



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ευθανασία και επαγγελματίες υγείας,
ηθικές διαστάσεις και ζητήματα

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Μαρίνα Πάππα

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:
Μ. Σπυριδάκης, Επίκουρος Καθηγητής, Επιβλέπων
Η. Κουτσούκου, Διδάκτωρ
Χ. Καραμανίδου, Συνεργαζόμενη Επιστήμων

Κόρινθος, Σεπτέμβριος 2014

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Υπόβαθρο: Η ευθανασία αποτελεί ένα από τα περισσότερο αμφιλεγόμενα ζητήματα που απασχολεί τόσο την κοινή γνώμη όσο και την ιατρική κοινότητα, διατηρώντας μέχρι σήμερα πολυάριθμες κοινωνικές, φιλοσοφικές, επιστημονικές και ηθικές προεκτάσεις.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση των στάσεων και απόψεων 97 επαγγελματιών υγείας (γιατρών και νοσηλευτών) απέναντι στην εθελοντική ευθανασία, την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία και την ακούσια ευθανασία, λαμβάνοντας υπόψη μία σειρά δημογραφικών μεταβλητών.

Μεθοδολογία: Για την πραγματοποίηση της έρευνας κατασκευάστηκε ειδικό ερωτηματολόγιο, το οποίο μοιράστηκε σε 97 γιατρούς και νοσηλευτές που εργάζονται σε δύο δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας και, ακολούθως, επεξεργάστηκε στατιστικά.

Αποτελέσματα: Οι επαγγελματίες υγείας είναι θετικότερα προσκείμενοι της εθελοντικής ευθανασίας και αρνητικότερα της ακούσιας ευθανασίας, παρουσιάζοντας ωστόσο μικρή προθυμία συμμετοχής στις αντίστοιχες ιατρικές πράξεις. Σημαντικές διαφοροποιήσεις εντοπίστηκαν ανάμεσα σε γιατρούς και νοσηλευτές, ενώ οι θρησκευτικές πεποιθήσεις επιδρούν κρίσιμα στη διαμόρφωση των αντίστοιχων απόψεων.

Συμπεράσματα: Οι επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα φαίνεται να θεωρούν την εθελοντική ευθανασία ως μία ηθικά αποδεκτή πράξη, φοβούμενοι ωστόσο τον κίνδυνο κατάχρησης.

Λέξεις κλειδιά: επαγγελματίες υγείας, ευθανασία, ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία

ABSTRACT

Background: Euthanasia is one of the most controversial issues that concern both the public and the medical community, keeping up to date numerous social, philosophical, scientific and ethical implications.

Aim: Aim of this thesis is to investigate the attitudes and views of 97 health professionals (doctors and nurses) towards voluntary euthanasia, medically assisted suicide and passive euthanasia, taking into consideration a range of demographic variables.

Methodology: To carry out the present research, a questionnaire was constructed and distributed to 97 doctors and nurses working in two public hospitals in Greece and subsequently treated statistically.

Results: Health professionals are more positive towards voluntary euthanasia and more negative towards passive euthanasia, although they display little willingness to participate in such medical actions. Significant differences were found between doctors and nurses, while religious beliefs strongly affect their respective views.

Conclusions: Health professionals in Greece seem to believe that voluntary euthanasia is a morally acceptable practice, but fearing the risk of abuse.

Keywords: health professionals, euthanasia, medically assisted suicide

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	10
ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ: ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ	10
1.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	10
1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ	13
1.3 ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	19
ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ: ΗΘΙΚΕΣ, ΝΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ	19
2.1 Η ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΔΙΑΛΟΓΟ	19
2.2 ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ	22
2.3 ΝΟΜΙΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	25
2.4 ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	33
ΑΠΟΨΕΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.....	33
3.1 ΙΑΤΡΙΚΗ ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	33
3.2 ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ: ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	40
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	40

4.1 ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	40
4.2 ΚΥΡΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ	40
4.3 ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	41
4.4 ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ (ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ, ΧΩΡΟΣ, ΧΡΟΝΟΣ, ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ).....	41
4.5 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ	42
4.6 ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	44
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	44
5.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ	44
5.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΠΑΓΩΓΙΚΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ.....	52
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	56
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	60
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	69

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Ηλικία ερωτηθέντων	44
Πίνακας 2: Απόψεις των ερωτηθέντων σχετικά με την εθελοντική ευθανασία	49
Πίνακας 3: Απόψεις των ερωτηθέντων σχετικά με την ΙΥΑ.....	50
Πίνακας 4: Απόψεις των ερωτηθέντων σχετικά με την ακούσια ευθανασία.....	51
Πίνακας 5: Συγκεντρωτική βαθμολογίας στάσεων	51
Πίνακας 6: Έλεγχοι κανονικότητας των συγκεντρωτικών βαθμολογίων στάσεων.....	52
Πίνακας 7: Συσχετίσεις κατά Spearman των συγκεντρωτικών βαθμολογίων στάσεων ανά ζεύγη	52
Πίνακας 8: Συσχέτιση κατά Spearman των συγκεντρωτικών βαθμολογίων στάσεων και της ηλικίας των ερωτηθέντων.....	53
Πίνακας 9: Mann-Whitney test των μέσων βαθμολογίων στάσεων με βάση το φύλο των ερωτηθέντων	53
Πίνακας 10: Mann-Whitney test των μέσων βαθμολογίων στάσεων με βάση τη θέση εργασίας των ερωτηθέντων.....	54
Πίνακας 11: Kruskal-Wallis test των μέσων βαθμολογίων στάσεων με βάση τις θρησκευτικές πεποιθήσεις των ερωτηθέντων	55

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1: Φύλο ερωτηθέντων	44
Γράφημα 2: Επίπεδο εκπαίδευσης ερωτηθέντων.....	45
Γράφημα 3: Θέση εργασίας ερωτηθέντων.....	46
Γράφημα 4: Θρησκευτικές πεποιθήσεις ερωτηθέντων	47
Γράφημα 5: Θρήσκευμα ερωτηθέντων	47

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες, ένα σημαντικό ποσοστό των αιφνίδιων θανάτων που οφείλονται σε μολυσματικές ασθένειες έχει αντικατασταθεί από μη αιφνίδιους θανάτους που προκαλούνται από τις σύγχρονες νόσους, όπως είναι ο καρκίνος και οι καρδιαγγειακές παθήσεις, των οποίων ο επιπολασμός αυξάνεται ραγδαία σε παγκόσμιο επίπεδο. Παράλληλα, η πρόοδος στον τομέα των τεχνολογιών της υγειονομικής περίθαλψης έχει συμβάλει καθοριστικά στη βελτίωση του προσδόκιμου ζωής, οδηγώντας σε μία σημαντική διεύρυνση των ιατρικών παρεμβάσεων που μπορούν να παρατείνουν τη διάρκεια ζωής των σοβαρά πασχόντων ασθενών και των ασθενών τελικού σταδίου. Οι προαναφερθείσες εξελίξεις έχουν αναδείξει την κρισιμότητα των αποφάσεων που λαμβάνονται κατά το τέλος του κύκλου ζωής των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων αυτών που αφορούν την ευθανασία, ένα από τα πιο ευαίσθητα ζητήματα της σύγχρονης φροντίδας και περίθαλψης.

Η ευθανασία αποτελεί πλέον ένα κρίσιμο ζήτημα του δημόσιου διαλόγου που απασχολεί έντονα τόσο την ιατρική κοινότητα όσο και την κοινή γνώμη, καθώς έχει συνδεθεί με τη συζήτηση περί ανθρώπινων δικαιωμάτων και πλήθος νομικών, θρησκευτικών και ηθικών διαστάσεων. Βέβαια, η κεντρική εστίαση του ζητήματος αφορά την εθελοντική ευθανασία και την αξία των σχετικών αυτόνομων και εθελοντικών επιλογών, είτε αυτές έχουν ληφθεί εκ των προτέρων ή παράλληλα με την εμφάνιση μίας ιατρικής συνθήκης της ατομικής υγείας. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και το ζήτημα της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, κατά την οποία ο ασθενής όχι μόνο έχει λάβει την απόφαση να τερματίσει τη ζωή του αλλά συμμετέχει ο ίδιος στην πράξη.

Πολυάριθμες έρευνες έχουν επιχειρήσει να αναδείξουν τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη νομιμοποίηση της ευθανασίας, δεδομένου ότι η ευθανασία, ως ιατρική πράξη, συνδέεται άμεσα με τις βασικές αρχές της ιατρικής δεοντολογίας και ηθικής, διαταράσσοντας ή βελτιώνοντας τη σχέση γιατρού (ή νοσηλεύτη) και ασθενούς. Εν πολλοίς, η πλειοψηφία των εν λόγω ερευνών έχει αποδείξει πως η ιατρική κοινότητα είναι περισσότερο αρνητικά προσκείμενη της ευθανασίας σε σχέση με την κοινή γνώμη και τις απόψεις του γενικού πληθυσμού, συμπεριλαμβανομένων των συγγενών ασθενών τελικού σταδίου. Βέβαια, τα αντίστοιχα ευρήματα διαφοροποιούνται σημαντικά από χώρα σε χώρα, λαμβάνοντας

υπόψη διάφορες νομικές, ρυθμιστικές, πολιτιστικές και θρησκευτικές πτυχές, ενώ διαφοροποιήσεις υφίστανται και ανάμεσα στην ιατρική και νοσηλευτική κοινότητα, δεδομένων ορισμένων καθοριστικών παραγόντων, όπως είναι η ιατρική ειδικότητα, η ισχύς των θρησκευτικών πεποιθήσεων και η επαγγελματική εμπειρία στη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου.

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση των απόψεων των Ελλήνων επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων γιατρών και νοσηλευτών, αναφορικά με την εθελοντική ευθανασία, την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία και την ακούσια ευθανασία. Επιπρόσθετα, η παρούσα έρευνα επιχειρεί να αποσαφηνίσει αν μία σειρά δημογραφικών μεταβλητών, όπως είναι η ηλικία, η επαγγελματική εμπειρία και η θρησκευτικότητα επηρεάζουν τις απόψεις αναφορικά με τη νομιμοποίηση της ευθανασίας.

Η δομή της παρούσας διπλωματικής εργασίας έχει ως εξής: Στο πρώτο κεφάλαιο προσεγγίζεται εννοιολογικά το ζήτημα της ευθανασίας, παρουσιάζεται μία σύντομη ιστορική επισκόπηση των αντίστοιχων πρακτικών και αποσαφηνίζονται τα είδη της, στο δεύτερο κεφάλαιο εξετάζεται το ζήτημα της ευθανασίας στο δημόσιο διάλογο, αναπτύσσονται οι σχετικές θρησκευτικές προσεγγίσεις, παρουσιάζεται το νομικό καθεστώς των χωρών όπου η ευθανασία επιτρέπεται και εξετάζονται τα βασικότερα ηθικά ζητήματα, στο τρίτο κεφάλαιο διερευνάται η ευθανασία βάσει της ιατρικής δεοντολογίας και ηθικής και παρουσιάζονται τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών σχετικά με τις αντίστοιχες απόψεις γιατρών και νοσηλευτών. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας και στο πέμπτο τα στατιστικά αποτελέσματα. Τέλος, καταγράφονται τα συμπεράσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ: ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

1.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες το ζήτημα της ευθανασίας τοποθετείται στο επίκεντρο του δημόσιου διαλόγου περί ανθρώπινων δικαιωμάτων και έχει συνδεθεί με μία σειρά διαφορετικών πρακτικών, καταστάσεων και προσεγγίσεων. Ωστόσο, η κεντρική εστίαση του ζητήματος αφορά την εθελοντική ευθανασία και την αξία των σχετικών αυτόνομων και εθελοντικών επιλογών, είτε αυτές έχουν ληφθεί εκ των προτέρων ή παράλληλα με την εμφάνιση μίας ιατρικής συνθήκης της ατομικής υγείας, σε ένα μεταβαλλόμενο ιατρικό περιβάλλον. Σύμφωνα με το Ryan (2000), ένα θέμα ζωτικής σημασίας αφορά τη δυνατότητα των ατόμων να λαμβάνουν αυτόνομες αποφάσεις για τη ζωή τους, οι οποίες αναγνωρίζονται, καταγράφονται, γίνονται νομικά αποδεκτές και υλοποιήσιμες, λαμβάνοντας υπόψη πως τα άτομα μπορούν να αλλάζουν τις απόψεις τους για το θάνατο ανάλογα με τις συνθήκες στις οποίες βρίσκονται.

Βάσει των ιδανικών της προσωπικής αυτονομίας και της αυτοδιάθεσης, όλες οι επιλογές που επιτρέπουν τους λήπτες των υπηρεσιών υγείας να αισθάνονται ότι διατηρούν τον έλεγχο της ζωής τους είναι ουσιαστικής σημασίας για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Υπό αυτό το πρίσμα, η ευθανασία σήμερα αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα διλήμματα που απασχολούν την ιατρική κοινότητα. Αυτό συμβαίνει διότι η σύγχρονη ιατρική δεοντολογία προωθεί μία σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς που χαρακτηρίζεται από ειλικρίνεια, ανταποκρισιμότητα και εμπιστοσύνη, ενισχύοντας το βαθμό αυτονομίας των αποφάσεων των ασθενών. Ο Emanuel (1998) επισημαίνει πως η εξέλιξη αυτή αναδεικνύει το δικαίωμα του ασθενούς να απαιτεί βοήθεια για την επίσπευση του θανάτου του, παρόλα τα νομικά εμπόδια που υφίστανται.

Σε κάθε περίπτωση, η συζήτηση περί ευθανασίας σήμερα χαρακτηρίζεται από σύγχυση, η οποία απορρέει και από την αδυναμία ενός σαφούς εννοιολογικού προσδιορισμού του όρου. Έτσι, διάφοροι ορισμοί υφίστανται, αντανακλώντας

παράλληλα και διαφορετικές υποκειμενικές ηθικές διακρίσεις. Σε γενικές γραμμές, η λέξη ευθανασία προέρχεται από το ελληνικό πρόθεμα «ευ» και το συνθετικό «θάνατος», εννοώντας ένα «καλό θάνατο». Οι σύγχρονες αντιλήψεις του όρου ενσωματώνουν την έννοια ενός ανώδυνου, εύκολου και γαλήνιου θανάτου σε άτομα που πάσχουν από επώδυνες ή ανίατες ασθένειες.

Επιπλέον, οι υπάρχουσες εννοιολογικές προσεγγίσεις του όρου συμπεριλαμβάνουν διακρίσεις μεταξύ της ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας, οι οποίες συνδέονται με τον τρόπο με τον οποίο επιτυγχάνεται ο θάνατος και σχετίζονται με τις νομικές απαιτήσεις περί ιατρικής πράξης ή παράλειψης (Biggs, 2001). Παραδειγματικά, η επιλεκτική μη θεραπεία, στην οποία η θεραπεία παράτασης της ζωής αναστέλλεται οριστικά ή προσωρινά, αποτελεί ένα είδος παθητικής ευθανασίας, διότι ο θάνατος προκύπτει από την έλλειψη θετικής ιατρικής δράσης (Chao et al, 2002).

Επιπλέον, οι ακτιβιστές που αποσκοπούν στη χαλάρωση του νομικού πλαισίου περί ευθανασίας τονίζουν ότι αγωνίζονται αποκλειστικά για την Εκούσια (ή Εθελοντική) Ενεργητική Ευθανασία (Voluntary Active Euthanasia – VAE), η οποία νοείται ως η ευθανασία κατόπιν αιτήματος του ασθενούς. Αυτός ο τύπος ευθανασίας μπορεί να αντιπαραβληθεί με τη Μη Εθελοντική Ενεργητική Ευθανασία (Non Voluntary Active Euthanasia – NVAE), η οποία αφορά τα άτομα που δεν έχουν την πνευματική ικανότητα να την αιτήσουν, όπως είναι βρέφη ή ενήλικες με προχωρημένη άνοια, ή ακόμα και σε άτομα που δεν έχουν τη δυνατότητα να συναινέσουν. Τέλος, η ευθανασία ενάντια στις επιθυμίες του ασθενούς συχνά αναφέρεται ως Ακούσια Ευθανασία (Involuntary Euthanasia – IVAE) και συχνά ταυτοποιείται με την προηγούμενη κατηγορία (Garrard & Wilkinson, 2005).

Σύμφωνα με τον Keown (2004), η ευθανασία μπορεί να προσεγγιστεί εννοιολογικά με τρεις τρόπους: (1) ως ενεργός και εκ προθέσεως τερματισμός της ζωής, (2) ως σκόπιμος τερματισμός της ζωής μέσω ιατρικής πράξης ή παράλειψης, και (3) ως σκόπιμη συντόμευση της ζωής. Η πρώτη προσέγγιση υποδηλώνει πως η ευθανασία είναι ο ενεργός και σκόπιμος τερματισμός της ζωής ενός ασθενούς από ένα γιατρό, ο οποίος θεωρεί πως ο θάνατος είναι προς όφελος του συγκεκριμένου ασθενούς. Από τον ορισμό αυτό προκύπτει πως η ευθανασία δεν σχετίζεται με μία ιατρική πράξη που προβλέπει τη μείωση της διάρκειας ζωής ενός ασθενούς αλλά αντιθέτως αποσκοπεί

σε αυτήν. Η πρόθεση στην περίπτωση αυτή χρησιμοποιείται με τη συνήθη έννοια του όρου του «στόχου» ή του «σκοπού».

Επίσης, αυτός ο ορισμός της ευθανασίας εγκρίθηκε από τη Βουλή των Λόρδων του Ηνωμένου Βασιλείου και συγκεκριμένα από την Επιτροπή Ιατρικής Ηθικής, η οποία το 1994 εξέδωσε μία αναφορά όπου ορίζεται η ευθανασία ως «μία εσκεμμένη παρέμβαση που πραγματοποιείται υπό μία ρητή πρόθεση τερματισμού της ζωής με σκοπό την ανακούφιση του ατόμου από δυσεπίλυτο πόνο» (Report of the UK Select Committee on Medical Ethics, 1993-1994). Έτσι, η λέξη «παρέμβαση» υποδηλώνει μία πράξη παρά μία παράλειψη, με την οποία τερματίζεται η ζωή. Ομοίως, το 1994 η Ομάδα Εργασίας της Νέας Υόρκης σχετικά με τα νομικά ζητήματα της ανθρώπινης ζωής ορίζει την ευθανασία ως «τη λήψη άμεσων μέτρων, όπως είναι μία θανατηφόρος ένεση, για τον τερματισμό της ζωής ενός ατόμου με φιλάνθρωπα κίνητρα» (Report of the New York State Task Force on Life and the Law, 1994).

Σύμφωνα με τη δεύτερη εννοιολογική προσέγγιση, η ευθανασία περιλαμβάνει όχι μόνο τον εκ προθέσεως τερματισμό της ζωής ενός ασθενούς μέσω μίας πράξης, όπως είναι η εφαρμογή μίας θανατηφόρου ένεσης, αλλά και το σκόπιμο τερματισμό μέσω μίας ιατρικής παράλειψης. Για παράδειγμα, ένας γιατρός που παύει την τεχνητή σίτιση ενός ασθενούς πραγματοποιεί ευθανασία, αν η πρόθεσή του είναι ο θάνατος. Κατά συνέπεια, η ευθανασία σκόπιμης ιατρικής παράλειψης συχνά καλείται ως «παθητική ευθανασία» και διακρίνεται από την «ενεργό». Τέλος, η τρίτη προσέγγιση, η οποία τείνει σήμερα να είναι ευρέως αποδεκτή από τους υποστηρικτές της Εκούσιας Ενεργητικής Ευθανασίας (VAE), περιλαμβάνει τόσο τον εκ προθέσεως τερματισμό της ζωής μέσω ιατρικής πράξης ή παράλειψης, όσο και τις πράξεις και παραλείψεις που έχουν ως συνέπεια τη συντόμευση της ζωής.

Ο Keown (2004) επισημαίνει πως όλες οι προαναφερθείσες προσεγγίσεις έχουν κοινά χαρακτηριστικά. Αρχικά, υποδηλώνουν πως η ευθανασία αφορά αποφάσεις που έχουν ως αποτέλεσμα τη συντόμευση της ζωής και, δευτερευόντως, συμφωνούν πως αυτή περιορίζεται σε ένα αυστηρό ιατρικό πλαίσιο. Ακόμη, το βασικό κοινό χαρακτηριστικό είναι η πεποίθηση πως ο θάνατος θα ωφελήσει τον ασθενή, είτε γιατί αυτός υποφέρει σοβαρά από το τελικό στάδιο μίας νόσου είτε γιατί η κατάστασή του θεωρείται «ταπεινωτική». Συνεπώς, χωρίς το τρίτο αυτό χαρακτηριστικό η ευθανασία δε θα μπορούσε να διακριθεί από μία εν ψυχρώ δολοφονία που υποκινείται από

εγωιστικά κίνητρα. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί πως σύμφωνα με τους Griffiths et al (1998), η έννοια της ευθανασίας περιλαμβάνει τις ιατρικές πράξεις ή παραλείψεις που συγκροτούν τον όρο της «ιατρικής συμπεριφοράς για τη συντόμευση της ζωής» (“Medical Behavior that Shortens Life” – MBSL), ο οποίος προϋποθέτει τη γνώση του γιατρού ότι μπορεί να προκαλέσει το θάνατο στον ασθενή νωρίτερα από το αναμενόμενο.

