

Τ.Ε.Ι ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ:ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

<<ΣΤΑΣΗ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ>>



ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: Μιχάλης Ηγουμενίδης

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: Σεφγκίνι Εύα

Σκεντεράι Μαρία

Γκινολλάρη Πρανβέρα

ΠΑΤΡΑ 2016

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Φτάνοντας στο τέλος της φοιτητικής μας ζωής αισθανόμαστε την ανάγκη να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στις οικογένειες μας και σε αγαπημένα μας πρόσωπα που σε καιρούς δύσκολους στάθηκαν δίπλα μας δίνοντας απεριόριστη αγάπη, κουράγιο και δύναμη. Μαθαίνοντας μας πώς με ένα χαμόγελο και ένα μπράβο μπορούμε να επιτύχουμε τις πιο μεγάλες προσδοκίες. Σας ευχαριστούμε για την συμπαράστασή σας. Επίσης ιδιαίτερες ευχαριστίες εκφράζουμε στον επιβλέποντα καθηγητή μας κ. Μιχάλη Ηγουμενίδη για την εκπόνηση της εργασίας.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η ευθανασία αποτελεί ένα σύγχρονο και έντονο πρόβλημα που απασχολεί καθημερινά ολοένα και περισσότερο την κοινή γνώμη. Με ρίζες στην αρχαιότητα, η συζήτηση περί ευθανασίας συνεχίζεται έντονα στις μέρες μας, κυρίως χάρη στην παράταση της ανθρώπινης επιβίωσης που παρέχει η τεχνολογική πρόοδος. Όμως, η επιβίωση δεν μπορεί να ταυτίζεται πάντα με τη ζωή. Οι βιοϊατρικές εξελίξεις δημιουργούν ανάμεικτα συναισθήματα στον κόσμο: αφενός δέος και θαυμασμό για τις προοπτικές που ανοίγονται σχετικά με τη θεραπεία και την συνέχιση της ζωής, αλλά παράλληλα απορία και αμηχανία για το εάν τα άτομα και η κοινωνία είναι σε θέση να εκμεταλλευτούν και να διαχειριστούν σωστά τις νέες αυτές γνώσεις και δυνατότητες. Τα νέα αυτά μέσα που προσφέρουν τη δυνατότητα παράτασης της επιβίωσης ακόμα και σε περιπτώσεις που στο παρελθόν φαινόταν αδύνατο, μας οδηγεί στο να επανεξετάσουμε ορισμένες ηθικές αξίες όπως την ελευθερία, την αυτονομία και την ευθύνη. Η ευθανασία αποτελεί ένα ιδιαίτερα πολύπλοκο ζήτημα. Η πολυπλοκότητα αυτή οφείλεται στο γεγονός ότι αγγίζει πολλούς τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας και διανοήσης όπως την ιατρική, την νομική επιστήμη, την ψυχολογία, την κοινωνιολογία, την πολιτική και τη θεολογία [1].

Μάλιστα, πρόσφατα στη χώρα μας ο δημοσιογράφος Αλέξανδρος Βέλλιος συγκλόνισε τους πάντες με την απροσδόκητη μα και πρωτόγνωρη δημόσια εξομολόγηση ότι έχει μόνο λίγους μήνες ζωής επειδή πάσχει από καρκίνο τελικού σταδίου και ότι κίνησε ήδη τις διαδικασίες προκειμένου να μεταβεί σε ίδρυμα της Ελβετίας για ευθανασία. Οι απόψεις του δημοσιογράφου σχετικά με την ευθανασία παρουσιάζονται στο βιβλίο που εξέδωσε πρόσφατα και περιγράφει τα προσωπικά του βιώματα. [2] Λίγες εβδομάδες μετά τη δημόσια

παραδοχή του δημοσιογράφου, και αφού κλήθηκε να αναλύσει τις απόψεις του σε πολλά μέσα μαζικής ενημέρωσης της χώρας, ο Αλέξανδρος Βέλλιος έθεσε τέρμα στη ζωή του, είτε μόνος του, είτε με τη βοήθεια στενού του προσώπου – κάτι που προς το παρόν βρίσκεται υπό δικαστική διερεύνηση, για λόγους τους οποίους θα αναλύσουμε στη συνέχεια. Σε κάθε περίπτωση, ο δημοσιογράφος κατάφερε να προσδώσει νέο ενδιαφέρον σε μία συζήτηση που παραμένει στάσιμη για πολλά χρόνια στη χώρα μας. Οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές που έρχονται σε επαφή με ασθενείς τελικού σταδίου είναι οι άνθρωποι εκείνοι που μπορούν να έχουν μία όσο το δυνατόν πιο αντικειμενική άποψη για το ζήτημα, αλλά η συζήτησή του είναι χρήσιμη για όλους τους επαγγελματίες υγείας πρωτίστως, αλλά και για την κοινωνία γενικότερα. Την ώρα που το ζήτημα τελεί υπο επανεξέταση, είναι σημαντικό να υπάρχουν στοιχεία σχετικά με τις απόψεις όσων σχετίζονται με τη φροντίδα υγείας. Κατά συνέπεια, θεωρούμε ότι η εργασία μας, η οποία εξετάζει τις στάσεις και τις αντιλήψεις των φοιτητών νοσηλευτικής για την ευθανασία, είναι απόλυτα επίκαιρη και μπορεί να συμβάλει, έστω κατά το ελάχιστο, στον γενικότερο προβληματισμό που διατρέχει την κοινωνία μας για το θέμα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία επικεντρώνεται στο δίλημμα της ευθανασίας. Στο γενικό μέρος αποσαφηνίζονται έννοιες όπως ενεργητική, παθητική, εκούσια και ακούσια ευθανασία, προκειμένου στη συνέχεια να μπορεί να τεθεί η συζήτηση στο σωστό θεωρητικό της πλαίσιο. Έπειτα από μία ιστορική αναδρομή στην έννοια της ευθανασίας και την παρουσίαση των κυριότερων επιχειρημάτων υπέρ ή κατά, παρουσιάζεται το νομικό πλαίσιο στη χώρα μας και διεθνώς, καθώς επίσης και περιπτώσεις υπέρμαχων της ευθανασίας που αποτέλεσαν συχνά την αφορμή για δημόσιο προβληματισμό και τελικά αλλαγή του υπάρχοντος καθεστώτος σε κάποιες χώρες, ή απαίτηση για αλλαγή σε κάποιες άλλες. Στον πυρήνα αυτών των αλλαγών βρίσκονται οι νοσηλευτές, των οποίων η θέση απέναντι στην ευθανασία εξετάζεται συνοπτικά, κυρίως σε σχέση με την ανακουφιστική φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου. Στο ειδικό μέρος παρουσιάζονται τα αποτελέσματα μίας μελέτης που διεξήχθη σε πληθυσμό 200 φοιτητών νοσηλευτικής και που διερευνά τις στάσεις τους απέναντι στο φαινόμενο της ευθανασίας, με χρήση ενός ειδικού ερωτηματολογίου. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι οι απόψεις αυτού του πληθυσμού είναι ανομοιόμορφες, με σχεδόν ίδιο ποσοστό θετικών και αρνητικών στάσεων. Μελέτες μεγαλύτερης κλίμακας θα ήταν χρήσιμες για την καλύτερη κατανόηση αυτού του ζητήματος.

Λέξεις κλειδιά: ευθανασία, φοιτητές νοσηλευτικής, υποβοηθούμενη αυτοκτονία

ABSTRACT

This essay deals with the dilemma of euthanasia. In its general section, it attempts to clear out the definitions used, such as passive, active, voluntary and involuntary euthanasia, in order to put the discussion in its appropriate theoretical context. After presenting a brief history of euthanasia and the most important arguments for and against, the legal framework is analyzed, both in Greece and in other countries; then we discuss some famous proponents of euthanasia who stated their willingness to die in their own terms, thus contributing to a social need for change of the previous legal status in many places. At the heart of this change lies the nursing profession, which is then examined on its relationship with euthanasia, particularly from a palliative care perspective. The special section of the essay presents the results of a study that was conducted among 200 nursing students in order to assess their attitudes towards euthanasia, by use of the appropriate questionnaire. The results show that the attitudes of this population differ, and that the percentage of negative attitudes is almost equal to the percentage of positive attitudes. Bigger-scale studies would be useful to a more sound understanding of this issue.

Keywords: euthanasia, nursing students, physician-assisted suicide

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	σελ.3-4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	σελ.5
ABSTRACT.....	σελ.6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	σελ.8
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Κεφάλαιο 1: Θεωρητικό υπόβαθρο.....	σελ.10
1.1 Πώς ορίζεται η ευθανασία.....	σελ.11-13
1.2 Ιστορική αναδρομή.....	σελ.14-15
1.3 Επιχειρήματα υπέρ και κατά.....	σελ.16-22
Κεφάλαιο 2: Νομικά ζητήματα.....	σελ.23
2.1 Διεθνής και εγχώρια νομοθεσία.....	σελ.24-30
2.2 Ορισμένες γνωστές διαμάχες περί ευθανασίας.....	σελ.31-34
2.3 Ευθανασία και ανθρωποκτονία.....	σελ.35-36
Κεφάλαιο 3: Ευθανασία και Νοσηλευτική.....	σελ.37
3.1 Ανακουφιστική φροντίδα και ευθανασία.....	σελ.38-41
3.2 Οι νοσηλευτές απέναντι στο φαινόμενο της ευθανασίας.....	σελ.42-44
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
4.1 Περιγραφή της μεθοδολογίας.....	σελ.46-47
4.2 Παρουσίαση αποτελεσμάτων.....	σελ.48-67
4.3 Συζήτηση – συμπεράσματα.....	σελ.68-70
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	σελ.71
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	σελ.72-75

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο πρώτο μέρος της εργασίας μας επιχειρείται μία συνοπτική παρουσίαση του ζητήματος της ευθανασίας. Αφού προηγηθεί μία ιστορική αναδρομή, θα αναφερθούμε σε όρους και διλήμματα, καθώς επίσης και στη σχετική νομοθεσία που ισχύει διεθνώς και στην χώρα μας. Θα αποφύγουμε να εκφράσουμε προσωπικές απόψεις σχετικά με το θέμα, αλλά θα αναφερθούμε σε ορισμένους στοχαστές που θεωρούν ότι η απαγόρευση της ευθανασίας είναι ανήθικη, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι υιοθετούμε τα επιχειρήματά τους. Όταν όμως γίνονται τέτοιες συζητήσεις στο δημόσιο βίο, είναι αναμενόμενο να τίθενται υπό αμφισβήτηση ορισμένοι νόμοι του κράτους, ιδιαίτερα όταν αυτοί μένουν ίδιοι για πολύ καιρό ενώ η τεχνολογία προοδεύει μαζί με την κοινωνία.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης μας, η οποία διεξήχθη σε πληθυσμό 200 φοιτητών νοσηλευτικής. Το δείγμα είναι σχετικά μικρό, αλλά υπάρχει η μελλοντική προοπτική να ενσωματωθεί στα δεδομένα άλλων ερευνητών στην Ελλάδα που χρησιμοποιούν το ίδιο ερωτηματολόγιο και σε ίδιο πληθυσμό (φοιτητές νοσηλευτικής), προκειμένου να προκύψει μία καλύτερη εικόνα για αυτό το ζήτημα. Τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης έχουν μία σχετική αξία, αλλά οπωσδήποτε το θέμα χρήζει γενικότερης μελέτης, δημόσιας συζήτησης που ήδη γίνεται και με αφορμή την περίπτωση του Αλέξανδρου Βέλλιου, αλλά και ενδεχόμενων νομοθετικών πρωτοβουλιών.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1: Θεωρητικό υπόβαθρο

Στο πρώτο κεφάλαιο θα θέσουμε το θεωρητικό πλαίσιο της ευθανασίας, προκειμένου να αποσαφηνίσουμε τους σχετικούς όρους και να ανασκοπήσουμε συνολικά το ζήτημα. Όπως θα δούμε, είναι απαραίτητο να υπάρχουν κοινά αποδεκτοί ορισμοί, προκειμένου η συζήτηση να διεξάγεται σε κοινό έδαφος. Τα επιχειρήματα υπέρ και κατά της ευθανασίας που αναφέρονται δεν είναι βέβαια όλα όσα έχουν ακουστεί κατά καιρούς για το ζήτημα, αλλά είναι ενδεικτικά της δυσκολίας που υπάρχει να επιτευχθεί κάποιου είδους συμβιβασμός μεταξύ των όσων υποστηρίζουν το δικαίωμα στον θάνατο υπό προϋποθέσεις και όσων διαφωνούν. Σε κάθε περίπτωση, ο σκοπός μας δεν είναι η εξαντλητική ανάλυση του ζητήματος αλλά μία συνοπτική του παρουσίαση.

1.1 Πώς ορίζεται η ευθανασία

Με τον όρο ευθανασία εννοούμε τον ανώδυνο θάνατο. Έχει όμως και την έννοια του ένδοξου, καλού θανάτου, και σύμφωνα με τον διαχωρισμό που ισχύει διεθνώς στις μέρες μας, μπορούμε να διακρίνουμε τέσσερις διαφορετικές κατηγορίες [2]:

1) *Εκούσια ευθανασία*: Ο ασθενής παίρνει συνειδητή απόφαση να τελειώσει τη ζωή του και ζητά βοήθεια να το κάνει – εναλλακτικά αυτήν την πράξη την ορίζουμε και ως *υποβοηθούμενη αυτοκτονία*.

2) *Ακούσια ευθανασία*: Αυτός ο όρος αναφέρεται όταν ένα μέλος της κοινωνίας αποφασίζει ρητά να δώσει τέλος στη ζωή κάποιου ο οποίος υποφέρει, χωρίς όμως ο τελευταίος να το έχει ζητήσει.

3) *Ενεργητική ευθανασία*: Προϋποθέτει μία ενέργεια πχ. υπάρχει κάποιο φάρμακο το οποίο χορηγείται για να προκαλέσει το θάνατο του πάσχοντος.

4) *Παθητική ευθανασία*: Δεν υπάρχει κάποια παρέμβαση με την έννοια της ενέργειας, αλλά μάλλον μη-ενέργεια, δηλαδή η αποχή από πράξεις που θα μπορούσαν να βοηθήσουν το άτομο που υποφέρει να επιβιώσει [3].

Όταν πέθανε ο Αλέξανδρος Βέλλιος, τα μέσα ενημέρωσης έκαναν αρχικά λόγο για «μη-υποβοηθούμενη ευθανασία». Αυτό ήταν προφανώς ένα ατόπημα που ίσως δημιουργήθηκε από την έντονη συζήτηση που προκάλεσε ο ίδιος ο δημοσιογράφος κατά τις τελευταίες ημέρες της ζωής του. Στην πραγματικότητα, αυτός ο όρος δεν υπάρχει. Η ευθανασία (ή αλλιώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία) συνίσταται ακριβώς στην υποβοήθηση από κάποιο άτομο, είτε με τις επιστημονικές του γνώσεις, είτε με την ίδια την ενέργεια που επιφέρει τον θάνατο. Αν η ευθανασία είναι «μη υποβοηθούμενη» τότε δεν είναι ευθανασία, αλλά αυτοκτονία. Αυτό προκάλεσε σύγχυση και, σε συνδυασμό με δηλώσεις φίλων του δημοσιογράφου, τη δικαστική διερεύνηση των ακριβών συνθηκών θανάτου του – αν δηλαδή η αυτοκτονία του ήταν υποβοηθούμενη ή όχι. Καταδεικνύεται λοιπόν για ποιον λόγο χρειάζεται να επιλέγουμε με προσοχή τις λέξεις που χρησιμοποιούμε όταν συζητάμε για αυτό το θέμα.

Ο όρος ευθανασία με τη σύγχρονη έννοιά του χρησιμοποιήθηκε αρχικά από τον Άγγλο φιλόσοφο Φράνσις Μπέικον (Francis Bacon), ο οποίος έγραψε ότι το έργο της ιατρικής είναι η αποκατάσταση της υγείας και η καταπράυνση των πόνων, όχι μόνο όταν η καταπράυνση αυτή μπορεί να οδηγήσει στη θεραπεία, αλλά και όταν μπορεί να εξασφαλίσει έναν εύκολο και γαλήνιο θάνατο [4]. Η θέση αυτή έφερε στο προσκήνιο πολλές διαμάχες που έγιναν οξύτερες τα τελευταία χρόνια. Αρχικά η θέση αυτή στάθηκε αντιμέτωπη στη χριστιανική διδασκαλία, σύμφωνα με την οποία μόνον ο Θεός μπορεί να διαθέσει τη ζωή και τον θάνατο, και αφού ο πόνος έχει κάποια αξία για τη σωτηρία της ψυχής, σε κανένα δεν επιτρέπεται να συντομεύσει τους πόνους. Παρόλα αυτά τα τελευταία χρόνια έγιναν προσπάθειες για τη νομιμοποίηση της ευθανασίας με δικαιολογητικά τον οίκτο προς τον άνθρωπο που υποφέρει, την θυσία για χάρη του κοινωνικού συνόλου και την απαξία ζωής. Και πάλι όμως στους ισχυρισμούς αυτούς

προκύπτει το ερώτημα αν ο άνθρωπος, ειδικός ή όχι, έχει δικαίωμα να επιβουλευεται τη ζωή του συνανθρώπου του και να του δώσει ένα τέλος εύκολο και γαλήνιο. Ηθικό πρόβλημα προκύπτει, επίσης, όταν κάποιος πάσχων από ανίατη νόσο ζητήσει ο ίδιος να του επιβληθεί ευθανασία. Στις περισσότερες χώρες του κόσμου, ο θεράπων ιατρός δεν επιτρέπεται με την αυστηρά νομική έννοια να συμφωνήσει και να πράξει ανάλογα. Όμως, παρά τη ρητή απαγόρευση, οι νόμοι όπως θα δούμε αλλάζουν σε ορισμένες χώρες, ενώ το ζήτημα παραμένει οπωσδήποτε ανοικτό από ηθικής πλευράς.

Πριν συνεχίσουμε, πρέπει να σημειωθεί ότι με τον όρο *ευθανασία* στη συνέχεια θα αναφερόμαστε στην ενεργητική εκούσια ευθανασία, η οποία αποτελεί και το αντικείμενο της εντονότερης διαμάχης.

1.2 Ιστορική αναδρομή

Το θέμα της ευθανασίας δεν είναι καινούριο. Στο βράθρο του Καιάδα στη Λακωνία οι Σπαρτιάτες έριχναν συνήθως τους κακούργους και τους αιχμαλώτους πολέμου, συχνά όμως έριχναν και τα άρρωστα και τα ανάπηρα βρέφη ή και ηλικιωμένους με χρόνια άνιατα νοσήματα, επιδιδόμενοι έτσι σε αυτό που σήμερα θα ονομάζαμε *ακούσια ενεργητική ευθανασία*. Στην αρχαία Ελλάδα πριν την έλευση του Ιπποκράτη, ένα είδος παθητικής ευθανασίας ήταν καθημερινή πραγματικότητα στα Ασκληπιεία, αφού όσοι ήταν σοβαρά πάσχοντες δεν παρέμεναν μέσα στο ιερό όπου γίνονταν οι ιερές θεραπείες με τη «θεία» παρέμβαση, αλλά μεταφέρονταν έξω όπου και αφήνονταν να πεθάνουν [5]. Τον 4ον αιώνα π.Χ. πάντως υπήρξε μία αντίδραση σε πρακτικές ενεργητικής ευθανασίας, καθώς η απαγόρευση της τέθηκε ως μία από τις ουσιαστικές παραδοχές στον Όρκο της Ιπποκρατικής συλλογής [6]. Οι Ρωμαίοι είχαν την ευθανασία ως διέξοδο από την προβληματική και ασθενική ζωή. Σύμφωνα με μαρτυρία του Βαλέριου Μαξίμου, στη Μασσαλία, το κώνειο φυλάγεται σε κρατικές αποθήκες. Όποιος ήθελε να θέσει τέρμα στη ζωή του, παρουσιαζόταν στη Βουλή των εξακοσίων, τεκμηρίωνε την άποψή του και αναλόγως του έδιναν ή όχι την απαιτούμενη δόση κωνείου [7]. Επίσης, στην Κέα εφαρμοζόταν ένα είδος κοινωνικής ευθανασίας, η λεγόμενη «γεροντοκτονία», και όσοι ξεπερνούσαν τα εξήντα χρόνια έπρεπε να πιούν το κώνειο για να πεθάνουν, υπακούοντας στην αντίληψη ότι όποιος δε μπορεί να ζει καλά και να απολαμβάνει τη ζωή, οφείλει να μη συνεχίζει να ζει [7]. Μπορεί επίσης να σημειωθεί ότι υπάρχουν και αναφορές για ευθανασία σε πρωτόγονες κοινωνίες, όπως για παράδειγμα η «Δοκιμασία του Κοκκοφοίνικα» κατά την οποία οι ηλικιωμένοι αναγκάζονται να ανεβούν σε έναν κοκκοφοίνικα και οι άλλοι από κάτω τον ταρακουνούν με δύναμη. Εάν ο ηλικιωμένος μπορέσει και κρατηθεί,

του επιτρέπουν να εξακολουθήσει να ζει, θεωρώντας τον χρήσιμο για την Κοινωνία. Εάν όμως πέσει και σκοτωθεί, δεν έχουν τύψεις, γιατί θεωρούν ότι ήταν ανίκανος να ζει [7].

