

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΠΟΙΝΙΚΩΝ
και
ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ
(ΤΜΗΜΑ ΝΟΜΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ)

Διευθυντής: Νέστωρ Κουράκης



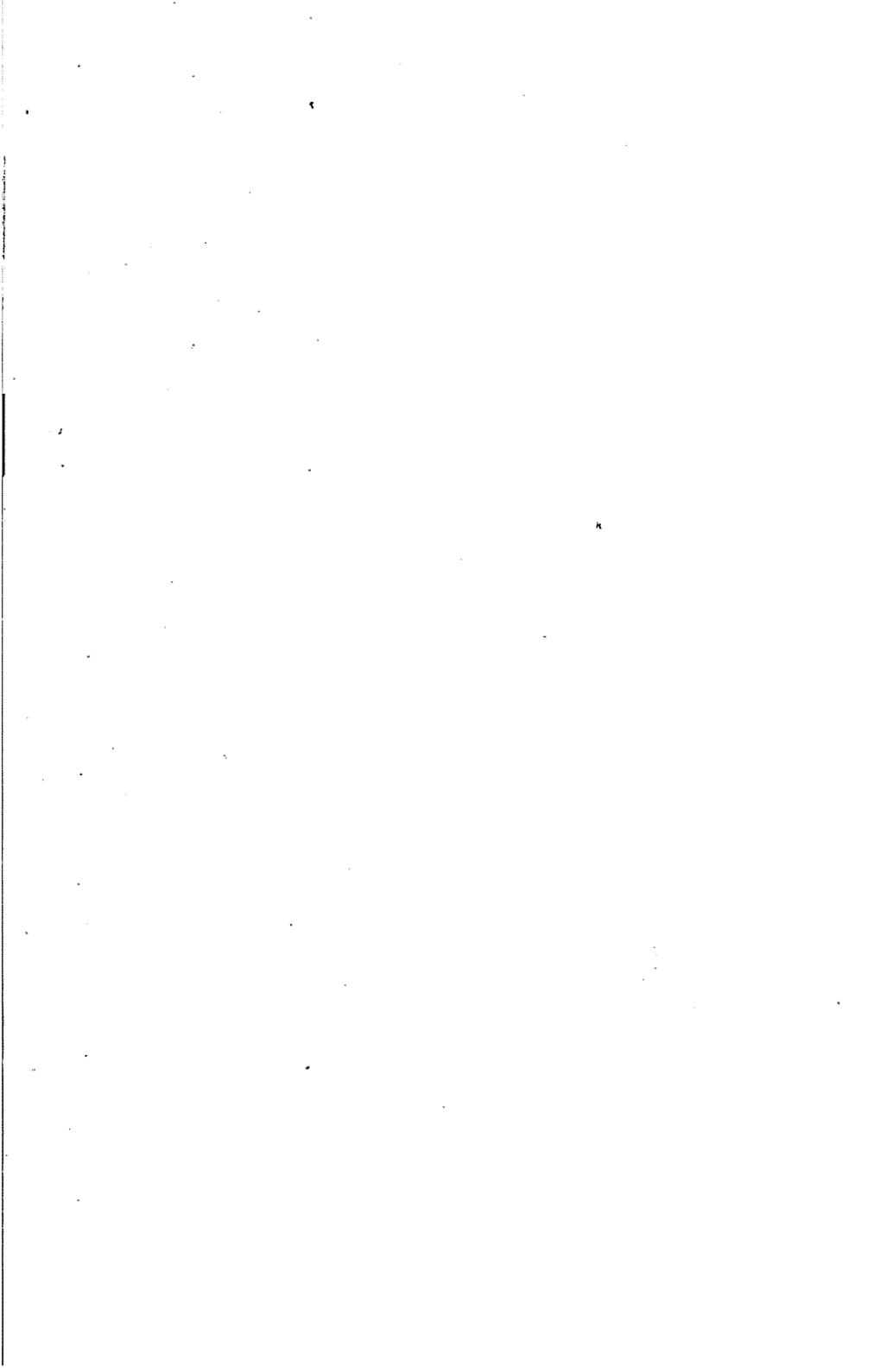
ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ: ΕΝΑ ΑΚΑΝΘΩΔΕΣ ΖΗΤΗΜΑ

Πορίσματα Έρευνας και Πρακτικά Ημερίδας
(31.1.2007)

Επιμέλεια:
ΝΕΣΤΩΡ ΚΟΥΡΑΚΗΣ και **Κ.Δ. ΣΠΙΝΕΛΛΗ**
με τη συνεργασία
Μαρίας Γαλανού, Γεωργίας Σ. Χατζηθεοδώρου
και Ελένης Γκιόκα



ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΝΤ. Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ
ΑΘΗΝΑ - ΚΟΜΟΤΗΝΗ 2008



ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

Εισαγωγή στην προβληματική της ευθανασίας

Η ευθανασία αποτελεί πράγματι ένα από τα πλέον αμφιλεγόμενα ζητήματα της εποχής μας και τούτο διότι βρίσκεται στο μεταίχμιο ανάμεσα σε δύο εξίσου κρίσιμα προτάγματα. Αφενός, δηλαδή στο δικαίωμα ενός ανθρώπου να αποφασίζει με ποιον τρόπο επιθυμεί να ζει ή να πεθαίνει και αφετέρου στο συμφέρον ή και την υποχρέωση του κοινωνικού συνόλου να προστατεύει το ύψιστο αγαθό της ζωής απέναντι σε όποιον επιχειρεί να το επιβουλευθεί ή να το καταργήσει. Πιο συγκεκριμένα, ο άνθρωπος έστω και αν δεν θεωρείται ότι έχει ένα συνταγματικά αναγνωρισμένο δικαίωμα στον θάνατο, μπορεί όμως ανά πάσα στιγμή να δώσει τέρμα στη ζωή του μέσα στο ευρύτερο θεσμικό πλαίσιο που του αναγνωρίζεται από την κοινωνία για αυτοδιάθεση και αυτοκαθορισμό ή, γενικότερα, για αυτοδιαχείριση της ζωής του. Η δυνατότητα αυτή για τερματισμό της ζωής του φαίνεται ακόμη πιο εύλογη όταν είναι κανείς ανίτα ασθενής και θέλει να απαλλαγεί είτε (παλαιότερα) από τους αβάσταχτους πόνους που συνοδεύουν μια τέτοια ασθένεια, είτε, προπάντων σήμερα, από την εξάρτηση, την ταπείνωση και την καταρράκωση της ανθρώπινης αξιοπρεπειας που προκαλεί μια τέτοια αδιέξοδη κατάσταση πλήρους αδυναμίας. Στις περιπτώσεις αυτές ο τερματισμός της ζωής του ασθενούς θα είχε, άρα, μια ηθική δικαίωση, αφού θα αποτελούσε τη λύτρωσή του.

Ωστόσο με την ευθανασία τα πράγματα περιπλέκονται: Εν πρώτοις ο ασθενής είναι συνήθως σε κατάσταση σωματικής αδυναμίας και δεν έχει τη δυνατότητα να δώσει ο ίδιος τέλος στη ζωή του. Χρειάζεται επομένως τη βοήθεια τρίτων (συγγενών ή/και ιατρών), οι οποίοι όμως επωμίζονται

έτσι ένα δυσβάστακτο φορτίο ευθύνης, πολύ περισσότερο μάλιστα όταν ο ασθενής είναι ήδη σε κώμα και δεν μπορεί να εκδηλώσει τη βούλησή του περί του πρακτέου. Κατά δεύτερο λόγο, εξαιτίας των προβλημάτων υγείας που τον ταλανίζουν, ο ασθενής δεν έχει συνήθως μια συγκροτημένη, διαυγή και ανεπηρέαστη από συγκυρίες σκέψη, ώστε να αποφασίσει αυτό που θα είναι πραγματικά προς όφελός του. Με άλλη διατύπωση, η όποια απόφασή του να αποχωρήσει πρόωρα από τη ζωή ενδέχεται να είναι πρώιμο πανικού, σύγχυσης, φοβίας ή προσωρινών πόνων και να μη δικαιολογείται από τα πράγματα. Θα πρέπει άραγε και σ' αυτή την περίπτωση να γίνει δεκτή η επιθυμία του για τερματισμό της ζωής του; Ακόμη, κατά τρίτο λόγο ο ασθενής είναι συνήθως σε μία κατάσταση πλήρους αδυναμίας, έρμαιο των καταστάσεων. Εάν λοιπόν επικρατήσουν, έστω και κατ' εξαίρεση, σκέψεις για τερματισμό της ζωής τέτοιων ασθενών, πώς θα μπορούσε άραγε να αποκλεισθεί το ενδεχόμενο καταχρήσεων από ασυνείδητους συγγενείς και ιατρούς, που θα επιχειρούσαν με τον τρόπο αυτό να προσπορισθούν αθέμιτα οικονομικά οφέλη ή να συμβάλουν, έστω και άθελά τους, στη μείωση του κόστους περίθαλψης τέτοιων ασθενών από τα ασφαλιστικά ταμεία; Τέλος υπάρχει στον κύκλο αυτών των προβληματισμών και μία γενικότερη ένσταση, που εδράζεται στη Θεολογία, την Ηθική αλλά και την Ιατρική Δεοντολογία: Πώς μπορεί δηλαδή να αποδεχθεί η κοινωνία μας ότι κάποιος και μάλιστα ιατρός επιτρέπεται να αφαιρέσει τη ζωή ενός άλλου ανθρώπου, έστω και αν αυτό γίνεται για τον ηθικότερο των σκοπών; Και ακόμη, εφόσον κάποιος δεν μπορεί να δημιουργήσει μια ζωή, πώς έχει το ηθικό δικαίωμα να αφαιρεί αυτή τη ζωή;

Βεβαίως τα επιχειρήματα αυτά δεν είναι αδιάσειστα ή, μάλλον, μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για μία όσο το δυνατόν προσεκτικότερη αντιμετώπιση του ζητήματος της ευθανασίας, μέσα από τη θέσπιση ορισμένων ασφαλιστικών δικλείδων, που άλλωστε ισχύουν από ετών σε νομοθεσίες όπως η ολλανδική. Ειδικότερα: Εν πρώτοις, η συμμετοχή των άλλων σε μία πράξη η παράλειψη ευθανασίας μπορεί να επιτρέπεται νομοθετικά μόνον υπό την προϋπόθεση της πλήρους και αντικειμενικής

ενημέρωσης του ασθενούς, ώστε να αναλαμβάνει αυτός την ευθύνη των αποφάσεών του, ενώ παράλληλα θα μπορούσαν να καθιερωθούν «εν ζωή διαθήκες» (living wills) ή και «εκ των προτέρων εντολές» (advance directives), ώστε οι ασθενείς, ακόμη και αν βρεθούν σε μη ανατάξιμο κώμα, να έχουν ήδη καταστήσει εγκύρως γνωστή τη βούλησή τους απέναντι σε μια τέτοια κατάσταση. Δεύτερον, η επιθυμία του ασθενούς να τερματίσει τη ζωή του θα πρέπει να είναι όχι μόνον εναργής και σοβαρή, αλλά επίσης επίμονη και συνεχής, άρα όχι απλώς συγκυριακή και παροδική. Τρίτον, η οποία πράξη ή παράλειψη ευθανασίας θα πρέπει να γίνεται υπό τον έλεγχο και την εποπτεία ανεξάρτητων και αδιάβλητων ιατρικών οργάνων, τα οποία να γνωματεύουν περί του πρακτέου, ώστε να αποτρέπονται κίνδυνοι καταχρήσεων και ανεξέλεγκτων καταστάσεων. Τέλος, σ' ένα δημοκρατικό πολίτευμα που σέβεται την αυτοδιάθεση και τον αυτοπροσδιορισμό των κοινωνών του φαντάζει αδιανόητο να αρνηθεί η κοινωνία σ' ένα μέλος της τη λύτρωση από καταστάσεις εξάρτησης, ταπείνωσης ή και αφόρητων πόνων αγλώς και μόνο με το επιχείρημα ότι η ζωή αυτού του ανθρώπου είναι ένα αγαθό ύψιστο και περίπου ιερό. Καταντά έτσι ο άνθρωπος να πρέπει να υπάρχει χάριν του αγαθού της ζωής και όχι η ζωή χάριν του ανθρώπου. Με άλλη διατύπωση, καταντά το ύψιστο αγαθό μιας (επώδυνης και χωρίς δράση) ζωής («ζην») να προηγείται απέναντι στο εξίσου σημαντικό αν όχι υπέρτερο δικαίωμα για ζωή με ποιότητα και αξιοπρέπεια («ευ ζην»).

Από την αντιπαράθεση αυτή των επιχειρημάτων προκύπτει ότι το ζήτημα της ευθανασίας έχει δυσδιάκριτα όρια και αποχρώσεις που συνήθως επισκιάζονται από προκαταλήψεις και οδηγούν, ως μη έδει, σε ακραίες τοποθετήσεις. Άλλωστε στη συζήτηση εμπλέκονται συνήθως επιστήμονες από διαφορετικούς χώρους και με διαφορετικές γνώσεις και εμπειρία, ή, εφόσον διεξάγουν έρευνες, με διαφορετική μεθοδολογία, όπως ιατροί, νομικοί, θεολόγοι και φιλόσοφοι, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται οι αντιθέσεις των απόψεών τους περίπου αγεφύρωτες. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια πρέπει να ομολογηθεί ότι εξ αφορμής

ορισμένων συνταρακτικών υποθέσεων ευθανασίας¹ ή και ανεξάρτητα από αυτές επιχειρείται ενίοτε μια περισσότερο νηφάλια και πολυεπι-

1. Ως τέτοιες πρόσφατες συνταρακτικές υποθέσεις θα μπορούσε κανείς να αναφέρει εν πρώτοις την υπόθεση της 43χρονης Βρετανής Νταϊάν Πρίτι (Diane Pretty), μητέρας δύο παιδιών, που έπασχε από τη νόσο του κινητικού νευρώνα (δεν μπορούσε να κουνήσει ούτε το μικρό της δακτυλάκι) και ζήτησε από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου να επιτραπεί στον σύζυγό της να τη βοηθήσει να αυτοκτονήσει. Όμως το Δικαστήριο με απόφασή του της 29.04.2002 (R.(on application of Pretty) v DPP [2001] EWHC Admin 788; [2002] 1All E.R. 1, πρβλ. Χαρ. Χρυσανθάκη κ.ά., Μεταξύ Ζωής και Θανάτου. Το Δικαίωμα στη Ζωή υπό το Φως της Νομολογίας του Ε.Δ.Δ.Α., Αθήνα/ Κομοτηνή: Α.Ν. Σάκκουλας, 2007, σελ. 29 επ.) απέρριψε την προσφυγή της και τρεις ημέρες αργότερα η γυναίκα απεβίωσε από ασφυξία σε άσυλο ανιάτων (πρβλ. σχτ. σημείωμα της Μαριάννας Τζιαντζή στην εφημερίδα "Καθημερινή" της 28.04.2006, σελ. 18). Επίσης ιδιαίτερο θόρυβο προκάλεσε στις Ην. Πολιτείες της Αμερικής η περίπτωση της 41χρονης Τέρι Σκιάβο (Terri Schiavo), η οποία βρισκόταν σε άγρυπνο κώμα επί 15 έτη και ο σύζυγός της ζητούσε από τη Δικαιοσύνη να επιτραπεί η αποσύνδεσή της από τον σωλήνα σίτισης, ενώ με το αίτημα αυτό διαφωνούσαν οι γονείς της. Τελικά ο σύζυγος επέτυχε να λάβει τη σχετική άδεια και ο σωλήνας αποσυνδέθηκε, με αποτέλεσμα η ασθενής να αποβιώσει την 31.03.2005 (για την υπόθεση αυτή βλ. ίδιως τη μελέτη του Καθηγητή Werner Heun στη Juristenzeitung της 05.05.2006, τ. 61, σελ. 425-431). Τέλος τη δημοσιότητα απασχόλησε στη γείτονα Ιταλία η περίπτωση του 60χρονου Πιερτζόρτζιο Ουέλμπι (Piergiorgio Welby), που βρισκόταν ακινητοποιημένος στο κρεβάτι από μυική δυστροφία επί 20 χρόνια και ζητούσε την ευθανασία. Το αρμόδιο Δικαστήριο της Ρώμης απέρριψε το αίτημά του, ενώ στη συνέχεια το Ανώτατο Συμβούλιο Υγείας απέρριψε επίσης το αίτημα αυτό κατά πλειοψηφία, αλλά ταυτόχρονα αποφάνθηκε ότι ο ασθενής έχει το δικαίωμα να μη συνεχίσει τις θεραπείες. Τελικά την ευθανασία έδωσε ο αναισθησιολόγος Μάουρο Ρίτσιο το βράδυ της 20.12.2006, αποσυνδέοντας το μηχάνημα υποστήριξης της αναπνοής που κρατούσε τον ασθενή ζωντανό επί τόσα χρόνια (εκτενές αφιέρωμα στην υπόθεση αυτή υπάρχει στο ιταλικό περιοδικό «Panorama» της 05.10.2006, σελ. 46-58, με τον χαρακτηριστικό τίτλο στο εξώφυλλο: «Eutanasia. Liberi di scegliere»).

