

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: «ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ – ΗΘΙΚΕΣ ΚΑΙ
ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ, ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ – ΔΙΚΑΙΟ
ΚΑΙ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ»

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΠΑΠΑΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΦΩΤΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

Πίνακας περιεχομένων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	7
ΜΟΡΦΕΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ	7
1.1. ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ.....	7
1.2. ΠΑΘΗΤΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	9
1.3. ΕΚΟΥΣΙΑ, ΜΗ ΕΚΟΥΣΙΑ ΚΑΙ ΑΚΟΥΣΙΑ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	11
1.4. ΙΑΤΡΙΚΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	15
ΔΙΚΑΙΟ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ	15
2.1. ΔΙΕΘΝΕΣ ΔΙΚΑΙΟ	16
2.1.1. Συμβούλιο της Ευρώπης - Ευρωπαϊκή Σύμβαση του Οβιέδο (1997) για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική.....	16
2.1.2. Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων-Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου.....	17
2.2. ΑΛΛΟΔΑΠΟ ΔΙΚΑΙΟ	19
2.2.1. Ηνωμένο Βασίλειο και Ιρλανδία.....	19
2.2.2. Ολλανδία και Βέλγιο	20
2.2.3. Λουξεμβούργο	21
2.2.4. Ελβετία.....	21
2.2.5. Γερμανία	22
2.2.6. ΗΠΑ	23
2.2.7. Αυστραλία.....	24
4.3. Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	29
Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΩΣ ΗΘΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	29
3.1. ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΥΠΕΡ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ	29
3.1.1. Το ωφελμιστικό επιχείρημα	29
3.1.2. Η αξιοπρέπεια του ανθρώπου.....	33
3.1.3. Η αρχή της αυτοδιάθεσης του ατόμου-το δικαίωμα στον θάνατο.....	39
3.1.4. Δεοντοκρατία - η κατηγορική προσταγή του Kant	45
3.1.5. Το ανθρωπιστικό επιχείρημα	49

3.1.6. Το καθήκον του γιατρού να ανακουφίζει τον πόνο	52
3.2. ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ	55
3.2.1. Ολισθηρός κατήφορος (slippery slope argument)	56
3.2.2. Διαστρέβλωση της θεραπευτικής σχέσης	64
3.2.2.1. Διαστρεβλώσεις της ευεργετικότητας.....	64
3.2.2.2. Διαστρέβλωση της αξιοπρέπειας	68
3.2.2.3. Διαστρέβλωση της αυτονομίας	71
3.2.2.4. Διαστρέβλωση της εμπιστοσύνης	73
3.2.3. Η ζωή ως ύψιστη αξία.....	75
3.2.4. Ωφελείν ή μη βλάπτειν - primum non nocere	78
3.2.5. Θρησκευολογική προσέγγιση της ευθανασίας	85
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΕΠΙΛΟΓΟΣ	88
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	99
ΠΗΓΕΣ ΚΑΙ ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ	99
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	100
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ	107
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	109

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με την νέα «ανθρωπιστική» πολιτική, δυτικής και υπερατλαντικής κατασκευής και προέλευσης, χαρακτηριστικό παράδειγμα της οποίας αποτελεί η επικύρωση από την Άνω Βουλή της Ολλανδίας του νόμου για την ευθανασία, έχει ανοίξει και στη χώρα μας το θέμα της νομιμοποίησης της. Είναι γεγονός ότι το πρόβλημα της ευθανασίας δεν είναι εύκολο να επιλυθεί ή και να προσεγγιστεί, διότι, πέραν της ιατρονομικής και ηθικής διάστασής του, εμπλέκει και το υπαρξιακό πρόβλημα της ζωής και του θανάτου και, στη συγκεκριμένη περίπτωση της «ευθανασίας», του καλού, του ανώδυνου, ευτυχούς θανάτου, οδηγώντας σε διλημματικές καταστάσεις και προβλήματα αξιολογικών ορισμών και κρίσεων, που αφορούν συγκεκριμένο, κάθε φορά, μοναδικό πρόσωπο.

Η λέξη ευθανασία είναι αντιδάνειο από την Αγγλική του όρου «euthanasia», ο οποίος είναι δάνειο, από την Ελληνική, της λέξης ευθανασία, που σημαίνει καλός, ήρεμος, ανώδυνος θάνατος και αποτελεί κανονικό παράγωγο του επιθέτου «ευθάνατος» (αυτός που πεθαίνει εύκολα, καλά, ωραία). Ο όρος ευθανασία, με την έννοια που χρησιμοποιείται σήμερα, διεθνώς, σημαίνει την πράξη ή την παράληψη πράξης, που προκαλεί καίριο θάνατο του αρρώστου, πάσχοντος από ανίατη επώδυνη ασθένεια, για ανθρωπιστικούς λόγους. Θα πρέπει να γίνει ξεκάθαρο από την αρχή ότι ο ορισμός αυτός, ουσιαστικά, αποτελεί ευφημισμό, εφόσον πρόκειται για συνειδητή και εσκεμμένη επιλογή θανάτωσης, ως εκ του αποτελέσματος, για ανθρωπιστικούς λόγους. Ο ξενικός όρος ‘‘mercy killing’’ (ελεήμων, χαριστική θανάτωση) αποδίδει, κυριολεκτικά, το αποτέλεσμα και την πρόθεση της λεγόμενης ευθανασίας. Η πράξη και το αποτέλεσμα είναι η θανάτωση με πρόθεση την ανακούφιση του αρρώστου για ανθρωπιστικούς λόγους.

Η σύγχυση που επικρατεί, πρέπει να ξεκαθαριστεί. Οι όροι να γίνουν σαφείς και οι θέσεις υπεύθυνες, με την ανάλογη ανάληψη της ευθύνης της διατύπωσής τους. Το νόημα της ευθανασίας πρέπει να αλλάξει. Διαφορετικά, όπως χρησιμοποιείται σήμερα, δεν πρόκειται περί καλού θανάτου, αλλά για συνειδητή θανάτωση για «καλό σκοπό». Εντούτοις, ο θάνατος, μόνον ως φυσική, αναπόδραστη απόληξη της ζωής, από οποιαδήποτε φυσική αιτία (και η νόσος είναι φυσική αιτία), μπορεί να είναι

δεκτός (πάντοτε, όμως, όχι κατανοητός). Οποιοδήποτε άλλο μέσω συνιστά αφαίρεση ζωής, ανεξαρτήτως των προθέσεων.

Η αυτονομία και η ατομική ελευθερία του πάσχοντος ανθρώπου αποτελεί το σκληρό πυρήνα της επιχειρηματολογίας υπέρ της νομιμοποίησης της ευθανασίας. Υποστηρίζεται ότι, σε αυτές τις περιπτώσεις, της οδυνηρής και, αποδεδειγμένα, ανίατης πάθησης, η ζωή παύει να αποτελεί αγαθό και καθίσταται αβάσταχτο ψυχικό και σωματικό μαρτύριο, οπότε η ευθανασία είναι λύτρωση και πράξη ανθρωπιστική.

Πέντε τουλάχιστον κλινικές καταστάσεις θέτουν το ζήτημα της καλούμενης «ευθανασίας» ως αναίρεση-αφαίρεση της απαξιωμένης πλέον ανθρώπινης ζωής:

1. Μη διενέργεια επείγουσας καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης σε καρδιακή ανακοπή
2. Μη θεραπεία αναστρέψιμης νόσου, σε αρρώστους με επώδυνη, μη αναστρέψιμη, τελικού σταδίου νόσο ή μη διαπιστωμένο εγκεφαλικό θάνατο
3. Διακοπή της, με μηχανικά μέσα, υποστήριξης των ζωτικών λειτουργιών σε αρρώστους με διαπιστωμένο εγκεφαλικό θάνατο
4. Παροχή βοήθειας στον άρρωστο, για να θέσει ο ίδιος τέρμα στη ζωή του (υποβοήθηση αυτοκτονίας)
5. Χορήγηση θανατηφόρων δόσεων φαρμάκων για ευθανασία

Οι τρεις πρώτες ενέργειες χαρακτηρίζουν την καλούμενη παθητική ευθανασία, η τέταρτη την καλούμενη υποβοηθούμενη αυτοκτονία και η πέμπτη την καλούμενη ενεργητική ευθανασία ή ελεήμονα θανάτωση.

Με τον όρο ευθανασία, όπως τον επαναπροσδιορίζουμε εδώ, εννοούμε τη θανάτωση του πόνου και όχι του πάσχοντος. Την ανακούφιση του πάσχοντος, εν ζωή, και όχι με το θάνατο. Με άλλα λόγια, ως ευθανασία εννοούμε, εδώ, την άρση, με όλα τα μέσα που παρέχει η ιατρική σήμερα, του πόνου και του φόβου του θανάτου του θνήσκοντος συνανθρώπου, μέχρις ότου η φύση αποφασίσει τελεσίδικα. Σε αυτή τη διαδικασία, ο κλινικός θεραπεύει και αντιμετωπίζει θεραπεύσιμες, αντιστρεπτές καταστάσεις και αποφεύγει τα ηρωικά μέσα, τα οποία γνωρίζει ότι είναι ατελέσφορα.

Ο θάνατος, οριζόμενος ως απουσία ζωής, είναι γεγονός ότι μόνο αρνητικά μπορεί να οριστεί. Τι, καθαυτό, είναι θάνατος δεν είναι δυνατό να διατυπωθεί από το ζώντα άνθρωπο, ως βιωματική εμπειρία, ούτε βέβαια από τον τεθνεώτα. Στην έννοια του θανάτου αναδύεται, με καθαρότητα, η μοναδικότητα του ανθρώπου, όχι με την αφηρημένη της έννοια, αλλά με την έννοια της μοναδικής και ανεπανάληπτης

σωματοψυχονοητικής οντότητας-προσωπικότητας του συγκεκριμένου και μοναδικού προσώπου, με το συγκεκριμένο παρελθόν, παρόν και μέλλον του.

Στην τεχνολογικά επικυριαρχούμενη σύγχρονη δυτική κοινωνία, ο θάνατος δεν αποτελεί πλέον την κατάληξη της ζωής που βιώνεται μέσα στη θαλπωρή της οικογένειας. Πέραν αυτού, η τεχνολογική θαυματοποιία έχει δημιουργήσει, στους ασθενείς και τους συγγενείς τους, εξωπραγματικές προσδοκίες από τους γιατρούς και τις/τους νοσηλεύτές/τριες. Έτσι, οι συγγενείς αρνούνται να αποδεχτούν το οριακό και αμετάκλητο γεγονός και οργίζονται και απογοητεύονται από τη διάψευση των μη ρεαλιστικών τους προσδοκιών.

Προσλαμβάνουμε την έννοια του θανάτου ως απουσία ζωής, αλλά ο θάνατος δεν μπορεί να οριστεί θετικά, δεδομένου ότι ουδείς εν ζωή άνθρωπος μπορεί να έχει εμπειρία και να περιγράψει το θάνατο, αυτό το τελικό και οριστικό... τι; Ότι γνωρίζουμε, ως ζώντα υποκείμενα, περί θανάτου είναι θεωρητικό και η μόνη εμπειρία, που έχουμε περί αυτού, είναι η ψυχρότητα του νεκρού σώματος. Η έκπτωση του ζωντανού σώματος σε νεκρό πτώμα, παρόλο που δεν είναι στιγμιαία κατάσταση, αποτελεί οριακό και αμετάτρεπτο γεγονός. Όσο πρόκειται για σώμα, έστω πάσχον, δεν μπορούμε να μιλάμε για θάνατο και, όταν αντιμετωπίζουμε το νεκρό σώμα, πως, ζώντας, να αισθανθούμε το θάνατο;

Είμαστε βέβαιοι ότι θα πεθάνουμε. Εκείνο, όμως, που δεν ξέρουμε είναι το πότε. Και είναι αυτή η αβεβαιότητα, ως προς τον ερχομό του θανάτου, που μας παρέχει την αναστολή της ζωής, ως κίνηση προς τον αμετακίνητο πάντοτε ίδιο θάνατο. Ο μόνος αθάνατος είναι ο θάνατος. Ούτε γερνά με το χρόνο ούτε πεθαίνει. Προφανώς, διότι δεν υπάρχει.

Εντούτοις, μέσα σε αυτή την αναγκαστική και αναπόδραστη πορεία προς το τέλος, ο άνθρωπος δεν προσδιορίζεται μόνο από την αναγκαιότητα του τέλους, τον άφευκτο θάνατο, αλλά και από την απέραντη ελευθερία του, ως πρόσωπο μοναδικό. Βλέποντας τον εαυτό του, ο χτυπημένος από την ανίατη ασθένεια άνθρωπος, να σπαράσσεται, όχι μόνο από τον πόνο αλλά και από την απώλεια και της έσχατης ελπίδας του λυτρωτικού θανάτου. Είναι τότε που καταδικασμένος και σπαραγμένος από την ασθένεια, μοναδικό πρόσωπο-άνθρωπος, ζητά τη λύτρωση του θανάτου. Και εδώ προκύπτει το δίλημμα της ευθανασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΜΟΡΦΕΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Η ευθανασία δεν είναι μια ενιαία κι αδιαφοροποίητη πρακτική. Ο χαρακτήρας του ανθρώπου σε συνδυασμό με τις διαφορετικές συνθήκες κάτω από τις οποίες ο καθένας φτάνει στο τέλος του, δημιουργούν τις διαφοροποιήσεις κατά την πράξη της ευθανασίας. Με γνώμονα την έκφραση της συναίνεσης του πάσχοντος η ευθανασία διακρίνεται σε εκούσια, ακούσια και μη εκούσια ή ευθανασία με εικαζόμενη συναίνεση.

Η έκφραση της συναίνεσης του ασθενούς θεωρείται δεδομένη για να έχουμε ευθανασία, έστω και ως μη εκπεφρασμένη, διότι, αν ο ασθενής αντιτίθεται, δεν μιλάμε πλέον για ευθανασία, αλλά για δολοφονία. Με κριτήριο τον τρόπο διενέργειάς της η ευθανασία διακρίνεται σε ενεργητική και παθητική, ενώ τα τελευταία χρόνια έχει προκύψει και η ιατρικά υποβοηθούμενη ευθανασία ή αυτοκτονία¹.

Η ευθανασία, λοιπόν, διακρίνεται σε δύο επίπεδα, σε αυτό της έκφρασης της συναίνεσης και σε αυτό του τρόπου διενέργειάς της. Τα δύο αυτά επίπεδα βεβαίως επικοινωνούν και συμπλέκονται, αφού αφορούν στην ίδια πράξη. Με τον τρόπο αυτόν δημιουργούνται ενδιάμεσοι συνδυασμοί και μπορούμε να έχουμε ενεργητική εκούσια ευθανασία, παθητική ακούσια ευθανασία κ.ο.κ.

1.1. ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Η ενεργητική ευθανασία διακρίνεται από την παθητική κυρίως με κριτήριο την ύπαρξη ή την απουσία δράσης. Στην περίπτωση της ενεργητικής ευθανασίας (active euthanasia) η έμφαση δίνεται στην ενέργεια παρά στην παράλειψη, η οποία συνιστά θανάτωση παρά ανοχή του γεγονότος του θανάτου². Η ενεργητική ευθανασία συνιστά εσκεμμένη πράξη θανάτωσης από τρίτο πρόσωπο, συνήθως από γιατρό, ενός ανιάτως κι επωδύνως θνήσκοντος ασθενούς, με θετική πράξη. Η ενέργεια αυτή του γιατρού

¹ Κάποιοι στοχαστές αντιτίθενται στην κατηγοριοποίηση αυτή και σε κάποια επίθετα που χρησιμοποιούνται για να προσδιορίσουν διαφορές, για παράδειγμα οι όροι *ενεργητική-παθητική* και *άμεση-έμμεση*, θεωρώντας ότι προκαλούν σύγχυση και εγκαταλείπονται ως παρωχημένοι ή παράλογοι. Kimsa & Leeuwen, 1993, 19-35, Kuhse, 1986, 145-148, Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 46-47. Σύμφωνα με ορισμένους μελετητές, κατά κυριολεξία θα μπορούσε κανείς να μιλήσει για ευθανασία μόνο στην περίπτωση της ενεργητικής ευθανασίας. Βλ. Πέτρου, 2007, 62-63 και αναλυτικά Brock, 2002, 335-350

² Beauchamp, 1996, 3.

συνίσταται συνήθως στη χορήγηση με ένεση ενός θανατηφόρου σκευάσματος³, έτσι ώστε ο θάνατος να επέλθει ανώδυνα και σύντομα⁴. Η μορφή αυτή ευθανασίας αποτελεί μια ενεργητική πορεία προς τον θάνατο, τον προκαλεί αντί να τον αναμένει. Ο θάνατος του ασθενούς τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή δεν είναι αποτέλεσμα της ασθένειας, αλλά της θανάσιμης ενέργειας ενός άλλου προσώπου⁵.

Αυτό το είδος ευθανασίας είναι ποινικά κολάσιμο από τα περισσότερα νομικά συστήματα και αντιμετωπίζεται ως κοινή ανθρωποκτονία⁶.

Στην προβληματική της ενεργητικής ευθανασίας εντάσσεται και μια πρακτική που δεν χαρακτηρίζεται μεν ευθανασία, αποτελεί όμως ουσιαστικά σιωπηρή εφαρμογή της. Πρόκειται για την έμμεση ευθανασία ή δόγμα του διπλού αποτελέσματος (doctrine of double effect, DDE). Το DDE αποσκοπεί να αιτιολογήσει τον ισχυρισμό ότι μια μεμονωμένη πράξη που έχει δύο προβλεπόμενα αποτελέσματα (συνέπειες), ένα καλό (όπως η διάσωση της ζωής) και ένα επιβλαβές (όπως ο θάνατος), δεν είναι πάντα ηθικά απαγορευμένη. Η προϋπόθεση-κλειδί είναι ότι, αν το επιβλαβές αποτέλεσμα δεν είναι εσκεμμένο, τότε η πράξη μπορεί, κάτω από ορισμένες περιστάσεις, να είναι αιτιολογημένη⁷. Για παράδειγμα, ο γιατρός μπορεί να χορηγήσει στον ασθενή μια μεγάλη δόση αναλγητικών προκειμένου να καταπολεμήσει τους αφόρητους πόνους του⁸, μολονότι ενδέχεται να συνεπιφέρει μια σύντμηση της ζωής ως μη επιδιωκόμενη παρενέργεια. Αν δεν υπάρχει πρόθεση⁹ για θανατηφόρο αποτέλεσμα, τότε η πράξη δικαιώνεται ηθικά και δεν διώκεται ποινικά¹⁰.

³ «...γίνεται εμβολιασμός με θανατηφόρο δόση ενός σκευάσματος, συνήθως ενός βαρβιτουρικού ταχείας δράσης, το οποίο ακολουθείται από ένα παραλυτικό σκεύασμα...» Materstvedt, 2003, 98.

⁴ Stuart et al, 1998, 24. «Όταν η ενέργεια του τρίτου προσώπου συνίσταται στη σκόπιμη επιτάχυνση του θανάτου, σε περιπτώσεις αναπότρεπτης επέλευσής του, γίνεται λόγος για επιταχυνθείσα». Αβραμίδης, 1995, 29.

⁵ Stuart et al, 1998, 23. Οι θεραπευτικές ακρότητες οδήγησαν στην αναβίωση του κινήματος της ενεργητικής ευθανασίας «θάνατος με αξιοπρέπεια» (Death with Dignity) σαν ένα είδος επανάστασης απέναντι στην ιατρική αυθεντία που χαρακτηρίστηκε και σαν «τυραννία». Κάτσας, 2009, 358.

⁶ Biggs, 2001, 15.

⁷ Beauchamp, 2007, 29-31. Pellegrino, 2007, 235-237. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το «δόγμα του διπλού αποτελέσματος» βλ. Boyle, 1991, 475-494.

⁸ Η ανακούφιση των ψυχροσωματικών πόνων αποτελεί υποχρέωση του γιατρού απέναντι στον ασθενή του σύμφωνα και με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ, 2005: άρθρο 29 παρ. 1 εδ. α) και είναι μια γενικά αναγνωρισμένη αρχή. Βλ. Eser, 1985, 19, Συμεωνίδου-Καστανίδου, 2007, 138.

⁹ Το δόγμα του διπλού αποτελέσματος έχει επικριθεί κυρίως διότι είναι δύσκολο, αν όχι αδύνατο να αποδειχτεί μια ηθικά σημαντική διαφορά μεταξύ πολλών περιπτώσεων, όπως της χορήγησης σε έναν ασθενή μιας μεγάλης ποσότητας αναλγητικού φαρμάκου και της χορήγησης θανατηφόρου δόσης. Επίσης δεν είναι σαφές γιατί στη χορήγηση ενός φαρμάκου υπάρχει απλώς πρόβλεψη και όχι πρόθεση θανάτου, δηλαδή, διαφέρει η υποκειμενική κάλυψη της πράξης. Βλ. Buchanan, 2007, 50 κ.ε., Συμεωνίδου-Καστανίδου, 2001, 198, Γεωργιάδης, 2003, 118.

¹⁰ Beauchamp, 2007, 29-31. Στην αποποινικοποίηση της πράξης συνέβαλε και το γεγονός, ότι το 1957, ο Πάπας Πίος ο XII στο Διεθνές Συμπόσιο Ανασθησιολογίας στη Ρώμη επεσήμανε ότι η χορήγηση παυσίπονων που έχουν ως αναπόφευκτη παρενέργεια την επίτευξη του θανάτου, είναι επιτρεπτή σε ασθενείς που πρόκειται να πεθάνουν, όταν δεν υπάρχει άλλο μέσο και η σύντμηση της ζωής δεν επιδιώκεται ευθέως. Γεωργιάδης, 2003, 118.

1.2. ΠΑΘΗΤΙΚΗ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Η παθητική ευθανασία (*passive euthanasia*), έρχεται στο προσκήνιο τη δεκαετία του 1970¹¹, όταν οι αλματώδεις τεχνολογικές εξελίξεις κατέστησαν δυνατή την παράταση της ζωής του ασθενούς με μηχανική υποστήριξη¹², ακόμη και όταν βασικές ζωτικές του λειτουργίες (νευρικό σύστημα, αναπνευστική λειτουργία κ.α.) έχουν αδρανοποιηθεί και ο ασθενής έχει περιέλθει πλέον στην κατάσταση του «φυτού». Ακόμη και όταν η κατάσταση χαρακτηρίζεται ως μη αναστρέψιμη, η σύγχρονη τεχνολογία παρέχει τα μέσα, ώστε ο ασθενής να μπορεί να διατηρηθεί στη ζωή για αρκετά χρόνια. Κάπου σε αυτό το σημείο προκύπτει το ηθικό ζήτημα αν και πότε μπορούμε να διενεργήσουμε ευθανασία και συγκεκριμένα παθητική ευθανασία.

Με τον όρο «παθητική ευθανασία» στη σύγχρονη ιατρική, νομική και φιλοσοφική ορολογία, περιγράφεται κάθε θεληματική πράξη που αποσκοπεί στη μη χρήση ή στη διακοπή των θεραπευτικών ή υποστηρικτικών μέσων τα οποία θα παρέτειναν τη ζωή ενός ασθενούς¹³. Το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα είναι ο θάνατος ο οποίος δεν επιβραδύνεται με τη χρήση ιατρικών μέσων, ούτε όμως και επισπεύδεται, όπως συμβαίνει με την ενεργητική ευθανασία. Επομένως, κριτήριο για τη διάκριση μεταξύ των δύο μορφών, είναι το εξωτερικό ή αναγκαστικό αίτιο πρόκλησης του θανάτου, κάθε φορά¹⁴.

Στη σύγχρονη ιατρική, η παθητική ευθανασία έχει επιβληθεί ως ηθικά εφαρμόσιμη σε περιπτώσεις όπου η συνέχιση της θεραπείας ή της υποστήριξης ενός ασθενούς σε τελικό στάδιο χαρακτηρίζεται ως μη αποτελεσματική παρατείνοντας το μαρτύριό του. Έτσι η παθητική ευθανασία έχει καθιερωθεί στη συνείδηση του ιατρικού κόσμου ως υποταγή στη δύναμη της φύσης και όχι ως φόνος¹⁵, επισύροντας ταυτόχρονα μικρές έως ανύπαρκτες νομικές συνέπειες. Αυτό συμβαίνει διότι η

¹¹ Πριν από το 1970, η ευθανασία αφορούσε μόνο τον ενεργητικό τερματισμό της ζωής ενός ασθενούς σε τελικό στάδιο από ένα δεύτερο πρόσωπο. Beauchamp, 1996, 3.

¹² «Ο όρος παλιότερα αναφερόταν μόνο στην πράξη η οποία επέφερε ανώδυνα τον θάνατο ανίατων ασθενών. Ωστόσο, οι πρόοδοι της ιατρικής που έχουν καταστήσει εφικτή την παράταση της ζωής ασθενών οι οποίοι δεν έχουν καμιά ελπίδα ανάνηψης, επιβάλλουν την ανάγκη χρήσης όρων όπως η παθητική ευθανασία, δηλαδή η απόσυρση εκτάκτων μέσων που χρησιμοποιούνται για την προστασία της». Harris & Levey, 1975, 904.

¹³ Πελεγρίνης, 2009, 51. « Στην περίπτωση της σκόπιμης θανάσιμης διακοπής ο γιατρός διακόπτει θεραπεία η οποία ήδη έχει ξεκινήσει (όπως η χρήση αναπνευστήρα) ή αποφασίζει να μην ξεκινήσει θεραπεία (όπως η καρδιακή ανάνηψη) και επιτρέπει την έλευση ενός αναπόφευκτου θανάτου». Ο θάνατος είναι σκόπιμος αλλά το άτομο που διενεργεί την παθητική ευθανασία δεν είναι η αιτία του με ιατρικούς όρους. Άλλος ένας όρος για την πρακτική αυτή είναι «η σκόπιμη θανάσιμη ανάσχεση». Βλ. Stuart et al., 1998, 24-25. Πρβλ. Τάσκο, 2007, 103-111. Εδώ πρέπει να τονίσουμε ότι κάποιες ιατρικές πρακτικές που ονομάζονται συχνά παθητική ευθανασία, δεν αποτελούν μορφή ευθανασίας από τη στιγμή που δεν είναι εμφανής η πρόθεση τερματισμού μιας ζωής. Στις πράξεις αυτές συμπεριλαμβάνονται η μη έναρξη θεραπείας που δεν θα παρέχει κανένα όφελος για τον ασθενή ή ο τερματισμός μιας θεραπείας που φαίνεται να είναι αναποτελεσματική, οδυνηρή ή μη επιθυμητή. Βλ. Χαραλάμπους, 2006, 48.

¹⁴ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 51. «Το καίριο ερώτημα είναι αν ο θάνατος προκαλείται άμεσα από ανθρώπινη παρέμβαση (ενεργητική ευθανασία) ή από φυσικές αιτίες που αφήνονται να εξελιχθούν ανεμπόδιστα (παθητική ευθανασία)». Baird & Baum, 1989, 12, Πελεγρίνης, 1985, 147.

¹⁵ Beauchamp & Childress, 1994, 220.

ιατρική κρίση είναι πολύ δύσκολο να αμφισβητηθεί ή να στοιχειοθετηθεί αδίκημα εναντίον της και από την άλλη, η άρνηση της θεραπείας αποτελεί δικαίωμα¹⁶ του ασθενούς.

Εντούτοις, παρόλο που η ενεργητική και η παθητική ευθανασία διαφέρουν σε βαθμό ουσίας αλλά και πρακτικής, πολλοί πιστεύουν ότι στην πραγματικότητα πρόκειται για τις δύο όψεις του ίδιου νομίσματος¹⁷ που πρέπει να αντιμετωπίζονται με τον ίδιο τρόπο, αφού και στις δύο περιπτώσεις τόσο τα κίνητρα όσο και ο επιδιωκόμενος στόχος συμπίπτουν απόλυτα. Η θανάτωση με παράλειψη όσο και η θανάτωση με πράξη μπορούν να είναι σκόπιμες και μια αναλυτικότερη εξέταση συχνά αποδεικνύει πως το να αφήνεις κάποιον να πεθάνει στην πραγματικότητα είναι το ίδιο με το να τον βοηθάς να πεθάνει¹⁸. Επιπλέον πολλοί υποστηρίζουν ότι η διάκριση μεταξύ ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας πρέπει να καταργηθεί, αφού το μόνο που επιτυγχάνει είναι η ποινικοποίηση της πρώτης και η αδρανοποίηση του γιατρού, όταν δεν μπορεί να διενεργήσει παθητική ευθανασία φοβούμενος τις συνέπειες¹⁹.

Πολλές φορές η ίδια πράξη μπορεί να επιτευχθεί είτε ενεργητικά είτε παθητικά. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις που το συμφέρον του ασθενούς και οι επιταγές του ανθρωπισμού επιβάλλουν την ενέργεια²⁰. Η διακοπή της θεραπείας θα προκαλέσει μεν τον θάνατο του ασθενούς, αλλά με τρόπο αργό και επώδυνο. Αν όμως του γίνει μια θανατηφόρα ένεση, το τέλος θα είναι άμεσο και ανώδυνο. Αν συνυπολογίσουμε τα παραπάνω, δεν μπορούμε παρά να προσδώσουμε θετική ηθική τιμή στην επιλογή του γιατρού εκείνου που, παρότι γνωρίζει τις ενδεχόμενες δυσμενείς για τον ίδιο επιπτώσεις, επιλέγει να διενεργήσει ενεργητική ευθανασία στον ασθενή του σκεπτόμενος αποκλειστικά και μόνο το συμφέρον του πάσχοντος και αδιαφορώντας για το ιδιωτικό του. Παράλληλα, θα πρέπει να απαξιώσουμε τη στάση του γιατρού εκείνου ο οποίος- φοβούμενος τις συνέπειες της πράξης του- διενεργεί στον ασθενή

¹⁶ Battin, 1983, 13-16. Το δικαίωμα άρνησης μιας θεραπευτικής αγωγής, που αναγνωρίστηκε στην Ελλάδα ήδη από το 1992 (άρθρο 47 ν. 2071/1992), κατοχυρώθηκε στη συνέχεια στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική (ν. 2619/1998, άρθρο 6 α), και προβλέπεται πλέον και στον πρόσφατο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας του 2005, όπου ορίζεται μάλιστα ρητά ότι ο γιατρός υποχρεούται να απέχει από οποιαδήποτε ιατρική πράξη χωρίς προηγούμενη συναίνεση του αρρώστου (άρθρο 12 παρ.1 Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας). Ακόμη και στις περιπτώσεις κατά τις οποίες συντρέχει άμεση και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής βοήθειας, ο γιατρός μπορεί να επέμβει χωρίς συναίνεση, μόνο όταν η συναίνεση δεν μπορεί να ληφθεί (άρθρο 12 παρ. 3 Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας). Αντίστοιχη είναι η θέση που έγινε αποδεκτή κατά πλειοψηφία από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής στην Εισήγησή της του 2006, σχετικά με την τεχνητή παράταση της ζωής. Συμμεωνίδου-Καστανίδου, 2007, 149-150.

¹⁷ Davis, 2007, 182, 188, Rachels, 1975, 78-80.

¹⁸ Ο Gruzalski επικαλείται την έννοια της αιτιώδους σχέσης για να αποδείξει ότι τόσο η ενέργεια όσο και η παράλειψη μπορεί να αποτελέσουν αιτίες θανάτου. Συνεπώς το να αφήσει κανείς έναν συνάνθρωπό του να πεθάνει είναι ένας τρόπος για να τον σκοτώσει. Βλ. Gruzalski, 1981, 94-95. βλ. Πελεγρίνη, 1985, 148-157, Πρωτοπαπαδάκη, 2008, 23-26.

¹⁹ Davis, 2007, 182, 188, Rachels, 1975, 78-80.

²⁰ «Μπορούμε να πούμε ότι η ενεργητική ευθανασία είναι πολύ πιο ανθρώπινη και ηθικά σωστή από την παθητική, η οποία αποτελεί στην ουσία έναν αργό και παρατεταμένο θάνατο». Βλ. Singer, 1993, 211.

του παθητική ευθανασία, παρότι γνωρίζει πως αυτή θα τον οδηγήσει σε τέλος επώδυνο και απάνθρωπο²¹.

1.3. ΕΚΟΥΣΙΑ, ΜΗ ΕΚΟΥΣΙΑ ΚΑΙ ΑΚΟΥΣΙΑ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Σε ένα δεύτερο επίπεδο, με βάση την έκφραση της συναίνεσης του πάσχοντος, η ευθανασία διακρίνεται σε *εκούσια*, *μη εκούσια* και *ακούσια*. Θα πρέπει από την αρχή να διευκρινιστεί ότι το σύνολο των ιατρικών, νομικών αλλά και ηθικών ερευνητών του θέματος καταδικάζει τον όρο «ακούσια ευθανασία», τον τερματισμό, δηλαδή, της ζωής ενός ανθρώπου παρά τη θέλησή του²². Μια τέτοια πράξη μοιάζει με δολοφονία και παραπέμπει σε πρακτικές της Ναζιστικής Γερμανίας. Για τον λόγο αυτόν η αναφορά θα περιοριστεί στη διάκριση μεταξύ εκούσιας και μη εκούσιας ευθανασίας, περιθωριοποιώντας εξ' αρχής την ακούσια ευθανασία.

Η *εκούσια ευθανασία* (*voluntary euthanasia*) αναφέρεται στον τερματισμό της ζωής του ασθενούς από τρίτο πρόσωπο, είτε με εσκεμμένη πράξη θανάτωσης αυτού, είτε με παράλειψη λήψης μέτρων συντήρησης της ζωής του σύμφωνα με τη δεδηλωμένη βούλησή του ασθενούς²³. Είναι βεβαίως πολύ σημαντικό ο πάσχων να είναι πνευματικά διαυγής²⁴ και η συνειδητή απαίτησή του να πεθάνει να ενέχει το στοιχείο της σταθερότητας, ενώ σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να αποτελεί προϊόν επίγνωσης της κατάστασης της υγείας του και αποτέλεσμα της καθαρής του βούλησης. Πρέπει, λοιπόν, ο ασθενής να είναι πλήρως και λεπτομερειακά ενημερωμένος από το ιατρικό προσωπικό για την κατάστασή του, να γνωρίζει τις πιθανότητες και το προσδόκιμο ζωής του καθώς και την ποιότητα του εναπομείναντος αυτού χρόνου. Εάν, έχοντας γνώση όλων των παραπάνω, ζητήσει να πεθάνει, τότε η ευθανασία αυτή χαρακτηρίζεται εκούσια²⁵.

²¹ Η κατάσταση αυτή παράγεται και συντηρείται, ισχυρίζονται οι υπέρμαχοι της κατάργησης της διάκρισης, από μια άνευ ουσίας κατηγοριοποίηση της ευθανασίας σε παθητική και ενεργητική. Έτσι επιλέγεται πολλές φορές η χειρότερη δυνατή λύση, ενώ πολλοί γενναίοι γιατροί και συγγενείς, οι οποίοι επιτέλεσαν στο ακέραιο το ηθικό τους χρέος ή εκπλήρωσαν την επιθυμία του πάσχοντος οδηγούνται στα δικαστήρια με κατηγορίες που αρμόζουν σε εγκληματίες. Rachels, 1975, 78-80, Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 54-55, Πρωτοπαπαδάκης, 2008, 23-26.

²² «Ακούσια ευθανασία συμβαίνει όταν ο ασθενής ξεκάθαρα δεν επιθυμεί να θανατωθεί, και η επιθυμία του δεν εισακούεται». Stuart et al, 1998, 25.

²³ «Η εκούσια ευθανασία συμβαίνει όταν ένας ασθενής ζητά κάποιος άλλος να δώσει τέλος στη ζωή του και η επιθυμία του αυτή ικανοποιείται». Stuart et al, 1998, 25, AGS Ethics Committee, 1995, 579-580.

²⁴ «Η ευθανασία μπορεί να είναι δικαιώσιμη μόνο όταν το θύμα είναι ενήλικος με πλήρη διαύγεια». Kottow, 1988, 65.

²⁵ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 56, Παντελίδου, 2003, 232-233.

Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις ασθενών οι οποίοι βρίσκονται σε κόμα και είναι πρακτικά αδύνατο να εκφράσουν τη θέλησή τους²⁶. Τότε, η βούλησή τους *τεκμαίρεται* από προγενέστερες εκπεφρασμένες απόψεις τους, από τη γενικότερη στάση τους απέναντι στη ζωή, ή από την άποψη των συγγενών τους για την ενδεχόμενη επιθυμία του ασθενούς με βάση τον χαρακτήρα του²⁷. Στις περιπτώσεις αυτές η ευθανασία δεν είναι εκούσια αφού απουσιάζει η έκφραση της συναίνεσης του ασθενούς, δεν είναι, όμως, ούτε ακούσια (involuntary), διότι δεν πραγματοποιείται ενάντια στη θέλησή του αλλά *μη εκούσια*, (*non voluntary*) σύμφωνα δηλαδή με την εικαζόμενη²⁸ ή, κάποιες φορές, βέβαιη επιθυμία του.

Σε άλλες χώρες (ΗΠΑ, Γερμανία, Ολλανδία κ.α.), οι λεγόμενες «προγενέστερες οδηγίες» (advance directives) ή «διαθήκες εν ζωή» (living wills), δηλαδή η γραπτή διατύπωση της ρητής βούλησης κάποιου για το πώς θέλει να τον μεταχειριστούν στην περίπτωση που χάσει αυτή την ικανότητα (πρόκειται ιδίως για ρητές επιθυμίες αποφυγής μιας επίπονης επέμβασης ή της καρδιακής ανάταξης, ή της διακοπής μηχανικής υποστήριξης, διατροφής κ.τ.λ.), προσφέρουν μια λύση για να αποφευχθεί η «εικαζόμενη»²⁹. Δεν είναι λίγες πάντως, οι επιφυλάξεις που διατυπώνονται ως προς τον βαθμό ασφάλειας των διαθηκών αυτών, καθώς συχνά γίνονται κάτω από την έξαρση κατάθλιψης ή κάτω από την ιδιοτελή επήρεια τρίτων προσώπων. Άλλωστε, δεν αποκλείεται την κρίσιμη στιγμή, ο ενδιαφερόμενος, επειδή ακριβώς ζει, να αλλάξει γνώμη και να μην μπορεί να το εκφράσει. Θα δεσμευόμαστε ακόμα από μια «διαθήκη» ευθανασίας;³⁰

1.4. ΙΑΤΡΙΚΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Κατά την *ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία* (*physician assisted suicide*), όπως δηλώνει και ο όρος, αυτός που επιφέρει τον θάνατο είναι ο ίδιος ο ασθενής. Ο γιατρός

²⁶ «Μη εκούσια ευθανασία ονομάζεται η θανάτωση του ασθενούς από κάποιον ο οποίος δεν γνωρίζει τις επιθυμίες του ασθενούς, είτε επειδή οι επιθυμίες αυτές δεν μπορούν να εκφραστούν, είτε επειδή το άτομο αυτό προτιμά να μην τις μάθει». Stuart et al, 1998, 25.

²⁷ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 57.

²⁸ Η εικαζόμενη συναίνεση - ακριβέστερα, ίσως: τεκμαιρόμενη συναίνεση - προτείνεται από πολλούς, ως υποκατάστατο της αυτοπρόσωπης «συναίνεσης ύστερα από πληροφόρηση», δηλαδή της βασικής εγγύησης για την αυτονομία του προσώπου. Υπάρχουν περιπτώσεις όμως όπου η συναίνεση είναι πολύ πιο προβληματική, όπως όταν αφορά δωρεά οργάνων για μεταμόσχευση ή την ευθανασία (περίπτωση Schiavo) ή αρνητική ευγονική (εικάζουμε ότι ένα βρέφος δεν θα ήθελε να γεννηθεί με σοβαρά προβλήματα υγείας). Το ζήτημα που τίθεται στις περιπτώσεις αυτές είναι αν οι προτιμήσεις των οικείων μπορούν να εκφράσουν την προτίμηση του ασθενούς και σε ποιο βαθμό μια τέτοια πρακτική συνιστά παραβίαση της αυτονομίας του. Βιδάλης, 2007, 107, 111, Beauchamp & Childress, 1994, 77 κ.ε.

²⁹ Βλ. σχετ. άρθ. 9 της Σύμβασης του Οβιέδο και Carron, 2001, 299 κ.ε.

³⁰ Eser, 1985, 72-75. Ο νόμος σήμερα δέχεται τη συναίνεση ύστερα από ενημέρωση του αντιπροσώπου ενός παιδιού ή ενός ανίκανου να συναινέσει ενηλίκου, ως υποκατάστατο για να αντιμετωπιστούν άμεσα κίνδυνοι για την υγεία ή για τη ζωή των τελευταίων. Βλ. άρθρο 6 επ. της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοιατρική (Σύμβαση του Οβιέδο) και Βιδάλης 2007, 108-110.

απλώς παρέχει τα μέσα με τα οποία το άτομο, έχοντας όχι μόνο συνείδηση αλλά και δυνατότητα, καθιστά εφικτή την αυτοκτονία του³¹. Έτσι η πράξη τυπικά δεν εντάσσεται στην κατηγορία της ευθανασίας αλλά της αυτοκτονίας, αφού δράστης και θύμα είναι το ίδιο πρόσωπο. Η φράση «υποβοηθούμενος θάνατος», ειδικά ο «ιατρικά υποβοηθούμενος θάνατος» χρησιμοποιείται ευρέως στις μέρες μας, αλλά είναι αμφίσημος επειδή υπάρχουν πολλοί τρόποι βοήθειας³² υπαγόμενοι στην ίδια γενική κατηγορία. Τα μέσα τα οποία χορηγούνται, για έναν όσο το δυνατόν ανώδυνο και αξιοπρεπή θάνατο, μπορεί να είναι η συνταγολόγηση ενός σκευάσματος που θα επιφέρει τον θάνατο, μία ένεση την οποία ο ίδιος ο ασθενής θα κάνει στον εαυτό του, ή ακόμη και κάποιος μηχανισμός³³ τον οποίο χειριζόμενος ο ίδιος ο πάσχων θα τερματίσει τη ζωή του. Τα όρια συχνά ανάμεσα στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία και την εκούσια ενεργητική ευθανασία είναι δυσδιάκριτα ή συγχέονται, διότι και οι δύο αυτές περιπτώσεις περιλαμβάνουν κάποια μορφή βοήθειας για να επέλθει ο θάνατος ενός άλλου προσώπου. Η πρακτική της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας είναι τέτοια ώστε δεκάδες τρόποι και μέτρα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη του θανάτου του ασθενούς, χωρίς να μπορούν να γίνουν όλα γνωστά. Επειδή, επίσης, η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία στηρίζεται στην προσωπική σχέση πάσχοντος και γιατρού, συχνά δεν παρουσιάζεται ως τέτοια, αλλά ο επελθών θάνατος πολλές φορές αποδίδεται σε παρενέργεια της φαρμακευτικής αγωγής ή στην ασθένεια. Αυτός ο «παρασκηνιακός» τρόπος με τον οποίο πραγματοποιείται, δημιουργεί επιφυλάξεις σε σχέση με την αποτελεσματικότητα και την ηθικότητα των χρησιμοποιούμενων μεθόδων³⁴, αλλά και η μυστικότητα της πράξης καθιστά, συγχρόνως, τον αριθμό των κατ' έτος ιατρικά υποβοηθούμενων αυτοκτονιών μόνο κατά προσέγγιση υπολογίσιμο.

³¹ Stuart et al, 1998, 18. Σύμφωνα με τον Γ. Χαραλάμπους, η συνδρομή του γιατρού μπορεί να συνίσταται απλώς και μόνο σε συμβουλευτική παρέμβαση ή συνταγογράφηση και όχι ενεργό συμμετοχή με τη χορήγηση θανατηφόρας δόσης. Χαραλάμπους, 2006, 47.

³² «Αμφότερες η υποβοηθούμενη αυτοκτονία και η ενεργητική ευθανασία είναι περιστάσεις βοήθειας με σκοπό την έλευση του θανάτου. Στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία ο τελικός δράστης είναι εκείνος του οποίου ο θάνατος προκαλείται, ενώ στην εκούσια ενεργητική ευθανασία ο δράστης είναι ένα άλλο πρόσωπο». Beauchamp & Childress, 1994, 228. Στις περιπτώσεις υποβοηθούμενης αυτοκτονίας δεν είναι απαραίτητη η προϋπόθεση του αφόρητου πόνου στο άτομο που πεθαίνει ώστε να υποβοηθηθεί για να αυτοκτονήσει. Επίσης δεν είναι απαραίτητο το επιλεγόμενο μέσο να είναι όσο το δυνατόν πιο ανώδυνο. Σύμφωνα με αυτές τις παρατηρήσεις, η υποβοηθούμενη αυτοκτονία έχει μεγαλύτερο εύρος από την ευθανασία. Βλ. Beauchamp, 2007, 19-20, Βούλτσος & Τσούγκας, 2008, 76.

³³ Είναι γνωστή η περίπτωση του γνωστού Αμερικανού γιατρού Kevoorkian, ο οποίος έχει εφεύρει μία μηχανή που χορηγεί διοξείδιο του άνθρακα στους πνεύμονες. Τη μηχανή αυτή προμήθευε στους ασθενείς που επιθυμούσαν να πεθάνουν την οποία τη χειρίζονταν μόνοι τους και με το πάτημα ενός κουμπιού επέφεραν στον εαυτό τους ένα σχετικά ανώδυνο και σύντομο θάνατο. Ο ίδιος ο γιατρός μπορούσε είτε να παραμένει δίπλα στον ασθενή είτε να απουσιάζει κατά την τέλεση της πράξης. Παρά τις προσπάθειες που καταβλήθηκαν πολλές φορές για να στοιχειοθετηθεί κατηγορία εναντίον του, αυτό δεν κατέστη δυνατόν παρά μόνο το 1999, ύστερα από τη διενέργεια 130 περίπου υποβοηθούμενων θανάτων. Το 2007 αφέθηκε ελεύθερος. Βλ. Davey, 2007 στο: http://www.nytimes.com/2007/06/04/us/04kevoorkian.html?_r=1&ref=jack_kevoorkian, και σχετικό άρθρο στο Time Magazine, 5-4-1999.

³⁴ «Από τη στιγμή που η διαδικασία της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας είναι εν πολλοίς κρυφή και ελάχιστα μελετημένη, λίγα είναι γνωστά σε σχέση με το ποια είναι η πιο ανθρώπινη και αποτελεσματική μέθοδος». Quill et al, 1992, 1380-1384.

Συμπερασματικά, ο παράγοντας που διαδραματίζει τον σημαντικότερο ρόλο για τον χαρακτηρισμό μιας πράξης ως ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, είναι η πρόθεση³⁵ του γιατρού και του ασθενούς. Εάν ο γιατρός χορηγήσει, για παράδειγμα, μια μεγάλη δόση αναλγητικών προκειμένου να καταπραΰνει τον αφόρητο πόνο του ασθενούς, αλλά η αγωγή αυτή επιφέρει τον θάνατο, η πράξη δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Επίσης, εάν ο ασθενής ζητήσει ισχυρά παυσίπονα προφασιζόμενος έντονο πόνο αλλά τα χρησιμοποιήσει για να τερματίσει τη ζωή του, πάλι έχουμε απλή αυτοκτονία. Συνεπώς, μόνο η πρόθεση του γιατρού, συνδυαζόμενη με αυτή του ασθενούς καθιστούν την πράξη ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία³⁶.

³⁵ «Υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι η σκόπιμη βοήθεια σε έναν ασθενή να τερματίσει ο ίδιος τη ζωή του κατ' απαίτησή του». Schepers & Duursma, 1994, 3-8, AGS Ethics Committee, 1995, 579-580.

³⁶ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 59. Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία τιμωρείται με τις διατάξεις του άρθρου 301 ΠΚ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΔΙΚΑΙΟ ΚΑΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

Η ευθανασία είναι ένα πολυδιάστατο και περίπλοκο ζήτημα, ένα θέμα που σοκάρει επειδή άπτεται ευαισθησιών και προσωπικών συγκινησιακών καταστάσεων. Αν λοιπόν η κοινωνία δεν είναι ακόμη πλήρως εξοικειωμένη με το θέμα, είναι λογικό και η νομοθεσία να μην είναι ξεκάθαρη σε ότι αφορά στην ευθανασία. Αυτό είναι αναμενόμενο, εάν δεχτούμε πως οι νόμοι δεν είναι παρά τα κατάστιχα στα οποία γράφονται οι θελήσεις μας³⁷.

Ο τρόπος με τον οποίο ρυθμίζονται τα θέματα της ευθανασίας ποικίλει αναλόγως των ηθικών αξιών της κάθε χώρας και του νομικού της πολιτισμού. Σε κάποιες περιπτώσεις, ελλείπει νομικού πλαισίου, αναζητείται καταφύγιο στη νομολογία. Οι περιπτώσεις καταδίκης γιατρών ή συγγενών που συνέργησαν ή διενέργησαν ευθανασία είναι ελάχιστες στις περισσότερες χώρες και τις πιο πολλές φορές συμβολικές. Ενώ, όμως, οι Ποινικοί Κώδικες πολλών κρατών συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν την ευθανασία ως ανθρωποκτονία, ή στην καλύτερη περίπτωση ως συνέργεια σε αυτοκτονία, είναι δύσκολο για τα αρμόδια δικαστήρια να συμβιβάσουν το γράμμα του νόμου με τις απαιτήσεις των καιρών, τα δικαιώματα των ασθενών με τις υποχρεώσεις της κοινωνίας προς αυτούς, το νομικό με το ανθρωπιστικό καθήκον των γιατρών³⁸. Το δίκαιο οργανώνει τις κοινωνίες επιλύοντας προβλήματα, δοκιμάζεται όμως και το ίδιο, όταν τα προβλήματα αυτά έχουν οριακή ταυτότητα, κινούνται δηλαδή στο μεταίχμιο δικαίου και ηθικής.