1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

Το ζήτημα της ευθανασίας αποτελεί αντικείμενο συζήτησης σε όλα τα χρόνια της ανθρώπινης ιστορίας. Στην αρχαία Αθήνα, οι κάτοικοι είχαν τη δυνατότητα κατόπιν επίσημης άδειας να πάρουν θανατηφόρο δόση δηλητηρίου, ενώ στην αρχαία Ρώμη οι αποπειρώντες αυτοκτονίας δεν τιμωρούνταν, εκτός αν η απόπειρα θεωρούνταν παράλογη. Από την άλλη πλευρά, οι Πυθαγόρειοι καταδίκάζαν την ευθανασία υπό μία πνευματική αντίληψη πως μόνο ο Θεός έχει δικαίωμα να πάρει τη ζωή του ανθρώπου. Σύμφωνα με τους McDougall & Gorman (2008), η ιστορική εξέλιξη της ευθανασίας διακρίνεται σε έξι περιόδους. Αρχικά, κατά την περίοδο από τον 1^ο μέχρι και τον 5^ο αιώνα, οι αντιλήψεις περί ευθανασίας επηρεάστηκαν από την εξάπλωση του Χριστιανισμού, η διδασκαλία του οποίου απαγορεύει αυστηρά την αυτοκτονία, χωρίς να γίνεται διάκριση ανάμεσα σε αυτήν που προέρχεται από συναισθηματικούς λόγους και στην αυτοκτονία ως αποτέλεσμα του πόνου που συνδέεται με μία ανίατη ασθένεια.

Από τον 5^ο μέχρι και τον 15^ο αιώνα, η Καθολική Εκκλησία εδραίωσε τη θρησκευτική καταδίκη της ευθανασίας, δηλώνοντας ρητώς τον αφορισμό σε περίπτωση αυτοκτονίας ή απόπειρας, ενώ σύμφωνα με τις αρχές του Ιουδαϊσμού η οποιαδήποτε πρόκληση θανάτου θεωρούνταν ως δολοφονία. Κατά τη διάρκεια της Αναγέννησης, οι επιστημονικές ανακαλύψεις της εποχής οδήγησαν στην καλύτερη κατανόηση του ανθρώπινου σώματος και στην ευρεία αποδοχή της πρακτικής του τεμαχισμού πτωμάτων, ως μέσο κατανόησης των ασθενειών και της λειτουργίας των ανθρώπινων οργάνων.

Η ιδέα ότι το ανθρώπινο σώμα δεν ήταν κάποιο είδος θείου μυστηρίου έδωσε εκ νέου αφορμές για τη συζήτηση γύρω από την ευθανασία, αν και η Καθολική και Προτεσταντική Εκκλησία συνέχιζαν να καταδικάζουν οποιαδήποτε μορφή

αυτοκτονίας (Sowle, 2005). Η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης στην περίοδο αυτή είχε ως αποτέλεσμα την εμφάνιση νέων μέσων παράτασης της ζωής, τα οποία ωστόσο ανέδειξαν νέα διλήματα, όπως η σκοπιμότητα της επιμήκυνσής της σε περίπτωση ανυπόφορου πόνου ή ταλαιπωρίας.

Το 18^ο αιώνα, η παγκόσμια ιατρική κοινότητα, κυρίως στον ευρωπαϊκό χώρο και τη Βόρεια Αμερική, άρχισε να εξερευνά διάφορα ζητήματα που σχετίζονται με το θάνατο, ως αποτέλεσμα μίας αίσθησης αυξημένης ευθύνης του γιατρού απέναντι στον ασθενή του και της γενικότερης προόδου στην ιατρική τεχνολογία. Μάλιστα, το 1798, στις έξι από τις 13 αποικίες του κόσμου η απόπειρα αυτοκτονίας δεν είχε πλέον νομικές κυρώσεις. Αργότερα, κατά τη διάρκεια του Μεσοπολέμου και της Ναζιστικής Κατοχής, ο δημόσιος διάλογος περί ευθανασίας πήρε άλλη τροπή. Πιο συγκεκριμένα, τις δεκαετίες 1920 και 1930 στη Γερμανία, το «Πρόγραμμα Ευθανασίας» που εφαρμόστηκε από την κυβέρνηση του Χίτλερ είχε ως αποτέλεσμα τη θανάτωση πολλών ατόμων με ειδικές ανάγκες, ψυχικά ασθενών ή εγκλεισμένων σε άσυλα, με συνέπεια η έννοια της ευθανασίας να αποκτήσει εκ νέου μία αρνητική χροιά στις αντιλήψεις της ευρύτερης κοινωνίας σε παγκόσμια κλίμακα.

Από το 1940 μέχρι και σήμερα, οι εξελίξεις στο πεδίο της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης έχουν στρέψει την προσοχή σε νέα ζητήματα που αφορούν την ευθανασία, αναδεικνύοντας κυρίως τις ηθικές προεκτάσεις της. Παρά το γεγονός ότι οι υπηρεσίες υγείας και το ιατρικό σώμα διαθέτουν ποικίλα και σύγχρονα μέσα για την παράταση της ανθρώπινης ζωής, στην πραγματικότητα ένας αυξανόμενος αριθμός ασθενών αιτούν ιατρική βοήθεια και υποστήριξη για την επίσπευση του θανάτου τους, ανανεώνοντας έτσι το ενδιαφέρον του δημόσιου διαλόγου για την ευθανασία και διαμορφώνοντας ένα κίνημα που τάσσεται υπέρ της.

Το κίνημα αυτό υπέστη ένα βαθύ πλήγμα στη σφαίρα της κοινής γνώμης μετά το πέρας του Β Παγκοσμίου Πολέμου και άρχισε πάλι αργά να εμφανίζεται στα τέλη της δεκαετίας του 1960 και στις αρχές της επόμενης. Σύμφωνα με τον Gorsuch (2009), η εδραίωση του κινήματος αποτέλεσε απόρροια του γενικότερου σκεπτικισμού απέναντι στις παραδοσιακές μορφές εξουσίας, της ανόδου των νομικών δικαιωμάτων για την ιδιωτική ζωή με τη μορφή του ελέγχου των γεννήσεων και των αποφάσεων υπέρ των αμβλώσεων, καθώς και του φεμινιστικού κινήματος, αναζωπυρώνοντας τη συζήτηση γύρω από την κατάλληλη ισορροπία μεταξύ συλλογικών και ατομικών

δικαιωμάτων. Την ίδια στιγμή που η επιρροή της θρησκείας άρχισε να περιορίζεται σε ένα μεγάλο μέρος του δυτικού κόσμου, η ιδέα της αυτοδιάθεσης και του δικαιώματος στις πράξεις που αφορούν τον εαυτό του ατόμου και δεν επιφέρουν βλάβες στους γύρω του άρχισε να γίνεται όλο και περισσότερο αποδεκτή.

Οι υπέρμαχοι της ευθανασίας τις τελευταίες δεκαετίες προσπάθησαν να επωφεληθούν από το μεταβαλλόμενο πολιτιστικό κλίμα των σύγχρονων κοινωνιών, υποστηρίζοντας τις θέσεις τους με λιγότερα επιχειρήματα σχετικά με την κοινωνική και βιολογική εξέλιξη και εστιάζοντας πλέον στα δικαιώματα της αυτονομίας του ατόμου και της προστασίας της ιδιωτικής ζωής. Οι ιδεολογικές αυτές αλλαγές σχετικά με την ευθανασία συνέπεσαν σε κάποιο βαθμό με τις εξελίξεις στη σύγχρονη ιατρική φροντίδα, οι οποίες επιτρέπουν στους γιατρούς να καθυστερούν το θάνατο σε ορισμένες περιπτώσεις πολύ περισσότερο από ότι θεωρείται ηθικά αποδεκτό. Έτσι, οι ακτιβιστές υπέρ της ευθανασίας έχουν προσπαθήσει να αξιοποιήσουν το φόβο μίας νέας μορφής επαχθούς θανάτου που σχετίζεται με παρατεταμένες περιόδους κωματώδους κατάστασης.

Σήμερα, η ολλανδική περίπτωση στο πεδίο της ευθανασίας αποτελεί ίσως το κορυφαίο παράδειγμα του φιλελεύθερου ατομικισμού, επιτρέποντας στους ασθενείς να επιλέγουν τον τρόπο θανάτου τους. Επιπλέον, η μη εθελοντική ευθανασία για ενήλικες που δεν έχουν την πνευματική ικανότητα να αιτήσουν τον τερματισμό της ζωής τους είναι ήδη διάχυτη στο ολλανδικό καθεστώς, με ένα μεγάλο αριθμό μελετητών να υποστηρίζουν τη νομιμοποίηση της εν λόγω πρακτικής. Καθίσταται, λοιπόν, προφανές πως πολλά έχουν αλλάξει από την αρχή του κινήματος που τάσσεται υπέρ της ευθανασίας από τις αρχές της δεκαετίας του 1960, όταν πολλοί ερευνητές, ακαδημαϊκοί και ηγέτες της ιατρικής κοινότητας ανέπτυξαν τα αντίστοιχα επιχειρήματά τους, αντανακλώντας με τον τρόπο αυτό την αυξανόμενη σημασία που αποδίδεται πλέον στις σύγχρονες κοινωνίες στον ατομικισμό και την αυτονομία και υπερτονίζοντας τις ουσιαστικές επιβαρύνσεις που σχετίζονται με τη σύγχρονη μορφή της ιατρικής φροντίδας. Σε κάθε περίπτωση, η ευθανασία αποτελεί μέχρι και σήμερα ένα εξαιρετικά περίπλοκο κοινωνικό, πολιτικό, οικονομικό, νομικό και πολιτιστικό ζήτημα.

1.3 ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Η τυπολογία και αντίστοιχη εννοιολογία που αφορά την ευθανασία είναι κρίσιμης σημασίας τόσο από ηθική όσο και από πρακτική σκοπιά. Οι Scherer & Simon (1999) χαρακτηριστικά αναφέρουν πως ο όρος της «αυτό-λύτρωσης» προτιμάται από τον όρο «αυτοκτονία», ώστε να μη συσχετίζονται τα δύο γεγονότα, καθώς το πρώτο απορρέει από μία ορθολογική επιλογή ενώ η αυτοκτονία προκύπτει από ένα συναισθηματικό ή ψυχολογικό τραύμα. Σε γενικούς όρους, η ευθανασία διακρίνεται σε παθητική και ενεργητική (Rachels, 1975). Η παθητική ευθανασία συχνά περιγράφεται από την έλλειψη δράσης, με τρόπο τέτοιο ώστε ο ασθενής «αφήνεται να πεθάνει» (McDougall & Gorman, 2008). Σύμφωνα με τη Yount (2007), η παθητική ευθανασία ορίζεται ως «η παύση ή μη έναρξη μίας ιατρικής θεραπείας που κρατά ένα άτομο στη ζωή, όπως είναι η σύνδεση με έναν αναπνευστήρα ή η διασωλήνωση με ένα μηχανήμα παροχής τροφής και νερού».

Οι Materstvedt et al (2003) επισημαίνουν πως υπάρχουν τουλάχιστον τρεις αναγκαίες προϋποθέσεις για την πραγματοποίηση της παθητικής ευθανασίας, οι οποίες είναι οι εξής: (1) ανάκληση ή άρνηση της παράτασης ζωής μέσω της θεραπείας, (2) ο κύριος σκοπός της ανάκλησης είναι η επίσπευση του θανάτου του ασθενούς, και (3) η επίσπευση του θανάτου είναι προς το συμφέρον του ασθενούς. Από την άλλη πλευρά, η ενεργός ευθανασία περιλαμβάνει μία ενέργεια (ή παρέμβαση), η οποία προκαλεί το θάνατο ενός ασθενούς χωρίς τη συμμετοχή του (Yount, 2007). Παράλληλα, η ενεργός ευθανασία, η οποία περιλαμβάνει πάντα κάποιον άλλον εκτός του ασθενούς που εκτελεί την αντίστοιχη παρέμβαση, διακρίνεται σε:

- I. Εθελοντική ευθανασία, η οποία αφορά την ενεργό ευθανασία που πραγματοποιείται κατόπιν αιτήματος του ασθενούς
- II. Ακούσια ευθανασία (“mercy killing”), η οποία αφορά τον τερματισμό της ζωής ενός ασθενούς που δεν έχει ζητήσει το θάνατό του, με σκοπό την παύση της ταλαιπωρίας που βιώνει εν ζωή
- III. Μη εθελοντική ευθανασία, η οποία υποδηλώνει την ευθανασία που λαμβάνει χώρα ακόμα και όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να δώσει τη συγκατάθεσή του.

Τέλος, η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία (Physician Assisted Suicide – PAS) ενέχει την εμπλοκή του ασθενούς, ο οποίος όχι μόνο έχει λάβει την απόφαση να

τερματίσει τη ζωή του αλλά συμμετέχει στην ίδια την πράξη, αφού έχει λάβει σχετική πληροφόρηση από το γιατρό του. Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως οι ακτιβιστές και οργανώσεις που δραστηριοποιούνται υπέρ της ευθανασίας δεν αποδέχονται τον όρο «αυτοκτονία», διότι με τον τρόπο αυτό αφαιρείται η έννοια του ορθολογισμού της απόφασης τερματισμού της ζωής. Όπως προαναφέρθηκε, ο όρος που χρησιμοποιείται συχνότερα από τους υπέρμαχους του κινήματος είναι η «αυτό-λύτρωση» (Scherer & Simon, 1999).

Τα τελευταία χρόνια, η εκστρατεία για τη χαλάρωση του νόμου περί ευθανασίας στις ΗΠΑ έχει μετατοπίσει το επίκεντρο από την εθελοντική ενεργό ευθανασία στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, με αφορμή την περίπτωση του γιατρού Jack Keovorkian (γνωστό και ως «Δρ. Θάνατος»), ο οποίος βοήθησε πάνω από 40 ασθενείς να αυτοκτονήσουν. Ωστόσο, μέχρι και σήμερα, οι δύο πρακτικές δε θεωρούνται ταυτόσημες, με χαρακτηριστικό παράδειγμα το γεγονός ότι το 1999 ο Βρετανικός Ιατρικός Σύλλογος ξεκίνησε μία ευρεία διαδικασία διαβούλευσης, διοργανώνοντας μάλιστα και συνέδριο για να υποστηρίξει την κάθετη αντίθεσή του με την υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

Από την άλλη πλευρά, οι υποστηρικτές της υπερτονίζουν πως οι διαφορές μεταξύ της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και της ευθανασίας είναι τόσο ηθικής όσο και νομικής φύσης. Σύμφωνα με τον Keown (2004), οι υπέρμαχοι της πρώτης πρακτικής θεωρούν πως αυτή είναι μία έκφραση της αυτονομίας του ασθενούς και του δικαιώματός του στην αυτοδιάθεση, ενώ αντίθετα η ευθανασία αποτελεί μία έκφραση του ιατρικού πατερναλισμού. Το επιχείρημα αυτό είναι αποδεκτό από αρκετούς μελετητές, ιδιαίτερα σε χώρες όπου το νομικό καθεστώς επιτρέπει την ευθανασία.

Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα των Ολλανδών Kimsma & van Leeuwen (1998), οι οποίοι υποστηρίζουν πως δεν υπάρχει καμία ηθική διαφοροποίηση μεταξύ ευθανασίας και υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, οι οποίες θα πρέπει να θεωρούνται ταυτόσημες έννοιες, δεδομένου ότι αφορούν την ενεργό υποστήριξη του θανάτου ενός ασθενή. Ωστόσο, ο ίδιος ο Keown (2004) αντιτίθεται του επιχειρήματος αυτού, υποστηρίζοντας πως η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, όπως και η εθελοντική ευθανασία, δεν είναι εύκολο να ελεγχθούν και για το λόγο αυτό δε θα πρέπει να νομιμοποιούνται, καθώς ενδέχεται να οδηγούν σε θανάτωση ασθενών οι οποίοι είτε δεν είναι σε θέση να λάβουν ελεύθερα και σε απόλυτη επίγνωση μία σχετική

απόφαση είτε δεν έχουν τη δυνατότητα να ωφεληθούν των υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας. Σε γενικές γραμμές, τα ηθικά ζητήματα που προκύπτουν από το δημόσιο διάλογο γύρω από την ευθανασία και τις παραπλήσιες πρακτικές και έννοιες είναι πολλαπλά, συμπεριλαμβάνοντας ιατρικές, θρησκευτικές, φιλοσοφικές, κοινωνικές, νομικές και πολιτικές διαστάσεις, όπως θα αναλυθεί διεξοδικότερα παρακάτω.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ: ΗΘΙΚΕΣ, ΝΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ

2.1 Η ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΔΙΑΛΟΓΟ

Το ζήτημα της εθελοντικής ευθανασίας στο πλαίσιο του δημόσιου διαλόγου έχει αναδείξει πολύ ισχυρές και πολωτικές αντιδράσεις και απόψεις. Οι υποστηρικτές της θεωρούν την ευθανασία ως μία ανθρωπιστική λύση στην αφόρητη δυστυχία και ως έναν τρόπο παύσης της ζωής με αξιοπρέπεια, ή υποστηρίζουν σθεναρά το δικαίωμα του ατόμου στην αυτοδιάθεση (Keown, 1992). Από την άλλη πλευρά, οι αντιτιθέμενοι της ευθανασίας είτε βασίζονται στο επιχείρημα της θρησκείας, δηλαδή στο ότι μόνο ο Θεός έχει το δικαίωμα να τερματίσει τη ζωή ενός ατόμου (MacDonald, 1998), είτε εγείρουν ζητήματα εξάρτησης του ατόμου από το ιατρικό προσωπικό ή από τα μέλη της οικογένειάς του για τη λήψη αποφάσεων, οδηγώντας σε πιθανή κατάχρηση της σχέσης αυτής (Griffiths et al, 2008). Οι πολέμιοι ουσιαστικά θεωρούν πως η εθελοντική ευθανασία θα μπορούσε να οδηγήσει σε ακούσια για τα άτομα που δεν θεωρούνται χρήσιμα ή «πολύτιμα» για την κοινωνία.

Σε συνάρτηση με τις διαφορετικές απόψεις, το δίκαιο περί ευθανασίας και των πρακτικών της είναι αποκλίνον ανάμεσα στις χώρες. Ενώ στις περισσότερες απαγορεύεται, μερικές από αυτές την έχουν σχετικά πρόσφατα νομιμοποιήσει, αν και με αυστηρούς όρους. Η εθελοντική ευθανασία έχει νομίμως επιτραπεί στην Ολλανδία και το Βέλγιο από το 2002 και στο Λουξεμβούργο από το Μάρτιο του 2009. Στις ΗΠΑ, μόνο στις πολιτείες του Όρεγκον και της Ουάσινγκτον είναι νόμιμη η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Επίσης, η ελβετική κυβέρνηση επιτρέπει την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία από μη ιατρικό προσωπικό για τους αλλοδαπούς, η οποία μάλιστα έχει οδηγήσει στο φαινόμενο του λεγόμενου «τουρισμού αυτοκτονίας» (Griffiths et al, 2008). Βέβαια, η ανάκληση ή άρνηση παράτασης της ζωής μέσω θεραπείας, προκειμένου να επισπευτεί ο θάνατος, θεωρείται μία φυσιολογική και νόμιμη ιατρική πρακτική σε πολλές χώρες, ενώ σε άλλες, συμπεριλαμβανομένων των ΗΠΑ, ο ασθενής έχει το νόμιμο δικαίωμα να αρνηθεί μία επιθετική θεραπεία τελικού σταδίου.

Οι υποστηρικτές και πολέμιοι της ευθανασίας εκφράζουν τις απόψεις τους με πολύ σθεναρό τρόπο στο πλαίσιο του δημόσιου διαλόγου, συχνά χρησιμοποιώντας παραδείγματα συγκεκριμένων περιπτώσεων ή νομοθετικών πρακτικών, τα οποία αναζωπυρώνουν το διάλογο κατά καιρούς. Σε ένα σχετικά πρόσφατο παράδειγμα, της Eluana Englaro, μίας Ιταλίδας που βρισκόταν σε κώμα για περισσότερο από μία δεκαετία και της οποίας ο πατέρας ήθελε να σταματήσει τη μηχανική υποστήριξη από το 2009, ο πρωθυπουργός Μπερλουσκόνι επιχείρησε να εισάγει νομοθεσία για να απαγορεύσει την ευθανασία ενώ το Βατικανό υποκίνησε ένα ολόκληρο κίνημα αντιτιθέμενο στα νοσοκομεία και το ιατρικό προσωπικό που δήλωσε πως ήθελε να βοηθήσει τον πατέρα. Τελικά, η Englaro αποσυνδέθηκε από τη μηχανική υποστήριξη αλλά ο πατέρας της συνεχίζει να αντιμετωπίζει κατηγορίες (Donadio, 2009).

Σε μία άλλη περίπτωση, η έντονη συζήτηση περί ευθανασίας αναζωπυρώθηκε στα Γαλλικά και διεθνή μέσα ενημέρωσης το 2008, όταν η M. Sebire, μία Γαλλίδα με δυσμορφία του προσώπου που προκαλείται από μία σπάνια μορφή καρκίνου, αυτοκτόνησε από υπερβολική δόση υπνωτικών φαρμάκων μετά την απόρριψη του αιτήματός της για ευθανασία, καθώς υποβαλλόταν σε ανυπόφορο και μη διαχειρίσιμο μέσω χορήγησης μορφίνης πόνο (Murphy, 2008). Ακόμη, οι λίγες χώρες ανά τον κόσμο που επιτρέπουν την ευθανασία ή την υποβοηθούμενη αυτοκτονία έχουν δεχθεί επικρίσεις από πολέμιους της σε άλλες χώρες, όπως για παράδειγμα συνέβη με την εφημερίδα του Βατικανού, η οποία σε άρθρο της έχει συγκρίνει μία Ολλανδή γιατρό που εμπλέκεται στον τερματισμό της ζωής νεογνών με τους γιατρούς των Ναζί (Griffiths et al, 2008).

Ο διεθνής χαρακτήρας του δημόσιου διαλόγου αναδεικνύει και τις σημαντικές διαφοροποιήσεις που υπάρχουν στις δημόσιες απόψεις από χώρα σε χώρα (Cohen et al, 2006). Για παράδειγμα, οι Verbakel & Jaspers (2010) αποδεικνύουν πως στη Μάλτα μόνο το 10% του γενικού πληθυσμού εκφράζει την επιθυμία του για νομική έγκριση της ευθανασίας, ενώ στην Ολλανδία πάνω από το 70% είναι υπέρ, ποσοστό που ισούται με περίπου 60% στη Δανία και τη Σουηδία. Σε γενικότερους όρους, έχει αποδειχθεί πως τα θρησκευόμενα άτομα είναι περισσότερο πιθανό να αντιτίθενται της ευθανασίας σε σχέση με τα άτομα χαλαρότερων θρησκευτικών πεποιθήσεων (Moulton et al, 2006), ενώ έχει επίσης τεκμηριωθεί πως τα άτομα υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου εκφράζουν αρνητικότερες απόψεις σε σχέση με τα άτομα χαμηλότερης εκπαιδευτικής βαθμίδας (Gilman et al, 1997).

