

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**Ευθανασία: Η οπτική νευροχειρουργών
του Ηνωμένου Βασιλείου**

Φίλιας Παναγιώτης

**Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ Μανωλιτζάς Παναγιώτης**

Ιούνιος, 2016

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Ευθανασία: Η οπτική νευροχειρουργών του Ηνωμένου Βασιλείου

Φίλιας Παναγιώτης

Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ Μανωλιτζάς Παναγιώτης

Ευχαριστίες

Η παρούσα διατριβή εκπονήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» της Σχολής Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, υπό την επίβλεψη του καθηγητή Δρ Μανωλιτζά Παναγιώτη. Θεωρώ υποχρέωσή μου να ευχαριστήσω θερμά τον κύριο Παναγιώτη Μανωλιτζά για την καθοδήγηση και τη βοήθεια που μου προσέφερε, αμέριστα, καθ' όλη τη διάρκεια της εργασίας, καθώς επίσης, για τον πολύτιμο χρόνο που αφιέρωσε στις συναντήσεις μας. Τέλος, οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στη σύζυγό μου, η οποία με στήριξε και με ενθάρρυνε παρά το βεβαρυμμένο πρόγραμμα και τις οικογενειακές υποχρεώσεις που ανέκυψαν.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η παρούσα μελέτη είχε ως αντικείμενο το, κοινωνικοπολιτικά κυρίως, αμφισβητούμενο δικαίωμα αυτοδιάθεσης της ανθρώπινης ζωής, τη στάση επιλεγμένου πληθυσμού ιατρών του Ηνωμένου Βασιλείου, συγκεκριμένης ειδικότητας, επί του επίμαχου θέματος της ευθανασίας και τη δυνητική επιρροή στα ανωτέρω των προσωπικών θρησκευτικών καταβολών.

Σκοπός: Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε έθεσε ως στόχο την καταγραφή και ανάλυση της οπτικής νευροχειρουργών κεντρικής τριτοβάθμιας νοσοκομειακής μονάδας του Ηνωμένου Βασιλείου, την εν δυνάμει συμμετοχή της θρησκευτικότητας στη διαμόρφωση των απόψεων τους και τέλος τη διασαφήνιση της τήρησης επισήμων οδηγιών, ανεξαρτήτως προσωπικής τοποθέτησης, όσον αφορά στην ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

Υλικό – Μέθοδος: Η μελέτη διεξήχθη σύμφωνα με τη ποιοτική μέθοδο και βάσει σκόπιμης δειγματοληψίας από πληθυσμό ιατρών ειδικευόμενων και ειδικευμένων στη νευροχειρουργική, μέλη τριτοβάθμιου νευροχειρουργικού τμήματος του Ηνωμένου Βασιλείου, χρησιμοποιώντας ημιδομημένες συνεντεύξεις στα πλαίσια προκατασκευασμένων ερωτηματολογίων.

Αποτελέσματα: Παρά τις αποτυχημένες προσπάθειες, μέχρι το πρόσφατο παρελθόν, το Ηνωμένο Βασίλειο στο σύνολό του και συγκεκριμένα ανεξάρτητα, κυρίως, μέλη της Βουλής συνεχίζουν τις προσπάθειες εισαγωγής νομοσχεδίων υπέρ της νομιμοποίησης, αρχικά, της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και δευτερευόντως, της εθελοντικής ενεργητικής ευθανασίας. Ο ιατρικός κόσμος, στο βαθμό που θα μπορούσε να αντιπροσωπευθεί από ένα δείγμα μελών της νευροχειρουργικής κοινότητας, παραμένει στη πλειοψηφία του αντίθετος με τη λογική και τη δυνητική συμμετοχή του στις δύο προαναφερόμενες μορφές ευθανασίας, ενώ τηρεί ευλαβικά ήδη θεσμοθετημένες, πρακτικά, μορφές της παθητικής ευθανασίας, όπως η δήλωση «μη ανάνηψης». Οι νεότεροι ηλικιακά αλλά με λιγότερη κλινική εμπειρία ιατροί αποδεικνύονται πιο ενημερωμένοι και δεκτικοί

ως προς την εφαρμογή μορφών ευθανασίας με τη παρουσία, βέβαια, σχετικών ελεγκτικών μηχανισμών και ασφαλιστικών δικλίδων, οι οποίες θα διαφυλάττουν το συμφέρον του ασθενούς αλλά και την ασφαλή ιατρική πρακτική. Η θρησκευτικότητα, ειδικότερα στις περιπτώσεις αξιολογής θρησκευτικής προσχώρησης, παρά το μέγεθος του δείγματος, το οποίο δεν επιτρέπει παρά μόνο επιφυλακτική γενίκευση του αποτελέσματος, αναδεικνύεται ως απόλυτος καθοριστικός παράγων της άποψης γύρω από την αμφιλεγόμενη εφαρμογή της ευθανασίας.

Συμπεράσματα: Το δικαίωμα επιλογής της ευθανασίας, ως λυτρωτικού μηχανισμού απέναντι σε τελικού σταδίου θλιβερές και οδυνηρές καταστάσεις, έχει να αναδείξει αξιοσημείωτη διακρατική ανομοιομορφία. Το συνταγματικό δικαίωμα στη ζωή, που οφείλει να διαφυλάξει η πολιτεία, παραμένει η ουσιαστική λογική δικαιολογία για την απουσία σχετικής με την ευθανασία νομοθεσίας στις περισσότερες χώρες. Λογικό, όμως, παραμένει, από τη πλευρά των ασθενών, το αίτημα για αναγνώριση του δικαιώματος αυτοδιάθεσης της ζωής, την επιλογή ενός ανώδυνου και αξιοπρεπούς θανάτου με ιατρική συνδρομή, όπου αυτή επιβάλλεται, κυρίως για λόγους φυσικής αδυναμίας. Το Ηνωμένο Βασίλειο, ιατρικά, εξακολουθεί να αντιστέκεται και να αποφεύγει τη συμμετοχή στην οποιαδήποτε νομιμοποίηση ενεργητικής διαδικασίας ενώ, παράλληλα, σχετικά νομοσχέδια βρίσκονται υπό συζήτηση και εφαρμόζονται ανεξαιρέτως, όπου επιβάλλεται, μορφές παθητικής ευθανασίας. Η θρησκευτικότητα έχει να αναδείξει θετική συσχέτιση με επικριτικές στάσεις ενώ μένει να εξεταστεί σε βάθος η πραγματική σχέση μεταξύ θρησκευτικής προσχώρησης, πολιτισμικού υποβάθρου και προσωπικής αντίληψης περί της έννοιας και εφαρμογής της ευθανασίας.

Λέξεις – φράσεις κλειδιά: ενεργητική ευθανασία, παθητική ευθανασία, υποβοήθηση αυτοκτονίας, αξιοπρέπεια στο θάνατο, DNR, θρησκευτικότητα και ευθανασία.

Abstract

Background: Subject of the current study was the mainly socio-politically disputable right of self-determination of human life, the attitudes of a selected group of physicians in the United Kingdom, practicing a particular specialty, regarding the célèbre issue of euthanasia and the potential ascendancy of the religious affiliation on the above. Objective of the realized research constituted the recording and the analysis of the perspective of neurosurgeons in a tertiary medical unit of the United Kingdom, the possible complicity of religiosity in the development of their opinion and finally the clarification of the abidance of formal guidance irrespective of personal beliefs concerning euthanasia and physician assisted suicide.

Methods: The study was conducted according to the qualitative method and based on purposive sampling from a population of Consultants and registrars in neurosurgery of a tertiary neurosurgical department in the United Kingdom through semi-structured interviews using a preformed questionnaire.

Results: Despite unsuccessful attempts until the recent past, United Kingdom as a society and mainly independently Members of the Parliament continue their efforts to introduce bills in order to legalize primarily physician assisted suicide and secondarily voluntary active euthanasia. The medical society, in the degree that it could be represented by a sample of neurosurgeons, remains in its majority opposite with the rationale and the potential participation in the above two forms of euthanasia while abides completely with the already statutory practically forms of passive euthanasia, as the Do Not Resuscitate form. Younger surgeons with less clinical experience are proved to be more informed and agreeable regarding the implementation of euthanasia forms under certain safeguards and audit mechanisms which will guard patient's best interest and guarantee safe medical practice. Despite the size of the sample, that allows only cautious generalization, religiosity, especially in cases of significant religious affiliation, is designated as an ultimate determinant factor of the idea around the debatable euthanasia practice.

Conclusions: The right to opt for euthanasia as a redemptive mechanism against end stage distressing and agonizing diseases manifests notable transnational diversity. The constitutional right to life that the state is obliged to protect remains a substantial logical excuse for the absence of euthanasia legislation in most of the countries. Howbeit, sensible, from the patients' perspective, remains the appeal for acknowledgement of the right of self-determination of life and the right to choose a painless and dignified death with medical facilitation, whenever needed, foremost due to physical inability. The United Kingdom continues to resist and avoid involvement in the legalization of any active process while concurrently relevant bills are under discussion and forms of passive euthanasia are implemented without exception wherever is indicated. Religiosity shows positive correlation with critical stands while the true relationship between religious affiliation, cultural background and personal views circa the concept and implementation of euthanasia remains to be determined.

Key words: active euthanasia, passive euthanasia, assisted suicide, dignity in death, DNR, religiosity and euthanasia

Συντομογραφίες

EPAC: European Association of Palliative Care

ΕΔΔΑ: Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου

ΕΣΔΑ: Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου

DNR: Do Not Resuscitate

PAS: Physician Assisted Suicide

Περιεχόμενα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	1
1. Εισαγωγή και ορισμοί	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	6
2. Ανασκόπηση βιβλιογραφίας	6
2.1. Ανασκόπηση της Ιστορίας.....	6
2.2. Συγκριτικό Δίκαιο.....	13
2.2.1. Νομολογική κατάσταση περί της ευθανασίας ανά κράτος.....	13
2.2.2. Επικρατών Δίκαιο Ηνωμένου Βασιλείου	22
2.3. Νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Δικαιωμάτων του Ανθρώπου.....	24
2.3.1. Υπόθεση Pretty v. Ηνωμένου βασιλείου, απόφαση της 29 ^{ης} Απριλίου 2002, αρ. προσφυγής 2346/02, Reports 2002 - III.....	25
2.3.2. Υπόθεση Haas v. Ελβετίας, απόφαση της 20 ^{ης} Ιανουαρίου 2011, αρ. προσφυγής 31322/07	26
2.4. Νομολογία Ανωτάτου Δικαστηρίου των Ηνωμένων Πολιτειών	27
2.4.1. Υπόθεση Cruzan v. Director, Missouri Department of Health (1990) 497 U.S. Supreme Court 261	27
2.4.2. Υπόθεση Gluckberg v. Washington, 521 U.S. 702 (1997).....	29
2.5. Νομολογία Ανωτάτου Δικαστηρίου του Καναδά.....	29
2.5.1. Υπόθεση Rodriguez v. British Columbia, 2 S.C.R. 519 (1993)	30
2.6. Θρησκευτικές απόψεις.....	31
2.6.1. Καθολικισμός	32
2.6.2. Ορθοδοξία.....	32
2.6.3. Προτεσταντισμός.....	33
2.6.4. Ινδουισμός	33
2.6.5. Ισλαμισμός.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	35
3. Μεθοδολογία	35
3.1. Εισαγωγή	35
3.2. Σκοπός της έρευνας	37
3.3. Ερευνητικά ερωτήματα.....	37

3.4. Πληθυσμός – Δείγμα	42
3.4.1. Επιλογή δείγματος ποιοτικής μελέτης	43
3.4.2. Δείγμα παρούσας μελέτης	44
3.5. Συλλογή ποιοτικών δεδομένων βάσει φαινομενολογίας	47
3.5.1. Μέθοδος συλλογής δεδομένων παρούσας μελέτης	48
3.6. Διαδικασία συλλογής δεδομένων	48
3.7. Ανάλυση δεδομένων	48
3.8. Ηθικές προεκτάσεις	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	51
4. Αποτελέσματα έρευνας	51
4.1. 1 ^{ος} θεματικός άξονας	53
4.2. 2 ^{ος} θεματικός άξονας	61
4.3. 3 ^{ος} θεματικός άξονας	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ	66
5. Συζήτηση	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ	77
6. Συμπεράσματα	77
Βιβλιογραφία	83
Ελληνική Βιβλιογραφία	83
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία	83
Παράρτημα	99

1. Εισαγωγή και ορισμοί

Η εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας και των παρεχόμενων υποδομών στα νοσηλευτικά ιδρύματα έχει οδηγήσει στη δημιουργία μιας γκρίζας και αμφιλεγόμενης ζώνης μεταξύ υγείας, ζωής και επερχόμενου θανάτου, η οποία, σε αντίθεση με το παρελθόν, δύναται πλέον να διαρκέσει μήνες, χρόνια ή και δεκαετίες. Αναμφισβήτητη είναι, επίσης, η ολοένα ουσιαστικότερη συμμετοχή του ασθενούς και του συγγενικού περιβάλλοντος στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, που αφορούν στη θεραπεία και στους τρόπους που αυτή θα παρασχεθεί, σε συνδυασμό με την απομυθοποίηση της ιατρικής αυθεντίας και την αναπόφευκτη παρέμβαση στη κάθε μέρα πράξη των ιατρονομικών υπηρεσιών. (Tschann et al., 2003), (Kessler & McClellan, 2002)

Η δυνατότητα τεχνητής παράτασης της ζωής και το δικαίωμα συμμετοχής τους ασθενούς ή των νομίμων εκπροσώπων αυτού στη λήψη αποφάσεων έχει εγείρει τα τελευταία χρόνια το ζήτημα της ευθανασίας. Η πολυποίκιλη μετάφραση του όρου και η αναγκαία διεπιστημονική προσέγγιση που τον διέπει το καθιστούν θέμα δυσεπίλυτο και παράλληλα πρόσφορο για συνεχή περαιτέρω έρευνα. Απόδειξη αυτού αποτελεί το γεγονός ότι από το 2006, η ευθανασία αποτελεί τον πλέον ενεργό ερευνητικά τομέα στην επιστήμη της σύγχρονης βιοηθικής. (Borry et al., 2006)

Η καταγωγή και ετοιμολογία του όρου ευθανασία έχει ρίζες στην αρχαία ελληνική γλώσσα, προερχόμενη από το πρόθεμα «ευ» ήτοι καλός και γενναίος και το ρήμα «θνήσκω» το οποίο αντιπροσωπεύει την έλευση του φυσικού θανάτου, δηλαδή σε ελεύθερη απόδοση, καλός ή γαλήνιος θάνατος. (Young, 2015)

Η έννοια του όρου ευθανασία στη πορεία της ιστορίας μεταβλήθηκε αρκετές φορές και έλαβε διαφορετικά νοήματα αναλόγως της χρήσης και της εποχής. Πρώτη φορά ο όρος χρησιμοποιήθηκε από το Ρωμαίο ιστορικό, Σουετόνιο, κατά τη πρώτη αυτοκρατορική περίοδο, ο οποίος περιγράφοντας το θάνατο του πρώτου Ρωμαίου

αυτοκράτορα Αύγουστου, έγραψε: «...πεθαίνοντας γρήγορα και χωρίς να υποφέρει στην αγκαλιά της γυναίκας του, Λιβίας, βίωσε την ευθανασία που είχε ευχηθεί...». (Letellier, 2003) Η χρήση του όρου για πρώτη φορά σε ιατρικό κείμενο έγινε το 17^ο αιώνα από τον Francis Bacon, βρετανό φιλόσοφο και επιστήμονα, ο οποίος είχε μεγάλη επιρροή στην εποχή του καθώς υπήρξε νομικός σύμβουλος του Στέμματος και ανώτατος αξιωματούχος της Βουλής των Λόρδων. Ο Bacon αναφέρεται σε έναν ήρεμο, ανώδυνο και ευτυχισμένο θάνατο κατά τον οποίο είναι ευθύνη του ιατρού να ανακουφίσει τον ασθενή από το φυσικό πόνο του σώματος. Επιθυμώντας, επίσης, να τη διαχωρίσει από την έτερη έννοια της ψυχικής προθανάτιας προετοιμασίας, μίλησε για φαινομενική ευθανασία. (Bacon, 2002)

Η περιγραφή της έννοιας ευθανασία εξελίχθηκε στο πέρασμα των αιώνων και πιο πρόσφατα, σύμφωνα με το Oxford English Dictionary, το οποίο εισήγαγε το πόνο ως απαραίτητο όρο στη διατύπωση του ορισμού, η ευθανασία αφορά στην ανώδυνη θανάτωση ενός ασθενούς ο οποίος υποφέρει από ανίατη και οδυνηρή νόσο ή βρίσκεται σε μη αναστρέψιμο κώμα. Η συνεχής ανάγκη για την όσο το δυνατόν πληρέστερη και σαφέστερη περιγραφή μιας τόσο βαρυσήμαντης έννοιας οδήγησε στην εξέλιξη των ορισμών που της αποδίδονταν και λίγο αργότερα προστέθηκε το στοιχείο της σκοπιμότητας στην οποιαδήποτε προσπάθεια εκ νέου ορισμού της. Ο επερχόμενος θάνατος πρέπει να είναι σκόπιμος και ηθελημένος, όχι απόρροια ατυχήματος, ενώ η πρόθεση της τέλεσης οφείλει να είναι η απόδοση ενός σπλαχνικού θανάτου. (Beauchamp & Davidson, 1979) Σύμφωνα με τον M. Wreen (1988), στο έργο του «Ορισμός της Ευθανασίας», η βασική αρχή που διαχωρίζει την ευθανασία από την εκ προθέσεως ανθρωποκτονία είναι το κίνητρο, το οποίο πρέπει να είναι αγνό και να πηγάζει από το ενδιαφέρον για το άτομο που πεθαίνει. Παρομοίως, η H. Draper, στο έργο της «Ευθανασία», μιλά για την εξαιρετική σημασία του κινήτρου λέγοντας πως διαδραματίζει καίριο ρόλο στην επιχειρηματολογία της ευθανασίας, καθώς πρέπει να καθορίζεται από το συμφέρον αυτού που υποβάλλεται στη διαδικασία. (Draper, 1988) Νεότεροι ορισμοί, όπως αυτός από τη House of Lords Select Committee για την Ιατρική Ηθική, ακολουθούν τον ίδιο άξονα καθώς η ευθανασία ορίζεται ως «συνειδητή παρέμβαση ανειλημμένη από την άμεση πρόθεση τερματισμού μιας ζωής, με σκοπό την ανακούφιση ανίατου πόνου». (Harris, 2001) Ο M. Wreen, στη προσπάθειά του να αποδώσει μια ακόμα πληρέστερη περιγραφή, διατύπωσε έναν πιο αναλυτικό ορισμό, έξι σημείων, ένα εκ των οποίων ήταν αυτό

του εθελοντικού χαρακτήρα, που πρέπει να έχει με την έννοια της συγκατάθεσης του ασθενούς. Αυτή η προσθήκη έμελε να είναι ίσως η σημαντικότερη στις προσπάθειες ορισμού της ευθανασίας καθώς μέχρι σήμερα αποτελεί την ειδοποιό διαφορά μεταξύ ευθανασίας και ανθρωποκτονίας, έννομης και έκνομης ενέργειας. Στη συνέχεια της προσπάθειας του ο Wreen να διατυπώσει έναν ακόμα πληρέστερο ορισμό της ευθανασίας παρατήρησε πως η τεκμηρίωση της ευθανασίας όταν έρχεται αντιμέτωπη με το δικαίωμα του ατόμου για τη ζωή αποδεικνύεται εξαιρετικά δυσχερής, οπότε και υποστήριξε ότι η ευθανασία οφείλει να είναι εθελοντική, χαρακτηρίζοντας την μη εθελοντική της μορφή ως καταδικαστέα. (Wreen, 1988)

Μετάπειτα σχολιαστές και ερευνητές χρησιμοποιούν περισσότερο την έννοια και την αξία της συγκατάθεσης στους ορισμούς που αποδίδουν στην ευθανασία. Παράδειγμα αποτελεί ο ορισμός που προτάθηκε το 2003 από τη European Association of Palliative Care (EPAC) Ethics Task Force: «Ιατρικοποιημένη θανάτωση ενός ατόμου χωρίς τη συγκατάθεση του, είτε το άτομο είναι ανίκανο να συναινέσει (non voluntary) είτε γίνεται ενάντια στη θέληση του (involuntary) δεν είναι ευθανασία, είναι φόνος. Ως εκ τούτου, η ευθανασία δύναται να υφίσταται μόνο ως εθελοντική διαδικασία». Παρόλο που η EPAC Ethics Task Force ισχυρίζεται πως η μη εθελοντική μορφή της ευθανασίας είτε πρόκειται για ανικανότητα συγκατάθεσης, είτε για διενέργεια ενάντια στη βούληση του ασθενούς δεν πρέπει να συμπεριληφθεί στον ορισμό της ευθανασίας, η διεθνής βιβλιογραφία αντιπαραθέτει συζητήσεις και έρευνες στις οποίες η μία εκ των δύο μορφών δεν απορρίπτεται. (Masterstvedt, 2003) Παρόλο που η ουσία του όρου παραμένει η ίδια, η σημασία της ευθανασίας στην σημερινή ιατρική επιστήμη απέχει σαφώς από την αρχική της περιγραφική απόδοση, με πλησιέστερο και σχετικά ευρέως αποδεκτό τον αγγλοσαξονικό όρο “mercy killing” υπό την έννοια της εκούσιας περάτωσης μιας ζωής με απώτερο σκοπό την ανακούφιση από το πόνο. Η διαφοροποίηση των ασθενών και των νόσων ανέδειξε την ανάγκη κατηγοριοποίησης του όρου σε εθελοντική (voluntary), μη εθελοντική (non – voluntary) και ακούσια (involuntary) ευθανασία. (Perett, 1996), (LaFollette, 2002) Η ειδοποιός διαφορά είναι η ύπαρξη ή μη της συγκατάθεσης του ασθενούς στη διαδικασία της ευθανασίας. (Beauchamp & Davidson, 1979), (Wreen, 1988)

Εθελοντική ευθανασία: Οποιαδήποτε διαδικασία πραγματοποιείται κατόπιν συγκατάθεσης του ασθενούς.

Μη – εθελοντική ευθανασία: Διενεργείται όταν ο ασθενής δεν έχει τις αισθήσεις του ή είναι ανίκανος (π.χ. νεογνά, άτομα ανοϊκά ή διανοητικά καθυστερημένα) να παρέχει συγκατάθεση, με αποτέλεσμα η απόφαση να λαμβάνεται από τον πλησιέστερο διαθέσιμο συγγενή, το θεράποντα ιατρό, το νόμιμο αντιπρόσωπο ή το αρμόδιο δικαστήριο. Στη κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται και περιπτώσεις όπου ενώ το άτομο είναι πνευματικά και συναισθηματικά ώριμο να λάβει την απόφαση απαγορεύεται δια νόμου λόγω του νεαρού της ηλικίας να προβεί σε οποιαδήποτε απόφαση ανάλογου περιεχομένου.

Ακούσια ευθανασία: Ταυτίζεται σχεδόν πάντοτε και από όλους με την ανθρωποκτονία και συμβαίνει όταν ο ασθενής έχει δηλώσει ρητά πως δεν επιθυμεί την επίσπευση του θανάτου του και οποιαδήποτε ενέργεια εκτελείται ενάντια στη θέληση του.

Οι προαναφερθείσες κατηγορίες δύνανται να υποδιαιρεθούν σε ενεργητική και παθητική ευθανασία αναλόγως εάν ο θάνατος επέρχεται μετά από πράξη ή από παράλειψη ενεργειών. Επιμέρους κατηγορίες προσομοιάζουσες της ενεργητικής ευθανασίας είναι η έμμεση ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Η έμμεση ευθανασία αναφέρεται σε περιπτώσεις όπου η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής έχει ως δυνητική παρενέργεια την επίσπευση του θανάτου αλλά επειδή ακριβώς ο αρχικός σκοπός δεν είναι η αφαίρεση της ζωής τείνει να θεωρείται ηθικά περισσότερο αποδεκτή και είναι γενικότερα γνωστή ως «δόγμα διττής ενέργειας» (doctrine of double effect). Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία θα μπορούσε θεωρητικά να αποτελέσει μια τρίτη κατηγορία καθώς ο ιατρός δεν προβαίνει σε πράξη έχουσα ως άμεσο αποτέλεσμα το θάνατο του ασθενούς. Στη περίπτωση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, ο ιατρός έχοντας πλήρη γνώση, εκουσίως, προβαίνει στην παροχή της γνώσης ή/ και των μέσων τα οποία απαιτούνται ώστε ο ασθενής να είναι σε θέση να αφαιρέσει ο ίδιος τη ζωή του, συμπεριλαμβανομένης της συμβουλευτικής περί θανατηφόρων δόσεων φαρμακευτικών ουσιών, της συνταγογράφησης αυτών ή και της παροχής τους. (Rachels, 1979), (Harris, 2001)

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί θα πραγματοποιηθεί ιστορική αναδρομή σχετικά με την απαρχή χρήσης του όρου περιλαμβανομένης της φιλοσοφικής θεώρησής του με σκοπό την πληρέστερη κατανόηση του διλήμματος, καθώς και ανασκόπηση των

εθνικών νομοθεσιών κρατών, της νομολογίας των Ανωτάτων Δικαστηρίων, καθώς και του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΔΔΑ) επί προσφυγών ασθενών, οι οποίοι διεκδικούσαν το δικαίωμα στην εθελοντική ευθανασία, του Δικαίου του Ηνωμένου Βασιλείου και τέλος της θεολογικής θεώρησης της αφαίρεσης της ζωής στη βάση των κυριότερων θρησκειών, που απαντώνται στο Ηνωμένο Βασίλειο. Ακολουθώντας, στο τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνεται η ποιοτική έρευνα που διεξήχθη μέσα από ημιδομημένες συνεντεύξεις αναλύοντας την οπτική ιατρών Νευροχειρουργικής ενός βρετανικού τριτοβάθμιου νοσοκομείου περί της ηθικής πίσω από την εθελοντική ευθανασία, της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και του ρόλου που θα διατίθεντο να έχουν, του συσχετισμού της άποψης που διατυπώνουν με το θρησκευτικό τους υπόβαθρο καθώς και της θέσης που κατέχει η φόρμα μη ανάνηψης στο πλαίσιο της ευθανασίας.

2. Ανασκόπηση βιβλιογραφίας

Η ζωή και ο θάνατος αποτέλεσαν έννοιες που απασχόλησαν τον άνθρωπο πριν ακόμα από τη γέννηση των πρώτων κοινωνιών καθώς είναι άμεσα συνυφασμένες και καθορίζουν την αρχή και το τέλος της ύπαρξής του. Οι καταβολές της ευθανασίας τοποθετούνται στον αρχαίο κόσμο και συγκεκριμένα στην αρχαία Ελλάδα, εξ ου και ο ορισμός της, ο οποίος συνεχίζει να χρησιμοποιείται αυτούσιος από τις σύγχρονες επιστήμες χωρίς, όμως, να υφίσταται ομοφωνία περί του ακριβούς νοήματος που εμπεριέχει.

2.1. Ανασκόπηση της Ιστορίας

Η ευθανασία είχε συζητηθεί και εφαρμοστεί σαφώς προ του 19^{ου} αιώνα με τα πρώτα ιστορικά καταγεγραμμένα περιστατικά στην Αρχαία Ελλάδα και τη Ρώμη. Παραμένει ακόμα και σήμερα γνωστή η χρήση του κώνειου προς επίσπευση του θανάτου σε βαρέως πάσχοντες, ιδίως στο νησί της Κέας, πρακτική που χρησιμοποιήθηκε αργότερα στη Μασσαλία. Στη Σπάρτη, η ευθανασία, όχι με την έννοια του γαλήνιου ή του ένδοξου θανάτου, είναι πλέον νομοθετημένη και εφαρμόζεται από το σύνολο του λαού της με τη μορφή, όμως, ευγονίας, όπως αντίστοιχα αναφέρεται στο Βιβλίο Γ' της Πολιτείας του Πλάτωνα. Νόμος του Λυκούργου, υποχρέωνε τη μητέρα να πλένει το βρέφος με κρασί για να ελεγχθεί η αντοχή του και εν συνεχεία να το μεταφέρει στη Λέσχη, ελεγχόμενη από τους γέροντες της πόλης, όπου εάν κρινόταν ασθενικό ή μη υγιές ρίπτονταν στους Αποθέτες του Ταϋγέτου με σκοπό την εξυπηρέτηση του δημοσίου συμφέροντος μιας στρατιωτικά δομημένης κοινωνίας, η οποία όριζε υποχρεωτική στρατιωτική εκπαίδευση για το σύνολο του ανδρικού πληθυσμού, η οποία ως γνωστό άρχιζε από την ηλικία των 7 ετών. Η ευθανασία με την έννοια της οικειοθελούς επίσπευσης του θανάτου ενός ατόμου, είχε υποστηριχθεί από το Σωκράτη, τον Πλάτωνα και το Σενέκα ενώ αντιθέτως ο Ιπποκράτης

καταδικάζοντας αυτή τη πρακτική έγραψε στον «όρκο» του: «...Δεν θα συνταγογραφήσω ένα θανατηφόρο φάρμακο, ώστε να ευχαριστήσω κάποιον, ούτε θα του δώσω συμβουλή που μπορεί να προκαλέσει το θάνατο του». (Mystakidou et al., 2005), (Stolberg, 2007), (Gesundheit, 2006), (Χρηστίδης, 2001)

Ο όρος «ευθανασία» με την πιο πρόσφατη ερμηνεία, ως υποστήριξη του ασθενούς προ και κατά τη διάρκεια του θανάτου του, χρησιμοποιήθηκε αρχικά από τον Francis Bacon. Στο έργο του “Euthanasia medica”, διαχώρισε την ευθανασία σε εσωτερική (interior) υπό την έννοια της προετοιμασίας της ψυχής για τον επερχόμενο θάνατο και εξωτερική (exterior), η οποία σκοπό είχε να προσφέρει ήρεμο και ανώδυνο τέλος στη ζωή. Το αρχαίο νόημα της ευθανασίας επανήλθε στο προσκήνιο τη μεταμεσαιωνική περίοδο, γεγονός που επιβεβαιώνεται αργότερα τον 18^ο αιώνα στο Zedlers Universalexikon (Γερμανική πλήρης εγκυκλοπαίδεια των Επιστημών και των Τεχνών): «Ευθανασία: ένας πολύ ήπιος και ήρεμος θάνατος, ο οποίος συμβαίνει χωρίς επίπονους σπασμούς...». (<http://www.zedler-lexikon.de>, 24/03/2016) Η σύγχρονη αντίληψη της ευθανασίας με την έννοια της άμβλυνσης της διαδικασίας του θανάτου ουσιαστικά ξεκινά από τον ιατρικό ιστορικό Karl Friedrich Heinrich Marx, ο οποίος βασίστηκε επάνω στον και ανέπτυξε τις θεωρίες του Bacon. Σύμφωνα με το Marx, θεωρούνταν ηθικό καθήκον του κάθε ιατρού να μετριάσει τον πόνο του θανάτου μέσω ενθάρρυνσης, υποστήριξης και να αμβλύνει τα συμπτώματα μέσω κατάλληλης για τη περίπτωση φαρμακευτικής αγωγής. Η έννοια αυτή της ευθανασίας παρόλο που αντανάκλούσε σε ικανό βαθμό το σκεπτικό της εποχής, πρώτη φορά τοποθετήθηκε κάτω από την εποπτεία του ιατρού και τα καθήκοντα του, από το Marx. Δεδομένου ότι ο Marx υπήρξε κατά τρόπον συνεχιστής του Bacon στο συγκεκριμένο ηθικό, ιατρικό και φιλοσοφικό δίλημμα, προχώρησε ομοίως σε διαχωρισμό της ψυχής και του σώματος, της θρησκευτικής από την ιατρική φροντίδα. (Markwart, 1990), (Dvorak, 2000)

Στον αντίποδα, υπήρξαν, επίσης, πολλοί που αντιτάχθηκαν στη διαδικασία της ευθανασίας και τη καταδίκασαν. Σημαντικός κατήγορος της ήταν ο Thomas Aquinas, Καθολικός ιερωμένος του Δομινικανού Τάγματος, με μεγάλη απήχηση την εποχή του (1225 – 1274 μ.Χ.) ως φιλόσοφος, θεολόγος και νομικός επί θεολογικών θεμάτων, ο οποίος κινήθηκε στα πλαίσια του σχολαστικισμού και υποστήριξε ότι η ευθανασία αντίκειται στο φυσικό ανθρώπινο ένστικτο της επιβίωσης και αυτοσυντήρησης. Την

άποψη του ασπάστηκαν αργότερα μέλη της ιατρικής κοινότητας όπως ο Francois Ranchin και ο Michael Boudewijns. (Gesundheit et al., 2006) Η δημόσια συζήτηση με την έννοια του διαλόγου εντός της φιλοσοφικής κοινότητας της εποχής ξεκίνησε το 1678 μετά την έκδοση του έργου του Questel “De pulvinari morientibus non subtrahend” («Στο μαξιλάρι αυτών, στους οποίους ο θάνατος δεν πρέπει να στερείται»), όπου περιέγραφε ποικίλα έθιμα και τρόπους που χρησιμοποιούνταν εκείνη την εποχή αποβλέποντας στην άμβλυνση των συμπτωμάτων του θανάτου και στην επίσπευσή αυτού (περιλαμβάνοντας την αιφνίδια αφαίρεση ενός μαξιλαριού), καταδίκασε, όμως, τη πρακτική τους υποστηρίζοντας ότι εναντιώνονται στους Νόμους του Θεού και της Φύσης. Τις απόψεις του μοιράστηκαν επιπλέον λόγιοι, θεολόγοι και φιλόσοφοι της εποχής όπως ο Philipp Jakob Spener, ο Veit Riedlin και ο Johann Georg Krünitz. Παρά τις αντιθέσεις και την επίκριση της ευθανασίας, βάνουσες, για τα σημερινά δεδομένα, πρακτικές που την υποστήριζαν συνέχισαν να τελούνται, όπως η αφαίμαξη, η ασφυξία και η τοποθέτηση των ασθενών σε κρύο πάτωμα. (Stolberg, 2007)

Γενικότερα, η αυτοκτονία και η ευθανασία ως έννοιες άρχισαν να γίνονται περισσότερο αποδεκτές την εποχή του Διαφωτισμού παράλληλα με τάσεις και έθιμα που έγιναν διεθνώς γνωστά από άλλες χώρες, όπως η Ιαπωνία, όπου παραδοσιακά η εκούσια εθελοντική αφαίρεση της ζωής δεν θεωρούνταν αμαρτία αλλά είχε συνδεθεί με έντιμο θάνατο στον οποίο είχαν όλοι ανεξαιρέτως δικαίωμα. (Otani, 2010)

Περί τα μέσα του 18^{ου} αιώνα τοποθετείται αδρά η έναρξη του σύγχρονου διαλόγου επί του φαινομένου της ευθανασίας, όταν η μορφίνη και η προποφόλη πλέον χρησιμοποιούνταν ως συμπτωματική αγωγή σε προθανάτιους πόνους, αλλά χωρίς επίσημη σύσταση για επίσπευση του θανάτου. Το 1870, ο Samuel Williams έδωσε τροφή στον εν λόγω διάλογο με ένα λόγο που έβγαλε στο Birmingham Speculative Club στην Αγγλία, μια ερασιτεχνική φιλοσοφική κοινότητα, όπου πρότεινε να χρησιμοποιείται εκουσίως το χλωροφόρμιο σε ασθενείς τελικού σταδίου, ώστε να επισπευτεί ο θάνατος τους. (Emanuel, 1994) Την άποψη του ασπάστηκε ο Lionel Tollemache, ο οποίος έγραψε υπέρ της ευθανασίας και η Annie Besant που υποστήριξε ανοιχτά πως είναι καθήκον απέναντι στη κοινωνία να πεθαίνει κάποιος εθελοντικά και ανώδυνα, όταν φθάνει στο σημείο να είναι βάρος σε αυτή. Την ίδια περίοδο ο Kemp έγραψε ότι δεδομένου πως στην εν λόγω εν εξελίξει συζήτηση δεν

