



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

*Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης*

**ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:
«Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΗΣ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ
ΣΕ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ»**



ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΣΑΛΑΧΑ ΣΟΦΙΑ

ΠΕΙΡΑΙΑΣ, 2012



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

**ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:
«Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΗΣ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ
ΣΕ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ»**



ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : Δρ. ΝΤΑΝΟΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΣΑΛΑΧΑ ΣΟΦΙΑ

ΠΕΙΡΑΙΑΣ, 2012



**UNIVERSITY
OF
PIRAEUS**

**MASTER OF SCIENCE
IN HEALTH MANAGEMENT**



**TEI
OF
PIRAEUS**

**Graduate Thesis Submitted for the Degree
“Master in Health Management”**

**TITLE OF THESIS:
GREEK AND INTERNATIONAL BIOETHICS VIEWS
FOR EUTHANASIA ISSUES**



STUDENT: SALACHA SOFIA

PIRAEUS, 2012

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εκπόνηση της παρούσας εργασίας οφείλεται στη πρόκληση ενδιαφέροντος και επιθυμίας για περαιτέρω συστηματική διερεύνηση του φιλοσοφικού και αέναου ζητήματος της ευθανασίας ιδίως υπό το πρίσμα της εξελισσόμενης επιστήμης της βιοηθικής, από το καθηγητή κύριο δρ. Αναστάσιο Ντάνο, στον οποίο θέλω να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες για τη καθοδήγηση και συνεισφορά του στη πραγματοποίηση αυτής της τελικής μεταπτυχιακής εργασίας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η προκείμενη εργασία συνιστά μία επισταμένη μελέτη αναφορικά με το επίμαχο και έντονα αμφιλεγόμενο ζήτημα της ευθανασίας κυρίως από την πλευρά της βιοηθικής επιστήμης, προβαίνοντας σε μία ενδελεχή ανάλυση της διαχρονικής αυτής έννοιας, με σκοπό την ανάδυση κάποιων κρίσιμων και χρήσιμων συμπερασματικών διαπιστώσεων.

Πιο αναλυτικά, η μελέτη αρχίζει με τον ορισμό του περιεχομένου της ευθανασίας, όπως αυτός ανευρίσκεται τόσο στην ελληνική όσο και στην ξενόγλωσση βιβλιογραφία κυρίως με τη νομική του μορφή διότι τοιουτοτρόπως αποκρυσταλλώνεται καλύτερα και γίνεται περισσότερο εύληπτος. Επιπρόσθετα, σε αυτό το σημείο επιχειρείται ο διαχωρισμός του όρου από άλλα παρεμφερή είδη επιτάχυνσης της επιθανάτιας διαδικασίας.

Εν συνεχεία, γίνεται αναφορά στην ιστορική εξέλιξη της ευθανασίας αλλά και στην αντιμετώπιση της από το επιστημονικό πεδίο της Νομικής, της Ιατρικής και της Θεολογίας και αυτό διότι εμπίπτει στο πεδίο εμβέλειας των προαναφερθέντων τομέων.

Μετέπειτα, παρουσιάζεται η διάσταση της βιοηθικής στο ζήτημα της ευθανασίας όπως γίνεται αντιληπτή στον ελλαδικό χώρο και στο διεθνές στερέωμα. Επίσης, διενεργείται με κριτικό και αναστοχαστικό τρόπο μία αξιολόγηση του θέματος, καταδεικνύοντας τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της επιθανάτιας αυτής διαδικασίας και επιχειρώντας την εύρεση της βέλτιστης δυνατής προσέγγισης του αέναου θέματος της διακοπής παράτασης της ζωής.

Επιλογικά, το παρόν εκπόνημα μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση διατυπώνει κάποια καίρια συμπεράσματα και αναδεικνύει λύσεις κοινωνικού και θεσμικού χαρακτήρα που θα συμβάλλουν στη καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του θέματος της ευθανασίας λαμβάνοντας υπόψη και τις μελλοντικές προκλήσεις που η εξέλιξη των επιστημών και η μετεξέλιξη της κοινωνίας ενδέχεται να επιφέρουν. Πάντως είναι γεγονός ότι βρισκόμαστε σε μια περίοδο κατά την οποία η κοινωνία αναμένει εναγωνίως από την επιστημονική κοινότητα ένα στοιχειώδες consensus σε σχέση με το θέμα της ευθανασίας και επίσης κάποιες κατευθυντήριες γραμμές για να διαμορφώσει με ασφάλεια την πρακτική της. Ο επιθυμητός στόχος για την εργασία είναι, αν όχι να θεμελιώσει τις βάσεις για την ομόφωνη αποδοχή μίας ενιαίας και

ομοιόμορφης προσέγγισης του ζητήματος, πράγμα πολύ φιλόδοξο και τολμηρό, τουλάχιστον να αποτελέσει τη σύνθεση μίας καλής προσπάθειας, που θα δώσει έναυσμα για μία ολοκληρωμένη θεωρητική θεμελίωση του φιλοσοφικού ερωτήματος της ευθανασίας.

Λέξεις-κλειδιά: *ευθανασία, βιοηθική επιστήμη, ορισμός, ιστορική εξέλιξη, νομική μορφή της ευθανασίας, η Νομική, η Ιατρική και η θεολογική επιστήμη αναφορικά με το ζήτημα της ευθανασίας, πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της ευθανασίας, λύσεις κοινωνικού και θεσμικού χαρακτήρα.*

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΝ

Title of Thesis: “Greek and International Bioethics views for Euthanasia issues”,

Student: Salacha Sofia

Graduate Thesis Submitted for the Degree “Master in Health Management”

University of Piraeus - TEI of Piraeus, Greece.

Supervisor: Dr. Danos Anastasios

ABSTRACT

The present work is a thorough study on the highly controversial issue of *euthanasia* mainly on the part of *bioethics* science by making a detailed analysis of this diachronic issue, with a view to the emergence of some critical and useful findings.

More specifically, the study *begins with a definition of euthanasia*, as found in both Greek and foreign bibliography *especially with the legal form* as in this way becomes better crystallized and more easy to understand. Additionally, on this point is attempted the separation of the term from other similar types of near-death acceleration process.

Thereafter, reference is made to *the historical development of euthanasia* and the treatment of this issue from the scientific field of *Law, Medicine and Theology*, since it falls within the scope of the above mentioned sectors.

Following, *the dimension of bioethics on the question of euthanasia* is presented as is perceived in Greek territory and in the international scene. Also, a *comparative evaluation of different exposed optics showing their advantages and disadvantages of euthanasia in a critical and reflective way* is conducted, in order to *indicate the optimum approach of the eternal issue of interruption of life extension*.

Finally, this current study through the bibliography review makes some conclusions and *highlights key social and institutional solutions* that will contribute to the best deal of the issue of *euthanasia* taking into consideration the future challenges that the development of science and the transformation of society may bring.

However it is a fact that we are in a period in which society expects from the scientific community, a minimum consensus over the issue of euthanasia and also some guidelines to form a safety frame of this procedure. *A desirable goal for the present work* is, if not to establish the basis for the unanimous acceptance of a single and uniform approach of euthanasia which is very ambitious and bold, *at least to constitute a composition that arised from a good effort* and to trigger a *comprehensive theoretical background for the philosophical question of euthanasia*.

Keywords: *euthanasia, bioethics science, definition, historic development, legal form of euthanasia, Legal, Medical and Theological science on the issue of euthanasia, pros and cons of euthanasia, social and institutional solutions.*

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΡΠΟΛΩΝ

«Ελεύθερος είναι εκείνος που ούτε αγωνιά και λυπάται πολύ ούτε τaráζεται και φοβάται χωρίς μέτρο όταν θυμάται το επισφράγισμα της παρούσας ζωής του, δηλαδή το τέλος, τον θάνατο.».

Ευγένιος Βούλγαρης, 1804

Διατριβή περί ευθανασίας

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	1
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	
1.ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.....	7
1.1 Διακρίσεις της ευθανασίας.....	7
1.1.1.Αμεσες μορφές ευθανασίας.....	8
1.1.2.Έμμεσες μορφές ευθανασίας.....	8
1.1.3. Παθητικές μορφές ευθανασίας.....	9
1.2. Νομική διάκριση της ευθανασίας.....	10
1.3. Διαχωρισμός της ευθανασίας από άλλα είδη επιθανάτιας διαδικασίας.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	
1. Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.....	17
2. Η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.....	18
2.1 Η νομική προσέγγιση της ευθανασίας.....	18
2.1.1. Νομικό πλαίσιο χωρών που εφαρμόζουν ευθανασία.....	19
2.1.2. Νομικό πλαίσιο χωρών που δεν εφαρμόζουν ευθανασία.....	35
2.1.3. Το ελληνικό νομικό πλαίσιο για την ευθανασία.....	39
2.2. Η ιατρική προσέγγιση της ευθανασίας.....	47
2.3. Η θρησκευτική προσέγγιση της ευθανασίας.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	
1.Η ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.....	55
1.1. Η έννοια της βιοηθικής.....	55
1.1.1.Οι Αρχές της βιοηθικής.....	56
1.1.2. Η σύμβαση βιοηθικής.....	58
1.2. Η διεθνής διάσταση της βιοηθικής σε ζητήματα ευθανασίας.....	60
1.3 Η ελληνική διάσταση της βιοηθικής σε ζητήματα ευθανασίας.....	71
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	
1. ΟΙ ΘΕΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.....	84
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ	
1. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΘΕΣΜΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ ΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ.....	91
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ	
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ.....	99
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	102
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	106
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	108
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....	112

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στη σύγχρονη εποχή αποτελεί γεγονός ότι επιστήμες όπως η βιοτεχνολογία και η βιοιατρική επέφεραν ρηξικέλευθες μεταβολές στους τομείς της ιατρικής αλλά και σε άλλους κλάδους όπως στη γεωργία και στην κτηνοτροφία. Με κύριο άξονα τη σωρευτική γνώση και τη συστηματική έρευνα, αυτές οι θετικές επιστήμες οδηγήθηκαν αναμφισβήτητα, στη δημιουργία επιτευγμάτων, που όμως δεν ήταν άμοιρα επιπτώσεων στην καθημερινή ζωή και στις ανθρώπινες κοινωνικές σχέσεις. Ειδικότερα, προκάλεσαν νέα προβλήματα ηθικής και νομικής φύσεως που καλούνται να επιλυθούν σε διεθνές και εθνικό επίπεδο.

Ένα από τα πιο δισεπίλυτα ζητήματα που προέκυψε από την προαναφερόμενη ραγδαία μεταβολή των ιατρο - τεχνολογικών επιστημών αποτελεί το ηθικό και νομικό θέμα της ευθανασίας. Αρχικά, διενεργώντας μία απλή αναφορά από νομική άποψη στη γνήσια μορφή της ευθανασίας, αυτή συνιστά την ψυχική και σωματική ανακούφιση του πάσχοντος ατόμου και πηγάζει από την ιδιαίτερη νομική και κοινωνική υποχρέωση του θεράποντος ιατρού να προβεί σε αυτή.

Αναλυτικότερα, όμως οι νομικές διακρίσεις της ευθανασίας θα εκτεθούν στο κυρίως μέρος της εργασίας. Αξίζει σε αυτό το σημείο να προστεθεί ότι η ευθανασία διαφοροποιείται από άλλα είδη επιτάχυνσης της επιθανάτιας διαδικασίας, όπως την υποβοηθούμενη αυτοκτονία του ασθενούς στην οποία ο ιατρός απλώς παρέχει τα μέσα στον πάσχοντα για την αυτοπροσβολή του έννομου αγαθού της ζωής.

Η ευθανασία συνιστά ένα πολύπλευρο θέμα με προεκτάσεις πέραν της νομικής επιστήμης στην οποία θα αναφερθούμε. Η Βιοηθική επίσης μελετά το θέμα της ευθανασίας και αναδεικνύει ηθικούς προβληματισμούς όπως την διαμάχη δύο σημαντικών αξιών, αφενός της αυτονομίας του ασθενούς και αφετέρου της αρχής του ad hoc βέλτιστου συμφέροντος. Η Ιατρική προσπαθεί, με επιφύλαξη πολλές φορές, να αντιληφθεί το διαχωριστικό όριο μεταξύ του επιστημονικού καθήκοντος, ήτοι ενός ασθενή που πάσχει από ανίατη ασθένεια και του ηθικού καθήκοντος, δηλαδή τη συνειδησιακή σύγκρουση που αντιμετωπίζει ο επαγγελματίας υγείας όταν ενδείκνυται η διενέργεια ευθανασίας. Η Θεολογία από την άλλη πλευρά συνδέεται με το ζήτημα της ευρείας ή μη αποδοχής της ευθανασίας βάσει και ερευνών που συμπεραίνουν ότι άνθρωποι που δεν διαθέτουν μεγάλη πίστη καθίστανται περισσότερο δεκτικοί στην

εφαρμογή της ευθανασίας εν συγκρίσει με άτομα που διαθέτουν ισχυρές θρησκευτικές πεποιθήσεις.

Επιχειρώντας μία ανασκόπηση στην Ελλάδα αλλά και στο διεθνή χώρο παρατηρείται ποικίλη αντιμετώπιση σχετικά με το ζήτημα της ευθανασίας. Αναφορικά με τον ελλαδικό χώρο το Ποινικό Δίκαιο δεν διαθέτει ειδικές ρυθμίσεις που να προβλέπουν την διενέργεια ευθανασίας αν και έχουν αναφερθεί περιπτώσεις που αφορούν σε αυτή την διαδικασία χωρίς να έχουν καταστεί ποτέ γνωστές. Επίσης περίπτωση ευθανασίας δεν έχει αποτελέσει ποτέ μέχρι και σήμερα αντικείμενο δικαστικού ενδιαφέροντος. Επιπλέον, η στάση της ελληνικής κοινωνίας απέναντι σε αυτό το ηθικής φύσεως δίλλημα παρουσιάζεται διχασμένη. Όσον αφορά στο εξωτερικό, χώρες όπως η Ολλανδία, το Βέλγιο και οι πολιτείες Όρεγκον, Μοντάνα και Ουάσινγκτον στις Η.Π.Α κάνουν αποδεκτή στη πράξη την επιθανάτια διαδικασία της ευθανασίας με κάποιες παραλλαγές, όπως θα εκτεθεί ενδελεχέστερα κατωτέρω, ενώ ορισμένα άλλα κράτη απορρίπτουν την εφαρμογή της ευθανασίας σε ασθενείς.

Αποτελεί αναμφισβήτητο γεγονός ότι οι νέες τεχνολογίες σταδιακά άρχισαν να επιδρούν στην κοινωνία, να οδηγούν σε αλλαγές, να αποσταθεροποιούν τις κοινωνικές σχέσεις και να καθορίζουν τις ανατροπές ή και τις επαναλήψεις στη διαμόρφωση των θεσμών. Εγχειρήματα κοινωνικού και θεσμικού χαρακτήρα που θα συμβάλλουν στην καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του θέματος της ευθανασίας, δύνανται να αποτελέσουν ανάμεσα σε άλλα, οι λεγόμενες «Επιτροπές Βιοηθικής», οι Επιτροπές Ηθικής ή και Δεοντολογίας, που προηγήθηκαν ιστορικά, αρχικά στις ΗΠΑ και η πληθώρα Ειδικών Επιτροπών στα νοσοκομεία ή ερευνητικά κέντρα που θεσπίστηκαν σε εθνικό ή περιφερειακό επίπεδο. Στην Ελλάδα η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής ιδρύθηκε με το νόμο 2667/1998, υπό την εποπτεία και τον έλεγχο του Πρωθυπουργού. Αξίζει να αναφερθεί ότι ορισμένες από τις Επιτροπές έχουν εκτός από γνωμοδοτικές – συμβουλευτικές και ελεγκτικές αρμοδιότητες. Ο ρόλος τους, συνίσταται ως ένα βαθμό στην ενασχόληση με θέματα ζωής και υγείας, στη συνειδητοποίηση των πολιτών για πολλά κοινωνικά διακυβεύματα, στην προώθηση του δημόσιου διαλόγου καθώς και στη μεσολάβηση για την εξεύρεση μιας συναινετικής λύσης για επίμαχα κοινωνικά ζητήματα, μέσα από τη δημοσιοποίηση της γνώμης τους.

Με αυτό τον τρόπο πραγματώνεται ιδεατά η δημοκρατική απαίτηση για μία ενιαία ηθική όλων των πολιτών και όχι μόνο των επαγγελματιών υγείας, των ερευνητών και των εμπειρογνομώνων. Αδιαμφισβήτητα, το έργο των Επιτροπών είναι πολύ σημαντικό και

αξιόλογο για τη σύγχρονη κοινωνία, όμως αξίζει να σημειωθεί ότι η λειτουργία τους ενέχει πολλά παράδοξα και αντιφάσεις.

Τέλος, σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ενδελεχής και λεπτομερής ανάλυση των ανωτέρω προεκτεθεισών σκέψεων που θα συστήσουν τη βάση για την επιμελή ενασχόληση με το θεωρητικό ερώτημα της ευθανασίας.



ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελεί μία προσπάθεια προσέγγισης και κατανόησης με ένα κριτικό αναστοχαστικό τρόπο, της έννοιας της ευθανασίας. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την εκπόνηση της εργασίας βασίζεται στην αλληλουχία της θεωρητικής θεμελίωσης με την παράθεση βιβλιογραφικών πηγών, της εμπειρικής τεκμηρίωσης με την χρήση παραδειγμάτων εφαρμογής ευθανασίας στη βάση ερευνών αλλά και δικαστηριακών διενέξεων που προέκυψαν από την πρακτική διενέργεια τέτοιων διαδικασιών και τελικά της εξαγωγής χρήσιμων συμπερασμάτων αναφορικά με το βαθμό εμπέδωσης και υλοποίησης μορφών ευθανασίας στο εγχώριο αλλά και διεθνές πεδίο.

Πιο συγκεκριμένα, το πρώτο μέρος της εργασίας περιλαμβάνει τον ορισμό όλων των επιμέρους μορφών ευθανασίας καθώς και τα σημαντικότερα σημεία του σύγχρονου θεωρητικού πλαισίου και του επιστημονικού δημοσίου διαλόγου ο οποίος μελετά την ιστορική εξέλιξη του ζητήματος της ευθανασίας καθώς και την οπτική επιστημονικών κλάδων όπως της Νομικής, της Ιατρικής και της Θεολογίας.

Το δεύτερο μέρος της εργασίας καταπιάνεται με τη μελέτη της ευθανασίας από την πλευρά της βιοηθικής που καθίσταται ωφέλιμη ενδεχομένως και αναγκαία στη βάση μίας συνολικής θεώρησης της αντιμετώπισης του ζητήματος.

Στο τρίτο μέρος της εργασίας, διενεργείται μια καταγραφή λύσεων θεσμικού και κοινωνικού χαρακτήρα, που αφορούν ανάμεσα σε άλλα, σε όργανα που ασχολούνται με το θέμα της ευθανασίας τόσο με τη παροχή γνωμοδοτήσεων όσο και με την εποπτεία εφαρμογής της και έχουν αντίκτυπο στην έννομη τάξη και στο κοινωνικό σύστημα των χωρών που υφίστανται.

Τέλος, διατυπώνονται κάποιες συμπερασματικές διαπιστώσεις αλλά και προτάσεις για τις προϋποθέσεις που πρέπει να καθορισθούν σε εθνικό και διεθνές πεδίο προκειμένου να θωρακιστεί η σωστή διενέργεια της ευθανασίας εφόσον τίθεται θέμα εφαρμογής της, λαμβάνοντας υπόψη τις κοινωνικές και πολιτιστικές ιδιαιτερότητες κάθε χώρας αλλά και της Ελλάδας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην αρχαία ελληνική γλώσσα, η λέξη «ευθανασία» σημαίνει « ευ + θάνατος= καλός θάνατος». Χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από Έλληνες ποιητές περίπου το 400 π.Χ.. Ο όρος υιοθετήθηκε στη συνέχεια από Έλληνες και Ρωμαίους φιλόσοφους καθώς και ιστορικούς για να υποδηλώσει έναν γρήγορο, ανώδυνο θάνατο χωρίς μεγάλη και παρατεταμένη διάρκεια. Ως όρος, η «ευθανασία» δεν αφορούσε στην ιατρική παρέμβαση ή στην διευκόλυνση της επιτάχυνσης του θανάτου ενός ασθενή, ούτε ακόμα στην ανακούφιση του από τον πόνο που μπορεί ενδεχομένως να προκαλούσε η ασθένεια από την οποία έπασχε.

Η επιθανάτια αυτή διαδικασία δεν ήταν ασυνήθιστο φαινόμενο στην αρχαιότητα και αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι για την υποβοηθούμενη αυτοκτονία ενός ασθενούς αποφαινεται ρητά ο όρκος του Ιπποκράτη. Συγκεκριμένα, κάθε ιατρός που ορκίστηκε ή δεσμεύτηκε με αυτό τον όρκο¹ «δεν έπρεπε να δίνει κανένα θανατηφόρο φάρμακο σε κανέναν ασθενή, ακόμα και αν του ζητείτο, ούτε να συμβουλεύσει κανέναν άλλον να πράξει το ίδιο».

Στη σύγχρονη εποχή, η σημασία της έννοιας της ευθανασίας έχει τροποποιηθεί σημαντικά. Αν και το βασικό περιεχόμενο του όρου «καλός θάνατος» διασώθηκε, δεν αναφέρεται πλέον στην διαδικασία της ποιότητας του θανάτου, αλλά στη συνεργασία κάποιου τρίτου ήτοι του ιατρού, του ιερέα, ή κάποιου άλλου που καθιστά πιο εύκολη τη διαδικασία του θανάτου. Ο άγγλος φιλόσοφος Francis Bacon το 1623, σε ένα απόσπασμα κειμένου από το έργο του *De dignitate et augmentis scientiarum*, διακρίνει δύο είδη παροχής βοήθειας για τη διενέργεια ευθανασίας και για τα οποία ο ασθενής έχει δικαίωμα. Το πρώτο, αποτελεί η εσωτερική αξίωση για ευθανασία, δηλαδή η «πνευματική προετοιμασία της ψυχής για το θάνατο» και το δεύτερο η εξωτερική αξίωση για ευθανασία σύμφωνα με την οποία ο ασθενής θέλει να «φύγει» πιο εύκολα και πιο ήσυχα από τη ζωή. (Bacon F., 1857).

Ο συγγραφέας σε αυτό το σημείο αφήνει να εννοηθεί ότι η καθαρά πνευματική προετοιμασία που παρεχόταν από τον ιερέα δεν ήταν επαρκής για την πραγματοποίηση της ευθανασίας. Αυτό που θα έπρεπε να εισαχθεί και αποκαλείται σήμερα «παρηγορητική ιατρική» (palliative care) είναι η συστηματική προσπάθεια για την

¹ Πιθανώς τα μέλη μιας μικρής Πυθαγόρειας αίρεσης ιατρών.

ανακούφιση του θνήσκοντος από τον πόνο και την ταλαιπωρία, με ιατρικά μέσα. Επίσης, υπό αυτή την έννοια επέμενε ότι η ευθανασία συνιστούσε όχι μόνο ένα φυσικό μέρος των καθηκόντων του ιατρού αλλά και απαίτηση όλης της ανθρωπότητας.

Αν και είναι πλέον αναγνωρισμένη η ψυχολογική και πνευματική βοήθεια ως βασικό στοιχείο φροντίδας που προσφέρεται σε έναν ετοιμοθάνατο, ωστόσο συχνά παραμελείται στην πράξη. Σε κάθε περίπτωση, η σύγχρονη έννοια της ευθανασίας περιλαμβάνει τη διευκόλυνση του θανάτου στο βαθμό που αυτό επιτυγχάνεται με την λειτουργική εφαρμογή ή μη των ιατρικών μέσων, μηχανημάτων ή συσκευών.
(www.krivda.net)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ:

1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Η ευθανασία ως έννοια γίνεται πιο ευκρινής με το νομικό ορισμό της. Χαρακτηριστικά, στο Ελληνικό Ποινικό Δίκαιο η ευθανασία ορίζεται ως η εξασφάλιση ενός ανώδυνου θανάτου του ασθενούς που πεθαίνει εξαιτίας μιας ορισμένης νόσου, ενός τραυματισμού ή ακόμα και λόγω φυσικών αιτιών. Σε μια ευρύτερη εξέταση του θέματος η εν λόγω έννοια περιλαμβάνει επίσης τον τερματισμό ή τη μη παράταση της ζωής των νεογνών που πάσχουν από σοβαρές δυσμορφίες (πρόωρη ευθανασία), καθώς και τον τερματισμό της ζωής των ατόμων που βρίσκονται σε μια διαρκή «φυτική» κατάσταση (ένα κώμα που μπορεί να παραταθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα ως αποτέλεσμα της προόδου της ιατρικής τεχνολογίας).

Ειδικότερα, η ευθανασία περιλαμβάνει τρία στοιχεία: α.) τη συμπεριφορά ενός τρίτου στη προκείμενη περίπτωση του ιατρού, η οποία μπορεί να είναι είτε μια πράξη είτε μια παράλειψη ενέργειας, β.) τον ασθενή που ετοιμάζεται να πεθάνει ή βρίσκεται οριστικά σε κατάσταση κώματος και γ.) την επίπονη ή αναξιοπρεπή κατάσταση στην οποία τελεί ο ασθενής. Η συμπεριφορά του τρίτου διαθέτει αιτιώδη σχέση με την επιτάχυνση του αναπόφευκτου θανάτου, με σκοπό να ανακουφίσει τον ασθενή από τον πόνο ή να τον βοηθήσει να πεθάνει με αξιοπρέπεια.

Αν και στον επιστημονικό διάλογο που διεξάγεται δεν υπάρχει ομοφωνία, ως προς τον ορισμό της επιθανάτιας αυτής διαδικασίας, μπορεί γενικά να ειπωθεί ότι νοείται ως η κατάσταση κατά την οποία *a priori* συντρέχουν δύο προϋποθέσεις: (1) Η αμείωτη βλάβη ενός οργανισμού, ήτοι η κατάσταση μόνιμης και οριστικής απώλειας των ζωτικών λειτουργιών του οργανισμού, σε τέτοιο βαθμό που να μην μπορεί να αναστραφεί με τη χρήση όλων των διαθέσιμων ιατρικών μηχανημάτων και ότι (2) Ο θάνατος αναμένεται να έρθει μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα. (Voultsos P. et al., 2010)

1.1. Διακρίσεις της ευθανασίας

Οι βασικές συνιστώσες του όρου «ευθανασία» στην ηθική και νομική συζήτηση αντιστοιχούν στις διάφορες μορφές ιατρικής βοήθειας που μπορούν να παρασχεθούν σε κάποιον ετοιμοθάνατο. Μια γενικότερη κατηγοριοποίηση, αποτελεί η διάκριση ανάμεσα στην *άμεση ευθανασία*, όπου η διακοπή παράτασης της ζωής του ασθενούς θεωρείται το μέσο για την επίτευξη του σκοπού που είναι ο θάνατος, στην *έμμεση ευθανασία*, όπου στόχο αποτελεί η ανακούφιση του πόνου με ανεπιθύμητη ενέργεια το θάνατο και τέλος

στην παθητική ευθανασία, όπου η επιτάχυνση του επικείμενου θανάτου ταυτόχρονα με την ανακούφιση του ασθενούς γίνεται μέσω μιας παθητικής στάσης του ιατρού - παράλειψης, έτσι ώστε η υποστηρικτική θεραπεία είτε δεν εφαρμόζεται από την αρχή ή εάν έχει ήδη εφαρμοστεί, δεν συνεχίζεται.

Αναλυτικότερα, η ευθανασία του ασθενούς διακρίνεται στις ακόλουθες κατηγορίες:

1.1.1. Άμεσες μορφές ευθανασίας

α.) **Η επίσπευση του θανάτου με ενέργεια** προκειμένου να μειωθεί η ταλαιπωρία του ασθενή, είτε με τη δολοφονία του -«ενεργητική ευθανασία»-, είτε βοηθώντας τον, να αυτοκτονήσει -«υποβοηθούμενη αυτοκτονία»- που αμφισβητείται ως μορφή ευθανασίας.

β.) **Η διακοπή παράτασης της ζωής με την απόσυρση μηχανημάτων υποστήριξης της.** Όταν η απόσυρση των εν λόγω μηχανημάτων απαιτεί ενέργεια, η οποία επιταχύνει το θάνατο του ασθενούς μέσα από μία σχέση αιτίας-αποτελέσματος, συνιστά σύμφωνα με μία άποψη, μορφή άμεσης ενεργητικής ευθανασίας.

γ.) **Ο τερματισμός της ζωής ενηλίκων και παιδιών** που θεωρούνται φορτίο για την κοινωνία ή για τους γονείς τους. Στις γερμανόφωνες χώρες, ο αντίστοιχος γερμανικός όρος της ευθανασίας αναπόφευκτα ανακαλεί στη μνήμη την πρακτική της θανάτωσης παιδιών με δυσπλασίες και ασθενών των ψυχιατρείων, από την Εθνική Σοσιαλιστική. Συνήθως, πλέον σε αυτές τις χώρες, ο όρος αντικαθίσταται, ως παροχή βοήθειας σε θάνατο-Sterbehilfe.

1.1.2. Έμμεσες μορφές ευθανασίας

α.) **Η ανακούφιση του πόνου με την παροχή «παρηγορητικής φροντίδας»,** λ.χ. η αντιμετώπιση και απίσχναση του πόνου, που αποτελεί το κύριο σκοπό της έμμεσης ευθανασίας, με τη χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών, καθώς και η καταστολή συμπτωμάτων, όπως εμετός και δύσπνοια. Βέβαια, να αναφερθεί ότι η «παρηγορητική φροντίδα» χαρακτηρίζεται «ευθανασία», όταν πληρούνται οι προαπαιτούμενες συνθήκες, δηλαδή: i) η μη συνέχιση της ιατρικής περίθαλψης σε έναν ετοιμοθάνατο ασθενή που συνιστά παθητική μορφή ευθανασίας και ii) η επίσπευση του θανάτου του ασθενούς με την διενέργεια ενεργητικής ευθανασίας, ή η υποβοήθηση του σε αυτοκτονία, ή η παρατεταμένη απώλεια αισθήσεων με χορήγηση φαρμάκων και σε περίπτωση διακοπής

της θεραπείας, ο ασθενής τελικά να οδηγείται στον θάνατο. Η τελευταία διαδικασία ονομάζεται «καταστολή τελικού σταδίου» και συνιστά ενεργητική μορφή ευθανασίας.

Συνάγεται από την εν λόγω μορφή ευθανασίας ότι στόχος της είναι η αντιμετώπιση του πόνου με παράπλευρη «απώλεια» τον θάνατο. Αποτελεί τη λεγόμενη μέθοδο του διπλού αποτελέσματος, που θα αναφερθεί και κατωτέρω. Όμως, αυτή για να πραγματοποιηθεί, απαιτείται να συντρέχουν στοιχεία τόσο της παθητικής όσο και της ενεργητικής ευθανασίας.

1.1.3. Παθητικές μορφές ευθανασίας

α.) **Η διακοπή της παροχής συνεχιζόμενης ιατρικής περίθαλψης.** Αυτό συμβαίνει είτε με τη μη έναρξη της θεραπείας ή με τον τερματισμό της σε κάποιο στάδιο της ασθένειας και σημαίνει ότι ο ασθενής πεθαίνει νωρίτερα από ό, τι είχε σχεδιαστεί στη περίπτωση που η θεραπεία συνεχιζόταν. Κύρια πρόθεση αποτελεί η μείωση της ταλαιπωρίας του ασθενούς. Αυτή η μορφή της ευθανασίας συνήθως αναφέρεται ως «παθητική», ανεξάρτητα από το εάν ή διακοπή της θεραπείας ζητηθεί ρητώς ή όχι από τον ασθενή.

β.) **Η διακοπή παράτασης της ζωής με την απόσυρση της θεραπείας σε ασθενή που τελεί καθεστώς διαρκούς αναισθησίας, όπως λ.χ. το κόμα με αποτέλεσμα τις περισσότερες φορές, το θάνατο του ασθενούς.** Σε αυτές τις περιπτώσεις η πρόθεση μπορεί να αφορά στην ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο, αν και ένας αναισθητος ασθενής δεν δύναται να υποφέρει! Ωστόσο, ανακύπτει μια ασάφεια σε αυτό το σημείο διότι μια μειοψηφία νευρολόγων πράγματι ισχυρίζεται ότι ενυπάρχει μια μικρή πιθανότητα διατήρησης της συνείδησης του ασθενούς. Συνιστά, «παθητική» μορφή ευθανασίας που εδράζεται στην τεκμαιρόμενη συναίνεση του ασθενούς που δεν θέλει να βρίσκεται ζωντανός σε μια παρατεινόμενη κατάσταση απώλειας της συνείδησης. Η «εικαζόμενη» συναίνεση μπορεί να προκύπτει από μία πρότερη οδηγία του ασθενούς², από την επιμονή της οικογένειας του³, για τη μη ακολουθία μίας θεραπείας εξευτελιστικής και αντίθετης με την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και τέλος από την άποψη

² Με την υπογραφή εντύπου που αναφέρει ότι εάν ανανήψει και επανέλθει σε ζωή «φυτού», τότε δεν επιθυμεί την άσκοπη αυτή παράταση της ζωής του με τεχνητά μέσα. Εναλλακτικά, μπορεί να υπογράψει σχετικό έγγραφο ενώπιον μαρτύρων ως συμβολαιογραφική πράξη (Διαθήκη ή Συμβόλαιο θανάτου), με το οποίο θα εκχωρείται το δικαίωμα σε τρίτους όπως διακοπεί η θεραπεία που αποσκοπεί σε μια ζωή μη επιθυμητή.

³ Λόγω θλίψης.

της «ιατρικής ματαιότητας» στη συνέχιση της θεραπείας για μία ασθένεια προχωρημένου σταδίου⁴.

Αξίζει να τονιστεί, ότι το ενδιαφέρον έχει επικεντρωθεί σε όλους τους τύπους της ευθανασίας και ειδικότερα στην ανακούφιση του πόνου με την παροχή «παρηγορητικής φροντίδας», στην επίσπευση του θανάτου με ενέργεια και στη διακοπή παροχής συνεχιζόμενης ιατρικής περίθαλψης. Αυτό το ενδιαφέρον οφείλεται κυρίως στην ανάπτυξη της σύγχρονης ιατρικής και στη δυνατότητα διατήρησης της ζωής των ασθενών που προσβάλλονται από θανατηφόρες ασθένειες. Επίσης, συνιστά και μία αντίδραση στη συνήθη πρακτική των ιατρών να παρατείνουν την ζωή ετοιμοθάνατων ασθενών προκαλώντας σε αυτούς οδύνη. (www.krivda.net)

1.2. Νομική διάκριση της ευθανασίας

Το δικαίωμα στο θάνατο μπορεί, υπό στενή ή ευρεία έννοια να είναι αποδεκτό, αν αναλογισθεί κανείς την παθολογική κατάσταση του ασθενούς και του επικείμενου θανάτου του. Για την πραγματοποίηση της ευθανασίας, πρέπει να υπάρχει η σύμφωνη γνώμη του ιατρού που καθήκον του αποτελεί η παροχή βοήθειας, το δικαίωμα του ασθενούς στην αυτοδιάθεση και η υποχρέωση νομικής προστασίας του δικαιώματος στη ζωή.

Η νομική θεωρία σε χώρες του εξωτερικού αλλά και δη στην Ελλάδα, ακολουθεί την διάκριση μεταξύ των ακόλουθων τύπων ευθανασίας:

α.) Καθαρή - γνήσια ευθανασία (Pura euthanasia)

Συνιστά μία στενή γραμματική ερμηνεία της έννοιας της ευθανασίας. Σύμφωνα με αυτή την ερμηνεία, η σωματική και ψυχική ανακούφιση που προσφέρεται στον ασθενή γίνεται, χωρίς την επίσπευση του θανάτου, ο οποίος είναι αναπόφευκτος. Μέσω της εφαρμογής της, οι επιθυμίες των ασθενών περιορίζονται τόσο, ώστε πολλές φορές να εφαρμόζονται άλλες απαράδεκτες μορφές ευθανασίας, όπως λ.χ. η άμεση ενεργητική ευθανασία.

⁴ Μελέτες έχουν δείξει ότι η πιθανότητα «αφύπνισης» ενός ατόμου από τη λεγόμενη «κατάσταση φυτού» είναι περίπου 1 % μετά από ένα έτος. Το αρμόδιο δικαστήριο στις ΗΠΑ και στο Ηνωμένο Βασίλειο δείχνει μια τάση να καταστεί δυνατή η διακοπή της θεραπείας υποστήριξης της ζωής μετά από αρκετά «χρόνια και επίμονη φυτική κατάσταση» του ασθενούς και με την παράλληλη έγκριση της, από την οικογένεια του ασθενούς.

β.) Άμεση ενεργητική ευθανασία

Πρόκειται για την επίσπευση του αναπόφευκτου θανάτου, μέσα από μία εκ προθέσεως πράξη, έτσι ώστε να ανακουφισθεί ο ασθενής από τη σωματική οδύνη. Αυτή αποτελεί τη πιο απαράδεκτη και κατακριτέα μορφή ευθανασίας. Στην αναδυόμενη σύγκρουση μεταξύ του συμφέροντος για την προστασία της ανθρώπινης ζωής και του συμφέροντος της ανακούφισης του ασθενούς από τον πόνο, η προστασία της ζωής υπερέχει όχι μόνο επειδή θεωρείται ότι προστατεύεται από το νόμο με απόλυτο τρόπο⁵ αλλά και επειδή το διαχωριστικό όριο ανάμεσα στο δικαίωμα της αυτοδιάθεσης του ατόμου και στο αδίκημα της ετεροπροβολής του έννομου αγαθού της ζωής, είναι λεπτό ακόμα και αν ο δράστης ενεργεί κατόπιν της πλήρους και έγκυρης βούλησης του θύματος.

γ.) Έμμεση ενεργητική ευθανασία

Αυτή η μορφή αποτελεί αποδεκτή ιατρική πράξη που διενεργείται για να δώσει ανακούφιση στον ασθενή από τον πόνο λ.χ. με τη χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων. Ωστόσο, η εν λόγω πράξη μπορεί να προκαλέσει με μικρότερες ή περισσότερες πιθανότητες ως παρενέργεια την επίσπευση του θανάτου, το λεγόμενο side-effect-μέθοδος του διπλού αποτελέσματος-όπως αποκαλείται και στη διεθνή βιβλιογραφία. Χαρακτηριστικά, σε μία Συνεδρίαση με αντικείμενο την επιστήμη της Αναισθησιολογίας που πραγματοποιήθηκε το 1957, η Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία είχε αποδεχθεί ότι μία τέτοια πράξη δεν μπορεί να απαγορευθεί, εφ' όσον υπάρχει μια σχέση αναλογίας μεταξύ της μείωσης του πόνου και της μείωσης του κινδύνου διακοπής της ζωής.

δ.) Υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία⁶ ή Συμμετοχή σε αυτοκτονία

Υπάγεται οριακά στην έννοια της ενεργητικής ευθανασίας. Διαφέρει από την άμεση ενεργητική ευθανασία, δεδομένου ότι η τελευταία ενέργεια που οδηγεί σε θάνατο, δεν γίνεται από τρίτο πρόσωπο, αλλά από τον ίδιο τον ασθενή.

Σύμφωνα με τις δύο επόμενες μορφές ευθανασίας, η επιτάχυνση του επικείμενου θανάτου και η ανακούφιση του ασθενούς γίνεται μέσω της νομικής έννοιας της παράλειψης, όπως προαναφέρθηκε. Πιο συγκεκριμένα, η παθητική μορφή ευθανασίας διαχωρίζεται σε υποπεριπτώσεις:

⁵ Αν και αποτελεί πλέον άποψη της μειοψηφίας στην ελληνική νομική επιστήμη.

⁶ Της οποίας η υπαγωγή σε είδος ευθανασίας αμφισβητείται, όπως προαναφέρθηκε.

ε.) Παθητική ευθανασία με διμερή συναίνεση ασθενούς – ιατρού

Σε αυτή την περίπτωση, *ο ασθενής αρνείται να αρχίσει ή να συνεχίσει τη θεραπεία που μπορεί να παρατείνει τη ζωή του. Αποτελεί ευρέως αποδεκτή μορφή ευθανασίας⁷, τουλάχιστον όταν η ζωή είναι σε άμεσο κίνδυνο.* Στο Ελληνικό Ποινικό δίκαιο, η έγκυρη και πλήρης άρνηση του ασθενούς ανακουφίζει τον ιατρό από την «ιδιαιτέρη νομική υποχρέωση» ή αλλιώς στο Γερμανικό Ποινικό δίκαιο από το «καθήκον της εγγύησης», να ενεργήσει.

Σε αυτή την περίπτωση, ανακύπτει το ερώτημα ποιο είναι το καθήκον του ιατρού. Όπως και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες λ.χ. στην Γερμανία, έτσι και στην Ελλάδα οι νομικοί επιστήμονες δέχονται ότι σε αυτή τη περίπτωση, οι ιατροί δεν είναι πάντα υποχρεωμένοι να κάνουν ότι είναι τεχνικά εφικτό, διατηρώντας τη ζωή του ασθενούς με «κάθε κόστος». Συγκεκριμένα, σύμφωνα με μία άποψη στο ελληνικό Ποινικό Δίκαιο, το καθήκον του ιατρού εξαντλείται όταν η παράταση της ζωής δίνεται για ένα σύντομο χρονικό διάστημα, ενώ υπάρχει παράλληλη παράταση της αγωνίας. Η ασάφεια του σύντομου χρονικού διαστήματος και η πιθανή έλλειψη αγωνίας από έναν ασθενή που βρίσκεται σε «κωματώδη κατάσταση», αποδυναμώνει αυτό το κριτήριο.

στ.) Παθητική ευθανασία με μονομερή συναίνεση ή μονομερή οριοθέτηση του καθήκοντος του ιατρού

Είναι γενικά αποδεκτό ότι *στην περίπτωση αυτή, που ο ασθενής τελεί σε διαρκή φυτική κατάσταση, τότε ο ιατρός θα πρέπει να κάνει ότι είναι ιατρικώς απαραίτητο προκειμένου να διακοπεί η πορεία προς τον θάνατο.* Η προσφορά ιατρικής φροντίδας θα πρέπει να γίνεται από ένα καλά καταρτισμένο ιατρικό προσωπικό, με τη χρήση σύγχρονων ιατρικών μέσων ανάλογα με την περίπτωση και ακολουθώντας πάντα τα ιατρικά πρότυπα και πρωτόκολλα.

ζ.) «Πρόωρη» ευθανασία

Στο Ελληνικό Ποινικό Δίκαιο, είναι ομόφωνα αποδεκτό ότι η θανάτωση αυτών των βρεφών δεν είναι καθόλου διαφορετική από τις άλλες μορφές ανθρωποκτονίας. Επίσης, οι κανόνες που ισχύουν για τις άλλες μορφές της ευθανασίας ισχύουν και για αυτές τις περιπτώσεις. Επιπλέον, οι ζωές των νεογνών θεωρούνται ίσης αξίας με αυτές των άλλων ανθρώπων. Εν προκειμένω, ο όρος της ευθανασίας χρησιμοποιείται με ευρεία έννοια, εφόσον τα νεογέννητα δεν υποφέρουν πάντα, ο θάνατος τους δεν είναι

⁷ Αν και όχι ομόφωνα.

επικείμενος, και δεν είναι σε θέση να εκφράσουν τη θέλησή τους, ούτε την έχουν εκφράσει ποτέ, έτσι ώστε να συνάγεται εικαζόμενη συναίνεση. Συχνά, κάποιες πρακτικές της πρώιμης αυτής μορφής ευθανασίας υποκρύπτουν λόγους όπως την απαλλαγή της οικογένειας ή της κοινωνίας από το τεράστιο φορτίο που τέτοιες περιπτώσεις επιφέρουν.

η.) Διακοπή των οποιωνδήποτε τεχνητών συστημάτων υποστήριξης της ζωής όταν τα καθήκοντα του ιατρού έχουν εξαντληθεί.

Όταν η απόσυρση του μηχανήματος υποστήριξης της ζωής απαιτεί θετική δράση (ενέργεια των μυών), η οποία επιταχύνει το θάνατο του ασθενούς μέσα από μία σχέση αιτίου-αιτιατού, από μια άποψη αυτό, συνιστά μια μορφή άμεσης ενεργητικής ευθανασίας. Άλλη άποψη υποστηρίζει ότι κάτι τέτοιο οποίο απαγορεύεται και δεν είναι συνιστά μορφή ευθανασίας, δεδομένου ότι ο ασθενής ο οποίος ζει μέσω μηχανικής υποστήριξης συνήθως δεν υποφέρει.

Μια επίσης διαφορετική άποψη που συνήθως διατυπώνεται στο Ελληνικό Ποινικό Δίκαιο είναι ότι η πράξη της αποσύνδεσης από το μηχάνημα έχει ένα μικτό χαρακτήρα, καθώς είναι τόσο μια πράξη όσο και μία παράλειψη, με τη τελευταία να βαρύνεται με ιδιαίτερη κοινωνική απαξία⁸. (Voultsos P.et al., 2010)

1.3. Διαχωρισμός της ευθανασίας από άλλα είδη επιθανάτιας διαδικασίας

Η ευθανασία ως μία ιατρική διαδικασία που οδηγεί στο θάνατο δεν θα πρέπει να συγχέεται με άλλες μορφές παροχής ιατρικής βοήθειας, όπως την υποβοηθούμενη αυτοκτονία που οδηγεί σε θάνατο και την παρηγορητική φροντίδα που προσφέρει βοήθεια σε ανίατους ασθενείς προκειμένου να ανακουφισθούν ακόμα και προσωρινά από το πόνο.

Αποτελεί γεγονός, ότι η διάκριση ανάμεσα στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία και στην ευθανασία πρέπει να γίνεται με τη τήρηση κάποιων επιφυλάξεων. Ωστόσο η κύρια διαφοροποίηση μεταξύ των δύο αυτών μορφών θανάτου έγκειται στην τελευταία ενέργεια που οδηγεί στο θάνατο, το λεγόμενο "σημείο μη-επιστροφής" που στην πρώτη περίπτωση δεν γίνεται από τρίτο πρόσωπο, αλλά από τον ίδιο τον ασθενή, κατόπιν όμως παραχώρησης από τον ιατρό, ένα μέλος της οικογένειας ή έναν έμπιστο φίλο, κάποιου μέσου λ.χ. χρήση «φονικού συστατικού» στον ασθενή που αυτοκτονεί.

⁸ Αυτή η άποψη προσεγγίζει τη θεωρία της παράλειψης που πραγματοποιείται μέσω πράξης, που διατυπώθηκε στη Γερμανία από τον Roxin και έγινε ευρέως αποδεκτή αν και όχι άνευ κριτικής.

Βέβαια και στις δύο περιπτώσεις, η σύντμηση του χρόνου ζωής του ασθενούς αποτελεί το μέσο για την επίτευξη του θανάτου, όπως προαναφέρθηκε. Αξίζει ακόμα να τονιστεί ότι είναι σάφρον, στο νομικό πλαίσιο που θα διέπει τις δύο επιθανάτιες τεχνικές να διασφαλίζεται ο έλεγχος, η εποπτεία και η σωστή κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας που θα συμμετέχουν στην εκτέλεσή τους. Μάλιστα, πολλές φορές επικρατεί διχογνωμία σχετικά με την συμβατότητα του ρόλου του ιατρού στη πραγματοποίηση τέτοιων μεθόδων. Υποστηρίζεται ότι η υλοποίηση τέτοιων πρακτικών μπορεί να προκαλέσει βλάβη στους ασθενείς και στη κοινωνία, αφού θα έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία κοινωνικού εξαναγκασμού στις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού για την εκτέλεση τέτοιων μεθόδων με σκοπό την «υπονόμευση» των συναισθημάτων πένθους που προκαλεί ο θάνατος και τον προσπορισμό βραχυπρόθεσμου κέρδους έναντι της μακροπρόθεσμης ζημίας την οποία τελικά θα επωμισθεί η κοινωνία.