Ακόμη, οι Verbakel & Jaspers (2010) υποστηρίζουν πως η ακαδημαϊκή συζήτηση σχετικά με τις δημόσιες απόψεις απέναντι στην ευθανασία είναι αρκετά μονόπλευρη, καθώς παραμελεί άλλα βασικά επιχειρήματα υπέρ ή κατά της. Οι ίδιοι ερευνητές επισημαίνουν πως οι σχετικές αντιλήψεις επηρεάζονται όχι μόνο από προσωπικά γνωρίσματα και στάσεις των ατόμων απέναντι στη ζωή και το θάνατο αλλά και από τα δομικά χαρακτηριστικά των χωρών, καθώς για παράδειγμα υπάρχει περίπτωση ο φόβος κατάχρησης της εθελοντικής ευθανασίας να εξαρτάται, εν μέρει, από το σύστημα υγείας μίας χώρας ή από τα εκάστοτε επιδημιολογικά δεδομένα.

Έτσι, εκτός των θρησκευτικών επιρροών, οι οποίες αναλύονται διεξοδικότερα στην επόμενη ενότητα, ένα βασικό επιχείρημα που επηρεάζει τη δημόσια γνώμη για τις πρακτικές της ευθανασίας είναι αυτό της εξάρτησης ή κατάχρησης, το οποίο είναι γνωστό και ως επιχείρημα της «ολισθητής πλαγιάς» (“slippery slope” argument). Βάσει της προσέγγισης αυτής, οι πολέμιοι της ευθανασίας θεωρούν πως η εθελοντική μορφή της μπορεί να οδηγήσει σε ακούσιες πρακτικές (Keown, 1992). Συνεπώς, εκείνοι που αισθάνονται ότι δεν έχουν τον απόλυτο έλεγχο της ζωής τους ή δεν αποτελούν πολύτιμους συντελεστές για την κοινωνία, όπως είναι οι ηλικιωμένοι, τα κοινωνικά ανενεργά άτομα ή αυτά που δεν έχουν σύντροφο ή παιδιά να τους φροντίζουν, συνήθως πρόσκεινται αρνητικά της ευθανασίας, φοβούμενοι περισσότερο πως αυτή μπορεί να εξελιχθεί σε ακούσια (Scherer & Simon, 1999).

Ακόμη, το δικαίωμα στην αυτοδιάθεση, το οποίο αποτελεί κεντρικό συστατικό της ευρύτερης έννοιας της προσωπικής αυτονομίας, αποτελεί ένα βασικό επιχείρημα υπέρ της ευθανασίας που επηρεάζει την κοινή γνώμη. Σύμφωνα με το Stenner (2005), τα άτομα που δίνουν ιδιαίτερη αξία στο δικαίωμα αυτό, συνήθως οι περισσότερο μορφωμένοι, είναι περισσότερο πιθανό να είναι υπέρμαχοι της ευθανασίας, ευνοώντας παράλληλα και άλλες πιο φιλελεύθερες ηθικές στάσεις απέναντι στη ζωή, όπως είναι η έκτρωση. Τέλος, είναι σημαντικό να σημειωθεί πως παρά τις διαφοροποιήσεις που υφίστανται στην κοινή γνώμη ανάμεσα στις χώρες ανά τον κόσμο, σημαντικός παράγοντας που διαμορφώνει τις προσωπικές απόψεις περί ευθανασίας είναι και ο βαθμός έκθεσης του ατόμου σε συγκεκριμένες καταστάσεις. Για παράδειγμα, το επιχείρημα του θανάτου με αξιοπρέπεια που χρησιμοποιείται ευρέως από τους υπέρμαχους της ευθανασίας, είναι περισσότερο αποδεκτό από ανθρώπους που έχουν προσωπικά βιώσει έναν επίπονο θάνατο ενός κοντινού τους προσώπου (Wasserman et al, 2005).

2.2 ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ

Η συντριπτική πλειοψηφία των θρησκειών υποστηρίζουν την ιερότητα της ανθρώπινης ζωής και αποδοκιμάζουν την ευθανασία, ενώ ορισμένες εξ αυτών την απαγορεύουν με σαφή τρόπο, θεωρώντας την ως μία κοινή μορφή δολοφονίας, ανεξαρτήτως των ισχυρισμών περί ελεήμων κινήτρων (Beckwith & Geisler, 1991). Το ζήτημα της θρησκείας και της ισχύος των θρησκευτικών πεποιθήσεων είναι εξαιρετικά σημαντικό για τις απόψεις που διαμορφώνονται υπέρ ή κατά της εθελοντικής ή παθητικής ευθανασίας και της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, όπως έχει αποδειχθεί από ένα μεγάλο αριθμό ερευνών, τόσο μεταξύ του γενικού πληθυσμού (Suarez-Almazor et al, 1997) όσο και μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Forde et al, 1997).

Σε γενικότερους όρους, όλες οι μονοθεϊστικές θρησκείες, συμπεριλαμβανομένων του Ιουδαϊσμού, του Χριστιανισμού και του Ισλάμ, θεωρούν την ευθανασία ως έγκλημα που δε διαφέρει από οποιαδήποτε άλλο φόνο, ενώ οι ακόλουθοι του Ινδουισμού, του Βουδισμού και του Ζαϊνισμού την αντιμετωπίζουν ως μία απαράδεκτη ιατρική πράξη. Ιδιαίτερα στο Χριστιανισμό, έχει σαφώς διατυπωθεί από εκκλησιαστικά κείμενα πως η ανθρώπινη ζωή είναι ένα δώρο από το Θεό και κανένα ανθρώπινο ον δεν επιτρέπεται να θέλει να απαλλαγεί από αυτό (Engelhardt & Ittis, 2005). Σε κάθε περίπτωση, η θρησκεία, η πίστη και το αίσθημα θρησκευτικότητας επηρεάζουν σε διαφορετικό βαθμό την ιδεολογία και την κοσμοθεωρία των ατόμων, έχοντας επιπτώσεις σε πολλές εκφάνσεις της ανθρώπινης ζωής.

Εξετάζοντας τις σύγχρονες θρησκευτικές θεωρήσεις περί ευθανασίας, η Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία αντιτίθεται σθεναρά τόσο στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία όσο και στην ευθανασία, διδάσκοντας πως η ζωή δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να μειώνεται πρόωρα, διότι είναι ένα δώρο από το Θεό. Οι καθολικού δόγματος στοχαστές, όπως ο Di Camillo, υποστηρίζουν πως η απόφαση ενός ατόμου να τερματίσει τη ζωή του συχνά απορρέει από κακή διαχείριση του πόνου, απελπισία ή μοναξιά, αναγνωρίζοντας ωστόσο το ηθικό δικαίωμά του όταν βρίσκεται στο τελικό στάδιο μίας νόσου να αρνείται έκτακτες θεραπείες που μπορούν να παρατείνουν τη ζωή ελάχιστα (US Conference of Catholic Bishops, 2012). Την ίδια στιγμή, ο Ορθόδοξη Εκκλησία αναγνωρίζει πως η ευθανασία είναι μία μορφή αυτοκτονίας για

το ίδιο το άτομο και παράλληλα μία μορφή δολοφονίας για αυτούς που συμμετέχουν στην πράξη (Engelhardt & Ittis, 2005).

Επιπλέον, σύμφωνα με τις αρχές του Βουδισμού, η ευθανασία αντιτίθεται στη ζωή. Ο Keown (2005), καθηγητής της βουδιστικής ηθικής, αναφέρει πως ο Βουδισμός διδάσκει ότι είναι ηθικά λάθος να καταστρέφεται σκόπιμα η ζωή, ανεξαρτήτως της πρόθεσης και ακόμα και όταν δεν υφίσταται η βέλτιστη σωματική και ψυχική υγεία. Ωστόσο, σε συνάρτηση με το χριστιανικό δόγμα, οι Βουδιστές θεωρούν πως η ζωή δεν θα πρέπει να διατηρείται με κάθε κόστος, εννοώντας πως ένα άτομο έχει το δικαίωμα να αρνείται ορισμένες παρεμβάσεις ελάχιστης επιμήκυνσής της. Ακόμη, ενώ δεν υπάρχει κάποια επίσημη διδασκαλία του Ινδουισμού σχετικά με την ευθανασία, η γενική άποψη των οπαδών της εν λόγω θρησκείας είναι πως ο πρόωρος τερματισμός της ζωής επηρεάζει αρνητικά το κάρμα του ατόμου (Coward et al, 1989).

Η διδασκαλία του Ισλάμ, επίσης, αντιτίθεται της ευθανασίας, θεωρώντας πως η ζωή είναι ιερή και προέρχεται από το Θεό, ο οποίος μόνο αυτός αποφασίζει τον τερματισμό της. Οι απόψεις αυτές επηρεάζονται και από την ισλαμική πεποίθηση πως ο πόνος και οι άλλες δυσκολίες της ζωής μπορούν να είναι ευεργετικές για τον άνθρωπο, καθώς μέσω αυτών δοκιμάζεται η πίστη του (Aramesh & Shadi, 2007). Πράγματι, η ισλαμική παράδοση αναφέρει πως η ταλαιπωρία στο τέλος του κύκλου της ζωής είναι ένας τρόπος «καθαρισμού» του ανθρώπου από προηγούμενες αμαρτίες. Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τον εβραϊκό νόμο, η διατήρηση της ανθρώπινης ζωής υπερτερεί της επιθυμίας ανακούφισης από τον πόνο και τη δυστυχία. Ο Ιουδαϊσμός διδάσκει πως η ζωή είναι ένα πολύτιμο δώρο του Θεού και μόνο αυτός μπορεί να πάρει την απόφαση να την τερματίσει (Emanuel, 1994). Επίσης, σύμφωνα με την εβραϊκή διδασκαλία, οι γιατροί και οι φροντιστές δεν πρέπει να πραγματοποιούν καμία πράξη που επισπεύδει το θάνατο αλλά, αντιθέτως, θα πρέπει να κάνουν οτιδήποτε εφικτό για την παράταση της ζωής.

Καθίσταται, λοιπόν, προφανές πως όλες οι μεγάλες μονοθεϊστικές θρησκείες αντιτίθενται της ευθανασίας και της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, θεωρώντας πως η ζωή είναι ένα θείο δώρο, αναγνωρίζοντας ωστόσο σε ορισμένες περιπτώσεις το ηθικό δικαίωμα του ατόμου να μην επιθυμεί ιατρικές παρεμβάσεις στο τελικό στάδιο που μπορούν να παρατείνουν τη ζωή του για ελάχιστο χρονικό

διάστημα. Επιπλέον, έχει ευρέως αναγνωριστεί πως οι θρησκευτικές πεποιθήσεις επηρεάζουν σημαντικά τις απόψεις των ατόμων περί ευθανασίας, σύνδεση που έχει τεκμηριωθεί και από τη σχετική ερευνητική βιβλιογραφία. Οι Gielen et al (2009), επιχειρώντας μία μετά-ανάλυση σχετικών ερευνών, διαπιστώνουν πως τέσσερις είναι οι βασικές εκφάνσεις της θρησκείας που επηρεάζουν τις απόψεις για την ευθανασία: (1) η ισχύς των θρησκευτικών πεποιθήσεων, (2) η τήρηση των θρησκευτικών πρακτικών και παραδόσεων, (3) η σημασία της θρησκείας για το άτομο και την κοσμοθεωρία του, και (4) το θρησκευτικό δόγμα.

Επιπλέον, οι Halman & Draulas (2004) επισημαίνουν πως το φαινόμενο της θρησκείας επηρεάζει τις απόψεις των ατόμων για τα θέματα της ζωής και του θανάτου μέσω πέντε διαστάσεων, της ιδεολογικής, της τελετουργικής, της εμπειρικής, της πνευματικής και της επακόλουθης, η οποία αποτελεί το σύνολο των θρησκευτικών πεποιθήσεων, πρακτικών, εμπειριών και προσωπικών γνώσεων. Αναφορικά με την επίδραση της θρησκείας στις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην ευθανασία, η ερευνητική βιβλιογραφία δεν παρέχει σαφή συμπεράσματα. Παραδειγματικά, οι Anderson & Caddell (1993) αποδεικνύουν πως η πλειοψηφία των Προτεσταντών ιατρών και νοσηλευτών είναι θετικά προσκείμενοι της ευθανασίας, καθώς απαλύνει τον πόνο και οδηγείται από φιλάνθρωπα κίνητρα, σε αντίθεση με την πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας του ρωμαιοκαθολικού δόγματος, επισημαίνοντας ακόμη μία αρνητική σχέση μεταξύ της ισχύος των θρησκευτικών πεποιθήσεων και του βαθμού συμφωνίας με την ευθανασία ως αποδεκτή ιατρική πράξη σε όλα τα θρησκευτικά δόγματα.

Ο Kitchener (1998) αποδεικνύει, επίσης, πως οι νοσηλευτές που δεν πιστεύουν σε κάποια θρησκεία έχουν περισσότερο θετικές απόψεις για την εθελοντική ευθανασία, ενώ αυτοί που ακολουθούν κάποιο θρησκευτικό δόγμα υποστηρίζουν την αλλαγή του νομικού πλαισίου περί ευθανασίας, αναφέροντας μάλιστα τη σαφή τους πρόθεση να συμμετέχουν σε αντίστοιχες παρεμβάσεις σε περίπτωση νομικής επικύρωσής τους. Τέλος, οι Sorbye et al (1995) καταδεικνύουν πως η θρησκευτική πίστη αποτελεί τη σημαντικότερη προβλεπτική μεταβλητή των αντιλήψεων περί εθελοντικής ευθανασίας, ενώ αντίθετα οι Musgrave & Soundry (2000) διαπιστώνουν πως η θρησκευτικότητα δε σχετίζεται με τις θετικές ή αρνητικές απόψεις. Συμπερασματικά, μπορεί να υποστηριχθεί πως παρόλο που όλες οι θρησκείες αντιτίθενται της

ευθανασίας, δεν είναι σαφές πως αυτές επηρεάζουν τις αντίστοιχες αντιλήψεις και στάσεις των ατόμων.

Σε κάθε περίπτωση, έχει ευρέως διαπιστωθεί από προηγούμενες έρευνες πως οι θρησκευόμενοι είναι πιο συχνά αντίθετοι με την ευθανασία σε σχέση με τα άτομα χαλαρών θρησκευτικών πεποιθήσεων (DeCesare, 2000; Jaspers et al, 2007). Οι περισσότεροι από αυτούς διατυπώνουν μία πεποίθηση πως μόνο ο Θεός μπορεί να αποφασίζει για τη ζωή και το θάνατο, προτρέποντας μάλιστα την «καταδίκη» της πρακτικής της ευθανασίας (Moulton et al, 2006). Ο Brockopp (2003), επίσης, σημειώνει πως παρά το γεγονός ότι όλες οι θρησκείες καταδικάζουν την ευθανασία, εντοπίζεται μία διαφοροποίηση ως προς την αυστηρότητα που το πράττουν, καθώς το Ισλάμ αντιτίθεται σθεναρά και κατηγορηματικά απαγορεύει όλες τις ενέργειες που μπορούν να προκαλέσουν το θάνατο ή τη σκόπιμη μείωση της διάρκειας ζωής.

Ακόμη, η Ορθόδοξη και Καθολική Εκκλησία διατυπώνουν μία ιδιαίτερα αυστηρή θέση, δηλώνοντας πως η ευθανασία και όλες οι υπόλοιπες μορφές παύσης της ανθρώπινης ζωής θα πρέπει να θεωρούνται ως δολοφονία. Την ίδια στιγμή, ωστόσο, η Ανατολική Ορθόδοξη Εκκλησία δε διαθέτει κάποια αρχή που απαγορεύει την ευθανασία, ενώ η Καθολική Εκκλησία αναγνωρίζει πως είναι ανεπιθύμητη μία παράταση της ζωής με επαχθή τρόπο και όταν ο θάνατος είναι αναπόφευκτος (Hamel, 1991). Ακόμη, έχει υποστηριχθεί πως οι Προτεστάντες διαφέρουν σημαντικά ως προς τις απόψεις τους, καθώς οι φιλελεύθεροι αφήνουν κάποια περιθώρια για πρακτικές παθητικής ευθανασίας, ενώ οι πιο συντηρητικές κοινότητες καταδικάζουν όλες τις μορφές της (Seper & Hamer, 1980). Οι Verbakel & Jaspers (2010) υποστηρίζουν, τέλος, πως η γενική τάση είναι πως τα άτομα με ισχυρές θρησκευτικές πεποιθήσεις έχουν αρνητικότερες απόψεις για την ευθανασία, ενώ θα πρέπει να αναμένεται πως οι μουσουλμάνοι είναι γενικότερα πιο καταδικαστικοί απέναντι στις πρακτικές της σε σχέση με τους πιστούς του χριστιανικού δόγματος, αν και στην πράξη η προαναφερθείσα υπόθεση δεν επιβεβαιώνεται πάντα.

2.3 ΝΟΜΙΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Στις ΗΠΑ, οι Πολιτείες του Όρεγκον, της Ουάσινγκτον και του Βέρμοντ είναι οι μόνες που μέχρι σήμερα έχουν σε ισχύ νόμους που επιτρέπουν ρητά κάποια μορφή ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Πιο συγκεκριμένα, το Νοέμβριο του 1994,

εισήχθη μετά από δημοψήφισμα ο νόμος περί «Θανάτου με Αξιοπρέπεια» (Death with Dignity Act) στην πολιτεία του Όρεγκον, επιτρέποντας στους ενήλικες τελικού σταδίου, με πρόγνωση ζωής μικρότερης από έξι μήνες, να συνταγογραφούνται φαρμακευτικής αγωγής με σκοπό την αυτοκτονία. Οι προϋποθέσεις για τη συνταγογράφηση είναι οι εξής: (1) δύο προφορικές αιτήσεις με χρονική απόσταση τουλάχιστον 15 ημέρες και μία γραπτή, η οποία υπογράφεται με δύο μάρτυρες, (2) κατάθεση δεύτερης ιατρικής διάγνωσης, (3) πνευματική ικανότητα του ασθενή να λάβει σχετική απόφαση, (4) ο γιατρός οφείλει να τεκμηριώσει την ικανότητα του ασθενή να λάβει σχετική απόφαση με ειδική διάγνωση από ψυχίατρο, (5) ο ασθενής θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένος για την κατάστασή του, συμπεριλαμβάνοντας την ιατρική διάγνωση και πρόγνωση, τους πιθανούς κινδύνους της αγωγής, το αποτέλεσμα της και τις εναλλακτικές λύσεις, (6) ο γιατρός πρέπει να ζητήσει από τον ασθενή να ενημερώσει την οικογένειά του για την απόφασή του αλλά δεν μπορεί να τον υποχρεώσει.

Στην Ουάσινγκτον, ο νόμος περί «Θανάτου με Αξιοπρέπεια» ψηφίστηκε το 2008 και άρχισε να εφαρμόζεται από το 2009 και μετά. Ο νόμος βασίζεται σε αυτόν του Όρεγκον, περιλαμβάνοντας τις ίδιες προϋποθέσεις. Αξίζει να σημειωθεί πως το 2012, στην Πολιτεία του Όρεγκον συνταγογραφήθηκαν 115 αγωγές για υποβοηθούμενη αυτοκτονία, με τον αντίστοιχο αριθμό θανάτων να φτάνει τους 77, ποσοστό 2,35% επί 1.000 θανάτων (Oregon Department of Human Services, 2013). Αντίστοιχα, στην Ουάσινγκτον οι αγωγές για το ίδιο έτος είναι 121 και οι ιατρικώς υποβοηθούμενοι θάνατοι 83 (Washington State Department of Health, 2013).

Επίσης, στις 20 Μαΐου 2013, ο Κυβερνήτης της πολιτείας του Βέρμοντ υπέγραψε το νόμο «Επιλογής του Ασθενούς στο Τέλος της Ζωής» (“Patient Choice at End of Life” Bill). Ο νόμος αυτός που επιτρέπει την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι ο πρώτος στις ΗΠΑ που ψηφίστηκε από νομοθετικό σώμα και δεν υποβλήθηκε σε δημοψήφισμα, ενώ βασίζεται επίσης σε αυτόν του Όρεγκον. Ωστόσο, οι διατάξεις που περιγράφουν τις σχετικές απαιτήσεις και προϋποθέσεις θα είναι σε ισχύ μέχρι τον Ιούλιο του 2016 και από την ημερομηνία αυτή και μετά ένας ασθενής μπορεί να προμηθευτεί μία συνταγή με σκοπό την αυτοκτονία ακόμα και μετά από μόνο μία συνάντηση με τον θεράπων γιατρό του. Αξίζει να σημειωθεί πως από το 1991 και μετά στις ΗΠΑ άλλοι 4 σχετικοί με την ευθανασία νόμοι έχουν υποβληθεί σε δημοψηφίσματα αλλά δεν επικυρώθηκαν.

