς νόημα ή επιβλαβής για τους άλλους ή ότι η ζωή τους έχει σοβαρό κόστος ή ότι, τέλος, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τη γέννηση «ελαττωματικών» απογόνων.

Την ανθρώπινη ζωή, λοιπόν, δεν πρέπει να τη θεωρούμε ιδιοκτησία κανενός, ούτε να επιτρέπουμε την καταστροφή της ή τη διατήρησή της, από το αν έχει όφελος ή βλάβη η κοινωνία από την ύπαρξή της.

Από το φόβο, λοιπόν, «καταχρήσεως» του δικαιώματος στην ευθανασία, η πολιτεία είναι επιφυλακτική. Βέβαια, από την άλλη πλευρά δεν θα πρέπει να λησμονείται ότι: «Παράλληλα με το δικαίωμα στη ζωή, υπάρχει και ένα άλλο δικαίωμα που είναι και αυτό σημαντικό. Είναι το δικαίωμα για έναν αξιοπρεπή θάνατο. Το δικαίωμα αυτό που νομοθετήθηκε από τον Ποινικό Κώδικα, έμμεσα με την μη τιμωρία της αυτοκτονίας και με το άρθρο 8 εδ. Α' το Β.Δ. της 15/6-6/1955 «Περί κανονισμού της ιατρικής δεοντολογίας», δεν πρέπει να παραβλέπεται, κυρίως στις περιπτώσεις όπου είναι μειωτικά για την αξιοπρέπεια του ατόμου, τα μέσα που λαμβάνονται για παράταση της ζωής του, απλώς έστω και για λίγο. Και κυρίως, όταν ο ίδιος ο ασθενής δεν έχει τη δυνατότητα να εκφράσει τη θέλησή του, αν μάλιστα γίνει γνωστό ότι ποτέ δεν θα δεχόταν κάτι τέτοιο, λόγω των πεποιθήσεών του, π.χ. θρησκευτικών.

Η μόνη περίπτωση, που θα μπορούσε να γίνει αντικείμενο συζήτησης για να εξακριβωθεί αν είναι σκόπιμο και σύμφωνα με το περί δικαίου αίσθημα του λαού, στο όνομα του οποίου και για λογαριασμό του οποίου γίνονται οι νόμοι, είναι οι εξής:

Αν θα πρέπει να γίνει προσθήκη εδαφίου στο άρθρο 300 του Ποινικού Κώδικα (περί

ανθρωποκτονίας με συναίνεση), που να ορίζει ότι: «Το δικαστήριο θα μπορούσε να απαλλάξει τον υπαίτιο από την ποινή στην περίπτωση που:

1. το θύμα δεν μπορούσε να προκαλέσει από φυσική αδυναμία το θάνατό του, που επιθυμούσε,
2. εφόσον γνωμάτευσαν πριν από την πράξη του τρεις γιατροί δημοσίου νοσοκομείου ομόφωνα ότι:
 - a. η ταλαιπωρία του ψυχορραγούντος θύματος θα συνεχιζόταν,
 - b. ότι ο θάνατος θα επακολουθούσε οπωσδήποτε στο επόμενο 24ωρο, και
 - c. ότι δεν υπήρχε πλέον η δυνατότητα αποτελεσματικής παυσίπονης αγωγής.

Δεν χρειάζεται να τονιστεί ότι και αν νομοθετηθεί η δυνατότητα αφέσεως της ποινής από το δικαστήριο, δεν θα αποποινικοποιηθεί, ούτε και πρέπει η ευθανασία σε καμιά περίπτωση ούτε και στην περίπτωση εκούσιας επιθανάτιας ευθανασίας, έστω και αν αφορά ψυχορραγούντα που υποφέρει πολύ. Αυτό, γιατί θα εξακολουθεί να είναι «άδικη και καταλογιστέα» πράξη, η συμπεριφορά αυτή. Με τη διάταξη αυτή θα είναι δυνατόν να μην κλειστεί στη φυλακή ο παραβάτης του άρθρου 300 του Ποινικού Κώδικα, που μπορεί να είναι ο οποιοσδήποτε, όταν η πράξη του αυτή είναι μεν «άδικη», αλλά και «προϊόν ψυχικής πίεσεως».

Μια τέτοια κίνηση θα αποτελέσει προσπάθεια αντιμετώπισεως του προβλήματος, που γίνεται επιτακτική στην περίπτωση που προαναφέρθηκε, οριοθετώντας το, σύμφωνα με τα νέα δεδομένα.

Στην περίπτωση αυτή, βέβαια, δεν υπάγεται ούτε η επιθανάτια ευθανασία χωρίς τη συναίνεση του θύματος, ούτε άλλο είδος, πλην της «επιθανάτιας με συναίνεση ευθανασίας».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

4.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Για να πραγματοποιηθεί η ευθανασία σε ασθενή τελικού σταδίου υπαισέρονται παράγοντες τόσο ιατρικοί όσο και θρησκευτικοί, οι οποίοι είτε δημιουργούν είτε όχι διλήμματα στο νοσηλευτικό προσωπικό. Στο κεφάλαιο αυτό προσεγγίζεται η ευθανασία από ιατρική και θρησκευτική σκοπιά.

4.2. ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Οι γιατροί έρχονται αντιμέτωποι με αιτήματα για ευθανασία και τα διλήμματα που έχουν είναι πέρα από τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις και ποιες ενέργειες δεν θεωρούνται παράνομες. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2009 σε νοσηλευτές τεσσάρων κρατικών νοσοκομείων της Αθήνας έδειξε ότι το 50,9% των ερωτηθέντων συμφωνούν ότι οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα να αποφασίζουν εάν θέλουν τη ζωή τους ή επιζητούν μέσω της ευθανασίας το θάνατο, όμως δεν τάσσονται υπέρ του δικαιώματος της αυτοκτονίας. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι το 42,5% τάσσεται υπέρ της παθητικής ευθανασίας παρόλο που το 65,1% δεν εγκρίνουν την ευθανασία, ενώ είναι αρνητικοί σε μεγάλο ποσοστό και στα τρία είδη, στην ενεργητική, παθητική και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Οι απαντήσεις τους επηρεάζονται κατά πολύ από το φύλο, τη θρησκεία και τη θρησκευτικότητά τους (Λιακόπουλος et al, 2009). Με σημαντικό

παράγοντα τη θρησκευτική τους συνείδηση, απάντησαν και οι ιατροί που συμμετείχαν σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Μεγάλη Βρετανία και δημοσιεύτηκε το 2011. Οι συμμετέχοντες ιατροί εξαιτίας της θρησκευτικότητάς τους αντιδρούν στο να πράξουν επιθανάτιες πράξεις όπως η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία ενώ τονίζουν ότι οι ασθενείς σε τελικό στάδιο τους παρέχεται ένα καλό επίπεδο παρηγορητικής φροντίδας (McCormack et al, 2011).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2000 ανάμεσα σε φοιτητές της Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων έδειξε ότι το 64,5% αποδέχονται την παθητική ευθανασία (Καίσαρης, 2002) ενώ στην έρευνα των Stevens et al (1994) οι νοσηλευτές ήταν υπέρ της ευθανασίας αλλά δεν ήθελαν να νομιμοποιηθεί. Στην έρευνα που πραγματοποίησε η Γκίκα (1995) το ποσοστό των νοσηλευτών που τάσσονταν υπέρ της ευθανασίας ήταν μόλις 11,8%. Αυτή η αύξηση του ποσοστού που δέχεται την ευθανασία, προφανώς οφείλεται στο γεγονός ότι η παράταση της ζωής σε ασθενείς τελικού κλινικού σταδίου με μηχανικά μέσα έχει φτάσει να θεωρείται ότι είναι πολύ μεγάλο κακό.

Αρκετοί ασθενείς θέτουν ως σημαντικό παράγοντα για την συνέχιση της ζωής τους, την αξιοπρέπεια. Σε έρευνα των Mustakidou et al (2008) το 3,6% των ερωτηθέντων γνώριζε περιστατικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας στα οποία είτε είχαν συμμετοχή οι ίδιοι οι νοσηλευτές, είτε οι γιατροί, ενώ το 36% των νοσηλευτών είχε συζητήσει το θέμα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας με ασθενείς.

Ο όρος «ευθανασία» βρίσκεται έξω από τα διδάγματα και τις επιταγές της θεραπευτικής. Ο γιατρός υπηρετεί τη ζωή, τη γιατρεύει. Επί σειρά αιώνων και μέχρι σήμερα ο ιατρικό ήθος έχει θεμελιωθεί στο άκρως ανθρωπιστικό πνεύμα του όρκου του Ιπποκράτη τον οποίο δίνει ο γιατρός, υποσχόμενος μεταξύ άλλων και αυτό: *«ου δώσω δε ουδέ φάρμακο ουδενί αιτηθής θανάσιμον, ουδέ υφηγήσομαι συμβουλίην τοιήνδε... ομοίως δε ουδέ γυναικί πέσσον φθόριον δώσω. Αγνώς δε και οσίως διατηρήσω βίον τον εμόν και τέχνην την εμήν»*. (Πλάτωνος Πολιτεία).

Αυτή η άποψη του Ιπποκράτη είναι και σήμερα αποδεκτή από την ιατρική δεοντολογία. Σε διακηρύξεις του ιατρικού κόσμου τονίζεται κατά τρόπο κατηγορηματικό ότι ο γιατρός οφείλει να σέβεται την ανθρώπινη ζωή από την αρχή της. Τέτοιες διακηρύξεις είναι:

1. ο Παγκόσμιος χάρτης της Ιατρικής του 1947.
2. Η Διακήρυξη της Γενεύης του 1948 της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρίας.
3. Ο Διεθνής Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.
4. Η Διακήρυξη του Όσλο που ψηφίστηκε στην 35^η Παγκόσμια Ιατρική Συνέλευση της Βενετίας.

4.3. ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τα παγκόσμια κοινωνικά ρεύματα, επηρεάζουν με κάποια χρονική διαφορά και την ελληνική κοινωνία. Όσο αναφορά την ευθανασία στην Ελλάδα, ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την επικράτησή της είναι και οι αρνητικές θέσεις που έχει για αυτήν η Ορθόδοξη Εκκλησία, η οποία δογματίζει ότι η αφαίρεση της ζωής ρυθμίζεται αποκλειστικά και μόνο από τη θεία βούληση και δεν πρέπει να υπεισέρχεται κανένας ανθρώπινος παράγοντας.

Η Ορθόδοξη Ελληνική Εκκλησία αρνείται στον οποιονδήποτε το δικαίωμα να αποφασίζει ο ίδιος για το θάνατο το δικό του ή των άλλων. Η ζωή είναι δώρο του Θεού και κανείς δεν μπορεί να την αφαιρέσει. Ο άνθρωπος έχει δημιουργηθεί «κατ' εικόνα και καθ' ομοίωση» του Θεού και η ζωή του είναι απολύτως ιερή και απαραβίαστη.

Το επίσημο κείμενο που δημοσίευσε στις 26.6.1980 η Ιερή Σύνοδος για τη Διδασκαλία της Πίστεως της Ορθοδόξου Εκκλησίας «περί ευθανασίας», που περιέχει την αυθεντική

διδασκαλία της Εκκλησίας αυτής, τονίζει και το απαραβίαστό της. Συνέπεια αυτών των αρχών είναι ότι κανείς δεν μπορεί να αποπειραθεί κατά της ζωής ενός ανθρώπου χωρίς να αντιταχθεί στην αγάπη του Θεού γι' αυτόν και χωρίς να διαπράξει ένα βαρύτατο έγκλημα. Κάθε άνθρωπος έχει καθήκον να προσαρμόζει τη ζωή του στα σχέδια του Θεού. Του έχει προσφερθεί η ζωή σαν αγαθό. Ο θεληματικός θάνατος ή η αυτοκτονία είναι το ίδιο απαράδεκτος όσο και ανθρωποκτονία. Μια τέτοια πράξη, αποτελεί άρνηση της κυριαρχίας του Θεού και του σχεδίου της αγάπης του. Η χριστιανική τοποθέτηση απέναντι στη ζωή και στο θάνατο, δεν μπορεί να στηρίζει την ευθανασία (Παρασκευαΐδης, 1986).

Για τη θρησκεία ο θάνατος, ο πόνος, οι μεγάλες δυσκολίες και τα πιο συντριπτικά χτυπήματα της ζωής έχουν ιδιαίτερο νόημα, υπό το πρίσμα της αιωνιότητας. Αποκτούν άλλο περιεχόμενο. Για τον Χριστιανό δεν υπάρχει μόνο η φυσική ζωή, με το βιολογικό της κύκλο. Πέρα από αυτήν υπάρχει η πνευματική, η υπερφυσική ζωή. Έτσι, οποιαδήποτε αναπηρία, οποιαδήποτε αρρώστια φωτίζεται με ένα υπερκόσμιο φως και αντιμετωπίζεται σωστά με τη μεταφυσική θεώρηση. Με μια τέτοια προοπτική ο άνθρωπος δεν παρουσιάζεται ποτέ στην ηττοπάθεια και στο μαρασμό. Αντιμετωπίζει με πίστη όλες τις αντιξοότητες και από εκεί αντλεί θάρρος και δύναμη.