Στους Μεσαιωνικούς χρόνους, στην Ευρώπη, η ευθανασία αντιμετωπίζεται ως βαρύ αμάρτημα και η απόπειρα αυτοκτονίας αποτελούσε αντικείμενο τιμωρίας. Σε αυτό συνέτεινε η Χριστιανική διδασκαλία για το ιερό και απαραβίαστο της ανθρώπινης ζωής, που απαιτούσε υπομονή, προσμονή και μετάνοια [8]. Η αντίθεση του Ιπποκράτη στην ευθανασία ενισχύθηκε με την άνοδο του Χριστιανισμού και από το 1870, όταν ο Samuel Williams πρότεινε την ευθανασία με χρήση αναισθητικών και μορφίνης μέχρι σήμερα, έχουν προηγηθεί πολλές συζητήσεις με τη συμμετοχή γιατρών, νομικών και κοινωνικών επιστημόνων [9].

Στα νεώτερα χρόνια ασχολήθηκαν με το πρόβλημα της ευθανασίας μεγάλες φυσιογνωμίες του πνεύματος και της επιστήμης, φιλόσοφοι, πολιτικοί, νομικοί και ιατροί που διατύπωσαν διάφορες θεωρίες ως προς το ηθικά και επιστημονικά θεμιτό της. Όπως ήδη αναφέρθηκε ο Bacon υποστήριξε ότι οι ιατροί πρέπει να παρέχουν ήρεμο και εύκολο θάνατο στους ανιάτους, έτσι ώστε να τους λυτρώνουν από τους πόνους και την επιθανάτια αγωνία, ενώ ο Thomas More έκανε έκκληση σε ιερείς και δικαστές να παρακινούν τους ανίατα ασθενείς να τερματίσουν μόνοι τους τη ζωή τους, μια και είναι άχρηστη, οδυνηρή και βαρετή στους ίδιους και τους τρίτους [10].

1.3 Επιχειρήματα υπέρ και κατά

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται ορισμένα επιχειρήματα που είτε υποστηρίζουν είτε αντιμάχονται την έννοια της ευθανασίας. Όπως θα δούμε, κανένα επιχείρημα δεν είναι τόσο ισχυρό ώστε να καταλήγουμε με βεβαιότητα το αν η ευθανασία είναι ηθικά αιτιολογημένη ή όχι.

Ορισμένα επιχειρήματα υπέρ της ευθανασίας είναι τα ακόλουθα:

1) *Η αυτονομία του ανθρώπου δικαιολογεί την ευθανασία.* Πράγματι εφόσον η κοινωνία προστατεύει το αυτεξούσιο του ανθρώπου, με βάση την αυτονομία του ο άνθρωπος δύναται να επιλέγει όχι μόνο την έκταση της μορφώσεως του, το γάμο, τη σταδιοδρομία για τους επαγγελματικούς στόχους, αλλά και το χρόνο και τον τρόπο του θανάτου του. Κατά επέκταση το άτομο έχει δικαίωμα να αρνείται τις ιατρικές παρεμβάσεις και να τερματίζει τη ζωή του όταν τέτοιες παρεμβάσεις συγκρούονται με το όραμα του για καλή ζωή. Και αυτό επειδή σε τελευταία ανάλυση, δεν υπάρχει ένα και μοναδικό μοντέλο καλής ζωής στο οποίο οφείλουν να προσαρμοστούν όλοι. Οι άνθρωποι λαμβάνουν διαφορετική στάση απέναντι στη ζωή και εφόσον η ζωή ενός ατόμου έπαψε να έχει νόημα και σκοπό ή γίνεται ανυπόφορη τότε δύναται να την τερματίσει [11]. Βέβαια, το επίπεδο της αυτονομίας του κάθε ατόμου είναι διαφορετικό, και δεν μπορούμε να υποθέσουμε εκ του ασφαλούς ότι, αν επιτρεπόταν νομικά η ευθανασία, θα εφαρμοζόταν μόνο σε όσους την επέλεξαν με πλήρη αυτονομία, ειδικά αν

αναφερόμαστε σε άτομα που το νόσημά τους ή ο πόνος τους ενέχουν τον κίνδυνο συμβιβασμού της αυτονομίας τους.

2) *Η αγαθοεργία δικαιολογεί την ευθανασία.* Πράγματι σε ορισμένες περιπτώσεις η συνέχιση της ζωής του ατόμου επιφέρει περισσότερο πόνο και βάσανο από τι ο θάνατος καθαυτός, όπως π.χ. στις ανίατες, τις βασανιστικές, τις μοιραίες ασθένειες υπό τις οποίες οι ασθενείς θα καταλήξουν μέσα σε αφόρητους πόνους: κατά συνέπεια στις περιπτώσεις αυτές ο τερματισμός της ανθρώπινης ζωής από τον γιατρό όχι μόνο είναι ηθικά σωστός αλλά και πράξη ανθρωπιάς, αλτρουισμού. Είναι προφανές ότι εδώ υπάρχει μία σύγκρουση αξιών, αφού ο ιατρός καλείται, στο πλαίσιο της αγαθοεργίας να τερματίσει το αγαθό εκείνο που είναι ταγμένος να υπηρετεί, δηλαδή την ανθρώπινη ζωή [12].

3) *Η ενεργητική ευθανασία (που είναι παράνομη) δεν έχει ουσιαστική διαφορά από την παθητική ευθανασία (που επιτρέπεται).* Από μια ηθική σκοπιά η ενεργητική ευθανασία διαφέρει από την διακοπή ή την απόσυρση μια υποστηρικτικής για την ζωή του ασθενούς θεραπευτικής αγωγής. Και στις δύο περιπτώσεις το αποτέλεσμα είναι το ίδιο: ο θάνατος του ασθενούς. Παρομοίως ο ασθενής που εκλιπαρεί το γιατρό να του χορηγήσει την θανατηφόρα ένεση ή να του αποσύρει την υποστηρικτική για τη ζωή του θεραπευτική αγωγή, έτσι κι αλλιώς συγκατατίθεται να καταλήξει. Επομένως η πρόθεση του γιατρού και στις δύο περιπτώσεις είναι ίδια, δηλαδή ο τερματισμός της ανθρώπινης ζωής. Η διαφορά είναι ότι στην πρώτη περίπτωση ο γιατρός χορηγεί τη θανατηφόρα ένεση, ενώ στην δεύτερη περίπτωση αποφύγει

την ιατρική παρέμβαση ή μεσολάβηση. Κατά συνέπεια οι υποστηρικτές της ευθανασίας ισχυρίζονται ότι δεν υφίσταται σπουδαία ηθική διάφορα στις δύο αυτές διαφορετικές ιατρικές πράξεις, κατά επέκταση δεν υφίσταται ηθική διαφορά μεταξύ τελικού αποτελέσματος συγκατάθεσης ασθενούς και της προθέσης του γιατρού. Συνδυάζοντας αυτές τις θεωρήσεις, οδηγούνται στο απώτερο σκεπτικό που τονίζει ότι σε τελική ανάλυση ότι δεν υφίσταται ηθική διάκριση μεταξύ ενεργητικής - παθητικής ευθανασίας, πράξης -παράλειψης του γιατρού, φόνου ή ευκαιρίας που δίνουν οι γιατροί στον ασθενη αφήνοντας τον να καταλήξει [13]. Ο προβληματισμός γύρω από τις διαφορές ανάμεσα στις ηθικές σημασίες των πράξεων και των παραλείψεων έχει εφαρμογή σε πλήθος άλλα φιλοσοφικά ζητήματα, αλλά οι πτυχές του είναι πάρα πολλές για να αναλυθούν διεξοδικά στην παρούσα εργασία.

Ορισμένα επιχειρήματα κατά της ευθανασίας είναι τα ακόλουθα:

1) Ενώ το αυτεξούσιο αποτελεί θεμελιώδη αξία, εντούτοις δεν δικαιολογεί την ευθανασία.

Όλες οι εκούσιες ενέργειες εκάστου ανθρώπου, έστω κι αν δεν κάνουν κακό στους άλλους, δεν επιτρέπονται με την επίκληση του αυτεξούσιου. Ο άνθρωπος δε δύναται θεληματικά και αμετάκλητα να παραιτείται από τους θεμελιώδεις όρους που διέπουν την αυτονομία. Για παράδειγμα η κοινωνία μας απαγορεύει, και ορθώς πράττει, την εκούσια υποδούλωση ή την μονομαχία. Η εκούσια υποδούλωση ή η θανάτωση ικανών ατόμων που ωστόσο συγκατατίθεται σε αυτό, αποτελούν στοιχεία ασυμβίβαστα με τους θεμελιώδεις όρους που είναι απαραίτητοι για τους ανθρώπους που υπερασπίζονται την ιδέα μιας καλής ζωής [14].

2) Παραμένει αδιευκρίνιστο αν η αγαθοεργία δικαιολογεί την νομιμοποίηση της ευθανασίας.

Πολλές μελέτες δείχνουν ότι οι γιατροί και το σύστημα ιατρικής φροντίδας γενικά δεν επαρκούν, με την έννοια ότι δεν ασχολούνται ικανοποιητικά με την αντιμετώπιση του πόνου "των καταδικασμένων ασθενών" που πάσχουν από θανατηφόρες ασθένειες [15]. Εντούτοις, αυτό συνήθως δεν ισχύει στις χώρες της Δύσης οι οποίες διαθέτουν εξειδικευμένα κέντρα, όπου επιτυγχάνεται άριστος χειρισμός του πόνου με σύγχρονα μέσα ανακουφιστικής αγωγής, καθώς μόνο ένα ελάχιστο ποσοστό ασθενών υποφέρουν. Όμως για το τελευταίο μηδαμινό

ποσοστό δικαιολογείται η καθιέρωση της ευθανασίας; Στις ελάχιστες αυτές ανθεκτικές περιπτώσεις δε δικαιολογείται αλλαγή κοινωνικής πολιτικής και γενικεύση ή νομιμοποίηση της ευθανασίας, πόσο μάλλον αν αυτό σημαίνει ότι οι γιατροί θα πρέπει να σκοτώνουν ασθενείς. Παρ' όλα αυτά, πρέπει να αναλογιστούμε επίσης (όπως θα δούμε και στη συνέχεια) ότι οι δομές ανακουφιστικής φροντίδας και η ίδια η ανακουφιστική αγωγή ως παρέμβαση γενικότερα δεν λειτουργούν ακόμα στο ανώτερο εκείνο επίπεδο που θα καθιστούσε την ευθανασία τελείως περιττή, ούτε βεβαίως προσφέρεται ανακουφιστική αγωγή σε όλους όσους την έχουν πραγματικά ανάγκη.

3) *Υπάρχει σαφής ηθική διάκριση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας.* Η διαφορά μεταξύ φόνου και εγκαταλείψεως του ασθενούς να καταλήξει υφίσταται και έχει βάση λογική. Πράγματι οι ιατρικές πράξεις διαφέρουν σημαντικά στις δύο αυτές περιπτώσεις στην ευθανασία ο γιατρός εισάγει φάρμακο στον οργανισμό για να τον θανάτωσει ενώ στην διακοπή ή απόσυρση της ιατρικής αγωγής ο γιατρός απέχει, δεν χορηγεί θανατηφόρο φάρμακο αλλά μόνο αποσύρει την φορτική και οδυνηρή για τον ασθενή αγωγή ή το μηχάνημα που τον συντηρεί στην ζωή [16]. Το σπουδαιότερο όμως είναι ότι πρόθεσή του γιατρού διαφέρει ουσιαστικά στις δύο περιπτώσεις, στην πρώτη η πρόθεση του είναι ο θάνατος του ασθενούς ενώ στην δεύτερη περίπτωση ο γιατρός προτίθεται να τερματιστεί την οχληρή, οδυνηρή και ανυπόφορη για τον ασθενή θεραπευτική αγωγή [17].

4) *Η νομιμοποίηση της ευθανασίας αποτελεί επικίνδυνη δημόσια πολιτική, οι δε δυσάρεστες*

συνέπειες τις εστιάζονται κατά κύριο λόγο στην σχέση ασθενούς και επαγγελματία υγείας, καθώς και στην πρακτική άσκηση της ιατρικής. Πράγματι η νομιμοποίηση της φαίνεται ότι υπονομεύει την εμπιστοσύνη του ασθενούς προς τον επαγγελματία υγείας. Έστω και μία μοναδική αναφορά καταχρήσεώς της οδηγεί στην κατάργηση της εμπιστοσύνης και της καλής σχέσης ασθενούς προς τον γιατρό ή τον νοσηλευτή. Η νομιμοποίηση της υπονομεύει επίσης την οφειλόμενη ευσπλαχνική ανθρώπινη φροντίδα των επαγγελματιών υγείας προς τους ανιάτως πάσχοντες. Οι επαγγελματίες υγείας είναι δυνατόν να φτάσουν να θεωρούν την ευθανασία πιο εύκολη, ταχεία, αποτελεσματική και αποδοτική μέθοδο συγκριτικά με την επίπονη και συνεχή ιατρική προσπάθεια η οποία είναι αναγκαία για τον έλεγχο των συμπτωμάτων για τους σοβαρά πάσχοντες [12].

5) Το «ολισθηρό σκαλοπάτι». Σε διάφορες συζητήσεις που έχουν γίνει κατά καιρούς για τα αρνητικά της ευθανασίας αναφέρεται έντονα το «ολισθηρό σκαλοπάτι». Σύμφωνα με το συγκεκριμένο επιχειρήμα μια ηθική επιλογή πρέπει να πάρει ηθική αξία ανάλογη με τις συνέπειες που θα προκύψουν από αυτήν. Εάν αυτού του είδους οι επιπτώσεις είναι επικίνδυνες σε μεγαλύτερο βαθμό από αυτόν στον οποίο οι βέβαιες συνέπειες θα ήταν ωφέλιμες, τότε οφείλουμε να απορρίψουμε την επιλογή αυτή. Ακόμη και αν συγκεκριμένες πράξεις θανάτωσης είναι μερικές φορές ηθικά δικαιολογημένες στην περίπτωση πασχόντων από ανίατα νοσήματα, αν επικυρωνόταν ηθικά η πρακτική της ευθανασίας θα μπορούσε να οδηγήσει σε σοβαρούς κοινωνικούς κινδύνους κατάχρησης και εσφαλμένης αντίληψής της [17]. Αυτό που υποστηρίζει το επιχειρήμα δεν είναι ότι οι αρνητικές συνέπειες θα γίνουν

αμέσως εμφανείς με τη νομιμοποίηση, αλλά ότι θα προκύψουν σταδιακά με την πάροδο του χρόνου, καθώς οι πρακτικές αυτές θα γίνουν σιγά-σιγά οι συνηθισμένοι τρόποι μεταχείρισης των σοβαρά άρρωστων και τραυματισμένων ασθενών. Η κοινωνία θα μπορούσε να ξεκινήσει περιορίζοντας τον αριθμό των ασθενών που πληρούν τις προϋποθέσεις για ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Οι περιορισμοί, όμως, θα αναθεωρούνταν και θα διευρύνονταν με τον καιρό και θα αυξανόταν ολοένα περισσότερο ο κίνδυνος να λαμβάνουν χώρα αδικαιολόγητες θανατώσεις ή να επιτρέπεται αναίτια σε ασθενείς να πεθάνουν. Αν γλιστρήσει κανείς στην κορυφή της σκάλας, είναι εύκολο να καταλήξει στη βάση της γλιστρώντας όλα τα σκαλιά προς τα κάτω, και από αυτήν την απεικόνιση της ηθικής κατάπτωσης προήλθε η έκφραση «ολισθηρό σκαλοπάτι». Τα ασυνείδητα άτομα θα μάθαιναν πώς να εκμεταλλεύονται το σύστημα, όπως ακριβώς κάνουν με τη φοροδιαφυγή. Με λίγα λόγια, το σύστημα αξιών της κοινωνίας θα πληττόταν σοβαρά και θα υπήρχε πάντα το αναπόφευκτο μόνιμο πρόβλημα των εσφαλμένων διαγνώσεων, της κατάχρησης και της αμέλειας και των αδικαιολόγητων κινδύνων για τα πλέον ευάλωτα μέλη της κοινωνίας, όπως οι ηλικιωμένοι, τα βρέφη με γενετικές ανωμαλίες και τα άτομα με νοητική υστέρηση.

Όπως είπαμε, δεν είναι σκοπός μας να απαριθμήσουμε όλες τις απόψεις και τα επιχειρήματα για την ευθανασία, καθώς στο τέλος δεν φαίνεται να υπάρχει ομοφωνία αφού η βασική διαφορά έγκειται στην ιερότητα που αποδίδεται από κάποιους στην ανθρώπινη ζωή. Στη συνέχεια θα εξετάσουμε το νομικό πλαίσιο που διέπει την ευθανασία, το οποίο είναι αρκετά πιο σαφές από το ηθικό πλαίσιο.

Κεφάλαιο 2: Νομικά ζητήματα

Ο τρόπος με τον οποίο ρυθμίζονται τα θέματα της ευθανασίας ποικίλλει από χώρα σε χώρα ανάλογα με τις ηθικές αξίες και τον νομικό πολιτισμό, αλλά ο βασικός κανόνας στα περισσότερα μέρη του κόσμου είναι η αρχή ότι οποιαδήποτε αφαίρεση ζωής θεωρείται έγκλημα και τιμωρείται. Κατά τα τελευταία έτη όμως εμφανίζεται μια ανοχή σχετικά με την παθητική ευθανασία, κατά την οποία ο γιατρός διακόπτει την παροχή τροφής και μηχανικής υποστήριξης. Αυτό εμφανίζεται διαφορετικά σε κάθε χώρα :

2.1 Διεθνής και εγχώρια νομοθεσία

A) Ελλάδα

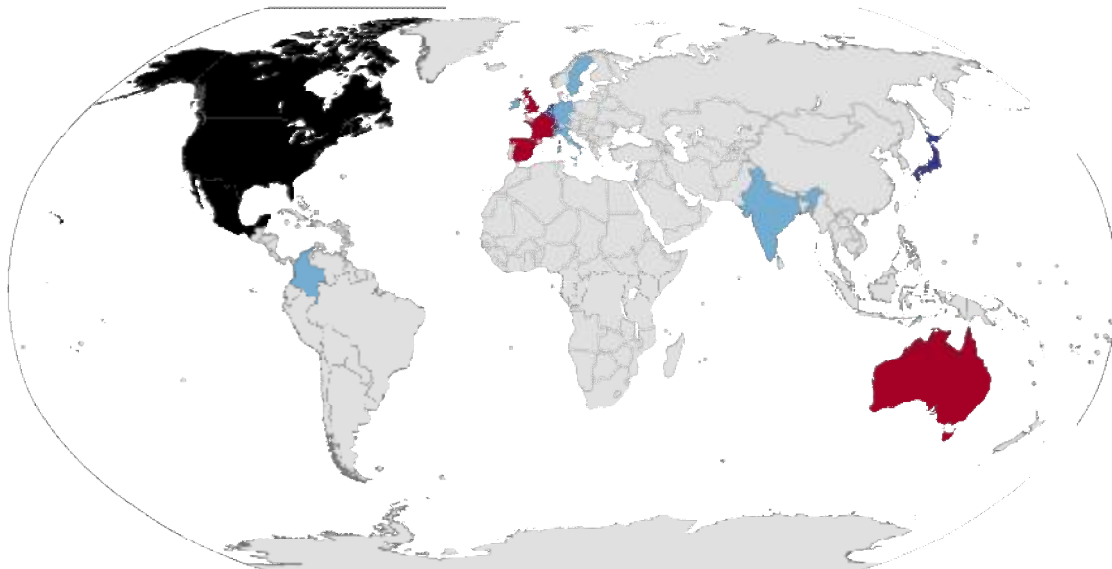
Στην Ελλάδα ο νόμος είναι εξαιρετικά σαφής σε ό,τι αφορά το θέμα της ευθανασίας. Στο άρθρο 303 του Ποινικού Κώδικα προβλέπεται ότι «όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο για αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια τιμωρείται με φυλάκιση». Σε αυτήν τη διατύπωση δεν χρησιμοποιείται καθόλου ο όρος «ευθανασία», είναι όμως σαφές ότι γίνεται λόγος για την εκούσια ενεργητική ευθανασία. Η πράξη επομένως είναι αξιόποινη αλλά τιμωρείται ελαφρότερα αφού δεν εξισώνεται με κοινή ανθρωποκτονία με πρόθεση. Απαιτείται όμως απαίτηση από το θύμα που πρέπει να είναι «σπουδαία και επίμονη». Αν δεν υπάρχει απαίτηση τότε έχουμε ανθρωποκτονία με πρόθεση ακόμα κι αν κίνητρο του δράστη είναι ο οίκτος. Επίσης τα ελληνικά δικαστήρια δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στο κριτήριο της ανίατης ασθένειας, η οποία βέβαια νοείται μόνο ως σωματική [18,19]. Σε κάθε περίπτωση, ακόμα και με την αναγνώριση των ελαφρυντικών, η διενέργεια ενεργητικής ευθανασίας είναι παράνομη. Δεν ισχύει βέβαια το ίδιο με την παθητική ευθανασία. Σύμφωνα με τον συνταγματολόγο Τάκη Βιδάλη, δεν υπάρχει καμία διάταξη στο Σύνταγμα ή σε άλλο κείμενο της ελληνικής νομοθεσίας που να απαγορεύει την παθητική ευθανασία [20]. Η εθελούσια ευθανασία λαμβάνει χώρα όταν ο τερματισμός της ζωής ενός ατόμου συμβαδίζει με τις επιθυμίες του συγκεκριμένου ατόμου. Αυτό μπορεί να συμβαίνει με το άτομο να έχει πλήρη συνείδηση των λόγων του, ή να έχει χάσει τον έλεγχο της συνείδησής του, αλλά να έχει φροντίσει να αφήσει κάποια προγενέστερη οδηγία ή «διαθήκη ζωής» όσο η συνείδησή του ήταν λειτουργική. Με αυτές τις