Στο Βέλγιο, η ευθανασία νομιμοποιήθηκε το 2002, οριζόμενη ως η πράξη ενός τρίτου προσώπου που παύει σκόπιμα τη ζωή ενός άλλου μετά από αίτησή του. Οποιοσδήποτε ενήλικος που είναι διανοητικά ικανός μπορεί να υποβάλει σχετικό αίτημα, εφόσον βρίσκεται σε μία ανίατη κατάσταση που οδηγεί σε διαρκή και ανυπόφορο σωματικά και ψυχικά πόνο. Ο νόμος προϋποθέτει τη γραπτή συναίνεση του γιατρού και τη μετέπειτα αξιολόγησή της από ειδική επιτροπή, ενώ αν τα 2/3 αυτής αποφασίσουν πως δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις τότε η υπόθεση παραπέμπεται σε εισαγγελία. Μάλιστα, οι Βέλγοι πολίτες έχουν το δικαίωμα να εκφράσουν την εκ των προτέρων επιθυμία τους να οδηγηθούν σε ευθανασία υπό συγκεκριμένες συνθήκες, όταν έχουν απολέσει τη συνείδησή τους. Το 2011, 1.133 θάνατοι από ευθανασία καταγράφηκαν επισήμως στο Βέλγιο (Santé publique, 2013).

Το Λουξεμβούργο είναι η πιο πρόσφατη περίπτωση χώρας που έχει νομιμοποιήσει την ευθανασία και την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία το 2008, ενώ ο νόμος άρχισε να εφαρμόζεται το Μάρτιο του 2009, παρά τις αντιδράσεις του μοναρχικού καθεστώτος. Ένα περιστατικό ευθανασίας καταγράφηκε το 2009, 4 το 2010, 5 το 2011 και 9 το 2012. Στην Ελβετία, το άρθρο 114 του ελβετικού ποινικού κώδικα απαγορεύει την ευθανασία, αλλά καθορίζει πολύ μικρή ποινή (μέγιστη φυλάκιση τριών ετών) σε περίπτωση που η παύση της ζωής ενός ατόμου από τρίτο γίνεται για λόγους ευσπλαχνίας και μετά από αποδεδειγμένο αίτημα. Επιπλέον, η υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν περιορίζεται σε ασθενείς με ανίατη ασθένεια ή σε κατοίκους της Ελβετίας, η οποία έχει γίνει ένας δημοφιλής προορισμός, κυρίως για Ευρωπαίους, που αναζητούν σχετική βοήθεια.

Στην Ολλανδία, ο νόμος επιτρέπει την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία υπό ορισμένες προϋποθέσεις από το 2001. Συγκεκριμένα: (1) ο γιατρός θα πρέπει να είναι σίγουρος για την εθελοντική φύση του αιτήματος του ασθενούς, (2) θα πρέπει να πληρείται η προϋπόθεση της μηδαμινής πιθανότητας βελτίωσης της κατάστασής του, (3) ο ασθενής θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένος για την κατάσταση της υγείας του και την περαιτέρω διάγνωση, (4) θα πρέπει να υπάρχει πλήρης συμφωνία μεταξύ γιατρού και ασθενούς ότι δεν υπάρχει άλλη λογική λύση, (5) θα πρέπει να υπάρχει δεύτερη διάγνωση από γιατρό που δεν εμπλέκεται στην περίπτωση, και (6) ο γιατρός θα πρέπει να επιδεικνύει τη δέουσα ιατρική φροντίδα κατά τη διακοπή της ζωής του ασθενούς.

Η πιο αμφιλεγόμενη πτυχή της ολλανδικής νομοθεσίας ήταν μία πρόταση που επέτρεπε στα παιδιά από την ηλικία των 12 και μετά να αιτούνται ευθανασίας ή υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, αν και αργότερα θεσμοθετήθηκε η απαραίτητη γονική συναίνεση για άτομα μικρότερα των 16 ετών. Αξίζει, επίσης, να σημειωθεί πως από το 2003 και μετά μία έντονη συζήτηση στα μέσα και τα ιατρικά περιοδικά άρχισε να γίνεται για τη χαλάρωση των κανονισμών που διέπουν την ευθανασία στη χώρα, ιδιαίτερα αναφορικά για τα άτομα που πάσχουν από Αλτσχάιμερ ή άλλες μη ανίατες ασθένειες και απλά είναι «κουρασμένα από τη ζωή» (Sheldon, 2003). Αν και οι περισσότερες καταγεγραμμένες περιπτώσεις αφορούν ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο, σημαντική αύξηση των περιστατικών ευθανασίας ή υποβοηθούμενης αυτοκτονίας έχει σημειωθεί τα τελευταία χρόνια. Για παράδειγμα, μεταξύ 2009 και 2010 η αύξηση αυτή έφτασε το 19% (Regional Euthanasia Review Committees, 2012).

Σημαντική συζήτηση για το ζήτημα της νομιμοποίησης της ευθανασίας έχει γίνει και στη Γαλλία, μετά από σχετική πρόταση του τότε Υπουργού Υγείας Douste-Blazy το 2004. Τον Απρίλιο του 2005, εγκρίθηκαν από τη Γαλλική Βουλή ορισμένες τροποποιήσεις του κώδικα δημόσιας υγείας που αφορούν τη φροντίδα τελικού σταδίου. Βέβαια, η νομοθεσία δεν καθορίζει ούτε την υποβοηθούμενη αυτοκτονία ούτε την ευθανασία, αλλά επιτρέπει τη διακοπή της θεραπείας υπό προϋποθέσεις. Μάλιστα, μία από τις προεκλογικές υποσχέσεις του Φρανσουά Ολλάντ ήταν η θέσπιση σχετικής με την υποβοηθούμενη αυτοκτονία νομοθεσία, χωρίς ωστόσο μέχρι και σήμερα να έχει γίνει αυτό πράξη.

Τέλος, το ζήτημα της ευθανασίας και των αποφάσεων στο τελικό στάδιο ζωής του ασθενούς έχουν προκαλέσει σημαντικές αντιπαραθέσεις στο Ηνωμένο Βασίλειο. Ενώ η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι παράνομες, το πρόσωπο που βοηθάει ένα τρίτο για την παύση της ζωής του δεν διώκεται νομικά απαραίτητα, ως αποτέλεσμα ορισμένων εξελίξεων και δικαστικών αποφάσεων. Σύμφωνα με τις τελευταίες επίσημες κατευθύνσεις από το 2010, ορίζεται πως η υποβοηθούμενη αυτοκτονία παραμένει ποινικό αδίκημα, ωστόσο περιγράφεται μία διαδικασία δύο σταδίων για να γίνει η τελική δίωξη, πρώτον, θα πρέπει να υπάρχουν επαρκή αποδεικτικά στοιχεία για το αδίκημα και, δεύτερον, θα πρέπει να καθορίζεται αν η δίωξη είναι προς τη δημόσιο συμφέρον.

2.4 ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Οι υπέρμαχοι της ευθανασίας υποστηρίζουν πως οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα να λαμβάνουν τις δικές τους αποφάσεις σχετικά με το θάνατό τους, καθώς και πως η ευθανασία δικαιολογείται από τη σκοπιμότητα της ανακούφισης από τον πόνο και την οδύνη. Επιπλέον, υπάρχει η άποψη πως η ενεργός ευθανασία δε διαφοροποιείται σημαντικά από ηθικής σκοπιάς από την άρνηση παροχής ιατρικής θεραπείας. Βέβαια, οι απόψεις αυτές αμφισβητούνται από αυτούς που αντιτίθενται της ευθανασίας, εγείροντας το επιχείρημα της ιερότητας της ανθρώπινης ζωής. Παράλληλα, η ανάπτυξη της αποτελεσματικής και ποιοτικής παρηγορητικής φροντίδας έχει αποτελέσει μία επαρκή αιτιολογική βάση για τους πολέμιους της ευθανασίας, καθώς μπορεί να προσφέρει ανακούφιση από τον πόνο και θεωρείται ως η κατάλληλη «απάντηση» της σύγχρονης ιατρικής πρακτικής.

Συνολικά, διάφορα ηθικά επιχειρήματα έχουν αναπτυχθεί τις τελευταίες δεκαετίες υπέρ και κατά της ευθανασίας, εκ των οποίων τα σημαντικότερα αναπτύσσονται παρακάτω. Αρχικά, οι υποστηρικτές της εν λόγω πρακτικής εγείρουν το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης, αναφέροντας πως κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να λάβει την απόφαση για το πότε και το πώς θέλει να πεθάνει, σύμφωνα με τις αρχές της αυτονομίας και της αυτοδιάθεσης (Bartels & Otlowski, 2010). Οι Norval & Gwyther (2003) περιγράφουν πως η ιδέα της αυτονομίας αφορά το δικαίωμα του ασθενούς να λαμβάνει αποφάσεις σχετικά με τη ζωή του, εφ' όσον αυτές δεν προκαλούν καμία βλάβη σε τρίτα πρόσωπα ή στην κοινωνία, καθώς και με το δικαίωμα του ατόμου να ελέγχει το σώμα του. Επιπλέον, οι Bartels & Otlowski (2010) προβάλλουν το επιχείρημα πως κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα σε έναν αξιοπρεπή θάνατο.

Ακόμη, ένα βασικό ηθικό επιχείρημα υπέρ της ευθανασίας είναι αυτό της ευεργεσίας, δηλαδή του οφέλους που προκύπτει από την ανακούφιση από τον πόνο και την οδύνη. Υπό αυτό το πρίσμα, οι υπέρμαχοι της ευθανασίας εκφράζουν την άποψη πως οι θεμελιώδεις ηθικές αξίες της σύγχρονης κοινωνίας, όπως είναι η συμπόνια, συνάδουν με αυτήν την πρακτική, καθώς κανένας ασθενής δεν επιτρέπεται να υποφέρει αφόρητα (Norval & Gwyther, 2003). Βέβαια, οι απόψεις υπέρ της ευθανασίας διαφοροποιούνται ή ταυτοποιούνται ανάλογα και με το είδος της, δηλαδή αν αυτή είναι ενεργητική ή παθητική. Ο Rachels (1975), γνωστός υπέρμαχος της ευθανασίας, υποστηρίζει πως δεν υπάρχει καμία ηθική διαφοροποίηση μεταξύ των

δύο προαναφερθεισών κατηγοριών, καθώς η πρόθεση είναι συνήθως παρόμοια από τη χρηστική της σκοπιά, επιχείρημα στο οποίο, ωστόσο, ο Callahan (1992) αντιτίθεται, λόγω της υποκειμενικότητάς του. Ο Rachels (1975) επίσης επισημαίνει πως η ενεργητική ευθανασία είναι πιο ανθρώπινη και ευεργετική από την παθητική, δεδομένου ότι μία «γρήγορη και ανώδυνη» θανατηφόρος ένεση είναι προτιμότερη από ένα «σχετικά αργό και επώδυνο θάνατο».

Βέβαια, οι πολέμιοι της ευθανασίας υποστηρίζουν πως υπάρχει μία σαφής ηθική διάκριση ανάμεσα στον ενεργό τερματισμό της ζωής ενός ασθενούς και της ανάκλησης ή διακοπής της θεραπείας του που οδηγεί στο ίδιο αποτέλεσμα, καθώς στη δεύτερη περίπτωση η ασθένεια είναι η φυσική αιτία του θανάτου και, έτσι, δεν υφίσταται ηθική ενοχή (Kerridge et al, 2009). Στο πλαίσιο αυτό, όταν η θεραπεία που απλώς μεταθέτει το θάνατο παύει, τότε επιτρέπεται η πρόκληση του θανάτου από την υποκείμενη νόσο. Πράγματι, η άποψη αυτή έχει υποστηριχθεί θερμά και από ένα σημαντικό αριθμό επίσημων οργανισμών. Για παράδειγμα, η Αυστραλιανή Ιατρική Ένωση (Australian Medical Association) αντιτίθεται της εθελοντικής ενεργητικής ευθανασίας και της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, αλλά δεν θεωρεί πως η παύση της θεραπείας ταυτίζεται με τις παραπάνω μορφές της ευθανασίας (Bartels & Otlowski, 2010).

Από την άλλη πλευρά, ένα κεντρικό ηθικό επιχείρημα κατά της ευθανασίας είναι η ιερότητα της ανθρώπινης ζωής, το οποίο έχει τόσο θρησκευτική όσο και κοσμική βάση (Walsh et al, 2009). Ακόμη, η ευθανασία πολλές φορές αντιμετωπίζεται ηθικά ως μία ενέργεια που έχει ως πρωταρχικό στόχο τη θανάτωση ενός ατόμου και, άρα, είναι εγγενώς λανθασμένη. Ο Callahan (1992) περιγράφει την πρακτική της εθελοντικής ευθανασίας ως μία «δολοφονία μεταξύ συναινούστων ενηλίκων». Επιπρόσθετα, η κατάχρηση της αυτονομίας και των ανθρώπινων δικαιωμάτων συχνά αποτελεί βασικό επιχείρημα των πολέμιων της ευθανασίας. Οι Kant & Mill (2008) υποστηρίζουν πως η ηθική αρχή της αυτονομίας απαγορεύει την εθελοντική διακοπή των απαραίτητων συνθηκών για την ύπαρξή της, διακοπή που συμβαίνει με το σκόπιμο τερματισμό της ζωής.

Έχει, επίσης, υποστηριχθεί πως τα σχετικά αιτήματα ευθανασίας από την πλευρά των ασθενών σπάνια βασίζονται σε αυτόνομες αποφάσεις, καθώς οι περισσότεροι ασθενείς τελικού σταδίου δεν είναι σε θέση να κρίνουν απόλυτα ορθολογικά

(Patterson & George, 2005). Ο Callahan (1992) αναφέρει, επίσης, πως η έννοια της αυτοδιάθεσης απαιτεί πως το δικαίωμα του αυτό-καθορισμού της ζωής υπόκειται στο όφελος της κοινωνίας και, ως εκ τούτου, θα πρέπει να εξετάζεται ο κίνδυνος που υπάρχει για το κοινό καλό ως απόρροια της ευθανασίας. Ο Somerville (2003) υποστηρίζει πως η πράξη της ευθανασίας έρχεται σε απόλυτη αντίθεση με το «δικαίωμα στη ζωή», όπως αυτό υπογραμμίζεται και από την Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων.

Ακόμη, έχει ευρέως υποστηριχθεί πως ο πόνος και η ταλαιπωρία που βιώνουν οι ασθενείς τελικού σταδίου μπορούν να αντιμετωπιστούν και να ανακουφιστούν κατάλληλα με την παροχή υπηρεσιών υγείας παρηγορητικής φροντίδας. Οι Norval & Gwynter (2003) επισημαίνουν πως τα αιτήματα ευθανασίας σπάνια διατηρούνται μετά την παροχή ποιοτικών ανάλογων υπηρεσιών. Επίσης, οι George et al (2005) υπογραμμίζουν και τον ηθικό κίνδυνο που αφορά την υπονόμευση των δικαιωμάτων των πιο ευάλωτων ασθενών, περιλαμβάνοντας χαρακτηριστικά τις περιπτώσεις εξαναγκασμού ασθενών που υποβάλλονται σε εξαιρετικά δαπανηρές θεραπείες. Τέλος, ένα ζήτημα κεντρικής σημασίας αφορά και την ηθική σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενούς, περιλαμβάνοντας το ρόλο του γιατρού, δεδομένου ότι έχει υποστηριχθεί πως η ενεργή εθελοντική ευθανασία και η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία υπονομούν την παραπάνω σχέση, διακυβεύοντας την εμπιστοσύνη και θέτοντας σε κίνδυνο τους πρωταρχικούς στόχους του ιατρικού επαγγέλματος (Bartels & Otlowski, 2010).

Ο ρόλος του γιατρού είναι κρίσιμης σημασίας ιδιαίτερα για την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, δεδομένου του επιχειρήματος της «ολισθηρής πλαγιάς». Ο Keown (2002) υποστηρίζει πως η νομιμοποίηση αυτής της μορφής ευθανασίας θα οδηγήσει αναπόφευκτα στην αποδοχή της μη ακούσιας ή ακούσιας ευθανασίας, λόγω της απώλειας της «αποτελεσματικής ρύθμισης». Με άλλα λόγια, μπορεί η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία να θεωρείται ως το ύστατο μέτρο αλλά τελικά να καταστεί αποδεκτή και προτιμητέα από το γιατρό. Ωστόσο, ο Smith (2005), αξιολογώντας την ισχύ του παραπάνω επιχειρήματος σε πολλές χώρες, κατέληξε στο συμπέρασμα πως δεν υπάρχουν σαφή στοιχεία που στηρίζουν τους εν λόγω ισχυρισμούς.

Ακόμη, ο Keown (2002) αναφέρει πως ο ίδιος ο γιατρός είναι ο αποφασιστικός παράγοντας της πράξης της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και όχι ο ασθενής και, άρα, η αιτιολόγηση της εν λόγω πράξης μπορεί εύκολα να εφαρμοστεί και στις περιπτώσεις όπου ο ασθενείς δεν δύναται να κάνει το αντίστοιχο αίτημα, όπως συμβαίνει στη μη εθελοντική ευθανασία. Από την άλλη πλευρά, το αντεπιχείρημα του Lillehammer (2002) είναι πως ο Keown λανθασμένα συνεπάγει την παραπάνω άποψη, τονίζοντας πως τόσο η κρίση του γιατρού όσο και οι αποφάσεις περί αυτονομίας του ασθενούς απαιτούνται για την επαρκή αιτιολόγηση της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Συνεπώς, η αξία της ζωής του ασθενούς δεν καθορίζεται από το γιατρό αλλά αυτό πραγματοποιείται εθελοντικά και αυτόνομα από τον ίδιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΠΟΨΕΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

3.1 ΙΑΤΡΙΚΗ ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Οι τέσσερις βασικές αρχές της ιατρικής δεοντολογίας, ο σεβασμός στην αυτονομία του ατόμου, η αποφυγή πρόκλησης βλαβών, η ευεργεσία και η δικαιοσύνη, αποτελούν βασικά ζητήματα της ιατρικής ηθικής σε σχέση με την ευθανασία (Beauchamp & Childress, 2009). Ωστόσο, ο Snelling (2004) υποστηρίζει πως πολλές φορές οι παραπάνω αρχές υπόκεινται χειραγώγησης και παρερμηνείας στη σχετική βιβλιογραφία, αν και σε γενικές γραμμές οι υπέρμαχοι της ευθανασίας βασίζονται στις αρχές της ευεργεσίας και της αυτονομίας ενώ οι πολέμοι σε αυτήν της αποφυγής πρόκλησης βλαβών. Βάσει της αρχής του σεβασμού στην αυτονομία, η ευθανασία αποτελεί μία ηθικά καλή πρακτική, καθώς οι επαγγελματίες υγείας και το ευρύτερο ρυθμιστικό πλαίσιο δεν μπορούν να αντιτεθούν της ατομικής συνειδητοποίησης της αυτόνομης επιλογής ενός ασθενούς που αιτείται ευθανασίας (Davis, 1994).

Ο Farsides (1997) αναφέρει πως οι γιατροί και νοσηλευτές θα πρέπει να σέβονται ένα αίτημα ευθανασίας ως έκφραση της αυτονομίας του ασθενούς, ακόμη και αν δεν θεωρούν τους εαυτούς τους ικανούς ή δεν επιθυμούν να υλοποιήσουν αυτό το αίτημα. Ομοίως, ο Willard (1997) αναφέρει πως η φροντίδα των ασθενών επιτυγχάνεται αποτελεσματικότερα και ποιοτικότερα όταν υπάρχει σεβασμός στο δικαίωμα της αυτονομίας τους. Μάλιστα, ο Kuhse (1997), εξετάζοντας το ζήτημα της ευθανασίας στο πλαίσιο της νοσηλευτικής δεοντολογίας, υπογραμμίζει πως η αυτόνομη επιλογή ενός ασθενούς να τερματίσει τη ζωή του δε θα πρέπει να αντιμετωπίζεται από την παραδοσιακή «μητρική» στάση της ηθικής νοσηλευτικής φροντίδας, καθώς «ένας καλός θάνατος είναι ένας αυτόνομος θάνατος».

Από την άλλη πλευρά, η απόρριψη της ευθανασίας υπό τη πρίσμα της ιατρικής δεοντολογίας συνήθως έγκειται στην αρχή της μη πρόκλησης βλαβών. Οι McInerney & Seibold (1995) υπογραμμίζουν πως η μη αναστρέψιμη φύση της εν λόγω βλάβης, δηλαδή της πρόκλησης του θανάτου, είναι αυτή που πλαισιώνει το βασικό

αντεπιχείρημα της ευθανασίας. Σύμφωνα με την άποψη αυτή, η ευθανασία αποτελεί μία εξαιρετικά δραστική ιατρική παρέμβαση που δεν πρέπει να εφαρμόζεται στη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου. Σύμφωνα με τους Quaghebeur et al (2009), η αρχή της μη πρόκλησης βλαβών έχει δύο διαστάσεις. Πρώτον, η ιερότητα και το απαραβίαστο της ανθρώπινης ζωής δεν επιτρέπει την ευθανασία να θεωρείται ως μία ηθική ιατρική και νοσηλευτική πρακτική, λαμβάνοντας μάλιστα υπόψη τις αυξανόμενες δαπάνες υγείας και τη σταδιακή γήρανση του πληθυσμού. Δεύτερον, το επιχείρημα ότι η ζωή είναι ένα «δώρο» μεταφράζεται και σε μία ηθική θρησκευτική στάση, η οποία είναι συχνή ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας. Ωστόσο, ο Zimelman (1994) απορρίπτει την αρχή της ιερότητας της ζωής ως επιχείρημα κατά της ευθανασίας, επισημαίνοντας πως είναι υποκειμενικό και στην πραγματικότητα λειτουργεί ως «παραίσθηση» για τους ασθενείς τελικού σταδίου.

Ακόμη, η αρχή της ευεργεσίας δημιουργεί την ηθική υποχρέωση στο γιατρό ή νοσηλεύτη να προστατεύσει τα σημαντικά και νόμιμα συμφέροντα των ασθενών του. Ωστόσο, στη συζήτηση περί ιατρικής ηθικής της ευθανασίας, η εν λόγω αρχή λειτουργεί επίσης αμφίσημα. Για παράδειγμα, ο Ellis (1991) αναφέρει πως σύμφωνα με την αρχή της ευεργεσίας, η αξιοπρέπεια αξίζει περισσότερο από τη διάρκεια της ζωής του ασθενούς, ενώ ο Zimelman (1994) υποστηρίζει πως το επιχείρημα της ποιότητας ζωής εξασφαλίζει πως οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας δε θα πρέπει να γίνονται υποχείρια της «βιολογικής ειδωλολατρίας» που μεταφράζεται σε μία επώδυνη θεραπεία για τον ασθενή. Από την άλλη πλευρά, οι Davis et al (1997) αναφέρουν πως αυτό που είναι ιατρικώς καλό για τον ασθενή δεν είναι πάντα αυτό που ο ασθενής θέλει.

