

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Ευθανασία και Ιατρική; Διλήμματα και Απαντήσεις

Κυνηγάλακη Ειρήνη

Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ Παναγιωτόπουλος Χρήστος

Ιανουάριος, 2015

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Ευθανασία και Ιατρική; Διλήμματα και Απαντήσεις

Κυνηγαλάκη Ειρήνη

Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ Παναγιωτόπουλος Χρήστος

Ιανουάριος, 2015

Ευχαριστίες

Η παρούσα επιστημονική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» της Σχολής Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Ανοικτού Πανεπιστήμιου Κύπρου, υπό την επίβλεψη του καθηγητή Δρ Παναγιωτόπουλου Χρήστου. Θα ήθελα, λοιπόν, να ευχαριστήσω θερμά τον κύριο Χρήστο Παναγιωτόπουλο για τις ιδέες που μου προσέφερε και τη βοήθεια που ποτέ δεν μου αρνήθηκε καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης αυτής της εργασίας, καθώς και για τον πολύτιμο χρόνο που μου αφιέρωσε. Τέλος χρωστάω κι ένα μεγάλο ευχαριστώ στον σύζυγό μου που πίστεψε σε μένα και με ενθάρρυνε σε κάθε στάδιο των μεταπτυχιακών σπουδών μου.

Περίληψη

Αντικείμενο μελέτης αποτέλεσε το ακανθώδες δικαίωμα διάθεσης της ζωής από το ίδιο το άτομο ή διαφορετικά το δικαίωμα στην ευθανασία.

Σκοπός της έρευνας ήταν η καταγραφή των απόψεων και της δυνητικής συμπεριφοράς Ελλήνων ιατρών σε ειδικότητες με ανίατους ασθενείς δεδομένου ότι στην Ελλάδα η ευθανασία αποτελεί ποινικό αδίκημα.

Η έρευνα έγινε βάσει της ποιοτικής μεθόδου και σύμφωνα με τη δειγματοληψία ποσόστωσης. Το δείγμα αποτέλεσαν οχτώ ιατροί εξειδίκευσης εντατικολογίας και πέντε νευροχειρουργοί, εργαζόμενοι σε ένα από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της Ελλάδος με καθημερινές εφημερίες. Το μεθοδολογικό εργαλείο που επιλέχθηκε ήταν η σε βάθος συνέντευξη με τη μέθοδο της ημιδομημένης συνέντευξης.

Αποτελέσματα: Αν και η ευθανασία στην πλειονότητά των εθνικών νομοθεσιών των κρατών απαγορεύεται, τα τελευταία χρόνια η εισαγωγή νέων διατάξεων για τα δικαιώματα του ασθενούς ενίσχυσε την αυτονομία αυτών. Όσον αφορά στην παθητική ευθανασία οι Έλληνες ιατροί είχαν να αναφέρουν περιστατικά για τα οποία αφού δεν υπήρχε καμία ελπίδα, δεν προχώρησαν σε παράταση ζωής. Η European Association of Palliative Care (EAPC), όμως, χαρακτηρίζει τη παραπάνω συμπεριφορά ως παρηγορητική καταστολή ή φροντίδα και απορρίπτει τον όρο παθητική ευθανασία. Πράξεις ή τουλάχιστον επιθυμίες ενεργητικής ευθανασίας από τη μεριά του ασθενούς δεν αναφέρθηκαν από κανέναν επαγγελματία υγείας. Γεγονός που αποδίδεται στις θρησκευτικές πεποιθήσεις των Ελλήνων. Επίσης, το συγγενικό περιβάλλον του ασθενούς (ειδικά σε ασθενείς με αδυναμίας επικοινωνίας) μπορεί να επηρεάσει τους ιατρούς στις αποφάσεις τους. Στην πλειοψηφία τους οι ιατροί ακολουθούν τις επιταγές των οικείων των ασθενών όταν πρόκειται για τη διατήρηση της υποστηρικτικής αγωγής. Εξάλλου πράξεις ευθανασίας επιφέρουν μεγάλο ψυχολογικό κόστος και στους ίδιους τους ιατρούς, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για παιδιά. Παρόλα αυτά, κι ενώ δεν υπάρχει εκπαιδευτική κατάρτιση για θέματα βιοηθικής και ιατρικής δεοντολογίας στους Έλληνες επαγγελματίες υγείας, οι περισσότεροι τίθενται υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας υπό αυστηρές προϋποθέσεις. Μια σημαντική πλευρά της αποποινικοποίησης της ευθανασίας που εντοπίστηκε είναι η ώθηση που μπορεί να δώσει στη δωρεά οργάνων.

Συμπεράσματα: Το δικαίωμα στην ευθανασία παρουσιάζει μια ανομοιόμορφη δυναμική από χώρα σε χώρα και από κουλτούρα σε κουλτούρα. Βασικό επιχείρημα των υποστηρικτών της ευθανασίας είναι το δικαίωμα στην αξιοπρέπεια ενώ η παρηγορητική φροντίδα απευθύνεται σε εκείνους που δεν μπορούν να διαχειριστούν τον επικείμενο θάνατο. Οι Έλληνες ιατροί και η ελληνική κοινωνία είναι επιφυλακτικοί υπό τις παρούσες συνθήκες απέναντι σε περιστατικά ευθανασίας. Σε περίπτωση, όμως, νομιμοποίησης της είναι δεκτικοί υπό ένα αυστηρό νομικό πλαίσιο, το οποίο θα κατοχυρώνει τους ασθενείς και τους ιδίους τους ιατρούς λαμβανομένου υπόψη του ψυχολογικού κόστους που υφίστανται. Πριν, όμως, από οποιαδήποτε τέτοια ενέργεια ή συγχρόνως το ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα πρέπει να εισάγει το μάθημα της βιοηθικής στις ιατρικές σχολές. Αν και στη παρούσα μελέτη το δείγμα ήταν μικρό, η επιλογή των ιατρών έγινε από ειδικότητες που διαχειρίζονται βαριά περιστατικά γιατί τα αιτήματα για ευθανασία προέρχονται συνήθως από αυτή την ομάδα ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: ενεργητική ευθανασία, παθητική ευθανασία, υποβοήθηση αυτοκτονίας, βιοηθική, αξιοπρέπεια κατά τον επικείμενο θάνατο, παρηγορητική φροντίδα

ABSTRACT

The thorny right of disposition of life by the individual itself or otherwise the right to euthanasia constituted the objective of the present study.

Aim of this research study was the documentation of the viewpoints and potential deportment of Greek doctors with specialties that frequently manage patients with irremediable or terminal diseases.

The research was conducted using qualitative methods and according to quota sampling. The sample was formed by eight doctors with intensive care subspecialty and five neurosurgeons that practice in one of the largest hospital units in Greece where the Acute and Emergency Department accepts admissions in 24hourly basis. The methodological tool that was selected was in-depth interviewing using the method of semi structured interview.

Results: Despite the fact that euthanasia is forbidden in the majority of national legislations, introduction of new ordinances concerning patient's rights, over the last years, reinforced their independence. As regards passive euthanasia, Greek doctors based on their experience, reported terminal cases which did not receive further life support. However, European Association of Palliative Care (EAPC) characterizes the above mentioned procedure as palliative sedation or care and rejects the term passive euthanasia. Actions or at least desire expressed by the patient concerning proceeding with active euthanasia were not reported by anyone of the medical staff. Fact that is mainly due to the religious beliefs of the Greeks. Furthermore, patient's family environment (especially in cases where the patient is unable to communicate) may affect medical decision making. Physicians, in their majority, act at family's behest when regarding maintenance of the supportive treatment. Besides, euthanasia acts induce great psychological cost to physicians themselves, particularly in pediatric patients. Despite all of the above, and even though Greek physicians undergo no educational training concerning bioethics and medical ethics, most of them advocate of legalization of euthanasia under strict prerequisites. One significant aspect of the decriminalization of euthanasia that was detected is the propulsion of organ donation and transplantation.

The right to euthanasia demonstrates an irregular dynamic amongst countries and cultures. Primary argument of those who support euthanasia is the right to dignity

whilst palliative care aims at those who cannot cope with the impending death. Greek physicians and society are skeptical towards cases of euthanasia under the present circumstances. However, in case of legalization of euthanasia, they appear to be receptive under a strict legal framework, which will safeguard patients and physicians taking into consideration the psychological cost that they experience. Prior or along with any action the Greek academic program must introduce the course of bioethics to every medical school. In spite the fact that the sample of the present study is considered small, the selection of the participating physicians was based on specialties that manage very severe cases, since the requests for euthanasia usually originate from this group.

Keywords: active euthanasia, passive euthanasia, mercy killing, assisted suicide, bioethics, dignity against the impending death, palliative care

Συντομογραφίες

ΑΕΕ:	Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια
ΕΔΔΑ:	Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου
ΕΣΔΑ:	Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου
ΚΑΡΠΑ:	Καρδιοαναπνευστική Ανάνηψη
ΚΙΔ:	Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας
ΚΝΣ:	Κεντρικό Νευρικό Σύστημα
ΜΕΘ:	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
ΠΚ:	Ποινικός Κώδικας
ALS:	Amyotrophic Lateral Sclerosis
Ca:	Cancer
DNR:	Do Not Resuscitate
EAPC:	European Association of Palliative Care
GMC:	General Medical Council
QDA:	Qualitative Data Analysis

Περιεχόμενα

1	Εισαγωγή.....	1
2	Ανασκόπηση βιβλιογραφίας.....	6
2.1	Ιστορική αναδρομή.....	6
2.2.	Συγκριτικό Δίκαιο.....	9
2.3.	Νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΔΔΑ).....	12
2.3.1.	Υπόθεση Pretty κατά Ηνωμένου Βασιλείου, απόφαση της 29 ^{ης} Απριλίου 2002, αρ. προσφυγής 2346/02, Reports 2002-III.....	12
2.3.2.	Υπόθεση Haas κατά Ελβετίας, Απόφαση της 20 ^{ης} Ιανουαρίου 2011, αριθμός προσφυγής 31322/07.....	14
2.4.	Νομολογία Ανωτάτου Δικαστηρίου των Ηνωμένων Πολιτειών.....	16
2.4.1.	Υπόθεση Gruzan v. Director, Missouri Department of health (1990) 497 U.S. Supreme court 261, Δικαίωμα Άρνησης θεραπείας.....	16
2.4.2.	Υπόθεση Gluckberg v. Washington, 521 U.S. 702 (1997), Υποβοήθηση αυτοκτονίας.....	17
2.5.	Νομολογία Ανώτατου Δικαστηρίου του Καναδά.....	18
2.5.1.	Υπόθεση Rodriguez v. British Columbia, 2 S.C.R. 519 (1993), Ιατρική υποβοήθηση αυτοκτονίας.....	18
2.6.	Εσωτερικό ελληνικό δίκαιο.....	19
2.6.1.	Συνταγματικό πλαίσιο.....	20
2.6.2.	Κοινή νομοθεσία.....	20
	Ποινικό Δίκαιο.....	20
	Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.....	21
	Γνώμη Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής.....	22
3.	Μεθοδολογία.....	24
3.1.	Εισαγωγή.....	24
3.2.	Σκοπός της έρευνας.....	26

3.3.	Ερευνητικά ερωτήματα.....	27
3.4.	Πληθυσμός – Δείγμα.....	28
3.5.	Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	31
3.6.	Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	32
3.7.	Ανάλυση δεδομένων.....	32
3.8.	Ηθικές προεκτάσεις.....	33
4.	Αποτελέσματα έρευνας.....	35
4.1.	1 ^{ος} θεματικός άξονας.....	35
4.2.	2 ^{ος} θεματικός άξονας.....	38
4.3.	3 ^{ος} θεματικός άξονας.....	40
5.	Συζήτηση.....	46
6.	Συμπεράσματα.....	55
	Βιβλιογραφία.....	60
	Ελληνική Βιβλιογραφία.....	60
	Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....	62
	Παράρτημα.....	69

Κεφάλαιο Πρώτο

1. Εισαγωγή

Όλα όσα είναι τεχνολογικώς δυνατά δεν είναι και ηθικώς ορθά. Η ρηξικέλευθη πρόοδος στο χώρο της υγείας δημιούργησε νέα ηθικά διλήμματα τόσο στις επιλογές των επαγγελματιών υγείας παρά την κλίνη ενός θνήσκοντος ασθενούς όσο και στους νομοθέτες στην προσπάθεια τους να δημιουργήσουν νέες πολιτικές προστασίας της υγείας. Η εισαγωγή της έννοιας του «εγκεφαλικού θανάτου» ήταν μια επαναστατική μεταρρύθμιση που έδωσε τη δυνατότητα για επιτυχείς μεταμοσχεύσεις οργάνων από νεκρό δότη. Η τεχνητή ενυδάτωση και διατροφή παρέτεινε τα όρια της ζωής πασχόντων σε τελικό στάδιο. Και οι εξελίξεις συνεχίζονται με την κλωνοποίηση, τη χαρτογράφηση και αποκωδικοποίηση του ανθρώπινου γονιδιώματος κ.α., με φυσικό επακόλουθο τις ανησυχίες για τις επιπτώσεις αυτών στα δικαιώματα του ατόμου.

Η επιστήμη που εξελίχθηκε εξαιτίας αυτών των βιοϊατρικών μεταβολών για την προστασία των πολιτών ονομάστηκε βιοηθική, από τις ελληνικές λέξεις βίος (με την έννοια της ζωής) και ήθος (αναφερόμενη στην αξία). Ο ογκολόγος Van Rensselaer Potter (1971) με το έργο του *Bioethics: Bridge to the Future* το 1971 αναφέρθηκε για πρώτη φορά στην ανάγκη υιοθέτησης μιας ηθικής συμπεριφοράς και αντιμετώπισης έναντι της βιόσφαιρας, νοούμενης ως συνόλου, με αφορμή εκείνη την εποχή την αυξανόμενη περιβαντολλογική επιβάρυνση. Στα χρόνια που ακολούθησαν η λέξη βιοηθική απέκτησε νέο περιεχόμενο αφού συνδέθηκε υπό στενή έννοια με την αναθεώρηση της επαγγελματικής δεοντολογίας που διέπει τη συμπεριφορά των ιατρών και τις σχέσεις τους με τους ασθενείς ενώ υπό ευρεία έννοια καλύπτει το σύνολο των κοινωνικών, ηθικών, οικονομικών, ιατρικών, περιβαλλοντολογικών και πολιτικών θεμάτων που ανακύπτουν εξαιτίας της αλματώδους προόδου στο χώρο της υγείας. (Callahan, 2004)

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Harris (2001), η βιοηθική ασχολείται α) φιλοσοφικά με την προσέγγιση διαχρονικών ερωτημάτων υπό το φως των νέων εξελίξεων όπως τι

είναι ζωή, τι είναι θάνατος, β) με την ιατρική και ηθική δεοντολογία που αφορά προσωπικές αποφάσεις των επαγγελματιών υγείας για συγκεκριμένους ασθενείς, όπως είναι σε θέση ο ασθενής να εκφράσει τη βούληση του για την πορεία του, πρέπει ο ασθενής να αποσυνδεθεί από το μηχάνημα τεχνητής αναπνοής, γ) με τη διαβούλευση, την επεξεργασία και τη διατύπωση αρχών σε νομοθετικό επίπεδο και με τη σύνταξη επαγγελματικών κωδικών δεοντολογίας που αφορούν τη γενική ρύθμιση θεμάτων (όπως η νομοθεσία για την ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή) κι όχι περιπτωσιολογική αντιμετώπιση συγκεκριμένου ατόμου. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη ρύθμιση αυτών των θεμάτων αποτελεί η ευρεία συναίνεση μέσα από ένα διεπιστημονικό διάλογο επαγγελματιών ιατρικής, νομικής, θεολογίας και κοινωνικών επιστημών και εκείνων που είναι υπεύθυνοι της νομοθεσίας. Και τέλος η βιοηθική έχει τη κύρια ευθύνη σύνδεσης όλων των παραπάνω αποφάσεων με τις αρχές, τις αξίες και την κουλτούρα της εκάστοτε χώρας. Είναι σαφές ότι εξαιτίας των μεγάλων πολιτισμικών διαφορών που υπάρχουν μεταξύ των χωρών οι προσεγγίσεις στα ερωτήματα βιοηθικής φύσεως δεν μπορεί να είναι ενιαίες.

Ένα από τα αμφιλεγόμενα θέματα με το οποίο ασχολήθηκαν οι εθνικές επιτροπές βιοηθικής αποτελεί το δικαίωμα διάθεσης της ζωής του από το ίδιο το άτομο. Η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης έχει δημιουργήσει στην ουσία μια ενδιάμεση ζώνη μεταξύ ζωής και θανάτου, τη λεγόμενη «γκρίζα περιοχή», όπου ο θάνατος έχει ήδη ξεκινήσει και η ζωή συνεχίζεται με μια κάποια άλλη μορφή (Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, 2007). Υπάρχουν ασθενείς, ωστόσο, που δεν θα διάλεγαν αυτό το δρόμο αλλά ένα θάνατο με αξιοπρέπεια, επιλογή, όμως, που δεν τους αναγνωρίζεται από την πλειονότητα των εθνικών νομοθεσιών. Ιδιαίτερα σε παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ), όπου ο ασθενής χαρακτηρίζεται από εξαιρετικά βαρεία πρόγνωση και δεν είναι δυνατό να διατηρηθεί στη ζωή χωρίς μηχανική υποστήριξη και 24ωρη ιατρική παρακολούθηση, τίθεται, συχνά, στους επαγγελματίες υγείας αλλά και την οικογένεια του πάσχοντος, το δίλημμα της παράτασης ή όχι της ζωής. Επίσης, υπάρχει και η κατηγορία των πασχόντων από ανίατες εκφυλιστικές νόσους, οι οποίοι έχουν τη δυνατότητα να εκφράσουν, αλλά όχι να πραγματοποιήσουν, την επιθυμία τους για το τέλος της ζωής τους, βούληση που αντίκειται στους νόμους της χώρας τους (υποβοήθηση αυτοκτονίας). Προκύπτει, λοιπόν, το ζήτημα της ευθανασίας, όχι μόνο στην ηθική του διάσταση αλλά και στις νομικές προεκτάσεις που μπορεί να έχει

έναντι των ιατρών, του συγγενικού περιβάλλοντος των ασθενών αλλά και της ίδιας της πολιτείας.

Η ετοιμολογία της λέξης ευθανασία, που χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά με τη σημασία που έχει σήμερα από τον άγγλο φιλόσοφο Roger Bacon (1214-1294), έχει αρχαίες ελληνικές ρίζες και συναντάται αρχικώς στον Ποσειδίππο, κωμωδιογράφο του 3ου αιώνα (Βούλγαρης, 2005). Η λέξη προέρχεται από το πρόθεμα «ευ» που σημαίνει καλός και γενναίος και το ρήμα « θνήσκω» (κι όχι το «αποθνήσκω») με το οποίο αποδίδεται η έκφραση για τον φυσικό θάνατο, δηλαδή «καλός και γενναίος θάνατος», ή σε πιο ελεύθερη απόδοση, γαλήνιος θάνατος. (Πρωτοπαππαδάκης, 2008) Σύμφωνα με τον Γιαννακόπουλο, (2005), «θνήσκω» σημαίνει θανατώνομαι ενώ «αποθνήσκω» σημαίνει πεθαίνω, ταλαιπωρούμε μέχρι θανάτου.

Η επικρατούσα σημασία της ευθανασίας, σήμερα, στην ιατρική επιστήμη διαφοροποιείται αρκετά από την αρχική της έννοια, με ορθότερη απόδοση τον αγγλοσαξονικό όρο «mercy killing», σύμφωνα με τον Glick, (1992), και διακρίνεται σε δυο περιπτώσεις. Η παθητική ευθανασία αφορά συνήθως στη παράλειψη ενεργειών από τη μεριά του γιατρού με φυσικό επακόλουθο το θάνατο του ασθενούς, γεγονός που συμβαίνει συχνά στο χώρο των νοσοκομείων, χωρίς όμως να γίνεται άμεσα αντιληπτό. Η ενεργητική ευθανασία είναι η χορήγηση από τον ίδιο τον ιατρό εν δυνάμει θανατηφόρων ουσιών στον ασθενή ή η παροχή στον ασθενή του μέσου που θα τον οδηγήσει στον τερματισμό της ζωής του (υποβοηθούμενη αυτοκτονία). Η διάκριση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας πιστεύεται ότι είναι ζωτικής σημασίας για την ιατρική δεοντολογία. Είναι αποδεκτή η ιδέα, τουλάχιστον σε ορισμένες περιπτώσεις, το να αρνηθεί τη θεραπεία κάποιος ασθενής με αποτέλεσμα να του επιτραπεί να πεθάνει αλλά ποτέ δεν είναι επιτρεπτό να προβεί σε οποιαδήποτε δράση ο γιατρός που σκοπό έχει να οδηγήσει τον ασθενή στο θάνατο. (Rachels, 1975)

Σύμφωνα με τον Rachels υπάρχει ακόμη μια διάκριση μεταξύ εθελοντικής (voluntary), μη εθελοντικής (non-voluntary) και ακούσιας (involuntary) ευθανασίας, ανάλογα με το αν οι ασθενείς δηλώνουν οι ίδιοι τη βούλησή τους περί τερματισμού της ζωής τους, δεν είναι σε θέση να δώσουν τη συγκατάθεσή τους και αποφασίζουν άλλοι για εκείνους ή έχουν δηλώσει ότι δεν επιθυμούν επίσπευση του θανάτου τους. Έτσι, αν και φυσικά η ταξινόμηση αυτή καθαυτή δεν μπορεί να απαντήσει σε

οποιαδήποτε ηθικά ζητήματα , φαίνεται να παρέχει ένα χρήσιμο πλαίσιο κατηγοριών ευθανασίας περισσότερο ηθικά παραδεκτό από την κοινωνία, εκτός από την τελευταία που αγγίζει τα όρια της ανθρωποκτονίας (Κωνσταντινίδης, 2007). Κατά τα τελευταία χρόνια, ωστόσο, αυτό το πρότυπο κατηγοριοποίησης και ιδίως η ιδέα της παθητικής ευθανασίας έχουν υποβληθεί σε επιθέσεις από έναν αριθμό έγκυρων πηγών. Η House of Lords Select Committee on Medical Ethics περιγράφει τον όρο παθητική ευθανασία ως παραπλανητικό και ο British Medical Association αποκαλεί τις εκφράσεις ενεργό και παθητική ευθανασία διαφορούμενες και αδόκιμες, υποστηρίζοντας ότι δημιουργείται σύγχυση όταν η ανάκληση της θεραπείας για την παράταση της ζωής η οποία δεν παρέχει όφελος για τον ασθενή περιγράφεται ως παθητική ευθανασία. (Jaques, 2012)

Αυτή η επίθεση στην ίδια την ιδέα της παθητικής ευθανασίας εκφράζεται με ιδιαίτερα σαφή και ρητό τρόπο από την Ethics Task Force που ιδρύθηκε από την European Association of Palliative Care (EAPC) τον Φεβρουάριο του 2001. Η Ethics Task Force απορρίπτει το πρότυπο ταξινόμησης με δύο επιχειρήματα. Πρώτον, ισχυρίζεται ότι η διάκριση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας είναι κατά κάποιο τρόπο οξύμωρη: η ευθανασία είναι ενεργή εξ ορισμού και ως εκ τούτου ο χαρακτηρισμός παθητική ευθανασία είναι μια αντίφαση. Δεύτερον, υποστηρίζει ότι δεν μπορεί να υπάρχει μη εκούσια ή ακούσια ευθανασία, αφού η ιατρογενής (medicalised) θανάτωση ενός ατόμου χωρίς τη συγκατάθεση του δεν είναι ευθανασία αλλά δολοφονία. (Materstvedt et al., 2003) Παρόλα αυτά, η κατηγοριοποίηση του Rachels για την ευθανασία χρησιμοποιείται στην διεθνή βιβλιογραφία και αυτή θα γίνει δεκτή στη συγγραφή αυτής της μεταπτυχιακής διατριβής.

Τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί οι ασθενείς που θέλουν να επιλέγουν το χρονικό σημείο τέλους της ζωής τους αντί της παράτασης με τεχνητά μέσα. Κατά κανόνα, όμως, αυτό το δικαίωμα τους απαγορεύεται, με αποτέλεσμα την απαρχή ενός διάλογου για το δικαίωμα στο θάνατο σε ανεπτυγμένες χώρες (όπως οι Η.Π.Α, ο Καναδάς, η Ολλανδία κ.α.). Παρόλο που η ποινικοποίηση της ευθανασίας στοχεύει στην προστασία των ευαίσθητων πληθυσμιακών ομάδων από καταχρήσεις, αδιαφορία και αμέλεια, δεν λαμβάνεται υπόψη ότι υπάρχουν ασθενείς που στερούνται το δικαίωμα προστασίας της αξιοπρέπειας και της ανεξαρτησίας τους κατά το τέλος της ζωής τους το οποίο αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα. Συγχρόνως για τους

επαγγελματίες υγείας τα δυο βασικά καθήκοντά τους, η διατήρηση της ζωής και η ανακούφιση από τον πόνο, αφίστανται μεταξύ τους αλλά και συγκρούονται.

Στο επόμενο κεφάλαιο θα γίνει βιβλιογραφική ανασκόπηση των εθνικών νομοθεσιών χωρών που επιτρέπεται η ευθανασία, της νομολογίας Ανωτάτων Δικαστηρίων και του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΔΔΑ) για προσφυγές ατόμων που διεκδικούσαν δικαίωμα στο θάνατο, και του Δίκαιου της Ελλάδας. Στο τρίτο κεφάλαιο θα ακολουθήσει έρευνα σύμφωνα με την ποιοτική μέθοδο με ημιδομημένες συνεντεύξεις, για την συμπεριφορά ιατρών σε ασθενείς με ανίατες και σταδιακά επιδεινούμενες παθολογικές καταστάσεις του ΚΝΣ, πως τα διαχειρίζονται ή πως θα τα διαχειρίζοντουσαν εάν η τελική επιλογή ήταν δική τους. Το δείγμα θα αποτελέσουν ιατροί ειδικοτήτων νευροχειρουργικής και εντατικολογίας από ένα μεγάλο νοσοκομείο της Ελλάδας που αντιμετωπίζει και νοσηλεύει καθημερινά τέτοιας φύσης περιστατικά.

2. Ανασκόπηση βιβλιογραφίας

Χαρακτηριστικό της ευθανασίας αποτελεί το ευμετάβλητο κλίμα που την ακολουθεί στο πέρασμα των αιώνων. Η ζωή και ο θάνατος, στοιχεία άμεσα συνυφασμένα με την οντότητα του ατόμου, απασχόλησαν τον άνθρωπο από τη γέννησή του. Οι καταβολές της ευθανασίας ανατρέχουν στους αρχαίους χρόνους της Ελλάδας, από όπου και ο ορισμός της και φθάνουν έως σήμερα στις σύγχρονες επιστήμες που συνεχίζει να χρησιμοποιείται αυτούσια η ίδια λέξη.

2.1. Ιστορική Αναδρομή

Ο Ιπποκράτης, τον 4^ο αιώνα π.χ., έχοντας αντιληφθεί την πολυπλοκότητα του εν λόγω ζητήματος φρόντισε να συμπεριληφθεί στον όρκο του η απαγόρευση από τη μεριά του ιατρού χορήγησης θανατηφόρας ουσίας σε ασθενή με σκοπό τον τερματισμό της ζωής του ίδιου ή κυοφορούμενου. (Λυπουρλής, 2001).

Το 464 π.χ. ο ολυμπιονίκης Διαγόρας περιγράφεται να βιώνει έναν ένδοξο θάνατο αφού πρόλαβε να δει τη στέψη των δυο γιών του ως ολυμπιονικών. Την ίδια περίπου εποχή σε μια άλλη πόλη της Αρχαίας Ελλάδας, τη Σπάρτη, η ευθανασία λειτουργεί με τη μορφή μιας ευγονικής πρακτικής, όπως αναφέρει ο Πλάτωνας στο Γ' βιβλίο στην Πολιτεία. Σύμφωνα με τον νόμο του Λυκούργου, όπως περιγράφεται στο έργο του Πλούταρχου «Βίοι Παράλληλοι» η τελετουργία που ακολουθούσαν ήταν η ρήψη βρεφών που θεωρούνταν ανάπηρα ή ασθενικά σε βάραθρο του Ταύγετου τους Αποθέτες (και όχι στον Καιάδα όπως έχει επικρατήσει) για το δημόσιο συμφέρον. Στόχος τους ήταν η ανακούφιση στους γονείς αλλά και στα ίδια τα παιδιά από ένα βάρος και συγχρόνως απελευθερώνόταν η με στρατιωτικές δομές πόλη τους από παιδιά ανάικα να συνεισφέρουν σε αυτή.

Αντίθετα ο τραγικός ποιητής Σοφοκλής εμφανίζεται επιφυλακτικός στην ιδέα της ευθανασίας και το εκφράζει μέσα από το έργο του «Φιλοκτήτης στο οποίο το τάγμα του βασιλιά Φιλοκτήτη αρνήθηκε να υπακούσει στο αίτημα του για λύτρωση από αφόρητους πόνους και τον άφησαν να πεθαίνει αργά στη Λήμνο.

Την ρωμαϊκή εποχή υπάρχει μεγαλύτερη αποδοχή της ευθανασίας, ιδιαίτερα από τους Στωικούς. Ο Σενέκας στο έργο του *Epistulae ad Lucilium*, γράφει: «Ακριβώς όπως θα διαλέξωτο σπίτι μου όταν πρόκειται να κατοικήσω, έτσι θα επιλέξω και τον θάνατό μου για το πέρασμά μου από τη ζωή» (Παναγόπουλος, 2003). Στη Μασσαλία η Γερουσία της πόλης είχε δικαιοδοσία να δίνει την άδεια σε ανίατους πάσχοντες να πίνουν κώνειο σε ειδικό κέντρο, διαμορφωμένο για αυτό το σκοπό (Κοεμτζόπουλου, 1996).

Την βυζαντινή περίοδο η έκτη εντολή «ου φονεύσεις» αποτελεί πανάκεια στο πνεύμα της εποχής και υιοθετείται και από την ιατρική επιστήμη που προσανατολίζεται στο «θεραπεύειν» και «ανακουφίζουν». Την εποχή του μεσαίωνα και του αφορισμού της ευθανασίας διαδέχεται η Αναγέννηση με νέες στάσεις απέναντι στην ιδέα του θανάτου. Φιλόσοφοι όπως ο Thomas More και ο Francis Bacon εμφανίζονται θερμοί υποστηρικτές της ευθανασίας με τη μορφή ενός γαλήνιου θανάτου. Τον 19^ο αιώνα τα έργα του Schopenhauer και του Nietzsche διαπραγματεύονται το θέμα της ευθανασίας και σοκάρουν την εποχή τους, υποστηρίζοντας την ευγονική ευθανασία. (Χατζηθεοδώρου, 2007)

Το 1935 αποτελεί σταθμό για την πολιτική ζωή της Αγγλίας αφού με αφορμή το θάνατο του βασιλιά Γεωργίου Ε΄ μετά από εντολή της βασίλισσας Mary να του χορηγηθεί θανατηφόρα δόση μορφίνης (βρισκόταν σε κώμα) η νεοσυσταθείσα τότε British Voluntary Euthanasia Society κατέθεσε νομοσχέδιο στη Βουλή των Λόρδων για την νομιμοποίηση της ευθανασίας. Τελικά το νομοσχέδιο απορρίφθηκε (Dowbiggin, 2001).

Λίγα χρόνια πριν το 1920, οι πανεπιστημιακοί καθηγητές Alfred Hoche και Karl Binding δημοσίευσαν το έργο τους «Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten

Lebens¹» για το δικαίωμα του ασθενούς να τερματίζεται η ζωή του μετά από αίτημά του. Υποστήριζαν ότι στο τελευταίο στάδιο της ασθένειας η ζωή έχει χάσει την ιδιότητα του έννομου αγαθού και δεν είναι άδικο ούτε άτιμο η ελευθέρωση αυτών των ατόμων με τη θανάτωση. Την ίδια πρακτική, όμως, θεωρούσαν αναγκαία και σε ψυχικά ασθενείς ακόμη και χωρίς την συναίνεσή τους. Σύμφωνα με το σκεπτικό τους οι πνευματικά ανίατοι πάσχοντες δεν έχουν δική τους βούληση για να πάρουν αποφάσεις αν θέλουν να ζήσουν ή να πεθάνουν και η φυγή τους από αυτόν τον κόσμο δεν θα αφήσει κανένα κενό ούτε στους συγγενείς τους ούτε στην κοινωνία. (Συμεωνίδου – Καστασανίδου, 1996)

Πάνω σε αυτή τη θεωρία διαχωρισμού της ζωής σε «άξια» και «ανάξια» βασίστηκε η χιτλερική προπαγάνδα που υποστήριξε ότι στη συντήρηση αναπήρων και ανίατων πασχόντων οφείλεται εν μέρει η οικονομική δυσχέρεια της χώρας εκείνο το διάστημα (1920 – 1930). Για την αποφυγή αυτού του «κοινωνικού» φόρου το 1933 άτομα με αναπηρίες υποβάλλονταν σε υποχρεωτική στείρωση και έξι χρόνια μετά μπήκε σε εφαρμογή ένα απόρρητο πρόγραμμα με την κωδική ονομασία «Πρόγραμμα T - 4». Σύμφωνα με αυτό δημιουργήθηκαν έξι καταυλισμοί θανάτου ως «Κέντρα Ευθανασίας» σε Γερμανία και Αυστρία, εμπνευσμένοι, πιθανόν, από τον νομπελίστα φυσιολόγο Alexi Cappel που το 1935 υποστήριξε ότι οι εγκληματίες και οι φρενοβλαβείς, ανθρώπινα πρέπει να θανατώνονται σε μικρά ιδρύματα ευθανασίας εφοδιασμένα με τα κατάλληλα αέρια (Παναγόπουλος, 2003). Εκτιμάται ότι θανατώθηκαν περίπου 250.000 με 300.000 άνθρωποι ως το τέλος του β' Παγκοσμίου Πολέμου. (Κουτουμάνος, 2005)

Τα «Κέντρα Ευθανασίας» υπήρξαν οι πρόδρομοι για την χιτλερική Γερμανία των γνωστών στρατοπέδων συγκέντρωσης αφού παρείχαν την τεχνογνωσία και το εξειδικευμένο προσωπικό που μεταφέρθηκε από αυτά. Με τη δικαιολογία, λοιπόν, για «μη εύλογα ζώσες» κατηγορίες πληθυσμού το Τρίτο Ράιχ θανάτωσε εκατομμύρια Εβραίους, κάνοντας εγκληματική χρήση του όρου ευθανασία (Eser 1985).

Τη δεκαετία του '50, όντας νωπές ακόμη οι μνήμες από τα εγκλήματα των Ναζί, οι υποστηρικτές της ευθανασίας έχουν ρίξει τους τόνους με αποτέλεσμα να μην γίνεται

¹ Μτφ: Το ατιμώρητο της εκμηδενίσεως της ανάξιας να ζει κανείς ζωή.

λόγος για δικαίωμα στο θάνατο. Από το '70 και μετά η πρόοδος στην ιατρική επιστήμη υπήρξε αλματώδης. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής ήταν πια μια νέα πραγματικότητα που άρχισε να δημιουργεί διλήμματα και απορίες για την ποιότητα αυτής της επιμήκυνσης της ζωής. Στην ουσία τα πρώτα βήματα για τη νομιμοποίηση της ευθανασίας έγιναν τα τελευταία 20 χρόνια. Το δίκαιο των χωρών που συντέλεσαν σε αυτή την αλλαγή ακολουθεί στο παρακάτω κείμενο.

2.2. Συγκριτικό Δίκαιο

Ο σεβασμός της ζωής αποτελεί πανάκεια σε όλα τα εθνικά δημοκρατικά συντάγματα όντας το μοναδικό συνταγματικό δικαίωμα με θετικό περιεχόμενο και η αφαίρεση της ζωής με τον οποιοδήποτε τρόπο τιμωρείται στην πλειονότητα των κοινών νομοθεσιών. Παρόλα αυτά, νομοθετικές μεταβολές σε ευρωπαϊκές χώρες αναφορικά με πρακτικές ευθανασίας είναι πλέον μια νέα πραγματικότητα. Κινητήριο δύναμη αυτής της στροφής στην αντιμετώπιση της ευθανασίας αποτέλεσε η νομολογία των δικαστηρίων, που αν και καταδικαστέα, έφερε στο προσκήνιο ηθικούς και νομικούς προβληματισμούς.

Καταρχήν η ευθανασία απαγορεύεται. Κατ' εξαίρεση είναι επιτρεπτή υπό προϋποθέσεις σε Ολλανδία, Βέλγιο, Λουξεμβούργο και στην πολιτεία του Όρεγκον στις ΗΠΑ όπου επιτρέπεται κάποια μορφή ευθανασίας.

Η Ολλανδία είναι η πρώτη Ευρωπαϊκή χώρα που νομιμοποίησε την ευθανασία. Μετά από περίπου 18 μήνες δημόσια συζήτηση του νέου νομοσχεδίου της, στα τέλη του 2000, η ολλανδική κυβέρνηση εισήγαγε την πρότασή της για την ευθανασία, όπου πέρασε εύκολα και νομιμοποιήθηκε την 1η Απριλίου του 2002 (νόμος Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act). Οι βασικότερες διατάξεις της περιλαμβάνουν:

- Η ευθανασία πρέπει να γίνεται σύμφωνα με την «προσεκτική ιατρική γνωμάτευση» και τις επίσημες κατευθυντήριες οδηγίες. Όλες οι περιπτώσεις θα αξιολογούνται από μια νομίμως συσταθείσα περιφερειακή επιτροπή

αξιολόγησης, που θα αποτελείται από έναν δικηγόρο, έναν γιατρό και έναν ειδικό σε θέματα ηθικής.

- Η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν θα πρέπει να τιμωρούνται αν πραγματοποιούνται από έναν γιατρό ο οποίος έχει συμμορφωθεί με τις κατευθυντήριες οδηγίες, και έχει δοθεί και δεύτερη ιατρική γνώμη.
- Παιδιά ηλικίας μεταξύ 12 και 16 πρέπει να έχουν την συγκατάθεση των γονέων τους πριν να ζητήσουν ευθανασία. Ωστόσο, σε «εξαιρετικές» περιπτώσεις - αυτές που αφορούν σοβαρή και ανίατη νόσο ή μη ανεκτό και αδιάλειπτο πόνο - ένας γιατρός μπορεί να συμφωνήσει με το αίτημα ενός τέτοιου παιδιού, ακόμη και χωρίς γονική συναίνεση. Αιτήσεις από παιδιά ηλικίας 16 -17, δεν απαιτείται γονική συναίνεση, αν και οι γονείς θα πρέπει να συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. (Van der Heide et al., 2007)

Το 2012 παρατηρήθηκε αύξηση της τάξης του 13% στα άτομα που κατέφυγαν στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία στην Ολλανδία, ποσοστό που αυξάνεται για έκτη συνεχή χρονιά. Πιθανολογείται ότι τα αίτια αυτής της αύξησης οφείλονται στη δημιουργία των κινητών μονάδων ευθανασίας που συστάθηκαν το 2012 με σκοπό να δίνεται η δυνατότητα σε ασθενείς να επιλέξουν τη μέθοδο της εθελοντικής ευθανασίας με θανατηφόρο ένεση όταν οι θεράποντες ιατροί τους αρνούνται, και στο δικαίωμα να καταφεύγουν για ευθανασία και ασθενείς που δεν είναι μόνιμοι κάτοικοι της χώρας. (Το Βήμα, 28/05/14)

Το Βέλγιο ακολουθώντας τα βήματα της Ολλανδίας, νομιμοποίησε κι αυτό λίγους μήνες αργότερα την ευθανασία με το νόμο The Belgian Act on Euthanasia με τη διαφορά, όμως, ότι δικαίωμα αίτησης έχουν μόνο άτομα άνω των 18 ετών και μόνιμοι κάτοικοι του κράτους (Deliens, 2003). Για να γίνει δεκτό το αίτημα της ευθανασίας πρέπει να αποδεικνύεται ανίατη ασθένεια χωρίς περιθώριο ανακούφισης υπό οποιαδήποτε θεραπεία οφειλόμενη είτε σε ατύχημα είτε σε παθολογικές καταστάσεις. Μεταξύ της αίτησης και της πράξης ευθανασίας είναι επιβεβλημένο να παρεμβάλλεται χρονικό διάστημα τουλάχιστον ενός μηνός, συνθήκη που δεν τηρείται στο Βέλγιο, αφού προέχει ο οίκτος προς τον ασθενή και η άμεση ανακούφιση του από τον πόνο σε περιπτώσεις που αφορούν άτομα σε προθανάτιο φάση (άρθρο 3 του νόμου περί ευθανασίας) (Cohen Almagor, 2009). Στις 18 Μαρτίου 2009 το Λουξεμβούργο έγινε η τρίτη Ευρωπαϊκή χώρα που αποποινικοποίησε την ευθανασία.

Η δήλωση της βούλησης αποδεικνύεται με διαθήκη που συντάξαε ο ενδιαφερόμενος έχοντας σώας τας φρένας ή με εκ των προτέρων οδηγία στον θεράποντα ιατρό. (Watson, 2009) Αρκετά χρόνια πριν, στις 27 Οκτωβρίου 1997 στο Όρεγκον των ΗΠΑ θεσπίστηκε το δικαίωμα στο θάνατο με το νόμο «Death With Dignity Act» σε ασθενείς τελικού σταδίου μέσω της εθελοντικής αυτοχορήγησης θανατηφόρων φαρμάκων που ρητά έχουν συνταγογραφηθεί από γιατρούς για το σκοπό αυτό. Βασική προϋπόθεση ο ασθενής να έχει προσδόκιμο επιβίωσης λιγότερο από έξι μήνες. (Oregon.gov, 09/05/2014)

Στην Ελβετία, αν και η ευθανασία δεν επιτρέπεται, η υποβοηθούμενη αυτοκτονία από το 1942 δεν αναγνωρίζεται ως αξιόποινη πράξη από την ελβετική νομοθεσία, υπό την προϋπόθεση, όμως, ότι ο επίδοξος αυτόχειρας πάσχει από ανίατη και εξαιρετικά επώδυνη νόσο και ο παρέχων υποβοήθηση δεν παρακινείται από ιδιοτελή κίνητρα (άρθρο 15 του ελβετικού ποινικού κώδικα). Ο ίδιος ο ιατρός δεν έχει το δικαίωμα να χορηγήσει το θανατηφόρο φάρμακο αλλά μόνο να το συνταγογραφήσει. Βασιζόμενος σε αυτή τη διάταξη ο Ludwig Minelli, πρώην δημοσιογράφος και νυν δικηγόρος ειδικευμένος σε ζητήματα ανθρωπίνων δικαιωμάτων, τον Μάιο του 1998 ίδρυσε στη Ζυρίχη μία κλινική υποβοηθούμενης αυτοκτονίας μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, την Dignitas (λατινική απόδοση της λέξης «αξιοπρέπεια»). Πρόσβαση έχουν και αλλοδαποί ασθενείς αφού δεν υπάρχει το κώλυμα του μόνιμου κατοίκου από την τοπική νομοθεσία. (Ρηγάτος, 2011)

Στην Αγγλία η ευθανασία απαγορεύεται. Υπάρχει, όμως, ένας οδηγός Δεοντολογίας για τον οποίο έχει υποστηριχθεί ότι αποτελεί μια μορφή παθητικής ευθανασίας. Πρόκειται για το DNR (Do not Resuscitate), να μην γίνουν δηλαδή προσπάθειες ανάνηψης σε ασθενή που δεν υπάρχει όφελος. Η εντολή αυτή δίνεται από τον ίδιο τον ασθενή ή από το συγγενικό του περιβάλλον και καταγράφεται στο φάκελο του. Κατευθυντήριες γραμμές που έχουν εκδοθεί από τον Βρετανικό ιατρικό Σύλλογο και το Royal College of Nursing για τη σωστή χρήση των DNRs αναφέρουν ότι πρέπει να γίνονται δεκτά τέτοια αιτήματα μόνο μετά από συζήτηση και επεξήγηση της εκάστοτε κατάστασης με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Οι οδηγίες που συνοδεύουν τις DNR είναι : α) όταν η κατάσταση του ασθενούς είναι τέτοια ώστε μια προσπάθεια ανάνηψης να μην έχει πιθανότητες να πετύχει, β) όταν ο ασθενής έχει σώας τας φρένας και έχει δηλώσει επανειλημμένως (και γραπτώς) ότι δεν επιθυμεί

ανάληψη και γ) όταν ακόμη και μια επιτυχής ανάληψη δεν είναι συμφέρουσα για τον ασθενή αφού θα τον οδηγούσε σε στάδιο χωρίς ποιότητα ζωής. (Mayor, 2001)

Πέρα από την κοινή νομοθεσία που αποσπασματικά κατοχυρώνει κάποιες μορφές ευθανασίας σε συγκεκριμένες χώρες σπάζοντας ελάχιστα την καθολική απαγόρευσή της, υποθέσεις που έφτασαν στα ανώτατα δικαστήρια καταδεικνύουν τη μη αναγνώριση δικαιώματος διάθεσης της ζωής του άλλου (συμπεράσματα διαφωνούσης γνώμης δικαστών στην υπόθεση *Gruzan v. Director, Missouri Department of health* (1990) που θα αναλυθεί παρακάτω).

2.3. Νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΔΔΑ)

Η νομολογιακή προσέγγιση του δικαιώματος της ευθανασίας έχει τη δυνατότητα να διαφοροποιήσει μεμονωμένα περιστατικά από τη γενική απαγόρευση ή τουλάχιστον να ακουστεί η μειοψηφία. Παρακάτω παρατίθενται περιπτώσεις προσφυγών στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και στα Ανώτατα Δικαστήρια των ΗΠΑ και του Καναδά για το δικαίωμα της ευθανασίας.

2.3.1. Υπόθεση *Pretty v. Ηνωμένου Βασιλείου*, απόφαση της 29^{ης} Απριλίου 2002, αρ. προσφυγής 2346/02

Πραγματικά περιστατικά

Η προσφεύγουσα ήταν μια γυναίκα βρετανίδα υπήκοος σαράντα τριών ετών, η οποία έπασχε από μια ανίατη εκφυλιστική ασθένεια του ΚΝΣ. Η εξέλιξη της νόσου προμηνυόταν δυσοίωνη, με παράλυση των άνω και κάτω άκρων και των μυών που εμπλέκονται στον έλεγχο της αναπνοής. Θεραπευτική αγωγή δεν υπήρχε για την αποτροπή των παραπάνω συμπτωμάτων και αναμενόμενο προσδόκιμο ζωής ήταν ελάχιστοι μήνες. Η Diane Pretty κατέληξε από το 1999 και μετά να είναι τετραπληγική, αδυνατούσε να μιλήσει και τρεφόταν με Levin. Παρόλα αυτά η

διανοητική της κατάσταση ήταν εξαιρετική με επερχόμενο αποτέλεσμα να βιώνει τα τελικά οδυνηρά στάδια της νόσου. Επιθυμία της ήταν να αποφύγει τον πόνο και την ταπείνωση που θα ακολουθούσε στην πορεία της νόσου, να ελέγξει, δηλαδή το πώς και το πότε θα πεθάνει. Παρά το γεγονός ότι η διάπραξη αυτοκτονίας δεν αποτελεί αξιόποινη πράξη στο αγγλικό Δίκαιο, η προσφεύγουσα αδυνατούσε λόγω της κατάστασής της να προβεί σε ένα μια τέτοια ενέργεια χωρίς την βοήθεια του συζύγου της. Η συνεργεία, εντούτοις, σε αυτοκτονία αποτελεί αξιόποινη πράξη. Ο δικηγόρος του ζευγαριού ζήτησε από τον Διευθυντή της Εισαγγελίας τη δέσμευση να μην διωχθεί ποινικά ο σύζυγος της προσφεύγουσας, αν την βοηθούσε να αυτοκτονήσει με δικιά της επιθυμία. Η άρνηση, όμως, για την εν λόγω δέσμευση ήταν ρητή και από τον Διευθυντή της Εισαγγελίας, αλλά και από τις ανώτερες δικαστικές αρχές, ως και από τη Βουλή των Λόρδων, που επιλήφθηκαν κατόπιν της άσκησης ενδίκων μέσων της προσφεύγουσας. Τέθηκε, λοιπόν, το ζήτημα εάν η ρύθμιση του αγγλικού δικαίου που καθιστά την υποβοηθούμενη αυτοκτονία αξιόποινη πράξη αντίκειται στα άρθρα 2, 3, 8, 9 και 14 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ). (European Court of Human Rights, 30/05/2014)

Απόφαση δικαστηρίου

Όσον αφορά στο άρθρο 2 της Σύμβασης το δικαστήριο έκρινε ότι το «δικαίωμα στη ζωή» δεν περιλαμβάνει και αρνητικό περιεχόμενο, δηλαδή δικαίωμα στο θάνατο. Για το άρθρο 3 αποφάνθηκε ότι δεν απορρέει υποχρέωση του εγκαλούμενου κράτους νομιμοποίησης πράξεων με σκοπό το τέλος της ζωής, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να δοθεί νόμιμη δυνατότητα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Στο άρθρο 8 η απόφαση βασίστηκε στην αρχή της αναλογικότητας και η επέμβαση του κράτους κρίθηκε «αναγκαία σε μια δημοκρατική κοινωνία» για την προστασία των δικαιωμάτων των άλλων. Οι ισχυρισμοί της προσφεύγουσας δεν θεωρήθηκαν ότι εμπίπτουν στο άρθρο 9 αλλά στο 8 και άρα δεν υπάρχει παραβίαση του. Τέλος, για το άρθρο 14 το οποίο αναφέρεται στην απαγόρευση διακρίσεων, το δικαστήριο έκρινε ότι ο νομικός διαχωρισμός ανάμεσα σε αυτούς που είναι και αυτούς που δεν είναι σωματικά αυτόνομοι να προβούν σε αυτοκτονία χωρίς τη συνδρομή τρίτου, θα αποτελούσε υπόσκαψη της προστασίας της ζωής και θα αύξανε τον κίνδυνο της κατάχρησης.