στημονική (αν όχι διεπιστημονική) προσέγγιση του ζητήματος², έτσι ώστε να έχουν ήδη χαραχθεί κάποιες κοινά αποδεκτές κατευθυντήριες γραμμές και να έχει πλέον ανοίξει ο δρόμος για έναν περισσότερο

2. Χαρακτηριστικά δείγματα τέτοιων νηφάλιων προσεγγίσεων σε διεπιστημονικό επίπεδο είναι, από τη σχετικά πρόσφατη βιβλιογραφία: Οι ποινικοδικαϊκές μελέτες του Αρεοπαγίτη ε.τ. *Μιχαήλ Μαργαρήτη* στον Τιμητικό Τάμο για τον Καθηγητή Διον. Σπινέλλη, τ. Β', 2001, 691-713 και της Καθηγήτριας *Έλλης Συμεωνίδου – Καστανίδου* (αρχικά στον τάμο «Μνήμη ΙΙ Ι. Δασκαλόπουλου, Κ. Σταμάτη & Χρ. Μπάκα», τ. Α', Αθήνα: A.N. Σάκκουλας, 1996, σελ. 401-440, έπειτα –αγγλόφωνο κείμενο- στη Revue Hellénique de Droit International, τ. 59: 2006, σελ. 512-516 και, τέλος, στον συλλογικό τάμο «Ευθανασία», Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Αθήνα/Θεσσαλονίκη: Εκδ. Σάκκουλα, 2007, σελ. 137-162, όπου και άλλες ενδιαφέρουσες μελέτες νομικού, ιατρικού και φιλοσοφικού περιεχομένου για το υπό συζήτηση θέμα), η αστικοδικαϊκή μελέτη του Π. *Κωνσταντινίδη* «Ευθανασία», στη σειρά «Εκλαϊκευμένη Νομική Βιβλιοθήκη», Αθήνα/ Κομοτηνή: A.N. Σάκκουλας, 2007, οι θεολογικές και άλλες αξιόλογες μελέτες (π.χ. του Καθηγητή *Απ. Γεωργιάδη*) που περιέχονται στον τάμο «Το πρόβλημα της Ευθανασίας», Πρακτικά Συνεδρίου στη Νεάπολη Θεσσαλονίκης, Μάιος 2002, έκδ. Αποστολικής Διακονίας, η φιλοσοφική μελέτη του *Ευάγγελου Δ. Πρωτοπαπαδάκη* «Η Ευθανασία απέναντι στη σύγχρονη Βιοηθική», Αθήνα/ Κομοτηνή: A.N. Σάκκουλας, 2003, και η ιατρική μελέτη του *Πολυχρόνη Βούλτσου* «Η Ποινική Προβληματική της Ευθανασίας», Αθήνα/ Κομοτηνή: A.N. Σάκκουλας, 2006 (τα βασικά συμπεράσματα αυτής της ογκώδους μονογραφίας παρουσιάσθηκαν στο περιοδικό «Ποινικά Χρονικά» Ν' 2007, σελ. 121-134). Για το πρόβλημα της ευθανασίας υπάρχουν επίσης ειδικό αφιέρωμα της εφημερίδας «Το Βήμα» (30.09 - 01.10.2006, σελ. A49-A51), καθώς και τα παλαιότερα Πρακτικά Συζητήσεων που έγιναν στη Γλασκώβη τον Σεπτέμβριο 1990 υπό την αιγίδα του Συμβουλίου της Ευρώπης (*Council of Europe, Law and moral dilemmas affecting life and death, Strasbourg 1992*, ιδίως σελ. 26, 44 επ., 58 επ., 90 επ., 109 επ., 127 επ.). Τέλος χρήσιμο είναι να αναφερθούν εδώ δύο πρόσφατα αλλοδαπά επιστημονικά έργα, όπου θίγεται εκτενώς το πρόβλημα της ευθανασίας: *Tom L. Beauchamp κ.ά, Ευθανασία. Ηθικές, φιλοσοφικές, ιατρικές και νομικές διαστάσεις*, Αθήνα: εκδ. Αρχιπέλαγος 2007 (όπου και ενδιαφέρον επίμετρο της *Ελ. Καλοκαιρινού*, σελ. 527-584) και *Mark G. Kuczewski/ Ronald Polansky*, Βιοηθική. Αρχαία θέματα σε σύγχρονους προβληματισμούς, Αθήνα: εκδ. Τραυλός, 2007.

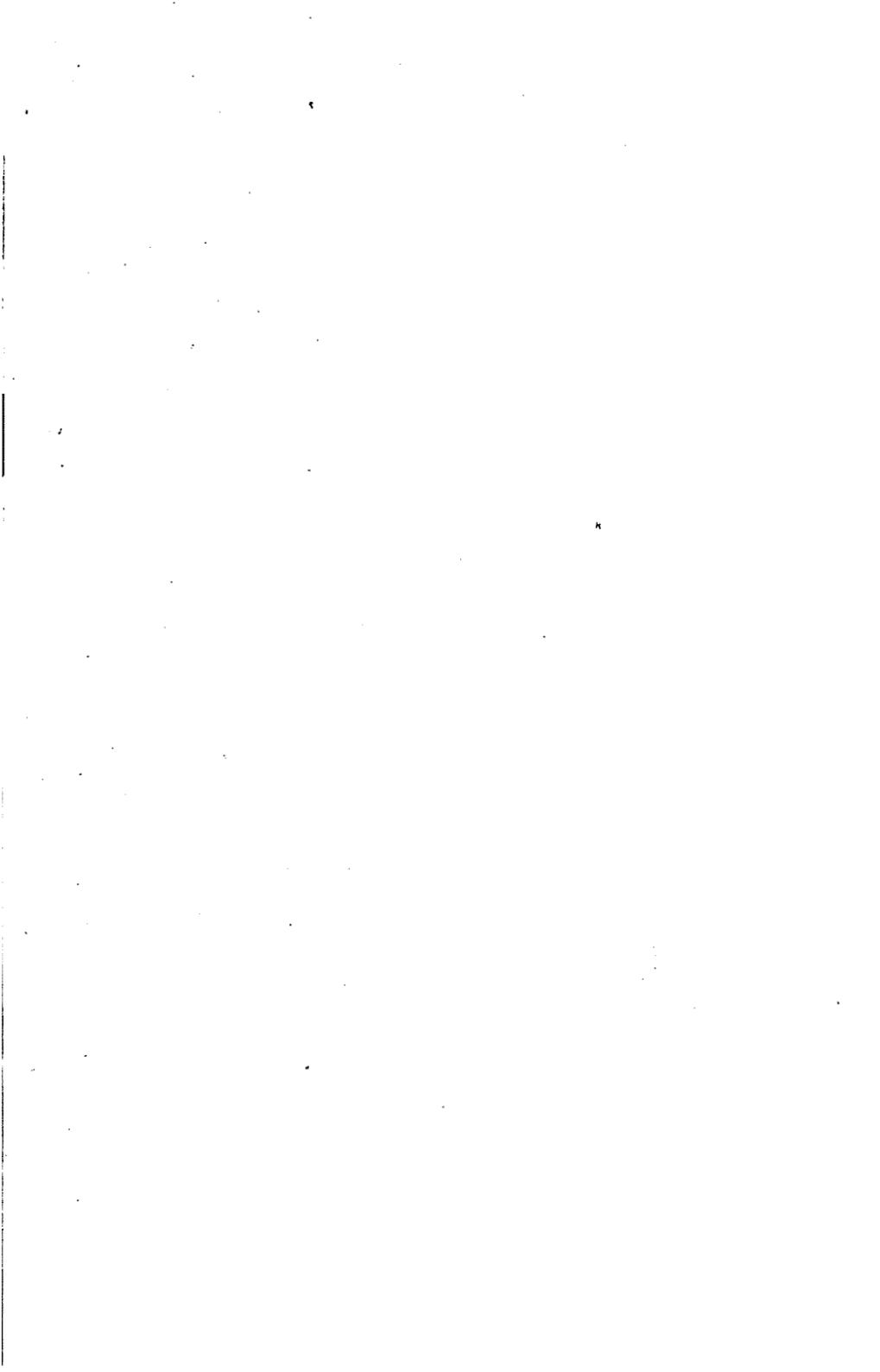
εποικοδομητικό διάλογο. Πέρα από την αμφίσημη Σύσταση 1418/1999 του Συμβουλίου της Ευρώπης "για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και την αξιοπρέπεια των ανιάτως πασχόντων ασθενών και των ευρισκομένων στο τελευταίο στάδιο της ασθένειάς τους" και πέρα από τις σχετικές διατάξεις (ιδίως ά. 2§1, 6 και 9 της Σύμβασης περί Βιοϊατρικής – ν. 2619/1998), κεντρικό άξονα αυτών των νέων εξελίξεων αποτελεί αναμφισβήτητα το ά. 29 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ν. 3418/2005), που στηρίζεται εν πολλοίσι στον όρκο του Ιπποκράτη και επιχειρεί με πολλή προσοχή μία εναρμόνιση και σύνθεση των διασταμένων απόψεων³. Ωστόσο σημαντική παράμετρος σ' αυτές τις εξελίξεις είναι να γνωρίζει κανείς την πραγματική έκταση του ζητήματος της ευθανασίας στην Ελληνική κοινωνία και τη στάση των μορφωμένων, ιδίως, μελών αυτής της κοινωνίας απέναντι στην ευθανασία. Θέλουμε να πιστεύουμε ότι το Εργαστήριο Ποινικών & Εγκληματολογικών Ερευνών, με την έρευνα που διοργάνωσε και διεξήγαγε στο θέμα αυτό⁴, εισφέρει στον επιστημονικό διάλογο ενδιαφέροντα στοιχεία για

3. Προς την ίδια κατεύθυνση κινούνται άλλωστε οι ισορροπημένες και σχεδόν ομόφωνες προτάσεις της Εθνικής Επιτροπής Βιοθικής για την ευθανασία στην Ελλάδα, που διατυπώθηκαν υπό την προεδρία του Καθηγητή Γεωργίου Κουμάντου το 2006 και έτυχαν ήδη ευρύτερης δημοσιότητας (βλ. π.χ. παρουσίασή τους στην «Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία» της 30.04.2006, σελ. 48).

4. Τα ερευνητικά πορίσματα που αποτελούν αντικείμενο αυτής της μελέτης παρουσιάσθηκαν από τον επιστημονικό υπεύθυνο της έρευνας Καθηγ. Νέστορα Κουράκη σε ειδική εκδήλωση του Πανεπιστημίου Αθηνών την 31.01.2007 κατά τη διάρκεια ημερίδας, υπό την προεδρία του Πέτρου Κακκαλή (επίτιμου Αντιπροέδρου του Α.Π.), όπου ανέπτυξαν επίσης τις θέσεις τους τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου της έρευνας Απόστολος Γεωργιάδης (Ακαδημαϊκός, επίτιμος Καθηγητής Παν/μίου Αθηνών), Μιχαήλ Μαργαρίτης (επίτιμος Αρεοπαγίτης) και Εμμανουήλ Παναγόπουλος (άμ. Επίκ. Καθηγητής Ιατρικής Παν/μου Αθηνών και Δ/ντής Δ' Χειρουργικής του Νοσοκομείου «Άγ. Σάββας»). Στην ίδια εκδήλωση συμμετείχαν ακόμη, υπό την προεδρία της ομότ. Καθηγήτριας του Παν/μου Αθη-

μία επανεξέταση του όλου του ζητήματος της ευθανασίας στη σημερινή ελληνική κοινωνία.

νών *Καλλιόπης Σπανέλλη*, οι Δικηγόροι και Κάτοχοι Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ποιν. Επιστημών του Παν/μίου Αθηνών *Γεωργία Χατζήθεοδώρου* και *Μαρία Γαλανού* και η διπλωματούχος D.E.A. *Droit pénal et politique criminelle en Europe*, Univ. Paris I Panthéon-Sorbonne, *Ελένη Γκιόκα*. Η Μαρία Γαλανού συντόνισε, επίσης, εν μέρει την έρευνα, επεξεργάσθηκε τα ερευνητικά δεδομένα, κατήρτισε τους πίνακες με τα ποσοστά και ετοίμασε ένα πρώτο σχέδιο της παρούσας μελέτης το οποίο, έπειτα από κρίσιμες και χρήσιμες παρατηρήσεις της Καθηγήτριας *Κ. Σπινέλλη*, έλαβε την παρούσα τελική του μορφή από τον επιστημονικό υπεύθυνο της έρευνας Καθηγητή *Νέστορα Κουράκη*. Αξίζει να σημειωθεί ότι ευρεία παρουσίαση των πορισμάτων αυτής της έρευνας έγινε ήδη από τις εφημερίδες «ΤΑ ΝΕΑ» (ένθετο «Τα Νομικά Νέα» της 26.03.2007, σελ. 1, 4-5), «Κόσμος του Επενδυτή» (14-15.10.2006, σελ. 46) και «Απογευματινή» (05.11.2006, σελ. 13 και 13.11.2006, σελ. 13). Για στοιχεία από προγενέστερες έρευνες που είχαν διενεργηθεί στη χώρα μας ως προς τη στάση των ιατρών απέναντι στο πρόβλημα της ευθανασίας βλ. ενδεικτικά *Ιάσωνος Ευαγγέλου*, Το πρόβλημα της ευθανασίας, Αθήνα/ Κομοτηνή: A.N. Σάκκουλας, 1999, σελ. 64-66 με αναφορά και σε σχετικό δημοσίευμα της εφημερίδας «ΤΑ ΝΕΑ», 29.03.1996, καθώς και θόδ. *Παπαπετρόπουλου*, Καθηγητή Νευρολογίας στο Πανεπιστήμιο Πατρών, επιφυλλίδα με τίτλο «Το δικαίωμα στη ζωή και στην ευθανασία», εφημ. «Καθημερινή» της 15.8.2007, σελ. 11, όπου και πορίσματα παλαιότερης (1995) έρευνάς του σε επιλεγμένα πληθυσμιακά δείγματα για το ζήτημα της ευθανασίας.



ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΠΟΙΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ

ΠΟΡΙΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

I. Μεθοδολογία της έρευνας

1. Η έρευνα με θέμα «Η σύγχρονη προβληματική της ευθανασίας» πραγματοποιήθηκε κατά τα έτη 2005-2006 από το Εργαστήριο Ποινικών και Εγκληματολογικών Ερευνών του Πανεπιστημίου Αθηνών υπό την επιστημονική ευθύνη του Διευθυντή του ως άνω Εργαστηρίου Καθηγητή *Νέστορα Κουράκη*. Πρωταγωνιστικό ρόλο, καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας, διεδραμάτισε η Ομότιμη Καθηγήτρια Εγκληματολογίας στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και Αναπληρώτρια Διευθύντρια του Εργαστηρίου κ. *Καλλιόπη Σπινέλλη*. Επίσης, σημαντική υπόρρεξε και η συμβολή του Επιστημονικού Συμβουλίου της έρευνας από καταξιωμένους επιστήμονες, όπως ο Ακαδημαϊκός και Επίτιμος Καθηγητής Αστικού Δικαίου στο Πανεπιστήμιο Αθηνών κ. *Απόστολος Γεωργιάδης*, ο Αντιπρόεδρος επί τιμή του Αρείου Πάγου κ. *Πέτρος Κακκαλής*, ο Επίτιμος Αρεοπαγίτης κ. *Μιχάλης Μαργαρίτης* και ο άμ. Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών κ. *Εμμανουήλ Παναγόπουλος*¹.

1. Η έρευνα διεζήχθη με τη συντονιστική φροντίδα των μελών του Εργαστηρίου *Μαρίας Γαλανού*, δικηγόρου-ΜΔΕ Ποινικών Επιστημών και συνεργάτηδος του Τομέα Ποινικών Επιστημών, *Ρόδης Καγγελάρη*, ψυχολόγου-εγκληματολόγου, και *Φώτη Σπυρόπουλου*, δικηγόρου και συνεργάτη του Τομέα Ποινικών Επιστημών, με την αποφασιστική συμβολή της *Γεωργίας Χατζηθεοδώρου*, δικηγόρου-ΜΔΕ Ποινικών Επιστημών, και του *Γεωργίου Φερετζάκη*, δικηγόρου, μελών των Εργαστηρίου, καθώς και

Για τη συλλογή στοιχείων σχετικά με τη στάση ειδικών και κοινού απέναντι στο ζήτημα της ευθανασίας χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια, ανώνυμα και αυτοδιαχειριζόμενα, τα οποία αρχικά καταρτίσθηκαν από τους επικεφαλής της Ερευνητικής Ομάδας και στη συνέχεια συζητήθηκαν στην Ολομέλεια της Ομάδας. Τα ερωτηματολόγια αυτά δόθηκαν δοκιμαστικά προς συμπλήρωση τον Ιανουάριο 2006 σε φοιτητές του Τμήματος Νομικής του Πανεπιστημίου Αθηνών αλλά και σε άλλα άτομα (συνολικά 100 άτομα) και κατόπιν διαμορφώθηκε το τελικό κείμενο. Σημειώνεται ότι σε κανένα σημείο του ερωτηματολογίου δεν αναφέρεται η λέξη «ευθανασία», ακριβώς για να καταστεί δυνατή η συμπλήρωσή του χωρίς συναισθηματικές φορτίσεις ή προκαταλήψεις. Αντικείμενο της έρευνας υπήρξε να διερευνηθούν η στάση των ερωτηθέντων αλλά και ο βαθμός προσωπικής γνώσης τους τόσο απέναντι στις επιψέρους μορφές της ευθανασίας, όσο και απέναντι στο συνολικό ζήτημα.

με τη συμμετοχή 15μελούς ομάδας προπτυχιακών φοιτητών-μελών του Εργαστηρίου η οποία απετελείτο από τους εξής: Κατερίνα Λαζανά, Ελίνα Βλαχαντώνη, Αχλέα Παπαδόπουλο, Χρύσα Κοκκάση, Αθηνά Σαμαρά, Μαριάνθη Θεοδωροπούλου, Χριστίνα Δημοπούλου, Πηνελόπη Ταμπακοπούλου, Βασιλική Δασακλή, Νίκο Θεοδωράκη, Μαρία Ματζουρανάη, Αντιγόνη Μαυραγάνη, Βασιλική Μπακάλη, Ευαγγελία-Μαρία Μασαλή και Χαράλαμπο Καραμπέλη. Επίσης στην ολοκλήρωση της έρευνας συνέβαλαν οι κ.κ. *Ναταλία Παπανικολάου*, υποψήφια διδάκτωρ Νομικής και συνεργάτις του Τομέα Ποινικών Επιστημών, και *Μιχήλη Παπαϊωάννου*, δικηγόρος και μεταπτυχιακή φοιτήτρια Κοινωνιολογίας του Δικαίου. Την πρωτοβουλία για την έρευνα είχαν ήδη από το 2004 ο Καθηγητής *Νέστωρ Κουράκης*, ο αείμνηστος Επίκουρος Καθηγητής *Κωνστ.* *Φελούτζής* και η δικηγόρος – υποψήφια διδάκτωρ *Μαρία Γαλανού*. Τελικά το Εργαστήριο υιοθέτησε την πρωτοβουλία αυτή και η Διεύθυνσή του (Καθηγ. *Νέστωρ Κουράκης* και Καθηγ. *Κ.Δ. Σπινέλλη*), έπειτα από διαβούλεύσεις μηνών, σε πολλές από τις οποίες συμμετείχε και ο ιατρός, άμ. *Επίκ. Καθηγητής κ. Εμμ. Παναγόπουλος*, καήρτησε το τελικό ερωτηματολόγιο, ενώ συζητήσεις υπήρξαν επίσης ως προς τη δειγματοληψία και τη γενικότερη μεθοδολογία της έρευνας.