έχουν λάβει μέρος ιατροί, πρόκειται ουσιαστικά περί ενός αποκλειστικά φιλοσοφικού εγχειρήματος σχετιζόμενο, ίσως, αναπόσπαστα με τις υπαρκτές αντιθέσεις στο Χριστιανικό δόγμα περί αγιότητας της ζωής. (Kemp, 2002), (Dowbiggin, 2007)

Η έναρξη του κινήματος της ευθανασίας στις Ηνωμένες Πολιτείες συνέπεσε με την «Επίχρυση Εποχή» ή αλλιώς “Gilded Age”, η οποία ξεκίνησε στα μέσα τις Βικτωριανής εποχής και παράλληλα με την Belle Époque στη Γαλλία. Την εποχή αυτή αναπτύχθηκε το σύγχρονο σύστημα υγείας και θεωρείται παράγοντας της ανάκυψης του δημοσίου διαλόγου περί ευθανασίας. (Emanuel, 1994), (Pappas, 1996) Ο Robert Ingersoll τάχθηκε υπέρ της ευθανασίας, δηλώνοντας το 1894 πως όταν ένας είναι ασθενής και πάσχει από ανίατη και καταληκτική νόσο, όπως νεοπλασματική νόσος τελικού σταδίου, πρέπει να του αναγνωρίζεται το δικαίωμα να θέσει τέλος στη ζωή του μέσω αυτοκτονίας. Ο Felix Adler, πρεσβευτής του Ηθικού Κινήματος, κινούμενος σε παρόμοια λογική, χωρίς όμως να απορρίπτει τη θρησκεία, υποστήριξε ότι σε αυτούς που υποφέρουν από αθεράπευτο και ανυπόφορο πόνο πρέπει να δίδεται το δικαίωμα να διαπράξουν αυτοκτονία, ενώ επιπροσθέτως οφείλει να γίνει επιτρεπτό στον ιατρό να υποβοηθεί τη διαδικασία. Ως εκ τούτου, ο Adler, αναδείχθηκε ως ο πρώτος εξέχων Αμερικανός που τάχθηκε υπέρ της επιλογής της ευθανασίας σε περιπτώσεις, όπου ο ασθενής πάσχει από χρόνια νόσο. Αξιοσημείωτο είναι πως οι προαναφερόμενοι, επιφανείς Αμερικανοί μίλησαν περί αυτοκτονίας και συνδυασμού της με υποβοηθούμενη αυτοκτονία. (Dowbiggin, 2003)

Η πρώτη προσπάθεια νομιμοποίησης της ευθανασίας έλαβε χώρα στις Ηνωμένες Πολιτείες, όταν ο Henry Hunt εισήγαγε σχετική πρόταση στο αντίστοιχο Βουλευτικό – Νομοθετικό Σώμα (General Assembly) του Ohio, το 1906, υπό την επιρροή της Anna Hall, μιας εύπορης κληρονόμου, που αναδείχθηκε κυρίαρχη φιγούρα στο κίνημα υπέρ της ευθανασίας κατά τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η Hall έζησε το θάνατο της μητέρας της μετά από μια μακροχρόνια μάχη με καρκίνο του ήπατος, το οποίο ως γεγονός τη συγκλόνησε και έκτοτε αφιερώθηκε στο να διασφαλίσει πως κανείς άλλος δε θα αναγκαστεί να βιώσει μαρτυρικό τέλος. Πέραν της δια αλληλογραφίας προς τους κυβερνόντες της εποχής εκστρατείας, διοργάνωσε ανοιχτό διάλογο περί του θέματος στην ετήσια συνάντηση του American Humane Association το 1905, ο οποίος ανακηρύχτηκε ως η πρώτη σημαίνουσα δημόσια συζήτηση για την ευθανασία τον 20^ο αιώνα. Η πρόταση της Hunt επιζητούσε

τη χορήγηση αναισθητικού φαρμάκου, το οποίο θα ήταν σε θέση να προκαλέσει το θάνατο του ασθενούς, δεδομένου ότι το άτομο έχει σώας τας φρένας και υποφέρει από θανάσιμο τραύμα, ανέκκλητη νόσο ή αθεράπευτο πόνο. Απαιτούσε, επίσης, την εξέταση από ιατρό, συγκατάθεση μετά από πληροφόρηση ενώπιον τριών μαρτύρων και τέλος την παρουσία τριών ιατρών, οι οποίοι συναινούν στην αδύνατη ανάκαμψη του ασθενούς. Η πρόταση παρόλο που συζητήθηκε, τελικά απορρίφθηκε με ψήφους 79 προς 23. Παράλληλα με την πρόταση της Hunt στο Ohio, το 1906 ο Ross Gregory, μέλος της αντίστοιχης Βουλής της Iowa κατέθεσε πρόταση νομιμοποίησης της ευθανασίας. Σύμφωνα με τη πρόταση, θα επιτρεπόταν η θανάτωση οποιουδήποτε ατόμου τουλάχιστον δέκα ετών που έπασχε από θανάσιμη πάθηση, η οποία προκαλούσε αφόρητο πόνο, έχων σώας τας φρένας και σε θέση να εκφράσει την επιθυμία να επισπευτεί τεχνητά ο θάνατός του. Επιπροσθέτως, επέτρεπε την ευθανασία των βρεφών εάν είχαν σημαντική ανατομική παραμόρφωση και έδινε το δικαίωμα στους γονείς να ζητήσουν ευθανασία εκ μέρους τους. Ο προτεινόμενος νόμος, ο οποίος αποδείχτηκε τελικά αμφιλεγόμενος και απορρίφθηκε, προέβλεπε επιβαλλόμενες ποινές σε ιατρούς, οι οποίοι θα αρνούνταν να προβούν σε νόμιμη ευθανασία, και αφορούσαν σε έξι έως δώδεκα μήνες φυλάκισης με επιπλέον πρόστιμο 200 έως 1000 δολάρια (σημερινή αξία 23,000 με 800,000 δολάρια). Μετά το 1906 ο η ένταση του δημοσίου διαλόγου περί ευθανασίας ελαττώθηκε σημαντικά με περιοδικές αναζωπυρώσεις αλλά ποτέ στο ίδιο επίπεδο έως το 1930 στο Ηνωμένο Βασίλειο. (Emanuel, 1994), (Appel, 2004)

Η αρχή του κινήματος στο Ηνωμένο Βασίλειο ξεκίνησε με την ίδρυση το 1935 της «Κοινότητας Νομιμοποίησης Εθελοντικής Ευθανασίας» (Voluntary Euthanasia Legalization Society) από τον Charles Killick Millard. Η εν λόγω κοινότητα σήμερα έχει μετονομαστεί σε «Αξιοπρέπεια στο Θάνατο» (Dignity in Dying). Ακολούθως, το 1936 ο Βασιλιάς Γεώργιος V, ο οποίος έπασχε από βαριά καρδιοαναπνευστική ανεπάρκεια οδηγήθηκε σε ευθανασία με θανατηφόρο δόση μίγματος μορφίνης και κοκαΐνης, ώστε να επισπευτεί ο θάνατος του, μετά από απόφαση του θεράποντα ιατρού του, Λόρδου Dawson. (Ramsay, 2011) Το γεγονός, παρόλο που έμεινε κρυφό για πενήντα χρόνια, συνέπεσε χρονικά με πρόταση νομοθεσίας, με σκοπό τη νομιμοποίηση της ευθανασίας, στη Βουλή των Λόρδων από τη Κοινότητα του C. Millard. Επικριτές της ευθανασίας, στην αντίθετη πλευρά, όπως ο Ian Dowbiggin,

υποστήριξαν την εμφανή ιδεολογική σύνδεση του όρου και της προώθησης της ευθανασίας με ένα κίνημα ευγονίας. (Dowbiggin, 2003), (Gurney, 1972)

Κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, η Ναζιστική Γερμανία, πιθανώς κινούμενη στα όρια εθνικισμού, ρατσισμού και της ευγονίας δημιούργησε ένα πρόγραμμα εξαναγκαστικής «ευθανασίας», το οποίο μεταπολεμικά έλαβε την ονομασία Action T4. Ο όρος αποτελεί σύντμηση του Tiergartenstraße αριθμός 4, που αντιστοιχεί στη διεύθυνση της Καγκελαρίας, η οποία ιδρύθηκε την άνοιξη του 1940 στο δήμο Tiergarten του Βερολίνου. Στα πλαίσια του προγράμματος, Γερμανοί ιατροί διατάχθηκαν να συναινέσουν και να γνωμοδοτήσουν χαρακτηρίζοντας ασθενείς ως «ανίατα περιστατικά κατόπιν κρίσιμης ιατρικής εκτίμησης» προσφέροντάς τους στη συνέχεια «λυτρωτικό θάνατο». (Bialas & Fritze, 2014), (Proctor, 1988) Τον Οκτώβριο του 1939, ο Αδόλφος Χίτλερ υπέγραψε ένα «διάταγμα ευθανασίας» το οποίο έδινε δικαιοδοσία στον επικεφαλής του Ράιχ και αρχηγό της Καγκελαρίας Philipp Bouhler και στον Dr Karl Brandt, προσωπικό ιατρό του Χίτλερ, να διεξάγουν το πρόγραμμα μη εθελοντικής εξαναγκασμένης ευθανασίας, το οποίο εφαρμόστηκε από το Σεπτέμβριο του 1939 (το διάταγμα υπεγράφη ετεροχρονισμένα από το Χίτλερ με ημερομηνία 1^η Σεπτεμβρίου 1939) έως τον Αύγουστο του 1941, κατά τη διάρκεια του οποίου κατεγράφησαν 70,273 ασθενείς, οι οποίοι θανατώθηκαν σε ποικίλα κέντρα εξόντωσης ευρισκόμενα εντός ψυχιατρικών νοσοκομείων στη Γερμανία και την Αυστρία. (Browning, 2005), (Longerich, 2010)

Στη προσπάθεια ανεύρεσης λογικής πίσω από τη κίνηση αυτή προτάθηκαν διάφορες εξηγήσεις συμπεριλαμβανομένων της ευγονίας, του οίκτου, της ανακούφισης από το πόνο, της φυλετικής υγιεινής, της σχέσης κόστους αποτελέσματος υπό τη συνεχή πίεση των μειούμενων κεφαλαίων κ.α. (Burleigh, 1991), (Adams, 1990) Ακόμα και μετά την επίσημη λήξη του προγράμματος, Γερμανοί και Αυστριακοί ιατροί εξακολουθούσαν να εφαρμόζουν πολλές από τις πρακτικές, οι οποίες είχαν θεσπιστεί υπό το εν λόγω διάταγμα, μέχρι την ήττα της Γερμανίας το 1945. Η ανεπίσημη συνέχιση αυτής της πολιτικής οδήγησε σε επιπρόσθετους θανάτους με ιατρικά και μη μέσα, ανεβάζοντας τον αριθμό περί τους 93,521 ασθενείς, ενώ ιστορικοί εκτιμούν πως τα επίσημα νούμερα απέχουν των πραγματικών με πιθανότητα αυτά να ανέρχονται κοντά στις 200,000. (Ryan & Schuchman, 2002), (Lifton, 2000)

Επιπροσθέτως, η τεχνολογία που αναπτύχθηκε στα πλαίσια της Action T4, ειδικότερα η χρήση χημικών (θανατηφόρων αερίων) προς επίτευξη μαζικών δολοφονιών, χρησιμοποιήθηκε ακολούθως από το ιατρικό τμήμα του Υπουργείου Εσωτερικών του Ράιχ, παράλληλα με την εσωτερική μεταφορά προσωπικού, το οποίο είχε συμμετάσχει στην ανάπτυξη αυτής της τεχνολογίας και υπηρέτησε τελικά την Operation Reinhardt, κωδική ονομασία για το μυστικό σχέδιο μαζικής εξόντωσης των Πολωνών Εβραίων της κατεχόμενης Πολωνίας. (Lifton, 2000) Η συγκεκριμένη επιχείρηση αναδείχθηκε ως η πιο θανάσιμη του Ολοκαυτώματος, με την εμφάνιση των στρατοπέδων συγκέντρωσης, κατά τη διάρκεια της οποίας «αξιοποιηθήκαν», όπως προαναφέρθηκε, η τεχνολογία, το προσωπικό και επιπλέον οι τεχνικές εξαπάτησης των αιχμαλώτων προς εκπλήρωση μαζικών ανθρωποκτονιών σε κινητές μονάδες. (Gitta, 1983)

Στις 6 Ιανουαρίου 1949, η Κοινότητα Ευθανασίας της Αμερικής κατέθεσε αίτημα νομιμοποίησης της ευθανασίας στο νομοθετικό σώμα της Νέας Υόρκης, υπογεγραμμένο από 379 εξέχοντες Προτεστάντες και Εβραίους υπουργούς, αποτελώντας τη μεγαλύτερη ομάδα θρησκευτικών αρχηγών που έχει λάβει ανάλογη στάση. Παρόμοιο αίτημα είχε σταλεί το 1947, επίσης, στη νομοθετική εξουσία της Ν. Υόρκης, υπογεγραμμένο, αυτή τη φορά από κατ' εκτίμηση 1,000 ιατρούς. Καθολικοί, κυρίως, θρησκευτικοί ηγέτες επέκριναν τη πρόταση, ισχυριζόμενοι ότι ένα τέτοιο νομοσχέδιο θα νομιμοποιούσε μια συμφωνία φόνου – αυτοκτονίας και έναν εξορθολογισμό της πέμπτης εντολής «ου φονεύσεις». Αξιοσημείωτη είναι η δήλωση του Αρχιεπισκόπου Robert E. McCormick: «Το απόλυτο αντικείμενο της Κοινότητας της Ευθανασίας βασίζεται στην απολυταρχική αρχή ότι η πολιτεία είναι ανώτερη των πολιτών και τα άτομα δεν έχουν το δικαίωμα να ζήσουν τη ζωή τους εάν η συνέχιση αυτής αποτελεί βάρος και εμπόδιο για τη πολιτεία. Οι Ναζί ακολούθησαν αυτή την αρχή και υποχρεωτική ευθανασία διενεργούνταν ως μέρος του προγράμματός κατά το πόλεμο. Εμείς, ως Αμερικανοί πολίτες της Νέας Υόρκης πρέπει να ρωτήσουμε τους εαυτούς μας την εξής ερώτηση: Θα τελειώσουμε εμείς, τη δουλειά του Χίτλερ;» Το αίτημα προκάλεσε σημαντική ένταση μεταξύ της Κοινότητας της Ευθανασίας και της Καθολικής Εκκλησίας σε σημείο που δημιούργησε γενικότερο κλίμα αντικαθολικού συναισθήματος σχετικά με θέματα ελέγχου των γεννήσεων, ευγονικής και πληθυσμιακού ελέγχου. Εν κατακλείδι, η εν λόγω πρόταση δεν μορφοποιήθηκε σε νόμο. (Dowbiggin, 2003)

2.2. Συγκριτικό Δίκαιο

Η προστασία της ζωής και ο σεβασμός αυτής αποτελεί κοινό χαρακτηριστικό της πλειοψηφίας των εθνικών νομοθεσιών όντας το μοναδικό δικαίωμα με θετικό περιεχόμενο, καθώς η αφαίρεση της ζωής είναι καταδικαστέα πράξη, η οποία αναλόγως περίπτωσης επιβάλλει ποικίλης βαρύτητας και φύσης τιμωρία. Κοινωνικές επιταγές και ατομικές εκκλήσεις οδήγησαν τα τελευταία έτη σε νομικές μεταβολές διεθνώς όσον αφορά στην ευθανασία, μετατρέποντας τη από έννοια και υπό συζήτηση φιλοσοφικό φαινόμενο σε απτή πραγματικότητα.

Προσπάθειες να αλλάξει η κυβερνητική πολιτική επί της ευθανασίας κατά τη διάρκεια του 20^{ου} και 21^{ου} αιώνα χαρακτηρίστηκαν από περιορισμένη επιτυχία στο Δυτικό κόσμο. Αξιοσημείωτες προσπάθειες με ικανοποιητικά αποτελέσματα στην ανάπτυξη πολιτικών για την ευθανασία έχουν γίνει από μη κυβερνητικούς οργανισμούς, όπως ιατρικοί σύλλογοι και οργανισμοί νομικής προστασίας. Επί του παρόντος, η ανθρώπινη ευθανασία είναι νόμιμη στην Ολλανδία, το Βέλγιο, την Ιρλανδία, την Κολομβία και το Λουξεμβούργο. Ακολούθως, η υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι νομικά κατοχυρωμένη στην Ελβετία, τη Γερμανία, την Ιαπωνία, την Αλβανία, τον Καναδά και όσον αφορά στις Η.Π.Α., στις Πολιτείες της Ουάσινγκτον, του Όρεγκον, του Βερμόντ, του Νέου Μεξικού, της Μοντάνα, και της Καλιφόρνιας (με ισχύ στη τελευταία από τον Ιούνιο του τρέχοντος έτους).

2.2.1. Νομολογιακή κατάσταση περί της ευθανασίας ανά κράτος

Η ευθανασία παραμένει παράνομη στην *Αυστραλία*, ενώ περιστασιακά έχουν επιβληθεί ποινές με τη κατηγορία της υποβοήθησης ή υπόθαλψης αυτοκτονίας. Στα μέσα της δεκαετίας του '90 υπήρξε έννομη, στο Βόρειο Τμήμα, βάσει της Rights of the Terminally Ill Act 1995. Το 1997, η Αυστραλιανή Ομοσπονδιακή κυβέρνηση κατίσχυσε της νομοθεσίας του Βορείου Τμήματος δια της εισαγωγής της Euthanasia Laws Act 1997. Η εν λόγω υπερίσχυση της νομοθεσίας του Ομοσπονδιακού Κράτους συνέβη εξαιτίας του γεγονότος ότι οι νόμοι που ισχύουν στο Βόρειο Τμήμα δεν είναι συνταγματικά κατοχυρωμένοι από το Αυστραλιανό Σύνταγμα. Οργανισμοί, όπως ο

Exit International, ο οποίος ιδρύθηκε από τον Dr Philip Nitschke, υποστηρικτή της ευθανασίας και εφευρέτη της Deliverance machine, πιέζουν τη κυβέρνηση να επαναφέρει την ευθανασία εντός νομιμότητας. Εν αντιθέσει με τα παραπάνω δίδεται τον ασθενή το δικαίωμα της εκ προοιμίου οδηγίας περί παροχής φροντίδας (Advanced Care Directive). (<http://www.austlii.edu.au/>, 26/03/2016)

Το Βελγικό Κοινοβούλιο νομιμοποίησε την ευθανασία στις 28 Μαΐου 2002. (Adams & Nys, 2003), (<http://www.ejustice.just.fgov.be/>, 26/03/2016) Μια έρευνα, οποία δημοσιεύθηκε το 2010 κατέληξε στη παρατήρηση ότι η ευθανασία επιλέγονταν κυρίως από νεότερους συγκριτικά άρρενες ασθενείς με κακοήθη νεοπλασματική νόσο, οι οποίοι ως επί το πλείστον πέθαιναν με τις οικογένειες τους σε οικείο περιβάλλον. Η κυριότερη αίτια, ως αναφέρεται, υπήρξε ο αφόρητος πόνος, ενώ η ευθανασία σε ασθενείς προ τελικού σταδίου ήταν σπάνια. (Smets et al., 2010). Εκ της εισαγωγής του νόμου, ο μέσος όρος θανάτων με ευθανασία ανέρχεται στους 1,400 ανά έτος με μέγιστη καταγραφή 1,807 περιπτώσεων το 2013. (<http://www.theguardian.com/>, 25/03/2016), (<http://www.ibtimes.co.uk/>, 25/03/2016)

Το Δεκέμβριο του 2013, η Βελγική Γερουσία ψήφισε υπέρ της επέκτασης του νόμου με σκοπό τη κάλυψη παιδιών με παθήσεις τελικού σταδίου. Οι προϋποθέσεις που επιβλήθηκαν ώστε να αιτηθεί εθελοντική ευθανασία παιδιού είναι οι εξής:

- α. ο ασθενής πρέπει να έχει τις αισθήσεις του και επίγνωση της απόφασης και της έννοιας ευθανασία,
- β. η αίτηση πρέπει να έχει εγκριθεί από τους γονείς του παιδιού και την υπεύθυνη ιατρική ομάδα,
- γ. η νόσος πρέπει να είναι σε τελικό στάδιο
- δ. ο ασθενής πρέπει να βιώνει αφόρητο πόνο, με ταυτόχρονη απουσία θεραπείας ικανής να καταπραΰνει τα συμπτώματά του,
- ε. η ωριμότητα του ασθενούς να λάβει την απόφαση αποφασίζεται από κλινικό ψυχολόγο, ενώ στο ίδιο κλίμα, δίδεται έμφαση στον εθελοντικό χαρακτήρα της ευθανασίας, σε αυτή τη κατηγορία ασθενών. (<http://www.bbc.com/>, 23/03/2016), (<http://www.nytimes.com/>, 24/03/2016)

Στον Καναδά, επί του παρόντος, η νομική κατάσταση περί της ευθανασίας βρίσκεται σε μεταίχμιο. Παρόλο που βάσει της Section 241 (b) του Ποινικού Κώδικα του Καναδά, η υποβοήθηση και υπόθαλψη αυτοκτονίας αποτελούν ποινικά κολάσιμη

πράξη ικανή να επισύρει δυνητική ποινή κάθειρξης έως δεκατέσσερα έτη, εάν ο κατηγορούμενος κριθεί ένοχος, στις 5 Ιουνίου του 2012, το Ανώτατο Δικαστήριο της British Columbia ακύρωσε τη συγκεκριμένη διάταξη, υποστηρίζοντας ότι επιβάλλει αδίστακτα και προκατειλημμένα ανυπόφορο φορτίο σε άτομα με βαριά αναπηρία, το οποίο δεν είναι έγκυρο βάσει των Sections 7 και 15 του Charter of Rights and Freedoms, ενός συνόλου δικαιωμάτων και ελευθεριών κατοχυρωμένων από το Σύνταγμα. Από τη πλευρά του, ο Καναδικός Ιατρικός Σύλλογος τηρεί ουδέτερη στάση χωρίς να υποστηρίζει ή να καταδικάζει οποιαδήποτε απόφαση. (<http://www.courthousenews.com/>, 24/03/2016)

Στις 6 Φεβρουαρίου 2015, το Ανώτατο Δικαστήριο του Καναδά, στην υπόθεση Carter v Canada (AG), απεφάνθη ότι Καναδοί ενήλικες με σώρας τας φρένας, οι οποίοι βιώνουν συνεχή και ανυπόφορο πόνο, έχουν δικαίωμα να αφαιρέσουν τη ζωή τους με ιατρική βοήθεια. Παρόλα ταύτα, το Δικαστήριο, ανέστειλε την απόφαση για δώδεκα μήνες, με σκοπό να δώσει στην κυβέρνηση την ευκαιρία να προβεί στη σύνταξη νομολογίας και νέας πολιτικής γύρω από την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Τον Ιανουάριο του 2016, το ίδιο Δικαστήριο, αποφάσισε επιπλέον τετράμηνη παράταση αναστολής της ανωτέρω απόφασης, ώστε να επιτρέψει στη νεοεκλεγμένη φιλελεύθερη κυβέρνηση να προετοιμάσει σχετική νομοθεσία που θα συμφωνεί με την απόφαση. Στα πλαίσια της απόφασης αυτής, ενέκρινε την έναρξη έγκρισης αιτήσεων για ευθανασία από τα επαρχιακά δικαστήρια, έως τη ψήφιση του νέου νόμου. (<http://scc-csc.lexum.com/>, 26/03/2016)

Στη περίπτωση της *Κολομβίας* το Συνταγματικό Δικαστήριο προηγήθηκε της Πολιτείας αποφαινόμενο το 1997 ότι κανείς δεν μπορεί να θεωρηθεί εγκληματικά υπεύθυνος για την αφαίρεση της ζωής ασθενούς ευρισκόμενου σε τελικό στάδιο νόσου, ο οποίος έχει δώσει σαφή εξουσιοδότηση για το σκοπό αυτό. Ως ασθενείς τελικού σταδίου χαρακτηρίστηκαν κυρίως ασθενείς με κακοήθειες, AIDS, νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια ενώ συγκεκριμένα εξαιρέθηκαν ασθενείς με εκφυλιστικές παθήσεις όπως οι νόσοι Alzheimer's, Parkinson's και Lou Gehrig's. Η Πολιτεία της Κολομβίας νομιμοποίησε την ευθανασία σύμφωνα με της παραπάνω προϋποθέσεις τον Μάρτιο του 2015. (<https://www.washingtonpost.com/>, 27/03/2016)

Η Βουλή της Δανίας έχει επανειλημμένως αναθέσει σε επιτροπές ηθικής να αποφανθούν επί του φαινομένου της ευθανασίας με μόνιμο αποτέλεσμα την απόρριψη της νομιμοποίησής της χωρίς όμως να έχει τεθεί οριστικά εκτός νόμου. Μια μελέτη που δημοσιεύθηκε το 2003 ανακοίνωσε πως το 41% των θανάτων υπό ιατρική επίβλεψη περιελάμβανε ιατρική γνωμάτευση παροχής φροντίδας “End of Life” ώστε να μετριαστεί ο πόνος τους προ του θανάτου. Αξιοσημείωτο είναι ότι το 1% αυτών πραγματοποιήθηκε με τη συνταγογράφηση σχετικών φαρμακευτικών αγωγών. (van der Heide et al., 2003), (Humphry, 2005)

Τον Ιούλιο του 2013, στη Γαλλία έγινε ίσως το πρώτο βήμα για τη συζήτηση της ευθανασίας όταν ο Πρόεδρος François Hollande, δήλωσε δημόσια την προσωπική του υποστήριξη για την αποποινικοποίηση της εθελοντικής ευθανασίας στη Γαλλία, όντας, επίσης, μία από τις προεκλογικές του υποσχέσεις («Εισαγωγή του δικαιώματος στο θάνατο με αξιοπρέπεια») παρά τις αντιρρήσεις της Γαλλικής Εθνικής Συμβουλευτικής Επιτροπής Ηθικής (“Comité National Consultatif d’Éthique”) και δεδομένης της ευθείας αντίθεσης της Καθολικής Εκκλησίας και άλλων κοινωνικών θρησκευτικών συντηρητικών οργανώσεων στην αποποινικοποίηση της εθελοντικής ευθανασίας. Συνεχία αυτού, το Μάρτιο του 2015, εγκρίθηκε και ψηφίστηκε σχετική διάταξη που επιτρέπει στους ιατρούς, κατόπιν αιτήσεως ή προϋπάρχουσας διαθήκης, να διατηρούν ασθενείς που βρίσκονται σε τελικά στάδια νόσου σε βαθύ ύπνο, έως ότου επέλθει ο θάνατός τους. Αξίζει, επίσης, να σημειωθεί ότι η παθητική ευθανασία ισχύει στη Γαλλία από το 2005, περισσότερο με την έννοια της απόσυρσης υποστηρικτικών μέσων. (<http://www.telegraph.co.uk/>, 26/03/2016)

Η παθητική ευθανασία θεσπίστηκε νομικά στην Ινδία από το Ανώτατο Δικαστήριο στις 7 Μαρτίου του 2011, το οποίο αποδέχθηκε ως μέσο την απόσυρση της υποστηρικτικής αγωγής σε περιπτώσεις μη αναστρέψιμης φυτικής κατάστασης ενώ παραμένει έκνομη κάθε μορφή ενεργητικής ευθανασίας συμπεριλαμβανομένων των περιπτώσεων χορήγησης θανατηφόρων ουσιών. (<http://articles.latimes.com/>, 25/03/2016)

Παρόλο που στην Ιρλανδία, η ενεργητική συμβολή του οποιουδήποτε (συμπεριλαμβανομένου του ιατρού) στο θάνατο ενός ατόμου είναι καταδικαστέα, δεν θεωρείται παράνομη η απομάκρυνση μέσων υποστήριξης και η διακοπή

οποιασδήποτε θεραπείας («το δικαίωμα στο θάνατο») εφόσον ο ασθενής, ή ο νόμιμος εκπρόσωπός του το αιτηθεί. Την ισχύουσα νομοθεσία καθώς και την δυνητική αναθεώρηση προς επέκταση της έρχεται να ενισχύσει η κοινή γνώμη με μια δημοσκόπηση το 2010, όταν το 57% δήλωσε ότι η υποβοηθούμενη από ιατρό αυτοκτονία οφείλει να είναι νόμιμη σε ασθενείς τελικού σταδίου όταν αυτοί το αιτούνται. (<http://www.irishexaminer.com/>, 25/03/2016)

Σύμφωνα με το Ποινικό Κώδικα του *Ισραήλ*, απαγορεύεται όχι μόνο η αφαίρεση αλλά και η επίσπευση της ζωής του άλλου. Προφανώς, η ενεργητική ευθανασία είναι παράνομη βάσει του Ισραηλιτικού αλλά και του Εβραϊκού Νόμου ενώ η παθητική ευθανασία έχει γίνει αποδεκτή μόνο σε συγκεκριμένες περιπτώσεις υπό τον Ισραηλιτικό Νόμο. Το 2006 ξεκίνησαν προσπάθειες αναμόρφωσης του Εβραϊκού Νόμου όσον αφορά στην ευθανασία και προτάθηκε η σύσταση επιτροπών στα νοσοκομεία με αντικείμενο τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη πρακτική της ευθανασίας. Χωρίς ιδιαίτερες εξελίξεις στο μεσοδιάστημα, τον Νοέμβριο του 2014, το τοπικό δικαστήριο του Tel Aviv ψήφισε υπέρ της απόσυρσης των υποστηρικτικών μέτρων σε ασθενή πάσχοντα από πλάγια μυατροφική σκλήρυνση δίνοντας, τρόπον τινά, το έναυσμα για περαιτέρω συζητήσεις και παρέχοντας το δεδικασμένο για άλλους ασθενείς πάσχοντες από σοβαρές προϊούσες νευρολογικές παθήσεις. (<http://blogs.loc.gov/>, 25/03/2016)

Η *Ιαπωνική κυβέρνηση* στερείται νομικού πλαισίου σχετικά με την ευθανασία ενώ σε συνέχεια αυτού δεν υπάρχει ούτε επίσημη κρίση από το Ανώτατο Δικαστήριο. Δύο περιπτώσεις, μία στη Nagoya το 1962 και μία στο Πανεπιστήμιο Tokai το 1995, με τη πρώτη να αφορά σε παθητική ευθανασία (απόσυρση υποστήριξης ζωτικών λειτουργιών) και τη δεύτερη σε ενεργητική (με τη χρήση θανατηφόρου ενέσιμης ουσίας) έδωσαν το έναυσμα για τη σύσταση ενός νομικού πλαισίου και ενός συνόλου προϋποθέσεων που είναι απαραίτητο να ισχύουν σε περιπτώσεις διενέργειας παθητικής ή ενεργητικής ευθανασίας. Επί του παρόντος και δεδομένου ότι οι αποφάσεις στις εν λόγω υποθέσεις έχουν προωθηθεί προς συζήτηση σε εθνικό επίπεδο, ισχύει ένα αβέβαιο και παράλληλα μη δεσμευτικό νομικό πλαίσιο σχετικά με τη διεξαγωγή ευθανασίας στην Ιαπωνία:

Σε περιπτώσεις παθητικής ευθανασίας οι τρεις συνθήκες που πρέπει να ικανοποιούνται είναι οι εξής:

1. ο ασθενής πρέπει να πάσχει από ανίατη νόσο και να βρίσκεται στο τελικό στάδιο αυτής χωρίς πιθανότητα ανάνηψης,
2. ο ασθενής πρέπει να εκφράσει τη συγκατάθεσή του για τη διακοπή της θεραπείας, η οποία πρέπει να ληφθεί προ του θανάτου του. Εάν ο ασθενής δεν είναι ικανός να συγκατατεθεί, τότε αυτή μπορεί να ληφθεί από υπάρχουσα εκ προοιμίου δήλωση ή από τη διαθήκη της οικογενείας,
3. ο ασθενής δύναται να θανατωθεί παθητικά με τη διακοπή της ιατρικής θεραπείας, χημειοθεραπείας, διάλυσης, μηχανικής αναπνοής, μετάγγισης κ.α.

Σε περίπτωση ενεργητικής ευθανασίας πρέπει να πληρούνται, τέσσερις προϋποθέσεις:

1. ο ασθενής πρέπει να βιώνει αφόρητο φυσικό πόνο,
2. ο θάνατος πρέπει να είναι αναπόφευκτος και αναμενόμενος στο άμεσο μέλλον
3. ο ασθενής πρέπει να δώσει συγκατάθεση (άλλα μέσα δεν ισχύουν)
4. ο ιατρός πρέπει να έχει εξαντλήσει κάθε δυνατό μέσο ανακούφισης από το πόνο.