Η Diane Pretty απεβίωσε λίγους μήνες μετά την απόφαση του δικαστηρίου. Αν και το ΕΔΔΑ δεν κατέληξε σε καινοτόμο απόφαση, η υπόθεση αυτή σχολιάστηκε ποικιλοτρόπως και έγειρε γόνιμους προβληματισμούς.(European Court of Human Rights, 30/05/2014)

2.3.2. Υπόθεση Haas v. Ελβετίας, Απόφαση της 20^{ης} Ιανουαρίου 2011, αριθμός προσφυγής 31322/07

Πραγματικά περιστατικά

Ο 54χρονος προσφεύγων, Ελβετός πολίτης, υπέφερε από σοβαρή ψυχική νόσο (διπολική διαταραχή) για περίπου είκοσι χρόνια. Ισχυριζόμενος ότι εξ αιτίας των εκδηλώσεων της νόσου, δεν ήταν πλέον σε θέση να διάγει μια αξιοπρεπή ζωή, προσπάθησε αποτυχημένα δύο φορές να αυτοκτονήσει. Έτσι, προσέγγισε αρκετούς ψυχιάτρους ζητώντας τους να του συνταγογραφήσουν τη θανατηφόρα ουσία sodium pentobarbital (κατά την ελβετική νομοθεσία μπορούσε να χορηγηθεί μόνο με ιατρική συνταγή), με την χρήση της οποίας θα επιχειρούσε μια νέα προσπάθεια που θα του επέτρεπε να επιτύχει το σκοπό του με ασφαλή κι αξιοπρεπή τρόπο. Μετά την άρνηση της συνταγογράφησης από τους ιατρούς, απευθύνθηκε στις τοπικές και ομοσπονδιακές υγειονομικές αρχές, απαιτώντας την αναγνώριση της δυνατότητας προμήθειας πεντοβαροναλικού νατρίου χωρίς συνταγή, βασιζόμενος στο άρθρο 8 της ΕΣΔΑ, όπου σύμφωνα με τους ισχυρισμούς του, απορρέει η υποχρέωση του κράτους να δημιουργήσει συνθήκες για επιχείρηση αυτοκτονίας χωρίς τον κίνδυνο αποτυχίας και χωρίς την πρόκληση πόνου. Οι αρχές αλλά και το διοικητικό δικαστήριο της Ζυρίχης όσο και το Ομοσπονδιακό Δικαστήριο απέρριψαν το αίτημά του. Το τελευταίο μάλιστα, διαπίστωσε ότι θα πρέπει να γίνει διάκριση μεταξύ του δικαιώματος κάποιου ν' αυτοκτονήσει και του υποτιθέμενου δικαιώματος να προβεί στην ενέργεια αυτή με κρατική συνδρομή. Στη συνέχεια, ο προσφεύγων απευθύνθηκε σε αρκετούς ψυχιάτρους, ζητώντας κάποιος απ' αυτούς να συντάξει την ψυχιατρική αναφορά που ήταν απαραίτητη ώστε να μπορεί να προμηθευτεί νόμιμα την θανατηφόρα ουσία που χρειαζόταν. Κανείς, όμως, δεν βρέθηκε να ικανοποιήσει το αίτημά του. Στη συνέχεια, προσέφυγε στο ΕΔΔΑ, υποστηρίζοντας ότι το δικαίωμά

του να δώσει τέλος στη ζωή του κατά τρόπο ασφαλή και αξιοπρεπή παραβιάζεται. (European Court of Human Rights, 06/06/2014)

Απόφαση Δικαστηρίου

Το δικαίωμα να αποφασίζει το ίδιο το άτομο αν και πότε θα τερματίσει τη ζωή του προστατεύεται από το άρθρο 8 ΕΣΔΑ, με βασική προϋπόθεση, όμως να είναι το πρόσωπο αυτό σε νοητική κατάσταση τέτοια που να δικαιολογεί αυτή του την απόφαση και να μπορεί το ίδιο να υλοποιήσει αυτή την πράξη. Στη συγκεκριμένη υπόθεση, όμως το κρίσιμο ερώτημα είναι πόσο υφίσταται θετική υποχρέωση των κρατικών αρχών της Ελβετίας απορρέουσα από το άρθρο 8 ΕΣΔΑ, να υποβοηθήσουν ένα αυτόχειρα με σκοπό την εξασφάλιση του ανώδυνου της διαδικασίας. Σε αυτό το σημείο διαφοροποιείται και από την υπόθεση Pretty αφού ο προσφεύγων δεν βρισκόταν σε τελικό στάδιο ανίατης νόσου και ήταν ικανός να δώσει τέρμα στη ζωή του ο ίδιος. Έτσι κι αλλιώς, η πλειονότητα των συμβαλλομένων κρατών του Συμβουλίου της Ευρώπης θεωρούν πιο σημαντική την προστασία του δικαιώματος της ζωής (άρθρο 2 ΕΣΔΑ) σε σχέση με το δικαίωμα τερματισμού της ζωής (άρθρο 8 ΕΣΔΑ) με αποτέλεσμα να υφίσταται ένα ιδιαίτερα ευρύ φάσμα εκτίμησης στον τομέα αυτό. Το Δικαστήριο, λοιπόν, έκρινε ότι παρόλο που ο προσφεύγων δικαιούται να επιχειρήσει την αυτοκτονία με ασφαλή και αξιοπρεπή μέθοδο, τα επιχειρήματα της ελβετικής κυβέρνησης ως προς την ανάγκη περιορισμού της πρόσβασης σε θανατηφόρες ουσίες για την προστασία της δημόσιας ασφάλειας και την πρόληψη του εγκλήματος είναι λογικά. Και συμπληρώνει ότι σε μια χώρα που το νομικό σύστημα διευκολύνει την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, η πρόσβαση σε θανατηφόρες ουσίες χωρίς ιατρική συνταγή ελλοχεύει κινδύνους κατάχρησης. Άρα δεν παραβιάστηκε το άρθρο 8 ΕΣΔΑ. (European Court of Human Rights, 06/06/2014)

2.4. Νομολογία Ανώτατου Δικαστηρίου των Ηνωμένων Πολιτειών

Στο ίδιο πνεύμα με την παραπάνω νομολογία απο τη δεκαετία του '90 κινήθηκαν και τα Ανώτατα Δικαστήρια των Ηνωμένων Πολιτειών.

2.4.1. Υπόθεση *Gruzan v. Director, Missouri Department of health* (1990) 497 U.S. Supreme court 261, Δικαίωμα Άρνησης Θεραπείας

Πραγματικά Περιστατικά

Μετά από τροχαίο ατύχημα η Nancy Gruzan βρισκόταν σε μόνιμη κωματώδη κατάσταση για χρόνια. Μετά από επιβεβαίωση από τη μεριά των ιατρών ότι η κατάστασή της ήταν μη αναστρέψιμη, οι γονείς της επεδίωξαν την έκδοση δικαστικής διαταγής ώστε να γίνει διακοπή της υποστήριξης της από τεχνικά μέσα. Το Ανώτατο Δικαστήριο του Μισούρι δεν έκανε δεκτή την αίτησή των γονιών της με τη δικαιολογία ότι δεν αποδεικνύεται με τρόπο σαφή και πειστικό ότι θα ήταν και δική της επιθυμία. (Gardner & Anderson, 2011)

Απόφαση Δικαστηρίου

Το Ανώτατο Δικαστήριο του Μισούρι βασιζόμενο στη Δέκατη Τέταρτη Τροποποίηση του Αμερικανικού Συντάγματος², θεώρησε ότι δεν υπάρχει το διαθέσιμο αποδεικτικό υλικό ότι η ασθενής όσο ήταν υγιής είχε δηλώσει ότι δεν θα ήθελε να ζήσει σαν «φυτό». Εξάλλου για την εξυπηρέτηση των σκοπών δημοσίου συμφέροντος και προστασίας της ζωής, και της αποτροπής καταχρήσεων καθώς και της θεμιτής άρνησης μιας Πολιτείας να διατυπώσει κρίσεις ως προς την ποιότητα της ζωής ενός συγκεκριμένου ατόμου το Ομοσπονδιακό Ανώτατο Δικαστήριο του Μισούρι δεν διέπραξε συνταγματικό σφάλμα όταν έκρινε ότι δεν πληρούται η προϋπόθεση της σαφούς και πειστικής απόδειξης.

² «καμία πολιτεία... δίκαιης διαδικασίας».

Διαφωνούσε γνώμες Δικαστών Brennan & Stevens: Το σώμα και η οικογένεια της Nancy καθώς και η σημασία της ζωής της υποτάσσονται στο δημόσιο συμφέρον, το οποίο μπορεί να στηριχτεί μόνο στη βάση θεολογικών ή φιλοσοφικών υποθέσεων. Αυτή η καταδίκη εκφεύγει των εξουσιών μιας κοσμικής κυβέρνησης η οποία παρακάμπτει τις ελευθερίες των πολιτών μέσω ρυθμίσεων που στην ουσία καθιερώνουν ένα θρησκευτικό ορισμό της ζωής. Απέναντι στις κρατικές πολιτικές, προτεραιότητα έπρεπε να είναι το ατομικό συμφέρον εκάστοτε πολίτη. (Gardner & Anderson, 2011)

2.4.2. Υπόθεση Gluckberg v. Washington, 521 U.S. 702 (1997), Υποβοήθηση αυτοκτονίας

Πραγματικά Περιστατικά

Ο Δρ Glucksberg σε συνεργασία με άλλους τέσσερις ιατρούς, τρεις ασθενείς τελικού σταδίου, που είχαν ήδη αποβιώσει κατά τη διάρκεια της δίκης, και έναν μη κερδοσκοπικό οργανισμό, τον Compassion in Dying, αμφισβήτησαν την απαγόρευση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας στην Ουάσινγκτον και την κατήγγειλαν ως αντισυνταγματική. Βασιζόμενοι στη δέκατη τέταρτη τροποποίηση του Συντάγματος των ΗΠΑ ισχυρίστηκαν ότι η υποβοηθούμενη αυτοκτονία αποτελεί ελευθερία που προστατεύεται από τη ρήτρα «Διαδικασίας». (Cohen Almagor, 2001)

Απόφαση Δικαστηρίου

Αν όχι σε κάθε δυτική δημοκρατία, σε κάθε πάντως πολιτεία (των ΗΠΑ) η υποβοήθηση αυτοκτονίας αποτελεί έγκλημα και η τιμωρία της εκφράζει δέσμευση στην προστασία και διατήρηση κάθε ανθρώπινης ζωής.

Τα τελευταία χρόνια, όμως, έχει ξεκινήσει ένας δημόσιος διάλογος για την προστασία της αξιοπρέπειας και της ανεξαρτησίας κατά το τέλος της ζωής. Το αποτέλεσμα αυτής τη πίεσης που ασκήθηκε (με δημοκρατικές, βέβαια, διαδικασίες) ήταν η

υποχώρηση σε πολιτειακούς νόμους και αποδοχή «διαθηκών ζωής», υποκατάστασης της λήψης αποφάσεων σε θέματα ιατρικής φροντίδας και νομιμοποίησης της απόσυρσης ή της άρνησης ιατρικής φροντίδας που παρατείνει τη ζωή.

Η πολιτεία της Ουάσιγκτον με βασική προτεραιότητα το συμφέρον στην προστασία της ανθρώπινης ζωής απαγορεύει την υποβοήθηση της αυτοκτονίας. Ευαίσθητες πληθυσμιακές ομάδες προστατεύονται από καταχρήσεις, προκαταλήψεις, αρνητικά και ανακριβή στερεότυπα, καθώς και από κοινωνική αδιαφορία με αυτή τη διάταξη. Αυτό που προβάλλεται ως ένα περιορισμένο δικαίωμα υποβοήθησης αυτοκτονίας ελλοχεύει κινδύνους που δύσκολα θα μπορούσαν να περιοριστούν όπως το να ανοίξει ο δρόμος για την οικειοθελή και ίσως ακόμη και την ανοικειοθελή ευθανασία. (Cohen Almagor, 2001)

2.5. Νομολογία Ανώτατου Δικαστηρίου του Καναδά

Λίγα χρόνια πριν την Diane Pretty, μια άλλη αθενής σε παρόμοια κατάσταση διεκδίκησε ένα δικαίωμα στην ευθανασία αλλά το αίτημα της απορρίφθηκε.

2.5.1. Υπόθεση Rodriguez v. British Columbia, 2 S.C.R. 519 (1993), Ιατρική υποβοήθηση αυτοκτονίας

Πραγματικά Περιστατικά

Η προσφεύγουσα έπασχε από αμυοτροφική πλευρική σκλήρυνση με προσδόκιμο ζωής από 2 έως 14 μήνες. Η πορεία της νόσου θα κατέληγε σε αδυναμία κατάποσης, ομιλίας και κινητικότητας και σε διασωλήνωση για την υποστήριξη της αναπνοής. Η ασθενής ζητούσε να δοθεί άδεια στον θεράποντα ιατρό της να της εγκαταστήσει τεχνολογικά συστήματα με τα οποία θα είχε τη δυνατότητα να δώσει τέλος στη ζωή της όταν εκείνη θα το επιθυμούσε. Τέθηκε συνεπώς το δίλημμα συμφωνίας της διάταξης του καναδικού Ποινικού Κώδικα που απαγορεύει την υποβοήθηση της

αυτοκτονίας με το άρθρο 7 του καναδικού Χάρτη Δικαιωμάτων και ελευθεριών³. (Judgments of the Supreme Court of Canada, 15/06/2014)

Απόφαση Δικαστηρίου

Πλειοψηφία: Υπό το φως του άρθρου 7 του Καναδικού Χάρτη Δικαιωμάτων, η απαγόρευση υποβοήθησης αυτοκτονίας στερεί την προσφεύγουσα από προσωπική αυτονομία με αποτέλεσμα την πρόκληση σωματικού πόνου και ψυχολογικής πίεσης που προσβάλλει την ασφάλεια του προσώπου της. Από την άλλη σκοπιά, όμως, οι θεμελιώδεις αρχές της δικαιοσύνης δεν αφορούν μόνο το ατομικό συμφέρον αλλά την προστασία της κοινωνίας και απαιτούν την εξασφάλιση δίκαιης ισορροπίας. Γι' αυτό το δικαστήριο καταλήγει ότι η απαγόρευση υποβοήθησης αυτοκτονίας αποβλέπει στην προστασία ασθενών ευάλωτων σε γρήγορες και επιπόλαιες αποφάσεις λόγω στιγμών αδυναμίας και ότι παρόλο που ο καναδικός Ποινικός Κώδικας προσβάλλει το δικαίωμα ασφάλειας και ελευθερίας της προσφεύγουσας, αυτό δεν αντίκειται στις θεμελιώδεις αρχές της δικαιοσύνης.

Μειοψηφία: ο τρόπος που διατυπώνεται η επιχειρηματολογία των δικαστών αποφέρει το βάρος της πιθανότητας κατάχρησης στην ίδια την προσφεύγουσα. Η διασφάλιση για να μην επέλθει κατάχρηση από την αποποινικοποίηση της υποβοήθησης αυτοκτονίας θα ήταν ο συνδυασμός των γενικών διατάξεων του Ποινικού Κώδικα με την έκδοση δικαστικής άδειας για την ιατρική υποβοήθηση αυτοκτονίας. (Judgments of the Supreme Court of Canada, 15/06/2014)

2.6. Εσωτερικό ελληνικό δίκαιο

Στην Ελλάδα σαφής νομοθετική πρόβλεψη που να διευθετεί το θέμα της ευθανασίας δεν υπάρχει. Λόγος γίνεται μόνο για κάποιες διατάξεις του καταστατικού χάρτη της χώρας, δηλαδή το Σύνταγμα, στις οποίες μπορεί να βρει έρεισμα βασιζόμενη στα ατομικά συνταγματικά δικαιώματα.

³ «καθένας έχει το δικαίωμα... αρχές της δικαιοσύνης.»

2.6.1. Συνταγματικό πλαίσιο

Στο άρθρο 2 παρ. 1 του Συντάγματος⁴ θεμελιώνεται απαγόρευση εργαλειοποίησης του ανθρώπου και μετατροπής του από υποκείμενο σε αντικείμενο του δικαίου. Συγχρόνως απορρέει τόσο το αμυντικό, όσο και το προστατευτικό δικαίωμα στη ζωή. Με τον όρο αμυντικό νοείται η υποχρέωση του κράτους αλλά και του πολίτη να σέβεται τη ζωή του άλλου και παράλληλα το προστατευτικό δικαίωμα ενεργοποιεί την κρατική εξουσία ώστε να λάβει όλα τα απαραίτητα μέτρα για την προστασία της ανθρώπινης ζωής. (Δημητρόπουλος, 2004)

Το άρθρο 5 παρ 1⁵ αποτελεί για πολλούς υποστηρικτές της ευθανασίας συνταγματικό έρεισμα για το δικαίωμα στο θάνατο αφού μορφές αυτοπροσβολής είναι δικαίωμα της αυτονομίας του ατόμου (Μανιτακης, 2000). Η επόμενη παράγραφος, όμως, του ίδιου άρθρου⁶, προστατεύει ρητά κάθε έκφανση της ανθρώπινης ζωής παραβλέποντας το τυχόν δικαίωμα στο θάνατο και δίνει τη δυνατότητα στο νομοθέτη να αποφασίσει (Ραϊκος, 2002). Σύμφωνα με τον Βούλτσο (2008) η παθητική ευθανασία με τη μορφή της άρνησης της θεραπείας δηλαδή της αυτοδιάθεσης θεμελιώνει δικαίωμα στο άρθρο 5 παρ 1, ενώ η ενεργητική βρίσκει έρεισμα στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας.

2.6.2. Κοινή νομοθεσία

Ποινικό Δίκαιο

Ο ελληνικός Ποινικός Κώδικας (ΠΚ) στο ΙΕ΄ κεφάλαιο με τίτλο «Εγκλήματα κατά της ζωής» προστατεύει με τρόπο απόλυτο οιαδήποτε μορφή της ανθρώπινης ζωής (ακόμη και της αγέννητης) και καταδικάζει συμπεριφορές που έχουν ως αποτέλεσμα την καταστροφή ή τη διακινδύνευση της ζωής του άλλου. Κατ' εξαίρεση το άρθρο

⁴ «Ο σεβασμός και η προστασία... υποχρέωση της Πολιτείας.»

⁵ «Καθένας έχει δικαίωμα... το Σύνταγμα ή τα χρηστά ήθη.»

⁶ «Όλοι όσοι βρίσκονται... υπέρ της ελευθερίας»,

300 ΠΚ «Ανθρωποκτονία με συναίνεση»⁷ προβλέπει ηπιότερη τιμωρία από τη συνήθη, δηλαδή ισόβια ή πρόσκαιρη κάθειρξη, υπό την προϋπόθεση ότι υπήρχε επίμονη και επαναλαμβανόμενη απαίτηση με πλήρη συνείδηση των συνεπειών από τον πάσχοντα με ανίατη νόσο και ο δράστης ενήργησε από οίκτο. Παρόλο που η πράξη δεν μένει ατιμώρητη, υποστηρίζεται ότι η παραπάνω διάταξη καλύπτει κάποιο μέρος των περιπτώσεων της ευθανασίας. Στην ουσία, όμως, δεν αποτελεί αποποινικοποίηση της ευθανασίας, αφού δεν περιλαμβάνει το ενδεχόμενο της απόφασης από τη μεριά του συγγενούς ή του ιατρού, και αναφέρεται ξεκάθαρα σε ανίατο πάσχοντα. (Καράμπελας, 1987)

Επίσης το άρθρο 15 ΠΚ, «Έγκλημα που τελείται με παράλειψη»⁸, σύμφωνα τον Μιχάλη (1984) η παράλειψη εφαρμογής τεχνικών μεθόδων από τη μεριά του ιατρού δεν επισύρει ποινή στην περίπτωση που η πράξη τελέστηκε για τη σύντμηση επιθανάτιας αγωνίας ασθενούς με αφεύκτως αναμενόμενου θανάτου εντός ολίγων ωρών.

Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας

Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας⁹ (ΚΙΔ) δεν ασχολείται επίσημα με το δικαίωμα στην ευθανασία αλλά με τη θεραπευτική μεταχείριση ανίατων πασχόντων, ανοίγοντας, έτσι, μια δίοδο στην παθητική ευθανασία. Το περιεχόμενό του είναι εμπνευσμένο από τις ρυθμίσεις της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα¹⁰. Σύμφωνα με το άρθρο 12 παρ. 1¹¹ του ΚΙΔ και το άρθρο 29 παρ. 2¹² η συμμόρφωση του ιατρού σε προγενέστερη οδηγία του ασθενή, αιτούμενου τη διακοπή της θεραπείας, πράξη που θεωρείται παθητική και συναινετική μορφή ευθανασίας, δεν είναι καν άδικη και δεν τιμωρείται. Εάν ο ασθενής θέλει να πεθάνει, και δηλώσει έγκυρα τη βούλησή του, δεν συνεχίζει την θεραπεία οπότε και παύει η ιδιαίτερη νομική υποχρέωση του γιατρού. Μπροστά στο

⁷ «Όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε... τιμωρείται με φυλάκιση.»

⁸ «Όπου ο νόμος... την επέλευση του αποτελέσματος.»

⁹ Ν. 3418/2005 (ΦΕΚ 287 Α/2005)

¹⁰ Ν. 2619/1998, Σύμβαση του Οβιέδο.

¹¹ « Ο ιατρός δεν επιτρέπεται... του ασθενή.»

¹² «Ο ιατρός λαμβάνει υπόψη... να τις επαναλάβει.»

δικαίωμα του ασθενούς να απέχει από τη θεραπεία, αίρεται η ποινική ευθύνη του ιατρού και νομιμοποιείται η παθητική ευθανασία (Συμεωνίδου-Καστανίδου, 2007). Και συνεχίζει με τη μοναδική ρητά αναγνωρισμένη εκδοχή ευθανασίας στο ελληνικό δίκαιο το Άρθρο 29 ΚΙΔ παρ 1¹³, το οποίο δίνει, δηλαδή, στον ιατρό το δικαίωμα να αφήσει τον ασθενή να καταλήξει με ανακουφιστική αγωγή. (Βιδάλης, 2007)

Σε αντίθεση με τα παραπάνω το Άρθρο 29 ΚΙΔ παρ. 3¹⁴ απαγορεύει το αίτημα για ενεργητική ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Ακόμη και προγενέστερες οδηγίες από τον ασθενή προσκρούουν στα άρθρα 300 και 301 ΠΚ με αποτέλεσμα να μην είναι δικαιολογημένες νομικά πράξεις από τον ιατρό που στόχο έχουν την επίσπευση του θανάτου. (Βιδάλης, 2007)

Γνώμη Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής

Η θέση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής (2007) δεν παράγει έννομα αποτελέσματα αλλά λειτουργεί ως γέφυρα ανάμεσα στις δύο πλευρές. Με αφορμή δικαστικές αποφάσεις που προκάλεσαν διεθνώς συζητήσεις (όπως της D. Pretty) η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής συνεδρίασε και εξέδωσε επίσημα τη γνώμη της το 2006.