Η έρευνα επιχορηγήθηκε από τον Ειδικό Λογαριασμό Κονδυλίων Έρευνας του Πανεπιστημίου Αθηνών με χρηματικά ποσά, τα οποία δόθηκαν για αμοιβή των προπτυχιακών και μεταπτυχιακών φοιτητών της Ερευνητικής Ομάδας, καθώς και για αγορά αναλωσίμων ειδών.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έλαβε χώρα από τον Φεβρουάριο έως τον Μάιο του 2006. Η πλειονότητα των ερωτηθέντων απασχολούνταν τότε σε κρατικά ή δημοτικά νοσοκομεία, καθώς και σε ιδιωτικές κλινικές. Επίσης ερωτήθηκαν μεμονωμένα ιδιωτικοί ιατροί, ιδιώτες διαφόρων επαγγελμάτων και φοιτητές από την ευρύτερη περιοχή της Πρωτευούσης (συνολικά 593 ερωτηματολόγια) και, επιλεκτικά, από πόλεις της επαρχίας (Ηράκλειο και Χανιά Κρήτης, Σύρος, Κόρινθος, Πάτρα και Καλαμάτα: 321 ερωτηματολόγια), χωρίς πάντως να υπάρχουν σε αυτή τη φάση της έρευνας στοιχεία για πληθυσμούς αγροτικών περιοχών. Συνολικά, διανεμήθηκαν 914 ερωτηματολόγια.

Ειδικότερα, ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής σε επτά μεγάλα νοσοκομεία, σε μία ιδιωτική κλινική και σε ιατρούς-ελεγκτές μεγάλου ασφαλιστικού φορέα του Δημοσίου. Επίσης, ερωτηματολόγια δόθηκαν σε προπτυχιακούς φοιτητές του ΤΕΙ Νοσηλευτικής Πάτρας, μεταπτυχιακούς φοιτητές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ποινικών Επιστημών της Νομικής Σχολής Αθηνών, καθώς και σε διάφορους επαγγελματίες (ψυχολόγους, κοινωνιολόγους κ.λπ.). Τέλος, όσον αφορά την επαρχία, τα ερωτηματολόγια διακινήθηκαν σε εννέα μεγάλα νοσοκομεία και στους ιατρούς ενός υποκαταστήματος ασφαλιστικού φορέα του Δημοσίου, καθώς και σε πολλούς ιδιώτες ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων.

2. Από τα 914 ερωτηματολόγια που υποβλήθηκαν προς συμπλήρωση απαντήθηκαν τα 903 ($N=903$), αν και σε ορισμένες περιπτώσεις κάποιες ερωτήσεις έμειναν αναπάντητες και επομένως τα ερωτηματολόγια εμφανίζουν ελλείπουσες τιμές (missing values). Γι' αυτό, τα ποσοστά που καταγράφονται έχουν υπολογισθεί επί του συνόλου όσων απάντησαν στην κάθε ερώτηση και όχι επί των συνολικά συλλεγέντων

903 ερωτηματολογίων. Η συμπλήρωση έγινε από άτομα που βρίσκονταν συγκεντρωμένα σε μία εκάστοτε αίθουσα και με την ταυτόχρονη παρουσία ερευνητών της Ομάδας, οι οποίοι ήταν προετοιμασμένοι να παρέχουν συγκεκριμένες διευκρινίσεις, όταν ανέκυπτε τέτοια ανάγκη. Πάντως, σε ελάχιστες περιπτώσεις οι ερευνητές άφησαν προς συμπλήρωση τα ερωτηματολόγια στους ερωτηθέντες, οι οποίοι ωστόσο δεν φάνηκαν πάντοτε συνεπείς να τα επιστρέψουν συμπληρωμένα και έτσι ερμηνεύεται η προαναφερθείσα μικρή «θνησιμότητα» του δείγματος (903 από τα 914 ερωτηματολόγια ή 1,2%). Ο μέσος όρος ηλικίας όσων απάντησαν προσεγγίζει με απόκλιση $\pm 5,1$ τα 41 έτη, ενώ υπερτερούν κατά τι οι άνδρες (55,5% των ερωτηθέντων και των δύο φύλων) και σκοτίμως, κατά πολύ, οι ιατροί. Συγκεκριμένα, περίπου 8 στους 10 που απάντησαν στο Ερωτηματολόγιο ήταν ιατροί (78,6% ή 703 από τους 903, και δη 522 ιατροί στην Αθήνα και 181 στην επαρχία). Αξίζει να σημειωθεί ότι, στην Αθήνα (ευρύτερη περιφέρεια Πρωτευούσης) παρατηρήθηκε στο δείγμα των ιατρών καταφανής υπεροχή των γυναικών (64,9% γυναίκες και 35,1% άνδρες), αν και στην επαρχία το δείγμα αυτό των ιατρών φάνηκε να είναι μοιρασμένο (50,8% γυναίκες και 49,2% άνδρες) (πάντως και στις δύο αυτές περιπτώσεις το δείγμα των ιατρών που εξετάσθηκε δεν μπορεί να θεωρηθεί πλήρως αντιπροσωπευτικό). Ως προς τον ευρύτερο πληθυσμό, δηλ. τη λεγόμενη «κοινή γνώμη», λόγω περιορισμένων οικονομικών δυνατοτήτων το επιλεγέν δείγμα δεν πληροί όλες τις προϋποθέσεις αντιπροσωπευτικότητας και οι απαντήσεις έχουν απλώς ενδεικτικό χαρακτήρα. Σημειώνεται ότι στο δείγμα αυτό περιλαμβάνονται νοσηλευτές, δάσκαλοι, καθηγητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, θεολόγοι, φιλόλογοι, ιερείς, δικηγόροι, ψυχολόγοι, φοιτητές, κοινωνικοί λειτουργοί, οικονομολόγοι, φυσιοθεραπευτές, γεωπόνοι, βιολόγοι, έμποροι, δημόσιοι και ιδιωτικοί υπάλληλοι. Πάντως δεν παρατηρούνται κατά κανόνα ουσιώδεις διαφορές στις απαντήσεις ευρύτερου πληθυσμού και ιατρών, και όπου αυτό συμβαίνει κατ' εξαίρεση, επισημαίνεται στις αναπτύξεις που ακολουθούν. Ση-

μειώνεται, τέλος, ότι ως ιατροί στο πλαίσιο αυτής της έρευνας χαρακτηρίζονται γενικότερα όσοι εργάζονται ή έχουν στενή νοσηλευτική σχέση με ασθενείς σε νοσοκομεία, κλινικές ή και ιδιωτικά ιατρεία, άρα και οι νοσηλευτές. Εξάλλου, για τους αναφερόμενους στην έρευνα ως "ιατρούς επαρχίας" θεωρήθηκε ότι δεν χρειαζόταν να γίνει διάκριση μεταξύ όσων κάνουν εκεί ειδίκευση ή το "αγροτικό" τους και όσων ασκούν πράγματι τα ιατρικά τους καθήκοντα μονίμως από ετών στην επαρχία.

Στην εναρκτήρια παράγραφο του ερωτηματολογίου έγινε προσπάθεια να διευκρινισθούν οι χρησιμοποιούμενοι όροι. Αναφέρθηκε έτσι πιας «όταν γίνεται λόγος για ιατρική ενέργεια σε ανιάτως πάσχοντα ασθενή, εννοείται ότι για τον ασθενή αυτό υπάρχει διάγνωση ότι έχει ασθένεια μη θεραπεύσιμη ή βρίσκεται σε κατάσταση μη αναστρέψιμη τουλάχιστον εδώ και ένα χρόνο και ότι η ιατρική αυτή ενέργεια γίνεται με την αποδεδειγμένα προηγούμενη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς, ακόμη και αν αυτός βρίσκεται τη συγκεκριμένη στιγμή της ενέργειας σε κώμα. Στις ερωτήσεις σχετικά με τους ασθενείς αυτούς δεν γίνεται λόγος για διαρκείς και αφόρητους πόνους, όπως αντίθετα προβλέπουν κάποιες νομοθεσίες, δεδομένου ότι τα τελευταία χρόνια η ιατρική επιστήμη έχει πλέον τα μέσα να αντιμετωπίζει επιτυχώς τον πόνο. Σοβαρότερο είναι το πρόβλημα τέτοιων ασθενών ως προς το ότι λόγω της ανίατης ασθένειας χάνουν την αξιοπρέπεια και την αυτονομία τους. Επιπλέον, ως «ιατρικές πράξεις» ορίζονται λ.χ. εκείνες που συναρτώνται με τη μηχανική υποστήριξη του ασθενούς, την αιμοκάθαρση, την παρεντερική σίτιση, τις μεταγγίσεις αίματος κ.λπ.» (υπογραμμίσεις στο κείμενο του ερωτηματολογίου).

3. Το ερωτηματολόγιο που καταρτίσθηκε τελικά περιείχε 22 κλειστές ερωτήσεις κατανεμημένες σε δύο βασικά τμήματα:

Στο πρώτο τμήμα (ερ. 1 - 10) οι ερωτήσεις αποσκοπούν να διαπιστώσουν τον βαθύτο συμφωνίας ή διαφωνίας των ερωτηθέντων με τις πρακτικές της ευθανασίας, εφόσον βέβαια συντρέχουν ορισμένες

προϋποθέσεις. Εδώ εντάσσονται οι δέκα πρώτες ερωτήσεις, οι οποίες επομένως αφορούν τους πιθανούς τρόπους με τους οποίους θα μπορούσαν να συνδράμουν ιατροί (και νοσηλευτές) στην επίσπευση του μοιραίου. Οι δυνατότητες απαντήσεων στις ερωτήσεις αυτές ήταν τέσσερις, δηλαδή υπήρχε τετράβαθμη κλίμακα βαθμού συμφωνίας-διαφωνίας, με απαντήσεις του τύπου «συμφωνώ, μάλλον συμφωνώ, μάλλον διαφωνώ και διαφωνώ».

Στο δεύτερο τμήμα (ερ. 11- 22) οι ερωτήσεις έχουν ένα περισσότερο πραγματολογικό χαρακτήρα, αποβλέπουν δηλαδή να διαπιστώσουν την όποια έκταση των πρακτικών της ευθανασίας στη χώρα μας, αλλά και τις προσωπικές επιλογές των ερωτηθέντων στο συγκεκριμένο πρόβλημα. Ειδικότερα εδώ εντάσσονται: α) ερωτήσεις ως προς το εάν έχουν υποπέσει στην προσωπική αντίληψη των ερωτωμένων περιπτώσεις ευθανασίας που έχουν λάβει χώρα (ερ. 11 - 13), β) ερωτήσεις κρίσεως ως προς το εάν θεωρείται συχνό και πιθανό το φαινόμενο να επιχειρούνται στη χώρα μας πρακτικές ευθανασίας. Οι δυνατότητες απαντήσεων ήταν στις ερωτήσεις αυτές διαρθρωμένες σε τετράβαθμη κλίμακα συχνότητας-σπανιότητας με τη μορφή «πολύ συχνό, συχνό, μάλλον σπάνιο, σπάνιο» [φαινόμενο] (ερ. 14 - 16), γ) υποθετικές ερωτήσεις που σχετίζονται με την ευθανασία ως προσωπική επιλογή του ερωτώμενου, είτε για τον εαυτό του είτε για συγγενικό του πρόσωπο, καθώς και σε σχέση με τις τυχόν μεθόδους τερματισμού της ζωής, τις οποίες ο ερωτώμενος θα επέλεγε σε αυτές τις περιπτώσεις (ερ. 17 - 19), καθώς και δ) ερωτήσεις συγκεφαλαιωτικού χαρακτήρα για να διαγνωσθεί η τελική στάση των ερωτώμενων απέναντι στην ευθανασία και τη νομοθετική της αντιμετώπιση (ερ. 20 - 22).

Χρήσιμο είναι να επισημανθεί ότι για τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου επελέγη είτε η τετράβαθμη κλίμακα, είτε οι μονοσήμαντες απαντήσεις «Ναι», «Όχι» και «Υπέρ», «Κατά» αντί της παραδοσιακής κλίμακας Lickert (3, 5 ή 7 δυνατότητες απαντήσεων), και τούτο διότι πρωτίστως επιδιώχθηκε με την έρευνα να προκύψει μία κατά το δυνα-

τόν ξεκάθαρη θέση των ερωτηθέντων στο περίπλοκο ζήτημα της ευθανασίας. Για τον ίδιο λόγο, οι απαντήσεις που δεν εξέφραζαν μία σταθερή αντιληψη, όπως τα «μάλλον συμφωνώ» και «μάλλον διαφωνώ», ενώθηκαν κατά την εδώ παρουσίαση των αποτελεσμάτων (όχι όμως και στους αναλυτικούς πίνακες που παρατίθενται σε παράρτημα) με την πλησιέστερη σε νόημα απάντηση, δηλαδή με τα «συμφωνώ» και «διαφωνώ» αντίστοιχα, ώστε να δώσουν μία πιο σαφή και ολοκληρωμένη εικόνα της στάσης των ερωτηθέντων. Πάντως, πρέπει εδώ να τονισθεί ότι εκτός από την πρώτη ερώτηση, όπου δεν παρατηρείται αξιοσημείωτη διαφορά μεταξύ των ποσοστών στο «διαφωνώ» και «μάλλον διαφωνώ», σε όλες τις άλλες απαντήσεις αυτής της μορφής το «μάλλον διαφωνώ» υπερτερεί κατά πολύ του «διαφωνώ» στο σύνολο και σε όλες τις υποκατηγορίες (βλ. Πίνακες) (λ.χ. στην ερ. 2 στο σύνολο των απαντήσεων το «μάλλον διαφωνώ» συγκεντρώνει το 46,1% και το «συμφωνώ» μόλις το 14,0%, στην ερ. 3 τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 48,9 % και 15,8%, στην υπ' αρ. 4 ερώτηση 30,9% έναντι 11,8% κ.ο.κ.). Τούτο είναι, πιστεύουμε, ενδεικτικό της αμφιθυμίας και της επιφυλακτικότητας που διακατέχουν τον περισσότερο κόσμο απέναντι στο ιδιαίτερα περίπλοκο αυτό ζήτημα της ευθανασίας.

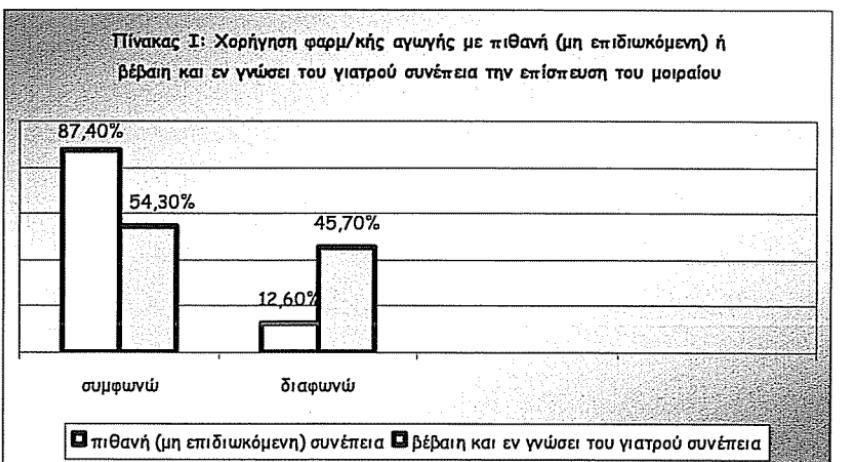
II. Η διερεύνηση της στάσης των ερωτηθέντων απέναντι στην ευθανασία

1. Η αξιολόγηση της ιατρικής συνδρομής στην επίσπευση του μοιραίου

4. Περίπου εννέα στους δέκα ερωτώμενους και συγκεκριμένα το 87,4% αυτών (786 στους 899) φαίνεται να συμφωνούν με τη διενέργεια έμμεσης ευθανασίας, δηλαδή με τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής για την καταπολέμηση των αφόρητων και διαρκών πόνων ενός ανιάτως πάσχοντα ασθενούς, έστω και αν αυτό θα είχε ως πιθανή συνέπεια (μη επιδιωκόμενη) την επίσπευση του μοιραίου. Πολύ λιγότεροι

(αν και πάνω από το ήμισυ) εμφανίζονται να επιδοκιμάζουν μια τέτοια μορφή ευθανασίας, δηλαδή τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, προς καταπολέμηση τέτοιων πόνων, εφόσον η ιατρική αυτή ενέργεια θα είχε ως βέβαιη συνέπεια και εν γνώσει του ιατρού πην επίσπευση του μοιραίου. Συγκεκριμένα: 54,3% των ερωτηθέντων (481 άτομα) απάντησαν θετικά, ενώ το 45,7% (404) δήλωσαν την απαρέσκειά τους (ερ. 1, Πίνακας I).

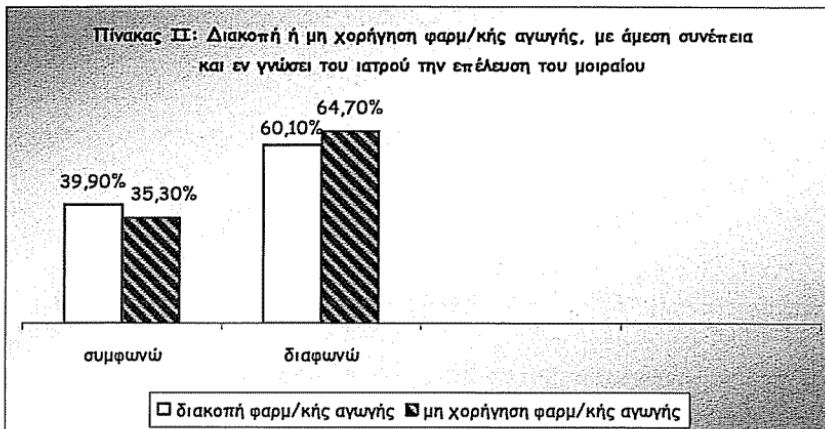
Συμπερασματικά: Όταν η έπελευση του μοιραίου είναι βέβαιη λόγω των ενεργειών του ιατρού και εν γνώσει του, οι γνώμες διχάζονται, ενώ όταν αυτή είναι απλώς πιθανή, η συντριπτική πλειονότητα, άνω του 85%, επιδοκιμάζει τις ενέργειες αυτές.