Από την άλλη πλευρά η «παρηγορητική φροντίδα», αποτελεί μορφή ανακούφισης από τον πόνο και άλλα ενοχλητικά συμπτώματα. Συγκεκριμένα, το 2002, το Εθνικό Συμβούλιο του Ηνωμένου Βασιλείου, υπεύθυνο για τους ξενώνες και τις εξειδικευμένες υπηρεσίες της Παρηγορητικής Αγωγής, προχώρησε στο διαχωρισμό της «παρηγορητικής φροντίδας» σε δύο επιμέρους μορφές:

α.) τη «γενική παρηγορητική φροντίδα», με βαθμό χαμηλής έως μέτριας πολυπλοκότητας που προσφέρεται από τους συνήθεις επαγγελματίες φροντιστές στον ασθενή και την οικογένειά του και

β.) τις «εξειδικευμένες υπηρεσίες Παρηγορητικής Αγωγής» με βαθμό μέτριας έως υψηλής πολυπλοκότητας που παρέχονται στους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Να υπογραμμισθεί σε αυτό το σημείο ότι η ανωτέρω διάκριση γίνεται με κριτήριο τη λειτουργία και τη σύνθεση των δομών που υποστηρίζουν την ιατρική και κοινωνική διάσταση της φροντίδας υγείας στο τελικό στάδιο του ασθενούς.

Η συμβολή της παρηγορητικής φροντίδας, εκτός από την άμβλυνση του πόνου του ασθενούς, συνίσταται:

- ✦ Στην επιβεβαίωση της ζωής και στη θεώρηση του θανάτου, ως μια φυσιολογική διαδικασία.
- ✦ Στη μη επίσπευση ή μετάθεση του θανάτου.
- ✦ Στην ενσωμάτωση των ψυχολογικών και πνευματικών διαστάσεων της φροντίδας του ασθενούς.

- ✦ Στη παροχή συστήματος υποστήριξης των ασθενών, προκειμένου να ζουν ενεργά μέχρι την πιθανή επέλευση του θανάτου.
- ✦ Στη παροχή συστήματος υποστήριξης της οικογένειας, προκειμένου με συνέπεια, να αντιμετωπίσει τόσο ο ασθενής τη νόσο του όσο και να διαχειριστούν οι συγγενείς το πένθος τους.
- ✦ Στη χρησιμοποίηση μιας ομαδικής συμβουλευτικής προσέγγισης για την αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους.
- ✦ Στη βελτίωση ποιότητας ζωής του ασθενούς που θα επιφέρει θετική επίδραση στην πορεία της νόσου του.
- ✦ Στην άμεση εφαρμογή της από το αρχικό στάδιο της ασθένειας, σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες που προορίζονται για την παράταση ζωής, όπως η χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, περιλαμβάνοντας και έρευνες που απαιτούνται για την καλύτερη αντιμετώπιση οδυνηρών κλινικών επιπλοκών.

Βέβαια, πολλές φορές όταν είναι αδύνατον λόγω οικονομικών δυσκολιών να παρασχεθεί παρηγορητική φροντίδα από τους συγγενείς στον άρρωστο, επιλέγεται η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, η οποία όμως απαγορεύεται και θεωρείται παράνομη πράξη στο Ηνωμένο Βασίλειο και σε άλλες χώρες, εφόσον δεν νομιμοποιείται στην διενέργεια της κανένα υποκείμενο δικαίου και συνεπώς διώκεται. (Payne S. et al., 2004)

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί και η διάσταση του εγκεφαλικού θανάτου, ως μίας διαδικασίας, που τίθεται συχνά στο προσκήνιο και σχετίζεται με την ευθανασία. (Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 2000). Όπως υποστηρίζουν μερικοί, αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι θεωρείται ευθανασία, η λήψη οργάνων από ασθενή "κλινικά νεκρό", στον οποίο δεν έχει επέλθει ακόμα ολοκληρωτικά ο θάνατος, χάριν βεβαίως της αγάπης και της παροχής βοήθειας, προς τον πάσχοντα συνάνθρωπο. (Εισήγηση του Σεβασμιότατου Μητροπολίτη Φθιώτιδος Νικόλαου, 2003). Ο εγκεφαλικός θάνατος προβλέφθηκε επίσημα, με το ν. 1383/1983. Σύμφωνα με τον επίσημο ορισμό του, νοείται ως: « η μη αναστρέψιμη βλάβη του εγκεφάλου, με μόνιμη απώλεια όλων των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους (brain stem death)». Επίσης, ορίζεται ως «η ανεπανόρθωτη απώλεια της ικανότητας για συνείδηση σε συνδυασμό με την ανεπανόρθωτη απώλεια ικανότητας για αυτόματη

αναπνοή» Έχει γίνει αποδεκτό, ότι θάνατος του εγκεφάλου σημαίνει θάνατος του ατόμου, δηλαδή, το βιολογικό τέλος κάθε ατόμου.(Ντάνος Α., 2012)

Η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου διεξάγεται κλινικά με απόλυτη προσοχή, καθώς έτσι αποφαινεται κανείς για το θάνατο ενός ατόμου. Η πλήρης νευρολογική εξέταση περιλαμβάνει τη διάγνωση του κώματος, τη παρουσία μόνιμης και διαρκούς άπνοιας και την απουσία αντανακλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους.

Ο εγκεφαλικός θάνατος θεωρείται ως η διαχωριστική γραμμή μεταξύ ζωής και θανάτου του ατόμου. Άνθρωποι με εγκεφαλικό θάνατο δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται θεραπευτικά ως ζώντες. Ωστόσο, υποβάλλονται σε κατάλληλη υποστήριξη προκειμένου να διατηρηθούν τα όργανα τους στη καλύτερη δυνατή βιολογική κατάσταση και να δύνανται να προσφέρουν ζωή σε άλλους ανθρώπους. Η αποδοχή του εγκεφαλικού θανάτου αφορά μόνον στη μόνιμη παύση της λειτουργίας του εγκεφάλου και όχι της καρδιάς.(www.transplantation.gr)

Ο εγκεφαλικός θάνατος, αποτελεί ένα ιδιαίρον και επίκαιρο θέμα, αφού αφενός οι συγγενείς καλούνται να συναινέσουν ή να απορρίψουν τον εγκεφαλικό θάνατο ενός μέλους της οικογενείας τους, αφετέρου οι επαγγελματίες υγείας επιφορτίζονται με το καθήκον να κάνουν πρόταση στο οικογενειακό περιβάλλον του θνήσκοντος, για δωρεά οργάνων. (Μπελάλη Θ., Παπαδάτου Δ., 2002)

Με τον εγκεφαλικό θάνατο, διαπιστώνεται ότι ο ασθενής είναι σε απνοϊκό κώμα και πρέπει να καθορίζεται κάθε φορά η αιτία του κώματος. Το άτομο «φυτό», εφόσον μπορεί να αναπνέει από μόνο του, δεν θεωρείται νεκρό και οι ιατροί έχουν την νομική υποχρέωση να το κρατήσουν στη ζωή με όλα τα μέσα που διαθέτουν, σε αντίθεση με τη περίπτωση της ρητής άρνησης του ασθενούς όπου διαθέτει συνείδηση και συνακόλουθα, η ιδιαίτερη υποχρέωση καταργείται. Επομένως, ο εγκεφαλικός θάνατος συνδέεται με την ευθανασία, αφού ο πρώτος υπάγεται στη παθητική μορφή ευθανασίας με μονομερή συναίνεση ή μονομερή οριοθέτηση του καθήκοντος του ιατρού. Βέβαια, η ελληνική Επιτροπή Βιοηθικής υποστηρίζει ότι το ιατρικό καθήκον εξαντλείται πριν από τον εγκεφαλικό θάνατο, που θα επέλθει σίγουρα, μετά από κάποιο χρονικό διάστημα είτε από πνευμονική εμβολή, ή υποστατική πνευμονία είτε από πλήθος άλλων επιλοκών, που προδιαθέτει η «φυτική» κατάσταση.(Voultzos P.et al., 2010), (www.transplantation.gr)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

1. Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Η ευθανασία αποτελεί ένα διαχρονικό ζήτημα, τόσο παλαιό όσο και τα ομηρικά έπη. Στην *Οδύσσεια* ο γρήγορος κι ανώδυνος θάνατος αυτών που ζουν χωρίς αρρώστιες και πεθαίνουν φυσιολογικά από γηρατειά, χαρακτηρίζει τους κατοίκους ενός νησιού που είναι ουτοπικό και ονομάζεται Συρία. Επίσης, στη κλασική εποχή οι κάτοικοι της Κέας, ενός πραγματικού νησιού με υγιές κλίμα στο οποίο όφειλαν τη μακροβιότητα τους, επέβαλλαν στους εαυτούς τους ένα παρόμοιο είδος *ευθανασίας*. Τερμάτιζαν τη ζωή τους με σχετικά γρήγορο κι ανώδυνο τρόπο, αφού πρώτα διασφάλιζαν την έγκριση των συμπολιτών τους. Πριν, προλάβουν να γεράσουν κι να αρρωστήσουν ή να υποστούν κάποιου είδους σωματική ή πνευματική αναπηρία, αυτοκτονούσαν με ορισμένο δηλητήριο, παρουσία των δικών τους και άλλων μαρτύρων. Έπιναν ομαδικά ή ατομικά όπιο ή κώνειο, κι αποχωρούσαν από τη ζωή, λες και έπιναν κρασί, μέσα σε ατμόσφαιρα συμποσίου ή εορταστικής θυσίας. Η ευκολία με την οποία αυτοκτονούσαν αλλά κι ο τρόπος με τον οποίο αποχωρούσαν από τη ζωή σχετίζεται πιθανότατα εμμέσως με το γεγονός ότι στην Κέα οι ενήλικοι μετά το θάνατο τους αφηριώζονταν (περνούσαν δηλ. στη σφαίρα των ηρώων). Η αυτοκτονία των γηραιών κατοίκων της Κέας είχε και παλαιότερα θεωρηθεί ως πρακτική ευθανασίας. Μία παρόμοια αν και λιγότερο γνωστή πρακτική ευθανασίας συναντάται και στην ελληνική αποικία της Μασσαλίας, όπου χορηγούσαν ένα δηλητήριο (αγνώστου συστάσεως) αναμειγμένο με κώνειο. Το δηλητήριο αυτό φυλαγόταν δημόσια από την ίδια την πολιτεία η οποία το χορηγούσε σε όποιον εξέθετε ενώπιον της Βουλής των Εξακοσίων τους λόγους για τους οποίους επιθυμούσε να πεθάνει. (Πετροπούλου Α., 2000). Επιπλέον σε αυτό το σημείο, αξίζει να τονισθεί ότι μία μορφή πρώιμης ευθανασίας για τα νεογνά, διεξαγόταν στη Σπάρτη, όπου έριχναν τα βρέφη με σωματικές ανωμαλίες και αναπηρίες στο γκρεμό του Καιάδα.

Αναφορικά, με τη ποικιλία της ελληνικής γλώσσας ως προς την έννοια της αυτοχειρίας, αυτή επιτρέπει τη φραστική απεικόνιση όλων των συναισθηματικών αποχώσεων - τρόμο, έκπληξη, εκτίμηση-προς το όργανο που την εκτελεί. Το γενικό χαρακτηριστικό του λεξιλογίου της ελληνικής γλώσσας της κλασικής εποχής, είναι η απουσία εχθρικής χρήσης της αυτοχειρίας. Οι ευφημισμοί "*απαλλαγή βίου, άπαλλάττω εαυτόν του ζην, καταστροφή του βίου*" εκφράζουν το θαυμασμό για μια τέτοια επίδειξη προσωπικής αυτονομίας και ελεύθερης θέλησης του αυτόχειρα. (Αβαγιανού Α., 2000)

Επιλογικά, συνοψίζοντας την ιατρική πρακτική της ευθανασίας κατά την ελληνική και ρωμαϊκή αρχαιότητα, παρατηρούμε ότι ένας αρχαίος ασθενής είχε τις εξής

δυνατότητες για έναν αξιοπρεπή θάνατο: α) να του χορηγηθεί κάποιο δηλητήριο από ιατρό, (ενεργητική ευθανασία) β) να τον αφήσει ο ιατρός να πεθάνει (παθητική ευθανασία) και γ) να αυτοκτονήσει (αυτό- ευθανασία). Η τελευταία, συνιστούσε στην αρχαιότητα πράξη ελεύθερη και άμεση. Τα κίνητρα, που ωθούσαν στην αυτοκτονία τους αρχαίους ήταν: η αποφυγή της δυσφήμισης ("δυσκλεία") και εξ αντιδιαστολής, η διατήρηση της έντιμης φήμης ("ευκλεία"), η απαλλαγή από τα περαιτέρω βάσανα και το άλγος, η θυσία για το κοινό καλό, επιτελώντας το καθήκον ("χρέος") προς χάριν ανώτερων, υψηλών, πατριωτικών ιδεωδών. (Αβαγιανού Α., 2000). Στα επόμενα κεφάλαια, θα δοθεί η ευκαιρία για την απεικόνιση της σύγχρονης διάστασης της ευθανασίας.

2. Η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Η ευθανασία αποτελεί φιλοσοφικό ζήτημα που απασχολεί όλους τους επιστημονικούς τομείς, αφού οι διαστάσεις της, προεκτείνονται στο πεδίο της νομικής, της ιατρικής και της θεολογίας. Κατωτέρω, θα αναλύσουμε τη στάση που τηρεί κάθε επιστήμη σχετικά με το επίμαχο αυτό ερώτημα.

2.1. Η νομική προσέγγιση της ευθανασίας

Αποτελεί γεγονός ότι η νομιμοποίηση και η αποποινικοποίηση ορισμένων συμπεριφορών «διφορούμενης» ηθικής φύσεως (Garland, 2001) , συχνά δεν είναι μόνο «θέμα διαγραφής ενός νόμου από τα βιβλία» ή ένταξης του στο ποινικό δίκαιο κάθε χώρας. Πολλές φορές περιλαμβάνει αλλαγές στη διοίκηση του νομικού συστήματος μίας χώρας, με αποτέλεσμα η ποινική δικαιοσύνη να μην διαθέτει πλέον τον αποκλειστικό έλεγχο στην αντιμετώπιση ηθικών ζητημάτων, αλλά και άλλες μορφές εξουσίας να αποκτούν αποφασιστικό ρόλο.

Σε συνάρτηση των ανωτέρω, η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν συνιστούν αντικείμενο μόνο του ποινικού δικαίου συστήματος, αφού πλέον και άλλοι φορείς έχουν αρχίσει να συμβάλλουν καθοριστικά στην επίβλεψη αυτών των πρακτικών. Οι νέοι αυτοί φορείς διαφέρουν, ως προς τη σύνθεση και τα καθήκοντά τους και συνιστούν παράδειγμα νομιμοποίησης της μεταφοράς εξουσίας από ένα σύστημα σε ένα άλλο. (Boutellier, 2000).

Επίσης, σε μία μεταμοντέρνα κοινωνία πλέον, μια επανεκτίμηση της συμπεριφοράς που περιβάλλει την ιατρική φροντίδα με τη θέσπιση ενός ολοκληρωμένου νομοθετικού πλαισίου, είναι απαραίτητη. Με γνώμονα την αυτονομία του ασθενούς και

την ευελιξία στη σχέση ιατρού – ασθενούς, η νομιμοποίηση επιθανάτιων διαδικασιών κρίνεται εφεξής απαραίτητη. (Otlowski, 1997). Επίσης, το γεγονός ότι οι ιατροί που λαμβάνουν τις πιο πολλές αποφάσεις για τη διεξαγωγή τέτοιων διαδικασιών, δρουν μη λαμβάνοντας υπόψη τους υφιστάμενους νομικούς κανονισμούς του συστήματος, συνιστά ένα ακόμα επιχείρημα για τη νομιμοποίηση τους. Σε κάθε περίπτωση, η νομιμοποίηση θα χρησιμεύσει για να στηριχθεί σε νομικές διατάξεις η ήδη εδραιωμένη αυτή ιατρική πρακτική.

Όμως, για να σχηματιστεί μία ολοκληρωμένη άποψη για το θέμα των επιθανάτιων διαδικασιών, αρχικά θα αναφερθεί ενδεικτικά τι επικρατεί σε διεθνές επίπεδο στο νομικό πλαίσιο τόσο των χωρών που την εφαρμόζουν όσο και ορισμένων χωρών που δεν την εφαρμόζουν. Έπειτα, θα αναλυθεί η υφιστάμενη νομική θεώρηση για το επίμαχο θέμα στην ελληνική έννομη τάξη. Στο πλαίσιο της ανάλυσης καθίσταται εύλογο να παρατεθούν κάποια παραδείγματα από την δικαστηριακή πρακτική, προκειμένου να στοιχειοθετηθεί επαρκώς η στάση της νομικής επιστήμης στο ζήτημα.

2.1.1. Νομικό πλαίσιο χωρών που εφαρμόζουν ευθανασία

Αρχικά θα εξετασθούν η Ολλανδία και το Βέλγιο μαζί διότι αποτελούν τις δύο πρώτες ευρωπαϊκές χώρες που εφάρμοσαν την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Οι δύο χώρες παρουσιάζουν τόσο κοινά όσο και διαφορετικά χαρακτηριστικά, γεγονός που επιτρέπει μία συγκριτική ανάλυση μεταξύ τους. Επομένως, αναλυτικά όλες οι χώρες που εφαρμόζουν ενεργητική ευθανασία και υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι οι ακόλουθες:

α.) Ολλανδία-Βέλγιο

Καταρχήν, όπως θα εκτεθεί και κατωτέρω η μέθοδος της ευθανασίας επιτρέπεται και έχει αναγνωριστεί νομικά στην Ολλανδία και στο Βέλγιο. Αν και τα κριτήρια για την εφαρμογή της, στις δύο χώρες διαφέρουν, παρουσιάζονται ωστόσο και μερικά κοινά σημεία, όπως ότι η ευθανασία αποτελεί εθελοντικό ζήτημα τόσο για τον ιατρό όσο και για τον ασθενή, ότι οι περιπτώσεις ευθανασίας θα πρέπει να κοινοποιούνται στον αρμόδιο φορέα, ότι το νομοθετικό πλαίσιο εφαρμόζεται μόνο σε ορισμένες ιατρικές περιπτώσεις ασθενών, ότι η σταθερή συναίνεση των ασθενών προκύπτει ύστερα από πλήρη ενημέρωσή τους και τέλος ότι κάθε μορφή επιθανάτιας πράξης γίνεται με δέουσα επιμέλεια και προσοχή.

Κάθε πράξη ή συμπεριφορά που παραβαίνει τα παραπάνω κριτήρια συνιστά ποινικό αδίκημα. Αυστηρές κυρώσεις τείνουν να ισχύουν για εκείνους που κάνουν κατάχρηση του νόμου, όπως το να εξαναγκάζουν ασθενείς σε ευθανασία ή να παραποιούν σχετικά έγγραφα για αυτό το σκοπό. Επίσης, κατηγορίες για ανθρωποκτονία μπορούν να ασκηθούν σε ιατρούς που δεν υπακούουν στο προβλεπόμενο νομικό πλαίσιο.

Σχετικά, με το πεδίο εφαρμογής των νόμων στις δύο χώρες, αυτοί επιδιώκουν να νομιμοποιήσουν, ad hoc είτε την ενεργητική εθελοντική ευθανασία ή την υποβοηθούμενη αυτοκτονία ή και τις δύο μορφές. Όμως, η «πρόωρη» ευθανασία σε άρρωστα βρέφη και η παύση της υποστήριξης της ζωής χωρίς συναίνεση του ασθενούς δεν προστατεύονται νομικά.

Στο Βέλγιο η ευθανασία νομιμοποιείται σε εξαιρετικές περιπτώσεις και υπό ορισμένες προϋποθέσεις που θα αναλυθούν κατωτέρω. Αν και ο νόμος δεν είναι σαφής, φαίνεται να υπήρχε η πρόθεση να νομιμοποιηθεί μόνο η υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία και όχι η ενεργός εθελοντική ευθανασία. Αντίθετα, ο ολλανδικός νόμος από το 2002 επιτρέπει με σαφήνεια τόσο την υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία όσο και την ενεργητική εθελοντική ευθανασία με τη τελευταία να είναι περισσότερο διαδεδομένη σύμφωνα με έρευνες. Στις επίσημες στατιστικές παρατηρείται, διαφορά συχνότητας επιθανάτιων διαδικασιών μεταξύ των χωρών αυτών. Στην Ολλανδία, έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι και το 2003, ελαφρώς λιγότερες από 2.000 επιθανάτιες διαδικασίες⁹ (1815 το 2003 και 1882 το 2002). Στο Βέλγιο στην πρώτη χρόνια εφαρμογής της ευθανασίας καταγράφηκαν 170 περιπτώσεις. Σε αυτό το σημείο, αξίζει να προστεθεί ότι σύμφωνα με μία έρευνα, που διεξήχθη το 2000, συγκεκριμένα για τη περιοχή της Φλάνδρας στο Βέλγιο, διαπιστώθηκε ότι οι ιατροί προέβησαν σε πρακτική επιθανάτιων διαδικασιών χωρίς τη ρητή συναίνεση του ασθενούς, κάτι το οποίο δεν ισχύει για την Ολλανδία. Η τάση αυτή που παρατηρείται στην Φλάνδρα, ίσως εξηγείται από το γεγονός ότι σε μία πιο περιοριστική προσέγγιση του θέματος, δεν εστιάζεται η προσοχή στα προαπαιτούμενα για τη διενέργεια της ευθανασίας, σε αντίθεση με την Ολλανδία που το ζήτημα αντιμετωπίζεται και ρυθμίζεται περισσότερο φιλελεύθερα και ευέλικτα. (Luc Deliens et al., 2000)

Αναφορικά με τους ασθενείς που νομιμοποιούνται να προβούν σε ευθανασία στην Ολλανδία και στο Βέλγιο, η νομοθεσία δεν αποκλείει a priori τη δυνατότητα ευθανασίας σε ασθενείς μη τελικού σταδίου. Γενικά, στις Κάτω Χώρες, προϋπόθεση αποτελεί η

⁹ Στην Ολλανδία οι επίσημες εκθέσεις καταγραφής περιστατικών ευθανασίας μειώνονται λόγω μη προθυμίας των ιατρών να τα αναφέρουν ή εξαιτίας της εικονικής πτώσης τους όταν δεν εφαρμόζεται από τους ιατρούς ο νόμος για την ευθανασία. (Regional Review Committees, 2004 σε Pakes F, 2005).

ύπαρξη αφόρητου πόνου καθώς και η έλλειψη προοπτικής βελτίωσης της ιατρικής κατάστασης του ασθενούς. Η ολλανδική οριοθέτηση των κριτηρίων του ανυπόφορου πόνου βασίζεται στη νομολογία, με δύο περιπτώσεις-ορόσημο, την υπόθεση Chabot (Ανώτατο Δικαστήριο, 1994) και την υπόθεση Sutorius (Επαρχιακό Δικαστήριο, 2000).

Στην υπόθεση Chabot διαπιστώθηκε ότι κριτήριο για την ύπαρξη αφόρητης ταλαιπωρίας αποτελεί εκτός από τη σωματική ασθένεια και η ψυχική οδύνη. Όμως, το δικαστήριο στην υπόθεση Sutorius, για να εξισοροπήσει την γενικότερη επιείκεια της νομολογιακής πρακτικής, αποφαινεται αυστηρά ότι η θέσπιση κριτηρίων όπως η κούραση από τη ζωή και η απουσία οποιασδήποτε σοβαρής ασθένειας δεν δικαιολογεί την ύπαρξη αφόρητου πόνου.

Ωστόσο, η βελγική νομοθεσία διαφέρει από το ολλανδικό δίκαιο, διότι ενώ στο Βέλγιο προβλέπεται να προχωρεί σε ευθανασία ένας ασθενής που βρίσκεται σε κώμα όταν υπάρχουν προηγούμενες γραπτές ενδείξεις για την πρόθεσή του, στην Ολλανδία δεν καλύπτεται αυτή η περίπτωση αφού σύμφωνα με το δίκαιο της χώρας, δεν είναι δυνατόν ένας ασθενής σε κωματώδη κατάσταση να βιώσει ανυπόφορους πόνους!

Χαρακτηριστικό παράδειγμα δικαστηριακής πρακτικής σε αυτό το σημείο, αποτελεί η υπόθεση του ιατρού Wilfred GP van Oijen που καταδικάστηκε για φόνο το 2004 για το λόγο, ότι έκανε θανατηφόρα ένεση σε ετοιμοθάνατο ασθενή σε κατάσταση κώματος. Το Ανώτατο Δικαστήριο επιβεβαίωσε την απόφαση του Εφετείου του Άμστερνταμ, που αναφέρει ότι μία τέτοια ενέργεια εκπίπτει της σφαίρας της ευθανασίας, έτσι ώστε η δίωξη για δολοφονία να είναι δικαιολογημένη. Η ποινή σε μεγάλο βαθμό ήταν συμβολική. Το Ανώτατο Δικαστήριο έκρινε επιτακτική την ανάγκη μιας ρητής και επαναλαμβανόμενης απαίτησης του ασθενούς για διενέργεια ευθανασίας, που εάν δεν υπάρχει, τότε οποιαδήποτε άλλη συμπεριφορά μπορεί να θεωρηθεί παράνομη. Παρόλα αυτά, σύμφωνα με την ετήσια έκθεση της Ολλανδικής Περιφερειακής Επιτροπής για την ευθανασία, το 2002 αναφέρεται ότι η μέθοδος εφαρμόστηκε σε ασθενή που βρισκόταν σε κωματώδη κατάσταση και κρίθηκε ότι δεν έγινε κατά παράβαση των νομικών κριτηρίων.

Σχετικά με το διαδικαστικό κομμάτι της ιατρικής πράξης της ευθανασίας και στις δύο χώρες απαιτείται μία δεύτερη ιατρική γνωμάτευση. Στο μεν Βέλγιο η πράξη της ευθανασίας απαιτεί έναν τρίτο εμπειρογνώμονα που θα συμμετέχει και θα εξετάσει τον ασθενή και ειδικότερα σε ψυχιατρικές περιπτώσεις κρίνεται αναγκαία ακόμα μία περαιτέρω γνώμη πριν ένας ιατρός συμμετάσχει σε επιθανάτια διαδικασία. Στη δε Ολλανδία, προβλέπεται ότι ένας ανεξάρτητος τρίτος ιατρός θα πρέπει να εξετάσει τον ασθενή και να παράσχει εγγράφως την εκτίμηση του, σε συμφωνία με τη διάγνωση του

θεράποντος ιατρού που οφείλει να τηρεί τα κριτήρια της επιμέλειας και προσοχής σε κάθε περίπτωση επιθανάτιας διαδικασίας.

Επίσης, αναφορικά με τη χρονική απόσταση ανάμεσα στο αίτημα του ασθενούς για ευθανασία και την διενέργεια της παρουσιάζονται ομοιότητες. Η μεν ολλανδική νομοθεσία δεν προσδιορίζει με χρονοδιάγραμμα τη μορφή του αιτήματος του ασθενούς. Γίνεται εύληπτο έτσι ότι ο νόμος καθίσταται πιο ελαστικός με αποτέλεσμα σε εξαιρετικές περιπτώσεις, το πρώτο αίτημα για ευθανασία και η πραγματοποίησή της να γίνει ακόμη και σε λιγότερο από 24 ώρες. Η δε βελγική νομοθεσία απαιτεί γραπτή αίτηση. Ο νόμος ορίζει επίσης ότι οι «συνομιλίες» μεταξύ ασθενούς και ιατρού πρέπει να έχουν πραγματοποιηθεί σε «εύλογο» χρονικό διάστημα. Βέβαια, παρά το γεγονός ότι ο νόμος δεν συγκεκριμενοποιεί το χρονικό διάστημα μεταξύ αίτησης και διενέργειας ευθανασίας, δεν καθίσταται εξαιρετικά απίθανο, η επιθανάτια διαδικασία να μπορεί εφαρμοσθεί και την ίδια ημέρα της αίτησης, εάν ο βελγικός νόμος το προβλέπει.

Όσον αφορά στη μορφή λογοδοσίας και ελέγχου που υπόκεινται οι επιθανάτιες διαδικασίες αποτελεί γεγονός ότι στην Ολλανδία και το Βέλγιο, οι Ελεγκτικές Επιτροπές έχουν εξουσία και παίζουν το ρόλο του «φίλτρου» μεταξύ των ιατρών που ασκούν ιατρική σύμφωνα με το νόμο και της ποινικής δικαιοσύνης.

Οι μεν ολλανδικές περιφερειακές Επιτροπές που έχουν συσταθεί από το 2002, ελέγχουν αν όλες οι πράξεις ευθανασίας και υποβοηθούμενης αυτοκτονίας εκτελούνται με βάση τα καθορισμένα από το νόμο κριτήρια¹⁰ και σε διαφορετική περίπτωση παραπέμπουν τις υποθέσεις στον εισαγγελέα. Οι Επιτροπές λειτουργούν σαν ένα οιοσδήποτε δικαστήριο που ερευνά με δέουσα επιμέλεια και προσοχή τα κριτήρια για τη διενέργεια ευθανασίας και εξετάζει τη συνολική συμπεριφορά του ιατρού. Οι Επιτροπές, ασχολούνται μόνο με την ενεργό εθελοντική ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Οι υπόλοιπες επιθανάτιες διαδικασίες υπάγονται κατ' ευθείαν στη δικαιοδοσία του ιατροδικαστή και του Εισαγγελέα.

Στο δε Βέλγιο, η επανεξέταση των περιπτώσεων επιθανάτιων διαδικασιών γίνεται από τον Ομοσπονδιακό Ελεγκτικό Μηχανισμό και την Επιτροπή Αξιολόγησης που αποτελείται σύμφωνα με το νόμο από τουλάχιστον δεκαέξι μέλη (ιατρούς, καθηγητές Πανεπιστημίου, δικηγόρους και από άτομα που ασχολούνται με θέματα ασθενών με ανίατες ασθένειες). Πρόθεση των οργάνων αυτών είναι, όλες οι αναφορές να αντιμετωπίζονται ανώνυμα. Μόνο σε περίπτωση πλειοψηφίας μπορεί να αρθεί η ανωνυμία και να απαιτηθεί η παροχή περισσότερων πληροφοριών από τον ιατρό.

¹⁰ Χωρίς τη παρέμβαση του Γενικού Ιατρικού Συμβουλίου και της Ποινικής Δικαιοσύνης.

Τέλος, συγκρίνοντας τους νόμους για την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία στις δύο χώρες που τους εφαρμόζουν, διαφαίνονται παρόμοιες τάσεις. Η ολλανδική και η βελγική νομοθεσία, αφορούν σε ένα δίκαιο που αφήνει την εξέταση των περιπτώσεων στη διακριτική ευχέρεια ελεγκτικών οργάνων που δεν ανήκουν στη ποινική δικαιοσύνη.

Επίσης, οι επιτροπές αξιολόγησης, μπορούν να λαμβάνουν αποφάσεις εξετάζοντας συγκεκριμένες προϋποθέσεις, με αποτέλεσμα η πρακτική της ευθανασίας να μην αναλύεται αποκλειστικά με τη νομική της διάσταση. Για αυτό το λόγο η ολιστική άποψη των επιτροπών για «δέουσα επιμέλεια και προσοχή» σε κάθε επιθανάτια διαδικασία μπορεί να κριθεί ότι έχει εφαρμοστεί, ακόμα και εάν παραβιάζονται «ορισμένα νομικά κριτήρια»!

Σε αυτό το πλαίσιο, οι επιτροπές δεν είναι σίγουρο επιπλέον εάν μπορούν να συλλάβουν και την πραγματική διάσταση των περιπτώσεων ιατρικής πρακτικής που μελετούν, κάτι που συνιστά βασικό μειονέκτημα κυρίως της ολλανδικής προσέγγισης. Σε αυτό συμβάλλει η μη αναφορά για ευνόητους λόγους από τους ιατρούς όλων των περιστατικών που αναλαμβάνουν, παρόλο που είναι υποχρεωμένοι από το νόμο.

Σε επίπεδο σύγκρισης, ενώ οι ολλανδικές επιτροπές θωρακίζουν αποτελεσματικά τη νομική παράμετρο των περιπτώσεων που μελετούν εφόσον αποτελούνται μόλις από τρία μέλη και διαθέτουν έναν επίσημο κώδικα λειτουργίας καθώς και κανόνες διορισμού των μελών τους, οι αντίστοιχες βελγικές επιτροπές αντίθετα, λειτουργούν ως «Ανώτατα Δικαστήρια για την Ευθανασία» και δεν είναι τόσο «εύκαμπτες».

Αναφορικά με τη νομοθεσία των δύο χωρών, αυτή είναι ευέλικτη στο θέμα της ευθανασίας και σε αυτό συμβάλλει η απουσία του κινδύνου άσκησης πολιτικών αγωγών στους ιατρούς τους, και η ύπαρξη ενός υψηλού επιπέδου κρατικής υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης, τόσο η ολλανδική όσο και η βελγική προσέγγιση λειτουργούν με περιπτώσιολογία και είναι προνοητικές. Η ιατρική πρακτική δεν κρίνεται αυστηρά μόνο από το γράμμα αλλά και από το πνεύμα του νόμου σύμφωνα με τη κρίση των Αναθεωρητικών Επιτροπών. (Pakes F., 2005)

Πάντως, αποτελεί γεγονός ότι αυτός ο τύπος νομοθέτησης επιθανάτιων διαδικασιών ευδοκμεί σε κοινωνίες όπου η ευθανασία και η υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία είναι λιγότερο αμφιλεγόμενες και μπορούν ευρέως να θεωρηθούν ως φυσική προέκταση της ηθικής ιατρικής συμπεριφοράς.

Τέλος, στις σύγχρονες τάσεις που ακολουθεί η Ολλανδία, ως πρωτοπόρος χώρα στην ευθανασία αξίζει να προστεθούν δύο ακόμα εγχειρήματα που πραγματοποιήθηκαν στον τομέα αυτό.

Πρώτον, σε κλινικές της χώρας εφαρμόζονται μέθοδοι «αφυδάτωσης» σε ασθενείς, που είτε πάσχουν από άνοια και καρκίνο τελικού σταδίου, είτε είναι πολύ ηλικιωμένοι που χάνουν την όρεξη τους και σταματούν να τρώνε και να πίνουν, με αποτέλεσμα ο θάνατος, ακούσια ή εκούσια, να έρχεται ως φυσικό αποτέλεσμα. Αυτή η μέθοδος που αποτελεί αντικείμενο διαλόγου, θα μπορούσε σε ορισμένες περιπτώσεις, να ερμηνευθεί και ως ευθανασία, ανάλογα με το ρόλο του ιατρού. Πράγματι, έχει παρουσιαστεί ως μια εναλλακτική λύση της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Σε αυτή τη μορφή, ο θάνατος θα μπορούσε να θεωρηθεί φυσικός, ειρηνικός και ελεγχόμενος. (Pool R., 2004)

Δεύτερον, στη χώρα από το Μάρτιο του 2012 εφαρμόζεται το πρόγραμμα¹¹ «Τέλος της ζωής»¹² που παρέχει δωρεάν κατ' οίκον υπηρεσίες ευθανασίας. Σύμφωνα με αυτή τη μορφή επιθανάτιας διαδικασίας, ένα σύστημα κινητών μονάδων με ομάδες ειδικά εκπαιδευμένων ιατρών και νοσοκόμων θα ταξιδεύει σε ολόκληρη τη χώρα προκειμένου να εκπληρώσει την επιθυμία αρρώστων, που θέλουν να βάλουν τέλος στη ζωή τους και των οποίων οι θεράποντες ιατροί, αρνήθηκαν να εκτελέσουν τις εντολές των πρώτων, για να τους βοηθήσουν να πεθάνουν.(www. periergaa.blogspot.gr)

β.) Πολιτείες Όρεγκον-Ουάσινγκτον-Μοντάνα των Η.Π.Α.

Στις Η.Π.Α. επιτρέπεται η υποβοηθούμενη αυτοκτονία από τρίτο πρόσωπο και συγκεκριμένα από τον ίδιο τον ιατρό στις πολιτείες του Όρεγκον, της Ουάσινγκτον και της Μοντάνα.

Όσον αφορά στο Όρεγκον, η μέθοδος της ευθανασίας επιτρέπεται και έχει αναγνωριστεί με Νόμο του 1997 που αφορά στο θάνατο με αξιοπρέπεια. Πιο συγκεκριμένα, ο νόμος επιτρέπει σε κατοίκους της πολιτείας να θέτουν οι ίδιοι τέλος στη ζωή τους με τη χορήγηση συνταγογραφούμενων φαρμάκων από τον ιατρό. Επίσης, απαιτεί τη συλλογή πληροφοριών για τους ασθενείς και τους ιατρούς που συμμετέχουν στη διαδικασία της ευθανασίας καθώς και την έκδοση ετήσιας έκθεσης αναφοράς.

¹¹ Το σχέδιο, αποτελεί πρωτοβουλία της Ολλανδικής Ένωσης για Εθελοντικό Τέλος στη Ζωή (NVVE), της μεγαλύτερης οργάνωσης ευθανασίας στον κόσμο, που αριθμεί περισσότερα από 130.000 μέλη.

¹² Επιπλέον, τίθεται σε λειτουργία μια κλινική στη Χάγη, η οποία θα δέχεται ασθενείς με ανίατες ασθένειες, καθώς και άλλους που θα θέλουν να πεθάνουν στο σπίτι τους.

Σε αυτό το πλαίσιο της λογοδοσίας, το Υπουργείο Ανθρωπίνων Υπηρεσιών διατηρεί ένα σύστημα για τη παρακολούθηση και τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία. Αυτό το σύστημα ενσωματώνει τις εκθέσεις συμμόρφωσης των ιατρών και φαρμακοποιών, τις εκθέσεις θανάτου και τις πραγματοποιούμενες συνεντεύξεις. Βέβαια, το Υπουργείο διατηρεί ουδέτερη θέση στα συλλεχθέντα δεδομένα και τα ελέγχει χωρίς να διαθέτει εξουσία για την επιβολή του νόμου.

Αναφορικά με τη κατηγορία ασθενών που δικαιούνται να προβούν σε ευθανασία, ο νόμος προβλέπει εν γένει ότι δικαίωμα στο θάνατο δίδεται στους ανίατους ασθενείς που πάσχουν από νόσο τελικού σταδίου και ο θάνατος πρέπει να προκύπτει εντός έξι μηνών.

Σχετικά με το διαδικαστικό μέρος των επιθανάτιων τεχνικών, στο Όρεγκον οι ιατροί¹³ που συμμετέχουν στη διαδικασία της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας θα πρέπει πριν τη διενέργεια της, να έχουν ενημερώσει πλήρως τους ασθενείς άνω των 18 ετών για την ιατρική διάγνωση, τη πρόγνωση και τους πιθανούς κινδύνους που συνδέονται με τη λήψη των συνταγογραφούμενων φαρμάκων καθώς και την ύπαρξη εναλλακτικών λύσεων για τον έλεγχο του πόνου, όπως λ.χ. την παρηγορητική φροντίδα.

Επίσης, ο νόμος του Όρεγκον καθορίζει επακριβώς τη μορφή της αίτησης του ασθενούς για ευθανασία με πρόθεση να μην υπάρχουν περιθώρια αμφιβολιών από την ιατρική πρακτική και την νομική επιστήμη. Συγκεκριμένα, το αίτημα για πραγματοποίηση ευθανασίας πρέπει να είναι γραπτό και να υπογράφεται με παρουσία τουλάχιστον δύο μαρτύρων. Ο μάρτυρας δεν μπορεί να είναι συγγενής του, ή αυτός που αναφέρεται ως ευεργέτης στη διαθήκη του ασθενούς ή σε κάθε περίπτωση ευνοείται από το νόμο. Επίσης, ο ιατρός έχει προφανώς αποκλειστεί ως μάρτυρας, καθώς: ο νόμος επιδιώκει να καλύψει όλα τα ενδεχόμενα και κάνει ρητή αναφορά στους εξαιρετέους μάρτυρες της διαδικασίας.

Σχετικά με το χρόνο που μεσολαβεί μεταξύ του προφορικού αιτήματος του ασθενούς και της συνταγογράφησης των φαρμάκων για την ευθανασία, αυτός δεν πρέπει να είναι κάτω από 15 ημέρες και επιπλέον δεν πρέπει να απέχει η γραπτή συναίνεση του ασθενούς με την συνταγογράφηση, χρονικό διάστημα λιγότερο των 48 ωρών.

Ωστόσο, προέκυψαν αντιδράσεις από την εφαρμογή του νόμου. Συγκεκριμένα, το Νοέμβριο του 2001, ο Υπουργός Δικαιοσύνης των Η.Π.Α. John Ashcroft εξέδωσε μια

¹³ Σε περίπτωση ψυχιατρικά ασθενούς, ο ιατρός με τη διαδικασία της παραπομπής έχει τη δυνατότητα να συμβουλευθεί και τρίτο ειδικό, κάτι το οποίο δεν ισχύει για τα υπόλοιπα περιστατικά.

νέα ερμηνεία του νόμου για τις Ελεγχόμενες ουσίες¹⁴ και απαγορεύει εφεξής στους ιατρούς να συνταγογραφούν ουσίες που θα χρησιμοποιηθούν στην εφαρμογή της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Ουσιαστικά, αυτή η ερμηνεία ακυρώνει την εφαρμογή του Νόμου για θάνατο με αξιοπρέπεια.

Πιο συγκεκριμένα, το Νοέμβριο του 2001, το Περιφερειακό Δικαστήριο των Η.Π.Α. σε απάντηση προσφυγής που άσκησε η Πολιτεία του Όρεγκον, εξέδωσε προσωρινή διαταγή κατά της απόφασης που ακύρωνε τη κανονιστική πράξη του Ashcroft και διέταξε νέα ακρόαση εντός 5 μηνών. Τον Απρίλιο του 2002, το ίδιο Δικαστήριο με δικαστή τον Robert Jones, επικυρώνει το νόμο για το θάνατο με αξιοπρέπεια. Τον Σεπτέμβριο του 2002, ο Δικηγόρος του Ashcroft άσκησε προσφυγή, ζητώντας από το Εφετείο να επαναφέρει την αρχική απόφαση του Περιφερειακού Δικαστηρίου. (Oregon Department of Human Services, 2004). Προς το παρόν, ο νόμος του Όρεγκον παραμένει σε ισχύ μέσα σε ένα ασταθές κοινωνικο-πολιτικό περιβάλλον.

Ουσιαστικά, η νομική προσέγγιση του Όρεγκον είναι «στενή» και νομικίστικη. Ο νόμος για το θάνατο με αξιοπρέπεια είναι μία πράξη λεπτομερής και κανονιστική, θέτοντας τα ελάχιστα όρια νομιμότητας με αποτέλεσμα οποιαδήποτε πράξη που εκφεύγει αυτού του νομικού πλαισίου, να διώκεται. Η αυστηρότητα του νόμου διαφαίνεται και από το γεγονός ότι μπορούν να εγερθούν και χρηματικές αξιώσεις εναντίον ιατρών στη νομική βάση της ανθρωποκτονίας εξ αμελείας, από αστικά δικαστήρια

Τώρα, σε χώρα που θέλει να εισάγει νομοθεσία για την ευθανασία, το μοντέλο του Όρεγκον προτείνεται σε κράτη, όπου επικρατεί ένα αυστηρό και διαφανές πλαίσιο και όπου οι απόψεις για την ευθανασία διακατέχονται από ένα κλίμα πόλωσης και έντονης αμφισβήτησης. (Pakes F., 2005)

Αναφορικά με τη πολιτεία της Ουάσινγκτον, το 2009 ψηφίσθηκε νόμος για την εφαρμογή της μη εκούσιας παθητικής ευθανασίας. (www.tovima.gr)

Επίσης, στη Μοντάνα, το 2008, το Ανώτατο Δικαστήριο με δικαστή τη Dorothy McCarter αποφάνθηκε υπέρ της ευθανασίας σε έναν ανίατο ασθενή κάτοικο της μεγαλύτερης πόλης της πολιτείας (Billings). Ο κάτοικος είχε καταθέσει αγωγή με τη βοήθεια μίας ομάδας προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, την «Compassion & Choices». Η απόφαση αναφέρει ότι δεν υπήρχε προηγούμενο δεδικασμένο, που να καταδεικνύει ότι η βοήθεια ιατρού σε υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι αντίθετη με την άσκηση της δημόσιας πολιτικής.

¹⁴ Ουσίες, που αποτελούν αντικείμενο νομικής δικαιοδοσίας και η κυκλοφορία τους ρυθμίζεται κρατικά. Συνιστούν παράνομες φαρμακευτικές ουσίες και παράνομα συνταγογραφούμενα φαρμακευτικά σκευάσματα.

Συγκεκριμένα, υποστηρίζεται ότι οι άρρωστοι ασθενείς σε τελικό στάδιο έχουν το δικαίωμα να χορηγούν οι ίδιοι στους εαυτούς τους, δόσεις θανατηφόρου φαρμάκου, που συνταγογραφείται από τον ιατρό. Οι δε ιατροί που συνταγογραφούν τέτοια φάρμακα δεν θα αντιμετωπίζουν νομικές κυρώσεις. (www.patientsrightsCouncil.org)

γ.) Ελβετία

Η Ελβετική Ακαδημία Ιατρικών Επιστημών από το 1976, έχει καταρτίσει κατευθυντήριες αρχές για τη παροχή βοήθειας στον θνήσκοντα, με καθήκον του ιατρού τη προστασίας της ζωής του ασθενούς, ακόμα και όταν αυτό έχει «ιατρικά» εξαντληθεί.

Στην Ελβετία και πιο συγκεκριμένα στην Ζυρίχη, είναι γνωστή η οργάνωση «Dignitas», που προσφέρει στα μέλη της, υποβοηθούμενη αυτοκτονία «για λόγους συμπόνιας και χωρίς προσωπικό όφελος», όπως η ίδια ισχυρίζεται. Αφορά σε άτομα που βρίσκονται στο τελικό στάδιο ανίατης νόσου και επιλέγουν τη μορφή αυτής της επιθανάτιας διαδικασίας από το μαρτυρικό θάνατο. Οι υπηρεσίες της δεν απευθύνονται αποκλειστικά μόνο σε κατοίκους της Ελβετίας, αλλά σε άτομα από όλον τον κόσμο. Η οργάνωση-κλινική προσφέρει στα μέλη της, τη δυνατότητα δημιουργίας μιας «Διαθήκης Πρόθεσης Ζωής», με την οποία αυτά διατυπώνουν την επιλογή να συνεχίσουν να ζουν ή να προτιμήσουν να δώσουν τέλος στη ζωή τους.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η προαναφερθείσα οργάνωση απαριθμεί περισσότερα από 1.800 μέλη σε όλο τον κόσμο, τα οποία πληρώνουν συνδρομή 17 ευρώ το χρόνο. Το ποσό είναι χαμηλό γιατί η ελβετική νομοθεσία απαγορεύει το κέρδος από τη παροχή υπηρεσιών υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, οπότε η συνδρομή καλύπτει αποκλειστικά τα διοικητικά και λειτουργικά έξοδα της οργάνωσης. Παρόλα αυτά, η «Dignitas» δέχεται σφοδρή κριτική από τον ελβετικό Τύπο για τις γενναιόδωρες χορηγίες που λαμβάνει από ασθενείς της¹⁵, μια πρακτική που απαγορεύεται ρητά από τους νόμους της χώρας.

Αξίζει να τονισθεί ότι μέχρι το 2003, 125 άτομα έχουν πάει στη Ζυρίχη για να πεθάνουν, εκ των οποίων οι περισσότεροι δεν είναι Ελβετοί. (Μαστοράκης Κ., 2010)

Αν και σύμφωνα με άλλα στοιχεία, πιστεύεται ότι τα τελευταία χρόνια έχουν πεθάνει περισσότεροι από 800 άνθρωποι στην κλινική. Η αριθμητική απόκλιση των διαφορετικών δεδομένων μπορεί να εξηγείται από το γεγονός ότι τα σχετικά στοιχεία δημοσιεύονται με φειδώ.