Συγκεκριμένα, αναφέρει ότι οι παρεμβάσεις στις βιολογικές λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού έχουν προχωρήσει σε σημείο που λίγα χρόνια πριν φαίνονταν αδιανόητο. Άτομα στα οποία έχει διαπιστωθεί εγκεφαλικός θάνατος, η ζωή παρατείνεται για μεγάλα χρονικά διαστήματα με τεχνητά μέσα. Επίσης, ασθενείς με προθανάτια αγωνία ή με μη ανακουφιζόμενο πόνο ακολουθούν αγωγές που παρατείνουν την κατάστασή τους. Αυτές οι περιπτώσεις που δεν επιφέρουν αποδεκτή ποιότητα ζωής, πρέπει να διαχωρίζονται από τις συμβατικές αγωγές που αναμένονται να έχουν θεραπευτικό όφελος και η εξακολούθησή τους ή η απόσυρσή τους να μην επαφίεται αποκλειστικά στην κρίση του ιατρού.

Η λήψη αυτής της απόφασης οφείλει καταρχάς να προέρχεται από τον ίδιο τον ασθενή. Εάν εκείνος δεν είναι σε θέση να εκφράσει τη βούληση του τότε τον ρόλο

¹³ «Ο ιατρός, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας... την αξιοπρέπειά του μέχρι το σημείο αυτό.»

¹⁴ «Ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει... επίσπευση του θανάτου.»

αυτό να αναλαμβάνουν οι οικείοι του με οποιαδήποτε νομική και ηθική ευθύνη αυτό συνεπάγεται. Αποκλειστική και μοναδική αρμοδιότητα του ιατρού είναι η πλήρης ενημέρωση και η συνεχής στήριξη του ασθενούς (ή των οικείων του) με σκοπό να ληφθεί η καλύτερη δυνατή απόφαση για το συμφέρον του πάσχοντος.

Η Επιτροπή δεν δέχεται το επιχείρημα «ωφελείν ή μη βλάπτειν» και θεωρεί ότι η μάταιη παράταση της ζωής μπορεί να συνιστά μεγαλύτερη βλάβη για τον ασθενή. Δέχεται, λοιπόν, μια μορφή ευθανασίας, όχι ξεκάθαρα, αλλά με την αναγνώριση της απόσυρσης μιας μάταιης θεραπευτικής αγωγής ή την άρνηση των τεχνητών μέσων παράτασης ζωής με απόφαση του ασθενούς ή των συγγενών του.

Κεφάλαιο Τρίτο

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στη παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή θεωρήθηκε ως καταλληλότερη η ποιοτική μέθοδος έρευνας και εργαλείο επιλογής οι ημιδομημένες συνεντεύξεις.

3.1. Εισαγωγή

Η ποιοτική μέθοδος έρευνας χρησιμοποιείται για να απαντήσει στο πώς και το γιατί της ανθρώπινης συμπεριφοράς μέσα από εμπειρικές πληροφορίες απόψεων, γεγονός που δύσκολα επιτυγχάνεται με μέθοδο προσανατολισμένη σε ποσοτική συλλογή δεδομένων. Ερευνητές και επαγγελματίες σε διάφορους τομείς όπως η ανθρωπολογία, η εκπαίδευση, η νοσηλευτική, η ψυχολογία, η κοινωνιολογία και το μάρκετινγκ χρησιμοποιούν τακτικά ποιοτικές μεθόδους για να εξηγήσουν τις ανθρώπινες αντιδράσεις και τα ανθρώπινα βιώματα σε αλληλεπίδραση με τον εξωτερικό κόσμο. Παρά τη διεπιστημονική αναγνώριση της αξίας της «ποιοτικής έρευνας» (ή ίσως εξαιτίας αυτού), η ποιοτική έρευνα δεν έχει ένα ενιαίο πεδίο θεωρίας και πρακτικής. Αντιθέτως, πληθώρα απόψεων, μερικές φορές διαμετρικά αντίθετες η μία στην άλλη, συνυπάρχουν σχετικά με το θέμα. Οι μελετητές συζητούν τακτικά για το τι είναι ποιοτική έρευνα, πώς και γιατί θα πρέπει να διεξαχθεί, πώς θα πρέπει να αναλυθούν τα δεδομένα και με ποια μορφή θα πρέπει να παρουσιαστούν. Στην πραγματικότητα, υπάρχουν θεμελιώδεις και συχνά έντονες διαφωνίες σχετικά με τις φιλοσοφικές παραδοχές και τη φύση των δεδομένων μεταξύ των διαπρεπών ερευνητών. (Mays, 2000)

Οι ορισμοί που αποδίδονται για να περιγράψουν την ποιοτική έρευνα διαφέρουν ανάλογα με το τι θέλει να τονίσει ο εκάστοτε συγγραφέας. Σύμφωνα με τη Merriam (2009), η ποιοτική έρευνα επικεντρώνεται στην κατανόηση του ατόμου για τον κόσμο και στις εμπειρίες του από αυτόν. Όσοι δίνουν έμφαση στην επιστημολογική στάση υποστηρίζουν ότι η έρευνα χρησιμοποιώντας μεθόδους όπως τη συμμετοχική

παρατήρηση ή περιπτωσιολογικές μελέτες που καταλήγουν σε μια αφήγηση, περιγράφουν μια πρακτική. Οι κοινωνιολόγοι έχοντας ως εργαλείο αυτές τις μεθόδους συνήθως απορρίπτουν το θετικισμό και υιοθετούν μια μορφή της ερμηνευτικής κοινωνιολογίας (Parkinson & Drislane, 2011). Επίσης άλλοι ορισμοί έχουν επικεντρωθεί στη διαδικασία και το πλαίσιο συλλογής δεδομένων θεωρώντας την ποιοτική έρευνα ως μια διαδικασία που τοποθετεί τον παρατηρητή στον κόσμο. Αποτελείται από ένα σύνολο ερμηνευτικών εργαλείων και πρακτικών που κάνουν τον κόσμο ορατό στον ίδιο. Σε αυτό το επίπεδο, η ποιοτική έρευνα περιλαμβάνει μια ερμηνευτική, νατουραλιστική προσέγγιση στον παρατηρητή. Αυτό σημαίνει ότι οι ερευνητές μελετούν τα πράγματα στη φυσική τους κατάσταση και προσπαθούν να ερμηνεύουν τα φαινόμενα όσον αφορά τις έννοιες που τους αποδίδουν οι άνθρωποι (Huberman & Miles, 2002).

Στη συγκεκριμένη μεταπτυχιακή διατριβή επιλέχτηκε η ποιοτική μέθοδος για αυτούς τους λόγους, τη μελέτη της βιοματικής εμπειρίας εκείνων των επαγγελματιών υγείας που βρίσκονται παρά την κλίνη ενός θνήσκοντος στο φυσικό τους χώρο, δηλαδή, το φαινόμενο του διλήμματος της ευθανασίας στο νοσοκομείο. Η ποσοτική έρευνα απορρίφθηκε γιατί δεν διαθέτει την ευελιξία που προσφέρει η ποιοτική. Για παράδειγμα, οι ερευνητές σε ποσοτικές έρευνες θέτουν σε όλους τους συμμετέχοντες πανομοιότυπα ερωτήματα με την ίδια σειρά. Οι κατηγορίες των απαντήσεων από τις οποίες οι συμμετέχοντες μπορούν να επιλέξουν είναι «κλειστού τύπου». Το πλεονέκτημα αυτής της ακαμψίας είναι ότι επιτρέπει την ουσιαστική σύγκριση των απαντήσεων των συμμετεχόντων σε όλες τις περιοχές της μελέτης. Ωστόσο, αυτό απαιτεί σε βάθος κατανόηση των σημαντικών ζητημάτων και ο καλύτερος τρόπος για να καλυφθεί το εύρος των πιθανών απαντήσεων είναι η ποιοτική μέθοδος που επιτρέπει μεγαλύτερο αυθορμητισμό και προσαρμογή της αλληλεπίδρασης μεταξύ του ερευνητή και των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, οι ποιοτικές μέθοδοι στηρίζονται ως επί το πλείστον σε «ανοιχτές» ερωτήσεις που δεν είναι κατ' ανάγκη διατυπωμένες ακριβώς με τον ίδιο τρόπο σε κάθε συμμετέχοντα. Με ανοιχτές ερωτήσεις, οι συμμετέχοντες είναι ελεύθεροι να ανταποκριθούν με τα δικά τους λόγια, και αυτές οι απαντήσεις τείνουν να είναι πιο περίπλοκες από τις συνήθεις μονολεκτικές "ναι" ή "όχι". Επιπλέον, με ποιοτικές μεθόδους, η σχέση μεταξύ του ερευνητή και του συμμετέχοντα είναι συχνά λιγότερο τυπική συγκριτικά με την ποσοτική. Οι συμμετέχοντες έχουν την ευκαιρία να απαντήσουν πιο περίτεχνα και με

μεγαλύτερη λεπτομέρεια από ό, τι συμβαίνει συνήθως με τις ποσοτικές μεθόδους. Με τη σειρά τους, οι ερευνητές έχουν τη δυνατότητα να ανταποκριθούν άμεσα σε ό, τι λένε οι συμμετέχοντες, προσαρμόζοντας τις επόμενες ερωτήσεις με τις πληροφορίες που ο συμμετέχων έχει παράσχει.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί, ωστόσο, ότι υπάρχει ένα φάσμα ευελιξίας μεταξύ των μεθόδων που χρησιμοποιούνται στις δύο κατηγορίες, ποσοτική και ποιοτική έρευνα και ότι η ευελιξία δεν αποτελεί ένδειξη του πόσο επιστημονικά αυστηρή μέθοδος είναι. Μάλλον, ο βαθμός ευελιξίας αντανακλά το είδος της κατανόησης του προβλήματος που επιδιώκεται με τη χρήση της μεθόδου. (Pope & Mays, 2000)

3.2. Σκοπός της έρευνας

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση ανέδειξε την διστακτικότητα των δικαστηρίων και των πλειονοτήτων των εθνικών νομοθεσιών να παραχωρήσουν το δικαίωμα στους πολίτες να ορίσουν οι ίδιοι πότε θα πεθάνουν, εκφράζοντας με αυτό τον τρόπο τη δέσμευση στην προστασία και διατήρηση κάθε ανθρώπινης ζωής. Αντιμέτωποι με τις επιθυμίες των ασθενών, οι επαγγελματίες υγείας δεσμεύονται, έτσι, να ακολουθήσουν τις νομικές επιταγές, κάποιες φορές ενάντια στη συνείδησή τους. Παρόλο που η ποινικοποίηση της ευθανασίας στοχεύει στην προστασία των ευαίσθητων πληθυσμιακών ομάδων από καταχρήσεις, αδιαφορία και αμέλεια, δεν λαμβάνει υπόψη τα κοινωνικά και ηθικά προβλήματα που προκύπτουν από την παράταση της ζωής ασθενών με ανίατες και σταδιακά επιδεινούμενες παθολογικές καταστάσεις του ΚΝΣ. Το δίλημμα που προκύπτει ηθικά παραμένει αναπάντητο. Στόχος της παρούσης μεταπτυχιακής διατριβής, πέρα από τη νομοθετική αντιμετώπιση της ευθανασίας, είναι και η ανάδειξη της οπτικής των ιατρών που αντιμετωπίζουν καθημερινά τέτοιας φύσης περιστατικά, του τρόπου διαχείρισης και των αποφάσεων που θα ελάμβαναν αν η τελική επιλογή ήταν αποκλειστικά δική τους.

3.3. Ερευνητικά ερωτήματα

Του σχεδιασμού των ερευνητικών ερωτημάτων προηγείται ο καθορισμός του αντιληπτικού περιγράμματος του ερευνητή. Το υπό έρευνα φαινόμενο είναι θεμιτό αλλά και αναγκαίο να συνδέεται με την προσωπική εμπειρία και γνώση του ερευνητή, έτσι ώστε να είναι δυνατή η ερμηνεία και η αποκωδικοποίηση των συνεντεύξεων των συμμετεχόντων. (Μαντζούκας, 2007)

Στη συγκεκριμένη περίπτωση η ερευνήτρια είχε εργαστεί ως νοσηλεύτρια δεκατρία χρόνια σε δημόσιο νοσοκομείο (όχι στο ίδιο που έγινε η έρευνα) ενώ παράλληλα ολοκλήρωσε τις σπουδές της στο τμήμα της Δημόσιας Διοίκησης του Παντείου Πανεπιστημίου σε επίπεδο πτυχίου αλλά και μεταπτυχιακού διπλώματος. Έτσι, της δόθηκε η ευκαιρία να παρακολουθήσει εκτενώς μαθήματα πάνω στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας, την Τεχνολογία και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα. Συνέπεια αυτών ήταν η ταυτόχρονη απόκτηση πρώτον, θεωρητικού υπόβαθρου σε θέματα βιοηθικής και δικαιωμάτων του ανθρώπου και στη συνέχεια, εμπειρικής γνώσης συμπεριφορών ιατρικού προσωπικού και ασθενών που η ποιότητα ζωής τους είχε αλλάξει και η πορεία τους χαρακτηριζόταν φθίνουσα.

Σύμφωνα με τον Μαντζούκα (2007) το κριτικό αντιληπτικό περίγραμμα (critical theory paradigm) αποτελείται από το σύνολο των πεποιθήσεων και των αντιλήψεων του ερευνητή σε σχέση με την πραγματικότητα. Σε αυτή την μελέτη η πραγματικότητα αντικρίζεται στο ηθικό δίλημμα παράτασης της ζωής που αντιμετωπίζουν κάποιοι ιατροί για έναν ασθενή με προδιαγεγραμμένη πορεία νόσου, ζώντας υποβοηθούμενος με τεχνητά μέσα ή με φριχτούς πόνους. Το συγγενικό περιβάλλον και φυσικά ο ίδιος ασθενής επηρεάζουν συναισθηματικά και ψυχολογικά τον ιατρό αλλά σε ποιο βαθμό, ώστε να προβεί σε κάποιο είδος ευθανασίας, είναι αμφιλεγόμενο.

Τα ερωτήματα σχεδιάστηκαν έτσι ώστε να έχουν μια φυσιολογική ροή δίνοντας μεν τις βασικές κατευθύνσεις αναφορικά με την κεντρική ιδέα αλλά αποφεύγοντας να είναι κατευθυνόμενα από την ερευνήτρια (Geertz, 1973). Συνοπτικά τέθηκαν τα εξής

ερωτήματα (αναλυτικά τα ερωτήματα της συνέντευξης παρατίθενται στο παράρτημα):

1. Βρεθήκατε ποτέ σε δίλημμα να προβείτε σε πράξεις ή να παραλείψετε ενέργειες με αποτέλεσμα την ευθανασία του ασθενούς;
2. Η στάση της οικογένειας ποια ήταν; Σας επηρέασε;
3. Είστε υπέρ ή κατά της ευθανασίας και γιατί ;

3.4. Πληθυσμός – Δείγμα

Μια ποιοτική περιπτώσιολογική μελέτη εξετάζει ένα φαινόμενο μέσα στο πλαίσιο της πραγματικής ζωής. Τα δεδομένα συλλέγονται ή από ένα μόνο άτομο (με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά), μια ομάδα ή ακόμα και από μια εκδήλωση. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να μελετηθούν συμβάντα. Ο πρωταρχικός σκοπός της μελέτης είναι να γίνει κατανοητό αυτό που είναι μοναδικό για την υπόθεση (εξ). Η γνώση από τη μελέτη στη συνέχεια εφαρμόζεται σε άλλες περιπτώσεις και πλαίσια. Η ποιοτική μέθοδος συχνά περιλαμβάνει διάφορες συνεντεύξεις σε βάθος κατά τη διάρκεια μιας χρονικής περιόδου. Με τις συνεντεύξεις εξερευνούνται οι μοναδικές πτυχές της υπόθεσης. Οι συμμετέχοντες και / ή οι περιπτώσεις, εξ ορισμού, θα πρέπει να επιλέγονται για τις μοναδικές ιδιότητές τους. Επειδή είναι ειδικά τα χαρακτηριστικά της υπόθεσης που παρουσιάζουν ενδιαφέρον, τα μεγέθη των δειγμάτων είναι γενικά μικρά. Η επιλογή σε αυτούς τους τύπους των μελετών εξαρτάται από τα καθοριστικά χαρακτηριστικά της περίπτωσης και από τις διαφορές που παρουσιάζουν τα άτομα / γεγονότα από τον ευρύτερο πληθυσμό. Η γενική ιδέα είναι να δοθεί έμφαση σε αυτό που τους κάνει τόσο διαφορετικούς και γιατί. Οι ερευνητικοί στόχοι και τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού της μελέτης (όπως το μέγεθος και η ποικιλομορφία) καθορίζουν ποια και πόσα άτομα θα επιλεγούν. (Marshall, 1996)

Οι κοινές μέθοδοι δειγματοληψίας που χρησιμοποιούνται σε ποιοτικές έρευνες είναι τρεις, η σκόπιμη δειγματοληψία (purposive sampling), η δειγματοληψία ποσόστωσης (quota sampling) και η δειγματοληψία χιονοστιβάδας (snowball sampling). Η σκόπιμη δειγματοληψία, μία από τις πιο κοινές στρατηγικές δειγματοληψίας, ορίζει τις ομάδες των συμμετεχόντων σύμφωνα με προεπιλεγμένα κριτήρια που σχετίζονται με μια συγκεκριμένη ερώτηση της έρευνας (για παράδειγμα, HIV-θετικές γυναίκες

στην πρωτεύουσα). Τα μεγέθη του δείγματος μπορεί να καθοριστούν είτε πριν είτε μετά από τη συλλογή των δεδομένων και εξαρτώνται από τους πόρους και το διαθέσιμο χρόνο, καθώς και από τους στόχους της μελέτης. (Bernard, 2002)

Η δειγματοληψία ποσόστωσης θεωρείται ένα είδος κατευθυνόμενης δειγματοληψίας και είναι επίσης κοινή. Στην περίπτωση επιλογής της, ο αριθμός των ατόμων ως συμμετεχόντων που πληροί τα χαρακτηριστικά, τα οποία απαιτεί η έρευνα όπως την ηλικία, τον τόπο κατοικίας, το φύλο, την τάξη, το επάγγελμα, την οικογενειακή κατάσταση, τη χρήση μιας συγκεκριμένης αντισυλληπτικής μεθόδου κ.α., αποφασίζεται κατά το σχεδιασμό της μελέτης. Τα κριτήρια που επιλέγονται επιτρέπουν την επικέντρωση σε ανθρώπους με περισσότερες πιθανότητες εμπειρίας και γνώσης σχετικά με το θέμα της έρευνας. Στη συνέχεια ο ερευνητής απευθύνεται στην «κοινότητα» και χρησιμοποιώντας τις κατάλληλες στρατηγικές αναφορικά με τη θέση, τον πολιτισμό και τον πληθυσμό της μελέτης, αναζητεί άτομα που ταιριάζουν σε αυτά τα κριτήρια, μέχρι να πληρούν τις προβλεπόμενες ποσοστώσεις. (Dolores & Tongco, 2007)

Σκόπιμη και δειγματοληψία ποσόστωσης είναι παρόμοιες στο γεγονός ότι και οι δύο επιδιώκουν να εντοπίσουν τους συμμετέχοντες με βάση επιλεγμένα κριτήρια. Ωστόσο, η δειγματοληψία ποσόστωσης είναι πιο συγκεκριμένη σε σχέση με τα μεγέθη και τις αναλογίες υποδειγμάτων, με υποομάδες που επιλέγονται ανάλογα με τα αντίστοιχα ποσοστά στον πληθυσμό. (Dolores & Tongco, 2007)

Ο τρίτος τύπος της δειγματοληψίας, επίσης γνωστός ως δειγματοληψία παραπομπής – αλυσίδας, θεωρείται ένα είδος κατευθυνόμενης δειγματοληψίας. Στη μέθοδο αυτή, οι συμμετέχοντες ή πληροφοριοδότες, με τους οποίους έχει ήδη γίνει επαφή με τον ερευνητή, κάνουν χρήση των κοινωνικών δικτύων τους για να τον παραπέμψουν σε άλλα άτομα που θα μπορούσαν να παίξουν κι εκείνοι το ρόλο των συμμετεχόντων. (Biernacki & Waldorf, 1981)

Η επιλογή του δείγματος σε αυτή την μελέτη έγινε βάσει τη δειγματοληψία ποσόστωσης. Καταρχάς οι επαγγελματίες υγείας που πήραν μέρος στην έρευνα εργάζονται σε ένα από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της Ελλάδας το οποίο βρίσκεται

σε εφημερία σε καθημερινή βάση. Το όνομα του νοσοκομείου δεν αναφέρεται για την διατήρηση ανωνυμίας των συμμετεχόντων.

Οι ιατρικές ειδικότητες που συμμετέχουν είναι η εντατικολογία και η νευροχειρουργική επειδή αντιμετωπίζουν καθημερινώς ασθενείς με εξαιρετικά βαρεία πρόγνωση. Ο αριθμός των συμμετεχόντων είναι μονός με σκοπό να δοθεί η δυνατότητα να υπερισχύσει, έστω και στο ελάχιστο, μια από τις δυο απόψεις για το θέμα της ευθανασίας (συμπεριλαμβανομένων και των τριών κατηγοριών της). Επιλέχθηκαν δεκατρείς ιατροί ειδικότητας εντατικολογίας (πνευμονολόγοι, αναισθησιολόγοι, παθολόγοι) και νευροχειρουργικής γιατί ως ειδικότητες αποτελούν περίπου το 12,5% του συνολικού ιατρικού πληθυσμού. Οι οχτώ είναι εντατικολόγοι, επειδή γενικότερα πλειοψηφούν, και οι πέντε νευροχειρουργοί. Οι εντατικολόγοι είναι όλοι ειδικευμένοι ιατροί (διαφορετικά δεν δίνεται εξειδίκευση εντατικολογίας) και από τους νευροχειρουργούς οι τρεις είναι ειδικευμένοι και οι δυο ειδικευόμενοι. Υπερτερεί ο αριθμός των ειδικευμένων, για το λόγο ότι έχουν περισσότερες πιθανότητες εμπειρίας και γνώσης αναφορικά με το θέμα.

Η ηλικία αποτελεί, επίσης, σημαντικό παράγοντα απόκτησης εμπειρίας αλλά σε αυτή την τη μελέτη θεωρήθηκε σκόπιμο να ακουστεί η άποψη από ιατρούς όλων των ηλικιών γιατί υπό έρευνα είναι και η στάση τους απέναντι στο νομικό πλαίσιο που διέπει το θέμα της ευθανασίας. Οι ηλικιακές ομάδες χωρίστηκαν στις εξής κατηγορίες: από 28 (το ελάχιστο περίπου για την έναρξη της νευροχειρουργικής ειδικότητας) έως 35 ετών, από 36 έως 40 ετών (οι νεότεροι ειδικευμένοι), από 41 έως 50 ετών και από 51 ετών και άνω (συνήθως ιατροί που κατέχουν διευθυντικές θέσεις σε δημόσιο νοσοκομείο). Στην πρώτη κατηγορία συμμετέχουν τρία άτομα (δυο ειδικευόμενοι κι ένας ιατρός που μόλις είχε πάρει ειδικότητα), στη δεύτερη τέσσερα, στην τρίτη τρία και στην τέταρτη, επίσης τρία. Στην πράξη, αυτή η κατηγοριοποίηση διανέμει τους συμμετέχοντες περίπου στη μέση με βραχυχρόνια και μακροχρόνια εμπειρία.