οδηγίες, ένα άτομο γνωστοποιεί εκ των προτέρων επιθυμίες για τη μεταχείρισή του, αν συμβεί να υποστεί σοβαρή βλάβη της υγείας που δεν θα του επιτρέπει να εκφραστεί ή θα του στερεί την ικανότητα της βούλησης. Οι προγενέστερες οδηγίες διαφέρουν από την αντιπροσώπευση (δηλαδή τη λήψη των αποφάσεων από εξουσιοδοτημένους τρίτους), κατά το ότι υπάρχει έγκυρη βούληση ικανού προσώπου, έστω κι αν αυτή η βούληση έχει εκφρασθεί σε ανύποπτο χρόνο [21]. Αυτές οι οδηγίες έχουν συνηθέστερα αρνητικό χαρακτήρα, με την έννοια ότι επιτάσσουν την αποφυγή μίας επίπονης θεραπείας (πχ εντολές μη ανάνηψης – DNR) ή της εξακολούθησης μίας αγωγής, ώστε να μην παρατείνεται μια αφόρητη κατά την κρίση του ενδιαφερομένου κατάσταση, και δεν επιχειρούν να επιβάλλουν συγκεκριμένες θεραπείες ή αγωγές. Με απλά λόγια, αρνούνται συγκεκριμένες θεραπείες, αλλά δεν απαιτούν άλλες θεραπείες. Τέλος, μία προγενέστερη οδηγία μπορεί απλά να αναφέρεται στην αντιπροσώπευση που αναφέρθηκε προηγουμένως, δηλαδή να εξουσιοδοτεί απλά ένα άλλο άτομο να λάβει τις σχετικές αποφάσεις, όπως για παράδειγμα ένα συγγενικό πρόσωπο ή φίλο. Επειδή όμως το νομικό καθεστώς που διέπει αυτού του είδους τις οδηγίες είναι αρκετά περίπλοκο, δεν έχει νόημα να επεκταθούμε περισσότερο σε αυτό το σημείο.

Β) Διεθνής νομοθεσία

Σε πολλές χώρες του κόσμου το καθεστώς περί ευθανασίας βρίσκεται υπό αναθεώρηση, έστω με την έννοια ότι γίνονται συζητήσεις (όπως και στη χώρα μας), αν και μπορεί επίσης να αναφερόμαστε σε νομοθετικές πρωτοβουλίες που λαμβάνουν χώρα. Κατά συνέπεια, τα όσα παρουσιάζονται στη συνέχεια θα μπορούσαν να αλλάξουν σχετικά γρήγορα. Οι σχετικές

πληροφορίες συγκεντρώνονται στην αντίστοιχη ιστοσελίδα της Wikipedia, η οποία μπορεί να ανανεώνεται ταχύτατα, κάθε φορά που υπάρχει μία αλλαγή στο καθεστώς κάποιας χώρας [22]. Μία ιστοσελίδα της Wikipedia οπωσδήποτε στερείται επιστημονικής εγκυρότητας με τους ισχύοντες κανόνες, αλλά είναι χρήσιμη για τέτοιου είδους πληροφορίες που μεταβάλλονται διαρκώς. Ο ακόλουθος χάρτης παρουσιάζει την τρέχουσα κατάσταση στον κόσμο:



Σχήμα 1: Το καθεστώς της ευθανασίας παγκοσμίως [22]. Με **μπλε** οι χώρες όπου η ενεργητική ευθανασία είναι νόμιμη, με **γαλάζιο** οι χώρες όπου η παθητική ευθανασία είναι νόμιμη, με **κόκκινο** οι χώρες όπου κάθε είδους ευθανασία είναι παράνομη, και με **μαύρο** οι χώρες των οποίων η νομοθεσία διαφοροποιείται στην επικράτειά τους.

Στη συνέχεια αναφερόμαστε σε ορισμένες χώρες των οποίων η σχετική νομοθεσία παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον.

- Ηνωμένο Βασίλειο

Όπως αναφέρεται σε βρετανικό νόμο του 1961, σχετικό με την αυτοκτονία (British Suicide Act of 1961), όταν κάποιος βοηθά ή ενθαρρύνει σε κάποιον αυτοκτονία, διαπράττει αυτόματα ποινικό αδίκημα και αντιμετωπίζει ποινή φυλάκισης που φτάνει έως τα 14 χρόνια κάθειρξη, αφού ο νόμος θεωρεί την ευθανασία ως υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Ο νόμος δεν παραλείπει να αναφέρει και το αυτονόητο, ότι δηλαδή αυτοκτονία χωρίς τη συνδρομή άλλου ανθρώπου θεωρείται νόμιμη [23]. Το ζήτημα της ευθανασίας έχει επανέλθει ωστόσο στο προσκήνιο έπειτα από περιπτώσεις Βρετανών πολιτών, με ανίατες ασθένειες, που επέλεξαν να ταξιδέψουν εκτός συνόρων, σε χώρες όπου η ευθανασία δεν είναι παράνομη, για να τερματίσουν τη ζωή τους [24]. Μεταξύ 2003 και 2006 αναλήφθηκαν νομοθετικές πρωτοβουλίες για να νομιμοποιηθεί υπό προϋποθέσεις η ενεργητική ευθανασία, αλλά τελικά το Βρετανικό Κοινοβούλιο απέρριψε όλες τις σχετικές προσπάθειες.

- Γαλλία

Το 2005 ψηφίστηκε ο νόμος Leonetti, σύμφωνα με τον οποίο επιτρέπεται η παθητική ευθανασία, δηλαδή να τερματιστεί θεραπεία ασθενή που υποφέρει από αβάσταχτους πόνους, ακόμα και αν η συγκεκριμένη θεραπεία είναι αυτή που τον κρατά στη ζωή, αρκεί βεβαίως ο ίδιος ο ασθενής να το ζητήσει έντονα και να υπάρξει έγγραφη συναίνεσή του [25]. Αυτήν την περίοδο η κυβέρνηση στη Γαλλία επιχειρεί να επιτρέψει επίσης και την ενεργητική ευθανασία, η οποία αποτέλεσε και προεκλογική δέσμευση του προέδρου Ολάντ και φαίνεται να έχει την υποστήριξη μεγάλης μερίδας του κοινού.

- Ολλανδία

Η ευθανασία νομιμοποιήθηκε το 2002. Πρόκειται για την πρώτη ευρωπαϊκή χώρα που προέβη στη νομιμοποίηση, καταγράφοντας και τα κριτήρια που θα πρέπει να ισχύουν ώστε ο γιατρός να βοηθήσει τον ασθενή να πεθάνει. Συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι ο ασθενής θα πρέπει να πάσχει από ανίατη αρρώστια, να είναι ενήλικος, να βιώνει αβάσταχτους πόνους και να έχει πλήρη γνώση της κατάστασής του και της επιθυμίας του να πεθάνει. Στην Ολλανδία, ο γιατρός που θα αναλάβει να κάνει ευθανασία είναι ο άμεσα υπεύθυνος για τη σωστή έκβαση της διαδικασίας. Πρέπει να σημειωθεί ότι και πριν την ψήφιση του σχετικού νόμου υπήρχε για σειρά ετών μία «σιωπηρή σύμβαση» στη χώρα, βάσει της οποίας δεν διώκονταν ποινικά οι ιατροί που είχαν υποβοηθήσει ασθενείς να αυτοκτονήσουν [26].

- Βέλγιο

Το παράδειγμα της Ολλανδίας ακολούθησε λίγο αργότερα το Βέλγιο το 2002. Και στη βελγική νομοθεσία αναφέρονται ρητώς οι προϋποθέσεις που πρέπει να υπάρχουν ώστε η διαδικασία να είναι νόμιμη. Χρειάζεται ο ασθενής να δηλώσει γραπτώς την επιθυμία του, να πάσχει από ανίατη ασθένεια, η κατάστασή του να είναι μη αναστρέψιμη και το αίτημα να εξεταστεί από επιτροπή [27]. Το 2013 θεσμοθετήθηκε η δυνατότητα να γίνεται ευθανασία και σε ασθενείς μικρότερους από 18 χρόνων [28]. Η νομοθεσία καλύπτει μόνο όσους είναι Βέλγοι, οπότε η διαδικασία δεν μπορεί να γίνει για πολίτες άλλων χωρών.

- Ελβετία

Σε αυτή τη χώρα η ενεργητική ευθανασία επιτρέπεται, και μάλιστα υπάρχει μια ιδιαίτερη κλινική, η Dignitas (από τη λέξη dignity=αξιοπρέπεια), στην οποία καταφεύγουν ασθενείς βαρύτατων και ανίατων ασθενειών από όλο τον κόσμο που επιθυμούν να τερματίσουν τη ζωή τους [29]. Πρόσφατα οι ελβετικές αρχές συζητούσαν το ενδεχόμενο να απαγορευτεί η πρόσβαση ξένων υπηκόων σε αυτήν την κλινική, διότι ανησυχούσαν ότι η χώρα τους θα μπορούσε να μετατραπεί σε τουριστικό προορισμό αυτοκτονίας [30].

- Αυστραλία

Η ευθανασία απαγορεύεται σε οποιαδήποτε μορφή. Το 1995 με τον νόμο Rights of the Terminally Ill Act η υποβοηθούμενη αυτοκτονία επιτράπηκε, αλλά δύο χρόνια αργότερα αυτός ο νόμος καταργήθηκε έπειτα παρέμβαση της Ομοσπονδιακής Βουλής [31].

- ΗΠΑ

Στις ΗΠΑ η κατάσταση είναι αρκετά περίπλοκη, καθώς η νομοθεσία διαφοροποιείται σε ορισμένες Πολιτείες, όπως στο Όρεγκον, την Ουάσινγκτον και την Καλιφόρνια, ενώ δεν υπάρχει κοινώς αποδεκτή ορολογία ως προς τις διάφορες πτυχές της νομοθεσίας: η ενεργητική ευθανασία απαγορεύεται σε όλη την επικράτεια, αλλά στις προαναφερθείσες

πολιτείες επιτρέπεται η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, υπό προϋποθέσεις [32].

- Ιαπωνία

Γενικότερα η Ιαπωνία είναι μία χώρα όπου η αυτοκτονία κατέχει ιδιαίτερη θέση στην κουλτούρα της, και η ευθανασία είναι νόμιμη από το 1962. Θα πρέπει όμως να αποδεικνύεται ότι ο ασθενής πονάει και υποφέρει αβάσταχτα, και ότι η κατάστασή του είναι μη αναστρέψιμη. Επίσης ο νόμος αναφέρει ρητά ότι η ευθανασία πρέπει να γίνεται μόνο από γιατρό και με «ηθικά σωστό τρόπο» [33].

2.2 Ορισμένες γνωστές διαμάχες περί ευθανασίας

Οι διάφοροι νόμοι στους οποίους αναφερθήκαμε μπορεί να μεταβάλλονται ή να μένουν ίδιοι με το πέρασμα των χρόνων, προκύπτουν πάντα όμως ως αποτέλεσμα συζητήσεων, και αυτές τις συζητήσεις τις επιβάλλει η ανάγκη της κοινωνίας. Αυτό συμβαίνει συνήθως με ορισμένες περιπτώσεις ασθενών που λαμβάνουν δημοσιότητα και χρησιμεύουν έτσι ως μέσα άσκησης πίεσης στους νομοθέτες ώστε να επανεξετάσουν τις σχετικές διατάξεις. Όπως προαναφέραμε, το πρόσωπο που προκάλεσε την πρόσφατη αναζωπύρωση της συζήτησης στη χώρα μας ήταν ο Αλέξανδρος Βέλλιος, και απομένει να δούμε αν θα υπάρξουν και νομοθετικές πρωτοβουλίες. Στο τελευταίο έργο του [2], ο δημοσιογράφος αναφέρει: «Εγώ είμαι διάπυρος υποστηρικτής του δικαιώματος μας στο θάνατο. Θεωρώ ότι είναι το πιο θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα. Το ευθνήσκαι για μένα είναι θεμελιώδες! Θα με τρόμαζε πολύ και θα λύγιζα αν μπροστά μου είχα μια προοπτική λιωσίματος σε ένα κρεβάτι νοσοκομείου, σωματικής κατάπτωσης και πόνων. Η ευθανασία είναι το δικαίωμα στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια μέχρι τέλους. Κανένας ιερωμένος, κανένας νομοθέτης, κανένας κοινωνικός λειτουργός δεν έχει το δικαίωμα να μου πει πότε και πώς θα πεθάνω! Είναι μια προσωπική μου υπόθεση και δική μου επιλογή». Επίσης τονίζει «Η ευθανασία είναι δικαίωμα στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια» [2].

Πριν από τον Αλέξανδρο Βέλλιο υπήρξαν ανά τον κόσμο διάφοροι άλλοι υποστηρικτές της ευθανασίας που απαιτούσαν να υποβληθούν και οι ίδιοι στη διαδικασία, ή το απαιτούσαν τα στενά τους πρόσωπα για λογαριασμό τους. Ακολούθως αναφέρονται ορισμένες χαρακτηριστικές περιπτώσεις.

- Terri Schiavo

Ίσως είναι η διασημότερη περίπτωση ευθανασίας στις ΗΠΑ. Η Terri Schiavo έπαθε καρδιακή προσβολή το 1990, η οποία την άφησε «φυτό», με σχεδόν ανύπαρκτη εγκεφαλική λειτουργία. Παρέμενε στη ζωή μέσω ενός τροφοδοτικού σωλήνα για πάνω από μία δεκαετία, προτού ο σύζυγός της ξεκινήσει εκστρατεία που θα της επέτρεπε να πεθάνει. Ήταν μία υπόθεση που πήρε μεγάλη έκταση συγκεντρώνοντας τόσο υπερμάχους, όσο και επικριτές. Κάποιοι ένιωθαν ότι το να την κρατούν στη ζωή χωρίς ελπίδα να ξυπνήσει απλώς παρέτεινε την ταλαιπωρία της, ενώ άλλοι ένιωθαν ότι το να την «σκοτώσουν» ήταν ανήθικο. Στις 18 Μαρτίου 2005 αποσυνδέθηκε επισήμως και νομίμως από τον τροφοδοτικό σωλήνα [34].

- Giovanni Nuvoli

Ο Giovanni Nuvoli ήταν Ιταλός πρώην διαιτητής ποδοσφαίρου, ο οποίος έπασχε από τη νόσο Lou Gehrig (ALS). Όταν η ιταλική κυβέρνηση αρνήθηκε να του δώσει το δικαίωμα στην ευθανασία προχώρησε σε απεργία πείνας που του στοίχισε τη ζωή στις 23 Ιουλίου 2007 [35, σελ 396].

- Piergiorgio Welby

Ο Piergiorgio Welby ήταν Ιταλός ποιητής, ζωγράφος και ακτιβιστής. Διαγνώσθηκε με μυϊκή δυσπλασία σε ηλικία 17 ετών, η οποία εξελίχθηκε με ραγδαίο ρυθμό μέχρι που το 1997 δεν μπορούσε να αναπνεύσει μόνος του. Τότε ήταν που πρωτοστάτησε για το δικαίωμα της

ευθανασίας στην Ιταλία, συναντώντας την έντονη αντίδραση της Εκκλησίας. Στις 20 Δεκεμβρίου 2006 τού δόθηκε το δικαίωμα να πεθάνει με απόσυρση των μηχανικών μέσων που τον κρατούσαν στη ζωή, ωστόσο λόγω της στάσης της Εκκλησίας απέναντι στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία, του αρνήθηκαν τη θρησκευτική ταφή [36].

- Nancy Crick

Η Nancy Crick ήταν Αυστραλή δικηγόρος που έγινε αντικείμενο διαμάχης όταν έδωσε τέλος στη ζωή της παρουσία 21 υποστηρικτών της ευθανασίας και φίλων. Ο λόγος που προχώρησε σε αυτήν την ενέργεια ήταν μία εξαιρετικά επώδυνη τομή στο σώμα της, η οποία προκλήθηκε μετά από επέμβαση εκτομής όγκου. Αν και ο καρκίνος αντιμετωπίστηκε, οι αφόρητοι μετεγχειρητικοί πόνοι κατέστησαν τη ζωή της επώδυνη σε σημείο που να μην της είναι πλέον επιθυμητή [37].

- Chantal Sébire

Η Chantal Sébire ήταν Γαλλίδα δασκάλα η οποία έπασχε από μία σπάνια μορφή καρκίνου (αισθησιονευροβλάστωμα) που της προκάλεσε παραμόρφωση στα μάτια και το πρόσωπο, ενώ είχε χάσει τρεις αισθήσεις: της όρασης, της γεύσης και της όσφρησης. Είχε αιτηθεί δικαίωματος ευθανασίας από τη γαλλική κυβέρνηση, η οποία το είχε απορρίψει, προξενώντας έτσι δημόσια συζήτηση και αντιδράσεις. Στις 19 Μαρτίου 2008 βρέθηκε νεκρή έχοντας καταναλώσει κοκτέιλ φαρμάκων που δεν ήταν διαθέσιμα στη Γαλλία, γεγονός που έκανε

πολλούς να συμπεράνουν ότι ο θάνατός της ήταν ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία [38, σελ 63].