Στο κεφάλαιο αυτό θα προσπαθήσουμε να ανιχνεύσουμε τόσο σε διεθνές όσο και σε ελληνικό επίπεδο πώς αντιμετωπίζεται νομοθετικά και εν μέρει νομολογιακά το πρόβλημα της ευθανασίας. Θα εστιάσουμε το ενδιαφέρον μας κυρίως στη Γερμανία, τη Μεγάλη Βρετανία, στις Η.Π.Α., την Αυστραλία και την Ολλανδία διότι εκεί³⁹ πυροδοτήθηκαν από την επιστημονική συζήτηση οι μεγαλύτερες αλλαγές στη νομοθεσία για τον καθορισμό του δικαιώματος στον θάνατο.

³⁷ Πελεγρίνης, 2009, 45.

³⁸ Πρωτοπαπαδάκης, 1999 διαθέσιμο στο: <http://www.protopapadakis.gr/articlesgr.htm>

³⁹ Αναπλιώτης, 2003, 131.

2.1. ΔΙΕΘΝΕΣ ΔΙΚΑΙΟ

2.1.1. Συμβούλιο της Ευρώπης - Ευρωπαϊκή Σύμβαση του Οβιέδο (1997) για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική

Από τη νομοθεσία στον ευρωπαϊκό χώρο, η σημαντικότερη συνεισφορά επί του θέματος καταγράφεται στη Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης⁴⁰ για την προστασία των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής, γνωστή ως «Σύμβαση του Οβιέδο για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική». Η Σύμβαση αυτή υπογράφηκε το 1997 στο Οβιέδο της Ισπανίας από την Επιτροπή Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης και κυρώθηκε από την Ελλάδα με τον Ν. 2619/1998-ΦΕΚ Α.132 από 19-6-1998⁴¹.

Οι κύριες διατάξεις που άπτονται του δικαιώματος στον θάνατο, αφορούν στη συναίνεση σε κάθε επέμβαση που αφορά θέματα υγείας μετά από προηγούμενη σχετική ενημέρωση (άρθρο 5) και τον σεβασμό στις προγενέστερες εκφρασθείσες επιθυμίες του ασθενούς σχετικά με την ιατρική επέμβαση, όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να εκφράσει τις επιθυμίες του (άρθρο 9). Η θέση αυτή αποτελεί κατοχύρωση του δικαιώματος για «διαθήκη εν ζώη»⁴².

Το συμπέρασμα που μπορεί κανείς να συλλέξει έχοντας μια συνολική εικόνα της Σύμβασης του Οβιέδο, είναι ότι το Συμβούλιο της Ευρώπης διάκειται σαφώς αρνητικά στην περίπτωση της ενεργητικής ευθανασίας, δέχεται όμως ότι ο ασθενής θα πρέπει να μπορεί να αρνηθεί οποιαδήποτε επέμβαση ή θεραπεία, ακόμη και αν αυτή η άρνηση είναι αντίθετη προς το συμφέρον του, εμφανίζοντας επομένως μια διαλλακτικότερη στάση υπέρ της νομιμοποίησης της παθητικής ευθανασίας.

Στη συνέχεια, το Συμβούλιο της Ευρώπης στην προσπάθειά του να εξετάσει την πιθανότητα εναρμονισμένης εφαρμογής κανόνων για την ευθανασία, απέστειλε το 2003 στα κράτη μέλη ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με τις εσωτερικές νομοθεσίες των κρατών για όλες τις μορφές της ευθανασίας και τις σχετιζόμενες με αυτήν πρακτικές⁴³. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν την ανομοιομορφία του θεσμικού πλαισίου που κυριαρχεί ανάμεσα στα κράτη-μέλη. Η συντριπτική πλειοψηφία των 36

⁴⁰ Γκίοκα, 2008, 240.

⁴¹ Αναπλιώτης, 2003, 131.

⁴² Κριάρη-Κατράνη, 2003, 137-142.

⁴³ Council of Europe, Steering Committee on Bioethics (CDBI), 2003, διαθέσιμο στο: http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/activities/09_euthanasia/INF%282003%298e_replies_euthanasia.pdf

χωρών που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο είπαν ότι η νομοθεσία τους δεν προέβλεπε ούτε στο ελάχιστο διατάξεις σχετικά με την ευθανασία.

2.1.2. Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων-Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου

Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (στο εξής ΕΔΔΑ), συχνά αναφέρεται ανεπίσημα και ως «Δικαστήριο του Στρασβούργου», ιδρύθηκε με σκοπό να συστηματοποιήσει την εξέταση προσφυγών που αφορούν τα ανθρώπινα δικαιώματα κατά των κρατών μελών βάσει της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ). Έργο του Δικαστηρίου είναι ο έλεγχος της εφαρμογής της Σύμβασης, εκδικάζοντας προσφυγές πολιτών κατά παραβιάσεων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων οι οποίες διαπράχθηκαν από κράτη μέλη. Πρόκειται για τον πρώτο σε διεθνές επίπεδο δικαστικό μηχανισμό προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων⁴⁴.

Η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών (στο εξής ΕΣΔΑ), η οποία υιοθετήθηκε από το Συμβούλιο της Ευρώπης το 1950, δεν έχει πάρει έως σήμερα σαφή θέση ως προς τον ορισμό του τέλους της ζωής ή ως προς το δικαίωμα του ανθρώπου να αποφασίσει για τον θάνατό του. Στο άρθρο 2 (παράγραφος 1) της Σύμβασης κατοχυρώνεται το δικαίωμα στη ζωή: «Το δικαίωμα εκάστου προσώπου εις την ζωήν προστατεύεται υπό του νόμου. Εις ουδένα δύναται να επιβληθή εκ προθέσεως θάνατος, ειμή εις εκτέλεσιν θανατικής ποινής εκδιδομένης υπό δικαστηρίου εν περιπτώσει αδικήματος τιμωρουμένου υπό του νόμου δια της ποινής ταύτης»⁴⁵. Ωστόσο, παραμένει μετέωρο το αν το δικαίωμα στη ζωή κατοχυρώνει δικαίωμα και στον θάνατο⁴⁶. Επίσης σύμφωνα με το άρθρο 3 της ΕΣΔΑ «ουδείς επιτρέπεται να υποβληθή εις βασάνους ούτε εις ποινάς ή μεταχείρισιν απανθρώπους ή εξευτελιστικής»⁴⁷. Εντούτοις, η απαγόρευση της ευθανασίας και η υποχρεωτική παράταση μιας ζωής επώδυνης και απάνθρωπης θέτει για πολλούς ζήτημα σεβασμού της αξιοπρέπειας του ανθρώπου⁴⁸.

⁴⁴ http://www.echr.coe.int/ECHR/Homepage_En/

⁴⁵ «Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών», 1950, 4 διαθέσιμο στο: <http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/E4317264-DB27-42FE-873E-1ECCACABB045/0/GreekGrec.pdf>

⁴⁶ Μάλλιος, 2009, 1182.

⁴⁷ «Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών», 1950, 5 διαθέσιμο στο: <http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/E4317264-DB27-42FE-873E-1ECCACABB045/0/GreekGrec.pdf>

⁴⁸ Μάλλιος, 2009, 1182.

Οι περιπτώσεις αιτημάτων περί ευθανασίας που υποβλήθηκαν στο ΕΔΔΑ είναι: η υπόθεση Pretty κατά Ηνωμένου Βασιλείου της 29ης Απριλίου 2002, η υπόθεση Widmer κατά Ελβετίας και η υπόθεση Sanles Sanles κατά Ισπανίας.

Υπόθεση Pretty κατά Ηνωμένου Βασιλείου

Η Diane Pretty, η οποία έπασχε από μια μοιραία εκφυλιστική ασθένεια των νευρώνων, πάλεψε για το δικαίωμα να επιτραπεί στον σύζυγό της να τη βοηθήσει να πεθάνει. Η Pretty προσέφυγε στο ΕΔΔΑ στις 21-12-2001, μετά την απόρριψη της αίτησής της από τα βρετανικά δικαστήρια, όπου και εκεί η προσφυγή της απορρίφθηκε με τη βασική αιτιολογία ότι η απόλυτη προστασία της ζωής που παρέχει το άρθρο 2 συνίσταται σε θετικό δικαίωμα και όχι σε αρνητικό, στο δικαίωμα δηλαδή να τερματίσει ο ασθενής τη ζωή του με τη βοήθεια κάποιου άλλου. Τελικά η Diane Pretty πέθανε σε ένα σανατόριο τον Μάιο του 2002, λίγες ημέρες μετά την έκδοση της απόφασης από το ΕΔΔΑ⁴⁹.

Υπόθεση Widmer κατά Ελβετίας

Στην περίπτωση αυτή η Επιτροπή απέρριψε ως απαράδεκτη την προσφυγή Ελβετού πολίτη, ο οποίος κατηγορούσε νοσοκομείο της χώρας του ότι είχε πραγματοποιήσει ευθανασία στον πατέρα του χωρίς τη θέλησή του. Οι κατηγορίες κρίθηκαν ως αόριστες⁵⁰.

Υπόθεση Sanles Sanles κατά Ισπανίας

Στην υπόθεση αυτή οι κληρονόμοι ενός τετραπληγικού που τερμάτισε τη ζωή του υποβοηθούμενος από τρία πρόσωπα προσέφυγαν στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο. Ωστόσο το ΕΔΔΑ απέρριψε την προσφυγή με το αιτιολογικό ότι το δικαίωμα στη ζωή είναι προσωποπαγές και αμεταβίβαστο και συνεπώς ο κληρονόμος δεν είναι θύμα με την έννοια του άρθρου 34 της Σύμβασης⁵¹.

⁴⁹ Pretty v. the United Kingdom (αίτηση υπ' αριθμ. 2346 της 29-4-2002) δημοσιευμένη στο: <http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&portal=hbk&action=html&highlight=Pretty&sessionId=91505137&skin=hudoc-en>

⁵⁰ Μάλλιος, 2009, 1186.

⁵¹ Μάλλιος, 2009, 1186.

2.2. ΑΛΛΟΔΑΠΟ ΔΙΚΑΙΟ

2.2.1. Ηνωμένο Βασίλειο και Ιρλανδία

Κατά το αγγλικό δίκαιο η αφαίρεση ζωής (ενεργητική ευθανασία) είναι έγκλημα, ανεξαρτήτως των κινήτρων του δράστη⁵², όπως επίσης και η αρωγή σε αυτοκτονία (νόμος περί αυτοκτονίας του 1961, άρθρο 2). Διαφορετικά αντιμετωπίζεται το θέμα στην περίπτωση της *έμμεσης ευθανασίας*, κατά την οποία ο γιατρός χορηγώντας παυσίπονο στον ασθενή ενδέχεται να προκαλέσει τον θάνατό του. Στην περίπτωση αυτή ο γιατρός δεν διώκεται εάν αποδείξει ότι πρωταρχικός του στόχος ήταν να καταπραΰνει τους πόνους του ασθενούς⁵³.

Η απόφαση του ασθενούς να μην υποβληθεί σε αγωγή ή θεραπεία γίνεται σεβαστή, ως έκφραση της αυτονομίας του πάσχοντος, ακόμη και στην περίπτωση που ενδέχεται να προκληθούν αρνητικές συνέπειες ή ακόμη και ο θάνατός του⁵⁴. Τα δικαστήρια αναγνωρίζουν επίσης τις «διαθήκες εν ζωή» ή «προγενέστερες οδηγίες» (Living Wills, Advance Directives) των ασθενών⁵⁵.

Το θέμα της «παθητικής ευθανασίας», κατά την οποία ο θάνατος επέρχεται λόγω της διακοπής της παροχής τροφής και νερού στον ασθενή, κρίθηκε στην απόφαση *Airdale NHS Trust v Bland* του 1993⁵⁶. Το Δικαστήριο επέτρεψε να διακοπεί η τεχνητή τροφοδότηση σε νεαρό ασθενή, που βρισκόταν σε χρόνια φυτική κατάσταση μη αναστρέψιμη, με την αιτιολογία ότι η διατήρηση της ζωής του ασθενούς μέσω συνεχούς μηχανικής εξάρτησης δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι προς το συμφέρον του (“to the patient’s best interests”) και άρα ο γιατρός⁵⁷ δεν ενεργεί παράνομα.

Μεταξύ 2003 και 2009 ο Λόρδος Joffe έκανε αρκετές προσπάθειες να εισαγάγει προς ψήφιση στη Βουλή των Λόρδων ένα νομοσχέδιο που προέβλεπε τη νομιμοποίηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας (*“Assisted Dying for the Terminally Ill Bill”*), αλλά όλες απορρίφθηκαν από το Βρετανικό Κοινοβούλιο⁵⁸. Ωστόσο, το Ανώτατο Δικαστήριο της Βρετανίας έκανε τον Μάρτιο του 2012 αποδεκτή την προσφυγή του Tony Nicklinson- ο οποίος μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο έχει μείνει

⁵² Γκιάκα, 2008, 230

⁵³ Grubb, 2001, 89, Κριάρη-Κατράνη, 2003, 144-145.

⁵⁴ Morris, 1996, 17, Pridgeon, 2006, 45.

⁵⁵ Johnston & Liddle, 2007, 94–97.

⁵⁶ Grubb, 1997, 159 κ.ε., Κριάρη-Κατράνη, 2003, 145.

⁵⁷ <http://news.bbc.co.uk/2/hi/programmes/panorama/1971527.stm>

⁵⁸ http://www.bbc.co.uk/ethics/euthanasia/overview/asstdyingbill_1.shtml

ολοκληρωτικά παράλυτος- που ζητά να του επιτραπεί να αναθέσει σε γιατρό τον τερματισμό της ζωής του, όταν το θελήσει, χωρίς ωστόσο ο επιστήμονας να θεωρηθεί στη συνέχεια ως ένοχος φόνου βάσει του νόμου⁵⁹.

2.2.2. Ολλανδία και Βέλγιο

Η νομοθεσία της Ολλανδίας αποτελεί τον πρωταγωνιστή της Ευρώπης για τη νομιμοποίηση του δικαιώματος στον θάνατο. Στην Ολλανδία, με τον ισχύοντα μέχρι σήμερα νόμο 22572 της 9-2-1993, αναγνωρίζεται όχι μόνο το δικαίωμα του ατόμου στον θάνατο, αλλά και η εικαζόμενη βούλησή του για τον τερματισμό της ζωής, δηλαδή η «ευθανασία» ως ανθρωποκτονία με όλες τις διακρίσεις. Το τελευταίο στάδιο πρωτοπορίας της Ολλανδίας είναι ο νόμος που ψηφίστηκε από την Ολλανδική Βουλή στις 28 Νοεμβρίου 2000 και από τη Γερουσία στις 10 Απριλίου 2001, μετά από συμπληρωματικές διευκρινίσεις και δηλώσεις. Ένα χρόνο αργότερα, τον Απρίλιο του 2002, ο νόμος τέθηκε σε ισχύ⁶⁰. Ο ολλανδικός νόμος για τον «τερματισμό της ζωής κατ' απαίτηση και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία» [*“The Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act”*⁶¹] νομιμοποιεί την ενεργητική ευθανασία και την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, συμπεριφορές μέχρι τότε τυπικά παράνομες αλλά ποινικά ανεκτές ήδη από το 1970⁶², εάν συντρέχουν όλες οι ακόλουθες προϋποθέσεις⁶³: α) το εθελούσιο και ώριμο αίτημα του ασθενούς, β) η ανυπόφορη οδύνη και η έλλειψη κάθε πιθανότητας βελτίωσης, γ) η ενημέρωση του ασθενούς από τον θεράποντα γιατρό για την κατάσταση και τις προοπτικές του, δ) το κοινό συμπέρασμα γιατρού και ασθενούς ότι δεν υφίσταται άλλη εύλογη εναλλακτική λύση, αλλά και ε) την αναγκαία προσφυγή στη γνώμη τρίτου ανεξάρτητου γιατρού, ο οποίος θα αποφανθεί για τα παραπάνω.

Το νομοθέτημα δίνει τη δυνατότητα σε ασθενείς ηλικίας 16 ετών και άνω να υποβάλλουν γραπτή δήλωση, με την οποία δηλώνουν την επιθυμία τους για ευθανασία, η οποία λαμβάνεται υπόψη σε περίπτωση που ο ασθενής περιέλθει σε κατάσταση που αδυνατεί πλέον να εκφράσει τη βούλησή του (Κεφάλαιο 2, Τμήμα 2, παράγραφος 2)⁶⁴. Η καταγραφή και ο έλεγχος των υποθέσεων ευθανασίας και

⁵⁹ <http://health.in.gr/news/healthpolicies/article/?aid=1231185970>

⁶⁰ Αναπλιώτης, 2003, 142-144, Henk, 2003, 21

⁶¹ <http://www.nvve.nl/assets/nvve/english/EuthanasiaLaw.pdf>

⁶² Αναπλιώτης, 2003, 142-144, Κριάρη-Κατράνη, 2003, 146-149, Κατρούγκαλος, 1993, 110-111.

⁶³ Τσαϊτουριδής, 2002, 398-399, Κριάρη-Κατράνη, 2003, 150-152.

⁶⁴ Τσαϊτουριδής, 2002, 398-399, Κριάρη-Κατράνη, 2003, 150-152.

ειδικότερα του έργου των γιατρών που συνδράμουν στην ευθανασία γίνεται από τοπικές επιτροπές, στις οποίες μετέχουν νομικοί, γιατροί, και ειδικοί σε θέματα ηθικής. Σε περίπτωση που διαπιστωθούν αυθαίρετες ενέργειες, οι επιτροπές αυτές ενημερώνουν την εισαγγελική αρχή (Κεφάλαιο 3, Τμήμα 3 και 9).

Όπως προκύπτει από την ανάγνωση του νόμου, ορισμένα σημεία του προκαλούν ιδιαίτερη ανησυχία, διότι ενδέχεται να επιτρέψουν βιαστικές και αδικαιολόγητες αποφάσεις ή να μην εμποδίσουν την άσκηση έμμεσης πίεσης σε εύαλωτα άτομα μεγάλης ηλικίας και αδύνατης οικονομικής κατάστασης. Δίνει το δικαίωμα σε παιδιά μεταξύ 12 και 16 ετών με ευμετάβολο, ως γνωστόν, ψυχισμό να αποφασίσουν για ένα τόσο σοβαρό θέμα. Επιπλέον η εξέλιξη της επιστήμης μπορεί να επιτρέψει σε ένα παιδί να ζήσει, εάν καθυστερήσει αυτή την απόφαση. Προβλέπει, τέλος, την εκ των υστέρων εξέταση του θέματος από την ειδική επιτροπή, με ενδεχόμενο τον κίνδυνο εκπλήξεων⁶⁵.

Το **Βέλγιο**, ακολουθώντας το παράδειγμα της Ολλανδίας, λίγους μήνες αργότερα έγινε η δεύτερη χώρα στον κόσμο που νομιμοποίησε την ευθανασία με το νόμο “*The Belgian Act on Euthanasia*”¹⁶⁶, που τέθηκε σε ισχύ τον Σεπτέμβριο του 2002.

2.2.3. Λουξεμβούργο

Στις δύο προαναφερόμενες χώρες που νομιμοποίησαν την ευθανασία προστέθηκε και το Λουξεμβούργο τον Απρίλιο του 2009, μετά την ισχύ νόμου που περιορίζει στην πράξη τις εξουσίες του αρχηγού του κράτους⁶⁶. Σύμφωνα με τον νόμο αυτόν: «η πράξη ενός γιατρού να ανταποκριθεί σε ένα αίτημα για ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν είναι ποινικά κολάσιμη και δεν μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο αγωγής για αποζημίωση ή ηθική βλάβη»⁶⁷.

2.2.4. Ελβετία

Ο Ελβετικός νόμος απαγορεύει την ενεργητική ευθανασία δεν θεωρεί, όμως, την υποβοηθούμενη αυτοκτονία ως άδικη πράξη, ήδη από το 1941. Επιτρέπει μάλιστα την αρωγή για τη διενέργειά της σε άτομα τα οποία δεν φέρουν την ιδιότητα του

⁶⁵ Κριάρη-Κατράνη, 2003, 152.

⁶⁶ <http://www.guardian.co.uk/world/2008/dec/12/luxembourg-monarchy>

⁶⁷ <http://www.lifesitenews.com/news/luxembourg-parliament-passes-euthanasia-bill>

γιατρού. Σύμφωνα με το άρθρο 115 του Ελβετικού Ποινικού Κώδικα η συμμετοχή σε αυτοκτονία δεν διώκεται, όταν το κίνητρο του δράστη δεν είναι εγωιστικό. Ποινική δίωξη ασκείται μόνο στις περιπτώσεις που εγείρονται αμφιβολίες για την ικανότητα του ασθενούς να προβεί σε μια «αυτόνομη» επιλογή. Τούτο, βεβαίως συμβαίνει σπανίως⁶⁸.

Τα τελευταία χρόνια η κατάσταση στην Ελβετία (όπως και στην Ολλανδία) εγείρει ιδιαίτερες ανησυχίες διότι έχουν μετατραπεί σε χώρες όπου ανθεί ο λεγόμενος «τουρισμός αυτοκτονίας»⁶⁹, περιπτώσεις δηλαδή ανίατων ασθενών από όλο τον κόσμο που επισκέπτονται τη χώρα, προκειμένου να πεθάνουν εκεί. Αναφορικά με την παθητική ευθανασία, ορίστηκε ότι ο γιατρός μπορεί να σταματήσει την περίθαλψη ετοιμοθάνατου που αδυνατεί να εκφράσει έγκυρη βούληση, όταν η αναβολή του αναπόφευκτου θανάτου σημαίνει απλώς παράταση της οδύνης για τον ασθενή και η απόσυρση των περαιτέρω μέτρων συνάδουν με την εικαζόμενη βούλησή του⁷⁰.

2.2.5. Γερμανία

Ο Γερμανικός Ποινικός Κώδικας στο 16ο κεφάλαιό του για τα εγκλήματα κατά της ζωής (άρθρα 211-212) δεν προβλέπει κάποια ειδική ρύθμιση για την ευθανασία, η οποία εμπίπτει στο πεδίο εφαρμογής της διάταξης για την ανθρωποκτονία εκ προθέσεως. Τα τελευταία χρόνια, μετά από ευρύ διάλογο των Γερμανών θεωρητικών, έχει επικρατήσει η άποψη ότι η έμμεση ευθανασία δεν εμπίπτει στο πεδίο εφαρμογής της διάταξης για την ανθρωποκτονία εκ προθέσεως, διότι απουσιάζει ο ενδεχόμενος δόλος αφού στόχος εδώ είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής και όχι η αφαίρεση της τελευταίας⁷¹.

Σταθμό στη νομολογιακή πρακτική αποτέλεσε η απόφαση του ανωτάτου δικαστηρίου του 1994 (απόφαση της 13ης Σεπτεμβρίου 1994 1Str 357/95 Nstz 1995, 80)⁷², το οποίο αναγνώρισε το δικαίωμα στον ασθενή να αρνηθεί κάθε είδους θεραπεία, με την προϋπόθεση ότι έχει ρητά εκφράσει τη βούλησή του σε προγενέστερο χρόνο. Το δικαστήριο έκρινε ότι η παθητική ευθανασία επιτρέπεται μόνο εφόσον πρόκειται για ανίατη νόσο με μικρό προσδόκιμο ζωής. Σεβαστές γίνονται και οι «προγενέστερες οδηγίες».

⁶⁸ http://en.wikipedia.org/wiki/Euthanasia_in_Switzerland

⁶⁹ Παναγόπουλος, 2003, 42

⁷⁰ Συμεωνίδου-Καστανίδου, 2001, 238

⁷¹ Αναπλιώτης, 2003, 133.

⁷² Καίσαρης, 1999, 31.

Βλέπουμε ότι νομοθετικά η Γερμανία διστάζει να πάρει θέση στο θέμα της ευθανασίας, κινούμενη και από τις κακές αναμνήσεις του ναζιστικού παρελθόντος, αλλά και λόγω του αυστηρού χαρακτήρα του Συντάγματός της, το οποίο διακηρύσσει τη θεμελιώδη αρχή της απόλυτης προστασίας της ζωής. Πάντως η γερμανική νομολογία εμφανίζεται διαλλακτικότερη στις υποθέσεις παθητικής ευθανασίας που εμφανίζονται ενώπιον των δικαστηρίων.

2.2.6. ΗΠΑ

Η αναφορά στο νομικό καθεστώς των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής το σχετιζόμενο με την ευθανασία είναι μια δύσκολη εργασία. Αυτό συμβαίνει εξ αιτίας του γεγονότος πως στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής η νομοθεσία δεν είναι ενιαία, αλλά αποτελεί πολιτειακό προνόμιο και καθήκον, με μόνη δέσμευση τη συμμόρφωση προς το σύνταγμα. Η αναφορά μας θα γίνει σε συγκεκριμένες πολιτείες που σημάδεψαν την αντιμετώπιση του ζητήματος αυτού.

Η ευθανασία παραμένει παράνομη στις ΗΠΑ. Η πρώτη Πολιτεία των Ηνωμένων Πολιτειών που επέτρεψε την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ήταν το Όρεγκον, τον Νοέμβριο του 1994, θέτοντας σε ισχύ τον νόμο «θάνατος με αξιοπρέπεια» (*Death with Dignity Act of 1994*)⁷³ υπό αυστηρές όμως προϋποθέσεις.

Σύμφωνα με τον νόμο αυτόν, επιτρέπεται σε ενήλικο διανοητικά υγιή ασθενή, αποκλειστικά και μόνο πολίτη του Όρεγκον, για τον οποίο έχει διαγνωσθεί ότι πάσχει από ανίατη ασθένεια σε τελικό στάδιο, με προσδόκιμο ζωής έως έξι μήνες, να αιτηθεί γραπτώς προς τον γιατρό του τη συνταγογράφηση θανατηφόρας δόσης φαρμάκων με σκοπό τον τερματισμό της ζωής του. Το αίτημα πρέπει να επιβεβαιωθεί από δύο μάρτυρες, ο ένας εκ των οποίων δεν πρέπει να σχετίζεται με κανέναν τρόπο με τον ασθενή. Μετά την υποβολή του αιτήματος, ένας δεύτερος γιατρός πρέπει να επιβεβαιώσει το μη αναστρέψιμο της ασθένειάς του. Στη συνέχεια, αν το αίτημά του γίνει δεκτό, πρέπει να περιμένει άλλες δεκαπέντε ημέρες και να υποβάλλει εκ νέου, προφορικά όμως αυτή τη φορά το αίτημά του, προκειμένου να του δοθεί η θανατηφόρα συνταγή. Ο ασθενής δικαιούται να αλλάξει γνώμη όποτε το θελήσει⁷⁴.

⁷³ Admiraal, 1996, 215, Καίσαρη, 1999, 15.

⁷⁴ Biggs, 2001, 63.

Το 2008 και η Πολιτεία της Ουάσινγκτον επέτρεψε υπό αντίστοιχες προϋποθέσεις με αυτές του Όρεγκον, τη διενέργεια της ευθανασίας⁷⁵. Στη Μοντάνα, την τρίτη (μετά το Όρεγκον και την Ουάσινγκτον) πολιτεία που επέτρεψε την ευθανασία, η νομιμοποίηση ήρθε όχι μετά από διενέργεια δημοψηφίσματος, αλλά μετά από δικαστική απόφαση⁷⁶, τον Δεκέμβριο του 2008. Ειδικότερα, η δικαστής Dorothy McCarter, έκρινε ότι ο 76χρονος συνταξιούχος, Bob Baxter, δικαιούτο να ζητήσει τη βοήθεια του θεράποντος γιατρού του, καθώς έπασχε από λευχαιμία. Σημειώνεται ότι η πολιτεία της Μοντάνα προσέφυγε στο Ανώτατο Ομοσπονδιακό Δικαστήριο, αξιώνοντας την ακύρωση της συγκεκριμένης δικαστικής απόφασης.

2.2.7. Αυστραλία

Στην πολιτεία της Αυστραλίας Northern Territory, στις 25-5-1995 ψηφίστηκε ο «Νόμος για τα δικαιώματα του θνήσκοντος» (*Rights of the Terminally Ill Act 1995*)⁷⁷ ο οποίος τέθηκε σε ισχύ τον Ιούλιο του ίδιου έτους. Σύμφωνα με τον νόμο αυτόν κάθε ασθενής άνω των 18 ετών μπορούσε να αποφασίσει να πεθάνει, εφόσον ήταν σε θέση, είχε δηλαδή τη σωματική και νοητική ικανότητα. Ωστόσο, τον Μάρτιο του 1997 ο νόμος αυτός ακυρώθηκε⁷⁸ από την Κεντρική Κυβέρνηση της Κοινοπολιτείας, με την αιτιολογία ότι έρχεται σε αντίθεση με το δημόσιο συμφέρον.

4.3. Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Η ευθανασία δεν υπάρχει ως όρος στον Ποινικό μας Κώδικα. Βρίσκεται μόνο σε μια συγκεκριμένη ειδική διάταξη που αφορά την ευθανασία των ζώων που έχουν μολυσματικές ασθένειες⁷⁹. Έτσι η εξέταση και η ρύθμιση του θέματος γίνεται εμμέσως⁸⁰, με βάση τις συναφείς συνταγματικές διατάξεις, τις διατάξεις της Σύμβασης περί Βιοϊατρικής (Σύμβαση του Οβιέδο για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική, την οποία η Ελλάδα κύρωσε με το ν. 2619/1998), τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ν. 3418/2005, ιδιαίτερα άρθρο 29) και τις διατάξεις του Ποινικού Κώδικα (στο εξής ΠΚ)⁸¹.

⁷⁵ <http://apps.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=70.245>

⁷⁶ Άρθρο του Johnson, 2009, στην εφημερίδα The New York Times, Aug. 31, 2009.

⁷⁷ http://en.wikipedia.org/wiki/Rights_of_the_Terminally_Ill_Act_1995#cite_note-BMJ-0

⁷⁸ Zinn, 1997, 994, και Zinn, 1996, 835.

⁷⁹ Καράμπελας, 1987, 40-41, Πανούσης, 2003, 103.

⁸⁰ Βούλτσος, & Τσούγκας, 2008, 76, Γεωργιάδης, 2003, 116.

⁸¹ Παναγοπούλου-Κουτνατζή, 2010, 122, Βελλής, 2003, 123.

Ο σεβασμός στη ζωή, ως πρώτιστο στοιχείο της «αξίας του ανθρώπου» και η προστασία της αποτελεί, κατά τη θεμελιώδη διάταξη του άρθρου 2 παρ. 1 του Συντάγματος, την πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας. Ανάγεται με ρητό συνταγματικό κανόνα σε απόλυτο έννομο αγαθό (άρθρο 5 παρ. 2 Συντ.) που προστατεύεται κυρίως με τις δραστικές διατάξεις των άρθρων 299 έως 307 του Ποινικού Κώδικα. Είναι οι διατάξεις που περιγράφουν και απειλούν με ποινές τα «εγκλήματα κατά της ζωής», από τα οποία το βαρύτερο, υπό διάφορες μορφές, είναι η «ανθρωποκτονία από πρόθεση»⁸².

Ένα από τα άρθρα, το 300 ΠΚ («ανθρωποκτονία με συναίνεση») που ρυθμίζει τα της ευθανασίας αναφέρει πως: «Όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία και επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο γι' αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια τιμωρείται με φυλάκιση»⁸³. Από τα παραπάνω προκύπτει πως ακόμη και αν το ίδιο το θύμα έχει ζητήσει τον θάνατό του και ο θύτης κινήθηκε με μοναδικό κίνητρο τον οίκτο, η πράξη αντιμετωπίζεται ως αξιόποινη και τιμωρείται. Βέβαια ο νομοθέτης δεν εξισώνει την ευθανασία με κοινή «ανθρωποκτονία από πρόθεση» (άρθρο 299 ΠΚ)⁸⁴ και γι' αυτό την τιμωρεί ελαστικότερα. Απαιτεί όμως να υπάρχει απαίτηση και μάλιστα επίμονη από την πλευρά του θύματος. Με τον τρόπο αυτόν απορρίπτει ρητά τη μη εθελοντική ευθανασία τιμωρώντας τον δράστη με τις διατάξεις του άρθρου 299, ακόμη και εάν αποκλειστικό κίνητρο είναι ο οίκτος⁸⁵. Επίσης και η διάταξη του άρθρου 301 ΠΚ⁸⁶ που ορίζει τα σχετικά με τη «συμμετοχή σε αυτοκτονία», θα αξιώσει εφαρμογή σε μία π.χ. ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Βάσει λοιπόν αυτού του νομοθετικού πλαισίου, που δεν μπορεί να ισχυριστεί κανείς ότι είναι αρκετά σαφές για το εξεταζόμενο θέμα, στο ελληνικό δίκαιο **αποτελούν τελικά άδικες πράξεις:**

α) Η ευθεία ενεργητική ευθανασία, που περιλαμβάνει και την αποσύνδεση από μηχανήματα τεχνητής διατήρησης στη ζωή.

β) Η παθητική ευθανασία παρά την αντίθετη βούληση του ασθενούς.

⁸² Συντάγμα της Ελλάδας, 2008 (άρθρο 2 παρ. 1, άρθρο 5 παρ. 2), Ποινικός Κώδικας, (άρθρα 299-307). Πρβλ. Παναγοπούλου-Κουτνατζή, 2010, 122 και Βελλή, 2003, 123.

⁸³ Κατά το άρθρο 300 ΠΚ – Ανθρωποκτονία με συναίνεση, η ποινή κυμαίνεται από 10 ημέρες έως 5 χρόνια. Ποινικός Κώδικας, άρθρο 300.

⁸⁴ Κατά το άρθρο 299 ΠΚ - Ανθρωποκτονία με πρόθεση: «1. Όποιος με πρόθεση σκότωσε άλλον τιμωρείται με την ποινή του θανάτου ή με ισόβια κάθειρξη. 2. Αν η πράξη αποφασίστηκε και εκτελέστηκε σε βρασμό ψυχικής ορμής, επιβάλλεται η ποινή της πρόσκαιρης κάθειρξης». Ποινικός Κώδικας, άρθρο 299.

⁸⁵ Κωνσταντινίδης, 2007, 23, 27-28, Πρωτοπαπαδάκης, 1999, 17.

⁸⁶ Άρθρο 301 ΠΚ – Συμμετοχή σε αυτοκτονία: «Όποιος με πρόθεση κατέπεισε άλλον να αυτοκτονήσει, αν τελέστηκε η αυτοκτονία ή έγινε απόπειρά της καθώς και όποιος έδωσε βοήθεια σ' αυτή τιμωρείται με φυλάκιση. Ποινικός Κώδικας, άρθρο 301.

γ) Η παθητική ευθανασία (που περιλαμβάνει και τη μη ανανέωση οξυγόνου, ορού ή άλλων μέσων, σε περίπτωση τεχνητής παράτασης της ζωής) όταν ο ασθενής δεν μπορεί να εκφράσει έγκυρη βούληση και η παράταση της φυσιολογικής-βιολογικής λειτουργίας του οργανισμού φαίνεται ακόμα εφικτή.

δ) Η θανάτωση, με πράξη ή παράλειψη, νεογέννητου που έχει σοβαρές επιβαρύνσεις, χωρίς όμως αυτές να αποκλείουν τη συνέχιση της φυσικής-βιολογικής λειτουργίας του οργανισμού του.

ε) Η κατάπειση εκείνου που πεθαίνει με επώδυνο τρόπο να αυτοκτονήσει ή η παροχή ουσιώδους βοήθειας σε αυτόν κατά την τέλεση της αυτοκτονίας.

Δεν είναι ούτε καν αρχικά άδικες πράξεις:

α) Η γνήσια ή κυρίως ευθανασία, η παροχή δηλαδή βοήθειας κατά τον θάνατο χωρίς σύντμηση της ζωής.

β) Η παθητική ευθανασία που γίνεται με τη σύμφωνη γνώμη ή κατ' απαίτηση του ασθενούς.

γ) Η αποχή του γιατρού από τη λήψη μέτρων που συνεπάγονται μόνο την τεχνητή παράταση της ζωής, όταν το άτομο δεν έχει εκφράσει διαφορετική βούληση.

Δεν είναι τελικά άδικη πράξη:

δ) Η έμμεση ενεργητική ευθανασία, όταν γίνεται στα πλαίσια εφαρμογής μιας ιατρικά αναγνωρισμένης μεθόδου⁸⁷.

Συνοψίζοντας, στο Ελληνικό Δίκαιο για καμιά περίπτωση ευθανασίας δεν υπάρχει γενικός κανόνας απαλλαγής από την ποινική ευθύνη και, επομένως, κάθε συγκεκριμένη περίπτωση πρέπει αναπόφευκτα να υποβάλλεται σε δικαστικό έλεγχο προκειμένου να κριθεί: α) αν ο θάνατος ήταν αποτέλεσμα ευθανασίας (ενεργητικής ή παθητικής) ή κοινής ανθρωποκτονίας από πρόθεση ή από αμέλεια, ή ανθρωποκτονίας από οίκτο (που προϋποθέτει σπουδαία και επίμονη απαίτηση –όχι απλή συναίνεση- του ανιάτως πάσχοντος), ή συμμετοχής σε αυτοκτονία, β) αν συντρέχει στο πρόσωπο του δράστη ο λόγος αποκλεισμού του αδίκου⁸⁸ ή γ) αν συντρέχει λόγος αποκλεισμού του καταλογισμού (ή κάποια ελαφρυντική περίπτωση)⁸⁹.

Παρόλα αυτά, ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ – ν. 3418/2005) εισήγαγε μια σοβαρή καινοτομία στα δύσκολα ζητήματα που αφορούν ιατρικές αποφάσεις κοντά στο «τέλος της ζωής». Υιοθετώντας σύγχρονους προβληματισμούς,

⁸⁷ Συμεωνίδου-Καστανίδου, 2007, 158-159, Βούλτσος, & Τσούγκας, 2008, 78.

⁸⁸ Βελλής, 2003, 129.

⁸⁹ Βελλής, 2003, 130.

καθιέρωσε τον κανόνα που δεσμεύει τον γιατρό να ακολουθεί «παρηγορητική» (ανακουφιστική) αγωγή (palliative care), όταν «εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια». Με τη διάταξη αυτή, το κοινό μας δίκαιο φαίνεται ότι υποδέχθηκε τη λεγόμενη «παθητική ευθανασία», το να «αφήνεις κάποιον να πεθάνει», όταν ό,τι και να κάνεις είναι μάταιο (letting die)⁹⁰. Αξιοσημείωτο είναι ότι ο νέος ΚΙΔ επιχειρεί να συμβιβάσει τη μέγιστη προστασία της ατομικής αυτοδιάθεσης και του αυτοκαθορισμού με τη μέγιστη δυνατή προστασία του ύψιστου στην ιεράρχηση εννόμου αγαθού της ανθρώπινης ζωής⁹¹.

Παρατηρήσεις

Η αντιμετώπιση του προβλήματος της ευθανασίας συνδέεται βαθύτατα με τις κοινωνικές, ηθικές και θρησκευτικές αντιλήψεις ενός λαού σχετικά με το νόημα της ζωής και του θανάτου αλλά και με την αντίληψή μας για τον ρόλο και τις αρχές άσκησης του ιατρικού λειτουργήματος. Τούτο εξηγεί στο επίπεδο των προσπαθειών ρύθμισης του προβλήματος της ευθανασίας από το δίκαιο, γιατί δικαιοσυγκριτικές προσεγγίσεις μπορεί να είναι χρήσιμες, αποκαλύπτοντας το πώς άλλες έννομες τάξεις χειρίζονται το πρόβλημα, αλλά σίγουρα δεν μπορούν να αποτελούν αντικείμενο άκριτης υιοθέτησης ή να διεκδικούν έστω τον ρόλο κατευθυντήριων οδηγιών.

Ως βασικός κανόνας σε όλες τις χώρες, ισχύει η αρχή ότι οποιαδήποτε αφαίρεση ζωής θεωρείται έγκλημα και τιμωρείται. Κατά τα τελευταία χρόνια, όμως, εμφανίζεται μια ανοχή σχετικά με την παθητική ευθανασία (αγγλικό και ιρλανδικό δίκαιο). Η κοινή γνώμη και ο νομικός και ο ιατρικός κόσμος στις περισσότερες χώρες, είναι αντίθετοι με την αποποινικοποίηση της ενεργητικής ευθανασίας και της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας λόγω των πολλών κινδύνων που εμπερικλείει.

Κινήσεις για νομοθετική διευθέτηση του θέματος με παράλληλη τροποποίηση του Ποινικού Κώδικα παρατηρούνται σε αρκετές χώρες⁹².

Βασική επιδίωξη όλων των ρυθμίσεων, ανεξαρτήτως του εάν ανταποκρίνονται στις αρχές που ακολουθεί ο ελληνικός πληθυσμός γενικά και ο ιατρικός κόσμος ιδιαίτερα, είναι η προσπάθεια να διαφυλαχτεί η εμπιστοσύνη που διέπει τις σχέσεις ασθενούς-γιατρού με στόχο την αποτελεσματική εφαρμογή οποιουδήποτε συστήματος υγείας. Όπως αναφέρεται στην εισαγωγική έκθεση του ολλανδικού νόμου: «Η ευθανασία δεν είναι θέμα των ιατρικών αλλά των κοινωνικών κανόνων,

⁹⁰ Βιδάλης, 2007, 129-130. Πρβλ. Παναγοπούλου, 2010, 126.

⁹¹ Βούλτσος & Χατζητολιός, 2008, 82.

⁹² Κριάρη-Κατράνη-2003, 142-144.

της ηθικής και του νόμου. Οι σχετικοί κανόνες πρέπει να συνταχθούν από τον νομοθέτη και εάν εκείνος ολιγορήσει από τον δικαστή»⁹³.

Οι σύγχρονες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από πλουραλισμό και για τον λόγο αυτόν είναι ανάγκη να υπάρχει μια καταγραφή των απόψεων όλων των ενδιαφερομένων μερών. Στο Βέλγιο η συνεπής ακρόαση όλων των ενδιαφερομένων σε ειδικές συνεδριάσεις στο Κοινοβούλιο είχε ως αποτέλεσμα την αλλαγή των προσχεδίων του νόμου σχετικά με την ευθανασία δεδομένου ότι υποβλήθηκαν 600 τροπολογίες⁹⁴.

Η αναλγητική αγωγή και η φροντίδα των συγγενών και της οικογένειας του ασθενούς πρέπει να ενισχύεται. Το παράδειγμα της Γαλλίας⁹⁵ θα πρέπει να αποτελέσει αρχή σχετικού προβληματισμού και σε άλλες χώρες. Η θεωρία και η νομολογία πρέπει να επεξεργαστούν την έννοια της συναίνεσης, ώστε να είναι πράγματι ελεύθερη και να εκφράζει τη βούληση του ασθενούς⁹⁶.

⁹³ Κριάρη-Κατράνη-2003, 155.

⁹⁴ Broeckaert, 2001, 101. Πρβλ. Κριάρη-Κατράνη, 2003, 155.

⁹⁵ Κριάρη-Κατράνη, 2003, 153.

⁹⁶ Κριάρη-Κατράνη, 2003, 155.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ ΩΣ ΗΘΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Η διαρκώς εντεινόμενη δυναμική της ευθανασίας βρίσκει την ανθρώπινη κοινωνία αδύναμη να την αξιολογήσει και να την κατατάξει. Τα νομικά συστήματα σε όλο τον κόσμο καθιστούν εμφανή την αμηχανία του νομοθέτη, το ιατρικό προσωπικό ταλαντεύεται μεταξύ ιατρικού καθήκοντος και της συμπόνιας προς τον ασθενή, η εκτελεστική εξουσία υπολογίζει το ενδεχόμενο κόστος της υιοθέτησης ή της απόρριψης της ευθανασίας. Η ευθανασία, όμως, πρωτίστως αποτελεί ένα ηθικό πρόβλημα. Συνεπώς η αξιολόγησή της είναι έργο της Ηθικής. Και τούτο διότι κανένας νόμος και καμία πρακτική δε μπορούν να διατηρήσουν την ισχύ και το κύρος τους στην περίπτωση που αντιστρατεύονται τα κελεύσματα της Ηθικής. Επιπλέον, κάθε τι που η ηθική αντίληψη μιας κοινωνίας θεωρεί άξιο, αργά ή γρήγορα επικυρώνεται και νομικά⁹⁷.

Πολλά επιχειρήματα ηθικής φύσης χρησιμοποιούν τόσο οι υπέρμαχοι όσο και οι αντιτιθέμενοι στην ευθανασία. Ο ανυπόφορος και μη αντιμετωπίσιμος πόνος, τα ανθρωπιστικά αισθήματα του γιατρού και το καθήκον του να απαλύνει τον πόνο, η αναξιοπρέπεια και η έσχατη απελπισία του ασθενούς και ακόμη το δικαίωμα αυτοδιάθεσης του ανθρώπου συγκαταλέγονται στα επιχειρήματα που επικαλούνται οι υπέρμαχοι της ευθανασίας. Από την άλλη όμως, προβάλλονται η ιερότητα της ζωής, η πιθανότητα λάθους διάγνωσης, η ελπίδα στην πρόοδο της ιατρικής, η δυσχέρεια του ασθενούς να πάρει σωστές αποφάσεις σε τέτοιες ψυχικά επιβαρυντικές καταστάσεις, αλλά και η σημαντική δυνατότητα ανακούφισης του πάσχοντος με τα κατάλληλα υποστηρικτικά μέσα και τέλος η διολίσθηση σε επικίνδυνους κατήφορους.

Το πρόβλημα της ευθανασίας έχει πολλές πλευρές και τοποθετήσεις, θετικές ή αρνητικές, και όλες έχουν και τον αντίλογό τους.

3.1. ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΥΠΕΡ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

3.1.1. Το ωφελμιστικό επιχείρημα

⁹⁷ Πρωτοπαπαδάκης, 2005, 75.

Μια σημαντικότερη κατηγορία ηθικών και νομικών επιχειρημάτων υπέρ της ευθανασίας είναι αυτά που διέπονται από την ωφελμιστική τους θεμελίωση.

Ο Ωφελμισμός των Jeremy Bentham⁹⁸ και John Stuart Mill⁹⁹, είναι κατεξοχήν τελεολογική, συνεπειοκρατική θεωρία που αξιολογεί την πράξη από τα αποτελέσματά της, δηλαδή από τις ευχάριστες ή δυσάρεστες συνέπειές της για το άτομο και το σύνολο το οποίο θεωρείται άθροισμα ατόμων. Κίνητρο της ανθρώπινης πράξης είναι εδώ η ηδονή και κριτήριο ηθικής αξιολόγησης η ωφέλεια που προκύπτει από την πράξη¹⁰⁰.

Στο πλαίσιο του τρόπου σκέψης που διέπει τις δυτικές κοινωνίες, ο ηθικός κώδικας του ανθρώπου διαμορφώνεται όλο και περισσότερο με βάση τη λειτουργικότητα μιας πράξης και τη χρησιμότητά της για το κοινωνικό σύνολο. Η ηθική δικαιολόγηση της ευθανασίας ελέγχεται από την ωφέλεια που η διενέργειά της προσφέρει, τόσο στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, όσο και στον ίδιο τον ασθενή.

Σύμφωνα με τη θεωρία της ωφελιμότητας είναι ηθικό ό,τι είναι ωφέλιμο. Σε ορισμένες περιπτώσεις η ζωή δεν είναι ωφέλιμη. Είναι άωφελος πόνος η διαδικασία του θανάτου και είναι ανήθικο να μη βοηθούμε κάποιον να τη συντομεύσει. Είναι γεγονός πως η ασθένεια, ιδιαίτερα όταν είναι ανίατη και ο θάνατος αργός, αποτελεί μεγάλο βάρος όχι μόνο για τον ίδιο τον ασθενή αλλά και για το περιβάλλον του. Ο πόνος, η απόγνωση, η βεβαιότητα του μαρτυρικού κι οδυνηρού θανάτου του αγαπημένου τους προσώπου, συχνά επιβαρύνουν, σε σημαντικό βαθμό, τους οικείους του ατόμου που νοσηλεύεται. Οι συγγενείς επιφορτίζονται με τη φροντίδα του αρρώστου, αφιερώνοντας σημαντικό κομμάτι του χρόνου τους, αναστέλλοντας ή ματαιώνοντας κάθε δική τους δραστηριότητα¹⁰¹. Πολλές φορές ενδέχεται ο θάνατος του ασθενούς, να τους ανακουφίζει περισσότερο από ότι τον ίδιο, μολονότι η ανακούφιση αυτή είναι υποσυνείδητη και ανομολόγητη. Όταν λοιπόν, από τη μια πλευρά έχουμε τη φθορά και την καταδυνάστευση τόσων ανθρώπων, κι από την άλλη τη διατήρηση στη ζωή ενός ασθενούς που επιβιώνει χάρη στα παρεχόμενα ιατρικά μέσα, και που χωρίς τη συνδρομή τους θα ήταν ήδη νεκρός, η ευθανασία, κατά τους

⁹⁸ Δραγώνα-Μονάχου, 2009a, 116, Bentham, An introduction to the principles of Morals and Legislation, Oxford: Clarendon Press, 1907.

⁹⁹ Mill, 1863, Utilitarianism, London: Parker, Son, and Bourn, και την ελληνική μετάφραση J. S. Mill, Ωφελμισμός, Εισ.-Μτφ.-Σχ. Φ. Παιονίδης, Αθήνα: Πόλις, 2002.

¹⁰⁰ Δραγώνα-Μονάχου, 2009a, 116, Πελεγρίνη, 1997, 97-121.

¹⁰¹ Battin, 1992, 133-143.

