

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΤΟΜΕΑΣ ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ: Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ
Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ»

Διπλωματική Εργασία:

Θέμα: «Το ζήτημα της ευθανασίας – Εγκληματολογικές προσεγγίσεις».

Τριμελής Επιτροπή:

Χρ. Ζαραφωνίτου

Γρ. Λάζος

Αντ. Μαγγανάς (Επιβλέπων καθηγητής)

ΑΓΓΕΛΑΚΗ ΣΠΥΡΙΔΟΥΛΑ

A.M: 3205M012

ΑΘΗΝΑ

ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2008

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αντικείμενο της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση του φλέγοντος ζητήματος της ευθανασίας. Κατ' αρχήν επιχειρείται μια αναφορά στις διάφορες υποτυπώσεις της πρακτικής αυτής, όπως εντοπίζονται στην ιστορική πορεία του ανθρώπου. Ακολουθεί ο εννοιολογικός προσδιορισμός της έννοιας της ευθανασίας με την κατάδειξη των ιδιαίτερων παραμέτρων που πρέπει να συντρέχουν για να εμπίπτει μια συμπεριφορά στην προβληματικής της. Κατόπιν, κι επειδή η πρακτική αυτή δεν είναι ενιαία και αδιαφοροποίητη, γίνεται αναφορά στις ειδικότερες μορφές της. Έτσι με γνώμονα τον τρόπο διενέργειας, διακρίνεται σε ενεργητική, παθητική και υποβοηθούμενη αυτοκτονία, και με γνώμονα τη συναίνεση του πάσχοντος, σε εκούσια, ακούσια και μη εκούσια. Επίσης, κι επειδή ο όρος «ευθανασία» έχει προσλάβει ένα εξαιρετικά ευρύ περιεχόμενο, γίνεται μια ιδιαίτερη αναφορά στις περιπτώσεις των ασθενών σε οριακές καταστάσεις αλλά και στην πρόωρη θανάτωση ελαττωματικών νεογνών.

Στη συνέχεια, επιχειρούνται προσεγγίσεις του ζητήματος της ευθανασίας, μέσα από τη διατύπωση επιχειρημάτων υπέρ και κατά της αποδοχής αυτής, προερχόμενων από το χώρο της ηθικής, της φιλοσοφίας, της κοινωνιολογίας, της ιατρικής, της νομικής και τέλος της θεολογίας. Έτσι οι μεν υπέρμαχοι μιλούν για την ωφέλεια που προκύπτει από την καθιέρωση της πρακτικής αυτής για τον ίδιο τον άρρωστο αλλά και για το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, για το σεβασμό της αξιοπρέπειας του ατόμου στη δυσκολότερη στιγμή της ζωής του, για την ύπαρξη δικαιώματος στο θάνατο που εδράζεται επί της αυτονομίας του ατόμου, για την ανάγκη να αντιμετωπίζουμε τον άνθρωπο ως σκοπό κι όχι ως μέσο, κινούμενοι με γνώμονα τον ανθρωπισμό και τέλος για το καθήκον του γιατρού να απαλύνει τον πόνο. Ο αντίλογος περιλαμβάνει τη διατύπωση ισχυρών επιφυλάξεων ως προς την υπαρκτή πιθανότητα καταχρηστικής εφαρμογής της πρακτικής αυτής, κάνει λόγο για την υπέρτατη αξία της ανθρώπινης ζωής, για το καθήκον του γιατρού να μη βλάπτει με κανένα τρόπο τον ασθενή, και για την αρνητική στάση της θρησκείας απέναντι στην με οποιονδήποτε τρόπο αφαίρεση της ζωής.

Τέλος παρουσιάζεται η υπάρχουσα, διακείμενη θετικά προς την πρακτική της ευθανασίας, νομοθεσία, καθώς και η παρούσα ελληνική πραγματικότητα, σε μια προσπάθεια να καταδειχθούν οι προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει η σύγχρονη εγκληματολογία.

Λέξεις κλειδιά: «ευθανασία», «ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα», «νομοθετική αντιμετώπιση», «εγκληματολογία».

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	1
Μέρος α΄ : Παρουσίαση της πρακτικής της ευθανασίας.....	3
Κεφάλαιο 1 ^ο : Ιστορική αναδρομή.....	3
Κεφάλαιο 2 ^ο : Εννοιολογικός Προσδιορισμός της ευθανασίας.....	14
α) Ορισμός.....	14
β) Ιδιαίτερες παράμετροι.....	15
γ) Ειδικότερες μορφές ευθανασίας.....	18
<i>i) Ενεργητική Ευθανασία.....</i>	<i>18</i>
<i>ii) Παθητική Ευθανασία.....</i>	<i>19</i>
<i>iii) Περιπτώσεις παθητικής ευθανασίας - Ασθενείς σε οριακές καταστάσεις: εγκεφαλικός και κλινικός θάνατος – σύνδεση με μεταμοσχεύσεις.....</i>	<i>22</i>
<i>iv) Εκούσια, μη εκούσια και ακούσια ευθανασία.....</i>	<i>27</i>
<i>v) Ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία.....</i>	<i>30</i>
<i>vi) - Η ευθανασία «ελαττωματικών» νεογνών.....</i>	<i>32</i>
Μέρος β΄: Προσεγγίσεις του ζητήματος της ευθανασίας.....	34
Ι) Επιχειρήματα περί αποδοχής της ευθανασίας.....	34
α) Ωφελιμιστικό επιχείρημα.....	34
β) Η αξιοπρέπεια του πάσχοντος ατόμου.....	36
γ) Το δικαίωμα στην αυτόνομη επιλογή του χρόνου και του τρόπου του θανάτου (άλλως το δικαίωμα στο θάνατο).....	41
δ) Η κατηγορική προσταγή του Καντ.....	45

ε) Το ανθρωπιστικό επιχείρημα.....	46
στ) Η υποχρέωση του γιατρού να απαλύνει τον πόνο.....	49
 II) Επιχειρήματα περί μη αποδοχής της ευθανασίας.....	51
α) Ολισθηρός Κατήφορος, το άνοιγμα των ασκών του Αιόλου.....	51
β) Ο απόλυτος χαρακτήρας της ζωής.....	58
γ) «Primum non nocere», η αποφυγή βλάβης του ασθενούς.....	61
δ) Επιχειρήματα θεολογικής προέλευσης.....	63
 Μέρος γ': Νομοθετική ρύθμιση της ευθανασίας.....	66
Κεφάλαιο 1 ^ο : Η Διεθνής πραγματικότητα.....	66
I) Το Ολλανδικό Μοντέλο Ευθανασίας -.....	66
II) Βέλγιο -.....	69
III) Ελβετία -.....	71
IV) Πολιτεία Όρεγκον των ΗΠΑ -.....	72
V) Αυστραλία -.....	74
VI) Ευρωπαϊκή Σύμβαση του Οβιέδο του 1997 για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική -.....	75
 Κεφάλαιο 2 ^ο : Ελληνική Πραγματικότητα.....	76
- Η ευθανασία από ποινική σκοπιά.....	76
 Συμπεράσματα.....	89
Βιβλιογραφία.....	98

Εισαγωγή

Όταν έγραψε ο Επίκουρος πως ο θάνατος δεν πρέπει να τρομάζει τον άνθρωπο, διότι απλώς θάνατος και άνθρωπος δε συναντώνται ποτέ στην πράξη ¹, εξέφραζε τις αγωνίες της εποχής του και σε αυτές επιχειρούσε να δώσει ικανοποιητική απάντηση με την πρωτότυπη και ρηξικέλευθη άποψή του. Αυτό που σίγουρα δε μπορούσε να φανταστεί ήταν πως, σε κάποια μελλοντική εποχή, ο φόβος του θανάτου θα αντικαθίστατο εκ νέου από την αγωνία για τον τρόπο επέλευσής του. Η εποχή αυτή έφτασε και είναι η δική μας. Διότι είναι αλήθεια ότι ο άνθρωπος σήμερα αντιμετωπίζει καταστάσεις ή ενδεχόμενα, από τα οποία ο θάνατος δεν είναι καθόλου τρομερότερος.

Το δίλημμα της ευθανασίας δεν είναι νέο, είναι παλιό. Ανέκαθεν αποτελούσε μια πρόκληση για τους γιατρούς, τους κοινωνικούς επιστήμονες, τους νομικούς, αλλά και για όλο τον κόσμο. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια προβάλλεται ολοένα κι εντονότερο, αφενός διότι η ραγδαία τεχνολογική πρόοδος αύξησε τις δυνατότητες επέμβασης στο χρόνο του θανάτου, καθιστώντας δυνατή την παράταση της ζωής με εξελιγμένες υποστηρικτικές ιατρικές πράξεις, κι αφετέρου διότι στη σημερινή εποχή δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας κι αυτονομίας, ως δυνατότητας διαχείρισης από τον ίδιο τον άνθρωπο των υπαρξιακών καταστάσεων που τον αφορούν. Έτσι, παρότι κατά κανόνα η ευθανασία απαγορεύεται ως προσβάλλουσα ευθέως το απόλυτο κι αδιαπραγμάτευτο αγαθό της ζωής, ως φιλοσοφικό και κοινωνικό ζήτημα αλλά κι από άποψη νομοθετικής πολιτικής, εξακολουθεί να απασχολεί και να επανέρχεται στο τραπέζι των επιστημονικών συζητήσεων, με το βάρος να ρίχνεται κυρίως στην ανάγκη της προστασίας του ανθρώπου από ένα ανώδυνο και ανάξιο γι' αυτόν τέλος.

¹ «Ο θάνατος είναι ξένος προς εμάς, όσο υπάρχουμε, δεν υπάρχει αυτός, κι όταν αυτός έλθει δεν υπάρχουμε εμείς». *Επίκουρος*, *Ηθική*, 139, II.

Πολλά είναι τα επιχειρήματα που προβάλλονται τόσο προς υποστήριξη της ευθανασίας όσο και προς απόρριψή της, το καθένα με τη βασιμότητά του. Στις συζητήσεις, επιχειρείται ένας επαναπροσδιορισμός των ορίων της ιδιωτικής αυτονομίας και της προσωπικής ελευθερίας, επιστρατεύονται φιλοσοφικές και νομικές κατασκευές για το «δικαίωμα στο θάνατο» και για την ισχύ των «διαθηκών ζωής» ή «των προγενέστερων οδηγιών» που εκφράζουν τις προσωπικές αξίες του ασθενούς και γίνονται διακρίσεις ανάμεσα σε ενεργητική και παθητική ευθανασία, σε ευθανασία κι υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ή σε ευθανασία και ανακουφιστική ιατρική αγωγή. Καταβάλλονται προσπάθειες να καθοριστούν τα στάδια και τα είδη των ασθενειών, καθώς και η εξαιτίας τους επιβάρυνση του αρρώστου, που θα δικαιολογούσαν ενδεχομένως την προγραμματισμένη διακοπή της ζωής, οι φορείς που θα έπρεπε να συμμετέχουν σε μια τέτοια απόφαση, αλλά και όλοι οι υπόλοιποι όροι που θα προφύλασσαν από τον κίνδυνο των καταχρήσεων ή από το ενδεχόμενο να σκοτώσουμε κάποιον που δεν είναι σίγουρο ότι βρίσκεται σε μη αναστρέψιμη κατάσταση ή που δεν έχει δώσει τη συναίνεσή του, επιχειρήματα που συνιστούν ισχυρό αντίλογο.

Σημαντικό είναι και το γεγονός ότι κάποιες χώρες, όπως οι Βόρειες επαρχίες της Αυστραλίας, η Ολλανδία, το Βέλγιο και η πολιτεία Όρεγκον των ΗΠΑ, έκαναν τα πρώτα αποφασιστικά βήματα προς την κατεύθυνση της νομοθετικής αναγνώρισης της ευθανασίας υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Πάντως κατά κανόνα το σύνολο των έννομων τάξεων αντιμετωπίζει το ζήτημα με σκεπτικισμό κι επιφύλαξη. Η ελληνική έννομη τάξη και νομολογία διάκινεται μέχρι στιγμής αρνητικά απέναντι στο θέμα αυτό. Ωστόσο η προσέγγιση του ζητήματος της ευθανασίας δεν αφορά μόνο τη νομική αξιολόγησή του, αλλά επεκτείνεται και σε άλλες μορφές έρευνας, όπως είναι η ιατρική, η ηθική, η κοινωνική, η φιλοσοφική, η θρησκευτική κλπ., διότι όλα είναι

αλληλένδετα. Τι πρέπει να γνωρίζει ο γιατρός και ποιες συνέπειες μπορεί να έχει αν βρεθεί αντιμέτωπος με τέτοιο δίλημμα; Μπορεί το άτομο ή ο γιατρός υπακούοντας απλώς και μόνο στη φωνή της συνείδησής του, να καταφεύγει στη λύση της ευθανασίας χωρίς όμως να αξιώνει συγχρόνως και την επιδοκιμασία της έννομης τάξης;

Σκοπός της παρούσας είναι αυτό ακριβώς, να προτείνει αφενός, είτε ακόμη και να δώσει -κατά το δέον- απαντήσεις, με βάση από τη μια, τις προσεγγίσεις του ζητήματος της ευθανασίας, όπως προκύπτουν από την φιλοσοφική, ηθική, κοινωνική, νομική, ιατρική και θρησκευτική θεώρηση αυτού, κι από την άλλη με βάση το νομικό πλαίσιο που ισχύει στις διακείμενες θετικά προς την ευθανασία χώρες, αλλά και στη χώρα μας, ώστε ο τρίτος παρατηρητής να δύναται να εξαγάγει ανεπηρέαστος τα δικά του συμπεράσματα ως προς το πολύπλευρο και ιδιαίτερα φλέγον ζήτημα της ευθανασίας, κι αφετέρου να καταδείξει τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει η σύγχρονη εγκληματολογία και που σχετίζονται με τα ηθικοδεοντολογικά προβλήματα που γεννώνται από την παρουσία νομοθεσίας αναφερόμενης στο ζήτημα αυτό.

Μέρος α' : Παρουσίαση της πρακτικής της ευθανασίας

Κεφάλαιο 1^ο: Ιστορική αναδρομή

Η «ευθανασία», λέξη καθαρά ελληνική, απαράλλακτη σε γραφή και έννοια σε όλες τις λατινογενείς γλώσσες, προερχόμενη από το ρήμα «ευθανάτεω-ώ», σήμαινε τον καλό, ή εύκολο – αιφνίδιο, ανώδυνο και χωρίς αγωνία – θάνατο, τον ένδοξο, π.χ. στον πόλεμο, τον έντιμο κι ευτυχή θάνατο ². Η λέξη συναντάται μόλις τέσσερις φορές στην αρχαία, κλασσική και ελληνιστική γραμματεία. Συγκεκριμένα αναφέρεται

² Αβραμίδης Α., (1995), *Ευθανασία*, Εκδόσεις Ακρίτας, Αθήνα, σελ. 13.

στον Πολύβιο, στον Κλήμη τον Αλεξανδρέα, στον Ποσίδιππο και στον Αίλιο, με την έννοια του καλού θανάτου, ως αποτέλεσμα της φυσικής ροής της ζωής ή ως δώρο των θεών. Ο Πολύβιος την αναφέρει ως των «αγαθών ανδρών άθλον», ο Κλήμης την παραλληλίζει με την ευγηρία, που θεωρείτο το μέγιστο αγαθό, ενώ ο Αίλιος την εντάσσει στα μέγιστα αγαθά, μαζί με τη φιλία, την παιδεία, τον πλούτο και τη δόξα. Ο Ποσίδιππος τέλος τη θεωρεί ως το καλύτερο πράγμα που μπορεί να αποσπάσει ο άνθρωπος από τους θεούς ³. Αντιλαμβάνεται κανείς το ενδιαφέρον που έδειχναν στα αρχαία χρόνια για το τέλος της ζωής, αφού αυτό αποτελούσε το επιστέγασμα μιας ολόκληρης ζωής, ικανό να στερήσει την επιδιωκόμενη υστεροφημία κι ως εκ τούτου την αθανασία ⁴.

Παρά το γεγονός ότι ο όρος ευθανασία όταν χρησιμοποιείται σημαίνει κάτι εντελώς διαφορετικό απ' ότι σήμερα, το ζήτημα της επίσπευσης του θανάτου κάθε άλλο παρά περιθωριακό ήταν στην αρχαιότητα. Στην αρχαία Σπάρτη εφαρμόζονταν ένα είδος ευθανασίας, η λεγόμενη «ευγονική ευθανασία», ως θεσμός της πόλης – κράτους ⁵. Σύμφωνα με τους νόμους της πόλης, οι Σπαρτιάτες μπορούσαν να ρίχνουν στον Καιάδα, ή να εγκαταλείπουν σε έρημες τοποθεσίες, τους «αποθέτας», τα ασθενικά, ελαττωματικά και παραμορφωμένα παιδιά τους, προκειμένου να πεθάνουν από την έλλειψη φροντίδας. Στην Κέα εφαρμόζονταν ένα είδος κοινωνικής ευθανασίας, η λεγόμενη «γεροντοκτονία», και όσοι ξεπερνούσαν τα εξήντα χρόνια, έπρεπε να πιουν το κώνειο για να πεθάνουν, υπακούοντας στην αντίληψη ότι όποιος δε μπορεί να ζει καλά και να απολαμβάνει τη ζωή, οφείλει να μη συνεχίζει να ζει ⁶.

³ Πρωτοπαπαδάκης Ε., (2003), *Η Ευθανασία απέναντι στη σύγχρονη Βιοηθική*, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα- Κομοτηνή, σελ. 24-25, υποσημειώσεις (14), (16), (17) και (18) όπου γίνεται ευθεία αναφορά στα συγκεκριμένα αποσπάσματα από τα αρχαία κείμενα.

⁴ Σύμφωνα με τον Σόλωνα, η ύψιστη ευτυχία ήταν ο καλός θάνατος, *Ηροδότου Ιστορία*, I, 29,33.

⁵ Τα βρέφη έπρεπε να περάσουν από αυστηρό έλεγχο προκειμένου να απολάβουν της ιδιότητας του Σπαρτιάτη και να αποκτήσουν κλήρο. Βλ. ειδικότερα Mc Dowel D.M., (1988), *Σπαρτιατικό Δίκαιο*, Εκδόσεις Παπαδήμα, Αθήνα, σελ. 85-87.

⁶ Λεοντάκης Α., (8-12-1992) «Ο νόμος της Ιουλίδος. Γεροντοκτονία στην Κέα (Τζια)», *Εφημερίδα Το Βήμα*.

Οι Κάσπιοι επίσης, όταν οι γονείς του έφθαναν στα εβδομήντα, τους έκλειναν κάπου και τους εγκατέλειπαν εκεί, ώστε να πεθάνουν από την πείνα. Γεροντοκτονία εφαρμόζαν και οι Μασαγέτες, οι Έρουλοι και οι Βακτριανοί στην αρχαία Σαρδηνία κι αλλού, κυρίως όμως ως έθιμο ⁷. Ένα άλλο είδος ευθανασίας εφαρμόζονταν σε κάποιες πρωτόγονες κοινωνίες και φυλές, με τη δοκιμασία του «κοκκοφοίνικα». Υποχρέωναν τον γέροντα ή τον ασθενή ν' ανέβει στο δέντρο και στη συνέχεια το κουνούσαν δυνατά από κάτω. Αν μπορούσε να κρατηθεί, του επέτρεπαν να ζήσει, θεωρώντας τον χρήσιμο για την κοινωνία, στην περίπτωση όμως που έπεφτε και σκοτωνόταν, δεν είχαν τύψεις, διότι αποδεδειγμένα δεν ήταν ικανός να ζήσει ⁸.

Σαφή θέση υπέρ της ευθανασίας, με την έννοια της επίσπευσης του θανάτου έχει διατυπώσει κι ο Πλάτων. Στο έργο του «Πολιτεία» επικρίνει αυστηρά τον Ηρόδικο, διδάσκαλο και γυμναστή, διότι όταν προσεβλήθη από θανάσιμη ασθένεια, συνδυάζοντας την ιατρική και τη γυμναστική «έκανε μακρύ και βραδύ το θάνατό του», «βασανίζοντας με αυτόν τον τρόπο, πρώτα τον εαυτό του, αλλά και πολλούς άλλους, φθάνοντας με αυτή τη «σοφία» του σε βαθιά γεράματα». Όταν ρωτήθηκε μάλιστα «αν θα νομοθετούσε για την πόλη μια ιατρική και μια δικαστική που θα φρόντιζε μόνο για εκείνους τους πολίτες, οι οποίοι έχουν υγιές σώμα και καλή ψυχή, ενώ όσους δε διαθέτουν σωματική υγεία, θα τους άφηνε να πεθάνουν, εκείνους δε που η ψυχή τους είναι εκ φύσεως κακή κι αδιόρθωτη, αν θα τους καταδίκασε σε θάνατο» απάντησε «αυτό αποδείχτηκε το καλύτερο που έχουμε να κάνουμε γι' αυτούς τους ίδιους αλλά και για την πόλη» ⁹. Βλέπουμε λοιπόν, ότι ο Πλάτωνας προτείνει ένα είδος κοινωνικής ευθανασίας, προκρίνοντας το θάνατο του επιβλαβούς πολίτη, προκειμένου να επιτευχθεί η ευημερία της πολιτείας, που ταράσσεται από την

⁷ Γκούρλας Π., Λαμπαδάκης Ι., Αποστολίδης Ι., Τζώρτζη Α., «Γεροντοκτονία στην Κέα και αλλού», Ανακοινώσεις στο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, 17 – 21 Μαΐου 1994.

⁸ Καίσαρης Π., (1999), *Περί της Ευθανασίας*, Αχαϊκές Εκδόσεις, Πάτρα, σελ. 65-66.

⁹ *Πλάτωνος Πολιτεία III*, Μετάφραση Ι.Ν. Γρυπάρη, σελ. 120-125 και Μαραγγιανού - Δερμούση, *Πλατωνικά Θέματα*, (1994) Καρδαμίτσα, Αθήνα, σελ. 40.

παρουσία του, αλλά και για να ανακουφιστεί ο ίδιος ο άρρωστος, καταδικάζοντας ταυτόχρονα κάθε άνευ ουσίας παράταση της ζωής.

Ο Αριστοτέλης, αντίθετα, επικρίνει την ευθανασία, με τη μορφή της υποβοηθούμενης από τον ιατρό αυτοκτονίας. Στο έργο του «Ηθικά Ευδήμια» αναφέρει: «Με κανέναν τρόπο δεν θα ονομάσουμε ανδρείους αυτούς που αυτοκτονούν - και δεν είναι καθόλου λίγοι – για να γλιτώσουν από τους πόνους»¹⁰. Από το απόσπασμα αυτό γίνεται έκδηλο ότι η ευθανασία με την ανωτέρω μορφή αποτελούσε μια καθημερινή πρακτική στην αρχαιότητα, με τον άρρωστο να καταφεύγει στην αυτοκτονία, όταν οι πόνοι του γίνονταν ανυπόφοροι ή όταν δεν προσδοκούσε καμία γιατρεία, με τη λήψη δηλητηρίου που του χορηγούσε ο γιατρός. Η νομοθεσία της αρχαίας Μασσαλίας επέτρεπε να πίνουν δηλητηριώδες ποτό οι πολίτες, που δήλωναν στις αρχές ότι ήθελαν να πεθάνουν ήσυχα, αφού θεωρούσαν τους εαυτούς τους δυστυχείς στον επίγειο βίο. Κάτι ανάλογο γινόταν σε παρόμοιες περιπτώσεις, κατά τον Στράβωνα και στην Κω¹¹.

Αντίθετη στην ευθανασία ήταν η λεγόμενη «Ιπποκρατική Σχολή». Σύμφωνα με τον γνωστό σε όλους Όρκο του Ιπποκράτη¹² – όρκο που διέπει ακόμη και σήμερα την ιατρική ηθική ως ένα σημείο – ο γιατρός απαγορευόταν να χορηγήσει σε ασθενή θανατηφόρο φάρμακο ή να συμβουλευσει ασθενή να κάνει χρήση τέτοιου φαρμάκου, ακόμη και ύστερα από επίμονη αίτηση του τελευταίου, προκειμένου αυτός ν' απαλλαγεί από την ταλαιπωρία και τον πόνο. Η απαγόρευση αυτή αποτελεί μία

¹⁰ Λυπουρλής Δ., (2006) «Ου δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμον ουδέ υφηγήσομαι συμβουλήν τοιήνδε»: Η «Ευθανασία» στην καθημερινή ζωή της αρχαιότητας», σελ. 11-18 (15), στο με επιμέλεια Καϊάφα – Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη Ε., Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., (2007) *Ευθανασία*, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής -3, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη.

¹¹ Καράμπελας Λ., (1987), *Η Ευθανασία και το Δικαίωμα στη Ζωή και στο Θάνατο (από ποινική άποψη)*, Εκδοτική Εστία, Αθήνα, σελ. 26.

¹² ««Ου δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμον ουδέ υφηγήσομαι συμβουλήν τοιήνδε». Βλ. Λυπουρλής Δ., (2006), ο.π., σελ. 13-16, όπου εκτίθεται η άποψη του Γερμανού φιλόλογου Karl Deichgraber για την Ιατρική επαγγελματική ηθική του Ιπποκρατικού όρκου αλλά και η αντίθετη άποψη του επίσης Γερμανού Ludwig Edelstein που ενέχει αντιρρήσεις σχετικά με το ότι ο όρκος εκφράζει απόλυτα την Ιπποκρατική Σχολή.

ακόμη απόδειξη για την ύπαρξη του προβλήματος της ευθανασίας, - με τη σημερινή μάλιστα ενεργητική της μορφή – κατά την αρχαιότητα. Και οι Πυθαγόρειοι φιλόσοφοι με τη σειρά τους θεωρούσαν αθέμιτη, με όποιον τρόπο κι αν γινόταν, την αφαίρεση της ζωής, ενώ ήταν και οι μόνοι στην αρχαιότητα που απαγόρευαν την αυτοκτονία ¹³. Οι Στωικοί φιλόσοφοι ωστόσο, θεωρούσαν την ευθανασία, με την μορφή της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, ως τη μόνη εναλλακτική λύση στον πόνο και στις ανίατες αρρώστιες ¹⁴. Με αυτό τον τρόπο τελείωσε τη ζωή του ο Στωικός φιλόσοφος Ζήνων, που αυτοκτόνησε σε μεγάλη ηλικία με δηλητήριο, επειδή δε μπορούσε να αντέξει επίμονους και βασανιστικούς πόνους κατά τον τελευταίο χρόνο της ζωής του. Στους Ρωμαϊκούς χρόνους, τέλος, η ευθανασία αντιμετωπιζόταν ως διέξοδος από την προβληματική και ασθενική ζωή αλλά και ως «προληπτική μέριμνα» για κάθε απρόσμενο ενδεχόμενο ¹⁵.

Η πρακτική της ευθανασίας αναφέρεται επίσης σε χωρία της Παλαιάς Διαθήκης. Αν και δεν υπάρχει αυτούσια αναφορά του όρου, ως πράξη συναντάται σε δύο περιπτώσεις ¹⁶. Όταν ο βασιλιάς Σαούλ τραυματίζεται θανάσιμα σε μάχη κατά των Αμαληκίων, ζητά επίμονα από τον ακόλουθό του να συντομεύσει την αγωνία

¹³ Είναι γνωστό ότι ο Πυθαγόρας είχε δώσει στη σχολή του όλα τα χαρακτηριστικά μιας θρησκευτικής αδελφότητας, ενός θρησκευτικού τάγματος. Οι μνημένοι αναλάμβαναν την υποχρέωση να ακολουθήσουν έναν αυστηρό ηθικοθρησκευτικό τρόπο ζωής. Η εγκράτεια και η λιτότητα, η σκληραγωγία και η προσπάθεια για σωματική και ψυχική υγεία, ο σεβασμός προς τους θεούς, τους γονείς, τους φίλους και τους νόμους αποτελούσαν, μαζί με την παροιμιώδη αυτοκυριαρχία και πειθαρχία, τις κύριες αρετές του Πυθαγόρειου τρόπου ζωής. Admiraal P., «Euthanasia and Assisted Suicide, in Birth to Death», *Science and Bioethics*, (1996), ed. Thomasma D. & Kushner T., pp. 207-216 (213-214).

¹⁴ Emanuel E., (1994), «The History of Euthanasia Debate in the United States and Britain», *Annals Of Internal Medicine*, 121, (10), pp. 793-802 (797).

¹⁵ Γνωστή είναι η ρήση του Ρωμαίου φιλοσόφου και ποιητή Σενέκα, στο φιλοσοφικό του δοκίμιο «De Rerum Natura», «...ακριβώς όπως όταν πρόκειται να ταξιδέψω, θα διαλέξω το πλοίο ή αν πρόκειται να κατοικήσω θα διαλέξω το σπίτι μου, έτσι θα διαλέξω και το θάνατό μου όταν πρόκειται να φύγω από τη ζωή...». Emanuel E., (1994), «Euthanasia, Historical, Ethical and Empirical Perspectives», *Archives of Internal Medicine*, 154, pp. 1893.

¹⁶ Για περισσότερες πληροφορίες βλ. Barraclough B., (1990), «The Bible Suicides», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, pp. 64-69.

του, σκοτώνοντάς τον ¹⁷. Όταν αυτός αρνείται, ο Σαούλ πέφτει πάνω στο σπαθί του, αλλά και πάλι το επιδιωκόμενο τέλος δεν έρχεται, εντείνοντας όλο και περισσότερο την αγωνία του θανάτου. Τότε ο Σαούλ παρακαλεί έναν Αμαληκίτη να του πάρει τη ζωή. Ο στρατιώτης πράγματι τον ευσπλαχνίζεται και δίνει τέλος στο μαρτύριο του. Ωστόσο ο νέος βασιλιάς Δαβίδ δεν βλέπει στην πράξη ίχνη οίκτου και ευσπλαχνίας, αλλά αντίθετα την αντιμετωπίζει ως προϊόν κακίας, άξια σκληρής τιμωρίας, με βάση τις Βιβλικές επιταγές για την αξία της ζωής ¹⁸. Ευθεία αναφορά στην ευθανασία στην Παλαιά διαθήκη, συνιστά και η περίπτωση του Αβημελέχ, που όταν τραυματίστηκε στη μάχη, ζήτησε από τον υπασπιστή του να επισπεύσει το θάνατό του και να τον απαλλάξει από την αγωνία ¹⁹. Στην Καινή Διαθήκη πουθενά δε γίνεται λόγος για ευθανασία ²⁰, γεγονός εύλογο, αν λάβει κανείς υπόψη του τη βασικότερη διδαχή της περί της ιερότητας της ζωής, ακριβώς επειδή παραχωρήθηκε στον άνθρωπο από το Θεό.

Πάντως ο όρος ευθανασία, με τη σημασία του ανώδυνου, χωρίς αγωνία, αξιοπρεπούς τέλους της ζωής ενός ανθρώπου, εισήχθη για πρώτη φορά από τον Άγγλο φιλόσοφο, πολιτικό και νομικό Francis Bacon περί το 1620. Σύμφωνα με αυτόν σκοπός της ιατρικής είναι η αποκατάσταση της υγείας και η καταπράυνση των πόνων, όχι μόνο όταν η καταπράυνση αυτή μπορεί να οδηγήσει στην ίαση αλλά κι όταν αυτή μπορεί να χρησιμεύσει στην εξασφάλιση ενός γαλήνιου κι ανώδυνου θανάτου (euthanasia) ²¹. Την ίδια περίπου εποχή ο βυζαντινός νεοπλατωνικός Γεώργιος Γεμιστός Πλήθωνας, επηρεασμένος από τις διδασκαλίες του Πλάτωνα και

¹⁷ Βασιλειών Α', λα': 4-6, *Παλαιά Διαθήκη* κατά τους εβδομήκοντα, (1969), Αδελφότης Θεολόγων «Η ζωή», 6^η έκδοση, Αθήνα.

¹⁸ Βασιλειών Β', α': 6-10, 14-16, *Παλαιά Διαθήκη*, ο.π.

¹⁹ Κριταί Θ', 50-55, *Παλαιά Διαθήκη*, ο.π.

²⁰ Μόνο με την έννοια του ευτυχισμένου και γαλήνιου θανάτου, γνωστή η ρήση «..χριστιανά τα τέλη της ζωής υμών, ανώδυνα, ανεπαίσχυντα...», *Θεία Λειτουργία Ιωάννου Χρυσοστόμου*, Αδελφότης Θεολόγων «Ο Σωτήρ».

²¹ Σκούρτης Χ., (2006), «Ενεργητική Ευθανασία», σελ. 91- 102 (92), στο με επιμέλεια Καϊάφα – Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη Ε., Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., (2007) *Ευθανασία*, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής -3, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη.

απηυδισμένος από την συνηθισμένη για την εποχή, εφαρμογή της ποινής του ακρωτηριασμού στους ενόχους διαφόρων αδικημάτων, κρίνει προτιμότερο να τους επιβάλλεται η θανατική ποινή έτσι ώστε να απαλλάσσεται η ψυχή από το σώμα - φορέα της αθλιότητας, και η πολιτεία από το όνειδος ²².

Στα νεώτερα χρόνια ο Γερμανός φιλόσοφος Νίτσε εξέφρασε την άποψη ότι θα πρέπει να θανατώνονται τα παράσιτα της κοινωνίας, αλλά και οι άνθρωποι οι οποίοι φυτοζωούν, έχοντας χάσει το αίσθημα του μέλλοντος, προτείνοντας ένα είδος «κοινωνικής ευθανασίας» ²³. Υπό το πρίσμα των αντιλήψεων αυτών οι Γερμανοί Hoche και Binding, καθηγητές ψυχιατρικής και νομικής αντίστοιχα, εξέδωσαν περί το 1920 μία μελέτη σχετικά με την ευθανασία, υποστηρίζοντας ότι η «καταδώρηση» ενός ανώδυνου θανάτου σε άτομα που έπασχαν από επώδυνη ασθένεια και που ζητούσαν τη θανάτωσή τους, όχι μόνο δεν ήταν άδικη, αλλά αντίθετα συνιστούσε εκπλήρωση υποχρέωσης απέναντι στα άτομα αυτά. Κατά τον ίδιο τον Binding «...δεν υπάρχει από δικαιοσύνη, κοινωνική, ηθική ή θρησκευτική σκοπιά κανένας δικαιολογητικός λόγος για να μη θεωρηθεί ελεύθερη η θανάτωση τέτοιων ατόμων που απαιτούν το θάνατο ως λύτρωση. Η ζωή στο στάδιο αυτό έχει σε τέτοιο βαθμό αποβάλλει την ιδιότητα του έννομου αγαθού, ώστε η παράτασή της έχει χάσει κάθε αξία τόσο για το φορέα της όσο και για το κοινωνικό σύνολο. Η πράξη πρόκλησης του θανάτου δεν αποτελεί καν ανθρωποκτονία, αποτελεί αντίθετα εκπλήρωση νομικής υποχρέωσης απέναντι σ' εκείνον που πάσχει...» ²⁴. Ωστόσο κατά τους δύο επιστήμονες η ίδια λύση θα έπρεπε να γίνει δεκτή και στην περίπτωση ατόμων που έπασχαν από ανίατη πνευματική πάθηση, ήτοι άτομα με εγκεφαλική βλάβη,

²² Τουρτόγλου Μ., *Ποινικές αντιλήψεις του Γεωργίου Γεμιστού – Πλήθωνος στους «Νόμους» του*, (1989), Αφιέρωμα εις τον Κωνσταντίνο Βαβούσκον, Τόμος Α', Θεσσαλονίκη, σελ. 341.

²³ Αβραμίδης Α., (1995), ο.π., σελ. 54 που αναφέρεται σε Κυριαζή Κ., «Ευθανασία: Δολοφονία ή πράξη ανθρωπισμού; Έρευνα», (12-5-1988), *Εφημερίδα Οικονομικός*.

²⁴ Binding K., Hoche A., (1922), *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Leben, ihr mass und ihre form*, Felix Meiner, Λειψία, pp. 29 επ.

διανοητικά καθυστερημένα κλπ., έστω και χωρίς τη συναίνεσή τους, δεδομένου ότι η ζωή των ατόμων αυτών, αποδεδειγμένα - λόγω της κατάστασής τους- ήταν άσκοπη, «ανάξια να τη ζει κανείς», αλλά κι επώδυνη για τα ίδια, αλλά και βάρος για τους συγγενείς και για το κοινωνικό σύνολο. Τα οφέλη για την κοινωνία θα ήταν τεράστια, αν η οικονομική ενίσχυση που κατευθυνόταν στη διατήρηση και τη φροντίδα «ασήμαντης ζωής» διοχετεύονταν σε αυτούς που πραγματικά τη χρειαζόνταν, τους υγιείς ²⁵.

Η διάκριση αυτή ανάμεσα σε ζωή «άξια» και «ανάξια να τη ζει κανείς» αποτέλεσε το ιδεολογικό θεμέλιο για την άσκηση της ναζιστικής πολιτικής στον τομέα ανάδειξης της υπεροχής και της καθαρότητας της άριας φυλής ²⁶. Το κατ' ευφημισμόν αποκαλούμενο «πρόγραμμα ευθανασίας» των Ναζί χωριζόταν σε δύο φάσεις.

Η πρώτη φάση περιλάμβανε την ευθανασία παιδιών (το επονομαζόμενο «πρόγραμμα ευθανασίας παιδιών ²⁷»). Τον Αύγουστο του 1939, μια εγκύκλιος που εκδόθηκε από το Υπουργείο Εσωτερικών του Ράιχ έδινε εντολή να αναφέρονται οι γεννήσεις βρεφών με παραμορφώσεις. Έπρεπε να καταγράφονται όλα τα νεογνά για τα οποία υπήρχαν υπόνοιες ότι έπασχαν από τις παρακάτω συγγενείς διαμαρτίες: α) ιδιωτεία και μογγολισμό (ιδιαίτερα περιπτώσεις τύφλωσης και κώφωσης), β) μικροκεφαλία, γ) υδροκεφαλία σοβαρής ή προϊούσας μορφής, δ) παραμορφώσεις κάθε είδους, ιδιαίτερα δε απουσία μελών, δισχιδή ράχη, και ε) παράλυση. Μερικά από τα βρέφη αυτά ταυτοποιούνταν από τους «εκτιμητές» (που στην πραγματικότητα

²⁵ Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., *Εγκλήματα κατά της ζωής (άρθρα 299 – 307 Π.Κ., (2001), β' έκδοση Εκδόσεις Ποινικού Δικαίου -16-, Διευθυντής σειράς Μανωλεδάκης Ι., β' έκδοση Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη, σελ. 180-181 καθώς και Euthanasia website material, November 2001, από URL: <http://www.spuc.org.uk>, pp. 1-37 (16-17).*

²⁶ Collison J., (1997), «Life Devoid of Value», *Four County Catholic*.

²⁷ MacKlin R., (1992), «Τι είναι αυτό που καθιστά ανατιολόγητη τη θανάτωση από πρόθεση; », σελ. 87- 101 (94-95) στο βιβλίο του Beauchamp T., (2007), *Ευθανασία, Ηθικές, φιλοσοφικές, ιατρικές και νομικές διαστάσεις*, μτφ. Κάντζολα – Σαμπατάκου Βεατρίκη, Εκδόσεις Αρχιτέλαγος, Αθήνα.

δεν τα εξέταζαν) και «μαρκάρωνταν» ως υποψήφια για θάνατο. Τα βρέφη της ομάδας αυτής μεταφέρονταν σε ειδικές «παιδιατρικές κλινικές», όπου πέθαιναν, είτε από ασιτία, είτε από θανατηφόρες ενέσεις, είτε από ασθένειες οφειλόμενες στην υποθρεψία. Οι γονείς των βρεφών πιέζονταν να δώσουν την άδειά τους να μεταφερθούν τα βρέφη στις ειδικές κλινικές με την αιτιολογία ότι εκεί θα τους παρέχονταν η καλύτερη δυνατή θεραπεία. Ο λόγος που δηλωνόταν ήταν ολότελα ψευδής, με σαφή στόχο να εξαπατηθούν οι γονείς ως προς το σκοπό αυτό της μεταφοράς. Οι γονείς μπορούσαν ωστόσο να αρνηθούν, αλλά τότε ήταν υποχρεωμένοι να υπογράψουν μια δήλωση με την οποία δεσμεύονταν ότι θα έπαιρναν τα παιδιά από το νοσοκομείο και θα τους παρείχαν επίβλεψη και φροντίδα.

Η δεύτερη φάση περιλάμβανε την ευθανασία ενηλίκων. Το πρόγραμμα αυτό διοργανώθηκε ξεχωριστά από το αντίστοιχο πρόγραμμα για τα παιδιά και είχε διαφορετική προϊστορία. Ξεκίνησε με μια δήλωση που έκανε τον Αύγουστο του 1939 ο Philipp Bouhler, μετέπειτα επικεφαλής της Καγκελαρίας του Κόμματος, ότι ο σκοπός εξόντωσης ατόμων «που ζούσαν ενώ δεν άξιζαν να ζουν» δεν ήταν μόνο η συνέχιση του «αγώνα κατά των γενετικών νοσημάτων αλλά και η απελευθέρωση νοσοκομειακών κλινικών και προσωπικού για τον επερχόμενο πόλεμο»²⁸. Το πρόγραμμα ευθανασίας ενηλίκων επικεντρώθηκε στους ενήλικους χρόνιους ασθενείς και ιδιαίτερα στους πάσχοντες από ψυχικά νοσήματα. Η εφαρμογή του περιλάμβανε τη συμμετοχή σχεδόν ολόκληρης της ψυχιατρικής κοινότητας καθώς και των γιατρών από τη γενική ιατρική κοινότητα. Σε μεταγενέστερη φάση του -την αποκαλούμενη στα έγγραφα των ναζί «άγρια ευθανασία» - οι γιατροί είχαν τη δυνατότητα να ενεργούν με δική τους πρωτοβουλία όσον αφορά τις αποφάσεις για το ποιος θα ζούσε και ποιος θα πέθαινε. Λίγο αργότερα η επίσημη ανακοίνωση του προγράμματος

²⁸ Proctor R., (1988), *Racial Hygiene: Medicine under the Nazis*, Harvard University Press, Cambridge, MA, p. 182.

μεταφράστηκε σε εκτίμηση αποδοτικότητας του κόστους του αριθμού των ατόμων που επρόκειτο να θανατωθούν. Το τελικό σύνολο των κριτηρίων για την εκτίμηση των υποψηφίων για το πρόγραμμα ευθανασίας ενηλίκων εκδόθηκε το Μάρτιο του 1941 πριν τον επίσημο τερματισμό του. Το έγγραφο απέκλειε ρητά τη γεροντική ηλικία ως κριτήριο: «Πρέπει να επιδεικνύεται εξαιρετική προσοχή στις περιπτώσεις γεροντικής ηλικίας. Μόνο επείγοντα περιστατικά, εγκληματίες ή αντικοινωνικά άτομα πρέπει να περιλαμβάνονται...Αυτή η αναφορά σε ηλικιωμένα άτομα δεν ισχύει για γέροντες ασθενείς με ψυχώσεις, όπως σχιζοφρένεια, επιληψία και ούτω καθεξής»²⁹.

Με το ξέσπασμα του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου η «ανθρωπιστική» αυτή πρακτική επεκτάθηκε στους Εβραίους, αποτελώντας ένα από τα μελανότερα σημεία της γερμανικής ιστορίας και καθορίζοντας μέχρι και σήμερα τη στάση της ανθρωπότητας απέναντι στο ζήτημα της ευθανασίας.

Η γνωστότερη ίσως περίπτωση ευθανασίας, κατά την ίδια περίπου εποχή, είναι αυτή του βασιλιά της Αγγλίας Γεωργίου του Ε΄. Την νύχτα της 29^{ης} Ιανουαρίου 1936 ο εβδομηντάχρονος μονάρχης ήταν πολύ άρρωστος (ήδη εδώ και τέσσερις συνεχείς ημέρες) και ήταν φανερό ότι πέθαινε, ενώ ελλόχευε ο κίνδυνος να πέσει σε κώμα. Η βασίλισσα Μαίρη και ο Πρίγκηπας της Ουαλίας Εδουάρδος ο Η΄ έδωσαν εντολή στον λόρδο Dawson να μην παραταθεί άσκοπα η ζωή του ασθενούς. Ο τελευταίος με μια θανατηφόρο ένεση μορφίνης επιτάχυνε τη διαδικασία του θανάτου του βασιλιά. Η υπόθεση αυτή έμεινε κρυφή μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1980, ότε κι ο βιογράφος του ιατρού αποκάλυψε τις σημειώσεις του τελευταίου προκαλώντας σάλο στην παγκόσμια κοινή γνώμη ιδίως λόγω της αιτιολόγησης της πράξης από τον γιατρό. Συγκεκριμένα ο γιατρός έγραφε: «...Ήταν προφανές πως το τελικό στάδιο θα

²⁹ Lifton R. J., (1986), *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide*, Basic Books, New York, p. 54.