- Hugo Claus

Ο Hugo Claus ήταν επιφανής Βέλγος συγγραφέας, σεναριογράφος, ποιητής και σκηνοθέτης. Το 2008, ο θάνατός του με ευθανασία θεωρήθηκε ιδιαίτερα αμφιλεγόμενος, αν και η διαδικασία στο Βέλγιο είναι νόμιμη. Ο Claus είχε προσβληθεί από τη νόσο Αλτσχάιμερ, η οποία εκφύλιζε πλήρως ένα σπουδαίο μυαλό [39]. Αυτή η υπόθεση καταδεικνύει και το «ολισθηρό σκαλοπάτι», το επιχείρημα κατά της ευθανασίας στο οποίο ήδη αναφερθήκαμε. Αν επιτραπεί η ευθανασία σε άτομα που πάσχουν από Alzheimer (νόσημα που κατά κανόνα δεν προκαλεί ανυπόφορους πόνους, έστω και αν αποδομεί πλήρως την προσωπικότητα του πάσχοντα), δεν είναι εύκολο να γλιστρήσουμε ακόμα πιο κάτω στην σκάλα και να συζητήσουμε το ενδεχόμενο να επιτρέπεται η ευθανασία και σε άλλες, ακόμα λιγότερο ανυπόφορες περιπτώσεις;

2.3 Ευθανασία και ανθρωποκτονία

Η περίπτωση του Hugo Claus αναδεικνύει και τη σημασία της διάκρισης της ευθανασίας από την ανθρωποκτονία, αν και το ζήτημα παρουσιάζει ανυπέρβλητες νομικές, τεχνικές, αλλά και φιλοσοφικές δυσκολίες. Μία από τις βασικότερες ηθικές αξίες πάνω στις οποίες στηρίζονται οι σύγχρονες κοινωνίες είναι η απαγόρευση της ανθρωποκτονίας. Αφού λοιπόν έχουμε η ευθανασία νομικά αντιμετωπίζεται ως μία μορφή ανθρωποκτονίας, για ποιο λόγο αποτελεί τόσο δύσκολο θέμα συζήτησης και δεν είμαστε εξαρχής αρνητικά διακείμενοι προς αυτήν; Ο Rachels δίνει μια εύλογη απάντηση [40, σελ 26]: συχνά μαθαίνουμε ορισμένους κανόνες χωρίς να έχουμε μελετήσει επαρκώς το νόημά τους και, αν τους ακολουθούμε υπό φυσιολογικές συνθήκες, δεν παρουσιάζεται κανένα πρόβλημα. Ένα φαινομενικά άσχετο παράδειγμα είναι η οδήγηση: ο κανόνας υπαγορεύει να ακινητοποιούμε το όχημά όταν ο σηματοδότης είναι κόκκινος. Αν όμως έχουν δημιουργηθεί έκτακτες περιστάσεις, δεν πρέπει να παραβιάζονται ορισμένοι κανόνες; Αν παραβιάζοντας έναν κόκκινο σηματοδότη μπορούμε να αποφύγουμε τη σύγκρουση με ένα όχημα που για κάποιο λόγο είναι εκτός πορείας και κατευθύνεται με μεγάλη ταχύτητα προς το όχημά μας, δεν είναι προτιμότερο από το να παραμείνουμε ακινητοποιημένοι και να προετοιμαστούμε για τη σύγκρουση; Κάτι αντίστοιχο συμβαίνει και με τους ηθικούς κανόνες: πρέπει να καταλαβαίνουμε το νόημά τους, αλλιώς δεν θα μπορούμε να κρίνουμε το πότε επιτρέπεται ή επιβάλλεται να κάνουμε εξαιρέσεις. Και αυτό το νόημα χάνεται σε ορισμένες περιπτώσεις ανθρώπινων ζωών, έτσι ώστε να αναλογιζόμαστε το ενδεχόμενο της ευθανασίας [41]. Υπάρχουν δηλαδή περιπτώσεις κατά τις οποίες δεν υπάρχει

νόημα στην απόλυτη αποφυγή της ανθρωποκτονίας, διότι η ζωή του ατόμου δεν έχει τίποτα να του προσφέρει, και συνιστά απλή επιβίωση, συχνά με την προσθήκη έντονης οδύνης – όπως σε ορισμένες περιπτώσεις καρκίνου τελικού σταδίου, με συμπτώματα πόνου που δεν είναι εφικτό να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά. Επιπλέον, πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν και η άποψη του Young, ο οποίος δηλώνει ότι αυτό που καθιστά την ανθρωποκτονία λάθος στις περισσότερες περιπτώσεις είναι ο χαρακτήρας της ως αμετάκλητη και άδικη παρεμπόδιση των στόχων που έχει ή που θα περιμέναμε να έχει στο μέλλον το θύμα [41]. Πιθανώς λοιπόν να υπάρχουν περιστάσεις στις οποίες ένα άτομο δεν έχει καθόλου στόχους πλέον, με αποτέλεσμα την εξέταση της ανθρωποκτονίας υπό διαφορετικό πρίσμα. Αυτή η διαπίστωση όμως δεν δικαιολογεί αυτόματα την ευθανασία. Όπως είπαμε, το θέμα παραμένει υπό συζήτηση, και δεν υπάρχουν ορατά σημάδια ότι αυτή μπορεί να καταλήξει κάπου προς το παρόν.

Κεφάλαιο 3: Ευθανασία και Νοσηλευτική

Ο νοσηλευτής ως επαγγελματίας υγείας εργάζεται σε διάφορους τομείς στη φροντίδα υγείας. Ίσως ένας από τους δυσκολότερους είναι αυτός της φροντίδας των καρκινοπαθών και γενικότερα των ασθενών τελικού σταδίου, στους οποίους πολλές φορές δύσκολα μπορεί να παρασχεθεί κάτι ουσιαστικότερο από την ανακουφιστική αγωγή. Υπό αυτές τις συνθήκες, και ειδικά αν ακόμα και η ανακουφιστική αγωγή δεν μπορεί να βοηθήσει επαρκώς, ένας νοσηλευτής εύκολα μπορεί να αναλογιστεί το ενδεχόμενο της ευθανασίας – όχι βέβαια ως υπαρκτή δυνατότητα, αλλά ως προβληματισμό για το αν θα έπρεπε να επιτρέπεται. Σε σχέση με άλλους επαγγελματίες υγείας, ο νοσηλευτής που φροντίζει τον ασθενή τελικού σταδίου είναι αυτός που, εκτός από τα συγγενικά και στενά πρόσωπα του ασθενούς, είναι σε θέση να καταλαβαίνει όσο το δυνατόν καλύτερα τι είναι αυτό που αισθάνεται. Αυτό δεν σημαίνει βέβαια πως ο νοσηλευτής μπορεί να κατανοήσει το υποκειμενικό αίσθημα οδύνης που βιώνει ο ασθενής, αλλά ότι τουλάχιστον μπορεί να έχει μία καλύτερη αντίληψη αφού περνάει πολύ χρόνο με τον ασθενή, και ειδικά αν έχει τύχει να αντιμετωπίσει παρόμοια περιστατικά στο παρελθόν.

Καθώς λοιπόν φαίνεται ότι οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη φροντίδα ασθενών που πεθαίνουν, στο παρόν κεφάλαιο θα ασχοληθούμε λίγο περισσότερο με τη θέση που κατέχει η Νοσηλευτική στη συζήτηση περί ευθανασίας.

3.1 Ανακουφιστική φροντίδα και ευθανασία

Η ανακουφιστική φροντίδα έχει ως κύριο αντικείμενό της το τέλος της ζωής. Δεν επισπεύδει ούτε επιβραδύνει τον θάνατο, αλλά τον αντιμετωπίζει ως φυσιολογική διεργασία. Στην ουσία αποσκοπεί στη διατήρηση της καλύτερης δυνατής ποιότητας ζωής μέχρι να επέλθει ο θάνατος, άρα ο έλεγχος του πόνου, άλλων συμπτωμάτων, και κοινωνικών, ψυχολογικών και πνευματικών προβλημάτων αποτελεί την απόλυτη προτεραιότητα [42]. Η ανακουφιστική φροντίδα παρέχει στον ασθενή ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο βιώνει αυτονομία και αξιοπρέπεια. Όμως, η αυτονομία και η αξιοπρέπεια, όπως και η ποιότητα της ζωής, μπορούν να οριστούν μόνο από τον κάθε ασθενή ατομικά. Επιπλέον, δεν υπάρχει κοινώς αποδεκτός ορισμός για το τι ακριβώς συνιστά το 'τέλος της ζωής', ενώ έχουν διαπιστωθεί πολλές διαφορές στην ορολογία που χρησιμοποιείται από χώρα σε χώρα [42]. Επομένως η ανακουφιστική φροντίδα φαίνεται ότι έχει πάρα πολλές ανεξερεύνητες πτυχές και, επειδή αποτελεί έναν σχετικά καινούργιο κλάδο των συστημάτων υγείας, όλοι όσοι εμπλέκονται σε αυτήν πρέπει να συμβάλλουν στην εξέλιξή της και την επέκτασή της σε όλους τους τομείς όπου μπορεί να αποβεί χρήσιμη, πάντα μέσα από τη μελέτη εξατομικευμένων περιπτώσεων ασθενών, ώστε τελικά να χαραχθεί ένας σαφής προσανατολισμός που θα επιτρέψει πιο συγκροτημένες παρεμβάσεις.

Σε αυτήν την προσπάθεια, οι νοσηλευτές αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της ανακουφιστικής φροντίδας. Ουσιαστικά δεν υπάρχει απόπειρα θεραπείας της νόσου, όπου κυρίαρχο ρόλο αναλαμβάνουν οι ιατροί, αλλά παροχή φροντίδας, δηλαδή το κατ' εξοχήν νοσηλευτικό καθήκον. Το μεγαλύτερο πρόβλημα της ανακουφιστικής φροντίδας (και όχι μόνο

στην Ελλάδα) αφορά στην έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού. Είναι λοιπόν απαραίτητο για τους νοσηλευτές να έχουν αποκτήσει τις κατάλληλες δεξιότητες μέσα από την ακαδημαϊκή και τη συνεχιζόμενη εκπαίδευσή τους, προκειμένου να αντεπεξέλθουν στις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες της ανακουφιστικής φροντίδας, και να καθοδηγήσουν αποτελεσματικά τους ασθενείς και τους συγγενείς τους [43].

Σε αυτό το πλαίσιο, οι νοσηλευτές θα πρέπει να έχουν ξεκάθαρη άποψη για την ευθανασία, προκειμένου να παρέχουν αποτελεσματικότερη ανακουφιστική φροντίδα. Εξάλλου υπάρχουν πολλά κοινά στοιχεία μεταξύ ευθανασίας και ανακουφιστικής φροντίδας: για παράδειγμα, βασικό μέλημα και στις δύο περιπτώσεις είναι η διασφάλιση της αξιοπρέπειας του ασθενή που βρίσκεται κοντά στον θάνατο. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι ο τρόπος με τον οποίο επιχειρούν να επιτύχουν αυτή τη διασφάλιση είναι ίδιος. Οι ειδικοί φροντίζουν να επισημαίνουν ότι η ευθανασία και η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν πρέπει να αποτελούν μέρος ή ευθύνες της ανακουφιστικής φροντίδας [44]. Υπάρχει εξάλλου και μία παρατηρούμενη τάση των ειδικών στην ανακουφιστική φροντίδα να εναντιώνονται πολύ σθεναρά στην ευθανασία, κάτι που εξηγείται ως πεποίθηση ότι η περαιτέρω εξέλιξη της ανακουφιστικής φροντίδας μπορεί μελλοντικά να αντικαταστήσει ολοκληρωτικά το όποιο αίτημα ή ανάγκη ευθανασίας [45]. Αυτό σημαίνει ότι μία ενδεχόμενη επίλυση του προβλήματος της ευθανασίας εξαρτάται άμεσα από την πρόοδο και την τελειοποίηση της ανακουφιστικής φροντίδας.

Αυτή η πρόοδος και τελειοποίηση εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό και από τη συμπεριφορά των αρμόδιων νοσηλευτών. Η επιμελημένη νοσηλευτική φροντίδα, ακόμη και η σιωπηλή παρουσία του νοσηλευτή, έχει σκοπό να βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει τη νόσο ή το

θάνατο με γενναιότητα. Οι περισσότεροι άνθρωποι δεν φοβούνται ένα γρήγορο, ξαφνικό τέλος. Έχουν όμως μεγάλη αγωνία για τον τρόπο και το χρόνο που θα πάρει για να πεθάνουν, για τους πόνους, τη φυσική και πνευματική αγωνία που μπορεί να έχουν κατά την περίοδο προ του θανάτου. Όλους αυτούς τους φόβους μπορεί να τους υπερνικήσει ο ασθενής, όταν πιστεύει ότι οι άνθρωποι που τον περιβάλλουν δεν θα τον εγκαταλείψουν και δεν θα τον αφήσουν να υποφέρει. Μπορεί να υπάρχει πόνος, μεγάλη αδυναμία, συμπτώματα απο διάφορα συστήματα, έλλειψη υποστηρικτικών συστημάτων, κοινωνικά και άλλα προβλήματα, ανασφάλεια, μεταφυσικά ερωτήματα και πνευματικές ανησυχίες. Είναι λογικό ότι, αν τα προβλήματα αυτά αντιμετωπιστούν, η επιθυμία και το αίτημα του θανάτου μπορεί να υποχωρήσουν [46]. Υπάρχουν όμως και πολλές προϋποθέσεις:

A) Δεν αρκεί ο θεράπων γιατρός για όλους τους ρόλους, ούτε μόνο ομάδα περισσότερων γιατρών. Απαιτείται πολυπρόσωπη θεραπευτική ομάδα με συμμετοχή διαφόρων επαγγελματιών υγείας, όπως νοσηλευτών, ψυχολόγων, φυσιοθεραπευτών, κοινωνικών λειτουργών, και θρησκευτικών λειτουργών (για ασθενείς που πιστεύουν).

B) Για όλους αυτούς τους επαγγελματίες απαιτείται κατάλληλη εκπαίδευση όχι μόνο για τα επιμέρους αντικείμενα του επαγγέλματος τους, αλλά και για την κατάλληλη ευαισθητοποίηση στις στάσεις και τις συμπεριφορές τους προς τους ασθενείς και το περιβάλλον τους.

Γ) Απαιτείται συνεχής ψυχολογική υποστήριξη των θεραπειών με ομαδικά ή ατομικά προγράμματα και με ενδεχόμενη εναλλαγή των μελών της, σε καθορισμένα διαστήματα, ώστε να αποφεύγεται η εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης [46].

Με εφαρμογή ανάλογων προγραμμάτων οι υπηρεσίες ανακουφιστικής -υποστηρικτικής θεραπείας θα μπορούσαν να υποκαταστήσουν την επίκληση αιτημάτων ευθανασίας και υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Στην ελληνική πραγματικότητα η ανακουφιστική φροντίδα είναι πολυτέλεια και δεν φαίνεται ότι με τις κρατούσες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες θα ανθίσει σύντομα. Αντιθέτως η περιστολή, πανευρωπαϊκά, των δαπανών για την υγεία και την κοινωνική πρόνοια μπορεί να δημιουργήσει μεγαλύτερες επιβαρύνσεις, και αυτό απαιτεί αυξημένη επαγρύπνηση όλων των επαγγελματιών υγείας και των ενεργών πολιτών.

3.2 Οι νοσηλευτές απέναντι στο φαινόμενο της ευθανασίας

Καθώς όπως ήδη σημειώθηκε η ευθανασία δεν είναι νόμιμη παρά σε ελάχιστες περιοχές του κόσμου, οι επίσημοι φορείς λαμβάνουν καθαρή θέση κατά της ευθανασίας χωρίς επιτρεπτές εξαιρέσεις. Για παράδειγμα, ο Κώδικας Ηθικής της Ένωσης Νοσηλευτών της Αμερικής (American Nurses Association – ANA) αναφέρει στην παράγραφο 1.3 ότι οι νοσηλευτές δεν επιτρέπεται να ενεργούν με μόνο σκοπό τον τερματισμό της ζωής ενός ασθενή, ακόμα κι αν αυτές τους οι ενέργειες καθοδηγούνται από συμπόνια, σεβασμό της αυτονομίας του ασθενή και ενδιαφέρον για την ποιότητα της ζωής του [47]. Ο ελληνικός Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας αναφέρεται πιο αόριστα στην αξία της ανθρώπινης ζωής στο άρθρο 7 [48]:

Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην αξία της ανθρώπινης ζωής, λαμβάνει κάθε μέτρο για τη διάσωση ή διατήρησή της και απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να τη θέσει σε κίνδυνο.

Επιπλέον, οι Fry και Johnstone από το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτικής στο ερώτημα μέχρι που πρέπει να φτάσει ο νοσηλευτής για την ανακούφιση εκείνων που υποφέρουν απαντούν με σαφήνεια ότι η εκούσια ενέργεια ενεργητικής ευθανασίας αποκλείεται [49, σελ 137]. Πέρα όμως από τις επίσημες θέσεις των ειδικών σε ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας, δεν πρέπει να μας διαφεύγει και το αυτονόητο, δηλαδή τη νομική πτυχή που απαγορεύει την ευθανασία και στην οποία ήδη αναφερθήκαμε προηγουμένως.

Η ευθανασία είναι παράνομη και οι δεοντολογικές αρχές εύλογα αντιτίθενται σε κάθε υπόνοια εφαρμογής της. Οι επαγγελματίες υγείας το κατανοούν αυτό και οφείλουν να το σέβονται. Όμως για τους ασθενείς που υποφέρουν η κατάσταση είναι διαφορετική. Οι νόμοι και οι κανόνες ενδέχεται να χάνουν μέρος από τη σημασία τους για κάποιον που η ζωή του μαστιάζεται από πόνο και οδύνη. Έτσι, ακόμα κι αν γνωρίζουν ότι είναι παράνομο, το αίτημα της ευθανασίας μπορεί να προβάλλεται παρ' όλα αυτά και μάλιστα με ιδιαίτερα επιτακτικό τρόπο. Μπορεί επίσης οι ασθενείς και οι συγγενείς τους να μη γνωρίζουν ακριβώς τι ισχύει περί ευθανασίας και να βρίσκονται σε σύγχυση όσον αφορά στις δυνατότητες που υπάρχουν. Ο νοσηλευτής που έρχεται αντιμέτωπος με έναν ασθενή ή τους συγγενείς του που ζητούν ευθανασία ή κάνουν σχετικές ερωτήσεις πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός στον τρόπο με τον οποίο θα χειριστεί το θέμα. Οι εξηγήσεις του πρέπει να είναι σαφείς και σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να δώσει λάθος εντυπώσεις σχετικά με το τι είναι επιτρεπτό και τι όχι.

Στην Ολλανδία, μία χώρα όπου η ενεργητική ευθανασία είναι νόμιμη, οι οδηγίες αναφέρουν ότι αν τύχει να μιλήσει κάποιος ασθενής στο νοσηλευτή για το ενδεχόμενο της ενεργητικής ευθανασίας, αυτός οφείλει να συμβουλευτεί τον ασθενή να το συζητήσει με τον θεράποντα ιατρό, δηλαδή να τον παραπέμψει στον αρμόδιο. Αυτή είναι και η κυρίαρχη αντιμετώπιση από τους νοσηλευτές στο ενδεχόμενο που ο ασθενής θέτει τέτοιο ζήτημα, όπως παρουσιάζεται σε μελέτη που διεξήχθη το 2003 [50]. Αυτή φαίνεται να είναι και η πιο λογική προσέγγιση του ζητήματος. Όμως αν πρόκειται για χώρα όπου η ευθανασία δεν είναι νόμιμη, η απ' ευθείας παραπομπή του ασθενή από το νοσηλευτή στον ιατρό προκειμένου να συζητήσουν περί ευθανασίας δεν αποτελεί ενδεδειγμένη λύση. Ο νοσηλευτής δεν πρέπει να αρνείται να μιλήσει

στον ασθενή για το παράνομο και αντιδεοντολογικό καθεστώς της ευθανασίας και να παρέχει τις κατάλληλες εξηγήσεις μεταθέτοντας αυτό το καθήκον στον ιατρό, διότι έτσι μπορεί να δημιουργούνται παρεξηγήσεις από πλευράς ασθενούς. Σε χώρες όπου επιτρέπεται η ευθανασία, ο ιατρός είναι ο αρμόδιος για αυτήν. Σε χώρες όπου απαγορεύεται, κανείς δεν είναι αρμόδιος – συνεπώς είναι παραπλανητικό να μην εξηγεί ο νοσηλευτής εξαρχής όταν τεθεί τέτοιο ζήτημα ότι η περίπτωση της ευθανασίας αποκλείεται. Αν ο ασθενής επιμένει να ακούσει και την ιατρική άποψη, τότε ο νοσηλευτής βεβαίως διευκολύνει την επικοινωνία τους και ενημερώνει τον ιατρό, όμως σε πρώτη φάση πρέπει και ο ίδιος ο νοσηλευτής να έχει συμβάλει στην ορθή ενημέρωση του ασθενή.

Ένας νοσηλευτής μπορεί να έχει την προσωπική αντίληψη ότι η ευθανασία θα έπρεπε να επιτρέπεται, ιδιαίτερα μετά από εμπειρίες που μπορεί να βίωσε στο χώρο της εργασίας του. Όμως ως ενεργός νοσηλευτής εκπροσωπεί και το επάγγελμά του, το οποίο καταδικάζει την ευθανασία μέσα από τα επίσημα όργανά του. Αν μελλοντικά υπάρξει κάποια αλλαγή αντίστοιχη της Ολλανδίας και του Βελγίου στο νομικό και δεοντολογικό καθεστώς που διέπει το ζήτημα της ευθανασίας, ο νοσηλευτής θα μπορεί να εκφράσει ελεύθερα την προσωπική του άποψη υπέρ της. Όμως, προς το παρόν η επαγγελματική του ιδιότητα δρα δεσμευτικά ως προς τη δημοσιοποίηση των προσωπικών του πεποιθήσεων.