Όσον αφορά στην επιλογή του φύλλου, η συμμετοχή των γυναικών είναι οχτώ προς πέντε έναντι των ανδρών, εξαιτίας της πλειοψηφίας τους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας στο νοσοκομείο που έγινε η έρευνα. Τέλος οι έξι από τους συμμετέχοντες έχουν σπουδάσει στο εξωτερικό και οι υπόλοιποι στην Ελλάδα. Ο διαχωρισμός αυτός

αποσκοπεί στη διερεύνηση των σπουδών τους, εάν, δηλαδή, διδάχτηκαν θέματα βιοηθικής και ευθανασίας.

3.5. Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η μέθοδος συλλογής δεδομένων της έρευνας ακολουθεί τα πρότυπα της φαινομενολογίας (Phenomenology). Φαινομενολογία είναι η μελέτη της συνειδητής εμπειρίας κι έχει τις ρίζες της στους φιλόσοφους στις απαρχές 20ου αιώνα, όπως ο Husserl, ο Sartre και ο Merleau-Ponty. Πολλές από τις ιδέες τους υιοθετήθηκαν, στη συνέχεια, στις κοινωνικές επιστήμες, από αξιόλογους επιστήμονες, όπως ο ψυχολόγος Amedeo Giorgi (1970) και ο κοινωνιολόγος Alfred Schütz (1967). Στη σύγχρονη κοινωνική επιστήμη, ο όρος χρησιμοποιείται ευρύτερα για να υποδηλώσει τη μελέτη των αντιλήψεων, των συναισθημάτων, των πεποιθήσεων και των υποκειμενικών εμπειριών των ατόμων (Groenewald, 2004). Σύμφωνα με τον Moustaka (1994), φαινομενολογία είναι μια προσέγγιση που χρησιμοποιείται συνήθως στην κλινική ψυχολογία, και σε αυτό το πλαίσιο συνδέεται με ένα μοναδικό σύνολο των μεθόδων και των διαδικασιών.

Οι σε βάθος συνεντεύξεις και οι ομάδες εστίασης αποτελούν τις ιδανικές μεθόδους για τη συλλογή των φαινομενολογικών δεδομένων. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ημι-δομημένης συνέντευξης. Η αφηγηματική διαδικασία (μη δομημένη συνέντευξη) απορρίφθηκε εξαιτίας της απειρίας της ερευνήτριας σε ποιοτικές έρευνες, σύμφωνα με τον Fontana & Frey (1998). Οι ερωτήσεις δεν ακολούθησαν την ίδια σειρά σε όλους και φυσικά δεν είχαν την ίδια εμβάθυνση με κάθε συμμετέχοντα αφού η απάντηση στην πρώτη ερώτηση «Βρεθήκατε ποτέ σε δίλλημα να προβείτε σε πράξεις ή να παραλείψετε ενέργειες με αποτέλεσμα την ευθανασία του ασθενούς;» καθόριζε την πορεία της συνέντευξης. Για την καλύτερη εγκυρότητα της έρευνας όλες οι συνεντεύξεις μαγνητοφωνήθηκαν και στη συνέχεια αντιγράφονταν.

3.6. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Οι συνεντεύξεις έλαβαν χώρα στο νοσοκομείο τις απογευματινές ώρες σε κλειστές εφημερίες των συμμετεχόντων. Το πρωινό ωράριο απορρίφθηκε από τους περισσότερους εξαιτίας του φόρτου εργασίας στη ΜΕΘ και των χειρουργείων στη νευροχειρουργική κλινική, με εξαίρεση δυο άτομα που ως διευθύνοντες κλινικών εξυπηρετούνταν να πραγματοποιήσουν τη συνέντευξη εντός του ωραρίου τους. Το μέσο που χρησιμοποιήθηκε για τη καταγραφή της συνέντευξης ήταν ένα ψηφιακό μαγνητόφωνο.

3.7. Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων (qualitative data analysis, QDA) είναι το φάσμα των διαδικασιών με τις οποίες ο ερευνητής κινείται από τα ποιοτικά δεδομένα που έχουν συλλεχθεί σε κάποια μορφή εξήγησης, κατανόησης και ερμηνείας των καταστάσεων και των πεποιθήσεων των ατόμων που είναι υπό έρευνα. Η ιδέα είναι να εξεταστεί το ουσιαστικό και συμβολικό περιεχόμενο των ποιοτικών δεδομένων. (Beck, 2003)

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Μαντζούκα (2007) το πρώτο βήμα της ερευνήτριας ήταν η καταγραφή όλων των συνεντεύξεων κατά λέξη (συμπεριλαμβανομένων και των παύσεων) σε χαρτί. Στη συνέχεια όλα τα καταγεγραμμένα δεδομένα αναγνώστηκαν πολλές φορές με σκοπό μιας ολοκληρωμένης αντίληψης από τη μεριά της ως προς τα λεγόμενα των συμμετεχόντων.

Το επόμενο στάδιο ήταν η κωδικοποίηση η οποία αποτελεί στην ουσία μια σύντομη ερμηνεία της ερευνήτριας στα κομμάτια της συνέντευξης. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η αμηχανία λόγω άγνοιας που αναδυόταν από τους περισσότερους συμμετέχοντες στην ερώτηση «Ποια είναι η άποψή σας για τις χώρες και τους συναδέλφους σας που επιτρέπουν την ευθανασία;». Συνήθως προηγούταν της απάντησης μια σύντομη περιγραφή της νομοθεσίας των χωρών από την

ερευνήτρια. Στη συνέχεια ακολούθησε αντιπαραβολή και σύγκριση όλων των κωδικών με σκοπό την εύρεση κοινών χαρακτηριστικών και νοημάτων.

Ο εντοπισμός των κοινών κωδικών έδωσε τη δυνατότητα σχηματισμού τριών θεματικών ενοτήτων οι οποίες συμπυκνώνουν ολιστικές και ολοκληρωμένες περιγραφές και ερμηνείες, σύμφωνα με τους Miles & Huberman (1994). Σημαντικό είναι να σημειωθεί ότι ο αριθμός των θεματικών ενοτήτων είναι πάντα μονοψήφιος, ειδάλλως απαιτείται διαφορετική ανάλυση.

Κατά το τελευταίο στάδιο οι θεματικές ενότητες συνδέονται με την υφιστάμενη βιβλιογραφία και τις υπάρχουσες επιστημονικές θεωρίες. Εντοπίζονται ομοιότητες και διαφορές μεταξύ αυτών με σκοπό την προσφορά μιας βαθύτερης επεξεργασμένης γνώσης για το υπό έρευνα φαινόμενο.

3.8. Ηθικές προεκτάσεις

Θεωρήθηκε απαραίτητο από τον επιβλέποντα καθηγητή και από την ερευνήτρια πριν την έναρξη της μελέτης να υπάρξει επικοινωνία με την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής στην Ελλάδα. Από εκεί η ερευνήτρια ενημερώθηκε ότι η Επιτροπή δεν είχε αρμοδιότητα να παράσχει άδειες για έρευνες μεταπτυχιακών διπλωματικών και ότι μόνο το ίδιο το Πανεπιστήμιο μπορούσε να επιτρέψει ή να απορρίψει μια τέτοια μελέτη.

Στη συνέχεια η ερευνήτρια απευθύνθηκε στις κλινικές του νοσοκομείου όπου θα διενεργούνταν η μελέτη. Πρώτα είχε τηλεφωνική επικοινωνία με τους διευθυντές των κλινικών όπου αφού έλαβαν πλήρη ενημέρωση για το σκοπό της έρευνας και προφορική εγγύηση για την τήρηση της ανωνυμίας του νοσοκομείου και των συμμετεχόντων, δέχτηκαν να προχωρήσει η ερευνήτρια σε προσωπική επικοινωνία με τους ιατρούς των τμημάτων τους. Η ανωνυμία του νοσοκομείου κρίθηκε απαραίτητη διότι η μελέτη επικεντρώθηκε σε συγκεκριμένες κλινικές με αποτέλεσμα η δήλωση του ονόματος του νοσοκομείου να δίνει τη δυνατότητα «αναγνώρισης» των συμμετεχόντων.

Σε κάθε συμμετέχοντα πριν την έναρξη της συνέντευξης γινόταν ενημέρωση από την ερευνήτρια ότι τα πάντα θα μαγνητοφωνούνταν και όλα τα δεδομένα που θα συλλεχθούν θα υποβληθούν σε επεξεργασία με μοναδική πρόσβαση της ίδιας της ερευνήτριας και του επιβλέποντα καθηγητή και ότι εκείνοι δεσμεύονται από τις Αρχές περί Εμπιστευτικότητας. Αναφορά στο όνομα, φυσικά, δεν θα υπάρχει, και κάθε συμμετέχων θα χαρακτηρίζεται από το φύλλο την ηλικία, την ειδικότητα και τη χώρα σπουδών. Η συμμετοχή στη μελέτη διευκρινιζόταν ότι είναι απολύτως εθελοντική και υπήρχε η δυνατότητα αποχώρησης χωρίς υποχρέωση δικαιολόγησης.

Κεφάλαιο Τέταρτο

4. Αποτελέσματα έρευνας

Οι δεκατρείς συνεντεύξεις από τους ιατρούς των ειδικοτήτων που αναφέρθηκαν παραπάνω οδήγησαν στο σχηματισμό των εξής θεματικών αξόνων:

1^{ος} θεματικός άξονας

Καταγραφή των περιστατικών στα οποία οι ιατροί προέβησαν (ή αμφιταλαντεύτηκαν) σε πράξεις ή παραλείψεις με αποτέλεσμα την ευθανασία του ασθενούς.

2^{ος} θεματικός άξονας

Καταγραφή της στάσης των συγγενών των πασχόντων και του βαθμού που επηρέασε τους ιατρούς στις πράξεις τους.

3^{ος} θεματικός άξονας

Καταγραφή των απόψεων των επαγγελματιών υγείας για την ευθανασία από ηθικής πλευράς και το νομικό πλαίσιο στο οποίο θα συμφωνούσαν

4.1. 1^{ος} Θεματικός άξονας

Όσον αφορά στα περιστατικά που οι ιατροί επισπεύσανε τον θάνατο του ασθενούς με πράξεις ή παραλείψεις αναφέρεται συγκεκριμένα:

Ιατρός ειδικότητας νευροχειρουργικής δήλωσε:

«Κυρίως αφορά ασθενείς νοσηλεύομενους σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) με βαρύτατη νευρολογική κατάσταση μετά από βαριές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, με πρόβλεψη για παραμονή αυτής της κατάστασης. Επίσης και για ασθενείς με τέτοιες κακώσεις που νοσηλεύονταν

μετά την νόσο σε απλό θάλαμο και οι οποίοι δεν διατηρούσαν καμιά επικοινωνία με το περιβάλλον για μακρύ χρονικό διάστημα και δεν αναμένεις πρακτικά βελτίωση. Συνήθως οι ασθενείς αυτοί διέθεταν και άλλα προβλήματα (πχ διαταραχές σκέψεων, κατακλίσεις,) που βάρυναν πολύ την γενική τους κατάσταση. Αντίστοιχα περιστατικά αφορούσαν ασθενείς με συνηθέστερους όγκους εγκεφάλου, κυρίως χειρουργημένους, σε αντίστοιχη καταστολή, με προδιαγραμμένο πολύ σύντομο προσδόκιμο επιβίωσης.»

Μια άλλη ιατρός αναφέρει:

«Δεν μπορώ να πω με βεβαιότητα αν πρόκειται για ευθανασία. Κυρίως επρόκειτο για περιπτώσεις που δεν έγινε προσπάθεια ανάνηψης σε υπέργηρους ασθενείς με βαριές νόσους και μηδενικό σχεδόν προσδόκιμο. Δεδομένου όμως ότι δεν υπάρχει σαφές νομικό πλαίσιο (στο εξωτερικό δεν υπάρχει καν ένδειξη ανάνηψης σε τέτοιους ασθενείς) έγκειται στην κρίση του γιατρού και των συγγενών το πώς θα διαχειριστούν τέτοια περιστατικά. Κάποιες φορές η έλλειψη συναισθηματικής ωριμότητας εκ μέρους του συγγενικού περιβάλλοντος ενδέχεται να συντελεί στο βασανισμό των ασθενών που κρατούσαν «εν ζωή» με κάθε κόστος, κάθε τρόπο και κάθε τεχνητό μέσο ενίοτε και με βίαιες προσπάθειες εκ μέρους των θεραπόντων.»

Μια άλλη άποψη αναφέρεται σε:

«Ασθενείς άνω των 80 ετών με εκτεταμένα ισχαιμικά Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια (ΑΕΕ), άνοια – κλινοστατισμός από ετών, γενικευμένα Ca (Cancer) διαφόρων ηλικιών, βαριά καρδιακή ανεπάρκεια (EF=15-20%), ασθενείς με πολύμηνη νοσηλεία σε ΜΕΘ βαριά σήψη με πολυοργανική ανεπάρκεια όπου χρειάζονταν μεγάλες δόσεις αγγειοσυσπαστικών, νόσος Charcot, βαριές ανίατες νευρολογικές παθήσεις.»

Επίσης ένας άλλος επαγγελματίας υγείας δήλωσε ότι:

«Προέβηκα αρκετές φορές στο να αφήσω ασθενείς να καταλήξουν στους οποίους είχε πλέον επέλθει εγκεφαλικός θάνατος και μυδρίαση αλλά ποτέ σε δότη οργάνων ή εν δυνάμει δότη».

Παρόμοια εικόνα με την παραπάνω αναφέρεται και από άλλη ιατρό:

«Δεν έκανα ΚΑΡΠΑ (Καρδιοαναπνευστική Ανάνηψη) ή διασωλήνωση σε ασθενείς τελικού σταδίου ή με εγκεφαλική αιμορραγία και αιμοδυναμική αστάθεια γνωρίζοντας με βεβαιότητα ότι έτσι θα κατέληγαν.»

Επιπλέον σε δυο άτομα ταυτίζονται απόλυτα οι απόψεις του και αναφέρονται:

«...σε ασθενείς με τετραπληγία και με εκφυλιστικό νευρολογικό νόσημα (Μυϊκή Δυστροφία Duchenne).»

Βέβαια κάποιοι από τους γιατρούς δήλωσαν ότι ποτέ δεν έκαναν ή βρέθηκαν σε δίλημμα ευθανασίας και συγκεκριμένα ένα από αυτά τα άτομα αναφέρει:

«όχι ηθικά (αναφερόμενη στην ευθανασία) αλλά κυρίως νομικά σκεπτόμενη»

Σε συνέχεια του ίδιου θεματικού άξονα οι ερωτώμενοι στην πράξη ή στην υπόθεση μιας τέτοιας ενέργειας όσον αφορά στην ψυχολογική υποστήριξη δήλωσαν ότι:

«Εννοείται ότι δεν είναι εύκολο να λάβω τέτοια απόφαση και το χάσμα μεταξύ της θεωρητικής ανάλυσης και της εφαρμογής σε ασθενή είναι τεράστιο. Σίγουρα θα ήθελα επανειλημμένες φορές να συζητήσω με τον ασθενή για να αποκλεισθεί το ενδεχόμενο μιας παρορμητικής, υπό ψυχολογική φόρτιση, απόφασης. Εάν όμως αυτός ήταν ανένδοτος, θεωρώ ότι θα μπορούσα να διαχειριστώ μόνος μου την όποια ψυχολογική μου επιβάρυνση.»

Σε διαφορετικό κλίμα από την προηγούμενη απάντηση δόθηκε η εξής:

«Λογικά ναι. Όσο για την ενεργητική ή υποβοηθούμενη ευθανασία πιστεύω πως είναι κάτι που δε θα μπορούσα να το πράξω κάτω από οποιεσδήποτε συνθήκες.»

Στο ίδιο πνεύμα ένας άλλος ιατρός αναφέρει:

«Σε ασθενή με πλήρη συνείδηση θα χρειαζόμουν οπωσδήποτε ψυχολογική υποστήριξη, αν και το θεωρώ ότι θα διέπραττα φόνο. Στις άλλες περιπτώσεις, σίγουρα δεν θα είχα ανάγκη την υποστήριξη ψυχολόγου.»

Σε άλλη απάντηση υποστηρίχθηκε ότι:

«Όχι, ψυχολογική υποστήριξη θα χρειαζόμουν αν έπρεπε να συνεχίζω να διατηρώ στη ζωή άτομα εγκεφαλικά νεκρά ή με συνείδηση και αγωνιώδες τέλος.»

Εάν επρόκειτο, όμως, για παιδιά θα ήταν αναγκαία η ψυχολογική υποστήριξη, όχι στη λήψη της απόφασης, αλλά στη διαδικασία της εφαρμογής.»

Σε άλλη άποψη υποστηρίζεται :

«Πιστεύω πως ναι, αν και δεν μπορώ να απαντήσω εύκολα. Σίγουρα δεν θα ήταν εύκολη απόφαση. Θα ήταν επίσης καθοριστικό, ποιόν ασθενή θα αφορούσε, πχ παιδιά.»

Ακόμη μια άλλη ιατρός δήλωσε ότι:

«Οπωσδήποτε θα χρειαζόμουν ακόμη και αν ήμουν πεπεισμένη ότι ήταν το σωστό.»

Σε τελείως διαφορετικό κλίμα δόθηκε η παρακάτω απάντηση:

«Όχι, δεν θα χρειαζόμουν. Θα ήταν συνειδητή επιλογή.»

Στο ίδιο πνεύμα δυο ακόμα ιατροί απάντησαν ότι δεν θα έχρηζαν ψυχολογικής υποστήριξης.

4.2. 2^{ος} Θεματικός άξονας

Όσον αφορά στη στάση που κράτησαν οι συγγενείς και στον επηρεασμό που άσκησαν στους ιατρούς, δόθηκαν οι παρακάτω απαντήσεις από ιατρούς που είχαν θετική άποψη προς την ευθανασία :

Ένας νευροχειρουργός αναφέρει ότι:

«Οι οικογένειες ήταν διχασμένες όσον αφορά την αντιμετώπιση των οικείων τους. Αρκετοί έλεγαν ότι δεν άντεχαν να βλέπουν τον δικό τους άνθρωπο να καταλήγει αργά και βασανιστικά, χωρίς πρακτικά καμιά ελπίδα επιστροφής, και έμμεσα ήταν δεκτικοί στην λογική της ευθανασίας. Άλλοι όμως ήθελαν να έχουν κοντά τους τον άνθρωπό τους μέχρι το τέλος, έστω και σε αυτή την κατάσταση, ελπίζοντας ίσως σε ένα θαύμα. Προσωπικά δεν θεωρώ ότι δικαιούμαι να επηρεάζομαι από την γνώμη κανενός, όπως και κάνω.»

Επίσης ιατρός της ίδιας ειδικότητας ανέφερε:

«Η οικογένεια συνήθως χρειάζεται ψυχολογική στήριξη για να αποδεχθεί τη σοβαρότητα της κατάστασης. Ενίοτε όμως τους είναι αδύνατο να το αποδεχθούν με αποτέλεσμα να πιέζουν και να εκβιάζουν το θεράποντα να προβεί σε παρεμβάσεις για τις οποίες ούτε ένδειξη υπάρχει ούτε διαφοροποιούν το αποτέλεσμα κυρίως για να νιώσουν εκείνοι πως έχουν κάνει τα πάντα για να ανατρέψουν μια κατάσταση και να σώσουν τον ασθενή – συγγενή άσχετα με το αν εκείνος τελικά πεθάνει έχοντας υποστεί μια τελείως περιττή ταλαιπωρία (διασωλήνωση ή επέμβαση). Εγώ προσωπικά, προσπαθώ να μην εμπλέκομαι συναισθηματικά μαζί τους ώστε να μπορώ να μένω ανεπηρέαστη».

Ιατρός που εργάζεται στη ΜΕΘ είπε:

«Υπάρχουν συγγενείς που είναι συνειδητοποιημένοι με την βαρύτητα της κατάστασης και άλλοι όχι. Συνήθως δεν επηρεάζομαι από την στάση της οικογένειας αλλά και δεν ενημερώνω για ενέργειες και πράξεις που σκοπό έχουν την «ευθανασία» του ασθενούς.»

Επίσης από το ίδιο τμήμα άλλη γιατρός είπε:

«Η στάση της οικογένειας ήταν αρνητική έστω και σε απόσυρση εντατικής αγωγής, υπάκουσα στην επιθυμία τους».

Παρόμοια απάντηση δόθηκε από συνάδελφο της παραπάνω ερωτώμενης:

«Η οικογένεια επιθυμούσε πλήρη υποστήριξη, την οποία και έδωσα».

Σε αντίθεση με τις παραπάνω δηλώσεις ιατρός, επίσης από τη ΜΕΘ δήλωσε:

«Δεν με επηρέασε καθόλου. Η τελική απόφαση επαφίεται στον ιατρό. Εξάλλου στη ΜΕΘ η επαφή λόγω συνθηκών δεν είναι μεγάλη»

Με το ίδιο ύφος άλλος ιατρός από τη ΜΕΘ ανέφερε:

«Η στάση της οικογένειας δε με επηρέασε καθόλου. Δεν τη λαμβάνω υπόψιν μου»

Γιατροί που απέρριψαν ευθύς την ευθανασία σε κάθε μορφή της δεν σχολίασαν καθόλου τον επηρεασμό από τη στάση της οικογένειας.

4.3. 3^{ος} Θεματικός άξονας

Η ηθική άποψη των ιατρών και το νομικό πλαίσιο στο οποίο συμφωνούν για την ευθανασία (εάν συμφωνούν).

Γιατρός που σπούδασε στην Ελλάδα και στο πρόγραμμα σπουδών του υπήρχε μόνο μάθημα επιλογής «ιατρική ευθύνη και δεοντολογία» με «...λίγες ακροθιγείς αναφορές» δήλωσε:

«Ηθικά θεωρώ ότι η ευθανασία δεν μπορεί να επιβάλλεται από κανέναν σε κανέναν, όταν ο πάσχων δεν έχει τη νοητική διαύγεια και την ψυχική ηρεμία να αποφασίσει ο ίδιος για τον εαυτό του όσο και να είναι επιστημονικά τεκμηριωμένη η προοπτική της κακής έκβασης για κάποιο ασθενή κανένας δεν μπορεί να λειτουργήσει αντ' αυτού σε τέτοια θέματα. Η ευθανασία θα μπορούσε να είναι αποδεκτή μόνο όταν ο ίδιος ο ασθενής κατά το δυνατόν ανεπηρέαστος, το αποφασίσει και ενώ γνωρίζει ότι αν δεν την επιλέξει, θα έχει την ποιότητα φροντίδας που του αρμόζει.»

Για το νομικό πλαίσιο ανέφερε:

«Μόνο όταν υπάρχει γραπτή συγκατάθεση του ασθενούς, και ενώ έχουν εξηγηθεί από όλους τους εμπλεκόμενους ιατρούς όλα τα ενδεχόμενα θεραπευτικής παρέμβασης και οι περιορισμοί τους, ιδίως όταν επέλθει η ραγδαία επιδείνωση του αρρώστου εναλλακτικά ο άρρωστος πρέπει να είναι εξασφαλισμένος, να έχει εξασφαλίσει την κατά το δυνατόν καλύτερη ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική φροντίδα, ώστε να μην νιώσει αβοήθητος και βάρος. Σε περιπτώσεις ασθενών που δεν μπορούν να έχουν συνειδητή άποψη λόγω της γενικής τους κατάστασης, δεν θεωρώ ότι κάποιο νομικό πλαίσιο μπορεί να θεμελιωθεί που να εξασφαλίζει το δικαίωμα της ευθανασίας.»

Και όσον αφορά τις χώρες που το επιτρέπουν και τους συναδέλφους του που συμμετέχουν υποστήριξε:

«Δεν θεωρώ ότι η ευθανασία είναι εξ ορισμού κακουργηματική πράξη και ότι όλοι οι εμπλεκόμενοι, στερούνται ανθρωπιάς και ηθικής ή δεν σέβονται τον όρκο του Ιπποκράτη. Πλέον η ιατρική έχει αναπτύξει αρκετά τον τομέα της βιοστατιστικής και μπορούμε, στα πλαίσια του ανθρωπίνου σφάλματος να γνωρίζουμε με ιδιαίτερη ακρίβεια το προσδόκιμο ζωής και την έκβαση πολλών νόσων. Αφού αυτά τα δεδομένα εξηγηθούν πλήρως, αναλυτικά και με ειλικρίνεια στον ασθενή και του απαντήσουμε όλες τις απορίες, έχει ο ίδιος το δικαίωμα να αποφασίσει για τη ζωή του. Υπό αυτό το πλαίσιο, δεν θεωρώ εκ προοιμίου λάθος της τακτικής που εφαρμόζεται σε αυτές τις χώρες. Δεν συμφωνώ όμως με την εφαρμογή της ευθανασίας μόνο με την συγκατάθεση των συγγενών με αδυναμίες επικοινωνίας.»