διαρκούσε για πολλές ώρες, ανεπαίσθητο στον ασθενή αλλά ελάχιστα συνάδον με την αξιοπρέπεια και την ηρεμία, στις οποίες τόσο μεγάλη αξία έδινε, και οι οποίες απαιτούσαν μια σύντομη τελική σκηνή...», ενώ μια δεύτερη επισημάνση προκάλεσε μεγαλύτερη έκπληξη αφού καθιστούσε σαφές ότι το τέλος του βασιλιά είχε επισπευτεί και προκειμένου να καταχωρηθεί η είδηση του θανάτου του «..στις πρωινές εφημερίδες παρά στις λιγότερο προσήκουσες απογευματινές»³⁰. Παρότι η ιστορία αυτή έλαβε χώρα στο πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα, επηρέασε τη σύγχρονη σκέψη περί ευθανασίας, θέτοντας ζητήματα όπως η προσωπική αξιοπρέπεια, οι αξίες που ο κάθε άνθρωπος θέλει να διέπουν τη ζωή αλλά και το θάνατό του.

Χάρη σε περιπτώσεις όπως η ως άνω περιγραφόμενη, αλλά και σε άλλες περισσότερο ή λιγότερο συνταρακτικές, οι άνθρωποι έχουν αρχίσει να διάκεινται θετικά απέναντι στην ευθανασία, είτε την αντιμετωπίζουν ως ενδεχόμενο, είτε ως υπαρκτή πραγματικότητα. Σημαντικό ενισχυτικό ρόλο στις ολοένα κι αυξανόμενες τάσεις αποδοχής της, διαδραμάτισε επίσης και η σταδιακή νομιμοποίηση των αμβλώσεων (σχεδόν σε παγκόσμια κλίμακα)³¹. Οι γυναίκες κέρδισαν το δικαίωμα στην επιλογή της συνέχισης ή μη της κύησης. Παράλληλα η άποψη της με κάθε μέσο και υπό οποιαδήποτε συνθήκη, προάσπισης της ζωής δέχθηκε το πρώτο καίριο πλήγμα. Έγινε αποδεκτό ότι μια ανθρώπινη ζωή μπορεί να είναι ανεπιθύμητη και ότι σε αυτή την περίπτωση μπορεί να αφαιρεθεί. Οι υπέρμαχοι της ευθανασίας βρήκαν μια πολύτιμη ιδεολογική βάση προκειμένου να στηρίξουν τα δικά τους επιχειρήματα. Η σύνδεση ανάμεσα στην ευθανασία και στην αμβλωση υπήρξε τόσο άμεση ώστε οι

³⁰ Hilton B., (1991), *First do no harm*, Abington Press, Nashville, pp. 14-15.

³¹ «Το κίνημα της ευθανασίας έχει αποκτήσει δυναμική τα τελευταία χρόνια εξαιτίας του ζητήματος των αμβλώσεων και της δικαστικής υπόθεσης Roe v. Wade, με την απόφαση δια της οποίας το Ανώτατο Δικαστήριο των Ηνωμένων Πολιτειών νομιμοποίησε τις αμβλώσεις, γεγονός που αναγνωρίζεται ως σημείο καμπής για την αποδοχή της ευθανασίας από την κοινωνία. Όταν το δικαίωμα της επιλογής του τερματισμού μιας εγκυμοσύνης και της θανάτωσης ενός αγέννητου βρέφους απέκτησε νομική ισχύ (βασισμένο στο αξίωμα «του δικαιώματος της ιδιοκτησίας») το κίνημα της ευθανασίας απέκτησε νέα δύναμη», Stuart G., Curter W., Demy T., (1998), «Suicide and Euthanasia», *Grand Rapids*: Kregel Publications, p. 17.

οργανώσεις και οι φορείς που υποστήριζαν τις αμβλώσεις, επιχειρηματολογούν πια και υπέρ της ευθανασίας.

Κεφάλαιο 2^ο: Εννοιολογικός Προσδιορισμός της ευθανασίας

α) Ορισμός

Με τον όρο ευθανασία εννοούμε κυρίως έναν ανώδυνο κι αξιοπρεπή θάνατο με την εφαρμογή κάποιας μεθόδου για τον τερματισμό της ζωής του ανθρώπου. Πρόκειται για τη μέθοδο προκλήσεως του θανάτου, άνευ οδυνηρών συμπτωμάτων, προς συντόμευση της αγωνίας μιας οδυνηρής και μοιραίας έκβασης νόσου ³². Η ευθανασία ορίζεται επίσης ως η σκόπιμη και ηθελημένη θανάτωση από τρίτο πρόσωπο ³³, ανιάτου ή σοβαρά αναπήρου ασθενούς, με τη συναίνεσή του - ή ακόμη και χωρίς αυτή - , προς ανακούφιση ή απολύτρωση του, από την επιθανάτια οδυνηρή αγωνία, από αφόρητους πόνους που τα υπάρχοντα θεραπευτικά μέσα αδυνατούν να καταπραΰνουν ³⁴. Κατ' έναν άλλο ορισμό, ευθανασία είναι είτε, η ανώδυνη πρόκληση του θανάτου, είτε η μη πρόληψη του θανάτου από φυσικά αίτια σε περιπτώσεις ασθένειας τελικού σταδίου ³⁵. Στις μέρες μας ο όρος έχει προσλάβει ένα εξαιρετικά ευρύ περιεχόμενο ³⁶ και πέρα από την καταδόρωση ενός ανώδυνου θανάτου σε εκείνους που πεθαίνουν με επώδυνο τρόπο, λόγω βαριάς ασθένειας,

³² Biggs H., (2001), *Euthanasia, Death with Dignity and the Law*, Hart Publishing, Oxford - Portland Oregon, p. 12.

³³ «Ευθανασία είναι ο σκόπιμος τερματισμός της ζωής από πρόσωπο άλλο από τον ενδιαφερόμενο, ο οποίος συμβαίνει βάσει της αίτησης του δεύτερου. Υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι η σκόπιμη βοήθεια σε έναν ασθενή να τερματίσει τη ζωή του κατ' απαίτησή του». Scheper T., Duurmsa S., (1994), «Euthanasia: The Dutch Experience», *Age and Aging*, 23, pp. 3-8.

³⁴ Thévenot X., (1989), *La bioéthique, Début et fin de vie*, Centurion, Editions Paulines, La Croix – L'événement, p. 25.

³⁵ Harris W. & Levey J., eds., (1975), *The New Columbia Encyclopedia*, Columbia University Press, New York, p. 904.

³⁶ Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., (2006), «Η Ευθανασία στο Ποινικό Δίκαιο», σελ. 137- 162 (137), στο με επιμέλεια Καϊάφα – Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη Ε., Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., (2007), *Ευθανασία*, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής -3, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη.

ατυχήματος ή ακόμη και γήρατος, περιλαμβάνει και τη θανάτωση νεογνών με σοβαρά προβλήματα υγείας, ατόμων σε κωματώδη κατάσταση, ή συνδεδεμένων με μηχανήματα τεχνητής διατήρησης της ζωής, ακόμη κι όταν δεν αισθάνονται κανένα πόνο, ούτε η επέλευση του θανάτου είναι επικείμενη, καθώς επίσης και αγωγές υποστηρικτικές της αυτοκτονίας³⁷, με σκοπό τον τερματισμό της ζωής του ασθενούς.

β) Ιδιαίτερες παράμετροι

Για να θεωρηθεί μια συμπεριφορά ως ευθανασία, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν κάποιες συγκεκριμένες παράμετροι - όπως άλλωστε καταδεικνύεται κι από τους ανωτέρω ορισμούς -.

α) *Η επιθυμία για θάνατο* -. Η παράμετρος που προηγείται χρονικά είναι η επιθυμία, άλλως συναίνεση, του ίδιου του ατόμου, - κατά πολλούς επίμονη, σοβαρή κι έγκυρη απαίτηση -, να του αφαιρεθεί η ζωή³⁸. Επιθυμία ή συναίνεση, θεωρείται ότι υπάρχει, όταν το άτομο βρίσκεται σε επαφή με το περιβάλλον, όταν διατηρεί στο ακέραιο την πνευματική του ικανότητα και είναι διαυγές, και όταν το ίδιο έχοντας έγκυρη και πλήρη ενημέρωση της κατάστασης της υγείας του, αποφασίζει και δηλώνει ρητά ότι θέλει να του αφαιρεθεί η ζωή^{39 40}. Στις περιπτώσεις που δεν είναι δυνατή η συναίνεση, διότι το άτομο αδυνατεί να την εκφράσει, συνήθως όταν το

³⁷ Stuart G., Curter W., Demy T., (1998), ο.π., σελ. 22-23.

³⁸ Κατά την Ολλανδική Κυβερνητική Επιτροπή για την ευθανασία, ως ευθανασία ορίζεται ο σκόπιμος τερματισμός της ζωής από ένα άλλο πρόσωπο, με την απαίτηση του ενδιαφερόμενου. Final Report of the Netherlands State Commission on Euthanasia: An English Summary, (1987), *Bioethics*, 1(2), pp. 163 - 174 (165).

³⁹ Wells S., (1994), «Patients, Consent and Criminal Law», *Journal of Social, Welfare and Family Law* 1 (65), p. 69.

⁴⁰ Κατά τον Albin Eser, «είναι αρκετά ξένο προς την πραγματικότητα το να μιλάμε για συναίνεση στο θάνατο, θέτοντας ως βάση της συζητήσεως την περίπτωση μιας ρητής δηλώσεως του ασθενούς, για να τονίσουμε τα νομικά προβλήματα. Κανείς σε τέτοιες περιπτώσεις δε μπορεί να αξιώνει ρητές – πόσο μάλλον έγγραφες - δηλώσεις βουλήσεως επιθυμίας θανάτου...Ακόμη κι όταν κατά τη στιγμή της δηλώσεως η επιθυμία του θανάτου είναι πραγματική και σοβαρή, παραμένει πάντα το ερώτημα κατά πόσο πρόκειται για μια υποκειμενικά ελεύθερη και τελειωτική απόφαση κι όχι για μια προσωρινή μόνο πράξη απελπισίας», Eser A., (1985), *Ιατρικό Καθήκον Διατηρήσεως της Ζωής και Διακοπή Θεραπείας*, απόδοση Βασιλάκου Π. Μ. – Ζιώγα – Σακκά Α., Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, σελ. 70-71.

άτομο έχει πέσει σε κώμα, ή όταν διατηρείται με τεχνητά μέσα στη ζωή, ή ακόμη όταν σπαράσσεται από κάποια πνευματική νόσο, περιπτώσεις δηλαδή μη συνειδητότητας, μπορεί να γίνει δεκτή η εικαζόμενη συναίνεση του ⁴¹, η οποία είναι όμως τις περισσότερες φορές προβληματική, διότι δεν μπορεί να συναχθεί εύκολα.

β) *Η εμπλοκή δεύτερου προσώπου* -. Μια δεύτερη ουσιώδης παράμετρος για την ευθανασία είναι η εμπλοκή ενός δεύτερου προσώπου ⁴², γεγονός που συνιστά και το διαφοροποιό παράγοντα ανάμεσα σε αυτή και την αυτοκτονία. Στην ευθανασία πρέπει ο θάνατος να προκληθεί από ένα άλλο πρόσωπο. Το πρόσωπο αυτό, το οποίο θα επιφέρει το θάνατο, είτε άμεσα, ενεργώντας, είτε έμμεσα, παραλείποντας να ενεργήσει, πρέπει να έχει ως σκοπό το θάνατο του ανθρώπου που πάσχει. Σε κάθε περίπτωση βέβαια, η πρόθεση του ατόμου που διενεργεί την πράξη της ευθανασίας πρέπει να εδράζεται επί της συμπόνιας και επί του ανθρωπισμού, ενώ θα πρέπει να κατευθύνεται από τον οίκτο για τον άρρωστο και να αποσκοπεί στην ανακούφιση από τον πόνο ⁴³.

γ) *Η έλλειψη υγείας* -. Για να χαρακτηριστεί μια πράξη ευθανασία πρέπει ο ασθενής να βρίσκεται σε μια κατάσταση «έλλειψης υγείας», λόγω ανίατης σε τελικό στάδιο ασθένειας ή ατυχήματος ή ανεπάρκειας των συστημάτων του οργανισμού, η κατάστασή του αυτή να είναι μη αναστρέψιμη, να οδηγεί σύντομα και αναπόδραστα στο θάνατο, και η διαδικασία του θανάτου να είναι επώδυνη και αναξιοπρεπής ⁴⁴. Υπάρχουν ωστόσο περιπτώσεις, που δεν εμπίπτουν στην ανωτέρω περιγραφόμενη κατάσταση, ήτοι περιπτώσεις όπου η ασθένεια είναι μεν ανίατη αλλά ο ασθενής δεν

⁴¹ Καίσαρης Π., (1999), ο.π., σελ. 31-33.

⁴² «Η ευθανασία έχει φτάσει να ορίζεται ως η σκόπιμη αφαίρεση της ζωής ενός ανθρώπου με βάση τη σαφή αίτηση αυτού, από ένα άτομο διάφορο του ενδιαφερομένου». Kimsma G., Leeuwen E., (1993), «Dutch Euthanasia: Background, Practice, and Present Justifications», *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2, p. 24.

⁴³ Η θανάτωση από οίκτο ενίοτε αντιμετωπίζεται στην πράξη με συμπάθεια και συχνά στις περιπτώσεις αυτές μετατρέπεται η κατηγορία από ανθρωποκτονία, σε ανθρωποκτονία εξ αμελείας. McKall Smith A., Sheldon D., (1992), *Scots Criminal Law*, Edinburgh: Butterworths, p. 154.

⁴⁴ Μπέκας Γ., (2004), *Η προστασία της ζωής και της υγείας στον ποινικό κώδικα*, Δίκαιο και Οικονομία, Εκδόσεις Π. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα, σελ. 24.

είναι κοντά στο θάνατο (π.χ. τετραπληγία) ή άλλες όπου δεν υπάρχει καν αιτία βασανισμού (π.χ. ασθενείς σε φυτική κατάσταση ή σε κώμα). Και υπό τις περιστάσεις αυτές διενεργείται ευθανασία ⁴⁵. Σε γενικές γραμμές πάντως γίνεται δεκτό ότι για να μπορεί να ενταχθεί μία συμπεριφορά στην έννοια της ευθανασίας πρέπει ο ασθενής να βρίσκεται σε κατάσταση που δεν επιδέχεται θεραπείας, και η οποία δεν επιτρέπει καμία εύλογη προσδοκία και προοπτική προσωρινής ή μόνιμης ανάνηψης, κι όπου ο θάνατος, βάσει της εύλογης ιατρικής κρίσης, θα ήταν άμεσος, χωρίς την εφαρμογή τεχνικών θεραπείας υποστήριξης της ζωής, και η θεραπεία αυτή θα εξυπηρετούσε αποκλειστικά και μόνο την αναβολή της στιγμής του θανάτου του ασθενούς ⁴⁶.

δ) *Ο τρόπος αφαίρεσης της ζωής* -. Τέλος κι ο τρόπος με τον οποίο αφαιρείται η ζωή του πάσχοντος συνιστά καθοριστική παράμετρο για το χαρακτηρισμό μιας πράξης ως ευθανασίας. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να διασφαλίζεται η απουσία πόνου, ο σεβασμός στην αξιοπρέπεια του ασθενούς και η άμεση επιτυχία του εγχειρήματος, έτσι ώστε να αποφεύγεται η ταλαιπωρία του και η επώδυνη παραμονή του στο μεταίχμιο μεταξύ ζωής και θανάτου ⁴⁷. Συνήθως η ζωή του επωδύνως πάσχοντος ασθενούς αφαιρείται, είτε με θανάσιμη ένεση, είτε με διακοπή θεραπείας που παρατείνει τη ζωή, είτε με απόσυρση υποστηρικτικών μηχανημάτων, όταν ο ασθενής βρίσκεται σε κωματώδη κατάσταση ή έχει απολέσει τον έλεγχο των ζωτικών του λειτουργιών, είτε με τη χρήση ειδικών συσκευών, που ελέγχει ο ίδιος ο ασθενής, προκαλώντας εν τέλει το θάνατο του ⁴⁸.

⁴⁵ Jennet B., «Letting Vegetative Patients Die», επιμ. Keown J., (1997), *Euthanasia Examined: Ethical, Clinical and Legal Perspectives*, Cambridge University Press, Cambridge, p. 169.

⁴⁶ Kah Leng Ter, Leong Huey Susanna, (1997), «Advance Medical Directives in Singapore», *Medical Law Review*, 5 (1), p. 71.

⁴⁷ Beauchamp T., (2007), *Ευθανασία, Ηθικές, φιλοσοφικές, ιατρικές και νομικές διαστάσεις*, μτφ. Κάντζολα – Σαμπατάκου Βεατρίκη, Εκδόσεις Αρχιπέλαγος, Αθήνα, σελ. 18.

⁴⁸ Beauchamp T., (2007), ο.π., σελ. 19.

γ) Ειδικότερες μορφές ευθανασίας

ι) *Ενεργητική Ευθανασία*

Με τον όρο ενεργητική ευθανασία εννοούμε την εσκεμμένη πράξη θανάτωσης από τρίτο πρόσωπο, συνήθως από ιατρό, ενός ανιάτως κι επωδύνως θνήσκοντος ασθενούς, με θετική πράξη, συγκεκριμένα με ενέργειες ιατρικής ή φαρμακευτικής αγωγής που οδηγούν ή επιφέρουν την ανώδυνη σύντμηση της ζωής. Συνήθως η ενέργεια συνίσταται στην απ' ευθείας χορήγηση από τον γιατρό κάποιου θανατηφόρου σκευάσματος ή στη διενέργεια θανατηφόρου ενέσεως ⁴⁹ έτσι ώστε ο θάνατος να επέλθει το συντομότερο και ανώδυνα ⁵⁰. Στην περίπτωση αυτή η έμφαση δίνεται στην ενέργεια παρά στην παράλειψη, η οποία συνιστά θανάτωση παρά ανοχή του γεγονότος του θανάτου ⁵¹. Η μορφή αυτή ευθανασίας αποτελεί μια ενεργητική πορεία προς το θάνατο, τον προκαλεί αντί να τον αναμένει. Ο θάνατος του επώδυνα θνήσκοντος ασθενούς δεν είναι αποτέλεσμα της ασθένειας αλλά αποκλειστικά και μόνο αποτέλεσμα της ενέργειας ενός άλλου προσώπου ⁵². Πάντως από την πλειονότητα των έννομων τάξεων - με σημαντικές όμως εξαιρέσεις - αυτό το είδος ευθανασίας αντιμετωπίζεται ως κοινή ανθρωποκτονία, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη ούτε το ευγενές κίνητρο του προσώπου που ενεργεί την πράξη, ούτε η επιθυμία του ίδιου του πάσχοντος να οδηγηθεί στο θάνατο ανώδυνα ⁵³.

⁴⁹ «Ενεργητική ευθανασία ...εμβολιασμός με θανατηφόρο δόση σκευάσματος, συνήθως ενός βαρβιτουρικού ταχείας δράσης, το οποίο ακολουθείται από ένα παραλυτικό σκεύασμα...». Materstvedt L.J., Clark D., Ellershaw J., Forde R., Gravgaard A.-M., Muller-Busch HC, Porta i Sales J., Rapin C.-H., (2003), "Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task force", *Palliative Medicine*, 17, pp. 97-101 (98).

⁵⁰ Όταν σε περιπτώσεις αναπότρεπτης επελεύσεως του θανάτου, η ενέργεια του τρίτου προσώπου συνίσταται στην σκόπιμη επιτάχυνση των βιολογικών διαδικασιών του θανάτου, γίνεται λόγος για επιταχυνθείσα ευθανασία. Αβραμίδης Α., (1995), ο.π., σελ. 29.

⁵¹ Beauchamp T., (1996), *Intending Death, The Ethics of assisted suicide and euthanasia*, Prentice Hall, New Jersey, p. 3.

⁵² Stuart G., Curter W., Demy T., (1998), ο.π, p. 23.

⁵³ Biggs H., (2001), ο.π., p. 15.

Στην προβληματική της ενεργητικής ευθανασίας εντάσσεται και μια πρακτική που δεν χαρακτηρίζεται μεν ευθανασία, αποτελεί όμως ουσιαστικά σιωπηρή εφαρμογή της. Πρόκειται για την πρακτική της διπλής επίδρασης (γνωστής κι ως “double effect”) ⁵⁴. Στην περίπτωση αυτή ο γιατρός χορηγεί στον ασθενή μια μεγάλη δόση αναλγητικών, προκειμένου να καταπραΰνει τους αφόρητους πόνους του, μολονότι ενδέχεται ο ασθενής να μην αντέξει μια τέτοια δοσολογία και να πεθάνει. Μολονότι πολλοί καταδικάζουν την πρακτική αυτή και τη θεωρούν φόνο ⁵⁵, ο γιατρός που την εφαρμόζει συνήθως δεν διώκεται ποινικά, διότι αποσκοπεί στην απάλυνση και την ανακούφιση των πόνων του ασθενούς κι όχι στο θάνατό του.

ii) Παθητική Ευθανασία

Ο όρος παθητική ευθανασία είναι σχετικά καινούριος. Μέχρι πριν από κάποιες δεκαετίες ο όρος ευθανασία αναφερόταν μόνο στην πράξη που επέφερε ανώδυνα το θάνατο ανίατων ασθενών ⁵⁶. Ωστόσο, οι ραγδαίες εξελίξεις στον τομέα της ιατρικής επιστήμης, κατέστησαν δυνατή την παράταση της ζωής του ασθενούς. Άνθρωποι που μέχρι πρότινος έχαναν τον έλεγχο βασικών λειτουργιών και συστημάτων του οργανισμού τους (π.χ. καρδιακή ή αναπνευστική λειτουργία), υπήρχε πλέον η δυνατότητα να διατηρηθούν στη ζωή με τη χρήση μηχανημάτων υποστήριξης. Έτσι, με τα σύγχρονα ιατρικά μέσα, κατέστη δυνατόν να διατηρείται ζωντανός για μεγάλο

⁵⁴ «Σύμφωνα με το δόγμα του διπλού αποτελέσματος, ένα γεγονός, μπορεί να οδηγήσει τόσο σε επιθυμητά, όσο και σε μη επιθυμητά αποτελέσματα. Η προϋπόθεση – κλειδί είναι ότι, αν το επιβλαβές αποτέλεσμα δεν είναι εσκεμμένο, δεν υπάρχει δηλαδή πρόθεση, τότε η πράξη μπορεί, κάτω από ορισμένες περιστάσεις, να είναι αιτιολογημένη». Price D., (1997), “Euthanasia, Pain Relief and Double Effect”, 17 (2) *Legal Studies* 323, p. 324. Για περισσότερες πληροφορίες για το δόγμα της διπλής επίδρασης βλ. Boyle J., (1991), “Who is Entitled to Double Effect?”, *Journal of Medicine and Philosophy* 16, pp. 474-494.

⁵⁵ «Εάν ένας γιατρός ενεργεί με σκοπό να επιφέρει τον θάνατο ασθενούς, το γεγονός πως το πράττει για να άρει βασανισμό, ή με κάποιο άλλο υποδειγματικό κίνητρο, επί του παρόντος δε θα του πρόσφερε υπεράσπιση απέναντι στην κατηγορία του φόνου». Skegg P., (1984), *Law, Ethics and Medicine – Studies in Medical Law*, Clarendon Press, Oxford, p. 130.

⁵⁶ Κατά τον Beauchamp «Πριν το 1970, η ευθανασία γινόταν κυρίως κατανοητή ως ο ενεργητικός τερματισμός της ζωής ενός ασθενούς σε τελικό στάδιο από ένα δεύτερο πρόσωπο», *Beauchamp T.*, (1996), ο.π., p. 3.

χρονικό διάστημα, ένας ανθρώπινος οργανισμός τελείως κατεστραμμένος, υποστηριζόμενος μηχανικά και χωρίς να λειτουργεί ο εγκέφαλός του. Είναι οι περιπτώσεις των ασθενών σε «οριακές καταστάσεις», καταστάσεις συνήθως μόνιμες και μη αναστρέψιμες, δυνάμενες όμως να διατηρηθούν, όπως αναφέραμε, για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα (θα αναλυθούν περαιτέρω παρακάτω). Στο σημείο αυτό, είναι που κάνει την εμφάνισή της η παθητική ευθανασία⁵⁷.

Αυτή συνίσταται στο ότι ο ασθενής αφήνεται να πεθάνει, με την παράλειψη τρίτου προσώπου, οικείου ή γιατρού, να λάβει μέτρα συντήρησής του στη ζωή, είτε με τη μη χρησιμοποίηση θεραπευτικών προσπαθειών – withholding, είτε με τη διακοπή και την απόσυρσή τους - withdrawing⁵⁸. Κι εδώ σκοπός είναι ο θάνατος του ασθενούς, ο οποίος όμως δεν επισπεύδεται, αλλά απλώς επιβραδύνεται χάρη στα επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης. Με άλλα λόγια, η παθητική ευθανασία αποσκοπεί στο θάνατο, με την ανάσχεση (που συνίσταται στην απόσυρση ή στην άρνηση) διαθέσιμης ιατρικής θεραπείας ή άλλης φροντίδας, η οποία ξεκάθαρα θα επέτρεπε σ' ένα άτομο να ζήσει πολύ περισσότερο⁵⁹. Χαρακτηριστικό παράδειγμα συνιστά η διακοπή της λειτουργίας του αναπνευστήρα ή της μηχανικής αντλίας ή οποιασδήποτε συσκευής υποστήριξης η οποία δύναται να παρατείνει σημαντικά τη ζωή του πάσχοντος ή η μη χρησιμοποίηση αυτών. Αντιλαμβάνεται κανείς ότι αυτό που διακρίνει την παθητική μορφή ευθανασίας από την ενεργητική είναι η αιτία του

⁵⁷ «Ο όρος παλιότερα αναφερόταν μόνο στην πράξη η οποία απέφερε ανώδυνα τον θάνατο ανίατων ασθενών. Ωστόσο, οι πρόοδοι της ιατρικής, που έχουν καταστήσει εφικτή την παράταση της ζωής ασθενών οι οποίοι δεν έχουν καμία ελπίδα ανάνηψης, επιβάλλουν την ανάγκη χρήσης όρων όπως η παθητική ευθανασία, τουτέστιν η απόσυρση έκτακτων μέσων που χρησιμοποιούνται για την προστασία της». *Harris W. & Levey J., eds., (1975), ο.π., σελ. 904.*

⁵⁸ «Στην περίπτωση της σκόπιμης θανάσιμης διακοπής, ο γιατρός διακόπτει θεραπεία η οποία έχει ήδη ξεκινήσει (όπως η χρήση αναπνευστήρα) ή αποφασίζει να μην ξεκινήσει θεραπεία (όπως η καρδιακή ανάνηψη) και επιτρέπει την έλευση ενός αποφευκτού θανάτου». *Stuart G., Curter W., Demy T., (1998), ο.π., p. 24.* Ωστόσο το κατά πόσο η αφαίρεση του αναπνευστήρα συνιστά παράλειψη θεραπείας αμφισβητείται έντονα γιατί ο γιατρός ενεργεί τη στιγμή εκείνη.

⁵⁹ Τάσκος Ν., (2006), «Παθητική Ευθανασία», σελ. 103-111 (103), στο με επιμέλεια Καϊάφα – Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη Ε., Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., (2007) *Ευθανασία*, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής -3, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη.

θανάτου. Εδώ ο θάνατος δεν είναι το αποτέλεσμα μιας άμεσης ανθρώπινης παρέμβασης αλλά αντίθετα αποτέλεσμα της μη παρεμπόδισης των ενυπαρχουσών στο άτομο παθολογικών αιτιών ⁶⁰. Πολλοί ωστόσο υποστηρίζουν ότι το να αφήνεις κάποιον να πεθάνει (παράλειψη), είναι στην πραγματικότητα το ίδιο με το να τον βοηθάς να πεθάνει (πράξη), και πως η διάκριση ανάμεσα στην ενεργητική και την παθητική παρέμβαση στο θάνατο του ασθενούς ουσιαστικά είναι παρωχημένη και ότι οδηγεί στην ασάφεια και στη σύγχυση ⁶¹.

Στη σύγχρονη ιατρική, η παθητική ευθανασία θεωρείται ηθικά αποδεκτή ως πρακτική στις περιπτώσεις εκείνες όπου η συνέχιση της θεραπείας ή της υποστήριξης δε δύναται να βελτιώσει στο ελάχιστο την κατάσταση του ασθενούς αλλά αντίθετα παρατείνει το μαρτύριό του. Σε γενικές γραμμές, αν τα προσδοκώμενα πλεονεκτήματα της διατήρησης ενός ασθενούς στη ζωή υποσκελίζονται από τα προβλεπόμενα μειονεκτήματα, ο δε γιατρός γνωρίζει πως η διατήρηση του πάσχοντος στη ζωή θα του προκαλέσει μόνο πόνο χωρίς κάποιο προβλέψιμο και εφικτό όφελος, καλείται να διακόψει τις προσπάθειες διατήρησης του ασθενούς στη ζωή με μηχανικά ή άλλα μέσα και να τον αφήσει στη φυσική πορεία της ασθένειάς του ⁶².

Η ηθική αποδοχή της παθητικής ευθανασίας, η οποία έχει καθιερωθεί στη συνείδηση του ιατρικού κόσμου ως υποταγή στη δύναμη της φύσης κι όχι ως φόνος

⁶⁰ «Το καίριο ερώτημα είναι εάν ο θάνατος είναι άμεσα το αποτέλεσμα ανθρώπινης παρέμβασης (ενεργητική ευθανασία), ή αποτέλεσμα φυσικών αιτιών που αφήνονται να ακολουθήσουν την φυσική τους πορεία (παθητική ευθανασία)». Prado C. J., Taylor S. J., (1999), *Assisted Suicide: Theory and practice in elective death*, Humanity Books, New York, p. 11.

⁶¹ Kimsma G., Leeuwen E., (1993), ο.π., pp. 19-35. «Στην Ολλανδία πάντως, η διάκριση ανάμεσα στα είδη της ευθανασίας και δη ανάμεσα στην ενεργητική και στην παθητική, έχει καταργηθεί στα επίσημα έγγραφα. Στα μάτια του νόμου η πράξη και η παράλειψη στη συντόμευση του θανάτου είναι το ίδιο πράγμα». Scheper T., Duurmsa S., (1994), ο.π., σελ. 3. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την υφιστάμενη διάκριση ανάμεσα στην ενεργητική και στην παθητική ευθανασία βλ. Brody B., «Απόσυρση της θεραπείας έναντι θανάτωσης των ασθενών», σελ. 135- 153, στο βιβλίο του Beauchamp T., (2007), *Ευθανασία, Ηθικές, φιλοσοφικές, ιατρικές και νομικές διαστάσεις*, μτφ. Κάντζολα – Σαμπατάκου Βεατρίκη, Εκδόσεις Αρχιτέλαγος, Αθήνα.

⁶² Callahan D., (July – August 1993), «Pursuing a Peaceful Death», *Hastings Center Report*, σελ. 34.

⁶³, συνάδει με τη νομική της αντιμετώπιση. Πράγματι, η μορφή αυτή ευθανασίας υπερέχει σε σχέση με την ενεργητική, ως προς τις μικρές, έως ανύπαρκτες νομικές συνέπειες που επισύρει. Κι αυτό διότι: α) η ιατρική κρίση δύσκολα μπορεί να οδηγηθεί στο εδώλιο του κατηγορουμένου. Κι αν ακόμη συμβεί κάτι τέτοιο, σπάνια στοιχειοθετείται αδίκημα, β) η άρνηση της θεραπείας αποτελεί δικαίωμα του ασθενούς ⁶⁴, στην αναγνώριση του οποίου ο γιατρός υποχρεούται να συναινέσει. Όταν μάλιστα ο ασθενής φροντίσει να κάνει εγγράφως σαφή τη θέλησή του να διακοπεί η θεραπεία του, είναι πρακτικά αδύνατο ο γιατρός να αντιμετωπίσει νομικά προβλήματα.

Στο σημείο αυτό κρίνεται απαραίτητη μια ειδικότερη αναφορά στους ασθενείς σε οριακές καταστάσεις, στους ασθενείς δηλαδή εκείνους, που αν και δεν έχουν ελπίδες ανάνηψης ή αποκατάστασης της υγείας τους, καθίσταται πλέον εφικτό να παραταθεί η ζωή τους.

iii) Περιπτώσεις παθητικής ευθανασίας - Ασθενείς σε οριακές καταστάσεις: εγκεφαλικός και κλινικός θάνατος – σύνδεση με μεταμοσχεύσεις

Μέχρι πριν λίγα χρόνια, ο θάνατος ενός ανθρώπου ήταν εύκολο να διαγνωσθεί. Τα κριτήρια ήταν απλά: αρκούσε η διαπίστωση ότι η καρδιά δεν λειτουργούσε κι ότι το άτομο δεν ανέπνεε. Η αλματώδης όμως πρόοδος της ιατρικής επιστήμης οδήγησε σε αμφισβήτηση του αξιώματος να θεωρείται η «καρδιά ως το κέντρο της ζωής» και ως εκ τούτου στην αποδοχή του εγκεφαλικού θανάτου ως κριτηρίου για το

⁶³ «Ο φόνος αντιπροσωπεύει μια οικογένεια ιδεών των οποίων η κεντρική συνθήκη είναι η άμεση πρόκληση του θανάτου ενός ατόμου, τη στιγμή που η εγκατάλειψη στο θάνατο αντιπροσωπεύει μια άλλη οικογένεια ιδεών των οποίων η κεντρική συνθήκη είναι η σκόπιμη αποφυγή της επέμβασης ώστε η ασθένεια ή ο τραυματισμός να προκαλέσουν έναν φυσικό θάνατο». Beauchamp T., Childress J., (1994), *Principles of Biomedical Ethics*, 4th edition, Oxford University Press, Oxford, p. 220.

⁶⁴ «Το σενάριο κατά το οποίο επέρχεται ο φυσικός θάνατος από την επιλεκτική άρνηση του ασθενούς να δεχθεί θεραπεία έχει ένα κύριο πλεονέκτημα έναντι της ενεργητικής ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας: η άρνηση θεραπείας ξεκάθαρα επιτρέπεται και προστατεύεται από το νόμο». Battin M., (1994), *The Least Worse Death*, Oxford University Press, New York, Oxford, p. 13-16.

χαρακτηρισμό ενός ατόμου ως νεκρού ⁶⁵. Με βάση το κριτήριο αυτό, ένα άτομο θεωρείται νεκρό, μόνο όταν έχει επέλθει οριστική και μη αναστρέψιμη παύση των λειτουργιών ολόκληρου του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου και του εγκεφαλικού στελέχους ⁶⁶. Κι αυτό διότι όλες οι αυτόνομες λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού, ανάμεσά τους και η αναπνοή, ελέγχονται από το εγκεφαλικό στέλεχος, έτσι ώστε όταν το τελευταίο καταστρέφεται, διακόπτεται αυτόματα και η αναπνευστική λειτουργία. Η διακοπή της αυτόνομης αναπνοής που οφείλεται σε καρδιακή ανακοπή ή σε «κρανιοεγκεφαλική κάκωση» προερχόμενη από ασθένεια ή τραυματισμό, οδηγεί αυτόματα σε θάνατο, εντούτοις μπορεί να περάσουν κάποια λεπτά μέχρι την οριστική παύση της καρδιακής λειτουργίας. Η κατάσταση αυτή ιατρικά αποκαλείται κλινικός θάνατος ⁶⁷. Στο σημείο αυτό, μπορεί η σύγχρονη ιατρική να παρέμβει, μέσω της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, και να διακόψει τη φυσική διαδικασία του θανάτου, επαναφέροντας το άτομο στη ζωή.

Εντούτοις, αυτή η δυνατότητα, παρά τα εμφανή οφέλη, δημιούργησε και σημαντικά προβλήματα, αφενός, διότι -στις μεν περιπτώσεις καρδιακής ανακοπής- ορισμένα «επανερχόμενα στη ζωή» άτομα δεν είχαν αυτόματη καρδιακή λειτουργία ή αναπνοή, κι αφετέρου, διότι -στις περιπτώσεις κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων προερχόμενων από ασθένεια ή τραυματισμό- κάποια άτομα παρουσίαζαν εκτεταμένες

⁶⁵ «Η αναγκαιότητα περί αποδοχής του εγκεφαλικού θανάτου προέκυψε από την ιδιαίτερη ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας στις μονάδες εντατικής θεραπείας, έτσι ώστε ο θάνατος να θεωρείται στις μονάδες αυτές η παύση της εγκεφαλικής κι όχι της καρδιακής λειτουργίας». *Τάσκος Ν.*, (2006), ο.π.

⁶⁶ President's Commission, for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavioral research, (1981) "Guidelines for the determination of death: Report of the Medial consultants on the diagnosis of death", *J.A.M.A.* 246, p. 2184.

⁶⁷ «Ως «κλινικός θάνατος» χαρακτηρίζεται η κατάσταση στην οποία βρίσκεται ένα άτομο μετά την παύση της λειτουργίας της καρδιάς και πριν επέλθει ο θάνατος του εγκεφάλου, δηλαδή πριν την παρέλευση των 4-5 λεπτών, μετά τα οποία ακολουθεί ο θάνατος του εγκεφάλου και επέρχεται ο οριστικός θάνατος. Ουσιαστικά το άτομο στην κατάσταση αυτή δεν είναι νεκρό», Αβραμίδης Α., (1964), «*Η επιμήκυνσις των ορίων του «κλινικού θανάτου» κατά την καρδιακήν ανακοπήν*», Διατριβή επί Υφηγεσία, σελ. 34-35.

και μη αναστρέψιμες εγκεφαλικές βλάβες, που έφταναν μέχρι το σημείο να αδυνατούν πια να ανακτήσουν τις αισθήσεις τους ⁶⁸.

Οι αναπτυχθείσες υποστηρικτικές της ζωής τεχνικές, μπορούν πια να στηρίζουν, στην τέτοια ζωή, για μεγάλο χρονικό διάστημα, άτομα χωρίς διανοητικές λειτουργίες, βρισκόμενα δηλαδή σε καταστάσεις όπου ο εγκέφαλος είναι ανενεργός ή λειτουργεί στοιχειωδώς.

Μία από τις χαρακτηριστικότερες καταστάσεις μη συνειδητότητας είναι η λεγόμενη «φυτική κατάσταση», συνήθως μόνιμη (PVS, permanent vegetative state). Στην κατάσταση αυτή περιπίπτουν οι ασθενείς ύστερα από παροδική καρδιο-αναπνευστική ανακοπή, ικανού χρόνου, ή ύστερα από βαριά εγκεφαλική βλάβη τραυματική ή αυτόματη, με αποτέλεσμα να βλάπτεται ο εγκέφαλος, όχι όμως τα υπόλοιπα όργανα του σώματος. Στην κλινική αυτή οντότητα ο ασθενής έχει τα παρακάτω χαρακτηριστικά ⁶⁹: α) δεν υπάρχει μαρτυρία ότι έχει γνώση του εαυτού του ή του περιβάλλοντος, β) δεν υπάρχει επικοινωνία ακουστική ή γραπτή, γ) υπάρχει αυτόματο ή αντανακλαστικό άνοιγμα των ματιών, δ) υπάρχει γέλιο ή κλάμα χωρίς όμως εξωτερική συσχέτιση, ε) υπάρχουν κύκλοι εγρήγορσης – ύπνου, στ) παρατηρείται πλήρης απουσία σκόπιμης κινητικότητας, ζ) δεν ελέγχονται οι σφιγκτήρες, με αποτέλεσμα απώλειες ούρων και κοπράνων, η) η αρτηριακή όμως πίεση, η καρδιο - αναπνευστική λειτουργία και η πέψη κατά κανόνα είναι άθικτες. Στο ερώτημα ποιοι από τους ασθενείς που βρίσκονται σε φυτική κατάσταση τις αρχικές εβδομάδες θα παραμείνουν σε διαρκή φυτική κατάσταση και ποιοι θα αναλάβουν χρησιμοποιούνται αρκετά ευμετάβλητες παράμετροι ⁷⁰, όπως: α) Η ηλικία. Ο νεανικός εγκέφαλος μπορεί να αναλάβει από βλάβες οι οποίες σε μεγαλύτερη ηλικία είναι συνήθως θανατηφόρες. β) Η φύση της βλάβης. Η πρόγνωση

⁶⁸ Αβραμίδης Α., (1995), ο.π., σελ. 33-34.

⁶⁹ Biggs H., (2001), ο.π., σελ. 19-20.

⁷⁰ Τάσκος Ν., (2006), ο.π., σελ. 104-109.

ύστερα από καρδιο-αναπνευστική ανακοπή είναι χειρότερη απ' ότι ύστερα από εγκεφαλικό τραύμα, ιδιαίτερα αν η διάρκεια του κώματος που προηγήθηκε είναι μεγάλη.

Μια άλλη ιδιαίτερα προβληματική κατάσταση μη συνειδητότητας, είναι και το λεγόμενο «μη ανατάξιμο κώμα» ⁷¹. Ως κριτήρια του μη ανατάξιμου κώματος κρίνονται: η απουσία 1) δεκτικότητας και ανταποκρίσεως στα ερεθίσματα, 2) αναπνευστικών κινήσεων, 3) αντανakλαστικών και τέλος η επίπεδη ή ισοηλεκτρική γραμμή στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, με αποκλεισμό των περιπτώσεων υποθερμίας, καταπληξίας (σοκ) και κατασταλτικών του κεντρικού νευρικού συστήματος φαρμάκων (π.χ. βαρβιτουρικά) που μπορούν να προκαλέσουν αυτή τη γραμμή.

Μια τρίτη τέλος κατάσταση που εγείρει σημαντικά προβλήματα είναι αυτή της άνοιας ⁷². Η αύξηση του αριθμού των ασθενών με άνοια οφείλεται στην αύξηση του μέσου όρου ζωής, λόγω της βελτίωσης του βιοτικού επιπέδου αφενός, και της προληπτικής παρεχόμενης φροντίδας αφετέρου. Εν προκειμένω η λειτουργικότητα όλων των οργάνων του ανθρώπινου σώματος διατηρείται και μπορεί ουσιαστικά να επηρεασθεί ιατρικά, ο επηρεασμός ωστόσο της εγκεφαλικής λειτουργίας, δεν είναι δυστυχώς ο επιθυμητός. Συχνά σε έναν τέτοιο ασθενή, με αδυναμία λεκτικής ή νοητικής επικοινωνίας, που προοδευτικά εμφανίζει και κινητική δυσκολία, που καταλήγει σχεδόν πάντα σε απόλυτη ακινησία, αρχίζουν και η αδυναμία κατάποσης αλλά και οι αναμενόμενες λοιμώξεις.

Οι προαναφερόμενες τραγικές καταστάσεις, αποτέλεσμα της προόδου της ιατρικής επιστήμης αλλά και της αποδοχής του εγκεφαλικού θανάτου ως του τέρματος της ζωής, οδήγησαν στη διατύπωση επιφυλάξεων – σχετικών αφενός με την

⁷¹ Beecher A., (1968), "A definition of irreversible coma. Report of the ad hoc committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death", *J.A.M.A.*, 205: 337.

⁷² Thévenot X., (1989), ο.π., σελ. 71-73.

ανάγκη ή την υποχρέωση διατήρησης των ατόμων αυτών στη ζωή (εμφάνιση της πρακτικής της ευθανασίας)- και αφετέρου σε σχέση με τις μεταμοσχεύσεις, η ανάπτυξη των οποίων συνέπεσε χρονικά. Κι αυτό διότι άπαξ και διαγνωσθεί ο θάνατος του εγκεφαλικού στελέχους, η περαιτέρω θεραπευτική υποστήριξη θεωρείται άσκοπη, εκτός αν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση με δωρεά οργάνων ⁷³. Τα άτομα που χαρακτηρίζονται εγκεφαλικά νεκρά, έχουν απολέσει, όπως είδαμε, αμετάκλητα την ικανότητα να αναπνέουν από μόνα τους, και τους χορηγείται τεχνητή αναπνοή, διότι χωρίς αυτή η βλάβη του στελέχους επηρεάζει ταχύτατα τις βασικές λειτουργίες της ζωής και τα άτομα καταλήγουν ταχύτατα. Άρα, μεσολαβεί κάποιος χρόνος.