Αυτό δεν σημαίνει ότι οι πεποιθήσεις δεν πρέπει να διερευνούνται. Στο επόμενο μέρος της εργασίας θα παρουσιαστούν οι στάσεις και αντιλήψεις φοιτητών νοσηλευτικής για την ευθανασία, τηρώντας βέβαια εμπιστευτικά όλα τα στοιχεία τους. Τέτοιου είδους μελέτες μπορεί μελλοντικά να συμβάλλουν στην αλλαγή του νομοθετικού πλαισίου της χώρας μας, αν κάτι τέτοιο κριθεί αναγκαίο

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4.1 Περιγραφή της μεθοδολογίας

Για την εκτίμηση των στάσεων των φοιτητών Νοσηλευτικής απέναντι στην ευθανασία χρησιμοποιήσαμε την κλίμακα Euthanasia Attitude Scale, η οποία χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1995 [51] και περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις τεταρτοβάθμιας κλίμακας τύπου Likert (απαντήσεις «συμφωνώ απόλυτα», «συμφωνώ», «διαφωνώ» και «διαφωνώ απόλυτα»). Η μετάφραση του εργαλείου έγινε σε συνεργασία με ερευνητές από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Ιδρύματος Θεσσαλίας, και η αποτύπωση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του στον ελληνικό χώρο αναμένεται να προκύψει από μελλοντική επεξεργασία των δεδομένων, καθώς τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης θα ενσωματωθούν στα αποτελέσματα παρόμοιας μελέτης που διεξάγεται στο προαναφερθέν ίδρυμα, ώστε να επιτευχθεί η μεγιστοποίηση του δείγματος. Το ερωτηματολόγιο μεταφρασμένο επισυνάπτεται στο Παράρτημα.

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε φοιτητές Νοσηλευτικής στα Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα Αθήνας και Δυτικής Ελλάδας κατά τους μήνες Απρίλιο και Μάιο 2016, και συμπληρώθηκαν παρουσία των ερευνητών, ώστε να γίνεται άμεσα η επιστροφή τους. Συνολικά συνελέχθησαν 200 ερωτηματολόγια ($N = 200$), δείγμα που κρίνεται ικανοποιητικό, αν και σίγουρα τα αποτελέσματα θα ήταν πολύ πιο έγκυρα και αξιόπιστα με μεγαλύτερο αριθμό ερωτηματολογίων. Ως προς τη στατιστική ανάλυση, τα δεδομένα από τα έντυπα ερωτηματολόγια μεταφέρθηκαν σε βάση δεδομένων με τη χρήση του προγράμματος Microsoft Access 2013, και με το ίδιο πρόγραμμα πραγματοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική της μονομεταβλητής ανάλυσης. Η γραφική απεικόνιση των δεδομένων που

προέκυψαν πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του προγράμματος Microsoft Excel 2013.

Πριν από τη διανομή των ερωτηματολογίων εξασφαλίστηκε η απαραίτητη άδεια από τις αρμόδιες αρχές των Ιδρυμάτων, ενώ η μελέτη εγκρίθηκε και από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Σχολής Επιστημών Υγείας του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας. Σε κανένα σημείο της έρευνας δεν ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να δώσουν προσωπικά στοιχεία (όνομα, διεύθυνση, τηλέφωνο), άρα το επίπεδο της ανωνυμίας που διατηρήθηκε είναι πολύ υψηλό. Οι συμμετέχοντες είχαν ενημερωθεί ότι μπορούσαν να διακόψουν τη συμμετοχή τους στη μελέτη ανά πάσα στιγμή.

4.2 Παρουσίαση αποτελεσμάτων

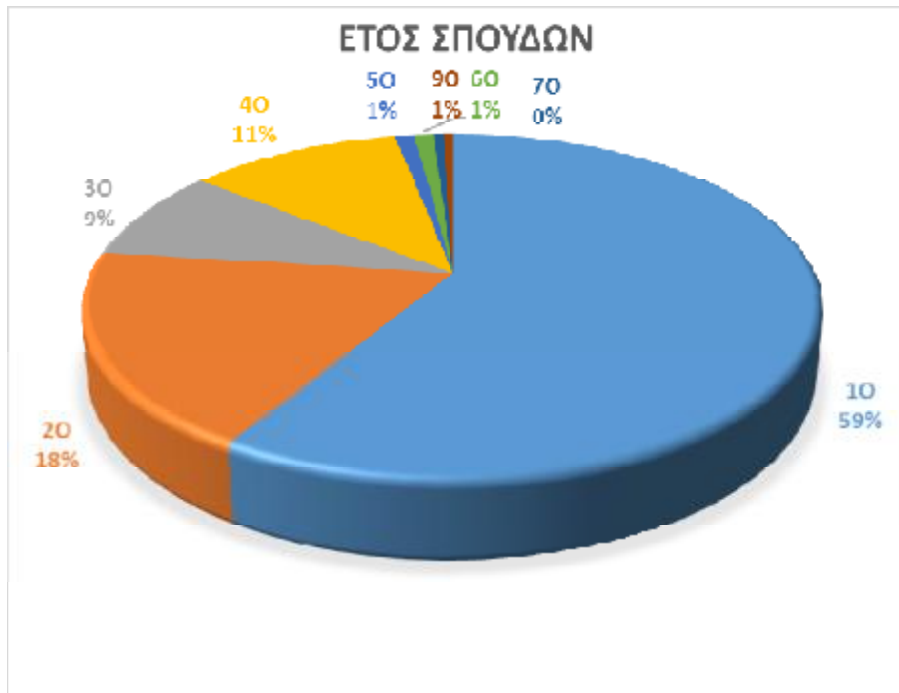
Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα περιγραφικά αποτελέσματα της στατιστικής επεξεργασίας των δεδομένων, με χρήση κατάλληλων γραφημάτων ώστε να αναδεικνύονται καλύτερα. Θα αναφερθούμε πρώτα στα δημογραφικά στοιχεία και έπειτα στις ερωτήσεις του εργαλείου.

Δημογραφικά στοιχεία

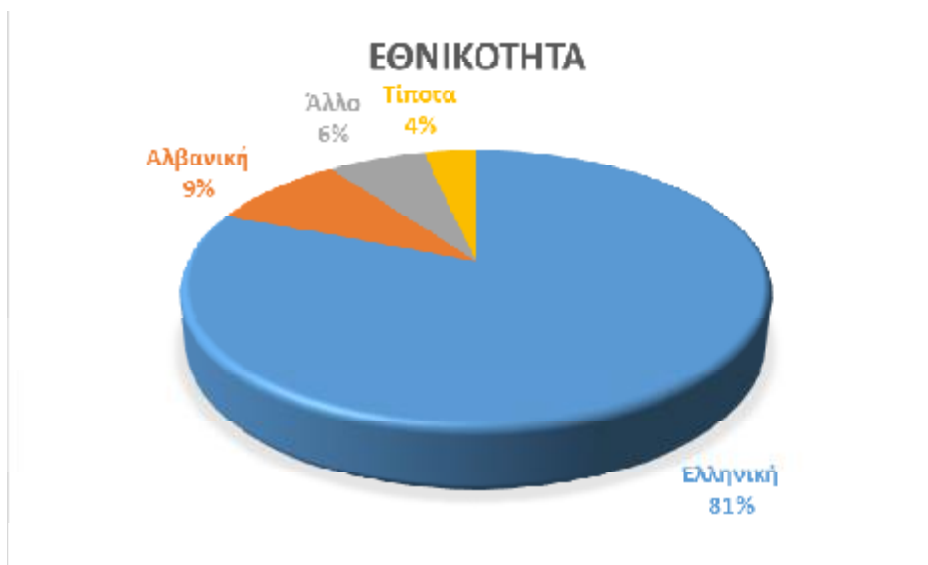
Όσον αφορά στο φύλο των συμμετεχόντων, η πλειοψηφία είναι όπως αναμενόταν γένους θηλυκού με 164 γυναίκες και 36 άντρες.



Ως έτος σπουδών, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι φοιτούν στο 1^ο έτος, ενώ υπήρχαν και 4 που δεν έδωσαν απάντηση σε αυτό το ερώτημα.



Η εθνικότητα ήταν ελληνική στις περισσότερες περιπτώσεις (162 φοιτητές) ενώ 7 επέλεξαν να μην απαντήσουν σε αυτό το ερώτημα.



Στην ερώτηση «Θρήσκευμα» 180 άτομα συνολικά δηλώνουν Χριστιανοί, 11 δίνουν άλλες απαντήσεις (μεταξύ των οποίων και 2 που δηλώνουν άθεοι) και 9 δεν δίνουν καμία απάντηση. Αυτή η πληροφορία δεν εκτιμήθηκε με τον σωστό τρόπο, αφού ο κάθε συμμετέχων έγραφε ο ίδιος την απάντησή του και δεν την επέλεγε από προκαθορισμένη λίστα. Πολλοί που έγραψαν απλά «Χριστιανός» μπορεί να εννοούν «Χριστιανός Ορθόδοξος», ενώ όσοι δεν εξασκούν κάποιο θρήσκευμα μπορεί να μην δήλωσαν άθεοι αλλά απλά να μην απάντησαν καθόλου στο ερώτημα.



Όσον αφορά στον τόπο διαμονής, η πλειοψηφία κατοικεί σε μεγάλες πόλεις με πληθυσμό άνω των 100 χιλιάδων κατοίκων.



Τέλος, στα δημογραφικά στοιχεία περιλαμβάνονται και δύο ερωτήσεις για θέματα που ενδεχομένως έχουν κάποια σχέση με τις απόψεις που διαμορφώνει κανείς για την ευθανασία.

Η πρώτη ερώτηση είναι αν ο συμμετέχων έχει αδέρφια, όπου οι 173 από τους 200 δηλώνουν ότι έχουν.



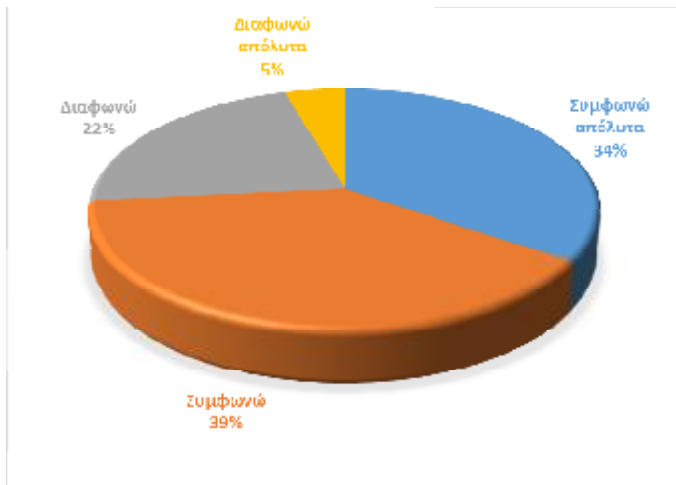
Η δεύτερη ερώτηση αφορά στο πώς αξιολογεί ο ίδιος ο φοιτητής τον εαυτό του ως φοιτητή σε κλίμακα βαθμονόμησης από 1 (καθόλου καλός φοιτητής) έως 5 (πάρα πολύ καλός). Οι περισσότεροι φοιτητές δηλώνουν ότι είναι πολύ ή πάρα πολύ καλοί.



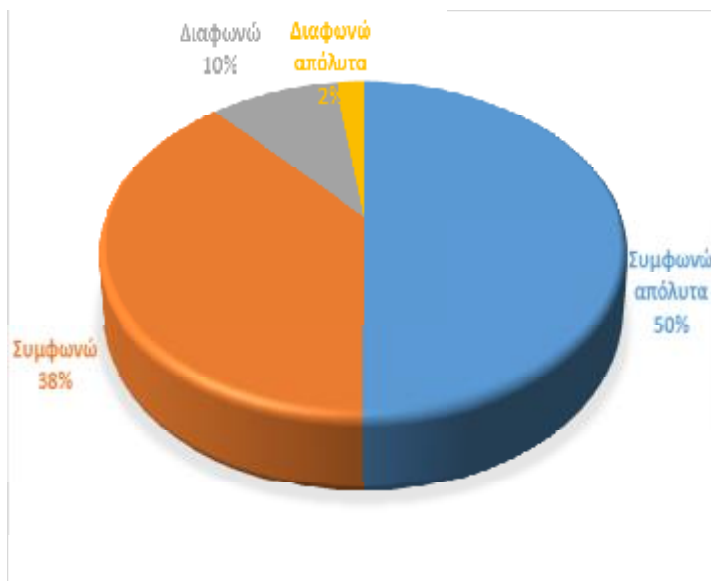
Περιγραφικά στοιχεία

Ακολούθως παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για κάθε μία από τις 30 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.

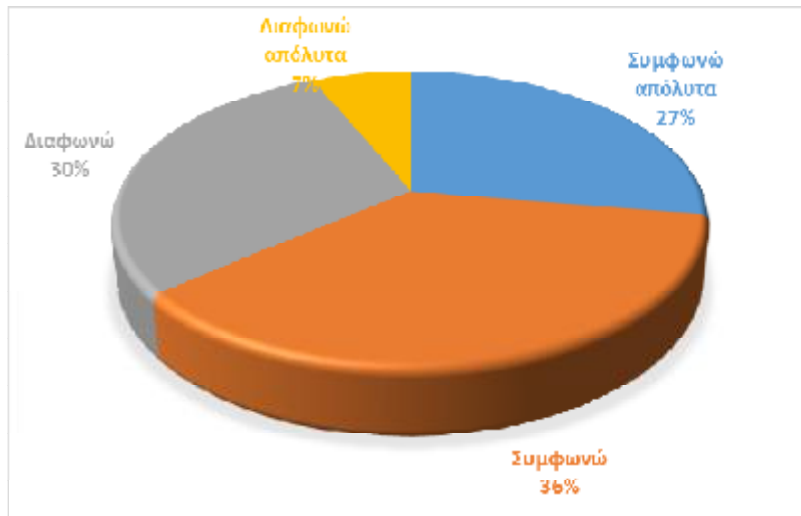
1. Ακόμα κι αν ένας ασθενής τελικού σταδίου εκφράζει με σαφήνεια την προτίμησή του να πεθάνει έναντι της επέκτασης της ζωής του, δεν πρέπει να εκτελείται καμία πράξη που επιφέρει το θάνατο του ασθενή.



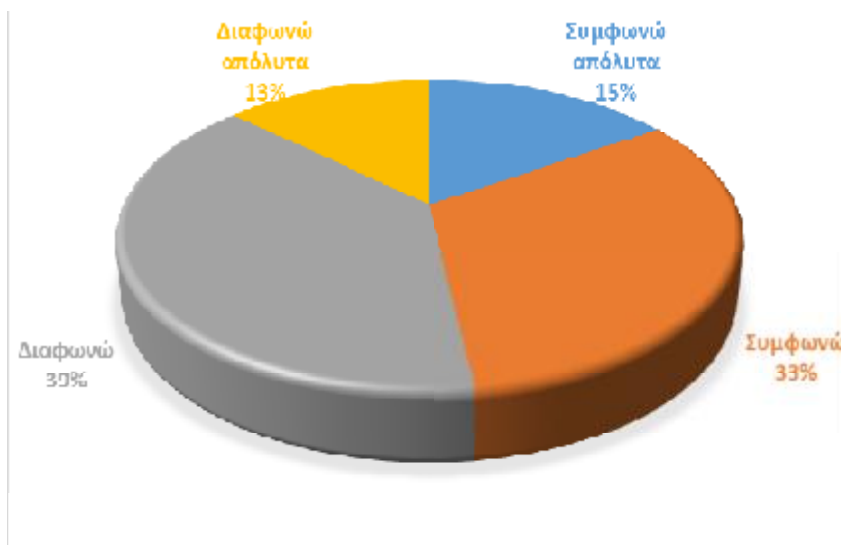
2. Υπό οποιαδήποτε συνθήκες, θεωρώ ότι οι γιατροί θα πρέπει να προσπαθούν να παρατείνουν τη ζωή των ασθενών τους.



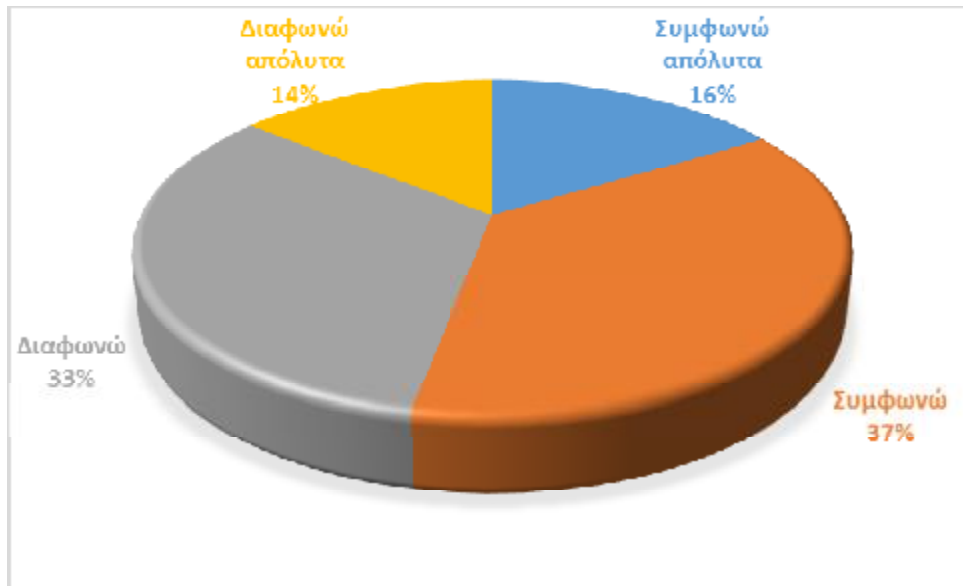
3. Για μένα δεν υπάρχει ποτέ αιτιολόγηση για τον τερματισμό της ζωής ενός ατόμου ακόμα κι αν πάσχει από νόσο τελικού σταδίου.



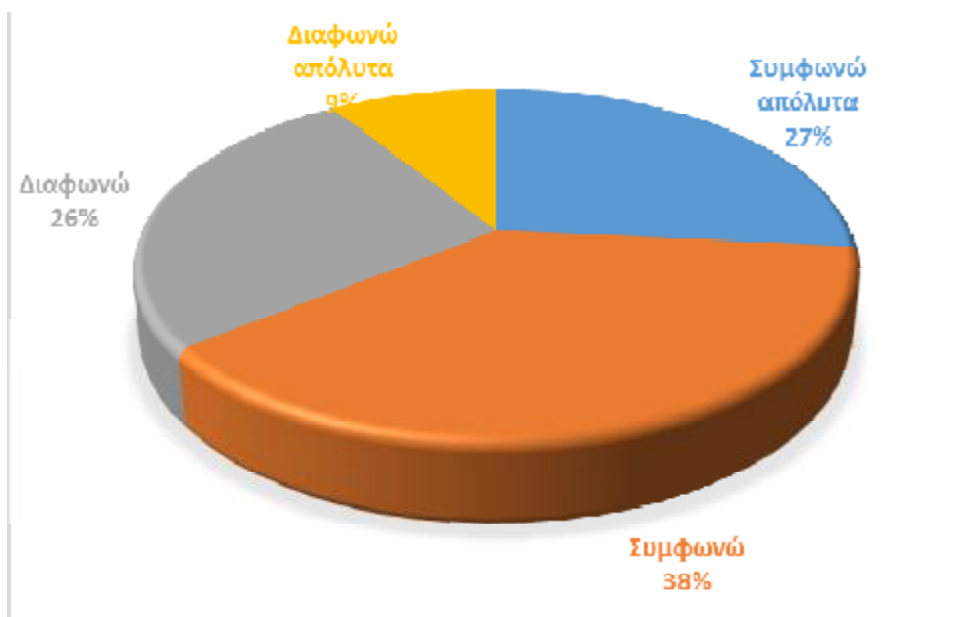
4. Ορισμένοι ασθενείς λαμβάνουν «αποκλειστικά ανακουφιστική φροντίδα» (για παράδειγμα αναλγητικά φάρμακα) και αφήνονται να πεθάνουν ειρηνικά χωρίς περαιτέρω αγωγή που αποσκοπεί στην επέκταση της ζωής τους. Αυτή η πρακτική πρέπει να απαγορευτεί.



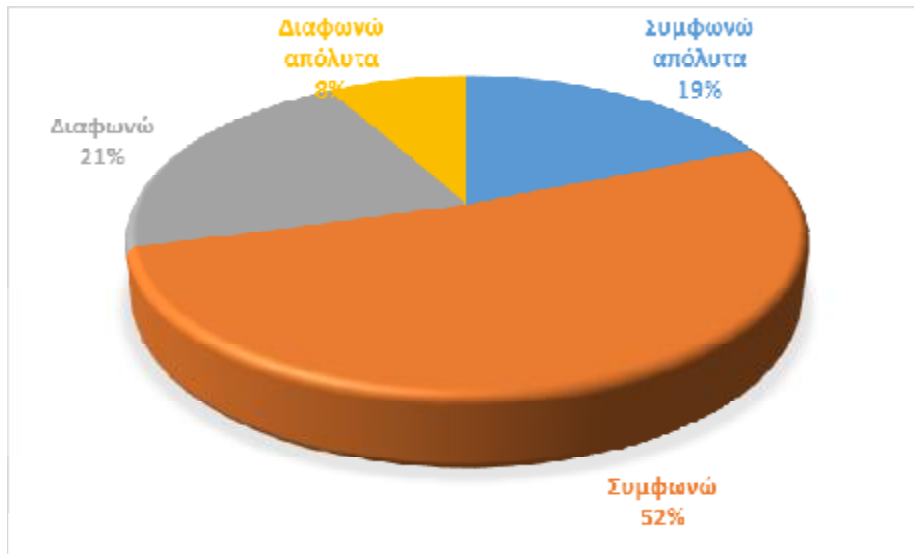
5. Πιστεύω ότι είναι πιο ανθρώπινο το να αφαιρείται η ζωή ενός ατόμου που πάσχει από νόσο τελικού σταδίου και βιώνει έντονο πόνο, παρά το να αφήνεται να υποφέρει.