υποστηρικτές του ωφελμιστικού επιχειρήματος, μπορεί να δικαιολογηθεί ηθικά όχι μόνο ως πρακτική αλλά και ως επιλογή του ίδιου του πάσχοντος¹⁰².

Η παθιασμένη προσκόλληση στη ζωή, όταν αυτή πλέον χάνεται και μάλιστα επώδυνα, όταν κάθε ελπίδα έχει στερήσει, δεν είναι τίποτε άλλο παρά εγωισμός και δειλία. Το ενδιαφέρον για τους οικείους και η αξιοπρέπεια επιβάλλουν στον πάσχοντα την αυτόβουλη και θαρραλέα πράξη της απόφασης¹⁰³. Μόνο στην περίπτωση που ο ασθενής δεν έχει τη δυνατότητα να εκφράσει τη θέλησή του το βάρος της απόφασης πέφτει στους συγγενείς. Θα ήταν ηθικά ανεπιθύμητο, ισχυρίζονται οι υπέρμαχοι του ωφελμισμού, να έχουμε έναν ηθικό κανόνα που θα απαιτούσε από τους ανθρώπους να διατηρούν τους άλλους ζωντανούς για όσο το δυνατόν περισσότερο χρόνο, ή ακόμα έναν κανόνα που θα απαιτούσε από τους γιατρούς να παρέχουν θεραπεία παράτασης της ζωής (life prolonging treatment, LPT) σε όλους όσους θα μπορούσαν να διατηρηθούν ζωντανοί¹⁰⁴.

Ωφελμιστικά και πάλι σκεπτόμενοι, μπορούμε να υποθέσουμε ότι ο ανιάτως πάσχων που βρίσκεται σε τελικό στάδιο ασθένειας και υποφέρει από ακατάσχετους πόνους, επιλέγοντας την ευθανασία θα μπορούσε να ωφεληθεί όχι μόνο τον εαυτό του, αλλά και κάποιους ασθενείς που χρήζουν μεταμόσχευσης κάποιου οργάνου που θα μπορούσε να προσφέρει ο ευθανατούμενος. Η διατήρηση, όμως, στη ζωή ενός ανθρώπου που δεν έχει ελπίδες ίασης, δεν έχει συναισθηματικό κόστος μόνο στο περιβάλλον του. δημιουργεί επιπλέον, βαρύτερες κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες. Τα τελευταία χρόνια οι τεχνικές διατήρησης στη ζωή ενός βαρέως πάσχοντος έχουν παρουσιάσει αλματώδη πρόοδο.

Έτσι, μπορούν πλέον να διατηρηθούν στη ζωή για χρόνια, ασθενείς που πάσχουν από ανιάτες και επώδυνες ασθένειες, οι οποίοι με την κατάλληλη καταστολή μπορούν για μεγάλα χρονικά διαστήματα να παραμείνουν ζωντανοί ή σε μια κατάσταση που μοιάζει με τη ζωή, αφού πολύ σπάνια ανακτούν τις αισθήσεις τους και μπορούν να λειτουργήσουν όπως πριν. Σε περίοδο, όμως, κατά την οποία τα συστήματα υγείας¹⁰⁵ παγκοσμίως αντιμετωπίζουν έλλειψη πόρων αλλά και ανθρώπινου δυναμικού, αποτελεί ηθικό σφάλμα¹⁰⁶, σύμφωνα με τους υποστηρικτές του εν λόγω επιχειρήματος, να διοχετεύονται προσπάθειες αλλά και τεχνικά μέσα στη

¹⁰² Roy, 1996, 311.

¹⁰³ Economist, 1989, 19.

¹⁰⁴ Gillon, 2007, 282.

¹⁰⁵ Gillon, 2007, 286.

¹⁰⁶ Daniels, 2007, 298.

νοσηλεία πασχόντων οι οποίοι αφενός δεν έχουν ελπίδα αποκατάστασης της υγείας τους, αφετέρου ίσως δεν επιθυμούν τη φροντίδα που τους παρέχεται και το μόνο που ζητούν είναι ο θάνατος. Οι ιατρικές δυνατότητες που εξαντλούνται στη χαμένη αυτή υπόθεση, ενάντια μάλιστα συχνά στη θέληση του άμεσα ενδιαφερόμενου, θα μπορούσαν να διοχετευθούν στην ανακούφιση περιπτώσεων περισσότερο ελπιδοφόρων¹⁰⁷.

Είναι δεδομένο πως ένας άνθρωπος που πεθαίνει βρίσκεται σε τόσο ψυχοφθόρο και επώδυνη – σωματικά και συναισθηματικά διαδικασία, ώστε τουλάχιστον οφείλουμε να του προσφέρουμε την καλύτερη δυνατή φροντίδα. Το ερώτημα όμως είναι έως πού πρέπει να προεκτείνεται η φροντίδα αυτή. Έχουμε, παραδείγματος χάριν, το δικαίωμα να διατηρούμε στη ζωή έναν ασθενή με τεχνητά μέσα, ενώ είναι βέβαιο πως δεν θα αποφύγει τον θάνατο ως αποτέλεσμα της πάθησής του, και ενώ γνωρίζουμε πως τα κονδύλια που αυτός απορροφά αφαιρούνται από την έρευνα και την καταπολέμηση ασθενειών οι οποίες αποτελούν μάστιγες για την ανθρωπότητα¹⁰⁸; Είναι επίσης σωστό να αναλώνονται τόσες προσπάθειες και χρήματα για την παράταση μιας χαμένης υπόθεσης, όταν οι προσπάθειες και τα χρήματα αυτά πιθανότατα αφαιρούνται από ένα παιδί του τρίτου κόσμου ή από κάποιον έφηβο, ο οποίος με καλύτερη φροντίδα και περίθαλψη θα μπορούσε να ξεπεράσει τον οποιονδήποτε κίνδυνο υγείας και να γλιτώσει τη ζωή του¹⁰⁹; Για τους παραπάνω λόγους, οι περισσότεροι ωφελιμιστές θεωρούν ότι «η νομιμοποίηση της ευθανασίας θα επέτρεπε τη μεταφορά ιατρικών πόρων από αυτούς που θέλουν να πεθάνουν σε εκείνους που θέλουν να ζήσουν»¹¹⁰. Αυτό σημαίνει ότι τα χρήματα που θα εξοικονομούσαμε, αν επιτρέπαμε σε όσους επέλεγαν την ευθανασία να τερματίσουν τη ζωή τους, θα διοχετεύονταν στην υγειονομική περίθαλψη και στην προστασία άλλων περισσότερο άξιων προσοχής και πιο ευοίωνων περιπτώσεων¹¹¹.

Κάποιες άλλες φορές το ερώτημα δεν τίθεται στην παραπάνω ευρεία κοινωνική του βάση, αλλά σε στενότερη. Ο πατέρας, για παράδειγμα, ο οποίος με βεβαιότητα γνωρίζει πως θα πεθάνει από την ασθένεια που τον βασανίζει, έχει το ηθικό δικαίωμα να επιδιώξει την όσο δυνατόν μακρόχρονη διατήρησή του στη ζωή, με κόστος την οικονομική αφαίμαξη της οικογένειάς του; Όταν ξέρει πως με την επιλογή του αυτή

¹⁰⁷ Savulescu, 1994, 52.

¹⁰⁸ Nowell, 1989, 125.

¹⁰⁹ Logue, 1994, 292.

¹¹⁰ Daniels, 2007, 299.

¹¹¹ Savulescu, 1994, 52, Daniels, 2007, 299.

θα στερήσει από τα παιδιά του τη δυνατότητα της αξιοπρεπούς διαβίωσης και θα τους αφαιρέσει την προοπτική για μόρφωση, δικαιώνεται ηθικά να παρατείνει όσο περισσότερο μπορεί τη χωρίς προοπτικές ζωή του¹¹²;

Κατά τους υπέρμαχους του ωφελμιστικού επιχειρήματος, μερικές φορές είναι επιβεβλημένη η μη διατήρηση στη ζωή ασθενών για τους οποίους υπάρχει η βεβαιότητα πως η κατάστασή τους δεν είναι αναστρέψιμη. Το ίδιο ισχυρίζονται και για ασθενείς, για τους οποίους είναι βέβαιο πως δεν θα προκύψει κάποιο σημαντικό όφελος από την παράταση της ζωής τους, το οποίο να αντισταθμίζει την επιβάρυνση των ιδίων αλλά και του κοινωνικού συνόλου.

3.1.2. Η αξιοπρέπεια του ανθρώπου

Η ζωή, κατά γενική ομολογία, λογίζεται ως υπέρτατο αγαθό και περιβάλλεται με απόλυτη αξία αφού πάνω σ' αυτήν εδράζονται όλα τα υπόλοιπα αγαθά και οι αξίες του ανθρώπου. Κάποιες φορές, όμως, η αξιοπρέπεια θεωρήθηκε από τον άνθρωπο σημαντικότερος λόγος δράσης ακόμη και σε σχέση με την προσβολή του αγαθού της ζωής. Πράγματι, είναι δύσκολο να αναλογιστούμε κίνημα, ή επανάσταση, σε όλη την ιστορική διαδρομή του ανθρώπου, τα οποία δεν τοποθέτησαν την αξιοπρέπεια σε υψηλότερη θέση από την ίδια τη ζωή¹¹³.

Πολλοί θεωρούν ότι η αξιοπρέπεια της ανθρώπινης ύπαρξης αποτελεί υψηλότερη αξία από την ίδια τη ζωή, αφού η ζωή ως δώρημα δεν μπορεί να έχει ηθική αξία. Αντίθετα, η αξιοπρέπεια, επειδή είναι ανθρώπινο επίτευγμα επιδέχεται ηθική αξιολόγηση. Έτσι το δικαίωμα στον θάνατο θεμελιώνεται στην υπεράσπιση ενός υψηλότερου αγαθού από τη ζωή, όπως είναι η αξιοπρέπεια. Υπό το πρίσμα αυτό, η επιλογή της επίσπευσης του θανάτου γίνεται ηθικό γεγονός υψηλής αξίας, ενώ ο ίδιος ο θάνατος ως φυσικό γεγονός δεν υπόκειται σε ηθική αξιολόγηση¹¹⁴.

Σύμφωνα με τους υπέρμαχους της ευθανασίας, η ιδιότητα της ζωής αν και χρονικά και λογικά πρότερη οποιασδήποτε άλλης, δεν αποτελεί πάντοτε το βάθρο επί του οποίου μπορεί να υψωθεί η ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Αντίθετα, πολλές φορές, είναι το ανυπέρβλητο εμπόδιο που στερεί από τον άνθρωπο το υψηλό αυτό αγαθό. Η αξιοπρέπεια είναι έννοια περίπλοκη, δεδομένου ότι αποτελείται και συντίθεται από πολλές διαφορετικές μεταξύ τους ιδιότητες. Στην περίπτωση της ευθανασίας, για να

¹¹² Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 69.

¹¹³ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 71.

¹¹⁴ LaFollette, 1997, 53.

καθορίσουμε τα συστατικά της αξιοπρέπειας θα πρέπει να ανατρέξουμε στον άνθρωπο που θα κριθεί αξιοπρεπής ή όχι, στον άνθρωπο που θα τύχει ευθανασίας.

Αυτός είναι ο ασθενής που βρίσκεται σε τελικό στάδιο ανίατης ασθένειας, αντιμέτωπος με τη βεβαιότητα του θανάτου, ενός θανάτου επώδυνου και συχνά όχι τόσο σύντομου. Είναι περιστοιχισμένος από μηχανήματα υποστηρικτικά της ζωής, έντονα εξαντλημένος και ανήμπορος να καθορίσει τις κινήσεις του, ή ακόμη και να συμμετάσχει στις αποφάσεις που έχουν να κάνουν με τη ζωή του¹¹⁵. Αυτό που σίγουρα χρειάζεται αυτός ο άνθρωπος, είναι ο μόνιμος ή έστω και περιστασιακός έλεγχος του σώματός του. Είναι αδύνατο κάποιος ο οποίος δεν ελέγχει τις σωματικές του λειτουργίες και έχει επίγνωση του γεγονότος αυτού, να νιώθει αξιοπρεπής, όσο φυσικό και αν θεωρείται στην κατάστασή του να έχει χάσει τον έλεγχο του σώματός του¹¹⁶.

Άλλος σημαντικός παράγοντας που διαμορφώνει την έννοια της αξιοπρέπειας για τον άνθρωπο που βρίσκεται στην παραπάνω κατάσταση, είναι αυτός της δυνατότητας αυτοδιάθεσης και αυτοκαθορισμού. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι ο εν λόγω ασθενής μπορεί να σηκωθεί από το κρεβάτι του και να φύγει, να αποφασίσει ο ίδιος αν θα του γίνει μία ένεση ή ακόμη και ποιος θα τον ακουμπήσει. Μαζί με τον σωματικό πόνο ο ασθενής βιώνει απώλεια και αποχωρισμό. Απλώς και μόνο επειδή είναι άρρωστος και βρίσκεται σε ένα νοσοκομείο, περιορίζεται ο χώρος του και η κινητικότητά του και του έχει αφαιρεθεί ο έλεγχος του φυσικού και διαπροσωπικού του περιβάλλοντος. Το κομοδίνο του χρησιμοποιείται και για άλλους σκοπούς, το κρεβάτι του δεν είναι το δικό του κρεβάτι. Διάφοροι άνθρωποι του μιλάνε και του απευθύνουν προσωπικές ερωτήσεις, πολύ συχνά μάλιστα χωρίς ούτε να χτυπήσουν την πόρτα πριν να μούνε στο δωμάτιό του. Δεν μπορεί να διαθέσει όπως θέλει το χρόνο του, καθώς τον οδηγούν βιαστικά κάθε τόσο για να τον υποβάλλουν σε διάφορες εξετάσεις. Δεν μπορεί να δεχτεί τις επισκέψεις της οικογένειάς του όταν θέλει. Δέχεται την «εισβολή» συρίγγων, θερμομέτρων, χειρουργικών εργαλείων και του δίνουν την αίσθηση ότι έχει χάσει τον έλεγχο του σώματός του. Όταν κάποιος δοκιμάζεται από τέτοιες περιστάσεις, τότε αισθάνεται τη μοναξιά που συνοδεύει τον πόνο¹¹⁷ μαζί με μια βαθιά αναξιοπρέπεια.

¹¹⁵ Beauchamp, 1996, 24-25.

¹¹⁶ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 72.

¹¹⁷ Πρωτοπρ. Αυγουστίδης, 2003, 105.

Επιπλέον, η αδυναμία επαφής με το περιβάλλον, η έλλειψη συνειδητότητας, εκμηδενίζει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και είναι κάτι που ο ασθενής πολλές φορές φοβάται περισσότερο από τον πόνο ή τον θάνατο. Αυτό άλλωστε καταδεικνύει η ευρύτατη χρήση των «διαθηκών εν ζωή», το άγχος δηλαδή που διακατέχει τον ασθενή σε σχέση με το πώς η μοίρα ή οι συνάνθρωποί του θα συμπεριφερθούν στο σώμα του όταν ο ίδιος δεν θα μπορεί πλέον να έχει συνείδηση του περιβάλλοντος. Η πιθανότητα, εξαιτίας της πάθησής του να χάσει τη δυνατότητά του να επικοινωνεί με το περιβάλλον, τον κάνουν να νιώθει ότι μειώνεται και προσβάλλεται η έλλογη φύση του. Κανείς δεν θα ήθελε, εξάλλου, να μετατραπεί το άβουλο σώμα του σε λυπηρό θέαμα για τους συγγενείς και σε πεδίο πειραματισμού για τους επιστήμονες¹¹⁸.

Πολλές φορές, λοιπόν, οι άνθρωποι που βρίσκονται στην κατάσταση αυτή, ζητούν ευθανασία όχι επειδή δεν μπορούν να αντέξουν τον οξύ πόνο, αλλά από τον φόβο της κωματώδους κατάστασης στην οποία είναι ενδεχόμενο να περιέλθουν κάποια στιγμή.

Ο φόβος και η αγωνία που νιώθουν πολλοί ασθενείς μπροστά στην προοπτική των χρόνιων ασθενειών που αναπόφευκτα καταβάλλουν τους πάσχοντες και τους οδηγούν στον θάνατο, έχουν τις ρίζες τους, τουλάχιστον εν μέρει, στον φόβο ότι η ιατρική τεχνολογία θα παρατείνει το μαρτύριό τους και ότι θα έχουν ελάχιστο έως καθόλου έλεγχο στην εφαρμογή της. Στο πλαίσιο αυτό, ισχυρίζονται οι υπέρμαχοι της ευθανασίας, η επανειλημμένη και σταθερή απόρριψη από πλευράς των εκπροσώπων του ιατρικού επαγγέλματος οποιασδήποτε συμμετοχής των γιατρών στην ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία, αρχίζει να φαίνεται ιδιοτελής. Η επαγγελματική τους ευσυνειδησία μοιάζει να είναι τυφλή και να κωφεύει στις εκφραζόμενες ανάγκες των ασθενών. Για τους πάσχοντες όμως το να πεθάνουν με αξιοπρέπεια γίνεται πιο σημαντικό από την παράταση της ζωής. Η άκαμπτη άποψη ότι οι γιατροί δεν πρέπει ποτέ να βοηθούν στην αυτοκτονία, αρνείται να λάβει υπόψη την πολυπλοκότητα των προσωπικών νοημάτων που μπορεί να έχει η ζωή και υπερασπίζεται με μονόπλευρη προσήλωση τη διατήρηση της ζωής με κάθε κόστος¹¹⁹.

Άλλος κρίσιμος παράγοντας που καθορίζει το κατά πόσο η ύπαρξη ενός ανθρώπου χαρακτηρίζεται από αξιοπρέπεια ή όχι, είναι το αν ο άνθρωπος μπορεί να έχει μέσα του ελπίδα. Η αξιοπρέπεια μέσα στην απελπισία μπορεί να διαφυλαχθεί

¹¹⁸ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 73.

¹¹⁹ Cassel & Meier, 1990, 750-752. Πρβλ. Cranford, 2007, 224-225.

μόνο από ισχυρές φύσεις¹²⁰. Έτσι, άνθρωποι που χάνουν την ελπίδα τους αλλά θέλουν να παραμείνουν αξιοπρεπείς, συχνά επιλέγουν να μην παραμείνουν στη ζωή.

Σημαντικό ρόλο σε αυτή τους την απόφαση παίζει και η υστεροφημία τους, η εικόνα που αφήνουν ως ανάμνησή τους στους συγγενείς και τα αγαπημένα τους πρόσωπα. Ορισμένοι άνθρωποι για λόγους αξιοπρέπειας θα προτιμούσαν να πεθάνουν παρά να αλλοιωθεί¹²¹ τελείως η προσωπικότητά τους μέσα από τη φθορά στον χρόνο που προκαλούν οι σοβαρές ασθένειες, η αναπηρία και ο πόνος.

Οπότε, στο ζήτημα του εκούσιου θανάτου, οφείλουμε να αναγνωρίσουμε την επιθυμία ενός ανθρώπου που θέλει να διατηρήσει μια συγκεκριμένη ταυτότητα, συγκεκριμένα «πιστεύω» και αρχές¹²². Για λόγους αξιοπρέπειας, δηλαδή για λόγους συνειδητής διατήρησης μιας ιδιαίτερης ταυτότητας, είμαστε υποχρεωμένοι, διατείνονται οι θιασώτες της ευθανασίας, όχι μόνο να σεβαστούμε αλλά και να δεχτούμε την επιλογή ενός ασθενούς τελικού σταδίου που πάσχει από αφόρητους πόνους να τερματίσει τη ζωή του ως μια ηθικά αποδεκτή επιλογή, δίνοντας βάση όχι τόσο στο περιεχόμενο της ζωής που ζει κανείς, αλλά στην αναγνώριση από τον ίδιο τον δρώντα της αξίας της. Η αναγνώριση της αξίας της ανθρώπινης ζωής καθεαυτή δεν υποδηλώνει, όπως συχνά υποστηρίζεται, ότι κάποιος έχει πάντοτε την υποχρέωση να ζει, αλλά προϋποθέτει την αντιμετώπιση της ζωής με τον απαιτούμενο σεβασμό που μπορεί να συνεπάγεται και την επιθυμία τερματισμού της. Έτσι, ο μόνος λόγος που θα δικαιολογούσε ηθικά τον εκούσιο τερματισμό της ζωής είναι η αδυναμία διατήρησης της αξιοπρέπειας¹²³.

Πολλοί άνθρωποι επιλέγουν την ευθανασία θεωρώντας ότι αποτελεί μια αξιοπρεπή έξοδο¹²⁴ από τη ζωή, όταν όλες οι άλλες έχουν σφραγιστεί. Κανένας άνθρωπος δεν είναι υποχρεωμένος, κατά τους υποστηρικτές της ευθανασίας, να ανέχεται πράγματα που τον υποβιβάζουν και τον προσβάλλουν. Ένα από αυτά είναι ο αδυσώπητος πόνος. Κάτι άλλο μπορεί να είναι το αποστειρωμένο και ψυχρό νοσοκομειακό περιβάλλον. Ένα τρίτο, και το σπουδαιότερο, είναι ο φόβος του μήπως γίνει πειραματόζωο στα χέρια της επιστήμης. Αυτό που περισσότερο φοβούνται οι ασθενείς είναι μήπως χάσουν τον έλεγχο και την αξιοπρέπειά τους και υποχρεωθούν

¹²⁰ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 73.

¹²¹ Χαραλάμπους, 2006, 48.

¹²² Χαραλάμπους, 2006, 48.

¹²³ Velleman, 1999, 618. Πρβλ. Χαραλάμπους, 2006, 48.

¹²⁴ Δραγώνα-Μονάχου, 1986, 49. Βλ. και Stuart et al, 1998, 19.

να συνεχίσουν να ζουν ανάπηροι¹²⁵ και υποφέροντας άσκοπα. Όπως έχουν επισημάνει οι Wanzer και συνεργάτες:

«Μια από τις ευρύτερα διαδεδομένες αιτίες άγχους μεταξύ των ασθενών, των οικογενειών τους και του γενικού κοινού είναι η αντίληψη ότι οι προσπάθειες των γιατρών να ανακουφίσουν τον πόνο είναι θλιβερά ανεπαρκείς. Λόγω αυτής της θεωρούμενης επαγγελματικής ανεπάρκειας, οι άνθρωποι φοβούνται ότι οι γιατροί αφήνουν τους ετοιμοθάνατους ασθενείς να υποφέρουν άσκοπα. Πιστεύουμε ότι, σε μεγάλο βαθμό, οι φόβοι αυτοί είναι δικαιολογημένοι»¹²⁶.

Αυτή η απώλεια της δυνατότητας ελέγχου που φοβούνται οι πάσχοντες συνδέεται στενά με την απουσία στενής σχέσης ασθενούς-γιατρού και την αντίληψη ότι δεν τους φροντίζουν συμπνετικοί γιατροί που θέτουν ως πρώτη προτεραιότητα το τι συμφέρει περισσότερο τους ασθενείς. Ο τεράστιος αντίκτυπος που είχε στο αναγνωστικό κοινό το βιβλίο του Derek Humphry *Final Exit*, το οποίο έχει πουλήσει περισσότερα από 500.000 αντίτυπα μέχρι σήμερα, αντικατοπτρίζει τη μαζική αποτυχία από πλευράς των Αμερικανών εκπροσώπων της ιατρικής να αναπτύξουν μια πρακτική ανθρωπιστικής φροντίδας στα πλαίσια της πολιτικής για τους ετοιμοθάνατους ασθενείς. Όπως έχουν παρατηρήσει ο Matthew Conolly και άλλοι:

«Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα περισσότερα αιτήματα για ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία θα εξέλειπαν αν οι ασθενείς διαβεβαιώνονταν ότι θα τους παρεχόταν ανακούφιση όταν πονούσαν και υπέφεραν και ότι θα καταβάλλονταν προσπάθειες προαγωγής της αξιοπρέπειας και αυτάρκειάς τους»¹²⁷.

Αυτό που θίγει με τον πιο βάνουσο τρόπο την αξιοπρέπεια ενός ανθρώπου, είναι η επίγνωση της αδυναμίας του να πραγματοποιήσει τη θέλησή του σε ότι έχει να κάνει με την ίδια του τη ζωή. Ίσως δεν μπορούμε να φανταστούμε πόσο αναξιοπρεπής αισθάνεται ο ασθενής όταν απεγνωσμένα αποζητά τον θάνατο, έναν θάνατο που αν μπορούσε θα τον προσέφερε ο ίδιος στον εαυτό του. Αντί αυτού όμως του προσφέρεται, χωρίς τη θέλησή του, μια ζωή γεμάτη πόνο και εξαθλίωση. Εδώ τίθεται ο ηθικός προβληματισμός: Πρέπει ο άνθρωπος όταν απογυμνώνεται από τις δυνάμεις του να στερείται τη δυνατότητα αυτοκαθορισμού του; Όταν ο ασθενής απαιτήσει να δοθεί τέλος στη ζωή του, -θα απαντήσουν οι υπέρμαχοι της ευθανασίας- οφείλουμε να του προσφέρουμε αυτό που ζητά, για να κρατήσουμε ανέπαφη την

¹²⁵ Standler, 2005, 82-92 διαθέσιμο στο: <http://www.rbs2.com/rtd.pdf>

¹²⁶ Wanzer et al, 1989, 844-849.

¹²⁷ Conolly, 1989, 501-502.

αξιοπρέπειά του και το δικαίωμά του να αυτοκαθορίζεται. Χωρίς δυνατότητα επιλογής δεν υπάρχει αξιοπρέπεια. Ο άνθρωπος σε οποιαδήποτε σωματική κατάσταση και αν βρίσκεται, έχει το δικαίωμα να ελέγχει τη μοίρα του¹²⁸. Ιδιαίτερα η απόφαση για ζωή ή θάνατο αποτελεί την κρισιμότερη υπαρξιακά απόφαση του ανθρώπου.

Κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα να επιλέγει, σύμφωνα πάντα με τους υπέρμαχους της ευθανασίας, τα πράγματα που θα του συμβούν, το αν θα πονά ή όχι, το πώς θα συμπεριφερθούν στο αδύναμο σώμα του, ακόμα και αν θέλει να συνεχίσει να κατοικεί μέσα σε αυτό. Είναι παράλογο, λένε, να εκπληρώνουμε κάθε άλλη επιθυμία ενός ασθενή σε τελικό στάδιο, ακόμη και την πιο παράλογη, πιστεύοντας πως μπορεί να είναι η τελευταία, και να κωφεύουμε μπροστά στη σταθμισμένη και ρητά εκπεφρασμένη επιθυμία του να πεθάνει. Μια τέτοια συμπεριφορά αποτελεί ευθεία και οξεία προσβολή της προσωπικότητάς του, και ο άνθρωπος αυτός δεν μπορεί, βέβαια να νιώθει αξιοπρεπής, όταν η ύπαρξή του έχει πλήρως απαξιωθεί¹²⁹.

Πολλές φορές, ωστόσο ισχυρίζονται, δεν είναι ο πόνος και η αμεσότητα του θανάτου που δημιουργούν στον ασθενή την επιθυμία να πεθάνει, αλλά αντίθετα, ο τρόπος που καλείται να ζήσει. Οι πάσχοντες, για παράδειγμα, που δεν βρίσκονται σε τελικό στάδιο αλλά αντιθέτως το προσδόκιμο επιβιώσής τους είναι μεγάλο, είναι όμως καθηλωμένοι ίσως και για πάντα στο νοσοκομειακό κρεβάτι δεν βρίσκουν κανένα νόημα να συνεχίσουν να ζουν αφού αισθάνονται πλήρως απαξιωμένοι¹³⁰. Η χρήση του αναπνευστήρα κι άλλων υποστηρικτικών μέσων, εξασφαλίζουν μεν την επιβίωση ενός ασθενούς, αλλά η μόνιμη εξάρτηση από αυτά και η ενδεχόμενη αδυναμία επικοινωνίας με τους άλλους, του στερεί κάθε αξιοπρέπεια και καθιστά τη ζωή του ανάξια να βιωθεί¹³¹.

Πολλές φορές πάλι ο άνθρωπος αντιμετωπίζει τον θάνατο σαν επίλογο, ο οποίος δεν μπορεί παρά να ολοκληρώσει αρμονικά μια ζωή πλήρως εναρμονισμένος με τις ιδέες και τις αξίες που τη χαρακτήριζαν¹³². Έτσι, εκείνος που έζησε τη ζωή του έντονα και δυναμικά με γνώμονα τις αρχές της αυτοδιάθεσης, του σεβασμού προς τους άλλους, την αποφυγή του οίκτου τους, νιώθει ιδιαίτερα παράταιρο τον επίλογο της ζωής του όταν αυτός γράφεται σε ένα ιατρικό κρεβάτι, σε καθεστώς πλήρους

¹²⁸ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 76.

¹²⁹ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 77.

¹³⁰ Crippen, 1991, 260.

¹³¹ Τσαϊτουρίδης, 2002, 12.

¹³² Dworkin, 1993, 211.

εξάρτησης και αδυναμίας. Επιζητά την ευθανασία για να εξασφαλίσει την αρμονία ανάμεσα στην μέχρι τότε ζωή του και στον τρόπο του θανάτου του. Πιστεύει πως ένας σύντομος θάνατος κατά τον τρόπο που τον επιθυμεί, προωθεί και προάγει την αξιοπρέπειά του, αποδεικνύοντας έμπρακτα τον σεβασμό του για την ίδια τη ζωή¹³³.

Σύμφωνα με τους παραπάνω λόγους, κατά τους υποστηρικτές του εν λόγω επιχειρήματος, ο άνθρωπος δικαιούται να απαιτήσει ευθανασία για λόγους προσωπικής αξιοπρέπειας, ακόμη και όταν η απαίτησή του αυτή δεν φαίνεται να βασίζεται απόλυτα στην ιατρική του κατάσταση. Υπάρχουν όμως και καταστάσεις που αντικειμενικά προσβάλλουν την αξιοπρέπεια του ανθρώπου και τον υποβιβάζουν σε ένα κατώτερο επίπεδο ύπαρξης, όπως αυτές που η ιατρική επιστήμη χαρακτηρίζει «φυτικές». Αυτό συμβαίνει όταν έχει χάσει αυτό που τον ξεχωρίζει από άλλες μορφές ζωής, δηλαδή τη συνειδητότητά του¹³⁴. Στην κατάσταση αυτή δεν συνιστά πλέον πρόσωπο, διότι αυτό που τον διαφοροποιεί από τα άλλα όντα έχει πια εξαφανιστεί.

Σύμφωνα με την άποψη του Peter Singer, ο πυρήνας της έννοιας «πρόσωπο» δίνεται κυρίως από τα χαρακτηριστικά της λογικότητας και της αυτοσυνειδησίας¹³⁵. Η διατήρηση του ασθενούς σε μια κατάσταση μη συνειδητότητας, είναι ιδιαίτερα μειωτική για την αξιοπρέπειά του, έστω και αν ο ίδιος δεν έχει επίγνωση του γεγονότος αυτού. Η αίσθηση αυτή γίνεται πιο φανερή αν σκεφτούμε πώς αντιδρούμε σε αντίστοιχες περιστάσεις όταν οι πάσχοντες είναι ζώα¹³⁶.

3.1.3. Η αρχή της αυτοδιάθεσης του ατόμου-το δικαίωμα στον θάνατο

Μία από τις πλέον βασικές αρχές που χρησιμοποιούνται ως κριτήρια για την αντιμετώπιση των ηθικών διλημμάτων του τέλους της ζωής, είναι η *αρχή της αυτοδιάθεσης ή αυτονομίας* του ανθρώπου και η ελευθερία του. Η έννοια της αυτονομίας είναι δημιούργημα του Emmanuel Kant. Αλλά ο Kant εκφράζοντας γενικότερους προβληματισμούς και αντιλήψεις της εποχής του, προσπάθησε μέσω της αυτόνομης ηθικής να απαλλάξει τον άνθρωπο από την επιβολή της εκκλησιαστικής αυθεντίας. Γι' αυτό και η καντιανή αντίληψη της αυτονομίας δεν αναφέρεται στο κάθε άτομο, αλλά είναι μια γενική αντίληψη για την αυτονομία του

¹³³ Dworkin, 1993, 238.

¹³⁴ Crippen, 1991, 260.

¹³⁵ Singer, 1993, 86-87.

¹³⁶ Crippen, 1991, 260.

ανθρώπου εν γένει, σύμφωνα με την οποία ο άνθρωπος μπορεί μέσω του πρακτικού λόγου να γνωρίσει τις βασικές ηθικές αρχές που μπορούν να ισχύουν για όλους¹³⁷.

Αντίθετα, η έννοια της αυτονομίας, που διαμορφώθηκε μέσα από την ιατρική πράξη στη μεταπολεμική περίοδο, δεν οδηγεί σε γενικεύσεις, αλλά απαιτεί να εξετάζεται κάθε περίπτωση ασθενούς χωριστά. Ακόμη, σημαίνει ότι υπερτερεί η ανθρώπινη ελευθερία, και ιδίως στην περίπτωση του πάσχοντος, έναντι οποιασδήποτε άλλης επιλογής ή θεώρησης¹³⁸.

«Αυτόνομος»¹³⁹ είναι ο δυνάμενος «εαυτόν νέμειν» όπως εκείνος θέλει, τουλάχιστον σε ζητήματα που έχουν άμεσο αντίκτυπο και αφορούν στην ύπαρξή του, ζητήματα που καθορίζουν εάν ο άνθρωπος λειτουργεί ως πρόσωπο ή ως προσωπίο¹⁴⁰. Κατά τον Kant, η αυτονομία αποτελεί το «θεμέλιο της ηθικότητας»¹⁴¹, ενώ η ετερονομία χαρακτηρίζεται ως «πηγή κίβδηλων ηθικών αξιωμάτων»¹⁴². Η έννοια της ελευθερίας είναι καθοριστική για την εννοιολογική προσέγγιση της αυτονομίας της θέλησης¹⁴³. Μόνο ο άνθρωπος μπορεί να αυτονομηθεί από το φυσικό γίνεσθαι και να διαφοροποιηθεί με τον τρόπο αυτόν από τα υπόλοιπα έμβια όντα που υπακούουν τυφλά στους φυσικούς νόμους και την αιτιότητα. Τα ζώα ωθούμενα από το ένστικτο θα ενεργήσουν όπως τα προστάζει η ανάγκη, ο άνθρωπος, όμως, μπορεί να ξεπεράσει τις δεσμεύσεις που η φύση επιβάλλει στα υπόλοιπα έμβια όντα και να πράττει αντίθετα προς τους νόμους της φύσης, ως αποτέλεσμα της αυτόνομης βούλησής του. Έτσι μπορεί να κάνει πολέμους ή να θυσιάζει τον εαυτό του για έναν σκοπό, απλά επειδή το επιθυμεί, γνωρίζοντας συγχρόνως ότι αυτό είναι επιβλαβές για αυτόν. Και η ηθικότητα, όμως, είναι αποκλειστικά ανθρώπινη ιδιότητα. Μόνο ο άνθρωπος ενεργώντας με γνώμονα την ελεύθερή του βούληση μπορεί να ενεργήσει ηθικά επιλήψιμα ή κατά τρόπο επαινετό¹⁴⁴.

Οι υποστηρικτές της ευθανασίας επικαλούνται ως θεμέλιο των επιχειρημάτων τους την αυτονομία του ατόμου, την «ελευθερία» δράσης του¹⁴⁵. Προβάλλουν ως επιχείρημα ότι ένας άνθρωπος επιβάλλεται να αφήνεται ελεύθερος να πραγματοποιεί τις επιθυμίες που εκφράζουν τη φύση του, με το σκεπτικό ότι μόνο αυτός γνωρίζει

¹³⁷ Kalokairinou, 2007, 568.

¹³⁸ Πέτρου, 2007, 66-67.

¹³⁹ Beauchamp & Childress, 1994, 120. Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 83.

¹⁴⁰ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 83.

¹⁴¹ Kant, 1984, 97, 104.

¹⁴² Kant, 1984, 98.

¹⁴³ Kant, 1984, 106.

¹⁴⁴ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 84.

¹⁴⁵ Emanuel, 1999, 630-631.

την ύπαρξή του και νοηματοδοτεί την έννοια της ευημερίας του. Το συγκεκριμένο άτομο συνεπάγεται ότι, όχι μόνο έχει μια επιθυμία, που στην προκειμένη περίπτωση είναι ο τερματισμός της ζωής του, αλλά είναι συνάμα προικισμένο με την αναγκαία ικανότητα στοχασμού, κριτικής σκέψης, έχει αυτογνωσία και αυτοέλεγχο, ώστε να διακρίνει τις επιθυμίες τις ταιριαστές στην «ατομικότητά» του. Ο ασθενής, ο οποίος ζητά να τερματίσει τη ζωή του με τη βοήθεια του γιατρού, σύμφωνα με τους υπέρμαχους του εν λόγω επιχειρήματος, αναλαμβάνει κάθε ευθύνη και υφίσταται τις συνέπειες του αιτήματός του και κανείς δεν έχει την εξουσία να τον παρεμποδίσει, καθώς κρίνεται ότι η επιλογή του είναι ελεύθερη και δεν βλάπτει τους συναθρώπους του¹⁴⁶.

Τα άτομα θεωρούνται ότι έχουν την ελευθερία να επιδιώκουν οποιονδήποτε στόχο επιθυμούν υπό τον όρο ότι δεν παρεμβαίνουν στους σκοπούς των άλλων. Στην ιατρική ηθική αυτό έχει συνοψιστεί ως η έννοια της «αυτονομίας». Οι Beauchamp και Childress, διακρίνουν μεταξύ του «είμαι αυτόνομος» και του «με σέβονται ως αυτόνομο δρων υποκείμενο», εξηγώντας ότι «το να σέβεσαι ένα αυτόνομο δρων υποκείμενο σημαίνει...να αναγνωρίζεις το δικαίωμα του προσώπου αυτού να έχει απόψεις, να κάνει επιλογές, και να προβαίνει σε πράξεις βασιζόμενος σε προσωπικές αξίες και πεποιθήσεις»¹⁴⁷. Αυτή η ιδέα του σεβασμού του δικαιώματος που έχει ένα πρόσωπο να λαμβάνει αποφάσεις για την ιατρική φροντίδα που βασίζονται στο σύστημα αξιών του, έχει γίνει ο κεντρικός μοχλός της σύγχρονης βιοηθικής και για πολλούς επαγγελματίες της ιατρικής φροντίδας η έννοια του σεβασμού της αυτονομίας ή αυτοδιάθεσης, έχει καταστεί η αρχή που υπερέχει όλων των άλλων αρχών¹⁴⁸.

Κανένα δικαίωμα δεν είναι πιο ιερό, ούτε προστατεύεται με μεγαλύτερη μέριμνα από το κοινό δίκαιο, από το δικαίωμα κάθε ατόμου να κατέχει και να ελέγχει τον ίδιο του τον εαυτό, ελεύθερο από κάθε περιορισμό ή παρέμβαση των άλλων, εκτός από τη σαφή και αδιαμφισβήτητη εξουσία του νόμου. Και δεν μπορούμε να δούμε τους εαυτούς μας ως αυτόνομες υπάρξεις που, ως τέτοιες αξίζουν σεβασμό, αν γνωρίζουμε ότι οι αποφάσεις μας περί ζωής ή θανάτου μπορούν να αναιρεθούν από

¹⁴⁶ Emanuel, 1999, 631-632.

¹⁴⁷ Beauchamp & Childress, 1994, 125.

¹⁴⁸ Chambers, 2007, 192-193.

ανθρώπους που δεν συμερίζονται τις αξίες μας ή δεν αναγνωρίζουν το δικαίωμά μας να ζούμε τη ζωή μας – και, όταν είναι ανάγκη, να πεθαίνουμε – σύμφωνα με αυτές¹⁴⁹.

«Να πεθάνεις περήφανα, όταν δεν είναι πια μπορετό να ζεις περήφανα....Θα έπρεπε, από αγάπη για τη ζωή, να θέλουμε διαφορετικό τον θάνατο, ελεύθερο, συνειδητό, δίχως το τυχαίο, δίχως τον αιφνιδιασμό...» γράφει ο Νίτσε στο *Λυκόφως των ειδώλων*¹⁵⁰.

Η ζωή δεν έχει πάντοτε ενδογενή αξία. Υπάρχουν συνθήκες στις οποίες οι άνθρωποι δεν εκτιμούν τη συνέχιση της ύπαρξης αυτή καθεαυτή και δεν είναι σε θέση να γεμίζουν τη ζωή τους με εμπειρίες και δραστηριότητες, που γενικά προσδίδουν αξία στη ζωή τους, κάνοντάς την ωφέλιμη ή καλή γι' αυτούς. Η περίπτωση της «μόνιμης (επίμονης) φυτικής κατάστασης» (persistent vegetative state, PVS), είναι το καλύτερο παράδειγμα συνθηκών στις οποίες πολλοί άνθρωποι δεν εκτιμούν τη συνέχιση της ζωής χάριν της ζωής. Ένας ασθενής σε κατάσταση «φυτού» έχει χάσει κατά τρόπο μη αναστρέψιμο κάθε ικανότητα συνειδητής εμπειρίας. Πολλοί άνθρωποι λένε ότι δεν θα ήθελαν να συνεχίσουν να ζουν αν έμεναν «φυτά», γεγονός που θέτει υπό αμφισβήτηση το αν οι περισσότεροι εκτιμούν όντως τη συνέχιση της ζωής αυτής καθεαυτής, πέρα από οποιαδήποτε εμπειρία στη ζωή αυτή¹⁵¹.

Η ζωή αυτή καθεαυτή όχι απλώς μπορεί να κριθεί ότι δεν έχει αξία ή δεν είναι καλή, τουλάχιστον από κάποιους ανθρώπους κάτω από κάποιες συνθήκες, αλλά η εμπειρία των ανθρώπων μπορεί επίσης να καταλήξει να έχει αρνητική αξία ή να είναι κακή γι' αυτούς. Αυτό αποδεικνύεται ίσως σαφέστερα από τη γενική παραδοχή ότι οι διανοητικά ικανοί ασθενείς δικαιούνται ή έχουν το ηθικό δικαίωμα να αρνηθούν τη θεραπεία διατήρησης της ζωής. Ένας λόγος στον οποίο βασίζεται η παραδοχή αυτή είναι η πολύ υψηλή αξία που αποδίδει η κοινωνία μας στην ατομική αυτοδιάθεση ή αυτονομία. Ο λόγος αυτός φυσικά ελάχιστα αποδεικνύει για το αν η ζωή ενός ασθενούς δεν έχει πια αξία ή δεν είναι καλή γι' αυτόν. Η αξία της αυτοδιάθεσης θα μπορούσε να αιτιολογήσει τον σεβασμό της επιλογής του ασθενούς από τους άλλους, ακόμα και αν ο ασθενής κάνει λάθος που δεν αποδίδει πια αξία στη ζωή του.

Επιπλέον, όσο μεγαλύτερη ηθική σπουδαιότητα δικαιολογημένα αποδίδουμε στην ατομική αυτοδιάθεση, τόσο σοβαρότερο είναι το κακό που κάνουμε στους

¹⁴⁹ Davis, 2007, 164, 182.

¹⁵⁰ Νίτσε, 2010, 104-105.

¹⁵¹ Brock, 2007, 206-207.

ανθρώπους διατηρώντας τους σε μια ζωή που δεν τη θέλουν ή που δεν θα ήθελαν να διατηρηθεί¹⁵².

Η ηθική σπουδαιότητα της αυτοδιάθεσης του ατόμου στην επιλογή της συνέχισης ή του τερματισμού της ζωής απαιτεί την αναγνώριση του γενικού δικαιώματος των διανοητικά ικανών ατόμων να κάνουν αυτή την επιλογή σύμφωνα με τις δικές τους αξίες. Όταν πρέπει να αποφασίζουν οι νόμιμοι αντιπρόσωποι για λογαριασμό των διανοητικά ανίκανων ατόμων, πρέπει να ισχύουν πιο ουσιαστικές και διαδικαστικές δικλίδες ασφαλείας. Το σωστό και βάσει αρχών σκεπτικό για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με οριακές ηθικά αιτιολογημένες περιπτώσεις αφαίρεσης ζωής, είναι η εκτίμηση των ωφελειών και βαρών των εναλλακτικών λύσεων από πλευράς του ασθενούς. Δεν δικαιολογείται, ισχυρίζονται οι υπέρμαχοι της ευθανασίας, γενική προκατάληψη υπέρ της ζωής. Η εναλλακτική λύση της διατήρησης της ζωής συνεπάγεται τον κίνδυνο παραβίασης του σημαντικού ηθικού δικαιώματος της αυτονομίας, στο οποίο αποδίδεται θεμελιώδης σημασία στις περισσότερες σκέψεις περί ηθικής, καθώς επίσης και στον νόμο, και το οποίο θεμελιώνει το δικαίωμα άρνησης της ανεπιθύμητης θεραπείας διατήρησης της ζωής¹⁵³.

Αν επιλέξουμε να θεσπίσουμε κοινωνικές πολιτικές που αναγνωρίζουν το δικαίωμα του ασθενούς να αρνείται τη θεραπεία διατήρησης της ζωής, τότε δεν μπορούμε, διατείνονται οι υποστηρικτές της ευθανασίας, να περιορίσουμε το δικαίωμα αυτό ώστε να αποκλείεται η νομιμότητα της αυτοκτονίας ή των ποικίλων μορφών υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, περιλαμβανομένης της ευθανασίας. Από την άλλη, αν μείνουμε αμετακίνητα πιστοί στην απόρριψη κάθε μορφής ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και ευθανασίας, τότε δεν μπορούμε να συνεχίσουμε να ισχυριζόμαστε ότι οι ασθενείς έχουν ισχυρό δικαίωμα ως αυτόνομα όντα να αρνούνται τη θεραπεία διατήρησης της ζωής. Δεν υπάρχει εφαρμόσιμη «μέση οδό»¹⁵⁴.

Η αγωνία του ανθρώπου να ορίζει εκείνος τη μοίρα του ακόμη και σε ακραίες καταστάσεις, εκδηλώνεται ολοφάνερα μέσα από τις «εν ζωή διαθήκες» (living wills) ή «εκ των προτέρων οδηγίες» (advance directives), η χρήση των οποίων είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη σε χώρες όπως η Αμερική, η Ολλανδία, η Γερμανία και άλλες.

¹⁵² Brock, 2007, 207-209.

¹⁵³ Brock, 2007, 211.

¹⁵⁴ Davis, 2007, 161-162.

Με την ιδιότυπη αυτή διαθήκη κάποιος εξασφαλίζει ότι θα μπορεί αυτόνομα να διαχειριστεί τη ζωή του όταν πλέον θα έχει χάσει τη δυνατότητα να εκφράζεται ή να ενεργεί. Η ισχύς ενός τέτοιου εγγράφου βασίζεται στην παραδοχή πως ο θάνατος του ανθρώπου και ο τρόπος με τον οποίο αυτός θα επέλθει είναι ένα καίριο προσωπικό του ζήτημα¹⁵⁵, στο οποίο ο ίδιος πρέπει αυτόνομα να αποφασίσει σύμφωνα με την επιθυμία και την κρίση του¹⁵⁶.

Ένα επιχείρημα των αντιτιθέμενων στην ευθανασία επικαλείται το συμφέρον της πολιτείας να προστατεύει τη ζωή. Η επίκληση αυτού του πολιτειακού συμφέροντος είναι κοινή στις νομικές υποθέσεις σχετικά με τη θεραπεία διατήρησης της ζωής. Όπως αποφάνθηκε το Ανώτατο Δικαστήριο των Ηνωμένων Πολιτειών στην υπόθεση Cruzan, «η πολιτεία Μισούρι έχει γενικό συμφέρον να προστατεύει και να διατηρεί την ανθρώπινη ζωή»¹⁵⁷. Σύμφωνα, όμως, με τους υπέρμαχους της ευθανασίας, όταν ένα άτομο δεν έχει πλέον συμφέρον ή επιθυμία να συνεχίσει να ζει, δεν υπάρχει σημαντικό πολιτειακό συμφέρον διατήρησης της ζωής για να αντιταχθεί στο συμφέρον του ίδιου του ατόμου. Ούτε έχει θέση σε μια κοινωνία που θεωρεί τα άτομα υπό βαθύτερη έννοια ανθρώπους ελεύθερους και με δικαίωμα αυτοδιάθεσης, η επιβολή μιας αντίληψης που θα ισοδυναμούσε με ιδιοκτησιακό συμφέρον για τις ζωές των πολιτών της. Η αντίληψη αυτή, δεν θα μπορούσε να αιτιολογήσει τον εξαναγκασμό τους να ζήσουν, όταν η ζωή τους έχει γίνει πλέον γι' αυτούς βάρος και ανεπιθύμητη. «Από το δικαίωμα στη ζωή δεν μπορεί να συναχθεί, συνεπώς, μια υποχρέωση στη ζωή»¹⁵⁸.

Αν η πολιτεία είχε έννομο και ισχυρό συμφέρον διατήρησης της ανθρώπινης ζωής αφ' εαυτής, χωρίς να την ενδιαφέρει αν η ζωή αυτή ήταν καλή ή επιθυμητή για το άτομο που θα τη ζούσε, τότε το συμφέρον αυτό θα ερχόταν σε σύγκρουση με οποιαδήποτε απόφαση συντόμευση της ζωής, συμπεριλαμβανομένων των εύλογων επιλογών των διανοητικά ικανών ασθενών να παραιτούνται από τις θεραπείες διατήρησή τους στη ζωή. Τα δικαστήρια που έχουν εξετάσει το πιθανολογούμενο συμφέρον της πολιτείας να διατηρεί τη ζωή σε περιπτώσεις παραίτησης των ασθενών από τη θεραπεία υποστήριξης της ζωής, αποφαίνονται μέχρι σήμερα σταθερά, ότι το συμφέρον αυτοδιάθεσης¹⁵⁹ του ασθενούς είναι ισχυρότερο και πιο καθοριστικό¹⁶⁰.