Πολλοί λοιπόν υποπεύονται ότι η εισαγωγή του εγκεφαλικού θανάτου ως κριτηρίου παύσεως της ζωής επινοήθηκε, προς διευκόλυνση εξεύρεσης οργάνων για τις μεταμοσχεύσεις, αφού τα «πτωματικά» από τους καρδιοαναπνευστικά (κλινικά) νεκρούς απεδεικνύοντο ακατάλληλα. Κι επειδή ούτε αυτά επαρκούν πια, προς «γεφύρωση του χάσματος μεταξύ προσφοράς και ζήτησης», υπεδείχθη κατά καιρούς ότι θα έπρεπε να γίνουν πιο ελαστικά ή χαλαρά τα «κριτήρια» του «εγκεφαλικού θανάτου», ή να χαρακτηρίζεται ο εγκεφαλικά νεκρός ως «κτήμα της κοινωνίας» προς χρήση για μεταμοσχεύσεις ⁷⁴.

Με τέτοιες τάσεις όμως, η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου γίνεται πιο επιλήψιμη και διαβλητή, για σκόπιμη επίσπευση του θανάτου, προκειμένου να ληφθούν από έναν ιδανικό δότη -όπως χαρακτηρίζεται ένα νέο άτομο, θύμα τροχαίου ατυχήματος- όργανα προς μεταμόσχευση ⁷⁵. Και θυσιάζεται πριν ουσιαστικά «ξεψυχήσει» για να δοθεί ζωή σε κάποιον άλλον που εναγωνίως περιμένει με τη λογική «ο θάνατός σου, η ζωή μου». Και του προσφέρεται κάθε δυνατή βοήθεια ώστε

⁷³ Παπαδημητρίου Ι., (Μάιος 1989), «Ηθικά και Δεοντολογικά προβλήματα των μεταμοσχεύσεων», *Ιατρικό Βήμα*, Αθήνα, σελ. 60.

⁷⁴ Παπαδημητρίου Ι., (Μάιος 1989), ο.π.

⁷⁵ Χριστοδουλίδης Κ., (1995), *Μεταμοσχεύσεις. Λύση ή Πρόβλημα;*, Εκδόσεις Υπακοή, Αθήνα, σελ. 50-55.

τα όργανά του να διατηρούν τη ζωτικότητα τους, μέχρι να ετοιμασθεί η διαδικασία λήψης τους, οπότε τα ζωντανά ακόμη αυτά όργανα χαρακτηρίζονται πλέον ως πτωματικά ⁷⁶. Τέτοιες πληροφορίες, όταν γίνονται γνωστές, δημιουργούν σε πολλούς αμφιβολίες κι ερωτηματικά ως προς το αν θα πρέπει να γίνονται δωρητές σώματος ή οργάνων, όταν ενδέχεται κάποιοι να τους αποτελειώσουν μια ώρα γρηγορότερα και πριν ξεψυχήσουν ⁷⁷.

iv) Εκούσια, μη εκούσια και ακούσια ευθανασία

Με τον όρο εκούσια ευθανασία εννοούμε ότι ο τερματισμός της ζωής του ασθενούς από τρίτο πρόσωπο, είτε επήλθε με εσκεμμένη πράξη θανάτωσης αυτού, είτε με παράλειψη λήψης μέτρων συντήρησης της ζωής αυτού, είναι αποτέλεσμα αποκλειστικά και μόνο δικής του επιθυμίας και πραγματοποιείται προς ικανοποίηση της δεδηλωμένης βούλησής του ⁷⁸. Όπως προαναφέραμε, απαραίτητη προϋπόθεση για να εισακούεται η επιθυμία αυτή του ασθενούς είναι αυτός να είναι πνευματικά διαυγής, 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 ⁷⁹. Με άλλα λόγια ο ασθενής πρέπει να είναι πλήρως - και με κάθε λεπτομέρεια - ενημερωμένος από το ιατρικό προσωπικό για την κατάστασή του, να γνωρίζει επακριβώς τις πιθανότητες και το προσδόκιμο ζωής του. Αν μετά από στάθμιση των παραγόντων

⁷⁶ Αβραμίδης Α., (1995), ο.π., σελ. 42-46.

⁷⁷ Χριστοδουλίδης Κ., (1995), ο.π.

⁷⁸ «Η εκούσια ευθανασία συμβαίνει όταν ένας ασθενής ζητά κάποιος άλλος να δώσει τέλος στη ζωή του, και η επιθυμία του αυτή εισακούεται...». Stuart G., Curter W., Demy T., (1998), ο.π., p. 25.

⁷⁹ Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη Ι., (1993), *Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, (Συμβολή στη διακρίβωση της αστικής ιατρικής ευθύνης)*, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, σελ. 322-333.

αυτών επιθυμεί να πεθάνει τότε και μόνο μπορούμε να μιλάμε για εκούσια ευθανασία⁸⁰.

Στις περιπτώσεις όμως κατά τις οποίες ο ασθενής αδυνατεί να εκφράσει την επιθυμία του, σε καταστάσεις δηλαδή μη συνειδητότητας και απουσίας επαφής με το περιβάλλον, κι όπου ο θάνατος επέρχεται διότι τρίτα πρόσωπα θεωρούν ότι αυτός αποτελεί την πιο συμφέρουσα επιλογή για τον πάσχοντα, έχουμε να κάνουμε με μη εκούσια ευθανασία⁸¹. Στις περιπτώσεις αυτές, αυτός που διενεργεί την ευθανασία, συνήθως ο ιατρός, οδηγείται στο συμπέρασμα ότι ο θάνατος αποτελεί την καλύτερη δυνατή λύση για τον πάσχοντα, συνήθως αφού έχει συμβουλευτεί τους οικείους του, με βάση την εικαζόμενη βούληση του τελευταίου, όπως αυτή τεκμαίρεται - ενδεχομένως - από προγενέστερα εκπεφρασμένες απόψεις και επιθυμίες του ή από τη γενικότερη στάση του απέναντι στη ζωή⁸². Σημαντικό ρόλο στη διάγνωση της βούλησης του ασθενούς στις ανωτέρω περιγραφόμενες καταστάσεις, διαδραματίζουν -υπό την προϋπόθεση πάντα ότι υπάρχουν-, κι οι λεγόμενες «διαθήκες εν ζωή» (living wills) ή «εκ των προτέρων εντολές» (advanced directives), η χρήση των οποίων είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στις Η.Π.Α., στην Ολλανδία, στη Γερμανία κι αλλού. Με τον όρο «διαθήκη εν ζωή»⁸³ εννοούμε το έγγραφο εκείνο με το οποίο κάποιος δηλώνει τι θα ήθελε να του συμβεί αν βρεθεί σε κατάσταση τέτοια που θα αδυνατεί να εκφράσει τη θέλησή του. Έχοντας συντάξει κι υπογράψει ένα τέτοιο έγγραφο μπορεί να

⁸⁰ Παντελίδου Κ., (2003), «Ευθανασία και ζητήματα ιατρικής ευθύνης», *Επιτροπή Βιοηθικής*, Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, σελ. 1-7 (3-4), http://www.bioethics.org.gr/03_dPantelidou.html.

⁸¹ «Μη εκούσια ευθανασία συμβαίνει όταν θανατώνεται ο ασθενής 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 G., Curter W., Demy T.*, (1998), ο.π., p. 25.

⁸² *Πρωτοπαπαδάκης Ε.*, (2003), ο.π., σελ. 56-57.

⁸³ «Ο όρος εν ζωή διαθήκη επινοήθηκε από τον Luis Kutner το 1969 για να περιγράψει ένα έγγραφο στο οποίο ένας πνευματικά διαυγής ενήλικος δίνει οδηγίες σχετικά με την ιατρική φροντίδα που επιθυμεί να δεχθεί σε περίπτωση μελλοντικής ανικανότητάς του να εκφραστεί. Το έγγραφο είναι διαθήκη υπό την έννοια ότι εκφράζει τις διαθέσεις του ατόμου. Είναι εν ζωή, επειδή έχει ισχύ κι επίδραση πριν από το θάνατο». *Annas G.*, (1991), "The Health Care Proxy and the Living Will", *New England Journal of Medicine*, 324 (17), 1210.

υποδείξει στο ιατρικό προσωπικό τις συγκυρίες κάτω από τις οποίες δε θα ήθελε να διατηρηθεί η ζωή του, καθιστώντας το θάνατό του μια αυτόνομη απόφαση ⁸⁴. Δεν είναι λίγες πάντως, οι επιφυλάξεις που διατυπώνονται ως προς το βαθμό ασφάλειας των διαθηκών αυτών, καθώς συχνά γίνονται κάτω από την έξαρση καταθλίψεως ή κάτω από την ιδιοτελή επήρεια τρίτων προσώπων ⁸⁵.

Υποστηρίζεται επίσης συχνά η αναγνώριση ενός είδους δικαιώματος γνώμης των οικείων και μάλιστα ένα είδος αντιπροσωπευτικής τους εξουσίας στη συναίνεση σε περιπτώσεις ανικανότητας του ασθενούς να εκφράσει τη βούλησή του. Κι αυτό διότι οι οικείοι κατά κανόνα γνωρίζουν πολύ καλύτερα τις αντιλήψεις του αρρώστου συγγενούς τους και τελικά είτε σε οικογενειακό (απώλεια του πατέρα, της μητέρας, του παιδιού), είτε σε οικονομικό επίπεδο (διατροφές, κληρονομικά συμφέροντα, δαπάνες θεραπείας), θίγονται και οι ίδιοι από μία απόφαση συνεχίσεως ή διακοπής της θεραπείας, άρα συνέχισης ή διακοπής της ζωής. Έτσι υποστηρίζονται με έμφαση οι προσπάθειες που κατατείνουν στη δραστηριοποίηση του κοινωνικού περιβάλλοντος του θνήσκοντος ⁸⁶. Ωστόσο τέτοια δικαιολογημένα αιτήματα, δεν πρέπει να οδηγούν στην παραγνώριση του γεγονότος, ότι αυτές οι αυστηρές αποφάσεις που αφορούν τη ζωή και το θάνατο, είναι και πρέπει να είναι ανεπίδεκτες αντιπροσωπεύσεως, αν δε θέλουμε να κλονίσουμε την απαγόρευση διάθεσης ξένης ζωής. Τα δε τυχόν συγκρουόμενα συμφέροντα που απορρέουν από ένα σύνολο αντιτιθέμενων κινήτρων, όπως αγάπης, έχθρας, κληρονομικής προσδοκίας, ή διαφύλαξης μιας οικογενειακής περιουσίας που εξανεμίζεται από τα έξοδα θεραπείας, αναδεικνύουν το συγγενή ως τον όχι ιδεώδη αντιπρόσωπο- παρεβλεπόμενου του

⁸⁴ Σε πολλές χώρες ενθαρρύνεται η χρήση των διαθηκών εν ζωή, τόσο από τη νομοθεσία όσο κι από τους ιατρικούς συλλόγους. Ο Βρετανικός Ιατρικός Σύλλογος «...επιβεβαιώνει την προσήλωσή του στο στοιχειώδες δικαίωμα του ασθενούς να δεχθεί ή να αρνηθεί, μέσω advanced directives, θεραπευτικές επιλογές που του προσφέρονται». *British Medical Association*, (1993), *Medical Ethics Today*, London, BMA, P. 161.

⁸⁵ *Eser A.*, (1985), ο.π., σελ. 72-76.

⁸⁶ *Eser A.*, (1985), ο.π., σελ. 76- 78.

γεγονότος, ότι μια τέτοια μοιραία απόφαση για συνέχιση ή όχι της ζωής μπορεί, σε ένα ευαίσθητο άτομο να προκαλέσει μια μόνιμη ψυχική επιβάρυνση⁸⁷. Για το λόγο αυτό, γίνεται δεκτό, ότι ναι μεν αρμόζει στο συγγενή ο ρόλος του ενδεικτικού παράγοντα για ό,τι θα θεωρούσε σωστό ο ίδιος ο ασθενής υπό τη δεδομένη κατάσταση πραγμάτων, όπως αρμόζει και ένα δικαίωμα διατύπωσης γνώμης ενόψει των θιγόμενων προσωπικών του συμφερόντων, αλλά σε καμία περίπτωση η δυνατότητα αντιπροσώπευσης της συναίνεσης του πάσχοντος, η δυνατότητα δηλαδή υποκατάστασης της βούλησής του.

Ως ακούσια ευθανασία ορίζεται τέλος, η θανάτωση ενός ασθενούς χωρίς αυτός να θέλει να του αφαιρεθεί η ζωή⁸⁸. Εν προκειμένω επιθυμία του ασθενούς είναι να συνεχίσει να ζει, η απόφαση δηλαδή για θανάτωση με διενέργεια θανατηφόρου ένεσης ή με παράλειψη λήψης μέτρων διατήρησης του ασθενούς στη ζωή είναι τελείως αυθαίρετη. Αυτή η μορφή ευθανασίας καταδικάζεται από το σύνολο των επιστημόνων που καταγίνονται με τη μελέτη του περίπλοκου ζητήματος της ευθανασίας, και παραπέμπει στις πρακτικές γενοκτονίας της Ναζιστικής Γερμανίας⁸⁹. Πρόκειται για λανθασμένη κατηγοριοποίηση, αφού ο όρος ευθανασία υπαινίσσεται ότι ο ανιάτως πάσχων έχει εκφράσει ενδιαφέρον να πεθάνει και συναινεί στην πράξη θανάτωσης, όταν βέβαια δεν αδυνατεί να εκφραστεί – αν και στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει ρητή συναίνεση είναι δυνατόν αυτή να τεκμαίρεται, όπως είδαμε.

⁸⁷ Biggs H., (2001), ο.π., σελ. 37-38.

⁸⁸ «Ακούσια ευθανασία συμβαίνει όταν ο ασθενής ξεκάθαρα δεν επιθυμεί να θανατωθεί, και η επιθυμία του δεν ικανοποιείται...». Stuart G., Curter W., Demy T., (1998), ο.π., p. 25.

⁸⁹ Biggs H., (2001), ο.π., p. 12.

ν) Ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία

Ο όρος αυτός υποδηλώνει τη συμπεριφορά εκείνη κατά την οποία, ο γιατρός, έχοντας επίγνωση του σκοπού, παρέχει τα μέσα, ώστε ένας ικανός πνευματικά ασθενής, να θέσει τέλος ο ίδιος στη ζωή του, ή καθιστά με οποιονδήποτε τρόπο εφικτή την αυτοκτονία του ⁹⁰. Ο επιδιωκόμενος θάνατος εδώ επέρχεται με ενέργεια του ίδιου του επωδύνως πάσχοντος, με μέσα όμως που του παρέχει ο γιατρός. Τα μέσα αυτά μπορεί να είναι μία ένεση, την οποία κάνει ο ίδιος ο άρρωστος στον εαυτό του, η συνταγολόγηση ενός σκευάσματος ή συνδυασμού σκευασμάτων που επιφέρουν το θάνατο ή ίσως και κάποιος μηχανισμός τον οποίο χειριζόμενος ο ίδιος ο ασθενής μπορεί να επιφέρει το θάνατό του ^{91 92}. Καθίσταται σαφές ότι δεκάδες μέτρα και τρόποι μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη του θανάτου του ασθενούς, που όπως είναι φυσικό δεν μπορούν γίνουν πάντοτε γνωστά. Επειδή η μορφή αυτή ευθανασίας στηρίζεται στην προσωπική σχέση εμπιστοσύνης ασθενούς και γιατρού,

⁹⁰ «Η φράση «υποβοηθούμενος θάνατος» ειδικά ο «ιατρικά υποβοηθούμενος θάνατος» χρησιμοποιείται στις μέρες μας ευρέως, αλλά είναι αμφίσημος επειδή υπάρχουν πολλοί τρόποι βοήθειας. Αμφότερες η υποβοηθούμενη αυτοκτονία και η ενεργητική ευθανασία είναι περιστάσεις βοήθειας με σκοπό την έλευση του θανάτου. Στην πρώτη περίπτωση ο τελικός δράστης είναι εκείνος του οποίου ο θάνατος προκαλείται, ενώ στη δεύτερη ο δράστης είναι ένα άλλο πρόσωπο». *Beauchamp T., Childress J.*, (1994), ο.π., p. 228.

⁹¹ «Όταν ο γιατρός παρέχει είτε εξοπλισμό, είτε φαρμακευτικά σκευάσματα, ή ενημερώνει τον ασθενή για την περισσότερη αποτελεσματική χρήση των ήδη διαθέσιμων σε αυτόν μέσων, με αποκλειστικό σκοπό να βοηθήσει τον ασθενή να θέσει τέλος στη ζωή του». AGS Ethics Committee, (May 1995) «Physician Assisted Suicide and Voluntary Active Euthanasia», *Journal of American Geriatrics Society*, 43 (5), pp. 579-580.

⁹² Χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιων μηχανημάτων αποτελεί η μηχανή «θανάτου» (μηχανή που χορηγούσε διοξείδιο του άνθρακα στους πνεύμονες κι επέφερε το θάνατο) του πασίγνωστου Dr Kenorkian, αποκαλούμενου και «Dr Death», που βοήθησε σε πάρα πολλές αυτοκτονίες σε πολυτελείς των ΗΠΑ, αλλά κι ο ηλεκτρονικός υπολογιστής που χρησιμοποιούνταν από το ίδρυμα με την ονομασία «Deliverance» στη Βόρεια Επαρχία της Αυστραλίας. Οι ενδείξεις που ο ασθενής του on line Ιδρύματος έβλεπε στο ίντερνετ με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή ήταν οι ακόλουθες: α) «Έχετε συνείδηση ότι αν προχωρήσετε στην τελευταία οθόνη και πιέσετε το κουμπί θα σας γίνει μια θανατηφόρα δόση φαρμάκου και θα πεθάνετε;», β) «Είστε βέβαιος ότι καταλαβαίνετε πως αν προχωρήσετε και πιέσετε το κουμπί με την ένδειξη «NAI» στη διπλανή οθόνη θα πεθάνετε;», γ) «Σε δέκα πέντε δευτερόλεπτα θα σας γίνει η θανατηφόρα ένεση». Από κάτω κι αριστερά υπήρχε το κουμπί «YES» (=ναι), δ) Ο τέταρτος πίνακας έγραφε «Exit» (=έξοδος). Βλ. *Καίσαρης Π.*, (1999), ο.π., σελ. 68-70 και 73.

δεν παρουσιάζεται πάντοτε ως τέτοια, και αρκετές φορές ο θάνατος του ασθενούς αποδίδεται σε παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής⁹³.

Πάντως στην περίπτωση που ο γιατρός χορηγήσει μεγάλη δόση αναλγητικών για να ελέγξει έντονο πόνο του ασθενούς, και η φαρμακευτική αυτή αγωγή οδηγήσει στο θάνατο, η πράξη δε χαρακτηρίζεται ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, αφού ο ιατρός αποσκοπεί στην καταπράυνση του πόνου κι όχι στο θάνατο (γεγονός που αμφισβητείται από πολλούς, όπως είδαμε ανωτέρω). Επίσης αν ο ασθενής ζητήσει φαρμακευτική αγωγή, προφασιζόμενος έντονο πόνο, αλλά την χρησιμοποιήσει για ν' αυτοκτονήσει πρόκειται για απλή αυτοκτονία. Η συνδυασμένη πρόθεση γιατρού και ασθενή διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο για τον χαρακτηρισμό της συμπεριφοράς αυτής ως ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία⁹⁴. Η μορφή αυτή ευθανασίας συνήθως διώκεται ποινικά, αντιμετωπίζεται όμως επιεικέστερα από την ενεργητική ευθανασία, ενώ στην πολιτεία Όρεγκον των ΗΠΑ έχει νομιμοποιηθεί πλήρως, όπως θα αναλυθεί ειδικότερα κατωτέρω.

vi) - Η ευθανασία «ελαττωματικών» νεογνών

Αυτό το είδος ευθανασίας αφορά παιδιά που γεννήθηκαν με σοβαρές σωματικές αναπηρίες, ή ατέλειες, ανεγκέφαλα ή με μογγολοειδή ιδιοτεία (σύνδρομο Down), δισχιδή ράχη ή άλλες σωματικές δυσπλασίες. Πολλά από τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν ανωμαλίες ασυμβίβαστες με ζωή μεγάλης διάρκειας. Άλλα για να επιζήσουν, έχουν ανάγκη από βαριές και ταλαιπωρητικές διορθωτικές χειρουργικές επεμβάσεις, στις οποίες πρέπει να υποβληθούν επανειλημμένα, αλλιώς είναι

⁹³ Είναι ιδιαίτερα μεγάλος ο σκοτεινός αριθμός στις περιπτώσεις ιατρικά υποβοηθούμενης ευθανασίας, κι αυτό οφείλεται κυρίως στον παρασκηνιακό τρόπο με τον οποίο διενεργείται.

⁹⁴ «Συνήθως, όταν ομιλούμε για ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, είναι σε σχέση με ένα άτομο το οποίο βρίσκεται στο τελικό στάδιο ασθένειας και αποζητά βοήθεια για να θέσει τέλος στη ζωή του». Stuart G., Curter W., Demy T., (1998), ο.π, p. 21.

καταδικασμένα να πεθάνουν ⁹⁵. Πρόκειται σε κάθε περίπτωση για ακούσια μορφή ευθανασίας ⁹⁶, αφενός διότι τα νεογέννητα αδυνατούν να εκφράσουν τη βούλησή τους, κι αφετέρου διότι οι γονείς και οι γιατροί καλούνται να αποφασίσουν στη θέση τους για το ποια είναι η πιο συμφέρουσα γι' αυτά λύση. Υποστηρίζεται ένθερμα ότι, αν το παιδί είναι υπερβολικά πρόωρο και είναι εμφανές ότι δεν έχει ελπίδες να επιζήσει ή να ζήσει μια φυσιολογική ζωή, ή υποφέρει από αθεράπευτους πόνους, ή η ποιότητα της ζωής του πρόκειται να είναι φτωχή, ή δεν διαθέτει εγκέφαλο ή έχει σωματική αναπηρία ή στερείται ενός ή περισσότερων αισθητήριων οργάνων, ο γιατρός, αφού λάβει υπόψη και την γνώμη των γονέων του, μπορεί να μην το περιθάλλει ή και να διακόψει την παροχή τροφής και θεραπευτικής αγωγής σε αυτό ⁹⁷ ή ακόμη και να παρέμβει ευθέως για να επιταχύνει το θάνατό του ⁹⁸.

Ένα άλλο σοβαρό θέμα ανακύπτει όταν «ανεγκέφαλα» παιδιά, διατηρούνται ζωντανά με τεχνητά μέσα, προκειμένου να μην καταστραφούν τα όργανά τους από την απουσία τροφοδοσίας και οξυγόνωσης, ώστε να μεταμοσχευτούν σε άλλα παιδιά που τα χρειάζονται για να μπορέσουν να ζήσουν. Στις περιπτώσεις αυτές υποστηρίζεται ότι μπορεί να γίνει ευθανασία, υπό τον όρο όμως, ότι το βρέφος στο

⁹⁵ Sauer P. J., (1992), "Ethical decisions in neonatal intensive care units", the Dutch experience, *Pediatrics* 90, pp. 729-732.

⁹⁶ Κουτσελίνης Α., (1987), Πρόλογος στη Μονογραφία Α. Καράμπελα «Η ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο». Αναφέρει σχετικά: «η ακούσια ευθανασία αφορά κυρίως δύο περιόδους ζωής του ανθρώπου (νεογνική – γεροντική)...».

⁹⁷ Στην Αγγλία, το 1983, οι γονείς ενός νεογέννητου που έπασχε από μογγολισμό ζήτησαν από τον μαιευτήρα να μην το κρατήσει στη ζωή. Αυτός δεν του παρείχε τροφή αλλά μόνο ισχυρές δόσεις αναλγητικών φαρμάκων, προς καταπράυνση των πόνων του. Το βρέφος πέθανε τρεις μέρες μετά τη γέννα. Σχηματίστηκαν κατηγορίες σε βάρος του γιατρού για ανθρωποκτονία εκ προθέσεως. Στη δίκη που ακολούθησε ο γιατρός ισχυρίστηκε ότι η αιτία θανάτου του παιδιού ήταν το σύνδρομο Down, ενώ αποδείχτηκε ότι το παιδί εμφάνιζε κι άλλες συγγενείς διαμαρτίες. Το δικαστήριο καίτοι τόνισε ότι οι γιατροί οφείλουν να ενεργούν εντός του πλαισίου των νόμων, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη το αγαθό τους κίνητρο, αθώωσε τον κατηγορούμενο. Πρόκειται για τη γνωστή υπόθεση R v. *Arthur, Biggs H.*, (2001), .ο.π., σελ. 26.

⁹⁸ «Εάν είναι αναγκαίο να επέμβουμε σ' ένα παιδί, για να το θεραπεύσουμε, αυτό πράγματι είναι πλεονέκτημα παρά την επιχειρούμενη (σωματική) βλάβη, ενώ αντιθέτως επιμηκύνοντας τη ζωή ενός ανίατα πάσχοντος παιδιού, που υποφέρει φρικτά αυτό αποτελεί, ανήθικη πράξη. Για ένα μωρό ο χρόνος που το χωρίζει από το θάνατο δεν έχει καμιά χρησιμότητα, ενώ αντίθετα για έναν ενήλικο αυτή η περίοδος μπορεί να έχει μεγάλο ενδιαφέρον, διότι του επιτρέπει να διευθετήσει σπουδαίες υποθέσεις του ή να φροντίσει για τους συγγενείς του». American Academy of Pediatrics, (1994), "Guidelines on foregoing of life sustaining medical treatment", *Pediatrics*, 93, pp. 532-536 (534).

οποίο αυτή επιχειρείται, ήδη πεθαίνει ή δεν έχει ελπίδες να ζήσει, ενώ το παιδί λήπτης του μοσχεύματος είναι βιώσιμο⁹⁹. Ωστόσο εκφράζονται και ανησυχίες μήπως η τακτική αυτή μετατραπεί κάποτε σε πράξη εξυπηρέτησης ταπεινών συμφερόντων ή μήπως επεκταθεί και σε άλλες αθεράπευτες καταστάσεις (σε ασθενείς σε κώμα ή σε φυτική κατάσταση), ενώ πολλά διαδίδονται και για εμπόριο οργάνων προς μεταμόσχευση¹⁰⁰.

Μέρος β': Προσεγγίσεις του ζητήματος της ευθανασίας

Ι) Επιχειρήματα περί αποδοχής της ευθανασίας

α) Ωφελιμιστικό επιχείρημα

Σύμφωνα με το επιχείρημα αυτό, που βρίσκει έρεισμα στο ηθικό ρεύμα της συνεπειοκρατίας¹⁰¹, με κυρίους εκπροσώπους τους Mills και Bentham, η ηθική δικαιολόγηση της ευθανασίας ελέγχεται από την ωφέλεια που η διενέργειά της προσφέρει, τόσο στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, όσο και στον ίδιο ασθενή.

⁹⁹ «Επιτρέπεται να επισπεύσουμε το θάνατο του μωρού, αν αποδεικνύεται ότι είναι μάταια κάθε ιατρική φροντίδα. Στην περίπτωση αυτή μπορεί να διακοπεί η εντατική θεραπευτική αγωγή του μωρού, που έχει ισχνές ελπίδες να επιβιώσει, για να ευεργετήσουμε ένα άλλο μωρό με πολύ αισιόδοξη διάγνωση», Silverman W., (1992), "Overtreatment of neonates? A personal perspective", *Pediatrics*, 90, pp. 971-976 (975).

¹⁰⁰ Kelly N. P., Rowley S. R., Hardin J. E., (1994), "Death in neonatal intensive care", *Journal of Pediatrics and Child Health*, 30, (5), pp. 419-422 (420).

¹⁰¹ Οι Συνεπειοκράτες υποστηρίζουν ότι πρέπει ο άνθρωπος να πράττει εκείνο που θα προκαλέσει το μεγαλύτερο δυνατό καλό στο μέγιστο δυνατό αριθμό ατόμων. Το γεγονός της ευθανασίας δεν περιέχει εκ των προτέρων κάποια ηθική αξία, αλλά πρέπει να υπολογίσουμε τις πιθανές αρνητικές και θετικές συνέπειες που θα έχει η πράξη μας αυτή. Μάλιστα ο Bentham καθιέρωσε ένα σύστημα μαθηματικού υπολογισμού των θετικών και αρνητικών συνεπειών μιας πράξης ώστε το αποτέλεσμα των υπολογισμών αυτών να καθορίσει και την τελική μας πράξη. Για περισσότερες πληροφορίες βλ. Καρανικόλα Γ., (2006), «Προβληματισμοί πάνω στην ηθική δικαιολόγηση της ποινικής καταστολής της ευθανασίας», σελ. 77-85 (80-81), στο με επιμέλεια Καϊάφα – Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη Ε., Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., (2007) *Ευθανασία*, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής -3, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη. Βλ. επίσης Πέρρου Π., (Μάιος 2005), «Η ευθανασία ως ηθικό πρόβλημα», <http://blondiesthoughts.wordpress.com>.

Είναι γεγονός ότι η ασθένεια, ιδίως όταν είναι ανίατη κι οδηγεί σ' έναν αργό και βασανιστικό θάνατο, αποτελεί μεγάλο βάρος για το περιβάλλον του ασθενούς ¹⁰². Ο πόνος, η απόγνωση, η βεβαιότητα του μαρτυρικού κι οδυνηρού θανάτου του αγαπημένου τους προσώπου, συχνά επιβαρύνουν τους οικείους του σε σημαντικό βαθμό. Οι συγγενείς επιφορτίζονται με τη φροντίδα του αρρώστου, αφιερώνοντας σημαντικό κομμάτι του χρόνου τους, ενίοτε και την ίδια τους τη ζωή, αναστέλλοντας ή ματαιώνοντας κάθε δική τους δραστηριότητα ¹⁰³. Πολλές φορές ενδέχεται ο θάνατος του ασθενούς, να τους ανακουφίζει περισσότερο απ' ότι τον ίδιο, μολονότι η ανακούφιση αυτή είναι υποσυνείδητη κι ανομολόγητη. Όταν λοιπόν, από τη μία 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 υποστηρικτές του επιχειρήματος αυτού, μπορεί να δικαιολογηθεί ηθικά όχι μόνο ως πρακτική αλλά κι ως επιλογή του ίδιου του αρρώστου. Ο ανιάτως πάσχων ασθενής δικαιούται κατ' αυτούς, να επιλέξει τη λύση της ευθανασίας, με την προϋπόθεση βέβαια ότι η επιλογή του είναι αυτόνομη κι αυτόβουλη, ως τη μόνη ενδεδεδειγμένη λύση προκειμένου να απαλλαγούν οι οικείοι του αλλά κι ο ίδιος από την άσκοπη ταλαιπωρία ¹⁰⁴.

Παράλληλα η διατήρηση στη ζωή ενός ανθρώπου που μετά βεβαιότητας οδηγείται στο θάνατο, συνεχίζουν οι υπέρμαχοι αυτού του επιχειρήματος, έχει και

¹⁰² «Οι ασθενείς θεωρούν «το βάρος στην οικογένεια» και «τον χρόνο που απομένει να ζήσουν» ως τους πιο σημαντικούς παράγοντες στην επιλογή τους ανάμεσα σε δύσκολες θεραπευτικές επιλογές, ενώ οι οικείοι αναγνωρίζουν τον πόνο του ασθενούς ως τον πιο σημαντικό παράγοντα». Hare J., Pratt C., Nelson C., (May 1992), "Agreement between Patients and their Self - Selected Surrogates on Difficult Medical Decisions", *Archives of Internal Medicine*, 152, pp. 1049-1054 (1051).

¹⁰³ Battin M., (1992), "Voluntary Euthanasia and the Risks of Abuse: Can we learn anything from the Netherlands?", *Law, Medicine & Health Care*, 20 (1-2), pp. 133 - 143 (136).

¹⁰⁴ «Υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες ένα άτομο που είναι ηλικιωμένο ή άρρωστο προκαλεί μεγάλη πίεση για την οικογένεια, πράγμα το οποίο και ο ίδιος βλέπει και θα προτιμούσε το θάνατο από τη συνέχιση αυτής της κατάστασης. Στην περίπτωση αυτή δεν είναι ευδιάκριτο εάν θα δικαιωνόταν ηθικά η αυθαίρετη άρνησή μας να ικανοποιήσουμε την επιθυμία του». Glover J., (1995), "Causing Death and Saving Lives", *Courts, Health Science & the Law*, 1 (2), p. 188.

βαρύτατες κοινωνικές επιπτώσεις. Οι στατιστικές αποδεικνύουν ότι η νοσοκομειακή φροντίδα που παρέχεται σε ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο ασθένειας, απορροφά το μεγαλύτερο μέρος των κονδυλίων που διατίθενται για την υγεία, γεγονός που επιτείνεται από την επιμήκυνση της ζωής των ασθενών αυτών, που επιτυγχάνεται με τα σύγχρονα ιατρικά μέσα. Επειδή ακριβώς τα κονδύλια αυτά δεν είναι απεριόριστα ¹⁰⁵, υποστηρίζουν, ότι δεν είναι σωστό να αναλώνονται για τη διατήρηση στη ζωή ασθενών που δεν έχουν καμία ελπίδα σωτηρίας, τη στιγμή που στη θέση τους θα μπορούσαν να σωθούν άλλα άτομα με μεγαλύτερες ελπίδες επιβίωσης ¹⁰⁶. Το ζήτημα τίθεται και σε μικρότερη βάση, αυτή της οικογένειας, καθώς είναι κυρίως το οικογενειακό περιβάλλον του αρρώστου που επιβαρύνεται οικονομικά, ενίοτε δε εξαθλιώνεται από την άνευ τέλους συντήρηση των ατόμων αυτών στη ζωή. Σύμφωνα με έρευνες, για πολλούς ασθενείς σε τελικό στάδιο, ο φόβος ότι θα καταστούν οικονομικό ή άλλης μορφής βάρος, αποτελεί παράγοντα που τους ωθεί στην επιλογή της ευθανασίας. Η έλλειψη επαρκούς ασφάλειας ζωής και το μεγάλο κόστος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ενίοτε διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων κατά το τέλος της ζωής ¹⁰⁷.

β) Η αξιοπρέπεια του πάσχοντος ατόμου

Σύμφωνα με τους υπέρμαχους της ευθανασίας, η ιδιότητα της ζωής αν και χρονικά και λογικά πρότερη οποιαδήποτε άλλης, δεν αποτελεί πάντα το βάθρο επί του οποίου μπορεί να υψωθεί η ανθρώπινη αξιοπρέπεια, αντίθετα μπορεί να αποτελέσει σοβαρό κι ανυπέρβλητο εμπόδιο, στερώντας τον άνθρωπο από το υψηλό

¹⁰⁵ «Το σύστημα υγείας αδυνατεί να περιθάλψει όλους τους ηλικιωμένους, ανιάτως ασθενείς και θνήσκοντες, οι οποίοι θα μπορούσαν να επωφεληθούν από την καταπραϊντική αγωγή. Στις ΗΠΑ καταγράφονται περισσότεροι του ενός εκατομμυρίου θάνατοι ετησίως, την ώρα που τα προγράμματα νοσηλείας μπορούν να υπηρετήσουν διακόσιες χιλιάδες ασθενείς ετησίως». Logue B., (1994), “When Hospice Fails: The Limits of Palliative Care”, *OMEGA*, 29 (4), p. 292-293.

¹⁰⁶ Thévenot X., (1989), ο.π., σελ. 24-25.

¹⁰⁷ Stuart G., Curter W., Demy T., (1998), ο.π, p. 20.

αυτό αγαθό. Η αξιοπρέπεια είναι έννοια περίπλοκη, δεδομένου ότι αποτελείται και συντίθεται από πολλές διαφορετικές μεταξύ τους ιδιότητες. Στην περίπτωση της ευθανασίας, για να καθορίσουμε τα συστατικά της αξιοπρέπειας θα πρέπει να ανατρέξουμε στον άνθρωπο που θα κριθεί αξιοπρεπής ή όχι, στον άνθρωπο που θα τύχει ή όχι ευθανασίας. Αυτός είναι ο ασθενής που βρίσκεται σε τελικό στάδιο ανίατης, μη αναστρέψιμης ασθένειας, αντιμέτωπος με τη βεβαιότητα του θανάτου, ενός θανάτου επώδυνου και συχνά όχι τόσο σύντομου. Είναι περιστοιχισμένος από μηχανήματα υποστηρικτικά της ζωής, έντονα εξαντλημένος κι ανήμπορος συχνά να ελέγξει τις σωματικές του λειτουργίες, να καθορίσει τις κινήσεις του ή ακόμη και να συμμετάσχει στις αποφάσεις που έχουν να κάνουν με τη ζωή του ¹⁰⁸.

Υπό το πρίσμα των ανωτέρω, αυτό που χρειάζεται ένας τέτοιος άνθρωπος είναι ο μόνιμος ή έστω περιστασιακός έλεγχος του σώματός του. Είναι ωστόσο αδύνατο, κατά τους υπέρμαχους της ευθανασίας, ένας ασθενής που δεν ελέγχει τις σωματικές του λειτουργίες κι έχει επίγνωση του γεγονότος αυτού, να αισθάνεται αξιοπρεπής, όσο φυσικό κι αν θεωρείται στην κατάστασή του να έχει χάσει τον έλεγχο του σώματός του. Κάτι άλλο που έχει ανάγκη ένας άνθρωπος που βρίσκεται στην ως άνω περιγραφόμενη κατάσταση είναι να διατηρεί τη δυνατότητα αυτοδιάθεσης κι αυτοκαθορισμού του. Ο ανυπόφορος πόνος, η αδυναμία του ασθενούς να κινητοποιήσει τον ήδη εξασθετισμένο οργανισμό του, η απουσία άλλοτε επαφής με το περιβάλλον, η έλλειψη συνειδητότητας εκμηδενίζουν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Η αδυναμία επαφής με το περιβάλλον μάλιστα, ενίοτε, φοβίζει τον ασθενή περισσότερο από τον πόνο ή ακόμη και τον ίδιο το θάνατο. Αυτό άλλωστε καταδεικνύει και η ευρύτατη χρήση των διαθηκών εν ζωή, το άγχος που διακατέχει τον ασθενή, σε σχέση με το πώς η μοίρα ή συνάνθρωποί του θα συμπεριφερθούν στο

¹⁰⁸ *Beauchamp T.*, (1996), ο.π., σελ. 24-25.

σώμα του όταν ο ίδιος δε θα βρίσκεται σε επαφή με το περιβάλλον. Κανείς δε θα ήθελε να μετατραπεί το άβουλο σώμα του σε λυπηρό θέαμα για τους συγγενείς και σε πεδίο πειραματισμού για τους επιστήμονες. Ένας ακόμη παράγων που καθορίζει το πόσο αξιοπρεπής αισθάνεται ένας ασθενής στην παραπάνω κατάσταση, είναι το εάν έχει μέσα του ελπίδα. Η αξιοπρέπεια μέσα στην απελπισία μπορεί να διαφυλαχθεί μόνο από ισχυρές φύσεις. Έτσι άνθρωποι που χάνουν την ελπίδα τους αλλά θέλουν να παραμείνουν αξιοπρεπείς, συχνά επιλέγουν να μην παραμείνουν στη ζωή. Σημασία βέβαια έχει και το εάν τους αρέσει η εικόνα που αφήνουν ως ανάμνηση στους συγγενείς και τα αγαπημένα τους πρόσωπα ¹⁰⁹.

Πολλοί άνθρωποι λοιπόν επιλέγουν την ευθανασία ως αξιοπρεπή διέξοδο από τη ζωή ¹¹⁰, τη στιγμή που 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 μπορεί να είναι ο πόνος, ένα άλλο το αποστειρωμένο ιατρικό περιβάλλον, ένα τρίτο ο φόβος ότι θα γίνει πειραματόζωο στα χέρια της επιστήμης ¹¹¹. Αυτό όμως που θίγει με τον πιο βάνανσο τρόπο την αξιοπρέπεια ενός ανθρώπου, είναι η επίγνωσή του ότι αδυνατεί να κάνει πραγματικότητα τη θέλησή του σε ότι έχει να κάνει με την ίδια του τη ζωή. Δεν πρέπει να ξεχνάμε το πόσο αναξιοπρεπής αισθάνεται ένας άνθρωπος που επιζητά απεγνωσμένα το θάνατο, έναν θάνατο που αν μπορούσε, θα τον προκαλούσε ο ίδιος

¹⁰⁹ Thévenot X., (1989), ο.π., σελ. 56-63.

¹¹⁰ «...Μπορεί να υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους ένας ασθενής σε τελικό στάδιο αποφασίζει να επιλέξει την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Ο τρόπος με τον οποίο πεθαίνουμε είναι εξίσου σημαντικό ζήτημα με το γεγονός πως πεθαίνουμε. Η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία πολλές φορές προβάλλεται ως ο τρόπος με τον οποίο το άτομο πεθαίνει με αξιοπρέπεια. Θέλουν να αποφύγουν την βίωση του αργού και επώδυνου θανάτου, περικυκλωμένοι από ιατρικά τεχνολογικά επιτεύγματα σε ένα αποστειρωμένο ιατρικό περιβάλλον. Πολλοί άνθρωποι που πεθαίνουν μπορεί να επιλέξουν την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία από τον φόβο πως θα χάσουν τον έλεγχο της ζωής τους καθώς η ασθένεια προχωρά κι ο θάνατος πλησιάζει». *Stuart G., Carter W., Demy T.*, (1998), ο.π., σελ. 19.

¹¹¹ Πρόσφατες έρευνες στην Αμερική έδειξαν ότι μερικοί άνθρωποι φοβούνται περισσότερο το ενδεχόμενο να ζήσουν από το ενδεχόμενο να πεθάνουν, διότι φοβούνται μήπως γίνουν σκλάβοι της τεχνολογίας. Βλ. *Πρωτοπαπαδάκη Ε.*, (2003), ο.π., σελ. 75, υποσημείωση 17, που αναφέρεται στον Jennet B., (September – October 1994), “Treatment of Critical Illness in the Elderly”, *Hastings Center Report*, p. 21.

στον εαυτό του. Αντί αυτού όμως του προσφέρεται μια ζωή γεμάτη πόνο και εξαθλίωση. Όταν ένας ασθενής απογυμνώνεται από τις δυνάμεις του, λένε οι υποστηρικτές της ευθανασίας, οφείλουμε να μη του στερούμε τη δυνατότητα αυτοκαθορισμού του. Οφείλουμε να του προσφέρουμε αυτό που ζητά προκειμένου να διατηρήσουμε ανέπαφη την αξιοπρέπειά του ¹¹². Αν του αρνηθούμε, προσβάλλουμε βάνανυσα το δικαίωμά του να αυτοκαθορίζεται και να ελέγχει τη μοίρα του σε όποια κατάσταση κι αν βρίσκεται ¹¹³.

Κάθε άνθρωπος, συνεχίζουν οι υπέρμαχοι της ευθανασίας, έχει δικαίωμα να επιλέγει τα πράγματα που θα του συμβούν, το αν θα πονά ή όχι, το πως θα συμπεριφερθούν στο αδύναμο σώμα του, ακόμη και το αν θέλει να συνεχίσει να ζει μέσα σ' αυτό. Είναι παράλογο, κατ' αυτούς, να εκπληρώνουμε κάθε άλλη επιθυμία ενός ασθενή σε τελικό στάδιο, ακόμη και την πιο τρελή, αυτή δηλαδή που θα ήταν ξεκάθαρα αποτέλεσμα της ταραχής του μυαλού του ή απόρροια της επίδρασης των φαρμάκων, πιστεύοντας πως είναι η τελευταία του, και να κωφεύουμε μπροστά στην σταθμισμένη και ρητά εκφρασμένη επιθυμία του να πεθάνει ¹¹⁴. Μια τέτοια συμπεριφορά αποτελεί ευθεία κι οξεία προσβολή της προσωπικότητάς του, κι ο άνθρωπος αυτός δεν μπορεί να αισθάνεται αξιοπρεπής, τη στιγμή που η ύπαρξή του έχει απαξιωθεί πλήρως.