Η Εκκλησία ασφαλώς ενδιαφέρεται για έναν αξιοπρεπή θάνατο, αλλά με πολύ διαφορετική έννοια, από αυτήν της ευθανασίας. Και μάλιστα, τιμά ιδιαίτερα τη «μετάβαση εκ του θανάτου προς τη ζωή», θεωρώντας ότι ο θάνατος του σώματος είναι ένας σημαντικός σταθμός στη μετεξέλιξη του ανθρώπινου όντος με το θάνατο «ως η γέφυρα η μετάγουσα εκ της κάτω ζωής εις των άνω" περνά στην αιώνια ζωή, όπου εξακολουθεί να ζει με διαφορετικό πλέον τρόπο, αφού έχει χωριστεί από το σώμα.

Συνεπώς, για το Χριστιανισμό η αληθής ευθανασία είναι «η εν Χριστώ εκδημία εκ του κόσμου τούτου», αυτή που οδηγεί στη μέλλουσα μακαριότητα και δόξα. «Η εν Χριστώ εκδημία»

είναι άσχετη με το βιολογικό τρόπο θανάτου. Οποιοσδήποτε θάνατος, είτε από ασθένεια, είτε από ατύχημα, είτε στη γεροντική ηλικία, είτε στη νεότητα, μπορεί να είναι «εν Χριστώ τερματισμός της παρούσας ζωής». Η ευθανασία για το Χριστιανό δεν συνδέεται με το θάνατο τον απαλλαγμένο από πόνους και βάσανα. Αντίθετα, πόσοι και πόσοι πέθαναν ζώντας φοβερούς σωματικούς πόνους ή γενικότερα ευρισκόμενοι σε άθλια σωματική κατάσταση και εντούτοις έχοντας την καλύτερη δυνατή «ευθανασία». Αυτοί είναι οι μάρτυρες της πίστεως του Χριστού, οι οποίοι τερμάτισαν την επίγειο ζωή τους μετά από πολλά βάσανα και δοκιμασίες. Συμπεραίνει, λοιπόν, κανείς ότι αυτός που θεωρείται «κακός θάνατος» για τον κόσμο, αποτελεί τον «καλό», τον «τίμιο» θάνατο του Χριστού.

Έτσι λοιπόν η Εκκλησία τονίζει τα εξής:

1. Η ζωή του ανθρώπου ανήκει μόνο στο Θεό και η ευθανασία είναι φόνος.
2. Η παρούσα ζωή έχει αξία αυτή καθ' αυτή, άσχετα με τον τρόπο διαβίωσης και αποτελεί το στάδιο μέσα από το οποίο κατορθώνεται η απόκτηση της «μέλλουσας μακαριότητας». Κάθε στιγμή έχει σωτηριολογική σημασία. Από τον τρόπο διαβίωσης του κάθε ανθρώπου και τη στάση του απέναντι στο θάνατο θα εξαρτηθεί η μέλλουσα "αιώνια" ζωή του (Μηλιτσόπουλος, 1980).
3. Ο πόνος έχει μεγάλη αξία για τη σωτηρία της ψυχής. Μέσω αυτού δίνεται η ευκαιρία για μετάνοια και γι' αυτό δεν θα πρέπει να συντομεύεται η ζωή, για να αποφύγει την επιθανάτια αγωνία, σήμα για λήψη μέτρων και προετοιμασίας (Καράμπελας, 1987).
4. Για εκείνους που επικαλούνται τον οίκτο και τη συμπόνοια, ως λόγους για την «επιβολή» της ευθανασίας, η Εκκλησία τονίζει τα εξής. «Αλλά γιατί να καταφύγει στην ευθανασία ο ιατρός ή ο συγγενής, όταν ανακαλύπτει ότι ο βαριά άρρωστος, μπορεί και πρέπει να αντιμετωπιστεί σωστά από τους ιατρούς,

νοσοκόμους και συγγενείς, αρκεί να γίνει δεκτό ότι έχει δικαίωμα στην επιμελημένη φροντίδα όλων μας. Μια φροντίδα που το φάσμα της είναι ευρύτατο και περιλαμβάνει τη σωστή ιατρική αγωγή, μέχρι και την εξασφάλιση άνετων συνθηκών διαβίωσης, θερμής συμπαράστασης στις ψυχολογικές και πνευματικές του ανάγκες αναγνώριση δηλαδή της διπολικής ψυχοσωματικής του ιδιότητας. Υπό το πρίσμα αυτό και υπάρχύσης αυτής της διεξόδου, μήπως η ευθανασία είναι όχι η οδός του οίκτου, αλλά αντίθετα ο εύκολος τρόπος για να απαλλαγούμε το συντομότερο από έναν ενοχλητικό συνάνθρωπο επειδή δεν διαθέτουμε τα απαραίτητα αποθέματα αγάπης και αντοχής για να τον περιποιηθούμε και να του συμπαρασταθούμε στις τελευταίες στιγμές του; (Παρασκευαΐδης, 1986).

5. Το γεγονός ότι δεν έχει βρεθεί ακόμα τρόπος ,ώστε να μπορεί κανείς να πει με βεβαιότητα ότι κάποια αρρώστια είναι αθεράπευτη, αφού, όχι σπάνια διαπιστώνεται ότι οι άρρωστοι που, κατά την επιστήμη, ήταν αθεράπευτοι, τελικά άγνωστο πώς, έγιναν καλά (δηλαδή δεν υπάρχει το απόλυτο στη διάγνωση και στην πρόγνωση). Κάτι τέτοιο λοιπόν, αποκλείει την εφαρμογή της ευθανασίας. Επίσης, η πρόοδος της επιστήμης έχει ως αποτέλεσμα να ανακαλύπτονται νέα φάρμακα και μέθοδοι θεραπείας, με τις οποίες θεραπεύονται αυτοί που μέχρι πριν λίγο καιρό, χαρακτηρίζονταν αθεράπευτοι. Επομένως, δεν αποκλείεται καθόλου να έχουμε τη θανάτωση με ευθανασία, ανθρώπων που η διάσωσή τους θα ήταν δυνατή, αν δεν είχαν θανατωθεί.

Η ορθοδοξία τοποθετείται:

1. Ενάντια στη λεγόμενη κοινωνική ή ευγονική ευθανασία. Η θανάτωση διανοητικώς καθυστερημένων, αθεράπευτα πασχόντων, σωματικώς αναπήρων και γενικά προσώπων που έχουν κακή διάπλαση, αποτελεί φόνο και βαρύτατη αμαρτία. Για

τη θρησκεία, μάλιστα, όχι μόνο η θανάτωση ζωντανών ελαττωματικών ατόμων αποτελεί έγκλημα, αλλά και η θανάτωση εμβρύων που πιθανόν να γεννηθούν ελαττωματικά. Κατά την ορθόδοξη πίστη το έμβρυο από τη στιγμή της σύλληψής του, είναι ψυχοσωματική ύπαρξη (Μητσόπουλος, 1980). Στον άνθρωπο δεν βαρύνουν τόσο οι σωματικές και διανοητικές ικανότητες. Πιο μεγάλη αξία έχει η ικανότητα της αγάπης, της θυσίας, της υπομονής, συναισθήματα που διαφυλάττουν το δικαίωμα να ζήσουν όλοι ανεξαιρέτως οι άνθρωποι, άρρωστοι ή υγιείς.

2. Ενάντια στην ενεργητική ευθανασία : Σύμφωνα και με όσα προαναφέρθηκαν, η ενεργητική ευθανασία, δηλαδή η άμεση θανάτωση με κάποια ένεση ή άλλο μέσο, ατόμου που οδεύει προς το θάνατο μέσω πόνων και βασάνων, είναι καθαρός φόνος και σαφώς αντίκειται στη θεία εντολή «ου φονεύσεις». Ολόκληρη η θεωρία του χριστιανισμού για την ευθανασία έρχεται σε αντίθεση με αυτό το είδος της (Μητσόπουλος, 1980).
3. Σχετικά με την παθητική ευθανασία και τις νεότερες αντιλήψεις: Η παθητική ευθανασία, η ηθελημένη δηλαδή διακοπή μιας φαρμακευτικής αγωγής, η εφαρμογή της οποίας θα είχε ως συνέπεια την παράταση της ζωής του ασθενούς, η οποία είναι αμετάκλητα καταδικασμένη, απεκρούετο από το χώρο της Εκκλησίας μέχρι το 1957. Κατά το έτος αυτό και συγκεκριμένα την 24^η Φεβρουάριου 1957, ο Πάπας Πίος ο XII, προσφωνώντας τα μέλη του IX εθνικού Συνεδρίου της εταιρείας Ιταλών αναισθησιολόγων, τόνισε: «Είναι ηθικώς αποδεκτή η χορήγηση καταπραϋντικών φαρμάκων για τους πόνους των βαριά ασθενών, ακόμα και αν προβλέπεται ότι αυτή η φαρμακευτική αγωγή, θα έχει ως συνέπεια την επίσπευση θανάτου».

Από τότε, η θρησκεία έχει δεχθεί την εφαρμογή της παθητικής ευθανασίας, αλλά πάντα υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Και οι προϋποθέσεις αυτές είναι οι εξής:

1. ο ασθενής να έχει απαιτήσει, προκειμένου να θεραπευτεί, τη χρήση όλων των υπαρχόντων δυνατών μέσων,
2. να έχουν αποκλειστεί όλα τα ωφελιμιστικά κίνητρα από το θάνατο του ασθενούς. Όταν δηλαδή, εν ονόματι της παθητικής ευθανασίας πεθαίνουν άνθρωποι, γιατί με την παράταση της ζωής τους, επιβαρύνουν τον προϋπολογισμό του κράτους και, επιπλέον, γιατί δεν μπορούν να συμβάλλουν στην οικονομική ανάπτυξη του κράτους.
3. Επίσης, να έχει αποκλειστεί ενδεχόμενη συσχέτιση της παθητικής ευθανασίας με τις μεταμοσχεύσεις οργάνων, των ατόμων που βρίσκονται στη διαδικασία του θανάτου. Δηλαδή, όταν ψυχρά και ωφελιμιστικά επισπεύδεται ο θάνατος, όχι για να μην ταλαιπωρηθεί ο ασθενής, αλλά κυρίως για να εξυπηρετηθεί κάποιο άλλο άτομο.

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

Οι μόνες περιπτώσεις όπου καθαρά γίνεται αποδεκτή η εφαρμογή της παθητικής ευθανασίας και από τη θρησκεία, είναι εκείνες, όπου έχει επέλθει η νέκρωση του εγκεφάλου του ασθενούς και η ζωή του έχει περιοριστεί στις στοιχειώδεις βιολογικές λειτουργίες (με τεχνητή υποστήριξη). Σε αυτές και μόνο τις περιπτώσεις ενδείκνυται η διακοπή της εφαρμοζόμενης

θεραπείας, γιατί η συνέχισή της δεν συντελεί, παρά στην τεχνητή διατήρηση της ζωής ενός ανθρώπου, ο οποίος είναι ουσιαστικά νεκρός. Σε κάθε άλλη περίπτωση η διακοπή ή άρνηση της θεραπείας δεν είναι παθητική, αλλά ενεργητική ευθανασία και γι' αυτό απορρίπτεται.

Όμως τι πρεσβεύει η Εκκλησία; Επίσημα έχει γίνει δεκτός ο «εγκεφαλικός θάνατος» του ανθρώπου. Επίσης, βασικό είναι το ερώτημα του «πότε ξεψυχάει ο άνθρωπος». Η θέση της Εκκλησίας για το πότε «μπαίνει» η ψυχή στον άνθρωπο, είναι σαφής: «εξ άκρας συλλήψεως». Πότε όμως «βγαίνει»; Αν η καρδιά εξακολουθεί να είναι το κέντρο της ζωής, τότε με την καρδιακή ανακοπή εξέρχεται; Και αν σε κάποιον γίνει επιτυχής αναζωογόνηση, επανέρχεται; Πολύ σχετικό με τα παραπάνω είναι και το εξής: εξακολουθεί ή όχι για την Εκκλησία να είναι η καρδιά το κέντρο της ζωής; Ισχύει δηλαδή και σήμερα η επίκληση στον Αρχιεπίσκοπο Θεσσαλονίκης Γρηγόριο τον Παλαμά, ο οποίος έγραψε τα εξής καταπληκτικά: «Εν τη καρδιά ως εν οργάνω, το λογιστικόν ημών είναι επιστάμεθα ακριβώς ... εκεί γαρ εστίν ο νους και πάντες οι λογισμοί της ψυχής».