Σύμφωνα με πρόσφατα δημοσιεύματα η κυβέρνηση της Ελβετίας επιδιώκει να αλλάξει τη νομοθεσία που επιτρέπει την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, προκειμένου να

¹⁵ Συχνά εκτιμώνται στο ύψος των 50.000 ευρώ.

διασφαλίσει ότι η τελευταία χρησιμοποιείται μόνο ως έσχατη λύση για ασθενείς με θανατηφόρο νόσο στο τελευταίο στάδιο και να περιορίσει τον λεγόμενο «τουρισμό θανάτου». Το υπουργείο έχει υποβάλλει δύο προτάσεις προς συζήτηση στο νομοθετικό σώμα, μία που προτείνει πιο αυστηρούς κανονισμούς και μία που προτείνει πλήρη απαγόρευση, με το σκεπτικό ότι οι οργανώσεις για την υποβοηθούμενη αυτοκτονία δοκιμάζουν όλο και περισσότερο τα όρια του νόμου και ότι υπάρχει πλέον επείγουσα ανάγκη για νέες κατευθυντήριες οδηγίες. Εφεξής, επικρατεί η άποψη ότι η υποβοηθούμενη αυτοκτονία πρέπει να περιορίζεται μόνο στα άτομα με νόσο σε τελικό στάδιο και να μην είναι διαθέσιμη για άτομα με χρόνια ή ψυχική νόσο, προσθέτοντας ότι η κυβέρνηση επιθυμεί να προωθήσει την παρηγορητική φροντίδα και την πρόληψη της αυτοκτονίας. (www.healthview.gr)

δ.) Λουξεμβούργο

Το Λουξεμβούργο είναι πλέον η τρίτη χώρα στην Ε.Ε. μετά το Βέλγιο και την Ολλανδία, στην οποία επιτρέπεται η ευθανασία, μετά την έκδοση νόμου που προβλέπει ότι η ιατρική πράξη που ανταποκρίνεται σε ένα αίτημα για ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν τιμωρείται ποινικά και δεν αποτελεί αντικείμενο αγωγής για αποζημίωση ή ηθική βλάβη.

Ο νόμος αυτός, έχει υιοθετηθεί σε δεύτερη ανάγνωση από το κοινοβούλιο το 2009. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η ψήφιση του νόμου είχε προκαλέσει την αντίθεση του Μέγα Δούκα, ο οποίος απειλούσε να μην τον υπογράψει λόγω των καθολικών του πεποιθήσεων. Ωστόσο, το κοινοβούλιο για να αποφύγει μια μεγάλη θεσμική κρίση, τροποποίησε το Σύνταγμα και περιορίσε τις εξουσίες του Μέγα Δούκα, ο οποίος εφεξής δεν χρειάζεται να επικυρώνει ένα νόμο, αλλά περιορίζεται μόνον στο να τον θέτει σε ισχύ, χωρίς να χρειάζεται η συγκατάθεσή του. (Μαστοράκης Κ., 2010) , (www.skai.gr)

Αναφορικά με τις χώρες που εφαρμόζουν τη μέθοδο της παθητικής ευθανασίας, αυτές παρατίθενται ως ακολούθως:

α.) Δανία

Στην Δανία επιτρέπεται η παθητική ευθανασία. Το 1992, εγκρίθηκε ένας νόμος που προβλέπει τη δυνατότητα διακοπής της θεραπείας σε ασθενείς τελικού σταδίου.

Επίσης, ο ιατρός σε ετοιμοθάνατο ασθενή διαθέτει εναλλακτικά δύο δυνατότητες είτε να τον υποβάλλει σε θεραπεία που θα αναβάλλει το χρόνο θανάτου είτε να ακολουθήσει θεραπείες που εστιάζουν στο σύμπτωμα δηλαδή την ανακούφιση από το πόνο, όπως λ.χ. γίνεται με τη χορήγηση φαρμάκων, αλλά η μέθοδος αυτή ενδέχεται να επιφέρει και το θάνατο- double effect.

Πάντως σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός βάσει νόμου οφείλει να σέβεται την ισχυρή και σταθερή βούληση και αυτονομία του ασθενούς. Εάν λοιπόν ο ασθενής, δηλώσει ότι δεν θέλει να ταλαιπωρείται και ότι επιθυμεί να εφαρμοστεί σε αυτόν παθητική ευθανασία, σε συνδυασμό και με κάποιες άλλες αντικειμενικές προϋποθέσεις, ο γιατρός έχει τη νομική υποχρέωση να προβεί σε ευθανασία. (www.tvxs.gr) Το 2012, η συμβουλευτική ομάδα του Δανικού Κοινοβουλίου σχετικά με ζητήματα βιοηθικής, η Etisk Råd, εμφανίζεται να βλέπει θετικά την ιδέα για νομιμοποίηση της ευθανασίας. (www.pentapostagma.gr)

β.)Γαλλία

Στη Γαλλία η νομοθεσία για την ευθανασία άλλαξε με νόμο του 2005 που αναγνωρίζει, σε ορισμένες περιπτώσεις, το δικαίωμα στον ασθενή να πεθάνει εφόσον αρνηθεί την οποιαδήποτε θεραπεία ή εξέταση. Μέχρι πρότινος, η προστασία της ζωής θεωρείτο κατά τη νομολογία πιο σημαντική από το σεβασμό της επιθυμίας του ασθενούς. Κατά το άρθρο 36 του νόμου, όμως, «ο ιατρός πρέπει να σεβαστεί την επιθυμία του ασθενούς για μη αποδοχή εξέτασης ή θεραπείας, αφού τον ενημερώσει για τις συνέπειες της απόφασής του». Ο ίδιος νόμος συστήνει στους ιατρούς να απέχουν από ακραία μέτρα για να κρατήσουν στη ζωή εγκεφαλικά νεκρούς ή καταληκτικούς ασθενείς αλλά εξίσου ρητά τους απαγορεύει να ασκήσουν ενεργό ευθανασία.

Παρά τις απαγορεύσεις του νόμου για ενεργητική ευθανασία, το 2007, εμφανίστηκε στον γαλλικό τύπο ένα κείμενο που υπέγραφαν περίπου 2.150 Γάλλοι ιατροί, οι οποίοι δήλωναν ότι κατά παράβαση του όρκου του Ιπποκράτη, εφάρμοσαν σε ασθενείς τους ευθανασία με τον ισχυρισμό ότι η νόσος δεν ανταποκρινόταν στη θεραπεία και παρά τις προσπάθειες που καταβλήθηκαν, ο σωματικός και ο ψυχικός πόνος παρέμεναν, καθιστώντας τη ζωή των ασθενών, αβάσταχτη.

Σε αυτό το πλαίσιο, η Εθνική Επιτροπή Ηθικής της Γαλλίας, εξέδωσε ύστερα από τρία χρόνια, μια έκθεση στη δημοσιότητα, σύμφωνα με την οποία η ευθανασία θα πρέπει να επιτρέπεται υπό όρους, ενώ παραδέχεται πως εφαρμόζεται σιωπηλά σε πολλά νοσοκομεία της χώρας. Βέβαια, η έκθεση αποφεύγει να εισηγηθεί για ένα νέο νόμο και

περιορίζεται στο να προτείνει ένα παραθυράκι στον υπάρχοντα νόμο, ώστε οι ιατροί να μην αντιμετωπίζουν προβλήματα με την δικαιοσύνη. Η έκθεση αναφέρει δύο από τις περιπτώσεις που θα ήταν επιτρεπτή η ευθανασία:

- τους ασθενείς που υποφέρουν από πόνους και οι οποίοι δεν σταματούν ούτε με την χρήση φαρμάκων και
- τους ασθενείς που είναι κλινικά νεκροί.

Επίσης, στη γαλλική νομοθεσία με το νόμο του 1999 προβλέπεται και το δικαίωμα στην αναλγητική φροντίδα που θα μπορεί να παρέχεται κατ' οίκον ή σε ίδρυμα. Με αυτό το νόμο θωρακίζεται και εδραιώνεται η έννοια της «παρηγορητικής φροντίδας» με σκοπό την ανακούφιση από τον πόνο και το ψυχικό άλγος των ασθενών που θα μπορούν να διατηρούν την αξιοπρέπειά τους. Στον ίδιο νόμο, προβλέπεται η δημιουργία ειδικών μονάδων στα νοσοκομειακά ιδρύματα και καθορίζεται η ύπαρξη ειδικά εκπαιδευμένων εθελοντών που θα συμμετέχουν στην τελευταία φάση της ζωής του ασθενούς, εξασφαλίζοντας τον σεβασμό και την αξιοπρέπεια του. (Μαστοράκης Κ., 2010)

Τον τελευταίο καιρό, διεξάγεται έντονη συζήτηση σχετικά με το ενδεχόμενο να επιτραπεί υπό προϋποθέσεις, η ευθανασία. Σε αυτό το πλαίσιο, ο τέως Πρόεδρος της Γαλλικής δημοκρατίας, Νικόλα Σαρκοζί υποστήριξε την εκστρατεία της γαλλικής οργάνωσης A.D.M.D. (Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité - Ένωση για το δικαίωμα στο θάνατο με αξιοπρέπεια) που αξιώνει τη νομιμοποίηση της ευθανασίας,

Η οργάνωση ζητούσε «να έχουν οι ασθενείς τελικού σταδίου την ελευθερία να επιλέξουν εάν θα συνεχίσουν έως το τέλος, να έχουν πρόσβαση σε παρηγορητική θεραπεία ή εάν επιθυμούν βοήθεια για να καταλήξουν». Σε αυτό το εγχείρημα, ο κεντρώς Φρανσουά Μπαϊρού, καθώς και η επικεφαλής του ακροδεξιού Εθνικού Μετώπου Μαρίν Λεπέν, εναντιώθηκαν στην τροποποίηση του νόμου του 2005 που απαγορεύει ρητά την ευθανασία. Απών από την εκστρατεία ήταν ο νυν Πρόεδρος, Φρανσουά Ολάντ, ο οποίος έχει ταχθεί υπέρ της ιατρικής βοήθειας στο θάνατο εφόσον το επιθυμεί ο ασθενής τελικού σταδίου. (thriskeftika.blogspot.gr)

Όμως, παρά τα ανωτέρω διαβήματα, μέχρι στιγμής ισχύουν οι γενικές αρχές του Ποινικού Δικαίου οι οποίες απαγορεύουν την αφαίρεση της ζωής, και προβλέπουν υψηλές ποινές για τον δράστη.

γ.)Γερμανία

Στη Γερμανία, απαγορεύονται όλα τα είδη ευθανασίας. Όμως το 1994, σχετικά με την παθητική ευθανασία, εκδόθηκε απόφαση του Ομοσπονδιακού Γερμανικού Ακυρωτικού Δικαστηρίου (1Str 357/94, Nst2 1995, 80), η οποία έκρινε ότι αυτή επιτρέπεται μόνο εφόσον πρόκειται για ανίατη νόσο και η επέλευση του θανάτου είναι εγγύς. Όταν δε, συντρέχουν οι προϋποθέσεις της ευθανασίας, πρωταγωνιστικό ρόλο παίζει η εικαζόμενη θέληση του ασθενούς. Για τη διάγνωση της τεκμαιρόμενης θέλησης αναφέρεται ότι αποφασιστικές είναι οι προσωπικές αντιλήψεις του ίδιου του ασθενή σε συνδυασμό με την προσδοκώμενη διάρκεια ζωής και την ένταση του πόνου.

Σύμφωνα, με την ως άνω απόφαση η παθητική ευθανασία ισχύει αποκλειστικά όταν συντρέχουν οι τρεις προαναφερθείσες προϋποθέσεις και ιδίως η εγγύτητα του θανάτου. Επιπλέον, επιτρέπεται στον ιατρό να διακόψει τα μέσα που παρατείνουν τη ζωή, όπως λ.χ. η τεχνητή αναπνοή, η μετάγγιση αίματος ή η τεχνητή τροφή. (Μαστοράκης Κ., 2010)

Επιπρόσθετα, μία νεότερη δικαστική απόφαση, ενισχύει τη θέση των υποστηρικτών της παθητικής ευθανασίας. Συγκεκριμένα, τον Οκτώβριο του 2002, η Έρικα Κιούλμερ, 71 ετών, ύστερα από εγκεφαλική αιμορραγία έπεσε σε κώμα. Μεταφέρθηκε λοιπόν σε ίδρυμα και διατηρείτο στη ζωή χάρη σε έναν καθετήρα σίτισης που της επέτρεπε να λαμβάνει τροφή και νερό. Αν και η ασθενής είχε προηγουμένως δηλώσει προφορικά ότι δεν θέλει να διατηρηθεί στη ζωή με τεχνητά μέσα, η διεύθυνση της κλινικής επικαλούμενη την ηθική υποχρέωση της παράτασης της ζωής, είχε αρνηθεί να ακολουθήσει τη γνώμη του ιατρού που ζητούσε τη διακοπή της τεχνητής σίτισης.

Τελικά, το Δεκέμβριο 2007, η κόρη της και ο γιος της αποφάσισαν να αφαιρέσουν τον καθετήρα σίτισης. Η γυναίκα πέθανε 15 μέρες αργότερα «από φυσικά αίτια», σύμφωνα με την νεκροψία, αφού ωστόσο είχε μεταφερθεί στο νοσοκομείο με απόφαση του ιδρύματος, όπου και της επανατοποθετήθηκε καθετήρας σίτισης. Εν συνεχεία, ασκήθηκε δίωξη εναντίον της κόρης της¹⁶ και του δικηγόρου που την είχε συμβουλέψει να αφαιρέσει τον καθετήρα σίτισης. Ο τελευταίος καταδικάστηκε σε εννέα μήνες φυλάκιση με αναστολή, παρά το γεγονός ότι οι ανακριτικές αρχές είχαν ζητήσει την απαλλαγή του και κατόπιν άσκησε έφεση.

¹⁶ Ο γιος της αυτοκτόνησε.

Το 2010, το Ομοσπονδιακό Δικαστήριο της Καρλσρούης¹⁷, αθώνει το δικηγόρο τεκμηριώνοντας την απόφαση του ως εξής: οι ασθενείς που ιατρικά, δεν έχουν ελπίδες σωτηρίας, θα πρέπει να έχουν «το δικαίωμα να πεθάνουν» αν το θέλουν. Η απόφαση του συγκεκριμένου δικαστηρίου, που είναι και ο ανώτατος δικαστικός θεσμός της Γερμανίας, δημιουργεί νομολογία. Βέβαια, η «ενεργητική» ευθανασία-με τη χορήγηση κάποιας φαρμακευτικής ουσίας- εξαιρείται, όπως και στο παρελθόν, και τιμωρείται με ποινή φυλάκισης που δεν ξεπερνά τα 5 χρόνια. Στο ίδιο πλαίσιο κινείται το γερμανικό υπουργείο Δικαιοσύνης που υπογράμμισε ότι το δικαίωμα κάποιου ανθρώπου να ζει αξιοπρεπώς αποτελεί σημαντικό ζήτημα. (www.lifesitenews.com), (www.bbc.co.uk), (www.germerica.net)

Επίσης, αξίζει να αναφερθεί ότι η Γερμανία καταδικάστηκε για παραβίαση του δικαιώματος στην οικογενειακή ζωή από το Δικαστήριο των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων διότι οι αρχές του γερμανικού κράτους αρνήθηκαν τη χορήγηση των φαρμάκων για ευθανασία σε μία ασθενή, σύζυγο του Ούλριχ Κοχ, που υπέφερε από ολοκληρωτική παράλυση και παρέμενε στη ζωή με μηχανική υποστήριξη και είχε πολλές φορές δηλώσει την επιθυμία της να θέσει τέλος στη ζωή της. Τελικά η γυναίκα έθεσε τέρμα στη ζωή της στην Ελβετία το 2005 από την οργάνωση Dignitas. (www.nationalrighttolifenews.org), (www.germanizer.com), (www.taipeitimes.com)

Τέλος, πρόσφατα στο υπουργείο Δικαιοσύνης της Γερμανίας ετοιμάστηκε νομοσχέδιο, το οποίο απαλλάσσει από την ποινική ευθύνη τους ανθρώπους, οι οποίοι βοηθούν να φύγει από τη ζωή κάποιος βαριά άρρωστος συγγενής τους ή φίλος, ήτοι θα επιτρέπεται η ευθανασία σε εκείνες τις περιπτώσεις, που γίνεται χωρίς οικονομικό αντάλλαγμα. (www.greek.ruvr.ru)

δ.) Σουηδία

Στη Σουηδία έχει υιοθετηθεί ένα είδος παθητικής ευθανασίας, καθώς επιτρέπεται στους ιατρούς να διακόπτουν θεραπείες που σκοπεύουν στην παράταση της ζωής ανίατων ασθενών, αν οι ίδιοι το ζητήσουν. Βέβαια, η ενεργητική ευθανασία παραμένει παράνομη επιθανάτια διαδικασία. (Μαστοράκης Κ., 2010)

¹⁷ Ανώτατος δικαστικός θεσμός της Γερμανίας.

ε.) Καναδάς

Η Νομοθεσία σχετικά με την ευθανασία στον Καναδά κάνει διάκριση μεταξύ παθητικής και ενεργητικής ευθανασίας, αν και η τελευταία εξακολουθεί να είναι παράνομη. Τα τελευταία χρόνια, αρκετές περιπτώσεις ενεργητικής ευθανασίας έχουν ανοίξει εκ νέου τη συζήτηση σχετικά με τη θεώρηση της καναδικής κοινωνίας όσον αφορά στην κοινωνικά και ηθικά αποδεκτή διάσταση της ευθανασίας. Ενώ, η παθητική ευθανασία εφαρμόζεται υπό όρους και ο ιατρός δεν τιμωρείται.

Τον Ιούλιο του 1983, η Επιτροπή για την Αναμόρφωση του Καναδικού Δικαίου υπέβαλε προς τον Υπουργό Δικαιοσύνης τις τελικές διαπιστώσεις των εργασιών της σε ζητήματα που αφορούν στην ευθανασία, στην αυτοκτονία και στην διακοπή χορήγησης της υποστηρικτικής αγωγής. Συγκεκριμένα συνιστούσε να παραμείνει σε ισχύ στον Καναδικό Ποινικό Κώδικα το άρθρο που αφορά στην τιμωρία της συμμετοχής σε αυτοκτονία (224 Καν.Π.Κ). Βέβαια, το άρθρο 199 του Κώδικα, αναφέρει ότι δεν δημιουργείται¹⁸ υποχρέωση στον ιατρό να χορηγεί ιατρική θεραπευτική αγωγή, όταν αυτή είναι θεραπευτικά άχρηστη και στο βαθμό που ο ασθενής έχει εκφράσει την αντίθεση του.

Τον Ιούνιο του 1991, το κοινοβούλιο συζήτησε σχετικά με την νομιμοποίηση της ενεργητικής ευθανασίας. Ο ιατρικός κόσμος του Καναδά απάντησε αρνητικά σε ποσοστό 56%, θετικά σε ποσοστό 18% αντίστοιχα, ενώ το 26% ήταν οι αναποφάσιστοι. Πάντως, πολλοί ιατροί στον Καναδά έχουν αντικρουόμενες απόψεις γύρω ζήτημα της ευθανασίας. Τον Απρίλιο του 1991, το Ontario Medical Association έθεσε το ερώτημα «κάτω από ποιες καταστάσεις επιτρέπεται στον ιατρό να τερματίσει την ζωή του ασθενούς». Η απάντηση στράφηκε γύρω από την ευθύνη της πολιτείας. (Μαστοράκης Κ., 2010)

Γενικά, ο Καναδάς αποτελεί μια πολυπολιτισμική χώρα, όπου ακόμη και μεταξύ των ποικίλων πολιτιστικών ομάδων υπάρχει μεγάλη πολυμορφία σε θέματα ηθικής! Η διαφορετικότητα όμως αυτή δεν αποκλείει την δυνατότητα και την ανάγκη για εφαρμογή ορισμένων κοινών αξιών.

Πάντως, η πιο αμφισβητούμενη περίπτωση ευθανασίας στον Καναδά συνέβη το 1993 όταν ο Robert Latimer σκότωσε τη δωδεκάχρονη, με ειδικές ανάγκες, κόρη του, Tracy στο οικογενειακό φορτηγό με την εκπομπή δηλητηριωδών καυσαερίων. Τα στοιχεία έδειξαν ότι η Tracy έπασχε από σοβαρή εγκεφαλική παράλυση και δεν

¹⁸ με τα άρθρα 14, 45, 198, 199 και 229 του Καναδικού Ποινικού Κώδικα.

μπορούσε να περπατήσει, να μιλήσει ή να φάει μόνη της και επειδή πονούσε αφόρητα ο κ. Latimer είπε ότι προτεραιότητα του ήταν να την απαλλάξει από τον πόνο.

Ο κ. Latimer καταδικάστηκε σε ισόβια κάθειρξη για φόνο δευτέρου βαθμού χωρίς δυνατότητα αναστολής για δέκα χρόνια. Στη συνέχεια η αναίρεση που άσκησε ενώπιον του Εφετείου, απορρίφθηκε.

Το 1996, το Ανώτατο Δικαστήριο του Καναδά συμφώνησε να εξετάσει την υπόθεση αλλά τον Ιούνιο του ίδιου έτους απαγγέλθηκε κατηγορία στην Εισαγγελέα ότι προσπάθησε να παρεμποδίσει το έργο της δικαιοσύνης μέσω της αλλοίωσης της γνώμης της δικαστικής επιτροπής. Για αυτό το λόγο το Φεβρουάριο του 1997, το ίδιο δικαστήριο διέταξε τη διεξαγωγή νέας δίκης για τον κ. Latimer. Μετά από μια νέα δίκη, ο κ. Latimer βρέθηκε πάλι ένοχος για φόνο δευτέρου βαθμού. Κατά την ακρόαση της δίκης, ο δικηγόρος του κ. Latimer υποστήριξε ότι θα πρέπει να δοθεί "συνταγματική απαλλαγή," ή η ελάχιστη υποχρεωτική ποινή. Η επιβολή ποινής δέκα ετών είναι "σκληρή και ασυνήθιστη τιμωρία" και ως εκ τούτου αποτελεί παραβίαση των δικαιωμάτων του κ. Latimer στο πλαίσιο του καναδικού Χάρτη των Δικαιωμάτων και Ελευθεριών.

Την 1η Δεκεμβρίου 1997, με απόφαση που εξέπληξε τους περισσότερους νομικούς, ο δικαστής διαπίστωσε ότι δεκαετής ποινή είναι "εντελώς δυσανάλογη" προς το αδίκημα και κ. Latimer, που καταδικάστηκε σε δύο χρόνια λιγότερο.

Όμως, το Εφετείο, αντικατέστησε πάλι την ποινή με την αρχική των τουλάχιστον δέκα χρόνων, σημειώνοντας ότι υπάρχει η δυνατότητα του Κοινοβουλίου να τροποποιήσει την ισχύουσα νομοθεσία.

Το Ανώτατο Δικαστήριο του Καναδά χορήγησε στον Latimer άδεια για άσκηση προσφυγής με βάση την προστασία του ενάγοντος ενώπιον των ενόρκων που όφειλαν να ενημερώσουν τον Latimer, αν είχε το νόμιμο δικαίωμα να διαπράξει ευθανασία στην κόρη του και κατά πόσον η ελάχιστη ποινή για φόνο είναι σκληρή και ασυνήθιστη τιμωρία σε αυτές τις περιπτώσεις. Τον Ιανουάριο του 2001, το Δικαστήριο επικύρωσε την καταδίκη στην ποινή. Τον Φεβρουάριο του 2008, το τμήμα προσφυγών του Εθνικού Συμβουλίου Αποφυλάκισης χορήγησε στο Latimer αναστολή έκτισης της ποινής. Πεισιμένος, όμως ο Latimer ότι αδικώς καταδικάστηκε, θέλει τώρα μια νέα δίκη. (www.murderpedia.org), (www.lifenews.com)

2.1.2. Νομικό πλαίσιο χωρών που δεν εφαρμόζουν ευθανασία

Σχετικά, με τις χώρες που δεν εφαρμόζουν τη πρακτική της ευθανασίας, αυτές είναι οι εξής:

α.) Αγγλία

Στην Αγγλία η Βουλή των Λόρδων πρότεινε ένα νομοσχέδιο το 1936 για να νομιμοποιηθεί η ευθανασία, το οποίο όμως τελικά απορρίφθηκε. Οι προϋποθέσεις που έθετε ήταν ο ασθενής να είναι άνω των 21 ετών, να βρίσκεται σε καλή νοητική κατάσταση και να πάσχει από ανίατη και θανατηφόρα ασθένεια. Επίσης, το 1990 μία δεύτερη προσπάθεια που επιχειρήθηκε απορρίφθηκε ξανά.

Η νομιμοποίηση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας αποτελεί ένα δίλλημα για την κοινωνία της Βρετανίας. Σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη χώρα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ένα ποσοστό 84% τάχθηκε υπέρ της νομιμοποίησης της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας από τον ιατρό ενώ το αντίστοιχο 54 % υπέρ αυτής της μεθόδου από κάποιο μέλος της οικογένειας.

Πάντως, η ρύθμιση της ευθανασίας συνιστά ένα από τα πιο αμφισβητούμενα μέρη του Ποινικού και Ιατρικού Δικαίου. Στο Ηνωμένο Βασίλειο τόσο τα δικαστήρια όσο και οι νομοθέτες αρνούνται να άρουν την αντίρρηση κατά της ευθανασίας με αυστηρότερη ποινή την ανθρωποκτονία που συνεπάγεται ισόβια κάθειρξη. (Μαστοράκης Κ., 2010)

Χαρακτηριστικά, σε μια δικαστική υπόθεση στο Ηνωμένο Βασίλειο, η ασθενής Diane Pretty, που έπασχε από ανίατη ασθένεια, διαπίστωσε πράγματι την άρνηση τόσο από τη Βουλή των Λόρδων όσο και από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, να της εγκριθεί το δικαίωμα να οδηγηθεί σε θάνατο με τη διενέργεια ευθανασίας από το σύζυγό της, το 2002. (<http://www.bioethics.gr>)

Επίσης, αξίζει να σημειωθεί και η υπόθεση του Oliver Leslie Burke, που έπασχε από εκφυλιστική πάθηση του εγκεφάλου, και αφορούσε στον έλεγχο της νομιμότητας ή μη των κατευθυντήριων γραμμών για την ευθανασία που εκδίδονται από το Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο και που θα μπορούσαν να επιτρέψουν την διακοπή της θεραπείας, μέσω άσκησης προσφυγής στη Βουλή των Λόρδων, το 2005. Το βασικό επιχείρημα για τον έλεγχο της νομιμότητας είναι ότι ορισμένα τμήματα αυτών των κατευθυντήριων γραμμών, που έχουν να κάνουν με την παρακράτηση ή απόσυρση τεχνητής διατροφής και ενυδάτωσης ενδέχεται να αντιβαίνουν στο δικαίωμα της ζωής και στη δέουσα επιμέλεια και προσοχή των ασθενών. (S.M. White, 2005), (www.news.bbc.co.uk)

Παρόλα αυτά όμως, το Ιατρικό Δίκαιο δεν απαιτεί από τους ιατρούς να επιμένουν στην θεραπεία όταν ο ασθενής δεν την επιθυμεί. Άξιο αναφοράς είναι πως στην Αγγλία υπάρχει ο νόμος «περί αυτοκτονίας» του 1961, ο οποίος την θεωρεί επιτρεπτή! (Μαστοράκης Κ., 2010)

Αν ωστόσο η υποβοηθούμενη αυτοκτονία από τον ιατρό ή η ενεργητική ευθανασία νομιμοποιηθεί στο Ηνωμένο Βασίλειο, αυτό μπορεί να είναι έργο μόνο των παθολόγων. Το σημερινό νομοσχέδιο για την «Υποβοηθούμενη αυτοκτονία για τους ασθενείς τελικού σταδίου»¹⁹, επιδιώκει να νομιμοποιήσει την υποβοηθούμενη αυτοκτονία από τον ιατρό με την χρήση φαρμάκων. (Μαστοράκης Κ., 2010)

Πάντως, σε άλλη μία πρόσφατη έρευνα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 82% από το ευρύ κοινό υποστηρίζει την αλλαγή του νόμου ενώ το 75% τίθεται υπέρ της θέσπισης νέου νόμου²⁰ που θα επιτρέπει την υποβοηθούμενη αυτοκτονία στα άτομα που πάσχουν ανυπόφορα από κάποια τελική ασθένεια. Αυτή την αλλαγή στάσης έρχεται να ενισχύσει μία απόφαση βρετανικού δικαστηρίου το 2010, που αθώωσε την Κέι Τζιλντερντεϊλ που κατηγορείτο για απόπειρα δολοφονίας της κόρης της Λιν επειδή την βοήθησε να θέσει τέρμα στη ζωή της. Η κατηγορούμενη παραδέχθηκε ότι βοήθησε πράγματι την 31 ετών κόρη της, η οποία έπασχε από το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, να θέσει τέλος στη ζωή της. (www.tvxs.gr/news)

Τέλος, τον τελευταίο καιρό, ο γνωστός Άγγλος συγγραφέας Terry Pratchett, ο οποίος φέρει μάλιστα τον τίτλο του Sir, πρότεινε τη δημιουργία δικαστηρίων με δικαιοδοσία την έγκριση σε ασθενείς που πάσχουν από ανίατες ασθένειες, να θέσουν τέλος στη ζωή τους με τη βοήθεια ιατρού. (www.dailymail.co.uk)

β.) Ιταλία

Στην Ιταλία δυο προτάσεις²¹ προς ψήφιση κατατέθηκαν στη Βουλή για την νομιμοποίηση της ευθανασίας αλλά δεν κατέληξαν ποτέ να γίνουν νόμοι. Στην πρώτη προβλεπόταν ότι όταν ο ασθενής δεν απαιτεί λήψη μέτρων για τη συνέχιση της ζωής του, τότε η παράλειψη του ιατρού για την εφαρμογή μεθόδων επιμήκυνσης αυτής, δεν τον καθιστά ποινικά υπεύθυνο. Στη δεύτερη δινόταν η δυνατότητα στον ασθενή να αρνηθεί τη παράταση της ζωής του, θεμελιώνοντας έτσι τις προϋποθέσεις σχηματισμού της

¹⁹ Βουλή των Λόρδων, δεύτερη ανάγνωση 12 Μαΐου 2006.

²⁰ Σύμφωνα με δημοσκόπηση του ινστιτούτου YouGov που δημοσίευσε η εφημερίδα Daily Telegraph.

²¹ Μία το 1984 και μία το 1985.

εικαζόμενης συναίνεσης. Αναφορικά με την ενεργητική ευθανασία, αυτή οριζόταν ότι θα τιμωρείται σαν ανθρωποκτονία με συναίνεση. (Μαστοράκης Κ., 2010)

Αντλώντας ένα παράδειγμα από την ιταλική δικαστηριακή πρακτική, χαρακτηριστική υπόθεση αποτελεί αυτή της Eluana Englaro που αποδεικνύει την έντονη αμφισβήτηση που επικρατεί στη χώρα για την ευθανασία.

Συγκεκριμένα, το 1992, η Englaro ενεπλάκη σε αυτοκινητιστικό ατύχημα που την άφησε σε σταθερή «φυτική κατάσταση» και απαιτούσε την συνεχή παροχή διατροφής και ενυδάτωσης. Το 1996, τέσσερα χρόνια μετά το ατύχημα, το πρωτοβάθμιο ιταλικό δικαστήριο (Tribunale Lecco) αποφάσισε ότι η Englaro ήταν ανίκανη και χρειαζόταν δικαστική συμπαράσταση, για αυτό διόρισε τον πατέρα της Berrino Englaro ως επιμελητή της.

Για τα επόμενα δεκαεπτά χρόνια, ο κ. Englaro θα αρχίσει έναν πολύχρονο δικαστικό αγώνα για να εφαρμόσει αυτό που θεωρεί ότι ήθελε η κόρη του, δηλαδή τη διακοπή παράτασης της ζωής της. Το 1999 και το 2002 το πρωτοβάθμιο Δικαστήριο απέρριψε συνεχόμενα αιτήματα του κ. Englaro για την απόσυρση παροχής ενυδάτωσης και σίτισης στην κόρη του. Και στις δύο περιπτώσεις το Εφετείο απέρριψε σε δεύτερο βαθμό τη προσφυγή του.

Έπειτα, ο κ.Englaro, με τη βοήθεια ενός νέου δικηγόρου, ο οποίος ήταν καθηγητής συνταγματικού δικαίου, υπέβαλε έκτακτη προσφυγή στο Ανώτατο Ακυρωτικό Δικαστήριο (Cassazione) για να επανεξεταστεί κατά πόσον το πρωτοβάθμιο είχε ερμηνεύσει και εφαρμόσει ορθώς το νόμο. Το εν λόγω δικαστήριο το 2005 εξέδωσε απορριπτική απόφαση λόγω έλλειψης ενός δικαστικά διορισμένου κηδεμόνα - δικαστικού επίτροπου και άμεσα ο κ. Englaro ζήτησε το διορισμό επόπτη. Το δικαστήριο έπειτα συμφώνησε με τον κ. Englaro ότι η παροχή τροφής και νερού πρέπει να διακοπεί, αλλά πάλι το πρωτοβάθμιο δικαστήριο απέρριψε το αίτημα του κ. Englaro.

Το 2006, το Εφετείο ενέκρινε για πρώτη φορά ότι ένας κηδεμόνας μπορεί να λάβει απόφαση διακοπής παράτασης της ζωής αλλά πάλι απέρριψε το αίτημα του κ. Englaro, κρίνοντας ότι τα αποδεικτικά στοιχεία ήταν ανεπαρκή για να συναχθεί σαφώς ότι η Englaro ήθελε να τερματιστεί η παροχή ιατρικής υποστήριξης.

Εν συνεχεία, ο κ. Englaro προσέφυγε πάλι το 2007 στο Ανώτατο Ακυρωτικό Δικαστήριο που εξέδωσε μια απόφαση που θα άλλαζε την ιστορία της νομολογίας στην Ιταλία. Συγκεκριμένα, το δικαστήριο έκρινε ότι μπορεί να επιτραπεί η απομάκρυνση της ιατρικής υποστήριξης σε ασθενείς που έχουν κριθεί ανίκανοι, όταν συντρέχουν σαφώς δύο προϋποθέσεις:

- ο ασθενής βρίσκεται σε μόνιμη φυτική κατάσταση σύμφωνα με τα διεθνώς αναγνωρισμένα πρότυπα.
- ο ασθενής δεν επιθυμεί να διατηρείται ζωντανός με τεχνητά μέσα, με βάση την προσωπικότητα, τον τρόπο ζωής του και την πεποίθηση του, που εκφράζεται μέσω του εκπροσώπου του.

Έπειτα, το Ανώτατο Ακυρωτικό Δικαστήριο διαβίβασε την υπόθεση στο Εφετείο για να καθοριστεί αν τα παρουσιασθέντα στοιχεία δείχνουν σαφώς ότι η Englaro επιθυμεί να διακοπεί η παροχή ενυδάτωσης και θρέψης. Το Εφετείο λαμβάνοντας υπόψη όλα τα πραγματικά περιστατικά και αποδεικτικά στοιχεία που αφορούν στην υπόθεση, χορήγησε στον κ. Englaro έγκριση για να διακόψει την ενυδάτωση και θρέψη της Englaro. Η απόφαση αυτή δημιούργησε πολιτικό σάλο στην Ιταλία, με αποτέλεσμα το Ιταλικό κοινοβούλιο να αντιδράσει. Η Βουλή και η Γερουσία το 2007, κατέθεσαν έφεση ενώπιον του Συνταγματικού Δικαστηρίου - Corte costituzionale della Repubblica Italiana, ισχυριζόμενες ότι η τελική απόφαση του πρωτοβάθμιου Δικαστηρίου και του Εφετείου παραβιάζουν το ιταλικό Σύνταγμα.

Το Συνταγματικό Δικαστήριο διαφώνησε με το Κοινοβούλιο, ανοίγοντας έτσι το δρόμο για την απόσυρση της Englaro από την παροχή διατροφής και ενυδάτωσης. Τελικά, η Englaro απεβίωσε στις 9 Φεβρουαρίου 2009. (<http://www.bioethics.gr>)

γ.) Ισπανία

Στην Ισπανία, έπειτα από την τραγική ιστορία του τετραπληγικού Ραμόν Σανπέδρο, του ήρωα της ταινίας «Η θάλασσα μέσα μου», που έδωσε τέλος στη ζωή του ύστερα από 29 χρόνια μάταιων προσπαθειών προκειμένου να του αναγνωριστεί το δικαίωμα να πεθάνει, η κυβέρνηση Θαπατέρο υποσχέθηκε προεκλογικά να προωθήσει σχετική νομοθεσία, χωρίς προς το παρόν να έχει επιχειρηθεί κάτι τέτοιο, καθώς το θέμα διχάζει έντονα την ισπανική κοινωνία.

Η Ισπανία απορρίπτει ως παράνομη την ενεργητική ευθανασία, όπως επίσης και την επίσπευση του θανάτου, διότι είναι αντίθετες με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Είναι χαρακτηριστικό πως η πλειοψηφία των Ισπανών αντιδρά σχετικά με την ενημέρωση του ασθενούς για την νόσο από την οποία πάσχει σε ποσοστό 61-73%! Πάντως, ο Ισπανικός Κώδικας Δεοντολογίας με τα άρθρα 51 και 52 αναφέρει πως, «όλοι οι ασθενείς και οι συγγενείς τους θα πρέπει να ενημερώνονται για την ασθένειά τους».

Αξιοσημείωτο πάντως είναι, ότι στην Ισπανία υπάρχουν 206 προγράμματα παρηγορητικής φροντίδας καθώς δίνεται μεγάλη σημασία στην αυτονομία του ασθενούς

και το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας έχει αναλάβει ηγετικό ρόλο σε αυτό το τομέα. Στην Ισπανία όπως και σε άλλες χώρες, η παρηγορητική φροντίδα έχει κάποια ειδικά χαρακτηριστικά πέρα από τις αρχές της Βιοηθικής καθώς στηρίζεται στον ρόλο της οικογένειας των ασθενών. (Μαστοράκης Κ., 2010)

δ.) Ουγγαρία

Η Ουγγαρία, έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών στον κόσμο, και θεωρεί την επικουρούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία και την ευθανασία, ως αξιόπινες εγκληματικές πράξεις. Η στάση απέναντι στην αυτοδιάθεση του ασθενούς και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι πολύ αμφιλεγόμενη. (Μαστοράκης Κ., 2010)

Συγκεκριμένα, το 2003, το ανώτατο δικαστήριο της Ουγγαρίας απέρριψε μια πρόταση νόμου που θα επέτρεπε η ευθανασία να νομιμοποιηθεί στη χώρα. Το δικαστήριο αποφάνθηκε ότι δεν υπήρχε ανάγκη να αλλάξει η ισχύουσα νομοθεσία η οποία υπήγαγε την ευθανασία σε μορφή ανθρωποκτονίας.

Η αλλαγή του νόμου είχε προταθεί από δύο δικηγόρους όταν μια μητέρα έπνιξε την εντεκάχρονη κόρη της, το 1993. Η κόρη έπασχε από μια ανίατη ασθένεια. Η μητέρα καταδικάστηκε σε δύο έτη φυλάκιση με αναστολή αλλά αφέθηκε έπειτα από χορήγηση προεδρικής χάρης, το 1996. (www.bosnewslife.com)

2.1.3. Το ελληνικό νομικό πλαίσιο για την ευθανασία

Σε εθνικό επίπεδο δεν υπάρχει ειδική νομοθεσία που να προσδιορίζει το αξιόπινο της ευθανασίας διότι όπως υποστηρίζεται, ορθά: «μπορεί ο νομοθέτης να θεωρεί την κατ' απαίτηση ανθρωποκτονία άδικη, δεν έχει όμως πάρει θέση για την περίπτωση που η ανθρωποκτονία αφορά άτομο, το οποίο πεθαίνει και μάλιστα με επώδυνο τρόπο». Μόνο, ορισμένες διατάξεις του ν.3418/2005, «Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας» οριοθετούν τις υποχρεώσεις του ιατρού κατά τα τελευταία στάδια της ζωής του ασθενούς. Ειδικότερα, ο Κώδικας απαγορεύοντας καθιονδήποτε τρόπο την ευθανασία, αναφέρει ρητώς στο άρθρο 29 § 3 ότι «ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει την επιθυμία ενός ασθενή να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, αλλά αυτό δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων οι οποίες στοχεύουν στην επίτευξη του θανάτου».

Στο ελληνικό Ποινικό δίκαιο η ευθανασία κρίνεται με βάση τους γενικούς κανόνες για την ανθρωποκτονία με δόλο (άρθρο 299 Π.Κ.), ανθρωποκτονία με συναίνεση

(άρθρο 300 Π.Κ.) και τη συμμετοχή σε αυτοκτονία (άρθρο 301 Π.Κ.). Με βάση τους κανόνες αυτούς, διευκρινίζεται αρχικά ότι δεν μπορούν όλες οι μορφές ευθανασίας να αντιμετωπιστούν με τον ίδιο τρόπο. Η ποινική τους αντιμετώπιση εξαρτάται από τον τρόπο που οδηγούν στο αποτέλεσμα του θανάτου, τον τρόπο που εκδηλώνεται η συμπεριφορά του υπαιτίου (με πράξη ή αντίστροφα με παράλειψη), αλλά και τη στάση του θύματος απέναντι στη συμπεριφορά του δράστη. (Voultsos P.et al., 2010)

Αναλυτικότερα, η μορφή της άμεσης ενεργητικής ευθανασίας θεωρείται κατά τη πλειοψηφία της νομικής θεωρίας αδικαιολόγητη, εφόσον το δικαίωμα της ζωής προστατεύεται από το νόμο με απόλυτο τρόπο. Επίσης, μία άλλη άποψη υποστηρίζει ότι η διακοπή της ζωής ενός ατόμου από ένα άλλο, συνιστά ετεροπροσβολή του δικαιώματος της αυτοδιάθεσης, ακόμα και αν το αίτημα για μία τέτοια ενέργεια εκφράζεται κατόπιν πλήρους και έγκυρης συνείδησης.

Ωστόσο, μία ομάδα θεωρητικών τάσσεται υπέρ της αποποινικοποίησης της ενεργητικής ευθανασίας όταν υπάρχει μια ανίατη και παρατεταμένη ασθένεια, ο ασθενής ζητεί σοβαρά και επίμονα τη θανάτωσή του και η εκτέλεση της ευθανασίας έχει αποφασισθεί ομόφωνα από ένα συμβούλιο που αποτελείται από τον θεράποντα ιατρό, έναν ιατροδικαστή, έναν καθηγητή της ιατρικής στην ειδικότητα που σχετίζεται με τη νόσο και το Γενικό Εισαγγελέα της περιοχής όπου βρίσκεται η κατοικία του ασθενούς.

Επιπλέον, στο πλαίσιο της ενεργητικής ευθανασίας, σύμφωνα με μία άποψη η ανθρωποκτονία με συναίνεση στο άρθρο 300 του Ποινικού Κώδικα συνιστά επιθανάτια διαδικασία όταν πληρούνται οι όροι που αναφέρονται. Τιμωρείται δε, ως ανθρωποκτονία με ποινή φυλάκισης 10 ημερών έως 5 ετών. Παρόλα αυτά, εξακολουθούν να υπάρχουν αμφιβολίες για το εάν το εν λόγω αδίκημα, υπάγεται σε ενεργητική μορφή ευθανασίας. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι, δεν διευκρινίζεται εάν ο δράστης είναι ιατρός και το θύμα ασθενής που πεθαίνει οδυνηρά, με αποτέλεσμα να δημιουργείται νομικό κενό για την ευθανασία.

Επίσης, το ίδιο άρθρο δύναται να αποτελέσει λόγο δικαστικός χάριτος, όταν συντρέχουν οι ακόλουθες προϋποθέσεις: (α) ο ασθενής πάσχει από σωματική ανικανότητα που οδηγεί στον επικείμενο θάνατό του ²² (β) τρεις ιατροί από το Εθνικό Σύστημα Υγείας έχουν εγκρίνει ομόφωνα ότι ο ασθενής θα υποστεί μεγάλη ταλαιπωρία μέχρι το τέλος της ζωής του και (γ) όλα τα ιατρικά μέσα που είναι διαθέσιμα για να τον

²² λ.χ. εντός των επόμενων 24 ωρών.

απαλλάξουν από τον πόνο έχουν ήδη χρησιμοποιηθεί και δεν μπορούν πλέον να δώσουν ανακούφιση.

Αναφορικά, με την έμμεση ενεργητική ευθανασία, αυτή γίνεται αποδεκτή στο ελληνικό ποινικό δίκαιο. Ωστόσο, η νομιμοποίησή της, εδράζεται σε διαφορετικές νομοθετικές θεωρήσεις. Από τη μία πλευρά, η άρση του τελικά άδικου χαρακτήρα της πράξης γίνεται με την αναλογική εφαρμογή του άρθρου 25 του Ποινικού Κώδικα, που περιγράφει τη κατάσταση ανάγκης, όταν συγκρούονται δύο έννομα αγαθά. Εν προκειμένω, έρχεται σε αντίθεση το αγαθό της ζωής και αυτό της ανακούφισης του πόνου, όταν προηγουμένως υπάρχει πλήρης συναίνεση του ασθενούς. Από την άλλη πλευρά, άλλοι θεωρητικοί του ποινικού δικαίου, υποστηρίζουν ότι η εν λόγω ιατρική πράξη είναι άδικη διότι δεν δύναται το αγαθό της «ποιότητας» της ζωής να είναι πιο σημαντικό από αυτή καθεαυτή τη ζωή. Υπογραμμίζουν ότι με αυτό τον τρόπο, ενισχύεται η εφαρμογή της άμεσης ενεργητικής ευθανασίας Βέβαια, υπό ορισμένες προϋποθέσεις η πράξη δεν θεωρείται παράνομη, όπως, όταν: (α) θεωρείται αποδεκτή βάσει της ιατρικής πρακτικής, (β) παρέχονται πρότερες ενδεδειγμένες οδηγίες σχετικά με τις πιθανές δυσμενείς επιπτώσεις της θεραπείας στον ασθενή ή σε περίπτωση ανικανότητας του, στους συγγενείς του, (γ) ο ασθενής έχει δώσει τη συγκατάθεσή του και (δ) η μέθοδος εφαρμόζεται από έναν εξειδικευμένο ιατρό- *lege artis*.

Σχετικά με την συμμετοχή σε αυτοκτονία, αυτή συνιστά ποινικό αδίκημα σύμφωνα με το άρθρο 301 του Ποινικού Κώδικα. Στο άρθρο, οι πράξεις πριν από την αυτοκτονία, όπως η χορήγηση των μέσων για τη τέλεσή της, παραμένουν στο περιθώριο της ποινικής διαδικασίας και ως εκ τούτου είναι ατιμώρητες. Στο πλαίσιο της προσφοράς ιατρικής βοήθειας σε αυτοκτονία, καθοριστικοί παράγοντες είναι οι εξής: (1) η δυνατή ή μη επιθυμία του ασθενούς να αυτοκτονήσει, που μπορεί να ερμηνευτεί συσταλτικά ή διασταλτικά και (2) ο διαχωρισμός μεταξύ της αυτενέργειας των δραστών²³ και της συμμετοχικής συμπεριφοράς. Στον αντίποδα της ποινικοποίησης της συμμετοχής σε αυτοκτονία, ορισμένοι επιστήμονες, ισχυρίζονται ότι η προστασία της ζωής και της σωματικής ακεραιότητας είναι ατομικά αγαθά υπέρ των κατόχων τους, αλλά το Σύνταγμα δεν υποχρεώνει τα άτομα να τα σεβαστούν εξαναγκαστικά. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, η ύπαρξη του δικαιώματος στο θάνατο κατοχυρώνεται συνταγματικά στο άρθρο 5 § 1,

²³ Βέβαια, στην Ελλάδα όταν πρόκειται για τέλεση αδικήματος, επικρατεί η λεγόμενη τυπική θεωρία που στηρίζεται στην έννοια της αιτιώδους συνάφειας, ήτοι όταν ανάμεσα στο σκοπό και στην ενέργεια υπάρχει συνδετική σχέση.

απορρέει από το δικαίωμα στην αυτοδιάθεση και αφορά στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας του ατόμου.