¹¹² «Μπορεί να βρίσκεται σε τελικό στάδιο, υποφέροντας από ανίατη ασθένεια, και, παρ' όλα αυτά, κυριολεκτικά να πιεστεί να συνεχίσει μια ζωή πόνου και απελπισίας. Τέτοιας μορφής άρνηση μπορεί να πλήξει το δικαίωμα στην ιδιοτικότητα (privacy)». Humphry D., Wickett A., (1986), *The Right to Die – Understanding Euthanasia*, Bodley Head, London, p. 68.

¹¹³ «Η πιο σημαντική πλευρά της υπόθεσης Quinlan ήταν το γεγονός πως το δικαστήριο αναγνώρισε το δικαίωμα ενός μη ικανού σωματικά και πνευματικά ανθρώπου να αρνηθεί ιατρική θεραπεία βάσει του δικαιώματος της ιδιοτικότητας (privacy)». *Πρωτοπαπαδάκη Ε.*, (2003), ο.π., σελ. 76.

¹¹⁴ «...Για ορισμένους η δυνατότητα να πεθάνεις με αξιοπρέπεια είναι απείρως προτιμότερη από τους πόνους και την αναπόφευκτη αργή και μακρόχρονη εξασθένιση... Απαγορεύσεις που επιβάλλουν ένα θάνατο φρικτό κι επίπονο σ' έναν ασθενή σε τελική φάση, ανάπηρο, αλλά με σώες τις φρένες, αποτελούν μια ύβρη προς την ανθρώπινη αξιοπρέπεια». Απόσπασμα από το σχολιασμό της υπόθεσης Rodriguez, βλ. Μαγγανά Α., (1999), «Αδυναμία του δικαϊκού μηχανισμού να επιλύσει προβλήματα ευθανασίας ή ποιος θα αναλάβει την ευθύνη της απόφασης;», *Θέματα Εγκληματολογικά και Ποινικού Δικαίου*, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, σελ. 348-364 (357-358).

Πολλές φορές, ωστόσο λένε, δεν είναι ο πόνος και η αμεσότητα του θανάτου που δημιουργούν σ' έναν ασθενή την επιθυμία να πεθάνει, αλλά αντίθετα, ο τρόπος που καλείται να ζήσει. Η καθήλωση, λόγου χάρη στο κρεβάτι του νοσοκομείου μπορεί να κρατήσει για μεγάλο χρονικό διάστημα, αν λάβει κανείς υπόψη την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης, ωστόσο μπορεί κάποιους να τους απαξιώνει πλήρως ¹¹⁵. Η χρήση του αναπνευστήρα κι άλλων υποστηρικτικών μέσων, εξασφαλίζει μεν τη επιβίωση ενός ασθενούς, αλλά η μόνιμη εξάρτηση από αυτά, κι η ενδεχόμενη αδυναμία επικοινωνίας με τους άλλους, του στερεί κάθε αξιοπρέπεια και καθιστά τη ζωή του ανάξια να βιωθεί ¹¹⁶.

Συχνά πάλι οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν το θάνατο ως επίλογο, που δε μπορεί παρά να ολοκληρώνει αρμονικά μια ζωή πλήρως εναρμονισμένη με τις ιδέες και τις αξίες που τη χαρακτήριζαν ¹¹⁷. Είναι αδιανόητο για έναν άνθρωπο που έζησε όλη του τη ζωή με γνώμονα τις αρχές της αυτοδιάθεσης, του σεβασμού προς τους άλλους, της αποφυγής του οίκτου, να γράφει τον επίλογο της ζωής του σ' ένα καθεστώς πλήρους εξάρτησης και αδυναμίας. Για το λόγο αυτό επιζητά την ευθανασία, αφού πιστεύει, ότι μόνο ένας σύντομος θάνατος κατά τον επιθυμητό τρόπο, μπορεί να προωθήσει και

¹¹⁵ «Πιστεύουμε πως κάθε λογικό ον δε θα ήθελε να διατηρείται με τεχνητό τρόπο στη ζωή, εάν με βάση τεκμηριωμένα κριτήρια εξέλιπε κάθε δυνατότητα ανάνηψης» Crippen D., (1991), "Practical aspects of life support withdrawal: a critical care physician's opinion", *Clinical Intensive Care*, 2, p. 260.

¹¹⁶ «Η διατήρηση στη ζωή ενός τέτοιου ασθενούς ισοδυναμεί με υποβιβασμό του σε πράγμα – απλή βιολογική οντότητα- και άρα πρόκειται για παράνομη πρακτική που αντίκειται στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και λίγο απέχει, όπως και στην περίπτωση της εξαναγκαστικής θεραπείας, από την απάνθρωπη κι ατιμωτική μεταχείριση, καθώς μάλιστα σε αυτές τις οριακές περιπτώσεις η αγωγή δεν είναι πλέον θεραπευτική, αλλά αγωγή παράτασης της ζωής. Η συνέχισή της προσκρούει στην ανθρώπινη αξία: ουσιαστικά ο ανήμπορος άνθρωπος καθίσταται μέσο για τη συνέχιση ευγενών μεν σκοπών, όπως – ο σεβασμός του όρκου του Ιπποκράτη-, όχι όμως ικανών να ακυρώσουν το δικαίωμα να πεθαίνει κανείς με αξιοπρέπεια». Τσαϊτουρίδης Χ., (2002), «Η ευθανασία ως συνταγματικό δικαίωμα του ασθενούς», *Ποινικός Λόγος*, Τεύχος 3, σελ. 1-21 (12) <http://tosyntagma.ant-sakkoulas.gr/theoria/item.php?id=625>.

¹¹⁷ Κατά τον Dworkin «δεν υπάρχει αμφιβολία πως οι περισσότεροι άνθρωποι αντιμετωπίζουν τον τρόπο του θανάτου τους ως έχοντα ειδική, συμβολική σημασία. Επιθυμούν ο θάνατός τους, ει δυνατόν, να εκφράζει και με τον τρόπο αυτό να επιβεβαιώνει έντονα τις αξίες που θεωρούσαν σημαντικότερες κατά τη διάρκεια της ζωής τους», Dworkin R., (1993), *Life's Dominion – An Argument About Abortion and Euthanasia*, Harper Collins, London, p. 211.

να προαγάγει την αξιοπρέπεια του, και να αποδείξει έμπρακτα το σεβασμό του για την ίδια τη ζωή ¹¹⁸.

Για όλους τους ανωτέρω, σχετικούς με την προσωπική αξιοπρέπεια, λόγους, δικαιούται ο άνθρωπος να απαιτήσει ευθανασία, ακόμη κι όταν η απαίτησή του αυτή δε φαίνεται να βασίζεται απόλυτα στην ιατρική του κατάσταση. Ωστόσο υπάρχουν και καταστάσεις, λένε οι υπέρμαχοι της ευθανασίας, που αντικειμενικά προσβάλλουν την αξιοπρέπειά του, που τον υποβιβάζουν σ' ένα κατώτερο επίπεδο ύπαρξης. Αυτό συνήθως συμβαίνει όταν έχει χάσει τη συνειδητότητά του ¹¹⁹. Στην κατάσταση αυτή δεν συνιστά πλέον πρόσωπο, αφού αυτό που τον διαφοροποιεί από τα άλλα όντα εκλείπει. Η διατήρηση του ασθενούς σε μια κατάσταση μη συνειδητότητας είναι ιδιαίτερα μειωτική για την αξιοπρέπειά του, άσχετα αν ο ίδιος δεν διαθέτει επίγνωση του γεγονότος αυτού. Η αίσθηση αυτή γίνεται πιο φανερή αν σκεφτούμε πως αντιδρούμε σε αντίστοιχες συνθήκες όταν οι πάσχοντες είναι ζώα ¹²⁰.

γ) Το δικαίωμα στην αυτόνομη επιλογή του χρόνου και του τρόπου του θανάτου (άλλως το δικαίωμα στο θάνατο)

Σύμφωνα με τους υποστηρικτές της ευθανασίας ο άνθρωπος είναι κατ' εξοχήν αυτόνομο ¹²¹, υπό την προϋπόθεση βέβαια ότι είναι διανοητικά υγιής κι ότι έχει

¹¹⁸ «Οι άνθρωποι που επιθυμούν ένα σύντομο και ειρηνικό θάνατο για τους ίδιους και τους οικείους τους δεν αρνούνται ούτε περιορίζουν την ιερότητα της ζωής. Αντίθετα θεωρούν πως ένας συντομότερος θάνατος δείχνει μεγαλύτερο σεβασμό για τη ζωή από έναν παρατεταμένο», *Dworkin R.*, (1993), ο.π., σελ. 238.

¹¹⁹ «Εάν ορίσουμε το σύνολο που καλούμε «άτομο» ως τη συνολική αξία του ανθρωπισμού που μας καθιστά μοναδικούς και μας διαφοροποιεί από τα κατώτερα ζώα, τότε η διερεύνηση του τι πραγματικά σημαίνει ο θάνατος, περιλαμβάνει την εύρεση του εάν αυτό το τμήμα συνειδητότητας που είναι μοναδικό στον άνθρωπο έχει πάψει πια να υπάρχει», *Crippen D.*, (1991), ο.π., σελ. 260.

¹²⁰ «...εάν καταλήξουμε στην παραδοχή πως δε λειτουργεί το τμήμα του εγκεφάλου που μας καθιστά πρόσωπα, είναι εύλογο πως η συνεχιζόμενη υποστήριξη κατώτερων εγκεφαλικών λειτουργιών μπορεί ως αποτέλεσμα να έχει μόνο τον άσκοπο πόνο, μια κατάσταση στην οποία όταν βρίσκονται ζώα τους διενεργείται άμεσα ευθανασία», *Crippen D.*, (1991), ο.π., σελ. 260.

¹²¹ Ως αυτονομία περιγράφεται η δυνατότητα του ανθρώπου να ρυθμίζει ο ίδιος τις υποθέσεις που τον αφορούν άμεσα και να λαμβάνει τις αποφάσεις που ο ίδιος θεωρεί σημαντικές για τον εαυτό του, δρώντας ανάλογα. Για να είναι όμως ένας άνθρωπος αυτόνομος, για να μπορούμε να μιλάμε δηλαδή για αυτονομία της ανθρωπίνης βούλησης και κατ' επέκταση της πράξης πρέπει να συντρέχουν δύο

απόλυτη επίγνωση των καταστάσεων. Όντας αυτόνομος έχει το δικαίωμα αλλά και την υποχρέωση να αποφασίζει, αλλιώς αυτοαναιρείται. Ενώ όμως το δικαίωμα της λήψης αποφάσεων σχετικοποιείται σε ζητήματα που αφορούν το κοινωνικό σύνολο, απολυτοποιείται σε ζητήματα που αφορούν το πρόσωπό του. Το ζήτημα που αφορά περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο τον άνθρωπο έχει να κάνει με τον τρόπο που θα ζήσει τη ζωή του, κατ' επέκταση με τη χρονική διάρκεια αυτής και με τον τρόπο του θανάτου του. Κατά συνέπεια, ο άνθρωπος έχει το δικαίωμα να αποφασίζει αυτόνομα για το θάνατό του, αν βέβαια τη στιγμή εκείνη που λαμβάνει την απόφασή του το πνεύμα του είναι εναργές και γνωρίζει ο ίδιος τις συνέπειες της απόφασής του. Αυτό είναι το δικαίωμα ή η ελευθερία του ανθρώπου στο θάνατο, που εδράζεται επί της αυτονομίας του ¹²². Το κοινωνικό σύνολο οφείλει να σεβαστεί πλήρως την αυτόνομη αυτή επιλογή του ατόμου, διότι έτσι σέβεται το ίδιο το άτομο ¹²³. Σε κάθε άλλη περίπτωση προσβάλλεται ευθέως η προσωπικότητα του ανθρώπου.

Ο άνθρωπος που ζητά την ευθανασία είναι μια ιδιαίτερα ευαίσθητη περίπτωση κι αυτό διότι η δυνατότητά του να υπερασπιστεί την αυτονομία του είναι περιορισμένη, με αποτέλεσμα να αναγκάζεται να ζητήσει βοήθεια. Οι συνθήκες επίσης, κάτω από τις οποίες λαμβάνει τις αποφάσεις του είναι αρκετά περίπλοκες, ώστε συχνά αμφισβητείται η δυνατότητά του να αποφασίζει αυτόνομα. Ο πόνος, ο

καθοριστικές προϋποθέσεις. Η πρώτη απ' αυτές είναι η πνευματική ενάργεια. Ο άνθρωπος πρέπει να είναι διανοητικά υγιής, να βρίσκεται δηλαδή σε επαφή με το περιβάλλον και να μπορεί να εκφράζει έμπρακτα τις επιθυμίες του. Η δεύτερη προϋπόθεση είναι η επίγνωση. Ο άνθρωπος πρέπει να γνωρίζει όσο το δυνατόν καλύτερα τα δεδομένα του παρόντος και να μπορεί να αξιολογεί τις προοπτικές του μέλλοντος. «Η λέξη αυτονομία, προερχόμενη από την ελληνική λέξη εαυτός και νόμος αρχικά χρησιμοποιήθηκε κατ' αναφορά προς την αυτοδιοίκηση και την αυτοκυριαρχία των ανεξάρτητων ελληνικών πόλεων- κρατών. Έκτοτε έχει επεκταθεί και στα άτομα και έχει αποκτήσει ποικίλα νοήματα, όπως η αυτοδιοίκηση, τα δικαιώματα που στοιχειοθετούν την ελευθερία, η ιδιοτικότητα, η προσωπική επιλογή, η ελευθερία της βούλησης, η ελεύθερη διαμόρφωση της δράσης της προσωπικότητας...», *Beauchamp T., Childress J.*, (1994), ο.π., σελ. 120.

¹²² «Η κεντρική ιδέα της φιλοσοφικής θέσης περί δικαιώματος στον θάνατο έλκει την καταγωγή της από τις συλλήψεις της προτεραιότητας της αυτονομίας και του αυτοκαθορισμού του ατόμου: η ζωή μου αποτελεί κτήμα μου και μόνον εγώ έχω το δικαίωμα να καθορίζω πως θα ζήσω ή θα πεθάνω», *Stuart G., Curter W., Demy T.*, (1998), ο.π., σελ. 37.

¹²³ «Δεν υπάρχει μεγαλύτερη αλαζονεία από την ενέργεια που κατευθύνει η πεποίθηση πως η κοινωνία γνωρίζει καλύτερα τον τρόπο με τον οποίο κάποιος μπορεί να ρυθμίσει τη ζωή και το θάνατό του», *Forster T. A.*, (June 1995), "Can society deny the right to die?" *British Medical Journal*, 310, p. 1466.

φόβος και η έλλειψη ελπίδας ενδέχεται να επηρεάσουν την κρίση του ¹²⁴, μπορεί εύλογα να σκεφτεί κάποιος. Κι αυτό διότι αν δεν υπήρχε η επώδυνη και απέλπιδα αυτή κατάσταση δε θα έμπαινε ο ασθενής στο δίλημμα ανάμεσα στη ζωή και στο θάνατο. Το γεγονός όμως ότι καλείται να επιλέξει ανάμεσα στις δύο αυτές καταστάσεις, λένε οι υπέρμαχοι της ευθανασίας δε σημαίνει ότι η επιλογή του παύει να είναι ελεύθερη κι αυτόνομη. Αντίθετα, μια τέτοια απόφαση, η πιο σημαντική στη ζωή ενός ανθρώπου και σίγουρα η πιο δύσκολη, δε μπορεί παρά σπάνια και μόνο κάτω από πολύ ειδικές περιστάσεις να είναι αποτέλεσμα συγκυριακών πιέσεων. Στην περίπτωση ενός πνευματικά εναργούς κι επαρκώς ενημερωμένου ασθενούς αυτό είναι αδύνατο ¹²⁵.

Σε βοήθεια της ανωτέρω θέσης έρχεται η μεγάλη πρόοδος που έχει συντελεσθεί τα τελευταία χρόνια στον αποτελεσματικότερο έλεγχο του πόνου. Κι αυτό, διότι, παρότι ο πόνος αντιμετωπίζεται ολοένα και πιο αποτελεσματικά, οι αιτήσεις των πασχόντων για ευθανασία, συνεχώς αυξάνονται και προβάλλονται με ολοένα και μεγαλύτερη ένταση. Αυτό αποδεικνύει ότι είναι ο φόβος της εξάρτησης και της πλήρους απώλειας της αυτονομίας που ωθεί τον ασθενή να ζητήσει ευθανασία. Η αίτηση για ευθανασία υποδεικνύει τον πόθο για αυτονομία ¹²⁶, τη συνειδητή επιλογή του ασθενούς να προασπίσει τη δυνατότητά του να κάνει ο ίδιος τις επιλογές του. Η ευθανασία δεν αποτελεί ένδειξη φόβου του ασθενούς για τον πόνο, αλλά απόδειξη

¹²⁴ «Η απογοήτευση και ο φόβος της απομόνωσης μπορούν επίσης να είναι ισχυροί παράγοντες στη σκέψη εκείνων που επιθυμούν την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία», *Stuart G., Curter W., Demy T.*, (1998), ο.π., σελ. 20.

¹²⁵ «Οι αιτήσεις για ευθανασία είναι δυνατόν να υποδεικνύουν όχι πως το άτομο παραδίδεται ενόψει του βασανισμού, αλλά πως με θετικό τρόπο επιβεβαιώνει την επιθυμία του να ελέγχει τα γεγονότα», *Seale C., Addington – Hall J.*, (1995), “The Role of Good Care”, *Journal of Social Science & Medicine*, 40 (5), p. 587.

¹²⁶ «Εάν οι ψυχολογικές ρίζες της επιθυμίας για ευθανασία ανιχνεύονται στην επιθυμία για αυτοέλεγχο, αυτό θα μπορούσε να εξηγή τον λόγο για τον οποίο η ικανοποιητική περίθαλψη φαίνεται να κάνει μόνο μικρή διαφορά. Η παροχή φροντίδας -ακόμη και καλής- μπορεί από μόνη της να υπενθυμίζει στο άτομο (και τους οικείους) την φθίνουσα ικανότητά του να κάνει ο ίδιος πράγματα για τον εαυτό του», *Seale C., Addington – Hall J.*, (1995), ο.π., σελ. 587.

της πεποιθήσεώς του πως αν δεν δύναται να ελέγχει ο ίδιος την πορεία της ζωής του, τότε αυτή έχει χάσει ουσιαστικά το νόημά της ¹²⁷.

Αυτό λοιπόν που διατείνονται οι υποστηρικτές της ευθανασίας είναι ότι η απόφαση του πάσχοντος ασθενή να ζητήσει τη διενέργεια ευθανασίας, αποτελεί συνειδητή επιλογή. Είναι η απόφασή του να πεθάνει όταν κρίνει ότι η ζωή του δεν έχει τίποτε πια να του προσφέρει, παρά μόνο πόνο, δυστυχία, απόγνωση, αναξιοπρέπεια και κυρίως εξάρτηση. Ο ασθενής εκτιμά πως η συνέχιση της ζωής του θα του αποφέρει περισσότερα βάσανα παρά οφέλη και ικανοποιήσεις. Προτιμά να αποφύγει τη συνήθως οδυνηρή και ταπεινωτική εξάρτηση από οτιδήποτε θα τον κρατήσει στη ζωή με τον τρόπο διαφορετικό του επιθυμητού ¹²⁸. Για το λόγο αυτό βλέπουμε ασθενείς, που ενώ λαμβάνουν εγγυήσεις ανώδυνης παράτασης της ζωής τους, με αντάλλαγμα την εξάρτησή τους από έναν αναπνευστήρα ή την καταστολή, την απώλεια δηλαδή της αυτονομίας τους, επείγονται να τους διενεργηθεί ευθανασία ¹²⁹. Αυτό που επιθυμούν είναι να ελέγξουν το θάνατό τους, όπως ακριβώς ήλεγχαν και τη ζωή τους. Επιδιώκουν έναν «καλό θάνατο» και τέτοιος μπορεί να είναι μόνο

¹²⁷ «.. μια νέα αξία τείνει να αντικαταστήσει άλλες με ισχυρή παράδοση. Πρόκειται για το δικαίωμα σε μια ορισμένη ποιότητα ζωής. Η βελτίωση του υλικού επιπέδου διαβίωσης δημιούργησε κι ορισμένες απαιτήσεις απέναντι στη ζωή που κάποιος διάγει. Είναι ένα θείο δώρο το να ζει κανείς, όμως εξαρτάται τι είδους ζωή. Όταν πλέον, σύμφωνα με τα σύγχρονα κριτήρια διαβίωσης δεν αξίζει να ζει κανείς, τότε η απόφαση για αυτοκτονία δεν αργεί να έρθει. Το φαινόμενο επιτείνεται από το ότι η αντοχή του ανθρώπου στον πόνο, τόσο σωματικό όσο και ψυχικό έχει μειωθεί ..», Απόσπασμα από το σχολιασμό της υπόθεσης Rodriguez, βλ. Μαγγανά Α., (1999), ο.π., σελ. 359.

¹²⁸ «Η κρίση ενός διαυγούς ατόμου το οποίο αποφασίζει να αυτοκτονήσει είναι πως «η προσδοκώμενη μελλοντική ζωή μου, κάτω από τις καλύτερες πιθανές για εμένα συνθήκες, είναι τόσο επαχθής ώστε κρίνω πως είναι χειρότερη από την πλήρη διακοπή της». Αυτή κατ' ουσίαν φαίνεται να είναι ακριβώς η ίδια η κρίση την οποία κάνουν πολλοί που αποφασίζουν να προσπεράσουν την υποστηρικτική θεραπεία. Η άρνηση της θεραπείας αυτής της μορφής είναι ο τρόπος τους να θέσουν τέλος στη ζωή τους. Σκοπεύουν να το πράξουν εξαιτίας των θλιβερών προοπτικών της ζωής τους. Από τη στιγμή που διαφορετικά δεν θα είχαν πεθάνει, ο θάνατός τους έχει προκληθεί από τους ίδιους, είτε λαμβάνουν με ένεση μια θανάσιμη δόση είτε κλείνουν έναν αναπνευστήρα». Beauchamp T., Childress J., (1994), ο.π., σελ. 205.

¹²⁹ «Η καταπραϊντική φροντίδα μπορεί σαφώς να είναι καλύτερη επιλογή για κάποιον. Αλλά δεν πρέπει να είναι η μόνη εναλλακτική λύση. Η ιατρική πραγματικότητα και η ανακούφιση του άσκοπου πόνου καθιστούν αναγκαίες τις επιλογές που βρίσκονται σε συμφωνία με την αυτονομία του ασθενούς και το δικαίωμα στο θάνατο». Logue B., (1994), p. 299.

αυτός που βρίσκεται υπό τον έλεγχό τους¹³⁰ και τους εξασφαλίζει αξιοπρεπή έξοδο από τη ζωή¹³¹.

δ) Η κατηγορική προσταγή του Καντ

Σύμφωνα με την ηθική θεωρία της κατηγορικής προσταγής, που βρίσκει έρεισμα στην ηθικό ρεύμα της Δεοντολογίας¹³², πρέπει να αντιμετωπίζουμε το συνάνθρωπο μας ως σκοπό και ποτέ ως μέσο. Η στάση μας απέναντι στους άλλους δικαιώνεται ηθικά, μόνο όταν δεν αποσκοπεί στην επίτευξη προσωπικών επιδιώξεων, ανεξάρτητων από τη συμπαθητική στάση απέναντί τους. Για παράδειγμα, εκείνος που με κίνδυνο της ζωής του, σώζει κάποιον άλλο, έχει διαπράξει μια ηθικά αξιέπαινη πράξη μόνο αν σκοπός του ήταν αποκλειστικά και μόνο η σωτηρία του συνανθρώπου του. Αν όμως ενήργησε για να αποκτήσει προβολή ή αποσκοπώντας στην υλική ή ηθική επιβράβευση, η πράξη του δεν έχει θετική ηθική αξία, αλλά αποτελεί μέσο επίτευξης άλλων σκοπών, προϊόν υπολογισμού και κερδοσκοπικής διάθεσης.

Υπό το πρίσμα της ανωτέρω θεωρίας, η ευθανασία μπορεί να θεωρηθεί ως ηθικά ορθή πρακτική κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Αυτό συμβαίνει αν εστιάσουμε στην αξία της πράξης με βάση τον επιδιωκόμενο σκοπό και τα κίνητρα που τον έχουν ορίσει. Η αφαίρεση της ζωής είναι κατ' αρχήν κάτι κακό, ωστόσο αν

¹³⁰ «Είναι απόλυτα δίκαιο η ιατρική τεχνολογία να υποτάσσεται στην ελεύθερη βούληση των ανθρώπινων όντων, και σε καμιά περίπτωση να μη συμβαίνει το αντίθετο», *Kah Leng Ter, Leong Huey Susanna*, (1997), ο.π., σελ. 63.

¹³¹ «Ένας καλός θάνατος... είναι υπό τον έλεγχο του ανθρώπου που πεθαίνει και δίνει στο άτομο χρόνο να ρυθμίσει τις υποχρεώσεις του και να ανταποκριθεί σε αυτές. Η επίτευξη της διευθέτησης είναι σημαντική. Αυτή είναι αδύνατη όταν ο χρόνος του θανάτου είναι απροσδιόριστος ή όταν ο ασθενής είναι σωματικά αδύναμος ή πνευματικά ασταθής. Για τους περισσότερους ανθρώπους, ο θάνατος που δεν συνοδεύεται από την διευθέτηση των εκκρεμών υποθέσεών τους είναι ένας κακός θάνατος». *Logue B.*, (1994), ο.π., σελ. 295.

¹³² Η σχολή της Δεοντολογίας υποστηρίζει ότι πρέπει να θέσουμε εκ των προτέρων κάποιες ηθικές αξίες απέναντι στις οποίες οφείλουμε να είμαστε συνεπείς. Κυριότερος εκπρόσωπος του ρεύματος της Δεοντολογίας θεωρείται ο Kant, ο οποίος θεωρεί ως ύψιστη την έννοια του καθήκοντος. Όταν ο ηθικώς ενεργών άνθρωπος 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 οφείλει να είναι ο Δεοντολόγος και όταν θέσει ως ύψιστη ρυθμιστική αρχή των πράξεων και των βουλήσεών του οποιονδήποτε άλλο όρο αντί της ζωής. Βλ. *Καρανικόλα Γ.*, (2006), ο.π., σελ. 78-79. Βλ. επίσης *Πέτρο Π.*, (Μάιος 2005), ο.π.

εδράζεται επί ενός υψηλού κινήτρου, όπως η συμπαθητική μας στάση απέναντι στον συνάνθρωπο, τότε μπορεί να δικαιωθεί ηθικά ¹³³. Βέβαια η συμπαθητική στάση απέναντι στο συνάνθρωπο, που αιτείται τη διενέργεια ευθανασίας δε μπορεί να στηρίζεται μόνο στην απαίτησή του, διότι τότε η πράξη ή θα είναι ηθικά αδιάφορη ή χειρότερα ανεύθυνη. Αν το κίνητρο είναι μόνο η απαίτηση του πάσχοντος, τότε ο άνθρωπος γίνεται περισσότερο μέσο παρά σκοπός, αφού το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα δεν είναι το καλό του, αλλά η δική μας απαλλαγή από μια διλημματική κατάσταση. Απαιτείται επομένως, μια ενεργητική συμμετοχή στον πάθος του άλλου, γιατί μόνο έτσι θα μπορέσουμε να κρίνουμε και να αποφασίσουμε το καλύτερο γι αυτόν ¹³⁴. Στην πραγματικότητα η αίτηση για ευθανασία δεν γίνεται από τον πάσχοντα αλλά από την κατάστασή του. Αυτός που καλείται να διενεργήσει την ευθανασία πρέπει να κρίνει αν η συνέχιση της ζωής θα είναι προς όφελος ή εις βάρος των συμφερόντων του ασθενούς, επί τη βάση της συμπάθειας πάντα. Η στάση αυτή φαντάζει ως ηθικό καθήκον απέναντι στον συνάνθρωπό μας, αφού αυτός αποτελεί σκοπό.

ε) Το ανθρωπιστικό επιχείρημα

Κατά τους υποστηρικτές του επιχειρήματος αυτού, η ευθανασία είναι η απόλυτη πράξη ανθρωπισμού, αφού απαλλάσσει τον ασθενή από την απάνθρωπη κατάσταση στην οποία έχει περιέλθει. Δύο είναι οι παράγοντες που καθιστούν απάνθρωπο τον τρόπο του θανάτου. Ο πρώτος είναι ο αφόρητος πόνος, σωματικός ή

¹³³ «Τίποτε είτε στη θανάτωση, είτε στην άφεση στο θάνατο δεν εμπεριέχει κρίσεις για την πραγματική ορθότητα ή μη της πράξης, ή για την ευεργετικότητα ή τη μη βλαπτικότητα της πράξης. Η ορθότητα ή μη εξαρτώνται από την αξία της δικαίωσης που λανθάνει στην πράξη και αποτελεί την βάση της, κι όχι στο είδος της πράξης. Ούτε η θανάτωση, λοιπόν, ούτε η άφεση στο θάνατο είναι *per se* ανήθικες πράξεις, και από αυτήν την άποψη πρέπει να διακριθούν από το φόνο, ο οποίος είναι πάντοτε *per se* ανήθικος. Αμφότερες η θανάτωση και η εγκατάλειψη στο θάνατο αποτελούν *prima facie* κακίες αλλά μπορούν να δικαιωθούν υπό κάποιες περιστάσεις». *Beauchamp T., Childress J.*, (1994), ο.π., σελ. 225.

¹³⁴ «Όλες οι περιπτώσεις, λοιπόν, θανάτωσης και εγκατάλειψης στον θάνατο πρέπει να ικανοποιούν συγκεκριμένα κριτήρια, όπως το ισοζύγιο ευεργετημάτων και βαρών για τον ασθενή, για να κριθεί το κατά πόσον θα γίνουν αποδεκτές». *Beauchamp T., Childress J.*, (1994), ο.π., σελ. 225.

ψυχικός. Κάθε άνθρωπος είναι ευαίσθητος στο ζήτημα αυτό, κάθε άνθρωπος μπορεί επικαλούμενος τον ανθρωπισμό μας να μας ζητήσει να τον απαλλάξουμε από τον πόνο. Ο πόνος, συν τοις άλλοις, αποτελεί μια καθαρά προσωπική υπόθεση, καθώς η αντοχή σε αυτόν καθορίζεται από ατομικά κριτήρια και ιδιότητες.

Η αίτηση για ευθανασία που στηρίζεται στην αδυναμία του πάσχοντος να αντέξει τον πόνο, πρέπει να γίνεται σεβαστή, διότι ο αφόρητος πόνος δεν ορίζεται, και είναι ένα ζήτημα καθαρά υποκειμενικό. Ειδικότερα, όταν η αναστροφή της κατάστασης του ασθενούς είναι αδύνατη κι ο θάνατος προβάλλει ως βεβαιότητα, τότε καθήκον του συνανθρώπου είναι να καταστήσει το θάνατο του πάσχοντος όσο το δυνατόν πιο ανώδυνο, άρα περισσότερο ανθρώπινο ¹³⁵. Ο γιατρός δικαιώνεται απολύτως σε ηθικό επίπεδο αν προχωρήσει στην ευθανασία με κίνητρο την απαλλαγή του πάσχοντος από την περιττή οδύνη του τέλους.

Ο δεύτερος παράγοντας είναι ο φόβος. Ο άνθρωπος συχνά μπορεί να υποφέρει από το φόβο του ανεξέλεγκτου πόνου παρά από τον ίδιο τον πόνο ¹³⁶. Ο ασθενής που βρίσκεται καθηλωμένος στο κρεβάτι του νοσοκομείου σκέφτεται εντελώς διαφορετικά από οποιονδήποτε άλλο άνθρωπο. Μπορεί να μην έχει γνωρίσει ακόμη τον πόνο, ενδέχεται όμως να βιώνει ήδη την παρουσία του και τις ενδεχόμενες επιπτώσεις που αυτός θα έχει πάνω του. Στην περίπτωση αυτή η προοπτική του επώδυνου θανάτου είναι ξεκάθαρη και βασανίζει τη σκέψη του, γεγονός που καθιστά το φόβο για το μέλλον αφόρητο ¹³⁷.

¹³⁵ «Είναι γενικά αποδεκτό πως αν δεν υπάρχει άλλος τρόπος να καταστείλει τον πόνο, ο γιατρός δικαιώνεται ηθικά να χορηγήσει ένα παυσίπονο σκεύασμα στον ασθενή του, του οποίου ο θάνατος είναι αναπόφευκτος, ακόμη κι αν πιστεύει πως το σκεύασμα θα έχει ως παράλληλη επίδραση την επίσπευση του θανάτου». *Skegg P.*, (1984), ο.π., σελ. 131.

¹³⁶ «Ο φόβος του ανεξέλεγκτου πόνου αποτελεί σημαντική έγνοια αυτών που ασθενούν σε τελικό στάδιο. Μόλις οι ασθενείς λάβουν και κατανοήσουν τη διάγνωση που χαρακτηρίζει την κατάστασή τους ανίατη, νέες καίριες έγνοιες αναδύονται». *Stuart G., Curter W., Demy T.*, (1998), ο.π., σελ. 19.

¹³⁷ «Η συνειδητοποίηση του επερχόμενου θανάτου τους ωθεί στον επανακαθορισμό της ζωής με όρους άκαμπτους και μη αποδεκτούς, και η προοπτική του θανάτου μέσα σε ανεξέλεγκτο πόνο γίνεται κυρίαρχη έγνοια». *Stuart G., Curter W., Demy T.*, (1998), ο.π., σελ. 20-21.

Ωστόσο, η προσφορά της ευθανασίας σ' έναν ασθενή, δεν περιορίζεται στην ανακούφισή του από τον φόβο και τον πόνο. Πολλοί ασθενείς, ίσως το μεγαλύτερο ποσοστό, ακόμη κι αν βίωναν τον μεγαλύτερο φόβο για τον τρόπο του θανάτου τους, δε θα επέλεγαν για το λόγο αυτό την ευθανασία. Η επιλογή του θανάτου απαιτεί μεγάλη αποφασιστικότητα και θάρρος, ενώ η ελπίδα πάντα θα κλονίζει και την πιο σταθερή και λογικά θεμελιωμένη μελλοντική προοπτική. Στη δυνατότητα της επιλογής της ευθανασίας όμως, λίγοι ασθενείς θα αντιδρούσαν. Κι αυτό διότι η ύπαρξη και μόνο της δυνατότητας αυτής μπορεί να τους ανακουφίσει από το φόβο πως ότι κι αν συμβεί θα είναι υποχρεωμένοι να υποστούν τον οποιοδήποτε πόνο, τον επιβεβλημένο από την κατάστασή τους και από την ανοχή του περιβάλλοντός τους.¹³⁸ Η άρση αυτού του φόβου καθιστά την προοπτική του θανάτου πιο ανθρώπινη.

Είναι παράλογο διατείνονται οι υποστηρικτές του ανθρωπιστικού επιχειρήματος, ενώ θεωρούμε απάνθρωπο το να ζει κάποιος με οποιονδήποτε φόβο ή μέσα στον πόνο, να επιτρέπουμε να πεθαίνει ο άνθρωπος αυτός κυριευμένος από τον έσχατο φόβο που προκαλεί ο θάνατος και η αδυναμία αντίδρασης στην επώδυνη βίωσή του. Η διατήρηση στη ζωή δεν είναι πάντοτε η πιο ανθρωπιστική επιλογή. Ανθρωπιστικό καθήκον όλων μας είναι να εξασφαλίσουμε στον πάσχοντα ασθενή ένα ανθρώπινο τέλος κατά τον καταλληλότερο τρόπο, κινούμενοι από ευαισθησία και σε συνάρτηση με την κατάστασή του.¹³⁹

¹³⁸ «Κάθε τι που ήταν ανυπόφορο για τη μητέρα μου έγινε υποφερτό όταν πήρε αυτά τα χάπια, με τη βέβαιη γνώση πως όταν η ζωή θα γινόταν αβίωτη θα μπορούσε να τη διακόψει...όταν έχουμε πια διευθετήσει το μέλλον, μπορούμε να ζήσουμε το παρόν, κάτι που ίσως ποτέ δεν είχαμε κάνει στο παρελθόν. Η ευθανασία προσφέρει αξιοσημείωτη απελευθέρωση επειδή το άφευκτο του θανάτου, από τη στιγμή που έχει αναγνωρισθεί, μπορεί να γίνει η βάση για την αγνή και πλήρη τιμιότητα, η οποία δεν είναι εφικτή κάτω από συνηθισμένες περιστάσεις». Peck M. S., (1997), *Η άρνηση της ψυχής – Ευθανασία και θνητότητα*, μτφ. Παπασπύρου Άννα, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σελ. 251-264, όπου αναφέρεται αναλυτικά στο άρθρο του Andrew Solomon, (May 22nd 1995), “A Death of One’s Own”, The New Yorker.

¹³⁹ «Η επιδίωξη της υγείας από την ιατρική πρέπει να αμβλύνεται από την ανάγκη της προετοιμασίας ενός κατά το δυνατόν ανώδυνου θανάτου, όπως έχει υποχρέωση να κάνει όταν ο πρωταρχικός στόχος (η υγεία) αποτυγχάνει». Callahan D., (July-August 1993), ο.π., σελ. 34.

στ) Η υποχρέωση του γιατρού να απαλύνει τον πόνο

Η ιατρική ηθική εξακολουθεί να βασίζεται στον όρκο του Ιπποκράτη, σύμφωνα με τον οποίο ο γιατρός οφείλει να μην βλάπτει τον ασθενή. Μολονότι εκ πρώτης όψεως ο όρκος φαίνεται να απαγορεύει την ευθανασία, από το ίδιο το πνεύμα του προκύπτει κι η υποχρέωση του γιατρού να ενεργεί προς όφελος του ασθενούς ¹⁴⁰. Υπό την έννοια αυτή, η συμμετοχή του γιατρού στην ευθανασία δικαιολογείται ηθικά, αν αποκλειστικό ελατήριό της είναι το καλό του ασθενούς κι όχι η εξυπηρέτηση προσωπικών ή κοινωνικών αναγκών ¹⁴¹. Η διατήρηση πάση θυσία στη ζωή, συχνά δεν είναι προς όφελος του ασθενούς, γι' αυτό ο γιατρός δεν είναι ούτε ηθικά ούτε νομικά υποχρεωμένος να επιβάλλει μια θεραπεία που θα παρατείνει τη ζωή του πάσχοντος, αν ο ίδιος δεν το κρίνει σκόπιμο, σύμφωνα με την ιατρική συγκυρία. Μπορεί επίσης να διακόψει μια θεραπεία που θεωρεί ότι θα είναι άγονη. Αυτό που πάντοτε έχει ηθική υποχρέωση να κάνει, είναι να ενεργεί σύμφωνα με το καλύτερο συμφέρον του ασθενούς ώστε να καταστήσει την κατάστασή του κατά το δυνατόν ανεκτή, ακόμη κι όταν η μοίρα του έχει ξεφύγει από τον ιατρικό έλεγχο. Μόνο η ιατρική συμβολή μπορεί να αποτελέσει ασπίδα του πάσχοντος απέναντι στον πόνο ¹⁴². Ο γιατρός έχει καθήκον να ανακουφίζει τον πόνο του ασθενούς, λόγω και της συχνής του επαφής με αυτόν αλλά και της εξειδικευμένης του εκπαίδευσης ¹⁴³.

¹⁴⁰ Beauchamp T., Childress J., (1994), ο.π., σελ. 189.

¹⁴¹ «Υπό το πρίσμα του επιχειρήματος που παρουσιάζεται στο σημείο αυτό, η ιατρική βοήθεια στην ευθανασία είναι δυνατόν πράγματι να είναι επωφελής για τον ασθενή. Εκείνο που ο όρκος συνεχίζει να απαγορεύει είναι η συμμετοχή του γιατρού στην ευθανασία προς όφελος του ίδιου ή για να υπηρετήσει σκοπούς του συστήματος ή της κοινωνίας». Battin M., (1994), ο.π., σελ. 128-129.

¹⁴² «Η ανακούφιση του πόνου είναι η λιγότερο αμφισβητούμενη και καθολικότερη ανάμεσα στις ηθικές υποχρεώσεις ενός γιατρού», γράφει ένας γιατρός. «Λίγα πράγματα περισσότερο σημαντικά από την ανακούφιση του πόνου μπορεί να κάνει ένας γιατρός», ισχυρίζεται ένας άλλος». Battin M., (1994), ο.π., σελ. 102.

¹⁴³ «...το καθήκον της ιατρικής συμπόνιας έχει εν γένει εφαρμογή σε όλα τα ηθικά πρόσωπα, και μόνο χάριν στη συχνότερη έκθεση του γιατρού στον πόνο και της εξειδικευμένης του εκπαίδευσης το καθήκον αυτό πέφτει βαρύτερο στους ώμους των γιατρών και του ιατρικού προσωπικού απ' ότι σε άλλους». Battin M., (1994), ο.π., σελ. 103.

Ο γιατρός στα πλαίσια του καθήκοντός του να φροντίσει τον ασθενή, είναι υποχρεωμένος ενεργητικά να συμπαρασταθεί στις τελευταίες του στιγμές. Όχι μόνο δεν πρέπει να αγνοήσει την αίτηση για ευθανασία από τον πάσχοντα, τουλάχιστον χωρίς να εξετάσει ενδελεχώς τις προοπτικές, αλλά πρέπει αποφασιστικά να συμπαρασταθεί στο τέλος του και να λάβει ενεργό ρόλο στην όσο το δυνατόν πιο ανώδυνη και πιο αποτελεσματική διενέργεια της ευθανασίας, έτσι ώστε να αποφευχθεί η οποιαδήποτε επιπλοκή. Η παρουσία του είναι ηθικά επιβεβλημένη από την ιδιαίτερη σχέση γιατρού – ασθενή, κι από την εξάρτηση του δεύτερου από αυτόν¹⁴⁴. Κατά τους υπέρμαχους της ευθανασίας, ο γιατρός που διενεργεί την ευθανασία δεν κάνει τίποτε άλλο από το να «θανατώνει» τον πόνο. Ο ασθενής πεθαίνει εξαιτίας της πάθησής του, η οποία προκαλεί κι επιβάλλει την ευθανασία για τη λύτρωση από το επώδυνο τέλος, κι όχι από τις ενέργειες του γιατρού. Ένας καλός γιατρός, κρίνοντας ότι ο πάσχων ασθενής οδηγείται μετά βεβαιότητας στο θάνατο, είναι υποχρεωμένος να διενεργήσει την ευθανασία. Τίποτε δε δικαιώνει το γιατρό, αν επιβάλλει μια άγονη θεραπεία που θα οδηγήσει τον ασθενή σε ένα επώδυνο τέλος¹⁴⁵. Αντίθετα η υποχρέωσή του να φροντίσει τον ασθενή μπορεί δικαιολογημένα να τον οδηγήσει στη διενέργεια της ευθανασίας, είτε ενεργητικά, θανατώνοντας τον ασθενή, είτε αφήνοντάς τον να πεθάνει, όταν έχει αποτύχει κάθε άλλη ιατρική φροντίδα.

Η ηθική υποχρέωση του γιατρού να αντιμετωπίσει τον πόνο του ασθενούς με την ευθανασία, προβάλλει ακόμη πιο επιτακτική στις περιπτώσεις που το απαιτεί ο ίδιος ο πάσχων. Μπροστά στον ανθρώπινο πόνο, ιδίως όταν είναι τόσο ισχυρός ώστε

¹⁴⁴ «Ο Jack Kevorkian είναι ένας ήρωας...η ιατρική χρειάζεται ήρωες στις μέρες μας. Οι ασθενείς που υποφέρουν έχουν ανάγκη κάποιον ο οποίος θα ακούσει και θα αισθανθεί τον πόνο τους. Εκείνοι που πεθαίνουν έχουν ανάγκη τη δέσμευσή μας να μείνουμε μαζί τους σε όλο το ταξίδι». Roberts J., Kjellstrand C., (1996), "Jack Kevorkian: a medical hero", *British Medical Journal*, 312: 1434.