¹⁵⁵ Capron, 2001, 299 κ.ε.

¹⁵⁶ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 92.

¹⁵⁷ Cruzan v. Director, Missouri Department of Health, 110 S. Ct. 2841 (1990). Standler, 2005, 93-138, Πρωτοπαπαδάκης, 1999.

¹⁵⁸ Παναγοπούλου-Κουτνατζή, 2010, 123, Brock, 2007, 212-213.

¹⁵⁹ Standler, 2005, 11-148 διαθέσιμο στο: <http://www.rbs2.com/rtd.pdf>

Επιπλέον, σύμφωνα με τον Peter Singer, από τη στιγμή που λαμβάνουμε υπόψη την επιθυμία των ανθρώπων που εκφράζουν τη θέληση τους να συνεχίσουν να ζουν, πρέπει να σεβόμαστε και την επιθυμία εκείνων που δεν θέλουν να ζουν πια. Και αυτό διότι, η άρνηση της ζωής είναι αναφαίρετο δικαίωμά τους το οποίο έγκειται στην αρχή της αυτονομίας¹⁶¹.

Ο θάνατος πολλές φορές είναι κάτι παραπάνω από ένα απλό τέλος, είναι ο επίλογος της πορείας ενός ανθρώπου στη ζωή. Από την άποψη αυτή πρέπει να συνάδει με τον τρόπο που ο άνθρωπος έζησε, πρέπει να αντιπροσωπεύει τις αξίες που εκείνος όσο ζούσε πρέσβευε και να εκφράζει τον χαρακτήρα του και την προσωπικότητά του. Για τον λόγο αυτόν βλέπουμε ότι οι ασθενείς που ενώ η επιστήμη τους εγγυάται ανώδυνη παράταση της ζωής τους με αντάλλαγμα την εξάρτησή τους από έναν αναπνευστήρα ή την καταστολή της πνευματικής τους ενάργειας, εν γένει την απώλεια της αυτονομίας τους, αυτοί επιμένουν να τους διενεργηθεί ευθανασία¹⁶². Αυτό που επιθυμούν είναι να ελέγξουν τον θάνατό τους όπως ήλεγχαν και τη ζωή τους. Επιδιώκουν έναν «καλό θάνατο», και τέτοιος μπορεί να είναι μόνο εκείνος που βρίσκεται υπό τον έλεγχό τους και τους επιτρέπει να «αναχωρήσουν» με έναν απόλυτα αξιοπρεπή τρόπο. Ο θάνατος είναι ιδιωτική υπόθεση¹⁶³. Η απόφαση του ασθενούς όποια και αν είναι αυτή, πρέπει να γίνει σεβαστή, διότι είναι μια αυτόνομη απόφαση. Σε περίπτωση που αυτό δεν συμβεί, προσβάλλεται άμεσα η προσωπικότητά του¹⁶⁴. Όπως γράφει ο Σενέκας στο *Epistulae morales ad Lucilium* «...ο άνθρωπος γενικώς οφείλει να κάνει τη ζωή του αποδεκτή και από τους άλλους, τον θάνατό του όμως μόνο από τον ίδιο. Γιατί ο καλύτερος θάνατος είναι αυτός που αρέσει σε μας. Όποιος αναθέτει τον θάνατό του στη μοίρα κλείνει τον δρόμο προς την ελευθερία. Το καλύτερο δίδαγμα του αιώνιου νόμου είναι ότι μας επέτρεψε μία είσοδο στη ζωή αλλά πολλές εξόδους»¹⁶⁵.

3.1.4. Δεοντοκρατία - η κατηγορική προσταγή του Kant

Στον αντίποδα των ωφελμιστικών απόψεων βρίσκονται οι δεοντοκρατικές θεωρίες, κύριος εκπρόσωπος των οποίων θεωρείται ο γερμανός φιλόσοφος Immanuel

¹⁶⁰ Brock, 2007, 212-213.

¹⁶¹ Singer, 1993, 195.

¹⁶² Logue, 1994, 299.

¹⁶³ Πελεγρίνης, 1985, 128.

¹⁶⁴ Heintz, 1994, 1656.

¹⁶⁵ Emanuel, 1994, 1893, Δραγώνα-Μονάχου, 2006c 122-123.

Kant (1724-1804). Οι Δεοντοκράτες υποστηρίζουν ότι πρέπει να θέτουμε εκ των προτέρων κάποιες ηθικές αξίες (a priori αρχές), απέναντι στις οποίες οφείλουμε να είμαστε συνεπείς. Μια πράξη, υποστηρίζουν, είναι ορθή εφόσον είναι το είδος της πράξης το οποίο υπαγορεύει κάποιος γενικός κανόνας ανεξάρτητα από τα αποτελέσματα και τις συνέπειες που αυτή μπορεί να έχει¹⁶⁶.

Οι δεοντοκρατικές θεωρίες συνήθως, αλλά όχι πάντοτε, απορρέουν από την ηθική φιλοσοφία του Kant και, κυρίως, υπό τη μορφή που αυτή διατυπώνεται από την κατηγορική προσταγή: «πράττε μόνο σύμφωνα με ένα τέτοιο γνώμονα, μέσω του οποίου μπορείς συνάμα να θέλεις, αυτός ο γνώμονας να γίνει καθολικός νόμος»¹⁶⁷.

Αυτή είναι η αρχική διατύπωση της μιας και μόνης καθολικής προσταγής, η οποία όμως μπορεί να αναλυθεί και σε διαφοροποιημένες κάθε φορά διατυπώσεις, όπου τονίζονται άλλα στοιχεία πέρα από την αναγκαιότητα το υποκειμενικό αξίωμα να συσχετίζεται και να ταυτίζεται με τον καθολικό νόμο. Έτσι, μπορούμε να σταθούμε στη διατύπωση της κατηγορικής προσταγής σε σχέση με την αντιμετώπιση της ανθρωπότητας ως αυτοσκοπού: «Πράττε έτσι ώστε να χρησιμοποιείς την ανθρωπότητα, τόσο στο πρόσωπό σου όσο και στο πρόσωπο κάθε άλλου ανθρώπου, πάντα ταυτόχρονα ως σκοπό και ποτέ μόνο ως μέσο»¹⁶⁸. Ή ακόμη και στην αναγκαιότητα συμμετοχής στο κράτος των σκοπών: «Πράττε σαν να ήσουν πάντα, χάρη στους γνώμονες σου, ένα νομοθετικό μέλος του κράτους των σκοπών»¹⁶⁹.

Η ελευθερία των δρώντων να απορρίπτουν μια επιλογή και να καταφεύγουν σε μια άλλη ανά πάσα στιγμή, αποτελεί συστατικό όρο της ανθρώπινης πράξης, καθώς μέσω αυτής επιλέγεται η ηθικότητα, η οποία προϋποθέτει την ελευθερία και πηγάζει από τη δυνατότητα του να πράττουμε αλλιώς. Η ελευθερία στην πράξη συνδέεται άμεσα με την επιλογή του ατόμου να πράττει βάσει κανόνων που θα μπορούσαν να γίνουν δεκτοί από όλους τους ανθρώπους ως ηθικά αξιόλογοι, όπως επιλέχθηκαν και από τον ίδιο. Από αυτό το σημείο διαφαίνεται η ανάγκη για καθολίκευση της ηθικής πράξης, δηλαδή για την αναζήτηση των αντικειμενικών εκείνων κριτηρίων που καθιστούν τον ηθικό πρακτικό λόγο κοινά αποδεκτό. Από την πλευρά μιας δεοντοκρατικής ηθικής θεωρίας, όπως η καντιανή, παρατηρεί κανείς ότι η αυτοκτονία είναι ηθικά αποδοκιμαστέα. Και αυτό διότι σύμφωνα με την πρώτη διατύπωση της κατηγορικής προσταγής, ο «γνώμονας αυτής της πράξης δεν μπορεί να γίνει

¹⁶⁶ Kalokairinou, 2007, 567.

¹⁶⁷ Kant, 1984, 71.

¹⁶⁸ Kant, 1984, 81.

¹⁶⁹ Kant, 1984, 94.

καθολικός νόμος της φύσης και κατά συνέπεια συγκρούεται εντελώς με το ανώτατο αξίωμα κάθε καθήκοντος»¹⁷⁰. Επιπλέον, σύμφωνα με τη δεύτερη διατύπωση της κατηγορικής προσταγής, αυτός που αυτοκτονεί χρησιμοποιεί τον εαυτό του, δηλαδή ένα πρόσωπο, μόνο ως μέσον και όχι ως αυτοσκοπό, όπως πάντα οφείλει¹⁷¹. Από τέλειο, λοιπόν, καθήκον προς τον εαυτό μας ο καθένας μας πρέπει να διατηρήσει τη ζωή του, ακόμη και όταν, παρά «την άμεση ροπή μας προς αυτήν»¹⁷², επιθυμούμε τον θάνατο. Άλλωστε τότε μόνο έχει ηθική αξία η διατήρηση της ζωής μας, όταν γίνεται δηλαδή από καθαρό σεβασμό στον ηθικό νόμο¹⁷³.

Έτσι, όταν ο ηθικά ενεργών αποδώσει ύψιστη αξία στην ανθρώπινη ζωή, οφείλει να είναι συνεπής στην ηθική του αρχή και να προστατεύσει την ανθρώπινη ζωή πέρα από διακρίσεις και περιπτώσιολογίες. Το ίδιο συνεπής, όμως, οφείλει να είναι ο Δεοντοκράτης και όταν θέσει ως ύψιστη ρυθμιστική αρχή των πράξεων και της βούλησής του οποιονδήποτε άλλο όρο αντί εκείνου της ζωής¹⁷⁴. Αν η ζωή, λοιπόν, είναι καθήκον απέναντι στον ίδιο μας τον εαυτό, τότε σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να αποδεχτούμε εμείς και πολύ περισσότερο οι τρίτοι (οι γιατροί, οι συγγενείς μας) την πράξη της ευθανασίας ή της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας¹⁷⁵.

Ωστόσο, σύμφωνα με τους υπέρμαχους της ευθανασίας, σε περιπτώσεις «αδυναμίας διατήρησης της αξιοπρέπειας» και «ως έκφραση σεβασμού προς ένα πρόσωπο» γίνεται ηθικά αποδεκτή η ευθανασία και η ιατρική συνδρομή σε αυτοκτονία¹⁷⁶. Η ουσία της αποδοχής της ευθανασίας έγκειται στο ότι η ζωή του ανθρώπου αποτελεί μεν ύψιστο αγαθό και την προϋπόθεση κάθε νοητού δικαιώματος, συνδέεται όμως η ίδια άρρηκτα με την αυτονομία. Δεν ενδιαφέρει, επομένως, υποστηρίζουν, ως ένα απλό σύνολο βιοχημικών δεδομένων – όπως συμβαίνει στους μικροοργανισμούς, τα ζώα ή τα φυτά – αλλά ως μια οντολογική ενότητα ταυτόχρονα βιολογική και διανοητική. Αν δεν ίσχυε κάτι τέτοιο, θα δεχόμαστε καταστάσεις πλήρως ετεροκαθοριζόμενων ανθρώπων, εντελώς αδύναμων «που θα υπέφεραν γι' αυτό την πλήρη απαξίωση, στο όνομα είτε κάποιων επιστημονικοφανών φαντασιώσεων είτε μιας άκριτης μεταφυσικής πίστης στο θαύμα»¹⁷⁷.

¹⁷⁰ Kant, 1984, 73.

¹⁷¹ Kant, 1984, 82. Πρβλ. Καρανικόλα, 2007, 78-79.

¹⁷² Kant, 1984, 39

¹⁷³ Kant, 1984, 39.

¹⁷⁴ Πελεγρίνης, 1997, 80.

¹⁷⁵ Βιδάλης, 2007, 131.

¹⁷⁶ Χαραλάμπους, 2006, 48.

¹⁷⁷ Βιδάλης, 2007, 135.

Τι σημαίνει στην περίπτωση της ευθανασίας, όμως, να αντιμετωπίζεται ο πάσχων ως σκοπός; Με ποιον γνώμονα και πάνω σε ποιους άξονες πρέπει να διαμορφώνεται η στάση και η προσέγγιση του περιβάλλοντός του, ιατρικού και συγγενικού; Πάνω στη βάση των αρχών της συμπάθειας και του ανθρωπισμού, απαντούν οι υποστηρικτές της ευθανασίας. Η συμπάθεια είναι μια χαρακτηριστική ανθρώπινη ιδιότητα, που μας βοηθάει να προσεγγίσουμε τον τρόπο που αισθάνεται ένας συνάνθρωπός μας, να κρίνουμε τι θα νιώθαμε ή τι θα επιθυμούσαμε οι ίδιοι αν βιώναμε την ίδια κατάσταση με εκείνον¹⁷⁸. Η ρυθμιστική αρχή της βούλησής μας, η οποία μας ωθεί να συνδράμουμε τον συνάνθρωπό μας στην άσκηση ενός δικαιώματός του όταν ο ίδιος αδυνατεί να το ασκήσει, θα μπορούσε να καταστεί παγκόσμιος νόμος, δυνάμει της αρχής της συμπάθειας και της κοινής φύσης των ανθρωπίνων όντων. Με διαφορετική διατύπωση, οφείλουμε να βοηθούμε τους συνανθρώπους μας να ασκούν τα δικαιώματά τους όταν αυτοί αδυνατούν, διότι μπορεί και οι ίδιοι να βρεθούμε στη θέση τους και, στην περίπτωση αυτή, θα θέλαμε να τύχουμε της συνδρομής που τώρα καλούμαστε να παράσχουμε¹⁷⁹.

Σύμφωνα με την καντιανή κατηγορική προσταγή, η στάση μας απέναντι στους ανθρώπους δικαιώνεται ηθικά, όταν δεν αποτελεί μοχλό επίτευξης προσωπικών επιδιώξεων ανεξάρτητων από την συμπαθητική στάση απέναντι τους. Εκείνος, για παράδειγμα, ο οποίος διακινδυνεύοντας τη ζωή του, σώζει έναν συνάνθρωπό του, έχει διαπράξει μια ηθικά επαινετή πράξη μόνο εάν αποσκοπούσε στη σωτηρία και μόνο του συνανθρώπου του. Εάν, όμως, επιτέλεσε την αγαθή αυτή πράξη για να αποκτήσει προβολή ή με σκοπό να επιβραβευθεί υλικά ή ηθικά, η πράξη του δεν έχει θετική ηθική αξία, από τη στιγμή που χρησιμοποίησε έναν άνθρωπο ως μέσο επίτευξης άλλων σκοπών. Μια τέτοια πράξη είναι προϊόν υπολογισμού και καιροσκοπικής διάθεσης, άρα δεν μπορεί να κριθεί σε καμία περίπτωση ως αποδεκτή ηθικά¹⁸⁰.

Κάθε φορά, λοιπόν, που εισδύουν στη συλλογιστική μας σχετικά με την ηθική δικαίωση της ευθανασίας έννοιες ξένες προς τον συνάνθρωπό μας που την αιτείται, διαπράττουμε ακριβώς αυτό το ηθικό σφάλμα: αντιμετωπίζουμε έναν άνθρωπο όχι ως σκοπό, αλλά ως μέσο για να γίνει ή να μην γίνει κάτι. Ο γιατρός που σκέφτεται την εξασφάλιση της θέσης του φοβούμενος ότι η διενέργεια της ευθανασίας θα τον καταστήσει υπόδικο ίσως και άνεργο, ο νομοθέτης που επιδιώκει να προλάβει την

¹⁷⁸ Beauchamp & Childress, 1994, 466.

¹⁷⁹ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 99.

¹⁸⁰ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 98-99.

κακή ή ανεξέλεγκτη εφαρμογή της, ο οικείος που επωμίζεται το βάρος του ασθενούς, όλοι αυτοί προσεγγίζουν τον πάσχοντα ως μέσο. Με τον τρόπο αυτόν, όμως, το πραγματικό συμφέρον του ασθενούς δεν υπηρετείται, αφού η εστίαση γίνεται σε άλλους στόχους.

Η συμπαθητική στάση απέναντι στον συνάνθρωπό μας που αιτείται τη διενέργεια ευθανασίας δεν μπορεί να στηρίζεται, βέβαια, μόνο στην απαίτησή του, διότι τότε η πράξη θα είναι ηθικώς αδιάφορη ή ακόμη χειρότερα ανεύθυνη. Εάν το κίνητρο είναι απλά η εκπεφρασμένη επιθυμία, τότε πάλι ο άνθρωπος γίνεται περισσότερο μέσον παρά σκοπός, αφού το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, δεν είναι το καλό του συνανθρώπου μας αλλά η δική μας απαλλαγή από μια διλημματική κατάσταση. Αυτό που πρέπει να συμβαίνει είναι να κρίνουμε και να αποφασίσουμε βάσει των βέλτιστων συμφερόντων του¹⁸¹. Στην πραγματικότητα η αίτηση για ευθανασία δεν γίνεται από τον πάσχοντα αλλά από την κατάστασή του. Ο διενεργών την ευθανασία πρέπει να κρίνει εάν η συνέχιση της ζωής θα είναι προς όφελος ή, αντίθετα, εις βάρος των συμφερόντων του ασθενούς. Η στάση αυτή πηγάζει από την εκτίμηση και κατανόηση των συμφερόντων του πάσχοντος βάσει της συμπάθειας, άρα εμπερικλείει ηθική αξία. Φαντάζει, μάλιστα, ως ηθικό καθήκον απέναντι στον συνάνθρωπό μας αφού αυτός αποτελεί σκοπό¹⁸².

3.1.5. Το ανθρωπιστικό επιχείρημα

Η γενικότερη στάση του ανθρώπου μπροστά στον θάνατο είναι αρνητική. Ιδίως στη σύγχρονη πραγματικότητα οι άνθρωποι που δεν αντιμετωπίζουν κάποιο μεγάλο και σοβαρό πρόβλημα υγείας, βλέπουν στην πλειονότητά τους θετικά τη ζωή και αρνητικά τον θάνατο. Αντίθετα, ερώτημα θετικό απέναντι στον θάνατο ίσως μπορεί να θέσει μόνο εκείνος που υφίσταται μια ιδιαίτερα επώδυνη ασθένεια χωρίς ελπίδες βελτίωσης και βλέπει ότι η ζωή του δεν έχει πλέον αξία. Στην περίπτωση αυτή, αυτό που εύχεται ο πάσχων είναι ένας κατά το δυνατόν ανώδυνος, αξιοπρεπής και σύντομος θάνατος, με άλλα λόγια ένας θάνατος ανθρώπινος.

Αυτό ακριβώς εξασφαλίζει η ευθανασία στον πάσχοντα άνθρωπο, σύμφωνα με τους υπέρμαχους της ευθανασίας. Ο ασθενής που υποφέρει και έχει αιτηθεί να του διενεργηθεί ευθανασία, αυτό που ζητά δεν είναι τίποτε άλλο παρά η ικανοποίηση μιας

¹⁸¹ Beauchamp & Childress, 1994, 225.

¹⁸² Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 102-103.

επιθυμίας η οποία είναι κοινή σε κάθε άνθρωπο, και ο καθένας στη θέση του θα ζητούσε το ίδιο: να τελειώσει τη ζωή του ανθρώπινα. Είναι όμως πράξη ανθρωπισμού η ευθανασία; Τι είναι αυτό που καθιστά τον τρόπο του θανάτου απάνθρωπο;

Το πιο πειστικό επιχείρημα, βέβαια, δεν είναι άλλο από τον αφόρητο πόνο. Κάθε άνθρωπος είναι ευαίσθητος στο ζήτημα αυτό, κάθε άνθρωπος, επικαλούμενος τον ανθρωπισμό μας, μπορεί να μας ζητήσει να τον απαλλάξουμε από αυτόν. Ο κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας ορίζει ως ηθικό καθήκον του γιατρού την ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο. Όταν απουσιάζει ο πόνος ο πάσχων είναι ευκολότερο να ανεχθεί την προοπτική του θανάτου, καθώς ο θάνατος μπορεί να είναι ανεπαίσθητος, ο αβάσταχτος πόνος όμως, υπερβαίνει κατά πολύ κάθε άλλο δυσάρεστο συναίσθημα¹⁸³ και πολλές φορές φαντάζει τρομερότερος και από τον ίδιο τον θάνατο¹⁸⁴.

Κάθε άνθρωπος βέβαια, αντιμετωπίζει διαφορετικά τον πόνο, ο οποίος είναι μια καθαρά προσωπική υπόθεση και καθορίζεται από ατομικά κριτήρια και ιδιότητες¹⁸⁵. Αυτό σημαίνει πως η αίτηση για ευθανασία που στηρίζεται στην αδυναμία του πάσχοντος να αντέξει τον πόνο πρέπει να γίνεται σεβαστή, σύμφωνα με τους υποστηρικτές του εν λόγω επιχειρήματος, διότι αφενός δεν υπάρχει ορισμός του «αφόρητου πόνου» και αφετέρου δεν έχει σημασία εάν αυτός είναι σωματικής ή ψυχικής προέλευσης. Άλλωστε είναι αδύνατο και άσκοπο να εξετάσουμε και να αναλύσουμε την πηγή της οδύνης του πάσχοντος, αφού η οδύνη από όπου και εάν προέρχεται, όταν συνοδεύει τις τελευταίες στιγμές ενός ανθρώπου τις καθιστά αφόρητες και απάνθρωπες. Όταν λοιπόν η κατάσταση του ασθενούς είναι μη αναστρέψιμη και η επέλευση του θανάτου βέβαιη, τότε καθήκον του συνανθρώπου είναι να καταστήσει τον θάνατο του πάσχοντος κατά το δυνατόν ανώδυνο, άρα περισσότερο ανθρώπινο. Ο θεράπων γιατρός, ιδιαίτερα, δικαιώνεται απολύτως ηθικά, εάν επιλέξει τη διενέργεια ευθανασίας με κίνητρο να απαλλάξει τον πάσχοντα από την περιττή οδύνη του τέλους, διότι υπάρχει μια ποιοτική ηθική διαφορά ανάμεσα στο «να είσαι χορηγός του θανάτου» και «να βοηθάς τον ασθενή στη δύσκολη διαδικασία του θανάτου»¹⁸⁶. Η ευθανασία αποτελεί στην περίπτωση αυτή, ανθρωπιστικό καθήκον του γιατρού.

¹⁸³ Γκμπάντι, 2007, 7.

¹⁸⁴ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 112.

¹⁸⁵ Γκμπάντι, 2007, 13, 19.

¹⁸⁶ Miller, 1987, 83.

Ο άνθρωπος, πολλές φορές, μπορεί να υποφέρει περισσότερο από τον φόβο του ανεξέλεγκτου πόνου παρά από τον ίδιο τον πόνο¹⁸⁷. Από τη στιγμή που η κατάσταση του κρίνεται ως μη αναστρέψιμη, η προοπτική του επώδυνου θανάτου είναι ξεκάθαρη, πράγμα που καθιστά τον φόβο για το άμεσο μέλλον αφόρητο. Ένας τέτοιος ασθενής, σαφώς και θα επιθυμούσε να έχει τη δυνατότητα να ζητήσει να τερματιστεί η ζωή του, και η επιθυμία του αυτή να γίνει σεβαστή. Ακόμη και αν δεν βρει ποτέ το θάρρος να τη ζητήσει, και μόνο η ύπαρξη αυτής της δυνατότητας μπορεί να τον ανακουφίσει από τον φόβο ενός αργού και επώδυνου θανάτου που δεν θα μπορούσε να αντέξει. Με τον τρόπο αυτόν η προοπτική του τέλους της ζωής του καθίσταται περισσότερο ανθρώπινη¹⁸⁸.

Απάνθρωπος θάνατος, όμως, είναι και αυτός που επέρχεται στο ψυχρό περιβάλλον μιας μονάδας εντατικής θεραπείας, την ώρα που ο ασθενής είναι διασωληνωμένος και περιστοιχισμένος από υποστηρικτικά μηχανήματα. Αυτό που χρειάζεται είναι η ανθρώπινη παρουσία δίπλα του και ο φυσικός του θάνατος, αντί της ψυχρής παρουσίας των μηχανημάτων, ακόμη και αν αυτά βοηθούν στην –τεχνητή σε πολλές περιπτώσεις- διατήρησή του στη ζωή. Όπως σημειώνει ο καθηγητής Δ. Ωραιόπουλος: «Ακόμη και όταν τίποτα δεν μπορεί να γίνει από πλευράς ιατρικής θεραπείας, δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι οι ασθενείς που πεθαίνουν χρειάζονται ρύθμιση του πόνου, διατήρηση της αξιοπρέπειας και της προσωπικής τους αξίας και τελικά το έσχατο “φάρμακο”, την αγάπη και τη στοργή»¹⁸⁹. Όταν κάποιος εκφράζει την επιθυμία να πεθάνει στο σπίτι του, το κάνει επειδή πιστεύει ότι έτσι ο θάνατός του θα είναι περισσότερο ανθρώπινο. Μοναδικός κριτής του τι αποτελεί ανθρώπινο τρόπο θανάτου δεν μπορεί παρά να είναι το ίδιο το άτομο, διότι ο θάνατος είναι πάντα μια καθαρά ιδιωτική υπόθεση¹⁹⁰. Ανθρωπιστικό καθήκον, επομένως, αυτών από τους οποίους εξαρτάται η διενέργεια ή μη της ευθανασίας, είναι να προσφέρουν στον άνθρωπο που πλησιάζει στο τέλος της ζωής του τη δυνατότητα να αναχωρήσει με τον τρόπο που εκείνος θεωρεί περισσότερο ανθρώπινο¹⁹¹.

Επιπλέον, σύμφωνα με τους υποστηρικτές του εν λόγω επιχειρήματος, δεν υπάρχει καμία ηθική διαφορά κάτω από ορισμένες συνθήκες μεταξύ της ευθανασίας και της μη χορήγησης θεραπείας υποστήριξης της ζωής. Και στις δύο περιπτώσεις, ο

¹⁸⁷ Stuart et al, 1998, 19.

¹⁸⁸ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 106.

¹⁸⁹ Ογεορούλος, 2001, 540.

¹⁹⁰ Πελεγρίνης, 1985, 128, Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 107.

¹⁹¹ Ογεορούλος, 2001, 540.

στόχος είναι ένας ευσπλαχνικός θάνατος και η μόνη πρακτική διαφορά είναι ότι η μη χορήγηση της θεραπείας υποστήριξης της ζωής έχει ως αποτέλεσμα να υποφέρει περισσότερο ο ασθενής επειδή αργεί περισσότερο να πεθάνει. Επιπλέον, προϋποθέτει κάποιο στοιχείο τύχης, όπως η ανάπτυξη πνευμονίας για την οποία υπάρχει θεραπεία που θα μπορούσε να μη χορηγηθεί¹⁹².

Η διατήρηση στη ζωή, διατείνονται οι υπέρμαχοι του ανθρωπιστικού επιχειρήματος, δεν είναι πάντοτε η πιο ανθρωπιστική επιλογή¹⁹³. Ανθρωπιστικό καθήκον όλων μας είναι να εξασφαλίσουμε στον πάσχοντα ένα ανθρώπινο τέλος που να ανταποκρίνεται στις αξίες του, κινούμενοι από ηθική ευαισθησία και με βάση την κατάστασή του, χωρίς προκαταλήψεις. Υπό την έννοια αυτή, η ευθανασία αναδεικνύεται σε έναν ανθρώπινο τρόπο αναχώρησης από τη ζωή¹⁹⁴.

3.1.6. Το καθήκον του γιατρού να ανακουφίζει τον πόνο

Η ευθανασία αποτελεί ένα πρόβλημα που πρωταρχικά απασχολεί και αφορά την ιατρική ηθική. Αυτό που θεωρείται ιατρικό καθήκον ελάχιστα έχει αλλάξει από την αρχαιότητα. Η ιατρική ηθική, εξακολουθεί να βασίζεται στον Όρκο του Ιπποκράτη, σύμφωνα με τον οποίο ο γιατρός οφείλει να μη βλάπτει τον ασθενή¹⁹⁵.

Η αρχή της μη βλάβης επιβάλλει την υποχρέωση να μη διαπράττεται κακό σκόπιμα. Στην ιατρική ηθική έχει συνδεθεί στενά με το αξίωμα «*primum non nocere*»: «πάνω απ' όλα μη βλάπτεις». Αυτό το αξίωμα γίνεται συχνά αντικείμενο επίκλησης από τους επαγγελματίες του ιατρικού χώρου, ωστόσο η προέλευσή του είναι άδηλη και οι συνέπειές του ασαφείς¹⁹⁶.

Ο Όρκος του Ιπποκράτη, ισχυρίζονται οι υπέρμαχοι της ευθανασίας, δεν μπορεί να ερμηνευτεί κατά γράμμα. Αν θέλουμε να αποτελεί και στις μέρες μας άξονα της ιατρικής ηθικής, πρέπει να παραβλέψουμε τον τύπο και να εμβαθύνουμε στην ουσία του. Η σύγχρονη πραγματικότητα έχει δημιουργήσει καινούρια δεδομένα τα οποία δεν μπορούν να καλυφθούν από απόψεις και λεκτικές διατυπώσεις που χάνονται στα βάθη του χρόνου. Άλλωστε ο Όρκος εμπεριέχει ρητές απαγορεύσεις σχετικά με την επ' αμοιβή διδασκαλία της ιατρικής ή με τη διενέργεια χειρουργικών επεμβάσεων.

¹⁹² Angell, 1988, 1348-1350.

¹⁹³ Cranford, 2007, 224-225, Cassel & Meier, 1990, 750-752.

¹⁹⁴ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 107-108.

¹⁹⁵ «Ου δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμον ουδέ υφηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε». Ιπποκράτης, Όρκος.

¹⁹⁶ Beauchamp & Childress, 1994, 189.

Από τη στιγμή που οι απαγορεύσεις αυτές δεν καθορίζουν πλέον την ιατρική ηθική ως αναχρονιστικές, το ίδιο θα μπορούσε να συμβεί και με την περίπτωση της ευθανασίας¹⁹⁷. Αυτό όμως που δεν μπορεί να πάψει να καθορίζει την ιατρική ηθική, είναι το πνεύμα του Όρκου από το οποίο πηγάζει μια ηθική υποχρέωση για τον γιατρό ευεργετικής δράσης όσο και η αποφυγή βλαπτικής επίδρασης στον ασθενή¹⁹⁸. Υπό την έννοια αυτή, η συμμετοχή του γιατρού στην ευθανασία είναι ηθικά αιτιολογημένη και σύμφωνη με το πνεύμα του Όρκου, εάν αποκλειστικό ελατήριό της είναι το καλό του ασθενούς και όχι η εξυπηρέτηση προσωπικών ή κοινωνικών αναγκών¹⁹⁹.

Η κυρίαρχη διαχρονικά ηθική υποχρέωση του γιατρού δεν είναι τόσο να προστατεύει τη ζωή, όσο να ενεργεί προς όφελος του ασθενούς που φροντίζει. Η διατήρηση με κάθε κόστος στη ζωή, πολλές φορές δεν είναι προς όφελος του ασθενούς. Για τον λόγο αυτόν ο γιατρός δεν είναι ούτε ηθικά ούτε νομικά υποχρεωμένος να επιβάλλει μια θεραπεία παράτασης της ζωής²⁰⁰ του πάσχοντος, εάν ο ίδιος δεν το κρίνει σκόπιμο. Επίσης μπορεί να διακόψει μια θεραπεία που θεωρεί πως θα είναι άγονη. Αυτό που πάντοτε όμως έχει ηθική υποχρέωση να κάνει, είναι να ενεργεί σύμφωνα με το βέλτιστο συμφέρον του ασθενούς, ώστε να καταστήσει την κατάστασή του κατά το δυνατόν ανεκτή, ακόμη και όταν η κατάστασή του πάσχοντος είναι μη αναστρέψιμη²⁰¹.

Από τα παραπάνω προκύπτει το ηθικό καθήκον της ανακούφισης από τον πόνο, και, κατά την άποψη πολλών, είναι η σημαντικότερη συνδρομή και το υψηλότερο καθήκον ενός γιατρού. Όπως διατυπώθηκε από έναν μεγάλο Άγγλο γιατρό στις αρχές του 20ου αιώνα, το καθήκον του γιατρού είναι: «Να θεραπεύει κάπου κάπου, να ανακουφίζει συχνά αλλά πάντοτε να παρηγορεί και να απαλύνει τον πόνο του ασθενούς»²⁰². Ο γιατρός γνωρίζει τον πόνο του πάσχοντος και ξέρει να χειρίζεται τα μέσα που θα τον ανακουφίσουν. Έτσι, όχι μόνο δεν πρέπει να αγνοήσει την αίτηση για ευθανασία από τον ασθενή, τουλάχιστον χωρίς να εξετάσει με προσοχή τις προοπτικές, αλλά πρέπει αποφασιστικά να συμπαρασταθεί στο τέλος του και να λάβει ενεργό ρόλο ώστε η διενέργεια της ευθανασίας να πραγματοποιηθεί με τον

¹⁹⁷ Battin, 1983, 14-15.

¹⁹⁸ Beauchamp & Childress, 1994, 189.

¹⁹⁹ Battin, 1983, 14-15.

²⁰⁰ Lamerton, 1977, 76.

²⁰¹ Lamerton, 1977, 75.

²⁰² Παναγόπουλος, 2003, 48.

αποτελεσματικότερο και πιο ανώδυνο τρόπο. Η παρουσία του είναι ηθικά επιβεβλημένη από την ιδιαίτερη σχέση γιατρού- ασθενούς²⁰³.

Όταν ο γιατρός δεν μπορεί να θεραπεύσει τη νόσο, είναι ηθικά υπεύθυνος τουλάχιστον για τη θεραπεία του πόνου. Μοναδικός κριτής για την ένταση του πόνου που νιώθει ο ασθενής, με αποτέλεσμα να αιτείται ευθανασία είναι ο ίδιος ο πάσχων.

Η βίωση του πόνου είναι μια προσωπική εμπειρία²⁰⁴, και δεν μπορεί να την υποκαταστήσει καμιά ιατρική εμπειρία. Εν ολίγοις, δεν είναι αρμοδιότητα του γιατρού να κρίνει πότε ο ασθενής υποφέρει τόσο ώστε δικαιολογημένα να ζητά ευθανασία. Αυτό μπορεί να το κρίνει μόνο ο πάσχων. Ο γιατρός έχει μοναδική υποχρέωση να κάνει αποτελεσματικά αυτό που συνάδει προς το συμφέρον του ασθενούς του²⁰⁵. Ο γιατρός που αρνείται την ευθανασία στον ασθενή που πεθαίνει επώδυνα για λόγους προσωπικού οφέλους ή για την αποφυγή νομικών συνεπειών αποδεικνύεται κατώτερος των περιστάσεων. Στην περίπτωση αυτή, πρέπει να δίνεται το δικαίωμα στον πάσχοντα να επιλέξει έναν άλλο θεράποντα γιατρό για να τον οδηγήσει στον ανώδυνο θάνατο που επιθυμεί²⁰⁶. Είναι αυτονόητο, υποστηρίζουν οι υπέρμαχοι της ευθανασίας, πως ο τρόπος του θανάτου του ασθενούς δεν πρέπει να εξαρτάται από τις όποιες προσωπικές πεποιθήσεις του θεράποντός του, αλλά από τις προσωπικές επιθυμίες του άμεσα ενδιαφερομένου αφού είναι αυτός που πλήττεται άμεσα από οποιαδήποτε απόφαση ληφθεί²⁰⁷. Η αντιμετώπιση του πόνου είναι υποχρεωτική για τον γιατρό, και η υποχρέωση αυτή είναι δυνατόν να οδηγήσει στην ευθανασία όταν αφενός το απαιτεί ο ασθενής και αφετέρου ο γιατρός γνωρίζει πως αυτό θα είναι προς όφελός του. Γιατί το μεγαλύτερο καθήκον του γιατρού είναι να απαλύνει τον πόνο²⁰⁸.

Η ευθανασία (που σημαίνει καλό θάνατο) και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία μπορούν να βοηθήσουν στην αποφυγή του παρατεταμένου σωματικού και ψυχολογικού μαρτυρίου που υφίσταται σε κάποιες περιπτώσεις ο ασθενής όταν απλώς τον αφήνουμε να πεθάνει. Παρότι οι Δέκα Εντολές και ο Όρκος του Ιπποκράτη απαγορεύουν τη θανάτωση, δεν απαγορεύεται να τον ανακουφίσουμε από

²⁰³ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 112-113.

²⁰⁴ Γκμπάντι, 2007, 13, 19.

²⁰⁵ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 116.

²⁰⁶ Παναγοπούλου-Κουτνατζή, 2010, 126.

²⁰⁷ Crippen, 1991, 265.

²⁰⁸ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 117-118.

το μαρτύριό του. Η ενεργητική υποβοήθηση του θανάτου μπορεί να μη διαφέρει, σε μερικές περιπτώσεις, από ηθική άποψη, από το να αφήνουμε κάποιον να πεθάνει.

Από τη στιγμή που θα δεχτούμε ότι ο θάνατος μπορεί να είναι ένα επιθυμητό αγαθό, τότε η νέα πρόκληση που έχουμε μπροστά μας είναι να καθορίσουμε *πότε* ο θάνατος είναι αγαθοεργία, *πότε* θα ήταν ευσπλαχνικότερος και πιο ανθρωπιστικός από τη συνέχιση της ζωής και *πώς* μπορεί ο φιλόανθρωπος γιατρός να βοηθήσει τον ασθενή να επιτύχει αυτόν τον στόχο. Ο γιατρός αυτός ούτε θα θανάτωνε τον ασθενή ούτε θα είχε πρόθεση να επιφέρει τον θάνατό του, αλλά θα αποσκοπούσε μάλλον στην ανακούφιση του πόνου του με όποιον τρόπο δείχνει περισσότερο σεβασμό προς το δικαίωμα του ασθενούς για στοργική και ευσπλαχνική αυτοδιάθεση²⁰⁹.

3.2. ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Όσο και αν το κίνημα υπέρ της ευθανασίας παρουσιάζει μια συνεχώς αυξανόμενη δυναμική, όσο και αν τα νομοθετικά συστήματα κάποιων χωρών έχουν αρχίσει σιγά-σιγά να εντάσσουν την ευθανασία στα πλαίσιά τους, η ευθανασία απέχει ακόμη πολύ από το να γίνει δεκτή σαν καθιερωμένη πρακτική.

Η απαγόρευση της αφαίρεσης ανθρώπινης ζωής από πρόθεση είναι τόσο βαθιά εδραιωμένη – τόσο ηθικά αρχέγονη – που η θανάτωση ακόμη και στυγερών εγκληματιών και εισβολέων σε πολέμους απορρίπτεται από κάποια άτομα αναμφισβήτητης ηθικής ακεραιότητας. Όλοι σχεδόν οι ηθικοί κώδικες και οι ηθικές θεωρίες, θρησκευτικές ή κοσμικές, περιλαμβάνουν τη γενική απαγόρευση της αφαίρεσης ανθρώπινης ζωής από πρόθεση. Η απαγόρευση αυτή βρίσκεται επίσης στον πυρήνα του ποινικού νόμου: όχι απλώς ο φόνος αποτελεί τη σοβαρότερη εγκληματική πράξη, αλλά και η συναίνεση του ίδιου του θύματος δεν αναγνωρίζεται ως άμυνα στην ανθρωποκτονία²¹⁰. Τα επιχειρήματα όσων αντιστρατεύονται την ευθανασία σε ηθικό επίπεδο είναι ιδιαίτερα σοβαρά και θίγουν όλες τις πλευρές του ζητήματος εγείροντας επιφυλάξεις²¹¹. Οι επιφυλάξεις αυτές αφορούν ηθικές παραδοχές και αποτελούν άξονες της σύγχρονης ιατρικής και ευρύτερης ηθικής, των οποίων η υιοθέτηση χάνεται στα βάθη του χρόνου²¹².

²⁰⁹ Freeman & Pellegrino, 2007, 264-265.

²¹⁰ Buchanan, 2007, 46.

²¹¹ Dyck, 1992, 17 και Capron, 2007, 277

²¹² Kenneth et al, 1986, 240-262.

3.2.1. Ολισθηρός κατήφορος (slippery slope argument)

Οι πολέμιοι της ευθανασίας την απαξιώνουν ως ηθική επιλογή για πολλούς λόγους. Κανένα επιχειρήμά τους, όμως, δεν φαίνεται τόσο ισχυρό, αν κρίνουμε τουλάχιστον από τη συχνότητα με την οποία απαντάται στη βιβλιογραφία, όσο αυτό της *δυναμικής επικινδυνότητας*. Όσοι ασχολούνται με την ευθανασία, σε όποιο στρατόπεδο και αν ανήκουν, έχουν παρακινηθεί στην ενασχόλησή τους αυτή από ανθρωπιστικά κίνητρα για τον πάσχοντα και επωδύνως θνήσκοντα ασθενή. Είναι λογικό, λοιπόν, να φοβούνται την κακή χρήση μιας πρακτικής που θα εφαρμοστεί σε ανθρώπους οι οποίοι βρίσκονται στην πιο κρίσιμη και πιο ευαίσθητη στιγμή της ζωής τους.

Η κακή χρήση και η επικινδυνότητα συνιστούν τον πυρήνα του επιχειρήματος αυτού που ονομάζεται *επιχείρημα ολισθηρής πλαγιάς* ή *ολισθηρού κατήφορου* (*slippery slope argument*). Σύμφωνα με το συγκεκριμένο επιχειρήμα «μια ηθική επιλογή, μπορεί και πρέπει να λάβει ηθική αξία ανάλογη με τις συνέπειες που θα προκύψουν από αυτήν». Αυτή είναι η κεντρική διδασκαλία του ωφελιμισμού²¹³.

Ανάμεσα στις συνέπειες, βέβαια, θα πρέπει να εξετάσουμε και τις πιθανές, εκτός από τις βέβαιες. «Εάν αυτού του είδους οι επιπτώσεις είναι δυνητικά επικίνδυνες σε μεγαλύτερο βαθμό από αυτόν στον οποίο οι βέβαιες συνέπειες θα ήταν ωφέλιμες, τότε οφείλουμε να απορρίψουμε την εν λόγω επιλογή και να καταφύγουμε σε μια άλλη». Ακόμη και αν συγκεκριμένες πράξεις θανάτωσης είναι μερικές φορές ηθικά δικαιολογημένες στην περίπτωση πασχόντων από ανίατα νοσήματα, αν επικυρωνόταν ηθικά η πρακτική της ευθανασίας δυναμικά θα μπορούσε να οδηγήσει σε σοβαρούς κοινωνικούς κινδύνους κατάχρησης, εσφαλμένης χρήσης και αμέλειας²¹⁴.

Αυτό που υποστηρίζει το επιχειρήμα δεν είναι ότι οι αρνητικές συνέπειες θα επέλθουν αμέσως με τη νομιμοποίηση, αλλά ότι θα προκύψουν σταδιακά με την πάροδο του χρόνου, καθώς οι πρακτικές αυτές θα γίνουν σιγά-σιγά οι συνήθειες τρόποι μεταχείρισης των σοβαρά άρρωστων και τραυματισμένων ασθενών. Η κοινωνία θα μπορούσε να ξεκινήσει περιορίζοντας προσεκτικά τον αριθμό των ασθενών που πληρούν τις προϋποθέσεις για ευθανασία ή υποβοήθηση της αυτοκτονίας. Οι περιορισμοί, όμως, θα αναθεωρούνταν και θα διευρύνονταν με τον

²¹³ Πρωτοπαπαδάκης, 2006, 28.

²¹⁴ Bentham, 1907, 38-39. Πρβλ. Πρωτοπαπαδάκη, 2006, 27.

καιρό και θα αυξανόταν ολοένα περισσότερο ο κίνδυνος να λαμβάνουν χώρα αδικαιολόγητες θανατώσεις ή να επιτρέπεται αναίτια σε ασθενείς να πεθάνουν. Τα ασυνείδητα άτομα θα μάθαιναν πώς να εκμεταλλεύονται το σύστημα, όπως ακριβώς κάνουν με τη φοροδιαφυγή. Με λίγα λόγια, το σύστημα αξιών της κοινωνίας θα πληττόταν σοβαρά και θα υπήρχε πάντα το αναπόφευκτο μόνιμο πρόβλημα των εσφαλμένων διαγνώσεων, της κατάχρησης και της αμέλειας και των αδικαιολόγητων κινδύνων για τα πλέον ευάλωτα μέλη της κοινωνίας²¹⁵, όπως οι ηλικιωμένοι, τα βρέφη με γενετικές ανωμαλίες²¹⁶ και τα άτομα με νοητική υστέρηση²¹⁷.

Τα επιχειρήματα αυτά τα καθιστούν πειστικά τα ευρέως γνωστά χαρακτηριστικά του ισχύοντος συστήματος μας κοινωνικής στήριξης για τους ευάλωτους ασθενείς. Πολλές οικογένειες, και μερικές φορές κοινότητες, εγκαταλείπουν τους πάσχοντες όταν αρρωστήσουν ή τραυματιστούν σοβαρά. Τόσο οι ασθενείς όσο και οι γιατροί είναι δυνατόν να μη γνωρίζουν τις επιλογές που υπάρχουν στο ιατρικό σύστημα, περιλαμβανομένης της προόδου που έχει σημειωθεί στον έλεγχο του πόνου με λύσεις που θα μπορούσαν να βοηθήσουν τους πάσχοντες αλλά δεν παρέχονται σε βάση ρουτίνας. Αν επιτρεπόταν η υποβοήθηση του τερματισμού της ζωής, αυτό θα μπορούσε, κάτω από αυτές τις συνθήκες, να ωθήσει τους ασθενείς να δώσουν τέλος στη ζωή τους άσκοπα ή πρόωρα.

Οι πάσχοντες θα ήταν δυνατόν επίσης να ενθαρρύνονται να επιλέξουν τον έναν ή τον άλλο δρόμο σε ένα σύστημα που απαιτεί επιλογή είτε της θεραπείας είτε του θανάτου και θα μπορούσαν να υπάρχουν ισχυρές δυνάμεις που θα μετατόπιζαν στον ασθενή το βάρος της απόδειξης της ανάγκης του για συγκεκριμένα ιατρικά μέσα. Οι ασθενείς που «δεν κάνουν τη σωστή επιλογή» είναι δυνατό να καταλήξουν περισσότερο εγκαταλελειμμένοι από ό,τι πριν, τόσο από τις οικογένειές τους όσο και από το σύστημα φροντίδας της υγείας. Το επιχείρημα του ολισθηρού κατήφορου υποστηρίζει ότι ούτε η οικτρή κατάσταση αυτών των ασθενών ούτε η συμπόνια μας γι' αυτούς αιτιολογούν τη θεμελιώδη τροποποίηση των ηθικών παραδόσεων της κοινωνίας²¹⁸.

Υπάρχουν ισχυρά επιχειρήματα για να συνεχίσει να είναι έκνομη η ευθανασία ασθενών με νόσο τελικού σταδίου, υποστηρίζουν οι υπέρμαχοι του εν λόγω

²¹⁵ Bernardi, 1996, 13.

²¹⁶ Noakes & Pridham, 1988, 1007

²¹⁷ Prado & Taylor, 1999, 127, Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 136.

²¹⁸ Beauchamp, 2007, 35.

επιχειρήματος προς αποφυγή ολισθηρών κατήφορων. Τα ολισθήματα είναι τριών ειδών. Το ένα είναι κοινωνιολογικό: μόλις οι γιατροί συνηθίσουν να «απονέμουν οίκτο» σε ετοιμοθάνατους ασθενείς που υποφέρουν χωρίς ελπίδα ανακούφισης και επιθυμούν να πεθάνουν, θα προχωρήσουν και σε άλλες περιπτώσεις: αν η θανάτωση είναι αποδεκτή, γιατί να μην επαφίεται στη διακριτική τους ευχέρεια να την εφαρμόζουν και σε περιπτώσεις που βρίσκονται ελαφρώς εκτός των αρχικών περιμέτρων του νόμου; Το κατ' ευφημισμόν αποκαλούμενο «πρόγραμμα ευθανασίας» του Χίτλερ²¹⁹ στηριζόταν σε μια αιτιολόγηση που συγγενεύει επικίνδυνα με αυτήν που υιοθετούν μερικοί σήμερα: το να προκαλείται ο θάνατος από πρόθεση ή να είναι επιτρεπτός ο θάνατος με σκοπό τη διατήρηση των φυσικών πόρων²²⁰.

Πρόσφατοι σχολιαστές σημειώνουν τον κεντρικό ρόλο της οικονομικής αιτιολόγησης στο ναζιστικό πρόγραμμα ευθανασίας και υποστηρίζουν ότι η δική μας κοινωνία ίσως απέχει ένα μικρό μόνο βήμα από τον ολισθηρό αυτόν κατήφορο. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν, αυτό που οδήγησε τη γερμανική κοινωνία στον ολισθηρό αυτόν κατήφορο, και μάλιστα αυτό που χαρακτήριζε τον κατήφορο αυτόν, ήταν οι ρατσιστικές στάσεις που ήδη υπήρχαν. Ο δικός μας ολισθηρός κατήφορος, ακόμη και αν πούμε ότι εμείς δεν έχουμε αυτές τις ρατσιστικές στάσεις, θα μπορούσε ωστόσο να είναι ανάλογος με της Γερμανίας κατά πιο αφηρημένο τρόπο. Αν εξετάσουμε το σκεπτικό που δίνει προτεραιότητα στην κοινωνική χρησιμότητα ή τις οικονομικές αποδόσεις έναντι της ατομικής ελευθερίας, τότε ίσως καταλάβουμε πώς θα μπορούσε η κοινωνία μας να προσεγγίσει τον τρόπο σκέψης που βρισκόταν πίσω από τη ναζιστική εμπειρία. Εκεί, ο ρατσισμός υπερίσχυε της προσωπικής αυτονομίας. Εδώ, το σκεπτικό μπορεί να είναι οικονομικής βάσης – η στάση ότι δεν θα δαπανάμε τόσα πολλά χρήματα ετησίως για να διατηρούμε στη ζωή κάποιον που έχει αμυδρές μόνο ελπίδες να αναρρώσει ποτέ²²¹.