Όσον αφορά στη παθητική μορφή της ευθανασίας, κατά ευρεία αποδοχή, στη περίπτωση που ο ασθενής ή οι κοντινοί συγγενείς του, ζητούν ιατρική υποστήριξη με μηχανήματα, τότε ο ιατρός σύμφωνα με το άρθρο 9 παρ. 4 του ν. 3418/2005, ακόμα και εάν διαφωνεί με τη συνέχιση της θεραπείας, οφείλει να λάβει όλα τα απαραίτητα μέτρα για να διαφυλάξει τη ζωή του πάσχοντος. Διαφορετικά, θα κατηγορηθεί για τέλεση ανθρωποκτονίας με παράλειψη. Τώρα, όταν ο ασθενής με πλήρη συνείδηση δεν θέλει, είτε να αρχίσει είτε να σταματήσει τη θεραπεία, τότε ο ιατρός απαλλάσσεται της ιδιαίτερης νομικής υποχρέωσης να τον διατηρήσει στη ζωή. Με αυτό τον τρόπο, το αντικειμενικό στοιχείο ή αντικειμενική υπόσταση (actus reus) της ανθρωποκτονίας δεν πληρούται. Βεβαίως, η θέση αυτή επιδέχεται κριτικής λόγω:(1) των ασαφών και δυσδιάκριτων ορίων μεταξύ της ενεργητικής και παθητικής ευθανασίας²⁴ (2) της ύπαρξης μικτού τύπου πράξεων (συνδυασμού μορφών ευθανασίας, όπως η έμμεση ευθανασία) και (3) της αρχής της ισοδυναμίας μεταξύ μιας πράξης και μιας παράλειψης, όταν ενυπάρχει μία «ιδιαιτέρη νομική υποχρέωση» στο Ποινικό Δίκαιο, λ.χ. χορήγηση θεραπείας από τον ιατρό. Όμως ακόμα και εάν παρά την αξιολογία άρνηση του ασθενούς να δεχθεί μία θεραπευτική αγωγή, ο ιατρός την αρχίσει ή τη συνεχίσει, δεν υπέχει καμία ποινική ευθύνη²⁵, υποστηρίζουν ορισμένοι νομικοί. Επίσης μία άλλη άποψη διατυπώνει ότι η άρνηση του ασθενούς πρέπει να γίνεται σεβαστή, με εξαίρεση ορισμένες οριακές περιπτώσεις και ότι εάν ο ιατρός χρησιμοποιεί σωματική βία²⁶ για τη συνέχιση της θεραπείας, τότε διαπράττει το έγκλημα της παράνομης βίας (άρθρο 330 του Ποινικού Κώδικα).

Στη περίπτωση, που ο ιατρός παύσει να παρέχει τις υπηρεσίες του, για λόγους επιστημονικούς ή προσωπικούς και εφόσον δεν τίθεται σε άμεσο κίνδυνο η υγεία ή η ζωή του ασθενούς, οφείλει, εφόσον του ζητηθεί, να υποδείξει άλλο συνάδελφό του για την αναπλήρωσή του (άρθρο 9 § 4 του ν.3418/2005 «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας»). Διαφορετικά, είναι πιθανό ο ιατρός να θεωρηθεί υπεύθυνος για ανθρωποκτονία με παράλειψη εφόσον δημιουργείται ιδιαίτερη νομική υποχρέωση του και η παράλειψη της

²⁴ Δεδομένου ότι, ως επί το πλείστον σε ηθικό επίπεδο, υποστηρίζεται ότι ορισμένες μορφές ενεργητικής ευθανασίας είναι πιο νόμιμες από τις αντίστοιχες της παθητικής ευθανασίας.

²⁵ Με βάση την αναλογική εφαρμογή του άρθρου 25 του Ποινικού Κώδικα (κατάσταση ανάγκης), αφού διατηρεί το υπέρτατο αγαθό της ζωής.

²⁶ Επίσης, σε αυτή τη περίπτωση δημιουργούνται και αστικές ευθύνες σύμφωνα με το άρθρο 914 Αστικού Κώδικα.

οφειλόμενης νόμιμης ενέργειας τιμωρείται από τον ισχύοντα σε κάθε χώρα Ποινικό Κώδικα.

Επίσης, όταν υπάρχει ανάγκη για άμεση ιατρική παρέμβαση και ο ασθενής δεν είναι σε θέση να αποφασίσει ή να εκφράσει εγκύτως τη θέληση του διότι λ.χ. βρίσκεται σε κώμα, τότε ο ιατρός δύναται ελεύθερα να προβεί ή όχι στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης, (άρθρο 12 § 3 του ν.3418/2005 «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας»). Βέβαια, σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης, ο ιατρός οφείλει να προσφέρει την κατάλληλη ιατρική υποστήριξη. Αν αποτύχει να συμμορφωθεί με την υποχρέωση αυτή διαπράττει ανθρωποκτονία με παράλειψη. Εξάλλου και στο άρθρο 29 § 3 του «Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας» αναφέρεται ρητώς ότι ακόμα και αν ο θάνατος αναμένεται σε σύντομο χρονικό διάστημα και ο ασθενής έχει θέληση να πεθάνει, αυτό δεν αποτελεί επαρκή δικαιολογία για οποιαδήποτε πράξη του ιατρού που μπορεί να προκαλέσει το θάνατό του πρώτου.

Αναφορικά, με τη «πρόωρη ευθανασία» σε νεογνά, αυτή απαγορεύεται. Επίσης, η υπαγωγή του δράστη στο άρθρο 32 του Ποινικού Κώδικα, όπου η κατάσταση ανάγκης αποτελεί λόγο άρσης του καταλογισμού, αμφισβητείται και κατά τον Voultso P. et al, είναι απαράδεκτη. Επίσης, κατά τους ίδιους συγγραφείς αποτελεί μη δεκτό γεγονός στη σύγκρουση δύο νομικώς προστατευόμενων δικαιωμάτων που δεν είναι παρόμοια, όπως η ζωή-ποιότητα ζωής του νεογνού και η υπόσταση του ίδιου ανθρώπινου όντος-εμβρύου, να μεσολαβούν αστάθμητοι παράγοντες, όπως τρίτοι που καλούνται να λαμβάνουν αποφάσεις για όντα που δεν έχουν βούληση. Συνεπώς, μόνο σε πολύ ακραίες καταστάσεις συναισθηματικής φόρτισης του δράστη, η άρση του καταλογισμού μπορεί να γίνει δεκτή όταν λόγω των ισχυρών συναισθημάτων του, ο δράστης δεν είναι σε θέση να αντιληφθεί τη βαρύτητα της πράξης του ή δεν ενεργεί σύμφωνα με τη συνείδηση του στη βάση του άρθρου 34 του Ελληνικού Ποινικού Κώδικα. (Voultso P.et al., 2010)

Τέλος, αναφορικά, με την ύπαρξη των λεγόμενων «διαθηκών ζωής ή ευθανασίας» στην ελληνική έννομη τάξη, το άρθρο 29 παράγραφος 2 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας αναφέρει ότι είναι αδύνατο, αυτές να καταστούν δεσμευτικές στο εγγύς μέλλον. Σε κάθε περίπτωση, ακόμη και αν γίνονταν δεσμευτικές θα έπρεπε να ισχύουν για το διάστημα που διατηρούνται οι απειλητικές για τη ζωή συνθήκες και εφ' όσον ο ασθενής έχει δεόντως ενημερωθεί για την ιατρική περίθαλψη που μπορεί να του παρασχεθεί καθώς και για τα αποτελέσματά της. Για την κάλυψη των νομικών κενών που εντοπίζονται στο χώρο αυτό, είναι αναγκαία η νομοθετική παρέμβαση, ώστε να υπάρχει ασφάλεια στα τελευταία στάδια της ζωής, τόσο για τον ασθενή όσο και για το ιατρό. (Voultso P.et al., 2010)

Τώρα, σε συνταγματικό επίπεδο, τα ζητήματα που ανακύπτουν για την ευθανασία είναι υψίστης σημασίας. Καταρχήν, στο άρθρο 5 παρ. 2²⁷ του ισχύοντος Συντάγματος του 1975/1986/2001, το θεμελιώδες αμυντικό ατομικό δικαίωμα που κατοχυρώνεται είναι αυτό της ζωής έκαστου ατόμου. Η προστασία του, συνίσταται στην απόκρουση των επεμβάσεων του κράτους που θίγουν το ίδιο αλλά και τη φυσική υπόσταση και ακεραιότητα κάθε φυσικού προσώπου. Ειδικότερα, το κράτος έχει τόσο τη θετική υποχρέωση προστασίας της ζωής προληπτικά αλλά και όταν αυτή τίθεται σε κίνδυνο²⁸ όσο και την αρνητική υποχρέωση αποχής (*nec facere*) από πράξεις που θίγουν τον πυρήνα του δικαιώματος, αντίστοιχα.

Στο πλαίσιο της υποκειμενικής-αμυντικής λειτουργίας του δικαιώματος προστατεύεται η συγκεκριμένη ζωή «έκαστου προσώπου», ως αυτοσκοπός. Η προστασία ισχύει μόνον εφ' όσον το επιθυμεί ο εκάστοτε θιγόμενος άνθρωπος, που παραμένει κύριος της ζωής του και δύναται να τη «διαθέσει» όπως επιλέξει, αρκεί να μην προσβάλλει με τη δραστηριότητά του άλλους συνταγματικούς κανόνες και ιδίως την ανθρώπινη αξία.

Όμως, από το άρθρο 5 παρ. 2 Σ, καθιερώνεται και ένας κανόνας αντικειμενικού δικαίου προστασίας της ανθρώπινης ζωής σε όλες τις εκφάνσεις της. Ειδικότερα, η συνταγματική προστασία λειτουργεί όχι μόνο υπέρ των συγκεκριμένων κάθε φορά ατόμων αλλά και απρόσωπα με τη λήψη γενικών μέτρων για την εξασφάλιση της υγείας και της ασφάλειας όλων των πολιτών, ακόμη και χωρίς- ή πριν προβληθεί από κάποιον πολίτη- η σχετική αξίωση, όχι όμως και εναντίον στη βούληση του. Βέβαια κατά τα διδάγματα της κοινής πείρας και υπό κανονικές συνθήκες η θέληση αυτή πρέπει να θεωρείται ότι τεκμαίρεται, προκειμένου για το θεμελιώδες αγαθό της ζωής. Εάν, όμως ο πολίτης για οποιονδήποτε λόγο συνειδητά και με έγκυρη νομικά βούληση δεν επιθυμεί τη διατήρησή του στη ζωή, στα πλαίσια π.χ. μιας εκφρασμένης επιθυμίας αυτοκαταστροφής, το δικαίωμα στη ζωή δεν μπορεί να αποτελέσει φραγμό στην ελευθερία αυτοκαθορισμού του.

Καθίσταται, λοιπόν εμφανές ότι η ιδιαιτερότητα της κρίσης για τη νομιμότητα της ευθανασίας έγκειται όχι μόνο στην προβληματική για τη βούληση θανάτου από την

²⁷ «Όλοι όσοι βρίσκονται στην ελληνική επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας τους, χωρίς διάκριση εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων. Εξαιρέσεις επιτρέπονται στις περιπτώσεις που προβλέπει το Διεθνές Δίκαιο».

²⁸ Όχι μόνο από πράξεις ή παραλείψεις οργάνων του, αλλά και από πράξεις ιδιωτών ή και από τυχηρά γεγονότα.

πλευρά του ασθενούς, αλλά και στην ανακίνηση του ζητήματος του «νομικού υποκειμένου». Συγκεκριμένα, η ευθανασία και η νομική διάκρισή της από την αυτοκτονία, αναδεικνύει το γεγονός ότι στο σύγχρονο δίκαιο η εθελούσια κατάργηση της ιδιότητας του ανθρώπου και προσώπου, δηλαδή της ιδιότητας του νομικού υποκειμένου, καθίσταται αδιανόητη λ.χ. όπως καταδεικνύεται με το μονοπώλιο της επιβολής της θανατικής ποινής. Σύμφωνα με το δίκαιο, το «αποκλειστικό» δικαίωμα για τη κατάργηση της ιδιότητας του νομικού προσώπου έχει το κράτος. Αυτό, εξηγείται διότι η ζωή και η υγεία είναι ίσως τα αγαθά που κατεξοχήν προστατεύονται με απόλυτο τρόπο από τους νόμους και οι οποίοι κατοχυρώνουν μόνο για τα κρατικά όργανα το προνόμιο της θανάτωσης και της δικαιολογημένης σοβαρής προσβολής και διακινδύνευσης της υγείας και της σωματικής ακεραιότητας.

Στο πλαίσιο αυτό, οι συνταγματικές προβλέψεις για την απόλυτη προστασία της ζωής δεν αφορούν ευθέως τα ζητήματα της εκούσιας ευθανασίας και της αυτοκτονίας. Το Σύνταγμα προβλέπει την «απόλυτη» προστασία της ζωής, όμως αφήνει ελεύθερο τον νομοθέτη να επιτρέψει ή να απαγορεύσει την αυτοκτονία οποιασδήποτε μορφής ή και ενδεχομένως να τιμωρήσει την απόπειρα αυτοκτονίας. Επίσης, το αξιόποινο της συνδρομής τρίτου προσώπου ως βοηθού ευθανασίας ή αυτοκτονίας με την συναίνεση του παθόντος δεν αντίκειται στη διάταξη του άρθρου 5 παρ. 2, όπου ο νομοθέτης είναι πάντως ελεύθερος να αποφασίσει για το αξιόποινο ή μη μιας τέτοιας πράξης. (Καρανάσιου Χ., 2005)

Από την άλλη πλευρά, στο δικαίωμα για ευθανασία αντιπαρατίθεται από ορισμένους συγγραφείς, η απόλυτη προστασία της ζωής ως υποχρέωση κάθε πολιτείας, που προβάλλει ως εξ αντικειμένου δέσμευση του δικαίου και ως «έσχατο περιεχόμενο» κάθε έννομης τάξης. Το απόλυτο της προστασίας αυτής θεωρείται ότι καλύπτει και τον ίδιο το φορέα του έννομου αγαθού. Υποστηρίζεται λοιπόν ότι το άτομο δεν δικαιούται να παραιτηθεί από το δικαίωμά του στη ζωή, καθώς η έννομη τάξη έχει η ίδια συμφέρον να διατηρηθεί αυτό το αγαθό ακόμα και ενάντια στη βούληση του «φορέα» του αγαθού. Συνάγεται, λοιπόν, λογικά βάσει των συνταγματικών κανόνων για την απόλυτη προστασία της ζωής αλλά και της αξίας του ανθρώπου, ότι ο άνθρωπος ως άτομο έχει νομική υποχρέωση -προς τον «νομικό» εαυτό του, να μην καταστρέφει τη «ζωή» του, και επομένως η αυτοκτονία και η ευθανασία, ως εκφάνσεις της αυτοκαταστροφής, θεωρούνται παράνομες πράξεις.

Παρόλα αυτά, η νομιμότητα της εκούσιας ευθανασίας δεν αναιρεί το χαρακτηρισμό που της αποδίδεται, ως κατάργηση της νομικής υπόστασης του ατόμου και της «ανθρώπινης» ιδιότητάς του. Ο νομικά οριακός χαρακτήρας του δικαιώματος

στην ευθανασία και η τεκμηρίωσή του στη βούληση και απόφαση του ασθενούς για το ευ ζειν και ευ θνήσκειν, δικαιολογεί και απαιτεί τη νομική θεμελίωσή του, στην ελευθερία ανάπτυξης της προσωπικότητας και ειδικότερα στο άρθρο 5 παρ. 1 του Συντάγματος, που νοείται ως έλλειψη περιορισμών αναφορικά με τη φυσική και ψυχοσωματική ύπαρξη και δράση του ανθρώπου (Τσαϊτουρίδης Χ., 2002)

Κατά την αναζήτηση των συνταγματικών δικαιωμάτων του ασθενούς, έμφαση πρέπει να δοθεί στην έκφραση της βούλησης του ασθενή, η οποία λαμβάνει τη μορφή είτε θετικού αιτήματος για τη χορήγηση θανατηφόρων σκευασμάτων είτε άρνησης λ.χ. συνέχισης της ιατρικής αγωγής ή παραμονής σε νοσοκομείο. Πρόκειται ουσιαστικά για μια βούληση θανάτου και μάλιστα για δικαίωμα στο θάνατο.

Ειδικότερα, η συνταγματική θεμελίωση του δικαιώματος στην ευθανασία καλύπτει και τις δύο μορφές, τόσο την παθητική όσο και την ενεργητική ευθανασία, με βάση, ενδεικτικά, τις παραδοχές ότι: α) συνιστούν έναν τρόπο αυτοδιάθεσης, ο οποίος δεν οδηγεί καταρχήν σε προσβολή δικαιώματος τρίτων και επομένως ούτε της αντικειμενικής υποχρέωσης του Κράτους να προστατεύει τη ζωή και την υγεία, β) η άρνηση της θεραπείας, η απαλλαγή από τη βάσανο της νόσου, η απαξία που έχει από ηθική και νομική άποψη η επιβολή ιατρικής αγωγής καθώς και η απώλεια αυτενέργειας αποτελούν μερικά βασικά στοιχεία των δύο μορφών επιθανάτιας διαδικασίας. Όμως, ένα πρόσθετο έρεισμα για τη συνταγματική νομιμότητα της ενεργητικής ευθανασίας παραμένει η ελευθερία αυτοπροσδιορισμού, ήτοι η ελευθερία ανάπτυξης της προσωπικότητας και όχι τόσο η προσωπική, φυσική ελευθερία του άρθρου 5 παρ. 1 Συντ. Επίσης, η νομική και ειδικά συνταγματική απαξία της βασάνου και της παράτασης του ανυπόφορου βίου του ασθενούς, που εντοπίζεται στα άρθρα 2 παρ. 1 και 7 παρ. 2 Συντ., αποκτά κεντρικό χαρακτήρα και συνιστά πρόσθετο έρεισμα για την υπό όρους νομιμότητα της ενεργητικής ευθανασίας.

Ωστόσο, στο Ποινικό Δίκαιο επιβάλλεται διαφορετική νομική μεταχείρισή τους, καθώς η ενεργητική ευθανασία συνίσταται επιπρόσθετα στο αίτημα για την άμεση συνδρομή της πολιτείας στο πρόσωπο του ιατρού, για τη σύντμηση της ζωής και τον προσδιορισμό της ιατρικής αγωγής στη λήψη θανατηφόρων σκευασμάτων, ώστε να επέλθει η απαλλαγή από τη βάσανο

Από τα ανωτέρω εκτιθέμενα εν γένει, αποτελεί γεγονός ότι η ελληνική νομική θεωρία έχει κατά καιρούς προτείνει λύσεις de lege ferenda στο ζήτημα της ευθανασίας, αλλά οι απόπειρες να ασχοληθεί με το θέμα αυτό, ερμηνεύοντας το γράμμα του νόμου- de lege lata- ακόμα και προβαίνοντας σε εξ αντιδιαστολής ερμηνεία των ήδη ισχυόντων νόμων, δεν έχουν ακόμα ευδοκιμήσει. Βέβαια, αξίζει να σημειωθεί ότι έρευνες που

έχουν διεξαχθεί αποδεικνύουν ότι ευθανασία έχει εφαρμοσθεί σε πολλές περιπτώσεις χωρίς να έχει δημοσιευθεί κάτι ποτέ για το εν λόγω ζήτημα. Επίσης, τα ελληνικά δικαστήρια, δεν έχουν εκδώσει αποφάσεις που να δημιουργούν σχετική νομολογία για το επίμαχο αυτό θέμα. (Voultsos P. et al., 2010)

Επιλογικά, αξίζει να σημειωθεί ότι σε διεθνές επίπεδο και κυρίως σε ευρωπαϊκό δεν υπάρχει κοινή αντιμετώπιση στο θέμα της ευθανασίας. Χώρες, όπως η Ολλανδία, η Δανία, η Γαλλία αποδέχονται την επιθανάτια αυτή διαδικασία. Ενώ, άλλα κράτη όπως η Μεγάλη Βρετανία, η Ισπανία, η Ουκρανία, διατηρούν επιφυλάξεις σχετικά με το ζήτημα. Τέλος, άλλες χώρες όπως η Πορτογαλία, η Πολωνία και η Ρουμανία απορρίπτουν την ευθανασία. Σύμφωνα και με μία έρευνα που διεξήχθη και εξήγαγε τα προαναφερόμενα αποτελέσματα για 33 ευρωπαϊκές χώρες, κατέδειξε ότι η ασθενέστερη θρησκευτική πίστη και το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο συνδέεται με την υψηλότερη αποδοχή της ευθανασίας. Επίσης, οι ισχυρές εθνικές παραδόσεις συντείνουν στη διαφοροποίηση του επίμαχου και αέναου αυτού φιλοσοφικού ερωτήματος. (Cohen J. et al., 2006)

2.2. Η ιατρική προσέγγιση της ευθανασίας

Το ενδιαφέρον της ιατρικής επιστήμης σχετικά με το ζήτημα της ευθανασίας δεν αφορά μόνο στη διενέργεια της αμιγώς ιατρικής πράξης, αλλά στο τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες της υγείας αντιμετωπίζουν αυτή την επιθανάτια διαδικασία. Πολλές έρευνες έχουν διεξαχθεί για το θέμα και ειδικότερα σύμφωνα με μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 1996 στις Η.Π.Α²⁹, το 11% των ιατρών δήλωσαν ότι υπό τους υπάρχοντες νομικούς περιορισμούς θα ήταν πρόθυμοι να χορηγήσουν συνταγογραφούμενα φάρμακα, ενώ το 7% απάντησε ότι θα παρείχε τη θανατηφόρο ένεση σε ετοιμοθάνατους ασθενείς. Επίσης, το 36% και το 24% των ιατρών αντίστοιχα θα έπρατταν τα άνωθεν, εφόσον οι ενέργειες αυτές προβλέπονταν από το νόμο. Μετά την εξαγωγή αποτελεσμάτων από την έρευνα, διαπιστώθηκε ότι είναι σημαντικό το ποσοστό των ειδικευμένων ιατρών στους οποίους απευθύνονται οι πάσχοντες για τη εκτέλεση επιθανάτιων διαδικασιών και περίπου το 6% αυτών, έχουν συμμορφωθεί στις απαιτήσεις των ασθενών.

Επιπρόσθετα, η έρευνα κατέδειξε ότι ορισμένοι παράγοντες όπως, η θρησκεία, η ειδικότητα και η περιοχή άσκησης της ιατρικής επιστήμης συνδέονται με τη συμμετοχή του ιατρού στην ευθανασία.

²⁹ μέσω της χρήσης ερωτηματολογίων, όπου απαντήθηκε το 61% αυτών.

Χαρακτηριστικά, αναφορικά με το θρήσκευμα, η αναφερόμενη μελέτη δείχνει ότι οι ιατροί που πιστεύουν στην εβραϊκή θρησκεία, εμφανίζονται πιο πρόθυμοι στη πραγματοποίηση μεθόδων ευθανασίας. Βέβαια, να σημειωθεί ότι παλαιότερες έρευνες είχαν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι ιατροί που ασπάζονται τον εβραϊσμό και το καθολικισμό τείνουν δυσκολότερα να αποσύρουν τη μηχανική υποστήριξη με ιατρικά μέσα από τους ασθενείς.

Σχετικά με τις ειδικότητες των ιατρών, οι οποίοι γίνονται αποδέκτες των περισσότερων αιτημάτων ασθενών για ευθανασία, αυτό δεν δύναται να διακριβωθεί με ασφάλεια αφού εξαρτάται από το ληφθέν δείγμα της έρευνας, λ.χ. πολλές έρευνες συμπεριελάμβαναν μόνο ογκολόγους ιατρούς που φρόντιζαν ασθενείς με υψηλό δείκτη θνησιμότητας.

Σε κάθε περίπτωση η εν λόγω έρευνα επισημαίνει μεταξύ άλλων, ότι οι ιατροί χρειάζονται εκπαιδευτικές παρεμβάσεις που θα τους επιτρέπουν να διερευνήσουν το βαθύτερο νόημα της απαίτησης του ασθενούς καθώς και να εκτιμήσουν τη διανοητική του κατάσταση και το επίπεδο της παρηγορητική φροντίδας που υπάρχει, πριν προβούν σε οποιαδήποτε ενέργεια. Επιπρόσθετα, η νομιμοποίηση της διαδικασίας σύμφωνα με την έρευνα, θα συνέβαλε ενδεχομένως σε αύξηση του ποσοστού των ιατρών που θα συμμετείχαν σε πρακτικές ευθανασίας, η οποία θα επικρατούσε ως μέθοδος σύντμησης του χρόνου ζωής, σε πολλές περιπτώσεις. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι ο βαθμός προσβασιμότητας στη παρηγορητική φροντίδα ίσως να επιδρά στη θέληση του ιατρού να εφαρμόσει την ευθανασία, λειτουργώντας αποτρεπτικά για αυτόν, κάτι το οποίο πρέπει να εξεταστεί, με τη διεξαγωγή περαιτέρω ερευνών. (Meier E. D. et al, 1998).

Άλλη πιο πρόσφατη έρευνα, διεξήχθη στη Μεγάλη Βρετανία και δημοσιεύθηκε το 2011, και αφορά στη στάση των ιατρών σε θέματα ευθανασίας και υποβοηθούμενης αυτοκτονίας στη διάρκεια είκοσι ετών. Τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας, κατέδειξαν ότι οι ιατροί φαίνεται να αντιτίθενται στις δύο προαναφερθείσες επιθανάτιες διαδικασίες με στατιστικά σημαντικό παράγοντα τη θρησκευτική συνείδηση τους. Βέβαια, περαιτέρω έρευνες πρέπει να πραγματοποιηθούν προκειμένου να εντοπιστούν με μεγαλύτερη ακρίβεια τα αίτια στην άρνηση των ιατρών να εδραιώσουν τις ανωτέρω πρακτικές.

Πιο συγκεκριμένα, στη μελέτη αναφέρεται ότι η υψηλή θρησκευτική συνείδηση ενός ατόμου συνιστά αρνητικό παράγοντα στη διενέργεια επιθανάτιων πράξεων, ενώ αντίστοιχα το θρησκευτικό δόγμα δεν αποτελεί τόσο στατιστικά σημαντικό στοιχείο. Βέβαια, καμία έρευνα μέχρι τώρα δεν έχει ενασχοληθεί με την αλληλεπίδραση που ασκεί η μία έννοια στην άλλη. Επίσης, από τα ποιοτικά δεδομένα η έρευνα δεικνύει ότι ένα

άλλο κριτήριο που ασκεί καθοριστικό ρόλο στην αρνητική στάση των ιατρών σε αυτές τις μεθόδους είναι το καλό επίπεδο της παρηγορητικής φροντίδας που παρέχεται στους ετοιμοθάνατους ασθενείς, ως εναλλακτική λύση στη προτίμηση της υποβοηθούμενης από τον ιατρό, αυτοκτονίας. Επιπλέον, άλλα αίτια που επιδρούν στη συμπεριφορά του ιατρού είναι η ανάπτυξη των ιατρικών τεχνολογιών, η αποφυγή ταυτόχρονα μάταιων ιατρικών πρακτικών, η χαμηλή νοητική ικανότητα και διάθεση των πασχόντων ασθενών και τέλος η έννοια και η επίτευξη της ισορροπημένης αυτονομίας και της ελεύθερης βούλησης των τελευταίων. (McCormack R. et al., 2011)

Όσον αφορά στην αντιμετώπιση των επιθανάτιων διαδικασιών από τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, το ενδιαφέρον θα επικεντρωθεί στο νοσηλευτικό προσωπικό. Αναλυτικότερα, θα γίνει μία αναφορά από ιστορικής πλευράς στη στάση που τηρούσαν οι νοσοκόμες κατά τη διάπραξη ευθανασιών από τους Ναζί στη Γερμανία. Κατά τη περίοδο αυτή, οι νοσοκόμες συμμετείχαν σε όλη την επιθανάτια διαδικασία που περιελάμβανε τα στάδια της καταγραφής, επιλογής, μεταφοράς και μυστικής θανάτωσης των ηλικιωμένων, παραφρόνων, αθεράπευτα αρρώστων, παραμορφωμένων και τέλος των Εβραίων. Αναλυτικότερα, στα προγράμματα ευθανασίας για τα μικρά παιδιά βοηθούσαν στην ανθρωποκτονία τους, μέσω ενέσεων μορφίνης και σκοπολαμίνης, μη χορήγησης τροφής και υπερβολικής δόσης φαρμακευτικών ουσιών. Για τους ενήλικες προσέφεραν τις υπηρεσίες τους, για τη μεταφορά τους σε ινστιτούτα όπου και θανατώνονταν με την εκπομπή αερίων. Σε μεταγενέστερα στάδια, το νοσηλευτικό προσωπικό συνέδραμε τους ιατρούς στην ευθανασία ασθενών με θανατηφόρες ενέσεις. Στο διάστημα αυτό, παρατηρείται ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα, ασκούσαν άτομα χαμηλών κοινωνικών τάξεων και στοιχειώδους εκπαίδευσης που κατοικούσαν σε αγροτικές περιοχές και που θα μπορούσαν να υπηρετήσουν τις δομές και τα συμφέροντα της Εθνικής Σοσιαλιστικής, χάνοντας την αυτονομία τους.

Οι νοσοκόμες εκείνης της περιόδου είχαν εντολή να υπακούουν στην εφαρμογή επιθανάτιων διαδικασιών διότι διαφορετικά κινδύνευε η ζωή τους, δηλαδή εξαναγκάζονταν να προβούν σε αυτές, και πόσο μάλλον δε, εν μέσω εμπόλεμης περιόδου, όπως οι ίδιες υποστηρίζουν. Βέβαια, πολλές νοσοκόμες πίστευαν ότι οι εν λόγω πρακτικές δρουν λυτρωτικά για τους πάσχοντες απαλλάσσοντάς τους, από το πόνο και είναι ηθικά σωστές εφόσον γίνονται για λόγους ανθρωπιστικούς. Επίσης, αξίζει να αναφερθεί ότι οι μέθοδοι αυτές συνεισέφεραν στην οικονομική ενίσχυση του πολέμου και για αυτό το λόγο οι νοσοκόμες ελάμβαναν επιπρόσθετο χρηματικό ποσό, όταν συμμετείχαν σε τέτοια προγράμματα.

Αναφορικά με τη παρούσα κατάσταση, γενικότερα οι νοσοκόμες στη πράξη δεν συμμετέχουν ενεργά στη λήψη αποφάσεων για τη διενέργεια ευθανασίας και επιπλέον βρίσκονται πολλές φορές σε ευάλωτη νομική θέση. Βέβαια, αυτή η εν γένει έλλειψη καθοριστικής επίδρασης του νοσηλευτικού προσωπικού στις αποφάσεις για εφαρμογή επιθανάτιων διαδικασιών έρχεται σε αντίθεση με τη νομοθεσία του Βελγίου για την ευθανασία, όπου υπάρχει ουσιαστική επικοινωνία μεταξύ ασθενών και νοσοκόμων.

Πάντως, στη κλινική πρακτική, είναι ορθό το νοσηλευτικό προσωπικό να διαθέτει κύριο ρόλο στην επιθανάτια διαδικασία. Αυτό, θα επιτευχθεί με την κατάρτιση τόσο κατευθυντήριων γραμμών που αφορούν στη σχέση ιατρών και νοσηλευτών όσο και ενός ολοκληρωμένου νομικού πλαισίου που θα περιλαμβάνει όλους τους εμπλεκόμενους παράγοντες. Η μεγαλύτερη συμμετοχή των νοσηλευτών στο decision-making της ευθανασίας μπορεί να διασφαλίσει στους ασθενείς και στο οικογενειακό τους περιβάλλον ότι δε θα αισθανθούν επαγγελματικά και αισθηματικά εγκαταλελειμμένοι. Οι νοσηλεύτριες υποστηρίζουν ότι ένα εργασιακό συμμετοχικό περιβάλλον στο οποίο θα εκδηλώνουν τα αισθήματα και τις ανησυχίες τους, θα τους βοηθά να αντιμετωπίζουν το ζήτημα της ευθανασίας πιο αποτελεσματικά προσφέροντας υποστήριξη στους ασθενείς και στις οικογένειές τους.

Πράγματι, σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε και στην οποία συμμετείχαν νοσηλεύτριες από το Βέλγιο, αυτές απάντησαν ότι η ιδανική νοσηλευτική πρακτική απαιτεί αποτελεσματική ομαδική εργασία, υποστηρικτική αντιμετώπιση, κοινωνική αναγνώριση και επαρκή χρόνο για την εκτέλεση των καθηκόντων τους. Τα ανωτέρω χαρακτηριστικά, συνιστούν περιβαλλοντικούς παράγοντες που σύμφωνα με τη γνώμη τους, απουσιάζουν από τη καθημερινή εργασία τους. (M. Berghs et al., 2007)

Επίσης, σύμφωνα με μία έρευνα που ολοκληρώθηκε το 2005 στο Βέλγιο, τα αποτελέσματα της έδειξαν ότι οι νοσηλεύτριες αντιμετώπιζαν ηθικά διλήμματα, διότι εκείνες που τάσσονταν υπέρ της ευθανασίας ένιωθαν αβέβαιες και αδύναμες ως προς την εφαρμογή της, λόγω της απαγόρευσης της διαδικασίας από το νόμο, ενώ αυτές που ήταν κατά της επιθανάτιας πράξης, διέρχονταν μία ηθικής φύσεως διαμάχη, επειδή αφενός δεν ήθελαν να προβούν σε επιτάχυνση του θανάτου του ασθενούς και αφετέρου δεν μπορούσαν να τον βλέπουν να υποφέρει.

Πολλές φορές οι ίδιες αισθάνονταν ότι ίσως δεν κατανοούσαν πλήρως το αίτημα του ασθενούς για ευθανασία, πολλώ μάλλον δε οι νοσοκόμες που ασχολούνταν με τη παρηγορητική φροντίδα και έμεναν έκπληκτες με τέτοιου είδους επιθυμίες. Επιπλέον, κάποιες από αυτές ένιωθαν άβολα γιατί δεν γνώριζαν το νομικό πλαίσιο που διέπει την ευθανασία, βέβαια ισχυρίζονταν ότι ακόμα και εάν επιτρεπόταν αυτή λόγω των

προσωπικών τους πεποιθήσεων δε θα την εφάρμοζαν. Επίσης, ορισμένες θεωρούσαν θετικό το γεγονός ότι οι ασθενείς τους εμπιστεύονταν ένα τόσο προσωπικό ζήτημα. Πάντως, σε κάθε περίπτωση, η σωστή επικοινωνία του ιατρικού προσωπικού με το νοσηλευτικό αλλά και με τους πάσχοντες καθιστούσε τις νοσηλεύτριες πιο σίγουρες για το καθήκον και τον τρόπο φροντίδας αυτών των ασθενών.

Τέλος, οι νοσοκόμες θεωρούσαν ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σε κάθε στάδιο της διαδικασίας, αφού ανιχνεύουν με τη συζήτηση τις προθέσεις των πασχόντων για ευθανασία, επιχειρούν να ακούσουν με προσοχή την θεώρηση κάθε ασθενή γύρω από το ζήτημα και τα βαθύτερα αίτια που τον οδηγούν σε αυτή τη βούληση, ενημερώνουν τους άλλους επαγγελματίες υγείας και τους φροντιστές των αρρώστων, συμμετέχουν στη λήψη της απόφασης για την ευθανασία διασαφηνίζοντας τις επιθυμίες και το ιατρικό ιστορικό του αρρώστου, με τους ιατρούς να λαμβάνουν τη τελική απόφαση για τους ασθενείς, προσφέρουν συμπόνια και φροντίδα σε αυτούς και τους υποστηρίζουν όπως και τους συγγενείς των ασθενών. Άλλωστε δεν ήταν αυτές που διενεργούσαν τη τελική πράξη.

Επιπρόσθετα, για τη διατήρηση της ψυχικής τους ισορροπίας μέσα από τέτοιες εμπειρίες κρατούσαν μία συναισθηματική απόσταση από τους ασθενείς και αναζητούσαν στήριξη και συμπαράσταση από τους συναδέλφους τους, ενισχύοντας το ομαδικό πνεύμα συνεργασίας της ομάδας των επαγγελματιών υγείας αλλά και αποφεύγοντας τη μεγάλη εμπλοκή νοσοκόμων σε ζητήματα στα οποία δεν έχουν εξειδίκευση. (De Bal N. et al., 2006)

Σε κάθε περίπτωση, πρέπει να καταστεί ευκρινές ότι ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στη διαδικασία της ευθανασίας είναι σημαντικός και θα οφείλει να γίνεται αντιληπτός, ως αναπόσπαστο μέρος αυτής. Η εμπλοκή του υγειονομικού προσωπικού μέσα από τη καθιέρωση ολοκληρωμένου και επαρκούς νομικού και θεσμικού πλαισίου θα αποτελέσει τη πιο ουσιώδη συνιστώσα στην εφαρμογή επιθανάτιων πρακτικών.

2.3. Η θρησκευτική προσέγγιση της ευθανασίας

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει αναφορά στην αντιμετώπιση του ζητήματος της ευθανασίας από τη χριστιανική και τη μουσουλμανική θρησκεία. Αρχικά, στον ορθόδοξο χριστιανισμό απαγορεύεται ρητά και κατηγορηματικά με την εντολή «οὐ φονεύσεις», η ενέργεια αφαιρέσεως της ζωής από οποιονδήποτε άνθρωπο, ακόμα και αν αυτή μεταφράζεται ως «ευσπλαχνική θανάτωση». Η Διαρκής Ιερά Σύνοδος κατά το έτος 2000,

δήλωνε ότι: «*Η ζωή μας αποτελεί υπέρτατο Δώρο του Θεού, η αρχή και το τέλος του οποίου βρίσκονται στα χέρια Του και μόνο. (Ιώβ ιβ' 10). Αποτελεί τον χώρο μέσα στον οποίο βρίσκει την έκφραση του το αυτεξούσιο, συναντάται η χάρις του Θεού με την ελεύθερη βούληση του ανθρώπου και επιτελείται η σωτηρία του..... Κάθε δε ιατρική πράξη που δεν συντελεί στην παράταση της ζωής, ως ο όρκος του Ιπποκράτη ορίζει, αλλά προκαλεί επίσπευση της στιγμής του θανάτου, την καταδικάζει ως αντιδεοντολογική και προσβλητική του ιατρικού λειτουργήματος».*(Εισήγηση του Σεβασμιότατου Μητροπολίτη Φθιώτιδος Νικόλαου, 2003)

Βέβαια, η Ορθόδοξη Εκκλησία, δε φοβάται την ευθανασία όταν αυτή λαμβάνει την έννοια του καλού θανάτου με ανιδιοτελή κριτήρια και επομένως η απομάκρυνση από αυτή τη ζωή δε κρύβει εγωιστικά οφέλη. Αναλυτικότερα, η Εκκλησία κατανοεί πλήρως τη κατάσταση ενός ασθενούς, που τη τελευταία μέρα της ζωής του, προσπαθεί με κάθε τρόπο να απαλύνει το σωματικό και το συναισθηματικό του πόνο. Για αυτό το λόγο, δέχεται τη χορήγηση φαρμάκων σε ασθενείς με σκοπό την ανακούφιση τους, από την οδύνη του πόνου και τη θεωρεί ηθικά δικαιολογημένη. Όταν δε, ο θάνατος είναι αναπόφευκτος και σίγουρος και το πρόσωπο είναι πνευματικά προετοιμασμένο για να τον δεχθεί, τότε με την εξομολόγηση και τη θεία κοινωνία, η Εκκλησία ευλογεί το πρόσωπο αυτό να πεθάνει, χωρίς την παρέμβαση των διαφόρων ιατρικών μηχανημάτων υποστήριξης και παράτασης της ζωής. Αυτή η διαδικασία με την οποία ο ετοιμοθάνατος ευλογείται από την Εκκλησία, δικαιολογείται από το γεγονός ότι η ζωή μετά το θάνατο έχει μεγάλη αξία και σπουδαιότητα, γι' αυτό λοιπόν θα πρέπει η επιθανάτια διαδικασία να θεωρείται ως η απόκτηση και συνέχιση μιας άλλης ζωής. Επομένως το μυστήριο του θανάτου, αποτελεί απλώς ένα σκαλοπάτι που οδηγεί στην Ανάσταση και στην αιώνια ζωή. (Μαστοράκης Κ., 2010)

Αξίζει να σημειωθεί ότι στην Παλαιά Διαθήκη, η ευθανασία ελάμβανε την έννοια του θανάτου εξαιτίας πολεμικών αιτιών ή διωγμών, διότι μέσω αυτής, δηλωνόταν η αφοσίωση σε ανώτερες αξίες. Πολλές φορές, οι ήρωες επιθυμούσαν ή επεδίωκαν εκ προθέσεως το θάνατο, διότι τον θεωρούσαν ως ένα μέσο ούτως ώστε να μην οδηγηθούν στην ατίμωση. Σύμφωνα με αυτούς, ο θάνατος είναι λιγότερο κακός σε σχέση με την υποτίμηση που θα υφίσταντο από τον εχθρό. Χαρακτηριστικό παράδειγμα συνιστά ο Βασιλέας Αβιμελέχ, ο οποίος χτυπημένος από γυναίκα με μια πέτρα στο κρανίο του, προκειμένου να μην μαθευτεί κάτι τέτοιο και εξευτελιστεί, παρακάλεσε τον υπηρέτη του να επισπεύσει το θάνατο με την ρομφαία του.

Όσον αφορά στην αυτοκτονία με σκοπό την απαλλαγή από έναν ανυπόφορο βίο, και όχι ένεκα πολεμικής αιτίας ή διωγμού, αυτή η πράξη καταδικάζεται και αποτελεί όνειδος για τους επιζώντες συγγενείς του αυτόχειρα. (Μαστοράκης Κ., 2010)

Παρόλα τα ως άνω αναφερθέντα, η Εκκλησία επιθυμεί την ευθανασία από τον Θεό και όχι από τον άνθρωπο διότι η ζωή είναι δωρεά του Θεού και όχι του ανθρώπου, γι' αυτό και είναι ο μοναδικός που έχει δικαίωμα να την πάρει. Επίσης, δε δέχεται την πρόκληση του θανάτου με την χρήση κάποιου μέσου ή με την συνεπικουρία ενός άλλου για οποιοδήποτε λόγο. Απορρίπτει οποιαδήποτε μορφή θανάτου, ενώ δέχεται την παράταση της ζωής και την ήρεμη κατάληξη του προσώπου.

Όπως, η Ορθόδοξη Εκκλησία τήρησε και συνεχίζει να τηρεί αρνητική θέση σε οποιαδήποτε ενέργεια αφορά στην αφαίρεση της ζωής, ομοίως πράττει και η Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία. Πιο συγκεκριμένα, στις 26.6.1980, εξέδωσε μία «Δήλωση ευθανασίας» μετά από επίσημη απόφαση της «Ιεράς Συνόδου για την διδασκαλία της Πίστεως», στην οποία υπογραμμίζεται ότι: *«η ζωή είναι δώρο του Θεού αλλά και όταν ο θάνατος είναι αναπόφευκτος και στην προσέγγιση του, παρόλα τα χρησιμοποιούμενα μέσα, επιτρέπεται στην συνείδηση μας να αποφασίσει την άρνηση θεραπευτικών ενεργειών, που θα προκαλούσαν μόνο ασήμαντη και οδυνηρή παράταση της ζωής- χωρίς όμως να διακόψουμε τις στοιχειώδεις τακτικές φροντίδες στον άρρωστο»*. Επιπλέον, από το 1957 δεν απορρίπτει την παθητική ευθανασία καθώς στην εγκύκλιο «Η παράταση της ζωής», ο Πάπας Πίος XII ουσιαστικά έφερε την Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία σε μια θέση αποδοχής της παθητικής ευθανασίας, κάτι που επιβεβαίωσε με την θέση του και ο Πάπας Ιωάννης Παύλος II το 1980. Τέλος, για τη Προτεσταντική Εκκλησία η στάση απέναντι στην ευθανασία ποικίλλει. Η Μεταρρυθμισμένη (Προτεσταντική) Εκκλησία της Ολλανδίας το 1972, αποφάνθηκε ότι *«αποδέχεται την παθητική ευθανασία, ενώ η ενεργητική παραμένει προς συζήτηση»*. Από πολλούς, όμως Προτεστάντες θεολόγους, γίνεται δεκτή κάθε μορφή ευθανασίας, ακόμα και η ευγονική³⁰. (Μαστοράκης Κ., Μπαλογιάννης Σ., 2010)

³⁰ Ως ευγονική ορίζεται: *«η μελέτη μεθόδων ευρισκομένων κάτω από κοινωνικό έλεγχο για τη γενετική βελτίωση του είδους μας, διακρίνεται σε αρνητική και θετική, χωρίς ο χαρακτηρισμός αυτός να έχει αξιολογικό-ηθικό χαρακτήρα. Η πρώτη αφορά σε απομάκρυνση βλαπτικών μεταλλάξεων και η δεύτερη την αύξηση των ωφελίμων»*. Εφαρμόστηκε από τους Ναζί και σήμερα επανέρχεται ως «Νέα Ευγονική». Βέβαια στον παραπάνω ορισμό ο χαρακτηρισμός αρνητική και θετική δεν έχει. (www.alopsis.gr)

Αναφερόμενοι σε μια άλλη θρησκεία με πλήθος πιστών ανά τον κόσμο, αυτή του Ισλάμ, διαπιστώνουμε ότι η Σαρία³¹ απαγορεύει την απώλεια της ζωής με την μορφή της εθελοντικής αυτοκτονίας. Ειδικότερα, στο Ισλάμ η εφαρμογή της ευθανασίας με οποιαδήποτε μορφή και αν παρουσιάζεται είναι απαγορευμένη. Ακόμα και η διενέργεια ευθανασίας σε πάσχοντες από καρκίνο τελικού σταδίου, απαγορεύεται και λογίζεται ως αυτοκτονία. (Mousavi SM. et al.,2011) Ίσως, να είναι αποδεκτή μόνο από κάποιο πρόσωπο το οποίο δεν πιστεύει στον Θεό αλλά πιθανότατα αυτό σημαίνει πως για το πρόσωπο αυτό η ζωή δεν είναι ιερή. Αντιθέτως, για εκείνον που πιστεύει, θεωρείται αδύνατον να επιταχύνει το τέλος της ζωής του. Συγκεκριμένα και σε συνάρτηση των ως άνω αναφερθέντων, η Σαρία λέει: *«μην καταντήσετε ερείπιο από τα δικά σας χέρια»*. Επιπλέον, ο Ισλαμικός κώδικας ιατρικής δεοντολογίας που εγκρίθηκε από το Πρώτο Διεθνές Συνέδριο για την Ιατρική στο Ισλάμ αναφέρει ότι: *«Η ευπλαχνική θανάτωση, όπως η αυτοκτονία, δεν έχει βρει στήριξη, εκτός και αν χαρακτηρίζεται από τον αθεϊστικό τρόπο σκέψης που πιστεύει ότι η ζωή μας σε αυτή τη γη ακολουθείται από ένα τέλος. Το αίτημα της θανάτωσης εξαιτίας της απελπιστικής επώδυνης ασθένειας που οδηγεί στην απόρριψη της ζωής, δεν εξισορροπείται με τον ανθρώπινο πόνο που δεν μπορεί να κατακτηθεί σε μεγάλο βαθμό με φαρμακευτική αγωγή ή με κατάλληλη νευροχειρουργική θεραπεία ...»*. (Μαστοράκης Κ., Μπαλογιάννης Σ., 2010).

Συμπερασματικά, για τις δύο από τις πιο αντιπροσωπευτικές ανά τον κόσμο θρησκείες, τη χριστιανική και τη μουσουλμανική, η θεώρηση του ζητήματος της ευθανασίας είναι ομοίως, αρνητική. Απαγορεύουν την επιθανάτια αυτή διαδικασία. Λίγο πιο ευέλικτη στάση τηρούν αν μπορούμε να διακρίνουμε κάτι τέτοιο, η ρωμαιοκαθολική και η προτεσταντική εκκλησία που είναι πιο δεκτικές σε ορισμένες μορφές ευθανασίας. Είναι λογικό και επόμενο να παρατηρείται αυτή η αρνητική τάση από πλευράς των θρησκειών στην ευθανασία διότι αυτές προασπίζονται και σέβονται ένα από τα ανώτερα αγαθά των πιστών τους, την ανθρώπινη ζωή τους.