¹⁴⁵ «...σε ορισμένες περιπτώσεις δεν δικαιώνονται οι γιατροί ή οι εκπρόσωποι του ασθενούς να ξεκινήσουν ή να συνεχίσουν μια θεραπεία γνωρίζοντας πως θα αποτελέσει για τον ανίκανο να επιλέξει ασθενή ένα επαχθέστερο ισοζύγιο πόνου και οδύνης». Beauchamp T., Childress J., (1994), ο.π., σελ. 214.

ο πάσχων να ζητά την ευθανασία, κάθε συνειδησιακή ή ηθική αναστολή πρέπει να αίρεται. Ο γιατρός που αρνείται την ευθανασία στον ασθενή που πεθαίνει επώδυνα για λόγους προσωπικού οφέλους ή για την αποφυγή συνεπειών αποδεικνύεται κατώτερος των περιστάσεων. Στην περίπτωση που οι ηθικές ενστάσεις του γιατρού δεν αίρονται, ο ασθενής όμως εξακολουθεί να αιτείται ευθανασία, πρέπει, τονίζουν οι υπέρμαχοι του επιχειρήματος αυτού, να δίνεται στον ασθενή το δικαίωμα να επιλέξει κάποιον άλλο θεράποντα ιατρό για να τον οδηγήσει στην ανώδυνη έξοδο που επιθυμεί. Κι αυτό διότι ο τρόπος του θανάτου του ασθενούς δεν πρέπει να εξαρτάται από τις όποιες προσωπικές πεποιθήσεις του γιατρού, αλλά από τις προσωπικές επιθυμίες του άμεσα ενδιαφερόμενου και του άμεσα πληττόμενου από την απόφαση που θα ληφθεί ¹⁴⁶.

II) Επιχειρήματα περί μη αποδοχής της ευθανασίας

α) Ολισθηρός Κατήφορος, το άνοιγμα των ασκών του Αιόλου

Η κακή χρήση και η επικινδυνότητα της πρακτικής της ευθανασίας συνιστούν τον πυρήνα του επιχειρήματος αυτού. Ακόμη κι αν η ευθανασία είναι θεμιτή σε κάποιες περιπτώσεις, ακόμη κι αν κάποτε προβάλλει ως ηθική υποχρέωση του γιατρού απέναντι στον ασθενή του, είναι, κατά τους υποστηρικτές του επιχειρήματος αυτού, μάλλον αδύνατον να αναγνωριστεί ως ηθική πράξη κάτι που δυναμικά μπορεί να οδηγήσει σε αθέμιτες πρακτικές και καταχρήσεις ¹⁴⁷.

Η επικινδυνότητα της ευθανασίας αναπτύσσεται πάνω σε τρεις άξονες. Κατ' αρχήν ενδιαφέρει ο σεβασμός στη ζωή και οι επιπτώσεις που συνάγεται για τον

¹⁴⁶ «Η κρίση των ερωτημάτων σχετικά με την ποιότητα της ζωής εναπόκειται στους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Το ιατρικό πεδίο αφορά την αποτελεσματικότητα της ιατρικής παρουσίας». *Crippen D.*, (1991), ο.π., σελ. 265.

¹⁴⁷ Ανευβλαβής Ε., (2001), «Η ελεήμων θανάτωση (mercy killing) ή ευθανασία: Μια αποκλειστική διάζευξη», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18 (6), Αθήνα, σελ 555-560.

άνθρωπο η καθιέρωση της ευθανασίας. Κατά δεύτερον απασχολεί η δυνατότητα παγίδευσης του ασθενούς και η παράλληλη αδυναμία προστασίας του, η περίπτωση δηλαδή κατά την οποία η ευθανασία επιβάλλεται ως αναγκαιότητα. Ο τρίτος άξονας έχει να κάνει με την αδυναμία μας να γνωρίζουμε αν η διενέργεια της ευθανασίας αποτελεί πραγματική επιθυμία του πάσχοντος, κι ως εκ τούτου η προοπτική της λανθασμένης εφαρμογής της. Άλλες παράμετροι, σχετιζόμενες με την δυναμική επικινδυνότητα της ευθανασίας άπτονται της διαμόρφωσης της κοινωνικής και ιατρικής ηθικής, της εξάπλωσης της απειλής σε ανίσχυρες κοινωνικά ή ηλικιακά ομάδες κι ο επηρεασμός ευαίσθητων ομάδων. Η εποχή που με μια αντίστοιχη της ευθανασίας πρακτική θανατώνονταν ανήμποροι άνθρωποι, ηλικιωμένοι και παιδιά δεν είναι μακριά. Αυτό λοιπόν που ισχυρίζονται οι πολέμιοι της ευθανασίας, είναι ότι η καθιέρωση της ευθανασίας θα ανοίξει τους ασκούς του Αιόλου ¹⁴⁸ και θα οδηγήσει τις σύγχρονες κοινωνίες σ' έναν ολισθηρό κατήφορο.

Ο σεβασμός στη ζωή αποτελεί ένα από τα θεμέλια της σύγχρονης ηθικής. Η ζωή αντιμετωπίζεται ως λογικά και χρονικά πρότερη οποιασδήποτε θετικής κατάστασης που μπορεί να βρεθεί ο άνθρωπος, γι' αυτό κι είναι πάντα άξια να βιωθεί. Στη βάση της παραδοχής αυτής έχει δομηθεί το ηθικό και νομικό σύστημα που ρυθμίζει τη σκέψη και τη ζωή μας. Για το λόγο αυτό η ανθρωποκτονία επισύρει τις βαρύτερες ποινές, για τον ίδιο λόγο η αυτοκτονία αντιμετωπίζονταν μέχρι πρόσφατα ως έγκλημα, ενώ σήμερα αντιμετωπίζεται ως ένδειξη διαταραχής. Η άρνηση της ζωής από το φορέα της μπορεί να γίνει κατανοητή μόνο κάτω από εξαιρετικές περιστάσεις, αλλά και πάλι δεν μπορεί να γίνει ηθικά αποδεκτή. Με την ευθανασία, ως γενικευμένη πρακτική, λένε οι πολέμιοι, κλονίζεται μια καθιερωμένη ηθική: υπάρχει ζωή, που σε κάποιες μορφές της είναι ανάξια να βιωθεί. Πέραν αυτού,

¹⁴⁸ *Καίσαρης Π.*, (1999), ο.π., σελ. 25-27.

απαιτεί και τη συμμετοχή ενός τρίτου προσώπου στη διακοπή της ζωής αυτής. Ο σεβασμός στη ζωή παύει να είναι απροϋπόθετος και γίνεται κάτι που εξαρτάται από τις περιστάσεις και την εκάστοτε περίπτωση ¹⁴⁹. Η ηθική αποδοχή της ευθανασίας, του ενεργητικού τερματισμού της ζωής, ενδέχεται να οδηγήσει σε πλήρη απαξίωση της ίδιας της ζωής ¹⁵⁰. Οι όροι και οι προϋποθέσεις που προσδιορίζουν την ηθικοποίησή της είναι ασαφείς, επιδεκτικοί παρερμηνείας και κακής εφαρμογής. Κανείς δε μπορεί να εγγυηθεί για τα κίνητρα του γιατρού ή όποιου άλλου συμμετέχει, ούτε να βεβαιώσει για τη θέληση του ασθενούς, τη στιγμή μάλιστα που πολλές φορές αδυνατεί να εκφράσει την επιθυμία του. Επιπλέον, οι περιστάσεις που επιτρέπουν το αίτημα της ευθανασίας να διατυπωθεί είναι ακραίες. Η εξαγωγή γενικών νόμων από ακραίες καταστάσεις μπορεί να θέσει σε κίνδυνο ηθικές παραδοχές που διέπουν τη ανθρώπινη ζωή ¹⁵¹. Είναι παράλογο, χάριν της ευθανασίας που άπτεται ενός μικρού ποσοστού της καθημερινής μας πράξης και ηθικής μας σκέψης, να θέσουμε σε κίνδυνο τον σεβασμό στη ζωή που περιγράφει το σύνολο της κοινωνικής μας παρουσίας.

Μια σημαντική παράμετρος που οριοθετεί την επικινδυνότητα της ευθανασίας είναι αυτή που έχει να κάνει με την προστασία του ασθενούς. Τα υψηλά ποσοστά διενέργειας ευθανασίας, παρά το γεγονός ότι δεν είναι ακόμη νομικά και ηθικά αποδεκτή, επιτρέπουν τη διατύπωση ενστάσεων κι επιφυλάξεων σχετικά με το που θα

¹⁴⁹ «Αν επιτρέψουμε ακόμη και αυτές τις περιορισμένες περιστάσεις σκόπιμης θανάτωσης θα αποδυναμώσουμε τον σεβασμό στη ζωή». Buchanan A. (1996), «Ευθανασία: η δομή του προβλήματος και προτεινόμενες λύσεις», σελ. 46-70 (48), στο βιβλίο του Beauchamp T., (2007), *Ευθανασία, Ηθικές, φιλοσοφικές, ιατρικές και νομικές διαστάσεις*, μτφ. Κάντζολα – Σαμπατάκου Βεατρίκη, Εκδόσεις Αρχιπέλαγος, Αθήνα.

¹⁵⁰ «Από τη στιγμή που η περίπτωση αυτή γίνει αποδεκτή, η αποδοχή του τερματισμού της μη άξιας να βιωθεί ζωής θα επεκταθεί και σε άλλες περιπτώσεις. Υπάρχει μια ολισθηρή πλαγιά πάνω στην οποία ο σεβασμός στην ανθρώπινη ζωή χάνει με επιταχυνόμενους ρυθμούς την πέδησή του». Stuart G., Curter W., Demy T., (1998), ο.π., σελ. 21.

¹⁵¹ «Ένας από τους λόγους για μια πολιτική που θα εξαντλεί όλες τις εναλλακτικές λύσεις πριν επιτρέψει στους γιατρούς να εμπλακούν στην ενεργητική ευθανασία είναι η επιφυλακτικότητα σχετικά με τη δημιουργία μιας κοινωνικής ή επαγγελματικής ηθικής πάνω σε περιορισμένες και έκτακτες περιπτώσεις. Είναι επικίνδυνο να γενικεύουμε από έκτακτες περιστάσεις, διότι οι καταστάσεις αυτές είναι δυνατόν να δημιουργήσουν λανθασμένη κοινωνική κι επαγγελματική ηθική, όσο και κακούς νόμους». Beauchamp T., Childress J., (1994), ο.π., σελ. 233.

οδηγούσε μια ολοκληρωτική αποδοχή της. Ενώ δηλαδή θα μπορούσε ως πρακτική να θεσμοθετηθεί και να ηθικοποιηθεί ως δυνατότητα του ασθενούς, δύσκολα θα μπορούσε να προληφθεί η διενέργειά της αντίθετα ή ερήμην της συγκατάθεσής του, για την εξυπηρέτηση σκοτεινών σκοπών ή απλά διότι η θανάτωσή του είναι η ευκολότερη λύση. Οι ασθενείς στους οποίους διενεργείται ευθανασία βρίσκονται συχνά σε κατάσταση που δεν τους επιτρέπει να εκφράσουν με σαφήνεια τη θέληση τους, άλλοτε δε έχουν απολέσει κάθε επαφή με το περιβάλλον ¹⁵². Στην περίπτωση αυτή η διενέργεια της ευθανασίας θα στηριχθεί μόνο στην ευαισθησία και στην καλοπροαίρετη και συμπαθητική στάση του γιατρού και των συγγενών. Τα αισθήματα αυτά μπορεί να είναι αναμενόμενα και να εκδηλώνονται έντονα, δεν είναι ικανά όμως να θεμελιώσουν γενικούς κανόνες ¹⁵³. Αλλά και στην περίπτωση της εκπεφρασμένης επιθυμίας του ασθενούς, μπορεί η ευθανασία να προβληθεί ως μόνη διέξοδος από το βασανισμό, ως εύκολη λύση ή λόγω ιατρικής άγνοιας ¹⁵⁴. Τίποτε όμως δεν αποκλείει την κακή εφαρμογή της λόγω σκοτεινών κινήτρων, σε μια εποχή μάλιστα γενικευμένης εμπορευματοποίησης. Γι' αυτό και πρέπει να επιδεικνύεται προσοχή στις δυνατότητες που παρέχονται σε ισχυρές ομάδες έναντι των ασθενέστερων. Όταν όργανα του ανθρώπινου σώματος διαπραγματεύονται με

¹⁵² «Οι κατήγοροι της ευθανασίας εστιάζουν σε άλλες πλευρές της αναφοράς: (1) Υπήρξαν 1,000 περιπτώσεις (0,8%) πράξεων τερματισμού της ζωής χωρίς την ρητή απαίτηση του ασθενούς. Όταν ένα μικρό υποσύνολο αυτών των περιπτώσεων αναλύθηκε λεπτομερειακά, φάνηκε πως ένα ποσοστό 59% είχε βασιστεί σε προγενέστερη συζήτηση ανάμεσα σε γιατρό και ασθενή, αλλά στο υπόλοιπο 41% καμία τέτοια συζήτηση δεν είχε υπάρξει. Στη δεύτερη ομάδα, οι περισσότερες περιπτώσεις είχαν βασιστεί στην ένταση του βασανισμού, στον βέβαιο επερχόμενο θάνατο, στην επιθυμία της οικογένειας και στην υποκατάσταση κρίσης. Όμως υπήρχαν κάποιες περιπτώσεις της δεκαετίας του 1980 όπου η ευθανασία δεν θα έπρεπε να είχε διενεργηθεί». *Kimsma G., Leeuwen E.*, (1993), ο.π., σελ. 197.

¹⁵³ «Είναι αναμφισβήτητα δύσκολο για τον διανοητή παρατηρητή να βρεθεί στη θέση ενός πνευματικά ασταθούς ατόμου. Συχνά, οι ασθενείς δεν μπορούν να επικοινωνήσουν χρησιμοποιώντας τη γλώσσα. Οι λέξεις αυτών που μπορούν συνήθως είναι δύσκολο να ερμηνευτούν. Σε τέτοιες περιπτώσεις, οι παρατηρητές μπορούν να βασιστούν μόνο σε συμπεριφορικά και φυσιολογικά δεδομένα στην προσπάθειά τους να καταλάβουν τον τρόπο με τον οποίο οι ανίκανοι να επικοινωνήσουν ασθενείς αντιλαμβάνονται τη ζωή». *Dresser R., Whitehouse P. J.*, (August 1994), "The Incompetent Patient on the Slippery Slope", *Hastings Center Report*, p. 8.

¹⁵⁴ «Μπορεί η βοήθεια να είναι καταχρηστική αφαιρώντας τη δυνατότητα από κάποιον που έχει επιλέξει την ευθανασία να αλλάξει γνώμη». *Καίσαρης Π.*, (1999), ο.π., σελ. 26.

οικονομικούς όρους, η δε ζήτησή τους αυξάνεται καθημερινά, πρέπει να υπάρχουν τα ηθικά και νομικά εκείνα πλαίσια που να διευκολύνουν αφενός το γιατρό να υπηρετήσει το λειτούργημά του και που να διαβεβαιώνουν τον ασθενή πως δε θα δοθεί άκαιρο ή ακόμη και δυνάμενο να αποφευχθεί, τέλος στη ζωή του με πιθανό σκοπό να σωθεί μια άλλη ανθρώπινη ζωή μέσω της χρήσης των οργάνων του ¹⁵⁵.

Επιπλέον, συνεχίζουν οι πολέμιοι της ευθανασίας, επειδή ακριβώς η ιατρική δεν είναι μια τελειοποιημένη επιστήμη, ακόμη και η καλοπροαίρετη και στατιστικά αλλά κι επιστημονικά κατοχυρωμένη πρόβλεψη της πορείας του ασθενούς είναι στην πραγματικότητα μια τυφλή πρόβλεψη, στην οποία δεν μπορεί να στηριχθεί η αφαίρεση μιας ζωής. Καθήκον και βούληση του γιατρού πρέπει να είναι η φροντίδα για τον ασθενή, για τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής θα ζήσει περισσότερο και καλύτερα. Αν ο γιατρός καταστεί υπόλογος για τον τρόπο θανάτου του ασθενή, ενδέχεται να παραμελήσει ή να παραβλέψει ενέργειες που θα μπορούσαν να παρατείνουν τη ζωή του πάσχοντος, τελών υπό το βάρος της εξασφάλισης ενός ανώδυνου κι ήπιου θανάτου ¹⁵⁶. Αυτό θα απέκδυε το γιατρό από την εμπιστοσύνη του ασθενούς και θα μας άφηνε να βαδίζουμε στα θολά νερά της αβεβαιότητας ¹⁵⁷.

Ένα ακόμη σημαντικό σημείο που περικλείει η επικινδυνότητα είναι αυτό που σχετίζεται με τη συναίνεση του ασθενούς. Η ευθανασία χρειάζεται τη συναίνεση του πάσχοντος για να στοιχειοθετηθεί ως τέτοια. Αν αυτή εκλείπει η πράξη θεωρείται

¹⁵⁵ Παπαδημητρίου Ι., (1989), ο.π., σελ. 62-64.

¹⁵⁶ «Κατά την επιτέλεση του καθήκοντός μας να επιτρέψουμε στον άνθρωπο να τελειώσει ειρηνικά τη ζωή του, η ακροσφαλής πολιτική πρέπει να αποκλειστεί από την αρχή. Η ενεργητική αγωγή με σκοπό τη θεραπεία της ασθένειας και της αποφυγής του θανάτου θα σταματούσε αρκετά νωρίτερα απ' ότι θα επέβαλλαν οι τεχνικές δυνατότητες, στο σημείο δηλαδή που ένας ειρηνικός θάνατος θα μπορούσε καλύτερα να εξασφαλιστεί και να γίνει αντικείμενο αποτελεσματικότερης διαχείρισης. Η ανησυχία ότι ένας ασθενής θα μπορούσε να πεθάνει νωρίτερα απ' ότι επιβάλλει η τεχνολογική αναγκαιότητα θα μπορούσε να εξισορροπηθεί αποτελεσματικά από την ανησυχία μήπως ο ίδιος ασθενής πεθάνει αργότερα από το χρονικό σημείο εκείνο, το οποίο είναι συμβατό με τον ειρηνικό θάνατο». Callahan D., (July - August 1993), ο.π., σελ. 34.

¹⁵⁷ «Εάν οι γιατροί και το νοσοκομειακό προσωπικό επιτρεπόταν να σκοτώνουν, τότε η θεμελιώδης εμπιστοσύνη από την οποία εξαρτάται η σχέση του ασθενούς με τον γιατρό θα επλήττετο ανεπανόρθωτα, αν δεν καταστρεφόταν πλήρως». Buchanan A. (1996), ο.π., σελ. 58.

ανθρωποκτονία. Η συναίνεση απαιτείται σε κάθε περίπτωση να είναι γνωστή, δηλαδή ο γιατρός πρέπει να γνωρίζει, είτε από τον ίδιο τον ασθενή, είτε από τους οικείους του, με την προϋπόθεση στην περίπτωση αυτή, της άντλησης της γνώσης τους από τον ίδιο τον πάσχοντα, πως αυτός επιθυμεί να του διενεργηθεί ευθανασία. Στις περιπτώσεις όμως που ο ασθενής αδυνατεί να εκφραστεί, η επιθυμία του για ευθανασία μπορεί να συνάγεται είτε από έγγραφη δήλωση αυτής με διαθήκη εν ζωή, είτε να στοιχειοθετείται με βάση την προφορικά εκπεφρασμένη άποψη και θέλησή του. Ωστόσο, υποστηρίζουν οι πολέμιοι, ακόμη και η εξασφάλιση αυτής της μορφής δεν παρέχει τα εχέγγυα για τη σωστή εφαρμογή της ευθανασίας, αφού ελλοχεύει και πάλι ο φόβος ότι θα διενεργηθεί σε άτομα που δεν θα έπρεπε να γίνει. Ο φόβος αυτός εύλογα βαρύνει τις περιπτώσεις εκείνες που ο ασθενής δε μπορεί να εκφράσει την επιθυμία του, ιδίως όταν δεν έχει εκφραστεί γραπτώς. Ακόμη κι όταν ο ασθενής έχει εκφράσει κατά το παρελθόν την επιθυμία να του διενεργηθεί ευθανασία, όταν βρεθεί στην κατάσταση που καλείται να την πραγματοποιήσει, ενδέχεται, λόγω και της παρόδου του χρόνου, να αλλάξει γνώμη ¹⁵⁸. Οι άνθρωποι δεν εννοούν πάντοτε πραγματικά αυτά που υποστηρίζουν, ούτε πάλι η μεταφορά όσων λέγονται είναι βέβαιο ότι θα γίνει σωστά από τον αυτίκοο μάρτυρα ¹⁵⁹, αφού κάθε μεταφορά αποτελεί μια εν δυνάμει ερμηνεία των όσων ειπώθηκαν, πέραν του ότι η πάροδος του χρόνου έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ευκρίνεια με την οποία θυμόμαστε τα

¹⁵⁸ «Η ουσία των νομικών και ηθικών επιχειρημάτων σχετικά με τις εκ των προτέρων προφορικές οδηγίες βρίσκεται στην αξιολόγηση του κατά πόσον το άτομο πίστευε πως μια προφορική τοποθέτηση σχετικά με την άρνηση θεραπείας θα μπορούσε να έχει αντίκτυπο κάποτε στον ίδιο». Sommerville A., (1995), "Remembrance of conversations past: oral advance statements about medical treatment", *British Medical Journal*, 310: 1664.

¹⁵⁹ «Κατά την εκτίμηση του κύρους και της ισχύος πληροφοριακών τοποθετήσεων ανακύπτει το ερώτημα σχετικά με το κατά πόσον τα άτομα πράγματι εννοούν ό,τι λένε και σχετικά με το κατά πόσον οι κοντινοί τους άνθρωποι θυμούνται επιλεκτικά ή διερμηνεύουν συζητήσεις που ποτέ δεν καταγράφηκαν ή έγιναν απλώς για εσωτερική κατανάλωση». Sommerville A., (1995), ο.π., σελ. 1664.

πράγματα ¹⁶⁰. Όλα αυτά καθιστούν την εκφρασθείσα προφορική επιθυμία απλά πιθανή, καθιστώντας επικίνδυνη τη διενέργεια της ευθανασίας.

Ακόμη κι όταν η διατύπωση της επιθυμίας για ευθανασία είναι χρονικά άμεση και γραπτή, ο κίνδυνος της ανεπιθύμητης διενέργειάς της δεν εκλείπει. Ο ασθενής ενδέχεται να καταλήξει στην απόφασή του για ευθανασία, λόγω της απόγνωσης που του προκαλεί η άγνοια ιατρικών δεδομένων ¹⁶¹ ή η αδυναμία του να σκεφτεί εναλλακτικές λύσεις. Είναι δύσκολο να υπάρξει κάποια εξασφάλιση ώστε να προλαμβάνεται η διενέργεια της ευθανασίας σε ασθενείς που την απαιτούν χωρίς να γνωρίζουν κάτι άλλο από τον πόνο που βιώνουν, λαμβανομένων υπόψη και των ιδιαζουσών συνθηκών υπό τις οποίες γίνεται η αίτηση, σε συνθήκες δηλαδή περιστασιακής μόνο διαύγειας κι έντονου βασανισμού, όταν η μοναδική επικοινωνία με το περιβάλλον είναι ένα νεύμα ή μια χειρονομία που δε μπορεί να αποκαλύψει το βαθμό κατανόησης της κατάστασης από τον πάσχοντα. Δεν είναι λίγες οι φορές πάλι κατά τις οποίες ασθενείς σε τελικό στάδιο πάσχουν από συναισθηματικές διαταραχές ¹⁶², προερχόμενες τόσο από την ένταση της οδύνης, όσο κι από τις παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής που τους χορηγείται. Ο μακροχρόνιος εγκλεισμός στο αποστειρωμένο ιατρικό περιβάλλον και η απόγνωση που προκαλεί η απέλπιδα κατάσταση, οδηγούν τον ασθενή σε κατάθλιψη, που με τη σειρά της μπορεί να τον οδηγήσει στην έκφραση της επιθυμίας να θανατωθεί.

¹⁶⁰ «Το κενό χρόνου ανάμεσα στη συζήτηση και την επίκλησή της μπορεί να επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο μεταφέρεται, και η αξιοπιστία ή η ανεξαρτησία του μάρτυρα μπορεί να είναι ανοικτή σε έλεγχο». *Sommerville A.*, (1995), ο.π., σελ. 1664.

¹⁶¹ «Οι ασθενείς συχνά δεν έχουν τα εφόδια για να πάρουν μια απόφαση, η οποία θα είναι αντικείμενο πληροφόρησης εξαιτίας των περιορισμένων ιατρικών τους γνώσεων». *Sommerville A.*, (1995), ο.π., σελ. 1665-1666.

¹⁶² «Κάποιοι ασθενείς με Aids προτιμούν να αυτοκτονήσουν παρά να αντιμετωπίσουν τη διαδικασία του βασανισμού και του θανάτου από την ασθένειά τους, όμως παράλληλα η ιατρική τους κατάσταση είναι αιτία σοβαρών επιπλοκών του κεντρικού νευρικού συστήματος, όπως το ντελίριο και η άνοια, καταστάσεις που τους καθιστούν ανίκανους να κάνουν μια στοιχειωδώς αυτόνομη επιλογή. Κι ενώ αναγνωρίζει τη λογικότητα της αυτοκτονίας σε ασθενείς που πάσχουν από aids, ένας γιατρός μπορεί να συμφωνήσει πως από κλινική άποψη, προσεκτικές εκτιμήσεις αυτοκτονιών ακόμη κι ασθενών σε τελικό στάδιο, συνήθως αποκαλύπτουν αποδείξεις πως η αυτοκτονία συνέβη περισσότερο ως ένδειξη ψυχικής διαταραχής παρά ως αποτέλεσμα λογικής επιλογής». *Beauchamp T., Childress J.*, (1994), ο.π., σελ. 286.

Τέλος και σε σχέση με ευπαθείς ομάδες, η υιοθέτηση της ευθανασίας εμπερικλείει κινδύνους. Το πρόβλημα βρίσκεται στην υιοθέτηση της εθελούσιας εξόδου από τη ζωή ως ηθικής επιλογής μπροστά σε επώδυνες ή προβληματικές καταστάσεις. Αυτό θα μπορούσε να έχει επίπτωση στην πιο ευαίσθητη κοινωνική ομάδα, στους νέους, διογκώνοντας τα ποσοστά προσφυγής στην αυτοκτονία ¹⁶³. Όμως και για ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, ηλικιωμένους, ψυχικά ασθενείς, άτομα με ειδικές ανάγκες, η καθιέρωση της ευθανασίας θα μπορούσε να αποτελέσει έναν εν δυνάμει κίνδυνο, αφού θα είχε επιπτώσεις στην καταπραϊντική φροντίδα που προσφέρεται στους ευρισκόμενους σε τελικό στάδιο ασθενείς ¹⁶⁴. Μάλιστα στο σύγχρονο περιβάλλον της ιδιωτικοποιημένης ιατρικής περίθαλψης και νοσηλείας, και με δεδομένο το κόστος της διατήρησης στη ζωή και της καταπράυνσης του πόνου των ασθενών σε τελικό στάδιο, η διατύπωση ανησυχιών κάθε άλλο παρά ξενίζει ¹⁶⁵.

β) Ο απόλυτος χαρακτήρας της ζωής

Το γεγονός ότι η ζωή αντιμετωπίζεται ως απόλυτη αξία δε χρήζει απόδειξης. Πρόκειται για το θεμελιωδέστερο αγαθό, το λογικά και χρονικά πρότερο όλων. Όλοι όσοι προβάλλουν τη ζωή ως υπέρτατη αξία αντιμετωπίζουν την ευθανασία σα στέρηση του αγαθού αυτού, επί του οποίου εδράζονται όλες οι θετικές ή αρνητικές

¹⁶³ «...η τελική έξοδος μπορεί να έχει έναν τρομακτικό αντίκτυπο στους εφήβους, οι οποίοι, με τα υψηλά ποσοστά απόπειρας κι επιτυχούς ολοκλήρωσης αυτοκτονιών, εμφανίζονται επιρρεπείς σε μιμητική επιρροή και πολιτισμικούς παράγοντες που στιγματίζουν ή επιδοκιμάζουν την αυτοκτονία». Chappell P., King R., (1992), "Final Exit and the Risk of Suicide", *Journal of the American Association*, 267 (22), p. 3027.

¹⁶⁴ «Τα προσωπικά παραδείγματα δεν είναι επιτρεπτό να υπερακοντίζουν την ανάγκη για ισχυρή προστασία του συντριπτικά μεγαλύτερου ποσοστού των ευαίσθητων ομάδων, όπως οι ηλικιωμένοι, οι ψυχικά διαταραγμένοι και οι άνθρωποι με ειδικές ανάγκες. Οι ομάδες αυτές αναπόφευκτα θα πείζονταν, θα ετίθεντο σε μεγαλύτερο κίνδυνο και θα υπόκειντο σε περαιτέρω επιβάρυνση από κάθε αλλαγή στο παρόν νομικό σύστημα, επομένως και στον χειρισμό της φροντίδας στο τέλος της ζωής». Prado C. J., Taylor S. J., (1999), ο.π., σελ. 127. Βλ. και Μαγγανά Α., (1999), ο.π., σελ. 357.

¹⁶⁵ «Πολλοί γιατροί φοβούνται πως αν η ευθανασία καταστεί συμβατική θεραπευτική επιλογή, οι ιατρικές εταιρίες θα πείζαν τους γιατρούς να χρησιμοποιήσουν την οικονομικά συμφέρουσα αυτή επιλογή. Το γεγονός είναι πως η αυτοκτονία είναι φθηνή. Ο πειρασμός θα ήταν να χρησιμοποιηθεί η ευθανασία όχι ως τελευταίο καταφύγιο, αλλά ως ελκυστική επιλογή πρώτης γραμμής». Prado C. J., Taylor S. J., (1999), ο.π., σελ. 125.

ποιότητες που δύναται να περιβληθεί η ανθρώπινη υπόσταση. Θεωρούν δηλαδή την ευθανασία ως στέρηση της ίδιας της ουσίας της ανθρώπινης ύπαρξης. Υπό την έννοια αυτή δε 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 σε δύο άξονες, αφενός σε σχέση με την επιλογή του πάσχοντος να τερματίσει τη ζωή του, αφετέρου σε σχέση με ότι αφορά στην παρέμβαση του δεύτερου προσώπου.

Κατ' αρχήν η επιλογή του θανάτου δεν συνιστά δικαίωμα του ανθρώπου. Από τη στιγμή που είμαστε αναγκασμένοι να πεθάνουμε, αυτό δε μπορεί να θεωρηθεί δικαίωμά μας ¹⁶⁶. Το οποιοδήποτε δικαίωμα δεν νοείται αποκομμένο από τη διακριτική ευχέρεια του κατόχου του να το ασκήσει, αν επιθυμεί, όποτε και με όποιον τρόπο προτιμά. Ο θάνατος, όμως, είναι υποχρεωτικός για όλους, και βέβαια δε μπορούμε να επιλέξουμε τη στιγμή και τον τρόπο που θα πεθάνουμε. Κι αν στην ευθανασία φαίνεται πως ο άνθρωπος επιλέγει τον τρόπο και τη στιγμή του θανάτου του, αυτό δεν είναι παρά επίφαση, τη στιγμή που ο τρόπος διενέργειάς της είναι άγνωστος στον ασθενή, όπως και η συνεπαγόμενη ποιότητα του θανάτου του ¹⁶⁷. Ο χρόνος του θανάτου δεν αποτελεί επιλογή του ασθενή αλλά επιβάλλεται από την κατάστασή του ή συχνά από το γιατρό ή τους οικείους, όταν ο ασθενής αδυνατεί να επικοινωνήσει με το περιβάλλον. Το δικαίωμα στο θάνατο δε 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.

¹⁶⁶ «Εξι προϋποθέσεις: 1. Αν πρέπει να πεθάνουμε, το να το κάνουμε δεν αποτελεί δικαίωμα. 2. Μπορούμε μόνο να διατηρήσουμε το δικαίωμα να επιλέξουμε τη στιγμή του θανάτου μας. 3. Εάν ορίσουμε το χρόνο του θανάτου ή συντομεύσουμε τη ζωή μας, η πράξη αυτή είναι αυτοκτονία κι όχι φυσικός θάνατος. Επιπλέον, εμείς προκαλούμε το θάνατο κι όχι η ασθένεια...». *Stuart G., Curter W., Demy T.*, (1998), ο.π., σελ. 25.

¹⁶⁷ «Συμβαίνει συχνά ένας ασθενής να πάρει μια καταφανώς θανάσιμη δόση ιατρικού σκευάσματος με τον συνιστώμενο τρόπο, και παρόλα αυτά είτε να μην πεθάνει, είτε να βασανιστεί για μια ή δυο ημέρες πριν πεθάνει...». *Humphrey D.*, (1991), ο.π., σελ. 96.

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 αυτή είναι ανέφικτη, διότι ο πάσχων δεν γνωρίζει τι εστί ανυπαρξία ¹⁶⁸. 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 παρά η ανυπόφορη δυστυχία κι ο βασανισμός που βιώνει κι η ανάγκη του να απαλλαγεί από αυτήν την κατάσταση.

Παράλληλα αντιδράσεις εγείρει και η αναγκαία παρεμβολή του γιατρού ή των οικείων του ασθενούς στη διαδικασία τερματισμού της ζωής. Κι αυτό διότι συμμετοχή σημαίνει αποδοχή της ορθότητας του αιτήματος. Αυτό με τη σειρά του προϋποθέτει μια ενυπάρχουσα αξιολόγηση της ζωής του πάσχοντος. Αυτός που επιλέγει να συνδράμει τον πάσχοντα υιοθετεί την άποψη ότι πως η ζωή του δεν είναι άξια να βιωθεί. Η εκτίμηση όμως της ποιότητας της ζωής ενός άλλου ανθρώπου συνεπάγεται τρομακτική ευθύνη ¹⁶⁹. Πέραν αυτού μόνο συμπτωματικά μπορεί να ταυτίζεται με εκείνη του πάσχοντος, διότι τόσο η ζωή, όσο κι ο θάνατος αποτελούν προσωπική υπόθεση.

γ) «*Primum non nocere*», η αποφυγή βλάβης του ασθενούς

Σύμφωνα με τον όρκο του Ιπποκράτη που εξακολουθεί να διέπει την ιατρική ηθική πρωταρχικό καθήκον του γιατρού είναι η αποφυγή βλάβης του ασθενή. Με

¹⁶⁸ «Στην περίπτωση που καλείται κάποιος να κρίνει τη ζωή που έχει προσβληθεί από καρκίνο σε σχέση με την ανυπαρξία, η σύγκριση και η αξιολόγηση είναι αδύνατες». *Stuart G., Curter W., Demy T.*, (1998), ο.π., σελ. 27.

¹⁶⁹ «Είναι φοβερή, πραγματικά, τρομακτική ευθύνη να υπολογίσει κάποιος τη συνολική αξία της ζωής ενός άλλου ανθρώπινου όντος. Κι η ιστορία και η τρέχουσα πρακτική αποκαλύπτουν πάρα πολλά παραδείγματα αυτής της κατάχρησης. Είναι κατανοητό γιατί κάποιοι θα επιθυμούσαν να αποφύγουν τον υπολογισμό, σφάλλοντας εις βάρος όσων δεν επιθυμούν τυχόν θεραπείας». *Dresser R., Whitehouse P. J.*, (August 1994), ο.π., σελ. 10.

βάση την παραδοχή αυτή η ευθανασία διαστρέφει βάνανσα την αποστολή του γιατρού. Όχι μόνο διότι επιφέρει το θάνατο του ασθενούς αλλά και γιατί παραβιάζει την ξεκάθαρη πρόβλεψη του όρκου, αυτή που αφορά στην άρνηση χορήγησης θανατηφόρου σκευάσματος από το γιατρό αν του ζητηθεί. Η προστασία της ζωής του ασθενούς, είναι η πρωταρχική μέριμνα του γιατρού. Ενίοτε, βέβαια, η ευθανασία παρουσιάζεται ως πράξη ωφέλιμη για τον πάσχοντα. Αυτό συμβαίνει όταν ο πόνος είναι οξύς και κάθε ελπίδα ίασης και διατήρησης στη ζωή έχει εκλείψει. Τότε ο ανθρωπισμός του γιατρού μπορεί να τον ωθεί στην συντόμευση των τελευταίων εναγώνιων και βασανιστικών στιγμών του ασθενούς. Το ερώτημα που προκύπτει είναι το αν στην περίπτωση αυτή, η ευθανασία συνιστά πράξη που παραβιάζει τον ιατρικό όρκο.

Η ιατρική ηθική, όπως περιγράφεται στον όρκο του Ιπποκράτη προβλέπει θετικά και αρνητικά καθήκοντα ¹⁷⁰ για το γιατρό. Θετική υποχρέωση αποτελεί η παροχή βοήθειας στον ασθενή, αρνητικό καθήκον η μη αφαίρεση της ζωής του. Όταν αρνητικά και θετικά καθήκοντα συγκρούονται (όταν δηλαδή η ανακούφιση του πάσχοντος μπορεί να επέλθει μόνο με το θάνατο), υποστηρίζουν οι αντιτιθέμενοι στην ευθανασία, τα αρνητικά υπερισχύουν ¹⁷¹. Διαφορετικά ο γιατρός θα περιπέσει στον ωφελιμισμό, την επιλογή δηλαδή της πρακτικής που θα ωφελήσει περισσότερο και θα βλάψει λιγότερο, στάση όμως που δεν συνάδει με το ιατρικό λειτούργημα. Στην περίπτωση των λιστών αναμονής για μεταμόσχευση για παράδειγμα, δε θα ήταν ηθικά αποδεκτό να αποκλείονται από τις λίστες οι ηλικιωμένοι, καίτοι η μεταμόσχευση σε νεότερα άτομα πιθανότατα να έχει καλύτερα αποτελέσματα για τον

¹⁷⁰ «Η σύλληψη της ιατρικής πρακτικής, τουλάχιστον από την εποχή του Ιπποκράτη, εμπεριέχει την απαγόρευση της βλάβης του ασθενούς, η οποία ερμηνεύεται ως πρόκληση οδύνης και απώλειας της ζωής. Παράλληλα απαιτεί την επωφελή δράση, η οποία ερμηνεύεται ως ανακούφιση ή πρόληψη πόνου και διατήρηση της ζωής». *Prado C. J., Taylor S. J., (1999), ο.π., σελ. 177.*

¹⁷¹ «Όταν βασικά αρνητικά καθήκοντα – με ίδια σημασία και ηθική αξία- συγκρούονται με θετικά, τότε τα αρνητικά καθήκοντα υπερισχύουν». *Buchanan A. (1996), ο.π., σελ. 55.*

ίδιο τον πάσχοντα και για την κοινωνία. Εν προκειμένω ο γιατρός γίνεται πολιτικός, ενώ αντιμετωπίζει τον ασθενή ως μέσο κι όχι ως σκοπό. Ο ωφελιμισμός δε μπορεί να λειτουργήσει ως κριτήριο ηθικής πράξης για ένα γιατρό, αφού καθήκον του είναι να αντιμετωπίζει τον ασθενή αποκλειστικά ως σκοπό ¹⁷².

Επομένως δε μπορούμε παρά να παραδεχτούμε ότι η ευθανασία δεν συνάδει με την ηθική στάση που περιγράφει ο όρκος του Ιπποκράτη. Η ηθική αξιολόγηση της συμμετοχής του γιατρού στη διενέργειά της δεν επηρεάζεται ούτε από την κλινική κατάσταση του ασθενούς, ούτε από την ένταση της οδύνης και την απέλπιδα προοπτική του, ούτε από τη συμπαθητική στάση του γιατρού και τα ανθρωπιστικά του κίνητρα. Η ευθανασία είναι αντίθετη στην ιατρική ηθική, καθώς συνιστά σκόπιμο τερματισμό της ανθρώπινης ζωής, πράξη που έρχεται σε αντίθεση με την αποστολή της ιατρικής επιστήμης ¹⁷³. Η επιλογή της ευθανασίας ως τρόπου αντιμετώπισης μιας συγκεκριμένης κλινικής κατάστασης, της οδύνης σε τελικό στάδιο, επιφέρει σημαντικές αλλαγές στην ιατρική ηθική και πρακτική. Στερεί από το γιατρό τη μόνιμη και σταθερή προσήλωση στον στόχο της διατήρησης της ζωής του ασθενούς και καθιστά ιατρική επιλογή, αυτό που εξ ορισμού ο γιατρός πολέμα, το θάνατο, εκμαυλίζοντας ούτως το ρόλο του γιατρού, μετατρέποντάς τον από θεραπευτή σε έμπορο θανάτου ¹⁷⁴.

¹⁷² «Ο γιατρός είναι υποχρεωμένος ηθικά να διατηρήσει τον ασθενή στη ζωή εκτός αν η αγωγή είναι ιατρικά άγονη, και σύμφωνα με εύλογη ιατρική εκτίμηση είναι απίθανο να επιτύχει το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα». *Crippen D.*, (1991), ο.π., σελ. 264.

¹⁷³ «Οι κώδικες της ιατρικής ηθικής, από τον όρκο του Ιπποκράτη μέχρι τις περιπτώσεις του Αμερικάνικου Ιατρικού Συλλόγου, συνήθως απαγορεύουν τη θανάτωση των ασθενών από γιατρούς, ακόμη και με τα καλύτερα κίνητρα, ή έστω και αν υπάρχει η συγκατάθεση ή η καθοδήγηση του ασθενούς. Ιδίως για εκείνους που αναγνωρίζουν τους εαυτούς τους ως θεραπευτές και σωτήρες ανθρώπων ζώων, η ιδέα πως επιτρέπεται να σκοτώνουν ασθενείς φαντάζει παντελώς απαράδεκτη και αντιφατική». *Buchanan A.* (1996), ο.π., σελ. 58-59.

¹⁷⁴ « Η συγκατάθεση του γιατρού στην ευθανασία οδηγεί αναπόφευκτα στον εκμαυλισμό του ρόλου του ως θεραπευτή. Η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία μετατρέπει τους γιατρούς σε εμπούρους θανάτου, επιφορτισμένους με το ρόλο να κρίνουν την ποιότητα και την ποσότητα της ζωής». *Stuart G., Curter W., Demy T.*, (1998), ο.π., σελ. 22.

Στην περίπτωση που ο γιατρός παραβεί τον όρκο του και διενεργήσει ευθανασία δεν διαπράττει μόνο ηθικό παράπτωμα, αλλά η ενέργειά του αυτή έχει αντίκτυπο στο σύνολο της ιατρικής επιστήμης. Κι αυτό γιατί ο ασθενής έχει συνηθίσει να αντιμετωπίζει το γιατρό ως προασπιστή της ζωής του, να εμπιστεύεται σε αυτόν την επιβίωσή του. Η παραμικρή υπόνοια πως ο γιατρός δε θα λειτουργήσει με σκοπό να διατηρήσει τον ασθενή στη ζωή και να τον θεραπεύσει, ενδέχεται να επιφέρει ανεπανόρθωτη βλάβη στην εμπιστοσύνη που ο ασθενής δείχνει στο γιατρό, και να μεταβάλλει τον κοινωνικό ρόλο της ιατρικής, την εικόνα που το κοινωνικό σώμα είναι αναγκαίο να έχει για το ιατρικό λειτούργημα, ώστε να το περιβάλλει με εμπιστοσύνη.

Είναι λοιπόν φανερό πως η ευθανασία έρχεται σε ευθεία αντίθεση με το ιατρικό καθήκον, όπως περιγράφεται στον όρκο του Ιπποκράτη. Ειδικά σε μια εποχή, σημειώνουν οι υπέρμαχοι του επιχειρήματος, που είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικός ο έλεγχος του πόνου και που τα βήματα της ιατρικής επιστήμης στον τομέα αυτό είναι ταχύτατα και δραστικά, κάθε προσπάθεια ευθανασίας δυναμιτίζει τη συνέχιση της προσπάθειας για αποτελεσματικότερο έλεγχο του πόνου ¹⁷⁵, κάτι που πρακτικά δεν είναι προς όφελος του ασθενούς, ενώ αντιστρατεύεται και στο καθήκον του γιατρού στην παροχή δηλαδή ανακούφισης στον ασθενή με τις μικρότερες πιθανές παρενέργειες.