Τα προβλήματα που προκύπτουν αναπόφευκτα στις ανωτέρω περιπτώσεις και που καλούνται να αντιμετωπίσουν πέραν των ιατρών και των ασθενών, οι ίδιες οι οικογένειες οδήγησαν στη ανάπτυξη ομάδων «κρούσης» βιοηθικής (bioethics SWAT teams) , οι οποίες θα είναι διαθέσιμες στις οικογένειες ασθενών τελικού σταδίου με σκοπό να τις βοηθήσουν, παράλληλα με τη συμβολή των ιατρών, στη λήψη αποφάσεων βάσει των δεδομένων κάθε περιστατικού. (Kai, 2010)

Στο κράτος του *Λουξεμβούργου*, η Βουλή στις 20 Φεβρουαρίου 2008, με αναλογία ψήφων 30 κατά προς 59 υπέρ πέρασε με πρώτη ανάγνωση νομοσχέδιο νομιμοποίησης της ευθανασίας. Στις 19 Μαρτίου 2009, το νομοσχέδιο εγκρίθηκε από τη δεύτερη ανάγνωση αναδεικνύοντας το *Λουξεμβούργο* στη 3^η κατά σειρά χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μετά την Ολλανδία και το Βέλγιο, που αποποινικοποιεί την ευθανασία. Ασθενείς τελικού σταδίου θα έχουν τη δυνατότητα ευθανασίας μετά από έγκριση δύο ιατρών και σχετικής επιτροπής ειδικών. (<http://www.legilux.public.lu>, 25/03/2016)

Η ενεργητική ευθανασία στο *Μεξικό* είναι παράνομη, με τη διαφορά ότι από τις 7 Ιανουαρίου του 2007, στη πόλη του Μεξικό, ο νόμος επιτρέπει σε ασθενείς τελικού σταδίου – ή στον κοντινότερο συγγενή, εάν ο ασθενής δεν έχει συνείδηση – να αρνηθούν περαιτέρω ιατρική θεραπεία (ουσιαστικά αποδίδοντας παθητική ευθανασία), ομοίως ισχύει στη πολιτεία του Aguascalientes (από τις 6 Απριλίου 2009) και στη Δυτική πολιτεία του Michoacán (από την 1^η Σεπτεμβρίου 2009). Παρόμοιος νόμος αποβλέποντας σε εθνική ισχύ έχει λάβει έγκριση από τη γερουσία, ενώ στις 13 Απριλίου 2007 εισήχθη στο νομοθετικό συμβούλιο πρόταση αποποινικοποίησης της ενεργητικής ευθανασίας παρά τις πιέσεις της Καθολικής Εκκλησίας που έχει οδηγήσει σε αναμόρφωση του νομοθετικού πλαισίου σε 18 από τις 31 πολιτείες ώστε να προστατευθεί το δικαίωμα στη ζωή. (<http://uk.reuters.com/>, 2/03/2016)

Το 1973 στην υπόθεση “Postma” κρίθηκε ένοχος μία ιατρός με τη κατηγορία της διευκόλυνσης του θανάτου της μητέρας της μετά από επανειλημμένες και κατηγορηματικές αιτήσεις για ευθανασία. Κατά την επικύρωση της απόφασης το δικαστήριο έθεσε κριτήρια, τα οποία όριζαν τότε έναν ιατρός παύει να υποχρεούται να διατηρεί στη ζωή έναν ασθενή παρά τη θέλησή του. Το σύνολο των κριτηρίων μορφοποιήθηκε κατά τη διάρκεια πολλών δικαστικών υποθέσεων τη δεκαετία του '80. (Rietjens et al., 2009) Το 2002 η *Ολλανδία* ενέκρινε νόμο που νομιμοποιούσε την ευθανασία συμπεριλαμβανομένης της υποβοηθούμενης από ιατρό αυτοκτονίας, κωδικοποιώντας, πλέον, την 20ετή συνθήκη μη προσαγωγής ιατρών που έχουν προβεί σε ευθανασία ασθενών σε συγκεκριμένες περιπτώσεις υπό καθορισμένες συνθήκες. Το Υπουργείο Δημόσιας Υγείας, Ευημερίας και Αθλητισμού υποστηρίζει ότι αυτή η πρακτική επιτρέπει σε ένα άτομο να δώσει τέλος στη ζωή του με αξιοπρέπεια έχοντας λάβει κάθε διαθέσιμο μέσο παρηγορητικής ιατρικής. (Janssen, 2002) Το Σεπτέμβριο του 2004 αναπτύχθηκε το Πρωτόκολλο Groningen, το οποίο ορίζει τα κριτήρια που οφείλουν να πληρούνται σε περιπτώσεις ευθανασίας σε παιδιά ώστε να μην προσάγεται ο διενεργών την ευθανασία ιατρός. (Verhagen & Sauer, 2005)

Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία και η εθελοντική ευθανασία παραμένουν παράνομες στη *Νέα Ζηλανδία* υπό την Section 179 της New Zealand Crimes Act 1961, η οποία καθιστά ποινικό αδίκημα την υποβοήθηση και την υπόθαλψη αυτοκτονίας, παρά τις

δύο προσπάθειες αποποινικοποίησης, το Death with Dignity Bill 1995 και το Death with Dignity Bill 2003 με το δεύτερο να αποτυγχάνει οριακά στη Βουλή με τρεις ψήφους διαφορά. (<http://www.nzherald.co.nz/>, 26/03/2016)

Το 1997 η Γερουσία των *Φιλιππίνων* έθεσε υπό συζήτηση νομοσχέδιο νομιμοποίησης της παθητικής ευθανασίας. Η προσπάθεια αντιμετώπισε ισχυρή αντίθεση από την Καθολική Εκκλησία και απορρίφθηκε. Αξιοσημείωτο είναι πως εάν το εγχείρημα στεφόταν από επιτυχία οι Φιλιππίνες θα αποτελούσαν τη πρώτη χώρα που θα νομιμοποιούσε την ευθανασία. Σύμφωνα με τους ισχύοντες νόμους, ιατροί που συμμετέχουν σε διαδικασία υποβοηθούμενης αυτοκτονίας αντιμετωπίζουν ποινή φυλάκισης και κατηγορία για επαγγελματική αμέλεια. (Wallerstein, 1997)

Η παρούσα νομοθεσία στην *Ελβετία* θα μπορούσε να χαρακτηριστεί πιο ευέλικτη καθώς δυνητικά θανατηφόρα φάρμακα δύνανται να συνταγογραφηθούν σε Ελβετούς πολίτες αλλά και αλλοδαπούς, με την προϋπόθεση ότι ο ασθενής λαμβάνει ενεργό ρόλο στη χορήγηση του φαρμάκου. Ειδικότερα, αλλά με αρκετά ευρύτερη δυνατότητα ερμηνείας το άρθρο 115 του Ελβετικού Ποινικού Κώδικα, ο οποίος τέθηκε σε ισχύ το 1942 (η σύνταξη του πραγματοποιήθηκε το 1918), θεωρεί την υποβοηθούμενη αυτοκτονία εγκληματική πράξη μόνο στην περίπτωση που το υφιστάμενο κίνητρο μπορεί να χαρακτηριστεί εγωιστικό. (Hurst & Mauron, 2003)

Η παθητική ευθανασία θεωρείται νόμιμη στη *Σουηδία*, μετά από δεδικασμένο και σχετική δικαστική απόφαση το 2010. Η έννοια που της αποδόθηκε αφορά στη νόμιμη διακοπή υποστήριξης της ζωής από τον ιατρό μετά από αίτημα του ασθενούς, ενώ παράλληλα η νομοθεσία της απαγορεύει τη χορήγηση θανατηφόρου ουσίας. (<http://www.swedishwire.com/>, 27/03/2016)

Η ευθανασία απαγορεύεται αυστηρότατα στην *Τουρκία*. Το άτομο που θα βοηθήσει ένα άτομο να αυτοκτονήσει ή να θέσει τέλος στη ζωή του με οποιονδήποτε τρόπο θα αντιμετωπίσει σχετική ποινή σύμφωνα με το άρθρο 84 του Τουρκικού Ποινικού Κώδικα περί υποβοήθησης και ενθάρρυνσης αυτοκτονίας. Όσον αφορά στην ενεργητική ευθανασία, το άρθρο 81 του ίδιου νόμου ορίζει ότι οποιοδήποτε πρόσωπο, το οποίο θα προβεί στην εν λόγω διαδικασία θα κριθεί και θα καταδικαστεί σε ισόβια κάθειρξη, όπως ακριβώς στην περίπτωση απλής ανθρωποκτονίας. (Uvey, 2004)

Η ενεργητική ευθανασία είναι παράνομη στις *Ηνωμένες Πολιτείες*. Οι ασθενείς διατηρούν το δικαίωμα να αρνηθούν ιατρική θεραπεία και να περιοριστούν στην άκρως απαραίτητη παρηγορική αναλγητική φροντίδα κατόπιν αιτήσεώς τους (παθητική ευθανασία), έστω κι αν η επιλογή τους αυτή σημαίνει επίσπευση του θανάτου τους. Επιπροσθέτως, μάταιες και δυσανάλογες του προσδόκιμου και της μελλοντικής ποιότητας ζωής θεραπείες, όπως η μηχανική υποστήριξη, δύνανται να αποσυρθούν, σύμφωνα με τον ομοσπονδιακό νόμο και την πλειοψηφία των πολιτειακών νομοθεσιών, μόνο υπό ορισμένες συνθήκες και κατόπιν αιτήσεως του ασθενούς ή του νομίμου αντιπροσώπου σε περίπτωση ανικανότητας συναινέσεως. Το Ανώτατο Δικαστήριο των Ηνωμένων Πολιτειών δεν έχει θίξει ζητήματα ποιότητας ζωής και ματαιότητας στις αποφάσεις του, ενώ αποφαίνεται μόνο περί ενεργητικής ή παθητικής ευθανασίας όταν υφίστανται σαφή και πειστικά αποδεικτικά στοιχεία για την ύπαρξη πληροφορημένης συγκατάθεσης από τον ασθενή ή από τον νόμιμο εκπρόσωπο σε περίπτωση ανικανότητας του ασθενούς. Ενώ, όπως προαναφέρθηκε, η ενεργητική ευθανασία είναι απαγορευμένη από την ομοσπονδιακή νομοθεσία, η υποβοηθούμενη αυτοκτονία αποτελεί νόμιμη διαδικασία, υπό συγκεκριμένο νομικό πλαίσιο στις εξής πολιτείες: Όρεγκον, Ουάσινγκτον, Βερμόντ, Καλιφόρνια, Νέο Μεξικό (ένα δημοτικό διαμέρισμα) και Μοντάνα. (<http://www.amednews.com/>, 27/03/2016), (<http://www.nytimes.com/>, 27/03/2016), (Emanuel, 1994)

Η *Ουρουγουάη* αποτελεί ιδιαίτερη περίπτωση από ιστορικής πλευράς, καθώς, από το 1933, ο Ποινικός Κώδικας της Ουρουγουάης, άρθρο 37, αποδέχεται την σπλαγχνική ανθρωποκτονία, αποτελώντας το πρώτο νομικό έγγραφο που περιλαμβάνει την ευθανασία, παρόλο που δεν χρησιμοποιήθηκε ο συγκεκριμένος όρος για την περιγραφή της έννοιας. Στο άρθρο 127 του ίδιου Κώδικα, ο δικαστής έχει την επιλογή να απαλλάξει τον ιατρό των κατηγοριών, εάν η πράξη τελέστηκε κατόπιν παράκλησης του ασθενούς και ο ιατρός χαρακτηριζόταν από αξιοσέβαστη φήμη. Η κύρια πηγή αυτού του Ποινικού Κώδικα ήταν ο Jimenéz de Asúa, Ισπανός Ποινικολόγος, ο οποίος εισήγαγε αυτό το σκεπτικό στο βιβλίο του “*Libertad de amar y derecho a morir: ensayos de un criminalista sobre eugenesia, eutanasia, endocrinologia*” δημοσιευθέν στην Ισπανία το 1928. Η πρώτη πρόταση ώστε η ευθανασία να γίνει αντιληπτή με την έννοια της ανθρωποκτονίας έγινε από τον Ruy Santos στη Μεταπτυχιακή του Διατριβή “*Da Resistencia dos estados mórbidos à terapeutica e da incurabilidade perante a euthanasia*” στην Ιατρική Σχολή της Bahia,

στη Βραζιλία το 1928. Προχώρησε στο διαχωρισμό των εννοιών της ευθανασίας, της διαφοράς μεταξύ ανθρωποκτονίας και αυτοκτονίας, εισάγοντας παράλληλα την έννοια της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. (Hetil, 2014), (Montano y Gómez de Alía et al., 2011)

2.2.2. Επικρατών Δίκαιο Ηνωμένου Βασιλείου

Η ευθανασία είναι παράνομη στο Ηνωμένο Βασίλειο. Οποιοδήποτε άτομο συμμετέχει σε διαδικασία υποβοήθησης αυτοκτονίας θεωρείται ότι παραβιάζει το νόμο και δύναται να καταδικαστεί αντίστοιχα για υποβοήθηση ή για απόπειρα υποβοήθησης. Παρόλα αυτά η Εισαγγελία έχει θέσει κατευθυντήριες ως προς την πιθανότητα δίωξης αναλόγως των κείμενων συνθηκών ανά περίπτωση.

The Lords Select Committee on Medical Ethics (1992-1994)

Το 1992 συνετάχθη Επιτροπή της Βουλής των Λόρδων με σκοπό να κρίνει και να προσφέρει τη θεώρησή της σχετικά με τις ηθικές, νομικές και κλινικές επιπτώσεις πράξεων με αποτέλεσμα τη συντόμευση της ζωής. Η αναφορά της επιτροπής το 1994 απέρριψε κάθε πρόταση, η οποία: «ξεπερνά τα όρια που απαγορεύουν κάθε εκούσια θανάτωση, όρια που πιστεύουμε ότι είναι αναγκαίο να διατηρήσουμε» (“cross the line which prohibits any intentional killing, a line which we think it essential to preserve”). Η ίδια αναφορά, επίσης, απέρριψε οποιαδήποτε αλλαγή στον ισχύοντα νόμο περί υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και η κυβέρνηση απεδέχθη τις εν λόγω συστάσεις στο σύνολό τους. [Report of the House of Lords Select Committee on Medical Ethics HL Paper 21-1 (1994)]

Assisted Dying for the Terminally Ill Bill (2003-2006)

Ο Λόρδος Joffe (νυν Βαρόνος Joffe) εισήγαγε ανεπιτυχώς (ως private member's bill, χωρίς απαραίτητα να αντιπροσωπεύει το σύνολο της Εργατικής παράταξης στην οποία άνηκε), νομοσχέδια στη Βουλή των Λόρδων κατά τα έτη 2003, 2004 και 2005. Ο σκοπός των νομοσχεδίων ήταν πανομοιότυπος και στο δια ταύτα στόχευαν στη νομιμοποίηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Το πρώτο νομοσχέδιο δεν τέθηκε

καν υπό ψήφιση καθώς εξάντλησε τον προβλεπόμενο διαθέσιμο χρόνο συζήτησης. Το δεύτερο κατά σειρά νομοσχέδιο, με το τίτλο “Assisted Dying for the Terminally Ill Bill” πρότεινε την υποβοηθούμενη αυτοκτονία ως μέσο λύτρωσης για άτομα τα οποία αδυνατούν να δώσουν τέλος στη ζωή τους. Σύμφωνα με μερικούς σχολιαστές, η θέσπιση ενός νόμου με ανάλογο περιεχόμενο θα έφερνε το Ηνωμένο Βασίλειο «στο χείλος της ευθανασίας». Ως αποτέλεσμα, σημαντικές ανησυχίες για θέματα δημοσίας ασφάλειας και συμφέροντος οδήγησαν στην απόρριψη αυτής της δεύτερης πρότασης. Η τρίτη απόπειρα του Λόρδου Joffe έγινε το 2005, φέροντας τον ίδιο τίτλο, η οποία καταψηφίστηκε στη Δεύτερη Ανάγνωση (Second Reading) με αναλογία 148 – 100, το Μάιο του 2006. (Warnock & MacDonald, 2008)

Coroners and Justice Bill (2009)

Κατά το πέρασμα του νόμου, ο οποίος αργότερα ονομάστηκε Coroners and Justice Act 2009, ο Λόρδος Falconer, πρότεινε την αλλαγή του, έτσι ώστε άτομα που βοηθούσαν συγγενείς να ταξιδέψουν στο εξωτερικό με σκοπό να επισκεφθούν εγκαταστάσεις υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, να μην διώκονται. Η πρόταση τελικά απορρίφθηκε. (<http://www.legislation.gov.uk/>, 28/03/2016)

End of Life Assistance Bill (Scotland) (2010 – 2012)

Η Margo MacDonald, ως ανεξάρτητο μέλος, της Σκωτσέζικης Βουλής κατέθεσε προτάσεις νόμων το 2010 και το 2011 με σκοπό τη νομιμοποίηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Το δεύτερο νομοσχέδιο αναγνώριζε σε άτομα με εκ γενετής αναπηρίες, τα οποία παραιτούνται της επιθυμίας για τη ζωή (“loose the will to live”) το δικαίωμα να θέσουν τέλος στη ζωή τους. Η πρώτη πρόταση καταψηφίστηκε από τη Βουλή της Σκωτίας και η δεύτερη απορρίφθηκε στο στάδιο της δημόσιας διαβούλευσης. (<http://www.parliament.scot/>, 28/03/2016)

Τρέχουσες προσπάθειες μεταβολής της ισχύουσας νομοθεσίας

Ο Λόρδος Falconer προχώρησε στην εισαγωγή ενός άλλου νομοσχεδίου προς συζήτηση στη Βουλή των Λόρδων, το οποίο προτείνει τη νομιμοποίηση της

υποβοηθούμενης αυτοκτονίας για άτομα έχοντα σώας τας φρένας με λιγότερο από έξι μήνες προσδόκιμο επιβίωσης. (<http://www.publications.parliament.uk/>, 28/03/2016)

Στη Σκωτία, ο Patrick Harvie κατέθεσε πρόταση, η οποία αναμένει ημερομηνία έναρξης συζητήσεων και σύμφωνα με την οποία δίδεται η δυνατότητα υποβοηθούμενης αυτοκτονίας σε ενήλικες με νόσο τελικού σταδίου. (MacDonald – supp. Harvie P - 2013)

Επί του παρόντος, ο μοναδικός Βρετανός ιατρός, που έχει καταδικαστεί για απόπειρα ευθανασίας είναι ο Dr Nigel Cox, στον οποίο απαγγέλθηκε ποινή δωδεκάμηνης φυλάκισης με αναστολή το 1992. (<http://news.bbc.co.uk/>, 28/03/2016)

Αναφορικά με την αρχή της διττής ενέργειας (principle/ doctrine of double effect), το 1957, ο δικαστής Patrick Devlin στη δίκη του Dr John Bodkin Adams απεφάνθη ότι η πρόκληση του θανάτου ενός ασθενούς δια της χορήγησης θανατηφόρων ουσιών, με μοναδική πρόθεση την ανακούφιση από το πόνο, δεν θεωρείται φόνος ακόμα και αν ο θάνατος αποτελεί δυνητική ή ακόμα και πιθανή έκβαση. (Otlowski, 1997)

2.3. Νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Δικαιωμάτων του Ανθρώπου

Η προσέγγιση του δικαιώματος της ευθανασίας νομολογιακά παρέχει τη δυνατότητα σε ιδιαίτερες περιπτώσεις ασθενών να διεκδικήσουν για αυτούς το αυτονόητο και στη δικαστική εξουσία να ερμηνεύσει το νόμο βασιζόμενη σε συγκεκριμένες ισχύουσες συνθήκες αλλά πάντα σύμφωνα με θεμελιώδεις αρχές του εκάστοτε συντάγματος και ανάλογης βαρύτητας διεθνείς συμβάσεις. Εν συνεχεία, παρατίθενται περιπτώσεις προσφυγών, με κοινό παρονομαστή την αξίωση του δικαιώματος της ευθανασίας, στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου.

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

Πραγματικά γεγονότα

Η Diane Pretty έπασχε από νόσο κινητικού νευρώνα, μια νευροεκφυλιστική νόσο χωρίς αποτελεσματική θεραπευτική αγωγή και σταδιακά επιδεινούμενη πορεία. Κατέληξε τετραπληγική και αδύναμη να τραφεί με στοιχειώδη χαρακτηριστικά ομιλίας. Η συγκεκριμένη νόσος δεν προσβάλλει ανώτερες εγκεφαλικές λειτουργίες, με αποτέλεσμα η διανοητική κατάσταση να παραμείνει εξαιρετική μέχρι το τέλος. Επιθυμία της ήταν να θέσει τέλος στη ζωή της, ώστε να αποφύγει έναν αργό και αναξιοπρεπή θάνατο. Η ίδια αδυνατούσε λόγω της κατάστασης της να προβεί σε αυτοκτονία και για το λόγο αυτό επιζητούσε τη βοήθεια του συζύγου της, ο οποίος, όμως, θα εκτίθονταν, κατ' αυτό τον τρόπο, ως υπεύθυνος για υποβοήθηση αυτοκτονίας σύμφωνα με την Suicide Act 1961. Ο νομικός αντιπρόσωπος της, ζήτησε από τη Διεύθυνση της Εισαγγελίας να δεσμευθεί ότι δε θα διωχθεί ο σύζυγος της Pretty. Η απάντηση της Εισαγγελίας ήταν ρητή και καθόλα αρνητική, όπως επίσης και αυτή ανώτερων δικαστικών αρχών και της Βουλής των Λόρδων, που αναμείχθηκαν στη συνέχεια λόγω των ενδίκων μέσων που χρησιμοποιήθηκαν και της έκτασης του ζητήματος. Η υπόθεση οδηγήθηκε στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων με το ερώτημα της ασυμβατότητας του δικαίου του Ηνωμένου Βασιλείου περί του αξιόποινου της υποβοήθησης αυτοκτονίας με τα άρθρα 2, 3, 8, 9 και 14 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Δικαιωμάτων του Ανθρώπου. (European Court of Human Rights)

Απόφαση Δικαστηρίου

Αναφορικά με το άρθρο 2, κρίθηκε ότι αυτό δεν έχει αρνητικό περιεχόμενο, ότι δηλαδή το δικαίωμα στη ζωή δεν εξυπακούεται πως προϋποθέτει αντίστοιχο δικαίωμα στο θάνατο. Σχετικά με το άρθρο 3 θεωρήθηκε ότι δεν υφίσταται υποχρέωση του κράτους νομιμοποίησης πράξεων με στόχο το τέλος της ζωής και όσον αφορά στο άρθρο 8, βάσει της αρχής της αναλογικότητας, η επέμβαση του κράτους κρίνεται αναγκαία σε μια δημοκρατική κοινωνία για τη προστασία των δικαιωμάτων του συνόλου. Το άρθρο 9 δεν θεωρήθηκε ότι παραβιάζεται καθώς οι

ισχυρισμοί της Pretty ενέπιπταν στο άρθρο 8 και τέλος στα πλαίσια του άρθρου 14, περί διακρίσεων, το δικαστήριο απεφάνθη πως ο διαχωρισμός ικανών και ανίκανων να διαπράξουν αυτοκτονία ατόμων είναι αδύνατος, καθώς θα θέσει σε κίνδυνο την προστασία της ζωής και ενέχει κίνδυνο κατάχρησης. (European Court of Human Rights)

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

Πραγματικά περιστατικά

Ο προσφεύγων ήταν ασθενής, ο οποίος έπασχε από σοβαρή διπολική διαταραχή. Οι εκδηλώσεις της συγκεκριμένης ψυχιατρικής νόσου, λόγω σοβαρότητας, παρεμπόδιζαν τη διαγωγή μιας φυσιολογικής ζωής και για το λόγο αυτό ο Haas είχε ήδη οδηγηθεί σε δύο ανεπιτυχείς απόπειρες αυτοκτονίας πριν αναζητήσει ιατρική βοήθεια. Αίτημα του ήταν να του συνταγογραφηθεί πεντοβαρβιτάλη, ουσία δυνητικά θανατηφόρος που μπορεί να χορηγηθεί μόνο κατόπιν ιατρικής συνταγής, με την οποία θα επιχειρούσε εκ νέου να θέσει τέρμα στη ζωή του. Επικοινωνήσε με τις τοπικές αρχές και 170 ιατρούς στο σύνολο, κανείς εκ των οποίων δεν του έδωσε θετική απάντηση. Η υπόθεσή του τελικά απορρίφθηκε από το Ομοσπονδιακό Δικαστήριο της Ελβετίας και εν συνεχεία στράφηκε στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, όπου ισχυρίστηκε ότι βάσει του άρθρου 8, είναι υποχρέωση του κράτους να παρέχει τις ασφαλείς συνθήκες για μια επιτυχημένη και ανώδυνη αυτοκτονία. (European Court of Human Rights)

Απόφαση Δικαστηρίου

Ενώ το δικαίωμα της αυτοκτονίας αναγνωρίζεται από το άρθρο 8 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ), αφορώντας σε άτομα ικανά φυσικά και νοητικά να προβούν σε αυτή τη πράξη, δεν εμπεριέχει την υποχρέωση του κράτους στη συμβολή τέλεσης της πράξης και στην εξασφάλιση των απαραίτητων συνθηκών για την αδιαμφισβήτητη επιτυχία της. Ο Haas δεν είναι ασθενής ευρισκόμενος σε τελικό στάδιο νόσου και δεν αδυνατεί σωματικά να προβεί σε πράξη

αυτοκτονίας. Επίσης, όσον αφορά στη Σύμβαση καθεαυτή οφείλει να εξετάζεται συνολικά και όχι τόσο μεμονωμένα, με την έννοια στη εν λόγω περίπτωση ότι η πλειονότητα των κρατών του Συμβουλίου της Ευρώπης θεωρούν μεγαλύτερη την αξία του 2^{ου} άρθρου περί προστασίας της ζωής εν συγκρίσει με το 8^ο άρθρο. Επομένως, υποστηρίχθηκε και επιβεβαιώθηκε η απόφαση του Ελβετικού Δικαστηρίου ότι ενώ ο προσφεύγων έχει το δικαίωμα να διαπράξει αυτοκτονία, η ελβετική κυβέρνηση δεν υποχρεούται να επιτρέψει την ελεύθερη πρόσβαση σε θανατηφόρες ουσίες θέτοντας σε κίνδυνο τη δημόσια ασφάλεια. (European Court of Human Rights)

2.4. Νομολογία Ανωτάτου Δικαστηρίου των Ηνωμένων Πολιτειών

Ανάλογη με το ΕΔΔΑ υπήρξε η τοποθέτηση και η νομολογία των Ανωτάτων Δικαστηρίων των ΗΠΑ σχετικά με ανάλογες υποθέσεις.

2.4.1 Υπόθεση Cruzan v. Director, Missouri Department of Health (1990) 497 U.S. Supreme Court 261

Πραγματικά γεγονότα

Στο Ανώτατο Δικαστήριο προσέφυγε η οικογένεια, συγκεκριμένα οι γονείς ασθενούς, η οποία μετά από τροχαίο ατύχημα, παρέμεινε σε εμμένουσα φυτική κατάσταση χωρίς πιθανότητα ανάκαμψης ή βελτίωσης. Οι γονείς της ασθενούς ζήτησαν από το ιατρικό προσωπικό την αφαίρεση του σωλήνα θρέψης διατεινόμενοι ότι η κόρη τους είχε δηλώσει προ του ατυχήματος ότι σε περίπτωση βαριάς και μη αναστρέψιμης κατάστασης υγείας δε θα επιθυμούσε να συνεχίσει τη ζωή της με μη φυσιολογικό τρόπο. Το ιατρικό προσωπικό αρνήθηκε ζητώντας δικαστική απόφαση. Η δικαστική απόφαση ήταν θετική για τους γονείς πρωτοδίκως αλλά ανεστράφη στη συνέχεια επίσημα με το επιχείρημα των μη επαρκών αποδείξεων πρότερης δήλωσης επιθυμίας της Nancy Cruzan και την αδυναμία λήψης απόφασης απόσυρσης θεραπείας από τους γονείς δεδομένου ότι δεν υπήρχαν απτά τεκμήρια της βούλησης της κόρης τους. Η

υπόθεση οδηγήθηκε στο Ανώτατο Δικαστήριο των Ηνωμένων Πολιτειών με αίτημα των γονέων. (Gaudin, 1991)

Απόφαση Δικαστηρίου

Βάσει της 14^{ης} τροποποίησης του Συντάγματος , θεωρήθηκε ότι δεν υφίστανται επαρκείς αποδείξεις της επιθυμίας της Nancy Cruzan και δεν διαπράττεται συνταγματικό σφάλμα καθώς προηγείται η εξυπηρέτηση του δημοσίου συμφέροντος, η προστασία της ζωής, η αποτροπή κατάχρησης και η εύλογη άρνηση της Πολιτείας να γνωμοδοτήσει υπέρ της ποιότητας ζωής ενός ατόμου, επιβεβαιώνοντας τοιουτοτρόπως την απόφαση του Ανώτατου Δικαστηρίου του Μισούρι.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η απόφαση λήφθηκε κατόπιν πλειοψηφίας μόλις πέντε προς τεσσάρων δικαστών και δεν απουσίασαν διαφωνούσες απόψεις, όπως αυτές των δικαστών Brennan και Stevens: «Το σώμα της Nancy, η οικογένεια Cruzan και η σημασία της ζωής, υποκλίνονται στην εξυπηρέτηση του δημοσίου συμφέροντος, το οποίο στη παρούσα περίπτωση δικαιολογείται μόνο κατόπιν φιλοσοφικής και θρησκευτικής θεώρησης. Η σημερινή απόφαση αποτελεί προϊόν μιας κοσμικής κυβέρνησης που προσπαθεί να καθιερώσει τη θεολογική προσέγγιση της ζωής παραβλέποντας της ελευθερίες και ανάγκες των πολιτών της. Το ατομικό συμφέρον όφειλε να υπερέχει της κρατικής πολιτικής». (Gardner & Anderson, 2011)

Η περίπτωση της Nancy ανήγειρε την ανάγκη δημιουργίας των advance health directives στις Ηνωμένες Πολιτείες, δίνοντας κατ' αυτόν τον τρόπο τη δυνατότητα σε όσους πάσχουν από ανίατες επιδεινούμενες νόσους να δηλώσουν εκ των προτέρων τη βούλησή τους, ώστε να αποσυρθεί η θεραπεία όταν έρθει η ώρα. (Gaudin, 1991)

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

Πραγματικά γεγονότα

Ο Dr Harold Glucksberg, τέσσερις ακόμα ιατροί, τρεις ασθενείς τελικού σταδίου και ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός, εν ονόματι “Compassion in Dying”, βασιζόμενοι

στη 14^η Τροποποίηση του Συντάγματος, κατήγγειλαν ως αντισυνταγματική την απαγόρευση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας στη Πολιτεία της Ουάσινγκτον, ισχυριζόμενοι ότι αποτελεί ελευθερία προστατευόμενη από τη «Ρήτρα Δίκαιης Μεταχείρισης» (“Due Process Clause”) της σχετικής Τροποποίησης. (<https://supreme.justia.com/>, 28/03/2016)

Απόφαση δικαστηρίου

Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν αποτελεί ελευθερία βαθιά συνδεδεμένη με τη ιστορία του έθνους και δεν αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμα, το οποίο υπάγεται στη κατηγορία αυτών που περιλαμβάνει υπό τη προστασία της η Ρήτρα. Το Δικαστήριο θεώρησε δίκαιη και λογική την απόφαση της Πολιτείας, καθώς προωθεί αδιάσειστες αρχές, όπως της προστασίας της ζωής, των διανοητικά υστερούντων και φυσικά αναπήρων από την ιατρική αμέλεια και εκφοβισμό και των ατόμων, τα οποία λόγω εσωτερικής παρόρμησης κινούνται προς την αυτοκτονία. Τέλος, θεωρήθηκε πως εάν η υποβοηθούμενη αυτοκτονία αναβαθμιστεί σε συνταγματικό δικαίωμα θα αποτελέσει την απαρχή της νομιμοποίησης της εθελοντικής ή ακόμα και τη μη εθελοντικής ευθανασίας. (<https://supreme.justia.com/>, 28/03/2016)

2.5. Νομολογία Ανωτάτου του Καναδά Δικαστηρίου

Της D. Pretty προηγήθηκε η S. Rodriguez, μια 42χρονη ασθενής πάσχουσα από την ίδια νόσο, χωρίς, όμως, να χαίρει θετικής απόφασης κατά τη νομολογία. Τις ακολούθησε η υπόθεση Carter, η απόφαση της οποίας ουσιαστικά ακύρωσε τη τελευταία και αποτέλεσε σταθμό για τον Καναδικό Χάρτη των Δικαιωμάτων.

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

Πραγματικά γεγονότα

Η Sue Rodriguez ήταν μια 42χρονη μητέρα, η οποία είχε διαγνωστεί με πλαγία μυατροφική σκλήρυνση (Amyotrophic lateral sclerosis – ALS – “Lou Gehrig’s

disease) το 1992. Το 1993 το προσδόκιμο επιβίωσής της ήταν λιγότερο από ένα έτος. Η εκτίμηση αυτή την εξώθησε να ξεκινήσει μια εκστρατεία ώστε να πλήξει τη διάταξη 241 (b) του Ποινικού Κώδικα, βάσει της οποίας η υποβοηθούμενη αυτοκτονία ήταν παράνομη. Αιτήθηκε στο Ανώτατο Δικαστήριο της British Columbia να ακυρώσει την προαναφερόμενη διάταξη καθώς παραβίαζε άλλες ουσιώδεις διατάξεις και συγκεκριμένα τις 7 (δικαίωμα στη ζωή, την ελευθερία και την ασφάλεια του ατόμου), 12 (προστασία ενάντια στη βάνανση και ασυνήθη τιμωρία) και 15(1) (περί ισότητας) του Καναδικού Χάρτη των Δικαιωμάτων και Ελευθεριών (Canadian Charter of Rights and Freedoms). (<http://scc-csc.lexum.com/>, 28/03/2016)

Απόφαση Δικαστηρίου

Η πλειοψηφία απεφάνθη ότι σχετικά με το άρθρο 7 δεν παραβιάζεται το δικαίωμα στην ασφάλεια του ατόμου, παρόλο που επηρεάζει την αυτονομία του, με την έμμεση πρόκληση σωματικού και ψυχολογικού πόνου. Δήλωσε, επίσης, ότι η εν δυνάμει παροχή του δικαιώματος δεν αντίκειται σε θεμελιώδεις αρχές της δικαιοσύνης. Κατέληξε, όμως, ότι η απαγόρευση αντανάκλα ουσιώδεις αρχές της κοινωνίας και δεν καταργεί βασικές ελευθερίες. Όσον αφορά στο άρθρο 12, θεώρησε ότι η απαγόρευση μιας πράξης δεν μπορεί να συμπεριληφθεί σε ότι περιγράφεται ως θεραπεία. Τέλος, περί της ισότητας και το άρθρο 15, παρόλο που βρέθηκε ότι η αίτηση της ασθενούς ήταν λογική και ουσιαστική, απεφασίσθη ότι καλύπτεται από το άρθρο 1, σύμφωνα με το οποίο το κράτος εγγυάται την εφαρμογή του συνόλου των διατάξεων, εντός λογικών πλαισίων, ενώ δύναται να τα περιορίσει αναλόγως συνθηκών και υπέρ του κοινωνικού οφέλους. Αξίζει στο σημείο αυτό να προστεθεί ότι η απόφαση ελήφθη με αναλόγια πέντε υπέρ τεσσάρων και υπό αρκετό σκεπτικισμό. (<http://scc-csc.lexum.com/>, 28/03/2016)

Η εν λόγω απόφαση απορρίφθηκε εκ των υστέρων μετά το πόρισμα ορόσημο του Ανωτάτου Δικαστηρίου του Καναδά στην υπόθεση Carter v. Canada (AG), στις 6 Φεβρουαρίου του 2015. Η απαγόρευση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας αμφισβητήθηκε βάσει του Καναδικού Χάρτη των Δικαιωμάτων και Ελευθεριών από την οικογένεια της Kay Carter, μιας γυναίκας που υπέφερε από εκφυλιστική σπονδυλική στένωση και την Gloria Taylor, επίσης γυναίκα, πάσχουσα από πλαγία

μυατροφική σκλήρυνση. Με ομόφωνη απόφαση πλέον το Ανώτατο Δικαστήριο έκρινε ως αντισυνταγματική την συγκεκριμένη διάταξη του Ποινικού Κώδικα και αναγνώρισε σε ενήλικες πνευματικά υγιείς ασθενείς, που βιώνουν ανυπόφορο και διαρκή πόνο το δικαίωμα να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια με σκοπό να τερματίσουν τη ζωή τους. Η εφαρμογή της απόφασης ανεστάλη για ένα έτος ώστε η κυβέρνηση να έχει τον απαραίτητο χρόνο να αναθεωρήσει τη νομοθεσία. Η πρώτη αναστολή ακολουθήθηκε από επιπλέον 4μηνη παράταση με σκοπό η νεοεκλεγείσα φιλελεύθερη κυβέρνηση να νομοθετήσει σε συμφωνία με τη δικαστική απόφαση. Ως προσωρινό μέτρο, επιτράπη στα επαρχιακά δικαστήρια να ξεκινήσουν τις διαδικασίες έγκρισης αιτήσεων ευθανασίας μέχρι την ολοκλήρωση του σχετικού νόμου. (<https://sc-csc.lexum.com/>, 29/03/2016)

Στη συνέχεια θα ακολουθήσει συνοπτική αναφορά των θρησκευτικών απόψεων επί της ευθανασίας, επικεντρώνοντας στις κυριότερες θρησκείες που απαντώνται στο Ηνωμένο Βασίλειο.

2.6. Θρησκευτικές απόψεις

Βάσει της πλειοψηφίας των θρησκειών η ζωή, ως δώρο θεού, αγιοποιείται και ουδείς έχει το δικαίωμα να την αφαιρέσει πλην του δημιουργού της. Οι παραβάτες του θεϊκού νόμου, πέραν ελαχίστων εξαιρέσεων, αφορίζονται ή καταδικάζονται εκκλησιαστικά και κοινωνικά.