³¹ Εννοείται ως ο ισλαμικός θρησκευτικός κώδικας διαβίωσης. Είναι εμπνευσμένη από το Κοράνιο και χρησιμοποιείται ως αναφορά στο ισλαμικό δίκαιο, αλλά και στον ισλαμικό τρόπο ζωής γενικότερα (Wikipedia).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ:

1.Η ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

1.1. Η έννοια της βιοηθικής

Η βιοηθική είναι προέκταση της Ιατρικής ηθικής και είναι ένας νέος κλάδος, ο οποίος δημιουργήθηκε με την ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας, της ιατρικής, της βιολογίας καθώς και με τα επιτεύγματα που σημειώθηκαν στην βιοιατρική. Ο ορισμός της βιοηθικής προέρχεται από τις ελληνικές λέξεις «βίος» και «ηθική», και έχει ως σημείο εκκίνησης τον Van Rensselaer Potter ο οποίος θεωρείται ο πατέρας της βιοηθικής. Ο ίδιος ανέφερε τη λέξη για πρώτη φορά το 1971 στο βιβλίο του, «Bioethics: A Bridge to the future». Ο Potter προχώρησε σε αυτό τον ορισμό με κύρια πρόθεση την προσαρμογή της ανθρώπινης γνώσης και την ενσωμάτωση οικολογικών εννοιών και αρχών στην ιατρική επιστήμη και γενικά σε θέματα υγείας. Επιχειρούσε να βρει μία έννοια που να εξισορροπεί τον επιστημονικό προσανατολισμό της ιατρικής με τις ανθρώπινες αξίες. Τελικά δημιούργησε τον όρο «βιοηθική» ο οποίος σήμερα έχει στόχο: τη δημιουργία βαθυστόχαστων φιλοσοφικών ερωτημάτων για την ηθική, την αξία της ζωής, τι είναι ο άνθρωπος και την σημασία του, συμβάλλει στη καλύτερη κατανόηση των αρχών αυτών, περικλείει ζητήματα της δημόσιας πολιτικής και κατευθύνει και ελέγχει την βιοιατρική επιστήμη. Η αιτία για την ανάπτυξη της βιοηθικής οφείλεται στις επιτεύξεις στην ιατρική επιστήμη και στη τεχνολογία που δημιούργησαν ένα ενδιαφέρον για ηθικά ζητήματα, για παράδειγμα στις σχέσεις ιατρού, ασθενή και νοσηλευτικού προσωπικού. Επιπλέον δημιουργούνται ερωτήματα για τα δικαιώματα ασθενών, την έκτρωση, την ανθρώπινη κλωνοποίηση, την ευθανασία και άλλα βιοτεχνολογικά και γενετικά θέματα.

Η βιοηθική, ως αναπτυσσόμενος επιστημονικός κλάδος συναντά δυσκολία εφαρμογής κατά τη λήψη πολύπλοκων ιατρικών αποφάσεων. Για αυτό το λόγο, δημιουργούνται εξειδικευμένα στελέχη στα νοσοκομεία που εκπαιδεύονται σε αυτή την επιστήμη και καταρτίζονται στη φιλοσοφία, στη ψυχολογία, στη θρησκεία, στο δίκαιο, στις ανθρωπιστικές και κοινωνικές επιστήμες. (Guyer, 1998) Ρόλος τους, είναι να βοηθούν τους επαγγελματίες υγείας, τον ασθενή και την οικογένεια του, στις δύσκολες ιατρικές αποφάσεις που καλούνται να λάβουν. Σε αυτό το πλαίσιο, τα στελέχη αυτά

διασφαλίζουν την επικοινωνία όλων των εμπλεκόμενων μερών για το σωστό χειρισμό περιπτώσεων που σχετίζονται με την ευθανασία και την υποβοηθούμενη αυτοκτονία.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι πολύ συχνά, αυτοί οι ειδικευμένοι επαγγελματίες συναινούν με το ιατρικό προσωπικό στη παροχή περίθαλψης σε ετοιμοθάνατους ασθενείς (DeVries και Subedi, 1998). Βέβαια αυτή η συναίνεση που επιδεικνύουν κάποιες φορές, όταν αφορά σε επιλογές συγκράτησης του οικονομικού κόστους, που ωφελούν τις ασφαλιστικές εταιρίες, έρχεται σε αντίθεση με το ρόλο τους. (Shalit, 1997)

1.1.1.Οι Αρχές της βιοηθικής

Για την καλύτερη κατανόηση της βιοηθικής και των ηθικών θεμάτων που άπτονται του ενδιαφέροντος της, είναι σημαντικό να παρουσιάσουμε τις πέντε βασικές αρχές που τη διέπουν και εφαρμόζονται και στη περίπτωση της ευθανασίας:

α.) Ο Σεβασμός της αυτονομίας - (Respect of Autonomy)

Η αρχή του σεβασμού της αυτονομίας ανάγεται στο δικαίωμα του κάθε ανθρώπου να κάνει τις δικές του επιλογές σε ότι αφορά στην υγεία του, στην θεραπεία του, βασιζόμενες στις προσωπικές του πεποιθήσεις και αξίες. Τα άτομα οφείλουν να προασπίζουν τις απόψεις και τα δικαιώματά τους, εφόσον δεν βλάπτουν σοβαρά τους άλλους. Ο σεβασμός της αυτονομίας εμπεριέχει μερικούς συγκεκριμένους κανόνες οι οποίοι είναι: η διατύπωση της αλήθειας, ο σεβασμός στην ατομικότητα και ιδιαιτερότητα κάθε ατόμου, η προστασία των εμπιστευτικών πληροφοριών, η διασφάλιση της συναίνεσης για κάθε παρέμβαση σε ασθενή, η παροχή βοήθειας σε άτομα κατά τη λήψη σημαντικών αποφάσεων. Ειδικότερα, σε θέματα ευθανασίας, η αρχή του σεβασμού της αυτονομίας είναι μία από τις κυριότερες αρχές η οποία μπορεί να μεταφραστεί με διαφορετικούς τρόπους, ανάλογα με την κάθε περίπτωση.

β.) Η μη πρόκληση βλάβης- (Non - maleficence)

Η αρχή της μη βλάβης αναφέρεται στην υποχρέωση κάθε ατόμου να μην βλάπτει τον συνάνθρωπό του, εμπεριέχεται στο ρητό, «πάνω από όλα να μην βλάψεις», (above all or first do not harm) και στηρίζεται στον όρκο του Ιπποκράτη. Η αρχή του μη βλαβερού υποστηρίζεται από ορισμένους ηθικούς κανόνες, όπως: «Μη σκοτώσεις», «Μην προκαλέσεις πόνο ή βασανισμό», «Μην προκαλέσετε προσβολή της αξιοπρέπειας του ατόμου», «Μην στερήσετε τα αγαθά της ζωής του ατόμου». Ορισμένες υποχρεώσεις που πηγάζουν από αυτή την αρχή σχετίζονται με τη μη επιβολή κινδύνων που μπορεί να

βλάβουν άλλους ανθρώπους. Σε αυτή την αρχή εμπερικλείεται και η απόσυρση θεραπευτικής αγωγής που παρατείνει τη ζωή του ασθενούς. Σε αυτή τη περίπτωση γεννάται το ηθικό δίλημμα εάν με την απόσυρση της θεραπευτικής αγωγής, βλάπτουμε τον ασθενή ή τον βοηθάμε.

γ.) Η Ευεργεσία - (Beneficence)

Η αρχή της Ευεργεσίας περιλαμβάνει μία ομάδα κανόνων για την παροχή ωφελειών και την αντιστάθμισή τους ενάντια στους κινδύνους και στις δαπάνες. Η ευεργεσία δηλώνει ενέργειες όπως το έλεος, η ευγένεια, η φιλανθρωπία. Η έννοια αυτής της αρχής περιλαμβάνει την αυταπάρνηση, τον αλtruισμό, την αγάπη και την ανθρωπιά. Οι κανόνες που τη διέπουν είναι: η προστασία και η υπεράσπιση των δικαιωμάτων αλλά και η αποτροπή της ζημιάς καθώς και η εμφάνιση της σε άλλα άτομα, η αποφυγή καταστάσεων που θα προκαλέσουν ζημιά σε άτομα με ειδικές ανάγκες, η διάσωση ατόμων που ζητούν βοήθεια και βρίσκονται σε κίνδυνο. Σε αυτή την αρχή εμπεριέχεται και ο καθορισμός της ποιότητας της ζωής και τρόποι μέτρησης της, που αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα για την απομάκρυνση και διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής και τη διενέργεια ευθανασίας.

δ.) Η Δικαιοσύνη - (Justice)

Η αρχή της δικαιοσύνης σχετίζεται με μια ομάδα κανόνων για τη διανομή αξιών, ρίσκων και δαπανών στα άτομα. Ο ίσος χειρισμός, η δίκαιη μεταχείριση μεταξύ των ανθρώπων είναι μερικές λέξεις που παραπέμπουν στην έννοια της δικαιοσύνης. Η αρχή της δικαιοσύνης απαντά σε ερωτήματα, όπως: ποια είδη υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης θα υπάρξουν σε μία κοινωνία, ποίο άτομο θα λάβει αυτές τις υπηρεσίες και σε ποια βάση, ποίος θα τους παρέχει αυτές τις υπηρεσίες, πως θα διανεμηθούν τα φορτία της χρηματοδότησης τους και πως θα εξεταστεί η σημαντικότητα των υπηρεσιών που θα διανεμηθούν. Σε κάθε άτομο πρέπει να εφαρμόζεται δικαιοσύνη, ανάλογα με τις ανάγκες του. Αναφορικά με τα θέματα υγείας η αρχή συσχετίζεται με τον ίσο χειρισμό ατόμων στις ιατρικές και παραϊατρικές υπηρεσίες ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση, χρώμα δέρματος, θρησκείας, εθνικότητας, ηλικίας και φύλου. Η αρχή της δικαιοσύνης βρίσκει εφαρμογή σε θέματα ευθανασίας, με την επιλογή του τρόπου και του χρόνου θανάτου καθώς και στην εφαρμογή αξιοπρεπούς θανάτου. (www.BeStrong.org.gr)

ε.) Η Αρχή Διατήρησης της Ζωής- (Preservation of life)

Αποτελεί την ηθική υποχρέωση της προστασίας και διατήρησης της ανθρώπινης ζωής όποτε αυτό είναι δυνατόν.

Τέλος, αξίζει σε αυτό το σημείο να αναφερθεί ότι στη βιοηθική αυτές οι αρχές δύναται να συγκρουστούν όταν παρουσιάζονται ηθικά διλήμματα. Σε αυτή τη περίπτωση υπερισχύει η αρχή και κατ'επέκταση το καθήκον που έχει τη πιο βαρύνουσα σημασία και είναι πιο αυστηρό σε σχέση με το άλλο που είναι λιγότερο υποχρεωτικό, χωρίς όμως το τελευταίο να εξαφανίζεται από τη σύγκρουση και να παύει να υπάρχει. Αντίθετα και τα δύο καθήκοντα που προκύπτουν από τις προαναφερθείσες αρχές εξακολουθούν να είναι παρόντα με έναν σχετικό ηθικό δεσμό. (www.equip.org)

1.1.2. Η σύμβαση βιοηθικής

Οι σύγχρονες ανακαλύψεις της γενετικής και άλλων επιστημών όπως η νευροβιολογία και η εμβρυολογία, οδήγησαν τον άνθρωπο στη μεγαλύτερη πρόσβαση στη γνώση σχετικά με τους μηχανισμούς της ίδιας του, της ζωής. Πλέον, ο άνθρωπος μπορεί να παρέμβει στη διαδικασία ανάπτυξης της ζωής και να την τροποποιήσει. Η αντιμετώπιση τέτοιου είδους προκλήσεων οδήγησε το θεσμικό όργανο του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου στη κατάρτιση της σύμβασης της βιοηθικής. Πιο συγκεκριμένα, η U.N.E.S.C.O. (United Nations Educational Scientific and Cultural Organization), σχεδίαζε το 1998³², μια διεθνή Διακήρυξη για την εφαρμογή των νέων βιοεπιστημών στον άνθρωπο με αρχικό τίτλο «Διακήρυξη Βιοηθικής». Η κατάρτιση της σύμβασης της βιοηθικής του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου, είχε ως σκοπό να επηρεάσει αυτή τη διεθνή διακήρυξη. Κατά τη διαμόρφωση αυτής της σύμβασης ως κύριος στόχος του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου διατυπώθηκε η επίτευξη μιας ευρύτερης ενότητας απόψεων ανάμεσα στα μέλη.

Η σύμβαση καταρτίστηκε ως «σύμβαση-πλαίσιο». Αυτό συνεπάγεται ότι περιέχει γενικές αρχές πάνω στην εφαρμογή της Βιολογίας και της Ιατρικής στους ανθρώπους, οι οποίες τον Νοέμβριο του 1996 εγκρίθηκαν πανευρωπαϊκά και από τότε επιδρούν στην

³² 50 χρόνια μετά τη γενική διακήρυξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων το 1948.

νομοθεσία και στην πρακτική των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα της εφαρμογής των βιοεπιτημών. Η Ελλάδα υπήρξε μια από τις χώρες, που κατά τη διαδικασία συζήτησης του κειμένου της σύμβασης δεν εξέφρασε επίσημα ενστάσεις ή αντιστάσεις, όπως άλλα κράτη - κυρίως η Γερμανία-, η οποία και τελικά ήταν η μόνη ευρωπαϊκή χώρα που δεν υπερψήφισε την σύμβαση.

Αναφορικά, με το περιεχόμενό της, στην εισαγωγή του κειμένου της, γίνεται μνεία σε όλες της ευρωπαϊκές και παγκόσμιες ανθρωπιστικές διακηρύξεις, στην παράδοση των οποίων θεωρείται ότι ανήκει η σύμβαση Βιοηθικής. Επίσης, η προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και των βασικών ελευθεριών είναι οι κύριες ιδέες που αναφέρονται ως βάση του τελικού κειμένου.

Τα συγκεκριμένα θέματα, που αναλύονται στο κείμενο της συμφωνίας, είναι: η συγκατάθεση των ενδιαφερόμενων προσώπων σε περίπτωση επεμβάσεων στον τομέα της υγείας εν γένει και στον τομέα της έρευνας των βιοεπιτημών, η ιδιωτική σφαίρα των ενδιαφερόμενων προσώπων και το δικαίωμά τους στην πληροφόρηση, η άσκηση επιστημονικής έρευνας στον τομέα της βιολογίας και της ιατρικής, η επέμβαση στον ανθρώπινο γενετικό κώδικα, η θέση ατόμων που δεν είναι ικανά να δώσουν την συγκατάθεσή τους σε θέματα έρευνας στη νέα τάξη πραγμάτων, η έρευνα σε έμβρυα και τέλος η λήψη οργάνων και ιστών από δωρητές για μεταμοσχεύσεις.

Ένα από τα σημαντικότερα σημεία, που πυροδότησε πολλές συζητήσεις και αναστάτωση, είναι το θέμα της συγκατάθεσης των ενδιαφερόμενων προσώπων σε επεμβάσεις τόσο ιατρικού όσο και ερευνητικού χαρακτήρα και οι ρυθμίσεις για τα άτομα που θεωρούνται ανίκανα να δώσουν την συγκατάθεσή τους. Ως τέτοια θεωρούνται παιδιά και κυρίως αυτά χωρίς (φυσικούς) γονείς, που μεγαλώνουν σε ιδρύματα ή στον δρόμο, και αυτό διότι υπάρχουν μόνο τρίτα πρόσωπα, υπηρεσίες ή συμβούλια, που σε τέτοια περίπτωση τα αντιπροσωπεύουν και παίρνουν αποφάσεις για λογαριασμό τους. Σε αυτή την ομάδα ανήκουν επίσης ψυχικά πάσχοντα πρόσωπα, άνθρωποι με νοητική αναπηρία, οργανικά ψυχοσύνδρομα ή ανοικτά ηλικιωμένα άτομα, ασθενείς σε κατάσταση κώματος ή ημι-κώματος μετά από σοβαρά ατυχήματα.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι πριν την υπερψήφιση της σύμβασης το 1996, είχαν ξεσπάσει έντονες κριτικές τάσεις και αντιδράσεις εξαιτίας λόγων, όπως της δυνατότητας διενέργειας πειραμάτων σε ανάπηρους που αυτή νομικά κατοχύρωνε. Για αυτό το λόγο ασκήθηκε έντονη κριτική από ενώσεις αναπήρων, κοινωνικούς φορείς και χριστιανικές και ιουδαϊκές εκκλησιαστικές κοινότητες, και ενώσεις ειδικών κυρίως από το χώρο της ψυχιατρικής. Σε αυτές τις διαμαρτυρίες τονίστηκαν και αναλύθηκαν έντονες λογικές και

φιλοσοφικές ομοιότητες της σημερινής σύμβασης με την πρακτική της ευθανασίας και της βίαιης στείρωσης στον καιρό του τρίτου Ράιχ στην Ευρώπη και με άλλες παρόμοιες κινήσεις σε όλο τον υπόλοιπο κόσμο. Επιπρόσθετα, το δικαίωμα επέμβασης στον ανθρώπινο γενετικό κώδικα, ακόμα κι αν επιτρέπεται μόνο για προληπτικούς λόγους, αποτελεί σύμφωνα μ' αυτήν την κριτική στάση, μια ξεκάθαρη θέση πάνω στο θέμα της αξίας της ανθρώπινης ζωής καθαυτής, της αξίας της ανάπηρης ή δυνητικά ανάπηρης ζωής, και νομιμοποιεί ανθρώπινες παρεμβάσεις στην φύση με ανεξέλεγκτες συνέπειες.

Πάντως, είναι γεγονός ότι αυτό το προσχέδιο της σύμβασης και η επιχείρηση προστασίας και κάλυψης του από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο επανέφερε πάλι στην επικαιρότητα, ζητήματα όπως η σταδιακή αποδυνάμωση των λεγόμενων δημοκρατικών θεσμών (εθνικών κοινοβουλίων) στα πλαίσια της ενωμένης Ευρώπης.

Συνεπώς γίνεται φανερό ότι η Βιοηθική υφίσταται κριτική, με όλες αυτές τις διαμαρτυρίες, και αποκαλείται ως η αυτονομιμοποίηση μιας ολοκληρωτικής ιατρικής. Όμως με την υπερψήφιση της σύμβασης το 1996 δείχνει να έκλεισε τουλάχιστον από νομικής πλευράς, η συζήτηση για την αξία και την ιεράρχηση των σημασιών γύρω από την ανθρώπινη ζωή. Η Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας, χωρίς να κατανηφίσει ανοιχτά τη σύμβαση, ήταν η μόνη χώρα που αρνήθηκε ωστόσο να καταθέσει ψήφο στην τελευταία αποφασιστική συνεδρία. Τέλος, το έργο της ομάδας ειδικών, που διαμόρφωσαν το τελικό κείμενο της συμφωνίας έχει κανονιστικό-νομοθετικό χαρακτήρα για περίπου 320 εκατομμύρια πολίτες της Ευρώπης και πρόκειται μέσω της U.N.E.S.C.O. να επηρεάσει ολοφάνερα τα επόμενα χρόνια τους πολίτες όλου του κόσμου. (<http://www.scribd.com>)

1.2. Η διεθνής διάσταση της βιοηθικής σε ζητήματα ευθανασίας

Στο πλαίσιο της ανάλυσης της διεθνούς διάστασης της βιοηθικής σε θέματα ευθανασίας, επιχειρήθηκε η βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος, ανατρέχοντας στη σχετική αρθρογραφία. Ξεκινώντας την ανάλυση, δύνανται να εντοπιστούν ορισμένοι ηθικοί προβληματισμοί γύρω από το ζήτημα της ευθανασίας. Αρχικά, να σημειωθεί ότι αν και η έννοια της ευθανασίας είναι σχεδόν καθολικά δεκτή, παρ' όλα αυτά έχει απορριφθεί από την ιατρική δεοντολογία και την ιατρική νομοθεσία. Επίσης, η ηθική και νομική συζήτηση της ευθανασίας συντείνει στην άποψη ότι αυτό το ζήτημα είναι εξαιρετικά αμφιλεγόμενο, με τέσσερα τουλάχιστον ηθικά διλήμματα να συνηγορούν υπέρ αυτής της θέσεως:

(α) Πώς μπορεί να επιλυθεί η σύγκρουση μεταξύ της αρχής της αυτονομίας του ασθενούς και της αρχής του καλύτερου συμφέροντος για αυτόν στις περιπτώσεις ευθανασίας.

Σύμφωνα με την αρχή της αυτονομίας του ασθενούς, η ιατρική περίθαλψη (εκτός από τις περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης) πρέπει να βασίζεται στην ενημέρωση και συγκατάθεση του. Εάν ο ασθενής είναι αναισθητός ή δεν μπορεί να δώσει έγκυρη συγκατάθεση, τότε οι ιατροί υποχρεούνται να λαμβάνουν υπόψη την εικαζόμενη συναίνεση του, όπως προκύπτει από τις γραπτές ή προφορικές εκ των προτέρων οδηγίες που έχει δώσει και από τις απόψεις που εκφράζονται από αυτόν σχετικά με το πώς θα ήθελε να αντιμετωπίζεται σε σχετικές καταστάσεις και ό, τι άλλο μπορεί να συναχθεί από τις πεποιθήσεις και τη κοσμοθεωρία του. Αλλά, επίσης ο ιατρός δεσμεύεται από την αρχή του καλύτερου συμφέροντος, που διακηρύσσει ότι θα πρέπει να προωθήσει την ευημερία του ασθενούς του, με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Αυτό, γενικά συνεπάγεται την υποχρέωση του, να τον ανακουφίσει από τον πόνο, ακόμη και χωρίς ρητή εντολή. Γενικά όμως, η αρχή αυτή δεν θεωρείται τόσο βαρύνουσα σημασίας, ώστε να δικαιολογήσει τη μείωση της ζωής ενός ασθενούς με νόσο τελικού σταδίου, εάν η πρόθεση του ιατρού είναι αποκλειστικά ή κατά κύριο λόγο, η απάλυνση του πόνου.

Συνεπώς, προβλήματα ανακύπτουν κάθε φορά που έρχονται οι δύο αρχές σε σύγκρουση, όπως όταν ένας ασθενής αρνείται μια λειτουργία η οποία, κατά πάσα πιθανότητα, θα τον ευεργετήσει και θα σώσει τη ζωή του με ένα αποδεκτό υποκειμενικό επίπεδο ποιότητας ζωής και έτσι ο ιατρός ακολουθώντας την άρνησή του ασθενούς θα οδηγούσε τον τελευταίο σε ακαριαίο θάνατο.

Πάντως υπάρχει μεγάλη συναίνεση μεταξύ των ιατρών, ειδικών σε θέματα ηθικής αναφορικά με τον ιατρικό πατερναλισμό, δηλαδή τη θεραπεία του ασθενούς ενάντια στη θέλησή του, (Van De Veer, 1986), αφού κάτι τέτοιο είναι απαράδεκτο ακόμα και σε περιπτώσεις που ο ασθενής επιθυμεί κάτι παράλογο, εκτός αν υπάρχουν ενδείξεις ότι ο ασθενής δεν είναι επαρκώς ενημερωμένος σχετικά με τις προοπτικές που έχει, η θέλησή του διαστρεβλώνεται από νεύρωση, ψύχωση ή βάσει πληροφοριών, αποδεικνύεται ασταθής και βέβαια για το καλύτερο συμφέρον του ασθενούς, ο ιατρός καλείται να πείσει τον ασθενή να αναθεωρήσει την απόφασή του. Επίσης, είναι ευρέως αποδεκτό ότι ο ιατρός δεν πρέπει να καταφεύγει σε απάτη προκειμένου να αλλάξει τη βούληση του ασθενούς, δεδομένου ότι αυτό υπονομεύει την εμπιστοσύνη και παραβιάζει την αυτονομία του τελευταίου όχι λιγότερο από την υποχρεωτική θεραπεία.

(β) Εάν η ενεργή διακοπή της θεραπείας (π.χ. η περιστροφή του διακόπτη του αναπνευστήρα) ισοδυναμεί με αυστηρή αδράνεια (π.χ., το «πάγωμα» του οξυγόνου πίεσης

σε ένα επίπεδο ανεπαρκές για την επιβίωση του ασθενούς). Ειδικοί σε θέματα ηθικής και νομικοί θεωρούν ότι υπάρχουν κυρίως δύο τρόποι δράσης, ισοδύναμοι κανονιστικά. Αυτοί, δεν βλέπουν ηθικά σημαντική διαφορά μεταξύ «ενεργητικής» και «παθητικής» διακοπής της θεραπείας, ούτε μεταξύ της αρχής και του τερματισμού της. Πάντως, η παύση της θεραπείας με αποτέλεσμα³³ ή πρόθεση το θάνατο ενός ασθενούς θεωρείται «παθητική», ακόμη και εάν πρόκειται για θετική δράση,. Πολλές φορές πάντως, οι ιατροί και οι νοσοκόμες είναι πολύ ευκολότερο να αφήσουν τον ασθενή να πεθάνει «παθητικά» διότι το αίτιο του θανάτου οφείλεται σε εξωτερικούς παράγοντες και όχι στη συμπεριφορά του ατόμου.

(γ) *Εάν η ενεργός θανάτωση θα πρέπει να επιτρέπεται σε ιατρούς (ή σε άλλους) σε καταστάσεις που αφορούν στην ευθανασία.* Η εθελοντική ενεργητική ευθανασία, δηλαδή σκοτώνοντας ενεργά έναν ασθενή με σκοπό την αποφυγή της οδύνης και σύμφωνα με ρητή επιθυμία του, είναι μια ελκυστική επιλογή, αφού όλα τα στάδια πόνου από τα οποία διέρχεται ο ασθενής στη τελευταία φάση της ζωής του (π.χ., σε ορισμένες μορφές καρκίνου σε τελικό στάδιο) μπορούν πράγματι να αποφευχθούν σε σχέση με τη διακοπή της θεραπείας και τα κατευναστικά μέτρα.

Σε ενίσχυση της ανωτέρω θέσης, διαπιστώνεται ότι πολλά από τα ηθικά επιχειρήματα έναντι της ενεργητικής ευθανασίας, χάνουν τη πειστικότητά τους σε επίπεδο αρχών, λόγω του γεγονότος ότι αποδίδεται πολύ περισσότερη σημασία στην κανονιστική διάκριση μεταξύ ενεργού και παθητικής θανάτωσης από ό, τι θεωρείται αποδεκτό και επιθυμητό και κυρίως σε καταστάσεις όπου ο ιατρός δεν έχει μόνο το καθήκον να μην κάνει κακό, αλλά επίσης το καθήκον να το αντιμετωπίσει. Πάντως, οι περισσότεροι νομοθέτες συμφωνούν με την αποδοχή της έμμεσης μορφής ευθανασίας και την απόρριψη της εθελοντικής ενεργητικής μορφής της. Η κρίσιμη διαφορά έγκειται στο ότι ο θάνατος συνιστά παρενέργεια στη πρώτη περίπτωση ενώ στη δεύτερη αποτελεί μέσο για τη μείωση του πόνου. Η διαφορά αυτή θεωρείται άκρως σημαντική από το δόγμα της «διπλής ισχύος» στη Καθολική Ηθική Θεολογία, αλλά δεν γίνεται αποδεκτή στα νομικά συστήματα εν γένει.

Πιο πειστικά επιχειρήματα κατά της νομιμοποίησης της ενεργητικής ευθανασίας αποτελούν οι ρεαλιστικές εκτιμήσεις περί πιθανής κακής χρήσης και κατάχρησης της. Η καθιέρωση της πρακτικής της ενεργού ευθανασίας ελλοχεύει κινδύνους όπως την παραβίαση της αρχής της αυτονομίας του ασθενούς από τις ενδεχόμενες επιθυμίες των

³³ δηλαδή στη περίπτωση που επέρχεται μη ηθελημένα ο θάνατος και η πρόθεση είναι η επαναφορά του ασθενούς στη κατάσταση που ήταν πριν από τη θεραπεία.

συγγενών, τα πρότυπα του ιατρικού επαγγέλματος καθώς και τα συμφέροντα της κοινωνίας.

Πάντως, η Ολλανδία είναι η μόνη χώρα όπου ασκείται η ενεργητική και η εθελοντική ευθανασία (Περίπου 2.300 περιπτώσεις ετησίως), υπάρχει όμως και ένα μυστικό ποσοστό διενέργειας μη εθελοντικής ευθανασίας (περίπου 1.000 περιπτώσεις ανά έτος), κατά την οποία αγνοούνται σκόπιμα οι διαδικαστικοί κανόνες που προβλέπονται από τον ολλανδικό Ιατρικό Σύλλογο. Αν και δεν αποτελεί αναγκαστικά δεδομένο ότι η πρακτική της εθελοντικής ευθανασίας συνεπάγεται την άσκηση πρακτικής της μη εθελοντικής ευθανασίας, παρόλα αυτά οι πολέμιοι της νομιμοποίησης της ενεργητικής ευθανασίας έχουν ως σημείο αναφοράς και προειδοποίησης, την «ολλανδική εμπειρία» (Thomasma και Marshall 1998). Σε κάθε περίπτωση είναι σίγουρο ότι η υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία (σπάνια πρακτική στην Ολλανδία) συνιστά, όπου αυτό είναι δυνατό, προτιμότερη εναλλακτική λύση από την ενεργητική εθελοντική ευθανασία, αφού αν μη τι άλλο υποστηρίζει την αυτονομία του ασθενούς.(Quill 1993)

Στο πλαίσιο της αποδοχής της ευθανασίας, ο Aaron L. Mackler το 2003 στο βιβλίο του, «Εισαγωγή στην Εβραϊκή και την Καθολική Βιοηθική», υποστηρίζει ότι οι περισσότεροι καθολικοί και Εβραίοι συγγραφείς έχουν αντιταχθεί στην ενεργητική ευθανασία και στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία και συμφωνεί απόλυτα μαζί τους. Ο συγγραφέας στο ίδιο βιβλίο, διερευνά τους λόγους για τους οποίους, από θρησκευτική άποψη, η ευθανασία είναι ένα ανήθικο και λάθος σύστημα που ασχολείται με τον ανθρώπινο πόνο.

Αρχικά αναφέρει ότι, τα ανθρώπινα όντα δεν είναι οι δημιουργοί της ζωής και ως εκ τούτου δεν έχουν το δικαίωμα να τερματίσουν τη ζωή, παρά μόνο ο Δημιουργός της ζωής έχει το δικαίωμα να αφαιρέσει τη ζωή των ανθρώπων. Ο Mackler θεωρεί ότι Ο Θεός έχει πλήρη κυριαρχία επί όλης της ζωής και της θανάτωσής της, ενώ η ανθρωπότητα δεν έχει την εξουσία, ούτε τη γνώση που απαιτείται για να κρίνει ποιοι θα ζήσουν.

Επίσης, οι καθολικοί συγγραφείς, Kevin O'Rourke και Jean Deblois, υποστηρίζουν ότι *«τα ανθρώπινα όντα απλά δεν έχουν εξουσία πάνω στις ζωές των αθώων ανθρώπων ... διότι οι άνθρωποι είναι ατελείς και οι ηθικές αποφάσεις τους δεν μπορούν να ταιριάζουν με εκείνες του δημιουργού τους».*

Επιπλέον, σε μία κεντρική διάσκεψη των αμερικανών ραβίνων, αναφέρεται ότι: *«Είναι φοβερή και τρομερή η ευθύνη που έχουν αναλάβει οι άνθρωποι να κρίνουν εάν θα πρέπει να πεθάνει ένας άλλος άνθρωπος, ακόμη και αν οι προθέσεις τους είναι καλές και*

φιλεύσπλαχνες. Μια τέτοια δράση είναι η απόλυτη αλαζονεία, γι 'αυτό πρέπει να είμαστε το ίδιο κύριοι της ζωής μας όλοι και πρέπει να προστατευόμαστε από όλους και κυρίως από την ανθρώπινη τάση για χειραγώγηση, ακρωτηριασμό και καταστροφή». Επιπρόσθετα, κανένας δεν μπορεί να πει ότι μια ζωή γεμάτη από πόνο και βάσανα είναι τόσο άχρηστη ώστε να δικαιολογείται το τέλος της. Η ζωή των ανθρώπων έχει νόημα ακόμα και εάν αυτοί πάσχουν από σωματικές ασθένειες. Οι Εβραίοι και οι Καθολικοί συγγραφείς τονίζουν την αξία του κάθε ανθρώπου, ανεξάρτητα από την αναπηρία του, που μπορεί να αποτρέψει τους παρατηρητές του ανθρώπινου είδους να εκτιμήσουν αυτή την θεϊκά αναγνωρισμένη έννοια.

Συχνά, οι άνθρωποι είναι τόσο απασχολημένοι με τη χρησιμότητα ενός ατόμου στην κοινωνία ώστε οι γραμμές μεταξύ αυτής και της εγγενούς αξίας αρχίζουν να θολώνουν. Αντί η ευθανασία να χρησιμοποιείται ως μέθοδος, θα πρέπει να αναγνωριστεί ότι «η φαινομενική συμπίνα με τη πραγμάτωση θανάτωσης είναι ψευδής και ότι υπάρχουν καλύτεροι τρόποι για να ανταποκριθεί κάποιος στα δεινά των σοβαρά πασχόντων και των ασθενών που πεθαίνουν». Προκειμένου, να μη διενεργείται η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία για την απαλλαγή από το πόνο, καλύτερο είναι να δοθεί έμφαση στη βελτίωση της ανακούφισης μέσα από τα φάρμακα. Ο πόνος μπορεί επίσης, να απαλυνθεί με συμπίνα. Ο Dorff δηλώνει ότι κατά τη παρακολούθηση των ασθενών, θα πρέπει να διασφαλίζεται ότι πληρούνται οι φυσικές ανάγκες τους και ότι ο τερματισμός της ζωής τους, αποκτά όσο το δυνατόν περισσότερο ψυχολογικό, συναισθηματικό και θρησκευτικό νόημα. Ως εκ τούτου, στα πολύ τελευταία στάδια της ζωής, πρέπει να δοθεί έμφαση όχι στον επικείμενο θάνατο, που θα έρθει αρκετά σύντομα, αλλά μάλλον στις τελευταίες στιγμές του ατόμου που καθιστούν τη ζωή του όσο πιο ευχάριστη και πολύτιμη γίνεται.

Πρέπει να γίνει κατανοητό ότι ακόμα και τα βάσανα και ο πόνος μπορεί να κατέχουν μία ιδιαίτερη θέση στο σχέδιο σωτηρίας του Θεού και για αυτό πρέπει οι πάσχοντες να εκτιμώνται για τις ζωές που ζήσει και να αντιμετωπίζονται με αξιοπρέπεια και κατανόηση. (www.voices.yahoo.com/the-bioethics-euthanasia-assisted-suicide-)

Για να γίνει ακόμα πιο αντιληπτό, ποια είναι η διεθνής διάσταση της βιοηθικής στο ζήτημα της ευθανασίας, αξίζει να γίνει αναφορά σε μία έκθεση της ιρλανδικής Επιτροπής βιοηθικής. Σύμφωνα, με την άποψη της Επιτροπής, σε ορισμένες περιπτώσεις, οι θεραπείες μπορεί να αναστέλλονται ή να διακόπτονται, όταν θεωρείται πλέον ότι η παροχή τους, δεν είναι προς το συμφέρον του ασθενούς. Για παράδειγμα, εάν μια θεραπεία θεωρείται ανώφελη δηλαδή προσφέρει μικρή πιθανότητα επιτυχίας ή η παροχή της, καθίσταται υπερβολικά επαχθής για έναν ασθενή, τότε μπορεί να μη

πραγματοποιηθεί. Επίσης, εάν πριν την έναρξη της, η θεραπεία ενδείκνυτο, αλλά μετά γίνεται επιβαρυντική για το άτομο και δεν παρέχει πλέον κανένα θεραπευτικό όφελος, τότε μπορεί να ανακληθεί.

Η ίδια έκθεση, αναφέρει ότι στη περίπτωση που ένας ανίατος ασθενής επιθυμεί να θέσει τέλος στη ζωή του, τότε ανακύπτουν πολλοί ηθικοί προβληματισμοί. Σύμφωνα με τους υποστηρικτές της ευθανασίας, επιτρέπεται στους πάσχοντες να τερματίσουν το βίο τους, με αξιοπρέπεια και χωρίς πόνο και θα έπρεπε η κοινωνία να αποδεχθεί κάτι τέτοιο, σεβόμενη τα μέλη της. Επιπλέον, αυτοί πιστεύουν ότι πρέπει οι ασθενείς να καθορίσουν το τόπο και το χρόνο θανάτου τους. Τέλος, οι θιασώτες της επιθανάτιας αυτής διαδικασίας ισχυρίζονται ότι η μη πραγματοποίησή της, παραβιάζει τις προσωπικές ελευθερίες και τα ανθρώπινα δικαιώματα και ότι είναι ανήθικο να αναγκάζονται οι άνθρωποι να ζουν με αφόρητο πόνο και βάσανα. Αντίθετα, οι πολέμιοι της ευθανασίας θέτουν ως πρόβλημα τη κατάχρηση της μεθόδου λόγω του ότι οι ασθενείς μπορεί να μη θέλουν πραγματικά να πεθάνουν και να υποβάλλονται υποχρεωτικά σε αυτή.

Αναφορικά, με την αρχή της αυτονομίας του ασθενούς, οι διακεείμενοι θετικά στην ευθανασία ισχυρίζονται ότι η επιθυμία του πάσχοντος να πεθάνει πρέπει να γίνεται σεβαστή και να μην επηρεάζεται από συμφέροντα τρίτων. Οι διακεείμενοι αρνητικά θεωρούν ότι η απόφαση ενός ασθενούς για τη θανάτωσή του ασκεί συναισθηματική, ψυχολογική και οικονομική επιρροή σε μία αλληλοεξαρτώμενη κοινωνία και για αυτό θα πρέπει να τίθενται περιορισμοί στη προσωπική του αυτονομία. Επιπλέον, οι αντίθετοι στην ευθανασία πιστεύουν ότι πρέπει να προωθηθεί η παρηγορητική φροντίδα σε σχέση με την ευθανασία, διότι η πρώτη επιτρέπει στους ανθρώπους να πεθάνουν αξιοπρεπώς και προσφέρει υποστήριξη στις οικογένειες τους. Οι οπαδοί της ευθανασίας από την άλλη, σέβονται την αρχή της αυτονομίας του ασθενούς και πρόσκεινται θετικά στην ευθανασία που τη θεωρούν ως μία βιώσιμη εναλλακτική για τα άτομα που δεν μένουν ικανοποιημένα από τη παρηγορητική φροντίδα.

Η έκθεση προσθέτει ότι έχει προταθεί η διενέργεια ευθανασίας πέρα από τους ανίατους ασθενείς και σε πάσχοντες από χρόνιες και εκφυλιστικές ασθένειες καθώς και σε άτομα με νοητικά προβλήματα. Τέλος, σοβαρό αντικείμενο συζήτησης έχει αποτελέσει επίσης, η πρόωγη ευθανασία σε βρέφη. Μερικοί υποστηρίζουν την ανακούφιση των μωρών από το πόνο εξαιτίας μελλοντικών κινδύνων υγείας που αυτά μπορεί να αντιμετωπίσουν, ενώ κάποιοι άλλοι θεωρούν ότι πρέπει να δοθεί κάθε δυνατότητα στα βρέφη να ζήσουν μία φυσιολογική ζωή. (Irish Council for Bioethics, 2007)

Τώρα, στις Η.Π.Α., το Συμβούλιο έρευνας για την οικογένεια, που αποτελεί ένα συντηρητικό θρησκευτικό λόμπυ, θεωρεί ότι είναι ανήθικο να διενεργείται σε ένα πάσχον άτομο, είτε ευθανασία είτε υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Βέβαια, σε περιπτώσεις μηχανικής υποστήριξης με καρδιοαναπνευστικά μέσα, αυτά δύναται να αποσυρθούν εάν αυτή είναι η βούληση του ασθενούς. Πάντως, η αληθινή συμπόνια συνιστά μία ανώτερη αξία, αφού βρίσκει τρόπους να απαλύνει το πόνο και να παρέχει φροντίδα σε κάθε άτομο, διατηρώντας ταυτόχρονα την αξιοπρέπεια του. (www.frc.org/life--bioethics)

Στο ζήτημα της ευθανασίας, το Κέντρο βιοηθικής και ανθρώπινης αξιοπρέπειας του διεθνούς πανεπιστημίου του Trinity, σε ένα άρθρο αναρτημένο στην ιστοσελίδα του, αναφέρει ότι είναι μονοδιάστατη η παρουσίαση μόνο των δύο ακραίων μεθόδων της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Αντιθέτως, υπάρχει ένα μεγάλο πλήθος επιλογών που δρουν αποτελεσματικά στην ανακούφιση των ασθενών από το πόνο, όπως η παρηγορητική φροντίδα, η κατ'οίκον ή σε μία ιατρική μονάδα φροντίδα, καθώς και η καταστολή στο σημείο της πλήρους αναισθησίας και απώλειας των αισθήσεων (γνωστή ως "καταστολή τελικού σταδίου").

Επίσης, το Κέντρο καταδικάζει τη παροχή βοήθειας του ιατρού στο θάνατο του ασθενούς. Πάντως, πολλοί είχαν προβλέψει ότι θα γίνουν καταχρήσεις στην εφαρμογή της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, οι οποίες πράγματι συνέβησαν και περιελάμβαναν ιατρούς που δεν ακολουθούσαν τη μία ή τις περισσότερες από τις υποχρεωτικές διατάξεις για την εφαρμογή της μεθόδου. Πιο συγκεκριμένα, οι προϋποθέσεις για τη διενέργεια της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, είναι: (1) ο ασθενής να πάσχει από "αφόρητη ταλαιπωρία," (2) να μην υπάρχει άλλη αποτελεσματική εναλλακτική θεραπεία, διαθέσιμη, (3) οι δύο ιατροί να συμφωνούν ότι αυτή ενδείκνυται (4) ο ασθενής να τη ζητά όταν δεν πάσχει από κατάθλιψη και δεν πιέζεται από άλλους και (5) σε όλες τις περιπτώσεις που αυτή πραγματοποιήθηκε να αναφέρεται το εν λόγω γεγονός στις αρχές. Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι ορισμένοι ιατροί έχουν αποφασίσει να εφαρμόσουν τη μέθοδο, ακόμα και όταν, ούτε ο ασθενής ούτε η οικογένειά του, το έχουν ζητήσει.

Το Κέντρο στο άρθρο αναφέρει ότι, η ώθηση για τη νομιμοποίηση της ευθανασίας και της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας είναι, σε μεγάλο βαθμό, το αποτέλεσμα της αποτυχίας της ιατρικής κατάρτισης και πρακτικής. Μόνο, πρόσφατα η ανακούφιση από τον πόνο με τη βέλτιστη μορφή παρηγορητικής φροντίδας, καθώς και η διαθεσιμότητα εξειδικευμένων ξενώνων για τέτοιου είδους υπηρεσίες, έχουν τεθεί σε υψηλή προτεραιότητα. Επιπλέον, το άρθρο προσθέτει ότι ιατρικές ενώσεις, όπως η American Medical Association, εργάζονται για να εξασφαλίσουν ότι όλοι οι ιατροί είναι επαρκώς εκπαιδευμένοι στην ανακούφιση του πόνου και στο τέλος της ζωής.

Ακόμα και οι πιο ενεργοί υποστηρικτές των επιθανάτιων μεθόδων, αναγνωρίζουν όλο και περισσότερο ότι η νομιμοποίηση τους, είναι η αντανάκλαση μιας αποτυχίας και όχι μιας λύσης. (www.cbhd.org) Επίσης, υποστηρίζουν ότι προκύπτει μεγάλο όφελος από τη διενέργεια της, διότι λ.χ. μία θανατηφόρα ένεση έχει χαμηλότερο κόστος από τη θεραπεία που χρειάζεται για την αντιμετώπιση του καρκίνου και του AIDS.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, το Συμβούλιο της Ευρώπης θεωρεί ότι η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία "θα πρέπει πάντοτε να απαγορεύονται". Αυτή, η άποψη διατυπώνεται γραπτώς σε μια διακήρυξη που αναμένεται να επηρεάσει τη νομοθεσία στα 47 κράτη-μέλη του. Η διακήρυξη αυτή, με τίτλο: *"Προστατεύοντας τα ανθρώπινα δικαιώματα και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, λαμβάνοντας υπόψη προηγούμενες επιθυμίες των ασθενών"*, εστίασε σε ερωτήματα σχετικά με τις διαθήκες ζωής, με τις οποίες κάποιος ορίζει πώς επιθυμεί να τον μεταχειριστούν σε περίπτωση που καταστεί διανοητικώς ανίκανος.

Αναλυτικότερα, το θέμα του είδους των επιθυμιών που καλύπτουν οι διαθήκες ζωής, είναι σήμερα επίκαιρο σε όλη την Ευρώπη. Στη Μ. Βρετανία, οι διαθήκες αναγνωρίστηκαν με το νόμο του 2005 περί Διανοητικής Ικανότητας, χωρίς όμως να αποσαφηνίζεται εάν περιλαμβάνουν και τις επιθυμίες των ασθενών περί ευθανασίας ή υποβοηθούμενης αυτοκτονίας.

Πάντως, η σημερινή βρετανική κυβέρνηση προώθησε τροποποίηση του εν λόγω νόμου, σύμφωνα με την οποία οι διαθήκες δεν καλύπτουν επιθυμίες περί θανάτου με οποιονδήποτε τρόπο Ανάμεσα στους υπερασπιστές της τροποποίησης ήταν ο βουλευτής Edward Leigh, ο οποίος μίλησε στην κοινοβουλευτική συνέλευση του Συμβουλίου της Ευρώπης. Ο Leigh αναφέρθηκε στην περίπτωση της Kerrie Woollorton, μιας 26χρονης από το Norwich, η οποία πέθανε από δηλητηρίαση το 2007 μετά από επιθυμία της για μη ανάνηψη από τους ιατρούς. Στον αντίποδα, ο βουλευτής But Paul Flynn, πολέμιος της αλλαγής του νόμου, είπε ότι η πλειοψηφία των πολιτών της Βρετανίας απαιτεί αλλαγές και είναι σημαντικό το ανθρώπινο δικαίωμα της επιλογής του τρόπου θανάτου του κάθε ανθρώπου. (www.telegraph.co.uk)

Βέβαια, οι ασθενείς από τη πλευρά τους, προτιμούν την ευθανασία διότι φοβούνται έναν θάνατο επώδυνο, μία ζωή χωρίς ποιότητα, την απώλεια των προσωπικών και κοινωνικών σχέσεων και του εαυτού τους.

Πάντως, σε κάθε περίπτωση, οι ιατροί και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να αποκτήσουν τις απαραίτητες δεξιότητες για την παροχή καλής περίθαλψης στους ετοιμοθάνατους ασθενείς καθώς και να διαθέτουν ικανότητα κατανόησης και προσωπικής σύνδεσης με αυτούς. Οι εν λόγω δεξιότητες είναι σημαντικές για την

ενθάρρυνση της ελπίδας και των συναισθημάτων των ασθενών. Για αυτό ακριβώς το λόγο η ιατρική εκπαίδευση θα πρέπει να περιλαμβάνει και σπουδές με ανθρωπιστικό χαρακτήρα. (Guyer, 1998)

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι κατά τη διενέργεια της ευθανασίας, εγείρονται θεμελιώδη ηθικά ζητήματα, όπως κατά πόσον μπορεί να αναγνωριστεί σε κάποιον το ηθικό δικαίωμα να επιλέξει έναν πρόωρο θάνατο και επίσης ποιος είναι ο ηθικά υπεύθυνος για μια τέτοια πράξη.