Όταν μετά το θάνατο του εγκεφαλικού στελέχους δεν υποστηριχθεί η καρδιακή λειτουργία, καταργείται η κυκλοφορία ως αναπόδραστη συνέπεια. Με την καταστροφή του δε, η δραστηριότητα των εγκεφαλικών ημισφαιρίων δεν μπορεί να ολοκληρωθεί, με συνέπεια να μην είναι δυνατή η γνωστική ή συναισθηματική ζωή. Μήπως, λοιπόν, "το κέντρο της ζωής" σε τελική ανάλυση - αν αυτή θα είναι η τελική - εδράζεται και στο στέλεχος του εγκεφάλου; Όλα αυτά τα ερωτήματα χρειάζονται την άμεση απάντηση από την Ορθόδοξη Εκκλησία, ώστε να επιλύονται κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο, τα συνειδησιακά προβλήματα εκείνων που είναι επιφορτισμένα με τη λήψη αποφάσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Όταν μία ασθένεια διαπιστώνεται ιατρικώς ότι είναι μη αναστρέψιμη και ο θάνατος θα επέλθει σίγουρα, τότε ο νοσηλευτής, γνωρίζοντας ότι η ιατρική θεραπεία είναι μία ανώφελη θεραπεία, οφείλει και πρέπει 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.

Έτσι λοιπόν η θεραπεία του ασθενή αλλάζει στόχο. Ο νοσηλευτής οφείλει να συμπαρασταθεί στον ασθενή μέχρι αυτός να πεθάνει και να τον φροντίζει ώστε αυτός να διατηρήσει την αξιοπρέπειά του μέχρι το τέλος.

Ο ελληνικός νόμος 3418/2005 στο άρθρο 29 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας κατά κάποιον τρόπο αναφέρει ότι γίνεται αποδεκτή η «παθητική» ευθανασία (Garani, 2010). Επιτρέπει να εγκαταλειφθεί η ανώφελη θεραπεία, έχοντας εξαντλήσει όλα τα θεραπευτικά μέσα και να παρασχεθεί στον ασθενή η παρηγορητική αγωγή, ώστε να ανακουφιστούν οι ψυχοσωματικοί πόνοι. Τονίζει δε ότι 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 (Κρανιδιώτης et al, 2010). Έτσι αποδέχεται την έλευση του επικείμενου θανάτου αλλά δεν τον επιδιώκει. Επίσης, παρά την επιθυμία του ασθενή να πεθάνει, νομικά η υποβοήθηση σε ευθανασία είναι μη νόμιμη (Νταβώνη et al, 2013).

Έτσι λοιπόν, θα πρέπει να προσφέρεται καλύτερη και πιο εξειδικευμένη φροντίδα στους ασθενείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της ζωής τους, προκειμένου να εξασφαλιστεί ένας ήρεμος και ανώδυνος θάνατος.

Σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Βέλγιο το 2007, οι νοσηλεύτριες που συμμετείχαν σε αυτή, απάντησαν ότι η καλύτερη νοσηλευτική πρακτική για ασθενείς με ανίατες ασθένειες απαιτεί (Berghs et al, 2007):

1. Ομαδική εργασία
2. Υποστηρικτική αντιμετώπιση
3. Κοινωνική αναγνώριση
4. Επαρκή χρόνο, ώστε οι νοσηλεύτριες να εκτελούν απρόσκοπα τα καθήκοντά τους.
5. γνώσεις,
6. φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την νοσηλευτική,
7. ικανοποίηση (θετική ενίσχυση).

Επίσης, άλλη έρευνα που έγινε το 2005 στο Βέλγιο, έδειξε ότι οι νοσοκόμες αντιμετώπιζαν ηθικά διλήμματα, γιατί εκείνες που συμφωνούσαν ως προς την ευθανασία βίωναν αισθήματα αβεβαιότητας και άγχους εξαιτίας της μη νομιμοποίησής της. Αντίθετα, όσες δεν συμφωνούσαν με την ευθανασία αντιμάχονταν με τον εαυτό τους ,γιατί ,αφενός δεν ήθελαν να τερματίσουν ή να επισπεύσουν τη ζωή ενός ασθενή και αφετέρου δεν άντεχαν να τον βλέπουν να υποφέρει. Όμως η σωστή επικοινωνία του ιατρικού προσωπικού με το νοσηλευτικό και με τους ασθενείς έκανε τις νοσηλεύτριες να αισθάνονται πιο σίγουρες για το καθήκον και τον τρόπο φροντίδας των ασθενών (Σαλάχα, 2012).

Οι νοσηλευτές παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο σε κάθε στάδιο του ασθενή επειδή (De Bal et al, 2006):

1. Ανιχνεύουν με τη συζήτηση τις προσθέσεις των ασθενών για ευθανασία,
2. Επιχειρούν να ανακαλύψουν τις πεποιθήσεις αλλά και τα βαθύτερα αίτια που οδηγούν ένα ασθενή να ζητάει ευθανασία.
3. Ενημερώνουν τους άλλους επαγγελματίες υγείας και τους φροντιστές των

αρρώστων.

4. Συμμετέχουν στη λήψη της απόφασης για την ευθανασία διασαφηνίζοντας τις επιθυμίες και το ιατρικό ιστορικό του αρρώστου.
5. Προσφέρουν συμπόνια και φροντίδα στους ασθενείς.
6. Υποστηρίζουν τους συγγενείς των ασθενών.

Ο ασθενής διαισθάνεται τη στάση του νοσηλευτή. Το να γνωρίζει ότι αυτός έχει θετική στάση στην αρρώστια του είναι σημαντικό, σαν πρώτο βήμα στην εργασία του με τον άρρωστο.

Γι' αυτό, πρέπει να:

1. Δείχνουν (οι νοσηλευτές) κατανόηση στον άρρωστο και να παρουσιάζουν την ευχάριστη όψη της ζωής. Αυτό δίνει ελπίδα στον άρρωστο.
2. Διατηρούν την αξιοπρέπεια και την υπόληψη του αρρώστου.
3. Προσπαθούν να βοηθήσουν τον άρρωστο να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό του.
4. Φροντίζουν να μην εκτίθεται ο άρρωστος κατά τις νοσηλείες.
5. Το αίσθημα της θαλπωρής και η ευγένεια, δίνουν στον άρρωστο αίσθημα ασφάλειας.

Για κάλυψη των αναγκών του αρρώστου, κατά την περίοδο αναζήτησης της νόσου, διαγνώσεως και θεραπείας, προσοχή θα πρέπει να δοθεί:

1. Στις ανάγκες του αρρώστου ως ατόμου.
2. Στις ανάγκες της αρρώστιας.
3. Στις ανάγκες της θεραπείας που εφαρμόζεται.
4. Στις ανάγκες του αρρώστου από την επίδραση της θεραπείας στην ψυχική και φυσική του κατάσταση.

Η ευθύνη μας, ως νοσηλευτές στη φροντίδα καταδικασμένων σε θάνατο αρρώστου, περιλαμβάνει κάλυψη όσο το δυνατό περισσότερων φυσικών και ψυχολογικών αναγκών του. Η

ενθάρρυνση και η μετάγγιση ελπίδας θα περιορίσουν την απαισιοδοξία και απογοήτευση του αρρώστου.

Ο πόνος αποτελεί το σύμπτωμα που ιδιαίτερα φοβίζει τον άρρωστο. Ο νοσηλευτής έχει πολύ πιο μεγάλη ευθύνη στην προσφορά βοήθειας στον άρρωστο για τον περιορισμό του πόνου, από την απλή χορήγηση φαρμάκων. Ανακούφιση από τον πόνο μπορεί να γίνει με πλησίασμα του αρρώστου γεμάτο σκέψη και συνέπεια. Ο τρόπος που ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει τον πόνο του αρρώστου επηρεάζει την ένταση (stress) και το άγχος του. Ο πόνος γίνεται αφόρητος όταν η κατανόηση και το προσωπικό ενδιαφέρον δεν εκδηλώνονται και νομίζει ότι τον παραμελούν όλοι.

Υπάρχουν πολλά ενοχλήματα, εκτός από τον πόνο, που κουράζουν τον άρρωστο και τον κάνουν ευαίσθητο στον πόνο. Γι' αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να καταβάλλει προσπάθεια για την ανακούφιση του αρρώστου από όλα τα ενοχλήματα με κατανόηση και αποδοχή των προβλημάτων του (Μαλγαρινού και Κωνσταντινίδου, 1997).

Το hospices movement, δηλαδή οι ξενώνες, το οποίο άρχισε η Σίσιλι Σώντερς από την Αμερική έχει απλωθεί παντού στον κόσμο. Είναι μια πρόταση, η οποία σαν βάση έχει την περιποίηση και συμπαράσταση του ασθενή. Η Σώντερς λέει σ' ένα σημείο ότι «το πρόβλημα αρχίζει όταν ο γιατρός σηκώνει και στρίβει και φύγει» λέγοντας ότι «Δεν έχω πια τίποτα να κάνω μ' αυτόν τον άρρωστο». Έχει να κάνει και πάρα πολλά να κάνει, να τον ανακουφίσει από τον πόνο και να του συμπαρασταθεί, ώστε να ζήσει μέχρι να αποθάνει», λέει η Σίσιλι Σώντερς. Το hospices movement και η palliative care (ανακουφιστική θεραπεία) είναι η απάντηση της κας Σώντερς στην πρόταση της ευθανασίας.

Ας έρθουμε τώρα και στο επίμαχο σημείο της ποιότητας της ζωής. Ενώ η παραδοσιακή ηθική κάνει λόγο για την ιερότητα της ζωής, για τον απόλυτο σεβασμό προς την αξία της ζωής, αυτή η ηθική αντικατοπτρίζεται και στο Διεθνή Κώδικα Ηθικών Καθηκόντων, αντίθετα οι

υποστηρικτές της ευθανασίας προτείνουν μια νέα «αξία», την ποιότητα της ζωής.

Εγείρονται όμως τα ερωτήματα: Τί σημαίνει ποιότητα ζωής; Το πρόβλημα «ποιότητα ζωής» παρουσιάζεται ιδιαίτερα έντονο στους ψυχασθενείς και στους κλινικά νεκρούς, τους καλούμενους «φυτά», που ο εγκέφαλός τους έχει «ανεπιστρεπτί» καταστραφεί. Έχει νόημα σε μια ύπαρξη, μια παράταση ζωής, όταν ο άνθρωπος κατάντησε «φυτό»; Κάθε νοσηλευτής διερωτάται: «ποιος ο σκοπός της παράτασης της ζωής του ανθρώπου αυτού και της παράτασης του μαρτυρίου και της οικονομικής αποστράγγισης της οικογένειάς του; Πρέπει να συνεχισθεί η απασχόληση του προσωπικού, των συγγενών και η κατάληψη του κρεβατιού, όταν υπάρχει σειρά αρρώστων που αναμένουν να εισαχθούν στο Νοσοκομείο»;

Σε τελική ανάλυση όμως, ποιος μπορεί να κρίνει αν ο άνθρωπος «φυτό» ξέφυγε από το σκοπό του; Οι άνθρωποι, έστω και αν είναι γιατροί ή νοσηλευτές; Μήπως όμως τότε και αυτοί παρεκκλίνουν των ορίων τους σαν άνθρωποι και ιδιοποιούνται αποκλειστικά δικαιώματα του Δημιουργού - Θεού; Ποιος όμως είναι, βάσει της Δεοντολογίας, ο σκοπός του νοσηλευτή; Δεν είναι να διατηρεί τη ζωή, να προσφέρει ζωή; Μήπως όταν αρνείται την παράταση της ζωής ενός αρρώστου, έστω και αν αυτός έχει καταντήσει «φυτό», εκτρέπεται από το σκοπό του; Τα ερωτήματα παραμένουν πολλά και αναπάντητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΕΡΕΥΝΑ

6.1. ΣΚΟΠΟΣ, ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ, ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ, ΔΕΙΓΜΑ

Σκοπός

Σκοπός της πτυχιακής αυτής εργασίας είναι να διερευνηθούν οι απόψεις των νοσηλευτών συγκεκριμένης περιοχής, του Νομού Άρτας και Πρέβεζας, απέναντι στην ευθανασία.

Ερευνητικό ερώτημα

Ποια η άποψη και η αντίληψη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των Νοσοκομείων Άρτας και Πρέβεζας απέναντι στην ευθανασία.

Υλικό και μέθοδος

Στην έρευνα πήραν μέρος 150 νοσηλευτές (-τριες), ιατροί και κοινωνικοί λειτουργοί των Γενικών Κρατικών Νοσοκομείων Άρτας και Πρεβέζης. Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Πριν από τη διεξαγωγή της έρευνας έγινε σχετικό αίτημα στα Δ.Σ. των Νοσοκομείων. Δόθηκε η άδεια και έγινε διανομή των ερωτηματολογίων με προσωπική επαφή. Όσα άτομα από τις παραπάνω ομάδες δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, ενημερώθηκαν ότι τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και ότι συμμετείχαν εντελώς εθελοντικά. Το ερωτηματολόγιο, εκτός από τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων περιελάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν την ευθανασία. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από

6/10/2016 έως και 29/10/2016.