δ) Επιχειρήματα θεολογικής προέλευσης

Το σημαντικότερο επιχείρημα θρησκευτικής προέλευσης κατά της ευθανασίας στηρίζεται στην πεποίθηση ότι η ζωή είναι θείο δώρο. Η πεποίθηση αυτή είναι

¹⁷⁵ «Κάποιες από τις μεγαλύτερες προόδους της επιστήμης τα τελευταία χρόνια έχουν σημειωθεί στον τομέα του ελέγχου του πόνου. Κάθε αλλαγή στον τρόπο αποδοχής της ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας δυναμιτίζει την ανάγκη επιδίωξης περαιτέρω προόδου. Ο αποτελεσματικός έλεγχος του πόνου είναι στις μέρες μας σε εξαιρετικά υψηλό βαθμό επιτεύξιμος». *Stuart G., Curter W., Demy T.*, (1998), ο.π., σελ. 19.

θεμελιώδης και για τις τρεις μονοθεϊστικές θρησκείες. Κατ' αυτές ο άνθρωπος είναι δημιούργημα του Θεού, κι επομένως η ζωή δεν ανήκει σε αυτόν, αλλά στα χέρια του δημιουργού του που τον έπλασε και τον έφερε στην ύπαρξη ¹⁷⁶. Ο Θωμάς ο Ακκυνάτης, φιλόσοφος και άγιος της δυτικής εκκλησίας, υποστηρίζει ότι η οριοθέτηση της ζωής μας και ο καθορισμός του τέλους μας δε μπορούν να μας ανήκουν ¹⁷⁷. Από τη στιγμή που ο άνθρωπος δεν είναι ο δημιουργός της ζωής αλλά ο δέκτης, δεν δικαιούται να παρέμβει και ως προς τον τερματισμό της, ο οποίος βρίσκεται στα χέρια του Θεού, παρά μόνο διαπράττοντας αμάρτημα. Υπό την έννοια αυτή η ευθανασία είναι καταδικαστέα ¹⁷⁸. Ότι η ζωή είναι ιερή και απαγορεύεται να την αφαιρούμε, δέχεται και ο Ισλαμισμός με τις δικές του ερμηνείες ¹⁷⁹.

Τόσο η Ιουδαϊκή θρησκεία όσο και ο Χριστιανισμός δέχονται ότι ο άνθρωπος δημιουργήθηκε κατ' εικόνα και καθ' ομοίωση του Θεού, ότι το σώμα μας είναι ναός του κι ότι από εκεί πηγάζει η υποχρέωσή μας να το φροντίζουμε, ώστε να δοξάζουμε το δωρητή ¹⁸⁰. Η ζωή έχει από την άποψη αυτή αξία κάτω από οποιεσδήποτε συνθήκες, όσο επώδυνες κι αν αυτές φαίνονται ή είναι. Αυτό συμβαίνει διότι η αξία της ανθρώπινης ζωής δεν αντλείται από τις καταστάσεις και τις συνθήκες μέσα στις οποίες υφίσταται, αλλά από αυτό που απεικονίζει, τη θεία φύση του Δημιουργού της.

¹⁷⁶ «Η παραδοχή του γεγονότος πως η ζωή έχει δημιουργηθεί κατ' εικόνα Θεού έχει ευρείες θεολογικές, προσωπικές και κοινωνικές επιδράσεις, συμπεριλαμβανομένης της απόρριψης της ευθανασίας». *Stuart G., Curter W., Demy T.*, (1998), ο.π., σελ. 35.

¹⁷⁷ «Στο έργο του *Summa Theologica*, ο Ακκυνάτης υποστηρίζει πως η αυτοκτονία είναι πάντοτε κακή διότι είναι ενάντια στη φύση, βλάπτει την κοινότητα και επειδή η ζωή μας είναι δώρο του Θεού και το τέλος της δε μπορεί να καθοριστεί από εμάς. Αυτή η στάση στοιχειοθετεί το πρότυπο της αντιμετώπισης της ζωής ως δωρήματος, η οποία ανευρίσκει στο γεγονός της ύπαρξης την υποχρέωση της διατήρησης της ζωής του φορέα της αλλά και των άλλων». *Prado C. J., Taylor S. J.*, (1999), ο.π., σελ. 49.

¹⁷⁸ Πάντως τόσο η Ορθόδοξη όσο και η Καθολική εκκλησία ρητά απαγορεύουν την ευθανασία, την οποία θεωρούν φόνο. Παππάς Β., «*Ευθανασία: Ύβρη κατά του Θεού ή λύτρωση;*», http://www.orthodoxie.net/gr/Texte/Texte_Varia/Pappa_Euthanasie_Gr.html.

¹⁷⁹ *Κοράνιο* 21:34-35 «Ο Θεός είναι που Σας έπλασε, ο οποίος και θα αφαιρέσει τη ζωή σας και έπειτα θα σας αναστήσει», αλλού 3:145 «δεν ανήκει σε κανέναν η πράξη του θανάτου εάν δεν συνοδεύεται από την έγκριση του Θεού και αν δεν είναι γραπτό (από το θέλημά του)».

¹⁸⁰ Ζιάκα Α. (2006) «Ευθανασία, θρησκείες και πολιτισμοί», σελ. 19-43 (20-22), στο με επιμέλεια Καϊάφα – Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη Ε., Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., (2007) *Ευθανασία*, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής -3, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη.

Η ανθρώπινη ζωή αποτελεί ένα σύνολο, με συγκεκριμένη αρχή και τέλος, καθορισμένα από το Θεό. Στο ενδιάμεσο χρονικό πεδίο διατηρεί την αξία της ανεξαρτήτως περιστάσεων και για το λόγο αυτό πρέπει να είναι αντικείμενο σεβασμού και προστασίας. Ως ενιαίο σύνολο με αυθύπαρκτη και απροϋπόθετη αξία αντιλαμβάνεται τη ζωή και ο Βουδισμός ¹⁸¹. Η ευθανασία επομένως αποφάσεται επειδή ακριβώς αποτελεί πράξη σκόπιμου τερματισμού της ζωής ¹⁸². Στην αξιολόγηση αυτή δεν διαδραματίζει καμία σημασία το κίνητρο του δράστη ¹⁸³, όσο αγαθό κι αν είναι αυτό, επειδή υπό το πρίσμα της θεολογικής θεώρησης της ζωής κανένας σκοπός δεν μπορεί να υπερκεράσει ηθικά τη δεδομένη κι αδιαμφισβήτητη αξία του αγαθού της ζωής.

Η προσφυγή στην ευθανασία και η ηθική της αποδοχή αποτελεί κόλαφο για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, ενώ παράλληλα δυναμιτίζει την ελευθερία του ανθρώπου. Ο άνθρωπος πλάστηκε από το Δημιουργό του ελεύθερος να ενεργεί κατά τις επιλογές του. Πολλές φορές όμως οι επιλογές του αυτές καταργούν στην πράξη την ελευθερία του. Κι ο βασικότερος παράγοντας απώλειας της ελευθερίας είναι η αμαρτία που υποδουλώνει τον άνθρωπο. Ασκώντας ο άνθρωπος το εδραζόμενο επί της ελευθερίας του δικαίωμα να τερματίσει τη ζωή του, αμαρτάνει, διαστρεβλώνοντας το νόημα της ελευθερίας του. Έτσι όμως το θείο αυτό δώρο ανενεργοποιείται και ουσιαστικά καταργείται, διότι παρότι δόθηκε στον άνθρωπο ως

¹⁸¹ «Παρά την ιδιαίτερα εκλεπτυσμένη ψυχολογία του ο Βουδισμός δεν κάνει καμία προσπάθεια να διακρίνει συγκεκριμένες ιδιότητες ως ενδείξεις ηθικότητας του ατόμου... Η ζωή του ατόμου σε κάθε ύπαρξη ξεκινάει με τη σύλληψη και τελειώνει με το θάνατο. Στο ενδιάμεσο διάστημα το άτομο περιβάλλεται με πλήρη σεβασμό από το Βουδισμό, άσχετα με την ψυχοσωματική του κατάσταση και τις πνευματικές του δεξιότητες». Keown D., Keown J., (1995), «Killing, karma and caring: euthanasia in Buddhism and Christianity», *Journal of medical ethics*, 21: 266.

¹⁸² «Ως πράξη ή παράλειψη που στοχεύει στον σκόπιμο τερματισμό της ζωής.. η ευθανασία αναμφισβήτητα θα απαγορευόταν με βάση τις βουδιστικές αρχές...». Keown D., Keown J., (1995), ο.π., σελ. 266.

¹⁸³ «...από τη βουδιστική σκοπιά θα φαινόταν ανήθικος ο σχεδιασμός οποιασδήποτε πράξης της οποίας σκοπός θα ήταν η καταστροφή της ανθρώπινης ζωής, ασχέτως με το κίνητρο του δράστη». Keown D., Keown J., (1995), ο.π., σελ. 267.

όπλο για να διαμορφώνει και να κατευθύνει ελεύθερα τη ζωή του, γίνεται παράγοντας που οδηγεί την ανθρώπινη κοινωνία στην κουλτούρα του θανάτου ¹⁸⁴.

Μέρος γ': Νομοθετική ρύθμιση της ευθανασίας

Κεφάλαιο 1^ο: Η Διεθνής πραγματικότητα

1) Το Ολλανδικό Μοντέλο Ευθανασίας -.

Η νομοθεσία της Ολλανδίας αναγνωρίζει από την 1^η Απριλίου 2002, ότε και τέθηκε σε ισχύ ο 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”* ¹⁸⁵, την εκούσια ενεργητική ευθανασία και την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, συμπεριφορές μέχρι τότε μη νόμιμες τεχνικά αλλά ποινικά ανεκτές ήδη από το 1970 ¹⁸⁶.

Ο νόμος αυτός προσδιορίζει καταρχήν τα αντικειμενικά κριτήρια για τη νόμιμη υποβολή του αιτήματος του ασθενούς για τον τερματισμό της ζωής του, για τη

¹⁸⁴ «Η διεκδίκηση του δικαιώματος στις αμβλώσεις, τη βρεφοκτονία και την ευθανασία και η νομική αναγνώριση του δικαιώματος αυτού, σημαίνει πως αποδίδουμε στην ανθρώπινη ελευθερία μια διεστραμμένη και διαβολική σημασία: αυτή μιας απόλυτης δύναμης επάνω στους άλλους κι εναντίον τους. Αυτός είναι ο θάνατος της πραγματικής ελευθερίας». Πάπας Ιωάννης Παύλος II, (March 25th 1995), “On the Value and Inviolability of Human Life” The Catholic research network, Trinity Communications PO, Box 3610 Manassas, VA 22110, Rome.

¹⁸⁵ *The Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act of April 10th 2001*, <http://www.nvve.nl/assets/nvve/english/euthlawenglish.pdf>.

¹⁸⁶ Για το τι ίσχυε μέχρι τη θέση σε ισχύ του νόμου αυτού, βλ. Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., (2001), ο.π., σελ. 243-244, Κατρούγκαλο Γ., (1993), *Το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο*, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκουλα, Αθήνα - Κομοτηνή, σελ. 110-111 και Αλεξιάδη Α.-Δ., (1996), *Εισαγωγή στο Ιατρικό Δίκαιο, Ιατρική Ευθύνη και Δεοντολογία, Ιατρική Νομοθεσία και Νομολογία*, Εκδοτικός Οίκος Μ. Δημόπουλου, Θεσσαλονίκη, σελ. 133 - 134. Ήδη από το Φεβρουάριο του 1993 το Ολλανδικό Κοινοβούλιο είχε θεσπίσει ένα σύνολο προϋποθέσεων, γνωστών κι ως «δέσμη του Ρότερνταμ», η τήρηση των οποίων μπορούσε να οδηγήσει σε άρση του άδικου χαρακτήρα όχι μόνο της ενεργητικής ευθανασίας που πραγματοποιείτο κατ' απαίτηση του ασθενούς αλλά κι εκείνης που αφορούσε στη θανάτωση ατόμων που δεν είχαν ικανότητα καταλογισμού. Καίσαρης Π., (1999), ο.π., σελ. 66-67.

διαπίστωση και την τήρηση των οποίων είναι επιφορτισμένος ο θεράπων ιατρός ¹⁸⁷. Τα κριτήρια αυτά, σε γενικές γραμμές, είναι ¹⁸⁸: α) το εθελούσιο και ώριμο αίτημα του ασθενούς να πεθάνει, β) το ανυπόφορο της βασάνου και η έλλειψη κάθε πιθανότητας βελτίωσης της κατάστασης της υγείας του, γ) η πλήρης ενημέρωση του ασθενούς για την κατάσταση τη υγείας του και η περαιτέρω πρόγνωση, δ) το κοινό συμπέρασμα ιατρού και ασθενούς ότι δεν υφίσταται άλλη εύλογη εναλλακτική λύση, ε) η αναγκαία προσφυγή στη γνώμη τρίτου ιατρού, μη σχετιζόμενου με την υπό κρίση περίπτωση, ο οποίος θα πιστοποιήσει την συνδρομή των τεσσάρων προηγούμενων κριτηρίων και στ) η εφαρμογή της ενδεδειγμένης ιατρικής φροντίδας και προσοχής κατά τον τερματισμό της ζωής του ασθενούς.

Το νομοθέτημα δίνει τη δυνατότητα σε ασθενή άνω των 16 ετών να υποβάλει γραπτή ή προφορική δήλωση (ο νόμος αναγνωρίζει την εγκυρότητα και των δύο), με την οποία δηλώνει την επιθυμία του για ευθανασία, η οποία λαμβάνεται υπόψη και γίνεται σεβαστή, όταν συντρέχουν και τα ως άνω αναφερόμενα κριτήρια, σε περίπτωση που ο ασθενής περιέλθει σε κατάσταση που αδυνατεί πλέον να εξωτερικεύσει τη βούλησή του ¹⁸⁹. Βλέπουμε ότι η δυνατότητα υποβολής αιτήματος ευθανασίας δεν περιορίζεται μόνο στον ενήλικο πληθυσμό, αλλά παρέχεται και στους ανηλίκους. Συγκεκριμένα παρέχεται και σε ασθενείς άνω των 12 ετών, με τη σύμφωνη γνώμη των γονέων τους, (για τις ηλικίες 16 και 17 ετών αρκεί η δική τους συναίνεση) και μόνο αν διαπιστωθεί η συνδρομή των απαραίτητων κριτηρίων μπορεί

¹⁸⁷ Horton R., (April 21 2001), «Euthanasia and assisted suicide: what does the Dutch vote mean? », *The Lancet*, Vol 357, σελ. 1221-1222.

¹⁸⁸ *The Netherlands Ministry of Foreign Affairs*, (2002), “Q & A EUTHANASIA 2001: A GUIDE TO THE DUTCH TERMINATION OF LIFE ON REQUEST AND ASSISTED SUICIDE (REVIEW PROCEDURES) ACT”, pp. 1-21 (5), <http://www.minbuza.nl/binaries/en-pdf/pdf/faq-euth-2001-en.pdf>.

¹⁸⁹ *Southern Cross Bioethics Institute*, (April 2002), “Euthanasia and physician-assisted suicide: recent developments and ethical analysis”, A four-monthly report prepared for the Society for the Protection of Unborn Children by the Southern Cross Bioethics Institute, σελ. 1-10 (6), από την ιστοσελίδα <http://www.Spuc.org.uk>.

το αίτημα για τερματισμό της ζωής να γίνει δεκτό¹⁹⁰. Σε κάθε περίπτωση ανήκει στη διακριτική ευχέρεια του γιατρού και του νοσηλευτικού προσωπικού το αν θα συνδράμουν ή όχι στην ευθανασία του ασθενούς –υπό την έννοια ότι ο νόμος δεν καθιερώνει υποχρέωση τους να συμπράξουν αν δε θέλουν, οπότε θα αντικατασταθούν από άλλους. Ο νόμος δίνει επίσης τη δυνατότητα σε ασθενείς με πνευματικές νόσους (Alzheimer), να ζητήσουν ευθανασία, δεν αφορά δηλαδή μόνο ανίατες τελικού σταδίου περιπτώσεις, εδώ όμως απαιτεί από τους γιατρούς να ασκήσουν τη μέγιστη δυνατή επιμέλεια και προσοχή πριν αποδεχτούν τέτοιο αίτημα¹⁹¹.

Ο νόμος προβλέπει ακόμη, αλλαγές στον ποινικό κώδικα, με τις οποίες η ευθανασία και η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία καθίστανται λόγοι άρσεως του αδίκου για τα αδικήματα της ανθρωποκτονίας από οίκτο και της συμμετοχής σε αυτοκτονία, για τους γιατρούς που θα δράσουν τηρώντας τα παραπάνω κριτήρια, αποδεχόμενοι το αίτημα του ασθενούς. Η καταγραφή και ο έλεγχος των υποθέσεων ευθανασίας και ειδικότερα του έργου των γιατρών που συνδράμουν στην ευθανασία γίνεται από τοπικές επιτροπές στις οποίες μετέχουν νομικοί, ιατροί και ειδικοί σε θέματα ηθικής. Σε περίπτωση που διαπιστωθούν αυθαίρετες ενέργειες του θεράποντος και του συνδράμοντος ιατρού, οι επιτροπές αυτές ενημερώνουν την εισαγγελική αρχή¹⁹².

Αξίζει να σημειωθεί ότι περίπου 10.000 αιτήσεις ασθενών υποβάλλονται ετησίως στην Ολλανδία και πάνω από 3.500 ικανοποιούνται¹⁹³. Το 2003 συγκεκριμένα αναφέρθηκαν επίσημα 1626 περιστατικά ενεργητικής ευθανασίας (περίπου το 1.2% όλων των θανάτων). Συνήθως χορηγείται στον ασθενή ένα

¹⁹⁰ Article 2, *The Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act*.

¹⁹¹ *The Netherlands Ministry of Foreign Affairs*, (2002), ο.π.

¹⁹² *Τσαϊτουρίδης Χ.*, (2002), ο.π., 13.

¹⁹³ Για στατιστικά στοιχεία βλ. ειδικότερα Van der Maas P J, Van der Wal G, *et al*, (November 29 1996), “Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995”, *New England Journal of Medicine*, Vol 335 (22), pp 1699-1705.

βαρβιτουρικό ταχείας δράσης που τον «ρίχνει» σε κώμα, κι λίγα λεπτά αργότερα μια ουσία που προκαλεί νευρομυϊκή χάλαση και κατ' επέκταση διακοπή της αναπνοής και κατόπιν επέρχεται ο θάνατος. Το ίδιο έτος κατεγράφησαν επίσημα και 148 περιστατικά ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, συνήθως με το ασθενή να λαμβάνει ισχυρό βαρβιτουρικό (0.14% όλων των θανάτων). Σε κάθε περίπτωση ο γιατρός οφείλει να είναι παρών για δύο λόγους, αφενός για να μη γίνει λάθος κι αφετέρου για να βιντεοσκοπήσει τη διαδικασία (ουσιαστικά για να είναι κατοχυρωμένος απέναντι στις επιτροπές). Σε 41 περιπτώσεις ακολουθήθηκαν και οι δύο ως άνω αναφερόμενες διαδικασίες, με τον ασθενή να λαμβάνει ο ίδιος το σκεύασμα, αλλά λόγω μη επέλευσης του θανάτου να του χορηγείται στη συνέχεια από το γιατρό το παραλυτικό φάρμακο. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων πρόκειται για ασθενείς σε τελικό στάδιο καρκίνου, ενώ η διαδικασία του θανάτου λαμβάνει χώρα στο σπίτι τους ¹⁹⁴. Σε αρκετές πάντως περιπτώσεις ευθανασίας στη χώρα αυτή δεν ακολουθείται η προβλεπόμενη από το νόμο διαδικασία. Υπολογίζεται ότι στο 0,8% του συνόλου των θανάτων, οι γιατροί προέβησαν σε ενεργητική ευθανασία χωρίς σαφές προηγούμενο αίτημα του ασθενούς, παραβαίνοντας έτσι τις αποδεκτές οδηγίες ¹⁹⁵.

II) Βέλγιο -

Η νομοθεσία του Βελγίου, στα χνάρια της Ολλανδίας, αναγνωρίζει από το Σεπτέμβριο του 2002, με το νόμο για «την ευθανασία» - “*The Belgian Act on Euthanasia*” ¹⁹⁶, την εκούσια ευθανασία ενηλίκων, καίτοι οι προσπάθειες για την

¹⁹⁴ Wikipedia, “Euthanasia”, The Netherlands, http://www.blinkbits.com/bits/viewtopic/euthanasia_wikipedia?t=342367.

¹⁹⁵ *Euthanasia website material*, (2001), ο.π., (18).

¹⁹⁶ Για το κείμενο του νόμου στα αγγλικά βλ. “The Belgian Act on Euthanasia of May, 28th 2002”, (2002), *Ethical Perspectives*, 9, 2-3, pp, 182-188, σε μετάφραση Kidd Dale, Centre of Biomedical Ethics and Law, Catholic University of Leuven, <http://www.kuleuven.ac.be/cbmer/viewpic.php>.

νομοθετική ρύθμιση της ευθανασίας είχαν αρχίσει από τη δεκαετία του 1980 ¹⁹⁷ (ο νόμος αυτός είναι συντηρητικότερος του Ολλανδικού, που εκτός από την εκούσια ευθανασία ενηλίκων, επιτρέπει και την εκούσια ευθανασία ανηλίκων υπό προϋποθέσεις, αλλά και την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία). Πριν τη θέσπιση του νόμου εκατοντάδες παράνομες ευθανασίες πραγματοποιούνταν ετησίως στο Βέλγιο ¹⁹⁸.

Κι ο Βελγικός νόμος προσδιορίζει ορισμένες προϋποθέσεις που θα πρέπει να πληρούνται προκειμένου να μη διώκεται ποινικά ο γιατρός που διενεργεί ευθανασία. Ειδικότερα ¹⁹⁹: α) ο ασθενής που αιτείται την ευθανασία πρέπει να είναι ενήλικος ή χειραφετημένος ανήλικος (να έχει συμπληρώσει το 17^ο έτος της ηλικίας του), πνευματικά διαυγής κατά τη στιγμή που εκφράζει την επιθυμία του, β) ο ασθενής πρέπει να ζητά την ευθανασία με τη θέλησή του, επανειλημμένα και μετά από ώριμη σκέψη, γ) ο ασθενής πρέπει να βρίσκεται σε μια κατάσταση διαρκούς, ανυπόφορου κι αμείωτου, σωματικού ή ψυχικού πόνου, αποτέλεσμα ανίατης ασθένειας ή ατυχήματος, δ) ο γιατρός πρέπει να τον έχει ενημερώσει πλήρως για την κατάσταση της υγείας του και για το προσδόκιμο ζωής, ε) ασθενής και γιατρός πρέπει να αποφασίσουν από κοινού ότι δεν υπάρχει καμία άλλη εναλλακτική λύση που να μπορεί να ανακουφίσει τον ασθενή, ε) ένας δεύτερος γιατρός, που δε γνωρίζει τον

¹⁹⁷ Κατά τη δεκαετία του 1980, κατατέθηκαν τρεις προτάσεις νόμου στο Βελγικό Κοινοβούλιο για την επίλυση του προβλήματος της ευθανασίας, οι οποίες όμως δεν οδήγησαν σε καμία νομοθετική ρύθμιση. Η πρώτη – το 1984- προέβλεπε ότι θα έπρεπε να μείνουν ατιμώρητοι οι γιατροί όταν παραλείπουν να πάρουν μέτρα διατήρησης της ζωής τα οποία είναι άσκοπα. Αναγνώριζε επίσης τις διαθήκες ευθανασίας. Η δεύτερη, - το 1985- επέβλεπε στην αποποινικοποίηση τόσο της ενεργητικής όσο και της παθητικής ευθανασίας και αναγνώριζε δεσμευτική ισχύ στη διαθήκη ευθανασίας όταν ήταν έγγραφη και γινόταν μπροστά σε δύο μάρτυρες. Όταν ο ασθενής δεν ήταν σε θέση να εκφράζει έγκυρη βούληση, μπορούσαν να δηλώνουν τη βούλησή τους, αντί για εκείνον, οι συγγενείς του. Ένα συμβούλιο από τρεις γιατρούς έλεγχε τη συνδρομή των προϋποθέσεων του νόμου. Η τρίτη πρόταση κατατέθηκε το 1986, με διαφορετικές προϋποθέσεις, κι απέβλεπε κι αυτή στην αποποινικοποίηση τόσο της ενεργητικής όσο και της παθητικής ευθανασίας. Βλ. *Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε.*, (2001), ο.π., σελ. 241.

¹⁹⁸ *Wikipedia*, “Euthanasia”, Belgium, http://www.blinkbits.com/bits/viewtopic/euthanasia_wikipedia?t=342367.

¹⁹⁹ Broeckaert B, (2001), “Belgium: Towards a Legal Recognition of Euthanasia”, *European Journal of Health Law* 8: σελ. 95-107.

ασθενή, πρέπει να βεβαιώσει ότι η κατάσταση του ασθενούς είναι μη αναστρέψιμη κι αφόρητη, στ) η απαίτηση του ασθενή να πεθάνει θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να είναι γραπτή, χρονολογημένη και υπογεγραμμένη από τον ίδιο, κι αν ο ίδιος δε μπορεί να συντάξει το κείμενο το αναθέτει σε κάποιον τρίτο, που δεν αναμένει οικονομικά οφέλη από το θάνατό του.

Κι εδώ η καταγραφή και ο έλεγχος των υποθέσεων ευθανασίας και ειδικότερα του έργου των γιατρών που συνδράμουν στην ευθανασία γίνεται από κρατική επιτροπή στην οποία μετέχουν κυρίως γιατροί, νομικοί αλλά και πρόσωπα φροντίζοντα ασθενείς σε τερματικό στάδιο. Σε περίπτωση που διαπιστωθούν λάθη και αυθαιρεσίες η επιτροπή παραπέμπει την υπόθεση στον Εισαγγελέα ²⁰⁰. Ο νόμος αυτός, λόγω ακριβώς της σύνθετης διαδικασίας που προϋποθέτει, έχει επικριθεί έντονα ως «γραφειοκρατικός» ²⁰¹.

III) Ελβετία -

Στην Ελβετία, η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν τιμωρείται ποινικά από τη δεκαετία του 1940. Σύμφωνα με το άρθρο 115 του ελβετικού ποινικού κώδικα η συμμετοχή σε αυτοκτονία δε διώκεται, όταν το κίνητρο του δράστη δεν είναι εγωιστικό. Ο γιατρός λοιπόν, δεν εμποδίζεται από το νόμο να συνταγογραφήσει θανατηφόρα ναρκωτικά σε Ελβετό ή και σε αλλοδαπό πολίτη, προκειμένου ο ίδιος να θέσει τέλος στη ζωή του. Όταν δηλώνονται τέτοιου είδους περιστατικά, συνήθως διενεργείται αστυνομική έρευνα και ακολουθεί δίωξη μόνο σε περίπτωση που αμφισβητείται η ικανότητα του ασθενή να αποφασίσει αυτόνομα, γεγονός ωστόσο σπάνιο ²⁰². Επειδή το ελβετικό ομοσπονδιακό κράτος φοβάται την αύξηση του

²⁰⁰ *The Belgian Act on Euthanasia of May, 28th 2002*, Section 6 & 7.

²⁰¹ *Wikipedia*, (2007), <http://en.wikipedia.org/wiki/Euthanasia>.

²⁰² *Wikipedia*, Euthanasia, Switzerland, http://www.blinkbits.com/bits/viewtopic/euthanasia_wikipedia?t=342367.

«τουρισμού μελλοντικών αυτοχειρών», εκτός από αυστηρές προϋποθέσεις, έχει αναθέσει την επίβλεψη περιστατικών αυτοεuthanasίας στις φιλανθρωπικές οργανώσεις «Δικαίωμα στο θάνατο», οι οποίες έχουν ειδικές υπηρεσίες για αλλοδαπούς που επιθυμούν να τερματίσουν τη ζωή τους με αυτόν τον τρόπο ²⁰³.

Πάντως το 1987 προβλέφθηκε ρητά ότι απαγορεύεται η ενεργητική ευθανασία. Αναφορικά δε με την παθητική, ορίστηκε ότι ο γιατρός μπορεί να σταματήσει την περίθαλψη ετοιμοθάνατου που δεν έχει την ικανότητα να εκφράζει έγκυρη βούληση, όταν η καθυστέρηση του θανάτου σημαίνει απλώς παράταση του πόνου και η αποχή από περαιτέρω μέτρα ανταποκρίνονται στην εικαζόμενη βούληση του αρρώστου ²⁰⁴.

IV) Πολιτεία Όρεγκον των ΗΠΑ -

Στο Όρεγκον των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής επιτρέπεται από το 1994 η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, με το νόμο «θάνατος με αξιοπρέπεια» - “*Death With Dignity Act of 1994*” ²⁰⁵, υπό αυστηρές όμως προϋποθέσεις. Σύμφωνα με αυτόν, επιτρέπεται σε ενήλικο διανοητικά υγιή ασθενή, αποκλειστικά και μόνο πολίτη της πολιτείας του Όρεγκον, για τον οποίο έχει διαγνωσθεί από γιατρό ότι πάσχει από ασθένεια σε τερματικό στάδιο, με προσδόκιμο ζωής έως 6 μήνες, να ζητήσει γραπτώς από τον θεράποντα ιατρό του, να του συνταγογραφήσει μια θανατηφόρο δόση φαρμάκων, με σκοπό τον τερματισμό της ζωής του. Το αίτημα πρέπει να επιβεβαιώνεται από δύο μάρτυρες, εκ των οποίων ο ένας να μην σχετίζεται με οποιονδήποτε τρόπο με τον ασθενή. Μετά την υποβολή του αιτήματος, ένας δεύτερος γιατρός, αφού εξετάσει τον ασθενή, πρέπει να βεβαιώσει το μη αναστρέψιμο της κατάστασης της υγείας του. Σε περίπτωση που το αίτημα γίνει δεκτό, ο ασθενής

²⁰³ Σπινέλλη Κ., (2005), *Εγκληματολογία*, β' έκδοση, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, σελ. 297.

²⁰⁴ Συμεωνίδου-Καστανίδου Ε., (2001), ο.π., σελ. 238.

²⁰⁵ *The Oregon Death with Dignity Act*, Oregon Revised Statutes, <http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/statute.pdf>.

πρέπει να περιμένει τουλάχιστον 15 ημέρες και κατόπιν να επανυποβάλλει, προφορικά όμως αυτή τη φορά, το αίτημα, προκειμένου να δοθεί η συνταγή. Ο ασθενής δικαιούται να αποσύρει το αίτημά του οποιαδήποτε στιγμή ²⁰⁶.

Με τον νόμο αυτό το Όρεγκον έγινε η πρώτη πολιτεία των ΗΠΑ και ένα από τα πρώτα κράτη στον κόσμο που αναγνώρισαν το δικαίωμα στην αυτοεuthanasία. Το νομοθέτημα έχει δεχθεί πλήθος επιθέσεων, ενώ το 1997 έγινε η πρώτη προσπάθεια ανατροπής του, που όμως δεν ευδόωσε. Το 2005, το Ανώτατο Δικαστήριο των ΗΠΑ, αφού έλαβε υπόψη του τα επιχειρήματα που ακούστηκαν στην υπόθεση *Gonzales v. Oregon*, έκρινε ότι ο νόμος ήταν συνταγματικός και τον διατήρησε σε ισχύ ²⁰⁷.

Το 2003, κατεγράφησαν επίσημα 42 περιστατικά ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας στο Όρεγκον (0.14% των θανάτων), όλα με λήψη ισχυρού βαρβιτουρικού. Σε 12 περιπτώσεις ο γιατρός ήταν παρών, ενώ σε δύο από αυτές ο θάνατος του ασθενούς δεν επήλθε αμέσως αλλά μετά από αρκετές ώρες (σε μία περίπτωση η διαδικασία κράτησε 48 ώρες) ²⁰⁸. Υπολογίζεται ότι από το 1998, 171 πολίτες έχουν κάνει χρήση του νόμου, ενώ σε συντριπτικό ποσοστό πρόκειται για καρκινοπαθείς σε τελικό στάδιο. Εντυπωσιάζει πάντως η πληροφορία ότι οι συχνότερα αναφερόμενοι λόγοι για την απόφαση του θανάτου έχουν να κάνουν με την απώλεια της αυτονομίας και την έλλειψη ποιότητας ζωής κι όχι με τον αβάσταχτο πόνο ²⁰⁹.

²⁰⁶ Biggs, H., (2001), ο.π., σελ. 63, *Wikipedia*, Oregon Death with Dignity Act, [http://en.wikipedia.org/wiki/Oregon_Ballot_Measure_16_\(1994\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Oregon_Ballot_Measure_16_(1994)), *Death with Dignity Organization*, <http://www.deathwithdignity.org/historyfacts/>.

²⁰⁷ Otlowski M., (1997), *Voluntary Euthanasia and the Common Law*, Clarendon, Oxford, pp. 368-374, *Wikipedia*, (2007), <http://en.wikipedia.org/wiki/Euthanasia>.

²⁰⁸ Humphrey D., (1991), *Final Exit*, The Hemlock Society, Oregon, σελ. 96.

²⁰⁹ *Oregon Health's Division*, "Oregon's Death with Dignity Act Annual Report 1999", <http://www.ohd.hr.state.or.us/chs/pas/ar-dosc/htm>, Oregon's Death with Dignity Act Annual Report 2000, www.ohd.hr.state.or.us/chs/pas/year3/ar-tbl-3.htm.

V) Αυστραλία -.

Η ευθανασία και η ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία επετράπησαν το 1996 στη Βόρεια Επαρχία της Αυστραλίας με το νόμο «για τα δικαιώματα των ασθενών σε τερματικό στάδιο» - *“Rights of the Terminally Ill Amendment Act 1996”* ²¹⁰, που τέθηκε σε ισχύ την 1^η Ιουλίου 1996. Σύμφωνα με το νόμο αυτό αναγνωριζόταν σε ασθενείς σε τερματικό στάδιο, το δικαίωμα να ζητούν τη συνδρομή ατόμου με ιατρικές γνώσεις, προκειμένου να τερματίσουν τη ζωή τους με ανθρώπινο τρόπο. Παράλληλα αναγνωριζόταν ότι η παροχή αυτού του είδους βοήθειας (με χορήγηση θανατηφόρου σκευάσματος ή απλώς με συνταγογράφησή του) δεν θα επέσυρε ποινική ευθύνη για τα άτομα που θα συνέδραμαν στο θάνατο των ασθενών, ενώ σε κάθε περίπτωση η διαδικασία υποβολής του αιτήματος ήταν μακρά. Πάντως για την αποδοχή του αιτήματος απαιτούνταν η σύμφωνη γνώμη τεσσάρων γιατρών, ενός ψυχιάτρου, ενός γιατρού που θα συνέδραμε τον ασθενή να πεθάνει, ενός φροντιστή ατόμων με ασθένειες σε τερματικό στάδιο, που θα εξηγούσε προηγουμένως στον ασθενή τις εναλλακτικές λύσεις, και ενός ανεξάρτητου ιατρού που θα βεβαίωνε το μη αναστρέψιμο της κατάστασης του ασθενούς ²¹¹.

Το νομοθέτημα αυτό υπήρξε πρωτοποριακό και μοναδικό στο είδος του για την εποχή που ψηφίστηκε και προκάλεσε σάλο τόσο στην Αυστραλία, όσο και στην παγκόσμια κοινή γνώμη. Ωστόσο τον Μάρτιο του 1997 ο νόμος αυτός ανατράπηκε κι ακυρώθηκε με απόφαση του Κοινοβουλίου της Αυστραλίας. Κατά τη διάρκεια της ισχύος του, τέσσερα άτομα αυτοκτόνησαν με τη βοήθεια των ιατρών τους, κάνοντας χρήση των όρων του ²¹². Την περίοδο της ανατροπής του, το αίτημα δύο ακόμη

²¹⁰ *Rights of the Terminally Ill Amendment Act 1996*, <http://www.nt.gov.au/lant/parliament/committees/rotti/rottiamentact96.pdf>.

²¹¹ *Euthanasia website material*, (2001), ο.π., (25).

²¹² «Το πρώτο άτομο που έκανε χρήση του νόμου περί εθελοντικής ευθανασίας και πέθανε στην Αυστραλία ήταν ο Ρόμπερτ Τεντ. Στην περίπτωσή του χρησιμοποιήθηκε ένεση ελεγχόμενη από ηλεκτρονικό υπολογιστή. Το δεύτερο άτομο ήταν μια 52χρονη γυναίκα, η Τζάνετ Μάιλς, πάσχουσα

ατόμων είχε γίνει δεκτό, και παρά τις προσπάθειες για χορήγηση ειδικής άδειας που θα επέτρεπε στα άτομα αυτά να πεθάνουν με τη συνδρομή γιατρού, η διαδικασία δεν ολοκληρώθηκε ²¹³. Μολονότι πλέον στην Αυστραλία η συμμετοχή σε ευθανασία είναι αξιόποινη πράξη, σπάνια ασκούνται διώξεις. Το 2002, στο Κουϊνσλαν, συγγενείς και φίλοι που παρείχαν ηθική στήριξη σε μια ηλικιωμένη γυναίκα ν' αυτοκτονήσει, γεγονός που στη συνέχεια έπραξε, ανακρίθηκαν εξαντλητικά, ωστόσο καμία κατηγορία δεν τους αποδόθηκε. Το 2005 στην Τασμανία, μια νοσοκόμα καταδικάστηκε για συμμετοχή στο θάνατο των άρρωστων γονιών της, της επιβλήθηκε ποινή φυλάκισης 2 ½ ετών, ο δικαστής όμως ανέστειλε την ποινή με τη σκέψη ότι η κοινή γνώμη ήταν ενάντια στη φυλάκιση της γυναίκας ²¹⁴.

VI) Ευρωπαϊκή Σύμβαση του Οβιέδο του 1997 για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική -.

Η σύμβαση του Οβιέδο του 1997 ²¹⁵, αποτελεί το πρώτο νομοθέτημα από πλευράς Ευρωπαϊκής Ένωσης, που αναφέρεται έμμεσα στην ευθανασία. Όπως δηλώνει και ο τίτλος της, η σύμβαση αυτή αποσκοπεί στην προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και την αξιοπρέπεια του ανθρώπου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής.

Το άρθρο 5 της Σύμβασης αναγνωρίζει και κατοχυρώνει το δικαίωμα ενός ατόμου να αρνηθεί θεραπευτική αγωγή. Συγκεκριμένα το άρθρο αυτό αναφέρει: «ιατρική επέμβαση σ' ένα άτομο επιτρέπεται μόνο με τη σύμφωνη γνώμη του», ενώ

από μια μορφή καρκίνου του δέρματος. Τα τελευταία λόγια της κατά τη στιγμή της θανατηφόρας ένεσης ήταν: «Επιτέλους θα βρω τη γαλήνη!!!». *Καίσαρης Π.*, (1999), ο.π., σελ. 72-73.

²¹³ Wikipedia, *Rights of the Terminally Ill Act 1995*, http://en.wikipedia.org/wiki/Rights_of_the_Terminally_Ill_Act_1995.

²¹⁴ Wikipedia, (2007), <http://en.wikipedia.org/wiki/Euthanasia>, Wikipedia, (2007), Euthanasia, Australia, http://www.blinkbits.com/bits/viewtopic/euthanasia_wikipedia?t=342367.

²¹⁵ *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, Oviedo, May 4th 1997*, <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Word/164.doc>.

παράλληλα δέχεται ότι «το άτομο έχει δικαίωμα να αποσύρει την συναίνεσή του σε ιατρική επέμβαση που το αφορά οποιαδήποτε στιγμή το θελήσει» ²¹⁶. Όσον αφορά τα άτομα που αδυνατούν να δώσουν τη συναίνεσή τους, όπως είναι τα παιδιά και οι ασθενείς με ψυχικές ασθένειες, η σύμβαση δέχεται ότι ιατρική επέμβαση μπορεί να γίνει σε αυτά μόνο αν προκύπτει ότι αυτή θα ωφελήσει πραγματικά και άμεσα την κατάσταση της υγείας τους ²¹⁷.

Το κείμενο αυτό, αποδέχεται την εκούσια παθητική ευθανασία, την άρνηση ή την απόσυρση της θεραπευτικής αγωγής με συναίνεση του ίδιου του ασθενή, ως κατοχυρωμένο δικαίωμά του, ενώ έμμεσα, πλην σαφώς, δέχεται ως νόμιμη την απόσυρση της θεραπευτικής αγωγής σε περιπτώσεις σοβαρής και μη αναστρέψιμης βλάβης της υγείας ασθενών, μη δυνάμενων να εκφράσουν την άποψή τους.

Κεφάλαιο 2^ο: Ελληνική Πραγματικότητα

- Η ευθανασία από ποινική σκοπιά

Ο Ελληνικός Ποινικός Κώδικας δεν περιλαμβάνει τον όρο ευθανασία. Στη νομοθεσία όμως για την προστασία των ζώων χρησιμοποιείται ο όρος αυτός και ρυθμίζεται μάλιστα πώς δύναται να γίνει ευθανασία σε αυτά, όταν γίνουν ανάκανα για τη χρήση που προορίζονται, από οποιαδήποτε αιτία. Στην περίπτωση δηλαδή των ζώων ο όρος ευθανασία σημαίνει θανάτωση και αχρήστευση του ζώου, με τρόπο όμως, ώστε να μην υποφέρει, και μπορεί να συμπίπτει με την απαλλαγή του από τους πόνους ²¹⁸. Ειδικότερα στο άρθρο 2 παρ. 1 του ν. 1197/1981 ορίζεται ότι «ζώο συντροφιάς, εργασίας, ή εκτροφής, το οποίο κατέστη ανάκανο για την χρήση για την

²¹⁶ Article 5, Convention on Human Rights and Biomedicine.

²¹⁷ Article 6, *ibid*.

²¹⁸ Κοκολάκης Ε., (1994), *Η ποινική εκτίμηση των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων*, Επιμέλεια Ειρηνοπούλου Αικ., Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, σελ. 99-100.

οποία προορίζεται, συνεπεία γήρατος, ασθένειας, κατάγματος, αναπηρίας ή από άλλη αιτία, μπορεί να θανατωθεί με ευθανασία και μόνο μετά από προηγούμενη έκθεση κρατικού ή ιδιωτικού κτηνιάτρου». Κατά το άρθρο 8 παρ. 2 του ίδιου νόμου ο παραβάτης της ανωτέρω διάταξης τιμωρείται με κράτηση μέχρι 15 ημερών ή με πρόστιμο από 30 ευρώ ή και με τις δύο ποινές ²¹⁹.

Μολονότι ο όρος ευθανασία δεν περιλαμβάνεται στην ελληνική έννομη τάξη, από την πλειοψηφία της ποινικής επιστήμης αντιμετωπίζεται ως άδικη πράξη, αφού ως πράξη θανάτωσης θίγει το έννομο αγαθό της ζωής, αποτελούσα σε κάθε περίπτωση έγκλημα, υπαγόμενο στην αντικειμενική υπόσταση της ανθρωποκτονίας ²²⁰. Σημαντικοί ωστόσο ποινικολόγοι έχουν εκφράσει την άποψη ότι στην περίπτωση της ευθανασίας ο αρχικά άδικος χαρακτήρας της πράξης μπορεί να αρθεί, εφόσον αποδειχτεί ότι η πράξη επιχειρείται για το αληθινό συμφέρον του θανατούμενου ²²¹.

Έχει υποστηριχθεί κι εξακολουθεί να υποστηρίζεται ότι η ευθανασία ρυθμίζεται στο ελληνικό δίκαιο εμμέσως στο άρθρο 300 ΠΚ ²²². Κατά το άρθρο αυτό

²¹⁹ Καράμπελας Λ., (1987), ο.π., σελ 40-41.

²²⁰ Κατά τον Ανδρουλάκη η ευθανασία είναι πάντα άδικη πράξη διότι «η αποδοχή λόγου άρσεως του αδίκου για την πράξη της ευθανασίας βρίσκεται σε αντίθεση με τον απόλυτο χαρακτήρα της προστασίας του εννόμου αγαθού της ζωής και κλονίζει τη σχέση εμπιστοσύνης των ασθενών και των οικείων τους προς το πρόσωπο του γιατρού...». Ανδρουλάκης Ν., (1974), *Ποινικόν Δίκαιον, Ειδικόν Μέρος*, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, σελ. 25. Σύμφωνα και ο Τ. Φιλιππίδης (1979), *Μαθήματα Ποινικού Δικαίου, Ειδικό Μέρος, α'*, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, σελ. 26 επ.