Στην ηθική προσέγγιση του ζητήματος που πραγματοποιείται από δυο «ηθικές σχολές» υποστηρίζονται τα εξής: α.) Αφενός, το ηθικό ρεύμα της Συνεπειοκρατίας³⁴ (ή αλλιώς του Ωφελιμισμού) υποστηρίζει ότι ο άνθρωπος πρέπει 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 παρόλα αυτά, οφείλουν να συνυπολογισθούν όλες οι πιθανές αρνητικές (η ενδεχόμενη κοινωνική κατακραυγή που θα προκαλέσει μια τέτοια πράξη, οι νομικές συνέπειες, οι ενδεχόμενες τύψεις των κληρονόμων και του ιατρικού προσωπικού, ακόμα και το επιστημονικά παράδοξο ενδεχόμενο ανάκαμψης της υγείας) και οι θετικές (όπως η εξοικονόμηση πόρων από πλευράς ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, η λύτρωση του ασθενούς από πόνους και λοιπά οδυνηρά συναισθήματα) επιπτώσεις μιας τέτοιας πράξης. Εφόσον, λοιπόν ο ζυγός των θετικών και αρνητικών συνεπειών κλίνει από τη μια πλευρά ή την άλλη, ο ηθικώς ενεργών άνθρωπος οφείλει να πράξει αναλόγως. Μάλιστα, ο Άγγλος φιλόσοφος Jeremy Bentham καθιέρωσε ένα σύστημα μαθηματικού υπολογισμού των θετικών και αρνητικών συνεπειών μιας πράξης ώστε το αποτέλεσμα τους, να καθορίσει και την τελική πράξη.

Η Ωφελιμιστική θεωρία αμφισβητείται έντονα από το γεγονός ότι αποδεικνύεται επισφαλής στην πράξη. Η φύση του ανθρώπου δεν του επιτρέπει να γνωρίζει εκ των προτέρων και με ακρίβεια τις συνέπειες της πράξης του. Η ζωή έχει αποδειχθεί πολλές φορές απρόβλεπτη και ανατρεπτική ώστε κάθε προσπάθεια μαθηματικοποίησής της (όπως στην περίπτωση του Bentham) να αποδεικνύεται ανεπαρκής ως ηθική μέθοδος. Η μόνη βεβαιότητα που θα μπορούσε να αποκομισθεί βάσει της συγκεκριμένης μεθόδου είναι η παρατήρηση και η αξιολόγηση των συνεπειών, αφού αυτές επέλθουν, δηλαδή εκ των υστέρων. Κάτι τέτοιο όμως δεν αποδεικνύεται ηθικώς χρήσιμο καθότι δεν προσδίδει

³⁴ που η θεωρία τους, πηγάζει από πολλά και ποικίλα φιλοσοφικά ρεύματα λ.χ. Ηδονιστές -Επικούρειους, Hume, Bentham, Mill, κ.α.

καμία πληροφορία στον αν θα πρέπει να πράξουμε ως άνθρωποι, κάτι ή όχι, οδηγώντας μας σε ηθική απραξία.

β.) Αφετέρου το ηθικό ρεύμα της Δεοντολογίας. Η σχολή αυτή στέκεται στον αντίποδα των Συνεπειοκρατών και υποστηρίζει ότι πρέπει να τεθούν εκ των προτέρων κάποιες ηθικές αξίες, απέναντι στις οποίες πρέπει οι άνθρωποι να είναι συνεπείς. Κύριος εκπρόσωπος του ρεύματος της Δεοντολογίας θεωρείται ο Immanuel Kant ο οποίος θεωρεί ως ύψιστη αξία την έννοια του καθήκοντος. Ως ηθικός ενεργών, ο άνθρωπος οφείλει να αποδίδει ύψιστη αξία στην ανθρώπινη ζωή, να είναι συνεπής στην ηθική του αρχή και να προστατεύσει την ανθρώπινη ζωή πέρα από διακρίσεις και περιπτώσιολογίες. Κατά τον ίδιο τρόπο, συνεπής οφείλει να είναι ο Δεοντολόγος ακόμα και όταν θέσει ως ύψιστη ρυθμιστική αρχή των πράξεων και των βουλήσεών του, οποιονδήποτε άλλο όρο αντί εκείνου της ζωής.

Σε συνάρτηση των ανωτέρω, ο Δεοντολόγος που θέτει ως ύψιστη ηθική αξία εκείνη της ζωής, θα πρέπει να αρνηθεί την πράξη της ευθανασίας υπό οποιαδήποτε μορφή της. Από την άλλη, ο Δεοντολόγος που θέτει ως ύψιστη ηθική αξία, την αξιοπρέπεια, θα γίνει υπέρμαχος της ευθανασίας ώστε να μην αλλοιωθεί η εικόνα του ασθενούς. Η Δεοντολογία παρουσιάζεται ως μια πιο ασφαλής μέθοδος σε σχέση με τη Συνεπειοκρατία, καθότι δεν εμπίπτει στα "εφόσον" και τα ενδεχόμενα της δεύτερης.

Παρόλα αυτά, οι φιλόσοφοι Hume και Moore διαπίστωσαν ένα βασικό σφάλμα στο οποίο εμπίπτουν πολλές Δεοντολογικές σχολές, το οποίο έγκειται στην λεγόμενη "Φυσιοκρατική πλάνη" και σημαίνει τη σύγχυση μεταξύ των προτάσεων του "είναι" και του "πρέπει". Για παράδειγμα είναι εσφαλμένο να πράξω κάτι καλό με μοναδικό αιτιολογικό ότι ο Θεός είναι καλός, αφού η φράση "ο Θεός είναι καλός" είναι απλά μια περιγραφική πρόταση και σε καμία περίπτωση δεν συνεπάγεται αυτή καθεαυτή κάποια ηθική επιταγή. Κάτι τέτοιο θα αποτελούσε ένα αυθαίρετο επιστημολογικό σφάλμα.

Για αυτό το λόγο σε πολλές περιπτώσεις, οι δεοντολογικές θεωρίες προσέγγισαν τις συνεπειοκρατικές για να αμβλύνουν το απόλυτο και άκαμπτο του χαρακτήρα τους, πετυχαίνοντας ωστόσο μία αλλοίωση του ηθικού περιεχομένου τους, παρά μία επίλυση των προβλημάτων που τις χαρακτηρίζουν. Επιπλέον, η θεώρηση μιας έννοιας ως ύψιστης στην αξιολογική κλίμακα της ηθικής προϋποθέτει την απόλυτη κατανόηση του εννοιολογικού περιεχομένου της, πράγμα αρκετά δύσκολο να επιτευχθεί πρακτικώς. (www.filosofia.gr)

Προς επίρρωση των ανωτέρω αναφερθέντων, σε μία στατιστική έρευνα του Βρετανικού Ιατρικού Συνδέσμου που έλαβε χώρα σε ιαπωνικά νοσοκομεία,

δημοσιευμένη, από το 2001 στο επιστημονικό περιοδικό "Journal of Medical Ethics" (J Med Ethics 2001; 27:324-330), καταδεικνύεται σε αριθμούς η στάση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού σχετικά με το φαινόμενο της εκούσιας ευθανασίας: Το 54% του ιατρικού και το 53% του παραϊατρικού προσωπικού παραδέχθηκε ότι τους έχει ζητηθεί να πράξουν την ευθανασία και μόλις το 5% των γιατρών και το 0% του παραϊατρικού προσωπικού προχώρησαν στην ενεργητική ευθανασία. Τέλος, το 33% των πρώτων και το 23% των δεύτερων πιστεύουν ότι κάτι τέτοιο θα ήταν ηθικώς ορθό.

Η εν λόγω έρευνα, δεικνύει ότι ναι μεν κατανοείται η ανάγκη του ασθενούς για τη θέση ενός πρόωρου τέλους στη ζωή του, αλλά ηθικώς δύσκολα του αναγνωρίζεται αυτό το δικαίωμα είτε με δεοντολογικά, είτε με συνεπειοκρατικά κριτήρια. Αντιμέτωπος με αυτό το δίλημμα, επίσης ο ιατρός πιστεύει ότι με την "παράλειψη του πράττειν", με την διακοπή δηλαδή της ιατρικής αρωγής σε ένα άτομο που αιτείται ευθανασίας, απαλλάσσεται από ενδεχόμενες τύψεις αλλά και νομικές συνέπειες. Ηθικώς, όμως η παράλειψη του πράττειν δεν διαφοροποιείται αρκετά από το καθεαυτό πράττειν, διότι με την παράλειψη επιτυγχάνεται ο ίδιος ο σκοπός της ευθανασίας και μάλιστα, πολλές φορές, στην πιο οδυνηρή μορφή για τον ασθενή.

Επιπρόσθετα, είναι σημαντικό να υπογραμμισθεί ότι τελικός αξιολογικός κριτής της πράξης της ευθανασίας θα ήταν εσφαλμένο να είναι αποκλειστικά το ιατρικό προσωπικό. Δεν αμφισβητείται το γεγονός ότι η γνώση και η συμβολή του είναι πέρα για πέρα χρήσιμη, όμως το ηθικό ζήτημα οφείλει να αντιμετωπίζεται σοβαρά και λεπτομερειακά από μια ευρύτερη ομάδα ανθρώπων που θα απαρτίζεται τόσο από τους συγγενείς του ασθενούς όσο και από εκπροσώπους της αρμόδιας επιστημονικής και πολιτικής κοινότητας. Ο ιατρός δεν περιλαμβάνει εξ'ορισμού στην ιδιότητά του και το επιπλέον ρόλο του ηθικού αξιολογητή και γι αυτό το λόγο μια πράξη που θα εκπορευόταν από την ηθική στάση του ίδιου και μόνο θα ήταν επικίνδυνη.

Τέλος, όταν γίνεται λόγος για την ευθανασία, αυτή εννοείται με την εκούσια μορφή της. Οι υπόλοιπες δυο περιπτώσεις της ακούσιας και της εικαζόμενης συναίνεσης θεωρούνται από πολλούς ως πράξεις φόνου. Το ηθικό υποκείμενο που είναι άμεσα ενδιαφερόμενο για την αυτοδιάθεσή του οφείλει να εκφράσει ρητώς την άποψή του, ώστε να διαπιστωθεί κατόπιν διενέργειας ηθικού προβληματισμού κατά πόσον η πράξη της ευθανασίας είναι δόκιμη στην κάθε περίπτωση. Αποτελεί πάντως αδήριτο γεγονός ότι οι εικασίες και ο παρορμητισμός δεν έχουν θέση σε τόσο σοβαρά ηθικά ζητήματα που χρήζουν ενδελεχούς μελέτης. Η φιλοσοφία, πέρα από τις όποιες θρησκευτικές δοξασίες που δικαιούται ο καθένας να ενστερνίζεται, οφείλει να προβληματίζεται συστηματικά και

έντονα πάνω στο δικαίωμα του ανθρώπου στην αυτοδιάθεση της ζωής και της αξιοπρέπειάς του. (www.filosofia.gr)

1.3.Η ελληνική διάσταση της βιοηθικής σε ζητήματα ευθανασίας

Σε εθνικό επίπεδο, το ζήτημα της ευθανασίας έχει απασχολήσει την επιστημονική κοινότητα και έχει αποτελέσει αντικείμενο σοβαρού και εκτεταμένου διαλόγου. Πλήθος επιστημόνων, έχουν επιχειρήσει να προσεγγίσουν το θέμα αυτό, από την ηθική του διάσταση και τη σκοπιά της Βιοηθικής.

Αρχικά, για να καταστεί πιο ευκρινής ο προβληματισμός σχετικά με την ευθανασία θα πρέπει αρχικά να διενεργηθεί μία ανάλυση της έννοιας της ηθικής. Η ηθική συνιστά μία μορφή εξουσίας, όπως η πολιτική και η θρησκευτική αλλά σε αντίθεση με αυτές που επιδιώκουν τον έλεγχο και τη καθοδήγηση των πράξεων των ατόμων, η ηθική υποβάλλει τις προτάσεις, τους κανόνες και τις αρχές της σε έναν ειδικό έλεγχο που μοιάζει να έχει τα εχέγγυα μιας αξιοθαύμαστης ανεξαρτησίας από ανέλεγκτες δυνάμεις, αυθαίρετες επιλογές, ή συγκυριακούς σχηματισμούς. Πρόκειται για την ανεξαρτησία στην κρίση και αξιολόγηση που μας χαρίζει ο ορθός λόγος και το ορθό μέτρο.

Βέβαια, όσο εύλογο και αν φαίνεται ότι υπάρχουν τομείς όπου η ηθική δεν μπορεί και δεν πρέπει να παρεισφύρει, άλλο τόσο φαίνεται εύλογο ότι η ανεξαρτησία τομέων και μορφών ανθρώπινης ζωής, όπως για παράδειγμα η θρησκευτική εμπειρία, ή οι ατομικές ή συλλογικές επιλογές ζωής, έχουν ακριβώς την ανάγκη να θωρακίζονται από την εγγυητική παρουσία της ηθικής.

Εν προκειμένω, καθίσταται σημαντικό να διαπιστωθεί εάν η ηθική βοηθά στην επίλυση των μεγάλων ερωτημάτων της σύγχρονης εποχής. Βέβαια, είναι κοινώς γνωστό ότι στην αποσαφήνιση αυτών των θεμελιωδών ηθικών ερωτημάτων, όπως επίσης και στις άμεσες ηθικές αντιλήψεις, εκδηλώνονται διαφωνίες – καμιά φορά μάλιστα σοβαρές. Ανάλογα με το βαθμό αποδοχής της σχετικότητας ή της αντικειμενικότητας των ηθικών κρίσεων και αξιολογήσεων, την υποθετικότητα ή κατηγορικότητα των ηθικών κανόνων, την προτεραιότητα, όπως λέγεται, λ.χ. του ορθού έναντι του αγαθού (ή το αντίστροφο), ανάλογη θα είναι συχνά και η μορφή των απαντήσεων που θα δοθούν σε μια σειρά από κρίσιμα ηθικά θέματα. Οι διαφωνίες προκύπτουν πολλές φορές, είτε γιατί οι ομιλούντες χρησιμοποιούν διαφορετική γλώσσα, είτε γιατί παράγοντες ανεξάρτητοι από τη δύναμη του ορθού λόγου (φόβος, χειραγώγηση από τρίτους) επηρεάζουν την ορθή κρίση.

Ενδέχεται βέβαια η εν λόγω διαφωνία να είναι βαθύτερη και να οφείλεται σε διαφορετική θεώρηση των πραγμάτων. Πάντως σε κάθε περίπτωση ακόμα και εάν η διαφωνία συνιστά απόρροια βαθιάς διάστασης απόψεων, είναι δυνατή σε ένα βαθμό η επίτευξη της ανάδειξης κοινών αξιών και τρόπων κοινής δράσης.

Σε αυτό το σημείο έρχεται ο κλάδος της βιοηθικής, ως κλάδος της ηθικής να κάνει μία σωστή αποτίμηση και αξιολόγηση των επιπτώσεων κλάδων, όπως της βιοτεχνολογίας, που δημιουργούν εντάσεις και ηθικά διλήμματα. Η βιοηθική συμβάλλει στην διασαφήνιση θέσεων, όπως δηλαδή ότι ο φόβος ή η ελπίδα συνιστούν από μόνα τους επιχειρήματα για την υιοθέτηση ή απόρριψη μιας πολιτικής.

Αναλυτικότερα, αρκεί η κατάδειξη ορισμένων πλεονεκτημάτων ή μειονεκτημάτων της νέας τεχνολογίας για κάποια ευρέως αποδεκτή κοινωνική ή οικονομική παράμετρο (πχ. δημόσια υγεία, οικονομική ανάπτυξη), ούτως ώστε, με τη δημιουργία είτε του φόβου ή της ελπίδας των ατόμων να υιοθετηθεί ή να απορριφθεί μια συγκεκριμένη πολιτική.

Επίσης, αξίζει να επισημανθεί η μεγάλη σημασία που κατέχει η διάκριση μεταξύ του αγαθού και του ορθού στην ηθική θεωρία. Η έννοια του αγαθού σημαίνει την απόδοση σε μια ατομική ή συλλογική αντίληψη για το πώς πρέπει να είναι η (ηθικά) βέλτιστη ζωή, ήτοι ο τρόπος του ευ ζην. Στη νεότερη εποχή η έννοια αυτή που συνέπιπτε και με την ανάδειξη κοινών αξιών άρχισε να εκλείπει και να αντικαθίσταται από αυτή του ορθού και κατηγορικά δέοντος. Αυτή η διάσπαση και ο κατακερματισμός της ενιαίας αντίληψης για το ποια συστατικά συνθέτουν την καλή ηθικά ζωή δημιουργεί καινούργια ερωτήματα με ηθικές αλλά και πολιτικές προεκτάσεις. Οι διαφορετικές κοσμοθεωρητικές αντιλήψεις ζωής και διαφορετικές απόψεις δημιουργούν ζητήματα για το ποια είναι η ορθότερη προς έτερον συμπεριφορά, όπως επίσης για το τι πρέπει να ρυθμίζει και από πού πρέπει να απέχει η κρατική εξουσία. Συνεπώς, η ίδια η κοινωνική συμβίωση και το έκαστο πολιτικό μόρφωμα, θέτουν ένα ζήτημα συγκερασμού και αναζητούν έναν ελάχιστο κοινό παρονομαστή.

Για αυτό το λόγο έχουν προταθεί από φιλοσόφους και πολιτικούς στοχαστές διάφορες αρχές, θεσμοί και διαδικασίες, που μπορεί να μην αντιπροσωπεύουν τη συνολική αντίληψη του αγαθού, που κάποιους θα τους έφερνε σε μειονεκτική θέση διότι δε θα μπορούσαν να πετύχουν το ευ ζην, αλλά καθιερώνουν το ορθό που θα δημιουργήσει αναχώματα προστασίας και προφύλαξης με την εδραίωση αντικειμενικών δικαϊκών κανόνων που θωρακίζουν όλους τους πολίτες ανεξαιρέτως.

Αποτελεί πάντως γεγονός ότι, η ηθικά συναφής γνώση και η ευαισθησία μπορούν να συνδράμουν το νομοθέτη και το δικαστή, αλλά και όσους ενδιαφέρονται και έχουν

λόγο να συμμετάσχουν στο διάλογο που έχει ήδη αρχίσει γύρω από τις προοπτικές και τους κινδύνους της βιοτεχνολογίας.

Βέβαια, όπως και σε άπειρα άλλα θέματα που έχουν να κάνουν με τα θεμέλια της ηθικής και πολιτικής ζωής, έτσι και στα ζητήματα που θέτει η βιοτεχνολογία δεν θα πάνε να υπάρχουν διαφωνίες και διαφορετικές προσεγγίσεις. Ο ηθικός προβληματισμός και αναστοχασμός δεν θα λύσει μονομιάς τα προβλήματα, ωστόσο θα βελτιώσει τον τρόπο κρίσης και αξιολόγησης του *ad hoc* αντικειμένου. Θα καθίσταται πιο σαφές ποια θεωρητικά αξιώματα συμβάλλουν στη μη εξαγωγή ενιαίων ηθικών συμπερασμάτων.

Από τα προαναφερθέντα, διαφαίνεται ότι ο νομοθέτης θα πρέπει να είναι πολύ φειδωλός στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων του, και στη κανονιστική παρέμβαση που ενεργεί σε θέματα ύψιστης και θεμελιακής ηθικής αξίας, πρέπει να προκρίνει πάντα το ηθικά σωστό, σεβόμενος την αξιακή ποικιλότητα που χαρακτηρίζει τις σύγχρονες κοινωνίες που οι άνθρωποι διαβιούν. (Παπαγεωργίου Κ., 2008)

Τώρα, για να γίνει αντιληπτή η ελληνική ηθική και φιλοσοφική διάσταση της ευθανασίας καθώς και οι προβληματισμοί που αυτή εγείρει, θα πρέπει να αποτυπωθεί στα βασικά σημεία της, μία στρογγυλή τράπεζα που έλαβε χώρα το έτος 2000 και συμμετείχαν αξιολόγοι άνθρωποι από τον επιστημονική κοινότητα, ήτοι νομικοί ιατροί και θεολόγοι και είχε τίτλο: «Ένα τέλος με αρετή ή ένα δυσάλητο τέλος».

Σε αυτή τη τραπέζι, υπογραμμίζεται ότι τα ιατρικά δεοντολογικά προβλήματα που ενέχει η έννοια της ευθανασίας είναι στενά συνδεδεμένα με το επίπεδο της ιατρικής του τόπου, όπου αυτή παρέχεται και μεταβάλλονται συνεχώς με την πάροδο του χρόνου. Επίσης, τα προβλήματα της ευθανασίας συσχετίζονται με μια σειρά από θρησκευτικούς κοινωνικούς, πολιτικούς, οικονομικούς, μορφωτικούς και άλλους παράγοντες.

Βέβαια, βασικός παράγοντας διαφοροποίησης των δεοντολογικών αυτών προβλημάτων που προκύπτουν, είναι η ηλικία: α.) Αφενός, στους ενήλικες η σχέση ιατρού και αρρώστου είναι άμεση και δεν χρειάζεται την επέμβαση τρίτων με συνέπεια η κατάσταση να καθίσταται περισσότερο ευκρινής.

Στην εν λόγω περίπτωση, κατά την άσκηση της ιατρικής πρακτικής πρέπει να τηρούνται και να διαφυλάσσονται απαραίτητα ορισμένες βασικές αρχές δεοντολογίας. Οι πιο σημαντικές απ' αυτές είναι: η αυτονομία του αρρώστου, η δυνατότητα κρίσης και επιλογής, η συγκατάθεση του αρρώστου, η μείωση του πατερναλισμού και το ιατρικό απόρρητο.

Τέλος, βασικός κανόνας στην ιατρική πράξη, είναι όντως η αυτονομία του κάθε ατόμου να αποφασίζει το τρόπο διάθεσης του σώματός του, αφού κάθε άγγιγμα του

ιατρού ή κάθε εξέταση χωρίς συγκατάθεση του πρώτου συνιστά αδίκημα. Η συγκατάθεση, και κυρίως η γραπτή, δικαιολογεί κάθε ιατρική επέμβαση, αρκεί να δοθεί ύστερα από σωστή πληροφόρηση.

α.) Αφετέρου, στην παιδιατρική, η σχέση ιατρού-ασθενούς χρειάζεται τη διαμεσολάβηση των γονιών ή του κηδεμόνα, που -όχι σπάνια-τα συμφέροντα τους δεν συμπίπτουν με τα συμφέροντα του άρρωστου παιδιού και εν αντιθέσει με τη πρώτη περίπτωση, εν προκειμένω η κατάσταση καθίσταται πιο περίπλοκη.

Αναφορικά, με αυτή τη περίπτωση, η ποικιλία των θεμάτων που σχετίζονται με την ευθανασία στην παιδική ηλικία είναι μεγάλη. Ειδικότερα, γεννάται το ερώτημα ποιος θα πρέπει να αποφασίσει δηλαδή, ο ένας ή και οι δύο γονείς για τη διενέργεια ευθανασίας σε νεογνά και βρέφη, σε παιδιά και έφηβους με μειωμένη πνευματική ικανότητα καθώς και επίσης στη περίπτωση ύπαρξης διαφωνίας, ποιος είναι αυτός που αναλαμβάνει την ευθύνη.

Πιο συγκεκριμένα, σε θέματα της νεογνικής ηλικίας, τα ηθικά προβλήματα που σχετίζονται με την ευθανασία είναι συχνά και ιδιότυπα.

Ορισμένα, από αυτά εμφανίζονται σε: 1.) σε νεογνά με σοβαρά προβλήματα υγείας με ή χωρίς νοητική στέρηση. Συγκεκριμένα, αξίζει να αναφερθεί ένα παράδειγμα, όταν στις αρχές τις δεκαετίας του '80, η Αμερική αναστατώθηκε από το θάνατο του μωρού "Baby Doe", που γεννήθηκε με μογγολοειδή ιδιοτεία, μια γενετική νόσο που συνοδεύεται από βαρεία πνευματική καθυστέρηση και για την πρόληψη της εφαρμόζεται προγεννητικός έλεγχος. Σε αυτή τη περίπτωση που διαπιστώνεται ότι το έμβρυο είναι άρρωστο, γίνεται διακοπή της κύησης στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Βέβαια, εκείνη τη περίοδο ήταν καθολική η πρακτική να αφήνονται αυτά τα παιδιά χωρίς υπερεξειδικευμένη ιατρική φροντίδα, εφ' όσον αυτή χρειαζόταν και παρόλο που οι ιατροί συζήτησαν με τους γονείς για την πιθανότητα να υποβληθεί το εν λόγω νεογνό σε μια σοβαρή εγχείρηση για την αποκατάσταση της μογγολοειδούς ιδιοτείας, οι τελευταίοι αρνήθηκαν την επέμβαση και το νεογνό κατέληξε την έκτη ημέρα της ζωής του.

Η δημοσιοποίηση του εν λόγω γεγονότος από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης πυροδότησε εκτεταμένες συζητήσεις με αποτέλεσμα να τροποποιηθούν εν μέρει οι σχετικοί εθνικοί κανονισμοί που αφορούσαν ανάλογες περιπτώσεις και ανεξάρτητα από τη βαρύτητα της αναπηρίας, να χορηγείται η εξειδικευμένη θεραπευτική και χειρουργική αγωγή που ενδείκνυται για φυσιολογικά νεογνά κατόπιν της γνωμοδότησης μίας ομάδας επιστημόνων, με μόνη εξαίρεση τα νεογνά που βρίσκονται σε κωματώδη κατάσταση ή ο θάνατος τους είναι άμεσος.

Η εφαρμογή των νέων αυτών κανονισμών όμως είναι αντιφατική τόσο στη θεωρία όσο και στην πράξη, διότι δεν είναι κατανοητό από τη μία πλευρά, για το ίδιο βασικό και προαναφερόμενο νόσημα, να συνίσταται προγεννητική διάγνωση και διακοπή κύησης για να αποφευχθεί η γέννηση νεογνού με πνευματική καθυστέρηση και από την άλλη πλευρά να μεγιστοποιούνται οι προσπάθειες για την επιβίωση ενός άρρωστου βρέφους με το ίδιο νόσημα χωρίς να λαμβάνεται υπ' όψη αν οι επιπρόσθετες ιατρικές φροντίδες αποβαίνουν εις όφελος του.

Βάσει αυτών των νέων δεδομένων, αντικαταστάθηκε η αρχική θέση όπου ήταν, η επιθυμία των γονιών και η γνώμη τους για την επιλογή ανάμεσα σε μια συνήθη και εντατική ή μία εξειδικευμένη θεραπεία να καθορίζει τη τελική απόφαση, από τη γνώμη μιας αντιπροσωπευτικής επιτροπής που συμμετείχαν εκπρόσωποι διαφόρων επιστημονικών και κοινωνικών ομάδων, πλην των θεράποντων ιατρών και των γονέων.

Πιο συγκεκριμένα, σε αυτό το πλαίσιο και για την αντιμετώπιση των ηθικών αυτών διλημάτων και τη λήψη αποφάσεων δημιουργήθηκαν σε κάθε νοσοκομείο οι επιτροπές ηθικής. Οι επιτροπές αυτές μελετούν ξεχωριστά την κάθε περίπτωση και αναζητούν τρόπους λήψης κοινών αποφάσεων με σύμφωνη γνώμη του ιατρικού προσωπικού και των γονιών. Ένας από τους βασικούς ρόλους αυτών των επιτροπών είναι η κατάθεση δεδομένων για τη λήψη μιας πιο αντικειμενικής απόφασης με ευρεία αποδοχή στα ιατρικά και δεοντολογικά προβλήματα που ανακύπτουν.

2.) σε νεογνά με μηχανική υποστήριξη. Ενδεικτικά, να αναφερθεί η περίπτωση ενός πρόωρου νεογνού, που στην ηλικία των 5 (πέντε) μηνών νοσηλεύεται για καρδιακή και νεφρική ανεπάρκεια, βαριά βρογχοπνευμονική δυσπλασία και βρισκόταν σε μηχανική αναπνοή. Οι γονείς αντιλήφθηκαν ότι το βρέφος επρόκειτο να πεθάνει και ζήτησαν την αποσύνδεση του από τον αναπνευστήρα. Στην περίπτωση αυτή υπήρχε μια ομοφωνία γονιών και θεραπόντων γιατρών. Εάν ένας από το ιατρικό προσωπικό ή το οικογενειακό περιβάλλον ήταν αντίθετος με αυτή την απόφαση, τότε θα παραπέμπετο η υπόθεση στην επιτροπή ηθικής για παροχή γνώμης.

Από ηθική σκοπιά, τόσο η συνέχιση της μηχανικής στήριξης όσο και η διακοπή της, είναι ισοδύναμες, μολονότι πολλοί πιστεύουν ότι η διακοπή της μηχανικής στήριξης είναι προτιμητέα γιατί παράλληλα αποτελεί και μια κλινική δοκιμή που επιβεβαιώνει την κακή πρόγνωση.

3.) σε νεογνά που δύνανται να χρησιμοποιηθούν ως δότες λόγω γέννησης τους, χωρίς εγκέφαλο. Σε μια τέτοια περίπτωση προκύπτουν μια σειρά από δεοντολογικά και ηθικά προβλήματα. Το μεν νεογνό λόγω της έλλειψης εγκεφάλου δεν πονάει και η συνέχιση της εντατικής φροντίδας ή χειρουργικής επέμβασης δεν του δημιουργεί

προβλήματα. Εφ' όσον όμως αναπνέει δεν είναι εγκεφαλικά νεκρό. Επίσης, είναι γνωστό ότι ο εγκεφαλικός θάνατος είναι απαραίτητος για τη λήψη ζωτικών οργάνων για μεταμόσχευση.

Συνεπώς, η αφαίρεση καρδιάς πριν από την επιβεβαίωση εγκεφαλικού θανάτου είναι αντίθετη με την παραδοσιακή θέση και την πολιτική των μεταμοσχεύσεων, και μπορεί να θεωρηθεί ως ανθρωποκτονία. Η συμβολή της επιτροπής ηθικής, του νομικού συμβούλου του νοσοκομείου, ακόμη και της εισαγγελικής αρχής είναι απαραίτητη για να ξεπεραστούν οι δεοντολογικοί κανόνες λήψης μοσχευμάτων.

Επιπρόσθετα, στις περιπτώσεις των βαριά πασχόντων νεογνών υπάρχουν σήμερα οι πιο κάτω αποδεκτοί κανόνες, όπου προβλέπουν ότι για τη διακοπή της μηχανικής στήριξης δεν είναι απαραίτητα το νεογνό να είναι εγκεφαλικά νεκρό, σε κωματώδη κατάσταση ή σε τελικά στάδια. Ο ισχυρότερος λόγος διακοπής θεραπείας είναι το συμφέρον του νεογνού, και όχι της οικογένειας ή της κοινότητας. Τέλος, σε περιπτώσεις όπου η απόφαση των γονιών δεν φαίνεται να συμβαδίζει με τα συμφέροντα του νεογνού, η απόφαση πρέπει να αναθεωρείται από την Επιτροπή ηθικής.

Γενικά, αποτελεί γεγονός ότι το θέμα της ευθανασίας στη νεογνική περίοδο είναι συχνό στις μονάδες εντατικής θεραπείας που νοσηλεύουν πολύ μικρά πρόωρα βρέφη, με μικρές πιθανότητες επιβίωσης και μεγάλες πιθανότητες σοβαρών χρονίων επιπτώσεων και όχι σπάνια πνευματικής καθυστέρησης.

Τέλος, παρατηρείται συχνά στη πράξη, πατερναλισμός από μέρους των ιατρών και ιδίως των παιδιάτρων, που επιχειρούν να προστατεύσουν τους γονείς από την ενεργό συμμετοχή τους στην απόφαση για τη συνέχιση ή όχι της παράτασης της ζωής των παιδιών. Πάντως, στην Ελλάδα, για τα παιδιά ακόμα και τους εφήβους, η εξουσία των γονιών και ιδιαίτερα του πατέρα παραμένει απόλυτη και η συγκατάθεση του αναγκαία για όλες τις ιατρικές πράξεις που αφορούν στην υγεία του παιδιού του. (Κατάμης Χ., 2000)

Όσον αφορά στην οικονομική προσέγγιση της ευθανασίας, είναι «απάνθρωπο», ο ασθενής να αντιμετωπίζεται ως «μέσον» για τη περιστολή των εξόδων από τον θάνατοντα ιατρό του, γεγονός που έρχεται και σε ολοσχερή αντίθεση με τον ιπποκρατικό όρκο. Είναι γεγονός ότι οικονομικές παράμετροι δεν πρέπει να επηρεάσουν την ηθική και την παραδοσιακή ιατρική. Βέβαια, αναμφίβολα, πολλές φορές για αντικειμενικούς λόγους, όπως είναι η έλλειψη μέσων, είναι πιθανόν να μη μπορούν να εφαρμοσθούν οι θεραπευτικές μέθοδοι που θα έπρεπε σε έναν ασθενή. Αυτό σημαίνει ότι η υλικοτεχνική αδυναμία που ευθύνεται για τη μη σωστή αντιμετώπιση όλων των προβλημάτων ενός αρρώστου το μόνο που δε συνιστά είναι πρακτική ευθανασίας.

Εν προκειμένω, υπάρχει διαχωρισμός, ανάμεσα στην ευθανασία, όπου επιλέγεται ότι δεν πρέπει να παρασχεθεί βοήθεια στον άρρωστο ή πρέπει να επισπευσθεί ο θάνατος του, και στην απουσία υποδομών, όπου εξαντλούνται όλες οι ιατρικές δυνατότητες, οι οποίες φυσικά διαθέτουν ένα τέλος. Πιο αναλυτικά, δεν ευθύνεται ο ιατρός που δεν θεράπευσε τον άρρωστο, επειδή δεν διέθετε τα μέσα αλλά η κρατική ανεπάρκεια. Υπάρχει μια τεράστια διαφορά στις δύο περιπτώσεις. Συνεπώς σύμφωνα με αυτή την άποψη, η ιατρική είναι εκτός του κλίματος και του πνεύματος της ευθανασίας και εάν η κοινωνία επιθυμεί τέτοιου είδους λύσεις, πρέπει να τις αναζητήσει σε έτερους θεσμούς.

Πάντως, αποτελεί γεγονός ότι η θέση της επίσημης ιατρικής δεοντολογίας γύρω από το θέμα της ευθανασίας είναι πράγματι αρκετά ασαφής. Ένα τέτοιο θεωρητικής και πρακτικής φύσεως πρόβλημα απασχολεί έντονα την ιατρική κοινότητα, που υποστηρίζει ότι η ανάπτυξη και η καλλιέργεια της σωστής ιατρικής συνείδησης μπορεί να συνδράμει αποφασιστικά στην αντιμετώπισή του. Συνεπώς, όταν δημιουργούνται προγράμματα ιατρικής παιδείας που παράγουν ιατρούς με εμπεδωμένη ιατρική συνείδηση, αυτού του είδους τα ζητήματα, βρίσκουν ευκολότερες λύσεις.

Σε ενίσχυση του άμεσα προαναφερθέντος επιχειρήματος, αποτελεί γεγονός ότι ανάμεσα στους παράγοντες που επηρεάζουν την κρίση του ιατρού σχετικά με τη λήψη αποφάσεων για τη ζωή του ασθενούς είναι η άγνοια, η κακή μόρφωση, η έλλειψη βασικών γνώσεων που δεν έχουν δοθεί από το πανεπιστήμιο, δεν έχουν καλλιεργηθεί ποτέ σε αυτόν και ταυτόχρονα σε επίπεδο κοινωνίας απαιτείται, από αυτόν να τις εφαρμόσει.

Επιπρόσθετα, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν όλες οι ανθρώπινες αδυναμίες, τις οποίες δε διαθέτει μόνο ο κάθε μη ιατρός, αλλά τις έχει και ο ίδιος ο ιατρός. Τοιουτοτρόπως, όπως κάποιος φυσικός, μαθηματικός ή και φιλόλογος μπορεί να αναπτύξει σκέψεις υπέρ της ευθανασίας, έτσι και κάποιος ιατρός μπορεί να οδηγηθεί προς τέτοιου είδους συλλογιστικές, που όμως ο ίδιος διευκολύνεται λόγω της ιδιότητας του, να τις εφαρμόσει. Βέβαια, ελάχιστοι είναι και παγκοσμίως οι ιατροί οι οποίοι έχουν ασπαστεί την ιδέα της ευθανασίας.

Τώρα στην Ελλάδα, υπάρχουν μεμονωμένες περιπτώσεις ευθανασίας που είναι στατιστικά αποδεκτό ότι πρέπει να έχουν συμβεί ως μία εξαίρεση η οποία επιβεβαιώνει τον κανόνα. Δεν υπονοείται εξ αυτού του γεγονότος ότι πρέπει να εδραιωθεί αυτή η πρακτική, η οποία καταστρέφει τη σχέση του ιατρού με τον άρρωστο και όλο το οικοδόμημα της παραδοσιακής ιατρικής και η οποία είναι σίγουρο ότι στον ίδιο τον άρρωστο κατ' αρχήν θα δημιουργήσει προβλήματα, ενώ οικονομικά οφέλη θα αποφέρει μόνον σε μερικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς. (Μπεχράκης Χ., 2000)

Αρχικά, είναι γεγονός ότι η ευθανασία αποτελεί αντικείμενο συζήτησης και ενδιαφέροντος στα νεότερα χρόνια εξαιτίας πολιτιστικών παραγόντων, όπως είναι η έννοια της ατομικότητας. Πιο αναλυτικά, ενώ το 19^ο αιώνα η αυτοδιάθεση και η ατομικότητα αποτελούσαν την κυρίαρχη ιδεολογία, τότε δεν υπήρχαν οι τεχνολογικές προϋποθέσεις για να επικρατήσουν αυτές οι δύο έννοιες, ως το κύριο κριτήριο απέναντι στο ηθικό δίλημμα για τη στάση που θα έπρεπε να τηρηθεί απέναντι στη ζωή και το θάνατο. Πλέον όμως, στο σύγχρονο κόσμο που διαβιούμε και ο οποίος σε μεγάλο βαθμό αποθρησκευοποιείται, η ατομικότητα λειτουργεί ως η νέα θρησκεία και συνιστά λόγο που συνηγορεί υπέρ της ευθανασίας αλλά ταυτόχρονα αντιπαρατίθεται στις πεποιθήσεις όλων κατά κύριο λόγο των θρησκειών.

Επίσης, σύμφωνα με έρευνες και δημοσκοπήσεις, είναι ενδιαφέρον το γεγονός και αποτελεί χαρακτηριστική διαπίστωση ότι η κυρίαρχη ιδεολογία της ατομικότητας και της αυτοδιαθέσεως, έχει διεισδύσει ειδικότερα στους νέους και τους πιο μορφωμένους. Αυτή η εξέλιξη συνδυάζει τόσο πλεονεκτήματα όσο και μειονεκτήματα.

Πάντως, η ελληνική κοινωνία μέχρι αυτή τη στιγμή δεν έχει αποδείξει ότι είναι έτοιμη να επιλύσει ζητήματα με τα οποία η ανάδυση της ατομικότητας, μας έφερε αντιμέτωπους, όπως τη σχέση του ατόμου με την ομάδα. Τη σχέση του ατομικώς καλού με το κοινωνικώς καλό. Παραδείγματος χάριν, η κοινωνία μας έχει αποφασίσει πώς να κατανέμει κάποια κονδύλια ή έχει αποφασίσει τι θέλει για το βιοτικό της επίπεδο. Η εν λόγω, όμως απόφαση δεν είναι αποτελεί μόνο πολιτικό ζήτημα αλλά και ιδεολογικό. Αφορά σε κάθε ελληνική οικογένεια.

Πιο συγκεκριμένα, η απόφαση για μία συγκεκριμένη κατανομή κονδυλίων για την υγεία γίνεται από τη κοινωνία η οποία και έχει καθορίσει το βιοτικό επίπεδο που επιθυμεί ανάλογα με τις ανάγκες της. Τώρα, όταν ληφθεί η απόφαση, τίθεται ζήτημα οικονομικής επιβαρύνσεως της κοινωνίας για τα παιδιά τα οποία θα γεννηθούν με διανοητική καθυστέρηση ή με συγκεκριμένα προβλήματα σωματικής υγείας ή ακόμα για το κόστος των μονάδων εντατικής θεραπείας ή το κόστος νοσηλείας στις καταληκτικές φάσεις της ζωής.

Συνεπώς, εν προκειμένω, θεμελιώνεται ένα φιλοσοφικό ερώτημα του κατά πόσο οι κοινωνικές επιλογές είναι αδιαπραγμάτευτες και στη βάση ποιας λογικής και ηθικής είναι αδιαπραγμάτευτες και επί τη βάση αυτού του ερωτήματος δράττεται η ευκαιρία να αναλυθούν και οι θρησκευτικές και ηθικές διαστάσεις της ευθανασίας σε εγχώριο επίπεδο.

Από τη θεολογική σκοπιά του ζητήματος, στο θέμα του θανάτου η ορθόδοξη χριστιανική θεολογία θεωρεί ότι με θρησκευτικά κριτήρια τίποτα δεν μπορεί να

αυτονομηθεί, γιατί τίποτα δεν έχει την ύπαρξη του από μόνο του, έξω από το Θεό. Επομένως, και οι οποιεσδήποτε αποφάσεις του ανθρώπου και η στάση ζωής του, σύμφωνα με τα χριστιανικά ορθόδοξα κριτήρια, θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη ότι η αυτονόμηση απέναντι στο Θεό δεν ευοδώνεται μέσα από τη θεολογική λογική. Η ζωή είναι μόνο δώρο του Θεού και όχι ο θάνατος που εισήλθε μέσα από την ανταρσία και την αυτονόμηση του ανθρώπου. Συνεπώς, η εγκόσμια ζωή αναφέρεται ολόκληρη προς το Θεό. Αυτό δημιουργεί τη σχέση Θεού-ανθρώπου. Μια σχέση φορτισμένη έντονα συναισθηματικά, στο πλαίσιο της οποίας θα πρέπει να κατανοήσουμε φράσεις που για κάποιον μη οικείο με τα θεολογικά κριτήρια ακούγονται περίεργες, σαν επιθυμίες θανάτου.

Για παράδειγμα, ο Απόστολος Παύλος γράφει σε μία επιστολή του ότι: *«επιθυμεί να τελειώσει η ζωή του και να βρεθεί με τον Χριστό»*. Επίσης, ο Άγιος Ιγνάτιος, όταν τον παίρνουν στο Κολοσσαίο να μαρτυρήσει, σε επιστολή του γράφει ότι: *«επιθυμεί μία ώρα αρχύτερα να βρεθεί στο στόμα των θηρίων και να ενωθεί με τον Θεό»*. Από τις δύο προαναφερόμενες περιπτώσεις καθίσταται σαφές ότι οι δύο αυτοί συγγραφείς επιθυμούν το θάνατο από έλξη προς αυτό που θα συναντήσουν μετά και όχι επειδή τους απωθεί αυτό που ζουν τώρα.

Αναλυτικότερα, γίνεται ευκρινές ότι ενυπάρχει ένα θετικό συναίσθημα προς αυτό που θα συναντήσουν οι δύο συγγραφείς και αυτό διότι δεν φεύγουν από φόβο για κάτι που μπορεί τώρα να τους ενοχλεί ή να τους φοβίζει, αφού ακόμα και τη στιγμή που καταγράφουν αυτές τις επιθυμίες τους, παραμένουν αφάνταστα παραγωγικοί. Είναι σημαντικό, επομένως σε αυτό το σημείο να τονιστεί ότι με τα δύο αυτά παραδείγματα η θρησκεία μπορεί να δεχθεί την επιθυμία για το θάνατο μόνο στη περίπτωση που αυτός ισορροπεί με τη ζωή και έχει προοπτική μετά από αυτόν, τη συνάντηση με το Θεό.

Στον αντίποδα των θεολογικών κριτηρίων για την επιθυμία του θανάτου, θα μπορούσαν να διακριθούν ως κίνητρα πρόωρου τερματισμού της ζωής, τα εξής: Αρχικά, η μελαγχολία και η κατάθλιψη, όπου κάποιο ποσοστό των ασθενών, επιθυμούν να δώσουν τέρμα στη ζωή τους. Σε αρκετές περιπτώσεις, υπάρχουν μορφές κατάθλιψης αρκετά συγκαλυμμένες και όχι εύκολο να διαγνωστούν. Επιπρόσθετα, η ντροπή για την αναξιοπρέπεια που χαρακτηρίζει τις τελευταίες ημέρες της ζωής των ασθενών. Επιπλέον, η άρνηση να λάβει κανείς φροντίδα, με το πρόσχημα ότι νοιάζεται τους άλλους. Μερικές φορές είναι εγωκεντρική αυτή η στάση, ακριβώς γιατί δεν θέλει κάποιος να βρεθεί σε κατάσταση που να χρήζει βοήθειας από τους άλλους. Βέβαια, αξίζει να υπογραμμιστεί από την άλλη πλευρά, ότι σε αυτές τις δύσκολες καταστάσεις, που ο άλλος είναι

ανήμπορος, είναι η μοναδική ευκαιρία να πάρει αγάπη και φροντίδα έκδηλα από τους οικείους του.

Τέλος, αποτελεί γεγονός ότι οι άνθρωποι έχουν έντονη ανάγκη να νιώθουν ότι ελέγχουν είτε τον εαυτό τους, είτε το σώμα τους, με αποτέλεσμα η επέλευση μίας βαριάς ασθένειας, να τους οδηγεί στην απώλεια αυτού του ελέγχου, να τους καθιστά ψυχικά αδύναμους, ώστε να καταλήξουν να επιθυμούν το θάνατο, αφού θεωρούν ότι είναι η μοναδική απόφαση που μπορούν να λάβουν οι ίδιοι για τους εαυτούς τους, και αφορά στο τέλος της ζωής τους.

Πάντως, ο προβληματισμός σχετικά με την ευθανασία δεν μπορεί να διασαφηνιστεί εάν δεν απαντηθούν δύο βασικά ερωτήματα, αφενός ποια είναι η έννοια του θανάτου και του πόνου και αφετέρου ποια είναι η έννοια του προσώπου. Η πρώτη έννοια, είναι γνωστό ότι στη δυτική κοινωνία, η οποία τείνει να γίνει παγκόσμια, αποτελεί οδυνηρό, ανεπιθύμητο αλλά και χυδαίο θέμα. Επιπλέον, έχουν γραφτεί βιβλία, τα οποία αξιολογούν πάρα πολλές εκδηλώσεις του πολιτισμού και της καθημερινής ζωής, ως προσπάθειες άρνησης στο θάνατο και στον πόνο. Εξάλλου, δεν αποτελεί τυχαίο το γεγονός ότι η διαφήμιση, τα έντυπα, η τηλεόραση, όλος ο τρόπος ζωής της σύγχρονης κοινωνίας έχει δομηθεί πάνω σε αυτή τη δυσανεξία προς τον πόνο και το θάνατο.

Βέβαια, οι παραδοσιακές κοινωνίες και μερικές ακόμα δεν αντιμετώπιζαν με αποδοκιμασία το γεγονός του θανάτου. Ενδεικτικά, να σημειωθεί, ότι στη θεολογική προβληματική, παρόλο που ο θάνατος δεν ήταν στο αρχικό σχέδιο του Θεού και στη δημιουργία, στην ενσάρκωση όμως του Χριστού και στον δικό Του θάνατο άλλαξε η στάση που τηρούνταν για το τέλος της ζωής με χαρακτηριστικό το τροπάριο της νεκρώσιμης ακολουθίας: «*[...]ο θάνατος Σου, Κύριε, αθανασίας γέγονε πρόξενος*».

Η δεύτερη έννοια του προσώπου, αφορά στο ερώτημα πότε ο άνθρωπος είναι πρόσωπο και πότε δεν είναι. Ενδεικτικά, στην υπόθεση Κεβορκιάν και ο ιατρός και η ασθενής συνέπεσαν και συμφώνησαν στη δήλωση ότι η τελευταία δεν θα ήταν πια πρόσωπο από τη στιγμή που δεν θα είχε αυτοεπίγνωση. Δεδομένου αυτού του λόγου, η παλιά προβληματική γύρω από τον αφόρητο πόνο, που βιώνει ο άνθρωπος διαθέτοντας όμως επίγνωση, ως κίνητρο της ευθανασίας έχει αρχίσει και παραχωρεί τη θέση της σε ακραίες περιπτώσεις κώματος, βαριάς και προχωρημένης μορφής Αλτσχάϊμερ. Και αυτό διότι ο πόνος αντιμετωπίζεται σήμερα καλύτερα με τις σύγχρονες τεχνικές, όπως είναι η παρηγορητική φροντίδα.