Μια ακόμη ιατρός που σπούδασε στην Ελλάδα, χωρίς να διδαχτεί ποτέ θέματα Ιατρικής Δεοντολογίας είπε:

«Είμαι υπέρ της ευθανασίας γιατί ο άνθρωπος δικαιούται αξιοπρέπειας ακόμα και στο θάνατό του.»

Και όσον αφορά στο νομικό πλαίσιο:

«Θα συμφωνούσα με το δικαίωμα της ευθανασίας όταν οι γιατροί θα μπορούσαν να προβούν στις κατάλληλες ενέργειες ανακούφισης του ασθενούς χωρίς να τρέμουν τις μηνύσεις των συγγενών δια κακή άσκηση της ιατρικής. Θεωρώ ότι είναι λάθος να ερωτώνται οι συγγενείς για τη διενέργεια ιατρικών πράξεων επειδή εμπλέκονται συναισθηματικά, βρίσκονται σε υπερένταση και συνήθως δεν έχουν ιατρικές γνώσεις για να κατανοήσουν τη βαρύτητα της κατάστασης των ασθενών. Συμφωνώ απόλυτα με τις χώρες που εφαρμόζουν τέτοια νομοθεσία.»

Επίσης ιατρός που τελείωσε στην Ελλάδα και δεν υπήρχε μάθημα στη σχολή της που να διαπραγματεύεται το θέμα της ευθανασίας είπε:

«..υπέρ όταν η νόσος είναι ανίατη, επώδυνη και ιδίως όταν το επιθυμεί άτομο με πλήρη συνείδηση αυτής της κατάστασης. Το νομικό πλαίσιο με το οποίο θα συμφωνούσα είναι αυτό που θα απέκλειε όσο γίνεται την πιθανότητα λάθους. Επίσης θα έπρεπε να τίθεται ένα ασφαλές χρονικό περιθώριο, ώστε να

εξασφαλίζεται ότι ο ασθενής δεν πρόκειται να βελτιωθεί χωρίς όμως να πιστεύεται εσαεί το μαρτύριό του»

Για τις χώρες που αποποινικοποιήθηκε η ευθανασία δεν γνώριζε τις ασφαλιστικές δικλείδες που εφαρμόζουν και παρόλο που ενημερώθηκε από την ερευνήτρια, θεώρησε ότι δεν ήταν σε θέση να συμφωνήσει ή να διαφωνήσει σε πληροφορίες που χρειάζονταν περισσότερο χρόνο αξιολόγησης.

Ιατρός, απόφοιτη Πανεπιστημίου στην Ουγγαρία που ομοίως κι εκείνη δεν παρακολούθησε μαθήματα για την Ιατρική Δεοντολογία ανέφερε:

«..υπέρ της ευθανασίας σε ειδικές περιπτώσεις όπου απαλλάσσεται και ο ασθενής και η οικογένεια από ανούσιο μαρτύριο» και συμπληρώνει «... σε κανένα νομικό πλαίσιο στη χώρα μας, γιατί η ελληνική κοινωνία δεν είναι σε θέση να διαχειριστεί ένα τέτοιο ζήτημα»

Και για τη νομοθεσία που δίνει δικαίωμα στην ευθανασία αναφέρει:

«Πιστεύω ότι οφείλεται στους οικογενειακούς δεσμούς που είναι διαφορετικής φύσεως εκεί. Αντιλαμβάνονται διαφορετικά το θέμα του θανάτου και της οριστικότητας σ' αντίθεση με τους Έλληνες που σκοπό μας είναι η παράταση της ζωής με κάθε μέσο. Δεν τίθεται θέμα συμφωνίας ή διαφωνίας στη νομοθεσία αλλά στη κουλτούρα».

Μια άλλη επαγγελματίας υγείας με σπουδές στη Ρουμανία τίθεται:

«Υπέρ της ευθανασίας στον εγκεφαλικό θάνατο γιατί σ' αυτήν την περίπτωση υπάρχει επιβεβαιωμένος θάνατος. Επίσης σε τελικό στάδιο κάποιας ανίατης ασθένειας, γιατί και ο θάνατος είναι δικαίωμα, πρέπει να πεθαίνει κανείς χωρίς πόνους, με αξιοπρέπεια.»

Και συμφωνεί στο νομικό πλαίσιο με:

«Διάγνωση τελικού σταδίου ανίατης ασθένειας ενός ατόμου που υποφέρει από σωματικό πόνο (αφόρητο) και έχει την συγκατάθεση των συγγενών του και φυσικά το επιθυμεί και ο ίδιος (εφόσον βέβαια είναι σε θέση ψυχολογικά και διανοητικά να το ζητήσει).»

Αλλά υποστηρίζει κι εκείνη ότι δεν μπορεί να κρίνει τις νομοθεσίες αλλοδαπών λόγω διαφορετικής κουλτούρας.

Στο ίδιο πνεύμα μια άλλη ιατρός απόφοιτος πανεπιστημίου στη Ρουμανία όπου δήλωσε ότι με μεγάλη ευαισθησία ασχολήθηκαν με θέματα βιοηθικής και ιδιαίτερα για δωρητές οργάνων που υποστηρίζονται με συντηρητική αγωγή εκφράστηκε υπέρ της ευθανασίας. Συγκεκριμένα ανέφερε:

«...υπέρ της ευθανασίας. Δεν πρέπει ο ιατρός να βασίζεται στη τύχη, δηλαδή αν θα γίνει κάποτε το θαύμα. Έτσι δεν είναι ιατρός»

Για το νομικό πλαίσιο που θα συμφωνούσε:

«...σε αποδεδειγμένο εγκεφαλικό θανάτου και τότε σε υποψήφιο δότη οργάνων. Επίσης σε τελικού σταδίου Ca αλλά πάντα με τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς εφόσον έχει πλήρη συνείδηση. Οφείλει η πολιτεία να του δώσει το δικαίωμα να αποφασίζει για τη ζωή του (πχ να μη διασωληνωθεί)».

Και συμπληρώνει ότι συμφωνεί 100% με τις νομοθεσίες που το επιτρέπουν και τους συναδέλφους της που συνεργάζονται σε αυτό, καταλήγοντας ότι **«...οι νεκροί για κανένα λόγο δεν πρέπει να συντηρούνται.**

Ακόμη μια άλλη γιατρός με σπουδές στην Ελλάδα όπου μόνο στο μάθημα της ιατροδικαστικής άγγιξαν ακροθιγώς το θέμα της ευθανασίας ανέφερε:

«Δεν είμαι υπέρ της ευθανασίας ως μιας ενεργητικής πράξης αλλά ηθικά θεωρώ σωστή τη διακοπή υποστηρικτικών μέσων για την διατήρηση της ζωής ή τη μη εφαρμογή τους σε ασθενείς που δεν παρουσιάζουν κανένα προσδόκιμο επιβίωσης.»

Και όσον αφορά στη νομοθεσία είπε:

«Πιστεύω πως καταρχήν θα πρέπει να θεσπιστούν αυστηρά κριτήρια για το ποιοι ασθενείς χρήζουν νοσηλείας σε ΜΕΘ ενηλίκων και ακολούθως να θεσπιστεί νομικά το δικαίωμα της «μη ανάνηψης», για τους συγγενείς και κυρίως για τους ασθενείς.»

Και ολοκλήρωσε για τις χώρες και τους συναδέλφους της που επιτρέπουν την ευθανασία λέγοντας:

«Πιθανώς πρόκειται για χώρες με μεγαλύτερο ποσοστό συναισθηματικής ωριμότητας που τους επιτρέπει να αντιληφθούν το ρόλο του θανάτου στον κύκλο της ζωής και την ματαιότητα στις προσπάθειες των ανθρώπων να τους εξαφανίσουν από τις ζωές τους. Ίσως όμως από την άλλη να μην παρασχέθηκε βοήθεια σε ανθρώπους που θα μπορούσαν να βοηθήσουν και εντελώς εξατομικευμένα να μην ήταν η ορθότερη απόφαση για κάθε ασθενή. Εξάλλου σε ποιον ανήκει αυτή η απόφαση; Στον ασθενή που πιθανώς δεν αντιλαμβάνεται την κατάσταση του και μονοθεϊστικά θα μπορούσε να απαντήσει προκαταβολικά στο ερώτημα (ή στην περίπτωση τετραπληγικών ασθενών που μπορεί να συνυπάρχει ιστορικό κατάθλιψης και να επιθυμεί την αυτοκτονία;). Στους συγγενείς που μπορεί να έχουν είτε οικονομικά οφέλη είτε να μην επιθυμούν την επιβάρυνσή τους με την απαιτητική φροντίδα ενός κατακεκλιμένου ασθενούς; Στο θεράποντα ιατρό που προέρχεται από μια ετερόκλητη και εντελώς ανομοιογενή ομάδα από άτομα με διαφορετική παιδεία, θρησκευτικές πεποιθήσεις, ηθικές αρχές, συναισθηματική νοημοσύνη, ενδιαφέρον, ωριμότητα και διάθεση να ασχοληθούν με το εκάστοτε περιστατικό;»

Σε αντίθεση με τα παραπάνω, ιατρός με πτυχίο από την Ελλάδα που ασχολήθηκε στο τμήμα της με θέματα βιοηθικής δήλωσε:

«Δεν είμαι υπέρ της ευθανασίας γιατί θεωρώ τη ζωή ύψιστο αγαθό. Ωστόσο μπορώ να καταλάβω γιατί ορισμένοι την θεωρούν λύση σε κάποιες περιπτώσεις» και συμπληρώνει: «Δε νομίζω ότι το πρόβλημα είναι το νομικό πλαίσιο. Το θέμα είναι κυρίως ηθικό κι όχι νομικό. Αν δεν υπήρχε ηθικό δίλημμα το κατάλληλο νομικό πλαίσιο θα βρισκόταν εύκολα» και τελειώνει λέγοντας: «Σέβομαι τις διαφορετικές απόψεις που επικρατούν στο συγκεκριμένο θέμα αλλά δεν συμφωνώ με αυτές. Οι πολιτισμικές διαφορές επηρεάζουν τις ηθικές αντιλήψεις»

Ένας άλλος ιατρός με σπουδές στην Ελλάδα όπου δεν παρακολούθησε μαθήματα συναφή στο τμήμα του για την Ιατρική Δεοντολογία (δεν υπήρχαν) ανέφερε:

«...κατά της ευθανασίας. Η επιλογή της ευθανασίας σαν λύση είναι μονόδρομος χωρίς επιστροφή σε περίπτωση που κάποιος έχει εκ των υστέρων αμφιβολίες για την πράξη. Ο πλέον ανώδυνος τρόπος είναι αυτό που γίνεται στις ΜΕΘ με την

τοποθέτηση του αρρώστου υπό καταστολή σε αναπνευστικό και η κατάληξή του από ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις κατά κύριο λόγο χωρίς να είναι σε επαφή με το περιβάλλον και τελείως ανώδυνος εφόσον πρόκειται για επικίνδυνα νοσήματα.»

Και υποστηρίζει ότι:

«η ευθανασία δεν είναι για τους ασθενείς. Ευθανασία σε εγκληματίες με ειδεχθή εγκλήματα (κατά συρροή δολοφόνοι, παιδοκτονίες, φόντοι με προσβολή της προσωπικότητας του θύματος, κανιβαλισμός κλπ). Μόνο σε τέτοιο νομικό πλαίσιο θα συμφωνούσα».

Όσον αφορά στους συναδέλφους τους κρατάει:

«Ουδέτερη στάση. Δεν θα αρνιόταν την ευθανασία σε Έλληνες συναδέλφους σαν πρακτική εφόσον υπάρχουν οι προϋποθέσεις και η συγκατάθεση του ασθενούς και των συγγενών του.»

Και δεν γνωρίζει τη νομοθεσία άλλων χωρών που επιτρέπουν την ευθανασία ώστε να έχει άποψη.

Τέλος, ιατρός που τελείωσε στην Ελλάδα χωρίς να έχει κι αυτός παρακολουθήσει σε κύκλο σπουδών μαθήματα βιοηθικής ή ιατρικής δεοντολογίας δήλωσε:

«...κατά της ευθανασίας λόγω του ότι δεν μπορείς να καταδικάσεις κανέναν άνθρωπο. Δεν υπάρχει νομικό πλαίσιο στο οποίο θα συμφωνούσα και είμαι απόλυτα αντίθετος σε τέτοιες πρακτικές όπου εφαρμόζονται»

Κεφάλαιο Πέμπτο

5. Συζήτηση

Σύμφωνα με τον Καραβοκύρη (2010) «η εισχώρηση της ατομικής βούλησης στην βιοδικαιϊκή τάξη στηρίζεται στην υποκειμενικότητα του δικαστή ή ακόμη και στην γνωμοδοτική αρμοδιότητα των εθνικών επιτροπών ηθικής ενώ βασικός διαμεσολαβητής για την κυριαρχία του ατόμου αναδεικνύεται η ιατρική εξουσία». Ακολουθώντας τα λεγόμενα του, λοιπόν, στη βιβλιογραφική ανασκόπηση εξετάστηκε το τέλος της ζωής υπό το πρίσμα του ελληνικού αλλά και των εθνικών νομοθεσιών κρατών δικαίου που πρωτοπόρησαν όσον αφορά στην υιοθέτηση πρακτικών ευθανασίας.

Εξίσου σημαντική, ίσως και περισσότερο, είναι η νομολογιακή προσέγγιση της ευθανασίας αφού αυτή αποτελεί το πείραμα από τη θεωρητική συζήτηση του «ευ-θνήσκω» στο τελικό στάδιο, το δικαίωμα στο θάνατο. Οι υποθέσεις που αναλύθηκαν δεν αποτελούν, φυσικά, μοναδικά παραδείγματα αλλά επιλέχθηκαν ως αντιπροσωπευτικές για την κατανόηση τόσο της στάσης του ευρωπαϊκού ηπειρωτικού νομικού κόσμου όσο και της αγγλοσαξονικής νομικής κουλτούρας (που επικρατεί στις ΗΠΑ και τον Καναδά).

Από τα παραπάνω έγινε φανερό ότι τα τελευταία χρόνια αναθεωρήσεις νόμων (όπως ο ΚΙΔ στην Ελλάδα) ή ψήφιση νέων (ιδιαίτερα στις Κάτω Χώρες) ενίσχυσαν την αυτονομία του ασθενούς (άρνηση θεραπείας, διαθήκες ευθανασίας) και οριοθέτησαν την ιατρική δράση. Εύλογο, λοιπόν, ήταν να ακολουθήσει η εμπλοκή των ιατρών ως επόμενο βήμα στην παρούσα εργασία και να καταγραφούν οι δικές τους απόψεις και συμπεριφορές.

Η πλειονότητα των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν να αναφέρουν περιστατικά στα οποία δεν προχώρησαν σε ενέργειες που επιμηκύνουν τον χρόνο ζωής των ασθενών με ανίατες και σταδιακά επιδεινούμενες καταστάσεις, όπως ανάνηψη, ή προέβησαν σε κατασταλτική αγωγή με αποτέλεσμα την επίσπευση του θανάτου. Όλες αυτές οι περιπτώσεις αφορούσαν αποκλειστικά ασθενείς με

εγκεφαλικό θάνατο, τελευταίου σταδίου και υπέργηρους. Περιστατικά, δηλαδή, που στη συνείδηση των περισσότερων αλλά και με βάση την επιστήμη, έχει χαθεί κάθε ελπίδα. Σύμφωνα με τους ορισμούς που σημειώθηκαν στο κεφάλαιο της εισαγωγής οι ενέργειες αυτές (ή παραλείψεις) εμπεριέχονται στο νόημα της παθητικής ευθανασίας. Εξαιτίας της απουσίας, όμως, νομικού πλαισίου στην Ελλάδα κάποιοι ιατροί εκφράζουν την αβεβαιότητα αυτών των πράξεων ως ενέργειες ευθανασίας. Ανάλογη άποψη υποστηρίζει και η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής (2007) όταν υποστηρίζει το ανώφελο θεραπευτικών αγωγών που οδηγούν σε μη αποδεκτή ποιότητα ζωής, με την σύμφωνη γνώμη, όμως, πάντα του ασθενούς ή των οικείων του χωρίς να αναφέρεται ξεκάθαρα σε παθητική ευθανασία.

Οι ισχυρισμοί, όμως, αυτοί, ότι αφορά περιπτώσεις παθητικής ευθανασίας, αντίκεινται στο νόημα που αποδίδει η European Association of Palliative Care (EAPC) στην παρηγορητική φροντίδα. Σε συνεδρίαση του Διοικητικού Συμβουλίου της EAPC τον Ιούνιο του 2003 ορίστηκε ότι πρέπει να διαχωριστεί η έννοια της ευθανασίας από την «παρηγορητική» καταστολή σε εκείνους που πρόκειται να πεθάνουν. Η φροντίδα σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης είναι απαραίτητη ακόμη και με τη μορφή της καταστολής αφού πρόθεση είναι η ανακούφιση από αβάσταχτο πόνο και ο έλεγχος των συμπτωμάτων. Η ευθανασία επέρχεται μόνο με τη χορήγηση κάποιας ουσίας με πρόθεση τον θάνατο και μάλιστα τον άμεσο θάνατο (Mattersvedt et al, 2003).

Σύμφωνα, λοιπόν, με την επίσημη απόφαση της EAPC οι περισσότερες ενέργειες των ιατρών δεν αποτελούν παθητική ευθανασία (ο όρος παθητική είναι απορριπτέος) και μιλούν μόνο για ενεργητική ευθανασία με πρόθεση τη θανάτωση του ασθενούς. Στο ίδιο πνεύμα κινήθηκε και ο ΚΙΔ όταν εισήγαγε την έννοια της «παρηγορητικής» αγωγής, της απόσυρσης δηλαδή μιας ανώφελης θεραπείας και εστίασης του ιατρού στην ανακούφιση του ασθενούς με την αποδοχή του θανάτου αλλά όχι την επιδίωξή αυτού. Εξάλλου κατά την Συμεωνίδου – Καστανίδου (2007), μια υποχρεωτική θεραπεία, αντίστοιχη με υποχρέωση προς το κράτος, που να αναγκάζει το άτομο να ζει, δεν επιτρέπεται.

Όσον αφορά στην ευθεία ενεργητική ευθανασία, ουδείς από τους ιατρούς βρέθηκε σε δίλημμα από ασθενή με πλήρη συνείδηση να προβεί σε ενέργειες με πρόθεση άμεσα

τη θανάτωση του και κανείς δεν ανέφερε να το έχει πράξει. Εξάλλου δεν αναφέρθηκε να τους έχει ζητηθεί κάτι τέτοιο ευθέως. Γενικότερα οι απαντήσεις όλων των ιατρών κινήθηκαν στο κλίμα της παθητικής ευθανασίας, αγνοώντας την πιθανότητα της ενεργητικής στον πρώτο θεματικό άξονα που αφορά πράξεις τους σε αντίθεση με τον τρίτο που διαπραγματεύεται απόψεις. Γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τη ζήτηση που σημειώνεται στις χώρες που επιτρέπεται η ευθανασία αλλά και με την κλινική Dignitas στην Ελβετία που δέχεται κόσμο διαφόρων εθνικοτήτων.

Στην Ελλάδα δεν υπήρξε, ούτε υπάρχει, έντονα ο δημόσιος διάλογος για την ενεργητική ευθανασία όσο σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες γιατί τα περιστατικά είναι ελάχιστα. Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη στη Γαλλία το 2010 έγινε φανερό ότι η αποδοχή της ιδέας της ευθανασίας είναι απόλυτα συνυφασμένη με την θρησκεία των πολιτών μιας χώρας. (Le Monde, 28/11/2014). Το στοιχείο του χριστιανισμού είναι έντονο στη συνείδηση των Ελλήνων με αποτέλεσμα να είναι πιο δύσκολος ο ενστερνισμός της ενεργητικής ευθανασίας και πιο εύκολη η καταδίκη της.

Κλασικό παράδειγμα της ελληνικής κοινωνίας στα παραπάνω αποτέλεσε η υπόθεση Μονσελά τον Ιανουάριο του 1994. Αν και δεν υπήρξε υπό του ιατρού πράξη θανάτωσης, αποτελεί περίπτωση υποβοήθησης αυτοκτονίας. Επρόκειτο για μια προδομένη σύζυγο με ενδογενή κατάθλιψη που αναζητούσε βοήθεια για να αυτοκτονήσει, την οποία και βρήκε στο Ματθαίο Μονσελά. Ήταν μια πολύκροτη δίκη με τελεσίδικη απόφαση την καταδίκη του Μονσελά κατά πλειοψηφία για ανθρωποκτονία εκ προθέσεως. Το άρθρο 300 ΠΚ που υποστηρίχθηκε από την μειοψηφία δεν εφαρμόστηκε (Τσιγκρής, 2001).

Σε συνέχεια της ίδιας έρευνας, άτομα που απέρριπταν την ευθανασία, ήταν δεκτικά στη θανατική ποινή σε ειδεχθή εγκλήματα, όπως είχε υποστηρίξει και ο Alexis Carrel το 1935 σε μια πιο ακραία και ρατσιστική μορφή της. Άποψη που ακούστηκε και σε συνέντευξη της παρούσας εργασίας από ιατρό ο οποίος ενώ καταδικάζει όλες τις πράξεις ευθανασίας υποστηρίζει ότι θα συμφωνούσε σε ένα νομικό πλαίσιο ευθανασίας σε εγκληματίες γενικότερα. Η εξήγηση αυτής της αντίφασης άπτεται στην κοινή πεποίθηση ότι κανένας θνητός δεν μπορεί να επέμβει στο δικαίωμα της ζωής κάποιου άλλου αλλά ένα οργανωμένο κράτος δύναται να επιβάλλει τέτοιες ποινές με νόμους.

Σημαντικό ρόλο στην απόφαση της ευθανασίας διαδραματίζει και το συγγενικό περιβάλλον του ασθενούς. Στην παθητική ευθανασία (από τη στιγμή που ο ασθενής δεν μπορεί να εκφράσει τη βούλησή του) η οικογένεια έχει τον πρώτο λόγο επηρεάζοντας πολλές φορές τους ιατρούς. Οι περισσότεροι ερωτώμενοι δήλωσαν ότι προσπαθούν να μην εμπλέκονται συναισθηματικά με το οικείο περιβάλλον του ασθενούς και ότι κρατούν ουδέτερη στάση με σκοπό να μην επηρεάζονται από αυτούς. Πιστεύουν ότι πολλές φορές οι συγγενείς για να νοιώσουν οι ίδιοι ότι έχουν καταβάλλει κάθε δυνατή προσπάθεια, «εκβιάζουν» τον θεράποντα ιατρό να προβεί σε ενέργειες και πράξεις για τις οποίες ούτε ένδειξη υπάρχει αλλά και δεν διαφοροποιείται κάτι στην έκβαση του ασθενούς. Έτσι κι αλλιώς σε περίπτωση ευθανασίας του ασθενούς οι ιατροί δεν ενημερώνουν τους συγγενείς αφού δεν υπάρχει και η νομική κάλυψη. Για αυτό ένα μεγάλο ποσοστό ενεργεί σύμφωνα με τις επιθυμίες τους όταν πρόκειται για τη διατήρηση της ζωής. Στην ουσία, όμως, η τελική επιλογή προέρχεται από τους ίδιους τους ιατρούς, όπως και ξεκάθαρα υποστηρίχθηκε από τους περισσότερους.

Στη διεθνή βιβλιογραφία οι απόψεις δίστανται. Σε έρευνα που διεξήχθη το 1996 στην Αυστραλία από τους Waddell και συνεργάτες προς διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τις αποφάσεις των ιατρών σε ασθενείς χωρίς προσδόκιμο επιβίωσης, κατέληξαν στα συμπεράσματα ότι οι επαγγελματίες υγείας στην πλειοψηφία τους τηρούν τη βούληση του συγγενικού περιβάλλοντος και του ασθενούς και συνήθως δεν συμμορφώνονται με αίτημα του αρρώστου για υποβοήθησης αυτοκτονίας.