Η άποψη αυτή απηχείται και ενισχύεται από τους Alan Weisbard και Mark Siegler, οι οποίοι παρατηρούν ότι η ολίσθηση στον κατήφορο αυτόν έχει ήδη αρχίσει και τώρα είναι η ώρα της επαγρύπνησης. Έχουμε γίνει μάρτυρες, ισχυρίζονται, τόσων περιστατικών στην ιστορία που δεν μπορούμε να αψηφούμε το πόσο εύκολα απαξιώνει η κοινωνία τις ζωές των μη «παραγωγικών» μελών της – των ατόμων με

²¹⁹ Macklin, 1992, 173-200, Aly et al, 1994.

²²⁰ Proctor, 1988, 182.

²²¹ Lamp, 1988, 29.

νοητική υστέρηση, των ανάπηρων, των πασχόντων από άνοια, των ιδρυματοποιημένων, των ηλικιωμένων – «όλων εκείνων που σε κάποιον άλλο τόπο και χρόνο αναφέρονταν ως “άχρηστα” άτομα που έτρωγαν τσάμπα φαγητό». Αυτό που τους ανησυχεί ιδιαίτερα είναι η μη χορήγηση τροφής και υγρών στους ετοιμοθάνατους ασθενείς, που συνδέεται με τις πρόσφατες μανιώδεις προσπάθειες να ελεγχθούν τα κόστη της ιατρικής φροντίδας²²².

Η κύρια οικονομική πρόθεση του ναζιστικού προγράμματος ευθανασίας ήταν πανομοιότυπη με αυτήν που προτείνεται σήμερα για περικοπή των δαπανών ιατρικής περίθαλψης. Αν θεωρούμε το χιτλερικό πρόγραμμα ευθανασίας ηθικά αναιτιολόγητη πρόκληση θανάτου από πρόθεση, πρέπει να εντοπίσουμε το κριτήριο που κατέστησε λάθος τις πράξεις αυτές. Θα ήταν παράδοξο ισχυρίζονται, αν όχι ανέντιμο, να συμπεράνουμε ότι αυτό που έκανε ηθικά αναιτιολόγητο το ναζιστικό πρόγραμμα ευθανασίας ήταν το ότι η εφαρμογή του περιλάμβανε περιπτώσεις θανάτωσης από πρόθεση. Αυτό που την έκανε αναιτιολόγητη ήταν η κρίση ότι κάποιες ζωές δεν έχουν αξία – «ζωές ανάξιες της ζωής», μαζί με την κρίση, η οποία αποτελεί μια θρασυμάχεια²²³ άποψη για την ιατρική, ότι η εξοικονόμηση οικονομικών πόρων είναι αξία σημαντικότερη από τη διατήρηση της ζωής. Συνεπώς, μια εσφαλμένη αντίληψη από πλευράς ενός γιατρού ή ενός συγγενούς που θανατώνει έναν ασθενή- ο οποίος μπορεί να βρίσκεται σε κατάσταση «φυτού»-, με την πεποίθηση ότι ο ασθενής επιθυμούσε να θανατωθεί με βάση την εικαζόμενη συναίνεσή του, ή μια αναπόδεικτη πεποίθηση ότι ο ασθενής θα ήταν σε καλύτερη κατάσταση στη μετά θάνατο ζωή, θα καθιστούσε τη θανάτωση από πρόθεση αναιτιολόγητη. Επιπλέον, η θανάτωση ενός ασθενούς είτε μέσω ενεργητικής ευθανασίας είτε μέσω αφαίρεσης κάθε μέσου στήριξης της ζωής, με το σκεπτικό ότι η συνέχιση της θεραπείας του κοστίζει πολύ στην κοινωνία, είναι επίσης αναιτιολόγητη επειδή η αιτιολόγησή της στηρίζεται στην εκτός των πλαισίων των αποδεκτών αντιλήψεων αξία ότι η ανθρώπινη ζωή μπορεί να αποτιμηθεί σε χρήμα²²⁴.

Η καθιέρωση της ευθανασίας, όμως, θα μπορούσε να αποτελέσει έναν δυνάμει κίνδυνο και για ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού αφού υποχρεωτικά θα είχε επιπτώσεις στην καταπραϋντική φροντίδα που προσφέρεται στους ασθενείς οι οποίοι

²²² Weisbard & Siegler, 1989, 218

²²³ London, 2007, 273-274

²²⁴ Macklin, 2007, 99-100.

βρίσκονται σε τελικό στάδιο²²⁵. Τι θα ωθήσει την έρευνα στην περαιτέρω ενασχόλησή της με την ανακούφιση του πόνου, εάν υπάρχει μια άλλη ευκολότερη και αρκετά πιο συμφέρουσα επιλογή; Ας μην ξεχνάμε πως, για ένα κοινωνικό σύστημα που έχει συνηθίσει να αναγάγει τα πάντα και σε οικονομικά μεγέθη, η επιθανάτια φροντίδα είναι πολύ περισσότερο ασύμφορη σε σχέση με την ευθανασία²²⁶. Η ηθική επικράτηση της τελευταίας, λοιπόν, αναπόφευκτα θα οδηγήσει σε ύφεση και, τελικά, σε κατάργηση της προσπάθειας ανακούφισης του πόνου. Στην περίπτωση αυτή, ο ασθενής που δεν επιλέγει την ευθανασία θα εγκαταλείπεται αβοήθητος στο κρεβάτι του πόνου ή, σε μια ακόμη τρομακτικότερη εκδοχή, θα του επιβάλλεται η ευθανασία χωρίς τη θέλησή του. Σε εποχή, μάλιστα, γενικευμένης εμπορευματοποίησης πρέπει να επιδεικνύεται ιδιαίτερη προσοχή στην κακή εφαρμογή της εξαιτίας σκοτεινών κινήτρων. Όταν όργανα του ανθρωπίνου σώματος διαπραγματεύονται με οικονομικούς όρους, η δε ζήτησή τους αυξάνεται καθημερινά και γίνεται πιεστική, πρέπει να υπάρχουν τα ηθικά και νομικά εκείνα πλαίσια που να διευκολύνουν τον γιατρό να υπηρετήσει με ηθικότητα το λειτούργημά του²²⁷. Ο δεύτερος τύπος ολισθήματος είναι λογικός και πιο επικίνδυνος επειδή δεν εξαρτάται από προβλέψεις σχετικά με τις ανθρώπινες τάσεις ή παραλληλισμούς με αυτό που συνέβη σε μερικούς Γερμανούς γιατρούς κατά τη διάρκεια της ναζιστικής περιόδου. Το λογικό πρόβλημα έγκειται στην ίδια την αιτιολόγηση της νομιμοποίησης της ευθανασίας κατά πρώτο λόγο. Αν βασίζεται στην αρχή της εκούσιας επιλογής, τότε οι προϋποθέσεις του πόνου για τον οποίο δεν υπάρχει ελπίδα ανακούφισης και της ανίατης νόσου τελικού σταδίου δεν αιτιολογούνται: η ευθανασία πρέπει να είναι διαθέσιμη σε όποιον την επιθυμεί. Αυτό θα μπορούσε να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην πιο ευαίσθητη κοινωνική ομάδα, τους νέους, διογκώνοντας τα ήδη υψηλά ποσοστά προσφυγής στην αυτοκτονία²²⁸. Από την άλλη, αν βασίζεται στην ανακούφιση των ασθενών που υποφέρουν, τότε σίγουρα η εκούσια επιλογή δεν έχει ηθική σημασία – μια ευεργετούσα κοινωνία (και οι ευεργετούντες γιατροί) θα απάλλασε επίσης λόγω οίκτου από τον πόνο της ζωής όποιους υπέφεραν, ακόμη και αν δεν ήταν σε θέση να το ζητήσουν. Αυτό μοιραία θα οδηγούσε στη διολίσθηση στην ακούσια ευθανασία στην κατάλυση του σεβασμού στη ζωή και τελικά στην πλήρη απαξίωσή της²²⁹.

²²⁵ Rodway, 1995, 1466.

²²⁶ Prado & Taylor, 1999, 125.

²²⁷ Πρωτοπαπαδάκης, 2006, 32-33, Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 128.

²²⁸ Chappell & King, 1992, 3027.

²²⁹ Stuart et al, 1998, 21. Πρβλ. Callahan, 1991a, 476, 479, Capron, 2007, 279

Οι περιστάσεις που επιτρέπουν στην ευθανασία να αναδυθεί ως επιθυμία ενός ανθρώπου είναι συχνά τέτοιες, που δεν επιτρέπουν στον ενδιαφερόμενο να εκφράσει τη θέλησή του. Το περιβάλλον του όμως και ακόμη ο θεράπων ή κάποιος άλλος γιατρός, μπορούν να γνωρίζουν εάν ο ασθενής επιθυμεί την ευθανασία ακόμη και τότε. Αυτό επιτυγχάνεται χάρη στις περιφημες «εν ζωή διαθήκες». Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν έχει υπογράψει ένα τέτοιο έγγραφο, η επιθυμία του μπορεί να στοιχειοθετηθεί βάσει της προφορικά εκπεφρασμένης άποψης και θέλησής του, ακόμη και σε στιγμή κατά την οποία η κατάσταση που τώρα τον βασανίζει δεν είχε εμφανιστεί. Ακόμη όμως και η εξασφάλιση αυτής της μορφής, δεν παρέχει τα εχέγγυα για τη σωστή εφαρμογή της ευθανασίας, αφού παρουσιάζει έντονα τα χαρακτηριστικά της δυναμικής επικινδυνότητας. Ο φόβος πως ευθανασία μπορεί να διενεργηθεί και σε άτομα τα οποία δε θα έπρεπε να την υποστούν συνεχίζει να υφίσταται. Ο φόβος αυτός βαρύνει τις περιπτώσεις κατά τις οποίες η επιθυμία δεν έχει εκφραστεί από τον ίδιο άμεσα, ιδίως όταν η έκφραση αυτή δεν έχει γίνει γραπτά²³⁰.

Ακόμη, όμως, και όταν ο ασθενής πράγματι έχει εκφράσει κατά το παρελθόν την επιθυμία του να του διενεργηθεί ευθανασία όταν βρεθεί σε κατάσταση όπως αυτή στην οποία βρίσκεται το κρίσιμο διάστημα κατά το οποίο θα ληφθεί η απόφαση για την εκπλήρωση της τότε επιθυμίας του, ανακύπτουν πολλά και περίπλοκα ζητήματα ηθικής φύσης. Πράγματι, οποιοσδήποτε άνθρωπος μπορεί να εκφράσει μια γνώμη σχετικά με μια κατάσταση σε θεωρητικό επίπεδο, χωρίς στη συνέχεια να είναι βέβαιο ότι ο ίδιος θα ενεργούσε σύμφωνα με την εκφρασθείσα αυτή άποψη²³¹. Ο άνθρωπος που έχει εκφραστεί αρνητικά για τη διατήρηση μιας ανέλπιδης και επώδυνης ζωής, δεν μας παρέχει με σιγουριά τη διαβεβαίωση ότι θα επιθυμούσε να τύχει ευθανασίας, στην περίπτωση που ο ίδιος βρισκόταν σε αντίστοιχη θέση²³². Πολλές φορές, επίσης, οι άνθρωποι δεν εννοούν πραγματικά αυτά που υποστηρίζουν, ούτε πάλι είναι βέβαιο ότι θα γίνει πιστή μεταφορά των λεγομένων τους από τους αυτήκοες μάρτυρες²³³.

Δεν είναι, από την άλλη πλευρά, σπάνιες οι περιπτώσεις κατά τις οποίες οι ασθενείς σε τελικό στάδιο πάσχουν από συναισθηματικές διαταραχές προερχόμενες τόσο από την ένταση του πόνου όσο και από τις παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής που τους χορηγείται. Στην περίπτωση αυτή, είναι δύσκολο να είμαστε βέβαιοι

²³⁰ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 130-131

²³¹ Πελεγρίνης, 1998, 347.

²³² Sommerville, 1995, 1664, Ζουμπουλάκης, 2010, 229.

²³³ Sommerville, 1995, 1664.

εάν η αίτηση για ευθανασία διατυπώνεται ως πραγματική επιθυμία του ασθενούς ή απλά είναι ένδειξη της διαταραγμένης ψυχοσυναισθηματικής του κατάστασης²³⁴.

Άλλες πάλι φορές, η επιθυμία για ευθανασία μπορεί να προκύπτει από την συναισθηματική φόρτιση και συνειδητοποίηση του πάσχοντος ότι έχει γίνει ένα επαχθές βάρος στους οικείους του καταδυναστεύοντας τις ζωές τους. Η αδυναμία μας, συνεπώς, να εξασφαλίσουμε την πραγματική επιθυμία του ασθενούς, αφήνει ανοικτό το ενδεχόμενο να τύχουν ευθανασίας άτομα που δεν θα έπρεπε, γεγονός που υπογραμμίζει τη δυνητική επικινδυνότητα της υιοθέτησης αυτής της πρακτικής²³⁵. Ο τρίτος τύπος ολισθήματος αφορά στην επιβλαβή επίδραση που έχει στον ίδιο τον πράττοντα η αποδοχή μιας πράξης που είναι ηθικά εσφαλμένη. Το να προτίθεται επανειλημμένα ο γιατρός να επιφέρει τον θάνατο των ασθενών του βοηθώντας τους να πεθάνουν ή τερματίζοντας ο ίδιος τη ζωή τους έχει επίπτωση στον χαρακτήρα του, δηλαδή στη συνήθη διάθεσή του να ενεργεί με ορισμένους τρόπους στα ηθικά θέματα. Αυτό σημαίνει ότι ενεργεί ενάντια στις αρχές της ίδιας της ιατρικής. Όταν αυτό, που στις συνήθειες συνθήκες είναι κακό γίνεται καλό σε μια περίπτωση, είναι λογικά και συναισθηματικά ευκολότερο, όπως ισχυρίζονται οι υπέρμαχοι του εν λόγω επιχειρήματος, να παραβιαστεί η αναστολή την επόμενη φορά. Όποια εκλογίκευση και αν χρησιμοποιήσουμε για να αιτιολογήσουμε τη θανάτωση, θα υπάρχει κάποιο υπόλειμμα ενοχής που είναι δύσκολο να εκριζωθεί. Σε μια προσπάθεια τότε να κατευνάσουμε αυτή την ενοχή, επαναλαμβάνουμε την πράξη για να πείσουμε τον εαυτό μας για το πόσο αβλαβής είναι στην πραγματικότητα. Το κακό, όπως και η αρετή, μαθαίνεται μέσω της επανάληψης. Αυτό οδηγεί σε έναν ψυχολογικό ολισθηρό κατήφορο, αφού οι λάθος προθέσεις έχουν αναπόφευκτες επιδράσεις στον χαρακτήρα του ηθικού δρώντος. Αν σε μια κοινωνία είναι αρκετοί οι ηθικοί συντελεστές που έχουν λάθος προθέσεις σχετικά με τη θανάτωση στο ιατρικό περιβάλλον, θα επηρεαστούν οι στάσεις όλων των εκπροσώπων του ιατρικού επαγγέλματος επιφέροντας μια δραματική όσο και ανεξέλεγκτη αλλαγή στην ιατρική ηθική²³⁶ και τελικά θα υποτιμηθεί η ίδια η ανθρώπινη ζωή²³⁷.

Επιπλέον, η ιατρική δεν είναι μια τελειοποιημένη επιστήμη. Ακόμη και η καλοπροαίρετη και στατιστικά και επιστημονικά κατοχυρωμένη πρόβλεψη της πορείας του ασθενούς, είναι στην πραγματικότητα μια τυφλή πρόβλεψη, με

²³⁴ Beauchamp & Childress, 1994, 286.

²³⁵ Bernardi, 1996, 13, Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 134.

²³⁶ British Medical Association, 1993, 177.

²³⁷ Pellegrino, 2007, 237-238.

πιθανολογική μόνο αξία²³⁸. Σε μια τέτοια πρόβλεψη δεν μπορεί να στηριχτεί η αφαίρεση μιας ζωής, ή, έστω, η συνέργεια στον τερματισμό της.

Οι υποστηρικτές της ευθανασίας ισχυρίζονται ότι η νομιμοποίησή της θα ελέγξει την άσκηση της και θα την τοποθετήσει μέσα σε ορισμένα πλαίσια νομιμότητας. Τα γεγονότα όμως τους διαψεύδουν. Η εμπειρία της Ολλανδίας, της πρώτης χώρας που νομιμοποίησε το 2002 υπό προϋποθέσεις την ευθανασία είναι αποκαλυπτική. Από δημοσιεύσεις γιατρών που επισκέφθηκαν την Ολλανδία πολλές φορές από τότε μέχρι σήμερα και διερεύνησαν την υφιστάμενη κατάσταση, προκύπτουν τα ακόλουθα²³⁹:

1) Σε ποσοστό που αγγίζει το 50% οι Ολλανδοί γιατροί συνιστούν στους ασθενείς τους την ευθανασία.

2) Το 50% των ασθενών που ζητούν ευθανασία πάσχουν από σοβαρή κατάθλιψη. Η θεραπεία της κατάθλιψης θα μείωνε δραστικά την αίτηση για ευθανασία.

3) Σε υψηλό ποσοστό οι ασκούντες ευθανασία Ολλανδοί γιατροί ψευδώς και παρανόμως βεβαιώνουν θάνατο από φυσικά αίτια για να αποφύγουν την επιτήρηση των δικαστικών αρχών που όπως αποδεικνύεται δεν είναι σε θέση να ελέγξουν αποκλειστικά την άσκηση ευθανασίας.

4) Η Βασιλική Ολλανδική Ιατρική Εταιρεία εκφράζει την προτίμησή της στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία και θεωρεί τον ψυχικό πόνο επαρκή λόγω ευθανασίας. Υποστηρίζει, ακόμη, ότι η ευθανασία πρέπει να επιτραπεί για κάθε έναν που δεν επιθυμεί να ζήσει.

5) Ένα από τα πιο ανησυχητικά ευρήματα που ανακάλυψαν οι μελετητές της κατάστασης που επικρατεί στην Ολλανδία ήταν τα στοιχεία που δείχνουν ότι, στο 0,8% του συνόλου των θανάτων, οι γιατροί προέβησαν σε ενεργητική ευθανασία χωρίς σαφές πρότερο αίτημα του ασθενούς, παραβαίνοντας έτσι τις αποδεκτές οδηγίες.

Δεν είναι λίγοι, λοιπόν, εκείνοι που υποστηρίζουν ότι στην Ολλανδία επικρατεί ένας «πολιτισμός θανάτου» κι ότι η χώρα αυτή «ολισθαίνει σε έναν επικίνδυνο κατήφορο»²⁴⁰.

²³⁸ Savulesku, 1994, 52.

²³⁹ Pijnenborg et al, 1993, 1196-1197. Πρβλ. Παναγόπουλο, 2008, 95-96, Αβραμίδη, 2008, 268.

²⁴⁰ Beauchamp, 2007, 41, Παναγόπουλος, 2008, 95-96, Αβραμίδης, 2008, 268.

Πολλοί Ολλανδοί πολίτες, ωστόσο, αλλά και οι υπέρμαχοι της ευθανασίας σε πολλές χώρες, έχουν την αντίθετη άποψη και πιστεύουν ότι η έγκριση στην Αμερική της μη εκούσιας παθητικής ευθανασίας, κατά την οποία επιτρέπεται να πεθάνουν άτομα που ποτέ δεν το ζήτησαν ρητά, αποτελεί πιο επικίνδυνο κατήφορο από ό,τι η εκούσια ενεργητική ευθανασία, στην οποία αιτείται την εν λόγω πρακτική είναι πάντα ο ίδιος ο ασθενής²⁴¹. Επιπλέον, όπως ισχυρίζονται, η νομιμοποίηση της ευθανασίας θα ελέγξει ευκολότερα την άσκησή της και θα περιορίσει τους, αναμφισβήτητα υπαρκτούς, κινδύνους κατάχρησης που ελλοχεύουν αν αυτή συνεχίσει να τελείται εν κρυπτώ²⁴². Θα μπορούσαν φυσικά και οι δυο χώρες να ολισθαίνουν σε επικίνδυνους κατήφορους και να βρεθούν και οι δυο μπροστά σε τεράστιες αλλαγές των πρακτικών τους στο προσεχές μέλλον. Πρέπει όμως όντως να αλλάξουν αυτές οι πρακτικές και πολιτικές και, αν ναι, με ποιον τρόπο;

Υπό το πρίσμα των παραπάνω και με δεδομένη την ασάφεια και την αοριστία που ακόμη συνοδεύουν και καλύπτουν την ευθανασία, το επιχείρημα της δυναμικής επικινδυνότητας προβάλλει ως ένας σημαντικός λόγος που εμποδίζει την ηθικοποίησή της προς αποφυγή ολισθηρών κατήφορων²⁴³.

3.2.2. Διαστρέβλωση της θεραπευτικής σχέσης

Τα σθεναρότερα επιχειρήματα υπέρ της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας βασίζονται στις επικλήσεις δύο βασικών αρχών της σύγχρονης ιατρικής ηθικής – της ευεργετικότητας (του «ωφελείν») και του σεβασμού για την αυτονομία. Ένα μοντέλο ευεργετικότητας της θεραπευτικής σχέσης θα επέτρεπε ή/και θα υποχρέωνε τον γιατρό να εμπλακεί στη θανάτωση από πρόθεση ή τουλάχιστον θα παρείχε κάποια δικαιολογία για κάτι τέτοιο; Η πρόθεση του θανάτου θα ενίσχυε ή θα διαστρέβλωνε τους στόχους και τους σκοπούς της θεραπευτικής σχέσης;

3.2.2.1. Διαστρεβλώσεις της ευεργετικότητας

Οι υπέρμαχοι της ευθανασίας υποστηρίζουν ότι, όταν ο ασθενής υποφέρει αφόρητα, είναι έτοιμος να συναντήσει τον θάνατο και ικανός να δώσει τη συγκατάθεσή του, τότε είναι ευσπλαχνικό, συμπονετικό και ευεργετικό να τον

²⁴¹ Beauchamp, 2007, 41.

²⁴² Πρωτοπαπαδάκης, 2006, 29-30.

²⁴³ Buchanan, 1996, 31.

θανατώνουμε ή να τον βοηθάμε να αυτοκτονήσει. Αν δεν το κάνουμε αυτό, ενεργούμε βλαπτικά, παραβιάζουμε την αξιοπρέπεια και την αυτονομία του και κάνουμε κακό σε έναν συνάνθρωπό μας – στην ουσία εγκαταλείπουμε τον ασθενή τη στιγμή της μεγαλύτερης ανάγκης του. Εφόσον ο γιατρός διαθέτει τις απαραίτητες γνώσεις για να κάνει τον θάνατο του ασθενούς εύκολο και ανώδυνο, είναι ο πλέον κατάλληλος για να τον βοηθήσει. Ενδεχόμενη άρνηση του γιατρού, ισχυρίζονται οι υποστηρικτές της ευθανασίας, είναι όχι μόνο απάνθρωπη αλλά και ανήθικη²⁴⁴.

Κατά την άποψη αυτή, παραβιάζουμε την ηθικότητα της ιατρικής (που απαιτεί την ανακούφιση του πόνου και της ταλαιπωρίας) αν αρνηθούμε το αίτημα του ασθενούς «να τον βοηθήσουμε να πεθάνει»²⁴⁵. Μερικοί θα προχωρούσαν ακόμη περισσότερο, στη σφαίρα της δικαιοσύνης. Θα αναγόρευαν την ευθανασία ηθική υποχρέωση. Η μη παροχή «βοήθειας» σε έναν ασθενή που δεν έχει διανοητική ικανότητα είναι συμπεριφορά μεροληπτική, επειδή στερεί από τους ασθενείς που βρίσκονται σε κωματώδη κατάσταση, τους διανοητικά πάσχοντες και τα βρέφη την «ωφέλεια» ενός πρώιμου θανάτου. Όταν δεν μπορεί να εκφραστεί η πρόθεση του ασθενούς, η υποχρέωσή μας, για να είμαστε δίκαιοι, είναι να του παρέχουμε ακούσια ή μη εκούσια δυνατότητα πρόσβασης στην ίδια ωφέλεια του θανάτου στην οποία έχει πρόσβαση και ο διανοητικά ικανός ασθενής²⁴⁶. Η Ολλανδική Παιδιατρική Εταιρεία κινείται ήδη προς αυτή την κατεύθυνση για τις περιπτώσεις των βρεφών με βαριές αναπηρίες²⁴⁷.

Ο γιατρός που έχει νοσηλεύσει ή βοηθήσει με άλλον τρόπο ασθενείς που πάσχουν από ανίατα νοσήματα και υποφέρουν, είναι αδύνατο να μένει ασυγκίνητος από την επίκληση της ευσπλαχνίας και της ευεργετικότητας. Όμως το αίσθημα συμπόνιας και η ενσυναίσθηση (η διανοητική και συναισθηματική προσέγγιση της ψυχικής κατάστασης άλλου χωρίς απώλεια της αντικειμενικότητας) δεν αποτελούν επαρκή λόγο για έγκριση της πρόθεσης θανάτου. Κάτι τέτοιο θα αποτελούσε σαφώς περίπτωση της ψευδούς ιδέας ότι μια «καλή» πρόθεση κάνει ηθικά σωστή μια πράξη που είναι λανθασμένη ως προς το είδος της²⁴⁸. Δεν αρκεί το επιχείρημα ότι ο πράττων δεν προτίθεται να θανατώσει, αλλά μόνο να ανακουφίσει τον ασθενή που υποφέρει.

²⁴⁴ Quill, 1991, 691-694, Quill, 1993, 870-873 και Quill, 1994, 45.

²⁴⁵ Cassell & Meier 1990, 750-752.

²⁴⁶ Lachs, 1990, 113-115, Παναγοπούλου-Κουτνατζή, 2010, 127.

²⁴⁷ Van Leeuwen & Kimsma, 1993, 265-269.

²⁴⁸ Αριστ. Ηθ. Νικ. 1107a 10-12.

Πρόκειται για εσφαλμένη χρήση του «διπλού αποτελέσματος», μια από τις προϋποθέσεις-κλειδιά για τη σωστή χρήση του οποίου είναι ο όρος η ηθικά επιτρεπτή πρόθεση και πράξη (ανακούφιση του πόνου) να μην προκαλείται μέσω μιας άμεσα σκοπούμενης, ηθικά ανεπίτρεπτης πράξης (της θανάτωσης του ασθενούς)²⁴⁹.

Το μοντέλο της ευεργετικότητας για τη φροντίδα σίγουρα προβλέπει και τον καλό θάνατο, αλλά δεν είναι σαφές ότι ο καλός θάνατος περιλαμβάνει και τη λύση της θανάτωσης τους ασθενούς. Δεν είναι καθόλου σίγουρο ότι η ευθανασία είναι μια πράξη ευεργετική, ακόμη και αν κίνητρό της είναι η ευσπλαχνία, τουλάχιστον επιφανειακά. Άλλωστε, τι είδους ευεργετικότητα είναι αυτή, αναρωτιούνται οι υπέρμαχοι του εν λόγω επιχειρήματος, που εξολοθρεύει τον ευεργετούμενο; Πολλές φορές υπάρχουν υπόνοιες ότι αυτός που ευεργετείται δεν είναι καθόλου ο ασθενής, αλλά είτε η οικογένειά του, που ανακουφίζεται έτσι από ένα συναισθηματικό ή οικονομικό βάρος, είτε ο γιατρός ή το νοσηλευτικό προσωπικό, που απαλλάσσονται από μια χρονοβόρα, ψυχικά κουραστική και απογοητευτική περίπτωση ασθενούς, είτε η κοινωνία και το νοσηλευτικό ίδρυμα που απαλλάσσονται από άτομα στα οποία καταναλώνονται υπέρμετρες ποσότητες οικονομικών πόρων, εργασίας και υλικών²⁵⁰. Επιπλέον, η πρόθεση ή η απόφαση του ίδιου του ασθενούς να πεθάνει είναι δυνατό να μην έχει ως κίνητρο το αόρητο μαρτύριό του αλλά τη συνειδητή ή όχι προσπάθειά του να ενεργήσει ευεργετικά προς την οικογένειά του, τον γιατρό του ή την κοινωνία. Η «ωφέλεια» που επιζητεί μπορεί να είναι η ανακούφισή του από την ενοχή που νιώθει επειδή αποτελεί αιτία στενοχώριας και προβλημάτων για τους γύρω του ή η επιθυμία του να πεθάνει «με ανωτερότητα». Από την άποψη αυτή, είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι η μελέτη Rummelink δείχνει ότι μόλις 10 από τις 187 μελετηθείσες περιπτώσεις ασθενών που ζήτησαν ενεργητική ευθανασία στην Ολλανδία το έκαναν μόνο και μόνο για να ανακουφιστούν από τον πόνο, ενώ το 46% ανέφεραν ότι κίνητρό τους ήταν ο πόνος σε συνδυασμό με την απώλεια της αξιοπρέπειας, έναν τρόπο θανάτου που θεωρούσαν ότι δεν τους άξιζε, το γεγονός ότι ήταν πλέον εξαρτημένοι από άλλους και την απέραντη κούραση τους από τη ζωή²⁵¹.

²⁴⁹ Pellegrino, 2007, 241. Πρβλ. Beauchamp, 2007, 29-31, Boyle, 1991, 475-494.

²⁵⁰ Pellegrino, 2007, 242. Πρβλ. Lamp, 1988, 29.

²⁵¹ Van der Maas et al, 1991, 669-674.

Τι το ευεργετικό υπάρχει λοιπόν στην ενεργητική θανάτωση όταν υπάρχουν άλλοι τρόποι να βοηθήσουμε τους ασθενείς, φροντίζοντάς τους δηλαδή αντί να τους θανατώνουμε²⁵²; Ο πόνος, με ελάχιστες εξαιρέσεις, μπορεί πλέον να ελεγχθεί σωστά.

Μεγάλο μέρος της ψυχικής ταλαιπωρίας που συνοδεύει τον πόνο οφείλεται στον φόβο ότι ο πόνος θα επιδεινωθεί, ότι δεν θα επιτευχθεί ανακούφισή του με φαρμακευτικά ή άλλα μέσα τότε που πρέπει ή ότι η φαρμακοθεραπεία θα αμβλύνει τη συνείδηση. Οι φόβοι αυτοί μπορούν όμως, ως επί το πλείστον, να αντιμετωπιστούν με τις νεότερες, πιο επιλεκτικές και βελτιωμένες μεθόδους ελέγχου του πόνου.

Στην πράξη, η νομιμοποίηση της ευθανασίας οποιασδήποτε μορφής θα απάλλασσε τους γιατρούς από την υποχρέωση να δαπανούν χρόνο, προσπάθειες και φροντίδα για να ελέγξουν τον φυσικό και ψυχολογικό πόνο των ασθενών. Η ηθική επιταγή, μας λένε οι αρνητές της ευθανασίας, δεν είναι να εξαλείψουμε τη ζωή του ασθενούς επειδή οι γιατροί δεν είναι ικανοί να ελέγχουν τον πόνο, αλλά να εκπαιδεύσουμε καλύτερα τους γιατρούς στις σύγχρονες μεθόδους αναλγησίας. Αν χρησιμοποιηθούν σωστά, οι υπηρεσίες φροντίδας των ανιάτων και οι τεχνικές ευρείας παρηγορητικής φροντίδας σίγουρα θα βελτιώσουν ή θα εξαφανίσουν όχι μόνο τον πόνο, αλλά και τους συναισθηματικούς, ψυχολογικούς και πνευματικούς παράγοντες που συντελούν στο να υποφέρουν οι ασθενείς και να επιθυμούν την επίσπευση του θανάτου τους²⁵³.

Η ωφέλεια, από την άλλη, είναι ένα κριτήριο υποκειμενικό που έγκειται στην εκτίμηση του ασθενούς για το αν η πιθανή ή προβλεπόμενη μελλοντική έκβαση μιας θεραπείας «αξίζει τον κόπο» σύμφωνα με το δικό του σύστημα αξιών. Εδώ είναι που υπεισέρχεται στην απόφαση ο καθορισμός της ποιότητας ζωής του πάσχοντος. Ένας ασθενής μπορεί να θεωρήσει ότι μια αποτελεσματική θεραπεία «δεν αξίζει τον κόπο» στα πλαίσια του πλάνου ζωής, των προτιμήσεων όσον αφορά τη διακινδύνευση, τις πιθανές παραμορφώσεις και ούτω καθεξής. Για παράδειγμα, μερικοί ασθενείς είναι δυνατό να απορρίπτουν τις ριζικές, επώδυνες και δαπανηρές χειρουργικές επεμβάσεις και έτσι δεν κερδίζουν μερικά παραπάνω χρόνια ζωής, ενώ άλλοι μπορεί να αρπάζουν τέτοιου είδους ευκαιρίες για να παρατείνουν τη ζωή τους. Από την άλλη, ένα μέτρο αναποτελεσματικό για την υποκειμενική νόσο ή η ανάνηψη για μια κακοήθη νόσο τελικού σταδίου μπορεί να είναι ευεργετική για έναν ασθενή που θέλει να ζήσει λίγο περισσότερο για να περάσει λίγο ακόμη καιρό με τους δικούς του ή να προλάβει

²⁵² Buchanan, 1996, 32.

²⁵³ Pellegrino, 2007, 243-244.

να ζήσει κάποιο σημαντικό γεγονός, όπως τη γέννηση ενός παιδιού, μια αποφοίτηση ή κάτι ανάλογο²⁵⁴. Εδώ, η αποτελεσματικότητα μετριέται ως προς το όφελος που θεωρεί ο ίδιος ο ασθενής ότι αποκομίζει και όχι ως προς την αλλαγή της φυσικής ιστορίας της ασθένειας. Το αποτέλεσμα του υπολογισμού ωφελειών-αποτελεσματικότητας-επιβαρύνσεων θα καταλήξει σε μια απόφαση του ασθενούς-όχι του γιατρού- για την «ποιότητα ζωής». Είναι αδύνατο να εκτιμήσει οποιοσδήποτε άνθρωπος την ποιότητα ζωής ενός άλλου ανθρώπου²⁵⁵. Όταν ο εκτιμητής είναι ο γιατρός, είναι προφανέστατος ο κίνδυνος επιβολής των δικών του αξιών²⁵⁶.

3.2.2.2. Διαστρέβλωση της αξιοπρέπειας

Τα επιχειρήματα ότι η ευθανασία είναι ένας τρόπος διατήρησης της αξιοπρέπειας του ασθενούς στον θάνατό του βασίζονται σε μια εσφαλμένη αντίληψη περί αξιοπρέπειας²⁵⁷. Τι σημαίνει όμως αξιοπρεπής θάνατος; Πότε και πώς πεθαίνει κανείς αξιοπρεπώς; Εννοείται άραγε ως αξιοπρεπής θάνατος ο ανώδυνος θάνατος; Τότε όμως δεν θα έπρεπε να εξηγηθεί γιατί ο πόνος συνιστά αναξιοπρέπεια; Πεθαίνω με αξιοπρέπεια σημαίνει άραγε πεθαίνω όσο είμαι ακόμη ο εαυτός μου, όσο διατηρώ την αυτοσυνειδησία μου; Τότε πάλι δεν αποκλείονται από αυτόν όχι μόνο όσοι βρίσκονται σε μη αναστρέψιμο κώμα αλλά και όλοι οι διανοητικώς πάσχοντες, οι γέροντες με άνοια, όσοι έχουν αλτσχάιμερ, κ.τ.λ.; Πρέπει να ζουν μόνο όσοι μπορούν να ζουν «αξιοπρεπώς»; Ο θάνατος του ανθρώπου που τον πάτησε αυτοκίνητο είναι αξιοπρεπής; Από τούτα τα ερωτήματα γίνεται φανερό ότι, αν μη τι άλλο, η έννοια της αξιοπρέπειας δεν μπορεί να αποτελεί αυτονόητο επιχείρημα υπέρ της ευθανασίας²⁵⁸.

Αν η αξιοπρέπεια έχει ένα νόημα σήμερα, αυτό δεν μπορεί να είναι άλλο από το ότι το ανθρώπινο πρόσωπο έχει απόλυτη αξία, απαραβίαστη και σεβαστή άνευ όρων, η οποία δεν υποχωρεί έναντι ουδενός ούτε μετριάζεται από τίποτε. Με αυτήν τη σημασία η λέξη αναγράφεται στο προοίμιο και στο πρώτο άρθρο της Οικουμενικής Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου του 1948²⁵⁹:

«Επειδή η αναγνώριση της αξιοπρέπειας, που είναι σύμφυτη σε όλα τα μέλη της ανθρώπινης οικογένειας, καθώς και των ίσων και αναπαλλοτριωτών δικαιωμάτων

²⁵⁴ Pellegrino, 2007, 245. Πρβλ. Πρωτοπαπαδάκη, 2003, 133.

²⁵⁵ Koop, 1989, 2-3.

²⁵⁶ Pellegrino, 2007, 245.

²⁵⁷ Quill, 1991, 691-694.

²⁵⁸ Ζουμπουλάκης, 2010, 224, Χαραλάμπους, 2006, 47.

²⁵⁹ Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, 1948 (Προοίμιο, Άρθρο 1).

τους αποτελεί το θεμέλιο της ελευθερίας, της δικαιοσύνης και της ειρήνης στον κόσμο. [...]

Άρθρο 1: Όλοι οι άνθρωποι γεννιούνται ελεύθεροι και ίσοι στην αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα».

Αυτή η έννοια της αξιοπρέπειας, την οποία ο Jacques Ricot ονομάζει οντολογική²⁶⁰, αποτελεί ουσιαστικά μετάφραση, όπως λέει ο Habermas, της βιβλικής έννοιας της κατ' εικόνα Θεού δημιουργίας του ανθρώπου, και σύμφωνα με την οποία, η αξία του ανθρώπινου προσώπου είναι ανεξάρτητη από τις οποιοσδήποτε συνθήκες της ζωής του και υπερασπίσιμη εντέλει ακόμη και έναντι της ίδιας της ελευθερίας του όταν αυτή οδηγεί σε προσβολή της αξιοπρέπειάς του (όπως, για παράδειγμα, όταν κάποιος συμμετέχει με τη θέλησή του σε δημόσιο θέαμα μειωτικό της προσωπικότητάς του). Με άλλα λόγια, ο άνθρωπος δεν μπορεί να παραιτηθεί από αυτήν, ακόμη και αν θα το ήθελε, με την έννοια ότι οι άλλοι οφείλουν να αναγνωρίζουν σε αυτόν πάντα απόλυτη και αναπαλλοτρίωτη αξία²⁶¹. Οι υπερασπιστές, ωστόσο, της ευθανασίας δεν επικαλούνται αυτή την οντολογική αξιοπρέπεια της Οικουμενικής Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, αλλά μια συγκεκριμένη έννοιά της που τη συνδέει ή την ταυτίζει με την ποιότητα των συνθηκών ζωής και με την ελεύθερη αυτοδιάθεση του ανθρώπου.

Εάν συνδέσουμε την αξιοπρέπεια με τις συνθήκες, όποιες και αν είναι αυτές, όσο αβάσταχτες και αν είναι για τον άνθρωπο (καταρράκωση του σώματος, αφόρητος πόνος, απώλεια αυτοσυνειδησίας κ.τ.λ.), τότε η αξία του ανθρώπινου προσώπου σχετικοποιείται. Πολύ απλά: σύμφωνα με την οντολογική έννοια της αξιοπρέπειας, η αξία του ανθρώπου είναι αμείωτη, απόλυτη είτε μπορεί, για παράδειγμα, να αυτοεξυπηρετηθεί το άτομο είτε όχι, ενώ δεν ισχύει το ίδιο με την αξιοπρέπεια των καλών συνθηκών ζωής. Παρόλα αυτά, ισχυρίζονται οι πολέμιοι της ευθανασίας, όταν οι συνθήκες είναι μειωτικές για τον άνθρωπο τις αλλάζουμε ή τις βελτιώνουμε, δεν αφανίζουμε τον άνθρωπο²⁶². Οι ασθενείς δεν χάνουν την αξιοπρέπειά τους ως άνθρωποι απλώς και μόνο επειδή υποφέρουν, πονούν και ίσως έχουν παραμορφωθεί από την ασθένειά τους ή βρίσκονται σε κώμα. Η αξιοπρέπεια ενός πάσχοντος βρίσκεται στην ανθρωπιά του, στην ανθρώπινη φύση του, που δεν μπορεί να χαθεί²⁶³, όσο ολέθρια και αν είναι μια αρρώστια. Όταν μιλούν για απώλεια της αξιοπρέπειας οι

²⁶⁰ Ricot, 2003 στο Ζουμπουλάκης, 2010, 224-225.

²⁶¹ Ζουμπουλάκης, 2010, 225. Πρβλ. Coyle, 1990, 75-78, Pelegrino, 2007, 248.

²⁶² Ζουμπουλάκης, 2010, 225.

²⁶³ Huxley, 1988, 214.

υπέρμαχοι της ευθανασίας, αναφέρονται μάλλον στις δικές τους αντιδράσεις όταν βλέπουν ασθενείς με ασθένειες τελικού σταδίου.

Όταν οι ασθενείς μιλούν για τον φόβο τους μήπως χάσουν την αξιοπρέπειά τους, ως επί το πλείστον, αναφέρονται στο πώς φαίνονται ή στο πώς τους βλέπουν οι άλλοι- οι γιατροί, το νοσηλευτικό προσωπικό, οι άλλοι ασθενείς, ακόμα και οι οικογένειές τους. Αυτός ο τύπος «αξιοπρέπειας» είναι ένα κατασκευάσμα του παρατηρητή, όχι μια ιδιότητα του παρατηρούμενου²⁶⁴. Αυτό που θέλουν να αποφύγουν οι ασθενείς είναι να τους οικτίρουν οι άλλοι, να τους βλέπουν ως θλιβερές περιπτώσεις, ως «δυστυχισμένους» ή ως αντικείμενα φόβου και φρίκης. Ο φόβος του ασθενούς είναι ο φόβος του πώς φαίνεται στα μάτια του «υπόλοιπου» κόσμου- των υγιών, των εργαζομένων, των πολυάσχολων, των μη πασχόντων από σωματικές αναπηρίες. Οι υγιείς πάρα πολύ συχνά κρατιούνται μακριά από τους σοβαρά άρρωστους ανθρώπους επειδή ξέρουν ότι κάποια μέρα μπορεί να είναι και αυτοί έτσι. Οι υγιείς δεν θέλουν κάποιον που να τους θυμίζει διαρκώς ότι και η δική τους ζωή είναι πεπερασμένη και ότι είναι δυνατό να αρρωστήσουν και οι ίδιοι. Ίσως μάλιστα να εύχονται, συνειδητά ή υποσυνείδητα, τον θάνατο του ασθενούς που αργεί να πεθάνει. Για να αντιμετωπίσουν αυτές τις υποσυνείδητες επιθυμίες να απαλλαγούν από το ανίατα άρρωστο άτομο, οι υγιείς μπορεί κάλλιστα να συναινέσουν στο αίτημα του θανάτου του μέσω ευθανασίας προς όφελος όχι μόνο του ασθενούς αλλά και δικό τους²⁶⁵.

Για τους ασθενείς, αυτός δεν είναι θάνατος με «αξιοπρέπεια», είναι περισσότερο σαν ο θάνατος να χρησιμοποιείται ως «γιατρικό» για τη ντροπή που νιώθουν ή τους κάνουν οι άλλοι να νιώθουν. Η ντροπή είναι μια ισχυρή αιτία που κάνει τον άνθρωπο να υποφέρει. Είναι πολύ πιο ανθρωπιστικό να θεραπεύουμε αυτή την αιτία παρέχοντας στον ασθενή θεραπεία με πραγματικά αξιοπρεπή τρόπο.

Συναινώντας στο αίτημα του πάσχοντος να πεθάνει δεν τον βοηθάμε να αποκαταστήσει την αξιοπρέπειά του, αλλά του επιβεβαιώνουμε την απώλεια της αξίας του που νιώθει ότι έχει υποστεί στα μάτια εκείνων που τον βλέπουν ως αντικείμενο λύπησης²⁶⁶.

Αν η αξιοπρέπεια του ανθρώπου δεν μπορεί να συνδέεται με τις συνθήκες της ζωής του, δεν συναρτάται ωστόσο με την ελευθερία του; Μπορεί να υπάρχει

²⁶⁴ Sulmasy, 1994, 28

²⁶⁵ Pellegrino, 2007, 246, Capron, 2007, 277.

²⁶⁶ Pellegrino, 2007, 246.

αξιοπρέπεια χωρίς ελευθερία χωρίς το κυριαρχικό δικαίωμα του ανθρώπου να ορίζει τη ζωή του; Οι υπερασπιστές της ευθανασίας, δέχονται τη φιλελεύθερη άποψη όπως τη διετύπωσε πρώτος ο John Stuart Mill στο *Περί Ελευθερίας* (*On Liberty* 1859). Ότι «η κυριαρχία του ανθρώπου πάνω στον εαυτό του και τη ζωή του είναι απόλυτη και δεν γνωρίζει κανένα όριο, πλην της κυριαρχίας των άλλων ανθρώπων πάνω στη δική τους ζωή»²⁶⁷. Τούτο σημαίνει ότι δεν μπορούμε να στραφούμε κατά της εξουσίας αυτής του ανθρώπου επί της ζωής του, παρά μόνο όταν η άσκησή της προκαλεί βλάβη στους άλλους, ποτέ όμως όταν προκαλεί βλάβη στον ίδιο.

Η ευθανασία όμως δεν είναι αυτοκτονία, δεν τερματίζω εγώ ο ίδιος τη ζωή μου ασκώντας το κυριαρχικό δικαίωμά μου πάνω σε αυτήν, αλλά καλείται κάποιος άλλος να θέσει τέρμα στη ζωή μου. Η περίπτωση λοιπόν είναι ολότελα διαφορετική και δεν καλύπτεται με την επίκληση του δικαιώματος στην ελεύθερη αυτοδιάθεση της ζωής. Τελικά, αν η αξιοπρέπεια αποτελεί επιχείρημα στην περί ευθανασίας συζήτηση, μόνο όσοι είναι εναντίον της μπορούν να το επικαλούνται (με την έννοια ακριβώς της οντολογικής αξιοπρέπειας). Η επίκλησή της ως επιχειρήματος υπέρ της ευθανασίας είναι φιλοσοφικά προβληματική και ηθικά ολισθηρή, πολύ περισσότερο δε όταν η ευθανασία γίνεται και χωρίς να είναι σε θέση ο ασθενής να διατυπώσει ο ίδιος το σχετικό αίτημα²⁶⁸.

3.2.2.3. Διαστρέβλωση της αυτονομίας

Οι υποστηρικτές της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας προβάλλουν το επιχείρημα ότι η παροχή βοήθειας προς τον ασθενή για να πεθάνει είναι μια πράξη ευεργετική επειδή σέβεται την αρχή της αυτονομίας. Κατά την άποψη αυτή, όσοι αρνούνται να συμμορφωθούν με το αυτόνομο αίτημα ενός ασθενούς ικανού να λαμβάνει αποφάσεις δεν τον σέβονται ως άνθρωπο, ενεργούν απάνθρωπα και παραβιάζουν ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα. Ο γιατρός Jack Kevoorkian, λέει ότι «η υπέρτατη αξία είναι η αυτονομία»²⁶⁹.

Αυτή η απολυτοποίηση της αυτονομίας πάσχει από δύο σοβαρούς ηθικούς περιορισμούς που καθιστούν οποιαδήποτε μορφή ευθανασίας ή υποβοηθούμενης αυτοκτονίας πράξη επιβλαβή μάλλον παρά επωφελή. Κατ' αρχήν, η απλή διατύπωση ενός αιτήματος δεν μπορεί από μόνη της να δεσμεύσει ένα άλλο άτομο εντός ή εκτός

²⁶⁷ Mill, 1947, 102.

²⁶⁸ Stuart et al. 1998, 21, Ζουμπουλάκης, 2010, 226.

²⁶⁹ Kevoorkian, 1991, 15.

της σχέσης γιατρού-ασθενούς²⁷⁰. Όταν μια απαίτηση γίνεται προσταγή, μπορεί να παραβιάζει την αυτονομία κάποιου άλλου ατόμου. Ακόμη πιο αμφίβολο είναι το αν ένας άνθρωπος τόσο απελπισμένος που ζητάει να τον θανατώσουν ή να τον βοηθήσουν να αυτοκτονήσει μπορεί να ενεργεί αυτόνομα. Τελικά, το άτομο που επιλέγει την ευθανασία χρησιμοποιεί την αυτονομία του για να παραιτηθεί από την αυτονομία. Αποφασίζει να εξαλείψει τη βάση στην οποία είναι δυνατή η αυτονομία-τη συνείδηση και τη λογικότητα. Ο ασθενής παραιτείται από κάθε έλεγχο σε όλες τις περαιτέρω εμπειρίες και επιλογές που δεν μπορούν να προβλεφθούν και οι οποίες θα μπορούσαν να είναι σημαντικές όσον αφορά το ίδιο του το σύστημα αξιών. Ο John Stuart Mill, ένθερμος υποστηρικτής της προσωπικής ελευθερίας, υποστήριξε παρόλα αυτά ότι δεν μπορεί κανείς εν ονόματι της ελευθερίας να παραδίδει τον ίδιο του τον εαυτό στην ανελευθερία, δηλαδή στη σκλαβιά²⁷¹.