²²¹ Χωραφάς Ν., (1978), *Ποινικόν Δίκαιον, Α'*, 9^η έκδοση, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, σελ. 215. Το ίδιο πρεσβεύει και ο Κατσαντώνης αναφέροντας «...η συναίνεση στο στάδιο της επιθανάτιας αγωνίας σε συνδυασμό με την αρχή της εξυπηρέτησης του αληθινού συμφέροντος του ασθενή μπορεί να οδηγήσει σε άρση του άδικου χαρακτήρα της πράξης». Κατσαντώνης Α., (1956), «Η ανθρωποκτονία εν συναίνεσει κατά τον νέον Ποινικό Κώδικα», *ΠοινΧρ*, ΣΤ', σελ. 237. Επίσης και ο Καράμπελας δέχεται ότι «ακόμα κι αν η πράξη είναι τελικά άδικη μπορεί υπό προϋποθέσεις να αρθεί ο καταλογισμός του δράστη». Ο ίδιος προτείνει τη διαμόρφωση ενός λόγου δικαστικής άφεσης της ποινής για την περίπτωση της επιθανάτιας με συναίνεση ευθανασίας με την προσθήκη ενός δεύτερου εδαφίου στο α. 300 ΠΚ, στο οποίο θα ορίζεται ότι: «Το δικαστήριο μπορεί να απαλλάξει τον υπαίτιο από την ποινή στην περίπτωση που: α) το θύμα δεν μπορούσε να προκαλέσει από φυσική του αδυναμία το θάνατό του, που επιθυμούσε, εκτιμώντας τις ιδιαίτερες συνθήκες κάτω από τις οποίες ενήργησε και β) εφόσον γνωμάτευσαν, πριν από την πράξη του, τρεις γιατροί Δημόσιου Νοσοκομείου ομόφωνα ότι: ι) η ταλαιπωρία του ψυχорραγούντος θύματος θα συνεχιζόταν, ιι) ότι ο θάνατός του θα επακολουθούσε οπωσδήποτε στο επόμενο 24ωρο και ιιι) ότι δεν υπήρχε πλέον δυνατότητα αποτελεσματικής παυσίπονης αρωγής». Βλ. Καράμπελας Λ., (1987), ο.π., σελ 55-56.

²²² Έτσι Κανάτσιος Γ., (1955), «Η κατ' απαίτησιν ανθρωποκτονία», *ΠοινΧρ*, σελ. 11. Σύμφωνα και ο Τ. Φιλιππίδης (1979), ο.π., σελ. 26 επ. Κατά τον Κατσαντώνη «το άρθρο 300 ΠΚ δεν αντιμετωπίζει καθαντό το ζήτημα της ευθανασίας, αλλά τη θανάτωση ενός ανθρώπου που πάσχει από ανίατη πάθηση

που φέρει τον τίτλο ανθρωποκτονία με συναίνεση, «όποιος αποφάσισε και εκτέλεσε ανθρωποκτονία ύστερα από σπουδαία κι επίμονη απαίτηση του θύματος και από οίκτο γι' αυτόν που έπασχε από ανίατη ασθένεια τιμωρείται με φυλάκιση»²²³. Από τη διατύπωση του άρθρου αυτού προκύπτει, ότι η πρόκληση του θανάτου ενός ασθενούς ή η επιτάχυνσή του, όταν είναι βέβαιος ο θάνατος, λόγω της κατάστασης της υγείας του (λόγω ανίατης ασθένειας ή σοβαρής σωματικής αναπηρίας), - κι αν δεν επίκειται αυτός, - ακόμη και αν γίνεται ύστερα από απαίτηση (όχι απλώς συναίνεση) αυτού του ίδιου του θύματος, κι όταν ακόμη το μοναδικό κίνητρο του δράστη είναι ο οίκτος, η απαλλαγή δηλαδή του ανθρώπου από την ταλαιπωρία ή την επιθανάτια αγωνία, είναι αξιόποινη πράξη. Η πράξη όμως αυτή τιμωρείται με ποινή πολύ μικρότερη, σε σύγκριση με την ποινή που επισύρει η κοινή ανθρωποκτονία από πρόθεση που προβλέπεται από το άρθρο 299 του ΠΚ²²⁴, κι αυτό γιατί ο νομοθέτης έλαβε υπόψη του το κίνητρο του δράστη στην περίπτωση αυτή, που είναι ο οίκτος για το θύμα, καθώς επίσης και την κατάσταση και τη θέληση του θύματος²²⁵. Προκύπτει λοιπόν, ότι ο έλληνας νομοθέτης δε θέλησε να είναι ατιμώρητη ούτε η επιθανάτια ευθανασία και όταν ακόμη προκαλείται μόνο από οίκτο για το θύμα, έστω κι αν γίνει ύστερα από επίμονη απαίτηση του ιδίου, (τη θεωρεί δηλαδή σε κάθε περίπτωση έγκλημα), το μόνο που θέλησε ήταν ο δράστης στην περίπτωση αυτή να τιμωρείται ηπιότερα.

και ζητάει ο ίδιος να θανατωθεί. Το ζήτημα της ευθανασίας τίθεται όμως ακόμη κι όταν δεν υπάρχει σπουδαία κι επίμονη απαίτηση του παθόντα, και κυρίως, το ζήτημα της ευθανασίας τίθεται μόνον όταν η πράξη στρέφεται εναντίον ενός ατόμου που πεθαίνει και μάλιστα με επώδυνο τρόπο κι όχι απλώς εναντίον προσώπου που πάσχει από ανίατη πάθηση». *Κατσαντώνης Α.*, (1956), ο.π., σελ. 237.

²²³ *Ποινικός Κώδικας*, άρθρο 300, (2007) στο Σύνταγμα και 4 Κώδικες, ΔΣΑ, σελ. 663. Ο τίτλος δε συμφωνεί απόλυτα με το περιεχόμενο της διάταξης, αφού δεν αρκεί συναίνεση, όπως αναφέρεται σε αυτόν, αλλά χρειάζεται απαίτηση κατά το κείμενο της διάταξης. Γι' αυτό και πολλοί χρησιμοποιούν τον όρο «ανθρωποκτονία από οίκτο ή ανθρωποκτονία κατ' απαίτηση».

²²⁴ Κατά το άρθρο 299 ΠΚ – Ανθρωποκτονία με πρόθεση, «1. Όποιος με πρόθεση σκότωσε άλλον, τιμωρείται με ισόβια κάθειρξη. 2. Αν η πράξη αποφασίστηκε κι εκτελέστηκε σε βρασμό ψυχικής ορμής, επιβάλλεται η ποινή της πρόσκαιρης κάθειρξης», *Ποινικός Κώδικας*, ο.π., σελ. 662.

²²⁵ *Καραγεώργος Κ.*, (1996), *Η ποινική εκτίμηση των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων*, Εκδόσεις Σάκουλα, Θεσσαλονίκη, σελ. 152-153.

Οι προϋποθέσεις που ορίζονται στο άρθρο 300 ΠΚ προκειμένου να αποτελεί η ευθανασία, με τις μορφές που περιγράφεται στη διάταξη αυτή, λόγο ηπιότερης μεταχείρισης του δράστη είναι οι εξής: η επίμονη και σοβαρή απαίτηση του παθόντος / θύματος, η ανίατη ασθένεια ή σοβαρή σωματική αναπηρία του παθόντος / θύματος και ο οίκτος του δράστη προς τον παθόντα / θύμα ²²⁶. Ως προς το στοιχείο της απαίτησης γίνεται δεκτό ότι δεν αρκεί απλή συναίνεση. Αντίθετα είναι απαραίτητη επίμονη, επαναλαμβανόμενη δηλαδή, σπουδαία, σοβαρή κι όχι απλά φαινομενική και παρορμητική, ρητή ή σιωπηρή, γραπτή ή και προφορική, απαίτηση του θύματος, απευθυνόμενη σε ορισμένο πρόσωπο ή ακόμη και σε κύκλο προσώπων ²²⁷. Ως προς το στοιχείο της ανίατης ασθένειας, γίνεται δεκτό ότι αυτό κρίνεται με βάση τα διδάγματα της ιατρικής επιστήμης αλλά και της κοινής πείρας. Η λέξη ασθένεια καλύπτει γενικότερα την «πάθηση», όχι μόνο ανίατη νόσο αλλά και σοβαρή σωματική αναπηρία ή ακόμη και ψυχική πάθηση (π.χ. ολική τύφλωση, ακρωτηριασμός, επιληψία κλπ.), ενώ είναι αδιάφορο αν το πρόσωπο που πάσχει και απαιτεί το θάνατο, υποφέρει ή όχι, ή το αν ο θάνατος επίκειται ή όχι ²²⁸. Ως προς το στοιχείο του οίκτου γίνεται δεκτό ότι είναι καθοριστικό. Η κατάσταση του πάσχοντος πρέπει να δημιουργήσει στο δράστη το συναίσθημα του οίκτου, ο δε δράστης λόγω του οίκτου και της απαίτησης του πάσχοντος να αποφάσισε και να εκτέλεσε την ανθρωποκτονία ²²⁹. Ως προς την υποκειμενική υπόσταση του εγκλήματος γίνεται δεκτό ότι αρκεί κι ενεχόμενος δόλος, ειδικότερα δε ως προς τον οίκτο ο δόλος του δράστη, λόγω ακριβώς της κατάστασης του θύματος, θεωρείται ότι είναι άμεσος ²³⁰.

²²⁶ Για ανάλυση των στοιχείων της αντικειμενικής υπόστασης του εγκλήματος βλ. Κωνσταντινίδη Π., (2007), *Ευθανασία*, Εκλαϊκευμένη νομική βιβλιοθήκη, Γενική Εποπτεία Σπουδακής Ι., Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, σελ. 23-27.

²²⁷ Ψαρούδα – Μπενάκη Α., (1974) «Το ιατρικό καθήκον διαφωτίσεως του ασθενούς ως προϋπόθεση της συναίνεσής του», *ΠοινΧρ*, σελ. 641.

²²⁸ *Αλεξιάδης Α.-Δ.*, (1996), ο.π., σελ. 130-131.

²²⁹ *Καράμπελας Α.*, (1987), ο.π., σελ. 44.

²³⁰ *Κωνσταντινίδης Π.*, (2007), ο.π., σελ. 27.

Όμως, το ευρύ περιεχόμενο που έχει προσλάβει στις μέρες μας ο όρος ευθανασία καθιστά σαφές ότι η ποινική αξιολόγηση των συμπεριφορών που εντάσσονται σε αυτή δε μπορεί να γίνει με ενιαίο τρόπο ²³¹. Το άρθρο 300 ΠΚ τυποποιεί κάποιες από τις συμπεριφορές της ευθανασίας, (π.χ. τη χορήγηση δηλητηρίου σε επωδύνως θνήσκοντα καρκινοπαθή που εκλιπαρεί για λύτρωση) αλλά όχι όλες (π.χ. την επίσπευση του θανάτου στο προηγούμενο παράδειγμα, ενώ όμως ο ασθενής είναι σε κώμα, αφού το άρθρο 300 ΠΚ ζητά απαίτηση του θύματος, που ο ευρισκόμενος σε κώμα ασθενής αδυνατεί να δώσει), ενώ παράλληλα τυποποιεί και άλλες συμπεριφορές που δεν είναι κατά το νόμο ευθανασία ²³². Επειδή ακριβώς ο όρος ευθανασία περιλαμβάνει διάφορες μορφές συμπεριφοράς, άλλες λιγότερο κι άλλες περισσότερο, αφόρητες κοινωνικά – ή ακόμη και καθόλου, αν λάβει κανείς υπόψη του ότι πρέπει να συνυπολογίζεται και το συμφέρον του πάσχοντος να μην πονά ή να μην ευτελίζεται και απαξιώνεται- γίνεται δεκτό ότι κάθε μια από αυτές πρέπει να αντιμετωπίζεται διαφορετικά. Γίνονται δε, σε γενικές γραμμές οι ακόλουθες διακρίσεις:

Ι) Περιπτώσεις ενεργητικής ευθανασίας, όπου η ενέργεια αποσκοπεί ευθέως στο θάνατο, για παράδειγμα με χορήγηση δηλητηρίου, ενώ ο οργανισμός του πάσχοντος έχει ακόμη αυτοδύναμες λειτουργίες και δεν υποστηρίζεται μηχανικά, αλλά σε κάθε περίπτωση ο θάνατος είναι επικείμενος κι αναπόδραστος (π.χ. καρκίνος

²³¹ Κατά τη Συμεωνίδου – Καστανίδου «Η άποψη ότι η ευθανασία είναι μια τελικά άδικη μορφή συμπεριφοράς, ή αντίθετα, ότι είναι δικαιολογημένη ή συγγνωστή στα πλαίσια του ποινικού δικαίου, είναι εσφαλμένη. Με τον όρο ευθανασία καλύπτονται πολλές επιμέρους μορφές συμπεριφοράς στις οποίες αρμόζει διαφορετική ποινική αντιμετώπιση». Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., (2001), ο.π., σελ. 190-191.

²³² Κατά τον Μπέκα «Πρόκειται για έννοιες επάλληλες που σχηματικά θα μπορούσαν να παρασταθούν ως δύο τεμνόμενοι κύκλοι. Ο χώρος τομής τους είναι οι περιπτώσεις ευθανασίας που υπάγονται στη ρύθμιση του α. 300 ΠΚ, ενώ οι μη αλληλοεπικαλυπτόμενοι χώροι υπάγονται, είτε στο α. 300 ΠΚ (περιπτώσεις δηλαδή που δεν συνιστούν ευθανασία κατά το νόμο), είτε στο α. 299 ΠΚ (περιπτώσεις ευθανασίας που δεν πληρούν κάποιο όρο του α. 300 ΠΚ). Συνεπώς στο νόμο δεν αντιμετωπίζεται αυτοτελώς το πρόβλημα της ευθανασίας, ούτε βοηθάει ιδιαίτερα η προβληματική και η ερμηνεία του α. 300 ΠΚ». Μπέκας Γ., (2004), ο.π., σελ. 23.

σε τελικό στάδιο). Στις περιπτώσεις αυτές το άδικο της πράξης είναι δεδομένο ²³³ και η πράξη της ευθανασίας αντιμετωπίζεται ως ανθρωποκτονία, είτε του α. 299 ΠΚ, αν δεν υπάρχει επίμονη απαίτηση του θύματος, είτε του α. 300 ΠΚ, αν υπάρχει τέτοια απαίτηση, μπορεί όμως να αρθεί ο καταλογισμός λόγω εσφαλμένης, από την έντονη ψυχική πίεση, λύσης της σύγκρουσης καθηκόντων ²³⁴. Σύμφωνα δε με το άρθρο 29 παρ. 3 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας ο γιατρός οφείλει να γνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενούς να πεθάνει όταν αυτός βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου ²³⁵. Επομένως και ο ΚΙΔ θεωρεί άδικη την ενεργητική ευθανασία. Έχει υποστηριχθεί ωστόσο, όπως προαναφέραμε, ότι η ενεργητική ευθανασία μπορεί υπό προϋποθέσεις να θεωρηθεί δικαιολογημένη ή ότι πρέπει να θεσπιστεί ειδική νομοθεσία για την άρση του άδικου χαρακτήρα της ²³⁶.

Πάντως κατ' άρθρο 29 παρ. 1 εδ. α' του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, η ευθανασία ως παροχή βοήθειας κατά το θάνατο, για την μείωση των πόνων του

²³³ Κανένας λόγος άρσης του αδικού δε γίνεται κατά κανόνα αποδεκτός, και για το λόγο αυτό η συγκεκριμένη μορφή συμπεριφοράς θεωρείται από την επικρατούσα άποψη πλήρως απαγορευμένη και αξιόποινη. Βλ. έτσι, Ανδρουλάκης Ν., (1974), Ποινικών Δίκαιον, Ειδικόν Μέρος, σελ. 26-27, Φιλίππιδης Τ., (1979), ο.π., σελ. 27.

²³⁴ Κατά τη Συμεωνίδου – Καστανίδου «Στις περιπτώσεις που ο ασθενής υποφέρει και ζητά ο ίδιος το θάνατο και η προσβολή της ζωής εμφανίζεται ως ο μόνος δυνατός δρόμος για την απαλλαγή του από τους πόνους, ο γιατρός ή οι κοντινοί συγγενείς του μπορεί να βρεθούν σε μία κατάσταση σύγκρουσης της συνείδησης τους ώστε να μη μπορούν πλέον να ενεργήσουν σύμφωνα με το δίκαιο. Στις περιπτώσεις λοιπόν αυτές μπορεί να γίνει δεκτό ότι αίρεται ο καταλογισμός τους και για το λόγο αυτό μπορούν να μείνουν ατιμώρητοι. Τούτο όμως, θα κριθεί κατά περίπτωση, ανάλογα με την ένταση των πόνων, τη σχέση δράστη – θύματος, ιδιαίτερες συνθήκες κατά τη στιγμή τέλεσης της πράξης κλπ.». Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε. (2003), *Εγκλήματα κατά της ζωής (άρθρα 299-307 ΠΚ)*, Μελέτες Ουσιαστικού Ποινικού Δικαίου, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, σελ. 494.

²³⁵ Κωνσταντινίδης Π., (2007), ο.π., σελ. 5

²³⁶ Έτσι Χωραφάς και Κατσαντώνης, Καράμπελας, ο.π., υποσημείωση 72. Ο Βουγιούκας τέλος, μολονότι φαίνεται να δέχεται τον άδικο χαρακτήρα της ευθανασίας προτείνει την αποποινικοποίηση της σχετικής πρακτικής στο σύνολό της με τις ακόλουθες προϋποθέσεις: α) να υπάρχει ασθένεια ανίατη και παρατεταμένη, β) ο ασθενής να απαιτεί επίμονα και σοβαρά το θάνατό του, εξαιτίας των πόνων από τους οποίους υποφέρει, γ) να αποφασιστεί η καταδώρηση της ευθανασίας ομόφωνα, από συμβούλιο, το οποίο να αποτελείται από το θεράποντα ιατρό, έναν ιατροδικαστή, έναν καθηγητή ιατρικής, ειδικότητας σχετικής προς την ασθένεια, τον εισαγγελέα εφετών της περιφέρειας της κατοικίας ή διαμονής του ασθενή και το στενότερο συγγενή του. Βουγιούκα Κ., (1991), *Ευθανασία και ανθρωποκτονία εν συναινέσει*, Αφιέρωμα εις τον Κ. Βαβούσκον, Δ', σελ. 69.

ασθενούς, χωρίς να επέρχεται όμως με αυτή και σύντμηση της ζωής, όχι μόνο δεν απαγορεύεται αλλά θεωρείται υποχρέωση του γιατρού ²³⁷.

II) Περιπτώσεις όπου για την καταπράυνση ή την απάλειψη των πόνων του επωδύνως θνήσκοντος ασθενούς χορηγούνται φάρμακα σε ποσότητες που μπορεί αντικειμενικά να επισπεύσουν το θάνατο, ο οποίος όμως ούτε επιδιώκεται, ούτε θεωρείται βέβαιος, αλλά γίνεται αποδεκτός ως πιθανή παρενέργεια της μείωσης των πόνων (λεγόμενη *έμμεση ενεργητική ευθανασία*). Εδώ δύναται να τεθεί θέμα ποινικής ευθύνης του ιατρού για ανθρωποκτονία εκ προθέσεως κατ' άρθρο 299 ΠΚ, αφού η ενέργεια του είναι αυτή που επιφέρει το θάνατο, (εκτός αν η πράξη έλαβε χώρα μετά από σπουδαία κι επίμονη απαίτηση του ασθενούς, οπότε πρόκειται για ανθρωποκτονία με συναίνεση κατ' άρθρο 300 ΠΚ) ²³⁸. Ωστόσο στην περίπτωση αυτή γίνεται κατά κανόνα δεκτό ότι αίρεται ο άδικος χαρακτήρας της πράξης με εφαρμογή του άρθρου 25 ΠΚ ²³⁹, επειδή τελείται σε κατάσταση ανάγκης. Μια τέτοια κατάσταση θεωρείται δεδομένη για εκείνον που πεθαίνει με αφόρητους πόνους. Κατά την αναγκαία στάθμιση των θιγόμενων αγαθών, έχει προτεραιότητα η απελευθέρωση του ασθενούς από το φόβο και τους αφόρητους πόνους έναντι της διατήρησης της ζωής για μικρό χρονικό διάστημα ²⁴⁰.

²³⁷ Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, (ν. 3418/2005)

²³⁸ Χαραλαμπίδης Α., (1999), *Ιατρική Ευθύνη και Δεοντολογία*, Μελέτες Ποινικού Δικαίου, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, σελ. 187.

²³⁹ Κατ' άρθρο 25 παρ. 1 ΠΚ – Κατάσταση ανάγκης που αποκλείει το άδικο, « 1. Δεν είναι άδικη η πράξη που τελεί κάποιος για να αποτρέψει παρόντα και αναπότρεπτο με άλλα μέσα κίνδυνο, ο οποίος απειλεί το πρόσωπο ή την περιουσία του ίδιου ή κάποιου άλλου χωρίς δική του υπαιτιότητα, αν η βλάβη που προκλήθηκε στον άλλο είναι σημαντικά κατώτερη κατά το είδος και τη σπουδαιότητα από τη βλάβη που απειλήθηκε...», *Ποινικός Κώδικας*, ο.π., σελ. 597.

²⁴⁰ Ανδρουλάκης Ν., (1974), *Ποινικόν Δίκαιον, Γενικόν Μέρος*, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, σελ. 424, υποσημείωση 90. Μπέκας Γ., (2004), ο.π., σελ. 28 «.. και με την πρόσθετη προϋπόθεση ότι, αν μεν ο πάσχων έχει πνευματική διαύγεια, έχει ενημερωθεί για τον κίνδυνο και συναινεί, αν δε δεν έχει ικανότητα έκφρασης έγκυρης βούλησης, δεν συνάγεται από προηγούμενες δηλώσεις του ότι δεν συναινεί ...». Η Συμεωνίδου θεωρεί ότι εδώ η πρόκληση του θανάτου δεν θεωρείται άδικη όχι επειδή γίνεται σε κατάσταση ανάγκης αλλά επειδή μπορεί να συγκεντρώνει τα στοιχεία της επιτρεπόμενης κινδυνώδους δράσης. Αναγκαίες προϋποθέσεις για την άρση του αδικού εδώ είναι : α) η πράξη να κρίνεται ενδεδειγμένη, με βάση τα πορίσματα της ιατρικής επιστήμης, β) να υπάρχει προηγούμενη πλήρης ενημέρωση του ασθενούς ή σε περίπτωση αδυναμίας του των συγγενών του, σχετικά με τις πιθανές παρενέργειες της αγωγής, γ) ο ασθενής να έχει δώσει τη

III) Περιπτώσεις παθητικής ευθανασίας, ήτοι περιπτώσεις όπου η θανατηφόρος κατάσταση της υγείας του ασθενούς είναι μη αναστρέψιμη, αλλά θα μπορούσε με την χορήγηση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής ή με τη χρήση μηχανημάτων υποστήριξης, να παραταθεί χρονικά η πορεία προς το θάνατο, πράξεις όμως που δεν έγιναν. Η ποινική αξιολόγηση των περιπτώσεων αυτών απαιτεί περαιτέρω διακρίσεις. Τρεις είναι οι πιθανές διακρίσεις:

α) Παθητική ευθανασία όταν ο ασθενής αρνείται την έναρξη ή τη συνέχιση μιας αγωγής που μπορεί να ανακόψει την εξέλιξη του κινδύνου.

Στις περιπτώσεις αυτές για να εξισωθεί η παράλειψη αποτροπής του αποτελέσματος του θανάτου, με την ενεργό παραγωγή του, και ως εκ τούτου να θεωρηθεί αξιόποινη, θα πρέπει κατ' άρθρο 15 ΠΚ ²⁴¹ να υπάρχει ιδιαίτερη νομική υποχρέωση του γιατρού αποτροπής του αποτελέσματος, εν προκειμένω ιδιαίτερη νομική υποχρέωση για την υιοθέτηση της αγωγής. Όμως τέτοια υποχρέωση γίνεται ευρύτερα δεκτό ότι δεν υπάρχει και για το λόγο αυτό δεν πληρούται καν η αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος της ανθρωποκτονίας, δεν υπάρχει δηλαδή αρχικά άδικη πράξη ²⁴². Αντίθετα η συνέχιση της θεραπείας ενάντια στη βούληση του αρρώστου και όχι η διακοπή της, συνιστούν άδικη πράξη, ως αντίθετες στην προσωπική του ελευθερία και στο δικαίωμα αυτοκαθορισμού του, όπως κατοχυρώνεται στο άρθρο 5 παρ. 1 Σ. Εννοείται φυσικά ότι ο τελευταίος πρέπει να

συναίνεσή του και δ) η εφαρμογή της μεθόδου να γίνεται από ειδικό γιατρό. Βλ. Συμεωνίδου – Κατσανίδου Ε., (2006), ο.π., σελ. 145.

²⁴¹ Κατ' άρθρο 15 ΠΚ – Έγκλημα που τελείται με παράλειψη, «Όπου ο νόμος για την ύπαρξη αξιόποινης πράξης απαιτεί να έχει επέλθει ορισμένο αποτέλεσμα, η μη αποτροπή του τιμωρείται όπως η πρόκλησή του με ενέργεια, αν ο υπαίτιος της παράλειψης είχε ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να παρεμποδίσει την επέλευση του αποτελέσματος», *Ποινικός Κώδικας*, ο.π., σελ. 596.

²⁴² Ανδρουλάκης Ν., (1974), *Ποινικόν Δίκαιον, Ειδικόν Μέρος*, ο.π., σελ. 27, Μπέκας Γ., (2004), ο.π., σελ. 27, Συμεωνίδου – Κατσανίδου Ε., (2001), ο.π., σελ. 206, Κατρούγκαλος Γ., (1993), ο.π., σελ. 106. Αντίθετος ο Μανωλεδάκης που υποστηρίζει ότι όταν υπάρχει άμεσος κίνδυνος ζωής ο γιατρός οφείλει να κάνει τις απαραίτητες ενέργειες για τη μη άμεση επέλευση του θανάτου, ακόμη και παρά την αντίθετη βούληση του ασθενούς. Μανωλεδάκης Ι., (2004), «Υπάρχει δικαίωμα στο θάνατο;», *ΠοινΧρ*, σελ. 580.

μπορεί να διατηρεί τη δυνατότητα λογικής κρίσης, να μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνο άτομο ²⁴³.

Το δικαίωμα άρνησης μιας θεραπευτικής αγωγής αναγνωρίστηκε στην Ελλάδα από το 1992 ²⁴⁴, ενώ κατοχυρώθηκε στη συνέχεια στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική (ν. 2619/1998) και προβλέπεται και στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, όπου ορίζεται ρητά ότι ο γιατρός υποχρεούται να απέχει από οποιαδήποτε ιατρική πράξη χωρίς προηγούμενη συναίνεση του ασθενούς ²⁴⁵. Ακόμη και στις επείγουσες περιπτώσεις κατά τις οποίες συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας, ο γιατρός μπορεί να επέμβει χωρίς συναίνεση, μόνο όταν αυτή δεν μπορεί να ληφθεί ²⁴⁶.

Πρόβλημα ανακύπτει όταν ο ασθενής διατυπώνει αρχικά τη βούλησή του να μη ληφθούν μέτρα παράτασης της ζωής του, στη συνέχεια όμως πέφτει σε κώμα, ενώ ο γιατρός και η οικογένειά του μπορούν ακόμη να επέμβουν. Γίνεται δεκτό ότι και στην περίπτωση αυτή η υποχρέωση προς αποτροπή του αποτελέσματος του θανάτου καταλύεται ήδη τη στιγμή που ο ασθενής δηλώνει τη βούλησή του ²⁴⁷. Αυτό υπονοείται και στο άρθρο 29 παρ. 2 Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, όπου σημειώνεται ότι ο γιατρός στο τέλος της ζωής δύναται να λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής σε προγενέστερο χρόνο, ακόμη και αν κατά το χρόνο της επέμβασης ο ασθενής δεν είναι σε θέση να τις επαναλάβει ²⁴⁸.

β) Παθητική ευθανασία παρά τη δήλωση του ασθενή ότι επιθυμεί να ληφθούν μέτρα παράτασης της ζωής.

²⁴³ Eser A., (1985), ο.π., σελ. 125.

²⁴⁴ Άρθρο 47 ν. 2071/1992.

²⁴⁵ Άρθρο 12 παρ. 1 Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας.

²⁴⁶ Άρθρο 12 παρ. 3 Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας.

²⁴⁷ Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., (2006), ο.π., σελ. 151.

²⁴⁸ Κωνσταντινίδης Π., (2007), σελ. 30. Γίνεται δεκτό ότι μέσα από το άρθρο 29 παρ. 2 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας το δίκαιο της χώρας μας υποδέχεται την παθητική ευθανασία.

Πρόκειται για τις περιπτώσεις εκείνες που ο ασθενής ή οι οικείοι του ζητούν από το γιατρό να πάρει όλα τα μέτρα για να παραταθεί η ζωή, τα οποία ωστόσο ο γιατρός θεωρεί περιττά. Στην περίπτωση αυτή ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να κάνει ό,τι είναι δυνατόν και ιατρικά ενδεδειγμένο για να ανακόψει την εξέλιξη προς το θάνατο, υπακούοντας στη θέληση του ασθενούς ή των συγγενών του, αλλιώς ενδέχεται να καταστεί ποινικά υπεύθυνος για ανθρωποκτονία με παράλειψη κατ' άρθρο 299 σε συνδυασμό με το άρθρο 15 ΠΚ ²⁴⁹. Δικαιούται βέβαια να διακόψει την παροχή των υπηρεσιών του, όπως προβλέπει ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, εφόσον διαφωνεί με την υιοθέτηση της αγωγής ²⁵⁰. Η διακοπή είναι επιτρεπτή μόνον αφού λάβει όλα τα αναγκαία μέτρα ώστε να μην τίθεται σε άμεσο κίνδυνο η ζωή και η υγεία του αρρώστου ²⁵¹.

γ) Παθητική ευθανασία όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να αποφασίσει ή να εκφράσει έγκυρα τη βούλησή του.

Στις περιπτώσεις αυτές καταρχήν γίνεται δεκτό ότι ο γιατρός και οι συγγενείς είναι υποχρεωμένοι να λάβουν όλα τα αναγκαία μέτρα αποτροπής του θανάτου του ασθενούς. Η υποχρέωση αυτή ως προς το γιατρό, προκύπτει ρητά από το άρθρο 12 παρ. 3 ΚΙΔ όπου ορίζεται ότι σε περιπτώσεις κατεπείγουσας ανάγκης ο γιατρός οφείλει να προσφέρει την αναγκαία ιατρική φροντίδα σε περίπτωση που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να διατυπώσει έγκυρη συναίνεση, χωρίς να δεσμεύεται από την αντίθετη βούληση των οικείων του ασθενούς, αλλιώς πραγματώνει την νομοτυπική μορφή του εγκλήματος της ανθρωποκτονίας με παράλειψη κατ' άρθρο 299 σε συνδυασμό με το άρθρο 15 ΠΚ ²⁵². Έχει υποστηριχθεί ωστόσο ότι η υποχρέωση του

²⁴⁹ Καράμπελας Λ., (1987), ο.π., σελ. 50, Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., (2001), ο.π., σελ. 213.

²⁵⁰ Άρθρο 9 παρ. 4 ΚΙΔ.

²⁵¹ Άποψη της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής στην εισήγησή της σχετικά με την τεχνητή παράταση της ζωής (2006).

²⁵² Κατρούγκαλος Γ., (1993), ο.π., σελ. 94, Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., (2001), ο.π., σελ. 220, καθώς και Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., (2006), ο.π., σελ. 154. Αντίθετος ο Μπέκας που εξομοιώνει την

γιατρού λήγει όταν η υιοθέτηση μιας ή συνέχιση μιας αγωγής φθάνει να προσβάλλει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια ²⁵³. Ωστόσο αμφισβητείται το κατά πόσο η διατήρηση ενός ατόμου στη ζωή μπορεί να θεωρηθεί πράξη που προσβάλλει την αξιοπρέπειά του ²⁵⁴.

IV) Αποσύνδεση από μηχανήματα τεχνητής διατήρησης στη ζωή.

Διακρίνεται σε:

α) Περιπτώσεις όπου έχει επέλθει ο εγκεφαλικός θάνατος, αλλά οι λοιπές λειτουργίες διατηρούνται με μηχανήματα. Η αποσύνδεση αυτών των μηχανημάτων και κατ' επέκταση η παύση όλων των σωματικών λειτουργιών δε μπορεί να χαρακτηριστεί ευθανασία ²⁵⁵, αφού κατά το νόμο ο ασθενής είναι ήδη νεκρός ²⁵⁶, οπότε δεν τίθεται θέμα ανθρωποκτονίας.

β) Περιπτώσεις όπου δεν έχει επέλθει ο εγκεφαλικός θάνατος και οι λοιπές λειτουργίες διατηρούνται με μηχανήματα. Οι περιπτώσεις αυτές εντάσσονται συχνά στην προβληματική της παθητικής ευθανασίας (παράλειψη αποτροπής της επέλευσης του θανάτου). Ωστόσο η κρατούσα άποψη ²⁵⁷ δέχεται ότι εδώ δεν τίθεται θέμα ιδιαίτερης νομικής υποχρέωσης του ιατρού αποτροπής του αποτελέσματος του θανάτου, αφού το αποτέλεσμα αυτό δεν επέρχεται με παράλειψη αλλά με ενέργεια ²⁵⁸, την αποσύνδεση από τη μηχανική υποστήριξη, οπότε στις περιπτώσεις αυτές

περίπτωση αυτή με εκείνη κατά την οποία ο ασθενής ζητά ο ίδιος τη μη υιοθέτηση μέτρων, όπου γίνεται δεκτό ότι αίρεται ο άδικος χαρακτήρας της πράξης λόγω μη συνδρομής της ιδιαίτερης νομικής υποχρέωσης προς αποτροπή του θανάτου, Μπέκας Γ., (2004), ο.π., σελ. 27.

²⁵³ Κατρούγκαλος Γ., (1993), σελ. 109.

²⁵⁴ Μανωλεδάκης Ι., «Ανθρώπινη Αξιοπρέπεια: έννομο αγαθό ή απόλυτο όριο στην άσκηση εξουσίας», στο με επιμέλεια Μανωλεδάκη /Prittwitz, (1997), *Η ποινική προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας*, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, σελ. 14.

²⁵⁵ Κατά το άρθρο 12 παρ. 6 του Ν. 2737/99: «...διαγνώσει νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους κι εφόσον οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα.. υποχρεούται (ο ιατρός) να προβεί στη σύνταξη του σχετικού πιστοποιητικού θανάτου».

²⁵⁶ Ανδρουλάκης Ν., (1974), *Ποινικόν Δίκαιον, Ειδικόν Μέρος*, ο.π., σελ. 27.

²⁵⁷ Ανδρουλάκης Ν., (1974), *Ποινικόν Δίκαιον, Ειδικόν Μέρος*, ο.π.. Κατρούγκαλος Γ., (1993), ο.π., σελ. 106.

²⁵⁸ Κατά τη Συμεωνίδου – Καστανίδου, η μορφή αυτή συμπεριφοράς καίτοι εντάσσεται κατά κανόνα στην προβληματική της παθητικής ευθανασίας, διαφέρει σαφώς από αυτή, όχι μόνο επειδή ο ασθενής δεν υποφέρει, κι έτσι η απόφαση του γιατρού οφείλεται μόνο στην εκτίμησή του ότι είναι πλέον

στοιχειοθετείται ανθρωποκτονία από πρόθεση, αφού εδώ δεν υπάρχει η συναίνεση του ασθενούς. Υποστηρίζεται ωστόσο ότι οι περιπτώσεις αυτές πρέπει να αντιμετωπίζονται ως μικτές συμπεριφορές, συντιθέμενες από ενέργειες και παραλείψεις (ενέργεια η αποσύνδεση και παράλειψη η μη επανασύνδεση με τα μηχανήματα), το δε συμπέρασμα για το αν πρόκειται για πρόκληση του αποτελέσματος του θανάτου με ενέργεια ή με παράλειψη, να εξαρτάται από τη βαρύτερα της κάθε πράξης²⁵⁹. Κατά την άποψη αυτή βαρύτερα αξιολογείται η πράξη της μη επανασύνδεσης με τα μηχανήματα, ο ιατρός όμως δεν έχει ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να αποτρέψει το αποτέλεσμα, που είναι ο θάνατος του ασθενούς, κι επομένως η πράξη του δεν είναι άδικη και δεν τιμωρείται.

Στις περιπτώσεις πάντως όπου ο ασθενής διατηρείται στη ζωή με μηχανήματα, αλλά υπάρχει πλήρης απώλεια της συνείδησής του κι έχει διαπιστωθεί το μη αναστρέψιμο της κατάστασής του (δεν υπάρχει δηλαδή ελπίδα ανάκαμψης), η αποσύνδεση από τα μηχανήματα δεν θεωρείται κατά κανόνα άδικη πράξη²⁶⁰.

V) Περιπτώσεις συμμετοχής σε αυτοεuthanasία²⁶¹ όπου παρέχεται στον επωδύνως ή αναξιοπρεπώς θνήσκοντα το μέσο για να αυτοκτονήσει. Εδώ κατά την κρατούσα άποψη δεν πρόκειται για ευθανασία, αφού δεν υπάρχει η πράξη θανάτωσης άλλου, αλλά για συμμετοχή σε αυτοκτονία, οπότε εφαρμόζεται η διάταξη του άρθρου 301 ΠΚ²⁶². Το ήδη μειωμένο άδικο της συμμετοχής αυτής, καθιστά, κατά μία άποψη²⁶³, πρόσφορη την επίκληση του α. 25 ΠΚ, που θα άρει τον άδικο χαρακτήρα της συμπεριφοράς.

μάταιη η συνέχιση της σύνδεσης με το μηχάνημα, αλλά κυρίως γιατί στην περίπτωση αυτή υπάρχει πράξη του γιατρού κι όχι απλή παράλειψη. *Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε.*, (2001), ο.π., σελ. 226.

²⁵⁹ *Μπέκας Γ.*, (2004), ο.π., σελ. 27-28.

²⁶⁰ *Κατρούγκαλος Γ.*, (1993), ο.π., σελ. 108, *Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε.*, (2006), ο.π., σελ. 159.

²⁶¹ Πρόκειται κυρίως για τις γνωστές περιπτώσεις ιατρικά υποβοηθούμενης αυτοκτονίας.

²⁶² Κατ' άρθρο 301 ΠΚ – Συμμετοχή σε αυτοκτονία, «όποιος με πρόθεση κατέπεισε άλλον να αυτοκτονήσει, αν τελέστηκε η αυτοκτονία ή έγινε απόπειρά της, καθώς κι όποιος έδωσε βοήθεια κατ' αυτήν, τιμωρείται με φυλάκιση», *Ποινικός Κώδικας*, ο.π., σελ. 663.

²⁶³ *Μπέκας Γ.*, (2004), ο.π., σελ. 30.

VII) Πρόωρη ευθανασία ελαττωματικών νεογνών, περιπτώσεις δηλαδή θανάτωσης με ενέργεια ή παράλειψη παιδιών που γεννιούνται με σοβαρές σωματικές αναπηρίες ή εγκεφαλικές βλάβες. Οι περιπτώσεις αυτές εντάσσονται στη λεγόμενη «ευθανασία με ευρεία έννοια», αφού τα νεογέννητα παρά τις επιβαρύνσεις που μπορεί να έχουν, δε βρίσκονται κατά κανόνα στα πρόθυρα του θανάτου. Στην ελληνική επιστήμη γίνεται ομόφωνα δεκτό ότι η θανάτωση του παιδιών αυτών δε διαφοροποιείται από τις υπόλοιπες μορφές ανθρωποκτονίας (με πράξη ή παράλειψη) και ότι είναι σε κάθε περίπτωση άδικη ²⁶⁴. Μπορεί να υπάρξει κατ' εξαίρεση και σε εντελώς οριακές περιπτώσεις άρση του καταλογισμού, αν υποτεθεί ότι ο δράστης λόγω της μεγάλης θλίψης ή της πίεσης που ασκείται επάνω του, δε μπορεί να αντιληφθεί το άδικο της πράξης ή να ενεργήσει κατά τη συνείδησή του γι αυτό ²⁶⁵.

Τέλος, πρέπει να επισημανθεί, ότι στην ελληνική έννομη τάξη και συγκεκριμένα στο άρθρο 304, παρ. 4, περιπτώσεις α' και β' ΠΚ ²⁶⁶ επιτρέπεται η ακούσια ευθανασία ανθρώπινης αγέννητης ζωής, δηλαδή ευθανασία για λόγους ευγονικούς, με τις προϋποθέσεις που ορίζονται σ' αυτό. Συγκεκριμένα προβλέπεται δυνατότητα ατιμώρητης θανάτωσης του εμβρύου, χωρίς τη θέλησή του φυσικά, με τη θέληση όμως της εγκύου ²⁶⁷: α) απλώς και μόνο επειδή το θέλει η ίδια η εγκυμονούσα, αν η εγκυμοσύνη είναι μέχρι την 12^η εβδομάδα και β) αν έχουν διαπιστωθεί με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης, ενδείξεις σοβαρής

²⁶⁴ Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., (2006), ο.π., σελ. 156 – 157.

²⁶⁵ Ο.π.

²⁶⁶ Κατ' άρθρο 304 παρ. 4, ΠΚ – Τεχνητή διακοπή εγκυμοσύνης (μετά από τροποποίησή του με το ν. 1609/1986), «...4. Δεν είναι άδικη πράξη η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης που ενεργείται με τη συναίνεση της εγκύου από γιατρό μαιευτήρα – γυναικολόγο με τη συμμετοχή αναισθησιολόγου, σε οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα, αν συντρέχει μία από τις ακόλουθες περιπτώσεις: α) Δεν έχουν συμπληρωθεί δώδεκα εβδομάδες εγκυμοσύνης, β) Έχουν διαπιστωθεί, με τα σύγχρονα μέσα προγεννητικής διάγνωσης, ενδείξεις σοβαρής αναωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού νεογνού και η εγκυμοσύνη δεν έχει διάρκεια περισσότερο από είκοσι τέσσερις εβδομάδες...», *Ποινικός Κώδικας*, ο.π., σελ. 663.

²⁶⁷ Σοφουλάκης Λ., (1994), *Η Προστασία της Ανθρώπινης Ζωής κατά το Σύνταγμα και τους Νόμους*, Εκδοτικός Οίκος Αφοί Π. Σάκκουλα, Αθήνα, σελ. 113-118.

ανωμαλίας του εμβρύου που επάγονται τη γέννηση παθολογικού παιδιού και η διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν ξεπερνά την 24^η εβδομάδα.

Συμπεράσματα

Η ευθανασία αποτελεί ένα σύγχρονο πρόβλημα, οξύ και έντονο, το οποίο αδυνατεί ο στοχασμός να προσπεράσει. Αν και συγκεκριμένες υποτυπώσεις της μπορούν να εντοπισθούν στην ιστορική πορεία του ανθρώπου, η εμφάνιση του ζητήματος στο προσκήνιο του κοινωνικού ενδιαφέροντος τοποθετείται μόλις στον περασμένο αιώνα. Η καθυστερημένη αυτή ανάδειξη της ευθανασίας ευθύνεται για το γεγονός ότι δεν έχει δοθεί ακόμη μια κοινώς αποδεκτή λύση στο πρόβλημα, καθώς και για την έλλειψη επάρκειας στη θεωρητική ενασχόληση με αυτήν. Στην καθημερινή πρακτική ωστόσο, η ευθανασία εξαπλώνεται με ταχύτατους ρυθμούς, διαμορφούμενη σε ένας διαρκώς ογκούμενο φαινόμενο, το οποίο απαιτεί λύση. Κι ενώ ο επιστημονικός διάλογος βρίσκεται στα πρώτα βήματα, και σε κάθε περίπτωση μακριά από τη λύση, σε κάποιες κοινωνίες έχει ήδη καθιερωθεί η ευθανασία ως νόμιμη πρακτική.

Η ευθανασία, βέβαια, ξεπερνά κατά πολύ την εμβέλεια δράσης ενός και μόνο επιστημονικού πεδίου. Αφορά σε μεγάλο βαθμό τη νομική επιστήμη, διεισδύει στο πεδίο ενδιαφέροντος της κοινωνιολογίας, της θεολογίας, ενδιαφέρει άμεσα την ιατρική και την ψυχολογία.