Δείγμα

Για να είμαστε σε θέση να μελετήσουμε ένα δείγμα θα πρέπει να προσδιορίσουμε τα γενικά στατιστικά στοιχεία του δείγματος, όπως είναι το ποσοστό των Ιατρών και των Νοσηλευτών που έδωσαν απαντήσεις σε αυτή την έρευνα.

Στο Νοσοκομείο Άρτας εργάζονται 82 ιατροί και 214 νοσηλευτές (-τριες). Στο Νοσοκομείο Πρέβεζας εργάζονται 61 ιατροί και 92 Νοσηλευτές (-τριες). Συνολικά το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό είναι 449 άτομα. Εμείς απευθυνθήκαμε συνολικά σε 150 άτομα. Το δείγμα μας δηλαδή είναι 33,4% του συνόλου.

6.2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αποτελέσματα

Από τα 150 ερωτηματολόγια που δόθηκαν δεν επιστράφηκε κανένα (δείκτης ανταπόκρισης 100%). Από αυτά τα 80 (53,3%) συμπληρώθηκαν στο Γενικό κρατικό Νοσοκομείο Πρέβεζας ενώ τα 70 (46,7%) στο Γενικό κρατικό Νοσοκομείο Άρτας.

Πίνακας 1: Κατανομή νοσηλευτών στα νοσοκομεία

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΡΤΑΣ	70	46,7%
ΠΡΕΒΕΖΑΣ	80	53,3%

ΣΥΝΟΛΟ	150	100,0%
---------------	-----	--------

Στην πλειοψηφία τους το δείγμα αποτελείται από 135 (90%) γυναίκες και από 15 (10%) άνδρες.

Πίνακας 2: Κατανομή με βάση το φύλο

ΦΥΛΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΝΔΡΕΣ	15	10,0%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	135	90,0%
ΣΥΝΟΛΟ	150	100,0%

Το μεγαλύτερο ποσοστό 62% καταλαμβάνει η ηλικιακή ομάδα 36-50 ετών ενώ 26,7% έχουν ηλικία από 51 ετών και άνω. Επίσης 11,3% έχουν ηλικία από 25 έως 35 ετών.

Πίνακας 3: Κατανομή με βάση την ηλικία

ΗΛΙΚΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
25-35	17	11,3%
36-50	93	62,0%
51 και άνω	40	26,7%
ΣΥΝΟΛΟ	150	100,0%

Το 67,3% ήταν νοσηλευτές (-τριες), το 32% ιατροί ενώ το 0,7% κοινωνικοί λειτουργοί.

Πίνακας 4: Κατανομή με βάση το Επάγγελμα

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
------------------	------------------	----------------

ΙΑΤΡΟΙ	49	32,7%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	101	67,3%
ΣΥΝΟΛΟ	150	100,0%

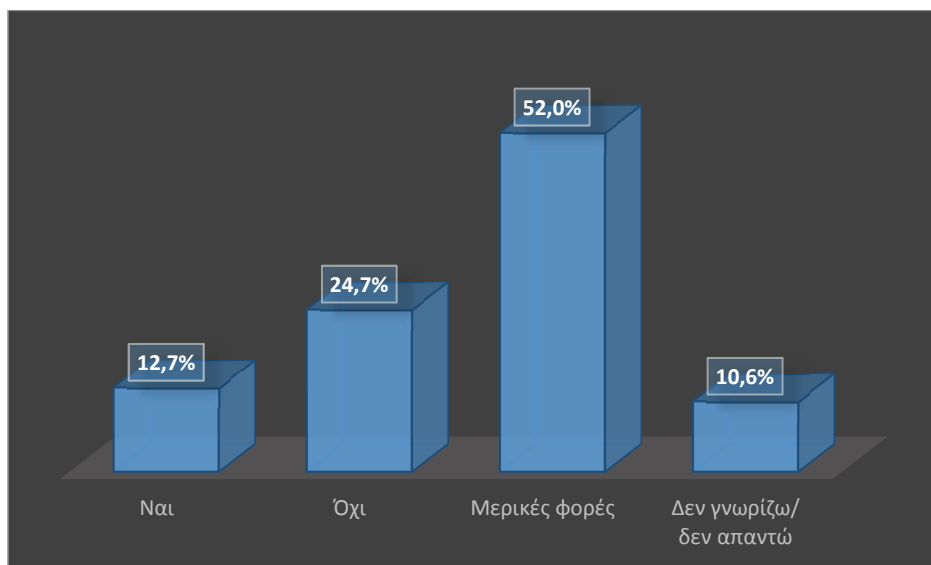
Στο ερώτημα τι σημαίνει για αυτούς ευθανασία το 25,3% απάντησε ότι είναι αξιοπρεπής θάνατος, το 19,3% υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία ενώ το 15,3% αφαίρεση ανθρώπινης ζωής.

Πίνακας 5: Τι σημαίνει για εσάς ευθανασία

Τι σημαίνει για εσάς ευθανασία;	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καλός θάνατος	6	4,0%
Αξιοπρεπής θάνατος	38	25,3%
Υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία	29	19,3%
Διακοπή της ζωής	5	3,3%
Φόνος από οίκοτο	4	2,7%
Αφαίρεση ανθρώπινης ζωής	23	15,3%
Επιτάχυνση του θανάτου	14	9,3%
Ενεργητική αφαίρεση της ζωής	3	2,0%
Αίτημα του ασθενή για αφαίρεση της ζωής του	7	4,7%
Παύση της μηχανική υποστηριζόμενης ζωής	21	14,0%
ΣΥΝΟΛΟ	150	100,0%

Στο ερώτημά μας εάν πρέπει να εφαρμόζεται η ευθανασία σε ασθενή, το μεγαλύτερο ποσοστό 52% θεωρεί ότι πρέπει μερικές φορές να εφαρμόζεται ενώ το 24,7% τάσσεται κατά της εφαρμογής του σε αντίθεση με το 12,7% που τάσσεται υπέρ της εφαρμογής της. Επίσης, το 10,6% δεν απάντησε σε αυτή την ερώτηση. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι οι ερωτώμενοι

τάσσονται υπέρ της εφαρμογής της ευθανασίας αλλά όχι πάντοτε θέτοντας έτσι στην εφαρμογή της ορισμένες προϋποθέσεις (Διάγραμμα 1).



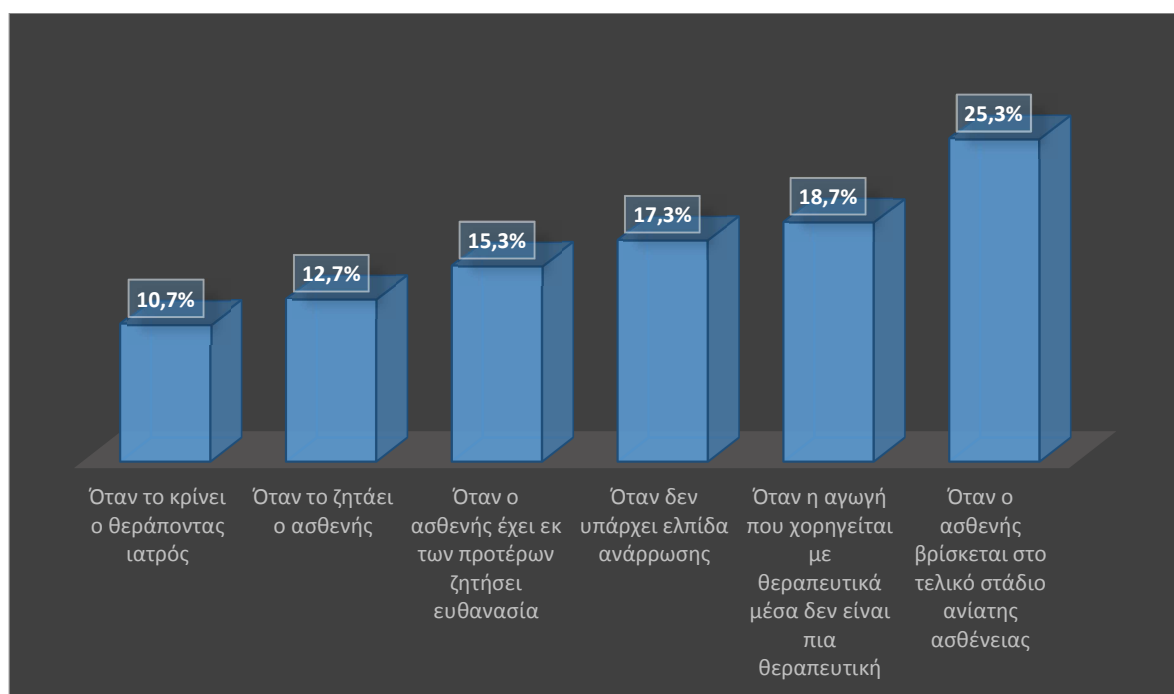
Διάγραμμα 1: Πρέπει να εφαρμόζεται η ευθανασία;

Κατόπιν ρωτήθηκαν να απαντήσουν ποιες θεωρούν προϋποθέσεις που πιστεύουν ότι πρέπει να εφαρμόζεται η ευθανασία. Από το Διάγραμμα 2 παρατηρούμε ότι:

- το 25,3% απάντησε πως όταν ο ασθενής βρίσκεται στο τελικό στάδιο ανίατης αρρώστιας.
- το 18,7% όταν η αγωγή που χορηγείται με θεραπευτικά μέσα δεν είναι πια θεραπευτική.
- Το 17,3% όταν δεν υπάρχει ελπίδα ανάρρωσης.
- Το 15,3% όταν ο ασθενής έχει εκ των προτέρων ζητήσει να του γίνει ευθανασία.
- Το 12,7% όταν το ζητάει ο ίδιος ο ασθενής και
- Το 10,7% όταν το κρίνει ο θεράπωντας ιατρός του ασθενή.

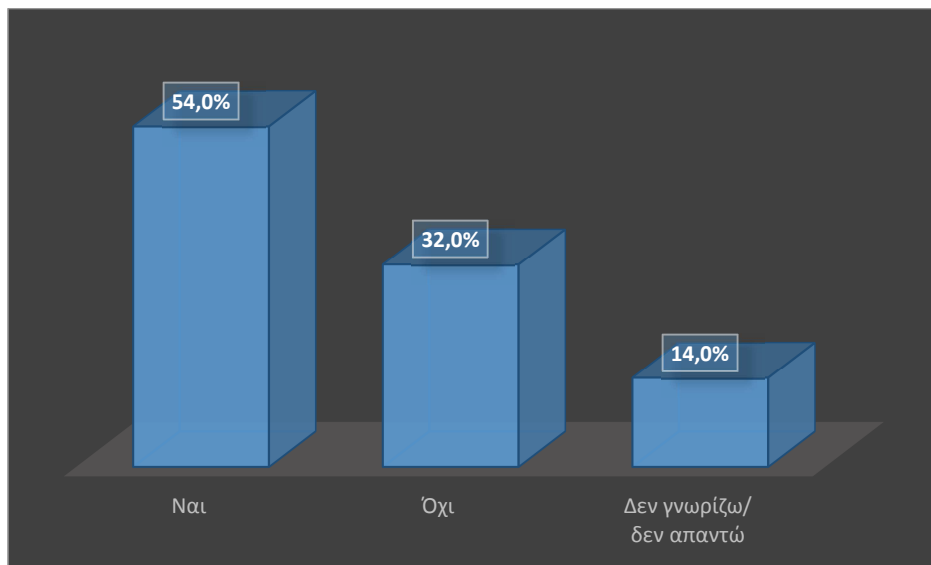
Από τις απαντήσεις αυτές διαπιστώνουμε ότι το 61,3% θεωρεί βασική προϋπόθεση εφαρμογής της ευθανασίας όταν ο ασθενής έχει ανίατη αρρώστια και επιπλέον η αγωγή που

χορηγείται σε ασθενείς δεν τους επιφέρουν καμία βελτίωση και σύντομα θα οδηγηθεί σε θάνατο. Το δικαίωμα του ασθενή να ζητήσει ο ίδιος να του εφαρμοστεί η ευθανασία αποτελεί προϋπόθεση για το 28% των ερωτηθέντων ενώ μόνο το 10,7% θεωρεί ότι ο θεράπωντας ιατρός πρέπει να κρίνει πότε αυτή πρέπει να εφαρμοστεί. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι κανένας από τους ερωτώμενους δεν απάντησε στην ερώτησή μας αυτή, παρόλο που όταν ρωτήθηκαν εάν πρέπει να εφαρμόζεται η ευθανασία το 12,7% μας είχε απαντήσει αρνητικά.