Όσο μεγαλύτερη είναι η χρονική απόσταση ανάμεσα στον αναμενόμενο θάνατο κάποιου και στην απόφασή του να θανατωθεί ή να αυτοκτονήσει, τόσο μεγαλύτερη είναι η ελευθερία από την οποία παραιτείται. Για παράδειγμα, η ασθενής του γιατρού Kevorkian, η Janet Adkins, προφανώς φοβήθηκε τις ολέθριες επιπτώσεις της νόσου του Αλτσχάιμερ. Επέλεξε τον θάνατο ενώ είχε ακόμη μπροστά της μήνες και πιθανώς χρόνια ζωής. Με δική της απόφαση, η κυρία Adkins παραιτήθηκε από την ελευθερία της να κάνει μια σειρά μελλοντικών επιλογών τη φύση και το νόημα των οποίων για την ίδια δεν μπορούσε να προβλέψει²⁷².

Στο άλλο άκρο, όταν επίκειται ο θάνατος, τα εμπειρικά ερωτήματα της αυτονομίας είναι εξίσου προβληματικά. Ο ασθενής που πάσχει από κάποια θανατηφόρα νόσο είναι ένας άνθρωπος που συχνά πονάει, αγωνιά, υφίσταται απόρριψη από τους υγιείς και υποφέρει από μια αίσθηση ενοχής και απαξίας, νιώθοντας ότι αποτελεί κοινωνικό, οικονομικό και συναισθηματικό βάρος για τους άλλους. Μπορεί ένας άνθρωπος στην κατάσταση αυτή να πληροί τα κριτήρια της αυτόνομης επιλογής²⁷³; Πόσο καλά θα μπορούσαν οι ασθενείς αυτοί να διασφαλίσουν την αυτονομία τους αν νομιμοποιούσαμε την ευθανασία; Οι πάσχοντες από χρόνια νοσήματα και ετοιμοθάνατοι ασθενείς είναι εξαιρετικά ευαίσθητοι ακόμη και στην παραμικρή νύξη απαξίας από πλευράς γιατρών και νοσηλευτών που τους φροντίζουν, της οικογένειας και των φίλων τους. Οποιοδήποτε σημάδι – λεκτικό ή μη – που

²⁷⁰ Pellegrino, 1994, 47-68.

²⁷¹ Mill, 1947, 104.

²⁷² "Janet Adkins' Suicide: Reexamining the Spectrum of Issues it Has Raised", Issues 5(4), 1990, 1-7.

²⁷³ Conwell & Caine, 1991, 1100-1103.

ενισχύει την ενοχή ή την ντροπή τους το εκλαμβάνουν ως έμμεση υπόδειξη να αποχωρήσουν «με ανωτερότητα» από τον κόσμο αυτόν. Το πόσο πολύ μπορεί η αυτονομία να διακυβεύεται από τον πόνο, την ενοχή και τα αισθήματα απαξίας είναι φανερό από το γεγονός ότι, όταν τα αισθήματα αυτά εξαλείφονται ή βελτιώνονται, οι ασθενείς δεν ζητούν να πεθάνουν²⁷⁴. Επιπλέον, οι περισσότερες θανατώσεις από πρόθεση δεν διενεργούνται με συναίνεση, συνεπώς δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι προάγουν την αυτοδιάθεση²⁷⁵.

Ακόμη και αν νομιμοποιούσαμε την ευθανασία, μας λένε οι αρνητές της, η πρώτη μας υποχρέωση σύμφωνα με τις αρχές τόσο της ευεργετικότητας όσο και της αυτονομίας θα ήταν η διάγνωση, βελτίωση ή εξάλειψη αυτών των αιτιών θλίψης και πόνου του ασθενούς που τον ωθούν τελικά να ζητήσει ευθανασία. Η αντιμετώπιση αυτή είναι πιο ανθρωπιστική και προστατεύει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια περισσότερο από ό,τι η από πρόθεση διευκόλυνση του θανάτου του ασθενούς μέσω της ευθανασίας ή της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας²⁷⁶.

3.2.2.4. Διαστρέβλωση της εμπιστοσύνης

Η εμπιστοσύνη είναι αναπόσπαστο κομμάτι της σχέσης γιατρού-ασθενούς²⁷⁷. Ο πάσχων είναι αναγκασμένος να εμπιστεύεται τον γιατρό του αφού ο ίδιος δεν διαθέτει τις γνώσεις που είναι απαραίτητες για τη θεραπεία του και επειδή είναι ευάλωτος και δεν μπορεί να γίνει καλά χωρίς τη βοήθεια του γιατρού. Την κατάσταση αυτή επιτείνει ακόμη περισσότερο το γεγονός ότι ο γιατρός αποσπά την εμπιστοσύνη του ασθενούς όταν προσφέρεται να τον βοηθήσει. Στην προσφορά του αυτή, υπάρχει η υπόσχεση της επάρκειάς του, καθώς επίσης και η υπόσχεση ότι δεν θα εκμεταλλευθεί τη μειονεκτική θέση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής εξαιτίας της ασθένειάς του και της ανάγκης του για βοήθεια. Ο πάσχων εμπιστεύεται τον γιατρό ελπίζοντας ότι θα κάνει αυτό που είναι καλύτερο για τον ασθενή του, με βάση τη διάγνωση, την πρόγνωση και τις δυνατότητες θεραπείας που υπάρχουν. Όταν οι πάσχοντες ξέρουν ότι η ευθανασία αποτελεί μια νόμιμη επιλογή και ότι μερικοί γιατροί μπορεί να

²⁷⁴ Coyle, 1990, 75-78

²⁷⁵ Buchanan, 2007, 62.

²⁷⁶ Pellegrino, 2007, 248.

²⁷⁷ Pellegrino, 1991, 69-92, Chadwick, 1997, 291-297.

βλέπουν τη θανάτωση ως θεραπεία, γνωρίζουν ότι είναι ευάλωτοι στις παραβιάσεις αυτής της εμπιστοσύνης²⁷⁸.

Οι ακραίες παραβιάσεις περιλαμβάνουν τη μη αναφερόμενη ευθανασία, την ακούσια ή μη εκούσια ευθανασία των ηλικιωμένων, των βρεφών με σοβαρά προβλήματα, των ασθενών που βρίσκονται σε κώμα και των πνευματικά πασχόντων. Τις πιθανότητες αυτές δεν πρέπει να τις αγνοούμε, αφού υπάρχουν ενδείξεις ότι όντως συμβαίνουν στην Ολλανδία σήμερα²⁷⁹. Μάλιστα, μερικοί θεωρητικοί της ηθικής θεωρούν πραγματικά αυτό το είδος ενεργητικής ευθανασίας ηθική υποχρέωση, αφού ο γιατρός είναι ο μόνος που έχει τη δύναμη να ανακουφίσει τον ασθενή από το «μαρτύριο» του κατά αποτελεσματικό και «ήπιο» τρόπο²⁸⁰. Ένας πολύ πιο συνηθισμένος κίνδυνος σήμερα είναι η πιθανότητα οι αξίες²⁸¹ του γιατρού και η αποδοχή της ευθανασίας από μέρος του να διαμορφώσουν ασυνείδητα το πόσο σθεναρά θα μάχεται για να σώσει τον ασθενή ή θα προτείνει στον πάσχοντα τη λύση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Πώς μπορεί να ξέρει ο ασθενής τότε ο γιατρός του προσπαθεί να τον πείσει ή ακόμη και να τον εξαναγκάσει έμμεσα να επιλέξει τον θάνατο; Ιδιαίτερα οι ηλικιωμένοι ασθενείς, που αισθάνονται περισσότερο ανασφαλείς, θα έβλεπαν στο πρόσωπο του γιατρού τους τον πιθανό δολοφόνο τους, που τους αντιμετωπίζει ως πιθανά θύματα ευθανασίας. «Οι μάσκες των γιατρών, θα συγγέονταν με τις μάσκες των δημίων»²⁸².

Τα κίνητρα του γιατρού μπορεί ασυνείδητα να είναι η προαγωγή των πεποιθήσεών του ότι η ευθανασία είναι κοινωνικό αγαθό που προσφέρει ανακούφιση από τις απογοητευτικές δυσκολίες της φροντίδας του ασθενούς ή της ψυχικής δυσφορίας για την ποιότητα της ζωής που είναι αναγκασμένος να ζει ο πάσχων ή η προαγωγή της επιθυμίας εξοικονόμησης των πολύτιμων πόρων της κοινωνίας και ούτω καθεξής. Πώς θα είναι ποτέ σίγουρος ο ασθενής για το πραγματικό κίνητρο που θα υπάρχει πίσω από τις συστάσεις του γιατρού του; Και τότε υποβιβάζει ο γιατρός την αξία των διαθέσιμων μεθόδων ανακούφισης του πόνου ή πλήρους παρηγορητικής φροντίδας επειδή πιστεύει ότι ο πραγματικά «καλός» θάνατος είναι ο προγραμματισμένος θάνατος²⁸³;

²⁷⁸ Buchanan, 1996, 32, Beauchamp & Childress, 1994, 233.

²⁷⁹ Fenigson, 1989, 522-530, Fenigson, 1990, 229-245

²⁸⁰ Van der Meer, 1988, 103-106.

²⁸¹ Κουτσελίνης, 1999, 198.

²⁸² Ευαγγέλου, 2010, 234.

²⁸³ Pellegrino, 2007, 249.

Βάσει των παραπάνω λοιπόν, αν γινόταν δεκτή η πρακτική της θανάτωσης από πρόθεση από την ιατρική ηθική, θα διαστρέβλωνε την ηθική και τους σκοπούς της θεραπευτικής σχέσης τουλάχιστον σε τρεις διαστάσεις της: την ευεργετικότητα, την προστασία της αυτονομίας και την πίστη στη δυνατότητα του ασθενούς να εμπιστευτεί τον γιατρό²⁸⁴. Επιπλέον, η ευθανασία δεν συνάδει με την ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Για τους λόγους αυτούς, ισχυρίζονται οι πολέμιοι της ευθανασίας, η εν λόγω πρακτική πρέπει να απαξιωθεί ηθικά και να παραμείνει ποινικά κολάσιμη.

3.2.3. Η ζωή ως ύψιστη αξία

Το γεγονός ότι η ζωή αντιμετωπίζεται ως απόλυτη αξία δεν χρήζει απόδειξης. Όλοι σχεδόν οι ηθικοί κώδικες και οι ηθικές θεωρίες, θρησκευτικές η κοσμικές, περιλαμβάνουν τη γενική απαγόρευση της αφαίρεσης ανθρώπινης ζωής από πρόθεση. Ο νόμος την προστατεύει ως ύψιστο αγαθό και αντιμετωπίζει την αφαίρεση της ζωής ως το βαρύτερο έγκλημα.

Στη ζωή μας υπάρχουν πολλά αντικείμενα, γεγονότα και αξίες τα οποία λογίζονται ως αγαθά, όπως η ευτυχία, η αξιοπρέπεια, η ελευθερία και άλλα, αλλά κανένα δεν θεωρείται θεμελιωδέστερο της ζωής. Τα πάντα εδράζονται πάνω σε αυτήν αφού λογικά χρονικά και οντολογικά προηγείται όλων. Η ζωή αναμφίβολα έχει αυτή την αναπόσπαστη αξία ως απαραίτητης προϋπόθεσης για την επιδίωξη των διαφόρων σκοπών και δραστηριοτήτων που δίνουν αξία και νόημα στη ζωή μας. Συνεπώς, η διατήρησης της ανθρώπινης ζωής έχει υπέρτατη αξία που απορρέει τόσο από τον οργανικό της ρόλο, όσο και από την ενδογενή αξία της- την επιθυμία που έχουν οι άνθρωποι για την ίδια τη ζωή, τη συνέχιση και μόνο της ύπαρξης αυτή καθεαυτήν²⁸⁵.

Το πόσο απόλυτα εκλαμβάνουμε την αξία της ζωής, αποδεικνύεται και από τον φόβο και την απέχθειά μας προς τον θάνατο. Σύμφωνα με τον Thomas Nagel απεχθανόμαστε τον θάνατο όχι επειδή ο ίδιος έχει κάποιες ποιότητες, αλλά επειδή στερεί από τον άνθρωπο κάτι ποθητό, τη ζωή, και όσες πιθανές προοπτικές αυτή ενσωματώνει²⁸⁶. Όλοι εκείνοι που προβάλλουν τη ζωή ως υπέρτατη αξία αντιμετωπίζουν την ευθανασία σαν στέρξη του αγαθού αυτού, επί του οποίου εδράζονται όλες οι θετικές ή αρνητικές ποιότητες με τις οποίες μπορεί να περιβληθεί

²⁸⁴ Buchanan, 1996, 32, Pellegrino, 2007, 250, Pellegrino & Freeman 2007, 264.

²⁸⁵ Brock, 2007, 206.

²⁸⁶ Nagel, 1986, 11-12.

η ανθρώπινη υπόσταση. Θεωρούν, δηλαδή, την ευθανασία ως στέρηση της ίδιας της ουσίας της ανθρώπινης ύπαρξης.

Σύμφωνα με τον Ronald Dworkin πρέπει να αναρωτηθούμε πρωτογενώς για την αξία ή την απαξία της ευθανασίας με σημείο αναφοράς τις πεποιθήσεις μας για την «ιερότητα της ζωής», την εγγενή της αξία. Ακόμη και αν δεν βλέπει κανείς την ανθρώπινη ζωή ιερή ως θεόδοτη, η αξία της δεν μειώνεται γιατί η ζωή είναι πολυδιάστατη και έχει μεγάλη σπουδαιότητα από πολλές και διαφορετικές σκοπιές. Όπως ισχυρίζεται ο Dworkin, η ιερότητα της ζωής μας ενώνει και όταν ακόμη μας διαφοροποιεί το νόημα που ο καθένας δίνει σε αυτήν, διότι αυτό που μοιραζόμαστε είναι πολύ πιο ισχυρό²⁸⁷. Η ηθική αξιολόγηση της ευθανασίας δεν θα πρέπει να παράγεται, λοιπόν, από δικαιώματα, αλλά πρωτογενώς από τις θέσεις μας πάνω στο απαραβίαστο της ζωής²⁸⁸. Υπό την έννοια αυτή δεν μπορεί να γίνει διάκριση ανάμεσα σε ενεργητική και παθητική μορφή ευθανασίας, αφού αυτό που καθορίζει την αξιολόγησή της είναι το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα. Η κριτική αναπτύσσεται πάνω σε δύο βασικούς άξονες. Αφενός σε σχέση με την επιλογή του πάσχοντος να τερματίσει τη ζωή του, και αφετέρου σε σχέση με ότι αφορά στην παρέμβαση του δεύτερου προσώπου.

Πρώτα απ' όλα πρέπει να λεχθεί ότι η επιλογή του θανάτου δεν αποτελεί δικαίωμα του ανθρώπου. Από τη στιγμή που είμαστε αναγκασμένοι να πεθάνουμε, αυτό δεν μπορεί να θεωρηθεί δικαίωμά μας²⁸⁹. Το οποιοδήποτε δικαίωμα δεν είναι δυνατόν να νοηθεί αποκομμένο από τη διακριτική ευχέρεια που παρέχει στον κάτοχό του να το ασκήσει αν επιθυμεί, όποτε και με όποιον τρόπο εκείνος προτιμά. Ο θάνατος αντίθετα είναι υποχρεωτικός για όλους, και βέβαια δεν μπορούμε να επιλέξουμε τον τρόπο και τη στιγμή που θα πεθάνουμε. Και αν στην ευθανασία φαίνεται πως ο άνθρωπος επιλέγει τον τρόπο και τη στιγμή του θανάτου του, αυτό δεν είναι τίποτε άλλο από απλή επίφαση, μια και ο τρόπος της διενέργειάς της είναι άγνωστος στον ασθενή, όπως και η συνεπαγόμενη ποιότητα του θανάτου του²⁹⁰. Ο χρόνος της αναχώρησης από τη ζωή δεν αποτελεί επίσης επιλογή του ασθενούς, αλλά επιβάλλεται από την κατάστασή του ή πολλές φορές από τον γιατρό ή τους συγγενείς,

²⁸⁷ Dworkin, 1993, IX.

²⁸⁸ Dworkin, 1993, 11-12, 24-25, 28, 68.

²⁸⁹ Fletcher, 1989, 3.

²⁹⁰ Humphrey, 1991, 96.

όταν πια ο ασθενής δεν μπορεί να επικοινωνήσει με το περιβάλλον και να δηλώσει τη βούλησή του.

Το «δικαίωμα στον θάνατο», ωστόσο, που επικαλούνται οι θιασώτες της ευθανασίας, ως ηθικό δικαίωμα έχει θεωρηθεί από κάποιους με φιλοσοφικά κριτήρια λογικά ασυνεπές και αυτο-αντιφατικό και ως νομικό δικαίωμα ύποπτο έως και επικίνδυνο. Υποστηρίζεται δηλαδή ότι τα δικαιώματα είναι από την αρχή της σύλληψης της ιδέας τους διεκδικήσεις θετικών αξιών και πρωτίστως της αξίας της ζωής και ότι οι θεμελιωτές της ιδέας των δικαιωμάτων απέρριπταν την αυτοκτονία²⁹¹.

Το γεγονός μάλιστα ότι γίνεται επίκληση του «δικαιώματος» αυτού σε οριακές καταστάσεις και πολλές φορές όχι από τον ίδιο τον ασθενή καταστρατηγεί την αρχή της αυτονομίας και θέτει σε παρένθεση την έννοια της αξιοπρέπειας. Σε πολλές μάλιστα περιπτώσεις, κυρίως όταν κάποιος δεν θέλει να επιβαρύνει τους οικείους του, γίνεται λόγος για «ένα καθήκον να πεθάνεις» και όχι για «δικαίωμα»²⁹².

Δικαίωμα, λοιπόν, στον θάνατο δεν μπορεί να στοιχειοθετηθεί λογικά ή νομικά. Αυτό που μπορεί να αναγνωρισθεί ως δικαίωμα του ανθρώπου δεν είναι ο ίδιος ο θάνατος αλλά πιθανόν η στιγμή που αυτός θα συμβεί. Και πάλι όμως η άσκηση του δικαιώματος αυτού προϋποθέτει μια σύγκριση. Αυτός που αιτείται την ευθανασία, διατυπώνει ουσιαστικά την κρίση ότι η τωρινή του κατάσταση δεν είναι προτιμότερη από την κατάσταση της ανυπαρξίας. Η σύγκριση, όμως, αυτή είναι ανέφικτη, διότι ο πάσχων δεν γνωρίζει την κατάσταση της ανυπαρξίας²⁹³. Επομένως οι αιτήσεις για ευθανασία δεν είναι προϊόν λογικής εξέτασης των δεδομένων αλλά συναισθηματικές διατυπώσεις έντονης συγκινησιακής φόρτισης. Αυτό που εκφράζει ο αιτούμενος την ευθανασία δεν είναι τίποτε άλλο από την ανυπόφορη δυστυχία και τον βασανισμό που βιώνει καθώς και η ανάγκη του να απαλλαγεί από αυτή την κατάσταση²⁹⁴.

Έντονες όμως αντιδράσεις εγείρει και η αναγκαία παρεμβολή του γιατρού ή των οικείων του ασθενούς στη διαδικασία τερματισμού της ζωής. Και αυτό διότι η συμμετοχή σημαίνει αποδοχή της ορθότητας του αιτήματος. Αυτό με τη σειρά του προϋποθέτει μια ενυπάρχουσα αξιολόγηση της ζωής του ασθενούς. Αυτός που επιλέγει να συνδράμει τον πάσχοντα υιοθετεί την άποψη ότι η ζωή του δεν είναι άξια να βιωθεί. Η εκτίμηση, όμως της ποιότητας της ζωής ενός άλλου ανθρώπου

²⁹¹ Kass, 1999, 36-37.

²⁹² Δραγώνα-Μονάχου, 2006b.

²⁹³ Πελεγρίνης, 1985, 139.

²⁹⁴ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 141-142.

συνεπάγεται τρομακτική ευθύνη²⁹⁵. Εκτός αυτού, η εκτίμηση αυτή μόνο συμπτωματικά μπορεί να ταυτίζεται με εκείνη του ίδιου του πάσχοντος, διότι η ζωή, όπως και ο θάνατος, αποτελούν καθαρά προσωπική υπόθεση. Ενδέχεται, δηλαδή, να θεωρούμε παρατηρώντας την κατάσταση του ασθενούς, πως δεν θα θέλαμε στη θέση του να διατηρούμαστε στη ζωή. Για τον ίδιο τον πάσχοντα ωστόσο, μπορεί τα πράγματα να είναι διαφορετικά. Σε κρίσιμες καταστάσεις οι απόψεις του ανθρώπου σχετικά με έννοιες όπως η αξιοπρέπεια, η αυτονομία και η τιμή πιθανότατα είναι επιδεκτικές ριζικών αλλαγών ή μπορεί να μην έχουν καν σημασία²⁹⁶.

Συμπερασματικά, η ευθανασία δεν μπορεί να δικαιωθεί ηθικά, επειδή αρνείται και προσβάλλει το ύψιστο αγαθό που ο άνθρωπος μπορεί να κατέχει, δηλαδή τη ζωή. Είναι προτιμότερο λοιπόν, ισχυρίζονται οι υπέρμαχοι του εν λόγω επιχειρήματος, «μπροστά στον κίνδυνο να αφαιρέσει κανείς άδικα μια ανθρώπινη ζωή προβαίνοντας σε μια πράξη ευθανασίας, να διατηρήσει άδικα μια ανθρώπινη ζωή, αποποιούμενος μια πράξη ευθανασίας»²⁹⁷.

3.2.4. Ωφελείν ή μη βλάπτειν - *primum non nocere*

Μεγαλύτερη μορφή όλων των αιώνων θεωρείται ο Ιπποκράτης ο Κώος (460-377 π. Χ.), ο πατέρας της ιατρικής επιστήμης, ο οποίος απαλλάσσοντάς την από τις δεισιδαιμονίες της εποχής θεμελιώνει την ιατρική δεοντολογία και καθορίζει τις σχέσεις των γιατρών με τους ασθενείς τους μεταφέροντας «στην ιατρική το ήθος της κλασικής διανοήσης»²⁹⁸.

Σύμφωνα με τον Ιπποκράτειο Όρκο επιβάλλεται πλήρης προστασία της ανθρώπινης ζωής²⁹⁹. Οι υποδείξεις του είναι σαφείς: «Δεν θα χορηγήσω θανατηφόρο φάρμακο σε κανένα και αν παρακληθώ, ούτε θα υποδείξω τέτοια συμβουλή...»³⁰⁰.

Ο ιπποκράτειος γιατρός, με τη συνοπτική ρήση «ωφελείν ή μη βλάπτειν»³⁰¹ («να ωφελείς παρά να βλάπτεις»), ή εκτενέστερα με την ένορκη δήλωση «διαιτήμασί τε χρήσομαι επ' ωφελείη καμνόντων κατά δύναμιν και κρίσιν εμήν, επί δηλήσει δε

²⁹⁵ Dresser & Whitehouse, 1994, 10.

²⁹⁶ Dresser & Whitehouse, 1994, 11, Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 142-143.

²⁹⁷ Πελεγρίνης, 1985, 157.

²⁹⁸ Κουτσελίνης, 1999, 29.

²⁹⁹ Αναπλιώτου-Βαζαίου, 1993, 213.

³⁰⁰ Gourevitch, 1969, 505, Αναπλιώτης, 203, 45.

³⁰¹ Ιπποκράτης, Επιδημιών το πρώτον, II, 5.

και αδική ειρξείν»³⁰² («Θα χρησιμοποιώ τη θεραπεία για να βοηθήσω τους ασθενείς κατά τη δύναμη και την κρίση μου, αλλά ποτέ για να βλάψω ή να αδικήσω»), τάσσεται ως θεματοφύλακας της ζωής του ανθρώπου και ουδέποτε δήμιός της, κάτω από οποιεσδήποτε συνθήκες³⁰³. Σε απόλυτη σύμπνοια με τον Ιπποκράτειο Όρκο βρίσκεται και η λατινική φράση «*primum non nocere*»: «πάνω απ' όλα μην βλάπτεις», η οποία ορίζει ως πρωταρχικό καθήκον του γιατρού την αποφυγή βλάβης στον ασθενή³⁰⁴.

Περισσότερες από δυόμισι χιλιετίες αφότου ο Ιπποκράτειος Όρκος έγινε ο επαγγελματικός κώδικας των αρχαίων Ελλήνων γιατρών, παραμένει ο ίδιος κώδικας ενσωματωμένος στον όρκο που παίρνουν σήμερα οι γιατροί να κρατούν, όπως έχουν κάνει διαμέσου των αιώνων. Αυτό είναι πράγματι ένα εκπληκτικό γεγονός. Η ιατρική έχει αλλάξει δραματικά από την κλασική εποχή μέχρι σήμερα όσον αφορά τα περιεχόμενα και των θεωρητικών και των πρακτικών συστατικών της. Ο Ιπποκράτειος Όρκος, εν τούτοις, συνεχίζει να διέπει αυστηρά την ιατρική ηθική γεγονός που αποδεικνύει την αναμφισβήτητη υπερχρονική αξία του³⁰⁵. Ο λόγος γι' αυτό μπορεί να μην είναι δύσκολο να αναγνωρισθεί. Η ουσία του Όρκου αφορά στους στόχους της ιατρικής επιστήμης ή τέχνης ή σε κάποιες ευρύτερες ηθικές αντιλήψεις που είναι στο θεμέλιο των σκοπών του ιατρικού επαγγέλματος.³⁰⁶

Συγκεκριμένα, η εντολή του Όρκου ενάντια στη συμμετοχή ενός γιατρού στον τερματισμό μιας ζωής, πηγάζει από μερικές βαθιά ριζωμένες πεποιθήσεις για την ίδια τη φύση ή τους σκοπούς της ιατρικής³⁰⁷, που δεν είναι άλλοι από την παραγωγή της υγείας και την προάσπιση του αγαθού της ζωής, και των ευθυνών εκείνων που ορκίζονται να τους πραγματοποιήσουν. Η ευθανασία, συνεπώς, διαστρέφει βάνανυσα την αποστολή του γιατρού. Όχι μόνο διότι επιφέρει τον θάνατο του ασθενούς, αλλά και διότι παραβιάζει ξεκάθαρη πρόβλεψη του Όρκου, αυτήν που αφορά στην άρνηση προσφοράς θανατηφόρου σκευάσματος από τον γιατρό ακόμη και αν του ζητηθεί. Η προστασία της ζωής του πάσχοντος αποτελεί πρώτιστο καθήκον του γιατρού³⁰⁸.

Η σύγχρονη πραγματικότητα, ωστόσο, έχει δημιουργήσει καινούρια δεδομένα τα οποία δεν μπορούν να καλυφθούν από απόψεις και λεκτικές διατυπώσεις που

³⁰² Ιπποκράτης, Όρκος.

³⁰³ Εμμανουήλ, 1969, 313-315, Αναπλιώτης, 2003, 46.

³⁰⁴ Smith, 2005, 371-377, Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 144.

³⁰⁵ Εμμανουήλ, 1969, 313, Λυπουρλής, 2007, 17.

³⁰⁶ Anagnostopoulos, 2007, 473-474.

³⁰⁷ The Hastings Center, 1987, 18-20. Πρβλ. Cranford, 2007, 215 και Beauchamp & Childress, 1994, 189.

³⁰⁸ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 144-145, Anagnostopoulos, 2007, 474.

χάνονται στα βάθη του χρόνου³⁰⁹. Οι επιστημονικές και τεχνολογικές εξελίξεις, ιδιαίτερα στον τομέα της ιατρικής, μπορούν πλέον να επιτρέψουν την παράταση της ζωής για μεγάλο χρονικό διάστημα ανιάτως πασχόντων ή ανθρώπων που βρίσκονται σε μη αναστρέψιμη κατάσταση και χωρίς επαφή με το περιβάλλον. Έχει όμως αξία μια ζωή που εξαρτάται από τα μηχανήματα, όταν δεν υπάρχουν πιθανότητες για βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς; Ό,τι είναι ιατρικά εντυπωσιακό δεν σημαίνει κατ' ανάγκη ότι είναι και ηθικά αποδεκτό.

Είναι γεγονός πως, σε μερικές περιπτώσεις, η ευθανασία παρουσιάζεται ως πράξη ωφέλιμη για τον ασθενή. Αυτό συμβαίνει όταν ο πόνος είναι αφόρητος και κάθε ελπίδα ίασης και διατήρησης στη ζωή έχει εκλείψει. Ποια είναι τότε η δέουσα πρακτική, όταν οι θεραπείες δεν μπορούν να οδηγήσουν στους σκοπούμενους στόχους³¹⁰; Στο σημείο αυτό εμφανίζονται τα ιατρικά διλήμματα. Πρέπει ο γιατρός να αφήσει τη φύση να επιτελέσει το έργο της αφήνοντας τον ασθενή εναγώνια να υποφέρει ή υπό τις δεδομένες συνθήκες αιτιολογείται η υποβοηθούμενη αυτοκτονία ή ευθανασία; Παραβιάζει ο γιατρός τον ιατρικό όρκο αν ωθούμενος από ανθρωπιστικά κίνητρα τερματίζει τη ζωή του πάσχοντος;

Οι υπέρμαχοι της ευθανασίας ισχυρίζονται ότι σε ορισμένες περιπτώσεις ο γιατρός δικαιολογείται να τερματίζει ή να μην παρατείνει μια ζωή, για να ανακουφίσει τον πόνο και την οδύνη ή να μην τους παρατείνει αφού ένας από τους σημαντικούς στόχους της ιατρικής είναι η ανακούφιση του πόνου³¹¹. Ωστόσο, οι στόχοι της ιατρικής δεν μπορεί να είναι απλώς η ανακούφιση του πόνου ή της οδύνης με οποιαδήποτε μέσα κι οποιοδήποτε κόστος. Σε πολλές περιπτώσεις, η ανακούφιση του πόνου και της οδύνης θα μπορούσε να επιτευχθεί χωρίς τη βελτίωση ή την αποκατάσταση της υγείας, δηλαδή με ορισμένα φάρμακα που καλύπτουν τον πόνο και την οδύνη. Τέτοιοι στόχοι μπορούν να αποτελούν μέρος του σκοπού της ιατρικής αλλά όχι τον μοναδικό σκοπό. Ο λόγος για τον οποίο είναι μέρος της ιατρικής σκοπιμότητας είναι ότι μια ζωή χωρίς ή με λιγότερο πόνο ή οδύνη είναι προτιμότερη από μια ζωή με πόνο και οδύνη. Με άλλα λόγια, με το να στοχεύει να περιορίσει τον πόνο ή την οδύνη ο γιατρός επιδιώκει να βελτιώσει μια ζωή. Ο στόχος του είναι να αυξήσει ένα αγαθό, δηλαδή τη ζωή, και έτσι παραμένει μέσα στη στοχοθεσία της ιατρικής. Αλλά όταν κάποιος τερματίζει μια ζωή για να ανακουφίσει τον πόνο, σαφώς

³⁰⁹ Battin, 1983, 14-15.

³¹⁰ The President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research., 1983, 81.

³¹¹ Battin, 1983, 14-15, Beauchamp & Childress, 1994, 189.

δεν αυξάνει το αγαθό της ζωής. Μάλλον, το καταστρέφει μαζί με τα κακά του πόνου και της οδύνης³¹².

Επιπλέον, η ιατρική ηθική όπως περιγράφεται στον *Όρκο* του Ιπποκράτη, προβλέπει θετικά και αρνητικά καθήκοντα για τον γιατρό³¹³. Θετική υποχρέωσή του αποτελεί η παροχή βοήθειας στον ασθενή («ωφελείν»), που στην προκειμένη περίπτωση είναι η ανακούφιση από τον πόνο, ενώ αρνητικό του καθήκον η μη αφαίρεση της ζωής του («μη βλάπτειν»). Όταν αρνητικά και θετικά καθήκοντα συγκρούονται, όταν δηλαδή η ανακούφιση του πάσχοντος μπορεί να επέλθει μόνο με τον θάνατο, οι αντιτιθέμενοι στην ευθανασία υποστηρίζουν ότι τα αρνητικά υπερισχύουν³¹⁴. Η ηθική αξιολόγηση της συμμετοχής του γιατρού στη διενέργεια της ευθανασίας δεν επηρεάζεται ούτε από την κλινική κατάσταση του ασθενούς, ούτε από την ένταση της οδύνης και την απέλπιδα προοπτική του, ούτε βέβαια από τη συμπαθητική στάση του γιατρού και τα ανθρωπιστικά του ελατήρια. Η ευθανασία είναι αντίθετη στην ιατρική ηθική, διότι συνιστά σκόπιμο τερματισμό της ανθρώπινης ζωής, πράξη που έρχεται σε ευθεία αντίθεση με τον Ιπποκράτειο Όρκο και με την ύψιστη αποστολή της ιατρικής επιστήμης³¹⁵.

Μια άλλη έννοια που έχει επικρατήσει τα τελευταία χρόνια, εγείροντας σοβαρούς προβληματισμούς, είναι αυτή του «ανώφελου» ή «μάταιου» της θεραπευτικής αντιμετώπισης πασχόντων, οι οποίοι βρίσκονται σε προχωρημένα στάδια ανίατων νοσημάτων³¹⁶. Η έννοια αυτή αντίκειται στην ιατρική ηθική, σύμφωνα με την οποία οι ιατρικές προσπάθειες θα πρέπει να συνεχίζονται με την ίδια ένταση, σοβαρότητα και ευθύνη, σε όλα τα στάδια της νόσου του πάσχοντος, παρά την υφιστάμενη σταδιακή επιβάρυνσή του. Παλιότερα είχε κριθεί νόμιμη η διακοπή ιατρικής βοήθειας από ασθενείς, οι οποίοι βρισκόταν σε συνεχή φυτική κατάσταση³¹⁷.

Ήδη το 1993 η Βουλή των Λόρδων στην Αγγλία αποφάσισε ότι οι γιατροί θα μπορούσαν νόμιμα να διακόψουν κάθε ιατρική βοήθεια, συμπεριλαμβανομένης και της τροφής και της υδροδότησης (παθητική ευθανασία) από τον Antony Bland³¹⁸,

³¹² Anagnostopoulos, 2007, 498-499.

³¹³ Prado & Taylor, 1999, 177.

³¹⁴ Buchanan, 1996, 28, Brody, 2007, 137.

³¹⁵ Buchanan, 1996, 24.

³¹⁶ Callahan, 1991b, 30-35, Truog et al, 1992, 1560-1564.

³¹⁷ Hall, 1997, Standler, 2005, 138-148.

³¹⁸ House of Lords, 1993, 8.

ασθενή, ο οποίος βρισκόταν σε συνεχή και επίμονη³¹⁹ φυτική κατάσταση. Ποιος όμως μπορεί να είναι απολύτως βέβαιος για το αναπότρεπτο³²⁰ της επέλευσης του θανάτου, ή ακόμη και για την οριστική απώλεια των προϋποθέσεων του «ευ ζην» κάποιου άλλου;

Η έννοια του «ανιάτου» δεν στοιχειοθετεί δίκαιο για τον γιατρό, ώστε να εγκαταλείψει τις προσπάθειές του, ισχυρίζονται οι αρνητές της ευθανασίας, επειδή ο γιατρός ως το τέλος πρέπει να παραμένει αταλάντευτα πιστός στον όρκο του³²¹.

Κανένας δεν δικαιούται να προωθεί διαδικασίες ευθανασίας, όταν υπάρχει αφενός η πιθανότητα και για λανθασμένες εκτιμήσεις, και αφετέρου η ελπίδα, από τη μία στιγμή στην άλλη, η επιστήμη να μπορεί να συμβάλει αποτελεσματικότερα για την ποιότητα και τη διάρκεια ζωής του κάθε ανθρώπου³²².

Η υπόθεση Bland, όπως παλιότερα και η υπόθεση Karen Ann Quinlan³²³ στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, έφεραν το θέμα της ευθανασίας εκ νέου στην επιφάνεια με την πιο οδυνηρή μορφή. Οι κατ' επανάληψη συζητήσεις, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες και τις αγγλοσαξονικές χώρες, οδήγησαν στην άποψη, ότι η ευθανασία ή ευρύτερα η λήψη αποφάσεων περί της παράτασης ή μη της ζωής των ανίατα πασχόντων, αποτελεί φλέγον θέμα. Κι αυτό διότι, οι δυνατότητες μεταμόσχευσης οργάνων και κατ' επέκταση της παράτασης της ζωής άλλων ασθενών, οι οποίοι διατηρούν ακέραιη την ψυχονοητική λειτουργία τους αλλά απειλείται η επιβίωσή τους λόγω ανεπάρκειας ενός ή περισσότερων ζωτικών οργάνων τους, επιβάλλει την εξεύρεση μοσχευμάτων τα οποία μπορούν να ληφθούν από ασθενείς που βρίσκονται σε κατάσταση εγκεφαλικού θανάτου³²⁴. Η τοποθέτηση αυτή απέναντι στην ευθανασία σημαίνει σημαντική τροποποίηση των κριτηρίων της ιατρικής ηθικής και ίσως τροποποίηση και όλου του αξιολογικού συστήματος το οποίο αποτελεί το ουσιαστικό της περιεχόμενο³²⁵.

Αν εξετάσουμε, στη συνέχεια, την περίπτωση των λιστών αναμονής για μεταμόσχευση, τίθεται το ερώτημα: θα ήταν ηθικά αποδεκτό να αποκλείονται από τις λίστες αυτές ηλικιωμένοι προκειμένου να ωφεληθούν νεότεροι ασθενείς; Η απάντηση είναι ασφαλώς αρνητική, αν και η μεταμόσχευση σε άτομα νεότερα είναι πιθανότερο

³¹⁹ Craig, 1994, 141.

³²⁰ Μαργαρίτη, 2008, 83, Αβραμιδίη, 2008, 262-265, Αναπλιώτη, 2003, 112 και Πανσεληνά, 2007.

³²¹ Fisher, 2006.

³²² Αβραμιδίη, 2008, 270-271.

³²³ Standler, 2005, 11-19. Πρβλ. Πρωτοπαπαδάκη, 1999.

³²⁴ Engelhardt, 1989, 1-3.

³²⁵ Thomas, 1994, 383-394, Μπαλογιάννης, 2003, 214-215.

να έχει καλύτερα αποτελέσματα για τον ίδιο τον πάσχοντα αλλά και για την κοινωνία. Στην περίπτωση όμως αυτή, ο γιατρός γίνεται πολιτικός περιπίπτοντας στον ωφελιμισμό, την επιλογή δηλαδή της πρακτικής που θα ωφελήσει περισσότερο και θα βλάψει λιγότερο, ενώ παράλληλα αντιμετωπίζει τον ασθενή όχι ως σκοπό αλλά ως μέσο. Μια τέτοια όμως ηθική στάση δεν μπορεί να διέπει το ιατρικό λειτούργημα. Ο ωφελιμισμός δεν μπορεί να λειτουργήσει ως κριτήριο ηθικής πράξης για έναν γιατρό, αφού αποστολή και καθήκον του είναι να αντιμετωπίζει τον ασθενή αποκλειστικά ως σκοπό. Η ιατρική ηθική δεν είναι δυνατόν να είναι ελαστική και να προσαρμόζεται στην εκάστοτε περίπτωση, αντίθετα πρέπει να διέπεται από σταθερές και ακλόνητες αξίες. Ο σεβασμός της ζωής του ασθενούς και η προσπάθεια διατήρησής της³²⁶ με κάθε μέσον αποτελούν πρωταρχικό μέλημα και ύψιστο ηθικό καθήκον για τον γιατρό.

Η επιλογή της ευθανασίας ως τρόπου αντιμετώπισης μιας συγκεκριμένης κλινικής κατάστασης, δηλαδή της οδύνης στο τελικό στάδιο, επιφέρει τεράστιες αλλαγές στην ιατρική ηθική και πρακτική. Στερεί από τον γιατρό τη μόνιμη και σταθερή προσήλωση στον στόχο της διατήρησης της ζωής του ασθενούς με κάθε μέσον, και καθιστά ιατρική επιλογή αυτό που η ιατρική εξ ορισμού πολεμά, τον θάνατο³²⁷. Με τον τρόπο αυτό ο γιατρός επιφορτίζεται με τον ρόλο να κρίνει την ποιότητα και την ποσότητα της ζωής κάποιου και από θεραπευτής μετατρέπεται σε έμπορο θανάτου³²⁸.

Στην περίπτωση που ο γιατρός παραβεί τον όρκο του και διενεργήσει ευθανασία, δεν διαπράττει μόνο ηθικό προσωπικό παράπτωμα, αλλά η ενέργειά του αυτή έχει αντίκτυπο στο σύνολο του ιατρικού κόσμου. Ακόμη και η παραμικρή υπόνοια πως ο γιατρός δεν θα κάνει τα πάντα για να διατηρήσει στη ζωή τον ασθενή και να τον θεραπεύσει, μπορεί να φέρει ανεπανόρθωτη βλάβη στην εμπιστοσύνη³²⁹ που ο ασθενής δείχνει στον γιατρό και να μεταβάλλει δραστικά την εικόνα που πρέπει να έχει η κοινωνία για το ιατρικό λειτούργημα, ώστε να το περιβάλλει με εμπιστοσύνη. Είναι απαραίτητο οι ιπποκρατικές εντολές «επ' ωφελείη καμνόντων» και «ωφελείν ή μη βλάπτειν» να παραμείνουν σεβαστές, και η ευθανασία καθόλου δεν συμβάλλει σε αυτό.

Τα παραπάνω καθιστούν φανερό πως το ιατρικό καθήκον επιβάλλει πολύ περισσότερα από τη συνταγογράφηση και την παρακολούθηση ασθενών. Στην

³²⁶ Crippen, 1991, 264, Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 145-146.

³²⁷ Kass, 1989, 35.

³²⁸ Stuart et al, 1998, 22.

³²⁹ Pellegrino, 2007, 249-250, Buchanan, 1996, 32.

ιατρική φροντίδα ενυπάρχει ένα κοινωνικό νόημα που ξεπερνά σε αξία ακόμη πολλές φορές και τη θεραπεία³³⁰. Με άλλα λόγια, η εντελώς απαραίτητη για τη σωστή ιατρική επέμβαση, θεραπευτική συμμαχία δεν μπορεί να εγκατασταθεί, αν δεν λειτουργεί σωστά η υγιής ευσπλαχνία. Η ευσπλαχνία αυτή είναι συνυφασμένη με την ευαισθησία για τον πόνο του άλλου³³¹, η οποία δεν προκαλείται από οίκτο ή συμπόνια εκφραζόμενη από θέση ισχύος, αλλά φανερώνει τη συναίσθηση³³² της κοινής μας αδυναμίας και ευαλωτότητας. Η ευθανασία, αντίθετα αφαιρεί από τον γιατρό τη δυνατότητα να φροντίσει τον ασθενή του, απογυμνώνοντας τον κυριολεκτικά από τον ρόλο του. Η διακοπή της ζωής του πάσχοντος μπορεί να γίνει εύκολα από τον οποιονδήποτε, η συμπαθητική φροντίδα και η ανακούφιση του ασθενούς όμως είναι προνόμιο του γιατρού. Αυτό δεν σημαίνει, βέβαια, πως ο ασθενής πρέπει να υφίσταται άγονες³³³ θεραπείες όταν οι επιλοκές της αγωγής είναι χειρότερες από το σύμπτωμα που σκοπεύουν να θεραπεύσουν. Η πρωταρχική, όμως αρχή παραμένει: «Ο θεραπευτικός στόχος πρέπει να επιτευχθεί με τον μικρότερο δυνατό κίνδυνο για τη ζωή του ασθενούς»³³⁴.

Είναι συνεπώς φανερό, ισχυρίζονται οι υπέρμαχοι του επιχειρήματος, πως η ευθανασία σε όλες τις μορφές της είναι μια ενδογενώς εσφαλμένη πράξη, που έρχεται σε ευθεία αντίθεση με το ιατρικό καθήκον έτσι όπως περιγράφεται από τον όρκο του Ιπποκράτη και ισχύει χωρίς καμία παρέκκλιση έως τις ημέρες μας. Η ευθανασία παραβιάζει τον ηθικό σκοπό της ιατρικής σχέσης και ανοίγει τον δρόμο για σοβαρές καταχρήσεις που δεν μπορούν να αναχαιτιστούν μέσω νομικών περιορισμών. Επιπλέον, το να επιτρέπουμε τη θανάτωση από πρόθεση σημαίνει ότι απαρνιόμαστε την ηθική υποχρέωση του γιατρού να παρέχει πλήρη παρηγορητική³³⁵ φροντίδα για τον πόνο και τις ψυχολογικές αιτίες που οδηγούν τους ασθενείς σε τόσο μεγάλη απόγνωση ώστε να ζητούν να τους θανατώσουμε³³⁶.

Αντί λοιπόν, της εύκολης και άγονης λύσης της ευθανασίας, ο γιατρός οφείλει να βελτιώσει την επαγγελματική του ικανότητα και να σκύψει πάνω στον θνήσκοντα

³³⁰ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 148.

³³¹ Slomka, 1995, 1262.

³³² Αλιβιζάτος, 1980, 274, Πρωτοπρ. Αυγουστίδης, 2003, 108.

³³³ Crippen, 1991, 260.

³³⁴ Craig, 1994, 140-141.

³³⁵ WMA Declaration on Euthanasia, 1987.

³³⁶ Freeman & Pellegrino, 2007, 264.

ασθενή του επιδιώκοντας να καταστήσει το τέλος του ανώδυνο, αξιοπρεπές και γενικά ανθρώπινο κατά το δυνατόν³³⁷.

3.2.5. Θρησκευολογική προσέγγιση της ευθανασίας

Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες διαμόρφωσης της ηθικής του ατόμου είναι ασφαλώς και η θρησκευτική πίστη. Είναι αναμφισβήτητο, ότι ένα μεγάλο μέρος των ηθικών μας αντιλήψεων πηγάζει και ενισχύεται από τις επιταγές της θρησκείας. Ακόμη και όσοι είναι αποστασιοποιημένοι από αυτήν είναι πιθανόν να ενεργούν με γνώμονα τη θρησκευτική ηθική η οποία τους έχει μεταδοθεί από το κοινωνικό σύνολο και κυριαρχεί στο υποσυνείδητό τους.

Ένα σημαντικότατο επιχείρημα θρησκευτικής προέλευσης ενάντια στην ευθανασία στηρίζεται στην πεποίθηση πως η ζωή αποτελεί το μεγαλύτερο δώρο του Θεού στον άνθρωπο, προς το οποίο οφείλεται απεριόριστος σεβασμός. Για τον λόγο αυτόν, η βίαιη αφαίρεση της ζωής, η δολοφονία, η ευθανασία, ή ακόμη και η αυτοκτονία θεωρούνται θανάσιμα αμαρτήματα. Για τον ίδιο λόγο η σωτηρία της ζωής του πλησίον λογίζεται ως ύψιστη αρετή. Η πεποίθηση αυτή είναι θεμελιώδης στον Χριστιανισμό, και εύλογα έχει επηρεάσει τις ηθικές αντιλήψεις του δυτικού κόσμου³³⁸.

Για τις τρεις μονοθεϊστικές θρησκείες, τον Ιουδαϊσμό, τον Χριστιανισμό και το Ισλάμ ο άνθρωπος είναι δημιούργημα του Θεού, και επομένως η ζωή δεν ανήκει σε αυτόν, αλλά στα χέρια του δημιουργού του που τον έπλασε και τον έφερε στην ύπαρξη. Τόσο η Ιουδαϊκή θρησκεία όσο και ο Χριστιανισμός δέχονται ότι ο άνθρωπος δημιουργήθηκε «κατ' εικόνα» και καθ' ομοίωσιν» του Θεού, πράγμα που σημαίνει ότι προικίστηκε με λογική και ελευθερία βούλησης και είναι υπεύθυνος να αποφασίζει για τον εαυτό του και για το καλό της ανθρωπότητας³³⁹. Σε όλα τα κείμενα της χριστιανικής ηθικής αναφέρεται η απαγόρευση της αυτοδιάθεσης της ανθρώπινης ζωής. Ο απόστολος Παύλος διατυπώνει τη θέση ότι το σώμα μας είναι ναός του Θεού το οποίο πρέπει να φροντίζουμε για να δοξάζουμε τον δωρητή³⁴⁰.

Ο Θωμάς Ακινάτης, μεγάλος φιλόσοφος και άγιος της δυτικής εκκλησίας, αναπτύσσοντας τη σκέψη του αποστόλου Παύλου υποστηρίζει πως από τη στιγμή

³³⁷ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 150.

³³⁸ Πρωτοπαπαδάκης, 2003, 152, Αναπλιώτης, 2003, 190, Αβραμιδής, 2007

³³⁹ Παλαιά Διαθήκη, Γένεσις, 1: 26-28.

³⁴⁰ Καινή Διαθήκη, Αποστόλου Παύλου, Α΄ Προς Κορινθίους, 6: 19-20.

που η ζωή μας είναι θείο δώρημα, η αρχή και το τέλος της δεν μπορούν να μας ανήκουν³⁴¹. Σύμφωνα με τη χριστιανική αντίληψη, η ανθρώπινη ζωή πρέπει να είναι αντικείμενο σεβασμού και προστασίας διότι έχει αξία κάτω από οποιοσδήποτε συνθήκες, όσο επώδυνες και αν αυτές φαίνονται ή είναι. Αυτό συμβαίνει διότι η αξία της ανθρώπινης ζωής δεν καθορίζεται από τις καταστάσεις και τις συνθήκες μέσα στις οποίες υφίσταται, αλλά από αυτό που απεικονίζει: τη θεία φύση του Δημιουργού της. Για τον λόγο αυτόν, κάθε πράξη αυτοκτονίας ή ευθανασίας είναι αμάρτημα και ηθικά καταδικαστέα. Το δικαίωμα στον θάνατο, κατά τη χριστιανική άποψη, δεν είναι δικαίωμα να προκαλέσει κανείς ή να ζητήσει από τους άλλους τον θάνατό του, αλλά το δικαίωμα να πεθάνει με ηρεμία, ειρήνη³⁴² και αξιοπρέπεια, απολαμβάνοντας την αγάπη των ανθρώπων μέχρι τελευταίας πνοής. Υπό την έννοια αυτή, είναι δυνατόν η διακοπή ακραίων μέσων για τη συντήρηση της ζωής να θεωρηθεί ως ορθό μέτρο από την Εκκλησία, σε περιπτώσεις μη αναστρέψιμης διαδικασίας θανάτου³⁴³.