2.6.1. Καθολικισμός

Η Διακήρυξη της Ευθανασίας, αποτελεί το επίσημο έγγραφο της Εκκλησίας σχετικά με το θέμα της ευθανασίας. Εκδόθηκε το 1980 από την Ιερή Συγκέντρωση για το Δόγμα της Πίστης (Sacred Congregation for the Doctrine of Faith). Η Καθολική διδαχή καταδικάζει την ευθανασία ως «έγκλημα κατά της ζωής» και «έγκλημα κατά του Θεού». Η βάση της Καθολικής στάσης έχει τα θεμέλιά της σε ουσιώδεις αρχές της Εκκλησιαστικής ηθικής, περιλαμβάνοντας την αγιότητα της ανθρώπινης ζωής, την

αξιοπρέπεια του ανθρώπου, συνακόλουθα ανθρώπινα δικαιώματα, το αναπόφευκτο του θανάτου και τη σημαντικότητα της κοινωνικής προσφοράς. Η θέση και η αντίθεση της Ρωμαιοκαθολικής Εκκλησίας είναι, ως εκ τούτου, αδιαμφισβήτητη και έχει, πολλές φορές σταθεί τροχοπέδη στην προώθηση νόμων υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας, ανά τον κόσμο. (<http://www.vatican.va/>, 29/03/2016), (<http://ccc.usccb.org/>, 29/03/2016)

2.6.2. Ορθοδοξία

Χωρίς η Ορθόδοξη Χριστιανική πίστη να κατέχει σημαντικό μέρος στο σύνολο της χριστιανικής κοινότητας στο Ηνωμένο Βασίλειο, αξίζει να αναφερθεί, ότι η προσέγγιση της Ορθοδοξίας δεν διαφέρει αυτής της Καθολικής Εκκλησίας, καθώς η ζωή αποτελεί δώρο του Δημιουργού Θεού. Σκοπός του ανθρώπου είναι η αξιοποίηση αυτού του δώρου με το βέλτιστο δυνατό τρόπο ώστε να προσεγγίσει τον απώτερο στόχο της θέωσης. Ο πόνος κατά τη διάρκεια του βίου λαμβάνει χαρακτήρα προετοιμασίας και ευκαιρία μετανοίας ενώ η αφαίρεση της ζωής με τον οποιονδήποτε τρόπο πέραν του μαρτυρικού θανάτου ως ομολογία πίστης καταδικάζεται σφόδρα από την Ορθοδοξία και ως ένδειξη αυτού αφαιρείται το μετά θάνατον δικαίωμα στον αποθανόντα να ταφεί σύμφωνα με το σύνθητες τελετουργικό και τη σχετική λειτουργία με τη παρουσία ιερέα. (Hatzinikolaou, 2003)

2.6.3. Προτεσταντισμός

Το Προτεσταντικό δόγμα ποικίλει ευρύτατα στην προσέγγιση της ευθανασίας και της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Από τη δεκαετία του 1970, οι Ευαγγελικές Εκκλησίες σε συμφωνία με την Ρωμαιοκαθολική προσέγγιση αντιμετωπίζουν τη ζωή μέσα από την αγιότητα που της προσδίδεται από τις θεμελιώδεις αρχές του Χριστιανισμού και παρόλο που εν γένει καταδικάζουν την επιλογή της ευθανασίας και αποφεύγουν σχετικές με το θέμα συζητήσεις, ένα μέρος του φιλελεύθερου ρεύματος είτε ανοικτά είτε μέσω ανεξαρτήτων αντιπροσώπων του κλήρου και του λαού φαίνεται να υποστηρίζει συγκεκριμένες μορφές ευθανασίας. (Nagi et al., 1981), (Schirrmacher, 2003)

2.6.4. Ινδουισμός

Χαρακτηριστικό του Ινδουισμού αποτελεί το πνευματικό στοιχείο που αποδίδεται στην ουσία της ύπαρξης. Γενικά, θεωρείται ότι η εφαρμογή ευθανασίας σε ασθενή διαταράσσει τον προκαθορισμένο κύκλο της ζωής, οδηγεί σε βίαιο και αφύσικο διαχωρισμό της ψυχής από το σώμα και κόστος αυτής της μπορεί να είναι η επαναγέννηση σε αθλιότερη μορφή, ενώ ο ιατρός και όσοι συμμετείχαν θα επωμιστούν το υπολειπόμενο κάρμα του αποθανόντα. Η ευθανασία, επίσης, αντιτίθεται στην αρχή της μη βίας και του σεβασμού των ζώντων και της ύπαρξης καθεαυτής. Στον αντίποδα, των παραπάνω, βρίσκονται αυτοί που πρεσβεύουν ότι η διατήρηση της ζωής με την αποκλειστική χρήση τεχνητών μέσων, επίσης, παραβιάζει την εξέλιξη του προκαθορισμένου φυσικού κύκλου και πως η αφαίρεση ενός βίου που πλέον περιστρέφεται γύρω από τον αφόρητο πόνο συντελεί πράξη σεβαστή που εκπληρώνει το ηθικό καθήκον απέναντι στον πάσχοντα συνάνθρωπο. Η αυτοκτονία είναι αποδεκτή μόνο όταν αφορά σε πράξη αποβλέπουσα στο κοινό καλό ή όταν αφορά σε περιπτώσεις επίτευξης υψηλών επιπέδων πνευματικής τελείωσης όπου ο θάνατος χάνει την κοσμική του σημασία και αντιπροσωπεύει τη λύτρωση ή ένα μέσο ευκαιρίας αναγέννησης σε ανώτερο κύκλο ύπαρξης.

Συνοψίζοντας, ο Ινδουισμός σέβεται τη ζωή και την αντιμετωπίζει ως πολύτιμο αγαθό, όπως ακριβώς ο Χριστιανισμός, με τη διαφορά ότι η ζωή προήλθε μέσα από αλλεπάλληλες γεννήσεις αλλά συνιστά ευκαιρία επίτευξης πνευματικής τελείωσης, η οποία μέσα από την αυτοκτονία θα χαθεί και θα υποβαθμίσει το άτομο εξελικτικά. (Sinha, 2012), (<http://www.bbc.co.uk/>, 29/03/2016)

2.6.5. Ισλαμισμός

Οι Μουσουλμάνοι είναι ενάντια στην ευθανασία. Η πίστη τους διδάσκει ότι κάθε ανθρώπινη ζωή είναι ιερή, διότι προσφέρεται από τον Αλλάχ και μόνο αυτός είναι ικανός να αποφασίσει πόσο αυτή θα διαρκέσει, απαγορεύοντας σε κάθε ανθρώπινο ον να επηρεάσει το τέλος αυτής. Κανένας Μουσουλμάνος δεν νοείται να σχεδιάσει ή να γνωρίζει, μέσα από προσωπική επιλογή, τη στιγμή του θανάτου του εκ των προτέρων. (Narimisa, 2014), (<http://www.bbc.co.uk/>, 30/03/2016)

Παρά τις οποιεσδήποτε θεωρητικές διαφορές στην ουσία και τη διδαχή μεταξύ των μεγάλων θρησκειών, όσον αφορά στην αντιμετώπιση και την αξία που αποδίδεται στην ανθρώπινη ζωή, η προσέγγιση είναι πανομοιότυπη καθώς αυτή θεωρείται ευκαιρία πνευματικής εξέλιξης, πολυτιμότεο αγαθό και δώρο από το Δημιουργό της εκάστοτε κοσμοθεωρίας, ενώ πρέπει να διάγεται με σεβασμό και να μην τερματίζεται προ του τέλους ενός προκαθορισμένου κύκλου.

3. Μεθοδολογία

Στην εν λόγω μεταπτυχιακή διατριβή ως μέθοδος έρευνας επιλέχθηκε να χρησιμοποιηθεί η ποιοτική, κυρίως εξαιτίας της φύσης του θέματος και των ηθικών προεκτάσεων που προκύπτουν ενώ ως εργαλείο διεξαγωγής θα εφαρμοστούν ημιδομημένες συνεντεύξεις με σκοπό να διατηρηθεί η ευελιξία που απαιτείται στην ανάλυση ενός ηθικού κυρίως θέματος με πληθώρα συνιστωσών και το οποίο εξ ορισμού είναι δύσκολο να ποσοτικοποιηθεί.

3.1. Εισαγωγή

Η ποιοτική μελέτη καλείται να αποδώσει απαντήσεις ή κατευθυντήριες σε πιο περίπλοκα ερωτήματα γύρω από το πώς και το γιατί της ανθρώπινης σκέψης και εν συνεχεία συμπεριφοράς μέσω πληροφοριών αντλούμενων από την εμπειρία αλλά αναπόφευκτα επηρεαζόμενες από τη προσωπικότητα και την ηθική του συμμετέχοντα. (Mays, 2000)

Η χρήση της ποιοτικής έρευνας συναντάται συνήθως σε επιστήμες με αντικείμενο έρευνας των άνθρωπο και προεκτάσεις της ύπαρξης του λόγω της πολυπλοκότητας αυτού και της αναγκαίας πολλές φορές εξατομικευμένης ερμηνείας των αποτελεσμάτων. (Merriam, 2009)

Η ποιοτική έρευνα ως εργαλείο μελέτης αποτελεί διαδικασία που τοποθετεί τον ερευνητή με την ιδιότητα του παρατηρητή στη πραγματικότητα, η οποία γίνεται εν συνεχεία αντιληπτή μέσω μιας νατουραλιστικής προσέγγισης καθώς του δίνεται η ευκαιρία να μελετήσει το προς εξέταση αντικείμενο στο χώρο εξέλιξής του μέσα από τη βιωματική εμπειρία των συμμετεχόντων. (Huberman & Miles 2002)

Η ιδιότητα αυτή της ποιοτικής έρευνας αποτέλεσε τον ουσιαστικό λόγο για τον οποίο επιλέχθηκε στην παρούσα διατριβή. Ο ερευνητής τοποθετείται στο περιβάλλον του νοσοκομείου που καθιστά το χώρο δυναμικής εφαρμογής της ευθανασίας και έχει τη δυνατότητα να το ερμηνεύσει μέσα από την εμπειρία και την ηθική των επαγγελματιών υγείας που λόγω ειδικότητας καλούνται συχνά να παρέχουν φροντίδα σε ασθενής με βαριά αναπηρία κατόπιν τραυματικών ή εκφυλιστικών μη αναστρέψιμων διαδικασιών.

Η φύση του θέματος και η αναπόφευκτη πληθώρα εξαιρέσεων όταν υπεισέρχονται ποικίλες μεταβλητές όπως η ηλικία, το προσδόκιμο επιβίωσης, η θρησκεία, η πίστη, ο υποκειμενικός χαρακτήρας της ποιότητας ζωής, το οικογενειακό περιβάλλον και η κρατική επιταγή αποτέλεσαν λόγους για την απόρριψη της ποσοτικής μεθοδολογίας έρευνας καθώς στερείται της ευελιξίας που απαιτεί η μελέτη του εξεταζόμενου θέματος, παρόλο που προσφέρει το αδιαμφισβήτητο πλεονέκτημα της κατ' ουσία άμεσης σύγκρισης των αποτελεσμάτων σε όλα τα εξεταζόμενα πεδία. Η κατανόηση ενός ευαίσθητου κοινωνικά, ηθικά και νομικά θέματος είναι δύσκολο να επιτευχθεί μέσα από την διατύπωση συγκεκριμένων τυποποιημένων ερωτήσεων υποκείμενες σε προκαθορισμένες «κλειστού τύπου» σύντομες αν όχι μονολεκτικές απαντήσεις και προϋποθέτει εις βάθος γνώση του υπό εξέταση θέματος από τον ερευνητή αλλά και από τους συμμετέχοντες στην έρευνα.

Η ποιοτική μέθοδος βασίζει την υπεροχή της σε αναλόγου φύσης θέματα στις «ανοιχτού τύπου» ρωτήσεις που χρησιμοποιεί, οι οποίες δίνουν τη δυνατότητα στους συμμετέχοντες να ανταποκριθούν πιο ελεύθερα, χρησιμοποιώντας παραδείγματα από τη προσωπική τους εμπειρία, να τεκμηριώσουν καλύτερα τη στάση τους και να συζητούν με τον ερευνητή αποφεύγοντας μονολεκτικές απαντήσεις. Ο διάλογος και η δυνατότητα ανάπτυξης της σκέψης προσδίδει ένα λιγότερο τυπικό χαρακτήρα στη σχέση ερευνητή/ συμμετέχοντα χαρακτηριστικό που διευκολύνει τη βαθύτερη ανάλυση του θέματος και την συλλογή αυθεντικότερων και ειλικρινέστερων απαντήσεων. Επίσης, αυτή η δυναμική διεξαγωγή της συνέντευξης δίνει το δικαίωμα στον ερευνητή να απαντήσει άμεσα, να συλλέξει πρόσθετες πληροφορίες και να τροποποιήσει σε λογικά πλαίσια τις επόμενες ερωτήσεις βάσει των πληροφοριών που ήδη έχει στη διάθεσή του.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο βαθμός ευελιξίας δεν αποτελεί κριτήριο εγκυρότητας και αξιοπιστίας της μεθόδου αλλά αντανακλά τον βαθμό κατανόησης του προβλήματος που επιδιώκεται. (Pope & Mays, 2000)

3.2. Σκοπός της έρευνας

Η σύγχρονη ιατρική επιστήμη και οι εκπρόσωποί της καλούνται πλέον να ενεργούν καθημερινά εντός του προβλεπόμενου νομικού πλαισίου, ίσως κάποιες φορές ενάντια στη συνείδησή τους, ασκώντας αμυντική ιατρική, πάντα όμως αντιμέτωποι με τις επιθυμίες των ασθενών και των συγγενών τους σε θέματα υποκειμενικά και αμφιλεγόμενα όπως η ποιότητα ζωής και η αξιοπρέπεια. Αδιαμφισβήτητα, η ποινικοποίηση της ευθανασίας είχε σκοπό την προστασία της ζωής και του συμφέροντος ευαίσθητων πληθυσμιακών ομάδων, δυστυχώς, όμως, χωρίς να απευθύνεται νομικά στα σημαντικά ηθικά, κοινωνικά, οικογενειακά και οικονομικά προβλήματα που προκύπτουν στις περιπτώσεις ανιάτων και σταδιακά επιδεινούμενων ασθενειών με ίσως αμφίβολο προσδόκιμο επιβίωσης. Ενδιαφέρουσα οπτική είναι αυτή των ιατρών μιας ειδικότητας, που αντιμετωπίζει σε καθημερινή βάση ασθενείς με ποικίλης βαρύτητας νόσους του κεντρικού νευρικού συστήματος, ενώ σημαντικός κρίνεται ο βαθμός στον οποίο και ο τρόπος με τον οποίο επηρεάζεται η διαχείριση του ασθενούς από το πολιτισμικό και θρησκευτικό υπόβαθρο του θεράποντα καθώς και από ουσιαστικά δικαιώματα του ασθενούς όπως η δήλωση μη ανάνηψης και η δυνατότητα λήψης συγκατάθεσης από τρίτο άτομο.

3.3. Ερευνητικά ερωτήματα

Απαραίτητη προϋπόθεση της δόμησης των ερευνητικών ερωτημάτων, που θα αναλυθούν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, είναι ο καθορισμός της ιδεολογικής δομής του ερευνητή. Το αντικείμενο πραγμάτευσης οφείλει να συνδέεται με την εργασιακή ή προσωπική εμπειρία του ερευνητή έτσι ώστε να καθίσταται εφικτή η κριτική ανάλυση και αποκωδικοποίηση των πληροφοριών που θα ληφθούν από τους συμμετέχοντες. (Μαντζούκας, 2007)

Εν προκειμένω, ο ερευνητής όντας ιατρός στο επάγγελμα και επί του παρόντος ειδικευόμενος στην ειδικότητα της Νευροχειρουργικής, έχει εργαστεί κατά τη τελευταία δεκαετία σε πέντε διαφορετικά νοσοκομεία, εκ των οποίων τα τρία έφεραν τον τίτλο γενικά. Η βιωματική εμπειρία στα πλαίσια της καθημερινής πραγματικότητας στο χώρο εργασίας του χαρακτηρίζεται από πληθώρα περιστατικών επί των οποίων κλήθηκε να λάβει απόφαση αφορούσα είτε σε θεραπεία, είτε σε επέμβαση είτε άμεσα στην ίδια τη παράταση της ζωής του ασθενούς. Επί προσθέτως, η Νευροχειρουργική όντας ειδικότητα με εύρος που εκτείνεται από υπεροξεία έως χρόνια περιστατικά του προσφέρει τη δυνατότητα να εμπλακεί στη φροντίδα ασθενών με ευρύτατο φάσμα ηλικιών και ποικίλη παθολογία. Επίσης, ασκώντας χειρουργική ειδικότητα, η λήψη συγκατάθεσης, από τον ασθενή ή την οικογένεια, καθώς και η συμπλήρωση φόρμας μη ανάνηψης αποτελούν μέρος της καθημερινότητας του. Τέλος, η μετάβαση του κατά τους τελευταίους δεκαοχτώ μήνες σε νοσοκομείο του εξωτερικού και συγκεκριμένα στο Ηνωμένο Βασίλειο, του παρείχε την ευκαιρία να συνεργαστεί με ιατρούς διαφόρων εθνικοτήτων αλλά και να εργαστεί σε ένα ασθενο-κεντρικό πλέον σύστημα υγείας, όπου ο ασθενής και η οικογένειά του έχουν το δικαίωμα να λαμβάνουν αποφάσεις αλλά και να συμμετέχουν σε πρωτοφανή για τα ελληνικά δεδομένα βαθμό στη λήψη αποφάσεων. Επιστρέφοντας στην αναγκαιότητα καθορισμού της κριτικής ιδεολογικής δομής του ερευνητή, η οποία έχει τη βάση της στην αντίληψη της πραγματικότητας και τις πεποιθήσεις του επί αυτής, βάσει των βιωμάτων και της ηθικής του, γίνεται αντιληπτό ότι η εξεταζόμενη πραγματικότητα εν προκειμένω περιορίζεται στο δίλημμα παράτασης της ζωής ασθενών με οριστική διάγνωση ανίατης ή σταδιακά επιδεινούμενης νόσου με σημαντικά μειωμένο προσδόκιμο επιβίωσης ή/ και πτωχή ποιότητα ζωής. Ο θεράπων ιατρός παύει κατ' ουσία να είναι θεράπων ενώ σε ποιο βαθμό ηθικά, κοινωνικά, θρησκευτικά και νομικά σκεπτόμενος έρχεται αντιμέτωπος με τη συνειδήσή του είναι προς διερεύνηση. (Μαντζούκας, 2007)

Λόγω της ευαισθησίας του θέματος και της ποικίλης χρήσης και ερμηνείας των όρων, οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν στη συνέντευξη βασίστηκαν σε εγκεκριμένα και εφαρμοσμένα ερωτηματολόγια και οδηγίες από διεθνώς αναγνωρισμένους οργανισμούς καθώς και στη νομολογία του Ηνωμένου Βασιλείου.

Το αρχικό γενικό μέρος, το οποίο περιλαμβάνει τις δημογραφικού τύπου ερωτήσεις (ερωτήσεις 1-7) καθώς και δύο από τα κύρια ερωτήματα (ερωτήσεις 8 και 9) έχουν παρθεί με ανασύνταξη από άρθρο του Seale C. (2009), το οποίο διατυπώνει τη στάση των ιατρών του Ηνωμένου Βασιλείου απέναντι στον ιατρικά υποβοηθούμενο θάνατο (ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία) και την αντιπαραθέτει με την αντίστοιχη του γενικού πληθυσμού. Στην έρευνα συμπεριλήφθηκε το σύνολο του γενικού/ δημογραφικού μέρους με μικρές αλλαγές ώστε να προσαρμοστεί στις ανάγκες του δείγματος και όσον αφορά στο γενικό μέρος οι ερωτήσεις που αντιστοιχούν στους αριθμούς 1 και 2 θεωρήθηκαν καταλληλότερες καθώς η έρευνα που θα πραγματοποιούνταν στόχευε στην άποψη των ιατρών σχετικά με την εφαρμογή ευθανασίας σε τελικού σταδίου ασθενείς. Το εν λόγω άρθρο δημοσιεύθηκε από το Τμήμα Επιστημών Υγείας του Barts London School of Medicine and Dentistry και διαθέτει έγκριση από τη South East Ethics Research Committee (αριθμός έγκρισης REC 07/H1 102/94). Το σύνολο των ερωτήσεων είναι εμπνευσμένο από την τράπεζα ερωτήσεων του οργανισμού δημοσκοπήσεων British Social Attitudes. Οι δημογραφικού τύπου ερωτήσεις λήφθηκαν αυτούσιες ενώ οι τέσσερις κύριες διατυπώθηκαν ακολουθώντας ανάλογο πρότυπο, με προκαθορισμένες απαντήσεις, οι οποίες δηλώνουν φθίνοντα βαθμό συμφωνίας με την αρχική δήλωση/ ερώτηση. (Παράρτημα, Ερωτηματολόγιο Α) Τα επόμενα τρία ερωτήματα (ερωτήσεις 10, 11 και 12) καθώς και τα προαναφερόμενα δύο κύρια ερωτήματα (ερωτήσεις 8 και 9) σε συνδυασμό με την ερώτηση 7 περί του αριθμού ασθενών που εκλήθη να αντιμετωπίσει ο ιατρός συναντώνται στο άρθρο του Clark D. (2001), το οποίο εξετάζει την οπτική των γηριάτρων του Ηνωμένου Βασιλείου όσον αφορά στην ενεργητική εθελοντική ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία και δημοσιεύθηκε από το Ακαδημαϊκό Τμήμα Palliative Medicine του Πανεπιστημίου του Sheffield και έχει έγκριση από τη British Geriatrics Society. Τα ερωτήματα που επιλέχθηκαν από το συγκεκριμένο άρθρο αντιστοιχούν στους αριθμούς 4, 5, 9, 10, 11, 12, τα οποία θεωρήθηκαν καταλληλότερα για την εξυπηρέτηση του στόχου της έρευνας, δεδομένου ότι θεμιτό ήταν να συμπεριληφθεί η έννοια της ηθικής, να συνδυαστεί η οπτική απέναντι στην ενεργητική εθελοντική ευθανασία με την άποψη για την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, να διατηρηθεί ένας περιορισμένος αριθμός ερωτήσεων ώστε να είναι δυνατή η εκτέλεση της συνέντευξης και να χρησιμοποιηθούν ερωτήσεις με δυναμικό ανάπτυξης κατά τη διάρκεια του διαλόγου ερευνητή – συμμετέχοντα. Το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε από το ίδιο το

Πανεπιστήμιο και αποτελείται από τρεις δημογραφικού τύπου ερωτήσεις και 27 ερωτήσεις/ δηλώσεις στις οποίες καλείται ο συμμετέχων να εκφράσει τη συμφωνία ή τη διαφωνία του. Τα άρθρα επιλέχθηκαν ως αντιπροσωπευτικότερα για τη διερεύνηση της θέσης των Βρετανών ιατρών καθώς προέρχονται από έγκυρες πηγές και τα περιλαμβανόμενα ερωτηματολόγια ανταποκρίνονται στο σκοπό της μελέτης με ερωτήσεις που τροποποιούμενες δύνανται να χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά σε ποιοτική μελέτη. (Παράρτημα, Ερωτηματολόγιο Β) Οι τελευταίες δύο ερωτήσεις (ερωτήσεις 13, 14) της συνέντευξης περί της δήλωσης μη ανάνηψης (DNR form) αποτελούν αντιστοίχως υπό μορφή ερώτησης το περιεχόμενο των:

α. “Consent: doctors and patient making decisions together”, το οποίο αποτελεί επίσημη οδηγία του General Medical Council, η οποία τέθηκε σε ισχύ το 2008 και θέτει τις αρχές για τη λήψη ορθών κλινικών αποφάσεων, ενώ παρέχει ένα πλαίσιο ασφαλούς πρακτικής που καλύπτει ποικίλες περιπτώσεις καταστάσεων με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι οι ιατροί και αφορούν στη διεξαγωγή εξετάσεων, χορήγηση θεραπειών, τέλεση επεμβάσεων και συμμετοχή σε ερευνητικά πρωτόκολλα και κλινικές δοκιμές. (<http://www.gmc-uk.org/>, 30/03/2016)

β. “Mental Capacity Act 2005 Code of Practice, Chapter 5”, το οποίο αποτελεί νόμο από το αντίστοιχο Υπουργείο Συνταγματικών Υποθέσεων, καλύπτει την Αγγλία και την Ουαλία και παρέχει το θεσμικό πλαίσιο για άτομα που στερούνται της ικανότητας να λάβουν αποφάσεις αλλά καλύπτει και άτομα που ενώ διαθέτουν ακόμα την ικανότητα, επιθυμούν να προβούν στις απαραίτητες ενέργειες και προετοιμασίες για μελλοντική δυνητική έλλειψη αυτής. Ορίζει ποιος είναι σε θέση και έχει το δικαίωμα να λάβει αποφάσεις αντί αυτών, σε ποιες περιπτώσεις και ποιο οφείλει να είναι το πρωτόκολλο της διαδικασίας. Η πράξη έλαβε την Βασιλική έγκριση και τέθηκε σε ισχύ στις 7 Απριλίου του 2007. [Mental Capacity Act 2005, Code of Practice - House of Lords (2007)]

Αναλυτικά οι ερωτήσεις/ δηλώσεις που χρησιμοποιήθηκαν ως πηγή για τη δόμηση των ανοικτού τύπου ερωτήσεων της συνέντευξης παρουσιάζονται παρακάτω σε πίνακα, ενώ τα πλήρη ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν και η φόρμα του ερωτηματολογίου της παρούσης έρευνας παρατίθενται στο παράρτημα.

Πίνακας 1.

Ερώτημα	Πηγή
First, a person with an incurable and a painful illness, from which they will die - for example, someone dying of cancer. Do you think that, if they ask for it, a doctor should ever be allowed by law to end their life, or not?	Seale C, Legalisation of euthanasia or physician – assisted suicide: Survey of doctors’ attitudes. <i>Palliat Med</i> 2009, 23: 205 – 212 Centre for Health Sciences, Barts and The London, School of Medicine and Dentistry
And do you think that, if this person asks for it, a doctor should ever be allowed by law to give them lethal medication that will allow the person to take their own life?	Seale C, Legalisation of euthanasia or physician – assisted suicide: Survey of doctors’ attitudes. <i>Palliat Med</i> 2009, 23: 205 – 212 Centre for Health Sciences, Barts and The London, School of Medicine and Dentistry
How many patients with terminal illnesses, of whatever diagnosis, have you seen in the last month with an estimated life expectancy of 6 months or less?	Clark D, Dickinson G, Lancaster CJ, Noble TW, Ahmedai SH, Philp I, UK geriatricians’ attitudes to active voluntary euthanasia and physician – assisted death. <i>Age and Ageing</i> 2001, 30: 395 – 398 Sheffield Palliative Care Studies Group
The deliberate administration of an overdose of medication to an ill patient on his or her request with the primary intent to end his or her life is never justified ethically	Clark D, Dickinson G, Lancaster CJ, Noble TW, Ahmedai SH, Philp I, UK geriatricians’ attitudes to active voluntary euthanasia and physician – assisted death. <i>Age and Ageing</i> 2001, 30: 395 – 398 Sheffield Palliative Care Studies Group
There are some situations in which prescribing medication (e.g. opioids or barbiturates) or counselling an ill patient resulting in an overdose to end his or her life should be legal	Clark D, Dickinson G, Lancaster CJ, Noble TW, Ahmedai SH, Philp I, UK geriatricians’ attitudes to active voluntary euthanasia and physician – assisted death. <i>Age and Ageing</i> 2001, 30: 395 – 398 Sheffield Palliative Care Studies Group
There are some situations in which I personally would be willing to prescribe medication (e.g. opioids or barbiturates) or counsel an ill patient resulting in his or her using an overdose to end his or her life	Clark D, Dickinson G, Lancaster CJ, Noble TW, Ahmedai SH, Philp I, UK geriatricians’ attitudes to active voluntary euthanasia and physician – assisted death. <i>Age and Ageing</i> 2001, 30: 395 – 398 Sheffield Palliative Care Studies Group
My opinion on assisting a patient with his or her death is influenced by my religion	Clark D, Dickinson G, Lancaster CJ, Noble TW, Ahmedai SH, Philp I, UK geriatricians’ attitudes to active voluntary euthanasia and physician – assisted death. <i>Age and Ageing</i> 2001, 30: 395 – 398 Sheffield Palliative Care Studies Group
My opinion regarding the legalization of a physician helping an ill patient to end his or her life is consistent with the physician's role in relieving pain and suffering	Clark D, Dickinson G, Lancaster CJ, Noble TW, Ahmedai SH, Philp I, UK geriatricians’ attitudes to active voluntary euthanasia and physician – assisted death. <i>Age and Ageing</i> 2001, 30: 395 – 398 Sheffield Palliative Care Studies Group

Συνοπτικά, η φύση των ερωτημάτων είναι η εξής:

1. Δικαιολογείται ηθικά η ενεργητική εθελοντική ευθανασία και σε ποιο βαθμό προτίθενται οι ιατροί να προβούν σε συμβουλευτική ή συνταγογράφηση φαρμάκων, η λήψη των οποίων μπορεί να οδηγήσει δυνητικά σε θάνατο;
2. Σε ποιο βαθμό επηρεάζεται η άποψη του ιατρού από τις θρησκευτικές του πεποιθήσεις; Αντιτίθεται αυτή στη συνειδησιακή του επιταγή;
3. Επηρεάζεται η πιθανότητα συζήτησης της δήλωσης μη ανάνηψης από την άποψη του ιατρού επί του διλήμματος της ευθανασίας και σε ποιο βαθμό είναι ικανός μόνος του ή μαζί με το συγγενή να αποφασίσει υπέρ του βέλτιστου συμφέροντος του ασθενούς;

3.4. Πληθυσμός – Δείγμα

Το υπό εξέταση φαινόμενο, στα πλαίσια μιας ποιοτικής μελέτης, διερευνάται κάτω από πραγματικές συνθήκες και τα απαιτούμενα για την ανάλυση δεδομένα συλλέγονται από ένα άτομο ή μια ομάδα ατόμων με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, τα οποία εξυπηρετούν το σκοπό της μελέτης. Πρωταρχικός σκοπός είναι η πληρέστερη κατανόηση των υποθέσεων που εξαρχής θέτει ο ερευνητής, η εξυπηρέτηση του οποίου δύναται να απαιτήσει περισσότερες της μίας συνεντεύξεων στα πλαίσια μιας χρονικής περιόδου. Η αξία των συνεντεύξεων έγκειται στη δυνατότητα που αποδίδουν στον μελετητή να εξερευνήσει μοναδικά χαρακτηριστικά του φαινομένου μέσα από συμμετέχοντες με επίσης μοναδικά χαρακτηριστικά, τα οποία καθόρισαν την επιλογή τους. Ο αριθμός των ατόμων που λαμβάνουν μέρος σε αυτού του τύπου την έρευνα είναι στη πλειοψηφία των περιπτώσεων μικρός καθώς όπως προαναφέρθηκε στόχος είναι η κατανόηση χαρακτηριστικών και αντιλήψεων και όχι η στατιστική ανάλυση ποσοτικών μεταβλητών καθεαυτή. Σπάνια δύναται να λάβει μέρος ο γενικός πληθυσμός καθώς η επίτευξη του στόχου προϋποθέτει την ανάλυση απόψεων ατόμων με συγκεκριμένες βιοματικές εμπειρίες. Η ερευνητική υπόθεση καθορίζει τους στόχους κι αυτοί εν συνεχεία τα χαρακτηριστικά που απαιτούνται για την εκπλήρωσή τους, τα οποία με τη σειρά τους καταδεικνύουν την ομάδα των ατόμων που μπορούν να παρέχουν τις κατάλληλες πληροφορίες μέσα από την εμπειρία τους. (Marshall, 1996)

3.4.1 Επιλογή δείγματος ποιοτικής μελέτης

Με την ευρεία έννοια υφίστανται τρεις δυνητικές προσεγγίσεις για την επιλογή δείγματος στην περίπτωση της ποιοτικής μελέτης. Οι πιο κοινές μέθοδοι που απαντώνται στη βιβλιογραφία είναι η σκόπιμη δειγματοληψία (purposive sampling ή judgmental sampling), η δειγματοληψία ποσόστωσης (quota sampling) και η δειγματοληψία χιονοστιβάδας (snowball sampling). (Bernard, 2002)

Η σκόπιμη δειγματοληψία αποτελεί, ίσως, την πιο κοινή από τις προσεγγίσεις δειγματοληψίας. Βάσει αυτής οι συμμετέχοντες προκαθορίζονται σύμφωνα με την προς διερεύνηση υπόθεση και τα απαιτούμενα χαρακτηριστικά που αυτή υπαγορεύει. Το μέγεθος του δείγματος που θα συμμετέχει προσδιορίζεται προ ή μετά της συλλογής δεδομένων ενώ επί προσθέτως εξαρτάται από τους διαθέσιμους πόρους, τον απαιτούμενο χρόνο και τον αριθμό των προς απάντηση ερωτημάτων.

Η δειγματοληψία ποσόστωσης ενέχει χαρακτήρα σκοπιμότητας και επίσης απαντάται συχνά σε ανάλογου είδους μελέτες. Η διαφορά της έγκειται στο γεγονός ότι ο αριθμός και η αναλογία στο δείγμα των υποκειμένων, τα οποία έχουν επιλεγεί βάσει μοναδικών χαρακτηριστικών με σκοπό να εξυπηρετηθεί κατά το βέλτιστο βαθμό ο σκοπός της μελέτης καθορίζεται από το ποσοστό της ομάδας σε ένα ευρύτερο υποπληθυσμό. Ο ερευνητής, επομένως, κατά τη σύνταξη του δείγματος πέρα από την αναζήτηση συγκεκριμένων μοναδικών χαρακτηριστικών στα άτομα προσπαθεί να πετύχει και τη σωστή αναλογία αυτών. (Dolores & Tongco, 2007)

Η δειγματοληψία χιονοστιβάδας ή αλλιώς παραπομπής θεωρείται επίσης κατευθυνόμενη με την έννοια ότι οι συμμετέχοντες κατόπιν πρώτης επαφής με τον ερευνητή, τον παραπέμπουν δια του κοινωνικού τους δικτύου σε έτερα άτομα, τα οποία δυνητικά μπορούν να συμμετέχουν στη μελέτη ως υποκείμενα. (Biernacki & Waldorf, 1981)

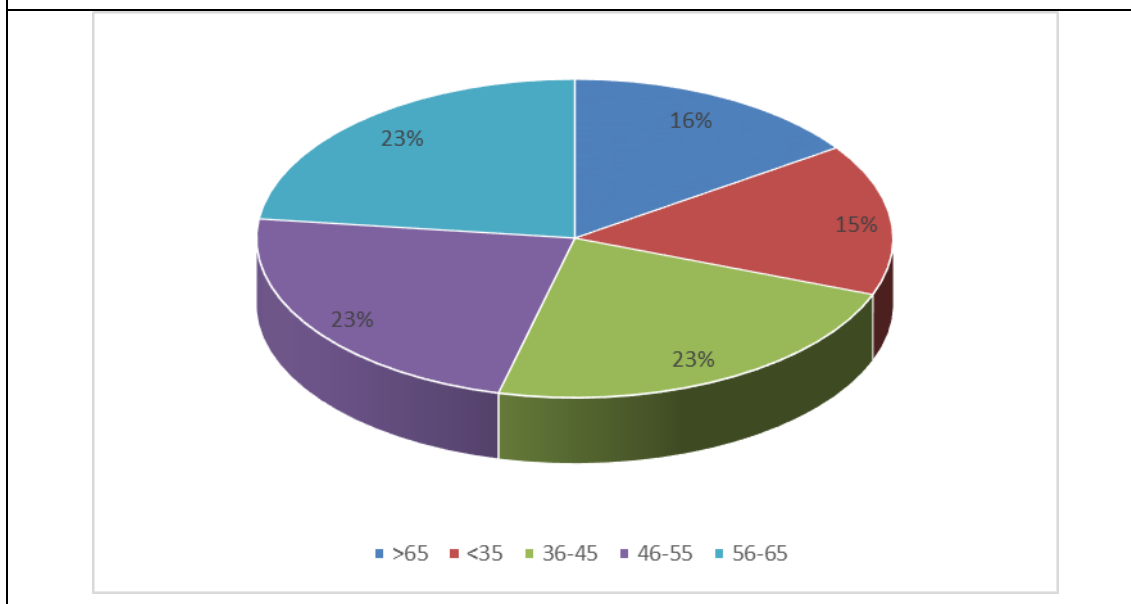
3.4.2 Δείγμα παρούσας μελέτης

Στην εν λόγω μελέτη η επιλογή του εξεταζόμενου δείγματος έγινε ακολουθώντας τη σκόπιμη δειγματοληψία. Οι επαγγελματίες υγείας που επιλέχθηκαν είναι ειδικευόμενοι και ειδικευμένοι Νευροχειρουργοί, εργαζόμενοι σε ένα από τα μεγαλύτερα Major Trauma Centres (Κέντρα Βαρέως Τραύματος) και παράλληλα γενικά νοσοκομεία του Ηνωμένου Βασιλείου. Το όνομα και περιοχή κάλυψης της μονάδας δεν αναφέρονται για ευνότητους λόγους διατήρησης ανωνυμίας.