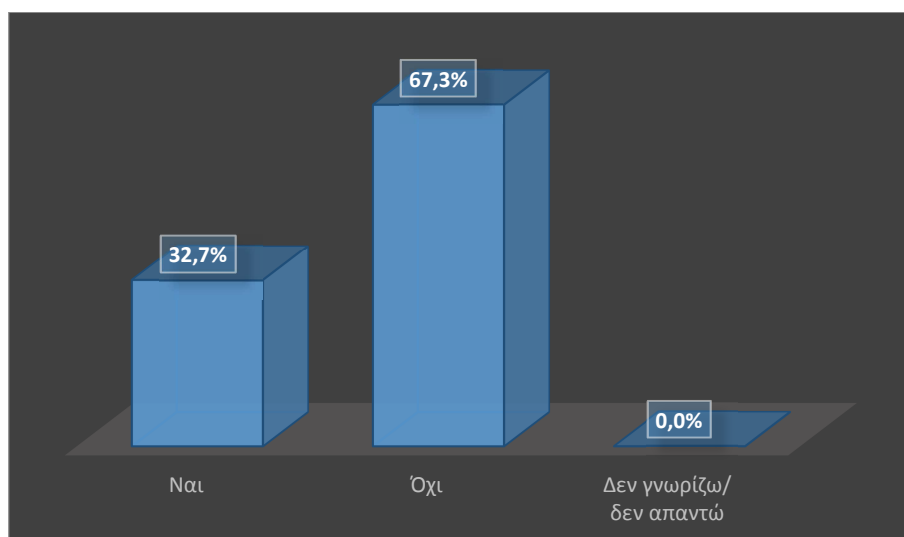
Διάγραμμα 2: Ποιες είναι οι περιπτώσεις που πιστεύετε ότι πρέπει να εφαρμόζεται η ευθανασία;

Στο ερώτημά μας εάν επιθυμούν να νομιμοποιηθεί η ευθανασία στην Ελλάδα, το μεγαλύτερο ποσοστό 54% το επιθυμεί σε αντίθεση με το 32% που δήλωσε όχι. Επίσης, το 14% δεν μας απάντησε (Διάγραμμα 3).



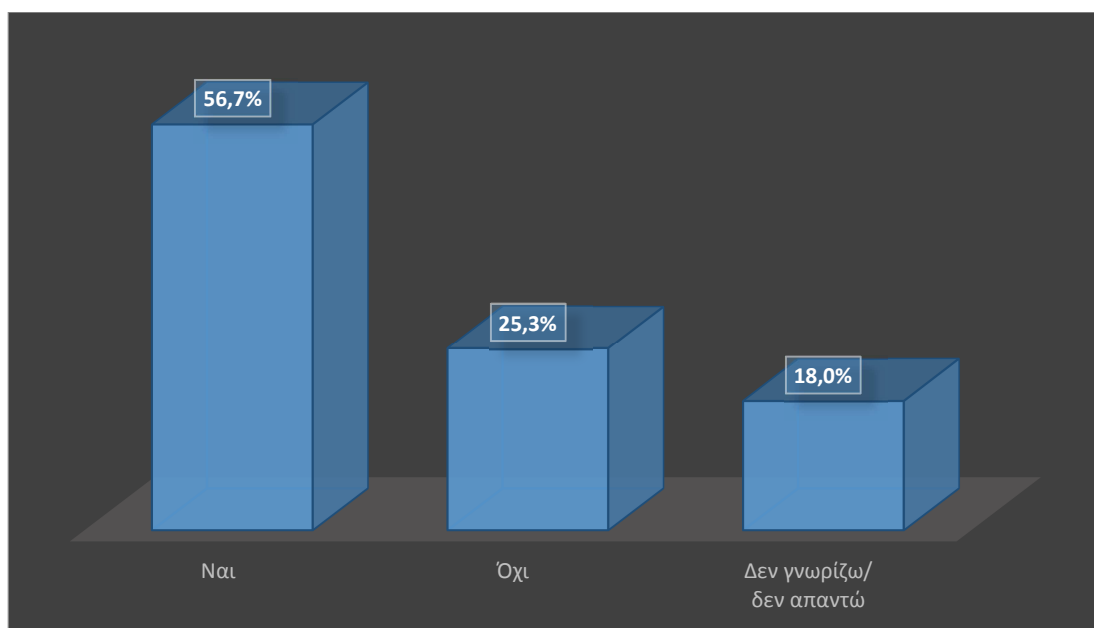
Διάγραμμα 3: Θέλετε να νομιμοποιηθεί η ευθανασία στην Ελλάδα;

Όμως, στην ερώτησή μας εάν πιστεύουν ότι η ελληνική κοινωνία είναι έτοιμη να αποδεχτεί μία νομιμοποίηση οποιασδήποτε μορφής ευθανασίας, η συντριπτική πλειοψηφία 67,3% απάντησε αρνητικά σε αντίθεση με το 32,7% που θεωρούν ότι είναι έτοιμη (Διάγραμμα).



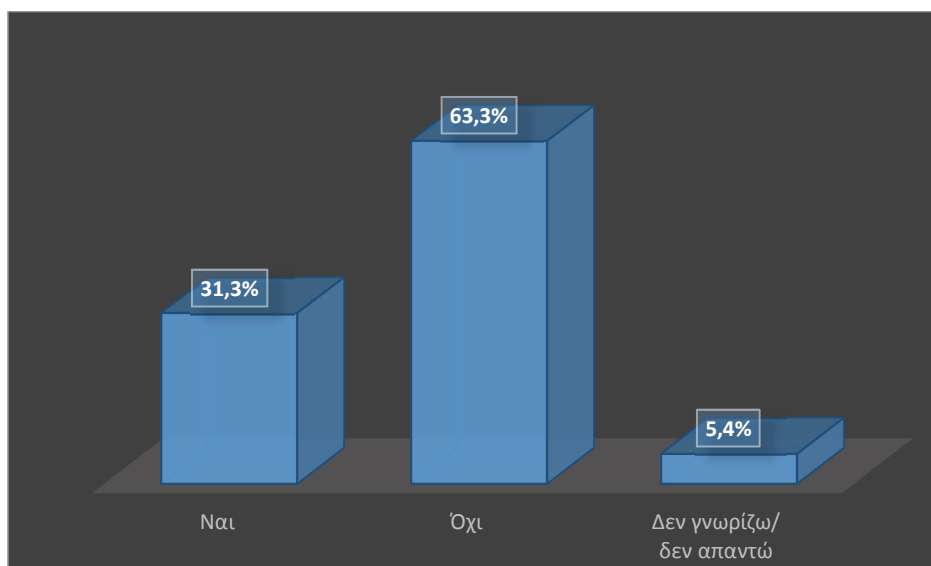
Διάγραμμα 4: Η ελληνική κοινωνία είναι έτοιμη να αποδεχτεί μία νομιμοποίηση οποιασδήποτε μορφής ευθανασίας;

Στην ερώτησή μας εάν πιστεύουν ότι τα θρησκευτικά πιστεύω επηρεάζουν την κοινή γνώμη για την εφαρμογή ή νομιμοποίηση της ευθανασίας, το 56,7% θεωρεί πως ναι, το 25,3% θεωρεί πως δεν επηρεάζει, ενώ το 18% δεν μας απάντησε (Διάγραμμα 5).



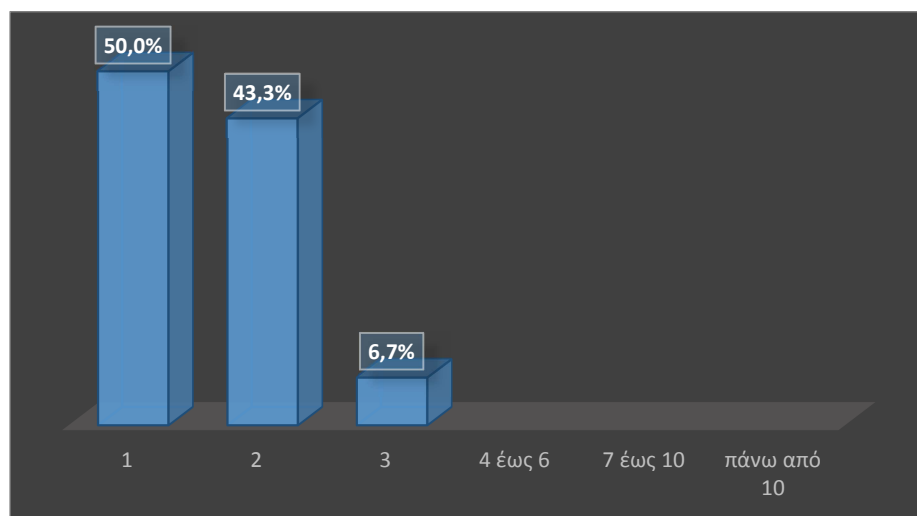
Διάγραμμα 5: Θεωρείτε ότι τα θρησκευτικά πιστεύω επηρεάζουν την κοινή γνώμη για την εφαρμογή ή νομιμοποίηση της ευθανασίας;

Στην ερώτησή μας εάν έχουν πραγματοποιήσει ευθανασία το μεγαλύτερο ποσοστό 63,3% απάντησε αρνητικά, το 31,3% θετικά ενώ το 5,4% δεν μας απάντησε (Διάγραμμα 6).



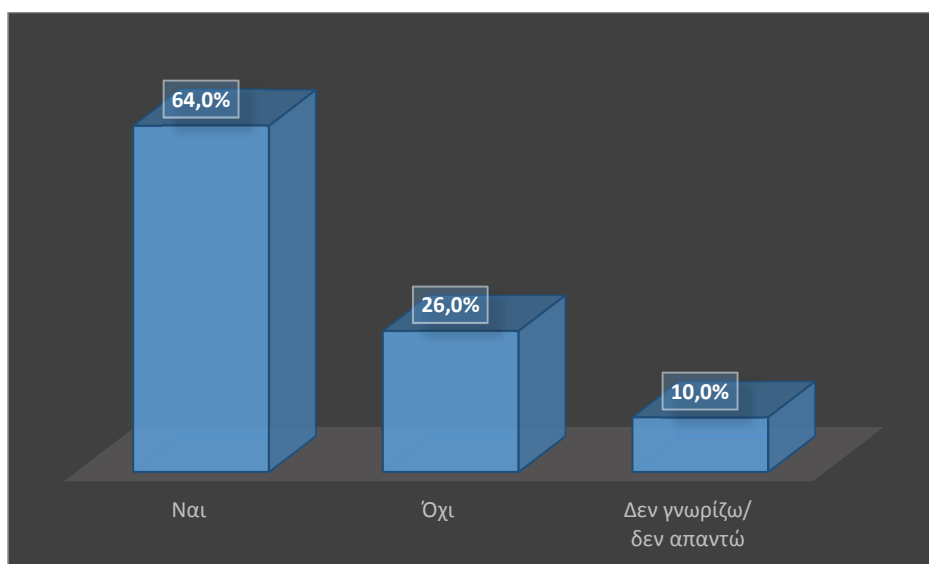
Διάγραμμα 6: Έχετε πραγματοποιήσει ευθανασία;

Επειδή θεωρήσαμε ότι κάποιοι στην προηγούμενη ερώτησή μας θα μας απαντούσαν θετικά, τους ζητήσαμε να μας δηλώσουν πόσες φορές τους έχει ζητηθεί να πραγματοποιήσουν ευθανασία. Διαπιστώθηκε ότι το 50% τους ζητήθηκε μόνο μία φορά να πραγματοποιήσουν ευθανασία ενώ το 43,3% δύο φορές. Επίσης το 6,7% τους ζητήθηκε τρεις φορές (Διάγραμμα 7). Όμως, επειδή δεν τους είχαμε ζητήσει να μας δηλώσουν τα έτη υπηρεσίας τους δεν μπορούμε να γνωρίζουμε εάν οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό που είχαν τέτοια εμπειρία έχει πολλά ή λίγα χρόνια υπηρεσίας σε νοσοκομεία. Επίσης, οι περισσότεροι (52,6%) από όσους τους έχει ζητηθεί να προβούν σε ευθανασία ασθενών είναι νοσηλευτές παρά ιατροί.