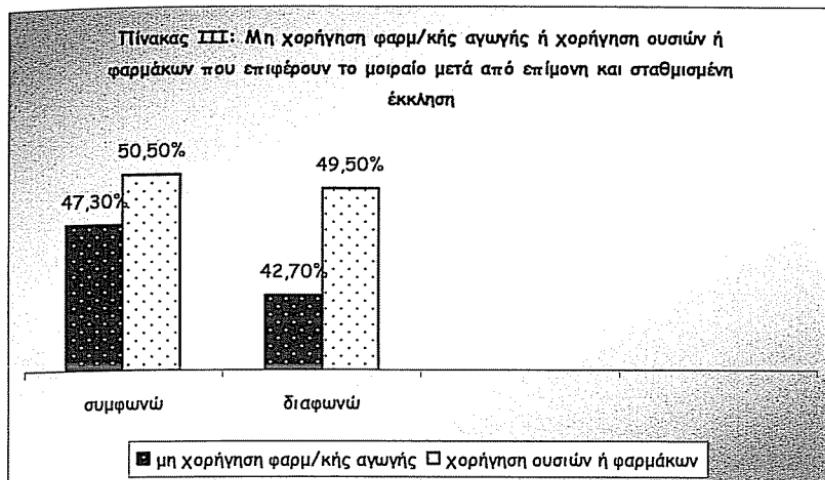
5. Αντίθετα, σαφώς αρνητική είναι η στάση των ερωτηθέντων απέναντι στην **παθητική ευθανασία**, όταν δηλαδή οι ενέργειες του ιατρού δεν έχουν ως δεδηλωμένο στόχο την καταπολέμηση των αφόρητων και διαρκών πόνων του ασθενούς, όπως στην προηγούμενη ερώτηση, αλλ' απλώς αποβλέπουν στη (βεβαία και όχι απλώς πιθανή) επέλευση του μοιραίου μέσω παραλείψεων. Η αντίθεση των ερωτηθέντων αφορά εν

πρώτοις την περίπτωση **διακοπής** από ιατρό της χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής ή άλλων ιατρικών πράξεων σε ανιάτως πάσχοντα ασθενή, έστω και αν αυτό θα είχε ως βέβαιη άμεση συνέπεια και εν γνώσει του ιατρού την επέλευση του μοιραίου (60,1% ή 541 απαντήσαντες έτσι) (ερ. 2, Πίνακας II).

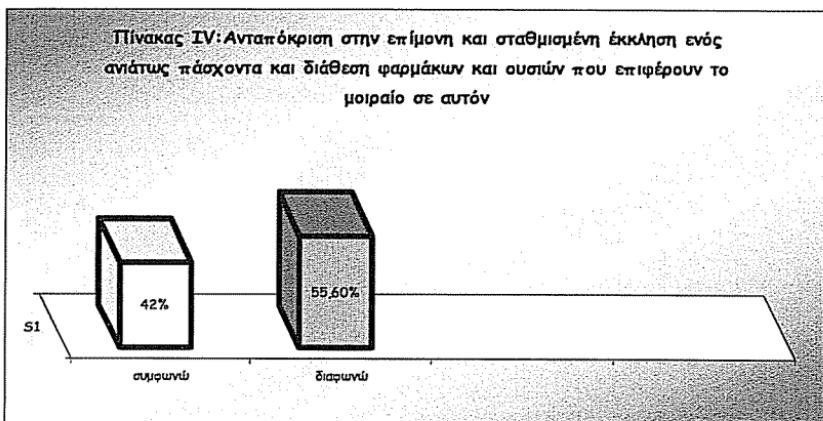
6. Την ίδια σχεδόν αρνητική στάση διαμορφώνει η πλειονότητα (64,7% ή 579 απαντήσεις) και απέναντι στην περίπτωση παθητικής ευθανασίας η οποία τελείται επίσης από ιατρό αλλά με **παράλειψη χορήγησης** φαρμακευτικής αγωγής ή τέλεσης ιατρικών πράξεων σε ανιάτως πάσχοντα ασθενή, έστω και αν αυτό θα είχε ως βέβαιη συνέπεια και εν γνώσει του ιατρού την επέλευση του μοιραίου. Μάλιστα στους ιατρούς της Αθήνας το ποσοστό αυτό είναι ακόμη μεγαλύτερο: 77,9% (ιατροί επαρχίας: 70,2%). Προκύπτει, επομένως, ότι και η απλή παράλειψη τέλεσης ιατρικών πράξεων, έστω και έναντι ανιάτως πάσχοντα ασθενούς, θεωρείται από τους περισσότερους καταδικαστέα, εφόσον τελείται εν γνώσει του ιατρού με τη βεβαιότητα για επέλευση του μοιραίου λόγω αυτής της παράλειψης και εφόσον, περαιτέρω, οι ενέργειες του ιατρού δεν στοχεύουν στην καταπολέμηση αφόρητων και διαρκών πόνων του ασθενούς (ερ. 3, Πίνακας II).



7. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα αποτελέσματα για τη στάση των ερωτηθέντων απέναντι στην ευθανασία **με απαίτηση του ασθενούς** (πρβλ. άρθρο 300 του Ποιν. Κώδικα: ανθρωποκτονία με συναίνεση), όταν δηλαδή, κατά τις αντίστοιχες ερωτήσεις, ο ανιάτως πάσχων ασθενής έχει απευθύνει επίμονη και *σταθμισμένη* (= με επίγνωση όλων των συνεπειών) έκκληση προς τον ιατρό να επέλθει το μοιραίο. Και εφόσον μεν η ευθανασία επέλθει λόγω παραλείψεως του ιατρού να χορηγήσει φαρμακευτική αγωγή ή να προβεί σε ιατρικές πράξεις προς τον ανιάτως πάσχοντα ασθενή, οι ερωτηθέντες είναι σύμφωνοι με αυτή την ενέργεια του ιατρού σε ποσοστό 57,1% (514 απαντήσεις). Τουναντίον, εάν η ευθανασία αυτής της μορφής τελείται *με πράξη*, δηλαδή με χορήγηση ουσιών ή φαρμάκων που επιφέρουν το μοιραίο, τότε οι συμφωνούντες είναι ευλόγως ακόμη λιγότεροι (50,5%, 454 απαντήσεις· ιατροί Αθήνας: 39,2%· ιατροί επαρχίας: 32,6%) και σχεδόν ισάριθμοι με αυτούς που αντιτίθενται σε μια τέτοια ενέργεια (49,5%, 445 απαντήσεις), στάση που βεβαίως υποδηλώνει ότι η ιατρική πράξη σε σχέση με την ιατρική παράλειψη συνδέεται ευκολότερα στο μυαλό του ερωτηθέντος με την έννοια της εγκληματικής ενέργειας αλλ' ότι σε κάθε περίπτωση εδώ οι γνώμες εμφανίζονται διχασμένες (ερ. 4-5, Πίνακας III).



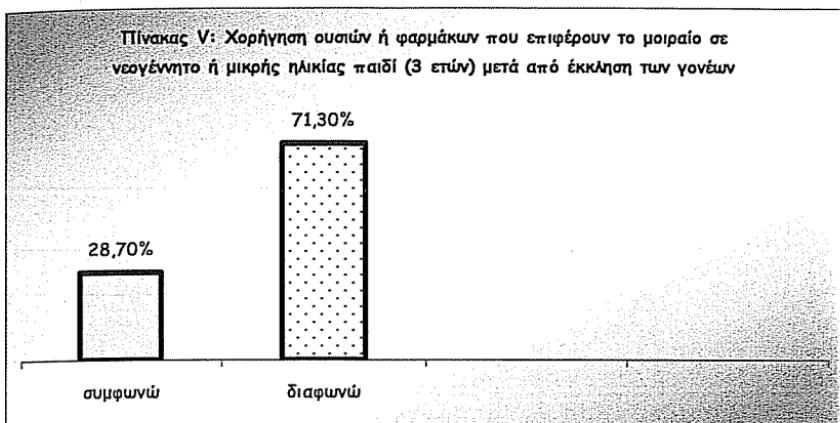
8. Η συμμετοχή σε αυτοκτονία που λαμβάνει χώρα, όταν ο ιατρός, ανταποκρινόμενος στην επίμονη και σταθμισμένη έκκληση του ασθενούς, θέτει στη διάθεση του τελευταίου ουσίες ή φάρμακα που επιφέρουν το μοιραίο, και τις οποίες ο ασθενής λαμβάνει (πρβλ. άρθρο 301 του Ποιν. Κώδικα: συμμετοχή σε αυτοκτονία), βρίσκει αντίθετους λίγο περισσότερους από τους μισούς ερωτηθέντες (55,6% ή 502). Προφανώς, αυτή η σχετικά μικρή ποσοστιαία διαφορά δεν αφήνει περιθώρια για ευκρινή στάση υπέρ ή κατά της πράξης η οποία νομικά χαρακτηρίζεται ως συμμετοχή σε αυτοκτονία. Και μολονότι η τελική πράξη που συμβάλλει στην επέλευση του μοιραίου τελείται από το ίδιο το χέρι του ασθενούς, στη διάθεση του οποίου τίθενται από τον ιατρό οι αναγκαίες ουσίες ή φάρμακα, όμως η αρχική πράξη του ιατρού φαίνεται από ένα όχι ευκαταφρόνητο ποσοστό των ερωτηθέντων (44,4%) να επιδοκιμάζεται και ενδεχομένως να αποβάλλει έως ένα βαθμό το ενοχοποιητικό της φορτίο (ερ. 6, Πίνακας IV).



9. Επτά στους δέκα ερωτηθέντες (71,3%) εκφράζουν την αποδοκιμασία τους απέναντι στη λεγόμενη πρώιμη ευθανασία (641). Πρόκειται εδώ, σύμφωνα με την αντίστοιχη ερώτηση, για την περίπτωση τέλεσης ευθανασίας σε νεογέννητα ή παιδιά μικρής ηλικίας (έως 3 ετών), τα οποία έχουν γεννηθεί με ανίατο νόσημα και στα οποία ο ιατρός χορηγεί ουσίες ή φάρμακα που επιφέρουν το μοιραίο έπειτα από επίμονη και σταθμισμένη έκκληση των γονέων τους. Η αποδοκιμασία αυτή ερμηνεύεται ενδεχομένως από το γεγονός ότι ο μέσος όρος ηλικίας των ερωτηθέντων προσεγγίζει, όπως προαναφέρθηκε, τα 41 έτη, άρα αφορά άτομα που βρίσκονται ακόμη στην αναπαραγωγική ηλικία και που αντιμετωπίζουν τα βρέφη και τα παιδιά μικρής ηλικίας με ιδιαίτερα θετική διάθεση, ως πλάσματα αξιαγάπητα αλλά και απροστάτευτα, που δεν μπορούν να εκφράσουν με ώριμο τρόπο την όποια θέλησή τους για ζωή ή θάνατο, που έχουν όμως περίσσεια φυσικών δυνάμεων να ξεπεράσουν τις δυσκολίες (ενόψει και της αλματώδους προόδου της επιστήμης) και που ασφαλώς δεν εξομοιώνονται με την τυπική εικόνα ενός ασθενούς ανιάτως πάσχοντα, στη δύση της ζωής του². Εξάλλου οι

2. Προς την ίδια κατεύθυνση κινείται και η άποψη της πλειοψηφίας των μελών

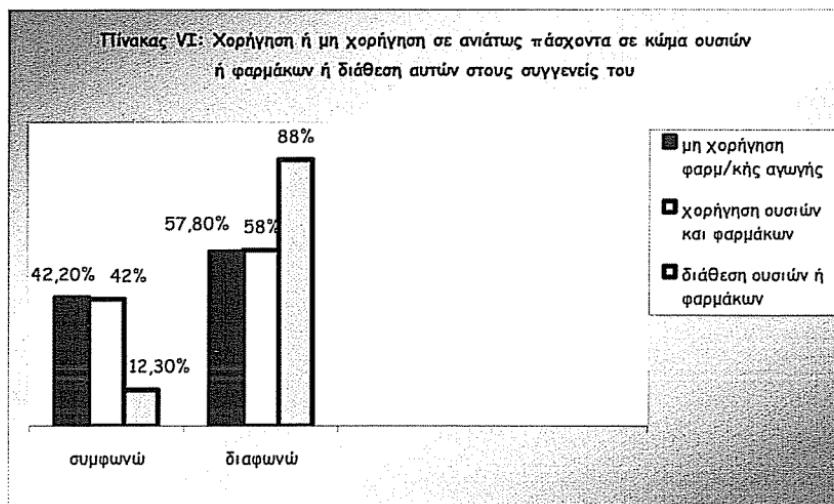
μισοί περίπου από όσους απάντησαν στο ερωτηματολόγιο ήταν γυναίκες, οι οποίες βεβαίως διακρίνονται για την ευαισθησία τους απέναντι στη μητρότητα και πολύ δύσκολα θα αποδέχονταν το κόψιμο του νήματος της ζωής ενός μικρού πλάσματος (ερ. 7, Πίνακας V).



10. Περισσότερο διχασμένες εμφανίζονται οι απόψεις των ερωτηθέντων όταν ο ιατρός ανταποκρίνεται στην **Έκκληση στενών συγγενών (γονέων, παιδιών, αδελφών, συζύγων)** να προχωρήσει σε τέλεση **παθητικής ευθανασίας** (δια παραλείψεως) σε ανιάτως πάσχοντα ασθενή που βρίσκεται **σε κώμα**. Εκείνοι που απάντησαν ότι αντιτίθενται σ' ένα

της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής, όπως αυτή εκφράσθηκε από τον τότε Πρόεδρο της ομότιμο Καθηγητή Γεώργιο Κουμάντο: «Είναι σωστό να παρακινούνται οι μέλλοντες γονείς να προβαίνουν σε προγεννητική ή και προεμφυτευτική εξέταση ώστε να μπορούν να διακόπτουν την κύηση, αν κρίνουν ότι δεν μπορούν ή δεν θέλουν να γεννήσουν ένα παιδί, καταδικασμένο να περάσει μια ζωή δυστυχισμένη και να προκαλεί γύρω του προβλήματα αξεπέραστα» (όπως αναφέρεται από τον Καθηγητή Θόδ. Παπαπετρόπουλο στην εφημ. «Καθημερινή» της 15.8.2007, σελ. 11).

τέτοιο ενδεχόμενο ανέρχονται σε ποσοστό 57,8% (δηλαδή 520 απαντήσεις), ίσως και με το σκεπτικό ότι, αν οι ίδιοι περιέρχονταν ποτέ στο μέλλον σε μια τέτοια κατάσταση, δεν θα ήθελαν να αποφασίσει κάποιος άλλος για τον τερματισμό της δικής τους ζωής (ερ. 8, Πίνακας VI).



11. Την ίδια ακριβώς αρνητική στάση φαίνεται να διαμορφώνει το 57,8% των ερωτηθέντων (520) και απέναντι στην τέλεση **άμεσης ενεργητικής ευθανασίας** υπό τις ανωτέρω συνθήκες, δηλαδή από ιατρό, ο οποίος ανταποκρίνεται στην επίμονη έκκληση στενών συγγενών και χορηγεί ουσίες ή φάρμακα σε ανιάτως πάσχοντα ασθενή που βρίσκεται σε κώμα, έστω και αν έτσι είναι βέβαιο ότι για τον ασθενή αυτόν θα επέλθει το μοιραίο (ερ. 9).

12. Πολύ περισσότερο αρνητική εμφανίζεται η τοπιθέτηση των ερωτηθέντων απέναντι στο ενδεχόμενο **να ανταποκριθεί ένας ιατρός σε επίμονη έκκληση στενών συγγενών** ενός ανιάτως πάσχοντα ασθενούς σε κώμα και **να θέσει στη διάθεση των συγγενών ουσίες ή φάρ-**

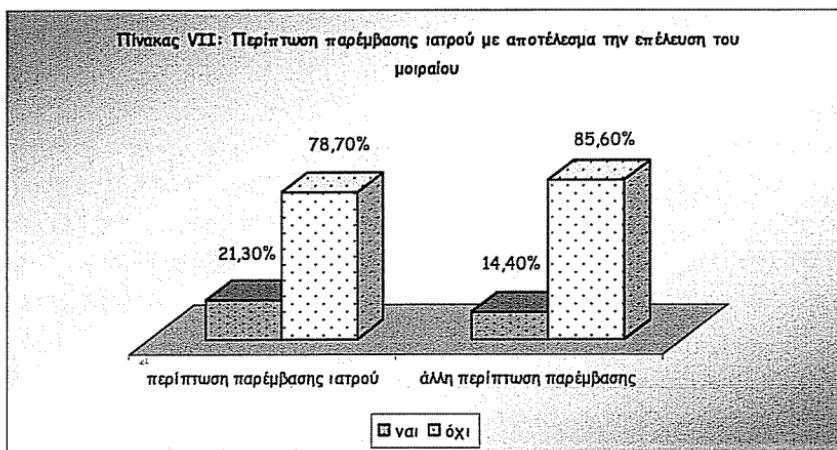
μικα, που θα χορηγηθούν στον ασθενή, ώστε να επέλθει το μοιραίο. Είναι προφανές ότι εδώ η καχυποψία των ερωτηθέντων (ποσοστό 87,7%, δηλαδή 787 απαντήσεις· ιατροί Αθήνας: 94,6%) απέναντι στην ευθανασία είναι εντονότατη λόγω των συχνά ιδιοτελών κινήτρων που ενδέχεται να κατευθύνουν τους στενούς συγγενείς σε μια τέτοια ενέργεια (ερ. 10).

2. Προσωπική γνώση περιστατικών ευθανασίας

13. Οι ερωτηθέντες στη μεγάλη τους πλειονότητα (708 απαντήσεις, ποσοστό 78,7%· ιατροί Αθήνας: 79,4%) δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν περιπτώσεις ευθανασίας, δηλαδή, κατά τη διατύπωση της σχετικής ερώτησης, **περιπτώσεις παρέμβασης ιατρού**, ο οποίος κατά κάποιο τρόπο συνετέλεσε ώστε να επέλθει το μοιραίο σε ασθενή που έπασχε από ανίατη ασθένεια και που είχε αφόρητους και διαρκείς πόνους ή/και βρισκόταν σε κώμα. Όσοι από την άλλη πλευρά δήλωσαν ότι γνωρίζουν τέτοιες περιπτώσεις (192 ερωτηθέντες απάντησαν θετικά, δηλαδή ποσοστό 21,3%) έδωσαν στη συνέχεια ενδιαφέρουσες πληροφορίες για τις επιμέρους μορφές ευθανασίας που υπέπεσαν στην αντίληψή τους (πολλαπλές απαντήσεις, ανερχόμενες συνολικά στις 270 περιπτώσεις τέτοιων ιατρικών περιστατικών).