Η συγκεκριμένη ειδικότητα επιλέχθηκε με γνώμονα το είδος των περιστατικών που αντιμετωπίζει, τα οποία ποικίλουν σε ηλικία, πρόγνωση και βαρύτητα ενώ παράλληλα αποτελεί ειδικότητα οικεία στον ερευνητή, στοιχείο που θα διευκολύνει τη διενέργεια των συνεντεύξεων, την αλληλεπίδραση με τους συμμετέχοντες και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Ο αριθμός αποφασίστηκε να είναι μονός ώστε να διασφαλιστεί η υπεροχή, έστω κατά το ελάχιστο, της κάθε άποψης. Εκ των δεκατριών συμμετεχόντων, πέντε είναι ειδικευόμενοι από το τρίτο έως το όγδοο έτος ειδικότητας και οκτώ ειδικευμένοι στο σύνολό τους με υποειδικότητες Νευροχειρουργικής. Ο αριθμός των ειδικευμένων επιλέχθηκε να είναι μεγαλύτερος λόγω της αυξημένης πιθανότητας, βάσει παλαιότητας, να διαθέτουν μεγαλύτερο όγκο εμπειρίας περιστατικών. Αξίζει να σημειωθεί ότι η έρευνα σκοπίμως δεν περιορίστηκε αποκλειστικά σε ειδικευμένους ιατρούς καθώς κρίθηκε απαραίτητο να διερευνηθεί εξίσου η οπτική νεότερων ιατρών, δεδομένου ότι το φαινόμενο της ευθανασίας και τα διλήμματα που προκύπτουν είναι δυναμικά και υπό εξέλιξη με αποτέλεσμα να αφορούν ως επί το πλείστον στις μελλοντικές γενιές ιατρών.

Το δείγμα τοποθετήθηκε σε πέντε ηλικιακές υποκατηγορίες: κάτω των 35 (δύο μέλη), από 36 έως 45 (τρία μέλη), από 46 έως 55 (τρία μέλη), από 56 έως 65 (τρία μέλη) και άνω των 65 ετών (δύο μέλος) ενώ έγινε προσπάθεια στην τελική επιλογή συμμετεχόντων να υπάρχουν αντιπρόσωποι σε όλες τις ομάδες ώστε οι αντιλήψεις και οι απόψεις που θα καταγραφούν να είναι κατά το μέτρο του δυνατού περισσότερο αντιπροσωπευτικές.

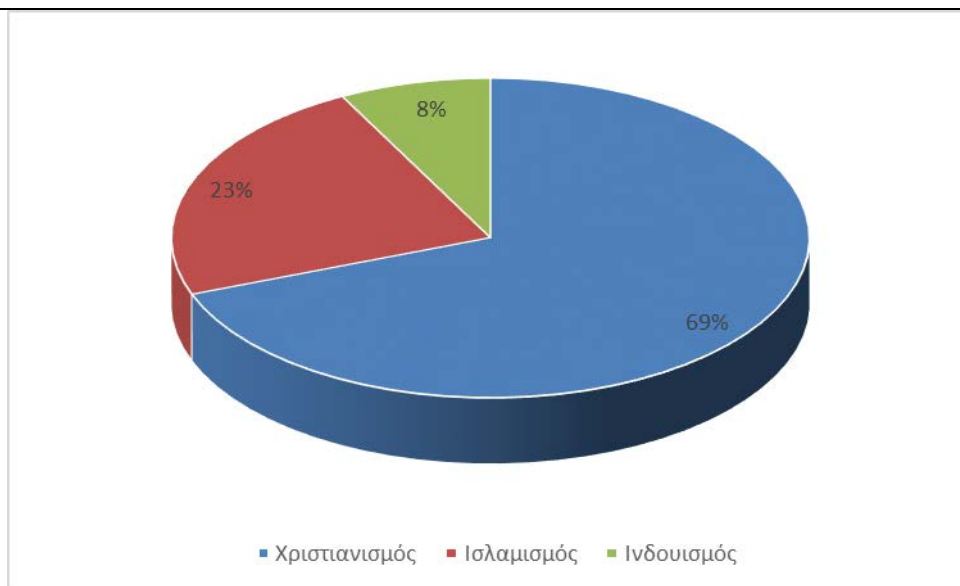
Διάγραμμα 1: Ηλικιακή Κατανομή Ερωτηθέντων



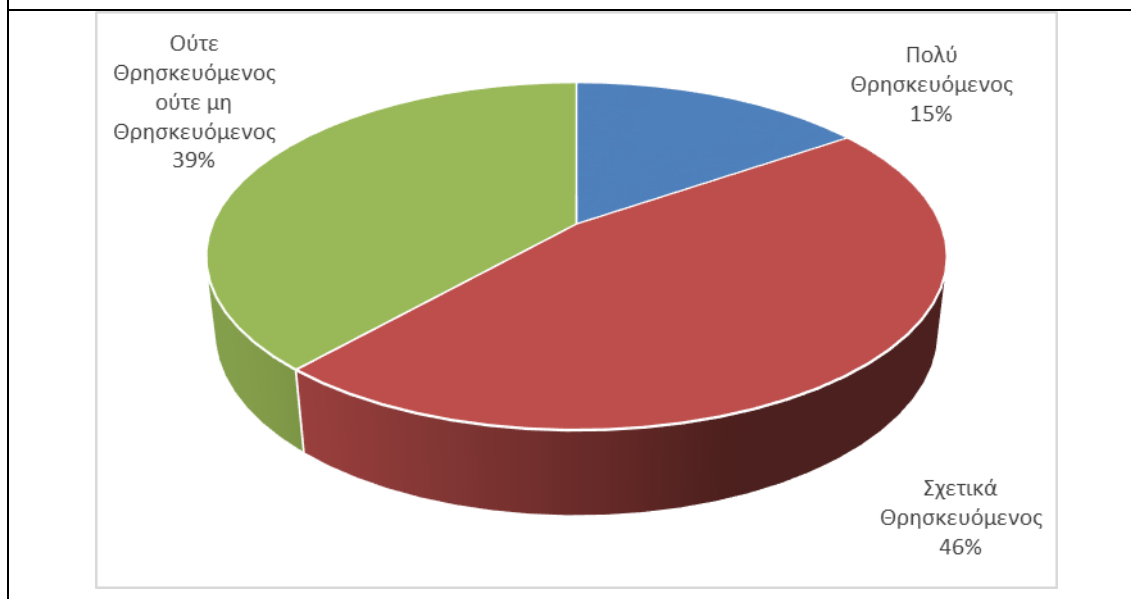
Στην επιλογή του φύλου δεν υπήρξαν ιδιαίτερα περιθώρια καθώς η υπεροχή των ανδρών ήταν συντριπτική με αναλογία δεκαεννέα προς μία στο γενικό σύνολο και δώδεκα προς ένα στο εξεταζόμενο δείγμα.

Δεδομένου ότι η συγκεκριμένη μελέτη αποσκοπεί επιπλέον στη συσχέτιση του θρησκευματος και της πίστης με την στάση απέναντι στο φαινόμενο της ευθανασίας, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να επιλέξουν μία εκ οκτώ επιλογών θρησκειών (Χριστιανισμός, Ισλαμισμός, Ινδουισμός, Σιχισμός, Ιουδαϊσμός, Βουδισμός, Άλλο, Απουσία θρησκευματος). Καμία εκ των τελευταίων πέντε κατηγοριών δεν επιλέχθηκε από τους συμμετέχοντες, ενώ αντιστοίχως στις τρεις πρώτες τα μέλη κατανεμήθηκαν ως εξής: εννέα, τρία και ένα. Θεωρήθηκε, επίσης, πως πέραν του είδους του θρησκευματος, χρήσιμη θα ήταν η αξιολόγηση του βαθμού της πίστης των συμμετεχόντων. Για τον ανωτέρω λόγο, ζητήθηκε να δηλωθεί, μέσα από επίσης οκτώ επιλογές ο βαθμός της πίστης (υπερβολικά, πολύ, σχετικά θρησκευόμενος, ούτε θρησκευόμενος ούτε μη θρησκευόμενος, σχετικά μη, πολύ μη, υπερβολικά μη θρησκευόμενος, τίποτα από τα παραπάνω) των συμμετεχόντων, οι οποίοι συγκεντρώθηκαν στις εξής τρεις επιλογές: πολύ θρησκευόμενος, σχετικά θρησκευόμενος και ούτε θρησκευόμενος ούτε μη θρησκευόμενος με δύο, πέντε και έξη μέλη αντιστοίχως.

Διάγραμμα 2: Ποσοστό Ερωτηθέντων σύμφωνα με το Θρήσκευμα

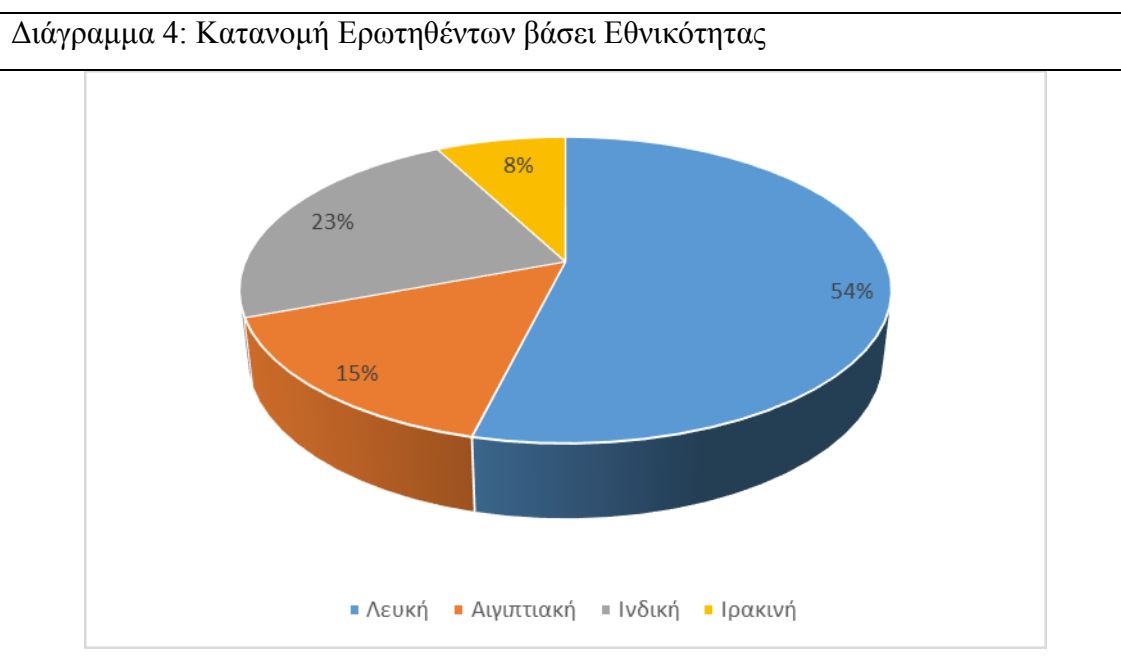


Διάγραμμα 3: Ποσοστό Ερωτηθέντων σύμφωνα με το βαθμό Πίστης



Τέλος, λόγω του πολυπολιτισμικού χαρακτήρα του Ηνωμένου Βασιλείου και του αδιαμφισβήτητου ρόλου που διαδραματίζει η καταγωγή στη διαμόρφωση της ηθικής και των αντιλήψεων, οι συμμετέχοντες, στη τελευταία ερώτηση δημογραφικού περιεχομένου του πρώτου μέρους, κλήθηκαν να δηλώσουν την εθνότητα τους

επιλέγοντας μέσα από πέντε βασικές κατηγορίες και τις ανάλογες υποκατηγορίες (Λευκή, Μικτή, Ασιατική, Μαύρη, Κινεζική). Εκ των δεκατριών μελών της μελέτης επτά ανήκουν στη Λευκή, δύο στην Αιγυπτιακή (Μικτή), δύο στην Ασιατική Ινδική και δύο στην Ασιατική Ιρακινή.



3.5. Συλλογή ποιοτικών δεδομένων βάσει φαινομενολογίας

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με βάση το πρότυπο της φαινομενολογίας. Φαινομενολογία, ως μελέτη των φαινομένων, είναι η φιλοσοφική ανάλυση των δομών της εμπειρίας και της συνείδησης. Ως φιλοσοφικό κίνημα εδραιώθηκε κατά τις αρχές του 20^{ου} αιώνα από τον Edmund Husserl και εξαπλώθηκε εν συνεχεία από τους μελετητές του στα πανεπιστήμια του Göttingen και του Μονάχου τη Γερμανία. Η φαινομενολογία σύμφωνα με την σύλληψη του Husserl επικεντρώνει στη συστηματική αντανάκλαση, σε μια μελέτη των δομών της συνείδησης και τα φαινόμενα που προκύπτουν ως πράξεις συνειδητές. Στην πιο βασική της μορφή η φαινομενολογία προσπαθεί να δημιουργήσει της συνθήκες ώστε να καταστεί δυνατή η αντικειμενική ανάλυση θεμάτων, τα οποία παραδοσιακά θεωρούνται και αντιμετωπίζονται ως υποκειμενικά, όπως η συνείδηση και των συνειδητών εμπειριών όπως η κρίση, η αντίληψη και τα συναισθήματα. Η

φαινομενολογία δεν επιχειρεί να μελετήσει τη συνείδηση από τη σκοπιά της κλινικής ψυχολογίας ή της νευρολογίας, αντιθέτως σκοπός της είναι να καθορίσει τις απαραίτητες αρχές και δομές της εμπειρίας. (Zahavi, 2003), (Farina, 2014), (Menon, 2014)

3.5.1 Μέθοδος συλλογής δεδομένων παρούσας μελέτης

Ιδανικότερες μέθοδοι για τη συλλογή φαινομενολογικών δεδομένων θεωρούνται οι εις βάθος συνεντεύξεις και κατά άλλους οι ομάδες εστίασης. Η εν λόγω μελέτη πραγματοποιήθηκε με πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν με τη βοήθεια ημιδομημένων συνεντεύξεων. Οι ερωτήσεις πραγματοποιήθηκαν με την ίδια σειρά σε όλους τους συμμετέχοντες, ενώ αναλόγως των απαντήσεων κάποιες παραλήφθηκαν για ευνόητους λόγους καθώς μια αρνητική δήλωση σε δύο περιπτώσεις απέκλειε την επόμενη ερώτηση, οπότε δεν είχε νόημα να διατυπωθεί καθώς η απάντηση ήταν δεδομένη. Για λόγους βέλτιστης εγκυρότητας οι συνεντεύξεις μαγνητοφωνήθηκαν και δακτυλογραφήθηκαν με σκοπό να χρησιμοποιηθούν οι ακριβείς δηλώσεις των μελών.

3.6. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Το σύνολο των συνεντεύξεων προγραμματίστηκαν και πραγματοποιήθηκαν στο χώρο του νοσοκομείου και συγκεκριμένα εντός του Νευροχειρουργικού τμήματος ανεξαρτήτως ωραρίου λόγω του ευμετάβλητου του προγράμματος και των υποχρεώσεων του ερευνητή αλλά και των συμμετεχόντων. Ως μέσω καταγραφής χρησιμοποιήθηκε ψηφιακό μαγνητόφωνο που διαθέτει το τμήμα προς εξυπηρέτηση της αλληλογραφίας.

3.7. Ανάλυση δεδομένων

Ο πιο κοινός τρόπος ανάλυσης των ποιοτικών δεδομένων είναι η αντίληψη του παρατηρητή ερευνητή. Ο μελετητής παρατηρεί και εξετάζει τα δεδομένα και τα

ερμηνεύει διαμορφώνοντας μια αντίληψη, η οποία στη συνέχεια διατυπώνεται με μια μορφή δομημένη και κατά περίπτωση ποσοτικοποιημένη. (Beck, 2003)

Την ηχογράφηση των συνεντεύξεων ακολούθησε η δακτυλογράφηση σε ηλεκτρονική μορφή περιλαμβάνοντας το σύνολο των λεπτομερειών, πρόσθετων ερωτήσεων, σχολίων, παύσεων κτλ. Τα δεδομένα, εν συνεχεία, αναγνώστηκαν από τον ερευνητή επανειλημμένα με σκοπό τη βέλτιστη δυνατή μορφοποίηση αντίληψης επί των εμπειριών και των απόψεων των συμμετεχόντων.

Αποσκοπώντας στην οργάνωση της δομής των αποτελεσμάτων και την ορθότερη ερμηνεία των διαθέσιμων πληροφοριών ακολούθησε κωδικοποίηση των δεδομένων με την έννοια του νοηματικού διαχωρισμού και κατηγοριοποίησης του συνόλου των μη δημογραφικής φύσης ερωτήσεων. Η ανάδειξη κοινών χαρακτηριστικών και εννοιών κατέληξε στο σχηματισμό τριών θεματικών ενοτήτων, οι οποίες νοηματικά συμπυκνώνουν το αναλυτικό μέρος της συνέντευξης και συμβάλλουν στη πληρέστερη κατανόηση των αντιλήψεων και εμπειριών. (Μαντζούκας, 2007)

Η ανάλυση των δεδομένων καταλήγει με την ερμηνεία των θεματικών ενοτήτων, τη σύνδεσή τους με την υπάρχουσα διεθνή βιβλιογραφία, την αντιπαραβολή τους και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων με σκοπό τη προσφορά επιπρόσθετης επιμέρους γνώσης επί των υποθέσεων της έρευνας. (Huberman & Miles, 1994)

3.8. Ηθικές προεκτάσεις

Της έναρξης της έρευνας προηγήθηκε επικοινωνία με τον υπεύθυνο των Νευροεπιστημών του νοσοκομείου, οποίος τυγχάνει να είναι, επίσης, επικεφαλής του Νευροχειρουργικού τμήματος με σκοπό την έγκριση της μελέτης και της πραγματοποίησης των συνεντεύξεων, η οποία εδόθη κατόπιν συμφωνίας επί απόλυτης τήρησης ανωνυμίας των συμμετεχόντων, του τμήματος, του νοσοκομείου και της γεωγραφικής θέσης. Η επίσημη έγκριση της έναρξης των συνεντεύξεων και της συμμετοχής των ιατρών του Νευροχειρουργικού τμήματος δόθηκε από τη Local Research Ethics Committee (το όνομα της πόλης και της περιοχής που προηγούνται του τίτλου σκόπιμα δεν αναφέρονται προς διατήρηση ανωνυμίας) κατόπιν

διαβεβαίωσης περί ανωνυμίας, περί μη συμμετοχής ασθενών, περί μη επίσημης έρευνας υπό την αιγίδα του Πανεπιστημίου με την έννοια της ανεξάρτητης προσωπικής παρατήρησης και χρήσης των δεδομένων σε εργασία επιπέδου διατριβής από φοιτητή Πανεπιστημίου, το οποίο εδράζεται εκτός και δεν αποτελεί μέρος Πανεπιστημιακού τμήματος του Ηνωμένου Βασιλείου.

Μετά της αποδοχής της μελέτης, ο ερευνητής οργάνωσε και πραγματοποίησε ενημερωτική συνάντηση με τη συμμετοχή της πλειοψηφίας του ιατρικού προσωπικού του τμήματος αποσκοπώντας στην πληρέστερη ενημέρωση και προετοιμασία για το περιεχόμενο της συνέντευξης και τους κανόνες ανωνυμίας που θα ισχύσουν. Το προσωπικό διαβεβαιώθηκε για τη μη χρήση προσωπικών στοιχείων, την κοινοποίηση στον επικεφαλής του τμήματος και την έγκριση από την τοπική επιτροπή βιοηθικής, τον εθελοντικό χαρακτήρα της έρευνας και τη δυνατότητα ελέγχου του περιεχομένου της εργασίας εάν κριθεί απαραίτητο σε οποιοδήποτε στάδιο.

4. Αποτελέσματα έρευνας

Η συγκέντρωση δεκατριών, τελικά, ολοκληρωμένων συνεντεύξεων και η αρχική ανάλυση απόψεων οδήγησε στη χρήση τριών θεματικών αξόνων:

1^{ος} θεματικός άξονας

Αποτύπωση της άποψης των ιατρών περί της ενεργητικής εθελοντικής ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας από ηθική και νομική σκοπιά, αντίστοιχα. Ο πρώτος θεματικός άξονας αποσκοπεί στην αποσαφήνιση της τάσης που επικρατεί σχετικά με το υπό εξέταση φαινόμενο εντός μιας συγκεκριμένης ειδικότητας και της δυνητικής επιρροής επί αυτής της ηλικίας και της κλινικής εμπειρίας του ιατρού.

2^{ος} θεματικός άξονας

Η δεύτερη ενότητα ερωτήσεων στοχεύει στην εξέταση της σχέσης του πολιτισμικού υποβάθρου και των θρησκευτικών πεποιθήσεων των ιατρών με την άποψη τους επί του διλήμματος της ευθανασίας και σε πιο βαθμό αυτή δυνητικά αντιπαρατίθεται ή συμφωνεί με το ρόλο του ιατρού στην ανακούφιση από το πόνο, όπως συνειδησιακά γίνεται αντιληπτό από τον εκάστοτε ιατρό.

3^{ος} θεματικός άξονας

Δύναται να επηρεαστεί η συμπλήρωση της φόρμας δήλωσης μη ανάνηψης από την οπτική του ιατρού περί ευθανασίας και ποια η άποψη περί καταλληλότητας του ιατρού να τη συμπληρώσει, επί απουσίας ικανότητας λήψης απόφασης, κατόπιν επικοινωνίας ή μη με την οικογένεια του ασθενούς; Τέλος, στον τρίτο άξονα, επιχειρείται, ουσιαστικά, η εξέταση του βαθμού συμμόρφωσης του ιατρικού πληθυσμού σε ήδη νομοθετημένες εκδοχές παθητικής ευθανασίας, ιδίως σε περιπτώσεις ιατρών που αντιτίθενται πλήρως στην εθελοντική ενεργητική ευθανασία και στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία και τη συμφωνία τους με την αρμοδιότητα που τους προσδίδει το σύστημα, ως θεράποντες, να αποφασίσουν για το βέλτιστο συμφέρον του ασθενούς σε περιπτώσεις νοητικής αδυναμίας.

Με σκοπό την συντομευμένη περιγραφή του εκάστοτε συμμετέχοντα και την διευκόλυνση της εξαγωγής νοημάτων και συγκρίσεων κατά την ανάγνωση των συνεντεύξεων αποδόθηκε στον κάθε ιατρό ένας μοναδικός για την έρευνα κωδικός, ο οποίος δημιουργήθηκε βάσει του βαθμού ιεραρχικά (C = Consultant: Επιμελητής, T = Trainee: Ειδικευόμενος), της ηλικιακής ομάδας (1: κάτω των 35, 2: 36 – 45, 3: 46 – 55, 4: 56 – 65, 5: άνω των 65), της εθνότητας (W = White: Λευκός, E = Egyptian: Αιγυπτιακής καταγωγής, In = Indian: Ινδικής καταγωγής, Ir = Iranian: Ιρανικής καταγωγής), της θρησκείας (C = Christian: Χριστιανός, I = Islamist: Ισλαμιστής, H = Hinduist: Ινδουιστής) και του βαθμού πίστης (vR = very religious: πολύ θρησκευόμενος, sR = somewhat religious: σχετικά θρησκευόμενος, nR = neither religious or non religious: ούτε θρησκευόμενος ούτε μη θρησκευόμενος) που δηλώθηκαν κατά την καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων, π.χ. C3ECvR. Ο αριθμός του δείγματος θα επέτρεπε απλούστερη κωδικοποίηση (π.χ. ένας αύξων αριθμός ή ένα γράμμα και ένας αριθμός) σε συνδυασμό με επεξηγηματικό πίνακα, ο οποίος θα προηγούνταν ή θα ακολουθούσε την παράθεση των απαντήσεων. Θεωρήθηκε, ότι, ένας συντομότερος κωδικός παρόλο που μνημονικά θα ήταν ευκολότερος, δεν θα παρείχε τη δυνατότητα άμεσου ελέγχου περαιτέρω καθοριστικών χαρακτηριστικών, αναγκαίων για την εκτίμηση της απάντησης. Ακολουθεί πίνακας με τους κωδικούς που θα συμπεριληφθούν. Ο αύξων αριθμός αποδόθηκε τυχαία και αντιστοιχεί στη σειρά με την οποία πραγματοποιήθηκαν οι συνεντεύξεις.

Πίνακας 2.

A/A	Βαθμός	Ηλικιακή Ομάδα	Εθνότητα	Θρησκεία	Βαθμός Πίστης	Κωδικός
1	C	3	E	C	vR	C3ECvR
2	C	3	W	C	sR	C3WCsR
3	C	4	W	C	nR	C4WCnR
4	C	5	W	C	nR	C5WCsR
5	T	1	W	C	sR	T1WCsR
6	T	2	E	I	sR	T2EInR
7	T	1	W	C	nR	T1WCnR
8	T	2	W	C	nR	T2WCnR
9	C	5	In	H	sR	C5InHsR
10	T	2	Ir	I	vR	T2IrIvR
11	C	3	In	C	nR	C3InCnR
12	C	4	W	C	sR	C4WCsR
13	C	4	Ir	I	sR	C4IrIsR

4.1. 1^{ος} θεματικός άξονας

Ο C3ECvR σχετικά με το πρώτο ερώτημα περί ηθικής δικαιολόγησης της πράξης της ευθανασίας απάντησε:

«Όχι. Δεν πιστεύω ότι θα μπορέσει να δικαιολογηθεί ποτέ ηθικά κάτι τέτοιο. Ο ρόλος του ιατρού είναι να θεραπεύει και να απαλύνει τον πόνο του εκάστοτε ασθενούς όχι να σκοτώνει ή να βοηθάει ασθενείς να πεθάνουν. Προσωπικά, έρχεται σε πλήρη αντίθεση με τα πιστεύω μου αναφορικά με την ιατρική και ότι αυτή πρεσβεύει.»

Εν συνεχεία ο C3WCsR, δήλωσε:

«Όχι. Η ιατρική αποτελεί μια επιστήμη που προοδεύει συνεχώς. Η νευροχειρουργική ως ξεχωριστός κλάδος εξελίσσεται ταχύτατα με άγνωστες μελλοντικές θεραπευτικές επιλογές ακόμα και για μας. Κανείς δε μπορεί να θέσει

όρια στην επιβίωση ενός ασθενούς και κανείς δε μπορεί να προκαθορίσει αν αυτό που τώρα μοιάζει ουτοπία θα εξακολουθεί να παραμένει έτσι και σε 5 χρόνια. Προσωπικά, έχω ασθενείς με κακοήγη όγκο του εγκεφάλου που έχουν υπερβεί την πενταετία ή και την επταετία, γιατί λοιπόν ένας ασθενής αυτής κατηγορίας να στερηθεί έτη με την οικογένεια του, αν εγώ τον βοηθήσω να αφαιρέσει τη ζωή του 6 μήνες μετά τη διάγνωση όταν είναι ακόμα απελπισμένος;»

Σε διαφορετικό κλίμα, ο C4WCnR προχώρησε στην ακόλουθη απάντηση:

«Είναι εξαιρετικά δύσκολο να μιλήσει κάποιος για ηθική όταν εξετάζεται το θέμα της αφαίρεσης της ζωής και η ευθύνη γι' αυτό αφορά στον ιατρό. Είναι επίσης ριψοκίνδυνο σε ορισμένες περιπτώσεις να μιλήσει κανείς για έλλειψη επιλογών και πτωχή ποιότητα ζωής όταν κάποτε οι παραπληγικοί ασθενείς χρειαζόντουσαν 24ωρη φροντίδα και βοήθεια και σήμερα παίρνουν Ολυμπιακά μετάλλια, κάνουν οικογένειες και είναι Υπουργοί Οικονομικών! Σαφώς αντιλαμβάνομαι ότι η ερώτηση δε μπορεί να αφορά σε ασθενείς με μερική αναπηρία και πως τέτοιοι ασθενείς δεν πρόκειται ποτέ να συμπεριληφθούν σε διατάξεις που θα προβλέπουν την διαδικασία της ευθανασίας. Ηθικό θα μπορούσε δυνητικά να χαρακτηριστεί βλέποντας το μονό από τη πλευρά του ασθενούς και βάζοντας εμάς στη θέση αυτού ώστε να αντιληφθούμε μέσα από το σώμα και τα μάτια του, το μέγεθος του πόνου και της απελπισίας που βιώνει αδιάκοπα όταν πλέον έχει φτάσει σε τελικό στάδιο νόσου. Μόνο έτσι θα μπορούσα να βρω ηθική στην αφαίρεση μιας ζωής, μόνο με την έννοια της λύτρωσης κι όχι με την έννοια της διευκόλυνσης της οικογένειας ή της κοινωνίας από ένα βάρος στο οποίο έχει μετατραπεί ένας άνθρωπος, ο οποίος κάποτε υπήρξε απόλυτα λειτουργικός και συνεισφέρον συναισθηματικά και οικονομικά».

Ανάλογη προσέγγιση επί του θέματος είχε ο C5WCsR, δηλώνοντας:

«Η ζωή αντιμετωπίζεται με διαφορετικό τρόπο από τον κάθε επαγγελματία και διαφορετικά από την οικογένεια και το άτομο. Αν ρωτήσεις έναν ιατρό θα σου απαντήσει ότι ο ασθενής ζει εάν αναπνέει και έχει καρδιακή λειτουργία, χωρίς συνήθως να σχολιάσει την ύπαρξη εγκεφαλικής λειτουργία, καθώς ο εγκεφαλικός θάνατος αποτελεί διαφορετική παράμετρο που μπορεί και να μη ληφθεί υπόψη από πολλούς... Αν ρωτήσεις την οικογένεια... αν θα μπορέσει να

επικοινωνήσει ξανά και αν φτάσεις μέχρι τον ασθενή θα σου πει αν θα μπορέσει να ξανασηκωθεί, να ξαναμιλήσει, να ξαναδουλέψει, να κάνει οικογένεια και ίσως χιλιάδες άλλα πράγματα που θεωρούμε δεδομένα συνυφασμένα με τη ζωή αλλά δεν λογίζονται όταν αποφασίζουμε για τη διατήρηση αυτής καταλήγοντας να λαμβάνουμε αποφάσεις αντί άλλων όντας αμυντικοί και βασιζόμενοι σε ένα σχήμα κατά τα άλλα οξύμωρο. Οπότε, θα κατέληγα ότι ναι θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ηθική η αφαίρεση μιας ζωής εάν φυσικά συντρέχουν ορισμένες συνθήκες με τη βασικότερη στη προκειμένη περίπτωση να είναι η πληροφορημένη συγκατάθεση ενός έχοντος σφαιρική φρένας αρρώστου με τελική διάγνωση.»

Παρόμοια φιλοσοφία συναντάμε στην απάντηση του T1WCsR:

«Ναι. Τα ίδια κριτήρια σεβασμού θα πρέπει να διέπουν και τη ζωή και το θάνατο. Όπως ο ιατρός σέβεται την ανάγκη του ασθενούς να παραμείνει στη ζωή και κάνει οτιδήποτε ανθρωπίνως δυνατό γι' αυτό, κατά τον ίδιο τρόπο οφείλει να σεβαστεί και την εξίσου βαρυσήμαντη επιθυμία του να φύγει από τη ζωή και να τον βοηθήσει με αξιοπρεπή μέσα όταν αυτός δεν είναι σε θέση να θέσει τέλος σε αυτή. Ίσως, η ευθεία απάντηση με ένα 'ΝΑΙ' δεν είναι η συνηθέστερη για μια τέτοιο τύπου ερώτηση αλλά βρισκόμενος τα τελευταία έτη εντός μιας ειδικότητας που καλώς ή κακώς χειρίζεται εκ της διαγνώσεως μέχρι σχεδόν το θάνατο ποικίλα βαριά περιστατικά κυρίως τραυματικά και κακοήθη και σπανιότερα εκφυλιστικά, η αντίληψη μου για την έννοια της ζωής έχει μεταβληθεί. Για το ιατρικό προσωπικό «ζωή» σημαίνει ύπαρξη παλμού, ικανοποιητικά ζωτικά σημεία και μηχανική υποστήριξη αναπνοής. Η σημασία, όμως, που δίνει η οικογένεια και ο κάθε άνθρωπος στην έννοια της ζωής θεωρώ ότι απέχει αρκετά από την ιατρική προσέγγιση. Η ζωή δεν είναι μόνο αυτόματες ή υποστηριζόμενες βασικές λειτουργίες, είναι καθημερινή διαδραστική συμμετοχή σε ότι ο καθένας μας δίνει αξία και πιστεύει ότι καθορίζει την ποιότητα της.»

Σε αντίστοιχο πνεύμα κινήθηκαν και οι T2EInR, T1WCnR, T2WCnR, οι οποίοι συγκεντρώθηκαν στις προϋποθέσεις ισχύος, με αντιπροσωπευτικότερη απάντηση αυτή του T2WCnR, ο οποίος έχει ασχοληθεί στο παρελθόν με το θέμα εξαιτίας

μελέτης του επί της τέλεσης συγκεκριμένης χειρουργικής επέμβασης σε υπερήλικες ασθενείς και δήλωσε:

«Ναι, θα μπορούσε να δικαιολογηθεί ηθικά σε ορισμένες περιπτώσεις, αλλά με σκοπό να αποφευχθούν βεβιασμένες και επικίνδυνες αποφάσεις με απρόβλεπτες συνέπειες για τον ασθενή, την οικογένεια και την ιατρική κοινότητα, επηρεάζοντας κατ' επέκταση την κοινωνία, οφείλουν να ισχύουν νομικά κατοχυρωμένες συνθήκες, όπως:

- η ικανότητα λήψης αποφάσεων του ασθενούς να μην είναι περιορισμένη και η συγκατάθεση να δίδεται εν πλήρη συνείδηση κατόπιν ψυχιατρικής εκτίμησης
- ο ασθενής έχει εκτιμηθεί και πληροφορηθεί για την εξέλιξη της νόσου τουλάχιστον από δύο ιατρούς
- η απόφαση του έχει εγκριθεί από αρμόδια επιτροπή
- να πρόκειται για χρόνια νοσήματα χωρίς πιθανότητα ίασης
- να πρόκειται για χρόνιες εκφυλιστικές παθήσεις με σταδιακή αναπόφευκτη επιδείνωση, χωρίς πιθανότητα ίασης
- πρόκειται για κακοήθη νοσήματα με ραγδαία επιδείνωση
- για κάθε νόσημα που κατά την άποψη του ασθενούς (εφόσον προκύψει μετά από σχετική κλίμακα και βαθμολόγηση) επηρεάζει τόσο την ποιότητα ζωής του ώστε αυτή να μην έχει πλέον νόημα
- πρόκειται για βαριές τραυματικές ανεπανόρθωτες κακώσεις του νευρικού συστήματος με σημαντικό βαθμό αλλοίωσης της ποιότητας ζωής.»

Οι υπόλοιποι τέσσερις ειδικευμένοι Νευροχειρουργοί σε συμφωνία με τις δύο πρώτες απαντήσεις, που προαναφέρθηκαν, απέρριψαν την ενεργητική ευθανασία ως έννοια και θεώρησαν πως αποτελεί πράξη καταδικαστέα κυρίως για το αποτέλεσμα που προκαλεί, το θάνατο, το φορτίο που επωμίζεται ο ιατρός και λιγότερο για τους λόγους που μπορεί αυτή να πραγματοποιηθεί. Ακολουθεί η απάντηση του C5InHsR:

«Προσωπικά θεωρώ την ενεργητική ευθανασία πράξη βάνανση, αποτρόπαια και καταδικαστέα. Συναισθηματικά, ιατρικά και κοινωνικά απέχει σημαντικά να διακόψει την μηχανική υποστήριξη ενός εγκεφαλικά νεκρού ασθενούς από το να είσαι εσύ αυτός που θα χορηγήσει τη θανατηφόρα δόση του φαρμάκου, θα παρακολουθήσει τον ασθενή να πεθαίνει, χωρίς να προβαίνει σε καμία προσπάθεια αναζωογόνησης, ερχόμενος σε πλήρη αντίθεση συνειδησιακά με οτιδήποτε έχει διδαχθεί μέχρι τότε, να πιστοποιεί το θάνατο και να βάζει την

υπογραφή του στο τέλος μιας ζωής ενός ανθρώπου που είχε πλήρη συνείδηση δευτερόλεπτα πριν πεθάνει. Πιστεύω, πως ο συναισθηματικός φόρτος για τον ιατρό είναι μεγάλος, απαιτεί εξαιρετικό βαθμό εκλογίκευσης της κατάστασης, ιδιότητα που προϋποθέτει αυτογνωσία, ψυχική και πνευματική ισορροπία και πέραν αυτών η έκθεση σε δυνητικούς νομικούς κινδύνους είναι ανυπολόγιστη. Δε νομίζω ότι μπορώ να δικαιολογήσω ηθικά στον εαυτό μου την αφαίρεση μιας ανθρώπινης ζωής.»