Η αρχή της ευεργεσίας στην ιατρική ηθική είναι αμφίσημη διότι δεν είναι πάντα σαφές τι είναι προς το συμφέρον του ασθενούς και, άρα, τι ιατρικές πράξεις θα πρέπει να ακολουθηθούν για την προστασία του. Ο Van der Arend (1998) επισημαίνει πως τα συμφέροντα των ασθενών δεν εξυπηρετούνται ποτέ προκαλώντας το θάνατό τους, ακόμη και όταν αυτοί οι ίδιοι το θεωρούν, ενώ ο Goodman (1996) θεωρεί πως η συμπόνια εκ μέρους του γιατρού είναι ένα ανίσχυρο κίνητρο για να δικαιολογήσει την πράξη της ευθανασίας. Σε γενικές γραμμές, διάφορα ερωτήματα υπάρχουν σχετικά με την επαρκή αιτιολόγηση της ευθανασίας υπό τη πρίσμα της ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας. Για παράδειγμα, ένα ηθικό ερώτημα αφορά αν μπορεί κάποιος να κρίνει ορθολογικά τη ζωή κάποιου ή τη σκοπιμότητα του τερματισμού

της. Ο McCabe (2007) υπογραμμίζει τη διαφορά μεταξύ της ηθικής της επιθυμίας, η οποία ξεπερνάει την ηθική της λογικής. Έτσι, τα συναισθήματα των ασθενών ή άλλων ατόμων που εμπλέκονται στο αίτημα της ευθανασίας οδηγούν σε μία απειλή ηθικού σχετικισμού, σύμφωνα με την οποία τα συναισθήματα της πλειοψηφίας καθορίζουν τι είναι ιατρικώς ηθικό και προς το συμφέρον των ασθενών.

Επίσης, ιδιαίτερης σημασίας αρχή της ιατρικής δεοντολογίας και ηθικής περί ευθανασίας είναι αυτή της δικαιοσύνης. Ο Kuhse (1997), στο πλαίσιο της προώθησης και της προστασίας των συμφερόντων των ασθενών, υπερασπίζεται την ιδέα ότι η ευθανασία μπορεί να είναι απαραίτητη από την άποψη της δικαιοσύνης, ως έκφραση της ποιοτικής φροντίδας. Ο Allmark (1993) υποστηρίζει πως η ευθανασία αποτελεί μία ηθικά δικαιολογημένη μορφή της φροντίδας, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου θα ήταν άδικο και απάνθρωπο να αρνηθεί ο γιατρός ένα αντίστοιχο αίτημα. Στην περίπτωση αυτή, η δικαιοσύνη συνεπάγεται πως κάθε ασθενής λαμβάνει τη φροντίδα που αντιστοιχεί με δίκαιο τρόπο στις ανάγκες του. Ωστόσο, ο Zimbelman (1994) επισημαίνει πως υπάρχει πάντα ο κίνδυνος να θεωρείται μία φροντίδα «δίκαιη» χωρίς στην πραγματικότητα να είναι, αλλά να καλείται έτσι υποκινούμενη από εγωιστικά κίνητρα.

Τέλος, δύο ακόμη ηθικά ζητήματα της ιατρικής επιστήμης και δεοντολογίας εμπλέκονται στο διάλογο υπέρ ή κατά της ευθανασίας, η επαγγελματική ακεραιότητα των γιατρών και νοσηλευτών και η πρόοδος των υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας. Η επαγγελματική ακεραιότητα συχνά χρησιμοποιείται ως βασικό ηθικό επιχείρημα υπέρ της ευθανασίας, αντιλαμβανόμενη ως μία ευθύνη έναντι του ασθενούς και προστασίας των συμφερόντων του (White, 1999). Επιπρόσθετα, η Coyle (1992) υποστηρίζει η, ακόμα και υπό αυστηρούς όρους, νομιμοποίηση της ευθανασίας δεν προάγει το στόχο της βελτίωσης των υπηρεσιών παρηγορητικής φροντίδας για τους ασθενείς τελικού σταδίου, ενώ ο Beech (1995) επισημαίνει πως η ευθανασία όχι μόνο υπονομεύει αυτό το είδος φροντίδας αλλά καθιστά και τους επαγγελματίες υγείας περισσότερο ανεκτικούς προς το θάνατο, με αποτέλεσμα να αναπτύσσουν μία λιγότερο συμπονετική στάση απέναντι στους ασθενείς τους. Τέλος, οι Low & Pang (1999) υπεραμύνονται της άποψης ότι η ευθανασία, δεδομένου ότι αντιτίθεται των θεμελιωδών αρχών της ιατρικής και νοσηλευτικής ηθικής, είναι μία ιατρική πράξη ασυμβίβαστη της παρηγορητικής φροντίδας.

3.2 ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ: ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Ένας σημαντικός αριθμός ερευνών διεθνώς έχει επιχειρήσει να αποσαφηνίσει τις στάσεις και απόψεις της ιατρικής κοινότητας απέναντι στη νομιμοποίηση της ευθανασίας τις τελευταίες δεκαετίες. Σε έρευνα που διενεργήθηκε το 2005 στο Ηνωμένο Βασίλειο, βρέθηκε πως μέχρι και το 1987, το ποσοστό των γιατρών που ήταν υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας κυμαινόταν από 22% έως 66%, καθώς και πως η συντηρητική πλειοψηφία είναι κατά της «χαλαρής» νομοθεσίας, με τους γενικούς γιατρούς να εμφανίζονται λιγότερο αντίθετοι σε σχέση με τις υπόλοιπες ιατρικές ειδικότητες (UK Market Research Services, 2005). Στην ίδια έρευνα καταγράφηκε πως η μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία των επαγγελματιών υγείας με τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου συμβάλλει στην ενίσχυση των αρνητικών στάσεων έναντι της νομιμοποίησης της ευθανασίας, ενώ το ίδιο συμπέρασμα επιβεβαιώνεται και από παλαιότερη έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο (UK Association for Palliative Medicine, 2003), όπου τεκμηριώθηκε πως το 90% των γιατρών που εργάζονται σε μονάδες παρηγορητικής φροντίδας αντιτίθενται της ευθανασίας.

Οι Ward & Tate (1994) απέδειξαν πως το 48% των γιατρών στο Ηνωμένο Βασίλειο θεωρούν πως το νομοθετικό πλαίσιο περί ευθανασίας θα πρέπει να προσομοιάζει με αυτό της Ολλανδίας, ενώ οι Pasterfield et al (2006) βρήκαν πως μόνο το ¼ των γενικών γιατρών συμφωνούν με τη δήλωση «ο νόμος περί εκ προθέσεως θανάτωσης θα πρέπει να μεταβληθεί ώστε να επιτρέπει την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία ή την εθελοντική ευθανασία». Σε γενικότερους όρους, έχει διεθνώς τεκμηριωθεί πως η κοινή γνώμη τείνει να είναι περισσότερο θετικά προσκείμενη στην ευθανασία από ότι αυτή της ιατρικής κοινότητας. Παραδειγματικά, σε μία μετά-ανάλυση των σχετικών ερευνών του Emanuel (2002) στις ΗΠΑ, βρέθηκε πως περίπου τα 2/3 των πολιτών υποστηρίζουν τη νομιμοποίηση της ευθανασίας ή της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά των γιατρών και νοσηλευτών δεν ξεπερνούν το 50%. Επιπλέον, στην ίδια έρευνα διαπιστώθηκε πως οι γιατροί είναι κατά πολύ περισσότερο ικανοί να αντιληφθούν τις διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα διαφορετικά είδη ευθανασίας σε σχέση με την κοινή γνώμη.

Έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε διάφορες χώρες έχουν, επίσης, τεκμηριώσει πως η ιατρική κοινότητα είναι αρνητικότερη ως προς τη νομιμοποίηση της ευθανασίας σε

σχέση με τους απλούς πολίτες. Οι Forde et al (1997) στη Νορβηγία απέδειξαν πως οι γιατροί δεν επιθυμούν ένα ανεκτικό νομικό πλαίσιο περί ευθανασίας, διαπιστώνοντας πως μόνο το 17% συμφωνεί με το ότι ο γιατρός θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα να τερματίσει με ενεργό τρόπο τη ζωή ενός ασθενούς τελικού σταδίου, ενώ το 76% δήλωσε πως τουλάχιστον μία φορά στην επαγγελματική του ζωή έχει συνεχίσει μία θεραπεία, ακόμα και αν πίστευε πως αυτή θα έπρεπε να διακοπεί. Σε αντίστοιχη έρευνα των Mitchell et al (2004) στη Νέα Ζηλανδία, διαπιστώθηκε πως μόνο το 30% των γενικών γιατρών θεωρεί δικαιολογημένη την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία για ασθενείς τελικού σταδίου που υποφέρουν από δισεπίλυτο πόνο.

Στην Ολλανδία, όπου το νομοθετικό πλαίσιο είναι αρκετά ανεκτικό, οι σχετικές έρευνες αποδεικνύουν ομοίως πως η κοινή γνώμη είναι περισσότερο θετική στην ευθανασία από ότι η ιατρική. Οι Rurup et al (2005), εξετάζοντας τις απόψεις 410 γιατρών, 1.379 πολιτών και 87 συγγενών ατόμων που έχουν τερματίσει τη ζωή τους μέσω ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, καταδεικνύουν πως ο γενικός πληθυσμός και οι συγγενείς έχουν περισσότερο θετικές απόψεις έναντι των εν λόγω πρακτικών ευθανασίας, σε αντίθεση με τους γιατρούς. Σε μετέπειτα έρευνα, οι ίδιοι ερευνητές διαπιστώνουν πως οι συγγενείς των ασθενών με άνοια θεωρούν πως η επιμήκυνση της ζωής είναι περισσότερο άωφελη από ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές (Rurup et al, 2006). Πιο πρόσφατα, οι Raijmakers et al (2013), διερευνώντας τις απόψεις 793 γιατρών, 1243 νοσηλευτών και 1960 ατόμων του γενικού πληθυσμού, διαπιστώνουν πως στην περίπτωση ασθενών που πάσχουν από σοβαρή άνοια, το 1/3 των γιατρών, το 58% των νοσηλευτών και το 77% του γενικού πληθυσμού συμφωνεί πως η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία αποτελεί μία ενδεδειγμένη λύση.

Στη Φινλανδία, οι Ryyanen et al (2002) τεκμηριώνουν πως το 44% των γιατρών, το 46% των νοσηλευτών και το 50% του γενικού πληθυσμού θεωρεί την ευθανασία αποδεκτή σε ορισμένες περιπτώσεις. Συγκεκριμένα, η παθητική ευθανασία θεωρείται αποδεκτή στις περιπτώσεις σοβαρής άνοιας (88% των γιατρών και 79% των νοσηλευτών), ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για την ιατρικώς υποβοηθούμενη ευθανασία μειώνονται δραστικά στο 8% των γιατρών, 23% των νοσηλευτών και 48% του κοινού. Στην Ισπανία, οι Suarez-Almarez et al (1997) ομοίως διαπιστώνουν πως οι γιατροί είναι αρνητικοί ως προς τη νομιμοποίηση της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, καθώς το 80% αυτών δεν θεωρεί πως αυτή αποτελεί μία

δικαιολογημένη επιλογή φροντίδας για τους ασθενείς τους. Στην Αυστραλία, οι Steinberg et al (1997) τεκμηριώνουν πως οι γιατροί θεωρούν απαραίτητους πολλούς νομικούς περιορισμούς για την αποδοχή ενός αιτήματος ευθανασίας, σε αντίθεση με τους απλούς πολίτες ή τους συγγενείς τελικού σταδίου. Ακόμη, στο Ηνωμένο Βασίλειο ο Seale (2009) διαπιστώνει πως μόνο το 31% των γενικών γιατρών είναι θετικά προσκείμενο στη νομιμοποίηση της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας.

Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις έχουν αποδειχθεί πως αποτελούν καθοριστικό παράγοντα των απόψεων των επαγγελματιών υγείας περί ευθανασίας. Για παράδειγμα, οι George et al (2006) στην Ολλανδία τεκμηριώνουν πως η θρησκευτικότητα συνδέεται με αρνητικές απόψεις σχετικά με τη νομιμοποίηση της ευθανασίας, καθώς και με κλινικές επιλογές που προσανατολίζονται σε υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας για τους ασθενείς τελικού σταδίου. Ακόμη, οι Grassi et al (1998) στην Ιταλία διαπιστώνουν ένα εξαιρετικά χαμηλό ποσοστό γιατρών που είναι υπέρ της ευθανασίας ή της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας (11% και 4,5%, αντίστοιχα), επισημαίνοντας πως οι θετικές απόψεις περί ευθανασίας συσχετίζονται με την απουσία ισχυρών θρησκευτικών πεποιθήσεων του καθολικού δόγματος, καθώς και με την περιορισμένη επαγγελματική εμπειρία στην παροχή φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου.

Επιπρόσθετα, διαφοροποιήσεις έχουν αναδειχθεί και ανάμεσα στους γιατρούς διαφορετικών ειδικοτήτων. Οι Miccinesi et al (2005), σε έρευνα που διενεργήθηκε σε 6 ευρωπαϊκές χώρες, τεκμηριώνουν πως οι ογκολόγοι και οι επαγγελματίες υγείας που παρέχουν γηριατρικές υπηρεσίες αντιτίθεται περισσότερο της νομιμοποίησης της ευθανασίας από ότι οι υπόλοιπες ειδικότητες, ενώ οι Dickinson et al (2002) διαπιστώνουν πως στο Ηνωμένο Βασίλειο οι γιατροί που εργάζονται στις μονάδες εντατικής θεραπείας είναι θετικότερα προσκείμενοι της ευθανασίας και της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Ο Emanuel (2002) στις ΗΠΑ αποδεικνύει πως οι ογκολόγοι είναι περισσότερο πιθανό να υποστηρίζουν τη νομιμοποίηση της ευθανασίας σε σχέση με όλες τις υπόλοιπες ειδικότητες. Επιπλέον, οι Peretti-Wattel et al (2005) στη Γαλλία καταδεικνύουν πως οι γιατροί των μονάδων παρηγορητικής φροντίδας είναι αρνητικότερα προσκείμενοι της νομιμοποίησης της ευθανασίας σε σχέση με τους νευρολόγους και τους γενικούς γιατρούς, διαπιστώνοντας πως η μακρόχρονη επαγγελματική εμπειρία με ασθενείς τελικού σταδίου οδηγεί σε αρνητικές απόψεις περί ευθανασίας.

Παρόμοια είναι και τα ευρήματα που αφορούν τις απόψεις των νοσηλευτών. Οι Ganz & Musgrave (2006), εξετάζοντας τις απόψεις 71 νοσηλευτών που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας, διαπιστώνουν πως η πλειοψηφία αυτών είναι υπέρ της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, αν και μόνο το 10% θα συμφωνούσε να συμμετάσχει στην εκτέλεση της αντίστοιχης ιατρικής πράξης, επισημαίνοντας μάλιστα πως η αντιληπτή θρησκευτικότητα διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στη διαμόρφωση των απόψεων περί ευθανασίας. Σε μία μετά-ανάλυση των σχετικών ερευνών, οι Verpoort et al (2004) καταλήγουν στο συμπέρασμα πως η ηλικία, η θρησκεία και η νοσηλευτική ειδικότητα επιδρούν σημαντικά στις απόψεις των νοσηλευτών, ενώ οι σημαντικότεροι λόγοι κατά της νομιμοποίησης της ευθανασίας είναι οι θετικές στάσεις σχετικά με τις δυνατότητες της παρηγορητικής φροντίδας, οι θρησκευτικές αντιρρήσεις και ο φόβος κατάχρησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το σημαντικότερο βήμα για τη διεξαγωγή μιας έρευνας, μετά τη θεματική επιλογή, είναι η διατύπωση του σκοπού της. Ο σκοπός στην έρευνα λειτουργεί κατευθυντικά και εξασφαλίζει στον ερευνητή τη γνώση για τα βήματα που πρέπει να ακολουθήσει ώστε να φτάσει στο σκοπό που έχει θέσει (Καραγεώργος, 2002).

Βασικός σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι η διερεύνηση των στάσεων και των απόψεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ευθανασία .

4.2 ΚΥΡΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Τα ερευνητικά ερωτήματα τα οποία καλείται να απαντήσει η μελέτη είναι τα κάτωθι:

- 1) Σε τι βαθμό οι επαγγελματίες υγείας συμφωνούν με επιμέρους προτάσεις που αναφέρονται στις προϋποθέσεις, την προοπτική θεσμοθέτησης και την ηθική διάσταση της εθελοντικής ευθανασίας, της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και της ακούσιας ευθανασίας;
- 2) Κατά πόσο οι ερωτηθέντες είναι σύμφωνοι με την εφαρμογή της εθελοντικής ευθανασίας, της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και της ακούσιας ευθανασίας στην Ελλάδα;
- 3) Σε ποιο βαθμό τα δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία και το φύλο επιδρούν στο βαθμό συμφωνίας με την εφαρμογή της εθελοντικής ευθανασίας, της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και της ακούσιας ευθανασίας
- 4) Σε ποιο βαθμό η θέση εργασίας των επαγγελματιών υγείας επιδρά στο βαθμό συμφωνίας με την εφαρμογή της εθελοντικής ευθανασίας, της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και της ακούσιας ευθανασίας;

- 5) Σε ποιο βαθμό η θρησκευτικότητα επιδρά στο βαθμό συμφωνίας με την εφαρμογή της εθελοντικής ευθανασίας, της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και της ακούσιας ευθανασίας

4.3 ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα έρευνα είναι ποσοτική και για τη διεξαγωγή της χρησιμοποιούνται πρωτογενή δεδομένα που προέκυψαν μέσω της χρήσης ερωτηματολογίου. Οι στατιστικές μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων που θα χρησιμοποιηθούν είναι τόσο περιγραφικές όσο και επαγωγικές:

- Μέτρα θέσης και διασποράς και συγκεκριμένα ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση
- Διαγραμματικές απεικονίσεις μέσω πιτών και ραβδογραμμάτων
- Οι έλεγχοι κανονικότητας της κατανομής δεδομένων Kolmogorov-Smirnov και Saphiro-Wilk
- Οι μη παραμετρικοί έλεγχοι υποθέσεων Mann-Whitney U και Kruskal-Wallis H
- Ο μη παραμετρικός συντελεστής γραμμικής συσχέτισης rho του Spearman

Το επίπεδο σημαντικότητας που προκαθορίζεται για τη διεξαγωγή ελέγχων υποθέσεων είναι το $\alpha=0,05$

4.4 ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ (ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ, ΧΩΡΟΣ, ΧΡΟΝΟΣ, ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ)

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε δυο νοσοκομεία, το Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «TZANEIO» σε χρονικό διάστημα δύο μηνών (02/06/2014 έως 31/07/2014) με τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας ή ευχέρειας (Ζαφειρόπουλος, 2005). Ο πληθυσμός της έρευνας προσδιορίζεται σαν το σύνολο των εργαζομένων στα νοσοκομεία της χώρας μας, ενώ

ο στατιστικός πληθυσμός της έρευνας αποτελείται από το σύνολο των εργαζομένων στα δύο νοσοκομεία που απευθύνθηκε η έρευνα.

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 97 επαγγελματίες υγείας. Το ερευνητικό εργαλείο που διαμορφώθηκε για τις ανάγκες της μελέτης διαμοιράστηκε σε 225 εργαζομένους και ως εκ τούτου το ποσοστό ανταπόκρισης των εργαζομένων στην έρευνα έφτασε το 43,1%.

4.5 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Το ερευνητικό εργαλείο που κατασκευάστηκε για τις ανάγκες της μελέτης περιέχει αποκλειστικά ερωτήσεις κλειστού τύπου γεγονός που διευκόλυνε εξαιρετικά την αποκωδικοποίηση των δεδομένων ώστε αυτή να πραγματοποιηθεί εύκολα και αξιόπιστα. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας αποτελείται από 4 μέρη και 34 ερωτήσεις συμπεριλαμβανομένου των δημογραφικών, επαγγελματικών και κοινωνιολογικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων σε αυτή, 6 εκ των οποίων είναι ονομαστικής κλίμακας, 1 αριθμητικής και 27 5βάθμιας ιεραρχικής κλίμακας Likert (Ζαφειρόπουλος, 2012).

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει τα δημογραφικά, επαγγελματικά και κοινωνιολογικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Το δεύτερο μέρος του, περιλαμβάνει 15 ερωτήσεις σχετικές με τις απόψεις των ερωτηθέντων αναφορικά με την εθελοντική ευθανασία, το τρίτο σχετικές με τις απόψεις των ερωτηθέντων αναφορικά με την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία και το τέταρτο 5 ερωτήσεις σχετικές με τις απόψεις των ερωτηθέντων αναφορικά με την ακούσια ευθανασία.

Πριν ξεκινήσει η έρευνα το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε δείγμα 5 ατόμων ώστε να αξιολογηθεί και να εντοπιστούν τα πιθανά προβλήματά του (ασάφειες). Οι ερωτηθέντες συμπλήρωσαν με ευκολία το ερωτηματολόγιο και δεν χρειάστηκε να πραγματοποιηθεί κάποια αλλαγή. Έπειτα από 3 ημέρες το ερωτηματολόγιο δόθηκε στους ίδιους ερωτηθέντες ώστε να αξιολογηθεί με τη μέθοδο του ελέγχου και επανελέγχου η αξιοπιστία του. Οι απαντήσεις ήταν παρεμφερείς και ως εκ τούτου το

ερωτηματολόγιο κρίθηκε ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί για το σκοπό της μελέτης. Το πλήρες κείμενο το ερωτηματολογίου παρατίθεται αναλυτικά στο Παράρτημα.