Επομένως, το κριτήριο «δεν θα είμαι πρόσωπο όσο δεν έχω αυτοεπίγνωση» δεν βρίσκει καθολική θεμελιακή αξία στη θεολογική διάσταση του ζητήματος της ευθανασίας. Αποτελεί καθαρά αποκύημα των τελευταίων αιώνων, του ορθολογισμού και

του διαφωτισμού, όπου κάποιος θεωρείται πρόσωπο όταν έχει επίγνωση και βρίσκεται στη διάνοια. (π. Β. ΘΕΡΜΟΣ, 2000)

Από νομικής πλευράς, στο ελληνικό ποινικό δίκαιο, τα άρθρα 299, 300 και 301, αφορούν στην ανθρωποκτονία με πρόθεση, στην ανθρωποκτονία με συναίνεση και στη συμμετοχή σε αυτοκτονία. Η ευθανασία δεν υπάρχει ως όρος στον ποινικό κώδικα, παρά βρίσκεται σε μία συγκεκριμένη διάταξη που αφορά ειδικά σε ζώα που έχουν μολυσματικές ασθένειες. Σε αυτή τη διαπίστωση έρχεται να προστεθεί το γεγονός ότι η ευθανασία αφορά σε θνήσκοντες και όχι σε απλώς πάσχοντες, όπως προβλέπεται από το άρθρο 300 του Ποινικού Κώδικα. (Πανούσης Ι., 2000)

Είναι γνωστό ότι σε κάθε περίπτωση επιχειρείται να διασφαλισθεί η συναίνεση του πάσχοντος ασθενούς. Συγκεκριμένα, στην ανθρωποκτονία με συναίνεση, όταν η βοήθεια στο θάνατο δίδεται με τη συμφωνία του πάσχοντος, καθώς οι πόνοι έχουν καταστεί ανυπόφοροι και το φυσικό τέλος πλησιάζει, τότε πρόκειται για την αγωνική ευθανασία. Επίσης, όταν ο ασθενής που πάσχει από ανίατη νόσο στο τελευταίο του στάδιο βρίσκεται σε ρητή και νηφάλια κατάσταση και υπάρχουν οι εγγυήσεις των ιατρών του ιατρικού συμβουλίου και η συμφωνία των συγγενών, τότε δεν αλλοιώνεται η πραγματική βούληση του πάσχοντος.

Επιπλέον, στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία ο τρίτος δεν έχει ανθρωποκτόνο πρόθεση, το θύμα συναινεί και το πραγματικό συμφέρον του ανιάτως πάσχοντος εξυπηρετείται. Βέβαια, πολλές φορές η βούληση του τρίτου αμφισβητείται ακριβώς διότι δεν μπορεί να εντοπισθεί η ένταση ενοχής ή η κατεύθυνση της βουλήσεως του, που είναι κρίσιμο θέμα -δηλαδή ήθελε πράγματι να φονεύσει, ήθελε να θανατώσει ή ήθελε να βοηθήσει-. Πάντως σε κάθε περίπτωση, ο θάνατος με αξιοπρέπεια δίνει στη ζωή την ποιοτική της διάσταση.

Σύμφωνα με μία άποψη της επιστημονικής κοινότητας, η συμμετοχή στην εν λόγω αυτοπροσβολή, η συνδρομή στην αυτοκυβερνούμενη πράξη του θύματος δεν αποτελεί αυτοτελή παρέμβαση στη ζωή του άλλου, αλλά προσφορά βοήθειας στην ολοκλήρωση της θανάτωσης με τη συναίνεση του θύματος. Ενώ σε οποιαδήποτε στιγμή το θύμα είναι σε θέση να σταματήσει αυτή την ιδιότυπη παραγγελία θανάτου. Επομένως, στα χέρια τα δικά του και όχι στα χέρια του εκτελούντος την εντολή και κατ'επέκταση την επιθυμία, βρίσκεται η ζωή ή ο θάνατος του εμμέσως αυτοκτονούντος.

Στη τέλεση αυτού του ποινικού αδικήματος, παρατηρείται μια οριακή κατάσταση σύγκρουσης αισθημάτων, στην οποία δεν χωρεί εκλογίκευση. Από τη μία πλευρά, το δικαίωμα του «θνήσκειν», που πρόκειται για αμυντικού περιεχομένου αξίωση, δεν κατοχυρώνει θετική υποχρέωση τρίτου να επιφέρει το θάνατο και δεν ταυτίζεται με το

δικαίωμα του «φονεύειν τινά». Από την άλλη πλευρά, όμως δεν υπάρχει γενικός και απόλυτος κανόνας απαγόρευσης θανάτωσης ή συνδρομής στο θάνατο σε έκτακτες συνθήκες³⁵. Συνεπώς, αυτές οι ίδιες οι έκτακτες συνθήκες θα προσδιορίσουν την ποινική ευθύνη και θα χρωματίσουν την εγκληματολογική προσέγγιση και ερμηνεία του εν λόγω αδικήματος.

Σύμφωνα με την ίδια άποψη δεν πρέπει να τιμωρείται ποινικά η παροχή βοήθειας σε κάποιον που θέλει να αυτοκτονήσει, αλλά δεν μπορεί μόνος του, σωματικά ή ψυχικά, να τελέσει την πράξη, ακόμα κι εάν η βοήθεια αυτή είναι ενεργητική, αλλά δεν έχει αυτόβουλο χαρακτήρα. Πρόκειται δηλαδή για αθέλητη ενεργητική συμμετοχή σε εθελοντική ευθανασία. Συγκεκριμένα, όταν ένα άτομο διαθέτει διανοητική διαύγεια αλλά διακατέχεται από σοβαρή πνευματική, σωματική νόσο ή κατάθλιψη ή τυφλό πάθος και αποφασίζει να τερματίσει τη ζωή του, αλλά δεν μπορεί να το επιχειρήσει μόνος του και χρησιμοποιεί τρίτο άτομο, τότε στην περίπτωση αυτή είναι ερευνητέον αν πληρούται η αντικειμενική και υποκειμενική υπόσταση του εγκλήματος της ανθρωποκτονίας με πρόθεση του άρθρου 299, της εξ οίκτου ανθρωποκτονίας ή με συναίνεση του άρθρου 300 ή συμμετοχή σε αυτοκτονία του άρθρου 301 του Ειδικού μέρους του Ποινικού Κώδικα.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να τονισθεί ότι η βοήθεια σε αυτοκτονία δύσκολα εντοπίζεται, ώστε να καταλογισθούν ευθύνες ακόμα και σε αυτούς που ενδεχόμενα μπορεί να εκμεταλλεύθηκαν την ταραγμένη ψυχική κατάσταση του αυτόχειρα. Στη προκείμενη περίπτωση, η συνεχής ανακάλυψη του δράστη, ποιος δηλαδή είναι αυτός που έπεισε τελικά αυτόν να αυτοκτονήσει μέσω τρίτου, μεταθέτει το πρόβλημα στις σχέσεις και τη δράση των δύο πρωταγωνιστών.

Οι προαναφερθείσες σκέψεις που ενέχουν εγκληματολογικό και όχι αυστηρά δογματολογικό ποινικό προσανατολισμό αποδεικνύουν την ανάγκη για περισσότερη εμβάθυνση του ζητήματος. Γίνεται κατανοητό από τα ανωτέρω αναφερόμενα ότι η ευθανασία δεν πρέπει να απεγκληματοποιείται αλλά υπό ορισμένους όρους να μη τιμωρείται.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τρεις προτάσεις για την ευθανασία από Γερμανούς καθηγητές οι οποίες είναι οι ακόλουθες: α.) «Όποιος διακόπτει ή παραλείπει να λάβει μέτρα διατήρησης της ζωής, δεν ενεργεί άδικα». Ο δε άδικος χαρακτήρας της πράξης αίρεται, όταν το ζητά ο ενδιαφερόμενος ρητά και σοβαρά και ο εγγύς και επικείμενος θάνατος καθιστά, κατά ιατρική διάγνωση, μη περαιτέρω ενδεδειγμένη την έναρξη ή τη

³⁵ ο πόλεμος, η κατάσταση ανάγκης, η άμυνα.

συνέχιση μέτρων διατήρησης της ζωής, ενόψει της οικονομικής κατάστασης του ενδιαφερόμενου και της ανυπαρξίας προοπτικών μιας θεραπείας.

β.) «Όποιος παραλείπει να παρεμποδίσει την αυτοκτονία ενός άλλου, δεν ενεργεί άδικα, όταν η αυτοκτονία στηρίζεται σε μια ελεύθερη υπεύθυνη, ρητώς εκπεφρασμένη ανθρωποκτόνο βούληση ή από τις περιστάσεις εμφανώς σοβαρή απόφαση» και γ) «Το δικαστήριο μπορεί να μην επιβάλλει ποινή, όταν η θανάτωση εξυπηρετεί την αποπεράτωση μιας βαρύτερης και για τον ενδιαφερόμενο αφόρητης πλέον κατάστασης πόνων, η οποία δεν μπορεί να αρθεί ή να απαλυνθεί με άλλα μέσα». (Πανούσης Ι., 2000)

Σε ενίσχυση αυτών των θέσεων έρχεται να προστεθεί το νομοσχέδιο που ετοίμασε το γερμανικό Υπουργείο Δικαιοσύνης το 2012, το οποίο απαλλάσσει από την ποινική ευθύνη τους ανθρώπους, οι οποίοι βοηθούν να φύγει από τη ζωή κάποιος βαριά άρρωστος συγγενής τους ή φίλος. Επίσης, σύμφωνα με το νομοσχέδιο απαλλάσσονται οι ιατροί και νοσοκόμοι εάν μεταξύ αυτών και των ασθενών διαμορφώθηκαν προσωπικές σχέσεις. Με άλλα λόγια, θα επιτρέπεται η ευθανασία σε εκείνες τις περιπτώσεις, που γίνεται χωρίς οικονομικό αντάλλαγμα. (greek.ruvr.ru)

Οι πρότερες απόψεις που διατυπώθηκαν, αφορούσαν ορισμένους προβληματισμούς που κυριαρχούν στον ελληνικό επιστημονικό διάλογο. Παραμένει έωλο το ερώτημα, εάν η ζωή αποτελεί ένα έννομο αγαθό αδιάθετο, καθιστώντας την ευθανασία ένα πρόβλημα κοινωνικού και ατομικού χαρακτήρα. Σύμφωνα με μία άποψη το δικαίωμα στην ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας, που και το Σύνταγμα προβλέπει, δεν οριοθετείται από την προστασία της ζωής αλλά την υπερβαίνει καθώς εμπεριέχει και το δικαίωμα και την ελευθερία της διάθεσης της ζωής που εκφράζεται με την ευθανασία. Άλλωστε το νόημα και το περιεχόμενο της ανθρώπινης οντότητας είναι να γεννιέσαι, να ζεις και να πεθαίνεις ως ελεύθερος άνθρωπος. (Πανούσης Ι., 2000)

Τέλος, στον ελληνικό επιστημονικό χώρο δεν διαφαίνεται κάποια κυριαρχούσα τάση υπέρ ή κατά της ευθανασίας. Νομικά δεν κατοχυρώνεται αυτοτελώς ως αδίκημα που να τιμωρείται. Από Θεολογικής άποψης δεν επιτρέπεται. Τέλος, από κοινωνικής πλευράς, δεν εμφανίζεται κάποια άποψη που να επικρατεί και σίγουρα η πρακτική δεν έχει εδραιωθεί και δεν γίνει πλήρως αποδεκτή από μία μάλλον συντηρητική ελληνική κοινωνία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

1. ΟΙ ΘΕΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Η ευθανασία συνιστά ένα έντονα αμφιλεγόμενο και επίκαιρο φιλοσοφικό θέμα. Όπως όλα τα ηθικά ερωτήματα και κατ' επέκταση διλήμματα εμφανίζουν θετικά και αρνητικά σημεία. Η απάντηση στο εάν η επιθανάτια αυτή διαδικασία πρέπει να προτιμάται, να εφαρμόζεται και να εδραιωθεί, είναι δύσκολο να δοθεί. Παρόλα αυτά, θα επιχειρηθεί να παρατεθούν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της μεθόδου και να αναδυθεί κάποια βέλτιστη δυνατή προσέγγιση του ζητήματος.

Αρχικά, ως επιχειρήματα υπέρ της πρακτικής της ευθανασίας, μπορούν να εκτεθούν τα κατωτέρω:

α.) Η ευθανασία αποτελεί ένα τρόπο ανακούφισης από τον αφόρητο πόνο, ο οποίος καθιστά τη ζωή του πάσχοντος αντίξοχη. Πολλές φορές, όντως οι ασθενείς δεν μπορούν να ανεχθούν την οδύνη και βρίσκουν ως μόνη τους διέξοδο τη διενέργεια αυτής της πρακτικής, προκειμένου να θέσουν τέλος στη ζωή τους. Βέβαια, από την άλλη πλευρά, δύναται να αντιταχθεί το επιχείρημα ότι υπάρχουν και άλλοι τρόποι ανακούφισης από την οδύνη, που έχουν προαχθεί με την τεχνολογική εξέλιξη και προσφέρουν τη δυνατότητα για συμπαράσταση με την μορφή εκτεταμένης ιατρικής βοήθειας, όπως για παράδειγμα η παροχή παρηγορητικής φροντίδας και η διαμονή των ασθενών σε εξειδικευμένα κέντρα που θα τους προσφέρουν υποστηρικτικές υπηρεσίες και θα απαλύνουν το πόνο τους.

β.) Η ευθανασία προσφέρει ανακούφιση στον ασθενή όταν η ζωή του, διακρίνεται από χαμηλό ποιοτικό επίπεδο. Το πλεονέκτημα που προσφέρει η εν λόγω μέθοδος αφορά στην αναξιοπρέπεια που διακρίνει το τέλος της ζωής του ανιάτως πάσχοντος. Η απώλεια του ελέγχου είτε των σωματικών είτε των νοητικών ικανοτήτων του άρρωστου, τον ωθεί ουσιαστικά σε ψυχική εξαθλίωση. Νιώθει ο πάσχων την απόλυτη αδυναμία αυτοελέγχου του και ταυτόχρονα την στενή εξάρτηση από άλλα άτομα. Υπάρχει και ο αντίλογος αυτού του ισχυρισμού, ότι δηλαδή, αυτή η δύσκολη στιγμή στη ζωή του ανθρώπου αποτελεί τη κατάλληλη ευκαιρία για να δεθεί ακόμα περισσότερο κάποιος με το οικογενειακό του περιβάλλον και να αναπτύξει τους συγγενικούς και φιλικούς του δεσμούς, με άλλα λόγια δίνεται η δυνατότητα να αναδειχθεί η ηθική και κοινωνική αξία των ανθρώπινων σχέσεων.

γ.) Η ευθανασία απελευθερώνει υγειονομικούς πόρους με σκοπό αυτοί να κατανεμηθούν διαφορετικά και να βοηθηθούν άλλοι άνθρωποι. Στο πλαίσιο αυτό και με την εφαρμογή της προκείμενης μεθόδου, εξοικονομούνται χρήματα. Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι όταν χρόνια και βαρέως πάσχοντες λαμβάνουν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, επιβαρύνουν τα ασφαλιστικά ταμεία στα οποία ανήκουν, και κατ'επέκταση τα συστήματα υγείας στα οποία εντάσσονται και μακροχρόνια συμβάλλουν στην αύξηση των δαπανών των τελευταίων. Μία εδραίωση της επιθανάτιας αυτής διαδικασίας, θα αποδέσμευε πόρους που θα μπορούσαν να καταμερισθούν σε άλλου είδους κονδύλια, τα οποία θα συνεισέφεραν στον οικονομικό εξορθολογισμό του συστήματος, όπως την ενίσχυση και τη σωστή οργάνωση της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας. Σε αυτό το σημείο κάποιος θα μπορούσε να αντιτείνει ότι η απόδοση οικονομικής διάστασης σε ένα τόσο βαθιάς κοινωνικής φύσεως ζήτημα, εκφεύγει και ενδεχομένως αντιβαίνει τα ήδη λεπτά καθορισμένα όρια της ηθικής και βιοηθικής επιστήμης σε μία ανθρώπινη κοινωνία, που βέβαια είναι ταχέως εξελισσόμενη και συνεχώς κατακλυσμένη από νέες θεωρήσεις, βασισμένες κατά κύριο λόγο στο οικονομικό όφελος.

δ.) Η ευθανασία συνιστά ελευθερία επιλογής.

Αποτελεί με άλλα λόγια μία μορφή αυτονόμησης και αυτοδιάθεσης και καθαρής εφαρμογής της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας του ατόμου. Αυτό, δεν μπορεί να αμφισβητηθεί εφόσον η συναίνεση του ατόμου προκύπτει με ρητή σαφή και πραγματική βούληση του. Σε διαφορετική περίπτωση, όταν δεν συνάγεται η θέληση του πάσχοντος, δε διενεργείται ευθανασία αλλά ποινικό αδίκημα, όπως η ανθρωποκτονία με πρόθεση (που ενέχει δόλο), αλλά και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία που πραγματώνεται με δόλο. Υπάρχει πάντως και η αντίθετη άποψη ότι με την επιθανάτια αυτή πρακτική δεν εκφράζεται η αρχή της αυτοδιάθεσης του ατόμου, όπως προβλέπεται, αλλά αντίθετα αυτή παραβιάζεται διότι η συνταγματική διάταξη που τη θεσπίζει, δεν ερμηνεύεται διασταλτικά προκειμένου να περιλαμβάνει και την έννοια της ευθανασίας. (www.euthanasia.com)

Επιπλέον, μερικά από τα επιχειρήματα κατά της ευθανασίας, αποτελούν:

α.) Η ευθανασία υποτιμά την ανθρώπινη ζωή. Η προκειμένη θέση μπορεί να συνδυαστεί και με τη θεολογική ερμηνεία που αποδίδεται στη πράξη αυτή. Πιο συγκεκριμένα, ο Θεός είναι ο μοναδικός που «δίνει σε όλους ζωή και πνοή και τα πάντα» (Πράξεις 17:25) και θα καθορίσει το τέλος της ζωής του ανθρώπου. Ή διαφορετικά ακόμα και αν δεν είναι γνωστό το θέλημα του Θεού σχετικά με το προσδόκιμο της επιβίωσης του οποιουδήποτε ατόμου, ο άνθρωπος είναι μία πνευματική υπόσταση κάτι που αναγνωρίζεται παγκοσμίως

και δεν μπορεί να αποφασίζει να τερματίσει τη ζωή του, ένα αγαθό που το δώρισε ο θεός, με τόση ευκολία.

β.) Η ανάμειξη του υγειονομικού προσωπικού και των επαγγελματιών υγείας εν γένει σε επιθανάτιες πρακτικές, όπως η ευθανασία, υπονομεύουν την άσκηση της επιστήμης της ιατρικής. Αυτό το επιχείρημα μπορεί να στοιχειοθετηθεί, εφόσον πρωτεύων στόχος των ιατρών δεν είναι κανένας άλλος παρά μόνο η ανακούφιση από το πόνο και η θεραπεία των ασθενών. Συνεπώς, η πρόταση της ευθανασίας, ως λύσης, στα πολύπλοκα και δύσκολα προβλήματα υγείας του ανθρώπου, συνιστά μία πολύ επικίνδυνη τακτική. Η καθολική νομιμοποίηση της μεθόδου αυτής σίγουρα θα διαταράξει τη σχέση αρρώστου και υγειονομικού προσωπικού. Αυτό, οφείλεται στο γεγονός ότι η εμπιστοσύνη που δεικνύουν οι ασθενείς στους θεράποντες ιατρούς τους, θα κλονιστεί όταν θα γνωρίζουν ότι εκείνοι στους οποίους ανέθεσαν τη φροντίδα της υγείας και της ζωής τους, διαθέτουν πλέον το δικαίωμα να τους θανατώσουν, ενώ ως πρωταρχικός σκοπός των ιατρών όφειλε να είναι η διατήρηση ενός υψηλού επιπέδου κλινικής ιατρικής. (www.euthanasia.com),(www.jesuslovesyou.gr)

γ.) Η «ολέθρια» επίδραση που άσκησε η αρχική νομιμοποίηση της ευθανασίας, με αποτέλεσμα η εφαρμογή της να επεκταθεί με μεταγενέστερους νόμους, από τους ανιάτως πάσχοντες και σε άλλες κατηγορίες ατόμων ή ακόμα και να υφίσταται η δυνατότητα, η μέθοδος αυτή να πραγματοποιείται και μη οικειοθελώς. Αυτή η θέση, εφιστά τη προσοχή στο μεγάλο κίνδυνο που ελλοχεύει να γίνει κατάχρηση του νόμου περί ευθανασίας. Κάτι τέτοιο αποδεικνύεται από την εμπειρία που διαθέτει η Ολλανδία, ως χώρα νομιμοποίησης της επιθανάτιας διαδικασίας. Πιο συγκεκριμένα, μέχρι το Σεπτέμβριο του 1991 είχαν αναφερθεί 1990 περιπτώσεις ευθανασίας από τις οποίες στις 1030 δεν υπήρχε ξεκάθαρη έκφραση της θέλησης του αρρώστου. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι το 70% των περιπτώσεων ευθανασίας αναφέρθηκαν παράνομα ως θάνατοι από φυσικά αίτια. Σε μια πρόσφατη μελέτη στο περιοδικό Lancet υπογραμμίζεται, πάλι για την Ολλανδία, ότι μέχρι το Μάιο τον 1993 το 41% των περιπτώσεων ευθανασίας έγινε χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς. (www.jesuslovesyou.gr)

Τέλος, αξίζει να αναφερθούν και ορισμένες άλλες ηθικής, πρακτικής και κοινωνικής φύσεως αντιρρήσεις για την εδραίωση και καθολική αποδοχή και νομιμοποίηση της ευθανασίας. Αρχικά, πρέπει να σημειωθεί ότι βασική αρχή της κλασικής Κλινικής Ιατρικής είναι η διατήρηση της ζωής και όχι η πρόκληση του θανάτου. Σε αυτό πλαίσιο, η ευθανασία δε πρέπει να νομιμοποιηθεί γιατί θα μειώσει την ευαισθησία των ιατρικών αποφάσεων σε καταστάσεις που μεταβάλλονται με το χρόνο.

Αναφορικά με τις αντιρρήσεις, που προβάλλονται γύρω από τη προβληματική της ευθανασίας, αυτές είναι οι ακόλουθες: Από τη πλευρά της ηθικής, η αποστολή του ανθρώπου είναι να διαβιεί στη γη, έχοντας την υποχρέωση να φροντίζει τόσο τον εαυτό του όσο και τους συνανθρώπους του. Επομένως, κανένας δεν έχει το δικαίωμα να αφαιρεί τη ζωή του άλλου.

Από τη σκοπιά της ρεαλιστικής και της ορθολογιστικής πρακτικής, οι λόγοι που δύνανται να οδηγήσουν τον ασθενή να ζητήσει ευθανασία ή και τους συγγενείς του να το θελήσουν, αποδεικνύονται ασταθείς καθώς μεταβάλλονται στο χρόνο και επηρεάζονται από ποικίλους παράγοντες.

Χαρακτηριστικά η κατάθλιψη που συνοδεύεται από τάσεις για αυτοκτονία, δεν μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή σε ορθή κρίση για τη διενέργεια ευθανασίας. Είναι πολύ λογικό αυτή η επιθυμία να οφείλεται σε λανθάνουσες και παροδικές καταθλιπτικές συνδρομές, που μπορούν να ιαθούν με φροντίδα και θεραπεία και όχι με την εφαρμογή επιθανάτιων μεθόδων.

Επίσης, με τη κακή πληροφόρηση, είναι δυνατόν οι ασθενείς και οι οικογένειες τους, να καταλήξουν στο συμπέρασμα ότι η κατάσταση είναι απελπιστική. Προς επίρρωση, αυτού του επιχειρήματος στο *British Medical Journal* δημοσιεύτηκε ένα άρθρο με τον πολύ εύστοχο τίτλο: "*Patients with terminal cancer*" who have neither terminal illness nor cancer. (Ασθενείς με τελικό στάδιο καρκίνου που δεν βρίσκονταν στο τελικό στάδιο, ούτε είχαν καρκίνο). Το εν λόγω άρθρο έκανε λόγο για τέσσερις περιπτώσεις ασθενών, από το σύνολο των 1635 που παραπέμφθηκαν για περίθαλψη σε άσυλο ανιάτων και που αποδείχθηκε αργότερα ότι δεν είχαν καρκίνο και βελτιώθηκε η κατάστασή τους. Συνεπώς, γίνεται αντιληπτό ότι η μη σωστή πληροφόρηση των ασθενών για τη νόσο από την οποία πάσχουν, δύναται να οδηγήσει σε ακραίο επίπεδο στη ευθανασία.

Επιπλέον, η άγνοια σχετικά με τα απώτερα κίνητρα της οικογένειας, όταν ζητούν για τον άρρωστο τους ευθανασία μπορεί να οδηγήσει σε πολλές επιμέρους εικασίες, όπως απαλλαγή από το βάρος της αρρώστιας, κάποιο οικονομικό όφελος ή κληρονομικές υποθέσεις, που είναι ενδεχόμενο να υπάρχουν.

Επιπρόσθετα, εργασιακά προβλήματα εργασίας και μεγάλες οικονομικές δυσκολίες συχνά οδηγούν τους ανθρώπους σε άσχημη ψυχολογική κατάσταση με αποτέλεσμα να οδηγηθούν σε ανεξέλεγκτες ενέργειες, όπως είναι η πραγματοποίηση της ευθανασίας.

Ακόμα και οι λεγόμενες «διαθήκες ζωής», όταν συντάσσονται δεν είναι σίγουρο ότι αντανακλούν τη πραγματική βούληση του ασθενούς, αφού ενδεχομένως να ασκείται επιρροή από τον επιβλέποντα ιατρό, καθώς επίσης μπορεί να μη προβλέπεται η πραγματικά επερχόμενη κατάσταση.

Τέλος, στη βάση της ρεαλιστικής προοπτικής δεν υφίσταται κανένας λόγος προτίμησης της ευθανασίας, εφόσον υπάρχουν και άλλες αποτελεσματικές εναλλακτικές λύσεις, δηλαδή και μόνο το πραγματικό ενδιαφέρον για τον ασθενή είναι αυτό που χρειάζεται για τη φροντίδα των ασθενών με ανίατα νοσήματα, χωρίς να είναι αναγκαίες, πολλές φορές πολύπλοκες μέθοδοι ή υψηλή τεχνολογία.

Σε κοινωνικό επίπεδο, οι αντιρρήσεις είναι αρκετές. Αρχικά, όπως η νομιμοποίηση των αμβλώσεων άλλαξε ριζικά το ηθικό κλίμα της κοινωνίας, με το σκεπτικό ότι αφού θεωρείται πλέον νόμιμο να γίνεται η άμβλωση άρα είναι και κάτι ηθικό. Κάτι ανάλογο είναι φυσικό να συμβεί αν νομιμοποιηθεί η επιθανάτια διαδικασία της ευθανασίας.

Ένα άλλο αντεπιχείρημα συνιστά το εξής: ότι η νομική θωράκιση της μεθόδου θα δημιουργήσει μία ομάδα ατόμων που θα νιώθουν ότι είναι, ή θα γίνουν, ανεπιθύμητοι π.χ. ασθενείς με χρόνιες παθήσεις ή και σε προχωρημένη ηλικία. Σε συνάρτηση μίας τέτοιου είδους κατηγοριοποίησης είναι δυνατόν και πολύ πιθανό οι υπέρμαχοι της ευθανασίας να φτάσουν στο σημείο να υποστηρίζουν ότι δε πρέπει να δαπανώνται χρήματα για τη θεραπεία νόσων που προκλήθηκαν από κάποιες καταχρήσεις (π.χ. πολυφαγία, αλκοολισμός, τοξικομανία, aids) και κατ' επέκταση να οδηγούνται σε θάνατο αυτά τα άτομα, διενεργώντας σε αυτό, κατά κάποιο τρόπο, ένα είδος ευθανασίας. (www.jesuslovesyou.gr)

Σε αυτό το σημείο, αξίζει να επισημανθεί το γεγονός ότι οι πολέμιοι της ευθανασίας, θεωρούν ότι αυτή οδηγεί στο θάνατο και στην καταστροφή. Η σημαντικότερη πράξη για αυτούς, είναι η επίδειξη συμπάθειας, που σημαίνει «να συμμετέχεις στα παθήματα του άλλου» διότι η ουσία των ανθρώπινων σχέσεων έγκειται στο «να δίνεις και όχι να αφαιρείς». (www.jesuslovesyou.gr)

Εν προκειμένω, κατόπιν της εκτενούς βιβλιογραφικής παράθεσης των αρνητικών και θετικών επιπτώσεων που παρουσιάζει η μέθοδος της ευθανασίας, είναι σημαντικό να διερευνηθεί με κριτικά αναστοχαστικό τρόπο εάν υπάρχει κάποια βέλτιστη δυνατή προσέγγιση του επίκαιρου αυτού ζητήματος.

Είναι σίγουρο ότι μία απάντηση απόλυτη και καθολικά αποδεκτή από όλη τη κοινωνία και ιδίως τη παγκόσμια δεν μπορεί να υπάρξει. Αυτό οφείλεται στη φιλοσοφική φύση του αέναου αυτού ερωτήματος της ευθανασίας.

Πιο αναλυτικά, δεν είναι εύκολο να συμφωνήσει όλη η επιστημονική κοινότητα, το κράτος, οι κοινωνικές και θρησκευτικές ομάδες και οργανώσεις, οι ομοσπονδίες ατόμων με χρόνια προβλήματα υγείας για την επιλογή ή μη μίας επιθανάτιας πρακτικής, όπως της ευθανασίας.

Αποτελεί λογικό δεδομένο ότι όσο η τεχνολογία εξελίσσεται με ραγδαίο ρυθμό, οι τρόποι διενέργειας της ευθανασίας θα καθίστανται πιο ασφαλείς και λιγότερο χρονοβόροι και επίπονοι σε σύγκριση με τις δυνατότητες των παρόντων ιατρικών μέσων. Κάτι τέτοιο δημιουργεί μία αίσθηση σιγουριάς και εμπιστοσύνης στα πάσχοντα άτομα που με τη πραγματική τους βούληση, ρητά εκφρασμένη επιθυμούν να δώσουν ένα τέλος στη ζωή τους. Αυτό προϋποθέτει ότι θα έχει διασφαλιστεί στον απόλυτο βαθμό η εξάλειψη πρακτικών αλλά και ιατρικών εμποδίων, όπως η ακριβής διάγνωση των ιατρικά ανίατων ασθενειών, δηλαδή να μην υπάρχει δυνατότητα λανθασμένης εκτίμησης νόσου που μπορεί να προκύψει από το λεγόμενο «αναλαφρητισμό στην υγεία που διακρίνει το μεγαλύτερο μέρος των αρρώστων, καθώς επίσης η θέληση των ασθενών να προκύπτει από αληθινή επιθυμία τους και να μην αποτελεί προϊόν δόλου όπως λ.χ. η άσκηση πίεσης σε πάσχοντες με σκοπό τη δωρεά οργάνων τους.

Συνεπώς, με τη διαβεβαίωση της ύπαρξης ανίατων ασθενειών και την ελεύθερη και αληθινή βούληση των πασχόντων εξασφαλίζεται το συμφέρον του ασθενούς, ο οποίος εφόσον το επιθυμεί και αυτό προβλέπεται νομοθετικά, να μπορεί να καταφεύγει στην ευθανασία. Η αναπόφευκτη ανίατη ασθένεια και η ρητή βούληση, συνιστούν δύο βασικές ελάχιστες και προαπαιτούμενες συνθήκες για την εφαρμογή της ευθανασίας.

Επίσης, θα πρέπει να εξασφαλιστεί σε κάθε κράτος δικαίου με νομικές δικλείδες που θα είναι σαφείς, εύληπτες και ευκρινείς, η πραγματοποίηση της ευθανασίας με τέτοιους όρους, ούτως ώστε ο νόμος να μην αφήνει τη παραμικρή δυνατότητα διαφορετικής ερμηνείας του, που θα είχε ως απότοκο τη κατάχρηση της μεθόδου από οποιοδήποτε μέρος, δηλαδή είτε τον ιατρό, είτε τον ασθενή, είτε το συγγενικό του περιβάλλον.

Αν και σε αντίθεση με ότι διδάσκεται από τα διάφορα θρησκευτικά δόγματα για την απαγόρευση της ευθανασίας σε οποιαδήποτε μορφή της, δεν είναι ορθό να στερείται σε έναν άνθρωπο βαρέως και αθεράπευτα πάσχοντα το δικαίωμα να δώσει τέλος σε μία ζωή γεμάτη πόνο και ωδίνη. Για να μπορεί όμως να του δοθεί η δυνατότητα να κάνει πραγματικότητα μία τέτοιου είδους επιθυμία, θα πρέπει να έχουν δημιουργηθεί όλα εκείνα τα εχέγγυα που θα σέβονται τη προσωπικότητα και την αξία

της οντότητάς του. Κάτι τέτοιο για να επιτευχθεί απαιτείται να έχουν εξαντληθεί όλες οι εναλλακτικές δυνατότητες που υπάρχουν και θα αναφερθούν στο επόμενο κεφάλαιο, αν επιθυμεί σε αρχικό στάδιο να τις ακολουθήσει, διότι εάν θέλει να εφαρμοσθεί η πρακτική της ευθανασίας, τότε αφού έχουν υλοποιηθεί όλες οι αναγκαίες πρότερες διαδικασίες, δε μπορεί να του στερηθεί αυτή η δυνατότητα επιλογής της.

Σε κάθε ενδεχόμενο, η αναζήτηση βέλτιστης προσέγγισης του ζητήματος είναι δύσκολα εφικτή, αλλά σίγουρα σε περίπτωση καθολικής αποδοχής της από όλα τα κράτη του κόσμου δεν πρέπει να παραγκωνίζεται η αυστηρή νομική κατοχύρωση της που θα προφυλάξει από δυσάρεστες καταστάσεις πολλά εκατομμύρια πασχόντων ανά την υφήλιο, διότι είναι ανέφικτο να στερήσεις την αυτονομία και αυτοδιάθεση ενός ατόμου, πιο εύκολο όμως να τον προφυλάξεις νομικά και με γνώμονα το σέβας που πρέπει να αποδίδεται στο συμφέρον, στη βούληση και στην αξία που διαθέτει η προσωπικότητα του για μία αξιοπρέπεια στη συνέχεια της ζωής του ή ένα τέλος που να αντικατοπτρίζει την ατομική του υπόσταση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ:

1. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΘΕΣΜΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ ΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ

Αποτελεί γεγονός ότι για την επίλυση χρόνιων και ανίατων προβλημάτων υγείας θα πρέπει να δοθούν εναλλακτικές δυνατότητες στους πάσχοντες που είτε θα μπορούν να επιλέξουν τη μέθοδο της ευθανασίας εφόσον το επιθυμούν ρητά να δώσουν τέλος στη ζωή τους, είτε θα προσφύγουν σε άλλους τρόπους απάλυνσης του πόνου που βιώνουν.

Στη περίπτωση που οι ασθενείς θέλουν να ακολουθήσουν την επιθανάτια διαδικασία της ευθανασίας, όχι γιατί δεν αγαπούν τη ζωή αλλά επειδή δεν μπορούν να βιώνουν τον αφόρητο πόνο, μία δημοκρατική και ευνομούμενη πολιτεία πρέπει να σεβαστεί την επιθυμία τους. Για αυτό το λόγο και προκειμένου να γίνει σωστή εφαρμογή της μεθόδου πρέπει να δημιουργηθούν υποστηρικτικοί μηχανισμοί που να εγγυώνται ότι αυτή θα πραγματοποιηθεί με πλήρη σύνεση και με ορθό τρόπο.

Σε αυτό το πλαίσιο σύμφωνα με μία άποψη το κράτος θα πρέπει να θεσμοθετήσει θεσμικούς κοινωνικούς μηχανισμούς που σε συγκεκριμένες περιπτώσεις και μετά από απόλυτη συναίνεση ή μάλλον αίτηση και ύστερα από ανάλυση και όχι υπό το καθεστώς συναισθηματικής φόρτισης ή απελπισίας του πάσχοντος, θα εφαρμόζουν νόμιμα την «ευθανασία». Η εν λόγω λύση χαρακτηρίζεται αμφιλεγόμενη ως προς τα κριτήρια επιλογής των προσώπων που θα απαρτίζουν τους προαναφερόμενους μηχανισμούς, αλλά ίσως και το μοναδικό τρόπο τερματισμού της ζωής του ασθενούς αφού δεν μπορεί ούτε να μη γίνει σεβαστή η επιθυμία του, για τη διενέργεια της ευθανασίας, αλλά ούτε γίνεται αυτή να εκτελεστεί από έναν ιατρό που έχει ορκισθεί να ανακουφίσει τη πάσχουσα ζωή ενός αρρώστου και όχι να τη τερματίσει. (Ανευλαβής Ε., 2001)

Ενδεικτικά αξίζει να αναφερθεί ότι η εδραίωση ενός κοινωνικού και θεσμικού μηχανισμού που θα γνωμοδοτεί για τη πραγματοποίηση της ευθανασίας, θα μπορούσε να γίνει με τη συγκρότηση επιτροπών ηθικής και ιατρικής αξιολόγησης. Η προκείμενη λύση για ένα τόσο σοβαρό ζήτημα πρέπει να είναι κοινός τόπος σε όλες χώρες του κόσμου, δηλαδή αποτελεί θεμελιώδη συνιστώσα, η μελέτη του θέματος της ευθανασίας εις βάθος από κατάλληλους θεωρητικούς και θετικούς επιστήμονες του ιατρικού, θρησκευτικού, νομικού, κοινωνιολογικού χώρου και έπειτα η εφαρμογή μίας ενιαίας πολιτικής για αυτή την επιθανάτια διαδικασία.

Εκτενέστερα, είναι δέον να συγκροτηθούν και υποεπιτροπές- σε μερικές χώρες ήδη υπάρχουν τέτοιου είδους μηχανισμοί (λ.χ. Ολλανδία)- που θα εξετάζουν τη διενέργεια κάθε πράξης ευθανασίας ξεχωριστά. Πιο συγκεκριμένα, εφόσον μελετηθούν κάθε φορά και ενδελεχώς όλες οι περιπτώσεις ασθενών που θέλουν την ευθανασία και εξασφαλίζονται οι νόμιμες προϋποθέσεις διενέργειας της, τότε θα πρέπει να εγκρίνονται τα εν λόγω αιτήματα τους.

Έναν τέτοιο ρόλο καλούνται να διαδραματίσουν και οι Επιτροπές Βιοηθικής, οι Επιτροπές Ηθικής ή και Δεοντολογίας³⁶ καθώς και η πληθώρα Ειδικών Επιτροπών στα νοσοκομεία ή ερευνητικά κέντρα που θεσπίστηκαν σε εθνικό ή περιφερειακό επίπεδο γενικότερα στο δυτικό κόσμο για θέματα ζωής και υγείας και μπορούν να συνεισφέρουν στην εμπλοκή των πολιτών για πραγματικά κοινωνικά διακυβεύματα, στην προώθηση του δημόσιου διαλόγου και στη μεσολάβηση για την εξεύρεση μιας συναινετικής λύσης, στα επίμαχα κοινωνικά θέματα, δια μέσου της δημοσιοποίησης της γνώμης τους.

Χαρακτηριστικά παραδείγματα συνιστούν, η Εθνική συμβουλευτική επιτροπή της Γαλλίας³⁷ για τις επιστήμες της ζωής και της υγείας (CCNE- Comité consultatif national d'éthique), που είναι η αρχαιότερη ευρωπαϊκή αρχή σε αυτό το πεδίο (1983) που ανέλαβε την εξάπλωση της βιοηθικής μέσα από διαδικασίες υποστήριξης άλλων επιτροπών, κέντρων και προγραμμάτων, από τη πληροφόρηση για αυτήν με δημοσιεύσεις και ημερίδες σε εθνικό και τοπικό επίπεδο καθώς και μέσα από τη διδασκαλία στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Σε εγχώριο επίπεδο με το νόμο 2667/1998 θεσπίστηκε, παρά τω Πρωθυπουργώ, η ελληνική Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής η οποία έχει ως σκοπό τη διαρκή παρακολούθηση των θεμάτων που αφορούν στις εφαρμογές των βιολογικών επιστημών, καθώς και στην εμφάνιση των ηθικών, κοινωνικών και νομικών διαστάσεων και επιπτώσεών τους. Έτερος στόχος της, είναι τόσο η έγκυρη πληροφόρηση των πολιτών όσο και η υποστήριξη των κρατικών πολιτικών. Αποτελείται από 12 μέλη, τα οποία είναι επιστήμονες προερχόμενοι από τις επιστήμες της ζωής και της υγείας, καθώς και από το χώρο της νομικής, της θεολογίας και της κοινωνιολογίας.

Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι το έργο και η συνεισφορά των Επιτροπών αυτών, είναι αξιόλογες για τη σύγχρονη κοινωνία, παρόλο που τα κίνητρα που υποκρύπτονται μέσα από την ίδρυση και τη λειτουργία τους, ενέχουν πολλά παράδοξα και αντιφάσεις. (Μητροσύλη Μ., 2008)

³⁶ που προηγήθηκαν ιστορικά, αρχικά στις ΗΠΑ.

³⁷ Το ΠΔ (no 83-132/23-2-1983) που την σύστησε, πρόβλεπε υποχρεωτικά την οργάνωση κάθε χρόνο, δημόσιων ημερίδων αναστοχασμού των δραστηριοτήτων της και των γνωμοδοτήσεών της.

Αναφορικά, με την δυνατότητα του ασθενούς να διαλέξει εναλλακτικές προσεγγίσεις στον αφόρητο πόνο που τον βασανίζει, μπορούν να παρατεθούν κατωτέρω ορισμένες προτάσεις. Μία από αυτές αποτελεί η τεχνητή παράταση της ζωής, που απασχόλησε την Ελληνική Επιτροπή Βιοηθικής, η οποία έβγαλε και Εισηγήση το έτος 2006.

Αρχικά, η Επιτροπή για να εισηγηθεί μία πρόταση έπρεπε να λάβει υπόψη το σχετικό πλαίσιο, σύμφωνα με το οποίο οι ιατρικές παρεμβάσεις μπορούν να παρατείνουν τις στοιχειώδεις βιολογικές λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού τεχνητά, ακόμη και για σημαντικό διάστημα, χωρίς βέβαια να αναμένεται οποιοδήποτε θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Εν αντιθέσει με τις συμβατικές αγωγές από τις οποίες προσδοκείται θεραπευτικό όφελος για τον ασθενή, οι παρεμβάσεις παράτασης της ζωής δεν συνεπάγονται αποδεκτή ποιότητα της ζωής, κυρίως σε καταστάσεις που διακρίνονται από μη ανακουφιζόμενο αφόρητο πόνο με προθανάτια αγωνία του προσώπου ή όταν δεν υπάρχουν ανώτερες εγκεφαλικές λειτουργίες. Συνεπώς, ανακύπτει μια ενδιαμέση «γκρίζα» περιοχή που δεν καλύπτεται από τις παραδοσιακές αρχές και αξίες της ιατρικής δεοντολογίας. Η συνέχιση της εφαρμογής ιατρικών παρεμβάσεων στα εν λόγω περιστατικά επιδέχεται αμφισβήτησης. Έτσι, οι τελικές αποφάσεις καταλήγουν να είναι απότοκο υποκειμενικών αξιολογήσεων. Ωστόσο, στις περιπτώσεις αυτές, η εξακολούθηση ή μη της παρέμβασης δεν μπορεί να έγκειται μόνον στην κρίση του ιατρού.

Σε αυτή τη περίπτωση, η Επιτροπή αναγνωρίζει ότι η απόφαση για την ιατρική περίθαλψη ασθενών που βρίσκονται σε μη αναστρέψιμο στάδιο είναι εξαιρετικά κρίσιμη και πρέπει να λαμβάνεται από τον ίδιο τον ασθενή, εφόσον αυτός είναι σε θέση να εκφράσει την γνώμη του, ή διαφορετικά από τους οικείους του, που επιφορτίζονται με τη νομική και ηθική ευθύνη των αποφάσεων αυτών. Η ευθύνη του γιατρού οριοθετείται αποκλειστικά και μόνο στην ενημέρωση και στήριξη του ασθενούς ή του οικείου περιβάλλοντός του, ούτως ώστε οι τελευταίοι να λάβουν αποφάσεις σύμφωνες προς το συμφέρον του πάσχοντος με τον καλύτερο δυνατό τρόπο και να διασφαλίζεται σε οιαδήποτε απόφαση και εάν λάβει ο ασθενής η συναίνεσή του, είτε βρίσκεται σε τελικό στάδιο της ασθένειάς του, είτε δεν μπορεί ευκρινώς να προσδιορισθεί αυτό.

Βέβαια, όταν η κατάσταση είναι μη αναστρέψιμη, η Επιτροπή κρίνει ότι έχει εκλείψει ο θεραπευτικός σκοπός της αγωγής, χωρίς όμως να παραγνωρίζεται ότι ακόμα και σε αυτό το στάδιο πρέπει ο ασθενής να ωφελείται και όχι να βλάπτεται. Εν προκειμένω, η τεχνητή παράταση των λειτουργιών του οργανισμού, χωρίς ελπίδα

θεραπείας, μπορεί να θεωρηθεί «βλάβη» και μάλιστα να βιώνεται από τον ίδιο τον ασθενή ως τέτοια.

Υπό αυτό το πρίσμα, η Επιτροπή εκτιμά ότι ο θεράπων ιατρός έχει τόσο νομική όσο και ηθική υποχρέωση να προτείνει τη συγκέντρωση των προσπαθειών στην ανακούφιση του ασθενούς με κατάλληλη (φαρμακευτική ή άλλη) αγωγή (palliative care), αποδεχόμενος τον επικείμενο θάνατο, στοχεύοντας όμως στην κατά το δυνατόν αποδυνάμωση του πόνου.

Τώρα, όταν υπάρχει ελπίδα ίασης του ασθενούς, με σταδιακή επιδείνωση της κατάστασής του, η τεχνητή διατήρηση στη ζωή να μπορεί να παραταθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ο θεράπων ιατρός, οφείλει να καθιστά σαφές τόσο το μη αναστρέψιμο της κατάστασης του ασθενούς, όσο και την αβεβαιότητα ως προς τον χρόνο επέλευσης του θανάτου, λαμβάνοντας πάντα υπόψη τις ψυχολογικές αντοχές του ασθενούς. Η Επιτροπή υπογραμμίζει, ότι και σε αυτή την περίπτωση η τεχνητή παράταση των βιολογικών λειτουργιών του ασθενούς ενδέχεται να συνιστά «βλάβη», όταν παρατείνει τον πόνο και την προθανάτια αγωνία ή δεν σέβεται την αυτονομία του. Η Επιτροπή θεωρεί ότι ο θεράπων ιατρός έχει και πάλι τόσο νομική όσο και ηθική υποχρέωση να προτείνει την εναλλακτική επιλογή ανακουφιστικής αγωγής, με δεδομένο το μη αναστρέψιμο της κατάστασης και το γεγονός ότι η τεχνητή παράταση της ζωής μπορεί να χαρακτηριστεί ως «βλάβη».