Ο εναπομείνας T2IIVR υποστήριξε διαφορετική άποψη από τους τέσσερις συναδέλφους του, βασιζόμενος κυρίως στο γενικότερο επικρατές κλίμα και τις δυνητικές συνέπειες μιας τελεσίδικης πράξης σε μια κοινωνία όπου οι ιατρονομικές υπηρεσίες υπεισέρχονται με αυξανόμενο ρυθμό στην ιατρική πρακτική:

«Το αποτέλεσμα του θανάτου στην ιατρική και τη ζωή είναι μια κατάσταση μη αναστρέψιμη. Δε θεωρώ ότι η ζωή μπορεί και πρέπει να αφαιρείται, υπό συνθήκες, από άλλον άνθρωπο. Ερχόμαστε στη ζωή για να μείνουμε και δεν εξαρτάται από μας το πότε θα φύγουμε από αυτή. Το αυτόματο της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας αυτό το χαρακτήρα έχει. Επίσης, με την συνεχή εξέλιξη της αμυντικής ιατρικής, υπό τη πίεση του ιατρονομικού κλάδου της νομικής, δεν πιστεύω ότι η ηθική πίσω από ένα θάνατο σε μια ανώριμη κοινωνία είναι μια ασφαλής δήλωση και ένα ατράνταχτο επιχείρημα.»

Αναφορικά με την επόμενη ερώτηση δεν παρατηρήθηκε διαφορά καθώς οι απόψεις ταυτίστηκαν και δεν υπήρξε διαχωρισμός στις απαντήσεις των συμμετεχόντων ως προς την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Τα ποσοστά συμφωνίας και διαφωνίας παρέμειναν τα ίδια με ίσως ακόμα εντονότερη αντίθεση από τους διαφωνούντες στη πρώτη ερώτηση καθώς οι κίνδυνοι που ελλοχεύουν αυξάνονται με τον ασθενή να λαμβάνει μόνος του τη δόση που θεωρητικά θα του αφαιρέσει τη ζωή. Ακολουθούν αντιπροσωπευτικές απαντήσεις.

Ο C4WCnR με μεγάλη εμπειρία, λόγω υποειδικότητας σε τελικού σταδίου περιστατικά, απάντησε:

«Συμβαίνει, επί του παρόντος, αλλά “under the table”, ανεπίσημα, να πληροφορείται ο ασθενής ότι κάποια από τα φάρμακα της αγωγής του εάν ληφθούν σε μεγάλες δόσεις μπορούν δυνητικά να προκαλέσουν το θάνατο (τα

περισσότερα μέσω αναπνευστικής καταστολής, καθώς στα χρόνια νοσήματα συναντούμε τη πλειοψηφία των ασθενών με χρόνιο πόνο και συνήθως μόνη διέξοδος είναι τα οποιοειδή αναλγητικά). Σαφώς και γίνεται αλλά με άλλο σκοπό και άλλη έννοια. Επαφίεται στον ασθενή το πώς θα χρησιμοποιήσει τις πληροφορίες που του παρέχονται. Τις ίδιες πληροφορίες μπορεί, φυσικά, να βρει και στο διαδίκτυο. Θα μπορούσε να είναι νόμιμη η συνταγογράφηση τέτοιων ουσιών αλλά με την προϋπόθεση ότι η λήψη θα γίνει σε απόλυτα ελεγχόμενο χώρο υπό την εποπτεία ιατρού, συνθήκες που τη φέρνουν κοντά στο θέμα που συζητήσαμε πριν.»

Ο C3InCnR σε ανάλογο πνεύμα με τη προηγούμενη απάντηση του, δήλωσε:

«Οι κίνδυνοι που κρύβονται πίσω από τη συνταγογράφηση θανατηφόρων ουσιών είναι πολλοί και θα πρέπει όλοι να τους αναλογιστούμε. Ο ασθενής δεν είναι σε θέση, πολλές φορές, να λάβει μόνος του το φάρμακο, με αποτέλεσμα η χορήγηση να πρέπει να γίνει από άλλον. Είναι, όμως, αυτό το άτομο κατάλληλα εκπαιδευμένο να το κάνει; Έχει το σθένος να το κάνει; Ενώ, σε άλλες περιπτώσεις η δόση ενδέχεται να μην επαρκεί. Ουκ ολίγες φορές έχουμε συναντήσει διεγχειρητικά περιπτώσεις ασθενών με πρότερο ιστορικό αλκοολισμού ή χρήσης ουσιών οι οποίοι απαιτούν πολλαπλάσιες δόσεις κατασταλτικών φαρμάκων, οι οποίες θα μπορούσαν να σκοτώσουν ένα φυσιολογικό άτομο. Τι θα συμβεί, λοιπόν, εάν η δόση που θα συνταγογραφηθεί, δεν επαρκεί και το άτομο απλά πέσει σε καταστολή, ποιος θα το αντιληφθεί, πότε θα πιστοποιηθεί και πως θα αφυπνιστεί; Γιατί ένας ασθενής που έχει φτάσει σε αυτό το στάδιο να υποστεί μια τέτοια δυνητική ταλαιπωρία; Δε χρειάζεται να αναφέρω την πιθανότητα το φάρμακο να ληφθεί από άλλον... Γίνεται αντιληπτό ότι οι προϋποθέσεις που πρέπει να ισχύουν είναι εξαιρετικά πολλές και πολύπλοκες, με αποτέλεσμα να πλησιάζουμε πάλι στην ενδονοσοκομειακή ευθανασία που εμπίπτει στα παραπάνω. Πιστεύω, επομένως, ότι, όχι, τουλάχιστον επί του παρόντος, δεν μπορεί να είναι νόμιμη για τα ανωτέρω και τους λόγους που ανέφερα.»

Οι τέσσερις ειδικευόμενοι ιατροί που τάχθηκαν στη πρώτη ερώτηση υπέρ της ηθικής πίσω από την ενεργητική εθελοντική ευθανασία χρησιμοποίησαν τις προϋποθέσεις και καταστάσεις, που οι ίδιοι ανέφεραν, προσθέτοντας πως για τους ασθενείς που

επιζητούν ένα θάνατο με αξιοπρέπεια, η τέλεση αυτού σε οικείο περιβάλλον ανάμεσα σε αγαπημένα πρόσωπα μεγιστοποιεί την ανακούφιση τους και εξατομικεύει τη διαδικασία ικανοποιώντας τις επιθυμίες ενός ανθρώπου που φεύγει από τη ζωή. Ακολουθεί του T1WCsR:

«Κατά τη προσωπική μου άποψη, η δυνατότητα ευθανασίας σε οικείο περιβάλλον, προσφέρει στον άρρωστο την ικανοποίηση να φύγει στο χώρο του, στο κρεβάτι του κι όχι σε ένα δωμάτιο ενός νοσοκομείου ανάμεσα σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που δεν ξέρει και δεν έχει γνωρίσει. Είναι μια συνειδητή αναμενόμενη πράξη κι όχι τυχαίο αναπόφευκτο γεγονός. Ο καθένας αν μπορούσε θα επέλεγε να πεθάνει ανάμεσα σε οικεία πρόσωπα με την ευκαιρία να αποχαιρετήσει την οικογένεια του, ίσως τα κατοικίδια του, τα προσωπικά του αντικείμενα, ή ακόμα να φύγει μαζί με αυτά. Σαφώς, θα πρέπει να ισχύουν συγκεκριμένες προϋποθέσεις, όπως:

-Πληροφορημένη εθελοντική συγκατάθεση ενός έχοντα σώας τα φρένας ασθενούς

-Έγκριση της απόφασης και της τέλεσης από αρμόδια επιτροπή ιατρικού, νομικού και παρακλινικού προσωπικού

-Πρόκειται για νοσήματα τελικού σταδίου (τραυματικά, κακοήθη, νευροεκφυλιστικά) με τελεσίδικη διάγνωση χωρίς δυνατότητα ανάνηψης και ίασης που επιφέρουν αφόρητο πόνο ή/ και υποκειμενικά περιορίζουν εξαιρετικά τη ποιότητα ζωής του ασθενούς.»

Συνεχίζοντας στη επόμενη ερώτηση περί της διάθεσης των ιατρών να συμμετέχουν ενεργά στη συνταγογράφηση και τη συμβουλευτική φαρμάκων η λήψη των οποίων θα μπορούσε να επιφέρει το θάνατο, το κλίμα και οι τάσεις δεν διαφοροποιήθηκαν.

Ο C4WCnR με υποειδικότητα σχετική με περιστατικά, τα οποία σχεδόν αναπόφευκτα θα καταλήξουν ασθενείς τελικού σταδίου, απάντησε:

«Εφόσον ήμουν νομικά διασφαλισμένος και κατοχυρωμένος, έχοντας ελέγξει την τήρηση της οποιασδήποτε προβλεπόμενης διαδικασίας θα ήμουν διατεθειμένος να συμμετέχω, μόνο σε περιπτώσεις που αφορούν στην ειδικότητά μου όπως IV σταδίου κακοήθεις εξεργασίες του εγκεφάλου με εξαιρετικά περιορισμένες θεραπευτικές επιλογές και προσδόκιμο επιβίωσης. Άλλες περιπτώσεις όπως βαριές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις με συνακόλουθη εξαιρετικά περιοριστική

αναπηρία (εν τη αυτή περιπτώσει απαιτείται πιο περίπλοκος διασφαλιστικός μηχανισμός καθώς η απόφαση θα πρέπει να ληφθεί από την οικογένεια του ασθενούς) και αυχενικής μοίρας κακώσεις του νωτιαίου μυελού με επακόλουθη τετραπληγία, οφείλουν να εκτιμηθούν καλύτερα από τις αντίστοιχες υποειδικότητες και να ληφθούν οι αντίστοιχες αποφάσεις.»

Οι ειδικευμένοι και ο ειδικευόμενος που τάχθηκαν ενάντια στην ηθική πίσω από την ευθανασία και ακολούθως στη συνταγογράφηση και συμβουλευτική περιορίστηκαν σε μονολεκτική αρνητική απάντηση, επικαλούμενοι την αμέσως προηγούμενη απάντησή τους στο προηγηθέν ερώτημα.

Η πλειοψηφία των ειδικευομένων που υποστήριξε την υπό προϋποθέσεις συνταγογράφηση, δεν μετέβαλαν τη στάση τους και απάντησαν θετικά στο εάν θα μπορούσαν να συμμετέχουν, πάντα υπό καθορισμένο νομικό καθεστώς και δεδομένου ότι δεν υφίστανται κενά στην έγκριση της διαδικασίας. Χαρακτηριστική απάντηση είναι η απάντηση του T2WCnR, ο οποίος εισάγει ερωτηματικά και αμφισβητεί την αρμοδιότητα της νευροχειρουργικής ειδικότητας να συμμετέχει σε παρόμοιου είδους πρακτικές:

«...Εάν ήμουν νομικά κατοχυρωμένος και εφόσον πληρούνται οι ανωτέρω προϋποθέσεις περί χρονιότητας, αναπόφευκτου επερχόμενου θανάτου, δυνατότητα του ασθενούς να λάβει αποφάσεις και κατανόηση της σημαντικότητάς τους, ναι.

Συναισθηματικά και ηθικά ίσως το βάρος είναι μεγάλο και δυσβάστακτο για έναν κλινικό ιατρό και χειρουργό να έρχεται αντιμέτωπος καθημερινά με ανάλογα περιστατικά. Ίσως, αυτό θα έπρεπε να πραγματοποιείται από συγκεκριμένες ειδικότητες, όπως γηριατρική και παρηγορική ιατρική.

Πιστεύω ότι ο ιατρός ο οποίος θα προβαίνει συστηματικά σε ανάλογες ενέργειες θα πρέπει να λαμβάνει συστηματική ψυχολογική υποστήριξη. Δεδομένης της πολυπλοκότητας της νευροχειρουργικής ειδικότητας και του φόρτου εργασίας, ειδικά στο Ηνωμένο Βασίλειο, δε είμαι σίγουρος αν θα ήταν ο νευροχειρουργός το κατάλληλο πρόσωπο για αυτού του είδους τη συνταγογράφηση.»

Τα ίδια ερωτηματικά περί καταλληλότητας εγείρονται, επίσης, από τον C3ECvR, δηλώνοντας:

«Προσωπικά δεν θα ήμουν διατεθειμένος να συμμετέχω, κυρίως γιατί όπως προείπα δεν το υποστηρίζω. Επίσης, επειδή, ότι η ευθύνη ενός νευροχειρουργού είναι ήδη αυξημένη για τα περιστατικά που χειρίζεται και ο όγκος των ασθενών που του αντιστοιχεί, μεγάλος, θεωρώ, ότι η συνταγογράφηση δεν θα πρέπει να γίνεται από το θέρáποντα αλλά από επιτροπή ιατρών μέσω ορισμένων διαδικασιών εάν πρόκειται για επίσημη προσέγγιση της έννοιας PAS (Physician Assisted Suicide).»

4.2. 2^{ος} θεματικός άξονας

Η συνέντευξη συνεχίστηκε με την ανάλυση του δεύτερου θεματικού άξονα και την διατύπωση των δύο επόμενων ερωτήσεων περί συσχέτισης με το θρησκευτικό υπόβαθρο και σύνδεσης της στάσης με την κατά τα άλλα υποχρέωση του ιατρού να ανακουφίζει το πόνο.

Σχετικά με τη πρώτη ερώτηση του άξονα και την επιρροή της θρησκείας στη στάση των ιατρών απέναντι στην ευθανασία, οι απαντήσεις υπήρξαν σαφείς και αναμενόμενες βάσει των προηγούμενων δηλώσεων και δεδομένου του βαθμού πίστης που ζητήθηκε.

Ο C3ECvR εξήγησε:

«Ναι. Κατά τη γνώμη μου, όσο πεπαλαιωμένο και αν ακούγεται σε μια εποχή που η κοινωνία τείνει να απομακρύνεται από τη θρησκεία όλο και περισσότερο, η ζωή αποτελεί δώρο και μια ευκαιρία να αποδείξουμε πως είμαστε άξιοι για μια αιώνια μορφή αυτής. Σκοπός μας είναι να τη προστατεύουμε και όχι να την αφαιρούμε όταν δε μπορούμε να τη ζήσουμε πλέον όπως εμείς επιθυμούμε.»

Ανάλογης φύσης υπήρξε η απάντηση του T2IvR:

«Ναι. Η αφαίρεση της ζωής είναι και θα παραμείνει αποτρόπαια πράξη για οποιονδήποτε λόγο κι αν τελείται ακόμα και υπό τη σκέπη του νόμου. Είμαστε εδώ για να συντηρήσουμε και να αξιοποιήσουμε τη ζωή όχι να την αφαιρούμε όταν και όποτε υποκειμενικά θεωρούμε ότι παύει να έχει τη σημασία που εμείς θέλουμε να έχει.»

Στον αντίποδα, οι ειδικευόμενοι και ειδικευμένοι ιατροί που δήλωσαν στα δημογραφικά σχετικά θρησκευόμενοι, ή ούτε θρησκευόμενοι ούτε μη, έδωσαν συναφείς απαντήσεις. Ακολουθούν δύο αντιπροσωπευτικές δηλώσεις. Ο T2EInR είπε:

«Όχι, δε θα μπορούσα να πω ότι επηρεάζεται, άλλωστε συμφωνώ με την έννοια της ευθανασίας υπό προϋποθέσεις. Η ζωή μπορεί να αποτελεί δώρο σύμφωνα με πολλές θρησκείες και να θεωρείται ως περίοδος απόδειξης καταλληλότητας για το πέρασμα στην αιωνιότητα ή κατά άλλους τη μετενσάρκωση, αλλά αυτό δε σημαίνει ότι όταν αυτή εκφυλίζεται και παύει να αποτελεί λειτουργική κατάσταση, πρέπει να διατηρείται αναγκαστικά καθώς σαφώς δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι με οποιαδήποτε έννοια μπορεί να εξυπηρετήσει έστω και στο ελάχιστο το σκοπό που θρησκευτικά θεωρείται ότι έχει.»

Ο C4WCsR, με τη σειρά του πρόσθεσε:

«Πιστεύω ότι το θέμα δεν οφείλει να έχει θρησκευτικές προεκτάσεις καθώς από τη στιγμή που συζητάμε για ασθενείς τελικού σταδίου νόσου, αυτομάτως αυτό μεταφράζεται σε ασθενείς που θα είχαν φύγει προ πολλού από τη ζωή εν τη απουσία ιατρικής παρέμβασης. Κινούμενοι στην ίδια λογική, ο ιατρός δε θα έπρεπε εξ αρχής να παρέμβει και να διατηρήσει κάποιον στη ζωή καθώς το τραύμα που υπέστη ή η νόσος από την οποία προσβλήθηκε, ίσως αποτελεί τη σηματοδότηση και την εναρκτήρια διαδικασία του τέλους της ζωής. Λέγοντας αυτά, δεν υπονοώ ότι ο ιατρός έχει ρόλο επί γης θεού αλλά είναι εκεί για να βοηθήσει και να προστατέψει τη διατήρηση της ζωής αλλά όχι σε κάθε περίπτωση, με κάθε κόστος και ενάντια στην επιθυμία αυτού που εν κατακλείδι αφορά η συνέχισή της.»

Αναφορικά με το δεύτερο ερώτημα του εν λόγω άξονα, οι ερωτηθέντες βασιζόμενοι στη γενικότερη στάση και άποψή τους απάντησαν αναλογικά με τις προηγούμενες δηλώσεις τους.

Ο C3WCsR, ο οποίος αρνήθηκε την ύπαρξη ηθικής στο ζήτημα της ευθανασίας, είπε:
«Όχι. Θεωρώ ότι ο ρόλος του ιατρού δεν είναι να αφαιρεί μια ζωή για να εξαλείψει το πόνο. Έχει τη δυνατότητα να το κάνει με άλλα μέσα. Αντιλαμβάνομαι την έννοια της ερώτησης αλλά αδυνατώ να δημιουργήσω μια

εικόνα όπου ο ιατρός θα αφαιρεί ενεργητικά μια ζωή με τον ασθενή εν πλήρη συνείδηση, κι αυτό να είναι συνυφασμένο με το ρόλο και εντός καθηκόντων του.»

Ο C4WCnR με θετική στάση απέναντι στη νομιμοποίηση της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας απάντησε:

«Εν μέρει ναι, παρόλο που η αφαίρεση της ζωής δεν είναι λύση και δεν πρέπει να αποτελεί λύση όταν περιορίζονται οι θεραπευτικές επιλογές και ο ασθενής έρχεται αντιμέτωπος με τη πιθανότητα ενός ατέρμονου και αθεράπευτου πόνου (φυσικού και πνευματικού). Ο πόνος και η αντίληψη της ποιότητας ζωής είναι καθαρά υποκειμενικές έννοιες και εκτιμήσεις και δύνανται να εκτιμηθούν αποκλειστικά από τον ασθενή. Ο ιατρός οφείλει να σεβαστεί την επιθυμία του ασθενούς, όποια κι αν είναι αυτή, πάντα βέβαια πίσω από το ανάλογο νομικό πλαίσιο και εφόσον η περίπτωση πληροί το σύνολο των απαιτούμενων προϋποθέσεων.

Με διαφορετική υποειδικότητα, ο C3ECvR υποστήριξε:

«Όχι. Πιστεύω ότι ο ρόλος του ιατρού στο ρόλο ενός άλλου θύτη δεν αρμόζει στην εποχή μας. Απέχει εξαιρετικά να μην προχωρήσεις σε ανάνηψη ενός ηλικιωμένου με μεταστατικό καρκίνο από την ενεργητική θανάτωση ενός 20χρόνου που κατέστη τετραπληγικός μετά από τροχαίο. Ο ενεργητικός χαρακτήρας που αποδίδεται στην ευθανασία είναι αυτός που περιπλέκει την έννοια της και την κάνει μη αποδεκτή από την πλειοψηφία των ιατρών. Μια έννοια παθητικής ευθανασίας υφίσταται και πάντα υπήρχε. Σε περιπτώσεις ασθενών διασωληνωμένων σε μια μονάδα εντατικής θεραπείας με αδυναμία εκούσιας αναπνευστικής λειτουργίας, ή καρδιακή λειτουργία που απαιτεί συνεχή 24ωρη υποστήριξη, ή απουσία εγκεφαλικής απόκρισης σε ερεθίσματα πέραν συνήθως των 2 εβδομάδων τίθεται επίσημα το θέμα της αποσωλήσωσης και της μη ανάνηψης, το οποίο συζητείται με την οικογένεια, η οποία στη συντριπτική πλειοψηφία συμφωνεί.»

Ο T1WCsR με ανοιχτή στάση απέναντι στην περαιτέρω συζήτηση της ευθανασίας, δήλωσε:

«Ναι. Ο σεβασμός της επιθυμίας ενός ασθενούς να φύγει από τη ζωή έχει διττό χαρακτήρα. Αποδεχόμαστε την αδυναμία μας ως ιατροί του 21^{ου} αιώνα να

θεραπεύσουμε και καλούμαστε να υπερβούμε τον εαυτό μας, να αρνηθούμε ότι πρεσβεύουμε και να πράξουμε θεωρητικά το αντίθετο από αυτό το οποίο μας έχει εμπιστευτεί η κοινωνία. Η πράξη της ενεργητική ευθανασίας απαιτεί σημαντικό βαθμό αυτογνωσίας και απαιτεί ισχυρό και σταθερό ψυχολογικό υπόβαθρο. Η μη αναγκαία χορήγηση φαρμάκου ή ακόμα και μια μη δικαιολογημένη επέμβαση ίσως να μην έχει καταστροφικό για τη ζωή αποτέλεσμα και ίσως μπορεί να αναστραφεί, η αφαίρεση όμως μιας ζωής αποτελεί πράξη οριστική και αμετάκλητη.»

Ανάλογη άποψη εξέφερε ο T2WCnR:

«Ναι. Πιστεύω, όμως, πως η πλειοψηφία της ιατρικής κοινότητας και κοινωνίας δεν είναι ακόμα ώριμη να οραματιστεί τον ιατρό στο ρόλο αυτού που πλέον όχι μόνο θα σώζει αλλά και θα αφαιρεί ζωές υπό προϋποθέσεις.»

4.3. 3^{ος} θεματικός άξονας

Τέλος, όσον αφορά στον τρίτο και τελευταίο άξονα, που επικεντρώνει στη δήλωση μη ανάνηψης, στο πως αυτή μπορεί δυνητικά να επηρεαστεί από την εν γένει στάση του ιατρού απέναντι σε αυτό που πρεσβεύει η συγκεκριμένη αίτηση και στη καταλληλότητα του ιατρού ή/ και του οικείου περιβάλλοντος να προχωρήσουν στη λήψη απόφασης βέλτιστου συμφέροντος για τον ασθενή, οι απαντήσεις χαρακτηρίστηκαν από ομοιομορφία και απόλυτη συμφωνία μεταξύ των δεκατριών συμμετεχόντων. Χαρακτηριστικά αναφέρονται οι εξής απαντήσεις του C4IrsR και του T1WCsR αντίστοιχα:

Σχετικά με τη πιθανότητα επηρεασμού συζήτησης της δήλωσης μη ανάνηψης βάσει της γενικότερης στάσης του θεράποντα:

«Όχι. Κάθε φάκελος ασθενούς οφείλει να εμπεριέχει συμπληρωμένη την ανάλογη φόρμα είτε είναι για ανάνηψη είτε όχι. Η προσωπική άποψη του θεράποντα ή του εφημερεύοντα δεν έχει καμία θέση σε ένα θέμα το οποίο προβλέπεται από τον ιατρικό σύλλογο και το σύνολο των νοσοκομείων στο Ηνωμένο Βασίλειο.»

Αναφορικά με την καταλληλότητα του ιατρού σε συνδυασμό με ή χωρίς τους συγγενείς να λάβει απόφαση περί της δήλωσης μη ανάνηψης, πάντα υπέρ του βέλτιστου συμφέροντος του ασθενούς και περιπτώσεις ανικανότητας συναίνεσης:

«Ναι. Οποιαδήποτε απόφαση μη ανάνηψης θα πρέπει να λαμβάνεται κατόπιν συζητήσεως και ομόφωνης συμφωνίας μεταξύ του θεράποντος ιατρού και του πλησιέστερου εν ζωή συγγενούς ή αυτού που ο ασθενής έχει ορίσει ως νόμιμο αντιπρόσωπο του είτε είναι συγγενής είτε είναι νομικός σύμβουλος. Εν απουσία συγγενούς και αντιπροσώπου η απόφαση θα πρέπει να λαμβάνεται από τον υπεύθυνο επιμελητή και με βάση τις οδηγίες του ιατρικού συλλόγου και της Mental Capacity Act 2005, η οποία ορίζει πως ικανός για να λάβει μια τέτοια απόφαση είναι όποιος παρέχει φροντίδα στον ασθενή.»

5. Συζήτηση

Το 2005, η House of Lords Select Committee παρουσίασε, προς αναθεώρηση, έναν ιατρικό νόμο σχετικά με τις διατάξεις του νομοσχεδίου “Assisted Dying for the Terminally Ill”. Η αναθεώρηση πραγματοποιήθηκε με τη συμβολή διαφόρων οργανισμών και ανεξάρτητων συμμετεχόντων δίνοντας την ευκαιρία σε όλους και κυρίως στους εκπροσώπους της ιατρικής κοινότητας, να εκφράσουν τις απόψεις τους σχετικά με την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, η οποία ορίζεται ως: «ο θεράπων ιατρός, με αίτηση του ασθενούς, είτε παρέχει στον ασθενή τα μέσα ώστε να θέσει ο ίδιος τέλος στη ζωή του, ή θέτει αυτός τέλος στη ζωή του αρρώστου, εάν ο τελευταίος αδυνατεί λόγω φυσικής ανικανότητας». Μεταξύ των οργανισμών που έλαβαν μέρος ήταν η Academy of Medical Royal Colleges (AMRC), της οποίας οι απόψεις δημοσιεύθηκαν μέσω αναφοράς από το Royal College of Physicians του Λονδίνου, όπου η γενική εντύπωση υπήρξε απλά ουδέτερη, δηλώνοντας πως δεδομένης της ήδη διχασμένης στάσης στο εν λόγω νομοσχέδιο, δεν θα υποστηρίξουν αλλά ούτε θα εναντιωθούν στο περιεχόμενο των προτάσεων, αφήνοντας την απόφαση επί του θέματος εξ ολοκλήρου στα χέρια της κοινωνίας. Ο Ιατρικός Σύλλογος εξέφρασε τις ανησυχίες του με έγγραφη αναφορά, υποστηρίζοντας ότι η εικόνα ενός ιατρού που δρα με πρωταρχικό σκοπό την επίσπευση του θανάτου ενός ασθενούς θα ήταν δύσκολο να συμβιβαστεί με την ιατρική ηθική αρχή του ωφελείν ή μη βλάπτειν, θίγοντας, επίσης, την ισορροπία που οφείλει να επιτευχθεί μεταξύ του αυτόνομου δικαιώματος του ασθενούς να αποφασίζει και του αντίκτυπου που ενδεχομένως να έχει μια τέτοια παραχώρηση. Αξιοσημείωτο είναι ότι, η Association for Palliative Medicine της Μεγάλης Βρετανίας και Ιρλανδίας και η British Geriatric Society κατέθεσαν επισήμως αναφορές αντιτιθέμενες σε μια ανεκτική νομοθεσία. [Report of the House of Lords Select Committee on the Assisted Dying for the Terminally Ill Bill HL Vol I – III, (2005)] Το 2005 ο British Medical Association απέσυρε την αντίθεσή του στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία, απόφαση που αποσύρθηκε ταχύτατα μετά από έντονη κριτική μερίδας των μελών του. (Kmietowicz, 2006)

Ως αποτέλεσμα, νομοθεσία επιτρέπεται τον υποβοηθούμενο θάνατο, παραμένει θέμα υπό εξέλιξη συζήτησης και διαφωνίας. Στο πυρήνα αυτής της διαφωνίας, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι κείται ο αρχικός ορισμός και η πραγματική ετυμολογική έννοια του όρου ευθανασία από τα αρχαία ελληνικά, με τη λέξη να μετατρέπεται περιφραστικά σε καλό θάνατο. Το ερώτημα που προκύπτει από την ετυμολογία του όρου είναι ο βαθμός, στον οποίο ο κατ' επέκταση υποβοηθούμενος θάνατος μπορεί να θεωρηθεί ηθικά σωστός. Ανησυχίες, όμως, εξακολουθούν να υπάρχουν όσον αφορά στην επικίνδυνη ενσωμάτωση του όρου αυτοκτονία στη θανάτωση προς ανακούφιση του αφόρητου πόνου ως φυσιολογικό και αποδεκτό ηθικά από τη κοινωνία, εξέλιξη η οποία μπορεί δυνητικά να βλάψει τη σχέση εμπιστοσύνης ιατρού – ασθενούς. Επί προσθέτως, η φύση της πράξης της αυτοκτονίας και η γενικότερη αντίληψη της ως αποτέλεσμα στιγμιαίου παραλογισμού, θέτει σε αμφισβήτηση το ψυχολογικό υπόβαθρο του ατόμου. Επ' αυτού, έρχονται τα αποτελέσματα δημοσκοπήσεων μεταξύ ιατρών ψυχιάτρων, βάσει των οποίων αποδέχονται την αυτοχειρία ως απόρροια λογικής σκέψης σε πολλές περιπτώσεις. (Shah et al., 1998) Υποστηρικτές της End of Life Care, έχουν από τη πλευρά τους εγείρει ανησυχίες σχετικά με την μελλοντική υποτίμηση των υπηρεσιών αυτών, την δυνητική ενσωμάτωση ψυχιατρικών ασθενών και ασθενών με μη τελικού σταδίου νοσήματα και την πιθανή «γελοιοποίηση» της παρηγορικής φροντίδας από τη κοινωνία, ως αναπόφευκτο βασανιστήριο σε μια περίοδο που χαρακτηρίζεται από σταδιακή έκπτωση των λειτουργιών του ατόμου, δίνοντας την εντύπωση στους ασθενείς ότι η τελευταία περίοδος της ζωής τους δεν θα είναι παρά ένα αφόρητο βασανιστήριο.

Στον αντίποδα αυτών, υπέρμαχοι της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας υποστηρίζουν πως δια της υποβοήθησης σε άτομα που αδυνατούν να δώσουν τέλος στη ζωή τους, διαφυλάσσεται η αυτονομία και η αξιοπρέπεια του ασθενούς, αναλόγως περίπτωσης είναι το μοναδικό μέσο λύτρωσης από ανυπόφορους πόνους και πως ο έμμεσος δυναμιτισμός της, ίσως, τη μετατρέψει σε μια πραγματικότητα εκτός κανόνων και ρυθμίσεων.

Η ενεργητική εθελοντική ευθανασία παρόλο που οφείλει να διαχωριστεί από την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία συνδέεται μαζί της, καθώς περιλαμβάνουν και οι δύο διαδικασίες με απόλυτο στόχο την αφαίρεση της ζωής μετά από ρητή αίτηση του ασθενούς με σκοπό να απαλλαγθεί από το χρόνιο και αθεράπευτο πόνο. Επίσης,

έρχονται και οι δύο σε συνάφεια με το δόγμα διττής ενέργειας (το σκεπτικό ότι ένα μέτρο με πρωταρχικό σκοπό την ανακούφιση από το πόνο μπορεί δυνητικά να επισπεύσει το θάνατο ως αναγνωρισμένη αλλά ακούσια επίδραση), με τη συνεχή βαθιά καταστολή (εσκεμμένη καταστολή ενός ασθενούς, επίσης, με απώτερο στόχο την ανακούφιση από οδυνηρά συμπτώματα χωρίς πρόθεση, όμως, να επισπεύσει το θάνατο) και την απόσυρση ματαίας, συνήθως, αγωγής. Ενώ, διαχωρίζονται σαφώς από την μη εθελοντική ευθανασία, όπου η ζωή αφαιρείται χωρίς την κατηγορηματική αίτηση του ασθενούς ή τη σαφή συγκατάθεσή του. (Quill et al., 1997), (Krakauer et al., 2000)

Το 1994, μελέτη που διεξήχθη και δημοσιεύθηκε από τους Ward και Tate, ανέδειξε ότι το 48% των ιατρών του NHS (National Healthcare System) συμφωνεί με τη πρόταση ότι η νομοθεσία περί ευθανασίας οφείλει να προσομοιάζει αυτής της Ολλανδίας, στάση η οποία θα μπορούσε να χαρακτηριστεί αρκετά προοδευτική και πολλά υποσχόμενη για τη μελλοντική αντιμετώπιση της ευθανασίας από τον ιατρικό πληθυσμό σε ένα κατά τα άλλα συντηρητικό αλλά υποδειγματικά οργανωμένο σύστημα υγείας. Τα ενθαρρυντικά, για πολλούς, αποτελέσματα της προηγούμενης έρευνας ήρθαν να ανατρέψουν οι Pastefield et al, το 2006, οι οποίοι ανακοίνωσαν ότι μόλις το 25% των γενικών ιατρών που συμμετείχαν σε ανάλογη έρευνα, συμφώνησαν με αλλαγή του νόμου περί εσκεμμένης θανάτωσης ώστε να επιτρέπει την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία ή την ενεργητική εθελοντική αυτοκτονία.

Σε συνέχεια των αποτελεσμάτων της τελευταίας μελέτης έρχεται η συστηματική ανασκόπηση των McCormack et al. που δημοσιεύθηκε το 2012, σχετικά με την άποψη των ιατρών του Ηνωμένου Βασιλείου, όπου δέκα εκ των έντεκα συναφών μελετών περί της εθελοντικής ενεργητικής ευθανασίας και οκτώ εκ των δέκα ερευνών σχετικά με την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία ανέδειξαν την αντίθεση της συντριπτικής πλειοψηφίας των ιατρών στις πρακτικές αυτές, συμπεραίνοντας ότι οι ιατροί του Ηνωμένου Βασιλείου δεν υποστηρίζουν την νομιμοποίηση καμίας εκ των δύο. Επίσης, λιγότερο από το ένα τέταρτο των ιατρών θα ήταν διατεθειμένο να προχωρήσει σε κάποια από τις δύο ακόμα κι αν υπήρχε νομική κατοχύρωση, ενώ σε προσπάθεια σύγκρισης της τάσης μεταξύ ασθενών τελικού σταδίου και πασχόντων από χρόνια, ανίατη και οδυνηρή νόσο, η γενική άποψη δεν μεταβλήθηκε αλλά

παρατηρήθηκε ισχυρότερη εναντίωση στη περίπτωση ατόμων που δε βρίσκονται σε τελικό στάδιο νόσου. (Seale, 2009)

Παρά τις φιλότιμες προσπάθειες μελετητών να προσδιορίσουν τις τάσεις στην ιατρική κοινότητα του Ηνωμένου βασιλείου, η ουσιαστική άποψη της πλειοψηφίας μένει να διασαφηνισθεί μελλοντικά. Με εξαίρεση τη τελευταία ανασκόπηση, όπου οι τάση αποδεικνύεται περισσότερο από σαφής, προηγούμενες προσπάθειες κατέληξαν πως η υποστήριξη, ειδικά, της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας κυμαίνεται από 22 έως 66% με κυρίαρχους κατακριτές τους γηριάτρους και εξαιρετικά λιγότερο τους γενικούς ιατρούς. (<http://www.publications.parliament.uk/>, 31/03/2016) Με στοιχεία που παρουσιάστηκαν στην House of Lords Select Committee το 2003 διατυπώθηκε ότι το 90% των ιατρών παρηγορικής ιατρικής αντιτίθενται στην οποιαδήποτε σχετική νομιμοποίηση. (<http://www.parliament.the-stationery-office.com/>, 31/03/2016)

Σε ανάλογο κλίμα, στις Η.Π.Α., μελέτες σχετικά με την άποψη των ιατρών όσον αφορά στην ενεργητική εθελοντική ευθανασία και την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, οι οποίες δημοσιεύθηκαν και περιελάμβαναν 938 και 587 ιατρούς από την Ουάσινγκτον και τη Νότια Καρολίνα, αντίστοιχα, αποκάλυψαν πως λιγότερο από το 15% τηρεί ουδέτερη στάση με το υπόλοιπο 85% να κατανέμεται ευνοϊκά σχεδόν εξίσου μεταξύ των δύο, ενώ μόνο το 1/3 θα προθυμοποιούνταν να τις εφαρμόσει σε περίπτωση νομιμοποίησης. (Cohen et al, 1994), (Dickinson et al, 1998) Έτερη έρευνα, επίσης από τις Η.Π.Α., η οποία διεξήχθη σε διεθνή κλίμακα με τη συμμετοχή 1902 ιατρών ανακοίνωσε παρόμοια ποσοστά με το 24% διατεθειμένο να προβεί να σε ενεργητική εθελοντική ευθανασία και το 36% να συμμετάσχει σε ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, επί υποθετικής μελλοντικής νομιμοποίησης. (Meier et al., 1998) Ξεχωριστό ενδιαφέρον, επιστημονικά, με παρόμοια αποτελέσματα, όμως, παρουσιάζει η μελέτη των Mebane et al., (1999), η οποία αναζήτησε τις απόψεις των ιατρών σχετικά με την επιρροή της φυλής, της ηλικίας και του γένους όταν έρχονται αντιμέτωποι με εκ των προτέρων δηλώσεις μη ανάνηψης και αποφάσεις για τη βέλτιστη φροντίδα στο τέλος της ζωής. Ερωτηματολόγια ελήφθησαν από 502 συνολικά ιατρούς, εκ των οποίων 37% των λευκών και 27% αυτών αφρικανικής καταγωγής ασπάζονται την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία ως αποδεκτή εναλλακτική επιλογή στις ανωτέρω περιπτώσεις.