4.6 ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Οι βασικές πτυχές που ακολουθήθηκαν κατά την ερευνητική διαδικασία συνοψίζονται ως εξής:

- Εμπιστευτικότητα και ανωνυμία
- Εντιμότητα και εμπιστοσύνη
- Πρόσβαση στα αποτελέσματα της έρευνας
- Πληροφορημένη συναίνεση
- Προστασία σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας.

Η ερευνητική διαδικασία στηρίχτηκε στο παραπάνω πλαίσιο αποσαφηνίζοντας παράλληλα μέσω εισαγωγικού κειμένου την εμπιστευτικότητα των απαντήσεων των ερωτηθέντων και τη χρησιμοποίησή τους μόνο για εκπαιδευτικούς σκοπούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ

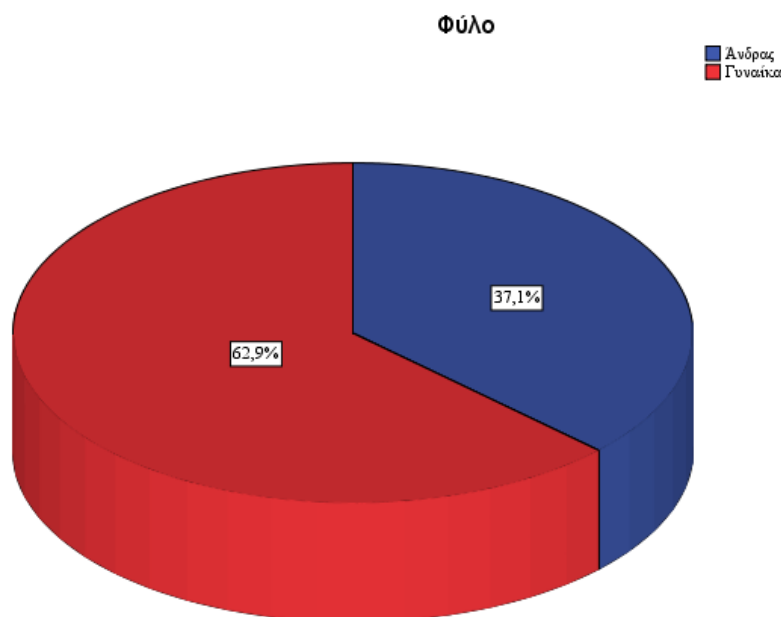
Ξεκινώντας την παράθεση των αποτελεσμάτων της στατιστικής μελέτης και εστιάζοντας στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος αρχικά παρατηρείται ότι η μέση ηλικία των συμμετεχόντων στην έρευνα αγγίζει τα $38,36 \pm 8,82$ έτη με ελάχιστη τιμή τα 24 έτη και μέγιστη τα 62 έτη.

Πίνακας 1: Ηλικία ερωτηθέντων

Ελάχιστο	Μέγιστο	Μ.Ο.	Τ.Α.
24	62	38,36	8,822

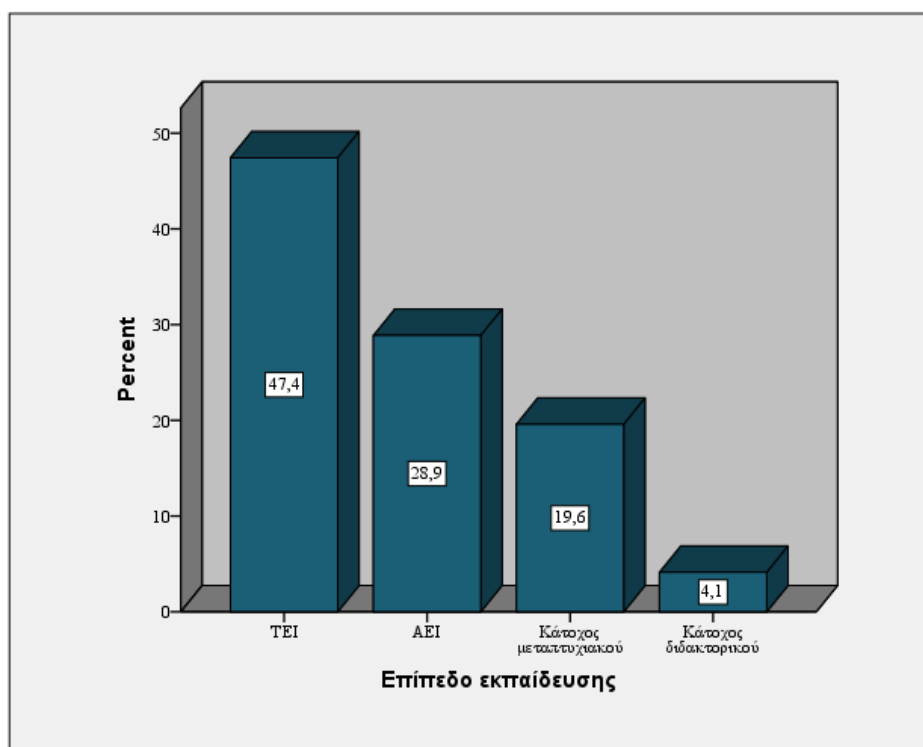
Παράλληλα, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος αποτελείται από γυναίκες σε ποσοστό που αγγίζει το 62,9% και από άνδρες κατά 37,1%.

Γράφημα 1: Φύλο ερωτηθέντων

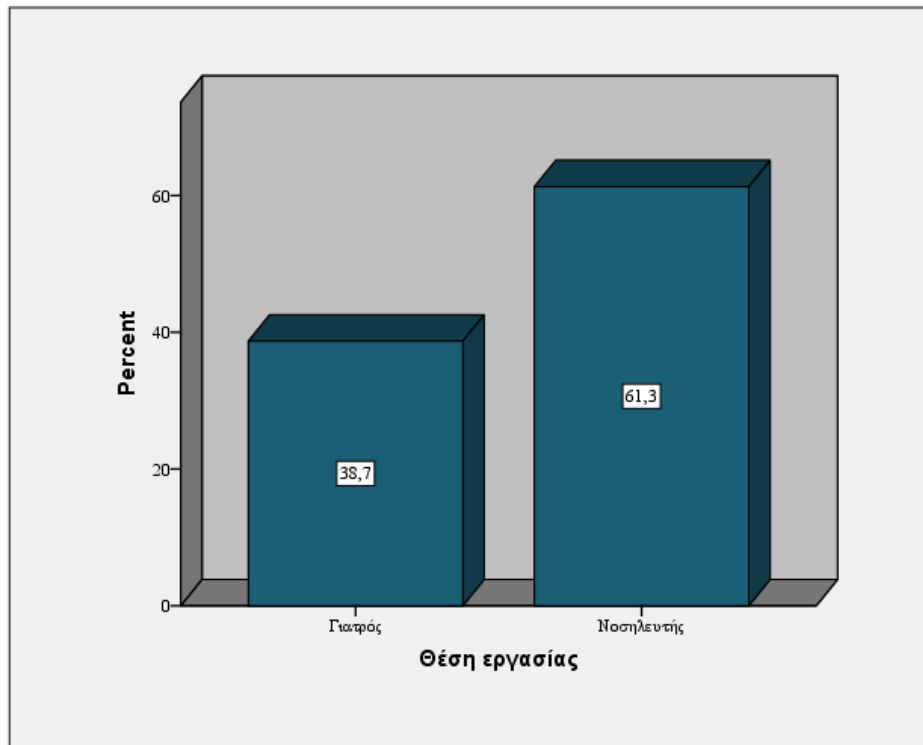


Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων παρατηρείται ότι το 47,4% αυτών είναι απόφοιτοι ΤΕΙ, το 28,9% απόφοιτοι ΑΕΙ, το 19,6% κάτοχοι μεταπτυχιακού και το 4,1% κάτοχοι διδακτορικού τίτλου σπουδών. Επιπρόσθετα το 61,3% του δείγματος αποτελείται από νοσηλευτές και το 38,7% από γιατρούς.

Γράφημα 2: Επίπεδο εκπαίδευσης ερωτηθέντων

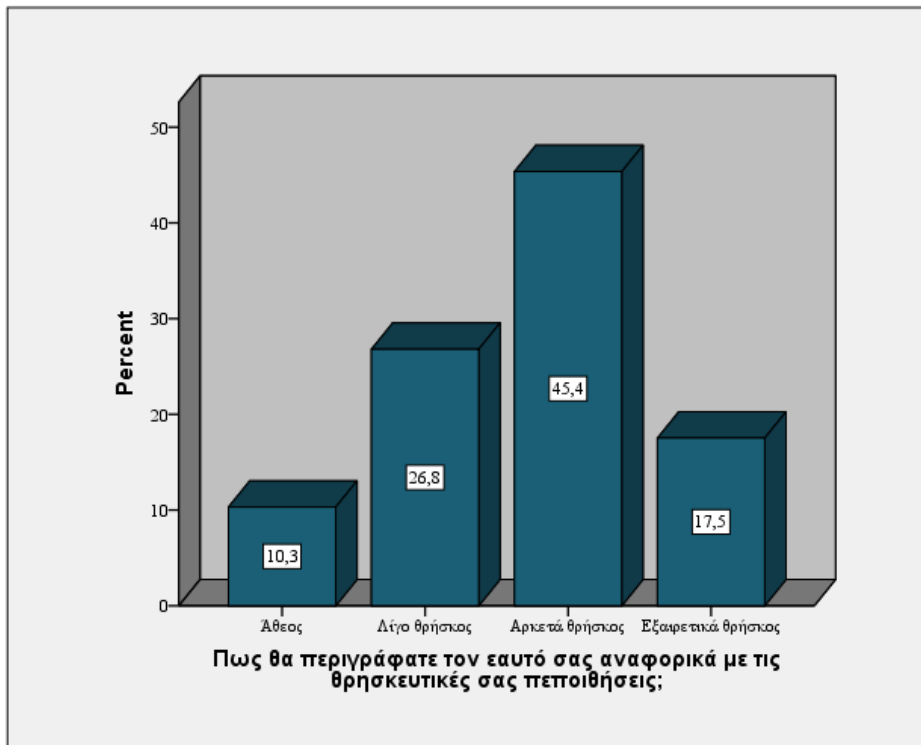


Γράφημα 3: Θέση εργασίας ερωτηθέντων

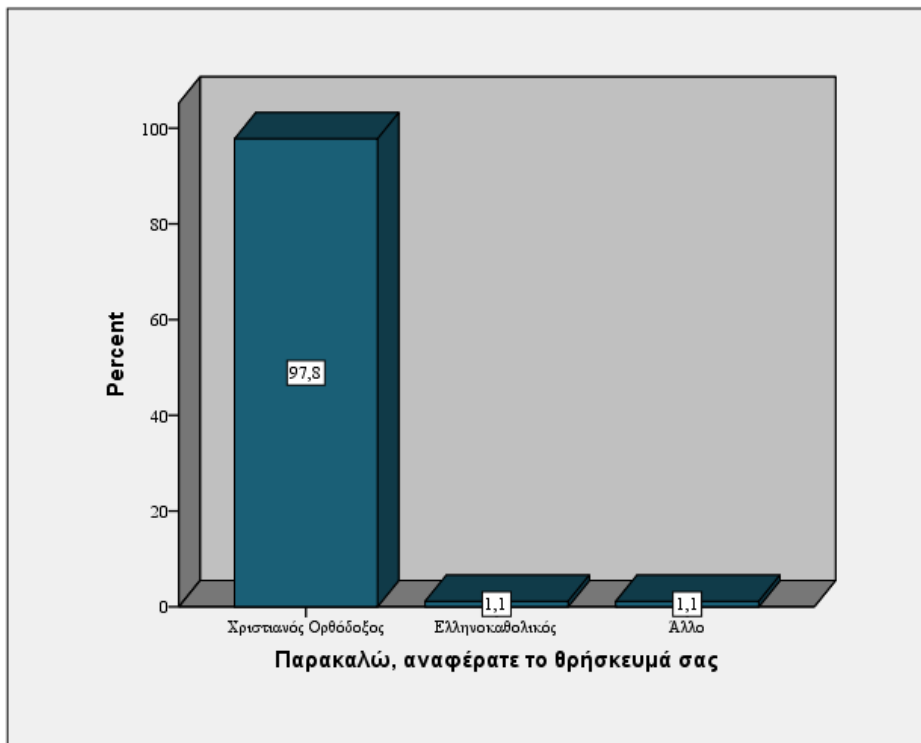


Όσον αφορά τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις το 10,3% των ερωτηθέντων δηλώνουν άθεοι, το 26,8% λίγο θρήσκοι, το 45,4% αρκετά θρήσκοι και το 17,5% εξαιρετικά θρήσκοι, με το σύνολο των συμμετεχόντων στην έρευνα να είναι χριστιανοί ορθόδοξοι (97,8%).

Γράφημα 4: Θρησκευτικές πεποιθήσεις ερωτηθέντων



Γράφημα 5: Θρήσκευμα ερωτηθέντων



Περνώντας στο δεύτερο μέρος του ερευνητικού εργαλείου της μελέτης που αναφέρεται στις απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την εθελοντική ευθανασία, αρχικά παρατηρείται ότι ο βαθμός που οι ερωτηθέντες συμφωνούν με την άποψη ότι οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα να αποφασίζουν για το θάνατό τους είναι αρκετά υψηλός (Μ.Ο.=3,43, Τ.Α.=1,443), ενώ ανάλογος είναι ο βαθμός που οι ερωτηθέντες θεωρούν ότι αν οι ασθενείς γνώριζαν πως επιτρέπεται η ευθανασία θα υπήρχαν λιγότερα άτυπα αιτήματα (Μ.Ο.=3,23, Τ.Α.=1,010). Οι συμμετέχοντες στη μελέτη θεωρούν σε μέτριο βαθμό ότι η παρηγορητική φροντίδα καθιστά την ευθανασία περιττή (Μ.Ο.=2,60, Τ.Α.=1,241), ενώ αντίθετα γενικά συμφωνούν αρκετά με το ότι όταν ένα άτομο πάσχει από μία ανίατη και επώδυνη ασθένεια θα πρέπει να έχει το δικαίωμα στην ευθανασία (Μ.Ο.=3,63, Τ.Α.=1,446).

Χαμηλότερος είναι ο βαθμός συμφωνίας στο ότι η ευθανασία συνάδει με το ρόλο του γιατρού ως προς την απάλυνση του πόνου και της ασθένειας (Μ.Ο.=2,77, Τ.Α.=1,433). Αντίθετα θεωρούν ότι σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να γίνει κατάχρηση της ευθανασίας (Μ.Ο.=3,66, Τ.Α.=1,132), χωρίς όμως να θεωρούν απαραίτητη τη νομιμοποίηση της ευθανασίας (Μ.Ο.=3,18, Τ.Α.=1,507). Παράλληλα υψηλότερος είναι ο βαθμός συμφωνίας των ερωτηθέντων με το ότι η εθελοντική ευθανασία θα πρέπει να νομιμοποιηθεί μόνο για τους ασθενείς τελικού σταδίου (Μ.Ο.=3,28, Τ.Α.=1,498). Γενικά, οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν σε σημαντικό βαθμό ότι η νομιμοποίηση της ευθανασίας θα αύξανε τα σχετικά αιτήματα (Μ.Ο.=3,49, Τ.Α.=1,091), ενώ θεωρείται από αυτούς γενικά ηθικά αποδεκτή, σε μικρότερο όμως βαθμό για άτομα κάτω των 18 ετών για ασθενείς που πάσχουν από άνοια. Ο βαθμός προθυμίας τους για συμμετοχή σε εθελοντική ευθανασία είναι χαμηλός (Μ.Ο.=2,43, Τ.Α.=1,485) και τέλος ανώτερος του μετρίου είναι ο βαθμός που θεωρούν ότι εθελοντική ευθανασία μπορεί να οδηγήσει σε ακούσια ευθανασία για άτομα που δεν έχουν τον απόλυτο έλεγχο της ζωής τους (Μ.Ο.=3,26, Τ.Α.=1,221).

Πίνακας 2: Απόψεις των ερωτηθέντων σχετικά με την εθελοντική ευθανασία

	Μ.Ο.	Τ.Α.
Οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα να αποφασίζουν για το θάνατό τους	3,43	1,443
Αν οι ασθενείς γνώριζαν πως επιτρέπεται η ευθανασία θα υπήρχαν λιγότερα άτυπα αιτήματα	3,23	1,010
Η παρηγορητική φροντίδα καθιστά την ευθανασία περιττή	2,60	1,241
Ένα άτομο που πάσχει από μία ανίατη και επώδυνη ασθένεια θα πρέπει να έχει το δικαίωμα στην ευθανασία	3,63	1,446
Μετά από σχετικό αίτημα, ένας γιατρός θα πρέπει να επιτρέπεται από το νόμο να προχωράει σε ευθανασία	3,03	1,558
Η ευθανασία συνάδει με το ρόλο του γιατρού ως προς την απάλυνση του πόνου και της ασθένειας	2,77	1,433
Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να γίνει κατάχρηση της ευθανασίας	3,66	1,132
Η εθελοντική ευθανασία θα πρέπει να νομιμοποιηθεί	3,18	1,507
Η εθελοντική ευθανασία θα πρέπει να νομιμοποιηθεί μόνο για τους ασθενείς τελικού σταδίου	3,28	1,498
Η νομιμοποίηση της ευθανασίας θα αύξανε τα σχετικά αιτήματα	3,49	1,091
Η ευθανασία δεν είναι ηθικά αποδεκτή σε καμία περίπτωση	2,28	1,382
Η ευθανασία δεν είναι ηθικά αποδεκτή για άτομα κάτω των 18 ετών	2,72	1,567
Η ευθανασία δεν είναι ηθικά αποδεκτή για ασθενείς που πάσχουν από άνοια	2,89	1,602
Θα ήμουν πρόθυμος να συμμετέχω σε εθελοντική ευθανασία	2,43	1,485
Η εθελοντική ευθανασία μπορεί να οδηγήσει σε ακούσια ευθανασία για άτομα που δεν έχουν τον απόλυτο έλεγχο της ζωής τους (πχ. ηλικιωμένους)	3,26	1,221

Εστιάζοντας στις απόψεις των ερωτηθέντων σχετικά με την σχετικά με την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία (ΙΥΑ), παρατηρείται ότι θεωρούν ότι ο βαθμός που αυτή

συνάδει με τον ηθικό ρόλο του γιατρού είναι χαμηλός (Μ.Ο.=2,69, Τ.Α.=1,538). Ανάλογη είναι η άποψη των ερωτηθέντων σχετικά με το ότι γιατρός θα πρέπει να επιτρέπεται από το νόμο να παρέχει θανάσιμη δόση φαρμάκου σε ασθενείς τελικού σταδίου (Μ.Ο.=2,80, Τ.Α.=1,572), ενώ οι επαγγελματίες υγείας δε συμφωνούν με την πραγματοποίηση ΙΥΑ σε ασθενείς που πάσχουν από ανίατη ασθένεια αλλά δεν είναι σε τελικό στάδιο (Μ.Ο.=2,06, Τ.Α.=1,197). Μικρός επίσης είναι ο βαθμός προθυμίας των ερωτηθέντων για συμμετοχή σε ΙΥΑ (Μ.Ο.=2,21, Τ.Α.=1,399), με την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία να θεωρείται ωστόσο ηθικά αποδεκτή. Τέλος μικρός είναι ο βαθμός συμφωνίας σχετικά με τη θέση ότι αν οι ασθενείς τελικού σταδίου γνώριζαν πως έχουν δικαίωμα στην ΙΥΑ θα ήταν λιγότερο πρόθυμοι να την αιτήσουν (Μ.Ο.=2,62, Τ.Α.=1,088).

Πίνακας 3: Απόψεις των ερωτηθέντων σχετικά με την ΙΥΑ

	Μ.Ο.	Τ.Α.
Η ΙΥΑ συνάδει με τον ηθικό ρόλο του γιατρού	2,69	1,538
Ο γιατρός θα πρέπει να επιτρέπεται από το νόμο να παρέχει θανάσιμη δόση φαρμάκου σε ασθενείς τελικού σταδίου	2,80	1,572
Η ΙΥΑ θα πρέπει να επιτρέπεται σε ασθενείς που πάσχουν από μία ανίατη ασθένεια αλλά δεν είναι σε τελικό στάδιο	2,06	1,197
Θα ήμουν πρόθυμος να συμμετέχω σε μία ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία	2,21	1,399
Η ΙΥΑ δεν είναι ηθικά αποδεκτή για άτομα που πάσχουν από άνοια	2,60	1,498
Η ΙΥΑ δεν είναι ηθικά αποδεκτή για άτομα κάτω των 18 ετών	2,34	1,361
Αν οι ασθενείς τελικού σταδίου γνώριζαν πως έχουν δικαίωμα στην ΙΥΑ θα ήταν λιγότερο πρόθυμοι να την αιτήσουν	2,62	1,088

Αρκετά διαφοροποιημένα είναι τα αποτελέσματα της έρευνας σχετικά με την ακούσια ευθανασία. Συγκεκριμένα αυτή δε θεωρείται ότι είναι ηθικά αποδεκτή (Μ.Ο.=2,32, Τ.Α.=1,351) και ότι θα πρέπει να νομιμοποιηθεί υπό προϋποθέσεις (Μ.Ο.=2,46, Τ.Α.=1,479). Τα παραπάνω αποτελέσματα μπορούν να εξηγηθούν από το γεγονός το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν ότι η εφαρμογή της ακούσιας ευθανασίας μπορεί να οδηγήσει σε περιπτώσεις κατάχρησης (Μ.Ο.=3,73, Τ.Α.=1,123). Τέλος, απαραίτητη κρίνεται η προϋπόθεση σχετικού αιτήματος από τον

ίδιο τον ασθενή (Μ.Ο.=3,82, Τ.Α.=1,323), ενώ ο βαθμός προθυμίας συμμετοχής των ερωτηθέντων σε ακούσια ευθανασία κρίνεται εξαιρετικά χαμηλός (Μ.Ο.=1,85, Τ.Α.=1,286).