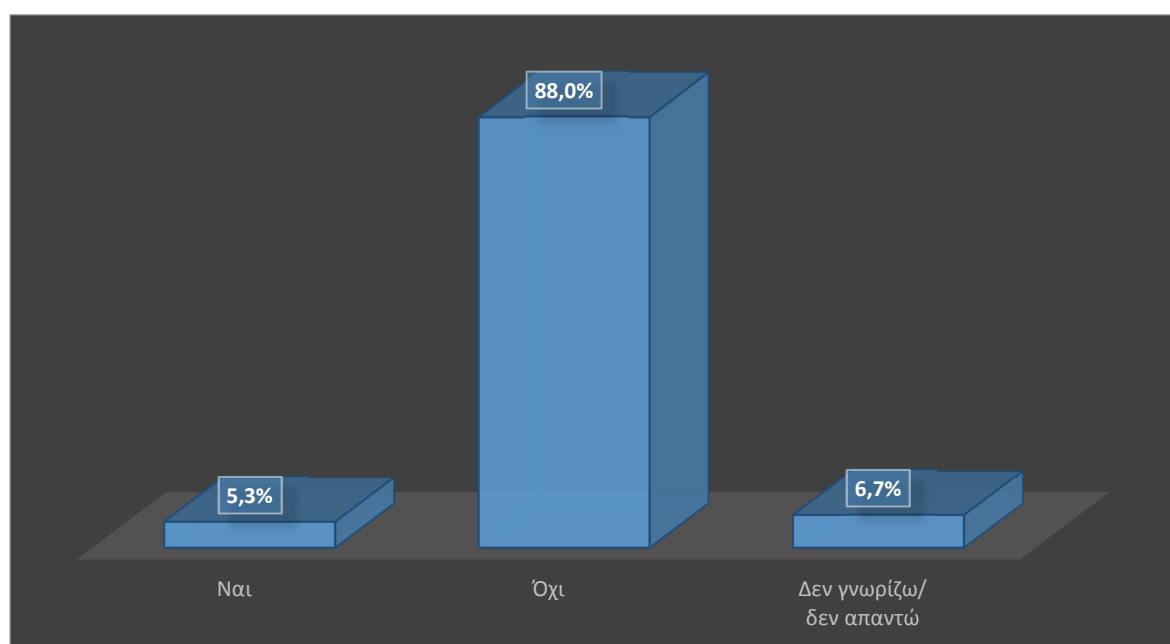
Διάγραμμα 7: Πόσες φορές σας έχουν ζητήσει να πραγματοποιήσετε ευθανασία;

Επίσης τους ρωτήσαμε να μας απαντήσουν τι θα έκαναν εάν ήταν νόμιμη η ευθανασία. Θα βοηθούσαν έναν ασθενή εάν τους το ζητούσε ο ίδιος ή κάποιο συγγενικό του πρόσωπο στο να τερματίσει τη ζωή του; Οι απαντήσεις έδειξαν ότι το 64% θα τον βοηθούσε, το 26% όχι ενώ το 10% δεν μας απάντησε (Διάγραμμα 8).



Διάγραμμα 8: Εάν η ευθανασία ήταν νόμιμη θα βοηθούσατε έναν ασθενή αφού σας το ζητούσε ο ίδιος ή κάποιος συγγενής του στο να τερματίσει τη ζωή του;

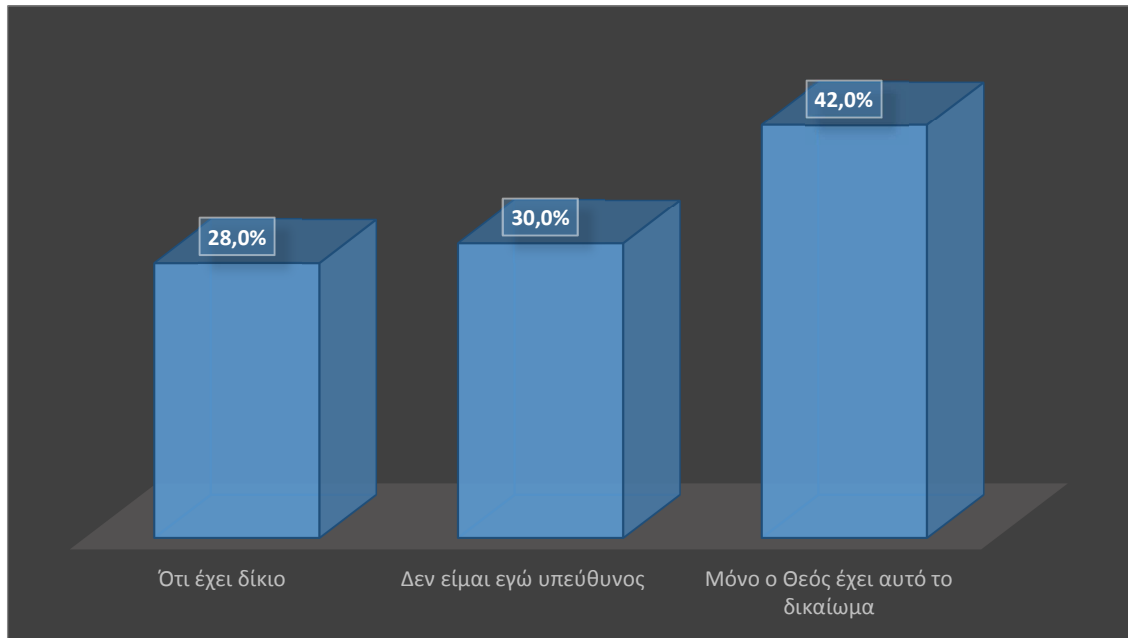
Στο ερώτημά μας εάν πιστεύουν ότι οι ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο ζητάνε να τους πραγματοποιηθεί ευθανασία το 88% μας απάντησε αρνητικά ενώ το 5,3% θετικά. Επίσης το 6,7% δεν απάντησε στην ερώτηση αυτή (Διάγραμμα 9). Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι παρόλο που οι ασθενείς τελικού σταδίου υποφέρουν δεν ζητάνε να φύγουν από τη ζωή με την ευθανασία.



Διάγραμμα 9: Πιστεύετε ότι οι ασθενείς τελικού σταδίου ζητάνε ευθανασία πιο συχνά;

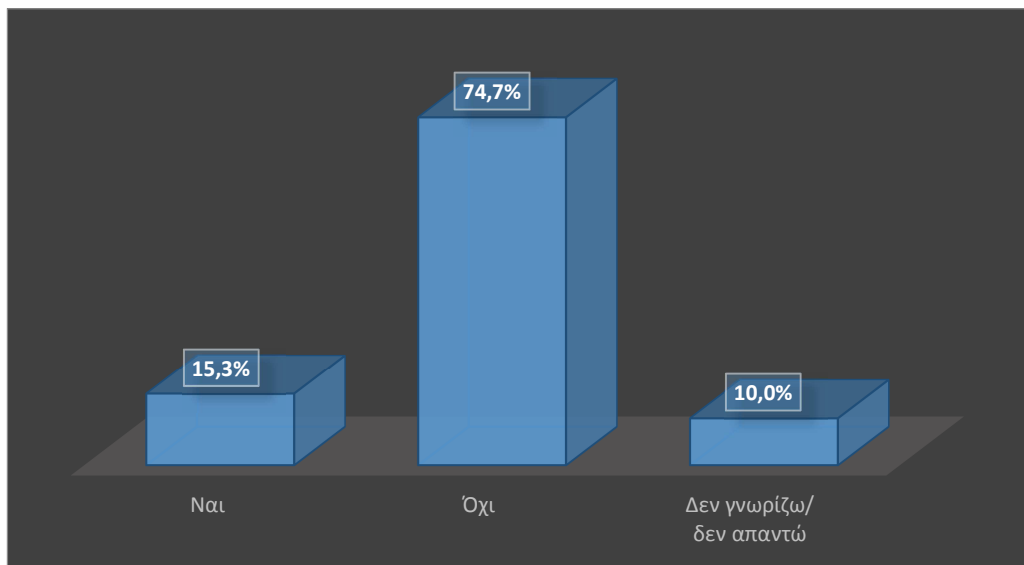
Τους ρωτήσαμε τι θα έλεγαν εάν κάποιος ασθενής τους τόνιζε πως έχει δικαίωμα να πεθάνει αξιοπρεπώς όποτε αυτός το επιθυμεί. Το μεγαλύτερο ποσοστό 42% θα του έλεγε πως μόνο ο Θεός έχει αυτό το δικαίωμα ενώ το 30% θα τόνιζε ότι δεν είναι αυτός υπεύθυνος για να πάρει μία τέτοια απόφαση. Τέλος το 28% θα του έλεγε ότι έχει δίκιο (Διάγραμμα 10). Γίνεται αντιληπτό ότι οι ερωτώμενοι παρόλο που στο μεγαλύτερο ποσοστό τους τάσσονται υπέρ της ευθανασίας κάτω από προϋποθέσεις, εν τούτοις δεν θα παρότρυναν έναν ασθενή να προβεί σε ευθανασία. Προφανώς η έλλειψη νομικού πλαισίου στη χώρα μας τους εμποδίζει τόσο να το

συζητήσουν όσο και να πάρουν ευθύνη για αυτό.



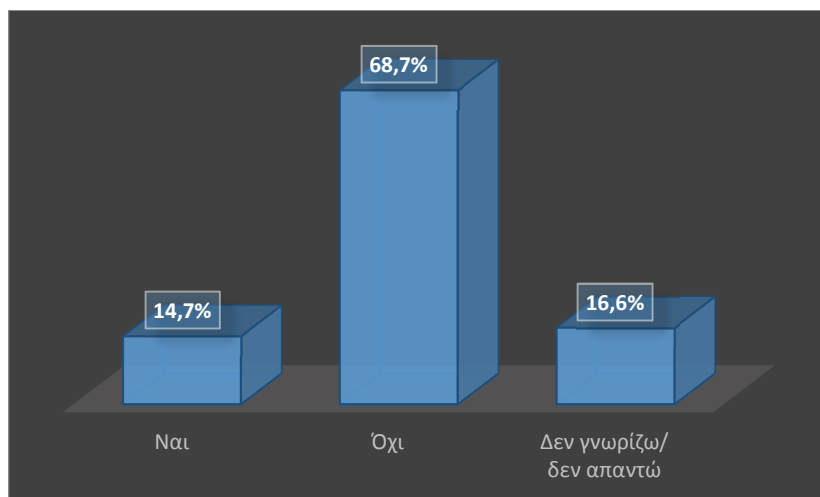
Διάγραμμα 10: Εάν ένας ασθενής σας έλεγε ότι έχει δικαίωμα να πεθάνει αξιοπρεπώς όποτε αυτός το θέλει τι θα του λέγατε;

Στην ερώτησή μας εάν δίνανε τη συγκατάθεσή τους ώστε να εφαρμοστεί μία από τις μορφές ευθανασίας σε κάποιο δικό τους άνθρωπο το 47,3% μας απάντησε αρνητικά, το 42% θετικά ενώ το 10,7% δεν μας απάντησε καθόλου (Διάγραμμα 11). Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι οι ερωτώμενοι παρόλο που είναι θετικοί ως προς την ευθανασία τάσσονται κατά στην εφαρμογή της προφανώς ελλείψεως νομικού πλαισίου της.



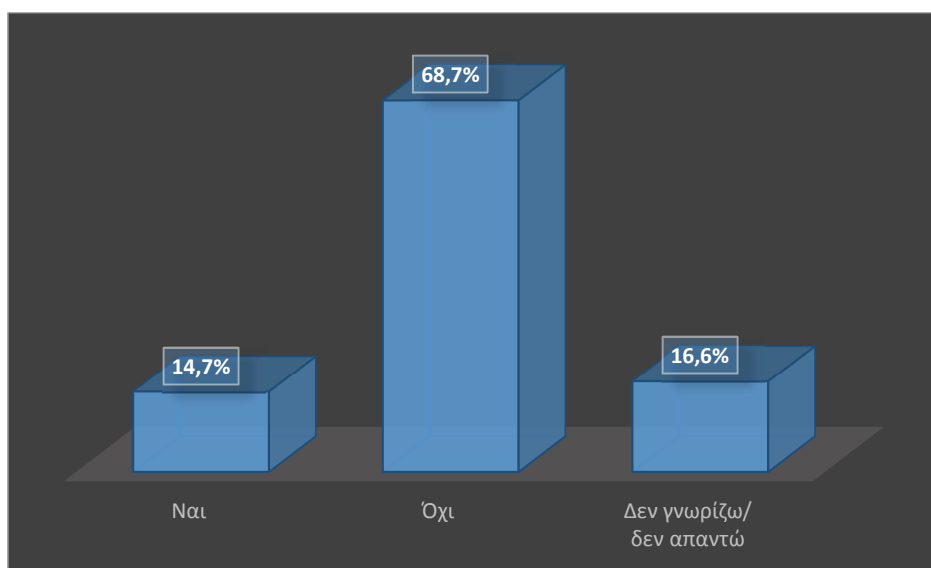
Διάγραμμα 11: Θα δίνετε τη συγκατάθεσή σας για εφαρμογή ευθανασίας σε κάποιο δικό σας πρόσωπο;

Στην ερώτησή μας εάν πρέπει να εφαρμοστεί η ευθανασία μόνο κατόπιν γραπτού αιτήματος από τον ασθενή και όχι σε άλλη περίπτωση, το 68,7% μας απάντησε αρνητικά, το 14,7% θετικά και το 16,6% δεν απάντησε καθόλου (Διάγραμμα 12).