6. Ένα άτομο που είναι «εγκεφαλικά νεκρό» θα πρέπει να διατηρείται στη ζωή με την κατάλληλη ιατρική φροντίδα.



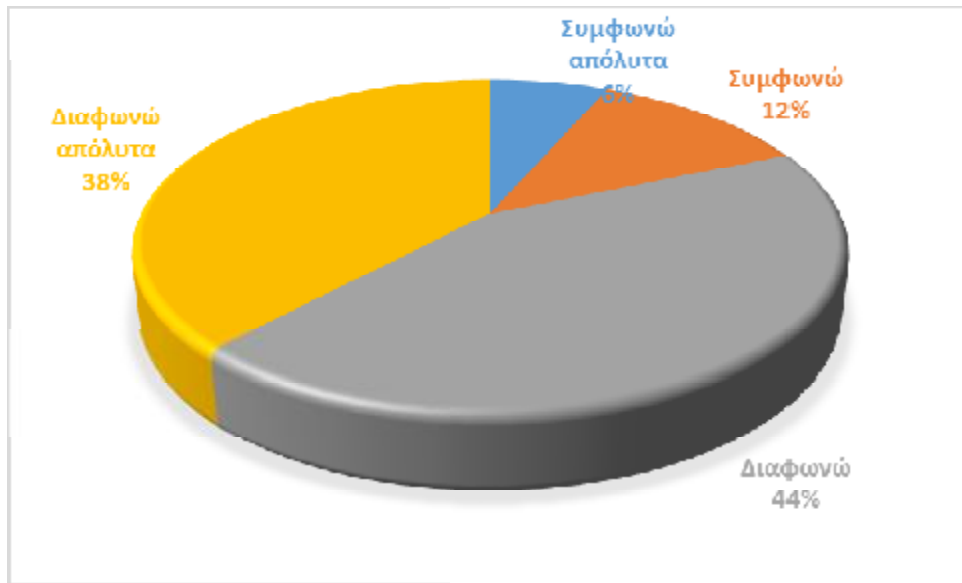
7. Πιστεύω ότι ένα άτομο που πάσχει από επώδυνη νόσο τελικού σταδίου πρέπει να έχει το δικαίωμα να αρνείται αγωγή που επεκτείνει τη ζωή του.



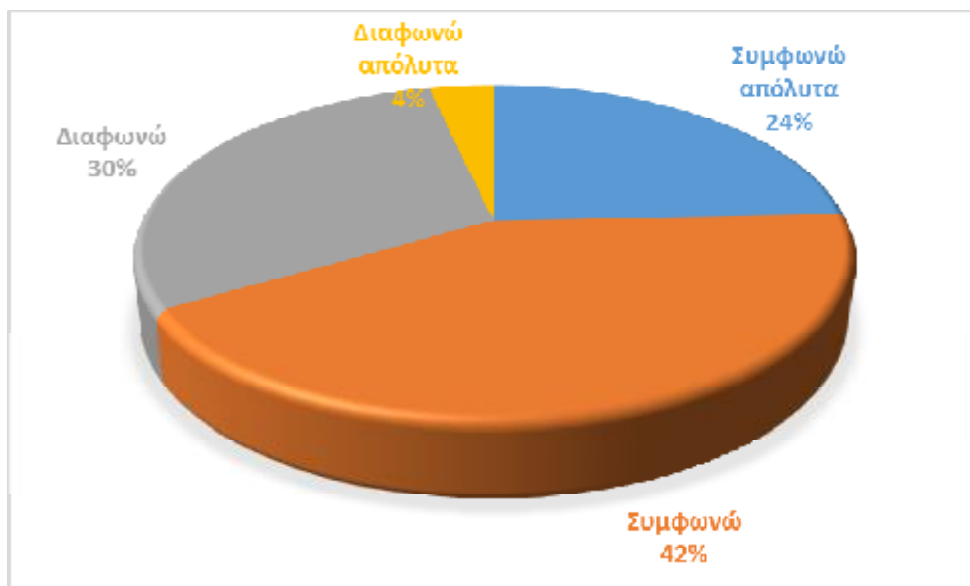
8. Δεν αισθάνομαι αρνητικά απέναντι σε ένα άτομο που επισπεύδει το θάνατο αγαπημένου του προσώπου ώστε να το απαλλάξει από επιπλέον αφόρητο πόνο.



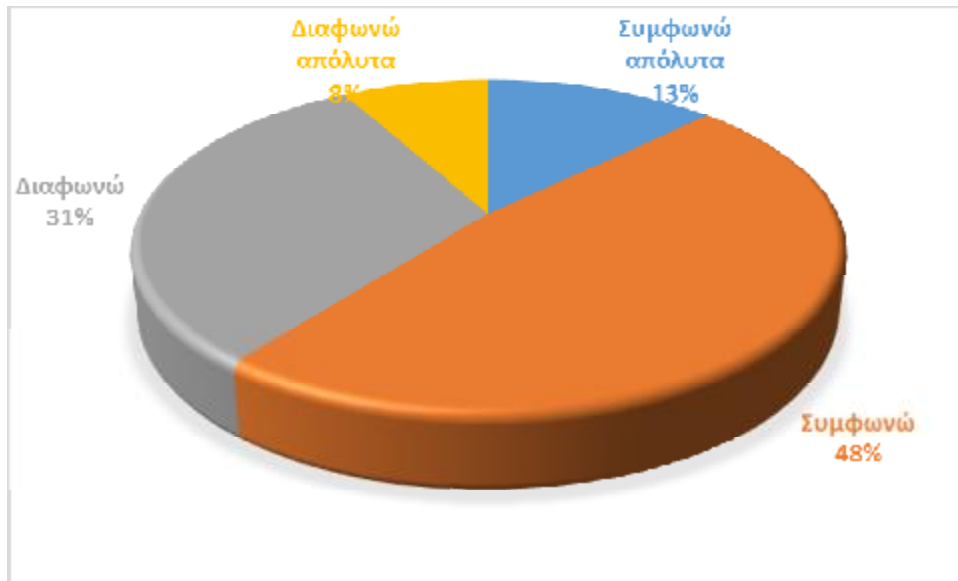
9. Πιστεύω ότι θα έπρεπε να υπάρχουν παράνομοι τρόποι με τους οποίους ένα άτομο θα μπορούσε να προεγκρίνει το θάνατό του σε περίπτωση που ανακúψουν ανυπόφορες.



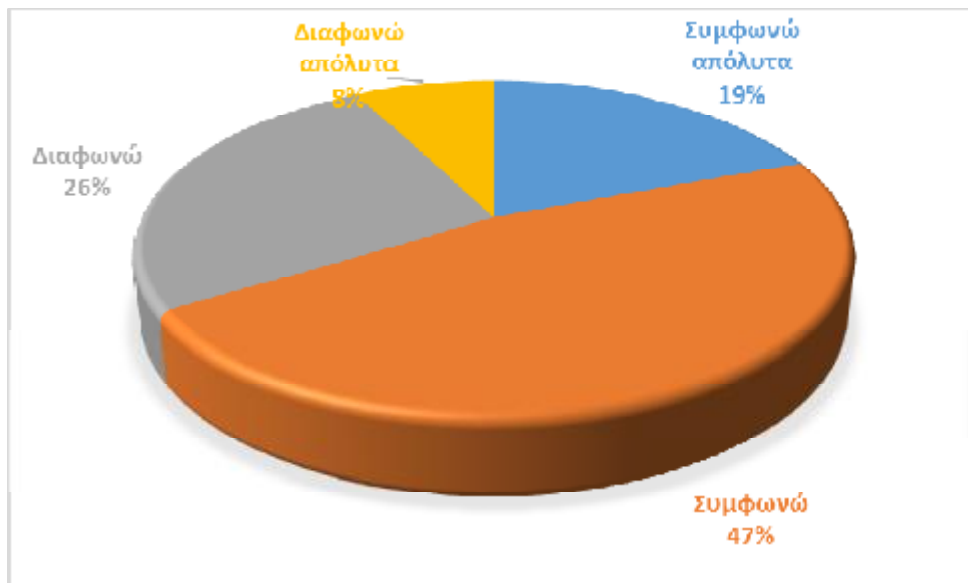
10. Δεν μπορώ να αναλογιστώ καμία ιατρική περίπτωση στην οποία ο τερματισμός της ζωής θα αποτελούσε πράξη ελέους.



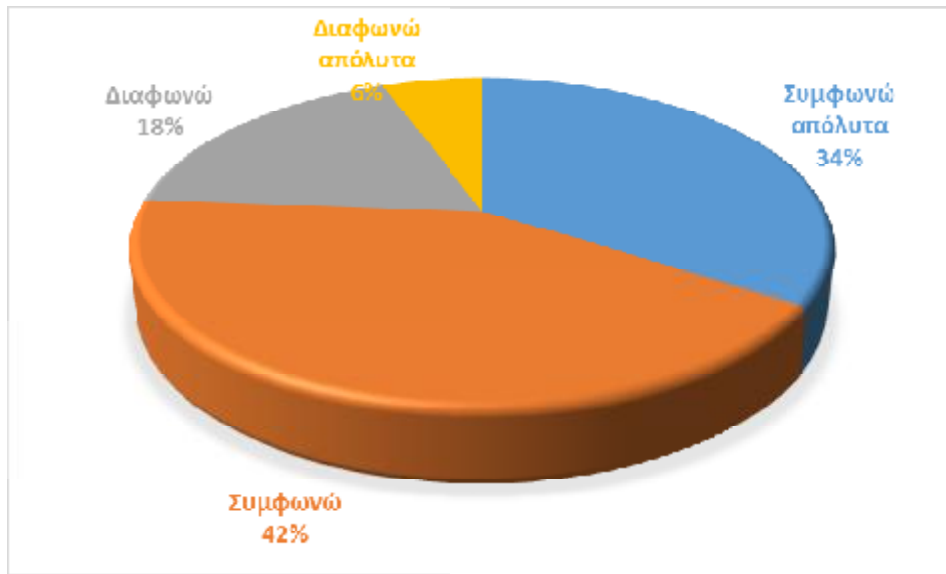
11. Θα υποστήριζα την απόφαση απόρριψης πρόσθετης θεραπείας αν σε έναν ασθενή που πεθαίνει ανακλύψει δευτερογενής νόσος που είναι βέβαιο ότι θα προκαλέσει γρήγορο και ανώδυνο θάνατο.



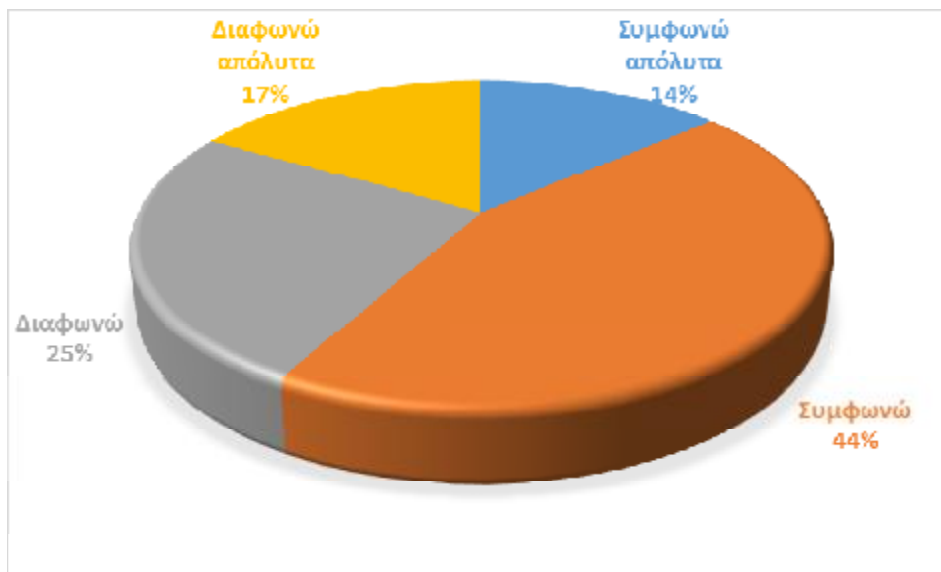
12. Δεν θα υποστήριζα την απόφαση ενός γιατρού να αρνηθεί τη λήψη μέτρων πέρα από τα συνήθη αν ο ασθενής δεν έχει καμία πιθανότητα επιβίωσης.



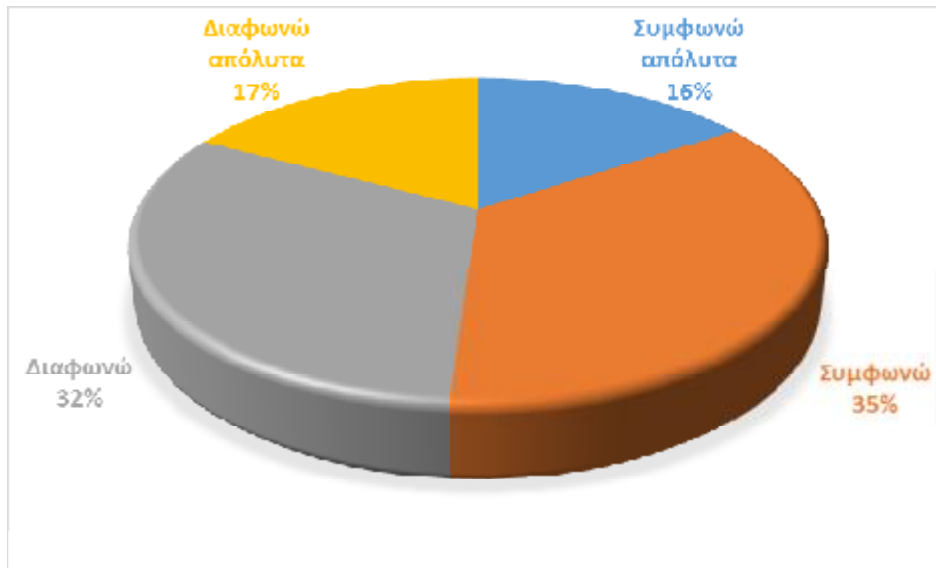
13. Υποστηρίζω την απόφαση να παρέχονται «μόνο ανακουφιστική φροντίδα» εάν ένας ασθενής τελικού σταδίου πεθαίνει και δεν έχει παρά λίγες ώρες ζωής.



14. Αν ήμουν αντιμέτωπος με την προοπτική ένα αγαπημένο πρόσωπο υποφέρει ένα αργό και επώδυνο θάνατο θα υποστήριζα την απόφαση του/της να αρνηθεί ιατρική αγωγή για την διατήρηση της ζωή.



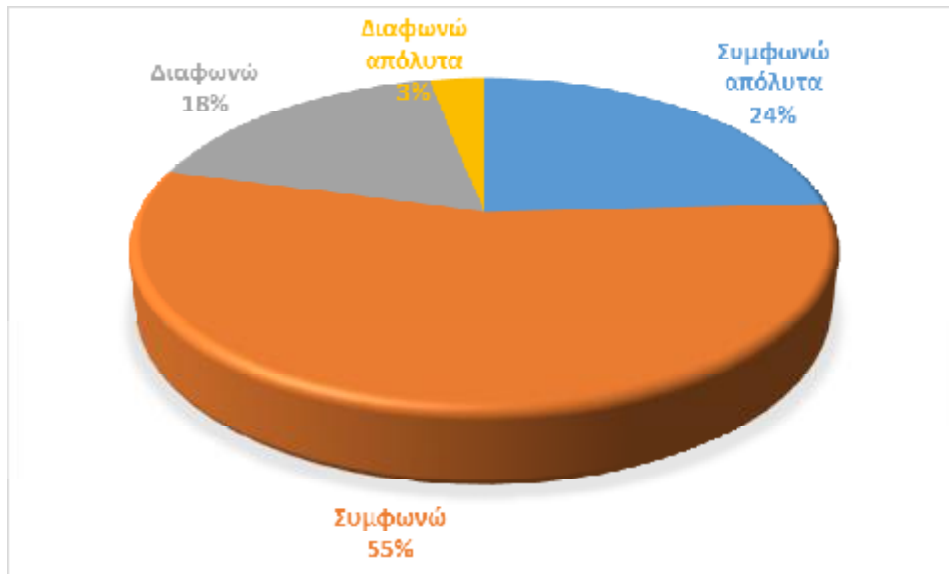
15. Θεωρώ ότι η απενεργοποίηση των μηχανημάτων υποστήριξης της ζωής είναι πράξη ελέους προς ένα άτομο που είναι εγκεφαλικά νεκρό.



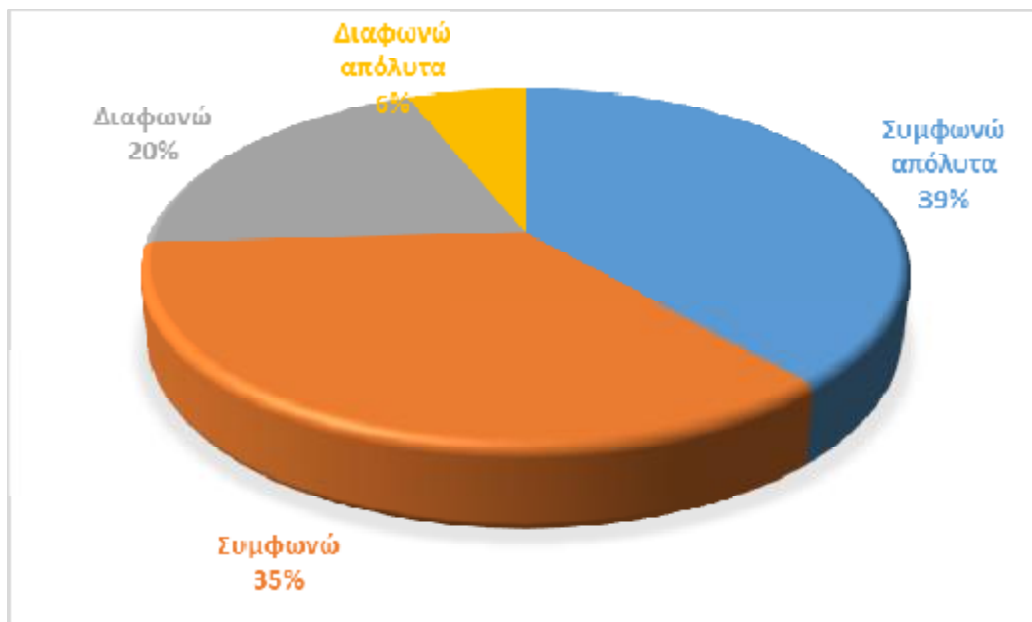
16. Εάν ήμουν αντιμέτωπος με μια κατάσταση αργού και επώδυνου θανάτου θα έπρεπε να έχω το δικαίωμα επιλογής τερματισμού της ζωής μου με τον πιο εύκολο και γρήγορο τρόπο.



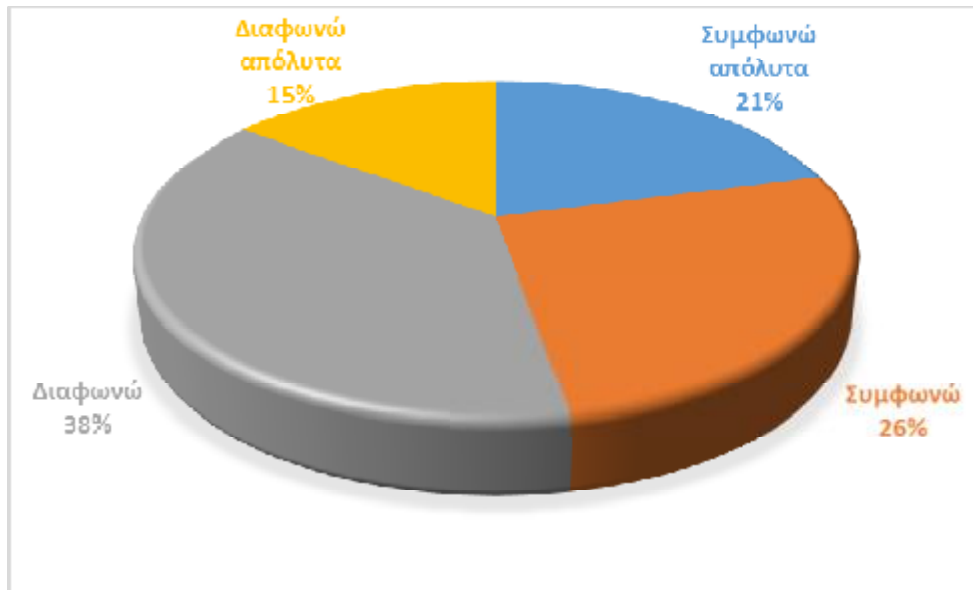
17. Είναι σκληρό να παρατείνεται η έντονη οδύνη για κάποιον που είναι πολύ βαριά ασθενής και επιθυμεί να πεθάνει .