Πίνακας 4: Απόψεις των ερωτηθέντων σχετικά με την ακούσια ευθανασία

	Μ.Ο.	Τ.Α.
Η ακούσια ευθανασία είναι ηθικά αποδεκτή για συγκεκριμένες ιατρικές συνθήκες	2,32	1,351
Η ακούσια ευθανασία θα πρέπει να νομιμοποιηθεί υπό ορισμένες προϋποθέσεις	2,46	1,479
Η ακούσια ευθανασία μπορεί να οδηγήσει σε περιπτώσεις κατάχρησης	3,73	1,123
Η ευθανασία προϋποθέτει το αίτημα του ίδιου του ασθενούς	3,82	1,323
Θα ήμουν πρόθυμος να συμμετάσχω σε ακούσια ευθανασία	1,85	1,286

Προχωρώντας σε υπολογισμό του συγκεντρωτικού βαθμού κατά τον οποίο οι ερωτηθέντες θεωρούν επιθυμητή την εφαρμογή της εθελοντικής ευθανασίας, της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και της ακούσιας ευθανασίας παρατηρείται ότι παρουσιάζουν μεγαλύτερο βαθμό εξοικείωσης με την έννοια της εθελοντικής ευθανασίας χωρίς όμως αυτός να είναι ιδιαίτερα υψηλός (Μ.Ο.=3,14, Τ.Α.=0,691), ενώ χαμηλότερος είναι ο βαθμός εξοικείωσης με την ιδέα εφαρμογής της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας (Μ.Ο.=2,89, Τ.Α.=0,746) και της ακούσιας ευθανασίας (Μ.Ο.=2,54, Τ.Α.=0,852).

Πίνακας 5: Συγκεντρωτική βαθμολογία στάσεων

	Μ.Ο.	Τ.Α.
Εθελοντική ευθανασία	3,14	,691
Ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία	2,89	,746
Ακούσια ευθανασία	2,54	,852

5.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΠΑΓΩΓΙΚΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ

Βασική προϋπόθεση για την εκκίνηση της διαδικασίας εξαγωγής αποτελεσμάτων επαγωγικής στατιστικής και της διενέργειας ελέγχων υποθέσεων είναι η μελέτη του εάν τα δεδομένα της έρευνας ακολουθούν την κανονική κατανομή. Όπως προκύπτει στον Πίνακα 6 βάσει των ελέγχων Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk η υπόθεση της κανονικότητας των παρατηρήσεων για τους δείκτες της συγκεντρωτικής βαθμολογίας των στάσεων των ερωτηθέντων για την εθελοντική ευθανασία, την ΙΥΑ και την ακούσια ευθανασία απορρίπτεται ($p < 0,05$) και ως εκ τούτου θα πρέπει να γίνει χρήση μη παραμετρικών μεθόδων επαγωγικής στατιστικής.

Πίνακας 6: Έλεγχοι κανονικότητας των συγκεντρωτικών βαθμολογιών στάσεων

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Τιμή	Β.ε.	p	Τιμή	Β.ε.	p
Εθελοντική ευθανασία	0,119	83	0,005	0,955	83	0,006
Ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία	0,139	83	0,000	0,964	83	0,021
Ακούσια ευθανασία	0,132	83	0,001	0,950	83	0,003

Προχωρώντας σε συσχέτιση των συγκεντρωτικών βαθμολογιών στάσεων των ερωτηθέντων απέναντι στην εθελοντική ευθανασία, την ΙΥΑ και στην ακούσια ευθανασία, παρατηρείται ότι σε κάθε περίπτωση των ανά ζεύγη συσχετίσεων κατά Spearman, προκύπτει θετικός και στατιστικά σημαντικός συντελεστής rho. Ποιο συγκεκριμένα, ο βαθμός εφαρμογής της εθελοντικής ευθανασίας συσχετιζόμενος με το βαθμό εφαρμογής της ΙΥΑ παρουσιάζει rho ίσο με 0,627 ($p < 0,001$) και με το βαθμό εφαρμογής της ακούσιας ευθανασίας rho ίσο με 0,756 ($p < 0,001$). Παράλληλα, θετική είναι η συσχέτιση του βαθμού συμφωνίας με την εφαρμογή ΙΥΑ και του βαθμού συμφωνίας με την εφαρμογή ακούσιας ευθανασίας ($\text{rho} = 0,535$, $p < 0,001$).

Πίνακας 7: Συσχετίσεις κατά Spearman των συγκεντρωτικών βαθμολογιών στάσεων ανά ζεύγη

		Εθελοντική ευθανασία	ΙΥΑ	Ακούσια ευθανασία
Εθελοντική ευθανασία	rho	1,000		
	p	.		
ΙΥΑ	rho	0,627	1,000	

	p	0,000	.	
Ακούσια ευθανασία	rho	0,756	0,535	1,000
	p	0,000	0,000	.

Αναφορικά με την επίδραση της ηλικίας στο βαθμό συμφωνίας με την εφαρμογή εθελοντικής ευθανασίας, ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και ακούσιας ευθανασίας παρατηρείται ότι οι μεγαλύτερη ηλικιακά ερωτηθέντες είναι θετικότεροι στην εφαρμογή της ΙΥΑ με το συντελεστή συσχέτισης που προκύπτει ανάμεσα στην ηλικία και την ΙΥΑ να ισούται με 0,243 ($p=0,020$). Αντίθετα δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και το βαθμό εξοικείωσης με την εφαρμογή της εθελοντικής ευθανασίας και της ακούσιας ευθανασίας με το p -value που προκύπτει να είναι υψηλότερο το $\alpha=0,05$.

Πίνακας 8: Συσχέτιση κατά Spearman των συγκεντρωτικών βαθμολογιών στάσεων και της ηλικίας των ερωτηθέντων

		Εθελοντική ευθανασία	ΙΥΑ	Ακούσια ευθανασία
Ηλικία	rho	0,106	0,243	-0,010
	p	0,346	0,020	0,923

Περισσότερο θετικοί όσον αφορά την εφαρμογή εθελοντικής ευθανασίας, ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και ακούσιας ευθανασίας παρουσιάζονται οι άνδρες με τις μέσες βαθμολογίες τους στους τρεις εξεταζόμενους παράγοντες να είναι υψηλότερες από αυτές των γυναικών. Μάλιστα, μέσω του Mann-Whitney U test προκύπτει ότι η διαφοροποίηση των μέσων αυτών βαθμολογιών είναι στατιστικά σημαντική στην περίπτωση της εφαρμογής της ΙΥΑ ($p=0,048$).

Πίνακας 9: Mann-Whitney test των μέσων βαθμολογιών στάσεων με βάση το φύλο των ερωτηθέντων

	Φύλο				p
	Άνδρας		Γυναίκα		
	M.O.	Standard Deviation	M.O.	Standard Deviation	
Εθελοντική ευθανασία	3,26	0,69	3,08	0,69	0,277
ΙΥΑ	3,12	0,85	2,75	0,65	0,048

Ακούσια ευθανασία	2,58	0,98	2,52	0,78	0,898
-------------------	------	------	------	------	-------

Ανάλογα είναι τα αποτελέσματα που προκύπτουν αναφορικά με το βαθμό που οι ερωτηθέντες είναι θετικοί με την εφαρμογή της εθελοντικής ευθανασίας, της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και της ακούσιας ευθανασίας με βάση τη θέση εργασίας τους. Οι γιατροί παρουσιάζουν υψηλότερες μέσες βαθμολογίες σε όλες τις περιπτώσεις όμως οι διαφορές ανάμεσα στις μέσες βαθμολογίες γιατρών και νοσηλευτών καθίστανται στατιστικά σημαντικές μόνο για την περίπτωση της ΙΥΑ ($p=0,044$).

Πίνακας 10: Mann-Whitney test των μέσων βαθμολογιών στάσεων με βάση τη θέση εργασίας των ερωτηθέντων

	Θέση εργασίας				p
	Γιατρός		Νοσηλεύτης		
	M.O.	Standard Deviation	M.O.	Standard Deviation	
Εθελοντική ευθανασία	3,27	0,69	3,08	0,68	0,163
ΙΥΑ	3,08	0,77	2,78	0,74	0,044
Ακούσια ευθανασία	2,64	0,90	2,51	0,85	0,495

Τέλος, από τα αποτελέσματα του Kruskal-Wallis H test, παρατηρείται ότι ο βαθμός που οι επαγγελματίες υγείας θετικοί όσον εφαρμογή της εθελοντικής ευθανασίας, της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και της ακούσιας ευθανασίας διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά με βάση τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις. Συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι όσο μεγαλύτερο είναι το θρησκευτικό συναίσθημα των ερωτηθέντων τόσο μειώνεται η συμφωνία τους σχετικά με την εφαρμογή της εθελοντικής ευθανασίας ($p=0,001$), της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας ($p=0,022$) και της ακούσιας ευθανασίας ($p=0,009$), με τους ερωτηθέντες που δηλώνουν άθεοι να είναι σε υψηλό βαθμό υπέρ της εφαρμογής τους και τους ερωτηθέντες που δηλώνουν εξαιρετικά θρήσκοι να παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερο βαθμό συμφωνίας με την εφαρμογή τους.

Πίνακας 11: Kruskal-Wallis test των μέσων βαθμολογιών στάσεων με βάση τις θρησκευτικές πεποιθήσεις των ερωτηθέντων

	Θρησκευτικές πεποιθήσεις								p
	Άθεος		Λίγο θρήσκος		Αρκετά θρήσκος		Εξαιρετικά θρήσκος		
	M.O.	Standard Deviation	M.O.	Standard Deviation	M.O.	Standard Deviation	M.O.	Standard Deviation	
Εθελοντική ευθανασία	3,86	0,41	3,33	0,57	3,08	0,60	2,71	0,81	0,001
ΙΥΑ	3,63	1,12	3,02	0,68	2,73	0,64	2,64	0,52	0,022
Ακούσια ευθανασία	3,36	0,86	2,61	0,86	2,46	0,76	2,19	0,81	0,009

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ευθανασία αποτελεί ένα ζήτημα που διχάζει εδώ και δεκαετίες τη διεθνή δημόσια γνώμη, όπως καταδεικνύεται και από το έντονο ενδιαφέρον της επιστημονικής και ιατρικής κοινότητας. Σε κάθε περίπτωση, η ευθανασία είναι ένα εξαιρετικά αμφιλεγόμενο θέμα, διατηρώντας πολυάριθμες κοινωνικές, ηθικές, νομικές, πολιτιστικές, θρησκευτικές και φιλοσοφικές προεκτάσεις. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, μάλιστα, το εν λόγω ζήτημα βρίσκεται στο επίκεντρο του δημόσιου διαλόγου περί ανθρωπίνων δικαιωμάτων, δεδομένων των σύγχρονων επιστημονικών επιτευγμάτων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, της αλλαγής του σύγχρονου επιδημιολογικού προφίλ και της απελευθέρωσης των σύγχρονων κοινωνιών από τις θρησκευτικές προσκολλήσεις. Είναι σαφές πως το δίλημμα της ευθανασίας γεννά ολοένα και περισσότερα δυσεπίλυτα κοινωνικά, ηθικά και φιλοσοφικά ερωτήματα.

Υπό αυτό το πρίσμα, η διερεύνηση των απόψεων τόσο της κοινής γνώμης όσο και της ιατρικής κοινότητας απέναντι στις διάφορες μορφές ευθανασίας είναι εξαιρετικά ενδιαφέρουσα, καθώς αποκρυσταλλώνει τις στάσεις που διαμορφώνονται στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο, έχοντας σαφείς προεκτάσεις και στις σχετικές ρυθμιστικές εξελίξεις περί νομιμοποίησης ή απαγόρευσης. Παράλληλα, η ανάδειξη του όρου και των πρακτικών της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας έχει κινήσει το ενδιαφέρον ως προς την εξέταση των απόψεων των επαγγελματιών υγείας, νοσηλευτών και γιατρών, ενώ την ίδια στιγμή η χαλάρωση του νομικού πλαισίου σε ορισμένες χώρες σε ότι αφορά την παθητική ευθανασία προσθέτει νέους προβληματισμούς για το ρόλο του γιατρού και τη σχέση του με τον ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη την ιατρική ηθική και δεοντολογία.

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας ήταν η εξέταση των στάσεων και απόψεων 97 Ελλήνων γιατρών και νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία της χώρας απέναντι στις διάφορες μορφές ευθανασίας, συμπεριλαμβανομένων της εθελοντικής ευθανασίας, της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και της ακούσιας ευθανασίας. Επιπρόσθετα, ένας επιμέρους ερευνητικός σκοπός ήταν και η διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων ανάμεσα στην επαγγελματική εμπειρία, την ειδικότητα (γιατρός ή νοσηλεύτης), το φύλο και τη θρησκευτικότητα και τις εν λόγω απόψεις. Η υλοποίηση της παρούσας έρευνας είχε εξαιρετικό

ενδιαφέρον, δεδομένου ότι η προηγούμενη ερευνητική βιβλιογραφία έχει εν πολλοίς καταδείξει πως η ιατρική κοινότητα πρόσκειται αρνητικότερα της ευθανασίας από ότι η κοινή γνώμη.

Σύμφωνα με τα ερευνητικά αποτελέσματα, αρχικά, τεκμηριώθηκε πως οι γιατροί και νοσηλευτές πρόσκεινται σχετικά θετικά της εθελοντικής ευθανασίας, θεωρώντας πως οι ασθενείς τελικού σταδίου έχουν το δικαίωμα να αποφασίζουν για το θάνατό τους. Μπορεί να υποστηριχθεί πως τα παρόντα ευρήματα δε συνάδουν απόλυτα με αυτά της προηγούμενης βιβλιογραφίας, όπου έχει αποδειχθεί πως οι γιατροί είναι γενικά αντίθετοι της νομιμοποίησης της ευθανασίας (Pasterfield et al, 2006; Emanuel, 2002). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα πως οι επαγγελματίες υγείας δεν θεωρούν πως υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας καθιστούν την ευθανασία περιττή, δεδομένου ότι έχει διαπιστωθεί πως οι αρνητικές στάσεις απέναντι στην εν λόγω ιατρική πράξη συνδέεται με τις προσδοκίες από την παροχή αποτελεσματικών τέτοιων υπηρεσιών υγείας (Verpoort et al, 2004; Low & Pang, 1999).

Παρόλη τη σχετικά θετική στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην ευθανασία, εξίσου ενδιαφέρον είναι το γεγονός πως θεωρούν ότι αυτή δε συνάδει με το ρόλο του γιατρού, ενώ μεγάλος φαίνεται να είναι ο φόβος περί κατάχρησης. Μάλιστα, οι γιατροί και νοσηλευτές της έρευνας παρουσιάστηκαν σχετικά απρόθυμοι ως προς τη συμμετοχή τους σε μία πράξη ευθανασίας. Το εν λόγω εύρημα συμφωνεί με αυτό των Forde et al (1997), οι οποίοι διαπίστωσαν πως οι γιατροί είναι αρκετά απρόθυμοι να τερματίζουν τη ζωή των ασθενών τους μετά από σχετικό αίτημα. Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός πως ο φόβος κατάχρησης αποτελεί έναν από τους καθοριστικότερους παράγοντες για τη διαμόρφωση αρνητικών στάσεων απέναντι στη νομιμοποίηση της ευθανασίας, λαμβάνοντας υπόψη και τη βασική αρχή της ιατρικής δεοντολογίας περί μη αναστρέψιμης βλάβης (McInerney & Seibold, 1995; Quaghebeur et al, 2009).

Ως προς την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, τεκμηριώθηκε πως οι επαγγελματίες υγείας είναι γενικά αρνητικοί τόσο ως προς τη νομιμοποίησή της όσο και ως προς τη συμμετοχή τους στην αντίστοιχη ιατρική πράξη, παρόλο που συμφωνούν πως αυτή αποτελεί μία ηθικά αποδεκτή πράξη. Τα παρόντα ευρήματα συμφωνούν με αυτά της προηγούμενης ερευνητικής βιβλιογραφίας, καθώς έχει τεκμηριωθεί πως μικρό ποσοστό των γιατρών θεωρεί αποδεκτή την ιατρικώς

υποβοηθούμενη αυτοκτονία για τους ασθενείς τελικού σταδίου (Mitchell et al, 2004), καθώς και πως η επιμήκυνση της ζωής των ίδιων ασθενών δεν είναι ανώφελη (Rurup et al, 2006). Ωστόσο, φαίνεται πως οι Έλληνες επαγγελματίες υγείας είναι πιθανόν περισσότερο θετικά προσκείμενοι από συναδέλφους τους σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Ισπανία (Suarez-Almarez et al, 1997) και το Ηνωμένο Βασίλειο (Seale, 2009).

Αναφορικά με την ακούσια ευθανασία, αποδείχτηκε πως οι επαγγελματίες υγείας είναι σχεδόν ολοκληρωτικά αντίθετοι, καθώς είναι αρνητικοί ως προς τη νομιμοποίησή της και θεωρούν πως μπορεί να οδηγήσει σε περιπτώσεις κατάχρησης, ενώ παρουσιάζονται και εξαιρετικά απρόθυμοι να συμμετάσχουν σε μία ανάλογη ιατρική πράξη. Η αντίθεση της ιατρικής κοινότητας στην ακούσια ευθανασία έχει τεκμηριωθεί και από την προηγούμενη βιβλιογραφία, εκτός από ορισμένες περιπτώσεις ασθενών σοβαρής άνοιας (Ryynanen et al, 2002). Συνοπτικά, οι γιατροί και νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνα φαίνεται να είναι σχετικά θετικά προσκείμενοι της εθελοντικής ευθανασίας, αποδίδοντας ιδιαίτερη σημασία στο ανθρώπινο δικαίωμα της αυτοδιάθεσης, ωστόσο είναι αρνητικότεροι ως προς την εφαρμογή της ιατρικώς υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και πολύ αρνητικοί ως προς την ακούσια ευθανασία, φοβούμενοι κυρίως τις περιπτώσεις κατάχρησης.

Σε ότι αφορά την επίδραση ορισμένων δημογραφικών μεταβλητών, διαπιστώθηκε πως η ηλικία σχετίζεται θετικά με τις θετικότερες στάσεις απέναντι στην ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία, αν και έχει αποδειχθεί πως η μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία οδηγεί σε αρνητικές απόψεις περί ευθανασίας (Peretti-Wattel et al, 2005; UK Association for Palliative Medicine, 2003). Θα πρέπει, ωστόσο, να σημειωθεί πως η εν λόγω επαγγελματική εμπειρία στην προηγούμενη βιβλιογραφία αφορά κυρίως τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου. Επιπλέον, τεκμηριώθηκε πως το φύλο επιδρά σημαντικά στις απόψεις περί ευθανασίας, με τους άνδρες να είναι περισσότερο θετικοί ως προς την εφαρμογή των αντίστοιχων ιατρικών πράξεων.

Η διαφοροποίηση αυτή πιθανόν οφείλεται και στο γεγονός ότι οι γυναίκες επαγγελματίες υγείας λαμβάνουν μία περισσότερο «μητρική» στάση απέναντι στους ασθενείς (Kuhse, 1997), διαπίστωση που μπορεί να υποστηριχθεί και από το εύρημα πως οι γιατροί θεωρούν την ευθανασία περισσότερο αποδεκτή από ότι οι νοσηλευτές, λαμβάνοντας υπόψη πως το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι κατά βάση

γυναικοκρατούμενο στην Ελλάδα. Τέλος, σαφή είναι τα ευρήματα περί επίδρασης των θρησκευτικών πεποιθήσεων στις απόψεις περί ευθανασίας. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε πως όσο ισχυρότερο είναι το θρησκευτικό αίσθημα τόσο αρνητικότερες είναι οι απόψεις για την ευθανασία, μία σχέση που έχει τεκμηριωθεί ευρέως στην προηγούμενη βιβλιογραφία (George et al, 2006; Grassi et al, 1998).

Παρά τα ενδιαφέροντα ευρήματα, η παρούσα έρευνα χαρακτηρίζεται από ορισμένους περιορισμούς, οι οποίοι αφορούν κυρίως το περιορισμένο δείγμα γιατρών και νοσηλευτών, καθώς και το γεγονός ότι όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα εργάζονται σε δύο μόνο νοσοκομεία. Επιπλέον, σημαντικό περιορισμό αποτελεί και το γεγονός ότι δεν εξετάστηκαν οι απόψεις και στάσεις του γενικού πληθυσμού, ώστε να επιτρέπονται ανάλογες συγκρίσεις μεταξύ των στάσεων της κοινής γνώμης και της ιατρικής κοινότητας. Τέλος, ως ερευνητικός περιορισμός λαμβάνεται και το γεγονός ότι οι γιατροί που συμμετείχαν στην έρευνα δε συμπλήρωσαν το πεδίο του ερωτηματολογίου σχετικά με την ειδικότητά τους, με αποτέλεσμα η πραγματοποίηση συσχετίσεων να είναι ανέφικτη. Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να εστιάσει στην αντιμετώπιση των προαναφερθέντων περιορισμών, εστιάζοντας σε μεγαλύτερα δείγματα επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Allmark, P. (1993). Euthanasia, dying well and the slippery slope. *J Adv Nurs*, 18, 1178-1182.
- Anderson, J.G., & Caddell, D.P. (1993). Attitudes of medical professionals towards euthanasia. *Soc Sci Med*, 37, 105–114.
- Aramesh, K., & Shadi, H. (2007). Euthanasia: An Islamic Ethical Perspective. *Iranian Journal of Allergy, Asthma and Immunology*, 6(5), 35-38
- Bartels, L., & Otlowski, M. (2010). A right to die? Euthanasia and the law in Australia. *J Law Med.*, 17(4), 532-555.
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2009). *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press
- Beckwith, F.J., & Geisler, N.L. (1991). *Matters of Life and Death*. MI: Baker Book House
- Beech, I. (1995). Suicide and voluntary active euthanasia: why the difference in attitude? *Nurs Ethics*, 2, 161-170.
- Biggs, H. (2001). *Euthanasia, Death with Dignity and the Law*. Oxford and Portland: Hart Publishing
- Brockopp, J.E. (2003). *Islamic Ethics of Life. Abortion, War, and Euthanasia*. Columbia: University of South Carolina Press
- Callahan, D. (1992). When self-determination runs amok. *Hastings Cent Rep.*, 22(2), 52-55.
- Chao, D.V.K., Chan, N.Y., & Chan, W.Y. (2002). Euthanasia revisited. *Fam Pract*, 19, 128-137
- Cohen, J., Marcoux, I., Bilsen, J., Deboosere, P., Van DerWal, G., & Deliens, L. (2006). Trends in Acceptance of Euthanasia among the General Public in 12 European Countries (1981–1999). *European Journal of Public Health*, 16, 663–669.