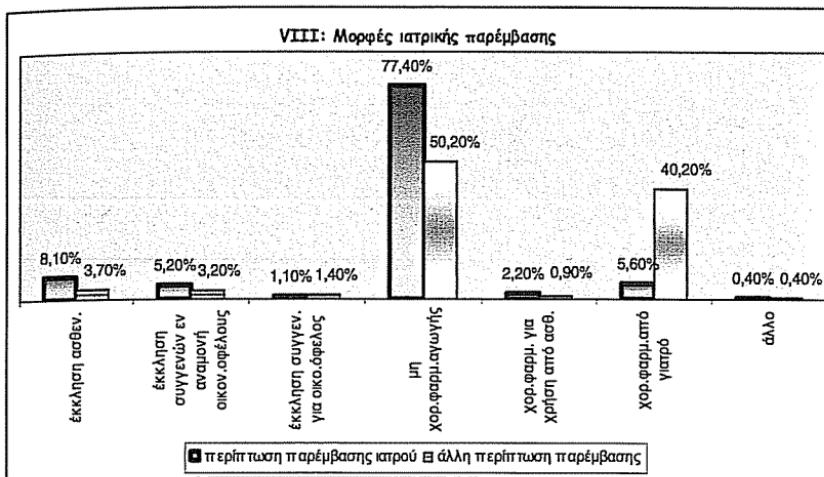
Έτσι, οι περισσότεροι από αυτούς που γνωρίζουν τέτοια ιατρικά περιστατικά ανέφεραν ως συνηθέστερη περίπτωση τη λεγόμενη **παθητική ευθανασία** (209 απαντήσεις, ποσοστό 77,4%· ιατροί Αθήνας: 89,1%· ιατροί επαρχίας: 44,4%), την περίπτωση δηλαδή, κατά την οποία ο ιατρός δεν χορήγησε φαρμακευτική αγωγή ή δεν προέβη σε ιατρικές πράξεις ή διέκοψε ιατρικές πράξεις. Μικρότερα ποσοστά συγκέντρωσαν οι άλλες περιπτώσεις ευθανασίας, όπως ότι ο γιατρός ανταποκρίθηκε σε επίμονη και σταθμισμένη έκκληση του ασθενούς (22 απαντήσεις, ποσοστό 8,1%) ή/και σε επίμονη και σταθμισμένη έκκληση των συγγενών του ασθενούς (14 απαντήσεις, ποσοστό 5,2%). Σύμφωνα με 3 ερωτηθέντες (1,1%) ο ιατρός ανταποκρίθηκε σε επίμονη έκ-

κληση των συγγενών οι οποίοι ανέμεναν οικονομικό όφελος από την επέλευση του μοιραίου στον ασθενή και οι οποίοι για τον σκοπό αυτό έδωσαν κάποια αμοιβή στον ιατρό. Σε άλλες 6 περιπτώσεις (2,2%), αναφέρθηκε ότι ο ιατρός χορήγησε φάρμακα στον ασθενή για να τα λάβει ο ίδιος ο ασθενής. Τέλος, καταγράφηκαν 15 περιπτώσεις (5,6%) κατά τις οποίες ο ιατρός χορήγησε φάρμακα ο ίδιος, καθώς και μία περίπτωση (0,4%) όπου χορηγήθηκε βαρύ παυσίπονο εν αγνοίᾳ των συγγενών του ασθενούς (ερ. 11 και 11α, Πίνακας VII).

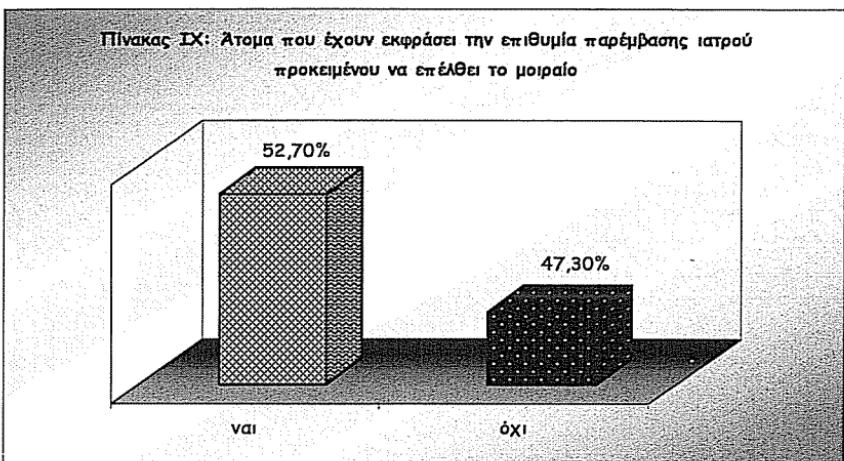


14. Ομοίως, όταν οι συμμετέχοντες στην έρευνα ρωτήθηκαν εάν γνωρίζουν **και άλλη τέτοια (δεύτερη) περίπτωση παρέμβασης** με ευθανασία από ιατρό, η συντριπτική πλειονότητα και συγκεκριμένα το 85,6% (756) απάντησε και πάλι αρνητικά, ενώ καταφατική απάντηση έδωσε το 14,4% (127 ερωτηθέντες). Από τους τελευταίους, οι μεσοί περίπου (110 απαντήσεις, δηλ. ποσοστό 50,2%) έκαναν και εδώ λόγο για παθητική ευθανασία, ανέφεραν δηλαδή ότι ο ιατρός δεν χορήγησε φαρμακευτική αγωγή ή δεν προέβη σε ιατρικές πράξεις ή διέκοψε ιατρικές πράξεις. Σε 88 περιπτώσεις (40,2%) αναφέρθηκε ότι χορήγησε

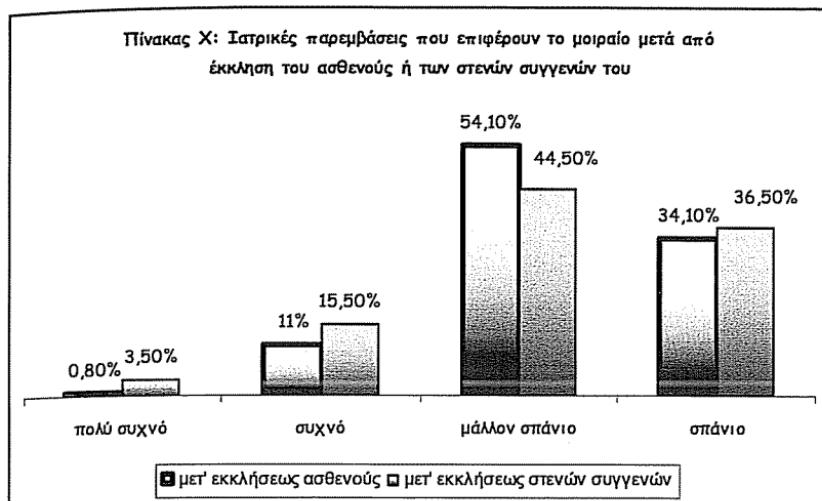
φάρμακα ο ίδιος ο ιατρός, ενώ τα υπόλοιπα ποσοστά μορφών ευθανασίας κυμάνθηκαν σε χαμηλά επίπεδα, όπως αντίστοιχα και στην προηγούμενη ερώτηση (π.χ. 3 περιπτώσεις ή ποσοστό 1,4% για ευθανασία με οικονομικό όφελος) (ερ. 12 και 12a, Πίνακας VIII).



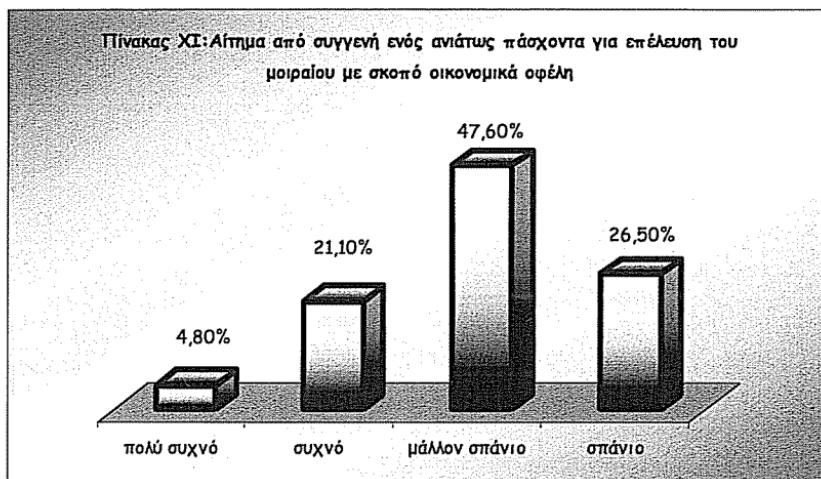
15. Αξιοσημείωτο είναι ακόμη το γεγονός ότι οι μισοί περίπου από τους ερωτηθέντες (52,7%, δηλαδή 470 άτομα) δήλωσαν, ότι γνωρίζουν περίπτωση ατόμου πάσχοντος από ανίατη ασθένεια το οποίο είχε εκφράσει την επιθυμία να παρέμβει ιατρός για να βοηθήσει ώστε να επέλθει το μοιραίο. Μάλιστα τα ποσοστά αυτά εμφανίζονται να είναι ακόμη υψηλότερα όταν οι απαντήσεις για την ίμπαρξη τέτοιων ασθενών επικεντρώθηκαν στο γνωστικό πεδίο των ερωτηθέντων ιατρών ή νοσηλευτών της Αθήνας (68,9%) αλλά όχι της επαρχίας (39,3%). Προκύπτει επομένως, ότι ασθενείς που κατά μέσο όρο κινούνται περί το 50%, επομένως, φαίνεται να εναποθέτουν στους ιατρούς την ελπίδα τους για λύτρωση από τα χρόνια προβλήματά τους (ερ. 13, Πίνακας IX).



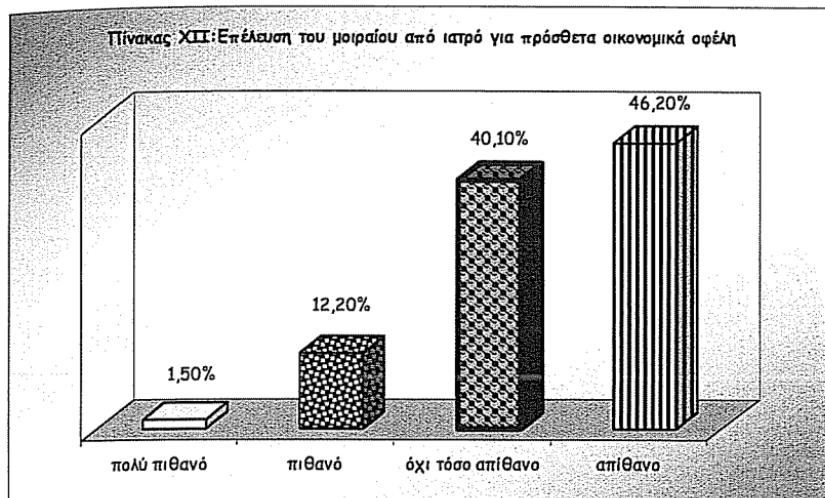
16. Από την άλλη πλευρά, εννέα στους δέκα περίπου ερωτηθέντες (88,2%, δηλαδή 730) θεωρούν ως «μάλλον σπάνιο» (54,1%) ή «σπάνιο» (34,1%) το φαινόμενο να επιχειρούνται στη χώρα μας **ιατρικές παρεμβάσεις** (πράξεις ή παραλείψεις) οι οποίες να επιφέρουν το μοιραίο σε ανιάτως πάσχοντα ασθενή **έπειτα από έκκληση του ίδιου του ασθενούς**. Και αντίστροφα, τα περιστατικά αυτά θεωρούνται ως "συχνά" ή "πολύ συχνά" μόνο από ένα πολύ μικρό ποσοστό 11,8% (98 άτομα). Βέβαια, η απάντηση αυτή συναρτάται με το τί ακριβώς ορίζεται ως συχνό ή σπάνιο. Πάντως υπενθυμίζεται ότι τρεις στους δέκα ερωτηθέντες (270 άτομα) είχαν αναφέρει σε προηγούμενη ερώτηση (ανωτ., §13) ότι έχει υποτέσει στην αντίληψή τους κάποιο περιστατικό ιατρικής παρέμβασης ευθανασίας (ερ. 14, Πίνακας Χ). Παρατηρείται επομένως κάποια ασυνέπεια στις απαντήσεις, που ενδέχεται να υποδηλώνει την αμφιθυμία του δείγματος στο ακανθώδες αυτό θέμα.



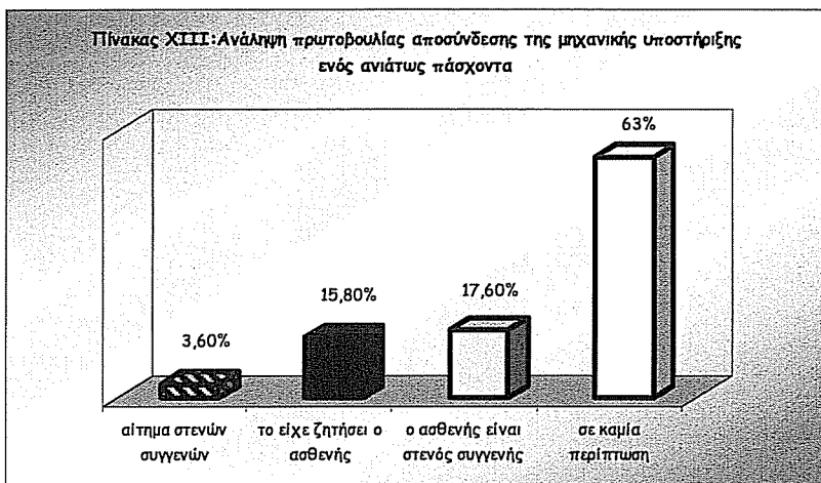
17. Σε επόμενη ερώτηση διερευνήθηκε η **πιθανότητα διενέργειας ιατρικών παρεμβάσεων μετά από έκκληση στενών συγγενών** του ανιάτως πάσχοντα, εφόσον υφίσταται και ο πρόσθετος λόγος ότι θα υπάρξουν έτσι **οικονομικά οφέλη** για τους συγγενείς (π.χ. κληρονομιά). Οι περισσότεροι ερωτηθέντες (74,1%, δηλαδή 654) απάντησαν, βέβαια, ότι θεωρούν ένα τέτοιο ενδεχόμενο «σπάνιο» ή «μάλλον σπάνιο». Ενδιαφέρον όμως είναι να επισημανθεί ότι και η αντίθετη άποψη («πολύ συχνό» ή «συχνό» φαινόμενο) υποστηρίχθηκε από ένα αρκετά υψηλό ποσοστό των ερωτηθέντων (25,9% ή 228 άτομα) (ερ. 15, Πίνακας XI).



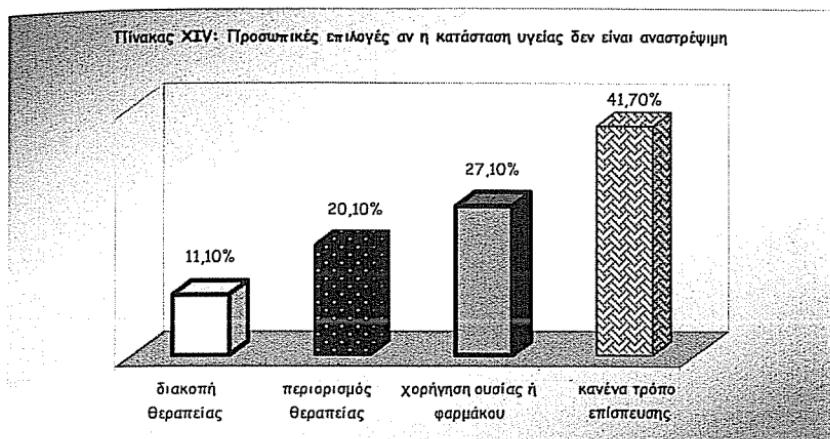
18. Αντίστοιχη με την προηγούμενη ερώτηση ήταν και αυτή που αφορούσε την περίπτωση να αποκομίσει πρόσθετα οικονομικά οφέλη ο ίδιος ο ιατρός (και όχι πλέον οι συγγενείς) προκειμένου να επιφέρει το μοιραίο σε ανιάτως πάσχοντα ασθενή. Εδώ οι συνολικές απαντήσεις δείχνουν να κυμαίνονται σημαντικά: «Απίθανη» θεωρείται μια τέτοια περίπτωση από τους μισούς σχεδόν εκείνων που απάντησαν (46,2% ή 413 άτομα). Όμως για τους υπόλοιπους η περίπτωση αυτή κρίνεται ως «όχι τόσο απίθανη» (40,1% ή 358 άτομα) ή και «πιθανή» (12,2% ή 109 άτομα) έως «πολύ πιθανή» (1,5% ή 13 άτομα). Μάλιστα οι διακυμάνσεις αυτές είναι εντονότερες όταν συγκρίνει κανείς την άποψη των ερωτηθέντων ιατρών (οι οποίοι εύλογα δεν θέλουν να δίνουν λαβή για τέτοια σχόλια χρηματισμού) και την άποψη των λοιπών ερωτηθέντων. Συγκεκριμένα το 31,4% της «κοινής γνώμης» της Αθήνας και το 24,8% της «κοινής γνώμης» της επαρχίας θεώρησαν ως πιθανή ή πολύ πιθανή την άποψη για προσπορισμό οικονομικού οφέλους από ιατρούς, ενώ αντίθετα οι ιατροί που συμφωνούν με αυτή την άποψη αποτελούν μόλις το 9,1% των ιατρών της Αθήνας και το 9,6% των ιατρών της επαρχίας (ερ. 16, Πίνακας XII).



19. Έντονα προσωπικό χαρακτήρα έχει η επόμενη ερώτηση: «Εσείς προσωπικά **θα αναλαμβάνατε την πρωτοβουλία να αποσυνδέσετε τη μηχανική υποστήριξη ενός ανιάτως πάσχοντα ασθενούς;**». Τρεις περίπου στους πέντε ερωτηθέντες (63%, δηλαδή 571) απάντησαν, ότι δεν θα το έκαναν σε καμία περίπτωση, προφανώς ενόψει και της έντονης κοινωνικοθικής απαξίας που συνεπάγεται η σύντμηση της ζωής του ανθρώπου (πάντως στους απαντήσαντες ηλικίας άνω των 40 ετών, το ποσοστό αυτών που δεν θα αποσυνδέδεαν τη μηχανική υποστήριξη είναι σαφώς μικρότερο: 43%). Ωστόσο, από τους υπόλοιπους ερωτηθέντες ορισμένοι παραδέχθηκαν ότι θα προέβαιναν σε μια τέτοια ενέργεια εφόσον θα το είχε ζητήσει παλαιότερα και ο ίδιος ο ασθενής (15,8% ή 143 άτομα) ή έστω και αν ο ασθενής ήταν στενός συγγενής τους (17,6% ή 159 άτομα), ενώ μόλις το 3,6% αυτών (33 ερωτηθέντες στους 906) απάντησαν ότι θα το έκαναν, εφόσον θα το ζητούσαν οι στενοί συγγενείς του ασθενούς (ερ. 17, Πίνακας ΧΙΙ).