Αντιθέτως, μια έρευνα από την Ιταλία, η οποία συμπεριέλαβε 396 γενικούς ιατρούς, έχει να παρουσιάσει μόλις ένα 15% υπέρ της εθελοντικής ενεργητικής ευθανασίας ή/και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. (Grassi et al., 1999)

Η κατάσταση στη Γερμανία αποδεικνύεται ακόμα πιο ακραία, υπό επικριτική έννοια, καθώς σύμφωνα με τους Müller – Busch et al., (2005), μέλη της German Association of Palliative Medicine αντιτίθενται στην ευθανασία σε ποσοστό 90%, παρουσιάζονται δεκτικότεροι στην ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, εφόσον το 25%, δυνητικά, θα την αποδεχόταν, ενώ απορρίπτουν σχεδόν εξ ολοκλήρου την υποβοηθούμενη αυτοκτονία στους ψυχιατρικούς ασθενείς (94%). Σε αντίθεση με την προαναφερόμενη στάση τους, η συντριπτική πλειοψηφία επικροτεί την καταστολή σε τελικό στάδιο (94%). Ως κυριότεροι λόγοι καθοριστικοί της οπτικής τους αναφέρθηκαν οι προσωπικές ηθικές αξίες, η επαγγελματική εμπειρία στον τομέα της παρηγορικής ιατρικής, η γνώση εναλλακτικών προσεγγίσεων και η εθνική νομοθεσία.

Εθνικού επιπέδου έρευνα στη Νορβηγία αποδεικνύει λιγότερο αρνητική τοποθέτηση απέναντι στην ευθανασία, με το 17% να είναι πρόθυμο να συμμετέχει σε διαδικασία εθελοντικής ενεργητικής ευθανασίας, ενώ μόνο ένα 4% θα συμφωνούσε σε επίσπευση του θανάτου σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα και χαμηλή ποιότητα ζωής. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 6% παραδέχθηκε ότι έχει προβεί σε ενέργειες επίσπευσης αναπόφευκτου θανάτου και το 76% πως παρέτεινε τη θεραπεία ασθενούς ενάντια στη συνείδησή του.

Παραμένοντας στο διεθνή χώρο, υπάρχουν μελέτες που αναδεικνύουν αξιοσημείωτες διαφορές σχετικά με την αντίληψη για την ευθανασία, μεταξύ διαφορετικών ιατρικών ειδικοτήτων. Οι Miccinesi et al., κατέληξαν ότι οι ογκολόγοι και οι γηρίατροι αντιτίθενται περισσότερο στην εφαρμογή οποιασδήποτε μορφής ευθανασίας, συγκριτικά με άλλες ιατρικές ειδικότητες σε έρευνα που συνέλεξε δεδομένα από έξι ευρωπαϊκές χώρες. Οι Dickinson et al., από το Ηνωμένο Βασίλειο, επίσης, παρουσιάζουν τους γηρίατρος να διατηρούν αρκετά πιο επικριτική στάση από τους εντατικολόγους και σύμφωνα με τον Emanuel οι ογκολόγοι στις Η.Π.Α. παραμένουν λιγότερο υποστηρικτικοί εν συγκρίσει με άλλες ειδικότητες. Με μεγαλύτερη διάθεση γενίκευσης, οι Grassi et al., από την Ιταλία συμπεραίνουν ότι ιατροί με μεγαλύτερη εμπειρία στη φροντίδα ασθενών με νόσους τελικού σταδίου αποδεικνύονται

περισσότερο συντηρητικοί και επικριτικοί απέναντι στην επιλογή της ευθανασίας. Σε συνέχεια των ανωτέρω, μια μελέτη εθνικού επιπέδου στη Γαλλία από τους Peretti – Wattel et al., επιβεβαιώνει ότι οι ιατροί παρηγορικής ιατρικής είναι αρνητικότεροι και αρκετά σκεπτικιστές όσον αφορά στην ευθανασία σε αντίθεση με γενικούς ιατρούς και νευρολόγους που συμμετείχαν στην ίδια έρευνα, ενώ προσπάθησαν να διαχωρίσουν την ευθανασία από την καταστολή στο τέλος της ζωής και την επίσπευση του θανάτου με απόσυρση των υποστηρικτικών μέτρων. Οι τελευταίες έρευνες αποδεικνύουν έμμεσα ότι, πιθανότατα, ιατροί με μεγαλύτερη εμπειρία στη παρηγορική φροντίδα είναι συντηρητικότεροι στην επιλογή της ευθανασίας ως εναλλακτική επιλογή, γεγονός το οποίο σαφώς χρήζει περαιτέρω μελέτης και διάκρισης των ουσιαστικών αιτιών αυτής της αντίθεσης, καθώς η ευθανασία με την οποιαδήποτε μορφή της, ενεργητική, παθητική ή ως υποβοηθούμενη αυτοκτονία έρχεται προφανώς σε αντιδιαστολή με το αντικείμενο της ειδικότητας αυτών των ιατρών και με τις «θεραπευτικές» επιλογές που προάγουν.

Εξετάζοντας τη παρούσα ποιοτική μελέτη διαφαίνεται η αντίθεση της πλειοψηφίας με μικρή διαφορά, όμως, (επτά κατά προς έξη υπέρ) στο γενικότερο σκεπτικό της ευθανασίας, στην μη αναγνώριση ηθικής πίσω από την έννοια της και τη διαδικασία που περιγράφει και στην ενδεχόμενη νομιμοποίηση και δυνητική μελλοντική συμμετοχή στη πρακτική της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας.

Αναλυτικότερα, εάν παρατηρήσουμε πως διαμορφώνονται οι δύο ομάδες, αντιλαμβανόμαστε ότι τέσσερις εκ των πέντε νέων ιατρών ηλικίας έως 46 ετών (δύο κάτω των 35 και δύο μεταξύ 36 και 45 ετών) που συμμετείχαν τάχθηκαν υπέρ της νομιμοποίησης κάτω από προϋποθέσεις και δεδομένου ότι το νομικό πλαίσιο θα είναι ισχυρό ώστε να διαφυλάττει τα συμφέροντα του ασθενούς αλλά και την ιατρική πρακτική. Στους τέσσερις νέους νευροχειρουργούς προστέθηκαν δύο εκ των οκτώ ειδικευμένων ηλικίας 56 έως 65 ετών, με το βαθμό του Senior Consultant, οι οποίοι, επίσης, υποστήριξαν τη σχετική νομοθέτηση και την ηθική πλευρά της αφαίρεσης μιας ζωής με στόχο την ανακούφιση από ανίατο πόνο και την επίσπευση ενός αναπόφευκτου τέλους.

Όσον αφορά στη πιθανή νομιμοποίηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και την εν δυνάμει συμμετοχή τους στη συμβουλευτική και τη συνταγογράφηση με σκοπό την

ενημέρωση και τη παροχή των μέσων στον εκάστοτε ασθενή, που πληροί τις προϋποθέσεις, να αφαιρέσει μόνος του τη ζωή του, αριθμητικά οι ομάδες δεν άλλαξαν και η τάση έμεινε αμετάβλητη με αξιοσημείωτη διαφορά τη πρόταση από δύο συμμετέχοντες (ένας από κάθε ομάδα) να μετακυλιστεί η ευθύνη και η δικαιοδοσία συνταγογράφησης και συμβουλευτικής σε επιτροπές, γηριάτρων και ιατρών παρηγορικής ιατρικής κι όχι στους θεράποντες χειρουργούς, εν προκειμένω νευροχειρουργούς.

Στο σημείο αυτό, συγκρίνοντας τη σύσταση και την αναλογία των ομάδων και ανατρέχοντας στα δημογραφικά στοιχεία, παρατηρείται ότι εκ των τεσσάρων ειδικευόμενων ιατρών τρεις είναι λευκοί, χριστιανοί, σχετικά έως ούτε θρησκευόμενοι ούτε μη και ένας μικτής αιγυπτιακής καταγωγής, σχετικά θρησκευόμενος μουσουλμάνος, ομοίως, οι δύο επιμελητές που τάσσονται υπέρ είναι λευκοί, Βρετανοί, ούτε θρησκευόμενοι, ούτε μη. Στην αντίθετη πλευρά, η ομάδα που επικρίνει την πρόταση περί ηθικής πίσω από τη διάπραξη εθελοντικής ενεργητικής ευθανασίας και τη νομιμοποίηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας με δυνητική προσωπική μελλοντική συμμετοχή, συνίσταται από ένα ειδικευόμενο, ασιατικής ιρακινής καταγωγής, πολύ θρησκευόμενο και έξι ειδικευμένους που αποτελούνται από έναν πολύ θρησκευόμενο μικτής αιγυπτιακής, δύο ασιατικής ινδικής, σχετικά θρησκευόμενους, έναν ασιατικής ιρακινής καταγωγής επίσης σχετικά θρησκευόμενο και δύο λευκούς ούτε θρησκευόμενους ούτε μη.

Εκ των ανωτέρω, μπορεί δυνητικά να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι οι νεότεροι ιατροί είναι ευκολότερο να εκλογικεύσουν καταστάσεις, να αποστασιοποιηθούν από στενές παραδοσιακές επιταγές περί μάταιης διατήρησης της ζωής και να ασπαστούν νέες προτάσεις δομημένες πάνω σε ισχυρό νομικό πλαίσιο που θα τους παρέχει τη δυνατότητα ασφαλούς πρακτικής. Στο πλευρό τους έρχεται μικρή μερίδα, παλαιών επιμελητών, λευκής βρετανικής καταγωγής με μεγάλο όγκο περιστατικών και πολυετή εμπειρία περιστατικών, τα οποία έφτασαν στο θάνατο μετά από ατέρμονα βασανιστήρια και προθανάτιους πόνους. Επίσης, από το σύνολο της ομάδας που γενικά τάχθηκε υπέρ των πρακτικών κανείς δεν δήλωσε πολύ θρησκευόμενος.

Από την άλλη πλευρά, νεότεροι λευκής καταγωγής και διαφόρων ηλικιών μικτής αιγυπτιακής, ασιατικής ινδικής και ιρακινής καταγωγής επιμελητές με έναν

ειδικευόμενο ασιατικής ιρακινής καταγωγής διαφαίνεται πως η έλλειψη εμπειρίας, ίσως, για τους νεότερους λευκούς και το πολιτισμικό υπόβαθρο σε συνδυασμό με τη θρησκευτικότητα για τους υπολοίπους αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες στη διαμόρφωση άποψης, η οποία εκ πρώτης εκτίμησης επηρεάζεται από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις (δύο εκ των πέντε – εάν εξαιρεθούν οι δύο λευκοί - δήλωσαν πολύ θρησκευόμενοι και τρεις σχετικά θρησκευόμενοι) και το πολιτισμικό υπόβαθρο.

Στις επόμενες ερωτήσεις του δευτέρου άξονα της συνέντευξης, που αφορούν στη θρησκεία και το συμβιβασμό των πρακτικών, που εξετάζονται, με το ρόλο του ιατρού, τα αποτελέσματα αποδεικνύονται αναμενόμενα με την έννοια της ευθείας θετικής απάντησης περί επηρεασμού και μάλλον καθορισμού της στάσης βάσει θρησκευτικής πεποίθησης από τα δύο μέλη που δήλωσαν πολύ θρησκευόμενοι και αρνητική δικαιολογημένη δήλωση από όσους δήλωσαν σχετικά ή ούτε θρησκευόμενοι ούτε μη θρησκευόμενοι. Οι απαντήσεις περί συμπερίληψης της ευθανασίας, με την οποιαδήποτε από τις δύο μορφές, υπό τη σκέπη του χρέους της ανακούφισης από το πόνο ακολούθησαν το ίδιο μοτίβο με τους συμμετέχοντες που ήδη την υποστήριζαν να συνεχίσουν να αναγνωρίζουν τη σχέση της με τον ειλικρινή ρόλο τους ιατρού.

Εξίσου απόλυτες υπήρξαν οι απαντήσεις, αυτή τη φορά από το σύνολο των μελών, επί των δύο τελευταίων ερωτημάτων, περί του δυνητικού επηρεασμού της συμπλήρωσης δήλωσης μη ανάνηψης από τη γενικότερη άποψη του θεράποντα και της καταλληλότητας του ιατρού να λάβει απόφαση σε συνεργασία ή μη με την οικογένεια για τέλεση πρακτικής ευθανασίας σε ασθενή που στερείται ικανότητας συγκατάθεσης. Η συμπλήρωση της δήλωσης κρίνεται αναγκαία και απαραίτητη σύμφωνα με οδηγία του General Medical Council και επιβάλλεται από το σύνολο τουλάχιστον των τριτοβάθμιων νοσοκομείων. Η συμμόρφωση των μελών, αποδεικνύεται πλήρης, χωρίς να τίθεται θέμα συζήτησης. Ανάλογο παραμένει το ύφος στη τελευταία ερώτηση όπου με βάση τη Mental Capacity Act του 2005, ικανός και νομικά έχων τη δικαιοδοσία να λάβει απόφαση για το βέλτιστο συμφέρον ασθενούς είναι όποιος έχει επωμιστεί τη φροντίδα του με την οποιαδήποτε έννοια.

Κρίνοντας εκ των τελευταίων δύο ερωτήσεων γίνεται αντιληπτή η πλήρης συμμόρφωση των ιατρών με ήδη θεσπισμένες έννοιες, πλέον κοινώς αποδεκτές και μέρος επισήμων οδηγιών του εθνικού συστήματος υγείας και του ιατρικού συλλόγου. Παρόλο που στο δείγμα περιλαμβάνονται μόνο δύο άτομα, τα οποία δήλωσαν πολύ θρησκευόμενα, η θρησκευτικότητα φαίνεται να αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στη στάση των ιατρών απέναντι στην εθελοντική ενεργητική ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, καθώς οι απαντήσεις των συγκεκριμένων συμμετεχόντων υπήρξαν πανομοιότυπες και απόλυτες ως προς τις θεωρήσεις τους, χωρίς περιθώρια για την έστω υπό καθορισμένες προϋποθέσεις ισχύ τους και συμμετοχή τους σε αυτές.

Συνοπτικά, αποδεικνύεται πως η ευρύτητα σκέψης είτε ως απόρροια εμπειρίας, είτε ως χαρακτηριστικό νεαρότερης ηλικίας, μακριά από θρησκευτικές επιρροές και πολιτισμικές καταβολές, τάσσεται υπέρ των πρακτικών ευθανασίας μέσα από προβλεπόμενο πλαίσιο ευθύνης και προστασίας της ζωής, ενώ ήδη θεσπισμένες, υποχρεωτικές πλέον, διαδικασίες εφαρμόζονται αδιαλείπτως από το σύνολο των ιατρών ανεξαρτήτως προσωπικής κλίσης. Επίσης, με σχετικά επιφυλακτική διάθεση γενίκευσης, παρά το γενικότερο αποδιδόμενο συντηρητισμό στο Βρετανικό σύστημα υγείας, οι νοσοκομειακοί ιατροί αναφαίνονται προοδευτικότεροι και δεκτικότεροι όσον αφορά στην ευθανασία συγκριτικά με ιατρούς εξίσου προηγμένων συστημάτων όπως αυτά της Γερμανίας και της Νορβηγίας.

Διεθνώς, η κοινή γνώμη τείνει να είναι ευνοϊκότερα κείμενη απέναντι στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία εν συγκρίσει με την ιατρική κοινότητα. Συγκριτικές μελέτες από τη Νορβηγία, την Ολλανδία, τη Φιλανδία, τη Νέα Ζηλανδία, την Ισπανία, την Αυστραλία και τις Η.Π.Α. καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η ιατρική κοινότητα παραμένει λιγότερο δεκτική στη νομιμοποίηση της ευθανασίας σε αντιδιαστολή με το γενικό κοινό. Χωρίς να αποτελεί εξαίρεση η Μεγάλη Βρετανία, σύμφωνα με δημοσκόπηση της British Social Attitudes, η οποία δημοσιεύθηκε το 2007, το 80% του βρετανικού κοινού υποστηρίζει την ενεργητική εθελοντική ευθανασία από ιατρό, σε περίπτωση τελικής νόσου και περίπου το 60% δεν απορρίπτει την υποβοηθούμενη αυτοκτονία υπό ανάλογες συνθήκες. Τα προαναφερόμενα ποσοστά παρουσιάζουν αύξηση σε σχέση με αυτά του 1984, ενώ

μειώνονται στο μισό εάν η ερώτηση αφορά σε ασθενείς μη τελικού σταδίου. (Park et al., 2007)

Η εν τω βάθει θρησκευτική προσέγγιση της ευθανασίας από θεολογική σκοπιά και διδακτική θεώρηση δε διαφέρει μεταξύ των θρησκειών παρά τις φαινομενικές διαφορές που υφίστανται. Όσον αφορά, όμως, στις απόψεις των ανθρώπων και δη των ιατρών, υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι αυτές επηρεάζονται περισσότερο από το αναμενόμενο από τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις. (Clery et al., 2007), (Emanuel, 2002), (Rietjens et al., 2005), (Anderson et al., 1993), (Georges et al., 2006), (Portenoy et al., 1997), (Schmidt et al., 1996), (Shapiro et al., 1994), (Waddell et al., 1996), (Caddell et al., 1995), (Cohen et al., 2006), (Genuis et al., 1994), (MacDonald et al., 1998) Αποτέλεσμα αυτού είναι οι θέσεις να ποικίλουν και να αποδεικνύονται σχετικά περίπλοκες, παρόλο που ίσως να μην συνδέονται άμεσα με σαφείς απαγορεύσεις προερχόμενες από το περιεχόμενο της θρησκείας. Ανάλυση που πραγματοποιήθηκε με σκοπό την ανάδειξη της σύνδεσης μεταξύ θρησκείας και γνώμης περί της ευθανασίας κατέληξε στο ότι η θρησκευτική προσχώρηση του ατόμου δεν σχετίζεται απαραίτητα με τη στάση του απέναντι στο φαινόμενο. Άτομα με τα ίδια ή παρόμοια θρησκευτικά πιστεύω αντιμετωπίζουν διαφορετικά το θέμα και θεωρούν πως η συνάφεια μεταξύ τους δεν είναι δεδομένη. (Moulton et al., 2006) Παρόμοιες μελέτες πραγματοποιήθηκαν και σε μη ιατρικό προσωπικό. Συμπεράσματα που εξήχθησαν από δεδομένα μετα - ανάλυσης σχετικά με την επιρροή της θρησκείας επί της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας σε νοσηλευτικό προσωπικό, καταδεικνύουν πως η απόδοση αυξημένης σημαντικότητας στη θρησκευτικότητα σχετίζεται με μεγαλύτερη απόρριψη της οποιασδήποτε μορφής ευθανασίας. (van der Ven & Ziebertz, 2013) Μελέτη που διεξήχθη το 1995 και αφορούσε στην άποψη της κοινής γνώμης διαπίστωσε πως η τάση και ο βαθμός διαχωρισμού μεταξύ ευθανασίας και υποβοηθούμενης αυτοκτονίας δεχόταν σαφή επίδραση από τη θρησκευτική προτίμηση και το μορφωτικό επίπεδο. (Caddell & Newton, 1995) Έτερη μελέτη, η οποία σχεδιάστηκε, έλαβε χώρα στην Αυστραλία και αφορούσε σε ιατρικό προσωπικό έδειξε πως ιατροί, χωρίς επίσημη θρησκευτική προσχώρηση, έδειχναν περισσότερη κατανόηση σε άτομα που επιζητούσαν εθελοντική ενεργητική ευθανασία και παραδέχτηκαν την εφαρμογή της, εν συγκρίσει με ιατρούς που αναγνώρισαν κάποιο βαθμό προσωπικής θρησκευτικής επιλογής. Εκ των ιατρών που δήλωσαν κάποιο βαθμό θρησκευτικότητας, οι ανήκοντες στον

Προτεσταντισμό αποδείχθηκαν μετριοπαθέστεροι και στο μέσο της απόστασης, όσον αφορά στις συμπεριφορές και τις πρακτικές, μεταξύ των αγνωστικιστών/ άθεων και Καθολικών. Οι Καθολικοί παρόλο που κατέγραψαν τις πιο κάθετες αρνητικές στάσεις, ένα ποσοστό της τάξης του 18% αποκάλυψε ότι είχε προχωρήσει σε ενέργειες να επισπεύσει το θάνατο ασθενών κατόπιν προσωπικής ρητής αιτήσεως του ιδίου του ασθενούς. (Baume et al., 1995)

6. Συμπεράσματα

Η αυτοδιάθεση της ζωής, παρόλο που φαινομενικά θα μπορούσε δυνητικά να χαρακτηριστεί ως αυτονόητο δικαίωμα, όταν καλείται η πολιτεία να αποφασίσει εκ μέρους της κοινωνίας για τη τύχη του ατόμου, το κοινό συμφέρον και τη διαφύλαξη της τάξης ελαχιστοποιώντας τους εν δυνάμει κινδύνους για ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες, υπερισχύει η πρώτη με αποτέλεσμα η ατομική προσωπικότητα και αξιοπρέπεια εξαναγκαστικά να θυσιάζονται. Η αρνητική σημασία της προστασίας της ζωής με την έννοια του δικαιώματος στο θάνατο αδιαμφισβήτητα συγκροτεί πεδίο φιλοσοφικών, νομικών, κοινωνικών, ηθικών και ιατρικών συγκρούσεων. Αποδεικνύεται ότι η ζωή του ατόμου παραμένει άρρηκτα συνδεδεμένη με τη κοινωνική τάξη και την ασφάλεια των άλλων. Η περιπτωσιολογική κοινωνικοποίηση μιας κατά τα άλλα προσωπικής επιλογής απαιτεί την απόφαση λύσεων που οφείλουν να συγκεράσουν το προσωπικό με το κοινωνικό συμφέρον, δύο άκρα που ενώ έπρεπε να ταυτίζονται, τελικά αντικρούονται στη προσπάθειά τους να εξυπηρετήσουν τις ίδιες έννοιες, την προστασία της ζωής και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, αλλά για διαφορετικές ομάδες.

Μια ανασκόπηση του ιστορικού παγκόσμιου χάρτη, όσον αφορά στο θέμα, αναδεικνύει πρώιμες προσπάθειες έναρξης φιλοσοφικού διαλόγου από τον Bacon και τον Questel τον 17^ο αιώνα, οι οποίες εξελίχθηκαν μέσω αντικρουόμενων απόψεων και περιστασιακής ανάμιξης της Καθολικής Εκκλησίας και εξαπλώθηκαν με τη μορφή κινημάτων στη Γαλλία, την Αγγλία και τις Ηνωμένες Πολιτείες, όπου το 1906 καταγράφηκε η πρώτη προσπάθεια από τον Henry Hunt, εκπροσωπώντας ουσιαστικά την Anna Hall, να προτείνει σχετικό νομικό πλαίσιο περί της ευθανασίας. Οι όποιες κινήσεις έως τις αρχές του 21^{ου} αιώνα στέφονταν από αλλεπάλληλες απορρίψεις και αποτυχία καθώς ελλείπει κοινωνικής ωριμότητας, ειδικότερα σε κράτη με νωπές τις μνήμες του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, επικρίθηκε και παραμένει εξαιρετικά δυσχερής η συζήτηση και νομιμοποίηση μιας έννοιας όπως η ευθανασία. Με εξαίρεση την Ουρουγουάη, της οποίας το νομικό πλαίσιο που υποτίθεται

καλύπτει τις διαδικασίες της ευθανασίας αποδεικνύεται σχετικά ασαφές, η Ολλανδία και το Βέλγιο αποτέλεσαν τις πρώτες χώρες που προέβησαν σε νομιμοποίηση με αυστηρά όμως κριτήρια και προϋποθέσεις προς αποφυγή κατάχρησης και διασφάλισης ευαίσθητων κοινωνικά ομάδων. Η πληροφορημένη ρητή και σαφής συγκατάθεση θεωρείται προϋπόθεση, ενώ απαιτείται η σύμφωνη γνώμη περισσότερων του ενός ιατρών. (Deliens & Wal, 2003)

Η νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων αποδεικνύεται συντηρητική σε μια προσπάθεια απαλλαγής του κράτους από την υποχρέωση να συμβάλλει στη πραγματοποίηση ανάλογων επιθυμιών ασθενών και συνάμα διατήρησης κοινωνικής ασφάλειας και του σεβασμού της ζωής του κοινωνικού συνόλου. Παρόλα αυτά, διατυπώθηκαν απόψεις από τη μειοψηφία που υποστήριζαν τη διάκριση της εξυπηρέτησης των ελευθεριών και της αξιοπρέπειας του ενός από τη δυνητική απειλή αυτών της κοινωνίας.

Δείγματα αλλαγής της διεθνούς τάσης διαφαίνονται κυρίως από την Αμερικανική ήπειρο και ιδιαίτερα από τις Ηνωμένες Πολιτείες, όπου πρόσφατα νομιμοποιήθηκε στη πολιτεία της Καλιφόρνια, η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία και τον Καναδά, με το Ανώτατο Δικαστήριο να αποφαινεται το Φεβρουάριο του 2015 υπέρ της προσφυγής Carter και της αντισυνταγματικής κρίσης της διάταξης του Ποινικού Κώδικα που καταδίκασε την υποβοήθηση αυτοκτονίας βάσει του Καναδικού Χάρτη των Δικαιωμάτων και Ελευθεριών.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η ευθανασία παραμένει παράνομη παρά τις αλλεπάλληλες καταθέσεις σχετικών νομοσχεδίων στη Βουλή των Λόρδων και τη Σκωτσέζικη Βουλή. Η ύπαρξη βέβαια των δηλώσεων μη ανάνηψης και των διαθηκών άρνησης ή απόσυρσης φροντίδας διευκολύνουν το έργο των ιατρών όταν έρχονται αντιμέτωποι με ασθενείς σε τελικά στάδια νόσου, που επιθυμούν να μη συνεχίσουν να λαμβάνουν περαιτέρω θεραπευτική αγωγή ή με συγγενείς ασθενών χωρίς δυνατότητα συναίνεσης, οι οποίοι βιώνουν αφόρητο πόνο, δεν δύνανται να εκφράσουν την επιθυμία τους και η ζωή που τους απομένει στερείται αξιοπρέπειας. Απουσία επιλογής υποβοηθούμενης αυτοκτονίας ή εθελοντικής ενεργητικής ευθανασίας, εφαρμόζεται παρηγορική φροντίδα στα πλαίσια της End of Life Care με σκοπό την ανακούφιση ασθενών στο τέλος της ζωής και των οικογενειών που καλούνται να

διαχειριστούν το θάνατο οικείων προσώπων. Εκτός Ηνωμένου Βασιλείου και υπάρχουσας της εναλλακτικής λύσης της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας ή ευθανασίας, ασθενείς που έχουν συνειδητοποιήσει το επερχόμενο τέλος και βιώνουν την απώλεια της αξιοπρέπειάς τους ως αφόρητη ψυχολογική πίεση αναζητούν και δικαιωματικά απαιτούν τον σεβασμό στον έλεγχο του θανάτου τους. Η ίδια αντίληψη αντανακλάται στους νόμους που έχουν θεσμοθετηθεί περί της ευθανασίας, οι οποίοι εμπεριέχουν στο κείμενό τους τον όρο αξιοπρέπεια.

Στη παρούσα έρευνα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων αδυνατεί να αναγνωρίσει την ηθική πίσω από την εφαρμογή ενεργητικής εθελοντικής ευθανασίας και θα επιθυμούσε να απέχει από την ανάμειξη στην συμβουλευτική ή την συνταγογράφηση δυνητικά θανατηφόρων ουσιών με σκοπό την υποβοήθηση αυτοκτονίας. Μια μερίδα ιατρών, κυρίως νέων και μη ειδικευμένων πασχίζει να βάλει εαυτόν στη θέση του ασθενούς, να αναγνωρίσει το πόνο του, να αντιληφθεί την αφαίρεση της ζωής ως πράξη λυτρωτική και ηθική και δέχεται υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις να συμμετέχει σε θεσμοθετημένες διαδικασίες κατόπιν τήρησης αυστηρών κανόνων προστασίας του συνόλου από κατάχρηση των υπηρεσιών.

Η ενεργητική εθελοντική ευθανασία παραμένει ακόμα δύσβατη περιοχή για τις περισσότερες νομοθεσίες, εάν εξαιρέσουμε χώρες όπως η Ολλανδία, το Βέλγιο, το Λουξεμβούργο κ.α. Οι κοινωνίες δεν είναι ακόμα ώριμες για τη θεσμοθέτηση διατάξεων που θα επιτρέπουν την αφαίρεση της ανθρώπινης ζωής ακόμα και κατόπιν συγκατάθεσης του ιδίου του ασθενούς. Οι κίνδυνοι που ελλοχεύουν θεωρητικά και πρακτικά είναι πολλοί και απαιτείται αυστηρότατος έλεγχος και, όπως προαναφέρθηκε, κοινωνική ωριμότητα ώστε να αποφευχθούν περιπτώσεις κατάχρησης και εκμετάλλευσης των νομοθεσιών και των ευαίσθητων ομάδων. Στην επιφυλακτική στάση των νομοθετικών οργάνων, δικαστικών αρχών και κοινωνιών απέναντι στην ενεργητική εθελοντική ευθανασία, έχει συμβάλει καθοριστικά η θρησκευτική πίστη και εν προκειμένω ο Καθολικισμός που αντιπροσωπεύει την πλειοψηφία του Δυτικού Κόσμου και απορρίπτει την ευθανασία ρητά και κατηγορηματικά. (Cohen et al., 2006) Οι έρευνες σχετικά με το ρόλο της θρησκευτικότητας στη διαμόρφωση προσωπικών αντιλήψεων περί της ευθανασίας έχουν να παρουσιάσουν αμφιλεγόμενα και δυσερμήνευτα αποτελέσματα καθώς ο βαθμός της θεολογικής προσχώρησης είναι σχετικός και μη μετρήσιμος ενώ η

εκτίμηση του μεγέθους της συμβολής της είναι επίσης υποκειμενικά εκτιμώμενη παράμετρος, καθώς η προσωπική άποψη δύναται να διαμορφωθεί από ποικίλους παράγοντες. Στην αναλυόμενη ποιοτική μελέτη δύο εκ των δεκατριών μελών δήλωσαν πολύ θρησκευόμενα και συνάμα τήρησαν άκρα αρνητική θέση στο σύνολο των ερωτήσεων περί ηθικής, συμβουλευτικής και συνταγογράφησης ενώ παραδέχτηκαν πως καθώς έχουν γαλουχηθεί με συγκεκριμένες και αυστηρές αρχές σχετιζόμενες με τη θρησκεία, η θέση επηρεάζεται θετικά από το βαθμό της πίστης τους. Το αποτέλεσμα αυτό παρόλο που αντανακλά ένα μέρος των συμπερασμάτων της διεθνούς βιβλιογραφίας θα πρέπει να ερμηνευτεί με προσοχή και να γενικευθεί μόνο κατόπιν σύμφωνων αποτελεσμάτων μεγαλύτερης έκτασης, από κάθε άποψη, μελετών, που θα συμπεριλάβουν παραμέτρους όπως η εμπειρία, η ηλικία, το φύλο, ο τόπος γέννησης και ανάπτυξης, το επίπεδο μόρφωσης, το οικογενειακό περιβάλλον, τα προσωπικά βιώματα και φυσικά η θρησκευτική προσχώρηση.

Σε ήδη θεσμοθετημένες διατάξεις και ήδη εφαρμοζόμενες οδηγίες, όπως το Mental Capacity Act 2005 και οι δηλώσεις μη ανάνηψης, η συμμόρφωση του ιατρικού πληθυσμού είναι εντυπωσιακή και καθόλα πλήρης χωρίς φαινομενικά να επηρεάζεται από την προσωπική στάση όσον αφορά στην ευθανασία και τις θρησκευτικές πεποιθήσεις. Αξίζει στο συγκεκριμένο σημείο να σημειωθεί ότι οι ιατροί βάσει της Πράξης του 2005, είναι διατεθειμένοι, καλυπτόμενοι νομικά να συναινέσουν προς την τέλεση επέμβασης, ή να υπογράψουν εκ μέρους ασθενούς ανίκανου να συγκατατεθεί, συνηθέστερα εν απουσία οικείου του προσώπου ή άλλου νομίμου αντιπροσώπου. Το ερώτημα που εγείρεται λόγω αυτού είναι ποια θα ήταν η στάση των ιατρών σε περίπτωση ήδη θεσμοθετημένης και νομικά θεμελιωμένης ευθανασίας ή υποβοηθούμενης αυτοκτονίας; Μένει, όμως, να απαντηθεί στο μέλλον κατόπιν πιθανής νομιμοποίησης της ευθανασίας.