Διάγραμμα 12: Θα πρέπει να εφαρμόζεται η ευθανασία μόνο κατόπιν γραπτού αιτήματος του ασθενή και όχι σε άλλη περίπτωση;

Επίσης ρωτήθηκαν να απαντήσουν στην περίπτωση που νομιμοποιηθεί η ευθανασία στην Ελλάδα θεωρούν ότι θα μπορούσε να ξεφύγει από τα «όρια» και να φτάσει σε επίπεδο δολοφονίας; Το μεγαλύτερο ποσοστό 68,7% απάντησε αρνητικά ενώ το 14,7% θετικά. Βέβαια ένα ποσοστό 16,6% δεν απάντησε καθόλου (Διάγραμμα 13).



Διάγραμμα 13: Εάν νομιμοποιηθεί η ευθανασία στην Ελλάδα θεωρείτε ότι θα μπορούσε να ξεφύγει από τα "όρια" και να φτάσει σε επίπεδο δολοφονίας;

6.3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την έρευνα που διεξήγαμε έγινε αντιληπτό ότι το 64,7% των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού των Νοσοκομείων της Άρτας και της Πρέβεζας τάσσεται υπέρ της ευθανασίας όταν όμως αυτή γίνεται κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις. Το αποτέλεσμα μας αυτό συμφωνεί με έρευνα που έγινε ανάμεσα σε νοσηλευτές της ΜΕΘ Αθηνών κατά την οποία οι

μισοί των ερωτηθέντων τάχθηκαν υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας κάτω όμως από προϋποθέσεις (Γιάκης et al, 2005). Η κυριότερη προϋπόθεση για το 61,3% των νοσηλευτών της έρευνάς μας, είναι ο ασθενής να έχει ανίατη αρρώστια ή η αγωγή που χορηγείται σε ασθενείς να μην τους επιφέρουν καμία βελτίωση και σύντομα θα οδηγηθούν σε θάνατο.

Όμως, παρόλο που τάσσονται υπέρ της ευθανασίας κάτω από προϋποθέσεις, εν τούτοις δεν θα παρότρυναν έναν ασθενή να προβεί σε ευθανασία ούτε θα κινούσαν τέτοιες διαδικασίες για κάποιο συγγενή τους. Η έρευνα των Tanida et al (2002) έδειξε ότι υπάρχει μεγάλη διαφορά ως προς τη στάση των νοσηλευτών όταν ερωτώνται για αυτήν και όταν πρέπει ενεργά να συμμετέχουν στην πράξη της ευθανασίας (Πάρπα, 2015).

Επιπρόσθετα το 68,7% δεν θα προχωρούσαν σε ευθανασία αν και θα το είχε ζητήσει με γραπτή αίτησή του ο ίδιος ο ασθενής. Προφανώς η έλλειψη νομικού πλαισίου στη χώρα μας τους εμποδίζει τόσο να το συζητήσουν όσο και να πάρουν ευθύνη πάνω σε αυτό το ζήτημα. Αυτό επιβεβαιώνεται και από το γεγονός ότι το 64% των ερωτηθέντων εάν ήταν νόμιμη η ευθανασία θα βοηθούσαν έναν ασθενή εάν τους το ζητούσε ο ίδιος ή κάποιο συγγενικό του πρόσωπο στο να τερματίσει τη ζωή του. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα που πραγματοποίησε η Patelarou (2009) όπου διαπιστώθηκε ότι στην Ελλάδα οι νοσηλευτές διάκεινται αρνητικά στην εφαρμογή της Παθητικής Ευθανασίας και στη νομιμοποίησή της. Επίσης, έρευνα των Papapetropoulos et al (1997) στην Ελλάδα, έδειξε ότι υπήρχαν χαμηλά ποσοστά συμμετοχής ιατρών σε ευθανασία (23,4%), γιατί η πράξη αυτή θεωρείται στην Ελλάδα παράνομη. Στην Αυστραλία όμως από την έρευνα των Steven's et al (1994) διαπιστώθηκε ότι το 16% των νοσηλευτών παρόλο που τάσσονταν υπέρ της ευθανασίας, δεν ήθελαν αυτή να νομιμοποιηθεί.

Το 31,3% έχουν πραγματοποιήσει ευθανασία. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με την έρευνα των Papapetros et al (1997) που αν και είχε πραγματοποιηθεί πιο παλιά έδειξε ότι το

24,3% των ιατρών έχουν πραγματοποιήσει παθητική ευθανασία. Επίσης η έρευνα των Finley et al (2005) έδειξε ότι οι ιατροί δέχονται αιτήματα ευθανασίας τα οποία και πραγματοποιούν. Όπως τονίζουν στην έρευνά τους οι Ward and Tate (1994), το 45% των Άγγλων ιατρών έχουν δεχθεί αιτήματα ευθανασίας από ασθενείς τους, ενώ στις ΗΠΑ υπάρχει μεγάλο ποσοστό ανάμεσα στους ογκολόγους ιατρούς που κυμαίνεται μεταξύ 43% και 69% που και αυτοί έχουν δεχτεί παρόμοια αιτήματα (Emanuel, 2002).

Επιπλέον το 54% επιθυμεί να γίνει νομιμοποίησή της στην Ελλάδα αν και το 67,3% δεν θεωρεί την ελληνική κοινωνία έτοιμη προς αυτό. Εξάλλου το 56,7% θεωρεί ότι σε αυτό συνηγορούν τα θρησκευτικά πιστεύω των Ελλήνων τα οποία διακατέχονται από την ορθόδοξη πίστη. Τα αποτελέσματα αυτά της έρευνάς μας συμφωνούν με τις απόψεις των Mystakidou et al (2005) καθώς και με των Mauroforou και Michalodimitrakis (2001) οι οποίοι τονίζουν ότι οι πεποιθήσεις, οι τοποθετήσεις και οι παραδόσεις των Ελλήνων όσον αφορά το θάνατο, επειδή είναι βασισμένες στις αρχαίες ελληνικές και χριστιανικές ορθόδοξες παραδόσεις δεν μπορούν να αλλάξουν εύκολα. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Μ. Βρετανία το 2011 έδειξε ότι η θρησκευτική συνείδηση είναι αρνητικός παράγοντας για την διενέργεια της ευθανασίας (McCormack et al, 2011).

Και στην περίπτωση που αυτή νομιμοποιηθεί το 68,7% θεωρεί ότι δεν θα μπορούσε να ξεφύγει από τα «όρια» και να φτάσει σε επίπεδο δολοφονίας.

Το 88% θεωρεί ότι οι ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο δεν ζητάνε να τους πραγματοποιηθεί ευθανασία. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με τα αποτελέσματα της μελέτης των Young και Ogden (2000) οι οποίοι τονίζουν ότι συνήθως οι ασθενείς τελικού σταδίου δεν προσπαθούν να διαφύγουν από τη ζωή αλλά από τον πόνο και το βάσανο και επομένως δεν θα επέλεγαν την ευθανασία.

6.4. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο πιο σημαντικός ίσως περιορισμός της έρευνας είναι ότι η ευθανασία επειδή δεν έχει νομιμοποιηθεί από την πολιτεία παραμένει μία πράξη παράνομη. Έτσι, οι ερωτηθέντες, πολλοί εκ των οποίων δεν μας απαντούσαν σε όλες τις ερωτήσεις που αφορούσαν στο εάν έχουν πράξει ή τους έχει ζητηθεί να πράξουν ευθανασία, θεωρούμε ότι δυσκολεύτηκαν να απαντήσουν καθώς ήταν δισταχτικοί οι περισσότεροι από την αρχή που τους πλησιάσαμε. Δεχτήκανε να μας απαντήσουν μόνο όταν διαβεβαιώθηκαν ότι το ερωτηματολόγιο ήταν καθαρά ερευνητικό, ήταν ανώνυμο και η χρήση του θα γίνει μόνο από την φοιτήτρια και από τους επιβλέποντες καθηγητές.

Επίσης δεν γνωρίζουμε εάν το δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού των ιατρών και των νοσηλευτών στην Ελλάδα καθώς δεν περιληφθήκαν σε αυτό ιατροί και νοσηλευτές που δουλεύουν στις ΜΕΘ, στο Ογκολογικό τμήμα και στις Μονάδες Τεχνικού Νεφρού. Επιπρόσθετα, το Νοσοκομείο Πρεβέζης δεν αντιμετωπίζει σοβαρά περιστατικά καθώς τα διακομίζει στο νοσοκομείο Ιωαννίνων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στη σημερινή κοινωνία οι γνώμες για την εφαρμογή της ευθανασίας δίστανται. Πολλοί είναι εκείνοι που πιστεύουν ότι ο κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα στη ζωή όπως και αν είναι αυτή. Άλλοι πάλι πιστεύουν στον αξιοπρεπή, ανώδυνο θάνατο.

Η πτυχιακή αυτή εργασία ανέδειξε ποια είναι η άποψη των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού δύο περιφερειακών νοσοκομείων της χώρας. Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι και οι δύο ομάδες αντιμετωπίζουν την ευθανασία αφενός υπό το πρίσμα των θρησκευτικών τους πεποιθήσεων ή μη και αφετέρου λόγω της μη νομιμοποίησής της δεν επιθυμούν στο να την εκτελέσουν. Εφόσον όμως αυτή νομιμοποιηθεί το μεγαλύτερο ποσοστό από αυτούς θα βοηθούσαν έναν ασθενή στο να τερματίσει τη ζωή του εφόσον όμως το ζητούσε ο ίδιος ή οι συγγενείς τους.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο άρρωστος επιζητάει την ευθανασία γιατί δεν θέλει να πονάει και επιζητεί έναν αξιοπρεπή θάνατο. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να προσφέρεται καλύτερη και πιο εξειδικευμένη φροντίδα στους ασθενείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της ζωής τους, προκειμένου να εξασφαλιστεί ένας ήρεμος και ανώδυνος θάνατος. Η ευθύνη των νοσηλευτών στο στάδιο αυτό είναι μεγάλη. Θα πρέπει να περιλαμβάνει εκτός από την κάλυψη των φυσικών του αναγκών και τον περιορισμό του πόνου του και ψυχολογική ενίσχυση. Επειδή το άτομο είναι ένα ενιαίο σύνολο, θα πρέπει ολιστικά να προσεγγιστεί ώστε να μπορέσει να έχει μια ποιότητα ζωής.

Επίσης, επειδή η ευθανασία παραμένει παράνομη πράξη θα πρέπει να νομιμοποιηθεί αλλά να υπάρξει ένα σαφές νομικό πλαίσιο που θα διασφαλίζει τις προϋποθέσεις εφαρμογής της ευθανασίας χωρίς να αφήνει περιθώρια για παρερμηνεία του νόμου που θα οδηγήσουν σε σκοπιμότητες.

Ωστόσο, επειδή η εφαρμογή της εγείρει ηθικά και θρησκευτικά διλήμματα θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη η προγενέστερη γραπτή αίτηση του ασθενούς για ευθανασία και να μην υποχρεώνεται ο ιατρός ή ο νοσηλευτής να την πραγματοποιήσει εφόσον αντίκειται στα ηθικά και θρησκευτικά του πιστεύω.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- 1) Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (1994) *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford: Oxford University Pres.
- 2) Berghs, M., et al (2007) *Practices of responsibility and nurses during the euthanasia programs of Nazi Germany: A discussion paper*, Internationak Journal of Nursing Studies, Elsevier, 44:845.
- 3) Brock, D. (2002) *Voluntary Active Euthanasia*, in W. Glannon, Contemporary Readings in Biomedical Ethics, Fort Worth: Harcourt.
- 4) De Bal, N. et al, (2006) *Involvement of nurses in caring for patients requestin euthanasia in Flanders (Belgium): A qualitative study*, International Journal of Nursing Studies, 43: 590.
- 5) Draper, H., Slowther, A. (2008) *FIVE MINUTE FOCUS, Euthanasia*, Institute of Clinical Education, Warwick Medical School: UK Clinical Ethics: 113–115.
- 6) Emanuel, E.J., (2002) *Euthanasia and physician assisted suicide: a review of the empirical data from the United States*, Arch Intern Med.
- 7) Finley, I.G. and Wheatley, V.J. and Izdebski, C. (2005) *The house of Lords Select Committee on the assisted dying for the terminally ill bill: implications for specialist palliative care*, Palliative Medicine: 19 (6).
- 8) 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.
- 9) Liatsa, K., (2009), *Philosophical issues of euthanasia (dissertation)*, Athens: Panteio University.