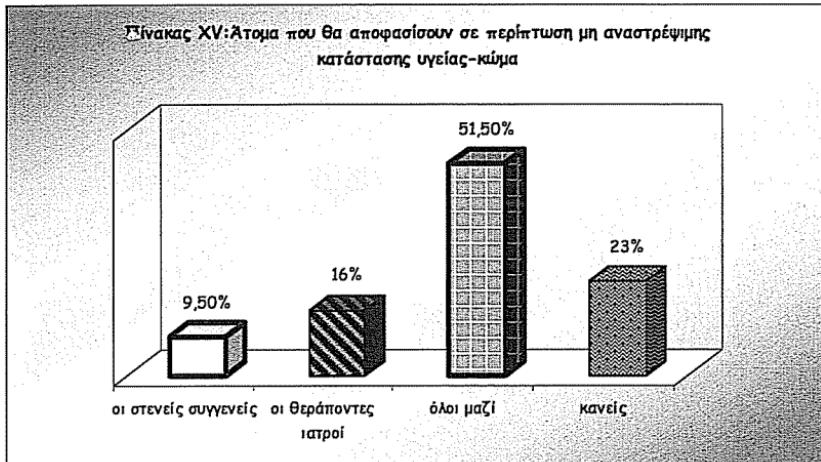


20. Ιδιαίτερα «δύσκολη» για τους ερωτηθέντες ήταν και η ερώτηση ως προς το εάν θα ζητούσαν την ευθανασία για τον ίδιο τους τον εαυτό, εάν η κατάσταση της υγείας τους είχε κριθεί μη αναστρέψιμη. Τέσσερις στους 10 ερωτηθέντες (41,7% ή 378) απάντησαν ότι, ακόμη και σε αυτήν την περίπτωση, δεν θα επέλεγαν κάποιον τρόπο επίσπευσης του μοιραίου. Από την άλλη πλευρά, τρεις στους δέκα περίπου ερωτηθέντες (27,1% δηλαδή 246· ιατροί Αθήνας: 33,9%· ιατροί επαρχίας: 18%· απαντήσαντες άνω των 40 ετών: 40%) δήλωσαν ότι θα ζητούσαν τη χορήγηση ουσίας ή φαρμάκου προκειμένου να επισπευσθεί το μοιραίο, ένας στους δέκα ερωτηθέντες (101, δηλαδή ποσοστό 11,1%) θα ζητούσε ο ίδιος τη διακοπή της θεραπείας του και ένας στους πέντε (20,1% δηλαδή 182) θα ζητούσε τον περιορισμό της θεραπείας του (ερ. 18, Πίνακας XIV).



21. Παραπλήσιο προσωπικό χαρακτήρα είχε και η επόμενη ερώτηση, ως προς το ποιος θα ήταν επιθυμητό να αποφασίσει για την επέλευση του μοιραίου, εάν η κατάσταση της υγείας του ερωτώμενου είχε κριθεί -υποθετικά- ως μη αναστρέψιμη και αυτός βρίσκονταν **σε κώμα** (με αποτέλεσμα να μη μπορεί ο ίδιος να αποφασίσει για τη διαχείριση της κατάστασής του): Οι μισοί από τους ερωτηθέντες (51,5% δηλαδή 463· ιατροί Αθήνας: 62,2%· ιατροί επαρχίας: 42%) απάντησαν ότι σε μια τέτοια περίπτωση θα ήθελαν για την επέλευση του μοιραίου να αποφασίσουν οι στενοί συγγενείς τους από κοινού με τους θεράποντες ιατρούς τους, προφανώς διότι έτσι θα υπήρχαν περισσότερα εχέγγυα (επιστημονικά αλλά και προσωπικών δεσμών) για τη λήψη μιας κατά τεκμήριο «օρθής» απόφασης. Από τους άλλους ερωτηθέντες, το 16% των ερωτηθέντων (143 άτομα) θα ήθελε να αποφασίσουν μόνο οι θεράποντες ιατροί, ένας στους δέκα περίπου (ποσοστό 9,5%, δηλ. 86 άτομα) θα ήθελε να αποφασίσουν μόνο οι στενοί συγγενείς, ενώ σχεδόν ένας στους πέντε (23%, δηλ. 207 άτομα· ιατροί Αθήνας: 13,5%· ιατροί επαρχίας: 26,7%) δήλωσε ότι δεν θα ήθελε να πάρει κανείς μια

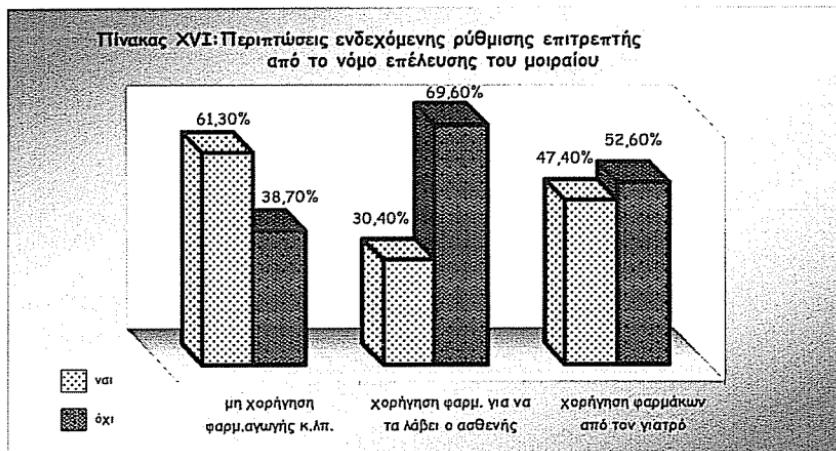
τέτοια απόφαση, η οποία ενδεχομένως θα συνεπαγόταν τον θάνατό του (ερ. 19, Πίνακας XV).



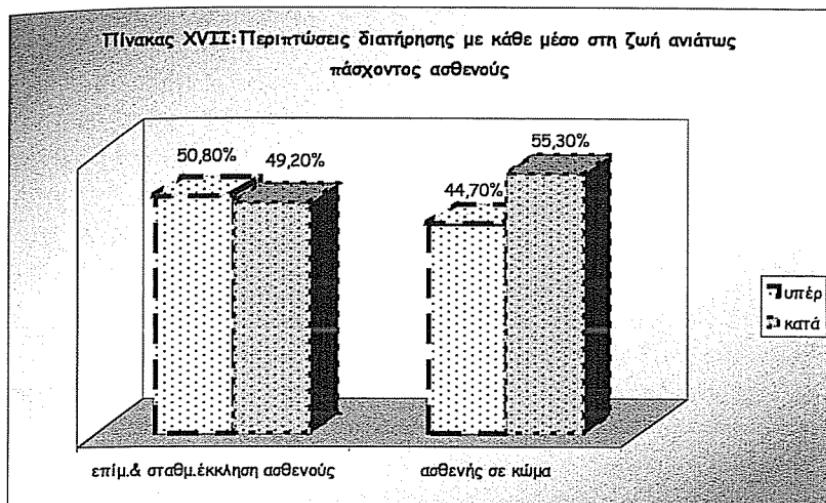
22. Φωτίζοντας μία άλλη πτυχή του προβλήματος της ευθανασίας και μάλιστα αυτήν της δεοντολογίας που πρέπει να ακολουθείται απέναντι στους ασθενείς, οκτώ στους δέκα ερωτηθέντες (81%, δηλαδή 436) δήλωσαν ότι θα συμφωνούσαν να δοθεί το παρόν ερωτηματολόγιο περί ευθανασίας για συμπλήρωση και σε ανιάτως πάσχοντες ασθενείς που έχουν πλήρη ικανότητα αντιλήψεως (ερ. 21). Ίσως σε μία προσεχή φάση αυτής της έρευνας θα μπορούσε, επομένως, να ζητηθεί η γνώμη και των άμεσα εμπλεκομένων στο πρόβλημα, δηλαδή των ασθενών.

23. Υπάρχουν, τέλος, στο ερωτηματολόγιο **δύο ερωτήσεις «συγκεφαλαιωτικού» χαρακτήρα**, με τις οποίες επιδιώχθηκε να διαγνωσθεί η γενικότερη τοποθέτηση των ερωτηθέντων στο ζήτημα της ευθανασίας. Με την πρώτη από τις ερωτήσεις αυτές ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να σταθμίσουν προσεκτικά τα υπέρ και τα κατά μιας **ενδεχόμενης νομοθετικής ρύθμισης για το θέμα της ευθανασίας** και να πουν εάν θα ήταν τελικά σύμφωνοι ή όχι να επιτρέπεται από τον νόμο (υπό προϋ-

πιθέσεις και υπό σαφείς δικλείδες ασφαλείας) κάποια ή περισσότερες από τις προαναφερθείσες μορφές ευθανασίας, όταν πρόκειται βέβαια για ανιάτως πάσχοντες ασθενείς και με τη σύμφωνη γνώμη τους. Η ερώτηση επιδεχόταν πολλαπλές απαντήσεις (ο ερωτώμενος μπορούσε δηλαδή θεωρητικά να απαντήσει ότι είναι σύμφωνος με περισσότερες μορφές ευθανασίας) και περιελάμβανε τρεις βασικές κατηγορίες ευθανασίας, δηλαδή την παθητική ευθανασία, τη συμμετοχή σε αυτοκτονία και την άμεση ενεργητική ευθανασία. Οι απαντήσεις που δόθηκαν με αυτόν τον γενικό τρόπο ανατρέπουν εν πολλοίς τη συγκρατημένη και επιφυλακτική στάση που είχαν κρατήσει οι ερωτήθεντες σε πολλές προγενέστερες ειδικές ερωτήσεις, ίσως και διότι μία νομοθετική ρύθμιση του θέματος, όπως αυτή που υποδηλώνει η ερώτηση, θα βοηθούσε στο ξεπέρασμα θητικών διλημμάτων των εμπλεκομένων αλλά και θα τους έδινε ταυτόχρονα την, τυπική έστω, νομιμοποίηση που απαιτείται για μια τόσο σοβαρή πράξη, όπως η σύντμηση μιας ξένης ζωής. Τις περισσότερες σύμφωνες γνώμες (λίγο περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες) συγκέντρωσε βέβαια η παθητική ευθανασία με ποσοστό 61,3% (514 άτομα), ίσως επειδή η πρακτική αυτή της ευθανασίας δεν συνδέεται με κάποια άμεση θετική ενέργεια για αφαίρεση ζωής (απλώς, κατά την ερώτηση, δεν χορηγεί ο ιατρός φαρμακευτική αγωγή ή δεν προβαίνει σε ιατρικές πράξεις ή διακόπτει ιατρικές πράξεις). Μάλιστα η επισταμένη εξέταση των απαντήσεων δείχνει τους ιατρούς της Αθήνας να επιδοκιμάζουν τη νομική ρύθμιση αυτών των διαδικασιών με ακόμη μεγαλύτερα ποσοστά (67,7%· ιατροί επαρχίας: 57,9%). Σε κάπως μικρότερα, αλλά αρκετά σημαντικά επίπεδα (ποσοστό 47,4% ή 362 άτομα· ιατροί Αθήνας: 59,3%· ιατροί επαρχίας: 30,3%) κυμάνθηκε, πάντως, και η ενεργητική ευθανασία («χορηγεί φάρμακα ο ίδιος ο ιατρός»), ενώ τη μικρότερη επιδοκιμασία, αν και με αρκετά ευρεία αποδοχή (ποσοστό 30,4% ή 239 άτομα) απέσπασε η συμμετοχή του ιατρού σε αυτοκτονία («χορηγεί φάρμακα στον ασθενή για να τα λάβει ο ίδιος ο ασθενής») (ερ. 20) (Πίνακας XVI).



24. Τέλος, διχασμένοι παρουσιάζονται οι ερωτηθέντες σχετικά με το ζήτημα της με κάθε μέσο διατήρησης στη ζωή ενός ανιάτως πάσχοντα ασθενούς που απευθύνει επίμονη και σταθμισμένη έκκληση για επέλευση του μοιραίου. Πέντε στους 10 ερωτηθέντες (50,8% ή 436 άτομα), τάσσονται, έτοι, υπέρ της διατήρησης της ζωής και περίπου άλλοι μισοί (49,2% ή 423 άτομα) κατά. Ακόμη λιγότεροι, που μάλιστα δεν υπερβαίνουν τους μισούς ερωτηθέντες, εκείνοι που τάσσονται υπέρ της διατήρησης στη ζωή του ασθενούς όταν αυτός έχει πλέον περιέλθει σε κώμα και δεν μπορεί να συνεχίσει τη ζωή του με αξιοπρέπεια και αυτονομία: 44,7% υπέρ (395 άτομα) και 55,46% κατά (488 άτομα) (ερ. 22, Πίνακας XVII). Πάντως θα πρέπει εδώ να σημειωθεί ότι σε ηλικίες άνω των 40 ετών οι απαντήσεις υπέρ της διατήρησης στη ζωή με κάθε μέσο είναι σαφώς υψηλότερες, είτε ο ασθενής απευθύνει έκκληση για τερματισμό της ζωής του (77%), είτε είναι σε κώμα (85%).



III. Ανακεφαλαίωση - Συμπεράσματα

25. Η έρευνα, όπως προαναφέρθηκε, οργανώθηκε και διενεργήθηκε κατά την περίοδο 2005-2006 με φορέα το Εργαστήριο Ποινικών και Εγκληματολογικών Ερευνών. Βασικό αντικείμενό της υπήρξε να διερευνηθεί η έκταση περιπτώσεων ευθανασίας και η σάση των ειδικών (κυρίως ιατρών και νοσηλευτών) αλλά, σε μικρότερη κλίμακα, και του κοινού Αθήνας και ορισμένων αστικών κέντρων της επαρχίας, απέναντι στο αμφιλεγόμενο αυτό ζήτημα. Για τη διερεύνηση των θεμάτων αυτών χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο 22 κλειστών ερωτήσεων με ουδέτερη ορολογία, όπου δεν αναφέρονται καν ευθέως οι όροι ευθανασία και θάνατος, ώστε να γίνει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου χωρίς άσκοπους συναισθηματισμούς. Εξάλλου, ως προϋπόθεση όλων των ερωτήσεων περί ευθανασίας τέθηκε η αποδεδειγμένα προηγούμενη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς. Συνολικά συμπληρώθηκαν 903 ερωτη-

ματολόγια, τα περισσότερα από ιατρούς (703 δηλ. ποσοστό 78,6%), με μέσο όρο ηλικίας τα 41 έτη. Η έρευνα είχε ως επιστημονικό υπεύθυνο τον Καθηγητή *Nέστορα Κουράκη*, Διευθυντή του Εργαστηρίου, ενώ πρωταγωνιστικός υπήρξε και ο ρόλος της Αναπλ. Διευθύντριας του Εργαστηρίου ομότιμης Καθηγήτριας *Κ. Δ. Σπινέλλη*. Η διεξαγωγή της έρευνας έγινε με τη συντονιστική φροντίδα πέντε επιστημονικών μελών του Εργαστηρίου και τη συμμετοχή 15 προπτυχιακών φοιτητών του Πανεπιστημίου Αθηνών, καθώς και με τη συνεργασία άλλων δύο επιστημόνων για την επεξεργασία των δεδομένων. Σημαντική, τέλος, υπήρξε και η συμβολή στην έρευνα του προαναφερθέντος (παρ. 5) Επιστημονικού Συμβουλίου.

Κυριότερα συμπεράσματα:

- Σχεδόν έξι στους δέκα ερωτηθέντες (58,3%) θεώρησαν ότι θα ζητούσαν οι ίδιοι να επισπευσθεί το μοιραίο εάν η κατάσταση της υγείας τους είχε κριθεί μη αναστρέψιμη. Κυρίως θα ζητούσαν σε μια τέτοια περίπτωση τη χορήγηση ουσίας ή φαρμάκου που θα επέφερε το μοιραίο (27,1%) και λιγότερο τον περιορισμό (20,1%) ή τη διακοπή της θεραπείας τους (11,1%) (ερ. 18). Εάν πάλι βρισκόντουσαν σε κώμα και δεν μπορούσαν να αποφασίσουν μόνοι τους, οι περισσότεροι (51,5%) θα ήθελαν την απόφαση για την επέλευση του μοιραίου να πάρουν οι θεράποντες ιατροί μαζί με τους στενούς συγγενείς τους, ενώ περίπου το 1/4 των ερωτηθέντων (23%) δεν θα ήθελε να πάρει κανείς μια τέτοια απόφαση για λογαριασμό τους (ερ. 19).
- Περίπου ένας στους πέντε ερωτηθέντες (21,3%), γνώριζε περίπτωση παρέμβασης ιατρού για ευθανασία, κυρίως παθητικής ευθανασίας (77,4% των απαντησάντων θετικά), ενώ κάπως λιγότεροι (14,4%) γνώριζαν και δεύτερη τέτοια περίπτωση (ερ. 11, 11a, 12, 12a). Επίσης, πάνω από τους μισούς ερωτηθέντες

(52,7%) γνώριζαν την περίπτωση ατόμου, που είχε εκφράσει την επιθυμία, εάν πάσχει από ανίατη ασθένεια, να παρέμβει ο ιατρός, ώστε να επέλθει το μοιραίο (ερ. 13). Παρ' όλα αυτά, οι περισσότεροι ερωτηθέντες θεωρούν σε γενικό επίπεδο «σπάνιο» (34,1%) ή «μάλλον σπάνιο» (54,1%) το φαινόμενο της ευθανασίας στη χώρα μας, ακόμη και έπειτα από έκκληση του ίδιου του ασθενούς για να επέλθει το μοιραίο (ερ. 14).