Πάντως, οι αποφάσεις για την τεχνητή παράταση της ζωής από τη φύση τους ενέχουν έντονη συναισθηματική φόρτιση. Αναλυτικότερα, κατά τη λήψη τους είναι ενδεχόμενο να ανακύψουν συγκρούσεις γνώμων, που μπορεί να βασίζονται σε διαφορετικές πεποιθήσεις και αξίες ή σε διαφορές στην ψυχολογική αντιμετώπιση της κατάστασης, μεταξύ των προσώπων που εμπλέκονται (θεράπωντος, ασθενούς ή των οικείων του). Για τον λόγο αυτόν, η Επιτροπή Βιοηθικής θεωρεί ότι, ενδείκνυται η υιοθέτηση γνωμοδοτήσεων από τις Επιτροπές Δεοντολογίας για τις συγκεκριμένες διαδικασίες, με σκοπό την πρόληψη ή και την επίλυση τέτοιων συγκρούσεων. Επίσης, η ενεργοποίηση των κοινωνικών λειτουργών, η γνώμη δεύτερου ιατρού, ο ορισμός ειδικού αντιπροσώπου που εξουσιοδοτείται από τον ασθενή όταν υπάρχει διάσταση απόψεων με το οικείο συγγενικό περιβάλλον του, αποδεικνύονται χρήσιμες στην επίλυση των θεμάτων που ανακύπτουν. Βέβαια, οι εν λόγω θέσεις και λύσεις δεν είναι σίγουρο πάντα ότι θα οδηγήσουν σε αποφυγή ή αποσόβηση των συγκρούσεων. (www.bioethics.gr)

Στον αντίποδα της ως άνω αναφερθείσας γνωμοδότησης της Επιτροπής Βιοηθικής, διατυπώνεται η μειοψηφούσα άποψη που αναφέρει ότι η Εισήγηση εμπλέκεται σε περιπτωσιολογία και δεν καθορίζει κάποιες κατευθυντήριες γραμμές.

Επίσης, έννοιες, όπως τεχνητή παράταση της ζωής, μη αναστρέψιμη κατάσταση, τελικό στάδιο αποτελούν ασαφείς όρους ευρέως ερμηνευμένους. Τέλος, η ιατρική δεν χαρακτηρίζεται από βεβαιότητα και δεν βασίζεται σε αντικειμενικά στοιχεία, παρά μόνο σε στατιστικά δεδομένα που δεν διαθέτουν χρησιμότητα για τον ασθενή που καλείται να πάρει απόφαση, ενώ το συμφέρον του, ουσιαστικά συνιστά το ζητούμενο και όχι τη βάση λήψης των αποφάσεων.

Η ανωτέρω εισήγηση επιχειρεί να προσεγγίσει το ζήτημα της ευθανασίας, προσφέροντας μία εναλλακτική λύση, όταν κάτι τέτοιο προβλέπεται και επιτρέπεται κατόπιν ρητής συναίνεσης του πάσχοντος. (Μανιάτης Γ.,2006) (www.bioethics.gr)

Όσον αφορά άλλους τρόπους ανακούφισης των ανιάτως πασχόντων από τον αφόρητο πόνο που βιώνουν, ως τέτοιοι μπορούν να λογισθούν η «παρηγορητική φροντίδα», η οποία έχει αναλυθεί και ανωτέρω. Ειδικότερα, τη τελευταία περίοδο του εικοστού αιώνα, η φροντίδα ετοιμοθάνατων ασθενών και η ψυχολογική υποστήριξη των συγγενών τους, αποτελεί εφιαλτήριο του κινήματος φιλοξενίας σε ξενώνες των εν λόγω αρρώστων ατόμων. Φυσικό επακόλουθο αυτής της πρωτοβουλίας, ήταν η στροφή της νοσηλευτικής επιστήμης σε παροχή υπηρεσιών υγείας σε άτομα που οδηγούνταν αναπόφευκτα στο θάνατο, με τη δημιουργία ειδικών υποστηρικτικών ομάδων σε επίπεδο νοσοκομείων, κοινότητας και ξενώνων. Σε αυτό το πλαίσιο, οι σπουδαστές της νοσηλευτικής στη Μεγάλη Βρετανία από το 1980, λαμβάνουν εξειδικευμένη μεταπτυχιακή κατάρτιση στη φροντίδα ασθενών που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους.

Εν προκειμένω, αξίζει να αναφερθεί ότι η συγκεκριμένη μορφή της «παρηγορητικής φροντίδας» με τη φιλοξενία των ασθενών σε ξενώνες, έχει εδραιωθεί σημαντικά. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, συνιστά το πρόγραμμα ασφάλισης υγείας Medicare, στις Η.Π.Α, το οποίο διέθετε ως παροχή τη φιλοξενία σε ξενώνες ασθενών με αναμενόμενη διάρκεια ζωής 6 μήνες ή λιγότερο, οι οποίοι παραιτούνται από τις προκαθορισμένες ιαματικές θεραπείες και επιλέγουν τη διαμονή σε ξενώνες, αφού τους προσφέρεται ημερήσια αποζημίωση για κάθε μέρα διαμονής σε αυτούς. Με αυτό τον τρόπο καλύπτονται μικρά κόστη νοσηλείας (εφόσον αυτά δεν υπερβαίνουν το 20% των συνολικών ημερών νοσηλείας εκτός νοσοκομείου, για το ξενώνα) καθώς και μια ποικιλία από ιατρικές και μη ιατρικές υπηρεσίες στο σπίτι. Το εν λόγω πρόγραμμα έχει σχεδιαστεί από το 1983, κατόπιν έγκρισης του από το υποσύστημα «χρηματοοικονομικής διοίκησης των υπηρεσιών υγείας» και έχει ως σκοπό την αύξηση της πρόσβασης των αρρώστων στο υγειονομικό σύστημα στη βάση μίας προβλεπόμενης εισοδηματικής ροής. (Field and Cassel, 1997)

Επίσης, το προσφερόμενο όφελος από το εν λόγω πρόγραμμα έχει επηρεάσει και τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας αφού αναμένεται να χρησιμοποιηθούν εθελοντές με στόχο το περιορισμό της νοσοκομειακής περίθαλψης.

Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι είναι διαφορετικά τα χαρακτηριστικά των ασθενών που έλαβαν τέτοιου είδους «παρηγορητική φροντίδα», στις Η.Π.Α. από εκείνα αντίστοιχα, των πασχόντων στο Ηνωμένο Βασίλειο, διότι οι πρώτοι είναι πολύ πιο πιθανό να έχουν μια διάγνωση πλην του καρκίνου, να βρίσκονται πιο κοντά στο τέλος της ζωής τους, να διαμένουν στο σπίτι ή σε έναν οίκο ευγηρίας. Ενώ, οι δεύτεροι αποτελούσαν άτομα που βρίσκονταν στο τελευταίο στάδιο της ζωής τους, και κυρίως αυτά που είχαν καρκίνο.

Βέβαια, στη Μεγάλη Βρετανία, με μεταγενέστερες πρωτοβουλίες έχει επιδιωχθεί η επέκταση του φάσματος των υπηρεσιών σε μεγαλύτερο εύρος ασθενών με καθορισμένο τύπο και χρονοδιάγραμμα παρεμβάσεων κατά τη διάρκεια της εξέλιξης της ασθένειας. Η αποδοτικότητα αυτού του εγχειρήματος ενθάρρυνε την επενδυτική δραστηριότητα με την επέκταση σε νέες αγορές (όπως σε γηροκομεία και σε ασθενείς μη πάσχοντες από καρκίνο) και την ανάπτυξη αλυσίδων ξενώνων κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Επίσης, να προστεθεί ότι στη χώρα αυτή, οι ξενώνες αποτελούν ξεχωριστό κέντρο κόστους ανεξάρτητο από το κεντρικό προϋπολογισμό που διατίθεται για το σύστημα υγείας. (Clark and Wright, 2003)

Ένα άλλο ενδεικτικό παράδειγμα που καταδεικνύει τη ραγδαία επέκταση των κέντρων περίθαλψης - ξενώνων ετοιμοθάνατων, συνιστά η Αυστραλία. Σε αυτή τη χώρα, παρέχεται ενδονοσοκομειακή περίθαλψη σε αυτούς τους ασθενείς και όχι κατ' οίκον φροντίδα. Ειδικότερα, οι ξενώνες συνιστούν ινστιτούτα που πρέπει να ικανοποιούν τις ψυχολογικές, συναισθηματικές και νοητικές ανάγκες των ασθενών. Το ιατρικό προσωπικό σε αυτά τα κέντρα, παίζει ένα περιφερικό και συμπληρωματικό ρόλο σε σχέση με τους ψυχολόγους, τους κοινωνικούς λειτουργούς και τους ιερείς.

Είναι σημαντικό να αναλυθεί σε αυτό το σημείο, εάν υπάρχει σχέση μεταξύ αφενός αυτής της διαφοροποιημένης φροντίδας και αφετέρου των ηθικών αξιών, όπως είναι ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Σύμφωνα, με μία μελέτη που διερεύνησε τη ζωή είκοσι ατόμων στις τέσσερις τελευταίες εβδομάδες της ζωής τους στην Αυστραλία, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι πολλοί από τους συμμετέχοντες δεν θεωρούσαν τους ξενώνες συγκεκριμένη μορφή ευθανασίας. Επιπλέον, υπήρχε μια τάση, να τονίζεται η απόλαυση της ηρεμίας και της φιλοξενίας που χαρίζει ο ξενώνας.

Δηλαδή, δε διαφαινόταν ταύτιση μεταξύ του ξενώνα και της πρακτικής της ευθανασίας / υποβοηθούμενης αυτοκτονίας.

Η έρευνα δείχνει ότι ορισμένοι από τους συμμετέχοντες ήταν ευχαριστημένοι από τη διαβίωσή τους στο ξενώνα και δεν επιθυμούσαν ταχύ θάνατο. Εν προκειμένω, στους ξενώνες που επικρατούσε το καθολικό δόγμα, θεωρούνταν πολύ παρακινδυνευμένο να εφαρμοστούν επιθανάτιες πράξεις. Είναι γεγονός ότι πολλά από τα κέντρα αυτά διέπονται από ηθικούς και θρησκευτικούς κώδικες. Επίσης, μέσα σε αυτούς τους ξενώνες γίνεται σεβαστή η αυτονομία των ασθενών, η οποία σχετίζεται με τις ηθικές αξίες που διαθέτουν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και οι οικογένειες των πασχόντων. (Broom and Adams, 2010)

Ειδικότερα, στις συνεντεύξεις που διενεργήθηκαν στους φιλοξενούμενους ασθενείς, επιχειρήθηκε να διερευνηθεί εάν ο ρόλος της θρησκείας μέσα σε έναν ξενώνα είναι καθοριστικός. Πολλοί από τους πάσχοντες εξέφρασαν την άποψη ότι η θρησκεία δεν πρέπει να επιδρά στο «ιατρικό περιβάλλον» που χαρακτηρίζει ένα κέντρο παρηγορητικής φροντίδας. Μερικοί θεωρούσαν ως είδος πίεσης την επίσκεψη από τον ιερέα, διότι ακριβώς πολλοί άνθρωποι δεν αποδέχονται σε μεγάλο βαθμό ένα θρησκευτικό υποστηρικτικό περιβάλλον. Αντίθετα, άλλοι υποστήριζαν τη μεγάλη σημασία της θρησκευτικότητας μέσα στους ξενώνες, αφού με αυτό τον τρόπο διατηρούν την ευεξία του σώματος τους, σε καλά επίπεδα. Για τους τελευταίους, είναι αξιοσημείωτο ότι επηρεάζεται μέσα σε αυτό θρησκευτικό περιβάλλον και το ιατρικό προσωπικό, διότι πέρα από τη καθαρή επιθανάτια διαδικασία εμπλέκονται και άλλες πολιτιστικές αξίες που επηρεάζουν όλη τη πρακτική, όπως η μεταθανάτια και αιώνια ζωή καθώς και η μεταμέλεια.

Είναι σίγουρο ότι το εν λόγω θέμα αξίζει διερεύνησης λόγω της ιδιαιτερότητάς του, διότι οι ξενώνες αυτοί αποτελούν ένα χώρο, όπου συγκρούεται η γνώση της ιατρικής επιστήμης με τη θρησκεία, η τεχνολογία με την ιδεολογία, η εξειδίκευση με τη πίστη.

Πάντως, τα κέντρα φιλοξενίας των ανίατων ασθενών, δύνανται να ιδωθούν ως οιονεί νοσοκομεία, όπου ο πόνος μπορεί να κρατηθεί υπό έλεγχο. Επίσης, οι ξενώνες προσφέρουν βοήθεια για την αντιμετώπιση των προβλημάτων των φιλοξενουμένων, γεγονός που εκτιμάται από τους ασθενείς. Παρόλα αυτά δεν αποτελούν νοσοκομειακά κέντρα με τη κλασική έννοια του όρου, αφού οι φροντιστές των αρρώστων και το συγγενικό περιβάλλον των τελευταίων διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο ως «stakeholders» στους ξενώνες, καθιστώντας αυτούς, διαδραστικά κέντρα, όπου αισθήματα πόνου, ανακούφισης, χαράς, εκφράζονται και εναλλάσσονται.

Τέλος, απώτερος σκοπός πολιτικής και κοινωνικής βούλησης στα κέντρα φιλοξενίας είναι να ενταχθούν αυτά στο ευρύτερο πολιτιστικό, κοινωνικό και πολιτικό πλαίσιο της σύγχρονης εποχής. Σε ένα παγκοσμιοποιημένο περιβάλλον, οι παροχές υπηρεσιών φροντίδας και υγείας στο τελευταίο στάδιο ζωής των ασθενών, πρέπει να ανταποκριθούν στο ολοένα αναπτυσσόμενο πλαίσιο του πολιτισμού, της θρησκείας και των ηθικών αξιών. (Broom A., 2012)

Επιλογικά και σε συνάρτηση των ανωτέρω αναφερθέντων, γίνεται κατανοητό ότι τόσο στη περίπτωση της επιλογής της διενέργειας ευθανασίας όσο και στη περίπτωση αποφυγής αυτού του τρόπου τερματισμού της ανθρώπινης ζωής, υπάρχουν τρόποι διασφάλισης της αξιοπρεπούς συμπεριφοράς απέναντι στους ασθενείς που πάσχουν από ανίατα νοσήματα και βιώνουν καθημερινά τον ανυπόφορο πόνο.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ

Αποτελεί γεγονός ότι οι εξελίξεις της επιστήμης στο τομέα της βιοιατρικής και της βιοτεχνολογίας επηρεάζουν τις κοινωνικές σχέσεις των ανθρώπων και συντελούν στην ανάδυση ηθικών, νομικών, ιατρικών, θρησκευτικών και φιλοσοφικών ερωτημάτων. Ουσιαστικά μεταβάλλουν τη κοινωνική σημασία που έχουν για το άτομο, οι έννοιες του συγγένειας, της αρρώστιας και τη θεραπείας, της ζωής και του θανάτου.

Στο ίδιο πλαίσιο εντάσσεται και το ζήτημα της ευθανασίας που επιχειρήθηκε να αναπτυχθεί ενδελεχώς στη παρούσα διπλωματική εργασία. Όπως προαναφέρθηκε, μία λύση που να δικαιώνει με απόλυτο τρόπο όλα τα διλλήματα και τα ερωτηματικά που ανακύπτουν από την εφαρμογή αυτής της επιθανάτιας πρακτικής είναι δύσκολο έως ακατόρθωτο να ευρεθεί. Όμως, μπορεί να προταθεί μία βέλτιστη δυνατή προσέγγιση του θέματος που να πληροί τις βασικές προϋποθέσεις που απαιτούνται για την πραγματοποίηση της μεθόδου της ευθανασίας.

Καταρχήν, πρέπει να εξαντληθούν όλες οι εναλλακτικές δυνατότητες που υφίστανται, όπως η τεχνητή παράταση της ζωής και η «παρηγορητική φροντίδα», προκειμένου να εφαρμοσθεί η ευθανασία. Εφόσον, εξαντληθούν οι ανωτέρω διαφορετικοί υπάρχοντες τρόποι αντιμετώπισης μίας ανίατης ασθένειας με ανυπόφορους πόνους, δύναται να τεθεί ζήτημα υλοποίησης της διαδικασίας της ευθανασίας.

Όμως για να εδραιωθεί η εφαρμογή της επιθανάτιας αυτής διαδικασίας πρέπει να δίδονται οι απαραίτητες εγγυήσεις που θα διασφαλίζουν το σεβασμό στο άτομο που πάσχει. Ειδικότερα, να θεμελιωθεί το σωστό νομικό πλαίσιο που θα διαφυλάττει αφενός την αυτονομία και την αυτοδιάθεση του ασθενούς και αφετέρου το έννομο αγαθό της ζωής, ήτοι οι νομικοί κανόνες που θα θεσπισθούν, θα πρέπει να προβλέπουν ότι η ευθανασία θα πραγματοποιείται ύστερα από ρητή, αναντίρρητη, σαφή και πλήρη συνείδηση του ασθενούς και χωρίς την παραμικρή πιθανότητα ύπαρξης δόλου (λ.χ. είτε από το συγγενικό περιβάλλον, είτε από την ιατρική υποστηρικτική ομάδα).

Επίσης, για να είναι ακόμα περισσότερο κατοχυρωμένη η ανθρωπότητα και η ιατρική κοινότητα θα πρέπει να εξασφαλιστεί η ικανοποίηση και κάποιων πρόσθετων παραμέτρων. Αρχικά, κρίνεται δέουσα η σωστή λειτουργία Ανεξάρτητων Επιτροπών και Αρχών που έχουν ως έργο τη σωστή θεωρητική τεκμηρίωση της εφαρμογής της ευθανασίας και τη παροχή γνωμοδοτήσεων για αυτό το ζήτημα. Επιπλέον, θα πρέπει να εδραιωθεί η εγκαθίδρυση Επιτροπών που όπως έχει αναφερθεί και πρότερα θα εξετάζουν

ατομικά κάθε αίτημα που υποβάλλεται σε αυτές για τη πραγματοποίηση της επιθανάτιας μεθόδου της ευθανασίας.

Σε αυτό το σημείο, αξίζει να αναφερθεί ότι σύμφωνα με μία άποψη, αποστολή των Επιτροπών αυτών, είναι να «διαφωτίσουν» ενδελεχώς το λαό και τους θεσμούς που τον αντιπροσωπεύουν, αναφορικά με όλα τα μοντέλα επιχειρηματολογίας που υπάρχουν, εν προκειμένω για την ευθανασία, για να μπορούν να επιλέξουν πλήρως ενήμεροι, ανάμεσα στην εφαρμογή ή μη της μεθόδου.

Από την άλλη πλευρά, η ίδια άποψη θεωρεί ότι δεν υπάρχουν σοφοί ή εμπειρογνώμονες που να γνωρίζουν τι ακριβώς πρέπει να επιλεγεί- για τη κατάσταση ενός ανιάτως πάσχοντος- καθώς το ζήτημα δεν είναι τεχνικό και τοιουτοτρόπως, προτείνεται, οι Εθνικές Επιτροπές Βιοηθικής να καλούνται «Επιτροπές Ηθικής Διάσκεψης» και να είναι διευρυμένες. (Ferry, 1991)

Βέβαια, είναι λογικό οι εν λόγω Επιτροπές να μη μπορούν να υποκαταστήσουν τη συμμετοχή των πολιτών στις διαδικασίες μιας δημοκρατικής κοινωνίας. Σε αυτή τη περίπτωση είναι ιδανικό σε μία δημοκρατική κοινωνία οι ίδιοι οι πολίτες να λαμβάνουν θέση και να ενημερώνονται συνολικά για ένα τόσο σοβαρό ζήτημα που σχετίζεται με το τέλος της ζωής του ανθρώπου. Με αυτό τον τρόπο και η ιδιότητα του πολίτη αποκτά νόημα, διότι οι πολίτες μπορούν ενεργά να δώσουν την άποψή τους σε επιλογές και αποφάσεις για θεμελιώδη κοινωνικά θέματα, όπως η ευθανασία. *«Μάλιστα αυτή η ιδιότητα του πολίτη είναι περισσότερο αυθεντική, αν είναι ικανή να ανανεώνει το κοινωνικό φαντασιακό, και αν δεν διαχωρίζεται από την υπευθυνότητα ως προς τις συνέπειες της επιλογής των πολιτών τόσο για τον εαυτό τους, όσο και για την κοινωνική ομάδα».* (Castoriadis, 1999).

Επιπρόσθετα, είναι σημαντικό να προστεθεί ότι η θεολογική διάσταση του θέματος δεν πρέπει να παραγνωρισθεί. Υπό αυτό το πρίσμα, χαρακτηριστική είναι η άποψη ότι στα βιοηθικά διλήμματα πρέπει *«να θυμόμαστε ότι η Βουλή του Θεού κυβερνά όντως όλα τα πράγματα. Αυτό ισχύει τόσο για τα βιοηθικά ζητήματα, όσο και για τις προσωπικές μας κρίσεις η πιο κατάλληλη απάντησή μας στις βιοηθικές και άλλες ηθικές προκλήσεις είναι να προσευχόμεθα. Ακόμη, έστω και αν είμαστε σε θέση να δώσουμε εναλλακτικές λύσεις για τις εκτρώσεις και την ευθανασία, δεν θα υπάρξει τελειωτική λύση για τις προσπάθειές μας, αν δεν τις επιχειρήσουμε για την δόξα του Θεού και για την εκπλήρωση του σχεδίου Του για τη σωτηρία του κόσμου».* (Breck J., 2005)

Τέλος, αναφορικά με τη βιοηθική διάσταση της ευθανασίας, η πλειοψηφία της επιστημονικής κοινότητας, επιθυμεί με τη χρήση φιλοσοφικών τεκμηρίων το σεβασμό

της ανθρώπινης ύπαρξης και ζωής. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, η ευθανασία θεωρείται ως ηθικά αποδεκτή, αφού διασφαλίζει την αξιοπρέπεια του ασθενούς, ώστε να μη καθίσταται αυτός αξιολύπητος στα μάτια των συνανθρώπων του. Από την άλλη πλευρά, η ευθανασία είναι ασυμβίβαστη με την αξιοπρέπεια του ανθρώπου και ως εκ τούτου ηθικά απαράδεκτη, αφού εκλαμβάνεται η ζωή του ασθενούς ως κενή νοήματος, ανώφελη, άχρηστη και επιζήμια.

Μία άλλη τάση της βιοηθικής, θεωρεί τον άνθρωπο ως μία αυτόνομη ύπαρξη που κατοχυρώνεται νομικά και θωρακίζεται με την αναγνώριση προσωπικών, πολιτικών και κοινωνικών δικαιωμάτων. Η τεκμηρίωση της θέσεως αυτής έγκειται στο επιχείρημα ότι το νομοθετικό πλαίσιο μιας πλουραλιστικής κοινωνίας δεν πρέπει να επιτάσσει σε όλους την εφαρμογή μιας συγκεκριμένης ηθικής, αλλά να αναγνωρίζει σε κάθε άνθρωπο το δικαίωμα να ακολουθεί την ηθική που επιτρέπει η ατομική του συνείδηση. Για το λόγο αυτό, η νομοθεσία πρέπει να επιτρέπει τις εφαρμογές της βιοτεχνολογίας, που διευρύνουν τα δικαιώματα του ανθρώπου και συνακόλουθα τις ηθικές του επιλογές. (Βάντσου Μ., 2000)

Επιλογικά, οφείλει να τονισθεί ότι βασικό κριτήριο για την αξιολόγηση επέμβασης επί της ζωής, πέρα από την απαγόρευση φόνου, είναι η αγάπη. Συνεπώς, η ευθανασία όταν δεν συνιστά ανήθικη πράξη, δεν αποτελεί προϊόν οικονομικής συναλλαγής και διενεργείται αποκλειστικά με σκοπό την απαλλαγή του συνανθρώπου μας από τους αφόρητους πόνους και στο πλαίσιο της ανιδιοτελούς αγάπης, τότε μόνο πρέπει να αναγνωρίζεται νομικά και να εδραιώνεται η εφαρμογή της, αφού αποτελεί την απόλυτη πράξη σεβασμού της προσωπικότητας του ατόμου.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Στο παρόν παράρτημα παρουσιάζονται όσες δικαστικές αποφάσεις περιέχονται στη διπλωματική εργασία και δεν αναλύθηκαν διεξοδικά στο κύριο σώμα αυτής.

• Υπόθεση Chabot στην Ολλανδία

Η εν λόγω υπόθεση αφορά σε έναν ψυχίατρο το κ. Chabot που χορήγησε σε μία ασθενή το έτος 1991, ύστερα από απαίτησή της, φάρμακα που προκαλούν θάνατο, παρουσία του ιδίου, του οικογενειακού ιατρού της και μίας φίλης της. Η άρρωστη απεβίωσε μισή ώρα αργότερα. Ο ψυχίατρος δήλωσε το θάνατο στον ιατροδικαστή, ως υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Στην αναφορά του, ο κατηγορούμενος ιατρός, συμπεριέλαβε τη ψυχιατρική διάγνωση και το πόνο που η πάσχουσα βίωνε και την άρνησή της, να ιαθεί.

Το Εφετείο, όπως και το Περιφερειακό Δικαστήριο, το έτος 1993, βρήκε το κατηγορούμενο μη ένοχο, με την αιτιολογία ότι δεν είχε πρόθεση να βοηθήσει στην αυτοκτονία του ασθενούς, κάτι το οποίο απαγορευόταν από το ισχύον άρθρο 294 του Ποινικού Κώδικα, το έτος 1993,. Το ίδιο Δικαστήριο, βρήκε την υπεράσπιση του κατηγορουμένου νομικά βάσιμη. Επίσης, ο γενικός Εισαγγελέας του Ανωτάτου Δικαστηρίου, απέρριψε τη προσφυγή έναντι του κατηγορουμένου ιατρού κ. Chabot. (Griffiths J., 1995)

• Υπόθεση Sutorius στην Ολλανδία

Η προκείμενη υπόθεση αφορά σε έναν ιατρό κ. Philip Sutorius, που βοήθησε τον 86 ετών ασθενή του, να αυτοκτονήσει. Το έτος 2000, το δικαστήριο Χάρλεμ, αθώωσε το κατηγορούμενο από αυτή τη κατηγορία. Ο ασθενής είχε ζητήσει οκτώ τουλάχιστον φορές από τον ιατρό να τον βοηθήσει να τερματίσει τη ζωή του, από το 1986. Ένα μήνα πριν την διάπραξη της αυτοκτονίας, τον Απρίλιο του 1998, ο ασθενής αντιμετώπιζε ψυχική διαταραχή και έλεγε ότι «η ζωή τον είχε ξεχάσει». Ένας δεύτερος ψυχίατρος, διέγνωσε την ανίατη ψυχική ασθένεια από την οποία έπασχε ο άρρωστος. Ο Εισαγγελέας, αποφάνθηκε ότι η νομική βάση για την υποβοηθούμενη αυτοκτονία που αφορά σε

ανυπόφορο πόνο, δεν είναι ισχυρή και καταδίκασε τον ιατρό σε τρίμηνη ποινή φυλάκισης με αναστολή.

Το δικαστήριο, όμως ύστερα από τη γνωμάτευση τριών ειδικών που δικαιολόγησαν την συμπεριφορά του ιατρού, τον αθώωσε από τη κατηγορία, με την αιτιολογία ότι έκανε τη σωστή επιλογή, διαφυλάσσοντας τόσο το καθήκον του, για διατήρηση της ζωής όσο και το καθήκον για ανακούφιση από το πόνο του ασθενούς. Πάντως, το Υπουργείο Δικαιοσύνης, πρότεινε την άσκηση έφεσης στην απόφαση του Πρωτοβάθμιου Δικαστηρίου, με την αιτιολογία ότι «η κούραση από τη ζωή» δεν συνιστά ισχυρή νομική βάση για την συμμετοχή σε υποβοηθούμενη αυτοκτονία. (Keown J., 2002)

● Υπόθεση Baxter στη Montana

Η αρχική αγωγή ασκήθηκε από 4 ιατρούς στη Montana (Stephen Speckart, C. Paul Loehnen, Lar Autio, and George Risi, Jr., M.D.s), το μη κερδοσκοπικό σωματείο «Compassion & Choices» που προστατεύει τα δικαιώματα των ασθενών στο τέλος της ζωής τους, και τον Robert Baxter, έναν οδηγό φορτηγού, 76 ετών από το Billings της Μοντάνα, ο οποίος πέθαινε από λεμφοκυτταρική λευχαιμία. Οι ενάγοντες ζήτησαν από το δικαστήριο να καθορίσει το συνταγματικό δικαίωμα «της παροχής βοήθειας στο άτομο που βρίσκεται στο τέλος της ζωής του». Το κράτος υποστήριξε ότι «το Σύνταγμα δεν παρέχει το δικαίωμα συνεισφοράς βοήθειας στον τερματισμό της ζωής ενός ατόμου».

Η δικαστής Dorothy McCarter, του Πρώτου Περιφερειακού Δικαστηρίου της Μοντάνα, αποφάνθηκε υπέρ των εναγόντων στις 5 Δεκεμβρίου 2008, δηλώνοντας ότι :« τα συνταγματικά δικαιώματα της ιδιωτικής ζωής και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, στο σύνολό τους, περιλαμβάνουν το δικαίωμα του ετοιμοθάνατου ασθενούς να πεθάνει με αξιοπρέπεια». Ο Baxter πέθανε την ίδια ημέρα. Ο Γενικός Εισαγγελέας της Μοντάνα, άσκησε έφεση στην απόφαση ενώπιον του Ανωτάτου Ακυρωτικού Δικαστηρίου. Έγινε ακρόαση προφορικών επιχειρημάτων στις 2 Σεπτεμβρίου του έτους 2009. «Φιλικά» υπομνήματα κατατέθηκαν για λογαριασμό εκείνων που ζητούσαν από το δικαστήριο να χορηγήσει το συνταγματικό δικαίωμα παροχής βοήθειας στο θάνατο, όπως από ομάδες που υπερασπίζονται τα ανθρώπινα δικαιώματα, καθώς και τα δικαιώματα των γυναικών, από τον αμερικάνικο σύλλογο Φοιτητών Ιατρικής, τον αμερικάνικο σύλλογο Γυναικών, από κληρικούς, νομικούς μελετητές και τέλος από 31 νομοθέτες της Μοντάνα και από βιοηθικολόγους.

Στις 31 του Δεκεμβρίου του 2009, το Ανώτατο Δικαστήριο της Μοντάνα, αποφάνθηκε υπέρ του Baxter και ανέφερε ότι, ενώ το Σύνταγμα της πολιτείας δεν εγγυάται το δικαίωμα στην υποβοηθούμενη από τον ιατρό αυτοκτονία, δεν υπήρχε προηγούμενο δεδικασμένο από το Ανώτατο Δικαστήριο ή τους νόμους της Πολιτείας που να δείχνουν ότι η βοήθεια ιατρού στο θάνατο, προσβάλλει τη δημόσια τάξη. (www.americanbar.org/)

● **Υπόθεση Pretty στο Ηνωμένο Βασίλειο**

Η Diane Pretty, ήταν μία βρετανίδα από το Luton, που επιχείρησε να αλλάξει το βρετανικό δίκαιο, ώστε να τερματίσει τη ζωή της λόγω της ανίατης ασθένειας από την οποία έπασχε, τη νευροκινητική νόσο. Με τη πάροδο του χρόνου, η ασθένεια χειροτέρευε με αποτέλεσμα να μη μπορεί να επικοινωνεί εύκολα με το περιβάλλον, αν και διανοητικά ήταν διαυγής. Επιθυμούσε να αυτοκτονήσει και είχε εκφράσει τη βούληση να τη βοηθήσει ο άντρας της, να δώσει τέλος στη ζωή της, ενέργεια που θεωρείται όμως παράνομη στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Η Pretty, προσέφυγε στο Δικαστήριο, επικαλούμενη τη νομοθετική πράξη που αφορούσε στα ανθρώπινα δικαιώματα και ισχυριζόταν ότι ο Ανώτατος Δημόσιος Κατήγορος, θα έπρεπε να εισηγηθεί διάταξη με την οποία δε θα κατηγορούνταν ποινικά όποιος τη συνέδραμε στο τερματισμό της ζωής της. Τα βρετανικά δικαστήρια και η Βουλή απέρριψαν το αίτημά της. Το ευρωπαϊκό δικαστήριο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων δεν αναγνώρισε ότι η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα δικαιώματα του ανθρώπου, παρείχε το δικαίωμα στο θάνατο και η έφεση που άσκησε στο ίδιο Δικαστήριο απορρίφθηκε. Η Diane Pretty πέθανε σε ηλικία 43 ετών, το Μάιο του 2002, καθώς η κατάσταση της υγείας της, χειροτέρευε εξαιτίας πνευμονικών και καρδιακών προβλημάτων. (www.bioethics.gr)

● **Υπόθεση του Oliver Leslie Burke στο Ηνωμένο Βασίλειο**

Η πρόσφατη απόφαση του Εφετείου στην υπόθεση του Burke κατά του Γενικού Ιατρικού Συμβουλίου, θα πρέπει να χαιρετιστεί από τους αναισθησιολόγους και τους εντατικολόγους που εμπλέκονται στην παρακράτηση και την απόσυρση των ασθενών από μηχανήματα που παρατείνουν τη ζωή τους. Ουσιαστικά, ακύρωσε τη πρωτόδικη απόφαση που δικαίωνε τον ασθενή Burke που ήθελε να του χορηγηθεί το δικαίωμα να σταματήσει τη τεχνητή σίτιση και ενυδάτωση του. Η απόφαση αυτή, του Ανωτάτου

Δικαστηρίου τηρούσε απόκλιση από τον βρετανικό νομικό πλαίσιο και θεωρητικά επέτρεπε σε ασθενείς να καθορίσουν τη μελλοντική θεραπεία τους, ακόμα και αν οι ιατροί διαφωνούσαν με αυτή.

Ο βουλευτής Phillips από το Worth Matravers, αποδοκίμασε τις ανησυχίες του κ. Burke ότι δεν θα πρέπει να του παρέχεται τεχνητή διατροφή και ενυδάτωση στον ασθενή, εκτός αν ο θάνατος ήταν επικείμενος. Το πιο σημαντικό είναι ότι ο Λόρδος Phillips, απέρριψε τον ισχυρισμό του Δημόσιου Κατήγορου, ότι δηλαδή ο ενάγων είχε πραγματοποιήσει δημόσια υπηρεσία, επιτρέποντας την εμπλοκή νομικών, ηθικών και επαγγελματικών ζητημάτων γύρω από την παρακράτηση και την απόσυρση μηχανημάτων που παρατείνουν τη ζωή των ασθενών και αναφέρει ότι: *«Ο κίνδυνος είναι ότι το δικαστήριο θα εκφράσει θεσμικές προτάσεις, χωρίς την πλήρη εκτίμηση των επιπτώσεων που αυτές θα έχουν στην πράξη, δημιουργώντας σύγχυση σε εκείνους που αισθάνονται την υποχρέωση να προσπαθήσουν να εφαρμόσουν τις αρχές αυτές στην πράξη. Ο κίνδυνος αυτός είναι ιδιαίτερα έντονος στις περιπτώσεις όπου τα ζητήματα που τέθηκαν αφορούν ηθικές αξίες και κάθε δικαστήριο καλείται να επιλύσει ένα πρακτικό πρόβλημα, όταν επέρχεται η ανάγκη»*. Η ουσία, ωστόσο, είναι ότι η καθοδήγηση που παρέχεται από το Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο, σχετικά με τη παρακράτηση και την απόσυρση μηχανημάτων που παρατείνουν τη ζωή και που οφείλει να γίνεται με σεβασμό στα δικαιώματα του ανθρώπου, εξακολουθεί να ισχύει, δεν αντιβαίνει αγγλικό κοινό δίκαιο ή την Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα δικαιώματα του ανθρώπου και παραμένει ένα πολύτιμο ντοκουμέντο για αναισθησιολόγους και εντατικολόγους.(S. M. White, 2005), (www.news.bbc.co.uk)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αβαγιανού Α. (2000), «Ευθάνατος θάνατος»: Το "καλώς θανειν" στην αρχαία Ελλάδα» Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Ενότητα ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ: Η σημαντική του «καλού» θανάτου, σ. 32-33

Ανευλαβής Ε. (2001), «Η ελεήμων θανάτωση ή ευθανασία Μια αποκλειστική διάζευξη», Archives of Hellenic Medicines, vol. 18, No. 6 , pg.555-560

Βάντσος Μ. (2000), «Βιοηθική και θεολογικός προβληματισμός», Εισήγηση στο 31ο Ιερατικό Συνέδριο της Ι. Μ. Γερμανίας, Μόναχο

Καρανάσιου Χ. (2005), «Ευθανασία και Σύνταγμα», Διπλωματική εργασία στη Νομική Σχολή του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Κατάμης Χ. (2000), «Ένα τέλος με αρετή ή ένα δυσάλητο τέλος;», Εισήγηση στο Στρογγυλό τραπέζι που διοργανώθηκε από το Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Ενότητα ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ, σελ. 85-124

Μαστοράκης Κ. (2010), «Η ευθανασία στα θρησκευόμενα», Διπλωματική εργασία στη Θεολογική Σχολή του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης,

Μαστοράκης Κ., Μπαλογιάννης Σ. (2010), «Το ζήτημα της ευθανασίας και ο σύγχρονος προβληματισμός», Τόμος 47, Τεύχος 3

Μητροσύλη Μ. (2008), «Μετάβαση από τη Βιοηθική στο Βιοδίκαιο», δημοσιεύθηκε στο περιοδικό "Έπιστήμη και Κοινωνία", Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, τεύχος 20, σ. 171-197.

Μπελλάλη Θ., Παπαδάτου Δ. (2002), «Πρότυπα της διαδικασίας λήψης αποφάσεων για δωρεά οργάνων εγκεφαλικά νεκρού ατόμου», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τεύχος 19, αριθμός 1, σ. 44-18

Μπεχράκης Π. (2000), «Ένα τέλος με αρετή ή ένα δυσάλητο τέλος;», Εισήγηση στο Στρογγυλό τραπέζι που διοργανώθηκε από το Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Ενότητα ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ, σελ. 85-124

Ντάνος Α. (2012), «Νομικό πλαίσιο και ιστορική εξέλιξη συστημάτων υγείας και κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση», Παρουσίαση στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση της Υγείας, Κεφάλαιο 11

Πετροπούλου Α. (2000), "Αρχαίες πρακτικές ευθανασίας: Κέα και Μασσαλία», Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Ενότητα ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ: Η σημαντική του «καλού» θανάτου, σελ. 11, 28-29

Πανούσης Ι. (2000), «Ένα τέλος με αρετή ή ένα δυσάλητο τέλος;», Εισήγηση στο Στρογγυλό τραπέζι που διοργανώθηκε από το Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Ενότητα ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ, σελ. 85-124

Παπαγεωργίου Κ. (2008), «Βιοηθική: όψεις του αγαθού και του ορθού», (Open Archive in <http://helios-eie.ekt.gr/EIE/handle/10442/679>)

Πρωτοπρεσβύτερος Πάτερ Βασίλειος Θερμός (2000), «Ένα τέλος με αρετή ή ένα δυσάλητο τέλος;», Εισήγηση στο Στρογγυλό τραπέζι που διοργανώθηκε από το Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Ενότητα ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ, σελ. 85-124

Σεβασμιότατος Μητροπολίτης Φθιώτιδος κ.κ. ΝΙΚΟΛΑΟΣ (2003), «Η θέση της Εκκλησίας επί του θέματος της Ευθανασίας», Εισήγηση στο Συνέδριο της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος

Τσαϊτουρίδης Χ. (2002), «Η ευθανασία ως συνταγματικό δικαίωμα του ασθενούς», δημοσιεύθηκε στη Διμηνιαία Επιθεώρηση Συνταγματικής Θεωρίας και Πράξης, Τεύχος 3

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bacon F. (1857), Of the dignity and advancement of learning, books II–IV. In: Spedding J (eds.) The Works of Francis Bacon, Longman, London

Berghs M. et al. (2007), “Practices of responsibility and nurses during the euthanasia programs of Nazi Germany: A discussion paper” published in International Journal of Nursing Studies, Elsevier, vol. 44, pg. 845–854

Boutellier H. (2000), “Crime and morality: the significance of criminal justice in post-modern culture”, Kluwer Academic Press, Dordrecht, The Netherlands

Breck J. (2005), «Βιοηθικές προκλήσεις στη νέα χιλιετία. Μία ορθόδοξη απάντηση», δημοσιεύθηκε στο περιοδικό «Η Δράσις μας» έτος ΜΓ, τεύχος 415, σελ. 36

Broom A. (2012), “On Euthanasia, Resistance, and Redemption: The Moralities and Politics of a Hospice” Qualitative Health Research published by SAGE, Vol. 22, No. 2, pg. 226–237, doi: 10.1177/1049732311421181

Broom A. & Adams J. (2010), “The reconfiguration of expertise in oncology: The practice of prediction and articulation of indeterminacy in medical consultations” Qualitative Health Research, Vol. 20, pg.1433-1445, doi:10.1177/1049732301373042

Castoriadis C. (1999), “Dialogue. Paris: Editions de l’Aube”

Clark D. and Wright M.(2003), “Transition in End of Life Care: Hospice and Related Developments in Eastern Europe and Central Asia”, Buckingham: OpenUniversity Press

Cohen J. et al. (2006), “European public acceptance of euthanasia: Socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries” published in Journal Social Science & Medicine, Elsevier, vol. 63, pg. 743–756

De Bal N. et al. (2006), “Involvement of nurses in caring for patients requesting euthanasia in Flanders (Belgium): A qualitative study” published in *International Journal of Nursing Studies*, Elsevier, vol. 43, pg. 589–599

Deliens L. et al. (2000), “End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey” published in *Lancet*, vol.. 356, pg. 1806– 1811.

DeVries R. and Subedi J. (1998), “Of bioethics and society: Constructing the ethical enterprise”, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall

Ferry L. (1991), *Tradition ou argumentation? Des comités de «sages» aux comités de délibération. Σε Pouvoirs*”, 56.

Garland D. (2001), “The Culture of Control: Crime and Social Order in Contemporary Society”, University of Chicago Press, Chicago, IL, US.

Griffiths J., “Assisted Suicide in the Netherlands: The Chabot Case”, *Modem L. Rev.*, Vol. 58, pg.. 239–248

Guyer, R.L. (1998), “When decisions are life-and-death, U.S.A. Weekend, pg. 26

Irish Council for Bioethics Euthanasia (2007), “Your Body, Your Death, Your Choice?”, Pasioka / Science Photo Library

Keown J. (2002), “Euthanasia, Ethic and Public Policy”, *An Argument against Legalisation*, e-book, pg: 109-110

McCormack R. et al. (2012), “Attitudes of UK doctors towards euthanasia and physician-assisted suicide: A systematic literature review” published in *Palliative Medicine*, SAGE Journals, vol. 26 no. 1, 23-33

Meier E. D. et al. (1998), “A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States” published in *The New England Journal of Medicine*, Volume 338 Number 17, pg. 1193-1201

Mousavi SM. et al. (2011), “Euthanasia in Cancer Patients, Islamic Point of View” published in Iranian Journal of Cancer Prevention, vol. 2, pg. 78-81

Oregon Department of Human Services (2004), Sixth annual report on Oregon’s Death with Dignity Act, March 10 2004, DHS, Eugene, Oregon, US.

Otlowski M. (1997), “Voluntary Euthanasia and the Common Law. Oxford University Press”, Oxford

Pakes F. (2005), “The legalization of euthanasia and assisted suicide: A tale of two scenarios” published in International Journal of the Sociology of Law, Elsevier, vol. 33, pg. 71–84

Payne S., Seymour J. and Ingleton C. (2004), Palliative care nursing-Principles and Evidence for Practice, England, Mc Graw Hill Books, First Edition, pg. 1-4, 201-202, 398

Pool R. (2004), “You’re not going to dehydrate mom, are you?”: Euthanasia, versterving, and good death in the Netherlands” published in Journal Social Science & Medicine, Elsevier vol. 58, pg. 955–966

Quill T. (1993), “Death and Dignity”, W W Norton, New York

Regional Review Committees (2004), Euthanasia [Regionale toestingscommissies Euthanasie],. Annual Report 2003 [Jaarverslag 2003], Arnhem, Regional Review Committees Euthanasia, The Netherlands.

Σεβασμιότατος Μητροπολίτης Φθιώτιδος κ.κ. ΝΙΚΟΛΑΟΣ (2003), «Η θέση της Εκκλησίας επί του θέματος της Ευθανασίας», Εισήγηση στο Συνέδριο της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος

Shalit R. (1997), “When we were philosophers kings. *The New Republic*”, vol. 216, No. 17, pg.24-28

Thomasma D C, Marshall P A (eds.) (1998), “Asking to Die: Inside the Dutch Debate About Euthanasia”. Kluwer, Dordrecht, The Netherlands

Van De Veer D. (1986), Paternalistic Intervention. The Moral Bounds on Benevolence. Princeton University Press, Princeton, NJ

Voultos P., Samuel N., N., Vlachou M. (2010), “The issue of euthanasia in Greece from a legal viewpoint” published in Journal of Forensic and Legal Medicine 17, Elsevier, pg. 131–136

White S. M. (2005), “GMC guidance upheld” published in “Anaesthesia”, Journal of the Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, vol. 60, pg. 1237–1252



ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

http://www.krivda.net/books/international_encyclopedia_of_the_social_and_behavioral_sciences_4_-_euthanasia_239 (Είσοδος στην ιστοσελίδα στις 3/8/2012)

http://www.transplantation.gr/article_patients.asp

http://www.patientsrightscouncil.org/site/wpcontent/uploads/2011/03/Montana_Opinion_12_31_09.pdf

<http://www.healthview.gr/node/14759>

<http://www.skai.gr/news/world/article/114610>

<http://www.tvxs.gr/node/5150/38126>

http://www.pentapostagma.gr/2012/07/blog-post_6362.html

http://thriskeftika.blogspot.gr/2012/03/blog-post_3928.html

http://greek.ruvr.ru/2012_07_31/83569878/

<http://www.lifesitenews.com/news/archive/ldn/2010/jun/10060306>

<http://www.bbc.co.uk/news/10414647>

<http://germerica.net/node/525>

<http://www.nationalrighttolifenews.org/news/2012/07/eu-courts-refuse-to-impose-euthanasia/>

<http://www.germanizer.com/dw/article/0,,16105808,00.html>

<http://www.taipeitimes.com/News/editorials/archives/2012/08/28/2003541352>

http://www.murderpedia.org/male.L/l/latimer_robert.htm

<http://www.lifenews.com/2008/09/16/bio-2573/>

<http://www.bioethics.gr/media/pdf/biolaw/nomologia/PRETTYSUMMARY.pdf>

<http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/4721061.stm, 28-7-2005>

<http://www.dailymail.co.uk/debate/article-2004515/Terry-Pratchett-euthanasia-debate-Dont-fall-idea-old-disposable.html>

<http://tvxs.gr/news/υγεία/νέα-πρόταση-για-την-ευθανασία-στην-αγγλία>

<http://www.bioethics.gr/media/pdf/biolaw/nomologia/ENGLAROSUMMARY.pdf>

<http://www.bosnewslife.com/1384-hungarian-court-rejects-legalizing-euthanasia>

<http://www.BeStrong.org.gr - 06.04.12>

<http://www.equip.org/articles/what-are-some-key-bioethical-principles-involved-in-euthanasia-debates/>

<http://www.scribd.com/docΗ-σύμβαση-Βιοηθικής-του-Ευρωπαϊκού-Συμβουλίου>

<http://www.voices.yahoo.com/the-bioethics-euthanasia-assisted-suicide->

<http://www.frc.org/life--bioethics>

<http://cbhd.org/content/euthanasia-who-needs-it>

<http://www.telegraph.co.uk/news/uknews/law-and-order/9045770/Assisted-suicide-should-be-illegal-throughout-Europe-human-rights-body-rules.html>

http://www.filosofia.gr/protoselido.php?subaction=showfull&id=1172920627&archive=&start_from=&ucat=8&

http://www.filosofia.gr/thematafilosofias.php?subaction=showfull&id=1117214902&archive=&start_from=&ucat=1&

euthanasia.com/proscons.www.html

<http://www.jesuslovesyou.gr/Society/Euthanasia.htm>

http://www.bioethics.gr/document.php?category_id=69&document_id=351

http://www.americanbar.org/content/dam/aba/migrated/aging/PublicDocuments/baxtr_v_mont_sum.authcheckdam.pdf

<http://www.alopsis.gr/modules.php?name=News&file=article&sid=739>