Παρά την ανομοιομορφία των εθνικών νομοθεσιών ως προς την ευθανασία, κοινή γραμμή πλεύσης αποτελεί η διασφάλιση της ανθρώπινης ζωής, η προστασία των ευαίσθητων κοινωνικών ομάδων και η διαφύλαξη της αξιοπρέπειας, με τη διαφορά ότι κάποια κράτη έχουν διαχωρίσει το άτομο από τη κοινωνία και έχουν αναγνωρίσει τη σημαντικότητα της επιθυμίας για λύτρωση ενός ατόμου που βρίσκεται στο τέλος της ζωής. Η πολιτεία και η ιατρική κοινότητα ως ιδιαίτερη ομάδα του πληθυσμού, όσον αφορά στο εξεταζόμενο θέμα, αποδεικνύονται περισσότερο ανώριμες της

κοινωνίας να εντάξουν στη λογική λειτουργίας τους την έννοια του ελεγχόμενου θανάτου. Η πολιτεία πασχίζει να πειστεί νομικά για την ασφάλεια πίσω από την οποιαδήποτε εφαρμογή ευθανασίας και στη πλειοψηφία τους οι κρατικοί μηχανισμοί αδυνατούν να βρουν λύσεις αναζητώντας τη συμβολή ανωτάτων δικαστικών αρχών, οι οποίες με τη σειρά τους περιορίζονται στην αυστηρή νομολογιακή ερμηνεία των αντίστοιχων συνταγμάτων, τα οποία στη πλειονότητά τους δεν συμπεριλαμβάνουν σχετικές με την αφαίρεση της ζωής διατάξεις, καθώς κάτι ανάλογο έμοιαζε αδιανόητο την εποχή που συντάχθηκαν. Ο ιατρικός κόσμος, επίσης, αποφεύγει να συμμετάσχει ενεργά και να συμβάλλει στην επίλυση του θέματος. Οι ωριμότεροι ηλικιακά ιατροί αδυνατούν να δουν τη λογική και την ηθική πίσω από την συνειδητή αφαίρεση της ανθρώπινης ζωής, πιθανότατα, κυρίως, διότι, βίωσαν και εξελίχθηκαν μέσα από μια εποχή διαρκώς και ταχέως εξελισσόμενης ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας, η οποία είχε και συνεχίζει, άλλωστε, να έχει απώτερο σκοπό τη διατήρηση της ζωής. Η εκλογίκευση της συνειδησιακής ασυμβατότητας που προκύπτει απαιτεί σημαντικό βαθμό πνευματικής ωρίμανσης και ευρύτητας σκέψης, που δυστυχώς ελλείπει από το συντηρητισμό που χαρακτηρίζει αυτή τη μερίδα της ιατρικής κοινότητας. Η μεσοβέζικη λύση των δηλώσεων μη ανάνηψης και της End of Life Care είναι ως ένα βαθμό αποδεκτές και εξυπηρετούν συγκεκριμένους σκοπούς, δε μπορούν όμως να αντικαταστήσουν με την οποιαδήποτε έννοια το ρόλο των διαδικασιών ευθανασίας σε άτομα έχοντα και μη δυνατότητα συναίνεσης. Παρά το γεγονός ότι στην εν λόγω έρευνα έλαβαν μέρος ιατροί ειδικότητας, που ίσως περισσότερο από κάθε άλλη έρχεται σε επαφή με περιστατικά τελικού σταδίου για ποικίλους λόγους (κακοήθειες, τραύμα, εκφυλιστικές νόσους κ.α.), παρατηρήθηκε σημαντική επιφυλακτικότητα ακόμα και στη συμμετοχή τους σε συμβουλευτική διαδικασία που αποσκοπεί στην ευθανασία. Η δυνατότητα «εξομοίωσης» και η τοποθέτηση κατ' επιλογή ατόμων στη θέση ασθενών, οι οποίοι ουσιαστικά βιώνουν μια επώδυνη ζωή χωρίς νόημα, όντας ανίκανοι να κάνουν οτιδήποτε για να τη διακόψουν, αν και φύση αδύνατο, ίσως δημιουργούσε τις αναγκαίες συνθήκες ώστε να μεταβληθεί η στάση αυτών που εμμένουν στην άρνηση της παραχώρησης του δικαιώματος της ευθανασίας με την οποιαδήποτε μορφή. Το δικαίωμα αυτοδιάθεσης της ανθρώπινης ζωής οφείλει να προστατεύεται εξίσου με το αυτό της διατήρησης της ζωής μέσα από εξίσου ισχυρό νομικό πλαίσιο και ελεγκτικούς μηχανισμούς, οι οποίοι θα είναι σε θέση να συνδυάσουν την υπεράσπιση της ατομικής αξιοπρέπειας με τη διατήρηση της κοινωνικής ασφάλειας.

Η εξέλιξη της ιατρικής, των κοινωνιών, των νομοθετικών συστημάτων και των ελεγκτικών μηχανισμών απαιτεί την αναγνώριση και το σεβασμό του δικαιώματος στο θάνατο ασθενών που εξαναγκάζονται να ζουν μια ζωή με υποκειμενικά ανύπαρκτη ποιότητα, χωρίς αξιοπρέπεια, βιώνοντας διαρκή και αφόρητο πόνο αναμένοντας ένα τέλος που γι' αυτούς έχει προ πολλού επέλθει.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

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

Χρηστίδης Χ, (2001), *Πλάτωνος Πολιτεία*. ΓΡΗΓΟΡΗ, Αθήνα

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Adams M, Nys H, Comparative reflections on the Belgian Euthanasia Act 2002. *Med Law Rev* 2003, 11 (3): 353 – 76

Adams MB, (1990), *The Wellborn Science: Eugenics in Germany, France, Brazil and Russia*. Oxford University Press

Anderson JG, Caddell DP, Attitudes of medical professionals toward euthanasia. *Soc Sci Med* 1993, 37: 105–114

Appel J, A Duty to Kill? A Duty to Die? Rethinking the Euthanasia Controversy of 1906. *Bull Hist Med* 2004, 78 (3): 618

Bacon F, (2002), *The Major Works*. Oxford World's Classics, Oxford University Press, Great Britain

Baume P, O'Malley E, Bauman A, Professed religious affiliation and the practice of euthanasia. *J Med Ethics* 1995, 21 (1): 49 – 54

Beauchamp TL, Davidson AI, The Definition of Euthanasia. *J Med Philos* 1979, 4 (3): 294 – 312

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

Bialas W, Fritze L, (2014), *Nazi Ideology and Ethics*. Cambridge Scholars Publishing, UK

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

Borry P, Schotsmans P, Dierickx, Empirical research in bioethical journals. A quantitative analysis. *J Med Ethics* 2006, 32: 240 – 245

Browning C, (2005), *The Origins of the Final Solution: The Evolution of the Nazi Jewish Policy, September 1939 – March 1942*. University of Nebraska Press, USA

Burleigh M, Wippermann W, (1991), *The Racial State: Germany, 1933 – 1945*. Cambridge University Press, Cambridge, UK

Caddell D, Newton R, Euthanasia: American attitudes toward the physician's role. *Soc Sci Med* 1995, 40 (12): 1671 – 1681

Clark D, Dickinson G, Lancaster CJ, Noble TW, Ahmedai SH, Philp I, UK geriatricians' attitudes to active voluntary euthanasia and physician – assisted death. *Age and Ageing* 2001, 30: 395 – 398

Clery E, McLean S, Phillips M, (2007), *Quickening death: the euthanasia debate, British social attitudes: perspectives on a changing society, 23rd annual report*. Sage, London

Cohen JS, Finn SD, Boyko EJ et al. Attitudes toward assisted suicide and euthanasia among physicians in Washington State. *N Engl J Med* 1994, 331: 89-94

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: 743–756

Dickinson GE, Lancaster CJ, Clark D, Ahmedzai SH, Noble W, U.K Physician's attitudes toward active voluntary euthanasia and physician-assisted suicide. *Death Stud* 2002 26: 479–490

Dickinson GE, Lancaster CJ, Sumner ED, Cohen JS. Attitudes toward assisted suicide and euthanasia among physicians in South Carolina and Washington. *Omega* 1998, 36: 201-18

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

Dowbiggin I, (2003), *A merciful end: the euthanasia movement in modern America*. Oxford University Press

Dowbiggin I, (2007), *A Concise History of Euthanasia: :Life, Death, God and Medicine*. Rowman & Littlefield, USA

Draper H, (1998), *Euthanasia*. In Chadwick R. *Encyclopedia of Applied Ethics 2*, Academic Press, San Diego, USA

Dvorak H, (2000), *Biographisches Lexikon der Deutschen Burschenschaft, Vol I, Subvol 4*. Heidelberg, Germany

Emanuel EJ, Euthanasia and physician-assisted suicide: a review of the empirical data from the United States. *Arch Intern Med* 2002, 162: 142–152

Emanuel EJ, The history of euthanasia debates in the United States and Britain. *Ann Int Med* 1994, 121 (10): 796

Farina G, Some reflections on the phenomenological method. *Crossing Dialogues* 2014, 7 (2): 50 – 62

Førde R, Gjerløw Aasland O, Falkum E, The ethics of euthanasia—Attitudes and practice among Norwegian physicians. *Social Science & Medicine* 1997, 45 (6): 887–892

Gaudin AM, Cruzan v. Director, Missouri Department of Health: To Die or Not to Die: That is the Question – But Who Decides? *La L Rev* 1991, 51 No 6

Genuis SJ, Genuis SK, Chang WC, Public attitudes toward the right to die. *CMAJ* 1994, 150: 701–708

Georges JJ, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, van der Wal G, van der Maas PJ, Physician's opinions on palliative care and euthanasia in the Netherlands. *J Palliat Med* 2006, 9: 1137–1144

Gesundheit B, Steinberg A, Glick S, Or R, Jotkovitz A, Euthanasia: An Overview and the Jewish Perspective. *Cancer Invest* 2006, 24 (6): 622

Gitta S, (1983), *Into that darkness: an examination of conscience*. Vintage Books, USA

Grassi L, Magnani K, Ercolani M. Attitudes toward euthanasia and physician-assisted suicide among Italian primary care physicians. *J Pain Symptom Manage* 1999, 17: 188-96

Gurney E, Is there a Right to Die – A Study of the Law of Euthanasia. *Cumberland – Samford Law Rev* 1972, 3: 237

Harris NM, The euthanasia debate. *J R Army Med Corps* 2001, 147 (3): 367 – 370

Hatzinikolaou N, Prolonging life or hindering death? An Orthodox perspective on death, dying and euthanasia. *Christ Bioeth* 2003, 9 (2 – 3): 187 – 201

House of Lords, (2005), *Assisted Dying for the Terminally Ill Bill [HL]*. The Stationery Office, London, UK

House of Lords, (2007), *Mental Capacity Act 2005, Code of Practice*. Department for Constitutional Affairs, TSO, London, UK

House of Lords, (1994), *Report of the Select Committee on Medical Ethics*. HL Paper 21 – 1, HMSO, London

House of Lords, (2005), *Report of the Select Committee on the Assisted Dying for the Terminally Ill Bill [HL] Volumes I – III*. TSO, London, UK

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

Humphry D, (2005), *The Good Euthanasia Guide: Where, What and Who in Choices in Dying*. Norris Lane Press, Junction City, Oregon, USA

Hurst SA, Mauron A, Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non – physicians. *BMJ* 2003, 326 (7383): 271 - 273

Internet site: American Medical News, <http://www.amednews.com/>, Physician – assisted suicide legal in Montana, court rules, <http://www.amednews.com/article/20100118/profession/301189939/6/>, (27/03/2016)

Internet site: BBC, <http://www.bbc.com/>, Belgian Senate votes to extend euthanasia to children, <http://www.bbc.com/news/world-europe-25364745>, (23/03/2016)

Internet site: BBC News, <http://news.bbc.co.uk/>, Case stories: end of life decisions, <http://news.bbc.co.uk/2/hi/programmes/panorama/1971527.stm>, (28/03/2016)

Internet site: BBC, <http://www.bbc.co.uk/>, Religions, Euthanasia, assisted dying and suicide,

<http://www.bbc.co.uk/religion/religions/hinduism/hinduethics/euthanasia.shtml>,
(29/03/2016)

Internet site: BBC, <http://www.bbc.co.uk/>, Religions, Euthanasia, assisted dying, suicide and medical ethics, <http://www.bbc.co.uk/religion/religions/islam/islamethics/euthanasia.shtml>,
(30/03/2016)

Internet site: Courthouse News Service, <http://www.courthousenews.com/>, B.C. Supreme Court Kills Assisted - Suicide Ban, <http://www.courthousenews.com/2012/06/18/47546.htm>, (24/03/2016)

Internet site: Department of Justice, <http://www.ejustice.just.fgov.be/>, 28 May 2002 – Law on Euthanasia (1), http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=nl&pub_date=2002-06-22&numac=2002009590&caller=summary (26/03/2016)

Internet site: 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
(28/03/2016)

Internet site: 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
(28/03/2016)

Internet site: General Medical Council, <http://www.gmc-uk.org/>, Consent: patients and doctors making decisions together, http://www.gmc-uk.org/static/documents/content/Consent_-_English_1015.pdf, (30/03/2016)

Internet site: Grosses vollständiges Universal - Lexicon aller Wissenschaften und Künste 1731 – 1754, <http://www.zedler-lexikon.de/>, Euthanasia, <http://www.zedler->

lexikon.de/index.html?c=blaettern&zedlerseite=ze081150&bandnummer=08&seitenzahl=1150&dateiformat=1&view=150&supplement=0%27) (24/03/2016)

Internet site: International Business Times, <http://www.ibtimes.co.uk/>, Belgian serial rapist and murderer Frank Van Den Bleeken 'to be euthanised' in January, <http://www.ibtimes.co.uk/belgian-serial-rapist-murderer-frank-van-den-bleeken-be-euthanised-january-1481742>, (25/03/2016)

Internet site: Irish Examiner, <http://www.irishexaminer.com/>, Special Report - Euthanasia, <http://www.irishexaminer.com/viewpoints/analysis/special-report--euthanasia-271385.html>, (25/03/2016)

Internet site: Judgements of the Supreme Court of Canada, <http://scc-csc.lexum.com/>, Carter v. Canada (Attorney General), <http://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/14637/index.do>, (26/03/2016)

Internet site: Judgements of The Supreme Court of Canada, <http://scc-csc.lexum.com/>, Supreme Court Judgments: Rodriguez v. British Columbia (Attorney General), <http://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/1054/index.do>, (28/03/2016)

Internet site: legislation.gov.uk, <http://www.legislation.gov.uk/>, Coroners and Justice Act 2009, <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2009/25/contents>, (28/03/2016)

Internet site: Library of Congress, <http://blogs.loc.gov/>, Euthanasia under Israeli Law, <http://blogs.loc.gov/law/2015/01/euthanasia-under-israeli-law/>, (25/03/2016)

Internet site: Los Angeles Times, <http://articles.latimes.com/>, India's Supreme Court lays out euthanasia guidelines, <http://articles.latimes.com/2011/mar/08/world/la-fg-india-euthanasia-20110308>, (25/03/2016)

Internet site: Mémorial Journal Officiel du Grande – Duché de Luxembourg, <http://www.legilux.public.lu/>, Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2009/0046/a046.pdf#page=7>, (25/03/2016)

Internet site: NZ Herald, <http://www.nzherald.co.nz/>, Labour MP drops euthanasia bill, http://www.nzherald.co.nz/nz/news/article.cfm?c_id=1&objectid=11374199, (26/03/2016)

Internet site: Oxford Dictionaries, <http://www.oxforddictionaries.com/>, Definition of euthanasia in English, <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/euthanasia> (24/03/2016)

Internet site: Reuters, <http://uk.reuters.com/>, Mexico moves to legalise euthanasia, <http://uk.reuters.com/article/uk-mexico-euthanasia-idUKN1238979720070413>, (26/03/2016)

Internet site: Supreme Court of New South Wales, <http://www.austlii.edu.au/>, R v Shirley Justins [2011] NSWSC 568 (26 May 2011), <http://www.austlii.edu.au/cgi-bin/sinodisp/au/cases/nsw/NSWSC/2011/568.html?stem=0&synonyms=0&query=NSWCCA%202010%20242%20or%202010%20NSWCCA%20242> (26/03/2016)

Internet site: The guardian, <http://www.theguardian.com/>, Belgian convicted killer with incurable psychiatric condition granted right to die, <http://www.theguardian.com/world/2014/sep/16/belgium-convict-granted-right-to-die>, (25/03/2016)

Internet site: The New York Times, <http://www.nytimes.com/>, “Aid in Dying” Movement Takes Hold in Some States, <http://www.nytimes.com/2014/02/08/us/easing-terminal-patients-path-to-death-legally.html>, (27/03/2016)

Internet site: The New York Times, <http://www.nytimes.com/>, Belgian Senate Votes to Allow Euthanasia for Terminally Ill Children, http://www.nytimes.com/2013/12/13/world/europe/belgian-senate-votes-to-allow-euthanasia-for-terminally-ill-children.html?pagewanted=all&_r=0, (24/03/2016)

Internet site: The Scottish Parliament, <http://www.parliament.scot>, End of Life Assistance (Scotland) Bill 2010, <http://www.parliament.scot/parliamentarybusiness/Bills/21272.aspx>, (28/03/2016)

Internet site: The Stationery Office, <http://www.parliament.the-stationery-office.com/>, Association for Palliative Medicine. Survey of APM members' views on euthanasia/physician assisted suicide. In: Minutes of Evidence to Select Committee on Assisted Dying for the Terminally Ill Bill. London: House of Lords, 2003, <http://www.parliament.the-stationery-office.com/pa/ld200405/ldselect/ldasdy/86/4102113.htm>, (31/03/2016)

Internet site: The Swedish Wire, <http://www.swedishwire.com/>, Sweden allows passive euthanasia, <http://www.swedishwire.com/politics/4096-sweden-allows-passive-euthanasia>, (27/03/2016)

Internet site: The telegraph, <http://www.telegraph.co.uk/>, France passes new End of Life legislation to alleviate suffering, <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/europe/france/11478999/France-passes-new-end-of-life-legislation-to-alleviate-suffering.html>, (26/03/2016)

Internet site: The Washington Post, <https://www.washingtonpost.com/>, Columbia Debates Court Ruling That Legalizes Mercy Killing, <https://www.washingtonpost.com/archive/politics/1997/08/18/columbia-debates-court-ruling-that-legalizes-mercy-killing/2a3412d1-84f9-4fb2-8cc9-84d9210e1b92/>, (27/03/2016)

Internet site: United States Conference of Catholic Bishops, <http://ccc.usccb.org/>, Catechism of the Catholic Church, <http://ccc.usccb.org/flipbooks/catechism/index.html>, (29/03/2016)

Internet site: US Supreme Court, <https://supreme.justia.com/>, Washington v. Glucksberg 521 U.S. 702 (1997), <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/521/702/case.html>, (28/03/2016)

Internet site: www.parliament.uk, <http://www.publications.parliament.uk>, Assisted Dying Bill (HL Bill 24), http://www.publications.parliament.uk/pa/bills/lbill/2013-2014/0024/lbill_2013-20140024_en_2.htm#l1g1, (28/03/2016)

Internet site: www.parliament.uk, <http://www.publications.parliament.uk/>, Market Research Services. Public opinion on the legalisation of euthanasia/PAS. Appendix 7. In: House of Lords. Assisted Dying for the Terminally Ill Bill – First Report. <http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200405/ldselect/ldasdy/86/8617.htm>, (31/03/2016)

Internet site: www.vatican.va, <http://www.vatican.va/>, Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith, Declaration on Euthanasia, http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_en.html, (29/03/2016)

Janssen A, The New Regulation of Voluntary Euthanasia and Medically Assisted Suicide in the Netherlands. *Int J Law Policy Family* 2002, 16 (2): 260 – 269

Julesz M, Euthanasia outside Europe. *Orv Hetil* 2014, 155 (32): 1259 – 1264

Kai K, Euthanasia and death with dignity in Japanese law. *J Int Bioethique* 2010, 21 (4): 135 – 147, 166

Kemp N, (2002), *Merciful Release*. Manchester University Press, UK

Kessler DP, McClellan, How liability law affects medical productivity. *J Health Econ* 2002, 21: 931 – 955

Kmietowicz Z, Doctors backtrack on the assisted suicide. *Br Med J* 2006, 333: 64

Krakauer EL, Penson RT, Truog RD, King LA, Chabner BA, Lynch TJ, Sedation for Intractable Distress of a Dying Patient: Acute Palliative Care and the Principle of Double Effect. *The Oncologist* 2000, 5: 53 – 62

- LaFollette H, (2002), *Ethics in practice: an anthology*. Blackwell, Oxford, UK
- Letellier P, Harpes JP, Hermeren G, Aumonier N, O'Brien T, Marckmann G et al., (2003), *Ethical Eye: Euthanasia – Volume I, Ethical and Human Aspects*. Council of Europe Publishing
- Lifton RJ, (2000), *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide*. Basic Books, New York, USA
- Longerich P, (2010), *Holocaust: The Nazi Persecution and Murder of the Jews*. Oxford University Press
- MacDonald M, (supported by Harvie P), (2013), *Assisted Suicide (Scotland) Bill [As Introduced]*. Scottish Parliamentary Corporate Body by APS Group Scotland, Scotland
- MacDonald WL, Situational factors and attitudes toward voluntary euthanasia. *Soc Sci Med* 1998, 46: 73–81
- Markwart M, (1990), *Marx, Karl, Mediziner, Neue Deutsche Biographie (NDB)* (in German) 16. Dunker & Humblot, Berlin, Germany
- Marshall M, Marshall MN, Sampling for qualitative research. *Family Practice* 1996, 13(6): 522-525
- Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J, Førde R, Boeck Gravgaard AM, Müller – Busch C et al., Euthanasia and physician – assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliat Med* 2003, 17 (2): 97 – 101
- Mays N. Assessing quality in qualitative research. *BMJ* 2000, 320:50
- Mebane EW, Oman RE, Kroonen LT, Goldstein MK. The influence of physician race, age and gender on physician attitudes toward advance care directives and preferences for end-of-life decision-making. *J Am Geriatr Soc* 1999, 47: 579-91

Meier DE, Emmons CA, Wallenstein S et al. A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. *N Engl J Med* 1998, 338: 1193-201

Menon, S, Anindya S, B.V. S, (2014), *Interdisciplinary Perspectives on Consciousness and the Self*. Springer, New York, Dordrecht, London, UK

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

Miccinesi G, Fischer S, Paci E, Onwuteaka-Philipsen BD, Cartwright C, van der Heide, A, et al., on behalf of the EURELD consortium, Physicians' attitudes towards end-of-life decisions: a comparison between seven countries. *Soc Sci Med* 2005 60: 1961–1974

Montano y Gómez de Alía PJ, Puerto González JJ, Inglesias Méndez M, (2011), *Medical Law in Uruguay*. Kluwer Law International BV, Netherlands

Moulton BE, Hill TD, Burdette A, Religion and Trends in Euthanasia Attitudes among U.S. Adults, 1977 – 2004. *Sociol Forum* 21.2 2006, 249 – 272

Müller-Busch HC, Oduncu FS, Woskanjan S, Klaschik, E, Attitudes on euthanasia, physician-assisted suicide and terminal sedation -- A survey of the members of the German Association for Palliative Medicine. *Med Health Care Philos* 2005, 7 (3): 333 – 339

Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Katsoula E, Vlahos L, The Evolution of Euthanasia and its Perceptions in Greek Culture and Civilization. *Perspect Biol Med* 2005, 48 (1): 97 – 98

Nagi MH, Pugh MD, Lazerine NG, Attitudes of Catholic and Protestant clergy on euthanasia and abortion. *Pastor Psychol* 1981, 29 (3): 178 – 190

Narimisa M, Euthanasia in Islamic views. *Eur Sci J* 2014, 2: 171 – 173

Otani I, “Good Manner of Dying” as a Normative Concept: “Autocide”, “Granny Dumping” and Discussion on Euthanasia/ Death with Dignity in Japan. *Int J Japan Soc* 2010, 19 (1): 49 – 63

Otlowski M, (1997), *Voluntary Euthanasia and the Common Law*. Oxford University Press, New York, USA

Pappas D, Recent historical perspectives regarding medical euthanasia and physician assisted suicide. *Br Med Bull* 1996, 52 (2): 386 – 387

Park A, Curtice J, Thomson K, Phillips M, Johnson M, (2007), *British Social Attitudes: Perspectives on a Changing Society. 23rd Annual Report*. Sage, London, UK

Pasterfield, D, Wilkinson, C, Finlay, IG, Neal, RD, Hulbert, NJ, GP’s views on changing the law on physician-assisted suicide and euthanasia, and willingness to prescribe or inject lethal drugs: a survey from Wales. *Br J Gen Pract* 2006, 56: 450–452

Perrett RW, Buddhism, euthanasia and the sanctity of life. *J Med Ethics* 1996, 22 (5): 309 – 313

Peretti-Wattel P, Bendiane MK, Moatti JP, Attitudes toward palliative care, conceptions of euthanasia and opinions about its legalization among French physicians. *Soc Sci Med* 2005, 60: 1781–1793

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

Portenoy RK, Coyle N, Kash KM, Brescia F, Scanlon C, O’Hare D, et al, Determinants of the willingness to endorse assisted suicide: survey of physicians, nurses, and social workers. *Psychosomatics* 1997, 38: 277–287

Proctor RN, (1988), *Racial Hygiene: Medicine under the Nazis*. Harvard University Press, UK

Quill TE, Lo B, Brock D, Palliative Options of Last Resort: A Comparison of Voluntary Stopping Eating and Drinking, Terminal Sedation, Physician – Assisted Suicide and Voluntary Active Euthanasia. *JAMA* 1997, 278: 2099 – 2104

Rachels J, Active and passive euthanasia. *N Engl J Med* 1975, 292 (2): 78 – 80

Ramsay JHR, A king, a doctor and a convenient death. *Br Med J* 2011, 308 (1445): 1445

Rietjens JA, van der Maas PJ, Onwuteaka – Philipsen BD, van Delden JJ, van der Heide A, Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What Have We Learnt and What Questions Remain? *J Bioeth Inq* 2009, 6 (3): 271 – 283

Ryan DF, Schuchman JS, (2002), *Racial Hygiene: Deaf People in Hitler's Europe*. Gallaudet University Press, Washington, USA

Schirmacher T, Medical Killing - An Evangelical Perspective. *Christian Bioethics* 2003, 9 (2-3): 227 – 244

Schmidt TA, Zechnich AD, Tilden VP, Lee MA, Ganzini L, Nelson HD, et al. Oregon Emergency physicians' experiences with, attitudes toward, and concerns about physician-assisted suicide. *Acad Emerg Med* 1996, 3: 938–945

Seale C, Legalisation of euthanasia or physician – assisted suicide: Survey of doctors' attitudes. *Palliat Med* 2009, 23: 205 – 212

Shah N, Warner J, Blizard B, King M, National survey of the UK psychiatrists' attitudes to euthanasia. *The Lancet* 1998, 352: 1360

Shapiro RS, Derse AR, Gottlieb M, Schiedermayer D, Olson M, Willingness to perform euthanasia. *Arch Intern Med* 1994, 154: 575–584

Sinha VK, Basu S, Sarkhel S, Euthanasia: An Indian perspective. *Indian J Psychiatry* 2012, 54 (2): 177 – 183

Smets T, Bilsen J, Cohen J, Rurup ML, Deliens L, Legal euthanasia in Belgium: characteristics of all euthanasia cases. *Med Care* 2010, 48 (2): 187 – 192

Stolberg M, Active Euthanasia in Pre – Modern Society, 1500 – 1800: Learned Debates and Popular Practices. *Soc Hist Med* 2007, 20 (2): 206 – 207

Tschann JM, Kaufman SR, Micco GP, Family Involvement in End – of – Life Hospital Care. *J Am Geriatr Soc* 2003, 51: 835 – 840

Uvey D, Gokce AN, Basagaoglu I, Euthanasia: the concept and the situation in Turkey. *Med Etika Bioet* 2004, 11 (3 – 4): 7 – 8

Van der Heide A, Deliens L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E et al., End – of – life decision making in six European countries: descriptive study. *The Lancet* 2003, 362: 345 – 350

Van der Ven JA, Ziebertz HG, (2013), *Human Rights and the Impact of Religion*. Koninklijke, Netherlands

Verhagen E, Sauer PJ, The Groningen protocol – euthanasia in severely ill newborns. *N Engl J Med* 2005, 352 (10): 959 – 962

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. *Med J Aust* 1996, 165: 540–544

Wallerstein C, Philippines considers euthanasia bill. *BMJ* 1997, 314: 1644

Ward, BJ, Tate, PA. Attitudes among NHS doctors to requests for euthanasia. *BMJ* 1994, 308: 1332–1334

Warnock M, MacDonald E, (2008), *Easeful Death: Is there a case for assisted dying?* Oxford University Press, UK

Wreen M, The Definition of Euthanasia. *Philos Phenomenol Res* 1988, 48 (4): 637 – 53

Young R, (2015), *Voluntary Euthanasia*. The Stanford Encyclopedia of Philosophy, Stanford, USA

Zahavi D, (2003), *Husserl's Phenomenology*. Stanford University Press, Stanford, UK

Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο ποιοτικής μελέτης:

“Questionnaire regarding neurosurgeons’ perspectives on voluntary active euthanasia and physician assisted suicide

1. Your age:
 - ... Under 35 years of age
 - ... 36 to 45 years of age
 - ... 46 to 55 years of age
 - ... 56 to 65 years of age
 - ... over 65 years of age

2. Your gender:
 - ... Male
 - ... Female

3. Grading of your post:
 - ... Consultant
 - ... Specialty Registrar
 - ... Associate Specialist/ Trust grade

4. Religion: would you describe your self as:
 - ... Extremely religious
 - ... Very religious
 - ... Somewhat religious
 - ... Neither religious nor non religious
 - ... Somewhat non religious
 - ... Very non religious
 - ... Extremely non religious
 - ... Not able to choose

5. Your religion:
 - ... Christianity
 - ... Islam
 - ... Hinduism
 - ... Sikhism
 - ... Judaism
 - ... Buddhism
 - ... Other religion
 - ... No religion

6. Your ethnic group:

A) White

... Any White background

B) Mixed

... White and Black Caribbean

... White and Black African

... White and Asian

... Any other Mixed background, please write in:

C) Asian or Asian British

... Indian

... Pakistani

... Bangladeshi

... Any other Asian background, please write in:

D) Black or Black British

... Caribbean

... African

... Any other Black background, please write in:

E) Chinese or other ethnic group

... Chinese

... Any other, please write in

7. How many patients with terminal illnesses, of whatever diagnosis, have you treated in the last 3 months with an estimated life expectancy of 6 months or less?

The following questions focus on your opinions about helping an ill patient to end his or her life.

8. Do you believe that the deliberate administration of an overdose of medication to an ill patient to his or her request with the primary intent to end his or her life is justified ethically? Please justify your answer and provide relevant examples if you wish.

9. Are there any situations in which prescribing medication or counseling an ill patient resulting in an overdose to end his or her life should be legal? If yes, please provide examples of relevant situations.

10. Are there any situations in which you personally would be willing to prescribe medications or counsel an ill patient resulting in his or her using an overdose to end his or her life? If yes, please provide examples of relevant situations.

11. Is your opinion on assisting a patient to end his or her life influenced by your religion?

12. In your opinion is the legislation of euthanasia consistent with the physician's role in relieving pain and suffering?

13. Do you believe that your perspective on euthanasia affects the chance of discussion of the DNR order?

14. In your opinion in cases where there is no DNR order or advance decision in place and the patient lacks capacity is the responsible physician and/ or the next of kin able to act and make an end of life decision based on the patient's best interest? ”

Ερωτηματολόγιο Α

Questions about age, gender, specialty, grade, number of deaths treated or attended, religious belief and ethnic origin

Your age

- Under 35 years of age
- 36 to 45 years of age
- 46 to 55 years of age
- 56 to 65 years of age
- over 65 years of age

Your gender

- Male
- Female

Your medical specialty

- General practice
- Palliative medicine
- Neurology
- Elderly care
- Other, please specify

Grading of your post

- Consultant
- Specialist registrar
- Associate specialist/staff grade
- SHO/HO/F1/F2
- GP principal
- GP registrar

Please indicate the number of deaths, on average, for which you would be the treating or attendant doctor in the normal course of your duties.

Answer only one of (a), (b) or (c) (please give the most accurate estimate you can).

- (a) _____ per week
- (b) _____ per month
- (c) _____ per year

Religion: would you describe yourself as

- Extremely religious

- Very religious
- Somewhat religious
- Neither religious nor non-religious
- Somewhat non-religious
- Very non-religious
- Extremely non-religious
- Can't choose

What is your ethnic group?

Choose ONE section from A to E, then tick the appropriate box to indicate your ethnic group

A) White

- Any White background

B) Mixed

- White and Black Caribbean
- White and Black African
- White and Asian
- Any other Mixed background, please write in

.....

C) Asian or Asian British

- Indian
- Pakistani
- Bangladeshi
- Any other Asian background, please write in

.....

D) Black or Black British

- Caribbean
- African
- Any other Black background, please write in

.....

E) Chinese or other ethnic group

- Chinese
- Any other, please write in

.....

These questions are about voluntary euthanasia (i.e., when someone ends the life of another person at their request).

1. First, a person with an incurable and a painful illness, from which they will die - for example, someone dying of cancer. Do you think that, if they ask for it, a doctor should ever be allowed by law to end their life, or not?

Definitely should be allowed
Probably should be allowed
Probably should not be allowed
Definitely should not be allowed
Don't know
Not answered

2. And do you think that, if this person asks for it, a doctor should ever be allowed by law to give them lethal medication that will allow the person to take their own life?

Definitely should be allowed
Probably should be allowed
Probably should not be allowed
Definitely should not be allowed
Don't know
Not answered

3. Now, how about a person with an incurable and painful illness, from which they will not die. Do you think that, if they ask for it, a doctor should ever be allowed by law to end their life, or not?

Definitely should be allowed
Probably should be allowed
Probably should not be allowed
Definitely should not be allowed
Don't know
Not answered

4. And do you think that, if this person asks for it, a doctor should ever be allowed by law to give them lethal medication that will allow the person to take their own life?

Definitely should be allowed
Probably should be allowed
Probably should not be allowed
Definitely should not be allowed
Don't know
Not answered

Πηγή: Seale C, Legalisation of euthanasia or physician – assisted suicide: Survey of doctors' attitudes. *Palliat Med* 2009, 23: 205 – 212

Centre for Health Sciences, Barts and The London, School of Medicine and Dentistry

Ερωτηματολόγιο Β

Sheffield Palliative Care Studies Group questionnaire on doctors' attitudes to care at the end of life

1. Age
2. Sex
3. Current post and medical specialty
4. How many patients with terminal illnesses, of whatever diagnosis, have you seen in the last month with an estimated life expectancy of 6 months or less?

The questions now focus on your opinion about helping an ill patient to end his or her life. Please indicate your agreement or disagreement with the following statements by ticking the appropriate response (strongly agree/ agree/ neither agree or disagree/ disagree/ strongly disagree)

5. The deliberate administration of an overdose of medication to an ill patient on his or her request with the primary intent to end his or her life is never justified ethically
6. There are some situations in which the deliberate administration of an over-dose of medication to an ill patient on his or her request with the primary intent to end his or her life should be legal
7. There are some situations in which I personally would be willing to administer an overdose of medication to an ill patient on his or her request with the primary intent to end his or her life
8. It is never justified ethically for a physician to prescribe medication (e.g. opioids or barbiturates) or counsel an ill patient resulting in an overdose to end his or her life
9. There are some situations in which prescribing medication (e.g. opioids or barbiturates) or counselling an ill patient resulting in an overdose to end his or her life should be legal
10. There are some situations in which I personally would be willing to prescribe medication (e.g. opioids or barbiturates) or counsel an ill patient resulting in his or her using an overdose to end his or her life
11. My opinion on assisting a patient with his or her death is influenced by my religion
12. My opinion regarding the legalization of a physician helping an ill patient to end his or her life is consistent with the physician's role in relieving pain and suffering

Looking back to questions 6 and 9...

If you disagree/ strongly disagree with either or both, please answer questions 13 and 14 and then go to question 19

If you agreed/ strongly agreed with either or both, please answer question 15 onwards

If you neither agreed nor disagreed, please answer question 19 onwards

13. I object to legalizing a physician helping end the life of an ill patient because vulnerable patients (e.g. elderly, handicapped or poor people) may feel pressured into requesting such actions
14. I object to legalizing a physician helping end the life of an ill patient because the social process of dying and grieving may be undermined

15. I support the legalization of a physician helping an ill patient to end his or her life because specific legal guidelines may help prevent abuses
16. I support the legalization of a physician helping an ill patient to end his or her life because patient self-determination should be respected
17. I support the legalization of a physician helping an ill patient to end his or her life because deterioration to an unacceptable quality of life may be prevented
18. I support the legalization of a physician helping an ill patient to end his or her life because the delivery of futile medical care may be helped to be reduced

If it became legal for a physician to help end the life on an ill patient upon request, what guidelines would you consider important?

19. Hastening death should be restricted to the adult population
20. The patient should not be depressed
21. The patient should be mentally competent (without psychiatric illness)
22. Life expectancy should be less than 6 months
23. In spite of best possible care, if pain is still beyond control, a fatal overdose may be appropriate
24. If the patient has adequate pain control but a poor quality of life (e.g. being bedridden, hospitalized, living without purpose, refractory nausea or vomiting, etc), a fatal overdose may still be appropriate
25. If the patient has adequate pain control and quality of life, but external factors (e.g. not wanting to burden family, not wanting to deplete savings, etc) lead to a request to end his or her life, a fatal overdose may still be appropriate
26. The physician administering or prescribing a fatal overdose should have an established relationship with the patient
27. The patient's immediate family should be in accord with the decision
28. Two physicians should be in accord with the decision
29. There should be a specified waiting period between when a patient requests a drug overdose to end his or her life and when such a request is granted
30. Drug overdose should be recorded on the death certificate as the immediate cause of death

Any comments?

Thank you for completing the survey

Πηγή: Clark D, Dickinson G, Lancaster CJ, Noble TW, Ahmedai SH, Philp I, UK geriatricians' attitudes to active voluntary euthanasia and physician – assisted death. *Age and Ageing* 2001, 30: 395 – 398

Sheffield Palliative Care Studies Group