Αν και η παραπάνω έρευνα έλαβε χώρα σε μακρύ παρελθόντα χρόνο, αποτελεί κομβικό σημείο για τη νομοθεσία της Αυστραλίας. Το 1995 με πιλοτική μορφή νομιμοποιήθηκε η ευθανασία και το 1996 και η υποβοήθηση αυτοκτονίας. Το 1997, όμως, μετά από γενική δυσφορία στην κοινωνία της Αυστραλίας το Κοινοβούλιο με νέο νόμο απαγόρευσε κάθε μορφή ευθανασίας. (Australian Psychological Society, 2008)

Σε έρευνα του Dent (2006), για τη δυναμική του ιατρικού κατεστημένου και τις επιλογές των ασθενών αναφέρεται η ιατρικοκεντρικότητα του ελληνικού χώρου υγείας. Ανέκαθεν, οι σχέσεις μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς στον ελλαδικό χώρο, ο ιατρός ήταν εκείνος που κατεύθυνε τη θεραπευτική αγωγή και αποφάσιζε.

Νοοτροπία που αναδύεται από τις απαντήσεις των περισσότερων ιατρών. Έρευνες που διεξήχθησαν στην Ισπανία και τη Γαλλία από τους Esteban και συνεργάτες (2001), και τους Ferrand και συνεργάτες (2001) αντίστοιχα για τη συναίνεση του ασθενούς και των οικείων του στο θέμα διατήρησης (withholding) ή απόσυρσης (withdrawal) της θεραπευτικής αγωγής, ειδικά σε περιστατικά της ΜΕΘ, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι κατά κύριο λόγο η τελική απόφαση επαφίεται στη διακριτική ευχέρεια του ιατρού. Αντίθετα, παλαιότερη μελέτη από τον Vincent (1990), στα 590 μέλη της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Εντατικής Θεραπείας υποστηρίζει ότι η πλειοψηφία των εντατικολόγων ακολουθεί τις επιταγές του ασθενούς και ιδιαίτερα των συγγενών του (γιατί στη ΜΕΘ οι περισσότεροι ασθενείς δεν έχουν επικοινωνία με το περιβάλλον) ειδικά στις περιπτώσεις που υποστηρίζεται η διατήρηση της αγωγής.

Αν και οι παραπάνω μελέτες φαίνεται να καταλήγουν σε αντιφατικά συμπεράσματα, υπάρχει ένα κοινό σημείο, της σχεδόν καθολικής συμμόρφωσης των ιατρών στις επιθυμίες των συγγενών όταν αφορά στη διατήρηση της θεραπευτικής αγωγής. Απάντηση που δόθηκε και από τους ερωτώμενους στη συνέντευξη.

Κεντρικός και αναμενόμενος είναι ο ρόλος του ιατρού στην ευθανασία με οποιοδήποτε χαρακτηρισμό εκείνη φέρει (απόσυρση της αγωγής, εκούσια ή ακούσια). Αυτή η μεταστροφή από τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής του «θεραπεύειν» φέρει σημαντικές ψυχολογικές συνέπειες στους συμμετέχοντες ιατρούς.

Πολλοί από τους επαγγελματίες υγείας δήλωσαν ότι δεν είναι εύκολη η λήψη μιας τέτοιας απόφασης όπως η ευθανασία και παρόλο που υπάρχει η πεποίθηση ότι σε κάποιες περιπτώσεις είναι το σωστό, επιθυμούν τη ψυχολογική υποστήριξη. Μιλώντας σε θεωρητική βάση, αφού ποτέ δεν έχουν προβεί σε ενεργητική ευθανασία ή υποβοήθηση αυτοκτονίας, πιστεύουν ότι σε ασθενείς με πλήρη συνείδηση είναι πιο δύσκολο να διαχειριστούν τις όποιες ψυχολογικές συνέπειες και είναι πιο έντονη η ανάγκη για ψυχολογική βοήθεια σε αντίθεση με περιστατικά παθητικής ευθανασίας.

Όπως αναφέρει ο Kenneth (2006), η American Medical News σε δημοσίευμα της, το 1997, υπογραμμίζει τα παρακάτω σχόλια του Pieter Admiral, ηγέτη του κινήματος της ευθανασίας στην Ολλανδία: «Ποτέ δεν θα σου γίνει συνήθεια να σκοτώνεις κάποιον. Δεν είμαστε εκπαιδευμένοι να σκοτώνουμε. Με την ευθανασία, οι εφιάλτες

σου γίνονται πραγματικότητα». Ο Kenneth (2006) σε έρευνα του συγκέντρωσε και αρχειοθέτησε άρθρα από ιατρικά περιοδικά και νομικές έρευνες για την ευθανασία από την εποχή που νομιμοποιήθηκε για πρώτη φορά, στο Όρεγκον το 1997, έως το 2006 και υποστήριξε ότι η συμμετοχή των ιατρών στην ευθανασία ή την υποβοηθούμενη αυτοκτονία έχει αρνητικές συνέπειες για το εμπλεκόμενο ιατρικό προσωπικό. Η αιτία είναι ότι οι ιατροί αναλαμβάνουν την τελική ευθύνη για την πρόκληση του θανάτου του ασθενούς. Υπάρχει τεράστιο βάρος στη συνείδηση τους, ανάμεικτα συναισθήματα και ψυχολογικό κόστος. Κάποιοι, μάλιστα, περιέγραψαν συναισθήματα απομόνωσης, ειδικά μετά από υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Στο Όρεγκον, πολλοί ιατροί ζήτησαν να απέχουν κατά τη στιγμή της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας.

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα της παρούσης εργασίας, στην πλειοψηφία τους, σχεδόν ταυτίζονται με τα συμπεράσματα του Kenneth (2006). Βέβαια, υπήρξε και ένα μικρό ποσοστό που θεωρεί περισσότερο ψυχοφθόρα τη διατήρηση στη ζωή ατόμων εγκεφαλικά νεκρών.

Η παραπάνω δήλωση, στην πραγματικότητα, δεν αντιφάσκει, ούτε στη μελέτη του Kenneth (2006), ούτε στις δηλώσεις των υπολοίπων, αφού ως μεγαλύτερο ψυχολογικό κόστος αναφέρεται η υποβοήθηση αυτοκτονίας κι όχι η παθητική ευθανασία. Η περίπτωση που διαφέρει είναι όταν το θέμα της ευθανασίας αφορά παιδιά. Ακόμη και ιατροί που ισχυρίστηκαν στις συνεντεύξεις ότι δεν θα έχριζαν ψυχολογικής υποστήριξης σε περιστατικά ευθανασίας, όταν αφορά παιδιά, διαφοροποιούν την απάντησή τους. Μελέτη στην Ολλανδία, όπου ,και αριθμούνται αρκετές περιπτώσεις ευθανασίας σε παιδιά, από τον Vrakking (2006) αναφέρει ότι η απόφαση για τον τερματισμό της ζωής ενός σοβαρά άρρωστου παιδιού είναι οριστική και μη αναστρέψιμη και ως εκ τούτου δημιουργεί ένα δυσβάσταχτο βάρος στους ιατρούς. Οι περισσότεροι ιατροί στην Ολλανδία έχουν αντιταχθεί σε μια τέτοια απόφαση με δικαιολογία την ηθική πλευρά της ζωής.

Το 2008 ο Kitching και συνεργάτες, πραγματοποίησαν μια έρευνα με σκοπό την εμπειριστατωμένη γνώμη σχετικά με τα ηθικά ζητήματα που μπορεί να προκύψουν εάν νομιμοποιηθεί η υποβοηθούμενη αυτοκτονία ή η ευθανασία στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η μελέτη ακολούθησε την μέθοδο ανώνυμων ερωτηματολογίων κλειστού

τύπου σε 435 φοιτητές της ιατρικής. Το δείγμα αποτέλεσαν μόνο φοιτητές ως εν δυνάμει ιατροί που θα συμμετέχουν σε λήψεις αποφάσεων για ευθανασία ασθενών. Συνολικά στη στάση τους ήταν ουδέτεροι απέναντι στη νομιμοποίηση της ευθανασίας ή της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Στο ενδεχόμενο, όμως, νομιμοποίησης τους, υπήρξε ισχυρή υποστήριξη για μια πιο διεπιστημονική προσέγγιση του θέματος από τον πρώτο χρόνο φοίτησής τους με τη συμμετοχή ιατροδικαστή ως διδάσκοντα.

Η εκπαίδευση των Ελλήνων ιατρών σύμφωνα με τις δηλώσεις των ερωτώμενων στη συντριπτική τους πλειοψηφία δεν περιλαμβάνει καθόλου μαθήματα ιατρικής δεοντολογίας και βιοηθικής σε θέματα που αφορούν στην ευθανασία. Παρόλα αυτά οι περισσότεροι τίθενται υπέρ της ευθανασίας, παθητικής δηλαδή της διακοπής υποστηρικτών μέσων για ασθενείς που δεν παρουσιάζουν κανένα προσδόκιμο επιβίωσης ή της απόφασης για μη ανάνηψης, αλλά και ενεργητικής υπό αυστηρές προϋποθέσεις. Καταρχάς είναι αποδεκτό ότι ο ιατρός δεν μπορεί να βασίζεται στην τύχη, δηλαδή εάν θα γίνει κάποτε θαύμα. Έτσι δεν ασκεί ιατρική. Επίσης πολλοί επαγγελματίες υγείας αναγνώρισαν το δικαίωμα του ασθενούς να αποφασίζει για τη ζωή του και να διατηρεί την αξιοπρέπειά του και στο θάνατο. Βασικό όρο, όμως, αποτελεί για κάποιους η συνειδητή συγκατάθεση του ασθενούς μετά από λεπτομερή ενημέρωση του από το κατάλληλο ειδικευμένο ιατρικό προσωπικό και σύμφωνα με την αρμόζουσα νομική κάλυψη. Η απουσία νομοθετικής ρύθμισης από την πλευρά της ελληνικής πολιτείας, όπως αναφέρεται από αρκετούς, προκαλεί ενδοιασμούς στους ιατρούς στις όποιες αποφάσεις τους. Βέβαια υπήρξε και μια μικρή μερίδα που κρατάει ουδέτερη στάση απέναντι στην ευθανασία ή τίθεται κατά για το λόγο ότι την αντιμετωπίζει ως καταδίκη σε θάνατο.

Το νομικό μέρος της υπόθεσης απασχολεί αρκετά τους ιατρούς και αποτελεί τροχοπέδη στις όποιες ενέργειες τους. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, σύμφωνα με τον Finnikin (2014), αρκετοί ιατροί έχουν ανακριθεί από την αστυνομία για την πιθανότητα συμμετοχής τους σε θάνατο ασθενούς. Αξιοσημείωτο πρόσφατο περιστατικό αποτελεί ο ιατρός του Daniel James, ενός 23χρονου άνδρα, ο οποίος ήταν παράλυτος στην αριστερή πλευρά μετά από αγώνα ράγκμπι που αμφισβητήθηκε αλλά τελικά δεν κατηγορήθηκε ότι γνώριζε και βοήθησε στο σχέδιο του James να ταξιδέψει στην κλινική Dignitas για τον τερματισμό της ζωής του. Μετά από αυτό, ο General Medical Council, GMC (Ιατρικός Σύλλογος της Αγγλίας), (2013), εξέδωσε

κατευθυντήριες οδηγίες για τη μη συμμετοχή των ιατρών σε ενθάρρυνση ή σε βοήθεια ασθενών να αυτοκτονήσουν. (General Medical Council, 22/12/2014)

Η πρακτική της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας από τον ιατρό σε νομική βάση στην Ολλανδία είναι ρυθμισμένη αρκετά χρόνια. Έρευνα που ολοκληρώθηκε το 2013 από τον Kouwenhoven και συνεργάτες για την αξιολόγηση του καθεστώτος της ευθανασίας από τη μεριά των Ολλανδών ιατρών και νοσηλευτών και ακολούθησε την ποιοτική έρευνα σε επιλεγμένους ερωτώμενους, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι επαγγελματίες υγείας υποστήριζαν το νόμο μετά από χρόνια νόμιμης ευθανασίας.

Η Ολλανδία, αν και πρωτοπόρος στη νομιμοποίηση της ευθανασίας, φρόντισε να ενσωματώσει στις διατάξεις του νόμου αυστηρά κριτήρια για τη δέουσα φροντίδα στον ασθενή και προϋποθέσεις υπό τις οποίες δεν τιμωρείται ο ιατρός που προβαίνει σε ευθανασία. Τα κριτήρια για τη δέουσα προσοχή απαιτούν ο ασθενής να υποφέρει αφόρητα χωρίς προοπτική βελτίωσης, να ενημερώνεται για την κατάσταση του, να μην υπάρχουν εύλογες εναλλακτικές λύσεις που να απαλύνουν τον πόνο, να ενημερώνεται και να συμμετέχει άλλος ένας ανεξάρτητος ιατρός, να υπάρχει μόνο εθελοντικό (voluntary) αίτημα του ασθενούς και η ευθανασία να γίνεται με την απαραίτητη ιατρική φροντίδα και προσοχή. Προϋποθέσεις που στο σύνολο τους ειπώθηκαν από τους περισσότερους ιατρούς στις συνεντεύξεις και τους βρίσκουν σύμφωνους σε περίπτωση νομιμοποίησης της ευθανασίας. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και η Parra και συνεργάτες σε έρευνα που έλαβε χώρα το 2008 στην Ελλάδα για τη θέση των ιατρών και των νοσηλευτών απέναντι στην ευθανασία. Αν και βρίσκει την πλειοψηφία των συμμετεχόντων να διαφωνούν με την ευθανασία ή την υποβοηθούμενη αυτοκτονία από τον ιατρό, αποδίδει αυτόν τον αρνητισμό στο γεγονός ότι οι εν λόγω πράξεις στην Ελλάδα είναι παράνομες.

Ενδιαφέρουσα είναι η άποψη μιας ιατρού στην παρούσα μελέτη, που ενώ τίθεται υπέρ της ευθανασίας, αποκλείει το ενδεχόμενο να προβεί σε μια τέτοια ενέργεια σε υποψήφιο δότη οργάνων. Στην πραγματικότητα, όμως, περιστατικά που έλαβαν χώρα στο Βέλγιο αποδεικνύουν ότι η ευθανασία μπορεί να αποτελέσει στάδιο πριν τη δωρεά οργάνων.

Ο Ysebaert και συνεργάτες (2009), περιγράφουν τέσσερις υποθέσεις ευθανασίας στις οποίες αμέσως μετά ακολούθησε και δωρεά οργάνων. Τέσσερις ασθενείς (τρεις στην Αμβέρσα και ένας στη Λιέγη) αφού έγινε δεκτό το αίτημα τους για ευθανασία, εξέφρασαν τη βούληση τους να γίνουν δότες οργάνων. Η ηλικία τους ήταν μεταξύ 43 και 50 ετών και έπασχαν από εκφυλιστικές νευρολογικές νόσους. Η Εθνική Επιτροπή Δεοντολογίας του Βελγίου που ασχολείται με αυτά τα θέματα θεώρησε απαραίτητη τη γραπτή συγκατάθεση του δότη και των συγγενών του και έκρινε ότι έπρεπε να ακολουθηθούν ξεχωριστές διαδικασίες για κάθε ενέργεια και με διαφορετικό προσωπικό. Πράγματι, η ενδοφλέβια διαδικασία της ευθανασίας έγινε σύμφωνα με το πρωτόκολλο, δηλαδή, σε θάλαμο με την παρουσία συγγενών. Σε μέλη από την ομάδα μεταμοσχεύσεων δεν επιτράπηκε η είσοδος. Ο θάνατος δηλώθηκε από τρεις ανεξάρτητους ιατρούς μετά από δέκα λεπτά απουσίας καρδιακής δραστηριότητας και ευθύς μετά οι ασθενείς μεταφέρθηκαν στο χειρουργείο. Η κατανομή των οργάνων πραγματοποιήθηκε από τη Eurotransplan στο Βέλγιο και τις Κάτω Χώρες όπου επιτρέπεται η ευθανασία.

Μετά την επιτυχή ολοκλήρωση και των τεσσάρων περιστατικών, οι εμπλεκόμενοι ιατροί, οι ομάδες μεταμόσχευσης και η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής του Βελγίου γνωμοδότησαν ότι το αίτημα για δωρεά οργάνων μετά την ευθανασία δεν πρέπει να αρθεί. Η δυναμική που μπορεί να δώσει στις μεταμοσχεύσεις για το Βέλγιο και τις Κάτω Χώρες είναι πολύ σημαντική δεδομένου ότι τα ποσοστά ασθενών με εκφυλιστικές νευρολογικές νόσους που στρέφονται στην υποβοήθηση αυτοκτονίας, μόνο στο Βέλγιο, φθάνουν το 9,5% όλων των περιπτώσεων ευθανασίας. Καταλήγουν ότι είναι αναγκαίος ο διαχωρισμός του αιτήματος ευθανασίας και του πρωτοκόλλου που τηρείται από τη διαδικασία δωρεάς οργάνων προς αποφυγή εκμετάλλευσης. (Detry et al., 2008)

6. Συμπεράσματα

Το δικαίωμα διάθεσης της ζωής του από το ίδιο το άτομο από τη φύση του αποτελεί περιοχή συγκρούσεων τόσο επιστημονικά όσο και ηθικά. Η επιλογή του τέλους της ζωής αφορά όχι μόνο το άτομο αλλά και την ίδια την κοινωνία στην οποία ζει αφού η ύπαρξη του ενός είναι άρρηκτα δεμένη με την ύπαρξη του άλλου. Στην ουσία προκύπτει μια «κοινωνικοποίηση» ενός προσωπικού ζητήματος για το οποίο αναζητούνται λύσεις για να συγκεραστούν τα αντιτιθέμενα συμφέροντα. Κοινό γνώρισμα των δύο πλευρών αναδεικνύεται η εξασφάλιση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και γενικότερα της προστασίας του ατόμου.

Οι χώρες που τόλμησαν να νομιμοποιήσουν την ευθανασία φρόντισαν να θέσουν αυστηρά κριτήρια και ασφαλιστικές δικλείδες για την αποφυγή λαθών και κατάχρησης. Στην Ολλανδία και το Βέλγιο που απαριθμούν τις περισσότερες περιπτώσεις ευθανασίας, ο ασθενής πρέπει να λάβει λεπτομερείς πληροφορίες για τη διάγνωση, για τις προοπτικές και τις επιλογές θεραπείας. Ο θεράπων ιατρός πριν συμμορφωθεί με το αίτημα της ευθανασίας οφείλει να συμβουλευτεί άλλον συνάδελφο, ο οποίος δεν συνδέεται με το συγκεκριμένο περιστατικό. Ειδικά στο Βέλγιο ζητείται η γνώμη ενός δεύτερου ιατρού εάν υπάρχει πιθανότητα ο ασθενής να πεθάνει με φυσικό τρόπο μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα (Deliens and Wal, 2003)

Όσον αφορά στη νομολογία του ΕΔΔΑ και των Ανωτάτων Δικαστηρίων των ΗΠΑ και Καναδά παρατηρήθηκε απουσία δικαστικού ακτιβισμού και επίκληση του περιθωρίου εκτίμησης. Παρόλα αυτά υπήρξαν γνώμες (της μειοψηφίας) που υποστήριξαν την συμπορεύουσα θεώρηση των θεμελιωδών ατομικών δικαιωμάτων σε όλους έναντι του δημοσίου συμφέροντος.

Η ελληνική νομοθεσία απορρίπτει την ενεργητική ευθανασία ως πράξη άδικη και την παθητική όταν δεν υπάρχει έγκυρη και έγκαιρη δήλωση της βούλησης του ασθενούς.

Μόνο στο ΚΙΔ αναγνωρίζεται το δικαίωμα του ιατρού να μην προβεί σε ενέργειες παράτασης της ζωής με τεχνητά μέσα ύστερα από έκκληση του ασθενούς και να τον αφήσει να καταλήξει με ανακουφιστική αγωγή (συνήθως καταστολή). Για την ΕΑΡC, όμως, αυτό δεν αποτελεί παθητική ευθανασία αλλά παρηγορητική φροντίδα σε τελικού σταδίου ασθενείς. Την απάντηση σε αυτή τη διαμάχη δίνει μια μελέτη του Rietjens και συνεργάτων (2006).

Σύμφωνα με τους συγγραφείς η παρηγορητική φροντίδα και η ευθανασία εφαρμόζονται και οι δύο για την αποφυγή ταλαιπωρίας των ασθενών στο τέλος της ζωής τους. Ωστόσο η παρηγορητική φροντίδα στοχεύει στην αντιμετώπιση σοβαρών και ψυχολογικών συμπτωμάτων σε ασθενείς που ίδιοι αλλά και οι συγγενείς τους δεν μπορούν να διαχειριστούν τον επικείμενο θάνατο. Αντίθετα, η ευθανασία απευθύνεται σε ασθενείς που έχουν έντονα αντιληπτή την απώλεια αξιοπρέπειας κατά την τελευταία φάση της ζωής τους και θεωρούν τον έλεγχο του θανάτου τους διαδικασία υψίστης σημασίας. Εξάλλου και νόμοι που έχουν ψηφιστεί για τη νομιμοποίηση της ευθανασίας περιέχουν τη λέξη αξιοπρέπεια. Ενώ, λοιπόν, πολλοί ιατροί στην παρούσα έρευνα φάνηκε να περιγράφουν περιστατικά παθητικής ευθανασίας κατά τη διάρκεια άσκησης των καθηκόντων τους, πολλά από αυτά αποτελούσαν παρηγορητική φροντίδα στο τελευταίο στάδιο ανίατης ασθένειας.

Κατά την εξέταση του ζητήματος της ενεργητικής ευθανασίας, η εικόνα είναι τελείως διαφορετική. Στην Ελλάδα, ούτε τους ιατρούς αλλά ούτε και την κοινωνία γενικότερα απασχόλησαν τέτοιας φύσης περιστατικά. Η ελληνική νομολογία έως τώρα έχει να επιδείξει την πολύκροτη δίκη του Μονσελά στη δεκαετία του '90 με καταδίκη. Η αιτία αυτής της χαμηλής «ζήτησης» στο θέμα της ενεργητικής ευθανασίας οφείλεται σύμφωνα με τον Cohen και συνεργάτες (2006), στη θρησκευτική πίστη πρωτίστως και ακολουθούν οι ηθικές αξίες (δηλαδή, η πίστη στο δικαίωμα αυτοδιάθεσης). Οι Μεσογειακές χώρες (ειδικά η Μάλτα, η Ελλάδα και η Τουρκία) και η Ρουμανία είχαν αξιοσημείωτα χαμηλή αποδοχή της ευθανασίας σε αντίθεση με την Ολλανδία, τη Δανία και τη Σουηδία, όπου έτεινε να είναι υψηλή.

Αυτή η συμπεριφορά συγκράτησης στο θέμα της ευθανασίας από την ελληνική κοινωνία αποδεικνύεται στη στάση που κρατείται σήμερα στην κα Κική Τσακίρη. Στις 17 Νοεμβρίου 2014, με αφορμή το θάνατο της 29χρονης Μπρίτανι Μείναρντ που

μετέφερε τα δικαιώματα της από τη Καλιφόρνια στο Όρεγκον ώστε να έχει πρόσβαση σε θανατηφόρο ουσία με σκοπό την υποβοήθηση αυτοκτονίας, η εφημερίδα «Πρώτο Θέμα» δημοσίευσε τη συνέντευξη της ελληνίδας που αναζητά εδώ και χρόνια πρόσβαση στο δικαίωμα της ευθανασίας. (Πρώτο Θέμα, 19/12/2014)

Η κα Κική Τσακίρη πάσχει από τη νόσο Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS, Πλάγια Μυατροφική Σκλήρυνση) και βρίσκεται σε αναπηρικό καρότσι από το 2000. Το μόνο που μπορεί να κινήσει είναι τα μάτια της. Έχει κάνει δύο αιτήματα για υποστήριξη στην επιθυμία της να θέσει τέρμα στη ζωή της, ένα στον Πρόεδρο της Δημοκρατίας και ένα στο Υπουργείο Υγείας, αλλά δεν έχει πάρει απάντηση από κανέναν. Η μόνη διέξοδος που έχει είναι να μεταβεί στη κλινική Dignitas στην Ελβετία. Το κόστος ανέρχεται στα 25.000 ευρώ, τα οποία δεν διαθέτει. (Πρώτο Θέμα, 19/12/2014)

Ένα άλλο θέμα που τέθηκε υπό έρευνα ήταν η συμμόρφωση των ιατρών στις επιθυμίες των συγγενών όταν ο ασθενής δεν έχει δυνατότητα επικοινωνίας. Αν και η διεθνής βιβλιογραφία δίσταται πάνω σε αυτό το θέμα, συμφωνεί όπως και οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας στην έρευνα να ακολουθούν τις επιταγές των οικείων των ασθενών όταν αυτές αφορούν στη διατήρηση της ζωής. Οποιαδήποτε άλλη ενέργεια θα μπορούσε να τους φέρει ενώπιον της δικαιοσύνης, ακόμη κι αν δεν υπήρχαν ελπιδοφόρες προοπτικές για τον άρρωστο.