- Coyle, N. (1992). The euthanasia and physician-assisted suicide debate: issues for nursing. *Oncol Nurs Forum*, 19, 41-46.
- Davis, A. (1994). Selected issues in nursing ethics: clinical, philosophical, political. *Bioethics Forum*, 10(1), 10-14
- Davis, A., Liaschenko, J., Aroskar, M., & Drought, T. (1997). *Ethical dilemmas and nursing practice*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall
- DeCesare, M.A. (2000). Public Attitudes towards Euthanasia and Suicide for Terminally Ill Persons: 1977 and 1996. *Social Biology*, 47, 264–276.
- DeKeyser-Ganz, F., & Musgrave, C.F. (2006). Israeli critical care nurses' attitudes toward physician-assisted dying. *Heart Lung*, 35, 412-422.
- Dickinson, G.E., Lancaster, C.J., Clark, D., Ahmedzai, S.H., & Noble, W. (2002). U.K Physician's attitudes toward active voluntary euthanasia and physician-assisted suicide. *Death Stud*, 26, 479-490.
- Donadio, R. (2009). Death ends coma case that set off furor in Italy. *International Herald Tribune*, February 10.
- Ellis, P. (1991). Euthanasia: the way to a peaceful end? *Prof Nurse*, 7, 157-160.
- Emanuel, E.J. (1994). The history of euthanasia debates in the United States and Britain. *Ann Intern Med*, 121, 793-802.
- Emanuel, E.J. (2002). Euthanasia and physician-assisted suicide: a review of the empirical data from the United States. *Arch Intern Med*, 162, 142-152.
- Emanuel, L. (1998). *Regulating How We Die: The Ethical, Medical and Legal Issues Surrounding Physician Assisted Suicide*. Harvard: Harvard University Press
- Engelhardt, H.T., & Iltis, A.S. (2005). End-of-life: the traditional Christian view. *The Lancet*, 366, 1045-1049.
- Farsides, C. (1996). Euthanasia: failure of autonomy? *Int J Palliat Nurs*, 2, 102-105.
- Forde, R., Aasland, O.G., & Falkum, E. (1997). The ethics of euthanasia: attitudes and practice among Norwegian physicians. *Soc Sci Med*, 45, 887-892.

- Garrard, E., & Wilkinson, S. (2005). Passive euthanasia. *J Med Ethics*, 31, 64-75
- George, R.J., Finlay, I.G., & Jeffrey, D. (2005). Legalised euthanasia will violate the rights of vulnerable patients. *BMJ*, 331(7518), 684-685.
- Georges, J.J., Onwuteaka-Philipsen, B.D., van der Heide, A., van der Wal, G., & van der Maas, P.J. (2006). Physician's opinions on palliative care and euthanasia in the Netherlands. *J Palliat Med*, 9, 1137-1144.
- Gielen, J., van den Branden, S., & Broeckaert, B. (2009). Religion and Nurses' Attitudes to Euthanasia and Physician Assisted Suicide. *Nursing Ethics*, 16(3), 303-319
- Goldman, L., & Schafer, A.I. (2008). *Goldman's Cecil Medicine*. USA: Saunders
- Goodman, M. (1996). Is there a place for euthanasia in palliative care? *Int J Palliat Nurs*, 2, 163-167.
- Gorsuch, N.M. (2009). *The Future of Assisted Suicide and Euthanasia*. New Jersey: Princeton University Press
- Grassi, L., Magnani, K., & Ercolani, M. (1999). Attitudes toward euthanasia and physician-assisted suicide among Italian primary care physicians. *J Pain Symptom Manage*, 17, 188-196.
- Griffiths, J. Weyers, H., & Adams, M. (2008). *Euthanasia and Law in Europe*. Oxford: Hart Publishing.
- Griffiths, J., Bood, A., & Weyers, H. (1998). *Euthanasia & Law in the Netherlands*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Halman, L., & Draulans, V. (2004). Religious beliefs and practices in contemporary Europe. In: Arts, W., & Halman, L. (eds.), *European values at the turn of the millennium*. Leiden: Brill
- Hamel, R.P. (1991). *Choosing Death. Active Euthanasia, Religion and the Public Debate*. Philadelphia: Trinity Press International
- Harold, G., Coward, J.J., Lipner, K.K., & Young, J. (1989). *Hindu ethics: Purity, Abortion and Euthanasia*. State: University of New York Press

- Jaspers, E., Lubbers, N., & De Graaf, N.D. (2007). 'Horrors of Holland': Explaining Attitude Change towards Euthanasia and Homosexuals in the Netherlands. *International Journal of Public Opinion Research*, 19, 451–72.
- Keown, D. (2005). End of Life: The Buddhist View. *The Lancet*, 366, 952-955.
- Keown, J. (1992). The Law and Practice of Euthanasia in the Netherlands. *The Law Quarterly Review*, 108, 51–78.
- Keown, J. (2004). *Euthanasia, Ethics and Public Policy: An Argument against Legalization*. Cambridge: Cambridge University Press
- Kerridge, I., Lowe, M., & Stewart, C. (2009). *Ethics and law for the health professions*. New South Wales: Federation Press
- Kimsma, G.K., & van Leeuwen, E. (1998). Euthanasia and Assisted Suicide in the Netherlands and the USA: Comparing Practices, Justifications and Key Concepts in Bioethics and Law. In Thomasma, D.C., *Asking to Die: Inside the Dutch euthanasia debate* (pp. 35-71). Dordrecht / Boston / London: Kluwer Academic Publishers.
- Kitchener, B.A. (1998). Nurse characteristics and attitudes to active voluntary euthanasia: a survey in the Australian Capital Territory. *J Adv Nurs*, 28, 70–76.
- Kuhse, H. (1997). *Caring: nurses, women and ethics*. Oxford: Blackwell
- Lillehammer, H. (2002). Voluntary euthanasia and the logical slippery slope argument. *Cambridge Law Journal*, 61, 545-550.
- Low, J., & Pang, W. (1999). Is euthanasia compatible with palliative care? *Singapore Med J*, 40, 365-370.
- MacDonald, W.L. (1998). Situational Factors and Attitudes towards Voluntary Euthanasia. *Social Science and Medicine*, 46, 73–81.
- Materstvedt, L., Clark, C., & Ellershaw, J. (2003). Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliat Med*, 17, 97–101.
- McCabe, H. (2007). Nursing involvement in euthanasia: how sound is the philosophical support? *Nurs Philos*, 8, 167-175.

- McDougall, J.F., & Gorman, M. (2008). *Euthanasia: a Reference Handbook* (2nd ed.). Oxford: ABC-CLIO, Inc.
- McInerney, F., & Seibold, C. (1995). Nurses' definitions of and attitudes towards euthanasia. *J Adv Nurs*, 22, 171-182.
- Miccinesi, G., Fischer, S., Paci, E., Onwuteaka-Philipsen, B.D., Cartwright, C., van der Heide, A., et al (on behalf of the EURELD consortium) (2005). Physicians' attitudes towards end-of- life decisions: a comparison between seven countries. *Soc Sci Med*, 60, 1961-1974.
- Mitchell, K., & Owens, R.G. (2004). Judgements of laypersons and general practitioners on justifiability and legality of providing assistance to die to a terminally ill patient: a view from New Zealand. *Patient Educ Couns*, 54, 15-20.
- Moulton, B.E., Hill, T.D., & Burdette, A. (2006). Religion and Trends in Euthanasia Attitudes among US Adults, 1977–2004. *Sociological Forum*, 21, 249–272.
- Murphy, F. (2008). French Woman Dies after Losing Euthanasia Case. *International Herald Tribune*, March 20.
- Musgrave, C.F., & Soudry, I. (2000). An exploratory pilot study of nurse-midwives' attitudes towards active euthanasia and abortion. *Int J Nurs Stud*, 37, 505–512.
- Norval, D., & Gwyther, E. (2003). Ethical decisions in end-of-life care. *CME*, 21(5), 267-272.
- Oregon Department of Human Services (2013). *1998-2012: Death with Dignity Act Annual Reports*. Oregon: Oregon Department of Human Services
- Pasterfield, D., Wilkinson, C., Finlay, I.G., Neal, R.D., & Hulbert, N.J. (2006). 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*, 56, 450-452
- Patterson, R., & George, K. (2005). Euthanasia and assisted suicide: A liberal approach versus the traditional moral view. *J Law Med.*, 12(4), 494-510.

Peretti-Wattel, P., Bendiane, M.K., & Moatti, J.P. (2005). Attitudes toward palliative care, conceptions of euthanasia and opinions about its legalization among French physicians. *Soc Sci Med*, 60, 1781-1793.

Quaghebeur, T., Dierckx de Casterlé, B., & Gastmans, C. (2009). Nursing and Euthanasia: a Review of Argument-Based Ethics Literature. *Nurs Ethics*, 16, 466-486

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

Raijmakers, N.J., Kouwenhoven, P.S., van Delden, J.J., Rietjens, J.A., Schermer, M.H., van Thiel, G.J., et al (2013). Opinions of health care professionals and the public after eight years of euthanasia legislation in the Netherlands: A mixed methods approach. *Palliative Medicine*, 27(3), 273-280

Regional Euthanasia Review Committees (2012). *Annual Report 2012*. The Netherlands.

Rurup, M.L., Onwuteaka-Philipsen, B.D., Pasman, H.R.W., Ribbe, M.W., & van der Wal, G. (2006). Attitudes of physicians, nurses and relatives towards end-of-life decisions concerning nursing home patients with dementia. *Patient Educ Couns*, 61, 372-380.

Rurup, M.L., Onwuteaka-Philipsen, B.D., van der Wal, G., van der Heide, A., & van der Maas, P.J. (2005). A “suicide pill” for older people: attitudes of physicians, the general population, and relatives of patients who died after euthanasia or physician-assisted suicide in the Netherlands. *Death Stud*, 29, 519-534.

Ryan, C. (2000). *Betting Your Life*. In Dickenson, D. (eds.), *Death Dying and Bereavement* (2nd ed). London: Sage

Ryynanen, O.P., Myllykangas, M., Viren, M., & Heino, H. (2002). Attitudes towards euthanasia among physicians, nurses and the general public in Finland. *Public Health*, 116, 322-331.

Santé publique (2013). *Biannual reports on the Loi relative à la euthanasie, 2004–2012*. Belgium: Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement,

Scherer, J.M., & Simon, R.J. (1999). *Euthanasia and the Right to Die. A Comparative View*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.

- Seale, C. (2009). Legalisation of euthanasia or physician-assisted suicide: survey of doctors' attitudes. *Palliative Medicine*, 00, 1-8
- Seper, F., & Hamer, J. (1980). *Declaration on Euthanasia*. Rome: The Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith
- Sheldon, T. (2003). Being "tired of life" is not grounds for euthanasia. *BMJ*, 326(7380), 71-73
- Smith, S.W. (2005). Evidence for the practical slippery slope in the debate on physician-assisted suicide and euthanasia. *Medical Law Review*, 13, 17-44.
- Snelling, P.C. (2004). Consequences count: against absolutism at the end of life. *J Adv Nurs*, 46, 350-357.
- Somerville, M.A. (2003). Death talk: debating euthanasia and physician-assisted suicide in Australia. *Med J Aust.*, 178(4), 171-174.
- Sorbye, L.W., Sorbye, S., & Sorbye, S.W. (1995). Nursing students' attitudes towards assisted suicide and euthanasia: a study from four different schools of nursing. *Scand J Caring Sci*, 9, 119–122.
- Sowle, C.L. (2005). Catholicism, Death and Modern Medicine. *America*, 192(14), 14–17.
- Steinberg, M.A., Cartwright, C.M., MacDonald, S.M., Najman, J.M., & Williams, G.M. (1997). Self-determination in terminal care: a comparison of GP and community members' responses. *Aust Fam Physician*, 26, 703-707
- Stenner, K. (2005). *The Authoritarian Dynamic*. New York: Cambridge University Press.
- Suarez-Almazor, M., Belzile, M., & Bruera, E. (1997). Euthanasia and physician-assisted suicide: a comparative survey of physicians, terminally ill cancer patients, and the general population. *J Clin Oncol*, 15, 418-427.
- U.S. Conference of Catholic Bishops (2012). *Assisted Suicide and Euthanasia: Beyond Terminal Illness*.

UK Association for Palliative Medicine (2003). 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

UK Market Research Services (2005). Public opinion on the legalization of euthanasia/PAS. Appendix 7. In: *House of Lords. Assisted Dying for the Terminally Ill Bill – First Report*. London: House of Lords

Van der Arend, A. (1998). An ethical perspective on euthanasia and assisted suicide in the Netherlands from a nursing point of view. *Nurs Ethics*, 5, 307-318

Verbakel, E., & Jaspers, E. (2010). A comparative study on permissiveness toward euthanasia: religiosity, slippery slope, autonomy and death with dignity. *Public Opinion Quarterly*, 74(1), 109–139

Verpoort, C., Gastmans, C., De Bal, N., & Dierckx de Casterlé, B. (2004). Nurses' attitudes to euthanasia: a review of the literature. *Nurs Ethics*, 11, 349-365.

Walsh, D., Caraceni, A.T., Fainsinger, R., Foley, K., Glare, P., Goh, C., et al. (2009). *Palliative medicine*. Canada: Saunders

Ward, B.J., & Tate, P.A. (1994). Attitudes among NHS doctors to requests for euthanasia. *BMJ*, 308, 1332-1334.

Washington State Department of Health (2013). *Death with Dignity Act: Annual Reports 2009-2012*. Washington: Washington State Department of Health

Wasserman, J., Clair, J.M., & Ritchey, F.J. (2005). A Scale to Assess Attitudes towards Euthanasia. *Omega*, 51, 229–237.

White, B. (1999). Assisted suicide and nursing: possibly compatible? *J Prof Nurs*, 15, 151-159.

Willard, C. (1997). Killing and caring: is euthanasia incompatible with care? *Eur J Cancer Care*, 6, 40-44.

Yount, L. (2007). *Right to Die and Euthanasia* (Revised Ed.). New York: Facts On File

Zimbelman, J. (1994). Good life, good death, and the right to die: ethical considerations for decisions at the end of life. *J Prof Nurs*, 10, 22-37.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ: ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Σκοπός αυτής της έρευνας είναι η διερεύνηση των απόψεων, των αντιλήψεων και των εκτιμήσεών σας για την ευθανασία. Η έρευνα αυτή δεν είναι δυνατή χωρίς τη δική σας συμβολή, που συνίσταται στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου που έχετε στα χέρια σας. Η βοήθειά σας κρίνεται σημαντική και καθοριστική για τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας, η οποία πραγματοποιείται στο πλαίσιο της μεταπτυχιακής μου εργασίας.

Σε κάθε ερώτηση αντιστοιχεί μια μόνο απάντηση. Παρακαλώ να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις που ακολουθούν, σημειώνοντας x στο αντίστοιχο τετράγωνο.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και χρησιμοποιείται αποκλειστικά και μόνο για ερευνητικούς σκοπούς. Θεωρώ τη βοήθειά σας σημαντική και σας ευχαριστώ θερμά για τη συνεργασία.

Μαρίνα Πάππα

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	
1. Ηλικία	_____
2. Φύλο	<input type="checkbox"/> Άνδρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα
3. Επίπεδο εκπαίδευσης	<input type="checkbox"/> ΤΕΙ <input type="checkbox"/> ΑΕΙ <input type="checkbox"/> Κάτοχος μεταπτυχιακού <input type="checkbox"/> Κάτοχος διδακτορικού
4. Θέση εργασίας	<input type="checkbox"/> Γιατρός <input type="checkbox"/> Νοσηλεύτης
5. Αν είστε γιατρός, παρακαλώ σημειώστε την ειδικότητά σας	_____
6. Πως θα περιγράφατε τον εαυτό σας αναφορικά με τις θρησκευτικές σας πεποιθήσεις;	<input type="checkbox"/> Άθεος <input type="checkbox"/> Λίγο θρήσκος <input type="checkbox"/> Αρκετά θρήσκος <input type="checkbox"/> Εξαιρετικά θρήσκος
7. Παρακαλώ, αναφέρατε το θρήσκευμά σας	<input type="checkbox"/> Χριστιανός Ορθόδοξος <input type="checkbox"/> Ρωμαιοκαθολικός <input type="checkbox"/> Ελληνοκαθολικός <input type="checkbox"/> Ισλαμιστής <input type="checkbox"/> Άλλο _____

Εθελοντική ευθανασία					
Παρακαλώ αναφέρετε κατά πόσο συμφωνείται με τις παρακάτω προτάσεις σχετικά με την εθελοντική ευθανασία.					
	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
1. Οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα να αποφασίζουν για το θάνατό τους	1	2	3	4	5
2. Αν οι ασθενείς γνώριζαν πως επιτρέπεται η ευθανασία θα υπήρχαν λιγότερα άτυπα αιτήματα	1	2	3	4	5
3. Η παρηγορητική φροντίδα καθιστά την ευθανασία περιττή	1	2	3	4	5
4. Ένα άτομο που πάσχει από μία ανίατη και επώδυνη ασθένεια θα πρέπει να έχει το δικαίωμα στην ευθανασία	1	2	3	4	5
5. Μετά από σχετικό αίτημα, ένας γιατρός θα πρέπει να επιτρέπεται από το νόμο να προχωράει σε ευθανασία	1	2	3	4	5
6. Η ευθανασία συνάδει με το ρόλο του γιατρού ως προς την απάλυνση του πόνου και της ασθένειας	1	2	3	4	5
7. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να γίνει κατάχρηση της ευθανασίας	1	2	3	4	5
8. Η εθελοντική ευθανασία θα πρέπει να νομιμοποιηθεί	1	2	3	4	5
9. Η εθελοντική ευθανασία θα πρέπει να νομιμοποιηθεί μόνο για τους ασθενείς τελικού σταδίου	1	2	3	4	5
10. Η νομιμοποίηση της ευθανασίας θα αύξανε τα σχετικά αιτήματα	1	2	3	4	5
11. Η ευθανασία δεν είναι ηθικά αποδεκτή σε καμία περίπτωση	1	2	3	4	5
12. Η ευθανασία δεν είναι ηθικά αποδεκτή για άτομα κάτω των 18 ετών	1	2	3	4	5
13. Η ευθανασία δεν είναι ηθικά αποδεκτή για ασθενείς που πάσχουν από άνοια	1	2	3	4	5
14. Θα ήμουν πρόθυμος να συμμετέχω σε	1	2	3	4	5

εθελοντική ευθανασία					
15. Η εθελοντική ευθανασία μπορεί να οδηγήσει σε ακούσια ευθανασία για άτομα που δεν έχουν τον απόλυτο έλεγχο της ζωής τους (πχ. ηλικιωμένους)	1	2	3	4	5
Ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία					
Παρακαλώ αναφέρετε κατά πόσο συμφωνείται με τις παρακάτω προτάσεις σχετικά με την ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία (ΙΥΑ)					
16. Η ΙΥΑ συνάδει με τον ηθικό ρόλο του γιατρού	1	2	3	4	5
17. Ο γιατρός θα πρέπει να επιτρέπεται από το νόμο να παρέχει θανάσιμη δόση φαρμάκου σε ασθενείς τελικού σταδίου	1	2	3	4	5
18. Η ΙΥΑ θα πρέπει να επιτρέπεται σε ασθενείς που πάσχουν από μία ανίατη ασθένεια αλλά δεν είναι σε τελικό στάδιο	1	2	3	4	5
19. Θα ήμουν πρόθυμος να συμμετέχω σε μία ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία	1	2	3	4	5
20. Η ΙΥΑ δεν είναι ηθικά αποδεκτή για άτομα που πάσχουν από άνοια	1	2	3	4	5
21. Η ΙΥΑ δεν είναι ηθικά αποδεκτή για άτομα κάτω των 18 ετών	1	2	3	4	5
22. Αν οι ασθενείς τελικού σταδίου γνώριζαν πως έχουν δικαίωμα στην ΙΥΑ θα ήταν λιγότερο πρόθυμοι να την αιτήσουν	1	2	3	4	5
Ακούσια ευθανασία					
Παρακαλώ αναφέρετε κατά πόσο συμφωνείται με τις παρακάτω προτάσεις σχετικά με την ακούσια ευθανασία.					
1. Η ακούσια ευθανασία είναι ηθικά αποδεκτή για συγκεκριμένες ιατρικές συνθήκες	1	2	3	4	5
2. Η ακούσια ευθανασία θα πρέπει να νομιμοποιηθεί υπό ορισμένες προϋποθέσεις	1	2	3	4	5
3. Η ακούσια ευθανασία μπορεί να οδηγήσει σε περιπτώσεις κατάχρησης	1	2	3	4	5
4. Η ευθανασία προϋποθέτει το αίτημα του	1	2	3	4	5

ίδιου του ασθενούς					
5. Θα ήμουν πρόθυμος να συμμετάσχω σε ακούσια ευθανασία	1	2	3	4	5

Copyright © Μαρίνα Πάππα, 2014

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.