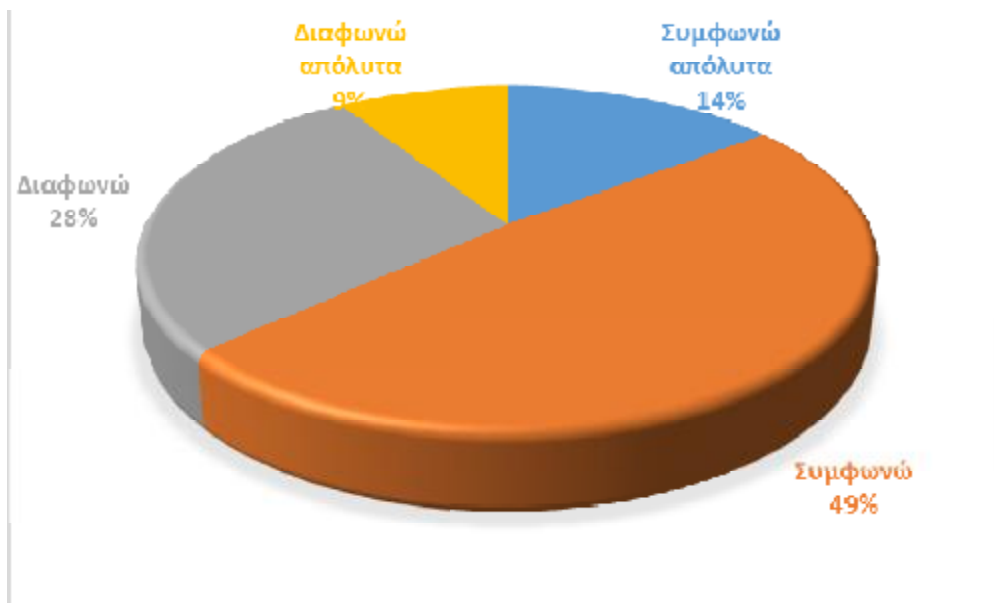
18. Κανένας, συμπεριλαμβανόμενων των ιατρών, δεν επιτρέπεται να αποφασίζει τον τερματισμό της ζωής ενός ατόμου που υποφέρει.



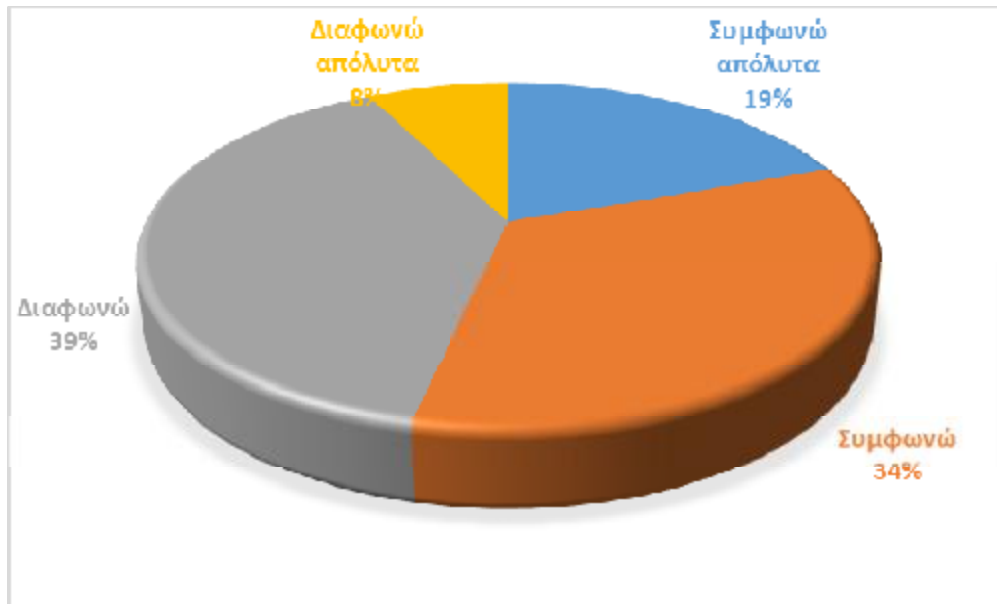
19. Θεωρώ ότι οποιοσδήποτε βοηθά έναν ασθενή τελικού σταδίου που υποφέρει να πεθάνει δεν είναι παρά ένας κοινός εγκληματίας.



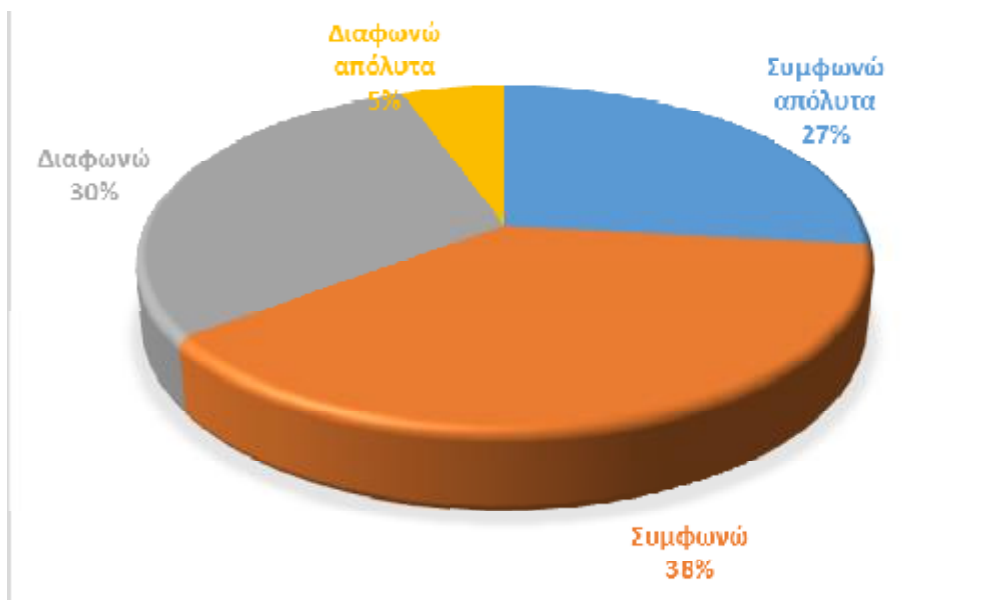
20. Ένας ασθενής τελικού σταδίου που βιώνει έντονο πόνο έχει το δικαίωμα να τερματίσει τη ζωή του/της με τον πιο εύκολο τρόπο.



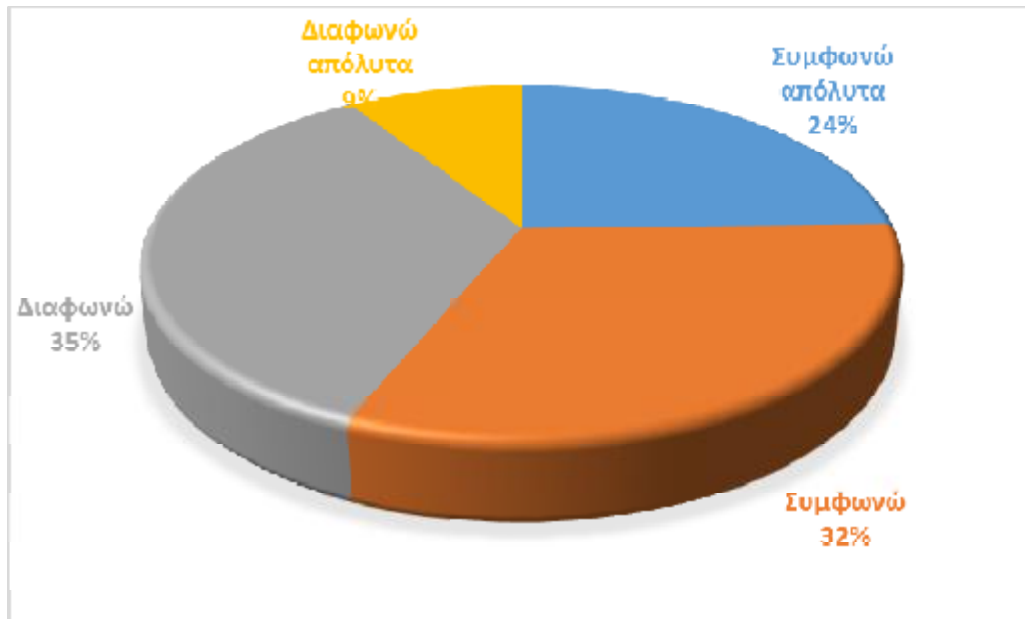
21. Εάν ένας φίλος μου υπέφερε από σοβαρό πόνο, λίγο πριν το θάνατο και με παρακαλούσε να προσπαθήσω να πείσω τους γιατρούς να τερματίσουν την ζωή του/της θα αγνοούσα την παράκληση του.



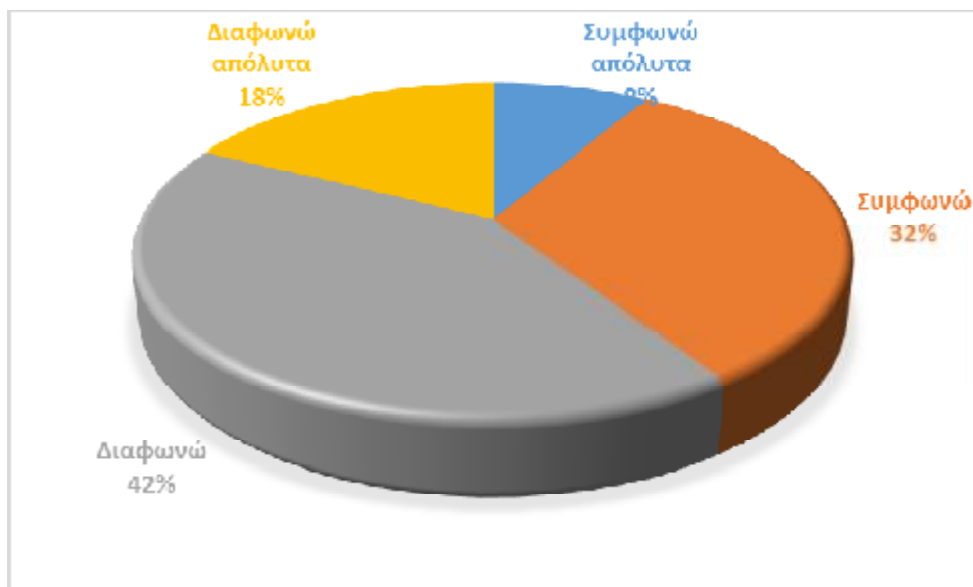
22. Η ένεση θανατηφόρου δόσης φαρμάκου σε ένα άτομο προκειμένου να αποτραπεί ο ανυπόφορος επώδυνος θάνατός του είναι ανήθικη πράξη.



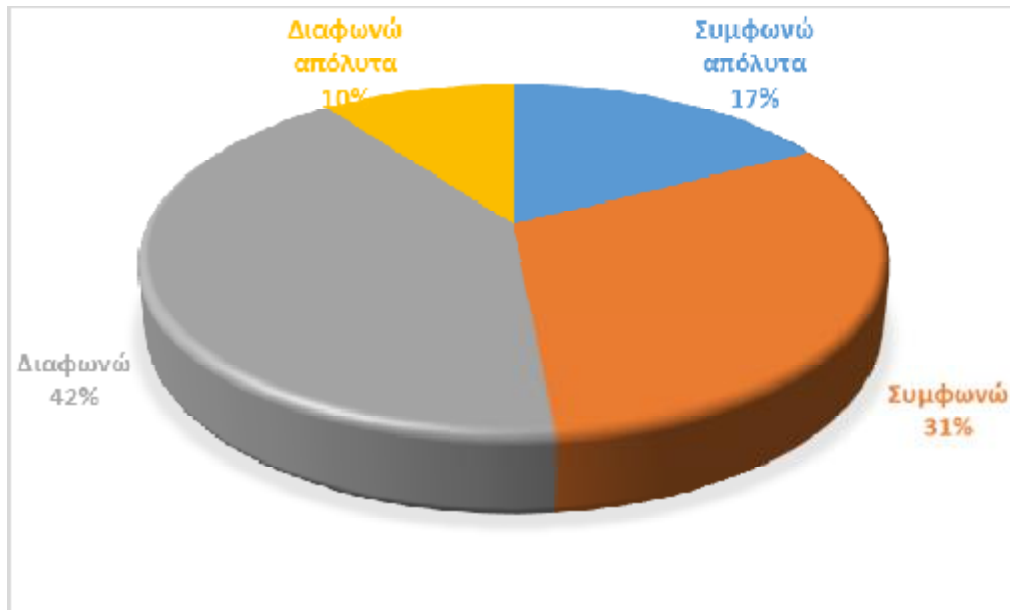
23. Ανεξάρτητα από το πόσο μπορεί να ικετεύει ένα άτομο να πεθάνει για να αποφύγει τον ανυπόφορο πόνο, κανένας δεν θα έπρεπε να βοηθήσει αυτό το άτομο να εκπληρώσει την επιθυμία του.



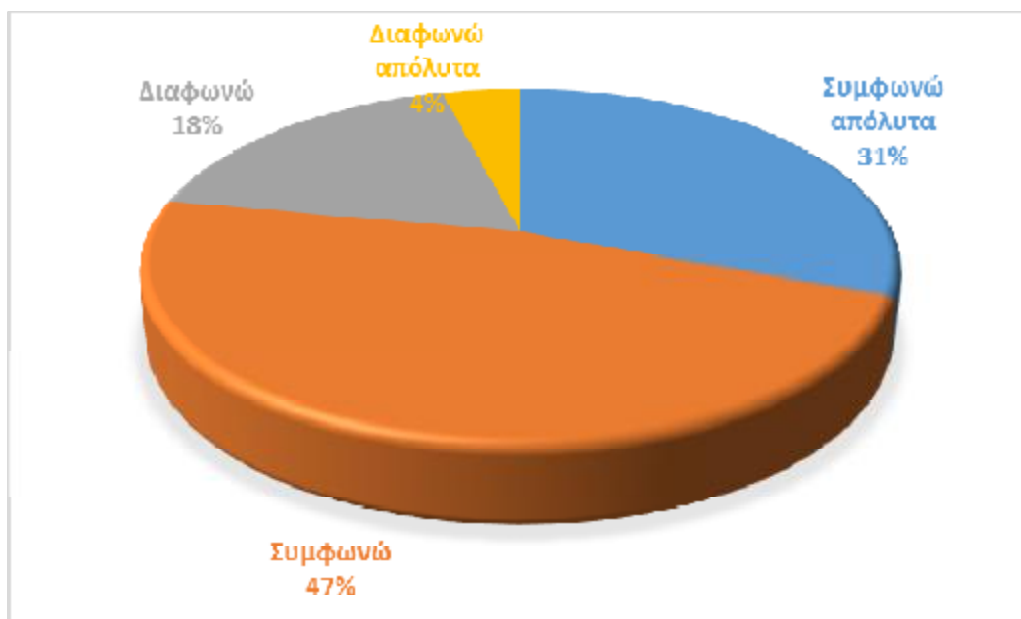
24. Η πρόκληση θανάτου για λογούς ελέους είναι αποδεκτή.



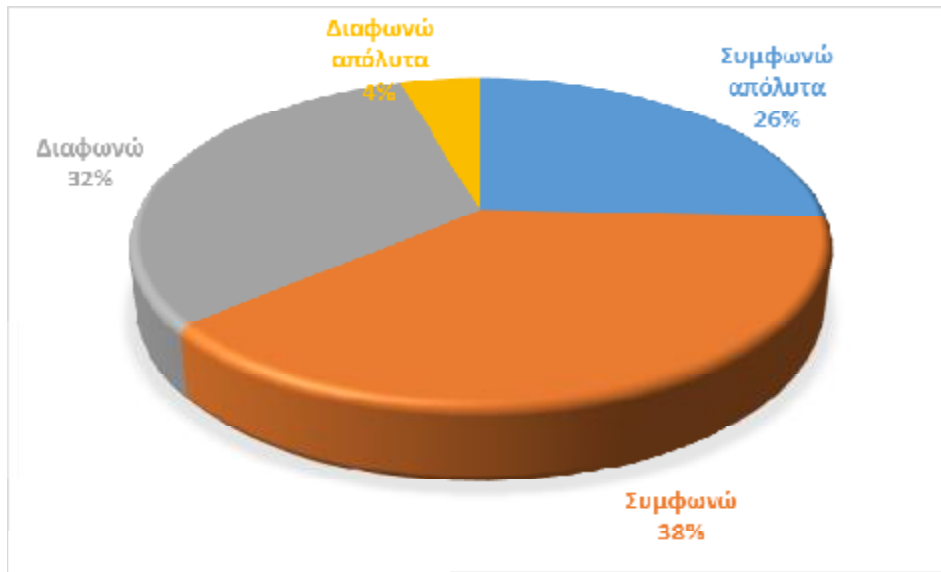
25. Ασθενείς τελικού σταδίου που προσπαθούν να πεθάνουν από αστία για να αποφύγουν τον αφόρητο πόνο θα πρέπει να σιτίζονται ενδοφλεβίως δια της βίας.



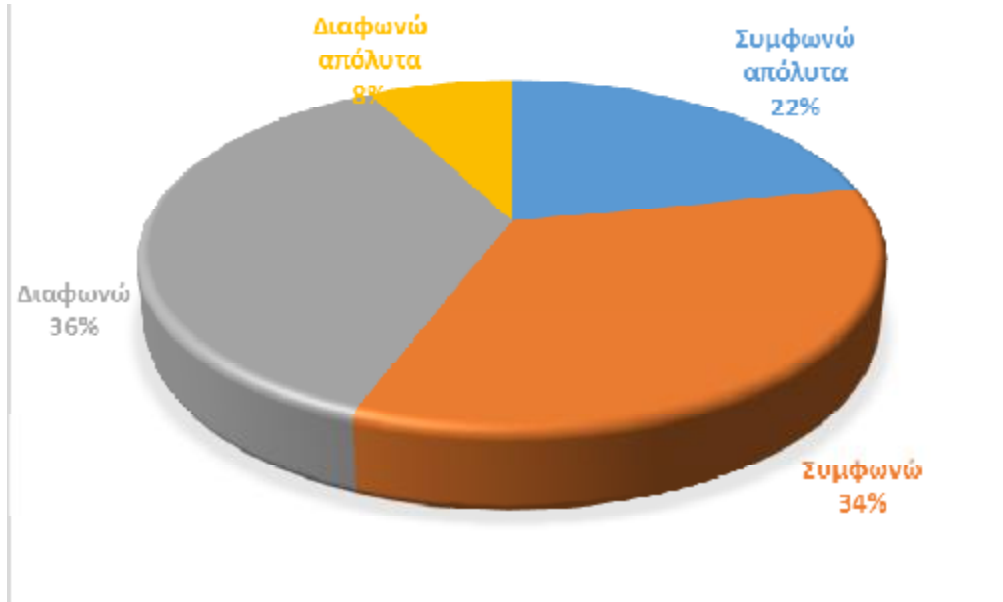
26. Θεωρώ ότι είναι ανήθικο να επιτρέπεται ο τερματισμός της ανθρώπινης ζωής όταν η ιατρική τεχνολογία είναι ικανή να τη διατηρήσει.



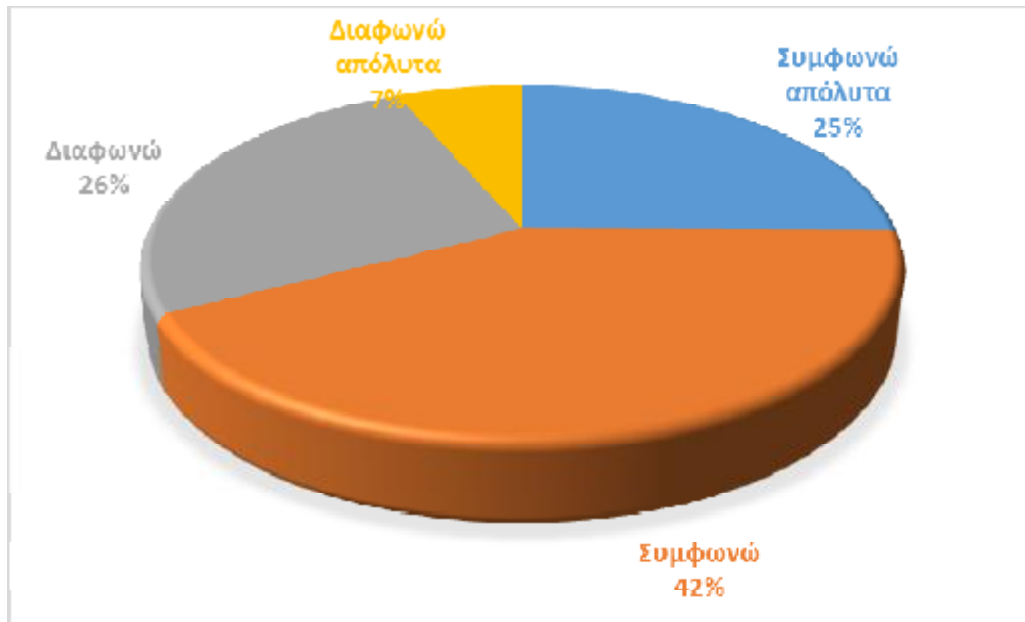
27. Ο τερματισμός της ανθρώπινης ζωής ως πράξη ελέους είναι απαράδεκτος για εμένα.