Σημαντικό, αλλά όχι τόσο πολύ συζητημένο θέμα αποτελούν οι ψυχολογικές επιπτώσεις που μπορεί να έχει η πράξη της ευθανασίας στους ίδιους τους ιατρούς. Από την έρευνα που διεξήχθη με τις συνεντεύξεις, οι απόψεις διαφέρουν αρκετά μεταξύ τους. Όμως, όλοι στην ουσία μιλούσαν σε θεωρητική βάση. Στην Ολλανδία, που απαριθμεί αρκετά χρόνια εμπειρίας σε κάθε μορφή ευθανασίας (τα περισσότερα παγκοσμίως γιατί στο Όρεγκον απλά συνταγογραφείται χωρίς απαραίτητα να χορηγείται από τον ιατρό η θανατηφόρα ουσία), οι ιατροί αναφέρουν αρνητικές ψυχολογικές συνέπειες, ιδιαίτερα όταν αφορά παιδιά. Πέρα από τη προστασία των ασθενών, η νομοθεσία οφείλει να προστατέψει και τους ιατρούς έτσι ώστε να μην αντιμετωπίζονται ως εκτελεστικά όργανα.

Κενό, από τη μεριά της πολιτείας, επίσης, αναδεικνύεται και στην εκπαίδευση των ιατρών. Νομιμοποιημένη ή όχι η ευθανασία, το εκπαιδευτικό σύστημα είτε της

Ελλάδας είτε οποιασδήποτε άλλης χώρας που παράγει επαγγελματίες υγείας, οφείλει να εντάξει στον κύκλο σπουδών τους μαθήματα βιοηθικής, ειδικά μετά την τεράστια επιστημονική εξέλιξη που σημειώνεται τα τελευταία χρόνια στο χώρο της υγείας.

Παρόλα αυτά οι περισσότεροι ιατροί διάκινται θετικά προς τη νομιμοποίηση της ευθανασίας. Δείχνουν να ξεπερνούν πιο εύκολα το ηθικό κομμάτι αλλά παρουσιάζονται επιφυλακτικοί στη νομική πλευρά της υπόθεσης. Καθολική, σχεδόν, απαίτηση είναι να υπάρχει η συναίνεση του ασθενούς. Γεγονός που στην πραγματικότητα άρει το δικαίωμα σε έναν αξιοπρεπή θάνατο σε ασθενείς που δεν έχουν επικοινωνία αλλά εικάζεται από τους συγγενείς τους η επιθυμία του. Στην Ολλανδία και το Βέλγιο, σε τέτοιας φύσης περιστατικά, αίτημα κάνουν οι οικείοι των ασθενών και στη συνέχεια ακολουθείται η συνήθης διαδικασία υπό αυστηρά κριτήρια.

Υπέρ ή κατά στη νομιμοποίηση της ευθανασίας, οφείλει να γίνει παραδεκτό ότι, μέσω της δωρεάς οργάνων, υπάρχει η δυνατότητα να σωθούν άλλοι ασθενείς. Αν και σκληρή παραδοχή έναντι της ηθικής πλευράς, οι μεταμοσχεύσεις αποτελούν κομμάτι της επιστήμης και της ζωής γενικότερα εδώ και πολλά χρόνια. Εξάλλου, το ίδιο σκληρή είναι και η δωρεά από νεαρό δότη, εγκεφαλικά νεκρό μετά από τροχαίο. Απαραίτητη μέριμνα, όμως, είναι τα αυστηρά κριτήρια επιλογής αυτών των ατόμων, αναλογιζόμενοι το παράνομο εμπόριο οργάνων που έχει αναπτυχθεί σε αρκετές χώρες.

Η ευθανασία χαρακτηρίζεται από μια δυναμική ανομοιομορφη από χώρα σε χώρα και από κοινωνία σε κοινωνία. Παρόλα αυτά, η διασφάλιση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας είναι η κεντρική ιδέα όλων, υποστηρικτών και μη της ευθανασίας. Ένα πρώτο βήμα με αμοιβαίες υποχωρήσεις μπορεί να αποτελέσει η παραδοχή της βοήθειας κατά το θάνατο έναντι της βοήθειας προς το θάνατο.

Η παρηγορητική φροντίδα και η υιοθέτηση των DNRs είναι επιλογές αποδεκτές σχεδόν και από τις δύο πλευρές, που μπορούν να μετριάσουν την ένταση γύρω από τη διαμάχη για την ευθανασία. Σε καμία περίπτωση, όμως, δεν πρέπει να γίνει δεκτή λύση η ανοχή της και τα παραπάνω μέτρα είναι περιστασιακά. Οι νέες εξελίξεις στην

ιατρική επιβάλλουν ρυθμίσεις από τη νομική και από την ηθική σκοπιά, που να εγγυώνται την υλοποίηση των αξιών για κάθε περίπτωση.

Στη συγκεκριμένη έρευνα το δείγμα ήταν μικρό και σίγουρα θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι δεν αντιπροσωπεύει την πλειοψηφία των Ελλήνων ιατρών. Επίτηδες, όμως, η επιλογή των συμμετεχόντων έγινε από ειδικότητες που αντιμετωπίζουν εξαιρετικά βαριά περιστατικά με άσχημη πρόγνωση, έτσι ώστε τα αποτελέσματα της μελέτης να προέρχονται από άτομα που βιώνουν τον ανθρώπινο πόνο στο εργασιακό τους περιβάλλον καθημερινά. Η τριβή ενός ορθοπεδικού ή ενός γυναικολόγου με ανίατες καταστάσεις δεν μπορεί να συγκριθεί με την επαφή των εντατικολόγων και των νευροχειρουργών. Πράγματι οι ερωτώμενοι ανέφεραν το θέμα της αξιοπρέπειας κατά τον θάνατο, τους αφόρητους πόνους και φυσικά τον εγκεφαλικό θάνατο, και τάχθηκαν οι περισσότεροι υπέρ της ευθανασίας. Αλλά ακόμη κι αν είχαν υποστηρίξει το αντίθετο, ένα δημοκρατικό κράτος οφείλει να λάβει υπόψιν του ότι υπάρχουν άνθρωποι σαν την κα Κική Τσακίρη που υποφέρουν και αναμένουν αγωνιωδώς το θάνατο που έρχεται. Μπορεί να αποτελούν ένα μικρό κομμάτι του πληθυσμού αλλά δικαιούνται την αυτοδιάθεση της ζωής τους. Και ο μόνος τρόπος να το καταφέρουν είναι η δημιουργία ενός νομικού πλαισίου που θα επιτρέπει την ευθανασία υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

Βιδάλης Γ, (2007), (α) *Βιοδίκαιο, Πρώτος τόμος: Το πρόσωπο*, Δημοσιεύματα Ιατρικού δικαίου και Βιοηθικής, 6, Εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη.

Βούλγαρης Ε, (2005), *Διατριβή περί ευθανασίας*, μτφ. – επιμ. Δημολιάτης Γ, Γαλανάκης Μ, Εξάντας, Αθήνα.

Βούλτσος Π, Τσούγκας Μ, Ευθανασία: ένα νομοθετικά ακάλυπτο, πολύπτυχο και οριακό ζήτημα, *Ιατρικό Βήμα* 2008, 115: 76-79.

Γιαννακόπουλος ΠΕ, *Λεξικό της Αρχαίας ελληνικής Γλώσσας*, Πελεκάνος, Αθήνα.

Δημητρόπουλος ΓΑ, (2004), *Συνταγματικά Δικαιώματα*, τ. ΙΙΙ, Ι΄ Έκδοση, Σάκκουλα, Αθήνα.

Διαδικτυακός τόπος Πρώτο Θέμα <http://www.protothema>, Η Ελληνίδα που θέλει να κάνει ευθανασία, <http://www.protothema.gr/greece/article/427118/i-ellinida-pou-thelei-na-kanei-euthanasia/> (19/12/2014)

Διαδικτυακός τόπος Το Βήμα <http://www.tovima.gr>, Ολλανδία: Ευθανασία κατ' οίκον <http://www.tovima.gr/world/article/?aid=446615> (28/05/14)

Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, 2007, *Θέσεις για σύγχρονα προβλήματα, Κείμενα 2000-2007*, επιμ. Μαριάννα Δρακοπούλου, Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα.

Καραβοκύρης Γ, (2010), *Περί του δικαιώματος στο θάνατο*. ΕφημΔΔ, σελ. 114-121.

Καράμπελας ΔΛ, (1987), *Η Ευθανασία και το Δικαίωμα στη Ζωή και στο Θάνατο*, Εκδοτική Εστία, Αθήνα.

Κοεμτζόπουλου Λ, «Ευθανασία», Δημοσιεύματα του Ελληνικού Τμήματος της Διεθνούς Εταιρίας Κοινωνικής Άμυνας, Συζήτηση στρογγυλής τραπέζης, Θεσσαλονίκη, 1996.

Κουτουμάνος Α, (2005), *Το Ολοκαύτωμα: Παράσημα, προνόμια αλλά και... θάνατο στους αναπήρους*, διαθέσιμο <http://www.noesi.gr/book/export/html/539>, ημερ. δημοσίευσης 15/1/2005.

Κωνσταντινίδη Π, (2007), *Ευθανασία*, Σάκκουλα, Αθήνα.

Λυπουρλής Δ, (μτφ), (2001), *Ιατρική δεοντολογία, Νοσολογία, Ζήτρος*, Θεσσαλονίκη.

Μανιτάκης Αντώνης, *Βιοηθική και Σύνταγμα*. (Γνώμη). *Το Σύνταγμα 2000* 26: 233-238.

Μαντζούκας Σ, Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα, Η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση. *Νοσηλευτική*, 2007, 46(1):88-98

Μιχάλης Κ, (1984), *Ευθανασία*, ΠΑΠΥΡΟΣ ΛΑΡΟΥΣ ΜΠΡΙΤΑΝΝΙΚΑ, τ. 25, Πάπυρος, Αθήνα.

Παναγόπουλος Ε, (2003), *Ορισμός και ιστορική εξέλιξη, Αρχές ιατρικής ηθικής - Όρκος Ιπποκράτη*, πρακτικά Επιστημονικού Συμποσίου για την Ευθανασία, Ειδική Συνοδική Επιτροπή Βιοηθικής Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος, Το πρόβλημα της ευθανασίας, Αποστολική Διακονία, Αθήνα.

Πλάτων, Πολιτεία, μτφ Θεόδωρος Μαυρόπουλος (2006), 1η έκδ, Ζήτρος, Θεσσαλονίκη.

Πλούταρχος, *Βίοι Παράλληλοι - Λυκούργος*, μτφ. Σπυρίδωνος Μαγγίνα, σειρά Βιβλιοθήκη των Ελλήνων, Ελληνικός Εκδοτικός Οργανισμός.

Πρωτοπαπαδάκης Ε, *Ενεργητική και Παθητική Ευθανασία*:

Υπάρχει ηθική διαφοροποίηση. Φιλοσοφία και Παιδεία 2008, 47-48: 23-26, διαθέσιμο σε <http://www.protoparadakis.gr/articles.htm>

Ράϊκος ΓΑ, (2002), *Συνταγματικό Δίκαιο - Θεμελιώδη Δικαιώματα*, τ. ΙΙ, δεύτερη έκδοση, Σάκκουλα, Αθήνα - Κομοτηνή.

Ρηγάτος Γ, *Ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα στο τέλος της ζωής, Ηθική και Δεοντολογία της υγείας*, επιμ. Παναγοπούλου- Κουτνατζή Φ, Πασχαλίδης, Άθινα.

Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε, (1996), *Το πρόβλημα της ευθανασίας, άρθρο σε Μνήμη ΙΙ Ι. Δασκαλόπουλου, Κ. Σταμάτη, Χρ. Μπάκα, Μελέτες Ποινικού Δικαίου*, επιμ.: Ν. Κουράκη, Σάκκουλα, Αθήνα.

Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε, (2007), *Η Ευθανασία στο Ποινικό Δίκαιο, Ευθανασία, Δημοσιεύματα Ιατρικού δικαίου και βιοηθικής 3*, Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη.

Τσιγκρής Άγγελος, (2001), *Πολύκροτες Δίκες- Τα εγκλήματα που συγκλόνισαν την Ελλάδα*, Σάκκουλα, Αθήνα- Κομοτηνή.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Austalia, Directorate of Social Issues, Psychological perspectives on euthanasia and the terminally ill, The Australian Psychological Society Ltd, 1996 (updated 2008).

Beck CT. Initiation into qualitative data analysis. (2003), The Journal of Nursing Education, 42(5):231-234.

Bernard HR, (2002), *Research Methods in Anthropology: Qualitative and quantitative methods*. 3rd edition. AltaMira Press ,Walnut Creek, California.

BiernackiP, Waldorf D, Snowball Sampling: Problems and Techniques of Chain Referral Sampling. *Sociological Methods Research*, 1981 10(2):141-163.

Callahan D, (2004), Bioethics. in: S.L. Post (Ed.) *Encyclopedia of bioethics*. vol. 1, 3rd edition. Macmillan Reference USA, New York.

Cohen Almagor Raphael, (2001), *The Right to Die with Dignity: An Argument in Ethics, Medicine, and Law*. New Brunswick, N.J.: Rutgers Univ. Press.

Cohen Almagor R, Belgian Euthanasia Law: A critical analysis. *Journal of Medical Ethics* 2009, 35 (7), 435- 440.

Cohen J, Marcoux I, Bilsen J, Deboosere P, van der Wal G, Deliens L, European public acceptance of euthanasia: socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries. *Soc Sci Med*, 2006 63(3):743-56.

Deliens L, Van der Wal G, The euthanasia law in Belgium and the Netherlands. *Lancet*, 2003 11, 362(9391):1239-40.

Dent M. Disciplining the medical profession? Implications of patient choice for medical dominance. *Health Sociology Review* 2006, Vol. 15, Medical Dominance Revisited, 458-468.

Detry O, Laureys S, Faymonville ME, De Roover A, Squifflet JP, Lamy M, Meurisse M. Organ donation after physician-assisted death. *Transpl Int*, 2008 21(9):915. doi: 10.1111/j.1432-2277.2008.00701.x.

Dolores Ma, Tongco C., Purposive Sampling as a Tool for Informant Selection. *Ethnobotany Research & Applications*, 2007 5:147-158

Dowbiggin I, A Prey on Normal People: C. Killick Millard and the Euthanasia Movement in Great Britain, 1930-55". *Journal of Contemporary History*, 2001 36 (1): 59–85.

Emanuel EJ, Fairclough DL, Emanuel LL, Attitudes and Desires Related to Euthanasia and Physician-Assisted Suicide Among Terminally Ill Patients and Their Caregivers. *JAMA* 2000, 284(19):2460-2468. doi:10.1001/jama.284.19.2460

Eser Albin, (1985), *Ιατρικό καθήκον διατήρησης της ζωής και διακοπή θεραπείας*, Σάκκουλα, Αθήνα- Κομοτηνή,

Esteban A, Gordo F, Solsona L, Alía I, Caballero J, Bouza C, Alcalá-Zamora J, Cook DJ, Sanchez JM, Abizanda R, Miró G, Fernández del Cabo MJ, De Miguel E, Santos JA, Balerdi B. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. *Intensive Care Medicine* 2001, 27(11):1744-1749

Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F, for the French LATAREA group, Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. *Lancet*, 2001 357(9249): 9-14.

Finnikin S, Assisted suicide: Would you participate? Published online before print February 14, 2014, doi:10.1177/1755738014523737, *InnovAiT* October 2014 vol. 7 no. 10595-602

Fontana A, Frey J, (1994), “Interviewing: The Art of Science”, στο *Handbook of Qualitative Research*, επιμ. Denzin και Lincoln, Sage Publications, Thousand Oaks.

Gardner Thomas, Anderson Terry , (2011), *Criminal Law*, Wadsworth, USA

Geertz C,(1973), *The interpretation of cultures*, Basic books, New York.

Glick Henry, (1992), *The right to die – Policy Innovation and its Consequences*, Columbia University Press, New York.

Groenewald T, A phenomenological research design illustrated. *International Journal of Qualitative Methods* 2004 3(1).

Harris J, (2001), *The Scope and Importance of Bioethics*. In Harris, J (Ed.), *Bioethics, Oxford readings in Philosophy*. Oxford University Press, United Kingdom.

Huberman M, Miles MB, (2002), *The Qualitative Researcher's Companion*, SAGE, USA.

Jaques H, BMA meeting: BMA members reject neutral stance on assisted dying. *BMJ* 2012, 344: e4448, doi: 10.1136/bmj.e4448.

Kitching M, Stevens AJ, Forman L. Views regarding physician-assisted suicide: a study of medical professionals at various points in their training. *Clinical Ethics March* 2008, 3(127): 33.

Kouwenhoven PS, Raijmakers NJ, van Delden JJ, Rietjens JA, Schermer MH, van Thiel GJ, Trappenburg MJ, van de Vathorst S, van der Vegt BJ, Vezzoni C, Weyers H, van Tol DG, van der Heide A, Opinions of health care professionals and the public after eight years of euthanasia legislation in the Netherlands: a mixed methods approach. *Palliat Med*, 2013 27(3):273-80. doi: 10.1177/0269216312448507.

Marshall M, Marshall MN, Sampling for qualitative research. *Family Practice* 1996, 13(6): 522-525.

Materstvedt L, Clark C, Ellershaw J, Førde R, Gravgaard AM, Müller-Busch HC, Porta i Sales J, Rapin CH, Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliat Med* 2003, 17:97–101.

Mayor S, New UK guidance on resuscitation calls for open decision making. *BMJ* 2001, 322(7285):509

Mays N. Assessing quality in qualitative research. *BMJ* 2000, 320:50

Merriam S, (2009), *Qualitative research: A guide to design and implementation*. Jossey-Bass, San Francisco, CA.

Miles MB, Huberman AM, (1994), *Qualitative Data Analysis*, Edition 2, SAGE
Thousand Oaks London, New Delhi.

Moustakas C, (1994), *Phenomenological research methods*, Sage, Thousand Oaks,
CA.

Parkinson G, Drislane R, (2011). Qualitative research, στο *Online dictionary of the
social sciences*, διαθέσιμο σε <http://bitbucket.icaap.org/dict.pl>

Parpa E, Mystakidou K, Tsilika E, Sakkas P, Patiraki E, Pistevou-Gombaki K, Govina
O, Vlahos L, Euthanasia and physician-assisted suicide in cases of terminal cancer:
the opinions of physicians and nurses in Greece. *Med Sci Law*, 2008 48(4):333-41.

Pope C, Mays N, (2000), *Qualitative Research in Health Care*, BMJ Books, London.

Rachels J, (1975), Active and passive euthanasia. *N Engl J Med* 2:78–80.

Rietjens JA, van Delden JJ, van der Heide A, Vrakking AM, Onwuteaka-Philipsen
BD, van der Maas PJ, van der Wal G, Terminal sedation and euthanasia: a
comparison of clinical practices. *Arch Intern Med*, 2006 166(7):749-53.

Stevens KR Jr, Emotional and psychological effects of physician-assisted suicide and
euthanasia on participating physicians. *Issues Law Med*. 2006 21(3):187-200.

Tongco MDC, Purposive Sampling as a Tool for Informant Selection, *Ethnobotany.
Research & Applications* 2007, 5:147-158.

Van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML, Buiting HM, Van Delden
JJM, Hanssen-de Wolf JE, Janssen AGJM, Pasma HRW, Rietjens JAC, Prins CJM,
Deerenberg IM, Gevers JKM, Van der Maas PJ, Van der Wal G. End-of-Life
Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *N Engl J Med* 2007; 356:1957-
1965.

Van Rensselaer P, (1971), *Bioethics: Bridge to the Future*, Prentice – Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.

Vincent JL, European attitudes towards ethical problems in intensive care medicine: results of an ethical questionnaire. *Intensive Care Med*, 1990 16(4):256-64.

Vracking AM, 2006. End-of-Life Decisions for Children. Empirical Studies on Physicians' Practices and Attitudes. Thesis Erasmus MC, Rotterdam.

Waddell C, Clarnette RM, Smith M, Oldham L, Kellehear A, Treatment decision-making at the end of life: a survey of Australian doctors' attitudes towards patients' wishes and euthanasia. *The Medical Journal of Australia*, 1996 165(10):540-544. Abstract only. Διαθέσιμο από <http://europepmc.org/abstract/med/8941238>

Watson R, Luxemburg is to allow euthanasia from 1 April. *BMJ* 2009, 338:b1248, doi: 10.1136/bmj.b1248.

Ysebaert D, Van Beeumen G, De Greef K, Squifflet JP, Detry O, De Roover A, Delbouille MH, Van Donink W, Roeyen G, Chapelle T, Bosmans JL, Van Raemdonck D, Faymonville ME, Laureys S, Lamy M, Cras P, Organ procurement after euthanasia: Belgian experience. *Transplant Proc*, 2009 41(2):585-6. doi: 10.1016/j.transproceed.2008.12.025

Διαδικτυακός τόπος European Court of Human Rights, <http://www.echr.coe.int/>, PRETTY - United Kingdom (N° 2346/02) http://www.echr.coe.int/Documents/CLIN_2002_04_41_ENG_815414.pdf (30/05/2014)

Διαδικτυακός τόπος European Court of Human Rights <http://www.echr.coe.int/>, Haas v. Switzerland - 31322/07 http://www.echr.coe.int/Documents/CLIN_2011_01_137_ENG_881521.pdf (06/06/2014)

Διαδικτυακός τόπος General Medical Council <http://www.gmc-uk.org>, Guidance relating to assisting suicide, http://www.gmc-uk.org/guidance/news_consultation/14344.asp. (22/12/2014)

Διαδικτυακός τόπος Judgments of the Supreme Court of Canada <http://scc-csc.lexum.com>, Rodriguez v. British Columbia (Attorney General) <http://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/1054/index.do> (15/06/2014)

Διαδικτυακός τόπος Le Monde <http://www.lemonde.fr/>, http://www.lemonde.fr/societe/article/2010/10/30/un-sondage-montre-l-acceptationmassive-de-l-euthanasie-en-france_1433209_3224.html. (28-11-14)

Διαδικτυακός τόπος Oregon.gov <http://public.health.oregon.gov/>, Death with Dignity Act <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Pages/index.aspx> (09/05/2014)

Παράρτημα

Οδηγός συνέντευξης

Εισαγωγικά:

Φύλλο:

Ηλικία:

Ειδικότητα:

Χώρα σπουδών:

Ερωτήσεις:

1. Βρεθήκατε ποτέ σε δίλλημα να προβείτε σε πράξεις ή να παραλείψετε ενέργειες με αποτέλεσμα την ευθανασία του ασθενούς;

α) Αν ναι, τι περιστατικά αφορούσε;

β) Εάν λαμβάνατε εσείς μια τέτοια απόφαση, θα χρειαζόσασταν μετά ψυχολογική υποστήριξη;

2. Η στάση της οικογένειας ποια ήταν; Σας επηρέασε;

3. Είστε υπέρ ή κατά της ευθανασίας και γιατί (ηθικά εκτός του νομικού περιορισμού)

α) Σε ποιο νομικό πλαίσιο θα συμφωνούσατε με το δικαίωμα της ευθανασίας;

β) Στις σπουδές σας αγγίζατε ποτέ το θέμα της ευθανασίας;

4. Ποια είναι η άποψή σας για τις χώρες (Ολλανδία, Βέλγιο, Λουξεμβούργο) και τους συναδέλφους σας που επιτρέπουν την ευθανασία;