Η ευθανασία, εκτός από πολυσχιδής ως προς την επιστημονική της ευρύτητα, παρουσιάζει και η ίδια μια έντονη πολυμορφία. Αυτό έγκειται στο αντικείμενό της, που είναι ο θάνατος του ανθρώπου, υπόθεση προσωπική και μόνο και δύσκολα κατηγοριοποιήσιμη ως προς τη μορφή της. Αναφέρθηκε ήδη η διττή διάκρισή της με

άξονες την επιθυμία του πάσχοντος – εκούσια, μη εκούσια, και ακούσια- και τον τρόπο παρέμβασης του δεύτερου εμπλεκόμενου προσώπου, -ενεργητική, παθητική-.

Από ηθικής άποψης, καθίσταται δύσκολο να κρίνουμε οποιαδήποτε άλλη μορφή ευθανασίας πλην της εκούσιας. Κι αυτό διότι η πρακτική αυτή συνίσταται στον τερματισμό της ζωής του ασθενούς με εξωτερική βοήθεια, επειδή ακριβώς δε μπορεί ο ίδιος να προκαλέσει το θάνατό του, εξαιτίας της κατάστασης στην οποία βρίσκεται. Κάτω από μια τέτοια οπτική, μοιάζει με την αυτοκτονία, που όμως διεκπεραιώνεται από κάποιον άλλο. Ο εναλλακτικός όρος είναι ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, που περιγράφει με ακρίβεια το γεγονός. Υπό την έννοια αυτή, στοιχειώδες συστατικό της ευθανασίας είναι η επιθυμία του πάσχοντος. Ο γιατρός αναπληρώνει την αδυναμία του αιτούντος να επιτελέσει κάτι στον εαυτό του, που αν είχε τη σωματική δυνατότητα, θα επιτελούσε ο ίδιος ο ασθενής. Είναι σαφές πως η επιθυμία αυτή πρέπει να είναι ρητά εκπεφρασμένη, αυθόρμητη και να προέρχεται από έναν άνθρωπο διαυγή και με συγκροτημένη σκέψη. Επιθυμία τέτοιου είδους δε μπορεί παρά να πηγάζει από μια συγκεκριμένη κατάσταση. Το ζητούμενο, εν προκειμένω είναι η απόφαση να λαμβάνεται από τον άνθρωπο κι όχι την κατάσταση. Σε περίπτωση, όμως που ο πάσχων έχει εκφράσει την αντίθεσή του στον τερματισμό της ζωής του ή δεν έχει δώσει τη συγκατάθεσή του, αλλ' ούτε και αυτή προκύπτει (περιπτώσεις μη εκούσιας και ακούσιας ευθανασίας), ελάχιστα διαφοροποιείται η ευθανασία από τη δολοφονία, αν μάλιστα αυτό συμβαίνει στην πραγματικότητα. Τούτο είναι αυτονόητο, διότι υπολανθάνει εν προκειμένω η παραδοχή πως κάποιος μπορεί να αξιολογήσει τη ζωή ενός ανθρώπινου όντος και να κρίνει αν αυτή είναι άξια να βιωθεί ή όχι, κάτι που δεν γίνεται ηθικά αποδεκτό.

Όσον αφορά τη διαφοροποίηση της ευθανασίας σε ενεργητική και παθητική, ενώ περιγράφει επιτυχώς την πρακτική, ηθικά είναι αδιάφορη. Στην πρώτη

περίπτωση ο γιατρός προβαίνει σε ενέργειες για τον τερματισμό της ζωής του ασθενούς, ενώ στη δεύτερη δε λαμβάνει μέτρα για τη διάσωσή της. Θα μπορούσε να υποστηρίξει κάποιος, ότι η μη λήψη μέτρων αποτελεί κι αυτή μια ενέργεια. Αποτελεί μια επιλογή η οποία βασίζεται στην απόφαση και την προαίρεση του γιατρού ή του ασθενούς με ένα συγκεκριμένο τρόπο. Δεν είναι αποτέλεσμα αδράνειας ούτε φυσικό γεγονός, αντίθετα αποτελεί συνειδητή επιλογή. Η διάκριση της ευθανασίας σε ενεργητική και παθητική θα μπορούσε, καλύτερα, να αφορά τον ίδιο το θάνατο του ασθενούς και λιγότερο την πράξη. Πράγματι, ο ασθενής μπορεί παθητικά να περιμένει το θάνατο μη παρατείνοντας τη ζωή του, ή μπορεί να τον επισπεύσει. Και στις δύο περιπτώσεις σημασία έχει ο σκοπός που η πράξη εμπεριέχει και που είναι η μη διατήρηση της ζωής. Η ευθανασία, που εξ ορισμού σκοπεύει στον τερματισμό της ζωής του πάσχοντος, μπορεί να διακριθεί σε ενεργητική και παθητική ως προς τη μεθοδολογία που κάθε φορά ακολουθείται, ζήτημα όμως καθαρά ιατρικό, που δε μπορεί να έχει επίπτωση στην ηθική αξιολόγησή της. Είτε με τον ένα είτε με τον άλλο τρόπο, αυτό που επιτυγχάνεται είναι το ίδιο αποτέλεσμα με τα ίδια κίνητρα κάτω από τις ίδιες συνθήκες. Υπάρχει η περίσσεια του ανθρώπινου πόνου, η αίτηση του ασθενούς και η ανθρωπιστική απόκριση του γιατρού. Εάν η απόκριση θα συνίσταται στην παύση της λειτουργίας ενός μηχανήματος που διατηρεί στη ζωή τον ασθενή ή στη χορήγηση μιας θανατηφόρας δόσης ενός φαρμάκου, δύσκολα μπορεί να διαφοροποιήσει την ηθική μας στάση απέναντι στην πράξη.

Η επιφύλαξη που δείχνουν οι κοινωνίες αλλά και οι διανοητές απέναντι στην ενεργητική μορφή της ευθανασίας, συχνά φτάνει και μέχρι την άρνησή της, ενώ την ίδια στιγμή σιωπηρά ή και εκπεφρασμένα αποδέχονται την παθητική της διάσταση. Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί ως ένα βαθιά ριζωμένο ενδιαφέρον για την προστασία της ζωής του ανθρώπου από οποιαδήποτε πράξη θα μπορούσε να την απειλεί. Η

παράλειψη αντίθετα, σπανιότερος τρόπος απειλής της ζωής, αντιμετωπίζεται ηπιότερα. Επιπλέον, η στάση του κρίνοντος 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 ότι δεν υπάρχει.

Κάθε πρόβλημα, όπως και κάθε επιστημονικό ζήτημα, παρουσιάζει υποστηρικτές κι επικριτές, οι οποίοι τοποθετούνται απέναντί του στηριζόμενοι σε αντιθετικές μεταξύ τους θεωρίες και παραδοχές. Έτσι και το ζήτημα της ευθανασίας. Όπως είδαμε, σύμφωνα με τη θεωρία του ωφελιμισμού η πράξη που θα προσπορίσει τη μεγαλύτερη δυνατή ωφέλεια στο μεγαλύτερο αριθμό ανθρώπων δικαιώνεται ηθικά. Κατά τους υπέρμαχους λοιπόν της ευθανασίας, η υιοθέτηση και η εφαρμογή της επιφέρει στον ασθενή την ανακούφιση, και ανταποκρίνεται στην επιθυμία του, οπότε τον ωφελεί, ενώ παράλληλα απελευθερώνει πόρους, προσωπικό και υποδομές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε περιπτώσεις όπου η ελπίδα είναι μεγαλύτερη. Δεν είναι ηθικά ορθό, κατά την άποψη αυτή, να επιβάλλουμε σε έναν βασανιζόμενο ασθενή σε τελικό στάδιο μια ατελέσφορη φροντίδα που του είναι ανεπιθύμητη, και την οποία στερούμε από ανθρώπους που τη χρειάζονται και την επιθυμούν και χάρη στην οποία θα σωθούν. Αντίθετα σύμφωνα με το επιχείρημα του ολισθηρού κατήφορου, η ηθικοποίηση της ευθανασίας και κατ' επέκταση η νομιμοποίησή της θα ανοίξει τους ασκούς του Αιόλου και για τις περιπτώσεις κατά τις οποίες οι πρακτική αυτή είναι ανεπιθύμητη. Αυτό θα είναι μια άμεση απειλή για ανθρώπους της τρίτης ηλικίας, των οποίων η περίθαλψη είναι σαφώς δυσκολότερη και περισσότερο επιβαρυντική οικονομικά από τη θανάτωσή τους. Απειλούνται επίσης ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες, άτομα με κινητικά προβλήματα ή με διανοητική υστέρηση,

ομοφυλόφιλοι και άλλοι. Μπροστά στο γενικευμένο αυτό κίνδυνο είναι ηθικά απαράδεκτη οποιαδήποτε ηθική επιδοκιμασία της ευθανασίας, αφού οι επιπτώσεις της θα θίξουν μια μεγαλύτερη ομάδα ανθρώπων από αυτή που θα ωφελήσουν.

Κατά την καντιανή προσταγή πάλι, σύμφωνα με την οποία ο άνθρωπος πρέπει να αντιμετωπίζεται ως σκοπός κι ουδέποτε ως μέσο, είμαστε υποχρεωμένοι να αποδεχτούμε τις έλλογες επιθυμίες του ασθενούς και να τις ικανοποιήσουμε, κυρίως όταν αφορούν τον εσωτερικό υπαρξιακό του πυρήνα. Η επιθυμία του θανάτου όταν διατυπώνεται υπό τις προϋποθέσεις που έχουν περιγραφεί, αποτελεί αναμφισβήτητη υπαρξιακή επιλογή. Και παρότι ενδέχεται να έρχεται σε αντίθεση με τις δικές μας θέσεις και παραδοχές πρέπει να τη σεβαστούμε. Οποιαδήποτε άρνηση θα συνιστά αντιμετώπιση του απελπισμένου συνανθρώπου μας ως μέσου, είτε για να παραμείνουμε ευθυγραμμισμένοι με τις ιδέες μας είτε για να πετύχουμε 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, αντιτείνουν, σκοπός δεν είναι παρά η διαφυγή, η νέκρωση του πόνου. Το πρόβλημα είναι πως για την επίτευξη του σκοπού αυτού χρησιμοποιείται ως μέσο ο ίδιος ο άνθρωπος, αφού η δική του ύπαρξη τερματίζεται. Η ευθανασία είναι μεν απόκριση στον πόνο, αλλά αποτελεί λύση ανώδυνη και βολική. Η πραγματική αντιμετώπιση του συνανθρώπου ως σκοπού επιβάλλει όχι την εύκολη αφαίρεση της ζωής, αλλά την παρουσία στο πλευρό του την ώρα που η ζωή του οδεύει προς το τέλος της. Στην περίπτωση αυτή η απελπισία και η οδύνη απαλούνονται και το τέλος καθίσταται ανώδυνο.

Άλλοτε πάλι, γίνεται κι επίκληση του ιατρικού καθήκοντος, όπως αυτό είναι εκπεφρασμένο στον όρκο του Ιπποκράτη, προκειμένου να δικαιολογηθεί η άρνηση της ευθανασίας. Κι αυτό διότι η πρακτική αυτή προκαλεί με τρόπο αμείλικτο την

ιατρική ηθική. Αποτελεί καθήκον του γιατρού να προστατεύει τη ζωή του ασθενούς, να πασχίζει μάλιστα για το σκοπό αυτό, ακόμη κι όταν οι ελπίδες, που η επιστημονική γνώση του προσφέρει, είναι μικρές ή λείπουν τελείως. Στην παραδοχή αυτή έχει βασιστεί η ιατρική πρακτική αλλά και η εμπιστοσύνη που η κοινωνία δείχνει στον ιατρικό κόσμο. Παράλληλα βέβαια, συνυπάρχει και το καθήκον του γιατρού να απαλύνει τον πόνο. Όταν ο πόνος γίνεται αφόρητος κι ανεξέλεγκτος, ταπεινώνοντας και εξευτελίζοντας κυριολεκτικά την ανθρώπινη ύπαρξη που ο γιατρός είναι εντεταλμένος να υπηρετεί, ο γιατρός οφείλει να τον σκοτώσει, ακόμη κι αν οι ενέργειές του επιφέρουν άμεσα ή έμμεσα το θάνατο του καταδικασμένου ασθενούς.

Η προσβολή της ζωής ως υπέρτατης αξίας, προσπαθεί με αξιώσεις να δώσει απάντηση στο ζήτημα της ευθανασίας. Ακούγεται επομένως ασυνήθιστο ως 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 ό,τι κι αν αυτή εξασφαλίζει και ανεξάρτητα από τις συνθήκες και τα κίνητρα που την επιφέρουν, είναι μια πρακτική που ευθέως στέφεται κατά της ζωής. Κατά τους υποστηρικτές της ευθανασίας πάλι, το να αποδέχεται κάποιος τη ζωή ως απόλυτη αξία, δεν του απαγορεύει να προχωρήσει σε ευθανασία. Διότι αυτό που απειλεί τη ζωή δεν είναι ο θάνατος, ο οποίος ούτως ή άλλως είναι αναπόφευκτος, αλλά οτιδήποτε εκμηδενίζει την αξία της απογυμνώνοντάς τη από κάθε ποιότητα. Τέτοιες καταστάσεις είναι φυσικά ο έσχατος πόνος και η ταπεινωτική αδυναμία. Αυτό που επιτυγχάνει η ευθανασία είναι να διασώσει την αξία της ζωής, διασώζοντας συγχρόνως την αξιοπρέπεια του ασθενούς, τον οποίο απαλλάσσει από τις

ταπεινωτικές καταστάσεις πλήρους απώλειας της αυτονομίας του και έσχατης εξάρτησης.

Πολλοί επικαλούνται το ανθρωπιστικό επιχείρημα στην προσπάθειά τους να προσδώσουν ηθική αποδοχή στην ευθανασία. Η κοινή ανθρώπινη φύση και η έμφυτη συμπόνια δε μας επιτρέπουν να στεκόμαστε μακριά από τον ανθρώπινο πόνο, αυστηροί και απάνθρωποι φύλακες ασαφών αξιών. 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. Ωστόσο, οφείλουμε να παρατηρήσουμε ότι ο αριθμός των διενεργούμενων ευθανasiών είναι πολύ μεγαλύτερος από τον αριθμό των περιπτώσεων που ο έλεγχος του πόνου είναι αδύνατος, τη στιγμή μάλιστα που τα επιτεύγματα της ιατρικής προσφέρουν αποτελεσματικότερο έλεγχο του πόνου. Άρα οι διαρκώς αυξανόμενες αιτήσεις για ευθανασία, δεν αποκαλύπτουν ένα πραγματικό γεγονός ακατανίκητου σωματικού πόνου, αλλά μια συναισθηματική κατάσταση. 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 αποτελούν κόλαφο για τον ανθρωπισμό μας, αφού εκφράζουν την απάνθρωπη απομάκρυνση της κοινωνίας από τον ανθρώπινο πόνο και την προσπάθεια μηχανιστικής αντιμετώπισής του. Υπό την έννοια αυτή η ευθανασία δεν είναι μια πράξη ανθρωπισμού αλλά υποκατάσταση της ιδιότητας αυτής, ένας δείκτης απουσίας του ανθρωπισμού από τις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες.

Όλα τα παραπάνω αποκαλύπτουν το λόγο για τον οποίο η συζήτηση περί ευθανασίας έχει πάρει σήμερα τεράστιες διαστάσεις. Είναι δε αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι και χωρίς της δέουσα ηθική, νομική, ιατρική ή οποία άλλη συναίνεση, η ευθανασία έχει παγιώσει τη θέση της στην κοινωνική ηθική τουλάχιστον ως

εναλλακτική επιλογή, ενώ η υιοθέτησή της βαίνει διαρκώς αυξανόμενη, είτε μέσα σε κοινωνικές ομάδες, όπως αυτές των γιατρών, είτε σε κοινωνικά σύνολα, όπως φανερώνει η πρόσφατη νομιμοποίησή της στην Ολλανδία, στο Βέλγιο κ.α.

Υπό το φως όλων των ανωτέρω και κυρίως λόγω των ηθικοδεοντολογικών ζητημάτων που θέτει, αναδεικνύεται η ευθανασία, ως πρόκληση για τη σύγχρονη εγκληματολογία ²⁶⁸. Κατ' αρχήν πρέπει να τεθεί το ερώτημα αν υπάρχουν ομοιότητες μεταξύ της νομιμοποίησης της ευθανασίας με τη ratio που έχει εκφραστεί για τη μερική ή ολική νομιμοποίηση των αμβλώσεων ²⁶⁹, για τη νομιμοποίηση της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών ή της μοιχείας. Το επιχείρημα για τη νομιμοποίηση τέτοιων συμπεριφορών βρίσκεται στην ύπαρξη μεγάλου σκοτεινού αριθμού, δηλαδή ατιμώρητων δραστών και την από κατά διαστήματα τυχαία τιμώρηση κάποιου δράστη. Η τιμώρηση αυτή θεωρείται άσκοπη, προφανώς άδικη και παραβιάζει την αρχή της ισότητας των πολιτών έναντι των νόμων. Κατά συνέπεια ενδέχεται να μην τιμωρούνται συμπεριφορές σαν τις ανωτέρω.

Στο σημείο αυτό παρουσιάζεται μια δεύτερη εγκληματολογική πρόκληση. Επαληθεύεται με εγκληματολογικά δεδομένα η ύπαρξη σκοτεινού αριθμού στην περίπτωση της ευθανασίας (υποβοηθούμενης αυτοκτονίας ή εκούσιας ευθανασίας); Αληθεύει πράγματι ο ισχυρισμός ότι εκατοντάδες ή περισσότεροι ασθενείς καταλήγουν με τη συγκαλυμμένη, έμμεση βοήθεια των γιατρών ²⁷⁰; Καλούνται

²⁶⁸ Σπινέλλη Κ., (2005), ο.π.

²⁶⁹ «Οι υπέρμαχοι της ευθανασίας πιστεύουν πως με την πρόσδεση της στην ατμομηχανή της άμβλωσης, μπορούν να ωφελήσουν την υπόθεση της ευθανασίας και να της προσπορίσουν την ίδια αποδοχή που στην εποχή μας περιβάλλει το δικαίωμα μιας γυναίκας να τερματίσει την εγκυμοσύνη της». *Dworkin R.*, (1993), ο.π., σελ. 210.

²⁷⁰ «Μια πρόσφατη έρευνα της Washington State ανάμεσα σε γιατρούς έδειξε πως 12% από αυτούς είχαν γίνει αποδέκτες μιας ξεκάθαρης αίτησης για ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία, και ποσοστό 24% ανταποκρίθηκε παρέχοντας μια δυνητικά θανατηφόρο συνταγογράφηση. Ποσοστό 4% έγιναν αποδέκτες αίτησης για εκούσια ενεργητική ευθανασία, και 24% από αυτούς χορήγησε θανατηφόρο ένεση. Άλλες πιο περιορισμένες έρευνες δείχνουν πως ένα σταθερό ποσοστό 5 με 7% των γιατρών παραδέχονται ανώνυμα πως βοήθησαν κάποιον ασθενή να πεθάνει σε κάποια στιγμή της καριέρας τους». *Kimsma G., Leeuwen E.*, (1993), ο.π., σελ. 189-204.

επομένως οι εγκληματολόγοι να εξετάσουν αν υφίσταται «έμμεση υποβοήθηση» από γιατρούς ανιάτως πασχόντων ασθενών που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της ζωής τους. Στη συνέχεια μπορούν να μετουσιώσουν τα ευρήματά τους σε προτάσεις αντεγκληματικής πολιτικής σχετικά με την αναγκαιότητα ή μη νομοθετικής παρέμβασης στην οδυνηρή και υπαρκτή πραγματικότητα των συνανθρώπων μας που υποφέρουν αβάσταχτα και γι' αυτό επιλέγουν το θάνατο αντί της ζωής.

Έργο δύσκολο των εγκληματολόγων είναι να εντοπίσουν το σκοτεινό αριθμό στις περιπτώσεις αυτές, να βρουν διαφορές και ομοιότητες στις κοινωνικές διαστάσεις των συμπεριφορών, όπως της άμβλωσης, της μοιχείας, της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, ακόμη και της θανατικής ποινής. (Η ποινή του θανάτου, όταν προβλέπεται και σε όποια πολιτεία των ΗΠΑ εκτελείται, ακολουθείται συνήθως η διαδικασία της χορήγησης ενέσιμων βαρβιτουρικών, όπως και στην περίπτωση της ενεργητικής ευθανασίας). Χρήσιμη είναι ενδεχομένως και η διερεύνηση της κοινής γνώμης και ξεχωριστά αυτής των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού για το επιτρεπτό ή τη σκοπιμότητα της νομιμοποίησής της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αβραμίδης Α., (1995), *Ευθανασία*, Εκδόσεις Ακρίτας, Αθήνα.
- Αβραμίδης Α., (1964), «*Η επιμήκυνσις των ορίων του «κλινικού θανάτου» κατά την καρδιακήν ανακοπήν*», Διατριβή επί Υφηγεσία.
- Admiraal P., «Euthanasia and Assisted Suicide, in Birth to Death», *Science and Bioethics*, (1996), ed. Thomasma D. & Kushner T., pp. 207-216.
- AGS Ethics Committee, (May 1995) «Physician Assisted Suicide and Voluntary Active Euthanasia», *Journal of American Geriatrics Society*, 43 (5), pp. 579-580.
- Αλεξιάδης Α.-Δ., (1996), *Εισαγωγή στο Ιατρικό Δίκαιο, Ιατρική Ευθύνη και Δεοντολογία, Ιατρική Νομοθεσία και Νομολογία*, Εκδοτικός Οίκος Μ. Δημόπουλου, Θεσσαλονίκη.
- American Academy of Pediatrics, (1994), “Guidelines on foregoing of life sustaining medical treatment”, *Pediatrics*, 93, pp. 532-536.
- Ανδρουλάκης Ν., (1974), *Ποινικόν Δίκαιον, Γενικόν Μέρος*, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή.
- Ανδρουλάκης Ν., (1974), *Ποινικόν Δίκαιον, Ειδικόν Μέρος*, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή.
- Ανδρουλιδάκη – Δημητριάδη Ι., (1993), *Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς, (Συμβολή στη διακρίβωση της αστικής ιατρικής ευθύνης)*, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή.
- Ανευβλαβής Ε., (2001), «*Η ελεήμων θανάτωση (mercy killing) ή ευθανασία: Μια αποκλειστική διάζευξη*», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18 (6), Αθήνα, σελ 555-560.
- Annas G., (1991), “The Health Care Proxy and the Living Will”, *New England Journal of Medicine*, 324 (17).

- Barraclough B., (1990), «The Bible Suicides», *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 86, pp. 64-69.
- Battin M., (1992), “Voluntary Euthanasia and the Risks of Abuse: Can we learn anything from the Netherlands?”, *Law, Medicine & Health Care*, 20 (1-2), pp. 133 - 143.
- Battin M., (1994), *The Least Worse Death*, Oxford University Press, New York, Oxford.
- Beauchamp T., Childress J., (1994), *Principles of Biomedical Ethics*, 4th edition, Oxford University Press, Oxford.
- Beauchamp T., (1996), *Intending Death, The Ethics of assisted suicide and euthanasia*, Prentice Hall, New Jersey.
- Beauchamp T., (2007), *Ευθανασία, Ηθικές, φιλοσοφικές, ιατρικές και νομικές διαστάσεις*, μτφ. Κάντζολα – Σαμπατάκου Βεατρίκη, Εκδόσεις Αρχιπέλαγος, Αθήνα.
- Beecher A., (1968), “A definition of irreversible coma. Report of the ad hoc committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death”, *J.A.M.A.*, 205.
- Biggs H., (2001), *Euthanasia, Death with Dignity and the Law*, Hart Publishing, Oxford - Portland Oregon.
- Binding K., Hoche A., (1922), *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Leben, ihr mass und ihre form*, Felix Meiner, Λειψία.
- Βουγιούκας Κ., (1991), *Ευθανασία και ανθρωποκτονία εν συναινέσει*, Αφιέρωμα εις τον Κ. Βαβούσκον, Δ΄.
- Boyle J., (1991), “Who is Entitled to Double Effect?”, *Journal of Medicine and Philosophy* 16, pp. 474-494.
- British Medical Association, (1993), *Medical Ethics Today*, London, BMA, P.

- Brody B., «Απόσυρση της θεραπείας έναντι θανάτωσης των ασθενών», σελ. 135-153, στο βιβλίο του Beauchamp T., (2007), *Ευθανασία, Ηθικές, φιλοσοφικές, ιατρικές και νομικές διαστάσεις*, μτφ. Κάντζολα – Σαμπατάκου Βεατρίκη, Εκδόσεις Αρχιπέλαγος, Αθήνα.
- Broeckaert B, (2001), “Belgium: Towards a Legal Recognition of Euthanasia”, *European Journal of Health Law* 8: 95-107.
- Buchanan A. (1996), «Ευθανασία: η δομή του προβλήματος και προτεινόμενες λύσεις», σελ. 46-70, στο βιβλίο του Beauchamp T., (2007), *Ευθανασία, Ηθικές, φιλοσοφικές, ιατρικές και νομικές διαστάσεις*, μτφ. Κάντζολα – Σαμπατάκου Βεατρίκη, Εκδόσεις Αρχιπέλαγος, Αθήνα.
- Callahan D., (July – August 1993), «Pursuing a Peaceful Death», *Hastings Center Report*.
- Chappell P., King R., (1992), “Final Exit and the Risk of Suicide”, *Journal of the American Association*, 267 (22).
- Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη Ε., Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., (2007) *Ευθανασία, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής* -3, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη.
- Γκούρλας Π., Λαμπαδάκης Ι., Αποστολίδης Ι., Τζώρτζη Α., «Γεροντοκτονία στην Κέα και αλλού», *Ανακοινώσεις στο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο*, 17 – 21 Μαΐου 1994.
- Collison J., (1997), «Life Devoid of Value», *Four County Catholic*.
- 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*, Oviedo, May 4th 1997, <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Word/164.doc>.

- Crippen D., (1991), "Practical aspects of life support withdrawal: a critical care physician's opinion", *Clinical Intensive Care*, 2.
- *Death with Dignity Organization*, <http://www.deathwithdignity.org/historyfacts/>.
- Dresser R., Whitehouse P. J., (August 1994), "The Incompetent Patient on the Slippery Slope", *Hastings Center Report*.
- Dworkin R., (1993), *Life's Dominion – An Argument about Abortion and Euthanasia*, Harper Collins, London.
- Emanuel E., (1994), «The History of Euthanasia Debate in the United States and Britain», *Annals of Internal Medicine*, 121, (10), pp. 793-802.
- Emanuel E., (1994), «Euthanasia, Historical, Ethical and Empirical Perspectives», *Archives of Internal Medicine*, 154.
- Επίκουρος, *Ηθική*, 139, II.
- Eser A., (1985), *Ιατρικό Καθήκον Διατηρήσεως της Ζωής και Διακοπή Θεραπείας*, απόδοση Βασιλάκου Π. Μ. – Ζιώγα – Σακκά Α., Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή.
- *Euthanasia website material*, November 2001, από URL: [http:// www.spuc.org.uk](http://www.spuc.org.uk), pp. 1-37.
- Ζιάκα Α. (2006) «Ευθανασία, θρησκείες και πολιτισμοί», σελ. 19-43 στο με επιμέλεια Καϊάφα – Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη Ε., Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., (2007) *Ευθανασία*, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής - 3, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη.
- Ηρόδοτος, *Ηροδότου Ιστορία*, I, 29,33.
- *Θεία Λειτουργία Ιωάννου Χρυσοστόμου*, Αδελφότης Θεολόγων «Ο Σωτήρ».
- Final Report of the Netherlands State Commission on Euthanasia: An English Summary, (1987), *Bioethics*, 1(2), pp. 163 – 174.

- Forster T. A., (June 1995), “Can society deny the right to die?”, *British Medical Journal*, 310.
- Glover J., (1995), “Causing Death and Saving Lives”, Courts, *Health Science & the Law*, 1 (2).
- Hare J., Pratt C., Nelson C., (May 1992), “Agreement between Patients and their Self - Selected Surrogates on Difficult Medical Decisions”, *Archives of Internal Medicine*, 152, pp. 1049-1054.
- Harris W. & Levey J., eds., (1975), *The New Columbia Encyclopedia*, Columbia University Press, New York.
- Hilton B., (1991), *First do no harm*, Abington Press, Nashville.
- Horton R., (April 21 2001), «Euthanasia and assisted suicide: what does the Dutch vote mean? », *The Lancet*, Vol 357.
- Humphry D., Wickett A., (1986), *The Right to Die – Understanding Euthanasia*, Bodley Head, London.
- Jennet B., (September – October 1994), “Treatment of Critical Illness in the Elderly”, *Hastings Center Report*.
- Jennet B., «Letting Vegetative Patients Die», επιμ. Keown J., (1997), *Euthanasia Examined: Ethical, Clinical and Legal Perspectives*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Kah Leng Ter, Leong Huey Susanna, (1997), “Advance Medical Directives in Singapore”, *Medical Law Review*, 5 (1).
- Καίσαρης Π., (1999), *Περί της Ευθανασίας*, Αχαϊκές Εκδόσεις, Πάτρα.
- Κανάτσιος Γ., (1955), «Η κατ’ απαίτησιν ανθρωποκτονία», *ΠοινΧρ*.
- Καραγεώργος Κ., (1996), *Η ποινική εκτίμηση των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων*, Εκδόσεις Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη.

- Καράμπελας Λ., (1987), *Η Ευθανασία και το Δικαίωμα στη Ζωή και στο Θάνατο* (από ποινική άποψη), Εκδοτική Εστία, Αθήνα.
- Καρανικόλας Γ., (2006), «Προβληματισμοί πάνω στην ηθική δικαιολόγηση της ποινικής καταστολής της ευθανασίας», σελ. 77-85, στο με επιμέλεια Καϊάφα – Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη Ε., Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., (2007) *Ευθανασία*, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής -3, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη.
- Κατρούγκαλος Γ., (1993), *Το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο*, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή.
- Κατσαντώνης Α., (1956), «Η ανθρωποκτονία εν συναινέσει κατά τον νέον Ποινικό Κώδικα», *ΠοινΧρ*, ΣΤ΄.
- Kelly N. P., Rowley S. R., Hardin J. E., (1994), “Death in neonatal intensive care”, *Journal of Pediatrics and Child Health*, 30, (5), pp. 419-422.
- Keown D., Keown J., (1995), “Killing, karma and caring: euthanasia in Buddhism and Christianity”, *Journal of medical ethics*, 21.
- Kimsma G., Leeuwen E., (1993), «Dutch Euthanasia: Background, Practice, and Present Justifications», *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2.
- Κοκολάκης Ε., (1994), *Η ποινική εκτίμηση των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων*, Επιμέλεια Ειρηνοπούλου Αικ., Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή.
- *Κοράνιο* 21:34-35, 3:145.
- Κουτσελίνης Α., (1987), Πρόλογος στη Μονογραφία Λ. Καράμπελα «Η ευθανασία και το δικαίωμα στη ζωή και στο θάνατο».
- Κυριαζή Κ., «Ευθανασία: Δολοφονία ή πράξη ανθρωπισμού; Έρευνα», (12-5-1988), *Εφημερίδα Οικονομικός*.
- *Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας*.

- Κωνσταντινίδης Π., (2007), *Ευθανασία*, Εκλαϊκευμένη νομική βιβλιοθήκη, Γενική Εποπτεία Σπυριδάκης Ι., Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή.
- Λεοντάκης Α., (8-12-1992) «Ο νόμος της Ιουλίδος. Γεροντοκτονία στην Κέα (Τζια)», *Εφημερίδα Το Βήμα*.
- Lifton R. J., (1986), *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide*, Basic Books, New York.
- Logue B., (1994), “When Hospice Fails: The Limits of Palliative Care”, *OMEGA*, 29 (4), p. 292-293.
- Λυπουρλής Δ., (2006) «Ου δώσω δε ουδέ φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμον ουδέ υφηγήσομαι συμβουλήν τοιήνδε»: Η «Ευθανασία» στην καθημερινή ζωή της αρχαιότητας;», σελ. 11-18, στο με επιμέλεια Καϊάφα – Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη Ε., Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., (2007) *Ευθανασία*, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής -3, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη.
- Μαγγανάς Α., (1999), «Αδυναμία του δικαιοῦ μηχανισμού να επιλύσει προβλήματα ευθανασίας ή ποιος θα αναλάβει την ευθύνη της απόφασης;», *Θέματα Εγκληματολογικά και Ποινικού Δικαίου*, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, σελ. 348-364.
- MacIclin R., (1992), «Τι είναι αυτό που καθιστά ανατιολόγητη τη θανάτωση από πρόθεση; », σελ. 87-101 στο βιβλίο του Beauchamp T., (2007), *Ευθανασία, Ηθικές, φιλοσοφικές, ιατρικές και νομικές διαστάσεις*, μτφ. Κάντζολα – Σαμπατάκου Βεατρίκη, Εκδόσεις Αρχιπέλαγος, Αθήνα.
- Μανωλεδάκης Ι., «Ανθρώπινη Αξιοπρέπεια: έννομο αγαθό ή απόλυτο όριο στην άσκηση εξουσίας», στο με επιμέλεια Μανωλεδάκη / Prittwitz, (1997), *Η ποινική προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας*, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή.
- Μανωλεδάκης Ι., (2004), «Υπάρχει δικαίωμα στο θάνατο;», *ΠοινΧρ*.

- Μαραγγιανού - Δερμούση, *Πλατωνικά Θέματα*, (1994), Καρδαμίτσα, Αθήνα.
- Materstvedt L. J., Clark D., Ellershaw J., Forde R., Gravgaard A.-M., Muller-Busch HC, Porta i Sales J., Rapin C.-H., (2003), ‘‘Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EARP Ethics Task force’’, *Palliative Medicine*, 17, pp. 97-101.
- Mc Dowel D.M., (1988), *Σπαρτιατικό Δίκαιο*, Εκδόσεις Παπαδήμα, Αθήνα.
- McKall Smith A., Sheldon D., (1992), *Scots Criminal Law*, Edinburgh: Butterworths.
- Μπέκας Γ., (2004), *Η προστασία της ζωής και της υγείας στον ποινικό κώδικα*, Δίκαιο και Οικονομία, Εκδόσεις Π. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα.
- *Oregon’s Health Division*, ‘‘Oregon’s Death with Dignity Act Annual Report 1999’’, <http://www.ohd.hr.state.or.us/chs/pas/ar-dosc/htm>, Oregon’s Death with Dignity Act Annual Report 2000, www.ohd.hr.state.or.us/chs/pas/year3/ar-tbl-3.htm.
- Otlowski M., (1997), *Voluntary Euthanasia and the Common Law*, Clarendon, Oxford, pp. 368-374, *Wikipedia*, (2007), <http://en.wikipedia.org/wiki/Euthanasia>.
- *Παλαιά Διαθήκη* κατά τους εβδομήκοντα, (1969), Αδελφότης Θεολόγων «Η ζωή», 6^η έκδοση, Αθήνα.
- Παντελίδου Κ., (2003), «Ευθανασία και ζητήματα ιατρικής ευθύνης», *Επιτροπή Βιοηθικής*, Ιερά Σύνοδος της Εκκλησίας της Ελλάδος, σελ. 1-7, [http://www.bioethics.org.gr/03_d Pantelidou.html](http://www.bioethics.org.gr/03_d_Pantelidou.html).
- Παπαδημητρίου Ι., (Μάϊος 1989), «Ηθικά και Δεοντολογικά προβλήματα των μεταμοσχεύσεων», *Ιατρικό Βήμα*, Αθήνα.
- *Πάπας Ιωάννης Παύλος II*, (March 25th 1995), ‘‘On the Value and Inviolability of Human Life’’ The Catholic research network, Trinity Communications PO, Box 3610 Manassas, VA 22110, Rome.

- Παππάς Β., «Ευθανασία: Υβρη κατά του Θεού ή λύτρωση;», http://www.orthodoxie.net/gr/Texte/Texte_Varia/Pappa_Euthanasie_Gr.html.
- Peck M. S., (1997), *Η άρνηση της ψυχής – Ευθανασία και θνητότητα*, μτφ. Παπασπύρου Άννα, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Πέρρος Π., (Μάιος 2005), «Η ευθανασία ως ηθικό πρόβλημα», <http://blondiesthoughts.wordpress.com>.
- Πλάτων, *Πλάτωνος Πολιτεία III*, Μετάφραση Ι. Ν. Γρυπάρη.
- *Ποινικός Κώδικας*, (2007) στο Σύνταγμα και 4 Κώδικες, ΔΣΑ.
- Prado C. J., Taylor S. J., (1999), *Assisted Suicide: Theory and practice in elective death*, Humanity Books, New York.
- President's Commission, for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavioral research, (1981) "Guidelines for the determination of death: Report of the Medial consultants on the diagnosis of death", *J.A.M.A.* 246.
- Price D., (1997), "Euthanasia, Pain Relief and Double Effect", 17 (2) *Legal Studies* 323.
- Proctor R., (1988), *Racial Hygiene: Medicine under the Nazis*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Πρωτοπαπαδάκης Ε., (2003), *Η Ευθανασία απέναντι στη σύγχρονη Βιοηθική*, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή.
- *Rights of the Terminally Ill Amendment Act 1996*, <http://www.nt.gov.au/lant/parliament/committees/rotti/rottiamentmentact96.pdf>.
- Roberts J., Kjellstrand C., (1996), "Jack Kevorkian: a medical hero", *British Medical Journal*, 312.
- Sauer P. J., (1992), "Ethical decisions in neonatal intensive care units", the Dutch experience, *Pediatrics* 90, pp. 729-732.

- Scheper T., Duurmsa S., (1994), «Euthanasia: The Dutch Experience», *Age and Aging*, 23.
- Seale C., Addington – Hall J., (1995), “The Role of Good Care”, *Journal of Social Science & Medicine*, 40 (5).
- Silverman W., (1992), “Overtreatment of neonates? A personal perspective”, *Pediatrics*, 90, pp. 971-976.
- Skegg P., (1984), *Law, Ethics and Medicine – Studies in Medical Law*, Clarendon Press, Oxford.
- Σκούρτης Χ., (2006), «Ενεργητική Ευθανασία», σελ. 91- 102, στο με επιμέλεια Καϊάφα – Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη Ε., Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., (2007) *Ευθανασία, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής* -3, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη.
- Sommerville A., (1995), “Remembrance of conversations past: oral advance statements about medical treatment”, *British Medical Journal*, 310.
- *Southern Cross Bioethics Institute*, (April 2002), “Euthanasia and physician-assisted suicide: recent developments and ethical analysis”, A four-monthly report prepared for the Society for the Protection of Unborn Children by the Southern Cross Bioethics Institute, σελ. 1-10, από την ιστοσελίδα [http://: www.Spuc.org.uk](http://www.Spuc.org.uk).
- Σοφουλάκης Λ., (1994), *Η Προστασία της Ανθρώπινης Ζωής κατά το Σύνταγμα και τους Νόμους*, Εκδοτικός Οίκος Αφοί Π. Σάκκουλα, Αθήνα.
- Σπινέλλη Κ., (2005), *Εγκληματολογία*, β’ έκδοση, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή.
- Stuart G., Curter W., Demy T., (1998), «Suicide and Euthanasia», *Grand Rapids: Kregel Publications*.

- Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., *Εγκλήματα κατά της ζωής (άρθρα 299 – 307 Π.Κ., (2001), β' έκδοση Εκδόσεις Ποινικού Δικαίου -16-, Διευθυντής σειράς Μανωλεδάκης Ι., β' έκδοση Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη.*
- Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε. (2003), *Εγκλήματα κατά της ζωής (άρθρα 299-307 ΠΚ), Μελέτες Ουσιαστικού Ποινικού Δικαίου, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα.*
- Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., (2006), «Η Ευθανασία στο Ποινικό Δίκαιο», σελ. 137-162, στο με επιμέλεια Καϊάφα – Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη Ε., Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., (2007), *Ευθανασία, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής -3, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη.*
- Τάσκος Ν., (2006), «Παθητική Ευθανασία», σελ. 103-111, στο με επιμέλεια Καϊάφα – Γκμπάντι Μ., Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη Ε., Συμεωνίδου – Καστανίδου Ε., (2007), *Ευθανασία, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής -3, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα – Θεσσαλονίκη.*
- “The Belgian Act on Euthanasia of May, 28th 2002”, (2002), *Ethical Perspectives*, 9, 2-3, pp, 182-188, σε μετάφραση Kidd Dale, Centre of Biomedical Ethics and Law, Catholic University of Leuven, <http://www.kuleuven.ac.be/cbmer/viewpic.php>.
- *The Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act of April 10th 2001*, <http://www.nvve.nl/assets/nvve/english/euthlawenglish.pdf>.
- *The Netherlands Ministry of Foreign Affairs*, (2002), “Q & A EUTHANASIA 2001: A GUIDE TO THE DUTCH TERMINATION OF LIFE ON REQUEST AND ASSISTED SUICIDE (REVIEW PROCEDURES) ACT”, pp. 1-21, <http://www.minbuza.nl/binaries/en-pdf/pdf/faq-euth-2001-en.pdf>.
- *The Oregon Death with Dignity Act*, Oregon Revised Statutes, <http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/statute.pdf>.

- Thévenot X., (1989), *La bioéthique, Début et fin de vie*, Centurion, Editions Paulines, La Croix – L'événement.
- Τουρτόγλου Μ., *Ποινικές αντιλήψεις του Γεωργίου Γεμιστού – Πλήθωνος στους «Νόμους» του*, (1989), Αφιέρωμα εις τον Κωνσταντίνο Βαβούσκον, Τόμος Α΄, Θεσσαλονίκη.
- Τσαϊτουρίδης Χ., (2002), «Η ευθανασία ως συνταγματικό δικαίωμα του ασθενούς», *Ποινικός Λόγος*, Τεύχος 3, σελ. 1-21, από <http://tosyntagma.ant-sakkoulas.gr/theoria/item.php?id=625>.
- Φιλίππιδης Τ., (1979), *Μαθήματα Ποινικού Δικαίου, Ειδικό Μέρος, α΄*, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα.
- Wells S., (1994), «Patients, Consent and Criminal Law», *Journal of Social, Welfare and Family Law* 1 (65).
- *Wikipedia*, (2007), <http://en.wikipedia.org/wiki/Euthanasia>.
- *Wikipedia*, (2007), Euthanasia, Australia, http://www.blinkbits.com/bits/viewtopic/euthanasia_wikipedia?t=342367.
- *Wikipedia*, (2007), “Euthanasia”, Belgium, http://www.blinkbits.com/bits/viewtopic/euthanasia_wikipedia?t=342367.
- *Wikipedia*, Oregon Death with Dignity Act, [http://en.wikipedia.org/wiki/Oregon_Ballot_Measure_16_\(1994\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Oregon_Ballot_Measure_16_(1994)).
- *Wikipedia*, (2007), “Euthanasia”, The Netherlands, <http://www.blinkbits.com/bits/viewtopic/euthanasiawikipedia?t=342367>.
- *Wikipedia*, Euthanasia, Switzerland, http://www.blinkbits.com/bits/viewtopic/euthanasia_wikipedia?t=342367.
- *Wikipedia*, *Rights of the Terminally Ill Act 1995*, http://en.wikipedia.org/wiki/Rights_of_the_Terminally_Ill_Act_1995.

- Van der Maas P J, Van der Wal G, et al, (November 29 1996), “Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995”, *New England Journal of Medicine*, Vol 335 (22), pp 1699-1705.
- Χαραλαμπίδης Α., (1999), *Ιατρική Ευθύνη και Δεοντολογία*, Μελέτες Ποινικού Δικαίου, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή.
- Χριστοδουλίδης Κ., (1995), *Μεταμοσχεύσεις. Λύση ή Πρόβλημα;*, Εκδόσεις Υπακοή, Αθήνα.
- Χωραφάς Ν., (1978), *Ποινικόν Δίκαιον, Α΄*, 9^η έκδοση, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή.
- Ψαρούδα – Μπενάκη Α., (1974) «Το ιατρικό καθήκον διαφωτίσεως του ασθενούς ως προϋπόθεση της συναίνεσής του», *ΠοινΧρ*.