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό, πως η ευθανασία απαξιώνεται ηθικά υπό το πρίσμα της θρησκευτικής ηθικής. Ο εσκεμμένος και πρόωρος θάνατος του ανθρώπου δεν μπορεί να δικαιολογηθεί σε καμία περίπτωση, όσο αγνό και αν είναι το κίνητρο του δράστη, ακριβώς επειδή κανένας σκοπός δεν μπορεί να ξεπεράσει ηθικά τη δεδομένη και αδιαμφισβήτητη αξία του αγαθού της ζωής. Επιπλέον, η προσφυγή στην ευθανασία καταρρακώνει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και δυναμιτίζει την ελευθερία του ανθρώπου. Ασκώντας ο άνθρωπος, ως ελεύθερο ον, το δικαίωμα να τερματίσει τη ζωή του αμαρτάνει, και συγχρόνως διαστρεβλώνει το νόημα της ελευθερίας του, καθιστώντας την πηγή εγκληματικής πρακτικής. Με τον τρόπο αυτόν, το θείο δώρο της ελευθερίας καταργείται, διότι ενώ του δόθηκε για να βελτιώσει τον εαυτό του και τους άλλους, γίνεται παράγοντας που οδηγεί την ανθρώπινη κοινωνία στον «πολιτισμό του θανάτου»³⁴⁴.

Στις μεγάλες θρησκείες της Ανατολής, η αντίληψη για τον κόσμο και τη ζωή είναι τελείως διαφορετική από αυτή των τριών μονοθεϊστικών θρησκειών. Ο άνθρωπος θεωρείται μέρος του κόσμου και της αρμονίας του. Για τον Ινδοϊσμό³⁴⁵ και τον Βουδισμό³⁴⁶ η έννοια της ευθανασίας κινείται στα όρια της θέσης του ανθρώπου

³⁴¹ Prado & Taylor, 1999, 49

³⁴² Βούλγαρη, 2005, 59.

³⁴³ Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος. Επιτροπή Βιοηθικής, 2007, 45-46.

³⁴⁴ Παναγόπουλος, 2003, 47.

³⁴⁵ Nimbalkar, 2007, 55-56.

³⁴⁶ Keown et al, 1995, 266. Για μια θεώρηση του βουδισμού σε θέματα βιοηθικής βλ. Nakasone, 1990, 312-318.

στην παγκόσμια τάξη του σύμπαντος. Υπό την έννοια αυτή το βίαιο σταμάτημα της ζωής ενός ανθρώπου, είτε με αυτοκτονία είτε με ευθανασία, αποτελεί διατάραξη της τάξης του σύμπαντος και η πράξη αυτή έχει άμεσο αντίκτυπο όχι μόνον στη ζωή του θανόντος, αλλά και στη ζωή αυτού που τον υποβοηθά³⁴⁷.

Τα δύο μεγάλα φιλοσοφικά συστήματα της Κίνας³⁴⁸, ο Κομφουκισμός και ο Ταοϊσμός, έχουν τις δικές τους θεωρήσεις για τον άνθρωπο, την κοινωνία και τον κόσμο στην παγκόσμια τάξη του σύμπαντος. Για τον Κομφουκισμό η ευθανασία ως «αξιοπρεπής θάνατος» είναι μια εξαιρετικά περιορισμένη περίπτωση. Για τον Ταοϊσμό, και μάλιστα τον λαϊκό, ζητούμενο είναι η αθανασία του σώματος.

Επομένως η ευθανασία είναι άρση του αιτήματος αυτού. Μια άλλη διάσταση έχουν τα πράγματα στην Ιαπωνία³⁴⁹, όπου δύο κύριες θρησκείες συνυπάρχουν, ο Σιντοϊσμός και ο Βουδισμός, και όπου οι συζητήσεις περί ευθανασίας που γίνονται εδώ και αρκετές δεκαετίες έχουν ως υπόβαθρο θέματα τιμής και ευθιξίας της ιαπωνικής παράδοσης και κοινωνίας. Οι παραδόσεις αυτές σε συνδυασμό με σύγχρονα δημογραφικά και ψυχολογικά προβλήματα, οδηγούν ένα μέρος της ιαπωνικής κοινωνίας να βλέπει με συμπάθεια το θέμα της ευθανασίας, ενώ ένα άλλο με επιφύλαξη.

Ωστόσο, η πρόωρη αφαίρεση της ζωής, είτε εκούσια (αυτοκτονία) είτε με πρόκληση ανώδυνου θανάτου ή επίσπευση αυτού προκειμένου να συντομευθεί η αγωνία του πάσχοντος από ανίατη ασθένεια (ευθανασία) δεν είναι στις προθέσεις καμιάς θρησκείας. Η θυσία της ζωής δικαιολογείται από τις μεγάλες θρησκείες του κόσμου μόνον για υπέρτατο σκοπό, δηλαδή ελευθερίας, ατομικής αξιοπρέπειας προς αποφυγήν ατίμωσης σε εμπόλεμες καταστάσεις, κοινωνικής δικαιοσύνης σε ολοκληρωτικά καθεστάτα, αλλά ποτέ για την αποφυγή μιας δεινής κατάστασης που οφείλεται στην ασθένεια ή το γήρας. Υπό την έννοια αυτή στις θρησκείες απαντούν ευχές για το καλό, ανώδυνο και ειρηνικό τέλος της ζωής του κάθε προσώπου, αλλά για το φυσικό τέλος και όχι την επίσπευση του θανάτου με ανθρώπινη πρωτοβουλία³⁵⁰.

³⁴⁷ Ζιάκα, 2007, 23-28, 30-34.

³⁴⁸ Guo, 1995, 239-246

³⁴⁹ Noritoshi, 2000, 339-354.

³⁵⁰ Ζιάκα, 2009, 17.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Είναι εμφανές ότι το ζήτημα της ευθανασίας, άρρηκτα δεμένο με το μυστήριο της ζωής και του θανάτου, απασχόλησε από πολύ νωρίς την ανθρώπινη διάνοηση και διέγειρε σοβαρότατους προβληματισμούς σε όλους τους πολιτισμούς διαχρονικά, αλλά και σε όλα τα θρησκευτικά ρεύματα. Αν και συγκεκριμένες υποτυπώσεις της μπορούν να εντοπιστούν στην ιστορική πορεία του ανθρώπου ήδη από την εποχή της αρχαίας Σπάρτης, η εμφάνιση του ζητήματος στο προσκήνιο του κοινωνικού ενδιαφέροντος τοποθετείται στον περασμένο αιώνα.

Ιδιαίτερα τις τελευταίες δεκαετίες του 20ου αιώνα, το θέμα τέθηκε με μεγάλη έμφαση η οποία διαρκώς επιτείνεται, καθώς τα σύγχρονα επιστημονικά επιτεύγματα πολλαπλασίασαν θεαματικά τις δυνατότητες της ιατρικής. Έτσι σήμερα, η ζωή ασθενών που βρίσκονται σε τελικό στάδιο διαφόρων νόσων, ή οι ζωτικές τους λειτουργίες υποστηρίζονται με τεχνικά μέσα, ή βρίσκονται σε διαρκές κώμα, ή είναι εγκεφαλικά νεκροί, μπορεί να παρατείνεται για εξαιρετικά μεγάλο και απροσδιόριστο χρονικό διάστημα. Το γεγονός αυτό γεννά πάμπολλα φιλοσοφικά και δυσεπίλυτα βιοηθικά ζητήματα.

Ενώ ο επιστημονικός επί του θέματος διάλογος βρίσκεται στα πρώτα του βήματα, και σε κάθε περίπτωση μακριά από τη λύση, η ευθανασία εξαπλώνεται με ταχύτατους ρυθμούς έχοντας ήδη καθιερωθεί στην καθημερινή πρακτική. Ήδη σε κάποιες χώρες έχει νομιμοποιηθεί η ενεργητική ευθανασία, όπως στην Ολλανδία, το Βέλγιο, το Λουξεμβούργο, ενώ στην Ελβετία και τις πολιτείες Όρεγκον, Ουάσινγκτον και Μοντάνα των Η.Π.Α. έχει νομιμοποιηθεί η υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Οι περισσότερες χώρες όμως αντιμετωπίζουν με ιδιαίτερο σκεπτικισμό ένα τέτοιο ενδεχόμενο. Στην Ελλάδα το θέμα της ευθανασίας δεν έχει ακόμη ρυθμιστεί νομικά και ως εκ τούτου οποιαδήποτε ιατρική πράξη επισπεύδει τον θάνατο ενός ασθενούς τελικού σταδίου είναι παράνομη και διώκεται, ακόμη και αν ο ασθενής ζητά επίμονα τον τερματισμό της ζωής του. Όμως η πράξη του γιατρού αντιμετωπίζεται επιεικέστερα, ως ανθρωποκτονία εξ οίκτου, σύμφωνα με το άρθρο 300 του Ποινικού Κώδικα. Παρόλα αυτά, ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ – ν. 3418/2005)- σε μια προσπάθεια συμβιβασμού της μέγιστης προστασίας της ατομικής αυτοδιάθεσης με τη μέγιστη δυνατή προστασία του ύψιστου εννόμου αγαθού της ανθρώπινης ζωής- εισήγαγε μια σοβαρή καινοτομία στα δύσκολα ζητήματα που

αφορούν ιατρικές αποφάσεις κοντά στο «τέλος της ζωής». Καθιέρωσε τον κανόνα που δεσμεύει τον γιατρό να ακολουθεί «παρηγορητική» (ανακουφιστική) αγωγή (palliative care), όταν «εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια». Με τη διάταξη αυτή, το κοινό μας δίκαιο φαίνεται ότι υποδέχθηκε τη λεγόμενη «παθητική ευθανασία», το να «αφήνεις κάποιον να πεθάνει», όταν ό,τι και να κάνεις είναι μάταιο (letting die).

Η ευθανασία βέβαια, είναι ένα ζήτημα που ανήκει στον τομέα της βιοηθικής και ως εκ τούτου ξεπερνά κατά πολύ την εμβέλεια δράσης ενός και μόνο επιστημονικού πεδίου. Αφορά σε μεγάλο βαθμό τη νομική επιστήμη, την Κοινωνιολογία, τη Θεολογία και την Πολιτική, ενδιαφέρει άμεσα την Ιατρική και την Ψυχολογία. Η επιστήμη, όμως, που χωρίς υπερβολή, μπορούμε να ισχυριστούμε ότι συγκλονίζεται από την ευθανασία, είναι η Ηθική. Και τούτο διότι το σύγχρονο αυτό πρόβλημα έρχεται να κλονίσει ηθικές παραδοχές και αξίες με ισχύ αιώνων. Επιπλέον, οποιοδήποτε κοινωνικό σύστημα και πρακτική θεμελιώνεται χωρίς την ικανοποιητική υποστήριξη κάποιας ηθικής θεωρίας, στηρίζεται σε σαθρά θεμέλια. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ναζιστική «τελική λύση», η οποία, για μικρό ευτυχώς χρονικό διάστημα, επέβαλλε μια εντελώς αστήρικτη ηθικά κοινωνική πρακτική.

Η ευθανασία διακρίνεται με βάση δύο άξονες: την επιθυμία του πάσχοντος και τον τρόπο παρέμβασης του δευτέρου προσώπου. Βάσει του πρώτου άξονα διακρίνεται σε *εκούσια*, *μη εκούσια* ή *ευθανασία με εικαζόμενη συναίνεση* και *ακούσια*, ενώ με βάση τον δεύτερο άξονα σε *ενεργητική* και *παθητική*. Τα τελευταία χρόνια έχει προστεθεί και μια τρίτη κατηγορία, η οποία συνήθως αποκαλείται *ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία*. Είναι η μέθοδος του αμερικανού γιατρού Jack Kevorkian, και συνίσταται στη χορήγηση στον ασθενή μιας συσκευής την οποία χειριζόμενος ο ίδιος ο πάσχων επιφέρει τον θάνατό του.

Η διάκριση βεβαίως αυτή είναι στην ουσία μια κατηγοριοποίηση της ευθανασίας με βάση εξωτερικά, τυπικά χαρακτηριστικά. Από ηθικής άποψης, είναι δύσκολο να κρίνουμε οποιαδήποτε άλλη μορφή ευθανασίας πλην της εκούσιας. Αυτό συμβαίνει διότι η θανάτωση ενός ανθρώπινου πλάσματος ενάντια στη θέλησή του ή χωρίς να είναι η θέληση αυτή γνωστή, όπως συμβαίνει στις περιπτώσεις της ακούσιας και μη εκούσιας ευθανασίας αντίστοιχα, μόνο ως δολοφονία μπορεί να αντιμετωπιστεί. Η διενέργεια ευθανασίας ενάντια ή χωρίς την επιθυμία του άμεσα ενδιαφερομένου, υποκρύπτει την παραδοχή πως κάποιος μπορεί να αξιολογήσει τη ζωή ενός ανθρώπινου όντος και να κρίνει εάν αυτή είναι άξια να βιωθεί ή όχι. Κάτι

τέτοιο όμως δεν μπορεί να γίνει ηθικά αποδεκτό, διότι η αντίληψη αυτή είναι ο ιδεολογικός άξονας του φόνου και, σε γενικευμένη μορφή, της γενοκτονίας.

Με βάση τα παραπάνω, σε ηθική αξιολόγηση υπόκειται μόνο η μορφή εκείνη της ευθανασίας η οποία περιγράφεται ως ικανοποίηση της σαφώς εκπεφρασμένης και αυθόρμητης επιθυμίας του διαυγούς και ικανού διανοητικά πάσχοντος να τερματιστεί η ζωή του, προκειμένου να επισπευσθεί ο βέβαιος και μαρτυρικός του θάνατος και να ανακουφιστεί από τον δυσβάσταχτο πόνο.

Σε ότι αφορά τη διαφοροποίηση της ευθανασίας σε ενεργητική και παθητική, ενώ περιγράφει επιτυχώς την πρακτική, ηθικά είναι αδιάφορη. Στην περίπτωση της ενεργητικής ευθανασίας ο γιατρός προβαίνει σε ενέργειες για τον τερματισμό της ζωής του ασθενούς, ενώ στην περίπτωση της παθητικής δεν λαμβάνει μέτρα για τη διάσωσή της. Θα μπορούσε, βέβαια να υποστηριχτεί πως η μη λήψη μέτρων αποτελεί και αυτή μια ενέργεια, μια επιλογή. Η θανάτωση με παράλειψη όσο και η θανάτωση με πράξη μπορούν να είναι σκόπιμες και μια αναλυτικότερη εξέταση συχνά αποδεικνύει πως το να αφήνεις κάποιον να πεθάνει στην πραγματικότητα είναι το ίδιο με το να τον βοηθάς να πεθάνει. Άλλωστε κρινόμαστε δυνάμει τόσο των πράξεων, όσο και των παραλείψεών μας. Και στις δύο περιπτώσεις αυτό που έχει σημασία είναι ο σκοπός που η πράξη εμπεριέχει. Και ο σκοπός είναι η μη διατήρηση της ζωής. Η ευθανασία, η οποία εξ ορισμού σκοπεύει στον τερματισμό της ζωής του πάσχοντος, μπορεί, λοιπόν, να διακριθεί σε ενεργητική και παθητική ως προς τη μεθοδολογία που κάθε φορά χρησιμοποιείται. Αυτό όμως είναι ένα καθαρά ιατρικό ζήτημα, και φαίνεται πως δεν μπορεί να έχει επίπτωση στην ηθική της αξιολόγησης.

Παρόλα αυτά, είναι δύσκολο να ισχυριστεί κανείς πως η επιλογή των μέσων δεν είναι επιδεκτική ηθικής αξιολόγησης. Πολλές φορές, η ενεργητική μορφή της ευθανασίας ανταποκρίνεται καλύτερα και με πιο άμεσο και ανθρωπιστικό τρόπο στις συνθήκες που την επιβάλλουν. Δεν υπάρχει αμφιβολία πως η παύση χορήγησης τροφής και νερού, η διακοπή της λειτουργίας του αναπνευστήρα, η αποσύνδεση από την καρδιακή υποστήριξη, έχουν σαν αποτέλεσμα έναν αργό και επώδυνο για τον ασθενή θάνατο. Αντίθετα, η χορήγηση στον πάσχοντα κάποιου θανατηφόρου σκευάσματος, όπως συμβαίνει στην ενεργητική ευθανασία, μπορεί να επιφέρει το ίδιο αποτέλεσμα αλλά ανώδυνα και άμεσα. Δεν μπορούμε λοιπόν να μην αναγνωρίσουμε ότι η ενεργητική ευθανασία υπερέχει της παθητικής σε ότι αφορά την ηθική της αξιολόγησης. Θετική ηθική αξία, όμως, πρέπει να αποδώσουμε και στον γιατρό εκείνον που, παρότι γνωρίζει τις ενδεχόμενες δυσμενείς για τον ίδιο επιπτώσεις,

επιλέγει να διενεργήσει ενεργητική ευθανασία στον ασθενή σκεπτόμενος αποκλειστικά και μόνο το βέλτιστο συμφέρον του πάσχοντος και όχι το δικό του.

Παράλληλα, θα πρέπει να απαξιώσουμε τη στάση του γιατρού ο οποίος- φοβούμενος τις συνέπειες της πράξης του- διενεργεί στον ασθενή του παθητική ευθανασία, παρότι γνωρίζει πως αυτή θα τον οδηγήσει σε τέλος επώδυνο και απάνθρωπο. Παρόλα αυτά, και οι δύο μορφές της ευθανασίας εξυπηρετούν τον ίδιο σκοπό, και από την πλευρά του γιατρού η όποια προτίμηση δεν αποτελεί παρά στρατηγική επιλογή που ως στόχο της έχει τη θανάτωση του ασθενούς. Δεν υπάρχουν ηθικά μέσα όταν ο σκοπός είναι ανήθικος. Αν η ευθανασία πρέπει να απαξιωθεί ηθικά, τότε η διάκριση της ενεργητικής από την παθητική μορφή της δεν μπορεί παρά να είναι εντελώς αδιάφορη.

Η επιφύλαξη που δείχνουν οι κοινωνίες αλλά και οι διανοητές απέναντι στην ενεργητική μορφή της ευθανασίας, πολλές φορές φτάνει ακόμη και στην άρνησή της, ενώ την ίδια στιγμή σιωπηρά ή και εκπεφρασμένα αποδέχονται την παθητική της διάσταση. Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί ως ένα βαθιά ριζωμένο από αιώνες ενδιαφέρον για την προστασία της ζωής του ανθρώπου από οποιαδήποτε πράξη θα μπορούσε να την απειλεί. Αντίθετα, η παράλειψη, λιγότερο επικίνδυνος ή εμφανής τρόπος απειλής της ζωής, αντιμετωπίζεται ηπιότερα. Επιπλέον, η στάση της κοινωνίας απέναντι στην ενεργητική ευθανασία είναι αυτόματα αρνητική, διότι εκεί ο θάνατος του ασθενούς προβάλλεται ως άμεσο αποτέλεσμα της ενέργειας του γιατρού και η σχέση αιτίου-αποτελέσματος είναι προφανής, ενώ στην παθητική ευθανασία η σχέση αυτή λανθάνει, χωρίς αυτό να σημαίνει, βέβαια, πως δεν υπάρχει ή πως ανιχνεύεται σε μικρότερο βαθμό. Από την άλλη, η ενεργητική ευθανασία είναι ποινικά κολάσιμη από τα περισσότερα νομικά συστήματα και αντιμετωπίζεται ως κοινή ανθρωποκτονία, ενώ η παθητική έχει καθιερωθεί στη συνείδηση του ιατρικού κόσμου ως υποταγή στη δύναμη της φύσης και όχι ως φόνος, επισύροντας ταυτόχρονα μικρές έως ανύπαρκτες νομικές συνέπειες.

Κάθε ηθικό πρόβλημα όπως και κάθε εν γένει επιστημονικό ζήτημα παρουσιάζει επικριτές και υποστηρικτές. Έτσι και στο ζήτημα της ευθανασίας, τόσο οι υπέρμαχοι όσο και οι πολέμιοι προβάλλουν ποικίλα ηθικά επιχειρήματα προσπαθώντας να εδραιώσουν τη θέση τους.

Σύμφωνα με τη θεωρία του ωφελιμισμού, η πράξη που θα αποφέρει τη μεγαλύτερη δυνατή ωφέλεια στον μεγαλύτερο αριθμό ανθρώπων δικαιώνεται ηθικά. Κατά τους υπέρμαχους, λοιπόν, της ευθανασίας, η υιοθέτηση και εφαρμογή της

επιφέρει στον ασθενή την ανακούφιση που επιζητεί, οπότε τον ωφελεί ή τουλάχιστον δεν τον βλάπτει, ενώ παράλληλα απελευθερώνει πόρους, ανθρώπινο δυναμικό και τεχνικά μέσα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε περιπτώσεις περισσότερο ελπιδοφόρες. Δεν είναι ηθικώς ορθό, κατά την πεποίθηση αυτή, να επιβάλλουμε σε έναν βασανιζόμενο ασθενή τελικού σταδίου μια άσκοπη φροντίδα που του είναι ανεπιθύμητη, στερώντας την από ανθρώπους που την επιθυμούν και χάριν αυτής θα μπορούσαν να σωθούν.

Από την ίδια θεωρητική αφετηρία ορμώμενο το επιχείρημα του ολισθηρού κατήφορου, καταλήγει σε διαμετρικά αντίθετο συμπέρασμα. Οι υποστηρικτές του θεωρούν πως η ηθικοποίηση της ευθανασίας και κατ' επέκταση η νομιμοποίησή της, θα ανοίξει τους ασκούς τους Αιόλου και για τις περιπτώσεις κατά τις οποίες η πρακτική αυτή είναι ανεπιθύμητη. Αυτό θα είναι μια άμεση απειλή για ανθρώπους τρίτης ηλικίας, των οποίων η περίθαλψη είναι ασφαλώς δυσκολότερη και περισσότερο επιβαρυντική οικονομικά από τη θανάτωσή τους. Απειλούνται επίσης ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες, όπως οι άνθρωποι με κινητικά προβλήματα ή με νοητική υστέρηση, οι ομοφυλόφιλοι, τα βρέφη με γενετικές ανωμαλίες και άλλες. Οι νωπές, ακόμη, μνήμες από τη ναζιστική θηριωδία ενισχύουν περισσότερο το εν λόγω επιχείρημα. Μπροστά στον γενικευμένο αυτόν κίνδυνο, είναι ηθικά απαράδεκτη οποιαδήποτε ηθική επιδοκιμασία της ευθανασίας, αφού οι επιπτώσεις της θα θίξουν μια πολύ μεγαλύτερη ομάδα ανθρώπων από αυτή που θα ωφελήσουν, οδηγώντας την κοινωνία σε επικίνδυνους ολισθηρούς κατήφορους.

Αλλά και η χρήση της καντιανής κατηγορικής προσταγής, σύμφωνα με την οποία ο άνθρωπος πρέπει να αντιμετωπίζεται πάντα ως σκοπός και ουδέποτε ως μέσο, δεν φαίνεται να ξεκαθαρίζει το θολό θεωρητικό πεδίο. Συγκεκριμένα, αντιμετωπίζοντας τον άνθρωπο ως σκοπό, είμαστε υποχρεωμένοι να αποδεχτούμε τις έλλογες επιθυμίες του και να τις ικανοποιήσουμε, κυρίως όταν αφορούν τον εσωτερικό υπαρξιακό του πυρήνα. Η επιθυμία του θανάτου, όταν διατυπώνεται υπό τις προϋποθέσεις που ήδη έχουν περιγραφεί, αναμφισβήτητα αποτελεί υπαρξιακή επιλογή. Ακόμη και αν η επιλογή αυτή έρχεται σε σύγκρουση με δικές μας αξίες και παραδοχές πρέπει να τη σεβαστούμε. Οποιαδήποτε άρνηση θα συνιστά αντιμετώπιση του απελπισμένου συνανθρώπου μας ως μέσον, είτε για να παραμείνουμε πιστοί στις ιδέες μας, είτε για να επιτύχουμε την προσωπική μας προστασία.

Οι επικριτές της ευθανασίας αντεπιχειρηματολογούν υποστηρίζοντας ότι η ανταπόκριση στην επιθυμία αυτή υποδηλώνει αυτό ακριβώς που η κατηγορική

προσταγή αποφάσκει. Στην ευθανασία, ισχυρίζονται, σκοπός δεν είναι παρά η διαφυγή, η νέκρωση του πόνου. Το πρόβλημα έγκειται στο γεγονός πως για την επίτευξη του σκοπού αυτού χρησιμοποιείται ως μέσον ο ίδιος ο άνθρωπος, αφού η δική του ζωή τερματίζεται. Αν θεωρητικό υπόβαθρο της διενέργειας της ευθανασίας είναι η κατηγορική προσταγή, τότε είναι μια πράξη εξόχως αντιφατική. Η ευθανασία δεν είναι παρά μια ανώδυνη και βολική λύση. Η πραγματική αντιμετώπιση του συνανθρώπου μας ως σκοπού επιβάλλει όχι την εύκολη αφαίρεση της ζωής του, αλλά την παρουσία στο πλευρό του την ώρα που η ζωή του οδεύει προς το τέλος της.

Αλλωστε, κατά μία άποψη, οι αιτήσεις για ευθανασία δεν είναι τίποτε άλλο παρά κραυγές απελπισίας. Στην απελπισία αυτή μόνο ο ευσπλαχνικός ανθρωπισμός μπορεί να δώσει απάντηση, και σε καμιά περίπτωση ένα θανατηφόρο σκεύασμα.

Η επίκληση στο ιατρικό καθήκον δεν μπορεί επίσης να δώσει ικανοποιητική απάντηση. Έννοια διαμορφωμένη εδώ και αιώνες, εκπεφρασμένη στον *Όρκο* του Ιπποκράτη, φαίνεται να καθορίζει με σαφήνεια την ιατρική ηθική σε όλες τις άλλες περιπτώσεις, πλην της ευθανασίας. Αποτελεί, πράγματι, καθήκον του γιατρού να προστατεύει τη ζωή του ασθενούς. Στην παραδοχή αυτή έχει βασιστεί η ιατρική πρακτική αλλά και η εμπιστοσύνη που η κοινωνία δείχνει στον ιατρικό κόσμο. Υπό την έννοια αυτή, η ευθανασία αντίκειται στην ιατρική ηθική διότι διαστρεβλώνει βάνανυσα τον ρόλο του γιατρού, μετατρέποντάς τον από θεραπευτή σε έμπορο θανάτου. Παράλληλα, βέβαια, συνυπάρχει και το καθήκον του γιατρού να ανακουφίζει τον πόνο, να λειτουργεί, σύμφωνα με τον *Όρκο* του Ιπποκράτη, «επ' ωφελεία καμνόντων». Όταν ο πόνος γίνεται αφόρητος και ανεξέλεγκτος, ταπεινώνοντας και εξευτελίζοντας κυριολεκτικά την ανθρώπινη ύπαρξη που ο γιατρός έχει ορκιστεί να υπηρετεί, τότε ο γιατρός οφείλει να σκοτώσει τον πόνο, ακόμη και αν οι ενέργειές του επιφέρουν άμεσα ή έμμεσα τον θάνατο του καταδικασμένου ασθενούς. Διαπιστώνουμε, λοιπόν, ότι ο γιατρός επιχειρώντας να μείνει πιστός στον όρκο του και στο ιατρικό του καθήκον, έρχεται αντιμέτωπος με δύο συγκρουόμενα μεταξύ τους καθήκοντα.

Η προβολή της ζωής ως ύψιστης αξίας, παραδοχής αρχέγονης, προσπαθεί με αξιώσεις να δώσει απάντηση στο ζήτημα της ευθανασίας. Ακούγεται, επομένως, ασυνήθιστο έως οξύμωρο ότι θα μπορούσε να αποτελεί ηθικό αγαθό κάτι το οποίο στρέφεται ενάντια στη ζωή. Με δεδομένο αυτό, οποιαδήποτε πρακτική πλήττει την ανθρώπινη ζωή έμμεσα ή άμεσα καταδικάζεται ηθικά. Στην κατηγορία αυτή εμπίπτει και η ευθανασία, αφού ανεξάρτητα από τις συνθήκες και τα κίνητρα που την

επιφέρουν, είναι μια πρακτική που ευθέως στρέφεται εναντίον της ζωής σχετικοποιώντας την- μέχρι σήμερα- απόλυτη αξία της. Κατά τους υποστηρικτές της ευθανασίας πάλι, το να αποδέχεται κάποιος τη ζωή ως απόλυτη αξία, δεν του απαγορεύει να προχωρήσει στη διενέργεια ευθανασίας. Διότι αυτό που απειλεί τη ζωή δεν είναι ο θάνατος, ο οποίος ούτως ή άλλως είναι αναπόφευκτος, αλλά οτιδήποτε εκμηδενίζει την αξία της απογυμνώνοντάς την από κάθε ποιότητα. Τέτοιες καταστάσεις είναι φυσικά ο έσχατος πόνος και η ταπεινωτική αδυναμία. Αυτό λοιπόν που επιτυγχάνει η ευθανασία, είναι να διασώσει την αξία της ζωής, διασώζοντας ταυτόχρονα την αξιοπρέπεια του ασθενούς, τον οποίο απαλλάσσει από ταπεινωτικές καταστάσεις πλήρους απώλειας της αυτονομίας του και έσχατης εξάρτησης.

Ωστόσο, είναι αμφίβολο, διατείνονται οι αρνητές της ευθανασίας αν η διατήρηση στη ζωή ενός ατόμου μπορεί ποτέ να θεωρηθεί πράξη που προσβάλλει την αξιοπρέπιά του. Αν, ειδικότερα, ως αξιοπρέπεια νοείται η απόδοση στον άνθρωπο της αξίας που του αρμόζει ως υποκειμένου της ιστορίας και η μη χρησιμοποίησή του ως απλού αντικειμένου για την εξυπηρέτηση οποιασδήποτε σκοπιμότητας, τότε, η διαδικασία του θανάτου, όσο επώδυνη και αν είναι, όχι απλώς δεν θίγει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, αλλά αντίθετα είναι συνυφασμένη με τις ιδιότητες που προσδιορίζουν την ανθρώπινη φύση. Ακόμη πιο αμφίβολο είναι το αν ένας άνθρωπος τόσο απελπισμένος που ζητάει να τον θανατώσουν μπορεί να ενεργεί αυτόνομα. Η ευθανασία, λοιπόν, διαστρεβλώνει βάνουσα τους σκοπούς της θεραπευτικής σχέσης, δηλαδή την ευεργετικότητα (ωφελείν), την αυτονομία και καταστρέφει την εμπιστοσύνη που είναι απαραίτητη στη σχέση γιατρού-ασθενούς.

Πολλοί επικαλούνται το ανθρωπιστικό επιχείρημα στην προσπάθειά τους να προσδώσουν ηθική αξία στην ευθανασία. Η κοινή ανθρώπινη φύση και η έμφυτη συμπόνια δεν μας επιτρέπουν να στεκόμαστε μακριά από τον ανθρώπινο πόνο. Η ευθανασία για τον άνθρωπο που τη ζητά στην οδύνη του είναι ένα δώρο ανθρωπισμού, η έκφραση της συμπαθητικής μας στάσης απέναντί του και η προσφορά μιας τελευταίας βοήθειας. Ο άνθρωπος που διενεργεί ευθανασία, συνήθως το πράττει υπό την απειλή νομικών κυρώσεων. Η στάση του, επομένως, δικαιώνεται ηθικά από το κίνητρό του, επειδή αυτό είναι ευγενές και συνάδει απόλυτα στην ανθρώπινη φύση του. Η ευθανασία, τέλος, απαξιώνεται ηθικά και υπό το πρίσμα της θρησκευτικής ηθικής. Ο εσκεμμένος και πρόωρος θάνατος του ανθρώπου δεν είναι στις προθέσεις καμιάς θρησκείας. Δεν μπορεί να δικαιολογηθεί σε καμία περίπτωση η πράξη της ευθανασίας, όσο αγνό και αν είναι το κίνητρο του δράστη, ακριβώς επειδή

κανένας σκοπός δεν μπορεί να ξεπεράσει ηθικά τη δεδομένη και αδιαμφισβήτητη αξία του αγαθού της ζωής.

Αν και στις μέρες μας τα επιτεύγματα της ιατρικής προσφέρουν αποτελεσματικότερο έλεγχο του πόνου, οφείλουμε να παρατηρήσουμε ότι ο αριθμός των διενεργούμενων ευθανασιών αυξάνεται ολοένα και περισσότερο. Άρα, οι διαρκώς αυξανόμενες αιτήσεις για ευθανασία, δεν αποκαλύπτουν ένα πραγματικό γεγονός ακατανίκητου σωματικού πόνου, αλλά μια συναισθηματική κατάσταση. Φαίνεται ότι κάτι άλλο συμβαίνει γύρω από το αίτημα της ευθανασίας και αυτό το κάτι αφορά τη θεραπευτική σχέση και ιδιαίτερα τις ελλειμματικές πτυχές της.

Καλούμαστε, λοιπόν, να προβληματιστούμε ως θεράποντες και ως κοινωνία, σχετικά με το βαθύτερο νόημα που πιθανόν εκφράζει το αίτημα κάποιου για ευθανασία. Η απελπισία, η αίσθηση της εγκατάλειψης και η απώλεια του νοήματος της ζωής είναι που οδηγούν τον ασθενή στην αίτηση της ευθανασίας. Τα συναισθήματα αυτά που βιώνει ο ασθενής αποτελούν κόλαφο για τον ανθρωπισμό μας, αφού εκφράζουν την απάνθρωπη απομάκρυνση, τόσο του ιατρικού προσωπικού όσο και της κοινωνίας μας γενικότερα, από τον ανθρώπινο πόνο και την προσπάθεια μηχανιστικής αντιμετώπισής του. Υπό την έννοια αυτή, η ευθανασία δεν είναι μια πράξη ανθρωπισμού, αλλά το υποκατάστατό του, ένας δείκτης της απουσίας του ανθρωπισμού από τις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες. Η ευθανασία προσδιορίζει το μέγεθος της απαξίας του πολιτισμού μας.

Κρίνεται λοιπόν απαραίτητη η σοβαρή προσπάθεια μύησης των επαγγελματιών υγείας στα προβλήματα της προθανάτιας φροντίδας και στα θέματα δεοντολογίας, ιατρικής ηθικής και γενικότερα βιοηθικής. Αυτό, μάλλον, πρέπει να το λάβουν σοβαρά υπόψη οι συντάκτες των προγραμμάτων διδασκαλίας στα πανεπιστήμια, ώστε οι μελλοντικοί γιατροί να μη γίνουν μόνο ικανοί επιστήμονες, αλλά ταυτόχρονα να καλλιεργήσουν την ηθική ωριμότητα, την ενσυναίσθηση και την ευσπλαχνία, ποιότητες εξέχουσας σημασίας για την άσκηση του έργου τους, ιδιαίτερα για τους ασθενείς των τελικών σταδίων. Θα πρέπει να είναι ικανοί να χειρίζονται τα ηθικά διλήμματα, τα οποία, λόγω της αλματώδους εξέλιξης της επιστήμης και της τεχνολογίας, έχουν πολλαπλασιαστεί και οξυνθεί. Σημαντική βοήθεια προς αυτή την κατεύθυνση θα προσφέρει επίσης και η προσπάθεια για δημιουργία ιδρυμάτων παρηγορητικής φροντίδας διότι, προτεραιότητα έχει η βοήθεια κατά τον θάνατο έναντι της βοήθειας προς θάνατο. Είναι δύσκολο ή ακόμη και επικίνδυνο να τοποθετηθεί κάποιος συνολικά απέναντι στο πρόβλημα της ευθανασίας. Ίσως

μάλιστα συνολική τοποθέτηση σε ένα τέτοιο θέμα που ενέχει περισσότερα υποκειμενικά παρά αντικειμενικά γνωρίσματα να είναι εντελώς αδύνατη. Με βάση την παραδοχή αυτή, η προσέγγιση του ασθενούς πρέπει να εξατομικεύεται και να απευθύνεται σε κάθε μία περίπτωση ξεχωριστά, αφού στο επίκεντρο της όποιας προσέγγισης βρίσκεται πάντα ένα ανθρώπινο ον. Οι γενικές ηθικές αρχές είναι ίσως πολύ γενικές για να εφαρμοστούν σε επί μέρους περιπτώσεις. Αυτό που απαιτείται είναι η προσαρμογή της ηθικής στις ειδικές απαιτήσεις κάθε επιμέρους περίπτωσης.

Γεγονός, πάντως, είναι πως έστω και χωρίς τη δέουσα ηθική, νομική, θεολογική ή όποια άλλη συναίνεση, η ευθανασία έχει παγιώσει τη θέση της στην κοινωνική ηθική τουλάχιστον ως εναλλακτική επιλογή, ενώ η υιοθέτησή της αυξάνει διαρκώς, είτε μέσα σε κοινωνικές ομάδες, όπως αυτή των γιατρών, είτε σε κοινωνικά σύνολα, όπως φανερώνει η νομιμοποίησή της στις προαναφερόμενες χώρες. Είναι χρέος της ηθικής να εντείνει τον επιστημονικό διάλογο περί της ευθανασίας, προκειμένου να διαφυλαχτούν αξίες που ως τις μέρες μας διαμορφώνουν την ηθική μας σκέψη και την κοινωνική πρακτική. Η ευθανασία είτε δικαιωθεί ηθικά είτε απαξιωθεί, απειλεί να κλονίσει και να αμαυρώσει τις αξίες αυτές. Κάθε απόλυτη και μονομερής λύση θα οδηγούσε ίσως στο αποτέλεσμα αυτό. Σίγουρα πρέπει να προστατευτεί η ανθρώπινη αξιοπρέπεια και αυτονομία, αλλά αυτό δεν πρέπει να γίνει με τρόπο που θα σχετικοποιήσει την αξία της ζωής. Το μόνο σίγουρο είναι πως καμία πρακτική δεν μπορεί να καθιερωθεί πριν αξιολογηθεί ηθικά. Αυτό προσβάλλει και την πράξη και την ίδια την ηθική. Υπό την έννοια αυτή, δεν μπορούμε να δεχτούμε εκείνο που προβάλλουν μερικοί ως λύση, την ανοχή, δηλαδή, της ευθανασίας, χωρίς μια σαφή απέναντί της ηθική τοποθέτηση.

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε πως η ευθανασία αναδεικνύεται όχι ως απειλή για την ηθική αλλά ως πρόκληση. Για την ηθική διευθέτηση του ακανθώδους ζητήματος της ευθανασίας υπάρχει ακόμη πολύς δρόμος να διανυθεί. Οι πράξεις της υποβοηθούμενης από γιατρό αυτοκτονίας και της ευθανασίας είναι ηθικά αιτιολογημένες κάτω από κάποιες ακραίες συνθήκες. Προς το παρόν, ωστόσο, πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα επιφυλακτικοί όσον αφορά τη νομιμοποίησή τους διότι, κατά την προσωπική μου άποψη, απαιτείται πολύ περισσότερη συζήτηση και μεγαλύτερη εμπειρία στους τομείς αυτούς για να δρομολογήσουμε μια επίσημη δημόσια πολιτική που θα εγκρίνει τις πράξεις αυτές. Η ανθρωπότητα χρειάζεται ένα εύλογο χρονικό διάστημα μέχρι να αποκτήσει την αναγκαία ωριμότητα, ώστε να προσεγγίσει ένα

τόσο λεπτό ζήτημα με τη δέουσα ευαισθησία αλλά και τον αναγκαίο ρεαλισμό, χωρίς τον κίνδυνο να πέσει για άλλη μια φορά θύμα πρόωγων και αυθαίρετων γενικεύσεων.

Τα ηθικά προβλήματα είναι πολλά και περίπλοκα, ενώ μια επιφανειακή αντιμετώπιση του θέματος δεν θα μπορούσε παρά να είναι ανεύθυνη όσο και καταστροφική. Ας μη βιαστούμε να ηθικοποιήσουμε την ευθανασία. Ο έλεγχος και η καταστολή τόσο του σωματικού όσο και του ψυχικού πόνου ενδέχεται να αποτελούν απαντήσεις στα γενεσιουργά αίτια της ευθανασίας πολύ πιο αποτελεσματικές και ηθικώς αποδεκτές. Ενδεχομένως στην κατεύθυνση αυτή θα έπρεπε η ιατρική επιστήμη να στραφεί και να επενδύσει. Ας μη σπεύσουμε, όμως, να καταδικάσουμε και τον γιατρό που διενεργεί ευθανασία στον ασθενή του, που βιώνει με ευαισθησία την οδύνη του πάσχοντος και συντρίβεται από την ανεπάρκεια της επιστήμης του να δώσει απάντηση στον πόνο του ανθρώπου λίγο πριν το τέλος. Ας μην απαξιώσουμε με ευκολία ηθικά εκείνον που αγωνιά και πάσχει μαζί με τον θνήσκοντα. Αρνητική ηθική τιμή ας λάβει αυτός που αδιαφορεί για τον ανθρώπινο πόνο, αυτός που διενεργεί την ευθανασία για να απαλλαγεί από ένα ενοχλητικό και δυσάρεστο περιστατικό. Η αγάπη, ο οίκτος, ο ανθρωπισμός και η συμπάθεια δεν είναι δυνατόν σε καμία περίπτωση να θεωρηθούν σφάλματα ή ηθικά παραπτώματα.

Το πρόβλημα της ευθανασίας είναι ουσιαστικά πρόβλημα σύγκρουσης αξιών. Αυτές οι συγκρουόμενες αξίες, αυτά τα ηθικά διλήμματα δεν είναι αποκλειστικά ιατρικά, αλλά χρήζουν διεπιστημονικής προσέγγισης. Τελικός αξιολογικός κριτής της πράξης της ευθανασίας θα ήταν ολότελα εσφαλμένο να είναι αποκλειστικά το ιατρικό προσωπικό. Ο στοχασμός για τα θέματα ζωής και θανάτου βρίσκεται κυρίως έξω από την τεχνική ιατρική γνώση και είναι ηθικός στον χαρακτήρα. Για τον λόγο αυτόν είναι πολύ χρήσιμος ο ρόλος των Επιτροπών Βιοηθικής με συμμετοχή του ασθενούς, του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, κοινωνικών λειτουργών αλλά και φιλοσόφων, θεολόγων και εκπροσώπων της πολιτικής κοινότητας.

Η ευθανασία, όπου και όταν διενεργείται, οφείλει να είναι πράξη αγάπης προς πάσχοντα συνάνθρωπο και να τίθεται πάνω στη βάση της συμπάθειας και της προσφοράς ανακούφισης. Δεν μπορεί να εκπορεύεται από υπολογιστικά μέτρα και σταθμά που σχετίζονται με το κόστος της περίθαλψης, τους πόρους των συστημάτων υγείας, ή οποιαδήποτε άλλη οικονομική ή τεχνοκρατική βάση. Κάτι τέτοιο απογυμνώνει την «προηγμένη» κοινωνία μας από κάθε ίχνος ανθρωπισμού και επαναφέρει στο προσκήνιο απευκτές πολιτικές του άμεσου και του απώτερου παρελθόντος. Πρέπει, επίσης, να σταθμίζεται με ακρίβεια η διάγνωση ώστε η

ευθανασία να μη μεταβληθεί σε επιστημονική δολοφονία και να έχουν υπολογιστεί τα θεραπευτικά μέσα, τουλάχιστον όσον αφορά το εγγύς μέλλον (που ίσως προλάβουν τον ασθενή). Η ανθρώπινη ζωή είναι ιερή και απαραβίαστη και γι' αυτό πρέπει να αντιμετωπίζεται με δέος και σεβασμό. Ομοίως και το δικαίωμα στην αυτοδιάθεση και στον αυτοκαθορισμό είναι προνόμιο κάθε έλλογου όντος, ενώ το δικαίωμα στη ζωή δεν μπορεί να εκπίπτει σε βασανιστική και καταναγκαστική υποχρέωση. Σε κάθε περίπτωση οφείλουμε να σεβαστούμε το γεγονός ότι κάθε άνθρωπος είναι κατά κάποιον τρόπο «συγγραφέας» της δικής του ζωής και ως συγγραφέας μόνο αυτός έχει τη δικαιοδοσία να καθορίζει τόσο την πλοκή και το περιεχόμενο, όσο και το τέλος του έργου του, δηλαδή της ζωής του. Ταυτόχρονα, όμως, είναι αναγκαίο να επισημανθούν και να κατοχυρωθούν όλες εκείνες οι ασφαλιστικές δικλείδες που θα προφυλάξουν το ανθρώπινο γένος από τους επίδοξους καταχραστές του δικαιώματος του ανθρώπου να διαχειρίζεται τη ζωή και τον θάνατό του σε ακραίες καταστάσεις.

Η ζωή είναι το υπόβαθρο όλων των σκοπών μας συμπεριλαμβανομένου και του ύψιστου. Αλλά όταν διαλογιζόμαστε για τον τερματισμό της ζωής, ο ρόλος τον οποίο το αγαθό της ζωής συνήθως παίζει στην περίσκεψη δεν μπορεί να είναι ο ίδιος. Εδώ επιζητούμε να αναγνωρίσουμε έναν άλλο σκοπό για να δικαιολογήσουμε την εξάλειψη του αγαθού σε σχέση με το οποίο συνήθως τείνουμε να βλέπουμε σχεδόν όλα τα άλλα αγαθά. Ένας τέτοιος διαλογισμός δεν είναι ασήμαντος. Και, όπως παρατηρεί ο Αριστοτέλης, δεν είναι ούτε εύκολος. **Το να καθορίσουμε το κατώφλι πέρα από το οποίο η ζωή παύει να είναι αγαθό είναι το πιο δύσκολο έργο.**

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΗΓΕΣ ΚΑΙ ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ

1. Αποστόλου Παύλου, *Α΄ Προς Κορινθίους*. Η Καινή Διαθήκη. Μτφρ.-Σχόλ. Π. Ν. Τρεμπέλας, Αθήνα: Αδελφότης Θεολόγων «Ο Σωτήρ», 1982.
2. Αριστοτέλης, *Πολιτικά*, Άπαντα, Τόμ. 3, Βιβλίο Η΄, Εισ. – Μτφρ. – Σχόλ. Μεταφραστική ομάδα Κάκτου, Αθήνα: Κάκτος, 1993.
3. Aristotelis, *Politica*, (W. D. Ross), Oxford Classical Texts, New York: Oxford University Press, 1962.
4. Αριστοτέλης, *Ηθικά Ευδήμεια*, Άπαντα, Τόμ. 6, Βιβλίο Γ΄, Εισ. – Μτφρ. – Σχόλ. Φιλολογική ομάδα Κάκτου, Αθήνα: Κάκτος, 1993.
5. Aristotelis, *Ethica Eudemia*, Oxford Classical Texts, New York: Oxford University Press, 1991.
6. Αριστοτέλης, *Ηθικά Νικομάχεια*, Βιβλία Α-Δ΄, Εισ. - Μτφρ. - Σχόλ. Δ. Λυπουρλής, Αθήνα: Ζήτρος, 2006.
7. Aristotelis, *Ethica Nicomachea*, Oxford Classical Texts, New York: Oxford University Press, 1959.
8. Αριστοτέλης, *Μετά τα Φυσικά*, 3 Άπαντα, Τόμ. 12, Εισ. – Μτφρ. – Σχόλ. Α. Μ. Καραστάθη, Αθήνα: Κάκτος, 1993.
9. Aristotelis, *Metaphysica*. Lipsiae, Athenis: Papadimas.
10. Bentham, J. *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*, Oxford: Clarendon Press, 1907 .
11. Βούλγαρης, Ε. *Διατριβή περί Ευθανασίας και Διαθήκη*, Μτφρ. - Επιμ. - Σχόλ.: Γ. Δημολιάτης, Μ. Γαλανάκης, Αθήνα: Εξάντας, 2005.
12. Διογένης Λαέρτιος, *Άπαντα*, Τόμ. 1, 3-4, Εισ.- Μτφρ.- Σχόλ. Μεταφραστική Ομάδα Κάκτου, Αθήνα: Κάκτος, 1994.
13. Diogenes Laertius, *Vitae Philosophorum*, Thesaurus Linguae Graecae.
14. Ελληνική Δημοκρατία, *Το Σύνταγμα της Ελλάδας*, Αθήνα: Βουλή των Ελλήνων, 2008.
15. Επίκτητος, *Εγχειρίδιον*, Μτφρ. - Επιμ. Ν. Μ., Σκουτερόπουλος, Αθήνα: Στιγμή, 2004.
16. Homeri, *Odyssea*, Vol. II, Lipsiae, Athenis: Papadimas, 1978.
17. Homeri, *Ilias*, Vol. II, Lipsiae, Athenis: Papadimas, 1978.