- 10) McCormack, R. et al, (2011) *Attitudes of UK doctors towards euthanasia and assisted suicide: A systematic literature review*, Palliative Medicine, SAGE Journals, 26 (1): 23-33.
- 11) Pappapetropoulos, Th, Patrinos, A., Pelekoudis, N., Vienopoulos, A. and Paschalis, C. (1997) *Attitude towards euthanasia among physicians lawyers, judges and medical student in the city of Patras, Iatriki*: 72.
- 12) Parpa, E., Mystakidou, K., Tsilika, E., Sakkas, P., Patiraki, E., Pistevou-Gombaki, K., Galanos, A., Viahow, L., (2006) *The attitudes of Greek physicians and lay people on euthanasia and physician-assisted suicide in terminally ill cancer patients*, American Journal of Hospital Palliative Care, 23(4): 297-303.
- 13) Patelarou, E., Kadavas, Cl., Fioraki, I., Alegakis, T., Dafermou, M. and Ntzilepi, P. (2009) *Euthanasia in Greece: Greek nurses' involvement and beliefs*, International Journal of Palliative Nursing: 15 (5).
- 14) Scheper, T., Duursma, S. (1994) *Euthanasia: The Dutch Experience*, Age and Aging 23.
- 15) Stevens, CH., Hassan, R., (1994) *Management of death, dying and euthanasia: attitudes and practices of medical practitioners in South Australia*, Journal of medical ethics, 20:41-46.
- 16) Stuart, G., Curter, W., Demy, T. (1998) *Suicide and Euthanasia*, Grand Rapids: Kregel Publications.
- 17) Voultos, P., Samuel, N., Vlachou, M., (2010) *The issue of euthanasia in Greece from a legal viewpoint*, published in Journal of Forensic and Legal Medicine 17, Elsevier.
- 18) Young, MG., Ogden, RD., (2000) *The role of nurses in AIDS care regarding voluntary euthanasia and assisted suicide: a call for further dialogue*, Journal of Advanced Nursing, 31(3):513-9.

- 19) Ward, B.J. and Tate, P.A. (1998) *Attitude among NHS doctors to request for euthanasia*, BMJ: 308.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- 1) Αβαγιανού, Α., (2000) «*Ευθάνατος θάνατος*»: Το «καλώς θανείν» στην Αρχαία Ελλάδα, στο Ευθανασία – η σημαντική του «καλού» θανάτου, Αθήνα: Ινστιτούτο Βυζαντινών Ερευνών.
- 2) Αβραμίδης, Α., (1995) *Ευθανασία*, Αθήνα: Ακρίτας.
- 3) Αγγελάκη, Σ., (2008) *Το ζήτημα της ευθανασίας – Εγκληματολογικές προσεγγίσεις*. Αθήνα: 79□80
- 4) Αναπλιώτης, Α. (2003) *Το δικαίωμα στην ευθανασία-αθανασία*, Αθήνα: Zymel
- 5) Ανδρουλάκη, Ν., (1974) *Ποινικόν Δίκαιον*, Ειδικόν Μέρος, Αθήνα: Σάκκουλα: 25.
- 6) Bacon, Fr., (2003) *Τα Δοκίμια*, μετφρ. Φέγγος Σπύρος, Αθήνα: Ζήτρος.
- 7) Γιαννοπούλου, Α., (2003) *Διλήμματα και προβληματισμοί στη Σύγχρονη Νοσηλευτική*, Αθήνα: Η Ταβιθά.
- 8) Γιάκης, Ν., Μερκούρης, Α., Πολυχρονοπούλου, Ε. και Αδαλή, Ε. (2005) *Εντατική θεραπεία. Η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού στην ευθανασία*, Νοσηλευτική: Ιανουάριος – Μάρτιος, 44 (1).
- 9) Γκίκα, Μ. (1995) *Η ευθανασία και το ηθικό δίλημμα των νοσηλευτών*, Αθήνα 1995.
- 10) Daniels, N. (2007) *Περί του επιτρεπού του θανάτου με στόχο τη διατήρηση οικονομικών πόρων*», στο: Beauchamp, T. L. (ed.) *Ευθανασία. Ηθικές, Φιλοσοφικές, Ιατρικές και Νομικές Διαστάσεις*, Ελλην. Μτφρ. Β. Κάντζολα Σαμπατάκου, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
- 11) Δημόπουλος, Β. (1997) *Ευθανασία*, Θεσσαλονίκη: Γιαχούδη - Γιαπούλη.

- 12) Καίσαρης ,Π., (2002) *Περί της Ευθανασίας (έρευνα από νομική, ιατρική, κοινωνική, δημοσιογραφική και θρησκευτική άποψη)*, Πάτρα: Κανακάρης.
- 13) Καράμπελας, Λ. (1987) *Η ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και το θάνατο*, Αθήνα: Εκδοτική Εστία.
- 14) Κατρούγκαλος, Γ., (1993) *Το δικαίωμα στη ζωή και το θάνατο*, Αθήνα-Κομοτηνή: Αντ. Ν. Σάκκουλα.
- 15) 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
- 16) Κουντουράς, Δ., Χατζόπουλος, Χ., Ζαβός, Α., (2003) *Ευθανασία*, Βήμα Κλινικής Ογκολογίας: 149.
- 17) Λιακόπουλος, Ι., Κακάμπουρας, Μ., Κολοβός, Η., Χριστοπούλου, Ι. (2009) *Το ηθικό δίλημμα της ευθανασίας: Διερεύνηση της άποψης των νοσηλευτών έναντι του διλήμματος*, Το Βήμα του Ασκληπιού, 9 (2): 7.
- 18) Μητσόπουλος, Ν. (1980) *Η λεγόμενη ευθανασία*, Αθήνα: Αθανασόπουλος Σ. – Παπαδάμης Σ. και ΣΙΑ Ε.Ε.
- 19) More, T. (2003), *Ουτοπία*, μετφρ. Βαρσάκη Νατάσσα, Αθήνα: Ιαμβλιχός.
- 20) Μπελλάλη, Θ. και Παπαδάτου, Δ. (2002) *Πρότυπα της διαδικασίας λήψης αποφάσεων για δωρεά οργάνων εγκεφαλικά νεκρού ατόμου*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, (19): 1.
- 21) Νόμος 2329/1953 ΦΕΚ 68 τεύχος Α΄.
- 22) Νομοθετικό Διάταγμα 53/1974 ΦΕΚ 256 τεύχος Α΄.
- 23) 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

- 24) Ντάνος, Α., (2012) *Νομικό πλαίσιο και ιστορική εξέλιξη συστημάτων υγείας και κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση.*
- 25) Παπαπετρόπουλος, Θ., Πατρινός, Α., Πελεκούδας, Β., Βγενόπουλος, Α., Πασχάλης, Χ. (1997) *Τάσεις προς την ευθανασία μεταξύ ιατρών. Δικηγόρων, δικαστών και φοιτητών ιατρικής στην πόλη των Πατρών*, Ιατρική, 72 (1).
- 26) Παρασκευαΐδης, Χρ. (1983) *Πόση αλήθεια πρέπει να λέγεται στον άρρωστο*, Αθήνα.
- 27) Πάρπα, Ε. (2015) *Η στάση των λειτουργών υγείας (ιατρών, νοσηλευτών) συγγενών με ασθενείς τελικού σταδίου, και κοινού απέναντι στην ευθανασία: Συγκριτική Μελέτη*, Αθήνα: ΕΚΠΑ.
- 28) Πελεγρίνης, Θ. (2009) *Ιατρική Ηθική*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- 29) Πλάτων *Πολιτεία*, (2014), στο Κλασσική Γραμματεία – Φιλολογία: Αρχαίοι Φιλόσοφοι, Αθήνα: Πόλις.
- 30) Πρωτοπαπαδάκης, Ευ., (2003) *Η ευθανασία απέναντι στη σύγχρονη βιοηθική*, Αθήνα: Σάκκουλας Αντ. Ν.
- 31) Σαλάχα, Σ., (2012) *Η ελληνική και η διεθνής διάσταση της Βιοηθικής σε ζητήματα ευθανασίας*, Πειραιάς.
- 32) Συμεωνίδου-Καστανίδου, Ε. (2007) *Η Ευθανασία στο Ποινικό Δίκαιο*, στο: Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε., Συμεωνίδου-Καστανίδου, Ε. (Επιμ.), *Ευθανασία. Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής – 3*, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
- 33) Χρονόπουλος, Ν. (1980) *Το πρόβλημα της ευθανασίας*, Αθήνα.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ

- 1) Εφημερίδα ΒΗΜΑ, 14.2.1986.

- 2) Εφημερίδα ΕΘΝΟΣ, *Η πρώτη νόμιμη ευθανασία*, 27.9.1996.
- 3) Παππάς, Β., *Ο γιατρός δεν έχει υποχρέωση να προστατεύει τεχνητά τη ζωή*, Εφημερίδα ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, 2.7.1987.
- 4) Εφημερίδα ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, *Συσκευή για αυτοκτονία*, 23.6.1990.
- 5) Εφημερίδα ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, *Ο άνθρωπος που αντικατέστησε το Θεό*, 1.8.1993.
- 6) Εφημερίδα ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, *Ο Τζακ Κεβορκιάν έπεισε το δικαστήριο* 25.5.1994.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

- 1) http://americanhumanist.org/humanism/humanist_manifesto_iii
- 2) www.bioethics.org.gr
- 3) http://en.wikipedia.org/wiki/Rights_of_the_Terminally_Ill_Act_1995#cite_note-BMJ-0

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1) Τι σημαίνει για εσάς ευθανασία;

Καλός θάνατος ☐ Αξιοπρεπής θάνατος ☐

Υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία ☐

Διακοπή της ζωής ☐ Φόνος από οίκτο ☐ Αφαίρεση ανθρώπινης ζωής ☐

Επιτάχυνση του θανάτου ☐ Ενεργητική αφαίρεση της ζωής ☐

Αίτηση του ασθενή για αφαίρεση της ζωής του ☐

Παύση της μηχανικά υποστηριζόμενης ζωής ☐

2) Θεωρείται ότι πρέπει να εφαρμόζεται η ευθανασία;

Ναι ☐ Όχι ☐ Μερικές φορές ☐ ΔΞ/ΔΑ ☐

3) Ποιες είναι οι περιπτώσεις που πιστεύετε ότι πρέπει να εφαρμόζεται η ευθανασία;

Όταν το κρίνει ο θεράπωντας ιατρός ☐

Όταν το ζητάει ο ασθενής ☐

Όταν ο ασθενής έχει εκ των προτέρων ζητήσει ευθανασία ☐

Όταν δεν υπάρχει ελπίδα ανάρρωσης ☐

Όταν η αγωγή που χορηγείται με θεραπευτικά μέσα δεν είναι πια θεραπευτική ☐

Όταν ο ασθενής βρίσκεται στο τελικό στάδιο ανίατης ασθένειας ☐

4) Θέλετε να νομιμοποιηθεί στην Ελλάδα η ευθανασία;

Ναι ☐ Όχι ☐ Ίσως ☐ ΔΞ/ΔΑ ☐

5) Η ελληνική κοινωνία πιστεύετε ότι είναι έτοιμη να δεχτεί τις μορφές της ευθανασίας;

☐ Ναι ☐ Όχι ☐ ΔΞ/ΔΑ ☐

6) Θεωρείτε ότι τα θρησκευτικά πιστεύω επηρεάζουν την κοινή γνώμη για την ευθανασία;

Ναι ☐ Όχι ☐ Ίσως ☐ ΔΞ/ΔΑ ☐

7) Είχατε κάποια εμπειρία αιτήματος για ευθανασία;

Ναι ☐ Όχι ☐ ΔΞ/ΔΑ ☐

8) (Αν στην προηγούμενη ερώτηση η απάντηση είναι ναι). Πόσες φορές είχατε εμπειρία αιτήματος για ευθανασία;

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 – 6 ☐ 7 – 10 ☐

9) Πιστεύετε ότι οι ασθενείς τελικού σταδίου ζητάνε συχνά ευθανασία;

Ναι ☐ Όχι ☐ ΔΞ/ΔΑ ☐

☐ Εάν η ευθανασία ήταν νόμιμη θα την πραγματοποιούσατε εάν σας το ζητούσε είτε ο ασθενής είτε το συγγενικό του περιβάλλον;

Ναι ☐ Όχι ☐ ΔΞ/ΔΑ ☐

11) Εάν ένας ασθενής σας έλεγε ότι έχει δικαίωμα να πεθάνει όποτε θέλει τι θα του λέγατε;

Ότι έχει δίκιο ☐

Δεν είναι αυτός υπεύθυνος ☐

Μόνο ο Θεός έχει αυτό το δικαίωμα ☐

12) Θα ζητούσατε ευθανασία για κάποιο συγγενικό σας πρόσωπο ώστε να μην υποφέρει;

Ναι ☐ Όχι ☐ ΔΞ/ΔΑ ☐

13) Θα πρέπει να εφαρμόζεται η ευθανασία εάν δεν υπάρχει αίτημα από τον ασθενή ή από τους συγγενείς του;

Ναι ☐ Όχι ☐ ΔΞ/ΔΑ ☐

14) Εάν νομιμοποιηθεί η ευθανασία στην Ελλάδα θεωρείτε ότι θα μπορούσε να ξεφύγει από τα «όρια» και να φτάσει σε επίπεδο δολοφονίας;

Ναι ☐ Όχι ☐ ΔΞ/ΔΑ ☐

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