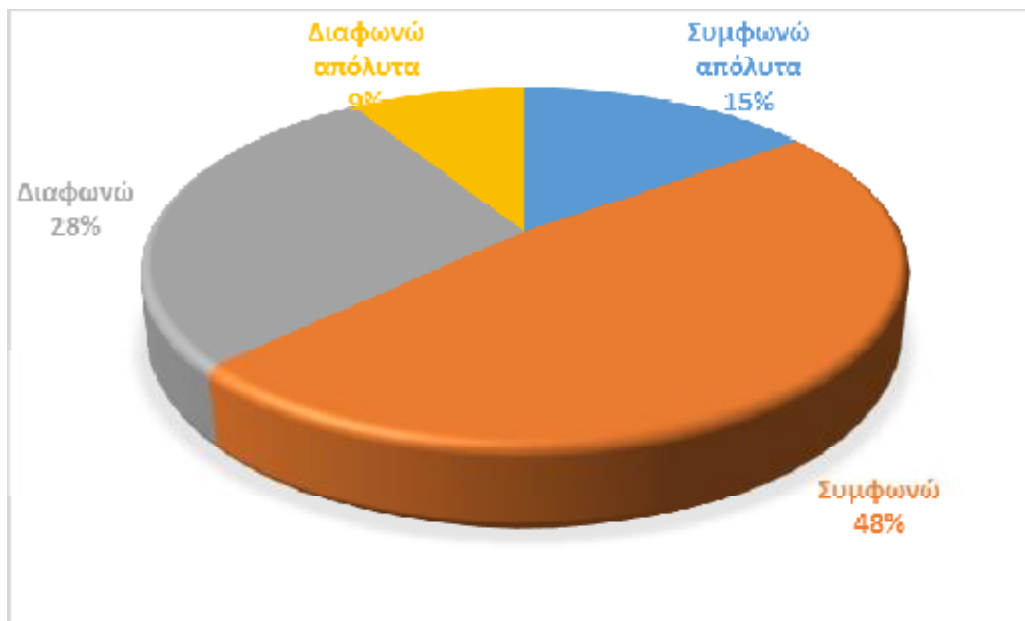
28. Η υποβοήθηση ενός ατόμου που αντιμετωπίζει μια μελλοντική ζωή με αφόρητο πόνο να τερματίσει τη ζωή του/της είναι δολοφονία όπως το βλέπω.



29. Ένα άτομο θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να επιλέξει να πεθάνει εάν είναι ασθενής τελικού σταδίου και υποφέρει.



30. Θα πρέπει να επιτρέπεται σε έναν ασθενή τελικού σταδίου να απορρίπτει συστήματα υποστήριξης της ζωής.



4.3 Ζυζήτηση-Συμπεράσματα

Το γενικότερο συμπέρασμα που προκύπτει από τη μελέτη αυτών των δεδομένων είναι ότι οι φοιτητές της Νοσηλευτικής εμφανίζονται αρκετά διχασμένοι όσον αφορά στις αντιλήψεις τους περί ευθανασίας. Αυτό φαίνεται και από τα γραφήματα που αντιστοιχούν στις απαντήσεις κάθε ερώτησης, αλλά με βάση τις προδιαγραφές του ερωτηματολογίου. Συγκεκριμένα, οι δημιουργοί του εργαλείου ορίζουν ότι ένα συνολικό σκορ άνω του 74 υποδηλώνει θετική στάση προς την ευθανασία, ενώ ένα μικρότερο σκορ υποδηλώνει αρνητική στάση [51]. Στη μελέτη μας, 92 άτομα είχαν σκορ από 75 και πάνω και 108 άτομα είχαν σκορ από 74 και κάτω, γεγονός που καταδεικνύει τη γενικότερη αμφιβολία που διακατέχει τη στάση της κοινωνίας μας απέναντι στην ευθανασία.

Παρόμοια αποτελέσματα έχουν καταγραφεί σε διάφορες μελέτες που εξετάζουν τις αντιλήψεις επαγγελματιών υγείας για την ευθανασία [52,53], αν και δεν εντοπίσαμε στη βιβλιογραφία δημοσιευμένη μελέτη που να επικεντρώνεται αποκλειστικά στους φοιτητές της Νοσηλευτικής. Υπάρχουν όμως αναφορές ότι οι νοσηλευτές έχουν γενικότερα πιο θετική στάση σε σύγκριση με τους ιατρούς [53]. Λαμβάνοντας υπόψη αυτό που προαναφέρθηκε, ότι δηλαδή ο νοσηλευτής βρίσκεται πιο κοντά σε ασθενείς τελικού σταδίου από κάθε άλλον επαγγελματία υγείας, ένα τέτοιο εύρημα αποκτά οπωσδήποτε σημασία για τη συνέχιση της συζήτησης περί ευθανασίας. Στη δική μας μελέτη δεν συμμετείχαν επαγγελματίες νοσηλευτές,

και είναι πιθανόν ότι οι φοιτητές θα αλλάξουν στάσεις καθώς εξελίσσονται επαγγελματικά – ιδιαίτερα αν αναλογιστούμε ότι η πλειοψηφία τους είχε μόλις διανύσει τον πρώτο τους χρόνο στη σχολή. Αυτό θα μπορούσε να διερευνηθεί με μία μελέτη που να χρησιμοποιεί το ίδιο εργαλείο εκτίμησης στάσεων σε διαφορετικές ομάδες φοιτητών, για παράδειγμα στο 1^ο και στο 4^ο έτος των σπουδών τους, ή σε μία ομάδα φοιτητών και μία ομάδα εργαζομένων.

Ούτως ή άλλως, θα είναι χρήσιμο να υπάρξουν στο άμεσο μέλλον περισσότερες μελέτες διερεύνησης στάσεων ως προς την ευθανασία στη χώρα μας, που να απευθύνονται όχι μόνο σε φοιτητές ή επαγγελματίες, αλλά και στο κοινωνικό σύνολο. Με αφορμή τον θάνατο του Αλέξανδρου Βέλλιου είναι ιδανική συγκυρία να αναλογιστεί λίγο περισσότερο ο ελληνικός πληθυσμός τον θάνατο και την οδύνη, και να κατανοήσει τις διαχωριστικές γραμμές που αναγκαστικά θέτουν, ο καθένας για τον δικό του σκοπό, οι επαγγελματίες υγείας, οι νομοθέτες, οι φιλόσοφοι, αλλά κυρίως οι ασθενείς.

Ένα πρόβλημα που αναφέρεται συνήθως σε τέτοιες μελέτες έχει να κάνει με την ακριβή ορολογία, καθώς δεν είναι βέβαιο ότι οι συμμετέχοντες καταλαβαίνουν το ίδιο πράγμα που εννοεί ο ερευνητής όταν κοιτάζουν ένα ερωτηματολόγιο [52]. Με τον όρο «ευθανασία» αποσαφηνίσαμε από την αρχή ότι αναφερόμασταν στην ενεργητική ευθανασία. Όμως, δεν είναι βέβαιο ότι αυτό είναι τόσο σαφές για τους ερωτηθέντες, ειδικά αν δεν έχουν ασχοληθεί ποτέ στο παρελθόν με ένα τόσο ευαίσθητο ζήτημα. Κατά συνέπεια, σημειώνουμε το πρόβλημα της ορολογίας στους περιορισμούς που διέπουν αυτήν τη μελέτη και επισημαίνουμε την ανάγκη καλύτερης και συστηματικότερης ενημέρωσης του κοινού, αλλά κυρίως των επαγγελματιών υγείας ως προς τους όρους που χρησιμοποιούνται, για να αποφεύγεται και η

χρήση φράσεων όπως «μη υποβοηθούμενη ευθανασία» που χρησιμοποιήθηκε για την περίπτωση του Αλέξανδρου Βέλλιου και που δεν σημαίνει απολύτως τίποτα.

Άλλοι περιορισμοί της μελέτης είναι το σχετικά μικρό δείγμα και η συγκέντρωση φοιτητών από δύο μόνο εκπαιδευτικά ιδρύματα της χώρας. Αυτοί οι περιορισμοί θα αμβλυνθούν στο πλαίσιο της συνεργασίας με το Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλίας, κατά την οποία το μέγεθος του δείγματος θα αυξηθεί και η εγκυρότητα του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου θα μπορεί να εκτιμηθεί συνολικότερα. Έτσι θα μπορέσουν να πραγματοποιηθούν και διμεταβλητές αναλύσεις, ώστε να υπάρχουν πιο ικανοποιητικά στοιχεία για τις στάσεις των φοιτητών της Νοσηλευτικής απέναντι στην ευθανασία, πέρα από τα απλά περιγραφικά αποτελέσματα. Ένας ακόμα περιορισμός έχει ήδη αναφερθεί, και αφορά στα δημογραφικά στοιχεία και τον τρόπο με τον οποίον τέθηκε το ερώτημα περί θρησκείας. Σε ενδεχόμενη μεταγενέστερη μελέτη που θα χρησιμοποιεί το ίδιο εργαλείο στη χώρα μας, αυτό το λάθος δεν θα επαναληφθεί. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με το θέμα δεν είναι πολλά στη διεθνή βιβλιογραφία [53], κάτι που είναι κατανοητό λόγω της λεπτότητας του ζητήματος, αλλά δυσχεραίνει την εξαγωγή συμπερασμάτων και τον σχεδιασμό μελλοντικών ερευνών.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το δίλημμα της ευθανασίας, με ρίζες στην αρχαιότητα, αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα πεδία προβληματισμού στη σύγχρονη φροντίδα υγείας. Τα αιτήματα πολλών ασθενών που υποφέρουν και συγγενών τους, αλλά και οι νομοθετικές πρωτοβουλίες που αναλαμβάνονται σε διάφορες περιοχές του κόσμου δείχνουν ξεκάθαρα την ανάγκη να υπάρξει ειλικρινής συζήτηση σχετικά με το αν θα έπρεπε να επιτρέπεται και υπό ποιες προϋποθέσεις. Υπό αυτό το πρίσμα, κάθε μελέτη που μπορεί να προσφέρει κατάλληλο υλικό προς συζήτηση έχει τη σημασία της, και τονίστηκε ιδιαίτερα ότι η διερεύνηση των στάσεων των νοσηλευτών απέναντι στην ευθανασία είναι πολύ σημαντικό μέρος αυτής της γενικότερης και συνεχιζόμενης συζήτησης. Όσο και αν η ευθανασία συνδέεται ευθέως νομικά με την ανθρωποκτονία και απαγορεύεται, γεγονός παραμένει ότι και στη χώρα μας υπάρχει η απαίτηση να μπορούν ορισμένοι ασθενείς να διευκολύνονται προκειμένου να τερματίσουν τη ζωή τους με τους δικούς τους όρους και με αποφυγή της μάταιας, κατά την αντίληψή τους, παράτασης της επιβίωσής τους. Το πώς θα εξελιχθεί η κατάσταση, τόσο στη χώρα μας όσο και διεθνώς, απομένει να φανεί στο μέλλον.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Αβραμίδης Α. Ευθανασία. Αθήνα: Εκδόσεις Ακρίτας, 1995.
- [2] Βέλλιος Α. Εγώ κι ο θάνατός μου: το δικαίωμα στην ευθανασία. Αθήνα: Εκδόσεις Ροές, 2016.
- [3] Καράμπελας Λ. Η ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και το θάνατο. Αθήνα: Εστία, 1987.
- [4] Baker RB. A Concise History of Euthanasia: Life, Death, God, and Medicine (review). *Bulletin of the History of Medicine* 2006; 80(4): 789-790.
- [5] Καλαντζής Γ, Λασκαράτος Ι. Τα Ασκληπεία ως νοσηλευτήρια. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 2003; 20(1): 67-75.
- [6] Ιπποκράτης, Όρκος, Άπαντα, Τόμ. Πρώτος, Εισ.- Μτφρ.- Σχόλ. Φιλολογική Ομάδα Κάκτου, Αθήνα: Κάκτος, 1993.
- [7] Δημόπουλος Β. Ευθανασία, Λύτρωση ή Δολοφονία; Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ιερού Ναού Αγίου Γεωργίου Μελισσουργού, 1997.
- [8] Γενική Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος - Λαρούς, τόμος 6, σελ. 932.
- [9] Emanuel EJ, Joffe S. Assisted Suicide and Euthanasia. Στο: Kufe DW, Pollock RE, Weichselbaum RR (επιμέλεια), *Holland-Frei Cancer Medicine*. 6th edition. Hamilton (ON): BC Decker, 2003, σσ 134-156.
- [10] Moreno J. *Arguing Euthanasia*. New York: Touchstone, 1995.
- [11] Πρωτοπαπαδάκης Ε. Ενεργητική και παθητική ευθανασία: υπάρχει διαφοροποίηση; *Φιλοσοφία και Παιδεία* 2008; Μάιος-Αύγουστος; 23-26.
- [12] Beauchamp T, Childress J. *Principles of Biomedical Ethics* [5th edition]. New York: Oxford University Press, 2001.
- [13] Βιδάλης Τ. Η "εικαζόμενη συναίνεση". *Επιθεώρηση Βιοηθικής* 2007; 1: 107-111.
- [14] Πρωτοπαπαδάκης Ε. Η Ευθανασία απέναντι στη σύγχρονη Βιοηθική. Αθήνα-Κομοτηνή: Εκδόσεις Σάκκουλα, 2003.
- [15] Πελεγρίνης Θ. *Ιατρική Ηθική*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 2009.
- [16] Taylor J. *Assisted Suicide*. New York: Humanity Books, 1999.

- [17] Πρωτοπαπαδάκης, Ε. «Η Ολισθηρή Πλαγιά Αντιμέτωπη με τον Εαυτό της», εκδόσεις Σάκκουλας, Αθήνα 2006, σελ.26-40.
- [18] Ανδρουλάκης Ν. Ποινικό Δίκαιο: Ειδικό μέρος. Αθήνα: Σάκκουλας, 1974.
- [19] Δημητρόπουλος Α. Συνταγματικά Δικαιώματα, Ειδικό μέρος Τόμος Γ [2^η έκδοση]. Αθήνα: Εκδόσεις Σάκκουλας, 2008.
- [20] Βιδάλης Τ. Βιοδίκαιο. Πρώτος Τόμος: Το Πρόσωπο. Αθήνα: Εκδόσεις Σάκκουλας, 2007.
- [21] Ewanchuk M, Brindley PG. Ethics review: Perioperative do-not-resuscitate orders – doing 'nothing' when 'something' can be done. *Crit Care*. 2006; 10(4): 219.
- [22] Legality of euthanasia. Διαθέσιμο στο: https://en.wikipedia.org/wiki/Legality_of_euthanasia (τελευταία προσπέλαση 18/9/2016).
- [23] Smartt U. Euthanasia and the Law. *Criminal Law & Justice Weekly* 2009; 173(7): 100.
- [24] Fischer S, Huber CA, Imhof L et al. Suicide assisted by two Swiss right-to-die organizations. *J Med Ethics* 2008; 34(11): 810-4.
- [25] Baumann A, Audibert G, Claudot F, Puybasset L. Ethics review: End of life legislation – the French model. *Crit Care*. 2009; 13(1): 204.
- [26] 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.
- [27] Adams M, Nys H. Comparative reflections on the Belgian Euthanasia Act 2002. *Med Law Rev*. 2003; 11(3): 353–76.
- [28] Jo S. Children and euthanasia: Belgium's controversial new law. *Diversity and Equality in Health and Care* 2015; 12(1): 4-5.
- [29] Burkhardt S, La Harpe R, Harding TW et al. Euthanasia and assisted suicide: comparison of legal aspects in Switzerland and other countries. *Med Sci Law* 2006; 46(4): 287-94.
- [30] Dyer C. Swiss parliament may try to ban "suicide tourism" *BMJ* 2003; 326(7383): 242.
- [31] Bartels L, Otlowski M. A right to die? Euthanasia and the law in Australia. *J Law Med*. 2010; 17(4): 532-55.
- [32] Annas G. Death by Prescription. The Oregon Initiative. *The New England Journal of Medicine* 1994; 331(18): 1240–43.
- [33] Akabayashi A. Euthanasia, assisted suicide, and cessation of life support: Japan's policy,

law, and an analysis of whistle blowing in two recent mercy killing cases. *Soc Sci Med.* 2002; 55(4): 517-27.

[34] Perry JE, Churchill LR, Kirshner HS. The Terri Schiavo case: legal, ethical, and medical perspectives. *Ann Intern Med.* 2005; 143(10): 744-8.

[35] Griffiths J, Weyers H, Adams M. *Euthanasia and Law in Europe.* Oxford and Portland: Hart Publishing, 2008.

[36] Borsellino P. Limitation of the therapeutic effort: ethical and legal justification for withholding and/or withdrawing life sustaining treatments. *Multidisciplinary Respiratory Medicine* 2015; 10:5.

[37] Tulloch G. A feminist utilitarian perspective on euthanasia: from Nancy Crick to Terri Schiavo. *Nursing Inquiry* 2005; 12(2): 155-60.

[38] Myser C. *Bioethics around the globe.* New York: Oxford University Press, 2011.

[39] Bernheim JL, Distelmans W, Mullie A, Ashby MA. Questions and Answers on the Belgian Model of Integral End-of-Life Care: Experiment? Prototype? *J Bioeth Inq.* 2014; 11: 507–529.

[40] Rachels J. *The end of life.* Oxford: Oxford University Press, 1986.

[41] Young R. What is so wrong with killing people? *Philosophy* 1979; 54: 515-528.

[42] Radbruch L, Payne S, and the Board of Directors of the EAPC. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe, part 1: Recommendations from the European Association for Palliative Care. *European Journal of Palliative Care* 2009; 16(6): 278-289.

[43] Congress on Nursing Practice and Economics & Center for Ethics and Human Rights Advisory Board (Adopted by ANA Board of Directors), Registered Nurses' Roles and Responsibilities in Providing Expert Care and Counseling at the End of Life (Position Statement 2010). Διαθέσιμο στο: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Ethics-Position-Statements/etpain14426.pdf> (τελευταία προσπέλαση 18/9/2016).

[44] Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliative Medicine* 2003; 17: 97-101.

[45] Gordijn B, Janssens R. The prevention of euthanasia through palliative care: new developments in the Netherlands. *Patient Education and Counseling* 2000; 41: 35-46.

[46] Ρηγάτος ΓΑ. Ηθικά και Δεοντολογικά Προβλήματα στο τέλος της ζωής. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης, 2012.

[47] American Nurses Association, Code of Ethics with Interpretative Statements (2001).

Διαθέσιμο στο:

<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/CodeofEthicsforNurses/Code-of-Ethics.pdf> (τελευταία προσπέλαση 19/9/2016).

[48] Π.Δ. 216, ΦΕΚ 167 25-7-2001.

[49] Fry S, Johnstone M-J. Ζητήματα Ηθικής στη Νοσηλευτική Πρακτική: Ένας οδηγός για τη λήψη ηθικώς αποδεκτών αποφάσεων [Μετάφραση-επιμέλεια: Χρυσούλα Λεμονίδου]. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2005.

[50] van Bruchem-van de Scheur G, van der Arend A, Spreeuwenberg C, Abu-Saad H, ter Meulen R. Euthanasia and physician-assisted suicide in the Dutch homecare sector: the role of the district nurse. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 58(1): 44-52.

[51] Holloway HD, Hayslip B, Murdock ME. Measuring Attitudes toward Euthanasia. *Omega Journal of Death and Dying* 1995; 30(1): 53-65.

[52] Verpoort C, Gastmans C, De Bal N et al. Nurses attitudes to euthanasia: a review of the literature. *Nursing Ethics* 2004; 11(4): 349-365.

[53] Lazar V, Lalitha K, Ravindra B. Attitude Towards Euthanasia Among Professionals and Special Concern Groups. *Indian Journal of Applied Research* 2014; 4:5.