18. Ιπποκράτης, *Όρκος*, Άπαντα, Τόμ. Πρώτος, Εισ.- Μτφρ.- Σχόλ. Φιλολογική Ομάδα Κάκτου, Αθήνα: Κάκτος, 1993.
19. Ιπποκράτης, *Περί Επιδημιών Α΄-Δ΄*, Άπαντα, Τόμ. Δέκατος Τρίτος, Εισ.- Μτφρ.- Σχόλ. Β. Μανδηλαράς, Ιατρική Επιμ. Τ. Κοντομέρκος, Αθήνα: Κάκτος, 1993.
20. Kant, I., *Τα θεμέλια της Μεταφυσικής των Ηθών*, Εισ. - Μτφρ. - Σχόλ. Γ. Τζαβάρας, Αθήνα-Γιάννινα: Δωδώνη, 1984.
21. Μάρκος Αυρήλιος, *Τα εις εαυτόν*, Επιμ. Κ. Καούκης, Μτφρ. Γ. Αβραμίδης, Θεσσαλονίκη: Θύραθεν, 2009.
22. Mill, J. S., *Ωφελιμισμός*, Εισ. - Μτφρ. - Σχόλ. Φ. Παιονίδης, Αθήνα: Πόλις, 2002.
23. Mill, J. S., *On Liberty*, New York: Appleton-Century-Crofts, 1947.
24. Η Παλαιά Διαθήκη κατά τους εβδομήκοντα, Αθήνα: Αδελφότης Θεολόγων «Η Ζωή», 1969.
25. Platonis, *Opera* Tomus. Ι΄, Oxford Classical Texts, New York: Oxford University Press, 1995.
26. Platonis, *Opera*, Tomus IV΄, Oxford Classical Texts, New York: Oxford University Press, 1978.
27. Πλάτων, *Τίμαιος*, Εισ. - Μτφρ. - Σχόλ. Β. Κάλφας, Αθήνα: Πόλις, 1995.
28. Πλάτων, *Φαίδων*, Εισ. - Μτφρ. - Σχόλ. Ε. Π. Παπανούτσου, Αθήνα: Ζαχαρόπουλος, 1966.
29. Πλούταρχος, *Βίοι Παράλληλοι*, (*Λυκούργος, Νουμάς*), Τόμ. 4, Εισ. - Μτφρ. - Σχόλ.: Φιλολογική ομάδα Κάκτου, Αθήνα: Κάκτος, 1992.
30. Ποινικός Κώδικας, Δεύτερο Βιβλίο, Ειδικό Μέρος, Δέκατο Πέμπτο Κεφάλαιο: «Εγκλήματα κατά της Ζωής».
31. Sophoclis, *Tragoediae*, Lipsiae, Athenis: Papadimas.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αβαγιανού, Α. (2000): «Έυθάνατος θάνατος»: Το “καλώς θανείν” στην αρχαία Ελλάδα», στο: *Ευθανασία. Η σημαντική του “καλού” θανάτου*, σσ. 31-54, Αθήνα: Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών (Ε.Ι.Ε.).

2. Αβραμίδης, Α. (2008): «Η παρέμβαση ενός ιατρού», στο: Κουράκης, Ν., Σπινέλλη, Κ. Δ. (Επιμ.), *Ευθανασία: Ένα ακανθώδες ζήτημα*, Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.
3. Αβραμίδης, Α. (2007): «Ευθανασία και... “Ευθανασία” (εκτός και εντός εισαγωγικών)» Ημερίδα της Ειδικής Συνοδικής Επιτροπής επί Ειδικών Ποιμαντικών Θεμάτων και Καταστάσεων, Σεπτέμβριος 2007 (Ζόγκα-Άργους)
4. Αβραμίδης, Α. (1995): *Ευθανασία*, Αθήνα: Ακρίτας.
5. Αλαχιώτης, Σ. (2004): *Βιοηθική, Αναφορά στους γενετικούς και τεχνολογικούς νεωτερισμούς*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
6. Αλιβιζάτος, Ι. Γ. (1980): «Η επικοινωνία γιατρού αρρώστου», *Ιατρική* 37
7. Αναπλιώτης, Α. (2003): *Το δικαίωμα στην ευθανασία-αθανασία*, Αθήνα: Zymel.
8. Αναπλιώτου-Βαζαίου, Ε (1993): *Γενικές Αρχές Ιατρικού Δικαίου*, Αθήνα: Σάκκουλας.
9. Αυγουστίδης, Πρωτοπρ. Α. (2003): «“Ευσπλαχνία και ιατρική πράξη”»: Ψυχολογική και ποιμαντική προσέγγιση» στο: *Το πρόβλημα της ευθανασίας*. Πρακτικά Επιστημονικού Συμποσίου για την Ευθανασία της Ειδικής Συνοδικής Επιτροπής Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος, 17-18 Μαΐου 2002 (Νεάπολη Θεσσαλονίκης), Αθήνα: Αποστολική Διακονία.
10. Βελλής, Γ. (2003): «Η Ευθανασία από τη σκοπιά του Ποινικού Δικαίου», στο: *Το πρόβλημα της ευθανασίας*. Πρακτικά Επιστημονικού Συμποσίου για την Ευθανασία της Ειδικής Συνοδικής Επιτροπής Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος, , Αθήνα: Αποστολική Διακονία.
11. Βιδάλης, Τ. (2007): «Η “εικαζόμενη συναίνεση”», *Επιθεώρηση Βιοηθικής*, 1 Φθινόπωρο 2007/Χειμώνας 2008.
12. Βιδάλης, Τ. (2007): «Ευθανασία και Σύνταγμα» στο: Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Ε. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου (Επιμ.), *Ευθανασία. Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής – 3*, Αθήνα- Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
13. Βιρβιδάκης, Σ. (2006): «Εφαρμοσμένη Ηθική», *Cogito* 05 (Νοέμβριος 2006):
14. Βούλτσος, Π., Γσούγκας, Μ. (2008): «Ευθανασία: Ένα νομοθετικά ακάλυπτο, πολύπτυχο και οριακό ζήτημα», *Ιατρικό Βήμα* 115, Οκτώβριος-Νοέμβριος 2008

15. Βούλτσος, Π., Χατζητολιός, Α. (2008): «Η συναίνεση του ασθενούς στα πλαίσια του νέου κώδικα ιατρικής δεοντολογίας», *Ιατρικό Βήμα*, Φεβρουάριος-Μάρτιος- Απρίλιος 2008
16. Γαλανάκης, Ε. (2007): «Η λυτρωτική θανάτωση στην ελληνική αρχαιότητα», *Σύγχρονη ουρολογία*
17. Γεωργιάδης, Α. (2003): «Το δικαίωμα στο θάνατο» στο: *Το πρόβλημα της ευθανασίας*. Πρακτικά Επιστημονικού Συμποσίου για την Ευθανασία της Ειδικής Συνοδικής Επιτροπής Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος, Αθήνα: Αποστολική Διακονία.
18. Γεωργούλης, Κ. Δ. (1963): *Πλάτωνος Πολιτεία - Η περί Δικαίου Πολιτικός*, Αθήνα: Σιδέρης.
19. Γκιόκα, Ε. (2008): «Ευθανασία: Πρόσφατες Νομοθετικές και Νομολογιακές Εξελίξεις σε Ευρωπαϊκό Επίπεδο», στο: Κουράκης, Ν., Σπινέλλη, Κ. Δ. (Επιμ.), *Ευθανασία: Ένα ακανθώδες ζήτημα*, Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.
20. Γκμπάντι, Ρ. (2007): «Ο πόνος και η σύγχρονη ιατρική αντιμετώπισή του», στο: Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Ε. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου (Επιμ.), *Ο άνθρωπος που υποφέρει: Ο πόνος στην ιατρική, το δίκαιο και τη λογοτεχνία*, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής – Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
21. Δεσποτόπουλος, Κ. (1978): *Μελετήματα Φιλοσοφίας*, Αθήνα: Παπαζήσης.
22. Δραγώνα-Μονάχου, Μ (2009a): *Σύγχρονη Ηθική Φιλοσοφία. Ο αγγλόφωνος στοχασμός*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
23. Δραγώνα-Μονάχου Μ (2009b): «Ηθική-Βιοηθική-Μεταβιοηθική», *Ευδικία* 9,
24. Δραγώνα-Μονάχου, Μ. (2008): «Φιλοσοφία και ιατρική στην αρχαιότητα και οι απαρχές της ιατρικής ηθικής», *Νεύσις*
25. Δραγώνα-Μονάχου, Μ. (2006a): «Η “Οικουμενική Διακήρυξη για τη Βιοηθική και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα” και η ιστορία της», *Ιατρική και Φαρμακευτική Επιθεώρηση*
26. Δραγώνα-Μονάχου, Μ. (2006b): «Η πρόκληση της “βιομηχανίας των δικαιωμάτων”», *Το Βήμα*, 1-10-2006.
27. Δραγώνα-Μονάχου, Μ. (2006c): «Θάνατος, Αυτοκτονία και Ευθανασία στη Στωική Φιλοσοφία» στο *Vita Contemplativa (Βίος Θεωρητικός)*. *Αφιερωματικός τόμος εις τον καθηγητήν Δημήτριον Ν. Κούτραν*, Αθήνα: Ε.Κ.Π.Α.

28. Δραγώνα-Μονάχου, Μ. (2002): «Ηθική και Βιοηθική», *Επιστήμη και Κοινωνία*
29. Δραγώνα-Μονάχου, Μ. (1986): *Φιλοσοφία και Ανθρώπινα Δικαιώματα*, Τόμ. Α΄, Αθήνα: Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων.
30. Ελαφρός, Γ. (2002): «Το δικαίωμα σε έναν αξιοπρεπή θάνατο», *Η Καθημερινή*, 2002.
31. Εμμανουήλ, Κ. (1969): *Ιπποκράτης*, Αθήνα.
32. Ευαγγέλου, Ι. (2010): *Ο άνθρωπος και ο θάνατος*, Αθήνα: Βερέττας.
33. Ζιάκα, Α. (2009): «Η ευθανασία στις μείζονες θρησκείες», στο: *Ευθανασία*. Ημερίδα αφιερωμένη στον πρώτο πρόεδρο της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Γεώργιο Κουμάντο, 2 Δεκεμβρίου, 2009
34. Ζιάκα, Α. (2007): «Ευθανασία, θρησκεία και Πολιτισμοί» στο: Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Ε. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου (Επιμ.), *Ευθανασία*. Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
35. Ζουμπουλάκης, Σ. (2010): «Δύο ερωτήματα για την ευθανασία», *Νέα Εστία*
36. Θεοδωρακόπουλος, Ι. (1975): *Εισαγωγή στη Φιλοσοφία: Γνωσιολογία, Ηθική Φιλοσοφία, Αισθητική*, τόμ. Γ΄, Αθήνα: Βιβλιοπωλείο της “Εστίας”.
37. Θρησκευτική και Ηθική Εγκυκλοπαίδεια (1962-1968): λήμμα «ευθανασία», Τόμ. 5, Αθήνα: Μαρτίνος.
38. Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος. Επιτροπή Βιοηθικής (2007): «Βασικές θέσεις επί της Ηθικής της Ευθανασίας» στο: *Επίσημα Κείμενα Βιοηθικής. Μεταμοσχεύσεις, Ευθανασία, Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή*, Αθήνα: Αποστολική Διακονία.
39. Καζαντζάκης, Ν., Κακριδής, Ι. Θ. (1996): *Ομήρου Ιλιάδα*, Αθήνα: ΟΕΔΒ.
40. Καίσαρης, Π. (1999): *Περί της Ευθανασίας*, Πάτρα: Αχαϊκές Εκδόσεις.
41. Καπρίνης, Γ. (2007): «Ψυχιατρική προσέγγιση της έννοιας του θανάτου και της αποκαλούμενης ευθανασίας», στο: Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Ε. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου (Επιμ.), *Ευθανασία*. Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Αθήνα-Θεσσαλονίκη
42. Σάκκουλας. Καράμπελας, Λ. (1987): *Η Ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο*, Αθήνα: Εκδοτική Εστία.
43. Καρανικόλας, Γ. (2007): «Προβληματισμοί πάνω στην ηθική δικαιολόγηση της ποινικής καταστολής της ευθανασίας» στο: Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Ε.

- Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου (Επιμ.), *Ευθανασία. Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής*, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
44. Κατάμης, Χ (2000): «Στρογγυλό τραπέζι με θέμα: “Ένα τέλος με αρετή ή ένα δυσάλητο τέλος;”», στο: *Ευθανασία. Η σημαντική του “καλού” θανάτου*, Αθήνα: Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών (Ε.Ι.Ε.).
45. Κατσαρέλλη, Σ. (2009): «Ευθανασία: "βοήθεια αυτοκτονίας" ή "θάνατος με αξιοπρέπεια";», *Cosmo.gr*, 24-9-2009.
46. Κάτσας, Α. Γ. (2009): «Ευθανασία η μεγάλη χίμαιρα», *Ιατρική* 95
47. Κουτσελίνης, Α. (1999): *Βασικές Αρχές Βιοηθικής, Ιατρικής Δεοντολογίας και Ιατρικής Ευθύνης*, Αθήνα: Παρισιάνου.
48. Κριάρη-Κατράνη (2003): «Ευθανασία και ατομικά δικαιώματα-Η προσέγγιση από πλευράς διεθνούς και συγκριτικού δικαίου», στο: *Το πρόβλημα της ευθανασίας. Πρακτικά Επιστημονικού Συμποσίου για την Ευθανασία της Ειδικής Συνοδικής Επιτροπής Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος*, 17-18 Μαΐου 2002 (Νεάπολη Θεσσαλονίκης), Αθήνα: Αποστολική Διακονία.
49. Κωνσταντινίδης, Π. (2007): *Ευθανασία*, Εκλαϊκευμένη Νομική Βιβλιοθήκη, Γενική Εποπτεία: Ι. Σ. Σπυριδάκης, Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.
50. Λυπουρλής, Δ. (2007): «“Ου δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμον ουδέ υφηγήσομαι συμβουλίην τοιήνδε”»: Η “Ευθανασία” στην καθημερινή ζωή της αρχαιότητας;» στο: Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Ε. Κουνουγέρη- Μανωλεδάκη, Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου (Επιμ.), *Ευθανασία. Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής*, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
51. Μαθιουδάκης, Γ. (2004): «Ευθανασία: Πράξη ευσπλαχνίας ή διαχείριση θανάτου;», *Πεμπτοσία* 14 (Απρίλιος-Ιούλιος 2004)
52. Μάλιος, Ε. (2009): «Το Στρασβούργο αντιμέτωπο με τα διλήμματα βιοηθικής», *Δικαιώματα του ανθρώπου*, Αθήνα: Σάκκουλας.
53. Μαργαρίτης, Μ. (2008): «Η ευθανασία», στο: Κουράκης, Ν., Σπινέλλη, Κ. Δ. (Επιμ.), *Ευθανασία: Ένα ακανθώδες ζήτημα*, σσ. 73-90, Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.
54. Μαρκαντωνάτος, Γ. (2004): *Σοφοκλέους Αντιγόνη*, Αθήνα: Gutenberg.

55. Μαρωνίτης, Ν. (2006): *Ομήρου Οδύσσεια*, Θεσσαλονίκη: Ινστιτούτο Νεοελληνικών Σπουδών.
56. Μπαλογιάννης, Σ. (2003): «Η ευθανασία: Κοινωνικοί και Ηθικοί προβληματισμοί» στο: *Το πρόβλημα της ευθανασίας*. Πρακτικά Επιστημονικού Συμποσίου για την Ευθανασία της Ειδικής Συνοδικής Επιτροπής Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος, 17-18 Μαΐου 2002 (Νεάπολη Θεσσαλονίκης), Αθήνα: Αποστολική Διακονία.
57. Νικόλαος, Σεβ. Μητροπολίτης Φθιώτιδος, «Η θέση της Εκκλησίας επί του θέματος της Ευθανασίας» Διαθέσιμο στο: http://www.ecclesia.gr/greek/holysynod/eisigiseis/nikolaou_efthanasia.htm
58. Νίτσε, Φ. (2010): *Το Ακόφως των Ειδώλων*, Μτφρ. Ζ. Σαρίκας, Θεσσαλονίκη: Πανοπτικόν.
59. Παναγόπουλος, Ε. (2008): «Ευθανασία: Η άποψη ενός ιατρού» στο: Κουράκης, Ν., Σπινέλλη, Κ. Δ. (Επιμ.), *Ευθανασία: Ένα ακανθώδες ζήτημα*, Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.
60. Παναγόπουλος, Ε. (2003): «Ευθανασία. Ορισμός και ιστορική εξέλιξη. Αρχές Ιατρικής Ηθικής-Όρκος Ιπποκράτη», στο: *Το πρόβλημα της ευθανασίας*, Πρακτικά Επιστημονικού Συμποσίου για την Ευθανασία της Ειδικής Συνοδικής Επιτροπής Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος, Αθήνα: Αποστολική Διακονία.
61. Παναγοπούλου-Κουτνατζή, Φ. (2010): «Σκέψεις αναφορικά με το δικαίωμα διακοπής της ανθρώπινης ζωής», *Εφημερίδα Διοικητικού Δικαίου*, 1/2010.
62. Πανούσης, Ι. (2003): «Στρογγυλό τραπέζι με θέμα: “Ένα τέλος με αρετή ή ένα δυσάλητο τέλος;”», στο: *Ευθανασία. Η σημαντική του “καλού” θανάτου*, Αθήνα: Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών (Ε.Ι.Ε.).
63. Πανσεληνά, Ε. (2007): «Βγήκε από κόμα 19 χρόνια μετά», *Έθνος*, 4-6-2007.
64. Παντελίδου, Κ. (2003): «Ευθανασία και ζητήματα ιατρικής ευθύνης» στο: *Το πρόβλημα της ευθανασίας*, Πρακτικά Επιστημονικού Συμποσίου για την Ευθανασία της Ειδικής Συνοδικής Επιτροπής Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος, 17-18 Μαΐου 2002 (Νεάπολη Θεσσαλονίκης), Αθήνα: Αποστολική Διακονία.
65. Παπαϊωάννου, Χ. (2009): «Αν ήμουν άρρωστος θα γινόμουν τουρίστας αυτοκτονίας» *Ελευθεροτυπία*, 26-8-2009.
66. Παπανούτσος, Ε.Π. (1956): *Ηθική*, Αθήνα: Ίκαρος.

67. Πελεργίνης, Θ. (2009): *Ιατρική Ηθική*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
68. Πελεργίνης, Θ. (1998): *Οι πέντε εποχές της Φιλοσοφίας*, Αθήνα.
69. Πελεργίνης, Θ. (1997): *Ηθική Φιλοσοφία*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
70. Πελεργίνης, Θ. (1985): *Η Ανθρώπινη Υπαρξη*, Αθήνα: Καρδαμίτσα.
71. Πετράκη, Ζ. (2008): «Η ηθική του θανάτου: Ευθανασία», στο: *Σύγχρονα Ηθικά Προβλήματα*. Πρακτικά Ημερίδας, 12 Μαΐου 2007 (Μελιγαλάς-Μεσσηνίας), Καλαμάτα: Έλυτρον.
72. Πέτρου, Ι. (2007): «Η ελευθερία του ανθρώπου και τα ηθικά προβλήματα του τέλους της ζωής» στο: Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Ε. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου (Επιμ.), *Ευθανασία*. Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Αθήνα-Θεσσαλονίκη-Σάκκουλας.
73. Πρωτοπαπαδάκης, Ε. (2008): «Ενεργητική και Παθητική Ευθανασία: Υπάρχει Ηθική Διαφοροποίηση;», *Φιλοσοφία και Παιδεία*
74. Πρωτοπαπαδάκης, Ε. (2006): «Η Ολισθηρή Πλαγιά Αντιμέτωπη με τον Εαυτό της», *Ηθική 2*, Σεπτέμβριος 2006
75. Πρωτοπαπαδάκης, Ε. (2005): «Ευθανασία: Ένα Ηθικό Πρόβλημα», *Μ' ενδιαφέρει*, *Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία* 43, Μάρτιος-Απρίλιος
76. Πρωτοπαπαδάκης, Ε. (2003): *Η Ευθανασία απέναντι στη σύγχρονη Βιοηθική*, Αθήνα- Κομοτηνή: Σάκκουλας.
77. Πρωτοπαπαδάκης, Ε. (1999): «Ευθανασία (Σύντομη Επισκόπηση)» διαθέσιμο στο: <http://www.protopapadakis.gr/articlesgr.htm>
78. Σκούρτης, Χ. (2007): «Ενεργητική Ευθανασία», στο: Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε., Συμεωνίδου-Καστανίδου, Ε. (Επιμ.), *Ευθανασία*. Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
79. Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών, 4 Νοεμβρίου 1950, Ρώμη, διαθέσιμο στο: <http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/E4317264-DB27-42FE-873E-1ECCACABB045/0/GreekGrec.pdf>
80. Συμεωνίδου-Καστανίδου, Ε. (2007): «Η Ευθανασία στο Ποινικό Δίκαιο», στο: Καϊάφα-Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη Ε., Συμεωνίδου-Καστανίδου, Ε. (Επιμ.), *Ευθανασία*. Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.

81. Συμεωνίδου-Καστανίδου, Ε. (2012): *Εγκλήματα κατά της ζωής: Άρθρα 299-307 Π.Κ.*, Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας.
82. Τσαϊτουρίδης, Χ. (2002): «Η ευθανασία ως συνταγματικό δικαίωμα του ασθενούς», *Το Σύνταγμα*
83. Φαράντος, Μ. (2002): «Επιστήμη και Θρησκεία», *Θεολογία*
84. Χαραλάμπους, Γ. (2006): «Ιατρική συνδρομή στην αυτοκτονία: Μια ηθική θεώρηση», *Cogito* 05 (Νοέμβριος 2006)
85. Χατζηθεοδώρου, Γ. (2008): «Νομικές διαστάσεις της ευθανασίας», στο: Κουράκης, Ν., Σπινέλλη, Κ. Δ. (Επιμ.), *Ευθανασία: Ένα ακανθώδες ζήτημα*, Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ

1. Anagnostopoulos, G. (2007): « Ευθανασία και ο ρόλος του γιατρού: Στοχασμοί πάνω σε μερικές απόψεις της Αρχαίας Ελληνικής παράδοσης», στο: Kuczewski M. G., Polansky, R. (επιμ.), *Βιοηθική: Αρχαία θέματα σε σύγχρονους προβληματισμούς*, Ελλην. Μτφρ.: Μ. Κατσιμίτσης, Αθήνα: Τραυλός.
2. Bartz, R. (2007): «Ενθυμούμενοι τους Ιπποκρατικούς: Γνώση, Πρακτική και Ήθος στους Αρχαίους Έλληνες Γιατρούς-Θεραπευτές», στο: Kuczewski M. G., Polansky, R. (επιμ.), *Βιοηθική: Αρχαία θέματα σε σύγχρονους προβληματισμούς*, Ελλην. Μτφρ.: Μ. Κατσιμίτσης, Αθήνα: Τραυλός.
3. Beauchamp, T. L. (2007): «Εισαγωγή», στο: Beauchamp, T. L. (ed.) *Ευθανασία. Ηθικές, Φιλοσοφικές, Ιατρικές και Νομικές Διαστάσεις*, Ελλην. Μτφρ. Β. Κάντζολα-Σαμπατάκου, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
4. Brock, D. W. (2007): «Οριακές περιπτώσεις ηθικά αιτιολογημένης αφαίρεσης ζωής στην ιατρική», στο: Beauchamp, T. L. (ed.) *Ευθανασία. Ηθικές, Φιλοσοφικές, Ιατρικές και Νομικές Διαστάσεις*, Ελλην. Μτφρ. Β. Κάντζολα-Σαμπατάκου, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
5. Buchanan, A. (2007): «Ευθανασία: Η δομή του προβλήματος και προτεινόμενες λύσεις», στο: Beauchamp, T. L. (ed.) *Ευθανασία. Ηθικές, Φιλοσοφικές, Ιατρικές και Νομικές Διαστάσεις*, Ελλην. Μτφρ. Β. Κάντζολα-Σαμπατάκου, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
6. Caron, A. M. (2007): «Πρέπει κάποιες ηθικά αποδεκτές πράξεις θανάτωσης και πράξεις με τις οποίες αφήνουμε κάποιον να πεθάνει να απαγορεύονται και

- να τιμωρούνται από το νόμο;» στο: Beauchamp, T. L. (ed.) *Ευθανασία. Ηθικές, Φιλοσοφικές, Ιατρικές και Νομικές Διαστάσεις*, Ελλην. Μτφρ. Β. Κάντζολα-Σαμπατάκου, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
7. Chambers, T. (2007): «Εξομολογήσεις ενός αμετανόητου σοφιστή», στο: Kuczewski M. G., Polansky, R. (επιμ.), *Βιοηθική: Αρχαία θέματα σε σύγχρονους προβληματισμούς*, Ελλην. Μτφρ.: Μ. Κατσιμίτσης, Αθήνα: Τραυλός.
 8. Cranford, R. E. (2007): «Ο ρόλος του γιατρού στη θανάτωση και τη σκόπιμη απόσυρση της θεραπείας», στο: Beauchamp, T. L. (ed.) *Ευθανασία. Ηθικές, Φιλοσοφικές, Ιατρικές και Νομικές Διαστάσεις*, Ελλην. Μτφρ. Β. Κάντζολα-Σαμπατάκου, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
 9. Daniels, N. (2007): «Περί του επιτρεπτού του θανάτου με στόχο τη διατήρηση οικονομικών πόρων», στο: Beauchamp, T. L. (ed.) *Ευθανασία. Ηθικές, Φιλοσοφικές, Ιατρικές και Νομικές Διαστάσεις*, Ελλην. Μτφρ. Β. Κάντζολα-Σαμπατάκου, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
 10. Davis, A. (2007): «Το δικαίωμα άρνησης της θεραπείας», στο: Beauchamp, T. L. (ed.) *Ευθανασία. Ηθικές, Φιλοσοφικές, Ιατρικές και Νομικές Διαστάσεις*, Ελλην. Μτφρ. Β. Κάντζολα-Σαμπατάκου, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
 11. Eser, A. (1985): *Ιατρικό καθήκον διατηρήσεως της ζωής και διακοπή της θεραπείας*, απόδοση Π. Μ. Βασιλακοπούλου, Α. Ζιώγα-Σακκά, Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας.
 12. Freeman J. M., Pellegrino, E. D. (2007): «Αντιμετώπιση των ατόμων που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους: Διάλογος σχετικά με το σκοπούμενο θάνατο» στο: Beauchamp, T. L. (ed.), *Ευθανασία. Ηθικές, Φιλοσοφικές, Ιατρικές και Νομικές Διαστάσεις*, Ελλην. Μτφρ. Β. Κάντζολα-Σαμπατάκου, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
 13. Gillon, R. (2007): «Σκοπούμενος ή επιτρεπτός θάνατος με στόχο τη διατήρηση οικονομικών πόρων» στο: Beauchamp, T. L. (ed.), *Ευθανασία. Ηθικές, Φιλοσοφικές, Ιατρικές και Νομικές Διαστάσεις*, Ελλην. Μτφρ. Β. Κάντζολα-Σαμπατάκου, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
 14. Huxley, A. (1988): *Θαυμαστός καινούριος κόσμος*, Μτφρ. Α. Αποστολίδης, Αθήνα: Μέδουσα.
 15. Kalokairinou, E. (2007): «Επίμετρο. Η επίδραση της αρχαίας ελληνικής σκέψης στη σύγχρονη βιοηθική» στο: Kuczewski M. G., Polansky, R. (επιμ.),

- Βιοηθική: Αρχαία θέματα σε σύγχρονους προβληματισμούς*, Ελλην. Μτφρ.: Μ.Κατσιμίτσης, Αθήνα: Τραυλός.
16. London, A. J. (2007): «Ο Θρασύμαχος και η διαχείριση της περίθαλψης: Πώς να μη σκεφτόμαστε την τέχνη της ιατρικής», στο: Kuczewski M. G., Polansky, R. (επιμ.), *Βιοηθική: Αρχαία θέματα σε σύγχρονους προβληματισμούς*, Ελλην. Μτφρ.: Μ. Κατσιμίτσης, Αθήνα: Τραυλός.
17. Macklin, R. (2007): «Τι είναι αυτό που καθιστά ανατιολόγητη τη θανάτωση από πρόθεση;», στο: Beauchamp, T. L. (ed.) *Ευθανασία. Ηθικές, Φιλοσοφικές, Ιατρικές και Νομικές Διαστάσεις*, Ελλην. Μτφρ. Β. Κάντζολα-Σαμπατάκου, σσ. Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
18. McDowell, D.M. (1988): *Σπαρτιατικό Δίκαιο*, Μτφρ. Κονομή, Αθήνα: Παπαδήμας.
19. Pellegrino, E. D. (2007): «Η θέση της πρόθεσης στην ηθική εκτίμηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας και της ενεργητικής ευθανασίας», στο: Beauchamp, T. L. (ed.), *Ευθανασία. Ηθικές, Φιλοσοφικές, Ιατρικές και Νομικές Διαστάσεις*, Ελλην. Μτφρ. Β. Κάντζολα-Σαμπατάκου, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
20. Pellegrino, E. D., Freeman, J. M. (2007): «Αντιμετώπιση των ατόμων που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους: Διάλογος σχετικά με το σκοπούμενο θάνατο», στο: Beauchamp, T. L. (ed.), *Ευθανασία. Ηθικές, Φιλοσοφικές, Ιατρικές και Νομικές Διαστάσεις*, Ελλην. Μτφρ. Β. Κάντζολα-Σαμπατάκου, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
21. Windelband, W., Heimsoeth, H. (2001): *Εγχειρίδιο Ιστορίας της Φιλοσοφίας*, τ. Α΄ Μτφρ. Ν. Μ. Σκουτερόπουλος, Αθήνα.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Admiraal, P. (1996): “Euthanasia and Assisted Suicide”, in Thomasma, D., Kushner, T. (Eds.), *Birth to Death: Science and Bioethics*, Cambridge: Cambridge University Press.
2. AGS Ethics Committee (1995): “Physician Assisted Suicide and Voluntary Active Euthanasia” *Journal of American Geriatrics Society*
3. Aly, G., Chroust, P. and Pross, C. (1994): *Cleansing the Fatherland: Nazi Medicine and Racial Hygiene*, Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

4. Amundsen, D. W. (1996): *Medicine, Society and Faith in the Ancient and Medieval Worlds*. USA: The Johns Hopkins University Press.
5. Angell, M. (1988): "Euthanasia", *New England Journal of Medicine*
6. Back A. L., Wallace J. (1996): "Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in Washington State", *Journal of the American Medical Association*
7. Baird R., St. Baum (1989): *Euthanasia: The moral issues*, New York: Prometheus Books.
8. Battin, M. (1992a): "Assisted Suicide: Can We Learn from Germany?", *Hastings Center Report* 22 (2) (Marc.-Apr. 1992)
9. Battin, M. (1992b): "Voluntary euthanasia and the risks of abuse: can we learn anything from the Netherlands?" *Law, Medicine & Health Care*
10. Battin, M. (1983): "The Least Worst Death", *Hastings Center Report* 13 (2) (April 1983)
11. Baume, P., O' Malley, E. and Bauman, A. (1995): "Professed Religious affiliation and the practice of euthanasia", *Journal of Medical Ethics*
12. Beauchamp, T. L. (1999): "Ethical Theory and Bioethics" in T. L. Beauchamp, L. Walters (Eds), *Contemporary Issues in Bioethics*, Belmont: Wadsworth.
13. Beauchamp, T. L. (1996): *Intending death: The ethics of assisted suicide and Euthanasia*, New Jersey: Prentice-Hall.
14. Beauchamp T. L., Childress, J. F. (1994): *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford: Oxford University Press.
15. Bernardi, P. J. (1996): *The truth about physician assisted suicide*, Linguori: Linguori Publications.
16. Biggs, H. (2001): *Euthanasia, Death with Dignity and the Law*, Oxford-Portland Oregon: Hart Publishing.
17. Bojan P. (2007): "Swiss suicide clinics 'helping depressives die'", *The Telegraph*, Jun. 3, 2007.
18. Boyle, J. (1991): "Who is Entitled to Double Effect?", *Journal of Medicine and Philosophy*
19. British Medical Association (1993): *Medical Ethics Today*, London, BMA.
20. Brock, D. (2002): "Voluntary Active Euthanasia", in W. Glannon, *Contemporary Readings in Biomedical Ethics*, Fort Worth: Harcourt.
21. Broeckaert, B. 2001: "Belgium: Towards a Legal Recognition of Euthanasia", *European Journal of Health Law*

22. Buchanan, A. (1996): “The structure of the problem and proposed solutions” in Beauchamp, T. L. (ed.), *Intending Death: The Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia*, N. Jersey: Prentice Hall.
23. Callahan, D. (1991a): «“Aid-in-Dying”: The Social Dimensions», *Commonweal* 118 (14 Suppl.)
24. Callahan, D. (1991b): “Medical futility, medical necessity: The-problem-without-a-name”, *Hastings Center Report*
25. Capron, A. M. (2001): “Advance Directives”, in H. Kuhse, P. Singer (ed.), *A Companion to Bioethics*, Oxford: Blackwell.
26. Carrick, P. (2001): *Medical Ethics in the Ancient World*. USA: Georgetown University Press.
27. Cassell, C. K., Meier, D. E. (1990): “Morals and Moralism in the Debate Over Euthanasia and Assisted Suicide”, *New England Journal of Medicine*
28. Chadwick, R. (1997): “The Future of Professional Ethics” *Ethical Perspectives*
29. Chappell, P., King, R. (1992): “Final Exit and the Risk of Suicide”, *Journal of the American Medical Association*
30. Cohen-Almagor, R., D., Phil (2009): “Euthanasia Policy and Practice in Belgium: Critical Observations and Suggestions for Improvement”, *Issues in Law & Medicine*, available at: <http://www.hull.ac.uk/rca/docs/articles/euthanasia-belgium.pdf>
31. Cohen-Almagor, R. (2001): «"Culture of Death" in the Netherlands: Dutch Perspectives», *Issues in Law & Medicine* , available at: <http://hcc.haifa.ac.il/~rca/articles/Culture%20of%20Death%20in%20the%20Netherlands-%20Dutch%20Perspectives%20.pdf>
32. Conolly, M. E. (1989): “Alternative to Euthanasia: Pain Management”, *Issues in Law & Medicine*
33. Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: *Convention on Human Rights and Biomedicine* (1997): Oviedo, May 4th, available at: <http://www.conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Word/164.doc>
34. Conwell, Y., Caine, E. (1991): “Rational Suicide and the Right to Die”, *New England Journal of Medicine*

35. Council of Europe, Steering Committee on Bioethics (CDBI) (2003): “Replies to the questionnaire for member states relating to euthanasia”, Strasburg, 20 January 2003, available at: http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/activities/09_euthanasia/INF%282003%298e_replies_euthanasia.pdf
36. Coyle, N. (1990): “The Last Weeks of Life”, *American Journal of Nursing* 1990.
37. Craig, M. G. (1994): “On withholding nutrition and hydration in the terminally ill: has palliative medicine gone too far?”, *Journal of medical ethics*
38. Crippen, D. (1991): “Practical aspects of life support withdrawal: a critical care physician’s opinion”, *Clinical Intensive Care*
39. Davey, M. (2007): “Kevorkian speaks after his release from prison”, *The New York Times*, Jun. 4, 2007.
40. Davies, C. (2012): “Locked-in syndrome sufferer begins high court battle for right to die”, *The Guardian*, Jan. 23, 2012.
41. Dresser, R., Whitehouse, P. J. (1994): “The Incompetent Patient on the Slippery Slope”, *Hastings Center Report* 24 (July-August 1994)
42. Dworkin, R. (1993): *Life’s Dominion-An argument About Abortion, Euthanasia and Individual Freedom*, London: Harper Collins.
43. Dyck, A. (1992): “Physician Assisted Suicide: Is it Ethical?”, *Harvard Divinity Bulletin*
44. Economist (1989): “A time to die”, *The Economist*, August
45. Edelstein L. (1967): “The Hippocratic Oath: Text, Translation and Interpretation”, in O. Temkin, C.L. Temkin (eds.), *Ancient medicine. Selected papers of Ludwig Edelstein*, Baltimore & London: Johns Hopkins University Press.
46. Emanuel, E. (1999): “What is the Great Benefit of Legalizing Euthanasia of Physician-Assisted Suicide?”, *Ethics*
47. Emanuel, E. (1994): “Euthanasia. Historical, Ethical and Empirical Perspectives”, *Archives of Internal Medicine*
48. Encyclopedia of Religion and Ethics (1917): lemma "Old Age", Vol. IX, W. Woodhouse.
49. Engelhardt, HT Jr. (1989): “Brain life, brain death, fetal parts”, *The Journal of Medicine and Philosophy*

50. Fenigson, R. (1990): “Euthanasia in the Netherlands”, *Issues in Law and Medicine*
51. Fenigson, R. (1989): “A Case Against Dutch Euthanasia”, *Hastings Center Report*
52. Ferngren, G. B. (1989): “The Ethics of Suicide in the Renaissance and Reformation”, in B. A., Brody (Ed.), *Suicide and Euthanasia: Historical and Contemporary Themes*, Dordrecht, the Netherlands: Kluwer.
53. “Final Report of the Netherlands State Commission on Euthanasia: An English Summary” (1987), *Bioethics*
54. Fisher, L. (2006): “Euthanasia Advocate in Italy Dies”, *New York Times*, December 21, 2006.
55. Fletcher, J. (1989): “The Right to Choose When to Die”, *Hemlock Quarterly*, Jan. 1989
56. Foot, P. (1978): “Euthanasia”, in *Virtues and Vices and other Essays in Moral Philosophy*, Oxford: Blackwell.
57. Frankena, W., (1973): *Ethics*, Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
58. Gourevitch, D. (1969): «Suicide among the sick in Classical Antiquity», *Bulletin of the History of Medicine*
59. Grubb, A. (2001): Euthanasia in England-A Law Lacking Compassion?, *European Journal of Health Law*
60. Grubb, A. (1997): “The Persistent Vegetative State: A Duty (Not) to Treat and Conscientious Objection”, *European Journal of Health Law*
61. Gruzalski, B. (1981): “Killing by Letting Die”, *Mind* 90
62. Guo, Z. (1995): “Chinese Confucian Culture and Medical ethical tradition”, *Journal of Medical Ethics*
63. Hall, C. (1997): “Judge allows brain damaged woman to die”, *The Telegraph*, Marc.
64. Hardwing, J. (1997): “Dying at the right time: Reflections on Un(Assisted) Suicide”, in H. LaFollette (ed.), *Ethics in Practice. An Anthology*, pp. 48-60, Oxford: Blackwell.
65. Hare, R. M. (1993a): «“Medical Ethics”: Can the Philosopher Help?», in Hare R. M., *Essays on Bioethics*, Oxford: Clarendon Press.
66. Hare, R. M. (1993b): “Is Medical Ethics Lost?”, *Journal of Medical Ethics*
67. Harris, J. (2001): *Bioethics*, Oxford: Oxford University Press.

68. Harris, W., J. S., Levey (1975): *The New Columbia Encyclopedia*, New York: Columbia University Press.
69. Henk, ten Have (2003): "Why (not) legalize euthanasia and physician-assisted suicide?", *European Journal of Palliative care* 10 (2) Supplement
70. House of Lords, Law Report (1993): "Withdrawal of medical treatment from hopeless case not unlawful", *The Times*, Feb 5, 1993.
71. Humphrey, D. (1991): *Final Exit*, Oregon: The Hemlock Society.
72. Hurst, S. A., Mauron, A. (2003): "Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians" *British Medical Journal* 326 (7383), Feb. 1, 2003
73. "Janet Adkins' Suicide: Re-examining the Spectrum of Issues it has Raised", *Issues* 5(4), July-August, 1990
74. Johnson, K. (2009): "Montana Court to Rule on Assisted Suicide Case", *The New York Times*, Aug. 31, 2009.
75. Johnston, C., Liddle, J. (2007): "The Mental Capacity Act 2005: a new framework for healthcare decision making", *Journal of Medical Ethics*
76. Kass, L. R. (1993): "Is there a right to die?" *Hastings Center Report* 23 (January/February) 1993
77. Kass, L. R. (1989): "Neither for love nor money": Why doctors must not kill", *The Public Interest* 94: 25-46.
78. Kenneth, V., Iserson et al. (1986): *Ethics in Emergency Medicine* with a legal introduction by A. M. Capron, Baltimore : Williams & Wilkins.
79. Keown, D., Keown, J. (1995): "Killing, Karma and caring: euthanasia in Buddhism and Christianity", *Journal of Medical Ethics*
80. Kevorkian, J. (1991): "The Goodness of a Planned Death: An Interview with Jack Kevorkian", *Free Inquiry*, Fall 1991
81. Kimsma, G., Leeuwen, E. (1993): "Dutch Euthanasia: Background, Practice, and Present Justifications", *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*
82. Koop, C. E. (1989): "The Challenge of Definition", *Hastings Center Report*,
83. Kottow, M. (1988): "Euthanasia after the Holocaust - Is it Possible?: A Report from the Federal Republic of Germany", *Bioethics*
84. Kuhse, H. (1996): "Voluntary euthanasia and other medical end-of-life decisions: Doctors should be permitted to give death a helping hand", *Australian Rationalist* 42, Summer 1996

85. Kuhse H. (1986): “The Case for Active Voluntary Euthanasia”, *Law Medicine and Health Care*
86. Lachs, J. (1990): “Active Euthanasia”, *Journal of Clinical Ethics*
87. Lamp, D. (1988): *Down the Slippery Slope: Arguing in Applied Ethics*, New York: Croom Helm.
88. Lauter, H., Meyer, J.-E. (1982): “Mercy killing without consent. Historical comments on a controversial issue”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*
89. Lifton, R. J. (1986): *The Nazi Doctors, Medical Killing and the Psychology of Genocide*, New York: Basic Books.
90. Logue, B. J. (1994): “When Hospice Fails: The Limits of Palliative Care”, *Omega The Journal of Death and Dying*
91. Lundin, L. (2009): “YOUthanasia”, *Criminal Brief*, Aug. 2, 2009.
92. Macklin, R. (1992): “Which Way Down the Slippery Slope? Nazi Medical Killing and Euthanasia Today” in A. L. Caplan (ed.), *When Medicine Went Mad: Bioethics and the Holocaust*, Clifton, NJ: Humana Press.
93. Materstvedt L. J., Clark D., Ellershaw J., Forde R., Gravgard A. M., Muller-Busch H.C., Rapin C. H. (2003): “Euthanasia and physician assisted suicide: a view from an EAPC ethics Task force”, *Palliative Medicine*
94. Miller, P. J. (1987): “Death with Dignity and the Right to Die: Sometimes Doctors have a duty to Hasten Death”, *Journal of Medical Ethics*
95. More, E. S. (1996): “Empathy as a Hermeneutic Practice”, *Theoretical Medicine*
96. Morris, A. (1996): «Life and Death Decisions: “Die, my dear doctor? That’s the last thing I shall do!”», *European Journal of Health Law*
97. Nagel, T. (1986): “Death” in P. Singer (ed.), *Applied Ethics*, Oxford: Oxford University Press.
98. Nagel, T. (1982): *Moral Questions*, Cambridge: Cambridge University Press.
99. Nakasone, R. Y. (1990): “Buddhism” in *Encyclopaedia of Bioethics*, London: Macmillan.
100. Nimbalkar, N. (2007): “Euthanasia: The Hindu Perspective”, National Seminar on Bioethics, 24h & 25h Jan. 2007, Joshi-Bedekar College, Thane, website: www.vpmthane.org

101. Noakes, J., Pridham, G. (eds. 1988): “Foreign Policy, War and Racial Extermination. A Documentary Reader”, *Nazism 1919-1945*, Vol. 3, Exeter Studies in History, No 13, Exeter: University of Exeter Press.
102. Noritoshi, T. (2000): “The view of religions toward euthanasia and extraordinary treatments in Japan”, *Journal of Religion and Health* 39 (4), Tokyo Dec. 2000
103. Nowell-Smith, P. (1989): “Euthanasia and the doctors-a rejection of the BMA’s report”, *Journal of Medical Ethics*
104. Oreopoulos, D. G. (2001): “Compassion and Mercy in the Practice of Medicine”, *Peritoneal Dialysis International*
105. Pakes, F. (2005): “Under Siege: The Global fate of Euthanasia and Assisted-Suicide Legislation”, *European Journal of Crime, Criminal Law and Criminal Justice*
106. Pellegrino, E. D. (1994): “Patient and Physician’s Autonomy: Conflicting Rights and Obligations in the Physician-Patient Relationship”, *Health Law and Policy*
107. Pellegrino, E. D. (1991): “Trust and Distrust in Professional Ethics”, in Pellegrino, E. D., et al (eds.), *Ethics, Trust and the Professions*, pp. 69-72, Washington DC: Georgetown University Press.
108. Pijnenborg L., Van der Maas P. J., Van Delden J. J. M., Looman, C. W. N. (1993): “Life Terminating Acts without Explicit Request of Patient”, *Lancet*
109. Prado, C., Taylor, J. (1999): *Assisted Suicide*, New York: Humanity Books.
110. Pridgeon, J. L. (2006): “Euthanasia Legislation in the European Union: Is a Universal Law Possible?”, *Hanse Law Review*
111. Proctor, R. N. (1988): *Racial Hygiene: Medicine Under the Nazis*, Cambridge M.A.: Harvard University Press.
112. Quill, T. E. (1994): “Incurable Suffering”, *Hastings Center Report* 24, March/April, 1994
113. Quill, T. E. (1993): “Doctor, I want to Die, Will you Help Me?”, *Journal of the American Medical Association*

114. Quill T., Cassell C., Meier D. (1992): “Care of the Hopelessly Ill – Proposed Clinical Criteria for Physician Assisted Suicide”, *New England Journal of Medicine* .
115. Quill, T. E. (1991): “Death and Dignity: A Case of Individualized Decision Making”, *New England Journal of Medicine* 324, March 7, 1991.
116. Rachels, J. (1979): *Moral Problems*, New York: Harper and Row.
117. Rachels, J. (1975): “Active and Passive Euthanasia”, *New England Journal of Medicine* 292, January 1975
118. Rodway, A. (1995): “Pro-euthanasia lobby represents the minority view in Britain”, *British Medical Journal*
119. Roy, P. (1996): “Buddhism, euthanasia and the sanctity of life”, *Journal of Medical Ethics*
120. Savulescu, J. (1994): “Treatment Limitation Decisions under Uncertainty: The Value of Subsequent Euthanasia”, *Bioethics*
121. Scheper, T., Duursma, S. (1994): “Euthanasia: The Dutch Experience”, *Age and Aging*
122. Singer, P. (1993): *Practical Ethics*. Cambridge: Cambridge University Press.
123. Singer, P. (1986): *Applied Ethics*, Oxford: Oxford University Press.
124. Slomka, J. (1995): “What Do Apple Pie and Motherhood have to Do with Feeding Tubes and Caring for the Patients?”, *Archives of Internal Medicine* .
125. Smith, C. M. (2005): “Origin and Uses of Primum Non Nocere - Above All, Do No Harm!”, *The Journal of Clinical Pharmacology*
126. Smith, W. J. (1997): *The Slippery Slope: From Assisted Suicide to Legalized Murder*, New York: Times Books.
127. Sommerville, A. (1995): “Remembrance of conversations past: oral advance statements about medical treatment”, *British Medical Journal* June 24, 1995
128. Standler, R. B. (2005): “Annotated Legal Cases Involving Right-to-Die in the USA”, available at: <http://www.rbs2.com/rtd.pdf>
129. Stuart G., Curter W., Demy, T. (1998): *Suicide and Euthanasia*, Grand Rapids: Kregel Publications.

130. Sulmasy, D. P. (1994): “Death and Human Dignity”, *Linacre Quarterly*
131. “The Belgian Act on Euthanasia of May, 28th 2002”, *Ethical Perspectives*, available at: <http://www.kuleuven.be/ep/viewpic.php?LAN=E&TABLE=EP&ID=59>
132. The Hastings Center (1987): *Guidelines on the termination of life-sustaining treatment and the care of the dying*, New York: Briarcliff Manor.
133. The President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. (1983): *Deciding to forego lifesustaining treatment*, U.S. Government Printing Office, Washington, DC.
134. Thomas, L. (1994): “Must we care about morality?”, *Philosophical Psychology*.
135. Toulmin, S. (1986): “How Medicine Saved the Life of Ethics”, in De Marko, J. P. and Fox, R. M. (Eds.), *New Directions in Ethics: The Challenge of Applied Ethics*, New York: Routledge & Kegan Paul.
136. Truog R. D., Brett A. S., and Frader, J. (1992): “The Problem with Futility”, *The New England Journal of Medicine*
137. Van der Maas P.J., Van Delden J. J. M., Pijnenborg L., Looman, C.W.N. (1991)“Euthanasia and other Medical Decisions Concerning the End of Life” *Lancet*.
138. Van der Meer, C. (1988): “Euthanasia: A Definition and Ethical Conditions”, *Journal of Palliative Care*
139. Van Hoof, A. J. L. (1990): *From Autothanasia to Suicide. Self-killing in Classical Antiquity*, New York: Routledge.
140. Van Leeuwen, E., Kimsma, G. K. (1993): «“Acting or Letting Go”: Medical Decision Making in Neonatology in the Netherlands», *Cambridge Quarterly of Health Care Ethics*
141. Velleman, D. J. (1999): “A right of Self-Termination?”, *Ethics*
142. Vernant, J. P. (1991): *Mortals and Immortals. Collected Essays*, Princeton: Princeton University Press.
143. Wanzer S. H., Federman D.D., Adelstein S. J., et al (1989): “The Physician’s Responsibility Towards Hopelessly Ill Patients: A Second Look”, *New England Journal of Medicine*

144. Weisbard, A., Siegler, M. (19893): “On Killing Patients with Kindness: An Appeal for Caution”, in Arras J. D., Rhoden N. K. (Eds.), *Ethical Issues in Modern Medicine*, Mountain View, CA: Mayfield publishing Company.
145. World Medical Association (1987): “WMA Declaration on Euthanasia” Adopted by the 39th World Medical Assembly, Madrid, Spain, October 1987 and reaffirmed by the 170th Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005.
146. Zinn, C. (1997): “Australian voluntary euthanasia law is overturned”, *Pub Med* , Apr. 5, 1997
147. Zinn, C. (1996): “Doctor aids first legal euthanasia act”, *Pub Med* , Oct. 5,1996