- Οι ίδιοι οι ερωτηθέντες δήλωσαν σε ποσοστό 63%, ότι σε καμία περίπτωση δεν θα ανελάμβαναν την πρωτοβουλία να αποσυνδέσουν τη μηχανική υποστήριξη ενός ανιάτως πάσχοντα ασθενούς (ερ. 17). Εξάλλου, δεν απέκλεισαν το ενδεχόμενο, και μάλιστα με αξιοσημείωτα ποσοστά, να διενεργούνται ιατρικές παρεμβάσεις προς επέλευση του μοιραίου σε ανιάτως πάσχοντα ασθενή μετά από έκκληση συγγενών του ασθενούς, και για τον πρόσθετο λόγο να προσπορισθούν οικονομικό όφελος οι συγγενείς (25,9%) («πολύ συχνό» ή «συχνό» φαινόμενο) ή και ο ίδιος ο ιατρός (13,7%) («πιθανή» ή «πολύ πιθανή» περίπτωση) (ερ. 15 και 16).
- Απολύτως διχασμένοι εμφανίζονται οι ερωτηθέντες στη γενικότερη «συγκεφαλαιωτική» ερώτηση ως προς το κατά πόσον είναι υπέρ ή κατά της με κάθε μέσο διατήρησης στη ζωή ενός ανιάτως πάσχοντα ασθενούς που απευθύνει επίμονη και σταθμισμένη έκκληση για επέλευση του μοιραίου: Υπέρ της διατήρησης της ζωής 50,8%, κατά 49,2%. Πάντως, οι προτιμήσεις υπέρ της ευθανασίας φαίνεται να υπερέχουν κατά τι όταν ο ασθενής έχει πλέον περιέλθει σε κώμα και δεν μπορεί να συνεχίσει τη ζωή του με αξιοπρέπεια και αυτονομία: Κατά της διατήρησης της ζωής: 55,46%, υπέρ: 44,7%, κατά (ερ. 22).
- Σε επιμέρους ερωτήσεις, οι διχασμένες αυτές απόψεις διευκρινίζονται σε σημαντικό βαθμό, ανάλογα με τις συγκεκριμένες περιπτώσεις ευθανασίας. Έτσι, η τέλεση ευθανασίας για την κα-

ταπολέμηση αφόρητων και διαρκών πόνων φαίνεται να γίνεται ανεκτή, έστω και με χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής που θα έχει ως βέβαιη συνέπεια την επίσπευση του μοιραίου, από τους μισούς ερωτηθέντες (54,3%) (ερ. 1β), ενώ το ποσοστό αυτό γίνεται πολύ υψηλότερο (87,4%) όταν η επίσπευση του μοιραίου ως συνέπεια της καταπολέμησης των πόνων φαίνεται να είναι απλώς πιθανή (έμμεση ευθανασία) (ερ. 1α). Αντίστοιχα οριακά ποσοστά επιδοκιμασίας συγκεντρώνει η περίπτωση της ευθανασίας κατ' απαίτηση του ασθενούς (πρβλ. ά. 300 Ποιν. Κώδικα) είτε με χορήγηση ουσιών ή φαρμάκων (50,5%) είτε, ακόμη περισσότερο, με παράλειψη χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής (57,1%) (ερ. 4, 5).

- Οι ερωτηθέντες φαίνονται να αποκρούονται και να αποδοκιμάζουν τις περιπτώσεις της πρώιμης ευθανασίας, που αφορά ανιάτως πάσχοντα νεογέννητα ή μικρής ηλικίας παιδιά έως 3 ετών (εδώ το ποσοστό αποδοκιμασίας ανέρχεται σε 71,3%) (ερ. 7), της ευθανασίας έπειτα από έκκληση στενών συγγενών ασθενούς που βρίσκεται σε κώμα (ποσοστό αποδοκιμασίας 57,8% για την παθητική, αλλά και την ενεργητική ευθανασία) (ερ. 8, 9), καθώς και της ευθανασίας με χορήγηση ουσιών στους συγγενείς, για να τις δώσουν αυτοί στον ασθενή και να επέλθει το μοιραίο (αρνητική στάση: 87,7%) (ερ. 10). Επίσης αρνητική φαίνεται να είναι και η τοποθέτηση των ερωτηθέντων απέναντι στην παθητική ευθανασία, όταν αυτή συντελείται έστω και με σύμφωνη γνώμη του ασθενούς, αλλά ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή όχι αφόρητων και διαρκών πόνων (60,1% αντίθεση σε ευθανασία με διακοπή φαρμακευτικής αγωγής και 64,7% με παράλειψη χορήγησης τέτοιας αγωγής) (ερ. 2, 3). Τέλος, αντίθετοι σε ποσοστό λίγο πάνω από το μισό (55,6%) δήλωσαν οι ερωτηθέντες για την περίπτωση που ο ίδιος ο ασθενής ζητεί από τον ιατρό και παίρνει ουσίες ή φάρμακα που επιφέρουν το μοιραίο (ερ. 6).

- Ενώ όμως οι ερωτηθέντες εμφανίζουν αυτή τη δικαιολογημένη έως ένα βαθμό διστακτικότητα και επιφύλαξη απέναντι στην ευθανασία, σε σημείο ώστε κατ' ουσίαν οι απόψεις τους να είναι σχεδόν διχασμένες, η εικόνα μεταβάλλεται όταν τους τίθεται το ζήτημα για το ενδεχόμενο νομοθετικής ρύθμισης ώστε να επιτρέπεται από τον νόμο (υπό προϋποθέσεις και με σαφείς δικλείδες ασφαλείας, όπως η σύμφωνη γνώμη του) η δυνατότητα σύντησης της ζωής ενός ανιάτως πάσχοντα ασθενή. Εδώ οι σύμφωνες γνώμες, ειδικά για την παθητική ευθανασία, έφθασαν το 61,3% ενώ κάπως μικρότερα ήταν τα ποσοστά για την άμεση ενεργητική ευθανασία (47,4%) και ακόμη μικρότερα για τη συμμετοχή του ιατρού σε αυτοκτονία του ασθενούς, με φάρμακα που χορηγούνται και λαμβάνει ο ίδιος ο ασθενής (30,4%) (ερ. 20).

Από τις απαντήσεις που δόθηκαν στην ανωτέρω έρευνα προκύπτει επομένως η ανάγκη για επανεξέταση, και στην Ελλάδα, του ιωχύοντος νομοθετικού πλαισίου, έτσι ώστε το θέμα της ευθανασίας να τεθεί σε περισσότερο σύγχρονη και τεκμηριωμένη νομική βάση, με κύριο άξονα το ερώτημα για ενδεχόμενη άρση ή μη του αξιοποίηντο πράξεων ή παραλείψεων που τελούνται από ιατρούς σε ανιάτως πάσχοντες ή και σε άτομα ευρισκόμενα σε κωματώδη κατάσταση, προς επίσπευση του μοιραίου. Στο πλαίσιο μιας τέτοιας υπό εξέταση ρύθμισης απαραίτητη και αυτονόητη προϋπόθεση είναι η αποδεδειγμένα προηγούμενη εκφρασθείσα ανεπιρέαστη σύμφωνη γνώμη, αν όχι απαίτηση, του ασθενούς για ευθανασία (π.χ. με συμβολαιογραφικό έγγραφο σε ανύποπτο χρόνο, κατά το παραδειγματικό άλλων νομοθεσιών). Ειδικότερα, σκόπιμο θα ήταν, στο πλαίσιο μιας τέτοιας ρύθμισης, να εξετασθεί το ενδεχόμενο παθητικής ευθανασίας, όταν ο ασθενής –έχοντας ήδη εκφράσει προηγουμένως τη σύμφωνη προς τούτο γνώμη του- είναι πλέον «φυτό» ή, όταν υποφέρει από αφόρητους και διαρκείς πόνους και απαιτεί από τους ιατρούς τη μη παροχή σ' αυτόν εξαναγκαστικώς εντατικής θεραπευτικής αγωγής, θεωρώντας ότι λείπει από τη ζωή του η αξιοπρέπεια και η αυτονομία, γενικότε-

ρα, δε, όταν προσβάλλεται στο πρόσωπο αυτού του ετοιμοθάνατου ασθενούς η αξία του ανθρώπου ως Ανθρώπου (πρβλ. προς την κατεύθυνση αυτή και ά. 29 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας – ν. 3418/2005).

Από την άλλη πλευρά, σε μια τέτοια ρύθμιση θα πρέπει να θεσπισθούν οι αναγκαίες ασφαλιστικές δικλείδες, ώστε να μην επισυμβούν οποιεσδήποτε καταχρηστικές ενέργειες εις βάρος του ανιάτως πάσχοντα ασθενούς. Περαιτέρω, κρίνεται αναγκαίο, σύμφωνα και με τα πορίσματα της έρευνας, να αποκλεισθούν εντελώς σε μια τέτοια ρύθμιση περιπτώσεις χορήγησης φαρμάκων στον ίδιο τον ασθενή για να τα λάβει μόνος του, ή ενέργειες που προέρχονται και αποφάσεις που λαμβάνονται μόνον από συγγενείς, καθώς επίσης η περίπτωση πρώιμης ευθανασίας για νήπια και μικρά παιδιά (ίσως εδώ η παρέμβαση να είναι επιτρεπτή κατά τον προγεννητικό έλεγχο, ο οποίος μάλιστα θα πρέπει να συνιστάται στους γονείς σε ορισμένες περιπτώσεις).

Είναι προφανές ότι οι ανωτέρω επισημάνσεις αποτελούν απλώς ένα επιπλέον ερέθισμα στον διεπιστημονικό διάλογο που διεξάγεται τα τελευταία χρόνια και στη χώρα μας για το θέμα της ευθανασίας, ώστε να ορισθετηθούν με ευκρίνεια τα όποια επιτρεπτά όρια τέτοιων παρεμβάσεων από ιατρούς και να παύσουν τα φαινόμενα καταχρήσεων από ανθρώπους οι οποίοι, έστω και καλοτροφαίρετα, θεωρούν ότι μπορούν να προσφέρουν επίσπευση του μοιραίου σε ανιάτως πάσχοντες ασθενείς. Τελικές νομοθετικές προτάσεις, ενόψει και της υπό εξέλιξη αναθεώρησης του Ποινικού Κώδικα, θα μπορούσαν να διατυπωθούν μόνον έπειτα από διαβούλευση με τους καθ' ύλην αρμόδιους φορείς (π.χ. Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, Εδική Επιτροπή Βιοηθικής της Ι.Σ. της Εκκλησίας της Ελλάδος, Όμιλος Μελέτης Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Δίκτυο ΑΠΘ «Σύγχρονη Ιατρική Πράξη, Βιοϊατρική και Δίκαιο», Ινστιτούτο Βιολογικών Ερευνών του Ε.Ι.Ε. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο κ.λπ.) και αφού ληφθούν υπόψη οι αντίστοιχες νομοθετικές εξελίξεις στην αλλοδαπή σε συνάρτηση και με την όποια αποτελεσματικότητά τους στην ορθολογική αντιμετώπιση του προβλήματος της ευθανασίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΚΑΤΗΓΟΡΙΩΝ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ

ΕΡΩΤΗΣΗ	Σ [*] 903	Σ %	Γ.Α. ^{**} 522	Γ.Α.%	Γ.Ε. [†] 181	Γ.Ε.%	Κ.Γ.Α. [‡] 91	Κ.Γ.Α.%	Κ.Γ.Ε. [§] 109	Κ.Γ.Ε.%
1. Ένας ιατρός <u>χωρηγει φαρμακευτική αγαγή για την καταπολέμηση των αφόρητων και διαρκών πάνων ενός ανιάτως πάσχοντα ασθενούς, έστω κι αν αυτό θα είχε ως:</u> (a) <u>πιθανή συνέπεια (ηπ επιδιωκόμενη)</u> την επίσπευση του μοιραίου	899		516		177		90		109	
Συμφωνώ	643	71,5	429	83,1	112	63,3	45	50	49	50
Μάλλον συμφωνώ	143	15,9	50	9,7	34	19,2	26	29	33	33,3
Μάλλον διαφωνώ	54	6	19	3,7	21	11,9	7	7,7	7	6,4
Διαφωνώ	59	6,6	18	3,5	10	5,6	12	13,3	20	18,3
(B) <u>βέβαιη συνέπεια και εν γνώσει του ιατρού</u> την επίσπευση του μοιραίου	885		512		170		85		106	
Συμφωνώ	317	35,8	225	44	46	27	24	28,2	23	21,7

* Σύνολο ερωτηθέντων.

** Γιατροί της ευρύτερης περιοχής της Αττικής.

* Γιατροί της επαρχίας.

† Κοινή γνώμη της ευρύτερης περιοχής της Αττικής.

‡ Κοινή γνώμη της επαρχίας.

ΕΡΩΤΗΣΗ	Σ [*] 903	Σ %	Γ.Α. ^{**} 522	Γ.Α.%	Γ.Ε. [†] 181	Γ.Ε.%	Κ.Γ.Α. [‡] 91	Κ.Γ.Α.%	Κ.Γ.Ε [¶] 109	Κ.Γ.Ε %
Μάλλον συμφωνώ	164	18,5	60	11,7	45	26,5	19	22,4	41	38,7
Μάλλον διαφωνώ	200	22,6	92	18	50	29,4	21	24,7	24	22,6
Διαφωνώ	204	23,1	135	26,3	29	17,1	21	24,7	18	17
2. Ενας ιατρός διακόπτει τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής ή άλλες ιατρικές πράξεις σε ανιάτως πάσχοντα ασθενή, έστω και αν αυτό θα είχε ως βέβαιη δύνεση συνέπεια και εν γνώσει του ιατρού την επέλευση του μοιραίου.	900		514		179		90		109	
Συμφωνώ	174	19,3	117	22,8	19	10,6	20	22,2	11	10
Μάλλον συμφωνώ	185	20,6	111	21,6	38	21,2	18	20	22	20,2
Μάλλον διαφωνώ	415	46,1	233	45,3	90	50,3	34	37,8	49	45
Διαφωνώ	126	14	53	10,3	32	17,9	18	20	27	24,8
3. Ενας ιατρός <u>δεν χορηγεί φαρμακευτική αγωγή ή δεν προβαίνει σε ιατρικές πράξεις σε ανιάτως πάσχοντα ασθενή</u> , έστω και αν αυτό θα είχε ως βέβαιη συνέπεια και εν γνώσει του ιατρού την επέλευση του μοιραίου.	895		511		178		88		109	
Συμφωνώ	97	10,8	51	10	21	11,8	19	21,6	4	3,7
Μάλλον συμφωνώ	219	24,5	62	12,1	32	18	13	14,8	19	17,4
Μάλλον διαφωνώ	438	48,9	337	65,9	93	52,2	35	39,7	60	55
Διαφωνώ	141	15,8	61	12	32	18	21	23,9	26	23,8
4. Ενας ιατρός <u>δεν χορηγεί φαρμακευ-</u>	897		511		179		89		109	

K.I.E %	ΕΡΩΤΗΣΗ	Σ* 903	Σ %	Γ.Α.** 522	Γ.Α.%	Γ.Ε.* 181	Γ.Ε.%	Κ.Γ.Α.* 91	Κ.Γ.Α.%	Κ.Γ.Ε* 109	Κ.Γ.Ε %
38,7	<u>τική αγωγή ή δεν προβαίνει σε ιατρικές πράξεις σε ανιάτως πάσχοντα ασθενή ο οποίος του απευθύνει επίμονη και σταθμωμένη έκκληση να επέλθει το μοιραίο.</u>										
22,6	Συμφωνώ	270	30,1	169	33,1	47	26,3	26	29,2	29	26,6
17	Μάλλον συμφωνώ	244	27,2	155	30,3	42	23,5	25	28,1	19	17,4
10	Μάλλον διαφωνώ	277	30,9	147	28,8	63	35,2	24	27	34	31,2
20,2	Διαφωνώ	106	11,8	40	7,8	27	15	14	15,7	27	24,8
45	5. Ένας ιατρός <u>χορηγεί ουσίες ή φάρμακα που επιφέρουν το μοιραίο σε ανιάτως πάσχοντα ασθενή ο οποίος του απευθύνει επίμονη και σταθμωμένη έκκληση να επέλθει το μοιραίο.</u>	899	513			178		90		109	
24,8	Συμφωνώ	271	30,1	93	18,1	31	17,4	25	27,8	24	22
3,7	Μάλλον συμφωνώ	183	20,4	108	21,1	27	15,2	26	28,9	23	21,1
17,4	Μάλλον διαφωνώ	310	34,5	242	47,2	94	52,8	26	31,1	41	37,6
55	Διαφωνώ	135	15	70	13,6	26	14,6	11	12,2	21	19,3
23,8	6. Ένας ιατρός <u>ανταποκρίνεται στην επίμονη και σταθμωμένη έκκληση ενός ανιάτως πάσχοντα ασθενούς και θέτει στη διάθεση του ασθενούς ουσίες ή φάρμακα που</u>	902	515			179		90		109	

ΕΡΩΤΗΣΗ	Σ [*] 903	Σ %	Γ.Α. ^{**} 522	Γ.Α.%	Γ.Ε. [†] 181	Γ.Ε.%	Κ.Γ.Α. [‡] 91	Κ.Γ.Α.%	Κ.Γ.Ε [§] 109	Κ.Γ.Ε%
επιφέρουν το μοιραίο, πις οποίες ο ασθενής λαμβά- νει.										
Συμφωνώ	207	23	125	24,3	23	12,8	27	30	28	25,7
Μάλλον συμφωνώ	193	21,4	102	19,8	46	25,7	18	20	20	26,6
Μάλλον διαφωνώ	353	39,1	195	37,9	85	47,5	26	28,9	36	33
Διαφωνώ	149	16,5	93	18	25	14	19	21,1	16	14,7
7. Ενας ιατρός <u>χρησιγέλ ουσίες ή φάρμακα που επιφέρουν το μοιραίο σε νεογέννητο ή μωρής ηλικίας παιδί (έως 3 ετών)</u> , που έχει γεννηθεί με ανίστο νόσημα, ανταποκρινόμενος έτσι σε επίμων και σταθμισμένη έκκληση των γονέων του για επέλευση του μοιρασου.	899		512		179		89		98	
Συμφωνώ	91	10,1	29	5,7	7	3,9	23	25,8	21	21,4
Μάλλον συμφωνώ	167	18,6	103	20,1	17	9,5	19	21,4	30	30,6
Μάλλον διαφωνώ	450	50,1	254	49,6	119	66,5	30	33,7	31	31,7
Διαφωνώ	191	21,2	126	24,6	36	20,1	17	19,1	16	16,3
8. Ενας ιατρός ανταποκρίνεται σε επίμων έκκληση στενών συγγενών (γονέων, παιδιών, αδελφών, συζύγων) και δεν χρησιγέλ φαρμακευτική συγνή ή δεν προβάλει σε ιατρικές πράξεις σε ανιάτως	900		513		179		89		105	

Κ.Γ.Ε %	ΕΡΩΤΗΣΗ	Σ [*] 903	Σ %	Γ.Α. ^{**} 522	Γ.Α.%	Γ.Ε. [*] 181	Γ.Ε.%	Κ.Γ.Α. [*] 91	Κ.Γ.Α. %	Κ.Γ.Ε %	Κ.Γ.Ε %
25,7	πάσχοντα ασθενή που βρίσκεται <u>σε κάμψα</u> , έστω και αν έτσι είναι βέβαιο ότι για τον ασθενή αυτό θα επέλθει το μοιραζό.										
26,6	Συμφωνώ	194	21,5	116	22,6	24	13,4	23	25,8	28	26,7
33	Μάλλον συμφωνώ	186	20,7	104	20,3	39	21,8	18	20,2	26	24,8
14,7	Μάλλον διαφωνώ	302	33,6	145	28,3	88	53,6	29	32,7	30	28,6
	Διαφωνώ	218	24,2	148	28,8	28	14,5	19	21,3	21	19,9
21,4	9. Ενας ιατρός ανταποκρίνεται σε επίμονη έκκληση στενών συγγενών και χρηγεί αυστελές ή φάρμακα σε ανιάτως πάσχοντα ασθενή που βρίσκεται <u>σε κάμψα</u> , έστω και αν έτσι είναι βέβαιο ότι για τον ασθενή αυτόν θα επέλθει το μοιραζό.	897		512		179		89		105	
30,6	Συμφωνώ	108	12	36	7	27	15,1	16	18	30	28,6
31,7	Μάλλον συμφωνώ	269	30	201	39,3	30	16,8	23	25,8	22	21
16,3	Μάλλον διαφωνώ	340	37,9	165	32,2	96	53,6	28	31,5	32	30,4
	Διαφωνώ	180	20,1	110	21,5	26	14,5	22	24,7	21	20
10. Ενας ιατρός ανταποκρίνεται σε επίμονη έκκληση στενών συγγενών ενός ανιάτως πάσχοντα ασθενούς που βρίσκεται <u>σε κάμψα</u> και θέτει στη διάθεσή τους αυστελές ή φάρμακα που επιφέρουν το	897		514		179		88		109		

ΕΡΩΤΗΣΗ	Σ [*] 903	Σ %	Γ.Α. ^{**} 522	Γ.Α.%	Γ.Ε. [†] 181	Γ.Ε.%	Κ.Γ.Α. [‡] 91	Κ.Γ.Α. %	Κ.Γ.Ε [§] 109	Κ.Γ.Ε %
μοιραίο και που εκείνοι χορηγούν στον ασθενή για να επέλθει το μοιραίο.										
Συμφωνώ	47	5,3	10	1,9	13	7,3	10	11,4	12	11
Μάλλον συμφωνώ	63	7	18	3,5	14	7,8	15	17	18	16,5
Μάλλον διαφωνώ	593	66,1	351	68,3	131	73,2	41	46,6	58	53,2
Διαφωνώ	194	21,6	135	26,3	21	11,7	22	25	21	19,3
11. Μήπως γνωρίζετε περίπτωση παρέμβασης λατρού, ο οποίος κατά κάποιο τρόπο συνετέλεσε να επέλθει το μοιραίο σε ασθενή που έπασχε από ανίστη ασθένεια και είχε αφόρητους και διαρκείς πόνους ή/ και βρισκόταν σε κώμα;	900		514		179		90		109	
Ναι	192	21,3	106	20,6	27	15,1	7	7,8	9	8,3
Όχι	708	78,7	408	79,4	152	84,9	83	92,2	100	91,7
Αν ΝΑΙ										
11α. Θα μπορούσατε να μας αναφέρετε τι ακριβώς συνέβη; <i>(Πίθενται σε κύκλο η μία ή οι περισσότερες απαντήσεις που επιλέγει ο ερωτώμενος)</i>	270		193		45		11		10	
A. Ανταποκρίθηκε σε επίμονη και σταθμωμένη έκκληση του ασθενούς.	22	8,1	8	4,1	8	17,7	3		4	

ΕΡΩΤΗΣΗ	Σ [*] 903	Σ %	Γ.Α. ^{**} 522	Γ.Α.%	Γ.Ε. [†] 181	Γ.Ε.%	Κ.Γ.Α. [‡] 91	Κ.Γ.Α.%	Κ.Γ.Ε [§] 109	Κ.Γ.Ε %
Β. Ανταποκρίθηκε σε επίμονη και σταθμισμένη έκκληση των συγγενών του ασθενούς.	14	5,2	3	1,6	6	13,3	3		0	
Γ. Ανταποκρίθηκε σε επίμονη έκκληση των συγγενών οι οποίαι ανέμεναν οικονομικό άφελος από την επέλευση του μοιραίου του ασθενούς και οι οποία για τον σκοπό αυτό έδωσαν κάποια αμοιβή στον ιατρό.	3	1,1	1	0,5	3	6,7	0		0	
Δ. Δεν χορήγησε φαρμακευτική αγωγή ή δεν προέβη σε ιατρικές πράξεις ή διέκοψε ιατρικές πράξεις.	209	77,4	172	89,1	20	44,4	3		2	
Ε. Χορήγησε φάρμακα στον ασθενή για να τα λάβει ο δίοις ο ασθενής.	6	2,2	1	0,5	3	6,7	1		1	
ΣΤ. Χορήγησε φάρμακα ο δίοις ο ιατρός.	15	5,6	7	3,6	4	9	0		3	
Ζ. Άλλο τί;	1	0,4	1	0,5	1	2,2	1		0	
12. Μήπως γνωρίζετε και <u>άλλη τέτοια περίπτωση παρέμβασης</u> ιατρού, ο οποίος κατά κάποιο τρόπο συνετέλεσε να επέλθει το μοιραίο	883		506		177		86	100	109	

ΕΡΩΤΗΣΗ	Σ [*] 903	Σ %	Γ.Α. ^{**} 522	Γ.Α.%	Γ.Ε. [†] 181	Γ.Ε.%	Κ.Γ.Α. [‡] 91	Κ.Γ.Α.%	Κ.Γ.Ε [†] 109	Κ.Γ.Ε %
σε ασθενή που έπασχε από ανίατη ασθένεια;										
Ναι	127	14,4	110	21,7	13	7,3	0		2	1,8
Όχι	756	85,6	396	78,3	164	92,7	86		107	98,2
12a. Αν ΝΑΙ, σε ποια από τις κατη- γορίες της προη- γούμενης ερώτησης (Α,Β,Γ,Δ,Ε,ΣΤ,Ζ) θα εντάσσατε την περίπτωσή του συγκεκριμένου ιατρού; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις).	219		194		18		0		3	
A. Ανταποκρίθηκε σε επίμονη και σταθμισμένη έκ- κληση του ασθε- νούς.	8	3,7	4	2,1	3	16,6	0		0	
B. Ανταποκρίθηκε σε επίμονη και σταθμισμένη έκκληση των συγγενών του ασθενούς.	7	3,2	3	1,5	2	11,1	0		1	
Γ. Ανταποκρίθηκε σε επίμονη έκκληση των συγγενών οι οποίοι ανέμεναν οικονομικό όφελος από την επέλευση του μοιραίου του ασθενούς και οι οποίοι για τον σκοπό αυτό έδωσαν κάποια αμοιβή στον ιατρό.	3	1,4	1	0,5	1	5,6	0		1	

Κ.Γ.Ε %	ΕΡΩΤΗΣΗ	Σ 903	Σ %	Γ.Α. ** 522	Γ.Α.%	Γ.Ε. † 181	Γ.Ε.%	Κ.Γ.Α. † 91	Κ.Γ.Α. %	Κ.Γ.Ε † 109	Κ.Γ.Ε %
1,8	Δ. Δεν χορήγησε φαρμακευτική αγωγή ή δεν πρόεδρη σε ιατρικές πράξεις ή διέκοψε ιατρικές πράξεις.	110	50,2	98	50,5	9	49,9	0		1	
98,2	Ε. Χορήγησε φάρμακα στον ασθενή για να τα λάβει ο διοις ο ασθενής.	2	0,9	1	0,5	1	5,6	0		0	
	ΣΤ. Χορήγησε φάρμακα ο διοις ο ιατρός.	88	40,2	86	44,4	1	5,6	0		0	
	Z. Άλλο τί;	1	0,4	1	0,5	1	5,6	0		0	
	13. Μήπως γνωρίζετε περίπτωση ατόμου που έχει εκφράσει την επιθυμία, αν πάσχει από ανίατη ασθενεία, να παρέμβει ιατρός, ο οποίος να συντελέσει ώστε να επέλθει το μοιραίο;	892		511		173		88		109	
	Ναι	470	52,7	352	68,9	68	39,3	21	23,9	22	20,2
	Όχι	422	47,3	159	31,1	105	60,7	67	76,1	87	79,8
	14. Θεωρείτε ότι είναι συχνό και πιθανό φαινόμενο να επιχειρούνται στη χώρα μας ιατρικές παρεμβάσεις (πράξεις ή παραλείψεις) που να επιφέρουν το μοιραίο σε ανιάτως πάσχοντα ασθενή: (α) έπειτα από έκληση του διοι	828		504		176		30		109	

ΕΡΩΤΗΣΗ	Σ 903	Σ %	Γ.Α. ^{**} 522	Γ.Α.%	Γ.Ε. [*] 181	Γ.Ε.%	Κ.Γ.Α. [*] 91	Κ.Γ.Α. %	Κ.Γ.Ε. [*] 109	Κ.Γ.Ε %
του ασθενούς										
Πολύ συχνό	7	0,8	2	0,4	1	0,5	0		4	3,7
Συχνό	91	11	46	9,1	17	9,7	3	10	25	22,9
Μάλλον σπάνιο	448	54,1	287	57	94	53,4	18	60	51	46,8
Σπάνιο	282	34,1	169	33,5	64	36,4	9	30	29	26,6
(β) έπειτα από έκκληση των στενών συγγενών	820		500		172		30		109	
Πολύ συχνό	29	3,5	25	5	1	0,6	0		2	1,8
Συχνό	127	15,5	81	16,2	16	9,3	4	13,3	24	22
Μάλλον σπάνιο	365	44,5	188	37,6	82	47,7	15	50	54	49,5
Σπάνιο	299	36,5	206	41,2	73	42,4	11	36,7	29	26,7
15. Θεωρείτε ότι είναι συχνό και πιθανό φαινόμενο να ζητήσει κάποιος την επέλευση του μοιραίου για έναν ανιάτως πάσχοντα στενό συγγενή του και για τον πρόσθετο λόγο ότι θα έχει έταιοικονομικά οφέλη (π.χ. κληρονομιά);	882		503		174		86		109	
Πολύ συχνό	42	4,8	30	6	4	2,3	5	5,9	3	2,8
Συχνό	186	21,1	63	12,5	43	24,7	32	37,2	41	37,6
Μάλλον σπάνιο	420	47,6	360	71,5	82	47,1	34	39,5	49	44,9
Σπάνιο	234	26,5	50	10	45	25,9	15	17,4	16	14,7
16. Θεωρείτε ότι ένας ιατρός είναι, κατά τους κανόνες της κοινής πείρας, πιθανό να επιφέρει το μοιραίο στην περίπτωση ενός ανιάτως πάσχοντα ασθενούς του και	893		510		177		89		109	

Κ.Γ.Ε.	%
3,7	
22,9	
46,8	
26,6	
1,8	
22	
49,5	
26,7	
2,8	
37,6	
44,9	
14,7	

ΕΡΩΤΗΣΗ	Σ*	Σ %	Γ.Α.**	Γ.Α.%	Γ.Ε.*	Γ.Ε.%	Κ.Γ.Α.*	Κ.Γ.Α.%	Κ.Γ.Ε*	Κ.Γ.Ε%
για τον πρόσθετο λόγο όπι θα έχει έται πρόσθετα οικονομικά οφέλη (π.χ. από τους στενούς συγγενείς);										
Πολύ πιθανό	13	1,5	5	1	0		2	2,2	5	4,6
Πιθανό	109	12,2	41	8,1	17	9,6	26	29,2	22	20,2
Όχι τόσο απίθανο	358	40,1	218	42,7	47	26,6	38	42,7	60	55
Απίθανο	413	46,2	246	48,2	113	63,8	23	25,9	22	20,2
17. Εσείς προσωπικά θα αναλαμβάνετε την πρωτοβουλία να αποσυνδέσετε τη μηχανική υποστήριξη ενός ανάτας πάσχοντα ασθενούς;	906		550		167		83		108	
(α) εφόσον το ζητήσουν οι στενοί συγγενείς του	33	3,6	11	2	7	4,2	12	14,5	2	19,1
(β) εφόσον το είχε ζητήσει παλαιότερα και ο ίδιος ο ασθενής	143	15,8	44	8	30	18	27	32,5	26	24,1
(γ) έστω και αν ο ασθενής είναι στενός συγγενής σας	159	17,6	122	22,2	11	6,6	12	14,5	3	2,7
(δ) σε καμία περίπτωση	571	63	373	67,8	119	71,2	32	38,5	77	71,3
18. Εσείς προσωπικά, εάν -κάτι που ασφαλώς απευχθυναστεί- η κατάσταση της υγείας σας είχε κριθεί μη αναστρέψιμη, θα	907		522		172		91		89	

ΕΡΩΤΗΣΗ	Σ [*] 903	Σ %	Γ.Α. ^{**} 522	Γ.Α.%	Γ.Ε. ^{***} 181	Γ.Ε.%	Κ.Γ.Α. ^{****} 91	Κ.Γ.Α.%	Κ.Γ.Ε. ^{*****} 109	Κ.Γ.Ε.%
ζητούμαστε ο διοις:										
(α) τη διακοπή της θεραπείας σας	101	11,1	30	5,7	29	16,9	19	20,8	18	20,2
(β) τον πειριορισμό της θεραπείας σας	182	20,1	122	23,4	28	16,3	13	14,3	12	13,5
(γ) τη χορήγηση ουσίας ή φαρμάκου προκειμένου να επιπενευθεί το μοιραίο	246	27,1	177	33,9	31	18	21	23,1	25	28,1
(δ) τίποτε από όλα αυτά	378	41,7	193	37	84	48,8	38	41,8	34	38,2
19. Εάν η κατάσταση της υγείας σας είχε κριθεί μη αναστρέψιμη και βρισκόσασταν σε κώμα, θα θέλατε για την επέλευση του μοιραίου να αποφασίσουν:	899		510		176		89		109	
(α) οι στενοί συγγενείς σας	86	9,5	24	4,7	24	13,6	21	23,6	15	13,8
(β) οι θεράποντες λατροί	143	16	100	19,6	31	17,6	3	3,4	5	4,6
(γ) όλοι μαζί	463	51,5	317	62,2	74	42	36	40,4	41	37,6
(δ) κανείς	207	23	69	13,5	47	26,7	29	32,6	48	44
20. Σταθμίζοντας προσεκτικά τα υπέρ και τα κατά μιας ενδεχόμενης νομοθετικής ρύθμισης για το υπό συζήτηση θέμα, είστε τελικά σύμφωνοι ή όχι να επιτρέπεται από τον νόμο (υπό προϋποθέσεις και	838		489		171		69		105	

ΕΡΩΤΗΣΗ	Σ	%	Γ.Α.**	Γ.Α.%	Γ.Ε.*	Γ.Ε.%	Κ.Γ.Α.*	Κ.Γ.Α.%	Κ.Γ.Ε*	Κ.Γ.Ε%
ππό σαφείς δικλείδες ασφαλείας) η επέλευση του μοιραίου όταν πρόκειται για ανιάτως πάσχοντες ασθενείς και ο ιατρός τους, με τη σύμφωνη γνώμη τους, προχωρεί σε κάποια από τις ακόλουθες ενέργειες:										
(α) Δεν χορηγεί φαρμακευτική αγωγή ή δεν προβαίνει σε ιατρικές πράξεις ή διακόπτει ιατρικές πράξεις										
Ναι	514	61,3	331	67,7	99	57,9	42	61	47	44,8
Όχι	324	38,7	158	32,3	72	42,1	27	39	58	55,2
(β) Χορηγεί φάρμακα στον ασθενή για να τα λάβει ο διοις ο ασθενής;	786		473		156		50		105	
Ναι	239	30,4	126	26,6	43	27,6	26	52	51	48,6
Όχι	547	69,6	347	73,4	113	72,4	24	48	54	51,4
(γ) Χορηγεί φάρμακα ο διοις ο ιατρός;	764		428		155		69		105	
Ναι	362	47,4	254	59,3	47	30,3	35	50,7	71	67,6
Όχι	402	52,6	174	40,7	108	69,7	34	49,3	34	32,4
21. Θα συμφωνούσατε να δοθεί αυτό το ερωτήματολόγιο για συμπλήρωση και σε ανιάτως πάσχοντες ασθενείς που έχουν πλήρη Ικανότητα αντλήψεως;	896		511		177		89		109	

ΕΡΩΤΗΣΗ	Σ [*] 903	Σ %	Γ.Α. ^{**} 522	Γ.Α.%	Γ.Ε. [†] 181	Γ.Ε.%	Κ.Γ.Α. [‡] 91	Κ.Γ.Α. %	Κ.Γ.Ε [†] 109	Κ.Γ.Ε %
Ναι	726	81	422	82,6	141	79,7	70	78,7	69	63,3
Όχι	170	19	89	17,4	36	20,3	19	21,3	40	36,7
22. Γεννότερα είσθε υπέρ ή κατά της με κάθε μέσο διατήρησης στη ζωή ενός ανάτας πάσχοντα ασθενούς ο οποίος:	859		503		179		65		108	
(α) απευθύνει επίμονη και σταθμισμένη έκκληση για επέλευση του μοιραίου										
Υπέρ	436	50,8	270	53,7	90	50,8	26	40	62	57,4
Κατά	423	49,2	233	46,3	89	49,7	39	60	46	42,6
(β) είναι σε κόμα και δεν μπορεί να συνεχίσει τη ζωή του με εξιοπρέπεια και αυτονομία;	883		509		176		81		107	
Υπέρ	395	44,7	218	42,8	84	47,7	36	44,4	54	50,5
Κατά	488	55,3	291	57,2	92	52,3	45	55,6	53	49,5
Άρρεν	497	55,46	183	35,1	87		45		15	
Θήλυ	399	44,54	327	64,9	90		43		48	